



UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

PEJABAT PENGURUSAN DAN KREATIVITI PENYELIDIKAN
RESEARCH CREATIVITY AND MANAGEMENT OFFICE

Ruj. Kami: A0894

Tarikh : 5 Ogos 2009

Prof. Madya Suriati Ghazali
Penyelidik
Pusat Pengajian Ilmu Kemanusiaan

Puan,

Laporan Akhir Projek Penyelidikan Tajaan Agensi Luar

- **Penaja : MAJLIS KANSER NASIONAL [MAKNA]**
- **Tajuk : Kesengsaraan Berganda – Kemsकिन dan Kanser : Satu Tinjauan Ke Arah Tindakan**

Dengan hormatnya perkara di atas dirujuk.

2.. Pejabat ini merakam ucapan terima kasih atas dua naskah laporan akhir projek bertajuk '**Kesengsaraan Berganda – Kemsकिन dan Kanser : Satu Tinjauan Ke Arah Tindakan**' tajaan Majlis Kanser Nasional [MAKNA].

3. Sehubungan dengan itu, adalah dimaklumkan bahawa projek ini telah dianggap selesai dengan jayanya.

Sekian, terima kasih.

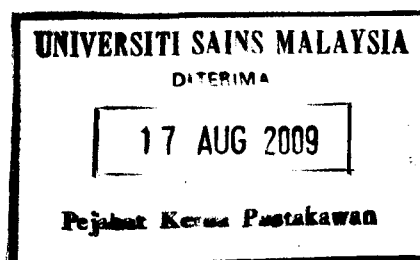
"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"
'Memastikan Kelestarian Hari Esok'


(AMRA OTHMAN)
Penolong Pendaftar
Unit Pengurusan Geran & Kontrak
E-mel : rcmo@usm.my

s.k. Timbalan Naib Canselor
Penyelidikan & Inovasi

Dekan
Pusat Pengajian Ilmu Kemanusiaan

 HAR, SRMS, SFM.





Ketua Pustakawan
Perpustakaan Hamzah Sendut 1
Kampus Induk USM

*Disampaikan satu salinan
laporan akhir projek untuk
simpanan Perpustakaan*

Puan Ansuya a/p Narhari
Penolong Bendahari
Unit Kumpulan Wang Penyelidikan
Jabatan Bendahari

untuk makluman puan.

KESENGSARAAN BERGANDA— KEMISKINAN DAN KANSER: SATU TINJAUAN KE ARAH TINDAKAN



Suriati Ghazali
Colonius Atang
Narimah Samad
Norizan Md. Nor
Azlinda Azman
Intan Hashimah Hashim
Khairiah Salwa Hj. Mokhtar

Usahasama Penyelidikan
Majlis Kanser Nasional - Universiti Sains Malaysia
(MAKNA– USM)

Jun 2009

KESENGSARAAN BERGANDA – KEMISKINAN DAN KANSER: SATU TINJAUAN KE ARAH TINDAKAN

Ketua Penyelidik:

PROF. MADYA DR. SURIATI GHAZALI

Pegawai Penyelidik:

ENCIK COLONIUS ATANG

Penyelidik Bersama:

PROF. MADYA DR. NARIMAH SAMAT

PROF. MADYA DR. NORIZAN MD. NOR

DR. AZLINDA AZMAN

DR. INTAN HASHIMAH HASHIM

DR. KHAIRIAH SALWA HJ. MOKHTAR

Laporan akhir penyelidikan bertajuk
'Kesengsaraan Berganda – Kemiskinan dan Kanser:
Satu Tinjauan Ke Arah Tindakan'

**Majlis Kanser Nasional (MAKNA) &
Universiti Sains Malaysia (USM)
Jun 2009**

Penyelidikan ini dibiayai oleh Majlis Kanser Nasional (MAKNA) 2006 – 2009.

PENGHARGAAN

Pelbagai pihak telah membantu kami dalam usaha menyiapkan penyelidikan ini. Sekalung budi kepada Universiti Sains Malaysia kerana menjadikan penyelidikan sebagai salah satu teras dalam menerajui gagasan sebagai sebuah Universiti Apex. Setinggi-tinggi penghargaan dan terima kasih ditujukan kepada Majlis Kanser Nasional (MAKNA) yang telah membiayai penyelidikan usahasama antara MAKNA-USM ini. Ucapan terima kasih yang tidak terhingga juga ditujukan kepada semua kakitangan di Ibu Pejabat MAKNA, Kuala Lumpur atas kerjasama dan bekalan maklumat yang diperlukan. Kepada semua responden dan informan kajian ini, setinggi-tinggi penghargaan dan terima kasih di atas sokongan yang diberikan untuk menjayakan penyelidikan ini. Kesudian anda meluangkan masa, berkongsi maklumat dan pengalaman sangat kami hargai. Terima kasih juga kepada kumpulan pelajar Kajian Luar Geografi 2007 (Kumpulan Geografi Kesihatan) dari Bahagian Geografi, Pusat Pengajian Ilmu Kemanusiaan atas perkongsian data tentang penjagaan dan kesedaran kesihatan orang awam. Seterusnya kami juga mengucapkan ribuan terima kasih kepada ahli keluarga kami dan rakan-rakan dari Bahagian Geografi, Pusat Pengajian Ilmu Kemanusiaan, atas pelbagai bentuk bantuan dan dorongan yang diberikan secara berterusan.

Suriati Ghazali (Ketua Penyelidik)

Colonius Atang (Pegawai Penyelidik)

Narimah Samat; Norizan Mohamad Nor ; Khairiah Salwa Hj. Mokhtar

Intan Hashimah Mohd Hashim dan Azlinda Azman (Penyelidik Bersama)

Universiti Sains Malaysia

11800 Pulau Pinang, Malaysia

4 Jun 2009

KESENGSARAAN BERGANDA – KEMISKINAN DAN KANSER:

SATU TINJAUAN KE ARAH TINDAKAN

ABSTRAK

Dikesan kanser menyebabkan pesakit dan keluarga berada dalam keadaan ‘kesengsaraan berganda’ kerana menderita sakit, mengalami tekanan emosi dan kesejahteraan hidup tergugat. Lebih menderita ialah pesakit dan keluarga dari golongan berpendapatan rendah, tinggal di kawasan yang jauh dari pusat rawatan dan tidak mempunyai perkhidmatan pengangkutan yang cekap. Kanser juga menyebabkan seseorang kehilangan pekerjaan sehingga mereka dan keluarga semakin menderita akibat tekanan kemiskinan. Oleh itu, penyelidikan ini cuba meninjau isu ‘kesengsaraan berganda’ yang dihadapi oleh pesakit dan keluarga semasa berhadapan dengan penyakit ini. Fokus kajian ialah meninjau pengetahuan pesakit dan keluarga tentang kanser, jarak dan aksesibiliti ke pusat rawatan, masalah ekonomi, pekerjaan, insuran kesihatan dan akses kepada bantuan. Objektif penyelidikan ialah mengenalpasti masalah dan memahami bagaimana mereka menghadapi masalah tersebut, risiko yang dihadapi seperti berkemungkinan berhenti kerja, dan cadangan untuk tindakan. Satu kajian soalselidik telah dijalankan ke atas 295 orang responden yang terdiri daripada pesakit dan ahli keluarga dari negeri Pulau Pinang, Kedah, Perlis dan Perak Utara. Seramai 30 orang daripada mereka dipilih sebagai informan untuk temubual mendalam. Kajian ini mendapati kesejahteraan hidup pesakit dan keluarga terjejas teruk akibat kanser. Mereka kehilangan pekerjaan dan pendapatan, sukar ke hospital kerana jarak yang jauh dan ketiadaan kenderaan. Ketidaksesuaian kaedah penyampaian maklumat pula menyebabkan pesakit dan keluarga di luar bandar terus tidak memahami keterangan tentang kanser. Selain itu, ketidakprihatinan dan ketidakcekan pihak bertanggungjawab dalam menyalurkan bantuan telah menyukarkan lagi kumpulan ini untuk mendapatkan bantuan.

DOUBLE JEOPARDY – CANCER AND POVERTY :

A SURVEY TOWARDS ACTION

ABSTRACT

On being diagnosed, cancer will place patient and their families to experience ‘double jeopardy’ due to intense sickness, emotional pressure and further affect on the well being. Cancer patients or families from low income background, living in the area which is far from treatment centers and with no transportation will experience more difficulty and challenges. Cancer also leads individuals to lose their jobs, making them living in poverty. This research, therefore attempts to look into the ‘double jeopardy’ issues faced by patients and families living with cancer. The study focus is to survey the knowledge of the cancer patients and families about cancer, issues pertaining to distance and accessibilities when getting treatment, problems related to economic, employment, health insurance and other access for assistance. The research objective is to identify problems and understand how this population deals with their problems, the risk that they will have to face which include the need to stop working, as well as looking into suggestions that lead to action. A survey has been conducted on a total of 295 respondents who were patients themselves and their family members from Pulau Pinang, Kedah, Perlis and North of Perak. A total of 30 respondents were then selected to participate in an in-depth interview. The study findings have shown that the well being of cancer patients and their families were seriously affected. Most of them have lost their employment and income, facing difficulty in getting treatment due to distance issues and no transportation. The ineffective methods of information dissemination also contribute to patients and families in the rural areas having lack of understanding about cancer. In addition, insensitivity and inefficiency of respective agencies in providing help makes it more difficult for this population to seek help.

BIODATA PENYELIDIK



Suriati Ghazali ialah Profesor Madya dan pensyarah di Bahagian Geografi, Pusat Pengajian Ilmu Kemanusiaan, Universiti Sains Malaysia. Minat penyelidikan beliau ialah bidang geografi manusia khususnya geografi sosial dan budaya, tranformasi bandar-luar bandar serta kajian berkaitan sosio-ekonomi dan isi rumah. Beliau mengajar subjek geografi diperingkat ijazah sarjana muda dan menyelia pelajar ijazah tinggi dalam kepakaran tersebut.



Colonius Atang ialah Pegawai Penyelidik untuk kajian 'Kesengsaraan Berganda - Kemiskinan dan Kanser: Satu Tinjauan dan Cadangan ke Arah Tindakan'. Beliau memiliki Ijazah Sarjana Sastera dalam bidang Geografi Manusia/sosial.



Narimah Samat ialah Profesor Madya di Bahagian Geografi, Pusat Pengajian Ilmu Kemanusiaan, Universiti Sains Malaysia. Minat utama penyelidikan beliau ialah membangunkan model GIS-berasaskan *Cellular Automata* dalam meramal perubahan ruang bandar dan aplikasi GIS dalam kajian sosial.



Norizan Mohamad Nor ialah Profesor Madya di Bahagian Geografi, Pusat Pengajian Ilmu Kemanusiaan, Universiti Sains Malaysia. Minat penyelidikan beliau ialah Perancangan Wilayah dan Pembangunan Industri, Kelestarian Bandar dan Kualiti Hidup dan *Urban and Program Impact Analysis*.



Dr. Intan Hashimah Mohd Hashim ialah pensyarah di Pusat Pengajian Sains Sosial, Universiti Sains Malaysia. Minat utama penyelidikan beliau ialah psikologi, interpersonal, sokongan sosial dan tekanan serta kesannya terhadap kesihatan.



Dr. Khairiah Salwa Hj. Mokhtar ialah pensyarah di Pusat Pengajian Jarak Jauh, Universiti Sains Malaysia. Minat penyelidikan beliau ialah tentang polisi awam, *New Public Management, Political Marketing and Distance Education*.



Dr. Azlinda Azman ialah pensyarah di Pusat Pengajian Sains Sosial, Universiti Sains Malaysia. Bidang kepakaran beliau ialah bidang Kerja Sosial. Kini beliau mengajar subjek Kerja Sosial di peringkat ijazah dan sarjana. Beliau juga aktif dalam pertubuhan-pertubuhan kerja sosial dan badan-badan bukan kerajaan (NGO) seperti Persatuan Kerja Sosial Malaysia.

ISI KANDUNGAN

	Halaman
Penghargaan	i
Abstrak	ii - iii
Biadota Penulis	iv- v
Isi kandungan	vi-xi
Senarai Rajah	xii-xiv
Senarai Jadual	xv-xix
Senarai Foto	xx
 BAB 1: PENGENALAN	 1 - 20
1.1 Pengenalan dan isu kajian	1
1.1 Objektif kajian	4
1.2 Metodologi kajian	4
1.3.1 Pemilihan kawasan kajian	5
1.3.2 Pemilihan responden	7
1.3.3 Kaedah pengumpulan data	9
1.3.4 Akses kepada responden	10
1.3.5 Maklumat primer dan sekunder, dan kaedah kualitatif	12
1.3.6 Analisis data	13
1.3.7 Etika penyelidikan	15
1.4 Kajian pengetahuan dan ketersampaian maklumat di kalangan orang awam	17
1.5 Organisasi laporan	20
 BAB DUA: KESENGSARAAN BERGANDA – KEMISKINAN DAN KANSER: SATU SOROTAN LITERATUR	 21 - 33
2.1 Pengenalan	21
2.2 Masyarakat luar bandar dan aksesibiliti kepada penjagaan kesihatan	21
2.3 Ketersampaian maklumat, kesedaran kesihatan dan perlindungan kesihatan	22
2.4 Kanser dan wanita	28
2.5 Masyarakat dan rawatan tradisional	29
2.6 Kesimpulan	32

**BAB TIGA: SENARIO KANSER DAN PERKHIDMATAN RAWATAN
DI MALAYSIA** **33 – 64**

3.1 Pengenalan: Senario kanser di Malaysia	33
3.2 Insiden dan beban kanser di Malaysia	34
3.3 Variasi insiden kanser mengikut umur, jantina dan kumpulan etnik	36
3.4 Wanita dan ancaman kanser	41
3.5 Kanser	43
3.6 Jenis-jenis kanser	43
3.6.1 Carcinoma	44
3.6.2 Sarcoma	44
3.6.3 Myeloma	44
3.6.4 Leukemia	44
3.6.5 Lymphoma	45
3.7 Senaraikan jenis kanser utama mengikut lokasi pada tubuh manusia	46
3.8 Rawatan kanser	48
3.9 Tahap-tahap kanser	49
3.10 Perkhidmatan sokongan dan rawatan kanser yang terdapat di Malaysia	51
3.10.1 Berikut merupakan beberapa hospital utama yang mempunyai Jabatan Onkologi, Unit Penjagaan Palatif dan Onkologi Kanak-kanak di Malaysia	53
3.10.2 Sokongan daripada Badan-badan Bukan Kerajaan (NGO)	54
3.10.3 Lain-lain sokongan	58
3.11 Berikut disertakan sedikit keterangan tentang senaman Qigong	59
3.12 Berikut disenaraikan beberapa alamat Pertubuhan Qigong di Malaysia	61
3.12.1 Berikut beberapa pengalaman pesakit kanser yang pernah menyertai senaman	62
3.13 Kesimpulan	64

BAB EMPAT: BATASAN PENGETAHUAN, AKSESIBILITI DAN EKONOMI SERTA STRATEGI MENGATASI MASALAH	Halaman
	65 - 80

Bahagian I	65 – 80
-------------------	----------------

4.1 Pengenalan	65
4.2 Latar belakang pesakit yang menjadi responden kajian	66
4.2.1 Taburan mengikut jantina	66
4.2.2 Taburan mengikut umur	68
4.2.3 Status tempat tinggal	71
4.2.4 Taburan mengikut diagnosis	72
4.2.5 Taburan mengikut prognosis	77
4.2.5.1 Taburan prognosis mengikut jantina	80

Bahagian II	80 - 131
--------------------	-----------------

4.3 Pengetahuan tentang kanser, jarak dan aksesibiliti ke tempat rawatan	80
4.3.1 Tahap pengetahuan terhadap kanser	81
4.3.2 Tahap pengetahuan mengikut jantina, kawasan kajian dan status tempat tinggal	83
4.4 Pengetahuan tentang simptom kanser	86
4.4.1 Pengetahuan tentang simptom kanser mengikut jantina dan status tempat tinggal	88
4.5 Pengetahuan tentang saringan kanser	91
4.5.1 Tindakan awal dalam menghadapi simptom kanser mengikut jantina dan status tempat tinggal responden	93
4.5.2 Kajian kes: Tindakan awal untuk menghadapi kanser	101
4.6 Tahap ketika didiagnosis kanser	105
4.6.1 Tahap kanser mengikut jantina	105
4.6.2 Tahap didiagnosis mengikut kawasan kajian	106
4.6.3 Kajian kes: Lewat didiagnosis kerana merahsiakan simptom kanser dan memilih rawatan alternatif sebagai tindakan awal	109
4.7 Masalah yang dihadapi oleh responden untuk ke hospital	110
4.7.1 Akses ke hospital bagi mendapatkan rawatan mengikut status tempat tinggal	111
4.7.2 Jarak rumah responden dari hospital	112
4.7.3 Jarak hospital dari rumah pesakit mengikut kawasan kajian dan status tempat tinggal	114
4.8 Hospital tempat pesakit mendapatkan rawatan	119

4.9	Pengangkutan ke hospital dan kemudahan perkhidmatan pengangkutan awam	129
4.9.1	Pengangkutan digunakan untuk ke hospital	126
4.9.2	Jenis pengangkutan ke hospital mengikut status tempat tinggal	127
4.9.3	Persepsi terhadap perkhidmatan pengangkutan awam	129
4.10	Rumusan: Pengetahuan tentang kanser, jarak dan aksesibiliti ke tempat rawatan	131
Bahagian III		131 - 162
4.11	Ekonomi dan akses kepada bantuan	131
4.11.1	Masalah ekonomi semasa berhadapan dengan kanser	132
4.11.2	Pendapatan isi rumah responden	133
4.11.3	Penyumbang utama ekonomi keluarga	135
4.11.4	Pendapatan penyumbang utama keluarga pesakit	136
4.12	Kos pengangkutan ke hospital mengikut status tempat tinggal	139
4.13	Kehilangan pekerjaan atau terpaksa keluar bekerja	140
4.13.1	Kesengsaraan berganda: Kesakitan akibat kanser, kehilangan pekerjaan dan kemiskinan hidup	143
4.13.2	Kesengsaraan akibat kanser turut ditanggung oleh ahli keluarga yang berhenti kerja untuk menjaga pesakit	147
4.14	Usaha mengatasi masalah ekonomi yang dihadapi oleh keluarga	148
4.14.1	Mengatasi masalah kewangan dengan mendapatkan bantuan keluarga terdekat, memohon bantuan MAKNA dan bekerja semula selepas habis rawatan kemoterapi	148
4.15	Insuran kesihatan	158
4.15.1	Perlindungan polisi insuran di kalangan pesakit	151
4.15.2	Pengetahuan tentang insuran kesihatan di kalangan mereka yang tidak memiliki insuran mengikut jantina dan status tempat tinggal	151
4.15.3	Faktor tiada perlindungan insuran	152
4.16	Kesukaran responden untuk mendapatkan bantuan daripada pihak-pihak tertentu	153
4.17	Persepsi terhadap proses permohonan untuk mendapatkan bantuan dan sokongan	155
4.17.1	Batasan mendapatkan bantuan dan sokongan	157
4.18	Rumusan: Masalah ekonomi, pekerjaan, insuran kesihatan serta akses kepada bantuan	159
4.19	Kesimpulan	160

BAB LIMA: KESEDARAN KESIHATAN, PENGETAHUAN DAN KETERSAMPAIAN MAKLUMAT TENTANG KANSER DI KALANGAN ORANG AWAM

163 - 192

5.1 Pengenalan	163
5.2 Profil Responden	164
5.2.1 Jantina	164
5.2.2 Umur	165
5.2.3 Status Tempat Tinggal	166
5.2.4 Etnik dan agama responden	166
5.2.5 Tahap Pendidikan Responden	166
5.3 Pernah mendengar tentang kanser	167
5.3.1 Pernah mendengar tentang penyakit kanser	167
5.3.2. Pernah mendengar mengikut status tempat tinggal	167
5.3.3. Pernah mendengar mengikut taraf pendidikan	168
5.3.4 Pernah mendengar tentang kanser mengikut jantina dan umur	170
5.4 Pengetahuan lanjut responden tentang kanser	171
5.4.1 Pengetahuan tentang faktor penyakit kanser	171
5.4.2 Pengetahuan responden terhadap kumpulan gender berisiko menghidap kanser	176
5.4.3 Pengetahuan responden sama ada penyakit kanser boleh sembuh atau pun tidak	178
5.5 Pengetahuan Tentang Penjagaan Kesihatan	180
5.5.1 Pengetahuan tentang ada atau tidak barangan keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko menjadi penyebab kanser	180
5.5.2 Pengetahuan tentang gaya hidup sihat	182
5.5.3 Persepsi terhadap ada atau tidak mereka mengamalkan gaya hidup sihat	185
5.5.4 Pengetahuan tentang saringan kanser	185
5.5.5 Perbandingan pengetahuan tentang saringan kanser mengikut umur dan jantina	187
5.5.6 Kesedaran melakukan saringan kanser mengikut gender, umur dan tahap pendidikan	187
5.5.7 Pengetahuan tentang polisi insurans kesihatan	189
5.5.8 Perbandingan pengetahuan tentang insuran mengikut tahap pendidikan dan umur	190
5.5.9 Latar belakang responden yang mempunyai perlindungan insuran	190
5.4 Kesimpulan	192

BAB ENAM: MEMBINA JARINGAN KESELAMATAN DAN CADANGAN KE ARAH TINDAKAN BAGI MEMBANTU PESAKIT KANSER DAN KELUARGA	Halaman
6.1 Pengenalan	193
6.2 Ringkasan penemuan kajian	194
6.3 Cadangan ke arah tindakan: Memperkasakan sokongan sedia ada dalam membantu pesakit dan keluarga	198
BIBLIOGRAFI	202 – 206
LAMPIRAN 1: SOALSELIDIK KAJIAN	207 - 213

SENARAI RAJAH

Rajah	Halaman
Rajah 1.1: Peta kawasan kajian	6
Rajah 1.2: Kerangka metodologi kajian	14
Rajah 2.1: Hubungan ekonomi, aksesibiliti dan sosio-budaya dalam mempengaruhi peluang untuk saringan, rawatan dan survival pesakit	27
Rajah 2.2: Hubungan kemiskinan dengan survival pesakit	28
Rajah 4.1: Taburan responden (pesakit kanser) mengikut jantina bagi Pulau Pinang, Kedah, Perlis dan Perak Utara	67
Rajah 4.2: Taburan umur dan jantina pesakit yang dikaji di kawasan kajian	69
Rajah 4.3: Taburan umur pesakit di Pulau Pinang, Kedah, Perlis dan Perak Utara	70
Rajah 4.4: Status tempat tinggal responden mengikut kawasan kajian	72
Rajah 4.5: Taburan kanser leukemia di kalangan responden kawasan kajian	74
Rajah 4.6: Taburan kanser wanita (<i>women specific cancer</i>) di kalangan responden di kawasan kajian	75
Rajah 4.7: Taburan pelbagai jenis kanser di kalangan pesakit di kawasan kajian	76
Rajah 4.8: Prognosis pesakit mengikut kawasan kajian	78
Rajah 4.9: Taburan prognosis di kalangan pesakit yang dikaji di kawasan kajian	79
Rajah 4.10: Pengetahuan tentang kanser mengikut tahap pendidikan	82
Rajah 4.11: Pengetahuan responden tentang kanser mengikut kawasan kajian	84
Rajah 4.12: Pengetahuan tentang kanser mengikut status tempat tinggal	85
Rajah 4.13: Pengetahuan responden tentang tanda-tanda kanser	87
Rajah 4.14: Pengetahuan tentang simptom kanser mengikut jantina responden	88
Rajah 4.15: Pengetahuan tentang simptom kanser mengikut status tempat tinggal responden	90
Rajah 4.16: Taburan responden yang pernah dan tidak pernah melakukan saringan kanser	93
Rajah 4.17: Taburan tindakan awal responden dalam menghadapi simptom kanser	95

Rajah 4.18: Tindakan awal menghadapi simptom kanser mengikut jantina	96
Rajah 4.19: Tindakan awal dalam menghadapi simptom kanser mengikut status kediaman responden	98
Rajah 4.20: Tahap kanser ketika kali pertama didiagnosis mengikut kawasan kajian	107
Rajah 4.21: Taburan pesakit mengikut tahap kanser ketika kali pertama didiagnosis dan kedudukan hospital-hospital utaman di wilayah utara Semenanjung Malaysia	108
Rajah 4.22: Responden yang menghadapi masalah dan tidak menghadapi masalah untuk ke hospital mendapatkan rawatan	110
Rajah 4.23: Jarak perjalanan yang perlu ditempuh oleh pesakit untuk ke hospital bagi mendapatkan rawatan	113
Rajah 4.24: Jarak dari rumah ke hospital mengikut kawasan kajian	115
Rajah 4.25: Jarak dari rumah ke hospital mengikut status tempat tinggal responden	116
Rajah 4.26: Taburan responden mengikut jarak yang ditempuh dari rumah ke hospital untuk mendapatkan rawatan	118
Rajah 4.27: Pesakit-pesakit yang mendapatkan rawatan di hospital yang terdapat di negeri Pulau Pinang	120
Rajah 4.28: Jenis pengangkutan yang digunakan oleh responden untuk ke hospital	127
Rajah 4.29: Jenis pengangkutan utama digunakan oleh pesakit untuk ke hospital mengikut status tempat tinggal	128
Rajah 4.30: Persepsi terhadap penggunaan pengangkutan awam mengikut Status tempat tinggal	130
Rajah 4.31: Pendapatan isi rumah mengikut status tempat tinggal responden	134
Rajah 4.32: Taburan pendapatan penyumbang utama ekonomi dalam keluarga pesakit	137
Rajah 4.33: Kos pengangkutan ke hospital mengikut status tempat tinggal responden	140
Rajah 4.34: Kesan kehilangan pekerjaan terhadap kesejahteraan hidup pesakit dan keluarga	142
Rajah 4.35: Status pekerjaan pesakit semasa berhadapan dengan kanser mengikut jantina	143
Rajah 4.36: Taburan responden yang dilindungi dan tidak dilindungi oleh insuran kesihatan	151
Rajah 4.37: Pengetahuan tentang bantuan dan sokongan kepada pesakit kanser selain MAKNA	154
Rajah 4.38: Pengetahuan tentang badan pemberi bantuan mengikut status tempat tinggal responden	154
Rajah 4.39: Persepsi responden terhadap proses dilalui untuk membuat permohonan bantuan dan sokongan	156
Rajah 4.40: Kesengsaraan berganda - kemiskinan dan kanser	162
Rajah 5.1: Responden yang pernah mendengar dan tidak pernah mendengar tentang kanser mengikut tahap pendidikan	169

Rajah 5.2:Peratusan responden yang mengetahui faktor kanser	172
Rajah 5.3: Pengetahuan responden tentang faktor kanser mengikut status tempat tinggal	173
Rajah 5.4: Pengetahuan responden tentang faktor kanser mengikut tahap pendidikan	174
Rajah 5.5: Pendapat responden tentang faktor paling berisiko menyebabkan kanser	175
Rajah 5.6: Jantina yang lebih berisiko menghidap kanser menurut pendapat responden	177
Rajah 5.7: Pengetahuan responden tentang ada atau tidak barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko membawa kanser	180
Rajah 5.8: Pengetahuan tentang ada atau tidak barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko mengakibatkan kanser mengikut tahap pendidikan	181
Rajah 5.9: Pandangan responden berkenaan maksud gaya hidup sihat	183
Rajah 5.10: Persepsi responden terhadap persoalan sama ada mereka mengamalkan gaya hidup sihat atau tidak	185
Rajah 5.11: Peratusan responden yang pernah mendengar dan tidak pernah mendengar tentang saringan kanser	186
Rajah 6.1: Langkah-langkah ke arah tindakan bagi membantu pesakit dan membina jaringan keselamatan bagi mendapatkan rawatan dan sokongan sosial	201

SENARAI JADUAL

Jadual	Halaman
Jadual 1.1: Taburan responden mengikut negeri	8
Jadual 3.1: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) dan <i>Age-standardized Incidence</i> (ASR), mengikut umur, Malaysia 2002	35
Jadual 3.2: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) dan <i>Age-standardized Incidence</i> (ASR), mengikut umur, Malaysia 2003	35
Jadual 3.3: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) mengikut umur dan jantina, Semenanjung Malaysia 2002	36
Jadual 3.4: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) mengikut umur dan jantina, Semenanjung Malaysia 2003	37
Jadual 3.5: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) dan <i>Age-standardized incidence</i> (ASR) mengikut jantina dan etnik, Semenanjung Malaysia 2002	37
Jadual 3.6: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) dan <i>Age-standardized incidence</i> (ASR) mengikut jantina dan kumpulan etnik, Semenanjung Malaysia 2003	38
Jadual 3.7: Jenis kanser yang kerap didiagnosis di kalangan lelaki dan wanita Malaysia mengikut kategori umur	38
Jadual 3.8: Antara jenis kanser yang sering didiagnosis di kalangan lelaki dari tiga etnik utama bagi setiap 100,000 penduduk (CR) pada tahun 2002 dan 2003; Semenanjung Malaysia	39
Jadual 3.9: Antara jenis kanser yang sering didiagnosis di kalangan wanita dari tiga etnik utama bagi setiap 100,000 penduduk (CR) pada tahun 2002 dan 2003; Semenanjung Malaysia	40
Jadual 3.10: Bilangan Kematian Di Kalangan Wanita Akibat Kanser bagi tahun 1994, 1995 dan 1998	42
Jadual 4.1: Taburan umur pesakit di kawasan kajian	68
Jadual 4.2: Status tempat tinggal responden mengikut kawasan kajian	71
Jadual 4.3: Taburan prognosis pesakit mengikut kawasan kajian	77
Jadual 4.4: Prognosis mengikut jantina pesakit	80
Jadual 4.5: Perbandingan pengetahuan tentang kanser mengikut tahap pendidikan responden	82

Jadual 4.6: Pengetahuan responden tentang kanser mengikut kawasan kajian	83
Jadual 4.7: Pengetahuan responden tentang kanser mengikut status tempat tinggal	84
Jadual 4.8: Pengetahuan tentang simptom kanser mengikut jantina responden	88
Jadual 4.9: Pengetahuan tentang simptom kanser mengikut status tempat tinggal	90
Jadual 4.10: Pengetahuan tentang saringan kanser mengikut jantina	92
Jadual 4.11: Taburan responden yang pernah dan tidak pernah melakukan saringan kanser	92
Jadual 4.12: Tindakan awal responden dalam menghadapi simptom kanser	94
Jadual 4.13: Tindakan awal menghadapi simptom kanser mengikut jantina	95
Jadual 4.14: Tindakan awal dalam menghadapi simptom kanser mengikut status lokasi kediaman	97
Jadual 4.15: Menunjukkan tindakan awal menghadapi simptom kanser	99
Jadual 4.16: Tahap kanser semasa didiagnosis mengikut gender	106
Jadual 4.17: Tahap kanser ketika responden pertama kali didiagnosis mengikut kawasan kajian	106
Jadual 4.18: Persepsi responden tentang akses mereka ke hospital untuk mendapatkan rawatan mengikut status tempat tinggal responden	111
Jadual 4.19: Jarak hospital dari rumah pesakit mengikut negeri	115
Jadual 4.20: Jarak hospital dari rumah pesakit mengikut status kediaman responden	116
Jadual 4.21: Pesakit yang mendapatkan rawatan daripada lebih sebuah hospital, jarak dari rumah ke hospital, kos ditanggung, kekerapan pemeriksaan dan jenis pengangkutan digunakan	121
Jadual 4.22: Pengalaman pesakit yang menghadapi masalah untuk ke hospital disebabkan masalah pengangkutan dan ketidakcekapan perkhidmatan pengangkutan awam	125
Jadual 4.23: Jenis pengangkutan yang digunakan oleh responden untuk ke hospital	126

Jadual 4.24: Jenis pengangkutan utama digunakan oleh pesakit untuk ke hospital mengikut status tempat tinggal	128
Jadual 4.25: Persepsi responden terhadap penggunaan pengangkutan awam	129
Jadual 4.26: Menunjukkan persepsi responden terhadap penggunaan pengangkutan awam	130
Jadual 4.27: Taburan persepsi responden terhadap pendapatan mengikut status tempat tinggal	132
Jadual 4.28: Pendapatan isi rumah responden mengikut status tempat tinggal	133
Jadual 4.29: Mereka yang menjadi penyumbang utama ekonomi keluarga dan menanggung kos rawatan kanser	136
Jadual 4.30: Persepsi terhadap pendapatan penyumbang utama ekonomi sama ada mencukupi ataupun tidak	138
Jadual 4.31: Peruntukan kos pengangkutan ke hospital mengikut status tempat tinggal	139
Jadual 4.32: Status pekerjaan pesakit selepas berhadapan dengan kanser mengikut jantina	141
Jadual 4.33: Perbandingan pengetahuan responden tentang insuran kesihatan mengikut jantina	152
Jadual 4.34: Pengetahuan tentang perlunya insuran kesihatan mengikut status kediaman	152
Jadual 4.35: Faktor responden tidak mendapatkan perlindungan insuran kesihatan	153
Jadual 5.1: Profil bilangan responden mengikut jantina dan tempat kajian	164
Jadual 5.2 Kategori umur responden mengikut tempat kajian	165
Jadual 5.3: Status Tempat Tinggal Responden Mengikut Tempat Kajian	165
Jadual 5.4: Tahap pendidikan responden mengikut tempat kajian	166
Jadual 5.5: Responden yang pernah mendengar dan tidak pernah mendengar tentang kanser mengikut status tempat tinggal	168
Jadual 5.6: Responden yang pernah mendengar dan tidak pernah mendengar tentang kanser mengikut tahap pendidikan	167

Jadual 5.7: Perbandingan responden yang pernah mendengar tentang kanser mengikut jantina	170
Jadual 5.8: Perbandingan responden yang pernah mendengar tentang kanser mengikut kategori umur	170
Jadual 5.9: Pengetahuan tentang faktor penyakit kanser mengikut tempat kajian	171
Jadual 5.10: Pengetahuan responden tentang faktor kanser mengikut status tempat tinggal	173
Jadual 5.11: Pengetahuan responden tentang faktor kanser mengikut tahap pendidikan	173
Jadual 5.12: Pendapat responden tentang faktor paling berisiko menyebabkan kanser mengikut tempat kajian	175
Jadual 5.13: Pendapat responden tentang faktor berisiko tinggi menyebabkan kanser mengikut jantina	176
Jadual 5.14: Pendapat dan pengetahuan responden tentang kumpulan gender yang lebih berisiko menghidap kanser mengikut tempat kajian	177
Jadual 5.15: Pendapat tentang kumpulan gender berisiko tinggi menghidap kanser mengikut jantina responden	177
Jadual 5.16: Pendapat sama ada kanser boleh disembuhkan mengikut tahap pendidikan responden	179
Jadual 5.17: Pengetahuan responden tentang sama ada kanser boleh disembuhkan mengikut jantina	179
Jadual 5.18a: Pengetahuan tentang ada atau tidak barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko mengakibatkan kanser mengikut tahap pendidikan	181
Jadual 5.18b: Pengetahuan tentang ada atau tidak barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan mengikut jantina	182
Jadual 5.19: Pandangan responden berkenaan dengan gaya hidup sihat mengikut tempat kajian	183
Jadual 5.20: Persepsi responden tentang gaya hidup sihat mengikut jantina	184
Jadual 5.21: Persepsi responden tentang gaya hidup sihat mengikut tahap pendidikan responden	184

Jadual 5.22: Pernah mendengar atau tidak pernah tentang saringan kanser mengikut umur responden	189
Jadual 5.23: Responden yang melakukan saringan kanser mengikut tahap pendidikan	189
Jadual 5.24: Perbandingan tahap pendidikan dan status perlindungan insuran kesihatan	191

SENARAI FOTO

Foto	Halaman
Foto 1.1: Penyelidik sebagai sukarelawan sedang mengemaskini maklumat sosio-ekonomi pesakit kanser	11
Foto 1.2: Menyertai aktiviti pameran dan penerangan tentang kanser kepada masyarakat di Felda Rimba Emas, Padang Besar, Perlis	11
Foto 1.3: Penyelidik sebagai sukarelawan menyertai program MAKNA menjalankan pameran tentang kanser dan mengedarkan pamflet serta risalah berkaitan penyakit ini di Felda Rimba Emas, Padang Besar, Perlis	12
Foto 1.4: Pelajar kajian luar geografi 2007 dari kumpulan geografi kesihatan sedang menjalankan soalselidik	18
Foto 1.5: Pelajar sedang menganalisis soalselidik menggunakan perisian SPSS dengan memasukkan data ke komputer	18
Foto 1.6: Pelajar Kajian Luar Geografi 2007 dari kumpulan geografi kesihatan dengan mendengar taklimat daripada Lembaga Penduduk dan Pembangunan Keluarga Negara (LPPKN), Cawangan Alor Setar, Kedah	19
Foto1.7: Pelajar Kajian Luar Geografi 2007 dari kumpulan kesihatan sedang mendengar taklimat daripada pihak Hospital Baling, Kedah	19
Foto 3.1 Kanser paru-paru	47
Foto 3.2 Kanser payudara	47
Foto 3.3 Kanser buah pinggang	47
Foto 3.4 Kanser lidah	47
Foto 3.5 Kanser Payudara Tahap III	51
Foto 3.6 Pesakit kanser tahap III selepas mastektomi	51
Foto 3.7 Kanser Reccurent	51

BAB SATU: PENGENALAN

1.1 Pengenalan dan Isu Kajian

Kajian ini meninjau tentang permasalahan yang dihadapi oleh pesakit dan keluarga setelah didiagnosis kanser. Perkara yang dikaji ialah keadaan sosio-ekonomi keluarga, akses terhadap sokongan sosial dan pengetahuan tentang penjagaan kesihatan. Hal ini kerana, penyakit kanser akan memberi implikasi kepada pesakit - mereka menderita daripada aspek fizikal kerana kanser dan mereka juga berhadapan dengan masalah ekonomi dan sosial seperti kehilangan pekerjaan dan kesukaran untuk mendapatkan rawatan. Masalah ini juga ditanggung oleh keluarga pesakit yang seterusnya akan berkongsi masalah dengan pesakit. Ahli keluarga sering dilihat paling banyak memberi sokongan kewangan dan menjaga pesakit. Oleh itu kajian ini akan memberi perhatian istimewa kepada isu-isu yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi pesakit dan keluarga. Kajian ini juga akan cuba mencadangkan beberapa langkah ke arah menyelesaikan beberapa masalah yang mereka hadapi.

Kemiskinan antara penyumbang kepada peningkatan kadar kematian akibat kanser. Faktor yang membawa kepada kesukaran untuk sembuh dan kematian di kalangan pesakit yang kurang berkemampuan (miskin) adalah; tiada pekerjaan, rendahnya taraf pendidikan, keadaan rumah yang tidak sempurna, kurang akses kepada penjagaan kesihatan, keadaan malnutrisi yang kronik dan sikap pesakit sendiri (Wilkes, Freeman dan Prout 1994). Kajian terdahulu mendapati pesakit menghadapi masalah kewangan yang serius kerana kehilangan pekerjaan akibat kanser. Ramai daripada mereka terpaksa berhutang. Keadaan ini menjadi lebih teruk kepada mereka yang sedia miskin.

Akibat daripada penyakit ini lebih buruk ke atas wanita berbanding lelaki. Hal ini memandangkan bilangan wanita yang hidup dalam keadaan kemiskinan adalah lebih ramai daripada lelaki (Brydon dan Chant 1989). Pada tahun 2003, daripada 21,464 kes kanser yang didiagnosis di Semenanjung Malaysia, 12,064 kes (56.2 peratus) melibatkan

wanita dan selebihnya 9,400 kes (43.8 peratus) melibatkan lelaki. Purata pesakit kanser di Malaysia bagi 100,000 orang penduduk ialah 134.3 orang bagi lelaki dan 154.2 bagi wanita (Lim dan Halimah Yahya 2004).

Kanser payudara dan kanser serviks merupakan dua jenis kanser yang paling ditakuti dan menjadi pembunuh utama wanita. Berdasarkan laporan Persatuan Kanser Kebangsaan, pada tahun 2003 sebanyak 3,738 kes kanser payudara dikesan di Malaysia, iaitu dengan purata 46.2 per 100 orang. Angka ini menjadikan kanser payudara sebagai pembunuh nombor satu wanita di Malaysia. Kes untuk kanser serviks pula dilaporkan sebanyak 1,557 kes iaitu dengan purata 19.7 per 100 orang (Lim dan Halimah Yahya 2004).

Kejadian kanser yang serius di kalangan wanita dan lelaki ini hanya dapat dikurangkan dengan meningkatkan bilangan penduduk yang ada akses kepada penjagaan kesihatan, iaitu melalui pemeriksaan awal (CDC 2004). Namun kemiskinan menyebabkan akses kepada program pemeriksaan awal menjadi lemah. Kemiskinan telah menjadi faktor kepada kelewatan diagnosis dan rawatan yang tidak sempurna, sehingga menyumbang kepada tingginya kadar kematian akibat kanser di kalangan golongan ini (ICC 2001; CDC 2004).

Ketidakupayaan membaca dan memahami maklumat yang dibaca atau didengari juga boleh meninggikan risiko kanser kepada orang ramai, terutama golongan berpendidikan rendah. Justeru, maklumat bertulis di dalam pamflet-pamflet, poster-poster, keterangan lisan dalam media elektronik dan ceramah-ceramah kesihatan kurang difahami oleh golongan ini (Hardisty dan Leopold 2005; ICC 2001). Keadaan ini boleh membawa kepada kelewatan mengesan penyakit, dan seterusnya menyumbang kepada tingginya risiko kematian akibat kanser. Oleh yang demikian, kanser merupakan 'kesengsaraan berganda' kepada mereka yang berkedudukan sosio-ekonomi rendah. Walaupun status sosio-ekonomi tidak semestinya menentukan seseorang akan menghidap kanser, namun ia dapat menentukan sejauh mana seseorang itu boleh menghadapi dan memahami kanser (Hardisty dan Leopold 2005; ICC 2001).

Selain daripada taraf sosio-ekonomi, had-had sosio-budaya seperti bahasa, agama dan kepercayaan turut membataskan peluang golongan miskin, terutama yang tinggal di luar bandar, untuk mendapat rawatan awal dan akses kepada program pengesanan. Perasaan takut, malu dan prejudis, selain kepercayaan dan taboo, menjauhkan mereka daripada mengikuti program pengesanan dan rawatan kanser (National Rural Health Association 2006).

Berbeza dengan situasi pesakit di bandar, situasi pesakit di luar bandar diburukkan lagi oleh kurangnya ketersampaian (aksesibiliti) kepada penjagaan dan perlindungan kesihatan. Penduduk luar bandar yang umumnya lebih berumur, berpendidikan rendah dan berpendapatan rendah sering tidak mempunyai perlindungan (insuran) kesihatan (National Rural Health Association 2006). Tidak mempunyai perlindungan kesihatan menjadi ancaman kepada seseorang apabila mereka didiagnosis kanser. Akibatnya mereka tidak mampu mendapatkan penjagaan kesihatan yang baik pada masa kritikal tersebut (U.S 1999 Census, dipetik dari Hardisty 2005). Seterusnya risiko untuk kematian awal adalah lebih tinggi.

Tidak semua pesakit kanser memperolehi penjagaan kesihatan yang terbaik untuk menangani penyakit yang dihidapi. Kos perubatan yang tinggi iaitu daripada RM40,000 hingga RM300,000 berikutan peralatan dan ubat-ubatan yang mahal menghalang pesakit berpendapatan rendah mendapat rawatan yang sewajarnya. Menurut Y. Bhg. Dato' Mohd. Farid Ariffin (Presiden Majlis Kanser Nasional, MAKNA), pesakit yang didiagnosis kanser di negara ini semakin ramai dan kebanyakan mereka datang daripada golongan berpendapatan rendah. Hampir semua mereka tidak mampu membiayai kos rawatan tersebut (Utusan Malaysia, 10.11.2006).

Akibatnya kesengsaraan yang disebabkan oleh kanser bukan sahaja ditanggung oleh pesakit bersendirian, tetapi turut ditanggung oleh seluruh isi rumah. Ibu bapa, suami, isteri atau anak dewasa yang merupakan penyumbang ekonomi kepada keluarga berhadapan dengan kemungkinan berhenti kerja untuk menjaga anak, pasangan atau ibu

bapa mereka, menyebabkan keadaan kemiskinan keluarga bertambah teruk. Mereka juga terpaksa menyumbangkan sebahagian besar daripada pendapatan bulanan untuk merawat ahli keluarga yang menghidap kanser kerana kos rawatan yang tinggi. Sebahagiannya terpaksa berhutang untuk membayar kos rawatan. Hal ini menunjukkan kesengsaraan berganda turut menimpa seluruh ahli keluarga, yang pada masa sama turut mengalami trauma berhadapan dengan kemungkinan kehilangan orang yang mereka sayangi.

1.2 Objektif kajian

Isu dan permasalahan yang dibentangkan di atas cuba diselidiki oleh kajian ini. Justeru, objektif kajian ini adalah untuk:

1. Mengenalpasti masalah pesakit daripada golongan tidak berkemampuan serta memahami bagaimana mereka menghadapi masalah tersebut untuk meneruskan kehidupan selepas didiagnosis kanser.
2. Mengenalpasti masalah dan risiko yang dihadapi oleh keluarga yang berkemungkinan berhenti kerja untuk menjaga dan merawat pesakit.
3. Meninjau pengetahuan serta ketersampaian maklumat berkaitan kanser di kalangan masyarakat umum.
4. Mencadangkan langkah-langkah ke arah tindakan bagi membantu pesakit untuk mendapatkan maklumat dan membina jaringan keselamatan bagi mendapatkan rawatan dan sokongan sosial.
5. Menghasilkan pangkalan data dan memetakan taburan pesakit kanser di Wilayah Utara Semenanjung Malaysia.

1.3 Metodologi kajian

Kajian berbentuk penerokaan ini menggabungkan kaedah kualitatif dan kuantitatif untuk mengumpul data. Gabungan kedua-dua kaedah ini memberi kekuatan kepada kajian serta memberi fleksibiliti kepada penyelidik semasa menjalankan kajian (Babbie 1995: 274; Ray 2000). Dalam kaedah ini, soal selidik, temubual mendalam dan pemerhatian ikut

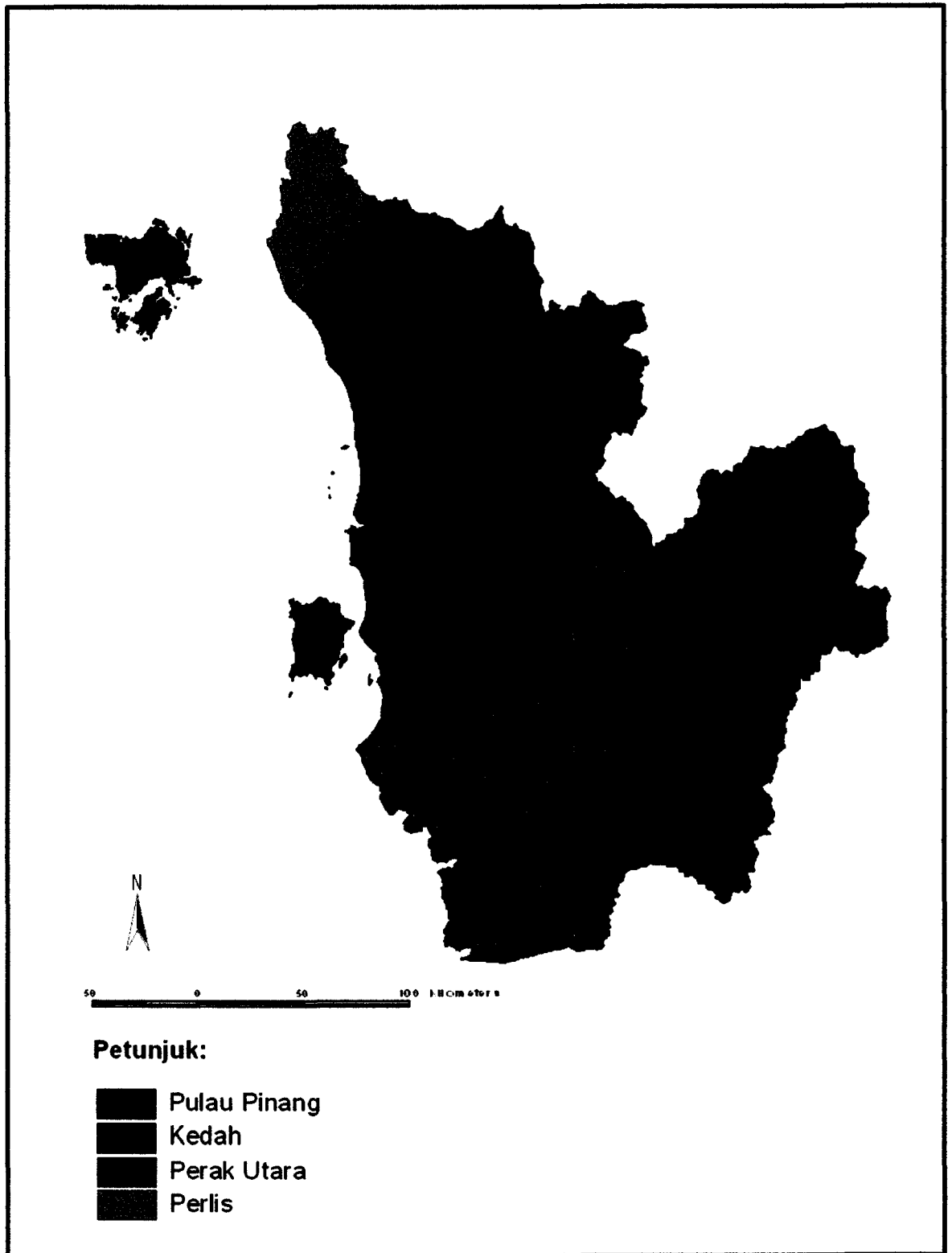
serta digunakan untuk mendapatkan maklumat. Kombinasi kedua-dua kaedah ini memberikan hasil penyelidikan yang baik, lengkap, berpengetahuan tinggi dan mendalam (Robinson 1998; Eyles 1988; May 2001) .

1.3.1 Pemilihan kawasan kajian

Empat buah negeri di bahagian utara Semenanjung Malaysia termasuk dalam kawasan kajian, iaitu negeri Pulau Pinang, Kedah, Perak (bahagian utara sahaja) dan Perlis. Pemilihan kawasan kajian ini juga mengambil kira status kawasan terbabit iaitu bandar dan luar bandar. Pulau Pinang dipilih untuk mewakili kawasan bandar memandangkan hampir 70 peratus kawasan negeri ini adalah kawasan bandar. Kebanyakan hospital yang menawarkan perkhidmatan rawatan kanser terletak di negeri ini. Selain itu, program pelancongan kesihatan yang giat dipromosikan oleh kerajaan negeri Pulau Pinang menjadikan negeri ini destinasi perubatan yang terkemuka di Malaysia. Dengan demikian pastinya perkhidmatan kesihatan yang ada adalah terbaik serta lengkap berbanding negeri lain.

Tiga buah negeri lagi didominasi kawasan pinggir bandar dan desa. Walaupun negeri-negeri ini mempunyai hospital masing-masing, namun untuk kes rawatan kanser kebanyakannya dirujuk ke pusat rawatan di Pulau Pinang.

Jelasnya, kawasan yang dipilih meliputi kawasan bandar dan luar bandar bagi membolehkan penyelidik membuat perbandingan terhadap keadaan sosio-ekonomi pesakit dan keluarga, akses terhadap sokongan sosial dan pengetahuan tentang penjagaan kesihatan di bandar dan luar bandar.



Rajah 1.1: Peta kawasan kajian

1.3.2 Pemilihan responden

Penyelidikan ini menjadikan pesakit kanser dan keluarga mereka sebagai responden. Mereka dikajiselidik menggunakan borang kaji selidik yang mengandungi soalan-soalan yang akan menjawab objektif kajian ini. Selain itu, mereka juga ditemubual secara mendalam yang dilakukan secara tidak formal, bagi mendapatkan maklumat lanjut tentang perkara yang dikaji. Untuk beberapa kes pemerhatian ikut serta turut dijalankan, di mana penyelidik mengikuti aktiviti seharian responden bagi mendapatkan gambaran sebenar tentang kehidupan responden dan keluarga. Responden kajian ini terdiri daripada:

- (i) pesakit lelaki dan wanita daripada pelbagai kategori umur
- (ii) salah seorang ahli keluarga yang paling banyak berkorban tenaga, masa atau kewangan bagi merawat pesakit

Penyelidik akan menentukan sama ada pesakit sendiri atau ahli keluarganya yang perlu ditemubual. Pemilihan ini adalah berdasarkan kepada pertimbangan penyelidik dengan mengambil kira prognosis, umur pesakit dan kerelaan ahli keluarga. Bagi pesakit kanak-kanak, penghidap kronik dan pesakit yang enggan ditemubual, proses penggantian responden dilakukan, di mana ahli keluarga terdekat dipilih sebagai responden kajian.

National Cancer Registry (NCR) merekodkan terdapat seramai 5,142 orang penghidap kanser di wilayah utara Semenanjung Malaysia pada tahun 2006. Jadual 1.1 menunjukkan pecahan rekod penghidap kanser mengikut negeri. Disebabkan jangka masa kajian dan akses kepada responden adalah terhad, penyelidikan ini telah merangka persampelan dengan mengambil hanya sebanyak 0.057 peratus sahaja daripada jumlah populasi pesakit di wilayah utara. Dengan itu, seramai 295 orang responden telah ditemubual untuk kajian ini. Pecahan bilangan dan peratusan responden mengikut negeri dipaparkan dalam Jadual 1.1.

Jadual 1.1: Taburan responden mengikut negeri

Negeri	Jumlah pesakit mengikut negeri ¹	Bilangan responden	Nisbah responden-jumlah pesakit mengikut negeri/jumlah
Perlis	97	19	0.20
Kedah	825	148	0.18
Pulau Pinang	3,460	102	0.03
Perak (bahagian utara) ²	760	26	0.034
Jumlah responden	5,142	295	0.057

¹Data diperolehi daripada National Cancer Registry, 2006 – Malaysia.

²Bilangan ini adalah satu per tiga daripada jumlah pesakit kanser di negeri Perak

Nota: Peratus responden mengikut negeri tidak seragam kerana semasa kajian lapangan pemilihan responden sangat bergantung kepada tahap penerimaan pesakit serta akses yang mudah kepada pesakit.\

Nisbah responden – jumlah pesakit mengikut negeri tidak dapat diseragamkan kerana had-had yang dihadapi penyelidik semasa kajian. Ianya ditentukan oleh faktor penerimaan pesakit terhadap penyelidik dan aksesibiliti kepada pesakit dan keluarga. Di negeri Pulau Pinang umpamanya berlaku kesukaran mendapatkan persetujuan pesakit atau keluarga untuk ditemubual. Keengganan ini biasanya berlaku di atas sebab-sebab sensitiviti dan keengganan diganggu, memandangkan satu soalselidik atau temubual mendalam memerlukan masa selama satu hingga dua jam, manakala pemerhatian ikut serta memerlukan masa sehingga sehari suntuk bersama responden dan keluarga. Atas pertimbangan etika penyelidikan, di mana hak-hak dan kepentingan orang ramai hendaklah dijaga, penyelidik tidak akan memaksa mereka yang enggan ditemubual untuk menyertai penyelidikan ini sebagai responden.

Di samping itu, bagi kawasan luar bandar seperti di utara negeri Perak, berlaku kesukaran mengesan pesakit dan keluarga yang tinggal di luar bandar melalui alamat yang diperolehi. Hal ini menyebabkan nisbah responden – bilangan pesakit dari kawasan tersebut dikecilkan.

Selain 295 buah keluarga yang dipilih untuk soalselidik dan temubual, 30 keluarga lagi telah dipilih sebagai kumpulan fokus dan kajian kes (*focus group and study cases*) untuk kajian mendalam. Alamat pesakit diperolehi daripada rekod-rekod pihak hospital dan ibu pejabat MAKNA. Walau bagaimanapun, terdapat kesukaran mendapatkan rekod daripada pihak hospital berbanding daripada MAKNA kerana terdapatnya prosedur yang agak ketat bagi mendapatkan maklumat daripada unit rekod hospital.

1.3.3 Kaedah pengumpulan data

Gabungan kaedah kuantitatif (melalui survey menggunakan soalselidik) dan kaedah kualitatif (melalui kumpulan fokus, kajian kes dan temubual mendalam) telah digunakan untuk mengumpul maklumat yang diinginkan seperti dinyatakan dalam objektif kajian.

Kaedah persampelan *purposive* digunakan untuk memilih responden daripada senarai yang diperolehi daripada badan-badan seperti hospital dan MAKNA. Menurut Bernard (2000), persampelan *purposive* diperolehi daripada hasil pertimbangan penyelidik terhadap jenis atau ciri-ciri sampel yang ingin diperolehi bagi memenuhi kehendak atau tujuan penyelidikan. Selain itu, persampelan secara *snowball* digunakan untuk mendapatkan pesakit yang nama mereka tidak terdapat di dalam senarai mana-mana badan berwajib. Hal ini kerana terdapat pesakit yang tidak ke hospital untuk mendapatkan rawatan. Mereka juga tidak berdaftar dalam mana-mana badan bukan kerajaan yang membantu pesakit kanser seperti MAKNA, National Cancer Registry (NCR), HOSPIC, Persatuan Buddha, Pink Ribbons dan Persatuan Kanser Kebangsaan. Teknik *snowball* merupakan kaedah yang berkesan untuk membina sampel asas bagi populasi yang tidak diketahui bilangannya (Bernad 2000; Suriati 1999). Kaedah ini juga sesuai digunakan untuk mendapatkan sampel yang sukar diperolehi (Robinson 1998).

1.3.4 Akses kepada responden

Untuk mendapatkan akses kepada responden di kawasan kajian, ahli pasukan penyelidikan telah dihantar menyertai program lawatan ke rumah dan lawatan ke hospital anjuran Majlis Kanser Nasional (MAKNA). Sehubungan dengan itu, pegawai penyelidik kajian ini telah mendaftar sebagai sukarelawan MAKNA dan bertanggungjawab melawat pesakit untuk mengemaskini prognosis dan status sosio-ekonomi pesakit. Dengan menjadi sukarelawan MAKNA, pegawai penyelidik berpeluang berjumpa dengan pesakit dan ahli keluarga mereka. Hubungan yang baik terjalin antara pasukan penyelidik dengan responden dan keluarga. Hal ini sangat penting dalam usaha mendampingi responden bagi tujuan soal selidik, temubual mendalam dan pemerhatian ikut serta. Hasilnya, responden dan keluarga mudah bekerjasama kerana mereka telah mengenali dan mempercayai ahli pasukan penyelidikan. Menjalinkan keakraban dengan responden dengan mengambil kira perasaan saling mempercayai antara penyelidik dan responden amat penting bagi memastikan penyelidik mendapat kerjasama dan maklumat yang benar (Donovan 1992; Suriati 1999, 2002; Suriati, Colonius dan Narimah 2008).



Foto 1.1: Penyelidik sebagai sukarelawan sedang mengemaskini maklumat sosio-ekonomi pesakit kanser



Foto 1.2: Menyertai aktiviti pameran dan penerangan tentang kanser kepada masyarakat di Felda Rimba Emas, Padang Besar, Perlis



Foto 1.3 Penyelidik sebagai sukarelawan menyertai program MAKNA menjalankan pameran tentang kanser dan mengedarkan pamflet serta risalah berkaitan penyakit ini di Felda Rimba Emas, Padang Besar, Perlis

1.3.5 Maklumat primer, sekunder dan kaedah kualitatif

Maklumat sekunder diperolehi daripada sumber-sumber seperti laporan-laporan kerajaan dan bukan kerajaan serta pamflet atau risalah berkaitan kanser yang bertujuan untuk memberi maklumat kepada masyarakat umum. Maklumat ini digunakan untuk menunjukkan senario pesakit kanser di kawasan kajian. Manakala maklumat primer daripada rekod pesakit dalam simpanan MAKNA dan pihak hospital digunakan untuk mencari responden berdasarkan alamat yang ada. Responden tersebut dikajiselidik, ditemubual dan diikuti kehidupan sehariannya bagi mengumpulkan maklumat primer yang berkualiti terhadap aspek yang dikaji.

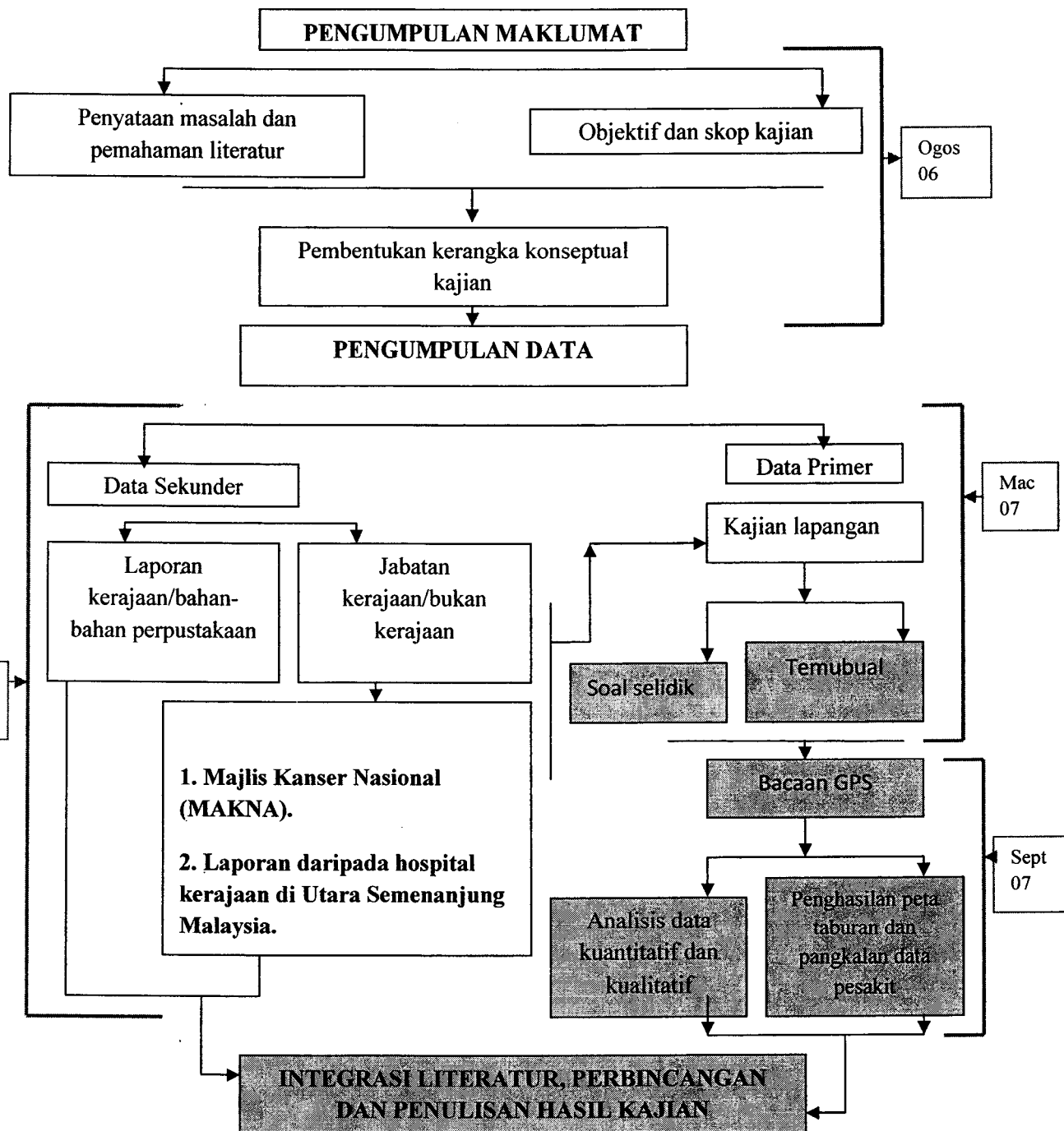
Penggunaan kaedah kualitatif secara kajian fokus, kajian kes dan temubual mendalam membolehkan penyelidik bersemuka dengan pesakit dan keluarga secara lebih dekat.

Kaedah ini mampu mendapatkan lebih banyak maklumat serta membolehkan penyelidik membuat penelitian terhadap pengalaman responden bagi mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang proses-proses yang membentuk dunia sosial pesakit dan keluarga (Strauss dan Corbin 1990; Dwyer dan Lamb 2001). Pemahaman yang mendalam diperlukan untuk mengenalpasti masalah ketersampaian dan 'survival' pesakit serta keluarga seperti yang telah dihuraikan sebelum ini. Kaedah kualitatif dapat memberikan lebih kredibiliti dan fleksibiliti kepada maklumat yang diperolehi kelak. Maklumat yang mendalam sangat penting dalam menjelaskan aspek-aspek kajian geografi sosial seperti yang menjadi fokus dalam kajian ini (lihat Chadwick, Bahr dan Albert 1984; Keith 1988; Donovan 1988; Suriati 1999; Ray 2000).

1.3.6 Analisis data

Data daripada soalselidik dianalisis menggunakan kaedah statistik deskriptif dan frekuensi serta jadual silang bagi mendapatkan trend tentang aspek-aspek yang ditanya di dalam soalselidik. Data kualitatif daripada kumpulan fokus, kajian kes dan temubual mendalam akan dianalisis menggunakan analisis kandungan (*content analysis*), kaedah naratif dan interpretasi bagi mendapatkan penjelasan dan pemahaman yang lebih mendalam tentang kesengsaraan berganda yang dihadapi oleh golongan miskin penghidap kanser.

Kajian ini turut memetakan kejadian kanser dan kemiskinan di wilayah ini menggunakan Sistem Maklumat Geografi (GIS). Tujuannya adalah untuk melihat taburan ruangan kejadian kanser. Selain itu, kajian ini akan memetakan lokasi pusat kemudahan rawatan bagi melihat ketersampaian pesakit dengan pusat rawatan. Rajah 1.2 menunjukkan kerangka metodologi dan tempoh masa kajian ini.



Rajah 1.2: Kerangka metodologi kajian

1.3.7 Etika penyelidikan

Semasa kajian ini dijalankan kumpulan penyelidik sentiasa menitikberatkan pertimbangan-pertimbangan etika penyelidikan. Hal ini perlu bagi menjaga kerahsiaan maklumat responden, keselesaan responden semasa soal selidik, temubual dan pemerhatian ikut serta (Neutents & Robinson 1997). Etika penyelidikan ini bukan sahaja dititikberatkan semasa kajian lapangan dan pengumpulan data, tetapi turut ditekankan semasa penulisan laporan kajian ini. Oleh itu, kajian ini telah mematuhi panduan etika penyelidikan seperti yang dibincangkan dalam buku-buku metodologi penyelidikan seperti Eyles dan Smith (1992) ; Neutents & Robinson (1997) dan Bernard, H. Russel (2000). Kajian ini juga telah mematuhi prinsip-prinsip etika penyelidikan yang ditetapkan oleh Jawatan Kuasa Etika Penyelidikan (Manusia) – (JEPeM), Universiti Sains Malaysia. Perkara-perkara berikut telah dipatuhi:

- 1) Penyelidikan mesti diterima daripada segi moral secara amnya serta memenuhi prinsip-prinsip kajian secara saintifik.

Kajian ini boleh diterima dari segi moral dan telah memenuhi prinsip-prinsip saintifik penyelidikan. Aspek seperti kaedah pengumpulan maklumat dan instrumen yang digunakan adalah memenuhi prinsip ini.

- 2) Perlu sentiasa peka pada setiap masa terhadap personaliti, hak, keinginan, perhatian dan kebebasan responden.

Kajian ini sentiasa menghormati pesakit dan ahli keluarga sebagai responden kajian. Mereka diberi kebebasan untuk bersetuju menjadi responden ataupun tidak bersetuju.

- 3) Penyelidikan mesti dijalankan oleh individu yang bertauliah dan mampu untuk mengendalikan kerja dengan sendiri dalam bidang yang dikaji. Juga berkebolehan untuk berhadapan dengan sebarang kebarangkalian yang mungkin terjadi semasa kajian ini.

Ahli kumpulan penyelidikan ini terdiri daripada penyelidik daripada pelbagai latar belakang bidang kepakaran yang amat relevan untuk penyelidikan ini. Oleh itu, penyelidik mempunyai peranan masing-masing semasa kajian ini dijalankan. Selain itu, penyelidik adalah sukarelawan MAKNA yang diberi tanggungjawab untuk mengemaskini maklumat sosio-ekonomi dan prognosis pesakit dan keluarga.

Maklumat pesakit diberi oleh pihak MAKNA bagi memudahkan penyelidik mencari pesakit untuk tujuan tersebut. Dengan cara, ini penyelidik dapat menemui pesakit dan seterusnya menjadi akses penyelidik kepada pesakit dan keluarga untuk dijadikan responden penyelidikan.

- 4) Responden diberi pilihan untuk membuat penilaian sendiri berdasarkan idea dan pengalaman selepas diberi penerangan berkenaan kajian sebelum penyelidikan dijalankan. Penyelidik bertanggungjawab memberi informasi yang cukup dan boleh difahami oleh responden atau penjaga tentang tujuan, kaedah, keperluan, kesan, ketidakselesaian dan sebarang ralat yang berkaitan dengan penyelidikan ini.

Penyelidik menerangkan secara ringkas tentang penyelidikan ini kepada pesakit sebelum mereka memberi persetujuan untuk menjadi responden penyelidikan ini. Responden diberi kebebasan untuk menyuarakan pandangan mereka, tidak berlaku paksaan dan prejudis semasa temubual dan pemerhatian ikut serta dijalankan.

Penyelidikan ini juga menitikberatkan perkara-perkara berikut:

- i) Menjaga hak-hak peribadi responden

Bagi menjaga hak-hak peribadi pesakit dan keluarga, penyelidik hanya menjalankan temubual di rumah responden sahaja. Walaupun penyelidik turut menjalankan lawatan di hospital, tetapi ia hanya sekadar memenuhi tuntutan sebagai sukarelawan MAKNA. Semasa bertemu dengan pesakit atau keluarga pesakit di hospital penyelidik membuat temujanji untuk datang ke rumah responden setelah mendapat persetujuan daripada mereka. Hal ini bertujuan untuk mengelak daripada menemubual responden di hadapan orang lain kerana dikhuatiri maklumat yang diberikan oleh responden bersifat sensitif didengari oleh orang lain.

- ii) Merahsiakan identiti responden

Bagi melindungi identiti responden maklumat utama seperti nama sebenar, alamat kediaman dan nombor telefon responden tidak dinyatakan. Identiti responden dilindungi dengan menggunakan nama samaran di dalam laporan kajian.

- iii) Menggunakan bahasa yang mudah difahami

Bagi mengurangkan jurang antara responden dan penyelidik, penggunaan bahasa yang mudah difahami memberi keselesaan kepada pesakit untuk menjawab soalan penyelidikan.

iv) Batasan penggunaan maklumat penyelidikan

Semua penyelidik dalam kajian ini tidak dibenarkan untuk mendedahkan identiti responden kepada mana-mana pihak. Semua hasil kajian ini hanya digunakan untuk tujuan penyelidikan dan akademik sahaja. Kandungan sebarang bentuk penerbitan hendaklah mematuhi perkara-perkara ini.

1.4 Kajian pengetahuan dan ketersampaian maklumat di kalangan orang awam

Satu kajian tambahan telah diadakan untuk meninjau pengetahuan dan ketersampaian maklumat berkaitan kanser di kalangan orang awam. Kajian ini dijalankan di negeri Kedah dan Perlis, melibatkan kawasan bandar iaitu Alor Setar di Kedah dan kawasan pinggir bandar dan luar bandar iaitu Baling, Langgar dan Kuala Kedah di Kedah dan Beseri di Perlis. Seramai 544 responden orang awam berusia 16 tahun ke atas telah ditemubual menggunakan soalselidik. Data dianalisis menggunakan pakej SPSS untuk mendapatkan taburan frekuensi dan penjadualan silang bagi menunjukkan perbezaan pengetahuan dan ketersampaian maklumat mengikut gender, umur, taraf pendidikan dan status tempat tinggal (bandar, luar bandar). Kajian ini dijalankan dengan kerjasama 32 orang pelajar pengkhususan Geografi semasa mereka menjalankan Kajian Luar Geografi pada bulan November 2007. *Kumpulan Geografi Kesihatan* di bawah penyeliaan Ketua Penyelidik, Prof. Madya Suriati Ghazali telah mendapat pengalaman berharga dan pendedahan tentang 'kanser dan masyarakat' daripada kajian ini.



Foto 1.4: Pelajar kajian luar geografi 2007 dari kumpulan geografi kesihatan sedang menjalankan soalselidik



Foto 1.5: Pelajar sedang menganalisis soalselidik menggunakan perisian SPSS dengan memasukkan data ke komputer



Foto 1.6: Pelajar Kajian Luar Geografi 2007 dari kumpulan geografi kesihatan dengan mendengar taklimat daripada Lembaga Penduduk dan Pembangunan Keluarga Negara (LPPKN), Cawangan Alor Setar, Kedah



Foto1.7: Pelajar Kajian Luar Geografi 2007 dari kumpulan kesihatan sedang mendengar taklimat daripada pihak Hospital Baling, Kedah

1.5 Organisasi Laporan

Bab 2 akan menyorot kajian lepas berkaitan ‘kesengsaraan berganda’ yang dialami oleh pesakit dan keluarga. Tumpuan akan diberikan kepada aksesibiliti terhadap sokongan sosial, pengetahuan tentang kanser dan status sosio-ekonomi pesakit serta keluarga. Bab 3 seterusnya mengulas mengenai senario penyakit kanser di Malaysia, perkhidmatan perubatan dan perkhidmatan sokongan beserta bantuan yang ada di negara ini khusus untuk membantu pesakit kanser. Bab 4 pula merupakan perbincangan penemuan kajian bagi objektif penyelidikan pertama dan kedua. Perbincangan dalam Bab 4 dibahagikan kepada 3 bahagian iaitu Bahagian I akan memaparkan latar belakang responden mengikut taburan jantina, umur, status tempat tinggal, diagnosis dan prognosis pesakit yang dikaji. Bahagian II akan membincangkan tahap pengetahuan pesakit dan keluarga terhadap kanser serta jarak dan aksesibiliti ke pusat rawatan. Bahagian III pula akan membincangkan masalah ekonomi keluarga yang berhadapan dengan kanser seperti masalah ekonomi, pekerjaan, insuran kesihatan serta akses kepada bantuan. Bab 5 adalah bab penemuan kedua yang akan menjawab objektif ketiga kajian. Bab ini membincangkan tentang kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam. Seterusnya Bab 6, akan merumuskan dapatan penting kajian ini di samping mengemukakan cadangan membina ‘*safety net*’ dan cadangan untuk tindakan bagi membantu meringankan beban pesakit dan keluarga dalam menghadapi kanser.

1.5 Organisasi Laporan

Bab 2 akan menyorot kajian lepas berkaitan ‘kesengsaraan berganda’ yang dialami oleh pesakit dan keluarga. Tumpuan akan diberikan kepada aksesibiliti terhadap sokongan sosial, pengetahuan tentang kanser dan status sosio-ekonomi pesakit serta keluarga. Bab 3 seterusnya mengulas mengenai senario penyakit kanser di Malaysia, perkhidmatan perubatan dan perkhidmatan sokongan beserta bantuan yang ada di negara ini khusus untuk membantu pesakit kanser. Bab 4 pula merupakan perbincangan penemuan kajian bagi objektif penyelidikan pertama dan kedua. Perbincangan dalam Bab 4 dibahagikan kepada 3 bahagian iaitu Bahagian I akan memaparkan latar belakang responden mengikut taburan jantina, umur, status tempat tinggal, diagnosis dan prognosis pesakit yang dikaji. Bahagian II akan membincangkan tahap pengetahuan pesakit dan keluarga terhadap kanser serta jarak dan aksesibiliti ke pusat rawatan. Bahagian III pula akan membincangkan masalah ekonomi keluarga yang berhadapan dengan kanser seperti masalah ekonomi, pekerjaan, insuran kesihatan serta akses kepada bantuan. Bab 5 adalah bab penemuan kedua yang akan menjawab objektif ketiga kajian. Bab ini membincangkan tentang kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam. Seterusnya Bab 6, akan merumuskan dapatan penting kajian ini di samping mengemukakan cadangan membina ‘*safety net*’ dan cadangan untuk tindakan bagi membantu meringankan beban pesakit dan keluarga dalam menghadapi kanser.

BAB DUA

KESENGSARAAN BERGANDA – KEMISKINAN DAN KANSER: SATU SOROTAN LITERATUR

2.1 Pengenalan

Bab terdahulu telah mengupas bagaimana kanser membawa kesengsaraan berganda kepada golongan kurang berkemampuan. Bab ini akan melanjutkan lagi perbincangan tentang masalah kesengsaraan berganda akibat kanser dengan menyorot beberapa kajian lepas berkaitan aksesibiliti terhadap rawatan dan sokongan sosial, strategi untuk kehidupan serta pengetahuan tentang penjagaan kesihatan. Seterusnya bab ini akan mengemukakan satu model bagi memahami bagaimana ekonomi, aksesibiliti dan sosio-budaya menentukan keupayaan pesakit dan keluarga berhadapan dengan kanser.

2.2 Masyarakat luar bandar dan aksesibiliti kepada penjagaan kesihatan

Seperti telah dibincangkan dalam bab 1, keadaan kemiskinan dan kanser ditambah burukkan lagi oleh masalah kekurangan aksesibiliti kepada kemudahan pengesahan, rawatan dan sokongan sosial. Masalah aksesibiliti ini lebih buruk lagi di kawasan luar bandar berbanding di bandar (Lyons 2004; Philips 1990). Menurut Lyons (2004) kekurangan hospital di bandar-bandar kecil yang dapat menyediakan rawatan kanser kepada pesakit di luar bandar menyebabkan kelewatan rawatan segera ke atas pesakit yang telah didianogsis. Ditambah pula jarak ke bandar yang menyediakan rawatan lengkap adalah jauh, pesakit menjadi semakin parah sebelum sempat mendapat rawatan sewajarnya (Lyons, 2004). Hakikatnya, taburan pusat rawatan moden hanya bertumpu di lokasi tertentu sahaja iaitu di pusat bandar dan di kawasan yang memiliki kemudahan sokongan awam yang lengkap. Ketidakeimbangan taburan ini menyebabkan masyarakat yang jauh dari pusat bandar menghadapi kesukaran untuk ke pusat rawatan. Mereka juga terpaksa menanggung kos yang mahal untuk ke hospital. Hal ini menjadi beban ekonomi kepada mereka yang tinggal jauh dari pusat bandar. Menurut Philips (1990), beban ini bertambah apabila perkhidmatan

pengangkutan awam kurang efisien, dan ketidakcekapan pengangkutan adalah masalah utama bagi negara-negara membangun.

Menempuh perjalanan yang jauh untuk ke hospital bagi mendapatkan rawatan turut menyumbang kepada gangguan tahap kesihatan pesakit. Menurut piawaian antarabangsa, jarak yang ideal di antara kediaman penduduk dengan pusat kesihatan dan hospital ialah sekurang-kurangnya 12 kilometer atau selama 50 minit perjalanan menggunakan kenderaan pada kelajuan yang sederhana (Jordan, Rodercik, Martin, dan Barnett 2004). Jarak yang jauh selalunya menambah penderitaan pesakit dan menjejaskan tahap kesihatan mereka, selain daripada menanggung kos perjalanan yang tinggi. Disebabkan hal ini terdapat pesakit di luar bandar yang tidak ke hospital kerana tidak mampu menanggung kesakitan dan menampung kos perjalanan. Mereka hanya bergantung kepada perkhidmatan kesihatan awam daerah yang serba terhad dan kekurangan kemudahan (ICC 2001; Hardisty dan Leopold 2005). Perkara seumpama ini menyebabkan pesakit yang tinggal jauh dari hospital dan mempunyai tahap sosio-ekonomi yang rendah sukar untuk sembuh serta lebih berisiko mengalami kematian lebih awal kerana tidak mendapat rawatan yang sewajarnya (Gray, Shaw dan Farrington 2006).

2.3 Ketersampaian maklumat, kesedaran kesihatan dan perlindungan kesihatan

Masalah aksesibiliti kepada rawatan bukanlah satu-satunya penyebab pesakit tidak ke hospital. Terdapat kajian menunjukkan masalah ketersediaan maklumat, kesedaran kesihatan dan perlindungan kesihatan turut menyumbang kepada kematian awal pesakit kanser. Lyons (2004) dan beberapa pengkaji lain turut membincangkan tentang pesakit yang tinggal berdekatan hospital tetapi tidak datang mendapatkan rawatan setelah membuat temujanji dengan doktor. Perkara ini biasanya dipengaruhi oleh tahap kesedaran dan maklumat tentang kanser yang rendah. Taraf pendidikan pesakit yang rendah menyebabkan

mereka tidak memahami perlunya mereka hospital untuk mendapatkan rawatan dari masa ke semasa (Lyons 2004).

Terdapat banyak faktor mempengaruhi ketersampaian maklumat berkaitan kanser kepada pesakit. Tahap pendidikan rendah dan sikap pesakit yang lebih mempercayai cara perubatan tradisional mempengaruhi ketersampaian dan keberkesanan maklumat yang diterima. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi tindakan pesakit dan keluarga iaitu tidak ke hospital untuk mendapatkan rawatan. Hal ini seterusnya meninggikan lagi risiko kematian awal (Woods, Rachet dan Coleman 2005).

Hardisty dan Leopold (2005) umpamanya menyimpulkan ketidakupayaan membaca keterangan yang boleh didapati daripada pamflet-pamflet, poster-poster serta maklumat lisan dan media elektronik menyebabkan mereka yang berpendidikan rendah kurang berupaya memahami dan menginterpretasi maklumat tersebut, mengakibatkan mereka lewat mengesan penyakit mereka. Medium penyebaran maklumat turut mempengaruhi kadar penerimaan masyarakat terhadap maklumat penjagaan kesihatan. Penyebaran maklumat melalui saluran media elektronik dan internet umpamanya mempunyai kelemahannya tersendiri. Golongan yang tidak memiliki kemudahan teknologi terbabit tidak mempunyai akses terhadap maklumat yang disalurkan. Begitu juga dengan penyebaran menggunakan papan iklan yang hanya tertumpu di kawasan tertentu sahaja seperti jalan-jalan utama dan bandar utama sahaja (Cutchin 2002). Akibatnya mereka yang tinggal di kawasan lebih terpencil tidak terdedah dengan maklumat tersebut.

Selain itu, kurang pengetahuan tentang penjagaan kesihatan menyebabkan golongan ini merasa tidak berbaloi untuk ke hospital, terutama bagi masalah kesihatan yang tidak serius. Persepsi tentang ketidakpentingan penjagaan kesihatan ditambah buruk lagi apabila seseorang tidak berkemampuan membayar kos perjalanan dan rawatan ke hospital. Oleh itu, mereka lebih memilih untuk tidak ke hospital selagi masalah kesihatan tidak menjejaskan aktiviti ekonomi dan kehidupan seharian mereka (Philips 1990; Gray, Shaw dan Farrington 2005). Mereka hanya ke hospital apabila keadaan kesihatan mereka semakin buruk. Bagi penghidap kanser, kelewatan seumpama ini menyebabkan rawatan dan penyembuhan

semakin sukar, dan pesakit lebih berisiko tinggi untuk menghadapi kematian awal selepas diagnosis (Lim 2000).

Tambah menyedihkan lagi ialah keadaan pesakit kanak-kanak. Kebarangkalian survival kanak-kanak adalah tinggi iaitu antara 70 hingga 80 peratus sekiranya kanser dikesan awal dan mereka mendapat rawatan awal. Namun, lantaran kemiskinan dan kurang pengetahuan di kalangan ibu bapa kanak-kanak terbabit, kanak-kanak terdedah kepada risiko kematian awal yang tinggi selepas didiagnosis. Keadaan ini lebih buruk berlaku di negara-negara membangun (Reyes 2007).

Dalam pada itu, Reyes (2007) dan Cavalli (2006) turut mengulas tentang perbezaan peluang untuk sembuh di antara golongan mewah dan golongan miskin. Golongan mewah mempunyai survival lebih baik berbanding golongan miskin, dan ini berlaku di kedua-dua negara maju dan negara membangun. Hal ini dipengaruhi oleh kos perubatan yang tinggi berikutan peralatan dan ubat-ubatan yang mahal. Kos yang tinggi ini menghalang pesakit-pesakit kanser miskin daripada mendapat rawatan yang sewajarnya.

Kos perubatan yang tinggi terutamanya kos perkhidmatan yang dikenakan oleh pihak hospital dan harga ubat-ubatan yang mahal menyebabkan golongan berpendapatan rendah takut untuk mendapatkan rawatan bagi menangani masalah kesihatan mereka. Mereka berusaha untuk merahsiakan masalah kesihatan yang dihidapi dan mengelak daripada mendapatkan rawatan. Hal ini turut dipengaruhi oleh kos sara hidup yang tinggi. Golongan berpendapatan rendah biasanya melebihi peruntukan kewangan untuk menyara keluarga dan membayar perkhidmatan asas seperti bil air, elektrik, sewa rumah dan persekolahan anak-anak berbanding berbelanja untuk penjagaan kesihatan. Bagi mereka perkara tersebut adalah lebih penting kerana sekiranya tidak dipenuhi mereka bakal kehilangan akses kepada kemudahan asas terbabit, dan ini seterusnya menyukarkan lagi kehidupan mereka (Kerner *et.al* 2001). Akibatnya, golongan ini mengeneipkan perbelanjaan untuk penjagaan kesihatan dan rawatan sebagai 'tukar ganti' untuk perbelanjaan seharian rumahtangga.

Kepentingan memiliki perlindungan insurans diulas oleh beberapa kajian seperti United States 1999 Census dan The National Advisory Committee on Rural Health and Human Services, 2002. Menurut kajian ini, keadaan bertambah serius kerana tidak ramai pesakit

kanser memiliki insuran kesihatan. Perkara ini menjadi ancaman apabila seseorang didiagnosis menghidap kanser. Akibatnya mereka yang tidak memiliki perlindungan insuran sering menghadapi risiko kematian lebih awal kerana tidak mampu mendapatkan penjagaan kesihatan yang baik pada masa kritikal tersebut. Hal ini membuktikan kadar survival mereka yang tidak mempunyai perlindungan insuran adalah lebih rendah daripada mereka yang mempunyai perlindungan insuran (United States 1999 Census, dipetik daripada Hardisty 2005; The National Advisory Committee on Rural Health and Human Services 2002).

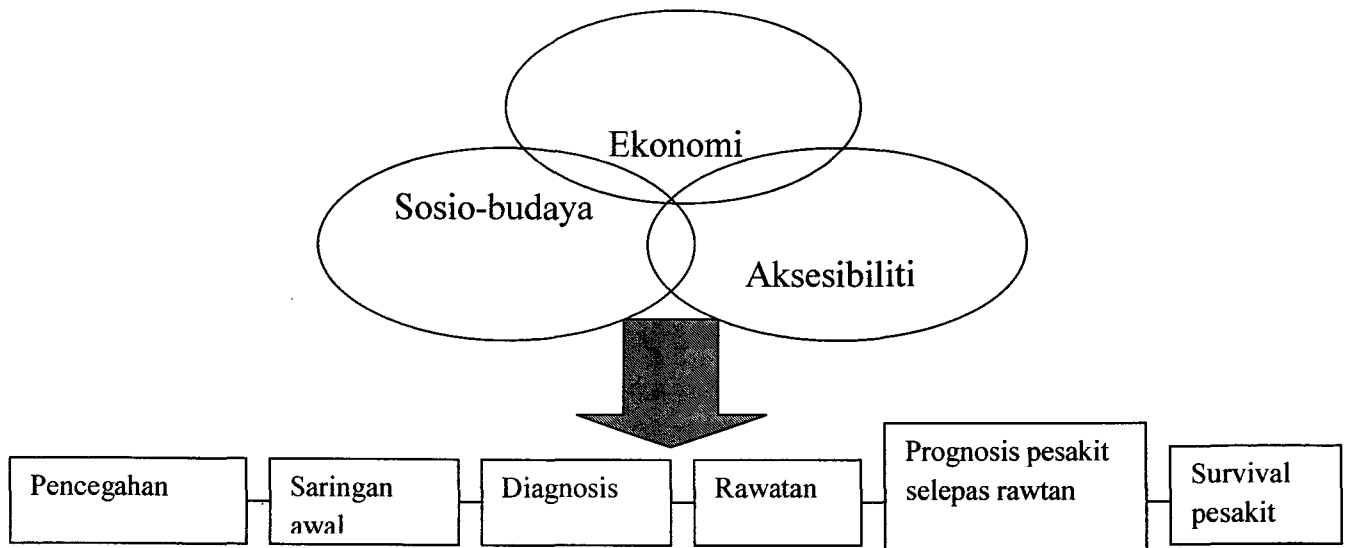
Kajian oleh Cromley dan McLafferty (2002) serta Gober dan Rosenberg (2001) mendapati berlaku diskriminasi oleh pihak hospital terhadap pesakit yang tidak memiliki insuran kesihatan. Mereka kurang diberi perhatian malah terdapat sesetengah pengurusan hospital melarang kakitangan perubatannya memberi rawatan kerana dikhuatiri pesakit tidak mampu membiayai kos rawatan dan perkhidmatan hospital kerana ketiadaan perlindungan kesihatan. Perkara ini menyebabkan pesakit bukan sahaja menderita akibat penyakit yang dihidapi tetapi juga menghadapi tekanan kerana tidak mampu untuk mendapatkan rawatan yang sewajarnya.

Golongan pekerja turut menghadapi masalah kewangan kerana ketiadaan insuran kesihatan. Pekerja yang kehilangan pekerjaan turut kehilangan keistimewaan pembiayaan kemudahan insuran daripada majikan seperti yang dinikmati semasa masih bekerja. Selain itu, masih terdapat ramai masyarakat di dunia, terutama sekali masyarakat di negara membangun, yang tidak mengetahui tentang perlunya insuran kesihatan. Mereka kurang didedahkan kepada maklumat berkaitan perlunya mereka dilindungi oleh satu sistem keselamatan sosial (insuran) yang boleh menjamin kesejahteraan hidup mereka. Hal ini ditambah pula oleh batasan sumber kewangan bagi mereka yang berpendapatan rendah, masyarakat luar bandar yang jauh daripada maklumat dan mereka yang tidak mempunyai pendapatan tetap. Ketidadaan insuran kesihatan merupakan cabaran bagi hampir seluruh masyarakat di negara maju dan negara membangun. Di negara maju, masih terdapat ramai penduduknya tidak mempunyai perlindungan insuran, dan mereka mengeluarkan belanja perubatan yang besar apabila ditimpa penyakit berbahaya seperti kanser (Smith 1999). Apatah lagi keadaannya bagi negara membangun yang ramai diduduki oleh golongan berpendapatan rendah, bertaraf pendidikan rendah dan ketidadaan kesedaran untuk membeli insuran kesihatan.

Umpamanya di India, hanya sebilangan kecil iaitu kurang daripada 5 juta penduduknya dilindungi insuran kesihatan berbanding seramai lebih 650 juta penduduknya yang tidak dilindungi oleh insuran kesihatan (Philips 1990).

Had-had sosio-budaya seperti bahasa, adat resam dan kepercayaan turut menghadkan survival dan peluang seseorang untuk mendapatkan pengesanan awal dan rawatan. Hal ini sering berlaku kepada masyarakat tradisi yang tinggal di luar bandar. Mereka berasa prejudis, takut, janggal dan malu dengan kaedah dan peralatan pemeriksaan moden (Smith dan Easterlow 2005). Selain itu kepercayaan dan taboo menghalang mereka melakukan pengesanan dan rawatan (National Rural Health Association 2006). Kajian Manderson, Kirk dan Hoban (2001) mendapati wanita masyarakat Asli di Australia tidak berminat untuk melakukan pemeriksaan kanser walaupun van kesihatan datang ke kampung-kampung dengan membawa doktor dan peralatan imbasan. Menurut doktor yang bertugas, wanita tidak datang untuk pemeriksaan kerana sibuk dengan urusan seharian mereka. Menurut tanggapan wanita pula, doktor hanya bercakap dengan mereka dan tidak berminat menyentuh mereka untuk melakukan pemeriksaan. Dalam pada itu, bagi budaya masyarakat asli perkara-perkara seperti kanser payudara dan servik adalah 'hal-ehwal peribadi wanita' (*women businesses*) dan mereka tidak suka perkara itu diketengahkan. Manderson, Kirk dan Hoban (2001) menghujahkan faktor keselamatan budaya (*cultural safety*) menjadi batasan bagi masyarakat tradisional di luar bandar untuk mendapatkan pemeriksaan dan rawatan kanser. Hal ini kerana wanita tidak dibenarkan bebas berjumpa orang luar di atas sebab-sebab keselamatan diri dan menjaga adat resam dan budaya.

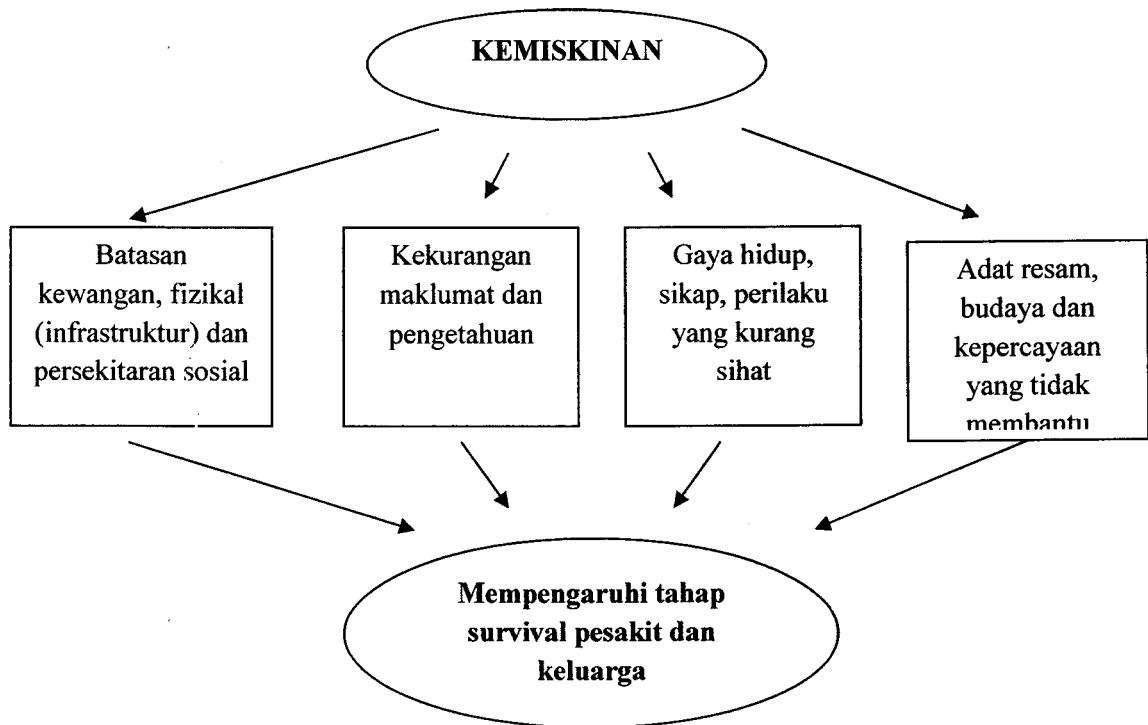
Rajah 2.1 mengintegrasikan faktor-faktor ekonomi, aksesibiliti dan sosio-budaya dalam menentukan peluang seseorang pesakit menerima program pengesanan, rawatan dan survival selepas diagnosis. Menurut model ini, ekonomi yang kukuh, aksesibiliti yang baik dan sosio-budaya yang sihat meninggikan peluang seseorang untuk mendapatkan saringan dan usaha pencegahan, rawatan sewajarnya dan seterusnya mempunyai survival yang lebih baik. Sebaliknya, ekonomi dan aksesibiliti yang lemah, dan adat resam serta sosio-budaya yang tidak membantu, mencegah seseorang daripada mendapatkan saringan kanser dan rawatan sewajarnya, seterusnya membawa kepada survival yang rendah selepas diagnosis



Sumber: Diubahsuai daripada Freeman (1991) .Race, Poverty and Cancer. Journal of the National Cancer Institute. Vol.83:8, April 17, 1991. 526 – 527.

Rajah 2.1: Hubungan ekonomi, aksesibiliti dan sosio-budaya dalam mempengaruhi peluang untuk saringan, rawatan dan survival pesakit

Rajah 2.2 adalah satu lagi model yang dibina untuk merumuskan hasil kajian yang menjelaskan hubungan kemiskinan dan survival pesakit. Kemiskinan seringkali membayangkan kekurangan daripada segi kewangan, kekurangan infrastruktur fizikal, persekitaran sosial yang kurang menggalakkan, kekurangan maklumat dan pengetahuan, dan gaya hidup, adat resam dan sikap yang kurang sihat. Hal-hal ini saling berkait dalam mempengaruhi tahap survival seseorang terhadap penyakit, apatah lagi penyakit berbahaya seperti kanser.



Nota: Model diintegrasikan daripada sorotan literatur di atas, iaitu: Lyons 2004; Philips 1995; Jordan, Roderick, Martin dan Barnett 2004; Hardisty dan Leopold 2005; Gray, Shaw dan Farrington 2006; Woods, Rachet dan Coleman 2005; Cutchin 2002; Lim 2000; Reyes 2007; Cavalli 2006; Cromley dan McLafferty 2002; Guber dan Rosenberg 2001; Manderson, Kirk dan Hoban 2001.

Rajah 2.2: Hubungan kemiskinan dengan survival pesakit

2.4 Kanser dan wanita

Seperti yang telah diterangkan dalam bab 1, risiko wanita yang berhadapan dengan risiko kesengsaraan berganda akibat kanser adalah lebih tinggi daripada lelaki. Hal ini kerana, ramai wanita di dunia hidup dalam kemiskinan berbanding lelaki. Kemiskinan wanita telah menjadi faktor kepada kelewatan diagnosis dan rawatan yang tidak sempurna sehingga menyumbang kepada rendahnya survival dan tingginya risiko kematian awal selepas diagnosis (ICC 2001; CDC 2004).

Antara kanser utama yang sering dikaitkan dengan wanita ialah kanser payu dara dan kanser serviks. Pada tahun 2000, sebanyak 1,050,346 kes kanser dilaporkan di seluruh dunia. 372,

969 daripada kes ini ialah kanser payu dara. Satu kajian di Amerika Syarikat tentang pertambahan pesakit kanser payu dara di dunia mendapati setiap 3 minit seorang wanita akan disahkan menghidap kanser payu dara, manakala bagi setiap 11 minit sekurang-kurangnya seorang wanita dilaporkan meninggal dunia akibat penyakit ini di seluruh dunia. Sebanyak 30,000 wanita berbanding 200 lelaki didiagnosis kanser payu dara pada setiap tahun (Julie Roshana Akma Shafee 2007).

Kanser servik pula merupakan kanser kedua yang banyak didiagnosis di kalangan wanita di seluruh dunia. Menurut Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO), pada tahun 2002 hampir 500,000 wanita di seluruh dunia didiagnosis kanser servik. Kanser servik turut menyebabkan 274,000 kematian wanita pada tahun tersebut. Di Malaysia, menurut Dr. Abdul Aziz Yahya, Presiden Persatuan Obstetrik dan Ginekologi Malaysia (OGSM), terdapat lebih 1,300 wanita didiagnosis kanser ini setiap tahun dan menyebabkan kematian kepada 750 wanita di seluruh Malaysia pada setiap tahun. Berdasarkan laporan dalam Daftar Kanser Kebangsaan, secara kasarnya insiden kanser servik di Malaysia ialah 16.5 wanita bagi setiap 100,000 orang penduduk wanita. Ini menyebabkan kanser servik mencakupi sebanyak 12.9 peratus kanser yang dihidapi oleh wanita (Julie Roshana Akma Shafee, 2007).

2.5 Masyarakat dan rawatan tradisional

Beberapa kajian mendapati, sungguhpun masyarakat ramai kurang mengetahui tentang banyak penyakit termasuk kanser, dan mempunyai masalah untuk mendapatkan rawatan moden, namun mereka mempunyai maklumat dan akses terhadap rawatan tradisional (Chen 1976; Samad 1988; Faziah Din (1980). Ketiadaan pengetahuan saintifik tentang sesuatu penyakit menyebabkan masyarakat mencuba pelbagai kaedah rawatan tradisional. Walaupun begitu kerap berlaku ciri-ciri praktik rawatan tradisional tidak bersesuaian dengan penyakit yang dialami. Hal ini menyebabkan keadaan kesihatan menjadi semakin buruk sebelum rawatan secara konvensional di hospital diperolehi (Philips 1990). Selain itu, kurangnya bilangan pengamal perubatan moden yang boleh memberikan perkhidmatan kepada masyarakat juga menyebabkan rawatan alternatif menjadi pilihan. Di Tanzania

umpamanya, pada tahun 1970an hanya terdapat 600 orang pengamal perubatan moden berbanding 30,000 hingga 40,000 ribu pengamal perubatan tradisional (Chen 1976).

Akses terhadap rawatan tradisional yang mudah dan murah, terutama di negara membangun dan kawasan luar bandar, mendorong masyarakat di sini mendapatkan perkhidmatan rawatan tradisional. Ia juga menjadi pilihan terakhir sekiranya sesuatu penyakit sukar dirawat menggunakan rawatan moden atau biomedikal (Samad 1988). Penghidap penyakit merbahaya seperti kanser akan beralih kepada rawatan alternatif apabila mereka mendapati penyakit mereka sukar sembuh dan memerlukan kos rawatan yang tinggi. Terdapat juga pesakit yang kurang mengetahui tentang kaedah rawatan moden beranggapan kesan sampingan daripada rawatan kanser seperti keguguran rambut, loya dan muntah-muntah sebagai petanda kaedah rawatan yang diberikan tidak sesuai dengan pesakit. Mereka akhirnya beralih kepada rawatan alternatif.

Pada masa kini, rawatan alternatif bukan sahaja menjadi pilihan masyarakat di negara membangun tetapi juga masyarakat di negara maju. Terdapat kajian mendapati 40 peratus pesakit di Belanda beralih kepada rawatan alternatif setelah mendapati masalah kesihatan mereka tidak berubah walaupun telah mendapatkan rawatan moden. Begitu juga di Australia, di mana disebabkan keyakinan terhadap rawatan alternatif, mereka menjadikan rawatan alternatif sebagai pilihan kedua untuk merawat masalah kesihatan (Dewan Masyarakat 2007). Di Jerman, penggunaan ramuan herba daripada akar kayu semakin diterima dalam perubatan moden. Akar ginseng dari Korea pula digunakan sebagai salah satu adunan dalam perubatan moden di negara ini. Tambahan pula, di Jerman terdapat beratus-ratus ekar tanah ditanam dengan tumbuh-tumbuhan yang mempunyai khasiat perubatan dan digunakan untuk perubatan moden. Manakala di Austria, pesakit kanser digalakkan merujuk kepada pengamal perubatan alternatif terutamanya pakar herba dan homepati untuk menghilangkan kesan sampingan daripada rawatan kemoterapi (Utusan Malaysia, 2 Januari 2008).

Di Malaysia, rawatan tradisional atau rawatan alternatif diterima oleh semua lapisan masyarakat sebagai satu usaha untuk menyembuhkan sesuatu penyakit. Namun begitu keyakinan dan penggunaan kepada rawatan tradisional adalah lebih tinggi di kalangan masyarakat luar bandar. Kepercayaan terhadap perubatan tradisi ini adalah diwarisi secara

turun-temurun. Hal ini menyebabkan walaupun generasi muda telah didedahkan kepada rawatan moden secara langsung ataupun tidak langsung, mereka tetap akan menggunakan atau mencuba rawatan tradisional. Menurut Faziah Din (1980), sikap masyarakat yang lebih mempercayai kaedah rawatan tradisional menyebabkan mereka lebih terdorong untuk memilih kaedah ini. Kepercayaan masyarakat semakin kuat apabila terdapat sebilangan kecil pesakit berjaya mengurangkan komplikasi penyakit menggunakan rawatan tradisional. Kaedah rawatan tradisional yang berhasil telah meyakinkan lagi masyarakat terhadap rawatan tradisional.

Walaupun begitu tidak dinafikan bahawa perubatan tradisional juga memainkan peranan penting sebagai alternatif kepada rawatan moden bagi penyakit-penyakit tertentu. Di Malaysia, pada tahun 1979 satu kajian telah dijalankan oleh doktor-doktor di negara ini tentang kepentingan rawatan tradisional. Dalam kajian ini didapati tiga perempat daripada doktor di Malaysia pada masa itu bersetuju bahawa perlunya rawatan tradisional dilakukan kepada pesakit terutamanya bagi kes-kes psikomatik seperti lemah semangat dan tenaga batin. Sebilangan besar daripada doktor pada masa itu menyokong perhubungan yang lebih rapat antara kaedah rawatan tradisional dan moden terutamanya untuk masalah kesihatan mental (Chan 1998).

Dewasa ini, rawatan tradisional semakin diterima sebagai alternatif dan pelengkap kepada kaedah rawatan moden. Contohnya Hospital Kepala Batas, Pulau Pinang telah menempa nama dalam sejarah perubatan negara apabila menyediakan unit perubatan tradisional dengan menawarkan perkhidmatan akupunktur, herba onkologi dan urutan tradisional Melayu sebagai perkhidmatan sokongan kepada rawatan moden (Utusan Malaysia, 27 Oktober 2007).

Daripada perbincangan ini, tidak dinafikan bahawa rawatan secara alternatif juga mempunyai peranan dalam penjagaan kesihatan masyarakat. Walaupun masih kurang bukti secara saintifik tentang keberkesanan rawatan menggunakan kaedah ini, tetapi ia tidak wajar dijadikan sebagai mekanisma pengukur kepada kepentingannya kepada masyarakat pada masa kini. Perkara yang lebih penting ialah keberkesanannya dalam merawat masalah kesihatan dan seterusnya membantu pesakit meneruskan kelangsungan hidup melawan penyakit.

2.6 Kesimpulan

Bab ini telah menyorot pandangan dan penemuan kajian lepas tentang aksesibiliti masyarakat terhadap penjagaan kesihatan. Termasuk dalam perbincangan ialah masalah kemiskinan, ketersampaian maklumat, kesedaran kesihatan, perlindungan kesihatan dan faktor-faktor sosio-budaya yang menghadkan capaian kepada penjagaan kesihatan. Kesemua ini merupakan antara faktor yang membawa kesengsaraan berganda kepada pesakit kanser dari golongan kurang berkemampuan. Dua model diagramatik dihasilkan bagi menjelaskan kaitan di antara kemiskinan dan survival pesakit. Model ini merumuskan survival pesakit selepas didiagnosis bergantung kepada ketersediaan kewangan, kecekapan infrastruktur dan persekitaran sosial, kecekapan maklumat, gaya hidup dan sikap yang sihat serta budaya dan adat resam yang membantu ke arah rawatan dan penyembuhan. Turut disentuh di akhir bab ini ialah potensi rawatan alternatif yang sering menjadi pilihan pesakit kurang berkemampuan dan mereka yang tinggal di luar bandar.

BAB TIGA

SENARIO KANSER DAN PERKHIDMATAN RAWATAN DI MALAYSIA

3.1 Pengenalan: Senario kanser di Malaysia

Bab ini akan membincangkan insiden kanser di Malaysia mengikut taburan umur, jantina dan etnik dan perkhidmatan rawatan serta sokongan kanser di Malaysia. Sumber utama digunakan untuk mendapatkan maklumat tentang insiden kanser adalah daripada laporan *National Cancer Registry: Cancer Incidence in Malaysia* disunting oleh Lim, Halimah dan Lim (2003) dan Lim dan Halimah (2004).

National Cancer Registry (NCR) adalah satu perkhidmatan yang disokong oleh Kementerian Kesihatan untuk mengumpul maklumat tentang kanser di Malaysia. Maklumat dikumpul bertujuan untuk membuat anggaran tentang insiden kanser, menilai faktor risiko, rawatan dan hasilnya. Maklumat daripada NCR sangat penting untuk membantu Kementerian Kesihatan, badan-badan bukan kerajaan, agensi swasta dan industri bagi menyediakan program perancangan dan penilaian yang boleh membawa kepada langkah mengawal dan mengelakkan penyakit berbahaya ini.

NCR memperolehi maklumat daripada tiga sumber utama iaitu (i) sistem maklumat hospital di bawah Kementerian Kesihatan (ii) Jabatan Pendaftaran Negara dan (iii) doktor-doktor (individu) yang menyediakan perkhidmatan pengesanan kanser dan penjagaan kepada pesakit kanser, yang secara sukarela melaporkan data kepada NCR.

Objektif NCR adalah untuk (i) mengenalpasti bebanan penyakit kanser dengan mengira magnitud morbiditi dan mortaliti penyakit ini, serta trend temporal dan geografinya di Malaysia (ii) mengenalpasti sub-kumpulan dalam populasi yang berisiko tinggi di mana langkah pencegahan harus ditumpukan (iii) mengenalpasti potensi faktor risiko (iv) menilai program rawatan, kawalan dan pencegahan dan (v) menggalak dan membantu kajian epidemiologi tentang kanser (Lim dan Halimah 2004).

Bahagian berikut akan meringkaskan insiden kanser di Malaysia seperti dilaporkan dalam laporan kedua dan ketiga NCR.

3.2 Insiden dan beban kanser di Malaysia

Jadual 3.1 dan 3.2 menunjukkan insiden dan beban kanser di Semenanjung Malaysia, Sabah dan Sarawak pada tahun 2002 dan 2003. Di Semenanjung Malaysia, pada tahun 2002, 26,089 orang telah didiagnosis menghidap kanser. Jumlah ini melibatkan 45.3 peratus lelaki dan 54.7 peratus wanita. Pada tahun 2003 pula kanser dikesan pada 21,464 orang, di mana melibatkan 43.8 peratus lelaki dan 56.2 peratus wanita. Kes kanser yang dilaporkan di Sabah dan Sarawak adalah lebih kecil bilangannya dan dijangkakan banyak kes kanser adalah tidak didaftarkan di kedua-dua negeri ini.

Bagi beban kanser per 100,000 penduduk (kadar kasar atau CR) pula, di Semenanjung Malaysia kadar kasar pada tahun 2002 ialah 133.4 per 100,000 penduduk dan pada tahun 2003 ialah 112.3 per 100,000 penduduk. Kadar kasar lebih rendah yang ditunjukkan di Sabah dan Sarawak adalah dijangkakan kerana banyak kes tidak dilaporkan. Jadual ini juga menunjukkan insiden dan beban kanser adalah lebih tinggi bagi wanita berbanding lelaki. Contohnya kadar kasar bagi wanita pada tahun 2003 ialah sebanyak 127.6 per 100,000 penduduk pada tahun 2003 berbanding 97.4 bagi lelaki.

Hakikatnya angka-angka ini menunjukkan kanser mengancam nyawa ramai penduduk negara ini dan risiko bagi wanita adalah lebih tinggi bagi lelaki.

Jadual 3.1: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) dan *Age-standardized Incidence* (ASR), mengikut umur, Malaysia 2002

Jantina	No.	%	CR	ASR	CumR
Semenanjung Malaysia					
Lelaki	11, 815	45.3	118.9	168.8	17.9
Perempuan	14, 274	54.7	148.4	181.9	18.3
Jumlah	26,089	100.0	133.4	173.5	18.0
Sabah					
Lelaki	807	46.2	55.6	105.9	12.0
Perempuan	941	53.8	69.3	127.0	13.6
Jumlah	1748	100.0	62.2	115.0	12.7
Sarawak					
Lelaki	940	47.0	85.3	116.8	13.0
Perempuan	1062	53.0	99.8	125.3	13.0
Jumlah	2002	100.0	92.4	120.5	13.0

Sumber: Lim, C. C. Gerard, Halimah Yahaya dan Lim, T. O. (2003) *The First Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2002*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia.

Halaman 55.

Jadual 3.2: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) dan *Age-standardized Incidence* (ASR), mengikut umur, Malaysia 2003

Jantina	No.	%	CR	ASR	CumR
Semenanjung Malaysia					
Lelaki	9,400	43.8	97.4	134.3	14.6
Perempuan	12, 064	56.2	127.6	154.2	15.8
Jumlah	21,464	100.0	112.3	143.2	15.1
Sabah					
Lelaki	428	46.2	38.7	62.8	6.6
Perempuan	498	53.8	46.6	76.2	7.9
Jumlah	926	100.0	42.6	69.0	7.2
Sarawak					
Lelaki	645	47.6	59.5	78.9	8.8
Perempuan	711	52.4	67.3	81.7	8.7
Jumlah	1356	100.0	63.3	79.9	8.7

Sumber: Lim, C.C. Gerard dan Halimah Yahaya (2004) *Second Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2003*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia. Halaman 45.

3.3 Variasi insiden kanser mengikut umur, jantina dan kumpulan etnik

Jadual 3.3 dan 3.4 menunjukkan variasi insiden kanser mengikut umur dan jantina pada tahun 2002 dan 2003. Kanser dihadapi oleh pesakit daripada kesemua peringkat umur. Namun begitu bilangan penghidap kanser jelas meningkat pada umur 40 tahun ke atas bagi lelaki dan 30 tahun ke atas bagi wanita. Keadaan ini sama dengan insiden kanser mengikut umur di negara Asia yang lain seperti Singapura dan Hong Kong. Tetapi di United Kingdom (1988-1990) pertambahan ketara insiden kanser berlaku pada umur lebih tinggi iaitu 50 tahun ke atas bagi lelaki dan 60 tahun ke atas bagi wanita (Lim, Halimah dan Lim 2003:54).

Pada tahun 2002 kadar kasar insiden kanser bagi kumpulan umur 0-9 tahun ialah 21 per 100,000 penduduk bagi lelaki dan 16.6 bagi wanita. Bagi kumpulan umur berikutnya kadar kasar meningkat perlahan tetapi meningkat cepat kepada 142.3 per 100,000 penduduk bagi lelaki di kumpulan umur 40 tahun. Kepada wanita, kadar kasar pada umur ini (40-49 tahun) adalah hampir dua ganda lelaki, iaitu 304.3 per 100,000 penduduk. Namun begitu, selepas umur 60-69 tahun keadaan sebaliknya berlaku. Selepas umur 60 tahun, kadar kasar insiden kanser di kalangan lelaki meningkat hampir 50 peratus sedangkan pertambahan bagi wanita adalah lebih kecil. Trend yang hampir sama juga ditunjukkan pada tahun 2003.

Jadual 3.3: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) mengikut umur dan jantina, Semenanjung Malaysia 2002

Julat umur	Lelaki			Perempuan		
	Bil.	%	CR	Bil.	%	CR
0 – 9	479	4.1	21.0	356	2.5	16.6
10 – 19	417	3.5	20.7	332	2.3	17.2
20 – 29	386	3.3	23.2	484	3.4	29.8
30 – 39	781	6.6	53.5	1608	11.3	113.0
40 – 49	1676	14.2	142.3	3454	24.2	304.3
50 – 59	2372	20.1	324.6	3481	24.4	507.0
60 – 69	3090	26.2	790.7	2678	18.8	656.9
70 tahun ke atas	2614	22.1	1194.7	1881	13.2	692.8

Sumber: Lim, C. C. Gerard, Halimah Yahaya dan Lim, T. O. (2003) *The First Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2002*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia.

Halaman 55.

Jadual 3.4: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) mengikut umur dan jantina, Semenanjung Malaysia 2003

Julat umur	Lelaki			Perempuan		
	Bil.	%	CR	Bil.	%	CR
0 – 9	447	4.8	19.9	294	2.4	14
10 – 19	320	3.4	15.9	270	2.2	14
20 – 29	355	3.8	22.6	371	3.1	23.8
30 – 39	601	6.4	45.4	1217	10.1	90.8
40 – 49	1282	13.6	113.2	2795	23.2	249.1
50 – 59	1884	20.0	252.8	3047	25.3	426.7
60 – 69	2406	25.6	604.2	2380	19.7	573.9
70 tahun ke atas	2105	22.4	964.7	1690	14.0	617.2

Sumber: Lim, C.C. Gerard dan Halimah Yahaya (2004) *Second Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2003*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia. Halaman 45.

Jadual 3.5 dan 3.6 menunjukkan insiden kanser per 100,000 penduduk mengikut kumpulan etnik dan jantina pada tahun 2002 dan 2003. Terdapat perbezaan dalam kadar insiden mengikut kumpulan etnik. Kadar kasar bagi lelaki dan wanita daripada etnik Cina adalah lebih tinggi daripada etnik Melayu dan etnik India. Umpamanya pada tahun 2003, kadar kasar insiden kanser bagi lelaki dan wanita Cina adalah masing-masing 169.2 dan 217.2 per 100,000 penduduk; bagi lelaki dan wanita Melayu masing-masing 60.6 dan 79 per 100,000 penduduk; dan bagi lelaki dan wanita India masing-masing 85.7 dan 147.2 per 100,000 penduduk. Keadaan wanita yang lebih berisiko terhadap kanser terlihat dalam ketiga-tiga kumpulan etnik utama ini.

Jadual 3.5: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) dan Age-standardized incidence (ASR) mengikut jantina dan etnik, Semenanjung Malaysia 2002

Kumpulan etnik	Lelaki				Perempuan			
	No.	%	CR	ASR	No.	%	CR	ASR
Melayu	4878	43.0	84.4	126.5	5830	42.4	102.1	133.6
Cina	5518	48.7	212.3	235.0	6461	47.0	259.8	251.1
India	943	8.3	108.6	169.3	1465	10.6	168.7	216.4

Sumber: Lim, C. C. Gerard, Halimah Yahaya dan Lim, T. O. (2003) *The First Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2002*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia. Halaman 56.

Jadual 3.6: Insiden kanser per 100,000 penduduk (CR) dan *Age-standardized incidence* (ASR) mengikut jantina dan kumpulan etnik, Semenanjung Malaysia 2003

Kumpulan etnik	Lelaki				Perempuan			
	No.	%	CR	ASR	No.	%	CR	ASR
Melayu	3587	40.8	60.6	90.1	4613	40.5	79	102.9
Cina	4450	50.6	169.2	181.8	5481	48.1	217.7	206.5
India	755	8.6	85.7	130.7	1299	11.4	147.2	188.3

Sumber: Lim, C.C. Gerard dan Halimah Yahaya (2004) *Second Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2003*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia. Halaman 46.

Jenis kanser yang paling kerap dihidapi oleh lelaki ialah kanser paru-paru, diikuti oleh kanser nasopharyngeal, usus, leukemia dan rectum. Manakala kanser paling biasa menyerang wanita pula ialah kanser payudara, kanser serviks, usus, ovari dan leukemia. Jadual 3.7 menunjukkan jenis kanser yang kerap didiagnosis di kalangan lelaki dan wanita di Malaysia.

Jadual 3.7: Jenis kanser yang kerap didiagnosis di kalangan lelaki dan wanita Malaysia mengikut kategori umur

Julat umur (tahun)	Jenis kanser	
0 – 14	Leukemia, kanser otak, Lymphoma, <i>cancer of the connective tissue</i> , kanser buah pinggang	
	Lelaki	Wanita
15 – 49	Nasopharynx, leukemia, lymphoma, paru-paru, usus, rectum	Kanser payudara, serviks, ovari, uterus, thyroid gland dan leukemia.
50 tahun ke atas	Nasopharynx, leukemia, lymphoma, paru-paru, usus, rectum, prostate dan kanser perut.	Kanser payudara, serviks, ovari, uterus, paru-paru dan rectum.

Sumber: Gerard Lim Chin Chye dan Halimah Yahaya (2004) *Second Report of The National Cancer Registry: Cancer Incidence in Malaysia 2003*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia.

Terdapat kelainan dalam jenis kanser mengikut kumpulan etnik utama di Malaysia (Melayu, Cina dan India). Kanser paru-paru paling kerap menyerang lelaki daripada semua kaum.

Empat jenis kanser lain yang kerap menyerang lelaki Melayu ialah leukemia, lymphoma, usus dan rectum; bagi lelaki Cina ialah nasopharynx, usus, rectum dan prostat; bagi lelaki India ialah leukemia, rectum, prostat dan kanser perut.

Di kalangan wanita pula, dua kanser utama yang kerap menyerang wanita dari semua kaum ialah kanser payudara dan kanser serviks. Tiga lagi jenis kanser yang kerap menyerang wanita Melayu ialah kanser ovari, leukemia dan paru-paru; bagi wanita Cina ialah kanser usus, paru-paru dan nasopharynx; bagi wanita India ialah kanser mulut, ovari dan corpus uteri.

Jadual 3.8 dan 3.9 menunjukkan jenis-jenis kanser yang sering didiagnosis bagi setiap 100,000 penduduk mengikut etnik dan jantina pada tahun 2002 dan 2003.

Jadual 3.8: Antara jenis kanser yang sering didiagnosis di kalangan lelaki dari tiga etnik utama bagi setiap 100,000 penduduk (CR) pada tahun 2002 dan 2003; Semenanjung Malaysia

Jenis kanser		Lelaki					
		2002 ¹			2003 ²		
		Melayu	Cina	India	Melayu	Cina	India
Lung (Paru-paru)	Bil.	616	885	101	456	738	54
	CR	10.7	34.1	11.6	7.7	28.1	6.1
Leukaemias (Leukemia)	Bil.	506	250	64	419	156	61
	CR	8.7	9.6	7.4	7.2	5.9	6.9
Colon (Usus)	Bil.	318	527	46	201	451	30
	CR	5.5	20.3	5.3	3.4	17.2	3.4
Rectum	Bil.	305	378	55	243	300	38
	CR	5.3	14.5	6.3	4.1	11.4	4.3
Prostate Gland (Kilang prostat)	Bil.	273	325	51	214	284	67
	CR	4.7	12.5	5.9	3.6	10.8	7.6
Lymphomas	Bil.	336	172	42	227	111	42
	CR	5.8	6.6	4.8	3.8	4.2	4.8
Nasopharynx	Bil.	241	641	23	203	516	16
	CR	4.2	24.7	2.6	3.4	19.6	1.8
Urinary Bladder (Pundi kencing)	Bil.	231	200	31	182	140	24
	CR	4.0	7.7	3.6	3.1	5.3	2.7
Stomach (Perut)	Bil.	119	293	48	101	280	70
	CR	2.1	11.3	5.5	1.7	10.6	7.9
Liver (Hati)	Bil.	186	191	24	128	214	18
	CR	3.2	7.3	2.8	2.2	8.1	2
Other skin	Bil.	149	232	33	126	182	18
	CR	2.6	8.9	3.8	2.1	6.9	2
Gum, Mouth & Other (Gusi, mulut dll)	Bil.	49	44	47	30	32	39
	CR	0.8	1.7	5.4	0.5	1.2	4.4

Unknow primary Site	Bil. CR	221 3.8	224 8.6	32 3.7	2 0	2 0	-
Brain (Otak)	Bil. CR	122 2.1	83 3.2		121 2	71 2.7	16 1.8
Connective tissues Etc	Bil. CR	138 2.4	70 2.7		75 1.3	41 1.6	11 1.2
Thyroid gland (Kilang tiroid)	Bil. CR	101 2.1	60 2.3		58 1	36 1.4	14 1.6

Nota: Jadual dibina semula berdasarkan data yang diperolehi daripada:

¹ Lim, C.C. Gerard, Halimah Yahaya dan Lim, T.O. (2003) *The First Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2002*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia. Halaman 57 – 73.

² Lim, C.C. Gerard dan Halimah Yahaya (2004) *Second Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2003*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia. Halaman 47 – 57.

Jadual 3.9: Antara jenis kanser yang sering didiagnosis di kalangan wanita dari tiga etnik utama bagi setiap 100,000 penduduk (CR) pada tahun 2002 dan 2003;
Semenanjung Malaysia

Jenis kanser		Perempuan					
		2002 ¹			2003 ²		
		Melayu	Cina	India	Melayu	Cina	India
Female breast (Payudara)	Bil.	1888	1874	450	1534	1631	410
	CR	33.1	74.4	51.8	26.3	64.8	46.4
Cervix uteri (Serviks)	Bil.	542	887	191	454	782	150
	CR	9.5	35.7	22.0	7.8	31.1	17
Ovary (Ovari)	Bil.	369	258	55	227	190	48
	CR	6.5	10.4	6.3	3.9	7.5	5.4
Leukaemias (Leukemia)	Bil.	348	202	51	298	115	46
	CR	6.1	8.1	5.9	5.1	4.6	5.2
Lung Paru-paru	Bil.	241	327	51	124	292	29
	CR	4.2	13.1	5.9	2.1	11.6	3.3
Thyroid gland (Kilang tiroid)	Bil.	240	116	31	189	97	24
	CR	4.2	4.7	3.6	3.2	3.9	2.7
Colon (Usus)	Bil.	230	510	47	219	443	37
	CR	4.0	20.5	5.4	3.8	17.6	4.2
Lymphomas	Bil.	206	130	34	126	87	12
	CR	3.6	5.2	3.9	2.2	3.5	1.4
Corpus uteri	Bil.	204	243	52	212	221	64
	CR	3.6	9.8	6.0	3.6	8.8	7.3
Rectum	Bil.	186	241	35	181	263	30
	CR	3.3	9.7	4.0	3.1	10.4	3.4
Unknow primary site	Bil.	159	171	32	2	1	-
	CR	2.8	6.9	3.7	0	0	
Other skin	Bil.	128	209	27	97	179	17
	CR	2.2	8.4	3.1	1.7	7.1	1.9
Nasopharynx	Bil.	105	272	12	71	201	5
	CR	1.8	10.9	1.4	1.2	8	0.6

Connective tissues etc	Bil.	101	55	16	62	40	9
	CR	1.8	2.2	1.8	1.1	1.6	1
Brain (Otak)	Bil.	82	57	14	107	59	13
	CR	1.4	2.3	1.6	1.8	2.3	1.5
Stomach (Perut)	Bil.	79	226	46	53	228	53
	CR	1.4	9.1	5.3	0.9	9.1	6
Liver (Hati)	Bil.	65	63	15	42	89	14
	CR	1.1	2.5	1.7	0.7	3.5	1.6
Gum,Mouth&other (Gusi, mulut dll)	Bil.	30	20	111	24	17	100
	CR	0.5	0.8	12.8	0.4	0.7	11.3

Nota: Jadual dibina semula berdasarkan data yang diperolehi daripada:

¹ Lim, C.C. Gerard, Halimah Yahaya dan Lim, T.O. (2003) *The First Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2002*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia. Halaman 57 – 73.

² Lim, C.C. Gerard dan Halimah Yahaya (2004) *Second Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2003*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia. Halaman 47 – 57.

3.4 Wanita dan ancaman kanser

Kanser payudara dan kanser serviks merupakan dua jenis kanser yang paling ditakuti dan menjadi pembunuh utama wanita. Pada tahun 2003 sebanyak 3,738 kes kanser payudara dan 1,557 kes kanser serviks telah dikesan (Lim dan Halimah 2003). Malangnya, menurut Pegawai Perubatan, Pusat Kepakaran Reproduksi Manusia, LPPKN, Malaysia, Dr. Maslinor Ismail, 80 peratus wanita yang pertama kali disahkan mendapat kanser serviks sudah berada pada tahap yang serius dan tidak dapat diubati dengan sempurna sungguhpun program saringan kanser serviks seperti pap smear telah wujud sejak tahun 1943 (Maslinor Ismail, 2006).

Kanser payudara ditemui di kalangan semua wanita daripada umur 20 tahun ke atas dan kebanyakan pesakit kanser payudara di Malaysia adalah berumur kurang daripada 50 tahun. Kanser payudara paling banyak dihadapi oleh wanita berbangsa Cina, diikuti wanita berbangsa India dan akhirnya wanita berbangsa Melayu. Seorang daripada 19 orang wanita di Malaysia mempunyai kebarangkalian untuk mendapat penyakit kanser payudara. Hal ini berbeza berbanding dengan negara-negara membangun lain di mana kanser payudara dikesan pada wanita yang berusia lanjut (Shafinaz Sheikh Maznan, 2007).

Kejadian kanser yang serius di kalangan wanita ini hanya dapat dikurangkan dengan meningkatkan bilangan wanita yang mempunyai akses kepada penjagaan kesihatan, iaitu melalui pemeriksaan awal (CDC 2004). Namun kemiskinan hidup telah menyebabkan akses kepada program pemeriksaan awal menjadi lemah. Hal ini mengakibatkan risiko kematian akibat kanser adalah tinggi. Di Malaysia, sebanyak 50 peratus hingga 60

peratus kes yang baru dikesan adalah di peringkat lewat. Kajian telah menunjukkan, semakin lewat kanser di kesan, semakin tipis peluang untuk sembuh selepas rawatan. Menurut Pakar Runding Radiologi, Nilai Cancer Institute, Cancer Hospital (NCICH), Dr. Azubah Awang Abd. Rahman, wanita Melayu paling ramai didiagnosis pada peringkat yang sudah lewat. Hal ini berlaku kerana kurangnya kesedaran terhadap kanser menyebabkan mereka hanya berjumpa doktor pada tahap lewat. Perkara ini menyumbang kepada kesukaran untuk sembuh.

Bagi bandingan, kanser yang kedua kekerapannya di kalangan wanita Malaysia pada 2002 & 2003 adalah kanser serviks yang menyumbang kepada 12 peratus dan 12.9 peratus masing-masing daripada jumlah kanser wanita (Lim dan Halimah 2004).

Anggaran oleh Agensi Antarabangsa untuk penyelidikan dalam kanser (Globocan 2000) melaporkan bahawa dalam tahun 2000, terdapat 3825 kes dilaporkan dan 1707 kematian akibat kanser payudara di Malaysia. Globocan (2000) menganggarkan secara kasar kadar kanser payudara di Malaysia sebagai 34.9 per 100,000 orang.

Jadual 3.10: Bilangan Kematian Di Kalangan Wanita Akibat Kanser bagi tahun 1994, 1995 dan 1998

Jenis Kanser	1994	1995	1998
Payudara	260	320	339
Paru-paru	244	254	272
Serviks	165	142	177
Usus besar	128	164	149
Leukemia	128	142	139
Perut	99	105	103
Hati	98	102	106
Ovari	88	95	102
Nota: hanya 1/3 daripada semua kematian di Malaysia disahkan			

Sumber: Breast Health Information Centre

<http://www.radiologymalaysia.org/breasthealth/BM/Maklumat/faktadanstatistik.htm>

3.5 Kanser

Kanser merupakan sejenis penyakit di mana sel tubuh pesakit itu sendiri membiak di luar kawalan dan keupayaan sel-sel tersebut untuk memasuki tisu biologi lain, sama ada melalui pertumbuhan langsung sel bersebelahan atau pemindahan kepada sel jauh (*metastasis*). Dalam keadaan biasa sel akan membiak untuk menggantikan sel-sel rosak bertujuan memastikan seseorang itu berada dalam keadaan sihat. Namun begitu, disebabkan oleh kerosakan pada DNA, berlaku pertumbuhan luar kawal di mana, sel terus mengalami pertumbuhan walaupun tidak diperlukan dan akhirnya menjadi ketulan sel. Sel-sel kanser juga akan merosakkan sel-sel normal pada tubuh badan manusia dan akhirnya boleh membawa maut (American Cancer Society 2008). Tetapi tidak semua ketumbuhan membahayakan kesihatan, ia dapat dikategorikan kepada dua iaitu, ketumbuhan benign (tidak merbahaya) dan ketumbuhan malignant (kanser). Ketumbuhan benign tidak merbahaya dan tidak merebak, boleh dibuang melalui pembedahan dan tidak akan tumbuh semula. Manakala, ketumbuhan malignant pula merupakan pertumbuhan sel yang merbahaya kerana pertumbuhan sel ini mampu memasuki tisu lain atau *metastasizing*.

Sel kanser ini berkebolehan merebak ke tempat lain dan membiak mengambil alih tisu-tisu lain tanpa halangan. Disebabkan sel ini berkebolehan merebak dan meresapi ke saluran darah seterusnya berpindah ke bahagian lain, ia tidak boleh dirawat dengan membuang ketumbuhan sahaja kerana barah boleh tumbuh semula di tempat asal atau di tempat lain. Oleh itu rawatan lanjut amat diperlukan bagi memastikan semua sel kanser dimusnahkan (Imran Abdul Khalid dan Narazah Mohd Yusoff 2005).

3.6 Jenis-jenis kanser

Sel kanser dalam tumor merupakan *descendant* sel tunggal, walaupun selepas *metastasis*. Metastasis adalah proses sel barah menembusi sistem lymph dan saluran darah, beredar melalui saluran darah, dan kemudiannya menjajah tisu normal di semua bahagian tubuh. Dengan itu, barah dikelaskan menurut jenis asal sel (*histological type*) dan lokasi sel (di mana kanser mula-mula sekali wujud). Daripada kedua-dua pengelasan ini wujud beratus-ratus jenis kanser yang berbeza dan dikategorikan kepada lima kumpulan utama iaitu (1) carcinoma, (2) sarcoma, (3) myeloma, (4) leukemia, dan (5) lymphoma serta terdapat juga

kanser yang menyerang lebih daripada sejenis pada satu masa (*mixed types cancer*) (National Cancer Institute 2009).

3.6.1 Carcinoma

Carcinoma adalah kanser yang paling kerap didiagnosis iaitu 80 hingga 90 peratus daripada kanser yang didiagnosis. Kebanyakan kanser daripada kategori carcinoma adalah melibatkan organ atau organ yang mempunyai kelanjar. Antara kanser jenis dalam kategori ini ialah kanser payudara, kanser paru-paru, usus besar, prosatat dan pundi kencing (National Cancer Institute 2009).

3.6.2 Sarcoma

Sarcoma merujuk kepada kanser yang menyerang kebanyakan tisu penyambung (*connective tissue*) dan organ penyokong antaranya seperti tulang, tendon, otot dan lemak. Dalam kes-kes tertentu kanser dari kategori ini sukar dikesan diperingkat awal kerana tumor sarcoma menyerupai tisu asal tempat pertumbuhan sel kanser. Antara contoh jenis kanser dari kategori ini ialah osteosarcoma atau osteogenic sarcoma (tulang), leiomyosarcoma (otot lembut), fibrosarcoma (fibrous tissue) dan glioma atau astrocytoma (neurogenic connective tissue found in the brain) (National Cancer Institute 2009).

3.6.3 Myeloma

Myeloma adalah kanser yang berasal dari dalam sel plasma sum-sum tulang. Sel plasma ini menghasilkan sebahagian daripada protein yang terdapat dalam darah.

3.6.4 Leukemia

Leukemia merupakan kanser yang melibatkan proses penghasilan darah dalam tubuh badan manusia. Kanser boleh dikategorikan sebagai lebihan sel darah putih di dalam sum-sum tulang. Biasanya sel darah putih dihasilkan secara semula jadi. Bagi pesakit leukemia, proses pengeluaran sel-sel darah putih terganggu di mana sel-sel tidak matang akan

berpecah secara berterusan. Ia adalah sebahagian daripada kumpulan penyakit yang sebut Hematological Neoplasms. Perkataan leukemia bererti darah putih. Leukemia merupakan penyakit di mana jumlah sel darah putih adalah tinggi di dalam tubuh. Sel darah putih yang tinggi ini dapat dilihat melalui mikroskop semasa ujian di makmal. Walau bagaimanapun, sel-sel ini tidak normal dan tidak dapat berfungsi mengawal jangkitan dalam badan. Semasa penyakit ini terjadi, ianya mengganggu keupayaan sum-sum mengeluarkan sel-sel darah yang lain seperti sel darah merah dan platelet (National Cancer Institute 2009).

Terdapat empat jenis kanser darah iaitu:

- (i) *Acute Leukemia Lymphoblastic* (ALL). ALL paling biasa didiagnosis di kalangan kanak-kanak.
- (ii) *Acute Leukemia Myelogenous* (AML). AML paling biasa didiagnosis di kalangan orang dewasa.
- (iii) *Chronic Lymphocytic Leukemia* (CLL). CLL paling biasa didiagnosis di kalangan orang dewasa, kebanyakan berusia 55 tahun ke atas.
- (iv) *Chronic Myelogenous Leukemia* (CML). CML paling biasa didiagnosis di kalangan orang dewasa. (WebMD 2009).

3.6.5 Lymphoma

Lymphoma ialah sistem limfatik. Sistem limfatik ialah bahagian sistem daya ketahanan badan semula jadi yang bertahan terhadap infeksi. Sistem limfatik adalah satu jaringan nodus limfa kecil (kelenjar limfa) yang bersambung dengan salur limfa, yang bercabang ke setiap bahagian badan otak dan saraf tunjang. Nodus utama boleh di jumpa dibahagian leher, ketiak, dada, abdomen, pelvis dan groin. Bahagian-bahagian lain sistem limfatik termasuk limpa, timus dan sum-sum tulang (National Cancer Institute 2008).

Cecair jernih yang dikenali sebagai limfa mengalir melalui salur limfa. Cecair ini mengandungi sel darah putih yang dikenali sebagai limfosit, protein khas yang dikenali sebagai antibodi, dan bahan buangan. Limfosit dan antibodi adalah bahagian penting sistem pertahanan badan. Cecair limfa melalui nodus limfa, yang menapis bakteria dan agen lain yang berbahaya. Kanser daripada kategori lymphoma ini terbahagi kepada dua iaitu *Hodgkin Lymphoma* and *Non-Hodgkin Lymphoma*.

Selain daripada 5 kategori utama, tersebut terdapat juga jenis kanser yang tidak dapat tergolongkan dalam kelima-lima kategori yang tersenarai. Hal ini kerana terdapat lebih daripada satu jenis atau komponen kanser daripada kategori yang berlainan menyerang seseorang pesakit. Contoh kanser dari kumpulan ini *adenosquamous carcinoma*, *mixed mesodermal tumor*, *carcinosarcoma* dan *teratocarcinoma* (National Cancer Institute 2008).

3.7 Senaraikan jenis kanser utama mengikut lokasi pada tubuh manusia:

- Bladder carcinoma
- Darah dan sum-sum tulang) Hematological malignancies
 - Leukemia
 - Lymphoma
 - Hodgkin
 - Lymphoma bukan Hodgkin
 - Pelbagai myeloma (*Multiple myeloma*)
- Tumor otak
- Kanser payudara
- Kanser pangkal rahim (*Cervical cancer*)
- Barah Kolorectal (*Colorectal cancer*) (termasuk kolon, rektum, dubur, dan appendix)
- Penyakit barah esophageal
- Penyakit barah endometrial (uterus)
- Hepatocellular carcinoma (hati)
- Tumor gastrointestinal stromal (GIST)
- Kanser laryngeal
- Kanser paru-paru
- Mesothelioma
- Kanser mulut
- Osteosarkoma (tulang)
- Kanser ovari
- Kanser pancreatik
- Kanser prostat
- Renal cell carcinoma (buah pinggang - ginjal)
- Rhabdomyosarcoma (otot)
- Kanser kulit, termasuk benign Tahi lalat dan dysplastic nevi
- Kanser perut
- Kanser testikular
- Kanser thyroid

Sumber: Wikipedia (2008)



Foto 3.1 Kanser Paru-paru
Sumber: Manny.canada (2006)¹

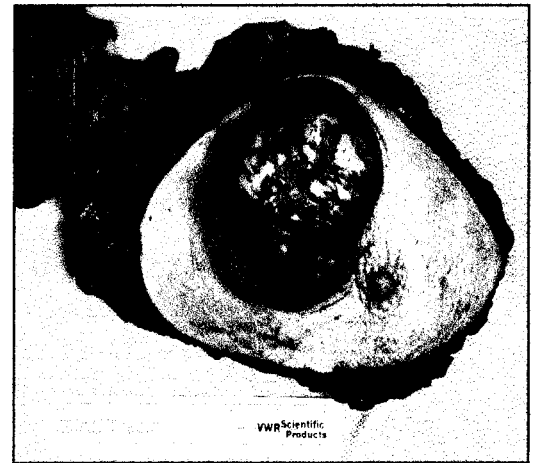


Foto 3.2 Kanser payudara
Sumber: Manny.canada (2006)²



Foto 3.3 Kanser buah pinggang
Sumber: Sumber: Manny.canada (2006)³



Foto 3.4 Kanser lidah
Sumber: WHO (2007)⁴

¹Manny.canada (2006) Kanser Paru-paru. <http://www.flickr.com/photo/58937697@NOO/3097044904>. Dilayari pada 28.12.2008

² Manny.canada (2006) Kanser Payudara. <http://www.flickr.com/photo/58937697@NOO/30788552/in/photostream>. Dilayari pada 28.12.2008.

³ Manny.canada (2006) Kanser Buah Pinggang. <http://www.flickr.com/photo/58937697@NOO/228528551/in/photostream>. Dilayari pada 28.12.2008.

⁴WHO (2007) Kanser Lidah. http://www.who.int/oral_health/publication/orh_fs.fig5.jpg. Dilayari pada 28.12.2008.

3.8 Rawatan kanser

Rawatan kanser biasanya melibatkan pembedahan untuk membuang tumor dan nod lymph berhampiran yang mungkin dijangkiti sel kanser. Pembedahan selalunya digabung bersama terapi radioterapi dan kemoterapi. Kedua-dua rawatan terakhir ini menyasarkan sel kanser dalam tubuh yang membiak dengan pantas. Namun begitu rawatan ini juga membabitkan sel sihat dan menyebabkan kesan sampingan kepada pesakit seperti mengalami keguguran rambut dan loya (Bast *et.al* .eds 2000). Berikut merupakan asas kepada rawatan kanser iaitu bermula daripada proses membuang ketumbuhan melalui pembedahan diikuti oleh rawatan susulan.

- Pembedahan
- Kemoterapi
- Terapi radiasi (Radioterapi)
- Hormon terapi
- Immunoterapi
- Terapi cytoluminescent (CLT)
- Rawatan ujian barah

Namun begitu, proses rawatan kanser adalah berbeza mengikut jenis kanser. Umpamanya, kanser yang melibatkan darah dirawat tanpa melakukan pembedahan sebaliknya terus kepada rawatan kemoterapi atau pemindahan sum-sum tulang. Selain itu, pemilihan kaedah rawatan juga berbeza mengikut prognosis dan tahap kanser semasa didiagnosis. Bergantung kepada kriteria klinikal kanser (usia, jenis barah, saiz, metastasis). Pesakit dibahagikan kepada pesakit berisiko tinggi dan pesakit berisiko rendah. Mereka akan yang menjalani rawatan yang berbeza (National Cancer Institute 2008).

Bagi sesetengah tumor peringkat awal, rawatan sistemik (kemoterapi atau terapi hormon) tidak dicadangkan sekiranya ketumbuhan adalah negatif penerima hormon. Terapi radiasi dicadangkan bagi semua pesakit yang mempunyai lumpektomi, walaupun begitu rawatan radiasi selepas mastektomi hanya dicadangkan sekiranya empat atau lebih nod limfa (*lymph nodes*) terbahit dijangkiti sel kanser. Rawatan radiasi tidak dicadangkan bagi pesakit peringkat akhir (tahap IV) kecuali bagi simptom *palliation* seperti sakit tulang.

Kesan emosi akibat didiagnosis kanser, simptom, rawatan, dan isu berkaitan boleh mengganggu proses penyembuhan pesakit kanser. Kebanyakan hospital mempunyai kumpulan sokongan yang mampu membantu pesakit mengatasi kesukaran berhadapan dengan kanser. Sokongan diberi daripada aspek emosi dan psikologi untuk meneruskan kelangsungan hidup pesakit. Sokongan melalui talian juga amat membantu pesakit membina keyakinan diri dan penampilan imej tubuh badan selepas menjalani rawatan.

Memilih jenis rawatan selepas pembedahan bergantung kepada beberapa faktor. Faktor ini termasuk tahap kanser, umur pesakit, sama ada pesakit telah mengalami putus haid, status penerima hormon, serta keadaan tisu. Terapi kombinasi sangat penting bagi mencapai kadar pulih yang tinggi dalam rawatan kanser payudara. Oleh itu, rawatan kemoterapi, radioterapi atau terapi hormon bagi penyakit tahap awal tetapi berisiko tinggi boleh meningkatkan kebarangkalian pulih (Pusat Sumber Kanser Payudara Kolej Radiologi 2008).

3.9 Tahap-tahap kanser

Pengkelasan tahap-tahap kanser yang didiagnosis adalah berbeza mengikut jenis kanser. Terdapat sesetengah jenis kanser tidak mempunyai pengkelasan tahap. Sistem pengkelasan tahap diagnosis kanser ini amat penting bagi membolehkan pemantauan prognosis pesakit serta kaedah rawatan yang akan diberikan. Secara umumnya tahap prognosis kanser dikelaskan menggunakan nombor roman iaitu I,II,III, IV dan 0. Tahap I dan II merujuk kepada tahap kanser peringkat awal, manakala tahap III dan IV adalah peringkat maju/lewat (Pusat Sumber Kanser Payudara Kolej Radiologi 2008).

Prognosis pula ialah tahap semasa pesakit selepas didiagnosis. Prognosis ditentukan oleh pegawai perubatan apabila pesakit datang membuat rawatan atau pemeriksaan susulan. Dalam kata lain prognosis ialah tahap pertumbuhan kanser selepas tempoh tertentu. Tahap prognosis yang biasa digunakan oleh pihak hospital ialah tahap 1 (baik), tahap 2 (sederhana), tahap 3 (lemah) dan tahap 4 (meninggal dunia). Tempoh pertumbuhan sel-sel kanser dari tahap 1 (baik) hingga tahap 4 (meninggal dunia) boleh berlaku dalam tempoh yang berbeza mengikut pesakit dan jenis kanser. Sebagai contoh pesakit yang mendapat rawatan tidak sesuai dengan kanser dihidapi boleh mengalami pertumbuhan yang cepat dari

peringkat tahap 1 (baik) kepada tahap 4 (meninggal dunia). Sebaliknya pertumbuhan sel kanser daripada tahap 1 (baik) kepada tahap 4 (meninggal dunia) boleh dilewatkan jika pesakit mendapat rawatan yang sesuai. Dalam sesetengah kes sel-sel kanser berjaya dimusnahkan dan pesakit boleh sembuh.

Kanser tahap awal bermakna kanser ini masih kecil dan terhad di tempat tertentu sahaja pada anggota badan atau organ pesakit. Kanser pada tahap ini boleh dirawat tanpa pembedahan yang radikal. Tujuan rawatan jenis ini adalah untuk:

- Membaiki kawalan setempat selepas pembedahan
- Meningkatkan kadar hidup pesakit
- Mengurangkan risiko sel kanser aktif semula
- Menghalang sel kanser daripada menjangkiti organ atau anggota badan yang berhampiran

Kanser tahap maju terutama tahap IV biasanya amat sukar disembuhkan. Rawatan biasanya bukan untuk pemulihan pesakit tetapi untuk mengawal penyakit dan menjaga pesakit. Ini bermaksud mengawal penyakit selama boleh, mengurangkan kesakitan dan mengurangkan komplikasi kesihatan lain yang berkait. Secara umum rawatan adalah untuk meningkatkan mutu hidup pesakit bagi masa yang tertinggal.

Di Malaysia, lebih kurang 50 hingga 60 peratus daripada jumlah pesakit yang hadir di pusat perubatan adalah pada tahap I & II. Pada peringkat ini penyakit tersebut masih boleh di rawat. Walau bagaimanapun, lebih kurang 15 hingga 20 peratus daripada pesakit mungkin tidak dapat dirawat jika mereka pada tahap 4. Sebagai bandingan, lebih 80 peratus daripada pesakit di United Kingdom dan Amerika Syarikat, jatuh dalam kategori dapat dirawat (Pusat Sumber Kanser Payudara Kolej Radiologi 2008).

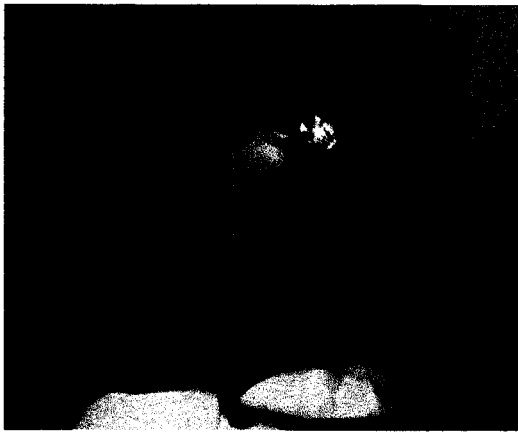


Foto 3.5 Kanser payudara tahap III⁵



Foto 3.6 Pesakit kanser tahap III
selepas mastektomi

Sumber: Responden kajian 'Kemiskinan dan Kanser', 2007.



Foto 3.7 Kanser Reccurent
Nasopharyngeal Carinoma(Tahap IV)

Sumber: Responden kajian 'Kemiskinan dan Kanser', 2007.

⁵www.utoronto.ca/ois/sia/2007/breast

3.10 Perkhidmatan sokongan dan rawatan kanser yang terdapat di Malaysia

Di Malaysia terdapat pelbagai kemudahan perkhidmatan rawatan disediakan oleh hospital-hospital awam dan swasta khusus kepada pesakit kanser. Selain itu, terdapat juga perkhidmatan sokongan bukan rawatan seperti sokongan material, sokongan penjagaan pesakit, bantuan makanan tambahan dan pembiayaan kos rawatan kepada pesakit yang tidak berkemampuan. Perkhidmatan seumpama ini amat diperlukan bagi meneruskan

kelangsungan hidup pesakit kanser dan sebagai sokongan kepada keluarga pesakit. Sokongan ini diperlukan oleh ahli keluarga pesakit kerana mereka juga berhadapan dengan pelbagai masalah ekoran menanggung ahli keluarga yang didiagnosis kanser.

Menyedari hakikat bahawa insiden kanser semakin tinggi di kalangan masyarakat di Malaysia, pelbagai langkah dibuat oleh badan awam dan swasta bagi menangani masalah ini. Kempen-kempen yang dijalankan seperti kempen kesedaran kanser adalah bertujuan untuk menyedarkan masyarakat tentang bahaya penyakit ini, menyebarkan maklumat tentang kanser dan menggiatkan promosi saringan kanser. Selain itu pihak berwajib perlu memperbaiki tahap perkhidmatan kesihatan terutamanya daripada aspek rawatan dan kepakaran supaya dapat memberikan perkhidmatan yang terbaik kepada pesakit. Menaik taraf mutu perkhidmatan kesihatan hospital awam dan swasta amat penting bagi memastikan perkhidmatan yang diberikan kepada pesakit adalah bertaraf dunia. Di Malaysia sahaja sehingga tahun 2008 terdapat sebanyak 136 buah hospital kerajaan dan 273 buah hospital dan klinik swasta (Kementerian Kesihatan Malaysia 2008).

Namun begitu tidak semua hospital ini menawarkan rawatan kanser. Disebabkan batasan kepakaran yang ada di satu-satu hospital. Bilangan pakar dalam bidang onkologi juga masih terhad di Malaysia. Pada tahun 2004 hanya terdapat seramai 36 pakar onkologi klinikal di seluruh negara yang telah menjalani latihan khusus dalam bidang radioterapi, kemoterapi dan terapi hormon (College of Radiologists Academy of Medicine of Malaysia 2008). Berdasarkan perangkaan ini, Malaysia sebenarnya memerlukan lebih ramai pakar onkologi, jururawat onkologi, pakar fizik perubatan, juru radiografi terapi dan kakitangan sokongan yang mengkhusus kepada rawatan kanser memandangkan bilangan pesakit yang semakin bertambah.

Senario yang sama berlaku dalam perkhidmatan kepada pesakit kanser kanak-kanak. Masih kurang pusat rawatan awam yang mengkhusus kepada rawatan kanser kanak-kanak. Sebaliknya, bilangan pesakit kanser kanak-kanak menunjukkan peningkatan setiap tahun. Di Malaysia, pusat rawatan kanser kanak-kanak terdapat di Institut Pediatrik, Hospital Kuala Lumpur, Pusat Perubatan Universiti Malaya, Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia,

Hospital Universiti Sains Malaysia, Kubang Kerian (HUSM), Hospital Umum Kuching, Sarawak, Hospital Pulau Pinang, Hospital Likas, Kota Kinabalu dan Hospital Sultan Ismail, Johor Bharu (MyHealth For Life 2008).

3.10.1 Berikut merupakan beberapa hospital utama yang mempunyai Jabatan Onkologi, Unit Penjagaan Palatif dan Onkologi Kanak-kanak di Malaysia:

Hospital awam:

- Hospital Kuala Lumpur, Kuala Lumpur.
- Hospital Pulau Pinang, Pulau Pinang.
- Hospital Umum Sarawak, Sarawak.
- Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia, Selangor.
- Pusat Perubatan Universiti Malaya, Selangor.

Hospital Swasta:

- Hospital Pakar Damansara, Selangor
- Hospital Pakar Ipoh, Perak.
- Hospital Pakar Johor, Johor.
- Pusat Perubatan Mahkota, Melaka
- Hospital Mount Miriam, Pulau Pinang.
- Hospital Pantai Ayer Keroh, Melaka.
- Pusat Perubatan Pantai, Kuala Lumpur.
- Hospital Pantai Mutiara, Pulau Pinang.
- Pusat Perubatan Sabah, Sabah
- Pusat Perubatan Sri Kota, Klang
- Pusat Perubatan Subang Jaya, Selangor.
- Sunway Medical Centre, Selangor.

Hospital awam dan swasta yang menyediakan rawatan kanser khusus kepada kanak-kanak (Paediatric Oncology):

- Pusat Perubatan Subang Jaya, Selangor.
- Pusat Perubatan Selangor, Selangor.
- Hospital Kuala Lumpur
- Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia
- Hospital Universiti Sains Malaysia, Kelantan.
- Pusat Perubatan Universiti Malaya, Selangor.
- Hospital Melaka
- Hospital Umum Sarawak

Perkhidmatan penjagaan palatif:

- Klinik Penjagaan Palatif, Hospital Seri Manjung, Perak.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Alor Setar, Kedah.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Batu Pahat, Johor.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Bentong, Pahang.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Jitra, Kedah.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Kota Belud, Sabah.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Kuala Terengganu, Terengganu.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Kudat, Sabah.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Melaka, Melaka.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Pakar Sultanah Fatimah, Muar, Johor.

- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Pantai Putri, Ipoh, Perak.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Pulau Pinang
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Queen Elizabeth, Kota Kinabalu, Sabah.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Seremban, Negeri Sembilan.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Sipitang, Sabah.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Taiping, Perak.
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Tawau, Sabah
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Tengku Ampuan Afzan
- Unit Penjagaan Palatif, Hospital Umum Kuching, Sarawak.
- Unit Penjagaan Palatif, Metro Specialist Hospital
- Unit Penjagaan Palatif, Rangkaian Hospital Seberang Perai, Pulau Pinang.

Sumber: Lim & Halimah 2004.

3.10.2 Sokongan daripada Badan-badan Bukan Kerajaan (NGO)

Sokongan daripada badan bukan kerajaan (NGO) kepada pesakit kanser boleh dibahagi kepada 3 kategori iaitu (1) sokongan kewangan, (2) sokongan bukan kewangan seperti membekalkan kerusi roda, anggota tiruan serta makanan tambahan dan (3) sokongan penjagaan pesakit. Namun begitu, sokongan penjagaan lebih kerap diberikan oleh NGO berbanding sokongan kewangan dan bukan kewangan.

Di Malaysia, terdapat terdapat sebanyak 22 buah organisasi bukan kerajaan yang memberi perkhidmatan penjagaan kepada pesakit kanser. 20 buah daripadanya menyediakan perkhidmatan melalui penjagaan dari rumah, 3 penjagaan harian dan 4 menyediakan perkhidmatan klinikal. Berikut merupakan antara pertubuhan bukan kerajaan di Malaysia yang menyediakan perkhidmatan dalam bentuk penjagaan kepada pesakit kanser:

- Charis Hospice, Penang.
- Hospic Association of Tawau
- Hospic Association of Sandakan
- Hospice Melaka
- Hospic Malaysia
- Hospic Seremban
- Hospic Terangganu
- Kasih Hospic Care Society
- Kucing Canser Care
- Penang Hospice at Home Programme
- Perak Palliative Care Society

- Persatuan Hospis Kedah
- Persatuan Hospis Negeri Kelantan
- Pure Lotus Hospice of Compassion, Penang
- Rotary Hospic Programme, Johor Baharu.
- Rumah Hospis Pulau Pinang.
- Sarawak Hospice Society.
- Taiping Palliative Care Society
- Mount Miriam Hospital

Sumber: The International Observatory on End of Life Care 2008.

1) Majlis Kanser Nasional (MAKNA)

Tidak bermotifkan keuntungan (Not-for-profit social enterprise). Diasaskan oleh **Dato' Mohd Farid Ariffin** dan didaftarkan di bawah Pendaftaran Pertubuhan pada 10 November 1994, seterusnya dilancarkan secara rasmi pada 30 Mac 1995. Misi pertubuhan ini ialah menggerakkan segala sumber yang sedia ada dalam perkhidmatan, pemulihan, pencegahan, penyelidikan dan sokongan sosial kepada pesakit kanser, keluarga mereka, kumpulan berisiko tinggi dan juga masyarakat umum. Objektif utama MAKNA ialah berusaha menyediakan dan menggunakan semua usaha, kepakaran dan kewangan daripada sektor masyarakat, mengurangkan insiden kanser dan mengurangkan penderitaan serta beban akibat kanser dan menyebarkan tentang kanser kepada masyarakat bagi mengubah persepsi negatif terhadap penyakit ini.

- Pada 19 April 1999, Institut Kanser MAKNA – Hospital Kebangsaan Malaysia (HUKM) ditubuhkan melalui usahasama HUKM. Institut ini menyediakan kemudahan yang canggih serta komprehensif kepada pesakit kanser. Dengan adanya peralatan yang canggih dan kos rawatan yang rendah, Institut MAKNA-HUKM menyasarkan akan menyediakan perkhidmatan rawatan terbaik kepada semua lapisan masyarakat terutamanya kepada mereka yang kurang berkemampuan. Antara perkhidmatan utama yang terdapat di institut ini ialah radioterapi dan pemindahan sum-sum tulang. Institut ini sentiasa berkerjasama dengan hospital awam dan swasta bagi membantu pesakit kanser tidak berkemampuan. Terdapat 2 kategori pemilihan pesakit yang layak mendapat perkhidmatan di institut ini iaitu pesakit yang hanya mampu membiayai sebahagian kos rawatan kanser sahaja dan pesakit yang langsung tidak berkemampuan membiayai kos rawatan kanser yang tinggi.
- MAKNA memberikan pelbagai bentuk bantuan berbentuk material dan bukan material kepada mereka yang terabit. Antara bantuan material yang diberikan kepada mereka yang layak iaitu melalui (1) program mikrokredit bagi membantu pesakit atau keluarga memulakan pekerjaan yang boleh mendatangkan pendapatan seterusnya dapat meringankan beban ekonomi yang ditanggung, (2) program bursary, memberikan bantuan berbentuk kewangan sama ada bulanan atau berkala kepada pesakit bagi membiayai kos perjalanan mereka ke hospital mendapatkan rawatan (3) bantuan pembiayaan pengajian, bantuan ini biasanya diberikan kepada ahli keluarga pesakit seperti anak pesakit kerana pendidikan mereka terjejas akibat kanser. Manakala bantuan material kewangan pula antaranya seperti (1) sokongan psikologi (*emotional support*), (2) kaunseling, (3) bantuan makanan tambahan, (4) bantuan peralatan atau keperluan pesakit seperti kerusi roda, lampin pakai buang, katil dan anggota badan palsu.

- Kini MAKNA banyak menjalankan usahasama dengan institusi pengajian tinggi awam untuk menjalankan pelbagai bentuk penyelidikan bagi mencari penawar yang boleh mengurangkan penderitaan pesakit kanser, mendapatkan penemuan-penemuan baru tentang faktor penyakit ini serta menyebarkan kepada masyarakat dan mencari penyelesaian bagi membantu pesakit yang berhadapan dengan masalah mendapatkan rawatan terutamanya bagi pesakit yang tidak berkemampuan.

Sumber: <http://www.makna.org.my>

2) Persatuan Kanser Kebangsaan (*National Cancer Society*)

- Persatuan ini adalah persatuan berkaitan kanser terawal di Malaysia, memulakan aktiviti dari tahun 1966 dengan mewujudkan Pusat Penyaringan Sitologi. Pusat saringan ini berperanan menjalankan ujian-ujian PAP smear /lumuran PAP untuk mengesan penyakit pada peringkat awal supaya dapat meningkatkan peluang untuk sembuh dalam kalangan wanita pada masa tersebut. Pada 1976, persatuan ini telah berjaya mendapatkan sebuah bangunan sendiri dan dinamakan Bangunan Cegah Barah. Pada awalnya, matlamat persatuan ialah menyediakan tempat tinggal bagi pesakit-pesakit kanser yang menerima rawatan di Kuala Lumpur.
- Kini bangunan tersebut terus dijadikan sebagai pusat operasi persatuan untuk mengembangkan aktiviti terutama merancang program-program pendidikan bagi kumpulan-kumpulan tertentu seperti sekolah-sekolah, kesatuan-kesatuan wanita, kilang-kilang dan organisasi-organisasi swasta. Program-program ini bertujuan untuk mendidik orang ramai tentang kanser dan pentingnya mendapatkan pengesanan awal.
- Persatuan Kanser kebangsaan telah menambahkan perkhidmatan yang ditawarkan daripada pengurusan kanser, pengesanan kanser, rawatan dan kaunseling. Persatuan ini ada 5 pusat di Kuala Lumpur untuk memenuhi kehendak keperluan pesakit kanser. Oleh kerana Persatuan ini adalah badan amal, maka bayaran yang dikenakan adalah jauh lebih rendah berbanding hospital persendirian.
- Persatuan ini mempunyai pusat rawatan sendiri terletak di tingkat bawah Hospital Tung Shin di kawasan Pudu, Kuala Lumpur. Persatuan ini menawarkan perkhidmatan radioterapi, brakiterapi berdosis tinggi, kemoterapi dan terapi hormon.
- Persatuan ini juga merupakan perintis kepada penubuhan pusat mamogram di Malaysia dan di Rantau Asia Tenggara pada tahun 1988 dan masih beroperasi sehingga kini dengan penambahbaikan peralatan dan kepakaran saringan.
- Bagi memudahkan pesakit dari luar Kuala Lumpur mendapatkan rawatan di hospital-hospital sekitar ibu negara, persatuan ini menyediakan perkhidmatan penginapan kepada pesakit iaitu bertempat di bangunan utama persatuan di Bangunan Cegah Barah, Jalan Raja Muda Abdul Aziz, bersebelahan dengan Hospital Kuala Lumpur. Walaupun penginapan ini dinamakan Rumah Kanak-Kanak Harapan tetapi ia turut memberikan kemudahan kepada pesakit dewasa dengan dikenakan bayaran minimum RM10 sehari.

3) Hospis

- Hospic merupakan sebuah organisasi yang memberikan perkhidmatan professional penjagaan palliatif kepada pesakit kanser kronik. Hospic merupakan sebuah pertubuhan antarabangsa bagi membantu meringankan beban dan penderitaan pesakit kanser.
- Hospis adalah sebuah badan sukarela di mana dana yang digunakan untuk menjayakan program yang dianjurkan adalah sumbangan daripada orang ramai. Walaupun begitu, Hospic menjalankan kerjasama yang rapat dengan hospital-hospital yang menyediakan rawatan kanser. Kebanyakan pesakit yang mendapat perkhidmatan daripada Hospic ialah pesakit tahap IV.
- Pasukan Perkhidmatan "Home / Day Care Services" terdiri daripada Kordinator Jururawat, pembantu-pembantu dari rumah, doktor sukarela, jururawat sukarela dan sukarelawan-sukarelawan yang lain. Pasukan ini sentiasa menjalani latihan dan pendidikan terkini setiap tahun. Latihan-latihan begini membantu pasukan ini memahami falsafah penjagaan hospis, konsep kematian dan perkabungan di samping kemahiran-kemahiran berkomunikasi dan mendengar.
- Khidmat yang diberi adalah PERCUMA. Walau bagaimanapun, ada ubat-ubatan, "dressing" atau alat-alat lain yang terpaksa diuruskan sendiri oleh pesakit atau ahli-ahli keluarganya.
- Sukarelawan Hospic terdiri daripada mereka yang berpengetahuan dalam bidang perubatan seperti doktor, jururawat dan pembantu perubatan. Mereka biasanya menjalankan pemeriksaan kepada pesakit secara berkala atau di hujung minggu. Selain itu, di rumah hospic terdapat juga sukarelawan yang menjaga kebajikan pesakit.
- **Perkhidmatan yang diberikan oleh Hospic:**
 - (1) Palliative Home Care
 - (2) Palliative Day Care
 - (3) Bereavement Support
 - (4) Loan of Medical Equipment

Berikut merupakan antara rumah Hospic yang terdapat di Malaysia.

- (1) Hospic Malaysia – Bangunan Hospic Malaysia terletak di Taman Sri Bahtera, Cheras.
- (2) Hospice Association, Sandakan - Hospis Sandakan, PPM324, Elopura, 90000 Sandakan
- (3) Hospice Association, Tawau - P.O.Box 873, 91008 Tawau Sabah, MALAYSIA
- (4) Hospice, Melaka
- (5) Hospis, Klang
- (6) Penang Hospice Society - Rumah Hospice 250A Jalan Air Itam 10460 Penang.
- (7) Kedah Hospice Association- Pejabat Pentadbiran KIK, Kawasan Hospital Alor Setar, Lebuhraya Darulaman, 05100 Alor Setar, Kedah.

4) Nilai Cancer Institute(NCICH)

- Institut ini merupakan sebuah hospital swasta yang diasaskan oleh Datuk Dr. Kim Tan pada tahun 1999 di Bandar Baru Nilai, Negeri Sembilan dan dinamakan Nilai Cancer Institute Cancer Hospital. Institut ini member perkhidmatan rawatan terhadap pesakit kanser dan juga giat menjalankan penyelidikan berkaitan kanser.
- Institut ini menjadi hospital swasta yang pertama menjadi pusat pakar kanser di Malaysia yang menggabungkan perkhidmatan rawatan kanser dan pada masa yang sama turut menjalankan penyelidikan klinikal berkaitan kanser .
- Di NCICH perkhidmatan yang disediakan ialah seperti perkhidmatan rawatan berbentuk klinikal dan bukan klinikal. Rawatan klinikal adalah seperti perkhidmatan pembedahan, radioterapi dan kemoterapi di samping penggunaan kaedah rawatan kanser terkini yang jarang didapati di Malaysia iaitu *Conduct clinical trials in novel methods of treatment including immunotherapy using monoclonal antibodies*. NCICH merupakan institut perubatan pertama yang mendapat kebenaran daripada Kementerian kesihatan Malaysia menggunakan kaedah ini di Malaysia.
- Manakala perkhidmatan bukan klinikal pula seperti khidmat nasihat pemakanan, kaunseling, fisioterapi, perkhidmatan urutan dan perkhidmatan penjagaan pesakit selepas menjalani rawatan klinikal.
- Perkhidmatan lain yang terdapat di NCICH ialah seperti *Acupuncture, Aromatherapy, Breast Prosthesis, Homecare Services, Mastectomy Bras, Pain Management*.

Sumber: <http://www.nci.com.my/index.asp>

3.10.3 Lain-lain sokongan

Selain daripada sokongan dalam bentuk kewangan, bukan kewangan dan sokongan penjagaan pesakit, terdapat juga organisasi lain yang membantu pesakit dengan cara tersendiri seperti membantu ke arah penyembuhan pesakit melalui pendekatan alternatif dan senaman rutin.

Kini terdapat beberapa amalan senaman rutin yang diamalkan oleh rakyat Malaysia dipercayai dapat mengurangkan kesakitan akibat kanser dan seterusnya menyembuhkan kanser. Di Antara jenis senaman tersebut ialah senaman QiQong. Amalan senaman ini telah disertai oleh beberapa pesakit kanser sebagai alternatif rawatan selepas mereka menjalani rawatan secara konvensional. Mereka mendapati senaman-senaman tersebut menjadikan mereka lebih sihat dan semakin sembuh daripada kanser.

3.11 Berikut disertakan sedikit keterangan tentang senaman Qigong:

1. Senaman Qigong

Qigong merupakan latihan senaman untuk memperbaiki kesihatan serta mempertingkatkan keupayaan minda dan tubuh badan pengamalanya. Senaman ini berasal dari daerah Henan, China. Qigong didefinisikan sebagai senaman atau latihan tenaga. Qi adalah tenaga manakala Gong bermaksud latihan atau senaman. Setiap manusia mempunyai tenaga dalaman mereka sendiri, yang perlu diaktifkan melalui senaman tertentu secara rutin. Melalui senaman Qigong, seseorang akan dapat mempertingkatkan, mengimbang serta melancarkan pengaliran Qi dalam badan bagi tujuan memperbaiki fungsi organ dalaman. Tujuan utama latihan senaman Qigong ialah untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit, mengubati penyakit, menguatkan rohani dan jasmani, menenangkan fikiran serta mengurangkan stres, menambah kekuatan minda, serta memusatkan perhatian (konsentrasi) (Nor Azmi Zainal 2008¹).

Senaman ini diajar dalam Rancangan Kokurikulum di Kampus Kesihatan Universiti Sains Malaysia di Kelantan sebagai subjek pilihan kepada para pelajar perubatan di universiti ini.

¹ Nor Azmi Zainal merupakan tenaga pengajar Rancangan Kokurikulum (WCC119/1-Senaman Qigong Asas) di Kampus Kesihatan Universiti Sains Malaysia, Kampus kesihatan Kelantan.

Apa itu Qigong?

Qigong adalah sejenis terapi senaman tradisional Cina untuk tujuan peningkatan kesihatan dan kesejahteraan. Qigong kadang-kadang dieja sebagai “Chi Gong” atau “Chi Kung” yang kesemuanya bermaksud senaman pernafasan (Zhong, 1984). “Qi” bermaksud “pernafasan” dan “tenaga utama” (Tang, 1994). Pernafasan adalah aspek utama dalam pelaksanaan Qigong sebab mengikut kaum Cina, udara adalah pengangkutan utama tenaga hayat. Senaman Qigong ini adalah gabungan senaman (Mann, 1971). Pernafasan, memberi ketenangan dan meditasi (meditation).

Mengikut kajian lampau, ramai pesakit kanser dan juga pesakit kronik lain di negara China telah pulih dan sembuh selepas mengamalkan Qigong. Mengikut Da Hong (1982), seorang doktor perubatan, “qi” tidak hanya setakat untuk pernafasan dan penghembusan tetapi bertindak lebih “vigor” atau merupakan “tenaga utama” dalam badan iaitu keperluan utama “qi”. Berdasarkan kepada istilah perubatan moden, “qi” bertindak sebagai “antibody” atau daya tahan dalam badan terhadap sesuatu penyakit dan bertindak menyesuaikan badan kepada persekitaran luaran serta membolehkan badan untuk pulih dengan cepat.

Faedah Qigong

Dengan mengamal dan menjalani latihan Qigong ini, ia dapat membantu meningkatkan pengaliran darah, meningkatkan koordinasi dan menegangkan otot-otot (Gallia, 1999). Mengikut Chang (1985), Tan, Sun dan Zheng (1989) pula, pengamalan dan latihan Qigong dapat menyembuhkan penyakit kronik seperti tekanan darah tinggi, gastik dan lain-lain penyakit yang dikaitkan dengan tekanan atau stress seperti sakit kepala dan migraine. Gallagher (2003) dari Institut Pemuliharaan New York mendapati Qigong juga dapat mengubati penyakit arthritis, sakit belakang dan meningkatkan dayaimbangan serta kecergasan kardiovaskular seseorang. Sancier (1999) pula mendapati latihan Qigong dapat membantu dalam penyakit asma, darah tinggi dan kanser. Untuk penyakit darah tinggi, selepas menjalani Qigong, didapati kadar kematian dan kadar mendapat strok berkurangan dan untuk penyakit asma, ia dapat membantu mengurangkan pengambilan ubat-ubatan asma manakala untuk pesakit kanser, ia dapat mengurangkan kesan sampingan akibat dari rawatan konvensional kanser. Kesan fisiologi yang amat ketara adalah pengamal Qigong menunjukkan hasil penurunan dari segi kadar denyutan jantung, kadar pernafasan dan kadar pengambilan oksigen serta kadar metabolisme. Dapatan kajian menunjukkan jumlah kapasiti pengambilan oksigen telah meningkat selepas menjalani latihan Qigong serta telah meningkatkan kualiti tidur seseorang.

3.12 Berikut disenaraikan beberapa alamat Pertubuhan Qigong di Malaysia:

- Association of Zhineng (Qigong) Development Malaysia
<http://www.zhinengqigong.org.my/>
3-3 Plaza Danau 2, Jalan 2/109F, Taman Danau Desa, 58100 Kuala Lumpur
Tel: 03 7980 0006, Fax: 03 7980 0772
- Butterworth Kwang Hwa Guolin Qigong
<http://www.cancerqigong.com/>
- China Soaring Crana QiGong - Hexiang Zhuang Qigong Association
<http://www.cscq.com.my/>
23 Jalan 3/23A, Off Jalan Genting Klang, Setapak, 53300 Kuala Lumpur
Tel: 03 4149 3889, Fax: 03 4143 9600
- Palace Health Qi Gong (Country Heights Health Sanctuary)
<http://www.chhs.com.my/>
- Persatuan Guolin Qigong Malaysia
<http://www.guolinqigong.net/>
5-4 Tingkat 3, Jalan SP2/1, Taman Serdang Perdana, 43300 Seri Kembangan
Tel/Fax: 03 8948 8775
- Self Healing Qigong Centre
<http://www.qigonghb.com.my/>
Unit P-2-13, Plaza Damas, Jalan Hartamas 1/70A, Sri Hartamas, 50480 Kuala Lumpur
Tel/Fax: 03 6201 6913
- Super Qigong - Mind & body healing excercises
<http://www.superqigong.com/>
9156 Jalan Bandar 4, Taman Melawati, 53100 Kuala Lumpur
Tel: 017 871 3000
- Tern Yun Gong Association
<http://www.ternyungong.org/>
28 Mez Floor, Jalan Serkut, Taman Pertama, Cheras, 56100 Kuala Lumpur
Tel: 03 9287 2600, Fax: 03 9287 2677
- Wellness Medical Qi Gong Center
<http://wellnessmedicalqigong.com/>

3.12.1 Berikut beberapa pengalaman pesakit kanser yang pernah menyertai senaman

Pengalaman 1: MS AMY - KANSER PAYUDARA-MASTECTOMY

Saya berumur 58 tahun (1998) tetapi semasa saya berumur 55 tahun (1995) saya menghadapi kanser payudara dan mastectomy pada tahun 1996. Selepas pembedahan, keadaan kesihatan saya kurang baik dan badan saya lemah. Saya dapat tahu mengenai Master Wong dan Qigong Evergreen Health kelas daripada sebuah akhbar di mana saya menghadirkan diri dalam sesi preview di Holiday Villa Hotel di Subang Jaya. Selepas mengikuti ceramah Master Wong, kami sekeluarga mengikuti sesi rawatan bersama dengan anak murid yang lain. Saya dapati badan saya lebih kuat dan saya mula pulih walaupun selepas beberapa sesi rawatan/latihan. Anak murid lain juga memberi komen bahawa saya nampak lebih sihat.

Tiada siapa pun yang tahu saya pernah menghidap kanser melainkan Master Wong dan penolongnya Pauline Yoong. Setiap kali, saya pergi ke pemeriksaan perubatan, doktor saya memberitahu kesihatan saya semakin baik. Saya memberitahu doktor berkenaan dengan amalan qigong, saya rasa dia tidak mempercayainya. Kini keadaan saya baik dan tidak mudah penat. Sekarang saya sebagai seorang suri rumahtangga, saya mampu bekerja sehari suntuk tanpa rasa letih. Saya juga boleh membeli-belah sepanjang hari tanpa rasa penat. Sebenarnya, dua bulan lepas saya telah pergi melancong ke negara Korea dan telah mendaki bukit serta melawat tempat-tempat pelancongan. Saya tidak merasa sesak nafas seperti yang dialami oleh ahli rombongan yang lain. Saya sungguh berterima kasih kepada Master Wong atas keadaan saya yang sihat. Dengan adanya badan yang sihat dan kuat, saya dapat menikmati hidup saya. Saya menasihati orang ramai supaya menyertai Master Wong untuk menyelesaikan masalah kesihatan masing-masing.

Dipetik daripada: http://www.qi-synergy.com/1_7_3.html. Dilayari pada 29.12.2008

Pengalaman 2:

Can one combat cancer by walking, swinging one's arms to and fro and breathing rhythmically? Done with appropriate mental attitude, the answer is a confident "yes",

At first the doctors said that I would only live for two years. Its been 23 years and I still going strong. Guolin qigong saved my life and now I want to save others by teaching these exercises, after instructing cancer patients grouped at Ecofarm Rompin, an organic farm near Gemas in Negeri Sembilan.

Dipetik daripada: <http://www.cancerqigong.com/english/english.htm>. Dilayari pada 29.12.2008.

Pengalaman 3:

Mdm Jok had nose cancer eight years ago. After chemotherapy, she suffered from its side effects like nausea, stiff neck and dry mouth with no saliva for years. Three years later, she had a stroke, with the left side of her body paralysed and her mouth drooped to one side. The skin on her legs became inflamed (red) with some watery discharge. She had blurred vision and could hardly see anything more than 10 feet away. After a series of treatment by Sifu Tan, her legs became stronger. Gradually, she could walk and regained the use of her hands. Her facial muscle tone improved and her mouth regained its shape. Her eyesight also improved, while the red-watery condition of her skin began to dry up too. Her husband was so moved with her improvement that he, too, sought treatment from Sifu Tan. He suffered numbness on both feet and has no feelings on his feet at all. He could hardly tell if he was wearing shoes without looking at his feet. After several Qi-channelling sessions, his blood circulation improved and his condition improved.

Dipetik daripada: <http://www.qigonghb.com.my/Testimonials.pdf>. Dilayari pada 29.12.2008.

Pengalaman 4:

Tee Bee Kian (Pre-university student)

I am a bone cancer survivor. I was diagnosed with bone cancer at the age of 7. Initially I suffered pain in my right knee and leg. My parents did not think much of it until my pain became more acute and intense. One night (about 6 months later), my pain became so unbearable that I screamed and cried. I was rushed to Subang Hospital where an X-ray revealed I had final stage of bone cancer. The began my nightmare. I had a total of 4 operations and 26 radio and chemo therapies. I suffered immensely. I was like a skeleton and could neither eat nor walk. My doctors told my parents to prepare for the worst. My parents even chose a burial plot for me!

I thank God for my aunty who refused to give up. She started looking for alternative treatments for me, one of which is qigong. It so happened that she heard of a qigong instructor from China who came to Kajang. She took me to him everyday for treatment. Miraculously, I responded positively. This gave us confidence and later together with my aunty, my whole family and many of my aunties also took up qigong. Together they helped to 'G uan Q i ' to me everyday. Gradually I recovered and was able to practise qigong myself. Thanks to Zhineng Qigong, I survived, much to my doctors' surprise. Today I have completely recovered and practising qigong is part of my daily routine.

Dipetik daripada: <http://www.zhinengqigong.org.my/zhinengqigong.html> .
Dilayari pada 29.12.2008

3.13 Kesimpulan

Bab ini telah menyorot tentang latar belakang insiden kanser di Malaysia. Termasuk dalam perbincangan ini ialah perkhidmatan rawatan dan sokongan yang terdapat di negara ini. Senario Malaysia menunjukkan penyakit kanser semakin menjadi ancaman nyawa kepada penduduk tidak memilih umur, jantina dan etnik. Seperti di negara-negara lain, risiko kanser bagi wanita adalah lebih tinggi berbanding lelaki. Jenis kanser seperti kanser payudara, serviks dan ovari mencatatkan bilangan yang tinggi di kalangan wanita bagi ketiga-tiga etnik utama iaitu Melayu, Cina dan India. Kanser paru-paru paling kerap menyerang lelaki daripada semua kaum. Namun begitu kebanyakan kanser yang baru dikesan adalah di peringkat lewat. Hal ini menyebabkan semakin tipis peluang untuk sembuh selepas rawatan di kalangan pesakit.

Terdapat perkhidmatan sokongan dan bantuan membantu pesakit dan keluarga meringankan beban ekonomi dan penderitaan akibat kanser. Bantuan dan sokongan amat diperlukan untuk meneruskan kelangsungan dan kesejahteraan hidup di kalangan pesakit dan keluarga dalam menghadapi kanser. Sokongan dari aspek perkhidmatan perubatan yang mengkhusus kepada rawatan dan penjagaan kanser pula perlu ditingkatkan memandangkan masih berlaku kekurangan dari aspek ini. Di Malaysia terdapat banyak badan-badan bukan kerajaan yang ada memberi bantuan dan sokongan khusus kepada pesakit dan keluarga mereka. Bantuan dari aspek kewangan, bukan kewangan dan sokongan ke arah penyembuhan sangat diperlukan oleh pesakit dan keluarga. Seterusnya ialah Bab Empat yang akan membincangkan penemuan-penemuan penting dalam kajian ini.

BAB EMPAT

BATASAN PENGETAHUAN, AKSESIBILITI DAN EKONOMI SERTA STRATEGI MENGATASI MASALAH

4.1 Pengenalan

Bab 4 akan meninjau penemuan utama untuk menjawab objektif pertama dan kedua kajian ini. Seperti yang dinyatakan dalam Bab 1, objektif pertama dan kedua kajian ini ialah:

- Mengenalpasti masalah pesakit daripada golongan tidak berkemampuan serta memahami bagaimana mereka menghadapi masalah tersebut untuk meneruskan kehidupan selepas didiagnosis kanser
- Mengenalpasti masalah dan risiko yang dihadapi oleh keluarga yang berkemungkinan berhenti kerja untuk menjaga dan merawat pesakit

Perbincangan dalam Bab 4 akan dibahagikan kepada tiga bahagian utama. Bahagian I akan memaparkan latar belakang responden mengikut taburan jantina, umur, status tempat tinggal, diagnosis dan prognosis pesakit yang dikaji. Bahagian II akan membincangkan tahap pengetahuan pesakit dan keluarga terhadap kanser serta jarak dan aksesibiliti ke pusat rawatan. Bahagian III pula akan membincangkan masalah ekonomi keluarga yang berhadapan dengan kanser seperti masalah ekonomi, pekerjaan, insuran kesihatan serta akses kepada bantuan. Dalam ketiga-tiga perbincangan ini strategi responden dan keluarga menghadapi masalah akan turut dibincangkan.

BAHAGIAN I

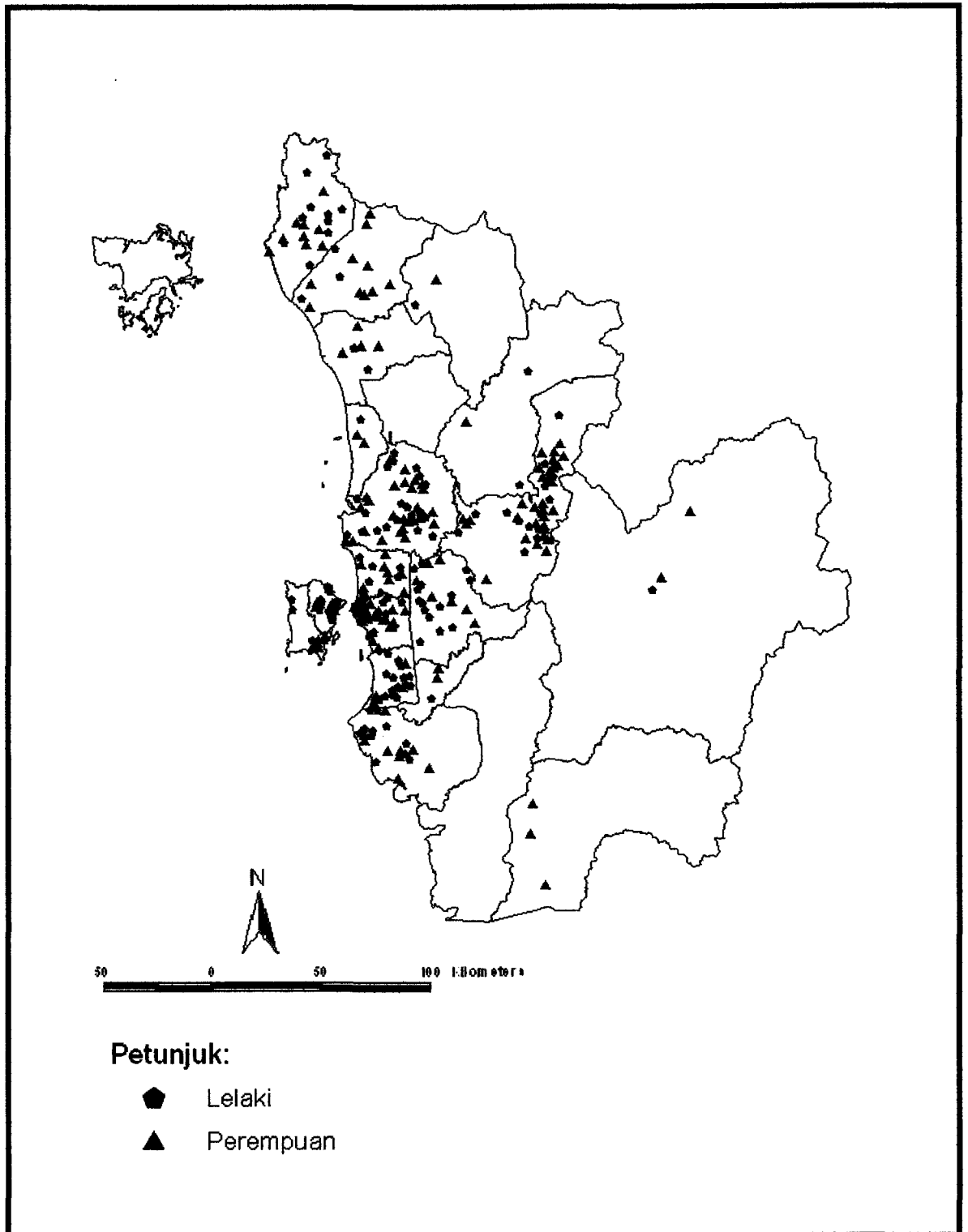
4.2 Latar belakang pesakit yang menjadi responden kajian

Bahagian ini akan memaparkan latar belakang pesakit yang dikaji mengikut taburan jantina, umur, status tempat tinggal, diagnosis dan prognosis. Maklumat pesakit didapati daripada pesakit dan keluarga. 32.9 peratus (97 orang) adalah pesakit sendiri dan 67.1 peratus (198 orang) adalah ahli keluarga yang dipilih untuk menggantikan pesakit bagi menjawab soalselidik. Responden pesakit terdiri daripada 57.7 peratus (56 orang) wanita dan 42.3 peratus (41 orang) lelaki. Manakala ahli keluarga yang mewakili pesakit terdiri daripada 52.5 peratus (104 orang) lelaki dan 47.5 peratus (94 orang) wanita.

4.2.1 Taburan mengikut jantina

Daripada 295 orang pesakit yang dikaji untuk penyelidikan ini sebanyak 54.2 peratus (160 orang) adalah pesakit wanita dan 45.8 peratus (135 orang) pesakit lelaki. Taburan pesakit mengikut jantina di Pulau Pinang ialah 50 peratus (51 orang) bagi kedua-dua lelaki dan wanita, manakala di Kedah 41.9 peratus (62 orang) adalah wanita dan 58.1 peratus (86 orang) adalah lelaki. Di Perak Utara dikaji sebanyak 46.2 peratus (12 orang) lelaki dan 53.8 peratus (14 orang) wanita. Pesakit yang dikaji di Perlis pula ialah 52.6 peratus (10 orang) lelaki dan 47.4 peratus (9 orang) wanita.

Taburan pesakit bagi Pulau Pinang, Kedah, Perak utara dan Perlis dipaparkan seperti dalam Rajah 4.1.



Rajah 4.1: Taburan responden (pesakit kanser) mengikut jantina bagi Pulau Pinang, Kedah, Perlis dan Perak Utara

4.2.2 Taburan mengikut umur

Maklumat pesakit yang diperolehi daripada MAKNA adalah terdiri daripada pelbagai kategori umur. Oleh itu, tidak terdapat pembahagian khusus mengikut umur dalam pencarian pesakit untuk tujuan soalselidik dan tembual mendalam. Walaupun begitu seperti yang bincangkan dalam Bab 3, tidak semua pesakit sesuai untuk ditemubual disebabkan masalah kesihatan, psikologi dan prognosis pesakit. Oleh itu, teknik penggantian responden dijalankan dengan menemubual ahli keluarga pesakit seperti ibu bapa, anak, isteri atau suami.

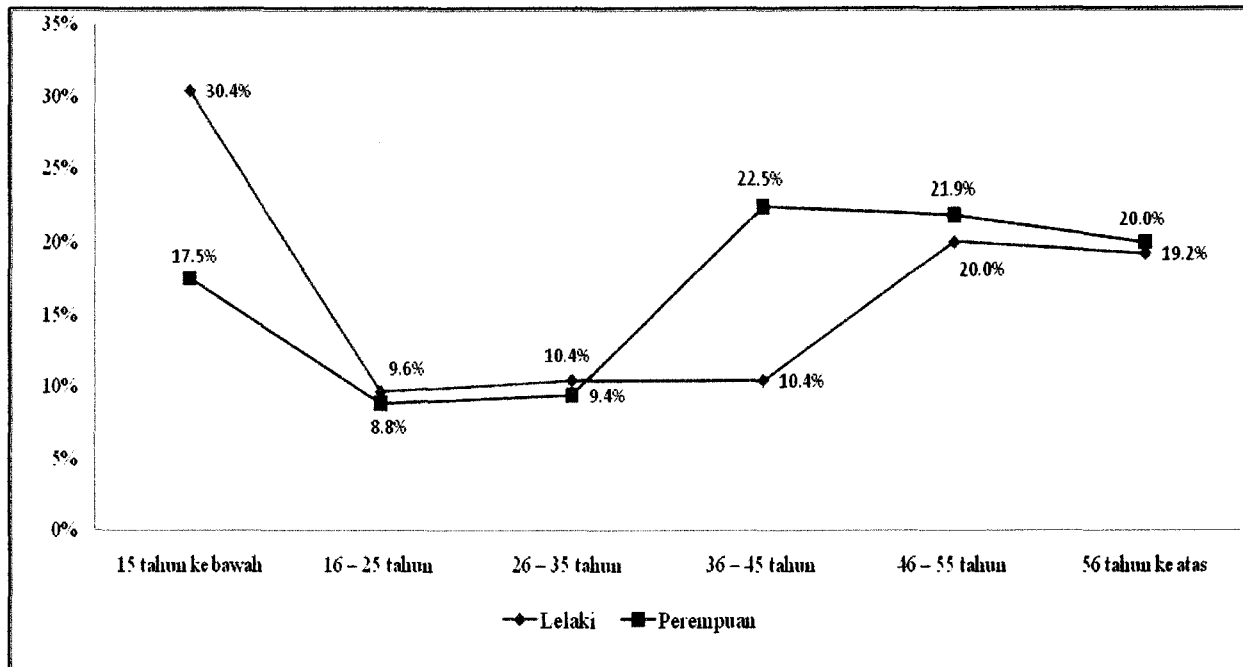
Jadual 4.1: Taburan umur pesakit di kawasan kajian

Julat umur	Jantina				Jumlah	
	Lelaki		Perempuan			
	Bil	%	Bil	%	Bil	%
15 tahun ke bawah	41	30.4	28	17.5	69	23.4
16 – 25 tahun	13	9.6	14	8.8	27	9.2
26 – 35 tahun	14	10.4	15	9.4	29	9.8
36 – 45 tahun	14	10.4	36	22.5	50	16.9
46 – 55 tahun	27	20.0	35	21.9	62	21.0
56 tahun ke atas	26	19.2	32	20.0	58	19.7
Jumlah	135	100	160	100	295	100

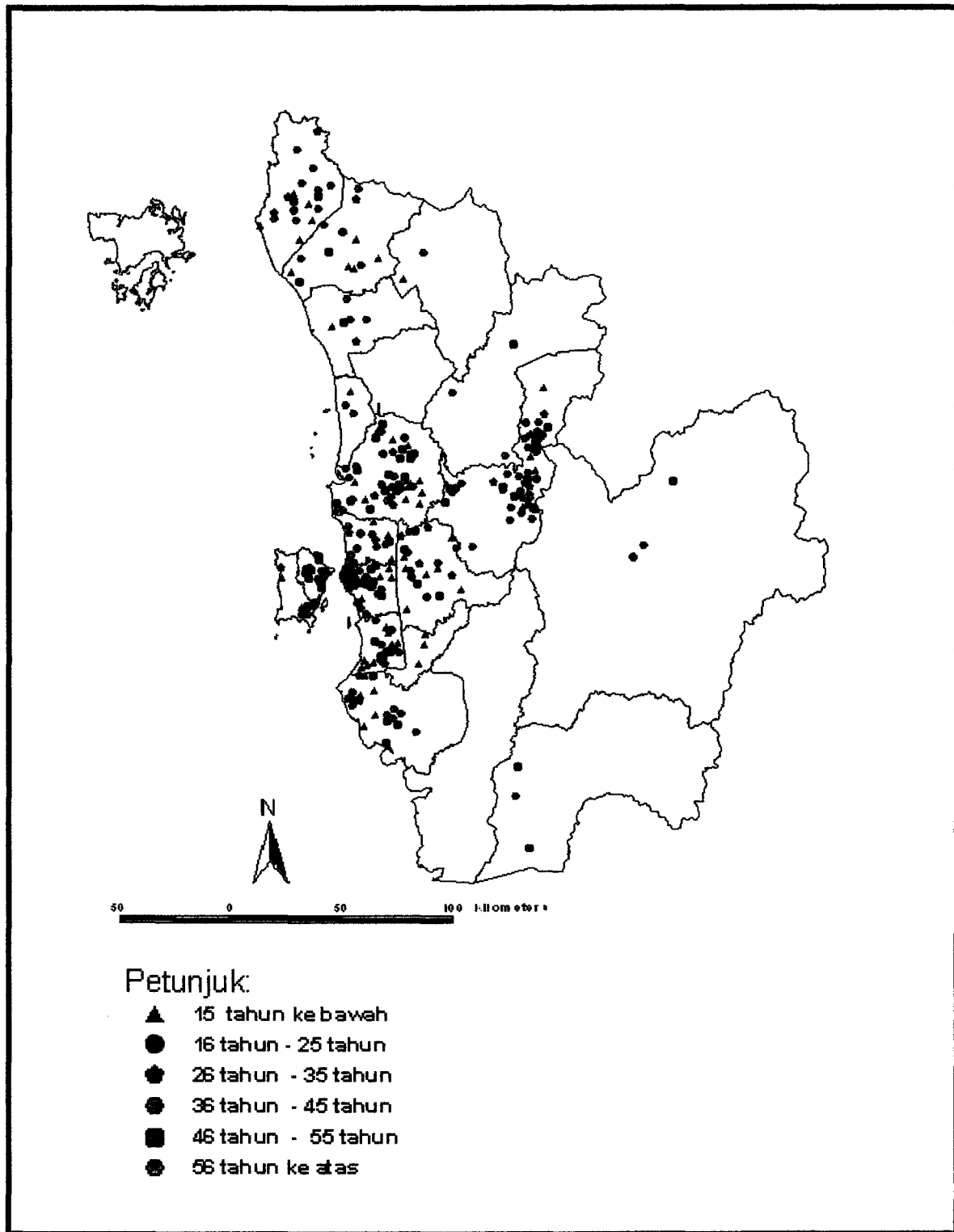
Kebanyakan pesakit yang dikaji berumur 15 tahun ke bawah dan 46 tahun – 55 tahun iaitu masing-masing 23.4 peratus (69 orang) dan 21 peratus (62 orang). Ini diikuti oleh pesakit berumur antara 56 tahun ke atas dan pesakit berumur 36 tahun – 45 tahun iaitu masing-masing 19.7 peratus (58 orang) dan 16.9 peratus (50 orang). Manakala bagi pesakit berumur 16 – 25 tahun dan 26 tahun – 35 tahun adalah masing-masing 9.2 peratus (27 orang) dan 9.8 peratus (29 orang) (Jadual 4.1).

Perbandingan umur mengikut jantina menunjukkan pesakit lelaki yang berumur kurang daripada 35 tahun adalah lebih ramai iaitu 50.4 peratus (68 orang) berbanding hanya 35.7 peratus (57 orang) pesakit wanita. Namun begitu, peratusan pesakit wanita berumur 36 tahun ke atas adalah lebih tinggi iaitu 64.4 peratus (103 orang) berbanding hanya 49.6 peratus (67 orang) lelaki (Jadual 4.1). Hal ini dipengaruhi oleh kadar insiden kanser di kalangan wanita yang tinggi pada usia tiga puluhan, terutama kanser payudara, ovari dan

serviks. Rajah 4.2 menunjukkan taburan umur dan jantina pesakit manakala Rajah 4.3 pula menunjukkan taburan umur pesakit mengikut kawasan. yang dipilih untuk kajian ini.



Rajah 4.2: Taburan umur dan jantina pesakit yang dikaji di kawasan kajian



Rajah 4.3: Taburan umur pesakit di Pulau Pinang, Kedah, Perlis dan Perak Utara

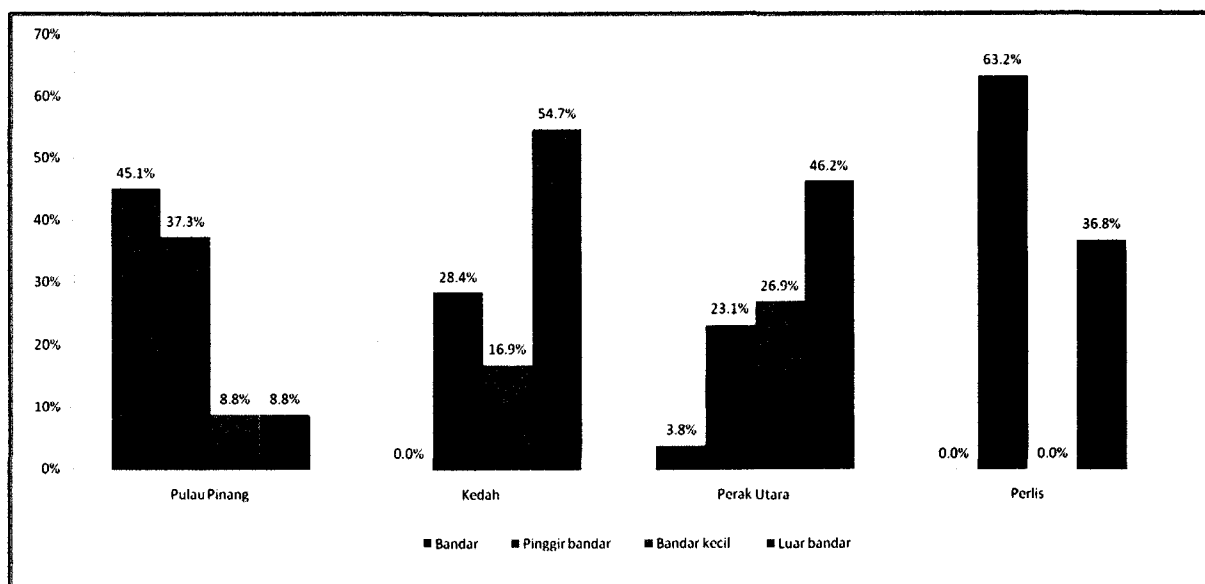
4.2.3 Status tempat tinggal

Lokasi kediaman pesakit dibahagi kepada empat status tempat tinggal iaitu bandar, pinggir bandar, bandar kecil dan luar bandar. Hal ini bertujuan untuk melihat perbandingan masalah yang dihadapi oleh pesakit dan keluarga mengikut status tempat tinggal mereka. Kajian lepas mendapati masyarakat pinggir bandar dan luar bandar menghadapi banyak masalah untuk mengakses penjagaan kesihatan, sokongan sosial dan bantuan yang diberikan oleh badan-badan berwajib. Selain itu, kajian lepas juga menunjukkan pengetahuan masyarakat luar bandar terhadap penjagaan kesihatan adalah rendah.

Taburan mengikut status tempat tinggal di Pulau Pinang menunjukkan 45.1 peratus (46 orang) adalah responden bandar, 37.3 peratus (38 orang) responden pinggir bandar, 8.8 peratus (9 orang) masing-masing responden bandar kecil dan luar bandar. Responden dari Kedah pula majoritinya adalah responden luar bandar (54.7 peratus atau 81 orang) diikuti oleh responden pinggir bandar (28.4 peratus atau 42 orang) dan responden bandar kecil (16.9 peratus atau 25 orang). Trend taburan responden bagi Perak Utara juga menunjukkan majoriti merupakan responden luar bandar (46.2 peratus atau 12 orang), 26.9 peratus (7 orang) responden bandar kecil dan 23.1 peratus (6 orang) responden pinggir bandar. Hanya seorang responden (3.8 peratus) dari Perak Utara tinggal di kawasan bandar iaitu bandar Taiping. Hal ini berbeza bagi negeri Perlis di mana 63.2 peratus (12 orang) adalah responden pinggir bandar dan 36.8 peratus (7 orang) adalah responden luar bandar (Jadual 4.2). Rajah 4.4 menunjukkan perbandingan status tempat tinggal pesakit mengikut negeri.

Jadual 4.2: Status tempat tinggal responden mengikut kawasan kajian

Status tempat tinggal	Kawasan kajian								Jumlah	
	Pulau Pinang		Kedah		Perak Utara		Perlis			
	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Bandar	46	45.1	0	0	1	3.8	0	0	47	15.9
Pinggir bandar	38	37.3	42	28.4	6	23.1	12	63.2	98	33.2
Bandar kecil	9	8.8	25	16.9	7	26.9	0	0	41	13.9
Luar bandar	9	8.8	81	54.7	12	46.2	7	36.8	109	36.9
Jumlah	102	100.00	148	100.00	26	100.00	19	100.00	295	100.00



Rajah 4.4: Status tempat tinggal responden mengikut kawasan kajian

4.2.4 Taburan mengikut diagnosis

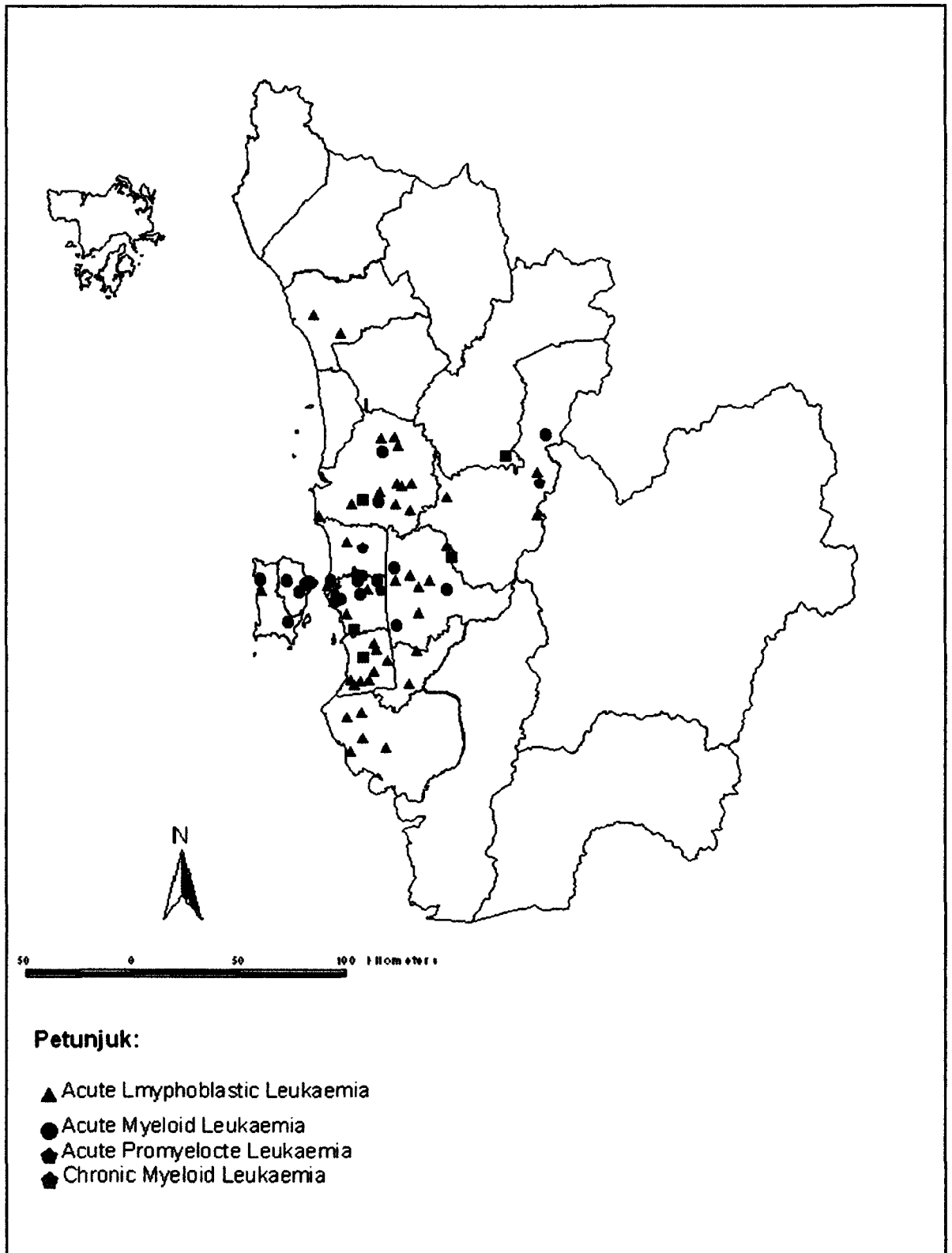
Terdapat pelbagai jenis kanser yang dikenalpasti. Berdasarkan perangkaan oleh *National Cancer Institute, U.S Institute of Health* (2009) terdapat lebih daripada 100 jenis kanser yang sering didiagnosis di seluruh dunia. Namun, tiada angka rasmi bagi menyatakan bilangan jenis kanser kerana kanser dinamakan berdasarkan tempat asal sel kanser membiak pada organ manusia dan berdasarkan jenis sel kanser itu sendiri. Hal ini menyebabkan jenis-jenis kanser sentiasa bertambah dari masa ke semasa. Oleh itu, penyelidik telah mengkategorikan jenis-jenis kanser ini kepada lima kategori utama bagi memudahkan pengelasan diagnosis (lihat Bab 3, Bahagian 3.6 – 3.7).

Dalam kajian ini, maklumat pesakit yang diperolehi daripada MAKNA tidak memfokus kepada mana-mana jenis kanser (lihat Bab Satu, Bahagian 1.3.2). Terdapat pelbagai jenis kanser didiagnosis di kalangan pesakit lelaki dan wanita. Kebanyakan pesakit yang dikaji adalah didiagnosis kanser jenis leukemia iaitu seramai 78 orang (26.4 peratus) daripada 295 orang pesakit yang menjadi responden kajian ini. Daripada jumlah ini, 49 orang adalah pesakit lelaki dan 29 orang adalah pesakit wanita. Kanser payudara di kalangan wanita pula

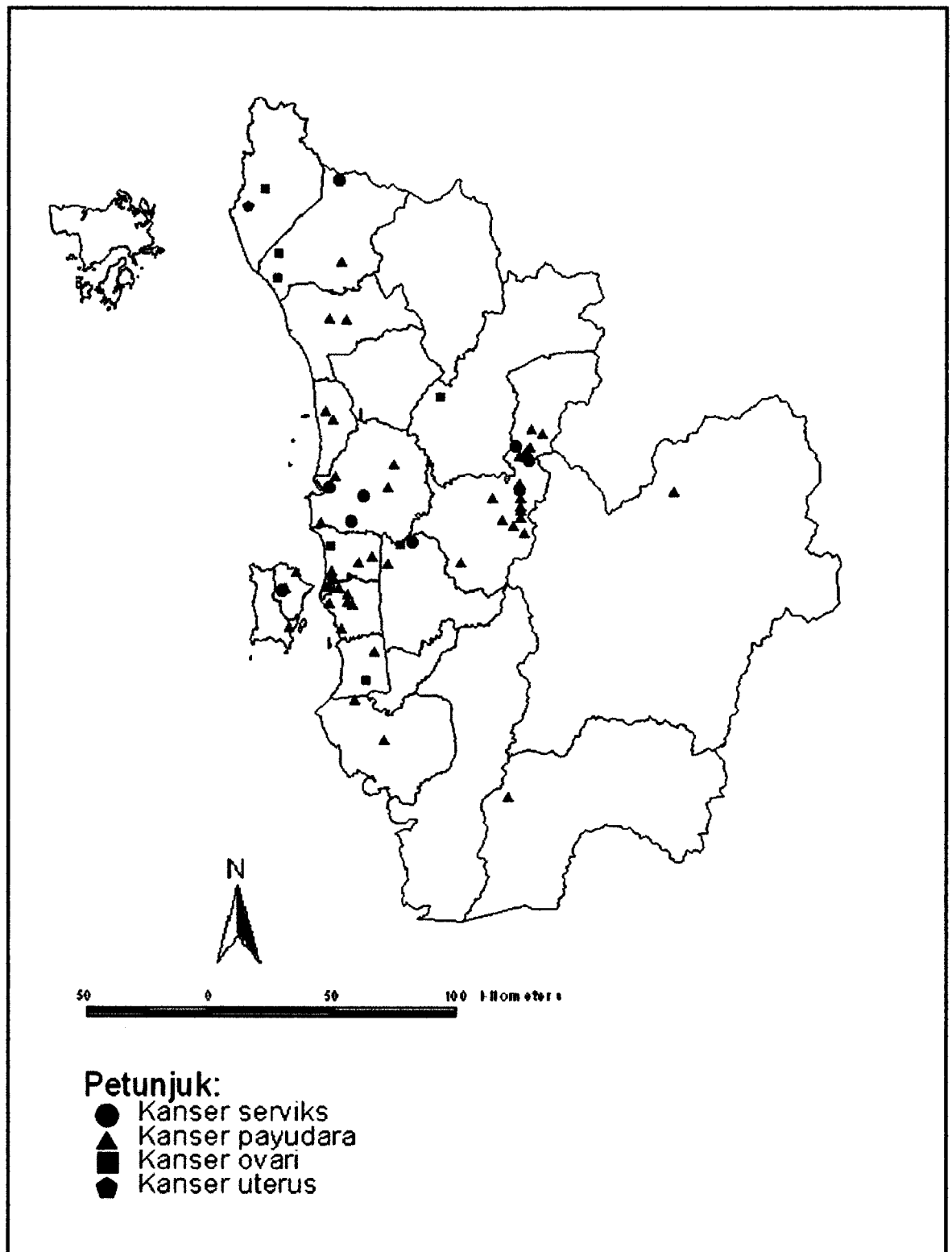
melibatkan seramai 44 orang, iaitu 27.5 peratus daripada keseluruhan 160 pesakit wanita. Jenis kanser *Non-Hodgkins Lymphoma* juga mencatatkan bilangan pesakit yang agak ramai iaitu 17 orang (5.8 peratus) daripada 295 pesakit. Daripada bilangan tersebut, 12 orang adalah pesakit lelaki dan 5 orang adalah pesakit wanita. Bagi kanser jenis *Nasopharyngeal carcinoma*, seramai 10 orang pesakit (3.4 peratus) telah dikaji. Daripada jumlah ini 7 orang adalah lelaki dan 3 orang adalah wanita.

Angka-angka di atas hanya menunjukkan empat jenis kanser yang melibatkan seramai 149 pesakit. Manakala selebihnya 146 orang pula telah didiagnosis dengan pelbagai jenis kanser yang lain seperti kanser rektum, kanser kolon, kanser paru-paru dan kanser serviks, dalam bilangan yang lebih kecil.

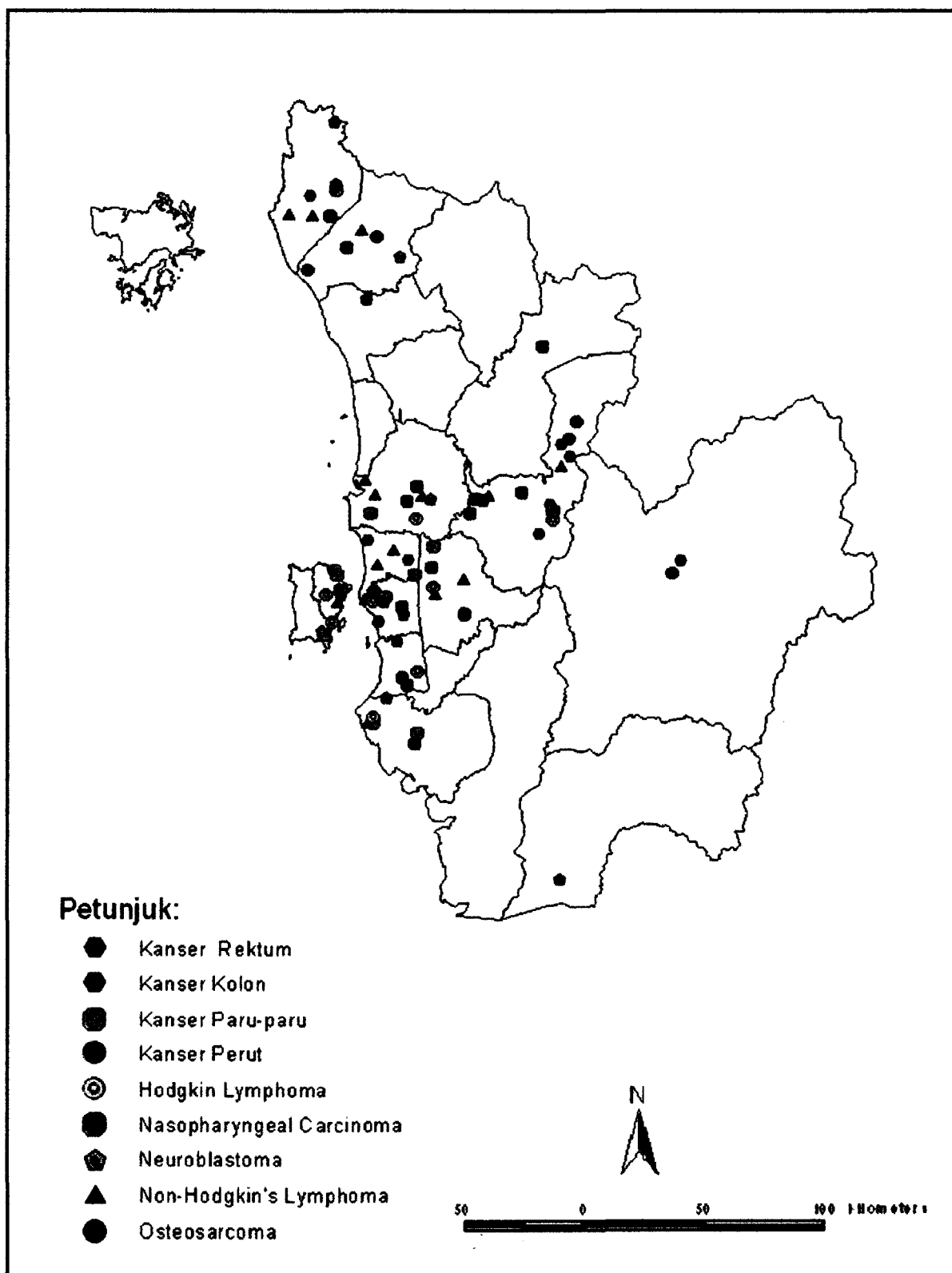
Rajah 4.5, 4.6 dan 4.7 memaparkan taburan jenis-jenis kanser terpilih yang didiagnosis di kalangan pesakit di wilayah utara Semenanjung Malaysia.



Rajah 4.5: Taburan kanser leukemia mengikut kawasan kajian



Rajah 4.6: Taburan kanser wanita (*women specific cancer*) mengikut kawasan kajian



Rajah 4.7: Taburan pelbagai jenis kanser di kalangan pesakit di kawasan kajian

4.2.5 Taburan mengikut prognosis

Prognosis ialah keadaan kesihatan pesakit. Prognosis dinilai oleh pegawai perubatan yang merawat pesakit. Empat tahap prognosis ialah tahap 1 Baik (*Good*), tahap 2 Sederhana (*Fair*), tahap 3 Lemah (*Poor/Relapse*) dan tahap 4 meninggal dunia (*Deceased*).

Pesakit yang dikaji berada dalam prognosis berbeza-beza. Tahap prognosis yang digunakan oleh penyelidik adalah mengikut apa yang dicatatkan oleh pegawai perubatan dalam kad rawatan pesakit. Penilaian penyelidik terhadap prognosis pesakit membolehkan penyelidik memilih sama ada untuk menemubual pesakit sendiri atau membuat penggantian kepada ahli keluarga mereka. Bagi pesakit dalam prognosis tahap 3 dan tahap 4 penyelidik akan membuat penggantian dengan menemubual ahli keluarga. Berlaku juga keadaan di mana penggantian dibuat sekiranya (i) pesakit adalah kanak-kanak yang tidak sesuai menjawab temubual (ii) pesakit enggan ditemubual kerana berasa malu kepada penyelidik dan (iii) pesakit yang menghadapi tekanan perasaan.

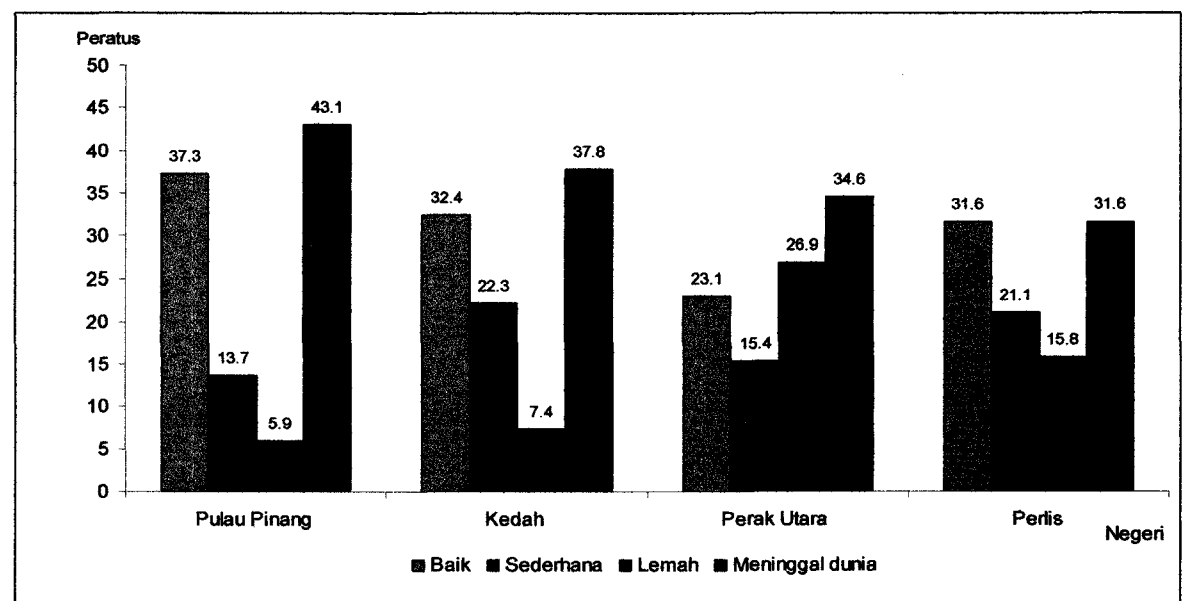
Daripada 295 orang pesakit yang dikaji, didapati sebanyak 39 peratus (115 orang) berada dalam prognosis tahap 4 (Meninggal dunia), 33.3 peratus (98 orang) dalam prognosis tahap 1 (Baik), 18.6 peratus (55 orang) dalam prognosis tahap 2 (Sederhana) dan 9.2 peratus (27 orang) dalam prognosis tahap 3 (Lemah) (Jadual 4.3).

Jadual 4.3: Taburan prognosis pesakit mengikut kawasan kajian

Prognosis pesakit	Kawasan kajian								Jumlah	
	Pulau Pinang		Kedah		Perak Utara		Perlis			
	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Tahap 1 (Baik)	38	37.3	48	32.4	6	23.1	6	31.6	98	33.3
Tahap 2 (Sederhana)	14	13.7	33	22.3	4	15.4	4	21.1	55	18.6
Tahap 3 (Lemah)	6	5.9	11	7.4	7	26.9	3	15.8	27	9.2
Tahap 4 (Meninggal dunia)	44	43.1	56	37.8	9	34.6	6	31.6	115	39.0
Jumlah	102	100	148	100	26	100	19	100	295	100

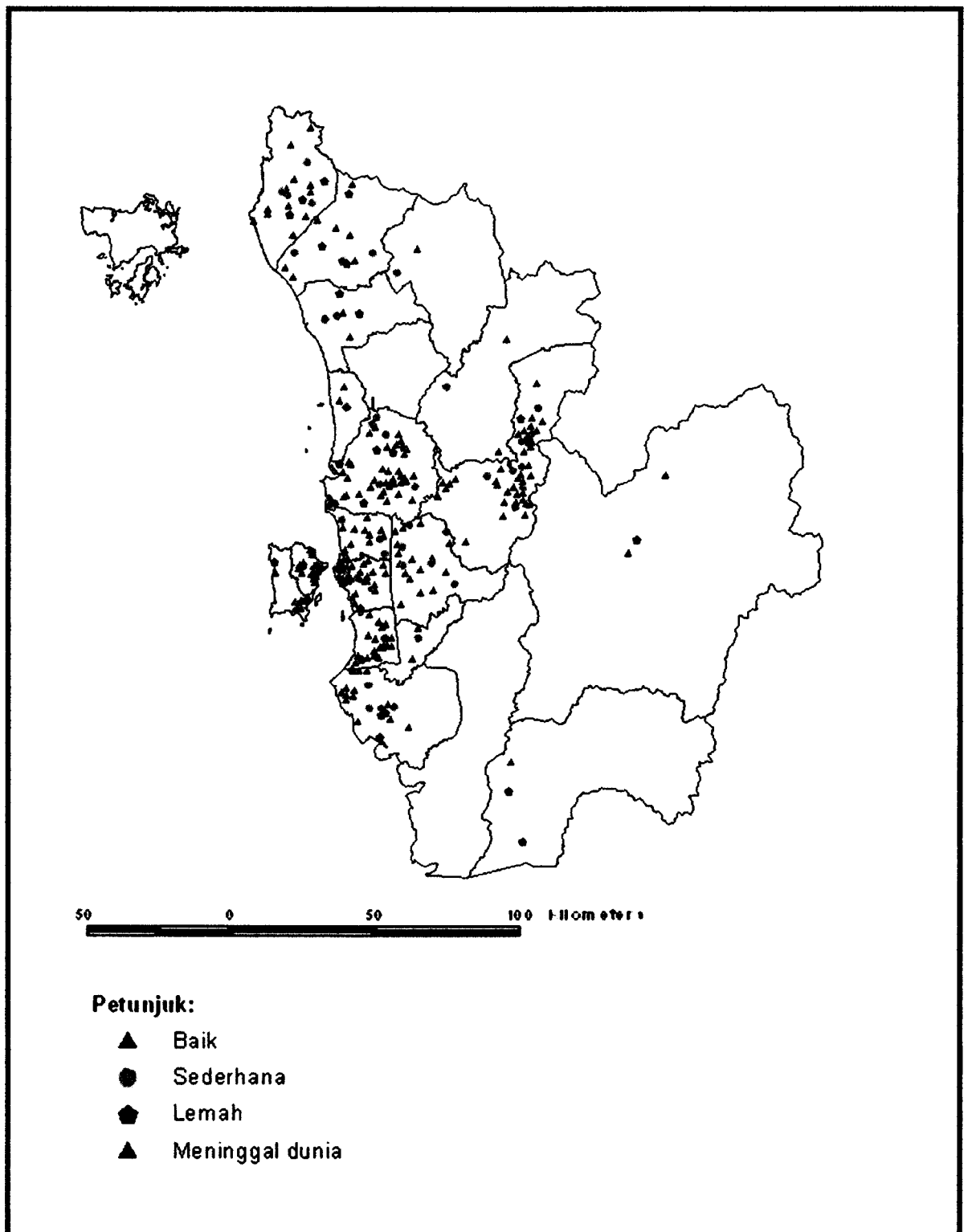
Bagi negeri Pulau Pinang dan Kedah trend taburan prognosis menunjukkan peratusan tertinggi adalah bagi prognosis tahap 4 (Meninggal dunia) diikuti oleh prognosis tahap 1

(Baik). Bagi pesakit dari negeri Perlis prognosis tertinggi adalah bagi kedua-dua ialah prognosis tahap 4 (Meninggal dunia) dan tahap 1 (Baik) (Rajah 4.8).



Rajah 4.8: Prognosis pesakit mengikut kawasan kajian

Rajah 4.9 memaparkan taburan prognosis di kalangan responden di wilayah utara Semenanjung Malaysia.



Rajah 4.9: Taburan prognosis di kalangan pesakit yang dikaji di kawasan kajian

4.2.5.1 Taburan prognosis mengikut jantina

Jadual 4.4 menunjukkan prognosis pesakit mengikut jantina. Didapati lebih ramai pesakit lelaki berada pada prognosis tahap 1 (Baik) iaitu 38.5 peratus (52 orang) berbanding 28.7 peratus (46 orang) pesakit wanita. Kebanyakan pesakit wanita berada pada prognosis tahap 2 (Sederhana) dan tahap 3 (Lemah) berbanding pesakit lelaki. Bagi pesakit pada prognosis tahap 4 (Meninggal dunia) didapati pesakit lelaki adalah lebih ramai berbanding wanita (Jadual 4.4).

Jadual 4.4: Prognosis mengikut jantina pesakit

Jantina	Prognosis pesakit								Jumlah	
	1 (Baik)		2 (Sederhana)		3 (Lemah)		4 (Meninggal dunia)			
	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%
Lelaki	52	38.5	17	12.6	8	5.9	58	43.0	135	100.00
Wanita	46	28.7	38	23.7	19	12.0	57	35.6	160	100.00
Jumlah	98	100.0	55	100.0	27	100.0	115	100.0	295	100.00

BAHAGIAN II

4.3 Pengetahuan tentang kanser, jarak dan aksesibiliti ke tempat rawatan

Bahagian ini akan membincangkan tahap pengetahuan pesakit dan keluarga terhadap kanser, jarak rumah pesakit ke pusat rawatan dan kemudahan pengangkutan untuk ke pusat rawatan. Tujuan bahagian ini adalah untuk mengetahui sejauhmana pesakit dan keluarga tahu tentang kanser. Pengetahuan adalah penting kerana ia membantu pesakit dan keluarga mengambil tindakan sewajarnya apabila menyedari terdapat perubahan pada tubuh badan dan tahap kesihatan mereka. Tujuan mengkaji jarak dan aksesibiliti ke pusat rawatan pula adalah untuk memahami kesukaran yang dihadapi oleh pesakit dan keluarga dalam mendapatkan perkhidmatan kesihatan yang baik. Pemahaman tentang isu pengetahuan, jarak dan aksesibiliti ke pusat rawatan diharap dapat membantu penyelidikan ini untuk mengemukakan beberapa cadangan bagi mengatasi masalah yang dihadapi oleh pesakit dan keluarga.

4.3.1 Tahap pengetahuan terhadap kanser

Bahagian ini meninjau tahap pengetahuan responden tentang kanser. Dalam kajian ini responden yang 'tahu' tentang kanser ialah mereka yang pernah mendengar tentang penyakit ini dan tahu serba sedikit maklumat tanda-tanda dan kaedah rawatan kanser. 59.3 peratus (175 orang) pesakit dan keluarga tahu tentang kanser, manakala 40.7 peratus (120 orang) tidak tahu (Jadual 4.5). Angka 40.7 peratus yang tidak tahu tentang kanser ini adalah membimbangkan kerana ia menunjukkan masyarakat tidak peka terhadap kempen-kempen kesihatan yang dibuat melalui media cetak dan elektronik. Pengetahuan responden tentang kanser pula adalah terbatas kepada perkara-perkara negatif seperti kanser sukar dirawat, kanser boleh membawa maut dan kos rawatan kanser adalah tinggi.

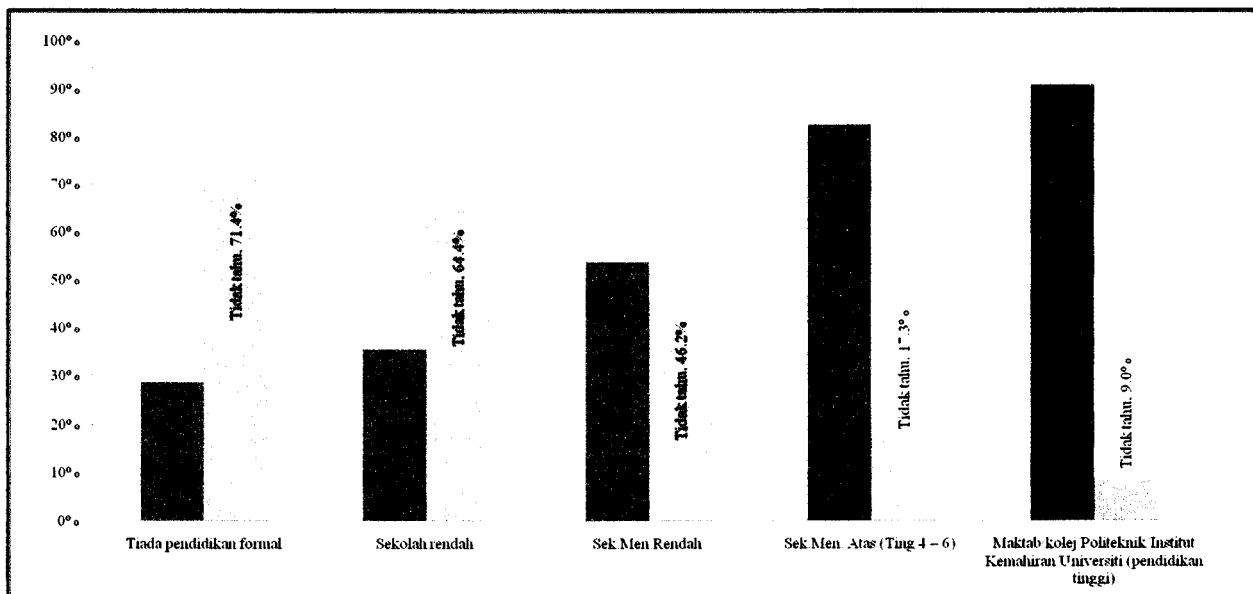
Tidak ramai responden yang boleh menerangkan tentang punca dan simptom penyakit ini. Ini menunjukkan bahawa tahap pengetahuan responden tentang kanser adalah masih rendah. Pengetahuan yang rendah ini menyebabkan pesakit dan keluarga mudah berputus asa untuk melawan penyakit dan beranggapan bahawa kehidupan telah berakhir. Selain itu ketiadaan sokongan daripada ahli keluarga kerana mereka juga mempunyai pengetahuan yang rendah tentang kanser memburukkan lagi keadaan ini.

Kajian diteruskan dengan meninjau pengetahuan pesakit dan keluarga mengikut tahap pendidikan. Didapati majoriti responden yang tahu tentang kanser adalah mereka yang berpendidikan menengah atas (82.7 peratus atau 86 orang) dan berpendidikan tinggi (maktab, politeknik, universiti) (91 peratus atau 10 orang) (Jadual 4.5). Manakala majoriti responden yang tidak mengetahui tentang kanser adalah mereka yang tiada pendidikan formal dan berpendidikan sekolah rendah iaitu masing-masing 71.4 peratus (15 orang) dan 64.4 peratus (38 orang).

Walaupun begitu, terdapat segelintir responden yang berpendidikan menengah atas tidak mempunyai pengetahuan tentang kanser. Malah seorang responden yang berpendidikan tinggi tergolong dalam kumpulan ini (Jadual 4.5).

Jadual 4.5: Perbandingan pengetahuan tentang kanser mengikut tahap pendidikan responden

Tahap pendidikan	Pengetahuan tentang kanser				Jumlah	
	Tahu		Tidak tahu			
Tiada pendidikan formal	2	28.6%	15	71.4%	17	100.00
Sekolah rendah	21	35.6%	38	64.4%	59	100.00
Sek.Men.Rendah	56	53.8%	48	46.2%	104	100.00
Sek.Men. Atas (Ting 4 – 6)	86	82.7%	18	17.3%	104	100.00
Maktab/kolej/Politeknik/Institut Kemahiran/Universiti (pendidikan tinggi)	10	91.0%	1	9.0%	11	100.00
Jumlah	175	59.3%	120	40.7%	295	100.00

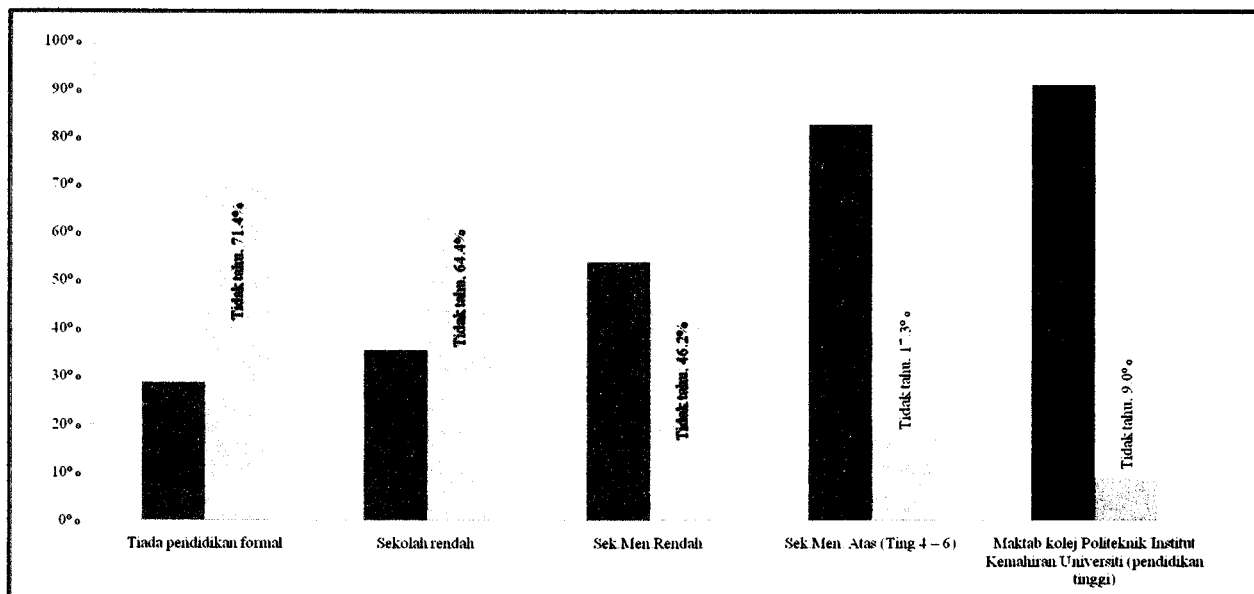


Rajah 4.10: Pengetahuan tentang kanser mengikut tahap pendidikan

Perbincangan ini merumuskan tahap pengetahuan tentang kanser adalah rendah dan hal ini adalah membimbangkan. Sebagai orang yang terlibat langsung dengan kanser mereka seharusnya mengetahui lebih lanjut tentang penyakit ini. Keadaan kurang pengetahuan menunjukkan pesakit atau ahli keluarga seolah-olah tidak memandang serius tentang kanser dan implikasinya kepada pesakit serta keluarga. Ini menunjukkan sikap masyarakat yang suka mengambil mudah tentang masalah kesihatan.

Jadual 4.5: Perbandingan pengetahuan tentang kanser mengikut tahap pendidikan responden

Tahap pendidikan	Pengetahuan tentang kanser				Jumlah	
	Tahu		Tidak tahu			
Tiada pendidikan formal	2	28.6%	15	71.4%	17	100.00
Sekolah rendah	21	35.6%	38	64.4%	59	100.00
Sek.Men.Rendah	56	53.8%	48	46.2%	104	100.00
Sek.Men. Atas (Ting 4 – 6)	86	82.7%	18	17.3%	104	100.00
Maktab/kolej/Politeknik/Institut Kemahiran/Universiti (pendidikan tinggi)	10	91.0%	1	9.0%	11	100.00
Jumlah	175	59.3%	120	40.7%	295	100.00



Rajah 4.10: Pengetahuan tentang kanser mengikut tahap pendidikan

Perbincangan ini merumuskan tahap pengetahuan tentang kanser adalah rendah dan hal ini adalah membimbangkan. Sebagai orang yang terlibat langsung dengan kanser mereka seharusnya mengetahui lebih lanjut tentang penyakit ini. Keadaan kurang pengetahuan menunjukkan pesakit atau ahli keluarga seolah-olah tidak memandang serius tentang kanser dan implikasinya kepada pesakit serta keluarga. Ini menunjukkan sikap masyarakat yang suka mengambil mudah tentang masalah kesihatan.

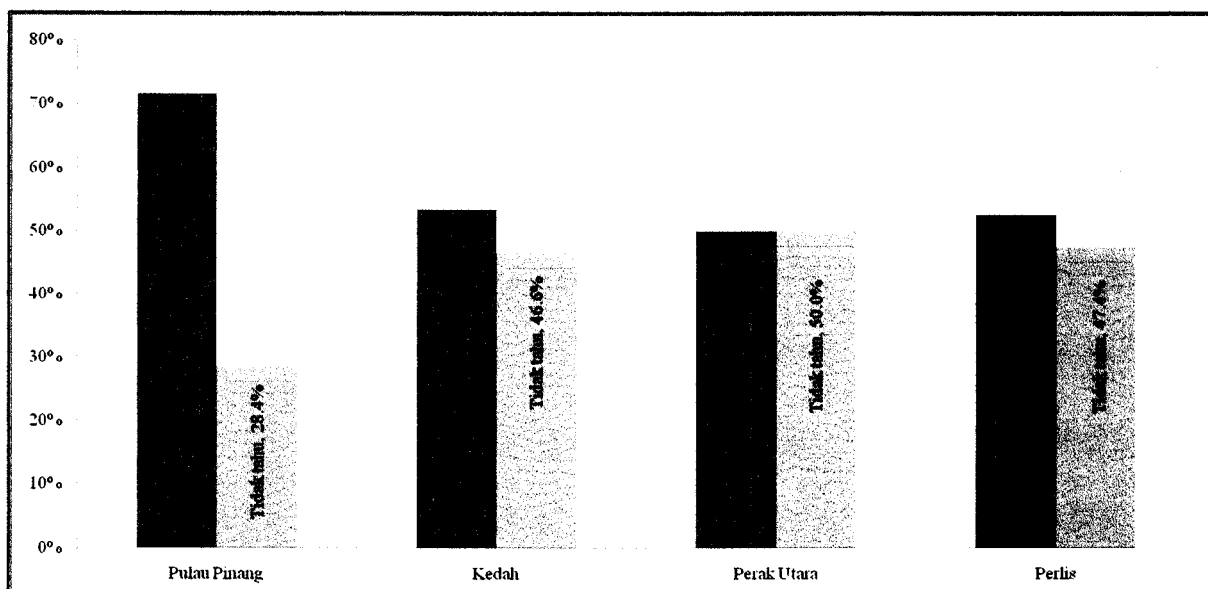
4.3.2 Tahap pengetahuan mengikut jantina, kawasan kajian dan status tempat tinggal

Bahagian ini membincangkan pengetahuan responden tentang kanser mengikut jantina, negeri dan status tempat tinggal. Perbandingan mengikut jantina tidak menunjukkan perbezaan yang ketara di antara lelaki dan wanita. Didapati kedua-dua jantina menunjukkan peratusan yang tahu tentang kanser agak tinggi. Walaupun begitu responden wanita yang tahu tentang kanser adalah tinggi sedikit (61.7 peratus atau 92 orang) daripada responden lelaki (56.9 peratus atau 82 orang).

Kajian ini juga meninjau tahap pengetahuan pesakit dan keluarga mengikut negeri. Majoriti (71.6 peratus atau 73 orang) responden daripada Pulau Pinang tahu tentang kanser berbanding 28.4 peratus (29 orang) yang tidak tahu (Jadual 4.7). Bagi negeri Kedah dan Perlis pula responden yang tahu hanya tinggi sedikit daripada yang tidak tahu (Rajah 4.16). Manakala bagi Perak Utara, responden yang tahu dan tidak tahu adalah sama banyak (50 peratus atau 13 orang) (Jadual 4.6). Rajah 4.11 adalah menunjukkan perbezaan pengetahuan bagi setiap kawasan yang dikaji.

Jadual 4.6: Pengetahuan responden tentang kanser mengikut kawasan kajian

Mengetahui tentang kanser	Kawasan kajian								Jumlah	
	Pulau Pinang		Kedah		Perak Utara		Perlis			
	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%	Bil .	%	Bil.	%
Tahu	73	71.6	79	53.4	13	50	10	52.6	175	59.3
Tidak tahu	29	28.4	69	46.6	13	50	9	47.4	120	40.7
Jumlah	102	100.0	148	100.0	26	100.0	19	100.0	295	100.0

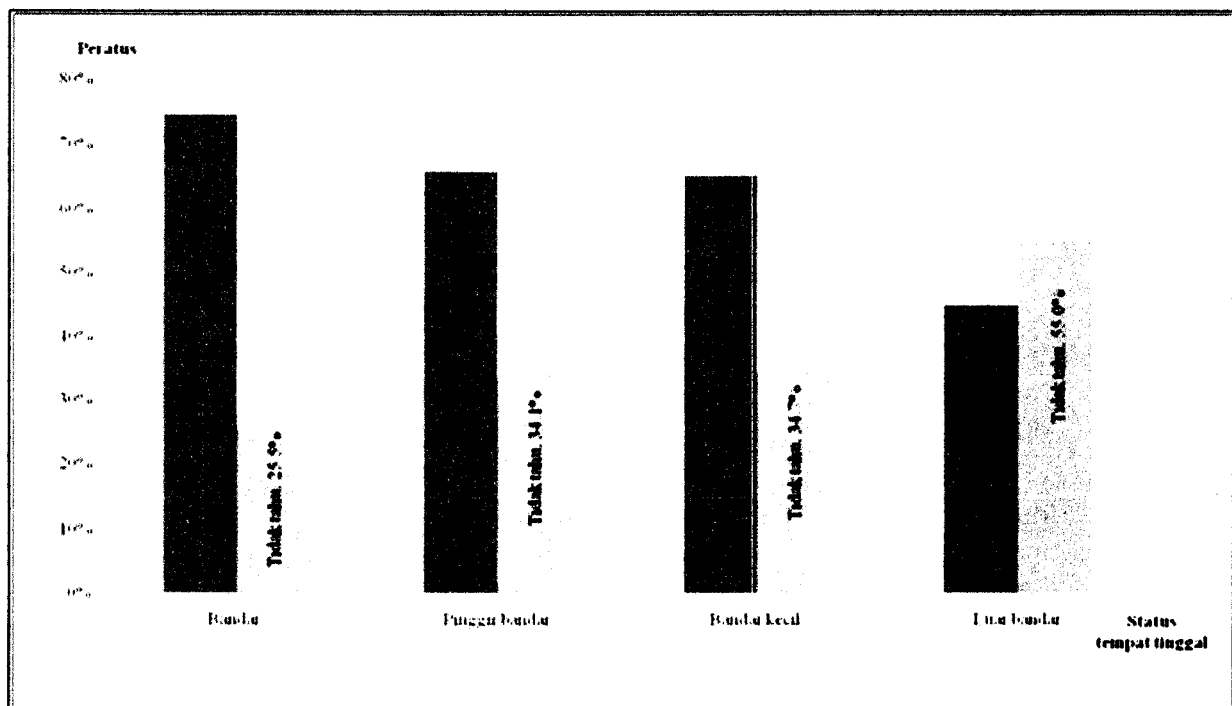


Rajah 4.11: Pengetahuan responden tentang kanser mengikut kawasan kajian

Seterusnya bahagian ini membincangkan pengetahuan tentang kanser di kalangan responden mengikut status tempat tinggal iaitu bandar, pinggir bandar, bandar kecil dan luar bandar. Didapati majoriti responden dari kawasan bandar (74.5 peratus), pinggir bandar (65.3 peratus) dan bandar kecil (65.9 peratus) tahu tentang kanser berbanding mereka yang tinggal di luar bandar (45 peratus atau 49 orang) (Jadual 4.7). Kajian ini mendapati peratusan responden yang tahu tentang kanser semakin menurun mengikut status tempat tinggal iaitu dari bandar ke luar bandar (Rajah 4.12). Hal ini disebabkan kebanyakan sebaran maklumat kesihatan pada masa kini lebih mengarah kepada masyarakat bandar. Umpamanya hebahan maklumat menggunakan papan iklan kebanyakannya tertumpu di kawasan tertentu sahaja seperti di jalan-jalan utama dan di bandar utama sahaja.

Jadual 4.7: Pengetahuan responden tentang kanser mengikut status tempat tinggal

Status tempat tinggal	Pengetahuan tentang kanser				Jumlah	
	Tahu		Tidak tahu			
Bandar	35	74.5	12	25.5	47	100.00
Pinggir bandar	64	65.3	34	34.7	98	100.00
Bandar kecil	27	65.9	14	34.1	41	100.00
Luar bandar	49	45.0	60	55.0	109	100.00
Jumlah	175	59.3	120	40.7	295	100.00



Rajah 4.12: Pengetahuan tentang kanser mengikut status tempat tinggal

Kurangnya pengetahuan responden luar bandar tentang kanser diburukkan lagi oleh tahap pendidikan dan kesedaran penjagaan kesihatan yang rendah. Keadaan ini sinonim dengan masyarakat luar bandar yang berhadapan dengan pelbagai masalah mendapatkan maklumat. Usaha memperkasa dan mempelbagaikan hebahan maklumat kesihatan kepada semua masyarakat lebih-lebih lagi masyarakat luar bandar adalah amat perlu. Hal ini kerana tidak semua kaedah penyebaran maklumat sesuai bagi setiap kawasan. Umpamanya, daripada pemerhatian dan temubual penyelidik mendapati sebaran maklumat melalui kaedah elektronik seperti melalui televisyen, internet dan melalui telefon mempunyai kelemahannya tersendiri. Tidak semua masyarakat baik yang tinggal di bandar mahupun di luar bandar mempunyai akses terhadap teknologi tersebut.

Bagaimanapun tidak dinafikan, terdapat usaha daripada badan-badan seperti MAKNA, Kementerian Kesihatan Malaysia dan Lembaga Penduduk dan Pembangunan Keluarga Negara untuk menyalurkan maklumat kesihatan kepada masyarakat luar bandar dan pedalaman. Pelbagai pendekatan dilakukan seperti mengadakan pameran kesihatan,

mengedarkan risalah dan menganjurkan ceramah kesihatan. Namun daripada pemerhatian dan temubual penyelidik mendapati usaha ini dilakukan sekali sekala sahaja tanpa tindakan susulan daripada pihak tersebut. Usaha untuk mendidik masyarakat tentang kesihatan terutama golongan berpendidikan rendah perlu dilakukan secara sistematik dan sesuai dengan latar belakang pendidikan masyarakat supaya memberi impak yang kekal di kalangan penerima maklumat. Hal ini kerana masyarakat yang kurang terdedah kepada maklumat penjagaan kesihatan mempunyai kesedaran yang rendah tentang perlunya menjaga kesihatan secara teratur. Oleh itu, pihak-pihak yang berkaitan dengan penjagaan kesihatan perlu lebih kerap bersemuka dengan masyarakat dalam usaha menyebarkan maklumat tentang kanser.

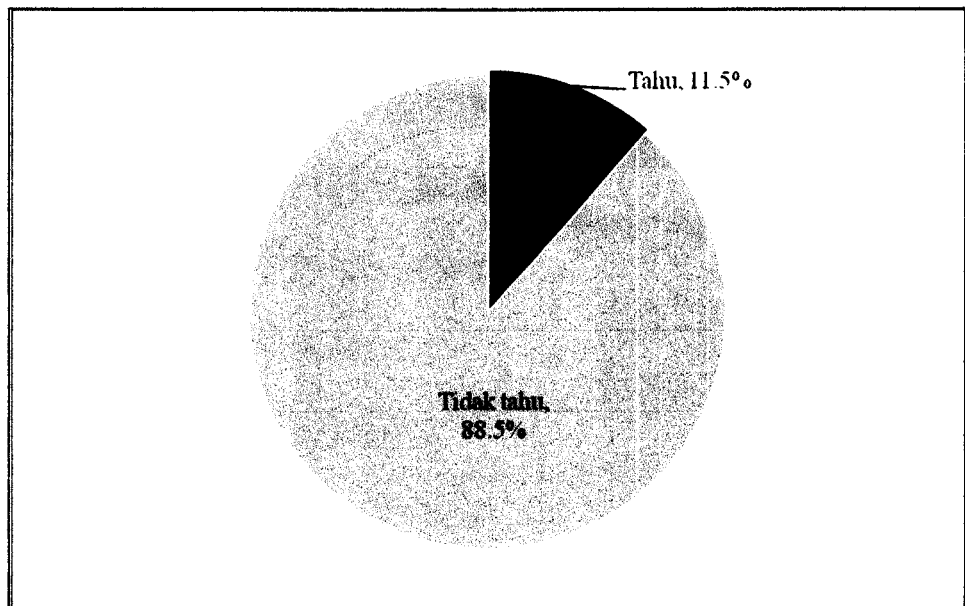
Berbeza bagi masyarakat bandar, pinggir bandar dan bandar kecil yang hampir setiap hari terdedah kepada maklumat-maklumat kesihatan sama ada secara langsung mahupun tidak langsung. Terdapatnya banyak maklumat kesihatan yang mudah diperolehi di kawasan ini sama ada daripada papan-papan iklan, akhbar, majalah dan poster. Umpamanya maklumat mengenai kesihatan yang disampaikan melalui papan iklan kerap kali dilihat di jalan-jalan utama dan bandar-bandar utama berbanding di kawasan luar bandar. Akses terhadap bahan bacaan umum yang banyak memaparkan tentang isu kesihatan seperti surat khabar dan majalah lebih mudah diperolehi di kawasan bandar. Hal ini menyebabkan masyarakat di kawasan terbabit lebih tahu tentang kanser dan sedar tentang bahaya penyakit ini.

4.4 Pengetahuan tentang simptom kanser

Perbincangan sebelum ini merumuskan majoriti responden mengetahui tentang kanser kecuali bagi responden luar bandar. Namun begitu tidak ramai pesakit dan ahli keluarga mengetahui tentang simptom penyakit ini. Hal ini menyebabkan pesakit dan keluarga lewat untuk mendapatkan rawatan kerana menyangka hanya menghidap penyakit biasa. Biasanya pesakit akan membiarkan simptom yang mereka alami untuk satu tempoh masa yang lama sebelum mendapatkan pemeriksaan dan rawatan yang sewajarnya. Selain itu terdapat juga responden yang cuba menjalani rawatan menggunakan kaedah alternatif, homeopati atau

membeli ubat sendiri daripada farmasi serta pasaraya. Tindakan ini akan memburukkan lagi keadaan. Kelewatan mendapatkan rawatan menyebabkan kanser yang pada awalnya hanya berada pada tahap awal akan menjadi lebih parah semasa didiagnosis. Hal ini akan menyukarkan proses rawatan dan menyebabkan pesakit lebih terdedah kepada risiko kematian serta kos rawatan yang lebih tinggi.

Kajian ini mendapati majoriti responden (88.5 peratus daripada 295 orang) tidak mempunyai pengetahuan tentang simptom-simptom kanser. Hanya 11.5 peratus responden menyatakan mereka tahu tentang penyakit ini (Rajah 4.13). Kurang pengetahuan berkaitan simptom-simptom penyakit ini menyebabkan pesakit dan keluarga membuat pelbagai andaian tentang simptom yang dialami. Mereka menganggap simptom dialami sebagai simptom penyakit biasa, tidak merbahaya dan tidak memudaratkan kesihatan mereka. Selain itu terdapat juga yang beranggapan simptom yang dialami adalah disebabkan oleh ilmu hitam.



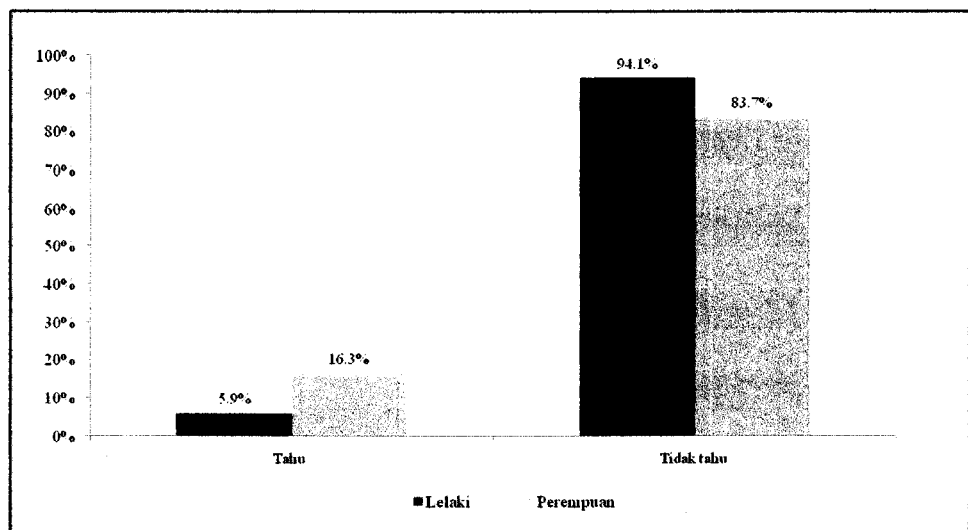
Rajah 4.13: Pengetahuan responden tentang tanda-tanda kanser

4.4.1 Pengetahuan tentang simptom kanser mengikut jantina dan status tempat tinggal

Kajian ini meninjau pengetahuan responden mengenai simptom kanser mengikut jantina. Lebih 80 peratus responden lelaki dan wanita tidak tahu tentang tanda-tanda kanser. Walaupun begitu peratus wanita yang tahu tanda-tanda kanser adalah tinggi sedikit daripada lelaki iaitu 16.3 peratus bagi wanita dan 5.9 peratus bagi lelaki (Jadual 4.8). Hasil perbandingan ini menunjukkan responden lelaki yang tidak mengetahui simptom kanser adalah lebih tinggi daripada responden wanita (Rajah 4.14).

Jadual 4.8: Pengetahuan tentang simptom kanser mengikut jantina responden

Jantina	Mengetahui simptom kanser				Jumlah	
	Tahu		Tidak tahu			
	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Lelaki	8	5.9	127	94.1	135	100.00
Wanita	26	16.3	135	83.7	160	100.00
Jumlah	34	11.5	261	88.5	295	100.00



Rajah 4.14: Pengetahuan tentang simptom kanser mengikut jantina responden

Lebih ramai responden wanita tahu tanda-tanda kanser berbanding lelaki adalah disebabkan oleh hebahan mengenai kanser melalui media, papan-papan iklan, risalah dan kempen adalah lebih menjurus kepada kanser yang lebih kerap didiagnosis di kalangan wanita.

Justeru, lebih ramai wanita berminat mendengar penerangan tersebut seterusnya menerima maklumat berkaitan kanser berbanding lelaki.

Selain itu, wanita juga sering berkongsi masalah kesihatan sesama kaum sejenis. Hal ini kerana masalah kesihatan pada anggota tertentu wanita dianggap sesuatu yang tidak sesuai untuk dibincangkan dengan lelaki. Walaupun suasana perkongsian masalah ini berlangsung secara tidak formal tetapi banyak maklumat yang diperolehi ketika mereka berbual dan berbincang dalam suasana yang santai. Berlaku pertukaran maklumat, pendapat dan pengalaman di kalangan wanita. Keadaan ini menyumbang kepada pengetahuan terhadap simptom-simptom sesuatu penyakit terutamanya kanser di kalangan wanita. Ini diakui oleh seorang responden (surirumah) yang berkata *'mula-mula mak cik tak tahu apa-apa pasal barah....tapi mak cik suka sembang dengan jiran-jiran...depa (mereka) pun selalu sembang pasal sakit-sakit orang perempuan ni...sembang dengan jantan (lelaki) ni lain sedikit pasal sabit (berkaitan) sakit orang perempuan..la (sekarang) mak cik pun selalu sembang dengan jiran-jiran, depa mai (datang) tanya mak cik habaq (beritahu) lah macam mak cik kena ni'* (Rafiah, 57 tahun. Temubual tidak formal, 30.10.2007).

Perkara ini tidak berlaku di kalangan responden lelaki. Topik kesihatan tidak mendapat tempat semasa perbualan santai sesama mereka. Seorang responden lelaki (bekerja sebagai nelayan) dari Kota Kuala Muda, Kedah berkata *'tak ada masa lah nak cerita pasal sakit-sakit ni dengan kawan-kawan....depa tak minat kalau kita sembang...pi (pergi) laut letih, balik terus rehat..tidak pun sat (sekejap) pi minum-minum dengan kawan-kawan, tapi doq (duduk) sembang pasal kerja lah..pasal pukut bocoq (koyak), pasal perahu rosak...kalau sembang pasal kesihatan selalu saja sembang soal 'kelelakian'....soal sakit-sakit macam ni (merujuk kepada kanser) orang rumah (isteri) rajin kot pi sembang dah doq (duduk) saja kat (di) rumah* (Ahmad, 54 tahun. Temubual tidak formal, 4.5.2008).

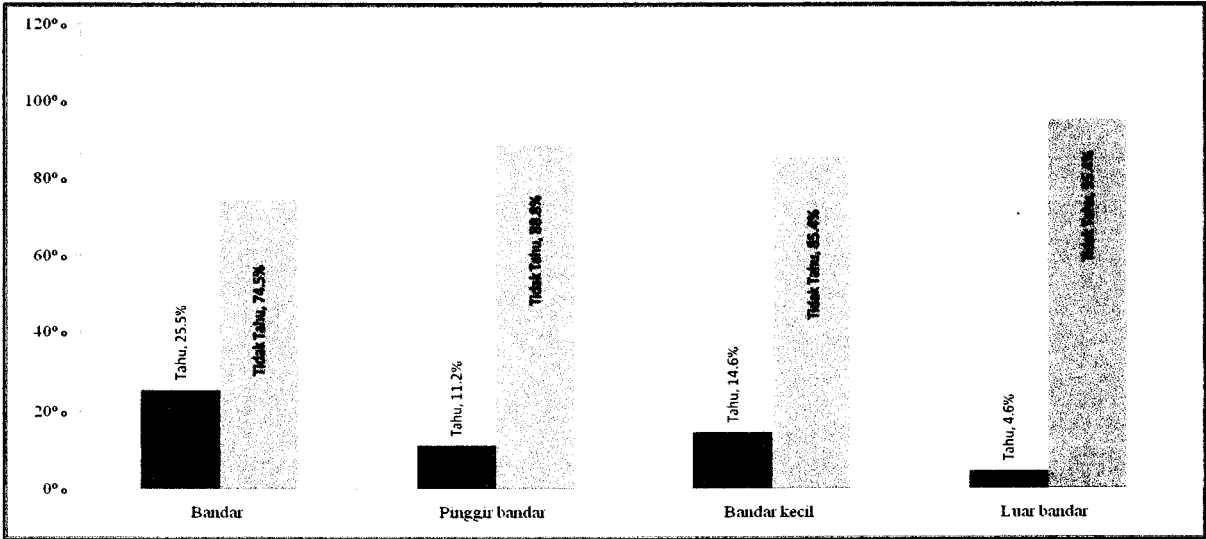
Daripada kedua-dua petikan temubual tidak formal ini, jelas terdapat perbezaan kebiasaan perbualan antara lelaki dan wanita terutamanya berkaitan soal kesihatan. Hal ini turut mempengaruhi pengetahuan mereka terhadap sesuatu penyakit terutamanya kanser. Perkongsian maklumat melalui cara ini adalah lebih berkesan walaupun sebarannya agak

terhad kepada masyarakat pada skala yang kecil iaitu di kalangan komuniti kejiranan mereka.

Seterusnya kajian ini membincangkan perbandingan pengetahuan tentang simptom kanser mengikut status tempat tinggal. Majoriti responden dari bandar (74.5 peratus), pinggir bandar (88.8 peratus), bandar kecil (84.5 peratus) dan luar bandar (94.5 peratus) tidak mengetahui tentang simptom kanser (Jadual 4.9). Rajah 4.16 menunjukkan terdapat turutan yang konsisten bahawa peratusan responden yang tidak mengetahui simptom kanser meningkat mengikut status tempat tinggal iaitu daripada bandar ke desa. Rajah ini juga menjelaskan bahawa pengetahuan masyarakat tentang kanser adalah rendah di semua kawasan tanpa mengira status tempat tinggal. Namun keadaan ini semakin kritikal bagi responden di luar bandar dan lebih baik sedikit bagi mereka yang tinggal di bandar, pinggir bandar dan bandar kecil (Rajah 4.15).

Jadual 4.9: Pengetahuan tentang simptom kanser mengikut status tempat tinggal

Pengetahuan tentang simptom kanser	Status tempat tinggal								Jumlah	
	Bandar		Pinggir bandar		Bandar kecil		Luar bandar			
	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Tahu	12	25.5	11	11.2	6	14.6	5	4.6	34	11.5
Tidak tahu	35	74.5	87	88.8	35	85.4	104	95.4	261	88.5
Jumlah	47	100.0	98	100.0	41	100.0	109	100.0	295	100.0



Rajah 4.15: Pengetahuan tentang simptom kanser mengikut status tempat tinggal responden

Bahagian ini merumuskan majoriti masyarakat masih tidak tahu tentang tanda-tanda penyakit ini terutamanya bagi masyarakat luar bandar. Hal ini perlu diberi perhatian yang sewajarnya oleh pihak-pihak berwajib. Mereka perlu membuat sebaran maklumat dan mengadakan kempen kesedaran kesihatan yang lebih telus dan berkesan bagi menyedarkan orang ramai tentang bahaya kanser, simptom kanser dan penyebab penyakit ini.

Peratus responden yang tahu tentang simptom kanser adalah tidak selaras dengan peratus mereka yang tahu tentang penyakit ini. Dalam kata lain, agak ramai responden mengetahui tentang kanser tetapi mereka tidak mengetahui simptom kanser. Malah ada di kalangan responden yang hanya dapat menjelaskan kanser adalah sejenis penyakit tetapi tidak mengetahui jenis, punca, simptom dan rawatan penyakit ini. Ini menjelaskan tahap pengetahuan yang rendah di kalangan responden.

4.5 Pengetahuan tentang saringan kanser

Kajian ini turut meninjau pengetahuan pesakit dan keluarga mengenai saringan kanser. Pesakit dan keluarga yang pernah mendengar tentang saringan kanser dalam kajian ini ialah mereka dapat menjelaskan serba sedikit tujuan saringan dijalankan dan mengetahui di mana perkhidmatan saringan boleh dilakukan. Didapati 52.2 peratus daripada 295 orang responden pernah mendengar tentang saringan kanser dan 47.8 peratus pula tidak pernah mendengar tentangnya. Angka yang tinggi melebihi 40 peratus bagi responden tidak pernah mendengar tentang saringan kanser adalah membimbangkan. Ini menggambarkan ketidakpekaan mereka terhadap kempen saringan kanser yang banyak dihebahkan melalui televisyen, radio, akhbar, poster mahupun papan-papan iklan di jalan-jalan utama. Sikap tidak ambil peduli responden terhadap maklumat yang diberikan oleh agensi berkaitan menggambarkan rendahnya kesedaran mereka tentang keperluan menjaga kesihatan.

Perbandingan mengikut jantina mendapati peratus responden wanita yang tahu tentang saringan kanser tinggi sedikit berbanding responden lelaki iaitu masing-masing 55.6 peratus wanita dan 48.6 lelaki (Jadual 4.10). Peratus responden yang tidak pernah mendengar tentang saringan kanser adalah masih tinggi bagi kedua-dua jantina. Walaupun begitu,

responden wanita yang tidak pernah mendengar tentang saringan kanser adalah rendah sedikit berbanding responden lelaki (Jadual 4.10).

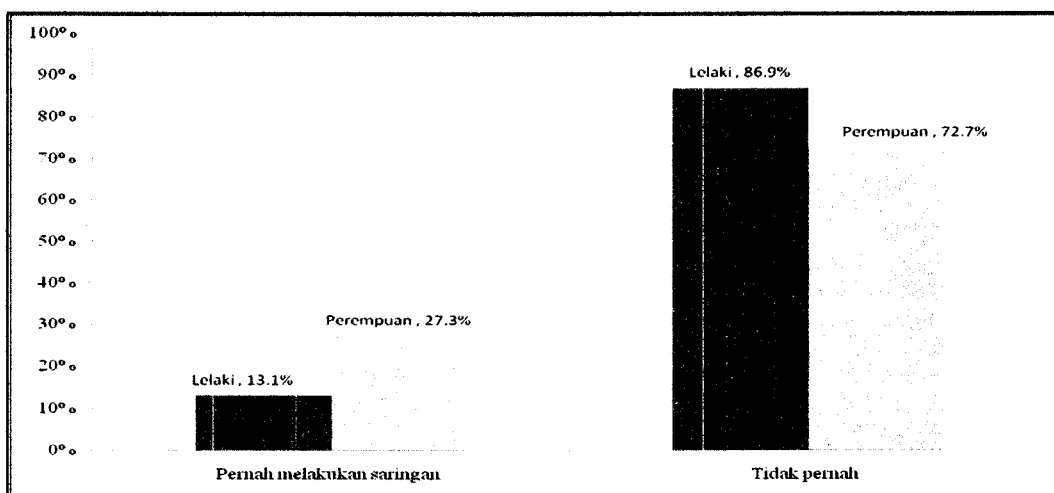
Jadual 4.10: Pengetahuan tentang saringan kanser mengikut jantina

Mendengar tentang saringan	Jantina		Jumlah
	Lelaki	Wanita	
Pernah	70 46.8%	84 55.6%	154 52.2%
Tidak pernah	74 51.4%	67 44.4%	141 47.8%
Jumlah	144 100.00	151 100.00	295 100.00

Seterusnya, bahagian ini meneliti sejauhmana pengetahuan tentang saringan kanser di kalangan responden sesuai dengan tindakan mereka melakukan saringan kanser. Didapati majoriti responden bagi kedua-dua jantina tidak pernah melakukan saringan iaitu masing-masing 86.9 peratus daripada kesemua 145 orang responden lelaki dan 72.7 peratus daripada kesemua 150 orang responden wanita (Rajah 4.16). Hanya 27.3 peratus (40 orang) responden wanita dan 13.1 peratus (19 orang) responden lelaki pernah melakukan saringan kanser (Jadual 4.11).

Jadual 4.11: Taburan responden yang pernah dan tidak pernah melakukan saringan kanser

Jantina	Adakah pernah melakukan saringan		Jumlah
	Pernah melakukan saringan	Tidak pernah	
Lelaki	19 13.1%	126 86.9%	145 100.00
Perempuan	40 27.3%	109 72.7%	150 100.00
Jumlah	59 20.1%	234 79.9%	195 100.00



Rajah 4.16: Taburan responden yang pernah dan tidak pernah melakukan saringan kanser

Adalah sesuatu yang amat membimbang kerana ramai ahli keluarga pesakit yang ditemubual tidak pernah melakukan saringan kanser. Padahal adalah amat perlu bagi ahli keluarga pesakit untuk menjalani saringan kanser memandangkan terdapat ahli keluarga yang telah didiagnosis penyakit tersebut. Hal ini menjelaskan rendahnya kesedaran untuk melakukan saringan kanser di kalangan ahli keluarga. Tidak memahami maklumat tentang saringan yang diperolehi daripada kempen-kempen, pamflet dan iklan menyebabkan mereka tidak terdorong untuk melakukan saringan kanser .

Masalah ekonomi juga membataskan keupayaan responden melakukan saringan kanser. Bagi responden luar bandar dan yang berpendapatan rendah, kos yang perlu dibayar untuk melakukan perkhidmatan saringan adalah sesuatu yang membebankan kerana ianya di luar kemampuan mereka. Terdapat juga yang berasa malu dan takut untuk melakukan saringan. Malah ada responden bertanggapan negatif terhadap prosedur saringan kanser yang dianggap menyakitkan.

4.5.1 Tindakan awal dalam menghadapi simptom kanser mengikut jantina dan status tempat tinggal responden

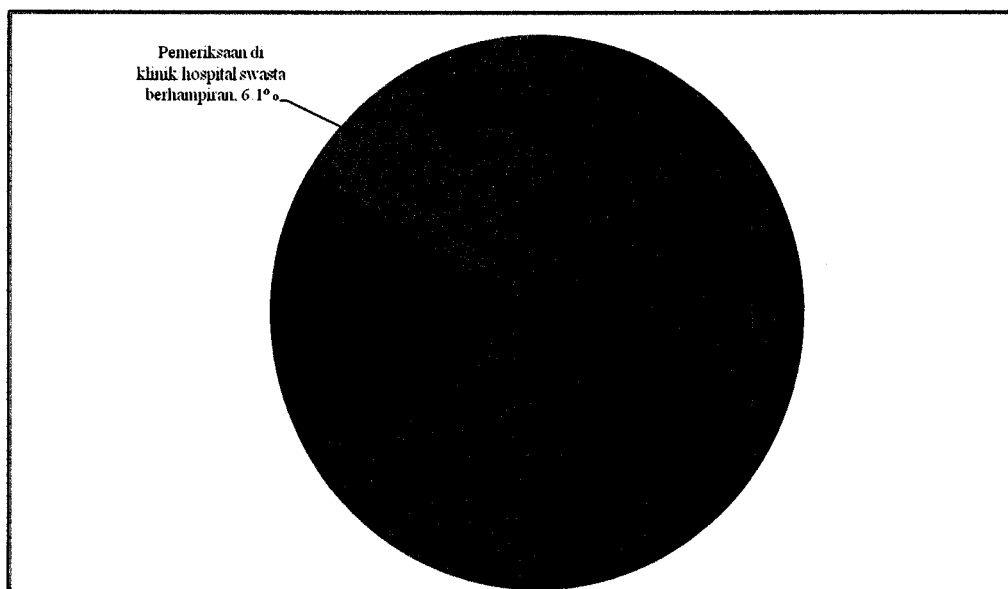
Tindakan awal yang tepat dalam menghadapi simptom kanser oleh responden amat membantu untuk sembuh daripada penyakit ini. Walaupun begitu, kebanyakan tindakan

yang diambil boleh responden adalah kurang membantu kerana dipengaruhi oleh tahap pengetahuan terhadap kanser yang rendah. Perbincangan sebelum ini merumuskan majoriti responden tidak mempunyai pengetahuan tentang kanser dan simptom kanser. Kesannya terhadap tindakan responden ialah mereka cenderung untuk mencuba pelbagai kaedah rawatan sama ada secara tradisional atau konvensional yang tidak sesuai, malah memburukkan lagi keadaan pesakit. Tindakan ini hanya menyebabkan pesakit lewat didiagnosis dan meningkatkan risiko kematian awal di kalangan pesakit. Selain itu, kos rawatan dan penyembuhan pesakit juga meningkat. Akibatnya, pesakit dan keluarga tidak mampu untuk menghadapi kanser sama ada daripada aspek kewangan, emosi dan daya tahan pesakit.

Hasil kajian mendapati sebilangan besar responden mengambil tindakan yang tidak membantu kepada penyembuhan kanser iaitu membiarkan sahaja simptom yang dialami (29.5 peratus atau 87 orang) dan menjalani rawatan alternatif atau tradisional (20.3 peratus atau 60 orang). Tidak ramai responden memilih untuk mendapatkan pemeriksaan di hospital dan klinik sama ada hospital awam atau swasta. Hanya 16.6 peratus (49 orang) memilih membuat pemeriksaan di klinik awam dan 17.3 peratus (51 orang) terus membuat pemeriksaan di hospital awam. Manakala 6.1 peratus (18 orang) menjalani pemeriksaan di hospital dan klinik swasta dan 10.2 peratus (30 orang) responden membeli ubat di kedai farmasi, kedai runcit, pasaraya ataupun melalui jualan langsung tanpa mendapatkan nasihat daripada doktor terlebih dahulu (Jadual 4.12).

Jadual 4.12: Tindakan awal responden dalam menghadapi simptom kanser

Tindakan awal	Bil	Peratus
Biarkan sahaja sehingga serius	87	29.5
Rawatan alternatif/tradisional	60	20.3
Pemeriksaan di klinik kerajaan berhampiran	49	16.6
Pemeriksaan di hospital kerajaan berhampiran	51	17.3
Pemeriksaan di klinik/hospital swasta berhampiran	18	6.1
Membeli ubat tanpa nasihat doktor	30	10.2
Jumlah	295	100.00



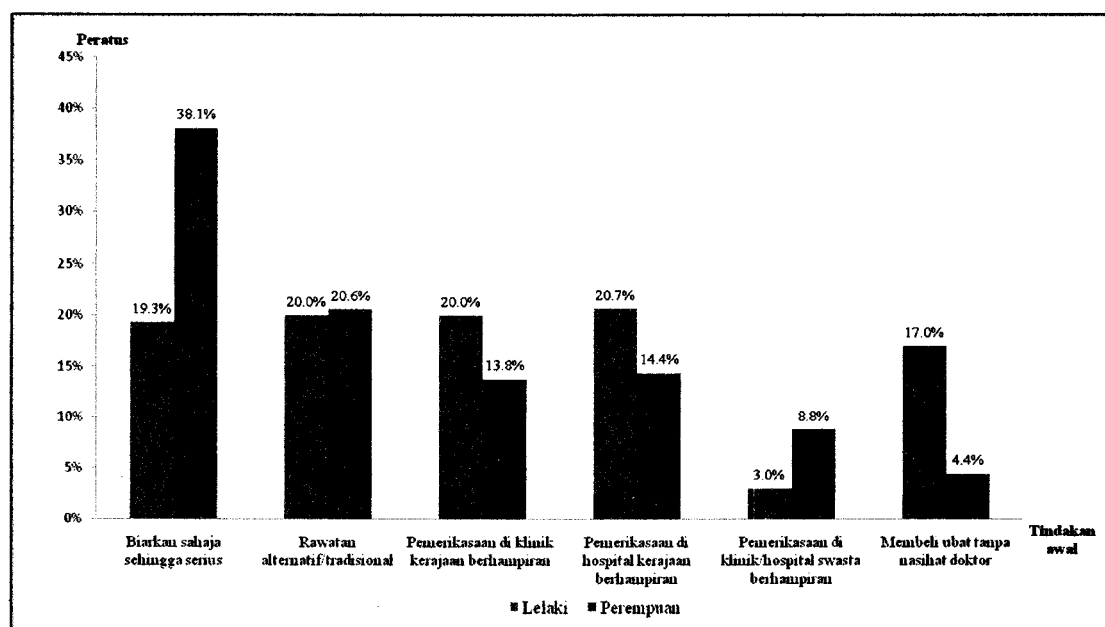
Rajah 4.17: Taburan tindakan awal responden dalam menghadapi simptom kanser

Perbandingan tindakan mengikut jantina pula mendapati lebih ramai responden wanita membiarkan tanda-tanda awal kanser (38.1 peratus) berbanding lelaki (19.3 peratus). Ini menyumbang kepada prognosis yang rendah di kalangan wanita kerana lewat didiagnosis kanser. Daripada segi tindakan awal, responden lelaki lebih memilih untuk mendapatkan rawatan alternatif (20 peratus), rawatan di klinik awam (20 peratus) dan hospital awam (20.7 peratus). 17 peratus lagi membeli ubat tanpa nasihat doktor. Bagi wanita pula, 20 peratus memilih rawatan alternatif, diikuti menjalani pemeriksaan di klinik kerajaan (13.8 peratus), menjalani pemeriksaan di hospital awam 14.4 peratus, klinik swasta (8.8 peratus) dan membeli ubat tanpa nasihat daripada doktor 4.4 peratus (Jadual 4.13 dan Rajah 4.18).

Jadual 4.13: Tindakan awal menghadapi simptom kanser mengikut jantina

Tindakan awal	Jantina				Jumlah	
	Lelaki		Perempuan		Bil	%
	Bil	%	Bil	%		
Biarkan sahaja sehingga serius	26	19.3	61	38.1	87	29.5
Rawatan alternatif/tradisional	27	20.0	33	20.6	60	20.3
Pemeriksaan di klinik kerajaan berhampiran	27	20.0	22	13.8	49	16.6
Pemeriksaan di hospital kerajaan berhampiran/hospital awam	28	20.7	23	14.4	51	17.3
Pemeriksaan di klinik/hospital swasta berhampiran	4	3.0	14	8.8	18	6.1
Membeli ubat tanpa nasihat doktor	24	17.0	7	4.4	30	10.2
Jumlah	135	100.0	160	100.0	295	100.0

Kajian ini mendapati ramai responden wanita takut dan malu untuk membuat pemeriksaan kesihatan. Keadaan ini menyebabkan mereka sengaja membiarkan simptom kanser yang dialami. Pengetahuan yang rendah tentang kanser menyebabkan mereka enggan menjalani pemeriksaan walaupun tahu wanita lebih berisiko menghidap kanser. Selain itu, perasaan takut terhadap kaedah rawatan dan sukar menghadapi kenyataan sekiranya didiagnosis kanser juga menyebabkan wanita enggan menjalani pemeriksaan kesihatan. Hal seperti ini dijelaskan oleh seorang responden wanita dalam satu temubual tidak formal. Beliau mengatakan *'kak takut.. kat TV tu cakap kalau ada ketulan mesti barah - kak takut kena bedah...sabit (sebab) tu kak tak pi (pergi) periksa awal-awal'* (Puan Salbiah, 49 tahun. Temubual tidak formal, 25.10.2008).



Rajah 4.18: Tindakan awal menghadapi simptom kanser mengikut jantina

Seterusnya bahagian ini membincangkan tentang tindakan awal responden menghadapi kanser mengikut status tempat tinggal. Terdapat perbezaan tindakan awal responden menghadapi kanser mengikut status tempat tinggal. Hal ini dipengaruhi oleh keadaan persekitaran fizikal dan tahap sosio-ekonomi penduduk yang berbeza mengikut status tempat tinggal.

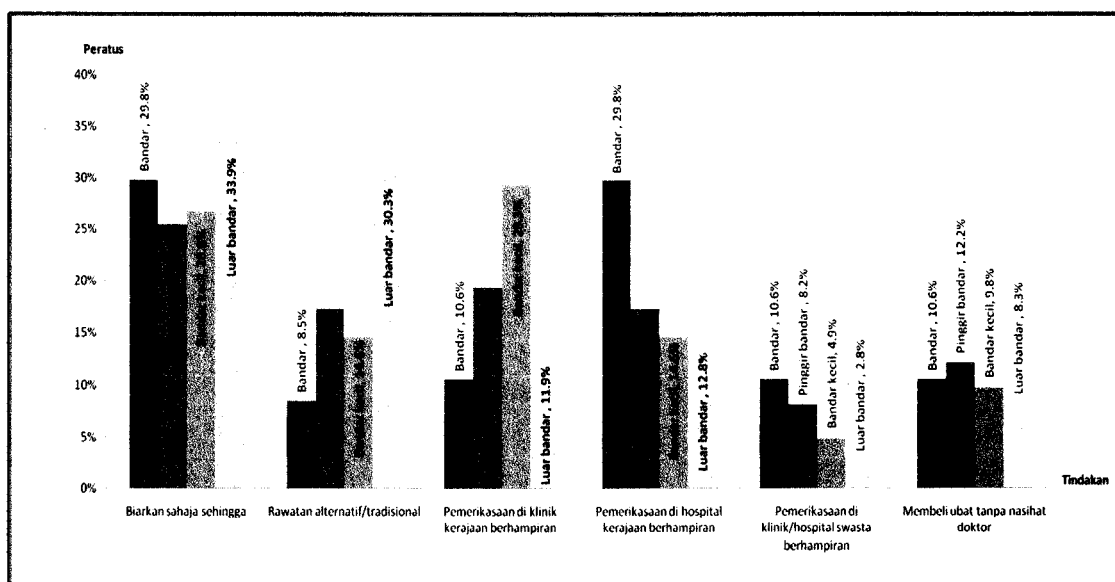
Bagi keempat-empat tempat tinggal bandar, pinggir bandar, bandar kecil dan luar bandar rata-rata responden dan keluarga membiarkan sahaja simptom yang dialami iaitu 29.8 peratus daripada 47 orang responden bandar, 25.5 peratus daripada 98 orang responden pinggir bandar, 26.8 peratus daripada 41 orang responden bandar kecil dan 33.9 peratus daripada responden luar bandar (Jadual 4.14). Seterusnya, responden bandar, pinggir bandar dan bandar kecil lebih memilih untuk melakukan pemeriksaan di klinik kerajaan atau hospital kerajaan berhampiran, sebaliknya responden luar bandar lebih memilih untuk melakukan rawatan alternatif dan tradisional (30.3 peratus daripada 109 responden luar bandar) (Jadual 4.14).

Jadual 4.14: Tindakan awal dalam menghadapi simptom kanser mengikut status tempat tinggal

Tindakan awal	Status tempat tinggal responden								Jumlah	
	Bandar		Pinggir bandar		Bandar kecil		Luar bandar			
	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Biarkan sahaja sehingga	14	29.8	25	25.5	11	26.8	37	33.9	87	29.5
Rawatan alternatif/tradisional	4	8.5	17	17.3	6	14.6	33	30.3	60	20.3
Pemeriksaan di klinik kerajaan berhampiran	5	10.6	19	19.4	12	29.3	13	11.9	49	16.6
Pemeriksaan di hospital kerajaan berhampiran	14	29.8	17	17.3	6	14.6	14	12.8	51	17.3
Pemeriksaan di klinik/hospital swasta berhampiran	5	10.6	8	8.2	2	4.9	3	2.8	18	6.1
Membeli ubat tanpa nasihat doktor	5	10.6	12	12.2	4	9.8	9	8.3	30	10.2
Jumlah	47	100.0	98	100.0	41	100.00	109	100.0	295	100.0

Seperkara yang menarik dalam perbandingan tindakan awal menghadapi simptom kanser di kalangan responden dan keluarga ialah terdapat turutan yang konsisten bagi tindakan responden yang memilih rawatan alternatif dan tradisional. Peratusan responden meningkat sejajar dengan status tempat tinggal mengikut hierarki iaitu bandar, pinggir bandar, bandar kecil dan luar bandar (Rajah 4.19). Sebanyak 30.3 peratus (33 orang) responden dari luar bandar memilih kaedah tradisional atau alternatif. Peratusan ini berkurangan kepada 17.3 peratus (17 orang) bagi kawasan pinggir bandar, seterusnya 14.6 peratus (6 orang) bagi responden bandar kecil dan 8.5 peratus (4 orang) bagi responden dari kawasan bandar (Rajah 4.19).

Hal ini membuktikan bahawa, ramai masyarakat di luar bandar yang lebih mempercayai kaedah perubatan tradisional. Mereka juga lebih selesa berubat secara tradisional atau melalui kaedah alternatif sebelum mendapatkan pemeriksaan di hospital. Tindakan ini menjadi kebiasaan kepada masyarakat luar bandar disebabkan oleh faktor kepercayaan, budaya dan akses yang mudah terhadap perkhidmatan tersebut. Mereka cenderung untuk berubat secara tradisional kerana pengamal perubatan tradisional biasanya tinggal di kawasan yang sama dan dekat dengan pesakit. Justeru mereka lebih memilih kaedah perubatan tradisional berbanding rawatan secara konvensional di hospital atau klinik yang lebih jauh dari tempat tinggal mereka.



Rajah 4.19: Tindakan awal dalam menghadapi simptom kanser mengikut status tempat tinggal

Selain daripada faktor jarak, budaya dan kepercayaan yang mempengaruhi pemilihan tindakan dalam menghadapi simptom kanser, faktor kewangan dan pekerjaan juga mendorong kepada pemilihan tindakan awal. Umpamanya, golongan yang bekerja dan berpendapatan tetap mampu untuk membiayai kos pemeriksaan tanda-tanda awal kanser di hospital atau klinik swasta walaupun kos bayaran agak tinggi. Selain itu, kos rawatan tersebut mungkin ditanggung oleh syarikat tempat mereka bekerja. Ini berbeza dengan responden yang bekerja dalam sektor pertanian atau pekerjaan berskil rendah. Pendapatan

yang rendah atau tidak tetap membataskan kemampuan mereka untuk membiayai kos pemeriksaan di hospital dan klinik swasta. Tambahan pula pusat kesihatan yang menyediakan perkhidmatan pemeriksaan penyakit merbahaya seperti kanser jarang terdapat di kawasan luar bandar. Hal ini akan membebankan pesakit dari luar bandar terutamanya untuk membiayai kos perjalanan ke hospital untuk mendapatkan pemeriksaan. Jadual 4.15 merupakan maklumat kualitatif yang diperolehi semasa temubual mendalam bagi menunjukkan tindakan awal responden semasa menghadapi simptom kanser.

Jadual 4.15: Menunjukkan tindakan awal menghadapi simptom kanser

Maklumat pesakit	Keterangan
Puan Latifah (47), Kuala Ketil. Nasopharygeal Carcinoma Kanser tahap II*	Pesakit mengetahui tentang kanser tetapi pengetahuannya terbatas. Beliau hanya mengetahui tentang kanser payudara kerana banyak mendengar dari televisyen (TV). Ketika mendapat tanda-tanda awal kanser pesakit membiarkan sahaja, katanya <i>'hidung kak berdarah..ingatkan biasa sahaja kerana terlalu panas...bila berdarah letak sirih kat hidung..selalu berdarah kak pi berubat bomoh merata...buat kerat barah (sejenis rawatan tradisional membuang kanser secara batin/jampi atau doa), tapi tak lega juga'..menurutnya lagi 'kak tak mahu pi hospital.. takut doq lama kat wad, depa (kenalan) kata kena bedah....pesakit hanya ke hospital setelah didesak oleh suaminya kerana hidungnya kerap berdarah. Setelah didiagnosis kanser pesakit enggan mendapatkan rawatan. Menurutnya 'kak tengok TV, baru kak tahu sakit ni bahaya..ramai yang meninggal..jadi takut nak berubat kat hospital...ada kata jadi botak, jadi cacat...makin teruk pun ada..</i>
Puan Roziyah (57), Kota Kuala Muda, Kedah. Breast Cancer Kanser tahap II*	Pesakit seorang surirumah, mengetahui tentang kanser melalui ceramah dan kempen anjuran Persatuan Isteri-isteri Tentera (suami pesakit seorang pesara tentera). Walaupun begitu, beliau tidak pernah mengambil tahu secara serius maklumat yang diperolehinya. Menurutnya <i>'mak cik tak kisah sangat soal sakit tu, masa tu sihat-sihat sahaja'</i> . Hal ini menyebabkan beliau membiarkan tanda-tanda awal kanser yang ada pada dirinya <i>'bengkak tu dah lama dalam 1 – 2 tahun, mak cik dah rasa ada benjol tapi tak sakit...tu yang biar sahaja'</i> . Menurutnya lagi <i>'mak cik malu nak pi buat periksa, dah tua-tua macam ni segan nak pi jumpa doktor..lagi sakit tu kat tempat sulit'</i> . Beliau hanya melakukan pemeriksaan apabila didesak oleh anaknya yang balik ke kampung kerana melahirkan anak. Pemeriksaan terhadapnya dibuat oleh jururawat yang kebetulan melawat anak beliau yang baru bersalin. Jururawat tersebut menasihatkan beliau membuat pemeriksaan di hospital berhampiran.
Adik Liza (7), Jitra, Kedah. Brain Tumour Kanser tahap III*	Ayah pesakit berumur 36 tahun dan bekas pekerja logistik di Lapangan Terbang Subang. Pesakit selalu sawan dan mata jadi juling semasa mendapat tanda-tanda awal kanser. Pesakit dibawa berubat secara tradisional di sekitar Subang, Selangor tetapi tidak menunjukkan sebarang perubahan. Menurut ayah pesakit, <i>'abang bawa dia pi perubat cara kampung, kawan-kawan abang kata kalau sawan boleh ubat cara tradisional..tapi 2-3 bulan berubat tak lega juga'</i> Pesakit kemudian dibawa mendapatkan rawatan di hospital swasta dan pesakit didiagnosis kanser. Tetapi ayah pesakit enggan menjalani pembedahan kerana ingin berubat secara tradisional dahulu. Menurutnya <i>'awal dengar cakap kawan,</i>

	<i>depa kata kalau bedah nanti tambah teruk</i>'. Juga tidak yakin dengan rawatan di hospital kerajaan '<i>depa kata hospital kerajaan tak baik, buat sakit..abang bawa dia pi hospital swasta sahaja walaupun mahal majikan yang tanggung dulu</i>'. Kesan daripada tindakan ini, kanser yang dihadapi oleh pesakit semakin parah dan terpaksa menjalani pembedahan berisiko.
Puan Rose (43), Mukim Titi Gajah, Kedah. Kanser Rektum Kanser tahap III*	Pesakit bekas operator pengeluaran sebelum berhenti kerja kerana didiagnosis kanser pada 2006. Ketika peringkat awal mendapat simptom kanser, beliau terpaksa merahsiakan masalah kesihatannya daripada pengetahuan keluarga kerana dalam masa yang sama suami pesakit juga menderita akibat kanser rektum. Walaupun tahu penyakit ini merbahaya tetapi beliau tidak mahu mendapatkan rawatan kerana perlu menjaga suaminya yang terlantar sakit. Menurutnya '<i>kak tak mahu buat pemeriksaan masa tu walaupun doq hari-hari kat hospital..kak tahu kak ada sakit sama macam arwah suami, tapi kalau kak pi buat pemeriksaan tak da sapa jaga arwah kerana dua-dua kena doq kat wad</i>'. Suami pesakit meninggal dunia pada tahun 2005. Selepas kematian suaminya, barulah pesakit mengadu kepada doktor yang merawat arwah suaminya tentang masalah kesihatannya. Doktor menjalankan pemeriksaan dan pesakit didiagnosis kanser rektum tahap 3 pada tahun yang sama.
Puan Lela (47), Merbok, Kedah. Parotid Tumour. Kanser tahap II*	Pesakit seorang guru tadika. Pada awalnya beliau merahsiakan masalah kesihatannya. Menurutnya '<i>bengkak pada leher kak ni ni dah lebih 6 tahun ada tapi kak tak kisah kerana tak sakit, lagipun orang tak nampak kerana kak pakai tudung</i>'. Sebelum didiagnosis pesakit menjalani rawatan secara tradisional '<i>kak berubat curi-curi, takut orang tahu..kak malu..kak pernah pi minta urut nak buang bengkak</i>'. Pesakit hanya didiagnosis kanser pada tahun 2005 iaitu selepas perkahwinan kedua beliau. Suami pesakit melihat bengkak pada leher pesakit dan memaksa pesakit menjalani pemeriksaan. Pada mulanya pesakit enggan kerana '<i>kak tak mahu pi berubat, kak malu kerana lepas-lepas kahwin terus jadi beban suami</i>'. Tetapi suami pesakit tetap ingin membawa pesakit menjalani pemeriksaan dan kebetulan salah seorang ahli keluarga suaminya merupakan doktor perubatan.
Puan Anita (36), Sg.Petani, Kedah. Acute Leukemia. Kanser tahap II*	Pesakit seorang surirumah dan tidak tahu tentang tanda-tanda awal kanser. Semasa mengalami tanda-tanda awal leukemia, beliau hanya menyifatkan sebagai '<i>demam-demam biasa</i>' sahaja. Oleh itu, pesakit hanya membeli ubat sendiri tanpa nasihat daripada doktor. Menurutnya '<i>biasa kalau dok demam pi beli ubat kat kedai runcit sahaja lah</i>'. Beliau turut mendapatkan rawatan secara tradisional kerana demam berulang dan berpanjangan. Pesakit hanya mendapatkan rawatan di hospital setelah 2 minggu mendapat simptom leukemia. Walaupun begitu, setelah didiagnosis kanser leukemia, pesakit hanya berada di wad selama dua minggu menjalani rawatan kerana suaminya ingin mencuba rawatan secara tradisional terlebih dahulu, '<i>Suami kak tak bagi terus dok hospital..dia bawa balik kerana nak cuba berubat cara kampung dulu..tapi tak sembuh-sembuh juga baru balik pi hospital</i>'. Disebabkan tindakan pesakit dan suami ingin mencuba rawatan secara tradisional terlebih dahulu, penyakit yang dihadapi oleh pesakit semakin parah dan menjalani proses penyembuhan yang semakin sukar dan lambat.

* Nota: Kanser tahap I dan II merujuk kepada kanser tahap awal – Kanser tahap III dan IV merujuk kepada kanser tahap maju/lewat (lihat Bab 3, Bahagian 3.9).

4.5.2 Kajian kes: Tindakan awal untuk menghadapi kanser

Bahagian sebelum ini telah menjelaskan tentang tindakan awal responden dalam menghadapi kanser. Bahagian ini pula membincangkan faktor yang mendorong pesakit dan ahli keluarga memilih satu-satu tindakan awal dalam menghadapi simptom kanser. Selain daripada masalah pengetahuan yang rendah tentang kanser dan simptom penyakit ini di kalangan pesakit dan keluarga, terdapat faktor lain yang mempengaruhi responden dalam memilih sesuatu tindakan untuk menghadapi penyakit ini.

Faktor kesibukan bekerja dan gejala awal yang tidak menunjukkan tanda-tanda sakit menyebabkan pesakit membiarkan sahaja simptom yang dihidapi. Pesakit terus bekerja walaupun mengalami perubahan tahap kesihatan atau perubahan tidak normal pada anggota badan mereka. Hal ini menyebabkan kanser lewat didiagnosis dan berada pada tahap kritikal semasa dikesan.

Bagi responden wanita, tanggungjawab terhadap rumahtangga dan anak-anak kerap mempengaruhi tindakan dalam menghadapi masalah kesihatan. Terdapat responden wanita dalam kajian ini tidak mendapatkan rawatan kerana khuatir dengan masa menunggu yang lama semasa mendapatkan pemeriksaan di pusat-pusat kesihatan. Keadaan ini menghantui responden wanita terutamanya mereka yang mempunyai anak kecil, wanita bekerja dan ibu tunggal. Mereka khuatir kebajikan anak-anak yang ditinggalkan akan terjejas kerana mereka tiada di rumah untuk satu tempoh masa yang agak lama semasa pesakit mendapatkan rawatan dan pemeriksaan. Kajian kes 1, kes 2, kes 3 dan kes 4 menjelaskan tentang faktor mengapa responden memilih tindakan mereka.

Kes 1: Tidak mendapatkan rawatan kerana khuatir dengan kos rawatan yang mahal sekiranya ditahan lama di wad. Pesakit juga risaukan kebajikan anak-anak yang tinggalkan sekiranya pesakit perlu tinggal di wad untuk satu tempoh masa yang lama.

Seorang responden berkongsi pengalamannya yang keluar daripada wad hospital tanpa pengetahuan pihak hospital semasa menunggu waktu untuk menjalani pembedahan. Responden ini tidak mahu menjalani tempoh rawatan yang lama selepas pembedahan dijalankan. Beliau didiagnosis kanser payudara tahap II dan dijadualkan menjalani pembedahan kecil bagi membuang ketumbuhan. Walau bagaimanapun, sebelum menjalani proses rawatan, beliau dimasukkan di wad selama seminggu bagi menjalani ujian berkaitan dan beliau diberitahu setelah pembedahan beliau perlu menjalani rawatan kemoterapi untuk beberapa bulan. Disebabkan hal itu, beliau mengambil keputusan untuk melarikan diri dari wad kerana memikirkan soal anak-anaknya yang ditinggalkan di rumah. Menurutnya *'depa kata kak kena duduk hospital sampai 4 bulan, kak tak mahu anak-anak tiada siapa jaga...lagi pun kalau dah doq (duduk) hospital kena berhenti kerja..mana nak dapat duit...bekas suami pun bukan ada tolong..anak-anak kecil, tengah sekolah pun ada'*. Menurutnya lagi *'kak takut makin lama kak di hospital, makin banyak kena bayar nanti kak tak mampu'* (Puan Kalsom, 39 tahun. Temubual tidak formal, 30.11.2007). Pesakit ini mengambil keputusan mendapatkan rawatan secara alternatif yang jauh lebih murah dan tidak perlu menjalani pembedahan. Pesakit juga memilih jalan ini untuk mengelakkan daripada membayar kos yang tinggi kerana ditahan di wad hospital untuk tempoh masa yang lama.

Kes 2: Lewat menjalani pembedahan di hospital seperti yang dijadualkan menyebabkan pesakit mendapatkan rawatan di hospital swasta.

Berlainan pula bagi seorang responden dari Kulim, Kedah yang didiagnosis kanser perut. Pesakit seorang lelaki berbangsa India (46 tahun). Beliau mendapatkan rawatan di hospital awam semasa mendapat tanda-tanda awal kanser. Menurutnya *'masa mula sakit memang ke hospital, memang selalu pi hospital seminggu 2 – 3 kali buat pemeriksaan....dokter kata nak bedah tapi kena tunggu kerana ikut giliran'* (Encik Raj, 46 tahun. Temubual tidak formal, 17.11.2007) . Bagaimanapun setelah hampir lima bulan pembedahan tidak juga dijalankan dan keadaan pesakit semakin lemah. Menurut isterinya *'mereka kata tidak boleh bedah*

kerana kena ikut giliran doktor tidak cukup...tapi tengok dia (suami) semakin kurus dan tidak boleh kerja...adik beradik kata kalau tak bedah cepat nanti tidak boleh selamat' (Puan Shila, 40 tahun. Temubual tidak formal, 17.11.2007). Disebabkan hal ini, isteri pesakit membawa pesakit ke sebuah hospital swasta untuk mendapatkan rawatan kerana keadaan pesakit yang semakin serius kerana jadual pembedahan yang lewat di hospital awam. Menurutnya lagi, 'memang bayaran mahal bayar sampai RM18,000 untuk bedah, tapi ini penyakit tidak boleh tunggu...kalau lama-lama tidak boleh sembuh....bayar guna duit simpanan, dulu dia (pesakit) kerja bawa jentera berat gaji RM2,000 – RM3,000 sebulan sebab tu boleh simpan duit....tapi sekarang sudah habis.....sudah bedah, baru sambung rawatan di hospital kerajaan buat kemoterapi' (Puan Shila, 40 tahun. Temubual tidak formal, 17.11.2007)

Kes 3: Membiarkan simptom yang dialami dan tidak menjalani saringan kerana takut berhadapan dengan realiti menghidap kanser

Puan Rokiah (38 tahun), Kota Kuala Muda, Kedah. Merupakan seorang pesakit kanser payudara tahap III. Beliau didiagnosis pada tahun 2006. Beliau telah mengesan perubahan pada payudaranya pada awal tahun 2005 semasa membuat pemeriksaan sendiri. Namun begitu beliau merahsiakan masalah tersebut daripada pengetahuan suami dan anak-anaknya. Menurutnya '*kakak pernah ikut seminar anjuran LPPKN, setiap seorang ada dapat buku...sampai rumah kakak buat pemeriksaan sendiri dan ada bengkok di bawah ketiak....kak jadi takut kalau-kalau kanser...kak biarkan sahaja kerana tidak sakit, tidak mahu buat saringan kerana takut dengan kanser, kalau bukan kanser pun mesti kena buang juga (bedah)...jadi kak tunggu dulu (biarkan sahaja)*'. Tambahnya lagi '*dulu awal-awal kak fikir kalau kena kanser payudara mesti kena bedah buang, nanti orang kata apa kat kakak...takut suami tak boleh terima kekurangan diri*'. Disebabkan pesakit takut berhadapan dengan kenyataan sebagai penghidap kanser, beliau tidak menjalani saringan ataupun sebarang pemeriksaan bagi mengesahkan simptom yang dihidapinya. Hal ini menyebabkan kanser yang dialami bertambah parah semasa didiagnosis. Pesakit ini hanya menjalani pemeriksaan kesihatan setelah didesak oleh suaminya setelah mengetahui masalah kesihatan yang dihidapi. Akhirnya pada tahun pertengahan 2006 pesakit disahkan menghidap kanser payudara tahap III dan menjalani mastektomi pada tahun yang sama.

Kes 4: Memilih mendapatkan rawatan di hospital swasta kerana tempoh menunggu untuk mendapatkan rawatan di hospital awam yang lama.

Seorang responden wanita berkata '*bukan tak mahu pi periksa di hospital (hospital awam), tapi depa lambat..nak periksa tak sampai setengah jam tapi tunggu sampai setengah hari...kalau pi hospital swasta sekejap dah siap asal ada duit sahaja*'. Menurutnya lagi '*pi hospital bawa anak kecil susah tak ada orang jaga...kadang-kadang depa bagi temujanji lambat nak tunggu..depa kata ramai yang nak jumpa, kadang-kadang kita tak boleh tunggu risau pasal anak-anak tinggal kat rumah tak da sapa nak tengok*' (Puan Salbiah, 36 tahun. Temubual tidak formal, 25.6.2008). Disebabkan hal ini responden memilih untuk mendapatkan pemeriksaan di hospital swasta walaupun terpaksa membayar kos pemeriksaan yang lebih mahal.

Daripada keempat-empat situasi yang dipaparkan di atas, jelas menunjukkan terdapat situasi yang mendorong pesakit dalam memilih tindakan semasa menghadapi kanser. Adakalanya tindakan yang diambil oleh pesakit dan keluarga akan menjejaskan tahap kesihatan pesakit, masalah ekonomi keluarga dan meningkatkan risiko sukar sembuh di kalangan pesakit. Faktor-faktor yang mendorong mereka memilih tindakan ini perlu diteliti dari pelbagai sudut memandangkan ia akan mempengaruhi tahap survival pesakit dalam menghadapi kanser. Umpamanya, sekiranya pesakit terus mendapatkan rawatan yang sewajarnya semasa di peringkat awal, potensi pesakit untuk sembuh daripada penyakit adalah tinggi kerana kanser didiagnosis masih pada tahap awal.

Oleh itu, adalah disarankan kepada pihak berwajib seperti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), Lembaga Penduduk dan Pembangunan Keluarga (LPPKN) dan Majlis Kanser Nasional (MAKNA) supaya memperkasakan lagi usaha menyebarkan maklumat tentang kanser kepada segenap lapisan masyarakat bagi mewujudkan masyarakat prihatin terhadap kesihatan mereka. Selain itu usaha untuk mempromosikan kualiti dan perkhidmatan hospital-hospital awam kepada masyarakat juga perlu dilipat gandakan. Hal ini penting untuk meyakinkan masyarakat bahawa hospital awam mempunyai kepakaran yang tinggi,

peralatan perubatan yang canggih, kos rawatan lebih murah dan layanan kakitangan yang baik serta mesra. Akhir sekali, mutu perkhidmatan dan polisi sedia ada perlu ditambahbaik untuk mengembalikan keyakinan masyarakat terhadap perkhidmatan hospital yang ada.

4.6 Tahap ketika didiagnosis kanser

Tiada pengetahuan tentang simptom awal kanser dan tindakan yang tidak membantu kepada pengesanan penyakit ini menyebabkan pesakit lewat didiagnosis. Tindakan awal yang dipilih oleh pesakit seperti berubat secara tradisional, membeli ubat tanpa nasihat daripada pegawai perubatan dan membiarkan sahaja simptom yang dialami tidak membantu kepada penyembuhan penyakit ini. Natiujahnya, pesakit sukar sembuh dan kos rawatan semakin meningkat. Didiagnosis kanser pada tahap lewat (tahap III & IV) membawa kepada risiko kematian awal di kalangan pesakit. Perkara ini juga membawa kepada masalah kewangan kerana mereka terpaksa menanggung kos rawatan lebih tinggi dan kos meningkat disebabkan tempoh rawatan lebih lama. Bagi mengetahui perkara ini dengan lebih lanjut, penyelidik meninjau tahap kanser yang dihadapi oleh pesakit ketika pertama kali mereka mendapatkan rawatan di hospital. Pengelasan tahap-tahap kanser adalah seperti yang telah dibincangkan dalam Bab 3 di bahagian 3.9 iaitu tahap I & II merujuk kepada kanser tahap awal manakala tahap III & IV ialah tahap maju/lewat.

4.6.1 Tahap kanser mengikut jantina

Tinjauan tahap kanser semasa didiagnosis mengikut jantina tidak menunjukkan perbezaan yang ketara. Kebanyakan pesakit lelaki dan wanita didiagnosis kanser pada tahap II dan III. Di kalangan pesakit wanita, paling tinggi ialah kanser didiagnosis pada tahap III (41.9 peratus daripada 160 orang pesakit wanita), diikuti tahap II (40.6 peratus). Ini sama dengan pesakit lelaki di mana paling ramai didiagnosis pada tahap III (43 peratus daripada 135 orang pesakit lelaki), diikuti oleh tahap II (35.6 peratus). Tidak ramai pesakit bagi kedua-dua jantina didiagnosis kanser pada tahap I iaitu 5.2 peratus (7 orang) pesakit lelaki dan 1.3 peratus (2 orang) pesakit wanita (Jadual 4.16).

Jadual 4.16: Tahap kanser semasa didiagnosis mengikut gender

Tahap kanser semasa didiagnosis*	Jantina		Jumlah	
	Lelaki	Wanita		
Tahap I	7 5.2%	2 1.3%	9	3.1%
Tahap II	48 35.6%	65 40.6%	113	38.3%
Tahap III	58 43.0%	67 41.9%	125	42.4%
Tahap IV	22 16.3%	26 16.3%	48	16.3%
Jumlah	135 100.00	160 100.00	295	100.00

* Nota: Tahap I dan II ialah tahap awal.
Tahap III dan IV ialah tahap lewat.

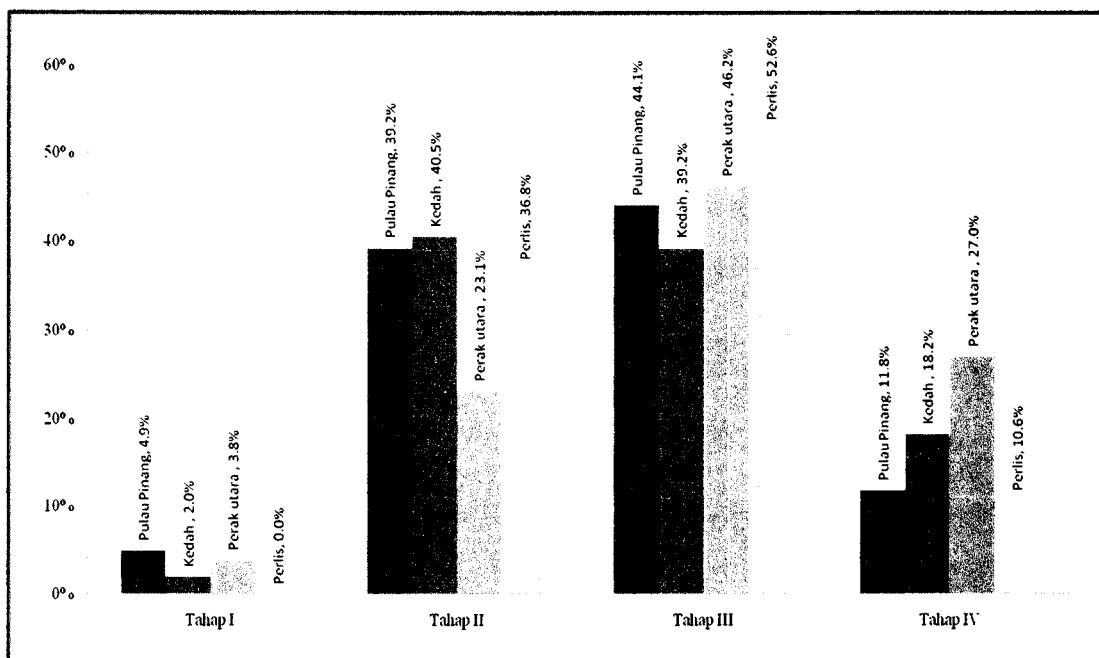
4.6.2 Tahap didiagnosis mengikut kawasan kajian

Perbandingan tahap kanser mengikut kawasan kajian turut mendapati kebanyakan pesakit dari keempat-empat kawasan didiagnosis kanser tahap II dan tahap III semasa kali pertama mendapatkan rawatan (Rajah 4.20). Seperti ditunjukkan dalam Jadual 4.17 dan Rajah 4.20, paling ramai pesakit didiagnosis pada tahap III ialah 52.6 peratus bagi pesakit Perlis, 46.2 peratus dari utara Perak dan 44.1 peratus dari Pulau Pinang. Lebih ramai pesakit dari Kedah pula didiagnosis pada tahap III (40.5 peratus). Walaupun Pulau Pinang dapat dikatakan kawasan maju berbanding kawasan kajian lain namun kemajuan negeri ini tidak semestinya dapat mempengaruhi tahap kesihatan penduduk khususnya dalam menentukan tahap diagnosis kanser.

Jadual 4.17: Tahap kanser ketika responden pertama kali didiagnosis mengikut kawasan kajian

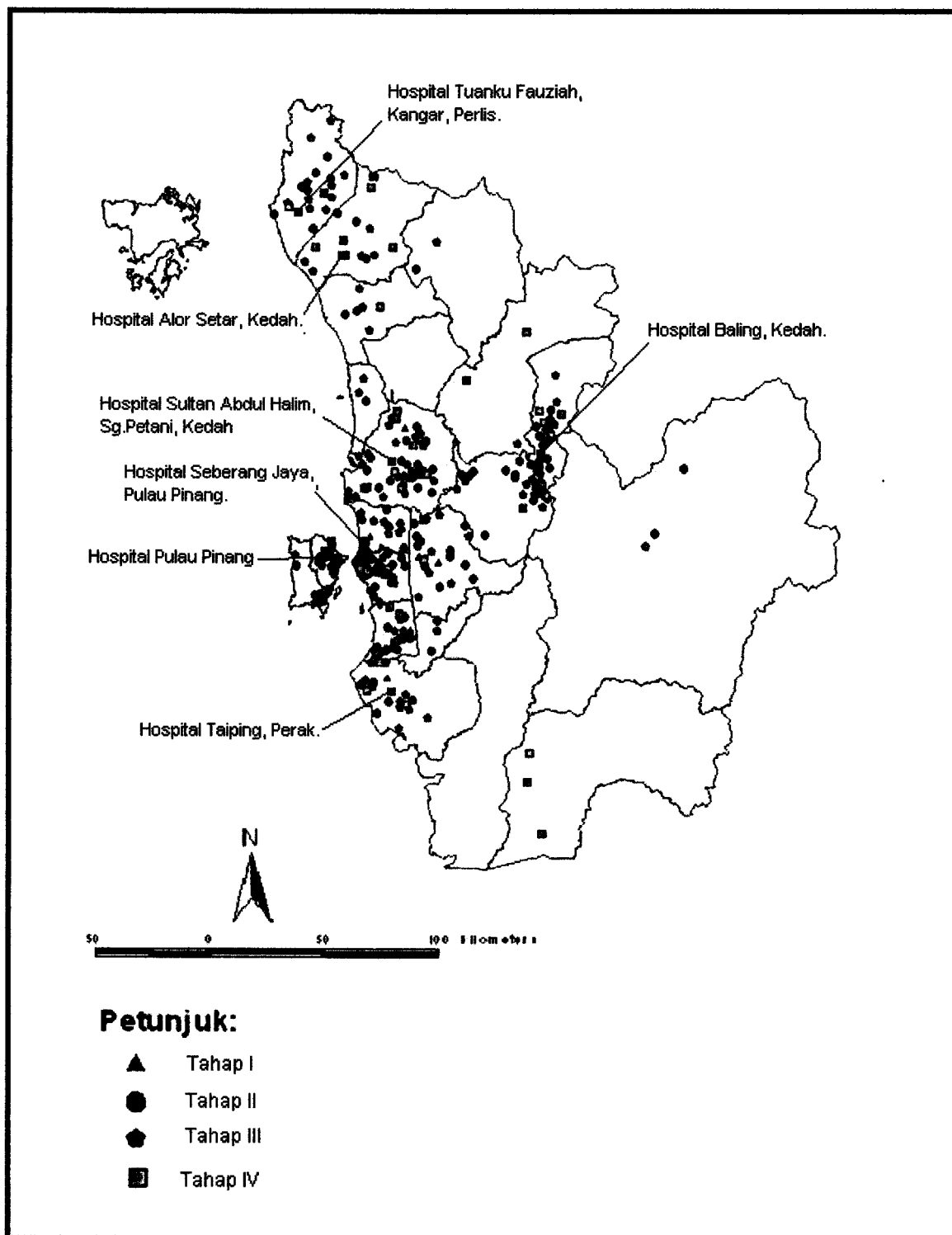
Negeri	Tahap kanser ketika kali didiagnosis*								Jumlah	
	Tahap I		Tahap II		Tahap III		Tahap IV			
	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Pulau Pinang	5	4.9	40	39.2	45	44.1	12	11.8	102	100.00
Kedah	3	2.0	60	40.5	58	39.2	27	18.2	148	100.00
Perak utara	1	3.8	6	23.1	12	46.2	7	27.0	26	100.00
Perlis	0	0	7	36.8	10	52.6	2	10.6	19	100.00
Jumlah	9	3.0	113	38.3	125	42.4	48	16.3	295	100.00

Nota: Tahap I dan II ialah tahap awal.
Tahap III dan IV ialah tahap lewat.



Rajah 4.20: Tahap kanser ketika kali pertama didiagnosis mengikut kawasan kajian

Rajah 4.21 memaparkan taburan pesakit kanser bagi setiap negeri dikaji mengikut tahap kanser mereka ketika kali pertama didiagnosis.



Nota: Jarak di antara hospital dan rumah pesakit tidak mempengaruhi tahap kanser ketika didiagnosis.

Rajah 4.21: Taburan pesakit mengikut tahap kanser ketika kali pertama didiagnosis dan kedudukan hospital-hospital utama di wilayah utara Semenanjung Malaysia

4.6.3 Kajian kes: Lewat didiagnosis kerana merahsiakan simptom kanser dan memilih rawatan alternatif sebagai tindakan awal

Cik Aminah (44 tahun), didiagnosis kanser payudara tahap III pada tahun 2003. Beliau merupakan seorang guru tadika dan berpengetahuan dalam soal kesihatan terutamanya tentang kanser payudara melalui pembacaan dan bengkel yang pernah dihadiri. Walaupun begitu, beliau merahsiakan tanda-tanda awal kanser payudara yang dihidapinya daripada pengetahuan ahli keluarga.

Menurutnya 'kak tidak mahu menyusahkan keluarga lain, sebab tu tak mahu depa tahu...kak tahu kos rawatan kanser tinggi..kak mana ada duit untuk berubat...nanti kalau depa (ahli keluarga) tahu, depa pun ikut susah keluag (keluar) duit, kak tak mahu lagu tu (seperti itu)'

Bagi mengelakkan masalah kesihatannya diketahui oleh ahli keluarga beliau tidak mendapatkan rawatan di hospital sebaliknya hanya menjalani rawatan secara homeopati. Menurutny *'kak tak mahu pi hospital, nanti masuk wad ahli keluarga tahu masalah kak...kak pi cari rawatan tradisional..jumpa dengan doktor homeopati..lama juga kak pi berubat....orang tak tahu, pergi pagi tengahari dah boleh balik...berubat kat sana boleh lega juga, tak sakit walaupun payudara membengkak tapi kena pi selalu lah...'*

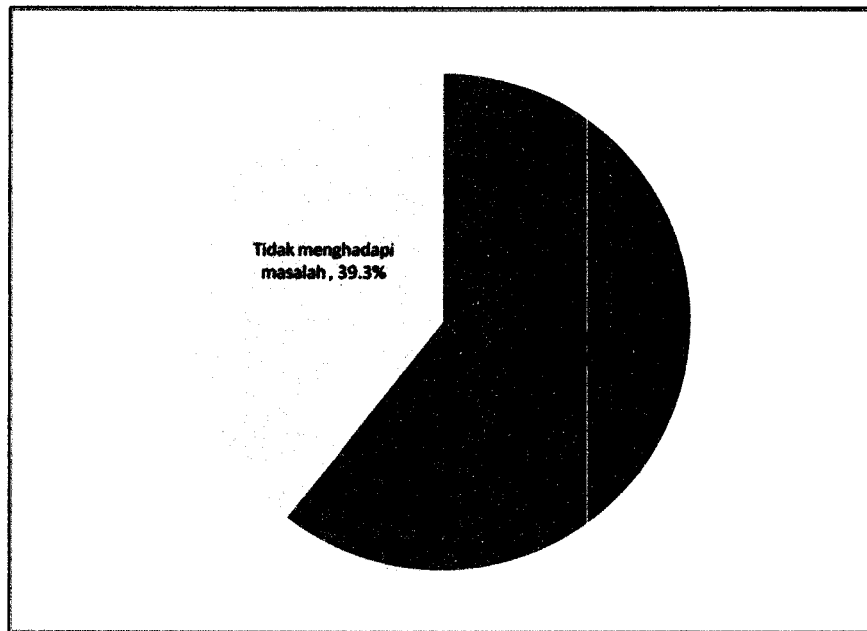
Disebabkan kehabisan wang simpanan, beliau menghadkan pengambilan herba untuk rawatan kanser bagi mengurangkan kos. Akibatnya, kanser payudara yang dihidapinya menjadi parah dan akhirnya diketahui oleh ahli keluarga. Pesakit didesak oleh ahli keluarganya mendapatkan rawatan di hospital. Pada awalnya pesakit enggan kerana takut dan malu dengan keadaan dirinya yang menghidap kanser, selain memikirkan kos rawatan yang tinggi untuk menjalani rawatan.

Pesakit akhirnya akur dengan nasihat keluarganya setelah kanser payudara yang dihidapinya semakin parah. Pesakit menjalani pemeriksaan di Hospital Alor Setar, Kedah dan didiagnosis kanser payudara tahap III (maju). Pesakit menjalani mastektomi di Hospital Pulau Pinang beberapa minggu selepas didiagnosis. Sehingga laporan ini ditulis, pesakit masih menjalani rawatan susulan di Hospital Pulau Pinang sebulan sekali.

Nota: Maklumat yang digunakan dalam bahagian ini adalah hasil daripada temubual mendalam terhadap pesakit pada 21.2.2008.

4.7 Masalah yang dihadapi oleh responden untuk ke hospital

Bahagian ini membincangkan masalah yang dihadapi responden untuk ke hospital bagi mendapatkan rawatan. Rajah 4.22 menunjukkan 60.7 peratus (179 orang) responden mengakui mereka menghadapi pelbagai masalah untuk ke hospital. Hanya 39.3 peratus (116 orang) yang tidak menghadapi masalah (Rajah 4.22).



Rajah 4.22: Responden yang menghadapi masalah dan tidak menghadapi masalah untuk ke hospital bagi mendapatkan rawatan

Kos perjalanan yang mahal merupakan antara masalah yang dihadapi oleh pesakit untuk mendapatkan rawatan di hospital yang jauh daripada tempat mereka tinggal. Tambahan pula, segelintir pesakit perlu mendapatkan rawatan di dua atau lebih hospital pada masa yang sama. Hal ini menjadi beban kepada pesakit, menyebabkan mereka tidak dapat memenuhi kedua-dua temujanji kerana menghadapi masalah ketidakcukupan wang bagi membiayai kos perjalanan. Akibat daripada ini pesakit tidak dapat memenuhi rutin rawatan dan pemeriksaan seperti yang dijadualkan. Keadaan ini diakui oleh seorang responden yang mengatakan *'bukan tak mahu pi hospital, tapi dah 2-3 kali lepas tarikh..nak pi pun dah*

sega nanti depa (pihak di hospital) kata kita tak ikut cakap ...pak cik pi dua hospital, Hospital Pulau Pinang dan Hospital Sultan Abdul Halim, Alor Setar..pi banyak hospital sabit (sebab) tu kadang-kadang tak pi..nak pi semua tempat kena belanja banyak..dah lah pak cik tak ada pendapatan la ni, harap kat anak-anak sahaja lah (Encik Wahid, 54 tahun. Temubual tidak formal, 3.5.2008).

Selain itu, masalah seperti tiada kenderaan sendiri, tidak mendapat sokongan daripada ahli keluarga dan risau meninggalkan anak-anak yang masih kecil di rumah juga menjadi masalah kepada pesakit untuk ke hospital mendapatkan rawatan. Ada segelintir responden yang berhadapan dengan ketidakcekapan sistem perkhidmatan pengangkutan awam di kawasan tempat mereka tinggal. Keadaan ini turut menjadi masalah kepada mereka untuk ke hospital bagi mendapatkan rawatan yang sewajarnya.

4.7.1 Akses ke hospital bagi mendapatkan rawatan mengikut status tempat tinggal

Majoriti responden dari luar bandar iaitu 83.5 peratus (91 orang) mengakui mereka menghadapi masalah untuk ke hospital bagi mendapatkan rawatan. Ini diikuti oleh responden pinggir bandar iaitu 60.2 peratus (59 orang). Manakala, responden dari bandar dan bandar kecil kurang menghadapi masalah iaitu masing-masing hanya 27.7 peratus (13 orang) dan 39 peratus (16 orang) (Jadual 4.18).

Jadual 4.18: Persepsi responden tentang akses mereka ke hospital untuk mendapatkan rawatan mengikut status tempat tinggal

Status tempat tinggal	Menghadapi masalah		Tiada masalah		Jumlah	
	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Bandar	13	27.7	34	72.3	47	100.00
Pinggir bandar	59	60.2	39	39.8	98	100.00
Bandar kecil	16	39.0	25	61.0	41	100.00
Luar bandar	91	83.5	18	16.5	109	100.00
Jumlah	179	60.7	116	39.3	295	100.00

Hal ini menunjukkan bahawa responden di luar bandar adalah lebih berisiko menghadapi masalah untuk ke hospital berbanding responden bandar dan bandar kecil. Namun begitu,

responden dari pinggir bandar turut mencatatkan peratusan tinggi bagi yang menghadapi masalah. Hal ini adalah luar jangkaan memandangkan tempat tinggal mereka tidak jauh daripada pusat kesihatan yang kebanyakannya terletak di kawasan bandar.

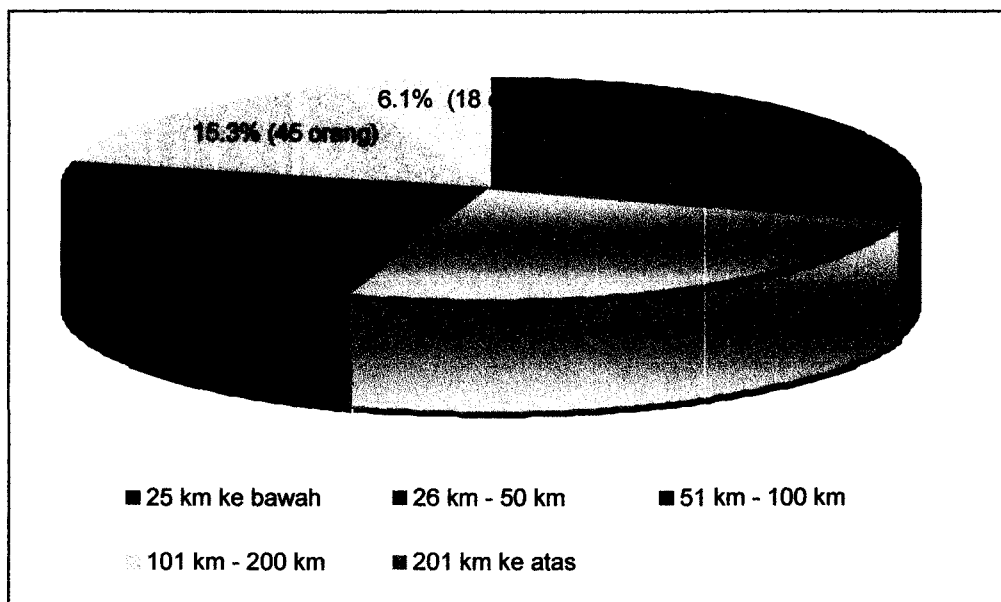
Antara masalah yang sering dihadapi oleh responden untuk ke hospital ialah masalah jarak pusat rawatan yang jauh dari rumah mereka, perlu mendapatkan rawatan daripada lebih sebuah hospital, masalah kewangan, masalah pengangkutan dan ketidakcekapan sistem pengangkutan awam. Selain itu terdapat segelintir responden yang berhadapan dengan masalah psikologi iaitu kurang mendapat sokongan daripada ahli keluarga, serta takut dan trauma terhadap kaedah rawatan kanser. Keadaan tersebut turut menghalang responden daripada mendapatkan rawatan yang sewajarnya. Walaupun tempat tinggal responden tidak jauh daripada hospital serta pesakit tidak menghadapi masalah kewangan, namun terdapat pesakit yang tidak mendapatkan rawatan akibat masalah tersebut. Masalah tersebut dirumuskan sebagai sesuatu yang bersifat 'dekat tetapi jauh', iaitu responden berada dekat daripada segi jarak dan kemampuan keluarga untuk mendapatkan rawatan, tetapi jauh dari segi psikologi, emosi dan sokongan untuk mendapatkan rawatan.

4.7.2 Jarak rumah responden dari hospital

Jarak yang jauh antara rumah responden dan hospital menjadi masalah kepada mereka untuk datang mendapatkan rawatan. Pesakit di luar bandar umpamanya terpaksa mendapatkan rawatan di pusat-pusat rawatan yang terletak di bandar-bandar besar serta jauh dari rumah mereka. Hal ini membataskan ketersampaian pesakit kepada perkhidmatan kesihatan awam seterusnya menyumbang kepada kelewatan rawatan segera.

Selain itu, pesakit terpaksa menempuh tempoh perjalanan yang lebih panjang untuk ke hospital. Hal ini memburukkan lagi keadaan kesihatan pesakit yang selalunya berada dalam keadaan sakit semasa dalam perjalanan untuk ke hospital menyebabkan terdapat pesakit berasa serik dan ada yang terus tidak datang untuk mendapatkan rawatan.

Daripada 295 orang responden yang ditemubual 30.1 peratus perlu menempuh jarak perjalanan kurang daripada 25 km untuk ke hospital tempat mendapatkan rawatan. 25.1 peratus (74 orang) pula perlu menempuh perjalanan kira-kira 26 – 50 km untuk ke hospital. Ini diikuti oleh 23.4 peratus (69 orang) yang menempuh perjalanan sejauh 51– 100 km. Manakala bagi jarak 101 – 200 km pula terdapat 15.3 peratus (45 orang). Bagi jarak melebihi 201 km, terdapat 6.1 peratus (18 orang) responden yang perlu menempuh jarak ini untuk sampai ke hospital (Rajah 4.23).



Rajah 4.23: Jarak perjalanan yang perlu ditempuh oleh pesakit untuk ke hospital bagi mendapatkan rawatan

Jarak sebenar rumah responden dengan hospital tidak semestinya sama dengan persepsi responden terhadap jarak yang perlu mereka tempuhi. Ada responden yang berpendapat jarak 30 km adalah terlalu jauh kerana mereka tiada wang untuk membayar kos pengangkutan untuk jarak tersebut. Selain itu, ketidakcekapan pengangkutan awam juga mempengaruhi persepsi responden terhadap jarak rumah mereka dengan hospital.

Hal ini seperti yang dinyatakan oleh seorang responden (ayah kepada pesakit) yang berkata *'mahu pergi hospital jauh di Hospital Penang (Hospital Pulau Pinang), saya (ayah pesakit) tidak mampu bayar teksi, kalau naik bas murah tapi susah kena banyak kali tukar*

bas..tunggu bas pun lama, kadang-kadang lewat sampai kerana masa bas datang tidak tentu..bawa dia (pesakit) pergi hospital naik motosikal sahaja belanja tidak sampai RM30 sekali ke hospital..petrol RM6 sudah cukup...kalau nak teksi atau bas RM30 tidak cukup' (En. Chong, 49 tahun. Temubual tidak formal, 3.5.2007). Responden ini menganggap jarak 30km yang terpaksa ditempuhi untuk membawa anaknya ke Hospital Pulau Pinang adalah jauh disebabkan ketidakmampuan responden ini membiayai kos perjalanan. Tambahan pula responden hanya bekerja sebagai tukang kayu yang memperolehi pendapatan kurang daripada RM750 sebulan.

Oleh itu kajian ini merumuskan, persepsi dekat atau jauh di antara tempat tinggal responden dengan hospital dipengaruhi oleh faktor kemampuan mereka untuk menampung kos perjalanan ke hospital. Bagi pesakit miskin, kos pengangkutan yang ditanggung merupakan satu beban ekonomi kerana mereka sukar menyediakan sejumlah wang untuk membiayai kos pengangkutan ke hospital. Selain itu, kesukaran untuk mendapatkan jenis pengangkutan yang sesuai terutamanya bagi mereka yang tidak memiliki kenderaan sendiri juga mempengaruhi persepsi ini. Persepsi responden ini akhirnya membawa kepada kegagalan atau kelewatan mendapatkan rawatan seterusnya memburukkan lagi keadaan pesakit.

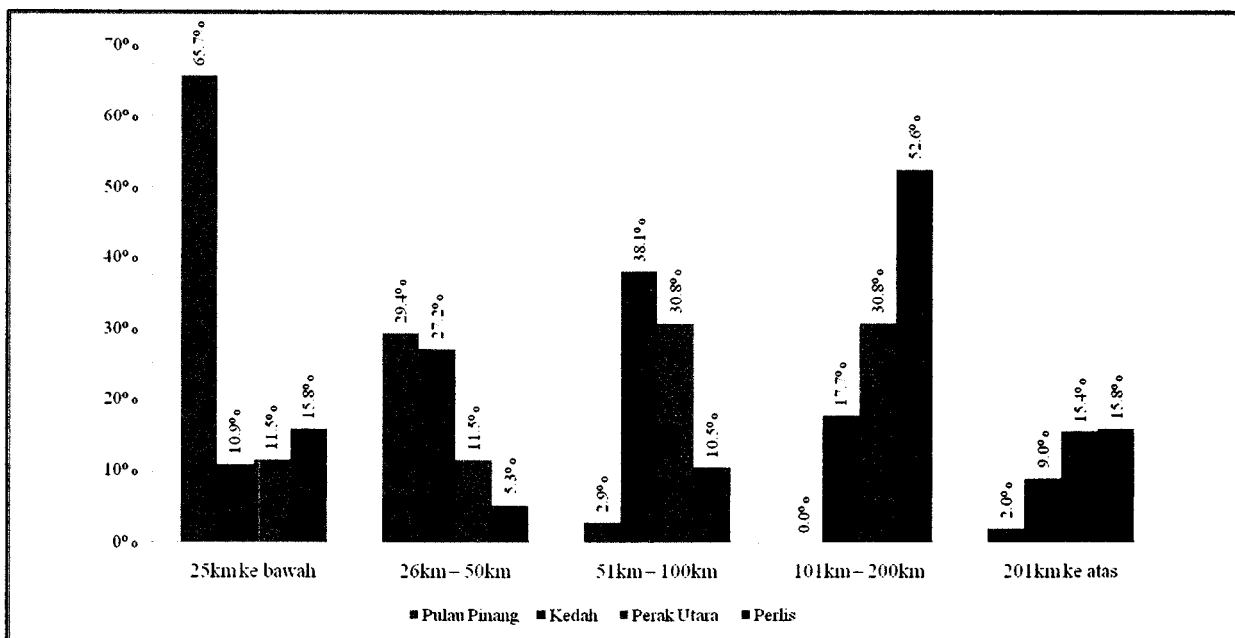
4.7.3 Jarak hospital dari rumah pesakit mengikut kawasan kajian dan status tempat tinggal

Seperti ditunjukkan dalam Jadual 4.19, majoriti pesakit dari Pulau Pinang menempuh jarak kurang daripada 25 km untuk ke hospital (65.7 peratus daripada 102 orang responden dari Pulau Pinang). Bagi responden dari Kedah kebanyakannya menempuh jarak di antara 51 – 100 km untuk ke hospital (38.1 peratus daripada 148 orang responden dari Kedah). Manakala responden dari utara Perak pula kebanyakannya menempuh jarak 51 – 100 km dan 101 – 200 km iaitu masing-masing 30.8 peratus (8 orang daripada 26 orang responden dari utara Perak). Responden dari Perlis pula lebih ramai menempuh perjalanan di antara 101 – 200 km iaitu 52.6 peratus untuk ke hospital bagi mendapatkan rawatan (Jadual 4.19).

Jadual 4.19: Jarak hospital dari rumah pesakit mengikut negeri

Jarak ke hospital	Negeri								Jumlah	
	Pulau Pinang		Kedah		Perak Utara		Perlis			
25 km ke bawah	67	65.7	16	10.9	3	11.5	3	15.8	89	30.3
26– 50 km	30	29.4	40	27.2	3	11.5	1	5.3	74	25.2
51– 100 km	3	2.9	57	38.1	8	30.8	2	10.5	70	23.5
101– 200 km	0	.0	26	17.7	8	30.8	10	52.6	44	15.0
201 km ke atas	2	2.0	9	9.0	4	15.4	3	15.8	18	6.1
Jumlah	102	100.00	148	100.00	26	100.00	19	100.00	295	100.00

Rajah 4.24 menunjukkan peratus yang tinggi bagi responden dari Pulau Pinang yang tinggal tidak jauh dari hospital tempat mereka mendapatkan rawatan. Hal ini kerana kebanyakan hospital yang menyediakan perkhidmatan rawatan kepada pesakit kanser terletak di negeri ini. Oleh itu, mereka tidak perlu pergi ke hospital yang lebih jauh untuk mendapatkan rawatan. Hal ini berbeza bagi responden dari Kedah, utara Perak dan Perlis di mana kebanyakannya mendapatkan rawatan di hospital luar dari negeri mereka. Hal ini disebabkan oleh batasan kepakaran dan peralatan yang terdapat di hospital di negeri ini. Akibatnya pesakit kanser dari Kedah, utara Perak dan Perlis dirujuk ke hospital luar yang lebih jauh daripada tempat tinggal mereka seperti Hospital Pulau Pinang.

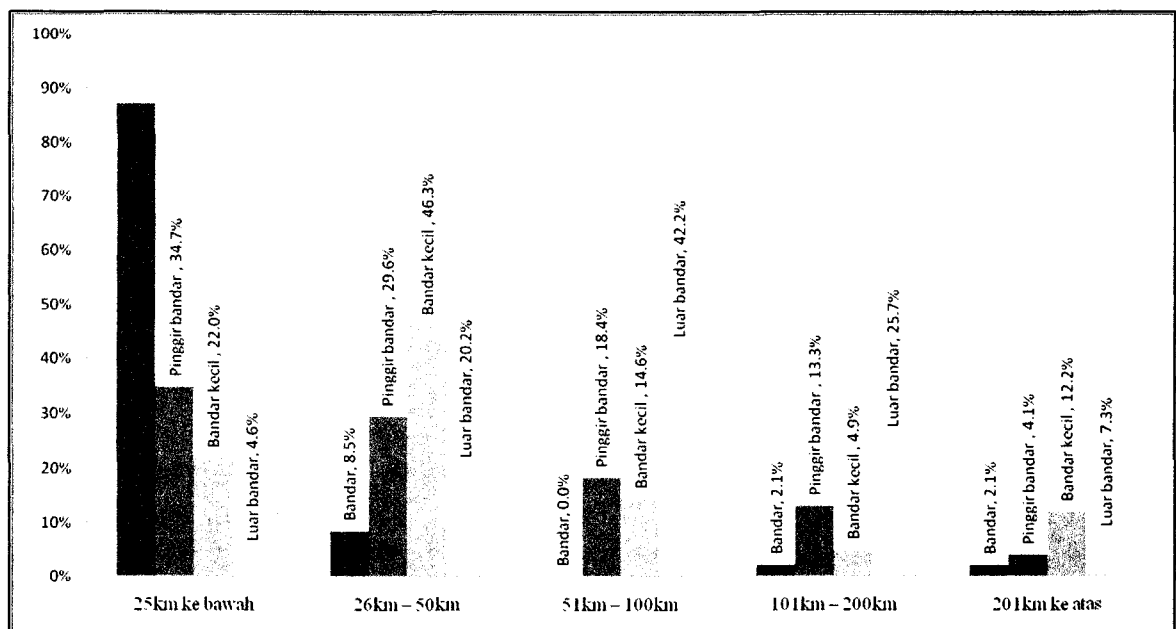


Rajah 4.24: Jarak dari rumah ke hospital mengikut kawasan kajian

Perbandingan mengikut status tempat tinggal pesakit mendapati majoriti pesakit dari bandar iaitu 87.3 peratus (42 orang) menempuh perjalanan kurang daripada 25 km untuk ke hospital. Senario yang sama bagi responden dari pinggir bandar di mana 34.7 peratus atau 34 orang daripada 98 orang menempuh jarak kurang 25 km untuk ke hospital. Bagi responden dari bandar kecil pula kebanyakannya menempuh jarak di antara 26 – 50 km iaitu 46.3 peratus daripada 41 orang responden dari bandar kecil. Kebanyakan pesakit dari luar bandar menempuh jarak yang lebih jauh untuk ke hospital mendapatkan rawatan. 42.2 peratus daripada 109 responden luar bandar menempuh jarak di antara 51km – 100km dan 25.7 peratus pula menempuh jarak lebih jauh iaitu di antara 101– 200 km (Jadual 4.20 dan Rajah 4.25).

Jadual 4.20: Jarak hospital dari rumah pesakit mengikut status tempat tinggal

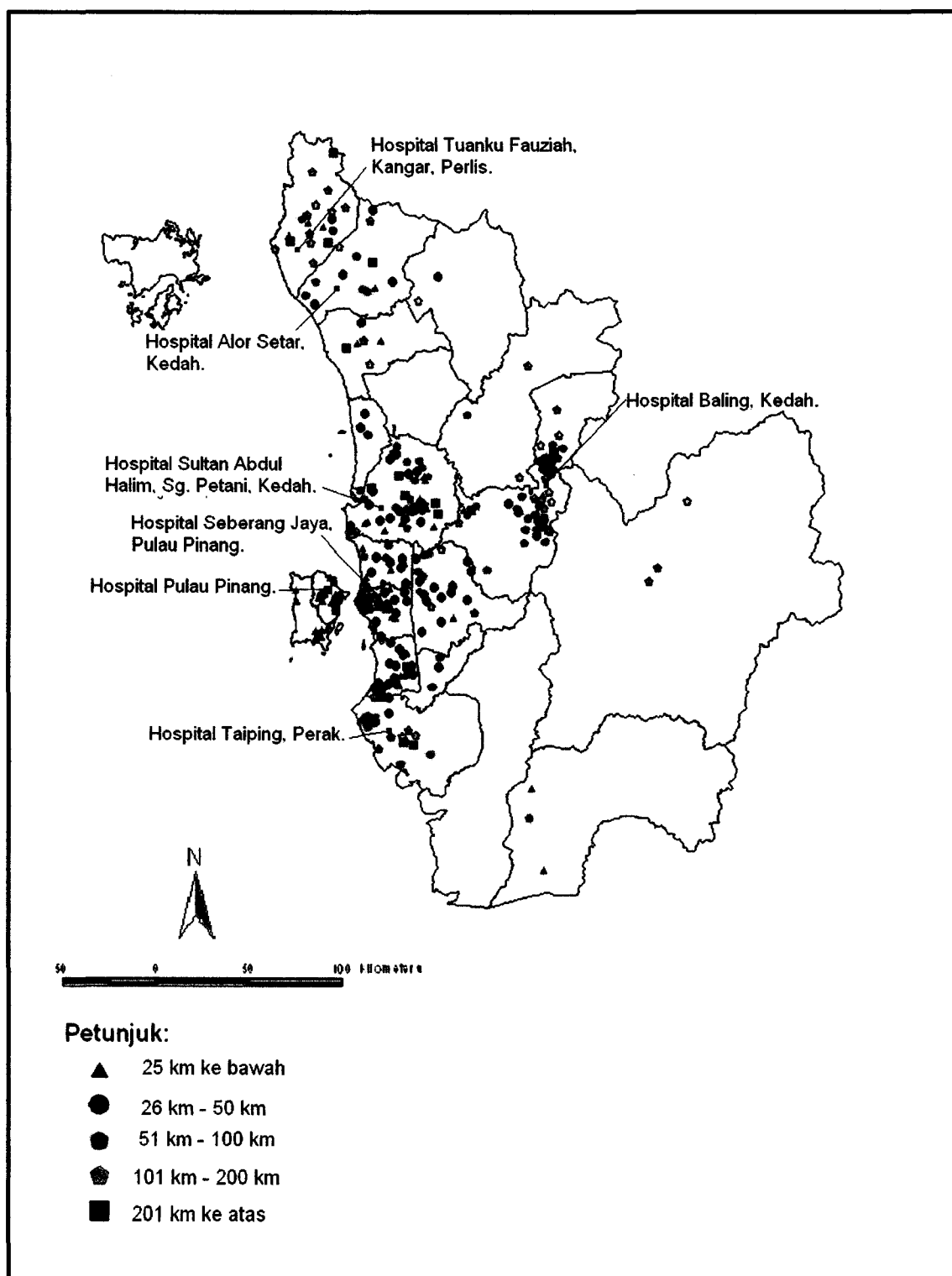
Jarak ke hospital	Status tempat tinggal								Jumlah	
	Bandar		Pinggir bandar		Bandar kecil		Luar bandar			
25km ke bawah	42	87.3	34	34.7	9	22.0	5	4.6	89	30.2
26km – 50km	4	8.5	29	29.6	19	46.3	22	20.2	74	25.1
51km – 100km	0	0.0	18	18.4	6	14.6	46	42.2	70	23.7
101km – 200km	1	2.1	13	13.3	2	4.9	28	25.7	44	14.9
201km ke atas	1	2.1	4	4.1	5	12.2	8	7.3	18	6.1
Jumlah	47	100.00	98	100.00	41	100.00	109	100.00	295	100.00



Rajah 4.25: Jarak dari rumah ke hospital mengikut status tempat tinggal responden

Rajah 4.26 memaparkan taburan responden mengikut jarak dari rumah ke hospital tempat mendapatkan rawatan. Walaupun terdapat pesakit yang mendapatkan rawatan di lebih daripada sebuah hospital, namun peta taburan ini hanya mengambilkira hospital utama tempat mereka mendapatkan rawatan kanser.

Pesakit yang diplotkan dalam peta-peta ini mempunyai tahap rawatan kanser yang berbeza iaitu (I) tahap baru diagnosis, (II) tahap menjalani rawatan lanjut (kemoterapi, radioterapi, pembedahan dan pemindahan sum-sum tulang) dan (III) tahap rawatan pemantauan berterusan selepas melalui rawatan lanjut. Perbezaan tahap rawatan kanser ini menyebabkan pesakit perlu ke hospital yang berbeza-beza bersesuaian dengan keperluan rawatan yang perlu mereka jalani. Pesakit yang baru didiagnosis dan sedang menjalani rawatan lanjut seperti kemoterapi perlu menjalani rawatan di hospital yang mempunyai kepakaran khusus terhadap kanser yang dihidapi, biasanya hospital besar seperti Hospital Pulau Pinang dan Hospital Kuala Lumpur. Hal ini menyebabkan mereka yang tinggal jauh dari hospital tersebut akan melakukan perjalanan jauh untuk ke hospital tersebut. Umpamanya pesakit dari Kedah, Perlis dan utara Perak biasanya menjalani rawatan kemoterapi, pembedahan dan radioterapi di Hospital Pulau Pinang, Hospital Seberang Jaya di Seberang Perai, Hospital Mount Miriam di Pulau Pinang dan Hospital Alor Setar di Kedah. Di tahap rawatan pemantauan berterusan, pesakit tadi boleh merndapatkan rawatan daripada hospital-hospital berdekatan dengan rumah mereka seperti Hospital Tuanku Fauziah (Perlis), Hospital Baling (Kedah), Hospital Jitra (Kedah), Hospital Sg.Petani (Kedah) dan Hospital Grik (Perak).



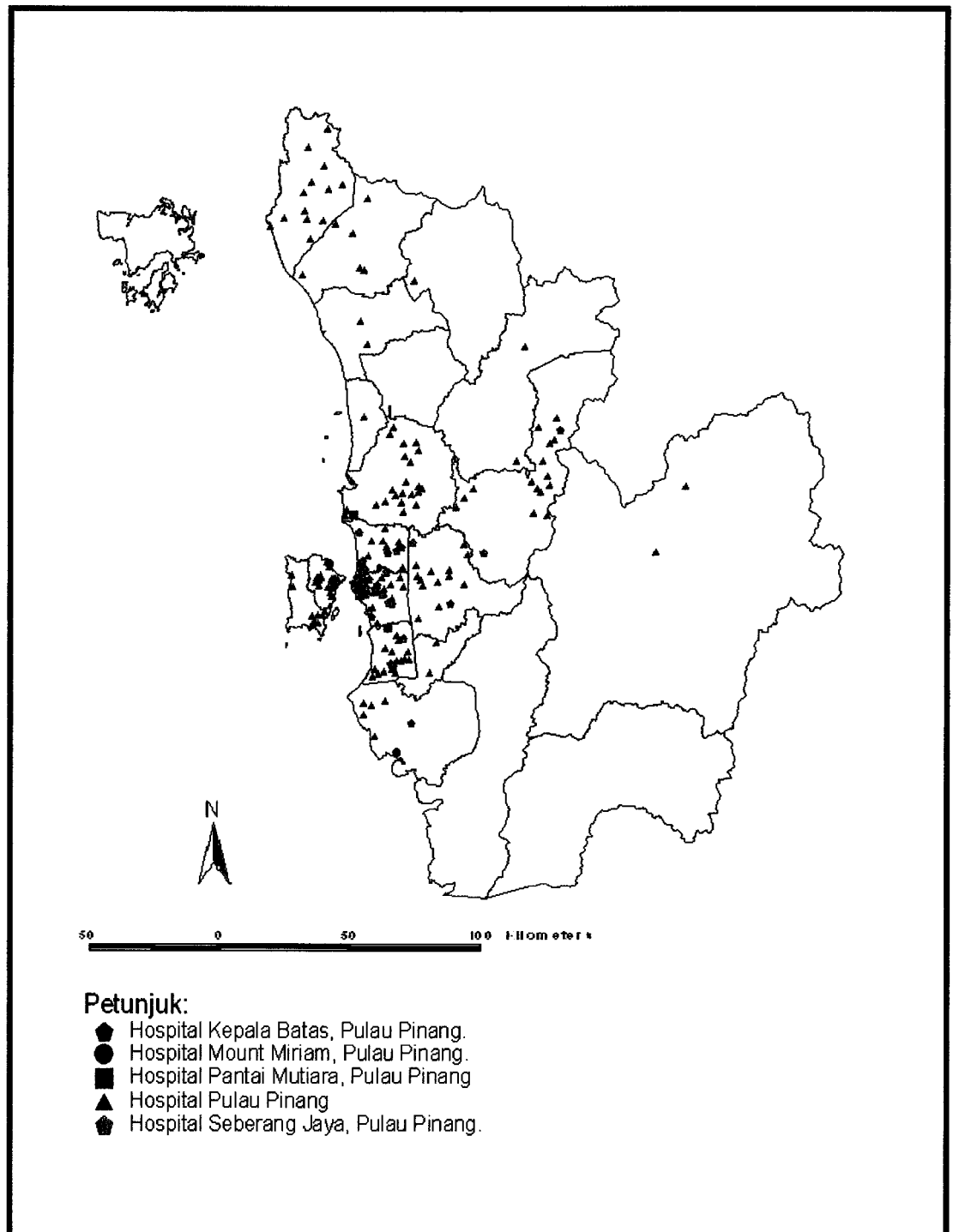
Nota: Tahap rawatan yang berbeza menyebabkan terdapat pesakit yang tinggal berhampiran dengan hospital tertentu tetapi tidak mendapatkan rawatan daripada hospital tersebut.

Rajah 4.26: Taburan responden mengikut jarak yang ditempuh dari rumah ke hospital untuk mendapatkan rawatan

4.8 Hospital tempat pesakit mendapatkan rawatan

Majoriti pesakit yang mendapatkan rawatan di Pulau Pinang berasal dari negeri Kedah, Perlis dan utara Perak. Kajian ini mendapati seramai 188 orang (63.7 peratus) pesakit mendapatkan rawatan di hospital-hospital sekitar Pulau Pinang (Rajah 4.27). Manakala selebihnya mendapatkan rawatan di pelbagai hospital, diantaranya Hospital Alor Setar di Kedah, Hospital Tuanku Fauziah di Perlis, Hospital Kuala Lumpur dan Hospital Universiti Sains Malaysia di Kelantan. Di negeri Pulau Pinang, pesakit biasanya mendapatkan rawatan di Hospital Pulau Pinang, Hospital Seberang Jaya, Hospital Kepala Batas, Hospital Pantai Mutiara dan Hospital Mount Miriam. Hal ini sejajar dengan peranan hospital-hospital yang terdapat di negeri ini terutamanya Hospital Pulau Pinang yang berperanan sebagai pusat rujukan kesihatan bagi negeri-negeri di wilayah utara semenanjung Malaysia. Rajah 4.27 memaparkan kedudukan pesakit di kawasan kajian yang mendapatkan rawatan di lima buah hospital yang terdapat di negeri Pulau Pinang. Terdapat pesakit yang tinggal berdekatan dengan hospital awam tetapi perlu mendapatkan pemeriksaan kesihatan berkala di hospital yang jauh jaraknya dari rumah mereka.

Terdapat juga pesakit yang perlu mendapatkan rawatan berkala di dua buah hospital yang berlainan seperti Hospital Alor Setar dan Hospital Pulau Pinang. Hal ini kerana pesakit mendapatkan perkhidmatan berbeza di kedua-dua hospital ini, umpamanya rawatan kemoterapi di Hospital Pulau Pinang dan pemantauan berterusan di Hospital Alor Setar. Keadaan ini menyukarkan pesakit yang kurang berkemampuan membiayai kos perjalanan untuk ke hospital, pesakit yang tidak dapat bergerak sendiri dan pesakit yang sudah lemah kerana mereka terpaksa menempuh perjalanan yang lebih jauh bagi mendapatkan rawatan.



Rajah 4.27: Taburan pesakit yang mendapatkan rawatan di hospital yang terdapat di negeri Pulau Pinang

Faktor kekurangan kepakaran dan peralatan di satu-satu hospital menyebabkan pesakit tidak sesuai mendapatkan rawatan di hospital yang berhampiran dengan rumah mereka. Ini

menyebabkan pesakit perlu melakukan perjalanan ke hospital yang lebih jauh. Hal ini menjadi beban kepada pesakit dan keluarga untuk membiayai kos perjalanan ke hospital. Bagi mengatasi masalah ini pihak hospital merangka jadual lawatan doktor pakar untuk melawat ke hospital yang tidak mempunyai kepakaran terutamanya untuk rawatan kanser. Namun begitu berdasarkan temubual dan soalselidik yang dijalankan ramai responden berpendapat jadual lawatan pakar ke hospital berhampiran dengan rumah mereka tidak membantu meringankan beban yang ditanggung. Hal ini kerana kekerapan lawatan ke hospital terbabit hanya dua bulan sekali. Menurut responden kekerapan ini tidak memadai kerana terdapat pesakit yang perlu menjalani pemeriksaan lebih kerap seperti setiap minggu, dua kali sebulan dan sekali sebulan.

Oleh itu menambah baik program lawatan doktor pakar ke satu-satu hospital iaitu dengan merangka lawatan yang lebih kerap diharapkan dapat mengurangkan beban dan kesengsaraan pesakit untuk mendapatkan rawatan. Semasa lawatan tersebut pihak hospital boleh menghubungi pesakit atau menjemput pesakit menggunakan perkhidmatan ambulan untuk menjalani pemeriksaan di hospital berdekatan. Dengan cara ini beban pesakit untuk menghadiri pemeriksaan di hospital yang mempunyai pakar dalam rawatan kanser yang dihidapinya dapat dikurangkan. Jadual 4.21 memaparkan pesakit yang perlu mendapatkan rawatan di lebih daripada sebuah hospital dan kos pengangkutan yang terpaksa ditanggung untuk ke hospital terbabit.

Jadual 4.21: Pesakit yang mendapatkan rawatan daripada lebih sebuah hospital, jarak dari rumah ke hospital, kos ditanggung, kekerapan pemeriksaan dan jenis pengangkutan digunakan

Latar belakang pesakit	Keterangan
Puan Hasnah (45 tahun) Sanglang, Kedah Diagnosis: Kanser ovari Sumber pendapatan = Pembantu kantin sekolah sebanyak RM15 sehari (RM350+- sebulan) Menyara seramai 3 orang anak yang masih bersekolah.	1) Hospital Alor Setar = 60 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: Sebulan sekali - Kos ke pusat rawatan RM80 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Kereta sewa - Ditemani oleh anak pesakit 2) Hospital Tunku Fauziah, Perlis = 20 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: Seminggu sekali - Kos ke pusat rawatan: RM30 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan = Teksi - Ditemani oleh anak pesakit Anggaran bulanan kos ke pusat rawatan = RM200
Cik Mimi (34 tahun) Arau, Perlis	1) Hospital Tunku Fauziah, Perlis = 7 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: 2 kali sebulan

Diagnosis: Kanser ovari Sumber pendapatan = Berniaga makanan ringan dan menternak ayam (purata pendapatan RM250 sebulan) Tinggal bersama ibu bapa.	- Kos ke pusat rawatan: RM18 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Teksi - Ke hospital secara bersendirian 2) Hospital Pulau Pinang, Pulau Pinang = 170 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: sebulan sekali - Kos ke pusat rawatan: RM150 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Bas & teksi - Ditemani oleh ibu pesakit Anggaran bulanan kos ke pusat rawatan = RM186
En. Wong (51) Sg. Petani, Kedah. Diagnosis: Non-Hodgkins Lymphoma Sumber pendapatan = Bergantung kepada pemberian anak setelah hilang keupayaan bekerja akibat kanser (purata pemberian anak RM500 sebulan)	1) Hospital Alor Setar, Kedah = 80 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: sebulan sekali - Kos ke pusat rawatan: RM100 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: kereta sewa - Ke hospital ditemani oleh isteri 2) Hospital Pulau Pinang = 60 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan seminggu sekali - Kos ke pusat rawatan RM80 - Jenis pengangkutan = kereta sewa - Ke hospital ditemani oleh isteri 3) Hospital Sultan Abdul Halim, Sungai Petani, Kedah = 10 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan 2 kali sebulan - Kos ke pusat rawatan RM20 - Jenis pengangkutan ke = teksi - Ke hospital ditemani oleh isteri Anggaran bulanan kos ke pusat rawatan = RM460
Adik Farah (15 tahun) Karangan, Kedah. Diagnosis: Acute Leukemia Lymphoblastic (ALL) Sumber pendapatan keluarga: Ayah pesakit bekerja sebagai ahli Bomba berpendapatan RM1300 sebulan.	1) Hospital Pulau Pinang = 45 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: seminggu sekali - Kos ke pusat rawatan: RM60 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Kereta sendiri - Ke hospital ditemani oleh ibu bapa 2) Hospital Kulim, Kedah = 18 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan 2 kali sebulan - Kos ke pusat rawatan: RM30 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Kereta sendiri - Ke hospital ditemani oleh ibu bapa Anggaran bulanan kos ke pusat rawatan = RM300
Puan Candela a/p Non (63 tahun) Arau, Perlis Diagnosis: Non-Hodgkins Lymphoma Sumber pendapatan keluarga: Anak pesakit bekerja sebagai tukang jahit = pendapatan RM1200 sebulan	1) Hospital Pulau Pinang = 200 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: sebulan sekali - Kos ke pusat rawatan: RM240 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Kereta sewa - Ke hospital ditemani oleh anak 2) Hospital Tengku Fauziah, Perlis = 18 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: seminggu sekali - Kos ke pusat rawatan: RM70 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Kereta sewa - Ke hospital ditemani oleh anak Anggaran bulanan kos ke pusat rawatan = RM520
Puan Normah (39 tahun) Grik, Perak Diagnosis: Kanser kolon	1) Hospital Pulau Pinang = 250km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: 3 kali sebulan - Kos ke pusat rawatan: RM120 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Kereta sewa pandu sendiri - Ke hospital ditemani oleh suami

Sumber pendapatan keluarga: Suami anggota tentera = pendapatan RM1200 sebulan. Menyara seramai 3 orang anak yang bersekolah	2) Hospital Sultan Abdul Halim, Sungai Petani, Kedah = 190 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: 2 kali sebulan - Kos ke pusat rawatan: RM75 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Kereta sewa pandu sendiri - Ke hospital ditemani oleh suami Anggaran bulanan kos ke pusat rawatan = RM510
Puan Kamariah (59 tahun) Baling, Kedah Diagnosis: Kanser payudara Sumber pendapatan keluarga: Bergantung kepada pendapatan suami sebagai penoreh getah = RM400; dan RM200 daripada pemberian anak	1) Hospital Sungai Petani, Kedah = 85 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: 3 kali sebulan - Kos ke pusat rawatan: RM100 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Kereta sewa - Ke hospital ditemani oleh suami 2) Hospital Pantai Mutiara, Pulau Pinang = 180 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan: sebulan sekali - Kos ke pusat rawatan: RM200 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Kereta sewa pandu sendiri - Ke hospital ditemani suami 3) Hospital Baling, Kedah = 30 km dari rumah pesakit - Kekerapan rawatan sebulan sekali - Kos ke pusat rawatan: RM10 (sekali perjalanan) - Jenis pengangkutan: Motosikal - Ke hospital secara bersendirian Anggaran bulanan kos ke pusat rawatan = RM510

Kajian ini mendapati kos pengangkutan yang ditanggung oleh pesakit untuk ke hospital adalah lebih tinggi berbanding pendapatan pesakit atau ahli keluarga yang menyara pesakit. Hal ini meninggikan risiko keluarga pesakit dihipit masalah kewangan. Keadaan ini memaksa mereka mencari jalan penyelesaian bagi mengatasi masalah tersebut. Antara langkah yang diambil ialah membuat pinjaman daripada orang lain sama ada ahli keluarga mahupun kenalan, menjual harta benda, memohon bantuan dan bekerja secara sampingan. Jadual 4.21 juga menunjukkan terdapat juga sesetengah responden dan keluarga yang berpendapatan lebih tinggi berbanding kos pengangkutan yang ditanggung untuk ke hospital. Namun selain daripada membiayai kos pengangkutan ke hospital, mereka juga bertanggungjawab untuk menyara keperluan keluarga dan anak-anak. Oleh itu, kos perjalanan yang tinggi untuk ke hospital sangat membebankan pesakit dan keluarga sehingga ada di kalangan pesakit yang berhenti daripada mendapatkan rawatan atau pemeriksaan di hospital disebabkan masalah kewangan.

4.9 Pengangkutan ke hospital dan kemudahan perkhidmatan pengangkutan awam

Tidak memiliki kenderaan sendiri atau memiliki kenderaan yang tidak sesuai untuk membawa pesakit juga menjadi faktor kegagalan pesakit mendapat rawatan. Bagi pesakit yang menghidap kanser pada peringkat kronik, perkhidmatan awam tidak sesuai digunakan bagi menempuh perjalanan yang jauh untuk ke hospital. Terdapat juga responden dan keluarga yang memiliki motorsikal dan lori, namun kenderaan ini tidak sesuai digunakan untuk membawa pesakit menempuh perjalanan yang jauh untuk ke hospital.

Ketidakcekapan dan kelemahan jaringan perkhidmatan pengangkutan awam terutamanya bas di sesetengah kawasan merendahkan lagi akses pesakit kepada hospital di mana mereka mendapatkan rawatan. Pesakit yang kerap berhadapan dengan masalah pengangkutan awam ialah mereka yang tinggal di luar bandar, tinggal jauh dari jalan utama dan mereka yang bergantung sepenuhnya kepada perkhidmatan pengangkutan awam. Masalah ini lebih menyukarkan pesakit yang perlu kerap ke hospital untuk menjalani rutin pemeriksaan atau pesakit yang sering berhadapan dengan keadaan kesihatan tidak menentu.

Di sesetengah kawasan kajian, masih terdapat tempat yang tidak dihubungi oleh jaringan perkhidmatan pengangkutan awam seperti perkhidmatan bas awam dan teksi. Responden dari tempat sebegini terpaksa bergantung kepada bantuan jiran-jiran yang mempunyai kenderaan atau sekurang-kurangnya mereka perlu memiliki motosikal sebagai pengangkutan untuk pergi ke pekan atau bandar terdekat. Masalah ini menyumbang kepada keadaan pesakit yang bertambah kronik kerana terlantar lama di rumah sebelum dapat dibawa ke hospital. Situasi ini banyak dihadapi oleh responden kajian terutama mereka yang tinggal di luar bandar. Jadual 4.22 memaparkan beberapa contoh pengalaman pesakit yang menghadapi banyak masalah disebabkan oleh ketidakcekapan perkhidmatan pengangkutan awam di tempat mereka tinggal. Daripada jadual ini, adalah jelas bahawa perkhidmatan pengangkutan yang baik dapat memudahkan pesakit dan keluarga untuk mendapatkan penjagaan kesihatan terutamanya untuk ke hospital, klinik atau ke pusat bandar.

Jadual 4.22: Pengalaman pesakit yang menghadapi masalah untuk ke hospital disebabkan masalah pengangkutan dan ketidakcekapan perkhidmatan pengangkutan awam

Maklumat pesakit	Keterangan
Puan Fidah (48 tahun), Baling, Kedah. Penghidap kanser payudara, prognosis tahap 4. Suami pesakit bekerja sebagai penoreh getah. Tinggal di rumah PPRT	Terlantar di rumah dan tidak menjalani rawatan seperti yang tercatat di dalam buku rawatan pesakit. Keadaan pesakit yang terlantar menyukarkan ahli keluarga membawa pesakit ke hospital, tambahan pula keluarga ini tidak mempunyai kenderaan sendiri. Kos menggunakan pengangkutan awam seperti teksi adalah sebanyak RM230 bagi perjalanan pergi dan balik ke Hospital Seberang Jaya, Pulau Pinang. Kos yang tinggi ini tidak mampu dibiayai oleh keluarga pesakit memandangkan suami pesakit tidak dapat menoreh kerana perlu menjaga pesakit yang terlantar. Keadaan rumah pesakit pula terletak jauh di kawasan kebun getah. Menurut suami pesakit '<i>memang tiada bas yang masuk sini, teksi pun tak nak masuk ambil penumpang kerana takut kereta sangkut kat jalan yang becak</i>'. Menurutny lagi, '<i>kalau dulu masa dia (pesakit) boleh gagah sedikit (keadaan yang agak bertenaga) pak cik panggil teksi tunggu di simpang jalan, dia pak cik usung sahaja, sekarang dah tak boleh kerana dia kata semua badan sakit-sakit</i>'.
En. Hassan (57 tahun), Merbok, Kedah. Penghidap kanser Non-Hogkins Lymphoma, Prognosis tahap 4. Bekas peneroka FELDA Tinggal menumpang di rumah saudara terdekat	Pesakit merupakan bekas peneroka FELDA di Pahang. Dikesan menghidap kanser pada tahun 2006 semasa menjalani pemeriksaan kesihatan sebagai persediaan untuk menunaikan ibadat haji. Setelah didiagnosis pesakit menjalani rawatan di HKL dan terpaksa berhenti daripada menjadi peneroka, seterusnya kembali ke Merbok, Kedah. Kini, pesakit terlantar di rumah dan ditemani oleh isterinya. Pasangan ini tidak dikurniakan anak. Menurut isterinya, pesakit sepatutnya menjalani pemeriksaan 3 kali sebulan di Hospital Pulau Pinang. Disebabkan rumah mereka terletak jauh dari jalan utama, mereka sukar mendapatkan pengangkutan awam. Tambahan pula mereka tidak mampu membayar kos kereta sewa iaitu RM100 bagi perjalanan pergi dan balik ke hospital. Menurut isterinya, '<i>semua duit untuk pi haji, habis guna untuk berubat sahaja...sekarang tak ada yang tinggal...pi hospital pun susah tak mampu bayar sewa kereta..ada dapat bantuan tapi tak cukup kerana pi hospital kerap</i>'.
En. Mukhzin (61 tahun), Felda Chuping, Perlis. Penghidap Multiple Myeloma, prognosis tahap 3. Bekas peneroka FELDA Rumah FELDA, tinggal bersama isteri dan anak-anak yang masih bersekolah	Pesakit merupakan seorang peneroka di Felda Chuping tetapi kini tidak boleh bekerja kerana faktor kesihatan. Beliau perlu menjalani pemeriksaan dan rawatan susulan di Hospital Tengku Fauziah, Perlis (seminggu sekali) dan Hospital Pulau Pinang (2 kali sebulan). Namun begitu adakalanya pesakit tidak dapat pergi ke hospital kerana masalah pengangkutan. Menurutny '<i>disini (kawasan perkampungan FELDA) tiada bas awam yang masuk, teksi memang tiada...kalau mahu ke Kangar (Bandar kecil yang berhampiran) boleh bawa motosikal..tapi pak cik dah tak sihat, tak larat bawa motosikal sekarang</i>'. Disebabkan masalah ini beliau hanya ke hospital dengan bantuan menantunya yang mempunyai kenderaan sendiri. Tetapi menurutny '<i>dia (menantu) pun ada hal lain, dia duduk asing (tidak tinggal serumah). Kadang-kadang tidak dapat hantar pak cik pi hospital. Dia tempah teksi di Kangar suruh ambil pak cik di rumah tapi selalu lambat dan kadang-kadang tak mai langsung kerana depa rugi pi Chuping ni jauh</i>'.
Nota: Maklumat jadual ini diperolehi daripada temubual mendalam dengan responden pada tahun 2007 dan 2008.	

4.9.1 Pengangkutan digunakan untuk ke hospital

Kajian ini cuba meninjau tentang jenis pengangkutan yang sering digunakan oleh responden untuk ke hospital bagi mendapatkan rawatan atau pemeriksaan. Hal ini penting untuk menggambarkan kesukaran atau halangan yang dihadapi oleh responden untuk ke hospital. Hasil daripada tinjauan mendapati pengangkutan awam bukan pilihan utama responden untuk ke hospital. Hanya 22.4 peratus (66 orang) responden menggunakan perkhidmatan ini, selebihnya menggunakan kenderaan sendiri (34.9 peratus atau 103 orang) dan menggunakan kereta sewa (32.2 peratus atau 95 orang) sama ada menyewa kereta sahaja atau kereta dipandu oleh pemilik kenderaan. 8.5 peratus (25 orang) menaiki kenderaan milik ahli keluarga seperti adik-beradik dan saudara mara terdekat (Jadual 4.23).

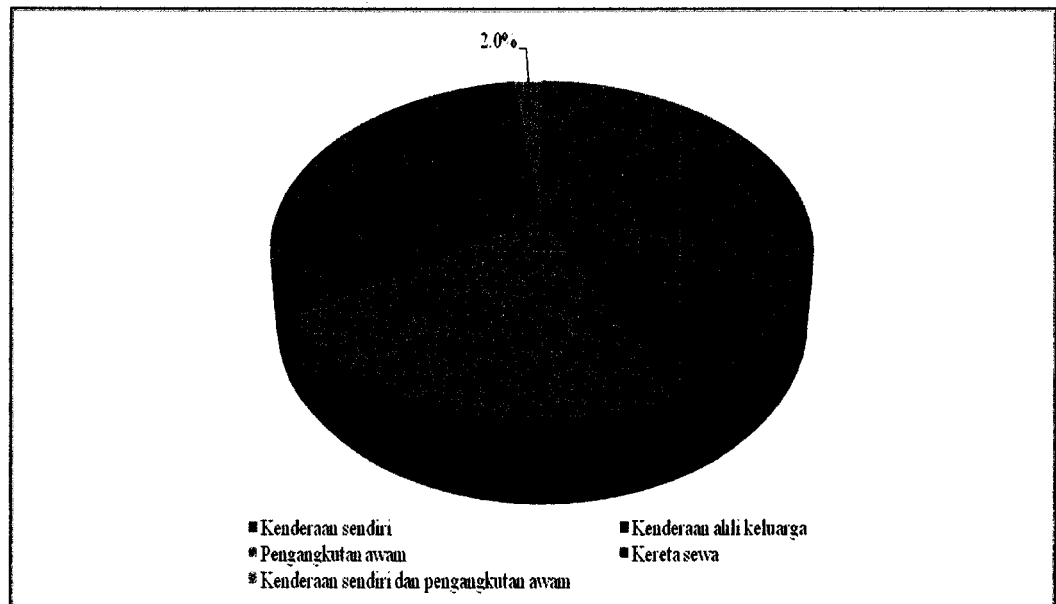
Jadual 4.23: Jenis pengangkutan yang digunakan oleh responden untuk ke hospital

Pengangkutan ke hospital	Bil	Peratus
Kenderaan sendiri	103	34.9
Kereta sewa	95	32.2
Pengangkutan awam	66	22.4
Kenderaan ahli keluarga	25	8.5
Kenderaan sendiri dan pengangkutan awam	6	2.0
Jumlah	295	100.0

Manakala 2 peratus (6 orang) pula terpaksa menggunakan perkhidmatan awam dan kenderaan sendiri pada masa yang sama. Keadaan ini dialami oleh pesakit yang tinggal jauh dari jalan utama. Pesakit bersama ahli keluarga menaiki motosikal atau berjalan kaki dari rumah untuk sampai ke simpang jalan bagi mendapatkan perkhidmatan pengangkutan awam seperti bas atau teksi untuk meneruskan perjalanan ke hospital. Biasanya jarak rumah pesakit ke simpang jalan utama adalah jauh. Dalam kajian ini penyelidik mendapati segelintir pesakit perlu menaiki motosikal sejauh kira-kira 3 – 5 km untuk sampai ke jalan utama yang menjadi laluan pengangkutan awam.

Didapati ramai responden memilih untuk menggunakan kereta sewa. Walaupun kos menaiki kereta sewa lebih mahal tetapi menaiki kereta sewa lebih memberi keselesaan kepada pesakit dan tidak perlu menunggu masa yang lama untuk sampai ke hospital. Berbeza dengan pengangkutan awam, walaupun lebih murah tetapi tidak memberikan keselesaan

kerana pesakit terpaksa berasak-asak dan kadangkala terpaksa berdiri apabila tempat duduk sudah penuh. Selain itu, keadaan pesakit yang kronik juga menyebabkan penumpang pengangkutan awam yang lain mungkin berasa kurang selesa.



Rajah 4.28: Jenis pengangkutan yang digunakan oleh pesakit untuk ke hospital

4.9.2 Jenis pengangkutan ke hospital mengikut status tempat tinggal

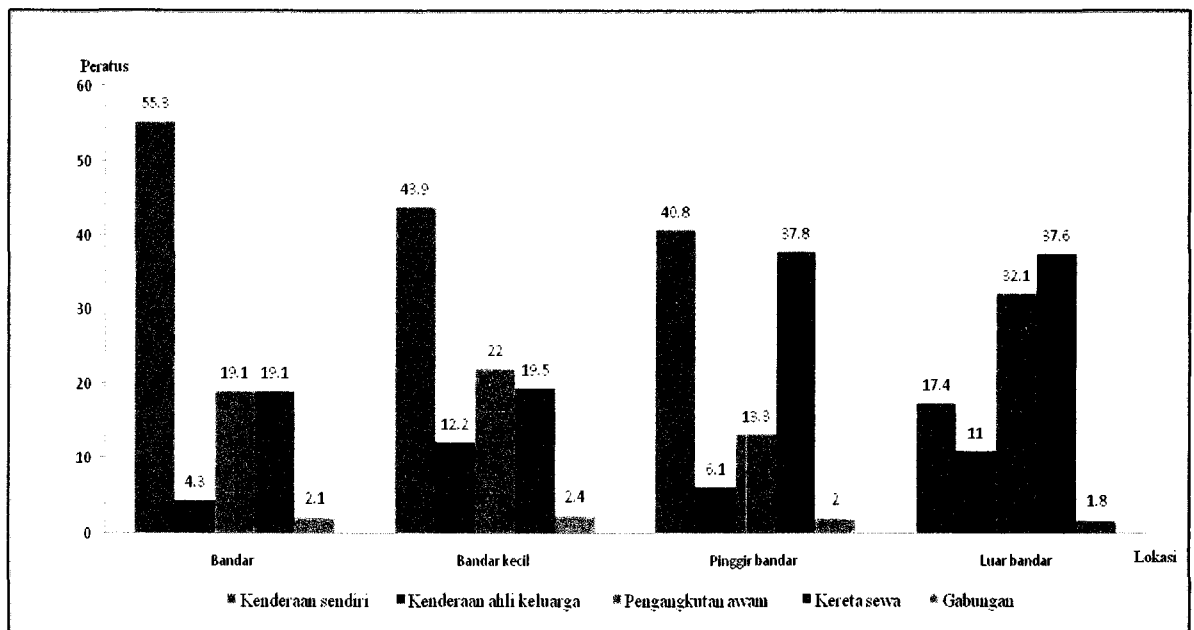
Perbandingan jenis pengangkutan ke hospital mengikut status tempat tinggal responden menunjukkan kebanyakan responden dari bandar (55.3 peratus daripada 47 orang), pinggir bandar (40.8 peratus daripada 41 orang) dan bandar kecil (43.9 peratus daripada 98 orang) lebih cenderung menggunakan kenderaan sendiri untuk ke hospital. Berbeza bagi responden dari luar bandar, hanya 17.4 peratus (daripada 109 orang) menggunakan kenderaan sendiri (Jadual 4.24).

Jadual ini juga menunjukkan penduduk luar bandar sangat bergantung kepada pengangkutan awam dan kereta sewa. Ini kerana kebanyakan mereka tidak memiliki kenderaan sendiri atau memiliki kenderaan yang tidak sesuai untuk membawa pesakit. Seperti dihuraikan dalam Bahagian III, responden luar bandar berpendapatan lebih rendah daripada responden bandar kerana kebanyakannya bekerja dalam sektor pertanian. Lantaran itu mereka tidak

berkemampuan memiliki kereta sendiri. Responden ditemui kerap mengeluh bahawa mereka terpaksa bergantung kepada pengangkutan awam kerana pendapatan mereka kecil untuk membeli kereta sendiri. Malangnya perkhidmatan pengangkutan awam seperti bas sangat tidak cekap kerana hanya melalui kawasan tempat tinggal mereka 2 atau 3 kali dalam sehari. Menurut seorang responden, *'kalau terlepas bas pukul 7 pagi, terpaksa tunggu bas pukul 11 pula'* (Puan Mona, 43 tahun. Temubual tidak formal, 18.4.2008).

Jadual 4.24: Jenis pengangkutan utama digunakan oleh pesakit untuk ke hospital mengikut status tempat tinggal

Pengangkutan utama ke hospital	Status tempat tinggal								Jumlah	
	Bandar		Pinggir bandar		Bandar kecil		Luar bandar			
	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Kenderaan sendiri	26	55.3	40	40.8	18	43.9	19	17.4	103	34.9
Kenderaan ahli keluarga	2	4.3	6	6.1	5	12.2	12	11.0	25	8.5
Pengangkutan awam	9	19.1	13	13.3	9	22.0	35	32.1	66	22.4
Kereta sewa	9	19.1	37	37.8	8	19.1	41	37.6	95	32.2
Gabungan	1	2.1	2	2.0	1	2.4	2	1.8	6	2.0
Jumlah	47	100.0	41	100.0	98	100.0	109	100.0	295	100.0



Rajah 4.29: Jenis pengangkutan utama digunakan oleh pesakit untuk ke hospital mengikut status lokasi kediaman

4.9.3 Persepsi terhadap perkhidmatan pengangkutan awam

Bahagian ini akan membincangkan tentang persepsi responden terhadap kemudahan pengangkutan awam di kawasan tempat tinggal mereka. Ramai (58 peratus) mengatakan pengangkutan awam mudah didapati, iaitu 32.2 peratus mengatakan mudah dan 25.8 peratus mengatakan sangat mudah. Manakala 42 peratus mengatakan sukar didapati iaitu 25.4 peratus mengatakan sukar (Jadual 4.25).

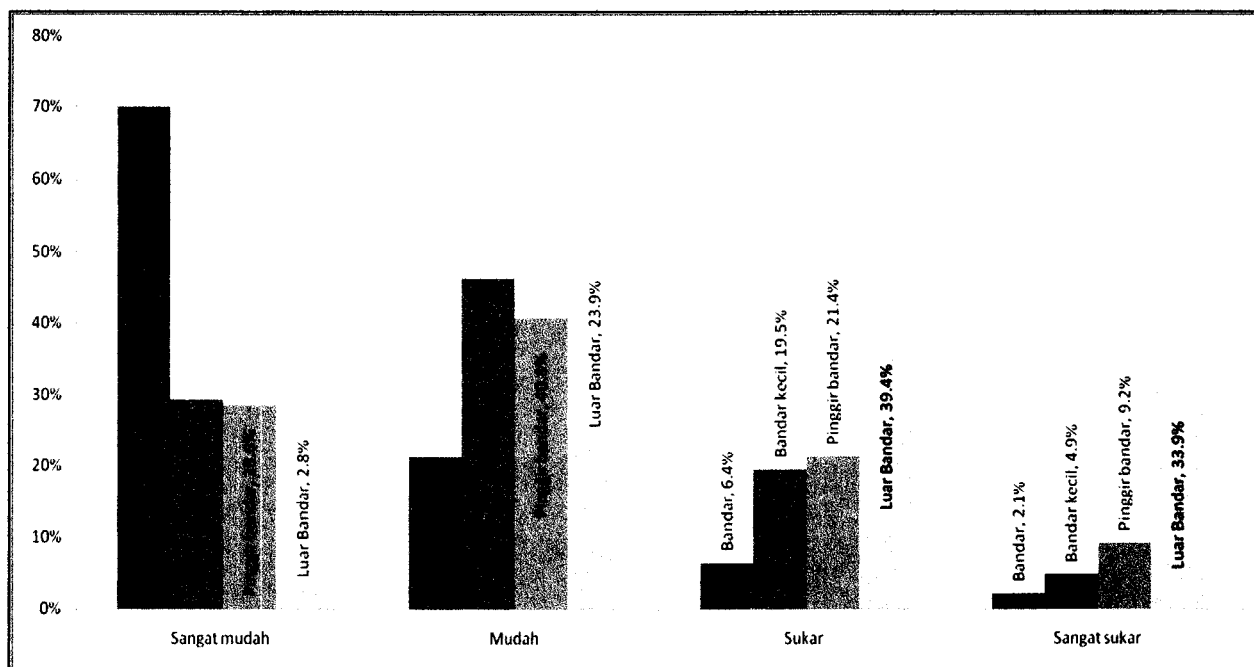
Jadual 4.25: Persepsi responden terhadap penggunaan pengangkutan awam

Persepsi terhadap kemudahan pengangkutan awam	Bil	Peratus
Sangat mudah diperolehi	76	25.8
Mudah	95	32.2
Sukar	75	25.4
Sangat sukar	49	16.6
Jumlah	295	100.0

Perbandingan dengan status tempat tinggal menunjukkan majoriti responden luar bandar mengatakan perkhidmatan pengangkutan awam sukar diperolehi (73.3 peratus). Majoriti (91.5 peratus) responden bandar pula mengatakan pengangkutan awam mudah diperolehi (Jadual 4.26). Meskipun begitu pesakit bandar tidak menjadikan pengangkutan awam sebagai pilihan utama untuk ke hospital. Kebanyakan pesakit menggunakan kenderaan sendiri, kereta sewa atau dihantar oleh ahli keluarga untuk ke hospital kerana ini lebih selesa. Hanya pesakit dari kawasan luar bandar yang kebanyakannya tidak memiliki kereta sendiri, ketiadaan kereta sewa di kawasan tersebut dan ketiadaan saudara mara atau jiran yang mempunyai kereta menyebabkan mereka terpaksa bergantung penuh kepada pengangkutan awam. Sedangkan di luar bandar kekerapan bas melalui kawasan tempat tinggal mereka sangat jarang, umpamanya hanya 2 hingga 3 kali sahaja dalam sehari. Perkhidmatan pengangkutan bas awam yang lemah ini menyukarkan pergerakan penduduk luar bandar bukan sahaja untuk ke hospital tetapi juga untuk ke pekan terdekat bagi mendapatkan barang keperluan dan berurusan di pejabat kerajaan.

Jadual 4.26: Persepsi responden terhadap penggunaan pengangkutan awam mengikut status tempat tinggal

Status kediaman responden	Persepsi terhadap penggunaan pengangkutan awam								Jumlah	
	Sangat mudah		Mudah		Sukar		Sangat sukar			
	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Bandar	33	70.2	10	21.3	3	6.4	1	2.1	47	100.00
Pinggir Bandar	28	28.6	40	40.8	21	21.4	9	9.2	98	100.00
Bandar kecil	12	29.3	19	46.3	8	19.5	2	4.9	41	100.00
Luar Bandar	3	2.8	26	23.9	43	39.4	37	33.9	109	100.00
Jumlah	76	25.8	95	32.2	75	25.4	49	16.6	295	100.00



Rajah 4.30: Persepsi terhadap penggunaan pengangkutan awam mengikut status tempat tinggal

Hal ini menunjukkan adalah sangat penting untuk meningkatkan kualiti dan kuantiti perkhidmatan pengangkutan awam di luar bandar bagi membantu mengatasi masalah yang dihadapi oleh penduduk luar bandar, apatah lagi pesakit dan keluarga kurang berkemampuan.

4.10 Rumusan: Pengetahuan tentang kanser, jarak dan aksesibiliti ke tempat rawatan

Bahagian II ini telah membincangkan tentang pengetahuan pesakit dan keluarga terhadap kanser, jarak rumah pesakit ke pusat rawatan dan kemudahan pengangkutan untuk ke pusat rawatan. Didapati pengetahuan tentang kanser adalah masih rendah di kalangan responden. Tidak ramai responden boleh menjelaskan tentang punca, simptom dan kaedah rawatan bagi kanser. Hal ini seterusnya tidak membantu pesakit dan keluarga mengambil tindakan sewajarnya sebaik sahaja didiagnosis kanser. Bahagian ini juga merumuskan bahawa pesakit dari luar bandar menghadapi lebih banyak masalah berbanding pesakit dari kawasan lain. Didapati masalah seperti tidak memiliki kenderaan sendiri, memiliki kenderaan yang tidak sesuai dan ketidakcekapan perkhidmatan pengangkutan awam merendahkan akses responden dari luar bandar untuk mendapatkan rawatan dan pemeriksaan yang sewajarnya. Masalah pengangkutan di kalangan keluarga luar bandar diburukkan lagi oleh jarak yang jauh di antara rumah ke hospital tempat mendapatkan rawatan. Ketidakkampuan pesakit dan keluarga membiayai kos pengangkutan yang mahal turut menyebabkan kegagalan pesakit untuk datang ke hospital bagi menjalani rawatan dan pemeriksaan berkala. Seterusnya hal ini memburukkan lagi prognosis di kalangan responden luar bandar.

BAHAGIAN III

4.11 Ekonomi dan akses kepada bantuan

Bahagian ini membincangkan tentang isu ekonomi di kalangan pesakit dan keluarga semasa berhadapan dengan kanser. Turut dibincangkan ialah akses kepada bantuan bagi mengetahui sejauhmanakah bantuan yang diterima oleh pesakit dan keluarga dapat membantu mengatasi masalah ekonomi yang dihadapi. Selain itu, bahagian ini meninjau masalah dan kesukaran responden mendapatkan bantuan. Seterusnya ialah perbincangan berkaitan insuran kesihatan yang bertujuan untuk melihat survival pesakit dan keluarga dari aspek ekonomi semasa berhadapan dengan kanser.

4.11.1 Masalah ekonomi semasa berhadapan dengan kanser

Majoriti responden berhadapan dengan masalah kewangan sama ada untuk membiayai kos rawatan, penjagaan atau memenuhi keperluan isi rumah. Kajian ini mendapati majoriti pesakit kehilangan pekerjaan setelah didiagnosis kanser. Ini bererti mereka kehilangan pendapatan. Masalah ekonomi ini bertambah rumit kerana kos rawatan yang tinggi manakala tempoh penyembuhan adalah lama menyebabkan kos rawatan bertambah. Akibatnya pesakit dan keluarga berhadapan dengan masalah kewangan yang serius kerana ketidakcukupan wang. Perkara ini turut menjejaskan kualiti hidup ahli keluarga yang lain. Terdapat anak-anak yang terpaksa diberhentikan sekolah kerana masalah kewangan akibat kanser.

Justeru, masalah ketidakcukupan wang merupakan masalah utama pesakit dan keluarga dalam menghadapi kanser. 74.2 peratus daripada 295 orang responden kajian mengatakan mereka menghadapi masalah ketidakcukupan sumber kewangan untuk membiayai kos rawatan, penjagaan dan memenuhi keperluan pesakit serta isi rumah lain. Hanya 25.8 peratus yang menjawab pendapatan mereka mencukupi (Jadual 4.27).

Kajian ini mendapati majoriti responden dari keempat-empat status tempat tinggal iaitu bandar, pinggir bandar, bandar kecil dan luar bandar menghadapi masalah ketidakcukupan kewangan bagi menghadapi kanser iaitu 72.3 peratus daripada 47 orang responden bandar, 72.4 peratus daripada 98 orang responden bandar kecil, 70.7 peratus daripada 41 orang responden pinggir bandar dan 78 peratus daripada 109 responden luar bandar (Jadual 4.27).

Jadual 4.27: Taburan persepsi responden terhadap pendapatan mengikut status tempat tinggal

Status tempat tinggal	Persepsi terhadap pendapatan				Jumlah	
	Mencukupi		Tidak mencukupi			
Bandar	13	27.7%	34	72.3%	47	100.00
Pinggir bandar	12	29.3%	29	70.7%	41	100.00
Bandar kecil	27	27.6%	71	72.4%	98	100.00
Luar bandar	24	22.0%	85	78.0%	109	100.00
Jumlah	76	25.8%	219	74.2%	295	100.00

4.11.2 Pendapatan isi rumah responden

Jadual 4.29 menunjukkan taburan pendapatan bulanan isi rumah responden yang ditemubual. Pendapatan isi rumah adalah mengambil kira pendapatan responden (sekiranya bekerja), pendapatan ahli keluarga yang tinggal bersama, bantuan kewangan daripada badan-badan kerajaan dan badan-badan bukan kerajaan serta sumbangan daripada anak-anak pesakit.

Didapati 12.5 peratus isi rumah berpendapatan RM600 ke bawah. Isi rumah berpendapatan di antara RM601 – RM1200 ialah 47.1 peratus (139 orang), diikuti oleh isi rumah yang berpendapatan di antara RM1201 – RM1800 (25.1 peratus), RM1801 – RM2400 (9.2 peratus) dan RM2401 ke atas (6.1 peratus) (Jadual 4.28). Purata pendapatan yang diterima oleh isi rumah ialah RM1253.69 sebulan. Jadual ini menunjukkan lebih 50 peratus isi rumah adalah tergolong dalam kategori berpendapatan rendah iaitu kurang daripada RM1200 sebulan. Pengkelasan ini adalah berdasarkan Laporan Rancangan Malaysia Kelapan (RMK8) yang menggariskan golongan berpendapatan rendah ialah mereka yang memperolehi berpendapatan bulanan kurang daripada RM1200 sebulan (Malaysia 2001).

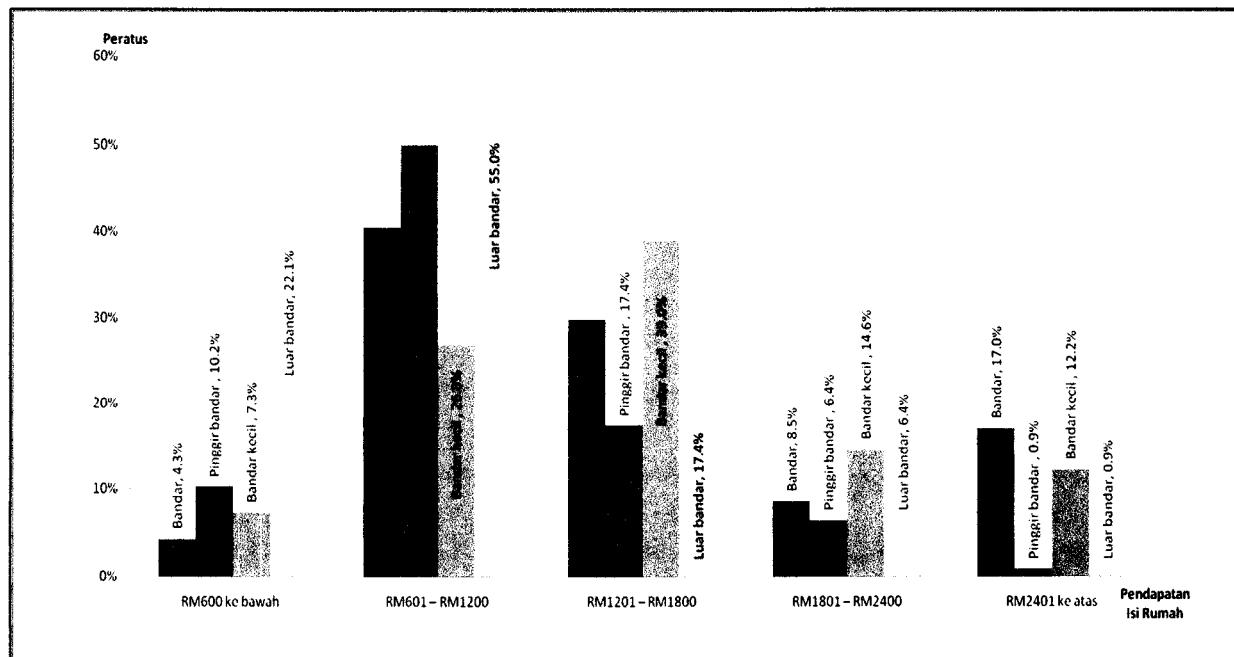
Jadual 4.28: Pendapatan isi rumah responden mengikut status tempat tinggal

Pendapatan isi rumah	Status tempat tinggal pesakit				Jumlah	
	Bandar	Pinggir bandar	Bandar kecil	Luar bandar		
RM600 ke bawah	2 4.3%	10 10.2%	3 7.3%	22 20.1%	37	12.5%
RM601 – RM1200	19 40.4%	49 50.0%	11 26.8%	60 55.0%	139	47.1%
RM1201 – RM1800	14 29.8%	25 25.5%	16 39.0%	19 17.4%	74	25.1%
RM1801 – RM2400	4 8.5%	10 10.2%	6 14.6%	7 6.4%	27	9.2%
RM2401 ke atas	8 17.0%	4 4.1%	5 12.2%	1 0.9%	18	6.1%
Jumlah	47 100.00	98 100.00	41 100.00	109 100.00	295	100.00

Perbandingan pendapatan isi rumah mengikut status tempat tinggal menunjukkan responden dari luar bandar berpendapatan lebih kecil daripada responden bandar kecil, pinggir bandar dan bandar. Jadual 4.28 menunjukkan 75 peratus responden luar bandar berpendapatan RM1200 ke bawah sebulan, iaitu 20.1 peratus memperolehi pendapatan bulanan RM600 ke

bawah dan 55 peratus berpendapatan RM601 – RM1200 sebulan. Responden bandar kecil yang berpendapatan RM1200 ke bawah ialah 34 peratus, diikuti 60.2 peratus di kalangan responden pinggir bandar dan 44.7 peratus responden bandar. Responden bandar juga lebih ramai berpendapatan RM2401 ke atas iaitu 17 peratus berbanding 0.9 peratus responden luar bandar (Rajah 4.31).

Dapatan ini menguatkan lagi perbincangan sebelumnya bahawa responden luar bandar lebih sukar dari segi ekonomi untuk berhadapan dengan kanser berbanding responden dari bandar, pinggir bandar dan bandar kecil. 'Kesengsaraan berganda' amat tepat menggambarkan keadaan mereka yang juga turut menghadapi masalah perkhidmatan pengangkutan untuk ke pusat rawatan seperti yang dijelaskan sebelum ini.



Rajah 4.31: Pendapatan isi rumah mengikut status tempat tinggal

Perbezaan pendapatan isi rumah mengikut status tempat tinggal adalah disebabkan oleh perbezaan dan jenis pekerjaan yang diceburi dan bilangan isi rumah yang menyumbang kepada pendapatan keluarga. Umpamanya kebanyakan isi rumah di bandar, pinggir bandar dan bandar kecil bekerja dalam sektor yang berpendapatan tetap dalam sektor awam dan swasta. Keadaan ini berbeza bagi isi rumah responden dari luar bandar di mana kebanyakan

mereka bekerja sektor pertanian, pekerjaan berskil rendah dan bekerja dari rumah seperti menjahit, mengasuh dan berniaga kecil-kecilan. Biasanya mereka tidak memperoleh pendapatan tetap. Ini menyebabkan mereka lebih bergantung kepada bantuan kewangan daripada badan-badan berkaitan bagi mendapatkan rawatan. Hal ini berbeza dengan mereka yang mempunyai pekerjaan tetap dan bekerja di sektor awam dan swasta. Mereka mendapat rawatan atau pemeriksaan awal secara percuma di klinik panel tempat mereka bekerja dan dibiayai sepenuhnya oleh majikan.

4.11.3 Penyumbang utama ekonomi keluarga

Bahagian ini akan mengenalpasti penyumbang utama sumber kewangan dalam keluarga pesakit. Penyumbang utama sumber kewangan keluarga ialah individu yang paling banyak memperuntukkan pendapatannya untuk keperluan keluarga. Individu yang menjadi penyumbang utama sumber kewangan keluarga ialah mereka yang berpendapatan sendiri sama ada tinggal serumah atau tidak dengan pesakit.

Jadual 4.29 menunjukkan kebanyakan penyumbang utama pendapatan keluarga ialah ibu bapa pesakit iaitu sebanyak 32.9 peratus (97 orang). Ini diikuti suami pesakit (bagi pesakit wanita) (17.3 peratus), sumbangan anak-anak bekerja (16.6 peratus), saudara terdekat (bukan adik beradik) seperti menantu, bapa saudara dan anak saudara (12.5 peratus) dan pesakit sendiri (11.9 peratus). Bagi kes pesakit sendiri yang berperanan sebagai penyumbang utama ekonomi keluarga, sudah pasti ini akan menyebabkan keluarga pesakit terbabit lebih berisiko berhadapan dengan masalah kewangan sekiranya pesakit tidak dapat lagi bekerja akibat penyakit yang dihidapinya.

Selain itu, terdapat juga isteri pesakit (bagi pesakit lelaki) yang mengambil alih tanggungjawab bekerja untuk menyara keluarga iaitu 8.8 peratus (26 orang). Hasil kajian mendapati, wanita-wanita ini menjadi penyumbang utama ekonomi keluarga setelah suami mereka didiagnosis kanser.

Jadual 4.29: Mereka yang menjadi penyumbang utama ekonomi keluarga dan menanggung kos rawatan kanser

Penyumbang ekonomi	Bil	Peratus
Pesakit sendiri	35	11.9
Suami pesakit	51	17.3
Isteri pesakit	26	8.8
Anak pesakit	49	16.6
Ibu bapa pesakit	97	32.9
Saudara terdekat (bukan adik beradik)	37	12.5
Jumlah	295	100.0

Dapatan ini merumuskan kesan yang dihadapi oleh ahli keluarga apabila anggota keluarga yang bekerja dan menyara keluarga didiagnosis kanser. Ada pesakit yang terus bekerja selagi mereka berupaya dan ini merupakan 'kesengsaraan berganda' kepada dirinya yang terus bekerja dalam keadaan sakit. Di samping itu ahli keluarga terdedah kepada kehilangan tempat bergantung sekiranya mereka sudah tidak mampu bekerja. Selain itu, terdapat pula anggota keluarga yang sebelumnya tidak bekerja, kini terpaksa keluar bekerja bagi menggantikan anggota keluarga yang tidak dapat lagi menyara keluarga. Bagi penyara keluarga yang bukan pesakit, sudah pasti beban kewangan bertambah kerana selain menyediakan keperluan makan-minum, pakaian, tempat tinggal dan persekolahan ahli keluarga mereka juga harus menanggung kos perubatan, rawatan dan perjalanan ke hospital bagi ahli keluarga yang sakit. Sekiranya keluarga ini berpendapatan kecil, sudah pasti masalah ini amat dirasakan oleh semua ahli keluarga malah boleh menjejaskan kesejahteraan hidup keluarga terbabit.

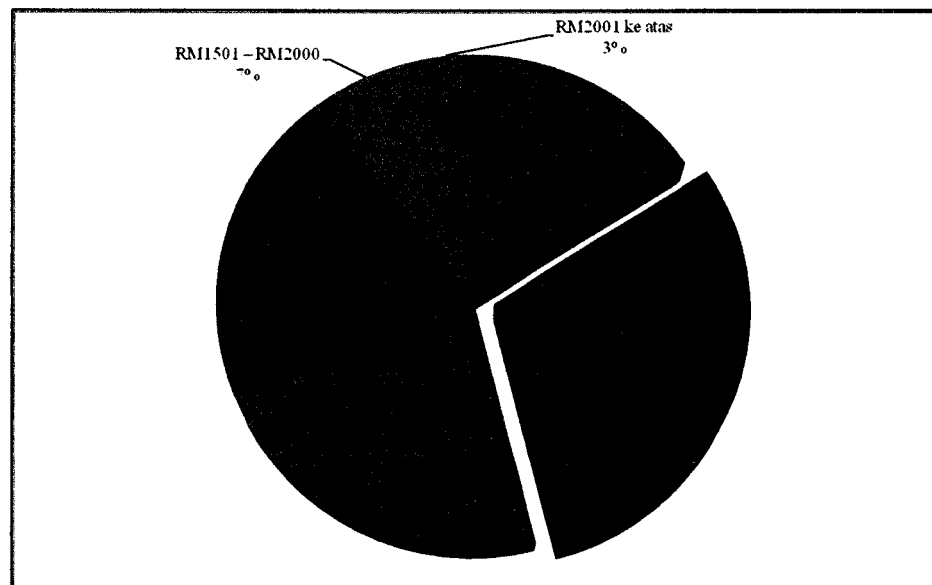
4.11.4 Pendapatan penyumbang utama keluarga pesakit

Bahagian ini meninjau tentang pendapatan penyumbang utama dalam keluarga pesakit dan seterusnya melihat persepsi mereka terhadap pendapatan yang diterima sama ada mencukupi ataupun tidak.

Kajian ini mendapati 90 peratus (268 orang daripada 295 orang penyumbang utama) tergolong dalam kumpulan berpendapatan rendah iaitu RM1500 ke bawah sebulan.

Pengkelasan tingkat pendapatan ini adalah berdasarkan tingkat pendapatan yang gariskan oleh Dewan Bandaraya Kuala Lumpur (DBKL), yang mensyaratkan hanya individu yang berpendapatan rendah iaitu kurang RM1500 sebulan layak memohon rumah kos rendah (Mohd. Zin Mohamed 2001).

Pecahan yang berpendapatan rendah ialah 16 peratus berpendapatan RM500 ke bawah sebulan, 30 peratus berpendapatan RM501 – RM750 sebulan, 23 peratus berpendapatan RM751 – RM1000 sebulan dan 21 peratus berpendapatan RM1001 – RM1500 sebulan. Tidak ramai penyumbang utama memperoleh pendapatan lebih daripada RM1501 sebulan iaitu 7 peratus (22 orang) berpendapatan di antara RM1501 – RM2000 sebulan dan 3 peratus (10 orang) berpendapatan RM2001 ke atas (Rajah 4.32).



Rajah 4.32: Taburan pendapatan penyumbang utama ekonomi dalam keluarga pesakit

Seterusnya bahagian ini meninjau tentang persepsi responden terhadap pendapatan yang diperolehi oleh penyumbang utama ekonomi keluarga. Perkara yang ditanya ialah pada pendapat mereka adakah pendapatan mereka mencukupi atau tidak. Didapati majoriti yang berpendapatan kurang daripada RM2000 sebulan mengatakan pendapatan diperolehi adalah tidak mencukupi bagi membiayai keperluan pesakit, kos rawatan dan keperluan isi rumah yang lain. Keadaan ini semakin kritikal bagi mereka yang berpendapatan kurang daripada RM750 sebulan di mana lebih 80 peratus mengatakan pendapatan mereka tidak mencukupi.

Hanya mereka yang berpendapatan lebih daripada RM2000 sebulan mengatakan pendapatan yang perolehi adalah mencukupi. Namun begitu terdapat juga yang memperoleh pendapatan melebihi RM2001 sebulan mengatakan pendapatan mereka masih tidak mencukupi (30 peratus) kerana kos rawatan pesakit yang tinggi. Penyumbang utama pendapatan juga menanggung keseluruhan keperluan pesakit dan isi rumah seperti membeli makanan tambahan untuk keperluan pesakit, membiayai kos ke hospital, menanggung anak-anak yang masih bersekolah dan membeli keperluan harian keluarga (Jadual 4.30).

Jadual 4.30: Persepsi terhadap pendapatan penyumbang utama ekonomi keluarga

Pendapatan penyumbang utama ekonomi keluarga	Persepsi terhadap pendapatan				Jumlah	
	Mencukupi		Tidak mencukupi			
RM500 ke bawah	5	10.6%	42	89.4%	47	100.00
RM501 – RM750	16	18.0%	73	82.0%	89	100.00
RM751 – RM1000	15	22.7%	51	77.3%	66	100.00
RM1001 – RM1500	23	37.7%	38	62.3%	61	100.00
RM1501 – RM2000	10	45.5%	12	54.4%	22	100.00
RM2001 ke atas	7	70.0%	3	30.0%	10	100.00
Jumlah	76	25.8%	219	74.2%	295	100.00

Ketidacukupan pendapatan untuk membiayai keperluan pesakit, kos rawatan dan keperluan isi rumah lain menyebabkan keadaan ekonomi keluarga pesakit terjejas setelah didiagnosis kanser. Hal ini menyebabkan ada di kalangan keluarga terpaksa bergantung kepada sumbangan atau bantuan daripada badan-badan seperti Jabatan Kebajikan Masyarakat, MAKNA dan bantuan daripada badan-badan bukan kerajaan yang lain. Tidak dinafikan terdapat anak-anak pesakit yang telah bekerja atau ahli keluarga yang tinggal berasingan turut menyumbang dengan memberi wang kepada keluarga mereka, tetapi sumbangan yang diberikan adalah tidak tetap dan dalam jumlah yang sedikit.

Oleh itu beban ekonomi banyak ditanggung oleh penyumbang utama ekonomi keluarga yang tinggal serumah dengan pesakit. Mereka mempunyai tanggungjawab yang berat terutama untuk menyediakan wang yang cukup bagi membolehkan pesakit mendapat rawatan dan penjagaan yang sempurna. Di samping, itu mereka juga perlu membiayai keperluan asas untuk seisi keluarga.

Sebagai contoh, salah seorang responden kajian ini yang merupakan penyumbang tunggal ekonomi keluarga bekerja sebagai nelayan kecil-kecilan. Apabila memperolehi pendapatan hasil pekerjaan yang selalunya kecil, beliau terus membeli barang paling asas iaitu makanan terlebih dahulu. Pendapatan itu juga disimpan untuk perbelanjaan rawatan isterinya yang menghadapi kanser ovari. Walaupun mendapat bantuan kebajikan daripada MAKNA sebanyak RM200 sebulan namun itu tidak mencukupi kerana isterinya perlu membuat pemeriksaan di hospital melebihi sekali sebulan. Kerap kali pendapatan beliau tidak cukup untuk dibelanjakan untuk keperluan persekolahan anak-anak. Menurutnya '*pendapatan nelayan kecil, RM400 – RM600 sebulan itu pun tak tetap...bila ada duit terus beli barang dapur (makanan) dulu. Lepas tu simpan untuk belanja isteri pi hospital...isteri dapat bantuan kebajikan dari MAKNA RM200 sebulan tapi tidak cukup kerana dia (isteri) kena pi selalu buat pemeriksaan di hospital...nak belanja anak-anak sekolah pun tak cukupsemua kena guna duit*' (Ahmad, 45. Temubual tidak formal, 29.11.2007).

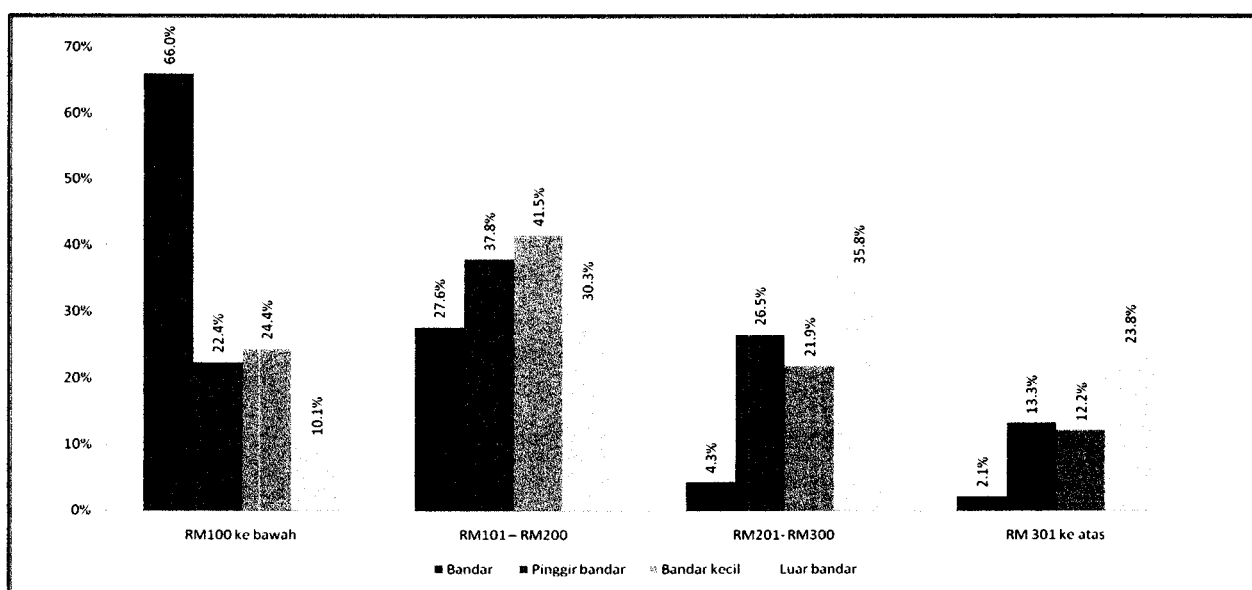
4.12 Kos pengangkutan ke hospital mengikut status tempat tinggal

Jadual 4.31 menunjukkan taburan kos pengangkutan untuk ke hospital di kalangan responden mengikut status tempat tinggal. Kebanyakan mereka menanggung kos di antara RM101 – RM200 sebulan iaitu sebanyak 33.9 peratus (100 orang). Manakala sebanyak 25.1 peratus (74 orang) menanggung kos kurang daripada RM100 sebulan. 25.7 peratus (76 orang) menanggung kos pengangkutan di antara RM201 – RM300 sebulan untuk ke hospital. Ini diikuti oleh mereka yang menanggung kos sebanyak RM301 ke atas iaitu sebanyak 15.3 peratus (45 orang) (Jadual 4.31).

Jadual 4.31: Peruntukan kos pengangkutan ke hospital mengikut status tempat tinggal

Kos ke hospital dalam sebulan	Status tempat tinggal								Jumlah	
	Bandar		Pinggir bandar		Bandar kecil		Luar bandar			
	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%	Bil	%
RM100 ke bawah	31	66	30	22.4	10	24.4	11	10.1	74	25.1
RM101 – RM200	13	27.6	37	37.8	17	41.5	33	30.3	100	33.9
RM201- RM300	2	4.3	26	26.5	9	21.9	39	35.8	76	25.8
RM 301 ke atas	1	2.1	13	13.3	5	12.2	26	23.8	45	15.2
Jumlah	47	100.00	98	100.00	41	100.00	109	100.00	295	100.00

Rajah 4.33 menunjukkan perbandingan kos ke hospital mengikut status tempat tinggal responden. Kebanyakan yang menanggung kos tinggi untuk ke hospital ialah responden dari luar bandar berbanding responden dari bandar, pinggir bandar dan bandar kecil. Umpamanya 35.8 peratus responden luar bandar memerlukan kos di antara RM201 – RM300 dan 23.9 peratus memerlukan kos RM300 ke atas untuk ke hospital. Manakala bagi responden dari bandar pula kebanyakan memperuntukan kurang daripada RM100 sebulan (66 peratus) untuk membiayai kos perjalanan ke hospital. Hal ini kerana kebanyakan lokasi hospital terletak di bandar-bandar utama.



Rajah 4.33: Kos pengangkutan ke hospital mengikut status tempat tinggal responden

4.13 Kehilangan pekerjaan atau terpaksa keluar bekerja

Majoriti pesakit kanser kehilangan pekerjaan setelah diagnosis kanser. Terdapat juga ahli keluarga pesakit yang terpaksa berhenti kerja untuk menjaga pesakit semasa mendapatkan rawatan di hospital dan penjagaan di rumah. Ekoran daripada kehilangan pekerjaan, pesakit dan keluarga menghadapi masalah kekurangan sumber kewangan untuk menampung perbelanjaan isi rumah dan juga perbelanjaan untuk menanggung kos rawatan pesakit.

Daripada 295 orang pesakit yang dikaji, seramai 209 merupakan pesakit dewasa yang tergolong dalam kumpulan produktif dari segi ekonomi. Manakala selebihnya merupakan pesakit kanak-kanak dan pesakit yang masih belajar. Daripada 209 pesakit dewasa sebanyak 24.9 peratus (52 orang) merupakan mereka yang terus bekerja selepas didiagnosis kanser, 40.2 peratus (84 orang) tidak bekerja semasa didiagnosis dan 34.9 peratus (73 orang) pesakit kehilangan pekerjaan akibat daripada kanser yang dihidapi (Jadual 4.32).

Walaupun ramai pesakit telah meninggal dunia semasa kajian ini dijalankan, tetapi maklumat tentang pekerjaan mereka diperolehi daripada ahli keluarga yang ditemubual. Mengetahui status pekerjaan pesakit sebelum mereka meninggal dunia adalah perlu bagi melihat survival mereka daripada aspek kewangan ketika menghadapi kanser. Jadual 4.32 memasukkan seramai 82 orang pesakit dewasa yang telah meninggal dunia dan maklumat tentang mereka didapati daripada keluarga pesakit.

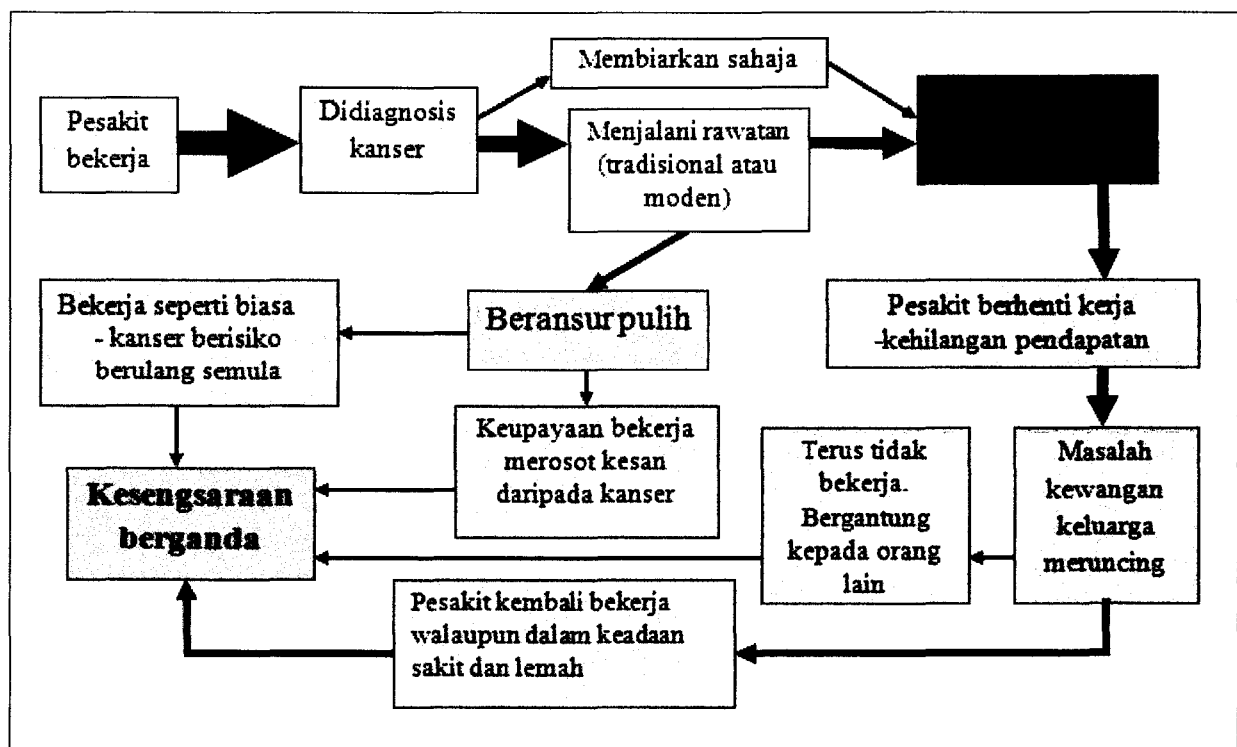
Jadual 4.32: Status pekerjaan pesakit selepas berhadapan dengan kanser mengikut jantina

Status pekerjaan	Lelaki		Wanita		Jumlah	
	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Bekerja	25	29.4	27	21.8	52	24.9
Tidak bekerja	16	18.8	68	54.8	84	40.2
Kehilangan pekerjaan kerana menghidap kanser	44	51.8	29	23.4	73	34.9
Jumlah	85	100.0	124	100.00	209	100.0

Nota: 86 orang pesakit dikeluarkan daripada jadual ini kerana mereka adalah kanak-kanak dan pesakit yang masih bersekolah (bukan diusia produktif sebagai tenaga buruh)

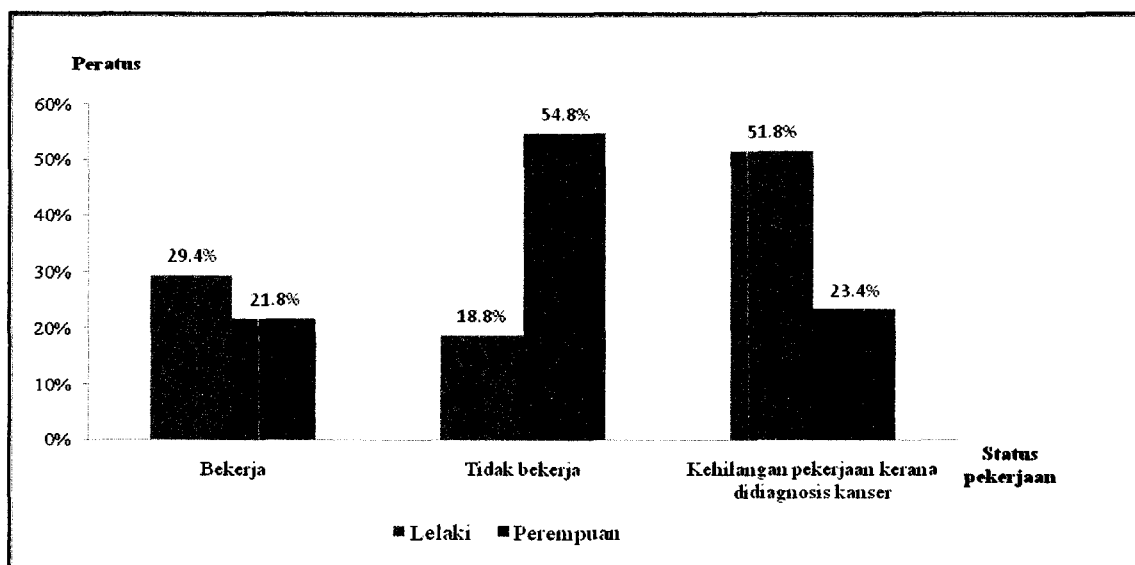
Jadual 4.32 menunjukkan perbandingan status pekerjaan pesakit selepas didiagnosis kanser mengikut jantina. Lelaki didapati lebih ramai kehilangan pekerjaan (51.8 peratus) berbanding wanita (23.4 peratus). Hal ini berlaku kerana sememangnya mereka (lelaki dewasa) bekerja sebelum didiagnosis kanser. Bagi wanita, bilangan yang tidak bekerja sebelum didiagnosis kanser adalah lebih ramai daripada yang bekerja iaitu 54.8 peratus berbanding 23.4 peratus yang bekerja dan ini menyumbang kepada sedikitnya yang berhenti kerja atau diberhentikan kerja oleh majikan di kalangan wanita (Rajah 4.35). Apa yang ingin ditonjolkan oleh kajian ini ialah terdapatnya golongan yang kehilangan pekerjaan beberapa bulan selepas didiagnosis kanser. Kesakitan dan kekerapan mengambil cuti sakit

untuk mendapatkan rawatan menyebabkan mereka terpaksa berhenti kerja secara sukarela atau diberhentikan oleh majikan. Akibatnya pesakit dan keluarga kekurangan atau kehilangan mata pencarian seterusnya mempengaruhi kesejahteraan ekonomi keluarga pesakit. Didiagnosis kanser, kehilangan pekerjaan dan seterusnya kehilangan mata pencarian merupakan kesengsaraan berganda kepada pesakit dan keluarga. Keadaan ketiadaan pekerjaan ini mungkin akan dihadapi pula oleh golongan pesakit yang masih bekerja. Sekiranya keadaan penyakit mereka bertambah teruk tidak mustahil mereka akan berhenti kerja atau diberhentikan pada suatu hari nanti. Ternyata bagi pesakit dan keluarga, mereka berhadapan dengan kesengsaraan berganda iaitu berhadapan dengan ketakutan atau kehilangan orang disayangi, berhadapan dengan risiko berhenti kerja dan seterusnya kehilangan mata pencarian untuk menanggung diri dan keluarga (Rajah 4.34).



Nota: Ketebalan garisan menggambarkan bilangan pesakit.

Rajah 4.34: Kesan kehilangan pekerjaan terhadap kesejahteraan hidup pesakit dan keluarga



Rajah 4.35: Status pekerjaan pesakit semasa berhadapan dengan kanser mengikut jantina

Bahagian 4.13.1 dan 14.13.2 memaparkan beberapa kajian kes bagi menunjukkan bagaimana kesengsaraan yang dihadapi oleh pesakit ekoran kehilangan pekerjaan selepas didiagnosis kanser.

4.13.1 Kesengsaraan berganda: Kesakitan akibat kanser, kehilangan pekerjaan dan kemiskinan hidup

Kes 1: Berhenti kerja dan bekerja semula kerana masalah kewangan telah memburukkan lagi keadaan pesakit

Encik Chong (50, lelaki) didiagnosis kanser *Recurrent NPC* pada tahun 2005. Pesakit menyedari terdapat bengkak pada lehernya pada tahun 2001 tetapi tidak mendapatkan pemeriksaan kerana bengkak itu tidak sakit. Menurut pesakit, *'nampak ada bengkak di leher nak tengok kiri-kanan pun susah...sudah 3 – 4 tahun bengkak tapi tidak sakit...buat tidak kisah..'* Sebelum didiagnosis kanser, beliau bekerja sebagai mekanik dengan purata pendapatan bulanan sebanyak RM650 sebulan. Dengan pendapatan ini, beliau menyara seramai 3 orang anak yang berumur di antara 11 hingga 16 tahun. Pada tahun 2005, bengkak pada tengkuknya mula sakit dan bernanah. Justeru beliau mendapatkan pemeriksaan kesihatan dan didiagnosis kanser tahap tiga. Disebabkan kanser didiagnosis pada tahap maju/lewat, beliau terpaksa menjalani rawatan segera iaitu menjalani pembedahan dan seterusnya rawatan kemoterapi.

Proses rawatan dan penyembuhan yang lama menyebabkan beliau diberhentikan kerja oleh majikannya pada pertengahan tahun 2005 iaitu beberapa bulan selepas didiagnosis kanser. Beliau diberikan wang pampasan sebanyak RM2000 untuk perbelanjaan perubatan tetapi jumlah ini tidak mencukupi. Keluarga ini menghadapi masalah kewangan untuk membiayai rawatan, membeli makanan dan membiayai persekolahan anak-anak sejak pesakit berhenti kerja. Masalah kewangan keluarga ini menjadi semakin meruncing apabila isterinya juga tidak dapat meneruskan kerjaya sebagai tukang jahit kerana sering berada di hospital untuk menemani pesakit. Akibatnya keluarga ini terpaksa menjual barangan rumahnya seperti peti televisyen, motosikal dan sofa bagi mendapatkan wang. Menurut isteri pesakit *'sudah tidak kerja susah, duit simpan pun sudah habis...ada barang-barang sedikit kita angkat jual...kawan-kawan tolong angkat (beli) dapat duit sedikit..boleh untuk anak-anak sekolah'* (Puan Chong, 47 tahun. Temubual tidak formal, 6.8.2007). Bagaimanapun ini masih tidak dapat menyelesaikan masalah membiayai kos rawatan kerana kosnya sangat tinggi bagi keluarga ini.

Keluarga ini tidak tahu terdapatnya saluran bantuan yang boleh diperolehi untuk meringankan beban kewangan mereka. Pesakit dan keluarganya membiayai sendiri kos rawatan kanser dengan menggunakan semua wang simpanan mereka. Rawatan yang berpanjangan terus membebankan keluarga pesakit sehingga keluarga ini terpaksa meminjam wang daripada ahli keluarga terdekat.

Keluarga ini masih dikira bernasib baik kerana banyak menerima bantuan, sumbangan kewangan dan bekalan makanan daripada saudara mara serta sahabat handai. Menurutnya *'itu saudara bagi duit boleh cukup untuk belanja rumah...kawan-kawan pun ada datang kadang-kadang bagi duit, kasihan tengok anak-anak masih sekolah'*. Disebabkan masalah kewangan semakin serius, pesakit kembali bekerja sebaik sahaja menghabiskan rawatan kemoterapi pada awal tahun 2006. Pesakit tidak menghiraukan nasihat doktor yang melarangnya agar tidak melakukan kerja-kerja berat. Menurutnya *'susah kalau tidak kerja, duit sudah tiada....orang tolong pun bukan selalu..sudah habis kemoterapi terus minta kerja tempat lain..dapat kerja bengkel baiki mesin padi...mahu harap saudara pun tidak boleh, mereka semua ada anak isteri'*. Tindakan pesakit ini membawa kesan buruk kepada kesihatannya dan penyakitnya menjadi semakin parah. Pada awal tahun 2007, setelah mendapatkan pemeriksaan di Hospital Pulau Pinang, doktor mengesahkan sel kanser telah merebak dan kini pesakit menghidap kanser tahap akhir.

Sekali lagi pesakit kehilangan pekerjaan, tetapi kali ini masalah kewangan yang dihadapi semakin meruncing. Pesakit memerlukan penjagaan rapi di rumah dan memerlukan peralatan sokongan

seperti kerusi roda. Selain itu, pesakit juga hanya bergantung kepada sumber makanan tambahan sepanjang masa seperti minum susu khas dan makanan bijirin. Kali ini, isteri pesakit terpaksa berhutang kepada ahli keluarganya kerana tidak mampu membeli keperluan dan makanan tambahan kepada pesakit. Menurut isterinya *'satu bulan boleh habis 4 tin susu, satu tin RM65...tiada duit mahu beli, adik bagi pinjam duit....saya janji nanti kalau sudah sembuh mahu bagi ini kereta sama dia kereta kalau tidak boleh bayar nanti...'*

Nota: Maklumat ini diperolehi daripada temubual mendalam dan temubual tidak formal oleh penyelidik terhadap ahli keluarga pesakit. Semasa laporan ini ditulis pesakit telah meninggal dunia.

Kes 2: Terpaksa berhenti kerja

Andy a/l Siva, lelaki (25 tahun), berkelulusan diploma daripada sebuah politeknik di Singapura. Beliau menghidap kanser jenis Non-Hodgkins Lymphoma, didiagnosis kanser di hospital Singapura pada tahun 2006. Sebelum didiagnosis, beliau bekerja di Singapura sebagai pembantu jurutera dan memperoleh pendapatan kira-kira RM2300 sebulan. Setelah didiagnosis kanser beliau sering mengambil cuti daripada majikannya. Pada awalnya beliau diberikan cuti oleh majikannya bagi membolehkan beliau menjalani rawatan, namun disebabkan kos rawatan di Singapura sangat tinggi beliau mengambil keputusan berhenti kerja dan balik ke Malaysia untuk menjalani rawatan yang lebih murah di Malaysia. Keputusannya menjalani rawatan di Malaysia juga bagi memudahkan ahli keluarga melawatnya. Beliau hanya dibayar sejumlah kecil wang sebagai pampasan kerana berhenti. Menurut pesakit *'saya terpaksa memilih untuk menjalani rawatan di Malaysia kerana dekat dengan keluarga dan lebih murah..kalau di Singapura keluarga susah nak datang melawat...ibu pun minta saya buat rawatan di sini'* (Malaysia) (Temubual tidak formal. 16.8.2007). Setelah selesai menjalani rawatan kemoterapi dan radioterapi di Hospital Pulau Pinang pesakit bercadang untuk mencari pekerjaan semula. Semasa temubual ini dijalankan pesakit baru menghabiskan rutin rawatan kemoterapi secara berkala dan kini hanya menjalani pemantauan berterusan di Hospital Pulau Pinang setiap 3 kali sebulan.

Kes 3: Diberhentikan kerja oleh majikan tanpa pengetahuan responden semasa menjalani rawatan di hospital

Julia a/p Samy (52 tahun) berasal dari Kangar, Perlis. Didiagnosis kanser kolon pada tahun 2006. Pesakit merupakan seorang ibu tunggal dan menyara seorang anak lelaki yang masih bersekolah dalam tingkatan tiga. Sebelum didiagnosis kanser, beliau merupakan seorang guru tadika

persendirian dan dibayar gaji RM480 sebulan. Menurutnya, *'auntie kerja guru TADIKA...tempat kerja tidak jauh dari rumah, tapi bila auntie disahkan menghidap kanser..terpaksa ambil cuti sampai 5 bulan kerana terpaksa dimasukkan ke wad di Hospital Pulau Pinang untuk menjalani rawatan'* (Temubual tidak formal, 13.6.2008). Pesakit mendapatkan rawatan di Hospital Pulau Pinang dan kos rawatan atau pembiayaan persekolahan anak lelakinya ditanggung oleh saudara terdekatnya. Pesakit menjalani pembedahan, kemudian menjalani rawatan kemoterapi dan radioterapi. Akibat terlalu lama bercuti, pesakit akhirnya diberhentikan kerja tanpa sebarang notis. Tempatnya telah diganti oleh guru lain. Menurutnya *'bila balik dari hospital selepas pembedahan dan habis rawatan kemoterapi di hospital, auntie ada pergi ke tempat kerja tetapi TADIKA tu dah ada guru lain ganti auntie..dia (majikan) tak bagi tahu pun....auntie sedih juga kerana dah tak ada kerja....kalau dah sakit-sakit susah cari kerja lain'* (Temubual tidak formal, 13.6.2008). Kini pesakit semakin tertekan kerana doktor yang merawatnya mengesyakki kanser kolon yang dihidapinya mungkin berulang dan beliau juga disyakki menghidap kanser ovari. Walaupun belum disahkan dan masih menunggu keputusan pemeriksaan daripada doktor mengenai status kesihatannya namun beliau sangat tertekan serta sedih.

Kes 4: Kehilangan sumber pendapatan kerana hilang upaya melakukan pekerjaan kesan daripada kanser

Puan Fauziah (51 tahun), berasal dari Padang Serai, Kulim, Kedah. Beliau didiagnosis kanser ovari pada tahun 2006. Beliau tinggal bersama suami dan dua orang anak angkatnya. Suami pesakit merupakan golongan Orang Kelainan Upaya (OKU). Sebelum didiagnosis kanser pada tahun 2006, responden merupakan seorang yang aktif menjahit dan mengajar belia kampung menjahit. Atas usaha ini beliau mendapat peruntukan daripada kerajaan untuk membeli empat buah mesin jahit. Pada masa yang sama beliau juga mendapat bantuan daripada sebuah badan politik untuk meluaskan sebuah bilik di rumahnya untuk dijadikan ruang menjahit dan tempat beliau mengadakan kelas jahitan. Pada masa ini, beliau memperolehi pendapatan di antara RM 350 – RM400 sebulan. Menurutnya pendapatan ini cukup untuk menampung perbelanjaan mereka sekeluarga. Namun begitu setelah didiagnosis kanser pada tahun 2006, beliau terpaksa menutup kelas jahitan dan tidak lagi mengambil tempahan jahitan kerana masalah kesihatan. Menurutnya *'selepas mendapat kanser mak cik dah tak menjahit....mak cik jadi tak larat, tidak boleh duduk lama kerana sakit di bahagian perut'*. Tambahnya lagi *'sekarang mata mak cik jadi kabur dan kaki pun jadi lemah macam tak boleh jalan sangat...ada doktor kata ni kesan kak berubat dulu (kemoterapi)'* (Puan Fauziah, 51 tahun. Temubual tidak formal, 25.4.2008).

Kini responden hanya mengambil upah mengupas udang dan membersihkan ikan bilis sebagai pendapatan mereka sekeluarga. Suami responden pula mendapat bantuan OKU daripada Jabatan Kebajikan Masyarakat sebanyak RM180 sebulan. Manakala bantuan yang diberikan oleh pihak MAKNA sebanyak RM250 sebulan selama setahun telahpun tamat.

4.13.2 Kesengsaraan akibat kanser turut ditanggung oleh ahli keluarga yang berhenti kerja untuk menjaga pesakit

Risiko kehilangan pekerjaan ini bukan sahaja dihadapi oleh pesakit, tetapi juga turut dihadapi oleh ahli keluarga pesakit. Kajian mendapati ada di kalangan ahli keluarga yang terpaksa berhenti kerja untuk menjaga pesakit di rumah ataupun di hospital. Keadaan ini menjejaskan lagi keadaan kewangan keluarga. Berikut merupakan kes mengenai ahli keluarga yang terpaksa berhenti kerja untuk menjaga pesakit.

Kes 1: Ibu berhenti kerja untuk menjaga anak yang didiagnosis kanser

Puan Nora (38 tahun) merupakan ibu kepada seorang pesakit kanser (Arfah, 15 tahun). Mereka tinggal di Karang, Kedah. Sebelum didiagnosis kanser, kedua ibu bapa pesakit ini bekerja dan mempunyai berpendapatan tetap. Ayah pesakit merupakan seorang anggota badan beruniform, memperolehi gaji sekitar RM1200 sebulan dan ibunya merupakan seorang pembantu tadbir di sebuah syarikat swasta memperolehi pendapatan RM1100 sebulan. Pada tahun 2007, anaknya didiagnosis kanser jenis leukemia dan menjalani rawatan kemoterapi di Hospital Pulau Pinang (semasa temubual dijalankan pesakit baru sahaja habis menjalani rawatan kemoterapi fasa 3). Oleh kerana pesakit kerap menjalani pemeriksaan di hospital dan ditahan di wad untuk tempoh masa yang lama ibu pesakit mengambil keputusan untuk berhenti kerja.

Menurut Puan Nora '*saya mengambil keputusan untuk berhenti kerja kerana perlu memberi perhatian kepada dia (pesakit).....sebelum ini, ayah dia banyak ambil cuti tanpa gaji untuk membawa pesakit ke hospital dan menjaganya....tetapi dia (ayah pesakit) kakitangan kerajaan (anggota beruniform) cuti ada had, kadang-kadang tidak dapat cuti kerana urusan kerja..kakak pula kerja swasta boleh berhenti bila-bila, kak bincang dengan suami untuk berhenti kerja...sekarang kak dah tak kerja setahun'* (Puan Nora, 38 tahun. Temubual tidak formal, 17. 10.2007).

Tindakan ibu pesakit berhenti kerja menyebabkan mereka sekeluarga mengambil keputusan untuk berpindah dan tinggal di rumah ayahnya (datuk pesakit). Mereka mengambil

keputusan ini sebagai usaha untuk mengurangkan kos perbelanjaan terutamanya untuk membayar ansuran rumah. Keluarga ini kemudiannya menyewakan rumah tersebut sebagai pendapatan sampingan untuk menampung perbelanjaan keluarga dan pembiayaan kos ke hospital. Perkara ini menjelaskan bahawa kesengsaraan akibat kanser turut ditanggung oleh seisi keluarga.

4.14 Usaha mengatasi masalah ekonomi yang dihadapi oleh keluarga

Kajian ini turut meninjau usaha pesakit dan keluarga untuk mengatasi masalah ekonomi yang dihadapi. Bagi mengatasi masalah ketidakcukupan sumber kewangan pesakit dan keluarga biasanya melakukan kerja sampingan dan meminjam wang daripada keluarga, kenalan dan bank. Terdapat juga responden yang sanggup menggadaikan barangan rumah seperti perabot, peralatan elektrik dan barang kemas sebagai alternatif terakhir untuk mendapatkan wang dengan segera. Selain itu, tidak kurang juga responden yang mengakui bahawa mereka terpaksa menjual kenderaan mereka bagi mendapatkan wang untuk membiayai rawatan. Mereka selalunya memilih untuk menjual kenderaan tersebut kepada sanak saudara bagi memudahkan mereka meminjam kenderaan tersebut apabila diperlukan. Kajian kes terpilih akan memaparkan tentang usaha untuk mengatasi masalah ekonomi oleh pesakit dan keluarga.

4.14.1 Mengatasi masalah kewangan dengan mendapatkan bantuan keluarga terdekat, memohon bantuan MAKNA dan bekerja semula selepas habis rawatan kemoterapi

Abdul (35 tahun) berasal dari Baling, Kedah adalah penghidap kanser jenis *Nasopharyngeal Carcinoma*. Beliau didiagnosis kanser pada tahun 2004. Pesakit menyara seramai 4 orang anak dan juga menyara ibu bapanya yang tinggal bersamanya. Tiga orang anak responden telah bersekolah. Sebelum didiagnosis kanser, pesakit tinggal menetap di Pulau Pinang dan bekerja sebagai jurukimpal. Pendapatan beliau sekitar RM1500 –RM 2000 sebulan. Bagaimanapun setelah didiagnosis kanser beliau terpaksa berhenti kerja. Keluarganya mula menghadapi masalah kewangan kerana beliau adalah satu-satunya penyumbang ekonomi bagi keluarganya.

Menurutnya '*Saya mula sakit tu tahun 2004. Awalnya tidak tahu kanser, saya hanya selalu selesema dan hidung keluar darah...bila disahkan kanser saya dimasukkan ke wad Hospital*

Pulau Pinang dan menjalani kemoterapi selama 4 bulan..pada masa ini majikan tak bagi cuti menyebabkan saya terpaksa berhenti kerja..kerana kehilangan pendapatan saya minta isteri dan anak-anak balik ke kampung tinggal dengan orang tua saya (ibu bapa pesakit). Tambahnya lagi, 'soal duit memang jadi masalah utama masa di hospital sampai sekarang, masa saya kerja memang tak ada simpan duit, semua duit cukup-cukup untuk belanja keluarga, anak-anak sekolah dan macam-macam nak bayar. Masa ada pendapatan dahulu saya juga yang hantar duit belanja tiap-tiap bulan pi kampung untuk mak ayah, tapi bila mula sakit, saya pula yang minta tolong kat depa..anak-anak sekolah, makan minum kami sekeluarga pun depa lah yang belanja ...bila saya sakit baru rasa menyesal tak buat simpanan walaupun sedikit masa kerja...(Abdul, 35 tahun.Temubual tidak formal, 7.11.2007).

Selepas berhenti kerja, pesakit mula menghadapi masalah kewangan dan tidak dapat menampung kos hidup di Pulau Pinang. Oleh itu, beliau meminta bantuan daripada kedua ibu bapanya di kampung. Masalah kewangan ini menjadi semakin runcing kerana beliau tidak mempunyai tabungan atau wang simpanan. Hal ini menyebabkan sumber kewangan keluarganya terus terputus apabila beliau tidak lagi bekerja.

Pada peringkat awal, beliau memohon bantuan kewangan daripada pihak MAKNA untuk menampung kos rawatan di Hospital Pulau Pinang. Maklumat tentang MAKNA diperolehi daripada kenalannya, seorang pesakit kanser yang mendapat bantuan kewangan daripada agensi ini. Beliau meminta pegawai kebajikan hospital menguruskan permohonannya untuk mendapatkan bantuan kewangan daripada MAKNA. Permohonan beliau telah diluluskan dan beliau mendapat bantuan sebanyak RM300 sebulan.

Menurutnya '*dengan duit RM300 sebulan tu lah saya bagi kat isteri, buat belanja di kampung dan kadang-kadang isteri bawa anak-anak datang pi lawat saya di Hospital*'... (Abdul, 35 tahun.Temubual tidak formal, 7.11.2007).

Setelah habis menjalani rawatan kemoterapi selama 4 bulan di Hospital Pulau Pinang, beliau dibenarkan keluar dari wad. Beliau datang semula ke hospital setiap minggu bagi menjalani pemeriksaan. Bantuan kewangan daripada MAKNA banyak membantu pesakit bagi membiayai beliau berulang-alik ke hospital setiap minggu. Walau bagaimanapun bantuan tersebut tidak mencukupi kerana wang tersebut turut digunakan untuk keperluan pebelanjaan keluarga.

Bagi mengatasi masalah ini, responden mengambil keputusan untuk bekerja semula setelah pulih daripada kesan sampingan rawatan kemoterapi. Namun, beliau tidak melakukan pekerjaan lamanya sebagai jurukimpal atas nasihat doktor. Menurut doktor bahang panas dan asap semasa mengimpal akan menyebabkan penyakitnya menjadi semakin teruk. Oleh itu, beliau disarankan tidak melakukan kerja-kerja berat dan melibatkan kimpalan.

Menurut responden '*saya mesti bekerja juga kerana ibu bapa saya pun tidak larat nak tanggung kami anak-beranak..anak bongsu saya masih kecil...masa saya di hospital ibu bapa saya yang berbelanja beli susu untuknya.....bila rasa dah larat buat kerja, saya buat kerja-kerja kampung...saya menoreh getah, kerja ni tak berat pagi-pagi awal saya keluar menoreh tak kena panas.... masa nak kutip susu saya tak buat kerana masa tu matahari dah terik, doktor nasihat saya tak boleh kena panas selalu'....* (Abdul, 35 tahun.Temubual tidak formal, 7.11.2007).

Dengan melakukan pekerjaan baru sebagai penoreh getah, beliau memperolehi pendapatan di antara RM400 – RM500 sebulan. Daripada pendapatan ini responden mampu membiayai perbelanjaan keluarga serta menampung kos perjalanan beliau ke hospital setiap minggu. Walaupun beliau tahu risiko penyakitnya akan menjadi semakin parah kerana kembali bekerja, namun beliau terpaksa demi untuk mengatasi masalah kewangan yang dihadapi. Beliau tidak mahu bergantung kepada ibu bapanya sepanjang masa kerana mereka juga tidak mempunyai pendapatan tetap.

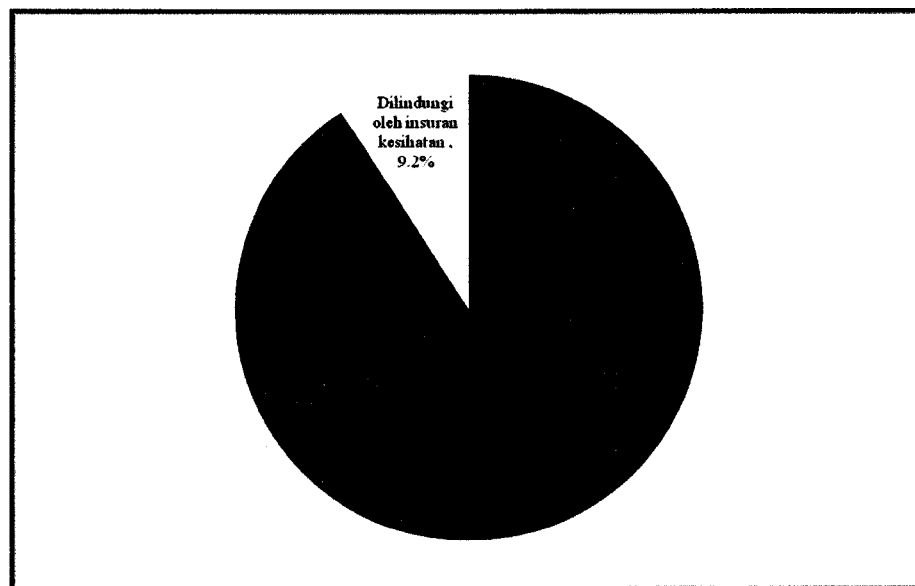
4.15 Insuran kesihatan

Memiliki perlindungan polisi insuran kesihatan adalah sesuatu yang perlu sebagai persediaan untuk berhadapan dengan masalah kesihatan. Namun bukan semua golongan mampu mendapatkan perlindungan insuran ini. Kemampuan memiliki adalah bergantung kepada kestabilan ekonomi individu dan kesedaran tentang perlunya mempersiapkan diri bagi menghadapi sebarang kemungkinan berlakunya masalah kesihatan pada masa akan datang. Dalam kajian ini pengetahuan responden tentang insuran kesihatan adalah agak baik. Namun tidak ramai responden dilindungi oleh polisi insuran kesihatan. Walaupun insuran kesihatan bukan jaminan bagi seseorang untuk mendapatkan rawatan yang sempurna daripada hospital awam atau swasta, tetapi ia merupakan satu kelebihan kepada pesakit dan keluarga semasa berhadapan dengan kos rawatan yang tinggi.

Polisi insuran akan dapat membantu mereka mengurangkan masalah kewangan kerana pihak insuran akan membiayai kos rawatan seseorang apabila menghadapi penyakit yang memerlukan kos rawatan yang tinggi.

4.15.1 Perlindungan polisi insuran kesihatan di kalangan pesakit

Dalam kajian ini, majoriti pesakit iaitu 90.8 peratus (268 orang) tidak memiliki insuran kesihatan. Hanya 9.2 peratus (27 orang) sahaja dilindungi oleh insuran kesihatan (Rajah 4.37). Daripada sudut pengetahuan tentang kepentingan memiliki insuran kesihatan, 44 peratus daripada 268 orang responden tahu tentang kepentingannya manakala 56 peratus tidak tahu. Ini membayangkan rendahnya pengetahuan lebih setengah responden kajian tentang kepentingan insuran kesihatan dan ini juga satu lagi petunjuk tentang kesukaran yang bakal dihadapi sekiranya berlaku sesuatu tidak diingini seperti kanser.



Rajah 4.37: Taburan pesakit yang dilindungi dan tidak dilindungi oleh insuran kesihatan

4.15.2 Pengetahuan tentang insuran kesihatan di kalangan mereka yang tidak memiliki insuran mengikut jantina dan status tempat tinggal

Jadual 4.33 menunjukkan tidak terdapat perbezaan yang jelas mengenai bilangan responden yang mengetahui keperluan insuran kesihatan berdasarkan perbandingan mengikut jantina. Bagi kedua-dua jantina, responden yang tidak tahu tentang insuran kesihatan adalah tinggi sedikit daripada responden yang tahu.

Jadual 4.33: Perbandingan pengetahuan responden tentang insuran kesihatan mengikut jantina

Pengetahuan tentang insuran	Jantina				Jumlah	
	Lelaki		Wanita			
	Bil	Peratus	Bil	Peratus	Bil	Peratus
Tahu	57	44.9	61	43.3	118	44.0
Tidak tahu	70	55.1	80	56.7	150	56.0
Jumlah	127	100.00	141	100.00	268	100.00

Mengikut status tempat tinggal pula, terdapat perbezaan yang jelas di antara pengetahuan tentang perlunya insuran kesihatan dengan status tempat tinggal responden. Kajian mendapati peratus yang tahu tentang perlunya insuran kesihatan agak tinggi bagi responden dari bandar (60.5 peratus), pinggir bandar (57 peratus) dan bandar kecil (67.7 peratus). Bagi responden luar bandar pula hanya 20 peratus sahaja yang tahu tentang keperluan memiliki insuran kesihatan (Jadual 4.34).

Jadual 4.34: Pengetahuan tentang perlunya insuran kesihatan mengikut status kediaman

Status kediaman responden	Pengetahuan tentang perlunya insuran kesihatan				Jumlah	
	Tahu		Tidak tahu			
Bandar	26	60.5%	17	39.5%	43	100.00
Bandar kecil	22	67.7%	12	35.3%	34	100.00
Pinggir bandar	49	57.0%	37	43.0%	86	100.00
Luar bandar	21	20.0%	84	80.0%	105	100.00
Jumlah	118	44.0%	150	56.0%	268	100.00

4.15.3 Faktor tiada perlindungan insuran

Faktor utama tidak memiliki insuran kesihatan ialah responden tidak tahu tentang kepentingan memiliki insuran kesihatan (46 peratus atau 123 orang). Responden dari golongan ini pernah mendengar tentang insuran tetapi tidak tahu bagaimana insuran dapat melindungi mereka apabila ditimpa penyakit. 54 orang (20.1 peratus) pula langsung tidak mengetahui tentang wujudnya insuran kesihatan. Di kalangan yang tahu tentang insuran kesihatan dan kepentingannya, faktor ketidakcukupan wang menyebabkan mereka tidak membeli insuran kesihatan (33.9 peratus atau 91 orang) (Jadual 4.35).

Penyelidik menjangkakan golongan terbesar iaitu golongan yang tidak tahu kepentingan memiliki insuran kesihatan ini sebenarnya turut menghadapi masalah ekonomi untuk membeli insuran kesihatan. Masalah ekonomi ini menyebabkan mereka tidak berminat untuk ambil tahu tentang insuran ini kerana mereka merasakan jika mereka ambil tahu, mereka tetap tidak mampu membeli insuran ini.

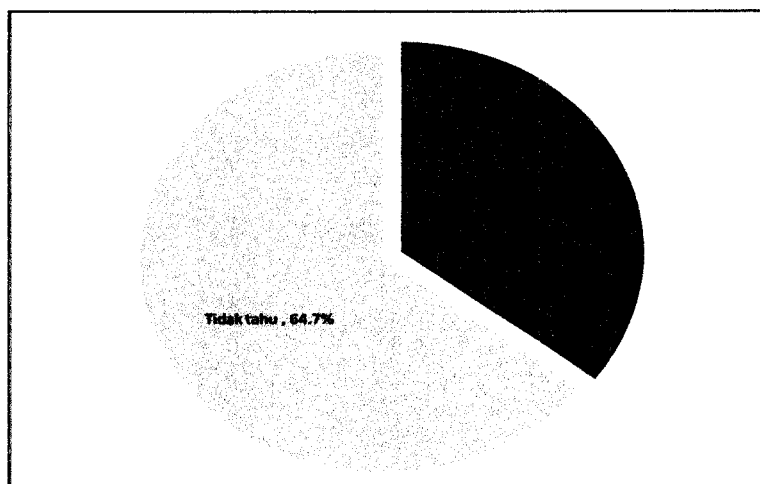
Jadual 4.35: Faktor responden tidak mendapatkan perlindungan insuran kesihatan

Faktor tidak dilindungi insuran	Bil.	%
Tiada pengetahuan tentang insuran kesihatan	54	20.1
Ekonomi tidak stabil/tidak cukup duit/ Khuatir menjadi beban kewangan pada masa hadapan	91	33.9
Tidak tahu tentang pentingnya memiliki insuran kesihatan	123	46.0
Jumlah	268	100.00

4.16 Kesukaran responden untuk mendapatkan bantuan daripada pihak-pihak tertentu

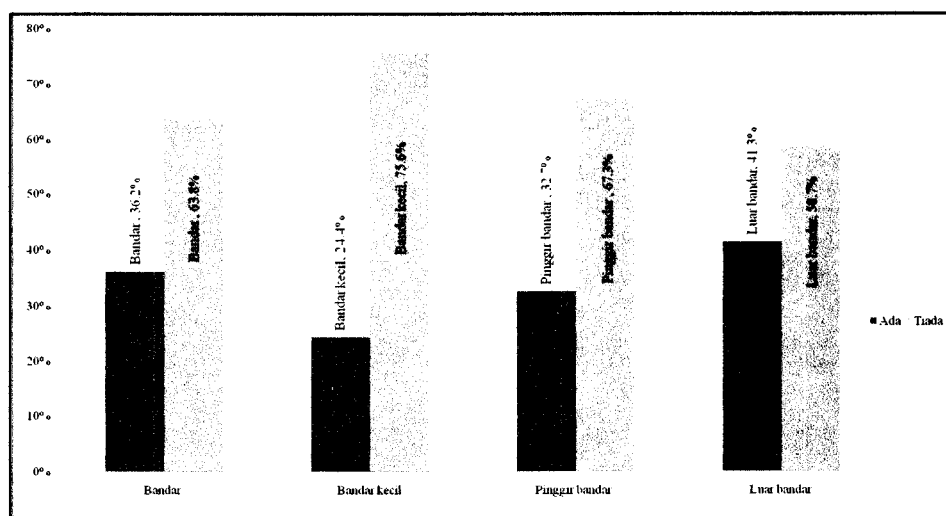
Bahagian ini akan meninjau persepsi dan kesukaran responden untuk mendapatkan bantuan daripada pihak-pihak berwajib yang menyediakan bantuan kepada pesakit kanser. Perbincangan juga akan menyentuh tentang tahap pengetahuan responden mengenai badan-badan yang ada menyediakan bantuan khusus kepada pesakit dan keluarga. Majoriti responden ialah penerima bantuan dan sokongan daripada MAKNA, oleh itu bahagian ini adalah meninjau pengetahuan mereka tentang agensi yang memberi bantuan **selain** daripada MAKNA.

Rajah 4.38 menunjukkan majoriti responden iaitu 64.7 peratus (191 orang) di empat-empat kawasan kajian mengatakan mereka tidak mengetahui terdapat agensi lain dari badan kerajaan atau bukan kerajaan yang menyediakan bantuan dan sokongan kepada pesakit kanser. Hanya 35.3 peratus (104 orang) yang tahu tentang kewujudan badan-badan kerajaan dan badan-badan bukan kerajaan yang ada menyediakan sokongan seperti HOSPIS, Persatuan Kanser Kebangsaan, badan politik dan Persatuan Agama (Persatuan Buddha).



Rajah 4.38: Pengetahuan tentang bantuan dan sokongan kepada pesakit kanser selain MAKNA

Perbandingan mengikut tempat tinggal adalah menarik di mana lebih ramai responden luar bandar berbanding bandar, pinggir bandar dan bandar kecil yang tahu tentang terdapatnya agensi selain MAKNA yang menyediakan bantuan khusus terhadap pesakit kanser dan keluarga (Rajah 4.39).



Rajah 4.39: Pengetahuan tentang badan pemberi bantuan mengikut status tempat tinggal responden

Hal ini dipengaruhi oleh kejayaan program berkaitan kesedaran kesihatan yang semakin kerap dijalankan di kawasan luar bandar. Program ini memberi kesan positif kepada tahap

pengetahuan penduduk di luar bandar. Mereka mula mengetahui tentang saluran untuk mendapatkan bantuan, khidmat nasihat dan sokongan sekiranya menghadapi sebarang masalah semasa dalam proses rawatan. Dengan adanya pengetahuan yang lebih baik di kalangan masyarakat luar bandar, ia akan dapat meringankan beban pesakit dan keluarga apabila berhadapan dengan masalah kesihatan kerana akses yang mudah kepada maklumat bantuan.

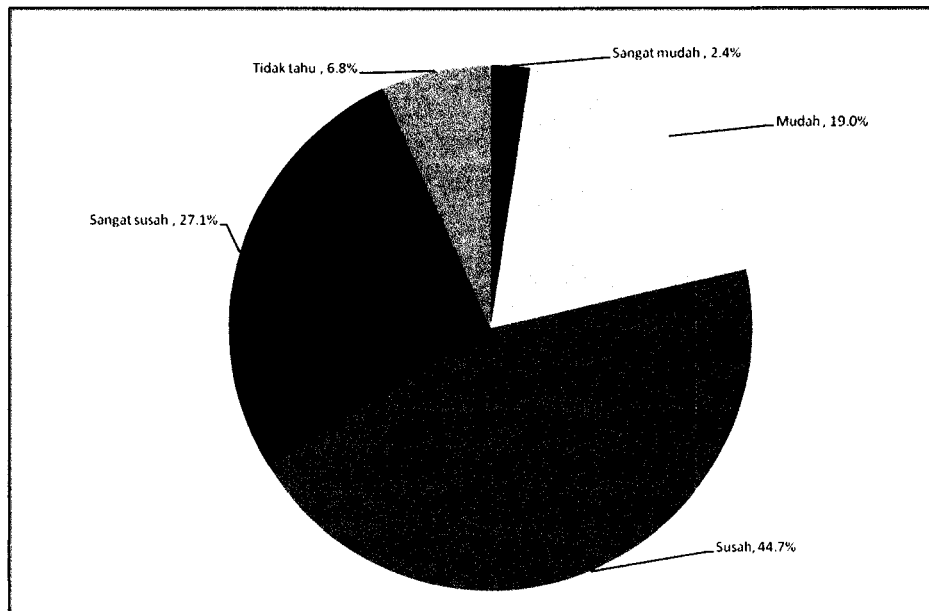
Kajian ini menunjukkan hanya 36.2 peratus responden bandar tahu tentang agensi lain yang boleh membantu pesakit kanser dan keluarga. Perlu dikaji kenapa masyarakat bandar yang seharusnya lebih terdedah kepada pelbagai maklumat, tetapi kurang mengetahui tentang saluran mendapatkan sokongan sosial dan bantuan. Mereka tidak tahu tentang prosedur dan tempat untuk mendapatkan bantuan daripada pihak tersebut. Malah disebabkan sikap tidak ambil peduli masyarakat bandar tentang maklumat yang dihebahkan, terdapat segelintir yang tidak mengetahui fungsi sesuatu agensi, menyebabkan mereka mempunyai akses yang rendah terhadap bantuan.

Ekoran daripada kurangnya pengetahuan masyarakat tentang sokongan sosial, mereka terpaksa menghadapi kesukaran semasa menjalani rawatan tanpa dibantu oleh mana-mana pihak. Kesannya mereka semakin dihipit oleh pelbagai masalah seperti masalah kewangan.

4.17 Persepsi terhadap proses permohonan untuk mendapatkan bantuan dan sokongan

Majoriti responden kajian ini adalah mereka yang menerima bantuan daripada pelbagai pihak seperti Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM), MAKNA, Persatuan Buddha, Baitulmal dan badan-badan politik. Hanya sebahagian kecil responden iaitu seramai 20 orang yang tidak pernah menerima sebarang bentuk bantuan daripada badan-badan kerajaan dan badan-badan bukan kerajaan.

Berdasarkan pengalaman pesakit dan keluarga yang menerima atau pernah menerima bantuan, 71.8 peratus daripada mereka berpendapat proses yang dilalui untuk membuat permohonan bantuan adalah sukar. Ini merangkumi 27.1 peratus yang mengatakan sangat sukar dan 44.7 peratus mengatakan sukar (Rajah 4.40).



Rajah 4.40: Persepsi responden terhadap proses yang dilalui untuk membuat permohonan bantuan dan sokongan

Adalah sesuatu yang membimbangkan apabila ramai responden berpendapat bahawa proses yang mereka lalui untuk mendapatkan bantuan adalah sukar. Hal ini kerana semasa permohonan mereka perlu mengemukakan beberapa dokumen seperti slip gaji atau pengesahan pendapatan daripada ketua kampung dan pengesahan rekod kesihatan daripada doktor yang merawat. Malah terdapat juga keadaan di mana mereka perlu mengemukakan bukti pembiayaan kos perjalanan dari rumah mereka ke hospital seperti tiket bas dan resit kereta sewa. Pesakit dan keluarga terutamanya yang tinggal di luar bandar, tiada berpendapatan tetap dan sering berpindah tempat rawatan menghadapi kesukaran untuk menyediakan dokumen tersebut. Kerenah birokrasi sedemikian menyebabkan pesakit lebih tertekan kerana beranggapan bahawa mereka tidak mempunyai tempat untuk meminta bantuan apabila menghadapi kesukaran akibat penyakit yang dihidapi.

4.17.1 Batasan mendapatkan bantuan dan sokongan

Bahagian ini pula meringkaskan tentang batasan yang dihadapi oleh responden dalam mendapatkan sokongan dan bantuan daripada badan-badan kerajaan dan badan-badan bukan kerajaan. Perbincangan sebelum ini merumuskan pesakit dan keluarga mempunyai pengetahuan yang rendah terhadap cara untuk mendapatkan bantuan. Mereka juga tidak mengetahui kewujudan agensi yang boleh membantu meringankan beban ekonomi yang mereka tanggung. Selain itu terdapat batasan lain yang merendahkan akses mereka kepada bantuan. Di antaranya:

- Pesakit berasa takut dan malu untuk mendapatkan sokongan dan bantuan. Terdapat segelintir responden yang menyifatkan kakitangan perubatan dan pegawai kebajikan sebagai tidak mesra, kasar, tidak memahami keperluan mereka dan sering menegur pesakit atau ahli keluarga dengan intonasi suara dan bahasa yang kasar yang diistilahkan oleh responden sebagai ‘main lepas cakap’. Umpamanya seorang responden berketurunan Siam dari Perlis yang pernah melalui situasi ini mengatakan *‘masa pi minta bantuan ada orang kebajikan kata kenapa tak pi Padang Besar beli barang murah-murah .. boleh jual di sini, dapat duit belanja...kalau dah ada jualan tak payah minta bantuan tambang, lama di hospital pun tak jadi masalah kerana boleh berniaga’*. Menurutny lagi ...*‘kak malu bila orang kebajikan tegur macam tu depan-depan (di khalayak ramai), lepas hari tu kak dah tak pi minta..biar kak hutang duit jiran-jiran buat tambang pi hospital’* (Jawadi, 29 tahun. Temubual tidak formal. 5.8.2007). Hal ini menyebabkan responden berasa malu, kecil hati dan mula serik untuk mendapatkan bantuan atau berurusan dengan pihak terbabit.
- Pesakit tidak mendapat maklumat berkenaan dengan penerimaan wang bantuan. Majoriti pesakit atau waris tidak mengetahui sama ada bantuan telah dikreditkan ke dalam buku akaun mereka ataupun tidak. Oleh itu, mereka sering ke bank untuk menyemak baki wang tetapi tiada wang dikreditkan oleh pihak pemberi bantuan. Oleh kerana terlalu kerap membuat penyemakan buku akaun, tetapi wang belum juga dimasukkan oleh pihak berkenaan, pesakit akhirnya berasa malu dan serik untuk membuat penyemakan seterusnya. Situasi seperti yang dihadapi oleh seorang

responden dari Baling, Kedah. Menurutnya '*masa mohon dulu, depa kata tunggu sahaja nanti depa (mereka) habaq (beritahu)....bila dah sebulan mohon pak cik pi tanya, depa kata permohonan pak cik dah lulus...depa minta pak cik pi (pergi) semak di bank.....pak cik gagah pi tanya di bank tapi tak ada...pak cik pi banyak kali tapi kerani bank kata duit tak masuk.. pak cik jadi segan nak pi semula berkali-kali, nak pi pekan pun jauh juga... pi tanya kat depa (kebajikan) pun jadi malu nanti depa kata pula kita tak sabaq (sabar) dapat duit'* (Nordin, 55 tahun. Temubual Tidak formal, 14.3.2008).

- Kebimbangan menghadapi pelbagai prosedur untuk memohon bantuan (kerenah birokrasi). Majoriti responden mengatakan sukar untuk mendapatkan bantuan daripada badan-badan berwajib. Mereka terpaksa berhadapan dengan pelbagai prosedur yang melambatkan permohonan. Selain itu, terdapat juga pemohon yang dikatakan tidak layak mendapat bantuan dengan alasan seperti (1) suami atau isteri masih sihat dan boleh bekerja, (2) anak-anak tidak ramai, (3) semua anak-anak telah bekerja.
- Terdapat juga kelemahan dalam sistem penyampaian maklumat kepada pesakit kanser yang layak menerima bantuan. Pesakit atau ahli keluarga pesakit tidak dimaklumkan oleh pihak bertanggungjawab tentang status permohonan mereka. Umpamanya, pihak MAKNA tidak menghantar surat kepada pemohon yang berjaya. MAKNA hanya memberitahu keputusan permohonan kepada pihak jabatan kebajikan perubatan di hospital, dan pihak jabatan kebajikan perubatan hanya menunggu pesakit datang untuk menyemak status permohonan mereka. Namun begitu, ramai pesakit yang telah keluar dari wad atau berpindah pusat rawatan sebelum status permohonan mereka diketahui. Pihak jabatan kebajikan perubatan hospital pula tidak mengetahui jadual lawatan pesakit ke hospital atau tempat pesakit mendapatkan rawatan untuk memaklumkan status permohonan mereka. Akibatnya pemohon tidak mengetahui tentang bantuan yang mereka terima.

4.18 Rumusan: Masalah ekonomi, pekerjaan, insuran kesihatan serta akses kepada bantuan

Bahagian III ini telah membincangkan tentang masalah ekonomi keluarga yang berhadapan dengan kanser seperti masalah kewangan, pekerjaan, insuran kesihatan serta akses kepada bantuan. Daripada perbincangan ini didapati pesakit kanser dan keluarga menghadapi pelbagai masalah sama ada untuk mendapatkan rawatan mahupun sokongan sosial. Pendapatan keluarga yang rendah memburukkan lagi keadaan mereka dalam menghadapi penyakit ini. Keadaan ekonomi pesakit dan keluarga lebih meruncing apabila pesakit atau penyumbang utama ekonomi keluarga kehilangan pekerjaan akibat daripada kanser. Malah terdapat pesakit yang hilang upaya untuk bekerja akibat daripada kanser yang dihidapi dan kesan sampingan daripada rawatan yang dijalani. Hal ini menjejaskan lagi kesejahteraan ekonomi di kalangan pesakit dan keluarga. Tambahan pula kebanyakan pesakit tidak dilindungi insuran kesihatan menyebabkan keluarga semakin dihipit masalah kewangan semasa menghadapi rawatan dan penjagaan pesakit kanser yang memerlukan kos tinggi.

Sememangnya mereka berusaha untuk mengatasi masalah ini dengan pelbagai cara seperti bekerja semula, memohon bantuan daripada ahli keluarga serta daripada badan-badan kerajaan dan badan-badan bukan kerajaan. Namun disebabkan oleh rendahnya pengetahuan mereka tentang kewujudan badan-badan tertentu yang ada memberi bantuan dan sokongan kepada pesakit, menyebabkan mereka tidak membuat sebarang permohonan bantuan. Hanya sebilangan sahaja kecil sahaja yang tahu tentang kewujudan agensi yang menyediakan bantuan. Di samping itu, kerenah birokrasi dan sikap sesetengah individu yang terlibat dalam menyalurkan bantuan telah menyebabkan pesakit "semakin jauh" daripada bantuan yang seharusnya mereka dapat. Dalam kata lain, pesakit tidak mempunyai aksesibiliti yang baik kepada bantuan tersebut.

4.19 Kesimpulan

Bahagian I dalam bab ini telah menjelaskan tentang latar belakang pesakit iaitu tentang taburan jantina, umur, status tempat tinggal, diagnosis dan prognosis mereka. Bahagian II pula telah membincangkan tentang tahap pengetahuan pesakit dan keluarga terhadap kanser serta jarak dan aksesibiliti mereka ke pusat rawatan. Bahagian ini menjawab objektif pertama dan kedua penyelidikan ini iaitu dengan menyimpulkan:

- Pesakit dan keluarga tahu tentang kanser tetapi tiada usaha di kalangan mereka untuk menghindari penyakit ini. Tidak ramai yang pernah menjalani saringan kanser
- Kebanyakan pesakit dan keluarga dari bandar mempunyai pengetahuan lebih baik sedikit berbanding dari kawasan lain
- Majoriti pesakit dan keluarga masih tidak tahu tentang tanda-tanda kanser terutamanya bagi masyarakat luar bandar. Rendahnya pengetahuan tentang simptom kanser menyebabkan pesakit lewat mendapatkan rawatan atau memilih tindakan yang tidak membantu untuk penyembuhan kanser
- Pengetahuan tentang simptom kanser lebih baik di kalangan wanita berbanding lelaki
- Ramai responden wanita takut dan malu untuk membuat pengesanan awal kanser menyebabkan kelewatan diagnosis serta menyebabkan prognosis yang lebih buruk semasa didiagnosis
- Ramai pesakit dan keluarga di luar bandar yang lebih dipercayai kaedah perubatan tradisional. Mereka lebih selesa berubat secara tradisional atau melalui kaedah alternatif sebelum mendapatkan pemeriksaan di hospital. Tindakan ini menjadi kebiasaan kepada masyarakat luar bandar disebabkan oleh faktor kepercayaan, budaya dan akses yang mudah terhadap perkhidmatan tersebut
- Responden luar bandar menghadapi masalah untuk ke hospital kerana pusat rawatan terletak jauh daripada rumah mereka. Kebanyakan pusat rawatan yang mempunyai kepakaran dan peralatan rawatan kanser terletak di bandar-bandar utama
- Ketidakecapan perkhidmatan pengangkutan awam merendahkan akses responden, terutamanya yang tinggal di luar bandar untuk ke pusat rawatan

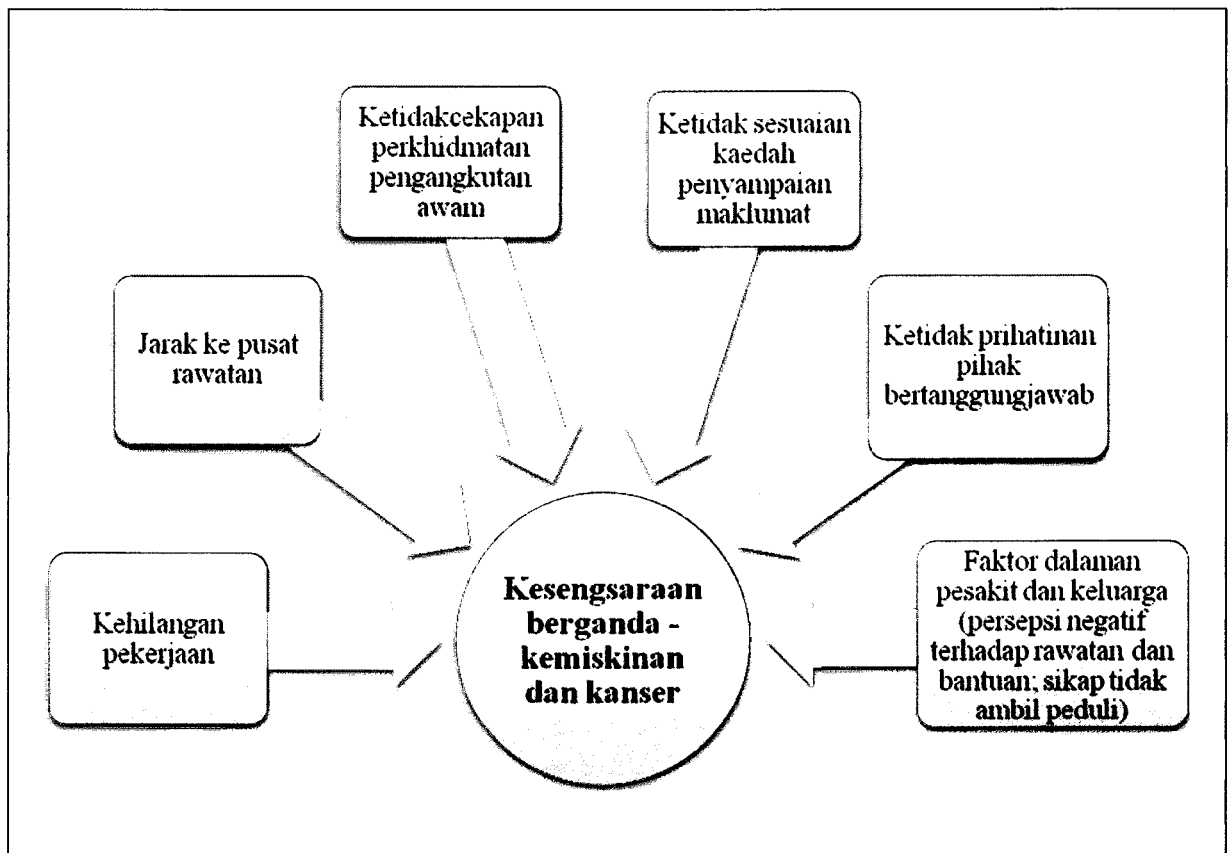
- Kos perjalanan ke hospital mempengaruhi kemampuan pesakit dan keluarga untuk datang ke hospital.

Bahagian III pula merupakan bahagian yang membincangkan tentang isu ekonomi di kalangan pesakit dan keluarga semasa berhadapan dengan kanser. Bahagian ini juga membincangkan tentang akses mereka kepada bantuan serta meninjau kesukaran responden mendapatkan bantuan. Seterusnya aspek insuran dibincangkan untuk mengetahui survival pesakit dan keluarga semasa menghadapi kanser. Daripada perbincangan aspek-aspek tersebut, bahagian ini menyimpulkan:

- Majoriti responden berhadapan dengan ketidakcukupan wang untuk membiayai kos rawatan, penjagaan dan memenuhi keperluan isi rumah
- Pesakit kanser berisiko tinggi untuk kehilangan pekerjaan selepas didiagnosis kanser
- Akibat daripada masalah ketidakcukupan wang terdapat pesakit terpaksa terus bekerja walaupun dalam keadaan sakit. Ini memburukkan lagi prognosis mereka
- Masalah ekonomi mempengaruhi kesejahteraan isi rumah yang lain. Terdapat ahli keluarga yang berhenti kerja untuk menjaga pesakit
- Kebanyakan pesakit dan keluarga tidak mengetahui terdapatnya badan-badan kerajaan dan badan-badan bukan kerajaan yang memberi bantuan dan sokongan kepada mereka yang menghadapi penyakit kronik
- Kerenah birokrasi dalam proses permohonan bantuan menyukarkan dan melambatkan proses permohonan, seterusnya menyebabkan pesakit dan keluarga serik untuk mendapatkan bantuan
- Sikap pegawai perubatan dan pihak kebajikan yang tidak prihatin terhadap keperluan serta sensitiviti pesakit dan keluarga menyebabkan mereka berasa malu, kecil hati dan serik untuk berurusan dengan pihak terbabit
- Majoriti pesakit dan keluarga tidak dilindungi oleh polisi insuran kesihatan disebabkan masalah kewangan dan kurang kesedaran tentang kepentingan memiliki insuran.

Kesimpulan bagi Bahagian ini I, II dan III adalah seperti yang dirumuskan pada Rajah 4.40 yang menunjukkan enam faktor utama yang menjadikan pesakit dan keluarga berada dalam keadaan kesengsaraan berganda semasa menghadapi kanser.

Seterusnya Bab Lima pula akan membincangkan tentang pengetahuan dan ketersampaian maklumat kanser di kalangan orang awam.



Rajah 4.40: Kesengsaraan berganda - kemiskinan dan kanser

BAB LIMA

KESEDARAN KESIHATAN, PENGETAHUAN DAN KETERSAMPAIAN MAKLUMAT TENTANG KANSER DI KALANGAN ORANG AWAM

5.1 Pengenalan

Bab ini akan membincangkan tentang kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam. Bab ini juga cuba memenuhi objektif ketiga kajian iaitu untuk meninjau pengetahuan serta ketersampaian maklumat berkaitan kanser di kalangan masyarakat umum. Seperti disebut dalam bab 1, kajian tambahan di negeri Kedah dan Perlis telah diadakan untuk tujuan di atas. Kajian tersebut melibatkan kawasan bandar iaitu Alor Setar di Kedah dan kawasan pinggir bandar dan luar bandar iaitu Baling, Langgar dan Kuala Kedah di Kedah dan Beseri di Perlis. Seramai 544 responden terdiri daripada orang awam yang berusia 16 tahun ke atas telah ditemubual menggunakan borang soal selidik. Data dianalisis menggunakan pakej SPSS untuk mendapatkan taburan frekuensi dan penjadualan silang bagi menunjukkan perbezaan pengetahuan dan ketersampaian maklumat mengikut gender, umur, taraf pendidikan dan status tempat tinggal (bandar, luar bandar). Kajian ini dijalankan dengan kerjasama 32 orang pelajar pengkhususan Geografi semasa mereka menjalankan Kajian Luar Geografi pada bulan November 2007. *Kumpulan Geografi Kesihatan* di bawah penyeliaan Ketua Penyelidik, Prof. Madya Suriati Ghazali telah mendapat pengalaman berharga dan pendedahan tentang 'kanser dan masyarakat' daripada kajian ini. Pasukan penyelidik ingin merakamkan penghargaan kepada mereka di atas kerjasama dan dedikasi yang diberikan semasa menjalankan kajian tersebut.

Penyakit kanser adalah penyakit yang merbahaya. Kanser adalah suatu penyakit yang berkaitan dengan pertumbuhan dan pembiakan sel yang bertukar menjadi tidak normal. Terdapat lebih 200 jenis penyakit kanser yang diketahui menyerang manusia. Setiap satunya mempunyai ciri yang berbeza bergantung kepada faktor penyebab, jenis tisu atau organ yang terlibat. Pengetahuan dan kesedaran penjagaan kesihatan dan kanser di kalangan masyarakat bandar dan luar bandar di Kedah dan Perlis akan dikaji dan dibandingkan dengan latar belakang sosial masyarakat yang dikaji seperti tahap pendidikan dan status tempat tinggal mereka.

5.2 Profil Responden

5.2.1 Jantina

Daripada seramai 544 orang responden yang telah dikajiselidik, 17.6 peratus (96 orang) merupakan responden masing-masing di Baling, Langgar dan Beseri. Manakala, 23.5 peratus (128 orang) merupakan responden masing-masing di Kuala Kedah dan Bandar Alor Setar. 40.6 peratus (221 orang) adalah responden lelaki manakala 59.4 peratus (323 orang) adalah responden perempuan (Jadual 5.1).

Jadual 5.1: Profil bilangan responden mengikut jantina dan tempat kajian

Jantina	Tempat Kajian					Jumlah
	Baling	Kuala Kedah	Bandar Alor Setar	Langgar	Beseri	
Lelaki	44 45.8%	46 36.0%	52 40.6%	39 40.6%	40 41.7%	221 40.6%
Perempuan	52 54.2%	82 64.0%	76 59.4%	57 59.4%	56 58.3%	323 59.4%
Jumlah	96 100.0%	128 100.0%	128 100.0%	96 100.0%	96 100.0%	544 100.0%

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis; November 2007.

5.2.2 Umur

Dalam kajian ini, soalselidik hanya dijalankan terhadap responden yang berumur 16 tahun ke atas. Majoriti responden yang terlibat dalam kajian ini berumur 16-25 tahun iaitu seramai 143 orang (26.3 peratus), diikuti golongan yang berumur 46-55 tahun (98 orang atau 18 peratus), 26-35 tahun seramai 92 orang (16.9 peratus), 36-45 tahun seramai 83 orang (15.3 peratus), 56-65 tahun seramai 79 orang (14.5 peratus) dan 66 tahun ke atas seramai 49 orang (9.0 peratus) (Jadual 5.2).

Jadual 5.2: Kategori Umur Responden Mengikut Tempat Kajian

Umur Responden	Tempat Kajian					Jumlah
	Baling	Kuala Kedah	Bandar Alor Setar	Langgar	Beseri	
25 tahun ke bawah	16 16.7%	38 29.7%	37 28.9%	22 22.9%	30 31.2%	143 26.3%
26 - 35 tahun	17 17.7%	19 14.8%	24 18.8%	20 20.8%	12 12.5%	92 16.9%
36 - 45 tahun	16 16.7%	19 14.8%	19 14.8%	15 15.6%	14 14.6%	83 15.3%
46 - 55 tahun	17 17.7%	32 25%	15 11.7%	16 16.7%	18 18.8%	98 18.0%
56 - 65 tahun	17 17.7%	16 12.5%	20 15.6%	18 18.8%	8 8.3%	79 14.5%
66 tahun ke atas	13 13.5%	4 3.2%	13 10.2%	5 5.2%	14 14.6%	49 9.0%
Jumlah	96 100.0%	128 100.0%	128 100.0%	96 100.0%	96 100.0%	544 100.0%

Sumber: : Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis; November 2007.

5.2.3 Status Tempat Tinggal

Dalam kajian ini, majoriti responden adalah terdiri daripada mereka yang tinggal di kawasan yang boleh diklasifikasikan sebagai luar bandar. Luar bandar di sini termasuk mereka yang tinggal di kawasan pinggir bandar, pekan kecil dan kampung-kampung iaitu seramai 420 orang (77.2 peratus). Responden bandar, yang majoritinya tinggal di Bandar Alor Setar ialah seramai 124 orang atau 22.8 peratus (Jadual 53).

Jadual 5.3: Status Tempat Tinggal Responden Mengikut Tempat Kajian

Tempat Kajian	Status Tempat Tinggal								Jumlah	
	Bandar		Luar Bandar							
			Pekan kecil		Pinggir bandar		Kampung			
Baling	1	1.0%	12	12.5%	21	21.9%	62	64.6%	96	100.0%
Kuala Kedah	2	1.6%	56	43.8%	40	31.3%	30	23.4%	128	100.0%
Bandar Alor Setar	119	93.0%	2	1.6%	6	4.7%	1	0.8%	128	100.0%
Langgar	0	0.0%	17	17.7%	58	60.4%	21	21.9%	96	100.0%
Beseri	2	2.1%	18	18.8%	42	43.8%	34	35.4%	96	100.0%
Jumlah	124	22.8%	105		167		148		544	100.0%
			420		77.2%					

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

5.2.4 Etnik dan agama responden

Dalam kajian ini, majoriti responden adalah daripada etnik Melayu iaitu 94.1 peratus atau 512 orang. Manakala etnik Cina dan India masing-masing 3.5 dan 2.4 peratus. Majoriti etnik Melayu merupakan responden utama di semua tempat kajian, manakala responden etnik Cina majoritinya tinggal di Kuala Kedah dan etnik India di Bandar Alor Setar.

Mengikut agama pula, majoriti responden adalah beragama Islam (96 peratus atau 512 orang), diikuti oleh beragama Buddha (18 orang atau 3.3 peratus), beragama Hindu (13 orang atau 2.4 peratus) dan Kristian seramai 0.2% atau seorang sahaja. Dari segi tempat kajian juga menunjukkan responden di kelima-lima kawasan majoritinya beragama Islam.

5.2.5 Tahap Pendidikan Responden

Daripada segi tahap pendidikan responden, majoriti responden mempunyai tahap pendidikan menengah atas iaitu 45.2 peratus (246 orang); diikuti oleh yang berpendidikan sekolah rendah 20 peratus (109 orang), berpendidikan tinggi iaitu maktab, kolej, politeknik, institut dan universiti 15.6 peratus (85 orang), berpendidikan menengah rendah 13.2 peratus (72 orang) dan tiada pendidikan formal 5.9 peratus (32 orang). Responden yang tiada pendidikan formal merupakan mereka yang tidak pernah bersekolah atau mendapatkan pendidikan secara persendirian daripada sekolah tidak formal seperti sekolah pondok (Jadual 5.4).

Jadual 5.4: Tahap pendidikan responden mengikut tempat kajian

Tahap Pendidikan	Tempat Kajian					Jumlah
	Baling	Kuala Kedah	Bandar Alor Setar	Langgar	Beseri	
Tiada pendidikan formal	8 8.3%	8 6.2%	5 3.9%	4 4.1%	7 7.3%	32 5.9%
Sek. Rendah	30 31.3%	35 27.3%	17 13.3%	16 16.7%	11 11.5%	109 20.0%
Sek. Men. Rendah	13 13.5%	29 22.7%	13 10.2%	8 8.3%	9 9.4%	72 13.2%
Sek. Menengah (ting 4-6)	33 34.4%	49 38.3%	61 47.6%	52 54.2%	51 53.1%	246 45.2%
Maktab/Kolej/Politeknik/ Institut / Universiti	12 12.5%	7 5.5%	32 25.0%	16 16.7%	18 18.7%	85 15.6%
Jumlah	96 100.0%	128 100.0%	128 100.0%	96 100.0%	96 100.0%	544 100%

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

5.3 Pernah mendengar tentang kanser

Bahagian 5.3 meninjau tentang responden yang pernah mendengar tentang kanser manakala bahagian 5.4 menyelidiki pengetahuan lanjut responden tentang kanser. Untuk bahagian 5.3, responden hanya ditanya sama ada mereka pernah mendengar tentang kanser atau pun tidak. Seterusnya tahap pengetahuan mereka diselidiki dengan lebih lanjut di bahagian 5.4 dengan soalan adakah mereka mengetahui tentang faktor yang membawa kepada penyakit ini, golongan berisiko serta rawatan yang boleh diberikan kepada penyakit ini.

5.3.1 Pernah mendengar tentang penyakit kanser

Berdasarkan kajian yang dilakukan berkenaan dengan pengetahuan responden tentang kanser, majoriti responden menyatakan bahawa mereka pernah mendengar tentang penyakit ini, iaitu 96 peratus atau 522 orang responden. 'Pernah mendengar' dalam kajian ini merujuk kepada responden pernah mendengar dan tahu serba sedikit sehinggalah kepada responden yang sangat tahu tentang penyakit ini. Responden dapat menerangkan punca, keadaan, bahaya dan rawatan kanser setakat yang mereka tahu. Umpamanya, responden tahu bahawa kanser adalah bahaya, sukar sembuh, dan membawa maut. Ada juga yang boleh menerangkan bahawa kanser hanya dapat diubati dengan kemoterapi. Walaupun begitu, masih terdapat 4 peratus atau 22 orang responden yang tidak pernah mendengar dan tidak tahu tentang penyakit ini.

5.3.2. Pernah mendengar mengikut status tempat tinggal

Tidak banyak perbezaan di antara kelima-lima kawasan dan kategori bandar – luar bandar tentang hal ini. Majoriti responden daripada kesemua kategori tempat tinggal menunjukkan bahawa mereka pernah mendengar tentang kanser. Hanya 3 peratus daripada 124 responden bandar yang tidak pernah mendengar tentang kanser dan hanya 4.5 peratus daripada responden luar bandar tidak pernah mendengar dan tidak tahu langsung tentang kanser (Jadual 5.5).

Jadual 5.5: Responden yang pernah mendengar dan tidak pernah mendengar tentang kanser mengikut status tempat tinggal

Pernah mendengar tentang kanser	Bandar		Luar Bandar		Jumlah	
	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%
Pernah mendengar	121	97.6	401	95.5	522	96.0
Tidak pernah mendengar	3	3.0	19	4.5	22	4.0
Jumlah	124	100.0	420	100.0	544	100.0

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

5.3.3. Pernah mendengar mengikut taraf pendidikan

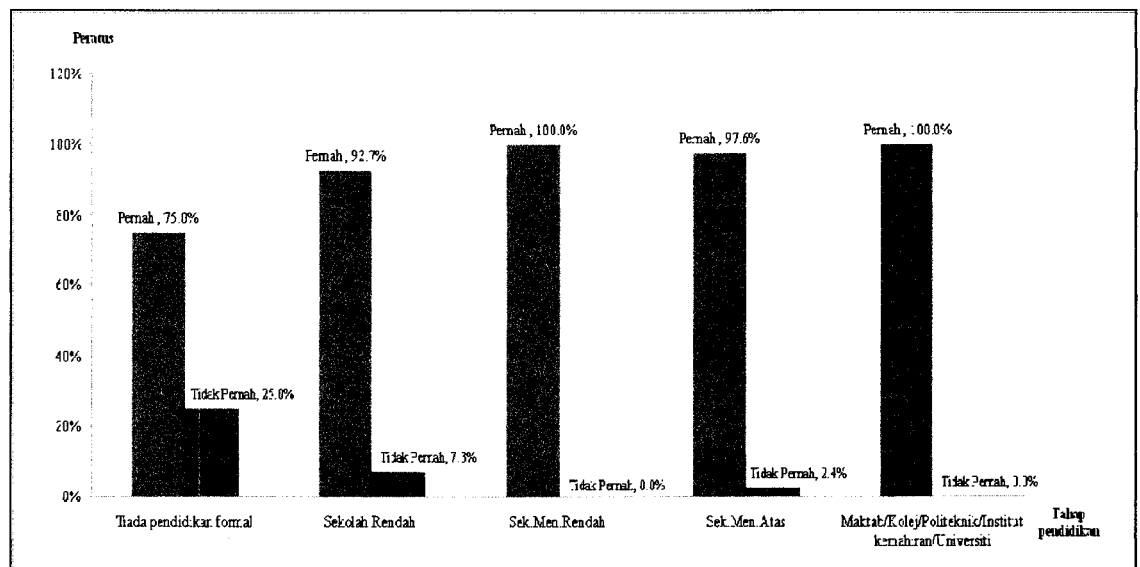
Jadual 5.6 menunjukkan bilangan dan peratus responden yang pernah mendengar dan tidak pernah mendengar tentang kanser mengikut tahap pendidikan. Daripada 22 orang responden yang tidak pernah mendengar tentang kanser, kebanyakannya adalah mereka yang berpendidikan sekolah rendah dan yang tiada pendidikan formal. Rata-rata yang mempunyai pendidikan menengah hingga universiti pernah mendengar dan tahu tentang kanser. Hanya 6 orang responden remaja yang sedang berada dalam sekolah menengah atas semasa soalselidik dijalankan mengatakan mereka tidak pernah mendengar dan tidak tahu tentang kanser. Hal ini adalah membimbangkan kerana golongan remaja bersekolah menengah ini seharusnya dapat membaca poster-poster, berita di akhbar dan majalah serta pernah mendengar maklumat tentang kanser daripada radio atau televisyen. Dijangkakan sifat tidak ambil peduli remaja terhadap penyakit dan penjagaan kesihatan menyebabkan mereka menganggap mereka tidak pernah mendengar dan tidak tahu tentang kanser.

Jadual 5.6 juga mencadangkan bahawa tahap pendidikan adalah penting kepada pengetahuan dan ketersampaian maklumat tentang kanser. Lebih baik tahap pendidikan, kemampuan mendengar, membaca dan memahami tentang sesuatu penyakit seperti kanser adalah lebih tinggi.

Jadual 5.6: Responden yang pernah mendengar dan tidak pernah mendengar tentang kanser mengikut tahap pendidikan

Tahap Pendidikan	Mendengar Tentang Penyakit Kanser				Jumlah Bil. %	
	Pernah Bil.	%	Tidak Pernah Bil.	%		
Tiada pendidikan formal	24	75.0	8	25.0	32	100
Sekolah Rendah	101	92.7	8	7.3	109	100
Sek. Men. Rendah	72	100.0	0	0.0	72	100
Sek. Menengah Atas	240	97.6	6	2.4	246	100
Maktab/Kolej/Politeknik/Institut/Universiti	85	100.0	0	0.0	85	100
Jumlah	522	100.0	22	100.0	544	100.0

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis; November 2007.



Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

Rajah 5.1: Responden yang pernah mendengar dan tidak pernah mendengar tentang kanser mengikut tahap pendidikan

5.3.4 Pernah mendengar tentang kanser mengikut jantina dan umur

Jadual 5.7 dan 5.8 menunjukkan responden yang pernah mendengar tentang kanser mengikut jantina dan umur. Majoriti responden lelaki dan wanita ditemui mengakui pernah mendengar tentang kanser, iaitu 98.6 peratus bagi lelaki dan 95 peratus bagi perempuan. Jadual ini juga menunjukkan peratus wanita yang tidak pernah mendengar tentang kanser adalah tinggi sedikit daripada lelaki. Perbandingan mengikut umur pula menunjukkan mereka berada dalam kategori umur 26 hingga 35 tahun kesemuanya pernah mendengar tentang kanser. Peratus mereka yang tidak pernah mendengar tentang kanser semakin meningkat apabila umur meningkat. Umpamanya responden warga emas berumur 66 tahun ke atas paling ramai tidak pernah mendengar tentang kanser iaitu 14.3 peratus (Jadual 5.8).

Jadual 5.7: Perbandingan responden yang pernah mendengar tentang kanser mengikut jantina

Jantina	Pernah mendengar tentang kanser				Jumlah	
	Pernah		Tidak pernah		Bil	%
	Bil	%	Bil	%		
Lelaki	215	98.6	6	1.4	221	100.0
Perempuan	307	95.0	16	5.0	323	100.0
Jumlah	522	96.0	22	4.0	544	100.0

Jadual 5.8: Perbandingan responden yang pernah mendengar tentang kanser mengikut kategori umur

Kategori umur	Mendengar tentang kanser				Jumlah	
	Pernah		Tidak pernah		Bil	%
	Bil	%	Bil	%		
25 tahun ke bawah	137	95.8	6	4.2	143	100.0
26 – 35 tahun	92	100.0	0	.0	92	100.0
36 – 45 tahun	82	98.8	1	1.2	83	100.0
46 – 55 tahun	95	96.9	3	3.1	98	100.0
56 – 65 tahun	74	93.7	5	6.3	79	100.0
66 tahun ke atas	42	85.7	7	14.3	49	100.0
Jumlah	522	96.0	22	4.0	544	100.0

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

5.4 Pengetahuan lanjut responden tentang kanser

5.4.1 Pengetahuan tentang faktor penyakit kanser

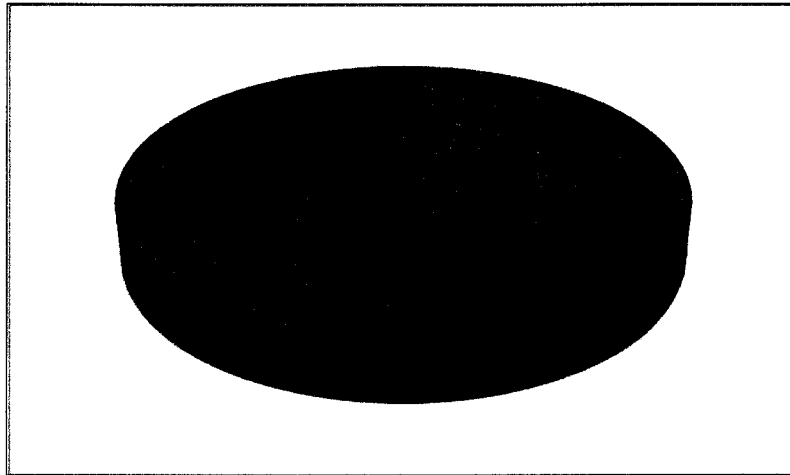
Soalan pengetahuan responden terhadap faktor kanser diajukan bagi melihat sejauhmana responden tahu tentang kanser. Responden yang menyatakan mereka mengetahui tentang faktor kanser dapatlah dikatakan mempunyai pengetahuan yang lebih mendalam tentang penyakit ini berbanding responden yang hanya sekadar pernah mendengar tentang penyakit ini.

Walaupun 96 peratus responden pernah mendengar tentang kanser, namun hanya 67.6 peratus (368 orang) daripada 544 responden dikaji tahu tentang faktor penyakit ini, manakala 32.4 peratus atau 176 orang lagi mengatakan tidak tahu. Peratusan yang tinggi mengetahui tentang faktor penyakit ini merupakan responden di Bandar Alor Setar iaitu 74.2 peratus manakala yang terendah di Baling iaitu 40.6 peratus (Jadual 5.9).

Jadual 5.9: Pengetahuan tentang faktor penyakit kanser mengikut tempat kajian

Mengetahui Faktor Penyakit Kanser	Tempat Kajian					Jumlah
	Baling	Kuala Kedah	Bandar Alor Setar	Langgar	Beseri	
Tahu	57 59.4%	84 65.6%	95 74.2%	61 63.5%	71 74.0%	368 67.6%
Tidak Tahu	39 40.6%	44 34.4%	33 25.8%	35 36.5%	25 26.0%	176 32.4%
Jumlah	96 100%	128 100%	128 100%	96 100%	96 100%	544 100%

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.



Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis; November 2007.

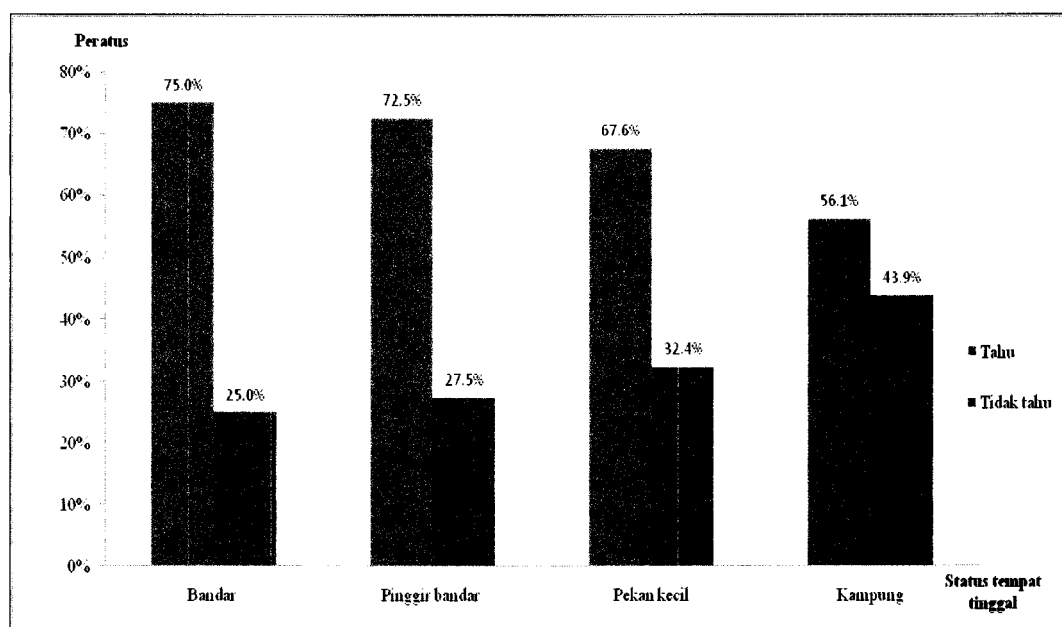
Rajah 5.2: Peratusan responden yang mengetahui faktor kanser

Analisis mengikut status tempat tinggal menunjukkan peratusan responden di bandar yang mempunyai pengetahuan tentang faktor kanser adalah lebih tinggi daripada responden luar bandar. Daripada 124 orang responden bandar, 75 peratus (93 orang) tahu tentang faktor kanser berbanding responden luar bandar, yang mana daripada 420 responden luar bandar hanya 65.5 peratus (275 orang) tahu tentang faktor kanser. Jadual 5.10 menunjukkan pecahan yang lebih kecil mengikut bandar dan luar yang dibahagikan lagi kepada pinggir bandar, pekan kecil dan kampung (Rajah 5.3). Dapatan ini menyokong kajian-kajian lain yang telah dibincangkan dalam Bab 2 iaitu penduduk di luar bandar kurang berpengetahuan tentang maklumat sesuatu penyakit.

Selain itu, taraf pendidikan turut mempengaruhi secara langsung maklumat dan pengetahuan seseorang terhadap penyakit. Jadual 5.11 menunjukkan 90 peratus daripada 85 orang responden berpendidikan tinggi (universiti, maktab, kolej, politeknik dan institusi kemahiran) mempunyai pengetahuan tentang faktor kanser. Peratusan yang berpengetahuan ini menurun kepada 74 peratus daripada golongan berpendidikan menengah atas, 62.5 peratus daripada golongan berpendidikan menengah rendah dan 50.5 peratus di kalangan yang berpendidikan sekolah rendah. Sebaliknya hanya 28 peratus daripada 32 orang responden yang tiada pendidikan formal mengetahui tentang faktor kanser (Rajah 5.4). Dapatan bahawa semakin rendah pendidikan semakin kurang pengetahuan tentang penyakit ini juga serupa dengan kajian-kajian lain yang telah disorot dalam Bab 2.

Jadual 5.10: Pengetahuan responden tentang faktor kanser mengikut status tempat tinggal

Status Tempat Tinggal	Mengetahui Faktor Penyakit Kanser				Jumlah	
	Tahu		Tidak Tahu			
	Bil.	%	Bil.	%	Bil.	%
Bandar	93	75.0	31	25.0	124	100.0
Pinggir Bandar	121	72.5	46	27.5	167	100.0
Pekan kecil	71	67.6	34	32.4	105	100.0
Kampung	83	56.1	65	43.9	148	100.0
Jumlah	368	67.6	176	32.4	544	100.0



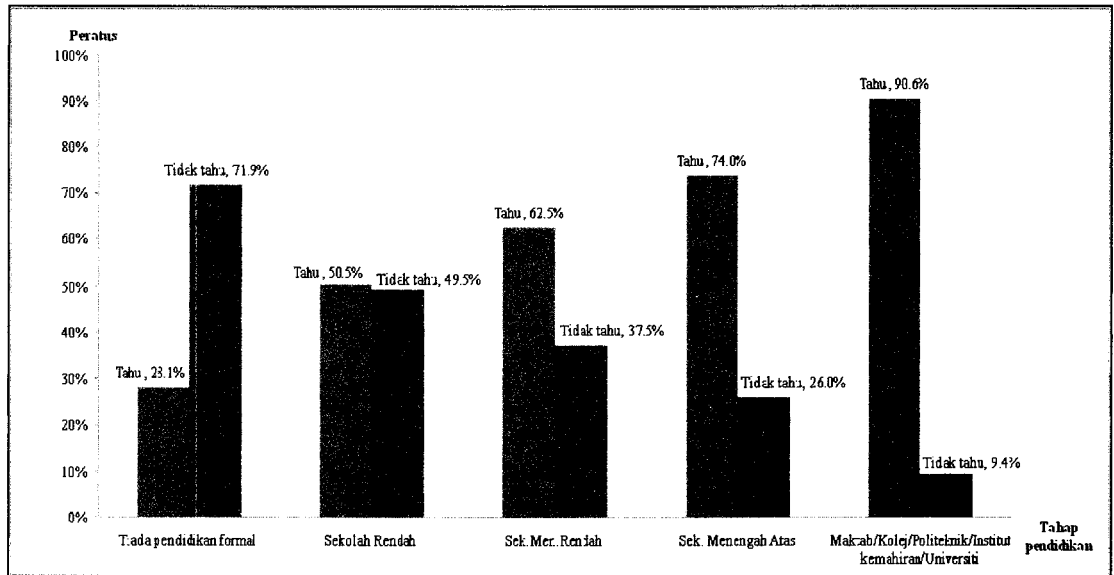
Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

Rajah 5.3: Pengetahuan responden tentang faktor kanser mengikut status tempat tinggal

Jadual 5.11: Pengetahuan responden tentang faktor kanser mengikut tahap pendidikan

Tahap Pendidikan	Mengetahui Faktor Penyakit Kanser				Jumlah	
	Tahu		Tidak Tahu		Bil.	%
	Bil.	%	Bil.	%		
Tiada pendidikan formal	9	28.1	23	71.9	32	100.0
Sekolah Rendah	55	50.5	54	49.5	109	100.0
Sek. Men. Rendah	45	62.5	27	37.5	72	100.0
Sek. Menengah Atas	182	74.0	64	26.0	246	100.0
Maktab/Kolej/Politeknik/ Institut/ Universiti	77	90.6	8	9.4	85	100.0
Jumlah	368	67.6	176	32.4	544	100.0

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.



Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

Rajah 5.4: Pengetahuan responden tentang faktor kanser mengikut tahap pendidikan

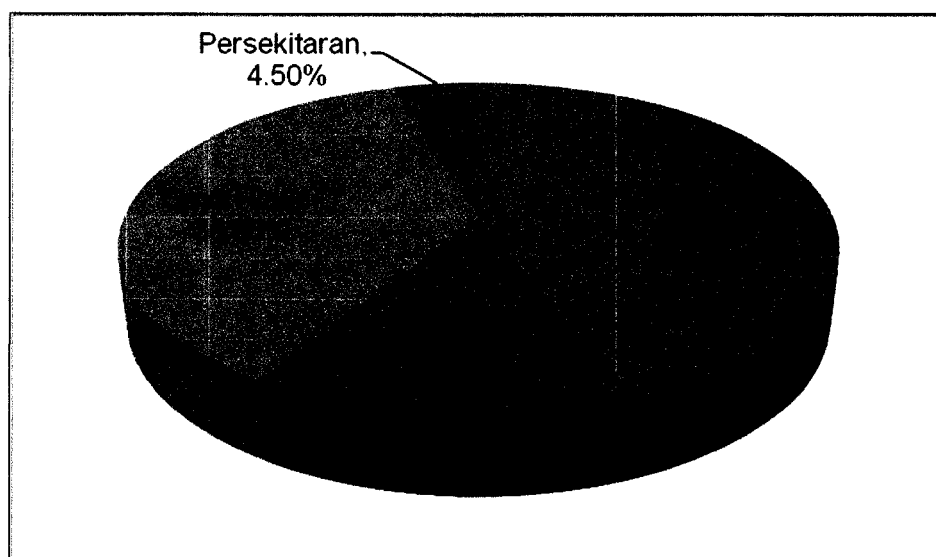
Kajian ini juga telah mendapatkan pandangan responden tentang apakah yang mereka tahu tentang faktor yang membawa kepada risiko kanser. Berdasarkan pandangan responden, penyelidik telah mengkategorikan jawapan responden kepada empat kategori iaitu, (i) pemakanan, (ii) keturunan, (iii) gaya hidup dan (v) persekitaran. Terdapat 44.1 peratus responden berpendapat faktor pemakanan boleh menyebabkan kanser. Responden berpendapat makanan segera seperti ayam goreng (contohnya Kentucky Fried Chicken), keropok, pizza, burger, serta minuman bergas adalah makanan yang boleh meningkatkan risiko menghidap kanser. 36.8 peratus responden pula berpendapat gaya hidup tidak sihat boleh menyebabkan kanser. Contoh yang diberikan sebagai gaya hidup tidak sihat ialah tidak bersenam dan merokok. 14.6 peratus responden berpendapat faktor keturunan atau genetik adalah penyebab kanser, manakala 4.5 peratus responden berpendapat kanser adalah disebabkan oleh persekitaran, seperti pencemaran kepada bahan beracun dalam udara (Jadual 5.12, Rajah 5.5).

Perbandingan mengikut tempat kajian tidak menunjukkan perbezaan yang ketara. Hampir separuh responden daripada Baling, Kuala Kedah, Alor Setar dan Langgar berpendapat pemakanan adalah faktor paling berisiko membawa kanser, diikuti oleh faktor gaya hidup. Hanya responden daripada Beseri berpendapat faktor gaya hidup adalah yang utama, diikuti oleh faktor pemakanan (Jadual 5.12).

Jadual 5.12: Pendapat responden tentang faktor paling berisiko menyebabkan kanser mengikut tempat kajian

Faktor-faktor Penyakit Kanser	Tempat Kajian					Jumlah
	Baling	Kuala Kedah	Bandar Alor Setar	Langgar	Beseri	
Pemakanan	25 43.9%	41 51.9%	39 42.4%	29 50.0%	23 32.9%	157 44.1%
Keturunan/Genetik	9 15.8%	8 10.1%	16 17.4%	7 12.1%	12 17.1%	52 14.6%
Gaya Hidup	20 35.1%	28 35.4%	33 35.9%	19 32.8%	31 44.3%	131 36.8%
Persekitaran	3 5.3%	2 2.5%	4 4.3%	3 5.2%	4 5.7%	16 4.5%
Jumlah	57 100%	79 100%	92 100%	58 100%	70 100%	356 100%

Sumber: Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.



Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis; November 2007.

Rajah 5.5: Pendapat responden tentang faktor paling berisiko menyebabkan kanser

Seterusnya, perbezaan pendapat tentang faktor berisiko tinggi menyebabkan kanser dikaji mengikut jantina. Jadual 5.13 menunjukkan perbezaan pendapat antara lelaki dan wanita di empat kawasan kajian tentang faktor menyebabkan kanser. Bagi kebanyakan wanita, faktor utama menyebabkan kanser ialah pemakanan, diikuti gaya hidup dan keturunan. Lelaki pula meletakkan gaya hidup sebagai faktor utama, diikuti oleh faktor pemakanan dan keturunan.

Jadual 5.13: Pendapat responden tentang faktor berisiko tinggi menyebabkan kanser mengikut jantina

Faktor penyakit kanser	Jantina		Jumlah	
	Lelaki	Perempuan		
Makanan dan minuman	67 40.8%	90 46.9%	157	44.1%
Keturunan/genetik	17 10.4%	35 18.2%	52	14.6%
Gaya hidup	73 44.5%	58 30.2%	131	36.8%
Persekitaran	7 4.3%	9 4.7%	16	4.5%
Jumlah	164 100.00	192 100.00	356	100.00

5.4.2 Pengetahuan responden terhadap kumpulan gender berisiko menghidap kanser

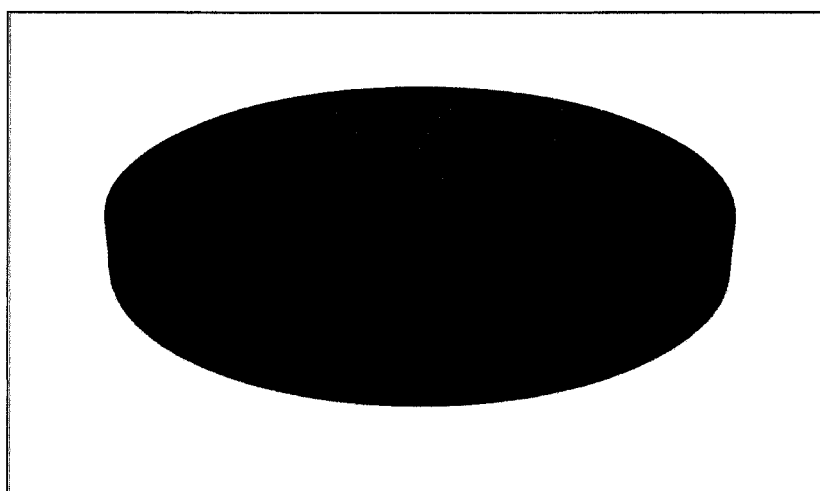
Kajian turut meninjau pendapat dan pengetahuan responden tentang gender yang lebih berisiko menghidap kanser. Ini juga merupakan cara untuk mendapatkan pengetahuan dan maklumat yang dipunyai oleh responden tentang penyakit ini. Jadual 5.14 dan Rajah 5.6 menunjukkan 87 peratus daripada seluruh 522 responden berpendapat gender berisiko tinggi menghidap kanser ialah wanita. Hanya 13 peratus responden berpendapat lelaki adalah gender berisiko tinggi. Menurut seorang pakar perbidanan dan sakit puan Dr. Hamid Arshat (1994), wanita biasanya lebih berisiko tinggi untuk menghidap kanser payudara, kanser rahim dan kanser ovari. Biasanya barah ini menyerang wanita yang telah lanjut usia dan putus haid. Kebanyakan responden ditemui, baik lelaki mahu pun wanita, tanpa mengira tahap pendidikan, mengetahui tentang hakikat ini. Lebih 80 peratus responden lelaki dan wanita beranggapan wanita adalah golongan berisiko tinggi (Jadual 5.14). Sebahagian kecil responden yang mengatakan lelaki lebih berisiko tinggi adalah golongan yang menyedari bahawa tabiat lelaki lebih suka merokok berbanding wanita menyebabkan golongan ini menamakan lelaki sebagai golongan berisiko tinggi menghidap kanser paru-paru.

Tidak ada perbezaan pendapat tentang golongan risiko mengikut tempat kajian dan status tempat kajian. Majoriti responden daripada keempat-empat kawasan kajian, bandar dan luar bandar, menamakan wanita sebagai golongan berisiko tinggi menghidap kanser.

Jadual 5.14: Pendapat dan pengetahuan responden tentang kumpulan gender yang lebih berisiko menghidap kanser mengikut tempat kajian

Tempat Kajian	Jantina yang berisiko				Jumlah	
	Lelaki		Wanita		Bil	%
	Bil	%	Bil	%		
Baling	11	12.1	80	87.9	91	100
Kuala Kedah	21	17.1	102	82.9	123	100
Bandar Alor Setar	16	12.8	109	87.2	125	100
Langgar	10	11.1	80	88.9	90	100
Beseri	10	10.8	83	89.2	93	100
Jumlah	68	13.0	454	87.0	522	100

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis; November 2007.



Rajah 5.6: Jantina yang lebih berisiko menghidap kanser menurut pendapat responden

Jadual 5.15: Pendapat tentang kumpulan gender berisiko tinggi menghidap kanser mengikut jantina responden

Jantina responden	Persepsi tentang gender lebih berisiko menghidap kanser				Jumlah	
	Lelaki		Perempuan		Bil	%
Lelaki	37	17.2%	178	82.8%	215	100.00
Perempuan	31	10.1%	276	89.9%	307	100.00
Jumlah	68	13.0%	454	87.0%	522	100.00

5.4.3 Pengetahuan responden sama ada penyakit kanser boleh sembuh atau pun tidak

Kajian ini telah meninjau pendapat responden sama ada kanser boleh disembuhkan atau pun tidak. Ia bertujuan untuk melihat sejauhmana responden mempunyai pengetahuan tentang penyakit ini. Majoriti iaitu 70.9 peratus responden berpendapat kanser boleh disembuhkan, 22.6 peratus responden berpendapat kanser tidak boleh disembuhkan dan 6.5 peratus lagi mengatakan tidak pasti. Tidak ada perbezaan ketara antara kawasan kajian, di mana majoriti responden daripada semua kawasan kajian mengatakan kanser boleh disembuhkan.

Analisis mengikut tahap pendidikan juga menunjukkan keadaan sama. Majoriti responden daripada semua kategori tahap pendidikan berpendapat kanser boleh disembuhkan (Jadual 5.16). Terdapat juga sebilangan kecil responden daripada semua kategori pendidikan tidak mempunyai pengetahuan (tidak tahu) sama ada penyakit ini boleh sembuh atau tidak. Peratusan tertinggi daripada mereka yang 'tidak tahu' ini mempunyai pendidikan menengah atas. Hal ini kerana terdapat responden dalam kategori ini berumur 16 hingga 18 tahun dan masih bersekolah menengah. Golongan muda ini kurang mengambil perhatian terhadap penyakit berbanding responden lain yang telah tamat sekolah.

Terdapat kecenderungan di mana mereka yang tiada pendidikan formal dan berpendidikan rendah lebih ramai menjawab 'Kanser tidak boleh disembuhkan' berbanding mereka yang berpendidikan menengah atas dan berpendidikan tinggi (maktab, kolej, politeknik, institusi kemahiran dan universiti). Umpamanya, 32 peratus responden yang tiada pendidikan formal mengatakan kanser tidak boleh disembuhkan berbanding 17.8 peratus responden berpendidikan tinggi yang mempunyai pendapat sama.

Jadual 5.16: Pendapat sama ada kanser boleh disembuhkan mengikut tahap pendidikan responden

Tahap Pendidikan	Penyakit Kanser Boleh Disembuhkan?			Jumlah
	Boleh	Tidak Boleh	Tidak Tahu	
Tiada pendidikan formal	16 64.0%	8 32.0%	1 4.0%	25 100%
Sek.Rendah	69 68.3%	24 23.8%	8 7.9%	101 100%
Sek.Men.Rendah	52 72.7%	18 25.0%	2 2.8%	72 100%
Sek.Men.Atas	166 69.2%	53 22.1%	21 8.8%	240 100%
Maktab/Kolej/Politeknik/Institut kemahiran/Universiti	67 79.8%	15 17.8%	2 2.4%	84 100%
Jumlah	370 70.9%	118 22.6%	34 6.5%	522 100%

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

Pengetahuan responden sama ada kanser boleh disembuhkan atau pun tidak turut dikaji mengikut perbezaan jantina. Jadual 5.17 menunjukkan pendapat responden mengikut jantina. Didapati bahawa, peratusan wanita yang mengatakan kanser boleh disembuhkan adalah lebih rendah sedikit daripada lelaki yang berpendapat sama (Jadual 5.17). Wanita cenderung berpendapat demikian kerana mereka sering terdengar dan terbaca tentang kesukaran kanser untuk sembuh setelah pesakit didiagnosis kanser.

Jadual 5.17: Pengetahuan responden tentang sama ada kanser boleh disembuhkan mengikut jantina

Jantina responden	Adakah kanser boleh disembuhkan?			Jumlah
	Boleh	Tidak boleh	Tidak tahu	
Lelaki	162 75.3%	39 18.2%	14 6.5%	215 100.00
Perempuan	208 67.8%	79 25.7%	20 6.5%	307 100.00
Jumlah	370 70.9%	118 22.6%	34 6.5%	522 100.00

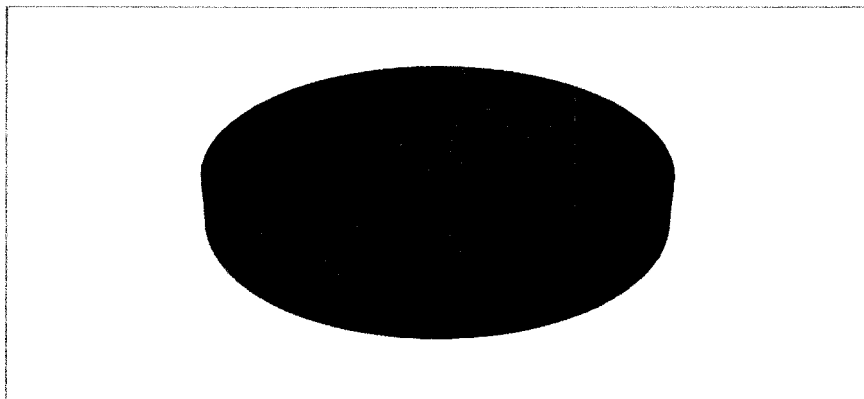
Bagi responden yang mengatakan penyakit ini boleh disembuhkan, beberapa kaedah rawatan telah dicadangkan oleh mereka sebagai kaedah paling sesuai bagi merawat penyakit ini. Majoriti mereka menamakan kaedah rawatan moden seperti pembedahan, rawatan kemoterapi dan rawatan radioterapi. Manakala terdapat juga sebilangan kecil responden berpendapat kanser boleh disembuhkan dengan kaedah perubatan alternatif seperti menggunakan perkhidmatan bomoh, herba tradisional dan sebagainya.

5.5 Pengetahuan Tentang Penjagaan Kesihatan

5.5.1 Pengetahuan tentang ada atau tidak barangan keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko menjadi penyebab kanser

Bahagian ini meninjau pengetahuan responden tentang penjagaan kesihatan. Pengetahuan dan kesedaran terhadap penjagaan kesihatan cuba diperolehi dengan mendapatkan persepsi responden terhadap keselamatan barangan keperluan harian yang sering dikatakan menjadi penyebab kanser. Ini berdasarkan andaian responden pernah mendengar atau terbaca maklumat tentang keselamatan barangan keperluan harian daripada radio, televisyen, akhbar, majalah atau pun ceramah-ceramah kesihatan. Untuk tujuan tersebut, responden ditanya sama ada mereka tahu atau pun barangan keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko menjadi sebab penyakit kanser.

Kajian mendapati lebih 60 peratus responden daripada kelima-lima kawasan kajian mengatakan mereka mengetahui ada barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko membawa kanser (Rajah 5.7). Tidak ada perbezaan ketara di antara responden kelima-lima kawasan kajian mengenai hal ini.



Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

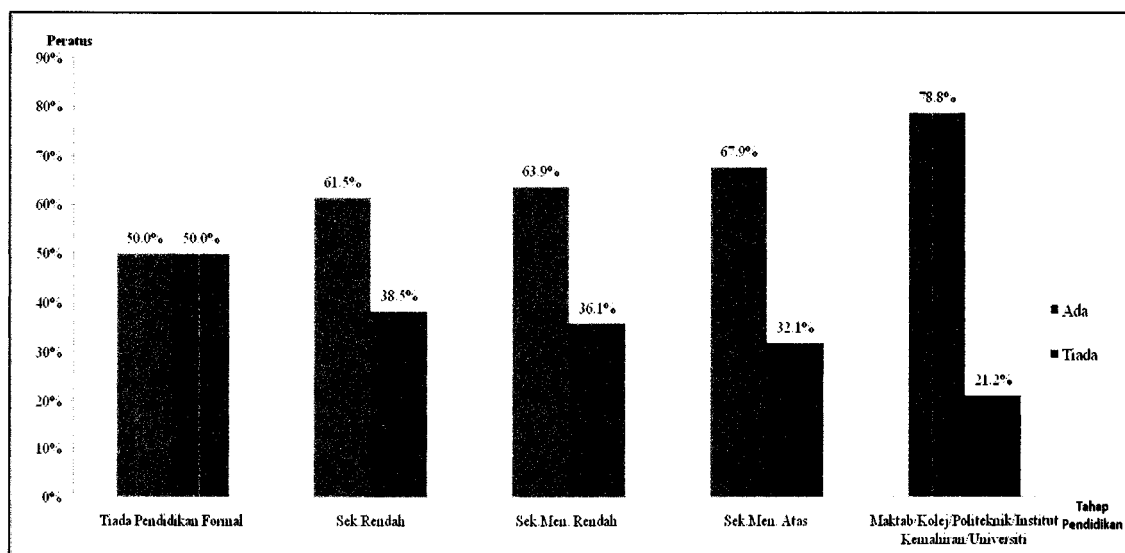
Rajah 5.7: Pengetahuan responden tentang ada atau tidak barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko membawa kanser

Namun begitu, perbandingan mengikut tahap pendidikan menunjukkan lebih ramai responden berpendidikan tinggi berpendapat wujud barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko membawa kanser. Jadual 5.18a dan Rajah 5.8 menunjukkan semakin tinggi tahap pendidikan, semakin tinggi peratusan yang mengatakan wujud barang keperluan yang tidak selamat digunakan.

Jadual 5.18a: Pengetahuan tentang ada atau tidak barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko mengakibatkan kanser mengikut tahap pendidikan

Tahap Pendidikan	Pendapat tentang ada atau tidak barang keperluan harian menjadi penyebab kanser				Jumlah	
	Ada		Tiada			
Tiada Pendidikan Formal	16	50.0%	16	50.0%	32	100.00
Sek.Rendah	67	61.5%	42	38.5%	109	100.00
Sek.Men.Rendah	46	63.9%	26	36.1%	72	100.00
Sek.Men.Atas	167	67.9%	79	32.1%	246	100.00
Maktab/Kolej/Politeknik/Institut kemahiran/ Universiti	67	78.8%	18	21.2%	85	100.00
Jumlah	363	66.7%	181	33.3%	544	100.00

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.



Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

Rajah 5.8: Pengetahuan tentang ada atau tidak barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana berisiko mengakibatkan kanser mengikut tahap pendidikan

Perbandingan pengetahuan mengikut jantina menunjukkan tiada perbezaan ketara di mana lebih 65 peratus responden daripada kedua-dua gender mengatakan barang keperluan harian adalah tidak selamat digunakan kerana boleh menyebabkan kanser (Jadual 5.18b).

Jadual 5.18b: Pengetahuan tentang ada atau tidak barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan mengikut jantina

Jantina responden	Barang keperluan harian boleh menyebabkan kanser				Jumlah	
	Ada		Tiada			
Lelaki	150	67.9%	71	32.1%	221	100.00
Perempuan	213	65.9%	110	34.1%	323	100.00
Jumlah	363	66.7%	181	33.3%	544	100.00

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

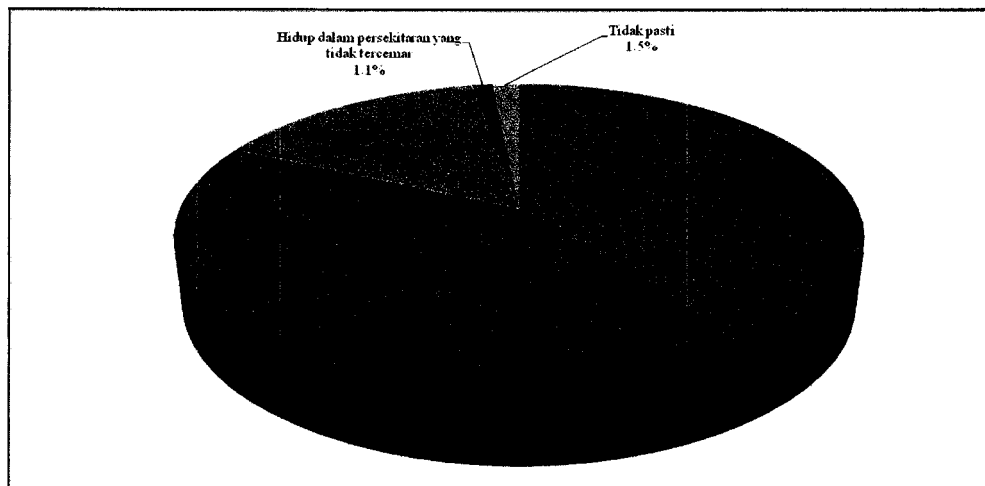
5.5.2 Pengetahuan tentang gaya hidup sihat

'Gaya hidup sihat' sering dipromosikan di televisyen, radio, majalah dan akhbar serta ceramah-ceramah kesihatan sebagai cara terbaik untuk menjaga kesihatan dan mencegah penyakit. Bahagian ini meninjau kesedaran dan pengetahuan responden tentang 'gaya hidup sihat'. Responden diminta memberi pendapat mereka tentang apakah yang mereka faham berkenaan gaya hidup sihat. Jadual 5.19 menunjukkan paling ramai iaitu 41.7 peratus daripada responden berpandangan gaya hidup sihat adalah 'sesuatu yang melibatkan aktiviti fizikal lasak iaitu bersenam dan beriadah'. Contoh yang diberi ialah berjoging, bersenam, bermain di padang dan seumpamanya. Kategori kedua teramai iaitu 40.2 peratus ialah mereka yang mengatakan gaya hidup sihat berkaitan dengan 'menjaga pemakanan'. Hal ini termasuk pemilihan makanan dan tabiat makan. Kebanyakan responden berpendapat makan makanan segera adalah gaya hidup yang tidak sihat. Sebaliknya makan banyak buah-buahan dan sayur-sayuran dikatakan sebagai gaya hidup sihat. Selebihnya mengatakan gaya hidup sihat ialah 'terlibat dalam pekerjaan yang memerlukan tenaga fizikal' seperti berkebun, melakukan pekerjaan berat dan lasak (pekerjaan untuk wang yang menggunakan tenaga) . Jawaban lain ialah 'hidup dalam persekitaran yang tidak tercemar'. Sebilangan kecil responden mengatakan mereka tidak pasti dengan maksud gaya hidup sihat. Tidak terdapat perbezaan ketara antara pandangan responden mengikut kawasan kajian.

Jadual 5.19: Pandangan responden berkenaan dengan gaya hidup sihat mengikut tempat kajian

Pendapat Tentang Gaya Hidup Sihat	Tempat kajian					Jumlah
	Baling	Kuala Kedah	Bandar Alor Setar	Langgar	Beseri	
Menjaga pemakanan	36 39.1%	46 36.8%	43 35.0%	43 46.7%	44 46.3%	212 40.2%
Bersenam dan beriadah	47 51.1%	56 44.8%	55 44.7%	34 37.0%	28 29.5%	220 41.7%
Terlibat dalam pekerjaan yang memerlukan tenaga fizikal	8 8.7%	21 16.8%	20 16.3%	10 10.9%	22 23.2%	81 15.4%
Hidup dalam persekitaran yang tidak tercemar	0 .0%	2 1.6%	2 1.6%	1 1.1%	1 1.1%	6 1.1%
Tidak Pasti	1 1.1%	0 .0%	3 2.4%	4 4.3%	0 .0%	8 1.5%
Jumlah	92 100.0%	125 100.0%	123 100.0%	92 100.0%	95 100.0%	527 100.0%

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.



Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

Rajah 5.9: Pandangan responden berkenaan maksud gaya hidup sihat

Terdapat sedikit perbezaan persepsi tentang gaya hidup sihat mengikut jantina. Wanita menyenaraikan gaya hidup sihat yang paling utama ialah menjaga pemakanan, diikuti bersenam dan beriadah serta terlibat dalam pekerjaan yang memerlukan tenaga fizikal. Lelaki pula menyenaraikan bersenam dan beriadah sebagai paling penting, diikuti menjaga pemakanan dan melakukan pekerjaan yang memerlukan tenaga fizikal (Jadual 5.20).

menjaga pemakanan dan melakukan pekerjaan yang memerlukan tenaga fizikal (Jadual 5.20).

Jadual 5.20: Persepsi responden tentang gaya hidup sihat mengikut jantina

Pendapat tentang gaya hidup sihat	Jantina		Jumlah	
	Lelaki	Perempuan		
Menjaga pemakanan	80 36.9%	132 42.6%	212	40.2%
Bersenam dan beriadah	90 41.5%	130 41.9%	220	41.7%
Terlibat dalam pekerjaan yang memerlukan tenaga fizikal	43 19.8%	38 12.3%	81	15.4%
Hidup dalam persekitaran yang tidak tercemar	1 0.4%	5 1.6%	6	1.2%
Tidak tahu	3 1.4%	5 1.6%	8	1.5%
Jumlah	217 100.00	310 100.00	527	100.00

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

Perbandingan persepsi terhadap gaya hidup sihat mengikut tahap pendidikan menunjukkan perbezaan agak ketara di antara mereka yang berpendidikan tinggi dengan yang lain. 47.6 peratus responden berpendidikan tinggi mengatakan gaya hidup sihat adalah menjaga makanan, diikuti oleh bersenam dan beriadah (39.3 peratus). 42.1 peratus responden berpendidikan menengah atas juga menamakan menjaga pemakanan sebagai paling penting, diikuti bersenam dan riadah. Manakala mereka yang berpendidikan menengah rendah, sekolah rendah dan tiada pendidikan formal lebih ramai memilih bersenam dan beriadah sebagai gaya hidup sihat, diikuti oleh menjaga makanan.

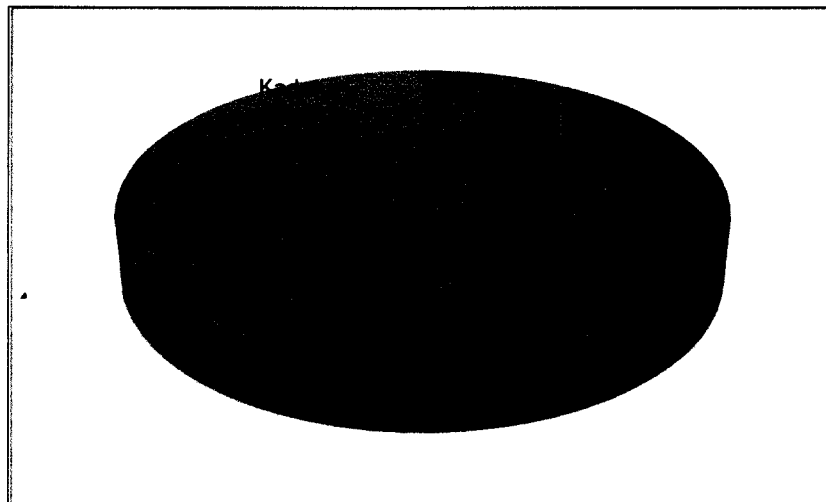
Jadual 5.21: Persepsi responden tentang gaya hidup sihat mengikut tahap pendidikan responden

Pendapat tentang gaya hidup sihat	Tahap pendidikan					Jumlah
	Tiada pendidikan formal	Sek. Rendah	Sek. Men. Rendah	Sek. Men. Atas	Maktab/Kolej/ Politeknik/Institut kemahiran/Universiti	
Menjaga pemakanan	9 31.0%	34 33.3%	27 38.6%	102 42.1%	40 47.6%	212 40.2%
Bersenam dan beriadah	12 41.4%	50 49.0%	34 48.6%	91 37.6%	33 39.3%	220 41.7%
Terlibat dalam pekerjaan yang memerlukan tenaga fizikal	5 17.2%	14 13.7%	6 8.6%	45 18.6%	11 13.1%	81 15.4%
Hidup dalam persekitaran yang tidak tercemar	0 .0%	1 1.0%	2 2.8%	3 1.3%	0 .0%	6 1.1%
Tidak tahu	3 10.4%	3 3.0%	1 1.4%	1 0.4%	0 .0%	8 1.5%
Jumlah	29 100.0	102 100.0	70 100.0	242 100.0	84 100.0	527 100.0

Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

5.5.3 Persepsi terhadap ada atau tidak mereka mengamalkan gaya hidup sihat

Kajian diteruskan dengan meninjau pendapat responden terhadap persoalan sama ada mereka mengamalkan gaya hidup sihat atau tidak menurut pandangan mereka. 69.3 peratus (377 orang) daripada keseluruhan responden mengatakan mereka ada mengamalkan gaya hidup sihat, 21.9 peratus (119 orang) mengatakan mereka kadang-kadang mengamalkan gaya hidup sihat dan 8.8 peratus atau 48 orang mengatakan mereka tidak mengamalkan gaya hidup sihat. Tiada banyak perbezaan di antara responden daripada semua kawasan kajian, kedua-dua gender dan taraf pendidikan di mana lebih 60 peratus daripada setiap kategori dikaji mengatakan mereka ada mengamalkan gaya hidup sihat seperti menjaga pemakanan dan beriadah.



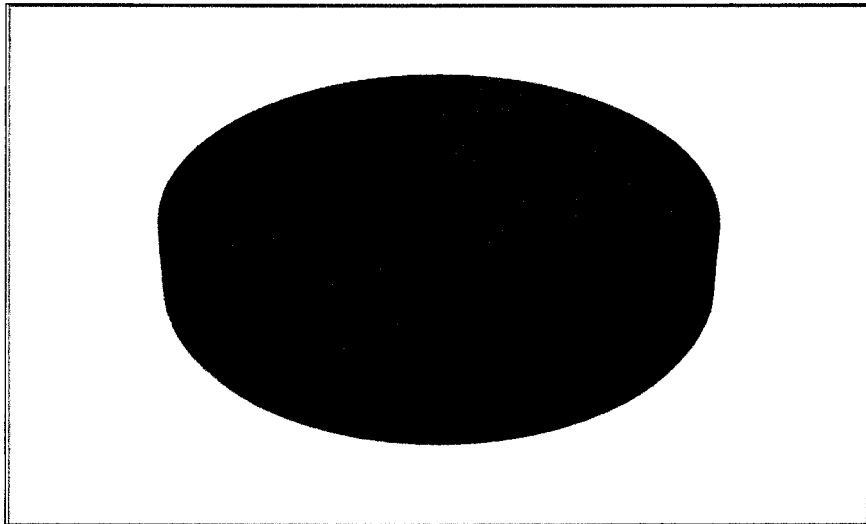
Sumber: Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

Rajah 5.10: Persepsi responden terhadap persoalan sama ada mereka mengamalkan gaya hidup sihat atau tidak

5.5.4 Pengetahuan tentang saringan kanser

Kajian ini juga meninjau pengetahuan responden tentang saringan kanser. Didapati majoriti iaitu 69.5 peratus atau 378 orang responden pernah mendengar tentang saringan kanser berbanding 30.5 peratus (166 orang) responden yang tidak pernah mendengar tentang saringan penyakit tersebut (Rajah 5.11). Tidak banyak perbezaan di antara tempat kajian di mana di kelima-lima kawasan, lebih 60 peratus responden pernah mendengar tentang saringan kanser, dengan peratusan tertinggi daripada responden Kuala Kedah (74.2 peratus) dan peratusan terendah ialah responden Baling (63.5 peratus). Dari sini

dapat dirumuskan kesedaran kesihatan dan pengetahuan orang awam terhadap kanser adalah agak tinggi.



Sumber: Sumber: Kajian kesedaran kesihatan dan pengetahuan tentang kanser di kalangan orang awam di Negeri Kedah dan Perlis, November 2007.

Rajah 5.11: Peratusan responden yang pernah mendengar dan tidak pernah mendengar tentang saringan kanser

Selain daripada itu, status tempat tinggal responden tidak menunjukkan perbezaan yang ketara tentang pengetahuan tentang saringan penyakit kanser. Hal ini kerana lebih 60 peratus responden bagi semua status tempat tinggal pernah mendengar tentang saringan penyakit kanser. Walau bagaimanapun, peratusan yang paling tinggi tidak pernah mendengar tentang saringan kanser adalah responden yang tinggal di luar bandar iaitu 35.1 peratus iaitu berbanding hanya 25 orang yang tinggal di bandar dan di pinggir bandar. Hal ini sama seperti yang pernah ditemui oleh kajian sebelumnya di mana penduduk di luar bandar seringkali lebih kurang pengetahuan tentang kesihatan berbanding penduduk bandar (Manderson, Kirk dan Hoban 2001; Philips 1990; Lyons, 2004). Pun begitu angka 25 peratus penduduk bandar dan pinggir bandar yang tidak pernah mendengar tentang saringan kanser ini boleh dikatakan masih tinggi kerana seharusnya penduduk bandar dan pinggir bandar mempunyai lebih aksesibiliti untuk mendapat maklumat tentang kesihatan. Hal ini membayangkan ketersampaian maklumat kesihatan masih pada tahap yang belum cukup memuaskan di kawasan kajian ini.

5.5.5 Perbandingan pengetahuan tentang saringan kanser mengikut umur dan jantina

Majoriti responden lelaki dan wanita yang ditemui mengakui pernah mendengar tentang saringan kanser, iaitu masing-masing 74.6 peratus (241 orang) bagi perempuan dan 62 peratus (137 orang) bagi lelaki. Kajian ini juga mendapati bilangan responden lelaki yang tidak pernah mendengar tentang saringan kanser adalah lebih tinggi berbanding responden wanita iaitu 38 peratus (84 orang) bagi lelaki dan 25.4 peratus (82 orang) bagi perempuan.

Perbandingan mengikut umur pula menunjukkan lebih 70 peratus responden dalam lingkungan umur antara 26 tahun ke 65 tahun mengetahui tentang saringan kanser. Manakala peratusan yang tidak pernah mendengar tentang kanser dalam lingkungan umur tersebut adalah lebih rendah iaitu sekitar 20 peratus ke 25 peratus sahaja. Hal ini berbeza bagi responden yang berumur 25 tahun ke bawah dan 66 tahun ke atas, didapati peratusan mereka yang pernah mendengar saringan kanser adalah rendah iaitu masing-masing 58.8 peratus (87 orang) dan 42.9 peratus (21 orang). Didapati peratusan yang tidak pernah mendengar tentang saringan kanser pada kumpulan umur tersebut adalah lebih tinggi bagi responden berumur 66 tahun ke atas iaitu 57.1 peratus (28 orang) dan 41.2 peratus (58 orang) responden berumur 25 tahun ke bawah (Jadual 5.22).

Jadual 5.22: Pernah mendengar atau tidak pernah tentang saringan kanser mengikut umur responden

Umur responden	Pernah mendengar tentang saringan kanser				Jumlah	
	Pernah		Tidak pernah			
25 tahun ke bawah	87	58.8%	58	41.2%	148	100.00
26 – 35 tahun	73	79.3%	19	20.6%	92	100.00
36 – 45 tahun	65	78.3%	18	21.7%	83	100.00
46 – 55 tahun	73	74.5%	25	25.5%	98	100.00
56 – 65 tahun	59	74.7%	20	25.3%	79	100.00
66 tahun ke atas	21	42.9%	28	57.1%	49	100.00
Jumlah	378	69.5%	166	30.5%	544	100.00

5.5.6 Kesedaran melakukan saringan kanser mengikut gender, umur dan tahap pendidikan

Walaupun majoriti responden lelaki dan perempuan pernah mendengar tentang saringan kanser namun ia tidak signifikan dengan peratusan mereka yang pernah melakukan

saringan kanser. Hal ini mungkin disebabkan kurangnya kesedaran di kalangan responden tentang perlunya menjalani saringan untuk mengesan penyakit ini di peringkat awal. Kajian ini mendapati peratusan wanita yang pernah melakukan saringan kanser adalah lebih tinggi iaitu 44.3 peratus (143 orang) berbanding 24.4 peratus (54 orang) responden lelaki. Walaupun begitu peratusan mereka yang tidak pernah melakukan saringan adalah masih tinggi bagi kedua-dua jantina, namun sedikit lebih rendah bagi responden perempuan iaitu 55.7 peratus (180 orang) berbanding 75.6 peratus (167 orang) lelaki.

Umur responden yang pernah melakukan saringan pula menjelaskan kebanyakan yang pernah melakukan saringan kanser adalah mereka yang berada pada kategori umur yang berisiko menghidap kanser iaitu 35 tahun ke atas. Manakala umur 25 tahun ke bawah adalah kumpulan umur responden yang paling rendah pernah melakukan saringan iaitu 16.1 peratus (23 orang). Paling ramai pernah melakukan saringan ialah responden berumur antara 36 - 45 tahun iaitu sebanyak 56.6 peratus (47 orang). Ini diikuti oleh mereka yang berumur antara 46 - 55 tahun iaitu 44.9 peratus (44 orang), manakala sebanyak 46.7 peratus (43 orang) bagi mereka yang berumur 26 - 35 tahun. Peratusan ini menurun apabila umur semakin meningkat. Didapati hanya sebanyak 38 peratus (30 orang) responden daripada kumpulan umur 56 - 65 tahun pernah melakukan saringan. Seterusnya bagi responden berumur 66 tahun ke atas hanya sebanyak 20.4 peratus (10 orang) pernah melakukan saringan. Bagi yang tidak pernah melakukan saringan pula didapati peratusan mereka adalah tinggi bagi semua kumpulan umur kecuali bagi responden berumur 36 - 45 tahun iaitu peratusan yang pernah melakukan saringan adalah lebih tinggi berbanding tidak pernah.

Analisis mengikut tahap pendidikan responden pula menunjukkan responden yang berpendidikan tidak formal adalah paling sedikit melakukan saringan iaitu sebanyak 18.8 peratus (6 orang) berbanding 81.3 peratus (26 orang) tidak pernah melakukan saringan. Bagi responden yang berpendidikan formal pula didapati peratusan yang tidak pernah melakukan saringan kanser adalah lebih tinggi berbanding pernah melakukannya bagi semua kategori pendidikan responden. Hal ini menjelaskan hubungan yang kurang signifikan antara tahap pendidikan dan melakukan saringan kanser. Malah responden yang tamat pendidikan sekolah rendah mempunyai peratusan yang lebih tinggi pernah melakukan saringan berbanding responden berpendidikan lebih tinggi (lihat Jadual 5.23).

Daripada perbincangan ini tahap pendidikan dan status lokasi kediaman kurang mempengaruhi atau memotivasikan seseorang untuk melakukan saringan kanser. Perkara yang lebih penting ialah kesedaran di kalangan masyarakat untuk menjaga kesihatan mereka. Oleh itu, pendedahan maklumat tentang satu-satu penyakit kepada masyarakat amat membantu dalam menyemai sikap mementingkan penjagaan kesihatan tanpa mengira tahap pendidikan, gender dan umur.

Jadual 5.23: Responden yang melakukan saringan kanser mengikut tahap pendidikan

Tahap pendidikan	Melakukan saringan kanser				Jumlah	
	Pernah		Tidak pernah			
Pendidikan tidak formal	6	18.8%	26	81.2%	32	100.00
Sekolah rendah	52	47.7%	57	52.3%	109	100.00
Sek.Men.Rendah	27	37.5%	45	62.5%	72	100.00
Sek. Men. Atas (tkt 4 – 6)	85	34.6%	161	65.4%	246	100.00
Maktab/Kolej/Politeknik/Institut Kemahiran/Universiti	27	31.8%	58	68.2%	85	100.00
Jumlah	197	36.2%	347	63.8%	544	100.00

5.5.7 Pengetahuan tentang polisi insurans kesihatan

Selanjutnya, kajian ini meninjau pengetahuan responden terhadap kepentingan polisi insuran kesihatan. Kajian mendapati sebanyak 52.5 peratus (280 orang) tahu tentang polisi insuran kesihatan dan 48.5 peratus (264 orang) pula tidak tahu. Daripada jumlah ini, peratusan responden lelaki yang tahu adalah lebih tinggi iaitu 58.4 peratus (129 orang) berbanding 46.7 peratus (151 orang) perempuan yang tahu. Seterusnya didapati bilangan responden perempuan yang tidak memiliki pengetahuan tentang insuran kesihatan adalah lebih tinggi iaitu 53.3 peratus (172 orang) berbanding 41.6 peratus (92 orang) responden lelaki. Hal ini disebabkan maklumat tentang insuran kesihatan yang disebarkan secara formal atau tidak formal banyak dibincangkan oleh golongan lelaki, tambahan pula ia merupakan keputusan keluarga atau individu yang melibatkan kewangan. Topik seumpama ini kurang dibincangkan oleh sesama wanita, sebaliknya menyerahkannya kepada ahli isi rumah lelaki. Di kalangan lelaki pula topik insuran dibincangkan semasa mereka berkumpul di tempat kerja atau di warung. Hal ini menyumbang kepada pengetahuan yang sedikit lebih baik di kalangan lelaki tentang insuran kesihatan berbanding perempuan. Namun begitu, tidak dinafikan terdapat juga wanita yang berkerjaya dan lebih berpendidikan mengetahui tentang insuran kesihatan.

Mereka biasanya mengetahui tentang insuran melalui pembacaan atau pun diperkenalkan oleh teman-teman di tempat kerja atau terus melalui agen insuran.

5.5.8 Perbandingan pengetahuan tentang insuran mengikut tahap pendidikan dan umur

Secara keseluruhannya responden yang berpendidikan tinggi lebih mengetahui tentang insuran kesihatan. Hal ini mungkin disebabkan mereka lebih peka terhadap keperluan insuran kerana sering terdedah kepada iklan insuran atau sering didatangi oleh agen insuran untuk tujuan promosi. Hal ini berbeza bagi respond tiada pendidikan formal dan mereka yang tamat sekolah rendah di mana bilangan mereka yang mengetahui tentang insuran kesihatan adalah jauh lebih rendah berbanding tahu. Perkara ini menjelaskan semakin baik tahap pendidikan responden maka mereka lebih mengetahui tentang polisi insuran dan mereka lebih memahami tentang keperluan insuran kesihatan.

Mengikut umur pula, didapati seramai 163 orang golongan dewasa daripada kumpulan umur produktif iaitu antara umur 26 – 55 tahun adalah lebih mengetahui tentang insuran berbanding seramai 110 orang tidak tahu dalam kumpulan umur yang sama. Mereka yang tahu ini biasanya terdiri daripada golongan yang telah bekerja dan mempunyai tahap pendidikan yang agak baik. Malah, ada di antara responden dari kumpulan umur ini dilindungi oleh insuran sama ada insuran peribadi, keluarga atau insuran berkelompok (responden yang bekerja). Bagi yang berumur 25 tahun ke bawah pula, hanya terdapat sedikit perbezaan iaitu 75 orang yang tidak tahu berbanding 68 orang yang tahu. Walaupun perbezaan antara mereka yang tahu dan yang tidak tahu tidak tinggi, namun hal ini begitu membimbangkan kerana sebagai golongan muda mereka seharusnya lebih tahu tentang keperluan insuran kesihatan ini. Ketidakpekaan golongan muda terhadap keperluan insuran kesihatan menunjukkan kesedaran yang masih rendah golongan ini terhadap persediaan menghadapi sebarang masalah kesihatan mereka pada masa hadapan.

5.5.9 Latar belakang responden yang mempunyai perlindungan insuran

Akhirnya bahagian ini akan membincangkan tentang latarbelakang responden yang memiliki perlindungan insuran kesihatan. Perbincangan ini melihat dari aspek status lokasi tempat tinggal responden, gender dan tahap pendidikan.

Perbincangan sebelum ini menjelaskan peratusan responden yang mengetahui tentang insuran kesihatan adalah agak tinggi bagi kedua-dua jantina. Tetapi bilangan responden yang dilindungi insuran kesihatan adalah rendah bagi kedua-dua jantina iaitu masing-masing 20.4 peratus (45 orang) responden lelaki dan 18 peratus (58 orang) responden wanita. Hal ini menjelaskan bahawa kedua-dua jantina iaitu lelaki dan wanita masih rendah kesedaran untuk mendapatkan perlindungan insuran kesihatan. Namun begitu terdapat faktor lain yang mendorong responden untuk tidak memiliki insuran kesihatan walaupun mereka mengetahui tentang keperluan insuran ini. Antaranya ialah faktor tingkat pendapatan yang rendah dan responden telah dilindungi oleh insuran berkelompok (responden bekerja).

Perbandingan mengikut tahap pendidikan mendapati responden yang berpendidikan tinggi sedikit lebih tinggi mempunyai perlindungan insuran kesihatan berbanding tahap pendidikan lain. Jadual 5.24 menunjukkan semakin tinggi tahap pendidikan, semakin tinggi peratusan responden yang memiliki insuran kesihatan. Walaupun begitu, peratusan responden yang tidak dilindungi oleh insuran kesihatan masih tinggi bagi semua tahap pendidikan responden.

Jadual 5.24: Perbandingan tahap pendidikan dan status perlindungan insuran kesihatan

Tahap pendidikan	Memiliki insuran kesihatan		Jumlah
	Ada	Tiada	
Pendidikan tidak formal	1 3.1%	31 96.9%	32 100.00
Sekolah rendah	14 12.8%	95 87.2%	109 100.00
Sek.Men.Rendah	12 16.7%	60 83.3%	72 100.00
Sek. Men. Atas (tkt 4 – 6)	46 18.7%	200 81.3%	246 100.00
Maktab/Kolej/Politeknik/Institut Kemahiran/Universiti	30 35.3%	55 64.7%	85 100.00
Jumlah	103 18.9%	441 81.1%	544 100.00

Manakala perbandingan mengikut status tempat tinggal juga menunjukkan bilangan responden yang tidak memiliki insuran adalah tinggi di semua kawasan iaitu 86.5 peratus (luar bandar), 80.2 peratus (pinggir bandar), 81.9 peratus (pekan) dan 75 peratus (bandar). Manakala bagi responden yang memiliki insuran pula, sedikit lebih tinggi bagi responden bandar dan pinggir bandar iaitu masing-masing 25 peratus (31 orang) dan 19.8 peratus (33 orang). Secara keseluruhannya, masih ramai responden sama ada dari bandar, pinggir bandar, pekan dan luar bandar masih tidak memiliki insuran kesihatan. Hal ini memburukkan lagi keadaan ekonomi mereka apabila menghadapi masalah kesihatan

yang memerlukan kos rawatan yang tinggi. Oleh itu, maklumat tentang insuran kesihatan perlu disalurkan kepada segenap lapisan masyarakat dan kepentingan memiliki perlindungan insuran ini perlu dijelaskan. Hal ini kerana perbincangan sebelumnya mendapati majoriti responden mengetahui tentang insuran kesihatan tetapi hanya sebilangan kecil sahaja yang memiliki perlindungan insuran kesihatan. Keadaan ini perlu ditangani dengan segera bagi membuka mata masyarakat akan kepentingan memiliki perlindungan insuran kesihatan. Insuran kesihatan ini penting sebagai jaminan masa hadapan sekiranya mereka menghadapi masalah kesihatan yang kronik dan memerlukan kos rawatan di luar kemampuan pesakit serta keluarga.

5.4 Kesimpulan

Bab ini telah membincangkan tentang kesedaran kesihatan, pengetahuan dan ketersampaian maklumat kanser di kalangan orang awam. Kajian ini mendapati bahawa secara umumnya kanser adalah penyakit yang semakin diketahui oleh segenap lapisan masyarakat. Namun begitu, pengetahuan tentang penyakit ini iaitu tentang penjagaan kesihatan, kaedah rawatan dan faktor penyebab adalah masih rendah di kalangan masyarakat terutamanya bagi yang tinggal luar bandar dan mereka yang kurang berpendidikan.

Selain itu, terdapat juga beberapa perbezaan tahap pengetahuan antara lelaki dan wanita. Didapati lelaki lebih mengetahui tentang penyakit ini, tetap kurang kesedaran dan untuk untuk menghindari penyakit ini dari peringkat awal. Kajian ini mendapati golongan wanita adalah lebih ramai melakukan saringan kanser berbanding lelaki. Kajian ini juga mendapati masih terdapat ramai masyarakat yang tidak mempunyai pengetahuan tentang perlindungan insuran kesihatan. Didapati walaupun responden mempunyai maklumat tentang perkara tersebut, tetapi mereka tidak mempunyai kesedaran untuk membeli insuran.

Seterusnya ialah Bab Enam yang akan membincangkan tentang kesimpulan kajian ini. Bab ini juga akan mengemukakan cadangan ke arah tindakan bagi mengatasi masalah-masalah yang dihadapi oleh pesakit dan keluarga semasa berhadapan dengan kanser.

BAB ENAM

KESIMPULAN: MEMBINA JARINGAN KESELAMATAN DAN CADANGAN KE ARAH TINDAKAN BAGI MEMBANTU PESAKIT KANSER DAN KELUARGA

6.1 Pengenalan

Bab-bab penemuan kajian (Bab 4 dan 5) telah merumuskan beberapa perkara penting berkaitan kesengsaraan berganda – kemiskinan dan kanser, iaitu:

- Tahap pengetahuan pesakit dan keluarga tentang kanser adalah rendah
- Tindakan awal yang dilakukan untuk menghadapi kanser adalah tidak membantu kepada penyembuhan
- Menghadapi masalah ketersampaian daripada segi jarak, kos dan perkhidmatan pengangkutan untuk mendapatkan rawatan
- Ketidakmampuan membayar kos rawatan dan kos pengangkutan
- Kehilangan pekerjaan dan sumber pendapatan
- Ekonomi keluarga semakin merosot setelah ahli keluarga didiagnosis kanser
- Ketidakmampuan memiliki insuran kesihatan
- Kesukaran mendapatkan bantuan
- Kerenah birokrasi

Oleh itu, bab terakhir ini akan cuba menyarankan satu jaringan keselamatan (*safety net*) serta cadangan ke arah tindakan bagi meringankan beban pesakit dan keluarga yang berhadapan dengan kesengsaraan yang berganda akibat kemiskinan dan penyakit yang dihadapi. Cadangan-cadangan yang diutarakan akan mengambilkira pengalaman negara-negara lain dalam usaha mengurangkan kesengsaraan yang dihadapi oleh pesakit kronik dan keluarga mereka.

6.2 Ringkasan penemuan kajian

Konsep ‘kesengsaraan berganda’ digunakan untuk menjelaskan kesukaran yang dihadapi oleh pesakit dan keluarga dalam menghadapi kanser. Seperti yang telah diketahui umum, pesakit biasanya berhadapan dengan masalah kesihatan akibat daripada penyakit yang dihidapi, rawatan yang menyakitkan dan tempoh penyembuhan yang lama. Malah, adakalanya kanser akan meninggalkan kesan yang kekal kepada anggota pesakit, sama ada disebabkan oleh penyakit kanser sendiri atau disebabkan oleh kaedah rawatan. Hal ini dilihat sebagai kesengsaraan kepada individu yang menghidap kanser. ‘Kesengsaraan berganda’ juga merujuk kepada beberapa aspek yang turut menyukarkan lagi kehidupan atau kelangsungan hidup pesakit dan keluarga mereka. Antaranya seperti ketidakupayaan membaca keterangan tentang kanser, ketiadaan pekerjaan, rendahnya taraf pendidikan, keadaan rumah yang tidak sempurna, kurang akses kepada penjagaan kesihatan, ketidakcekapan perkhidmatan kesihatan, keadaan malnutrasi yang kronik dan sikap pesakit. Kesengsaraan berganda ini akan meningkatkan lagi risiko kematian akibat kanser terutamanya kepada pesakit kurang berkemampuan (miskin).

Hasil daripada kajian mendapati bahawa kesengsaraan yang disebabkan oleh kanser bukan sahaja ditanggung oleh pesakit itu bersendirian, tetapi turut ditanggung oleh seluruh isi rumah. Suami, isteri, anak dewasa atau ibu bapa pesakit yang merupakan penyumbang ekonomi kepada keluarga berhadapan dengan kemungkinan berhenti kerja untuk menjaga pesakit kanser. Hal ini menyebabkan keadaan kemiskinan keluarga menjadi bertambah buruk. Mereka terpaksa menyumbangkan sebahagian besar daripada pendapatan bulanan atau berhutang untuk merawat ahli keluarga yang menghidap kanser, memandangkan kos rawatan kanser yang tinggi kerap terjadi keadaan di mana ahli keluarga berhutang dengan orang lain untuk mengatasi masalah kewangan. Ini menunjukkan ‘kesengsaraan berganda’ yang menimpa keluarga apabila terdapat ahli keluarga tersebut menghidap kanser.

Secara amnya kajian ini telah mencapai objektif kajian. Berikut merupakan ringkasan penemuan utama bagi setiap objektif tersebut:

Objektif 1: Mengenalpasti masalah pesakit daripada golongan tidak berkemampuan serta memahami bagaimana mereka menghadapi masalah tersebut untuk meneruskan kehidupan selepas didiagnosis kanser

Objektif di atas dijawab dalam Bab 4 yang merumuskan pelbagai masalah yang dihadapi oleh pesakit dan keluarga ketika berhadapan dengan kanser. Masalah-masalah tersebut menyebabkan pesakit dan keluarga berada dalam situasi 'kesengsaran berganda'. Dalam kajian ini masalah yang dihadapi oleh pesakit dan keluarga dibahagikan kepada (1) Masalah pengetahuan tentang kanser, (2) Masalah dalam mendapatkan rawatan, (3) Masalah ekonomi yang dihadapi dan (4) Masalah sosio-budaya yang membataskan kelangsungan hidup pesakit dalam menghadapi kanser. Turut dibincangkan ialah tentang bagaimana pesakit dan keluarga menghadapi masalah tersebut.

Hampir semua responden dalam kajian ini menghadapi masalah kewangan dalam menghadapi kanser. Walaupun sebahagian daripada mereka mempunyai sumber pendapatan yang agak baik, namun akibat daripada kos rawatan yang mahal dan proses penyembuhan yang memakan masa yang lama menyebabkan mereka berhadapan dengan masalah ketidakcukupan sumber kewangan. Hal ini bertambah rumit bagi pesakit dan keluarga pesakit yang memang sedia miskin dan mereka yang tidak mempunyai pendapatan tetap.

Walaupun begitu, masalah kewangan bukan satu-satunya penyebab pesakit tidak ke hospital. Sebaliknya, kebanyakan hospital yang mempunyai peralatan dan tenaga pakar untuk merawat kanser terletak terlalu jauh dari rumah mereka. Jarak jauh menjadi beban kepada mereka kerana terpaksa menanggung kos pengangkutan yang tinggi untuk ke pusat rawatan. Masalah ini menjadi semakin rumit apabila pesakit dan keluarga mereka tidak mengetahui kewujudan agensi yang boleh membantu meringankan beban ekonomi mereka.

Majoriti pesakit dan keluarga pesakit tidak mempunyai sebarang pengetahuan tentang kanser. Mereka tidak pernah mengetahui simptom penyakit kanser. Akibatnya pesakit sering mencuba pelbagai kaedah rawatan secara tradisional dan ada yang membiarkannya begitu sahaja. Hal ini menyumbang kepada kelewatan pengesanan dan rawatan, dan kanser yang dihidapi menjadi semakin parah. Kajian ini juga

menyimpulkan ketiadaan pengetahuan di kalangan responden menyebabkan mereka tidak memahami panduan dan nasihat yang diberikan oleh pakar perubatan.

Tidak memiliki kenderaan sendiri untuk ke hospital juga menyumbang kepada permasalahan ini. Keadaan ini menyukarkan akses untuk mendapatkan rawatan terutamanya bagi mereka yang tinggal jauh dari jalan-jalan utama. Hal ini menjadi bertambah buruk sekiranya sistem perkhidmatan pengangkutan awam di kawasan terbabit tidak cekap. Jaringan pengangkutan dan sistem perkhidmatan pengangkutan yang baik memudahkan akses masyarakat kepada penjagaan kesihatan terutamanya untuk ke hospital dan klinik yang terletak di pusat bandar.

Kelemahan sistem penyampaian maklumat kepada pesakit menyebabkan pesakit dan keluarga tidak tahu tentang status permohonan mereka. Hal ini kerana pihak yang bertanggungjawab tidak memaklumkan keputusan permohonan bantuan sama ada berjaya ataupun tidak terus kepada pesakit. Sebaliknya surat pemberitahuan tersebut dihantar kepada pihak jabatan kebajikan perubatan di hospital. Pihak Jabatan Kebajikan Perubatan pula hanya menunggu pesakit datang untuk menyemak status permohonan mereka. Namun begitu, ramai pesakit telah keluar dari wad atau berpindah pusat rawatan sebelum status permohonan mereka diketahui. Pihak Jabatan Kebajikan Perubatan hospital pula tidak mengetahui jadual lawatan pesakit ke hospital atau tempat pesakit mendapatkan rawatan untuk memaklumkan status permohonan mereka. Akibatnya, pemohon tidak mengetahui tentang bantuan yang mereka terima.

Objektif 2: Mengenalpasti masalah dan risiko yang dihadapi oleh keluarga yang berkemungkinan berhenti kerja untuk menjaga dan merawat pesakit

Bab 4 ini juga merumuskan bahawa pesakit yang bekerja adalah berisiko tinggi untuk diberhentikan kerja ataupun terpaksa berhenti kerja disebabkan oleh masalah kesihatan mereka. Masalah pembahagian masa di antara masa bekerja dan masa untuk mendapatkan rawatan dan kesakitan yang dialami menyebabkan mereka terpaksa memohon cuti yang kerap. Majikan yang tidak prihatin dengan masalah pesakit telah memberhentikan pekerja mereka tanpa memberitahu terlebih dahulu. Terdapat juga ahli keluarga pesakit yang terpaksa berhenti kerja untuk menjaga penjaga pesakit. Pesakit bukan sahaja perlu dijaga semasa mereka berada di hospital tetapi juga perlu diberi

perhatian semasa berada di rumah. Ekoran daripada masalah ini keluarga pesakit akan lebih terdedah kepada risiko mengalami masalah kewangan untuk membiayai kos rawatan dan pembiayaan untuk keperluan isi rumah.

Objektif 3: Meninjau pengetahuan serta ketersampaian maklumat berkaitan kanser di kalangan masyarakat umum

Objektif ini telah dijawab dalam Bab 5. Tinjauan terhadap pengetahuan tentang kanser di kalangan masyarakat umum mendapati ramai yang mengetahui tentang kanser tetapi usaha menjauhi penyakit ini tidak begitu dipraktikkan. Hal ini terbukti apabila ramai responden mengetahui bahawa golongan yang lebih berisiko menghidap kanser adalah wanita. Walau bagaimanapun, ramai yang tidak berusaha untuk mengesan penyakit ini dari peringkat awal. Ramai yang mengetahui tentang program saringan sebagai langkah untuk mengesan kanser di peringkat awal, tetapi hanya segelintir sahaja yang pernah melakukannya. Oleh itu, kajian ini merumuskan tahap kesedaran masyarakat tentang kanser adalah masih pada tahap yang rendah.

Segelintir responden remaja dan mereka yang berpelajaran menengah tidak mengetahui dan tidak pernah mendengar tentang penyakit ini. Hal ini seharusnya tidak berlaku kerana perbincangan tentang kanser sering dibuat di radio, TV, majalah dan suratkhbar. Sikap tidak ambil peduli di kalangan generasi muda ini amat membimbangkan. Senario ini akan menggagalkan usaha pihak-pihak yang terbabit untuk menyebarkan maklumat tentang kanser kepada masyarakat umum.

Tinjauan terhadap pengetahuan masyarakat tentang insuran kesihatan juga mendapati ramai yang mengetahui tentang kewujudan polisi

Objektif 4: Mencadangkan langkah-langkah ke arah tindakan bagi membantu pesakit untuk mendapatkan maklumat dan membina jaringan keselamatan bagi mendapatkan rawatan dan sokongan sosial

Penemuan tentang kesengsaraan berganda pesakit dan keluarga dari golongan kurang berkemampuan akan dijadikan panduan untuk mengemukakan cadangan untuk tindakan seperti yang dibincangkan pada Bahagian 6.3.

6.3 Cadangan ke arah tindakan: Memperkasakan sokongan sedia ada dalam membantu pesakit dan keluarga

Memandangkan telah terdapat banyak usaha yang dibuat oleh pihak-pihak tertentu untuk meringankan beban pesakit dan keluarga mereka, pembaikan dasar-dasar sedia ada boleh dilakukan untuk memperkasakan lagi usaha sedia ada dengan tujuan mempertingkatkan lagi kesejahteraan hidup pesakit dan keluarga. Keupayaan badan-badan kerajaan dan bukan kerajaan untuk membantu telah disalurkan kepada pesakit seperti bantuan berbentuk kewangan, bukan kewangan dan penjagaan pesakit. Antara badan yang banyak memberi sokongan dan bantuan ialah MAKNA, Hospis, Persatuan Kanser Kebangsaan, Jabatan Kebajikan Masyarakat, badan-badan politik, badan-badan bukan kerajaan dan pertubuhan-pertubuhan agama. Menyedari akan beban ekonomi dan penderitaan pesakit dan keluarga di samping tekanan emosi yang dihadapi, maka badan-badan ini dicadangkan mempertingkatkan peruntukan untuk skim-skim bantuan supaya memadai dengan keperluan mereka. Selain itu, sistem sokongan sedia ada perlu bersifat lebih senang didekati (tidak banyak prosedur) atau mudah diperolehi (mengurangkan kerenah birokrasi). Tindakan segera daripada pihak-pihak berkenaan dalam membantu menyalurkan sokongan kepada pesakit dan keluarga juga sangat perlu. Mereka yang memohon bantuan daripada badan-badan ini adalah golongan yang sangat memerlukan, namun kerana kurangnya pengetahuan dan prosedur permohonan yang rumit menyebabkan mereka lewat untuk mendapat bantuan tersebut. Oleh itu, pegawai-pegawai dan individu yang terlibat perlu dilatih untuk berkhidmat kepada golongan ini, terutamanya untuk mengenalpasti sokongan dan bantuan yang lebih membantu mereka berhadapan dengan masalah kanser. Mereka perlu lebih prihatin dan peka dengan keperluan pesakit dan keluarga pesakit.

Hasil daripada kajian mendapati majoriti pesakit kehilangan pekerjaan setelah didiagnosis kanser. Segelintir pesakit hilang upaya untuk bekerja semula setelah sembuh kesan daripada kaedah rawatan dan ubat-ubatan yang diambil. Oleh yang demikian, usaha untuk membantu golongan ini perlu dipertingkatkan memandangkan pesakit mungkin merupakan penyumbang utama ekonomi keluarga ketua keluarga atau satu-satunya individu yang bekerja dalam keluarga tersebut. Mereka perlu dibantu iaitu dengan memberi kemahiran baru yang sesuai dengan keadaan kesihatan dan keupayaan fizikal pesakit. Begitu juga dengan ahli keluarga pesakit. Mereka perlu diberi latihan dengan kemahiran dan bantuan dalam bentuk modal bagi membolehkan mereka

mengambil alih tanggungjawab menyara keluarga. Dengan cara ini, pesakit tidak perlu bekerja semula selepas selesai sesi rawatan kanser dan ini akan meningkatkan peluang untuk sembuh sepenuhnya.

Selain daripada itu, beberapa cara lain yang dapat dicadangkan kepada pihak-pihak bertanggungjawab ialah:

- Memupuk kesedaran di kalangan generasi muda tentang perlunya penjagaan kesihatan di peringkat sekolah rendah. Hal ini bertujuan mengatasi masalah rendahnya pengetahuan tentang kanser dan penjagaan kesihatan di kalangan generasi muda.

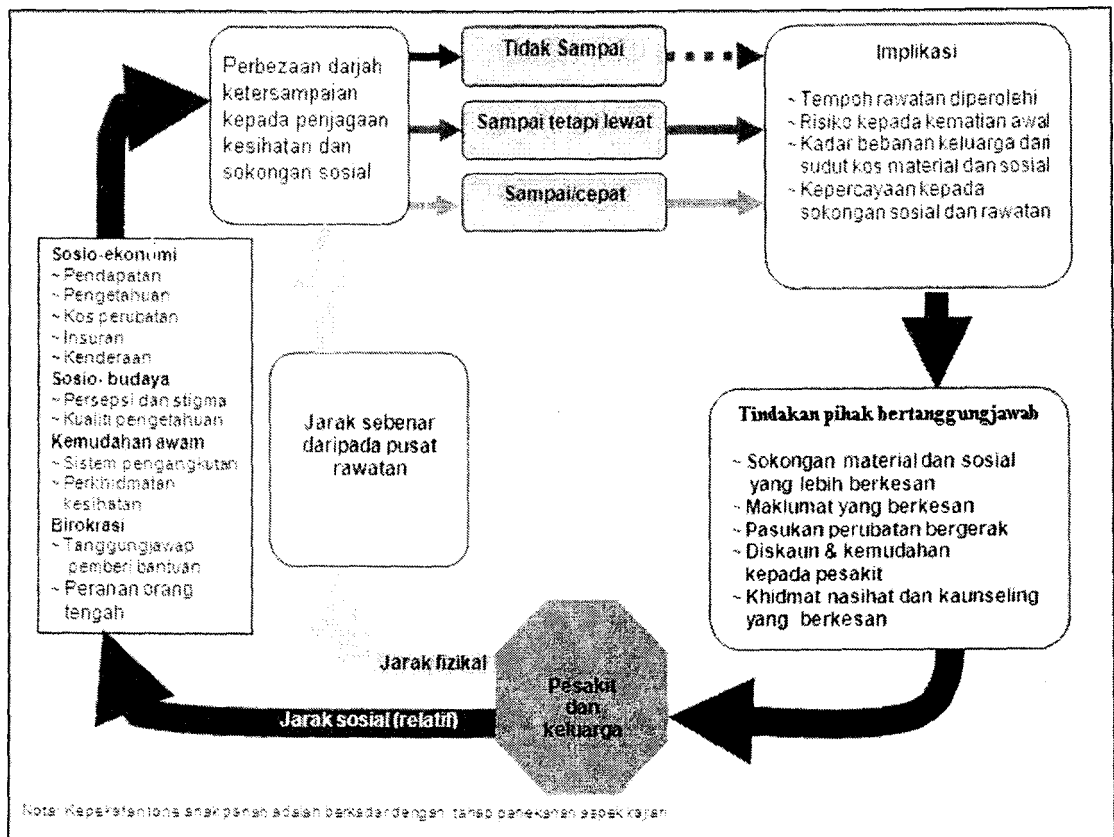
Pihak-pihak bertanggungjawab seperti Kementerian Kesihatan Malaysia, MAKNA dan Persatuan Kanser Kebangsaan disyorkan menjalankan pameran dan kempen tentang kanser dan kesihatan di sekolah-sekolah. Cara penyampaian maklumat semasa kempen haruslah sesuai dengan tahap penerimaan generasi muda supaya maklumat yang disampaikan berkesan dan tidak menakutkan mereka.

- Menyampaikan maklumat tentang penyakit dan penjagaan kesihatan dalam cara yang sesuai dengan pemikiran masyarakat di bandar, luar bandar, berpendidikan dan kurang berpendidikan. Hal ini kerana status tempat tinggal (bandar/luar bandar) dan status pendidikan menentukan tahap penerimaan serta kefahaman orang ramai terhadap sesuatu maklumat.
- Menambahbaik polisi sedia ada berkenaan dengan kriteria pemilihan pemberian bantuan, bentuk bantuan dan amaun bantuan kewangan yang diberikan. Ketelusan untuk menyalurkan bantuan dan sokongan perlu ditingkatkan. Kerenah birokrasi dalam prosedur permohonan dan penyaluran bantuan perlu dikurangkan.
- Mewujudkan perkhidmatan pasukan perubatan bergerak bagi mengatasi masalah pesakit yang tinggal jauh dari hospital, tiada kenderaan sendiri, tidak mampu membiayai kos pengangkutan ke pusat rawatan dan pesakit kronik yang sukar dibawa ke hospital. Perkhidmatan seumpama ini juga perlu untuk mempromosikan saringan kanser di kalangan masyarakat, terutamanya bagi

mereka yang tinggal jauh dari hospital, masyarakat luar bandar dan kumpulan minoriti orang asli yang jauh di pedalaman.

- Memberi potongan bayaran kos rawatan bagi pesakit yang tidak mampu. Diskaun ini diberi oleh pihak hospital. Kadar potongan kos rawatan perlu bersesuaian dengan taraf sosio-ekonomi pesakit.
- Menyediakan wad rehat sementara kepada pesakit kanser dan keluarga yang datang dari jauh untuk mendapatkan rawatan. Ini bertujuan supaya pesakit dapat berehat sementara menunggu giliran rawatan atau pemeriksaan.
- Menyediakan khidmat kaunseling dan khidmat nasihat yang lebih berkesan. Individu yang berhadapan dengan kanser cenderung menjadi sensitif, mudah terguris, rendah diri dan murung. Oleh itu, perkhidmatan kaunseling yang berkesan amat diperlukan untuk mengatasi keadaan ini. Dicaangkan sesi kaunseling tidak dibataskan semasa pesakit berada di hospital sahaja tetapi juga di rumah, di mana pakar kaunseling mengadakan program lawatan ke rumah pesakit.
- Memberi latihan profesional kepada kumpulan sokongan seperti sukarelawan yang kerap bertemu pesakit. Latihan profesional ini meliputi kemahiran berkomunikasi, pengetahuan tentang kanser dan saluran bantuan. Sukarelawan juga perlu dilatih supaya mesra pesakit, ceria, sopan serta berlembut kepada pesakit dan keluarga. Hal ini amat perlu bagi menjamin kesejahteraan pesakit apabila dilawati.

Rajah 6.1 meringkaskan faktor-faktor yang mempengaruhi akses pesakit kepada rawatan, pengetahuan dan maklumat tentang kanser. Ia juga memaparkan langkah-langkah ke arah tindakan dan implikasinya terhadap kesejahteraan pesakit dan keluarga. Sekiranya langkah-langkah ini berkesan (Kotak Tindakan Pihak Bertanggungjawab), ianya dapat mengurangkan kesengsaraan seterusnya membantu mensejahterakan pesakit dan keluarga.



Rajah 6.1: Langkah-langkah ke arah tindakan bagi membantu pesakit dan membina jaringan keselamatan bagi mendapatkan rawatan dan sokongan sosial

BIBLIOGRAFI

- American Cancer Society (2008). General Definition of Cancer.
http://training.seer.cancer.gov/module_cancer_disease/unit2_whatscancer1_definition.html. Dilayari pada 27/12/2008.
- Bast, Robert.C., Kufe, Donald.C., Pollock, Raphael.E., Weichselbaum, Ralph.R., Holland, James.F., Frei III, Email., & Gansler, Ted.s (eds) (2000). Cancer Medicine 6th edition. BC Decker Inc. Canada. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=cmed> (online). Dilayari pada 28.12.2008
- Bernard, H. Russel (2000). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Brydon, L. dan Chant, S. (1989). *Women in the Third World*. England: Edward Elgar.
- CDC (2004). 'The national breast and cervical cancer early detection program-reducing mortality through screening'. Cancer Prevention and Control, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (Online)
<http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about.htm>. Dilayari pada 10/09/2005.
- Chadwick, Bruce A., Bahr, Howard M. & Albrecht, Stan. L (1984). *Social Science Research Methods*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Chen, C.Y (1976). Perubatan Bumi Tradisional di Malaysia. Kuala Lumpur: Bahasa dan Kesusasteraan Melayu, Kementerian Kebudayaan, Belia dan Sukan.
- College of Radiologists Academy of Medicine of Malaysia (2008). Apakah Onkologi Klinikal?.http://www.radiologymalaysia.org/Content/2006/Public/Oncology/BM/BM_clinicaloncology.html. Dilayari pada 27.12.2008.
- Cromley, E.K & McLafferty, S.L (2002). *GIS and public health*. New York: The Guilford Press.
- Cutchin, M.P (2002). Virtual medical geographies: conceptualizing telemedicine and regionalization. *Progress in Human Geography*, Vol.26 (1): 19 – 39.
- Dewan Masyarakat (2007). 'Perubatan alternatif pelengkap penyembuhan'. *Dewan Masyarakat*, Bil. Januari 2007.
- Donovan, Jenny (1992). 'When you're ill, you've gotta carry it' health and illness in the lives of black people', dalam Eyles, John dan Smith, David M. (Editor), *Qualitative Methods in Human Geography*. Cambridge: Polity Press.180 – 196.
- Dwyer, Claire dan Lamb, Melanie (2001). Introduction: Doing Qualitative Research in Geography, dalam Dwyer, Claire dan Lamb, Melanie (2001). *Qualitative Methodologies for Geographers*. London:Arnold. 1-20.

Eyles, John (1992). 'Interpreting the Geographical World: Qualitative Approaches in Geographical Research', dalam Eyles, John dan Smith, David M. (Editor) *Qualitative Methods in Human Geography*. Oxford: Blackwell Publishers. 1-16.

Faziah Din (1980). *Cara untuk kekalkan perubatan tradisional*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.

Gray, David., Shaw, Jon dan Farrington, John (2006). Community transport, social capital and social exclusion in rural areas. *Area*. Vol. 38 (1): 89 – 98.

Gober, Patricia & Rosenberg, Mark.W (2001). 'Looking back, looking around, looking forward' dalam Dyck, Lewis & McLafferty (editor). *Geographies of Women Health*. New York: Routledge.

GLOBOCAN (2000). Worldwide sex-specific cancer incidence and mortality by country (all site except, non-melanoma). <http://www.mcgill.ca/file/cancerepi/globocan2000.doc>. Dilayari pada 23.3.2009.

Hardisty, J. and Leopold, E. (2005). *Cancer and poverty: double jeopardy for women*. Jean Hardisty Founder of PRA. (Online) http://www.jeanhardisty.com/essay_cancerandpoverty.html. Dilayari pada 10/09/2005.

Imran Abdul Khalid dan Narazah Mohd Yusoff (2005). *Barah Payudara: Panduan Untuk Pesakit*. Kuala Lumpur. Majlis Kanser Nasional (MAKNA).

Jordan, H., Rodercik, Paul., Martin, D dan Barnett, S, (2004). 'Distance, Rurality and the need for care: access to health services in South West England'. *International Journal of Health Geographics*, (3)21. (Online) <http://www.ij-healthgeographics.com/content/3/1/21>. Dilayari pada 8/8/2006.

Julie Roshan Akma Shafee (2007). 'Cegah kanser serviks akibat HPV melalui pemvaksinan'. *Mingguan Wanita*, Edisi Jun 2007.

Kerner, C., Bailey, A., Mountz, A., Miyares, I., and Wright, R., (2001). Thank God she's not sick: Health and disciplinary practice among Salvadoran women in northern New Jersey. In I. Dyck, N. Lewis, and S. McLafferty, editors, *Geographies of Women's Health*. New York, NY: Routledge, 127–142.

Lim, C. C. Gerard, Halimah Yahaya dan Lim, T. O. (2003). *The First Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2002*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia.

Lim, C.C. Gerard dan Halimah Yahaya (2004). *Second Report of The National Cancer Registry Cancer Incidence in Malaysia 2003*. National Cancer Registry. Ministry of Health Malaysia

Lim, C.C.Gerard (2000). Overview of Cancer in Malaysia. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, Vol.32. (Online) http://jco.oxfordjournals.org/cgi/content/full/32/suppl_1/S37. Dilayari pada 8.2.2007.

Lyons, Margrate.A (2004). 'Psychosocial Impact of Cancer in Low-Income Rural/Urban Women:Phase I'. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. Vol. 4(1) (Online). http://www.rno.org/journal/issues/Vol-4/issue-1/Lyons_aricle.htm Dilayari pada 11/10/2007.

ICC (2001). 'Rural poor: Medically underserved Americans and cancer. International Cancer Council. (Online). <http://iccnetwork.org/cancerfacts/cfs6.hym>. Dilayari pada 10/09/2005.

Malaysia (2001). *Eight Malaysia Plan 2001 – 2005*. Kuala Lumpur: National Printers Malaysia Bhd.

Manny.canada (2006). *Kanser Paru-paru*.
<http://www.flickr.com/photo/58937697@NOO/3097044904>. Dilayari pada 28.12.2008.

Manny.canada (2006). *Kanser Payudara*.
<http://www.flickr.com/photo/58937697@NOO/30788552/in/photostream>. Dilayari pada 28.12.2008.

Manny.canada (2006). *Kanser Buah Pinggang*.
<http://www.flickr.com/photo/58937697@NOO/228528551/in/photostream>. Dilayari pada 28.12.2008.

May, Tim (2001). *Social Research:Issues, Methods and Process 3rded*. Philadelphia: Open University Press.

Mandeson, L., Kirk,M & Hoban, E (2001). 'Walking the walk: Research partnerships in women's business in Australia', dalam Dyck, Lewis & McLafferty (editor). *Geographies of Women's Health*. New York? Routledge. 177 – 194.

McCracken, Grant (1988). *The Long Interview*. California: Sage Publication.

Mohd. Zin Mohamed (2001). 'The role of Local Government in Urban Poverty Alleviation: A case study of Kuala Lumpur city Hall, Malaysia', in Nickum, James E. and Kenji Oye (eds). *Environmental Management, Poverty Reduction and Sustainable Regional Development*. London: Greenwood Press. 149 – 159.

National Rural Health Association (2006). 'Rural/Frontier Women's Access to Health Services'. NRHA Policy Brief. November 2005. (Online).
http://www.raonline.org/info_guide/public_health/womenhealth.php. Dilayari pada 9/08/2006.

MyHealth For Life (2008). *Ringkasan Kanser Kanak-kanak*.
http://www.myhealth.gov.my/myhealth/bm/kanak_content.jsp?lang=kanak&storyid=1192002973617&storymaster=1154953481751&storymaster2=1192002973617. Dilayari pada 27.12.2008.

National Cancer Institute (2008) 'Surveillance Epidemiology & End Results'. U.S National Institute of Health. <http://www.seer.cancer.gov/>. dilayari pada 26.12.2008.

National Cancer Institute (2009) 'What is Cancer'. U.S National Institute of Health <http://www.cancer.gov/cancertopics/what-is-cancer>. Dilayari pada 14.1.2009.

Philips, D (1990). *Health and Health Care in the Third World*. New York. John Wiley & Sons.

Pusat Sumber Kanser Payudara Kolej Radiologi (2008). Mengenali Peringkat Serta Tahap Penyakit Barah Payudara. <http://www.radiologymalaysia.org/breasthealth>. Dilayari pada 28.12.2008.

Ray, Wiliam J. (2000). *Methods: Towards a Sciences of Behavior and Experience*. California: Wadsworth.

Robinson, Guy M. (1998). *Methods and Techniques in Human Geography*. Chichester: John Wiley & Sons.

Reyes, Adrian (2007). CHILDREN-MEXICO: Cancer and Poverty a Lethal Mix. Inter Press Service News Agency (IPS). (Online) <http://www.ipsnews.net/africa/interna.asp?idnews=27958>. Dilayari pada 12/3/2007.
Samad Ahmad (1988) *Warisan Perubatan Melayu*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.

Smith, Susan.J dan Easterlow, Donna (2005). The stange geography of health inequalities. *Transactions of the Institute of British Geographers*. New Series, Vol. 30 (2): 173 -190.

Smith, J.P. (1999). 'Healthy bodies and thick wallets': The dual relation between health and economic status. *Journal of Economic Perspectives*. 13(2): 145-166.
http://www.soc.upenn.edu/courses/2003/spring/soc796_hpkoehler/readings/smit99h.pdf
tarikh dilayari: 18 Disember 2008.

Shafinaz Sheikh Maznan (2004). Rokok dan asap yang membunuh. *Minggun Malaysia*. 26 September 2004.

Strauss, Anslem dan Corbin, Juliet (1990). *Basic of Qualitative Research*. California: Sage Publiction.

Suriati Ghazali (1999). 'Socio-economic changes in peri-urban villages in Penang, Malaysia'. Tesis PhD., School of Geography, University of Leeds.

Suriati Ghazali (2002). 'Di mana mak ayah?': Agihan tugas baru kesan permodenan dan perindustrian'. Kuala Lumpur: Utusan Publications and Distributors.

Suriati, Colonius dan Narimah (2008). 'Pencarian Maklumat, Analisis Data dan Penulisan Kualitatif Dalam Penyelidikan Geografi: Contoh Daripada Penyelidikan Kesengsaraan Berganda – Kemiskinan dan Kanser' dalam Hamirdin Ithnin et.al (2008) *Isu-Isu Geografi Malaysia*. Jabatan Geografi, Fakulti Sastera dan Sains Sosial, Universiti Malaya.

The National Advisory Committee on Rural Health and Human Services (2002). 'A Targeted Look at the Rural Health Care Safety Net', April 2002'.

U.S. Department of Health and Human Services. (Online).
<http://ruralcommittee.hrsa.gov/nacpubs.htm> Dilayari pada 9.08.2006.

Utusan Malaysia (27 Oktober 2007). 'Wanita Cina paling ramai periksa payudara'. Utusan Malaysia Berhad.

Utusan Malaysia (2 Januari 2008). 'Perubatan tradisional Versus Moden'. Utusan Malaysia Berhad.

WebMD (2009). Cancer Health Center: Leukemia – Topic Overview.
<http://www.webmd.com/cancer/tc/leukemia-topic-overview>. Dilayari pada 4.5.2009.

WHO (2007) Kanser Lidah. http://www.who.int/oral_health/publication/orh_fs.fig5.jpg. Dilayari pada 28.12.2008.

Wilkes, G., Freeman, H & Prout, M. (1994). 'Cancer and Poverty: breaking the cycle'. *Semin Oncol Nurs*. May, Vol.10(2): 79 – 88. (Online).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query>. Dilayari pada 23.9.2005.

Woods, L.M., Rachet, B & Coleman, M.P (2005). Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Annals of Oncology*. 2 September 2005. (Online).
<http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/17/1/5#BIB11>. Dilayari pada 11.11.2006.

World Health Organization (2008²). The Impact of Cancer in Your Country – Graphs. World Health Organization (Online)
<http://www.who.int/infobase/report.aspx?iso=MYS&rid=119&goButton=Go>. Dilayari pada 21.3.2008.

LAMPIRAN 1 : SOALSELIDIK KAJIAN

MAJLIS KANSER NASIONAL – UNIVERSITI SAINS MALAYSIA 'Kesengsaraan Berganda – kemiskinan dan kanser'

BAHAGIAN A: MAKLUMAT PERIBADI RERESPONDEN

- A1. Kawasan kajian (1) Pulau Pinang (2) Kedah (3) Perak Utara (4) Perlis
A2. Status lokasi kediaman responden (1) Bandar (2) Pinggir bandar (3) Bandar kecil (4) Luar bandar
A3. Umur: _____ tahun.
A4. Agama (1) Islam (2) Krstian (3) Buddha (4) Hindu
(5) Lain-lain _____
A5. Tahap pendidikan
(0) Tidak pernah sekolah (1) Pendidikan tidak formal (2) Sek.Rendah (3) Sek.Men.Rendah
(4) Sek.Menengah (Tkt 4-6) (5) Maktab/Kolej/Politeknik/Institusi Kemahiran
(6) Universiti

Rumah dan kenderaan keluarga

Jenis rumah		Bilangan bilik	
Status hak milik rumah		Jenis binaan	

Tinggal dengan siapa ?		Bilangan isirumah	
------------------------	--	-------------------	--

Tandakan (✓)

Elektrik		Air	Nyatakan sumber?	Tandas (Jenis)	
----------	--	-----	------------------	----------------	--

Peralatan dalam rumah(Catitkan)	
Jenis kenderaan dimiliki(Nyatakan)	

A10. Siapakah penyumbang utama ekonomi dalam keluarga ini?
Nyatakan hubungan dengan anda :

BAHAGIAN B: PEKERJAAN, PENDAPATAN DAN KEMAHIRAN

- B1. Taraf tenaga kerja (1) Sedang mencari kerja (2) Bekerja (jawab soalan B2 hingga B10)
(3) Tidak bekerja dan surirumah (Terus ke soalan B10 – B18)
B2. Apakah pekerjaan utama anda sekarang:
B4. Pendapatan daripada pekerjaan utama: RM _____
B5. Nyatakan tempat (lokasi) anda bekerja: _____
B6. Bagaimanakah anda ke tempat kerja: _____
B7. Adakah anda mendapat cuti pelepasan daripada majikan anda untuk mendapatkan rawatan/menemani pesakit ke pusat rawatan _____
B8. Bilangan pekerjaan yang dilakukan: _____ (sekiranya melakukan lebih dari satu kerja termasuk yang di atas)
B9. Siapakah yang bergantung kepada anda dari segi ekonomi (tandakan ✓)
() Anak-anak () Ibu bapa () Ibu bapa mertua () Adik-beradik
() Datuk/nenek () Saudara mara yang lain () Lain-lain (nyatakan)

B10. Berapakah jumlah diperuntukan untuk kos rawatan/penjagaan penyakit kanser dari pendapatan anda sebulan: RM

B11. Kemahiran yang dimiliki oleh isi rumah yang boleh digunakan sebagai punca pendapatan:

Hubungan dengan anda/pesakit	Kemahiran dimiliki	Adakah kemahiran ini memberi sumbangan ekonomi kepada keluarga dan pesakit
1 - 4		

Jika 1 atau 3 pada soalan B1

- B12. Adakah anda pernah bekerja sebelum ini? (1) Ya (2) Tidak
 B13. Apakah pekerjaan yang anda lakukan ?
 B14. Berapa pendapatan?
 B15. Pada tahun bilakah anda berhenti?
 B16. Mengapa anda berhenti kerja?
 B17. Adakah anda memperolehi pampasan / bantuan daripada majikan ? (1) Ada (2) Tiada
 B19. Siapa yang menanggung kos isi rumah/perubatan/etc setelah anda berhenti bekerja?

BAHAGIAN C: Pengetahuan Responden Tentang Penyakit Kanser dan Maklumat Kesihatan Pesakit serta Sokongan Moral yang diterima.

- C1. Pernahkah anda mendengar tentang penyakit kanser sebelum ini? (1) Pernah (2) Tidak pernah
 C2. Jika 'Pernah', apakah yang anda tahu tentang penyakit ini?
 C3. Pada tahun bilakah anda/pesakit (ahli keluarga) didiagnosis menghidap kanser:
 _____ (nyatakan tahun)
 Nota: Tandakan tahap kesihatan pesakit sekarang berdasarkan pemerhatian penemuduga:
Sangat baik / Baik / Sederhana Baik / Lemah / Pesakit telah meninggal dunia
 C4. Apakah **tanda-tanda awal** yang anda/ahli keluarga alami sebelum didiagnosis kanser?
 C5. Adakah anda/ahli keluarga mengetahui ia adalah tanda-tanda penyakit kanser?
 (1) Tahu (2) Tidak tahu
 C6. Jika 'Tidak tahu', bilakah anda/pesakit mengetahui yang anda/pesakit menghidap kanser ?
 Nota: Nyatakan berapa lama selepas tanda-tanda awal, baru anda/pesakit disahkan menghidap kanser.
 C7. Apakah tindakan awal apabila anda mendapat tanda-tanda awal tersebut ?
 C8. Mengapakah anda memilih tindakan tersebut ?
 C9. Adakah tindakan tersebut membantu anda/pesakit melawan kanser ?
 C10. Adakah anda mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan penyakit ini (1) Tahu (2) Tidak Tahu
 C10a. Jika 'Tahu', nyatakan faktor yang anda ketahui ?
 C11. Pernahkan anda/pesakit diberi khidmat nasihat oleh doktor/jururawat/kakitangan perubatan berkaitan penjagaan pesakit kanser semasa dan selepas mendapatkan rawatan?

Perkara	Jelaskan jawapan anda.
Semasa anda/pesakit berada di wad	
Sebelum anda/pesakit dibenarkan balik ke rumah	
Semasa anda/pesakit menjalani rawatan bulanan	

**C12. Sila tandakan [/] jawapan anda berkaitan kanser seperti di bawah:
(Penemuduga membacakan kenyataan ini kepada responden dan jawapan dipilih oleh responden)**

Kenyataan berkaitan penyakit kanser	Ya	Tidak	Tidak tahu
Kanser/barah adalah penyakit keturunan			
Penyakit kanser boleh berjangkit kepada orang lain			
Kanser hanya boleh dirawat dengan menggunakan kaedah rawatan moden sahaja.			
Kanser boleh dirawat dengan menggunakan kaedah tradisional			
Merokok boleh menyebabkan kanser paru-paru dan mulut			
Asap rokok yang dihidu oleh orang lain juga boleh menyebabkan kanser			
Pengambilan makanan yang mengandungi lemak berlebihan boleh menyebabkan kanser			
Kanser payudara juga boleh menyerang lelaki			
Semua orang perlu melakukan saringan penyakit kanser			

BAHAGIAN d: KETERSAMPAIAN KE PUSAT RAWATAN

D1. Jadual Maklumat Pesakit ke Pusat Rawatan

Nama pusat rawatan/hospital	Jarak dari rumah anda (KM)	Jenis pengangkutan yang digunakan	Tempoh perjalanan (Jam)	Kos ke pusat rawatan (RM)	Kekerapan mendapatkan rawatan	Jenis rawatan sekarang ?
1 - 4						

D2.Siapakah yang menemani pesakit/anda ke hospital untuk mendapatkan rawatan/pemeriksaan

D2.1. Apakah anda ada menghadapi sabarang masalah untuk ke hospital tempat anda mendapatkan rawatan?. Nyatakan masalah yang dihadapi oleh anda/pesakit.

D3. Apakah jenis pengangkutan yang sering anda gunakan untuk ke hospital besar atau hospital daerah?

Pengangkutan digunakan	1 - 7
Bas awam	
Taksi/kereta sewa	
Menggunakan kereta sendiri	
Motosikal	
Berbasikal	
Berjalan kaki	
Lain-lain,	

Nota: Sila tandakan mengikut keutamaan, 1 untuk tindakan paling utama dan 7 untuk tindakan pilihan terakhir.

D4. Jika ke hospital menggunakan **perkhidmatan awam**, adakah mudah untuk mendapatkan bas awam atau teksi di kawasan ini?

(1) Sangat mudah (2) Mudah (3) Sukar (4) Sangat sukar

D5. Jelaskan jawapan anda ?

D6. Pada pendapat anda adakah perkhidmatan pengangkutan awam yang terdapat di kawasan ini sesuai digunakan oleh pesakit kanser?

(1) Sesuai (2) Tidak Sesuai

D7. Berikan pendapat anda.

D8.. Sekiranya diberi pilihan adakah anda mahu ke hospital berhampiran tempat tinggal anda?

(1) Ya (2) Tidak

D9. Jelaskan jawapan anda

D10. Pernahkah anda/pesakit mendapatkan sebarang rawatan alternatif untuk merawat masalah kesihatan anda?. Tandakan '✓' pada yang berkenaan dan jelaskan.

Pernah	Jelaskan jawapan anda (kaedah rawatan, di mana, siapa, kenapa, kos)
Tidak pernah	Jelaskan jawapan anda (kenapa?)

BAHAGIAN E: KETERSAMPAIAN MAKLUMAT TENTANG KANSER KEPADA MASYARAKAT

E1a) Menonton maklumat penyakit kanser/barah disiarkan di TV? (Ya)(Tiada) Rancangan apa?

E1b) Membaca tentang penyakit kanser/barah dari akhbar/majalah? (Ya) (Tiada) Akhbar/majalah apa?:

E1c) Mendengar tentang kanser/barah dari radio (Ya)(Tiada) Rancangan apa?

E1d) Mendengar tentang kanser/barah dari orang lain (Ya)(Tiada) Dari siapa?

E2. Adakah maklumat daripada TV, Radio, akhbar dan majalah (media massa) memberi pengetahuan kepada anda? (1) Ya (2) Tidak (3) Kadang-kadang

E3. Apakah yang anda ketahui tentang penyakit ini setelah menonton/membaca/mendengar mengenainya?

E4. Pernahkah anda menyampaikan maklumat tersebut kepada orang lain ? (1) Pernah (2) Tidak Pernah

E5. Jika 'Pernah' kepada siapa anda berkongsi maklumat tersebut?

E6. Adakah maklumat tentang kanser/barah yang diperolehi mendorong anda atau masyarakat sekeliling mengamalkan gaya hidup yang lebih sihat? (1) Ya (2) Tidak

E7. Jika 'Ya', nyatakan tindakan anda dan masyarakat

E8. Pada pendapat anda, apakah cara yang paling berkesan untuk menyampaikan maklumat tentang kanser/barah kepada masyarakat?

E9. Setahu anda, adakah badan kerajaan dan bukan kerajaan berperanan dalam usaha menyebarkan maklumat berkaitan penyakit ini kepada masyarakat?

(1) Ya (jawab soalan E10 – E12) (2) Tidak (Terus jawab ke Bahagian F)

(3) Tidak tahu (Terus jawab ke Bahagian F)

E10. Jika 'Ya', isikan jadual dibawah:

Badan kerajaan / Bukan kerajaan	Usaha yang dijalankan untuk menyebarkan maklumat.
1 - 4	1- 4

E11. Pada pendapat anda, adakah usaha-usaha tersebut berjaya memberi maklumat dan kesedaran tentang kanser kepada masyarakat di sini?

(1) Ya (2) Tidak (3) Tidak tahu

E12. Jelaskan jawapan anda:

BAHAGIAN F: SOKONGAN SOSIAL MATERIAL DAN BUKAN MATERIAL YANG DIPEROLEHI.

F1. Adakah anda/pesakit mengetahui mana-mana badan kerajaan dan bukan kerajaan yang membantu pesakit kanser dan keluarga selain daripada MAKNA?

(1) Ada (2) Tidak

F1.1. Jika 'Ada' senaraikan semua badan berwajib yang anda/pesakit ketahui:

Nama agensi	Mendapat bantuan dari agensi ini? Ya/Tidak	Siapa penerima (nyatakan)	Tahun mendapat bantuan	Tahun bantuan tamat	F2. Bentuk bantuan (lihat Kod F2 dibawah)	F3. Cara bantuan diperolehi (Lihat Kod F3 di bawah)
1 - 4						

Kod untuk F3:

- (1) Dibantu oleh kawan-kawan/jiran
- (2) Dibantu oleh keluarga terdekat
- (3) Berusaha mendapatkannya sendiri
- (4) Lain-lain _____ (nyatakan)
- (5) Lain-lain _____ (nyatakan)

Kod untuk F2:

- (1) Kewangan (bulanan/tahunan)
- (2) Keperluan harian (bulanan/tahunan)
- (3) Modal berniaga
- (4) Rumah/tempat perlindungan
- (5) Perubatan
- (6) Penjagaan kesihatan

F4. Bagaimanakah anda mengetahui agensi-agensi tersebut boleh memberi sokongan/bantuan kepada anda/pesakit?

F5. Adakah bantuan yang diterima membantu anda/pesakit meringankan beban anda?

- (1) Ya (2) Tidak

F6. Jelaskan jawapan anda

F7. Adakah masyarakat di kawasan kejiranan anda memberi sokongan kepada anda?

- (1) Ada (2) Tiada

F8. Jika 'Ada', sokongan dalam bentuk apa?

F9. Pada mendapat ada adakah mudah atau sukar untuk mendapatkan bantuan?

- (1) Sangat mudah (2) Mudah (3) Susah (4) Sangat susah

F10. Jelaskan jawapan anda?

F11. Adakah bantuan yang anda terima/pernah anda terima daripada MAKNA dapat meringankan beban kewangan anda? (1) Ya (2) Tidak

PENGETAHUAN TENTANG PENJAGAAN KESIHATAN

F12. Adakah anda pernah mengetahui atau terbaca tentang barang keperluan harian yang tidak selamat digunakan kerana menjadi penyebab penyakit kanser?

- (1) Ada (Jawab soalan F13 – F23) (2) Tiada (Terus jawab soalan – F14 – F23)

F13. Jika 'Ada', nyatakan jenis barangan yang anda tahu (sama ada makanan atau bukan makanan) dan kekerapan anda menggunakan barangan tersebut (jika responden adalah pengguna).

Jenis barang (makanan atau bukan)	Kekerapan digunakan
1 - 4	
Kod untuk kekerapan menggunakan barang tersebut:	
(1) Setiap hari	(2) 2 – 3 kali seminggu
(3) Seminggu sekali	(4) Sebulan sekali
	(5) Kadang-kadang

F13. Bagaimanakah anda mengetahui bahawa penggunaan kepada barangan tersebut (F13) boleh memudaratkan kesihatan anda?

F14. Pada pendapat anda, gaya hidup sihat ialah?

F15. Apakah anda mengamalkan gaya hidup sihat? (1) Ya (2) Tidak (3) Kadang-kadang

F16. Jika 'Ya' atau 'Kadang-kadang', apakah yang anda amalkan:

F17. Adakah anda pernah terdengar tentang saringan penyakit kanser? (1) Pernah (2) Tidak pernah

F18. Jika 'Pernah', apakah yang anda tahu tentang saringan kanser ini?

F19. Adakah anda pernah melakukan saringan kanser? (1) Pernah (2) Tidak pernah

F20. Adakah perkhidmatan menyaring penyakit ini terdapat di klinik atau hospital berhampiran tempat anda tinggal?

- (1) Ada (2) Tiada (3) Tidak tahu

F21. Setahu anda, adakah masyarakat di sini biasa atau tidak dengan saringan ini?

(1) Biasa (2) Tidak biasa (3) Tidak tahu

F22. Jika 'Tidak biasa' kenapa?. jelaskan jawapan anda:

F23. Sekiranya anda menghadapi masalah kesihatan yang biasa seperti demam, sakit perut, cirit-birit, sakit kepala dan sebagainya, apakah tindakan anda ?

Jenis tindakan	1 - 7
Mendapatkan rawatan di hospital terdekat	
Memakan ubat yang sedia ada di rumah (jika ada)	
Membeli ubat di farmasi terdekat	
Membeli ubat berkaitan di kedai runcit / pasaraya	
Mendapatkan rawatan tradisional	
Biarkan sahaja	
Lain-lain,	

Nota: Sila tandakan mengikut keutamaan, 1 untuk tindakan paling utama dan 7 untuk tindakan pilihan terakhir.

BAHAGIAN G: PENGURUSAN PENDAPATAN UNTUK ISI RUMAH DAN KOS PENJAGAAN PESAKIT. DIJAWAB OLEH AHLI KELUARGA ATAU PESAKIT

G1. Berapakah anda peruntukan untuk perkara-perkara berikut:

PERBELANJAAN ISI RUMAH	KOS SEBULAN (RM)
(1) Pembayaran bil-bil (elektrik air dan Telefon, dll)	
(2) Keperluan asas harian (makanan seisi rumah)	
(3) Pendidikan anak-anak	
(4) Sewa rumah/ansuran pembelian rumah	
(5) Ansuran kenderaan (Kereta, van, motosikal dll)	
(6) Keperluan riadah, hiburan, melancong dll	
(7) Bayaran pengasuh/orang gaji	
(8) Lain-lain perbelanjaan	
KOS PENJAGAAN PESAKIT	
(9) Berapa kos yang peruntukan untuk penjagaan kanser (Ubat-ubatan dan keperluan berkaitan penjagaan kesihatan)	
(10) Pembelian makanan tambahan	
(11) Pengasuh/orang gaji (Jika berkaitan)	
(12) Lain-lain perbelanjaan untuk pesakit:	
JUMLAH (RM)	

G2. Adakah pendapatan atau sumber kewangan yang anda terima mencukupi untuk menampung perbelanjaan dan rawatan kanser?

(1) Ya (2) Tidak

G3. Jelaskan jawapan anda:

G4. Sekiranya, anda menghadapi masalah kewangan bagaimanakah anda menghadapinya?

(Sila susun mengikut keutamaan, bermula dari 1 sebagai pilihan utama.

- () Membuat Pinjaman daripada keluarga terdekat
- () Membuat pinjaman daripada sahabat andai
- () Memohon pinjaman /bantuan dari badan-badan yang berkaitan
- () Mengeluarkan wang simpanan
- () lain-lain _____ (nyatakan)

BAHAGIAN H: Persediaan Perlindungan kesihatan / nyawa untuk masa depan

H1. Adakah anda tahu terdapat polisi insurans yang memberi perlindungan terhadap kesihatan ?

(1) Tahu (2) Tidak tahu

H2. Adakah anda dilindungi oleh mana-mana polisi insuran kesihatan?

(1) Ada (Jawap soalan H3) (2) Tiada (Jawap soalan H4)

H3. Jika 'Ada', adakah polisi insuran tersebut membiayai kos rawatan untuk kanser?

(1) Ya (2) Tidak (3) Tidak tahu

H4. Jika 'Tiada', mengapa anda tidak membelinya ?

BAHAGIAN I: Persepsi dan Pengalaman Responden Dalam Menghadapi Penyakit Kanser.

Ceritakan pengalaman keluarga ini apabila salah seorang ahli keluarga disahkan menghidap kanser. Huraikan dari sudut kesengsaraan yang dihadapi dan cara mengatasi kesengsaraan

MAKLUMAT SOSIO-EKONOMI KELUARGA PESAKIT DAN SEMUA ANAK-ANAK

(A)

(1)Jantina L/P dan umur	(2)Taraf perkahwinan	(3)Tahap pendidikan (tamat sekolah)	(4)Pekerjaan
1 - 12	1-12	1-12	1.12

(B)

(5)Pendapatan bulanan (RM)	(6)Tinggal serumah dengan anda?	(7)Jika bekerja adakah mereka mengirinkan wang ?	(8)Berapa RM?	(10) Berapa kerap	(11) Kekerapan menziarahi pesakit?
1 - 12	1-12	1-12	1 - 12	1-12	