

Persepsi Pesakit Mental Terhadap Stigma Masyarakat

Mental Patients' Perception Towards Social Stigma

ROSE FAZILAH ISMAIL & HARIS ABD. WAHAB

ABSTRAK

Gangguan mental berlaku apabila individu berhadapan dengan gangguan dalam hubungan interaksi sama ada dalam diri sendiri mahupun persekitaran kumpulan sosialnya dan gangguan tersebut menyebabkan perubahan daripada aspek kognitif, emosi mahupun sosial. Individu yang mengalami gangguan mental sering dilabel dan dikenakan stigma oleh masyarakat disebabkan kelakuan dan penampilan mereka yang dianggap menyimpang dari norma masyarakat. Tinjauan awal ini bertujuan untuk mengenal pasti persepsi individu yang mengalami gangguan mental terhadap reaksi masyarakat. Seramai 31 orang individu yang mengalami masalah gangguan mental kategori neurosis dan sedang menjalani rawatan susulan di Klinik Psikiatri Hospital Pulau Pinang telah dipilih sebagai responden kajian berdasarkan teknik pensampelan mudah. Gangguan mental neurosis merujuk pada kelakuan atau pemikiran yang tidak normal sehingga mengakibatkan penderitaan pada pesakit. Gejala-gejala neurosis meliputi keadaan emosi yang teruk secara patologikal, seperti dalam keadaan keresahan atau murung, kelakuan dan fikiran yang menyedihkan seperti fobia, obsesif atau juga penyakit-penyakit fizikal seperti histeria atau hipokondria. Walau bagaimanapun, individu yang mengalami gangguan neurosis masih sedar akan persekitaran sosialnya. Maklumat dikumpul melalui temu bual berstruktur menggunakan borang soal selidik. Stigma masyarakat diteliti berdasarkan pandangan individu yang mengalami gangguan mental tentang reaksi masyarakat menerusi tindakan dan tingkah laku masyarakat terhadap mereka. Maklumat yang diperolehi dianalisis menggunakan program SPSS 21 dan dibentangkan dalam bentuk taburan dan peratusan. Penemuan kajian menunjukkan sebilangan besar individu yang mengalami masalah gangguan mental menyatakan reaksi masyarakat terhadap mereka adalah positif. Penemuan ini menggambarkan bahawa tidak semua individu yang mengalami gangguan mental berhadapan dengan stigma negatif dari anggota masyarakat.

Kata kunci: Stigma; gangguan mental; neurosis; psikosis; psikiatri

ABSTRACT

Mental disorders occur when individual facing disturbance in the interaction either in themselves as well the social environment and interference results in a change of cognitive, emotional and social. Individuals with mental disorders are often be labeled and stigma imposed by society due to the behavior and appearance that are considered to deviate from the norms of society. This initial survey aims to identify the perceptions of individuals with mental disorders on people's reactions. A total of 31 individuals suffering from mental disorders neurosis category and are undergoing further treatment at the Penang Hospital Psychiatric Clinic were selected as respondents based on convenience sampling technique. Neurosis mental disorder refers to any behavior or thinking which causes instability condition and suffering to the patient. Neurosis Symptoms may include severe emotional condition by pathological, such as conditions of anxiety or depression, behavior and thoughts sad like phobias, obsessively or even physical illnesses such as hysteria or "hypokondria". However, individuals have awareness on their social environment. Information were gathered through structured interviews using questionnaires. Stigma from society was examined based on views of individuals who suffered from mental disorders i.e society reactions towards them. The information was analysed using SPSS 21 and presented in the form of distributions and percentages. The findings showed that a large number of individuals who suffer from mental disorders express that positive society reactions towards them. These findings reflect that not all individuals who suffer from mental disorders faced negative stigma from the society.

Keywords: Stigma; mental disorders; neurosis; psychosis; psychiatry

PENGENALAN

Isu penyakit mental bukan satu isu baharu di negara ini. Kemajuan negara dalam mengejar arus pembangunan menjadikan kehidupan masyarakat begitu kompleks. Tanpa masyarakat sedar pembangunan dan kemajuan yang dicapai turut membawa bersama natijah pada ahli masyarakat sama ada dari aspek sosial, ekonomi mahupun kesihatan. Malaysia, juga dilihat antara negara yang sedang membangun dan tidak terkecuali daripada permasalahan ini. Menurut Persatuan Psikiatri Malaysia (2012) jumlah bilangan pesakit mental di negara ini semakin meningkat.

Peningkatan jumlah pesakit dapat dilihat menerusi hasil Kajian Kesihatan Morbiditi dan Kesihatan 2011 yang dijalankan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia melaporkan sebanyak 12% daripada kalangan rakyat Malaysia yang berusia antara 18 hingga 60 tahun berhadapan dengan pelbagai jenis gangguan mental. Menurut presiden Persatuan Psikiatri Malaysia, Dr. Abdul Kadir Abu Bakar statistik tersebut menggambarkan bahawa seorang daripada enam rakyat Malaysia dikesan menghidap penyakit mental. Menurut beliau lagi, golongan wanita adalah 2 kali ganda lebih ramai yang mengalami gangguan mental berbanding golongan lelaki. Tekanan hidup dengan pasangan dan anak-anak adalah punca penyakit mental di kalangan wanita manakala bagi golongan lelaki disebabkan oleh kemalangan atau penyalahgunaan dadah (Abdul Kadir 2012). Dapatan kajian ini diperkukuhkan lagi menerusi perangkaan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia pada tahun 2008.

Perangkaan tersebut menunjukkan terdapat peningkatan dari segi bilangan individu yang mendapatkan rawatan di unit-unit psikiatri hospital kerajaan daripada 346,196 pada tahun 2007 meningkat kepada 400,227 pada tahun 2008 (Rohana 2010). Peningkatan jumlah individu yang mendapatkan rawatan di unit psikiatri menjelaskan keseriusan masalah ini. Pelbagai faktor dikenal pasti punca pada peningkatan, antaranya peningkatan tahap tekanan, beban tanggungjawab sosial yang semakin rumit serta sikap masyarakat yang memandang ringan aspek penjagaan kesihatan mental berbanding dengan masalah kesihatan fizikal lain terutama masyarakat Melayu (Mohamad Hussain 2010). Masyarakat beranggapan kesihatan yang baik adalah dari sudut luaran iaitu fizikal semata-mata tanpa mempedulikan aspek mental dan emosi. Lantaran itu, maka berlakunya peningkatan gangguan mental sejak kebelakangan ini. Tambahan lagi, stigma negatif yang sering dikaitkan dengan gangguan mental juga menyebabkan masyarakat enggan mendapatkan rawatan secara professional (Yeap 2008).

Sikap masyarakat ini berpunca daripada salah faham mengenai konsep kesihatan mental yang sebenar. Menurut Mohit (2001) salah faham mengenai penyakit mental menyebabkan masyarakat mengaitkan penyakit

mental sebagai (i) penyakit yang tidak boleh diubati, (ii) pesakit mental adalah golongan yang berbahaya, (iii) individu yang mengalami gangguan mental adalah individu yang tidak berfungsi, (iv) penyakit mental disebabkan oleh metafizikal (gangguan makhluk halus seperti jin) dan sebagainya. Salah faham mengenai konsep gangguan mental turut dipersetujui oleh Myint (2010). Menurut beliau setiap masyarakat mempunyai kefahaman dan kepercayaan tersendiri mengenai punca sesuatu gangguan mental dan budaya memainkan peranan penting dalam mentafsirkan sebab musabab sesuatu gangguan mental. Menurut Myint (2010) dalam kajiannya mengenai gangguan mental dalam kalangan masyarakat Myanmar mendapati selain faktor fizikal, masyarakat Myanmar percaya bahawa gangguan mental berlaku disebabkan oleh kuasa ghaib misalnya hasutan atau gangguan roh-roh jahat yang dikenali sebagai *nat*. Hasutan roh-roh jahat atau "nat" ini dikatakan lebih aktif menjelang waktu malam bulan purnama atau pada malam bulan mengambang. Salah faham masyarakat yang sedemikian menyebabkan ramai masyarakat menolak rawatan profesional sebagai langkah awal pemulihan (Yeap 2008) dan hanya mendapatkan rawatan setelah gangguan menjadi kritikal. Keadaan bertambah buruk apabila salah faham dan persepsi negatif mengenai gangguan mental menyebabkan masyarakat bertindak melabel, memberi stigma dan mendiskriminasikan semua individu yang mengalami gangguan mental. Tanpa masyarakat sedar tindakan melabel, memberi stigma dan mendiskriminasikan golongan tersebut menjadi halangan utama pada proses rawatan dan pemulihan pesakit (Mohit 2001; Yeap 2008; Persatuan Psikiatri Malaysia 2012).

SEJARAH KESIHATAN MENTAL DI MALAYSIA

Sejarah perkembangan perkhidmatan psikiatri di Malaysia dapat dilihat menerusi kronologi masa. Sejarah awal perkembangan perkhidmatan kesihatan mental di Malaysia bermula dengan penubuhan *lunatic asylum* yang dibentuk pada akhir abad ke 18, lebih kurang selama empat dekad selepas British menawan Pulau Pinang. Rumah penempatan awal bagi individu yang mengalami gangguan mental pertama dibuka adalah bersebelahan dengan Hospital Pulau Pinang. Pada awalnya, rumah ini dibina untuk menempatkan pelaut yang mengalami masalah mental ketika zaman pemerintahan kolonial. Namun, kemudiannya, pada tahun 1911 sebuah hospital yang mengkhususkan kepada masalah kesihatan mental telah dibuka di Tanjung Rambutan, Perak dan hospital tersebut dinamakan sebagai Hospital Pusat Mental. Kemudiannya pada tahun 1935 sebuah lagi hospital untuk pesakit mental telah dibuka di Tampoi, Johor Bahru. Perkembangan hospital penyakit mental diperluaskan lagi menerusi perlaksanaan Ordinan Kecelaruan-Kecelaruan Mental,

pada tahun 1952. Pada tahun 1952 juga sistem rawatan yang lebih berperikemanusiaan telah mula dilaksanakan kepada pesakit mental. Menjelang tahun 1959 Unit Psikiatri pertama telah di buka di Hospital Pulau Pinang. Perkembangan unit psikiatri ini kemudiannya diperluaskan lagi di hospital Universiti Kuala Lumpur atau kini dikenali sebagai Pusat Perubatan Universiti Malaya (PPUM) pada tahun 1960. Sehingga kini hampir ke semua hospital besar menyediakan perkhidmatan psikiatri (Intan Nurhaila et al. 2011; Mohamed Hatta 2001).

JENIS-JENIS RAWATAN PSIKIATRI

Terdapat pelbagai jenis perkhidmatan psikiatri yang ditawarkan di hospital-hospital besar kerajaan untuk individu yang mengalami gangguan mental. Antara perkhidmatan yang biasanya ditawarkan adalah (i) Perkhidmatan Rawatan Psikiatri Am (Pesakit dalam dan Luar), (ii) Perkhidmatan Psikiatri Kanak-kanak dan Remaja, (iii) Perkhidmatan Psikiatri Liaison, (iv) Perkhidmatan Psikiatri Psiko-geriatrik (Orang Tua), (v) Perkhidmatan Psikiatri Komuniti, (vi) Perkhidmatan Psikologi Klinikal, (vii) Perkhidmatan Bimbingan dan (viii) Perkhidmatan Pemulihan Cara Kerja (Hospital KKM Pulau Pinang 2014).

BENTUK-BENTUK GANGGUAN MENTAL

Sebelum sesuatu rawatan diberikan diagnosis awal dijalankan terhadap individu yang dikenal pasti mengalami gangguan mental. Klasifikasi kategori gangguan mental penting bagi memudahkan urusan rawatan dijalankan (Sulaigah, Sabtu & Sujata 2008). Klasifikasi jenis gangguan mental dilakukan berdasarkan klasifikasi simptom-simptom gangguan yang dialami oleh pesakit (Sulaigah, Sabtu & Sujata 2008). Simptom adalah manifestasi penyakit yang boleh diperhatikan dari segi fisiologi, psikologi dan lain-lain (Azizi et al. 2006). Manakala penyakit pula menurut Azizi et al. (2006) merujuk kepada sesuatu kecacatan atau keadaan abnormal sesuatu organisma yang dikenal pasti puncanya melalui simptom dan sebab yang spesifik. Pada kebiasaannya individu yang mengalami gangguan mental seringkali mempamerkan bentuk tingkah laku dan emosi yang tidak menentu. Simptom gangguan seperti murung, resah berpanjangan dan memiliki idea-idea pelik dan perasaan tidak stabil seperti bercakap tentang bunuh diri dan sebagainya merupakan antara simptom yang sinonim dengan pesakit mental (Haris & Che Azlina 2002).

Meskipun begitu terdapat satu sistem klasifikasi diagnosis sistematik yang digunakan oleh kebanyakan pakar psikiatri dalam menentukan sesuatu diagnosis gangguan mental. Klasifikasi tersebut dikenali sebagai

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Sehingga kini, DSM-IV merupakan antara klasifikasi terkini yang diguna pakai oleh kebanyakan pakar psikiatri dalam mendiagnosis sesuatu gangguan mental. Berdasarkan klasifikasi DSM, penilaian gangguan mental seseorang dilakukan berdasarkan lima dimensi, dan setiap dimensi menumpukan kepada pelbagai jenis maklumat. Paksi I atau AXIS I, merupakan penilaian yang berasaskan pada sindrom-sindrom klinikal yang terdiri daripada enam belas kategori utama kecelaruan psikologi. Kebiasaannya, memberi tumpuan pada gangguan mental yang kronik. Manakala AXIS II, menumpukan penilaian pada kecelaruan personaliti atau masalah terencat akal. AXIS III, pula memberi tumpuan penilaian kepada keadaan perubatan yang mungkin memberi kesan terhadap kecelaruan atau gangguan mental seseorang. Misalnya, aduan yang dilakukan berhubung dengan kondisi fizikal semasa pesakit seperti kecelaruan urat saraf atau kencing manis. Manakala AXIS IV, penilaian kecelaruan atau gangguan yang berasaskan pada sumber sosial dan persekitaran yang menjadi penyebab pada sesuatu kecelaruan mahupun gangguan. Penilaian terakhir adalah berdasarkan AXIS V, yang menumpukan penilaian kepada fungsi-fungsi individu secara global, seperti fungsi individu dari segi psikologi, sosial dan pekerjaan (Azizi et al. 2006; Azizi & Jamaludin 2007; Sulaigah, Sabtu & Sujata 2008)

Menurut Sulaigah, Sabtu dan Sujata (2008) dan Mohamed Hatta et al. (2008) secara umumnya, gangguan mental boleh dibahagikan pada dua kategori utama iaitu gangguan organik dan gangguan fungsional. Gangguan mental organik merupakan gangguan mental yang dapat dibuktikan punca berlakunya gangguan tersebut secara klinikal menerusi ujian makmal, imbasan mahupun ujian darah (Mohamad Jamil 2007; Sulaigah, Sabtu & Sujata 2008). Pada kebiasaannya gangguan mental organik melibatkan kerosakan atau kecederaan pada mana-mana struktur otak. Pelbagai punca dikenal pasti boleh menyebabkan berlakunya gangguan mental organik, misalnya seperti kemalangan jalan raya atau juga secara tidak langsung seperti kerosakan pelbagai organ tubuh badan seperti hipotiroidisme. Bukan itu sahaja malahan menurut Mohamad Jamil (2007) lagi, penyalahgunaan bahan seperti pengambilan dadah perangsang jenis *Amphetamine*, seperti syabu dan penagihan alkohol juga boleh menyumbang pada gangguan mental organik. Pesakit yang menderita gangguan mental organik kebiasaannya mengalami halusinasi seperti bayangan yang tidak jelas dan delusi iaitu mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan halus dan kemudiannya menyalahafsirkan perkara-perkara tersebut berdasarkan persepsinya. Menurut Mohamad Jamil (2007) pesakit mental organik kadang kala juga turut mengalami keterujaan psikomotor hingga menyebabkan mereka tidak dapat duduk diam seperti berjalan tidak henti, berkawad, pusing mengelilingi rumah dan sebagainya. Kadang-kala, ada juga pesakit yang diam (*stupor*) seperti

tidak bercakap, berdiri tegak atau duduk kaku. Keadaan tersebut berlaku kerana jangkitan radang otak dan keracunan karbon monoksida (Mohamad Jamil 2007). Menurut Sulaigah, Sabtu dan Sujata (2008) gangguan mental organik boleh dikategorikan kepada dua kategori utama iaitu *acute onset* (permulaan yang berbahaya) dan *insidious onset* (tersembunyi dan berbahaya). Gangguan mental *acute onset* berlaku dalam tempoh yang singkat dan kebiasaannya boleh dirawat dengan membuang atau merawat punca yang menyebabkan berlakunya gangguan mental tersebut, contohnya penyakit *delirium* yang disebabkan oleh *diabetes mellitus* yang tidak terkawal.

Manakala gangguan mental fungsional bersifat *heterogeneous* dan terdiri daripada beberapa sub-kumpulan kecil (Sulaigah, Sabtu & Sujata 2008). Gangguan mental neurosis merujuk pada kelakuan atau pemikiran yang tidak normal sehingga mengakibatkan penderitaan pada pesakit. Gejala-gejala neurosis mungkin meliputi keadaan emosi yang teruk secara patalogikal, seperti dalam keadaan keresahan atau murung, kelakuan dan fikiran yang menyedihkan seperti fobia, *obsess*, atau juga penyakit-penyakit fizikal seperti histeria atau hipokondria (Kamus Jururawat 2012). Lazimnya, gangguan mental neurosis merupakan tekanan atau gangguan somatoform yang terdiri daripada pelbagai gejala psikologi (kerisauan atau tekanan yang diperbesarkan) dan simptom somatik yang kadang-kala tidak dapat dijelaskan punca berlakunya gangguan. Kebiasaannya, tingkah laku dan personaliti pesakit neurosis masih dalam kawalan dan gangguan yang dialami bukan disebabkan oleh faktor organik (psikosis) (Kamus Jururawat 2012 & Azizi dan Jamaludin 2007). Simptom utama individu yang mengalami gangguan neurosis adalah seperti kebimbangan, kemurungan, ketakutan yang subjektif dan melampau terhadap sesuatu namun tanpa adanya simptom psikosis seperti halusinasi mahupun delusi. Menurut Azizi dan Jamaludin (2007) lagi kebiasaannya pesakit neurosis tidak menunjukkan sebarang gejala atau simptom tingkah laku luar biasa yang ketara. Bahkan individu yang berada di sekeliling pesakit juga tidak menyedari bahawa individu tersebut menghidap gangguan neurosis sehinggalah adanya pemaparan tingkah laku luar biasa oleh individu.

SOROTAN LITERATUR

Stigma dan penyakit mental bukan lagi satu isu yang asing. Bahkan, banyak kajian lepas telah mendapati stigma adalah halangan utama bagi kebanyakan individu yang mengalami gangguan untuk beradaptasi dengan persekitaran sosial (Haris & Che Azlina 2002; Rusch, Angermeyer & Corringan 2005; Saloma et al. 2012). Umumnya, stigma berasal daripada perkataan Greek yang membawa pengertian kepada sesuatu yang berlainan, tanda keaiban, celaan atau sesuatu yang buruk.

Selain itu stigma juga sering digunakan sebagai rujukan penghinaan yang kerap muncul dalam konteks jawapan umum berbentuk negatif kepada pelbagai bahaya mengenai status moral seseorang individu (Goffman 1963). Menurut Goffman (1963) stigma adalah satu sifat yang mencemar nama mengenai diri seseorang individu menerusi kenyataannya iaitu “an attribute that is deeply discrediting” and that reduces the bearer “from a whole and usual person to a tainted, discounted one” (hlm: 3). Manakala Lemert (1972) pula merujuk stigma sebagai “a process attaching visible signs of moral inferiority to persons, such as invidious labels, marks, brands, or publicly disseminated information. However, it defines more than the formal action of a community toward a misbehaving or physically different member” (hlm: 65). Manakala Marcionis (1987) pula mendefinisikan stigma sebagai “a powerful negative social label that radically changes a person’s social identity and self concept”(hlm: 197). Lazimnya, menurut Goffman (1963) lagi individu dikenakan stigma apabila individu bertingkah laku berbeza, luar dari kebiasaan norma masyarakat yang sepatutnya. Perbezaan tingkah laku individu yang sedemikian inilah menyebabkan individu dilihat sebagai golongan yang berbeza dan memiliki kekurangan dalam segenap aspek. Meskipun begitu, tidak semua individu yang bertingkah laku berbeza dan di luar norma masyarakat akan dikenakan stigma. Stigma hanya dikenakan terhadap seseorang apabila ia gagal mencapai jangkauan yang ditetapkan oleh anggota masyarakat mengenai bagaimana mereka seharusnya bertingkah laku. Menurut Goffman (1963) stigma berlaku dalam tiga bentuk. Pertama, stigma wujud disebabkan oleh kecacatan fizikal individu. Kedua, individu dikenakan stigma disebabkan oleh kecacatan karakter atau watak. Ketiga, stigma wujud kerana prejudis yang menebal terhadap sesuatu kaum.

Dalam konteks gangguan mental, individu dikenakan stigma kerana kecacatan karakter ekoran daripada penyakit mental yang dialami. Ramai pengkaji terdahulu, Saloma et al. (2012), Haris dan Che Azlina (2002), Stier dan Hinshaw (2007), Rusch, Angermeyer dan Corringan (2005), Mohd Suhaimi et al. (2012) serta Yusmarhaini (2005) mendapati stigma adalah halangan utama bagi individu yang mengalami gangguan mental untuk kembali pulih. Penemuan kajian Saloma et al. (2012) mengenai kualiti kehidupan individu yang mengalami gangguan mental dalam komuniti di Sarawak mendapati bahawa stigma adalah punca utama yang menjadi halangan dan kesukaran kepada individu yang mengalami gangguan mental untuk beradaptasi dengan persekitaran sosial. Penemuan kajian beliau terhadap 165 orang individu yang menghidapi penyakit mental telah mendapati sebilangan besar responden (78.43 peratus) pernah di stigma oleh anggota masyarakat. Masyarakat seringkali memberi stigma kepada individu yang mengalami gangguan mental sebagai golongan yang berbahaya, mengancam, bertingkah laku tidak

menentu dan menakutkan. Stigma negatif masyarakat tersebut jelas apabila responden kajiannya turut menyatakan sikap masyarakat tidak menerima mereka menerusi petikan hasil temu bual yang dijalankan oleh penyelidik iaitu;

Ooo, some accepted me...some cannot..they just look at me...not talking...people are avoiding me...(A)
I don't know...people are "scared" of me [sight]..the other day, I sent to the shop wanting to buy biscuits but the shopkeeper chased me away...she said I'm scaring people" (B)

Sikap tidak menerima masyarakat sedemikian berlaku kerana stereotaip dan prejudis negatif masyarakat bahawa individu yang menghidapi penyakit mental adalah golongan yang memberi ancaman, berbahaya dan perlu dijauhi. Stigma terhadap individu yang mengalami gangguan mental tidak hanya dirasai oleh individu, malah membabitkan ahli keluarga dan penjaga pesakit. Kajian yang dijalankan oleh Mohd Suhaimi et al. (2012) misalnya telah mendapati penjaga dan ahli keluarga pesakit turut menyatakan berhadapan dengan stigma. Penemuan kajiannya mendapati hampir sebilangan besar penjaga pesakit pernah berhadapan dengan stigma sosial yang berkaitan dengan penyakit mental seperti diskriminasi dan penyisihan sosial. Menurut Mohd Suhaimi et al. (2012) lagi, stigma sosial tidak hanya daripada masyarakat malah membabitkan ahli keluarga sendiri apabila lebih daripada separuh, iaitu 30 peratus responden berkongsi pengalaman pernah disisihkan oleh ahli keluarga sendiri kerana memiliki anak yang mempunyai penyakit mental. Selain itu penjaga pesakit juga turut berkongsi pengalaman mereka mengalami stigma sosial di tempat-tempat awam. Contohnya, seorang responden, ibu kepada pesakit menyatakan beliau pernah di label dengan panggilan "ibu gila", "keluarga sewel" dan sebagainya hanya kerana memiliki anak perempuan yang mengidap penyakit mental.

Haris dan Che Azlina (2002) juga turut mendapati stigma merupakan antara halangan utama pada penerimaan masyarakat terhadap individu yang mengalami gangguan mental. Sikap tidak menerima masyarakat terhadap individu yang mengalami gangguan mental tersebut berlaku kerana tingkah laku mereka yang dilihat sebagai tingkah laku individu yang tidak normal. Lazimnya, dalam kehidupan bermasyarakat, menurut Mat Saat (1993) terdapat dua tingkah laku yang sering diperhatikan iaitu tingkah laku normal dan tingkah laku tidak normal. Pada kebiasaannya individu yang menonjolkan tingkah laku normal akan diterima masyarakat. Manakala individu yang sebaliknya tidak akan diterima oleh anggota masyarakat. Keadaan tersebut berlaku kerana dalam masyarakat khususnya Melayu, tingkah laku tidak normal merujuk kepada tingkah laku individu yang mempunyai masalah atau gangguan mental. Ini kerana masyarakat

mengkonsepkan tingkah laku individu yang mengalami gangguan mental berdasarkan konsep tingkah laku tidak normal yang diberikan oleh Colson (1971) dalam Mat Saat (1993: 362). Menurut Colson (1971) tingkah laku tidak normal merujuk kepada sebarang bentuk tingkah laku yang mendatangkan bahaya, ancaman atau kekasaran sama ada kepada diri individu atau anggota masyarakat sekelilingnya. Pemahaman masyarakat yang sedemikian menyebabkan mereka memberi persepsi terhadap individu yang mengalami gangguan mental sebagai golongan yang berbahaya, memberi ancaman, bertingkah laku tidak menentu dan perlu dijauhi. Bukan itu sahaja malah menurut Mohit (2001) masyarakat juga seringkali mengaitkan gangguan yang dialami oleh individu yang mengalami gangguan mental dengan unsur-unsur metafizikal seperti gangguan ilmu hitam, sumpahan, buatan orang, gangguan makhluk halus dan sebagainya. Persepsi negatif masyarakat mengenai penyakit mental juga menyebabkan mereka menggelar individu yang mengalami gangguan mental dengan gelaran-gelaran tertentu yang membawa konotasi negatif seperti "orang gila", "sewel", "kepala tidak betul", "miring" dan sebagainya (Mahmood Nazar 2005).

Stigma terhadap individu yang mengalami gangguan mental tidak hanya terbatas dalam kalangan golongan dewasa malahan juga bagi kanak-kanak. Menurut Haris dan Che Azlina (2002), kanak-kanak juga sering kali menggelar individu yang mengalami gangguan mental sebagai "orang gila" dan memiliki persepsi bahawa golongan tersebut adalah golongan yang berbahaya. Stigma masyarakat yang sedemikian berlaku kerana masyarakat tidak mengetahui dengan jelas konsep kesihatan mental dan penyakit mental yang sebenar. Salah faham masyarakat yang sedemikian menyebabkan mereka mengenakan stigma terhadap individu yang menghidapi penyakit mental. Sedangkan hakikatnya semua itu adalah tidak benar sama sekali kerana tidak semua individu yang mengalami gangguan mental adalah golongan yang lemah, berbahaya mahupun memberi ancaman.

Menurut Rusch, Angermeyer dan Corringan (2005) stigma terdapat dalam dua bentuk iaitu stigma awam (*public stigma*) dan stigma sendiri (*self-stigma*). Stigma awam merujuk kepada stigma yang dikenakan oleh anggota masyarakat terhadap individu atau kumpulan yang memiliki ciri-ciri minoriti dengan tujuan untuk membezakan individu tersebut dari anggota masyarakat yang lain (Rusch, Angermeyer & Corringan 2005). Manakala stigma sendiri merujuk kepada stigma yang dilakukan oleh individu terhadap diri sendiri dan persetujuan individu mengenai stereotaip dan prejudis yang dilemparkan oleh anggota masyarakat terhadap dirinya. Stigma sendiri ialah tindak balas dan manifestasi individu terhadap respons anggota masyarakat yang mengenakan stigma terhadap dirinya.

Masyarakat kurang sedar bahawa stigma yang dilemparkan terhadap individu yang mengalami gangguan mental memberi impak negatif, terutamanya, apabila stigma tersebut mula berasimilasi dengan pesakit. Kebiasaannya individu yang memberi stigma terhadap diri sendiri memiliki reaksi emosi yang negatif seperti nilai keyakinan diri dan kemanjuran sendiri yang rendah. Selain menyebabkan penurunan harga diri dan keyakinan diri, label stigma dan diskriminasi juga menjadi halangan utama kepada proses rawatan dan pemulihan individu yang mengalami gangguan mental. Tanpa masyarakat sedar tindakan yang sedemikian akhirnya hanya akan merencatkan proses rawatan dan pemulihan terhadap pesakit. Sedangkan pada hakikatnya, sokongan dan penerimaan dari anggota masyarakat adalah menjadi keutamaan. Hal demikian kerana sokongan dan penerimaan masyarakat merupakan kunci kejayaan dan keberkesanan terhadap proses rawatan dan pemulihan mereka untuk tempoh jangkaan masa yang panjang selain rawatan yang berasaskan farmakoterapi iaitu ubat-ubatan.

METODOLOGI KAJIAN

Satu kajian rintis bertujuan untuk mengenal pasti bentuk dan tahap stigma yang dikenakan oleh anggota masyarakat terhadap individu yang mengalami gangguan mental telah dilakukan di Pulau Pinang. Seramai 31 orang individu yang mengalami gangguan mental kategori neurosis dan sedang menjalani rawatan susulan di Klinik Psikiatri Hospital Pulau Pinang telah dipilih secara teknik *convenience sampling* sebagai responden kajian. Kajian yang dilakukan telah mendapat kelulusan dari Institusi Penyelidikan Negara, Kementerian Kesihatan Malaysia dan subjek kajian telah pun menyatakan persetujuan untuk menyertai kajian ini. Data kajian dikumpul menerusi teknik temu bual berstruktur menggunakan borang soal selidik. Kajian ini tidak mengukur stigma masyarakat, namun mengukur persepsi individu yang mengalami gangguan mental terhadap stigma yang dikenakan oleh anggota masyarakat kepada mereka. Persepsi individu terhadap stigma masyarakat diukur dengan menggunakan skala *Likert* tiga peringkat (setuju, sangat setuju dan tidak setuju). Soal selidik kajian telah dibina sendiri oleh pengkaji berdasarkan pemerhatian terhadap kajian-kajian lepas dan terdiri daripada empat bahagian utama. Bahagian A, mengandungi maklumat profil responden kajian, bahagian B, mengenai reaksi masyarakat yang merangkumi tiga bahagian utama iaitu label, stigma dan diskriminasi. Manakala bahagian C, merangkumi maklumat mengenai respons individu terhadap reaksi masyarakat. Pada bahagian D, borang soal selidik terdiri daripada maklumat mengenai penglibatan individu dalam aktiviti lazim masyarakat. Analisis

kebolehpercayaan menggunakan sub-program Alpha Cronbach's telah dilakukan untuk mengukur kebolehpercayaan instrumen kajian yang digunakan. Nilai pekali Alpha yang diperoleh bagi instrumen kajian bahagian stigma ialah 0.770. Manakala tahap stigma diukur berdasarkan skor purata yang diperoleh daripada responden kajian. Data dan maklumat kajian dianalisis dengan menggunakan program komputer *Statistical Package for the Social Science version 21 (SPSS 21)*. Maklumat dibentangkan dalam bentuk taburan dan peratusan.

HASIL KAJIAN

LATAR BELAKANG INDIVIDU YANG MENGALAMI GANGGUAN MENTAL

Dapatan kajian menunjukkan sebilangan besar (61.3%) daripada individu yang mengalami gangguan mental terdiri daripada golongan wanita dan selebihnya (38.7%) ialah golongan lelaki (Jadual 1). Penemuan adalah dijangkakan kerana wanita sememangnya lebih ramai yang menghidapi gangguan mental. Penemuan kajian mendapati purata umur responden kajian ialah antara 21 hingga 62 tahun. Majoriti daripadanya berusia lewat 40-an (41.9%). Mereka yang paling muda berumur 21 tahun dan ke bawah (6.5%). Penemuan kajian ini menyokong pandangan yang diberikan oleh Wetzel (2000) dan Abdul Kadir (2012) bahawa golongan wanita merupakan golongan majoriti iaitu 2 kali ganda lebih banyak yang mengalami gangguan mental berbanding dengan kaum lelaki. Dari segi kategori umur, dapatan selari dengan maklumat perangkaan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan 2008. Majoriti responden kajian terdiri dalam kalangan mereka yang berbangsa Cina dan menganuti agama Buddha. Penemuan kajian yang sedemikian tidak menghairankan kerana berdasarkan hasil Laporan Banci Penduduk Malaysia yang dikeluarkan pada tahun 2010 mendapati bahawa etnik berbangsa Cina adalah golongan paling ramai di Pulau Pinang dengan jumlah keseluruhan adalah 670,440 orang berbanding dengan etnik Melayu 636,146 mahupun etnik India 153,472 (Jabatan Perangkaan Malaysia 2010).

Penemuan kajian mendapati hampir keseluruhan responden yang terlibat dalam kajian ini terdiri daripada mereka yang berpendidikan tahap rendah hinggalah ke tahap pendidikan tinggi (IPT/IPTS). Namun, majoriti responden kajian terdiri daripada mereka yang berpendidikan tahap sederhana iaitu peringkat sekolah menengah (41.9%). Walau bagaimanapun terdapat sebilangan daripada responden merupakan lulusan universiti (25.8%). Berdasarkan kelulusan akademik yang dimiliki, maka tidak hairanlah sebilangan besar

JADUAL 1. Maklumat Latar Belakang Individu Yang Mengalami Gangguan Mental

Maklumat Demografi	Bilangan (n)	Peratusan (%)
Jantina		
Lelaki	12	38.7
Perempuan	19	61.3
Umur		
≤21Tahun	2	6.6
22-29Tahun	1	3.2
30-39Tahun	6	19.4
40-49Tahun	13	41.9
50-59Tahun	8	25.8
60 atas	1	3.2
Agama		
Islam	4	12.9
Buddha	18	58.1
Hindu	3	9.7
Kristian	5	16.1
Lain-lain	1	3.2
Bangsa		
Melayu	3	9.7
Cina	21	67.7
India	6	19.4
Lain-lain	1	3.2
Pekerjaan		
Kerajaan	5	16.1
Swasta	10	32.3
Bekerja Sendiri	3	9.7
Tidak Bekerja	6	19.4
Suri Rumah	5	16.1
Lain-lain	2	6.5
Tahap pendidikan		
Tidak bersekolah	1	3.2
Sekolah rendah	4	12.9
Sekolah menengah	13	41.9
Menengah tinggi	5	16.1
IPTA/IPTS	8	25.8
Pendapatan		
Tiada Pendapatan	11	35.5
RM501-999	4	12.9
RM1000-1500	6	19.4
RM1501-1999	-	-
RM2000-2500	4	12.9
RM2501-2999	-	-
RM3000-3500	4	12.9
RM3501-3999	1	3.2
RM4000 Ke atas	-	-
Tidak jawab	3	9.7
	2	6.5
Tempoh Gangguan		
≤ 1 Tahun	7	22.6
1 – 2 Tahun	1	3.2
3 – 4 Tahun	8	25.8
5 – 6 Tahun	4	12.9
7 – 8 Tahun	1	3.2
9 – 10 Tahun	7	22.6
≥ 11 Tahun	2	6.5
Tidak Jawab	1	3.2

daripada mereka mempunyai pekerjaan. Majoriti responden bekerja di sektor swasta (32.2%) dan sektor kerajaan (16.1%). Terdapat juga mereka yang bekerja sendiri (9.7%). Majoriti responden (19.4%) berpendapatan sekitar RM1000.00 hingga RM1500.00. Walau bagaimanapun, terdapat juga mereka yang berpendapatan lebih RM4000.00 (9.7%). Penemuan turut mendapati terdapat responden yang tidak bekerja (19.4%) dan tidak mempunyai pendapatan (35.5%). Penemuan kajian ini selari dengan hasil kajian lepas oleh Haris dan Che Azlina (2002) yang mendapati bahawa kebanyakan individu yang mengalami gangguan mental adalah mereka yang bertaraf sosioekonomi rendah dan tidak mempunyai pekerjaan.

KATEGORI GANGGUAN MENTAL YANG DI ALAMI

Dapatan kajian menunjukkan majoriti responden yang terlibat dalam kajian ini terdiri daripada gangguan mental kategori kemurungan (48.4%) (Jadual 2). Terdapat juga sebilangan mereka yang mengalami kebimbangan (25.8%), campuran gangguan kebimbangan serta kemurungan (6.5%) dan kecelaruan panik (3.2%). Manakala selebihnya lagi responden tidak menyatakan jenis gangguan yang dialami (16.1%). Rata-rata tempoh penyakit yang dialami oleh responden kajian adalah sekitar 3 hingga 4 tahun (25.8%) (rujuk Jadual 1).

JADUAL 2. Kategori gangguan mental yang dialami

Jenis Gangguan Mental	Bilangan (n)	Peratus (%)
Kebimbangan	8	25.8
Kemurungan	15	48.4
Kebimbangan dan Kemurungan	2	6.5
Kecelaruan Panik	1	3.2
Tidak Jawab	5	16.1

STIGMA YANG DIKENAKAN KEPADA PESAKIT

Dapatan kajian menunjukkan bahawa hampir keseluruhan responden tidak bersetuju dengan tanggapan atau stigma negatif yang dikenakan oleh anggota masyarakat terhadap mereka. Sebilangan besar responden kajian menafikan gangguan yang dialami menyebabkan masyarakat menggelar mereka sebagai golongan yang ganas (90.3%), memberi ancaman (87.1%), tidak berwibawa (51.6%), tidak bertanggungjawab (61.3%) atau tidak boleh diharapkan (80.6%) (Jadual 3).

Sebaliknya, penemuan kajian mendapati rata-rata responden kajian memperoleh penerimaan yang baik dari anggota masyarakat. Penerimaan yang baik dari anggota masyarakat ini jelas menerusi respons responden kajian yang tidak bersetuju dengan pernyataan bahawa gangguan yang dialami menyebabkan mereka berhadapan dengan peminggiran dari kawan-kawan (54.8%) atau berhadapan dengan penghinaan oleh anggota masyarakat (80.6%). Bukan itu sahaja malahan, sebilangan besar responden kajian juga turut menafikan gangguan yang dialami menyebabkan mereka berhadapan dengan ejekan oleh kanak-kanak (90.3%) mahupun dipandang serong oleh ibu bapa kanak-kanak apabila berbual dengan anak-anak mereka (80.6%).

Begitu juga dengan kepercayaan terhadap gangguan mental yang dialami. Penemuan kajian mendapati sebilangan besar (83.9%) responden tidak bersetuju dengan stigma masyarakat bahawa penyakit

yang dialami disebabkan oleh gangguan makhluk halus seperti hasutan jin, roh jahat atau balasan tuhan terhadap perbuatan jahat individu pada masa lalu (77.4%). Hampir separuh daripada responden kajian juga tidak bersetuju bahawa masyarakat beranggapan individu yang mengalami gangguan mental adalah golongan yang memiliki akal fikiran yang tidak waras atau memiliki idea-idea pelik (67.7%). Bahkan, penemuan mendapati sebilangan besar (71.0%) daripada responden tidak setuju dengan kenyataan masyarakat bahawa gangguan mental yang dialami tidak akan pulih.

Meskipun majoriti responden menyatakan ketidaksetujuan terhadap stigma negatif yang dilemparkan masyarakat mengenai diri dan penyakit yang dialami, namun terdapat juga sebilangan kecil responden yang bersetuju dan mengakui stigma negatif yang dilemparkan masyarakat tersebut. Walau bagaimanapun, hanya sebilangan kecil sahaja responden yang bersetuju dengan kenyataan berkenaan. Penemuan kajian mendapati hanya segelintir (9.7%) responden sangat setuju dan setuju bahawa masyarakat beranggapan individu seperti mereka adalah golongan yang ganas, memberi ancaman (12.9%), tidak berwibawa, (48.4%), tidak bertanggungjawab (38.7%) dan golongan yang tidak boleh diharapkan (19.4%). Malah ramai juga (45.2%) responden yang sangat bersetuju dan bersetuju penyakit yang dialami menyebabkan mereka dipinggirkan oleh kawan-kawan dan berhadapan dengan penghinaan dari anggota

masyarakat (19.4%). Manakala sebilangan kecil lagi responden pernah berhadapan dengan ejekan oleh kanak-kanak (9.7%) atau dan dipandang serong oleh ibu bapa kanak-kanak tersebut (19.4%). Begitu juga dengan kepercayaan terhadap penyakit mental, hasil kajian turut mendapati hanya sebilangan kecil responden yang bersetuju dengan kenyataan bahawa masyarakat beranggapan penyakit yang dialami adalah disebabkan oleh gangguan makhluk halus seperti jin (16.1%). Manakala sebilangan kecil daripadanya lagi bersetuju

dan sangat bersetuju masyarakat beranggapan bahawa individu yang mengalami gangguan mental adalah golongan yang berfikiran tidak waras atau memiliki idea-idea pelik (32.3%). Malahan ada juga sebilangan kecil daripadanya yang percaya penyakit yang mereka alami adalah balasan Tuhan terhadap perbuatan jahat mereka pada masa lalu (22.6%) dan 29% responden setuju masyarakat beranggapan bahawa penyakit yang mereka alami tidak akan pulih.

JADUAL 3. Stigma yang dikenakan masyarakat terhadap individu yang mengalami gangguan mental

Stigma Masyarakat	Sangat Setuju (%)	Setuju (%)	Tidak Setuju (%)
Individu yang mengalami gangguan mental adalah individu yang ganas	6.5 %	3.2%	90.3%
Individu yang mengalami gangguan mental adalah individu yang memberi ancaman	-	12.9%	87.1%
Individu yang mengalami gangguan mental adalah individu yang tidak berwibawa	9.7%	38.7%	51.6%
Individu yang mengalami gangguan mental adalah individu yang tidak bertanggungjawab	9.7%	29.0%	61.3%
Individu yang mengalami gangguan mental adalah individu yang tidak boleh diharapkan	9.7%	9.7%	80.6%
Sejak saya sakit ramai kawan-kawan memulaukan saya	19.4%	25.8%	54.8%
Sejak sakit jiran-jiran jarang bertegur sapa dengan saya	19.4%	19.4%	61.3%
Masyarakat selalu menghina saya dan keluarga	6.5 %	12.9%	80.6%
Penyakit yang dialami menyebabkan saya sering diejek oleh kanak-kanak	6.5%	3.2 %	90.3%
Penyakit yang dialami menyebabkan saya sering dipandang serong oleh ibu bapa kanak-kanak apabila berbual dengan anak-anak mereka	6.5%	12.9%	80.6%
Masyarakat beranggapan penyakit saya disebabkan oleh gangguan makhluk halus	-	16.1%	83.9%
Penyakit saya adalah balasan Tuhan terhadap perbuatan jahat pada masa lalu	6.5%	16.1%	77.4%
Masyarakat sering beranggapan individu yang mengalami gangguan mental adalah golongan yang tidak berfikiran waras atau memiliki idea-idea pelik	9.7%	22.6%	67.7%
Masyarakat beranggapan bahawa penyakit yang saya alami tidak akan pulih	16.1%	12.9%	71.0%

TAHAP STIGMA

Tahap stigma responden kajian ditentukan dengan cara menjumlahkan kesemua skor item stigma. Tahap stigma kemudiannya dikategorikan kepada tiga tahap iaitu rendah, sederhana dan tinggi. Nilai skor dan nilai sisihan piawai digunakan bagi menentukan tahap stigma. Tahap stigma rendah ditentukan dengan cara purata skor tolak nilai sisihan piawai. Tahap stigma tinggi ditentukan dengan cara purata skor ditambah dengan nilai sisihan piawai. Manakala tahap stigma sederhana pula adalah nilai skor di antara tahap rendah dan tahap tinggi. Purata skor yang diperolehi adalah 24.96 manakala nilai sisihan piawai ialah 5.34. Oleh itu, skor terhadap stigma rendah ialah 20 dan ke bawah, sederhana 21-29 dan tinggi skor 30 ke atas. Secara keseluruhan tahap stigma yang dialami oleh responden kajian adalah pada tahap sederhana (48.4%). Hanya sebilangan kecil responden berhadapan dengan stigma pada tahap tinggi (22.6%) manakala sebilangan kecil responden berhadapan stigma pada tahap rendah (29%). Tahap stigma sederhana sedemikian mungkin dipengaruhi oleh kategori responden kajian yang terdiri dalam kalangan mereka yang mengalami kecelaruan kebimbangan, kemurungan, kecelaruan panik dan kecelaruan obsesif kompulsif. Meskipun dapatan kajian menunjukkan perbezaan pada tahap stigma, namun secara keseluruhannya penemuan kajian mendapati responden masih berhadapan dengan stigma meskipun pada tahap yang rendah dan penemuan kajian ini menyokong hasil kajian terdahulu seperti Saloma et al. (2012), Haris dan Che Azlina (2002), Mohd Suhaimi et al. (2012), Rusch, Angermeyer dan Corringan (2005), Stier dan Hinshaw (2007) bahawa stigma adalah halangan utama bagi individu yang menghidapi penyakit mental untuk beradaptasi dalam persekitaran sosial. Tambahan lagi, perbezaan tahap stigma ini turut menyokong pendapat yang diutarakan oleh Rusch, Angermeyer dan Corringan (2005) iaitu tidak semua individu yang mengalami gangguan mental akan berhadapan dengan stigma dari anggota masyarakat kerana setiap individu itu berbeza dari segi tindak balas psikologi dan simptom gangguan yang dialami.

JADUAL 4. Tahap stigma

Tahap Stigma	Nilai Skor	Bilangan (n)	Peratus (%)
Rendah	20	9	29.0
Sederhana	21-29	15	48.4
Tinggi	30	7	22.6
Jumlah		31	100

Nota: Purata skor = 24.96
Sisihan Nilai Piawai = 5.34

Skor Minimum = 18
Skor Maksimum = 37

LIMITASI KAJIAN

Penemuan kajian yang sedemikian juga dipengaruhi oleh beberapa batasan kajian. Antaranya seperti saiz sampel kajian, lokasi kajian dan kategori gangguan yang memfokuskan kepada kecelaruan neurosis. Memandangkan kajian ini adalah kajian rintis maka saiz sampel yang terlibat adalah kecil. Oleh itu, hasil penemuan kajian ini terbatas pada ruang lingkup tertentu dan tidak dapat di generalisasi untuk merujuk kepada semua individu yang mengalami gangguan mental. Maka perlunya kajian pada masa akan datang yang melihat persepsi individu yang mengalami gangguan mental terhadap stigma masyarakat dalam konteks yang lebih luas, merangkumi semua negeri-negeri di Malaysia agar hasil penemuan dapat di generalisasi.

RUMUSAN

Stigma memberi kesan mendalam terhadap individu yang mengalaminya. Stigma tidak hanya menyebabkan individu terkurung dalam situasi yang distigmakan malah pada keadaan yang lebih parah stigma juga menyebabkan penurunan nilai keyakinan diri, harga diri dan keupayaan diri seseorang individu sehingga menyebabkan kegagalan individu dalam arus kehidupan dan sekali gus merencatkan proses pemulihan pesakit. Berdasarkan dapatan kajian, jelas bahawa tidak semua individu yang mengalami gangguan mental akan berhadapan dengan stigma negatif masyarakat apabila hasil penemuan kajian mendapati majoriti daripada responden menyatakan ketidaksetujuan dengan stigma negatif yang dikenakan terhadap diri dan penyakit mereka. Penemuan kajian yang sedemikian mungkin didorong oleh beberapa faktor misalnya kategori gangguan yang dialami oleh responden kajian yang terdiri dalam kalangan pesakit neurosis seperti kecelaruan kebimbangan, kemurungan, kecelaruan panik dan kecelaruan obsesif kompulsif. Pada kebiasaannya menurut Niraj (2006) individu yang mengalami gangguan mental neurosis tidak menunjukkan sebarang bentuk perubahan yang ketara dari aspek tingkah laku mahupun kognitif. Bahkan, mereka juga tidak mengalami halusinasi atau delusi yang terpisah dengan realiti kehidupan sebenar seperti mana psikosis. Sebaliknya, personaliti dan tingkah laku pesakit masih lagi dalam kawalan. Perbezaan kategori gangguan dan simptom yang wujud sedikit sebanyak mempengaruhi penemuan kajian ini. Penemuan kajian mungkin sama sekiranya kajian ini melibatkan semua kategori individu yang mengalami gangguan mental seperti skizofrenia, bipolar dan sebagainya. Selain itu perbezaan hasil kajian juga bergantung sepenuhnya kepada kemampuan responden dalam memahami dan menjawab borang soal selidik. Hal ini kerana menurut Yusmarhaini (2005) klien yang mengalami

kecelaruan mental sering kali cuba menafikan masalah yang dihadapi atau menanggung sendiri tekanan yang dialami. Dapatan kajian ini juga sedikit sebanyak menyokong pandangan yang diutarakan oleh Rusch, Angermeyer dan Corringan (2005) bahawa tidak semua pesakit mental akan berhadapan dengan stigma negatif dan diskriminasi dari anggota masyarakat. Meskipun begitu beliau tidak menolak stigma adalah halangan utama kepada individu yang mengalami gangguan mental.

Meskipun analisis tahap mendapati sebilangan besar responden kajian menunjukkan stigma pada tahap sederhana namun usaha-usaha atau langkah-langkah untuk mengurangkan, membendung dan menghentikan stigma terhadap individu yang mengalami gangguan mental perlu dilaksanakan secara berterusan. Corringan dan Penn (1999) dalam Corringan dan Watson (2002:17) menyatakan terdapat tiga kaedah atau pendekatan yang boleh dilaksanakan dalam usaha untuk mengurang, membendung dan sekali gus menghentikan stigma terhadap individu yang mengalami gangguan mental. Langkah-langkah tersebut adalah menerusi bantahan atau protes, pendidikan dan hubungan atau interaksi.

Bantahan boleh dilaksanakan menerusi dua cara iaitu dengan membantah atau memprotes tindakan media massa dalam menyampaikan berita atau fahaman yang tidak tepat mengenai penyakit dan individu yang mengalami gangguan mental menerusi lawak jenaka, kartun mahupun drama-drama yang disiarkan menerusi media elektronik. Bantahan ini perlu kerana media massa merupakan ejen sosialisasi utama bagi kebanyakan anggota masyarakat pada hari ini dan mempunyai pengaruh yang kuat terhadap masyarakat. Manakala di peringkat masyarakat, stereotaip dan prejudis negatif masyarakat mengenai individu dan penyakit mental juga harus diperbetulkan semula. Hal demikian kerana stereotaip dan prejudis menjadi halangan utama kepada masyarakat untuk menerima golongan tersebut. Selain itu, usaha yang berterusan menerusi pendidikan adalah perlu dan menjadi satu keutamaan bagi membendung, mengurang dan sekali gus menghentikan stigma terhadap penyakit dan pesakit mental. Keberkesanan pendidikan dalam usaha untuk mengurangkan stigma terhadap individu yang mengalami gangguan mental telah terbukti. Kajian mendapati anggota masyarakat yang memiliki pengetahuan mengenai penyakit mental didapati kurang mengenakan stigma mahupun diskriminasi terhadap mana-mana individu yang mengalami gangguan mental (Scott & Phillip 1985 dalam Corringan & Watson 2002:17). Hal demikian kerana menerusi pendidikan, masyarakat disediakan dengan serangkaian maklumat dan pengetahuan yang tepat mengenai penyakit dan pesakit mental. Maklumat dan pengetahuan yang benar dan tepat mengenai konsep gangguan mental membolehkan masyarakat melihat gangguan mental sebagai satu penyakit yang diakibatkan oleh sistem biologi manusia dan bukannya

disebabkan oleh unsur metafizik. Bukan itu sahaja malahan stigma terhadap individu yang mengalami gangguan mental juga dapat dikurangkan menerusi integrasi semula individu yang mengalami gangguan mental dalam kehidupan bermasyarakat. Integrasi semula individu yang mengalami gangguan mental dalam masyarakat akan mewujudkan interaksi dua hala antara individu yang mengalami gangguan mental dengan anggota masyarakat. Interaksi sosial yang wujud ini mampu mengurangkan stigma dan sekali gus mewujudkan penerimaan sosial. Kesimpulannya, tidak semua individu yang mengalami gangguan mental berhadapan dengan stigma dari anggota masyarakat. Walau bagaimanapun, usaha berterusan untuk membendung dan mengurangkan stigma adalah penting bagi memastikan hasrat dan matlamat utama kerajaan untuk menghentikan stigma terhadap penyakit dan pesakit mental ini tercapai.

RUJUKAN

- Abdul Kadir Abu Bakar. 2012. 12% rakyat Malaysia sakit mental. *Utusan Malaysia*, 04 Febuari. <http://www.utusan.com.my>. Tarikh capaian: 9 Januari 2013
- Azizi Yahya & Jamaludin Ramli. 2007. *Psikologi Abnormal*. Skudai: Penerbit Universiti Teknologi Malaysia.
- Azizi Yahya, Cathy Suhaila Abdullah, Roslee Ahmad & Sharifudin Ismail. 2006. *Punca dan Rawatan Kecelaruan Tingkah Laku*. Kuala Lumpur: PTS Professional Publishing Sdn Bhd.
- Colson, A. 1971. The perception of abnormality in malay village. Dlm. *Psychological Problems and Treatment in Malay Village*, disunting oleh Wagner. N. N., & Tan, S. E, 88-101. Kuala Lumpur: Penerbit Universiti Malaya Press.
- Corringan, P. W. & Watson A. C. 2002. Forum stigma and mental illness: Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 1(1): 16-20.
- Goffman, E. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Book.
- Haris Abd. Wahab & Che Azlina Che Zam. 2002. Penerimaan keluarga dan masyarakat terhadap pesakit mental. *Jurnal Manusia dan Masyarakat* 13: 179-200.
- Hospital KKM Pulau Pinang. 2014. Jenis-Jenis Rawatan Psikiatri. <http://hpp.moh.gov.my>. Tarikh capaian: 1 Oktober 2014.
- Intan Nurhaila Meor Safari, Nor Lija Kasim, Nur Falihin Iskandar, Mohamad Haazik Mohamed & Mohd Yusof Hj. Abdullah. 2011. Tahap pengetahuan mengenai kesihatan mental dalam kalangan pelajar Institut Pengajian Tinggi Awam (IPTA): Kajian kes di UKM, Bangi. *Jurnal Personalita Pelajar* 14: 37- 44

- Kamus Jururawat. 2012. Bailliere Edisi Malaysia. Singapore: Elsevier Pte. Ltd.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. 2008. *Kajian Morbiditi Kebangsaan 2006 III*. Institut Kesihatan Awam Kebangsaan, Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Jabatan Perangkaan Malaysia. 2010. *Taburan penduduk dan ciri-ciri asas demografi. Laporan banci penduduk dan Perumahan Malaysia*, 42. Kuala Lumpur: Jabatan Perangkaan Malaysia.
- Lemert, E. M. 1972. *Human Deviance, Social Problem and Social Control*. 2nd Edition. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Mahmood Nazar Mohamed. 2005. *Pengantar Psikologi: Pengenalan Asas kepada Jiwa dan Tingkah laku Manusia*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Mat Saat Baki. 1993. Tingkah laku tak normal. Dlm. *Psikologi Melayu*, disunting oleh Abdul Halim Othman, 344-385. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Marcionis, J. J. 1987. *Sociology*. Eaglewood Cliffs: Prentice Hall.
- Mohamad Jamil Yaacob. 2007. *Kerjaya sebagai Psikiatri*. Selangor, Kuala Lumpur: PTS Publication
- Mohamed Hatta Shaharom, Anisah Che Ngah, Susan Tan Mooi Koon, Abdul Hamid Abdul Rahman, Hatta Sidi. 2008. *Etika Perubatan Islam dan Isu-isu Psikiatri*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Mohamed Hatta Shaharom. 2001. *Psikiatri: Perubatan Undang-undang dan Masyarakat*. Kuala Lumpur: Fajar Bakti.
- Mohamad Hussain Habil. 2010. Psiko budaya halangan rawatan. *Utusan Malaysia*, tarikh 23. September. <http://www.Utusan.com.my>. Tarikh capaian: 1 Ogos 2011.
- Mohit, A. 2001. Psychiatric and Mental Health for Developing Country Challenges for The 21 st Century. Kertas kerja dibentangkan di Kongres Persatuan Psikiatri Pakistan ke 13, Anjuran Perubuhan Kesihatan Sedunia, 25-29 Januari, Pakistan.
- Mohd Suhaimi Mohamad, Sheau Tsuey Chong, Norulhuda Sarnon, Fauziah Ibrahim, Khadijah Alavi & Noremy Md Akil. 2012. Manifestasi penjagaan keluarga: Tekanan psikologikal dalam menjaga pesakit mental. *Journal of Social Sciences and Humanities* 7: 59-75.
- Myint Zan. 2010. Analysis on aspect of traditional (indigenous) and western-based thinking in the classical and modern Burmese elites' discourse concerning madness. *Akademika* 78: 15-35.
- Niraj Ahuja. 2006. *A short textbook of psychiatry*. New Delhi: Jaypee Brothers.
- Persatuan Psikiatri Malaysia. 2012. Penyakit mental di kalangan rakyat Malaysia semakin meningkat. <http://www.psychiatrymalaysia.org/article.php?aid=1122>. Tarikh capaian: 4 Mac 2012.
- Rohana Man. 2010. Pesakit mental bertambah. *Utusan Malaysia*, 09 Januari. <http://www.utusan.com.my/utusan>. Tarikh capaian: 5 Febuari 2015.
- Rusch, N., Angermeyer, M. C. & Corringan, P. W. 2005. Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatric* 20: 529-539.
- Saloma Pawi, Zabidah Putit, Rekaya Vincent Balang & Jane Buncuan. 2012. Quality of life of people with mental illness who lives in the community in Sarawak. *Malaysian Journal of Psychiatry* 21(2): 38-49.
- Stier, A. & Hinshaw, S. P. 2007. Explicit stigma and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychologist* 42: 106-117.
- Sulaigah Baputty, Sabtu Hitam & Sujata Sethi. 2008. *Mental Health Nursing*. Shah Alam: Oxford University Press.
- Yeap Kah Min Reiko. 2008. Common misconceptions and attitudes towards psychology and mental health: A Malaysian context. Tesis Doktor Falsafah, Universiti Malaya, Kuala Lumpur.
- Yusmarhaini Yusof. 2005. Penilaian kesihatan mental dan kerja sosial. Dlm. *Polisi, Perundangan dan Amalan Kerja Sosial*, disunting oleh Azlin Hilma Hillaludin, Fatimah Zailly Ahmad Ramli, Rusimah Sayuti & Yusmarhaini Yusof, 61-72. Sintok: Penerbit Universiti Utara Malaysia.
- Wetzel, J. W. 2000. Women and mental health: A global perspective. *International Social Work* 43(2): 205-215.

Rose Fazilah Ismail (corresponding author)
 Jabatan Pentadbiran dan Keadilan Sosial
 Fakulti Sastera dan Sains Sosial
 Universiti Malaya
 50603 Kuala Lumpur
 E-mail: rose_fazilah@yahoo.com

Haris Abd. Wahab
 Jabatan Pentadbiran dan Keadilan Sosial
 Fakulti Sastera dan Sains Sosial
 Universiti Malaya
 50603 Kuala Lumpur
 E-mail: haris@um.edu.my

Received: 30 April 2014
 Accepted: 15 March 2015