



INSTITUT AMINUDDIN BAKI
KEMENTERIAN PENDIDIKAN MALAYSIA



SEMINAR NASIONAL PENGURUSAN DAN KEPEMIMPINAN PENDIDIKAN **KE-10**

30 OKTOBER - 1 NOVEMBER 2001

Kertas Seminar 18:
Psychological Debriefing:
Satu Intervensi Dalam Organisasi

PROF. MADYA Dr. BAKHTIAR BIN MANSOR
ENCIK JAMALUDDIN BIN RAMLI
Universiti Teknologi Malaysia

DENGAN KERJASAMA

UTUSAN MELAYU (MALAYSIA) BERHAD

Psychological Debriefing: Satu Intervensi Krisis Dalam Organisasi

Oleh

Prof. Madya Dr. Bakhtiar Mansor

Jamaludin bin Ramli

Jabatan Pendidikan Sosial

Fakulti Pendidikan

Universiti Teknologi Malaysia

Abstrak

*'Psychological debriefing' (PD) merupakan satu intervensi krisis di tempat kerja yang mula diperkenalkan secara formal di negara-negara maju pada awal tahun 80an. Kini PD kian mendapat perhatian, sambutan dan pengiktirafan di kalangan pekerja kesihatan mental organisasi. Dalam kertas ini PD dilihat sebagai satu intervensi yang boleh membantu mereka yang mengalami trauma di tempat kerja. PD akan dikonsepsi lebih berperanan sebagai intervensi untuk memperomosi kesihatan mental di dalam organisasi selepas sesuatu kejadian trauma dialami oleh individu secara sendiri, pendedahan terus atau 'vicarious'. Rasional bagi penubuhan program intervensi psikologikal singkat (**brief psychological intervention**) sebagai bantuan kecemasan emosi (**emotional first aid**) bagi megawal kerosakkan emosi (**emotional damage control**) di dalam organisasi di Malaysia akan dikemukakan. PD bukannya kaunseling dan bukan pengganti kepada khidmat kaunseling atau terapi/kaunseling trauma/ krisis. PD juga bukannya proses 'defusing'. Dengan itu perbezaan antara kaunseling, 'defusing' dan 'debriefing' akan diberi penjelasan. Model-model PD seperti model Mitchell (1983), Dyregrov (1989), Pelbagai Stressor (Armstrong et al., 1991) dan Malapetaka Massa akan dibincang. Satu model operasi dikemukakan bagi intervensi krisis sebagai usaha menangani trauma sekiranya berlaku di dalam organisasi tempat kerja masing-masing. Selain itu dapatan-dapatan kajian dikemukakan bagi menilai keberkesanan PD yang telah dilaksanakan di negara-negara maju.*

Pengenalan

Negara-negara maju seperti Amerika Syarikat, United Kingdom, Australia dan Kanada telah lama memberi tumpuan khas kepada program-program seperti *Critical Incident Stress Management (CISM)* atau *Critical Incident Stress Debriefing (CISD)* atau Program Sokongan Psikologikal (PSP) bagi pekerja yang mengalami trauma. Antara komponen amalan utama di bawah CISM/CISD/PSP yang terpenting untuk meningkatkan kualiti kesihatan mental ialah **psychological debriefing (PD)**. PD merupakan satu *emotional first aid* bagi mengawal kerosakkan emosi (*emotional damage*

control) di dalam organisasi. Ini kerana organisasi kini tidak sunyi dari kejadian-kejadian traumatik yang menimbulkan stres, kebimbangan, ketakutan, kecurigaan dan kecelaruan jangka pendek atau pun jangka panjang kepada mereka yang mengalami atau yang menyaksikan kejadian-kejadian traumatik di tempat kerja. Jika organisasi hendak mengurus stres dan gangguan-gangguan psikologikal berpunca dari kejadian-kejadian traumatik, maka organisasi hendaklah interven di tahap individu dan *interface* individu/organisasi dan di tahap organisasi. Dengan itu kertas ini disampaikan dengan tujuan berikut:

- i. menimbulkan kefahaman mengenai konsep *psychological debriefing* (PD) dan bedanya dengan *defusing* dan kaunseling
- ii. menimbulkan kesedaran perlunya diwujudkan PD dalam organisasi
- iii. mengemukakan model-model PD dan bagaimana ia boleh dilaksanakan
- iv. menilai keberkesanan PD dengan mengemukakan hasil-hasil kajian mengenai PD

Selaras dengan tujuan-tujuan itu maka kertas ini akan dibahagi kepada lima bahagian berikut:

- i. latar belakang
- ii. rasional penubuhan PD
- iii. definasi konsep-konsep
- iv. model-model PD dan amalan
- v. keberkesanan PD

I. Latar Belakang

Mengikut Pearson dan Smith (1986), dari segi sejarah PD berkembang mengikut tiga corak utama. Pertama, PD dikait dengan konsep *debriefing* yang boleh dikesan penggunaannya dalam ketenteraan. Dalam tradisi tentera *debriefing* merupakan satu cara di mana mereka yang terlibat secara terus dalam sebarang misi ketenteraan akan memberi *debriefing* sekembali dari melaksanakan sesuatu misi. *Debriefing* membolehkan informasi dan maklumat mengenai pengalaman-pengalaman diberi dan menjadi sebagai

celik akal mengenai sesuatu misi bagi mereka yang tidak terlibat dalam misi sebenar. Berkait rapat dengan perkembangan dalam ketenteraan, *debriefing* kemudiannya dilakukan oleh bekas tahanan perang, mangsa culikan dan mangsa krisis ketenteraan.

Kedua, *debriefing* digunakan dalam kajian-kajian psikologikal melibatkan penyertaan secara desepsi (*deception of subjects*). Subjek yang terlibat dalam kajian desepsi dikehendaki melakukan sesuatu dalam konteks eksperimental (Tennen & Gillen, 1979). Pada akhir eksperimen, subjek akan melalui sesi *debriefing* supaya mereka dapat memahami jenis desepsi yang digunakan, tujuan sebenar eksperimen itu dan sebab eksperimen itu perlu dijalankan. *Debriefing* menjadi sesi '*to disinform the subjects to tell what the experiment was really about*'. Ini merupakan proses yang terbalik berbanding dengan yang pertama. Dalam corak kedua ini mereka yang menyertai eksperimen dimaklumkan apa yang berlaku supaya dapat melupakan pengalaman atau menghancurkan kesan-kesan negatif yang diperolehi semasa eksperimen. Manakala dalam keadaan yang pertama mereka yang menyertai misi memaklumkan apa yang sebenarnya berlaku kepada mereka yang tidak menyertai misi itu.

Ketiga, *debriefing* digunakan dalam konteks pendidikan dan latihan. *Debriefing* dilaksanakan sesudah sesuatu aktiviti itu dialami seperti dalam simulasi, permainan dan praktikum/internship. *Debriefing* bersifat reflektif dan analisis pasca pengalaman. Informasi yang dijana oleh peserta dalam aktiviti-aktiviti pembelajaran pengalaman dengan bantuan secara kolaboratif dan koperatif pembimbing/penyelia/guru diguna untuk menggerakkan pembelajaran dan perkembangan sendiri pelajar/peserta. *Debriefing* merupakan usaha membantu mereka dengan cara reflektif mempelajari dari pengalaman. Bailey (1990) menegaskan juga bahawa *debriefing* boleh diguna dalam tugas-tugas berkait dengan kerja. Misalnya, *debriefing* merupakan input dari kelompok penilai prestasi atau kelompok *think tank* yang boleh dianalisis dan sintesis bagi membina kekuatan pasukan, identiti dan kekuatan pengurusan organisasi.

Walau pun terdapat tiga corak utama *debriefing*, dalam kertas ini hanya *debriefing* yang berkait dengan trauma-trauma psikologi dan khusus berlaku dalam organisasi akan dibincangkan. Kerana aspek traumatik yang mempunyai impak psikologi diutamakan

maka proses *debriefing* dalam konteks ini, akan dikenali sebagai *psychological debriefing (PD)*. Sebagai satu intervensi psikologikal singkat berbentuk krisis, PD melibatkan bukan sahaja mangsa-mangsa yang mengalami trauma secara terus tetapi juga mereka yang terlibat secara *vicarious*, iaitu mereka yang menyaksikan atau mendengar kejadian trauma itu. Perbincangan dalam kertas ini dibataskan kepada mangsa-mangsa trauma yang terdiri dari pekerja/staf di tempat kerja. Dengan itu perbincangan tidak mengambilkira pelajar-pelajar di institusi pendidikan sebagai mangsa trauma. Aspek ini memerlukan perbincangan secara berasingan.

II. Rasional Penubuhan PD

Organisasi hari ini tidak sunyi dari kejadian-kejadian traumatik yang memberi kesan fizikal, kognitif, emosi dan perlakuan jangka pendek dan panjang kepada mereka yang berada dalam organisasi itu. Misalnya, pekerja-pekerja yang terdedah kepada kejadian-kejadian traumatik seperti menjadi mangsa atau menyaksikan kekagasan di tempat kerja atau di luar tempat kerja akan terganggu secara emosi. Ini sering pula membawa kepada terjadinya stres paska trauma. Pekerja yang mengalami trauma di tempat kerja akan juga mengalami gangguan emosi yang boleh menjejaskan produktiviti dan motivasi kerja mereka.

Kejadian Traumatik (KT) di dalam Organisasi

KT mempunyai aspek perubatan dan psikologikal. Kedua-dua aspek mempunyai kesamaan -- kejadian-kejadian kritikal itu memberi kejutan fizikal dan psikologikal. Ini kerana KT berlaku di luar kawalan pengalaman seseorang. Biasanya KT tidak diduga dan sangat mempengaruhi individu sehingga ia tidak mampu untuk menangani trauma itu dengan berkesan. KT menimbulkan krisis psikologikal yang mencabuli atau menentang pegangan/kepercayaan individu mengenai hidup ini. Krisis psikologikal dialami berikutan KT menggegarkan dan mungkin meruntuhkan andaian-andaian teras individu mengenai hidup ini sebagai selamat dan ada orde. Seterusnya keadaan ini akan membawa kepada penilaian semula mengenai kemampuan dirinya yang akhirnya boleh membawa kepada keadaan keraguan diri (*self-doubt*).

Tiada dua orang individu akan memberi reaksi yang sama kepada sesuatu KT. Ada individu tidak memberi sebarang reaksi kepada kejadian itu. Ada yang akan mimpi ngeri, terganggu tidurnya, rasa cemas, celaru, bimbang, tidak stabil, tidak boleh memberi tumpuan, sedih, murung, dan marah. Petanda-petanda fizikal termasuk kekerapan degup jantung meningkat, berpeluh malam, sakit kepala dan rasa melayang-layang.

Kebanyakan reaksi akan memakan masa selama beberapa hari sahaja, namun ada yang berterusan selama berminggu atau berbulan lamanya. Kemampuan untuk berinteraksi dengan orang terutama keluarga dan rakan akan turut terganggu. Ada petanda-petanda berlaku dengan serta merta, ada yang berlaku hanya selepas agak lama dan ada yang langsung tidak timbul. Prestasi kerja individu akan terjejas demikian jugalah aspek-aspek lain kehidupan individu.

Jadual 1 menyenaraikan beberapa contoh kejadian di tempat kerja yang boleh menyebabkan individu mengalami trauma/krisis psikologikal yang begitu menekan.

Jadual 1: Kejadian-kejadian Traumatik di Tempat Kerja

Kejadian-kejadian tidak disusun mengikut tahap keseriusan trauma atau tahap kekerapan kejadian trauma.

- i. kematian rakan sejawat semasa menjalankan tugas (mati semasa menjalankan tugas, seperti polis, tentera, bomba dan pasukan penyelamat)
- ii. rakan sekerja membunuh diri
- iii. kemalangan/kecederaan perusahaan yang serius berlaku pada diri sendiri atau rakan sekerja
- iv. kemalangan yang melibatkan individu yang dikenali oleh pekerja
- v. keterdedahan kepada wabak penyakit yang sangat berbahaya
- vi. terlibat dalam peristiwa yang disensasikan berlebihan oleh media dan fokus perhatian awam yang menakutkan
- vii. turun pangkat/kehilangan pekerjaan secara mendadak/memalukan
- viii. kesan buruk ekonomi yang traumatik bagi pekerja (*downsizing*,

- pengambilalihan dan *mergers*)
- ix. saman malu oleh pihak ketiga
 - x. berhadapan dengan kejadian-kejadian yang mengerikan (mayat mangsa pembunuhan dan kemalangan yang mengerikan)
 - xi. rompakan di tempat kerja (misalnya: pekerja bank)
 - xii. menjadi orang tebusan
 - xiv. jenayah seksual di tempat kerja
 - xv. tindakan perusahaan dan perubahan amalan-amalan kerja yang mendadak dan mengejutkan

Bagi Dyregrov (1989) penggunaan PD akan mencegah reaksi negatif terhadap sesuatu kejadian traumatik dengan mengembalikan semula kepada mangsa persepsi mampu mengawal hidupnya. Ini dicapai dengan kembalinya tahap integrasi antara emosi dan kognitif seperti sebelum berlakunya trauma peribadi yang dahshat dialami oleh mangsa. Mengikut Hodgkinson dan Stewart (1991) proses integrasi berlaku dalam sesi PD yang dihadiri oleh beberapa orang yang terlibat dalam sesuatu kejadian traumatik itu. Semasa sesi PD dijalankan mereka akan berkongsi pengalaman, perasaan dan informasi mengenai kejadian secara terbuka dan jujur. Melalui proses sedemikian mereka terbantu supaya tidak berasa stres dan terpinggir, boleh mengurangkan rasa bersalah, tidak terlibat dalam *scapegoating* dan menerima kejadian itu sebagai sesuatu yang natural. Melalui PD individu yang *traumatized* mempunyai peluang memperoleh hubungan dan sokongan. Memperolehi ini semasa keadaan yang sangat stres menyumbang ke arah hasil psikologikal yang menggalakkan (Shalev, Schreiber & Galai, 1993; Fullerton & Ursano, 1994). Dalam sesi PD individu yang dikenalpasti sebagai berpotensi mengalami stres yang teruk akan dirujuk untuk mendapat pertolongan profesional, iaitu rawatan perubatan atau psikiatrik atau kedua-duanya atau memperoleh kaunseling/terapi atau krisis.

Ringkasnya, keseluruhan proses PD dijangka akan menghasilkan satu kartesis (*carthesis*), iaitu pengcurahan emosi untuk membawa mangsa ke arah penerimaan dan penyelesaian terdekat sebarang masalah psikologi sebagai kesan dari trauma itu. Lagi pun, mengikut van der Kolk, McFarlane dan van der Hart (1996), hasil kajian semasa menunjukkan

selagi jaringan sokongan sosial masih padu individu secara perbandingan akan terlindung walau pun dari stres-stres yang paling dahshat. Dengan itu satu komponen terpenting dalam membantu mangsa trauma di dalam organisasi ialah mewujudkan satu struktur bagi membolehkan individu atau kumpulan memproses pengalaman traumatik dengan baik

PD membantu meminimumkan impak peristiwa yang traumatik dan kritikal ke atas mangsa, membantu mangsa pulih dari peristiwa yang sangat mengganggu mereka dan untuk mencegah mangsa dari mengalami kesan-kesan psikologi jangka pendek dan panjang yang negatif berkait dengan stres pasca trauma. Ini sekaligus membuktikan bahawa PD adalah juga bertujuan untuk mencegah.

III. Definisi Konsep-konsep

Konsep-konsep tertentu diberi definisi untuk menampakkan perbedaannya dengan apa yang dimaksudkan dengan PD. Ini penting supaya konsep-konsep seperti *defusing*, peristiwa traumatik dan kaunseling tidak dikelirukan. *Defusing* dan kaunseling/terapi sering menjadi sebahagian dari komponen amalan dalam CISM (atau CISD) atau PSP.

Psychological debriefing (PD)

Dalam konteks kesihatan mental istilah *debriefing* digunakan secara terus untuk menumpu kepada aspek-aspek psikologikal. PD merupakan *critical incident debriefing (CID)*, iaitu satu bentuk intervensi krisis. PD mula diperkenalkan oleh Mitchell (1983) bagi pekerja-pekerja bomba dan penyelamat yang terlibat dalam kerja-kerja melibatkan kejadian malapetaka. Mitchell dan Everly (1996) mendefinisikan PD sebagai "*a group meeting or discussion about a distressing critical incident. Based upon core principles of education and crisis interventionPD is designed to mitigate the impact of a critical incident and to assist the personnel in recovering as quickly as possible from the stress associated with the event*" (m.s 12).

Proses PD melibatkan kelompok-kelompok mangsa sesuatu kejadian atau malapetaka di tempat kerja atau semasa bekerja melalui penceritaan semula impresi (pemahaman) dan

pengalaman mengenai kejadian secara sistematik dan berstruktur (Tehrani & Westlake, 1994). Sesi PD hendaklah dikendalikan oleh individu yang terlatih dan mempunyai kemahiran asas dalam kerja-kerja kesihatan mental. Melalui proses PD seorang mangsa itu akan mengalami semula kejadian itu secara terkawal dan dalam keadaan selamat. Mitchell dan Everly (1996) dan Hodgkinson dan Stewart (1991) mencadangkan supaya sesi PD dijalankan dalam masa 24 hingga 72 jam sesudah kejadian itu berlaku dengan susulan diperlukan mengikut keadaan. Sekiranya sesi PD dijalankan dalam masa kurang dari 24 jam selepas kejadian, maka kejayaannya tidak akan terjamin kerana mangsa masih berada dalam keadaan terkejut dan masih bersifat sangat bertahan dari segi kognitif mengenai kejadian itu. Sesi *debriefing* boleh diadakan beberapa hari atau minggu selepas kejadian itu dan boleh dilakukan secara kelompok atau individu (Weaver, 2000)..

Perbedaan PD dengan kaunseling

PD bukannya kaunseling atau terapi dan bukan pengganti bagi kaunseling atau terapi (Mitchell & Everly, 1996). Memang benar PD menggunakan kemahiran-kemahiran komunikasi asas seperti digunakan dalam kaunseling (misalnya: soalan terbuka, meringkaskan, memfrasa semula dan *rapport* bukan lisan). PD jauh berbeda dari kaunseling/terapi dari segi kandungan dan gaya. PD sangat mengutamakan struktur dan prosidur dengan yang menjalankan sesi (*the debriefer*) mengawal sepenuhnya keseluruhan proses PD itu. *Debriefer* tidak akan mentafsir atau mencabar maksud tersirat terdapat pada perlakuan, perasaan dan pemikiran mangsa. PD diurus sedemikian rupa supaya mangsa mampu memberi informasi dan fakta secara mendalam tanpa ia berasa tenggelam oleh emosi atau trauma. *Debriefer* berusaha untuk menolong mangsa yang terkejut memahami reaksi sendiri dan mengurangkan kemungkinan masalah psikologikal muncul kemudiannya. PD sebagai intervensi krisis adalah tersendiri dan bukan merupakan sebahagian dari proses kaunseling/terapi yang berterusan.

Kaunseling (walau pun kaunseling bercorak krisis/trauma) sebagai satu proses tidak dikawal sepenuhnya oleh kaunselor seperti apa yang dilakukan oleh *debriefer* dalam sesi PD. Kaunseling mengutamakan pengenalanpastian perasaan dan pemikiran yang tersirat yang menyebabkan sesuatu masalah stres (Scott & Stradling, 1992). Kaunseling krisis atau trauma, lazimnya memerlukan beberapa sesi untuk berkesan. Potensi berlaku stres

iatrogenik berpunca dari intervensi kaunseling adalah lebih tinggi (Benjamin, Shieber, Levine & Halmosh, 1988; Duckworth, 1990) berbanding dengan *debriefing* (Dyregrov, 1989). Ini kerana terapi/kaunseling trauma/krisis memerlukan mereka yang berkompeten dalam melaksanakannya dan memerlukan beberapa sesi. PD tidak memerlukan kecekapan dan kemahiran seperti seorang terapis/kaunselor trauma/krisis.

Defusing

Defusing seperti juga PD merupakan prosedur-prosedur intervensi berbentuk krisis dan merupakan sebahagian dari program *Critical Incident Stress Management (CISM)* atau sebahagian dari sebarang bentuk program sokongan psikologikal sekiranya program seumpama ini diwujudkan dalam organisasi. Mitchell dan Everly (1996) mendefinisikan *defusing* sebagai "*a shortened version ... (of debriefing which) ... takes place immediately or relatively soon after the critical incident is finished and typically lasts less than one hour*" (m.s 12). Dalam beberapa aspek *defusing* adalah sama dengan PD. Perbezaan yang nyata dengan PD ialah *defusing* merupakan proses yang lebih pendek bersifat serta-merta (*impromptu*), tidak begitu formal dan mampu dikendalikan oleh rakan sekerja yang mempunyai kemahiran-kemahiran menolong asas dan mempunyai latihan dalam melaksanakan prosedur *defusing* tertakluk kepada protokol-protokol yang ditetapkan oleh organisasi masing-masing. *Defusing* dengan itu merupakan langkah pertama bagi menyediakan mangsa kepada sesi-sesi PD yang lebih bersifat formal.

IV. Model-model PD dan Amalan

Jurang masa antara mengakui berlakunya kejadian traumatik dan penyesuaian merupakan masa yang sangat sukar dihadapi oleh mangsa. Masa inilah tanda-tanda kedinginan emosi dan idea-idea intrusif akan berlaku. Ini kerana mangsa mengalami tiga jenis kejutan dalam satu masa yang meranapkan sistem kepercayaannya, iaitu kepercayaan kepada keteguhan daya tahan dirinya, kepercayaan kepada apa yang bermakna dan kepercayaan kepada apa yang teratur di dalam hidupnya.

Hodgkinson dan Stewart (1991) menyenaraikan 6 objektif utama *debriefing*:

- i. melepaskan reaksi-reaksi, impresi-impresi dan perasaan-perasaan

mengenai kejadian traumatik

- ii. menggalakkan pembinaan struktur kognitif melalui pemahaman mengenai kejadian dan reaksi kepada kejadian
- iii. mengurangkan rasa unik atau reaksi ganjil dan memperoleh rasa normal melalui perkongsian
- iv. memobilisasi sumber dalam dan luar kelompok, meningkatkan sokongan, kerapatan dan kesepaduan kelompok
- v. menyediakan mangsa menghadapi pengalaman-pengalaman seperti petanda-petanda atau stres yang mungkin timbul berkait dengan trauma
- vi. mengenalpasti saluran-saluran lain untuk bantuan lanjut jika diperlukan

Dalam melaksanakan PD bagi mencapai objektif-objektif PD beberapa model (Mitchell, 1983; Raphael, 1986; Dyregrov, 1989 & Fowler, 1996) boleh digunakan. Selain model-model itu ialah model pelbagai *stressor* (Armstrong, O'Callahan, & Marmar, 1991) dan model malapetaka massa. Dalam artikel ini model-model seperti di Jadual 2 akan dibincangkan secara ringkas.

JADUAL 2: Perkembangan Tahap-tahap *Psychological Debriefing* Mengikut Model

Model Mitchell	Model Pelbagai <i>Stressor</i>	Model Malapetaka Massa
Tahap 1: Pengenalan	Fasa 1: Berkongsi kejadian	Tahap 1: Pengenalan
Tahap 2: Fasa fakta	Fasa 2: Reaksi perasaan/emosi	Tahap 2: Fasa fakta
Tahap 3: Fasa memikir	Fasa 3: Strategi <i>coping</i>	Tahap 3: Fasa reaksi fikiran
Tahap 4: Fasa reaksi emosi	Fasa 4: Penamatan	Tahap 4: Fasa reaksi emosi
Tahap 5: Fasa <i>symptom</i>		Tahap 5: Fasa meneguh
Tahap 6: Fasa mengajar		Tahap 6: Fasa mengajar
Tahap 7: Fasa <i>re-entry</i>		Tahap 7: Fasa <i>re-entry</i>

Model Mitchell (1983) bermula dengan **tahap pengenalan**. Pada tahap ini mangsa yang terlibat dimaklumkan mengenai *debrief* yang akan diikuti, faedah dan limitasinya, prosedur dan etika terlibat dalam perlaksanaan sesi. Pengenalan yang baik akan meningkatkan motivasi mereka yang terlibat dalam proses PD. Tambahan, penggunaan istilah *debrief* oleh fasilitator tidak membawa konotasi yang mengancam konsep sendiri atau imej

kendiri mangsa berbanding dengan penggunaan perkataan kaunseling atau terapi. **Tahap 2 (fasa penceritaan)** merupakan tahap memberi fakta tanpa emosi mengenai kejadian traumatik yang dialami. Mangsa trauma menjelaskan apa yang dialami sebenarnya. Soalan-soalan standard yang boleh dikemukakan ialah “Apa sebenarnya berlaku dari kaca mata anda?” “Siapa yang tiba di tempat kejadian paling awal sekali?” Pada tahap ini sebarang jawapan atau respon penuh emosi hendaklah diakui dan mangsa diyakinkan bahawa perasaan-perasaan itu akan diterokai kemudian kelak.

Pada **tahap 3 (fasa memikir)** fasilitator boleh menggunakan soalan-soalan seperti “Apa fikiran anda bila sampai di situ?” Soalan difokuskan pada fikiran mangsa mengenai kejadian itu. Pada **tahap 4 (fasa reaksi)** mangsa ditanya mengenai reaksi mereka terhadap kejadian – “Apa yang paling dahshat sekali anda perhatikan telah berlaku?” “Apa aspek kejadian itu yang sangat menghibakan atau menyayatkan hati anda?” Tahap 4 banyak melibatkan reaksi penuh emosi yang tidak diberi fokus pada tahap 2. Bagi mangsa trauma reaksi emosi terhadap kejadian traumatik memberi kesan-kesan fizikal, emosi, perlakuan dan pemikiran yang pelbagai. *Symptom* yang kerap dialami oleh mangsa trauma adalah seperti di Jadual 3.

JADUAL 3: *Symptom-symptom* Yang Menunjukkan Perubahan dialami Mangsa Selepas Trauma

Fizikal	Perlakuan	Emosi	Pemikiran
Mual Perut sakit Mengeletar Peluh berlebihan Ceret-beret Pening lalat Sakit dada Degup jantung meningkat Tekanan darah meningkat Sakit kepala Sakit-sakit otot Masalah tidur	Guna dadah Marah-marah Meminggir diri Menangis Kelakuan takut-takut Kurang makan Perubahan kelakuan	Bimbang Takut Rasa bersalah Bersedih Depresi Rasa terbiar Bimbang akan orang lain Rasa curiga Ingin sembunyikan diri Mudah tersinggung Rasa lali perasaan Terperanjat	Gangguan pemikiran Sukar buat keputusan Celaru Disorientasi Sukar mengira Sukar mengingat Masalah menumpu Sukar menamakan objek Mengingati peristiwa berulang-ulang Mimpi menakutkan Daya konsentrasi terganggu

Mereka yang mengendalikan sesi *debriefing* hendaklah membuat penjelajahan mengenai simptom-simptom seperti di Jadual 3 dan menggunakan simptom-simptom tersenarai pada Jadual 3 sebagai ceklis. Ini dilakukan pada **tahap 5 (fasa *symptom*)**. Mangsa trauma sering mengalami perubahan-perubahan setelah mengalami sesuatu trauma itu. Soalan-soalan seperti “Bagaimana keadaan anda selepas kejadian itu?” “Adakah anda mengalami sebarang perubahan selepas kejadian itu?” adalah di antara soalan-soalan yang boleh dikemukakan.

Pada **tahap 6 (fasa mengajar/membimbing)** fasilitator memberi informasi, maklumat dan bimbingan mengenai bagaimana mengurangkan tekanan, amalan pemakanan yang seimbang, rekreasi dan senaman yang sesuai. Selain itu fasilitator memfokus pada apa yang dipelajari dari kejadian itu. Misalnya mangsa ditanya “Adakah sesuatu yang memberi harapan kepada anda mengenai kejadian ini?” “Adakah sesuatu yang boleh mengurangkan rasa kesedihan dari kejadian ini?” Fasilitator boleh menutup sesi ini, iaitu **tahap 7 (fasa *re-entry*)** dengan meringkaskan apa yang telah berlaku dalam sesi *debrief*. Soalan-soalan yang ditimbulkan oleh mangsa dijawab dan cara-cara untuk memperoleh pertolongan seterusnya dikenalpasti. Mangsa yang memerlukan khidmat kaunseling trauma/krisis akan dirujuk kepada mereka yang mahir memberi khidmat itu.

Model-model lain terdapat dalam Jadual 2 sebenarnya tidak mempunyai perbezaan yang besar. Model Pelbagai *Stressor* terdiri dari 4 fasa tetapi ia mempunyai tahap perkembangan yang selari dengan model yang lain. Umumnya, model-model itu mempunyai satu ciri penting, iaitu mematuhi satu corak perkembangan: kognitif-emosi-kognitif. Berdasarkan model-model di Jadual 3, satu model baru dikemukakan seperti di Jadual 5

JADUAL 5: Tahap-tahap Perkembangan Intervensi PD

Fasa 1: Penubuhan kelompok PD/Krisis

- saiz kelompok: 8-15 o
- pengenalan, suai kenal (*familiarization*)
- konsensus akan tujuan dan limitasi PD
- prosedur-prosedur/protokol

Fasa 2: Fasa Pembinaan *Rapport*

- menghormati 'boundary' mangsa
- rasa percaya dan selamat
- kelajuan sesi ikut keperluan mangsa
- kesediaan untuk berkongsi tanpa batasan masa

Fasa 3: Fasa Emosi

- kesediaan untuk berkongsi kejadian secara emosi
- pengalaman-pengalaman emosi mengenai kejadian
- reaksi emosi terhadap trauma (emosi negatif dan positif)
- reaksi emosi yang intens ikut keperluan mangsa

Fasa 4: Fasa Perhubungan Dengan Orang Lain

- kesediaan berkongsi perasaan dan pemikiran mengenai orang lain
- pengalaman dari segi perasaan dan pemikiran mengenai orang lain semasa dan sesudah kejadian
- perasaan mengenai mangsa-mangsa lain berkait dengan kejadian

Fasa 5: Fasa Mengenalpasti *Symptom-symptom*

- mengenalpasti *symptom-symptom* dialami oleh mangsa trauma
- membuat profil perubahan dialami oleh mangsa

Fasa 6: Fasa Membimbing dan Mendidik

- mengajar kemahiran-kemahiran *coping*
- konsensus untuk rujukan dan prosedurnya

Fasa 7: Fasa *disengagement*

- bersedia untuk berpisah
- meringkaskan apa yang berlaku dalam sesi PD
- memikir mengenai masa hadapan
- refleksi mengenai trauma

Fasa 8: Penutupan

- membuat rujukan bagi mangsa yang memerlukan rujukan
- debriefing the debriefers* (perlu bagi *debriefers* selepas sekian lama mereka terlibat mengendalikan sesi yang begitu intensif)

Adalah penting dipertimbangkan iaitu model PD yang akan dilaksanakan di tempat kerja masing-masing tidak semestinya mengutamakan model-model yang telah dibincangkan, iaitu mengikut corak kognitif-emosi-kognitif sahaja. Misalnya, model Raphael (1986)

hanya mengutamakan komponen perasaan sahaja dalam melaksanakan PD. Dalam model Raphael tidak terdapat penjelajahan aspek kognitif mangsa, sama ada sebelum atau selepas kejadian. Apa yang penting ialah sebarang intervensi CISM/CISD/PSP yang akan dibina dan dilaksanakan haruslah, mengikut Lederman (1992), mengambilkira **elemen-elemen** seperti fasilitator (*the debriefer*), mangsa yang menyertai PD, pengalaman mangsa trauma, impak pengalaman ke atas mangsa trauma, rekoleksi pengalaman traumatik itu, mekanisma membuat laporan dan proses masa yang terlibat.

V. Keberkesanan PD

Banyak kajian mengenai PD telah dilaksanakan tetapi sangat sedikit sekali kajian yang sistematik dan bercorak eksperimental. Dapatan dari kajian juga bercanggah. Ada yang menunjukkan PD sebagai satu intervensi krisis yang berfaedah kepada mangsa-mangsa trauma (Mitchell & Bray, 1990; Robinson & Mitchell, 1993; Everly, Boyle & Lating, 1999). Bukti anekdotal menunjukkan secara signifikan bahawa pekerja kecemasan dan penyelamat yang memperoleh PD mengalami pengurangan masalah tekanan mental (Mitchell & Bray, 1990). Robinson dan Mitchell (1993) mendapati selepas dua minggu mereka yang menerima *debriefing* melaporkan mereka mendapati sesi itu berfaedah dan mereka berasa kurang stres. Manakala, Everly et al. (1999) mendapati mereka yang mengikuti PD melaporkan kurang berasa stres.

Ada juga dapatan yang menunjukkan bahawa PD bukan sahaja tidak memberi kesan yang efektif tetapi juga memberi kesan negatif kepada mangsa yang terlibat dalam PD (Rose, Bisson & Wessely, 2001, Kenardy, Webster, Lewin, Carr, Hazell & Carter, 1996). Mereka menjalankan satu analisis meta ke atas kajian-kajian yang dijalankan mengenai PD dan mendapati tidak ada bukti menunjukkan PD berkesan mengurangkan depresi, kebimbangan dan morbiditi psikologi. PD didapati tidak berkesan mencegah mangsa trauma menghadapi disorde stres pasca trauma (*post traumatic stress disorder*). Dengan itu mereka mencadangkan supaya pemberian khidmat PD yang wajib kepada mangsa-mangsa trauma seperti di lakukan di Britain diberhentikan.

Dalam keadaan di mana dapatan-dapatan kajian menampakkan percanggahan, beberapa perkara perlu diberi perhatian terlebih dahulu. **Pertama**, kajian-kajian yang telah

dijalankan mempunyai beberapa kelemahan. Satu kelemahan yang ketara ialah kajian-kajian yang dijalankan bukannya kajian eksperimental atau separa eksperimental. Dengan itu sukar sekali dipastikan PD berkesan atau tidak berkesan. **Kedua**, bukti mengenai ketidakberkesanan PD berasal dari percubaan rambang yang menggunakan definisi PD yang sangat luas. Lantaran hasil kajian yang diperolehi adalah berdasarkan pengistilahan PD yang tidak sesuai dan tidak terbatas. **Ketiga**, teknik-teknik yang digunakan dalam PD adalah berbeda dari satu keadaan trauma kepada keadaan trauma yang lain. Dalam PD terdapat pendekatan-pendekatan yang berbeda mengikut model dan kumpulan mangsa trauma yang terlibat. **Keempat**, kajian-kajian menunjukkan bahawa faktor-faktor tertentu mempunyai impak tertentu ke atas proses sembuh. Misalnya, persepsi mengenai trauma itu sebagai yang mengancam nyawa sendiri atau tidak, keadaan morbiditi psikologi individu sebelum trauma itu berlaku, faktor-faktor *stressor* yang serius dan berterusan dialami oleh mangsa sebelum kejadian trauma. **Kelima**, personaliti dan gaya *coping* mangsa trauma memainkan peranan tertentu yang boleh memberi impak kepada hasil kajian. **Keenam**, PD yang dikaji merupakan intervensi psikologikal yang paling singkat, iaitu biasanya sekali sahaja dan dijalankan 2 atau 3 jam lebih lamanya. PD tidak seperti terapi atau kaunseling yang biasanya lebih dari beberapa sesi dan memakan masa yang lebih berbanding dengan PD.

Dengan itu sebarang kajian yang hendak dijalankan kelak apabila program PD ini dilaksanakan di Malaysia, pengkaji hendaklah melaksanakan kajian-kajian dengan lebih teratur dan menggunakan pendekatan-pendekatan yang lebih saintifik, seperti menggunakan kumpulan rawatan dan kawalan. Pengkaji seharusnya mengambilkira beberapa faktor yang mungkin mempengaruhi hasil kajian seperti gaya *coping*, personaliti, keadaan psikologikal mangsa dan tekanan-tekanan yang dialami mereka sebelum kejadian trauma. Pengkaji boleh mengambilkira juga jenis-jenis model PD yang digunakan bagi menangani mangsa mengikut jenis trauma.

Kesimpulan

Mangsa trauma mengalami kesukaran menerima keadaan emosi mereka berikutan sesuatu trauma. Dengan itu PD dilaksanakan sebagai satu intervensi kelompok *one-off* yang mengambil masa beberapa jam sahaja selepas dua-tiga hari atau lebih berlakunya

sesuatu trauma di tempat kerja. PD boleh juga dilaksanakan sebagai intervensi *one-off* untuk individu. Di negara-negara maju PD telah diperjuangkan sebagai satu bentuk intervensi krisis yang merupakan *emotional first aid* berikutan berlakunya kejadian traumatik di tempat kerja.

Hasil sorotan penulisan menunjukkan tiada bukti yang jelas menyokong keberkesanan PD bagi mencegah *post traumatic stress disorder* bahkan PD boleh mendatangkan hasil yang negatif. Mangsa trauma akan kian teruk mengalami stres selepas mengikuti PD. Hasil kajian yang tidak memberangsangkan itu tidak bermakna PD tidak berkesan. Cara kajian dilaksanakan menjadi isu besar. Ada kajian mengenai PD tidak dilaksanakan secara saintifik. Satu perkara tidak dapat dinafikan: PD akan terus diterima sebagai satu intervensi yang sangat kritikal selepas sesuatu trauma dialami (Kenardy, 2000). Kerana itu PD akan dipersepsi sebagai berkesan dan berfaedah (walau pun tanpa bukti empirikal) kerana PD memenuhi pelbagai keperluan sebenar atau simbolik. Juga, apa yang perlu ialah kajian mengenai PD hendaklah dijalankan secara sistematik. Yang penting ialah melihat PD sebagai intervensi trauma yang proaktif bertujuan mempromosi kesihatan, bukan sebagai intervensi rawatan bagi stres yang akut. PD hendaklah dilihat dari perspektif yang betul: PD merupakan intervensi krisis terletak secara kontinum di antara *defusing* dan kaunseling (termasuk terapi/kaunseling trauma atau krisis).

Rujukan

- Armstrong, K., O'Callahan, W., & Marmar, C. R. (1991). Debriefing the Red Cross diasaster personnel: The multiple stressor debriefing model. *Journal of Traumatic Stress*, 4(4), 581-594.
- Bailey, B. A. (1990). Developing self-awareness through simulation gaming. *Journal of Management Development*, 9(2), 38-42.
- Benjamin, J., Shieber, A., Levine, K. & Halmosh, A. F. (1988). The iatrogenic contribution in post-traumatic stress disorders. *Journal of Occupational Health Safety*, 4, 68-73.
- Duckworth, D. H. (1990). Psychological trauma and the ordinary working persons. *Employee Counseling Today*, 2, 7-13.
- Dyregrov, A. (1989). Caring for helpers in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management*, 2, 25-30.
- Everly, S., Boyle, S. H. & Lating, J.M. (1999). The effectiveness of psychological debriefing with vicarious trauma: A meta-analysis. *Stress Medicine*, 15(4), 229-233)
- Fowler, B. (1996). Debriefing traumatized people: Treatment model.
<http://lib.sun.ac.za/army-talk/msg0025.html>
- Fullerton, C.S., & Ursano, R. J. (1994). Health care delivery in the high-stress environment of chemical and biological warfare. *Military Medicine*, 159(2), 54-59.
- Hodgkinson, P. & Stewart, M. (1991). *Coping with catastrophe: A handbook of disaster management*. London: Routledge Pub.
- Kenardy, J. (2000). The current status of psychological debriefing. *British Medical Journal*, 321, 1032-033.
- Kenardy, J., Webster, R. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., & Hazell, P. L. Carter, G. L. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 37-49.
- Lederman, L. C. (1992). Debriefing: Toward a systematic assessment of theory and practice. *Simulation and Gaming*, 92, 145-161.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Mitchell, J. T. & Bray, G. (1990). *Emergency services stress*. Engelwood Cliff, NJ: Prentice Hall.

- Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (1996). *Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers (2nd. ed)*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing.
- Pearson, M. & Smith, D. (1986). Debriefing in experienced-based learning. *Simulation /Games for Learning*, 16(4), 155-172.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes: A handbook for the caring professional*. London: Unwin Hyman Ltd.
- Raphael, B. & Meldrum, L. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310, 1479-1480.
- Robinson, R. & Mitchell, J. T. (1993). Evaluation of psychological debriefing. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 367-382.
- Rose, S.; Bisson, J. & Wessely, S. (2001). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). In *Cochrane Collaboration (ed.), The Cochrane Library, Issue 3*. Oxford: Update Software.
- Scott, M. J. & Stradling, S. G. (1992). *Counseling for post-traumatic stress disorder*. London: Sage Publications.
- Shalev, A. Y., Schreiber, S., & Galai, T. (1993). Early psychological responses to traumatic injury. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 441-450.
- Tehrani, N. & Westlake, R. (1995). Debriefing individuals affected by violence. *Counseling Psychology Quarterly*, 7(3), 251-259.
- Tennen, H. & Gillen, R. (1979). The effects of debriefing on laboratory induced helplessness: An attributional analysis. *Journal of Personality*, 47, 629-642.
- Van der Kolk, B., McFarlane, A. C. & van der Hart, O. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In B. S. van der Kolk, A. C. Farlane, & L. Weisaeth. *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience of mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Weaver, J. D. (2001). Defusing and debriefing. *Uttp://ourworld.compuserve.com/homepages/johnweaver*