

Hakcipta © tesis ini adalah milik pengarang dan/atau pemilik hakcipta lain. Salinan boleh dimuat turun untuk kegunaan penyelidikan bukan komersil ataupun pembelajaran individu tanpa kebenaran terlebih dahulu ataupun caj. Tesis ini tidak boleh dihasilkan semula ataupun dipetik secara menyeluruh tanpa memperolehi kebenaran bertulis daripada pemilik hakcipta. Kandungannya tidak boleh diubah dalam format lain tanpa kebenaran rasmi pemilik hakcipta.



**PELAKSANAAN PROSES DAN HASIL ALATAN SENI *CREATIVE
EXPRESSIVE-BODILY MAPS OF EMOTIONS* (CE-BME) DALAM
MEMBANTU ISU KESIHATAN MENTAL REMAJA**

MAZNAH IBRAHIM



UUM
Universiti Utara Malaysia

**IJAZAH DOKTOR FALSAFAH
UNIVERSITI UTARA MALAYSIA
2025**

PERAKUAN KERJA TESIS / DISERTASI

“Saya akui karya ini adalah hasil kerja saya sendiri kecuali nukilan dan ringkasan yang tiap-tiap satunya telah saya jelaskan sumbernya”.



Tandatangan :

Nama Penulis : Maznah Ibrahim

Tarikh : 07 Oktober 2025



Awang Had Salleh
Graduate School
of Arts And Sciences

Universiti Utara Malaysia

PERAKUAN KERJA TESIS / DISERTASI
(Certification of thesis / dissertation)

Kami, yang bertandatangan, memperakukan bahawa
(We, the undersigned, certify that)

MAZNAH IBRAHIM

calon untuk Ijazah
(candidate for the degree of)

PhD

telah mengemukakan tesis / disertasi yang bertajuk:
(has presented his/her thesis / dissertation of the following title):

**PELAKSANAAN PROSES DAN HASIL ALATAN SENI CREATIVE EXPRESSIVE-BODILY MAPS OF
EMOTIONS (CE-BME) DALAM MEMBANTU ISU KESIHATAN MENTAL REMAJA**

seperti yang tercatat di muka surat tajuk dan kulit tesis / disertasi.
(as it appears on the title page and front cover of the thesis / dissertation).

Bahawa tesis/disertasi tersebut boleh diterima dari segi bentuk serta kandungan dan meliputi bidang ilmu dengan memuaskan, sebagaimana yang ditunjukkan oleh calon dalam ujian lisan yang diadakan pada : **20 Disember 2023.**

That the said thesis/dissertation is acceptable in form and content and displays a satisfactory knowledge of the field of study as demonstrated by the candidate through an oral examination held on:
20 December 2023.

Pengerusi Viva:
(Chairman for VIVA)

Assoc. Prof. Dr. Mohd Isha Awang

Tandatangan
(Signature)

Pemeriksa Luar:
(External Examiner)

Assoc. Prof. Dr. Haniza Rais

Tandatangan
(Signature)

Pemeriksa Dalam:
(Internal Examiner)

Assoc. Prof. Dr. Fauziah Md Jaafar

Tandatangan
(Signature)

Nama Penyelia/Penyelia-penyelia:
(Name of Supervisor/Supervisors)

Dr. Azizah Abdullah

Tandatangan
(Signature)

Tarikh:

(Date) **20 December 2023**

Kebenaran Mengguna

Tesis ini dikemukakan sebagai memenuhi keperluan pengijazahan Doktor Falsafah, Universiti Utara Malaysia (UUM). Saya bersetuju membenarkan pihak perpustakaan UUM mempamerkan sebagai bahan rujukan. Saya bersetuju bahawa sebarang bentuk salinan sama ada secara keseluruhan atau sebahagian daripada tesis ini untuk tujuan akademik adalah dibolehkan dengan kebenaran penyelia tesis ini atau Dekan *Awang Had Salleh Graduate School of Arts and Sciences*. Sebarang bentuk salinan dan catatan bagi tujuan komersial adalah dilarang sama sekali tanpa kebenaran bertulis daripada penyelidik.

Kebenaran untuk menyalin atau menggunakan tesis ini sama ada secara keseluruhan atau sebahagian daripadanya hendaklah dipohon melalui:



Dekan of Awang Had Salleh Graduate School of Arts and Sciences
UUM College of Arts and Sciences
Universiti Utara Malaysia
06010 UUM Sintok



Abstrak

Penggunaan alatan seni kreatif dalam kaunseling dan psikoterapi masih kurang diteroka secara empirikal, khususnya dari segi proses dan hasil pelaksanaan. Kajian ini meneliti sejauh mana *Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions* (CE-BME) membantu dalam intervensi terhadap remaja, berdasarkan pengalaman Pegawai Psikologi (Kaunseling) di Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM). Kajian ini meneroka dan menghuraikan proses serta hasil yang membantu dalam penggunaan alatan seni CE-BME terhadap remaja dalam kaunseling dan psikoterapi, berdasarkan perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM. Dapatan penyelidikan ini membentuk asas kepada pembangunan protokol cadangan penggunaan CE-BME dari aspek emosi dan strategi daya tindak dalam kalangan remaja yang mengalami isu kesihatan mental. Kajian ini menggunakan kaedah kualitatif melalui pendekatan fenomenologi, melibatkan 18 Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang dipilih secara persampelan bertujuan. Temu bual separa berstruktur dijalankan terhadap pegawai yang menggunakan CE-BME bersama 19 remaja berusia 10 sehingga 19 tahun. Data diperoleh melalui protokol temu bual dan dokumen visual CE-BME, dan dianalisis menggunakan *Grounded Theory Analysis* (Atlas.ti 9) serta analisis kandungan. Dapatan kajian mengenal pasti momen yang membantu dan tidak membantu dalam proses serta hasil penggunaan CE-BME, merangkumi proses terapeutik, Pegawai Psikologi (Kaunseling), klien remaja, kaedah pelaksanaan, serta pengaruh keluarga dan sosial. Berdasarkan penemuan ini, satu protokol komprehensif telah dibangunkan bagi pengurusan emosi dan strategi daya tindak remaja yang berhadapan isu kesihatan mental. Kajian ini menyumbang kepada pengembangan teori terapi seni ekspresif dan amalan kreatif berpusatkan insan dalam pemprosesan emosi melalui penggunaan CE-BME. Ia turut memperkukuh aplikasi CE-BME oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam pelbagai konteks intervensi awal berkaitan kesihatan mental remaja.

Kata Kunci : *Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions* (CE-BME), Pegawai Psikologi (Kaunseling), kaunseling dan psikoterapi, fenomenologi, remaja.

Abstract

The use of creative art tools in counseling and psychotherapy remains underexplored, particularly in terms of process and outcome. This study examines how the Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions (CE-BME) tool is perceived as helpful in adolescent interventions, based on the experiences of Counseling Psychologists at Malaysia's Ministry of Health (MOH). This study explores helpful processes and outcomes of using the CE-BME art-based tool with adolescents in counseling and psychotherapy, from the perspectives of MOH Counseling Psychologists. The findings inform a proposed protocol to support emotional regulation and coping strategies among adolescents with mental health issues. This study employed a qualitative phenomenological approach involving 18 Counseling Psychologist selected through purposive sampling. Semi-structured interviews were conducted with officers who used CE-BME with 19 adolescents aged 10–19. Data were collected through interview protocols and CE-BME visual documents, and analyzed using Grounded Theory Analysis (Atlas.ti 9) and content analysis. The findings identified helpful and unhelpful moments in the process and outcomes of using CE-BME, encompassing therapeutic processes, Counseling Psychologist, adolescent clients, implementation methods, and familial and social influences. Based on these insights, a comprehensive protocol was developed to support emotional regulation and coping strategies among adolescents facing mental health challenges. This study contributes to the development of expressive art therapy theory and person-centered creative practices in emotional processing through the use of CE-BME. It also strengthens the application of CE-BME by Counseling Psychologist in various early intervention contexts related to adolescent mental health.

Keywords: Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions (CE-BME), Counseling Psychology Officer, counseling and psychotherapy, phenomenology, adolescents.

Penghargaan



Setinggi kesyukuran dipanjatkan kepada Allah S.W.T di atas rahmat, inayah dan petunjuk serta penganugerahan ketabahan, ketenangan, kekuatan dan kesihatan sehingga berjaya menamatkan pengajian sehingga ke tahap ini. Selawat dan salam ke atas junjungan Rasulullah pembawa risalah agung dan rahmat ke sekalian alam.

Setinggi terima kasih dan penghargaan kepada Dr. Azizah Binti Abdullah selaku penyelia di atas curahan ilmu, bimbingan, motivasi, pengorbanan masa, perkongsian, dorongan serta doa yang diberikan selama ini. Dedikasi, kesungguhan dan empati beliau hanya Allah S.W.T. yang dapat membalasnya. Jutaan terima kasih kepada pihak Kementerian Kesihatan Malaysia dan Profesion Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM atas peluang melanjutkan pengajian ini. Tidak dilupakan juga kepada pensyarah-pensyarah Pusat Pengajian Pendidikan, UUM, pensyarah pakar rujuk dari universiti-universiti berkaitan, dan pakar rujuk pengamal kaunseling, dan psikoterapi di lapangan, serta para peserta penyelidikan di atas kerjasama yang diberikan di sepanjang pengajian.

Penghargaan dan terima kasih atas sokongan dan doa dari arwah bonda saya Hendon Binti Abdullah, arwah ayahanda Ibrahim Bin Ali, bapa mertua Zainudin bin Zainal serta seluruh keluarga besar, adik-beradik tercinta; Mazni, Manisah, dan Maziah. Setinggi-tinggi penghargaan juga atas pengorbanan dan bantuan suami tersayang Khairul Nizam Bin Zainudin serta anak-anak yang memahami sebagai sumber inspirasi; Muhammad Al Fateh, Khairunnisa' dan Yumna Az Zahra. Ucapan istimewa buat Dr. Hj. Khairul Nizam Bin Zainan Nazri, Dr. Mardiana Binti Mat Ishak, dan semua rakan di dalam lingkungan platinum Dr. Raket, serta semua pihak yang telah memberikan sumbangan dan galakan secara langsung dan tidak langsung. Semoga Allah S.W.T menganugerahkan balasan kebaikan untuk kalian.

Isi Kandungan

Kebenaran Mengguna	i
Abstrak	ii
Abstract	iii
Penghargaan	iv
Isi Kandungan	v
Senarai Jadual.....	xiii
Senarai Rajah	xv
Senarai Lampiran	xviii
Senarai Nama Singkatan.....	xx
BAB SATU PENGENALAN.....	1
1.1 Pengenalan.....	1
1.2 Latar Belakang.....	2
1.3 Pernyataan Masalah.....	6
1.4 Persoalan Kajian	10
1.5 Objektif Kajian	11
1.6 Kerangka Teoretikal	12
1.7 Kepentingan Kajian	16
1.7.1 Sumbangan kepada Negara	16
1.7.2 Sumbangan kepada Kementerian	17
1.7.3 Sumbangan kepada Organisasi dan Komuniti.....	18
1.7.4 Sumbangan kepada Teori dan Badan Ilmu	18
1.8 Tujuan Peribadi.....	20
1.9 Batasan Kajian.....	23
1.10 Definisi Operasional	25
1.10.1 Proses dan Hasil	25
1.10.2 <i>Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions (CE-BME)</i>	26
1.10.3 Isu Kesihatan Mental.....	26
1.10.4 Remaja.....	28
1.10.5 Pegawai Psikologi (Kaunseling).....	28

1.10.6 Kaunseling dan Psikoterapi	29
1.10.7 Terapi Seni.....	29
1.10.10 Kreatif-ekspresif	32
1.10.11 Protokol terapi seni.....	33
1.11 Ringkasan Bab	33
BAB DUA KAJIAN LITERATUR.....	35
2.1 Pengenalan.....	35
2.2 Pendekatan Berpusatkan Insan, Kreativiti dan Terapi Seni Eksptesif	36
2.2.1 Pendekatan Berpusatkan Insan.....	36
2.2.1.1 Pendekatan Berpusatkan Insan untuk Remaja	36
2.2.2 Kreativiti dan Pemusatan Insan	39
2.2.3 Terapi Seni Ekspresif Berpusatkan Insan (<i>Person-Centered Expressive Arts Therapy</i>).....	41
2.2.4 Amalan Kreatif Berpusatkan Insan (PCCP)	43
2.2.5 Manfaat Kreatif Ekspresif dalam Kaunseling dan Psikoterapi.....	45
2.3 Teori Perkembangan Remaja Berkaitan Emosi dan Kesihatan Mental	48
2.3.1 Teori Sosial Emosi Erikson	48
2.3.2 Teori Ekologi Bronfenbrenner	50
2.4 Emosi dan Pemprosesan Emosi.....	52
2.4.1 Emosi Asas dan Sekunder	53
2.4.2 Pemprosesan Emosi Manusia	57
2.5 Lakaran Badan (<i>Body Outline</i>) dan Lakaran Badan-Emosi Sebagai Pendekatan Seni Kreatif	62
2.5.1 Penggunaan Lakaran Badan (<i>Body Outline</i>) dalam Terapi Seni dan Intervensi	62
2.5.2 Aplikasi Lakaran Badan dalam Perawatan Kesihatan.....	68
2.5.3 Penyelidikan Penerokaan Lakaran Badan dan Emosi Secara Berskala Besar	74
2.5.4 Penyelidikan Penerokaan <i>Bodily Maps of Emotions</i> Secara Topografi Komputer dan Penyelidikan Seterusnya	78

2.6	Proses dan Hasil Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi	
	Menggunakan Terapi Seni dan Kreatif	93
2.6.1	Proses Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi	
	Menggunakan Terapi Seni dan Kreatif	94
2.6.2	Hasil Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan	
	Terapi Seni dan Kreatif	106
2.7	Proses dan Hasil Tidak Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi	113
2.7.1	Proses Tidak Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi	
	Menggunakan Terapi Seni Kreatif	113
2.7.2	Hasil Tidak Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi	
	Menggunakan Terapi Seni Kreatif	117
2.8	Protokol Alatan Seni Kreatif dalam Pengurusan Emosi dan Daya Tindak	
	Remaja	118
2.8.1	Alatan Seni Kreatif dalam Pengurusan Emosi dan Daya Tindak	118
2.8.2	Protokol Alatan Seni Kreatif dalam Kaunseling dan Psikoterapi	120
2.9	Jurang Penyelidikan	125
2.10	Ringkasan Bab	126
BAB TIGA METODOLOGI PENYELIDIKAN		128
3.1	Pengenalan	128
3.2	Penyelidikan Kualitatif dalam Psikoterapi	128
3.2.1	Falsafah Penyelidikan	130
3.2.2	Andaian Penyelidikan	132
3.2.3	Rasional Penyelidikan Kualitatif	135
3.3	Reka bentuk Penyelidikan Pendekatan Fenomenologi	136
3.4	Persampelan	137
3.4.1	Persampelan Bertujuan	137
3.4.2	Persampelan Homogen	138
3.4.3	Bilangan Peserta	138
3.4.4	Pemilihan Peserta Berdasarkan Pengalaman Langsung	140

3.4.5 Saturasi Data	140
3.5 Penyelidikan Awal (Preliminari)	141
3.5.1 Temubual Pakar dan Pengamal Kaunseling dan Psikoterapi di Lapangan (Industri)	145
3.5.2 Dapatan Awal Penyelidikan	149
3.6 Pengumpulan Data.....	151
3.6.1 Prosedur pengumpulan data	152
3.6.2 Isu Etika.....	156
3.7 Instrumentasi Penyelidikan.....	159
3.7.1 Protokol Temu bual	164
3.7.1.1 Pengesahan Pakar untuk Protokol Temu bual	162
3.7.2 Dokumen CE-BME	164
3.8 Analisis Data.....	164
3.8.1 Data Temu bual	165
3.8.1.1 Pengekoden Data Teori Asas	167
3.8.1.1.1 Pengekoden Terbuka.....	167
3.8.1.1.2 Pengekoden Paksi (<i>Axial</i>)	169
3.8.1.1.3 Pengekoden Selektif (<i>Selective</i>).....	172
3.8.2 Data Dokumen CE-BME.....	175
3.9 Kesahan dan Kebolehpercayaan	176
3.9.1 Kredibiliti	177
3.9.1.1 Triangulasi	178
3.9.1.2 Semakan Rakan Sebaya	179
3.9.1.3 Semakan oleh Penyelia	179
3.9.1.4 Reflektiviti	180
3.9.2 Kebolehpindahan (<i>Transferability</i>)	181
3.9.3 Kebolehharian (<i>Dependability</i>).....	182
3.9.4 Kebolehpastian (<i>Confirmability</i>).....	182
3.9.4.1 Analisis Dokumen CE-BME.....	183
3.9.4.2 Kolaborasi dengan Peserta Penyelidikan	184
3.9.4.3 Penggunaan Bahasa Tempatan	185

3.10 Ringkasan Bab.....	185
BAB EMPAT DAPATAN PENYELIDIKAN PROSES DAN HASIL.....	186
4.1 Pendahuluan.....	186
4.2 Maklumat Demografi Peserta Penyelidikan dan Kes CE-BME	186
4.3 Objektif 1: Proses dan Hasil Membantu dalam Penggunaan CE-BME kepada Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental	191
4.3.1 Proses Membantu Berkaitan Proses Terapeutik	192
4.3.1.1 Membuka atau membentuk hubungan hubungan awal.....	193
4.3.1.2 Membuka ruang penerokaan (bercerita atau meluahkan).....	199
4.3.1.3 Memfokus kepada aspek emosi	208
4.3.1.4 Mengetahui punca isu sebenar	227
4.3.1.5 Memfokus arah tuju sesi semasa.....	233
4.3.1.6 Melakukan intervensi dari strategi daya tindak dikenal pasti ...	237
4.3.2 Proses Membantu Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)	247
4.3.2.1 Melegakan Pegawai Psikologi (Kaunseling)	247
4.3.2.2 Mencetus pemikiran dan perasaan (momen ‘AHA’/ celik akal)	250
4.3.2.3 Meningkatkan tingkah laku Pegawai Psikologi (Kaunseling) berpusatkan klien.....	254
4.3.2.4 Membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam pelaksanaan proses terapi yang berkesan.....	257
4.3.3 Proses Membantu Berkaitan Klien.....	267
4.3.3.1 Meningkatkan kesedaran sendiri klien	268
4.3.3.2 Melegakan klien melalui klien berkata “...”	271
4.3.4 Hasil Membantu Berkaitan Klien.....	277
4.3.4.1 Meningkatkan sendiri peribadi klien	299
4.3.4.2 Meningkatkan kualiti hidup klien.....	285
4.3.5 Hasil Membantu Berkaitan Proses Terapeutik	290
4.3.5.1 Meningkatkan kualiti proses terapeutik di dalam sesi (hujung sesi dan susulan)	292
4.3.5.2 Menunjukkan perubahan sewaktu sesi susulan	296

4.3.5.3	Kesanggupan komitmen sesi seterusnya.....	297
4.3.6	Hasil Membantu Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)	298
4.3.6.1	Meningkatkan emosi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam aspek membantu	301
4.3.6.2	Meningkatkan kompetensi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam menguruskan kes klien	303
4.3.6.3	Meningkatkan introspektif (kaji diri).....	305
4.3.7	Hasil Membantu Berkaitan Ahli Keluarga	307
4.3.7.1	Meningkatkan kualiti perhubungan ibu bapa-klien	308
4.3.7.2	Meningkatkan keharmonian dalam seluruh keluarga	310
4.3.8	Hasil Membantu Berkaitan Sosial Klien	312
4.3.8.1	Membuka jaringan sosial dan persekitaran yang lebih baik	313
4.4	Objektif 2: Proses dan Hasil Tidak Membantu dalam Menggunakan CE-BME kepada Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental	315
4.4.1	Proses Tidak Membantu Berkaitan Diri Pegawai Psikologi (Kaunseling).....	317
4.4.1.1	Persediaan alatan.....	317
4.4.1.2	Persediaan soalan-jawapan	318
4.4.1.3	Jangkaan Pegawai Psikologi (Kaunseling)	319
4.4.1.4	Pengetahuan dan pengalaman.	320
4.4.1.5	Kemahiran merespons atau melayan	320
4.4.1.6	Kebimbangan	321
4.4.2	Proses Tidak Membantu Berkaitan Diri Klien	321
4.4.2.1	Kepercayaan, keterbukaan dan kerjasama	322
4.4.2.2	Keyakinan atau keberanian	323
4.4.2.3	Kognitif	323
4.4.2.4	Keadaan kesihatan semasa	324
4.4.3	Proses Tidak Membantu Berkaitan Proses Penggunaan CE-BME.....	324
4.4.3.1	Skor emosi	325
4.4.3.2	Simptom psikosomatik.....	325
4.4.4	Proses Tidak Membantu Berkaitan Ibu Bapa	326

4.4.4.1	Campur tangan ibu bapa	326
4.4.4.2	Fokus Pegawai Psikologi (Kaunseling)	327
4.4.5	Hasil Tidak Membantu Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)	328
4.4.6	Hasil Tidak Membantu Berkaitan Klien	334
4.5	Objektif 3: Protokol Penggunaan Alatan Seni Kreatif CE-BME dalam Aspek Emosi dan Daya Tindak Remaja	337
4.5.1	Protokol Umum Pelaksanaan Alatan Seni CE-BME dalam Sesi Kaunseling dan Psikoterapi untuk Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental	341
4.5.2	Protokol Cadangan bagi Proses Emosi dan Daya Tindak Remaja	344
4.6	Ringkasan Bab	346
BAB LIMA PERBINCANGAN, IMPLIKASI DAN CADANGAN		348
5.1	Pendahuluan	348
5.2	Perbincangan Dapatan Kajian	348
5.2.1	Proses dan Hasil Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan CE-BME Terhadap Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental	348
5.2.1.1	Proses Membantu Berkaitan Proses Terapeutik	349
5.2.1.2	Proses Membantu Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)	356
5.2.1.3	Proses Membantu Berkaitan Klien	361
5.2.1.4	Faktor Mempengaruhi Proses Membantu	365
5.2.1.5	Hasil Membantu	370
5.2.2	Proses dan Hasil Tidak Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan CE-BME Terhadap Kanak-kanak dan Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental	372
5.2.3	Protokol Penggunaan CE-BME Bagi Kes Klien Kanak-Kanak dan Remaja dalam Psikoterapi Kesihatan Mental	378
5.2.4	Cadangan Penambahbaikan	380
5.2.4.1	Emosi tambahan	380
5.2.4.2	Penambahan gambar organ di dalam lakaran <i>body outline</i>	381

5.2.4.3	Meletakkan termometer beserta nombor di helaian <i>body outline</i>	381
5.2.4.4	<i>Body outline</i> untuk remaja berbeza dari kanak-kanak	382
5.3	Dapatan Utama Penyelidikan	383
5.3.1	Kegunaan CE-BME dalam Psikoterapi Kesihatan Mental	
	Kanak-kanak dan Remaja	383
5.3.2	Kerangka Model Kerja Implisit Keseluruhan Penyelidikan.....	385
5.3.3	Pemfokusan Emosi Beban Sebagai Perawatan Emosi	386
5.4	Implikasi Penyelidikan	388
5.4.1	Implikasi Terhadap Teori	388
5.4.2	Implikasi Terhadap Kaedah.....	390
5.4.3	Implikasi Terhadap Proses dan Aplikasi Praktikal.....	391
5.5	Cadangan Penyelidikan	393
5.6	Penutup.....	395
RUJUKAN		396



Senarai Jadual

Jadual 1.1	Trend Kesihatan Mental Remaja di Malaysia: Perbandingan Berdasarkan Kategori Usia (2012-2023)	3
Jadual 1.2	Trend Kesihatan Mental Remaja Malaysia: Prevalen Rasa Murung dan Kesunyian (2012-2022)	4
Jadual 2.1	Dapatan kajian literatur bagi lakaran badan, lakaran badan-emosi dan pengesanan badan	88
Jadual 2.2	Dapatan kajian literatur bagi proses yang membantu menggunakan pendekatan seni kreatif dalam sesi terapi	104
Jadual 2.3	Dapatan kajian penyelidikan bagi hasil membantu terapi menggunakan elemen seni kreatif (2015-2022)	111
Jadual 2.4	Dapatan kajian literatur bagi proses yang tidak membantu dalam kaunseling dan psikoterapi menggunakan seni kreatif	116
Jadual 2.5	Dapatan kajian literatur bagi hasil yang tidak membantu dalam kaunseling dan psikoterapi menggunakan terapi seni kreatif	118
Jadual 3.1	Ciri falsafah interpretivme (pembinaan sosial) kajian ini	132
Jadual 3.2	Kaedah pengumpulan data bagi penyelidikan kualitatif proses perubahan di dalam terapi	160
Jadual 4.1	Profil peserta penyelidikan yang terdiri dari Pegawai Psikologi (Kaunseling) kesihatan mental	187
Jadual 4.2	Latar belakang kes kanak-kanak dan remaja yang menggunakan CE-BME di dalam intervensi psikoterapi mereka	190
Jadual 4.3	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.1	194
Jadual 4.4	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.2	200
Jadual 4.5	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.3	226
Jadual 4.6	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.4	228
Jadual 4.7	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.5	233
Jadual 4.8	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.6	238
Jadual 4.9	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 2.1	248
Jadual 4.10	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 2.2	251
Jadual 4.11	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 2.3	254
Jadual 4.12	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 2.4	265
Jadual 4.13	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 3.1	268

Jadual 4.14	Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 3.2	272
Jadual 4.15	Subkategori dan Tema bagi Hasil Membantu 1.1	278
Jadual 4.16	Subkategori dan Tema bagi Hasil Membantu 1.2	291
Jadual 4.17	Subkategori dan Tema bagi Hasil Membantu 1.3	299
Jadual 4.18	Subkategori dan Tema bagi Hasil Membantu 1.4.....	308
Jadual 4.19	Subkategori dan Tema bagi Hasil Membantu 1.5.....	312
Jadual 4.20	Subkategori dan Tema bagi Semua Proses Tidak Membantu	315
Jadual 4.21	Subkategori dan Tema bagi Kesemua Hasil Tidak Membantu	329
Jadual 5.1	Perbezaan jangka masa pelaksanaan proses terapi tanpa dan dengan menggunakan CE-BME	364
Jadual 5.2	Pemetaan emosi asas yang menjadi sumber utama proses perubahan dan strategi daya tindak.....	386



Senarai Rajah

Rajah 1.1	Kerangka isi kandungan Bab 1	1
Rajah 1.2	Kerangka teoretikal penyelidikan	12
Rajah 1.3	Terma dalam penyelidikan	25
Rajah 2.1	Enam emosi asas dalam empat kuandran emosi	56
Rajah 2.2	Pemprosesan emosi mengikut tahap	58
Rajah 2.3	Tiga tahap kawalan dalam pemprosesan emosi-afektif otak manusia..	60
Rajah 2.4	Kepelbagaian ekspresi diri kanak-kanak menerusi lakaran badan di dalam sesi intervensi	65
Rajah 2.5	Tiga lakaran badan oleh pesakit kanser payudara dan kebimbangannya	67
Rajah 2.6	Tema hasil penggunaan lakaran badan oleh pesakit kanser lelaki dan wanita dewasa	71
Rajah 2.7	Penyelidikan lakaran badan-emosi berskala besar; projek 'Emotionally Vague'	75
Rajah 2.8	Hasil penyelidikan lakaran badan-emosi	77
Rajah 2.9	Gambar lakaran badan dan dua tahap penilaian 'emosi takut' paling kuat dan paling lemah	79
Rajah 2.10	Hasil penyelidikan <i>emBODY</i> pemetaan emosi di badan	80
Rajah 2.11	Pemetaan emosi di badan (kelompok normal dan pesakit skizofrenia)	84
Rajah 2.12	Kedudukan penyelidikan ini daripada sorotan penyelidikan lalu berkaitan lakaran badan	92
Rajah 2.13	Kedudukan penyelidikan ini dalam bidang lapangan ilmu	126
Rajah 3.1	Carta aliran bagi proses pengumpulan data dan analisis data penyelidikan	156
Rajah 3.2	Langkah dalam analisis data menggunakan Teori Asas	167
Rajah 3.3	Pengekoden awal menggunakan kaedah 'free quotation' pada dokumen awal	169
Rajah 3.4	Pengekoden awal yang telah dilabel semula kepada pengekoden berfokus mengikut kategori utama	171
Rajah 3.5	Contoh senarai pengekoden berfokus dan bilangan petikan yang dilabelkan	172

Rajah 3.6	Contoh kod-kod yang dikelompokkan (<i>code group</i>) di dalam <i>Atlas</i> <i>ti</i>	173
Rajah 3.7	Contoh pengelompokan 124 kod kepada 5 subkategori 4.1.1.	174
Rajah 3.8	Contoh dokumen visual CE-BME bagi Pegawai Psikologi (Kaunseling) T13	176
Rajah 4.1	Tiga kategori utama di bawah proses membantu	192
Rajah 4.2	Enam kategori di bawah proses membantu ‘Berkaitan proses terapeutik’	193
Rajah 4.3	12 subkategori proses membantu ‘Memfokus kepada aspek emosi’...	209
Rajah 4.4	Subkategori bagi proses membantu berkaitan proses terapeutik beserta bilangan kod dari analisis teori asas	246
Rajah 4.5	Kategori dalam proses membantu ‘Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)’	247
Rajah 4.6	Kategori dalam proses membantu ‘Berkaitan klien’	267
Rajah 4.7	Lima kategori bagi momen di dalam hasil membantu	276
Rajah 4.8	Tema di dalam 2 kategori momen hasil membantu berkaitan diri klien	277
Rajah 4.9	Kategori di dalam momen hasil membantu berkaitan proses terapeutik	290
Rajah 4.10	Kategori di dalam momen hasil membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)	298
Rajah 4.11	Kategori di dalam momen hasil membantu berkaitan ahli keluarga..	307
Rajah 4.12	Kategori di dalam momen hasil membantu berkaitan sosial klien	312
Rajah 4.13	Kategori utama dalam proses tidak membantu	315
Rajah 4.14	Subkategori bagi proses tidak membantu berkaitan diri Pegawai Psikologi (Kaunseling)	317
Rajah 4.15	Subkategori bagi proses tidak membantu berkaitan diri klien	321
Rajah 4.16	Subkategori bagi proses tidak membantu berkaitan proses penggunaan CE-BME	324
Rajah 4.17	Subkategori bagi proses tidak membantu berkaitan ibu bapa	326
Rajah 4.18	Kategori utama di dalam momen hasil tidak membantu	328
Rajah 4.19	Subkategori utama bagi hasil tidak membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)	330
Rajah 4.20	Subkategori utama bagi hasil tidak membantu berkaitan klien	334

Rajah 4.21	Rajah keseluruhan dapatan objektif kajian	339
Rajah 4.22	Enam peringkat protokol lengkap penggunaan CE-BME dari dapatan proses dan hasil membantu dan tidak membantu	340
Rajah 4.23	Kod atau tema dari proses membantu 4.1.1.6: Strategi daya tindak ...	345
Rajah 4.24	Pemetaan Strategi Daya Tindak Mengikut Lokasi Anggota Badan	346
Rajah 5.1	Perbandingan dapatan proses membantu bagi penyelidikan preliminari dan sebenar	349
Rajah 5.2	Rajah keseluruhan dapatan objektif kajian bersama teori didasari.....	354
Rajah 5.3	Gambar rajah dapatan utama penyelidikan	385
Rajah 5.4	Sumbangan penyelidikan	393
Rajah 5.5	Kesimpulan dan cadangan penyelidikan akan datang	394



Senarai Lampiran

Lampiran 1	Senarai Penerbitan dan Konferens Dihadiri	419
Lampiran 2	Senarai Latihan Profesional dalam Bidang Terapi Seni dan Berkaitan	424
Lampiran 3	Inovasi Pengkaji di Sepanjang Perkhidmatan di KK	425
Lampiran 4	Maklumat Terperinci 19 Kes Menggunakan CE-BME.....	427
Lampiran 5	Dokumen Persetujuan Berpengetahuan Peserta Penyelidikan dan Penyelidik	430
Lampiran 6	Contoh Borang Persetujuan (Keizinan) Peserta yang Ditandatangani	434
Lampiran 7	Protokol Temu bual Separa Berstruktur bagi Peserta Penyelidikan	435
Lampiran 8	Sesi Refleksi Berkumpulan Para Peserta	437
Lampiran 9	Kelulusan Etika Penyelidikan oleh MREC, NMRR, KKM	438
Lampiran 10	Kelulusan Lanjutan Etika Penyelidikan oleh MREC, NMRR, KKM	440
Lampiran 11	Surat Pengesahan Penamatan Penyelidikan dari MREC, NMRR, KKM	441
Lampiran 12	Borang Persetujuan Penyelidik dan Kebenaran Ketua Jabatan dan Pengarah Organisasi (UUM)	442
Lampiran 13	Borang Deklarasi <i>Conflict of Interest</i> Penyelidik	443
Lampiran 14	Borang Maklum balas Penyelidik kepada Jawatankuasa Penyelidikan Perubatan (NMRR) KKM Sebelum Kelulusan Penyelidikan Diterima	446
Lampiran 15	Surat Jawapan Kebenaran Menjalankan Penyelidikan dari Ketua Profesion Pegawai Psikologi KKM Profesion Pegawai Psikologi KKM	450
Lampiran 16	Contoh Surat Pelantikan Pakar Penilai Protokol Temu bual Penyelidikan Kualitatif	451
Lampiran 17	Contoh Semakan dari Pakar Penilai Protokol Temu bual Penyelidikan Kualitatif	453

Lampiran 18	Surat Balasan dari Pakar Kaunseling.....	455
Lampiran 19	Surat Emel dan Balasan daripada Pakar Rujuk Bidang <i>Bodily Maps of Emotions</i>	456
Lampiran 20	Contoh Skrip Pegawai Psikologi (Kaunseling) untuk Penggunaan CE-BME dalam Sesi	458



Senarai Nama Singkatan

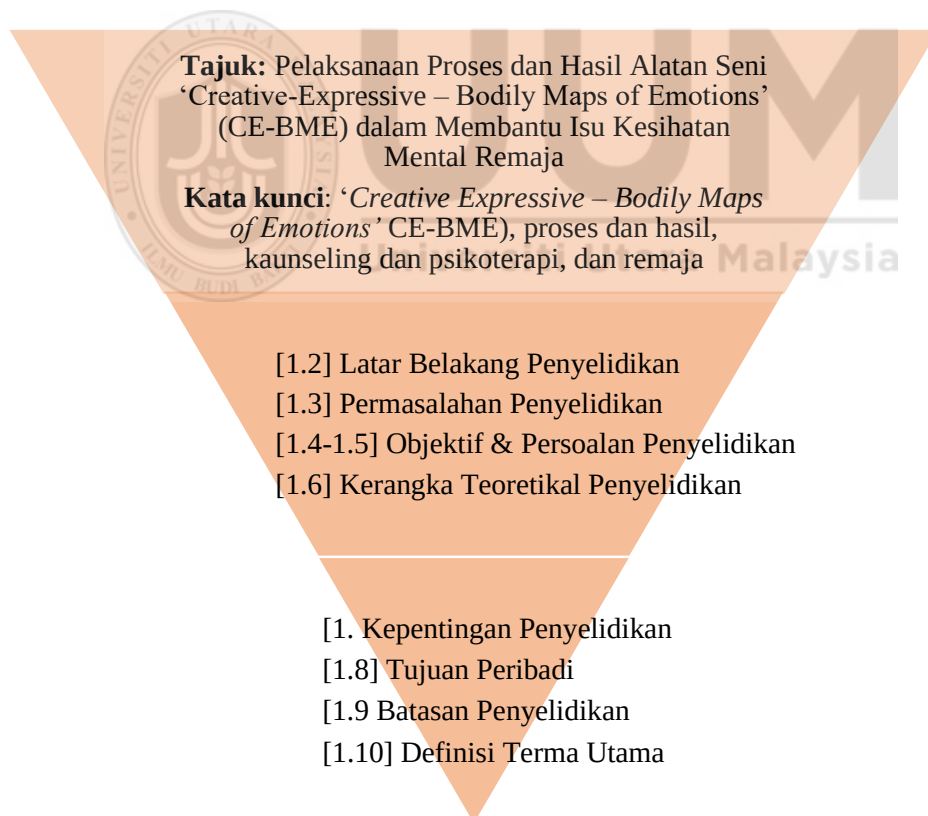
AACAP	<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>
AATA	<i>American Art Therapy Association</i>
ACEs	<i>Adverse Childhood Experiences</i>
AHS	<i>Adolescent Health Survey</i>
ANATA	<i>Australian National Art Therapy Association</i>
BAAT	<i>British Association of Art Therapists</i>
CATA	<i>Canadian Art Therapy Association</i>
CDC	<i>Center for Disease Control (Pusat Kawalan Penyakit dan Pencegahan)</i>
CE-BME	<i>Creative Expressive-Bodily Maps of Emotions</i>
DASS	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i>
IEATA	<i>International Expressive and Arts Therapy Association</i>
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
KPM	Kementerian Pelajaran Malaysia
KPT	Kementerian Pendidikan Tinggi Malaysia
KPWKM	Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat
MDD	<i>Major Depression Disorder</i>
MHPSS	<i>Mental Health and Psychosocial Support</i>
MREC	<i>Medical Research and Ethics Committee</i>
NHMS	<i>National Health and Morbidity Survey</i>
NMRR	<i>National Medical Research Register</i>
SDG	<i>Sustainable Development Goal</i>
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
WHO	<i>World Health Organisation</i>

BAB SATU

PENGENALAN

1.1 Pengenalan

Bab ini akan menerangkan secara keseluruhan mengenai penyelidikan yang telah dijalankan meliputi latar belakang penyelidikan, permasalahan, objektif, persoalan penyelidikan serta kerangka teoretikal penyelidikan. Selain itu, kepentingan penyelidikan dan batasan penyelidikan juga dijelaskan. Bab ini berakhir dengan definisi terma utama di dalam penyelidikan ini dan ringkasan bab pertama. Rajah 1.1 di bawah menunjukkan kerangka sub topik di dalam bab 1 ini.



Rajah 1.1. Kerangka isi kandungan Bab 1

1.2 Latar Belakang

Keadaan pada masa kini secara global menunjukkan bahawa masalah kesihatan mental bukan sahaja dialami oleh orang dewasa malahan golongan lebih muda lagi, iaitu remaja. 1 daripada 7 remaja berusia 10-19 tahun mengalami gangguan kesihatan mental dan sebahagian besarnya tidak dikenalpasti dan dirawat lebih awal (*World Health Organization*, WHO, 2021). Tekanan merupakan satu perkara normal yang dialami oleh manusia dengan pelbagai respons dan strategi daya tindakan yang dihasilkan, namun sekiranya berada dalam keadaan tekanan berpanjangan; ia boleh memudaratkan sehingga menimbulkan masalah kesihatan mental dan fizikal (Aldwin, 2009; Everly Jr & Lating, 2019; Lazarus & Folkman, 1984).

Pertubuhan Kesihatan Sedunia, WHO menyatakan bahawa separuh daripada penyakit mental ini bermula ketika usia 14 tahun (WHO, 2018) dan kira-kira 20% kanak-kanak dan remaja di dunia mengalami isu kesihatan mental (WHO, n.d.). Di Malaysia, aliran semasa bagi keseriusan kesihatan mental remaja dapat dilihat menerusi Tinjauan Kesihatan Remaja Malaysia (*Adolescents Health Survey*) yang berusia 13 hingga 17 tahun dan kesihatan mental kanak-kanak dan remaja berusia 5-15 tahun (Institut Kesihatan Umum, 2012, 2017, 2019, 2023). Tambahan pula dalam laporan Tinjauan Kesihatan dan Morbiditi Kebangsaan (NHMS) pada tahun 2015 menunjukkan prevalen tertinggi bagi rakyat Malaysia yang mengalami masalah kesihatan mental adalah dari golongan muda yang berusia 16-19 tahun.

Jadual 1.1 menunjukkan dapatan tinjauan NHMS pada tahun 2012, 2017, 2019 dan 2023. Dapatan menunjukkan bahawa remaja berusia 13 hingga 17 tahun mengalami

gejala kemurungan, keresahan dan tekanan pada tahap hampir sama bagi tahun 2012 dan 2017, iaitu kemurungan sebanyak 17.7% dan 18.3%, keresahan sebanyak 39.5% dan 39.7%, dan tekanan sebanyak 10.1% dan 9.6%. Secara mudah pemahaman, 1 dalam 5 remaja di Malaysia mengalami kemurungan, 2 dalam 5 mengalami keresahan dan 1 dalam 10 mengalami tekanan. Bagi tahun 2019 pula, tiada data pecahan bagi ketiga-tiga aspek kesihatan mental, namun dilaporkan 1 dalam 13 kanak-kanak dan remaja berusia 5-15 tahun mengalami gangguan kesihatan mental (7.9%) dan berlaku peningkatan mendadak dua kali ganda (16.7%) pada tahun 2023.

Jadual 1.1

Trend Kesihatan Mental Remaja di Malaysia: Perbandingan Berdasarkan Kategori Usia (2012-2023)

Tahun	2012	2017	2019	2023
Isu / Usia	13-17 tahun	13-17 tahun	5-15 tahun	5-15 tahun
Kemurungan (1 dalam 5)	17.7%	18.3%		
Keresahan (2 dalam 5)	39.5%	39.7%		
Tekanan (1 dalam 10)	10.1%	9.6%		
Gangguan kesihatan mental			7.9% (1 dalam 13)	16.7% (1 dalam 6)

Sumber: Institut Kesihatan Umum (2012, 2017, 2019, 2023)

Bagi memahami isu kesihatan mental bagi data tahun terkini (2022) untuk kelompok remaja di Malaysia, Jadual 1.2 dipersembahkan di bawah. Prevalen atau perkadaran kesihatan mental remaja di Malaysia didapati telah meningkat secara konsisten bagi

tempoh 10 tahun, secara sela 5 tahun; iaitu 2012, 2017 dan 2022. Ini bagi aspek ‘berasa kesunyian’, dan ‘rasa murung’; dengan prevalen bagi perasaan murung meningkat dari 17.7% (2012) kepada 18.3% (2017) dan mendadak sehingga 26.9% (2022). Manakala peningkatan dua kali ganda didapati bagi aspek ‘berasa kesunyian’, iaitu dari 8.1% (2012) kepada 16.2% (2022). Ini bermakna terkini (2022), prevalen (perkadaran) menunjukkan bahawa, 3 dari 10 remaja mempunyai perasaan murung dan 2 dari 5 berasa kesunyian.

Jadual 1.2

Trend Kesihatan Mental Remaja Malaysia: Prevalen Rasa Murung dan Kesunyian (2012-2022)

Prevalen isu kesihatan mental	Remaja (13-17 tahun)		
	2012	2017	2022
Rasa murung	17.7%	18.3%	26.9%
Berasa kesunyian	8.1%	9.3%	16.2%

Sumber: Institut Kesihatan Umum (2022)

Keadaan kesihatan mental golongan remaja yang semakin membimbangkan ini perlu dibantu dengan berkesan, agar pengalaman kesihatan mental yang lebih serius sewaktu dewasa kelak dapat dibendung (Merrick et al., 2019). Oleh yang demikian, aspek bantuan kaunseling dan psikoterapi dalam perawatan merupakan antara perkara yang dititikberatkan dalam usaha menangani keadaan ini (Merrick et al., 2019; Insitut Kesihatan Umum, 2022; WHO, 2021).

Pendekatan perawatan kesihatan mental sewaktu mengendalikan klien yang mengalami simptom tekanan kebiasaannya adalah dengan menggunakan kaedah inventori khusus seperti temu bual bersemuka atau menjawab soal selidik. Antara ujian psikometrik yang digunakan di *setting* Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) adalah penilaian saringan kemurungan, kebimbangan dan tekanan (*Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS*) serta beberapa ujian psikometrik berkaitan psikologi yang lain seperti Ujian Personaliti, Ujian Kemarahan, Ujian Kerjaya, Ujian Estim Diri, Ujian Tekanan Keluarga, Ujian Masalah Mooney, Ujian Ketegasan atau Asertif, Ujian Kesukaran dan Kekuatan Kanak-kanak (*Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ*), Indikator Perwatakan Unggul (IPU) serta lain-lain ujian piawai yang berkaitan.

Apabila simptom fizikal tidak dapat dikaitkan dengan siasatan perubatan, pegawai perubatan akan merujuk pesakit kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) kerana ia berkaitan dengan punca psikologi, bukan faktor biologi atau secara perubatan. Di sektor kesihatan di Malaysia, seramai 169 orang Pegawai Psikologi (Kaunseling) berada di pelbagai *setting* di bawah KKM seperti hospital, klinik kesihatan, Institut Latihan Perubatan, Jabatan Kesihatan Negeri, Pejabat Kesihatan Daerah dan Institut Kesihatan.

Menurut Ruhana Mahmud yang merupakan Ketua Profesion Pegawai Psikologi di KKM di dalam artikel oleh Bernama (2018), proses kaunseling bagi membantu isu kesihatan mental oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM banyak menggunakan kaedah proses kaunseling dengan kaedah yang lebih spesifik. Selain ujian psikometrik, Pegawai Psikologi (Kaunseling) ini turut menggunakan pendekatan kaunseling

kesihatan mental dengan pendekatan terapi kognitif dan tingkah laku serta terapi seni untuk klien remaja. Penggunaan alatan terapi seni kreatif seperti ‘body outline-emotion’ yang dinamakan *Creative Expressive – Bodily Maps of Emotions* (CE-BME) yang telah digunakan semenjak tahun 2013 oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) didapati turut membantu proses kaunseling dan psikoterapi didalam *setting* KKM, secara dasarnya.

1.3 Pernyataan Masalah

Di KKM, penggunaan alatan seni CE-BME oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) hanya berpandukan garis panduan asas lima langkah. Namun, belum ada kajian yang menilai keberkesanan proses dan hasilnya dalam konteks terapi. Penyelidikan sedia ada berkaitan penggunaan alatan *body outline* di dalam sesi terapi telah dimulakan oleh Steinhardt (1985), yang memperkenalkan aktiviti lakaran badan tanpa memfokus kepada emosi dan melaporkan aplikasinya secara deskriptif dalam sesi terapi bersama kanak-kanak dan remaja. Selain itu, beberapa kajian lain berkaitan alatan *body outline* juga telah dilakukan dalam konteks isu kesihatan mental seperti kecelaruan pemakanan (‘bulimia’ dan ‘anorexia nervosa’) (Anderson, 2008; Guez et al., 2010; Williams et al., 2014), trauma dan kehilangan (Collings et al., 2021; Luzzatto et al., 2022), serta isu kesihatan fizikal seperti kanser dan sumbing mulut (Abd-elsayed et al., 2013; Barel-Shoshani & Kreitler, 2017; Luzzatto et al., 2003). Namun, kajian-kajian ini lebih menumpukan kepada aplikasi kuantitatif alatan tersebut.

Kajian terdahulu lebih menumpukan kepada penggunaan *body outline* dalam konteks kesihatan mental dan fizikal, tetapi kurang memberi perhatian kepada hubungan antara lakaran badan dan emosi. Di sinilah muncul konsep *body outline-emotion*, yang mula diterokai oleh O'Brien (2007) dan diperkembangkan oleh O'Brien et al. (2016). Di samping itu, alatan *emBODY*, yang menekankan hubungan antara lakaran badan dan emosi secara kuantitatif, dipelopori oleh Nummenmaa et al. (2014). Kajian lanjut mengenai alatan *emBODY* diteruskan bagi kelompok dewasa yang mengalami masalah kesihatan mental seperti *Major Depression Disorder* (MDD) (Lyons et al., 2020) dan skizofrenia (Torregrossa et al., 2018). Walaupun terdapat beberapa kajian berkaitan penggunaan *body outline-emotion*, kebanyakan kajian lebih menumpukan kepada pendekatan kuantitatif. Oleh itu, penyelidikan yang meneliti penggunaan alatan ini dari penyelidikan kualitatif dalam kaunseling dan psikoterapi remaja masih belum mencukupi.

Pendekatan kreatif melalui teknik seni sering terbukti membantu pengamal terapi dalam meningkatkan keberkesanan sesi terapi mereka (Councill, 2016; Gladding, 2016; Gussak & Rosal, 2016; Malchiody, 2012b, 2022b; Sherman, 2015). Kajian terdahulu juga menunjukkan bahawa penggunaan teknik seni kreatif dalam intervensi kaunseling terbukti membantu individu dewasa (Carr & McDonald, 2019; Regev & Cohen-Yatziv, 2018) serta kanak-kanak (Akthar & Lovell, 2018; Cohen-Yatziv & Regev, 2019; Holland et al., 2020; Jamaludin et al., 2018; McDonald et al., 2019; McDonald & Holttum, 2020; Schweizer et al., 2019; Tahar et al., 2019) yang menghadapi kesukaran untuk meluahkan permasalahan mereka secara lisan.

Di Malaysia, kajian berkaitan terapi seni telah menunjukkan keberkesanan sesi terapi menggunakan alatan seni kreatif terhadap klien (Chang Tun Kuet, 2014; Ibrahim, 2014; Ibrahim et al., 2018; Koo & Abdullah, 2020, 2021; Rosliza & Zakaria, 2015; Sh. Marzety Adibah & Baharuddin, 2015). Namun, sehingga setakat ini, terdapat satu kajian tempatan yang turut mendapatkan data dari perspektif kaunselor atau pengamal seni bermain dalam konteks pekerjaan mereka (Linda et al., 2018). Maka kajian ini akan menambah kajian dari aspek kaunselor atau pengamal terapi seni dalam sesi kaunseling atau psikoterapi.

Penyelidikan dalam bidang proses perubahan terapi (*change process research*) secara kualitatif bertujuan untuk mengenal pasti aspek penting yang membantu dan tidak membantu di dalam sesi terapi (Elliott et al., 2001; Elliott, 2010; Timulak, 2010). Penyelidikan proses perubahan dalam kaunseling secara lisan telah banyak dilaporkan dari perspektif klien dan terapis (Antoniou et al., 2017; Cooper & Mcleod, 2015; Dhese et al., 2021; Forzoni et al., 2010; Halsall & Cooper, 2023; McArthur et al., 2016; Morgan & Cooper, 2015; Omylinska-Thurston & Cooper, 2014b; Revell et al., 2014; Simonsen & Cooper, 2015; Stephen et al., 2021; Traynor et al., 2011; Verasamy & Cooper, 2021; Watson et al., 2012).

Walaupun kajian proses perubahan dalam kaunseling secara lisan telah banyak dijalankan (Antoniou et al., 2017; Cooper & Mcleod, 2015), kajian yang meneliti aspek perubahan dalam terapi seni, terutama dari segi membantu dan tidak membantu,

masih sangat terhad. Satu-satunya kajian tempatan yang memberi fokus kepada aspek ini ialah oleh Azizah Abdullah (2015, 2021a,b,c) dan Koo Kian Yong dan Azizah Abdullah (2020, 2023a,b). Sehingga kini, didapati kajian yang mendalami bagaimana alatan seni kreatif *body outline-emotion* digunakan dalam proses kaunseling dan psikoterapi remaja serta hasilnya terhadap perubahan terapeutik masih amat terhad berdasarkan penelitian literatur yang telah dilakukan.

Protokol alatan seni kreatif dalam terapi remaja seperti *Art Therapy*, *Sandplay Therapy*, *Expressive Arts Therapy*, dan *Cognitive-Behavioral Art Therapy* (CBAT) telah dibangunkan dengan komprehensif dan jelas. Malchiodi (2012a, 2005) menerangkan panduan jelas bagi penggunaan seni visual dan seni ekspresif, sementara Kalff (1980) menggariskan teknik terapi main pasir, dan Buchalter (2017) menyatukan seni visual dengan terapi kognitif-tingkah laku dalam CBAT. Alatan ini turut menyediakan protokol berstruktur bagi aspek emosi yang dikaitkan dengan daya tindak remaja dengan lebih berkesan. Bagi alatan seni CE-BME, garis panduan penggunaan alatan adalah lima langkah mudah dan belum ada protokol yang komprehensif bagi pengamalnya di *setting* KKM. Protokol yang lengkap dan berstruktur dalam terapi seni adalah penting untuk memastikan keberkesanan intervensi dan konsistensi pelaksanaan dalam pendekatan terapeutik (Corey, 2016; Malchiodi, 2012; N. Rogers, 1993).

Setelah mengkaji keseluruhan permasalahan dari penyelidikan terdahulu serta jurang penyelidikan yang belum terjawab dalam bidang penyelidikan *body outline*, *body*

outline-emotion, pelaksanaan proses dan hasil dalam kajian proses perubahan menggunakan pendekatan kreatif dan protokol komprehensif bagi alatan seni CE-BME, maka penyelidikan ini dilaksanakan untuk mendapatkan maklumat yang mendalam tentang pelaksanaan proses dan hasil alatan seni CE-BME oleh Pegawai Psikologi Kaunseling di KKM dalam membantu isu kesihatan mental remaja. Penyelidikan ini juga bertujuan untuk menghasilkan protokol yang lengkap berkaitan pengurusan emosi dan daya tindak remaja berdasarkan dapatan proses dan hasil penyelidikan secara kualitatif berbentuk fenomenologi ini.

Seterusnya, penyelidikan ini akan menyumbang kepada peningkatan pengetahuan dalam bidang aplikasi alatan seni *body outline*, *body outline-emotion*, dan proses perubahan dalam kaunseling dan psikoterapi remaja yang dirujuk untuk bantuan di *setting* kesihatan mental secara berasaskan bukti ('evidence-based approach') (Kazak et al., 2010; Roberts et al., 2017).

1.4 Persoalan Kajian

Kajian ini bertujuan untuk menjawab persoalan berikut:

- 1) Bagaimanakah proses dan hasil membantu pelaksanaan alatan seni '*Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions*' (CE-BME) kepada remaja yang mengalami isu kesihatan mental oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM?
- 2) Bagaimanakah proses dan hasil tidak membantu pelaksanaan alatan seni '*Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions*' (CE-BME) kepada remaja

yang mengalami isu kesihatan mental oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM?

- 3) Bagaimanakah protokol cadangan bagi aspek emosi dan daya tindak remaja dapat dihasilkan daripada proses dan hasil pelaksanaan alatan seni '*Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions*' (CE-BME) dalam membantu isu kesihatan mental remaja?

1.5 Objektif Kajian

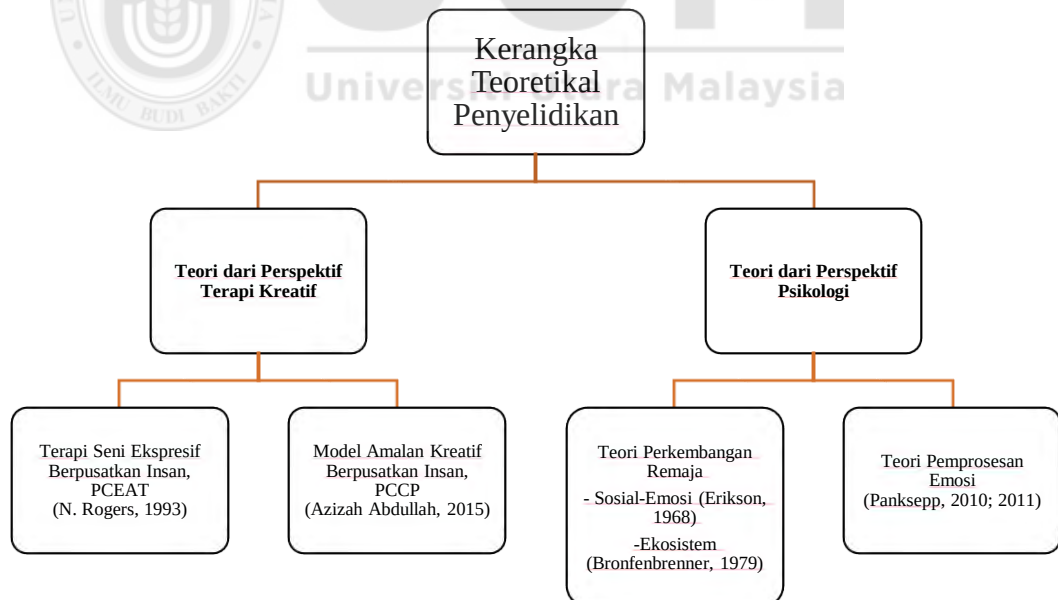
Secara umum, kajian ini bertujuan untuk memahami bagaimana pelaksanaan proses dan hasil alatan seni '*Creative-Expressive Bodily Maps of Emotions*' (CE-BME) dalam membantu isu kesihatan mental remaja. Objektif khusus kajian ini adalah:

- 1) Untuk menghuraikan proses dan hasil membantu dalam pelaksanaan alatan seni '*Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions*' (CE-BME) kepada remaja yang mengalami isu kesihatan mental oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM;
- 2) Untuk menghuraikan proses dan hasil tidak membantu dalam pelaksanaan alatan seni '*Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions*' (CE-BME) kepada remaja yang mengalami isu kesihatan mental oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM;
- 3) Untuk menghasilkan protokol cadangan bagi aspek emosi dan daya tindak remaja dari pelaksanaan proses dan hasil alatan seni '*Creative-Expressive:*

Bodily Maps of Emotions’ (CE-BME) dalam membantu isu kesihatan mental remaja.

1.6 Kerangka Teoretikal

Di dalam sesuatu penyelidikan, teori atau pendekatan adalah penting untuk seseorang pengamal atau pengkaji kerana ia i) menjadi tulang belakang yang mendasari segala aspek teoritikal dan konseptual penyelidikan, ii) menyediakan kaedah yang mencukupi atau bersesuaian untuk penyelidikan itu, (iii) menyediakan kerangka untuk tujuan analisis; dan iv) menyediakan penjelasan yang baik untuk dunia pragmatik secara realistik berasaskan praktikal berbanding teoretikal (Nilsen, 2020; Wacker, 1998). Dua skop teori menjadi asas kepada penyelidikan ini, iaitu (i) teori dari perspektif terapi kreatif dan (ii) teori dari perspektif psikologi.



Rajah 1.2. Kerangka teoretikal penyelidikan

Rajah 1.8 di atas menunjukkan dua skop teori dalam penyelidikan ini. Pendekatan humanistik terapi seni ekspresif berpusatkan insan (PCEAT; *Person centered expressive art therapy*) oleh N. Rogers (1993) dipilih kerana pengkaji mendapati bahawa pendekatan ini paling sesuai bagi aplikasi medium kreatif terapi dalam golongan remaja yang mengalami permasalahan atau isu tekanan yang tidak dapat diluahkan dengan mudah secara verbal (Bosgraaf, et. al., 2020; Cooper, et. al., 2013; Richardson, 2015; Sesar, et. al., 2022).

N. Rogers (1993) menekankan bahawa emosi atau perasaan adalah terowong atau proses yang perlu dilalui agar manusia dapat berpindah dari satu tahap ke satu tahap diri yang lain, melalui kesedaran diri, kefahaman diri dan keutuhan diri. Penyelidikan ini memfokuskan kepada alatan seni CE-BME yang dijangkakan dapat membantu dalam proses psikoterapi remaja dari aspek emosi yang diproses agar remaja ini dapat meningkatkan diri mereka ke tahap sendiri yang lebih baik akibat dari isu kesihatan mental yang dialami.

Teori kedua di dalam terapi kreatif yang mendasari penyelidikan ini adalah model pendekatan humanistik ‘Amalan Kreatif Berpusatkan Insan’ (*Person Centered Creative Practice*, PCCP; Azizah Abdullah, 2015). PCCP adalah hasil penyelidikan peringkat Doktor Falsafah, Azizah Abdullah (2015) yang menggabungkan pendekatan terapi permainan, terapi seni ekspresif dan terapi seni visual berpusatkan insan. Azizah Abdullah (2015) juga telah berjaya melaksanakan penyelidikan berbentuk penerokaan yang mendalam ke atas 40 orang Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang mengamalkan pendekatan terapi seni ekspresif dan bermain secara pemusatan insan. Satu model

konseptual PCCP kontemporari bagi konteks pengamalan para Pegawai Psikologi (Kaunseling) pada masa kini merupakan hasil akhir penyelidikan Azizah Abdullah (2015).

Oleh itu, kedua-dua teori ini (PCEAT dan PCCP) amat sesuai mendasari kajian ini dalam memahami lebih mendalam tentang proses dan hasil pelaksanaan alatan seni kreatif ekspresif CE-BME. CE-BME merupakan gabungan terapi seni ekspresif dan amalan kreatif kontemporari (moden) buat Pegawai Psikologi (Kaunseling) masa kini.

Skop kedua bagi teori penyelidikan ini adalah teori berkaitan psikologi yang merangkumi dua teori perkembangan remaja berkaitan emosi dan sosial; Teori Perkembangan Sosial-Emosi (Erikson, 1968) dan Teori Ekologi (Bronfenbrenner, 1979). Selain itu teori psikologi berkaitan emosi turut mendasari penyelidikan ini iaitu Teori Pemprosesan Emosi (Panksepp, 2010; 2011). Ketiga-tiga teori psikologi ini perlu menjadi dasar kepada kefahaman mengenai aspek perkembangan remaja, persekitaran sosial remaja dan pemprosesan emosi dalam membantu proses psikoterapi yang dilaksanakan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam menggunakan alatan seni CE-BME.

Teori Perkembangan Sosial-Emosi (Erikson, 1968), bagi peringkat remaja, tahap 'Identity lawan Keliru Peranan' sangat relevan dengan isu kesihatan mental remaja. Pada tahap ini, remaja mengalami pencarian identiti dan berdepan dengan kekeliruan peranan dalam masyarakat. Kekeliruan dalam mencari identiti boleh menyebabkan perasaan tidak selamat, ketidakstabilan emosi, dan kebimbangan yang sering menjadi

faktor risiko untuk masalah kesihatan mental seperti kemurungan, kebimbangan dan rendah diri (Erikson, 1968 & Kroger, 2007). Pencarian identiti yang berjaya membantu remaja membentuk perasaan sendiri yang positif dan stabil emosi, amat penting untuk kesejahteraan mental mereka.

Teori Ekologi oleh Bronfenbrenner (1979) pula menumpukan bagaimana pelbagai lapisan persekitaran mempengaruhi perkembangan emosi dan kesihatan mental remaja. Pengaruh dari mikrosistem seperti keluarga, rakan sebaya, dan sekolah adalah faktor utama yang mencorakkan kesejahteraan emosi remaja. Masalah dalam persekitaran seperti tekanan sosial, kurangnya sokongan dari keluarga, atau masalah dalam hubungan dengan rakan sebaya boleh mencetuskan masalah kesihatan mental (Cicchetti & Rogosch, 2002; Tudge, et al., 2009). Pendekatan ekologi Bronfenbrenner membantu memahami bahawa isu kesihatan mental remaja bukan hanya masalah individu tetapi juga berkaitan dengan konteks sosial dan persekitaran mereka.

Teori pemprosesan emosi oleh Panksepp (2010; 2011) pula menjelaskan tiga peringkat pemprosesan emosi yang berlaku di dalam sistem emosi di otak manusia. Tiga tahap ini memberi kesan kepada emosi semasa dan tindakan manusia selanjutnya. Ia bermula dari emosi proses primer, emosi proses sekunder dan emosi kesan tertier sehingga kepada tingkah laku yang ditunjukkan oleh seseorang manusia hasil daripada proses emosi yang berlaku di otaknya.

Teori berkaitan psikologi ini diperjelaskan lebih mendalam di dalam Bab 2. Apabila kesemua teori ini dipegang dan didasari dengan baik, pengkaji dapat menjadikan

pendekatan amalan kreatif ekspresif berpusatkan insan dengan pemahaman emosi secara eksklusif sebagai panduan teoretikal yang mendasari penyelidikan dalam pelaksanaan alatan seni CE-BME. Proses ini berlaku dari aspek kaedah pelaksanaan penyelidikan, penganalisan data, serta menjelaskan keadaan semasa berkaitan penggunaan alatan seni CE-BME oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM di dalam penyelidikan ini. Teori dan pendekatan ini juga menjadi dasar dan rujukan asas apabila menerangkan kembali hasil dapatan di dalam bab 4 dan 5 kelak.

1.7 Kepentingan Kajian

Kepentingan penyelidikan ini merangkumi sumbangan kepada beberapa peringkat atau bidang, iaitu peringkat negara, kementerian, organisasi dan komuniti, dan teori dan penyelidikan yang dijangka akan memberi manfaat dalam pelbagai aspek.

1.7.1 Sumbangan kepada Negara

Hasil penyelidikan telah menyumbang kepada usaha meningkatkan prestasi pencapaian SDG (Matlamat Pembangunan Mampan) yang baik bagi Matlamat 3: Kesihatan yang Baik dan Kesejahteraan. Matlamat 3 SDG pada masa kini telah mencapai ketersediaan indikator ketiga tertinggi (89%) selepas Matlamat 4: Pendidikan Berkualiti (92%) dan dan Matlamat 9: Industri, Inovasi dan Infrastruktur (92%) (Jabatan Perangkaan Malaysia Jabatan Perdana Menteri, 2021).

Selain itu penyelidikan ini juga memenuhi usaha di dalam strategi ketiga di dalam Pelan Strategik KKM 2021-2025 bagi mencegah dan mengawal penyakit tidak berjangkit. Keadaan ini juga selari dengan fokus kerajaan Malaysia dalam hala tuju

Rancangan Malaysia ke-12 (2021-2025) bagi perkhidmatan penjagaan kesihatan rakyat Malaysia yang negara mahu memerangi penyakit tidak berjangkit (Unit Perancang Ekonomi, 2021). Hal ini demikian kerana penyakit mental adalah penyakit tidak berjangkit dan kesihatan yang baik yang ingin dicapai negara turut meliputi kesihatan mental masyarakat seluruhnya.

1.7.2 Sumbangan kepada Kementerian

Maklumat dari penyelidikan ini juga dijangka dapat membantu pihak terlibat dengan kesihatan (KKM), pendidikan (KPM: Kementerian Pelajaran Malaysia dan KPT: Kementerian Pendidikan Tinggi Malaysia) serta berkaitan wanita, keluarga dan kemasyarakatan (KPWKM: Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat) bagi kesihatan dan kesejahteraan golongan muda. Usaha untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan klinikal bagi golongan remaja di Malaysia dari aspek pengurusan simptom tekanan oleh profesional di lapangan oleh para profesional kesihatan mental juga merupakan antara sumbangan yang dapat diberikan, seperti model kerangka MHPSS Kanak-kanak dan Remaja (UNICEF & Institut Kesihatan Malaysia, 2022).

Hal ini demikian kerana tekanan bermula dengan simptom fizikal dan adalah amat penting dilakukan pengesanan awal serta bantuan khusus di peringkat primer sebelum ia menjadi lebih kompleks dan kronik. Pembuat polisi di pihak kementerian tersebut dapat menggunakan dapatan penyelidikan ini bukan sahaja bagi memperkasakan ilmu kaunseling dan kesihatan mental di peringkat perawatan (KKM) malahan di peringkat

pendidikan dan promosi kesihatan di samping pencegahan yang bermula di peringkat prasekolah, sekolah rendah dan menengah.

1.7.3 Sumbangan kepada Organisasi dan Komuniti

Penyelidikan ini akan menambah nilai kemahiran dan teknik kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling), Pegawai Psikologi (Kaunseling), kaunselor, petugas paramedik, dan doktor perubatan di satu-satu organisasi dan komuniti yang melaksanakan sesi bantuan sama ada kaunseling profesional mahupun sokongan perawatan kepada golongan remaja. Organisasi adalah tidak terhad kepada kerajaan sahaja malahan badan bukan kerajaan dan swasta. Terdapat ramai Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan kaunselor di Pertubuhan Bukan Kerajaan (NGO) yang menawarkan perkhidmatan kaunseling yang dipercayai dekat kepada golongan remaja di peringkat komuniti. Organisasi kerajaan adalah seperti Lembaga Penduduk dan Pembangunan Keluarga Negara (LPPKN), Klinik Nur, Klinik Kesihatan Kerajaan, Jabatan Kebajikan Masyarakat, sekolah, dan pusat jagaan juga boleh menggunakan aplikasi dan ilmu kemahiran berkaitan penyelidikan ini kepada kelompok sasaran yang mereka hadapi sehari-hari.

1.7.4 Sumbangan kepada Teori dan Badan Ilmu

Sumbangan kajian ini memberi impak bukti empirikal yang baru bagi mendokong teori seni kreatif dalam kaunseling dan psikoterapi yang mendasari kajian ini iaitu *Person Centered Expressive Art Therapy* (PCEAT) (N. Rogers, 1993) dan model *Person Centered Creative Practice* (PCCP) (Azizah Abdullah, 2015). Hasil

sumbangan penyelidikan ini menunjukkan bagaimana protokol baru dihasilkan secara empirikal dari segi pelaksanaan proses dan hasil alatan seni CE-BME dalam membantu isu kesihatan mental remaja. Secara tidak langsung, kajian ini turut menyumbang kepada badan pengetahuan di dalam kajian proses dan hasil membantu dan tidak membantu di dalam kaunseling dan psikoterapi.

Teori perkembangan remaja berkaitan emosi, iaitu Teori Sosial-Emosi Erikson, Teori Ekosistem Bronfenbrenner dan Teori Pemprosesan Emosi Panksepp juga dapat diperjelaskan lagi dari sudut terapi dan strategi pengurusan emosi dan daya tindak golongan remaja kepada bukan sahaja Pegawai Psikologi (Kaunseling) malahan Pegawai Psikologi (Kaunseling) lain menggunakan alatan seni kreatif ini nanti.

Dalam badan ilmu pengetahuan alatan seni badan emosi, O'Brien (2007) dan O'Brien et al., (2016) yang telah menghasilkan penerokaan awal berkaitan alatan seni emosi di badan ini telah mendapati kewujudan emosi di tubuh badan manusia, dan selanjutnya perintis kajian kuantitatif bagi alatan '*emBODY*' (Nummenmaa et.al, 2014) turut menyatakan bahawa alatan ini boleh dikembangkan kepada aspek terapi bagi kesihatan mental. Maka kajian ini akan dapat menambah ilmu dalam badan pengetahuan bidang emosi di badan manusia.

Seterusnya dari aspek badan ilmu, kajian ini merupakan satu kajian replikasi yang dikembangkan daripada penyelidikan peringkat Ijazah Doktor Falsafah oleh Dr. Azizah Abdullah, di Universiti Strathclyde, United Kingdom. Penyelidikan beliau tentang persepsi, proses dan hasil penggunaan terapi seni kreatif oleh terapis di United

Kingdom (UK) dan Amerika Syarikat (AS) adalah penyelidikan terawal dalam bidang terapi seni, yang menggunakan pendekatan kualitatif '*grounded theory*' sehingga menghasilkan konsep berasaskan teori daripada proses simbolisasi amalan kreatif (*theory-based concept of creative practice symbolization process*) (Azizah, 2015). Maka dapatan kajian ini mampu menambah sumbangan kepada bidang penyelidikan proses dan hasil menggunakan alatan seni di dalam sesi kaunseling dan psikoterapi.

1.8 Tujuan Peribadi

Rogers menyatakan di dalam penulisannya bahawa seseorang penyelidik mampu menjelaskan pemikiran peribadi dan pengalamannya melalui penyelidikan yang menggunakan pendekatan berpusatkan insan (Haselberger & Hutterer, 2013). Hal ini demikian kerana menurut Rogers lagi, ia kelihatannya sains yang terbaik, yang tujuan utamanya adalah untuk memberikan rasa lebih kepuasan daripada hipotesis yang boleh dipercayai, dan meningkatkan kepercayaan dan keyakinan untuk diri pengkaji itu sendiri. Ia adalah cara untuk memperoleh celik akal terhadap fenomena yang dilihat relevan atau berkaitan dengan diri kita sendiri. Rogers juga menggariskan beberapa model sains yang berbeza dengan pendapat-pendapat saintifik. Tambahnya lagi, pendekatan berpusatkan insan dalam penyelidikan kelihatannya amat diperlukan.

Secara peribadi, dari keterlibatan dan perkhidmatan pengkaji sebagai kaunselor di NGO dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM selama 13 tahun dari tahun 2006 sehingga 2019 sewaktu memulakan pengajian peringkat Ijazah Doktor Falsafah, pendekatan berpusatkan insan adalah didapati amat sesuai untuk kaunseling dan psikoterapi golongan muda, iaitu remaja. Hal ini demikian kerana klien yang

difokuskan di dalam kaunseling dan psikoterapi akan berasa selesa, selamat, dan mempercayai kaunselor yang sentiasa mempamerkan ciri terapeutik, tiada andaian atau sangkaan tertentu, di samping membenarkan klien untuk bergerak atau berubah dalam kemampuan diri mereka sendiri untuk satu–satu perubahan seperti matlamat kaunseling dan psikoterapi yang ingin dicapai oleh mereka sendiri.

Pengkaji juga percaya bahawa alatan seni kreatif mampu meningkatkan keupayaan klien remaja dalam penterjemahan isu dan kesukaran dalam dirinya, berikutan faktor limitasi usia dan perkembangan kognitif dan emosi mereka. Pengkaji menyaksikan sendiri akan keberkesanan proses kaunseling, dan hasil kaunseling yang menggunakan pendekatan berpusatkan insan, dengan pendekatan seni kreatif dan ekspresif. Penyelidikan dalam skop kerja harian pengkaji ini dapat memberikan lebih rasa kepuasan dalam menjawab persoalan dalam diri selama ini tentang sejauh mana alatan CE-BME ini membantu atau tidak membantu para Pegawai Psikologi (Kaunseling) kesihatan mental yang menggunakan alatan ini di dalam kerja seharian mereka dari segi proses dan hasil pelaksanaan. Pengkaji juga berhasrat dapat memperoleh sesuatu celik akal terhadap fenomena atau situasi proses kaunseling dan psikoterapi yang dilihat relevan dengan kerja yang dilakukan oleh pengkaji dan rakan sekerja yang lain.

Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM yang terlibat di dalam penyelidikan ini telah menggunakan inovasi pengkaji, iaitu '*Body Outline, Emotions and Physical Health*' semenjak tahun 2010. Inovasi ini membantu untuk pengendalian sesi kaunseling dan psikoterapi pengkaji selama 9 tahun terutama dalam mengenal pasti punca emosi kepada isu kesihatan mental klien. Ia juga dimaklumkan berkesan apabila digunakan

oleh rakan Pegawai Psikologi (Kaunseling) lain di KKM kepada pengkaji. Namun demikian, tiada penyelidikan empirikal dilakukan bagi mengkaji proses dan hasil sama ada membantu, dan tidak membantu, kepada golongan remaja. Malahan tiada protokol lengkap menyeluruh bagi pengurusan emosi dan strategi daya tindak melainkan 5 langkah asas penggunaan alatan seni ini sahaja.

Hakikatnya adalah amat penting pendekatan berasaskan bukti (*evidence-based approach*) dalam sebarang praktis kepada klien remaja yang diaplikasikan alatan seni ini (Kazak, et.al, 2010). Perkara ini akan jadi bias sekiranya pengkaji menyatakan ia berkesan tanpa melibatkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) lain dalam penggunaan alatan seni kreatif ini (Chambless, & Ollendick, 2001; Pasion et. al., 2019; Roberts, et al., 2017).

Selain itu pengkaji tidak menyaksikan Pegawai Psikolog (Kaunseling) di dalam penyelidikan ini mengendalikan sesi kaunseling atau psikoterapi mereka. Ini kerana pengkaji mempercayai kejujuran, dan ketelusan mereka dalam memberi input dari persoalan penyelidikan dan objektif penyelidikan ini. Perhubungan pengkaji dan peserta penyelidikan dikekalkan sebagai elemen utama dalam penyelidikan menggunakan pendekatan berpusatkan insan seperti dinyatakan oleh Rogers (Haselberger & Hutterer, 2013), iaitu memberi rasa kepercayaan penuh kepada peserta kajian dan kekal berada di luar dari proses kaunseling dan psikoterapi yang dialami oleh peserta kajian bersama klien remaja mereka.

Pengkaji juga telah menemu bual sendiri akan peserta penyelidikan, dan tidak menggunakan bantuan pembantu penyelidik dalam mendapatkan input dari objektif penyelidikan. Hal ini dilakukan agar konsistensi cara soalan dan nada penyoal dapat dikekalkan (Charmaz & Belgrave, 2012; Creswell, 2014). Ia turut menjadi elemen penting dalam penyelidikan kualitatif jenis fenomenikal (Creswell, 2014).

1.9 Batasan Kajian

Penyelidikan ini mempunyai batasan penyelidikan tertentu bagi mengelakkan salah interpretasi bagi hasil dapatan penyelidikan. Penyelidikan ini terhad kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), yang bekerja dengan golongan remaja serta berpengalaman menggunakan pendekatan seni kreatif di dalam perkhidmatannya. Penyelidikan ini telah memperolehi sokongan daripada Ketua Profesion Pegawai Psikologi KKM, bagi pelaksanaan penyelidikan dan didaftarkan di bawah NMRR (*National Medical Research Registry*) bernombor NMRR-19-3598-50125-IIR pada Disember 2019 kerana sampel melibatkan anggota kesihatan dan premis KKM. Seterusnya penyelidikan ini telah mendapat kelulusan etika dari Jawatankuasa Etika dan Penyelidikan Perubatan, KKM (*Medical Research and Ethics Committee*, MREC) pada 10 Februari 2020 kerana melibatkan manusia di dalam penyelidikan.

Kelulusan ini diperolehi setelah melepasi dua tahap ulasan bertulis yang dijawab melalui dokumen yang dimuat turun ke atas laman web NMRR dari persoalan yang dikemukakan oleh ahli jawatankuasa tersebut. MREC beroperasi mengikut Majlis Antarabangsa untuk Pengharmonian Keperluan Teknikal bagi Farmaseutikal

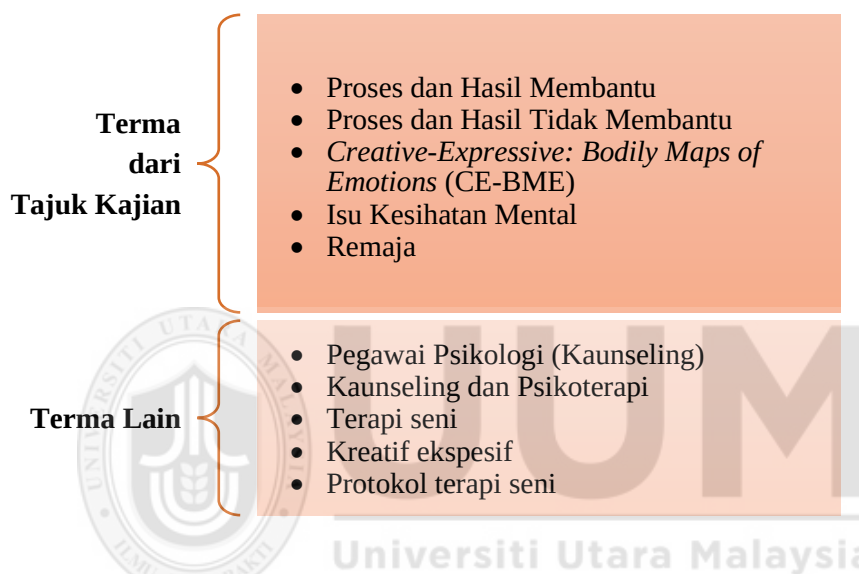
Kegunaan Manusia (ICH; *The International Council for Harmonization of Technical Requirement for Pharmaceuticals for Human Use*) dan Garis Panduan Malaysia untuk Amalan Klinikal yang Baik (*Malaysia Guideline for Good Clinical Practice*).

Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM di dalam penyelidikan ini melaksanakan sesi kaunseling bersama kelompok remaja yang berusia 10 hingga 19 tahun sahaja dengan menggunakan definisi usia remaja oleh Pertubuhan Kesihatan Dunia (WHO) iaitu mereka yang berusia 10-19 tahun (WHO, 2021).

Selain itu penyelidikan ini juga terhad kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM yang melaksanakan sesi bersama remaja yang telah dirujuk untuk sesi kaunseling oleh doktor perubatan di dalam *setting* KKM sahaja. Maka isu kesihatan mental adalah perkara yang menjadi dasar kepada rujukan kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM bagi tujuan kaunseling, kerana Pegawai Perubatan akan membuat penilaian dan merawat pesakit dari aspek kesihatan fizikal manakala aspek emosi dan mental akan dirujuk kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling). Selain itu rujukan dari Pegawai Perubatan Psikiatri atau Pakar Psikiatri kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) adalah bagi tujuan sesi kaunseling juga bagi membantu perawatan pesakit di Jabatan Psikiatri dan Kesihatan Mental. Pengkaji tidak melibatkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dari kementerian atau badan bukan kerajaan lain kerana ingin mengekalkan konsistensi data kualitatif yang dikutip daripada para peserta penyelidikan di *setting* yang sama (Barker et al., 2016; Charmaz & Belgrave, 2012; Creswell, 2014; Braun & Clarke, 2013).

1.10 Definisi Operasional

Beberapa terma yang digunakan di dalam penyelidikan ini didefinisikan berdasarkan skop penyelidikan ini secara operasional. Rajah 1.9 di bawah menunjukkan terma-terma yang digunakan di dalam penyelidikan ini berdasarkan tajuk kajian dan terma utama lain yang digunakan.



Rajah 1.3 Terma dalam penyelidikan

1.10.1 Proses dan Hasil

Penyelidikan ‘proses perubahan’ (*change process research*) di dalam kaunseling dan psikoterapi dimulakan oleh Llewelyn (1988) bagi mengenal pasti peristiwa di dalam terapi psikologikal yang telah membantu proses perubahan dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien. Ia meliputi terma ‘peristiwa membantu dan tidak membantu’ (*helpful and unhelpful events*) dan seterusnya terma ini berevolusi kepada aspek atau faktor membantu dan tidak membantu. Terma ini kemudiannya dinyatakan sebagai ‘proses membantu dan tidak membantu’ (*helpful and unhelpful process*) dan

hasil membantu atau tidak membantu (*helpful and unhelpful outcomes*) (Cooper & McLeod, 2007, 2011; Elliott, 2010; Traynor et al., 2011; Watson et al., 2012).). ‘Proses membantu dan tidak membantu’ menurut Timulak (2010) ialah momen atau peristiwa yang membantu mahupun menghalang di dalam proses terapi dari perspektif klien atau terapis.

Bagi tujuan penyelidikan ini, perkara yang ingin diuraikan adalah aspek proses dan hasil membantu dan tidak membantu di dalam kaunseling dan psikoterapi yang dilaksanakan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM yang menggunakan alatan seni kreatif CE-BME untuk klien remaja yang mengalami isu kesihatan mental.

1.10.2 *Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions* (CE-BME)

Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions (CE-BME) adalah satu alatan seni yang dinamakan semula bagi tujuan penyelidikan ini. Ia berasal dari inovasi ‘*Body Outline, Emotions and Physical Health*’ yang telah digunakan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM semenjak tahun 2010. Ia adalah satu aktiviti yang mengandungi helaian lakaran badan dan digunakan bersama pewarnaan 4 emosi asas dengan skor 0-10, dan 5 langkah asas oleh klien kaunseling. Dalam bidang penyelidikan yang telah dilakukan oleh pengkaji lain, didapati pemetaan emosi di badan ada dilaporkan oleh O’Brien (2007), Nummenmaa et al. (2014) dan O’Brien et al., (2016). Namun bagi tujuan penyelidikan ini, alatan CE-BME dalam konteks di Malaysia dengan skop penyelidikan yang ditetapkan adalah khusus bagi menjawab persoalan kajian tentang proses dan hasil pelaksanaan alatan CE-BME serta penghasilan protokol pengurusan emosi dan daya tindak bagi remaja. Alatan seni CE-BME bagi skop kajian ini

memfokus kepada aspek emosi dan daya tindak klien remaja yang diaplikasikan alatan ini di dalam sesi.

1.10.3 Isu kesihatan mental

Kesihatan mental seperti ditakrifkan oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO, 2022b) ialah sebagai satu keadaan kesejahteraan, iaitu setiap individu menyedari potensi dirinya, boleh mengendalikan tekanan normal di dalam hidupnya, boleh bekerja secara produktif serta berhasil, dan mampu memberi sumbangan kepada komuniti. Takrifan kesihatan mental oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) di dalam Dasar Kesihatan Mental Negara pula ialah kemampuan individu, kelompok dan persekitarannya berinteraksi antara satu sama lain bagi mempromosi kesejahteraan subjektif serta fungsi yang optima. Hal ini selari dengan isu kesihatan mental yang membawa maksud masalah berkaitan kesejahteraan individu untuk berfungsi dengan optima.

Bagi penyelidikan ini, isu kesihatan mental merangkumi apa sahaja isu atau permasalahan remaja dari segi pemikiran, emosi, dan tingkah laku yang telah dinilai oleh Pegawai Perubatan. Ia boleh dikategorikan kepada tiga jenis, iaitu i) simptom tekanan fizikal, (ii) masalah psikososial, dan (iii) penyakit mental yang telah didiagnosis oleh pakar perubatan psikiatri dan kesihatan mental. Simptom tekanan fizikal adalah seperti aduan sakit kepala, perut, dada, abdomen dan sebagainya di bahagian fizikal, manakala penyakit mental adalah seperti Kecelaruhan Kemurungan Major (*Major Depression Disorder*, MDD), Gangguan Penyesuaian (*Adjustment Disorder*), dan Kecelaruhan Tingkah Laku (*Oppositional Defiant Disorder*, ODD). Isu

kesihatan mental pula meliputi pelbagai aspek gejala seperti simptom kebimbangan, kesedihan kerana kehilangan, agresif, penolakan ke sekolah, isu buli, kemarahan dan lain-lain lagi. Senarai isu kesihatan mental dialami oleh remaja ini terdapat di Lampiran 4: Maklumat Terperinci 20 Kes Menggunakan CE-BME di jalur latar belakang.

1.10.4 Remaja

Remaja di dalam penyelidikan ini seperti menurut takrifan oleh WHO adalah golongan muda yang berusia 10 hingga 19 tahun (WHO, 2021). Remaja di dalam penyelidikan ini terdiri dari klien yang berjumpa dengan Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM, berusia dari 10 hingga 19 tahun, dan dirujuk untuk sesi kaunseling bagi isu kesihatan mental pelbagai kategori, ketika fasa kajian dilaksanakan.

1.10.5 Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Bagi tujuan penyelidikan ini, Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM adalah mereka yang dilantik oleh kerajaan bagi memenuhi perjawatan di Kementerian Kesihatan. Pegawai ini mempunyai latar belakang kaunseling dan psikologi yang diiktiraf oleh kerajaan daripada institusi-institusi pengajian tinggi tempatan atau kelayakan yang diiktiraf setaraf dengannya, seperti menurut Pekeliling Perkhidmatan, Bilangan 29, Tahun 2007 (Kerajaan Malaysia, 2007). Mereka ini melaksanakan sesi kaunseling untuk membantu remaja yang dirujuk oleh pegawai perubatan di *setting* KKM yang mengalami isu kesihatan mental.

1.10.6 Kaunseling dan Psikoterapi

Kaunseling dan psikoterapi hanya berbeza dari segi jenis isu yang dibantu iaitu psikoterapi dijalankan kepada klien yang mempunyai masalah psikologi yang lebih serius dan kompleks berbanding kaunseling yang dijalankan kepada klien yang normal dan bermasalah sederhana (Capuzzi & Stauffer, 2016; Feltham et al., 2017). Bagi penyelidikan ini, Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM melaksanakan sesi kaunseling dan psikoterapi kepada klien remaja yang mempunyai masalah sederhana dan serius seperti Kecelaruhan Kemurungan Major (*Major Depression Disorder*, MDD). Hal ini demikian kerana perkhidmatan kaunseling yang ditawarkan di KKM adalah melalui rujukan doktor perubatan atau doktor pakar perubatan psikiatri sahaja. Mereka mengalami permasalahan psikologikal yang disebabkan oleh faktor kesihatan fizikal dan mental yang serius dan klien atau pesakit ini berjumpa ‘disiplin akhir’ (*end discipline*) dalam mendapatkan bantuan professional bagi permasalahan dialami di hospital.

1.10.7 Terapi seni

Definisi ‘terapi seni’ menurut sebilangan persatuan terapi seni profesional peringkat antarabangsa, iaitu British, Amerika, Kanada dan Australia dijelaskan seperti berikut. Persatuan Terapis Seni British (*British Association of Art Therapists*; BAAT, n.d.) menyatakan bahawa ‘terapi seni’ sebagai satu bentuk psikoterapi yang menggunakan media visual dan sentuhan sebagai alat ekspresi diri dan komunikasi. Ahli terapi seni bertujuan untuk menyokong individu dari semua peringkat umur dan kebolehan dan pada semua peringkat kehidupan, agar menemui saluran bagi perasaan yang selalunya

rumit dan mengelirukan, dan memupuk kesedaran serta pertumbuhan diri.

Persatuan Terapis Seni Amerika (*American Art Therapy Association; AATA*, 2017) pula mendefinisikan ‘terapi seni’ ialah profesion kesihatan mental dan perkhidmatan manusia integratif yang memperkayakan kehidupan individu, keluarga, dan komuniti. Proses ini melalui pembuatan seni yang aktif dan kreatif, diterapkan dengan teori psikologi, serta pengalaman manusia dalam hubungan psikoterapi.

Terapi seni, difasilitasi oleh ahli terapi seni profesional yang berkesan untuk menyokong peribadi dan perhubungan matlamat rawatan serta keseimbangan masyarakat. Terapi Seni digunakan untuk meningkatkan kognitif dan fungsi deria-motor, memupuk harga diri dan kesedaran diri, memupuk daya tahan emosi, menggalakkan wawasan, meningkatkan kemahiran sosial, mengurangkan dan menyelesaikan konflik dan kesukaran, dan memajukan perubahan masyarakat dan ekologi.

Seterusnya Persatuan Terapi Seni Kanada (*Canadian Art Therapy Association; CATA*, n.d.) mendefinisikan terapi seni sebagai gabungan proses kreatif dan psikoterapi, yang memudahkan penerokaan diri dan pemahaman individu. Dengan menggunakan imej, warna dan bentuk sebagai sebahagian daripada proses terapeutik kreatif, fikiran dan perasaan boleh diluahkan kerana ia sukar untuk diungkapkan.

Akhir sekali, di Australia, Persatuan Terapi Seni Kebangsaan Australia (*The Australian National Art Therapy Association; ANATA*) yang mula ditubuhkan pada tahun 1987 telah bergabung dengan New Zealand, menjadi ANZATA (*Australian and*

New Zealand Art Therapy Association). Pada 2018, ANZATA telah menjadi Persatuan Terapi Seni Kreatif Australia, New Zealand dan Asia (*Australian, New Zealand and Asian Creative Arts Therapies Association*; ANZACATA) dan terpakai sehingga kini (ANZACATA, 2022). Persatuan ini memasukkan terma ‘kreatif’ dan tidak lagi menggunakan terma ‘terapi seni’.

‘Terapi seni kreatif’ menurut ANZACATA (2022) adalah sebagai satu bidang profesional kesihatan mental yang menggunakan seni, media dan proses kreatif (melukis, menulis, mengukir, drama, tanah liat, pasir, tarian dan pergerakan) untuk memudahkan penerokaan perasaan, meningkatkan kesedaran diri dan mengurangkan kebimbangan klien. Proses kreatif menjadi cara untuk klien meneroka dan meluahkan perasaan yang mungkin sukar diungkapkan dengan kata-kata dan untuk mencari laluan baharu bagi penyembuhan. Sesi ‘terapi seni kreatif’ adalah berbeza dengan kelas seni atau pelajaran, dan hasil yang diniatkan adalah untuk memudahkan penerokaan perasaan, meningkatkan kesedaran diri dan mengurangkan kebimbangan klien.

Daripada definisi oleh beberapa badan organisasi terapi seni terkemuka dunia (British, Amerika Syarikat, Kanada dan Australia), didapati bahawa terapi seni adalah satu bentuk terapi yang dilaksanakan oleh individu terlatih, dalam bidang profesional terapi atau psikoterapi, dan sesi bantuan ini menggunakan teori psikologi dan psikoterapi. Hal ini bertujuan untuk membantu klien yang mengalami isu kesihatan mental agar mencapai perubahan yang lebih baik dan signifikan, melalui pelbagai medium seni visual dan sentuhan. Keadaan ini penting bagi memudahkan saluran luahan masalah dalam memenuhi objektif perawatan dan pertumbuhan diri.

Untuk penyelidikan ini, ‘terapi seni kreatif’ adalah satu sesi kaunseling dan psikoterapi yang dilaksanakan oleh pengamal yang dilatih, iaitu kaunselor profesional dalam bidang kaunseling Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM dengan menggunakan alatan seni *Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions* (CE-BME). Sesi yang dilaksanakan melibatkan satu hubungan terapeutik oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) bersama klien remaja yang berusia 10-19 tahun, di *setting* KKM. Sesi dijalankan oleh profesional kesihatan mental (AATA, 2017; ANZACATA, 2022) di dalam sesi psikoterapi (BAAT, n.d.; CATA, n.d.) yang menggabungkan proses kreatif dan psikoterapi (CATA, n.d.) dengan menggunakan alatan seni visual (AATA, 2017; ANZACATA, 2022; BAAT, n.d.; CATA, n.d.). Hal ini bertujuan untuk membantu klien remaja meneroka, meluahkan perasaan, menemui saluran bagi perasaan, mencari laluan baharu bagi penyembuhan (ANZACATA, 2022; BAAT, n.d.; CATA, n.d.), menggalakkan wawasan, mengurangkan dan menyelesaikan konflik dan kesukaran yang dialami mereka (AATA, 2017).

1.10.8 Kreatif-ekspresif

‘Kreatif-ekspresif’ (*Creative expressive*) dalam konteks penyelidikan ini membawa maksud pengembangan sesuatu idea dalam melahirkan makna, perasaan dan kesakitan fizikal dengan menggunakan alatan ‘*Creative Expressive-Bodily Maps of Emotions*’ (CE-BME) sebagai alat bantu dalam sesi kaunseling dan psikoterapi yang dilalui oleh klien remaja bersama Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM.

1.10.9 Protokol Terapi Seni

Terapi seni seperti yang telah disimpulkan di sub topik 1.9.7, adalah merangkumi aspek penyembuhan dan perawatan klien. Oleh yang demikian, terma ‘protokol terapi seni’ boleh merujuk kepada terma ‘protokol’ di dalam skop perawatan. ‘Protokol rawatan’ menurut Persatuan Psikologi Amerika (*American Psychological Association*; APA, 2022), ialah satu prosedur formal yang digunakan dalam sistem psikoterapi, iaitu dalam sesetengah sistem, seperti psikoterapi pengalaman (*experiential psychotherapy*).

Dalam penyelidikan ini, ‘protokol terapi seni’ adalah protokol CE-BME, iaitu satu peraturan dan prosedur formal yang jelas atau nyata bagi membimbing kerja Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM menggunakan alatan seni CE-BME bersama klien remaja di *setting* KKM. Protokol ini memfokuskan kepada aspek emosi dan daya tindak remaja.

1.11 Ringkasan Bab

Bab ini telah membincangkan komponen penting dalam kajian ini yang bermula dengan latar belakang, pernyataan masalah, objektif, persoalan kajian dan kerangka teoretikal. Bab 1 ini juga turut menjelaskan aspek kepentingan kajian, skop dan batasan kajian ini. Bab ini berakhir dengan sembilan definisi terma yang digunakan di dalam kajian ini. Teori dari perspektif terapi kreatif dan psikologi digunakan sebagai sandaran kepada penyelidikan ini. Status kesihatan mental remaja yang semakin membimbangkan dari statistik semasa memerlukan Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM mempunyai peraturan yang jelas di samping prosedur formal dalam penggunaan

alatan CE-BME yang telah digunakan selama ini. Hal ini penting agar hasil perawatan akan menjadi lebih teratur dan berkesan.

Keadaan ini dapat dicapai dengan memahami proses dan hasil yang membantu dan tidak membantu di dalam sesi kaunseling dan psikoterapi yang dilaksanakan. Proses dan hasil dari pengalaman khusus ini adalah menerusi perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM yang mana bantuan dalam sesi kaunseling dan psikoterapi ini akan memberi impak kepada negara, kementerian, organisasi dan teori dan aspek kajian. Bab seterusnya akan mengemukakan penyelidikan literatur khusus berkaitan penyelidikan yang telah dijalankan ini.



BAB DUA

KAJIAN LITERATUR

2.1 Pengenalan

Kajian literatur di dalam bab ini disusun mengikut tema atau subtopik berkaitan objektif penyelidikan yang telah dijalankan. Namun demikian, pengkaji juga telah menyusun bab ini kepada dua bahagian utama, iaitu aspek utama berkaitan penyelidikan, dan aspek berkaitan objektif penyelidikan. Bahagian pertama berkaitan penyelidikan ini adalah aspek teori yang disandarkan oleh penyelidikan ini, iaitu terapi seni ekspresif berpusatkan insan (PCEAT) dan amalan kreatif berpusatkan insan (PCCP). Seterusnya pengkaji menjelaskan tentang asas emosi dan pemprosesan emosi kerana ia berkaitan dengan alatan CE-BME yang berfokus kepada aspek emosi. Ia disusuli dengan teori berkaitan remaja iaitu Teori Sosial Emosi Erikson dan Teori Ekologi Bronfenbrenner.

Seterusnya bab ini akan menjelaskan penyelidikan sedia ada berkaitan ‘lakaran badan’ dan ‘lakaran badan-emosi’ serta jurang yang bakal dipenuhi oleh penyelidikan dalam badan pengetahuan serta kajian lakaran badan-emosi. Pengkaji seterusnya mengemukakan kajian literatur penyelidikan dalam proses dan hasil membantu, dan proses dan hasil tidak membantu, dalam kaunseling dan psikoterapi yang menggunakan terapi seni dan kreatif. Komponen terakhir adalah kajian literatur sedia ada berkaitan protokol aktiviti seni kreatif di dalam kaunseling dan psikoterapi remaja. Bab ini berakhir dengan jurang penyelidikan dan ringkasan bab.

2.2 Pendekatan Berpusatkan Insan, Kreativiti dan Terapi Seni Ekspresif

2.2.1 Pendekatan Berpusatkan Insan

Pendekatan berpusatkan insan (*person-centered approach*) digunakan sebagai dasar kepada penyelidikan ini bagi dua aspek, iaitu (i) pendekatan pengkaji kepada para peserta penyelidikan dan (ii) hubungan peserta penyelidikan (terapis) dengan klien mereka secara berpusatkan insan (Mearns, 1980). Pendekatan ini dihasilkan oleh seorang ahli psikologi, Dr. Carl Rogers (1902-1987) yang menggunakan pendekatan ini untuk kaunseling dan psikoterapi. Pada awalnya pendekatan ini diperkenalkan sebagai terapi berpendekatan tidak berarah yang telah mengelirukan apabila ramai orang mentafsirnya sebagai tidak mengarah klien ke arah matlamat (Mearns, 1980). Namun perkara sebenarnya menekankan bahawa Pegawai Psikologi (Kaunseling) bukanlah pakar yang mengetahui semua tentang kliennya tetapi klienlah yang cenderung untuk mencari dan mencapai potensinya (Cain, 2002).

Asas penting di dalam pendekatan Rogers ini adalah terapis menyediakan persekitaran psikologi yang selamat, membantu memenuhi potensi peribadi klien termasuk aspek sosial, keberadaan bersama manusia lain dan manusia berhasrat untuk mengetahui serta diketahui oleh orang lain. Hal ini termasuklah manusia terbuka untuk pengalaman, dipercayai dan mempercayai, sangat ingin tahu mengenai dunia ini dan menjadi kreatif dan mempunyai rasa belas kasihan (Mearns, 1980). Ideologi pemusatan insan yang diperkenalkan oleh Rogers ini diterima dengan pantas sekitar tahun 1940-an apabila terapis berhadapan dengan klien yang lemah, diabaikan atau didera (Pearson & Wilson, 2009). Rogers juga membezakan antara terapis yang

bersetuju dengan prinsip pemusatan insan dan terapis yang melalui sendiri pertumbuhan serta perkembangan diri. Hasil yang didapati menunjukkan bahawa ramai terapis telah dapat menerima pendekatan ini dengan lebih baik di peringkat operasional (Pearson & Wilson, 2008, 2009).

Dipercayai bahawa dengan membenarkan klien berasa selamat dan bebas di dalam persekitaran terapeutik, serta adanya elemen perhubungan yang baik antara terapis dan klien. Keadaan ini boleh berlaku dengan dibantu oleh rasa kepercayaan yang tinggi, berempati, dan menerima klien tanpa syarat. Hasilnya klien mampu menjadi kreatif dan bebas dalam meluahkan atau terlibat dalam melakukan sebarang aktiviti di dalam sesi (Mearns et al., 2000; Mearns & Thorne, 1988). Seterusnya pengkaji akan menjelaskan mengenai pendekatan berpusatkan insan untuk kelompok kanak-kanak dan remaja.

2.2.1.1 Pendekatan Berpusatkan Insan untuk Remaja

Kanak-kanak dan remaja di peringkat pertumbuhan identiti diri dan berfikiran abstrak kerap kali menimbulkan kesukaran kepada para terapis semasa berhadapan dengan mereka di dalam sesi terapi (Weisz & Kazdin, 2010). Maka pendekatan yang berhati-hati dan sangat berfokus kepada keperluan perkembangan kelompok ini adalah diperlukan (Henderson & Thomson, 2015). Pendekatan pemusatan insan oleh Rogers di dalam kaunseling kanak-kanak dan remaja memerlukan terapis berpegang kepada 3 syarat asas yang merupakan sikap terapis terhadap manusia, apatah lagi kanak-kanak dan remaja yang berada di bawah usia dan kematangan.

Tiga syarat itu ialah i) kongruen (*genuine* atau jujur), ii) penerimaan tanpa syarat (menerima) dan iii) empati (memahami). Terapis kanak-kanak dan remaja perlu percaya bahawa kanak-kanak juga ada maruah, dan berhak dihormati. Kanak-kanak juga ada keupayaan untuk mengarah diri apabila diberi peluang dan membuat keputusan yang bijak. Selain itu, mereka juga boleh memilih nilai mereka sendiri di samping boleh belajar untuk bertanggungjawab secara konstruktif. Kanak-kanak juga ada keupayaan untuk mengendalikan perasaan, pemikiran dan tingkah lakunya serta ada potensi untuk melakukan perubahan konstruktif ke arah pertumbuhan dan perkembangan diri yang penuh dan terbaik (Henderson & Thomson, 2015).

Dalam mengekalkan keberkesanan terapis yang menggunakan pendekatan berpusatkan insan, terapis di dalam kaunseling kanak-kanak dan remaja perlu melakukan intervensi aktif. Mereka perlu mengekalkan kualiti dan asas perhubungan yang kuat serta baik antara terapis dan klien (Sherman, 2015). Oleh itu, terapis perlu cukup proaktif sebagai terapis kepada klien kanak-kanak dan remaja dengan merespons kepada keperluan peringkat perkembangan mereka untuk autonomi, iaitu melakukan dengan cara sendiri dan individuistik (berpusatkan diri sendiri) (Sherman, 2015).

Dalam penyelidikan ini, pengkaji berpegang bahawa pendekatan berpusatkan insan untuk klien kanak-kanak dan remaja yang diasaskan oleh Carl Rogers adalah amat baik dan sesuai dengan *setting* perkhidmatan perawatan psikologi kaunseling di KKM kerana ia selari dengan keperluan perkembangan kanak-kanak dan remaja yang

memerlukan bimbingan dan terapi secara berhati-hati serta sensitif, agar pembangunan diri individu klien ini dapat dicapai secara seluruhnya.

2.2.2 Kreativiti dan Pemusatan Insan

Natalie Rogers merupakan pelopor bagi pendekatan terapi seni ekspresif berpusatkan insan hasil dari prinsip asas pendekatan berpusatkan insan yang secara fitrahnya mempamerkan sikap terapis yang tidak meng'arah' (N.Rogers et al., 2012). Menurut N.Rogers (2000) seseorang individu berkemungkinan bertindak atau bertingkah laku kreatif dengan tiga kondisi atau syarat, iaitu i) terbuka kepada pengalaman, yakni penyambungan (*extentionality*); ii) penilaian berasaskan lokus dalaman; dan iii) keupayaan untuk bermain dengan elemen dan konsep.

Syarat pertama, iaitu terbuka kepada pengalaman bermaksud, individu yang terbuka kepada setiap pengalaman baru daripada rangsangan apa sahaja seperti bentuk, bau dan bunyi (rangsangan ini adalah melalui sensori), akan merangsang saraf di dalam otaknya, dan seterusnya akan mewujudkan kesedaran. Hal ini bermakna individu ini terbuka kepada pengalaman baru dan tidak *rigid*, dan inilah yang ahli semantik nyatakan sebagai orientasi ekstensional (N.Rogers 2000, 2012).

Keadaan ini bermaksud, apabila seseorang itu terbuka kepada fasa pengalaman baru, maka berkemungkinan individu itu akan lebih menghasilkan kreativiti peribadinya secara konstruktif. Syarat kedua pula merujuk kepada penilaian dalaman diri individu apabila menghasilkan sesuatu perkara, iaitu individu itu akan menilai sendiri hasilnya dan tidak bergantung kepada pujian atau kritikan orang lain, melainkan dirinya sendiri.

Individu itu akan bertanya kepada dirinya adakah apa yang dihasilkan itu memuaskan hatinya sendiri (N.Rogers, 2000, 2012).

Kondisi ketiga berkaitan dengan syarat pertama, iaitu keterbukaan dan kurang *rigid* atau tekal. Hal ini ialah keupayaan bermain secara spontan dengan idea, warna, bentuk dan perhubungan, untuk menghasilkan pelbagai idea penyelesaian masalah yang tidak terjangkau akal, mahupun membentuk satu perkara kepada satu perkara yang lain. Hanya dengan ‘bermain’ secara spontan dengan elemen dan konsep, seseorang individu boleh melihat kehidupan dengan cara yang baru dan berbeza (N.Rogers, 2000, 2012).

Dari tiga kondisi ini telah menunjukkan bahawa, syarat untuk kreativiti berpusatkan insan bagi seorang terapis di dalam sesi ialah kreativiti yang berlegar di sudut bukan sahaja bahan atau alatan yang mencetuskan idea, malahan dari kepercayaan dalam diri seorang terapis, sikap keterbukaannya, cara berfikirnya dan kespontanan dalam mengendalikan sesi dengan seseorang kanak-kanak dan remaja mahupun dewasa. Perkara ini menjadi syarat asas bagi seseorang terapis yang mahu melaksanakan kreativiti dan menggunakan alat sebagai bantuan bagi melancarkan idea kreativitinya. Natalie Rogers telah mengeluarkan contoh proses penyambungan beserta dengan elemen penting secara jelas di dalam sesi terapi yang menggunakan kreativiti dan seni di dalam bukunya, ‘The Creative Connection: Expressive Arts as Healing’ (N.Rogers, 1993).

2.2.3 Terapi Seni Ekspresif Berpusatkan Insan (*Person-Centered Expressive Arts Therapy*)

Natalie Rogers, pengasas Institut '*Person Centred Expressive Arts Therapy*' (PCEAT) menekankan bahawa apa sahaja bentuk kreativiti di dalam terapi adalah terapeutik dan apa sahaja yang terapeutik kebiasaannya adalah satu proses yang kreatif (N.Rogers, 2000). Terma terapi seni ekspresif berpusatkan insan secara umumnya memasukkan elemen terapi tarian, terapi seni, terapi muzik, penulisan jurnal, sajak, imageri, meditasi dan drama yang diubahsuai mengikut kesesuaian klien dalam sesi terapinya.

Penggunaan seni ekspresif ini bertujuan untuk pemulihan emosi, penyelesaian konflik dalaman dan membangkitkan kreativiti seseorang individu dalam mencapai kesempurnaan sendiri (N. Rogers, 2000). N. Rogers juga amat menggalakkan terapis agar sentiasa memasukkan elemen seni ekspresif ke dalam kehidupan peribadi dan profesional untuk meningkatkan keupayaan mengenali diri sendiri, memupuk perhubungan yang lebih mendalam dan menggayakan kaedah seseorang artis, terapis dan fasilitator dalam satu-satu kumpulan.

Menurut N. Rogers lagi, dengan menulis, individu akan meningkatkan pemikirannya, melukis atau mewarna mampu mengubah perasaan, manakala pergerakan mampu mengintegrasikan tubuh, minda, jiwa (*spirit*), dan bunyi membuka saluran kepada tenaga (Merill & Anderson, 1993). Kreativiti digunakan apabila fasilitator itu membenarkan individu untuk meluahkan perasaannya dengan kebebasan yang penuh dalam bentuk yang simbolik, dipanggil 'penyambungan kreatif' (*'creative connection'*) (N. Rogers, 1993).

Dengan menggunakan pendekatan PCEAT, kondisi yang sukar dijelaskan ini dapat diluahkan hasil daripada 3 kondisi yang diterapkan dalam PCEAT, iaitu (i) selamat secara psikologi (*psychological safety*), (ii) bebas secara psikologi (*psychological freedom*) dan (iii) menawarkan rangsangan dan pengalaman mencabar kepada klien dalam suasana selamat, dan tidak terancam (N.Rogers, 1993). Hasil proses terapi yang menggunakan pendekatan PCEAT, dapat membangunkan peribadi seseorang klien itu dan ia dicapai melalui (i) kesedaran diri, (ii) kefahaman diri, dan (iii) memperoleh celik akal dari proses kesedaran dan kefahaman diri itu.

Ketiga-tiga aspek 'sedar', 'faham' dan 'celik akal' itu hanya diperoleh apabila seseorang individu itu mendalami emosi mereka sendiri (N. Rogers, 1993). Perasaan atau emosi adalah terowong utama yang perlu dilalui oleh seseorang individu untuk berubah atau bergerak ke satu bahagian perkembangan diri yang lain agar mereka akhirnya memperoleh kesedaran diri, kefahaman diri dan keutuhan (*wholeness*) diri. Memandangkan perasaan dan emosi adalah sumber tenaga manusia, tenaga ini boleh disalurkan melalui seni ekspresif agar ia dilepaskan dan berubah ke satu medium yang lain.

Analisis konten bagi penyelidikan melibatkan terapi seni ekspresif berpusatkan insan menunjukkan hasil aplikasi dalam terapi yang menggunakan seni ekspresif seperti penulisan, seni visual, drama, muzik dan tarian sememangnya menyumbang malah mengukuhkan teori pemusatan insan oleh Carl Rogers bagi pembelajaran signifikan dan perhubungan kreatif oleh Natalie Rogers (Merrill & Andersen, 1993). Ia masih

mengekalikan syarat asas, iaitu penerimaan tanpa syarat, empati dan kongruen di dalam terapi yang menggunakan aplikasi ekspresif seni ini.

2.2.4 Amalan Kreatif Berpusakan Insan (PCCP)

Amalan Kreatif Berpusatkan Individu (*Person-Centred Creative Practices*, PCCP) adalah satu model rangka kerja konseptual dari penyelidikan kualitatif menggunakan kaedah ‘grounded theory’ oleh Azizah Abdullah (2015). Model ini menekankan beberapa penemuan penting iaitu tumpuan kepada pemahaman mengenai proses dan hasil yang membantu serta tidak membantu dalam PCCP apabila diterapkan kepada golongan kanak-kanak dan remaja. Proses yang membantu termasuk memupuk eksplorasi emosi, mewujudkan komunikasi bukan verbal, dan memperkasakan klien melalui ekspresi kreatif. Proses-proses ini selari dengan konsep asas pendekatan berpusatkan insan seperti yang dicadangkan oleh Rogers (1995), yang menekankan keselamatan psikologi dan kebebasan yang diperlukan untuk pertumbuhan peribadi klien.

Selain itu, PCCP turut menekankan aspek kreativiti yang memainkan peranan penting dalam meningkatkan hubungan terapeutik antara terapis dan klien. Dengan menggabungkan pelbagai alat kreatif seperti seni dan permainan, terapis dapat memudahkan eksplorasi emosi yang lebih mendalam dengan menggunakan komunikasi bukan verbal. Ini amat penting untuk membantu klien muda meluahkan emosi mereka dan memproses pengalaman mereka secara simbolik. Penglibatan aspek kreatif ini menguatkan hubungan terapeutik dan mewujudkan persekitaran yang kondusif untuk ekspresi diri dan penyembuhan.

PCCP juga turut meneliti proses yang tidak membantu yang mungkin timbul sesi bersama klien muda. Ini termasuk keadaan di mana klien mungkin merasa terbeban atau mengalami pendedahan emosi yang tidak dijangka yang boleh menghalang proses kemajuan diri klien. Kajian ini menekankan keperluan untuk terapis peka terhadap kesan negatif ini dan menyesuaikan pendekatan mereka, demi memastikan keselamatan emosi klien sambil menguruskan pengurangan potensi baik dalam ekspresi kreatif.

Model PCCP yang dibangunkan daripada kajian ini berfungsi sebagai rangka kerja yang fleksibel, membolehkan terapis menggabungkan pelbagai mod kreatif seperti seni ekspresif dan terapi bermain. Integrasi ini membolehkan pendekatan holistik dalam mengambil berat akan keadaan klien, serta menyesuaikan kaedah pendekatan dengan keperluan kumpulan klien yang pelbagai. Model ini juga menekankan kepentingan ruang terapeutik yang terurus dengan baik dan bahan-bahan yang sesuai, demi memastikan proses kreatif disokong dengan baik di sepanjang sesi terapi.

Kesimpulannya, kajian ini memberikan sumbangan penting kepada bidang kaunseling dan psikoterapi dengan memberikan pemahaman yang menyeluruh mengenai aspek yang membantu dan tidak membantu dalam PCCP. Ia menawarkan pandangan yang amat penting dan bernilai dalam memperbaiki program latihan dan amalan terapeutik untuk terapis dan sesi dengan golongan kanak-kanak dan remaja. Penemuan ini mencadangkan bahawa dengan mengintegrasikan amalan kreatif dalam terapi, terapis dapat memupuk penglibatan emosi yang lebih mendalam dan menyokong pertumbuhan psikologi klien yang dibantu.

Kesimpulan dari pendekatan PCEAT dan PCCP ini, kedua-dua kaedah menunjukkan pendekatan humanistik dan berpusatkan insan melalui penggunaan pelbagai medium ekspresif, dan kreatif, bersama-sama dengan elemen bermain demi membantu proses kaunseling dan psikoterapi yang dijalankan bersama klien yang muda. Aspek halangan dan sensitiviti klien turut diambil kira, dengan menekankan aspek keselamatan dan penjagaan emosi diri klien bersama kesesuaian alatan, kaedah dan penyediaan suasana yang terapeutik sewaktu sesi dijalankan.

Seterusnya pengkaji akan membentangkan teori yang disandarkan dalam penyelidikan ini, bermula dengan teori perkembangan remaja berkaitan emosi dan kesihatan mental.

2.2.5 Manfaat Kreatif Ekspresif dalam Kaunseling dan Psikoterapi

Dalam usaha terkini untuk mengecilkan jurang dalam literatur penyelidikan psikoterapi dan praktis pengamalan, Castonguay dan Hill (2012) telah mencadangkan ‘pantheoretical’, iaitu definisi integratif kepada ‘pengalaman pembetulan’ (*corrective experiences*) dalam psikoterapi. Hal ini berlaku apabila kedua-dua pengalaman klien dan terapis dapat merentas domain interpersonal, kognitif dan afektif. Keadaan ini tercapai “apabila seseorang individu yang akhirnya telah memahami atau mengalami peristiwa atau perhubungan secara afektif (emosi) dalam satu cara yang berbeza atau tidak terjangka” (Castonguay & Hill, 2012, hlm. 122).

Definisi ini menunjukkan bahawa kata kunci memahami atau mengalami peristiwa yakni perhubungan secara emosi dengan ‘cara yang berbeza’ dan ‘tidak terjangka’, sebenarnya boleh dicapai melalui kaedah selain verbal, iaitu ekspresif kreatif,

menerusi aktiviti khusus atau teknik tertentu di dalam terapi seni. Suatu proses akan berlaku dan membantu klien untuk memahami apa yang dialaminya itu secara afektif atau emosi. N. Rogers (1993) juga menunjukkan wujud penyambungan kreatif dari aktiviti kreatif seni di dalam sesi bersama klien, mempunyai kesinambungan dan proses tersendiri.

Gladding (2016) mendapati bahawa seni visual menawarkan lima manfaat kepada para kaunselor; iaitu (i) akses kepada aspek tidak sedar, (ii) menyimbolkan emosi dalam cara yang boleh diukur, (iii) membantu manusia untuk menjadi lebih ‘sedar diri’ (*self-aware*), (iv) kaedah ini tidak mengancam dan terbuka kepada ‘interpretasi diri’ (*self-interpretation*) dan (v) ia boleh dikombinasi secara mudah bersama kaedah bermain lain.

Dapatan ini selari dengan Orton (1997) yang menyatakan bahawa seni membantu mengukuhkan perhubungan antara terapis dan kanak-kanak, membantu kanak-kanak mengekspresi dan menyelesaikan konflik mereka, meningkatkan ekspresi diri, meningkatkan kemahiran penyelesaian masalah dan meningkatkan keyakinan diri. Perkara ini turut bertepatan dengan para sarjana terdahulu, Naumburg (1966) dan Kramer (1971) (dalam Kramer, 2000) yang telah membina kerangka kerja praktis berkaitan terapi seni secara dinamik di dalam lapangan pesakit dan kesihatan mental sebelum itu.

Kefahaman psikoanalitik Naumburg termasuklah interpretasi seni sebagai pembuka kepada aspek tidak sedar (*unconscious*), celik akal sebagai pusat kepada proses, dan

mendapatkan interpretasi klien terhadap sebarang simbol adalah amat penting kepada terapis. Kramer (1971) pula memfokuskan aspek kuasa penyembuhan kepada tindakan mencipta (*act of creating*), iaitu proses dan produk adalah cara untuk meluahkan konflik, mengalami semula (*re-experiencing*), menyalurkan semula (*rechanneling*) serta menyelesaikan permasalahan atau konflik.

Material seni yang dimaksudkan oleh kedua-dua sarjana ini termasuklah krayon, mewarna mengguna jari (*finger paint*), *marker*, mewarna, *clay*, tanah liat, kertas, gunting, gam dan serbuk berwarna-warni Gladding (2016). Gladding juga mencadangkan penggunaan gambar yang telah diterbitkan (majalah atau apa sahaja helaian) serta fotografi sebagai tambahan kepada alatan seni di dalam sesi terapi. Para kaunselor atau terapis boleh menggunakan apa sahaja bahan sedia ada untuk seni yang mudah digunakan oleh kanak-kanak sewaktu mereka berbual di dalam sesi.

Kesimpulannya Gladding (2016), Kramer (2000), Naumburg (1966) dan Orton (1997) menekankan kaedah bukan verbal iaitu seni, kreatif dan ekspresif menjadi medium bantuan yang berkesan dalam membantu para terapis yang melaksanakan sesi dengan kanak-kanak mahupun individu dewasa. Ia menyediakan peluang dalam cara yang berbeza dan tidak terjangka dalam proses menghubungkan pengalaman klien dan terapis merentas domain interpersonal, kognitif dan afektif (Castonguay & Hill, 2012) sehingga mencapai matlamat yang ditetapkan dalam psikoterapi.

2.3 Teori Perkembangan Remaja Berkaitan Emosi dan Kesihatan Mental

2.3.1 Teori Sosial Emosi Erikson

Erik Erikson (1968) memperkenalkan teori perkembangan psikososial yang terdiri daripada lapan tahap di sepanjang kehidupan manusia. Salah satu tahap yang paling kritikal dalam teori ini ialah 'Identiti lawan Kekeliruan Peranan' yang berlaku pada peringkat remaja. Pada tahap ini, remaja mula meneroka identiti diri mereka, merumuskan nilai-nilai, kepercayaan, dan tujuan hidup mereka, serta cuba untuk mencari peranan yang sesuai dalam masyarakat. Erikson menekankan bahawa proses pencarian identiti ini adalah asas kepada pembentukan rasa diri yang konsisten dan stabil. Sekiranya remaja gagal dalam usaha ini, mereka mungkin mengalami kekeliruan peranan yang boleh mengganggu kestabilan emosi dan kesejahteraan mental mereka (Erikson, 1968).

Pencarian identiti yang tidak berjaya boleh menyebabkan kekeliruan identiti yang menimbulkan pelbagai masalah emosi dan psikologi, seperti perasaan tidak selamat, kebimbangan, kemurungan, dan rendah diri (Kroger, 2007). Ketidakstabilan emosi ini sering kali dikaitkan dengan konflik dalaman apabila remaja berasa tidak yakin tentang siapa diri mereka atau peranan yang mereka patut mainkan dalam masyarakat. Kroger (2007) menyatakan bahawa kegagalan dalam mencapai identiti yang stabil bukan sahaja mempengaruhi konsep sendiri tetapi juga boleh meningkatkan risiko untuk mengalami masalah kesihatan mental seperti kemurungan dan gangguan keresahan. Ini kerana, tanpa identiti yang jelas, remaja mungkin berasa kehilangan

arah atau tujuan dalam hidup, yang akhirnya membawa kepada rasa putus asa dan hilang motivasi.

Marcia (1980) memperluaskan konsep Erikson dengan memperkenalkan status identiti yang merangkumi empat kategori iaitu identiti difahami, moratorium, kekeliruan identiti, dan penutupan identiti. Remaja yang berada dalam status kekeliruan identiti atau moratorium lebih cenderung mengalami konflik emosi dan kebimbangan yang berkaitan dengan usaha mereka mencari makna diri. Keadaan ini menunjukkan bahawa tahap 'Identiti lawan Keliru Peranan' adalah masa kritikal dalam kehidupan remaja di mana mereka sangat terdedah kepada cabaran kesihatan mental yang boleh menjejaskan perkembangan psikologi mereka secara keseluruhan (Marcia, 1980).

Selain itu, Kroger (2007) menekankan bahawa pencarian identiti yang berjaya adalah penting untuk membentuk perasaan sendiri yang positif dan kestabilan emosi dalam kalangan remaja. Remaja yang berjaya mengukuhkan identiti mereka cenderung untuk mempunyai konsep sendiri yang lebih stabil, rasa harga diri yang tinggi, dan keupayaan yang lebih baik untuk mengatasi tekanan hidup. Mereka juga lebih berkemampuan untuk membina hubungan sosial yang sihat dan menjalani kehidupan dengan lebih yakin dan bermakna. Oleh itu, pencarian identiti bukan sahaja membantu remaja mencapai kestabilan emosi tetapi juga memainkan peranan penting dalam menjaga kesejahteraan mental mereka.

Secara keseluruhannya, teori perkembangan sosial-emosi Erikson menekankan kepentingan pencarian identiti dalam kalangan remaja sebagai asas kepada kesejahteraan psikologi dan emosi mereka. Remaja yang gagal mencapai identiti yang

jas dan stabil mungkin lebih mudah terdedah kepada masalah kesihatan mental seperti kemurungan, keresahan atau kebimbangan, dan ketidakstabilan emosi. Sebaliknya, pencapaian identiti yang berjaya bukan sahaja mengurangkan risiko masalah psikologi tetapi juga meningkatkan kestabilan emosi dan kesejahteraan mental mereka (Erikson, 1968; Kroger, 2007; Marcia, 1980).

2.3.2 Teori Ekologi Bronfenbrenner

Teori Ekologi oleh Urie Bronfenbrenner (1979) menekankan bahawa perkembangan individu dipengaruhi oleh pelbagai lapisan persekitaran yang berinteraksi secara dinamik, yang dikenali sebagai sistem mikrosistem, mesosistem, eksosistem, makrosistem, dan kronosistem. Dalam konteks remaja, mikrosistem merujuk kepada persekitaran yang paling dekat dengan individu, seperti keluarga, rakan sebaya, dan sekolah. Interaksi dalam mikrosistem ini memainkan peranan penting dalam membentuk emosi dan tingkah laku remaja. Contohnya, hubungan yang positif dan sokongan dari keluarga serta rakan sebaya boleh memperkukuh rasa sendiri dan mengurangkan kebimbangan dan kemurungan dalam kalangan remaja (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Pengaruh mesosistem, yang melibatkan interaksi antara pelbagai mikrosistem, juga adalah kritikal bagi kesejahteraan mental remaja. Sebagai contoh, bagaimana remaja menyesuaikan diri di sekolah boleh dipengaruhi oleh sokongan dari keluarga mereka di rumah. Jika terdapat ketegangan atau konflik antara sistem ini, seperti kurangnya sokongan keluarga terhadap pencapaian akademik di sekolah, remaja mungkin berasa terasing atau tertekan, yang boleh mencetuskan masalah kesihatan mental (Tudge et

al., 2009). Pendekatan ekologi ini menekankan bahawa bukan sahaja interaksi dalam satu sistem yang mempengaruhi kesejahteraan emosi remaja tetapi juga bagaimana sistem-sistem ini berhubung antara satu sama lain.

Sementara itu, ekosistem merujuk kepada pengaruh yang tidak melibatkan remaja secara langsung tetapi tetap memberi kesan kepada mereka, seperti keadaan ekonomi keluarga atau beban kerja ibu bapa. Jika ibu bapa mengalami tekanan pekerjaan atau kewangan, ia boleh mempengaruhi kualiti interaksi dalam keluarga, yang seterusnya memberi impak kepada kesejahteraan emosi dan mental remaja (Swearer & Espelage, 2011). Dalam konteks ini, tekanan yang dialami oleh ibu bapa boleh menyebabkan kurangnya perhatian dan sokongan emosi kepada anak-anak mereka, yang menjadikan remaja lebih terdedah kepada masalah kesihatan mental seperti kebimbangan dan kemurungan.

Makrosistem, yang merangkumi nilai-nilai budaya, kepercayaan, dan norma sosial, juga memainkan peranan penting dalam perkembangan emosi remaja. Norma-norma budaya tentang pencapaian akademik, identiti jantina, dan penerimaan sosial boleh memberi tekanan yang besar kepada remaja untuk menyesuaikan diri dengan harapan masyarakat. Menurut Cicchetti dan Rogosch (2002), norma sosial dan budaya yang terlalu menekan atau kurang fleksibel boleh meningkatkan risiko tekanan psikologi dalam kalangan remaja yang tidak dapat memenuhi ekspektasi tersebut. Oleh itu, kesejahteraan mental remaja bukan sahaja dipengaruhi oleh persekitaran sosial terdekat tetapi juga oleh pandangan dan nilai yang lebih luas dalam masyarakat.

Akhir sekali, kronosistem dalam teori Bronfenbrenner merujuk kepada dimensi masa yang memberi kesan kepada perkembangan individu. Perubahan besar dalam kehidupan seperti perceraian ibu bapa, kematian ahli keluarga, atau perubahan sekolah boleh mencetuskan respon emosi yang negatif dalam kalangan remaja (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Masa memainkan peranan penting dalam memahami bagaimana pengalaman hidup dan perkembangan individu berubah dan memberi kesan kepada kesihatan mental dari masa ke masa.

Teori ekologi Bronfenbrenner memberikan rangka kerja yang komprehensif untuk memahami bahawa isu kesihatan mental remaja bukan hanya sekadar masalah individu tetapi juga perlu dilihat dalam konteks sosial dan persekitaran yang lebih luas. Pendekatan ini membantu mengenal pasti faktor-faktor sosial dan budaya yang memberi kesan kepada emosi dan kesejahteraan psikologi remaja, yang seterusnya dapat digunakan untuk membina intervensi yang lebih berkesan dalam menangani masalah kesihatan mental remaja.

2.4 Emosi dan Pemprosesan Emosi

Subtopik ini akan menjelaskan sepintas lalu tentang emosi asas, emosi lanjutan dan cara manusia memproses emosi yang dirasainya secara respons fisiologi badan serta apakah proses yang berlaku di dalam otak bagi memberi gambaran mengenai tajuk asas ini sebagai pengenalan sebelum mendalami topik seterusnya. Ia akan diterangkan berdasarkan penyelidikan empirikal dan rujukan dari buku teks oleh sarjana yang mengkaji bab ini selama berdekad yang lalu.

2.4.1 Emosi Asas dan Sekunder

Secara dasarnya, kebanyakan sarjana dalam penyelidikan kemanusiaan menerima pakai enam emosi asas yang dipunyai oleh manusia, iaitu (i) marah, (ii) takut atau kebimbangan, (iii) kesedihan, (iv) kegembiraan, (v) meluat, dan (vi) terkejut (*surprise*) (Ekman, 1992; Panksepp, 1982). Selain itu terdapat juga emosi sekunder (*secondary*), iaitu rasa cukup (*contempt*), malu (*shame*), bersalah, segan (*embarrassment*) dan hebat (*awe*) (Ekman, 1992). Emosi sekunder ini adalah lebih kompleks, dan berat berbanding emosi asas yang mana emosi sekunder melibatkan proses kognitif dan pengalaman manusia.

Sebagai contoh, rasa gembira dan sedih sebagai emosi asas adalah mudah dirasai oleh kanak-kanak, manakala perasaan sedih yang berkembang kepada rasa bersalah perlu melibatkan satu proses pengalaman yang lebih mendalam untuk seorang kanak-kanak mengaitkan emosi itu kepada punca atau sebab. Contoh lain, perasaan gembira yang berkembang menjadi perasaan hebat dan bangga untuk seseorang kanak-kanak juga memerlukan satu proses kognitif (pemahaman pemikiran) apabila dilabelkan sebagai berbanding gembira sebagai perasaan asas semata.

Perbezaan emosi gembira sebagai perasaan asas dan 'hebat' sebagai emosi sekunder akan mula dirasai seiring dengan perkembangan kognitif dan pengalaman seseorang manusia. Sebenarnya para sarjana masih mengkaji aspek emosi manusia yang kompleks ini dan menyatakan bahawa emosi ada perkaitan dengan fisiologi, tingkah laku dan corak gaya pengaktifan pemikiran yang subjektif dan unik ditunjukkan oleh manusia (Panksepp, 2010). Emosi dilihat sebagai sesuatu yang akan berkembang

(*evolved*) melalui nilai penyesuaiannya dalam berhadapan dengan tugas-tugas kehidupan asas manusia. Apabila Hietanen et al. (2016a) dan Nummenmaa et al. (2018) mengkaji perbezaan pemetaan emosi di badan mengikut usia, didapati bahawa sememangnya emosi yang dirasakan oleh manusia berkembang seiring dengan perkembangan kognitif manusia. Setiap emosi mempunyai ciri-ciri yang unik dari segi perubahan fisiologi tubuh manusia, dan peristiwa yang mencetusnya adalah berbeza mengikut manusia yang berbeza.

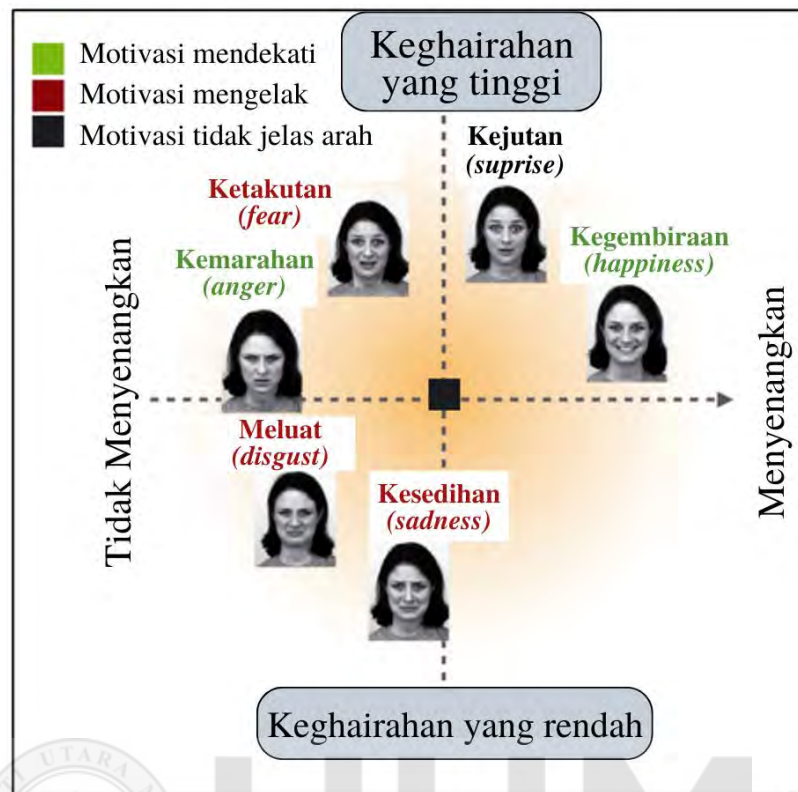
Tambahan pula setiap emosi juga mempunyai ciri yang sama dengan emosi lain; seperti kecepatan merasainya, jangka masa merasainya berikutan kejadian yang berlaku termasuk yang tidak diinginkan, penilaian automatiknya, dan kesetaraan dalam respons yang ditunjukkan. Kesemua ciri ini sangat unik dan merupakan hasil kepada evolusi penyesuaian kepada kehidupan, dan perbezaan emosi dari fenomena emosi yang lain (Ekman, 1992). Contohnya individu A merasai gembira dan teruja pada waktu yang sangat cepat berbanding individu B yang merasai sederhana gembira dan teruja, walaupun peristiwa yang mencetus emosi itu adalah sama, seperti berita atau keputusan kejayaan. Begitu juga individu A dan B yang sama ini mungkin merasai tahap ketakutan dan kebimbangan yang sama ringan pula untuk peristiwa cetusan yang sama iaitu belum menerima keputusan peperiksaan lagi.

Terdapat dua kategori emosi iaitu emosi 'rasa menyenangkan' iaitu positif seperti gembira, suka, bangga, dihargai dan emosi 'rasa tidak menyenangkan' iaitu negatif seperti rasa marah, benci, sedih, kecewa dan banyak lagi (Lane et al., 1997; Napa Scollon et al, 2005). Berabad penyelidikan telah mendedahkan bahawa perasaan

sedemikian terhasil daripada pengaktifan sistem emosi lama yang berevolusi dalam membimbing tingkah laku manusia dan haiwan semasa situasi yang memerlukan manusia meneruskan kelangsungan hidup (Lavenson, 2003).

Manusia akan menyesuaikan sistem atau fisiologi tubuh melalui pengaktifan sistem saraf kardiovaskular (jantungnya), skeletomaskular (ototnya), neuroendokrin (pengeluaran hormonnya) dan sistem saraf automik (ANS; *Autonomic Nervous System*) bagi sistem asas tubuh seperti pernafasan, pencernaan dan imun tubuh), dengan fungsi kognitif peringkat tinggi (Levenson, 2003). Oleh itu, emosi adalah keadaan kesediaan berjaga-jaga yang mengatur kehidupan manusia dengan mengarahkan tindakan secara automatik berasaskan sama ada motivasi mendekati atau motivasi mengelak (Lang, 1995; Elliot et al., 2013).

Rajah 2.1 menunjukkan kuadran emosi rasa menyenangkan-tidak menyenangkan, keghairahan tinggi-rendah serta motivasi mendekati atau mengelak bagi enam emosi asas manusia yang dibicarakan setakat ini. Kedua-dua penyelidikan ke atas manusia dan haiwan telah mengesahkan bahawa litar saraf berskala besar dari otak tengah ke neokorteks terlibat secara rapat dalam mencetuskan tindak balas kelangsungan hidup yang berkaitan emosi khusus. Model emosi kategorikal ini berpendapat bahawa evolusi telah membentuk set emosi asas (kemarahan, ketakutan, rasa meluat, kegembiraan, kesedihan dan kejutan) dengan sebahagian saraf dan fisiologi yang berbeza untuk menyokong fungsi kelangsungan hidup khusus (Ekman, 1992; Panksepp, 1982).



Rajah 2.1. Enam emosi asas dalam empat kuandran emosi

Sumber: Lauri Nummenmaa dan Tuominen (2018)

Emosi asas ini juga dicirikan oleh perasaan subjektif yang tersendiri (seperti 'saya berasa gembira'), ekspresi universal budaya (tarikan otot mulut yang senyum) dan mempunyai saraf fisiologi dan fungsi asas tertentu (Kreibig, 2010; Nummenmaa et al., 2014; Nummenmaa & Tuominen, 2018; Saarimäki et al., 2016; Tracy & Randles, 2011).

Walau bagaimanapun, dicadangkan corak pengaktifan emosi tingkah laku, fisiologi dan subjektif boleh dijelaskan oleh perasaan menyenangkan atau tidak menyenangkan dan sama ada keghairahan yang rendah ataupun keghairahan yang tinggi. Aktiviti relatif sistem ini kemudiannya boleh menjana corak tingkah laku dan pengalaman

emosi yang berbeza (Lang, 1995; Russell, 1980) seperti tingkah laku melompat dan menjerit kerana keghairahan yang tinggi ataupun tingkah laku menarik nafas dalam dan tersenyum lega.

Dapat disimpulkan bahawa emosi asas dan kompleks adalah satu perasaan subjektif dan menimbulkan tindak balas fisiologi. Selain itu ia juga memberi pengaruh kepada tingkah laku manusia dari pengalaman emosi yang berbeza. Subtopik seterusnya akan menerangkan bagaimana emosi manusia diproses di dalam sistem otak manusia.

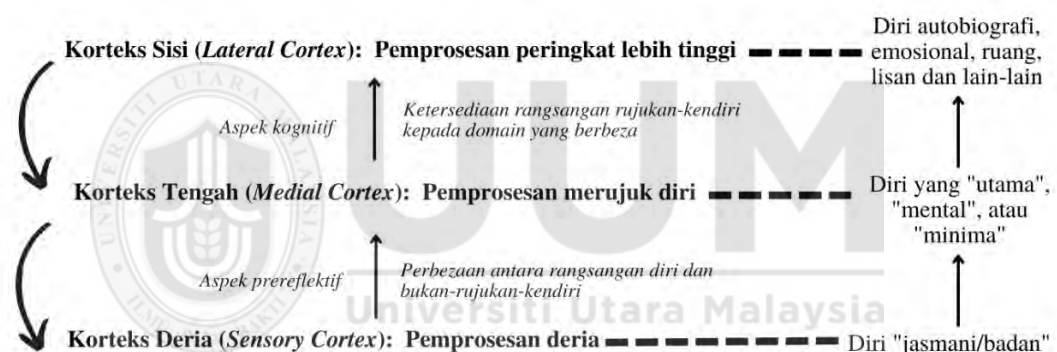
2.4.2 Pemprosesan Emosi Manusia

Sehingga kini, tujuh sistem emosi utama telah dikenal pasti oleh Panksepp (1998, 2011) di bahagian otak manusia yang sebahagian besarnya menggunakan pendekatan rangsangan di dalam otak (sistem penggera) dan boleh menjadi relevan dalam memahami tingkah laku manusia akibat dari emosi tercetus. Tujuh sistem emosi di dalam sistem limbik di otak manusia adalah tiga sistem penggera emosi yang mencetuskan tahap tinggi bagi hormon tekanan, iaitu (i) marah atau amuk (*angry/rage*), (ii) takut (*fear*), dan (iii) sedih atau panik (*grief/panic*).

Seterusnya tiga emosi pro-sosial yang mencetuskan kesejahteraan adalah; (i) mencari (*seeking*), (ii) mengambil berat (*care*), dan (iii) bermain (*play*); manakala sistem emosi ketujuh adalah nafsu (*lust*). Ketujuh-tujuh sistem emosi di otak manusia ini adalah di bahagian otak reptilia dan limbik iaitu di bahagian bawah otak. Ia dikatakan wujud sejak individu bayi lagi; contohnya mencari bau atau suara ibu (emosi mencari; *seeking*), mengambil berat (*care*) bayi lain yang sedang menangis kesedihan, bermain

dengan gembira menggunakan air liur sewaktu keseorangan, ketakutan mendengar bunyi bising (*fear*), marah apabila menangis kelaparan tetapi tidak diendahkan lama oleh penjaganya (*anger/rage*) dan sedih dan panik apabila ditinggalkan oleh ibu atau pengasuh buat pertama kali (*panic/grief*).

Memahami sistem emosi penggera ini akan membantu manusia memahami sebab atau punca kepada tindak balas manusia hasil yang merupakan hasil dari cetusan emosi tersebut. Seterusnya bagaimana emosi ini dirasakan dan diproses akan diterangkan dalam perenggan berikutnya.



Rajah 2.2. Pemprosesan emosi mengikut tahap

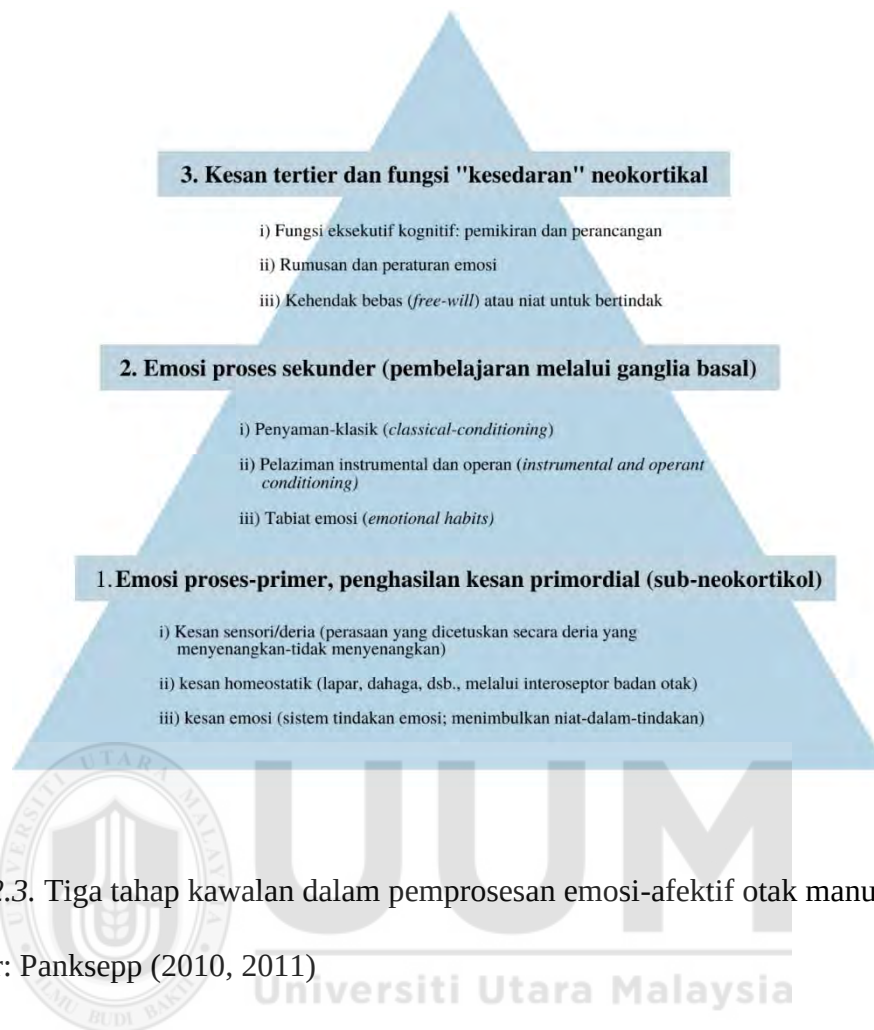
Sumber : Northoff et al. (2006)

Rajah 2.2 menunjukkan 3 tahap pemprosesan emosi manusia menurut Northoff et al. (2006). Northoff dan rakan-rakan menjelaskan bahawa emosi manusia diproses di bahagian otak seiring dengan tahap usia kematangan kognitif, iaitu semua manusia akan mula merasai emosi sebagai proses sensori atau deria di peringkat badan sahaja (Northoff et al., 2006). Contohnya individu merasai takut sebagai satu rasa spontan apabila ditinggalkan keseorangan walaupun telah dewasa (mahupun kanak-

kanak) dan emosi takut ini dirasakan di bahagian dada yang mula berdegup lebih kencang (perasaan sebagai sensori).

Seterusnya individu akan memproses emosi di peringkat pertengahan, atau peringkat kedua, iaitu merujuk kepada mental atau kognitif diri sendiri. Ia meliputi pengalaman lalu dan makna yang diperoleh di sepanjang hidup seseorang manusia, contohnya individu ini diberitahu bahawa akan ada hantu apabila tiba waktu gelap. Maka rasa takut ini hadir kerana proses kognitif dan pengalaman peribadi individu ini di dalam kehidupannya yang lalu diberitahu sebegitu.

Di peringkat ketiga, individu ini akan memproses makna peristiwa berada seorang diri di tempat gelap itu sebagai satu proses kognitif yang lebih tinggi, iaitu dengan merasionalkan bahawa “tiada hantu” kerana ruang gelap adalah kerana malam dan tiada lampu, dan emosi takut kepada hantu itu adalah satu perasaan gangguan dalaman saja. Individu ini juga sedar bahawa pengalaman lalu hanya bertujuan menakutkan sahaja agar segera pulang ke rumah sebelum waktu malam. Maka individu ini akan mengucapkan kepada diri sendiri skrip tertentu bertujuan menenangkan diri daripada rasa takut itu.



Rajah 2.3. Tiga tahap kawalan dalam pemprosesan emosi-afektif otak manusia

Sumber: Panksepp (2010, 2011)

Rajah 2.3 di atas adalah model dikeluarkan oleh Panksepp (2010; 2011) bagi menjelaskan lagi tiga peringkat pemprosesan emosi yang berkaitan dengan sistem emosi di dalam otak manusia. Panksepp mengaitkan tiga tahap pemprosesan ini dengan kesan kepada emosi dan tingkah laku manusia. Contohnya kesan pada peringkat pertama emosi proses-primer, iaitu secara sensoria atau deria, seorang kanak-kanak berasa berdebar-debar untuk berjumpa terapis buat pertama kali. Dia turut berasa takut, iaitu satu perasaan yang tidak menyenangkan dan ini ditunjukkan melalui tingkah laku berkepit dengan ibunya atau menyorok di belakang ibu.

Pembelajaran melalui emosi proses sekunder dengan pengulangan kehadiran ke sesi terapi secara konsisten, membuatkan kanak-kanak ini akan semakin selesa, dan ini berlaku mungkin setelah 3 sesi bersama ibu dan terapis. Seterusnya pada peringkat kedua ini juga ia menghasilkan tabiat emosi, iaitu semakin selesa, gembira dan percaya kepada terapis. Sehingga ke peringkat ketiga, kesan secara tindakan, kanak-kanak itu sendiri akan masuk ke bilik terapi dan bermain secara bebas (kehendak bebas) setelah kesedaran telah timbul secara yakin yang sesi ini adalah selamat dan amat menyenangkan. Proses ini apabila difahami, akan membuatkan terapis dan ibu bapa bertenang serta banyak bersabar kepada reaksi kanak-kanak ini.

Terapis yang membantu dalam pemprosesan emosi di dalam sesi terapeutik boleh bekerja dengan lebih berkesan dengan pemahaman mengenai emosi asas yang dikaitkan dengan sensori deria. Kemudian disalurkan kepada emosi dan kognitif dalam konteks kenangan atau memori yang menyenangkan atau tidak menyenangkan supaya pada akhirnya ia boleh disatukan semula dalam konteks perasaan positif. Keadaan ini dapat menggalakkan perubahan terapeutik yang lebih berkekalan berbanding terus bertegas dengan interaksi tahap kognitif.

Tiga tahap seperti divisualkan di dalam rajah 2.4 dan 2.5 boleh dijadikan model panduan, bermula dengan tahap 1, 2 dan 3. Meskipun tidak akan mengurangkan atau meminimumkan keupayaan proses kognitif sebaliknya ia akan membantu merangka semula peristiwa tekanan kehidupan dan mengawal selia emosi negatif melalui analisis pilihan hidup dengan perspektif yang baru. Sub topik seterusnya akan menerangkan mengenai emosi tidak menyenangkan yang merupakan satu keadaan

yang subjektif dan keperluannya untuk diukur secara kuantitatif bertujuan untuk proses rawatan dan bantuan seterusnya.

Kesimpulannya 5 teori digunakan di dalam penyelidikan ini sebagai sandaran proses dan hasil alatan seni CE-BME untuk membantu isu kesihatan mental remaja, iaitu Terapi Seni Ekspresif Berpusatkan Insan (PCEAT) (N.Rogers, 1993), Amalan Kreatif Berpusatkan Insan (PCCP) (Azizah Abdullah, 2015), Teori Sosial Emosi (Erikson, 1968), Teori Ekologi (Bronfenbrenner, 1979), dan Teori Pemprosesan Emosi (Panksepp, 2010, 2011). Teori ini akan turut membantu dalam menjelaskan hasil kajian dalam menjawab persoalan penyelidikan dalam dapatan penyelidikan kelak.

2.5 Lakaran Badan (*Body Outline*) dan Lakaran Badan-Emosi sebagai Pendekatan Seni Kreatif

Aktiviti lakaran badan (*body outline*) ialah satu aktiviti seni kreatif dalam lukisan yang biasa dilihat dan dilakukan sama ada di *setting* pendidikan mahupun intervensi psikologi. Subtopik ini akan memperjelaskan dengan lebih mendalam tentang penggunaan aktiviti ini seperti yang dilaporkan di dalam buku, oleh para sarjana dalam bidang terapi seni dan jurnal saintifik. Aktiviti melukis lakaran badan ini dapat dilihat sumbangannya dalam bidang psikopendidikan dan terapi, termasuk perawatan fizikal.

2.5.1 Penggunaan Lakaran Badan (*Body Outline*) dalam Terapi Seni dan Intervensi

Di dalam buku-buku terapi seni terbitan masa kini, aktiviti lakaran badan (*body outline*) digunakan sebagai sebahagian daripada aktiviti terapi seni kreatif dan

ekspresif di bawah domain 'potret' (*portrait*) dan 'lukisan' (*drawing*) (Buchalter, 2004; 2009). Modaliti lain di dalam aktiviti atau teknik di dalam terapi seni ialah 'mewarna' (*painting*), 'mural', 'kolaj', 'boneka' (*puppet*) dan 'topeng' (*mask*), 'arca', 'tanah liat' (*clay*), 'mandala', dan 'kombinasi modaliti'. Di dalam domain 'potret', dikatakan mampu mencipta pelbagai bentuk potret diri dan perwakilan diri membantu klien untuk fokus kepada dirinya, penampilan dirinya, imej badan dan sikap dirinya (Buchalter, 2004). Manakala di bawah domain 'lukisan', aktiviti '*body outline*' digunakan untuk luahan dan pemprosesan emosi kesakitan ('*pain management*') klien.

Buchalter (2004) menerangkan mengenai lukisan yang boleh membantu klien untuk berkomunikasi atau meluahkan pemikiran, perasaan, isu, masalah, hajat, harapan, impian dan hasratnya dalam bentuk tiada ancaman. Lukisan menyediakan jambatan atau perhubungan untuk mengekspresi isu dan kepercayaan dalam diri sama ada sedar dan tidak sedar. Ekspresif kreatif menyediakan peluang untuk individu secara bebas mempersembahkan dunia dalaman dan luarannya dalam apa jua bentuk lukisan yang dipilih. Pearson dan Wilson (2009) di dalam bukunya mengenai penggunaan seni ekspresif untuk terapis bekerja dengan badan, minda dan emosi klien, tidak meninggalkan aktiviti atau teknik '*body outline*' membantu klien dan terapis memahami serta memproses pengalaman somatik, sensasi dan emosi di badan.

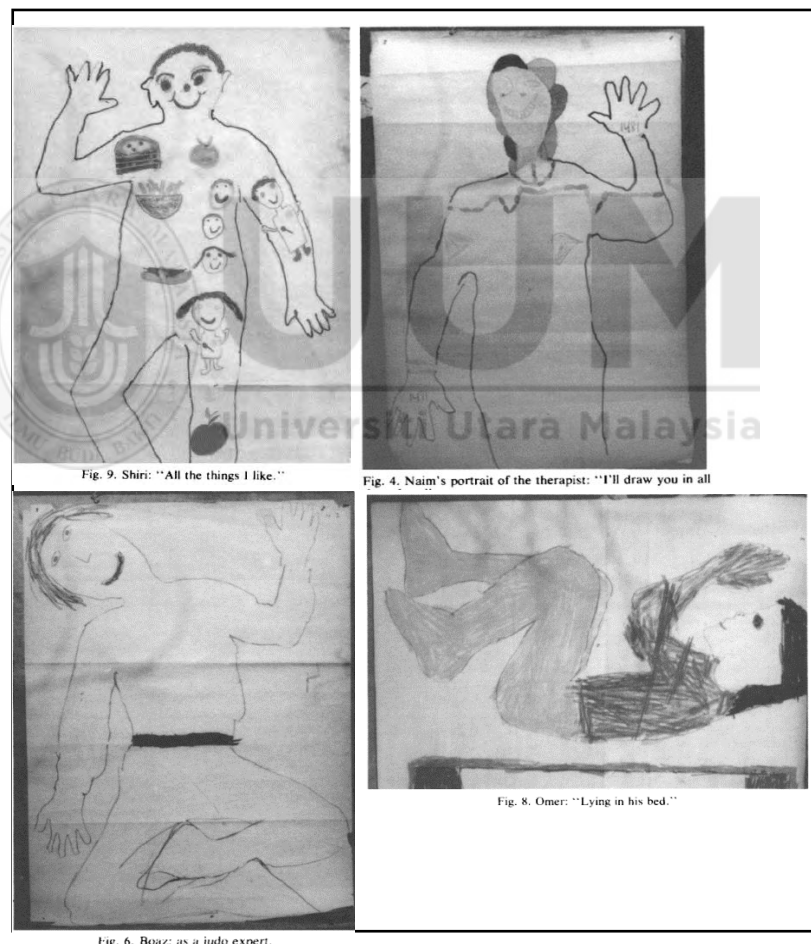
Tidak banyak penyelidikan saintifik yang dilaporkan berkaitan penggunaan lakaran badan (*body outline*) ini di dalam terapi seni. Namun pengkaji mendapati aktiviti atau teknik '*body outline*' ini selalunya ada di dalam buku-buku aplikasi atau teknik praktikal terapi seni pada masa kini. Kebiasaannya aktiviti '*body outline*' secara bukan

terapi dilakukan dengan individu berbaring di atas lantai mahupun berdiri di dinding dan lakaran badannya dilukiskan. Keadaan ini dipanggil sebagai pengesanan badan (*body tracing*). Ia dilakukan dari perspektif pendidikan kesedaran badan agar kanak-kanak menyedari tentang anggota badannya serta membantu menjelaskan perhubungan antara anggota badan dengan diri kanak-kanak itu. Kemudian lakaran badan atau 'outline' itu diberikan semula kepada individu itu untuk dilengkapi corak atau lakarannya seperti mana dia sendiri mahu.

Lukisan lakaran badan (*body outline*) oleh kanak-kanak adalah biasa digunakan di *setting* tabika, tadika, kelas seni kanak-kanak, kelas pendidikan khas kanak-kanak dan kelompok terapi seni untuk kanak-kanak dan remaja (Stenhardt, 1985). Penulisan berjilid mengenai gambar lakaran badan diri manusia dan aplikasinya di dalam terapi seni pertama kali dilaporkan oleh Stenhardt (1985). Beliau melakukan aktiviti seni kreatif secara terapi seni menggunakan 'body outline' kepada kanak-kanak yang dirujuk oleh ahli psikologi sekolah ke sesi terapi seni di Pusat Terapi Kanak-kanak di Ramat Hasharon, Israel. Kanak-kanak ini menghadiri sesi terapi seni selama satu jam setiap minggu. Mereka dihantar ke terapi seni kerana menunjukkan masalah tingkah laku dan beban emosi pelbagai di sekolah seperti masalah keluarga, masalah berkaitan peperangan, pencapaian rendah dan sebagainya.

Artikel Stenhardt bertajuk '*Freedom within Boundaries*' ini dilaporkan secara deskriptif dengan menunjukkan hasil gambar lakaran badan di dalam terapi seni kanak-kanak tersebut (Rajah 2.4). Stenhardt mendapati bahawa pelbagai isu emosi dan pemikiran kanak-kanak berusia 6 hingga 13 tahun ini boleh diterokai, antaranya

perkaitan peribadi, perasaan ragu-ragu, ketakutan, penolakan, estim diri, dan konsep sendiri. Ia digunakan dengan baik sekali dalam pembinaan hubungan dan kepercayaan antara terapis dengan kanak-kanak, memberi peluang kebebasan dan kreativiti untuk mewarnai dan melakar badan sendiri, meluahkan isu terpendam, menjumpai solusi, dan banyak membantu dalam menjelaskan simbolik daripada hasil lakaran badan, gambar dan warna yang digunakan. Hal ini didapati terapeutik dan amat membantu di dalam sesi terapi seni oleh para terapis seni di pusat itu.

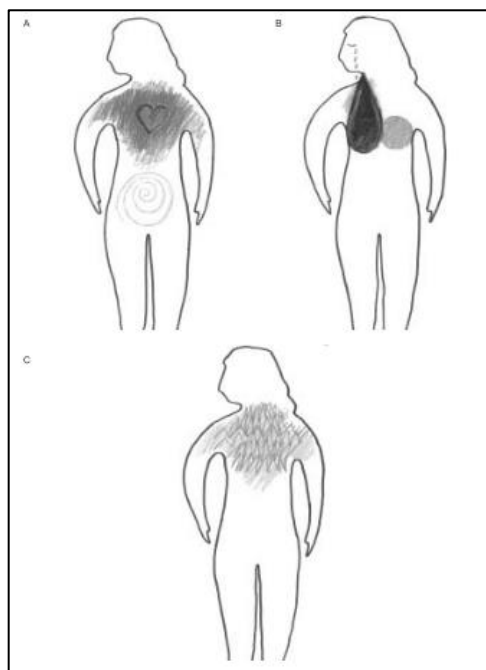


Rajah 2.4. Kepelbagaian ekspresi diri kanak-kanak menerusi lakaran badan di dalam sesi intervensi

Sumber: Stenhardt (1985)

Penyelidikan kes yang dilaporkan oleh Malchiodi (2003) di dalam bukunya menunjukkan bahawa beliau telah menggunakan lakaran badan (*body outline*) dengan klien pesakit kansernya yang diserang kebimbangan melampau berkaitan kanser payudaranya. Klien Malchiodi melakukan sebanyak tiga lukisan lakaran '*body outline*', dengan tiga pengalaman masa yang berbeza. Tajuk lukisan tersebut ialah i) "mendengar diagnosis" ("*hearing the diagnosis*"), iaitu luahan rasa emosi di badan apabila mula mendapat tahu didiagnosis kanser; ii) apa dirasai klien "selepas pembedahan" ("*after the surgery*"); dan iii) di mana dan bagaimana klien "paling rasa bila diserang panik" ("*the most intensity of her panic attacks*") kerana ketika itu klien sudah didiagnosis penyakit mental, iaitu serangan panik (*panic attack*).

Didapati klien tidak terkejut untuk lukisan kedua berkaitan selepas pembedahan kerana klien mewarnakan bahagian dada yang menggambarkan kanser payudaranya, namun klien mendapat kesedaran yang luar biasa dan jelas membantu dirinya apabila mendapati dua lagi lukisannya iaitu "mendengar diagnosis" adalah di dada (terkejut), iaitu sama seperti "intensiti apabila diserang '*panic attack*'" dan "selepas pembedahan" (Rajah 2.5).



Rajah 2.5. Tiga lakaran badan oleh pesakit kanser payudara dan kebimbangannya

Sumber: Malchiody (2003)

Pengkaji dapat mengaitkan pengalaman kaunseling klinikal di *setting* hospital dari laporan oleh Malchiodi ini. Dalam satu kertas kerja seminar penyelidikan kes anjuran Universiti Utara Malaysia pada tahun 2017, pengkaji membentangkan satu kes kanak-kanak berusia 12 tahun yang dirujuk oleh doktor perubatan pediatrik di wad dengan label ‘Psychogenic Chest Pain’ (Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah, 2017).

Kondisi ini dialami oleh kanak-kanak perempuan yang mengadu kesakitan dada yang amat kuat. Dari pemeriksaan mendalam secara perubatan, seperti pemeriksaan darah, jantung dan lain-lain berkaitan, para perawat kesihatan mendapati bahawa tiada jawapan dijumpai (*unexplained medical symptoms*) bagi menjelaskan keadaan pesakit kanak-kanak ini.

Subtopik seterusnya merangkumi penyelidikan berkaitan lakaran badan secara bukan penyelidikan kes tetapi berbentuk penyelidikan berskala besar di dalam *setting* perawatan kesihatan fizikal, sosial dan mental.

2.5.2 Aplikasi Lakaran Badan dalam Perawatan Kesihatan

Subtopik ini merangkumi aplikasi atau penggunaan aktiviti lakaran badan di dalam *setting* kesihatan fizikal (kebanyakannya di hospital), berkaitan isu kesihatan mental. Terdapat dua jenis saiz lakaran badan; (i) di atas kertas halaman biasa (bersaiz dokumen seperti A4) dan (ii) lakaran badan secara pengesanan badan (*body tracing*), dengan saiz badan sebenar.

Satu penyelidikan permulaan dalam penggunaan lakaran badan oleh Glaun dan Rosenthal (1987) dalam bidang kesihatan di dalam jurnal '*Psychotherapy and Psychosomatics*' telah dilaporkan dari penyelidikan kuantitatif secara individu bagi 210 orang kanak-kanak yang berusia 5-11 tahun. Kanak-kanak ini diminta untuk melakar atau menghias dalaman (*interior*) kepada lukisan lakaran badan (*body outline*) yang telah disediakan. Kemudian mereka ditemu bual untuk mengetahui kefahaman mereka mengenai bahagian badan yang dihias itu.

Perubahan lukisan diukur daripada bilangan dan lakaran bahagian badan dilukis dan digambarkan. Glaun dan Rosenthal (1987) mengambil maklum balas dari lukisan untuk dikodkan bagi membezakan tahap integrasi organ dan bahagian sistem badan. Hasil penyelidikan mendapati wujud peningkatan yang signifikan bagi konsep lukisan yang dihasilkan dari model perkembangan kognitif Piaget, seiring dengan usia yang

menyokong kemungkinan bagi kanak-kanak ini mampu menggambarkan organ dan sistem di dalam badan mereka. Seterusnya Glaun dan Rosenthal mengandaikan teknik ini sesuai bagi para petugas perawatan kesihatan untuk berkomunikasi dengan kanak-kanak tentang penyakit dan kesihatan yang berkaitan dengan sistem badan dan organ, menggunakan teknik lakaran badan (*body outline*) ini.

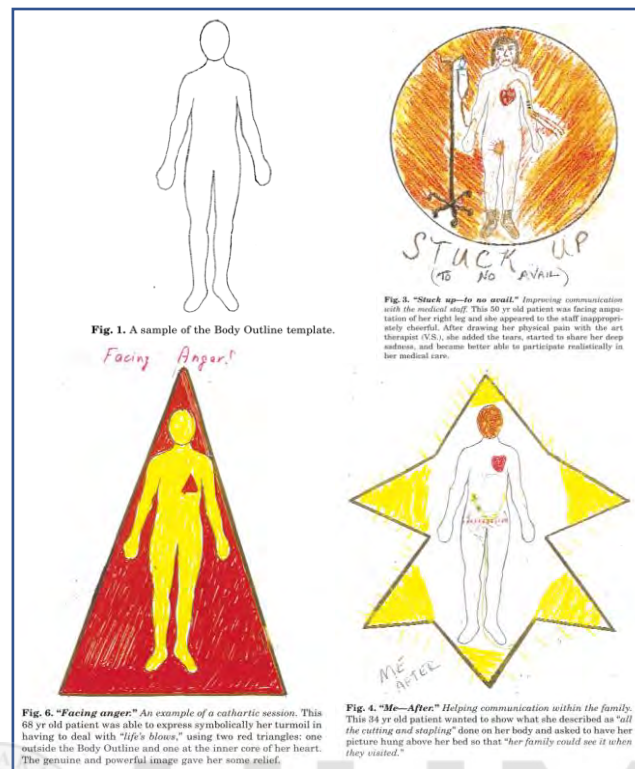
Seterusnya satu-satunya penyelidikan yang ada dalam mengenal pasti kesahan dan kebolehpercayaan penggunaan aktiviti lukisan '*body outline*' kepada populasi pediatrik telah dilakukan oleh Savedra et al. (1989). Savedra dan rakan-rakan melakukan penyelidikan terhadap 175 orang kanak-kanak berusia 8-17 tahun yang tinggal di hospital.

Kanak-kanak menandakan bahagian lokasi kesakitan mereka di '*body outline*' sebanyak dua kali. Hasil penyelidikan kuantitatif ini menyokong kuat akan kesahan dan kebolehpercayaan bagi teknik lakaran badan sebagai strategi pengukuran kanak-kanak dan remaja dalam melaporkan persepsi mereka tentang lokasi kesakitan di badan.

Selain itu lakaran badan ini juga boleh dijadikan sebagai alat kesakitan kanak-kanak pelbagai dimensi. Pelbagai dimensi bermaksud kegunaan bagi perawat, iaitu jururawat dan doktor untuk mengetahui di mana kesakitan dialami oleh pesakit kanak-kanak dan pengesahan kali kedua yang ditandakan adalah membuktikan kesakitan itu benar-benar masih wujud dan belum hilang (dimensi masa).

Seterusnya, penyelidikan oleh Luzzatto et al. (2003) ke atas 70 orang pesakit kanser lelaki dan wanita mendapati wujud penggunaan aktiviti lakaran badan (*body outline*) sebagai teknik terapi seni telah berjaya membantu i) memvisualkan kesakitan fizikal; ii) meluahkan emosi iaitu sebagai alat komunikasi bagi emosi; dan iii) mencari makna berkaitan spiritualiti diri (Rajah 2.6). '*Body outline*' tersebut digunakan sebagai templat awal sahaja. Seterusnya pesakit digalakkan oleh terapis seni untuk mengisi ruang di dalam dan luar lakaran badan masing-masing. Mereka boleh menggunakan krayon, pensel warna *pastel*, marker, warna air dan juga menggunting imej untuk dijadikan sebagai kolaj.

Luzzatto dan rakan-rakan merumuskan bahawa teknik '*body outline*' ini adalah satu intervensi terapeutik yang sangat fleksibel memandangkan ia adalah berbentuk simbolik abstrak yang difahami sejagat (bentuk badan manusia), ditawarkan oleh terapis seni yang mempunyai hubungan dengan klien di dalam sesi, serta memenuhi agak banyak keperluan ekspresif atau pengluahan diri klien, bermula daripada gambaran kesakitan fizikal kepada pengembangan makna kesakitan secara spiritual.



Rajah 2.6. Tema hasil penggunaan lakaran badan oleh pesakit kanser lelaki dan wanita dewasa

Sumber: Luzzato et al. (2003)

Penyelidikan berikutnya adalah berbeza kerana pendekatan penyelidikan adalah berbentuk kuantitatif yang dijalankan oleh Abd-elsayed et al. (2013) ke atas 171 kanak-kanak dan remaja berusia 5-17 tahun, yang sumbing. 70% sampel mewakili kanak-kanak lelaki dan 30% lagi adalah perempuan dan penyelidik mahu mengetahui persepsi imej diri wajah mereka yang mengalami sumbing bibir (CL; *cleft lip*) dan sumbing langit (CP; *cleft palate*) dari 22 buah negara. Mereka tinggal di kawasan yang terhad akses penjagaan kesihatan. Kanak-kanak ini diminta untuk melukis muka mereka dalam lukisan persepsi imej diri 2 jam sebelum pembedahan membaiki kecacatan mereka. Kanak-kanak diminta berbaring di atas sekeping kertas besar untuk dikesan lakaran badan mereka.

Selepas itu, kanak-kanak diminta melukis muka mereka dalam lakaran badan itu. Kanak-kanak ini menghadiri sesi terapi seni dengan terapis seni 2 jam sebelum pembedahan. Hasil penyelidikan adalah mengejutkan kerana 100% kanak-kanak yang termasuk dalam penyelidikan ini tidak melukis *CL/CP* mereka apabila diminta melukis muka mereka; sebaliknya, mereka melukis gambar mulut biasa. Tiada seorang pun daripada 171 pesakit dengan *CL/CP* yang melukis kecacatan mereka apabila diminta melukis muka mereka, dan sebab-sebabnya adalah tidak jelas.

Abd-elsayed dan rakan-rakan merumuskan bahawa kanak-kanak mungkin ingin mengimbangi kecacatan mereka dengan penggunaan fantasi yang membina kerana mereka menjangkakan hasil pembedahan untuk membaiki *CL/CP* mereka adalah positif. Hipotesis tambahan ialah kanak-kanak merasakan wujud keperluan untuk melukis imej yang mereka tahu akan mewakili keinginan ibu bapa mereka. Limitasi penyelidikan secara kuantitatif ini membuka laluan untuk penyelidikan secara kualitatif pada masa akan datang.

Penggunaan lakaran badan dalam isu kesihatan mental berkaitan badan pula mula dilaporkan di dalam buku teks terapi seni dan penyelidikan, untuk gangguan atau kecelaruan pemakanan seperti '*eating disorder*' dan isu imej badan diri (Anderson, 2008; Guez et al., 2010; Malchiodi, 2012; Williams et al., 2014). Ahli terapi lain juga mempromosikan keberkesanannya untuk memeriksa trauma seperti kehilangan dan memahami sensitiviti budaya (Beauregard & Moore, 2011; Chapman, 2014; England & Connors, 2005; St. Thomas & Johnson, 2007).

Dalam intervensi ini, doktor sering menjemput pesakit untuk meletakkan diri mereka di atas kertas dan mengesan kontur badan mereka. Bentuk yang digariskan kemudiannya boleh berfungsi sebagai wadah untuk menyatakan pengalaman dalaman atau mewujudkan ruang dari perasaan yang lebih somatik untuk diterjemahkan melalui bentuk konkrit atau visual. Contohnya dari penyelidikan saintifik oleh Williams et al. (2014) kepada 56 wanita dewasa, beliau mendapati bahawa kumpulan yang melakukan aktiviti pengesanan badan (*body tracing*), skor ketidakpuasan badan mereka adalah tinggi secara keseluruhan bagi penampilan diri dan emosinya. Berbanding dengan kumpulan kawalan yang tidak melakukan aktiviti pengesanan badan itu, dapatan menunjukkan bahawa mereka yang mendapat skor ketidakpuasan badan rendah, sebenarnya mempunyai tahap kebimbangan lebih tinggi berbanding kumpulan yang melakukan aktiviti pengesanan badan.

Penyelidikan beliau menunjukkan walaupun kesan negatif pada awalnya, iaitu aktiviti pengesanan badan membuatkan tahap ketidakpuasan badan dan emosi adalah lebih tinggi secara regresi analisis, namun dari sini dapat diketahui dengan jelas akan impak penggunaan aktiviti pengesanan badan. Didapati seseorang individu itu lebih sedar dan dekat dengan isu diri berbanding tidak melakukan aktiviti dan hanya bergantung kepada soalan selidik semata-mata. Implikasi dari segi aplikasi lukisan atau lakaran badan dalam bidang perawatan untuk isu kecelaruan makan, imej badan, tinggi berat badan dan sebagainya adalah sangat berkait rapat serta memberi impak. Keadaan ini berlaku apabila wujud aktiviti melibatkan seni kreatif dan ekspresi diri dari dalam diri klien kepada penghasilan karya secara konkrit di atas kertas adalah terbukti membantu mengeluarkan isu sebenar diri manusia.

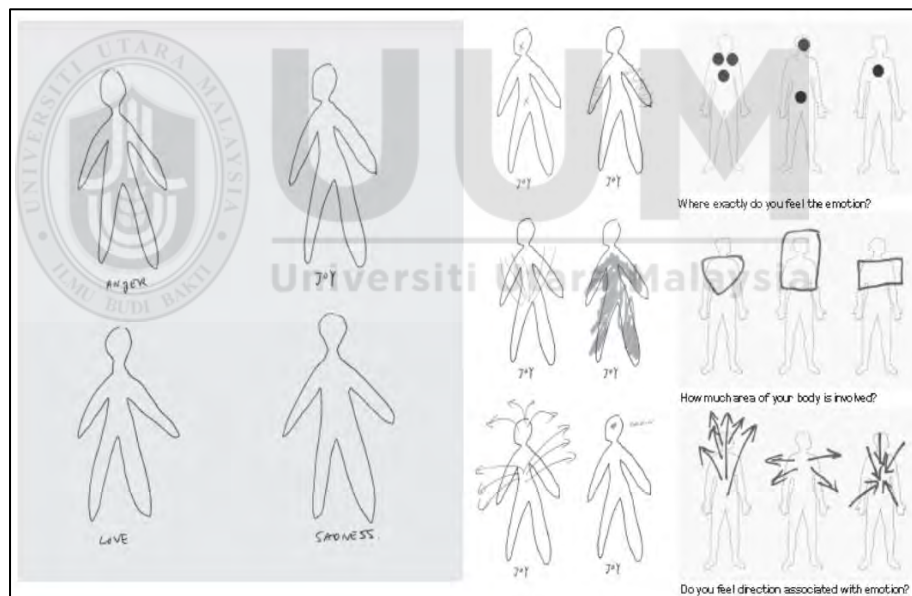
Sorotan penyelidikan di dalam subtopik berikutnya adalah penyelidikan berkaitan lakaran badan dan emosi spesifik yang dilakukan secara berskala besar di dalam jurnal dan laman web khusus. Selain itu, Collings et al. (2021) menyiasat pemikiran ibu tentang sokongan susulan yang mereka perlukan daripada perkhidmatan kebajikan kanak-kanak dalam mewujudkan ikatan dengan anak-anak mereka. Perkara ini telah dikaji dengan menggunakan pemetaan badan.

Peserta melakar bentuk badan bersaiz sebenar (*body tracing*) dan kemudian memperkayakannya dengan tekstil, lakaran dan gambar untuk menggambarkan kepercayaan mereka semasa sesi temu bual. Dengan menggunakan perwakilan badan, para ibu ini telah mencapai akses kepada kenangan bayi yang telah gugur. Pemetaan badan mendedahkan bahawa traumatik kehilangan telah muncul sebagai isu psikologi yang besar semasa interaksi ibu-ibu ini dengan perkhidmatan kebajikan kanak-kanak.

2.5.3 Penyelidikan Penerokaan Lakaran Badan dan Emosi Secara Berskala Besar

Dua subtopik sebelum ini memperlihatkan maklumat berkenaan aktiviti lakaran badan tanpa emosi spesifik, dan digunakan di *setting* terapi seni dan perawatan kesihatan. Seterusnya pengkaji amat teruja apabila menjumpai satu laporan di dalam laman web persendirian oleh O'Brien (2007); Projek *Emotionally}Vague* (O'Brien, 2007; <http://www.emotionallyvague.com>) yang memberi tumpuan kepada penerokaan lakaran badan dan emosi secara kualitatif dengan persoalan: "Adakah manusia merasakan emosi di dalam badan mereka?" (Rajah 2.7).

Projek ini melibatkan pembangunan kaedah asal, iaitu peserta diminta melukis pada garis besar badan kertas tentang persoalan di mana atau bagaimana mereka merasakan kemarahan, kegembiraan, ketakutan, kesedihan dan perasaan cinta. Fasa ujian yang digunakan oleh O'Brien termasuk penggunaan tekstur, nilai, pemilihan ruang, dan media alternatif seperti pelekat. Tinjauan terakhir mempunyai tiga variasi soalan pada peta badan, iaitu; i) "maklum balas terbuka sepenuhnya" (di mana sahaja), (ii) "satu tempat sahaja" dan "anak panah untuk menunjukkan arah". Sampel sebanyak 250 orang berumur antara 6 hingga 75 tahun dari 35 buah negara telah berjaya dikumpulkan oleh beliau.



Rajah 2.7. Penyelidikan lakaran badan-emosi berskala besar; projek 'Emotionally Vague'

Sumber: O'Brien (2007)

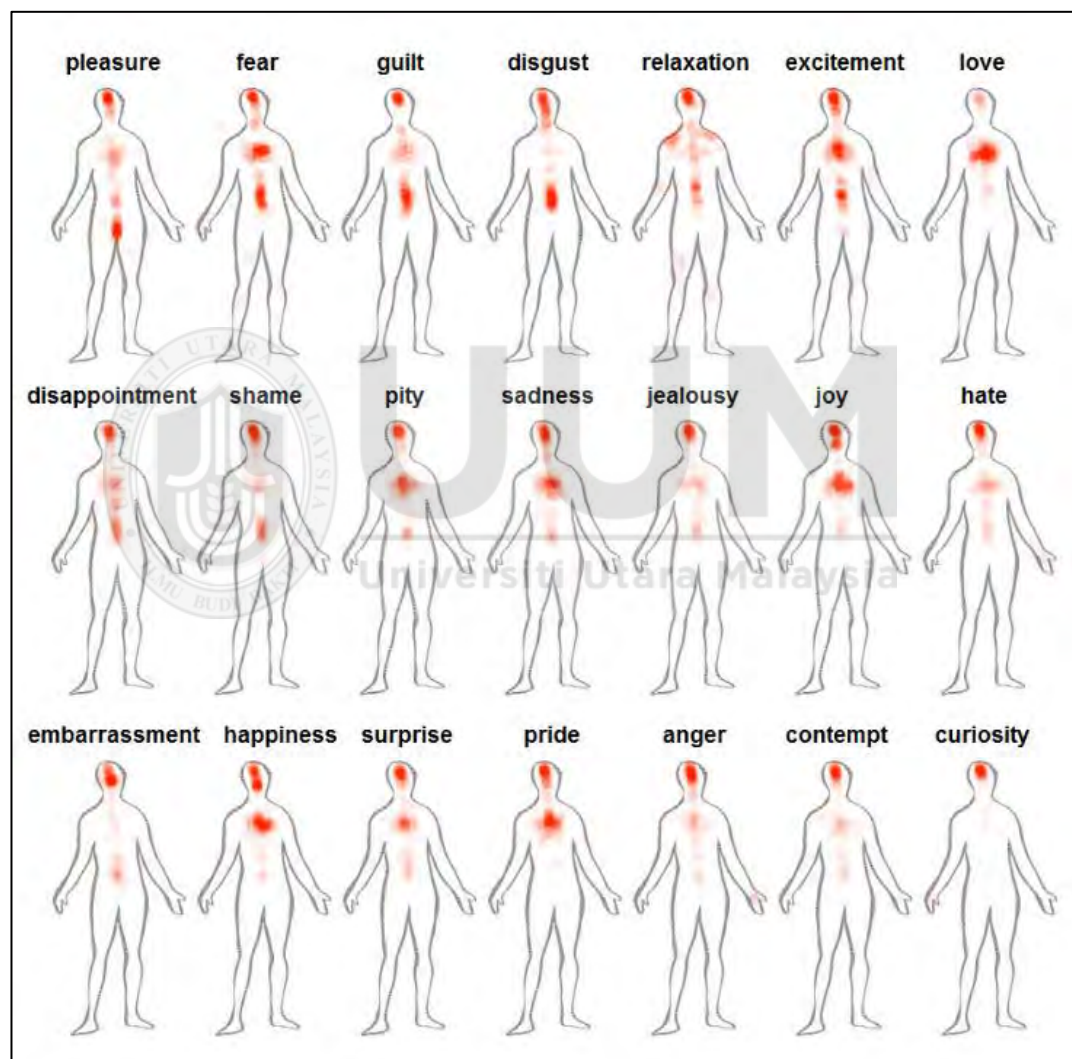
O'Brien telah berjaya mengemukakan pandangan baharu tentang perbezaan individu dalam penyatuan emosi badan, dan menunjukkan kaedah ini sebagai bukti prinsip

bahawa projek reka bentuk eksperimen boleh digunakan dalam konteks saintifik pada masa akan datang. Beliau juga yakin kaedah ini boleh dibangunkan menjadi alat terapeutik, dan/atau sebagai satu cara mewakili perasaan secara visual melalui kaedah interaktif dan partisipatif dengan individu yang terlibat.

O'Brien meneruskan projek emosi di badan dengan melakukan kerjasama dengan seorang artis dan dua penyelidik akademik (saintis) yang berminat dalam penyelidikan penerokaannya dan kini dilakukan secara kuantitatif (O'Brien et al., 2016). Dalam projek kualitatif *Emotionally}Vague* yang pertama pada tahun 2007, peserta diminta untuk melukis pada rangka badan melibatkan persoalan di mana atau bagaimana mereka merasakan kemarahan, kegembiraan, ketakutan, kesedihan dan cinta secara maklumbalas terbuka sepenuhnya, secara satu titik kawasan atau secara berarah. Berikutan hasil projek *Emotionally}Vague* secara kualitatif ini, penyelidikan kuantitatif telah dilakukan terhadap seramai 160 orang sampel dengan purata usia 31.5 tahun untuk O'Brien dan pasukannya mengkaji lebih lanjut tentang penyatuan emosi di badan manusia (Rajah 2.8).

Peserta boleh memilih lokasi pertama dan lokasi kedua yang berkemungkinan dirasai pada lakaran badan '*body outline*' untuk menunjukkan bahawa mereka merasakan 21 emosi itu. Keputusan menunjukkan bahawa emosi berbeza di dalam badan manusia adalah unik dan berbeza menurut individu. Beliau mendapati wujud emosi kesombongan, kemarahan, penghinaan dan rasa ingin tahu dikaitkan dengan kedudukan yang lebih tinggi dalam badan berbanding dengan keseronokan, ketakutan, rasa bersalah dan rasa meluat.

Tambahan pula, seperti yang dijangkakan, terdapat variasi individu dalam kombinasi emosi di badan. Terdapat sesetengah sampel yang melaporkan bahawa kesatuan emosi badan tertentu tidak disebut oleh individu lain tertentu bagi kesemua emosi. Keputusan ini menyokong pandangan yang menekankan kebolehubahan individu dalam menterjemahkan pengalaman emosi untuk mereka.



Rajah 2.8. Hasil penyelidikan lakaran badan-emosi

Sumber: O'Brien et.al (2016)

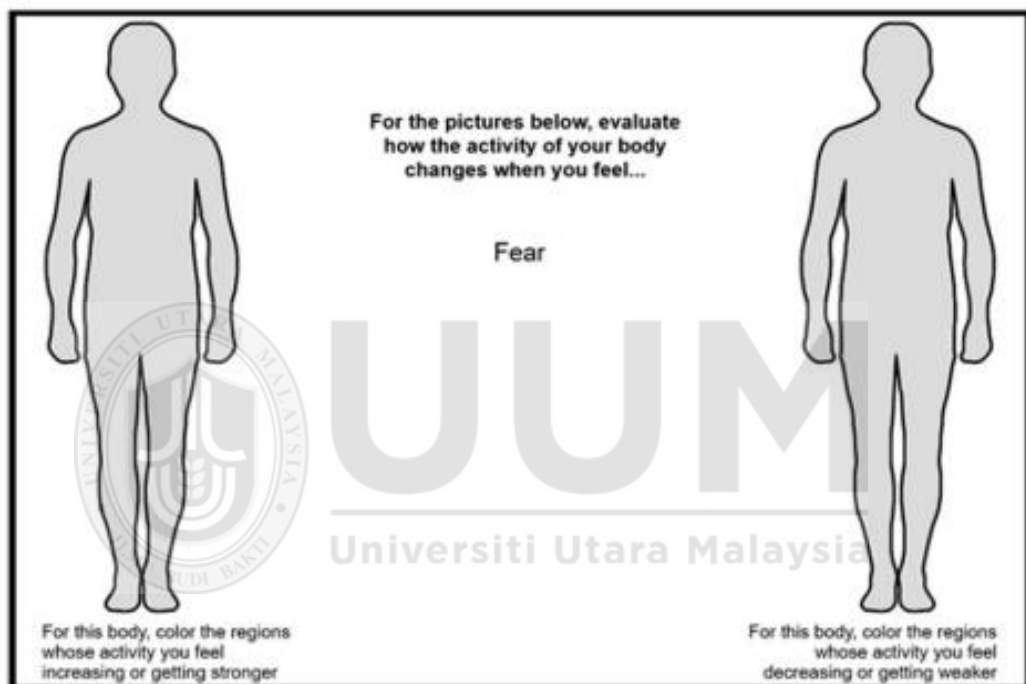
O'Brien et al. (2016) telah membuktikan keberadaan emosi di badan manusia bagi jenis emosi di bahagian atas badan (kesombongan, kemarahan, penghinaan dan rasa ingin tahu) dan emosi bahagian bawah badan (keseronokan, ketakutan, rasa bersalah dan rasa jijik), serta kebolehubahan individu dalam menterjemahkan pengalaman emosi unik untuk mereka. Sorotan subtopik berikutnya akan memperlihatkan penyelidikan emosi di badan secara saintifik, berskala besar dan menggunakan topografi komputer.

2.5.4 Penyelidikan Penerokaan *Bodily Maps of Emotions* Secara Topografi Komputer dan Penyelidikan Seterusnya

Selain laporan dan artikel penyelidikan tentang lakaran badan dan emosi oleh O'Brien (2007; 2016), terdapat ahli saintis atau penyelidik psikologi yang telah berjaya menjalankan penyelidikan secara lebih saintifik dan kuantitatif menggunakan komputer. Profesor Madya Dr. Lauri Nummenmaa dan pasukannya dari Universiti Turku di Finland telah melakukan beberapa siri penyelidikan melibatkan lakaran badan dan emosi dirasakan oleh manusia di badan secara besar-besaran.

Dapatan pertama Nummenmaa et al. (2014) telah berjaya menghasilkan satu gambaran menyeluruh bagi sensasi emosi dirasakan di badan ke atas 701 orang sampel penyelidikan yang merangkumi sampel dari negara Barat (Finland dan Sweden) dan Timur (Taiwan). Hasil penyelidikan beliau menunjukkan sensasi emosi dirasakan dan dialami oleh manusia adalah berasingan, boleh dijelaskan, dan ia merupakan satu somatosensasi. Somatosensasi adalah satu rasa (sensasi) di badan, dan emosi yang

boleh dirasai oleh anggota badan sebenarnya boleh dijelaskan secara berasingan. Ia juga menunjukkan pemprosesan emosi membolehkan manusia memahami lebih baik akan kecelaruan emosi seperti kemurungan dan kebimbangan yang disusuli dengan pengubahsuaian proses emosi, daripada aktiviti *Autonomic Nervous System* (ANS) di otak dan somatosensasi (rasa di badan).

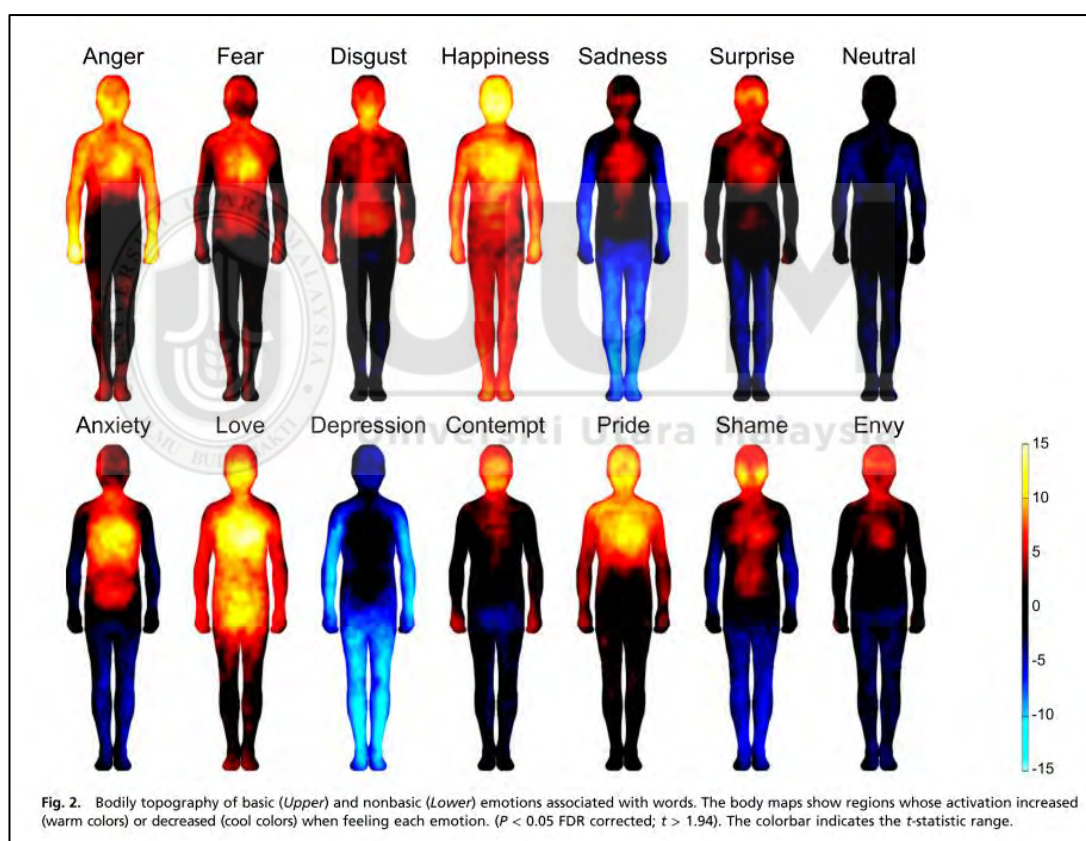


Rajah 2.9. Gambar lakaran badan dan dua tahap penilaian ‘emosi takut’ paling kuat dan paling lemah

Sumber: Nummenmaa, et al. (2014)

Berdasarkan Rajah 2.9 di atas, emosi di badan yang dirasai sewaktu paling kuat dan paling lemah ditandakan bagi satu satu-satu emosi spesifik. Kaedah ini dilakukan secara manual menggunakan helaian kertas lakaran badan dan pensel serta direkodkan secara topografi di komputer.

Berbeza dengan pendekatan aplikasi seni kreatif lakaran badan dan emosi secara termometer oleh Maznah Ibrahim dan Ruhana Mahmod (2013) yang menggunakan kaedah menanda atau melorek emosi di badan bagi emosi yang paling kuat dirasai di badan sahaja, Nummenmaa dan rakan-rakan menggunakan dua jenis skala (paling kuat dan paling lemah). Maznah Ibrahim dan Ruhana Mahmod (2013) juga hanya menggunakan empat emosi spesifik; gembira, sedih, marah dan takut manakala Nummenmaa et al. (2014) menggunakan empat belas (14) emosi (Rajah 2.10).



Rajah 2.10. Hasil penyelidikan *emBODY* pemetaan emosi di badan

Sumber: Nummenmaa et al. (2014)

Lanjutan dari ini, Hietanen et al. (2016) meneruskan penyelidikan mengenai sensasi emosi di badan ke atas 331 kanak-kanak dan remaja yang berusia dari 6 hingga 17

tahun. Hietanen dan rakan-rakan berjaya membuktikan bahawa, sudah banyak penyelidikan mengenai perkembangan emosi kanak-kanak dari bayi hingga dewasa dijalankan khususnya berkaitan perkembangan emosi kanak-kanak sejak awal kehidupan, namun sehingga kini, penyelidikan mengenai perkembangan sensasi emosi di badan belum dikaji secara spesifik. Antara puncanya ialah kerana kurang alat (*tool*) yang bersesuaian untuk menyelidiki perkara ini.

Penyelidikan Hietanen dan rakan-rakan juga melibatkan 36 orang dewasa muda, iaitu pelajar Universiti Tampere, Finland sebagai perbandingan untuk sensasi emosi badan bagi orang dewasa. Teori emosi utama dari perspektif neurobiologi (Damasio & Carvalho, 2013), pakar psikologi mengenai apa itu emosi dan minda (James, 1884) dan teori perkembangan emosi kanak-kanak menjadi dasar kepada penyelidikan ini. Bilangan sampel adalah berasaskan saranan pembina alatan asal ini yang dinamakan sebagai *emBODY*, iaitu 40 orang minimum bagi setiap kategori usia.

Pengkaji berhenti mengutip data apabila cukup bilangan minima yang sukarela menjalani alatan ini dari sekolah yang dihubungi. Data dikutip menggunakan alatan *emBODY* (Nummenmaa et al. 2014) versi kertas dan pensel juga. Dapatan penyelidikan menunjukkan bahawa emosi asas adalah terkait dengan taburan di badan apabila emosi dirasakan sama ada meningkat atau menurun bagi setiap kumpulan usia sampel.

Selain itu, emosi ‘kegembiraan’ diklasifikasikan sebagai emosi yang paling boleh dipercayai (konsisten) bagi kesemua kumpulan usia, manakala emosi ‘kemarahan’ dan

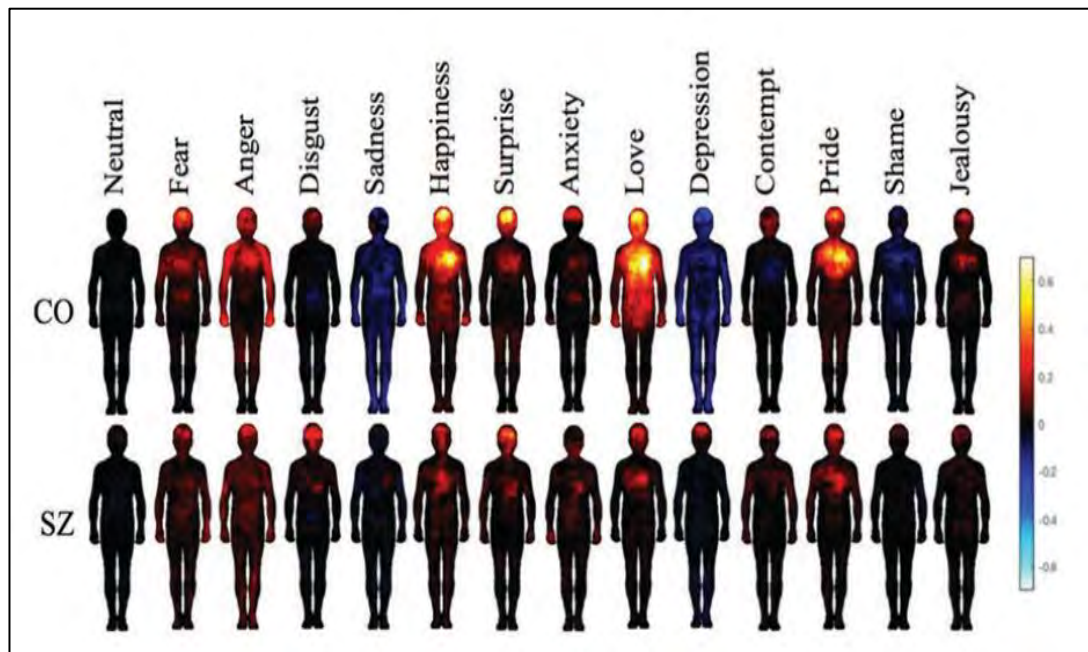
‘kesedihan’ mula konsisten bermula usia 8, manakala emosi ‘meluat’ (*disgust*) bermula pada usia 10 dan ke atas. Hietanen dan rakan-rakan mendapati persamaan emosi asas ini dengan emosi orang dewasa dan ia meningkat seiring dengan peningkatan usia. Emosi ‘kejutan’, ‘marah’, ‘kegembiraan’ dan ‘ketakutan’ bagi kanak-kanak berusia 6 tahun menghampiri dan sesuai dengan emosi orang dewasa berbanding emosi ‘kesedihan’ dan ‘meluat’ yang menunjukkan lebih lambat untuk sama seperti corak sensasi emosi di badan bagi orang dewasa.

‘Meluat’ adalah emosi yang paling lambat untuk dirasai sensasinya sama seperti orang dewasa. Dari sini, Hietanen dan rakan-rakan berjaya membuktikan bahawa, sensasi emosi di badan adalah berbeza sejak usia prasekolah, dan emosi ini semakin jelas, sesuai dengan peningkatan usia menuju remaja. Perkembangan ini adalah selari dengan cara kanak-kanak mula menggunakan perkataan emosi apabila menggambarkan peristiwa emosi berbeza. Perkembangan kanak-kanak dari aspek menyedari emosi sendiri berkait dengan sensasi di badan terbentuk secara signifikan dengan cara kanak-kanak melihat dan menginterpretasi persekitarannya.

Seterusnya penyelidikan *emBODY* lanjutan dilakukan ke atas kelompok pesakit mental oleh Torregrossa et al. (2018), dengan 26 orang pesakit skizofrenia yang didiagnos secara klinikal dan 26 orang awam yang dicari secara pengumuman (hebahan) dan tiada sejarah ciri psikiatri dari DSM V sebagai kumpulan kawalan, dalam komuniti yang sama dijadikan sebagai sampel bagi penyelidikan ini.

Penyelidikan ini berjaya membuktikan bahawa pesakit skizofrenia menunjukkan emosi di badan yang janggal daripada normal. Hal ini sesuai memandangkan ciri mereka itu sendiri yang kurang baik dari segi emosi-sosial dan fizikal badan. Pesakit skizofrenia diketahui mempunyai pengubahsuaian dalam penonjolan emosi di badan, selain mempunyai persepsi dan ekspresi emosi yang abnormal. Pemahaman mengenai skizofrenia dari aspek fisiologi, pemikiran, perasaan dan tingkah laku dan teori psikologi otak mengenai sistem saraf tunjang, otak, saraf dan emosi menjadi dasar dalam penyelidikan tersebut.

Sampel pesakit skizofrenia didiagnos menggunakan *Structured Clinical Interview* untuk DSM-V, manakala simptom dinilai menggunakan *BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)*, *SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)* dan *SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)*. Alatan 'EmBODY' digunakan untuk kedua-dua jenis sampel penyelidikan bagi mengkaji emosi di badan semasa emosi kuat dirasakan dan paling kurang dirasakan, untuk 14 emosi (Rajah 2.11).



Rajah 2.11. Pemetaan emosi di badan (kelompok normal dan pesakit skizofrenia)

Sumber: Torregrossa et al. (2018)

Hasil penyelidikan ini juga mendapati, kedua kumpulan tidak berbeza dari segi saiz sensasi emosi dan keadaan ini menunjukkan kedua kumpulan sama-sama terlibat dengan baik dalam tugas diberikan. Sampel kumpulan kawalan didapati lebih kongruen (sama) sensasi emosi di badan berbanding kumpulan pesakit skizofrenia yang lebih tidak kongruen. Selain itu didapati tiada perkaitan antara dos ubat diambil dengan warna piksel (*pixel*) di peta emosi, iaitu ubat dadah antipsikotik tidak mengubah suai sensasi emosi di badan. Kesimpulannya, penyelidikan berjaya membuktikan bahawa sensasi emosi di badan bagi pesakit skizofrenia memang abnormal dan tidak kongruen berbanding kumpulan kawalan. Penyelidikan ini juga menunjukkan kepentingan penonjolan kefungsi dan sosial bagi pesakit skizofrenia bagi intervensi dan rawatan bersesuaian.

Dalam satu penyelidikan yang lain ke atas kedua-dua kelompok kanak-kanak serta orang dewasa, Sachs dan rakan sekerja meneroka hubungan antara ukuran sifat empati dirasai dalam diri sendiri serta yang diperhatikan kepada individu lain, dengan menggunakan alatan *emBODY tool*, iaitu sebuah alatan emosi di peta badan oleh Nummenmaa dan rakan-rakan (Sachs et al., 2019). Mereka menemui terdapat hubungan antara empati secara kognitif antara diri sendiri dengan orang lain yang juga wujud kepada kanak-kanak yang berusia 8 - 11 tahun, selain kepada orang dewasa juga. Para penyelidik mendapati hubungan ini berkaitan dengan perkembangan empati dalam diri manusia, yang bermaksud kanak-kanak dan orang dewasa mempunyai rasa empati secara kognitif, melalui peta emosi di badan daripada tontonan filem dan klip muzik.

Seterusnya penyelidikan terbaru yang menggunakan '*Bodily Map of Emotions*' telah dijalankan oleh Volynets et al., (2020) ke atas 3,954 orang daripada 101 buah negara di seluruh dunia yang berusia antara 18 dan 90 tahun (min usia 34.9 tahun; lelaki 694 orang dan perempuan 3260 orang). Volynets dan rakan-rakan menyimpulkan bahawa pengalaman emosi dirasai di badan adalah universal dan lebih kuat berbanding perbezaan mengikut budaya dan jantina. Pengkaji mahu menguji perbezaan '*Bodily Map of Emotions*' bagi aspek (i) universal budaya, (ii) perbezaan jantina dan (iii) kebergantungan usia bagi sensasi emosi di badan berkait dengan emosi berbeza. Penyelidikan menggunakan alat unik berasaskan komputer, dengan kaedah menjawab sendiri topografi emosi di badan yang telah disahkan alatannya, iaitu alatan *emBODY* (Nummenmaa et al., 2014).

Lyons et al. (2020) telah berjaya melaksanakan penyelidikan dengan menggunakan alatan '*emBODY*' ke atas pesakit *Major Depressive Disorder (MDD)*. Lyons dan rakan-rakan membahagikan sampel kepada tiga kumpulan, iaitu sampel sihat, sampel pesakit depresi namun tidak mengambil ubat dan sampel pesakit depresi dan mengambil ubat. Didapati sensasi emosi lebih dirasai oleh pesakit *MDD* tanpa mengambil ubat berbanding pesakit *MDD* yang mengambil ubat. Manakala sampel sihat adalah lebih merasai emosi berbanding kedua-dua kumpulan sampel *MDD*. Kesimpulan penyelidikan tersebut merumuskan bahawa kesedaran badan mungkin perlu dalam perawatan kepada pesakit *MDD*.

Hal ini jelas menunjukkan bahawa penyelidikan penerokaan awal oleh Nummenmaa et al. (2014) dengan menggunakan alatan spesifik *emBODY* telah berjaya membuktikan bahawa emosi berada di badan, berbeza dan unik mengikut individu. Seterusnya alatan ini berjaya dikembangkan pula penyelidikannya kepada kelompok kanak-kanak dan remaja (Hietanen et al., 2016), kelompok pesakit mental skizofrenia (Torregrossa et al., 2018), dan kemurungan major (*MDD*) (Lyons et al., 2020) serta diselidik dari aspek psikologi seperti sifat empati dan aspek budaya (universal budaya, jantina, dan usia) (Sachs et al., 2019).

Hal ini membuka ruang kepada penyelidikan seterusnya bagi proses dan hasil di dalam sesi psikoterapi seperti penyelidikan ini. Penyelidikan berkenaan *bodily maps of emotions* kelihatan mula terhenti buat seketika (hingga saat ini). Kesimpulan dari penyelidikan-penyelidikan yang sedia ada ini menunjukkan terdapat perhubungan rapat antara manusia dengan perasaan terhadap badannya, sama ada organ (seperti

penyelidikan di *setting* hospital untuk kanak-kanak yang sakit), kesihatan fizikal seperti penyakit kanser, penampilan fizikal (mulut sumbing, isu imej badan), isu penyakit mental seperti kemurungan major (*MDD*), skizofrenia dan kecelaruan pemakanan, isu kesihatan mental seperti trauma kehilangan janin di dalam kandungan, dan psikopendidikan seperti daya tahan dan pengesanan sendiri.

Kesemua ini amat berkait rapat dengan psikologi manusia dalam bidang perubatan mahupun intervensi. Sampel yang dikaji pula didapati meliputi kesemua peringkat umur, sama ada kanak-kanak (seawal 5 tahun) sehingga usia warga emas (70 tahun), serta pelbagai budaya. Di sini juga boleh disimpulkan bahawa penggunaan lakaran badan adalah universal dan amat dekat, sesuai dengan semua peringkat umur manusia.

Subtopik berikutnya akan mengemukakan skop emosi dan pemprosesannya dalam kalangan manusia beserta kesan kepada kesihatan fizikal sehingga ke peringkat psikosomatik dalam kalangan kanak-kanak dan remaja. Ia berkaitan dengan penyelidikan ini dari aspek lakaran badan dan emosi untuk aspek proses dan hasil atau kesan membantu dan tidak membantu dalam penyelidikan ini kelak.

Dari sorotan maklumat yang diperolehi setakat pencarian yang terhad oleh pengkaji, didapati penyelidikan bagi pelaksanaan proses dan hasil belum ada lagi dijalankan penyelidikan untuk alatan seni kreatif lakaran badan dan emosi. Jadual 2.2 menunjukkan analisis maklumat penyelidikan lepas berkaitan lakaran badan, pemetaan emosi di badan, dan penggunaan pengesanan badan dalam pelbagai

penyelidikan mengikut tahun. Senarai penyelidikan lepas ini disusun mengikut tren masa (tahun) bagi memaparkan apakah bentuk penyelidikan dan dapatan diperoleh.

Jadual 2.1

Dapatan kajian literatur bagi lakaran badan, lakaran badan-emosi dan pengesanan badan

Tahun	Penulis	Metodologi penyelidikan	Sampel	Tema/hasil penyelidikan
1985	Stenhardt	Kualitatif	Kanak-kanak dan remaja bermasalah (6-13 tahun)	Tema isu psikologi kanak-kanak
1987	Glaun & Rosenthal	Campuran, Kuantitatif dan kualitatif	Kanak-kanak yang sihat (5-11 tahun)	Membantu komunikasi berkaitan penyakit dan kesihatan badan (organ, sistem, tubuh)
1989	Savedra, et.al.	Kuantitatif	Kanak-kanak dan remaja yang sakit dan tinggal di hospital (8-17 tahun)	Kesahan dan kebolehpercayaan lakaran badan sebagai strategi pengukuran lokasi kesakitan di badan
2003	Luzzatto, et.al.	Kualitatif	Pesakit kanser dewasa	(1) visualisasi kesakitan fizikal, (2) komunikasi emosi, (3) mencari makna/ kerohanian.
2007	O'Brien	Kualitatif	Individu normal (6-75 tahun)	Emosi berada di badan dan boleh divisualkan.
2013	Abd-elsayed et.al.	Kuantitatif	Kanak-kanak dan remaja sumbing bibir dan lelangit (5-17 tahun)	100% kanak-kanak tidak melukis keadaan sumbing, sebaliknya melukis mulut biasa.
2014	Williams, et.al.	Kuantitatif	Pelajar universiti	Pengesanan badan (<i>body tracing</i>) mempunyai kesan negatif awal untuk wanita yang mempunyai tahap ketidakpuasan badan yang lebih tinggi.

Tahun	Penulis	Metodologi penyelidikan	Sampel	Tema/hasil penyelidikan
2014	Nummenmaa, et.al.	Kuantitatif	Individu dewasa normal	Pengalaman emosi berkait dengan peta sensasi badan. Menyokong model somatosensasi dan penjelmaan (<i>embodiment</i>) dalam pemprosesan emosi.
2016	O'Brien, et.al.	Kuantitatif	Individu dewasa normal	Emosi berbeza dirasai di badan secara berbeza.
2016	Hietanen, et.al.	Kuantitatif	Kanak-kanak dan remaja (6-17 tahun)	Kanak-kanak mempunyai kesedaran tentang keadaan badan yang berkait emosi. Kanak-kanak seawal umur 6 tahun mengaitkan corak sensasi badan yang berbeza secara statistik dengan emosi.
2017	Barel-Shoshani & Kreitler.	Kuantitatif	Wanita dewasa pesakit kanser payudara (35-66 tahun)	Terdapat perbezaan persepsi sendiri sebelum dan selepas kanser dengan tiga indeks lukisan.
2017	Berberian	Artikel Berbentuk Laporan Program	Kanak-kanak dan remaja	Pengesanan badan (<i>body tracing</i>) mewakili ideal diri sendiri yang mempunyai sifat-sifat daya tahan.
2018	Torregrossa et al.	Kuantitatif	Individu dewasa pesakit skizofrenia yang makan ubat dan kumpulan kawalan	Peta badan emosi pesakit skizofrenia menyimpang dari biasa. Emosi yang terganggu boleh menyumbang kepada fungsi sosial yang lemah.
2019	Sachs et al.	Kuantitatif	kanak-kanak (8-11 tahun) dan orang dewasa	Terdapat perhubungan antara rasa empati secara kognitif antara

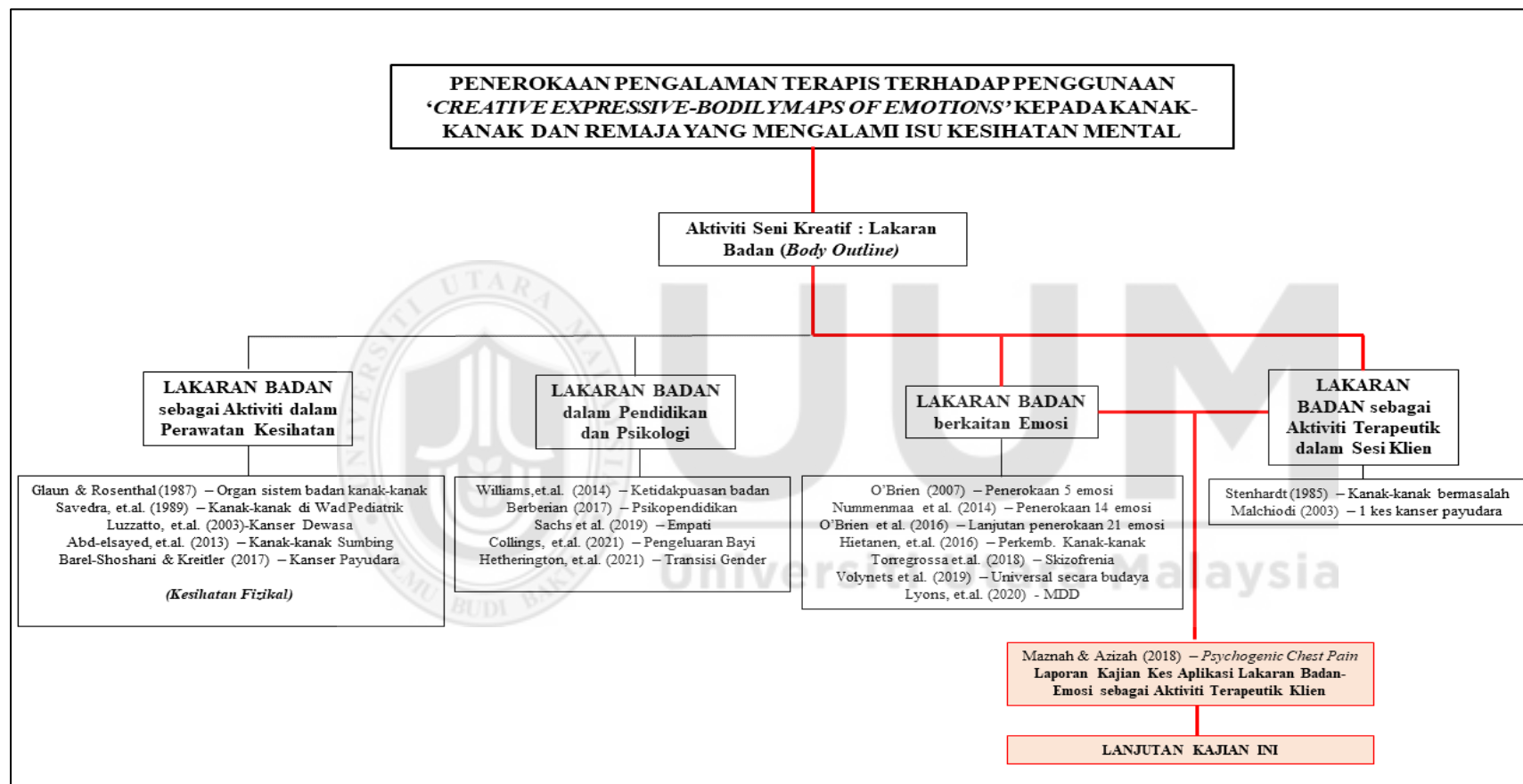
Tahun	Penulis	Metodologi penyelidikan	Sampel	Tema/hasil penyelidikan
				diri sendiri dengan orang lain, termasuk kanak-kanak.
2020	Volynets et al.	Kuantitatif	Individu dewasa (18-90 tahun)	Sensasi badan emosi adalah sejagat dan merentas budaya dan jantina. Sensasi badan menjadi lemah semasa penuaan (merentas emosi).
2020	Lyons, et.al.	Kuantitatif	Individu dewasa MDD makan ubat, tidak makan ubat dan sihat	Pengalaman emosi sensasi badan lebih lemah bagi kemurungan berbanding sihat. Ubat anti kemurungan meningkatkan rasa penyahaktifan badan.
2021	Collings, et.al.	Kualitatif	Ibu kehilangan anak kerana keguguran	Perasaan kehilangan dan peristiwa trauma masih berada di dalam badan dan muncul semula dalam sesi pertemuan dengan pengkaji.
2021	Hetherington, et.al.	Kualitatif:	Individu dewasa yang terlibat dengan kumpulan transgender.	Pengesanan badan (<i>body tracing</i>) sebagai modaliti proses kreatif dan membantu kesedaran diri dan badan.

Dari Jadual 2.1 di atas dapat dirumuskan bahawa penyelidikan yang telah dijalankan berkaitan lakaran badan, lakaran badan-emosi dan pengesanan badan telah berjaya dilakukan secara sederhana meluas. Didapati manfaat yang difokuskan adalah berkaitan dari aspek psikopendidikan dan pemahaman emosi pesakit fizikal dan mental serta aspek sosial. Penyelidikan di dalam tesis ini melibatkan lakaran badan

dan pemetaan emosi, namun sebagai aktiviti terapeutik di dalam kaunseling dan psikoterapi yang melibatkan remaja yang mengalami isu kesihatan mental di Malaysia.

Pada masa ini belum ada penyelidikan seumpama ini dilakukan bagi bidang lakaran badan dan emosi, dari pencarian pengkaji yang terhad ke atas topik ini, setakat ini. Penyelidikan ini akan memenuhi, menambah dan melanjutkan literatur penyelidikan tentang lakaran badan dan pemetaan emosi dari sudut jenis penyelidikan (penyelidikan kualitatif), dan khusus kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang menjalankan sesi kaunseling dan psikoterapi kepada kelompok remaja yang mengalami isu kesihatan mental. Ia dibentangkan di dalam bentuk pecahan skop di dalam Rajah 2.12.





Rajah 2.12. Kedudukan penyelidikan ini daripada sorotan penyelidikan lalu berkaitan lakaran badan

Subtopik seterusnya meliputi hasil penyelidikan yang ada dalam kajian proses dan hasil membantu dan tidak membantu dalam kaunseling dan psikoterapi yang menggunakan terapi seni dan kreatif, dari luar negara dan dalam negara.

2.6 Proses dan Hasil Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan Terapi Seni dan Kreatif

Elliott (2010) menyatakan bahawa penyelidikan proses-hasil adalah bukti yang lebih popular dalam paradigma proses perubahan kerana ia "menarik secara intuitif": yakni proses terapi dalam sesi dinilai dan ia menjadi perkaitan kepada hasil setelah selesai terapi. Walaupun secara umumnya ia bersifat kuantitatif, namun pendekatan penyelidikan proses-hasil juga menggalakkan kaedah yang lebih fleksibel untuk pengumpulan data.

Penyelidikan proses-hasil yang menggabungkan penyelidikan kes dan reka bentuk penyelidikan kualitatif didapati amat relevan dalam memahami proses dan proses membantu yang khusus kerana ia mungkin mempengaruhi hasil yang berbeza di dalam terapi. Penyelidikan mengenai peristiwa membantu atau peristiwa signifikan yang membantu adalah satu jenis penyelidikan mengenai proses psikoterapi yang bermatlamat untuk mengenal pasti momen penting yang membantu di dalam proses terapi, terutamanya dari perspektif klien (Timulak, 2010). Disebabkan berlaku peningkatan keadaan yang membimbangkan dalam kalangan remaja, psikoterapi untuk kesihatan mental remaja telah menjadi salah satu topik yang paling banyak dibincangkan dalam beberapa dekad kebelakangan ini (Fegert et al., 2020; Merrick et al., 2019).

Sebilangan besar data penyelidikan telah diterbitkan mengenai peristiwa atau momen yang membantu dan penting dalam kaunseling serta psikoterapi, adalah dari perspektif klien; sama ada orang dewasa mahupun kanak-kanak dan remaja (Cooper & McLeod, 2015; Forzoni et al., 2010; Morgan & Cooper, 2015; Simonsen & Cooper, 2015; Timulak & Keogh, 2017; Verasammy & Cooper, 2021; Watson et al., 2012). Namun begitu, faedah dan kaitan aktiviti terapi seni yang khusus dengan manfaat terapeutik yang berkaitan belum dapat difahami dengan baik.

2.6.1 Proses Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan Terapi Seni dan Kreatif

Penggunaan seni kreatif dan ekspresif di dalam psikoterapi dan kaunseling sebenarnya tidak asing namun mula digunakan apabila Margaret Naumburg yang dipanggil “*mother of art therapy*” mula menerbitkan kes klinikalnya pada tahun 1943. Beliau memberikan nama bidang ini sebagai ‘terapi seni yang berorientasikan dinamik’ (“*dynamically oriented art therapy*”) (Naumburg, 1966). Perkembangan intelektual dan sosiologikal kemudiannya menyediakan asas kepada profesion baru ini bersama-sama dengan pendekatan psikologi yang mengiktiraf aspek bawah sedar.

Ia seterusnya berkembang baik dengan seni diiktiraf sebagai satu bentuk ekspresi pemikiran dalaman seseorang individu yang seterusnya menghala kepada terapi seni sebagai disiplin yang berinovatif serta membantu dalam disiplin kesihatan mental. Terdapat kekurangan data mengenai detik-detik berguna dalam menggunakan teknik terapi seni dalam psikoterapi dengan kanak-kanak dan remaja. Namun begitu, Azizah Abdullah (2015) mengenal pasti proses membantu daripada perspektif pengamal seni,

seni ekspresif, dan terapi bermain. Seni kreatif dikenal pasti sebagai alat yang membantu dalam terapi dengan membolehkan komunikasi bukan lisan dan mengatasi batasan bahasa.

Selain itu, pakar menyifatkan seni kreatif sebagai medium ekspresi diri yang memudahkan aspek penyembuhan, pertumbuhan, dan perkembangan terapi (Malchiodi, 2012; Rubin, 2005). Cathy Malchiodi (2016a) dalam penulisan terbarunya mengenai terapi seni dan sains otak telah menyimpulkan bahawa seseorang individu yang menghasilkan satu-satu seni sebenarnya pada masa yang sama telah melibatkan banyak bahagian di otaknya termasuk sistem otak di bahagian kortikal (untuk simbol, pembuatan keputusan dan perancangan), bahagian limbik (untuk emosi dan perasaan), dan otak tengah (untuk sensori dan kinestetik). Namun selain sains yang membantu proses terapeutik di dalam kaunseling dan psikoterapi menggunakan terapi seni, pastinya diri kaunselor atau terapis itu juga merupakan elemen amat penting dalam menjayakan satu-satu sesi terapi.

Amat terhad kajian yang melaporkan aspek proses yang membantu di dalam kaunseling yang menggunakan alatan seni kreatif dan ekspresif. Namun dari kajian kes yang dilaporkan di dalam buku-buku oleh para sarjana, terdapat beberapa aspek yang membantu proses kaunseling dan terapi yang menggunakan teknik, kaedah atau alatan seni kreatif menurut perspektif pendekatan pemusatan insan seperti berikut :

- 1) Aspek utama dalam pendekatan pemusatan insan ialah kepercayaan terapis bahawa manusia itu mampu meluahkan berbanding memendam atau menindas

kecelaruan diri sendiri, serta boleh bergerak ke arah kehidupan yang lebih sihat. Perhubungan terapis-klien itu sendiri telah memanfaatkan seni ekspresi seni kreatif sebagai sumber dalaman individu untuk berubah dan berkembang (Malchiondy, 2016b).

- 2) Falsafah asas oleh Carl Rogers iaitu dua prinsip khusus: aktif dan penerimaan dan penglihatan secara *empati* (*'empathetic seeing and acceptance'*). Ia membawa maksud keupayaan terapis untuk menyediakan diri untuk memberi perhatian penuh kepada individu klien dan secara aktif meningkatkan perasaan individu klien yang mereka sepenuhnya didengari dan difahami. Proses ini melibatkan refleksi pemikiran dan perasaan, dan penjelasan serta rumusan kepada apa berlaku di dalam sesi. Dalam terapi seni, terapis berupaya memberi perhatian penuh kepada imej dan proses kreatif klien, dengan kata lain aktif dan melihat secara empatetik. Terapis dapat menyampaikan mesej kepada klien yang beliau dapat melihat dan memahami dengan tepat apa yang diluahkan oleh klien menerusi medium seni. Ia bukanlah interpretasi kepada kerja yang dihasilkan oleh klien tetapi secara berhati-hati terapis akan bertanya soalan kepada klien untuk membantu terapis memahami dan memperjelaskan apa yang individu klien itu cuba sampaikan menerusi ekspresi seninya (Malchiondy, 2016b).

- 3) Terapis perlu mengelak atau menanggukkan penghakiman (*judgement*) dan memberi kebenaran kepada klien atau menyediakan ruang selamat dan masa mencukupi untuk membenarkan proses kreatif klien berlaku (Councill, 2016).

- 4) Kemahiran terapis dalam mengenal pasti media atau alatan yang sesuai dengan keperluan klien kanak-kanak secara maksimum dalam proses atistik (Councill, 2016).

Waller (2006) memerhatikan bahawa perubahan positif akan berlaku kepada klien apabila kanak-kanak boleh mengarahkan atau menyalurkan kesakitan, kemarahan, rasa malu, dan kesukaran emosi yang lain semasa menghasilkan seninya, yang kemudiannya dikongsi dengan ahli terapi. Alat seni kreatif ialah perantara yang membantu proses terapi dan hubungan ahli terapi-klien, dan ia boleh berfungsi sebagai alat komunikasi antara kanak-kanak dan ahli terapi seni.

Selain itu, Shore (2013, ms. 110–111) menyatakan bahawa kadang kala, seni terarah pada peringkat awal sesi direka untuk memberi tumpuan secara langsung kepada masalah yang ingin ditunjukkan. Keadaan ini akan membuatkan klien berasa bebas dan membentuk perhubungan dalam hubungan kepercayaan apabila kanak-kanak itu sedar dan terbuka kepada rawatan untuk masalahnya. Perkara ini sangat sesuai untuk kanak-kanak yang mengalami rasa malu dan keliru dengan masalah sedia ada mereka.

Kajian yang melaporkan kesan atau manfaat menggunakan alatan seni kreatif dan ekspresif sebagai intervensi kepada kanak-kanak dan remaja adalah tidak banyak jumlahnya namun sedikit demi sedikit ia mula dilaporkan di dalam jurnal. Sewaktu meneliti perkara yang dianggap membantu remaja di dalam terapi berasaskan kaedah kreatif ‘teks segerak’ (STBT) , Dhesi et al. (2021) telah mengenal pasti empat domain utama yang merupakan aspek membantu, iaitu tidak mahu dikenali, akses, kawalan,

dan komunikasi. Tambahan pula, kawalan didapati menjadi elemen yang sangat penting untuk golongan remaja ini.

Selanjutnya, terdapat satu lagi penyelidikan berkaitan pendekatan kreatif yang dijalankan oleh O'Connell Kent et al. (2021) dalam suasana kaunseling pelajar universiti. O'Connell Kent dan rakan-rakan memfokuskan aspek keberkesanan teknik pembebasan emosi (EFT) untuk gejala kebimbangan. Para penelidik ini melaporkan bahawa elemen pengalaman dan kesinambungan terapeutik adalah elemen rawatan yang bermanfaat bagi pelajar ini. Ia bersamaan dengan kajian oleh Azizah Abdullah (2015) yang telah mengenal pasti proses membantu dari perspektif pengamal terapi seni, terapi seni ekspresif, dan terapi bermain, iaitu seni kreatif dilihat sebagai alat yang membantu dalam terapi yang memudahkan komunikasi bukan lisan dengan mengatasi batasan bahasa.

Selain itu, pendekatan kreatif juga merupakan medium ekspresi diri yang membantu dalam aspek penyembuhan, pertumbuhan, dan perkembangan seperti yang dinyatakan oleh pakar dalam bidang ini, Malchiodi (2012) dan Rubin (2005). Azizah Abdullah selanjutnya (2015) telah mengemukakan dua rangka kerja konseptual utama dalam proses membantu, iaitu membangun dan mengekalkan kesepakatan terapeutik, dan mencapai proses kerja terapeutik yang produktif antara terapis dan klien. Cara amalan kreatif yang meningkatkan proses membantu telah dikenal pasti oleh pengamal, termasuk aspek yang melibatkan ahli terapi, aspek yang melibatkan klien, dan aspek yang berlaku semasa proses terapeutik.

Terdapat beberapa penyelidikan yang dilakukan bagi aspek proses membantu di *setting* kesihatan bagi terapi yang menggunakan terapi atau pendekatan seni. Forzoni et al. (2010) telah melakukan penyelidikan ke atas 54 pesakit kanser yang dipilih secara rawak dari 157 pesakit yang menghadiri Hospital Hari Onkologi di Siena, Itali. Mereka ini telah diberi peluang melalui sesi terapi seni sewaktu sesi kemoterapi. Ahli terapi seni menggunakan teknik terapi seni yang sama dengan setiap pesakit semasa pertemuan pertama menggunakan kolaj bebas (*free collage*). Lanjutan dari itu, proses membantu telah berkembang atau bersambung dengan cara yang berbeza mengikut keperluan pesakit.

Kajian Forzoni dan rakan-rakan ini bertujuan untuk (1) menilai sama ada pesakit menganggap terapi seni sebagai membantu semasa sesi kemoterapi dan (2) untuk menggariskan cara atau kaedah terapi seni yang membantu bagi kelompok pesakit kanser. Seorang ahli psikologi menemu bual pesakit secara rawak selepas rawatan kemoterapi menggunakan soal selidik separa berstruktur. Hasil penyelidikan mendapati bahawa daripada 54 pesakit, 51 pesakit menggambarkan pengalaman terapi seni mereka sebagai "membantu."

Daripada pernyataan pesakit, tiga tema utama adalah: (1) terapi seni dianggap membantu secara umumnya (contoh: "bersantai," "kreatif"; 37.3%), (2) terapi seni dianggap membantu kerana hubungan dua hala (cth., "bercakap tentang diri sendiri dan perasaan didengari"; 33.3%), dan (3) terapi seni dianggap sebagai membantu kerana hubungan triad, ahli terapi seni, diri pesakit dan imej pesakit (contoh: "mengekspresikan emosi dan mencari makna"; 29.4 %).

Kajian ini jelas menunjukkan bahawa terapi seni mungkin berguna untuk menyokong pesakit yang tertekan semasa rawatan kemoterapi. Pesakit mendapat kebaikan atau manfaat teknik terapi seni secara berbeza bagi memenuhi keperluan mereka sendiri, sama ada keperluan untuk berehat (emosi yang bertambah baik) atau bercakap (naratif diri) atau untuk meluahkan emosi dan menghuraikan secara visual (menemui makna baharu).

Di sebuah hospital di Portugal, Kulari (2017) mengkaji 12 kanak-kanak berusia 7-18 tahun dengan kesakitan kronik menerima 7 sesi intervensi seni (*art intervention*) selama 60 minit. Dalam penyelidikan eksperimental ini pengkaji mendapati bahawa, berbanding kelompok kanak-kanak tidak menerima intervensi seni, kanak-kanak yang menerima intervensi seni secara signifikan meningkat perbendaharaan kata mereka dalam menggambarkan kesakitan emosi. Perkara ini diukur dengan menggunakan penilaian *Adolescent Pediatric Pain Tool* (APPT) dan menunjukkan strategi daya tindak lebih aktif semasa mengendalikan kesakitan kronik mereka menggunakan *Pain Coping Questionnaire* (PCQ) dan KidCope.

Ini berbeza dengan kajian preliminari oleh Revell et al. (2014) bagi meneroka dan menemukan aspek membantu dalam pengalaman terapi luar (*outdoor therapy*) dari perspektif klien. Kajian ini adalah berbeza dengan kaedah biasa di dalam bilik terapi, iaitu memfokus kepada terapi di luar bilik yang mempunyai elemen tersendiri, iaitu dari segi *setting* dan penglibatan alam semulajadi. Istilah ‘terapi luar’ merujuk kepada pelbagai program luar termasuk terapi pengembaraan dan terapi hutan belantara.

Kebanyakan penyelidikan dalam bidang terapi luar telah menumpukan pada hasil program ini dan bukannya meneroka proses sebenar yang wujud dalam pengalaman.

Maka melalui tinjauan dalam talian, peserta melaporkan perkara yang membantu tentang pengalaman terapi luar mereka melalui pendekatan kaedah campuran yang telah digunakan. Data kualitatif dianalisis menggunakan metodologi teori asas (*grounded theory*) dengan menggunakan analisis tematik. Data kuantitatif pula dianalisis menggunakan statistik deskriptif dan inferensi. Pengkaji memperoleh sebanyak 43 jawapan lengkap dan analisis kuantitatif di samping kualitatif membuktikan bahawa “berada di luar rumah” adalah faktor yang paling membantu.

Daripada 19 aspek membantu yang diperoleh, 'berada di luar' telah disenaraikan sebagai yang tertinggi dan 'berada di luar' muncul sebagai kategori utama dalam analisis tematik (84%, n=36)). Manakala “aspek berkaitan kumpulan” semuanya dinilai lebih tinggi, secara purata, daripada “hubungan peserta dengan ahli terapi”. Penemuan ini bercanggah dengan penyelidikan terdahulu tentang betapa pentingnya hubungan terapeutik dalam memudahkan sesi terapeutik yang positif. Pengkaji mendapati walaupun perkara ini merupakan tinjauan awal, namun hasil penemuan mencadangkan bahawa penyelidikan lanjut tentang maksud yang dijumpai tentang berada di luar rumah dan bagaimana hal ini boleh menjejaskan atau memberi kesan ke atas hubungan terapeutik adalah perlu diterokai dengan lebih mendalam.

Bersesuaian dengan penyelidik seterusnya, Derman dan Deatricks (2006) yang melaksanakan analisis sorotan penyelidikan terdahulu secara sistematik untuk

mengetahui peranan terapeutik terapi dan intervensi seni ke atas kanak-kanak dan remaja berusia 2-21 tahun yang sedang menjalani rawatan kanser. Beliau memperoleh 6 penyelidikan yang memenuhi ciri; 3 penyelidikan berbentuk kuantitatif dan 3 penyelidikan berbentuk kualitatif. Hal ini amat mengujakan kerana potensi peranan terapeutik intervensi seni amat jelas, iaitu meningkatkan kesejahteraan fizikal, mental atau emosi individu.

Aspek kesihatan mental yang dibantu adalah mengurangkan kebimbangan, ketakutan, kemurungan dan kesakitan atau dengan menggalakkan komunikasi dengan pasukan rawatan, ekspresi diri, interaksi sosial dan pertumbuhan peribadi (penyelidikan kuantitatif). Bagi penyelidikan berbentuk kualitatif pula, karya seni menunjukkan peningkatan kesejahteraan sebagai tema atau proses berulang dalam karya seni itu sendiri. Analisis tematik dan proses pula menunjukkan peningkatan kesejahteraan sebagai tema atau proses berulang dalam temu bual berstruktur dan tidak berstruktur dan atau penerangan bertulis oleh pesakit ke atas karya seni mereka.

Di dalam bilik darjah kelas kanak-kanak istimewa, Groman (2019) menggunakan aktiviti seni kreatif yang mudah, iaitu kertas koyak, gam dan menulis jurnal, sebagai aktiviti terapeutik bagi kanak-kanak ini mengeluarkan apa yang dirasa dan difikirkan berkenaan isu buli. Seni adalah alat yang tidak ternilai untuk mengeluarkan perasaan dan kepercayaan tentang isu sosial dan emosi yang sukar dan membolehkan pengkarya seni ini menghasilkan simbol realiti luaran dan dalaman. Perbincangan di dalam kelas menggunakan teknik bercerita kembali akan hasil seni mereka, melihat bersama-sama hasil ini, dan didengari secara selamat bersama kaunselor kelas dengan suasana hormat

dan terapeutik, membolehkan kanak-kanak di dalam kelas ini berkongsi apa dirasai berkaitan ‘pembuli’ dan ‘mangsa’.

Didapati bahawa seni kreatif ini berjaya membantu mangsa berasa lebih selamat, manakala yang disyaki sebagai pembuli menjadi lebih mudah menerima orang lain, melindungi dan menjaga pelajar baru. Groman merasakan seolah-olah beliau dan kaunselor sekolah “telah menakluki masalah sebenar di dalam bilik darjah”. Secara keseluruhannya, para pelajar ini juga teruja kerana carta mereka telah diberikan kepada kaunselor untuk digunakan dengan kelas lain; dan mereka merasai satu semangat pencapaian yang baik dan menyumbang kepada komuniti mereka.

Seterusnya, bagi penyelidikan ke atas kelompok pesakit dewasa, Winter dan Coles (2021) telah mengkonseptualisasikan pengalaman klien dengan psikoterapi seni untuk gejala PTSD kompleks (C-PTSD), selama 18 bulan. Hasil penyelidikan mendapati bahawa, terapi mingguan daripada perkhidmatan kesihatan mental dewasa komuniti Program Kesihatan Kebangsaan UK, aspek menulis tentang pengalaman psikoterapi seni dan pengalaman klien adalah merupakan proses membantu dalam psikotripsi seni. Winter dan Coles mengaitkan maklumat ini dengan teori psikoterapi seni dan bukti penyelidikan, iaitu pendekatan psikoterapi seni membantu dalam empat cara utama; (i) membantu diri klien ‘berasa dapat mengawal proses terapeutik’, (ii) membolehkannya meluahkan pengalaman penderaan masa lalu tanpa perlu menggunakan kata-kata, (iii) memberi rasa jauh dari pengalaman traumatiknya, dan (iv) membantu untuk berhubung atau terkait dengan kreativitinya.

Selain itu, klien juga mengenal pasti beberapa aspek tertentu pengalamannya yang kelihatannya kurang ditonjolkan dalam bidang psikoterapi seni yang melibatkan terapis, iaitu (i) kepentingan penerimaan terapis terhadap karya seni klien untuk membina kepercayaan; (ii) cara atau seni mengatasi ketakutan untuk 'bercerita' tentang kesilapan masa lalu; dan melibatkan kelebihan medium kreatif seni itu sendiri, iaitu bagaimana kreativiti dan keseronokan dalam sesi psikoterapi seni boleh memberi pandangan yang lebih positif terhadap diri sendiri sebagai seorang individu.

Jadual 2.2 menunjukkan aspek atau proses membantu dalam sesi dengan klien oleh terapis yang menggunakan kaedah atau pendekatan seni kreatif dan pendekatan kreatif selain kaedah verbal biasa. Senarai disusun mengikut tahun, dari penyelidikan yang telah dilakukan, menerusi artikel yang telah diterbitkan bermula tahun 2010 hingga kini.

Jadual 2.2

Dapatan kajian literatur bagi proses yang membantu menggunakan pendekatan seni kreatif dalam sesi terapi

Tahun	Penulis	Kaedah penyelidikan	Hasil dapatan proses / aspek membantu	Lompong boleh diisi menerusi penyelidikan ini
2010	Forzoni et al.	Kualitatif, klien pesakit kanser, terapi seni.	Santai, kreatif, dua hala (bercakap tentang diri sendiri dan rasa didengari), hubungan triad terapis seni, pesakit dan imej pesakit (ekspresikan emosi dan mencari makna)	Penyelidikan ini akan meneliti aspek proses membantu dalam praktis tempatan namun menggunakan alatan seni kreatif khusus, CE-BME
2014	Revell et al.	Kuantitatif & kualitatif, klien, terapi luar bilik	Berada di luar, aspek berkaitan kumpulan	

Tahun	Penulis	Kaedah penyelidikan	Hasil dapatan proses / aspek membantu	Lompongian boleh diisi menerusi penyelidikan ini
2015	Azizah Abdullah	Kualitatif, terapis	Memudahkan komunikasi bukan lisan, atasi batasan bahasa. medium ekspresi diri yang membantu sebagai terapi dalam aspek penyembuhan, pertumbuhan, dan perkembangan	Penyelidikan ini akan meneliti aspek proses membantu dalam praktis tempatan namun menggunakan alatan seni kreatif khusus, CE-BME
2016	Derman & Deatrick	Analisis literatur	Potensi peranan terapeutik intervensi seni. Kuantitatif: peningkatan kesejahteraan fizikal, mental atau emosi individu seperti mengurangkan kebimbangan, ketakutan, kemurungan dan kesakitan dengan menggalakkan komunikasi dengan pasukan rawatan, ekspresi diri, interaksi sosial dan pertumbuhan peribadi.	
2017	Kulari	Kuantitatif, klien kanak-kanak, terapi seni	Meningkat vokabulari kesakitan fizikal dan emosi, strategi daya tindak penyelesaian masalah lebih aktif semasa mengendalikan kesakitan kronik	
2018	Akthar & Lovell	Kualitatif, kanak-kanak pelarian, terapi seni	(i) memberi suara, (ii) membina semula kepercayaan, membuka luka, (iii) berkongsi cerita, mengubati sakit, (iv) meneroka identiti, menemui diri baru, dan (v) memahami seni terapi.	
2019	Groman	Kualitatif, kanak-kanak buli	Pembuli: lebih mudah menerima orang lain, melindungi dan menjaga pelajar baru. Mangsa: rasa lebih selamat.	

Tahun	Penulis	Kaedah penyelidikan	Hasil dapatan proses / aspek membantu	Lompongian boleh diisi menerusi penyelidikan ini
2020	McDonald & Holttum	Kaedah campuran, kanak-kanak, terapi seni	Tempat yang selamat, sesi bersifat sosial dan menyeronokkan, memudahkan strategi mengatasi, meluahkan, berfikir dan bercakap, serta membuat karya seni.	
2021	Winter & Coles	Kualitatif, klien	(i) klien berasa dapat mengawal proses terapeutik, (ii) klien meluahkan pengalaman penderitaan masa lalu tanpa perlu menggunakan kata-kata, (iii) klien rasa jauh dari pengalaman traumatiknya, dan (iv) klien berhubung dengan kreativitinya.	

2.6.2 Hasil Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan Terapi Seni dan Kreatif

Sehingga kini, terdapat sederhana bilangan penyelidikan yang diterbitkan berkaitan kesan terapi seni kepada kanak-kanak dan amat terhad penyelidikan berkaitan hasil terapi seni kepada kanak-kanak. Dalam beberapa tahun kebelakangan ini, dua artikel ulasan sistematik mengenai kesan terapi seni terhadap kanak-kanak telah diterbitkan. Pertama, Derman dan Deatrick, (2016) telah menjalankan analisis tinjauan tentang peranan terapi seni atau rawatan seni dalam meningkatkan kesejahteraan kanak-kanak yang menghidap kanser semasa rawatan. Terdapat enam penyelidikan ke atas kanak-kanak kanser yang menerima rawatan (2 - 21 tahun) menggunakan terapi seni atau intervensi seni menggunakan kaedah kualitatif (n = 3) dan kaedah gabungan kuantitatif dan kualitatif (n = 3). Hasil analisis beliau menunjukkan bahawa terdapat kemungkinan fungsi terapeutik intervensi seni kepada pesakit kanser kanak-kanak.

Walaupun bukti adalah terhad dan bersifat pembangunan, didapati intervensi seni berpotensi menggalakkan kesejahteraan kanak-kanak yang menjalani rawatan kanser dengan mengurangkan kebimbangan, ketakutan dan kesakitan serta menggalakkan tingkah laku kolaboratif; meningkatkan komunikasi dengan pasukan rawatan; dan mengatasi gangguan sendiri yang ditimbulkan oleh rawatan kanser.

Kedua, Cohen-Yatziv dan Regev (2019) menjalankan penilaian menyeluruh terhadap artikel penyelidikan kuantitatif bagi petunjuk kesan terapi seni terhadap kanak-kanak yang diterbitkan antara tahun 2000 sehingga 2017. Tiga belas artikel memenuhi kriteria penyelidikan peringkat bukti secara klinikal, iaitu penemuan yang dibahagikan kepada aspek trauma, pendidikan khas dan kecacatan, masalah tidak khusus, penyakit perubatan dan pesalah juvana. Kelebihan dan potensi terapi seni dalam lima kumpulan klinikal ini menunjukkan bahawa ia mungkin membantu kanak-kanak dalam kategori yang disebutkan di atas. Penyelidik mencadangkan agar penyelidikan lanjut tentang sejauh mana terapi seni berkesan membantu kanak-kanak, kerana kurang penyelidikan berbanding penyelidikan keberkesanan terapi seni dengan sampel dewasa (Regev & Cohen-Yatziv, 2018).

Dalam sebuah kajian yang lain di sebuah hospital di Portugal, Kulari (2017) mengkaji 12 kanak-kanak dan remaja berusia 7-18 tahun dengan kesakitan kronik yang menerima 7 sesi intervensi seni (*art intervention*) selama 60 minit. Di dalam penyelidikan eksperimental ini penyelidik mendapati wujud perbandingan kelompok bagi kanak-kanak yang tidak menerima intervensi seni. Kanak-kanak dan remaja yang menerima intervensi seni, menunjukkan strategi daya tindak yang lebih aktif semasa

mengendalikan kesakitan kronik mereka, dengan menggunakan *Pain Coping Questionnaire* (PCQ) dan KidCope. Aspek perubahan telah diukur melalui skala *Person Picking an Apple from the Tree* (PPAT) selepas sesi untuk aspek strategi daya tindak penyelesaian masalah.

Lanjutan dari ini, Gul et al. (2021), telah mengkaji kelaziman keagresifan, tingkah laku yang mengganggu, dan konsep diri dalam kalangan kanak-kanak pelarian tempatan dan antarabangsa. Gul dan rakan-rakan menjalankan penyelidikan di Pakistan untuk turut menyelidik keberkesanan terapi seni dan kaedah terapi tingkah laku relaksasi otot progresif (PMR) dalam menangani isu psikologi kanak-kanak pelarian.

Seramai 192 kanak-kanak pelarian tempatan di Kem Jalozi dan 90 kanak-kanak bukan pelarian di pelbagai sekolah di Peshawar telah terlibat dalam penyelidikan ini. Didapati kanak-kanak pelarian tempatan adalah lebih agresif berbanding rakan sepejuangan mereka dari sekolah lain. Melalui penyelidikan yang dinyatakan di atas juga, para penyelidik yakin bahawa terapi seni dan terapi tingkah laku mungkin bermanfaat dalam rawatan masalah psikologi pasca trauma kepada kanak-kanak. Walau bagaimanapun, kajian lanjutan adalah perlu bagi meneliti aspek yang sama ini, iaitu tingkah laku agresif.

Berbeza dengan penyelidikan dalam sektor pendidikan, Tahar dan rakan-rakan (2019) mengkaji kesan terapeutik seni terhadap tingkah laku pembelajaran pendidikan khas para pelajar dan tahap penerimaan pelajar terhadap aktiviti terapi seni dalam proses

pembelajaran. Penyelidikan ini dijalankan menggunakan instrumen semakan pemerhatian yang diubah suai daripada Senarai Semak Soal Selidik ABILHAND-Kids dan Tingkah Laku Kanak-kanak. Dapatan penyelidikan dianalisis menggunakan jadual dan graf oleh penyelidik. Penyelidik mendapati bahawa aktiviti terapi seni memberi kesan yang baik kepada tingkah laku pelajar dan aktiviti terapi seni juga diterima baik dalam proses pembelajaran.

Hasil yang sama turut diperolehi oleh McDonald et al. (2019) yang telah mengkaji 45 kanak-kanak dan 10 guru kelas dalam satu sekolah rendah di United Kingdom. Para penyelidik menganalisis soal selidik daripada guru dan temu bual penilaian ke atas kanak-kanak, dengan mentriangulasinya menggunakan data daripada kumpulan guru. Penyelidik mendapati kesan yang ketara dan sederhana untuk perubahan positif yang dinilai oleh guru dalam keseluruhan tekanan, tingkah laku, hiperaktif dan tingkah laku prososial kanak-kanak. Tekanan emosi yang dinilai guru dan masalah rakan sebaya pula menunjukkan perubahan kecil.

Seterusnya McDonald dan Holtum (2020) pula mendapati bahawa kanak-kanak dan guru menganggap terapi seni membantu untuk penglibatan pembelajaran dalam bilik darjah, hubungan dengan guru dan rakan sebaya, dan sewaktu pembelajaran berlangsung. Tiada perbezaan dalam skor membaca, menulis dan Matematik antara kanak-kanak yang menghadiri terapi seni dan kanak-kanak perbandingan yang menerima sokongan pendidikan biasa. Terapi seni mungkin telah menghalang jurang pencapaian pendidikan yang semakin meningkat yang boleh membawa kepada masalah kesihatan sosial, emosi dan mental.

Dalam penyelidikan lain bagi kanak-kanak berkeperluan khas autisme, Schweizer et al. (2019) meneliti persetujuan pakar (19 ahli terapi seni dan 10 perujuk) mengenai komponen tipikal dalam terapi seni bagi kanak-kanak dengan gangguan spektrum autisme (ASD). Hasil kajian membantu penyelidik memahami fungsi terapi seni dalam terapi ASD. Penyelidik mendapati bahawa terdapat persetujuan mengenai elemen tipikal bagi terapi seni dalam lima aspek, iaitu: masalah yang membawa kepada kanak-kanak autisme dirujuk kepada terapi seni; bahan dan bentuk ungkapan; pengendalian ahli terapi seni; isu kontekstual (seperti tempoh terapi dan penglibatan ibu bapa dan guru); dan kriteria hasil rawatan. Perbincangan kumpulan berfokus yang melibatkan tujuh profesional menjelaskan penemuan itu, dan persetujuan dicapai mengenai 46 elemen yang berkaitan dengan matlamat, cara dan hasil terapi seni, termasuk sikap dan tingkah laku yang sesuai oleh ahli terapi. Dapatan penyelidikan ini boleh digunakan sebagai asas untuk penyelidikan pada masa hadapan terhadap impak program rawatan terapi seni bagi kanak-kanak ASD.

Kesimpulannya penyelidikan berkaitan potensi manfaat terapi seni untuk kanak-kanak dalam sektor kesihatan (kanser), pendidikan khas dan trauma menunjukkan hasil yang baik, namun penyelidikan aspek hasil yang membantu dalam psikoterapi kepada remaja yang mengalami isu kesihatan mental adalah masih terhad. Jadual 2.3 menunjukkan kajian literatur hasil membantu bagi terapi menggunakan elemen seni kreatif dengan potensi kajian yang boleh dilakukan bagi memenuhi jurang yang ada, sebagai sandaran bagi kepentingan kajian ini di Malaysia.

Jadual 2.3

Dapatan kajian literatur bagi hasil membantu terapi menggunakan elemen seni kreatif (2015-2022)

Tahun	Penulis	Kaedah penyelidikan	Hasil membantu	Lompongan boleh diisi menerusi penyelidikan ini
2015	Azizah Abdullah	Kualitatif Terapis	Hasil dalam terapi dan hasil berterusan (selepas terapi)	Penyelidikan ini akan meneliti aspek proses membantu dalam praktis tempatan namun menggunakan alatan seni kreatif khusus, CE-BME
2016	Derman & Deatrick	Tinjauan analisis penyelidikan	(i) Fungsi terapeutik bagi terapi seni untuk kanak-kanak kanser (ii) mengurangkan kebimbangan, ketakutan dan kesakitan, (iii) menggalakkan tingkah laku kolaboratif (kerjasama) dan (iv) komunikasi dengan pasukan rawatan dan (v) mengatasi gangguan sendiri	
2017	Kulari	Kuantitatif Klien	i) meningkat vokabulari dalam menggambarkan kesakitan emosi, ii) strategi daya tindak lebih aktif semasa mengendalikan kesakitan kronik	Penyelidikan ini akan meneliti aspek proses membantu dalam praktis tempatan namun menggunakan alatan seni kreatif khusus, CE-BME
2019	Cohen-Yatziv & Regev	Tinjauan analisis penyelidikan	Hasil membantu kepada kumpulan kanak-kanak berbanding kelompok dewasa yang lebih jelas	

Tahun	Penulis	Kaedah penyelidikan	Hasil membantu	Lompongan boleh diisi menerusi penyelidikan ini
2019	McDonald et al.	Kuantitatif dan kualitatif Klien	Perubahan positif kanak-kanak yang dinilai oleh guru (tekanan, masalah tingkah laku, hiperaktif, dan tingkah laku prososial kanak-kanak)	Penyelidikan ini akan meneliti aspek proses membantu dalam praktis tempatan namun menggunakan alatan seni kreatif khusus, CE-BME
2019	Schweizer et al.	Kualitatif Terapis dan perujuk kanak-kanak	Persetujuan terapis dan perujuk dalam memahami fungsi terapi seni dalam terapi ASD (<i>Autism Spectrum Disorder</i>) bagi isu tipikal, isu kontekstual (tempoh terapi dan penglibatan guru dan ibu bapa), dan ciri hasil rawatan.	
2019	Tahar et al.	Kuantitatif. Kanak-kanak	Kesan terhadap pembelajaran dan tahap penerimaan proses pembelajaran oleh pelajar berkeperluan khas.	
2020	McDonald & Holttum	Kuantitatif dan kualitatif	Terapi seni membantu penglibatan pembelajaran bilik darjah, hubungan dengan guru & rakan sebaya, dan masa pembelajaran.	
2021	Gul et al.	Kuantitatif Klien	Dijangkakan terapi seni dan relaksasi mungkin bermanfaat bagi merawat masalah psikologi pascatrauma	

Tahun	Penulis	Kaedah penyelidikan	Hasil membantu	Lompongan boleh diisi menerusi penyelidikan ini
			kanak-kanak pelarian tempatan	

2.7 Proses dan Hasil Tidak Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan Terapi Seni dan Kreatif

Agak terhad penyelidikan yang dilaporkan mengenai aspek atau proses yang tidak membantu di dalam kaunseling dan psikoterapi. Penyelidikan secara kualitatif dan menggunakan pendekatan '*grounded theory*' oleh Morgan dan Cooper (2015) ke atas 14 wanita yang mengikuti sesi kaunseling selepas diagnosis kanser payudara ini telah mengenal pasti aspek tidak membantu dalam kaunseling adalah seperti klien mengalami pemikiran atau perasaan atau tingkah laku yang tidak diingini, dan terapis mencuba sesuatu yang tidak berkesan atau tidak sesuai untuk diri mereka. Untuk aspek ini kemahiran terapis dalam mengendalikan momen atau suasana mencabar ini adalah perlu, iaitu ditangani dengan baik, bijak, berhati-hati dan sabar.

2.7.1 Proses Tidak Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan Terapi Seni dan Kreatif

Di dalam satu-satu proses terapi, pastinya akan ada cabaran dan kesukaran dalam mengendalikan sesi termasuk yang menggunakan alatan seni kreatif dan ekspresif. Ia lebih mencabar lagi apabila melibatkan remaja yang belum cukup matang sepenuhnya. Antara yang dapat disenaraikan dari beberapa buah buku terapi seni ialah:

- 1) Klien melukis satu imej atau cara yang berbentuk agresif, kasar, dan menakutkan (Phillips, 2003). Terapis perlu berfokus kepada konteks lukisan

berbanding hasil lukisan itu sendiri. Maka penjelasan dan eksplorasi bersama klien amat perlu. Penekanan kepada pemusatan individu difokuskan dengan tidak menghukum, menerima tanpa syarat, kongruen dan empati kepada klien.

- 2) Klien tiba-tiba mendapat memori atau ingatan '*trigger*' apabila melakukan satu-satu proses di dalam bilik sesi dan ia dapat dikenal pasti menerusi sama ada melalui lukisannya atau tingkah lakunya yang berubah serta merta. Maka terapis perlu ada kemahiran mengendalikan kesenyapan, refleksi tingkah laku dan pengalaman serta menguasai teknik pernafasan dan relaksasi melalui visualisasi atau terus (Malchiody, 2003).
- 3) Sikap dan cara terapis yang sekiranya mudah menggesa klien bercerita atau menghabiskan hasil kerja seni kreatif. Maka terapis perlu membawa ciri sikap seorang terapis seni yang baik, sabar dan tidak terburu-buru terutama dengan klien kanak-kanak dan remaja yang sensitif dan masih dalam peringkat perkembangan dan pertumbuhan (Phillips, 2003).
- 4) Cabaran dan isu etika di dalam menggunakan seni kreatif akan sentiasa ada untuk klien terutama kanak-kanak dan remaja. Maka kepentingan untuk penyeliaan dengan penyelia adalah amat perlu (Councill, 2016).

Dalam sorotan dan kajian literatur yang terhad untuk proses tidak membantu menggunakan kaedah terapi seni, setakat penemuan pengkaji, terdapat dua penyelidikan yang melaporkan aspek proses tidak membantu. Pertama, penyelidikan oleh Forzoni et al. (2010) ke atas 54 pesakit kanser yang dipilih secara rawak dari 157

pesakit yang menghadiri Hospital Hari Onkologi di Siena, Itali. Mereka ini telah diberi peluang melalui sesi terapi seni sewaktu sesi kemoterapi dengan menggunakan aktiviti kolaj bebas (*free collage*) yang sama dalam setiap sesi. Seorang ahli psikologi menemui bual pesakit secara rawak selepas rawatan kemoterapi menggunakan soal selidik separa berstruktur. Hasil penyelidikan mendapati bahawa daripada 54 pesakit, 3 mendapati terapi seni “tidak membantu” dengan tema berkaitan ianya ‘kekanakanakan’, ‘ia sekadar sembang’, dan ‘ia tidak menarik’. Forzoni dan rakan-rakan menyatakan bahawa walaupun hanya 3 dari 54 pesakit melaporkan aspek tidak membantu, nmaun kebanyakannya (51 orang) melaporkan ianya amat membantu.

Penyelidikan kedua adalah kajian kualitatif teori asas (*grounded theory*) oleh Azizah Abdullah (2015) yang turut meneroka aspek proses tidak membantu bagi terapi melibatkan seni kreatif, namun dari perspektif terapis. Aspek dalam proses tidak membantu dipecahkan kepada tiga kategori iaitu (i) aspek negatif daripada terapis (kekurangan latihan, reaksi tidak sesuai, ketidaksesuaian dengan keperluan klien), (ii) aspek negatif daripada klien (kritikan dalaman klien, pengalaman negatif sebelumnya, dan kekecewaan terhadap gaya terapi) dan (iii) faktor persekitaran (batasan ruang, ketersediaan bahan, serta aspek fizikal yang tidak menyokong proses terapeutik).

□ .

Dalam kajian tersebut, didapati proses yang tidak membantu adalah kesukaran proses dan batasan peribadi. Kesukaran proses dalam terapi kreatif termasuklah kesukaran memahami dan menggunakan pendekatan kreatif, ketidaksesuaian aktiviti dengan

keperluan klien, gangguan hubungan terapeutik dan kesukaran dalam memproses emosi klien. Manakala batasan peribadi termasuklah batasan klien dan batasan terapis itu sendiri.

Dari dua penyelidikan yang berbeza ini, didapati penyelidikan melibatkan terapis turut mempunyai proses tidak membantu dari aspek klien, terapis dan persekitaran, berbeza dengan penyelidikan melibatkan klien menunjukkan aspek kaedah atau aktiviti terapi seni itu sahaja. Skop perspektif yang lebih besar dan menyeluruh dari perspektif terapis adalah sesuatu yang baik untuk diterokai dengan lebih meluas. Rajah 2.4 menunjukkan potensi penyelidikan di Malaysia bagi memenuhi lompong kajian sedia ada yang terhad.

Jadual 2.4

Dapatan kajian literatur bagi proses yang tidak membantu dalam kaunseling dan psikoterapi menggunakan seni kreatif

Tahun	Penulis	Kaedah penyelidikan	Proses tidak membantu	Lompong boleh diisi menerusi penyelidikan ini
2010	Forzoni et al.	Kualitatif, klien	aspek kaedah atau persekitaran	Lanjutan bagi kajian di <i>setting</i> kesihatan, namun kelompok remaja dan perspektif terapis
2015	Azizah Abdullah	Kualitatif, terapis	(i) aspek negatif daripada terapis (ii) aspek negatif daripada klien, dan (iii) faktor persekitaran. Proses tidak membantu:	Kajian ini pertama kali untuk memenuhi keperluan praktis tempatan namun menggunakan

(i) kesukaran proses, (ii) batasan peribadi	alatan seni kreatif khusus, CE-BME
--	---------------------------------------

2.7.2 Hasil Tidak Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan Terapi Seni Kreatif

Dalam pada banyak penyelidikan bagi hasil membantu untuk penggunaan terapi seni kreatif, didapati amat terhad penyelidikan mengenai hasil tidak membantu dalam psikoterapi atau sesi terapi yang menggunakan terapi seni dan kreatif. Sehingga setakat penemuan yang terhad oleh pengkaji, didapati satu penyelidikan yang telah dilaporkan oleh penyelidikan peringkat doktor falsafah oleh Azizah Abdullah (2015). Penyelidikan oleh Azizah Abdullah (2015) adalah terhadap 40 orang terapis yang menggunakan alatan seni kreatif di dalam sesi terapi bersama kanak-kanak dan remaja. Dari perspektif terapis, hasil tidak membantu secara segera adalah emosi tidak diingini (contohnya rasa terlampau berat, kurang selesa kerana meluahkan berlebihan), pemikiran yang tidak menyenangkan (contohnya berfikir pendekatan menggunakan elemen seni dan bermain terlalu kebudak-budakan, menjadi keliru dan hilang makna peribadi), dan reaksi yang tidak idmahukan (seperti melanggar batasan, berlaku penolakan dan menarik diri). Kajian literatur bagi hasil tidak membantu dan jurang yang boleh diisi menerusi kajian ini di Malaysia adalah seperti di dalam Jadual 2.5 di bawah:

Jadual 2.5

Dapatan kajian literatur bagi hasil yang tidak membantu dalam kaunseling dan psikoterapi menggunakan terapi seni kreatif

Tahun	Penulis	Kaedah penyelidikan	Hasil tidak membantu	Lompongan boleh diisi menerusi penyelidikan ini
2015	Azizah Abdullah	Kualitatif, terapis	Hasil negatif segera: (i) meningkatkan emosi yang tidak diinginkan, (ii) pemikiran yang tidak menyenangkan, (iii) menjana reaksi yang tidak perlu	Penyelidikan ini pertama kali untuk memenuhi keperluan praktis tempatan namun menggunakan alatan seni kreatif khusus, CE-BME

2.8 Protokol Alatan Seni Kreatif dalam Pengurusan Emosi dan Daya Tindak Remaja

2.8.1 Alatan Seni Kreatif bagi Aspek Emosi dan Daya Tindak

Penggunaan alatan seni kreatif dalam konteks pengurusan emosi dan daya tindak telah berkembang sebagai salah satu pendekatan yang berkesan dalam intervensi psikoterapi, terutamanya untuk golongan remaja dan individu yang mengalami cabaran kesihatan mental. Terapi seni, sebagai salah satu bentuk seni kreatif yang digunakan untuk membantu individu mengekspresikan emosi mereka dengan cara yang tidak verbal telah banyak membantu dalam sesi kaunseling dan psikoterapi. Malchiodi (2012) dalam bukunya *The Handbook of Art Therapy*, menjelaskan bahawa seni kreatif membolehkan individu mengeksplorasi emosi yang sukar untuk diungkapkan melalui kata-kata dan boleh menjadi medium yang kuat dalam membantu pengurusan tekanan, kecemasan, dan kemurungan. Malchiodi (2012) juga

menyatakan bahawa seni kreatif boleh bertindak sebagai pemangkin kepada penemuan diri dan pemahaman emosi yang lebih mendalam.

Alatan seni kreatif seperti lukisan, seni ekspresif, dan kolaj telah digunakan dalam pelbagai intervensi untuk meningkatkan daya tindak emosi (*coping skills*) dalam kalangan individu yang mengalami isu kesihatan mental. Moon (2010) dalam bukunya *Art-Based Group Therapy* menekankan bahawa kegiatan seni dalam kumpulan terapi bukan sahaja memupuk ekspresi emosi tetapi juga meningkatkan hubungan sosial, membantu individu berinteraksi dengan orang lain, dan mengurangkan perasaan terasing. Aktiviti seperti lukisan atau seni kolaj membolehkan peserta mencipta gambaran simbolik tentang perasaan mereka, yang membantu dalam pengurusan emosi dan mengembangkan daya tindak yang lebih adaptif.

Gatta et al. (2014) dalam kajian sorotan literaturnya menyatakan bahawa seni kreatif adalah alat yang sangat berkesan dalam meningkatkan kesedaran diri dan pengawalan emosi. Kajian beliau bersama rakan-rakan menunjukkan bahawa individu yang terlibat dalam terapi seni kreatif memperlihatkan peningkatan dalam kemampuan untuk menguruskan emosi mereka dengan lebih baik dan menunjukkan daya tindak yang lebih positif terhadap tekanan. Kajian ini juga menyokong idea bahawa seni kreatif berfungsi sebagai intervensi yang memperkaya proses psikoterapi dengan menyediakan ruang yang selamat dan menyokong untuk eksplorasi diri.

Selain itu, Kim (2013) dalam kajiannya ke atas remaja mendapati bahawa seni ekspresif, seperti seni visual dan seni persembahan (contohnya, drama dan tarian),

boleh meningkatkan daya tindak dengan membolehkan individu remaja meluahkan emosi yang terpendam, mengurangkan tahap tekanan, dan membina strategi pengurusan emosi yang lebih berkesan. Menurut Kim, seni kreatif menyediakan alat untuk mewujudkan pemahaman yang lebih mendalam tentang konflik dalaman, seterusnya menggalakkan penyelesaian yang lebih produktif terhadap masalah yang dihadapi.

Ini turut disokong oleh Coholic et al. (2009) dalam kajian mengenai penggunaan seni kreatif untuk remaja, mendapati bahawa pendekatan seni kreatif membantu remaja yang mengalami trauma atau masalah psikologi untuk membangunkan daya tindak yang lebih baik melalui pengekspresian diri yang kreatif. Mereka melaporkan bahawa penggunaan seni sebagai alat terapeutik meningkatkan kemampuan untuk berhadapan dengan situasi sukar, membina harga diri, dan memupuk kesejahteraan emosi dalam kalangan remaja yang terlibat.

Secara keseluruhannya, literatur yang tersedia menunjukkan bahawa alatan seni kreatif seperti lukisan, seni ekspresif, dan seni persembahan memainkan peranan yang penting dalam pengurusan emosi dan daya tindak. Alatan ini bukan sahaja membantu individu untuk mengekspresikan emosi yang kompleks tetapi juga memperkukuh daya tindak terhadap tekanan dan cabaran psikologi yang dihadapi. Penyelidikan oleh Malchiodi (2012), Moon (2010), Gatta et al. (2014), Kim (2013), dan Coholic et al. (2009) membuktikan keberkesanan seni kreatif sebagai pendekatan terapeutik dalam mempertingkatkan kesejahteraan emosi dan psikologi, terutamanya dalam kalangan individu yang mengalami kesukaran emosi atau trauma.

2.8.2 Protokol Alatan Seni Kreatif dalam Kaunseling dan Psikoterapi

Di dalam psikoterapi kanak-kanak dan remaja yang melibatkan aktiviti seni kreatif, terdapat tatacara atau langkah bagi menjalankan aktiviti tersebut. Ia dinamakan sebagai protokol terapi seni (*art therapy protocol*). Sarjana yang memfokuskan kepada protokol terapi seni adalah Prof Dr. Gussak yang banyak melakukan penyelidikan dan penerbitan dalam bidang forensik terapi seni. Selain itu Prof. Dr. Gussak juga banyak melakukan penyelidikan melibatkan protokol dan menerbitkan jurnal. Protokol terapi seni adalah satu peraturan yang jelas atau nyata bagi membimbing kerja para pengamal, ahli terapis menggunakan satu-satu alatan seni kreatif itu (*American Psychological Association; APA, 2022*). Beberapa aspek penting perlu diambil kira dalam pembentukan satu-satu protokol terapi seni.

Pembangunan protokol terapi seni merupakan satu proses yang melibatkan gabungan penyelidikan, kepakaran klinikal dan kreativiti (Malchiodi, 2012a). Proses pembinaan protokol terapi seni bermula dengan menjalankan kajian literatur yang menyeluruh untuk memahami penyelidikan sedia ada mengenai terapi seni. Penerokaan kajian tentang keberkesanan terapi seni dalam pelbagai populasi dan konteks juga perlu dilakukan kerana protokol yang mahu dibina biasanya melibatkan populasi dan konteks yang berbeza dan khusus. Seterusnya pembina boleh mengenalpasti jurang dalam literatur di mana protokol yang ingin dibangunkan boleh menyumbang kepada skop maklumat baru atau juga boleh memenuhi keperluan yang tidak dipenuhi lagi. Seperti penggunaan alatan CE-BME, didapati belum ada lagi protokol lengkap untuk pengamal di dalam terapi kanak-kanak dan remaja walaupun kajian literatur ada menunjukkan penggunaannya di pelbagai *setting* dengan tujuan berbeza.

Pembina protokol biasanya akan mengenalpasti populasi yang ingin beliau bekerjasama, iaitu bagi penyelidikan ini, ianya adalah untuk terapis di lapangan perkhidmatan kesihatan mental di KKM. Objektif yang ingin dibentuk dalam protokol terapi seni juga perlu jelas, seperti mencapai hasil terapeutik, pembangunan peribadi atau pengurangan gejala (Malchiodi, 2012). Terdapat juga pembinaan protokol yang terhasil dari amalan berasaskan bukti, iaitu penyelidikan yang menunjukkan keberkesanan satu-satu alatan atau kaedah terapi seni (Gilroy & Lee, 2015). Gilroy dan Lee (2015) menekankan pertimbangan oleh seseorang pembina protokol untuk menggabungkan modaliti yang berbeza seperti penggunaan alatan, medium dan kaedah, walaupun seperti terapi seni difokuskan matlamatnya seperti yang berasaskan kesedaran, berfokuskan tingkah laku kognitif atau terapi seni yang berbentuk naratif.

Kaimal et al. (2016) menekankan bahawa protokol terapi seni perlu mempunyai sistem penilaian dan kemajuan dari hasil terapi seni, dan pengukuran khusus juga biasanya digunakan untuk mengukur aspek keyakinan diri, kemarahan, pengurusan konflik, tekanan dan sebagainya. Data secara kualitatif dan kuantitatif akan digunakan bagi mengukur perubahan dalam kesejahteraan emosi, ekspresi diri dan hasil lain yang berkaitan. Seterusnya aspek etika juga perlu dipertimbangkan yang mana pengkaji memerlukan persetujuan termaklum, menjaga kerahsiaan dan sensitif kepada isu budaya dan agama (Moon, 2006). Satu-satu protokol terapi seni perlulah mematuhi garis panduan etika pelaksanaan yang melibatkan populasi dan konteks khusus. Aspek kecekapan budaya dan identiti klien perlu dipertimbangkan sebagaimana faktor

budaya boleh mempengaruhi pengalaman terapi seni setiap individu yang berbeza (Hinz & Bailey, 2017).

Pembina protokol terapi seni juga perlu sedar tentang potensi bias dalam pentafsiran hasil seni atau pemahaman hasil seni klien yang menjalani aktiviti terapi seni ini. Didapati terapi seni berpendekatan berpusatkan insan amat baik sekali kerana ia menekankan kepentingan autonomi dan pilihan klien dalam proses artistik (Betts, 2006). Klien itu sendiri akan merenung karya seni mereka dan terapis hanya membimbing klien dalam meneroka makna dan tafsiran mereka sendiri. Seterusnya Gussak dan Rosal (2015) turut menekankan latihan berterusan dan aspek penyeliaan yang merupakan antara perkara penting dalam pembangunan protokol untuk digunakan oleh ahli terapi seni. Ia boleh dicapai dengan menyediakan satu garis panduan yang jelas beserta latihan dan penyeliaan yang mencukupi serta berterusan agar ahli terapi akan mahir dalam pelaksanaan terapi seni.

Selain itu aspek fleksibiliti dan kesesuaian juga perlu diambil kira dengan memahami bawah satu-satu protokol itu khusus untuk populasi mana dan objektif apa kerana tidak mungkin protokol sesuai untuk semua keadaan (Betts, 2006). Maka fleksibiliti dalam protokol juga penting agar protokol dibina membolehkan individu lain menggunakan kreativiti dan pendekatan masing-masing seperti menurut N. Rogers (1993) bahawa setiap terapis ada ciri kreativiti tersendiri.

Aspek dokumentasi dan pelaporan juga adalah penting bagi mencatatkan progresn penggunaan dan pelaporan kemajuan. Ini bukan sahaja membantu dalam proses terapeutik tetapi juga menyumbang kepada usaha penyelidikan dan penghalusan satu-satu protokol yang dibina (McNiff, 2017). Selain itu aspek berulang turut penting, yang bermaksud usaha membina protokol terapi seni adalah satu proses yang berterusan. Ia dilakukan melalui pengkaji mengumpul maklum balas secara berterusan daripada klien, ahli terapi lain dan pihak berkepentingan untuk memperhalusi dan menambah baik protokol dari semasa ke semasa.

Kesimpulannya, membangunkan protokol terapi seni melibatkan gabungan penyelidikan, kepakaran klinikal, dan pendekatan berpusatkan klien (Malchiodi, 2012a; Gussak & Rossal, 2015). Dengan menyepadukan amalan berasaskan bukti, pertimbangan etika dan kecekapan budaya, seseorang pengamal atau penyelidik boleh mencipta protokol yang komprehensif dan berkesan bagi memenuhi keperluan unik populasi sasaran mereka. Adalah penting untuk melihat proses ini sebagai berulang, agar pemurnian dan penyesuaian berterusan bagi protokol yang dibina adalah berdasarkan penemuan penyelidikan dan pengalaman klinikal pengkaji dan pengamal.

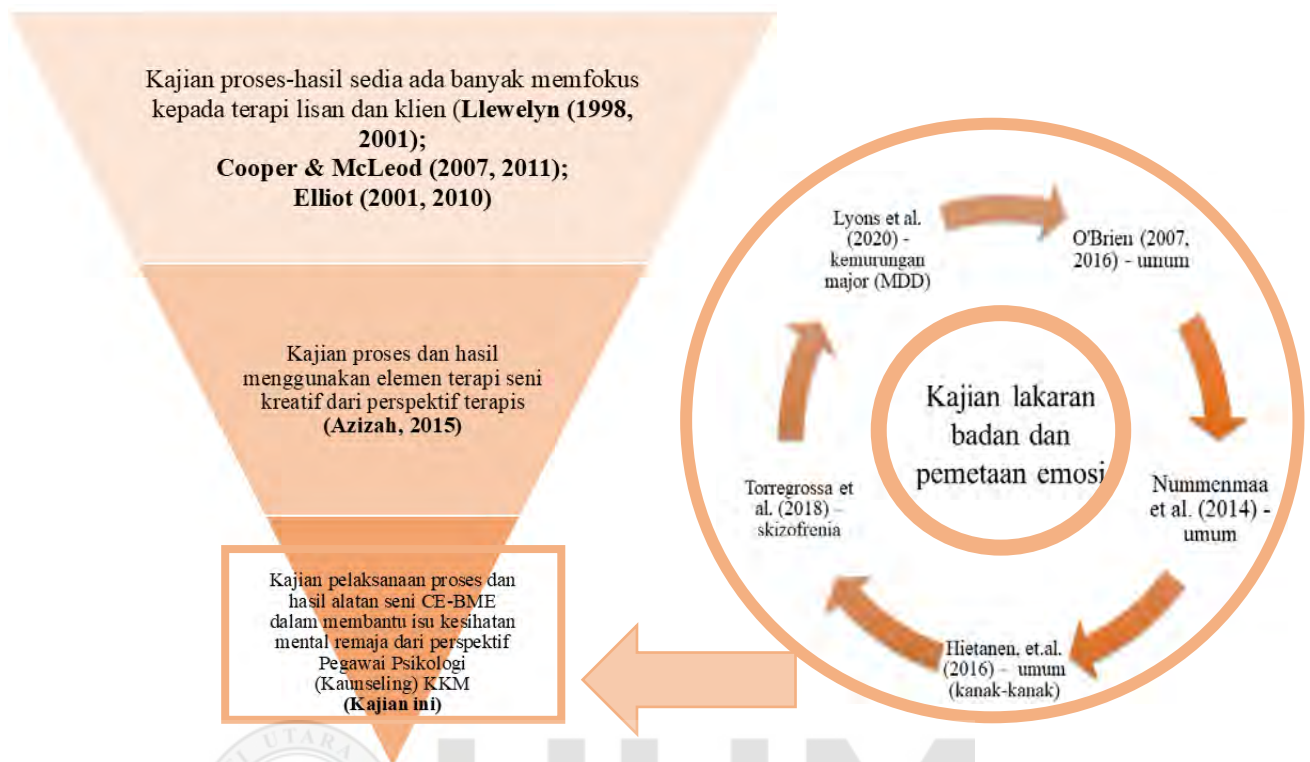
Protokol aktiviti terapi seni dalam penyelidikan ini melibatkan penyelidikan kualitatif secara Teori Asas dan akan dihasilkan daripada dapatan proses dan hasil, membantu dan tidak membantu. Proses dan hasil membantu amat menggembirakan dan memberi keyakinan kepada terapis, namun hasil tidak membantu pula akan sangat membantu para terapis sebagai garis panduan dan peringatan kepada para terapis agar bersedia

dengan cabaran dan kekangan yang bakal dihadapi dengan cara meminimumkan risiko dan dalam masa yang sama meningkatkan hasil yang membantu klien kanak-kanak dan remaja melalui sesi psikoterapi yang dijalankan. Buat masa ini, belum ada penyelidikan mengenai pembinaan protokol berdasarkan penyelidikan pendekatan Teori Asas dan penyelidikan proses perubahan (*change process research*) bagi alatan *body outline* dan emosi. Maka penyelidikan ini akan menambah literatur penyelidikan dalam bidang protokol aktiviti terapi seni dalam gaya baharu yang meyakinkan.

2.9 Jurang Kajian

Penyelidikan mengenai aspek yang membantu dan tidak membantu di dalam proses terapi, terutamanya dari perspektif klien telah banyak dilakukan (Timulak, 2010). Sangat kurang penyelidikan mengenai pelaksanaan proses dan hasil membantu dan tidak membantu dalam kaunseling dan psikoterapi dari perspektif terapis yang menggunakan pendekatan seni kreatif. Justeru penyelidikan ini mahu menyelidik dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM akan aspek ini melalui pelaksanaan alatan seni CE-BME untuk remaja yang mengalami isu kesihatan mental.

Kajian ini akan memenuhi kelompongan jurang dan menambah sumbangan ilmu dalam badan pengetahuan sedia ada. Dua bidang utama adalah (i) bidang penyelidikan lakaran badan dan pemetaan emosi, dan (ii) bidang penyelidikan proses perubahan dalam kaunseling dan psikoterapi bagi pendekatan alatan seni kreatif, kelompok remaja yang menghadapi isu kesihatan mental secara khususnya.



Rajah 2.13. Kedudukan penyelidikan ini dalam badan ilmu dan penyelidikan

2.10 Ringkasan Bab

Bab 2 ini telah membincangkan secara menyeluruh literatur penyelidikan sedia ada berkaitan penyelidikan ini. Seluruh laporan bertulis mahupun penyelidikan saintifik yang ada berkaitan aktiviti lakaran badan sahaja mahupun lakaran badan-berkait emosi telah diperbincangkan dari sumber rujukan buku oleh para sarjana terapis seni, mahupun penyelidik di dalam intervensi di *setting* perawatan kesihatan, komuniti dan sekolah, yang didapati telah meluas digunakan. Ia sebagai satu usaha pendekatan seni ekspresif kreatif yang didapati sangat sesuai dalam membantu golongan muda iaitu remaja.

Penyelidikan literatur masa kini secara skala besar berkaitan penggunaan lakaran badan-berkait emosi didapati bermula pada tahun 2007, dan lebih saintifik pada tahun 2013 sehingga diperluaskan kepada kelompok kanak-kanak, remaja dan dewasa berkaitan topik psikologi (perkembangan emosi), dan penyakit mental seperti skizofrenia dan kemurungan major (MDD; *Major Depression Disorder*). Penyelidikan dalam aspek proses perubahan melibatkan proses dan hasil membantu, dan tidak membantu, di dalam disiplin ilmu proses perubahan di dalam yang menggunakan elemen seni kreatif telah dibincangkan.

Dengan menggabungkan kedua-dua disiplin ilmu alatan seni kreatif ekspresif lakaran badan-berkait emosi dan proses perubahan di dalam psikoterapi di kalangan remaja yang mengalami isu kesihatan mental, penyelidikan ini diteruskan demi sumbangan ilmu kepada bidang kesihatan mental remaja menerusi perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM. Bab 3 seterusnya akan membincangkan skop metodologi penyelidikan ini secara mendalam setelah penyelidikan lalu difahami dan sumbangan penyelidikan ini diperlihatkan di dalam bab ini.

BAB TIGA

METODOLOGI KAJIAN

3.1 Pengenalan

Reka bentuk penyelidikan merupakan prosedur untuk mengutip, menganalisis, menginterpretasi dan melaporkan data sesuatu penyelidikan. Cresswell (2014) menyatakan bahawa satu-satu pendekatan dalam penyelidikan yang dipilih adalah berdasarkan jangkaan falsafah pengkaji dalam prosedur untuk mendapatkan jawapan, dengan kaedah penyelidikan yang spesifik atau khusus digunakan. Ia juga berasaskan permasalahan penyelidikan atau isu yang difokuskan oleh penyelidik berdasarkan pengalaman peribadi penyelidik, dan orang-orang yang terlibat di dalam penyelidikannya.

Bab ini merangkumi topik penyelidikan kualitatif dalam psikoterapi, reka bentuk penyelidikan pendekatan fenomenologi, persampelan, penyelidikan awal (preliminari), pengumpulan data, instrumentasi penyelidikan, analisis data, kesahan dan kebolehpercayaan, dan berakhir dengan ringkasan bab dan kesimpulan.

3.2 Penyelidikan Kualitatif dalam Psikoterapi

Dalam kaedah penyelidikan psikologi klinikal, penyelidikan kualitatif bermatlamat untuk mengkaji dan mendapatkan maklumat secara mendalam dan terperinci tentang pemikiran, pengalaman, perasaan dan penggunaan bahasa bagi konteks penyelidikan (Barker, Pistrang & Elliott, 2016). Banyak luahan bebas boleh dilakukan berbanding ukuran secara nombor, dan pengalaman yang pelbagai lagi kompleks dapat membantu

pengkaji untuk menjadi fleksibel. Konteks fleksibel pula dalam aspek menerima kemungkinan pelbagai data mentah yang 'kaya' bagi memperjelaskan aspek penyelidikan pengkaji (Braun & Clarke, 2013; Cresswell, 2014).

Barker et al. (2016) menyenaraikan antara kebaikan penyelidikan kualitatif di dalam *setting* klinikal ialah ia mampu menjelaskan lebih banyak dan mendalam akan aspek pengalaman yang pada kebiasaannya diukur secara objektif oleh para profesional di dalam *setting* klinikal. Pengkaji juga mampu mendapatkan banyak data dari pengalaman para terapis atau pesakit. Untuk penyelidikan berbentuk penerokaan dan berasaskan pencarian (*discovery-oriented research*), pengkaji mampu menghasilkan konsep dan pendekatan baru dalam skop yang dikaji, serta tidak terikat dengan maklumat yang sedia ada.

Penyelidikan kualitatif didefinisikan sebagai satu bentuk persoalan sosial yang berkecenderungan untuk mengangkat satu bentuk penyelidikan yang fleksibel dan dipandu oleh data. Ia digunakan untuk data yang tidak berstruktur bagi menekankan fungsi asas kepada subjektiviti dalam proses penyelidikan, mengkaji kes dalam *setting* semula jadi secara terperinci dalam kuantiti yang kecil, dan menggunakan lisan berbanding analisis secara statistik (Hammersley, 2012, hlm 12). 6 ciri asas kepada definisi penyelidikan kualitatif adalah seperti berikut:

- 1) Ia fleksibel, induktif, '*abductive*' (pemerhatian tidak lengkap yang dianalisis untuk menghasilkan andaian terbaik) dan berorientasikan data. Hasil data nanti adalah berbentuk kategori yang tidak ditentukan awal, malahan bebas

dikelompokkan mengikut apa hasil data yang diperolehi di dalam penyelidikan nanti.

- 2) Jenis data yang agak tidak tersusun digunakan. Data adalah dari sumber pelbagai sama ada secara audio, video, temu bual dan pelbagai sumber lain lagi digunakan.
- 3) Subjektiviti, yang membawa makna bahawa data tidak berobjektif dan bergantung kepada apa hasil diperolehi dari persoalan yang diutarakan.
- 4) Penyelidikan dalam *setting* sebenar atau semulajadi. Kebanyakan data kualitatif diperolehi dari lapangan sebenar subjek, sama ada subjek yang digunakan atau di mana subjek itu berada.
- 5) Bilangan kes yang dikaji adalah kecil. Ini membolehkan data diperolehi adalah sangat mendalam dan jauh, tidak terjangkau kepada satu-satu ekspektasi.
- 6) Verbal atau lisan berbanding data yang dianalisis secara statistik. Pengkaji kaedah kualitatif banyak memperoleh data secara lisan dari subjek.

3.2.1 Falsafah Penyelidikan

Penyelidikan yang telah dijalankan ini menggunakan falsafah interpretivisme atau pembinaan sosial di dalam kaedah penyelidikan psikologi klinikal (Barker et al., 2016). Falsafah ini membantu penyelidik kualitatif mempertahankan bagaimana cara kerja mereka yang berbeza daripada penyelidik kuantitatif. Memandangkan

penyelidikan ini tidak menggunakan formula statistik dan saintifik, penyelidikan ini memerlukan pemahaman mendalam, dengan data-data dari temu bual mendalam ini diinterpretasi atau dibina ideanya dari analisis data secara kualitatif yang telah dilaksanakan (Barker et al., 2016).

Falsafah interpretivisme atau pembinaan sosial (*social construct*) adalah berbentuk konstruktif kerana ia menyarankan bahawa ilmu dibina berpandukan pengalaman terhadap dunia dan manusia, yang akan menyebabkan realiti itu dibina (Braun & Clarke, 2013; Siti Uzairiah Mohd Tobi, 2017). Penyelidikan ini berpegang kepada prinsip ilmu yang diperoleh daripada penerokaan pengalaman Pegawai Psikologi (Kaunseling) terhadap klien kanak-kanak dan remaja yang dibina dari sudut pandang Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang bekerja dengan klien itu sendiri. Pengalaman itu akan membentuk atau mengkonstruksi ilmu khusus dari penggunaan alatan seni kreatif CE-BME di lapangan.

Jadual 3.1 menunjukkan dengan jelas ciri-ciri falsafah interpretivisme atau pembinaan sosial (Easterby-Smith, 2003 dlm. Siti Uzairiah Mohd Tobi, 2017). Ruang terakhir di dalam jadual adalah falsafah pembinaan sosial bagi penyelidikan ini oleh pengkaji. Hal ini merangkumi aspek pemerhati (siapa terlibat dalam penyelidikan), kepentingan manusia, penjelasan, kemajuan penyelidikan, konsep, unit analisis, bagaimana generalisasi diperolehi, dan persampelan.

Jadual 3.1

Ciri falsafah interpretivme (pembinaan sosial) kajian ini

Perkara	Falsafah Interpretivisme (Pembinaan Sosial) Penyelidikan ini	Penjelasan Falsafah Interpretivisme bagi Penyelidikan Ini
Pemerhati	Adalah sebahagian dari apa yang sedang diperhatikan	Pengkaji dan sampel adalah sebahagian dari apa yang sedang diperhatikan iaitu bidang psikoterapi kesihatan mental kanak-kanak dan remaja
Kepentingan Manusia	Adalah pemacu utama	Kepentingan manusia iaitu Pegawai Psikologi (Kaunseling), dan klien dalam penyelidikan ini adalah tinggi dan merupakan pemacu utama (pendekatan pemusatan insan)
Penjelasan	Bertujuan menambah kefahaman umum tentang situasi	Ia tidak fokus kepada sebab-akibat tetapi bertujuan mendapatkan kefahaman lebih mendalam tentang situasi berlaku di dalam sesi intervensi menggunakan CE-BME
Cara kemajuan penyelidikan	Mengumpul data yang kaya dan menginduksi idea-idea	Tiada hipotesis, lebih kepada mengumpul data sebanyak mungkin yang boleh diperolehi, dengan penghasilan idea atau tema dan kerangka baru
Konsep	Harus melibatkan perspektif pihak berkepentingan	Perspektif pihak berkepentingan iaitu pengamal terapi seni di <i>setting</i> sekolah dan kesihatan, dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang berhadapan dengan klien kanak-kanak dan remaja itu sendiri
Unit analisis	Boleh melibatkan kompleksiti situasi secara 'kesemuanya'	Unit analisis adalah kompleks mengikut situasi secara keseluruhan
Cara generalisasi	Pengabstrakan teori	Tiada statistik, hanya mengabstrakkan teori, pendekatan atau konsep berkaitan dari tema yang dihasilkan
Cara persampelan	Bilangan kes yang kecil dengan ciri-ciri tertentu	Sampel adalah kecil dan khusus; seramai 18 orang Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang memenuhi kriteria dan 20 kes klien kanak-kanak dan remaja yang dikendalikan

3.2.2 Andaian Penyelidikan

Cara bekerja bagi penyelidikan ini adalah menurut kepada tiga (3) andaian yang memegang arah penyelidikan serta bagaimana proses penyelidikan ini dilakukan. Ia

turut melibatkan teknik atau metodologi bagi pengutipan dan analisis data. Tiga andaian tersebut adalah i) Ontologi, ii) Epistemologi dan iii) Aksiologi.

Dengan reka bentuk penyelidikan kualitatif dan falsafah interpretivisme atau pembinaan sosial, andaian dari tiga aspek berikut diringkaskan seperti berikut:

- i) Apakah yang dianggap sebagai realiti supaya ia boleh distrukturkan sebagai suatu jenis ilmu? (Ontologi). Ontologi adalah andaian yang dibuat oleh pengkaji tentang hakikat realiti dan hakikat kejadian (Corbin & Strauss, 2007). Secara realiti dan hakikatnya, hanya Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang bekerja dengan remaja ini sahaja yang dapat memberi maklumat mengenai bagaimana alatan seni kreatif CE-BME ini membantu atau tidak membantu dalam proses intervensi terapeutik mereka. Pengalaman sebenar ini diperolehi melalui pengumpulan data secara temubual separa berstruktur. Hasil membantu dan tidak membantu juga hanya boleh diperolehi dari para Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang melakukan sesi ini, berjumpa kembali dengan klien mereka, dan pengalaman realiti para sampel penyelidikan (Pegawai Psikologi (Kaunseling)) yang kaya dan unik ini akan membantu pengkaji mendapatkan maklumat yang mencukupi dalam memenuhi objektif dan menjawab persoalan penyelidikan.
- ii) Bagaimanakah ilmu realiti itu dapat dibangunkan dan bagaimana dunia ini dilihat secara realiti? (Epistemologi). Berdasarkan pendirian atau falsafah

interpretivisme penyelidikan ini, suatu pendirian epistemologi yang memisahkan antara objek sains semula jadi daripada pelaku (sosial), seperti pengkaji sebagai penyelidik utama dan pemerhati telah membina 'kebenaran' dalam memerhatikan 'dunia' (McLeod, 2011). Realiti ilmu itu dapat dibangunkan secara pendekatan 'teori asas' (*Grounded Theory*) yang akan dijelaskan dalam subtopik seterusnya bersama kaedah pengumpulan data kualitatif yang bergantung kepada perhubungan terapis dengan klien remaja, persepsi terapis di samping pengalaman sosial mereka di dalam sesi intervensi menggunakan alatan seni kreatif CE-ME. Kerangka kerja akhir dari tema yang diperoleh dari persoalan penyelidikan akan membangunkan atau mengkonstruksikan kerangka protokol, iaitu ilmu khusus dari hasil penyelidikan ini.

- iii) Apakah nilai-nilai yang berkaitan dengan ilmu ini? (Aksiologi). Nilai-nilai yang menjadi asas pertimbangan dalam penyelidikan ini ditentukan oleh padat nilai atau bias nilai yang subjektif (Denzin & Lincoln, 2018; Gussak & Rosal, 2016). Dapatan yang padat nilai adalah berasaskan penafsiran atau pembinaan idea yang telah dihasilkan oleh teori lain (deduktif) yang telah menambahkan ilmu baru yang berkembang, hasil dari kaedah deduktif (hasil dari ilmu yang diinduksikan daripada kajian spesifik ini) (James, 2012). Bagi penyelidikan ini, ia berasaskan nilai yang padat, iaitu ilmu dari terapi seni ekspresif berpusatkan insan, pendekatan amalan kreatif berpusatkan insan, teori pemprosesan emosi dan teori psikosomatik, hasil dari dapatan hasil kajian ini kelak.

Berdasarkan maklumat tersebut, pengkaji memegang kepada andaian ontologi, epistemologi dan aksiologi yang jelas agar pengkaji dapat terarah dalam melaksanakan proses penyelidikan ini dengan sebaiknya. Ia merangkumi anggapan hakikat yang realiti, cara realiti tentang bagaimana hasil ilmu yang ingin dibangunkan dan aspek nilai yang padat berasaskan empat teori yang disandarkan dalam penyelidikan ini.

3.2.3 Rasional Penyelidikan Kualitatif

Matlamat penyelidikan ini adalah untuk meneroka pengalaman Pegawai Psikologi (Kaunseling) terhadap proses dan hasil penggunaan alatan seni kreatif '*Creative Expressive-Bodily Maps of Emotion*' (CE-BME) kepada remaja yang mengalami isu kesihatan mental. Justeru kaedah penyelidikan kualitatif dipilih berbanding penyelidikan kuantitatif agar pengkaji dapat menghurai dapatan penyelidikan secara lebih mendalam bagi memenuhi tiga persoalan penyelidikan.

Pengkaji juga berhasrat untuk menghasilkan suatu protokol alatan seni CE-BME yang menjurus kepada pengurusan emosi dan daya tindak remaja sebagai panduan kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM. Ini agar proses dan hasil adalah membantu para pengendali dalam mengendalikan sesi bersama remaja yang mengalami isu kesihatan mental. Hal ini penting agar tekanan yang dialami oleh kelompok ini tidak berlanjutan sehingga mendapat kecelaruan atau penyakit mental di kemudian hari. Kerangka ini boleh dibangunkan hasil dari dapatan suatu penyelidikan secara empirikal dalam menjelaskan bagaimanakah proses dan hasil membantu, dan tidak membantu dalam penggunaan alatan seni kreatif CE-BME ini di *setting* kesihatan mental.

3.3 Reka bentuk Penyelidikan Pendekatan Fenomenologi

Kajian ini menggunakan pendekatan fenomenologi untuk memahami secara mendalam proses dan hasil yang membantu serta tidak membantu bagi alatan seni CE-BME, daripada perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM yang menjalankan sesi bersama klien remaja yang mengalami isu kesihatan mental. Seperti yang dinyatakan oleh Creswell (2013), pendekatan fenomenologi sesuai digunakan apabila penyelidik ingin mendapatkan pemahaman mendalam tentang pengalaman hidup individu yang mengalami fenomena tertentu.

Fenomenologi adalah pendekatan yang berfokus kepada pengalaman subjektif dan pandangan dunia individu, dan ia memberikan penekanan kepada pemahaman makna yang diberikan oleh peserta penyelidikan kepada pengalaman mereka. Seperti yang diuraikan oleh Barker (2016), pendekatan fenomenologi bertujuan untuk "mengenal pasti asas pengalaman penting berdasarkan perspektif mereka yang mengalaminya secara langsung", menjadikannya sesuai untuk mengkaji pengalaman Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang terlibat dalam kaunseling dengan remaja yang mempunyai isu kesihatan mental.

Pendekatan fenomenologi dipilih berdasarkan rasional bahawa kajian ini memberi fokus kepada pengalaman mendalam dan subjektif Pegawai Psikologi (Kaunseling) ini. Menurut Creswell (2013), fenomenologi membolehkan penyelidik menyelami makna yang lebih mendalam daripada pengalaman kehidupan sebenar peserta dan bagaimana mereka memberikan makna kepada pengalaman tersebut. Dalam konteks ini, fenomenologi membolehkan pengkaji meneliti proses dan hasil yang muncul

daripada pelaksanaan alatan seni CE-BME, termasuk aspek yang membantu dan cabaran yang mungkin timbul dalam sesi kaunseling dan psikoterapi mereka.

Selain itu, pendekatan ini juga memberi keutamaan kepada eksplorasi yang kaya dan terperinci mengenai interaksi terapeutik yang berlaku, selaras dengan tujuan kajian ini untuk mencadangkan protokol yang sesuai bagi Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM. Menurut Moustakas (1994), fenomenologi menyediakan struktur untuk memahami aspek penting dari pengalaman manusia yang tidak dapat diukur atau dikira sekiranya pengkaji menggunakan pendekatan kuantitatif.

3.4 Persampelan

3.4.1 Persampelan Bertujuan

Penyelidikan ini menggunakan kaedah persampelan bertujuan, yang mana peserta dipilih kerana mereka mempunyai pengalaman tertentu yang relevan dengan fenomena yang sedang dikaji. Menurut Creswell (2013), persampelan ini bertujuan untuk memastikan penyelidik dapat memperoleh peserta yang benar-benar boleh memberi maklumat mendalam mengenai fenomena tersebut. Penyelidikan ini yang bertujuan meneliti pelaksanaan proses dan hasil penggunaan alat *Creative-Expressive: Bodily Maps of Emotions* (CE-BME), dan hanya Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM sahaja yang mengetahui mengenai prosedur alatan ini.

3.4.2 Persampelan Homogen

Pendekatan fenomenologi penyelidikan ini menggunakan persampelan homogen, di mana peserta yang dipilih mempunyai ciri-ciri yang sama atau berkaitan, seperti nama pekerjaan yang sama, iaitu Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM, pengalaman dengan fenomena yang sama, iaitu *setting* kesihatan mental di KKM, dan latar belakang yang serupa iaitu mempunyai Ijazah Pertama dalam Kaunseling dan Psikologi. Peserta kajian boleh terdiri dari mana jua lokasi tidak terhad di zon tengah. Ini membantu penyelidik untuk memfokus kepada variasi dalam pengalaman fenomena tersebut tanpa terpengaruh oleh perbezaan demografi yang terlalu luas.

3.4.3 Bilangan Peserta

mencadangkan bahawa bilangan peserta yang lebih kecil sudah memadai

Jumlah bilangan responden penyelidikan yang digunakan di dalam penyelidikan berbentuk kualitatif adalah kecil kerana tujuan kajian fenomenologi adalah untuk mendapatkan pemahaman mendalam, bukan untuk generalisasi (Moustakas (1994). Baker dan Edwards (2012) menyatakan bahawa tidak ada ketetapan yang khusus bagi bilangan sampel atau peserta yang terlibat di dalam penyelidikan kualitatif. Penetapan bilangan sampel penyelidikan kualitatif bergantung kepada objektif penyelidikan, keperluan penyelidikan yang dilakukan, tempoh masa yang ada dan diri pengkaji yang akan membuat keputusan berhenti apabila data yang telah dikutip didapati mencukupi bagi menjawab persoalan penyelidikan.

Julat Creswell (2014; hlmn. 189) sedikit berbeza, iaitu beliau mengesyorkan antara tiga hingga sepuluh temu bual untuk penyelidikan fenomenologi. Kuzel (1992) mengemukakan cadangannya berkait dengan sampel heterogeniti dan berdasarkan objektif penyelidikan, dengan mengesyorkan enam hingga lapan temu bual untuk sampel homogen dan dua belas hingga dua puluh sumber data "apabila mencari bukti yang tidak mengesahkan atau cuba mencapai variasi maksimum." Selain dari itu, Guest et al. (2006) di dalam penyelidikannya untuk menentukan berapakah bilangan sampel atau temu bual mencukupi untuk satu-satu tema menjadi kukuh, mendapati bahawa 12 temu bual telah mencapai sekitar 92% daripada jumlah kod yang diperolehi daripada 60 sampel penyelidikannya.

Mengikut keperluan penyelidikan ini, keperluan nombor II oleh Simmons et al. (2011) ("Pengkaji mesti mengumpul sekurang-kurangnya 20 pemerhatian setiap sel"), dan Kuzel (1992) iaitu "cuba mencapai variasi maksimum" digunakan sebagai dasar kepada bilangan sampel penyelidikan. Penyelidikan Simmons dan rakan-rakan ini berdasarkan analisis kos dan data mendapati bahawa ia mencakupi tahap saturasi sesuai dengan faktor jangka masa berapa lama penyelidikan harus dijalankan (faktor masa) dan hasil diperolehi, agar kos masa, kewangan dan data adalah memadai untuk seseorang pengkaji. 18 orang Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM telah ditemubual bersama proses dan hasil bagi 19 kes remaja berusia 10-19 tahun. Ini bermakna terdapat 19 dokumen visual CE-BME yang dikaji proses dan hasil di dalam penyelidikan ini.

3.4.4 Pemilihan Peserta Berdasarkan Pengalaman Langsung

Peserta mesti mempunyai pengalaman langsung dengan fenomena yang dikaji, kerana fenomenologi menekankan pentingnya pengalaman individu dalam menghasilkan makna. Ini selaras dengan pandangan Van Manen (2016) bahawa pengalaman langsung adalah asas untuk memahami fenomena secara mendalam. Sebagai contoh, dalam kajian fenomenologi berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang menggunakan CE-BME, peserta yang dipilih mestilah mereka yang pernah menggunakan alat ini dalam kerja kaunseling dan psikoterapi mereka.

Pengkaji pada peringkat awal telah mensasarkan sejumlah 40 peserta penyelidikan, yang meliputi sekurang-kurangnya 40 lakaran badan dan emosi (CE-BME) yang digunakan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) di dalam penyelidikan ini seperti saranan penyelidik Hietanen, et.al (2016) bagi alatan *emBODY* di dalam kajiannya yang melibatkan 40 orang sampel, namun kajian beliau adalah berbentuk kuantitatif. Namun akhirnya seramai 18 orang Pegawai Psikologi (Kaunseling) telah menjadi peserta kajian ini kerana faktor kekangan masa dan keadaan semasa bilangan kes remaja yang hadir ke premis kesihatan sewaktu tempoh penyelidikan ini dilaksanakan.

3.4.5 Saturasi Data

Seperti yang dinyatakan sebelum ini, saturasi data penting dalam menentukan berapa ramai peserta yang diperlukan. Data dikumpul sehingga tiada tema baharu yang muncul daripada temubual atau interaksi dengan peserta (Creswell, 2013). Ini menunjukkan bahawa maklumat yang diperoleh telah cukup untuk menggambarkan

fenomena dengan mendalam. Dalam penyelidikan ini, pengkaji meneruskan analisis data sewaktu temubual dilakukan dan masih menerima peserta kajian yang mahu berkongsi akan proses dan hasil penggunaan alatan seni CE-BME mereka. Ia berlaku dari Januari sehingga Mei 2021. Ketika itu sampel telah mula mencukupi iaitu seramai 18 orang Pegawai Psikologi (Kaunseling) dengan 19 kes remaja dikongsikan. Didapati ketika itu kod atau tema baru tidak muncul lagi. Data pula hanya dari kes remaja berusia 10-19 tahun, dan kesemua remaja ini mempunyai isu kesihatan mental kerana kehadiran mereka ke premis KKM adalah disebabkan cabaran dalam kehidupan dialaminya.

Dalam kajian fenomenologi, kaedah persampelan bertujuan memastikan penyelidik memilih peserta yang mempunyai pengalaman mendalam dengan fenomena yang dikaji. Kaedah ini penting untuk memastikan kajian ini dapat mengambil asas pengalaman peserta secara menyeluruh, sesuai dengan tujuan fenomenologi untuk meneroka dan memahami makna pengalaman hidup secara mendalam.

Topik seterusnya akan menjelaskan proses penyelidikan ini mengikut fasa, iaitu fasa penyelidikan awal (preliminari), dan fasa penyelidikan sebenar, iaitu pengumpulan data.

3.5 Penyelidikan Awal (Preliminari)

Fasa penyelidikan awal (preliminari) dilakukan sebelum fasa penyelidikan sebenar dilakukan. Ia bertujuan untuk menyediakan penyelidik dengan pemahaman yang lebih mendalam tentang konteks dan latar belakang fenomena yang ingin dikaji. Ia juga

membantu penyelidik dalam menyesuaikan reka bentuk kajian dan strategi pengumpulan data untuk memastikan kajian dijalankan dengan cara yang paling sesuai. Ketika ini, penyelidik ingin mendapatkan maklumat mengenai isu-isu yang berkaitan dengan pengalaman peserta dan keadaan di mana fenomena itu berlaku. Menurut Creswell (2013), penyelidik perlu mempunyai pemahaman asas mengenai fenomena yang dikaji sebelum memulakan kajian mendalam agar mereka dapat mengarahkan kajian ke arah yang betul. Ini boleh melibatkan semakan literatur, perbincangan dengan pakar bidang, atau kajian kes awal.

Peserta penyelidikan awal (preliminari) ini mempunyai pengalaman langsung dengan fenomena yang dikaji (Van Manen, 2016) dan melalui fasa ini, pengkaji boleh menentukan ciri-ciri peserta yang paling relevan, termasuk latar belakang, pengalaman, dan kriteria inklusi yang diperlukan untuk kajian. Ketika ini, pengkaji juga sebenarnya mahu memperhalusi soalan-soalan penyelidikan yang akan diajukan kepada peserta kajian sebenar. Menurut Moustakas (1994), soalan penyelidikan fenomenologi perlu bersifat terbuka dan menekankan pada pemahaman makna daripada pengalaman peserta. Penyelidikan preliminar membantu penyelidik untuk merangka soalan-soalan yang sesuai agar dapat menggalakkan peserta untuk memberikan respons yang mendalam dan bermakna.

Fasa preliminar ini juga telah membantu penyelidik untuk menilai kebolehlaksanaan kajian dari segi logistik dan sumber. Ini termasuk mempertimbangkan masa, akses kepada peserta, serta kaedah pengumpulan data yang sesuai. Creswell (2013) menekankan bahawa penyelidikan awal dapat memberikan gambaran tentang cabaran

yang mungkin timbul semasa kajian utama dan menyediakan strategi untuk menanganinya. Ketika ini juga tempoh Perintah Kawalan Pergerakan sedang berlaku secara berulang kali dan pengkaji menguji kaedah temubual menggunakan visual dan audio aplikasi Zoom dan perakam audio.

Ketika fasa penyelidikan awal ini, penyelidik telah mula mengenal pasti langkah-langkah untuk meningkatkan kesahihan dan kebolehpercayaan kajian. Ini termasuk penilaian terhadap kesesuaian prosedur pengumpulan data dan analisis menggunakan Atlas Ti, serta pemahaman tentang bias yang mungkin wujud dalam kajian. Menurut Barker (2015), penyelidikan awal dapat membantu dalam mengenalpasti potensi bias dan mencari jalan untuk mengurangkannya semasa kajian utama dijalankan. Ketika ini, pengkaji sedang menimbangkan cara bertanya soalan dan mengelakkan bias pengkaji sama ada menggunakan penemubual lain atau pengkaji sendiri. Ketika ini pengkaji membuat keputusan bahawa pengkaji merupakan alat kepada penyelidikan ini kerana memahami bagaimana bentuk maklumat mendalam yang mahu diperolehi.

Tujuan penyelidikan preliminari juga adalah untuk membantu penyelidik memperbaiki reka bentuk kajian. Sebarang kelemahan dalam reka bentuk awal, seperti kaedah pengumpulan data atau pemilihan peserta, dapat diperbaiki sebelum kajian penuh dimulakan. Penyelidikan awal ini menyediakan penyelidik dengan data asas yang boleh digunakan untuk memperhalusi aspek-aspek kajian yang kritikal.

Empat orang pengguna alatan seni CE-BME sedia ada, iaitu terdiri daripada para Pegawai Psikologi (Kaunseling), KKM yang telah menggunakan alatan CE-BME

sejak tahun 2013 secara intensif telah menjadi peserta bagi penyelidikan awal ini. Mereka merupakan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dengan kesemuanya merupakan kaunselor berdaftar, dua perempuan dan dua lelaki. Jangka masa berkhidmat dengan KKM adalah selama lebih dari 5 tahun di *setting* hospital, iaitu 7 dan 8 tahun. Dua daripada peserta mempunyai kelayakan peringkat Sarjana Muda dan dua lagi telah memperoleh Ijazah Sarjana (*Master*) dalam bidang kaunseling kesemuanya. Pengkaji mahu mendapatkan gambaran sebenar bagaimana soalan dan jawapan diperolehi, jangka masa sesi temu bual dilaksanakan, mengenal pasti kemahiran yang perlu bagi proses temu bual bersemuka dilakukan, dan transkripsi serta analisis data secara teori asas bagi memperoleh tema awal.

Dari temu bual ini protokol temu bual telah diuji bagi mendapatkan pengalaman dan tema awal penggunaan CE-BME sebelum meneruskan penyelidikan sebenar. Jumlah ini adalah saiz sampel yang ideal untuk penyelidikan awal kerana ia membenarkan lebih banyak penglibatan data yang dikumpul, memberikan masa yang mencukupi untuk menemu bual, mentranskripsi, menganalisis dan menyemak data dengan teliti bagi tujuan penyelidikan awal ini (Broom & Willis, 2007). Perkara ini adalah sama seperti penyelidikan oleh Akthar dan Lovell (2018) yang mendapatkan pengalaman awal dari 3 orang terapis seni kepada kanak-kanak pelarian sebagai satu penyelidikan penerokaan awal dalam bidang ini.

Temu bual dijalankan secara atas talian bagi tiga orang Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan secara bersemuka dengan seorang Pegawai Psikologi (Kaunseling) kerana faktor jarak dan perintah kawalan pergerakan yang bermula pada Mac 2020.

Perbualan telah dirakam menggunakan perakam audio elektronik dan automatik di dalam rakaman menggunakan aplikasi *Zoom* yang mengambil masa kira-kira 50 minit hingga 1.5 jam. Audio ini kemudian telah ditranskripsi menjadi dokumen dalam bentuk *Microsoft Word* dan dianalisis beberapa kali menggunakan konsep teori asas (Glaser & Strauss, 1967). Dokumen dimasukkan ke perisian ATLAS.ti, yang merupakan satu alat *CAQDAS; Computer-Aided Qualitative Data Analysis Software* bagi penganalisan data kualitatif. Transkripsi temu bual ini dianalisis menggunakan Atlas Ti secara analisis *Grounded Theory* dengan merujuk kepada panduan lengkap oleh Friese (2012, 2016, 2017). Hal ini dilakukan bagi menjana kod kategori dalam konteks tindakan dan bukannya topik (Charmaz, 2006).

Penyelidikan ini telah diluluskan oleh Jawatankuasa Penyelidikan dan Etika Perubatan (MREC), Kementerian Kesihatan Malaysia pada 10 Februari 2020 (surat kelulusan di bahagian apendiks) dan temu bual dilakukan pada Februari dan Mac 2020. Penyelidikan ini dilakukan selaras dengan piawaian etika kerana ia melibatkan profesional kesihatan yang merupakan ahli psikoterapi daripada organisasi kesihatan.

3.5.1 Temubual Pakar dan Pengamal Kaunseling dan Psikoterapi di Lapangan (Industri)

Dalam mengenal pasti permasalahan intervensi kaunseling dan psikoterapi bagi kelompok kanak-kanak dan remaja, pengkaji telah melakukan temubual awal secara individu kepada 2 orang pakar rujuk di lapangan. Mereka adalah seperti berikut:

- i. Guru bimbingan dan kaunseling sekolah rendah sepenuh masa selama 15 tahun dan, merupakan pengamal terapi seni kreatif professional yang terlatih dari *CAPT Creative Resources*.
- ii. Doktor perubatan di klinik swasta yang juga merupakan kaunselor berdaftar dan pengamal terapi seni kreatif professional yang terlatih dari *CAPT Creative Resources*.

Justifikasi pengkaji memilih kaunselor sekolah ialah bagi memahami isu yang berlaku di peringkat sekolah bersama pendekatan yang biasa digunakan. Selain itu, pemilihan guru ini juga adalah kerana beliau merupakan pengamal terapi seni kreatif profesional yang telah menamatkan latihan intensif profesional Terapi Seni Kreatif dan Ekspresif (CAET; *Creative Arts and Expressive Therapy*). Beliau memiliki Ijazah Sarjana Muda dalam Pembangunan Sumber Manusia (UPM) Kursus Perguruan Lulusan Ijazah selama setahun dalam bidang kaunseling.

Tatkala Sijil '*CEAT Creative Expressive Art Therapy*' bermula pada tahun 2017-2019, beliau terus mengamalkan kaedah ini di *setting* kerja beliau setiap hari sehingga agak mahir dalam menggunakan pendekatan ini. Beliau memperoleh anugerah dalam inovasi kaunseling di peringkat Kementerian Pelajaran Malaysia sebanyak dua kali sebagai ganjaran usaha beliau dalam pendekatan seni untuk murid sekolah beliau. Beliau juga telah berjaya menamatkan sijil *Forensic Art Therapy* bagi tahun 2021 melalui sebanyak 10 modul secara atas talian sewaktu tempoh Perintah Kawalan

Pergerakan (PKP). Beliau juga ada mempelajari latihan *Sandtray* selama 2 hari (Tahap 1) di Malaysia.

Pakar lapangan kedua pula merupakan seorang doktor perubatan yang juga merupakan kaunselor berdaftar dan telah menamatkan latihan intensif profesional Terapi Seni Kreatif dan Ekspresif (CAET; *Creative Arts and Expressive Therapy*). Beliau melaksanakan praktis di klinik kaunseling di sebelah klinik swasta di Malaysia. Beliau memperoleh ijazah perubatan (MBBS) dari universiti di luar negara (2002) dan berkhidmat sebagai doktor pelatih di luar negara dan pulang ke Malaysia bagi meneruskan perkhidmatan sebagai doktor perubatan penuh di hospital kerajaan sehingga 2013. Beliau mengambil Diploma dalam Perubatan Keluarga selama dua tahun pada 2013-2015, pada waktu yang sama beliau masih berkhidmat di Klinik Kesihatan kerajaan sehingga tahun 2015 dan meletakkan jawatan di kementerian. Selepas itu, beliau meneruskan lokum perubatan di klinik swasta sambil meneruskan pengajian peringkat master dalam bidang kaunseling di Universiti Putra Malaysia sehingga tahun 2017.

Beliau berjaya memperoleh Ijazah Sarjana Sains (Bimbingan dan Kaunseling), UPM (2017) dan kini menjalankan lokum perawatan perubatan beliau serta sesi kaunseling profesional kepada klien sebagai lanjutan dari keperluan asas perubatan serta rawatan yang diberikan, di klinik swasta tempat beliau bertugas. Beliau juga merupakan pengamal seni kreatif profesional terlatih dari *CAPT Creative Resources* bagi latihan selama 2 tahun (2017-2019). Beliau juga telah berjaya menamatkan sijil *Forensic Art Therapy* bagi tahun 2021 sebanyak 10 modul secara atas talian sewaktu tempoh

Perintah Kawalan Pergerakan (PKP) dan mempelajari *House Tree Person* (HTP) dan *Neuro Linguistic Programming* (NLP) secara sijil pengamalan dengan Profesor Dr. Mohammad Aziz Shah bin Mohamed Arep dari Universiti Pendidikan Sultan Idris.

Justifikasi pemilihan dua orang pengamal lapangan ini adalah kerana mereka menawarkan perkhidmatan kaunseling kepada murid dan remaja dalam kerja harian mereka. Selain itu mereka berpengalaman dalam menggunakan kaedah atau pendekatan alatan seni dalam perawatan dan sesi mereka bersama klien remaja. 'Setting' yang berbeza di sekolah kerajaan dan komuniti (klinik swasta) adalah bagi mempelbagaikan kelompok dijumpai bagi klien tanpa berbayar dan berbayar, namun pengamal ini memiliki kelayakan yang hampir sama bagi latihan seni kreatif mereka.

Temu bual bersama mereka telah dilaksanakan secara bersemuka Pengamal 1 (guru) dan secara atas talian menggunakan aplikasi Zoom bagi Pengamal 2 (doktor) kerana faktor jarak dan perintah kawalan pergerakan (PKP). Temu bual berlangsung sekitar 1 jam, dirakam dan dicatat perkara penting. Maklumat diperolehi dianalisis secara deskriptif dan tema diperolehi disusun seperti di dalam jadual di bawah. Protokol temu bual, dan surat lantikan bagi pakar rujuk pengamal yang praktis di lapangan terdapat di bahagian apendiks.

Dari temu bual yang dilakukan bersama pakar rujuk dan pengamal pendekatan seni kreatif di lapangan (sekolah, dan klinik swasta), pengkaji mendapati isu petanda awal tekanan dalam kalangan kanak-kanak dan remaja adalah jelas kelihatan telah wujud dan semakin berat mengikut pertambahan usia. Contohnya kanak-kanak di sekolah

rendah yang belum ada diagnosis penyakit mental, manakala remaja telah ada yang didiagnosis dengan penyakit mental.

Pendekatan komplementari, iaitu kaedah lisan dan bukan lisan digunakan oleh pengamal profesional ini terutama yang telah mempelajari ilmu terapi seni kreatif secara latihan profesional yang didapati amat membantu sesi intervensi dilaksanakan. Justifikasi pengkaji untuk isu ini di *setting* selain *setting* di hospital oleh terapis KKM adalah bertepatan bagi memahami secara keseluruhan isu yang dikaji di lapangan. Dalam menangani isu kesihatan mental kanak-kanak dan remaja, perawatan atau intervensi dengan menggunakan medium seni kreatif didapati telah membantu dalam peringkat pembinaan hubungan, penerokaan dan hala tuju intervensi.

3.5.2 Dapatan Awal Penyelidikan

Pada mulanya, empat dokumen kualitatif yang telah ditranskripsi dimasukkan ke dalam program ATLAS.ti dan dibaca dengan petikan ditandakan dan dinamakan dahulu (*free quotes*). Susulan daripada itu, nombor kod dan kategori utama mengikut objektif penyelidikan diwujudkan untuk menyusun tema-tema baru yang muncul agar lebih teratur. Kod tambahan telah dibuat untuk maklumat yang diterima daripada temu bual yang tidak berkaitan dengan tajuk penyelidikan. Kemudian frasa bertanda sebelumnya diletakkan di bawah kod dengan mengklik "klik kanan," "pengekodan," dan memilih daripada senarai pengekodan yang terhasil dari peringkat awal.

Pernyataan yang tidak sesuai di bawah mana-mana tema kod akan dilakukan kod baru. Pernyataan yang ditandakan akan berada di bawah satu kategori pengekodan

teras. Bilangan item dalam setiap kod kemudiannya diperiksa untuk menentukan kategori pengkodan yang paling banyak mengandungi pernyataan. Penemuan analitik telah disusun untuk memudahkan pembacaan keseluruhan set data. Dua penyelidik lain, yang merupakan penyelidik rakan sebaya di peringkat pengajian doktor falsafah dalam bidang kualitatif, mengesahkan kod dan kategori sebagai kredibiliti data kualitatif melalui semakan rakan sebaya. Setiap frasa dalam kod kemudiannya dikategorikan mengikut tema yang sama. Tiga (3) kategori, enam (6) tema dan 13 subtema terbentuk untuk proses membantu, manakala untuk kesan atau hasil membantu pula, sebanyak dua (2) kategori dengan 7 tema dan 27 subtema telah terbentuk.

Penemuan awal ini bertujuan sebagai penemuan data perintis dan prosedur teknik sebelum penyelidikan sebenar dengan sampel yang lebih besar dilakukan (Barker et al., 2016). Dua dari persoalan penyelidikan telah dilakukan analisis secara intensif berkenaan proses membantu dan kesan membantu dan diterbitkan di dalam dua artikel jurnal peringkat antarabangsa dan di dalam Malaysia (Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah, 2022b, 2022a).

Dapatan tema awal ini didapati ada kesamaan dengan dapatan oleh Timulak (2007) di dalam penyelidikan kualitatif meta-analisis bagi pengalaman membantu yang dilaporkan klien dalam terapi. Antara dapatan tersebut adalah seperti elemen kesedaran/ wawasan/ pemahaman diri; perubahan tingkah laku / penyelesaian masalah; pemerksaan; kelegaan; meneroka perasaan/ pengalaman emosi; perasaan difahami; penglibatan klien; jaminan/ sokongan/ keselamatan; dan hubungan peribadi.

Castonguay et al. (2010) mengenal pasti bahawa kedua-dua klien dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) melaporkan peningkatan kesedaran diri klien sebagai aspek terapeutik yang sangat membantu. Namun bagi penyelidikan melibatkan seni kreatif dan proses membantu serta tidak membantu tiada penyelidikan awal dilaporkan melainkan penyelidikan oleh Azizah Abdullah (2015) dari perspektif terapis.

Pengkaji mendapati bahawa data kualitatif diperolehi amat '*rich*' atau kaya, dan ini memberikan perasaan teruja kepada pengkaji untuk meneruskan penyelidikan secara menyeluruh. Namun dari temu bual secara kualitatif ini, pengkaji menemui beberapa aspek yang perlu diberi penekanan dari kekurangan elemen memahami proses penggunaan alatan ini secara lebih intensif, mendalam dan mencapai ke tahap perawatan yang lebih khusus.

3.6 Pengumpulan Data

Data dikumpul melalui temubual mendalam secara separa berstruktur dengan Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang terlibat dalam penggunaan CE-BME. Temubual separa berstruktur secara mendalam dipilih kerana ia membolehkan peserta menceritakan pengalaman mereka secara terperinci, sambil memberikan penyelidik fleksibiliti untuk menyesuaikan soalan mengikut konteks perbualan. Kaedah ini juga selaras dengan pendekatan fenomenologi yang bertujuan untuk memahami makna pengalaman hidup peserta (Seidman, 2006). Seperti yang diuraikan oleh Van Manen (2016), temubual dalam kajian fenomenologi adalah instrumen penting untuk menyelami bagaimana individu membentuk makna melalui pengalaman mereka.

Peserta kajian terdiri daripada Pegawai Psikologi (Kaunseling) di KKM yang telah terlibat dalam sesi kaunseling menggunakan alat CE-BME. Pemilihan peserta dilakukan secara persampelan bertujuan untuk memastikan mereka yang terlibat mempunyai pengalaman langsung dalam penggunaan alatan tersebut.

Mengumpulkan data yang ‘kaya’ (*richness*), iaitu terperinci, fokus dan penuh, akan memberikan pengkaji bahan yang cukup baik untuk membina analisis yang signifikan (Charmaz, 2006). Data yang baik ini mendedahkan pandangan, perasaan, niat, dan tindakan para peserta dalam penyelidikan termasuklah konteks dan struktur kehidupan mereka.

3.6.1 Prosedur pengumpulan data

Pada peringkat awal, pengkaji telah mendapatkan kelulusan dan sokongan daripada Ketua Profesion Pegawai Psikologi KKM untuk menjalankan penyelidikan ini dan kelulusan diperolehi pada 22 November 2019 (Lampiran). Selepas itu, pengkaji perlu mendaftarkan penyelidikan ini di Pendaftaran Penyelidikan Perubatan Kebangsaan (*National Medical Research Registry; NMRR*), KKM kerana melibatkan anggota kesihatan KKM, dan pendaftaran telah dilakukan pada Disember 2019 dengan nombor NMRR-19-3598-50125 (IIR), KKM. Seterusnya penyelidikan ini perlu melalui peringkat kelulusan etika di bawah Jawatankuasa Etika dan Penyelidikan Perubatan (*Medical Research and Ethics Committee, MREC*), dan kelulusan diperolehi pada 10 Februari 2020.

Setelah kelulusan ini diperoleh, peringkat penyelidikan untuk proses pengumpulan data adalah sah dari segi keselamatan dari risiko buat para peserta penyelidikan. Para peserta diberi masa selama enam bulan untuk menggunakan alat seni kreatif ini di dalam kerja semasa mereka selepas taklimat diberikan pada November 2020. Peserta penyelidikan boleh menggunakan alatan ini untuk semua klien kaunseling mereka bagi tujuan membiasakan diri. Namun demikian, untuk tujuan data penyelidikan, hanya sekurang-kurangnya satu klien remaja yang mengalami proses penggunaan terbaik pada pengamatan diri mereka akan diambil bagi pemerolehan data secara mendalam.

Pengkaji seterusnya menemu bual para peserta kembali dalam tempoh 3 bulan (Februari hingga Mei 2021) bagi kesemua peserta secara berperingkat bagi yang telah bersedia. Temu bual dilakukan secara atas talian (visual dan audio) menggunakan aplikasi Zoom yang dirakam. Sebelum itu para peserta telah memulangkan borang persetujuan termaklum yang telah diberi sewaktu taklimat. Sesi temu bual mendalam ini direkodkan bagi tujuan transkripsi. Bilangan para Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang akhirnya berjaya ditemu bual adalah seramai 18 orang dengan 19 kes remaja berusia 7-19 tahun yang telah diaplikasi penggunaan CE-BME mengikut panduan yang telah diberikan oleh pengkaji kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM. Ketika ini, didapati ramai peserta penyelidikan yang tidak mempunyai klien remaja yang dapat hadir ke *setting* hospital kerana suasana pandemik semasa.

3.6.1.1 Temu bual audio-visual atas talian

Pengumpulan data di dalam penyelidikan ini diperoleh secara temu bual separa berstruktur secara bersemuka yang terbaik dapat dilakukan dengan menggunakan

aplikasi Zoom. Temu bual bersemuka dilakukan oleh penemu bual, iaitu pengkaji sendiri dengan peserta penyelidikan, iaitu pengkaji menggunakan satu set siri soalan. Mengikut (Gillham, 2005) temu bual boleh dikelaskan kepada tiga kategori utama, iaitu temu bual berstruktur, temu bual separa struktur dan temubual tidak berstruktur. Temubual separa struktur digunakan agar pengkaji memperoleh maklumat yang mencukupi bagi menjawab persoalan penyelidikan disertai dengan soalan berkaitan agar maklumat yang mahu diperolehi dapat diberikan atau dikeluarkan oleh para peserta penyelidikan.

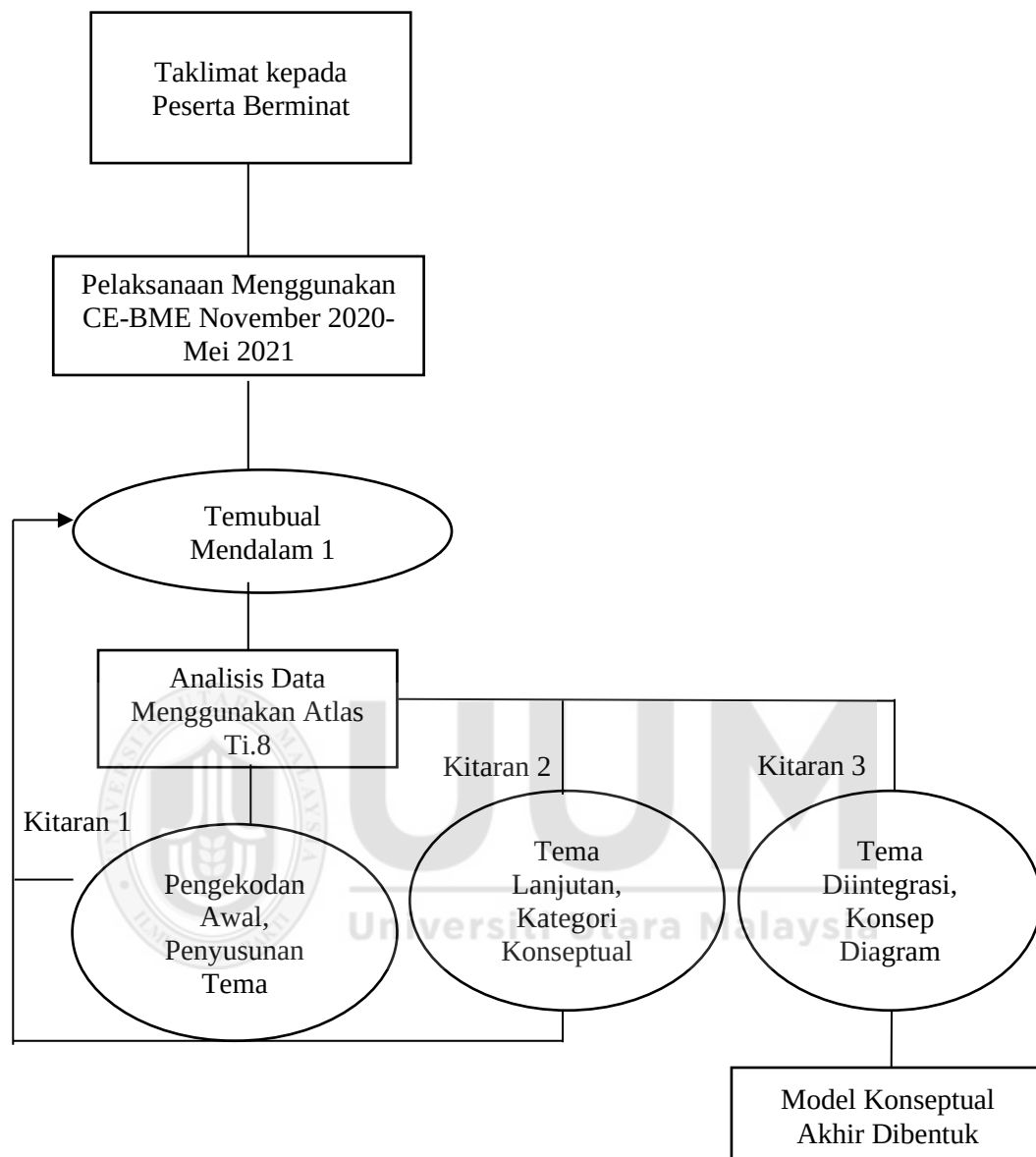
Pengkaji menggunakan rakaman audio dan visual Zoom semasa melakukan proses temu bual bagi mendapatkan data yang lebih tepat (Creswell, 2016), lengkap dan benar termasuk catatan sewaktu sesi temu bual dilakukan. Catatan ini sebagai '*back up*' sekiranya ada masalah rakaman. Kesemua rakaman adalah baik, kecuali terdapat beberapa momen yakni internet kurang baik dan soalan diulang kembali kepada para peserta penyelidikan. Secara keseluruhannya transkripsi lengkap telah berjaya dilakukan dan maklumat adalah sangat baik di dalamnya, namun terdapat satu peserta sahaja, iaitu T18 yang kurang lengkap 25% rakaman akhir kerana faktor internet sangat tidak baik ketika itu. Maka catatan terperinci pengkaji selama ini telah membantu untuk mengeluarkan perkara penting dan '*point*' yang dinyatakan oleh peserta T18 itu.

Temu bual beserta rakaman audio dan transkripsi akan berupaya meningkatkan kebolehpercayaan rekod yang tinggi (Silverman, 2004). Rakaman juga membantu pengkaji untuk fokus kepada proses temu bual berbanding catatan dilakukan. Rajah

3.6 menunjukkan carta aliran bagi proses pengumpulan data dan analisis data bagi penyelidikan ini.

Setelah penyelidikan rintis dijalankan ke atas 4 orang Pegawai Psikologi (Kaunseling) kesihatan mental, latihan intensif dilakukan sebelum proses pengumpulan data sebenar. Para terapis diberi masa untuk menggunakan dahulu alatan CE-BME ini dan ditawarkan untuk temu bual secara atas talian setelah mereka bersedia untuk berkongsi proses menggunakannya ke atas sekurang-kurangnya seorang atau satu kes kanak-kanak dan remaja di lapangan kerja mereka. Hasil temu bual mendalam ini dilakukan transkripsi sebagai dokumen yang dianalisis kenyataannya.

Proses analisis dilakukan menggunakan Atlas ti. dengan pengkodan awal dilakukan, mengikut persoalan penyelidikan. Dari tema awal dibentuk, tema lanjutan juga dibentuk melalui subkategori dan kategori utama yang dihasilkan. Kategori konseptual diperhalusi secara analisis bandingan secara berterusan sebanyak 3 kali. Dari situ, tema-tema diintegrasikan atau dikelompokkan, rajah konsep secara diagram dihasilkan sehingga akhirnya rangka konseptual akhir dibentuk.



Rajah 3.1. Carta aliran bagi proses pengumpulan data dan analisis data penyelidikan

Sumber: Adaptasi dari Charmaz (2006)

3.6.2 Isu Etika

Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan pengkaji menandatangani perjanjian dan hak serta tanggungjawab sebagai peserta penyelidikan. Maka, hubungan pengkaji dengan peserta penyelidikan adalah terpelihara dengan borang persetujuan termaklum yang

ditandatangani oleh kedua pihak, iaitu pengkaji dan peserta penyelidikan. Manakala untuk klien pula, borang persetujuan termaklum yang piawai mengikut 'setting' tempat kerja masing-masing digunakan seperti biasa. Pengkaji tidak akan berada bersama dengan peserta penyelidikan, iaitu Pegawai Psikologi (Kaunseling) di dalam sesi semasa menggunakan alatan seni kreatif CE-BME. Hal ini demikian kerana pengkaji hanya memfokuskan kepada pengalaman Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan tidak menilai keunikan kemahiran Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam penggunaan alatan terapi seni bersama klien kanak-kanak dan remaja.

Sebaiknya hubungan klien minor iaitu, remaja tidak dicampuri oleh orang luar kerana aspek kerahsiaan tetap ada bagi klien walaupun bawah usia (Akta Kaunseling 580). Rogers (1995) di dalam penulisananya menekankan bahawa pengkaji mampu menjelaskan pemikiran peribadi dan pengalamannya melalui penyelidikan yang menggunakan pendekatan berpusatkan insan (Haselberger & Hutterer, 2013). Di dalam penyelidikan ini, pengkaji percaya akan hubungan pengkaji dan peserta penyelidikan adalah satu hubungan yang terpelihara dan dihormati berasaskan teori pemusatan insan. Menurut Rogers lagi, "ia kelihatannya adalah sains yang terbaik, yang tujuan utamanya adalah untuk memberikan rasa lebih kepuasan daripada andaian yang boleh dipercayai, dan meningkatkan kepercayaan, keyakinan untuk diri pengkaji itu sendiri". Ia adalah cara untuk memperoleh celik akal terhadap fenomena yang pengkaji lihat relevan atau berkaitan dengan diri sendiri.

Rakaman audio tidak dikenal pasti siapa orangnya, dan tidak dinyatakan maklumat identifikasi peribadi peserta penyelidikan seperti nama, nombor kad pengenalan, latar

belakang tempat bertugas dan lain-lain maklumat yang membolehkan identiti mereka dikenal pasti semasa temu bual. Rakaman audio hanyalah untuk tujuan transkripsi sahaja dan tidak akan disalin semula atau dihantar kepada mana-mana individu atau digunakan untuk tujuan lain. Selepas transkripsi, rakaman audio akan dimusnahkan secara selamat. Jangka masa untuk sesi temu bual separa berstruktur ini adalah sekitar satu (1) jam setengah menerusi aplikasi *Zoom*. Bagi melindungi hak privasi dan kerahsiaan peserta penyelidikan, iaitu Pegawai Psikologi (Kaunseling), pengkaji membuat sesi janji temu waktu dan hari yang peserta penyelidikan boleh memberikan masa.

Anggaran masa ialah satu (1) jam setengah serta boleh fokus kepada sesi temu bual di tempat yang selamat. Mereka digalakkan berada di tempat yang selamat dan sesuai, iaitu di bilik kaunseling atau bilik terapi mereka yang bertutup dan ditandakan sebagai sedang menjalankan sesi. Data penyelidikan, iaitu audio seterusnya transkripsi dan disimpan di dalam komputer dengan diletakkan kata kunci membuka fail dan seterusnya dimuat turun di dalam pemacu di dalam '*google drive*' sebagai sokongan atau sandaran. Setelah data transkripsi digunakan di dalam penulisan akhir tesis dan penerbitan dilakukan, data akan dimusnahkan dalam tempoh 3 tahun selepas tamat pengajian pengkaji. Bagi tujuan penerbitan jurnal penyelidikan, polisi penerbitan dituruti, iaitu tiada maklumat peserta penyelidikan atau subjek tidak dinyatakan secara jelas melainkan perkataan 'Pegawai Psikologi (Kaunseling)' yang mengendalikan sesi dengan kanak-kanak dan remaja sahaja. Permohonan kebenaran kepada NMRR dibuat sebelum penerbitan penyelidikan dilakukan.

3.7 Instrumentasi Penyelidikan

Instrumentasi penyelidikan adalah alat yang digunakan untuk mendapatkan data dalam satu-satu penyelidikan. Di dalam penyelidikan ini, pengkaji menggunakan dokumen yang mengandungi set soalan temu bual separa berstruktur kepada para peserta penyelidikan, iaitu Pegawai Psikologi (Kaunseling). Ia bertujuan untuk mendapatkan data secara mendalam, dan pada hakikatnya hampir sama dengan penilaian psikologikal dan temu bual berjurnal (Barker et al., 2016).

Ia mengandungi soalan-soalan utama daripada persoalan penyelidikan dan antara soalan akan ditanya lebih lanjut. Soalan berbentuk jenis soalan terbuka dan pengkaji akan memerlukan kemahiran mendengar dengan baik mengikut arus luahan perkataan oleh peserta penyelidikan dengan tidak meletakkan perkataan kepada jawapan peserta. Pengkaji kekal menggunakan satu pendekatan analitik sahaja, iaitu rakaman audio data temubual bersemuka atas talian audio-visual kecuali pendekatan lain digunakan untuk kemahiran teknikal tertentu seperti transkripsi data video atau audio (Silverman, 2004).

3.7.1 Protokol Temu bual

Soalan temu bual dibina berdasarkan objektif penyelidikan dan bertujuan mendapatkan data yang kaya, spesifik dan mencukupi. Pengkaji menemu bual dengan menggunakan banyak soalan terbuka beserta soalan lanjutan agar peserta memperoleh kebebasan dalam menjawab soalan yang dikemukakan.

Asas panduan kepada protokol temu bual separa berstruktur yang telah diterima pakai oleh para sarjana penyelidik dalam penyelidikan proses perubahan dalam terapi (*therapy change process research*) untuk penyelidikan ini adalah ‘Temu bual Perubahan’ (*Change Interview*) yang diasas oleh Elliott et al., (2001). Menurut Elliott et al. (2001), terdapat empat kaedah bagi penyelidikan proses perubahan dalam terapi seperti jadual 3.2 di bawah.

Jadual 3.2

Kaedah pengumpulan data bagi penyelidikan kualitatif proses perubahan di dalam terapi

Kaedah Pengumpulan Data	Alatan Pengumpulan Data	Kaedah Analisis
Temubual Perubahan (<i>Change Interview</i>)	Transkrip Temubual	Analisis Teori Asas (<i>Grounded Theory Analysis</i>) (GTA)
Borang Aspek Membantu Terapi (<i>Helpful Aspects of Therapy Form</i>) (HAT Form)	Protokol HAT (semua sesi untuk satu kes)	Analisis Teori Asas (<i>Grounded Theory Analysis</i>) (GTA)
Identifikasi Peristiwa <i>Brief Structured Recall</i> (BSR) atau prosedur lokasi peristiwa berasaskan HAT	Teks Peristiwa Signifikan	Analisis tugas Wacana analisis (<i>Discourse analysis</i>): -Analisis naratif -Analisis skema -Analisis perbualan
Deskripsi Peristiwa BSR (<i>BSR Event Description</i>)	Rakaman Kes Peristiwa Signifikan	Analisis Proses yang Komprehensif

Sumber: Elliott et al. (2001)

Pengkaji menggunakan kaedah pengumpulan data pertama, iaitu ‘*Change Interview*’ kerana ia lebih mudah, terbuka di samping praktikal menurut objektif dan persoalan penyelidikan ini yang bersifat khusus. Selain rujukan protokol temu bual separa

berstruktur yang telah berjaya digunakan di dalam penyelidikan Azizah Abdullah (2015), iaitu turut khusus bagi Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang menggunakan terapi seni kreatif di dalam penyelidikan mereka serta kemampuan pengkaji. Panduan dari protokol temu bual Elliot et al. (2001) dan Azizah Abdullah (2015) ini menjadi piawaian yang meneroka peserta penyelidikan, iaitu para Pegawai Psikologi (Kaunseling), dan berkisar tentang perubahan dalam terapi mereka dan cara mereka percaya perubahan tersebut berlaku, dari penggunaan alatan seni kreatif CE-BME ini. Contoh soalan yang ditanya dari objektif pertama adalah seperti berikut :

- Apakah aspek atau peristiwa yang membantu anda di dalam sesi apabila menggunakan alatan '*Creative expressive-Bodily Maps of Emotions* (CE-BME) untuk klien remaja yang telah dirujuk kepada anda?
- Apa sahaja. Jelaskan dari perspektif pengalaman anda. Ia telah membantu proses kaunseling atau intervensi anda. Bagaimana ia membantu anda?
- Apakah faktor yang meningkatkan atau menyebabkan ia telah membantu proses terapi anda. Jelaskan dengan lebih lanjut dari perspektif anda.

Pengkaji hanya mengekalkan kaedah temu bual mendalam kepada peserta sahaja tanpa menyaksikan sesi dijalankan bagi memelihara hubungan antara Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan peserta penyelidikan. Hal ini demikian kerana pengkaji mempercayai akan keupayaan dan kreativiti peserta penyelidikan (Pegawai Psikologi (Kaunseling)) dalam melaksanakan sesi dengan kanak-kanak dengan menggunakan alatan seni CE-BME.

Pengkaji juga menghormati perhubungan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dengan remaja dalam etika kerahsiaan dan perhubungan menolong, pendekatan berpusatkan insan (*person-centred therapy*). Protokol temu bual yang lengkap terdapat di bahagian lampiran apendiks. Rakaman audio-visual menerusi aplikasi 'Zoom' dilakukan dengan keizinan dan makluman peserta penyelidikan. Tujuan rakaman audio-visual adalah untuk memastikan tiada maklumat tertinggal kerana setiap patah perkataan diucapkan oleh peserta penyelidikan memberi makna di dalam konteks bicara mereka sewaktu temu bual dilakukan.

Pengkaji juga melakukan catatan tangan di buku sebagai persediaan sekiranya rakaman tidak berlaku dengan baik atau masalah teknikal kepada rakaman (Cresswell, 2014, hlmn. 194). Hal ini terbukti apabila ada antara rakaman tidak cantik disebabkan oleh cabaran internet (P07 dan P18), namun demikian melalui catatan di buku pengkaji telah membantu untuk mengingatkan semula poin diucapkan oleh peserta. Transkripsi diperiksa sebaiknya dan dicatatkan perkataan yang tidak dapat ditranskripsi, hasil dari catitan tangan sewaktu temu bual dilaksanakan.

3.7.1.1 Pengesahan Pakar untuk Protokol Temu bual

Pengesahan pakar telah dilakukan oleh 3 orang pemeriksa untuk menilai kandungan protokol temu bual separa berstruktur ini. Pertama, sewaktu pengkaji menghantar cadangan penyelidikan kepada NMRR (Pendaftaran Penyelidikan Perubatan Malaysia) dan melalui penilaian oleh jawatankuasa penyelidikan etika perubatan (*MREC; Medical Research Ethics Committee*), jawatankuasa telah menilai protokol

temu bual dan memberi komen penambahbaikan. Pengkaji melakukan penambahbaikan seperti disarankan.

Kedua, pengkaji menghantar pula kepada ahli akademik, yang terdiri daripada profesor atau pensyarah berpengalaman dalam bidang kaunseling dan bidang lain yang menggunakan pendekatan kualitatif penuh di dalam kerja penyelidikan mereka. Profesor Dr. Ruhani Mat Min merupakan seorang profesor dan pakar kaunseling di Malaysia selama lebih 30 tahun dan kini mengajar di Universiti Malaysia Terengganu. Manakala Dr. Najah Nadiyah Imran pula merupakan seorang pensyarah kanan di Pusat Penyelidikan Al-Quran dan Al-Sunnah, Fakulti Pengajian Islam, Universiti Kebangsaan Malaysia dan berpengalaman luas dalam melaksanakan penyelidikan secara kualitatif penuh dan teori asas di United Kingdom pada tahun 2007-2015. Mereka dipilih kerana bersesuaian dengan metodologi penyelidikan ini. Mereka banyak menjalankan penyelidikan berbentuk penyelidikan kualitatif dan banyak artikel mereka terdapat di dalam jurnal antarabangsa dan tempatan.

Pengkaji mendekati pakar penilai protokol temu bual separa berstruktur melalui hantaran emel kepada mereka. Setelah mereka bersetuju barulah pengkaji memberikan maklumat latar belakang penyelidikan, iaitu objektif, persoalan penyelidikan, kerangka kerja penuh bagi proses penyelidikan ini berserta protokol temu bual. Pakar-pakar ini mengemukakan penilaian secara terbuka melalui emel dan pengkaji mengubah suai soalan mengikut saranan yang diberikan. Protokol temu bual separa berstruktur, surat lantikan pakar penilai dan jawapan emel mereka dimasukkan di bahagian lampiran.

3.7.2 Dokumen CE-BME

Dokumen CE-BME yang dikumpulkan menjadi tambahan maklumat penyelidikan bagi hasil seni kreatif dan kesan penggunaan alatan seni CE-BME peserta penyelidikan kepada klien remaja. Ia digunakan sebagai tambahan data penyelidikan. Penyelidik Nummenmaa et al. (2014) memasukkan '*Body Outline-Emotion*' secara topografi ke dalam sistem komputer bagi analisis data taburan peta emosi di badan peserta penyelidikannya, namun bagi kajian ini, dokumen CE-BME klien remaja ini digunakan sebagai rujukan dan triangulasi bagi maklumat yang diberikan oleh peserta kajian sewaktu temubual dilakukan. Ia turut menjadi rujukan buat pengkaji sewaktu meneliti kod dan tema yang dihasilkan sewaktu analisis data.

Dalam tujuan penyelidikan ini, analisis secara manual akan dilakukan bagi melihat '*pattern*' keterkaitan antara emosi dan ketidakselesaan fizikal bagi klien remaja. Namun maklumat dari temu bual bersemuka atas talian itu adalah yang paling tepat kerana pengkaji tidak berada atau bersama dalam sesi-sesi dengan klien para peserta penyelidikan. Maka pengkaji kekal sebagai memperoleh maklumat daripada para peserta penyelidikan sahaja bagi memahami dokumen CE-BME ini. Keadaan ini telah membantu untuk mengesahkan maklumat bagi proses dan hasil atau kesan membantu dan tidak membantu penggunaan CE-BME di dalam penyelidikan ini.

3.8 Analisis Data

Data temu bual dianalisis bagi memperlihatkan kepelbagaian maklumat temu bual dari penyelidikan ini yang berbentuk deskriptif dan penerokaan mendalam. Terdapat dua

jenis sumber data di dalam penyelidikan, iaitu dari temu bual separa berstruktur secara mendalam dan dokumen CE-BME (visual).

3.8.1 Data Temu bual

Data temu bual dikumpul dengan menggunakan video dan audio MP3 dan telah ditranskripsi ke dalam format *Microsoft Word* yang seterusnya dipindah ke dalam perisian ATLAS-ti. Perisian ATLAS-ti ialah satu perisian data berbantuan komputer bagi penyelidikan kualitatif yang mampu memanipulasi rekod data, melayari, mengekod dan menganotasi serta memberi akses kepada data dengan cepat dan tepat (Siti Uzairiah Mohd Toba, 2017).

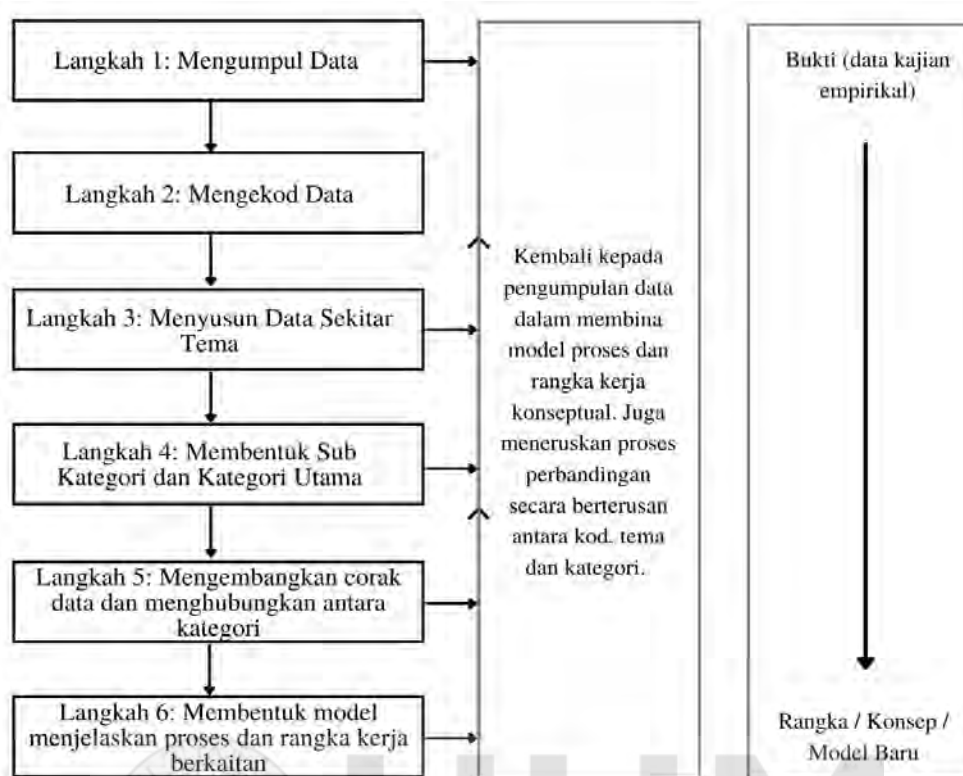
Data temu bual kualitatif ini seterusnya dilakukan transkripsi, analisis serta audit berulang kali dengan menggunakan prinsip *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967) di samping menggunakan perisian ATLAS.ti (Friese, 2012; 2016) untuk penghasilan kod kategori dari konteks tindakan, bukan topik (Charmaz, 2006). Seperti Jadual 3.2, kaedah analisis *grounded theory* dipilih kerana memahami proses dan hasil dalam kajian proses perubahan di dalam kaunseling dan psikoterapi ini bersesuaian dengan jenis analisis *grounded theory* bagi memperoleh maklumat yang banyak. Ia juga bertujuan untuk pemahaman lebih mendalam serta dapat menghubungkan tema yang diperolehi bagi menjawab persoalan kajian

Pengkaji mahu menghasilkan analisis berstruktur dan sistematik melalui kod-kod terbuka, kod-kod paksi, dan kod-kod terpilih (Strauss & Corbin, 1998). Walaupun fenomenologi memberi tumpuan kepada pengalaman hidup individu dan penafsiran

makna, analisis *grounded theory* memperkenalkan cara yang lebih sistematik untuk menstrukturkan dengan jelas akan kategori data dan mengenal pasti hubungan antara tema. Menurut Strauss dan Corbin (1998), *grounded theory* menyediakan proses yang teliti untuk mengembangkan kategori-kategori yang lebih jelas, yang kemudian boleh digunakan untuk menyusun pemahaman mengenai fenomena.

Dalam kajian mengenai penggunaan alatan seni (CE-BME), fenomenologi boleh memberi tumpuan kepada bagaimana Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengalami proses ini, manakala analisis *grounded theory* boleh digunakan untuk mengenal pasti konsep atau model yang boleh digunakan untuk memandu amalan klinikal pada masa hadapan dari protokol pengurusan emosi dan daya tindak untuk remaja nanti.

Kaedah analisis pengekodan teori asas digunakan untuk menjana kerangka kerja secara induktif tentang proses penggunaan CE-BME bagi skop kesihatan mental kanak-kanak dan remaja. Penyelidik menggunakan kaedah penjanaan teori bukan linear Glaser sebagai panduan untuk analisis data seperti yang digambarkan dalam Rajah 3.11.



Rajah 3.2. Langkah dalam analisis data menggunakan analisis *grounded theory*

3.8.1.1 Pengekodan Data Teori Asas

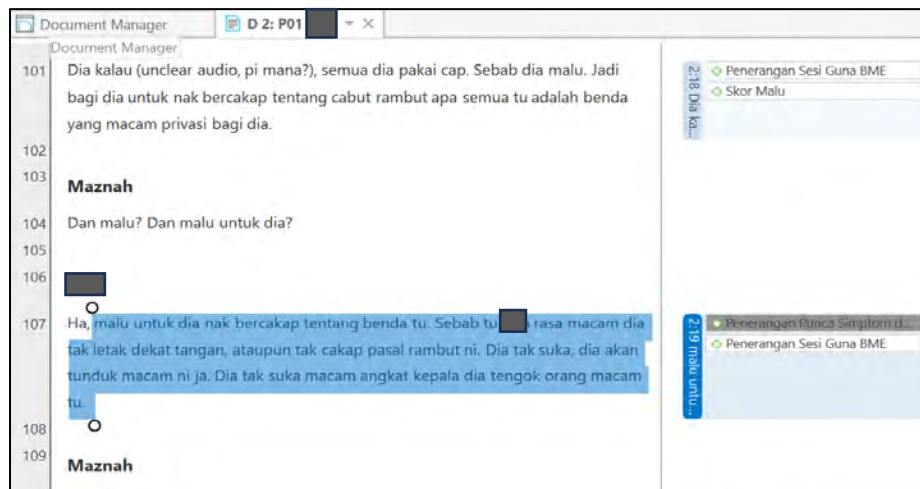
Analisis yang dijalankan dengan teliti menggunakan tiga tahap pengkodan, iaitu pengkodan awal atau terbuka (*initial/open coding*), pengkodan berfokus (*focused coding*) dan pengkodan teoretikal (*theoretical coding*) (Braun & Clarke, 2013).

3.8.1.1.1 Pengekodan Terbuka

Pengekodan terbuka adalah tahap awal dalam proses pengkodan di mana pengkaji memecah data mentah kepada kategori-kategori kecil yang lebih mudah dikenalpasti dan difahami. Pada peringkat ini, penyelidik membaca transkrip data dengan teliti untuk mengenal pasti kata kunci, frasa, atau idea penting yang sering diulang atau

berkaitan dengan fenomena yang dikaji. Tujuan pengekodan terbuka adalah untuk mengasingkan data kepada segmen-segmen kecil pengkategorian elemen-elemen utama. Contohnya pada 'Kod Terbuka' peserta berkata: "memudahkan penerokaan emosi klien," frasa seperti "memudahkan" dan "penerokaan" mungkin akan dijadikan kod terbuka. Kod-kod ini tidak terbatas pada satu interpretasi tunggal; ia boleh berubah seiring dengan kemajuan analisis.

Pengkaji memasukkan dokumen temu bual pertama, iaitu data kualitatif transkripsi ke dalam perisian ATLAS.ti dan membaca dokumen tersebut. Pengkaji kemudiannya membaca dokumen transkripsi ini dan menandakan pernyataan (*quote*) dan menulis 'free quotation' sebagai kod awal (*initial codes*) bagi dokumen pertama. Entiti 'kod' di dalam perisian ATLAS.ti menyediakan dua tujuan untuk *grounded theory*: (i) sebagai penandaan (*tagging*) awal yang boleh dibangunkan menjadi kategori, sifat atau dimensi yakni akan mengambil 'makna metodologi', dan (ii) sebagai membantu dalam tujuan organisasi kod serta menyokong dalam penyusunan data kerana sesetengah 'kod' mungkin tidak pernah memberi makna metodologi (Frieze, 2017). 'Makna metodologi' bermaksud kod ini bakal memberikan makna yang relevan bagi pembentukan kategori utama dalam pembangunan teori asas kelak. Proses pengekodan awal (*initial coding*) ini mengambil masa yang lama sehingga 3-4 dokumen transkripsi. Pengkaji seterusnya telah bersedia untuk mula melakukan pengekodan peringkat kedua bagi tema awal yang telah diperolehi dari pembacaan berulang kali transkripsi ini. Rajah 3.3 di bawah menunjukkan contoh pengekodan awal, iaitu menggunakan kaedah 'free quotation' bagi idea awal label diberikan.



Rajah 3.3. Pengekodan awal menggunakan kaedah ‘free quotation’ pada dokumen awal

3.8.1.1.2 Pengekodan Paksi (Axial)

Pengekodan paksi melibatkan pengelompokan kod-kod terbuka yang berkaitan kepada kategori yang lebih luas dan menghubungkannya secara sistematik. Pada tahap ini, pengkaji cuba memahami hubungan antara kategori-kategori yang telah dikenalpasti semasa kod terbuka, termasuk sebab-akibat, konteks, strategi tindakan, dan hasil. Kod paksi memperincikan data dengan menumpukan kepada bagaimana elemen-elemen ini saling berkait. Pada waktu ini, pengkaji akan menghubungkan kategori-kategori yang muncul daripada kod terbuka dan mengenal pasti pola atau hubungan antara tema-tema utama.

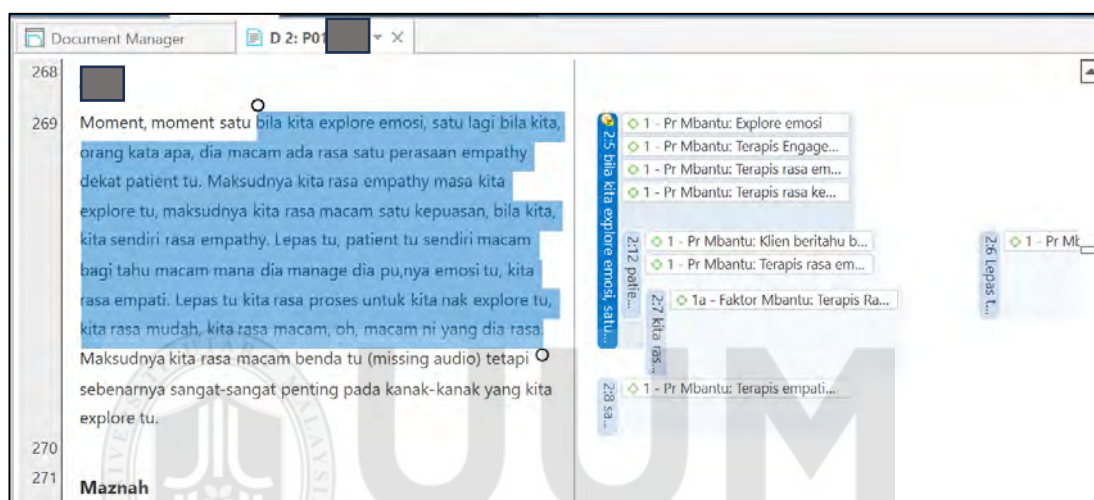
Sebagai contoh, kategori seperti "membantu dalam mewujudkan kepercayaan" mungkin dihubungkan dengan kategori lain seperti "kesediaan klien untuk membuka diri," yang akhirnya membentuk pemahaman yang lebih holistik tentang faktor-faktor yang mempengaruhi proses kaunseling menggunakan alatan seni CE-BME.

Teknik pengekodan awal melibatkan pengkaji memberikan kod atau label kepada pelbagai petikan dalam dokumen transkripsi pertama. Setelah melalui dokumen kedua, ketiga dan keempat, pengkaji mula mengulangi semula proses pengekodan dengan menamakan semula kod atau tema pada label awal ini kepada klasifikasi tertentu yang mewakili 2 persoalan kajian yang pertama. Perkara ini merupakan pengekodan berpaksi.

Pada peringkat pengekodan berpaksi ini, pengkaji telah memperoleh 1,132 kod secara keseluruhan yang merupakan label yang ditandakan (*tagging*) kepada pernyataan bermakna bagi empat persoalan kajian. Pada peringkat kedua ini, kod ini telah mewakili tema tertentu yang telah menjadi subkategori. Satu kod atau label yang sama boleh diberikan kepada banyak petikan, dan satu petikan boleh menjadi milik kepada lebih daripada satu kod. Kod juga mengandungi subkod, contohnya kod '*1 - Pr Mbantu – Memudahkan proses penerokaan*', '*1 - Pr Mbantu: Memahami lebih mendalam coping skill klien yang kelihatan negatif*' yang mana '1' merujuk kepada persoalan penyelidikan pertama dan pernyataan label selepas ':' adalah subkod.

Bagi memudahkan penyusunan tema dan kod seterusnya, pengkaji menamakan kod itu menurut persoalan penyelidikan, iaitu proses membantu sebagai nombor '1', sebagai contoh '*1. Pr. Mbantu – Meneroka*', '*2 - Pr Tdk Mbantu: Terapis tidak tahu nak cakap bagaimana*'. Ia bagi memudahkan proses meletak '*tagging*' kenyataan dari temu bual ke dalam kod yang sama atau menambah kod baru mengikut soalan penyelidikan. Selain itu tambahan kod dibentuk bagi maklumat tambahan dari temu bual yang dilakukan, iaitu tiada di dalam persoalan penyelidikan.

Bagi dokumen transkripsi seterusnya, pengkaji pergi semula ke pernyataan yang telah ditanda 'highlight' tadi, dan memasukkan petikan ini ke dalam subkod yang sedia ada. Hal ini dilakukan dengan melakukan proses 'right click', 'coding', dan memilih dari senarai 'coding' yang telah dibentuk. Pernyataan yang telah ditanda 'highlight' boleh dimasukkan ke dalam lebih daripada satu kategori 'coding'.



Rajah 3.4. Pengekodan terbuka pada peringkat awal yang telah dilabel semula kepada pengekodan berpaksi mengikut kategori utama

Kemudian pengkaji melihat semula senarai nama kod yang tersusun bagi melihat kuantiti petikan serta kata kunci yang digunakan agar dapat disusun semula mengikut kategori utama yang diperhatikan mempunyai makna, seperti berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), berkaitan klien, berkaitan proses terapeutik, momen, berkaitan keluarga dan selainnya. Rajah 3.4 di atas menunjukkan proses pengekodan berpaksi yang dilakukan dari pengekodan awal, manakala Rajah 3.5 menunjukkan contoh bilangan petikan dilabelkan dari pengekodan berpaksi.

Show codes in group 1 Proses Membantu				
Name	Grounded	De...	Groups	
1 - Pr Mbantu: Klien Boleh Beritahu apa dia buat		6	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien Boleh Beritahu apa dia rasa		5	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien Boleh Beritahu apa tindakan (coping skill) dia		4	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien boleh dengan sendirinya beritahu emosi dia		8	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien boleh jelaskan satu persatu emosi dan sebabnya		4	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien Boleh Jelaskan Sebab		1	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien boleh tanya izin yang boleh tak jika dia nak tulis jawapan kepada soalan terapis		1	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien dapat cara coping baru		1	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien dapat ekspres apa dilalui lebih		2	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien dapat ekspres emosi lebih		2	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien dapat explain lebih detail		2	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien dapat kenal diri - perasaan dan punca-		2	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien dapat kesedaran sendiri - insight		3	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien dapat lihat warna dan apa dia buat		1	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien dapat sahkan emosi dia juga		1	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien dari tak bercakap kepada bercakap akhirnya		2	0	[1 Proses Membantu] [1..
1 - Pr Mbantu: Klien dari tak bercakap kepada bercakap banyak		2	0	[1 Proses Membantu] [1..

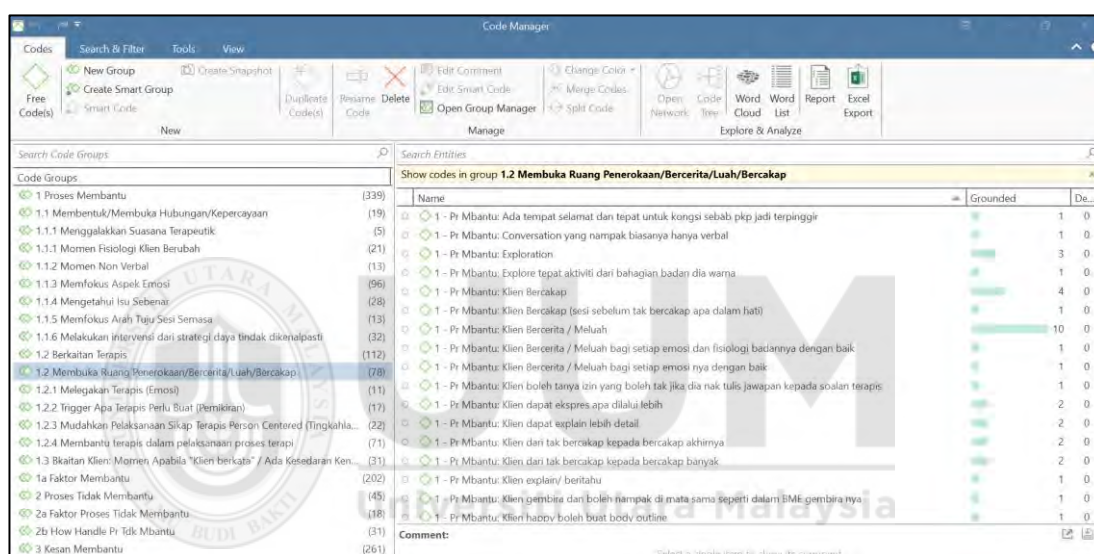
Rajah 3.5. Contoh senarai pengekodan berpaksi dan bilangan petikan yang dilabelkan

3.8.1.1.3 Pengekodan Selektif (*Selective*)

Pengekodan selektif adalah tahap terakhir pengekodan di mana pengkaji mengenal pasti kategori teras (*core category*) atau konsep utama yang mencerminkan intipati fenomena yang dikaji. Pada tahap ini, pengkaji cuba menyatukan semua kod dan kategori untuk membina kerangka yang menerangkan fenomena secara keseluruhan. Kategori teras ini biasanya adalah konsep yang paling penting dan menghubungkan pelbagai tema yang muncul daripada data.

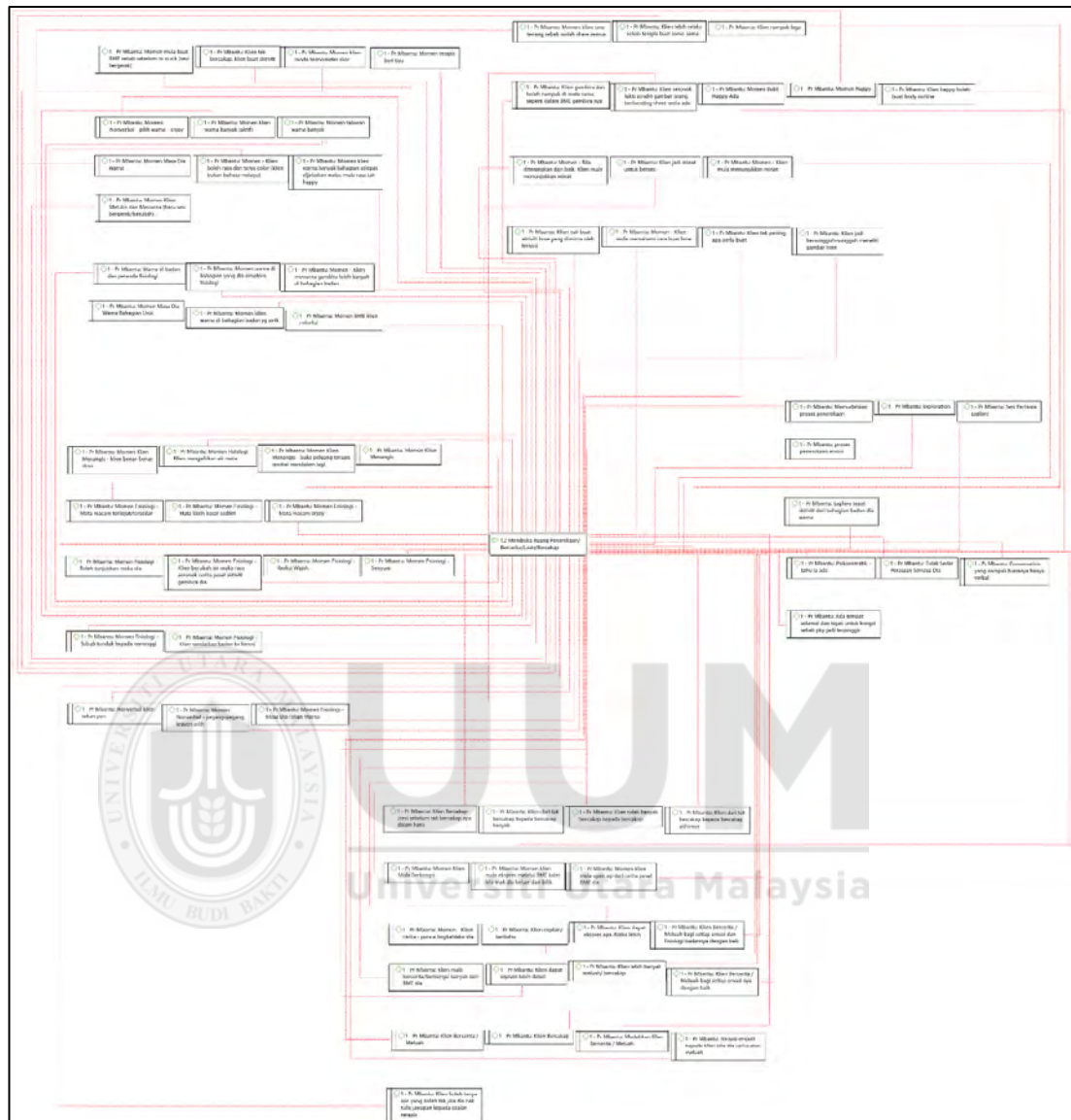
Setiap pernyataan bermakna di dalam dokumen transkripsi telah dikodkan dan langkah seterusnya melibatkan pengkaji melakukan proses pengisihan kod ke dalam subkategori dan kategori utama berdasarkan cara kod itu dikaitkan dan dipautkan. Kategori yang muncul digunakan untuk menyusun dan mengumpulkan kod awal ke dalam kelompok yang bermakna. Keadaan ini melibatkan pemecahan data temu bual kepada bahagian yang asas berdasarkan persamaan dan perbezaan. Dalam proses ini,

pengkaji meneliti kenyataan tersebut untuk mengenal pasti frasa-frasa yang serupa dalam bahagian dokumen yang berlainan, dengan memerhati corak dan variasi yang wujud di dalam data. Kategori kod ini kemudiannya digunakan dalam pengumpulan data seterusnya. Kod terbuka yang secara konsepnya serupa telah dikumpulkan ke dalam kategori yang lebih abstrak berdasarkan keupayaannya untuk menerangkan subunit analisis (Rajah 3.6).



Rajah 3.6. Contoh kod-kod yang dikelompokkan (*code group*) di dalam *Atlas ti*.

Setelah kod dimasukkan ke dalam kelompoknya, pengkaji meneruskan proses pengisian kod untuk menjadi subkategori yang bermakna di dalam kategori utama yang diperolehi. Rajah 3.11 di bawah menunjukkan contoh pengelompokan 124 kod kepada 5 subkategori persoalan kajian pertama, kategori utama pertama dan subkategori kedua [4.1.1.2: Membuka ruang penerokaan (bercerita atau meluahkan)]. Pengkaji menggunakan menu '*network*' bagi membantu penyusunan tema yang konsepnya hampir serupa secara kaedah visual.



Rajah 3.7. Contoh pengelompokan 124 kod kepada 5 subkategori 4.1.1.1.

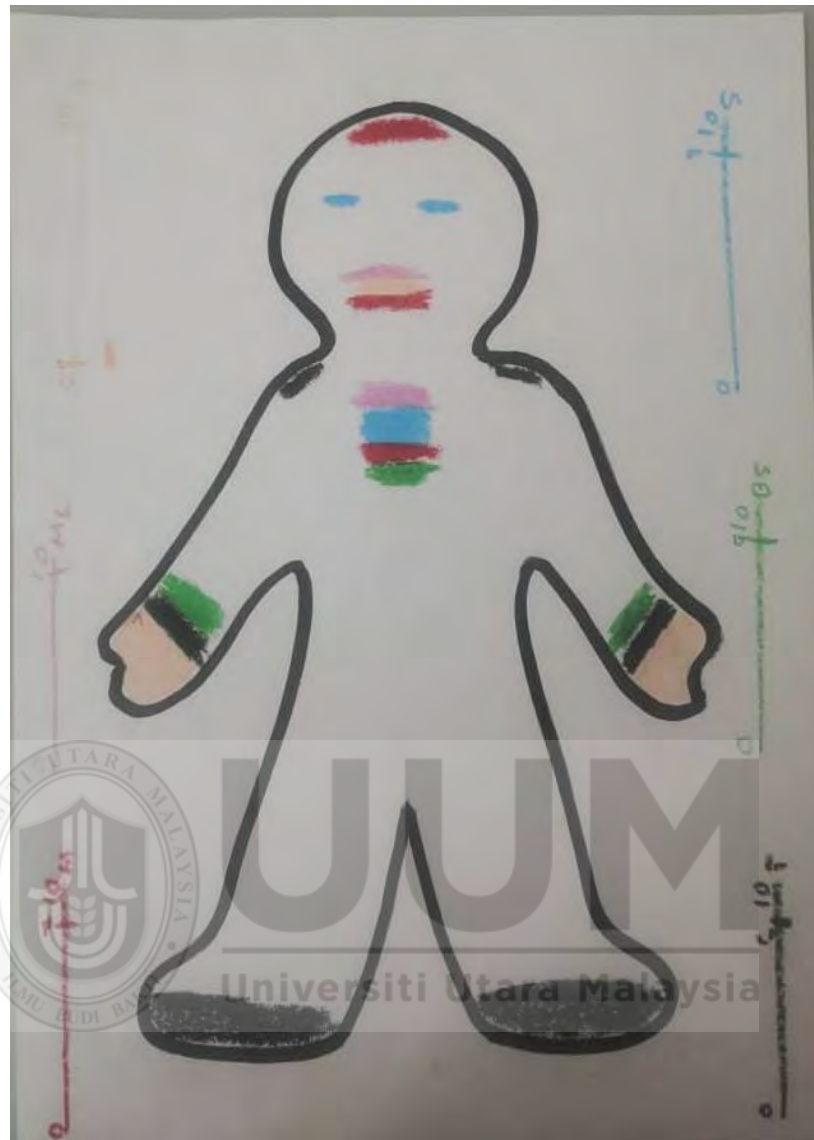
Rajah 3.7 menunjukkan contoh pengelompokan sub kategori yang dilakukan dari pengekodan selektif. Pengekodan kategori dasar berlaku berdasarkan model kerangka konseptual bagi tiga persoalan penyelidikan dan fasa proses psikoterapi menurut Natalie Rogers (N.Rogers, 2001). Ia disusun dan dimasukkan ke dalam jadual bagi

tujuan dokumentasi dan pelaporan penyelidikan di Bab 4. Secara dasarnya penyelidikan proses-hasil bagi perubahan dalam psikoterapi telah digunakan sebagai rujukan bagi hasil penyelidikan ini. Kategori dan subkategori boleh menjadi model konseptual baru yang dihasilkan dari proses penyelidikan berbentuk Teori Asas ini (Charmaz, 2006). Beberapa model konseptual baru terdapat di dalam pelaporan di dalam Bab 5.

3.8.2 Data Dokumen CE-BME

Sumber data kedua merupakan dokumen visual CE-BME bagi sebagai kaedah triangulasi data (catatan lapangan, transkripsi temu bual, dan dokumen CE-BME), dan triangulasi kaedah pengumpulan data (kaedah temu bual mendalam, dan analisis dokumen CE-BME). Dokumen CE-BME ini dikumpulkan dan dimasukkan datanya ke dalam jadual matrik di '*Microsoft Excell*'. Dari jadual ini pengkaji memperoleh data tambahan bagi punca emosi kepada isu kesihatan mental remaja yang menjadi antara hasil tambahan utama kepada penyelidikan ini.

Contoh dokumen CE-BME adalah seperti Rajah 3.8. Terdapat 19 dokumen CE-BME yang dikaji maklumatnya. Antara maklumat yang diekstrak dari dokumen CE-BME dan peserta penyelidikan ialah: latar belakang klien, isu dirujuk, diagnosis psikiatri, simptom psikosomatik, isu sosial atau tingkah laku, skor emosi gembira, sedih, marah dan takut, serta cara CE-BME menjawab persoalan punca kepada permasalahan klien (jawapan terbuka). Ringkasan maklumat terperinci 19 kes dari analisis dokumen CE-BME terdapat di bahagian Lampiran 4: Maklumat Terperinci 19 Kes Menggunakan CE-BME.



Rajah 3.8. Contoh dokumen visual CE-BME bagi terapis T13

3.9 Kesahan dan Kebolehpercayaan

Kesahan merujuk kepada kredibiliti kepada interpretasi data yang dilakukan oleh pengkaji manakala kebolehpercayaan pula boleh dicapai melalui data disusun mengikut kategori dan pengkaji yakin apabila melakukan transkripsi temu bual, semua aspek data telah ditranskripsi walau satu perkataan pun (Silverman, 2004).

Di dalam penyelidikan kualitatif, didapati bahawa perkataan yang kerap digunakan oleh kebanyakan sarjana adalah 'kredibiliti', kebolehpercayaan (*trustworthiness*), keaslian (*originality*) dan kegunaan (*usefulness*) iaitu lebih memfokuskan kepada kejujuran dan keesahan pengkaji itu sendiri dalam proses pengutipan data penyelidikan kualitatif, dan persembahan data yang boleh difahami oleh pembaca (Cresswell, 2014; Corbin, 2007; Charmaz, 2006; Silverman, 2004). Untuk penyelidikan ini, pengkaji akan menerangkan kesahan dan kebolehpercayaan penyelidikan dari empat aspek iaitu kredibiliti, kebolehpindaan, keboleharapan dan kebolehpastian penyelidikan.

3.9.1 Kredibiliti

Kredibiliti merujuk kepada kesahan dan ketepatan data dalam konteks penyelidikan kualitatif yang mana data kualitatif yang dianggap kredibel perlu memenuhi piawaian kepercayaan dalam pengumpulan, analisis, dan interpretasi data (Creswell & Miller, 2000; Lincoln dan Guba, 1985). Terdapat beberapa strategi yang telah digunakan untuk meningkatkan kredibiliti data kualitatif penyelidikan ini, dengan menggunakan pelbagai sumber data, triangulasi, dan reflektiviti penyelidik dan peserta penyelidikan (Creswell & Miller, 2000; Lincoln & Guba (1985).

Untuk mengesahkan unit bermakna (tema, subkategori, kategori, kategori utama dan domain) yang muncul, pengkaji menggunakan pendekatan pengauditan data untuk menyemak kredibiliti dan analisis silang data menggunakan semakan rakan sebaya dan penyelia yang menjalankan penyelidikan secara kualitatif *grounded theory*. Manakala bagi protokol temubual pula, ia disemak oleh pakar bidang penyelidikan

dalam kesihatan (Jawatankuasa Etika Penyelidikan Perubatan KKM), pakar penyelidikan kualitatif kaunseling dan pakar penyelidikan kualitatif secara *grounded theory* (terdapat dalam subtopik 3.6.1.1).

3.9.1.1 Triangulasi

Dalam penyelidikan kualitatif, kaedah triangulasi digunakan bagi meningkatkan kebolehpercayaan data yang dikutip dengan menggunakan pelbagai sumber dan strategi pengumpulan data yang berbeza (Cresswell, 2013; Denzin & Lincoln, 2018; Flick, 2018). Namun begitu, ia juga perlulah berasaskan model dan perspektif teoretikal yang dipegang oleh pengkaji (Silverman, 2004). Terdapat empat aspek triangulasi yang dibincangkan oleh para sarjana di dalam penyelidikan kualitatif iaitu: i) triangulasi data; (ii) triangulasi kaedah atau metodologi; (iii) triangulasi peneliti; dan (iv) triangulasi teori (Cresswell, 2013; Denzin & Lincoln, 2018; Flick, 2018; Silverman, 2004).

Pengkaji menggunakan tiga aspek triangulasi, iaitu triangulasi data (catatan lapangan, transkripsi temubual, dokumen CE-BME), kaedah pengumpulan data (kaedah temubual mendalam, dan analisis dokumen CE-BME), dan triangulasi peneliti, iaitu semakan rakan sebaya dan penyelia dalam penyelidikan kualitatif menggunakan analisis *grounded theory*. Kesemua ini bertujuan meningkatkan kesahan data. Selain itu pengkaji juga sentiasa melakukan refleksi pengkaji secara berterusan, refleksi bersama fasilitator latihan dan peserta, serta kolaborasi dengan peserta penyelidikan semasa proses penyelidikan dilaksanakan.

3.9.1.2 Semakan Rakan Sebaya

Semakan rakan sebaya dilakukan setelah proses analisis, iaitu pengkaji meminta dua orang rakan pengkaji dalam bidang kaunseling dan penyelidikan kualitatif untuk mengaudit data. Audit data dilakukan dengan melakukan semakan tema, subkategori dan kategori serta memastikan makna selari dengan tema, subkategori dan kategori yang timbul. Pengaudit rakan sebaya adalah Dr. Koo Kian Yong yang merupakan pelajar Ijazah Doktor Falsafah dan telah menjalankan penyelidikan penuh kualitatif di Universiti Utara Malaysia, dan En. Nathir bin Mahamed, seorang pengkaji peringkat pengajian Sarjana Kaunseling dari Universiti Utara Malaysia.

Kedua-dua rakan sebaya ini telah selesai menjalankan penyelidikan kualitatif dalam bidang yang sama, iaitu proses dan hasil penggunaan terapi seni kreatif di bawah penyeliaan Prof. Madya Dr. Razak, Ketua Jabatan Kaunseling dan Dr. Azizah Abdullah dari Fakulti Pengajian Pendidikan. Pengkaji menggunakan khidmat rakan sebaya dan penyelia yang kesemuanya merupakan penyelidik dalam bidang penyelidikan terapi seni kreatif secara kualitatif dan mereka dapat melakukan semakan dengan memahami konteks penyelidikan bagi tema-tema yang dihasilkan. Kurikulum vitae atau maklumat terperinci mereka terdapat di bahagian lampiran. Peranan mereka ialah menyemak, berbincang, menyemak silang dan mencadangkan sebarang perubahan yang perlu bagi tema, subkategori dan kategori muncul.

3.9.1.3 Semakan oleh Penyelia

Bagi hasil pemeriksaan pasukan pengaudit, penyelia pengkaji menyemak, memeriksa dan mengesyorkan perubahan yang sesuai sehingga akhirnya pasukan pengauditan

yang terdiri daripada penyelidik dari bidang penyelidikan kualitatif dan terapi seni kreatif serta penyelia PhD pengkaji berpuas hati dengan hasilnya. Penyelia pengkaji, iaitu Dr. Azizah Abdullah telah melaksanakan penyelidikan di peringkat Doktor Falsafah di Universiti of Strathclyde, di Scotland, United Kingdom. Beliau berada di bawah seliaan doktor pakar bidang kualitatif dari United Kingdom.

3.9.1.4 Reflektiviti

Reflektiviti adalah proses pengkaji meneliti dan melakukan refleksi peranan, pengaruh dan bias peribadi dalam proses pengumpulan, analisis dan interpretasi data (Finlay, 2002). Pengkaji melakukan refleksi di sepanjang proses pengumpulan data. Pada peringkat awal, pengkaji melakukan refleksi setelah menemu bual peserta sukarela sewaktu penyelidikan preliminari (awal). Pada waktu ini pengkaji menyedari keperluan untuk menjalankan latihan kepada para peserta sebenar penyelidikan, selain dari tema awal kepada persoalan penyelidikan dan proses penggunaan alatan CE-BME dikeluarkan.

Peringkat kedua, refleksi dilakukan setelah sesi latihan kepada para peserta dilakukan, bagi mengukur sejauh mana para peserta memahami dan yakin dalam melaksanakan penggunaan alatan CE-BME ini. Hal ini dilakukan bersama para fasilitator kerana mereka turut berada pada lensa mata peserta, berkongsi teknik tambahan dan mengendali *breakout room* sewaktu penyelidikan kes dibincangkan. Oleh itu, pengkaji merasakan perlunya memberikan rakaman latihan untuk para peserta mengulangi dan memahami aspek penting di dalam penggunaan CE-BME ini. Ia turut diberi kepada para peserta yang telah mendaftar dan tidak dapat hadir secara langsung.

Pada peringkat ketiga, pengkaji melakukan refleksi setelah sesi latihan bersama para peserta yang telah cuba melakukan sesi menggunakan alatan CE-BME, iaitu perjumpaan dalam kumpulan kecil dengan para peserta yang mahu berkongsi (rujuk Lampiran 10). Sesi ini dilakukan secara atas talian, iaitu menggunakan aplikasi *Zoom*. Pada waktu itu, para peserta penyelidikan berkongsi refleksi, kefahaman dan cabaran mereka dalam melakukan sesi dengan klien kanak-kanak dan remaja yang terhad sewaktu tempoh PKP. Para peserta memperoleh kelegaan (sesi *debriefing*) dan sokongan dari rakan peserta lain, serta pengesahan dari para peserta dan dari pengkaji sendiri. Mereka ibarat mengingati semula perkara penting dan penekanan di dalam ilmu penggunaan alatan CE-BME di dalam ruang yang selamat.

Pada peringkat keempat, pengkaji melakukan refleksi setelah menemu bual peserta dalam mendapatkan data penyelidikan yang sebenar setelah sesi latihan tersebut. Pengkaji melihat semula catatan di buku, mendengar semula rakaman audio dan visual, merujuk dokumen visual CE-BME dan membaca semula transkripsi setelah ia siap. Semua ini bagi membantu pengkaji sentiasa berada dalam landasan yang betul di dalam perjalanan penyelidikan ini.

3.9.2 Kebolehpindahan (*Transferability*)

Kebolehpindahan merujuk kepada kemampuan pengkaji untuk memindahkan penemuan dan interpretasi daripada satu penyelidikan kepada konteks yang lain. Ia juga berkait dengan sejauh mana penyelidikan itu relevan dan boleh diaplikasi kepada populasi atau konteks yang berbeza. Dalam penyelidikan ini, proses penyelidikan dilaporkan secara terperinci berkaitan pemilihan peserta, konteks dan penemuan

penyelidikan secara jelas agar para pembaca atau pengkaji seterusnya dapat menilai sejauh mana penemuan dalam penyelidikan ini dapat digunakan dalam konteks penyelidikan mereka (Cresswel, 2013; Lincoln, et. al., 2011; Morse et. al, 2002).

3.9.3 Kebolehharian (*Dependability*)

Kebolehharian merujuk kepada ketekalan dan kekonsistenan hasil penemuan dan analisis dalam penyelidikan kualitatif (Lincoln & Guba, 1985). Bagi meningkatkan kebolehharian, pengkaji mencatat secara teliti, dan membuat penilaian sendiri terhadap kebolehharian penemuan serta menjelaskan langkah-langkah di dalam proses analisis data secara jelas dan terperinci (Guba, 1981; Lincoln, et. al., 2011). Proses pengulangan analisis data bagi setiap persoalan penyelidikan, pengkodan data, analisis data dan pelaporan hasil penyelidikan dilakukan secara perlahan dan berhati-hati agar ia kekal dalam memenuhi objektif penyelidikan secara kaedah *grounded theory* ini. Ia mengambil masa yang lama, dan memerlukan fokus yang tinggi secara mendalam penelitiannya.

3.9.4 Kebolehpastian (*Confirmability*)

Kebolehpastian merujuk kepada objektif dan kepastian dalam penyelidikan kualitatif yang memfokus kepada pemahaman dan pengakuan teliti terhadap pengaruh sampel dalam proses penyelidikan (Lincoln & Guba, 1985). Pengkaji menggunakan analisis dokumen CE-BME, kolaborasi dengan peserta penyelidikan dan menggunakan bahasa tempatan secara konsisten bagi memastikan hubungan dengan peserta penyelidikan

dan data diperolehi adalah tekal dan konsisten dalam memenuhi objektif penyelidikan ini.

3.9.4.1 Analisis Dokumen CE-BME

Pengkaji tidak berada bersama Pegawai Psikologi (Kaunseling) semasa peserta penyelidikan menggunakan CE-BME di dalam sesi dengan klien kanak-kanak dan remaja bagi mengekalkan hubungan terapeutik terpelihara bagi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien. Namun kebenaran dari ibu bapa atau penjaga kepada kanak-kanak masih perlu diperolehi di dalam *setting* kerja harian pada peserta penyelidikan.

Barker et al. (2016) menyatakan kaedah pemerhatian peserta (sama ada peserta atau pengkaji sebagai pemerhati) adalah sesuai bagi pendekatan etnografi dan antropologi, iaitu konteks isu sosial dan kurang sesuai bagi psikologi. Memandangkan penyelidikan ini bukan penyelidikan budaya tetapi penyelidikan proses perubahan di dalam psikoterapi (Elliot et al., 2001) maka tiada keperluan untuk berada di situ.

Tambahan pula peserta penyelidikan akan bertingkah laku kurang selesa dan tidak menjadi diri sebenar sekiranya diperhatikan dan boleh menimbulkan isu etika (kerahsiaan dan hubungan antara peserta penyelidikan dan kanak-kanak atau remaja tersebut).

Maka pengkaji mengumpul data secara temu bual separa berstruktur dan dirakam temu bualnya secara audio dan video sebagai kaedah *validity* atau pengesahan maklumat kepada dokumen CE-BME yang diberikan kepada pengkaji. Namun pengkaji

memastikan telah mencatat apa diperhatikan di dalam sesi, dan tidak sesekali melakukan interpretasi kepada apa dilihat dan didengari (Mack, Woodsong, MacQueen, Greg Guest & Namey, 2005). Pengkaji juga jelas bahawa pemerhatian tingkah laku dan perbualan sewaktu temu bual dijalankan adalah satu bentuk pengukuran tingkah laku psikologi bagi menambah maklumat selain dari maklumat perkataan para peserta penyelidikan sewaktu temu bual dilakukan.

3.9.4.2 Kolaborasi dengan Peserta Penyelidikan

Kolaborasi di sini bermaksud, para peserta penyelidikan boleh bertanya pada bila-bila masa kepada pengkaji berkaitan penggunaan alatan CE-BME demi meningkatkan keyakinan mereka di dalam pelaksanaan sesi menggunakan alatan ini. Para peserta boleh memberi input dan pandangan serta diambil kira, namun keputusan tetap di tangan pengkaji dalam memastikan segala proses adalah 'standard' dan sama. Contohnya peserta penyelidikan bertanya adakah boleh ditemu bual bagi sesi pertama dilakukan menggunakan CE-BME dengan hasil tertentu, setelah latihan dijalani, dan pengkaji akan mengesahkan dengan memberitahu bahawa peserta boleh menunggu sehingga bulan berikutnya seandainya mereka memperoleh klien lain lagi. Ia bertujuan bagi membiasakan pengalaman menggunakan alatan CE-BME ini. Selain itu, peserta penyelidikan juga boleh menyemak temu bual yang telah ditranskripsi bagi semakan silang dan kelulusan mereka dari segi makna dan ketepatan kandungan sebelum pengkaji meneruskan analisis.

3.9.4.3 Penggunaan Bahasa Tempatan

Pengkaji menggunakan bahasa ‘*standard*’ untuk kesemua peserta penyelidikan, iaitu bahasa Melayu di dalam latihan, nota dan temubual, agar perkataan diterima oleh para peserta penyelidikan adalah perkataan yang sama latar belakangnya. Menurut Barker et al. (2016) dan Corbin dan Strauss (2008), kesamaan bahasa digunakan bagi membantu kebolehpercayaan data diperolehi. Kesemua peserta penyelidikan (18 orang) adalah berbangsa Melayu, namun hanya seorang berdialek Sabahan namun fasih dalam berbahasa Melayu. Terdapat juga peserta latihan atas talian yang memperoleh rakaman latihan terdiri daripada peserta bangsa Cina namun mereka tidak menjadi peserta penyelidikan akhir (sebenar) kerana faktor tidak memperoleh klien kanak-kanak dan remaja bersesuaian sewaktu tempoh penyelidikan ini dilakukan.

3.10 Ringkasan Bab

Pengkaji telah membincangkan proses penyelidikan kualitatif bagi kaedah fenomenologi di dalam penyelidikan ini secara terperinci. Dua fasa penyelidikan, iaitu peringkat preliminari dan kajian sebenar telah diperjelaskan langkah demi langkah. Persampelan kajian adalah terdiri daripada para Pegawai Psikologi (Kaunseling) KKM. Seramai 18 orang yang telah ditemubual bagi pelaksanaan proses dan hasil penggunaan alatan CE-BME bersama klien remaja mereka. Protokol temu bual separa berstruktur yang telah disemak oleh pakar, dan analisis data menggunakan perisian Atlas ti untuk analisis GTA (*grounded theory analysis*) juga telah dijelaskan secara terperinci. Akhir, kesahan dan kebolehpercayaan penyelidikan kualitatif juga telah dibincangkan secara mendalam.

BAB EMPAT

DAPATAN PENYELIDIKAN PROSES DAN HASIL

4.1 Pendahuluan

Di dalam bab ini, pengkaji memulakan pelaporan dengan memperkenalkan peserta penyelidikan yang terdiri daripada 18 orang Pegawai Psikologi (Kaunseling) tanpa mendedahkan identiti terperinci. Pegawai Psikologi (Kaunseling) ini berkongsi tentang proses dan hasil penggunaan alatan CE-BME di dalam sesi kaunseling dan psikoterapi mereka bagi 19 kes kanak-kanak dan remaja yang mengalami isu kesihatan mental. Seterusnya pengkaji membentangkan hasil dapatan penyelidikan mengikut objektif penyelidikan, secara berturutan, bermula dengan objektif 1: proses dan hasil membantu bagi pelaksanaan alatan seni CE-BME kepada remaja yang mengalami isu kesihatan mental; objektif 2: proses dan hasil tidak membantu bagi pelaksanaan alatan seni CE-BME kepada remaja yang mengalami isu kesihatan mental, dan objektif 3: protokol cadangan bagi strategi daya tindak remaja yang mengalami isu kesihatan mental.

4.2 Maklumat Demografi Peserta Penyelidikan dan Kes CE-BME

Maklumat 18 Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang merupakan peserta penyelidikan adalah seperti di Jadual 4.1. Peserta ini telah menghadiri taklimat penggunaan alatan seni CE-BME kepada klien remaja mereka secara atas talian. Majoriti dalam kalangan mereka ialah perempuan (88.9%) dan bekerja di hospital (83.3%). Kebanyakannya bekerja di zon tengah, iaitu Kuala Lumpur, negeri Selangor, Negeri Sembilan (38.9%)

dan selebihnya bekerja di zon utara, selatan, pantai timur dan Semenanjung Barat (Sabah dan Sarawak), yang merangkumi seluruh Malaysia.

Jadual 4.1

Profil peserta penyelidikan yang terdiri dari Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Latar Belakang	Bilangan (N=18)	%
Jantina		
Lelaki	2	11.1
Perempuan	16	88.9
Jenis Tempat Kerja		
Hospital	15	83.3
Lain-lain (Klinik Kesihatan, Institut Latihan KKM)	3	16.7
Zon Tempat Kerja		
Sabah & Sarawak	1	5.6
Zon Tengah	7	38.9
Zon Pantai Timur	3	16.7
Zon Selatan	3	16.7
Zon Utara	4	22.2
Peringkat Pendidikan Tertinggi		
Ijazah Sarjana Muda	7	38.9
Ijazah Sarjana	11	61.1
Bilangan Tahun Berkhidmat (Kaunseling/Intervensi di KKM)		
1-5 tahun	3	16.7
6-10 tahun	11	61.1
11-15 tahun	3	16.7
16-20 tahun	1	5.6
Perolehan Sijil Berkaitan Pengamalan Seni Kreatif		
Kursus Penglibatan (Certificate of Participation)	16	88.7
Kursus Pengamalan (Certificate of Practitioner)	2	11.1
Kursus Pengamalan Profesional (Professional Certificate of Practitioner)	0	0
Tidak Pernah	0	0
Berapa lama telah gunakan pendekatan seni kreatif apabila melakukan sesi intervensi dengan kanak-kanak dan remaja?		
1-3 tahun	11	61.1
4-6 tahun	5	27.8
7-9 tahun	2	11.1

Latar Belakang	Bilangan (N=18)	%
10-12 tahun	0	0

Seterusnya 61.1% dari mereka secara majoritinya memiliki Ijazah Sarjana dalam bidang kaunseling dan telah bekerja dengan KKM selama 6 hingga 10 tahun. Bagi pengalaman menggunakan bantuan alatan seni kreatif pula, majoritinya memperoleh sijil penglibatan atau kehadiran (88.7%) sahaja dengan keaktifan penggunaan alatan seni kreatif di dalam sesi intervensi adalah selama 1-3 tahun (66.1%).

Keadaan ini menunjukkan bahawa, walaupun Pegawai Psikologi (Kaunseling) telah bekerja lebih dari 5 tahun, namun penggunaan alatan seni kreatif di dalam intervensi adalah masih kurang (1-3 tahun). Hal ini demikian kerana faktor latihan dan pendedahan secara profesional yang masih rendah. Namun demikian, pengkaji mengambil kira minat mereka yang mendalam, sebagai karakter penting kepada seorang terapis remaja yang menggunakan alatan yang dipelajari ini sehingga mampu memberikan input kepada penyelidikan ini dalam sesi temu bual separa berstruktur.

Jadual 4.2 berikutnya pula menunjukkan latar belakang 19 kes penggunaan alatan seni kreatif CE-BME di dalam penyelidikan ini. Klien kanak-kanak berumur antara 10 hingga 19 tahun, dengan kanak-kanak perempuan melebihi jumlah lelaki (73.7%) dan remaja berumur 15 hingga 19 tahun (52.6%). Mereka mendapatkan kaunseling daripada profesional kesihatan mental atas pelbagai sebab dengan menghadiri kemudahan kesihatan mental awam di Malaysia. Kehadiran ini berlaku secara fizikal

meskipun sedang berada dalam tempoh Perintah Kawalan Pergerakan (PKP) ketika itu (November 2021 sehingga Mei 2022).

Berdasarkan analisis isu, hanya kira-kira empat daripada dua puluh (20%) klien telah didiagnosis oleh pakar psikiatri dengan penyakit mental. Mereka terdiri daripada yang mengalami gangguan kemurungan utama (*Major Depressive Disorder*; MDD), kemurungan (*Depression*), gangguan tingkah laku (*Oppositional Defiant Disorder*; ODD), dan gangguan penyesuaian dengan 'mood' tertekan (*Adjustment Disorder with Depressed Mood*). Selain itu, semua klien ini (100%) mengalami masalah kesihatan mental lain yang berkaitan dengan isu psikososial. Antara adalah seperti kesedihan yang berkaitan dengan kematian, cubaan membunuh diri, mencederakan diri sendiri, mengancam, tingkah laku agresif, trauma berkaitan serangan seksual, tekanan, kemarahan, kebimbangan atau gejala kemurungan.

Di samping itu, pengalaman dibuli, rasa mempunyai harga diri yang rendah, masalah perhubungan dengan adik-beradik dan keluarga, tingkah laku mencari perhatian, isu penyesuaian diri, penolakan sekolah, memberontak, masalah sosial (keluar malam dengan rakan dan terlibat tingkah laku berisiko) turut merupakan isu berkaitan. Isu lain adalah seperti mencederakan haiwan, mengalami peristiwa trauma, kemalangan kenderaan, sejarah penderaan fizikal dan pengabaian, perceraian ibu bapa pada usia muda, dan menyaksikan keganasan rumah tangga ibu bapa.

Seterusnya, lebih dari separuh mempunyai masalah atau aduan psikosomatik (63.2%) seperti sakit kepala, sakit perut, jantung berdebar-debar, sakit dada, sakit badan, sakit

kaki, sakit belakang, rasa kebas bahagian belakang atau pinggang, mengalami pengsan, serta tangan dan kaki menjadi sejuk. Sebahagian daripada mereka mengalami masalah kesihatan fizikal (25%) seperti masalah kulit, jangkitan kulit, tekanan darah tinggi, kebas anggota bawah kiri dan hubungan rapat dengan positif COVID-19. Maklumat lebih terperinci mengenai kes tanpa mendedahkan identiti mereka terdapat di Lampiran 4. Keseluruhannya, semua kes ini mempamerkan sama ada tanda psikosomatik atau masalah tingkah laku dan emosi sebagai tindak balas dari tekanan yang dihadapi, walaupun hanya 4 orang sahaja yang telah disahkan mempunyai penyakit mental. Jadual 4.2 lebih menjelaskan perkara ini.

Jadual 4.2

Latar belakang kes remaja yang menggunakan CE-BME di dalam intervensi psikoterapi mereka

Latar belakang	Tahun	Bilangan (N=20)	%
Umur	10-14	9	47.4
	15-19	10	52.6
Jantina	Perempuan	14	73.7
	Lelaki	5	26.3
Kategori Kes	Penyakit Mental	4	20
	Isu Kesihatan Mental	20	100
	Aduan Psikosomatik	12	63.2
	Masalah Kesihatan Fizikal	5	25

Gejala psikosomatik dalam kalangan kanak-kanak dan remaja ini adalah gejala fizikal berpunca daripada faktor psikologi yang berkemungkinan timbul dari aspek tekanan

persekitaran serta sosial yang dialami oleh kanak-kanak tersebut (Apte & Bhattacharjee, 2016). Gejala fizikal yang disenaraikan oleh kebanyakan sarjana atau penyelidik adalah sakit kepala, sakit perut, sakit dada, sakit perut, pening, muntah, dan sukar tidur (Hesketh et al., 2010; Imran et al., 2014; Tamminen et al., 1991; Vanaelst et al., 2012).

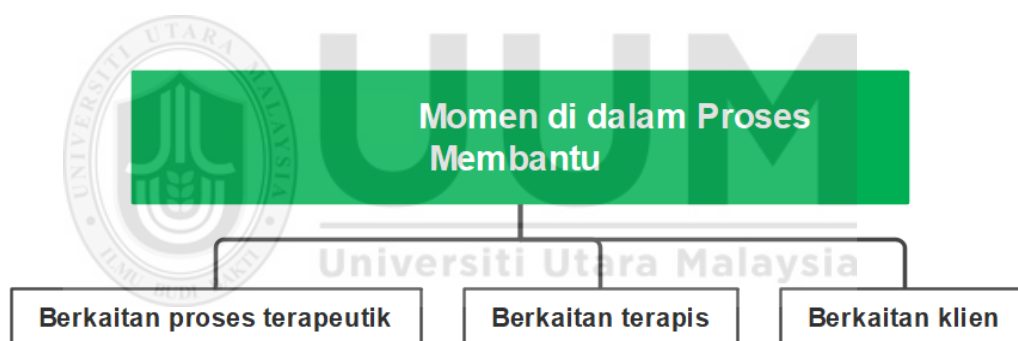
Tekanan di sekolah dan di rumah menyebabkan gejala psikosomatik pada kanak-kanak (Hesketh et al., 2010), manakala gejala kemurungan dan kebimbangan secara signifikan berkaitan dengan gejala psikosomatik (Imran et al., 2014). Bekhuis et al., 2016, mendapati bahawa gejala psikosomatik adalah peramal penting bagi Gangguan Kemurungan Utama (*Major Depression Disorder*; MDD). Mencari rawatan hanya untuk kebimbangan fizikal dan mengabaikan isu kesihatan mental boleh mengakibatkan ujian diagnostik yang tidak diperlukan dan berlebihan dan penggunaan ubat-ubatan yang berpotensi berbahaya, serta mengabaikan komponen penting kesihatan dan kesejahteraan keseluruhan pesakit (Shapiro & Nguyen, 2010). Seterusnya, apakah momen kepada proses dna hasil membantu klien remaja ini dari proses kaunseling dan psikoterapi menggunakan alatan seni CE-BME ini? Topik berikutnya akan melaporkan satu persatu secara terperinci akan dapatan penyelidikan fenomenologikal ini.

4.3 Objektif 1: Proses dan Hasil Membantu dalam Penggunaan CE-BME kepada Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental

Hasil dapatan bagi objektif pertama ini adalah dari pemahaman pengkaji mengenai proses dan hasil membantu dari analisis transkripsi secara *grounded theory* bagi sesi

temu bual berstruktur ke atas peserta penyelidikan. Perkara ini merangkumi momen-momen yang didapati telah membantu proses dan hasil kaunseling dan psikoterapi bersama remaja daripada penggunaan alatan seni CE-BME. Klien yang mengalami isu kesihatan mental terbahagi kepada tiga jenis, iaitu i) simptom tekanan fizikal, (ii) masalah psikososial, dan (iii) penyakit mental yang telah didiagnosis oleh pakar perubatan psikiatri dan kesihatan mental.

Bagi momen di dalam proses membantu, pengkaji membahagikan kepada tiga kategori utama, iaitu (i) berkaitan proses terapeutik, (ii) berkaitan terapis dan (iii) berkaitan klien (Rajah 4.1).

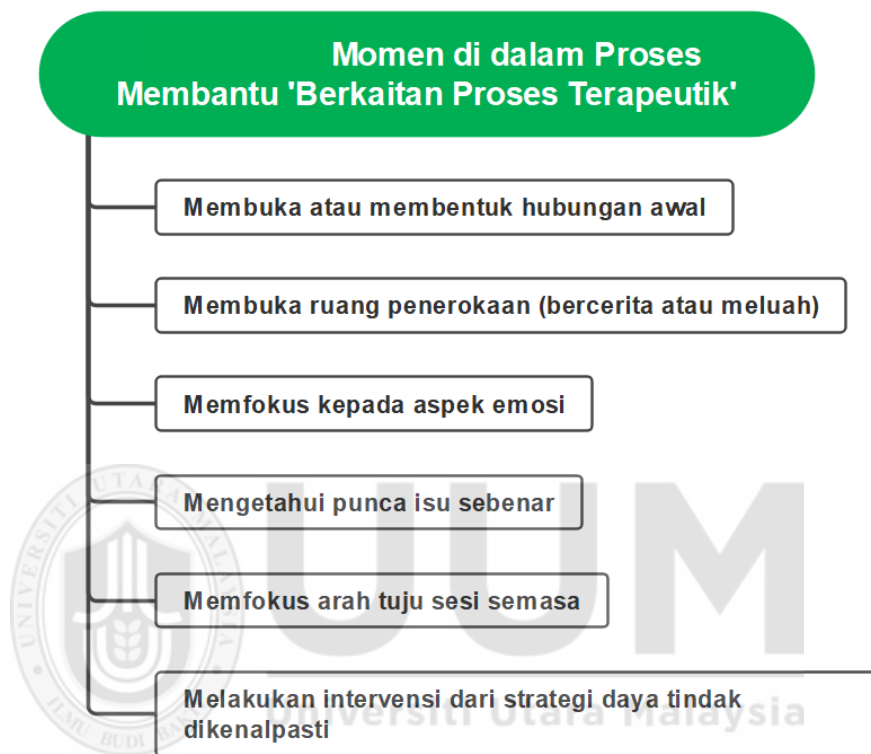


Rajah 4.1. Tiga kategori utama di bawah proses membantu

4.3.1 Proses Membantu Berkaitan Proses Terapeutik

Dari analisis, pengkaji telah memperoleh enam (6) kategori bagi momen di dalam proses membantu untuk kategori utama ‘Berkaitan Proses Terapeutik’. Enam kategori ini ditunjukkan seperti di Rajah 4.2, iaitu; (i) membuka atau membentuk hubungan dan kepercayaan (awal hubungan), (ii) membuka ruang penerokaan (bercerita atau meluahkan), (iii) memfokus kepada aspek emosi, (iv) mengetahui punca isu sebenar, (v)

memfokus kepada arah tuju sesi semasa, dan (vi) melakukan intervensi dari strategi daya tindak yang telah dikenal pasti. Ia disusun oleh pengkaji berdasarkan proses psikoterapi dan kaunseling dari awal sesi sehingga ke akhir sesi.



Rajah 4.2. Enam kategori di bawah proses membantu 'Berkaitan proses terapeutik'

4.3.1.1 Membuka atau membentuk hubungan hubungan awal

Jadual 4.3 berikutnya menunjukkan subkategori kepada momen yang membantu di dalam proses psikoterapi bersama kanak-kanak dan remaja, iaitu membuka atau membentuk hubungan awal. 37 tema atau kod yang diperhatikan berada di bawah permulaan hubungan dan kepercayaan ini merangkumi aspek (i) tingkah laku kerjasama, (ii) emosi klien, (iii) suasana sesi, (iii) hubungan kepercayaan dan (iii) momen atau peristiwa yang meningkatkan kepercayaan. Ini menjadi pencetus kepada

proses membantu bagi fasa terapi seterusnya.

Jadual 4.3

Sub Kategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.1

Kategori Utama	Kategori	Sub Kategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.1) Berkaitan Proses Terapeutik	(4.1.1.1) Membuka atau membentuk hubungan awal (38)	Tingkah laku kerjasama (10)	Mula beri kerjasama (4) Telah beri kerjasama (6)
		Emosi klien (10)	Rasa percaya (5) Rasa difahami (2) Rasa didengari (1) Rasa seronok (1) Rasa relaks (1)
		Suasana sesi (7)	Sesi jadi santai (2) Sesi jadi mudah (2) Sesi jadi lama dari biasa (2) Sesi berkembang (1)
		Hubungan kepercayaan (6)	Bina hubungan sesi pertama (4) Bina hubungan sesi seterusnya (2)
		Momen / peristiwa yang meningkatkan kepercayaan klien (5)	Klien luah sejarah berkaitan kaunselor sebelum (2) Terapis turut berkongsi (1) 'Tune in' buat bersama-sama (2)

Tingkah laku kerjasama

Tingkah laku kerjasama terbahagi kepada dua tema, iaitu (i) mula memberi kerjasama dan (ii) telah memberi kerjasama. Terdapat empat momen bagi 'mula beri kerjasama'

dan enam momen bagi ‘telah beri kerjasama’. Momen bagi ‘mula beri kerjasama’ adalah seperti berikut:

T07: *“Dia bila saya ‘offer’ je dia untuk buat ‘body outline’, saya kata okey mungkin kita lebih mudah tengok kita punya emosi pada badan kita, kenapa kadang kita rasa macam tu, kenapa rasa macam ni. Jadi, dia..dia terus je macam, okey, dia nak”.*

Setelah klien kelihatan mula nak beri kerjasama, terapis dapat melaksanakan proses atau langkah seterusnya dengan lebih mudah. Enam momen bagi tingkah laku ‘telah beri kerjasama’ diterangkan lagi menerusi contoh petikan berikut:

T09: *“Dia nak buat apa yang kita suruh, daripada awal, momen awal lagi. Bila nampak dia (dah) bagi kerjasama tu... rasa macam... okay dia nak ikut”.*

T05: *“Bila dia dah lukis, dan dia buat ‘color and then’ dia tahu (diri dia), baru ada ‘trust’ sikit, dia boleh bagi kerjasama”.*

Tingkah laku kerjasama ini diperolehi atas faktor aktiviti CE-BME adalah satu aktiviti yang melibatkan gerakan dan mudah dilakukan di dalam sesi psikoterapi tersebut. hal ini membantu proses terapeutik selain meningkatkan kepercayaan di dalam sesi antara klien dan terapis.

Emosi klien

Seterusnya, emosi klien pada peringkat awal didapati positif, dengan lima tema diperoleh, iaitu (i) rasa percaya, (ii) rasa difahami, (iii) rasa didengari, (iv) rasa seronok, dan (v) rasa relaks. Ia dijelaskan lagi seperti antara petikan berikut, contohnya ‘rasa percaya’:

T11: *“bila saya ‘start’ menggunakan (‘body outline’), bukan semasa menggunakan, tetapi ‘start’ menggunakan tu dah nampak dah klien dah mula macam kongsi... klien dah mula buat ‘step-by-step’ (aktiviti CE-BME) dah nampak yang dia mula macam percaya dengan kita”.*

Selain daripada klien kelihatan ada emosi 'rasa percaya', klien juga kelihatan selesa kerana didengari dan difahami oleh terapis yang berminat mengetahui penceritaan klien, seperti berikut:

T06: *"Maksudnya bila kita dengar dia cakap, maksudnya dari segi kemahiran mendengar tu membantu. Jadi dia rasa diri dia tu didengari. Luahan masalah tu didengari jadi tu yang mempercepatkan (proses membantu)".*

T05: *"Dia meluahkan bukannya kita buat 'assumption' apa-apa. Kita tak buat kesimpulan daripada apa yang dia 'color' daripada body outline tu. Kita tak ada nak 'topup' apa, 'that's why' dia rasa kaunselor memahami dia".*

Selain itu, emosi klien juga kelihatan lebih relaks dan seronok, seperti petikan berikut:

T07: *"Dan bila dua-dua buat kan, nampak perbezaan tu kan. Klien lebih... lebih relaks kan".*

T17: *"Kalau macam yang ini, dia macam teragak-agak macam yang 'first' ni, apa nak buat, macam skeptikal. Tapi yang dua ni dia sendiri yang seronok buat".*

Emosi klien yang positif ini membantu membentuk hubungan dan kepercayaan antara terapis dan klien, sekali gus memudahkan proses bantuan seterusnya. Keadaan ini turut menyumbang kepada tema atau kod berikutnya.

Suasana sesi

Seterusnya suasana di dalam bilik sesi juga adalah positif, dan empat tema diperolehi dari subkategori ini, iaitu sesi jadi 'santai', 'mudah', 'lama dari biasa' dan 'berkembang', seperti berikut:

T11: *'So' saya sebagai pengguna BME dalam proses kaunseling, saya rasa santai, saya rasa tak tertekan, saya rasa saya tak perlu berfikir. Ikut 'the flow' ja".*

T11: *"Saya rasa macam proses itu jadi macam santai, saya tak perlu terlalu macam nak mendesak klien untuk berkongsi".*

Apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) sendiri merasai alatan CE-BME ini menjadikan sesi mudah dan santai, sesi menggunakan CE-BME ini juga membuatkan sesi menjadi lama dari biasa dan berkembang, seperti berikut:

T08: *“Kalau sebelum ni, tanpa menggunakan BME ni, saya rasa mungkin sesi tu macam ‘conversation’ yang lebih kurang 20 minit ke 30 minit, yang dia dah cakap, cakap, kita dengar, ‘and then’ kita respons macam sesi biasa. Tapi bila buat BME ni, saya rasa ambil masa lebih kurang sejam setengah sesi. Lama.*

T11: *“‘At the first moment’, bila saya ‘start’ buat ni, proses tu jadi berkembang daripada saya ‘expect’ yang proses ni sekejap je ni. Nampak dia jadi lama. ‘So’, maksudnya ‘the moment start’ menggunakan BME tu, proses dah jadi nampak macam berkembang.”.*

Masa yang lebih lama dan sesi berkembang ini juga turut menyumbang kepada peningkatan hubungan baik dan kepercayaan klien terhadap terapis.

Hubungan kepercayaan

Seterusnya, dengan emosi klien dan suasana sesi adalah positif, elemen ini telah meningkatkan hubungan baik dan kepercayaan antara Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien. Sebagai contoh, empat kod diperoleh menunjukkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) telah dapat merasakan momen klien telah meletakkan kepercayaan kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling), dan ini telah membina hubungan sewaktu sesi pertama dan berikutnya, seperti berikut:

T05: *“Sebab ‘first time’ jumpa dah guna ‘body outline’ ni kan. Masa kita nak bina ‘rapport’ dengan dia dan juga nak bina ‘trust’, itu yang penting. Bila dia dah lukis, dan dia buat ‘color and then’ dia tahu (diri dia), baru ada ‘trust’ sikit”.*

T07: *“Ada lagi satu momen yang saya rasa... dia punya ‘trust’ pada kita tu lebih. Kita boleh rasa, dan nampak kepercayaan dia pada kita tu lebih”.*

Apabila sesi pertama sudah menunjukkan rasa percaya kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling), hal ini membantu untuk pembinaan hubungan dan kepercayaan bagi sesi seterusnya yang akan membawa kepada perkembangan sesi yang baik seterusnya, dan dua kod atau petikan berikut menjelaskan lagi aspek ini:

T15: *“So bila sesi kedua ini, saya nampak dia mula percaya dengan saya dan bila kita buat ‘body outline’ ni, dia rasa selesa dah dengan saya. Dia makin selesa, saya nampak”.*

Berkaitan dengan tema ini, pengkaji telah mengenal pasti momen spesifik yang membuatkan kepercayaan tersebut meningkat, dari sudut Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien.

Momen / peristiwa yang meningkatkan kepercayaan

Terdapat lima tema atau kod petikan yang merupakan momen atau peristiwa spesifik yang telah meningkatkan kepercayaan klien terhadap terais, iaitu (i) klien luah sejarah berkaitan kaunselor sebelum, (ii) Pegawai Psikologi (Kaunseling) bercerita dahulu, dan (iii) ‘tune in’ buat bersama-sama. Momen ini telah memangkinkan lagi kepercayaan antara klien terhadap Pegawai Psikologi (Kaunseling). Contohnya adalah seperti dalam petikan berikut:

T05: *Dia pernah dirujuk semasa sekolah rendah ke kaunselor sekolah, tapi memang tak (tak bagus pengalamannya). Dia kata sebabnya bila lepas sesi sahaja, habis semua guru-guru tahu dia punya ‘problem’, sebab dia pergi jumpa (kaunselor) ‘and then’ kawan-kawan pun dah hebohkan. ‘That’s why’ dia malu”.*

Apabila klien sudah cukup percaya kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling), klien boleh meluahkan apa pengalaman tidak enak mereka dan situasi ini merupakan antara momen meningkatkan kepercayaan klien terhadap Pegawai Psikologi (Kaunseling).

Selain itu, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga berkongsi untuk mendekatkan lagi dan mewujudkan persamaan dengan klien, seperti petikan berikut:

T01: *“Bila awak ‘happy’ awak memang akan suka melukis juga ‘so’ saya pun bercerita oh saya memang ada juga melukis bila saya ‘happy’. So benda tu macam kita panggil persamaan, dia rasa macam ah bukan dia seorang je la yang bila ‘happy’ dia lukis ‘so’ saya pun saya pun lukis juga”.*

Cara Pegawai Psikologi (Kaunseling) mewujudkan persamaan ini adalah kaedah pendedahan sendiri dan hal ini membantu meningkatkan kepercayaan klien terhadap Pegawai Psikologi (Kaunseling). Selain itu, ada dua Pegawai Psikologi (Kaunseling) menunjukkan momen melakukan bersama-sama aktiviti CE-BME ini membantu meningkatkan lagi kerapatan dan kepercayaan klien terhadap Pegawai Psikologi (Kaunseling), contohnya seperti petikan berikut:

T07: *“Bila buat dua-dua kan, nampak ‘yes’, sebelum ni klien buat sorang-sorang, saya tak buat, dan sekarang ni bila dua-dua buat, jadi saya nampak perbezaan tu kan. Klien lebih... Lebih relaks”.*

Kesemua lima subkategori yang merupakan tingkah laku awal kepada permulaan hubungan baik dan kepercayaan, perkara ini membantu dalam proses terapeutik bagi mengembangkan lagi sesi melalui membuka ruang penerokaan untuk proses membantu seterusnya berlaku, iaitu kategori kedua; ‘Membuka ruang penerokaan (bercerita atau meluah)’.

4.3.1.2 Membuka ruang penerokaan (bercerita atau meluah)

Setelah membuka atau membentuk hubungan awal, kategori kedua bagi momen proses membantu berkaitan proses terapeutik yang diperoleh adalah alatan CE-BME telah membantu untuk ‘membuka ruang penerokaan untuk klien bercerita atau

meluah'. Sebanyak 124 kod atau tema berkaitan ini telah diperoleh. Jadual 4.4 seterusnya menunjukkan perincian ini.

Jadual 4.4

Sub Kategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.2

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.1) Berkaitan Proses Terapeutik	(4.1.1.2) Membuka ruang penerokaan (bercerita atau meluah) (124)	Perubahan fisiologi spontan (petunjuk bukan lisan) (31)	Menangis (9) Perubahan mata (4) Perubahan wajah (8) Perubahan kedudukan badan (3) Perubahan memegang pen/warna (7)
		Perubahan tindakan yang menggerakkan sesi (20)	Bergerak melakukan aktiviti CE-BME (5) Aktiviti berkaitan mewarna (7) Mewarna sebagai petunjuk bermakna (8)
		Perubahan percakapan (44)	Tidak bercakap kepada bercakap (10) Mula bercakap/ berkongsi (3) Bercerita / meluah (18) Bercerita/ menjelaskan lebih mendalam/spesifik/signifikan (12) Bertanya untuk menulis berbanding bercakap (1)
		Perubahan emosi (15)	Relaks/tenang/lega (3) Gembira buat BME (5) Minat buat BME (3) Faham dan bersungguh buat BME (4)
		Proses penerokaan (14)	Proses mudah (9) Teroka tepat (1) Jelas isu tersembunyi (3) Keperluan masa yang sesuai (1)

Lima (5) subkategori bagi membuka ruang penerokaan (meluah atau bercerita) adalah: (i) perubahan fisiologi spontan (petunjuk bukan lisan), (ii) perubahan tindakan yang menggerakkan sesi, (iii) perubahan percakapan, (iv) perubahan emosi, dan (v) proses penerokaan. Maksud kelima-lima subkategori ini akan diperjelaskan melalui contoh petikan yang telah dikodkan.

Perubahan fisiologi spontan (petunjuk bukan lisan)

Perubahan fisiologi secara spontan adalah petunjuk bukan lisan yang dipecahkan lagi kepada 5 kod atau tema diperoleh, iaitu (i) menangis, (ii) perubahan mata, (iii) perubahan wajah, (iv) perubahan kedudukan badan, (v) perubahan dalam memegang pen atau warna.

Sebanyak 31 petikan momen menunjukkan perubahan fisiologi spontan ini, dengan ‘menangis’ sebanyak 9 petikan, contohnya seperti berikut:

T12: *“Momen yang lain bila dia cerita bahagian yang sedih dan takut ni dia menangis”.*

T14: *“Dan ‘surprisingly’ budak ini lelaki dia menangis semasa di dalam sesi”*

Selain menangis, terdapat 4 petikan dari Pegawai Psikologi (Kaunseling) menyatakan klien menunjukkan ‘perubahan mata’, seperti berikut:

T06: *“Nampak mata dia macam.. lebih besar sikit, kan dari sebelum tu. Bila dia dah buat tu kan, saya nampak ya, dia pun percaya dengan apa yang dia buat dan apa yang kita cuba cadangkan pada dia tu kan”.*

T11: *“Kita boleh nampaklah mungkin daripada mata dia kan. Nampak macam klien enjoy”.*

Perubahan wajah juga turut dikenal pasti oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling), ditunjukkan oleh klien, menerusi 8 petikan atau momen seperti berikut:

T15: *“Bila dia ‘colour’, dengan dia tekan ‘colour’ tersebut menunjukkan tekanan tu menunjukkan emosi dia kan. Ha, itu nampak jelaslah dengan ‘body language’ yang dia tunjukkan, dengan mimik wajah dia yang dia maksudkan emosi tersebut”.*

T09: *“Tu tak buat lagi intervensi lain. Masa duk bercerita ni pun, terus berubah air muka dia, dan keseronokan dia bercerita fasal ‘Kpop’ ni, ha... okay, nampak kat situ”.*

Perubahan fisiologi seterusnya adalah ‘perubahan kedudukan badan’ sebanyak 3 petikan, Contohnya seperti berikut:

T15: *“Selepas kita buat body outline ni, dia rasa lega. Dia rasa puas. Nampak, nampak dia duduk, dia bertenang, dia sandarkan badan dekat kerusi”.*

T07: *“Selalu dia banyak tunduk je kan tapi dia dah boleh pandang ‘straight’ pada muka kita kan”.*

Perubahan fisiologi spontan seterusnya adalah dari segi ‘perubahan memegang pen/warna’, yang ditunjukkan dari 7 petikan, dan contoh antaranya adalah seperti berikut:.

T11: *“‘That time’ saya nampaklah yang bila dia warnakan pada ‘part’ ni memang nampak dia tekan sangatlah. Dia tekan, dia lorekkan”.*

T14: *“Lepas tu, bila dia colour, dengan dia tekan colour tersebut menunjukkan tekanan tu menunjukkan emosi dia kan”.*

Perubahan tindakan yang menggerakkan sesi

Terdapat 20 petikan yang berada di bawah subkategori perubahan tindakan yang menggerakkan sesi, dan dibahagikan kepada 3 kod atau tema, iaitu (i) bergerak

melakukan aktiviti CE-BME, (ii) aktiviti berkaitan mewarna dan (iii) mewarna sebagai petunjuk bermakna.

Bagi ‘bergerak melakukan aktiviti CE-BME’, terdapat 5 petikan, contohnya seperti berikut:

T04: *“Kita bagi kebebasan kepada dia untuk dia pilih. Kalau gembira, warna apa. So, dia nampak ‘enjoy herself’ lah. Dia buka krayon, dia boleh... ‘You know’, macam pegang-pegang, rasa-rasa yang mana. So, bila dia pilih tu kita tahu, kita nak bagi ‘freedom’ kepada dia yang sebenarnya”.*

Momen klien bergerak kerana melakukan aktiviti CE-BME telah membuatkan proses terapi telah progres, dan seterusnya ‘aktiviti berkaitan mewarna’ ditunjukkan dari 7 petikan, contohnya seperti berikut:

T09: *“Dia ‘colour’ bahagian gembira, pertama kepala, kemudian mulut, kemudian hati”.*

T04: *“Masa dia ‘colour’ ni la dia ‘explain’ yang emosi dia tu dekat mana. ‘So’, kita tahu apa yang dia fikir, apa yang dia rasa, dan apa yang dia buat”.*

Seterusnya kod atau tema ‘mewarna sebagai petunjuk bermakna’ ditunjukkan oleh 8 petikan, dan antaranya adalah seperti contoh di bawah:

T09: *“‘So’ bila dia ‘colour’ di telinga tu, saya pun ‘Oh tak pernah orang buat ni.’ Terus saya tanya ‘Dekat telinga awak gembira? Boleh cerita tak?’ ‘So’ dia pun bercerita, ‘Saya akan rasa lebih ‘happy’, akan rasa lebih tenang bila saya dengar muzik K-pop... Korea... yang cerita tentang depresi, dan ada lirik untuk menaikkan motivasi... Ha... itu momen (bermakna pada saya-terapis)”.*

Aspek membuka ruang untuk penerokaan seterusnya ditunjukkan menerusi subkategori berikut, ‘perubahan percakapan’.

Perubahan percakapan

Terdapat 44 petikan bagi subkategori ‘Perubahan percakapan’ yang dipecahkan kepada 5 kod atau tema, iaitu (i) tidak bercakap kepada bercakap, (ii) mula bercakap atau berkongsi, (iii) bercerita atau meluah, (iv) bercerita atau menjelaskan dengan lebih mendalam/spesifik/signifikan, dan (v) bertanya untuk menulis berbanding bercakap.

Bagi tema ‘tidak bercakap kepada bercakap’, terdapat 10 petikan yang berada di bawah kod ini, seperti contoh di bawah:

T12: *“‘First’ dengan ‘second session’ itu dia banyak macam diam, tidak berapa berminat sangat untuk meneruskan sesi. Bila tanya, dia tak nak jawab. Masa buat aktiviti ‘body outline’ ni ‘surprisely’ dia bercakap sahaja.*

T11: *“Barulah saya nampak yang dia telah bertukar daripada seorang yang tak nak bercakap kepada nak bercakap dan ‘willing’ untuk ‘share’ apa yang dia rasa. ‘Which is’ yang sebelum sesi itu dia agak ‘refuse’ dan saya pun hampir ‘terminate’ dia punya sesi”.*

Perubahan bercakap ini seterusnya dikaitkan dengan 3 petikan yang berada di bawah

kod atau tema ‘mula bercakap atau berkongsi’, seperti berikut:

T13: *“‘Body outline’ ni dia ‘guide’ daripada sini, okey kenapa you rasa macam ni kan. Apa ‘feeling’ ‘you’ yang paling tinggi. ‘So’ dia mudah nak.. Nak.. orang kata, nak menceritakan”.*

T01: *“Dia boleh ‘justify’ la dia ambik ‘colour’ tu kenapa. ‘So’ bila diberi kebebasan macam tu dia rasa macam okay ada orang yang mendengar dia, maksudnya cara dia bercakap tu dia lebih selesa nak bercakap”.*

Seterusnya, terdapat 18 petikan yang menunjukkan proses luahan seterusnya berjalan dengan lebih lancar apabila klien ‘bercerita atau meluah’. Contohnya seperti petikan di bawah:

T06: *“Dia ada cerita macam mak dia pun kadang balik marah-marah apa semua kan. Jadi mungkin kat situ, dia kata dia banyak tolong mak dia tapi mak dia marah lagi dekat dia. ‘*

T09: *“Dia bercerita lebih lanjut apa yang membuatkan dia lebih marah, bila adik tak ikut apa yang dia suruh, kan... apa yang dia minta”.*

Seterusnya terdapat 12 petikan momen yang menunjukkan klien ‘bercerita atau menjelaskan lebih mendalam/spesifik/signifikan” kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling), dan berikut merupakan antara contoh petikan di bawah kod atau tema ini:

T15: *“Dia kata, “Puan, ini sebenarnya yang saya rasa, yang saya tak tahu nak cakap melalui luahan perasaan. Tetapi menggunakan gambar ni, dia menggambarkan perasaan dia. Sebab dia kata, tidak ada orang memahami dia hingga saat. Tapi, bila gambar ini, dia dapat luahkan, itu yang dia rasa”.*

T17: *“Dia cuma ada 3 beradik, dia anak bongsu. ‘So’ dia kata bila mak dia kahwin lain, abang dia lagi 2 orang tu terus tinggalkan rumah. ‘So’ dia rasa macam dipinggirkan. Dia rasa semua orang tak sayang dia’.*

Aspek memberitahu cerita sebenar ini membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) mendalami isu dan klien juga memperoleh ruang selamat untuk berkongsi perkara yang mengganggu dalam diri mereka. Seterusnya tema terakhir di bawah aspek perubahan percakapan adalah ‘bertanya untuk menulis berbanding bercakap’.

Terdapat 1 sahaja petikan di bawah tema ini, dan ianya adalah seperti berikut:

T12: *“Bila dia menangis, saya ‘just’ biarkan sajalah dia menangis. ‘And then’ saya tanya, awak menangis sebab awak sedih ataupun awak takut nak cerita. Selepas itu dia kata, boleh tak kalau saya nak tulis? Dia cakap. ‘So’ saya kata boleh”.*

Dari sini, bukan sahaja luahan melalui warna kepada lakaran badan, dan percakapan, malahan menulis juga adalah satu bentuk luahan dan ini dibantu oleh proses CE-BME yang membuka ruang kepada penerokaan dan luahan masalah klien.

Perubahan emosi

Subkategori seterusnya di bawah ‘membuka ruang penerokaan’ adalah ‘perubahan emosi. Terdapat 4 tema di bawah sub kategori ini, iaitu : (i) relaks/ tenang/ lega, (ii) gembira buat ‘BME’, (iii) minat buat BME, dan (iv) faham dan bersungguh buat BME. Bagi tema ‘relaks /tenang /lega’, terdapat 3 petikan, dan contoh petikan adalah seperti di bawah:

T05: *“Masa yang tengah buat tu, dia dah ‘share’ semua ‘and then’ dia rasa tenang, sebabnya selama hari ini, tak ada siapa pun orang kata faham diri dia”.*

Bagi ‘gembira buat BME’ pula, terdapat 5 petikan, dan antaranya adalah seperti berikut:

T12: *“Tetapi masa itu saya nampak dia ‘happy’. Dia warna ‘and then’ masa tu nampaklah dia senyum”.*

T11: *“Mungkin boleh saya katakan klien ‘enjoy’ sebab saya nampak dia senyum. Ada senyuman, ‘compare’ yang dia datang mula-mula tu kan”.*

Seterusnya terdapat 3 petikan bagi tema ‘minat buat BME’ dan contohnya seperti berikut:

T15: *“Sebelum ni dia tak berminat, tak berapa minat sangat. Lepas tu bila dia dan kita teroka marah tu, nombor 9, nampak dia dah mula menunjukkan (perhatian/minat), kita dah mula menarik perhatian dia.*

Apabila telah datang minat, barulah klien bersungguh melakukan aktiviti CE-BME, selain daripada telah memahami cara melakukan atau manfaat melakukan aktiviti CE-BME. Terdapat 4 petikan momen di bawah tema ‘faham dan bersungguh buat BME’, dan antaranya adalah seperti berikut:

T15: *“Dia nampak berminat, nampak kesungguhan dia meneliti gambar (BME)”*.

Subkategori kedua ini memperlihatkan bahawa para Pegawai Psikologi (Kaunseling) terus bergerak dari permulaan membina hubungan kepada permulaan penerokaan. Penerokaan secara selamat ini bukan sahaja ditunjukkan dari segi lisan malahan secara bukan lisan yang menunjukkan klien telah bersedia, dan berminat serta mahu meneruskan sesi secara lebih mendalam dengan Pegawai Psikologi (Kaunseling) mereka.

Keadaan ini ditunjukkan daripada sekecil-kecil perubahan fisiologi yang diperhatikan dari segi air mata, perubahan mata, perubahan wajah, perubahan kedudukan badan dan perubahan memegang pen sehingga kepada perilaku fizikal yang jelas. Antara contoh perubahan lain adalah seperti perubahan sewaktu melakukan aktiviti CE-BME, perubahan percakapan dan luahan di samping perubahan emosi yang signifikan sehingga momen proses penerokaan itu sendiri. Keadaan ini menunjukkan bahawa momen-momen tersebut dapat dikenal pasti oleh para Pegawai Psikologi (Kaunseling) kerana ia signifikan dan membawa perubahan jelas kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) sewaktu mengendalikan sesi. Seterusnya momen berkaitan proses terapeutik bagi sub kategori ketiga dibentangkan.

4.3.1.3 Memfokus kepada aspek emosi

Setelah Pegawai Psikologi (Kaunseling) mula dapat menerokai dan memasuki ruang rujukan klien, subkategori yang didapati muncul secara paling banyak tema atau kodnya adalah ‘memfokus kepada aspek emosi’. Sebanyak 181 kod atau tema berkaitan ini dikenal pasti. Hal ini dapat dikaitkan dengan alatan CE-BME ini sendiri adalah satu alatan mengukur dan mengenal pasti emosi dan aktiviti di badan. Kod atau tema di bawah 12 subkategori ditunjukkan di Jadual 4.5. Manakala Rajah 4.3 menunjukkan 12 subkategori di bawah kategori ‘memfokus kepada aspek emosi’ ini, iaitu; ‘luahan’, ‘penerokaan’, ‘kesedaran’, ‘mendalami’, ‘ketepatan’, ‘skala atau skor’, ‘pemetaan atau lorekan’, ‘penjelasan atau psikopendidikan’, ‘mengetahui punca’, ‘kemahiran daya tindak’, ‘emosi besar yang negatif’ dan ‘emosi gembira’. Kesemua subkategori ini merupakan keseluruhan aspek emosi yang telah difokuskan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) dari pelbagai sudut yang telah dikenal pasti oleh pengkaji.



Rajah 4.3. 12 subkategori proses membantu ‘Memfokus kepada aspek emosi’

Luahan

‘Luahan’ bermaksud apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) memfokus kepada aspek emosi, Pegawai Psikologi (Kaunseling) memperoleh aspek luahan emosi yang ‘keluar dengan mudah’, ‘keluar dengan baik atau lancar’, ‘emosi stabil dan seimbang’ serta ‘emosi lebih banyak’, iaitu 4 tema dengan 32 jumlah kod. Contoh bagi ‘emosi keluar dengan mudah’ sebanyak 24 petikan, adalah seperti berikut:

T16: “*Lepas tu dia kata puan saya sangat gembira puan. Bila lukis-lukis ni, saya gembira puan sebab tu mulut saya ada senyum. Masa dia buat, dia memang senyum. Dia ketawa. Tapi sambil dia ‘color’ tu dia cerita. Ee seronok sangat. Saya rasa kepala saya lapang, saya rasa kepala saya takde lagi macam berat, takde serabut, saya rasa lapang sangat dia cakap*”.

Situasi ini menunjukkan bahawa topik emosi menjadi fokus kepada klien dalam ekspresi dirinya. Selain jenis terbuka dalam pengluahan emosi, terdapat juga jenis luahan yang terhad, dan menunjukkan cara ekspresi sebenar klien. Ia dikategorikan sebagai ‘emosi keluar dengan baik atau lancar’ menurut cara gaya unik klien, sebanyak 3 petikan, seperti berikut:

T04: *“Memang ‘body outline’ dia menunjukkan yang dia tak nak ‘show’ pun ‘dia punya ‘emotion’. ‘Even’ dalam sesi pun, kita yang tanya (banyak). Dan dia tak nak ‘explain’, memang komunikasi dia sangat ‘limited’. Dia tak suka nak bercakap banyak. ‘And even with body outline’ pun ‘it shows, that, kan? Macam marah 4”.*

Gaya luahan atau ekspresi diri klien dari sudut emosi turut konsisten dengan hasil CE-BME mereka. Selain itu terdapat 3 petikan bagi tema ‘emosi stabil dan seimbang’, iaitu apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) memfokus kepada aspek emosi, Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat mengenal pasti sama ada emosi klien adalah stabil dan seimbang atau tidak, seperti contoh berikut:

T13: *“Macam tadi kan, keseimbangan dan sebagainya kan, kat mana yang dia punya ‘coping skill’ ataupun emosi dia bergerak ke mana. Macam pada diri kan. Ha! yang itu yang kita nak tengoklah (tahu emosi banyak di mana dan kurang di mana)”.*

Akhir sekali kod atau tema di bawah pengluahan adalah ‘emosi lebih banyak’, iaitu sebanyak dua kod seperti contoh di bawah:

T07: *“Dia tanda malu tu seluruh badan dia kan. Yes, saya kata, ‘yes’, ini pun emosi yang perlu diberi perhatian juga, kan. Ha! sebab memang emosi tu dominanlah maknanya seluruh badan dia, kan”.*

Hal ini bermaksud emosi diluahkan dengan lebih banyak apabila ditunjukkan dari pewarnaan di kawasan yang lebih luas sebagai emosi negatif yang dominan yang mengganggu klien.

Penerokaan

Selain itu alatan CE-BME juga membantu untuk penerokaan bagi emosi selain emosi utama yang dirujuk oleh perujuk. Subkategori ini dipecahkan kepada 4 kod atau tema dengan 13 petikan iaitu: (i) 'teroka emosi lebih mendalam', (ii) 'berlaku diskusi emosi', (iii) 'matlamat teroka emosi tercapai', dan (iv) 'teroka selain emosi utama'. Bagi tema 'teroka emosi lebih mendalam', sebanyak 8 petikan diperolehi seperti berikut:

T13: *"Daripada sesi pertama kita dah 'explore' apa yang berlaku untuk meneroka emosi dia secara lebih dalam dan apa yang membuatkan dia 'stuck' pada keadaan emosi tu".*

Seterusnya apabila emosi dapat diterokai lebih mendalam, 'berlaku diskusi emosi', iaitu klien bercakap tentang emosinya dengan lebih lanjut, seperti contoh petikan berikut:

T14: *"Saya tanya apa sebab awak warna sikit-sikit tepi badan, dia cakap ooo kalau saya marah saya menggeletar. Bergetar, ayat dia bergetar. Saya cakap okay saya faham lah maksudnya bila dia marah tu dia menggeletar lah".*

Kelebihan apabila klien bercakap tentang emosi itu sendiri, ialah Pegawai Psikologi (Kaunseling) lebih memahami diri klien dan sekaligus membuka peluang untuk Pegawai Psikologi (Kaunseling) membantu klien dengan lebih baik dari aspek

penyusunan strategi daya tindak yang bersesuaian untuk klien. ‘Matlamat teroka emosi tercapai’ seperti contoh berikut:

T07: *“Ya, untuk nak teroka lagi apa yang dia takutkan tu kan. Yang menyebabkan sehingga seluruh badan dia, kan. Walaupun dia tanda 4, tapi benda ni sangat besar bagi dia kan. Dia punya impak tu besar bagi dia”.*

Hal ini demikian kerana Pegawai Psikologi (Kaunseling) sememangnya menggunakan alatan CE-BME yang bertujuan untuk memahami aspek emosi klien dengan lebih baik, dan ‘terokai selain emosi utama’ turut menjadi satu sudut yang tidak disangka-sangka boleh berlaku dari proses menggunakan alatan CE-BME ini. Contohnya adalah emosi malu, seperti petikan berikut:

T12: *“Kita akan lebih rumuskan dia berasa sedih kan, dia berasa tertekan, tapi bila kepelbagaian emosi kat sini (CE-BME), dan kita pun ‘surprise’ oh, rupanya paling sedih ialah malu. Bukannya perasaan-perasaan yang lain, kan”.*

Ia membuka ruang penerokaan emosi lain, selain yang disangkakan oleh klien, iaitu klien merasakan dirinya mempunyai isu marah sahaja dan rupanya mereka turut ada emosi lain seperti dalam termometer dari CE-BME.

T14: *“Bila saya buat dan saya cuba tanya dia, dia kata, ‘body outline’ ni banyak membantu meneroka emosi dia yang lain. Sebab dia nampak, sebelum ini adalah marah sahaja. Sebenarnya dia nampak yang dia ada takut, dia nampak dia sedih, bila dia tengok skala tu kan”.*

Hasil dari penerokaan emosi juga, telah membuka kepada aspek kesedaran dalam diri klien, yang merupakan subkategori seterusnya di dalam kategori ‘memfokus kepada aspek emosi’.

Kesedaran

CE-BME juga telah membantu aspek emosi dari segi kesedaran klien terhadap emosi sendiri, dengan lebih jelas dan konkrit. Terdapat 16 petikan yang dipecahkan kepada 3 tema, iaitu (i) sedar emosi sendiri, (ii) sedar sebab kepada emosi, dan (iii) sedar, faham dan boleh buat aktiviti CE-BME. Aspek kesedaran ini membantu proses terapeutik di dalam perhubungan klien-Pegawai Psikologi (Kaunseling). Klien ‘sedar emosi sendiri’ merupakan kod terbanyak bagi sub kategori ini, iaitu sebanyak 8 petikan, dan antara contohnya adalah seperti berikut:

T07: *“Bila dah siap, bila dia tengok ‘body outline’ dia, dia kata... Dia cakap ‘speechless’. Jadi saya rasa ‘yes’, itu momen bukan hanya membantu saya, tapi juga sedarkan dia tentang emosi dia, tentang bebanan emosi dia tu”.*

Apabila klien telah sedar tentang kewujudan beban emosi ditanggungnya selama ini, klien juga ‘sedar sebab kepada emosi’nya itu wujud, seperti kenyataan berikut:

T01: *“Daripada sesi satu dan kedua, dia macam lebih ‘aware’ tentang isu dia. Dia mula ‘aware’ tentang isu dia, dan dia ada rasa marah. Dia juga tahu kenapa dia rasa sedih ni, oh sebab ni dia rasa macam sedih ni, kan”.*

Seterusnya klien boleh ‘sedar, faham dan boleh buat aktiviti CE-BME’ ini dengan sebaiknya, seperti contoh kenyataan berikut:

T15: *“Bila dia sebut tu, maksudnya dia dapat ‘insight’ dah daripada situ. Maksudnya jelas lah. Maksudnya ‘happy’ tu, ini yang dia patut tanda di sini, dan ini yang berlaku pada diri dia”.*

Bagi melakukan aktiviti CE-BME ini, kesedaran aspek sedar dan faham membuatkan aktiviti CE-BME itu boleh dilakukan dengan baik, sekali gus membantu proses kaunseling berjalan dengan lancar.

Mendalami

Selain kesedaran untuk diri klien terhadap emosi mereka sendiri, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga dapat lebih mendalami beban emosi klien kanak-kanak dan remaja ini, secara lebih jelas. Tiga tema berjumlah 10 petikan di bawah subkategori ‘mendalami’ adalah (i) lebih empati, (ii) memahami proses emosi lebih mendalam, dan (iii) lebih banyak maklumat, yang akan diterangkan dengan lebih mendalam melalui petikan di bawah.

Pegawai Psikologi (Kaunseling) menjadi ‘empati’ apabila memahami emosi klien dengan lebih baik, seperti berikut:

T05: *“Saya rasa empati pada dia. Maksudnya, kalau kita berada di tempat dia, macam mana kita nak buat?”*

T02: *“Malu dengan takut ni, bagi kita orang dewasa, kita rasa benda tu kita boleh ‘manage’. Tapi bagi kanak-kanak yang umur 12 tahun, 13 tahun dia bukan benda yang mudah untuk dia nak bantu diri dia sendiri”.*

Begitu juga dari aspek ‘memahami proses emosi lebih mendalam’, iaitu apa yang ditanggung oleh klien merupakan hasil dari pendaman dan tiada intervensi yang bersesuaian. CE-BME membantu dari aspek memahami lagi proses emosi yang berlaku di dalam diri klien, seperti contoh petikan berikut:

T13: *“Daripada awal memang saya dah ‘explore the issue’. Daripada ‘session’ pertama kita dah ‘explore’ apa yang berlaku tapi alatan ini membantu untuk meneroka emosi dia secara lebih dalam dan apa yang membuatkan dia ‘stuck’ pada keadaan emosi tu”.*

T05: *“Dia dah pendam sangat-sangat lama. Sangat lama. Sebab tak ‘resolve’, kan, yang setahun lebih dulu dah pergi MOPD. Benda tu tak ‘resolve’. Benda tu macam terpendam, tapi dia pun tak tahu apa itu. Jadi bila buat ‘body outline’ baru dia nampak. ‘Clear’ kan? Marah dia 10, sedih dia 8”.*

Akhir sekali, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga memperoleh lebih banyak maklumat dari CE-BME bagi memahami sebab kepada tingkah laku sukar klien selain dari maklumat dari ibu bapa. Contohnya seperti petikan berikut:

T13: *“‘Physiological response’ dia apabila dia marah kan (menggeletar sekeliling tangan dan badan), macam... dia rasa bersalah juga bila dia pukul emak dia, sebab emak dia tengok dia macam tak ada perasaan. Okay. Tetapi sebenarnya dia ada perasaan itu, cuma dia tidak tunjukkan kepada emak dia”.*

Maklumat diperolehi dari klien menerusi aktiviti CE-BME didapati telah membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) memahami lebih baik dan melengkapkan makna di sebalik tingkah laku yang ditunjukkan oleh klien. Contohnya seperti emosi marah dan memukul ibunya serta turut berasa bersalah kepada ibunya. Keadaan ini secara tidak langsung juga membantu ibu klien memahami anaknya dengan lebih baik.

Ketepatan

Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga dapat menggunakan maklumat dari aktiviti CE-BME untuk intervensi yang lebih baik prosesnya. Terdapat 20 petikan di bawah kod atau tema ‘ketepatan’; iaitu (i) fokus emosi untuk intervensi tepat, (ii) pengesahan

emosi tepat, dan (iii) memberi input emosi dengan tepat. Contoh bagi kod atau tema ‘fokus emosi untuk intervensi tepat’ adalah seperti berikut:

T09: *‘Awak jadi marah sebab awak fikir fasal marah. Bila awak fikir benda yang gembira, awak akan gembira.’ Saya ‘highlight’ balik. Dalam sesi ‘body outline’ ni saya memang banyak ‘highlight’ tentang gembira je. Sebab banyak tertumpu di kepala segala emosi ni, saya minta dia kembangkan gembira tu.*

Memfokus kepada emosi gembira kerana emosi marah yang turut berada di kepala menjadi fokus kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) untuk memberi kefahaman kepada klien yang menghadapi cabaran emosi dan penyelesaian masalah. Secara tidak langsung ini telah membantu klien untuk memfokus kepada emosi yang boleh menjadi sumber positif kepada terapi pertumbuhan klien. Selain itu pengesahan emosi utama yang menjadi isu klien juga adalah tepat dan ‘kena’ dengan diri klien. Tema ‘pengesahan emosi tepat’ adalah seperti berikut:

T12: *“Sebab kita akan mengesahkan, macam kita akan bertanya balik kan? Bila dia dah buat ni, kita akan tanya balik,” Okay yang ini, yang mana perasaan yang paling tinggi? Okey, kalau dekat sini, perasaan malu. Betul ke ini yang awak rasakan sekarang? Betul ke perasaan malu yang paling tinggi? Dia fikir. Dia fikir balik, ya betul inilah perasaan saya yang paling tinggi pada masa itu.*

Pengesahan menjadi lebih mudah apabila skor dan nombor dapat dilihat secara bersama oleh klien dan Pegawai Psikologi (Kaunseling). Akhir sekali, tema ‘memberi input emosi dengan tepat’ bermaksud kedua pihak klien dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat saling memberi input berkenaan emosi klien dengan tepat, seperti berikut:

T14: *Konsep yang sedih itu... macam menghargai, kan. Menghargai apa yang dia ada. Sekarang bila dia rasa macam adik dia merampas kebahagiaan dia lepas itu ayah dia tak berapa peduli kat dia tu, dekat situ saya terapkan konsep bersyukur juga dan menghargai apa yang dia ada sekarang. Maksudnya dia masih ada emak. Emak dia masih ada lagi pekerjaan yang boleh menanggung dia.*

Apabila input emosi lebih tepat, refleksi kepada situasi klien dapat dilakukan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) dengan lebih baik dan menepati situasi dialami oleh klien.

Skala atau skor

Selain itu, alatan CE-BME secara uniknyanya mempunyai skala atau termometer kepada emosi, dan ini membantu menjelaskan lagi tahap emosi dan keterkaitan dengan emosi dan peristiwa dialami oleh klien, untuk klien dan juga Pegawai Psikologi (Kaunseling). Terdapat 17 petikan di bawah subkategori 'skala atau skot' yang merangkumi lima tema, iaitu; (i) ketepatan emosi spesifik, (ii) fokus emosi tertinggi, (iii) kongruen dengan aktiviti klien, (iv) kongruen dengan aktiviti 'blob tree', dan (v) kongruen dengan diagnosis. Kenyataan berikut menunjukkan bagaimana Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat mengetahui emosi spesifik klien secara tepat dan spesifik:

T12: *"Membantu dari segi mengesan apa emosi dia yang paling kuat. Sebab kalau kita tak buat body outline, kita akan buat secara 'general' je".*

T06: *"Keutamaan pada masa tu kita tengok skor yang tinggi. Pada sayalah. Pada saya tengok skor yang tinggi, yang tu saya 'tackle' 'first' lah kan.*

Pegawai Psikologi (Kaunseling) seterusnya akan memfokus kepada emosi tertinggi di dalam sesi. Selain itu, dari skor juga, Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat

mengaitkan dengan situasi semasa klien dan memahami dengan lebih baik bagi merancang intervensi seterusnya. Kenyataan berikut menjelaskan lagi mengapa klien tidak gembira dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat mengaitkan dengan situasi klien, iaitu keputusan CE-BME adalah kongruen dengan aktiviti semasa klien.

T10: *“Mungkin perasaan takut itu lebih tinggi dan menyebabkan perasaan gembira itu sudah tidak ada. Maksudnya klien akan risau kalau-kalau dia punya serangan sakit itu datang lagi. Sebab klien ‘still’ ada ‘appointment’ lagi dekat hospital, dalam bulan 4”.*

Selain itu, skala atau emosi klien adalah kongruen dengan aktiviti ‘blob tree’ yang digunakan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) di dalam sesi, seperti berikut:

T16: *“Saya rasa ada kaitan dengan BME yang dia buat. Kalau perasan, dalam BME yang dia buat tu, tak ada perasaan marah, tak ada perasaan sedih dan tak ada perasaan takut, dan dia hanya tandakan gembira sahaja. Jadi tiga gambar (dalam ‘blob tree’) yang dia pilih tu pun semua gambar yang senyum”.*

Maka ini membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam memahami sudut pandang dan emosi sebenar dirasakan klien dalam membawa hala tuju sesi seterusnya. Akhir sekali, skor emosi ditunjukkan klien adalah kongruen dengan apa diberitahu oleh klien secara verbal kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling), dan ini membantu dalam kejelekitan dan pemfokusan intervensi Pegawai Psikologi (Kaunseling).

T07: *“Bila dia tanda ‘sad’ dia tu kan (tinggi), masa awal dia tanda ‘happy’ dia 0, saya pun, ya, betul lah. Makna dia.. Apa yang dia cakap dia tak ada rasa ‘happy’ tu semua dan bila dia tanda 0 tu, ya, saya nampak dia genuine lah dengan saya kan.*

Pemetaan atau Lorekan

Lorekan atau penandaan emosi menerusi warna di lakaran badan CE-BME membantu menerangkan makna di sebalik lorekan warna, dan terdapat 1 kod atau tema sahaja, iaitu ‘makna di sebalik lorekan warna’ dengan 4 petikan. Contohnya klien seperti di bawah ini dikuasai oleh perasaan takut sebagai dominasi emosi negatif yang perlu dibantu.

T09: *“Dia tulis (tanda lorek) rasa takut ni pada bahagian tangan, perut dan kaki, dan ada juga di kepala, mulut, dan hati. Takut ini menguasai seluruh tubuh dia, kan? Jadi perasaan takut ini pun ada dalam kepala dia. Apa yang membuatkan dia takut, apa reaksi pada mulut, hati, tangan, perut dan hati, so nampak emosi takut ini bila ada, terus menguasai seluruh tubuh dia”.*

Dengan penandaan lorekan emosi di lakaran badan itu, Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengetahui berapa banyak emosi spesifik klien ditanggung dan memberi kesan kepada diri klien keseluruhannya.

Penjelasan atau Psikopendidikan

Seterusnya, memfokus kepada aspek emosi juga dapat memberi penjelasan kepada klien tentang emosi mereka sendiri oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling). Terdapat 6 petikan di bahagian ini yang dibahagikan kepada dua tema atau kod iaitu: (i) penjelasan berkaitan emosi klien dan (ii) penjelasan tentang ahli keluarga klien. Sebagai contoh, Pegawai Psikologi (Kaunseling) ini dapat menerangkan kepada klien kanak-kanak berusia 10 tahun ini mengenai kondisi reaksi tubuhnya dan kaitan dengan emosinya. Ini secara tidak langsung memudahkan penjelasan Pegawai Psikologi (Kaunseling) kepada klien dari bukti yang konkrit.

T16: *“Saya kaitkan dengan info yang saya dapat daripada doktor pediatrik tu. Mungkin budak tu fikir ‘diarrhea’ dan ‘vomiting’ tu memang penyakit dia. Memang aku tengah sakit. Pemikiran budak. Dia pun kalau saya cakap dengan budak tu ‘you’ ada ‘psychosomatic disorder’, saya percaya budak tu pun ‘takkan’ faham apa itu kan? Jadi kalau kita ‘explain’ pun dia bertindak balas ‘blur blur’. Jadi saya bagi contoh yang mudahlah. Bagaimana ‘sakit-sakit’, muntah dan ‘diarrhea’ itu datang kan? Daripada tekanan di sekeliling dia sebagai seorang pelajar (dan reaksi emosi klien).*

Selain itu, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga dapat memberi penjelasan kepada klien mengenai kondisi ahli keluarga klien yang menjadi cabaran kepada klien dalam isu perhubungannya sehari-hari. Contohnya berkenaan isu kehilangan yang dialami oleh ahli keluarga klien ini dapat difahami klien serba sedikit dari emosi sedih yang difokuskan, bahawa ahli keluarga yang lain juga turut terkesan.

T10: *“Bila saya ‘explain’ dekat situ dan saya kata ‘semua orang terkesan dengan kehilangan ibu dengan adik, sama ada ayah ataupun adik yang umur 6 tahun tu... dan dari situ dia angkat kepala sikit, dan angguk-angguk...’”.*

Emosi sebagai punca

Kaitan antara emosi di bahagian spesifik badan klien juga membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengetahui punca kepada tekanan dialami oleh klien dengan lebih baik. Terdapat 18 petikan di bawah 3 tema, iaitu: (i) emosi sebenar kepada punca permasalahan, (ii) emosi berkaitan psikosomatik dan (iii) emosi cegah kemurungan. Sebagai contoh klien remaja 13 tahun ini yang tidak mahu ke sekolah, dan ia berkait dengan emosi spesifik di bahagian tangannya yang baru diketahui melibatkan kejadian buli (perlu membuat kerja sekolah rakan), dan dalam masa yang sama klien juga mengalami kesan dimarahi oleh kakak serta cubitan di tangannya juga.

T12: *“Tangan dia kena buat kerja sekolah dan dia juga bila dia menangis dia tak nak pergi sekolah. Kakak dia akan marah dia, dan kakak dia akan cubit dia dekat tangan”.*

Situasi ini menjadi momen ‘aha’ kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) apabila dapat memahami secara jelas emosi dan situasi yang dialami klien yang diperjelaskan melalui hasil CE-BME. Selain itu emosi spesifik berkaitan psikosomatik juga diperolehi, seperti kenyataan di bawah:

T01: *“Dia ada sebut macam kalau contoh dia marah pun dia akan garu sampai dia puas hati”.*

T07: *“Jadi kenapa dia rasa macam semua sakit kepala, nak baring je, tak nak buat tu, tak nak buat ni, kan. Semua pun tak nak. Sebab dia dibelenggu oleh emosi-emosi dia yang bercampur-campur tu kan (semua emosi di kepala)”.*

Akhir sekali, dengan memfokus kepada emosi spesifik klien, dan intervensi dilakukan, Pegawai Psikologi (Kaunseling) berasa yakin ini dapat membantu mencegah keadaan klien dari menjadi semakin parah, iaitu dari isu kesihatan mental kepada penyakit mental, seperti kenyataan di bawah:

T18: *“Kita membantu klien untuk mengenal pasti tahap kesihatan mental mereka sebab bila kita pakai ‘body outline’ ni dia menjurus kepada emosi seseorang. Maknanya sedih dia, marah dia dan juga takut. Maknanya ‘kat’ situ kalau emosi ini tidak diuruskan dengan baik, kecenderungan untuk seseorang itu jadi semakin murung boleh berlaku”.*

Emosi sebagai strategi daya tindak

Selain itu, memfokus kepada aspek emosi dari aktiviti CE-BME juga membuatkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengetahui cara klien menyalurkan emosi mereka menggunakan anggota badan mereka. Terdapat 27 petikan dari 3 tema, iaitu (i) cara

urus emosi, (ii) penilaian risiko aktiviti urus emosi dan (iii) ‘divert’ atau ‘reframe’. Sebagai contoh, Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengetahui ‘cara mengurus emosi’ klien melalui aktiviti di tangan merupakan cara mengurus emosi klien seperti berikut:

T11: *“Aktiviti tangan klien suka buat buat ‘wallpaper’ dan dalam masa yang sama suka melihat secara visual. Jadi kita boleh nampak salah satu elemen ‘coping skill’ dan juga ekspres emosi dia ada di situ”.*

Selain itu, ‘penilaian risiko kepada emosi negatif’ klien dilakukan klien dan perbincangannya secara bersama dilakukan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling). Contohnya seperti klien T11, permulaan perbincangan kesan dari ‘marah melalui perkataan’ dan klien T10 kesan marah dari ‘marah dan bergaduh dengan adik’ dan ‘marah dengan merajuk serta memberontak dengan ayah’ dilakukan selepas itu. Secara tidak langsung klien akan berfikir semasa perbincangan itu tentang kesan perilaku dari emosi negatif mereka agar boleh melakukan strategi daya tindak baru yang lebih selamat pada masa akan datang.

T11: *“Oh, okay, mulut. So, kalau mulut marah, apa maksud dia, A (nama klien)? ‘Biasa kalau saya macam marah, saya suka marah’, dia kata. ‘Saya suka cakap,’ ha dia cakap macam tu. Dia suka marah, dia suka cakap, dia kata. Jadi, maksudnya marah tu dia akan keluarkan melalui perkataan, sama ada perkataan tu dekat orang ataupun dia ‘just’ cakap macam tu ja, menurut klien lah.*

T10: *“Bila saya tanya marah ni biasanya macam mana adik kaitkan dengan diri adik. Dia kata, kalau macam dia hendak marah dekat adik dia, dia boleh marah sahaja kan, dia boleh bergaduh sahaja dengan adik dia yang 6 tahun tu, tapi kalau dengan ayah, dia banyak merajuklah, macam menangis. Macam ayah balik pun, ayah tanya dia pun, dia ‘ignore’, memberontak”.*

Akhir sekali, emosi sebagai strategi daya tindak klien secara ‘divert’ atau ‘reframe’, bermaksud Pegawai Psikologi (Kaunseling) membantu klien menghalakan atau

membentuk semula tindakan baru sebagai satu cara unik klien dalam mengurus emosi negatif agar tidak semakin merosot kesan emosinya. Keadaan ini hanya diketahui setelah penerokaan aktiviti CE-BME dilakukan:

T09: *“Jadi, kita tak nak dia teruskan dengan (cara dia luah) emosi sedih tu, sebab kita takut jugalah efek kepada anggota fizikal yang lain, ataupun dari segi dalaman dia. Saya minta dia cerita baliklah (macam mana tukar) ‘tune’ sedih tu kepada gembira. Sebab apa nak dengar lagu sedih, kan? Padahal awak dah ada dah benda gembira.*

Emosi besar

Selain itu, aspek memfokus kepada emosi menerusi CE-BME membuatkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengetahui emosi besar dialami oleh klien yang menyebabkan klien ‘tersekat’ atau ‘stuck’ dalam pendaman emosi khusus mereka. Terdapat 13 petikan di bawah 3 tema atau kod; (i) sedar emosi besar, (ii) memproses emosi besar, dan (iii) perkara lain di sebalik emosi tertentu.

Situasi ini dapat diperhatikan dari contoh petikan berikut apabila klien dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) menyedari emosi besar dialami oleh klien membuatkan klien menghadapi situasi ‘stuck’ itu:

T07: *“Masa dia tandakan ‘shy’ tu, malu tu kan, dia tanda malu tu seluruh badan dia kan. ‘Yes’, saya kata, ‘ye’s, ini pun emosi yang perlu diberi perhatian juga, kan. Sebab memang emosi tu dominanlah, maknanya seluruh badan dia, kan”.*

T13: *“Perasaan mana yang paling kuat dan klien ‘sometimes’ dia pun baru ‘aware’ sebab bila kita tanya dia, ‘so’ kalau kat sini nampaknya perasaan yang paling kuat ialah malu kan? ‘So’ dia pun ha ya, dia mengaku”.*

Apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) telah sedari emosi besar itu, Pegawai Psikologi (Kaunseling) boleh memproses emosi besar itu untuk membantu klien dengan lebih berkesan, seperti contoh petikan di bawah:

T13: *“Tetapi ini (alatan CE-BME) ialah jauh kepada ‘deep’ kita tahu, okey, sebenarnya dia ‘stuck’ di emosi yang mana”.*

T06: *“Dia dalam keadaan yang berserabut, dia pun tak tau diri dia macam mana. Jadi bila tunjuk 1 1, dia pun faham diri dia. Dia dalam kesedihan, dia marah, jadi kita dah mengajar dia untuk dia faham tentang diri dia. Dia ada emosi yang perlu ditangani”.*

Ada klien yang ‘stuck’ di emosi sedih, ada yang pada emosi marah mahupun takut. Ia diperoleh sama ada dari skor tertinggi atau terbesar lorekan warna emosi di lakaran badannya. Akhir sekali, dari emosi besar dapat diketahui terdapat perkara lain di sebalik emosi tertentu itu, seperti contoh petikan di bawah:

T06: *“Jadi ‘no wonder’ dia rasa tak bermaya, dia rasa tak nak pergi sekolah, dia tak... Yelah semua akan rasa. Kawan pulaukan dia”.*

Gembira

Akhir sekali, emosi gembira sebagai satu-satunya emosi positif di dalam termometer emosi di dalam CE-BME amat membantu klien dalam strategi daya tindak dan keseimbangan emosi mereka. Terdapat 5 petikan di bawah 3 tema atau kod; iaitu (i) wujud, (ii) ekspres emosi, dan (iii) aktiviti gembira. Contohnya emosi gembira wujud dengan cetusan atau syarat tertentu, walau klien hadapi banyak kesukaran dan cabaran dalam hidup mereka;

T06: *“Dia rasa sangat bersyukur sebab selama ni dia tak tahu apa berlaku ‘kat’ diri dia. Macam kita kata dia duduk dalam 1 terowong, kan. Gelap, dia ‘tak tau’ apa. Dia hanya ikut keadaan tapi bila ni (aktiviti CE-BME) dia nampak macam 1 cahaya la. Dia cakap oo maksudnya dia boleh ada perasaan gembira”.*

Ekspresi emosi juga dapat dilihat jelas apabila klien berkongsi perkara yang membuatkan mereka gembira, dan contoh petikan di bawah menerangkan lagi maksud ini:

T10: *“Dan dia gembira tu pun, yang dia sedar “kalau ayah saya baik dgn saya”, itu apa yang dia kata, “kalau ayah saya ada banyak masa dengan saya, kalau ayah saya pujuk saya, ayah bercakap dengan saya”.*

T04: *“Haa game!. Game tu memang buat dia ‘happy’ la. Boleh nampak la ‘dolly’ dengan ‘angle’ dia, kan?”*

Mengenal pasti aktiviti melalui anggota badan tertentu yang merupakan emosi gembira kepada klien juga membantu dalam merangka strategi pengurusan emosi klien. Contohnya klien ini berasa gembira di mata dan tangan, dan aktiviti dikenal pasti dari emosi gembira itu merupakan daya tindak positif klien:

T11: *“Maksudnya aktiviti tangan kita dah minta ‘clarification’. Adakah aktiviti tangan itu lebih kepada aktiviti ‘just’ suka buat ‘wallpaper’ ataupun visual sekali kan? Jadi jawapan yang kita dapat tadi adalah suka kepada aktiviti dan dalam masa yang sama suka melihat secara visual. Jadi kita boleh nampak salah satu elemen ‘coping skill’ di situ dan juga elemen untuk ekspresi emosi tu ada situ, kita dah boleh nampak.*

Jadual 4.5

Sub Kategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.3

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.1) Berkaitan Proses Terapeutik	(4.1.1.3) Memfokus kepada aspek emosi (181)	Luahan (32)	Keluar dengan mudah (24) Keluar dengan baik/lancar (3) Emosi stabil & seimbang (3) Emosi lebih banyak (2)
		Penerokaan (13)	Teroka emosi lebih mendalam (8) Berlaku diskusi emosi (3) Matlamat teroka emosi tercapai (1) Teroka selain emosi utama (1)
		Kesedaran (16)	Sedar emosi sendiri (8) Sedar sebab kepada emosi (7) Sedar, faham dan boleh buat aktiviti CE-BME (1)
		Mendalami (10)	Lebih empati (5) Memahami proses emosi lebih mendalam (4) Lebih banyak maklumat (1)
		Ketepatan (20)	Fokus emosi untuk intervensi tepat (10) Pengesahan emosi tepat (9) Memberi input emosi dengan tepat (1)
		Skala atau Skor (17)	Ketepatan emosi spesifik (6) Fokus emosi tertinggi (7) Kongruen dengan aktiviti klien (2) Kongruen dengan aktiviti 'blob tree' (1) Kongruen dengan apa diberitahu klien (1)
		Pemetaan/Lorekan (4)	Makna di sebalik lorekan warna (4)
		Penjelasan/ Psikopendidikan (6)	Penjelasan berkaitan emosi klien (4) Penjelasan tentang ahli keluarga klien (2)

Emosi sebagai punca (18)	Emosi sebenar kepada punca permasalahan (9) Emosi berkaitan psikosomatik (8) Emosi cegah kemurungan (1)
Emosi sebagai strategi daya tindak (27)	Cara urus emosi (22) Penilaian risiko aktiviti urus emosi (3) 'Divert' / 'Reframe' (2)
Emosi besar negatif (13)	Sedar emosi besar (3) Memproses emosi besar (6) Perkara lain di sebalik emosi tertentu (4)
Emosi gembira (5)	Wujud (1) Ekspresi emosi (2) Aktiviti gembira (2)

Jadual 4.5 menunjukkan kategori, subkategori dan tema (kod) kepada proses membantu ketiga, iaitu 'memfokus kepada aspek emosi'. Terdapat 12 subkategori seperti dinyatakan pada awal subtopik ini dan ini merupakan subkategori terbanyak dengan 181 tema (kod).

4.3.1.4 Mengetahui punca isu sebenar

Kategori keempat bagi proses membantu 'berkaitan proses terapeutik' adalah 'mengetahui punca sebenar kepada isu' dengan sejumlah 49 petikan kod. Bagaimanakah CE-BME membantu dari segi mengetahui punca isu sebenar? Empat subkategori telah disusun, iaitu mengetahui punca isu sebenar (i) dari klien, (ii) dari Pegawai Psikologi (Kaunseling), (iii) dari alatan CE-BME dan dari (iv) keseluruhan aspek.

Jadual 4.6

Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.4

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.1) Berkaitan Proses Terapeutik	(4.1.1.4) Mengetahui punca sebenar kepada isu (49)	Dari klien (24)	Dapat celik akal (6) Sedar isu sebenar (7) Bercerita atau beritahu punca (5) Kongsi perasaan terhadap isu dan keluarga (6)
		Dari terapis (14)	Kenal pasti isu sebenar lain (10) Kenal pasti perasaan sebenar lain (3) Kenal pasti punca tingkah laku dari skor (1)
		Dari alatan CE-BME (9)	Warna di bahagian simptom (3) Bercerita simptom psikosomatik (3) Emosi, warna dan isu (1) Emosi, aktiviti dan isu (1) Memori terpendam dikeluarkan (1)
		Dari keseluruhan aspek (2)	Minda, perasaan, aktiviti (2)

Dari Klien

Pertama, Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengetahui punca sebenar dari klien sendiri, dan terdapat 17 petikan dari 4 tema, iaitu; (i) dapat celik akal, (ii) sedar isu sebenar, (iii) bercerita atau beritahu punca, dan (iv) kongsi perasaan terhadap isu dan keluarga. Bagi tema pertama, klien mendapat celik akal sendiri apabila melalui proses aktiviti CE-BME seperti berikut:

T06 : *“Nampak dia ada ‘insight’ la tanpa sedar, kan dia dapat kesedaran. Dia memang ‘looking forward to that insight’ untuk disedarkan dan dia ‘looking*

forward' untuk 'what to do next' kan. Dia ada motivasi”.

T10: *””Oh, inilah yang saya takut ni. Tapak tangan saya jadi macam berdebar-debar, saya banyak fikir tentang benda ni, benda yang ke depan”. ‘So’, dia nampak macam dah faham, “Oh, okay. Inilah yang menyebabkan saya sentiasa dibelenggu, rasa tak hendak jumpa orang, sentiasa rasa salahkan diri”.. itu yang saya nampak beri satu benda yang ‘pop’ besar untuk dia memahami lebih diri dia lagi”.*

Tema seterusnya ialah klien ‘sedar isu sebenar’ dirinya adalah perasaan takut dalam mencari matlamat kehidupannya. Contohnya seperti petikan berikut:

T01: *Sebenarnya isu utama dia macam cuba cari apa ‘goal’ yang dia (mahu) dapat dan apa yang dia nak (dalam hidup). Pada waktu tu saya tanya dia, dia dah mula ada ‘insight’ sikit, dia dah boleh tahu, “betul la, saya rasa takut””.*

Klien juga boleh bercerita atau memberitahu punca kepada isunya sendiri, seperti berikut:

T12: *“Bila saya tanya ‘base on’ satu, satu ini kan, banyak yang dia cerita dan dekat situ lah baru timbulnya selain daripada isu sebab apa dia tak nak pergi sekolah itu rupanya dia ada isu-isu lain dekat dalam famili. Cuma emak dia rasa perkara itu biasa so emak dia ‘ignore’ banyak bendalah”.*

Akhir, klien juga berkongsi apa yang mereka rasa terhadap isu mereka dan keluarga mereka sendiri, seperti berikut:

T18: *“Momen membantu ialah bila klien sendiri mengakui dia ‘actually’ sayang pada keluarga dia dan dia tak pandai nak luah secara verbal, tapi dia boleh luahkan sayang tu melalui tindakan dan nampak. Nampaknya dia juga mungkin mengharapkan macam.. mungkin dapat kasih sayang secara ditunjukkan bukti daripada ayah dia jugalah. Ayah tiri”.*

Momen seperti ini menunjukkan klien itu sendiri menyedari punca kepada isu dihadapinya, dan momen ini diingati oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) tersebut.

Dari Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Seterusnya, momen di dalam terapi yang membuatkan CE-BME membantu dari sudut mengetahui punca isu sebenar adalah daripada Pegawai Psikologi (Kaunseling), dengan terdapat 14 petikan di bawah 3 tema; iaitu (i) kenal pasti isu sebenar lain, (ii) kenal pasti perasaan sebenar lain, dan (iii) kenal pasti punca tingkah laku dari skor. Contoh, seperti petikan berikut, Pegawai Psikologi (Kaunseling) sendiri dapat mengenal pasti isu sebenar lain dari proses melakukan aktiviti CE-BME:

T12: *“Bila saya tanya ‘base on’ satu-satu ini kan, banyak yang dia cerita dan dekat situlah baru timbulnya selain daripada isu sebab apa dia tak nak pergi sekolah itu rupanya dia ada isu-isu lain dekat dalam famili, macam itulah. Cuma emak dia rasa perkara itu biasa ‘so’ emak dia ‘ignore’ banyak bendalah.*

T13: *Maknanya kita tak ‘jump to conclusion’ sebenarnya dia bermasalah ‘because of incident’ itu semata-mata. Sebab bagi kita, semua orang kalau ada kena ‘sexual abuse’ mestilah dia trauma pasal tu. Mestilah dia sedih pasal tu. Macam kita dah ada ‘judgement’ kan. Tapi ‘actually’, bukan. Ha sebab kita sebenarnya kita tak boleh nilai macam tu. Tapi tu saya kata, bila kita ‘explore’ benda ni ‘slowly’, kita tumpu betul-betul pada ‘feelings’, bukan insiden, bukan isu, ‘then’ dia ‘come out’ dengan sebenarnya isu yang lain”.*

Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga mendapati bahawa perasaan sebenar adalah lain, dan bukan emosi yang kelihatan pada mata kasar ibu bapa dan individu dewasa lain, seperti berikut:

T18: *“Maknanya dia meluahkan bahawa dia bukanlah digambarkan sebagaimana macam emosi-emosi yang dia tunjukkan ni (marah, dan lain-lain). Masih ada lagi di sudut hatinya tu benda yang positif (sayang)”.*

Hasil penerokaan yang baik sewaktu sesi menggunakan alatan CE-BME, Pegawai Psikologi (Kaunseling) sendiri akhirnya menyedari atau menjumpai punca sebenar

atau punca lain kepada isu yang dirujuk atau difokuskan pada peringkat awal oleh perujuk mahupun Pegawai Psikologi (Kaunseling) sendiri. Selain itu, petikan di bawah menunjukkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) menjumpai punca tingkah laku klien dari skor emosi yang ditunjukkan oleh klien menerusi alatan CE-BME.

T18: *“Kalau BME yang pertama tu sebab kita nampak skor marah 10, jadi kita nampak punca kepada tingkah laku agresif dia sebenarnya memberontak, tapi dia tahan, tahankan? Sebenarnya marahlah. Ha saya nampak puncanya marah sebab marah pun paling tinggi skorlah. 10”.*

Dari Alatan CE-BME

Selain itu, Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengetahui punca sebenar kepada isu dari alatan seni kreatif CE-BME dan terdapat 9 petikan di bawah 5 tema, iaitu (i) warna di bahagian simptom, (ii) bercerita simptom psikosomatik, (iii) emosi, warna dan isu, (iv) emosi, aktiviti dan isu, dan (v) memori terpendam dikeluarkan.

Contoh petikan bagi tema ‘warna di bahagian simptom’, adalah seperti berikut:

T07: *“Marah dia dekat kepala sahaja kan. Kalau tengok marah dia tu tak banyak (tempat diwarnai), tapi daripada apa yang dia bercakap tu dia marah dengan kawan-kawan, tak puas hati, kawan-kawan sebut ‘bad words’, dia apa-apa semua tu. Dekat kepala sahaja (warnanya)”.*

Selain itu, contoh petikan bagi tema ‘bercerita simptom psikosomatik’, seperti berikut:

T07: *“Yelah dia ada juga mengadu dia sakit kepala, kan. Dia sakit kepala, lepas tu dia selalu rasa fikir... Fikir nak mati. Kadang kata, lebih baik matilah”.*

Seterusnya dari alatan CE-BME, emosi terpendam dapat dikeluarkan atau diceritakan, dan ini membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam mengenal pasti punca sebenar kepada isu dihadapi oleh klien, seperti berikut:

T05: *“’Surprise’nya yang ‘scared’ dia tu 8, dia skor 8 sebab apa tau, sebab dia kata masa hari ayah dia meninggal tu, dia dah tahu awal selepas masa nak kejutkan ayah dia bagi makan ubat. Tapi dia tak ‘mention’ pada maknya ‘lah’. Sebab dia takut mak dia terkejut, ‘pastu’ dia sendiri pun dengan kakak dia saya rasa tak dapat nak terima ayahnya ‘takde’ masa tu”.*

Dari Keseluruhan Aspek

Akhir sekali Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat mengetahui punca sebenar kepada isu dari keseluruhan aspek, dengan 2 petikan berkaitan ini. Pegawai Psikologi (Kaunseling) berjaya menghubungkan dengan keseluruhan minda, perasaan dan aktiviti kepada emosi klien melalui anggota badan digunakan, beserta maklumat dari isu yang dirujuk atau difokuskan oleh ibu bapa klien. Contoh dari petikan di bawah:

P04: *“’The interaction between’ dia punya ‘mind’, ‘feelings’, ‘and then’ dia punya ‘emotion’. Sebabnya bila dekat sini, dia buat ‘body outline’ ni, kita nampak yang bila dia marah adalah dalam kepala. ‘And then’ dia rasa, sedih tu rasa hati. ‘So it’s related’. ‘And then’ dia keluarkan melalui tangan. ‘So’ bila dia keluarkan melalui tangan tu, dia main ‘game’. ‘So’, dia seolah meletakkan semua ‘feelings’ dia tu, ‘especially’ marah dengan sedih, dekat dia punya tangan. Dia bersungguh-sungguh. main ‘game’. Seolah macam, ‘that’s how’ dia ‘manage’”.*

Kesimpulannya momen yang membantu proses terapeutik bagi kategori keempat ‘mengetahui punca sebenar kepada isu’ melibatkan 4 subkategori, iaitu melibatkan klien, Pegawai Psikologi (Kaunseling), alatan CE-BME dan keseluruhan aspek. Seterusnya bagi proses membantu aspek proses terapeutik bagi kategori kelima adalah ‘memfokus arah tuju sesi semasa’.

4.3.1.5 Memfokus arah tuju sesi semasa

Kategori kelima bagi momen di dalam proses membantu ‘berkaitan proses terapeutik’ adalah ‘memfokus arah tuju sesi semasa’. Bagaimanakah perkara ini berlaku? Terdapat 30 petikan yang berada di bawah 4 subkategori, iaitu (i) emosi, (ii) simptom psikosomatik, (iii) penilaian Pegawai Psikologi (Kaunseling), dan (iv) pergerakan klien. Jadual 4.7 menunjukkan sub kategori dan tema atau kod bagi aspek ini.

Jadual 4.7

Sub Kategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.5

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.1) Berkaitan Proses Terapeutik	(4.1.1.5) Memfokus arah tuju sesi semasa (30)	Emosi (15)	Emosi skor tertinggi (8) Emosi mengikut diagnosis/rujukan (3) Emosi positif / gembira (2) Setiap emosi penting & besar (2)
		Simptom psikosomatik (6)	Simptom psikosomatik (6)
		Penilaian terapis (6)	Fokus penerokaan (3) Fokus untuk intervensi (1) Peneguhan kemahiran daya tindak (1) Fokus kinestetik / pergerakan badan bukan pemikiran (1)
		Pergerakan klien (3)	Klien buat aktiviti CE-BME (2) Klien buat tugas terapis (1)

Emosi

Terdapat 15 petikan di bawah subkategori ‘emosi’ yang berada di bawah 4 tema; iaitu (i) emosi skor tertinggi, (ii) emosi mengikut diagnosis/rujukan, (iii) emosi positif atau

gembira, di samping (iv) setiap emosi besar dan penting. Antara petikan yang menjelaskan lagi tentang emosi skor tertinggi sebagai fokus arah tuju sesi semasa adalah seperti berikut:

T13: “‘Actually’ dia ‘stuck’ dalam emosi dia yang malu, sedih kan. Kita tengok malu yang paling banyak, dan kita tengok insiden itu walaupun telah berlalu tapi dia punya gembira tu memang 1. ‘So that’s mean’ dia masih tak ‘okay’ emosi dia kan. Ha, ‘so’ benda ini membantu saya daripada awal sesi kedua tu sebenarnya untuk lebih ‘deep’ kepada ‘emotion’ dia. Bukan isu semata-mata”.

Dari petikan di atas, Pegawai Psikologi (Kaunseling) membuat keputusan untuk memfokus kepada keperluan emosi ‘malu’ dan ‘sedih’ sebagai aspek utama untuk difokuskan di dalam terapi berbanding isu penderaan seksual seperti dirujuk oleh perujuk. Hal ini disahkan lagi dengan skor emosi gembira yang rendah sebagai menguatkan lagi hala tuju Pegawai Psikologi (Kaunseling) di dalam intervensi. Contoh petikan seterusnya menunjukkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) menggunakan dasar skor emosi tertinggi sebagai fokus dengan turut meminta persetujuan kepada klien bagi hala tuju sesi mereka:

T17: “Waktu yang pertama ni, saya fokuskan kepada sedih. Sebab emosi sedih dia (paling) tinggi. Tapi bila saya tanya dia, boleh tak kita fokuskan kepada dia punya ni (sedih) dulu. Boleh. Dia memang nak. Sebab dia kata dia tak nak lagi rasa sedih, dia menangis. Dia kesian dekat mak dia. ‘So’ saya fokuskan dekat sini.

Simptom psikosomatik

Selain itu, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga memfokus kepada simptom psikosomatik dengan 6 petikan di bawah 1 tema yang sama, iaitu ‘simptom psikosomatik’. Hal ini difokuskan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) sebagai fokus

intervensi yang selari dengan hasil karya CE-BME yang dihasilkan oleh klien. Pemfokusan kepada aspek fizikal ini dilakukan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) agar kelegaan dapat dilakukan dengan segera, namun Pegawai Psikologi (Kaunseling) meminta pengesahan dahulu daripada klien, seperti kenyataan berikut:

T03: *“Rasa sedih tu kalau dekat ini saya tengok 7 tu dia sakit perut. Saya cuba tanya dia bila sedih, rasa sakit perut, ‘pastu’ dia angguk. Okay sakit perut tu sampai dekat bahagian bawah dekat pinggang, ada dekat peha, sampai sini dia tunjuk kat peha dia rasa penyakit tu tu oh sebab tu dia tanda 7”.*

Penilaian Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Apabila terdapat momen yang tingkah laku klien kanak-kanak dan remaja tidak seperti diharapkan, Pegawai Psikologi (Kaunseling) sendiri membuat keputusan untuk memfokuskan arah penerokaan sesi dari proses melakukan CE-BME, maklumat awal dari rujukan pakar. Subkategori ‘penilaian Pegawai Psikologi (Kaunseling)’ mewakili 6 petikan di bawah 4 tema, iaitu (i) fokus penerokaan, (ii) fokus untuk intervensi, (iii) peneguhan kemahiran daya tindak, dan (iv) fokus kinestetik atau gerakan bukan pemikiran.

Sebagai contoh di bawah tema ‘fokus penerokaan’, Pegawai Psikologi (Kaunseling) menggunakan penilaian sendiri bagi meneroka lebih lanjut aspek anggota badan ‘perut’ yang turut diwarnakan oleh klien kanak-kanak muda berusia 7 tahun, bersekali dengan sebab dirujuk, tidak ke sekolah kerana kerap mengalami cirit-birit. Petikan berikut menjelaskan lagi pembentukan tema atau kod ini:

T03: *“Aa sudah macm mana aku nak tanya ni kan. Ini pun kita ajar juga lukis macam ni, minta dia buat, kan. Pastu 3 kali dia tak faham, lepas tu mana satu nak fokus dulu, lepas tu fikir perut, tengok tanda tu dekat perut ‘so’ saya yakin. Ambil fokus (perut) sebab bila doktor ‘refer because of that’ perut ‘so’ saya sendiri ‘decide’ untuk ‘point’ kan, itulah yang dia punya prioriti”.*

Keadaan ini selari dengan Pegawai Psikologi (Kaunseling) berikut yang membuat keputusan arah tuju sesi dari gambaran visual hasil karya CE-BME klien, momen itu membantu untuk Pegawai Psikologi (Kaunseling) menggerakkan sesi hala tuju ke mana sebagai ‘fokus untuk intervensi’:

T04: *“‘So’, kita ‘highlight’ la dekat situ, kan. Mungkin saya rasa kalau kita tak buat ‘body outline’ ni, kita tak tau ‘which part of her body’ yang kita nak fokus”.*

Pergerakan Klien

Akhir sekali, fokus arah tuju sesi berlaku apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) memfokuskan kepada pergerakan klien dengan 3 petikan di bawah dua tema iaitu: (i) klien buat aktiviti CE-BME dan (ii) klien buat tugas Pegawai Psikologi (Kaunseling). Keadaan ini membantu menggerakkan sesi pada waktu itu, seperti petikan berikut yang mana klien melakukan aktiviti CE-BME dan ini membantu menggerakkan sesi kerana klien fokus kepada aktiviti:

T13: *“‘So’ ada klien dia ‘blur’. Dia ‘blur’, kan apa nak cerita, apa nak buat. ‘So’ ini membuatkan dia sedikit fokus tetapi tidak terlalu terikat”.*

Klien juga melakukan tugas yang diberikan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang berkaitan dengan proses dalam aktiviti CE-BME klien, telah membawa kepada fokus arah tuju semasa sesi bersama klien:

T09: *“Sebelum tu memang kita macam, fikir macam mana lagi kita nak buat dengan dia ni kan? Sebab tugas tu dia macam tak nak buat sangat. Macam aktiviti 10 B tu kan. ‘Even’ pernafasan pun dia macam ‘reluctant’ je. Datang pun sebab nak penuhi ‘temu janji’... kan? Tapi bila dah buat benda ni, tugas saya tu kena dengan diri dia, so dia ‘excited’ lah nak buat”.*

Seterusnya kategori keenam, iaitu terakhir bagi proses membantu berkaitan proses terapeutik diperjelaskan di bahagian berikutnya.

4.3.1.6 Melakukan intervensi dari strategi daya tindak dikenal pasti

Kategori terakhir, iaitu keenam di bawah proses membantu, berkaitan proses terapeutik, terdapat 67 petikan dengan 20 tema atau kod yang diletakkan di dalam 6 subkategori. Subkategori tersebut adalah: (i) Pegawai Psikologi (Kaunseling) kenal pasti strategi daya tindak, (ii) klien beritahu daya tindak, (iii) Pegawai Psikologi (Kaunseling) merancang intervensi dari daya tindak, (iv) pelaksanaan intervensi, (v) daya tindak baru, dan (vi) psikopendidikan kepada ibu bapa. Jadual 4.8 menunjukkan keseluruhan kategori dan subkategori bagi kategori keenam ini, iaitu melakukan intervensi dari strategi daya tindak dikenal pasti.

Pegawai Psikologi (Kaunseling) Kenal Pasti Strategi Daya Tindak

Di bawah subkategori ‘Pegawai Psikologi (Kaunseling) kenal pasti strategi daya tindak’, terdapat sejumlah 26 petikan yang dikelompokkan kepada 8 tema, iaitu (i) nampak kemahiran daya tindak dari CE-BME, (ii) meminta penjelasan dari klien mengenai daya tindak, (iii) kenal pasti daya tindak positif atau negatif, (iv) kenal pasti daya tindak adalah selamat atau sesuai, (v) kenal pasti daya tindak adalah negatif atau tidak selamat, (vi) memahami lebih mendalam daya tindak negatif klien, (vii) bantu

celik akal klien untuk daya tindak lebih selamat, dan (viii) klien bersetuju berubah tingkah laku.

Bagi tema pertama, ‘nampak kemahiran daya tindak dari CE-BME’, Pegawai Psikologi (Kaunseling) mula dapat mengenal pasti secara awal bagi daya tindak klien kepada emosi yang dirasakan. Contohnya seperti petikan berikut:

T17: “Kalaupun dia sedih, dia akan menangis. Lepas tu dia kata kalau dia marah, mulut dia akan mengeluarkan perkataan perkataan yang cabul. Dia mencarut, dia akan maki orang”.

Jadual 4.8

Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 1.6

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.1) Berkaitan Proses Terapeutik	(4.1.1.6) Melakukan intervensi dari strategi daya tindak dikenal pasti (67)	Terapis kenal pasti strategi daya tindak (26)	Nampak kemahiran daya tindak dari CE-BME (4) Meminta penjelasan dari klien mengenai daya tindak (1) Kenal pasti daya tindak positif atau negatif (2) Kenal pasti daya tindak adalah selamat / sesuai (2) Kenal pasti daya tindak adalah negatif / tidak selamat (10) Memahami lebih mendalam daya tindak negatif klien (2) Bantu celik akal klien untuk daya tindak lebih selamat (4) Klien bersetuju berubah tingkah laku (1)
		Klien beritahu daya tindak (10)	Boleh beritahu atau jelaskan daya tindak (10)

Terapis merancang intervensi dari daya tindak (17)	Petunjuk untuk intervensi khusus (2) Merancang intervensi terbaik (3) Daya tindak dari emosi dikenal pasti (6) Fokus emosi positif sebagai daya tindak (3) Fokus emosi positif sebagai intervensi (3)
Pelaksanaan intervensi (9)	Intervensi diberi terus pada sesi pertama (5) Teknik khusus diajar (3) Fokus peneguhan daya tindak klien (1)
Daya tindak baru (3)	Kesedaran klien untuk daya tindak baru (1) Daya tindak baru diperolehi (2)
Psikopendidikan kepada ibu bapa (2)	Sesi ‘ <i>coaching</i> ’ / psikopendidikan yang tepat kepada ibu bapa klien (2)

Seterusnya, dari maklumat awal, tema proses seterusnya, tema kedua adalah Pegawai Psikologi (Kaunseling) akan ‘meminta penjelasan dari klien mengenai daya tindak’ klien, contohnya seperti petikan berikut:

T14: *“Ada satu momen yang dia warnakan marah tu, sikit-sikit tapi kat badan. Mula-mula saya tidak faham, kenapa dia warna sikit-sikit tetapi di seluruh badan. Lepas saya tanya apa maksud awak warna sikit-sikit tetapi di badan, dia cakap “ooo kalau saya marah saya bergetar”. Saya cakap “okay saya faham lah maksudnya bila dia marah tu dia menggeletar lah”.*

Dalam tema ketiga, ‘kenal pasti daya tindak positif atau negatif’, antara contoh petikan yang diperoleh adalah seperti berikut:

T12: *“Dia ada satu habit, dia tidak pandai nak jawab kalau orang marah dia ke, orang buli dia ke. Dia tidak pandai nak jawab tetapi dia akan hentak-hentak kaki”.*

Tema keempat, Pegawai Psikologi (Kaunseling) akan ‘kenal pasti daya tindak adalah selamat atau sesuai’ seperti berikut:

T09: *“Bila dia tanda sedih, pun ada di telinga. Haa... Saya tanya, ‘Awak sedih bila di telinga maksudnya?’ Dia layan muzik-muzik sedih”.*

Seterusnya antara contoh petikan bagi tema kelima, ‘kenal pasti daya tindak adalah negatif atau tidak selamat’ adalah seperti berikut yang sama ada secara agresif atau pasif;

T09: *“Cuma dia takut dekat tangan dia tu ter’over’ buat seperti sebelum ini sebab dia ada ‘history self-harm’ juga, cuma tidak terlalu teruk. Dia ‘still’ lagi ada rational tu”.*

T13: *“Hati tu perasaan marah, mulut tu kalau cakap pun cakap lepas je. Maknanya dia meluahkan secara ‘negative way’ lah. Dia samada memendam (hati) atau kalau dia cakap, dia dah geram sangat, dia cakap yang lepas yang kasar-kasar”.*

Seterusnya dalam tema keenam, Pegawai Psikologi (Kaunseling) akan berusaha ‘memahami lebih mendalam daya tindak negatif klien’ seperti berikut:

T05: *“Dan apa tindakan dia masa dia takut, masa dia sedih, masa dia angry. Memang dia tak meluahkan pada siapa-siapa. Dia hanya tahu duduk diam dalam bilik ‘and then’ dia ambil pisau lipat yang telah disimpan dalam bilik dia. Itu cara ‘coping’ dia untuk membuang rasa sedih, rasa takut, rasa marah tu”.*

Memahami ini akan membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) lebih empati kepada keadaan kebuntuan dan rendahnya strategi daya tindak klien, untuk membantu klien, dan ini dilihat dari tema ketujuh, iaitu ‘bantu celik akal klien untuk daya tindak lebih selamat’. Contohnya seperti berikut:

T09: *“Sebab patient ni dia suka isolate diri dia, sendiri dalam bilik, kita takut negative thought tu yang mendorong dia buat sesuatu yang di luar kemungkinan sebab dia dah ada history dah. Jadi, okay “Adik nak ‘isolate’ tak ada masalah, tapi dalam masa yang sama, apa yang perlu adik buat untuk pastikan emosi tu positif? Yang itulah yang tadi tu yang adik kata gembira sikit tadi tu... di telinga tu, just dengar, hayati benda tu”.*

Akhir sekali, tema kelapan, ‘klien bersetuju berubah tingkah laku’ dan contoh petikan adalah seperti berikut:

T09: *“Momen lain yang saya kira dia bersetuju untuk jadi seorang kakak terutama untuk diri dia, tanggungjawab untuk diri dia. Dia kenal empat emosi ini dia boleh ‘switch’ secara ‘slow-slow’. Bila dah kenal dia marah macam mana, ‘so’ “kalau ayah saya tak tegur ‘or’ tak ada masa banyak untuk saya, mungkin ayah saya sibuk”. ‘So’ dia dah boleh proses benda tu secara rasional, walaupun dia sedang fasa mencuba lagi”.*

Klien Beritahu Daya Tindak

Subkategori kedua di bawah melakukan intervensi dari strategi daya tindak dikenal pasti adalah, ‘klien beritahu daya tindak’. Jika sebelum ini Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang mengenal pasti daya tindak klien, sub kategori ini menunjukkan klien itu sendiri yang memberitahu atau menjelaskan daya tindaknya. Sebanyak 10 petikan berada di bawah tema ini. Antara contoh kepada tema ini adalah seperti berikut:

T09: *“Dia bercerita lebih lanjut apa yang membuatkan dia lebih marah, bila adik tak ikut apa yang dia suruh, apa yang dia minta”.*

T17: *“Dia kata bila dia marah, dia suka tendang atau tumbuk benda yang berjalan. Maksudnya dia kata dia pernah tendang bapak dia, bapak kandung dia. Dan dia juga pernah tumbuk bapak kandung dia. Lepas tu dia kata kalau tak dapat, dia akan tumbuk anjing dia”.*

Pegawai Psikologi (Kaunseling) Merancang Intervensi dari Daya Tindak

Bagi subkategori ketiga, 'Pegawai Psikologi (Kaunseling) merancang intervensi dari daya tindak', terdapat 17 petikan yang dipecahkan kepada 5 tema, iaitu (i) petunjuk untuk intervensi khusus, (ii) merancang intervensi terbaik, (iii) daya tindak dari emosi dikenal pasti, (iv) fokus emosi positif sebagai daya tindak dan (v) fokus emosi positif sebagai intervensi.

Dari aktiviti CE-BME, Pegawai Psikologi (Kaunseling) memperoleh 'petunjuk untuk intervensi khusus', seperti berikut:

T11: *"Melalui proses 'body outline' dan juga melalui proses termometer yang kita nampak tu dia membantu kita sebagai terapis ataupun kaunselor ataupun psikologis untuk 'Oh okey, ini aku akan fokus. Oh, ini aku buat seterusnya.' Dia macam bagi kita satu 'hint', 'Okey, ini. Okey, ini.' Dia macam bagi kita idea, 'Oh, ini aku kena fokus. Oh lepas ni rawatan dia macam ni. Oh, lepas ni, ini aku perlu teroka lagi', 'something like that lah'".*

Seterusnya, Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat 'merancang intervensi terbaik', secara bayangan dan idea awal dahulu, dan contohnya adalah seperti berikut:

T11: *"Bila kita buat sepanjang proses (CE-BME) tu, 'at the end', kita jadi macam, 'Oh ini sebenarnya benda yang ada dalam diri klien yang perlu kita lihat dengan lebih terperinci dan ini yang kita perlu tengok'. Ha, macam tu lah. Maksudnya dari segi pelan rawatan"*

Seterusnya Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga dapat memperkenalkan 'daya tindak dari emosi dikenal pasti', sebagai contoh klien remaja ini mempunyai tingkah laku memberontak, diam dan menangis, dari emosi marah. Maka Pegawai Psikologi (Kaunseling) membantu klien untuk daya tindak dari emosi marah yang dikenal pasti, seperti berikut:

T10: *“Momen lain lagi yang pasal marah. So, marah pada ayah yang dia tak lepaskan tu. Dia macam sakit hati, berdendam dengan ayah kan, ‘so’ dia simpan dalam hati tapi memberontak. Memberontak tu dengan menangis tapi bila ayah tanya macam tak bercakap... dari situ dia sedar yang pendaman itu bukan suatu benda yang baik. Orang kata dia hati ke hati dengan ayah (selepas itu agar faham emosi marahnya)”*.

Terdapat juga Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang memfokus kepada emosi positif sebagai intervensi seperti berikut, iaitu daya tindak bersesuaian dengan klien yang akan gembira apabila bercerita dan ditanya dengan penuh perhatian dan minat oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling):

T09: *“Walaupun gembira ni 4 sahaja. Tapi, dengan cara untuk kita bantu dia, kita minta dia cerita... dan kita nampak reaksi muka dia masa tu, lain sangat berbanding dengan sesi-sesi yang lepas. Baru saya nampak, ‘Okay... dia pun teruja nak bercerita’”*.

Pelaksanaan Intervensi

Terdapat 9 petikan di bawah sub kategori ‘pelaksanaan intervensi’ dengan 3 tema, iaitu (i) intervensi diberi terus pada sesi pertama, (ii) teknik khusus diajar, dan (iii) fokus peneguhan daya tindak klien. Sebagai contoh, bagi tema pertama di bawah subkategori pelaksanaan intervensi, klien ‘diberi intervensi terus pada sesi pertama’, seperti berikut:

T07: *“‘Breathing technique’ tu saya ajar dia ‘last’ (akhir sesi pertama). ‘Okay’ sama-sama buat dengan dia tapi saya tak bagilah ‘tapping’ apa semua tu.. ‘Just’ bagi ‘breathing technique’ sahaja”*.

Selain itu, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga melakukan ‘teknik khusus’ yang diajar kepada klien, seperti berikut sebagai intervensi semasa segera:

T14: *“Satu lagi marah dia pun dekat mulutkan. ‘So’ saya ajar dia juga teknik ‘breathing’ untuk membantu dia untuk rileks, tenang. Dekat mulut dia mengomel tadi, kan. Mengomel, bercakap. ‘So’ kalau perkataan keluar, menjerit”.*

Daya Tindak Baru

Terdapat tiga petikan bagi sub kategori daya tindak baru dengan dua tema, iaitu (i) kesedaran klien untuk daya tindak baru, dan (ii) daya tindak baru diperolehi. Contoh bagi tema pertama, klien sendiri mempunyai kesedaran setelah proses kepada aktiviti CE-BME berlaku, bahawa dia perlu satu daya tindak baru bagi emosi marah di tangannya, seperti berikut:

T15: *“Oleh kerana pandemik dia banyak kat rumah, duduk dalam bilik, berkurung kan. Itulah, dia marah kat tangan kan? Dia pukul adik dia kan? Sebab saya nampak, dia kata, “Sebelum ni saya selalu divert kan kepada ragbi.” Ragbi tu adalah cara dia lepaskan emosi marah, sedih ke, macam tu (kat tangan)”.*

Tema kedua, iaitu daya tindak baru diperolehi, hasil dari diajar oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) setelah mengenal pasti daya tindak klien adalah negatif atau tidak selamat. Contohnya pada petikan berikut, klien memperoleh daya tindak baru berbanding hanya pergi ke kecemasan sahaja apabila sakit dada:

T06: *“Dia dah kenal pasti simptom kemarahan tu. Sebelum sampai yang meletup tu, apa yang perlu dia buat? Dah ada simptom muka dia marah, merah, kepala dia dah sakit. Jantung da haaa... So kena buat ni (pernafasan). Ataupun lari daripada tempat tu. Jangan duduk dekat situ. Supaya untuk dia elakkan daripada apa-apa berlaku. So kita ajarlah teknik urus kemarahan tu”.*

Psikopendidikan kepada ibu bapa

Akhir sekali subkategori keenam adalah psikopendidikan kepada ibu bapa. Terdapat

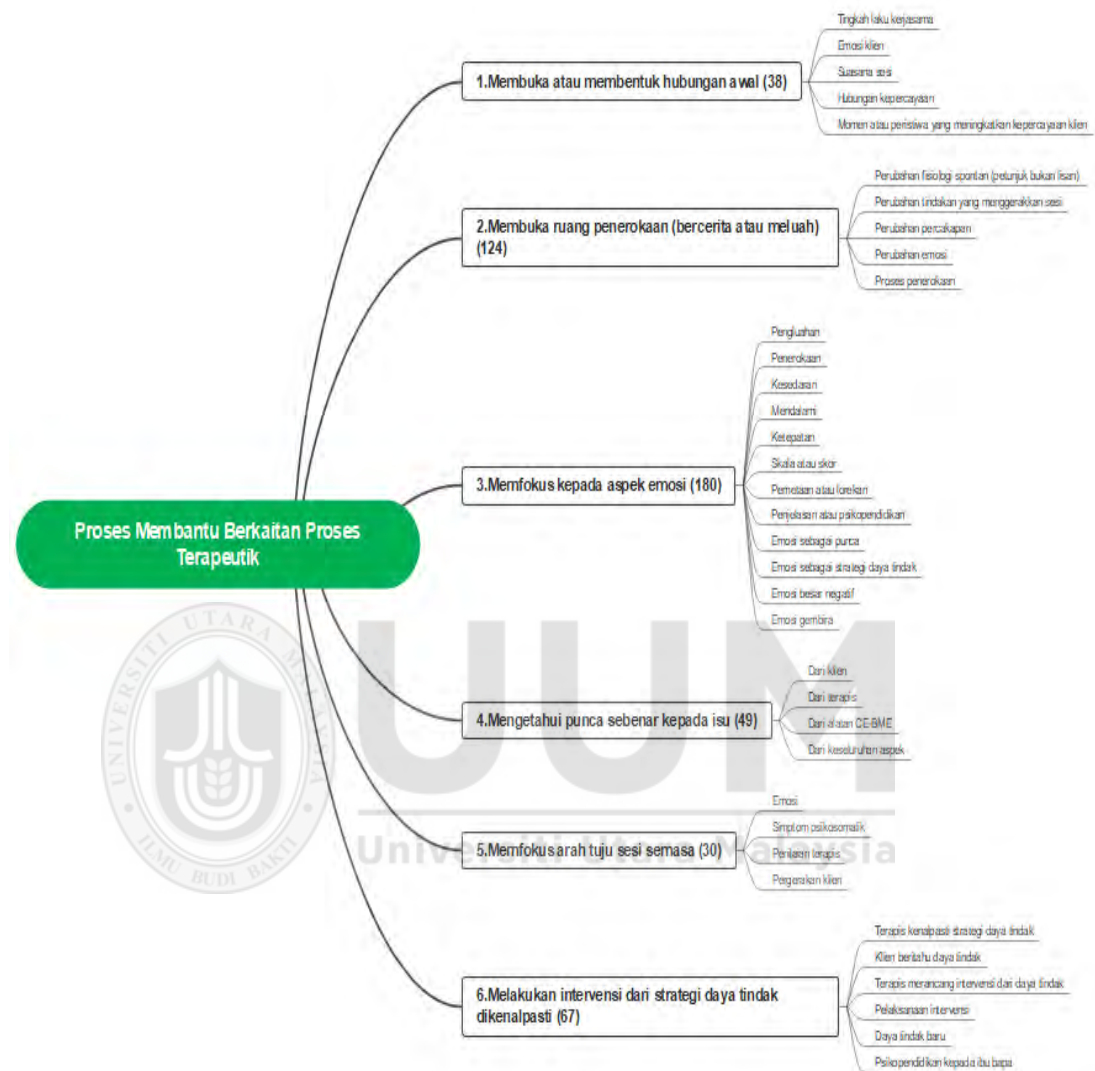
2 petikan di bawah satu tema, iaitu ‘sesi *coaching* atau psikopendidikan yang tepat kepada ibu bapa klien’. Contoh petikan adalah seperti di bawah:

T16: “Saya ‘*educate*’ ‘*parents*’ dia tentang ‘*psychosomatic disorder*’. Ha! Kita jangan ‘*expect*’ yang kanak-kanak bila dia diam, dia patuh, maksudnya dia takkan apa-apa. Ada perubahan emosi dalam badan dia. Kadang-kadang benda tu dia ‘*suppress*’ dalam, jadi kesan tu nanti mungkin dia akan sakit. Bila ‘*check*’ doktor, tak ada apa-apa. So ‘*parents*’ fahamlah benda tu sebenarnya. Tu saya cakap dengan ‘*parents*’ apa-apa pun kita kena bincang, tegas dan lembut tapi kena buat dengan cara berhemahlah”.

T16: “Saya cakap dengan mak dia akan ada satu keadaan anak itu akan memberontak tetapi kita cuba bawa bincang. Kita beritahu dengan anak itu ‘*pro and con*’s apa menyebabkan kita buat macam tu. Jadi maknanya kita bukannya tarik gajet ‘*totally*’. Tidak. Kan? Tapi kita ambil masa sedikit. Daripada mungkin sebelum ni empat jam, kita beri tiga jam dulu. Lepas tu kita tarik sikit-sikit supaya anak tak rasa terlalu kehilangan sangatlah gajet tu. Saya kata dekat mak dia, buat secara berperingkat. Jangan too harsh nanti budak tak boleh nak ‘*cope*’ kan?”.

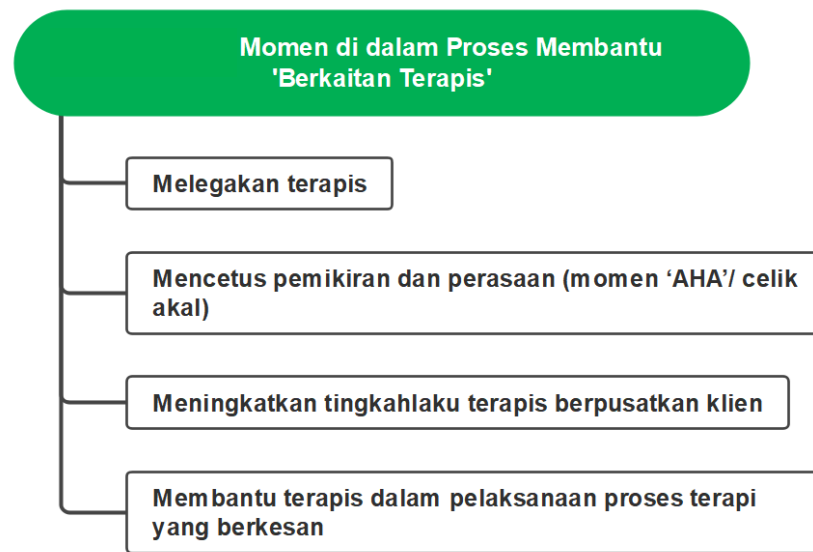
Situasi ini membantu mengukuhkan sokongan kepada daya tindak baru klien apabila ibu bapa memahami dan turut terlibat dalam proses terapi ini.

Memandangkan proses membantu berkaitan proses terapeutik sahaja melibatkan sebahagian besar dari kod di dalam analisis Teori Asas (489 petikan), pengkaji merumuskan enam aspek atau kategori di dalam proses membantu ‘berkaitan proses terapeutik’ seperti Rajah 4.4 berikut:



Rajah 4.4. Subkategori bagi proses membantu berkaitan proses terapeutik beserta bilangan kod dari analisis teori asas

4.3.2 Proses Membantu Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)



Rajah 4.5. Kategori dalam proses membantu ‘Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)’

Terdapat empat kategori momen di dalam proses membantu ‘berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)’ iaitu (i) melegakan Pegawai Psikologi (Kaunseling), (ii) mencetus pemikiran dan perasaan (momen ‘AHA’ atau celik akal), (iii) meningkatkan tingkah laku Pegawai Psikologi (Kaunseling) berpusatkan klien, dan (iv) membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam pelaksanaan proses terapi yang berkesan.

4.3.2.1 Melegakan Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Jadual 4.9 berikutnya menunjukkan kategori pertama, bagi proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), iaitu ‘melegakan Pegawai Psikologi (Kaunseling)’. Terdapat sejumlah 13 petikan di bawah 2 subkategori, iaitu (i) emosi positif dan (ii) kelegaan yang terapeutik.

Jadual 4.9

Sub Kategori dan Tema bagi Proses Membantu 2.1

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.2) Berkaitan Terapis	(4.1.2.1) Melegakan terapis (13)	Emosi positif (9)	Gembira, teruja dan seronok (5) Gembira tercapai matlamat mahu terokai emosi (1) Gembira kerana dapat petunjuk untuk bantu lebih baik (1) Kepuasan sebab dapat empati kepada emosi klien (1) Terharu kerana dihargai klien (1)
		Kelegaan yang terapeutik (4)	Lega apabila buat CE-BME bersama-sama (2) Lega dari 'stuck' (2)

Emosi Positif

Bagi subkategori pertama, emosi positif, terdapat 9 petikan di bawah 5 tema, iaitu (i) gembira, teruja, seronok, (ii) gembira tercapai matlamat mahu terokai emosi, (iii) gembira kerana dapat petunjuk untuk bantu lebih baik, (iv) kepuasan sebab dapat empati kepada emosi klien, dan (v) terharu kerana dihargai klien.

Bagi emosi positif, dengan tema pertama iaitu 'gembira, teruja dan seronok', Pegawai Psikologi (Kaunseling) merasai perasaan positif gembira, atau teruja, atau seronok apabila sesi menggunakan alatan seni kreatif CE-BME pada momen tertentu, contohnya pada petikan berikut:

T09: *“Masa dia nak buat tu saya dah rasa ‘happy’ sebab dia nak ikut apa yang kita buat. Lukis-lukis ni, ‘colour-colour’ ni”.*

T16: *“‘Colour’ gembira tu. Haa macam..rasa macam terujalah. Seronok pun ada. Cakap oh budak ni dulu dia rasa gembira dekat muka je sekarang dekat semua kaki, tangan dia ada”.*

Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga dalam tema kedua berasa ‘gembira kerana tercapai matlamat mahu terokai emosi’ dan contoh petikan berikut menjelaskan lagi tema ini:

T15: *“Saya pun rasa ‘happy’ juga dapat membantu. Maksudnya, ini sebenarnya yang kita nak tahu emosi dia, yang boleh kita bantu. Dan saya nampak, dia pengsan itu pun, mungkin juga disebabkan isu emosi dia yang perlu saya teroka lagi lah”.*

Seterusnya tema ketiga ‘gembira kerana dapat petunjuk untuk bantu lebih baik’, dapat dijelaskan dari petikan berikut:

T09: *‘Saya rasa gembira jugalah sebab kita dah nampak petunjuk kita nak bantu dia tu ikut mana. Emosi mana untuk dia ‘coping’ dengan dia punya emosi yang negatif tadi”.*

Tema keempat, Pegawai Psikologi (Kaunseling) alami rasa ‘kepuasan sebab dapat empati kepada emosi klien’ dan emosi positif ini mendorong para Pegawai Psikologi (Kaunseling) untuk meneruskan sesi psikoterapi yang berkesan. Contoh bagi tema adalah seperti berikut:

T02: *“Bila kita ‘explore’ emosi, dia macam ada rasa satu perasaan empati dekat klien tu. Maksudnya kita rasa empati semasa kita ‘explore’ tu, kita rasa macam satu kepuasan, bila kita sendiri rasa empati”.*

Akhir sekali, tema kelima, iaitu Pegawai Psikologi (Kaunseling) rasa ‘terharu kerana dihargai klien’ turut dialami oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) sebagai aspek melegakan Pegawai Psikologi (Kaunseling). Ia dapat dijelaskan dari petikan berikut:

T06: *“Mata makcik sentiasa di kepala saya. Haaa dia cakap”.*

Kelegaan yang terapeutik

Selain proses membantu (berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)) yang melegakan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dari aspek emosi positif, subkategori kedua adalah melegakan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dari aspek ‘kelegaan yang terapeutik’. Subkategori ini dihasilkan oleh 4 petikan dari 2 tema, iaitu (i) lega apabila buat CE-BME bersama-sama, dan (ii) lega dari ‘stuck’. Contoh kepada tema ‘lega apabila buat CE-BME bersama-sama’ adalah seperti di bawah:

T07: Selepas ikut kelas ‘training’ hari itu, kita buat sama-sama. Jadi saya rasakan sebab dia (klien) buat, dan kita pun buat, jadi kita pun macam ‘release’kan emosi kita juga tau. Saya rasa momen tu sangat Sangat ‘best’lah. Sebelum ni rasa ‘stuck’,kan. Ha! macam tu. Oh! macam mana ni... sekarang rasa macam seolah-olah ‘debriefing’ untuk kita, kan. Sebab klien saya kan banyak”.

4.3.2.2 Mencetus pemikiran dan perasaan (momen ‘AHA’/ celik akal)

Kategori kedua bagi momen proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) adalah ‘mencetus pemikiran dan perasaan (momen ‘AHA’ atau celik akal)’ yang membawa kepada sejumlah 23 petikan. Ia dikelompokkan kepada tiga tema, iaitu (i) berkaitan maklumat, (ii) momen mencetus rasa, dan (iii) jalan solusi

bantu. Jadual 4.10 menunjukkan subkategori dan tema-tema yang terkandung di dalam sub kategori ini.

Jadual 4.10

Sub Kategori dan Tema bagi Proses Membantu 2.2

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.2) Berkaitan Terapis	(4.1.2.2) Mencetus pemikiran dan perasaan (momen 'AHA'/ celik akal) (24)	Berkaitan maklumat (9)	Tahu maklumat lebih terperinci (3) Faham lebih mendalam (3) Tahu apa pemikiran negatif (2) Nampak sudut lain bukan emosi semata (1)
		Momen mencetus rasa (10)	Ada sesuatu untuk terokai (1) Rasa mesti kena bantu klien (5) Sedar setiap emosi penting (2) Sedar klien perlu kemahiran asertif (1) Sedar klien nak bantu diri (1)
		Jalan solusi bantu (5)	Nampak cara nak bantu (5)

Berkaitan maklumat

Dari subkategori 'berkaitan maklumat', terdapat 9 petikan dengan 4 tema atau kod iaitu, (i) tahu maklumat lebih terperinci, (ii) faham lebih mendalam, (iii) tahu apa pemikiran negatif, dan (iv) nampak sudut lain bukan emosi semata.

Tema pertama, 'tahu maklumat lebih terperinci' menunjukkan 3 petikan di bawah tema ini, antara adalah seperti berikut:

T08: *"Dan kita dapat tahu lebih 'detail', lebih 'deep', apa yang klien alami sebenarnya".*

Tema ketiga ‘tahu apa pemikiran negatif’ klien, adalah maklumat yang membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) memahami pemikiran negatif klien datang dari emosi marah, seperti berikut:

T09: “Jadi, bila marah ni kita tanya dia... ‘Apa yang awak fikir bila awak marah?’ Bila dia geram dengan adik dia, dia rasa kadang-kadang macam nak bunuh, nak cekik-cekik, nak inilah... sebab tangan tadi kan, dia kata dia takut dia tendang adik dia ke, tampar adik dia ke”.

Momen mencetus rasa

Di dalam subkategori ‘momen mencetus rasa’ ini, terdapat 10 petikan momen yang dikelompokkan kepada 5 tema atau kod, iaitu (i) ada sesuatu untuk diterokai, (ii) rasa mesti kena bantu klien, (iii) sedar setiap emosi penting, (iv) sedar klien perlu kemahiran asertif, dan (v) sedar klien nak bantu diri.

Contohnya dalam tema pertama, ‘ada sesuatu untuk diterokai’, petikan berikut menjelaskan lagi makna tema ini:

T06: “Haaa. Dia punya ‘colour’ merah tu dia tekan tu, banyak la. Macam kita, “ouhhh, ini ada ‘something’ ni, yang saya kena ‘explore’ ni”. Haaa kan”.

Seterusnya tema kedua, ‘rasa mesti kena bantu klien’, dapat diperhatikan dari petikan berikut:

T06: “Bila dia beritahu, bercerita pasal simptom dia, sesak nafas, tak boleh bernafas, sakit belakang, dan tak tau kenapa. Momennya saya terus kata dalam hati, “oh dia ni kena bantu ni”. Intervensinya masalah emosi”.

T07: “Pada saya, oh macam tu dia rasakan. Yelah kita merasakan apa yang dia rasa, jadi tu yang saya kata Ya Allah bantulah dia. Bantulah dia. Kita doa supaya Allah bantu dia... Dia dapat happy, dapat balik kehidupan dia kan”.

Seterusnya dalam tema ketiga dalam momen mencetus rasa, Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘sedar setiap emosi penting’ dan mahu melakukan ‘body outline’ bagi setiap emosi secara berasingan seperti dikongsikan di dalam latihan CE-BME. Petikan berikut menjelaskan lagi makna tema ini:

T11: “Saya melihat klien ni di setiap emosi ni, dia ada ‘something’ yang macam perlu teroka satu-satu dengan lebih dalam, ataupun satu-satu lebih fokus. ‘And then’ saya ‘start’ berfikir, ‘Oh, mungkin saya perlu buat BME ni, satu ‘body outline’ satu emosi. Saya terfikir macam tu. Jadi mungkin boleh teroka dengan lebih dalam tapi kita pilih emosi yang mungkin kita nampak lagi menonjol lah. Contoh macam takut dan marah tu”.

Selain itu terdapat momen yang Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘sedar klien perlu kemahiran asertif’, sebagai tema keempat, dan petikan di bawah adalah momen yang membawa maksud ini:

T12: “Klien kata ‘saya tahu kakak saya akan marah saya, tetapi saya tidak ada pilihan. ‘So’ saya buat sahaja (kerja sekolah rakan). Dekat situ yang terdetik dalam hati saya adakah klien ini tidak tahu macam mana nak menggunakan ‘assertiveness’ dalam diri dia”.

Tema terakhir, yang kelima, momen yang mencetus rasa hati Pegawai Psikologi (Kaunseling) adalah apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘sedar klien nak bantu diri’. Ini dapat diperjelaskan lagi dari petikan berikut:

T07: “Yes dia nak bantu diri dia dan dia nak berubah sebenarnya kan”.

Subkategori ketiga adalah ‘jalan solusi bantu’ yang membawa kepada 1 sahaja tema, iaitu ‘nampak cara nak bantu’ yang merangkumi 5 petikan. Contoh petikan kepada aspek ini adalah seperti berikut:

T15: “*Saya nampak macam, saya dah ada, maksudnya, dalam laluan yang betul untuk membantu dia.*”

T09: “*Sebabnya dah nampak dah cara nak bantu dia ni, melalui saluran mana, sebab emosi dia banyak yang tinggi untuk bahagian negatif tu*”

4.3.2.3 Meningkatkan tingkah laku Pegawai Psikologi (Kaunseling) berpusatkan klien

Kategori ketiga bagi proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) adalah ‘meningkatkan tingkah laku Pegawai Psikologi (Kaunseling) berpusatkan klien’. Terdapat 3 subkategori, iaitu (i) empati, (ii) kongruen, dan (iii) penerimaan tanpa syarat dengan sejumlah 25 petikan di bawah subkategori ini. Rajah 4.11 menunjukkan subkategori dan tema atau kod yang dimaksudkan.

Jadual 4.11
Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 2.3

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.2) Berkaitan Terapis	(4.1.2.3) Meningkatkan tingkah laku terapis berpusatkan klien (25)	Empati (15)	Empati kepada klien (10) Boleh rasa emosi klien (2) Sentuh emosi dalam klien (<i>grief</i>) (1) Memenuhi keperluan klien kanak-kanak beraktiviti (1) Melayani momen senyap (1)
		Kongruen (8)	Melakukan bersama-sama (1) Mencabar pemikiran dan tingkah laku negatif/tidak selamat klien (3) ' <i>confront</i> ' klien secara positif (2) Menilai kejujuran klien (2)
		Penerimaan tanpa syarat (2)	Tidak menilai klien (1) Kebebasan memilih warna (1)

Empati

Terdapat 15 petikan di bawah subkategori 'empati' di bawah kategori proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) meningkatkan tingkah laku Pegawai Psikologi (Kaunseling) berpusatkan klien. 5 subtema berada di bawah 'empati', iaitu: (i) empati kepada klien, (ii) boleh rasa emosi klien, (iii) sentuh emosi dalam klien (*grief*), (iv) memenuhi keperluan klien kanak-kanak beraktiviti, dan (v) melayani momen senyap.

Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat empati kepada klien, contohnya seperti berikut:

T02: *"Bila kita 'explore' emosi, dia macam ada rasa satu perasaan empati dekat 'patient' tu".*

T02: *"Malu dengan takut ni, bagi kita orang dewasa, kita rasa benda tu kita boleh manage. Tapi bagi kanak-kanak yang umur 12 tahun, 13 tahun dia bukan benda yang mudah untuk dia nak bantu diri dia. Sebab tu dia akan rasa 'shaking' dekat dia punya paha".*

Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga dapat merasai emosi klien, sehingga dapat mengeluarkan apa dirasai oleh klien sehingga mengeluarkan satu terma lain, seperti petikan berikut:

T06: *"Bila dia cerita macam tu, kita (rasa) sangat sedih la. Macam dia rasa diri dia terbuang".*

Akhir, Pegawai Psikologi (Kaunseling) telah melayani momen senyap bersama klien, dan ini dapat dijelaskan melalui petikan berikut:

T12: *"Kami melalui 'silent' punya momenlah 'which is' dia dengan suasana dia, saya dengan saya punya 'body outline'".*

Ia berdasarkan keperluan semasa klien untuk memfokus kepada melakukan aktiviti CE-BME dan aktiviti CE-BME telah meningkatkan tingkah laku Pegawai Psikologi (Kaunseling) agar dapat menghormati dan memahami keperluan masa bersendirinya klien ini.

Kongruen

Terdapat 8 petikan bagi subkategori tema, dengan 4 tema atau kod, iaitu (i) melakukan bersama-sama, (ii) mencabar pemikiran dan tingkah laku negatif atau tidak selamat klien, (iii) 'confront' klien secara positif, dan (iv) menilai kejujuran klien. Contoh petikan bagi tema 'melakukan bersama-sama' adalah seperti berikut:

T01: "Buat body outline, buat dengan dia sekali. Bila sama-sama buat dia rasa macam aktiviti tu kita tak pandang dia seorang, saya rasa bagi kebebasan".

Apabila melakukan bersama-sama, Pegawai Psikologi (Kaunseling) telah kongruen dengan klien dan tidak membiarkan klien melakukan aktiviti CE-BME sendirian. Seterusnya, Pegawai Psikologi (Kaunseling) ada 'mencabar pemikiran dan tingkah laku negatif atau tidak selamat klien', seperti petikan berikut:

T09: "Tukar cara sedih tu daripada terus layan emosi yang negatif tu kepada benda yang positif. Benda yang orang kata emosi yang gembira nilah. Saya kata, 'daripada awak teruskan dengar lagu sedih, kenapa tak dengar lagu yang tadi awak kata boleh gembirakan awak, memotivasikan awak, jadi awak ada pilihan kat situ'".

T12: Masa itu reaksi dia macam dia tidak confident dia kata "ye ke saya boleh buat macam itu". Dan saya cabar dia awak pernah buat ke tidak? Saya cakap awak tidak pernah buat 'then' awak tidak 'confident' lah tetapi kalau awak pernah (buat) sekali awak mungkin akan pandai untuk gunakan pada masa akan datang".

Mencabar dan melakukan konfrontasi kepada klien menjadi lebih mudah apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) menggunakan CE-BME yang dihasilkan oleh klien dalam perbincangan mereka.

Penerimaan tanpa syarat

Subkategori Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘menerima tanpa syarat’ mengandungi 2 petikan, dan dipecahkan kepada dua tema, iaitu (i) tidak menilai klien, dan (ii) kebebasan memilih warna. Petikan berikut menjelaskan lagi tema ini:

T17: *“Kita terima dia tu. dia kata dia takut, kita terima seadanya tahap takut dia tu”.*

T05: *“Dia meluahkan bukannya kita buat ‘assumption’ apa-apa. Kita tak buat kesimpulan daripada apa yang dia ‘colour’ daripada ‘body outline’ tu. Semuanya memang daripada dia”.*

Sewaktu melaksanakan aktiviti CE-BME, Pegawai Psikologi (Kaunseling) tidak menilai klien dan memberikan kebebasan kepada klien dalam pemilihan warna untuk emosinya. Secara tidak langsung aktiviti seni ini telah meningkatkan tingkah laku Pegawai Psikologi (Kaunseling) berpusatkan klien.

4.3.2.4 Membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam pelaksanaan proses terapi yang berkesan

Kategori terakhir, dalam proses membantu yang berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) adalah ‘membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam pelaksanaan proses terapi yang berkesan’. Terdapat 133 petikan dengan 6 subkategori, iaitu: dari aspek (i) kaedah atau pendekatan, (ii) kemahiran dalam proses terapi, (iii) kejelasan dan ketepatan, (iv) intervensi atau perawatan, (v) ketahui punca sebenar, dan (vi)

berkaitan daya tindak. Rajah 4.12 menunjukkan tema atau kod bagi keenam-enam subkategori ini.

Kaedah atau pendekatan

Terdapat 9 petikan di bawah subkategori pertama ini, iaitu ‘kaedah atau pendekatan’, iaitu (i) tidak perlu tanya atau fikir banyak, dan (ii) arahan mudah, dan ‘flow’ lancar. Pernyataan berikut menjelaskan lagi cara alatan CE-BME membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam pelaksanaan proses terapi dari segi ‘tidak perlu tanya atau fikir banyak’:

T12: *“Lepas itu dia ambil (alatan aktiviti), saya bagi ‘instruction’ itu sekali saja. Maksudnya saya tidak perlu ulang.*

T13: *“Kita pun dah ada ‘guideline’ kita, apa sebenarnya yang kita nak teroka. Kan? Berbanding kita fikir sendiri soalan-soalan yang perlu ditanya sebab benda ni dah memudahkan kita sebab tu proses membantu tu lebih cepat daripada kita nak ‘create’ okay, apa perasaan awak?”*

Pegawai Psikologi (Kaunseling) hanya perlu ikut sahaja langkah demi langkah, dan pernyataan berikut menjelaskan lagi maksud tema bagaimana CE-BME membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) dari segi ‘arahan yang mudah dan ‘flow’ lancar, seperti berikut:

T11: *“Saya rasa saya tak perlu berfikir (banyak). Ikut ‘the flow’ ja, ha! macam tu lah. Ikut ‘the flow’.*

T06: *“Momen yang membantu ialah bila saya ‘explain’ kat dia, dia pun faham diri dia”.*

Kemahiran dalam proses terapi

Dari aspek kemahiran dalam proses terapi, sebanyak 61 petikan diperoleh berkaitan subkategori ini, dengan 8 tema atau kod, iaitu: kemahiran (i) ‘engagement’, (ii)

memahami proses dan tindakan emosi klien, (iii) menganalisis maklumat emosi, aktiviti, tema isu, (iv) bertanya soalan dengan lebih berkesan, (v) meminta penjelasan dengan mudah, (vi) memilih fokus yang betul, (vii) menggunakan sensori secara holistik, dan (viii) memberi celik akal.

Sebagai contoh, Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat menggunakan kemahiran ‘memahami proses dan tindakan emosi klien’, seperti berikut:

T11: Jadi di situ maksudnya kita dapat melihat semulalah, apa sebenarnya klien cuba sampaikan. Dia kata tangan untuk membuat ‘wallpaper’ tetapi sebenarnya dalam masa yang sama ada dua-dua (anggota badan), dia seronok buat, dan dia juga suka melihat.

Seterusnya dalam tema ‘kemahiran bertanya soalan dengan lebih berkesan’, Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat melakukan kemahiran ini disebabkan oleh terdapat banyak maklumat di dalam CE-BME yang boleh diterokai, contohnya seperti petikan berikut berikut:

T03. *“Dia (CE-BME) ‘kind a clear’ dekat kita bahawa, ‘this is how she feels, how she behaves’. ‘So’, kita tanya dekat dia, tengah ni apa? Hati ke? Jantung ke? ‘And then’, kita boleh ‘explore’, ‘that parts’ tu. Kepala tu kita tanya, sampai sakit kepala ke. Sampai pening ke. Sampai rasa nak pengsan ke. ‘All those parts’ tu, banyak soalan yang kita boleh tanya dan kita boleh ‘explore’ dia balik”.*

Selain itu, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga dapat menggunakan ‘menggunakan sensori secara holistik’, seperti contoh berikut:

T10: *“Kita bukan setakat menggunakan kita punya ‘mental ability’ tetapi kita juga menggunakan kemahiran kita dari segi kinestetik. Sambil berbincang, melukis, kita tunjuk, ‘ini apa?’ Maksudnya proses visual tu berlaku, proses audiologi itu berlaku, proses kinestetik itu pun berlaku. Jadi ia macam seimbang”.*

Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga dapat ‘memberikan celik akal’ atau perspektif lain kepada klien, di dalam proses terapi, seperti berikut:

T18: *“Ada ketikanya dalam ‘scene’ Joker tu dia menampakkan dia seorang yang penyayang, kan. Tapi kalau ikut dalam cerita tu lebih digambarkan seolah-olah Joker tu memang ganaskan? Ha jadi itu yang saya cuba berbincang dengan klien untuk melihat dari sudut yang positif (kebaikan sifat Joker)”.*

T10: *“Klien marah kepada ayah yang dia tak lepaskan. Dia macam sakit hati, berdendam dengan ayah, dia simpan dalam hati tapi memberontak. Memberontak tu dengan menangis tapi bila ayah tanya macam tak bercakap, tapi bila mari dekat kita cakap ayah tak ada masa banyak, ‘so’ kita bantu rasionalkan. Ayah kerja sebagai apa, ayah perlu ‘struggle’ untuk apa, ‘so’ dari situ dia sedar yang pendaman itu bukan suatu benda yang baik. Orang kata dia hati ke hati dengan ayah.*

Kejelasan dan ketepatan

Subkategori ketiga di dalam proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dari aspek membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) melaksanakan proses terapi yang berkesan adalah ‘kejelasan dan ketepatan’. Subkategori ini mempunyai 9 petikan dengan 4 tema atau kod, iaitu (i) bertanya atau menjelaskan dengan tepat mengenai emosi klien dari CE-BME, (ii) boleh menggunakan ayat emosi yang menjelaskan tentang ahli keluarga, (iii) boleh memberi refleksi yang tepat, dan (iv) boleh provokasi dengan tepat kepada klien dengan menggunakan CE-BME. Ia berkaitan dengan aspek ‘jelas’ dan ‘tepat’.

Contoh bagi tema kedua, iaitu Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘boleh menggunakan ayat emosi yang menjelaskan tentang ahli keluarga klien’, adalah seperti berikut:

T09: *“Kalau macam ayah dia selalu cakap ‘budak ni macam mengamuk, saya pun susah hendak kerja’, ‘so’ negatif yang ayah dia labelkan untuk dia. Tapi bila kita*

‘explain’ dekat situ dan saya kata ‘semua orang terkesan dengan kehilangan ibu dengan adik, sama ada ayah ataupun adik yang umur 6 tahun tu’. Dari situ dia angkat kepala sikit, dan angguk-angguk”.

Keadaan ini berlaku kerana Pegawai Psikologi (Kaunseling) amat pasti bahawa kesan kepada kehilangan iaitu kedukaan atau kesedihan (*grief*) turut dialami oleh ahli keluarga lain termasuk bapa dan adik kecil, selain klien remaja itu sendiri.

T08: *“Contoh macam dia cakap sedih, sedih dekat hati. Apa yang awak buat bila sedih? Situ pun dah dapat celik akal dah, apa yang dia buat. Dia kena, ‘oh! okay apa yang dia buat eh waktu sedih?’ Contohnya benda tu (aktiviti mengurus emosi itu) tak sesuai”.*

Contoh tema keempat, ‘boleh provokasi dengan tepat kepada klien menggunakan CE-BME’, menunjukkan bahawa provokasi secara selamat boleh berlaku apabila ada ‘bukti’ dari CE-BME yang ditandakan oleh klien dan dapat ditanyakan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) dengan cara yang tidak mengancam klien:

T13: *“Bila dia dah buat ni, kita akan tanya balik, okey yang ini, mana perasaan yang paling tinggi? Okey, kalau dekat sini, perasaan malu. Betul ke ini yang awak rasakan sekarang? Betul ke perasaan malu yang paling tinggi? Dia fikir. Ya. Dia pun fikir balik, ya betul inilah perasaan saya yang paling tinggi pada masa itu.*

Intervensi atau perawatan

Terdapat 11 petikan bagi momen proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dari aspek membantu pelaksanaan proses terapi yang berkesan, untuk subkategori intervensi atau perawatan. 5 tema di bawahnya, iaitu (i) dapat petunjuk intervensi dan proses bantuan berjalan dengan baik, (ii) terarah dan fokus yang betul untuk intervensi, (iii) dapat merancang intervensi atau rawatan yang terbaik, (iv) dapat pengesahan dari apa psikiatri kata, dan (v) dapat sahkan hasil CE-BME dengan keputusan DASS klien (dan sebaliknya).

Contohnya tema pertama, Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘dapat petunjuk intervensi dan proses bantuan berjalan dengan baik’, seperti petikan berikut:

T11: *“Macam bagi satu ‘hint’, ‘Okey, ini. Okey, ini’, macam bagi kita idea, ‘Oh, ini aku kena fokus. Oh lepas ni rawatan dia macam ni. Oh, lepas ni, ini aku perlu teroka lagi’.*

Seterusnya dalam tema kedua, Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat ‘terarah dan fokus yang betul untuk intervensi’ apabila ada cukup maklumat dari aktiviti CE-BME: seperti berikut:

T11: *“Proses ini memberi maklumat kepada kita untuk proses perancangan sesi yang kedua ataupun perancangan rawatan yang seterusnya macam tu”.*

T04: *“‘So’, kita ‘highlight’ dekat situ, kan. Saya rasa mungkin kalau kita tak buat ‘body outline’ ni, kita tak tahu ‘which part of her body’ yang kita nak fokus.*

Selain itu, tema kelima, Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘dapat sahkan hasil CE-BME dengan keputusan DASS klien (dan sebaliknya)’, seperti contoh petikan berikut, CE-BME dibuat dahulu baru DASS, manakala petikan di bawahnya menunjukkan sebaliknya (DASS dahulu, baru CE-BME), dan kedua-duanya adalah saling mengesahkan:

T06: *“Masa yang pertama ni jugak, saya buat ujian DASS. Sebab kita nak mengesahkan lagi kan. Dia nampak macam agak ‘heavy’, kan. Jadi saya buat ujian DASS. So bila buat ujian DASS, memang sah lah (domain tekanan, keseimbangan dan kemurungan tinggi).*

T13: *“Sebab sebelum ni untuk sesi pertama saya saya dah ‘explore’ isu dan saya dah buat DASS. So dia punya simptom ‘depression’ tu sangat teruk, dan itu secara kuiz kan, tapi ini (CE-BME) mengesahkan lagilah.*

Ketahui punca sebenar

Proses membantu kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) seterusnya adalah ‘ketahui punca sebenar’. Terdapat 28 petikan di bawah 4 tema atau kod. 4 tema tersebut adalah:

(i) dapat tahu punca sebenar isu, (ii) dapat tahu sebab kepada masalah tingkah laku, (iii) dapat tahu punca psikosomatik, dan (iv) dapat kenal pasti solusi tepat dari punca.

Tema pertama, ‘dapat tahu punca sebenar isu’, melibatkan 12 petikan, dan antaranya adalah seperti berikut:

T13: *“Perasaan malu apa semua tu tinggi, ‘actually’ bukan berkaitan dengan insiden tu sangat tau tetapi sebenarnya kita nampak perkara lain. Maksudnya ialah dia ada isu dalam ‘family’ dia sendiri yang dia tidak ‘ngam’ dengan kakak dia. Haa sebenarnya benda tu mempengaruhi atau memperkuatkan lagi emosi-emosi dia.*

T11: *“Melalui proses (alatan CE-BME), saya nampak (sesuatu), dan melalui maklumat yang saya dapat daripada mak klien, saya tak nampak klien ni ‘anger’ dengan ayah dia. Tapi saya nampak dia sebenarnya nak kasih sayang ayah dia dan perhatian”.*

Tema kedua, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga ‘dapat tahu sebab kepada masalah tingkah laku’, dan petikan berikut menjelaskan lagi tema ini:

T12: *“‘Negative thoughts’ inilah yang menyebabkan ‘mood’ dia kembali ‘down’ setiap kali berlaku konflik dalam rumah tu, tekanan untuk diri dia.*

T13: *“Bila kita ‘explore’ benda ni ‘slowly’, kita tumpu betul-betul pada ‘feelings’, bukan insiden (penderaan seksual), then ia ‘come out’ dengan sebenarnya isu yang lain”.*

Manakala tema ketiga, Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘dapat tahu punca psikosomatik’, dan ia diperolehi dari aktiviti pewarnaan CE-BME (contoh emosi takut

di perut; petikan pertama) dan cerita mendalam diperoleh daripada proses aktiviti CE-BME bersama klien. Petikan berikut menjelaskan lagi tema ini:

T16: *“Jadi bila dah masuk bulan 7, 8, 9 kena pergi sekolah ‘face-to-face’, banyak kerja sekolah diberi dan kena hantar, kena ‘submit’ masa tu baru ‘pressure’ tu datang kepada klien ni. Jadi mak dia ‘push’ suruh hantar kerja sekolah juga. Suruh pastikan anak dia buat kerja sekolah. Jadi ‘start’ daripada situ simptom dia muntah, jadi ‘diarrhea’ tu ‘develop’.*

T11: *“Doktor sampai buat surat untuk ‘refer’ balik untuk periksa mata. Takut dia sakit mata sampai melibatkan sakit kepala. Dia cakap ‘tak, mata saya okay’, dia kata. ‘tak perlulah nak kena rujuk sebab nanti ibu kena bawa saya pergi sini lagi’. Ibu dia ni buat kuih, so tak ada duit sangatlah bila nak datang sini dia terpaksa minta bantuan orang datang ke hospital. Itu adalah salah satu sebab kenapa dia rasa macam tak payah pun nak buat itu semua sebab ada benda lain sebenarnya.... ‘That’s why doctor’ masukkan dia dekat wad sebab nak ‘investigate’ apa punca dia kerap sakit kepala”.*

Berkaitan daya tindak

Subkategori terakhir bagi momen proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) adalah ‘berkaitan daya tindak’. Terdapat 15 petikan dari 2 tema, dan dua tema itu adalah (i) ‘tahu daya tindak klien’, dan (ii) boleh bantu beri daya tindak baru yang lebih selamat’.

Contoh petikan bagi tema pertama, ‘tahu daya tindak klien’ adalah seperti berikut:

T15: *“Okey, kalau ikutkan tanda, dia lorek ni, di tangan pun ada marah tu. Sebab dia selalu pukul adik dia. Adik dia tempat dia ‘channel kan emosi tu. Sebab tu nampak di tangan, marah ada, takut ada, marah juga di tangan dan juga kaki”.*

Seterusnya tema kedua bagi subkategori ini, ‘boleh bantu beri daya tindak baru yang lebih selamat’, adalah seperti petikan berikut:

T09: *Sesi sebelum ni, saya ada bagi 'flyers' menangani stres yang 10B tu. Nampak macam tak berapa nak jalan, dia pun macam payah sikitlah nak buat benda tu. Ada... tapi tak konsisten. Jadi, saya buat 'body outline' ni, kita nampak oh sebenarnya yang boleh bantu dia ni bila dia dengar muzik.*

Kesimpulannya proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) melibatkan 6 aspek, iaitu kaedah atau pendekatan, kemahiran dalam proses terapi, kejelasan dan ketepatan, intervensi atau perawatan, ketahui punca sebenar dan berkaitan daya tindak klien. Jadual 4.12 menunjukkan subkategori dan tema yang terlibat bagi setiap subkategori ini.

Jadual 4.12

Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 2.4

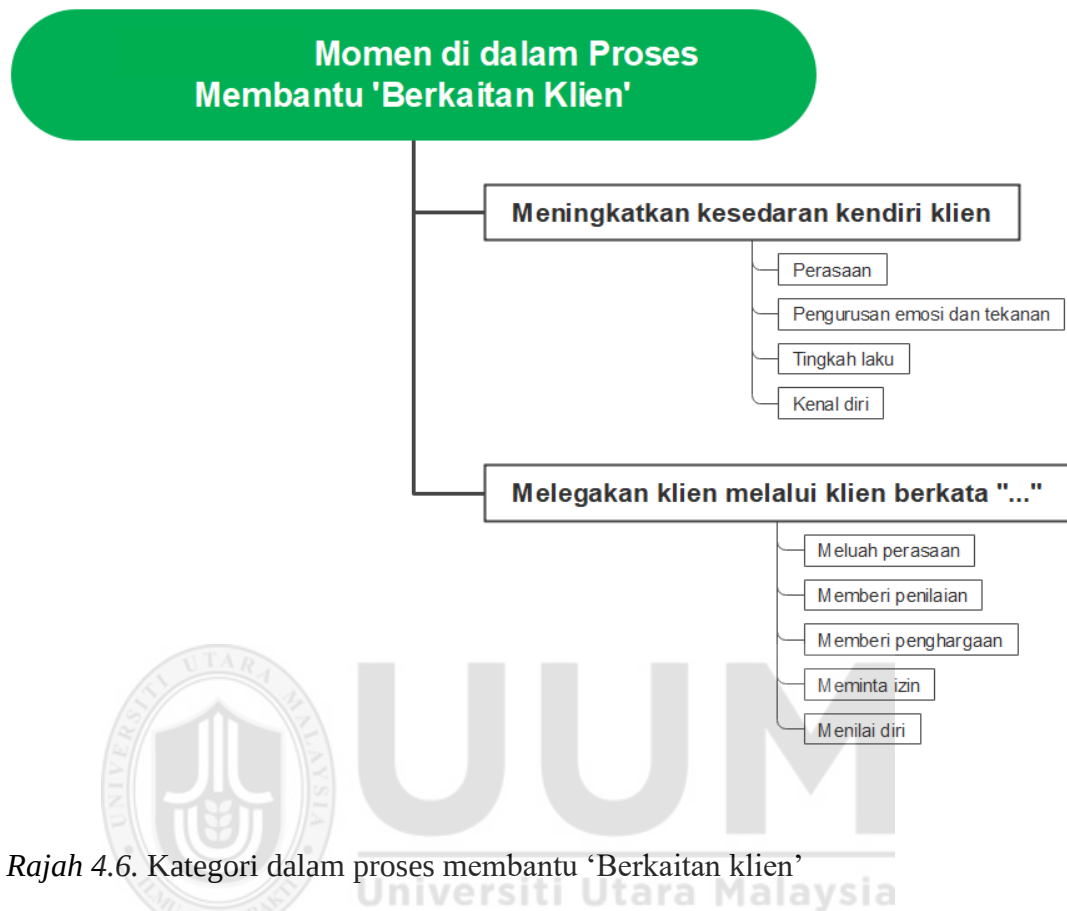
Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.2) Berkaitan Terapis	(4.1.2.4) Membantu terapis dalam pelaksanaan proses terapi yang berkesan (133)	Kaedah / pendekatan (9)	Tidak perlu tanya / fikir banyak (4)
		Kemahiran dalam proses terapi (61)	Arahan mudah, 'flow' lancar (5) Melibatkan diri dengan baik / 'Engagement' (3) Memahami proses dan tindakan emosi klien (10) Menganalisis maklumat emosi, aktiviti, tema isu (17) Bertanya soalan lebih berkesan (19) Meminta penjelasan dengan mudah (7) Memilih fokus yang betul (1) Menggunakan sensori secara holistik (1) Memberi celik akal (3)

Kejelasan dan Ketepatan (9)	Bertanya/ jelaskan dengan tepat mengenai emosi klien dari CE-BME (4) Boleh menggunakan ayat emosi yang menjelaskan tentang ahli keluarga klien (2) Boleh memberi refleksi yang tepat (2) Boleh provokasi dengan tepat kepada klien menggunakan CE-BME (1)
Intervensi / Perawatan (11)	Dapat petunjuk intervensi dan proses bantuan berjalan dengan baik (3) Terarah dan fokus yang betul untuk intervensi (2) Dapat merancang intervensi/rawatan yang terbaik (2) Dapat pengesahan dari apa Psikiatri kata (1) Dapat sahkan hasil CE-BME dengan keputusan DASS klien (3)
Ketahui punca sebenar (28)	Dapat tahu punca sebenar isu (12) Dapat tahu sebab kepada masalah tingkah laku (6) Dapat tahu punca psikosomatik (8) Dapat kenal pasti solusi tepat dari punca (2)
Berkaitan daya tindak (15)	Tahu daya tindak klien (9) Boleh bantu beri daya tindak baru yang lebih selamat (6)



UUM
Universiti Utara Malaysia

4.3.3 Proses Membantu Berkaitan Klien



Rajah 4.6. Kategori dalam proses membantu 'Berkaitan klien'

Kategori terakhir bagi momen proses membantu adalah 'berkaitan klien'. Terdapat 40 petikan bagi momen proses membantu berkaitan klien, dengan 2 subkategori, iaitu (i) meningkatkan kesedaran sendiri klien, dan (ii) melegakan klien apabila klien berkata "...". Rajah 4.6 di atas menunjukkan kategori dalam proses membantu 'berkaitan klien', manakala Jadual 4.13 menunjukkan kesemua tema yang berada di bawah subkategori dan kategori 'berkaitan klien' ini.

Jadual 4.13

Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 3.1

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.3) Berkaitan Klien	(4.1.3.1) Meningkatkan kesedaran kendiri klien (22)	Perasaan (4)	Baru sedar ada perasaan ‘gembira’ (1) Baru sedar emosi besar yang beri kesan (3)
		Pengurusan emosi dan tekanan (6)	Baru sedar gaya pengurusan emosi sendiri dan kesan (4) Baru sedar urus tekanan adalah mudah menggunakan badannya (2)
		Tingkah laku (3)	Baru sedar perlu buat perubahan (2) Baru sedar ada cara yang selamat untuk urus tekanan (1)
		Kenal diri (9)	Lebih faham diri (2) Nampak keseluruhan (warna, aktiviti, tindakan) (6) Baru sedar punca gangguan kerana takut (1)

4.3.3.1 Meningkatkan kesedaran kendiri klien

Kategori kedua, iaitu yang terakhir dalam proses membantu berkaitan klien adalah ‘meningkatkan kesedaran kendiri klien’. Kategori ini mengandungi 22 petikan yang disusun di bawah 4 subkategori, iaitu: (i) perasaan, (ii) pengurusan emosi dan tekanan, (iii) tingkah laku, dan (iv) kenal diri. Jadual 4.14 menunjukkan tema-tema atau kod bagi subkategori ini.

Perasaan

Subkategori perasaan mengandungi 4 petikan dengan 2 tema iaitu, (i) baru sedar ada perasaan ‘gembira’, dan (ii) baru sedar emosi besar yang beri kesan. Contoh petikan bagi tema pertama adalah seperti berikut:

T15: “‘Bila kali terakhir awak gembira? Ada kan, gembira tu kan?’ So dia ada skala dia. Maksudnya, saya recall balik bulan tu, ada. Mungkin dia nampak minggu tu dia tak gembira, sebab dia datang dengan marah minggu tu kan. ‘So’, bulan tu dia ada sebenarnya perasaan gembira tu. Bila dia lorek tu, nampaklah, ‘Oh, nampak tak kat sini, sebenarnya awak punya gembira ni ‘effect’ kepada kepala, pemikiran, dan tangan, kan.’ Dia tepuk-tepuk bila dia gembira. So, nampaklah kat situ”.

Pengurusan emosi dan tekanan

Klien juga memperoleh celik akal atau kesedaran sendiri mereka dari aspek ‘pengurusan emosi dan tekanan’ yang mengandungi 6 petikan di bawah 2 tema. 2 tema itu adalah: (i) baru sedar gaya pengurusan emosi sendiri dan kesan’, dan (ii) baru sedar urus tekanan adalah mudah menggunakan badannya’.

Tema ‘baru sedar gaya pengurusan emosi sendiri dan kesan’ merupakan aspek kesedaran diri klien tentang dirinya sendiri, dan ini merupakan momen kepada proses membantu berkaitan klien, dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling):

T07: “Bila dia tengok emosi dia, dia pun ada rasa ‘oh, ‘no wonder’lah kan. Jadi kenapa dia rasa macam sakit kepala, nak baring je, tak nak buat tu, tak nak buat ni. Semua pun tak nak, sebab dia dibelenggu oleh emosi-emosi dia yang bercampur-campur tu kan”.

Contoh petikan berikut menunjukkan klien peroleh kesedaran diri yang rupanya ‘mengurus tekanan ini adalah mudah menggunakan badannya’ apabila sudah kenal

cara urus emosi di badan sendiri. Ini merupakan momen proses membantu di dalam terapi, berkaitan klien, dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling):

T02: *“Stres ni mudah, kita boleh uruskan dia hanya dengan tubuh badan kita ja. Tak perlu kita nak, macam, guna orang lain ke, atau pun guna duit yang banyak ka (Baru sedar urus tekanan adalah mudah menggunakan badannya)*

Tingkah laku

Seterusnya aspek tingkah laku adalah subkategori ketiga bagi klien peroleh celik akal atau kesedaran sendiri. Terdapat 3 petikan dengan 2 tema, iaitu (i) baru sedar perlu buat perubahan, dan (ii) baru sedar ada cara yang selamat untuk urus tekanan. Contoh petikan di bawah menunjukkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengajarkan teknik pengurusan emosi dan kelihatannya dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling), klien ‘baru sedar ada cara yang selamat untuk urus tekanan’.

T15 : *“Saya ajar teknik ‘breathing’. Kalau kita rasa tegang, kita ‘breathing’. Rasa panas tu, itu emosi marah, biasa dan normal, saya kata. ‘So’, kita cuba normalkan (turunkan suhu) emosi tu dengan teknik-teknik tersebut. Dan dia kata, “Ohh.” Maksudnya, dia berminatlah (tersedar) dengan teknik baru tersebut”.*

Kenal diri

Subkategori terakhir bagi aspek Pegawai Psikologi (Kaunseling) di dalam proses membantu yang memberi celik akal atau kesedaran sendiri klien adalah ‘kenal diri’. Terdapat 9 petikan di bawahnya dengan 3 tema atau kod; (i) lebih faham diri, (ii) nampak keseluruhan (warna, aktiviti, tindakan), dan (iii) baru sedar punca gangguan kerana takut.

Contoh tema pertama, 'lebih faham diri' adalah seperti di bawah, yang menunjukkan klien lebih kenal diri sewaktu bercerita satu persatu emosinya dari aktiviti CE-BME:

T08: *"Maksudnya sebelum ni, 'okay saya marah, saya ada rasa sedih, saya ada rasa kecewa', tapi dia tak tahu emosi itu dekat mana. 'That's why' daripada markah (skor termometer) ini, yang dia nilai tu, bila kita tanya dia, apa yang membuatkan dia letak 2. 'So' dia dapat explain lebih 'detail', lebih faham. Sambil dia bercerita, dia lebih faham diri dia sendiri".*

Selain itu, klien juga memperoleh celik akal atau kesedaran diri apabila lebih faham diri sendiri dari aspek respon fisiologi kepada emosinya, dan petikan di bawah menjelaskan lagi tema 'lebih faham diri ini':

T10: *"'Oh! inilah saya takut ni, itu yang tapak tangan saya jadi macam berdebar-debar, saya banyak fikir tentang benda ni, benda yang ke depan'. 'So', dia nampak macam 'Oh, gitu!'; macam dia tak adalah 'Oh, iya ke?'; tapi macam dia nampak faham 'Oh, okay!'. Inilah yang menyebabkan saya sentiasa dibelenggu, rasa tak hendak jumpa orang, sentiasa rasa salahkan diri'. Itulah yang saya nampak beri satu benda yang 'pop' besar untuk dia memahami lebih diri dia lagi.*

Klien juga dapat 'nampak secara keseluruhan', sebagai satu lagi tema di dalam kenal diri, hasil dari CE-BME yang dilakukan dalam terapi. Ia ditunjukkan dari petikan di bawah:

T08: *"Dia nampak. 'Oh! macam ni aku rupanya'. Sebab saya tanya dia apa yang awak nampak. Apa yang dia nampak bila tengok macam ni (CE-BME dia). Dia lebih nampak diri dia secara keseluruhan. Sebelum ni mungkin dia 'just' cakap sahaja saya macam ni, macam ni.*

4.3.3.2 Melegakan klien melalui klien berkata "..."

Bagi subkategori kedua, 'melegakan klien melalui klien berkata', terdapat 18 petikan dari 5 tema, dan tema tersebut adalah: (i) meluahkan perasaan, (ii) memberi penilaian, (iii)

memberi penghargaan, (iv) meminta izin, dan (v) menilai diri. Jadual 4.14 menunjukkan tema-tema di dalam sub kategori ini.

Meluah perasaan

Subkategori bagi ‘meluah perasaan’ dari ‘melegakan klien melalui klien berkata “..”’ mengandungi 11 petikan, dengan 8 tema kecil di bawahnya, iaitu (i) ‘seronok, lapang’, (ii) suka dapat ekspresi melalui lukisan, (iii) boleh luah perasaan di helaian CE-BME, (iv) “tengoklah tangan saya ada kesan” (menunjukkan kesan di tangan dari krayon), (v) “rasa macam tenang”, (vi) sebut “*speechless*”, (vii) “wow, wow, hebatlah” (teruja), dan (viii) “tak pernah buat aktiviti macam ni”. Kesemua tema ini memberikan momen yang membantu kepada dari aspek klien, dan sekali gus memberi impak kepada proses membantu di dalam sesi terapi menggunakan alatan seni CE-BME. Contohnya bagi tema ketiga, klien menyatakan beliau boleh luah perasaan di helaian CE-BME:

T17: “Dia kata puan saya nak conteng dekat gambar gambar ‘body’ tu boleh tak? Dia yang minta untuk buat yang ini. Dia kata ‘bila saya ‘color’, saya boleh luahkan perasaan saya dekat sini. Saya boleh luahkan apa yang saya rasa”.

Jadual 4.14

Subkategori dan Tema bagi Proses Membantu 3.2

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.1.3) Berkaitan Klien	(4.1.3.2) Melegakan klien apabila klien berkata “...” (18)	Meluah perasaan (11)	“Seronok, lapang” (1) Suka dapat ekspresi melalui lukisan (2) Boleh luah perasaan di helaian BME (2) “Tengoklah tangan saya ada kesan” (menunjukkan kesan di tangan dari krayon) (1) “Rasa macam tenang” (1)

	Sebut “speechless” (2) “Wow, wow, hebatlah” (teruja) (1) “Tak pernah buat aktiviti macam ni” (1)
Memberi penilaian (3)	Terapis boleh simpan rahsia (3)
Memberi penghargaan (1)	Klien ucap terima kasih (1)
Meminta izin (2)	Minta nak buat lagi CE- BME kedua (1) Minta tulis jawapan kepada soalan terapis (tidak verbal) (1)
Menilai diri (1)	Beritahu “sebelum ini saya”...(sedar tentang daya tindak baru boleh dilakukan) (1)

Tema kelima apabila klien berkata “*speechless*”, adalah dari petikan berikut;

T07: *“Bila dah tanda, dah buat semua, saya tanya dia apa dia rasa bila tengok ‘body outline’ dia kan. “Speechless” dia kata. ‘Speechless’ dia kata bila tengok diri dia begitu. Dia memang ‘low mode’, diagnosis dia, ‘major depressive disorder’, kan. Masa sesi pertama dia memang banyak sedihlah. Memang tak banyak cakap sangat. ‘So’ bila tengok ‘body outline’ dia, ‘expression’ dia memang ‘speechless’ lah dia kata”.*

Tema ketujuh, “Wow, wow, hebatlah” menunjukkan klien meluahkan rasa teruja dan ini merupakan proses membantu, dari aspek klien, seperti berikut;

T02: *“Klien kata, ‘Wow wow hebat lah’. Maksudnya macam tangan kaki kita ni bukan hanya kita boleh guna untuk lepaskan marah dengan cara yang negatif ja, tapi dengan cara yang positif pun kita boleh guna untuk buang kita punya stres”..*

Memberi penilaian

Terdapat 3 petikan dari subkategori memberi penilaian, iaitu tema ‘Pegawai Psikologi (Kaunseling) boleh simpan rahsia’. Ia diterangkan lagi dari contoh petikan berikut:

T17: *“Pastu dia cakap dengan saya, saya cerita dengan puan sebab saya tahu puan akan simpan rahsia saya. Puan takkan cerita dengan orang. Memanglah mama ada kenalkan dengan kawan kawan, tapi saya rasa saya tak percaya dengan kawan mama. Sebab kawan mama tu dia macam happy go lucky, dia tak macam puan”.*

Memberi penghargaan

Momen proses membantu dari aspek klien, subkategori ‘memberi penghargaan’, terdapat 1 tema dan 1 petikan ‘klien ucap terima kasih’, dan ia adalah dari petikan berikut:

T06: *“Dia ada cakap. ‘Terima kasih makcik’. Dia panggil saya makcik. ‘Terima kasih makcik sebab makcik mendengar cakap saya’. Tak ada siapa nak dengar cakap dia. Mak dia pun ‘busy’, jadi dia..dia pun tak ada siapa nak cakap”.*

Meminta izin

Momen di dalam proses membantu, dari aspek klien ‘meminta izin’ melibatkan 2 petikan dengan 2 tema, iaitu ‘minta nak buat lagi CE-BME’ dan ‘minta tulis jawapan kepada soalan Pegawai Psikologi (Kaunseling) (tidak verbal)’. Petikan bagi tema kedua adalah seperti berikut:

T12: *“Dia menangis. Bila dia menangis tu saya ‘just’ biarkan sajalah dia menangis ‘and then’ saya tanyalah adik menangis sebab adik sedih ataupun adik takut nak cerita. Selepas itu dia kata, boleh tak kalau saya nak tulis? Dia cakap. ‘So’ saya kata*

boleh. Masa itu dia tulislah, mungkin dia rasa tulis itu dia lebih selesa. Dia tulis masa itu ada 4 bendalah. Satu kena buli, nombor dua kena ejek, yang ketiga kena buat kerja sekolah, yang keempat kena cubit”.

Situasi ini menunjukkan bahawa momen kepada klien berkata adalah memberi besar manfaat kepada proses membantu pada Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang melaksanakan sesi terapi menggunakan alatan CE-BME ini.

Menilai diri

Subkategori terakhir adalah ‘menilai diri’ dan terdapat satu sahaja petikan, dengan tema ‘beritahu “sebelum ini saya...(sedar tentang daya tindak baru boleh dilakukan”’.

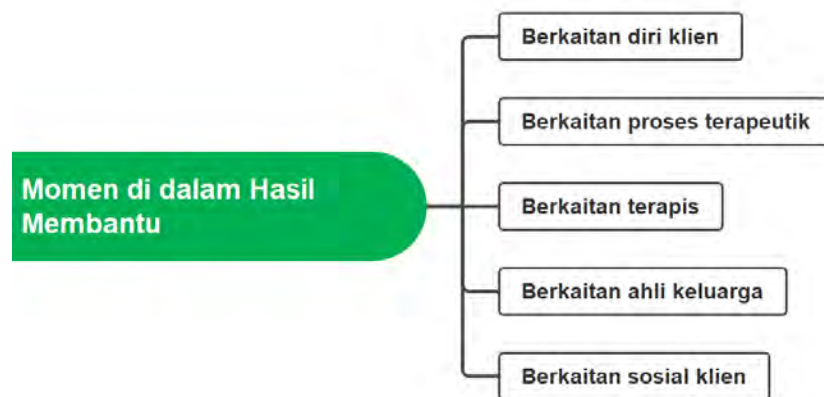
Petikan momen adalah seperti berikut:

T15: “Dia kata, "Oh, sebelum ni, saya..." Dia main ragbi tapi oleh kerana pandemik kan tak dapat tu aktiviti dia. Lepas tu, tak dapat nak jalankan aktiviti tersebut. So, dia banyak kat rumah, duduk dalam bilik, berkurung kan. Itulah... Sebab saya nampak, dia kata, "Sebelum ni saya selalu ‘divert’kan kepada ragbi." Ragbi tu adalah cara dia lepaskan emosi marah dan sedih dia”.

Kesimpulannya dari dapatan bagi objektif pertama, terdapat 3 kategori utama bagi momen proses membantu, iaitu berkaitan (i) proses terapeutik, (ii) Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan (iii) klien. Terdapat 12 subkategori, iaitu 6 kategori bagi proses terapeutik, 4 kategori berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), dan 2 kategori berkaitan klien. Keseluruhannya juga menunjukkan sebanyak 724 tema atau kod diperolehi, dengan tema terbanyak berada di bawah kategori utama ‘proses terapeutik’ (489 tema atau kod), disusuli oleh kategori utama ‘berkaitan Pegawai Psikologi

(Kaunseling)’ (195 tema atau kod) dan ‘berkaitan klien’ (40 tema atau kod). Dapatan bagi objektif kedua diteruskan pelaporannya dalam topik berikutnya.

Hasil Membantu dalam Menggunakan CE-BME kepada Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental



Rajah 4.7. Lima kategori bagi momen di dalam hasil membantu

Rajah 4.7 di atas menunjukkan 5 kategori yang diperoleh daripada analisis secara Teori Asas (*Grounded Theory Analysis*) bagi objektif ketiga penyelidikan, mengenal pasti aspek dalam hasil membantu apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) menggunakan alatan seni CE-BME di dalam sesi psikoterapi dengan kanak-kanak dan remaja yang mengalami isu kesihatan mental. 5 kategori itu adalah ‘berkaitan diri klien’, ‘berkaitan proses terapeutik’, ‘berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)’, ‘berkaitan ahli keluarga’, dan berkaitan sosial klien. Didapati wujud aspek hasil membantu melebihi aspek proses membantu sebanyak dua kategori tambahan, iaitu berkaitan ahli keluarga dan berkaitan sosial klien.

4.3.4 Hasil Membantu Berkaitan Klien



Rajah 4.8. Tema di dalam 2 kategori momen hasil membantu berkaitan diri klien

Rajah 4.8 di atas menunjukkan dua kategori di dalam hasil membantu ‘berkaitan diri klien’. Dua kategori tersebut adalah ‘meningkatkan sendiri peribadi klien’ dan ‘meningkatkan kualiti hidup klien’. Masing-masing membawa kepada 4 subkategori dan 3 subkategori seperti di dalam rajah. Perbincangan seterusnya akan menerangkan satu persatu tema di dalam setiap subkategori ini.

Tema kepada setiap subkategori bagi kategori pertama ‘berkaitan diri klien’ ditunjukkan secara jelas di dalam Jadual 4.16. Terdapat dua kategori utama, dengan masing-masing 4 subkategori bagi kategori pertama dan 3 subkategori bagi kategori kedua.

Jadual 4.15

Subkategori dan Tema bagi Hasil Membantu 1.1

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.3.1) Berkaitan Diri Klien	(4.3.1.1) Meningkatkan kendiri peribadi klien (137)	Berkaitan pemikiran dan persepsi (15)	Persepsi lebih baik (diri, orang lain, terapis dan masalah) (5) Lebih jelas masalah (5) Lebih matang (2) Lebih rasional (2) Lebih fokus (1)
		Berkaitan kesedaran atau celik akal (24)	Lebih faham diri (12) Lebih sedar kesan urus emosi (5) Sedar perlu ubah suai strategi daya tindak (5) Sedar perlu bantu diri (1) Sedar perlu bantu ahli keluarga (1)
		Aspek emosi (67)	Gembira / seronok (10) Komitmen hadir terapi (10) Kelegaan dan ringan emosi (10) Lebih yakin diri (9) Semangat berubah dan bantu diri (5) Kepuasan emosi (4) Selesa dengan terapis (3) Kawal emosi marah (4) Ceria tak sedih (3) Menghargai & dihargai (3) Lebih tenang (2) Lebih faham perasaan sendiri (2) Semangat bantu keluarga (2)
		Aspek tingkah laku (31)	Lebih banyak bercakap (9) Perbuatan seperti saranan terapis (6) Lebih banyak ekspresi diri (4) Lebih mudah bekerjasama dan beri komitmen (3) Menzahirkan ucapan terima kasih (2) Memberi makan kucing (2) Berubah penampilan fizikal (2) Mula bertanya soalan (1)

		Berdikari ditinggalkan ibu di dalam sesi (1) Lebih asertif (1)
(4.3.1.2) Meningkatkan kualiti hidup klien (49)	Peningkatan ilmu dan kemahiran praktik (39)	Kemahiran mengurus daya tindak positif (15) Kemahiran mengurus emosi dengan kompeten (11) Kemahiran mengenal diri dan mengurus pemikiran (6) Kemahiran menyelesaikan masalah (3) Kemahiran pengurusan masa (1) Peningkatan kognitif berkaitan pembelajaran (1)
	Berkaitan masalah klien (7)	Simptom psikosomatik tiada atau mengurang (4) Simptom tingkah laku sebelum ini sudah tiada (1) Skor setiap emosi lebih baik (1) Kehadiran ke sesi tidak 'default' lagi (1)
	Kehidupan keseluruhan (3)	Hidup klien berubah (2) Fungsian emosi dan tingkah laku lebih baik (1)

4.3.4.1 Meningkatkan sendiri peribadi klien

Hasil membantu bagi aspek pertama adalah berkaitan diri klien. Subkategori 'meningkatkan aspek sendiri klien' memperoleh 137 petikan dengan 4 subkategori di bawahnya, iaitu (i) berkaitan pemikiran dan persepsi, (ii) berkaitan kesedaran atau celik akal, (iii) aspek emosi, dan (iv) aspek tingkah laku.

Berkaitan pemikiran dan persepsi

Terdapat 15 petikan bagi subkategori hasil membantu 'berkaitan pemikiran dan persepsi' klien dengan 5 tema atau kod, iaitu (i) persepsi lebih baik (diri, orang lain,

terapis dan masalah), (ii) lebih jelas masalah, (iii) lebih matang, (iv) lebih rasional, dan (v) lebih fokus. Contohnya petikan di bawah menunjukkan klien mempunyai ‘persepsi lebih baik terhadap diri dan orang lain dalam persekitaran hidupnya’:

T12: *“‘Mindset’ dan juga kepercayaan bahawa kakak dia jadi macam itu sebab kakak dia sayang dekat dia, ambil berat tentang dia”.*

T06: *“Pemahaman tu. Pemahaman dia, dia faham. Dan dia pun faham, ‘Okay, saya berada di sini, saya sakit macam ni, saya perlu lagi kena datang jumpa untuk nak buat sesi-sesi yang seterusnya’”.*

Klien juga ‘lebih matang’, iaitu tema ketiga, contohnya seperti berikut;

T10: *Dia punya kesedaran untuk tanggungjawab untuk memilih macam ‘choice theory’lah. Memilih dan membiarkan tingkah laku ayah dia tu beri ‘effect’ pada dia ataupun dia boleh ‘divert’lah, maknanya dia tukar cara sudut pandang kan.*

Tema keempat, klien juga lebih rasional, seperti petikan di bawah:

T17: *“Pada saya, dari ‘tool’ BME yang kita buat ni, untuk klien saya, membantu dia dari segi pemikiran, sebab saya tengok dia punya gred semakin baik. ‘So’ maknanya dia boleh rasionalkan balik dia punya pembelajaran”.*

Akhir, klien juga lebih fokus kepada keperluan diri yang utama, iaitu tema kelima, ‘lebih fokus’, seperti petikan di bawah:

T17: *“Saya nampak dia boleh belajar dengan lebih baik. Kesan jugak daripada ‘body outline’ ni. Dia boleh belajar dengan baik, So sekarang ni kesan tu dia dah boleh fokus. Dia dah boleh jawab soalan. So maknanya dari segi pemikiran dia dah bagus”.*

Berkaitan kesedaran atau celik akal

Subkategori kedua adalah ‘berkaitan kesedaran atau celik akal’. Didapati sebanyak 24 tema atau kod diperolehi yang dimasukkan ke dalam 5 tema, iaitu tema (i) lebih faham diri, (ii) lebih sedar kesan urus emosi, (iii) sedar perlu ubahsuai strategi daya tindak,

(iv) sedar perlu bantu diri, dan (v) sedar perlu bantu ahli keluarga. Contohnya tema klien yang lebih sedar kesan urus emosi seperti berikut:

T06: *“Apa yang dipelajari dia kata dia dah boleh mengawal emosi, dia dah tahu apa benda yang sebabkan dia marah, dan dia tahu dia ada ego, dia mengakulah dia ada ego, keras kepala, dia macam tak suka dengar nasihat orang, tapi sekarang dia dah dengar nasihat, dan dia dah jadi ‘best friend’ ayah dialah”.*

T12: *“Dia kata, ‘tapi tidak apalah janji saya tak sakit tangan nak buat kerja sekolah, saya tidak kena cubit dengan kakak saya bila balik’. ‘So’ benda-benda itu dia realise dia sendiri pun dah ‘realise’”.*

Seterusnya klien tahu keperluan dan bagaimana boleh ubahsuai strategi daya tindak seperti berikut:

T15: *“Saya nampak juga dia kenal pasti beberapa ‘behaviour’ yang dia perlu ubah. Contoh macam, kenapa mak dia jauh dengan dia. Sebab mak dia kena cari duit dan mak dia janjikan, tahun ni, tak silap saya bulan 6 kut, mak dia akan bawa dia tinggal bersama. So, dia perlu tunggu, dia perlu sabar sehinggalah mak dia bawa dia tinggal bersama. Ha, macam tu”.*

T06: *“Dia nampak ‘oh, sebenarnya benda ni senang je nak uruskan’. Jadi memang dengan cara ni, jadi dia tau la. Kesedihan ni, boleh dikurangkan dengan cara macam ni. Kemarahan ni, boleh dikurangkan, dengan cara macam ni. Macam tu”.*

Aspek emosi

Aspek emosi menunjukkan petikan terbanyak di dalam kategori ‘meningkatkan sendiri peribadi klien’, dengan 67 petikan dan 13 tema. 13 tema tersebut adalah (i) gembira atau seronok, (ii) komitmen hadir terapi, (iii) kelegaan dan ringan emosi, (iv) lebih yakin diri, (v) semangat berubah dan bantu diri, (vi) kepuasan emosi, (vii) selesa dengan terapis, (viii) kawal emosi marah, (ix) ceria tidak sedih, (x) menghargai dan dihargai, (xi) lebih tenang, (xii) lebih faham perasaan sendiri, dan (xiii) semangat bantu keluarga.

Bagi tema pertama, klien ‘gembira atau seronok’ dengan 10 petikan, dan antaranya adalah seperti berikut:

T11: *“Ya, kita nampak klien ‘enjoy’ dan klien menunjukkan aura yang agak positif di akhir sesi”.*

P10: *“Dia pun nampak jelas, yang kita nampak dia makin ‘enjoy’ dengan sesi tu, kenal diri dia lah”.*

Klien juga menunjukkan emosi ‘komitmen hadir terapi’ sebagai tema kedua seperti berikut:

T05: *“Dia minta sendiri daripada mak dia, nak datang kaunseling lagi”.*

T17: *“Dia setiap kali habis, puan nak jumpa bila eh? minggu depan boleh? Bila nak jumpa? Puan bagi tarikh terus boleh tak?”*

T15: *“Selepas sesi kedua ni, dah mula dia senyum dekat saya. And then, dia ucapkan, "Ok, kita jumpa next sesi".*

T11: *“Saya memang ada beritahu klien juga, 'Ok, nanti kita akan jumpa lagi. Nanti kita akan bincang lagi pasal benda-benda macam ni.' 'Okey, boleh boleh'. So nampak macam klien tu ada keinginan lagi lah untuk datang, kan”.*

Manakala bagi tema ketiga, ‘kelegaan dan ringan emosi’ pula, petikannya adalah seperti berikut:

T15: *“Untuk klien, yang saya nampak selepas sesi, dari segi kelegaan emosi. Emosi dia ‘release’ lah. Dia dah luahkan melalui lukisan tadi, saya nampak. Dia dah boleh tersenyum”.*

Selain itu, klien juga mempunyai lebih keyakinan diri, bagi tema keempat, seperti berikut:

T02: *“Sebelum ni, sesi yang pertama, ‘eye contact’ dia macam ‘poor’ lah, maksudnya macam tak tengok. Tapi sesi yang kedua ni, lepas dah buat ‘body outline’, kita dah sembang, kita tanya aktiviti, dia punya ‘eye contact’ tu dah bagus. Maksudnya, dia dah boleh tengok mata kita, maksudnya dia punya ‘self confident’ tu meningkat”.*

T12: *“‘Self confidence’ untuk dia buat keputusan diri dia sendiri”. Selain itu, saya cakap ‘awak nampak cantik hari ini, saya nampak macam diri awak yang lain’. ‘Mestilah saya tidak kisah apa orang nak cakap dekat saya yang penting saya seronok dengan diri saya sendiri’, dia kata”.*

Tema kelima, aspek emosi ‘semangat berubah dan bantu diri’, contoh petikan adalah seperti berikut:

T17: *“Macam emosi dia tu macam gembira, dia dah boleh (ada). Dia dah boleh ‘control’ dia punya sedih, seolah-olah dia dah dapat hidup dia yang baru”.*

Selain itu, klien juga kelihatannya lebih ‘selesa dengan terapis’, iaitu tema ketujuh dalam aspek emosi, apabila kepercayaan sudah ada:

T15: *“Ha, ‘trust issue’. ‘So’ bila sesi kedua ini, saya nampak dia mula percaya dengan saya dan bila kita buat ‘body outline’ ni, dia rasa selesa dah dengan saya. Dia makin selesa, saya nampak”.*

Klien juga lebih ‘menghargai dan dihargai’ sebagai tema kesepuluh, seperti petikan berikut:

T12: *“Dia belajar untuk menghargai orang di sekeliling dia. ‘So’ dia belajar untuk terima kakak dia (sebenarnya) memang sayang dekat dia”.*

Aspek tingkah laku

Aspek tingkah laku menunjukkan sebanyak 31 petikan dengan 9 tema. Tema tersebut adalah: (i) perbuatan seperti saranan terapis, (ii) lebih banyak ekspresi diri, (iii) lebih mudah bekerjasama dan beri komitmen, (iv) menzahirkan ucapan terima kasih, (v) memberi makan kucing, (vi) berubah penampilan fizikal, (vii) mula bertanya soalan,

(viii) berdikari ditinggalkan ibu di dalam sesi, dan (ix) lebih asertif. Beberapa petikan dari tema terpilih dikongsikan berikutnya.

Klien mula melakukan ‘perbuatan seperti saranan terapis’ bagi aspek tingkah laku, sebagai tema pertama, seperti berikut:

T18: *“Perubahan tingkah laku dia, dari jenis bila marah suka lontarkan nada kuat, perkataan kesat. Sekarang ni dia dapat mengawal dari perkataan. Dia cuma lepaskan cara menumbuk tu 1 kali, sebelum ni beberapa kali”.*

Klien juga ‘lebih banyak ekspresi diri’, iaitu tema kedua, seperti berikut:

T10: *“Hasil atau kesan yang saya nampak ni, dia banyak bercakaplah. Dia banyak bercakap daripada sesi pertama”.*

T11: *“Nampak klien lebih banyak bercakap, lebih banyak mengekspresikan emosi dia, ‘compare’ yang awal-awal tadi kita tengok. Mula-mula kita nampak ‘limited of speech’ tapi lepas tu kita nampak dia punya ‘speech’ tu macam meningkatlah. Meningkat”.*

T15: *“Nampak dia selesa untuk bercakap, walaupun sebelum ni saya banyak, orang kata, ‘open question’. Tapi ini, dia banyak bercerita. Ha, dia bercerita. Okay, isu mak dia macam ni, semua (dia cerita)”.*

T17: *“Sesi 1 dia tak banyak cakap. Cakap pun macam berbisik. Sesi 2 tu dia ‘start’ cerita, tapi tak keseluruhan. Sesi ketiga bila kita buat ‘body outline’ tu, masa tu dia dah ‘start’ cerita. Sebab sesi pertama, sesi kedua memang dia tak banyak cakap. Sampai saya tanya, awak cakap apa ni? Saya tak dengar. Boleh cakap kuat sikit tak? Dia macam cakap berbisik tau. Macam kita cakap suara kita tersekat tak keluar tu”.*

Tema ketiga, ‘lebih mudah bekerjasama dan beri komitmen, contohnya seperti berikut:

T04: *“Ada ‘few things’ yang dia minta, contoh macam tadi la. Berhenti ‘game’ masa makan. Berhenti ‘game’, boleh solat pada waktunya. ‘And then another one is’, mak dia mintak, kalau boleh, basuh pinggan tu boleh tak basuh sendiri. Selalunya tak. Dia akan makan, dia akan tinggal, dia akan sambung ‘game’. So, ‘three things’, yang mak dia minta, dia boleh buat”.*

T17: *“Tapi sekarang ni dia dah boleh keluar makan, boleh ajak ayah tiri dia, abang tiri dia makan kat luar”.*

Selain itu, ada klien yang mula ‘memberi makan kucing’, dan ini sebagai tema kelima.

Petikannya adalah seperti berikut:

T07: *“Sedangkan masa sesi pertama tu dulu kan, tak ada satu benda pun yang dia suka kan. Haa apa benda yang dia suka buat. Tak ada suka buat apa-apa. Tapi bila sesi kedua, dia suka bagi kucing makan walaupun dia tak bela kucing”.*

Tema keenam, dalam aspek tingkah laku adalah ‘berubah penampilan fizikal’, dan contoh petikan adalah seperti berikut:

T12: *Emosi dia ketika itu yang saya nampak. Hari sesi yang keempat dia datang jumpa saya itu dari segi dia punya appearance fizikal appearance dari segi dia berpakaian pun ubah. Biasa dia cuma pakai tudung sarung saja, tetapi that time saya nampak dia pakai tudung dah lilit-lilit, nampak comellah.*

Tema kesembilan, terakhir, ‘lebih asertif’, dan petikannya adalah seperti berikut:

T12: *“Selepas sesi yang ketiga itu kawan hantar tetapi dia cakap ‘sorrylah hari ini aku tidak boleh nak buat sebabnya hari ini aku buat kerja sekolah dengan kakak aku sekali, ‘so’ kalau aku buat kau punya nanti kakak aku marah. Tanya siapa punya’. ‘So’ dia dah tahu ‘how to say no to other, assertiveness’ dalam diri dia sendiri dan ada”.*

4.3.4.2 Meningkatkan kualiti hidup klien

Terdapat 3 subkategori dalam momen kepada hasil membantu berkaitan diri klien dalam aspek ‘meningkatkan kualiti hidup klien’, iaitu (i) peningkatan ilmu dan kemahiran praktik, (ii) berkaitan masalah klien, dan (iii) kehidupan keseluruhan.

Peningkatan ilmu dan kemahiran praktik

Dalam subkategori peningkatan ilmu dan kemahiran praktik, terdapat 39 petikan dengan 6 tema atau kod, iaitu: (i) kemahiran mengurus daya tindak positif, (ii) kemahiran mengurus emosi dengan kompeten, (iii) kemahiran mengenal diri dan mengurus pemikiran, (iv) kemahiran menyelesaikan masalah, (v) kemahiran mengurus masa, dan (vi) peningkatan kognitif berkaitan pembelajaran.

Tema pertama, iaitu ‘kemahiran mengurus daya tindak positif’ menunjukkan klien telah tahu bagaimana melaksanakan strategi daya tindak baru yang positif yang telah dipelajari dari sesi aktiviti CE-BME ini, dan petikan berikut menjelaskan lagi aspek ini:

T09: *“Selepas pada sesi dengan saya tu, yelah, bila dengar muzik video, dia ada kan, yang ‘subscribe’ tu, yang kita boleh tahu orang ni komen, orang ni komen apa semua tu. ‘So’ mungkin dia dapat kawan dari situ. Dia berjaya cari kawan secara maya. Dan kawan tu dia jadikan tempat untuk dia luahkan perasaan dia. Dulu saya pernah bagi ‘flyers’ menangani stresskan. Salah satunya, bercakap dengan seseorang. Sebelum ni dia tak tahu nak cakap dengan siapa. Dia pun bercerita mengenai diri dia, apa semua, dan daripada kawan tu juga, dia pun belajar satu benda yang baru untuk gembirakan hati dia, tengok cerita anime”.*

Contoh tema kedua, ‘kemahiran mengurus emosi dengan kompeten’ adalah seperti petikan berikut:

T09: *“Kemudian dia dah tahu dah macam mana dia nak gembirakan diri dia. Apa yang dia boleh buat, dan dia gunakan poin dengar muzik video ‘K-pop’ tulah”.*

T15: *“Selepas teknik-teknik kita ajar tu, ada teknik-teknik tu yang dia sedar yang dia boleh buat dalam kawalan dia. Maksudnya macam ‘breathing’, ‘grounding’, kita ajar PMR. Benda tu yang dia boleh buat bila-bila masa sahaja”.*

‘Kemahiran mengenal diri dan mengurus pemikiran’, yang merupakan tema ketiga, telah dicapai oleh klien seperti contoh berikut:

T12: *“Klien lebih kenal dirinya. Saya cakap ‘sebelum ini 2 ini dah 3’. Selepas itu dia cakap ‘ah ha sebab saya kan tidak pandai nak marah orang, ‘so’ marah itu boleh tunjuk dekat kaki sajalah’. Selepas itu saya cakap ‘kaki kiri tidak ada tunjuk marah ke?’. ‘Tak sebabnya kalau marah memang kaki kanan saja yang saya akan hentak kuat”, dia kata”.*

T18: *“Dia dapat menunjukkan diri dia sebenar. Dia bukanlah seorang yang agresif. Jauh dari sudut hati dia boleh jadi seseorang. Dia kata ‘saya nakkan keluarga menerima, saya bukan jenis pandai bercakap’. Nampak ada elemen positif kat situ”.*

Contoh tema keempat, ‘kemahiran penyelesaian masalah’ adalah seperti berikut:

T13: *“Klien nampak lebih luas tentang permasalahan. Bukan setakat perasaan diri dia tetapi dia nampak kesan. Kesan perasaan dia terhadap tingkah laku dia”.*

T10: *“Dia punya kesedaran untuk tanggungjawab untuk memilih macam ‘choice theory’lah. Memilih dan membiarkan tingkah laku ayah dia tu beri ‘effect’ pada dia ataupun dia boleh ‘divert’, maknanya dia tukar cara sudut pandang (berkaitan masalah dia)”.*

Manakala tema kelima, ‘kemahiran pengurusan masa’ yang diperolehi klien dari penyelesaian masalah, dilaksanakan kini, seperti petikan berikut:

T12: *“Dia sendiri buat ‘timetable’ dia ‘which is’ pada waktu siang adalah untuk dia buat aktiviti seperti sekolah. Petang masa untuk dia main dan malam adalah masa untuk dia tidur dan tengok tv. So dia tidak lagi membazirkan masa dia ‘which is’ waktu dia main dia kena buat kerja sekolah orang, waktu malam pun kena buat kerja sekolah orang ‘end up’ dia tidak boleh nak tengok tv”.*

Tema terakhir, ketujuh adalah ‘peningkatan kognitif berkaitan pembelajaran’:

T17: *So daripada pemikiran kognitif dia tu, dia boleh belajar dengan lebih baik. Kesan jugak kan daripada body outline ni. Dia boleh belajar dengan baik, dia boleh bergaul. Sebab sebelum ni kawan kawan dia pulau. So daripada sesi tingkah laku sosial dia, kesan tu jugak dia boleh buat study group, so dia dah boleh manage....So maknanya dari segi pemikiran dia dah bagus.*

Berkaitan masalah klien

Subkategori kedua bagi meningkatkan kualiti hidup klien adalah ‘berkaitan masalah klien’, iaitu diperolehi dari 7 petikan dan 4 tema atau kod. Tema tersebut adalah: (i) simptom psikosomatik tiada atau mengurang, (ii) simptom tingkah laku sebelum ini sudah tiada, (iii) skor setiap emosi lebih baik, dan (iv) kehadiran ke sesi tidak ‘default’ lagi.

Dalam tema pertama, ‘simptom psikosomatik tiada atau mengurang’, permasalahan utama klien telah selesai, sebagai antara hasil dari proses terapi menggunakan alatan CE-BME. Contoh petikan adalah seperti berikut:

T16: *“Kali kedua saya jumpa dia 10/2 tu buat ‘body outline’, saya tanya dia sendiri, tanya dengan mak dia memang tak ada lagi dah. Tak ada cirit birit, dah tak ada apa, muntah-muntah dan doktor pun dah ‘discharge’lah sebab dah tak ada benda (simptom psikosomatik) tu lagi ‘so’ tak perlu nak ada ‘follow-up’ lagilah macam tu”.*

T04: *“Saya pun tanya jugak yang psikosomatik. Sakit perut. Lepas tu dia kata, kadang-kadang ada. Kadang-kadang tak ada. Adakah ada lagi rasa nak makan Panadol? Ataupun ada rasa nak potong-potong tangan. Dia kata dah tak ada dah”.*

Tema kedua, ‘simptom tingkah laku sebelum ini sudah tiada’, merupakan antara hasil utama juga berkaitan permasalahan klien sebelum sesi menggunakan alatan CE-BME.

Petikan berikut menjelaskan lagi maksud tema ini:

T12: *“Tidak buat kerja sekolah orang lain dan dia boleh manage diri dia dengan baik. Tidak ada kena hantar pergi klinik, tidak ada lagi isu kerja sekolah dia tertangguh”.*

Kehadiran ke sesi tidak ‘default’ lagi, merupakan antara hasil berkaitan masalah klien yang tidak hadir sesi sebelum ini, seperti petikan berikut:

T05: *“Hasil yang membantu sebabnya bila dia buat ‘body outline’ tu kan, dia ‘agree’, dia tak ‘default’ tau untuk sesi yang seterusnya. Maknanya dia ‘agree’, dia minta sendiri daripada mak dia, nak datang kaunseling lagi”.*

Kehidupan keseluruhan

Subkategori terakhir bagi hasil membantu berkaitan klien dari aspek ‘meningkatkan kualiti hidup klien’ adalah ‘kehidupan keseluruhan’. Terdapat 3 petikan dengan 2 tema, iaitu tema (i) hidup klien berubah, dan (ii) fungsian emosi dan tingkah laku lebih baik. Petikan berikut menunjukkan maksud tema ‘hidup klien berubah’:

T07: *“Adalah benda dia buat dah jadi, saya rasa ‘yes’ kan. ‘At least’ dah ada perkembangan pada klien kan. Walaupun saya jumpa dia tiga bulan selepas itu”.*

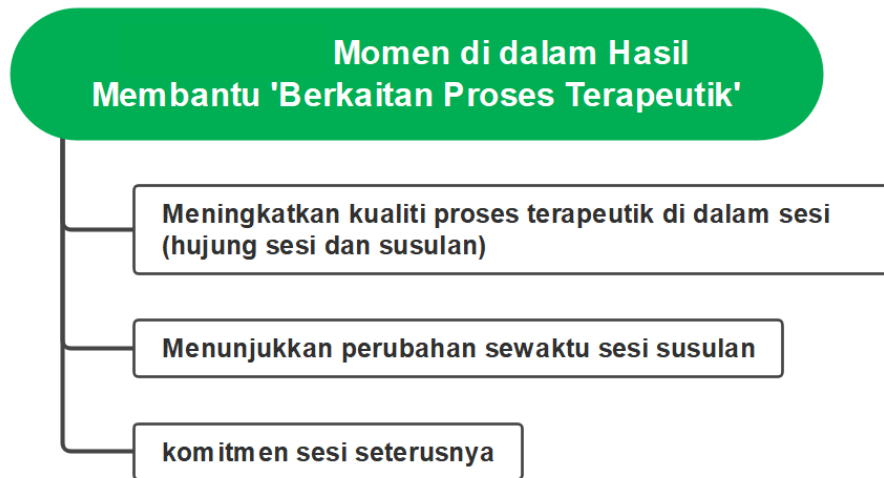
P05: *“Dia kata dia rasa sangat gembira. Dia rasa hidup dia rasa ada makna. Dia rasa terima kasihlah makcik tolong dia. Dia cakap macam tu”.*

Manakala tema terakhir, ‘fungsian emosi dan tingkah laku lebih baik’ adalah seperti berikut:

T16: *“Yang saya nampak mak dia beritahu pada sesi yang kedua tu anak dia dah tak ada lagi diarea dan juga muntah-muntah lah. Maksudnya dekat situ kefungsian budak itu bertambah baik. Juga boleh buat kerja sekolah sedikit demi sedikit dan boleh bertolak ansur dari sudut penggunaan gajet, jadi dah tak memberontak macam dulu marah-marah, kan. Boleh tidur awal, kalau dulu kan biasa PKP tidur lewat. Jadi boleh tidur awal, esok pagi boleh bangun tak ada merengek-rengok meragam.”*

Seterusnya kategori kedua adalah hasil membantu berkaitan proses terapeutik yang akan dijelaskan dalam subtopik berikutnya.

4.3.5 Hasil Membantu Berkaitan Proses Terapeutik



Rajah 4.9. Kategori di dalam momen hasil membantu berkaitan proses terapeutik

Di dalam momen hasil membantu kategori ketiga, 'berkaitan proses terapeutik', terdapat 3 kategori, iaitu (i) meningkatkan kualiti proses terapeutik di dalam sesi (hujung sesi atau susulan), (ii) menunjukkan perubahan sewaktu sesi susulan, dan (iii) komitmen sesi seterusnya. Rajah 4.14 menunjukkan 3 kategori tersebut. Manakala Jadual 4.16 menunjukkan secara terperinci akan kesemua tema di dalam 3 kategori bagi hasil membantu ini yang berkaitan proses terapeutik.

Jadual 4.16

Subkategori dan Tema bagi Hasil Membantu 1.2

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.3.3) Berkaitan Proses Terapeutik	(4.3.3.1) Meningkatkan kualiti proses terapeutik di dalam sesi (hujung sesi dan susulan)	Perhubungan terapis-klien dan tindakan kerjasama (7)	'Rapport' berjaya (2) Engagement lebih baik (1) Penerimaan klien terhadap terapis lebih baik (1) Bersetuju untuk kaunseling keluarga (1) Bersetuju dengan input diberi terapis (1) Proses tidak memenatkan (1)
		Fisiologi dan bukan lisan (13)	Wajah emosi lega (2) Senyum lebih banyak (5) Kontak mata ada (1) Cara duduk berubah (2) Seronok dengan warna (2) Intonasi suara berubah (1)
		Masalah klien dan intervensi (22)	Klien nampak jelas masalah sendiri (4) Klien nampak jelas kesan cara lama urus emosi (4) Klien nampak jelas kesan cara mudah urus emosi (1) Terapis fokus intervensi emosi dengan tepat (8) Terapis fokus kemahiran daya tindak tepat (3) Isu psikosomatik kurang (1) Ada bukti klinikal kepada masalah klien (1)

(4.3.3) Berkaitan Proses Terapeutik	(4.3.3.2) Menunjukkan perubahan sewaktu sesi susulan	Percakapan (6)	Lebih banyak bercakap (3) Masih bercakap tentang emosi dan penerokaannya (3)
		Berkaitan CE-BME (13)	Skor emosi berubah (7) Warna lorekan berubah lebih longgar (1) Gembira di banyak lokasi (2) Meminta melihat dan masih bercerita tentang CE-BME nya (2) Terapis kukuhkan psikopendidikan dari CE-BME klien (1) Terapis tentukan hala tuju dari CE-BME klien (1)
	(4.3.3.3) Kesanggupan komitmen sesi seterusnya	Kehadiran (7)	Klien bertanya bila nak jumpa lagi (1) Klien mahu dan suka nak datang lagi (5) Klien tidak 'default' (1)

4.3.5.1 Meningkatkan kualiti proses terapeutik di dalam sesi (hujung sesi dan susulan)

Terdapat sejumlah 42 petikan di dalam kategori pertama momen hasil membantu, 'meningkatkan kualiti proses terapeutik di dalam sesi (hujung sesi dan susulan), dengan tiga subkategori', iaitu (i) perhubungan terapis-klien dan tindakan kerjasama, (ii) fisiologi dan bukan lisan, dan (iii) masalah klien dan intervensi.

Perhubungan Pegawai Psikologi (Kaunseling)-klien dan tindakan kerjasama

Dalam subkategori pertama 'perhubungan Pegawai Psikologi (Kaunseling)-klien dan tindakan kerjasama', terdapat 7 petikan di bawah 6 tema atau kod, iaitu (i) 'rapport' berjaya, (ii) 'engagement' lebih baik, (iii) penerimaan klien terhadap terapis lebih baik, (iv) bersetuju untuk kaunseling keluarga, (v) bersetuju dengan input diberi, dan

(vi) proses tidak memenangkan. Bagi tema pertama, ‘rapport’ berjaya, dapat difahami dari contoh petikan berikut:

T11: *“Hubungan ‘rapport’ mungkin saya boleh katakan hubungan ‘rapport’ tu berjaya. ‘Rapport’ bersama klien berjaya. Klien tu rasa yakin (dengan saya)”.*

Manakala tema kedua, ‘engagement’ lebih baik, dapat ditunjukkan dari petikan berikut:

T13: *“Kali pertama saya jumpa dia ni macam, faham tak faham je dari cara dia cakap tu, kan ataupun ‘level of understanding’ dia tu walaupun dia remaja, tapi macam bila kali kedua, eh mudah pula. Macam dia punya ‘explanation’.. eh, bagus. Okey. Sebab dulu saya ‘more’ kepada bercakap, lepas tu DASS. Maybe bukan ‘level’ dia, lah. Tapi yang ini, bila kesan dia tu (guna ‘body outline’), nampak kita lebih mudah bekerjasama dengan klien”.*

Seterusnya bagi tema ketiga, ‘penerimaan klien terhadap Pegawai Psikologi (Kaunseling) lebih baik’, seperti berikut:

T04: *“Memang rasa hubungan tu, rasa makin mesra (baik). Dia boleh menerima (menerima terapis). Tapi kita faham dia ada isu ‘trust’. Jadi, ‘it shouldn’t’ buat cepat-cepat. Kan? ‘So let the flow’. Dia ‘flow’ dengan sendirinyalah. Dengan ‘teenagers especially’”.*

Petikan yang menunjukkan tema keempat, ‘bersetuju untuk kaunseling keluarga’, adalah seperti berikut:

T10: *“Dia juga setuju untuk buat ‘family counseling’ dengan adik yang dia tak suka. Tak suka tu pun dia masih boleh, hendak bantu jugalah adik dia. Dia kata hendak bantu pun dia tak tahu macam mana hendak membantu (adik dia), tapi dia faham yang semua orang sedang membantu dan perlu dibantu, dia sudilah untuk ambil tanggungjawab itu bersama”.*

Fisiologi dan bukan lisan

Bagi subkategori ‘fisiologi dan bukan lisan’, terdapat 13 petikan di bawah 6 tema, iaitu (i) wajah emosi lega, (ii) senyum lebih banyak, (iii) kontak mata ada, (iv) cara duduk berubah, (v) seronok dengan warna, dan (vi) intonasi suara berubah. Contoh pada tema kedua, ‘senyum lebih banyak’, dapat dilihat dari contoh petikan berikut:

T07: “*Saya nampak sesi kedua, dia pun dah boleh senyum, ‘which is’ pada saya ‘yes’, saya sangat ‘happy’. Haa kan nampak dia dah boleh senyum, dia dah boleh bertanya soalan dan saya nampak ya, dia dah mula berfikirilah. Okey akan datang macam mana kan. Akan datang macam mana”.*

T09: “*Dia boleh senyum jugalah dalam sesi saya ni. Dulu sepanjang sesi tu banyak muka ketat je kan, tapi sesi ni bila cakap pasal K-pop macam ni, macam ni, lirik lagu apa semua, siap tanya kumpulan lagilah, sebab kegilaan remaja sekarang, memang berbeza dia masa tu”.*

Timbal balik dari fisiologi klien sudah tersenyum memberikan impak juga kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan proses terapeutik di dalam sesi. Seterusnya bagi tema ‘kontak mata ada’, yang juga meningkatkan keterlibatan klien di dalam sesi dan kualiti proses terapeutik. Ini dapat ditunjukkan dari petikan berikut:

T02: “*Sebelum ni, sesi yang pertama, ‘eye contact’ dia macam ‘poor’lah, maksudnya macam tak tengok. Tapi sesi yang kedua ni, lepas dah buat ‘body outline’, kita dah sembang, kita tanya aktiviti, dia punya ‘eye contact’ tu dah bagus. Maksudnya, dia boleh tengok mata kita”.*

Masalah klien dan intervensi

Seterusnya kategori ketiga ‘masalah klien dan intervensi’, terdapat 22 petikan dengan 7 tema di bawahnya. Tema tersebut adalah (i) klien nampak jelas masalah sendiri, (ii) klien nampak jelas kesan cara urus emosi lama, (iii) klien nampak jelas kesan cara mudah urus emosi, (iv) Pegawai Psikologi (Kaunseling) fokus intervensi emosi

dengan tepat, (v) Pegawai Psikologi (Kaunseling) fokus kemahiran daya tindak tepat, (vi) isu psikosomatik kurang, dan (vii) ada bukti klinikal kepada masalah klien.

Bagi tema kedua, 'klien nampak jelas kesan cara lama urus emosi', ini membantu meningkatkan proses terapeutik dari aspek fokus kepada membantu permasalahan klien, seperti petikan berikut:

T13: *"Klien nampak lebih luas tentang permasalahan diri dia. Bukan setakat perasaan diri dia tetapi juga kesan kepada diri dia. Macam dia nampak dia gunakan tangan dia, nampak kesan. Kesan perasaan dia terhadap tingkah laku dia".*

T09: *"Dia tahu cara nak 'manage' emosi dia, daripada terus fikir benda-benda yang menyerabutkan dia, membuatkan dia marah, sekarang dia fokus kepada nak gembirakan diri dia sendiri dulu. Sebab bila dia gembira, tak ada dah nak marah orang, adik dia, atau nak fikir sesuatu yang buruk terhadap adik dia".*

Seterusnya 'Pegawai Psikologi (Kaunseling) fokus intervensi emosi dengan tepat', sebagai tema keempat, yang mana hasil penggunaan alatan CE-BME adalah apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat fokus kepada penyelesaian masalah dan intervensi klien dengan lebih tepat, iaitu emosi sedih, seperti contoh petikan berikut:

T07: *"Saya rasa momen (hasil) yang membantu selepas itu untuk saya 'slowly' pergi, 'how' dia nak 'cope' dengan sedih dia tu.*

Contoh bagi tema ketujuh, 'ada bukti klinikal kepada masalah klien', adalah seperti berikut:

T16 : *"Kepuasan dan ada bukti klinikal. Memang dia yang tandakan? Bukan kita yang buat, kita yang suruh. Tak ada. Jadi tiba-tiba dia 'colour' macam wah!, macam tu'.*

4.3.5.2 Menunjukkan perubahan sewaktu sesi susulan

Di dalam kategori kedua momen hasil membantu berkaitan proses terapeutik, klien ‘menunjukkan perubahan sewaktu sesi susulan’, dengan terdapat 14 petikan di bawah 2 subkategori, (i) percakapan, dan (ii) berkaitan CE-BME.

Percakapan

Dalam subkategori ‘percakapan’, analisis secara Teori Asas menunjukkan 6 petikan dengan 2 tema di bawahnya, iaitu (i) lebih banyak bercakap, dan (ii) masih bercakap tentang emosi dan penerokaannya’. Tema pertama, sewaktu sesi susulan, klien ‘lebih banyak bercakap seperti contoh petikan berikut:

T07: “*Saya nampak, kan, masa sesi pertama dia tak banyak cakap. Tapi bila sesi kedua, dia dah mula banyak bercakap dan mula bertanya*”.

Seterusnya dalam tema kedua, klien ‘masih bercakap tentang emosi dan penerokaannya’ sewaktu sesi susulan, seperti berikut:

T01: “*Sesi kedua tu dia ada sebut tentang ‘body outline’, maksudnya dia sebut tentang rasa marah, saya tanya balik la perasaan dia kan ‘based on part’ emosi yang ‘body outline’*”.

Berkaitan CE-BME

Berkaitan CE-BME, perubahan ditunjukkan sewaktu sesi susulan, dengan 13 petikan yang berada di bawah 6 tema, iaitu (i) skor emosi berubah, (ii) warna lorekan berubah lebih longgar, (iii) gembira di banyak lokasi, (iv) meminta melihat dan masih bercerita tentang CE-BME nya, (v) Pegawai Psikologi (Kaunseling) kukuhkan psikopendidikan

dari CE-BME klien, dan (vi) Pegawai Psikologi (Kaunseling) tentukan hala tuju dari CE-BME klien.

Contohnya dalam tema kedua ‘skor emosi berubah’, petikan berikut menunjukkan aspek tersebut:

T17: *“Ye. Sedih pun dah turun daripada 8 kepada 5. Dia punya marah pun dah turun. So marah dia dah turun daripada 4 dah 2. ‘So’ dia dah boleh ‘control’ dia punya marah, dia dah boleh ‘control’ (urus) dia punya sedih, seolah-olah dia dah dapat hidup dia yang baru”.*

T06: *“Paling drastik ialah gembira, daripada 1 naik 10, takut dia daripada 8 turun 1, ha! tu yang paling tinggilah. Macam sedih dengan marah masih ada, 8 turun 5, 10 turun 7, kan yang marah”.*

Tema keenam, ‘Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengukuhkan psikopendidikan dari CE-BME klien’, dapat ditunjukkan dari contoh petikan di bawah:

T04: *“Lepas tu pada sesi ketiga ‘I was explaining to her that’ main ‘game’ semasa makan mengganggu penghadaman. ‘So’, nak neutralkan balik kepada dia ,perkara-perkara yang ibu bapa dia tak suka tu sebenarnya tak bagus pun untuk diri dia”.*

4.3.5.3 Kesanggupan komitmen sesi seterusnya

Dalam kategori ‘kesanggupan komitmen sesi seterusnya’, terdapat sejumlah 7 petikan, dengan 1 subkategori sahaja, iaitu ‘kehadiran’.

Kehadiran

Dalam subkategori kehadiran, terdapat 3 tema di bawahnya, iaitu (i) klien bertanya bila nak jumpa lagi, (ii) klien mahu dan suka nak datang lagi, dan (iii) klien tidak ‘default’. Contohnya dari petikan di bawah bagi tema pertama, klien bertanya bila nak jumpa lagi:

T07: “Kesan lain saya nampak dia ‘looking forward’ untuk ‘next session’. ‘Okey lepas ni bila lagi kita jumpa?’”.

Seterusnya dalam tema kedua, klien mahu dan suka nak datang lagi:

T15: “Selepas sesi kedua ni, dia dah mula senyum dekat saya. ‘And then’, dia ucapkan, “Okay, kita jumpa ‘next’ sesi”.

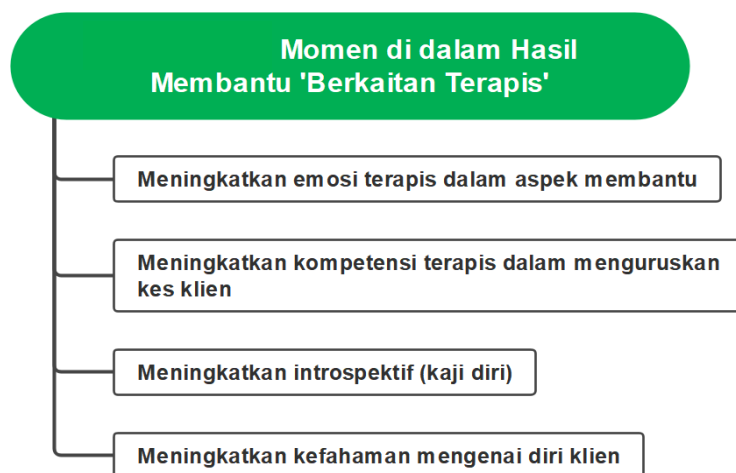
T10: kalau yang penghujung-penghujung (hujung sesi) tu, dia sudi lagi untuk datang. Dia boleh ‘commit’ lagi dengan sesi kita.

Akhir, dari tema ketiga, ‘klien tidak ‘default’ dan contoh petikan adalah seperti berikut:

T05: “Hasil yang membantu, sebab bila dia dah buat ‘body outline’ tu kan, dia tak ‘default’ tau untuk sesi yang seterusnya”.

Seterusnya kategori ketiga adalah hasil membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang akan dijelaskan dalam subtopik berikutnya.

4.3.6 Hasil Membantu Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)



Rajah 4.10. Kategori di dalam momen hasil membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Terdapat 4 kategori di dalam momen hasil membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), iaitu (i) meningkatkan emosi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam aspek membantu, (ii) meningkatkan kompetensi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam menguruskan kes klien, (iii) meningkatkan introspektif (kaji diri), dan (iv) meningkatkan kefahaman Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengenai diri klien (Rajah 4.15). Secara terperinci, tema-tema yang terhasil daripada analisis Teori Asas untuk subkategori hasil membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) ditunjukkan di dalam Jadual 4.18 berikutnya.

Jadual 4.17

Subkategori dan Tema bagi Hasil Membantu 1.3

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.3.2) Berkaitan Terapis	(4.3.2.1) Meningkatkan emosi terapis dalam aspek membantu (27)	Rasa ingin membantu (9)	Rasa semangat untuk membantu lagi (3) Rasa bertanggungjawab nak bantu (3) Rasa mahu teruskan membantu seperti mana klien mahu bantu diri (2) Nampak harapan dan potensi bantu klien (1)
		Kepuasan (6)	Kepuasan dapat membantu klien (4) Kepuasan dengan respons & kerjasama klien (1) Puas dengan perubahan klien (1)
		Kegembiraan (6)	Gembira klien dapat celik akal (1) Gembira dengan perubahan klien (5)

	Keyakinan (6)	Kenalpasti tahap kesihatan mental klien dan pencegahan (2) Yakin guna CE-BME untuk semua klien (4)
(4.3.2.2)	Kemahiran dalam Meningkatkan kompetensi terapis dalam menguruskan kes klien (23)	Dapat terokai klien yang tidak banyak bercakap (1) Dapat mencakupi semua emosi untuk perbincangan dan penerokaan (1) Dapat kenal cara gaya urus emosi klien lebih mendalam (1) Dapat melatih strategi daya tindak secara unik (individu) dan tepat (3) Dapat beri kemahiran daya tindak klien dengan cepat (3) Dapat siap sedia dengan kemahiran lain bagi cabaran klien seterusnya (2) Dapat tahu punca isu klien (2) Jelaskan semula kepada klien menggunakan CE-BME (5)
	Kemahiran menghubungkan dengan ahli keluarga (5)	Dapat jelaskan kepada ibu klien (4) Dapat melibatkan ibu klien untuk bantu di rumah (1)
(4.3.2.3)	Refleksi diri (4)	Apa kekurangan diri (3) Apa boleh belajar dari klien (1)
(4.3.2.4)	Kesedaran (4)	Nampak sisi positif klien di sebalik tingkah laku bermasalah (1) Lebih faham keperluan klien (1) Sedar klien tidak cukup kenal diri dari aspek emosi diri (1) Sedar budaya klien tidak ditanya tentang emosi (1)

4.3.6.1 Meningkatkan emosi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam aspek membantu

Bagi hasil membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), terdapat sejumlah 27 petikan bagi kategori pertama, ‘meningkatkan emosi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam aspek membantu’. Ia dipecahkan kepada 4 subkategori, iaitu (i) rasa ingin membantu, (ii) kepuasan, (iii) kegembiraan, dan (iv) keyakinan.

Rasa ingin membantu

Terdapat 9 petikan bagi subkategori ‘rasa ingin membantu’ di dalam kategori meningkatkan emosi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam aspek membantu, dengan 4 tema atau kod, iaitu (i) rasa semangat untuk membantu lagi, (ii) rasa bertanggungjawab untuk bantu, (iii) rasa mahu teruskan membantu seperti mana klien mahu bantu diri, dan (iv) nampak harapan dan potensi bantu klien. Sebagai contoh, hasil membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘rasa semangat untuk membantu lagi’ adalah seperti berikut:

T07: *“Masa tu saya memang, Ya Allah, Ya Allah bantulah klien ini. Haa macam tu. Kita doakan dia, Berilah dia kekuatan. Bantulah dia, bantulah dia. Haa.. Tulah. Kita buat dalam hatiku”.*

T05: *“Kita pun rasa ‘looking forward’ la untuk membantu dia sebenarnya”.*

Selain itu, contoh petikan bagi tema ‘rasa nak teruskan membantu seperti mana klien nak bantu diri’, adalah seperti berikut:

T06: *“Dia anak sulung. Dia ada ‘insight’. Kita nampak yang dia ni sebenarnya bersungguh-sungguh nak memperbaiki diri dia. Jadi kita pun nak tolong”.*

Kepuasan

Terdapat 6 petikan bagi aspek kepuasan, dengan 3 tema di bawahnya, iaitu (i) kepuasan dapat membantu klien, (ii) kepuasan dengan respon dan kerjasama klien, dan (iii) puas dengan perubahan klien. Contoh petikan bagi tema 'kepuasan dapat membantu klien' adalah seperti berikut:

T08: *"Kesan kepada diri saya sendiri. Saya rasa 'satisfied' tau. Saya rasa saya dah puas. Saya rasa macam "Eh, aku dapat satu point " Ye lah, dapat tahu lebih tentang dia. Yang mana, mak dia pun tak tau tentang diri dia. Haa macam tu lah".*

Seterusnya Pegawai Psikologi (Kaunseling) rasa puas dari hasil klien, iaitu tema 'puas dengan perubahan klien'. Seperti petikan berikut:

T12: *Saya rasa puas sebab satu client saya happy. Yang kedua for sure lah yang kita bila buat sesi bila client kita achieve target ataupun mendapat celik akal. Itulah salah satu kejayaan kita dalam buat sesi kaunseling.*

T15: *"Saya nampak saya membantu klien sayalah. Dari segi pencapaian tu kan. Ya, saya rasa puas hati. Puas hati".*

Kegembiraan

Bagi aspek atau kategori 'kegembiraan', terdapat 6 juga petikan, yang dipecahkan kepada 2 tema, iaitu (i) gembira klien dapat celik akal, dan (ii) gembira dengan perubahan klien. Contoh bagi tema pertama 'gembira klien dapat celik akal' adalah seperti berikut:

T12: *"Mungkin saya akan rasa sedih lepas ini sebab saya akan kurang kawan", dia kata. 'Tetapi tidak apalah janji saya tak sakit tangan nak buat kerja sekolah, saya tidak kena cubit dengan kakak saya bila balik'. 'So' benda-benda itu dia 'realise' dan benda tu pun buat saya 'happy' bila dia sendiri pun dah 'realise'.*

Manakala tema 'gembira dengan perubahan klien' adalah seperti berikut:

T07: *"Lama dia main game, 'yes' dia dah kurang sangat main 'game' kan. Dia mulalah buat atau tengok (aspek) belajar dia kan. Tengok buku dan mula dah. Jadi*

saya rasa 'happy' sangatlah. Terharu pun ada kan. Macam eee Ya Allah. Tu lah kuasa Allah orang kata. Ya Allah....”.

Keyakinan

Bagi aspek keyakinan, sebagai sub kategori kepada ‘meningkatkan emosi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam aspek membantu’, bagi hasil membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), terdapat 6 juga petikan di dalam subkategori ini. Ia berada di bawah 2 tema, iaitu (i) kenal pasti tahap kesihatan mental klien dan pencegahan, dan (ii) yakin guna CE-BME untuk semua klien. Contoh petikan bagi tema kedua, ‘yakin guna CE-BME untuk semua klien’, adalah seperti berikut:

T15: *“Dia (alat CE-BME) boleh meningkatkan konfiden saya sebab ini sesi pertama, dia dah maksudnya dari segi saya nampak skala ‘skill’ saya kan, mungkin dah dalam 7 macam tu. Ini untuk klien pertama selepas kita punya kursus tu. ‘So’, bila, apa ni, mungkin untuk klien yang seterusnya, akan lebih konfidenlah”.*

4.3.6.2 Meningkatkan kompetensi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam menguruskan kes klien

Di dalam kategori ‘meningkatkan kompetensi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam menguruskan klien’, terdapat sejumlah 23 petikan dengan subkategori berkaitan kemahiran Pegawai Psikologi (Kaunseling), iaitu (i) kemahiran dalam proses terapi dan (ii) kemahiran menghubungkan dengan ahli keluarga.

Kemahiran dalam proses terapi

Bagi subkategori pertama, ‘kemahiran dalam proses terapi’, terdapat 18 petikan, dengan 8 tema atau kod di bawahnya. Tema tersebut adalah (i) dapat terokai klien yang tidak banyak bercakap, (ii) dapat mencakupi semua emosi untuk perbincangan

dan penerokaan, (iii) dapat kenal cara gaya urus emosi klien lebih mendalam, (iv) dapat melatih strategi daya tindak secara unik (individu) dan tepat, (v) dapat beri kemahiran daya tindak klien dengan cepat, (vi) dapat siap sedia dengan kemahiran lain bagi cabaran klien seterusnya, (vii) dapat tahu punca isu klien, dan (viii) jelaskan semula kepada klien menggunakan CE-BME.

Dalam tema keempat, Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat melatih strategi daya tindak secara unik (individu) dan tepat, seperti contoh berikut:

T12: *“Macam tangan awak ni, gunakan untuk apa kan. Okey. Awak tepuk tangan bila gembira contohnya. Okey bila awak rasa takut, awak menggigil, kan? Okay contohnya bila awak marah, awak akan baling barang contohnya. Okay ‘so’ apa yang boleh awak gunakan (lakukan) untuk gantikan ini? Awak gunakan tangan juga tapi awak tukarkan kepada perkara lain. ‘Instead off’ selama ni kita cakap ‘coping skill’ secara terbuka je, awak buatlah ni, buatlah ni, tapi ini ialah awak gunakan yang sama je tetapi awak gantikan, kan? Haa..”*

Bagi tema keenam, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga ‘dapat siap sedia dengan kemahiran lain bagi cabaran klien seterusnya’, seperti berikut:

T16: *“Saya plan for the next TCA nanti saya nak ‘enhance’ dia punya ‘coping skills’ sekiranya progres tu bertambah baik, senang kita terus apa ni rancang apa yang kita plan tu ‘So’ bila ‘diorang’ ‘track’ tu mudahlah kita maksudnya ok lepas ni kita nak buat apa kita just go ‘ahead’ je daripada apa yang kita ‘plan’.*

T14: *“Saya tekankan juga benda positif yang dia buat, contohnya ‘skipping’. Sebab ‘skipping’ itu menyebabkan sehingga dia masuk pertandingan peringkat sekolah. ‘So’ bila saya tengok dia melukis tu, so dia keluarkan imaginasi dia. ‘So’ saya fokuskan juga dia punya ‘positive part tu’”.*

Kemahiran menghubungkan dengan ahli keluarga

Subkategori kedua di dalam aspek meningkatkan kompetensi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam menguruskan kes klien adalah ‘kemahiran menghubungkan

dengan ahli keluarga lain’, dan ini ditunjukkan melalui 5 petikan di bawah 2 tema. 2 tema itu adalah (i) dapat jelaskan kepada ibu klien, dan (ii) dapat melibatkan ibu klien untuk bantu di rumah.

Contoh antara tema pertama, Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘dapat jelaskan kepada ibu klien’ adalah seperti berikut:

T13: *“Dia ada masalah dari segi ‘anger’ yang terpendam dan dia seorang yang pendam. Selepas saya jumpa dia, saya jumpa semula dengan emak dia untuk ‘clarify’kan ‘so’ memang emak dia pun terkejut juga lah dengan dia punya reaksi dan ‘certain, emosi dia. Contohnya macam dia rasa bersalah juga bila dia pukul emak dia sebab kalau emak dia tengok dia macam tak ada perasaan lah”.*

Tema kedua, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga dapat melibatkan ibu klien untuk bantu di rumah seperti berikut:

T14: *“Itulah saya pun cadang untuk emak dia, untuk libatkan dia dalam benda-benda yang melibatkan emak dia dan family lah maksudnya”.*

T14: *Emak dia kata dia ni memang kita nampak saja dia main macam tu tetapi sebenarnya telinga dia memang dengar. Bila saya saya cakap pasal kes mahkamah tu, dia cakap, emak dia cakap dia tak ada pun cakap direct dekat anak dia. Cuma emak dia adalah bercerita dengan makcik dia, aahh...*

4.3.6.3 Meningkatkan introspektif (kaji diri)

Bagi kategori ketiga, ‘meningkatkan introspektif (kaji diri)’ bagi hasil membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), melibatkan satu sahaja subkategori, iaitu ‘refleksi diri’. Terdapat hanya 4 petikan, dan ia berada di bawah 2 tema, iaitu (i) ‘apa kekurangan diri’, dan ‘apa boleh belajar dari klien’. Contoh petikan bagi kedua-dua tema ini adalah seperti berikut:

Refleksi diri

Subkategori bagi ‘refleksi diri’ menunjukkan 4 petikan dengan 2 tema, iaitu (i) apa kekurangan diri, dan (ii) apa boleh belajar dari klien. Contohnya dalam petikan berikut, Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat merefleksi diri yang prinsip beliau untuk sentiasa percaya ‘apa boleh belajar dari klien’. Petikan berikut menunjukkan contoh untuk dua tema ini:

T08: *“Pada saya klien ni adalah satu proses untuk saya belajar. Dan, setiap sesi yang saya buat dengan dia, banyak benda yang saya belajar dengan dia sebenarnya dalam sesi ni. Contoh macam satu-satu hari itu kita ada satu perasaan macam tak ‘best’ ke, kan. Sesetengah orang mungkin, ‘hari ni mood saya tak okay. Saya tak nak buat sesi’. Sesetengah orang macam tu. Tapi saya jenis yang, ‘aku nak buat sesi. Aku mesti akan dapat belajar sesuatu dari dia”. Selalu macam tu.*

Tema kedua, Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat merefleksi ‘apa kekurangan dari diri’, seperti contoh berikut:

T04: *“Saya rasa dari segi penerokaan terhadap ‘parts’ yang dia colour tu memerlukan penerokaan yang panjang. Jadi, setiap satu tu, saya rasa tak teroka sebaiknya, sehabisnya”.*

Ini adalah bagus untuk Pegawai Psikologi (Kaunseling) perbaiki diri kerana ‘alatan yang digunakan’ berjaya mencetuskan rasa untuk perbaiki diri dalam aspek kemahiran diri Pegawai Psikologi (Kaunseling).

Kesedaran

Dalam aspek atau kategori ‘kesedaran’, terdapat 4 petikan dengan 4 tema setiap satunya, iaitu tema: (i) nampak sisi positif klien di sebalik tingkah laku bermasalah,

(ii) lebih faham keperluan klien, (iii) sedar klien tidak cukup kenal diri dari aspek emosi diri, dan (iv) sedar budaya klien tidak ditanya tentang emosi.

Bagi tema pertama, Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘nampak sisi positif klien di sebalik tingkah laku bermasalah’ klien seperti petikan berikut:

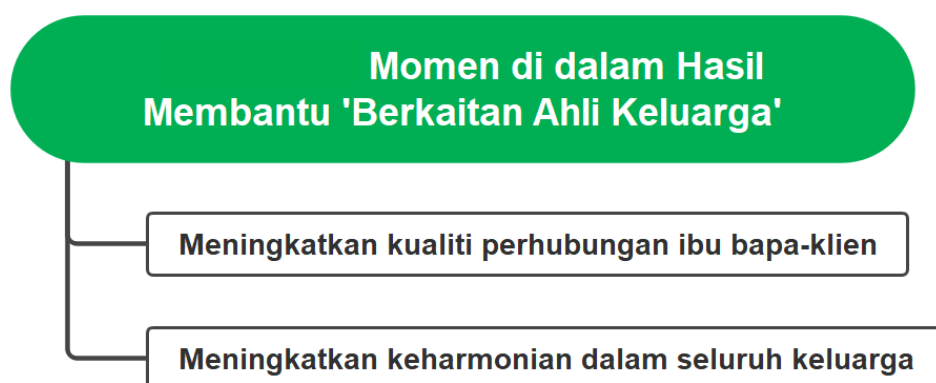
T18: *“Klien itu sendiri bukan dari sudut negatif semata-mata. Dilihat ada sudut yang positif”.*

Seterusnya bagi tema ‘lebih faham keperluan klien’, petikan berikut menjelaskan lagi aspek ini:

T13: *“Hasil kepada saya ialah saya lebih faham keperluan klien saya. Mudah untuk saya ‘direct’ okay, (yang) ini keperluan dia”.*

Seterusnya pengkaji akan menerangkan hasil membantu kategori ketiga, iaitu berkaitan ahli keluarga.

4.3.7 Hasil Membantu Berkaitan Ahli Keluarga



Rajah 4.11. Kategori di dalam momen hasil membantu berkaitan ahli keluarga

Kategori utama keempat di dalam hasil membantu adalah berkaitan ahli keluarga. Rajah 4.11 menunjukkan teman di dalam hasil membantu berkaitan ahli keluarga. Terdapat dua kategori, iaitu (i) meningkatkan kualiti perhubungan ibu bapa-klien, dan (ii) meningkatkan keharmonian dalam seluruh keluarga. Jadual 4.19 menunjukkan kesemua 17 tema di dalam hasil membantu bagi 2 kategori ini.

Jadual 4.18

Subkategori dan Tema bagi Hasil Membantu 1.4

Kategori Utama	Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.3.4) Berkaitan Ahli Keluarga	(4.3.4.1) Meningkatkan kualiti perhubungan ibu bapa-klien (13)	Ibu kepada klien (10)	Sedar perlu berubah (1)
			Sedar klien tahu isu keluarga (1)
			Lebih memahami klien (4)
	(4.3.4.2) Meningkatkan keharmonian dalam seluruh keluarga (14)	Klien kepada ibu bapa (3)	Tidak marah klien (1)
			Terkejut dengan emosi terpendam klien (3)
			Lebih faham ibu (1)
			Lebih menghargai ibu (1)
			Boleh ikut arahan ibu bapa (1)
		Pengurusan keluarga (2)	Pengurusan masa ibu lebih baik (1)
			Isu kewangan lebih baik (1)
		Konflik keluarga (2)	Konflik hubungan ibu ayah berkurangan (1)
			Konflik hubungan ibu dan adik beradik ibu berkurangan (1)

4.3.7.1 Meningkatkan kualiti perhubungan ibu bapa-klien

Dalam kategori pertama ‘meningkatkan kualiti perhubungan ibu bapa-klien, terdapat 2 subkategori, iaitu (i) ibu kepada klien, dan (ii) klien kepada ibu bapa dengan jumlah 13 petikan di dalamnya.

Ibu kepada klien

Subkategori ‘ibu kepada klien’ sebagai hasil membantu di dalam meningkatkan kualiti perhubungan ibu bapa-klien, terdapat 10 petikan di bawah 5 tema atau kod, iaitu tema (i) sedar perlu berubah, (ii) sedar klien tahu isu keluarga, (iii) lebih memahami klien, (iv) tidak marah klien, dan (v) terkejut dengan emosi terpendam klien. Contohnya dalam tema ketiga, ibu ‘lebih memahami klien’ adalah seperti berikut:

T08: *“Selepas daripada ‘body outline’ ni saya panggil mak dan jumpa sama-sama. ‘So’ mak dia lebih tahu, lebih mendalam tentang anak dia. Apa isu anak dia yang sebenarnya”.*

Manakala contoh petikan bagi tema kelima, ‘terkejut dengan emosi terpendam klien’ adalah seperti di bawah:

T14: *“Ini pun satu benda yang emak dia baru tahu, lah. Emak dia baru tahu yang sebenarnya dia sedih dengan penceraian itu sebab dia tak pernah cakap pun yang dia sedih ke apa”.*

Klien kepada ibu bapa

Subkategori kedua di dalam kategori ‘meningkatkan kualiti perhubungan ibu bapa-klien’ adalah klien kepada ibu bapa, dengan sejumlah 3 petikan dan 3 tema atau kod setiap satunya. Temanya adalah klien (i) lebih faham ibu, (ii) lebih menghargai ibu, dan (iii) boleh ikut arahan ibu bapa. Contoh petikan bagi tema pertama, klien ‘lebih faham ibu’, petikannya adalah seperti berikut:

T14: *“Contohnya macam dia rasa bersalah juga bila dia pukul emak dia sebab kalau emak dia tengok dia macam tak ada perasaanlah. Tetapi sebenarnya dia ada perasaan itu, cuma dia tidak tunjukkan kepada emak dia ‘especially’ emak dia”.*

Tema kedua, klien ‘lebih menghargai ibu’, adalah melalui petikan berikut:

T07: *“Masa dia nak bunuh diri naik tingkat 15 tu kan, lepas daripada tu dia ada satu lagi dia nak cuba cederakan mak dia. Dah ambil hammer nak ketuk mak dia, masa tu mak dia tengah solat. Haa lepas tu tak jadi kan. Tapi bila sesi kedua, tengok dia dah nak bagi hadiah dah dekat mak dia kan. Maknanya perubahan besar”.*

Manakala tema ketiga, klien ‘boleh ikut arahan ibu bapa, dan petikannya adalah seperti berikut:

T04: *“Kita tak nampak, sebab dia bukan ekspresif. Kita tak tahu lepas sesi dia ‘happy’ ke tidak, dia okay ke tidak dengan ‘parents’ dia. Tapi, ‘feedback’ dari ‘parents’ kata, dia boleh ikut arahan”.*

4.3.7.2 Meningkatkan keharmonian dalam seluruh keluarga

Kategori kedua di dalam hasil membantu berkaitan ahli keluarga adalah ‘meningkatkan keharmonian dalam seluruh keluarga’ dengan sejumlah 14 petikan. Dalam aspek ini terdapat dua subkategori, iaitu (i) pengurusan keluarga, dan (ii) konflik keluarga.

Pengurusan keluarga

Di dalam subkategori pertama, ‘pengurusan keluarga’, terdapat 2 petikan dengan 2 tema atau kod, dan temanya adalah (i) pengurusan masa ibu lebih baik, dan (ii) isu kewangan lebih baik. Tema pertama, ‘pengurusan masa ibu lebih baik adalah dari petikan berikut:

T16: *“Hasil sangat membantu adalah dari sudut pengurusan masa mak dia yang mana pagi pun sebelum pergi kerja, anaknya mudah diurus. Jadi dia pun tak ada nak cepat marah-marah, nak membebel kepada anak-anak, dan anak-anak pun tak kenal tempias maknya. Jadi keadaan tu jadi harmoni dalam keluarga”.*

Manakala bagi tema kedua, ‘isu kewangan lebih baik’, adalah melalui petikan berikut:

T12: *“Bila isu klien ni selesai, ia beri kesan juga kepada aspek kewangan ‘which is’ emak tidak perlu hantar pergi klinik dan sebagainya”.*

Konflik keluarga

Bagi subkategori kedua, iaitu kategori meningkatkan keharmonian dalam seluruh keluarga ‘konflik keluarga’, terdapat 2 petikan dengan 2 tema, iaitu tema (i) konflik hubungan ibu ayah berkurangan, dan (ii) konflik hubungan ibu dan adik-beradik ibu berkurangan. Petikan bagi tema pertama, konflik hubungan ibu ayah berkurangan, adalah seperti berikut:

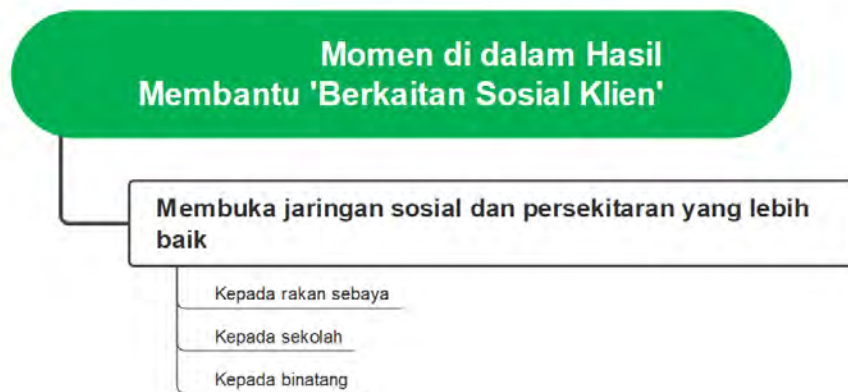
T12: *“Selain daripada itu saya nampak kesan dalam keluarga itu sendirilah. Sebabnya ‘this kind of client’ yang emak ayah bercerai, dan dia hidup dengan emak dan emak berkahwin lain. Ayah pun berkahwin lain. ‘So’ bila dia hidup dengan bapa tiri ini, dandia tak nak pergi sekolah, lepas tu dia kena hantar pergi klinik atau hospital dan sebagainya. Dia merasakan dia bermasalah dalam keluarga dan menyusahkan bapa tiri dia, lah. Sebab setiap kali dia datang pun emak dia yang bawa, ayah tiri dia tidak pernah nampak. ‘So’ bila dia dapat mengatasi isu dan masalah yang dia alami sejak tahun lepas itu, secara tak langsung dia mengurangkan konflik di dalam keluarga dia sendiri. Antaranya konflik emak dengan ayah dia”.*

Manakala bagi tema kedua, konflik hubungan ibu dan adik-beradik ibu berkurangan, adalah seperti berikut:

T12: *“‘And then’ konflik emak dan adik beradik emak juga (selesai) sebab biasanya kadang-kadang sampai bergaduh untuk emak minta bantuan (adik beradik mak dia) untuk hantar dia pergi ke klinik. ‘So’ banyak isu ‘indirectly’ yang di dalam kehidupan dia boleh selesai atau dikurangkan sedikit demi sedikit”.*

Seterusnya kategori utama kelima, terakhir adalah hasil membantu berkaitan sosial klien dan akan diterangkan dalam subtopik berikutnya.

4.3.8 Hasil Membantu Berkaitan Sosial Klien



Rajah 4.12. Kategori di dalam momen hasil membantu berkaitan sosial klien

Kategori terakhir, iaitu kelima bagi momen di dalam hasil membantu adalah ‘berkaitan sosial klien’. Terdapat 1 aspek atau kategori, iaitu membuka jaringan sosial dan persekitaran yang lebih baik’ (Rajah 4.17). Jadual 4.20 menunjukkan subkategori dan tema yang terdapat di dalam momen hasil membantu berkaitan sosial klien.

Jadual 4.19

Sub Kategori dan Tema bagi Hasil Membantu 1.5

Kategori Utama	Kategori	Sub Kategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.3.5) Berkaitan Sosial Klien	(4.3.5.1) Membuka jaringan sosial dan persekitaran yang lebih baik (6)	Kepada rakan sebaya (1)	Menjadi agen perubahan rakan sebaya (1)
		Kepada sekolah (3)	Membantu pihak sekolah (2) Mengurangkan rekod kaunseling sekolah (1)
		Kepada binatang (2)	Beri kucing makan (1) Tidak lagi menyakitkan binatang (1)

4.3.8.1 Membuka jaringan sosial dan persekitaran yang lebih baik

Satu-satunya kategori di dalam momen hasil membantu berkaitan sosial klien adalah ‘membuka jaringan sosial dan persekitaran yang lebih baik’, dengan terdapat sejumlah 6 petikan, dan 3 subkategori di bawahnya iaitu (i) kepada rakan sebaya, (ii) kepada sekolah, dan (iii) kepada binatang.

Kepada rakan sebaya

Dalam kategori ‘membuka jaringan sosial dan persekitaran yang lebih baik’ dengan subkategori ‘kepada rakan sebaya’, terdapat 1 petikan dan tema, iaitu tema ‘menjadi agen perubahan rakan’. Petikannya adalah seperti berikut:

T09: *“Kemudian saya pun tak tahu dari mana dia dapat kekuatan untuk membawa kawan yang berhampiran dengan rumah dia, yang ada masalah yang sama dengan dia, untuk dia teman kawan itu ke klinik psikiatri”.*

Kepada sekolah

Bagi subkategori ‘kepada sekolah’, terdapat 3 petikan dengan 2 tema, iaitu (i) ‘membantu pihak sekolah, dan (ii) mengurangkan rekod kaunseling sekolah. Contoh petikan bagi tema pertama ‘membantu pihak sekolah’ adalah seperti berikut:

T12: *“Kesan yang lain lagi klien itu sendirilah. Dari segi ‘self confidence’ untuk dia buat keputusan diri dia sendiri selain daripada dia tidaklah memeningkan pihak sekolah sebab isu ketidakhadiran ke sekolah”.*

Manakala petikan bagi tema kedua ‘mengurangkan rekod kaunseling sekolah’ adalah seperti berikut:

T12: *“Dia mengurangkan rekod kaunseling dekat sekolah. Sebabnya kes ‘settle’ dan dia tidak perlu dirujuk dekat sekolah balikkah”.*

Kepada binatang

Bagi subkategori ‘kepada binatang’, terdapat 2 petikan bagi 2 tema, iaitu (i) ‘memberi kucing makan’, dan (ii) tidak lagi menyakitkan binatang, dan petikannya adalah seperti berikut:

T07: *“Dan dia pun ada sebut dia suka bagi kucing makan, sedangkan masa sesi pertama dulu kan, tak ada satu benda pun yang dia suka, kan. Haa..apa benda yang dia suka buat. Tak ada suka buat apa-apa. Tapi bila sesi kedua, dia suka bagi kucing makan walaupun dia tak bela kucing”.*

T17: *“Dia dah tak tendang orang. Dia juga dah tak tendang kucing ke apa. Tapi dia akan turun naik tangga”.*

Kesimpulannya hasil membantu menunjukkan sebanyak 335 petikan dari 12 subkategori dan 5 aspek atau kategori utama, iaitu ‘berkaitan klien’ mendahului tema dan petikan (186 petikan), disusuli dengan ‘berkaitan proses’ (68 petikan), ‘berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)’ (58 petikan), dan dua kategori utama tambahan dari momen proses membantu, iaitu berkaitan keluarga (17 petikan) dan sosial klien (6 petikan).

Seterusnya pengkaji akan melaporkan hasil dapatan bagi objektif keempat, iaitu hasil tidak membantu dalam penggunaan alatan seni CE0-BME kepada kanak-kanak dan remaja yang mengalami isu kesihatan mental.

4.4 Objektif 2: Proses dan Hasil Tidak Membantu dalam Menggunakan CE-BME kepada Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental



Rajah 4.13. Kategori utama dalam proses tidak membantu

Terdapat 4 kategori utama di bawah momen proses tidak membantu, iaitu (i) berkaitan diri Pegawai Psikologi (Kaunseling), (ii) berkaitan diri klien, (iii) berkaitan proses penggunaan CE-BME, dan (iv) berkaitan ibu bapa (Rajah 4.7). Didapati bilangan tema adalah amat rendah berbanding proses membantu, iaitu hanya 6.7% dari jumlah tema di bawah objektif pertama, momen proses membantu (724 tema atau kod). Pelaporan seterusnya akan menunjukkan satu persatu kategori utama, kategori, subkategori dan tema atau kod diperolehi bagi setiap satu kategori utama. Jadual 4.19 menunjukkan kesemua 49 tema atau kod bagi momen proses tidak membantu.

Jadual 4.20

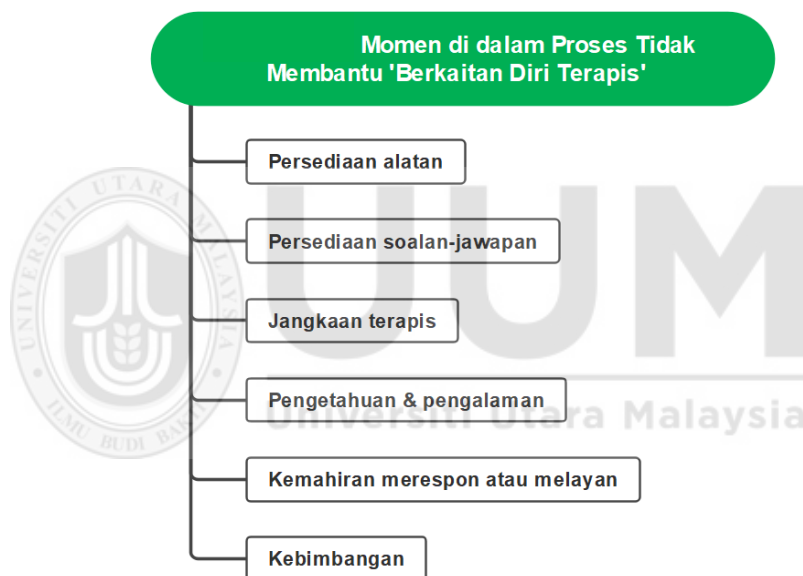
Subkategori dan Tema bagi Semua Proses Tidak Membantu

Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.2.1) Berkaitan Diri Terapis (24)	(4.2.1.1)	Peralatan asas tidak mencukupi (1)
	Persediaan alatan (5)	Rasa tidak puas (2)
		Rasa terganggu/ralat (2)
	(4.2.1.2)	Tidak tahu cara
	Persediaan soalan-jawapan (5)	menjawab/menerangkan (2)
		Tidak bersedia dengan soalan klien (1)
		Takut beri jawapan yang salah kepada klien (2)
	(4.2.1.3)	Jangkaan untuk hasil/proses CE-BME
	Jangkaan terapis (7)	tidak berlaku (4)
		Jawapan kepada psikosomatik tiada (2)

		Tidak jangka klien menangis (1)
	(4.2.1.4) Pengetahuan & pengalaman (3)	Tidak cukup pengetahuan dan pengalaman mengenai trauma (1) Tidak cukup pengetahuan dan pengalaman mengenai somatik (1) Tidak pasti mahu proses emosi atau skor yang mana (1)
	(4.2.1.5) Kemahiran merespon atau melayan (2)	Bimbang layanan sewaktu klien menangis kurang baik (2)
	(4.2.1.6) Kebimbangan (2)	Bimbang daya tindak klien yang tidak selamat (1) Bimbang keperluan klien tidak lengkap dengan intervensi diberikan (1)
(4.2.2) Berkaitan Diri Klien (16)	(4.2.2.1) Kepercayaan, keterbukaan dan kerjasama (11)	Tidak ekspresi emosi (4) Skeptikal aktiviti mewarna (2) Belum terbuka dengan terapis, perlu masa (2) Tidak mahu beri kerjasama (1) Bercakap sedikit (1) Terlalu banyak bercakap (1)
	(4.2.2.2) Keyakinan atau keberanian (2)	Tidak pasti warna apa dan di mana (2)
	(4.2.2.3) Kognitif (2)	Tidak faham arahan (1) Intelek rendah (1)
	(4.2.2.4) Keadaan kesihatan semasa (1)	Sakit kepala pada awalnya (1)
(4.2.3) Berkaitan Proses Penggunaan CE- BME (6)	(4.2.3.1) Skor emosi (4)	Skor tidak seperti dijangkakan (4)
	(4.2.3.2) Simptom psikosomatik (2)	Simptom psikosomatik dan emosi tidak berkaitan (1) Tidak mewarna di lokasi simptom psikosomatik (1)
(4.2.3) Berkaitan Ibu Bapa (3)	(4.2.3.3) Campur tangan ibu bapa (1)	Ibu bapa masuk campur (1)
	(4.2.3.4) Fokus terapis (2)	Terapis fokus kepada tuntutan ibu bapa (2)

4.4.1 Proses Tidak Membantu Berkaitan Diri Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Kategori utama pertama dalam proses tidak membantu adalah berkaitan diri Pegawai Psikologi (Kaunseling), yang melibatkan 6 subkategori iaitu: (i) persediaan alatan, (ii) persediaan soalan-jawapan, (iii) jangkaan Pegawai Psikologi (Kaunseling), (iv) pengetahuan dan pengalaman, (iv) kemahiran merespons atau melayan, dan (v) kebimbangan. Sejumlah 24 petikan sahaja di bawah proses tidak membantu berkaitan diri Pegawai Psikologi (Kaunseling) ini.



Rajah 4.14. Subkategori bagi proses tidak membantu berkaitan diri Pegawai Psikologi (Kaunseling)

4.4.1.1 Persediaan alatan

Terdapat 5 petikan bagi aspek persediaan alatan sebagai proses tidak membantu, dengan 3 tema atau kod; iaitu (i) peralatan asas tidak mencukupi, (ii) rasa tidak puas, dan (iii) rasa terganggu atau ralat. Contoh petikan bagi persediaan alatan adalah seperti berikut:

T11: *“Tapi saya sendiri secara peribadi, saya rasa macam, 'Ala time-time ni la pulak warna aku kat rumah.' macam tu la. Maksudnya persediaan tu penting. Itu yang saya nampak, persediaan penting” (peralatan asas tidak mencukupi).*

T11: *“Haa, ada ganggu sikit la mula-mula, lepas tu nampak macam tengok dia warna guna warna yang tak terang, kita pulak yang terganggu kan” (rasa terganggu atau ralat).*

Persediaan alatan adalah penting dan berpotensi mengganggu perasaan Pegawai Psikologi (Kaunseling) menjadi tidak puas dan terganggu sewaktu sesi. Namun demikian, Pegawai Psikologi (Kaunseling) itu sendiri memahami aspek halangan ini adalah melalui temubual konstruktif, apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) menyedari perbezaan personaliti Pegawai Psikologi (Kaunseling) lain dan diri sendiri dalam mengendalikan perasaan berkaitan momen tidak membantu itu:

T11: *“Maksudnya bila kaunselor tak bersedia nak apply benda ni dari segi bahan contohnya dia akan menjadi tidak puas kan. Tapi saya rasa benda ni bergantung kepada kaunselor sendiri. Ada kaunselor jenis yang dia relaks, dia boleh je, tak lengkap pun boleh je. Tapi saya 'perfectionist' sikit tau”.*

4.4.1.2 Persediaan soalan-jawapan

Bagi subkategori proses tidak membantu berkaitan diri Pegawai Psikologi (Kaunseling), untuk aspek persediaan soalan-jawapan mengandungi 5 petikan yang mewakili 3 tema. 3 tema itu adalah: (i) tidak tahu cara menjawab atau menerangkan, (ii) tidak bersedia dengan soalan klien, dan (iii) takut memberi jawapan yang salah kepada klien.

T12: *“Klien tanya ini untuk berapa lama punya? (emosi untuk berapa lama). Jadi sebenarnya soalan itu bagus, sebab kalau DASS, ia adalah untuk perasaan anda untuk satu, dua minggu yang lepas, lama dia tanya. Ini untuk saya rasa sekarang ke*

atau rasa sebelum ini. 'So' masa itu 'honestly' saya sendiri tak bersiap sedia untuk itu kan".

4.4.1.3 Jangkaan Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Subkategori ketiga dalam momen proses tidak membantu adalah 'jangkaan Pegawai Psikologi (Kaunseling)'. Dalam aspek ini, terdapat 7 petikan yang berada di bawah 3 tema, iaitu (i) jangkaan untuk hasil/proses CE-BME tidak berlaku, (ii) jawapan kepada psikosomatik tiada, dan (iii) tidak jangka klien menangis. Perkara ini menunjukkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) ada meletakkan jangkaan terhadap hasil CE-BME yang berkesan dan merasakan proses CE-BME akan memberikan maklumat jawapan kepada psikosomatik seperti pengalaman Pegawai Psikologi (Kaunseling) lain di dalam latihan diberikan.

Tema pertama, Pegawai Psikologi (Kaunseling) berharap ada hasil CE-BME yang berubah ketara, namun ia tidak berlaku, seperti petikan berikut:

T18: *"Saya mengharapkan perubahan yang drastik kepada klien. Dari segi BME – keadaan emosi boleh normal".*

T05: *"Kes ni pun marah dengan ibu jugak. Lepastu, 'I was thinking' kenapa, dia tak ekspresifkan. Kita 'expect' tinggi tau. Marah dia tinggi. Contoh macam, kalau marah tu 7 ke 8. Tapi ni tak!. 4, 2, hahaha".*

Ia berlaku apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengulangi CE-BME pada sesi berikutnya dengan harapan skor akan menurun lebih baik, namun tidak berlaku, dan petikan kedua berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) ada jangkaan skor logik kepada emosi marah klien. Selain itu, tema ketiga, petikan bagi Pegawai Psikologi

(Kaunseling) ‘tidak menjangka klien akan menangis’ dari ledakan emosi klien sewaktu proses aktiviti CE-BME:

T14: *“Saya agak terkejut juga sebab jarang untuk budak menangis dalam sesi. So maksudnya luka dan kesedihan dia tu, pendaman dia tu agak dalam juga”.*

4.4.1.4 Pengetahuan dan pengalaman

Dalam aspek pengetahuan dan pengalaman, terdapat 3 petikan sahaja, dan dipecahkan kepada 3 tema setiap satunya, iaitu (i) tidak cukup pengetahuan dan pengalaman mengenai trauma, (ii) tidak cukup pengetahuan dan pengalaman mengenai somatik, dan (iii) tidak pasti mahu proses emosi atau skor yang mana. Petikan berikut menjelaskan lagi aspek ini:

T11: *Kalau kaunselor tidak ada pengalaman ataupun tidak ada ‘knowledge’ yang berkaitan dengan trauma, yang berkaitan dengan somatik. Maksudnya kita ‘zero knowledge’ tu ataupun kita tak pernah nak mengaplikasikan ataupun berdepan, so kita akan mungkin kita boleh jadi ‘misleading’, ataupun boleh jadi macam salah faham ataupun salah fokus”.*

4.4.1.5 Kemahiran merespons atau melayan

Seterusnya dalama aspek kemahiran merespons atau melayan, terdapat 2 petikan di bawah 1 tema yang sama, iaitu ‘bimbang layanan sewaktu klien menangis kurang baik’. Bermaksud Pegawai Psikologi (Kaunseling) mempunyai perasaan kebimbangan mengenai kemahirannya sewaktu mengendalikan momen klien menangis, dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) sendiri menyedari respons cara yang beliau boleh lakukan sewaktu mengendalikan momen itu. Petikan berikut menjelaskan lagi tema ini;

T14: “Masa dia menangis tu saya tanya dia ‘kenapa menangis’, ah macam itu. Pada saya macam oh tak apa kalau nak menangis ‘time’ tulah. Saya kena tekankan kepada dia ‘it’s ok’ untuk dia menangis. Untuk dia luahkan kesedihan dia”.

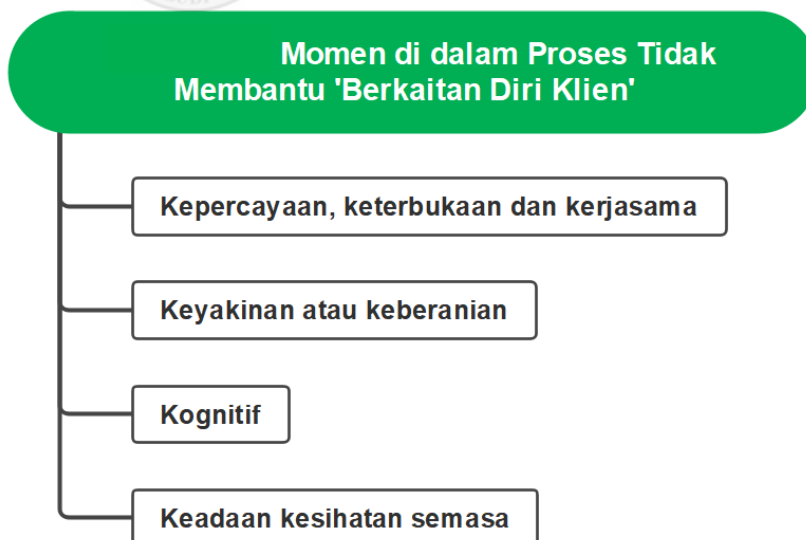
4.4.1.6 Kebimbangan

Dalam aspek kebimbangan, terdapat 2 petikan di bawah 2 tema setiap satunya, iaitu tema (i) bimbang daya tindak klien yang tidak selamat, dan (ii) bimbang keperluan klien tidak lengkap dengan intervensi diberikan. Petikan berikut menjelaskan lagi tema ini:

T09: “Cuma sedikit kebimbangan sebab K-pop ni kan ada tren ‘suicide’ dia, saya takut sangat kalau terikut. Ha... itu sahaja”.

T15: “Sebab saya nampak proses dia, kalau untuk saya, proses dia bermula daripada ‘screening’, bermula daripada proses penerokaan ‘and then’ kita akan tutup dengan ‘coping’. Jadi kalau untuk sesi tersebut, kita dah tak boleh nak tutup dengan ‘coping’ dah”.

4.4.2 Proses Tidak Membantu Berkaitan Diri Klien



Rajah 4.15. Subkategori bagi proses tidak membantu berkaitan diri klien

Kategori kedua bagi momen proses tidak membantu adalah berkaitan diri klien. Terdapat sejumlah 16 petikan dengan 4 subkategori, iaitu (i) kepercayaan, keterbukaan dan kerjasama, (ii) keyakinan atau keberanian, (iii) kognitif, dan keadaan kesihatan semasa. Rajah 4.15 di atas menunjukkan subkategori bagi kategori ‘berkaitan diri klien’ ini.

4.4.2.1 Kepercayaan, keterbukaan dan kerjasama

Bagi subkategori pertama, ‘kepercayaan, keterbukaan dan kerjasama’ di dalam momen proses membantu berkaitan diri klien ini, terdapat sejumlah 11 petikan di bawah 6 tema. Tema tersebut adalah: (i) tidak ekspres emosi, (ii) skeptikal aktiviti mewarna, (iii) belum terbuka dengan Pegawai Psikologi (Kaunseling), perlu masa, (iv) tidak mahu beri kerjasama, (v) bercakap sedikit, dan (v) terlalu banyak bercakap.

Bagi contoh tema kedua, ‘skeptikal aktiviti mewarna’, ditunjukkan contohnya di bawah:

T17: *“Sesi 3 tu masa nak buat tu dia kata ‘kenapa nak suruh lukis lukis macam ni’? Aa dia cakap macam tu. ‘Kalau saya tak buat, boleh ke?’ Dia ada skeptikal kat situ.*

T12: *“Ada setengah tak berminat dengan aktiviti ‘macam colour’. Macam menggunakan ‘colour ni kan”.*

Tema ketiga, ‘belum terbuka dengan Pegawai Psikologi (Kaunseling), perlu masa’ adalah seperti berikut:

T04: *“Bila dengan kita, ‘of course’, remaja dia ‘trust’ dia lambat. Bukan lambat, dia sukar untuk ‘trust’ kita sebabnya mungkin ‘the demand’ daripada ibu tu (terlalu tinggi).*

Petikan bagi tema kelima, ‘bercakap sedikit’ adalah seperti berikut:

T04: *“Bila dia dah lukis dia bagi tahu sikit-sikit ‘and then’ dia diam. ‘So’ kita tanya pun, dia akan jawab sepatah-sepatah macam tu sahaja. ‘So’, tak boleh nak ‘further’ secara cepat. Mungkin masa yang sangat lama dengan klien ni”.*

4.4.2.2 Keyakinan atau keberanian

Dalam subkategori ‘keyakinan atau keberanian’ bagi proses tidak membantu berkaitan diri klien, terdapat 2 petikan, dengan 1 tema, iaitu ‘tidak pasti warna apa dan di mana’.

Petikan berikut menjelaskan lagi makna tema ini:

T01: *“Saya tak juga proses untuk body outline ni, macam bila dia tanya boleh ke guna ‘colour’ ni, boleh ke guna colour ni. Bila dia tanya saya rasa saya macam tak memberi ruang kepada dia kan. Saya rasa macam okay takpe, tu bila saya buat sama tu, dia dah boleh kurang bertanya sikit. Tu (hanya) pada awalnya saja”.*

4.4.2.3 Kognitif

Aspek kognitif dalam proses tidak membantu berkaitan diri klien mengandungi 2 petikan dengan 2 tema, iaitu: (i) tidak faham arahan, dan (ii) intelek rendah. Ia berkaitan keadaan fitrah kanak-kanak yang membuatkan aktiviti CE-BME tidak dapat dijalankan dengan sebaik mungkin. Contoh petikan yang menunjukkan tema ini adalah seperti berikut:

T06: *“Kalau ikut pengalaman saya, budak ni dia jenis seorang yang, macam ada simptom ADHD, dia kurang fokus. Bila saya buat, dia tak boleh ‘relate’ dengan emosi diri dia. Dia macam tak tahu. Maksudnya dari segi kita kata tahap intelek. Macam dia tak pandai (emosi). Dia tak boleh lagi ‘assess’”.*

T15: *“Kalau yang klien lain, dari segi ‘knowledge’, dari segi kognitif kanak-kanak tersebut yang saya buat yang kanak-kanak tu. Level dia untuk memahami arahan”.*

4.4.2.4 Keadaan kesihatan semasa

Subkategori terakhir bagi proses tidak membantu berkaitan diri klien adalah ‘keadaan kesihatan semasa’. Terdapat 1 sahaja petikan dengan 1 tema juga iaitu tema ‘sakit kepala pada awalnya’. Petikan tersebut adalah seperti di bawah:

T15: *“Dia datang dengan sakit kepala, tetapi pada awalnya kita nampak macam tak boleh nak buat kan. Tetapi, lepas dia buat, saya nampak dia lega sedikit”.*

Bagi halangan ini, keputusan Pegawai Psikologi (Kaunseling) untuk meneruskan juga memberikan risiko proses tidak membantu, namun didapati klien ini kelihatan lebih lega setelah aktiviti CE-BME.

4.4.3 Proses Tidak Membantu Berkaitan Proses Penggunaan CE-BME



Rajah 4.16. Subkategori bagi proses tidak membantu berkaitan proses penggunaan CE-BME

Seterusnya, kategori ketiga bagi proses tidak membantu, adalah ‘berkaitan proses penggunaan CE-BME. Untuk kategori ini, terdapat 2 subkategori iaitu ‘skor emosi’ dan ‘simptom psikosomatik’. Rajah 4.16 di atas menunjukkan tema di bawah dua subkategori ini.

4.4.3.1 Skor emosi

Didapati subkategori ‘skor emosi’ mengandungi 4 petikan, dengan 1 sahaja tema iaitu ‘skor tidak seperti dijangkakan’. Contoh petikan adalah seperti berikut:

T16: “Aaaa bayangkan perasaan negatif dia yang sedih takut dan marah semua kosong. Kan. Ha jadi macam semua kosong alamak macam mana ni kan aaa”.

T04: “Sedih. Satu. Tapi bila ditanya, banyak”

T04: “Saya rasa, yang tidak membantu adalah sebab dia tidak ekspresif. Dia tak nak letak nombor yang tinggi-tinggi. Mungkin dia tak faham emosi dia apa. Itu yang, saya tak rasa yang body outline ni tidak membantu, hanya karakter dia saja”.

Situasi ini menunjukkan bahawa wujud kaitan dengan diri Pegawai Psikologi (Kaunseling) (jangkaan Pegawai Psikologi (Kaunseling)) dan juga diri klien (karakter klien). Maka skor di dalam proses penggunaan CE-BME akan memberi sedikit kesan di dalam proses Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang sedang berlangsung.

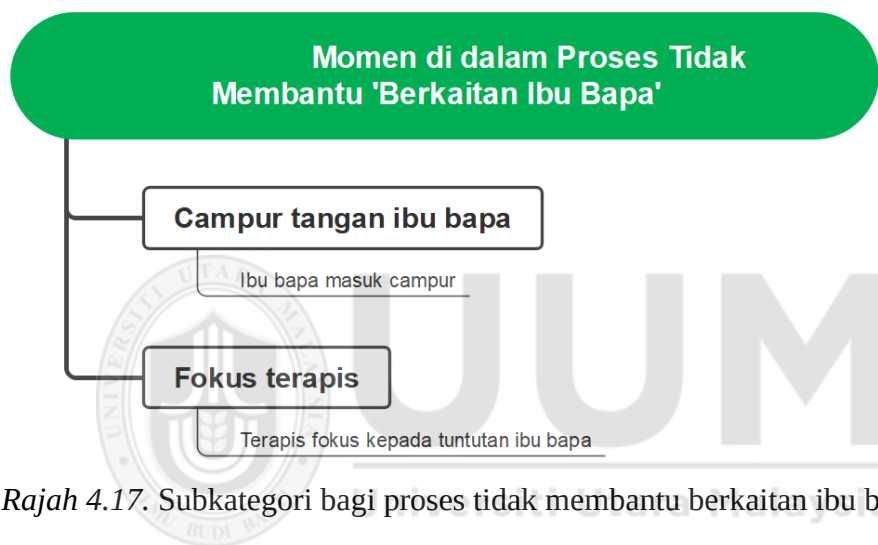
4.4.3.2 Simptom psikosomatik

Bagi subkategori kedua, simptom psikosomatik bagi momen tidak membantu berkaitan proses penggunaan CE-BME, terdapat 2 petikan dengan 2 tema berasingan: (i) simptom psikosomatik dan emosi tidak berkaitan, serta (ii) tidak mewarna di lokasi simptom psikosomatik’. Ia juga didapati berlaku hasil dari jangkaan Pegawai

Psikologi (Kaunseling) terhadap aspek psikosomatik dan pewarnaan emosi di badan oleh klien. Petikan berikut merupakan salah satu dari petikan tersebut:

T04: “*Dia banyak sakit perut dan jugak sakit kaki lah. Tapi tak nak lukis kat sini lah. ‘Does it really related to any emotion’, dia tak nak. Dia tak nak ekspres pun pasal tu. Dia kata sakit perut tak tau kenapa. Itu sahaja*”.

4.4.4 Proses Tidak Membantu Berkaitan Ibu Bapa



Rajah 4.17. Subkategori bagi proses tidak membantu berkaitan ibu bapa

Dua subkategori bagi proses tidak membantu berkaitan ibu bapa adalah ‘campur tangan ibu bapa’ dan ‘fokus Pegawai Psikologi (Kaunseling)’ yang membawa kepada sejumlah 6 petikan. Rajah 4.17 menunjukkan subkategori dan tema ini.

4.4.4.1 Campur tangan ibu bapa

Bagi subkategori campur tangan ibu bapa, terdapat 1 petikan dengan 1 tema, iaitu tema ‘ibu bapa masuk campur’, dan petikan berikut menunjukkan aspek ini:

T04: *“Bila ada, macam seolah ‘interference’ daripada ‘mother’ tu, dia dah kurang ‘trust’ tu tadi kepada kita. ‘Then’ dia ‘again’, kurang nak bercerita lah. Kurang nak bercerita”.*

Jelas bahawa campur tangan ibu kepada proses bantuan Pegawai Psikologi (Kaunseling) kepada klien memberi kesan awal dapat perhubungan Pegawai Psikologi (Kaunseling)-klien untuk klien mempercayai dan bercerita kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling). Di sini juga campur tangan ibu membuatkan proses tidak membantu berkaitan diri Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga terkait, apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) cuba memenuhi apa dikehendaki ibu klien.

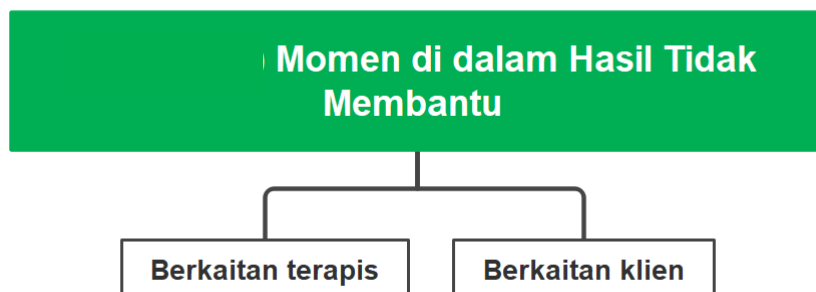
4.4.4.2 Fokus Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Akhir sekali, proses tidak membantu ‘berkaitan ibu bapa’, bagi subkategori ‘fokus Pegawai Psikologi (Kaunseling)’ mengandungi 2 petikan dengan tema ‘Pegawai Psikologi (Kaunseling) fokus kepada tuntutan ibu bapa’. Contoh petikan tersebut adalah seperti berikut:

T04: *“Mungkin macam saya cakap tadilah. Sebab ‘mother’ dia banyak komplimen kepada kita. ‘And then kita try to fulfill the mother’ punya ‘demand’lah. ‘Rather than to seek from herself’. Maksudnya kita fokus kepada permintaan mak tu tadi”.*

Kesimpulan dari dapatan penyelidikan menggunakan analisis Teori Asas, terdapat hanya 49 petikan sahaja bagi momen proses tidak membantu. Ia diwakili oleh 4 kategori utama, iaitu berkaitan (i) Pegawai Psikologi (Kaunseling), (ii) klien, (iii) proses terapeutik, dan (iv) ibu bapa serta 14 subkategori dan merupakan subkategori lebih banyak berbanding subkategori di dalam momen proses membantu.

Hasil Tidak Membantu dalam Menggunakan CE-BME kepada Kanak-kanak dan Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental



Rajah 4.18. Kategori utama di dalam momen hasil tidak membantu

Rajah 4.18 di atas menunjukkan 2 kategori utama di dalam momen hasil tidak membantu bagi penggunaan alatan seni CE-BME dalam psikoterapi kanak-kanak dan remaja yang mengalami isu kesihatan mental. Dua kategori utama itu adalah berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan berkaitan klien.

Jadual 4.21 pula menunjukkan semua tema dan subkategori bagi objektif keempat, momen di dalam hasil tidak membantu bagi penggunaan alatan seni CE-BME di dalam psikoterapi bersama kanak-kanak dan remaja yang mengalami isu kesihatan mental.

Jadual 4.21

Sub Kategori dan Tema bagi Kesemua Hasil Tidak Membantu

Kategori	Subkategori	Tema (Bilangan Kod)
(4.4.1) Berkaitan Terapis	Kurang kecekapan mengendalikan proses (11)	Penerokaan tidak lengkap (4) Tidak pasti / yakin dengan proses seterusnya (2) Bimbang tidak dapat buka dan tutup emosi dengan sebaiknya (2) Potensi menonjolkan kurang kecekapan mengendalikan alatan CE-BME (1) Terlupa buat penutupan dengan baik (1) Keperluan mengulangi aktiviti CE-BME pada masa akan datang (1)
	Pengurusan maklum balas susulan kurang sempurna (2)	Tidak dapat jumpa bersemuka, terpaksa guna telekaunseling (1) Kekangan masa tidak dapat beri susulan kerap (1)
	Isu kerapatan (1)	Bimbang terlebih rapat dengan klien (1)
	Pertembungan matlamat berbeza (1)	Matlamat terapis dan klien tidak sama (1)
	Daya tindak menjadi tidak selamat (1)	Daya tindak positif menjadi negatif (1)
	Kesan emosi apabila alatan tidak lengkap (2)	Rasa tidak puas hati/terkilan tertinggal alatan (2)
	Kesan emosi klien (2)	Emosi negatif meningkat selepas proses CE-BME (2)
(4.4.2) Berkaitan Klien	Keperluan perubahan persekitaran (2)	Klien mahu bapa berubah (1) Klien perlukan bantuan besar dari persekitaran sosialnya (1)
	Kondisi khusus klien (1)	Klien mungkin ada kondisi mental khusus yang lain (1)

4.4.5 Hasil Tidak Membantu Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)



Rajah 4.19. Subkategori utama bagi hasil tidak membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Rajah 4.19 menunjukkan 6 subkategori bagi hasil tidak membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), iaitu (i) kurang kecekapan mengendalikan proses, (ii) pengurusan maklum balas susulan kurang sempurna, (iii) isu kerapatan, (iv) pertembungan matlamat berbeza, (v) daya tindak menjadi tidak selamat, dan (vi) kesan emosi apabila alatan tidak lengkap.

Kurang kecekapan mengendalikan proses

Terdapat 11 petikan bagi subkategori 'kurang kecekapan mengendalikan proses' sebagai hasil tidak membantu, dengan 6 tema atau kod diperolehi. Tema atau kodnya adalah (i) penerokaan tidak lengkap, (ii) tidak pasti atau yakin dengan proses

seterusnya, (iii) bimbang tidak dapat buka dan tutup emosi dengan sebaiknya, (iv) menonjolkan kurang kecekapan mengendalikan alatan CE-BME, (v) terlupa buat penutupan dengan baik, dan (vi) keperluan mengulangi aktiviti CE-BME pada masa akan datang. Contoh bagi tema pertama, ‘penerokaan tidak lengkap’, adalah seperti berikut petikannya:

T04: *“Hasil tidak membantu saya rasa sebab dari segi penerokaan. Penerokaan terhadap ‘parts’ yang dia ‘colour’ tu memerlukan penerokaan yang panjang. Jadi, setiap satu tu, saya rasa saya tidak teroka sebaiknya, sehabisnya”.*

Bagi tema ketiga, Pegawai Psikologi (Kaunseling) ‘bimbang tidak dapat buka dan tutup emosi dengan sebaiknya’, adalah seperti petikan berikut:

T04: *“Rasa tak puas hati, sebab, lagi banyak yang saya rasa tak sempat nak ‘explore’. ‘So’ rasa tak puas hati. ‘And then’, rasa risau jugalah. Contoh macam... Bila kita dah buka, perasaan tu, kita terlupa... Bukan terlupa lah, tapi macam kita tidak tutup dengan elok, so dia terbawa-bawa sampai ke rumah. So, seolah macam penerokaan tu tergantung. Ataupun emosi yang kita cuba nak teroka tu tidak sampai, mungkin 100%. ‘So’... ‘Again’! Dia ‘affected the trust’ ataupun ‘rapport’ yang kita cuba nak bina tu”.*

Manakala petikan bagi tema keempat, ‘potensi menonjolkan kurang kecekapan mengendalikan alatan CE-BME, seperti berikut:

T12: *“Hasil tidak membantu, kalau saya betul-betul ‘stuck that time’, saya akan memperlihatkan diri saya sebagai seorang terapis yang tidak kompeten, dan tidak menggunakan sesuatu ‘tool’ (dengan baik) kepada klien. Kalau kita buat kat kanak-kanak, mungkin kanak-kanak tidak perasan tetapi kalau kita buat kepada remaja ataupun klien yang dewasa, benda itu akan nampak”.*

Seterusnya contoh bagi petikan bagi tema kelima, ‘terlupa buat penutupan dengan baik’ adalah seperti berikut:

T14: *“Saya cuma cakap dengan dia okay ‘next time’ kita jumpa lagi, itu saja. Tetapi saya tidak bertanya kepada dia (persetujuan atau izin) macam nak tak kita jumpa lagi akan datang untuk tahu dia punya, apa (isu dia dari ‘body outline’ itu). Dia punya penerimaan terhadap sesi keseluruhan tu kan”.*

Pengurusan maklum balas susulan kurang sempurna

Bagi kategori pengurusan maklum balas susulan kurang sempurna, dari aspek berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), terdapat 2 petikan dengan 2 tema, iaitu (i) tidak dapat jumpa bersemuka, terpaksa guna telekaunseling, dan (ii) kekangan masa tidak dapat beri susulan kerap.

Bagi tema pertama, Pegawai Psikologi (Kaunseling) tidak dapat berjumpa secara bersemuka, dan terpaksa menggunakan kaedah telekaunseling. Keadaan ini disebut sebagai momen hasil tidak membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling). Namun demikian, Pegawai Psikologi (Kaunseling) bernasib baik kerana memperoleh maklum balas yang baik dari segi progres klien, seperti berikut:

T17: *“Tapi saya ‘call’ selalulah. ‘So’ kita orang akan buat telekaunseling. Dia sekarang makin okay, sebab dia kata ‘result test’, belum ‘final’ lagilah. Dia kata dia dah dapat daripada (keputusan) yang dulu, dia ‘failed’ tu, dah naik kepada B+. ‘So’ dia dah ‘happy’.*

Contoh petikan bagi tema kedua, kekangan masa tidak dapat beri susulan kerap, adalah seperti berikut:

T07: *bila client tanya okey, bila lagi kita jumpa kan haa cuma tu lah akak punya kekangan pada akak, akak macam tak dapat jumpa tu lebih kerap kan. Appointment akak memang jauh-jauhkan. Ha! so tak dapat macam nak jumpa sebulan sekali ke dua bulan sekali. At least tiga bulan Kan, paling cepat tiga bulan.*

Isu kerapatan

Satu petikan dan satu tema bagi isu kerapatan, iaitu ‘bimbang terlebih rapat dengan dengan klien’, dan petikannya adalah seperti berikut:

T17: *“’So’ sekarang ni mak dia akan cakap, ‘puan, anak saya nak jumpa puan lagi lah. Boleh tak nak buat ‘appointment’?’ Saya takut pula, sebab saya takut dia ‘bonding’ (kerapatan) dengan akak”.*

Pertembungan matlamat berbeza

‘Pertembungan matlamat berbeza’ merupakan subkategori seterusnya dengan 1 petikan dan 1 tema juga, iaitu tema ‘matlamat Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien tidak sama’. Petikannya adalah seperti berikut:

T15: *“Macam untuk klien ni, tidak ada (momen hasil tidak membantu). Tetapi, ada klien yang lain. Maksudnya kita nak meneroka untuk ‘body outline’, tapi dia jadi macam, penerokaan isu yang orang kata, tak habis. Tak fokus ke sini dah. Walaupun kita dah tetapkan matlamat untuk ‘body outline’, tapi matlamat ‘patient’ adalah untuk ‘ventilate’ emosi dia. Dia dah, orang kata, sedikit sebanyak ‘body outline’ ni sebenarnya dah bantu dia untuk ventilate emosi dia”.*

Daya tindak menjadi tidak selamat

Terdapat 1 petikan bagi sub kategori ‘daya tindak menjadi tidak selamat’ sebagai momen hasil tidak membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), dengan tema yang dilabelkan adalah ‘daya tindak positif menjadi negatif’. Ianya lebih kepada kebimbangan kepada potensi daya tindak positif menjadi negatif dan petikannya adalah seperti berikut:

T09: *“Bila kita buat ‘body outline’ ni, ‘first’ hari tu kan kita fokus kepada telinga dia, untuk dia tengok benda-benda yang positif. Cuma bila dia gunakan cara ‘cope’ dia tu lebih kepada alam maya, saya bimbang ‘sociality’ dia dengan orang setempat tu. Takut jadi tak berapa membantu jugalah. Sebab orang yang ada ‘adjustment’ ni, dia perlukan juga kan sokongan luar. Tapi dia banyak dalam alam maya. Sebab dia*

dah start tengok TikTok apa semua tu kan? Kalau video kelakar, 'just' untuk 'have fun', benda tu tak ada masalah. Tapi kalau benda tu mengajar benda-benda yang tidak wajar, saya bimbang juga”.

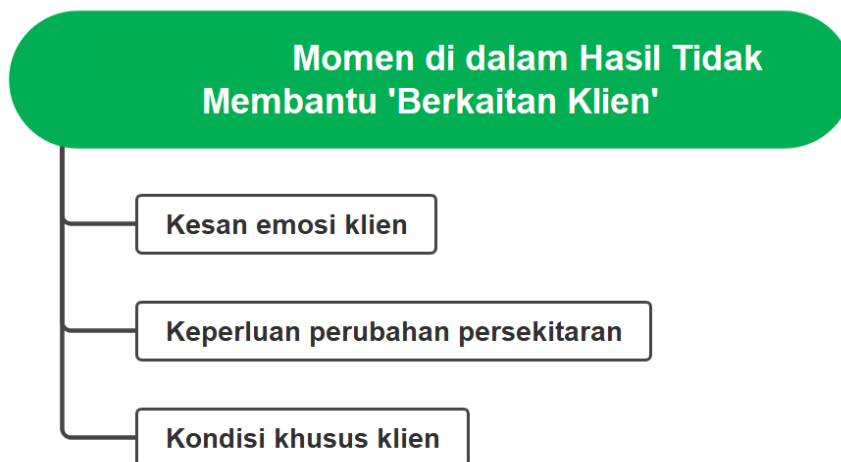
Kesan emosi apabila alatan tidak lengkap

Terdapat juga momen Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang merasakan kesan emosi ‘rasa tidak puas atau terkilan kerana tertinggal alatan’, dan ia memberi hasil tidak membantu dengan 2 petikan di bawah 1 tema ini, seperti berikut:

T11: *“Ala tak ‘best’ tu dia macam tak puas hati. ‘Kenapa aku tak bawa warna tu eh?’ macam tu lah. Kira macam tak puas hati dengan kecuaian sendiri. Kalau bagi saya lah, mungkin tak puas hati kenapa aku terlupa, ha macam tu. Macam mengeluh sikit je lah”.*

Kategori utama bagi momen hasil tidak membantu berikutnya adalah berkaitan klien pula.

4.4.6 Hasil Tidak Membantu Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)



Rajah 4.20. Subkategori utama bagi hasil tidak membantu berkaitan klien

Rajah 4.20 menunjukkan 3 kategori di bawah kategori utama, momen hasil tidak membantu berkaitan klien itu sendiri. Ianya dari 5 petikan sahaja, dan kategorinya adalah (i) kesan emosi klien, (ii) keperluan perubahan persekitaran, dan (iii) kondisi khusus klien.

Kesan emosi klien

Terdapat 2 petikan bagi kesan emosi klien, dengan 1 tema atau kod, iaitu ‘emosi negatif meningkat selepas proses CE-BME. Contoh 1 dari petikan adalah seperti berikut:

T17: *“Takut dia 6. Sebelum ni takut dia 4. Takut dia meningkat tu sebab dia kata dia takut tak boleh nak bahagiakan mak dia. Sebab dia kata ‘expectation’ mak dia pada dia terlalu tinggi”.*

Keperluan perubahan persekitaran

Hanya 3 petikan bagi subkategori kedua, iaitu ‘keperluan perubahan persekitaran’ bagi momen hasil tidak membantu berkaitan klien. Ia dipecahkan kepada dua tema, iaitu (i) klien mahu bapa berubah, dan (ii) klien perlukan bantuan besar dari persekitaran sosialnya.

T18: *“Faktor klien itu sendiri, bila dia meletakkan kesilapan itu kepada pihak lain, menampakkan ayah dia aja menang (dia kalah atau tidak dapat mengawal keadaan)”.*

T18: *“Bila perkara ini melibatkan pihak lain, (sebagai) anak tiri, perubahan suasana, untuk keadaan jadi lebih baik perlukan masa. Diri dia sahaja berubah. Persekitaran pun perlu berubah juga”.*

Kondisi khusus klien

Akhir, subkategori momen hasil tidak membantu berkaitan klien, adalah ‘kondisi khusus klien’, dan ia diwakili oleh 1 petikan sahaja, dengan tema ‘klien mungkin ada

kondisi mental khusus yang lain'. Petikannya adalah berikut bagi menjelaskan lagi tema ini:

T17: *“Saya dah cakap dah untuk ‘refer’ psikiatri lepas dia bunuh anjing tu. Dia pacak anjing tu. Dia kata kadang kadang naluri dia untuk makan serangga, ada. Dia macam apa, entomophagy. Dia suka makan serangga. Tapi dia tak pernah cuba, tak pernah buat. Tapi dia kata kalau dia nampak macam rama-rama, dia macam nak ambil, makan. Tapi dia tak pernah buat”.*

Kesimpulannya, bagi momen hasil tidak membantu, hanya terdapat sejumlah 23 petikan dengan dua kategori utama, iaitu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) (18 petikan) dan berkaitan klien (5 petikan). Didapati juga Pegawai Psikologi (Kaunseling) memperoleh hasil tidak membantu dari faktor sendiri yang mendahului lebih banyak dari faktor klien yang tidak boleh diubah, lebih sedikit. Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga didapati dapat mengendalikan momen tidak membantu dengan kreativiti dan penyelesaian masalah masing-masing, seperti Pegawai Psikologi (Kaunseling) berikut:

T15: *“Saya rasa mungkin saya boleh ulang balik. Ulang balik sesi akan datang”.*

Subtopik berikutnya akan menggabungkan dapatan dari keempat-empat persoalan kajian dalam membentuk protokol yang baik bagi penggunaan alatan seni CE-BME ini di dalam psikoterapi dengan kanak-kanak dan remaja yang mengalami isu kesihatan mental.

4.5 Objektif 3: Protokol Penggunaan Alatan Seni Kreatif CE-BME dalam Aspek Emosi dan Daya Tindak Remaja

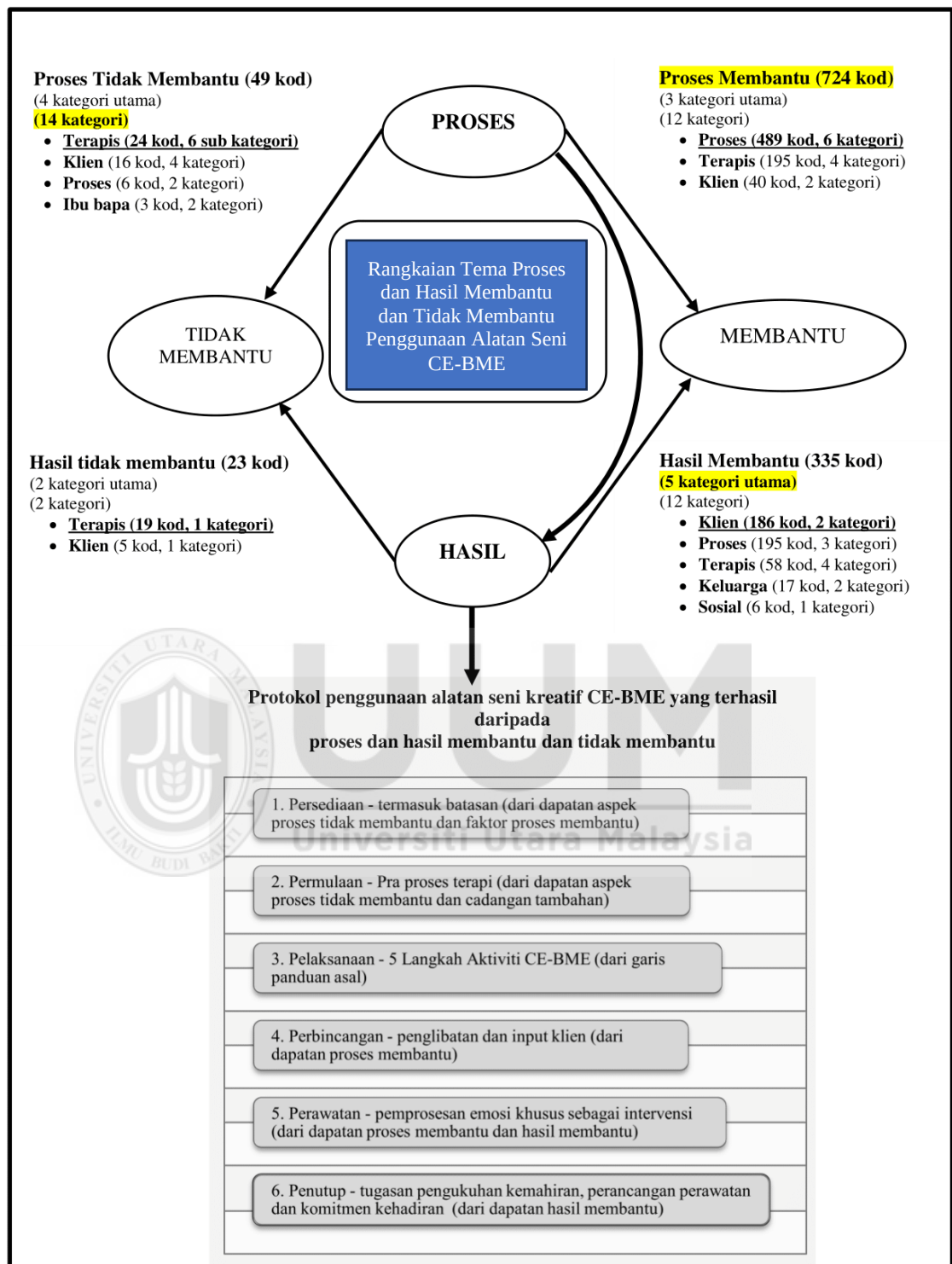
Subtopik ini akan mempersembahkan hasil persoalan penyelidikan ketiga, iaitu protokol cadangan bagi penggunaan alatan seni kreatif CE-BME sebagai strategi daya tindak dan intervensi daya tindak remaja. Sebelum itu, Rajah 4.21 di bawah menunjukkan dapatan jumlah kod, subkategori, kategori utama dan protokol yang dihasilkan melalui dapatan proses dan hasil membantu dan tidak membantu tersebut.

Dari Rajah 4.21, dapat diperhatikan bilangan kod tertinggi berada di bawah objektif pertama, dengan sejumlah 724 kod, iaitu momen kepada proses membantu bagi penggunaan alatan seni CE-BME di dalam psikoterapi kanak-kanak dan remaja yang menghadapi isu kesihatan mental dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling). Kategori utama bagi proses membantu ini adalah dari aspek proses terapeutik yang mendominasi momen, iaitu sebanyak 489 kod, dan disusuli oleh aspek Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien.

Objektif pertama, iaitu momen kepada hasil membantu, merupakan objektif dengan bilangan kod kedua tertinggi, iaitu sebanyak 335 kod, dengan 5 kategori utama, melebihi dua kategori yang sama dari proses membantu. Namun pada kali ini, ia didominasi bukan oleh proses terapeutik, tetapi aspek klien sebagai hasil membantu yang utama. Proses dan hasil tidak membantu adalah amat rendah, iaitu dengan sejumlah 49 kod dan 23 kod. Proses dan hasil tidak membantu juga didapati berkisar kepada aspek berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) bagi kedua-dua objektif ini.

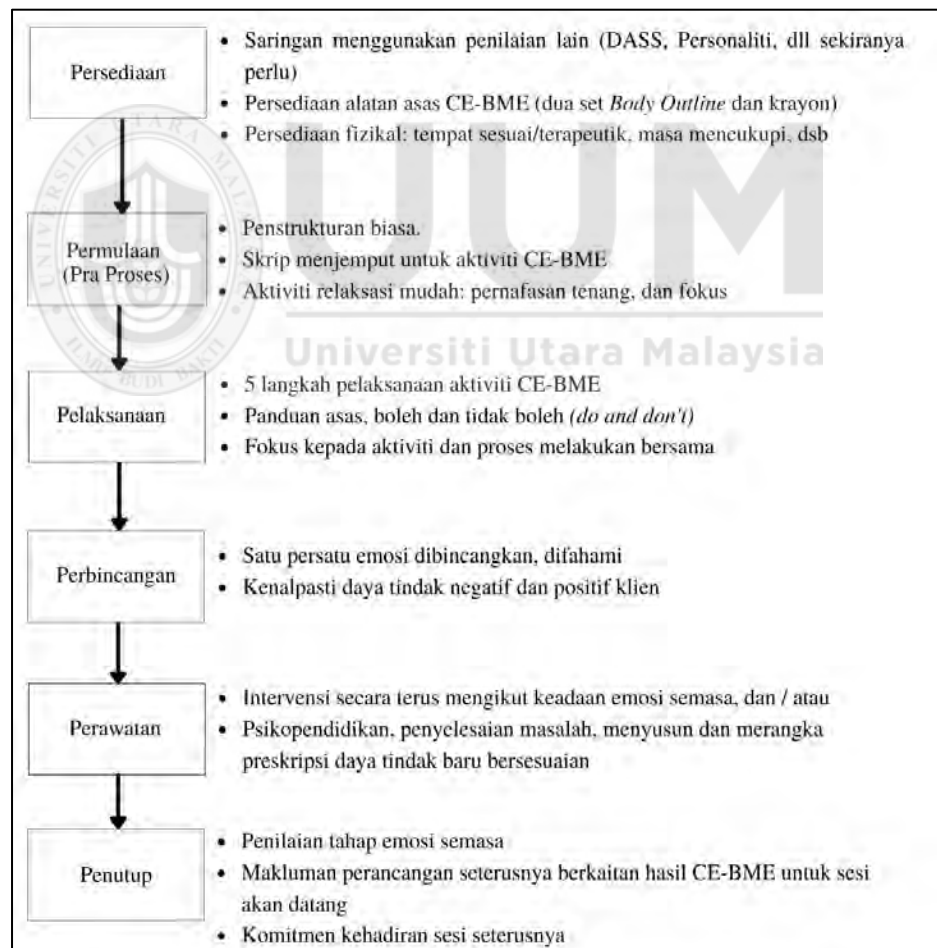
Kepelbagaian aspek kepada hasil membantu didapati lebih rangkumannya, iaitu bukan hanya berkisar kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling), klien dan proses terapeutik malahan dalam aspek keluarga dan sosial klien, manakala proses tidak membantu mempunyai aspek khusus ibu bapa sebagai aspek keempat. Hasil tidak membantu adalah terendah aspeknya, iaitu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien sahaja dan tidak dalam proses terapeutik.





Rajah 4.21. Rajah keseluruhan dapatan objektif kajian

6 peringkat dalam protokol yang dihasilkan bukan sahaja direka bentuk dari dapatan proses dan hasil membantu, namun juga dari dapatan proses dan hasil tidak membantu. Maka, dapat disimpulkan bahawa dapatan terperinci dari tema atau kod di dalam proses serta hasil membantu dan tidak membantu telah membawa kepada pembentukan protokol yang lengkap dan unik bagi penggunaan alatan CE-BME bagi psikoterapi kanak-kanak dan remaja. Rajah 4.22 menunjukkan 6 aspek yang merupakan peringkat kepada protokol penggunaan bagi alatan CE-BME ini. Seterusnya pengkaji akan menjelaskan keenam-enam peringkat di dalam protokol ini.



Rajah 4.22. Enam peringkat protokol lengkap penggunaan CE-BME dari dapatan proses dan hasil membantu dan tidak membantu

4.5.1 Protokol Pelaksanaan Alatan Seni CE-BME dalam Sesi Kaunseling dan Psikoterapi untuk Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental

Protokol 1: Persediaan

Dalam peringkat persediaan, didapati proses yang membantu dan tidak membantu memerlukan persediaan mencukupi dari segi peralatan dan kebolegunaan alatan ukuran lain seperti soal selidik kemarahan, soal selidik saringan *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS), personaliti, daya tindak, dan lain-lain yang bersesuaian. Hal ini adalah wajar bagi mempersiapkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dengan keadaan semasa klien terutama persediaan peralatan yang membantu emosi Pegawai Psikologi (Kaunseling) sebagai pengemudi, dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) kepada klien kanak-kanak dan remaja ini. Selain itu, persediaan tempat untuk melakukan aktiviti CE-BME juga didapati amat perlu agar suasana terapeutik bukan di wad dengan masa mencukupi untuk membolehkan proses pelaksanaan aktiviti berjalan lancar nanti.

Protokol 2: Permulaan - Praproses

Sebelum proses pelaksanaan, didapati penstrukturan amat penting termasuk ketiadaan ahli keluarga klien, iaitu adik beradik dan ibu bapa di dalam sesi. Hal ini dilakukan bagi meningkatkan fokus dan kualiti proses terapeutik di dalam sesi. Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga disediakan dengan skrip menjemput klien untuk aktiviti berkaitan mewarna gambar lakaran badan, kerana ada sesetengah klien tidak berminat dengan aktiviti mewarna yang dirasakan agak kebodak-budakan. Selain itu, aktiviti relaksasi mudah seperti pernafasan untuk diri Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan

klien mungkin perlu agar dapat meningkatkan kesediaan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien dalam melakukan aktiviti CE-BME secara bersama-sama.

Protokol 3: Pelaksanaan

Sewaktu melaksanakan aktiviti CE-BME, 5 langkah yang disediakan oleh pengkaji sewaktu aktiviti ini mula disusun boleh digunakan. Para Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga perlu membaca dan mematuhi panduan asas sebagai pembantu berpusatkan insan yang empati, kongruen dan menerima tanpa syarat serta mengamalkan prinsip asas PCEAT (*Person Centered Expressive Art Therapy*) (N.Rogers, 1993) dan PCCP (*Person Centered Creative Practice*) (Azizah Abdullah, 2015). Sewaktu proses pelaksanaan aktiviti CE-BME ini, Pegawai Psikologi (Kaunseling) memfokus kepada melakukan secara bersama-sama klien dengan dua set lakaran badan dan krayon yang telah dipersiapkan.

Protokol 4: Perbincangan

Dalam peringkat protokol 4 ini, perbincangan dilakukan secara bersama untuk penglibatan kedua-dua pihak; klien dan Pegawai Psikologi (Kaunseling). Pegawai Psikologi (Kaunseling) memberi pilihan kepada klien sama ada klien atau Pegawai Psikologi (Kaunseling) akan memulakan perkongsian hasil CE-BME nya. Berkemungkinan Pegawai Psikologi (Kaunseling)lah yang akan melakukan dahulu pendedahan sendiri dengan menerangkan maksud pewarnaan dan aktiviti dilakukan sewaktu keempat-empati emosi dirasakan pada tahap tinggi. Keadaan ini dapat meningkatkan rasa kesamaan, normalisasi kepada emosi negatif dan keselesaan dalam diri klien sewaktu mendengar penceritaan dari Pegawai Psikologi (Kaunseling).

Sewaktu penceritaan klien ini, Pegawai Psikologi (Kaunseling) akan mula mengenal pasti skor emosi tertinggi, daya tindak positif dan negatif sedia ada klien bagi perancangan proses intervensi atau rawatan seterusnya. Satu persatu emosi dibincangkan dan difahami secara bersama.

Protokol 5: Perawatan

Bagi peringkat perawatan dan intervensi ini, Pegawai Psikologi (Kaunseling) akan bertanya klien mengenai emosi yang paling mengganggu klien tanpa hanya berpandukan kepada skor tertinggi yang ditunjukkan klien. Hal ini demikian kerana intervensi bagi emosi semasa, iaitu tiga tahap pemprosesan emosi (Panksepp, 2010, 2011) dan memahami psikosomatik klien (Stekel, 1924; Charis, 2018) akan membantu banyak Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam meningkatkan proses membantu yang berkesan. Segala teknik pengurusan emosi asas yang ada pada diri Pegawai Psikologi (Kaunseling) akan digunakan seoptimum mungkin sewaktu peringkat ini seperti pernafasan, '*grounding*', relaksasi otot, proses pengalaman somatik, *emotional freedom technique* dan lain-lain lagi di dalam nota panduan pelaksanaan. Sewaktu peringkat ini juga, ada kemungkinan klien akan diajar atau dilatih kemahiran komunikasi, kemahiran penyelesaian masalah dan penyusunan semula strategi daya tindak lama dan baru yang positif serta bersesuaian agar bantuan sewaktu sesi dapat dilakukan sebaik mungkin.

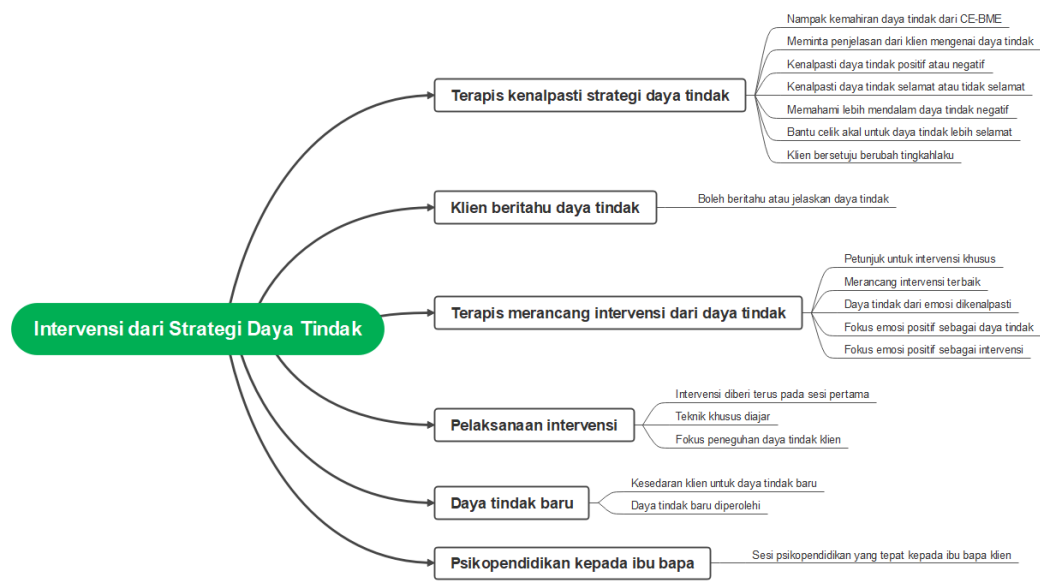
Protokol 6: Penutup

Dalam protokol keenam ini, penilaian, perancangan dan penutup dilakukan agar dapat meningkatkan hasil membantu dari aspek Pegawai Psikologi (Kaunseling), klien dan

proses terapeutik secara optimum. Penilaian tahap emosi terganggu semasa dilakukan agar Pegawai Psikologi (Kaunseling) tahu intervensi yang bagaimana lagi perlu dilakukan sewaktu sesi dan selepas sesi kelak. Perancangan bagi perawatan dan aktiviti intervensi seterusnya dilakukan dari maklumat yang banyak melalui dokumen CE-BME ini. Klien juga dinilai kesediaan bagi kehadiran ke sesi seterusnya mengikut masa dan hari yang klien dapat berikan komitmen. Penutup dilakukan dengan sebaik mungkin agar hasil tidak membantu dapat dielakkan.

4.5.2 Protokol Cadangan bagi Proses Emosi dan Daya Tindak Remaja

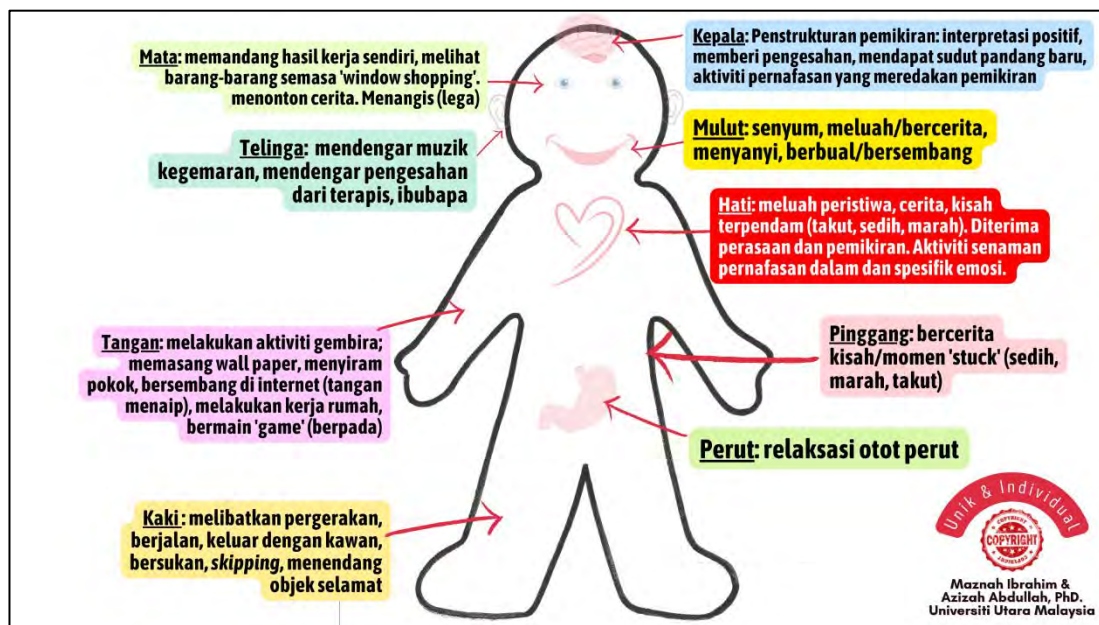
Dapatan dari kategori utama proses membantu ‘Berkaitan Proses Terapeutik’, kategori terakhir, keenam; ‘Melakukan intervensi dari strategi daya tindak dikenal pasti’ telah membawa kepada penghasilan satu model proses kerja bagi aspek membentuk strategi daya tindak baru klien secara positif. Rajah 4.4 di bawah merupakan kod atau tema dari kategori yang muncul bagi subkategori 4.1.1.6 ini. Ia diperolehi dari analisis secara Teori Asas.



Rajah 4.23. Kod atau tema dari proses membantu: Strategi daya tindak

Subkategori ini disusun semula dan menghasilkan satu kerangka kerja model bagi membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam proses mengenal pasti daya tindak klien sehingga ke peringkat intervensi dan pengubahsuaian daya tindak baru. Akhir sekali Pegawai Psikologi (Kaunseling) turut memperkasakan klien dengan memberi psikopendidikan kepada ibu bapa berkenaan aspek ini.

Hasil akhir kepada strategi daya tindak baru positif remaja yang mengalami isu kesihatan mental adalah seperti di Rajah 4.24.



Rajah 4.24. Pemetaan strategi daya tindak mengikut lokasi anggota badan

4.6 Ringkasan Bab

Bab ini telah melaporkan setiap tema yang diperolehi dalam bagi 3 persoalan kajian. Terdapat sebanyak 1132 tema atau kod bagi 3 persoalan kajian. Tema terbanyak adalah bagi objektif pertama, iaitu aspek bagi proses dan hasil membantu. Kategori terbanyak didapati berada dalam objektif pertama, iaitu hasil membantu dengan 5 aspek atau kategori utama. Walaupun proses tidak membantu dan hasil tidak membantu adalah sedikit temanya, namun ia amat membantu dari aspek penyediaan protokol penggunaan alatan seni CE-BME terutama dari aspek persediaan dan pra proses. Dapatan proses dan hasil ini telah membantu pengkaji dalam merangka protokol lengkap bagi proses penggunaan alatan seni CE-BME yang mana ia merupakan objektif ketiga penyelidikan dengan satu protokol penggunaan alatan seni CE-BME bagi strategi daya tindak dan intervensi daya tindak remaja. Selain itu, satu

protokol umum yang mengandungi 6 peringkat dalam turut dihasilkan Garis panduan awal yang mengandungi 5 langkah mudah hanyalah berada di Protokol 3: Pelaksanaan. Dapatan dari hasil dan proses membantu dan tidak membantu telah membentuk satu protokol komprehensif dan lengkap untuk kegunaan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan pengamal lain kelak. .



BAB LIMA

PERBINCANGAN, IMPLIKASI, DAN CADANGAN

5.1 Pendahuluan

Bab ini membincangkan hasil dan rumusan penyelidikan yang dihuraikan dalam bab empat yang meliputi lima persoalan penyelidikan. Perbincangan bermula dengan aspek proses serta hasil membantu dan tidak membantu menggunakan CE-BME bagi kanak-kanak dan remaja di dalam psikoterapi di *setting* KKM. Perbincangan diteruskan dengan protokol khusus yang telah dihasilkan dari dapatan penyelidikan berbentuk kualitatif Teori Asas ini. Seterusnya bab ini juga membincangkan dapatan utama penyelidikan, sumbangan, dan cadangan penyelidikan. Cadangan penyelidikan ini adalah bagi penyelidik akan datang yang berminat dalam reka bentuk penyelidikan Teori Asas, penyelidikan proses dan hasil dalam terapi serta bidang penyelidikan lakaran badan-emosi.

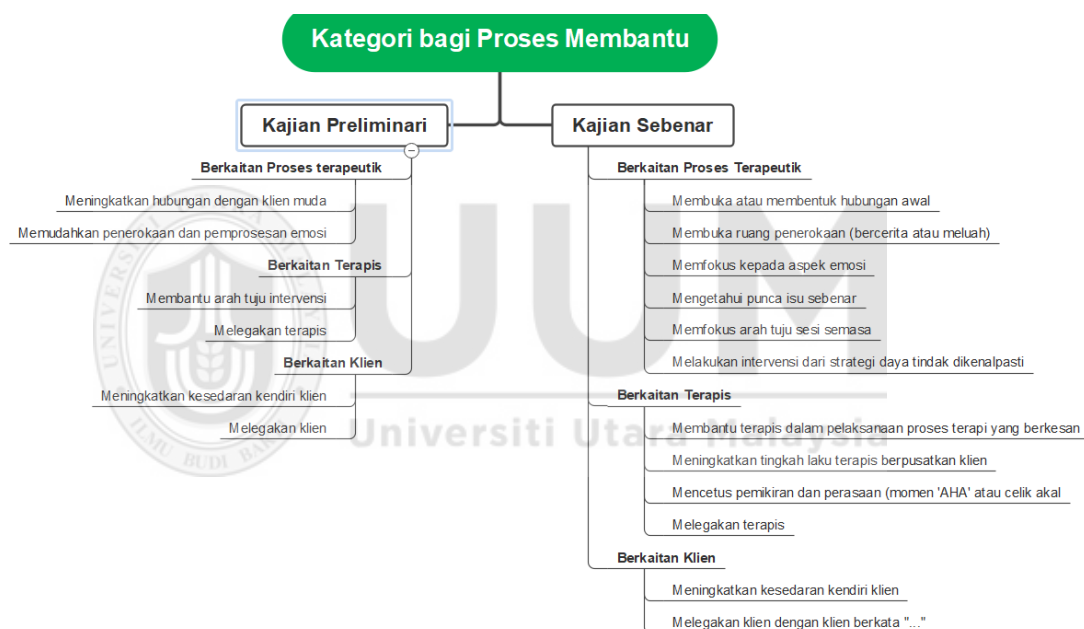
5.2 Perbincangan Dapatan Kajian

5.2.1 Proses dan Hasil Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan CE-BME Terhadap Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental

Proses Membantu

Sewaktu peringkat kajian awal atau preliminari, aspek proses membantu melibatkan 3 kategori utama, iaitu berkaitan proses terapeutik, berkaitan Pegawai Psikologi

(Kaunseling) dan berkaitan klien, melalui 2 kategori di bawah setiap kategori utama (Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah, 2023a). Apabila pengkaji telah memperoleh dapatan penyelidikan sebenar, didapati bahawa 3 kategori utama adalah sama, namun subkategori meningkat. Selain itu, terdapat 6 kategori di bawah proses terapeutik, 4 kategori di bawah berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan kekal sama 2 kategori bagi proses membantu berkaitan klien. Rajah 5.1 di bawah menunjukkan perbezaan kategori bagi hasil dapatan preliminari dan dapatan penyelidikan sebenar.



Rajah 5.1. Perbandingan dapatan proses membantu bagi penyelidikan preliminari dan sebenar

5.2.1.1 Proses Membantu Berkaitan Proses Terapeutik

Aspek pertama membuka proses terapi seterusnya

Penggunaan alatan CE-BME telah membuka peluang bantuan seterusnya menerusi proses terapeutik yang lebih berkesan. Potensi utama intervensi seni adalah dari aspek peranan terapeutik untuk meningkatkan kesejahteraan fizikal, mental atau emosi

individu seperti mengurangkan kebimbangan, ketakutan, kemurungan, dan menggalakkan komunikasi dengan pasukan rawatan (Derman & Deatrick, 2016).

Pegawai Psikologi (Kaunseling) telah memberi kuasa autonomi kepada klien, untuk melukis sendiri termometer pertama, iaitu emosi gembira, dan kemudian klien melakukan langkah seterusnya bagi empat emosi ini secara satu persatu bersama Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang turut melakukan aktiviti yang sama. Maka, tema dari penyelidikan oleh Winter & Coles (2021) menunjukkan bahawa kuasa autonomi kepada klien telah membuatkan proses terapeutik turut dapat dikawal oleh klien itu sendiri. Ketika ini proses terapeutik kali pertama berlaku, iaitu dari tindakan melakukan aktiviti CE-BME yang telah menjana proses terapeutik berlangsung tanpa sedar.

Contoh spek pertama yang membuka kepada proses terapeutik berkesan di dalam sesi kerana melakukan aktiviti CE-BME, daripada klien T12 seperti berikut:

T12: “waktu kami lalui ‘silent’ punya momen, ‘which is’ dia dengan suasana dia, dan saya dengan saya punya ‘body outline’ juga, selepas itu siap. Tetapi pada masa itu saya nampak dia ‘happy’ mewarna ‘and then’ masa momen itu nampak dia senyum”.

Pemerhatian para Pegawai Psikologi (Kaunseling) kepada aspek fisiologikal klien dari sudut mata, wajah, kedudukan badan dan cara memegang batang warna krayon merupakan antara momen terawal (tema proses membantu 4.1.1.2) dalam pembentukan perhubungan terapeutik. Keadaan ini telah membuka ruang penerokaan seterusnya dan tema ini terdapat di dalam kategori kedua di bawah proses terapeutik.

Aspek kepercayaan meningkat antara Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien merupakan antara tema utama dalam proses terapeutik dan peranan medium seni. Aspek ini adalah antara pencetus utama dalam sesi terapi. Hal ini selari dengan dapatan penyelidikan oleh Akhtar dan Lovell (2018) kepada klien kanak-kanak pelarian yang merasakan terapi seni memberi ‘suara’ kepada diri mereka. Klien di dalam penyelidikan ini terdiri daripada mereka yang terkesan dengan persekitaran mereka apabila mengalami isu kedukaan kerana kehilangan, penderaan, pembulian, penceraian ibu bapa dan lain-lain isu lagi.

Selain itu, peningkatan rasa selamat dari kejayaan pembentukan hubungan awal antara Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien adalah antara hasil dapatan dari penyelidikan Groman (2019) dan McDonald dan Holtum (2020) bagi terapi seni ke atas kanak-kanak. Perkara ini juga berlaku kerana persekitaran yang selamat secara psikologi (N.Rogers, 1993) telah dilakukan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) dari segi persediaan alatan, suasana, emosi Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan ilmu mereka yang memberi keyakinan menggunakan alatan CE-BME ini.

Alatan yang Memfokus Aspek Emosi Sebagai Pengalaman Kerja (‘Work Experiential’)

Daripada 724 kod bagi momen kepada proses membantu, didapati bahawa kategori berkaitan ‘proses terapeutik’ adalah mendahului (489 kod) berbanding dengan kategori berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) (149 kod) dan berkaitan klien (40 kod). Rajah 5.2 menunjukkan jumlah kod dan kategori bagi setiap objektif kajian bersama teori didasari di dalam penyelidikan ini. Didapati juga bahawa tema utama

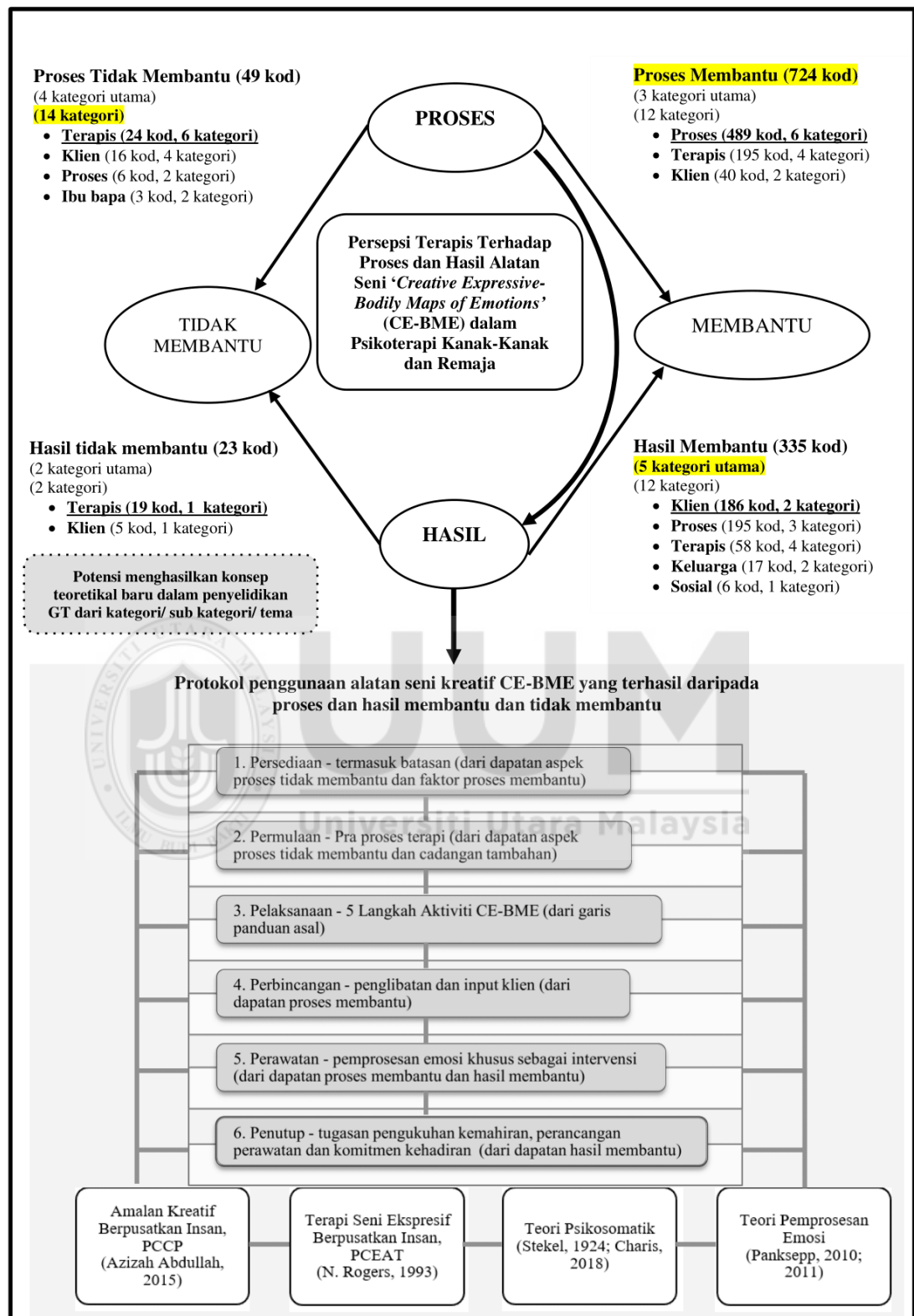
yang diperolehi dalam proses terapeutik itu adalah tema yang berkaitan dengan emosi (181 kod), iaitu kategori ketiga ‘memfokus kepada aspek emosi’ (subtopik 4.2.1.3). Keadaan ini adalah tidak pelik atau luar biasa kerana alatan seni CE-BME itu sendiri adalah satu aktiviti spesifik yang berkaitan dengan pengukuran emosi dan penandaan emosi di helaian lakaran badan.

Proses yang melibatkan aspek bercakap atau berbincang tentang emosi diri sendiri menjadi sangat mudah, santai, berdurasi lama dari biasa dan sesi akan berkembang (dapatkan tema kategori pertama 4.1.1.1) . Keadaan ini telah membuka peluang dalam membentuk hubungan awal sehingga membuka kepada aspek penceritaan, luahan, penjelasan (dapatkan tema kategori kedua 4.1.1.2), dan memberikan fokus kepada pemfokusan emosi (dari tema kategori ketiga 4.1.1.3), bagi memperoleh kelegaan (*letting go, release and relax*) (N.Rogers, 1993). Hal ini merupakan sebahagian daripada proses rawatan dan pembentukan semula strategi daya tindak baru (dapatkan tema kategori keempat, kelima dan keenam 4.1.1.4, 4.1.1.5 & 4.1.1.6) yang khusus untuk isu klien.

Keenam-enam kategori di dalam proses terapeutik merupakan proses membantu yang dapat memberikan pengalaman kerja (*work experiential*) yang berkesan kepada klien sewaktu memproses isu mereka di dalam sesi. Perkara ini dilalui dengan baik kerana alatan CE-BME ini didapati telah meningkatkan kualiti proses terapeutik dan hubungan antara Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien. Didapati bahawa tema proses atau aspek membantu bagi hubungan terapeutik yang baik antara Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien ini juga terdapat di dalam beberapa penyelidikan

proses membantu seperti penyelidikan oleh Lynass et al. (2012) bagi klien remaja, Omylinska-Thurstan dan Cooper (2014) bagi pesakit kanser, Azizah Abdullah (2015) dan O'Connell Kent et al. (2021) dan Timulak et al. (2017) bagi klien yang mengalami kebimbangan.

Tema '*work experiential*' merupakan dapatan utama dari penyelidikan oleh O'Connell Kent et al. (2021) dan Timulak et al. (2017) bagi klien yang mengalami kebimbangan. Klien dengan isu khusus ini melakukan 'suatu kerja proses' dan ia sama seperti proses membantu CE-BME bagi kategori memproses isu, iaitu membicarakan isu yang dialami dan memproses emosi spesifik kepada isu itu melalui intervensi khusus bagi isu klien. Bagaimana klien remaja berasa cukup selesa, dan selamat adalah dari cara Pegawai Psikologi (Kaunseling) berhubung baik dengan klien, menggabungkan media kreatif, dan menawarkan strategi psikopendidikan yang berkesan dan khusus buat mereka, sama seperti kajian Verasamy dan Cooper (2021) bagi klien remaja yang dibuli, dari perspektif klien dan klien yang berduka kerana kehilangan (Simonsen & Cooper, 2015).



Rajah 5.2. Rajah keseluruhan dapatan objektif kajian bersama teori didasari

Alatan *emBODY* dari kajian Nummenmaa et al., (2014) beserta kajian seterusnya kepada sampel pesakit skizofrenia (Torregrossa et al., 2018) dan kemurungan MDD (Lyons et al., 2020) mendapati bahawa aspek emosi di badan oleh pesakit mental adalah berbeza dengan individu normal, malahan kurang dirasai oleh pesakit yang mengambil ubatan. Bagi penyelidikan ini, hanya 4 kes sahaja yang telah didiagnosis penyakit mental, dan selebihnya adalah yang berada di peringkat cabaran isu kesihatan mental di samping belum lagi mencapai ke tahap penyakit mental. Maka, alatan ini didapati amat membantu bagi kelompok muda, iaitu kanak-kanak dan remaja yang belum lagi mengalami penyakit mental. Hal ini penting agar emosi yang ditandakan dan diproses di dalam bantuan intervensi boleh menjadi sandaran kepada intervensi dan rawatan berkesan buat mereka. Aspek ini juga merupakan sebahagian daripada usaha pencegahan penyakit mental.

Potensi penggunaan alatan seni kreatif sebagai pemangkin peranan terapeutik (Derman & Deatruck, 2016) telah membuatkan klien berasa cukup selesa untuk meluahkan perasaan, dan membentuk perhubungan yang baik dengan Pegawai Psikologi (Kaunseling). Keadaan ini seterusnya dapat membantu pencapaian matlamat sesi terapi dengan klien kanak-kanak dan remaja. Proses membantu bagi penggunaan alatan perantara, iaitu medium seni kreatif yang bermula dari peringkat peringkat awal, yakni membuka atau membentuk hubungan awal telah membuatkan laluan terapi menjadi sangat mudah dan berkesan apabila melibatkan elemen emosi (N.Rogers, 1993). Seterusnya perbincangan dapatan kajian akan menjurus kepada proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) pula sebagai pengendali alatan CE-BME kepada klien kanak-kanak dan remaja ini.

5.2.1.2 Proses Membantu Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling)

Proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) bagi kajian sebenar menunjukkan 4 kategori (membantu pelaksanaan proses terapi berkesan, meningkatkan tingkah laku Pegawai Psikologi (Kaunseling) berpusatkan klien, mencetuskan pemikiran dan perasaan momen ‘AHA’ atau celik akal, dan melegakan Pegawai Psikologi (Kaunseling)) berbanding kajian preliminari yang menunjukkan 2 kategori sahaja (membantu arah tuju sesi dan melegakan Pegawai Psikologi (Kaunseling)) (Rajah 5.1). Kategori yang kekal sama adalah kategori ‘melegakan Pegawai Psikologi (Kaunseling)’, manakala ‘membantu arah tuju sesi’ adalah sebahagian daripada kategori ‘membantu pelaksanaan proses terapi berkesan’.

Dari sorotan kajian lalu, didapati bahawa amat terhad dapatan yang memfokus kepada proses membantu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), kerana kebanyakan kajian proses dan hasil adalah memfokus kepada klien (Jadual 2.3 dan 2.4 di bawah subtopik 2.4). Namun terdapat sedikit kajian proses membantu yang menggunakan kaedah biasa atau verbal yang berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling), dan buat masa ini dari setakat pencarian pengkaji, penyelidikan proses membantu dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling) menggunakan medium seni dan kreatif adalah penyelidikan Azizah Abdullah (2015).

Dapatan Azizah Abdullah (2015) mendapati bahawa penggunaan medium seni kreatif ekspresif telah memudahkan komunikasi bukan lisan, iaitu mengatasi batasan bahasa dengan menyediakan alatan yang menghubungkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dengan klien, dan membantu memindahkan medium dari bukan lisan kepada

penerokaan secara lisan. Namun demikian, proses membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) dari aspek pemprosesan emosi seperti teori yang didasari di dalam penyelidikan ini adalah merupakan antara perkara yang penting dijumpai di dalam kajian ini.

Pegawai Psikologi (Kaunseling) Memahami Tahap Pemprosesan Emosi Klien

Alatan CE-BME telah membuatkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) lebih memahami pemprosesan emosi yang berlaku dalam diri klien, seperti maklumat dari dasar teori penyelidikan, tiga tahap pemprosesan emosi (Panksepp, 2010, 2011). Sebagai contoh, emosi yang dirasakan klien kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) T11 adalah unik, dan membuatkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) ingin lebih memahami bagaimana kliennya memproses emosinya.

T11: *“Kalau kita tengok, klien tak ada meletakkan emosi tu dekat kepala, pemikiran, fikir dan tak ada juga meletakkan emosi itu di bahagian hati, rasa kan? Jadi maksudnya, mungkin klien ini, itu yang kita cakap tadi, dia tak ekspres emosi dan sebagainya. Mungkin cara dia melihat sesuatu benda tu bukan melalui banyak berfikir tetapi mungkin jenis yang impulsif, terus bertindak. Mungkin, andaian ya.... Mungkin juga bukan jenis yang terlalu beremosi sebab kita tak nampak pun dia letak ‘something’ yang melibatkan emosi, kan?... Ataupun mungkin yang perasaan takut itu bukan disimpan di kepala tapi bila sakit itu datang baru takut. Maksudnya, takut itu tidak difikirkan sentiasa, ‘something like that’, lah kan”.*

Apa yang diproses oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling) ini di dalam refleksinya merupakan cara klien ini merasai emosinya. Hal ini adalah berbeza daripada kebiasaan pengalaman Pegawai Psikologi (Kaunseling) ini dalam menggunakan alatan CE-BME dengan klien lain. Pegawai Psikologi (Kaunseling) berfikir bahawa berkemungkinan klien beliau merasai emosi itu lebih secara rasa sakit fizikal (sakit pinggang, dan rasa

kebas) dan emosi yang tercetus adalah kerana ketidakselesaian badan (sensori fizikal). Maka andaian Pegawai Psikologi (Kaunseling), iaitu emosi kurang selesa dan kesakitan memungkinkan klien boleh menjadi impulsif untuk terus bertindak dan tidak mampu memproses emosinya dengan baik lagi.

Justeru, di sinilah Pegawai Psikologi (Kaunseling) memainkan peranan melalui ilmu pemprosesan emosi di otak manusia, agar dapat menjelaskan kembali kepada klien bahawa emosi dirasainya adalah kerana fizikal-emosi, bukan emosi-fizikal. Pemprosesan seterusnya di dalam sesi boleh dilakukan secara langkah demi langkah, iaitu dari memberi kefahaman kepada klien akan rasa sensori di fizikal badan (peringkat pertama pemprosesan deria, iaitu klien memfokus kepada ‘diri jasmani’), dan peringkat ini klien diberi empati yang lebih kerana kesakitan atau ketidakselesaian fizikal amat kuat.

Kemudian barulah Pegawai Psikologi (Kaunseling) berpindah kepada pemprosesan emosi dengan memberi nama emosi yang dirasakan, iaitu Pegawai Psikologi (Kaunseling) membantu klien memfokus kepada emosi yang merujuk kepada diri klien (peringkat kedua). Matlamat akhir kelak klien dapat meningkatkan kemahiran pengurusan emosi diri agar kefungsiannya sebagai manusia yang berupaya memahami emosi diri secara peringkat kognitif menjadi lebih baik secara keseluruhannya.

Seterusnya intervensi bersesuaian boleh dilakukan menurut pengalaman unik klien, iaitu, emosi dirasakan dari cetusan fizikal-emosi. Bagi klien, hal ini amat sesuai dilakukan proses relaksasi pernafasan sedalam mungkin melalui aktiviti ekspresi seni dan

pergerakan mudah. Rajah 2.3 di dalam Bab 2 menjelaskan lagi pemprosesan emosi mengikut tahap yang mana tahap klien kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) T11 ini adalah di tahap paling asas, iaitu pemprosesan deria, dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) pun berkata “*kita boleh fokus. Betul. ‘So’, kita boleh ‘clear’kan, ‘is it’ klien ini emosi-fizikal, ataupun fizikal-emosi? Ha macam tu eh, kita boleh nampak ‘which one’*”.

Apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) melakukan refleksi dari temu bual dengan menggunakan pendekatan konstruktivisme, pengkaji meletakkan keutamaan kepada fenomena penyelidikan dan melihat kedua-dua data dan analisis tercipta daripada pengalaman bersama pengkaji dan peserta (Pegawai Psikologi (Kaunseling)). Konstruktivis di dalam penyelidikan Teori Asas mengkaji cara Pegawai Psikologi (Kaunseling) membina makna dan tindakan, secara dekat berdasarkan pengalaman yang ada (Charmaz, 2003). Terapis T12 dapat mengesahkan dalam temu bual bahawa klien beliau adalah klien yang mengalami emosi kerana fizikal-emosi, dan bukan emosi-fizikal.

Peranan Pegawai Psikologi (Kaunseling) kesihatan mental dalam membantu perawatan sebenarnya amat penting kerana perawat fizikal memberikan ubat untuk mengurangkan ketidakselesaan fizikal, manakala perawat kesihatan mental memberikan intervensi emosi khusus yang turut akan mengurangkan ketidakselesaan fizikal klien. Contohnya dari rasa tidak selesa di pinggang, selain makan ubat penahan sakit, klien juga dapat memproses emosi rasa tidak selesa di pinggang ini (sensori deria), dan pembebasan emosi rasa tidak selesa atau kesakitan boleh membantu

keseluruhan perawatan dan penyembuhan. Sakit atau ketidakselesaan fizikal boleh menjadi sebab bebanan atau tekanan kognitif, atau tekanan emosi (*mind-body-emotion*) dan juga mengakibatkan tidakseimbangan dalam diri spiritual. Selain itu juga Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat menilai elemen kongruen klien melalui hasil CE-BME, emosi dan pengalaman yang diceritakan melalui penerokaan.

Pegawai Psikologi (Kaunseling) menunjukkan tingkah laku berpusatkan insan dengan lebih berkesan

Melalui penggunaan alatan CE-BME dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) melakukan bersama-sama aktiviti ini, didapati Pegawai Psikologi (Kaunseling) mampu untuk menjadi lebih empati kepada keadaan klien sehingga rasa ingin membantu membuak-buak. Contohnya Pegawai Psikologi (Kaunseling) T07 menyatakan “*Pada saya, ‘oh macam tu dia rasakan’. Yelah kita merasakan apa yang dia rasa*” dan Terapis T02 mengakui bahawa “*Bila kita ‘explore’ emosi, dia macam ada rasa satu perasaan empati dekat ‘patient’ tu*”.

Hubungan yang baik juga membuatkan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat melakukan konfrontasi secara positif dan selamat serta Pegawai Psikologi (Kaunseling) tidak menilai apa saja cara pewarnaan ditunjukkan oleh klien termasuk pemilihan warna yang digunakan. Dapatan ini ada persamaan dengan dapatan penyelidikan Antoniou et al. (2017) dari perspektif klien kemurungan. Dapatan menunjukkan bahawa mereka merasakan Pegawai Psikologi (Kaunseling) menerima dan menghormati mereka, berempati, bertindak balas kepada keperluan klien,

menjadikan klien merasa selesa, dapat mencabar dan memperkasakan dengan menggunakan teknik, fleksibel serta meyakinkan.

Tidak ketinggalan juga aspek ini bersamaan dengan dapatan penyelidikan Verasammy dan Cooper (2021) ke atas klien remaja yang dibuli, yang amat suka dengan cara kaunselor berhubung dengan mereka, kebolehan Pegawai Psikologi (Kaunseling) mencipta rasa selamat, menggabungkan media kreatif, strategi pembelajaran dilakukan di dalam sesi dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang menawarkan nasihat bersesuaian. Namun kajian ini adalah dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang mendapati bahawa wujud momen proses membantu mereka yang juga bertemakan ciri Pegawai Psikologi (Kaunseling) berpusatkan insan.

5.2.1.3 Proses Membantu Berkaitan Klien

Didapati proses membantu berkaitan klien bagi dapatan kajian ini melibatkan dua aspek, iaitu meningkatkan kesedaran sendiri klien berkaitan perasaan, pengurusan emosi dan tekanan, tingkah laku dan mengenal diri. Bagi aspek melegakan emosi klien pula, didapati bahawa ia bertambah daripada dapatan preliminari, iaitu selain klien dapat meluahkan perasaan, klien juga dapat memberi penilaian, penghargaan, meminta izin dan menilai diri sendiri.

Terdapat beberapa dapatan yang berkaitan dengan aspek membantu berkaitan diri klien bagi terapi yang melibatkan elemen seni kreatif dan kesemuanya adalah dari perspektif klien itu sendiri. Seperti yang diperjelaskan sebelum ini, kebanyakan penyelidikan dalam proses dan hasil adalah dari perspektif klien, dan penyelidikan ini

adalah dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling). Maka untuk momen proses membantu berkaitan klien, pengkaji telah menggunakan kata kunci kategori adalah “klien berkata”, iaitu, dari apa disebutkan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling), “klien berkata.....’. Hal ini yang dilakukan agar bias pengkaji dalam mengekstrak momen membantu berkaitan klien adalah dari apa dikatakan oleh peserta kajian, iaitu para Pegawai Psikologi (Kaunseling) apabila mengingat momen membantu, dan didapati temanya adalah berkaitan klien, dan Pegawai Psikologi (Kaunseling) menyatakan “klien kata”, “dia kata”, “klien cakap” “dia beritahu” dan sebagainya.

Dapatan penyelidikan Kulari (2007) dari perspektif klien, mendapati bahawa klien kanak-kanak telah dapat meningkat vokabulari atau perbendaharaan kata kesakitan fizikal dan emosi, serta mempunyai strategi daya tindak penyelesaian masalah dengan lebih aktif sewaktu mereka mengendalikan kesakitan kronik mereka. Ia bersamaan dengan penyelidikan ini yakni pada perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling), CE-BME telah membantu klien sewaktu proses terapi, dari aspek mengenal emosi sendiri dan menyedari strategi daya tindak yang bersesuaian dengan permasalahan yang dialaminya.

Perkara ini tidak jauh beza dengan dapatan penyelidikan Akhtar dan Lovell (2018) yang mendapati bahawa klien kanak-kanak pelarian boleh berkongsi cerita, meneroka identiti, serta menemui diri yang baru dan ini diperoleh melalui pendekatan terapi seni. Begitu juga dapatan penyelidikan oleh McDonald dan Holtum (2020) yang mendapati aspek membantu pada klien kanak-kanak adalah mereka memperoleh sesi yang bersifat sosial dan menyeronokkan, dapat meluahkan pemikiran, perasaan, bercakap

dengan bebas serta melakukan karya seni. Mereka juga memperoleh strategi mengatasi bagi permasalahan mereka.

Jadual 5.1 menunjukkan perbezaan bagi jangka masa bagi seseorang Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam melaksanakan mengenalpastian punca permasalahan klien, iaitu dari simptom psikosomatik dan penonjolan tingkah laku sosial mencabar seperti tidak mahu ke sekolah, bersikap tidak sopan atau melawan ibu bapa dan sebagainya. Soalan yang ditanyakan adalah:

14. Berapa kerapkah anda menghadapi klien kanak-kanak, remaja yang alami simptom psikosomatik, atau *convergent disorder* atau *somatoform disorder* atau yang '*unexplained medical symptom*' di sepanjang kerja anda setakat ini?

15. Cuba anda terangkan bagaimana anda mengendalikan klien kanak-kanak dan remaja jenis tersebut di atas, dan berapa lama masa anda ambil untuk selesaikan kes sebegitu.

Dapatan menunjukkan bahawa jangka masa proses terapi boleh menjadi sepantas satu sesi apabila menggunakan alatan CE-BME pada sesi tersebut dalam usaha mendapatkan punca permasalahan klien (psikosomatik atau masalah tingkah laku lain), dan boleh menjadi selama 'tidak pasti' atau 'tidak tahu punca', namun secara tiba-tiba klien kanak-kanak sudah berubah apabila tiba suatu masa.

Dapatan ini juga dibandingkan dengan peserta kajian yang ditanyakan soalan berkaitan proses dan hasil, serta bagaimana CE-BME membantu menjawab persoalan punca psikosomatik dan masalah tingkah laku lain. Didapati bahawa kesemua kes diketahui sebagai punca kepada permasalahan secara jelas, iaitu dari emosi (kepada peristiwa) yang salah satunya mengganggu klien. Contohnya klien Kes No 5 (Lampiran 4: Maklumat Terperinci 20 Kes CE-BME) yang tiada siapa menjangkakan tindakan mencederakan diri beliau adalah kerana emosi sedih, dari kedukaan kerana kehilangan ayahnya (*grief*). Momen menyaksikan ayah sudah tiada juga dipendam dan menjadi rahsia tidak selamat sehingga menekan diri. Aspek ini turut dibentangkan di dalam satu pertandingan inovasi di Sarawak, Malaysia (Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah, 2022d), iaitu bagaimana CE-BME membantu mengenal pasti punca psikosomatik dan masalah tingkah laku lain.

Jadual 5.1

Perbezaan jangka masa pelaksanaan proses terapi tanpa dan dengan menggunakan CE-BME

Perkara	Hasil Temu Bual dengan Pakar Praktis di Lapangan	Hasil 18 Terapis dan 20 Kes Penyelidikan
Masa keseluruhan sesi	2-5 sesi	1-7 sesi
Arah Terus Intervensi	Seawal sesi pertama	Pada sesi yang digunakan CE-BME (sesi pertama atau sesi susulan lain)
Membantu Menjawab Persoalan Simptom Ditunjukkan	Tidak pasti kerana kaedah lukisan biasa yang lain tidak menjurus kepada emosi dan badan.	Seawal sesi yang sama digunakan alatan CE-BME

Perkara ini menunjukkan alatan CE-BME boleh membantu mempercepatkan bilangan sesi, dan aktiviti '*experiential work*' yang berkesan sebagai intervensi tepat, hasil dari kejelasan punca permasalahan klien. Aspek ini diperoleh melalui bukti dokumen CE-BME yang dilakukan oleh klien kanak-kanak dan remaja di dalam sesi. Ia telah memberi manfaat bukan sahaja kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) (memudahkan pelaksanaan sesi berkesan) malahan juga manfaat kepada klien.

5.2.1.4 Faktor Mempengaruhi Proses Membantu

Terdapat 4 aspek yang mempengaruhi proses membantu, iaitu faktor (i) Pegawai Psikologi (Kaunseling), (ii) klien, (iii) alatan CE-BME, (iv) fizikal, dan (v) ahli keluarga yang menyokong pertumbuhan, perkembangan dan pemulihan klien.

Soalan yang ditanyakan adalah: “Apa faktor yang meningkatkan atau menyebabkan ia membantu proses terapi anda. Jelaskan dengan lebih lanjut dari perspektif anda”. Seterusnya pengkaji akan mengemukakan bagaimana pandangan para Pegawai Psikologi (Kaunseling) berkenaan faktor yang membantu diri mereka memperoleh momen proses membantu ini. Faktor pertama adalah sikap Pegawai Psikologi (Kaunseling). Kepercayaan dan keterbukaan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam melaksanakan proses melakukan aktiviti CE-BME, iaitu Pegawai Psikologi (Kaunseling) percaya bahawa mereka perlu mendapatkan input dari klien secara perlahan-lahan.

Melakukan aktiviti CE-BME memerlukan masa, tidak seperti soal selidik biasa yang terus menjawab dan dapat jumlah skor. Proses melakukan aktiviti CE-BME bersama

proses melakukannya memerlukan satu '*engagement*' yang baik hingga kepercayaan diperolehi, luahan berlaku dengan sebaiknya, dan proses rawatan dapat diberikan dengan sebaik mungkin. Intonasi suara yang bersamaan dengan makna perasaan diwarnakan di helaian CE-BME, seperti perasaan gembira dan mula merasakan gembira dan perasaan negatif seperti sedih, marah dan takut disusuli dengan nada bersesuaian dengan makna emosi negatif juga adalah penting.

Situasi ini tidak perlu terlalu keras atau terlalu lembut, malahan bersesuaian dengan keadaan semasa klien, kekal profesional dan baik. Aspek Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga meliputi aspek komunikasi, aspek karakter atau sikap, aspek ilmu dan pengalaman yang ada. Ciri Pegawai Psikologi (Kaunseling), mengambil dari sifat pemusatan insan dengan cara membina hubungan atau *rapport*, iaitu berbual atau berkomunikasi dengan cara sesuai, dan kreativiti kaunselor membina hubungan awal dengan mengguna aktiviti '*blob tree*' dan pernafasan juga membantu. Kreativiti kaunselor guna elemen kreatif muzik dan bauan bersesuaian. Keadaan ini merupakan usaha inisiatif Pegawai Psikologi (Kaunseling) untuk meningkatkan suasana terapeutik bilik sesi.

Faktor Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga termasuklah Pegawai Psikologi (Kaunseling) boleh buat bersama-sama aktiviti menggunakan alatan CE-BME ini dan membuatkan klien berasa selesa dan tidak terancam. Pegawai Psikologi (Kaunseling) menyediakan perasaan selamat secara psikologikal (*psychological safety*) (N.Roger, 1993) dengan sifat atau karakter berkualitinya sebagai Pegawai Psikologi (Kaunseling) berpusatkan insan, dan contohnya Pegawai Psikologi (Kaunseling) 11

berikut menyatakan *“tapi dalam proses melakukan ini, saya pun turut buat sekali lah, kan. Tapi saya nampak klien pun macam tak terlalu memberi perhatian dengan apa yang saya buat... Maksudnya, dia boleh buat, jadi saya pun buat, buat tak tahu lah dengan apa yang saya buat”*.

Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga berbincang dengan perujuk, dan menjelaskan kepada ibu bapa untuk mendapatkan kerjasama. Kecekapan Pegawai Psikologi (Kaunseling) apabila mempunyai ilmu kefahaman dalam proses penggunaan CE-BME, serta mempunyai keyakinan melaksanakan aktiviti CE-BME, dan laras bahasa yang sesuai dan direndahkan adalah amat membantu. Bahasa digunakan Pegawai Psikologi (Kaunseling) adalah mudah difahami, nada suara dijaga, bersikap mesra, kemahiran melayan klien dengan sangat sabar. Kesemua ini merupakan ciri Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang berkesan dan membantu.

Selain itu ciri Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang fleksibel juga merupakan antara ciri yang dinyatakan di dalam soalan ini. Contohnya dari terapis T12 ini, beliau menjelaskan momen ini dan ia merupakan satu dari ciri Pegawai Psikologi (Kaunseling), iaitu tidak rigid: *“masa dia menangis dia kata dia macam tak nak bercakap dulu masa itu, dia kata ‘boleh tak saya menulis’, ‘so that time’ kalau ikutkan kita kalau kita gunakan ‘body mapping’ ini lebih kepada kita bercerita, betul? Tetapi dia meminta saya kepada cara menulis. ‘So’ saya tidaklah orang kata begitu ‘rigid’, saya kata ‘it’s ok boleh tak ada masalah ‘as long as you’ selesa dan ‘you’ boleh ekspres apa yang ‘you’ rasa”*.

Seterusnya adalah faktor klien itu sendiri. Ada klien yang bersedia dan ada klien yang menolak dari awal. Apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) mendapat klien yang

sukakan seni, ia menjadi lebih mudah. Apabila Pegawai Psikologi (Kaunseling) mendapat klien yang tidak suka melukis dan rasa ia seperti kebudak-budakan, Pegawai Psikologi (Kaunseling) akan rasa sedikit sukar sewaktu mengendalikan momen itu. Ciri klien yang diperoleh dari soalan temu bual adalah yang bersedia untuk sesi menggunakan CE-BME, sesuai dan minat dengan aktiviti seni, klien dapat beri kerjasama dengan mudah, dan klien sudi (*willingness*) untuk dibantu, apabila telah memperoleh celik akal dari CE-BME.

Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga menyatakan faktor alatan CE-BME itu sendiri yang mudah dan menarik. Warna dan krayon hanya untuk empat emosi sahaja, iaitu mudah dan tidak kompleks. Hal ini memudahkan proses bantuan yakni wujud situasi Pegawai Psikologi (Kaunseling) mudah, dan klien juga mudah, serta akhirnya mendapat celik akal serta kesedaran sendiri dengan Pegawai Psikologi (Kaunseling) tahu mahu ke mana untuk arah tuju intervensi. Faktor krayon dan warna itu membantu untuk klien menterjemahkan subjektiviti emosi di dalam hati itu kepada kertas yang mereka nampak secara konkrit.

Ciri krayon 'Buncho' yang disediakan oleh pengkaji sewaktu latihan CE-BME, adalah sejenis krayon yang pekat dan puas mewarnakannya. Maka ia membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) memahami beban emosi klien sebanyak atau sedalam mana beban itu wujud. Warna dan cara penekanan sewaktu pewarnaan dapat dilihat dan dirasakan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling). Contohnya Terapis T12 juga perasan aspek ini apabila melihat perbezaan warna dan skor termometer ditandakan: *"Contohnya kalau macam saya punya klien ini dia gunakan warna sedih adalah warna yang*

‘striking’, warna merah dan juga takut itu pun ‘striking’, warna oren. ‘So’ bila dia satukan warna oren dengan warna merah itu nampak macam satu colour saja. Kalau kita tengok nampaklah penekanannya dekat situ sebabnya dia punya skala untuk sedih itu adalah 7 dan skala dia untuk takut adalah 10, tinggi. Dan kalau kita tengok dia punya skala gembira itu dia gunakan warna biru laut saja dan skala dia 5. Kalau kita tengok tu pun tak nampak sangat pun warna untuk gembira dan juga marah”.

Selain itu faktor alatan CE-BME sebagai aktiviti juga membuatkan sesi menjadi tidak beban kerana proses pelaksanaan alatan memerlukan pergerakan tangan dari proses maklumat di kepala, dan hati, serta mata yang melihat. Sekiranya menggunakan kaedah kaunseling verbal biasa, klien akan duduk sahaja dan anggota badan menjadi berat dengan penggunaan telinga mendengar.

Faktor keempat adalah faktor fizikal, iaitu persekitaran terapeutik. Didapati bahawa suasana dan ruang seperti bilik selesa, kesanggupan Pegawai Psikologi (Kaunseling) untuk berpindah ke ruang lain, merancang dengan baik, dan peruntukan satu ruang untuk terapi kanak-kanak agar mereka berasa selesa apabila masuk ke bilik terapi. Susun atur ruang, mengadakan bauan, dan latar muzik perlahan juga amat membantu.

Akhir sekali, faktor ahli keluarga, iaitu ibu dan ayah memberi maklumat tambahan kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling), sudi beri kerjasama, memberi sokongan, komitmen, dan kepercayaan kepada Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam melaksanakan proses bantuan dengan sebaiknya.

5.2.1.5 Hasil Membantu

Sejumlah 335 kod atau tema bagi momen hasil membantu bagi penggunaan alatan seni CE-BME di dalam penyelidikan ini (Rajah 5.2), iaitu hampir separuh dari momen proses membantu. Namun demikian terdapat 5 kategori, iaitu lebih dua kategori berbanding kategori di dalam proses membantu, iaitu aspek keluarga dan sosial klien, selain 3 aspek lagi di dalam proses membantu, iaitu berkaitan proses terapeutik, Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien. Terdapat bilangan sederhana kajian melibatkan hasil atau kesan dari terapi sama ada dalam penyelidikan proses dan hasil dalam psikoterapi dan kaunseling, berbentuk kualitatif dan kuantitatif, ataupun dalam kajian kesan penggunaan terapi seni atau elemen seni di dalam sesi terapi yang kebanyakannya berbentuk kuantitatif.

Kategori berkaitan diri klien merupakan hasil membantu terbanyak, iaitu 186 kod. Dua subkategori di bawahnya adalah aspek peningkatan sendiri klien dan kualiti hidup klien. Dari aspek sendiri peribadi klien, didapati wujud perubahan hasil klien dari aspek pemikiran dan persepsi, aspek kesedaran dan celik akal, aspek emosi, dan tingkah laku.

Didapati bahawa klien di dalam penyelidikan ini menunjukkan hasil dari sudut lebih banyak bercerita, lebih gembira, lebih selesa dan sedar tentang masalahnya, serta punca masalahnya di samping menyedari bahawa daya tindak yang negatif memberi kesan kepada diri. Hal ini secara tidak langsung mereka menyedari akan potensi untuk mempelajari dan melakukan daya tindak positif yang baharu.

Dapatan kajian ini memperoleh satu lagi aspek proses membantu berkaitan diri klien, iaitu kualiti kehidupan klien meningkat lebih baik. Contohnya bagi aspek kecekapan mengurus emosi, pemikiran, menyelesaikan masalah, pengurusan masa, dan keseluruhan hidup yang lebih baik dalam kefungsi emosi serta tingkah laku mereka. Aspek kualiti kehidupan ini melebihi jangkaan pengkaji kerana ia melibatkan aspek sosial yang lebih luas, iaitu kawan-kawan kepada klien remaja ini, dan keadaan ini hampir selari dengan hasil penyelidikan oleh McDonald dan Holttum (2019, 2020) yang mendapati wujud perubahan positif kanak-kanak dinilai oleh guru termasuk aspek prososial di sekolah selain dengan keluarganya sendiri.

Hasil membantu di dalam penyelidikan ini juga melibatkan klien, keluarga, dan sosial seperti sekolah dan rakan klien. Klien juga tidak lagi dimarahi oleh ibu bapa dan berkonflik dengan adik-beradik, selain pihak sekolah yang lebih lega kerana klien telah hadir ke sekolah. Aspek sosial klien di *setting* sekolah dalam kajian lain melibatkan pembelajaran, proses penerimaan pembelajaran, hubungan dengan guru dan rakan (McDonald, et al., 2019, McDonald & Holttum, 2020; dan Tahar et al., 2019). Bagi diri klien, klien tidak lagi mempunyai emosi mencabar yang biasa ditunjukkan seperti merajuk, membentak, mengasingkan diri, melawan ibu bapa, tidak mahu hadir ke sekolah, melakukan kerja sekolah rakan dan sebagainya.

Situasi ini seiring dengan dapatan penyelidikan oleh Ruhani Mat Min (2022), meskipun kajian itu tidak berkaitan terapi seni, tetapi hasil proses kaunseling memberikan hasil yang baik sedemikian. Aspek mengatasi gangguan sendiri dan mengurangkan kebimbangan, ketakutan dan kesakitan juga merupakan dapatan hasil

penyelidikan oleh Derman dan Deatricks, 2016) yang turut merupakan aspek pengurangan masalah emosi bagi kanak-kanak dan remaja di dalam penyelidikan ini. Selain itu simptom psikosomatik klien juga telah tiada atau amat mengurang, dan aspek peningkatan kemahiran mengendalikan sakit kronik turut terdapat di dalam penyelidikan Kulari (2017).

Hal ini menunjukkan bahawa dapatan berkaitan hasil dari proses terapi yang menggunakan alatan seni CE-BME adalah tidak banyak berbeza dari dapatan penyelidikan lain sama ada berkaitan seni mahupun menggunakan kaedah verbal biasa. Terdapat banyak kajian berkaitan kesan dan hasil yang kebanyakannya penyelidikan berbentuk kuantitatif dan dari perspektif klien. Namun dapatan penyelidikan ini adalah dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling) dengan pengkaji tema yang diperolehi bagi hasil membantu berkaitan klien adalah dari kategori pernyataan Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang berbentuk “klien berkata”, dan ia diambil sebagai hasil membantu berkaitan klien.

5.2.2 Proses dan Hasil Tidak Membantu dalam Kaunseling dan Psikoterapi Menggunakan CE-BME Terhadap Remaja yang Mengalami Isu Kesihatan Mental

Proses tidak membantu melibatkan 4 aspek, iaitu berkaitan diri Pegawai Psikologi (Kaunseling), diri klien, proses penggunaan alatan CE-BME dan berkaitan ibu bapa. Momen kepada proses tidak membantu ini adalah lebih 1 kategori berbanding kategori di dalam momen proses membantu. Walau bagaimanapun, bilangan kodnya adalah

jauh lebih kecil, iaitu 49 kod berbanding 724 kod. Kategori atau aspek yang bertambah itu adalah aspek gangguan ibu bapa.

Tema ini juga diperolehi sewaktu kajian preliminari yang menjadi faktor luaran yakni merupakan halangan dalam proses terapi. Antara cara mengatasinya adalah dengan memberitahu tatacara atau peraturan yang jelas kepada ibu bapa dalam usaha mengurangkan halangan ini. Kadangkala Pegawai Psikologi (Kaunseling) terlupa garis panduan dan prinsip terapi dengan klien kanak-kanak dan remaja dengan terlalu memfokuskan matlamat ibu bapa melebihi dari keperluan diri klien ini. Bagaimana cara Pegawai Psikologi (Kaunseling) mengatasinya juga adalah melalui refleksi diri Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang sentiasa dilakukan, jelas dengan matlamat di dalam sesi, dan memegang etika atau prinsip mengenai perhubungan terapeutik antara Pegawai Psikologi (Kaunseling)-klien remaja.

Selain itu, Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga boleh diberitahu awal akan cabaran yang bakal dihadapi apabila mengendalikan terapi atau intervensi dengan klien kanak-kanak dan remaja kerana klien di bawah umur sentiasa akan melibatkan ibu bapa. Hal ini boleh diatasi dari garis panduan atau protokol lengkap bagi penggunaan alatan CE-BME ini. Sesi dengan ibu bapa akan tetap berlaku setelah beberapa sesi berlangsung atau setelah sesi kanak-kanak dan remaja ini berlangsung.

Aspek cara mengatasi yang lain adalah keupayaan dan keyakinan Pegawai Psikologi (Kaunseling) untuk memberitahu ibu bapa bahawa klien utama di dalam kes ini adalah kanak-kanak atau remaja itu sendiri. Segala kehendak atau matlamat ibu bapa adalah

perlu, namun bergantung kepada kesediaan klien untuk bekerjasama dalam pemprosesan isunya di dalam proses rawatan. Pegawai Psikologi (Kaunseling) juga boleh mempertahankan atau memperjuangkan hak klien kanak-kanak dan remaja yang memerlukan privasi dan hanya sekiranya ada perkara membimbangkan, atau potensi untuk tidak selamat sahaja, Pegawai Psikologi (Kaunseling) sendiri akan memberitahu ibu bapa ini.

Beberapa penyelidikan lain bagi aspek proses tidak membantu berkaitan klien bagi kaunseling verbal atau lisan biasa adalah aspek ketidak sediaan klien, iaitu terhadap kerja terapeutik (Stephen et al., 2021), campur tangan Pegawai Psikologi (Kaunseling) (Countinho et al., 2011), dan melibatkan diri dalam terapi (O'Connell Kent et al., 2021). Dapatan penyelidikan lepas ini adalah berkait dengan dapatan penyelidikan ini, iaitu proses tidak membantu melibatkan klien adalah dari aspek kepercayaan, keterbukaan dan kerjasama. Selain itu klien juga mendapati bahawa pengalaman sukar bagi tugas pengalaman (*experiential work or task*) (Timulak et al., 2017) dan kesukaran proses (Azizah Abdullah, 2015). Walaupun ia amat penting, namun apabila klien tidak memahami kenapa ia penting, maka klien akan mendapati bahawa aspek tidak membantu adalah berkenaan tugas yang berbentuk pengalaman kerja.

Keadaan ini bermaksud adalah penting untuk membina kepercayaan dengan klien terlebih dahulu sebelum meneruskan proses kerja terapeutik. Persediaan awal, alatan bersesuaian dan faktor fizikal seperti faktor membantu proses membantu di subtopik sebelum ini akan banyak membantu para Pegawai Psikologi (Kaunseling) dalam

mengurangkan halangan kepada proses membantu klien kanak-kanak dan remaja. Dapatan penyelidikan Bartholomew et al., (2017) juga mendapati situasi ketidakakraban dan ketidakpercayaan dalam terapi sehingga menjadi faktor asas dalam aspek kesusahan yang mendalam kepada diri klien, apabila mereka mempersoalkan harapan dan kepercayaan terhadap terapi dan mereka mempunyai daya tahan yang amat rendah untuk terapi. Hal ini demikian kerana kaunseling adalah ‘kerja keras’ (*hardwork*) (Goldman et al., 2016), iaitu melibatkan kerja tugas yang tidak mudah sekiranya klien tidak bersedia.

Amat terhad aspek proses tidak membantu melibatkan terapi seni dan kreatif, dan pengkaji mendapati bahawa para Pegawai Psikologi (Kaunseling) di dalam penyelidikan ini telah dapat memproses dan menghadapi momen tidak membantu dengan agak baik sama ada dari segi kognitif (berfikir positif terhadap diri dan klien serta kesedaran sendiri dari refleksi yang diri perlu fokus kepada klien bukan ibu bapanya.), tindakan (menggunakan apa yang ada, kembali melakukan aktiviti CE-BME pada sesi berikutnya), dan mengurus emosi dengan tenang apabila melihat cara pewarnaan dan penonjolan warna di dalam CE-BE adalah lain dari kebiasaan. Selain itu jangkaan untuk hasil CE-BME boleh lebih didapati dari pengalaman, dan protokol lengkap yang akan dihasilkan kelak.

Kesimpulannya cara Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat menghadapi momen tidak membantu ini adalah melibatkan kekreativitian Pegawai Psikologi (Kaunseling), persediaan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dari segi latihan mencukupi dan peralatan, pengetahuan di samping pengalaman Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang

mencukupi. Selain itu faktor peribadi ciri Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang positif dan berkemahiran tinggi juga adalah penyebabnya.

Hasil Tidak Membantu

Jumlah kod bagi tema hasil tidak membantu adalah paling rendah, iaitu 23 berbanding kod di dalam objektif lain. Namun demikian, melaporkan apa jua dapatan walau 1 kod di dalam penyelidikan kualitatif berbentuk Teori Asas adalah amat penting (Charmaz, 2006). Pengkaji mendapati bahawa terdapat dua sahaja aspek bagi hasil tidak membantu, iaitu berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) (18 kod) dan berkaitan klien (5 kod). Namun demikian, dapatan ini amat penting sebagai penambahbaikan dan persediaan melengkapi protokol yang baik sebagai panduan kepada para Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang menggunakan alatan seni CE-BME dalam mana-mana *setting* akan datang.

Berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) lebih kepada aspek peribadi, dan keyakinan dalam pelaksanaan proses terapi yang telah berlangsung. Ia diperoleh juga dari refleksi yang dilakukan oleh Pegawai Psikologi (Kaunseling). Hasil tidak membantu secara segera, iaitu meningkatkan emosi yang tidak diingini turut diperoleh dari dapatan penyelidikan Azizah Abdullah (2015). Keadaan ini juga menyebabkan pemikiran tidak menyenangkan akan muncul dan menjana reaksi yang tidak perlu. Maka dengan latihan diterima, latihan melaksanakan sesi menggunakan alatan CE-BME, serta ilmu berkaitan trauma, psikosomatik dan sebagainya dapat membantu banyak dari sudut hasil berkaitan Pegawai Psikologi (Kaunseling) kelak. Aspek penyeliaan juga amat

penting agar di sini Pegawai Psikologi (Kaunseling) dapat dibantu dalam refleksi diri dan mengenalpasti punca lain sekiranya ada.

Hasil tidak membantu dari segi proses terapeutik tidak lengkap turut diperolehi di dalam penyelidikan oleh Stephen et al. (2021) sehingga menyebabkan kekecewaan dengan proses dan hilang harapan. Bagaimana Pegawai Psikologi (Kaunseling) di dalam penyelidikan CE-BME ini mengatasi hasil tidak membantu bergantung kepada keadaan semasa Pegawai Psikologi (Kaunseling) itu sendiri. Didapati bahawa Pegawai Psikologi (Kaunseling) perlu bersedia mental fizikal untuk sesi klien yang dirancang untuk dilakukan aktiviti CE-BME, seperti terapis T12 berikut; *"setiap kali kita nak tengok 'patient' untuk keesokan harinya kita dah tengok dah dekat dalam sistem kita siapa yang kita nak tengok dan 'indirectly' kita akan buka satu per satu lah fail untuk persediaan pada hari esok. Kalau saya, saya dah tahu yang saya nak buat BME untuk 'this patient', saya akan 'allocate'kan dia untuk hari yang saya tidak ada ambil 'patient' yang ramai. 'Which is' mungkin satu 'patient' itu saya akan letak kalau pukul 9, mungkin 9 sampai 11 itu saya letak nama dia saja"*.

Pegawai Psikologi (Kaunseling) telah berfikir atau merancang untuk melakukan semula aktiviti CE-BME agar dapatan hasil CE-BME adalah lebih baik dan membantu dalam proses terapi, contohnya Terapis T15 berikut menyatakan *"Saya rasa mungkin kita kita boleh ulang balik. Ulang balik sesi akan datang"*. Di sini perancangan dan kebolehan untuk pelaksanaan sesi yang lebih baik menggunakan alatan CE-BME akan membantu Pegawai Psikologi (Kaunseling) bagi mengatasi perasaan kurang cekap dalam mengendalikan proses terapi menggunakan alatan CE-BME.

Kesimpulannya hasil tidak membantu menggunakan CE-BME walaupun amat rendah bilangan tema dan kodnya namun ia amat membantu pengkaji dalam merangka protokol yang lebih lengkap dan baik. Dapatan walau hanya 1 kod di dalam 1 tema tetap dilaporkan seperti menurut Charmaz (2006) bagi kajian Teori Asas kerana ia tetap penting untuk dilaporkan dan diambil kira bagi kedalaman kajian berbentuk Teori Asas di lapangan.

5.2.3 Protokol Penggunaan CE-BME Bagi Klien Remaja dalam Kaunseling dan Psikoterapi Kesihatan Mental

Hasil dari kajian ini telah berjaya menghasilkan 6 peringkat proses kerja sebagai protokol yang lengkap. Protokol ini adalah berdasarkan kategori yang diperolehi di dalam proses dan hasil membantu serta tambahan maklumat utama yang selama ini pengkaji tidak menitikberatkannya, iaitu peringkat ‘persediaan’ dan ‘permulaan – pra proses’. Ia dihasilkan dari dapatan faktor membantu dan faktor tidak membantu, iaitu soalan lanjutan dari soalan temu bual bagi objektif utama. Selain itu ia juga diperkuatkan daripada pengalaman peserta kajian bagi cara mereka mengendalikan aspek proses tidak membantu dan hasil tidak membantu.

Didapati bahawa daripada 20 kes kanak-kanak dan remaja yang telah dibimbing untuk menggunakan *CE-BME*, mereka mengalami 4 kategori isu, iaitu isu kesihatan mental, petanda psikomatik, masalah kesihatan fizikal dan penyakit mental. Mereka yang mengalami isu kesihatan fizikal telah didiagnosis oleh profesional perubatan, manakala yang mengalami penyakit mental pula telah didiagnosis oleh pakar psikiatri.

Mereka yang mengalami isu kesihatan mental dan aduan psikosomatik adalah merupakan dapatan para Pegawai Psikologi (Kaunseling) setelah mereka masuk sesi.

Kesemua Pegawai Psikologi (Kaunseling) mendapati CE-BME telah membantu dengan signifikan bagi kes klien kanak-kanak dan remaja ini dari aspek pengenalanpastian emosi yang merupakan punca kepada tekanan psikologi yang dialami serta masalah kesihatan fizikal mereka. Peringkat perkembangan remaja yang menghadapi isu kesihatan mental kerana faktor lingkungan sosial (ekosistem) dan emosi mereka (krisis identiti) dapat dibantu dari aspek emosi dan daya tindak mereka di dalam sesi kaunseling dan psikoterapi ini. Di dalam teori psikosomatik, tekanan dirasakan oleh manusia boleh diterjemahkan melalui tanda fizikal dan sensasi tubuh badan manusia (Charis, 2018). CE-BME adalah sangat tepat dan tidak pernah dibuktikan oleh mana-mana penyelidikan secara empirical setakat ini di dalam proses psikoterapi.

O'Brien telah memulakan tinjauan secara umum bagi orang awam, kenalan, dari usia 5 hingga 70 tahun dan mendapati bahawa wujud corak atau gaya emosi di badan manusia, secara spesifik. Manakala Numenmaa dan rakan-rakan dalam beberapa penyelidikannya membuktikan bahawa gaya emosi di badan bagi manusia normal dan berpenyakit mental (skizofrenia) adalah berbeza. Namun proses di dalam psikoterapi yang menerokai aspek perubahan secara spesifik belum dijumpai kajiannya lagi. Penyelidikan imej badan untuk kecelaruan makan (*eating disorder*), kehilangan anak dari dalam kandungan (isu kesedihan kerana kehilangan, *grief*) dan penyakit fizikal kanser adalah merupakan antara skop isu atau masalah dialami oleh pesakit atau orang

awam bagi mengukur penggunaan dan manfaat penggunaan *body-outline* bagi kelompok tersebut.

5.2.4 Cadangan Penambahbaikan

Terdapat beberapa cadangan yang diberikan oleh peserta penyelidikan, dan ia dilaporkan seperti berikut:

5.2.4.1 Emosi tambahan

Terdapat peserta mencadangkan agar emosi ditambah kepada lebih dari 4 emosi yang ditetapkan di dalam garis panduan penggunaan CE-BME. Pengkaji tidak menghalang kepada penambahan termometer emosi lain kerana turut dimasukkan ke dalam manual penggunaan asal adalah dua emosi tambahan, iaitu malu dan rasa bersalah bagi kes penderaan seksual. Bagi emosi jenis sekunder seperti cemburu, bangga, geram dan sebagainya telah diperingatkan bahawa ia tetap mempunyai emosi asas di bawahnya. Sebagai contoh perasaan dendam, klien akan tetap merasai emosi asas di bawahnya iaitu berasa marah dan sedih serta mungkin rasa takut.

Perasaan kecewa terdapat emosi asas sedih dan marah di bawahnya juga. Terdapat peserta penyelidikan yang bersetuju dan berkata “Kalau banyak (banyak emosi lain) lagi mengelirukan saya”. Walau bagaimanapun pengkaji sentiasa meraikan kebebasan dan intuisi para Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang lebih mengetahui apa diperlukan oleh klien mereka bagi emosi lebih kompleks. Maka untuk ini, pengkaji akan menambahkan senarai emosi lain mengikut kategori emosi asas,

sekunder dan tertier yang boleh digunakan mengikut kes klien masing-masing di dalam apendiks kepada garis panduan lengkap.

5.2.4.2 Penambahan gambar organ di dalam lakaran *body outline*

Terdapat juga peserta mencadangkan agar ditambah organ badan seperti mata, hidung, mulut dan telinga ke dalam lakaran badan CE-BME ini. Pengkaji menjelaskan bahawa organ badan tidak diletakkan kerana ia perlu kosong dan terbuka. Dalam ekspresi kreatif, memberikan individu itu kebebasan untuk mewakili dunia dalaman dan luarannya dalam apa jua cara dipilih adalah satu perkara yang sangat terapeutik di dalam lukisan (Buchalter, 2009; N.Rogers, 2000, 1993). Maka pengkaji mengekalkan lakaran badan yang kosong secara luaran badan sahaja. Selain itu, tujuan CE-BME adalah untuk melihat peta emosi di badan melalui warna kepada empat emosi asas tersebut, bukan untuk tujuan psikopendidikan organ badan. Namun pengkaji tidak menghalang sekiranya klien kanak-kanak mahu menambah organ badan di dalam lakaran badan tersebut sebagai tanda kreatif bebas yang dirasai ketika melalui proses arahan CE-BME.

5.2.4.3 Meletakkan termometer beserta nombor di helaian *body outline*

Proses melaksanakan CE-BME memerlukan Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien melukis gambar termometer di empat penjuru kertas helaian *body outline* secara satu persatu bermula dari emosi gembira, kemudian sedih, marah dan takut. Terdapat cadangan dari peserta agar diletakkan termometer pada kertas asal lakaran badan agar proses lebih cepat. Pengkaji menerangkan bahawa tidak perlu kerana proses melukis

termometer merupakan satu proses awal dalam membina hubungan dan kepercayaan antara Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien kanak-kanak dan remaja. Hal ini dilakukan secara bersama, perlahan-lahan, secara proses yang melibatkan masa. Maka pengkaji menegaskan agar tidak disiapkan thermometer awal bagi tujuan proses penggunaan CE-BME bersama klien ini.

5.2.4.4 *Body outline* untuk remaja berbeza dari kanak-kanak

Terdapat peserta yang berkongsi '*body outline*' yang digunakan oleh beliau menggunakan badan orang yang kelihatan seperti orang besar dan bukan yang '*chubby*' dibekalkan di asal manual. Hal berkaitan dengan peringkat remaja yang mementingkan imej diri dan tidak mahu dikaitkan dengan kanak-kanak. Pengkaji tidak menghalang dan akan menambahkan helaian berbentuk orang di dalam manual lengkap baru kelak. Namun peserta penyelidikan lain yang menggunakan helaian '*body outline*' kanak-kanak tidak memberi komen apa-apa dan klien remaja juga tidak berkata apa-apa berkemungkinan kerana tiada pilihan diberikan.

Kesimpulannya cadangan penambahbaikan dari Pegawai Psikologi (Kaunseling) di dalam penyelidikan ini boleh membantu melengkapkan lagi fleksibiliti dan kepelbagaian pendekatan penggunaan alatan seni CE-BME di dalam sesi bersama kanak-kanak dan remaja. Ia bagi membantu meningkatkan proses membantu dengan kepentingan utama diambil adalah kecekapan Pegawai Psikologi (Kaunseling) melebihi dari alatan digunakan.

5.3 Dapatan Utama Penyelidikan

5.3.1 Kegunaan CE-BME dalam Kaunseling dan Psikoterapi Kesihatan Mental Remaja

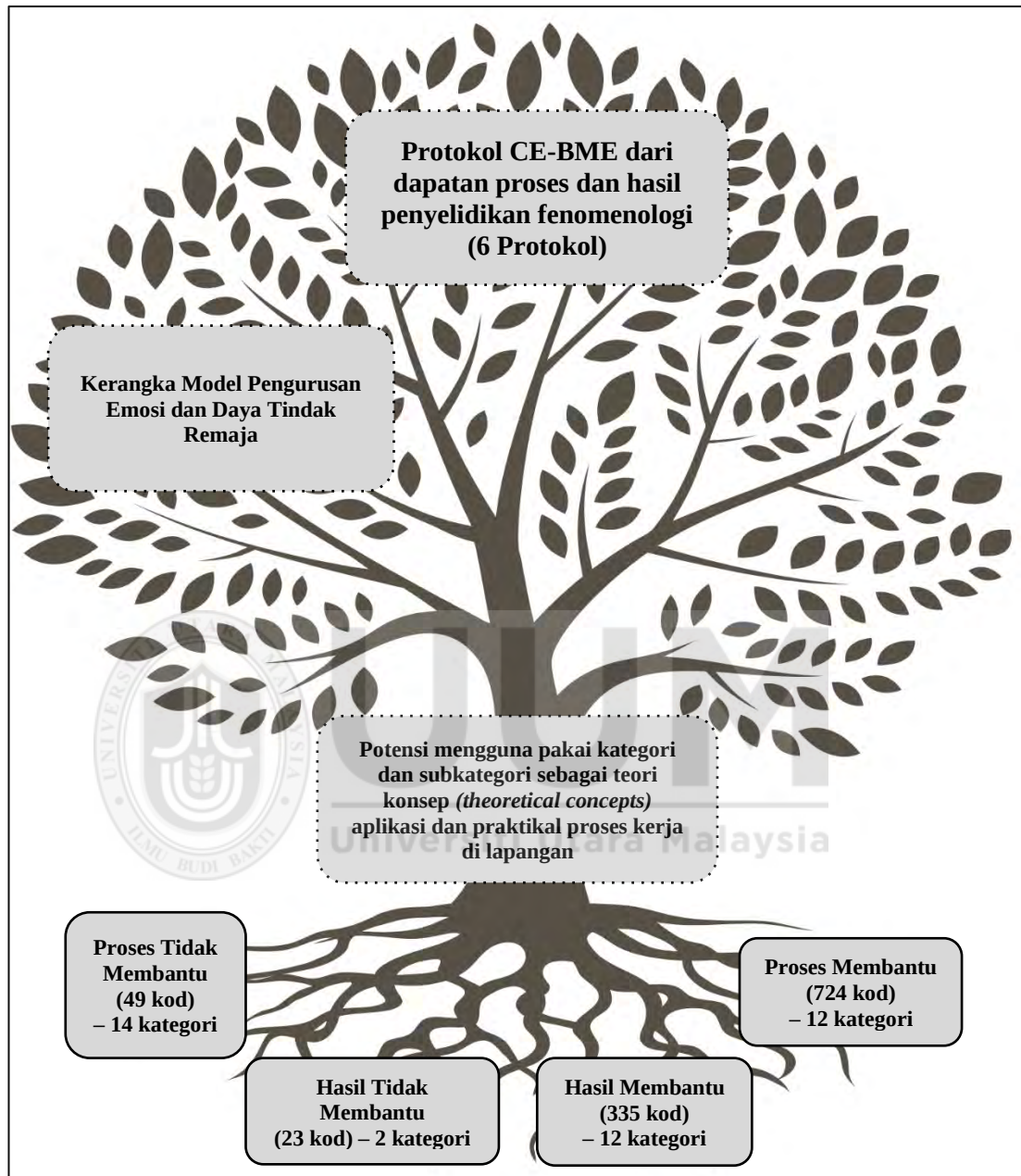
Dapatan daripada penyelidikan ini memberi beberapa sumbangan kepada literatur semasa dan bidang kesihatan mental kanak-kanak dan remaja. Pertama, penggunaan teknik garisan badan-emosi sebagai intervensi terapi seni dalam psikoterapi membantu membuka aliran emosi yang terhad di kalangan klien yang masih muda, iaitu kanak-kanak dan remaja. Mereka ialah klien yang tidak boleh meluahkan secara lancar akan emosi dan peristiwa tekanan yang dihadapi dari isu kesihatan mental. Sebelum ini, ia telah digunakan dengan pesakit kanser dewasa (Luzzatto, et al., 2003), pelajar sekolah (Stenhardt, 1985) dan program psikopendidikan awam untuk remaja bersekolah (Berberian, 2017).

Kedua, gabungan penggunaan lakaran badan-emosi dan skor termometer 4 emosi adalah penghubung yang baik untuk mengenalpasti secara pantas emosi dengan skor asas (gembira, sedih, marah dan sedih) dari isu berat yang dihadapi, selain ia mudah difahami oleh klien yang masih muda sebagai petunjuk kesakitan emosi di badan (pengalaman somatik). Lokasi menggunakan lakaran badan adalah sah untuk kebolehpercayaan dan kesahihan untuk kanak-kanak di persekitaran hospital (Savendra et al., 1989). Perubahan dalam corak sensasi yang ditimbulkan oleh emosi dalam badan boleh berfungsi sebagai *biomarker* berpotensi untuk mengenal pasti gangguan emosi di kalangan klien yang mengalami penyakit mental dan isu kesihatan mental (Nummenmaa et al., 2014). Akhir sekali, alatan ini adalah mudah, terus fokus ke emosi

dan berkesan untuk menangani emosi utama klien kanak-kanak dan remaja ini, kerana beban para Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang bekerja dalam konteks kesihatan mental adalah kritikal pada masa kini dalam membantu secara pantas dan efektif para klien kanak-kanak dan remaja ini. Kesimpulannya alatan CE-BME amat sesuai digunakan di dalam *setting* kesihatan mental, malahan boleh dikembangkan ke lapangan pendidikan iaitu pencegahan dan intervensi awal di pelbagai lapangan lagi sebagai perawatan dan pencegahan isu kesihatan mental.



5.3.2 Kerangka Model Kerja Implisit Keseluruhan Penyelidikan



Rajah 5.3. Gambar rajah dapatan utama penyelidikan

Rajah 5.3 menunjukkan dapatan keseluruhan bagi 5 persoalan kajian, yang turut ditunjukkan jumlah bilangan kod atau tema, serta bilangan kategori dari dapatan

analisis data secara GT. Kod atau tema bagi proses membantu merupakan kod terbanyak (724 kod) berbanding kod bagi proses tidak membantu (49 kod), hasil membantu (335 kod) dan hasil tidak membantu, terkecil iaitu sebanyak 24 kod.

5.3.3 Pemfokusasn Emosi Beban Sebagai Perawatan Emosi

Dapatan utama lain yang diperolehi dari penyelidikan ini adalah dalam pemfokusan perawatan emosi dalam sesi kaunseling dan psikoterapi bersama remaja yang mengalami isu kesihatan mental. Jadual 4.2 di bawah menunjukkan hasil tambahan lain yang diperolehi dari analisis dokumen CE-BME.

Jadual 5.2

Pemetaan emosi asas yang menjadi sumber utama proses perubahan dan strategi daya tindak

Kes	Profil	Emosi yang menjadi fokus intervensi pemprosesan emosi untuk perubahan dan strategi daya tindak khusus				
		Gembira	Sedih	Marah	Takut	Lain
1	7, L, penolakan ke sekolah	+	+	+	+	
2	10, L, penceraian ibu bapa sewaktu kecil	+	+			
3	10, L, psikosomatik	+			+	
4	12, L, tekanan	+				+ (malu)
5	13, P, penolakan ke sekolah				+	
6	14, P, cubaan bunuh diri	+		+		
7	14, P, penolakan ke sekolah			+		(benci)
8	14, P, agresif			+		(kecewa)
9	14, L, penceraian ibu bapa sewaktu kecil	+		+		
10	15, P, kesedihan kerana kehilangan dan cubaan mencederakan diri		+	+	+	
11	15, L, penolakan ke sekolah			+		
12	15, P, kesedihan kerana kehilangan	+			+	
13	15, P, isu estim diri	+			+	

14	15, P, penderaan seksual				+ (malu, rasa bersalah)	
15	16, P, kesedihan kerana kehilangan		+		+	
16	16, P, cubaan bunuh diri dan kemurungan major		+			
17	16, P, penceriaan ibu bapa sewaktu kecil		+		+	
18	18, P, simptom kebimbangan	+			+	
19	18, P, isu perapatan dan peristiwa traumatik		+	+		
20	19, P, mencederakan diri		+		+	
Jumlah tanda (+)		9	8	8	10	*

Nota kaki. *Tidak diambil kira sebagai perkiraan kerana 'emosi lain' tidak dikeluarkan oleh semua klien. Namun ia boleh menjadi fokus utama kepada spesifik klien itu.

Jadual 5.2 di atas pula menunjukkan analisis deskriptif tentang bagaimana emosi dari 4 termometer telah digunakan sebagai strategi pemprosesan emosi bagi membantu pelaksanaan intervensi untuk perubahan utama klien sehingga daya tindak diperolehi dari emosi punca kepada isu kesihatan mental klien. Contohnya kes dari dokumen CE-BME kes kelima, penolakan ke sekolah, strategi intervensi emosi 'takut' dijadikan fokus dalam sesi terapi, dan seterusnya pembentukan strategi daya tindak baru dari emosi takut ini membantu klien remaja untuk menjadi berani, yakin membuat keputusan dan perubahan tindakan sehingga tidak lagi takut untuk ke sekolah.

Kesimpulan dari analisis emosi yang dikenal pasti sebagai punca permasalahan, didapati kesemua emosi berpotensi dijadikan fokus intervensi tanpa ada mana-mana emosi khusus yang berbeza. Ini kerana setiap individu klien itu adalah unik, dan hanya melalui pemprosesan aktiviti CE-BME dalam proses terapeutik sahaja yang dapat mengekstrak kunci utama kepada proses bantuan yang tepat untuk setiap klien. Ia juga diperolehi melalui pembentukan persekitaran yang selamat, pemfokusan emosi yang

tepat sebagai transformasi dari masalah kepada solusi seperti disebut oleh N.Rogers (2012).

5.4 Implikasi Penyelidikan

Dapatan dan perbincangan penyelidikan ini mampu membantu dan mempersembahkan beberapa sumbangan, iaitu dari segi teori, kaedah, praktikal. Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang telah membantu dengan secara berkesan di dalam proses psikoterapi kepada kanak-kanak dan remaja sebenarnya juga telah membantu mengurangkan risiko kepada isu kesihatan mental individu dewasa kelak. Seperti menurut CDC yang menyatakan dunia memperoleh penjimatan sebanyak 44.1%, iaitu 21 juta kes pesakit kemurungan dan 1.9 juta pesakit jantung (Merrick et al., 2019). Ia akan turut melibatkan impak kewangan kerana kos sesebuah negara untuk promosi pencegahan, intervensi dan perawatan penyakit melibatkan kos sumber manusia, ubatan dan lain-lain yang pastinya tinggi dan prioriti sifatnya. Seterusnya pengkaji mengemukakan sumbangan lain dapatan penyelidikan ini terhadap aspek teori, kaedah dan praktikal.

5.4.1 Implikasi kepada Teori

Penyelidikan ini telah memberi sumbangan kepada pengembangan pendekatan terapi seni kreatif berpusatkan insan (*person centered expressive art therapy*) kepada golongan muda kanak-kanak dan remaja dengan menggunakan satu aktiviti terapi seni kreatif, CE-BME secara khususnya. Seperti dinyatakan oleh sarjana kaunseling dan psikoterapi, sesi kaunseling individu dan kelompok yang menggunakan pendekatan

seni kreatif amat bermanfaat dalam membantu proses kaunseling dan psikoterapi (Gladding, 2016). N.Rogers sebagai pelopor kepada penggunaan terapi seni berpendekatan pemusatan insan telah menerangkan dengan sangat jelas mengenai kegunaan dan manfaat seni di dalam sesi intervensi.

Para Pegawai Psikologi (Kaunseling) didapati dapat mengekalkan pendekatan pemusatan insan apabila berhadapan dengan klien muda, iaitu kanak-kanak berusia 7 hingga 19 tahun di dalam penyelidikan ini. Tanpa membawa karakter di dalam tiga elemen asas, iaitu kongruen, empati dan penerimaan tanpa syarat tidak mungkin para Pegawai Psikologi (Kaunseling) dan klien muda ini dapat bersama-sama bekerja dengan baik di dalam sesi dan hubungan terapeutik ini.

Penyelidikan ini juga telah memberi sumbangan dalam memahami teori psikosomatik yang berkaitan tekanan dan emosi dalam kalangan kanak-kanak dan remaja, iaitu mereka masih dalam peringkat pembesaran dan pergantungan kepada individu dewasa. Psikosomatik bukan saja dialami oleh individu dewasa malahan lebih mudah dilihat dalam kalangan kanak-kanak dan kemungkinan untuk ianya berlarutan sehingga tahap penyakit fizikal dan mental adalah amat tinggi seperti penyelidikan lain.

Dalam penyelidikan ini, memahami secara konkrit jelas dari sehelai kertas aktiviti seni kreatif CE-BME berjaya menjawab persoalan kepada punca simptom ketidakselesaian yang dialami oleh kanak-kanak dan remaja yang belum cukup matang dalam memahami kondisi diri dan kaitan dengan tekanan dialami. Penilaian psikosomatik

dahulunya secara luahan verbal dan dilihat dari luaran mata kasar atau dalaman badan melalui ujian klinikal tertentu, kini boleh dilihat secara konkrit di helaian kertas. Hal ini secara tidak langsung membantu menjelaskan kepada para ibu bapa, Pegawai Psikologi (Kaunseling), profesional kesihatan akan punca ketidakselesaan emosi dialami oleh kanak-kanak.

5.4.2 Implikasi kepada Kaedah

Kaedah kualitatif di dalam penyelidikan ini telah membantu pengkaji memahami keperluan analisis penyelidikan kes pelbagai (*multiple case study*) hasil dari maklumat kes spesifik klien yang telah dikongsikan oleh peserta penyelidikan bagi menjawab persoalan penyelidikan. Berbanding dengan kebanyakan penyelidikan lain menggunakan penyelidikan kes sebagai bentuk penyelidikan utama dengan bilangan yang pelbagai, iaitu antara 4 hingga 20, namun pendekatan asal bagi penyelidikan kualitatif Teori Asas ini telah menemukan satu kaedah baru di dalam dunia penyelidikan kualitatif.

Analisis deskriptif dokumen CE-BME telah memberikan pengkaji satu hasil yang baik dari segi hasil kuantitatif yang tidak dijangkakan dari awal. Hal ini demikian kerana dalam proses pelaksanaan penyelidikan kualitatif pendekatan *grounded theory*, sebarang dapatan di sepanjang proses penyelidikan dari awal hingga akhir merupakan data yang tetap penting dan dianggap ‘kaya’ (*rich*), dan ia tidak terjangka. Perkara ini merupakan satu proses semulajadi dalam proses penyelidikan secara empirikal kualitatif yang sentiasa terbuka kepada maklumat baharu.

Betensky (1995) (hlm. 14–15) telah mencadangkan empat peringkat berbeza berikut untuk setiap pertemuan: (1) “Permainan praseksi” dengan bahan, (2) Mencipta fenomena (karya seni), (3) "Intuisi fenomenologi" (paparan visual, menjauhkan, melihat dengan sengaja, dsb.), (4) "Apa-yang-anda-lihat": penyelidikan mendalam tentang karya seni yang membawa kepada penyambungan dan penyepaduan fenomenologi. Untuk penyelidikan penggunaan *CE-BME* ini, enam peringkat proses terapeutik dicadangkan seperti berikut yang merangkumi aspek persediaan sebelum pelaksanaan sehingga penamatan agar proses menggunakan alatan *CE-BME* itu lengkap dan lebih baik kesannya untuk waktu sesi akan datang.

5.4.3 Implikasi kepada Proses dan Aplikasi Praktikal

Penyelidikan ini juga penting dalam usaha dan dasar Kementerian Kesihatan Malaysia yang memfokuskan kepada aspek promosi kesihatan mental dan penyelidikan NHMS 2019 terhadap kelompok kanak-kanak seawal usia 5 tahun. Selain itu Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga (BPKK), KKM juga mula memfokuskan kepada promosi kesihatan mental melalui saringan DASS di semua sekolah yang boleh dikendalikan oleh kaunselor sekolah, serta petugas kesihatan yang datang ke sekolah seperti pegawai perubatan pergigian yang akan melaksanakan saringan DASS tersebut. Selain itu klinik mesra remaja merupakan satu usaha yang masih di peringkat awal sebagai intervensi khusus bagi mengenalpasti remaja berisiko.

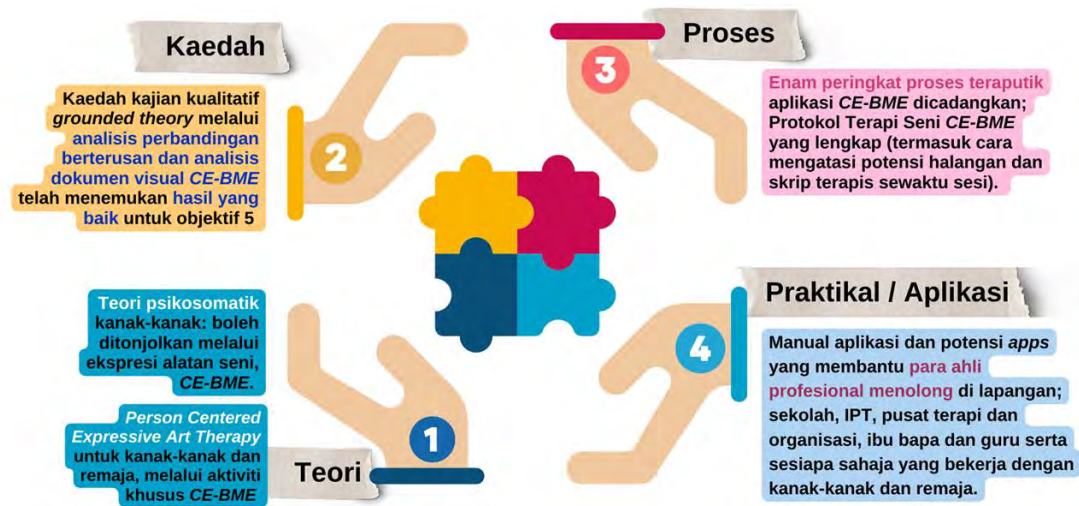
Secara praktikalnya, semua lapisan profesional kesihatan menyedari dan memainkan peranan untuk membantu aspek kesihatan remaja buat masa ini dan kanak-kanak sekolah rendah adalah jangkaan capaian pada masa akan datang. Selain itu alatan *CE-*

BME boleh dijadikan sebagai satu alatan yang melengkapi para kaunselor dari institusi pengajian tinggi selain menggunakan ujian psikometrik, di lapangan kesihatan mental, sekolah, komuniti serta pusat dan organisasi.

Hal ini demikian kerana CE-BME boleh membantu mempercepatkan proses psikoterapi dan bantuan dalam sesi yang dijalani. Keadaan ini juga adalah sama seperti BIM (*Building Information Modelling*), Pemodelan Maklumat Bangunan apabila sistem maklumat dari gambarajah CE-BME yang dimasukkan ke dalam sistem dan para kaunselor atau Pegawai Psikologi (Kaunseling) dibantu untuk garis panduan proses perawatan atau intervensi selanjutnya (sesi susulan). Dengan terhasilnya kerangka kerja bagi proses dan hasil alatan CE-BME, banyak modul boleh dihasilkan untuk kumpulan spesifik dengan memasukkan atau melibatkan alatan CE-BME di dalam kerangka modul spesifik tersebut.

Secara praktikalnya juga, perkara ini boleh dijadikan sebagai ilmu dasar bagi penggunaan alatan CE-BME ini. Pelbagai *platform* atau medium pengembangan boleh dihasilkan untuk aktiviti ini sama ada dari aplikasi atau bimbingan di dalam ceramah, kursus, bengkel mahupun aktiviti psikopendidikan di mana-mana *setting* berkaitan manusia, tekanan, dan emosinya. Keadaan ini sudah tentu akan membantu para ahli profesional membantu di lapangan seperti di sekolah, Institut Pengajian Tinggi (IPT), pusat terapi, organisasi, malahan di rumah, yang mana para ibu bapa, boleh turut membantu anak-anak mereka di rumah.

Rajah 5.4 di bawah menunjukkan infografik sumbangan penyelidikan ini dari aspek teori, kaedah, dan proses dan aplikasi praktikal.



Rajah 5.4. Sumbangan penyelidikan

5.5 Cadangan Penyelidikan

Pengkaji mencadangkan agar pengkaji seterusnya yang berminat pada masa akan datang boleh menjalankan penyelidikan keberkesanan aplikasi CE-BME kepada golongan pelbagai seperti remaja, dan dewasa, serta pelbagai setting khusus seperti di sekolah, kolej, universiti, pusat intervensi di komuniti mahupun di tempat kerja, mahupun kelompok isu khusus seperti pesakit kanser, talasemia, diabetes, dan yang tinggal di wad secara jangka masa lama atau sementara.

Selain itu pengkaji seterusnya juga boleh menemu bual klien atau penerima intervensi, iaitu yang berusia remaja 13 tahun ke atas bagi mengenal pasti momen manakah yang dirasakan membantu dan tidak membantu sewaktu di dalam sesi terapi. Hal ini demikian kerana peringkat kognitif kanak-kanak belum mampu memproses secara

abstrak dengan merefleksi dan menyatakan kembali mengenai momen yang dilaluinya sewaktu di dalam terapi. Diyakini bahawa dengan aktiviti seni terapi khusus klien muda dapat menterjemahkan isu dihadapi secara lisan dengan bantuan alatan seni kreatif yang konkrit setelah berjaya disentuh emosinya di dalam sesi terapi.

Seterusnya penyelidikan berskala besar mungkin dapat dilaksanakan secara kuantitatif agar dapat dikenalpasti 'pattern' emosi spesifik yang menjadi punca kepada permasalahan klien kanak-kanak di *setting* kesihatan awam di peringkat primer juga di *setting* pendidikan, tadika, sekolah rendah, menengah dan pengajian tinggi. Memasukkan gambar CE-BME ke dalam sistem pembelajaran buatan (*artificial learning*, AI) mungkin boleh dilaksanakan dengan sokongan dari peringkat tertinggi.



Rajah 5.5. Kesimpulan dan cadangan penyelidikan akan datang

5.6 Penutup

Penggunaan aktiviti seni terapi yang ekspresif dan kreatif telah membantu dalam proses psikoterapi bersama remaja dalam bidang kesihatan mental. CE-BME secara khusus yang dikaji di dalam penyelidikan ini telah menemukan banyak aspek proses membantu, dan hasil membantu di dalam dan selepas sesi kaunseling dan psikoterapi. Aspek tidak membantu dari proses dan hasil juga telah diperolehi di dalam penyelidikan ini yang telah banyak membantu untuk penghasilan protokol penggunaan CE-BME yang komprehensif dan lengkap.

Dengan penyelidikan rintis namun mendalam ini, penyelidikan berbentuk kualitatif fenomenologikal menggunakan analisis *grounded theory* ini didapati telah banyak mengeluarkan proses dan hasil membantu, serta mengenalpasti proses dan hasil tidak membantu dari perspektif Pegawai Psikologi (Kaunseling). Secara spesifiknya tekanan dan isu kesihatan mental yang dilalui oleh remaja adalah sangat tidak mudah untuk dilalui apatah lagi tanpa bantuan sokongan terapi untuk pemulihan dan pencegahan awal dari penyakit mental. Apabila terapi dan pendekatan dari aktiviti khusus dilakukan secara terus dan spesifik, namun dengan mengekalkan pendekatan berpusatkan insan, bantuan yang diberi akan berkesan dan tepat. Maka aktiviti seni kreatif spesifik seperti CE-BME ini yang diterokai aspek perubahan dari segi proses dan hasil yang membantu dan tidak membantu, telah membuka mata pengkaji dan pengamal kelak, akan kepentingan mengekalkan ciri Pegawai Psikologi (Kaunseling) yang berkesan agar dapat memberikan hasil yang baik kepada klien remaja yang memerlukan bantuan ini.

RUJUKAN

- Akta Kanak Kanak-kanak 2001. (2006). Pesuruhjaya Penyemak Undang-undang Malaysia, Percetakan Nasional Malaysia Berhad. diambil dari <https://www.kpwkm.gov.my/kpwkm/uploads/files/Dokumen/Akta/Akta%20Kanak-Kanak%202001.pdf>
- Aldwin, C. M. (2009). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. Guilford Press.
- Abd-elsayed, A. A., Delgado, S. V, & Livingstone, M. (2013). Self-Image Perception of 171 Children and Adolescents With Cleft Lip and Palate From 22 Countries. *The Ochsner Journal*, 13, 204–207.
- Akthar, Z., & Lovell, A. (2018). Art therapy with refugee children: a qualitative study explored through the lens of art therapists and their experiences. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 24(3), 139–148.
<https://doi.org/10.1080/17454832.2018.1533571>
- Alanazi, A., Nicholson, N., & Thomas, S. (2017). The Use of Simulation Training to Improve Knowledge, Skills, and Confidence Among Healthcare Students: A Systematic Review. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 15(3), 2.
- Ali, W. (2020). Online and Remote Learning in Higher Education Institutes: A Necessity in light of COVID-19 Pandemic. *Higher Education Studies*, 10(3), 16.
<https://doi.org/10.5539/hes.v10n3p16>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2017, Disember). *Physical Symptoms of Emotional Distress: Somatic Symptoms and Related Disorders*.
https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Physical_Symptoms_of_Emotional_Distress-Somatic_Symptoms_and_Related_Disorders-124.aspx
- American Art Therapy Association (AATA). (Jun 2017). (Concise) Definition of Art Therapy. https://www.arttherapy.org/upload/2017_DefinitionofProfession.pdf
- Andersen, J. (2008). The body outline drawing technique: Clinical considerations for eating disordered trauma survivors. *The creative therapies and eating disorders*, 83-94.
- Antoniou, P., Cooper, M., Tempier, A., & Holliday, C. (2017). Helpful aspects of pluralistic therapy for depression. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(2), 137–147.
<https://doi.org/10.1002/capr.12116>
- Apte*, S., & Bhattacharjee, T. (2016). Prevalence of psychosomatic symptoms among school going children. *International Journal of Bioassays*.
<https://doi.org/10.21746/ijbio.2016.03.005>
- Australian, New Zealand and Asian Creative Arts Therapies Association (ANZACATA). (18 Oktober 2022). <https://www.anzacata.org/About-CAT>

- Avison, W. R., & Gotlib, I. H. (1994). *Stress and Mental Health: Contemporary Issues and Prospects for the Future*. Springer Science+Business Media.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780750649650500155>
- Aylward, M. & Locascio, J. (1995). Problems in the assessment of psychosomatic conditions in social security benefits and related commercial schemes. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(6): 755-765.
- Azizah Abdullah. (2015). *Therapists' perceptions of the processes and outcomes of contemporary person-centred creative practices with children and young people*. Tesis Ph.D yang tidak diterbitkan. University of Strathclyde, United Kingdom.
- Azizah Abdullah. (2021a). Faktor yang Membantu dan Faktor Risiko dalam Aplikasi Terapi Kreatif Dimensi Baru Kaunseling. E-Prosiding *Webinar Konvensyen Kaunseling Kebangsaan Kali Ke-22*. Persatuan Kaunseling Malaysia-International. Kuala Lumpur.
- Azizah Abdullah. (2021b). The Helpful Aspects of Digital Creative Arts Therapy during Covid 19 Crisis: A Qualitative Investigation. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 6(3). www.ijisrt.com763
- Azizah Abdullah. (2021b). Play therapy as a creative intervention with children: practice, training, and helpful factors. *International Journal of Creative Research Thoughts*. 10 (3), 5361 – 5369.
- Bahagian Perubatan Tradisional dan Komplementari, KKM. (2007). *National Policy of Traditional and Complementary Medicine*.
- Baker, E.S. and Edwards, R. (2012). *How many qualitative interviews is enough? February*.
<https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Barel-Shoshani, Z. A., & Kreitler, S. (2017). Changes in self-perception following breast cancer as expressed in self-figure drawings: Present-past. *Arts in Psychotherapy*, 55, 136–145. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.05.001>
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2016). *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners. Third Edition* (Third Edit). John Wiley & Sons, Ltd.
- Bartholomew, T. T., Gundel, B. E., & Scheel, M. J. (2017). The relationship between alliance ruptures and hope for change through counseling: A mixed methods study. *Counselling Psychology Quarterly*. <https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1125853>
- Basilaia, G., & Kvavadze, D. (2020). Transition to Online Education in Schools during a SARS-CoV-2 Coronavirus (COVID-19) Pandemic in Georgia. *Pedagogical Research*, 5(4). <https://doi.org/10.29333/pr/7937>
- Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G. M., de Boer, M. K., & Schoevers, R. A. (2016). The impact of somatic symptoms on the course of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 205, 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.030>

- Bennett-Levy, J., Hawkins, R., Perry, H., Cromarty, P., & Mills, J. (2012). Online Cognitive Behavioural Therapy Training for Therapists: Outcomes, Acceptability, and Impact of Support. *Australian Psychologist*, 47(3), 174–182. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2012.00089.x>
- Berita Harian. (2021). *Bersedia hadapi masalah kesehatan mental akibat COVID-19 - WHO*. <https://www.bharian.com.my/dunia/eropah/2021/03/793275/bersedia-hadapi-masalah-kesehatan-mental-akibat-covid-19-who>
- Betensky, M. (1995). (1995). *What Do You See? Phenomenology of Therapeutic Art Expression*. Jessica Kingsley Publishers.
- Betts, D. J. (2006). "The role of a collaborative art-making process in developing a client's sense of self in the world." *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 200-206.
- Bosgraaf, L., Spreen, M., Pattiselanno, K., & Hooren, S. V. (2020). Art therapy for psychosocial problems in children and adolescents: A systematic narrative review on art therapeutic means and forms of expression, therapist behavior, and supposed mechanisms of change. *Frontiers in psychology*, 11, 2389.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A practical guide for beginners*. SAGE Publications Ltd.
- British Association of Art Therapists (BAAT). (n.d.). Art therapy. <https://baat.org/art-therapy/>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). *The Bioecological Model of Human Development*. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (6th ed., Vol. 1, pp. 793-828). Hoboken, NJ: Wiley.
- Brudvik, C., Moutte, S. D., Baste, V., & Morken, T. (2017). A comparison of pain assessment by physicians, parents and children in an outpatient setting. *Emergency Medicine Journal*, 34(3), 138–144. <https://doi.org/10.1136/emered-2016-205825>
- Bryant, A., Charmaz, K., & Urquhart, C. (2012). The Evolving Nature of Grounded Theory Method: The Case of the Information Systems Discipline. In *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. <https://doi.org/10.4135/9781848607941.n16>
- Buchalter, S. I. (2004). *A Practical Art Therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Buchalter, S. I. (2009). *Art Therapy Techniques and Applications*. Jessica Kingsley Publishers.
- Buchalter, S. (2017). *Cognitive Behavioral Therapy and Art Therapy: Integrative Treatment Strategies*. Jessica Kingsley Publishers.
- Cain, D. J. (2002). *Classics in the Person-Centered Approach*. PCCS Books.

- Cambridge University Press. (n.d.). *Cambridge Advance Learner's Dictionary & Thesaurus*. Diambil pada 23 Julai 2023.
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/therapist>
- Canadian Art Therapy Association (CATA). (n.d.). What is art therapy?
<https://www.canadianarttherapy.org/what-is-art-therapy>
- Capuzzi, D., & Stauffer, M. D. (2016). Counseling and Psychotherapy: Theories and Interventions. In *Counseling and Psychotherapy*.
- Carr, S. M. D., & McDonald, A. (2019). The state-of-the-art: building a positive future for art therapy through systematic research. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 24(2), 53–55. <https://doi.org/10.1080/17454832.2019.1601846>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. American Psychological Association. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/13747-000>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021). *Adverse Childhood Experiences Prevention Strategy*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). *Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence*. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716.
[doi:10.1146/annurev.psych.52.1.68](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.68)
- Chang Tun Kuet. (2014). Penggunaan Terapi Bermain Pasir Dalam Menangani Masalah Perhubungan Sosial Antara Rakan Dan Ahli Keluarga Murid Tahun Tiga. *Jurnal Penyelidikan Tindakan IPGK BL*, 8, 1–17.
- Charis, C. (2018). Somatoform Disorders from Psychodynamic Point of View. In C. Charis & G. Panayiotou (Eds.), *Somatoform and Other Psychosomatic Disorders: A Dialogue Between Contemporary Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy Perspectives*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-89360-0>
- Charmaz, K. (2003). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. In En J. F. Gubrium & J. S. Holstein (Eds.) (Ed.), *Handbook of interview research: context and method*. (Issue February, pp. 675–694). <https://doi.org/10.4135/9781452218403.n25>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory : a practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2017). The power of constructivist grounded theory for critical inquiry. *Qualitative Inquiry*, 23(1):34–45. [doi:10.1177/1077800416657105](https://doi.org/10.1177/1077800416657105).

- Charmaz, K. (2021). "With constructivist grounded theory you can't hide": Social justice research and critical inquiry in the public sphere. *Qualitative Inquiry*, 26 (2):165–76. doi:10.1177/1077800419879081.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). *A Developmental Psychopathology Perspective on Adolescence*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20.
- Cohen-Yatziv, L., & Regev, D. (2019). The effectiveness and contribution of art therapy work with children in 2018 -what progress has been made so far? A systematic review. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 24(3), 100–112. <https://doi.org/10.1080/17454832.2019.1574845>
- Coholic, D., Loughheed, S., & Lebreton, J. (2009). *The Effectiveness of Arts-Based Interventions in School to Support the Resilience of Children and Youth: A Literature Review*. *Journal of Creativity in Mental Health*, 4(3), 220-235.
- Collings, S., Wright, A. C., & Spencer, M. (2021). Telling visual stories of loss and hope: body mapping with mothers about contact after child removal. *Qualitative Research*, 1–20. <https://doi.org/10.1177/14687941211004218>
- Cooper, M., & Mcleod, J. (2015). *Client helpfulness interview studies: A guide to exploring client perceptions of change in counselling and psychotherapy. (Working paper)*. November, 1–25. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2086.0885>
- Cooper, M., & McLeod, J. (2007). A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: Implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3), 135–143. <https://doi.org/10.1080/14733140701566282>
- Cooper, M., O'Hara, M., & Schmid, P. F. (2013). *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling*. Bloomsbury Publishing.
- Cooper, M., Wild, C., Rijn, B. Van, Ward, T., Mcleod, J., Cassar, S., Antoniou, P., Michael, C., Michalitsi, M., & Sreenath, S. (2015). Pluralistic therapy for depression: Acceptability, outcomes and helpful aspects in a multisite study. *Counselling Psychology Review*, 1(30), 6–20.
- Corbin, J. ., & Strauss, A. (2007). Basics of Qualitative Research_ Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. *Basics of. Qualitative Research 2nd Edition*, 3–14. <https://doi.org/10.4135/9781452230153>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research (3rd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452230153>
- Corey, G. (2016). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Cengage learning.
- Councill, T. (2016). Art Therapy with Children. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.), *The Wiley Handbook of Art Therapy*. Wiley Blackwell.

- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research*, 21(5), 525–540. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.587469>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage Publications.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches, Fifth Edition*. Sage publications.
- Creswell, J. W. & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130.
- De Voogd, E. L., Wiers, R. W., & Saleminck, E. (2017). Online visual search attentional bias modification for adolescents with heightened anxiety and depressive symptoms: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.02.006>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5th ed.). Sage Publications. <https://doi.org/10.1007/s11229-017-1319-x>
- Derman, Y. E., & Deatrick, J. A. (2016). Promotion of well-being during treatment for childhood cancer. *Cancer Nursing*, 39(6), E1–E16. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000318>
- Devlin, B. (2011). The art of healing in health care-transforming lives through art. *Radiotherapy and Oncology*. [https://doi.org/10.1016/S0167-8140\(11\)70631-4](https://doi.org/10.1016/S0167-8140(11)70631-4)
- Dhawan, S. (2020). Online Learning: A Panacea in the Time of COVID-19 Crisis. *Journal of Educational Technology Systems*, 49(1), 5–22. <https://doi.org/10.1177/0047239520934018>
- Dhesi, M., Sefi, A., Donati, M., Hayes, J., & Cooper, M. (2021). Helpful and unhelpful elements of synchronous text-based therapy: A thematic analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, April, 1–9. <https://doi.org/10.1002/capr.12414>
- Ekman, P. (1992). An Argument for Basic Emotions. *Cognition and Emotion*. <https://doi.org/10.1080/02699939208411068>
- Elliot, A. J., Eder, A. B., & Harmon-Jones, E. (2013). Approach-avoidance motivation and emotion: Convergence and divergence. *Emotion Review*, 5(3), 308–311. <https://doi.org/10.1177/1754073913477517>
- Elliott, R., Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. In J. Frommer & D. L. Rennie (Eds.) (Ed.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69–111). Pabst Science Publishers. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2012.05.050>
- Elliott, Robert. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123–135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>

- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company.
- Everly Jr, G. S., & Lating, J. M. (2019). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response: Fourth Edition* (Fourth Edi). Springer Nature.
- Fairburn, C. G., Allen, E., Bailey-Straebl, S., O'Connor, M. E., & Cooper, Z. (2017). Scaling up psychological treatments: A countrywide test of the online training of therapists. *Journal of Medical Internet Research*. <https://doi.org/10.2196/jmir.7864>
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). *Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. 14(4), 245–258.
- Feltham, C., Hanley, T., & Winter, L. A. (2017). *The Sage Handbook of Counselling and Psychotherapy: 4th Edition*. In C. Feltham, T. Hanley, & L. A. Winter (Eds.), *SAGE Publication Inc* (4th ed.). SAGE Publications, Inc.
- Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: The opportunity and challenge of reflexivity in reasearch practice. *Qualitative Research*, 2(2), 209-230.
- Finsrud, I., Nissen-Lie, H. A., Vrabel, K., Høstmælingen, A., Wampold, B. E., & Ulvenes, P. G. (2021). It's the therapist and the treatment: The structure of common therapeutic relationship factors. *Psychotherapy Research, May*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1916640>
- Firdaus Abdul Ghani. (2013). *Memahami Masalah Kesihatan Mental*. Portal MyHealth KKM.
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research* (6thed.). Sage Publications.
- Forzoni, S., Perez, M., Martignetti, A., & Crispino, S. (2010). Art therapy with cancer patients during chemotherapy sessions: An analysis of the patients' perception of helpfulness. *Palliative and Supportive Care*. <https://doi.org/10.1017/S1478951509990691>
- Friese, S. (2012). *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti : Second Edition* (K. Metzler (ed.); Second Edi). SAGE Publications Ltd.
- Friese, S. (2016). *CAQDAS and Grounded Theory Analysis MMG Working Paper 16-07 Max-Planck-Institut zur Erforschung multireligiöser*. 32. www.mmg.mpg.de/info@mmg.mpg.de
- Friese, S. (1 Julai 2017). *Translating the Process of Open / Initial Coding in Grounded Theory*. <https://Atlasti.Com/2017/07/01/Gt/> (pp. 1–7).

- Gatta, M., Gallo, C., & Vianello, M. (2014). *Art Therapy in Mental Health: A Literature Review. Psychiatry Investigation*, 11(4), 316-321.
- George S. Everly, J. J. M. L. (2019). A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response, 2nd ed. In *Springer Science+Business Media*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1728>
- Gibson, R. C., Lowe, G., Lipps, G., Jules, M.A., Romero-Acosta, K., & Daley, A (2023). Somatic and Depressive Symptoms Among Children From Latin America and the English-Speaking Caribbean. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 0 (0). <https://doi:10.1177/13591045231178890>
- Gillham, B. (2005). *Research Interviewing: The range of techniques*. Open University Press.
- Gilroy, A., & Lee, B. (2015). "The use of art making in mainstream and specialized services for individuals with a mental illness: A review." *The Arts in Psychotherapy*, 42, 39-46
- Gladding, S. T. (2016). *Creative in Counseling: Fifth Edition*. American Counseling Association.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. AldineTransaction.
- Glaser, B. G. (2001). *The grounded theory perspective: Conceptualization contrasted with description*. Sociology Press.
- Glaun, D., & Rosenthal, D. (1987). Development of children's concepts about the interior of the body. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000288033>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Green, E. J., & Drewes, A. A. (2014). *Integrating Expressive Arts and Play Therapy With Children and Adolescents* (E. J. Green & A. A. Drewes (eds.)). John Wiley & Sons, Inc.
- Groman, J. L. (2019). The Bully's Face: Using Art to Understand Bullying in Gifted Children. *Gifted Child Today*, 42(1), 12–18. <https://doi.org/10.1177/1076217518804852>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Guez, J., Lev-Wiesel, R., Valetsky, S., Sztul, D. K., & Perner, B. S. (2010). Self-figure drawings in women with anorexia; bulimia; overweight; and normal weight: A possible tool for assessment. *Arts in Psychotherapy*, 37(5), 400–406. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.09.001>

- Gul, R., Irshad, E., & Amjad, R. (2021). Management Of Self-Concept, Disruptive Behavior And Aggression Through Art And Behavior Therapy Among Internally Displaced Children. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC*, 33(1), 105–108.
- Gussak, D. E., & Rosal, M. L. (2016). *The Wiley Handbook of Art Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Gussak, D., & Rosal, M. L. (2015). "Supervision in art therapy: A psychodynamic approach." Jessica Kingsley Publishers
- Hallford, D. J., Austin, D. W., Raes, F., & Takano, K. (2019). Computerised memory specificity training (c-MeST) for the treatment of major depression: A study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(2), 1–6.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024508>
- Hammersley, M. (2012). *What is qualitative research?* (p. 144). Bloomsbury Academic.
- Halsall, J. & Cooper, M. (2023) Helpful and unhelpful processes in psychological therapy for female substance users: an interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Guidance & Counselling*, 51:1, 84-95.
<https://doi.org/10.1080/03069885.2020.1861428>
- Hawkins, J. M. (2020). *Kamus Dwibahasa Oxford Fajar (Edisi Keenam;Dikemaskinkan)*. Oxford Fajar Sdn. Bhd..
- Henderson, D. A., & Thomson, C. L. (2015). *Counseling children: Ninth Edition*.
- Hesketh, T., Zhen, Y., Lu, L., Dong, Z. X., Jun, Y. X., & Xing, Z. W. (2010). Stress and psychosomatic symptoms in Chinese school children: Cross-sectional survey. *Archives of Disease in Childhood*, 95(2), 136–140. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.171660>
- Hietanen, J. K., Glerean, E., Hari, R., & Nummenmaa, L. (2016). Bodily maps of emotions across child development. *Developmental Science*, 19(6), 1111–1118.
<https://doi.org/10.1111/desc.12389>
- Hinz, L. D., & Bailey, J. L. (2017). "Cultural competence in art therapy." Routledge.
- Holland, J., Sayal, K., Berry, A., Sawyer, C., Majumder, P., Vostanis, P., Armstrong, M., Harroe, C., Clarke, D., & Townsend, E. (2020). What do young people who self-harm find helpful? A comparative study of young people with and without experience of being looked after in care. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(3), 157–164.
<https://doi.org/10.1111/camh.12384>
- Ibrahim, Z. bin. (2014). Aplikasi Teknik “Art Therapy” dalam Meneroka Kes Buli di Sekolah Rendah: Satu Penyelidikan Kes. *International Counseling Conference and Work, 13-15 Sep 2014, Medan., Mm*, 1–18.
- Ibrahim, N. S. (n.d.). *Aplikasi Terapi Sandtray dalam Proses Kaunseling*.
https://www.academia.edu/23258746/Aplikasi_Terapi_Sandtray_dalam_Proses_Kaunseling

- Imran, N., Ani, C., Mahmood, Z., Hassan, K. A., & Bhatti, M. R. (2014). Anxiety and depression predicted by medically unexplained symptoms in Pakistani children: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.016>
- Institut Kesihatan Umum, KKM. (2012). *National Health Morbidity Survey (NHMS) 2012*. Diambil dari <https://iku.gov.my/nhms-2012>
- Institut Kesihatan Umum, KKM. (2017). *National Health Morbidity Survey (NHMS) 2017*. Diambil dari <https://iku.gov.my/nhms-2017>
- Institut Kesihatan Umum, KKM. (2019). *National Health Morbidity Survey (NHMS) 2019*. Diambil dari <https://iku.gov.my/nhms-2019>
- Institut Kesihatan Umum, KKM. (2022). *National Health Morbidity Survey (NHMS) 2022*. Diambil dari <https://iku.gov.my/nhms-ahs-2022>
- Jabatan Perangkaan Malaysia Jabatan Perdana Menteri. (2021). *Ketersediaan Indikator SDG Malaysia Bertambah Baik kepada 146 Indikator* (Issue 3 Disember 2021).
- Jackowich, R., Hecht, E., Mooney, K., & Pukall, C. (2019). 106 Online Pelvic Floor Physical Therapy Group Program for Women with Persistent Genital Arousal Disorder: A Descriptive Feasibility Study. *The Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.544>
- Jamaludin, L., Johari, K. S. K., & Salleh, A. (2018). Kesan Modul Intervensi Kaunseling Berasaskan Terapi Bermain Adlerian Terhadap Kesejahteraan Kanak-Kanak Mangsa Pengabaian (Effects of Adlerian Play Therapy-based Counselling Intervention Module towards the Wellness of Neglected Children). *Jurnal Pendidikan Malaysia*, 43(03), 31–38. <https://doi.org/10.17576/jpen-2018-43.03-04>
- James, N. (2012). Five ways of doing qualitative analysis. *British Educational Research Journal*, 38(5), 883–884. <https://doi.org/10.1080/01411926.2012.665022>
- Johnson, L. M., L.L., N., K., T.-H., Nesbitt, L. L., Tabatt-Hausmann, K., Endowment, N., Of, E. B., Participation, A., Whitebread, D., Samuel, T., Therapies, E., Needs, S., Arts, T., Job, P. A., An, P., Therapy, A., & Witt, N. (2008). The role of the creative arts therapies in the treatment of pediatric hematology and oncology patients. *Primary Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(03\)00051-0](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(03)00051-0)
- Kalff, D. M. (1980). *Sandplay: A Psychotherapeutic Approach to the Psyche*. Sigo Press.
- Kazak, A. E., Hoagwood, K., Weisz, J. R., Hood, K., Kratochwill, T. R., Vargas, L. A., & Banez, G. A. (2010). A Meta-Systems Approach to Evidence-Based Practice for Children and Adolescents. *American Psychologist*, 65(2), 85–97. <https://doi.org/10.1037/a0017784>
- Kaimal, G., Ray, K., & Muniz, J. (2016). "Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making." *Art Therapy*, 33(2), 74-80.

- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2020). *National Strategic Plan for Mental Health 2020-2025*. Putrajaya.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2012). *Dasar Kesihatan Mental Negara*. Putrajaya.
- Kemper, K. J. (2017). Brief Online Mindfulness Training: Immediate Impact. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
<https://doi.org/10.1177/2156587216639199>
- Kerajaan Malaysia. (2007). *Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 29 Tahun 2007*.
- Kim, S. K. (2013). *Effects of Expressive Arts Therapy on Anxiety, Depression, and Self-Esteem Among Adolescents*. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1136-1145.
- Kolesnikova, L., Dzyatkovskaya, E., Rychkova, L., & Polyakov, V. (2015). New Approaches to Identifying Children of Psychosomatic Disorders Risk Group. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 214(June), 882-889.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.745>
- Koo Kian Yong & Azizah Abdullah. (2020). A pilot study on the therapeutic guideline perspective of expressive art therapy and neurofeedback assessment to improve the adherence of anxiety sufferers. *Solid State Technology*, 63(6), 5608-5621.
- Koo Kian Yong, Azizah Abdullah & Loh, J. M. (2021). Trauma-Informed Neurofeedback and Expressive Arts Therapy: Wilson Disease Case Report. *Trauma*, 15(4).
- Koo Kian Yong & Azizah Abdullah. (2023a). *The role of expressive art therapy and neurofeedback assessments in improving clinical hypnosis adherence among anxiety sufferers*. Tesis Doktor Falsafah, Pusat Pengajian Pendidikan, Universiti Utara Malaysia.
- Koo Kian Yong & Azizah Abdullah. (2023b). The role of expressive art therapy and neurofeedback assessments in improving clinical hypnosis adherence among anxiety sufferers. *Journal of Health and Translational Medicine (JUMMEC)*, 26(2): 51-61.
- Kramer, E. (2000). *Art as Therapy: Collected Papers* (L. A. Gerity (ed.)). Jessica Kingsley Publishers.
- Kreibig, S. D. (2010). Autonomic nervous system activity in emotion: A review. *Biological Psychology*, 84(3), 394-421. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2010.03.010>
- Kroger, J. (2007). *Identity Development: Adolescence through Adulthood*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Kulari, G. (2017). Art Therapy Techniques to Improve Coping Strategies in Children 7-18 Years Old With a Chronic Disease. In *PQDT - Global*.
- Kuzel, A. J. (1992). Sampling in qualitative inquiry. In *Doing qualitative research*. SAGE Publications, Inc.

- Lambert, S. F., LeBlanc, M., Mullen, J., Ray, D., Baggerly, J., White, J. A., & Kaplan, D. (2005). Learning more about Those who Play in Session: The National Play Therapy in Counseling Practices Project (Phase I). *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 7–23. <https://doi.org/10.1037/h0088900>
- Landreth, G. L. (2012). Play Therapy: The Art of the Relationship. In *Routledge, Taylor & Francis Group*. Routledge, Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.1192/bjp.111.479.1009-a>
- Lane, R. D., Reiman, E. M., Bradley, M. M., Lang, P. J., Ahern, G. L., Davidson, R. J., & Schwartz, G. E. (1997). Neuroanatomical correlates of pleasant and unpleasant emotion. *Neuropsychologia*, 35(11), 1437-1444.
- Lang, P. J. (1995). The Emotion Probe. *American Psychologist Association*, 50(5), 372–385. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.5.372>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Levenson, R. W. (2003). Blood, Sweat, and Fears: The Autonomic Architecture of Emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1000, 348–366. <https://doi.org/10.1196/annals.1280.016>
- Linda, J., Ku Suhaila, K. J., Johari, K., & Salleh, A. (2018). Keperluan intervensi kaunseling berasaskan pendekatan terapi bermain Adlerian terhadap kesejahteraan sendiri holistik kanak-kanak mangsa pengabaian : Satu penyelidikan kes. *E-Bangi*, 13(3), 104–118. <http://ejournal.ukm.my/ebangi/article/viewFile/26953/8286>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. & Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences, revisited. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (4th ed., pp. 97-128). Sage Publications.
- Linda Jamaludin, Ku Suhaila Ku Johari, & Salleh Amat. (2018). Kesan Modul Intervensi Kaunseling Berasaskan Terapi Bermain Adlerian terhadap Kesejahteraan Kanak-kanak Mangsa Pengabaian. *Jurnal Pendidikan Malaysia*, 43(3), 31–38.
- Liu, S., Sun, G., & Fu, W. (2019). *e-Learning, e-Education and Online Training, 6th EAI International Conference, eLEOT 2020 Changsha, China, June 20–21, 2020 Proceedings, Part I* (S. Liu, G. Sun, & W. Fu (eds.)). <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-35095-6>
- Llewellyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(3), 223–237. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00779.x>

- Luzzatto, P., Ndagabwene, A., Fugusa, E., Kimathy, G., Lema, I., & Likindikoki, S. (2022). Trauma Treatment through Art Therapy (TT-AT): a 'women and trauma' group in Tanzania. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 27(1), 36–43. <https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1957958>
- Luzzatto, Paola, Sereno, V., & Capps, R. (2003). A communication tool for cancer patients with pain: the art therapy technique of the body outline. *Palliative & Supportive Care*, 1, 135–142.
- Lynass, R., Pykhtina, O., & Cooper, M. (2012). A thematic analysis of young people's experience of counselling in five secondary schools in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(1), 53–62. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.580853>
- Lyons, N., Strasser, A., Beitz, B., Teismann, T., Ostermann, T., Anderle, L., & Michalak, J. (2020). Bodily Maps of Emotion in Major Depressive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10195-0>
- Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K. M., Greg Guest, & Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*. Family Health International.
- Mackey, A. (2012). Why, when, and how to Replicate Research. In C. S. H. Graeme Porte Carol A. (Ed.), *Replication Research in Applied Linguistics* (pp. 296–312). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1002/9781444347340.ch15>
- Malchiodi, C. (2003). *Expressive Therapies*. The Guilford Press, New York, London.
- Malchiodi, C. (1999). *Medical Art Therapy with Children*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia
- Malchiodi, C. (2012a). *Handbook of Art Therapy (2nd Edition)*. The Guilford Press, New York, London.
- Malchiodi, C. (Ed.). (2012b). *Art therapy and health care*. The Guilford Press, New York, London.
- Malchiodi, C. (Ed.). (2022a). *Handbook of Expressive Arts Therapy*. New York: Guilford Press.
- Malchiodi, C. (2022b). *Trauma-informed expressive arts therapy*. New York: Sussex.
- Martin Ginis, K. A., Tomasone, J. R., Welsford, M., Ethans, K., Sinden, A. R., Longeway, M., & Krassioukov, A. (2017). Online training improves paramedics' knowledge of autonomic dysreflexia management guidelines. *Spinal Cord*. <https://doi.org/10.1038/sc.2016.116>
- Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2017). Aplikasi Seni Ekspresif 'Body Outline, Emotions and Physical Health' dalam Kaunseling Kanak-Kanak yang Mengalami Kesakitan Psikogenik. Presentasi dalam *Seminar Kaunseling Penyelidikan Kes 2017*, Universiti Utara Malaysia.

- Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2021). Penilaian Latihan atas Talian Alatan 'Creative Expressive- Bodily Maps of Emotions' kepada Psikoterapis Kesihatan Mental, *E-Prosiding: Aplikasi Teknologi dalam Menangani Isu dan Cabaran dalam Kaunseling*, 978-967-19569-0-8, Pusat Kaunseling Hal Ehwal Pelajar, Universiti Utara Malaysia.
- Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2023). A preliminary qualitative study on helpful processes of creative expressive - bodily maps of emotions in psychotherapy with children and adolescents Maznah Ibrahim and Azizah Abdullah. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*,
- Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2022b). Helpful Effects of Creative Expressive- Bodily Maps of Emotions in Psychotherapy With Children and Adolescents: a Preliminary Qualitative Study. *International Journal of Education, Psychology and Counseling*, 7(46), 384–396. <https://doi.org/10.35631/ijepc.746029>
- Maznah Ibrahim & Azizah, A. (2022c). CE-BME untuk Strategi Daya Tindak Kanak-kanak dan Remaja. *Inovas 2022: "Human Well-being & Sustainable Community"*, Faculty Kepimpinan dan Pengurusan (FKP) USIM, 2 Disember 2022.
- Maznah Ibrahim & Azizah, A. (2022d). 'Creative expressive-Bodily Maps of Emotions': Penilaian Punca Emosi Psikosomatik Kanak-kanak dan Remaja. *i-Counnovas 3.0, International Counselling Innovation Showcase & Competition*, 1-4 November 2022, Riverside Majestic Hotel, Kuching, Sarawak.
- Maznah Ibrahim & Azizah, A. (2023). Kerangka Proses Dan Pemetaan Badan bagi Strategi Daya Tindak Kanak-Kanak dan Remaja Menggunakan Alatan CE-BME, *E-Prosiding: MIC 2023 Multidisciplinary International Conference: "Managing Pandemics, Controlling Endemics, and Preventing Future Epidemics Through Multidisciplinary Approaches"*, e-ISBN 978-629-98017-0-22M World Sdn. Bhd.
- Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah (dalam penerbitan). Body Outline-Emotion as a Creative Intervention Tool for Psychotherapy with Children and Adolescents: A Multiple Case Study dalam *AIP Conference Proceedings*.
- Marcia, J. E. (1980). *Identity in Adolescence*. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology* (pp. 159-187). New York: Wiley.
- McArthur, K., Cooper, M., & Berdondini, L. (2016). Change processes in school-based humanistic counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(2), 88–99. <https://doi.org/10.1002/capr.12061>
- McDonald, A., & Holttum, S. (2020). Primary-school-based art therapy: A mixed methods comparison study on children's classroom learning. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 0(0), 119–131. <https://doi.org/10.1080/17454832.2020.1760906>
- McDonald, A., Holttum, S., & Drey, N. S. J. (2019). Primary-school-based art therapy: exploratory study of changes in children's social, emotional and mental health. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 24(3), 125–138. <https://doi.org/10.1080/17454832.2019.1634115>

- McLeod, J. (2011). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy* (Second Ed.). Sage Publications. <https://doi.org/10.16309/j.cnki.issn.1007-1776.2003.03.004>
- McNiff, S. (2017). "Art-based research." Jessica Kingsley Publishers.
- Mearns, D. (1980). The Person-Centred Approach to Therapy. *Scottish Association for Counselling*.
- Mearns, D., & Thorne, B. (1988). *Person-centred Counselling in Action*. Sage Publications.
- Mearns, D., Thorne, B., Lambers, E., & Warner, M. (2000). *Person-centred Therapy Today: New Frontiers in Theory and Practice*. Sage Publications.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–299. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)
- Merriam-Webster. (n.d). *Merriam-Webster Dictionary*. Diambil pada 19 Julai 2023. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/therapist>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S., Chen, J., Kleven, J., Metzler, M., Jones, C. M., Simon, T. R., Daniel, V. M., Ottley, P., & Mercy, J. A. (2019). *Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention — 25 States, 2015–2017* (Vol. 68, Issue 44).
- Merrill, C., & Andersen, S. (1993). Person centred expressive therapy: an outcome study. *Beyond Carl Rogers*. London: Constable & Robinson, 109-28.
- Meyerowitz-Katz, J., & Reddick, D. (2017). *Art Therapy in the Early Years: Therapeutic Interventions with Infants, Toddlers and their Families*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Moon, B. L. (2006). Ethics in art therapy: Challenging topics for a complex modality. *Art Therapy*, 23(1), 41-45
- Moon, B. L. (2010). *Art-Based Group Therapy: Theory and Practice*. Charles C. Thomas Publisher.
- Morales, J., & Firestone, C. (2023). Philosophy of Perception in the Psychologist's Laboratory. *Current Directions in Psychological Science*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/09637214231158345>
- Morgan, C., & Cooper, M. (2015). Helpful and unhelpful aspects of counselling following breast cancer: A qualitative analysis of post-session helpful aspects of therapy forms. *Counselling and Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1002/capr.12028>
- Morse, J. M., Barret, M., Mayan, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22.

- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. SAGE Publications.
- Motschnig-pitrik, R. (2013). *Interdisciplinary Handbook of the Person-Centered Approach*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7141-7>
- Muma, J. R. (1993). The need for replication. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36(5), 927–930.
- Napa Scollon, C., Diener, E., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2005). An experience sampling and cross-cultural investigation of the relation between pleasant and unpleasant affect. *Cognition & Emotion*, 19(1), 27-52.
- N.Rogers, N. (1993). *The Creative Connection*. Science & Behavior Books, Inc.
- N.Rogers, N. (2000). *The path to wholeness: Person-centred expressive arts therapy*. Psychotherapy.Net.
- Naumburg, M. (1966). *Dynamically oriented art therapy: Its principles and practices, illustrated with three case studies*. Grune & Stratton.
- Nilsen, P. (2020). Making Sense of Implementation Theories, Models, and Frameworks. In: Albers, B., Shlonsky, A., Mildon, R. (eds) *Implementation Science 3.0*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03874-8_3
- Northoff, G., Heinzel, A., de Greck, M., Bermpohl, F., Dobrowolny, H., & Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain-A meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage*, 31(1), 440–457. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.12.002>
- Nosek, B. A., Hardwicke, T. E., Moshontz, H., Allard, A., Corker, K. S., Dreber, A., & Vazire, S. (2022). Replicability, robustness, and reproducibility in psychological science. *Annual review of psychology*, 73, 719-748.
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(2), 646–651. <https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111>
- Nummenmaa, Lauri, Hari, R., Hietanen, J. K., & Glerean, E. (2018). Maps of subjective feelings. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(37), 9198–9203. <https://doi.org/10.1073/pnas.1807390115>
- Nummenmaa, Lauri, & Tuominen, L. (2018). Opioid system and human emotions. *British Journal of Pharmacology*, 175(14), 2737–2749. <https://doi.org/10.1111/bph.13812>
- O’Brien, O. (2007). *Emotionally}Vague: A research project about emotion, sensation and feeling*. <http://www.emotionallyvague.com/>
- O’Brien, O., Oosterwijk, S., & Barrett, L. F. (2016). Where do people feel emotions in their body? A quantitative implementation of the Emotionally}Vague project. *Proceedings - Design and Emotion 2016: 10th International Conference on Design and Emotion - Celebration and Contemplation, September*, 547–552.

- O'Connell Kent, J. A., Jackson, A., Robinson, M., Rashleigh, C., & Timulak, L. (2021). Emotion-focused therapy for symptoms of generalised anxiety in a student population: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 260–268. <https://doi.org/10.1002/capr.12346>
- Omylinska-Thurston, J., & Cooper, M. (2014a). Helpful processes in psychological therapy for patients with primary cancers: A qualitative interview study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(2), 84–92. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.813952>
- Omylinska-Thurston, J., & Cooper, M. (2014b). Helpful processes in psychological therapy for patients with primary cancers: A qualitative interview study. *Counselling and Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.813952>
- Orton, G. L. (1997). *Strategies for counseling with children and their parents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- OU Qiong (2017). A Brief Introduction to Perception. *Studies in Literature and Language*, 15(4), 18-28. DOI:10.3968/10055
- Panksepp, J. (1982). Toward a general psychobiological theory of emotions. *Behavioral and Brain Sciences*, 5(3), 407–422. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00012759>
- Panksepp, J. (1998). Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions. In *Oxford University Press*. Oxford University Press, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1805>
- Panksepp, J. (2010). Affective neuroscience of the emotional BrainMind: evolutionary perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(4), 533–545. <https://doi.org/DOI:10.31887/DCNS.2010.12.4/jpanksepp>
- Panksepp, J. (2011). Cross-Species affective neuroscience decoding of the primal affective experiences of humans and related animals. *PLoS ONE*, 6(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021236>
- Pasion, R, Martins, E.C, Barbosa, F. (2019). Empirically supported interventions in psychology: contributions of Research Domain Criteria. *Psicol Reflex Crit.* 32(1):15. doi: 10.1186/s41155-019-0128-1. PMID: 32027006; PMCID: PMC6966736.
- Pearson, M., & Wilson, H. (2008). Using expressive counselling tools to enhance emotional literacy, emotional wellbeing and resilience: Improving therapeutic outcomes with Expressive Therapies. *Counselling, Psychotherapy and Health*, 4(1), 1–19.
- Pearson, M., & Wilson, H. (2009). *Using Expressive Arts to Work with Mind, Body and Emotions: Theory and Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Perryman, K. L., Moss, R., & Cochran, K. (2015). Child-Centered Expressive Arts and Play Therapy: School Groups for At-Risk Adolescent Girls. *International Journal of Play Therapy*. <https://doi.org/10.1037/a0039764>

- Porte, G. (Ed.). (2012). *Replication research in applied linguistics*. Cambridge University Press.
- Pusat Kawalan Penyakit dan Pencegahan (CDC). (2020). *Adverse Childhood Experiences Prevention Strategy 2021-2024*.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M. *et al.* (2023). Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 32, 575–588 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01889-1>
- Regev, D., & Cohen-Yatziv, L. (2018). Effectiveness of art therapy with adult clients in 2018-What progress has been made? *Frontiers in Psychology*, 9(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01531>
- Regev, D., Kurt, H., & Snir, S. (2016). Silence during art therapy: The art therapist's perspective. *International Journal of Art Therapy: Inscape*. <https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1219754>
- Revell, S., Duncan, E., & Cooper, M. (2014). Helpful aspects of outdoor therapy experiences: An online preliminary investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 281–287. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.818159>
- Richardson, C. (2015). *Expressive arts therapy for traumatized children and adolescents: A four-phase model*. Routledge.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship as developed in the client-centred framework, in S. Koch (ed.) *Psychology: a study of a science, Study I. Conceptual and systematic: Vol. 3 Formulation of the person and the social context*. London: McGraw-Hill, pp. 184-256.
- Rogers, C. R. (1979). The foundations of the person-centered approach. *Education*, 100 (2), 98-107.
- Rogers, N., Tudor, K., Tudor, L. E., & Keemar, K. (2012). Person-centered expressive arts therapy: A theoretical encounter. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(1), 37–41. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14779757.2012.656407>
- Rogers, C. R. (1995). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Romanelli, A., Tishby, O., & Moran, G. S. (2017). “Coming home to myself”: A qualitative analysis of therapists’ experience and interventions following training in theater improvisation skills. *Arts in Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.01.005>
- Rosliza Abd Aziz, & Zakaria Mohamad. (2015). Terapi Seni Ekspresif Sebagai Intervensi Kaunseling Dalam Memungkinkan Strategi Daya Tindak Ibu Tunggal. *Social Science Postgraduate International Semnar (SSPIS)*, 1993.
- Rubin, J. A. (2005). *Child Art Therapy: 25th Anniversary Edition*. John Wiley & Sons, Inc.

- Ruhani Mat Min. (2016). Clients' experiences in counselling sessions with counsellor trainees. *Asian Social Science*, 12(7), 212–221. <https://doi.org/10.5539/ass.v12n7p212>
- Ruhani Mat Min & Mohd Yusuf Abu Bakar. (2015). Therapeutic factors in group counselling promotes self development. *Asian Social Science*, 11(10), 113–119. <https://doi.org/10.5539/ass.v11n10p113>
- Ruhani Mat Min, Siti Sarah Ibrahim, Raba' Aton Adawiah Mohd Yusoff & Fazliyatun Ramley. (2022). Truancy Among School Children: Reasons and Counselling Experiences. *Journal of Nusantara Studies*, 1(7), 79–99.
- Ruhani Mat Min & Tengku The Mariah Tengku Jawa. (2015). Counselling experience among Malaysian adolescent who are involved in illicit sex behaviors. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(2S1), 316–324. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n2s1p316>
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161–1178.
- Saarimäki, H., Gotsopoulos, A., Jääskeläinen, I. P., Lampinen, J., Vuilleumier, P., Hari, R., Sams, M., & Nummenmaa, L. (2016). Discrete Neural Signatures of Basic Emotions. *Cerebral Cortex*, 26(6), 2563–2573. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhv086>
- Sachs, M. E., Kaplan, J., & Habibi, A. (2019). Echoing the emotions of others: empathy is related to how adults and children map emotion onto the body. *Cognition and Emotion*. <https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1591938>
- Santalampi, P., Aromaa, M., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2005). Have There Been Changes in Children's Psychosomatic Symptoms? A 10-Year Comparison From Finland. *Pediatrics*, 115(4), e434–e442. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1261>
- Savedra, M. ., Tesler, M. D., Holzemer, W. L., Wilkie, D. J., & Ward, J. A. (1989). Pain location: validity and reliability of body outline markings of Body Outline Markings by Hospitalized Children and Adolescents. *Research in Nursing & Health*, 12, 307–314. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nur.4770120506>
- Schweizer, C., Knorth, E. J., van Yperen, T. A., & Spreen, M. (2019). Consensus-based typical elements of art therapy with children with autism spectrum disorders. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 24(4), 181–191. <https://doi.org/10.1080/17454832.2019.1632364>
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences* (3rd ed.). Teachers College Press.
- Sesar, K., Dodaj, A., Vasilj, V., Sesar, D., Smoljan, I., & Mikulić, M. (2022). The Creative Art Therapies in Work with Children and Adolescents with Traumatic Experiences. *Central European Journal of Paediatrics*, 18 (1).
- Sh. Marzety Adibah Al Sayed Mohamad, Baharuddin ismail, R. A. Y. & Z. M. (2015). Keberkesanan Penggunaan “Expressive Arts Therapy” Terhadap Pemulihan Klien. *Jurnal Antidada Malaysia*, 9(1).

- Sherman, L. (2015). *Skills in Counselling & Psychotherapy with Children & Young People*. SAGE Publications Ltd.
- Silverman, D. (2004). *Doing Qualitative Research. Fourth Edition (Fourth)*. SAGE Publications Ltd.
- Simmons, J. P., Nelson, L. D., & Simonsohn, U. (2011). False-positive psychology: Undisclosed flexibility in data collection and analysis allows presenting anything as significant. *Psychological Science*, 22(11), 1359–1366.
<https://doi.org/10.1177/0956797611417632>
- Simonsen, G., & Cooper, M. (2015). Helpful aspects of bereavement counselling: An interpretative phenomenological analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(2), 119–127. <https://doi.org/10.1002/capr.12000>
- Sinar Harian. (2021, 10 Oktober). *Seorang pakar psikiatri untuk 100,000 orang di Malaysia*. Bernama.
<https://www.sinarharian.com.my/article/166155/berita/nasional/seorang-pakar-psikiatri-untuk-100000-orang-di-malaysia>
- Siti Uzairiah Mohd Tobi. (2017). *Penyelidikan Kualitatif dan Analisis Temu Bual Dr Siti Uzairiah Mohd Tobi*. Aras Publisher, Kuala Lumpur.
- Stenhardt, L. (1985). Freedom with boundaries: *The Arts in Psychotherapy*, 12, 25–34.
- Stephen, S., Bell, L., Khan, M., Love, R., Macintosh, H., Martin, M., Moran, R., Price, E., Whitehead, B., & Elliott, R. (2021). Comparing helpful and hindering processes in good and poor outcome cases: A qualitative metasynthesis of eight Hermeneutic Single Case Efficacy Design studies. *Psychotherapy Research*, 0(0), 1–15.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1934746>
- Swearer, S. M., & Espelage, D. L. (2011). *Expanding the Social-Ecological Framework of Bullying Among Youth: Lessons Learned from the Past and Directions for the Future*. *Educational Psychologist*, 46(4), 296–306.
- Tahar, M. M., Zainal, M. S., Bakar, A. Y. A., Yasin, M. H. M., Ibarahim, N. S., Mokhtar, U. K. M., & Sunandar, A. (2019). Modifications of student behaviour among special needs students using art therapy. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 5(6), 445–457.
- Tamminen, T. M., Bredenberg, P., Escartin, T., Kaukonen, P., Paura, K., Rutanen, M., Suominen, I., Leijala, H., & Salmelin, R. (1991). Psychosomatic symptoms in preadolescent children. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(1–2), 70–77.
<https://doi.org/10.1159/000288533>
- Tenny, S., Brannan, J. M. & Brannan, G.D. (2023). *Qualitative Study*. 2022 Sep 18. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 29262162.

- Tesler, M., Ward, J., Savedra, M., Wegner, C. B., & Gibbons, P. (1983). Developing an instrument for eliciting children's description of pain. *Perceptual and Motor Skills*, 56(1), 315–321. <https://doi.org/10.2466/pms.1983.56.1.315>
- Thomas, B. (2011). Creative Expression Activities for Teens: Exploring Identity through Art, Craft and Journaling. In *Jessica Kingsley Publishers*.
<https://doi.org/10.1192/bjp.111.479.1009-a>
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421–447. <https://doi.org/10.1348/147608310X499404>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1556–1567. <https://doi.org/10.1002/jclp.22532>
- Tomlinson, O. W., Shelley, J., Trott, J., Bowhay, B., Chauhan, R., & Sheldon, C. D. (2019). The feasibility of online video calling to engage patients with cystic fibrosis in exercise training. *Journal of Telemedicine and Telecare*.
<https://doi.org/10.1177/1357633X19828630>
- Torregrossa, L. J., Snodgrass, M. A., Hong, S. J., Nichols, H. S., Glerean, E., Nummenmaa, L., & Park, S. (2018). Anomalous Bodily Maps of Emotions in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby179>
- Tracy, J. L., & Randles, D. (2011). Four models of basic emotions: A review of Ekman and Cordaro, Izard, Levenson, and Panksepp and Watt. *Emotion Review*, 3(4), 397–405. <https://doi.org/10.1177/1754073911410747>
- Traynor, W., Elliott, R., & Cooper, M. (2011). Helpful factors and outcomes in person-centered therapy with clients who experience psychotic processes: therapists' perspectives. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 10(2), 89–104. <https://doi.org/10.1080/14779757.2011.576557>
- Truijens, F., Zühlke-Van Hulzen, L., Vanheule, S. (2019). To manualize, or not to manualize: Is that still the question? A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. *J. Clin.*
- Tudge, J. R. H., Mokrova, I., Hatfield, B. E., & Karnik, R. B. (2009). Uses and Misuses of Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development. *Journal of Family Theory & Review*, 1(4), 198-210. *Psychol.* 75: 329– 343. <https://doi.org/10.1002/jclp.22712>
- UNICEF. (2022). *MOH and UNICEF calling for stakeholders action on Children's Mental Health*. <https://www.unicef.org/malaysia/press-releases/moh-and-unicef-calling-stakeholders-action-childrens-mental-health>

- UNICEF & Institut Kesihatan Malaysia. (2022). *Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in East Asia and the Pacific: Malaysia Country Report*.
<https://www.unhcr.org/602b94e37/strengthening-mental-health-psychosocial-support-2021-pdf>
- Unit Perancang Ekonomi. (2021). *Rancangan Malaysia Kedua Belas: 2021-2025*.
<https://doi.org/https://rmke12.epu.gov.my/bm/dokumen/rmke-12>
- Utusan Malaysia. (2020). *Jumlah kaunselor profesional belum cukup*.
<https://www.utusan.com.my/berita/2020/12/jumlah-kaunselor-profesional-belum-cukup/>
- Van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Routledge.
- Vanaelst, B., De Vriendt, T., Ahrens, W., Bammann, K., Hadjigeorgiou, C., Konstabel, K., Lissner, L., Michels, N., Molnar, D., Moreno, L. A., Reisch, L., Siani, A., Sioen, I., & De Henauw, S. (2012). Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: Results from the IDEFICS study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21(5), 253–265.
<https://doi.org/10.1007/s00787-012-0258-9>
- Verasammy, K. J., & Cooper, M. (2021). Helpful aspects of counselling for young people who have experienced bullying: a thematic analysis. *British Journal of Guidance and Counselling*, 49(3), 468–479. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1900777>
- Volynets, S., Glerean, E., & Nummenmaa, L. (2020). Bodily Maps of Emotions Are Culturally Universal. *Emotion*, 20(7), 112.
- Vranceanu, A. M., Gonzalez, A., Niles, H., Fricchione, G., Baim, M., Yeung, A., Denninger, J. W., & Park, E. R. (2014). Exploring the Effectiveness of a Modified Comprehensive Mind-Body Intervention for Medical and Psychologic Symptom Relief. *Psychosomatics*, 55(4), 386–391. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.01.005>
- Wacker, J. G. (1998). A definition of theory: Research guidelines for different theory-building research methods in operations management. *Journal of Operations Management*, 16, 361–385.
- Warren, B. (2008). Using the Creative Arts in Therapy and Healthcare: A Practical Introduction. In B. Warren (Ed.), *Routledge* (Third Edit). Routledge.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02830.x>
- Watson, V. C., Cooper, M., McArthur, K., & McLeod, J. (2012). Helpful therapeutic processes: a pluralistic analysis of client activities, therapist activities and helpful effects. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*.
<https://doi.org/10.1080/13642537.2012.652395>

- Watson, V. C., Cooper, M., McArthur, K., & McLeod, J. (2012). Helpful therapeutic processes: Client activities, therapist activities and helpful effects. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14(1), 77–89.
<https://doi.org/10.1080/13642537.2012.652395>
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (Eds.). (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press.
- Williams, G. A., Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., & Crowther, J. H. (2014). An examination of body tracing among women with high body dissatisfaction. *Body Image*, 11(4), 346–349. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.05.005>
- World Health Organization. (2022a, 8 Jun). *Mental Disorders*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organisation. (WHO) (2021, 17 November). *Mental Health of Adolescents*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organisation. (WHO). (2022b, 17 Jun). *Mental Health*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organisation. (WHO). (2018, 10 Oktober). *World Mental Health Day 2018 – Young people and mental health in a changing world*.
<https://www.who.int/news-room/events/detail/2018/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2018>
- World Health Organisation. (WHO). (n.d.). *Mental Health*.
https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2

Lampiran 1

Senarai Penerbitan dan Konferens Dihadiri

Artikel Jurnal Telah Terbit

1. Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2023) A preliminary qualitative study on helpful processes of *creative expressive - bodily maps of emotions* in psychotherapy with children and adolescents, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* (PCEP), 22 (3), 303-321.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2022.2138774>
2. Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2023). Body Outline-Emotion as emotional management tool for children and adolescents: A therapist's perspective. *Journal of Integrated Sciences* (JIS), 3(4), 148-167.
<https://jis.iou.edu.gm/article/view/329>
3. Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2021). Helpful effects of 'Creative Expressive-Bodily Maps of Emotions' in psychotherapy with children and adolescents: A preliminary qualitative study. *International Journal of Education, Psychology and Counseling* (IJEPC), 7 (46), 384-396.
<https://doi.org/10.35631/IJEPC.746029>

Artikel dalam Prosiding Konferens

1. Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2023). Kerangka Proses Dan Pemetaan Badan bagi Strategi Daya Tindak Kanak-Kanak dan Remaja Menggunakan Alatan CE-BME, *E-Prosiding: MIC 2023 Multidisciplinary International Conference: "Managing Pandemics, Controlling Endemics, and Preventing Future Epidemics Through Multidisciplinary Approaches"*, e-ISBN 978-629-98017-0-22M World Sdn. Bhd.
2. Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2021). Penilaian Latihan atas Talian Alatan 'Creative Expressive-Bodily Maps of Emotions' kepada Psikoterapis Kesihatan Mental, *E-Prosiding: Aplikasi Teknologi dalam Menangani Isu dan Cabaran dalam Kaunseling*, 978-967-19569-0-8, Pusat Kaunseling Hal Ehwal Pelajar, Universiti Utara Malaysia.
3. Maznah, I., & Azizah, A. (2024, April). Body outline-emotion as a creative intervention tool for psychotherapy with children and adolescents: A multiple case study. In *AIP Conference Proceedings* (Vol. 2799, No. 1). AIP Publishing.
<https://doi.org/10.1063/5.0183202>

Pembentangan di Konferens

1. Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2023). Kerangka Proses Dan Pemetaan Badan bagi Strategi Daya Tindak Kanak-Kanak dan Remaja Menggunakan Alatan CE-BME, dalam *Multidisciplinary International Conference 2023*, Hotel Tenera, Bangi, 6-7 Mac, 2023.
2. Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2023). Body Outline-Emotion as Emotional Management Tool for Children and Adolescents: Therapist Perspective, dalam *3rd International Open University Conference on Research and Integrated Sciences (3rd IOUCRIS 2023)*, The Gambia-Malaysia, Hybrid Conference, 3 Mac, 2023.
3. Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2021). Penilaian Latihan atas Talian Alatan 'Creative Expressive-Bodily Maps Of Emotions' kepada Psikoterapis Kesihatan Mental, dalam *Seminar Kaunseling Kebangsaan Kali ke-17: Aplikasi Teknologi dalam Menangani Isu*, Universiti Utara Malaysia, 24-25 Mac, 2021.
4. Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2021). Helpful Effects of Creative Expressive: Bodily Maps Of Emotions In Psychotherapy with Children And Adolescents: A Qualitative Pilot Study, dalam *4th Malaysian International Psychology Conference 2021*, Universiti Kebangsaan Malaysia, 19-20 Jun, 2021
5. Maznah Ibrahim & Azizah Abdullah. (2021). Body Outline-Emotion as a Creative Intervention Tool for Psychotherapy with Children and Adolescents: A Multiple Case Study dalam *The 2nd International Conference on Design Innovation, Social Science & Technology (ICDISST)*, 20-21 Disember 2021, Langkawi, Kedah Malaysia.

Artikel di Suratkhbar Utama

1. Maznah, I. (2022, 10 Disember). Fahami luahan anak elak jadi mangsa gangguan seksual. Berita Harian, Komentor.
<https://www.bharian.com.my/rencana/komentor/2022/12/1037708/fahami-luahan-anak-elak-jadi-mangsa-gangguan-seksual>
2. Maznah, I. (2022, 1 November). Kanak-kanak perlu dilatih lebih awal kemahiran kawal emosi. Berita Harian, Minda Pembaca.
<https://www.pressreader.com/malaysia/berita-harianmalaysia/281775633102409>

3. Maznah, I. (2022, 21 Oktober). Ibu bapa perlu galak pelajar hormati proses meneroka ilmu. Berita Harian, Minda Pembaca.
<https://www.bharian.com.my/rencana/minda-pembaca/2022/10/1014952/ibu-bapa-perlu-galak-pelajar-hormati-proses-meneroka-ilmu>
4. Maznah, I. (2022, 16 September). Didik anak kongsi rahsia elak jadi mangsa jenayah seksual. Berita Harian, Komentar.
<https://www.bharian.com.my/rencana/komentar/2022/09/1000970/didik-anak-kongsi-rahsia-elak-jadi-mangsa-jenayah-seksual>

Inovasi dari Penyelidikan Ph.D

1. Maznah, I. & Azizah, A. (2022). CE-BME untuk Strategi Daya Tindak Kanak-kanak dan Remaja. Inovas 2022: “Human Well-being & Sustainable Community, Faculty Kepimpinan dan Pengurusan (FKP) USIM, 2 Disember 2022 (PINGAT PERAK)
2. Maznah, I. & Azizah, A. (2022). ‘Creative expressive-Bodily Maps of Emotions’: Penilaian Punca Emosi Psikosomatik Kanak-kanak dan Remaja. i-Counnovas 3.0, *International Counselling Innovation Showcase & Competition*, 1-4 November 2022, Riverside Majestic Hotel, Kuching, Sarawak (PINGAT EMAS).





HELPFUL EFFECTS OF *CREATIVE EXPRESSIVE-BODILY MAPS OF EMOTIONS* IN PSYCHOTHERAPY WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS: A PRELIMINARY QUALITATIVE STUDY

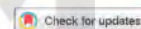
Maznah Ibrahim^{1*}, Azizah Abdullah²

¹ Psychology Counselling Unit, Ministry of Health, Malaysia
Email: imaznah609@gmail.com / maznah_ibrahim@moh.gov.my

² School of Education, College of Arts & Science, Universiti Utara Malaysia, Kedah, Malaysia
Email: zyzah@uum.edu.my

PERSON-CENTERED & EXPERIENTIAL PSYCHOTHERAPIES
2023, VOL. 22, NO. 3, 303-321
<https://doi.org/10.1080/14779757.2022.2138774>

Routledge
Taylor & Francis Group



A preliminary qualitative study on helpful processes of *creative expressive - bodily maps of emotions* in psychotherapy with children and adolescents

Maznah Ibrahim^{ORCID} and Azizah Abdullah^{ORCID}

School of Education, College of Arts & Science, Universiti Utara Malaysia, Sintok, Kedah, Malaysia

ABSTRACT

Research on the positive events in the therapeutic counseling process is usually undertaken from the client's perspective. However, few studies have investigated the beneficial aspects of the therapeutic counselling process, particularly in creative expressive fields. This preliminary qualitative study aims to evaluate the therapeutic experience of utilizing *Creative expressive – Bodily maps of emotions (CE-BME)* with young clients in the helpful process. The *CE-BME* is an art therapy tool that counselling practitioners or therapists have extensively used in Malaysian mental health settings. A qualitative approach known as the grounded theory method was employed in this study through face-to-face and video call interviews with four therapists from the health setting who conducted sessions for children and adolescents using the *CE-BME*. As a result, six themes of the helpful process were identified: (1) facilitating emotional exploration and processing, (2) engaging relationships with young clients, (3) expanding the client's self-awareness, (4) helping the direction of intervention, (5) release for clients, and (6) relief for therapists. Furthermore, these findings established the following outcomes regarding the *CE-BME* tool as a helpful process, thereby boosting researchers' confidence in applying the main study to more therapists engaged in children's mental health intervention.

ARTICLE HISTORY

Received 7 September 2021
Accepted 17 October 2022

KEYWORDS

Art therapy activity; helpful events; Body Outline-Emotion; mental health therapist; grounded theory; children and adolescent

GOLD MEDAL

INNOVATION IN COUNSELLING

The gold medal is proudly presented to

**Creative Expressive-Bodily Maps Of Emotions: Penilaian
Punca Emosi Psikosomatik Kanak-Kanak Dan Remaja**
(Maznah Ibrahim, Azizah Abdullah)

in the

i-COUNNOVAS 3.0
International Counselling Innovation
Showcase & Competition

on 1st – 4th November 2022
at Riverside Majestic Hotel, Kuching, Sarawak, Malaysia



PERKAMA
International

Dato' Dr. Abd Halim Mohd Hussin
President, PERKAMA International
(International Counselling Association of Malaysia)



FACULTY OF LEADERSHIP AND MANAGEMENT
Fakulti Kepimpinan dan Pengurusan
كلية القيادة والإدارة

CERTIFICATE OF APPRECIATION



THIS CERTIFICATE IS
PROUDLY PRESENTED TO

**Maznah Ibrahim
Azizah Abdullah**

has achieved

Silver Award (Idea)
in

INOVAS 2022: "Human Well-being & Sustainable Community"
organized by

Faculty of Leadership & Management (FKP) USIM

on 02nd December 2022

This certificate is awarded by:

Assoc. Prof. Dr. Nur Kareelawati Binti Abd Karim
Deputy Dean (Research & Innovation)

Assoc. Prof. Dr. Mohd Faizal Bin Kasmani
Dean of Faculty of Leadership & Management

Lampiran 2
Senarai Latihan Profesional dalam Bidang Terapi Seni dan
Berkaitan

Tahun	Sijil Profesional	Institusi	Bidang Latihan
2023-2024	Pensijilan Profesional CEXAT (<i>Creative and Expressive Art Therapy</i>) Tahap 1 (100 Jam)	IEATA dan PCCP Asia	<i>Creative and Expressive Art Therapy</i>
2021	Pensijilan Asas <i>Forensic Art Therapy (FAT)</i> (10 Module, 60 Jam Kontak)	<i>CAPT Creative Resources</i> , Alor Star, Malaysia	<i>Asas Forensic Art Therapy (FAT)</i>
2018	<i>Registered Certified Creative Arts & Play Therapy Facilitator with ACAPTM</i> (20 Jam Kontak)	<i>CAPT Creative Resources</i> , Alor Star, Malaysia	<i>Creative Arts & Play Therapy Facilitating Skills</i>
2017 - 2018	<i>Creative Arts & Play Therapy Practitioner</i> (100 Jam Kontak)	<i>Creative Discernment Resources</i> , Pulau Pinang, Malaysia	<i>Creative Expressive Arts Therapy (CEXAT)</i>
2009	<i>Jungian Based Expressive Arts Therapy Practitioner</i> (75 Jam Kontak)	Dr. Diana – Lea Baranovich	<i>Expressive Arts Therapy</i>
2008 – 2009	<i>Jungian Based Sand Tray Therapy Practitioner</i> (75 Jam Kontak)	Dr. Diana – Lea Baranovich	<i>Sand Tray Therapy</i>
2006-2007	<i>Provisional Post Graduate Certificate in Therapeutic Play Skills</i> (15 Hari Latihan dan 100 Jam Kontak Sesi Terapi Bermain dengan penyeliaan)	<i>Play Therapy International</i>	<i>Therapeutic Play Skills / Play Therapy</i>

Lampiran 3

Inovasi Pengkaji di Sepanjang Perkhidmatan di KKM

No	Tajuk Inovasi	Tahun	Anugerah dan Peringkat Pertandingan
1.	CE-BME untuk Strategi Daya Tindak Kanak-kanak dan Remaja di Inovas 2022: <i>Human Well-being & Sustainable Community, Faculty of Leadership & Management (FKP) USIM</i> , 2nd December 2022.	2022	Pingat Perak, Malaysia
	'Creative Expressive - Bodily Maps of Emotions': Penilaian Punca Emosi bagi Isu Kanak-kanak dan Remaja, <i>i-Counnovas 3.0, International Counselling Innovation Showcase & Competition</i> , 1-4 November 2023, Kuching, Sarawak, Malaysia.	2022	Pingat Emas, Antrabangsa
2.	'Magic Mirror': Penilaian Kendiri Kanak-kanak & Remaja (Bukan Sekadar Cermin Ajaib), <i>i-Counnovas 3.0, International Counselling Innovation Showcase & Competition</i> , 1-4 November 2023, Kuching, Sarawak, Malaysia.	2022	Pingat Perak, Antrabangsa
3	Kesan Aktiviti Seni Kreatif 'Sistem Pokok Matlamat' dari Aspek Psikologi Peserta Seminar Bijak Wang Anggota Kesihatan Jabatan Kesihatan Negeri Perlis di <i>International Conference And Innovation Exhibition on Global Education 2018</i> , UUM, Sintok, Kedah.	2018	Pingat Emas, Antrabangsa
4	'5R Model Application in Stress Management Worskhop for Hospital Staff' dalam C-Innocomp dalam <i>Malaysian International Counselling Convention 2014</i> , Hotel Hilton, Sarawak.	2014	Pingat Gangsa Antarabangsa
5	'Specific Breathing Technique Application on Reducing Pain Among Hospital Patient' dalam C-Innocomp dalam <i>Malaysian International Counselling Convention 2014</i> , Hotel Hilton, Sarawak.	2014	Sijil Penyertaan
6	Inovasi Kaunseling di PERKAMA International Counseling Convention – 'Body Outline, Emotions and Physical Health as Tool in Counselling' dalam <i>International Counseling Convention 2013</i> , Akademi Kenegaraan Malaysia, Kuala Lumpur	2013	Pingat Emas, Antarabangsa
7	'Modul Kelompok Bimbingan Modal Insan (KBMI) untuk Staf HKL' di PERKAMA Konvensyen Kaunseling Kebangsaan, 13-15 Jun 2010, Universiti Malaysia Terengganu.	2010	Pingat Perak, Malaysia

8	Penggunaan 'Non-Directive Play Therapy' sebagai Kaunseling untuk Kanak-kanak yang Menghadapi Masalah Emosi dan Tingkah laku, di PERKAMA Konvensyen Kaunseling Kebangsaan, 13-15 Jun 2010, Universiti Malaysia Terengganu.	2010	Pingat Perak, Malaysia
---	---	------	------------------------



Lampiran 4

Maklumat Terperinci 19 Kes Menggunakan CE-BME

Kes	Umur/Jantina (L/P)	Diagnosis Penyakit Mental	Isu Kesihatan Mental	Masalah Tingkah Laku	Peristiwa Tekanan/Trauma	Kompleks Psikosomatik	Isu Kesihatan Fizikal
1.	10, L		Kemarahan		Ibu bapa bercerai sewaktu usia 5		
2	10, L		Tekanan kerana tidak siap kerja sekolah			Kerap kali masuk wad kerana cirit dan muntah	
3	12, L		Tekanan	Menggaru sehingga berdarah. Mencabut rambut.			Masalah kulit di kepala dan ada jangkitan.
4	13, P		Kesedihan kerana kehilangan akibat kematian	Tingkah laku mencederakan diri			
5	13, P		Tanda kemurungan	Penolakan ke sekolah		Sakit perut, sakit kepala, jantung berdebar (<i>palpitation</i>)	
6	14, L		Isu perhubungan (ayah tiri, adik-adik), dibuli dan membuli di sekolah	Memberontak/melawan ibu bapa, berkasar dengan adik-adik	Ibu ayah bercerai sewaktu usia muda (6-7 tahun)		
7	14, P		Percubaan bunuh diri, konflik ibu berkaitan gajet, gajet yang kronik			Sakit perut dan sakit kaki	
8	14, P			Penolakan ke sekolah		Jantung berdebar, sakit kepala, perut senak dan memulas	
9	14, P		Kematian ayah 2019, penyesuaian diri pindah ke kampung, perkahwinan baru ibu, isu perhubungan dengan ibu	Tingkah laku agresif, ugutan, cederakan diri.			
10	15, L		Dibuli	Penolakan ke sekolah, agresif		Sakit belakang, sakit kepala, sakit dada, rasa tidak boleh bernafas (periksa jantung dan tiada apa-apa)	Tekanan darah tinggi
11	15, P	Kemurungan	Kesedihan kerana kematian ahli keluarga, menyalahkan diri		Terlibat dalam kemalangan dengan ahli keluarga	Sakit kepala, sejuk tangan dan kaki	
12	15, P		Symptom kemurungan, rendah keyakinan diri.			Kawasan pinggang kebas dan sakit. Kaki sakit dan tidak seimbang.	Sakit saraf di anggota bawah kiri, bengkok hampir dua tahun.
13	15, P				Penderaan seksual		
14	16, P		Kesedihan kerana kehilangan (kematian)			Sakit perut rasa bagai dicucuk	Ahli keluarga (ibu) Covid-19
15	16, P	Kecelaruan Episod Kemurungan Major (<i>Major Depressive Disorder</i>)		Percubaan bunuh diri		Sakit kepala, badan lemah,	
16	16, P	Gangguan Perilaku (<i>Oppositional Defiant Disorder</i>)	Masalah perhubungan, dibuli di sekolah.	Memberontak, lari dari rumah, masalah sosial		Jatuh dan pengsan berhampiran sekolah beberapa kali. Sakit kepala, sakit dada.	
17	18, P		Symptom kemurungan	Menggaru sehingga berdarah.		Sakit badan	Masalah kulit
18	18, P		Menarik perhatian, simptom kemurungan apabila dibiarkan keseorangan	Menyakiti atau membunuh binatang, memakai baju kurang sopan di hadapan ayah dan abang tiri.	Menyaksikan keganasan rumah tangga ibu bapa sewaktu kecil, didera dan diabaikan oleh ibu saudara.	Sakit kepala, kepala berat.	
19	19, P	Gangguan Penyesuaian dengan Kemurungan (<i>Adjustment disorder with depressed mood</i>)	Perselisihan keluarga, kehilangan, buli, keyakinan diri, dan marah serta menyesal dengan arwah ibu	Tingkah laku mencederakan diri			
Jumlah Kes 19		4	15	12	4	13	5

Kes	Latar belakang	Adakah CE-BME boleh membantu menjawab persoalan isu emosi klien?	Bagaimana caranya?	Apakah emosi utama atau peristiwa atau sebab sebenar ?
1	10, L, kemarahan, agresif	Ya	Rujukan utama untuk pengurusan kemarahan. Boleh dilihat emosi 'marah' jelas, klien mewarna 'marah' di tepi lakaran badan dan mengelekar bila marah.	Kemarahan pada badan dan mulut, keseimbangan dengan strategi daya tindak menggunakan badan untuk pergerakan, skipping, bermain, bercakap tentang pengendalian emosi menggunakan badan.
2	10, L, suspek Gangguan Psikosomatik	Ya	Marah dan takut di pelbagai bahagian badan. 'Gembira' meningkat untuk lakaran badan CE-BME ke-2.	Tertekan dengan kerja sekolah yang tidak siap (waktu PKP), maklumat dari ibu melengkap 'puzzle'.
3	12, L, menggaru kepala dan mencabut rambut	Ya	Gunakan topi kerana berasa malu dengan rambutnya yang kurang akibat kerap dicabut.	Gembira di kepala apabila tidak menggaru. Malu, sedih, dan takut berkaitan dengan menggaru. Pembentukan semula aktiviti rutin harian agar gembira menjadi sumber utama untuk pengurusan tingkah laku menggaru klien.
4	13, P, mencederakan diri	Ya	Boleh menjelaskan sebab kepada perlakuan mencederakan diri.	Pertama, momen yang masih menyelubungi diri klien berkaitan dengan kematian ayahnya, yang mana dia tahu lebih awal (dia berada bersama bapa). Kedua, tiada siapa tahu dia mencederakan diri sendiri kerana masih menyimpan rasa sedih (<i>grief</i>) selepas kematian bapanya, dan klien duduk diam di dalam bilik dan mengambil pisau lipat (cara dia menghadapi, sedih, takut, marah). Ketiga, dia masih tidak boleh menerima kematian bapanya.
5	13, P, penolakan ke sekolah, sakit kepala dan perut	Ya	Menjawab persoalan kepada kenapa tidak mahu ke sekolah. Dibuli.	Emosi takut di tangan, dan klien dibuli untuk melakukan kerja sekolah rakan dan kakaknya mencubit tangannya kerana marah klien tidak mahu ke sekolah. Mengetahui punca ini adalah membantu menjimatkan masa, kerana klien tidak perlu masuk wad lagi. Doktor juga hampir merujuk klien kepada pakar mata kerana merasakan mungkin ada kaitan dengan sakit kepala.
6	14, L, memberontak, dibuli	YA	Klien menonton filem 'thriller' dan cuba menjadi watak utama tersebut.	Memahami emosi tertinggi klien iaitu marah berkaitan beban emosi terpendam kerana perlu menjaga adik-adiknya, dan klien juga dibuli di sekolah. Kedua ialah sedih berkaitan peristiwa perceraian ibu bapa, dan klien juga kerap dipersalahkan kerana hal adik-adiknya. Ketiga adalah takut, kesan dari mimpi, dan disalurkan kepada tingkah laku agresif kepada orang yang membulinya. Kaunselor berbincang tentang unsur positif daripada watak utama filem 'thriller' yang ditonton.
7	14, P, percubaan bunuh diri, sakit perut dan kaki	Ya	Emosi tertinggi di kepala, cubaan membunuh diri.	Skor marah adalah tertinggi. Kaunselor bekerjasama dengan ibu bapa. Klien kurang bergerak, lebih kepada gajet, manakala marah di kepala, iaitu klien fikir tiada siapa yang menyayangnya.
8	14, P, penolakan ke sekolah, jantung berdebar, sakit kepala, perut memulas dan senak	Ya	Tahu sebab utama sakit kepala, berdebar-debar, dan sakit perut adalah kerana emosi marah.	Emosi marah dan sedih dipendam. Tidak tahu tentang emosi sendiri dan cara melepaskan. Klien berasa lega selepas mengenali emosi di badannya.
9	14, P, tingkah laku agresif, mengugut, cederakan diri	Ya	Sebab utama tingkah laku agresif adalah emosi marah (skor tertinggi).	Klien berasa sedih kerana ibunya memecahkan telefon bimbitnya. Klien juga berasa marah dan kecewa. Klien telah boleh meluahkan emosi. Mengetahui emosi membuatkan klien lebih lega.
10	15, L, penolakan ke sekolah, agresif, sakit belakang, rasa tak boleh bernafas, tekanan darah tinggi	Ya	Kemarahan yang terpendam atau tertahan menyebabkan sakit dada, kesukaran bernafas (rasa seperti sakit jantung), sakit belakang dan sakit kepala. Juga dibuli.	Marah kerana kes buli, marah juga kepada adik lelaki dan ibu bapa. Klien juga ada kesedihan, dan kebimbangan dibuang oleh ibu bapa kerana klien anak angkat, berasa rendah diri, dan ada perasaan cemburu dan bersaing dengan adik.
11	15, P, kemurungan, trauma kemalangan dan kehilangan ahli keluarga.	Ya	Kesedihan di kepala dan takut di tangan dan kaki.	Sebab utama ialah skor emosi takut (tertinggi). Klien rasa bersalah dan menyalahkan diri sendiri berkaitan dengan kejadian kemalangan. Klien belajar memproses emosi dan melepaskan emosi dengan betul.
12	15, P, simptom kemurungan, bahagian anggota badan kiri ke bawah kebas dan bengkok, sakit kaki.	Ya	Skor tinggi adalah sedih dan takut. Sedih di kaki, takut di pergelangan tangan.	Emosi yang dipendam (sedih dan takut) telah menyebabkan simptom kemurungan. Momen takut apabila sakit fizikal klien mula dirasakan, dan ibu membawa klien ke hospital. Klien berasa cemas, dan berdebar-debar. Klien juga ada momen yang menakutkan dan menyakitkan di hospital ketika mendapat rawatan, dan rasa seolah dipukul dengan tukul.
13	15, P, penderaan seksual	Ya	Mengetahui skor emosi tertinggi iaitu rasa malu , diikuti dengan rasa bersalah dan sedih .	Ia membantu untuk mengetahui emosi tertinggi yang dirasakan oleh klien, untuk fokus intervensi selanjutnya dalam perawatan. Klien juga boleh lihat pelbagai emosinya dengan jelas yang tidak berkaitan dengan kejadian tetapi kesan daripada kejadian tersebut.
14	16, P, kehilangan kerana kematian, sakit perut	Ya	Kesedihan akibat kematian bapa, ketakutan/kebimbangan akan kehilangan ibunya yang sedang mengalami Covid-19 juga.	Takut adalah markah tertinggi diikuti dengan sedih . Takut berkaitan detik hospital, sedih di perut, pergelangan tangan dan peha. Klien rasa sakit seperti nak mati, apabila dipegang di seluruh anggota badan oleh kakitangan perubatan (sewaktu pertama kali dibawa pergi oleh ambulans). Kemudian klien menyatakan perasaan takut yang berkaitan dengan ketakutan kehilangan ibu yang kini dirawat di hospital kerana ayah juga telah meninggal.

15	16, P, MDD, percubaan bunuh diri, sakit kepala dan badan lemah girl, MDD, suicidal	Ya	Skor sedih adalah yang tertinggi selari dengan keadaan klien yang didiagnos Gangguan Kemurungan Major	Apabila klien berkata “speechless” apabila melihat gambar lakaran badan-emosinya, klien telah meluahkan lebih terbuka. Klien boleh menceritakan satu persatu emosinya, badannya dan peristiwa yang mencetusnya. Sedih di kepala, disusuli takut (risau) dan segan , banyak cerita yang dikongsikan berkaitan pergaulan, berkaitan rakan sebaya. Aspek pengluahan emosi dan peristiwa yang tidak terluah.
16	16, P, Gangguan Tingkah laku (ODD), selalu pengsan di sekolah, sakit kepala dan dada	Ya	Sakit dada: marah, sedih Sakit kepala: marah, sedih, takut Pengsan: marah, sedih, takut. Lebih kepada sedih kerana mewarnai seluruh badan untuk sedih.	Banyak cerita/peristiwa yang diceritakan selepas melakukan aktiviti CE-BME , bercakap, melepaskan, merasa difahami oleh orang lain, memahami perasaan dan sebab dan akibatnya sendiri. Berbagai peristiwa: perceraian ibu bapa, masalah hubungan, dibuli (takut dan sedih), marah (kepada adik, datuk dan nenek).
17	18, P, simptom kebimbangan, menggaru kulit, sakit badan	Ya	Takut : tangan dan kaki, digaru hingga berdarah, gelisah. Marah : menggaru sampai puas, mengganggu .	Tidak banyak bercakap, tiada perkataan untuk digambarkan. Selepas CE-BME baru klien mula bercakap, Perasaan dengan kegatalan/ masalah kulit : berkaitan dengan perasaan diri. Klien lebih sedar. Pelepasan/pengurusan emosi banyak membantu. Akhir sekali klien rasa lebih gembira.
18	18, P, tingkah laku menarik perhatian, pelik, tidak boleh dibiarkan sendirian, mencederakan binatang	Ya	Punca utama ialah kesedihan ditinggalkan (selepas ibu yang baru berkahwin, dua beradik terus meninggalkannya, sejarah ditinggalkan oleh ibu kepada bapa kandung selama 2 tahun apabila ibu bapa bercerai. Klien didera oleh ibu saudara, dan mencari perhatian dan keselamatan (<i>security</i>).	CE-BME: kesedihan adalah emosi utama yang klien masih terperangkap. Dari CE-BME, terapis sedar tentang tingkah laku pelik klien adalah kerana mencari perhatian dan sekuriti akibat beberapa siri peristiwa trauma klien semenjak kecil.
19	19, P, Gangguan Penyesuaian dengan Kemurungan, tingkah laku mencederakan diri	Ya	Memahami punca penyakit gangguan penyesuaian dan “mood” adalah sedih, takut dan marah. Semua emosi tertumpu kepada kepala dan hati. Cerita sebelum dan cerita lama keluar berkaitan peristiwa tersebut.	Cerita keluar apabila bercakap tentang skor emosi satu persatu. Banyak konflik keluarga , dibuli di sekolah, masalah harga diri, rasa bersalah dan marah dengan arwah ibu, kerana tidak sempat untuk meminta maaf.

Lampiran 5

Dokumen Persetujuan Berpengetahuan Peserta Penyelidikan dan Penyelidik

Versi 2, bertarikh 31-Jan-2020

RISALAH MAKLUMAT PESERTA DAN BORANG PERSETUJUAN atau KEIZINAN PESERTA (untuk subjek dewasa – Pegawai Psikologi KKM)

1. **Tajuk penyelidikan:** Penerokaan Pengalaman Terapis terhadap Penggunaan 'Creative Expressive – Body Map Emotion' kepada Kanak-Kanak dan Remaja yang Mengalami Simptom Psikosomatik
2. **Nama Institusi and nama penyelidik:** Maznah Binti Ibrahim, Universiti Utara Malaysia
3. **Nama penaja:** Tiada Penajaan

4. Pengenalan:

Risalah ini menjelaskan hal-hal berkenaan penyelidikan tersebut dengan lebih mendalam dan terperinci. Amat penting anda memahami mengapa penyelidikan ini dilakukan dan apa yang dilakukan dalam penyelidikan ini. Sila ambil masa yang secukupnya untuk membaca dan mempertimbangkan dengan teliti penerangan yang diberi sebelum anda bersetuju untuk menyertai penyelidikan ini. Jika ada sebarang kemusykilan ataupun maklumat lanjut yang anda ingin tahu, anda boleh bertanya dengan mana-mana kakitangan yang terlibat dalam penyelidikan ini. Setelah anda berpuas hati bahawa anda memahami penyelidikan ini, dan anda berminat untuk turut serta, anda dikehendaki untuk menandatangani Borang Persetujuan atau Keizinan Peserta, pada muka surat akhir risalah ini.

Penyertaan anda dalam penyelidikan ini adalah secara sukarela. Anda tidak perlu menyertai penyelidikan ini jika anda tidak mahu. Anda juga mempunyai hak untuk tidak menjawab mana-mana soalan yang anda tidak mahu jawab. Anda juga boleh menarik diri daripada penyelidikan ini pada bila-bila masa sahaja. Jika anda menarik diri, segala maklumat yang telah diperolehi sebelum anda menarik diri tetap akan digunakan dalam penyelidikan ini. Jika anda tidak mahu menyertai ataupun menarik diri dari penyelidikan ini, tindakan anda tidak akan menjejaskan segala hak dan keistimewaan perubatan kesihatan yang selayaknya anda terima.

Penyelidikan ini telah mendapat kelulusan Jawatankuasa Etika dan Penyelidikan Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia pada 10 Februari 2020; NMRR-19-3598-50125 (IIR).

5. Apakah tujuan penyelidikan ini dilakukan?

Tujuan penyelidikan ini dilakukan adalah untuk meneroka pengalaman terapis dari kalangan Pegawai Psikologi KKM dalam proses membantu, tidak membantu, kesan membantu dan kesan tidak membantu dalam penggunaan alat seni kreatif Creative Expression-Body Map Emotion yang digunakan kepada kanak-kanak atau remaja yang ada mengalami simptom psikosomatik. Penyelidikan ini diperlukan kerana dapat memberikan pemahaman yang lebih lanjut berkenaan dengan masalah-masalah yang dihadapi oleh para perawat, terapis, ibu-bapa dan diri kanak-kanak atau remaja itu sendiri..

Penyelidikan ini akan berlangsung selama **12 bulan (01/03/2020 sehingga 09/02/2021) (dan disambung sehingga 9 Februari 2022)**. Dijangka bahawa **40** individu akan mengambil bahagian dalam kajian ini.

6. Apakah tanggungjawab saya sewaktu menyertai penyelidikan ini?

Amat penting anda menjawab kesemua soalan yang dikemukakan oleh penyelidik dengan jujur dan lengkap yang akan mengambil masa selama lebih kurang 60 minit. Anda akan ditemubual oleh penyelidik yang merangkumi soalan mengenai demografi, pengalaman berkaitan terapi seni kreatif, proses dan kesan membantu, proses dan kesan tidak membantu, kegunaan untuk mendeteksi punca simptom kesakitan fizikal dan cadangan lain berkaitan dengan penggunaan alat seni kreatif 'Creative Expression-Body Map Emotion' ini. Sekiranya terdapat maklumat baru berkaitan makluman dan kebenaran kajian ini, anda akan dimaklumkan dan pengkaji akan menghubungi anda untuk memberi kebenaran semula.

7. Apakah manfaatnya saya menyertai kajian ini?

Penyelidikan ini mungkin akan mendatangkan manfaat ataupun langsung tiada memberi apa-apa manfaat kepada anda. Segala maklumat yang diperolehi daripada penyelidikan ini akan dapat membantu pengkaji dalam menambah elemen keberkesanan latihan penggunaan alat seni kreatif dan pengurusan kesakitan psikosomatik oleh kakitangan KKM mahupun terapis di setting lain. Selain itu, sekiranya anda berminat, anda boleh mendapatkan atau mengetahui keputusan hasil kajian ini dengan cara menghubungi pengkaji mahupun mendapatkan artikel kajian yang diterbitkan yang akan diberitahu atau dimaklumkan anda.

8. Apakah risiko dan kesan-kesan sampingan menyertai penyelidikan ini?

Risiko untuk penyertaan penyelidikan ini yang adalah minima dan tidak akan menjejaskan perkhidmatan anda. Ini kerana tiada maklumat spesifik mengenai amalan atau kemahiran anda dalam mengendalikan kanak-kanak dan remaja yang akan dinilai atau dilaporkan kepada pihak atasan. Anda berhak untuk tidak menjawab jika rasa tidak selesa dengan mana-mana soalan kajian. Walaubagaimanapun, sekiranya terdapat kecederaan-berkait kajian (*study-related injuries*) kepada anda semasa tempoh kajian ini dilakukan, gantirugi berbentuk wang iaitu bil mendapatkan rawatan perubatan akan ditanggung oleh pihak penyelidik dengan anda mengemukakan resit bil kepada penyelidik.

9. Siapakah yang membiayai penyelidikan ini?

Kajian ini ditaja oleh penyelidik. Anda tidak akan dibayar untuk menyertai kajian ini.

10. Adakah maklumat saya akan dirahsiakan ?

Segala maklumat anda yang diperolehi dalam penyelidikan ini akan disimpan dan dikendalikan secara sulit, bersesuaian dengan peraturan-peraturan dan/ atau undang-undang yang berkenaan. Sekiranya hasil penyelidikan ini diterbitkan atau dibentangkan kepada orang ramai, identiti anda tidak akan didedahkan tanpa kebenaran anda terlebih dahulu.

Pihak-pihak tertentu seperti individu yang terlibat dalam penyelidikan ini, juruaudit dan jurupantau yang terlatih, pihak berkuasa kerajaan atau undang-undang, boleh memeriksa maklumat atau data kajian jika diperlukan.

Versi 2, bertarikh 31-Jan-2020

11. Siakah yang perlu saya hubungi sekiranya saya mempunyai sebarang pertanyaan?

Anda boleh menghubungi penyelidik Pn Maznah Ibrahim pada nombor telefon 019 – 970 6096 sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan mengenai penyelidikan ini atau apa-apa bantuan berkaitan selepas ini.

Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan berkaitan dengan hak-hak anda sebagai peserta dalam penyelidikan ini, sila hubungi: Setiausaha, Jawatankuasa Etika & Penyelidikan Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia, melalui talian telefon 03-3362 8407/8205/8888.



Versi 2, bertarikh 31-Jan-2020

BORANG PERSETUJUAN/ KEIZINAN PESERTA

Tajuk Penyelidikan : Penerokaan Pengalaman Terapis terhadap Penggunaan '*Creative Expressive – Body Map Emotion*' kepada Kanak-Kanak dan Remaja yang Mengalami Simptom Psikosomatik

Dengan menandatangani di bawah, saya mengesahkan bahawa :

- Saya telah diberi maklumat tentang penyelidikan di atas secara lisan dan bertulis dan saya telah membaca dan memahami segala maklumat yang diberikan dalam risalah ini.
- Saya telah diberikan masa yang secukupnya untuk mempertimbangkan penyertaan saya dalam penyelidikan ini dan telah diberi peluang untuk bertanyakan soalan dan semua persoalan saya telah dijawab dengan sempurna dan memuaskan.
- Saya juga faham bahawa penyertaan saya adalah secara sukarela dan pada bila-bila masa saya bebas menarik diri daripada penyelidikan ini tanpa harus memberi sebarang alasan dan ianya sama sekali tidak akan menjejaskan perkhidmatan saya pada masa akan datang. Saya tidak mengambil bahagian dalam mana-mana penyelidikan lain pada masa ini. Saya juga memahami tentang risiko dan manfaat penyelidikan ini dan saya secara sukarela memberi persetujuan untuk menyertai penyelidikan ini di bawah syarat-syarat yang telah dinyatakan di atas. Saya faham saya harus mematuhi nasihat dan arahan yang berkaitan dengan penyertaan saya dalam penyelidikan ini daripada penyelidik.
- Saya faham bahawa kakitangan penyelidikan, pemantau dan juruaudit terlatih, pihak penaja atau gabungannya, dan pihak berkuasa kerajaan atau undang-undang, mempunyai akses langsung dan boleh menyemak laporan perubatan saya bagi memastikan penyelidikan ini dijalankan dengan betul dan data direkodkan dengan betul. Segala maklumat dan data peribadi akan dianggap sebagai SULIT.
- Saya akan menerima satu salinan 'Risalah Maklumat Pesakit dan Borang Persetujuan atau Keizinan Pesakit' yang telah lengkap dengan tarikh dan tandatangan untuk dibawa pulang ke rumah.
- Saya bersetuju/ tidak bersetuju* untuk penyelidik memaklumkan penyertaan saya kepada ketua jabatan saya. (*Potong mana yang tidak berkenaan)

Subjek :

Tandatangan:

Nombor K/P:

Nama:

Tarikh :

Penyelidik yang mengendalikan proses menandatangani borang keizinan:

Tandatangan:

Nombor K/P:

Nama:

Tarikh :

Saksi tidak-berpihak/adil:

Tandatangan:

Nombor K/P:

Nama:

Tarikh :

Lampiran 6

Contoh Borang Persetujuan (Keizinan) Peserta yang Ditandatangani

Versi 2, bertarikh 31-Jan-2020

BORANG PERSETUJUAN/ KEIZINAN PESERTA

Tajuk Penyelidikan : Penerokaan Pengalaman Terapis terhadap Penggunaan '*Creative Expressive – Body Map Emotion*' kepada Kanak-Kanak dan Remaja yang Mengalami Simptom Psikomatik

Dengan menandatangani di bawah, saya mengesahkan bahawa :

- Saya telah diberi maklumat tentang penyelidikan di atas secara lisan dan bertulis dan saya telah membaca dan memahami segala maklumat yang diberikan dalam risalah ini.
- Saya telah diberikan masa yang secukupnya untuk mempertimbangkan penyertaan saya dalam penyelidikan ini dan telah diberi peluang untuk bertanya soalan dan semua persoalan saya telah dijawab dengan sempurna dan memuaskan.
- Saya juga faham bahawa penyertaan saya adalah secara sukarela dan pada bila-bila masa saya bebas menarik diri daripada penyelidikan ini tanpa harus memberi sebarang alasan dan ianya sama sekali tidak akan menjejaskan perkhidmatan saya pada masa akan datang. Saya tidak mengambil bahagian dalam mana-mana penyelidikan lain pada masa ini. Saya juga memahami tentang risiko dan manfaat penyelidikan ini dan saya secara sukarela memberi persetujuan untuk menyertai penyelidikan ini di bawah syarat-syarat yang telah dinyatakan di atas. Saya faham saya harus mematuhi nasihat dan arahan yang berkaitan dengan penyertaan saya dalam penyelidikan ini daripada penyelidik.
- Saya faham bahawa kakitangan penyelidikan, pemantau dan juruaudit terlatih, pihak penaja atau gabungannya, dan pihak berkuasa kerajaan atau undang-undang, mempunyai akses langsung dan boleh menyemak laporan perubahan saya bagi memastikan penyelidikan ini dijalankan dengan betul dan data direkodkan dengan betul. Segala maklumat dan data peribadi akan dianggap sebagai SULIT.
- Saya akan menerima satu salinan 'Risalah Maklumat Pesakit dan Borang Persetujuan atau Keizinan Pesakit' yang telah lengkap dengan tarikh dan tandatangan untuk dibawa pulang ke rumah.
- Saya bersetuju/ tidak bersetuju* untuk penyelidik memaklumkan penyertaan saya kepada ketua jabatan saya. (*Potong mana yang tidak berkenaan)

Subjek :

Tandatangan:

Nombor K/P: 870624-03-5716

Nama: JAMILAH BINTI ABDUL WAHAB

Tarikh: 31 JANUARI

Penyelidik yang mengendalikan proses menandatangani borang keizinan:

Tandatangan:

Nombor K/P:

Nama:

Tarikh:

Saksi tidak-berpihak/adil:

Tandatangan:

Nombor K/P:

Nama:

Tarikh:

Lampiran 7

Protokol Temubual Separa Berstruktur bagi Peserta Penyelidikan

Versi 2, Bertarikh 31 Januari 2020

Lampiran B: Protokol Temubual Mendalam

PROTOKOL TEMUBUAL SEPARA BERSTRUKTUR (Melalui temubual melalui telefon atau bersemuka)

1) DEMOGRAFI TERAPIS

1. Kod:
2. Umur:
3. Kelayakan Akademik :
4. Pengalaman Bekerja Kaunseling :
5. Bilangan tahun di KKM :
6. Penempatan Bertugas di KKM Sekarang:

2) PENGALAMAN BERKAITAN TERAPI SENI KREATIF

7. Apakah jenis seni kreatif atau terapi seni yang digunakan setakat ini dengan kanak-kanak dan remaja? (cth: Terapi Permainan (*Play Therapy*), Terapi Seni (*Art Therapy*), Terapi Kreatif (*Creative Therapy*), Terapi Ekspresif (*Expressive Therapy*), Terapi Pasir (*Sand Therapy*), Terapi Pergerakan dan Muzik (*Dance & Movement Therapy*))

8. Apakah jenis latihan atau kursus yang berkaitan dengan pengalaman anda menggunakan terapi seni kreatif seperti di atas?

9. Bagaimana anda boleh berminat dalam menggunakan pendekatan seni di atas?

10. Berapa lama anda telah gunakan pendekatan tersebut di atas dalam terapi dengan kanak-kanak dan remaja ini.

11. Pendekatan ini anda terpengaruh dari siapa? (Cth *scholar* barat atau di Malaysia)

12. Apa jenis material yang anda gunakan di dalam terapi?

13. Untuk isu apa yang membuatkan anda gunakan pendekatan tersebut di atas?

14. Berapa kerapkah anda menghadapi klien kanak-kanak, remaja yang alami simptom psikosomatik, atau *convergent disorder* atau *somatoform disorder* atau yang '*unexplained medical symptom*' di sepanjang kerja anda setakat ini?

15. Cuba anda terangkan bagaimana anda mengendalikan klien kanak-kanak dan remaja jenis tersebut di atas, dan berapa lama masa anda ambil untuk selesaikan kes sebegitu.

3) PROSES DAN KESAN YANG MEMBANTU

16. Apakah momen atau peristiwa yang membantu anda apabila menggunakan alatan '*Body Map Emotion*' untuk klien kanak-kanak/remaja anda yang ada simptom psikosomatik. - Apa sahaja. Jelaskan dari perspektif pengalaman anda.

17. Apa faktor yang meningkatkan atau menyebabkan ia membantu proses terapi anda. Jelaskan dengan lebih lanjut dari perspektif anda.

18. Apakah kesan atau hasil yang anda dapati membantu apabila menggunakan alatan '*Body Map Emotion*' ini semasa proses terapi yang anda laksanakan. Jelaskan dari perspektif pengalaman anda, dengan lebih lanjut.

4) PROSES DAN KESAN TIDAK MEMBANTU

19. Apakah momen atau peristiwa yang anda dapati tidak membantu, dalam penggunaan alatan '*Body Map Emotion*' untuk klien kanak-kanak/remaja anda yang ada simptom psikosomatik. - Apa sahaja. Jelaskan dari perspektif pengalaman anda.

20. Apa faktor yang menghalang anda dalam menggunakan alatan ini, Jelaskan lebih lanjut.

21. Bagaimana anda kendalikan saat atau ketika ia tidak membantu. Apa yang anda lakukan? Apa yang berlaku setelah anda lakukan itu.

22. Apakah terdapat sebarang kesan atau hasil yang tidak membantu dari penggunaan alatan '*Body Map Emotion*' ini semasa proses terapi yang anda laksanakan? Jelaskan dari perspektif pengalaman anda, dengan lebih lanjut.

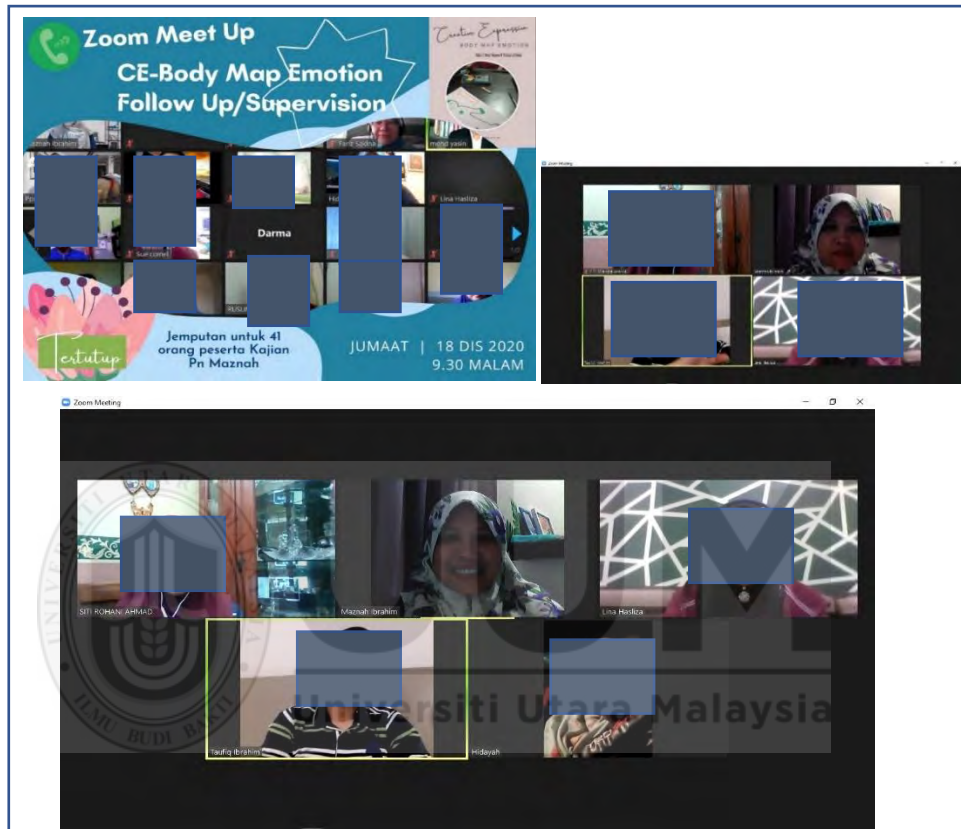
5) LAIN LAIN ASPEK TAMBAHAN

23. Aspek mana yang anda dapati boleh diperbaiki dan dikembangkan lagi untuk aspek penggunaan alatan '*Body Map Emotion*' ini?

24. Anda ada apa-apa nak tambah lagi?

Lampiran 8

Sesi Refleksi Berkumpulan Para Peserta



Lampiran 9

Kelulusan Etika Penyelidikan oleh MREC, NMRR, KKM

	JAWATANKUASA ETIKA & PENYELIDIKAN PERUBATAN (MEDICAL RESEARCH & ETHICS COMMITTEE) KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA Kompleks Institut Kesihatan Negara (NIH) No.1, Jalan Setia Murni U13/52, Seksyen U13 Bandar Setia Alam, 40170 Shah Alam, Selangor.	 Tel.: +(6)03-33628888/ 33628205
		Ref. : KKM/NIHSEC/P20-37(12) Date : 10-February-2020
MAZNAH IBRAHIM UNIVERSITI UTARA MALAYSIA (UUM)		
Dear Dato'/ Dr/ Sir/ Madam,		
<u>LETTER OF ETHICAL APPROVAL:</u>		
NMRR-19-3598-50125 (IIR) PENEROKAAN PENGALAMAN TERAPIS TERHADAP PENGGUNAAN 'CREATIVE EXPRESSIVE-BODY MAP EMOTION' KEPADA KANAK-KANAK DAN REMAJA YANG MENGALAMI SIMPTOM PSIKOSOMATIK		
This letter is made in reference to the matter above.		
2. The Medical Research and Ethics Committee (MREC), Ministry of Health Malaysia (MOH) has provided ethical approval for this study. Please take note that all records and data are to be kept strictly CONFIDENTIAL and can only be used for the purpose of this study. All precautions are taken to maintain data confidentiality. Permission from the District Health Officer / Hospital Administrator/ Hospital Director and all relevant heads of departments /units where the study will be carried out must be obtained prior to the study. You are required to follow and comply with their decision and all other relevant regulations including the Access to the Biological and Benefit Sharing Act 2017.		
3. The investigators and sites involved in this study are:		
<u>Bahagian Khidmat Pengurusan, Kementerian Kesihatan Malaysia</u> Maznah Ibrahim (Principal / Coordinating Investigator)		
4. The following study documents have been received and reviewed with reference to the above study:		
Documents received and reviewed with reference to the above study: 1. Cover letter to MREC (Version 2, dated 31-01-2020) 2. Declaration of Conflict of Interest (COI) (Version 1, dated 27-12-2019) 3. Protocol (Version 2, dated 31-01-2020) 4. Malay: Patient Information Sheet/ Informed Consent Form (Version 2, dated 31-01-2020) 5. Questionnaire (Version 2, dated 31-01-2020) 6. Follow-up Review Report (Version 1, dated 31-01-2020) 7. IA-HOD-IA and CV of: • Maznah Ibrahim		
.../2-		

Ref : KKM/NIHSEC/P20-37(12)

5. Please note that the approval is valid until **09-February-2021**. The following are to be reported upon receiving ethical approval. Required forms can be obtained from the Medical Research Ethics Committee (MREC) website (<http://www.nih.gov.my/mrec>).

- i. **Continuing Review Form** has to be submitted to MREC within 2 months (60 days) prior to the expiry of ethical approval.
- ii. **Study Final Report** upon study completion to the MREC.
- iii. Ethical approval is required in the case of **amendments/ changes** to the **study documents/ study sites/ study team**. MREC reserves the right to withdraw ethical approval if changes to study documents are not completely declared.
- iv. **Applicable for Clinical interventional Studies only:** Report occurrences of **all Serious Adverse Events (SAEs), Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction (SUSARs)** and **Protocol Deviation/Violation** at all MREC approved sites to MREC. SAEs are to be reported within 15 calendar days from awareness of event by investigator. Initial report of SUSARs are to be reported as soon as possible but not later than 7 calendar days from awareness of event by investigator, followed by a complete report within 8 additional calendar days.

6. There will be **40 subjects/ patients/ respondents** targeted to be enrolled in this study within Malaysia.

7. Please take note that the reference number of this letter must be stated in all future correspondence related to this study to facilitate the administrative processes.

Project Sites:

BAHAGIAN KHIDMAT PENGURUSAN, KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Decision by Medical Research & Ethics Committee:

(☒) Approved
(☐) Disapproved

Date of Approval : **10-February-2020**


DR. H.J.H. SALINA BINTI ABDUL AZIZ
Chairperson
Medical Research & Ethics Committee
Ministry of Health Malaysia
(MMC No: 27117)

CMMREC_Share\Approval 2020\Expedited by Primary Reviewer\February 2020\50125

Lampiran 10

Kelulusan Lanjutan Etika Penyelidikan oleh MREC, NMRR, KKM

	JAWATANKUASA ETIKA & PENYELIDIKAN PERUBATAN (Medical Research & Ethics Committee) KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA d/a Kompleks Institut Kesihatan Negara Blok A, No 1, Jalan Setia Murni U13/52, Seksyen U13, Bandar Setia Alam, 40170 Shah Alam, Selangor.	
		Tel: 03-3362 8888/8205
Ruj.Kami: KKM/NIHSEC/ P20-37 Tarikh: 05-January-2021		
PUAN MAZNAH IBRAHIM UNIVERSITI UTARA MALAYSIA (UUM)		
Dato'/ Tuan/ Puan,		
<u>Annual Ethical Renewal for 2021</u>		
<u>NMRR-19-3598-50125 (IIR)</u>		
<u>Protocol No.:</u>		
PENEROKAAN PENGALAMAN TERAPIS TERHADAP PENGGUNAAN 'CREATIVE EXPRESSIVE-BODY MAP EMOTION' KEPADA KANAK-KANAK DAN REMAJA YANG MENGALAMI SIMPTOM PSIKOSOMATIK		
With reference to the 'Continuing Review Form' submitted 22-December-2020, we are pleased to inform that the conduct of the above study has been granted approval (via Expedited Review by Chairperson) for a year by the Medical Research & Ethics Committee, Ministry of Health Malaysia. To renew the approval, a completed 'Continuing Review Form' has to be submitted to MREC <u>within 2 months</u> before the expiry of the approval. The Medical Research & Ethics Committee, Ministry of Health Malaysia operates in accordance to The International Council for Harmonization of Technical Requirement for Pharmaceutical for Human Use (ICH) dan Malaysia Guidelines for Good Clinical Practice. Effective date: 10-February-2021 Until 9-February-2022 Comments (if any): NIL		
"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"		
Yours sincerely,		
		

(DR HJH SALINA ABDUL AZIZ) Chairman Medical Research & Ethics Committee Ministry of Health Malaysia		

Lampiran 11
Surat Pengesahan Penamatan Penyelidikan dari MREC, NMRR,
KKM

	JAWATANKUASA ETIKA & PENYELIDIKAN PERUBATAN (Medical Research & Ethics Committee) KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA d/a Kompleks Institut Kesihatan Negara Blok A, No 1, Jalan Setia Murni U13/52, Seksyen U13, Bandar Setia Alam, 40170 Shah Alam, Selangor.	
		Tel: 03-3362 8888/8205
Ruj.Kami: KKM/NIHSEC/ P20-37 Tarikh: 03-January-2022		
PUAN MAZNAH IBRAHIM UNIVERSITI UTARA MALAYSIA (UUM)		
Dato'/ Tuan/ Puan,		
<u>NMRR-19-3598-50125 (IIR)</u> <u>Protocol No :</u> PENEROKAAN PENGALAMAN TERAPIS TERHADAP PENGGUNAAN 'CREATIVE EXPRESSIVE- BODY MAP EMOTION' KEPADA KANAK-KANAK DAN REMAJA YANG MENGALAMI SIMPTOM PSIKOSOMATIK		
Dengan hormatnya perkara di atas adalah dirujuk.		
2. Jawatankuasa Etika & Penyelidikan Perubatan (JEPP), Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) telah menerima borang " <i>Study Final Report</i> " penyelidikan Dato'/ Tuan / Puan pada 17-December-2021. Pihak JEPP mengambil maklum bahawa kajian ini telah tamat dan tiada maklumat tambahan diperlukan.		
3. Sekiranya kajian tuan/puan melibatkan penyelidikan klinikal, diingatkan supaya akur dengan " <i>Malaysia Guidelines for Good Clinical Practice</i> " 4.9.5 di mana tuan/puan perlu menyimpan semua dokumen-dokumen berkenaan dengan kajian ini untuk tempoh sekurang-kurangnya 2 tahun dari kelulusan permohonan pemasaran di rantau ICH atau seperti yang di nyatakan di dalam protocol yang mana tempoh lebih lama untuk tujuan pemantauan oleh pihak JEPP.		
4. Pihak JEPP beroperasi selaras dengan <i>The International Council for Harmonization of Technical Requirement for Pharmaceutical for Human Use (ICH)</i> dan <i>Malaysia Guidelines for Good Clinical Practice</i> .		
"WAWASAN KEMAKMURAN BERSAMA 2030"		
"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"		
Saya yang menjalankan amanah,		
		
----- (DR H.J. SALINA ABDUL AZIZ) Pengerusi Jawatankuasa Etika & Penyelidikan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia		

Lampiran 12

Borang Persetujuan Penyelidik dan Kebenaran Ketua Jabatan dan Pengarah Organisasi (UUM)

Ver 3.0 September 2014
NMRR/FORM/IAHODIA

INVESTIGATOR'S AGREEMENT, HEAD OF DEPARTMENT AND ORGANISATIONAL / INSTITUTIONAL APPROVAL
PERSETUJUAN PENYELIDIK DAN KEBENARAN KETUA JABATAN DAN PENGARAH ORGANISASI/INSTITUSI

This document is intended for online submission for formal research registration. It is issued as the Investigator's Agreement to participate in the research as well as the investigator's **Head of Department and Director's Approval**. Please upload this document in the required section in NMRR upon completion.

****Note:** This form is NOT to be used for obtaining permission to conduct the research at the named / selected study site(s).

Dokumen ini adalah untuk penghantaran 'online' mengikut prosedur rasmi pendaftaran penyelidikan. Borang ini dikeluarkan sebagai pengakuan penyelidik untuk menjalankan penyelidikan dan persetujuan serta kebenaran daripada **Ketua Jabatan dan Pengarah masing-masing**. Sila lengkapkan borang ini dan memuat naik ke dalam sistem NMRR di seksyen yang telah ditetapkan.

****Nota :** Borang ini BUKAN digunakan untuk tujuan mendapatkan keizinan untuk menjalankan penyelidikan di lokasi kajian yang dipilih.

Research Title [Tajuk Penyelidikan]	PENEROKAAN PENGALAMAN TERAPIS TERHADAP PENGGUNAAN 'CREATIVE EXPRESSIVE-BODY MAP EMOTION' KEPADA KANAK-KANAK DAN REMAJA YANG MENGALAMI PSIKOSOMATIK		
Research ID [Nombor Pendaftaran]	50125	Protocol Number (if available) [Nombor Protokol (jika ada)]	

INVESTIGATOR'S AGREEMENT (PERSETUJUAN PENYELIDIK)

I have understood the above mentioned proposed research and I agree to participate as an investigator and being responsible to conduct the research.

Saya faham atas cadangan penyelidikan di atas dan bersetuju untuk mengambil bahagian serta bertanggungjawab untuk melaksanakan penyelidikan tersebut.

Name [Nama]	Maznah Ibrahim
IC number [Nombor K/P]	800906145632
Institute [Institusi]	UNIVERSITI UTARA MALAYSIA (UUM)

Signature and Official stamp
[Tandatangan dan Cop Rasmi]

Date [Tarikh]

01/12/2019

HEAD OF DEPARTMENT AGREEMENT (PERSETUJUAN KETUA JABATAN/ PENYELIA PHD)

I agree to allow the above named investigator to conduct the above titled research.

Saya bersetuju dan membenarkan pegawai seperti bernama di atas untuk menjadi penyelidik di dalam projek penyelidikan tersebut di atas.

Name of Head : [Nama Ketua Jabatan]	DR. AZIZAH RT ABDULLAH
Signature and Official stamp [Tandatangan dan Cop Rasmi]	Pensyarah Kanan Pusat Pengajian Pendidikan dan Bahasa Melayu UUM College of Arts and Sciences Universiti Utara Malaysia
Date [Tarikh]	1/12/2019

ORGANISATIONAL / INSTITUTIONAL APPROVAL (KEBENARAN ORGANISASI / INSTITUSI)

I acknowledge and approve the named officer to conduct the above titled research.

Saya mengesahkan dan mengambil maklum penglibatan pegawai ini di dalam penyelidikan tersebut.

Name of Director [Nama Pengarah]	
Signature and Official stamp [Tandatangan dan Cop Rasmi]	ASSOC. PROF DR. SARIMAH BINTI SHAM ABDULLAH Deputy Dean School of Education and Modern Languages College of Arts and Sciences Universiti Utara Malaysia
Date [Tarikh]	

This is computer generated. Borang ini adalah cetakan komputer.
[50125/23618/100066]

SECTION 2.0: CONFLICT OF INTEREST INFORMATION

2.1 Instruction: Please read each of the statements below and mark/tick (✓) in the appropriate column
Please note that the statements below are relevant to/applicable to include your study team members (Principal/Coordinating Investigator, Principal Investigator at the Site and Co/Sub Investigator at the Site), your spouse and each dependent child.

Nature of Interest	YES	NO	If YES, please describe/ explain your plan for reducing or eliminating the potential conflict of interest : (note: MREC may recommend other conditions if such condition will eliminate, reduce or manage the conflict of interest/s)
Financial arrangement / anticipated compensation/ employment by the sponsor or product manufacturer		/	
Proprietary interest (e.g. trademark, copyright, licensing agreement, royalty payment or compensation tied to sales of the product)		/	
Equity interest in the product manufacturer/ any commercial organisation being involved in this research (e.g. ownership interest, stock options or other financial interest)		/	
Any significant payment of other sorts from the sponsor or product manufacturer to support activities of the investigators (exclusive of the cost of conducting the clinical study/research)		/	

Universiti Utara Malaysia

SECTION 3.0 DECLARATION BY PRINCIPAL/ COORDINATING INVESTIGATOR

I certify that the responses to the statements above are accurate and complete and that my responses constitute a full disclosure of any conflicting interest/s and activities that may affect the integrity of the research or the rights, safety and welfare of human subjects.

I will promptly disclose to MREC any significant new information which would cause the answers to the above statements to change during the course of the study.

Important note: Please note that the terms "I" and "my" include your study team members (Principal/Coordinating Investigator, Principal Investigator at the Site and Co/Sub Investigator at the Site), your spouse and each dependent child

Signature : <i>Maznah</i>	Date: 27/12/2019
Name :Maznah Ibrahim	Designation: Principal Investigator



UUM
Universiti Utara Malaysia

Lampiran 14

Borang Maklumbalas Penyelidik kepada Jawatankuasa

Penyelidikan Perubatan (NMRR) KKM Sebelum Kelulusan

Penyelidikan Diterima

Worksheet Follow-up Review Report		
<i>(This follow-up review report must be completed based on list of modification or clarifications requested by MREC at the initial review or the previous follow-up review. The list is to be submitted by MREC Secretariat to the investigator and reviewer)</i>		
DETAILS OF STUDY (To be completed by MREC Secretariat)		
NMRR ID	NMRR-19-3598-50125	
Study protocol title	Penerokaan Pengalaman Terapis Terhadap Penggunaan 'Creative Expressive-Body Map Emotion' Kepada Kanak-Kanak Dan Remaja Yang Mengalami Simptom Psikomatik	
Principal investigator	Maznah Ibrahim	
Type of study document(s)		
Date of initial review		
ASSESSMENT OF INVESTIGATOR'S RESPONSE TO COMMENTS FROM INITIAL REVIEW OR PREVIOUS FOLLOW-UP REVIEW:		
MREC Instructions (To be completed by MREC Secretariat)	Investigator's Response (To be completed by Investigator)	Reviewer Comments (To be completed by Reviewer)
1.0 Protocol		
1.1 The literature review needs to be strengthened. - Please add the literature review for a brief introduction and the effectiveness of the tool "Creative Expressive-Body Map Emotion" in helping children or teenager in psychosomatic disorders. - References list is not available.	Keseluruhan sorotan literatur kajian telah dimasukkan iaitu di dalam Dokumen Protokol, mukasurat 24-60. Manakala mukasurat 35-48 adalah literatur kajian bagi tool 'Body Map Emotion'. Senarai rujukan juga telah dimasukkan di akhir dokumen protokol.	
1.2 Add an explanation on the societal value or beneficial outcome of the study. - How would the results of this study help therapist in the future? Will it help the process during therapy sessions?	Signifikasi kajian dan manfaat kepada pelbagai lapisan telah dimasukkan. Ia di mukasurat 17-20 (Dokumen Protokol). Benar, kajian ini akan banyak membantu para terapis sendiri dalam menyediakan diri agar dapat membantu proses terapi serta menjadikan proses terapi itu berkesan apabila menggunakan alatan seni kreatif sebagai alat bantu terapi bersama kanak-kanak dan remaja yang mengalami simptom psikomatik.	

ASSESSMENT OF INVESTIGATOR'S RESPONSE TO COMMENTS FROM INITIAL REVIEW OR PREVIOUS FOLLOW-UP REVIEW:		
MREC Instructions (To be completed by MREC Secretariat)	Investigator's Response (To be completed by Investigator)	Reviewer Comments (To be completed by Reviewer)
	*Definisi terma juga dimasukkan ke dalam dokumen protokol mukasurat 21-22	
1.3 Add the study objective(s) clearly. - How would the results of this study help therapist in the future? Will it help the process during therapy sessions?	Objektif Umum telah ditambah di dalam mukasurat 13 (Dokumen Protokol) . Walau bagaimanapun, 7 objektif khusus telah dikekalkan.	
1.4 Clarify the study design including all procedures appropriate. - Many questions in the questionnaire appears to be suited more for quantitative study than qualitative study. These questions were close-ended and most likely answers will be simple and objective.	Rekabentuk kajian adalah kualitatif berpendekatan teori asas (<i>Grounded Theory</i>) bagi menghasilkan satu konseptual baru dalam aspek latihan menggunakan alatan seni kreatif - proses membantu dan tidak membantu, kesan membantu tidak membantu menggunakan alatan 'Body Map Emotion'. (pg. 64-65 – yellow highlighted) Soalan temubual berstruktur adalah amat spesifik kerana ia bakal menjawab 7 persoalan kajian dan 7 objektif kajian yang juga amat spesifik. Walaupun bagaimanapun, Soalan 16-22 di dalam Lampiran B: Protokol Temubual Mendalam telah diperbaiki dan hanya menggunakan soalan 'Apa' dan 'Bagaimana'. Definisi Terma bagi proses membantu, tidak membantu dan kesan membantu dan tidak membantu terdapat di mukasurat 21-22 Dokumen Protokol.	
1.5 Provide the statistical plan and methods for data analysis. - In methodology, explanation is needed for thematic analysis or coding.	Perancangan bagi analisis data deskriptif temubual dimasukkan ke dalam mukasurat 76, Dokumen Protokol .	

ASSESSMENT OF INVESTIGATOR'S RESPONSE TO COMMENTS FROM INITIAL REVIEW OR PREVIOUS FOLLOW-UP REVIEW:		
MREC Instructions (To be completed by MREC Secretariat)	Investigator's Response (To be completed by Investigator)	Reviewer Comments (To be completed by Reviewer)
2.0 Patient Information Sheet (PIS) and Informed Consent Form (ICF)		
2.1 Add information if there is any compensation and/or treatment in the event of study-related injuries.	Gantirugi sekiranya terdapat sebarang kecederaan kepada peserta kajian telah dimasukkan ke dalam PIS – <i>blue highlighted</i> .	
2.2 Add information if subjects will be informed of the study findings.	Makluman bagi hasil kajian kepada para peserta kajian juga telah dimasukkan ke dalam dokumen PIS - <i>blue highlighted</i> .	

OTHER COMMENTS (if any):

COMMENTS AND RECOMMENDATIONS: (To be completed by reviewer)		
Comments:		
Recommended decision (select (✓) one)	Approve	
	Defer approval until next follow-up review	
	Defer decision to full board meeting	
	Reject	

Name of Primary Reviewer	
Signature of Primary Reviewer	
Date present follow-up review completed	

Before you submit, please make sure:

- You have indicated and highlighted the changes made as per MREC comments in the revised document.
- Please number the page on your protocol and change the current version number. Date must be after the date of comment letter.
- Completed the section on “Investigator’s Response” in the Worksheet Follow-up Review Report.
- Please indicate page number, para and also cut paste the changes made to ease review process.
- Please upload the revised documents into NMRR System: www.nmrr.gov.my (**FOLLOW UP REVIEW REPORT DOCUMENT in Word Format; All others in PDF Format**).
- Please don’t omit any response.



Lampiran 15
Surat Jawapan Kebenaran Menjalankan Penyelidikan dari Ketua
Profesyen Pegawai Psikologi KKM

	PUSAT PENGAJIAN PENDIDIKAN DAN BAHASA MODEN SCHOOL OF EDUCATION AND MODERN LANGUAGES College of Art and Sciences Universiti Utara Malaysia 06010 UUM SINTOK KEDAH DARULAMAN MALAYSIA	 Tel: 604-928 5381 Faks (Fax): 604-928 5382 Laman Web (Web): www.seml.uum.edu.my
---	---	---

UUM/CAS/SEML/P-74/8
18 November 2019

Puan Ruhana Mahmod
Ketua Profesyen Pegawai Psikologi Kaunseling
Unit Psikologi Kaunseling
Hospital Kuala Lumpur
Faks : 03-26155971

Assalamualaikum wbt.
Yang Berbahagia Puan,

MEMOHON KEBENARAN UNTUK MELAKSANAKAN PENYELIDIKAN PERINGKAT Ph.D YANG MELIBATKAN
PEGAWAI PSIKOLOGI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Dengan segala hormatnya perkara di atas adalah dirujuk.

2. Sukacita dimaklumkan bahawa pelajar ini, **Puan Maznah Binti Ibrahim (No Matrik)** adalah merupakan pelajar peringkat Doktor Falsafah di Universiti Utara Malaysia (UUM), bermula 9 Januari 2019 di Pusat Pengajian Pendidikan dan Bahasa Moden, UUM. Pelajar ini yang merupakan pelajar seliaan saya dalam bidang 'Creative Art Therapy', telah selamat menjalani sesi pertahanan proposal beliau **pada 15 Oktober 2019 dengan kelulusan dan pembetulan minor.**

3. Maka pelajar ini memerlukan kebenaran, sokongan dan kelulusan dari pihak puan selaku Ketua Profesyen bagi peringkat seterusnya iaitu :

i) Melaksanakan latihan 1 hari kepada 40 Pegawai Psikologi KKM yang telah berkhidmat sekurang-kurangnya 3 tahun di fasiliti KKM dan berminat untuk mendalami dan menggunakan alatan 'Creative Expressive - Body Map Emotion' kepada klien kanak-kanak dan remaja yang mengalami simptom psikosomatik;

ii) Menemubual secara bersemuka Pegawai Psikologi terbabit sebagai peserta kajian bagi menjawab 7 persoalan kajian berkaitan proses dan kesan membantu dan tidak membantu menggunakan alatan tersebut.

4. Hasil penyelidikan ini akhirnya akan membantu pelajar ini untuk membina satu garis panduan khusus bagi kakitangan kesihatan dalam pengurusan simptom psikosomatik kanak-kanak dan remaja yang hadir ke fasiliti kesihatan, serta pengurusan simptom di setting sekolah, insitusi, pusat dan NGO. Kertas kerja ringkas adalah seperti di Lampiran.

*- permohonan dibekalkan
untuk bekerjasama dengan
PSIKEM bagi pengendalian
program (kajian ini)
22/11/2019*

RUHANA MAHMOD
Ketua Unit
Unit Psikologi Kaunseling
Hospital Kuala Lumpur

Universiti Pengurusan Terkemuka
The Eminent Management University

Lampiran 16

Contoh Surat Pelantikan Pakar Penilai Protokol Temubual Penyelidikan Kualitatif

	PUSAT PENGAJIAN PENDIDIKAN SCHOOL OF EDUCATION College of Art and Sciences Universiti Utara Malaysia 06010 UUM SINTOK KEDAH DARUL AMAN MALAYSIA	 Tel: 604 - 928 5381 Faks (Fax): 604 - 928 5382 Laman Web (Web): www.cas.uum.edu.my
---	--	---

No. Rujukan : UUM/CAS/SEML/PGR-AAMI (5)
Tarikh : 15 Februari 2022

Profesor Dr. Ruhani Mat Min
Jabatan Kaunseling & Psikologi
Fakulti Perniagaan Ekonomi & Pembangunan Sosial
Universiti Malaysia Terengganu
21300 Kuala Terengganu,
Terengganu

Y.Bhg. Prof.,

**PELANTIKAN SEBAGAI PANEL PAKAR PENILAI PROTOKOL TEMUBUAL UNTUK
KAJIAN PENYELIDIKAN TESIS DOKTOR FALSAFAH**

Dengan segala hormatnya saya merujuk kepada perkara di atas.

2. Untuk makluman Y.Bhg. Prof., pelajar pascasiswazah, Fakulti Pengajian Pendidikan, MAZNAH BINTI IBRAHIM, GS 903739 sedang menjalankan kajian bertajuk **'Penerokaan Pengalaman Terapis Terhadap Penggunaan *Creative Expressive-Bodily Maps of Emotions (CE-BME)* kepada Kanak-kanak dan Remaja dalam Psikoterapi Kesihatan Mental'**. Untuk menjayakan kajian tersebut, beliau memerlukan pakar penyelidik kajian kualitatif untuk menilai protokol temubual kajian beliau.

3. Sehubungan itu, pihak fakulti mempercayai kredibiliti dan keupayaan Y.Bhg. Prof. dalam bidang ini, dan berbesar hati melantik Y.Bhg. Prof. selaku penyelidik universiti yang berkecayaan dalam metod penyelidikan kualitatif secara 'grounded theory' ini.

4. Kerjasama dan pertimbangan dari pihak Y.Bhg. Prof. amatlah dihargai dan didahului dengan ucapan ribuan terima kasih.

Sekian.

"KEDAH SEJAHTERA – NIKMAT UNTUK SEMUA"
"ILMU BUDI BAKTI"

Saya yang menjalankan amanah



DR AZIZAH ABDULLAH
Pensyarah Kanan & Penyelia Penyelidikan Phd

Universiti Pengurusan Terkemuka
The Eminent Management University





PUSAT PENGAJIAN PENDIDIKAN
SCHOOL OF EDUCATION
College of Art and Sciences
Universiti Utara Malaysia
06010 UUM SINTOK
KEDAH DARUL AMAN
MALAYSIA



Tel: 604 - 928 5381
Faks (Fax): 604 - 928 5382
Laman Web (Web): www.cas.uum.edu.my

No. Rujukan : UUM/CAS/SEML/PGR-AAMI (4)

Tarikh : 15 Februari 2022

Dr. Najah Nadiyah Binti Amran
Pensyarah Universiti
Pusat Kajian Al-Quran & Al-Sunnah
Fakulti Pengajian Islam,
Universiti Kebangsaan Malaysia,
43000 Bangi
Selangor Darul Ehsan

Y.Bhg. Dr.,

**PELANTIKAN SEBAGAI PANEL PAKAR PENILAI PROTOKOL TEMUBUAL UNTUK
KAJIAN PENYELIDIKAN TESIS DOKTOR FALSFAH**

Dengan segala hormatnya saya merujuk kepada perkara di atas.

2. Untuk makluman Y.Bhg. Dr., pelajar pascasiswazah, Fakulti Pengajian Pendidikan, **MAZNAH BINTI IBRAHIM, GS 903739** sedang menjalankan kajian bertajuk '**Penerokaan Pengalaman Terapis Terhadap Penggunaan *Creative Expressive-Bodily Maps of Emotions (CE-BME)* kepada Kanak-kanak dan Remaja dalam Psikoterapi Kesihatan Mental**'. Untuk menjayakan kajian tersebut, beliau memerlukan pakar penyelidik kajian kualitatif untuk menilai protokol temubual kajian beliau.

3. Sehubungan itu, pihak fakulti mempercayai kredibiliti dan keupayaan Y.Bhg. Dr. dalam bidang ini, dan berbesar hati melantik Y.Bhg. Dr. selaku penyelidik universiti yang berkecualan dalam metod penyelidikan kualitatif secara 'grounded theory' ini.

4. Kerjasama dan pertimbangan dari pihak Y.Bhg. Dr. amatlah dihargai dan didahului dengan ucapan ribuan terima kasih.

Sekian.

"KEDAH SEJAHTERA – NIKMAT UNTUK SEMUA"
"ILMU BUDI BAKTI"

Saya yang menjalankan amanah

DR AZIZAH ABDULLAH
Pensyarah Kanan & Penyelidik Penyelidikan Phd

Universiti Pengurusan Terkemuka
The Eminent Management University



Lampiran 17

Contoh Semakan dari Pakar Penilai Protokol Temubual Penyelidikan Kualitatif

Versi 2, Bertarikh 31 Januari 2020

Lampiran B: Protokol Temubual Mendalam

PROTOKOL TEMUBUAL SEPARA BERSTRUKTUR (Melalui temubual melalui telefon atau bersemuka)

Keseluruhan soalan terlalu banyak dan memenatkan Peserta Kajian ...

Saya jangkaan 2 jam/2 jam setengah

Skrip Pengenalan diri dan maklumat kerahsiaan/etika hendaklah dinyatakan

Begitu juga maklumat meminta kebenaran untuk rakaman semasa temubual semuka/telefon

1) DEMOGRAFI TERAPIS

1. Kod:
2. Umur:
3. Kelayakan Akademik :
4. Pengalaman Bekerja Kaunseling :
5. Bilangan tahun di KKM :
6. Penempatan Bertugas di KKM Sekarang:

Mungkin soalan ini perlu disawalkan

2) PENGALAMAN BERKAITAN TERAPI SENI KREATIF

7. Apakah jenis seni kreatif atau terapi seni yang digunakan setakat ini dengan kanak-kanak dan remaja? (cth: Terapi Permainan (*Play Therapy*), Terapi Seni (*Art Therapy*), Terapi Kreatif (*Creative Therapy*), Terapi Ekspresif (*Expressive Therapy*), Terapi Pasir (*Sand Therapy*), Terapi Pergerakan dan Muzik (*Dance & Movement Therapy*))

Bolehkah Tuan/puan kongsi jenis terapi seni/kreatif yang Tuan/puan gunakan dengan klien kanak-kanak dan remaja?

8. Apakah jenis latihan atau kursus yang berkaitan dengan pengalaman anda menggunakan terapi seni kreatif seperti di atas?

Bagaimanakah Tuan/puan boleh berminat dengan terapi ini dan dari Manakala Tuan/puan mendapat latihan?

9. Bagaimana anda boleh berminat dalam menggunakan pendekatan seni di atas?

10. Berapa lama anda telah gunakan pendekatan tersebut di atas dalam terapi dengan kanak-kanak dan remaja ini.

Jika ada tokoh atau sesiapa yang Tuan/puan boleh namakan yang membuatkan Tuan/puan menggunakan terapi ini?

11. Pendekatan ini anda terpengaruh dari siapa? (Cth *scholar* barat atau di Malaysia)

12. Apa jenis material yang anda gunakan di dalam terapi?

13. Untuk isu apa yang membuatkan anda gunakan pendekatan tersebut di atas?

14. Berapa kerapkah anda menghadapi klien kanak-kanak, remaja yang alami simptom psikosomatik, atau *convergent disorder* atau *somatoform disorder* atau yang '*unexplained medical symptom*' di sepanjang kerja anda setakat ini?

15. Cuba anda terangkan bagaimana anda mengendalikan klien kanak-kanak dan remaja jenis tersebut di atas, dan berapa lama masa anda ambil untuk selesaikan kes sebegitu.

3) PROSES DAN KESAN YANG MEMBANTU

16. Apakah momen atau peristiwa yang membantu anda apabila menggunakan alatan 'Body Map Emotion' untuk klien kanak-kanak/remaja anda yang ada simptom psikosomatik. ~~Apa sahaja. Jelaskan dari perspektif pengalaman anda.~~

17. Apa faktor yang meningkatkan atau menyebabkan ia membantu proses terapi anda. ~~Jelaskan dengan lebih lanjut dari perspektif anda.~~

18. Apakah kesan atau hasil yang anda dapati membantu apabila menggunakan alatan 'Body Map Emotion' ini semasa proses terapi yang anda laksanakan. ~~Jelaskan dari perspektif pengalaman anda, dengan lebih lanjut.~~

4) PROSES DAN KESAN TIDAK MEMBANTU

19. Apakah momen atau peristiwa yang anda dapati tidak membantu, dalam penggunaan alatan 'Body Map Emotion' untuk klien kanak-kanak/remaja anda yang ada simptom psikosomatik. ~~Apa sahaja. Jelaskan dari perspektif pengalaman anda.~~

20. ~~Apa faktor yang menghalang anda dalam menggunakan alatan ini. Jelaskan lebih lanjut.~~

21. ~~Bagaimana anda kendalikan saat atau ketika ia tidak membantu. Apa yang anda lakukan? Apa yang berlaku setelah anda lakukan itu.~~ pada saat ia tidak membantu

22. Apakah terdapat sebarang kesan atau hasil yang tidak membantu dari penggunaan alatan 'Body Map Emotion' ini semasa proses terapi yang anda laksanakan? ~~Jelaskan dari perspektif pengalaman anda, dengan lebih lanjut.~~

5) LAIN LAIN ASPEK TAMBAHAN

Pada pandangan Tuan/puan apakah aspek-aspek yang boleh diperbaiki atau diperkembangkan dalam penggunaan BME (Eja Peruhi).
23. Aspek mana yang anda dapati boleh diperbaiki dan dikembangkan lagi untuk aspek penggunaan alatan 'Body Map Emotion' ini?

24. Anda ada apa-apa nak tambah lagi?

Jika ada apa-apa lagi penambahan?

Terima kasih Di atas partisipasi

Lampiran 18

Surat Balasan dari Pakar Rujuk Bidang Kaunseling

Y.Bhg. Dr. Azizah Abdullah,
Pusat Pengajian Pendidikan,
Kolej Sastera & Sains
Universiti Utara Malaysia,
Sintok, Kedah.

**PELANTIKAN SEBAGAI PANEL PAKAR PENILAI PROTOKOL TEMUBUAL UNTUK
KAJIAN PENYELIDIKAN TESIS DOKTOR FALSAFAH**

Dengan segala hormatnya perkara di atas adalah dirujuk.

Sukacita dimaklumkan bahawa saya ~~bersetuju/tidak bersetuju~~ untuk menerima pelantikan sebagai panel pakar penilai bagi protokol temubual kajian penyelidikan tesis Doktor Falsafah pelajar bernama Maznah binti Ibrahim, GS 903739 ini.

Saya akan memberi sepenuh komitmen bagi membantu kajian ini dalam aspek berkenaan. Semoga kajian ini berjaya dilaksanakan dengan jayanya. Kepercayaan yang diberikan amat dihargai dan didahului dengan ucapan terima kasih.

Sekian,
Yang menjalankan amanah,



Profesor Dr. Ruhani Mat Min
Jabatan Kaunseling & Psikologi
Fakulti Perniagaan Ekonomi & Pembangunan Sosial
Universiti Malaysia Terengganu
21300 Kuala Terengganu,
Terengganu

PROFESOR DATIN DR. RUHANI BT. MAT MIN K.B.,P.A.
Fakulti Perniagaan, Ekonomi dan Pembangunan Sosial
Universiti Malaysia Terengganu
21030 Kuala Nerus, Terengganu

Lampiran 19

Surat Emel dan Balasan dari Pakar Rujuk Bidang *Bodily Maps of Emotions*

4/26/22, 10:31 AM

Gmail - My PhD Study Re Your Bodily Maps of Emotions

Maznah Ibrahim <imaznah609@gmail.com>

My PhD Study Re Your Bodily Maps of Emotions
4 messages

Maznah Ibrahim <imaznah609@gmail.com>
To: lauri.nummenmaa@aalto.fi, lauri.nummenmaa@utu.fi
Cc: zyzah@uum.edu.my

Tue, Jul 2, 2019 at 12:00 PM

Dear Professor Lauri,

My name is Maznah Ibrahim, from Malaysia. Nice to know your current research area, the outcome, and the contribution to the world in terms of human emotions.

I am a counsellor by profession with Ministry of Health in Malaysia for 10 years (1999-now) and previously was a counsellor for CSA (Child Sexual Abuse) children at NGO Protect and Save The Children, Malaysia (year 2006-2009) after completed my Master Degree in Counselling.

Currently, I am pursuing my PhD as full time student since Mac 2019.

I came across to your paper in year 2015 from the image in google for body map emotions and read the full article (PNAS). I was surprised and also very excited because there is a proven emotion map in human body, since I am also doing something like that.

It is in my innovation for counselling (in 2013 got Gold Award: Named 'Body Outline, Emotions and Physical Health') but start doing the tool (test the tool to all my clients) since 2010.

The differences with your emBODY are as below:

- 1) i use manual, with crayon color
- 2) using body outline sheet (empty)
- 3) 4 basic emotions only - Happy, Sad, Angry, Scared
- 4) Thermometer for intensity - from 0 not feel at all to 10 feel it maximum
- 5) color the body when they feel it the most / what they are doing or which body parts is activated the most when once they feel it before (let say they are not so sad and the score is 2, color the sad in body when they feel sad the most previously in life - their style / pattern).
- 6) then i do intervention with the one highest negative emotions (either sad/angry/scared), and actually by years I can see the connection / correlation with the client issues i.e. Depression (mostly feel sad is the most), anxiety (mostly feel scared the most), anger problem, bipolar (very strong emotions for all the 3 -ve emotions), etc including the mystery of social anxiety / convergen disorder / bullied / school refusal etc.
- 6) and the management of the emotions is - emotional processing (acknowledge and process it), increase the activity for happiness activation activity like when they are happy (hand), they will do the mops in house, so just do it frequent or push the self to move and do cores (hand) even not happy (just to balance the emotions), and promote the healthy daily activities - to get the the good / stable emotions - which is i.e anger is only in head (they think and not do anything else physically- they will feel headache /migrain much), leverage the activites of anger not stay still the same pattern of activities, add some activites using the hand, mouth and legs to express or release the anger, instead of think only. If let say they use the mouth to scold much, they can use the energy of mouth with singing / zikir in islamic ways, same body part but change to positive activities (other example if hand pinching the son, so use the hand to punch the bag, or color/scribble more using hand etc).

More or less is like that :)

So, here I want to get some ideas since you have extensive experience from all over the world, for my phd research.

Actually I will do qualitative research - therapist/counsellors using the body outline emotions and physical health, with children and teenagers who experiencing psychosomatic syptoms. It will be an exploratory, to gather the input on helpful process and unhelpfull process using the tool, and it is in creative art therapy area.

If you have anything to add / advice me, please, I would like to hear it.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=f0f268c353&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-6196271834040139416&simpl=msg-a%3Ar-44644028...> 1/3

4/26/22, 10:31 AM

Gmail - My PhD Study Re Your Bodily Maps of Emotions

My supervisor is Dr Azizah Abdullah, Phd from UK (University of Strathclyde, School of Psychological Science and Health) in creative and art therapy field, using grounded theory for her research while in UK. Now she attached with Universiti Utara Malaysia.

Thank you so much for your time reading this email.

Maznah

p/s: i attached herewith is the poster presentation (2013).



poster 91cm(W) x 60cm(H)-01.jpg
1901K

Lauri Nummenmaa <latanu@utu.fi>
To: Maznah Ibrahim <imaznah609@gmail.com>

Fri, Jul 5, 2019 at 7:43 PM

Hei Maznah

Many thanks for bringing this to my attention. I wish you good luck with your project.

All the best

Lauri

Dr Lauri Nummenmaa
Associate professor in modelling and medical image processing
Turku PET Centre and Department of Psychology
University of Turku
FI-20014, Turku, Finland
tel +358 50 574 7933
www <http://emotion.utu.fi>

[Quoted text hidden]

[Quoted text hidden]

<poster 91cm(W) x 60cm(H)-01.jpg>

Maznah Ibrahim <imaznah609@gmail.com>
To: Lauri Nummenmaa <latanu@utu.fi>

Fri, Jul 5, 2019 at 11:32 PM

Thx so much Prof. Lauri. for the wish and replying this email.

I use your articles a lot as my reference.

Maznah.

[Quoted text hidden]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=f0f268c353&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-6196271834040139416&simpl=msg-a%3Ar-44644028...> 2/3

Lampiran 20

Contoh Skrip Terapis untuk Penggunaan CE-BME dalam Sesi

Contoh skrip terapis: Memulakan aktiviti CE-BME

Okey. Sebelum saya buat ni, macam biasalah kita buat sesi kaunseling penstrukturan. So pada peringkat awal, saya tanya dengan klien, 'So macam mana keadaan kamu sekarang? Apa emosi kamu? Jawapan klien simple. "Okey juga, tidak ada masalah" Simple, kan? Tapi bila baca daripada yang dorte? (unsure words) tu, kita nampak macam, there is something sebenarnya. Ada sesuatu di situ, kan. So klien macam, jawapan dia macam just macam tu ja lah. Jadi saya nampak macam, 'Oh, kalau saya terus bertanya menggunakan pendekatan biasa, saya nampak dia tak akan berkembang, sesi ni takkan berkembang. Klien mungkin tak boleh nk share apa yang dia rasa dan sebagainya. So, that's why lah automatik idea tu keluar, kan. Walaupun rasa macam, 'Ala tak ada lah bahan tu, tak bawak' tapi, just teruskan je. Saya nampak memang keperluan ada di situ. Saya bagi klien dan ini adalah first time juga saya buat BME ni dalam konteks mirroring, kan. Macam yang Puan ajar mirroring. Sebelum ni saya tak buat mirroring. Sebelum ni, saya just macam directive lah kepada klien. So saya first time buat and then klien pun buat. Disebabkan warna saya masa tu satu ja, so saya minta klien yang pilih warna dulu, and then kemudian baru saya pilih warna. And then macam biasa la, proses tu kita akan mulakan, 'Ok, baiklah. Sekarang saya nak bawa awak, kita buat satu aktiviti menggunakan lukisan. Kita akan macam mewarna lah'. Saya katakan. 'Tapi tujuannya kita nak, apa ni, kita nak bercerita pasal emosi,' saya cakap macam begitu. Jadi, sekarang ni kita ada warna dan kita ada lukisan orang, saya cakap kan. Saya sebut nama klien lah, saya sebut nama klien. Contoh nama klien saya panggil Alia. 'So, Alia cuba pilih satu warna yang kamu rasa kalau kamu gembira itu adalah warna yang melambangkan diri kamu ataupun kamu rasa itulah warna yang, you know, macam simbol la bila kamu rasa macam gembira.' saya kata kan. So, klien memilih warna, apa ni, warna merah.

Contoh skrip terapis: Jemputan untuk tambah dalam aktiviti semasa buat CE-BME

So, oren dekat mulut. Jadi, mula-mula macam biasa, selesai je semua ni, saya akan tanya sekali lagi, 'Okey ada apa-apa lagi yang kamu nak tambah dalam kamu punya drawing ni?' 'Tak ada. Okey. Okey sudah' Dia cakap. Just direct la, dia tak fikir lama pun. Just direct. Okey, so lepas tu, okey, 'Sekarang kita mahu bincang apa yang Alia sudah buat, telah buat tadi, okey.'

Contoh skrip terapis di dalam sesi, sebaik selepas siap CE-BME sehingga skor gembira

then, saya bertanya kepada klien, 'So, apa pandangan [REDACTED] ataupun apa yang [REDACTED] rasa sepanjang [REDACTED] buat aktiviti ni tadi?' Jawapan pendek juga, 'Okey juga. Macam biasa juga.' Jawapan pendek, biasa la kan. 'Okey, alright. Baiklah. Cuba [REDACTED] tengok [REDACTED] punya...,' Maksudnya proses pertama ni saya nak bawa klien melihat secara general terlebih dahulu lah, tentang dari segi perasaan ataupun yang kedua dari segi apa yang dia dapat, apa yang dia dapat dan apa yang dia faham ketika dia menjalankan proses ni lah. And then, 'So?' Saya tanya klien, 'So macam mana? Apa pandangan kamu terhadap drawing atau terhadap lukisan yang kamu telah buat?' 'Okey juga'. Jawapan pendek juga, okey jugak la. Maybe, maybe I think klien tidak pandai nak mengekspresikan perasaan ke dan sebagainya, mungkin la, I think macam tu. That's why saya nampak dia memang perlu di guide lah, okey alright. Okey takpa. 'Jadi sekarang ni kita cuba tengok satu-satu,' saya cakap. 'So, mula-mula kita akan buat perasaan gembira kan, haa. So, kalau [REDACTED] punya perasaan gembira kita tengok berada dekat Level 2. So, [REDACTED] pilih warna pink. [REDACTED] memang suka warna pink ke?' Saja la macam tu kan. 'Atau pun sebab memang nak pilih?' Dia kata, 'Memang mahu pilih juga, memang mahu pilih ja.' Dia cakap macam tu la kan. 'And then, so kita tengok, so [REDACTED] kalau gembira berada dekat bahagian ni. Apa ni? Bahagian apa yang tunjuk sini ni?' 'Itu dekat mata' dia bilang. 'Gembira dekat mata.' 'Oh nampak di mata lah, maksudnya

mata tu macam bercahaya bila gembira?' 'Ah ya, dia cakap macam tu.' 'Okey, okey seterusnya kalau tengok ni yang perasaan gembira ada dekat tangan juga kan? [REDACTED] letak dekat tangan, apa maksudnya tu, [REDACTED]?' 'Sebab saya suka ni,' dia kata. 'Saya suka pasang wallpaper. So, bila saya pasang wallpaper, saya akan rasa gembira, rasa gembira sebab saya dapat, apa ni, pasang benda yang macam seronok saya tengok.' And the saya cuba minta clarification kepada klien. 'Okey, [REDACTED] cakap tadi, [REDACTED] suka pasang wallpaper. Adakah sebab wallpaper itu cantik, seronok untuk dilihat ataupun [REDACTED] suka aktiviti tu?' 'Saya suka tengok sebab dia cantik, saya suka aktiviti macam...' dia kata, 'Mewarna, pemandangan.' 'Okey, jadi maksudnya, mana satu yang [REDACTED] lebih suka? Tangan itu mahu digunakan untuk buat aktiviti ka ataupun sebenarnya [REDACTED] suka melihat?' 'Dua-dua.' Jawapan dia, dua-dua. Jadi di situ maksudnya kita dapat melihat semula lah, apa sebenarnya klien cuba sampaikan. Klien sampaikan, dia kata tangan untuk membuat wallpaper tetapi sebenarnya dalam masa yang sama ada dua-dua dia seronok buat, tetapi dalam masa yang sama dia suka melihat.

Contoh skrip soal klien emosi ini untuk berapa lama rasa:

"okay sebenarnya, apa. Awak boleh gunakan, apa. Perasaan awak ketika sebelum ini sehinggalah awak kena datang jumpa saya. Apa yang awak masa itu".

Contoh skrip terangkan kepada klien mengenai skor happy bagi klien sedang tidak happy

Ha'ah, sebab dia takda happy, tetapi bila kita dah terangkan, "Ok, happy ni maksudnya dalam minggu ke atau bulan ni yang buat awak tersenyum, buat awak gembira. Ada tak orang bagi hadiah ke sebab birthday awak kan. Maksudnya, recall balik. Ada tak dapat?"

Skrip kepada ibubapa dalam penstrukturan untuk dapatkan kerjasama dan komitmen dan ekspektasi

T16: Biasanya [REDACTED] akan cakap dengan mak bapa dalam penstrukturan. [REDACTED] biasanya akan cakap aaaaa Puan, aaa saya perlukan komitmen puan dan tuan lah untuk bawa anak berjumpa dengan saya. Aaa biasanya aaa [REDACTED] akan cakap dengan mak bapa sekurang-kurangnya lima kali pertemuan aaa pastu [REDACTED] akan beri la justifikasi kenapa lima kali? Okey [REDACTED] akan cakap lima kali tu kerana bergantung kepada personaliti kanak-kanak itu aaa untuk dia menyesuaikan diri dengan orang baru. Aa ada kanak-kanak yang terus mudah untuk memberi apa urmmm kerjasama dan memberi maklumat yang kita perlukan. Ada budak yang susah nak memberi maklumat. Jadi lima kali pertemuan tu sekurang-kurangnya memudahkan saya untuk buat assessment lah aaa untuk saya membuat assessment dan untuk saya memberi intervensi yang yang apa yang paling komprehensif lah yang baik lah untuk anak untuk untuk untuk anak tu aaa macam tu.