



**KESEDARAN-DIRI DAN SIKAP TERHADAP PENYAKIT  
DAN PERKAITANNYA DENGAN KADAR PENYAKIT  
BERULANG DI KALANGAN PESAKIT SKIZOFRENIA DI  
HOSPITAL UNIVERSITI SAINS MALAYSIA DAN  
HOSPITAL KOTA BHARU**

**Penyelidik :**

**Radziah Mohd. Fauzi / Prof. Madya Dr. Hasanah Che Ismail**

**Universiti Sains Malaysia**

**2004**

19017

# INSIGHT AND ATTITUDE OF ILLNESS IN RELATION TO THE RELAPSE RATE AMONG SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN HOSPITAL UNIVERSITI SAINS AND HOSPITAL KOTA BHARU.

Radziah MF.,<sup>1</sup> Hasanah CI.,<sup>1</sup> Siti Hawa A.,<sup>2</sup> Mohd. Ariff MN.,<sup>3</sup> Naing L.,<sup>4</sup> and Nyi Nyi N.<sup>5</sup>

*Department of Psychiatry, School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia, Kubang Kerian,<sup>1</sup> School of Health Sciences, Universiti Sains Malaysia, Kubang Kerian<sup>2</sup>, Department of Psychiatry, Hospital Kota Bharu,<sup>3</sup> School of Dental Sciences, Universiti Sains Malaysia, Kubang Kerian<sup>4</sup> and Unit of Biostatistics and Research Methodology, School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia, Kubang Kerian, Kelantan<sup>5</sup>*

## ABSTRACT

**Background:** Lack of insight in schizophrenia has been increasingly in focus. It is frequently reported that schizophrenic patients have poor insight towards their illness. Several rating scales were developed to measure the insight in relation to the different important aspects.

**Objectives:** This cross-sectional study was conducted to determine the relationship between the level of insight and attitude of illness to the relapse rate among schizophrenic patients in Hospital Universiti Sains Malaysia and Hospital Kota Bharu.

**Methods:** A total of 409 schizophrenic patients who were in stable condition involved in this cross-sectional study. Various aspects of insight towards illness need for treatment and attribution of the symptoms were assessed with our new scale: Insight and Attitude Scale of Schizophrenia (IASS). The measurement of insight has been based on this new self-administered questionnaire.

**Results:** Insight and Attitude Scale of Schizophrenia (IASS) is presented, and evidence in support of its reliability and validity is provided. The result found there is significant correlation between patients' insight and relapse rate. Patients with high insight are more likely to have less relapses compared to patients with low insight.

**Conclusion:** The scale is a quick and acceptable measure for insight among our population. Patients with high insight score were significantly less likely to have relapse compared with those with low insight score, suggesting that insight may influence the relapse rate among schizophrenic patients in the study population.

Key words: schizophrenia; insight; relapse; reliability; validity.

BAHAGIAN PENYELIDIKAN  
PUSAT PENGAJIAN SAINS PERUBATAN

SALINAN :

Bhg. Penyelidikan, FPSP

Perpustakaan Perubatan, USMKK

RCMO

T/Tangan :  Tarikh : 5/9/04



## Introduction

Poor insight has been reported as a common phenomenon of schizophrenia, which may have both nosological and prognostic value.(1) Dickerson et al., in their study found that lack of insight of the illness is a significant problem among patients with schizophrenia, even among stable outpatients engaged in community treatment. They stated that 50% of the patients had moderate or worse deficits in insight, and 25% totally misperceived their illnesses.(2) Almost 60% of patients with schizophrenia showed moderate to severe lack of awareness of having a mental disorder (Amador defined self-awareness as 'insight').(3) A review on a previous studies, reports that a majority of patients with schizophrenia have poor insight. The patients have difficulties in identifying their symptoms of illness and deny having mental disorder (4,1,5); and need for treatment (6). A local study by Nasir and Chin reported that 55% of schizophrenic patients in Hospital Kuala Lumpur have poor insight. (7)

The assessment of insight is widely regarded as an important part of the mental state examination.(8) The loss of insight may simply reflect a more severe psychopathology, understandably would increase rate of hospitalization as they were more disturbed at the initiation of the treatment. Schizophrenic patients who are relapsing, particularly those with good insight are significantly less likely to require rehospitalization.(4) Schwartz said that due to recent studies indicating that lack of insight in schizophrenia could lead to poor treatment outcome, more research focused on this phenomenon probably could lead to increasingly effective and efficient treatment strategies. (1)

Many definitions of insight exist in the literature. In psychiatry, the term insight refers to a state of mind or mental act usually concerning the self, evidenced by patient's speech content and behavior.(9) Insight was defined as a subjective awareness of certain aspects of a mental disorder (i.e., symptoms of schizophrenia) (1) and often refers to patients' ability to recognize themselves as having a mental illness, their capacity for self-observation and self-knowledge about their psychopathological experiences and awareness of the kind, severity, and consequences of their mental disorder.(10) Research had shown that insight is often poor among people suffering from schizophrenia.(2,3,11-13) Insight is seems to be the hard core of psychoses affecting their course and long-term prognosis, therefore more emphasize and investigational nature of the scale used and the complexity of the concept of the insight should be included in the future study. (11)

Schizophrenia is a chronic disorder usually characterized by relapses alternating with periods of full or partial remission.(13) Research has linked poor insight in schizophrenia is associated with poorer medication compliance, psychosocial functioning and prognosis, increase relapses and hospitalizations. (5,8,13,14-19) It has been reported that repeated hospitalization is extremely disruptive to continuity of care and quality of life hence potentially demoralizing to the caretaker.

(20) Approximately one in four patients with schizophrenia was readmitted to the hospital within three months of discharge from acute inpatient admission.(21) Previous study stated that during the period (the mean duration was 6 (SD 3) years) from the index hospitalization to the follow-up assessment, 78% of the sample suffered a relapse.(22) Relapse is often painfully demoralizing and may disrupt hard-won housing, social, and occupational attainments. Reducing the relapse rate requires knowing how to recognize early signs of relapse so that steps can be taken to reverse the pattern.(23) Relapse is regarded as a stumbling block in the course of patients' lives. Readmission due to relapse is considered to account for approximately 50% of admission.(24) The factors that are possibly correlated with the serious condition of relapse will be examined in this study.

Many studies have assessed insight using clinical criteria and used the interview scales and questionnaires for their assessments. Insight and Treatment Attitude Questionnaire (ITAQ) was developed for assessment of patient's recognition of illness and the need for treatment (12); Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) assessed multiple aspects of mental disorder (25); Schedule for Assessment of Insight (SAI) (26); Global Insight Scale (27); Insight Scale (INS) for Psychosis (6); Markova and Berrios Insight Scale (28).

In Kelantan, majority of the population are Malays and the prevalence of schizophrenia is about 33% from total number of psychiatric patients.(29) The indigenous Malay medicine-man (traditional healer) who knows the folklore of disease causation, treatment and prevention is called a "bomoh". The importance of traditional healers as the first line of contact with the psychiatric patient has been recognized.(30) About 53% of the mental illness patients attributed their illness to supernatural agents. Witchcraft and possession by evil spirits were regarded as common causes of the illness. It is important to understand the patients' cultural background when treating psychiatric patients.(31) A local study was done on the belief of traditional treatment and they found that 73.1% of psychiatric patients had consulted a "bomoh" which reinforced the cultural belief on the mental illness prior to their visit to the psychiatric clinic. The author stated that multiple factors are involved influencing of bomoh treatment, such as poor deep-seated cultural beliefs, availability of "bomoh", the patients or relatives beliefs in the "bomoh" and lack of social support and encouragement from the others. (30) The study on seeking of the "bomoh" treatment gives us some ideas that those patients have some superficial insight toward their illness. This is an indication of trying to find insight on their illness at the beginning state, however the bomoh will stop in promoting insight to the patients.

The question is how much insight that those patients have regarding their illness and the important of antipsychotic drugs in treating of psychiatric illness? Because of no previous study was carried out in this hospital, even in Malaysia investigating the relationship between insight and patients attitudes and relapse rate, therefore, author decided to examine this problem in the population.

The objective of the study was to determine whether insight and attitudes influence the relapse rate in schizophrenia patients in the study population. A locally designed and validated assessment scale to assess insight is thought to be a more useful tool, as it will include factors unique to our population in relation to the level of insight. The authors had earlier developed such tool named as Insight and Attitude Scale for Schizophrenia (IASS). IASS consisted of 20 questions on insight and 9 questions on patient's attitude towards their illness, need for treatment and attribution of symptoms. Items in the questionnaires are scored on Likert's five-point scale ranging from 1 as not true to 5 for extremely true. All questionnaires are self rated and each takes about 15 to 20 minutes to complete.

## **Methodology**

A Cross-sectional study was conducted with the following study samples. The samples of the study are consecutive patients that come to the outpatients clinic and patients in the psychiatric ward from April 2002 to March 2003 of Hospital University Sains Malaysia (HUSM) and the Hospital Kota Bharu (HKB) in Kelantan. Patients that fulfilled the DSM IV criteria for schizophrenia between the ages 16 to 60 were approached for consent to participate in this study. Clinical data of patients were obtained from patients' medical record and sociodemographic characteristics were interviewed with a semi structured interview performa. Data on relapse are based on the retrospective reports by patients and families and patients' clinical reports. Relapse was categorized into two groups. High relapse was defined for those patients who have three or more relapses in the past two years and low relapse for those who have relapses two or less within that time. Those patients who were diagnosed as schizophrenia based on DSM IV criteria, age between 16-60 years, lived with the family or caretaker for at least the past three months and did not have any medical illness which could contribute a psychiatric symptom, were included in the study. Exclusion criteria were patients with acute psychotic, who received Clozapine treatment, drugs or alcohol abuses, personality disorder and mental retardation.

## **Scales' properties**

The IASS showed good reliability and validity. The internal consistency for was 0.82. Test-retest reliability after one week's interval resulted in intra-class correlation coefficient of 0.82 for insight and 0.70 for attitude.

The questionnaire was developed from constructs defined by a panel of expert (three psychiatrists, one social scientist and one psychologist). Items in each construct were also contributed by the experts as well as 20 patients that made up two focus groups. Exploratory factor analysis extracting two factors resulted in 20 items in insight domain and 9 items in attitude domain.

Concurrent validity was carried out by comparing IASS and PANNS (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia) (32) item G-12 (lack of judgment and insight) total score. The result showed a moderately significant negative correlation between the two scale, ( $r = -0.35, p < 0.01$ ), suggesting that those items had convergent validity with other validated measure of insight into mental disorder. It was indicated that IASS was able to measure insight in schizophrenic patients.

## Data Analysis

Statistical analysis was done by using SPSS version 10. The Chi-square (for categorical data) and *t*-test (numerical data) were used to compare the characteristics between 2 study groups (samples was divided into 2 groups based on relapse rate). Logistic regression was used to determine the factors that influence the relapse rate. Relapse rate was entered as the dependent variables. Firstly, univariate logistic regression for each independent variable was done, followed by building of preliminary main-effect models using both forward and backward stepwise variable selection procedures with log-likelihood ratio (LR) test. All possible two-way interactions were checked by LR test. Multicollinearity problem was identified by fitting the selected variables of main-effect model in multiple linear regression model and obtaining variance-inflation-factors. The preliminary final model was, then, checked for model fitness using Hosmer-Lemeshow goodness-of fit statistics.

## Results

Sociodemographic data that collected indicated that majority of the patients involved in this study were Malays (98.8%), 54.0% were males, never married (64.8%), obtaining secondary education between 84.7% and 90.2% and 65% of them were not working. The mean age was 32.20 (SD 8.68) years, mean age of first onset of the illness was 21.90 (SD 6.60) years and the mean income was RM 701.83 (SD 702.25). The majority of patients was on typical drug (59.9%), followed by atypical (36.2%) and combined drugs (3.9%). Table 1 presents the total number of low and high relapse.

Table 1: Relapse rate among respondents (n=409)

<i>Relapse Rate</i>	<i>Frequency</i>	<i>(%)</i>
Low Relapse (<3)	236	57.7
High Relapse (3 or >3)	173	42.3
Total	409	100

Table 2 & 3 the detail characteristics of study sample, and comparison of these characteristics between high and low relapse groups. Proportion of male and treatment with combined drug were significantly higher among high relapse rate group compared to low relapse group. (See detail in Table 2). Other characteristics were not significantly different in between 2 groups.

Table 2: Characteristics of the study sample (categorical variables)

Variables	Frequency (%)		$\chi^2(df)^a$	p-value <sup>a</sup>
	High Relapse	Low Relapse		
Sex			5.35 (1)	0.021
Male	105 (60.7)	116 (49.2)		
Female	68 (39.3)	120 (50.8)		
Marital status			1.28 (2)	0.527
Single	115 (66.5)	150 (63.6)		
Married	36 (20.8)	60 (25.4)		
Others <sup>b</sup>	22 (12.7)	26 (11.0)		
Education				0.279
No education	2 (1.2)	3 (1.3)	3.84 (3)	
Primary education	6 (3.5)	8 (3.4)		
Secondary education	156 (90.2)	200 (84.7)		
Tertiary education	9 (5.2)	25 (10.6)		
Occupation			0.68 (1)	0.408
Not working	109 (63.0)	158 (66.9)		
Working	64 (37.0)	78 (33.1)		
Drug			11.15 (2)	0.004
Atypical	56 (32.4)	92 (39.0)		
Typical	104 (60.1)	141 (59.7)		
Combined	13 (7.5)	3 (1.3)		

<sup>a</sup> Pearson's Chi-square test

<sup>b</sup> Single parent / caregiver

Table 3: Characteristics of the study sample (numerical variables)

Variables	Low Relapse		High Relapse		<i>t</i> -stat ( <i>df</i> ) <sup>a</sup>	<i>p</i> -value <sup>a</sup>
	Mean	SD	Mean	SD		
Age	32.42	8.86	31.89	8.45	0.609(407)	0.543
Income (RM)	726.45	712.7	669.20	688.7	0.807(398)	0.420
Age onset of illness	22.41	57.15	21.21	95.72	1.821(405)	0.069

<sup>a</sup> Independent *t*-test

The summary results of simple logistic regression (SLR) analysis of all the factors which thought to be associated with the relapse rate are shown in Table 4. In the multiple logistic regression analysis (Table 5), insight, sex, drug and age of first onset of the illness were significant factors associated with the relapse rate in the final model. There was no significant 2-way interactions and multicollinearity problem. The model was considered reasonably fit according to the Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test ( $\chi^2=7.47$ ;  $df=8$ ; *p* value of 0.487).

Table 4. Results of simple logistic regression analysis for factors associated with relapse rate.

Factors	Crude OR (95%CI)	p-value <sup>a</sup>
Insight		0.058
High	1.0	
Low	1.48 (0.98-2.23)	
Attitude		0.857
Positive	1.0	
Negative	0.96 (0.62-1.47)	
Sex		0.021
Female	1.0	
Male	1.59 (1.073-2.37)	
Education		0.297
No education	1.85(0.27-12.94)	0.535 <sup>b</sup>
Primary education	2.08(0.57-7.68)	0.270 <sup>b</sup>
Secondary education	2.16(0.98-4.78)	0.055 <sup>b</sup>
Tertiary education	1.0	
Marital status		0.528
Single	1.0	
Married	0.78 (0.48-1.26)	0.316 <sup>b</sup>
Others	1.10 (0.59-2.04)	0.754 <sup>b</sup>
Occupation		0.408
Working	1.0	
Not working	0.84 (0.557-1.26)	
Drug		0.012
Atypical	1.0	
Typical	1.21 (0.79-1.84)	0.368 <sup>b</sup>
Combined	7.11 (1.94-26.08)	0.003 <sup>b</sup>
Age	0.99 (0.97-1.01)	0.542
Income (RM)	1.00 (1.00-1.00)	0.421
Age onset of illness	0.97 (0.94-1.00)	0.071

<sup>a</sup> LR test unless it is specified

<sup>b</sup> wald test

Table 5. Results of multiple logistic regression analysis for factors associated with relapse rate (variables which were significant in the final model)

Factors	Adj. OR (95%CI)	p-value <sup>a</sup>
Insight		0.019
High	1.0	
Low	1.67 (1.09-2.57)	
Sex		0.014
Female	1.0	
Male	1.69 (1.11-2.56)	
Drug		0.025
Atypical	1.0	
Typical	1.07 (0.70-1.65)	0.762 <sup>b</sup>
Combined	6.12 (1.65-22.77)	0.007 <sup>b</sup>
Age onset of illness	0.96 (0.93-0.98)	0.040

<sup>a</sup> LR test unless it is specified

<sup>b</sup> wald test

## Discussion

The present study examined the relations between insight and attitude with the relapse rate in schizophrenic patients using the new scale Insight and Attitude of Schizophrenia Scale (IASS). The IASS seems to be a reliable instrument for assessing insight and attitude of schizophrenic patients towards their illness and treatment. It is assumed that poor insight will cause poor outcome and frequent relapses. While good insight will increase patient's cooperation with treatment, better outcome and less relapse. The present study show that insight and other factors such as sex, drug, age of onset of the illness was found to have significant correlation with relapse rate, but patients' attitude does not show as a significant factor for relapse.

The statistical analysis of insight indicate that low insight score group have 1.6 times to have relapse compared with those patients with high insight score (95% CI: 1.09-2.57). This result supported by the previous studies, reported that poor insight in schizophrenia is associated with increase relapse rate and hospitalizations. Majority of patients with insight able to maintained successful outpatient treatment and avoidance of re-hospitalization. When relapse occur, the patients with insight are less likely to required rehospitalization compared with those without insight.(4,5,25)

A local study at the Hospital University Sains Malaysia (HUSM) in Kelantan and Hospital Kuala Lumpur (HKL) reported that about 38%-55% of schizophrenic patients have poor insight. The focus was highlighted by the studies on the level of insight after repeated admission which does not show a significant association with the number of previous hospitalization. This indicate that even though they had frequent admission, more contact with the mental health provider and had more opportunity to learn about their illness, majority of those patients still have poor insight. (7,33)

Even though we gave a focus on patients' attitude towards illness and treatment, it does not show a significant correlation with relapse rate. Similar finding with the previous studies that schizophrenic patients have positive attitude toward their illness and activities.(34,35) An examination in the present study on the relationship between patient's attitudes on treatment compliance and the need for regular outpatient follow-up of schizophrenic patients is crucial, as poor compliance leads to high risk for relapse. Serban and Thomas reported that positive attitudes towards medication and outpatient treatment appear to be significant factors in delaying or preventing rehospitalization among schizophrenic patients. (36)

The study on the relationship of insight and patient's attitude and the relapse rate provides important information for understanding the causes of relapse and enhancing the treatment of schizophrenia, a better understanding of insight is probably crucial to programs designed to decrease relapse and rehospitalization among schizophrenic patients in our population.

Gender is also found to be one of the factors that influenced relapse rate in this study. Male patients were noted to have 1.6 time (95% CI: 1.11-2.56) higher tendency to have relapse compared with female patients. Male patients need to be rehospitalized for aggressive behavior that intolerable by the family or potentially imposing threats to community. Other studies also found that sex had a significant relationship with relapse rate, where men who relapsed tend to have more relapses and returned to the hospital more rapidly than women.(20,21,39) Angermayer; Mortensen and Eaton in their studies suggested that gender difference among schizophrenia influenced the course of the illness, where male patients was found hospitalized more frequent and stay more longer in the hospital. This result partly can be part of social norms and expectation of parents associated with gender.(37,38) Generally men are expected to face life with more strength than women, even in the situation where they are facing suffering with certain illness. Schizophrenic women experience a significantly lower risk and fewer rehospitalizations and shorter length of hospital stay compared with schizophrenic men.(37)

Statistical analysis on the relationship between the drugs treatment and the relapse rate in schizophrenia patients was highly significant. The results showed that a combined group has 6.12 times (95% CI: 1.65-22.77) to relapse compared

with atypical group. There are no different between atypical and typical group of patients in relation to the relapse rate in this study. This perhaps due to newly introduced of atypical drugs in treating schizophrenic patients in our population. Those patients prescribed combined drug, was a chronic cases and previously was had no improvement with typical antipsychotic. Even though they have been introduced a combination of typical and atypical drugs, they already had a relapses. Drug factor play an important role in relation with relapse. A local study at the HUSM, stated that majority of the schizophrenic patients were treated with typical drugs chlorpromazine, haloperidol or trifluoperazine. They found 73% of samples were noncompliance and most of the relapse patients are defaulted at their last follow-up.(40) Previous study have reaffirm the value of antipsychotics medication is beneficial for preventing relapse and rehospitalization.(41) However, we could not elaborate in detail the consequences of the drugs, it was not included as part of the research questions.

The age at first onset of the illness had a significant relationship with relapse rate ( $p= 0.029$ ). The duration of the illness will indicate the chronicity of the illness, where those patients who had more admission, having the illness longer and therefore suffered from chronic schizophrenia. It is possible that those schizophrenic patients who had chronic illness will have more relapses. Cognitive function of chronic schizophrenic tends to be impaired and this will affect their ability to learn and may have lower insight score. Previous studies had found that male schizophrenic patients fall ill at the earlier age than women and their prognosis was particularly poor.(42,43) A reviewed of an article stated that more severe illness course in men compare to women. Men also have an earlier age of onset, poorer premorbid adjustment and more pronounced cognitive deficit.(44) Deficit in cognitive functioning may restrict the possibilities for functional recovery and this factor will affect their course of illness that will increase risk to relapse rate.

Other sociodemographic factors in the present study such as age, marital status, the level of education, occupation and income were found not associated factor with the relapse rate in this study.

### **Limitation of the study**

Several limitations were noted in this study. The investigational nature of the scale used. One of the problems in research on insight has been the lack of reproducible scoring system for judging the relative presence or absence of insight, good or poor insight, which can be used for standard determination of the level of insight in schizophrenic patients.

The method in evaluation of insight in this study using self-administered questionnaires, thus availability of information was under the control of the authors. The information will not be able get in-depth and it depends on the

sincerity of the patients. The interview method probably better to get more information which might be effect the result of the study.

Other confounding factors were not included in the study e.g. family attitudes and practice in the patient's care, family environment, the nature of the illness, and the accessibility of the psychiatric services. We acknowledge that these factors may help to explain the effect of other factors on the relapse rate further beside the patients' insight and attitude, therefore it would be examined in the future research in our population.

### **Conclusion**

The IASS offers a quick and acceptable self-administered questionnaire according to our experience in this study. Our finding highlights the importance of increasing the schizophrenic patients' insight in order to decrease relapse rate like other previous studies.

### **Recommendations**

Our results indicate that schizophrenic patients with low insight score were more likely to have more relapse than those patients with high insight score. This study is consistent with previous reports.(4,5,8) Future research might be necessary to examine the relationship between insight, treatment compliance, neuropsychological deficit, family environment and factors that might influence the relapse rate among schizophrenic patient in the population.

### **Acknowledgements**

This study was supported by a grant from the Unit of Research & Development, Universiti Sains Malaysia (304/PPSP/6131220).

## References

1. Schwartz, R. C. (1998). The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*;69(1):1-22.
2. Dickerson F. B., Boronow J. J., Ringel N., and Parente F., (1997). Lack of Insight Among Outpatients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*; 48(2):195-199.
3. Amador, X. F., Flaum, M., and Anderson, N. C. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of general Psychiatry*, 51:826-836.
4. Heinrichs, D. W., Cohen, B. P., Carpenter, W. T. (1985). Early insight and the management of schizophrenia decompensation. *Journal of Nervous Mental Disease*;173(30);133-138.
5. Cuesta M. J., and Peralta V., (1994). Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 20(2):359-366.
6. Birchwood, M. S., Drury, V., Healy, J., Macmillan F., Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 89:62-67.
7. Nasir, A. K. M., and Chin, C. N. (1997). Insight in Schizophrenics After Admissions : A Study Using Insight and Treatment attitude Questionnaire. *Malaysian Journal of Psychiatry*;5(1):48-54.
8. Appleby, L., and Forshaw, D. M. (1990). *Postgraduate Psychiatry-Clinical and Scientific Foundations*. Oxford:Heinemann Medical Books.
9. Markova, I. S. & Berrios, G. E. (1992b). The Meaning of Insight in Clinical Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*;160:850-860.
10. Sanz, M., Constable, G., Lopez-Ibor, I., and David, A. S. (1998). A comparative study of insight scale and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological Medicine*; 28:437-466.
11. Michalakeas, A., Skoutas, C., Charalambous, A., Peristeris, A., Marinos, V., Keramari, E., and Theologou, A. (1994). Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*;90:46-49.

12. McEvoy, J. P., Apperson, L. J., Appelbaum, P. S., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammil, K., Geller, J. L., and Roth, L. (1989a). Insight in Schizophrenia. Its Relationship to Acute Psychopathology. *Journal of Nervous Mental Disease*; 177(1):43-37.
13. Herz, m. I., Lamberti, J. S., mintz, J., Scott, R., O'Dell, S. P., McCarton, L., and Nix, G. (2000). A Program for relapse Prevention in Schizophrenia. *Archives General Psychiatry*; 57:277-283.
14. Bartko, G., Herczeg, I., and Zador, G. (1988). Clinical Symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 77:74-76.
15. McEvoy, J. P., Freter, S., Everett, G., Geller, J. L., Appelbaum, P., Apperson, L. J., and Roth, L. (1989b). Insight and the Clinical Outcome of Schizophrenic Patients. *Journal of Nervous Mental Disease*; 177(1):48-51.
16. Lysaker, P., Bell, M., Milstein, m., Bryson, G., and Beam-Goulet, J. (1994). Insight and Psychosocial Treatment Compliance in Schizophrenia. *Psychiatry*; 57:307-315.
17. Lysaker, P. H., Bryson, G. J., and Bell, M. D. (2002). Insight and Work Performance in Schizophrenia. *Journal of Nervous Mental Disease*; 190:142-146.
18. Cuffel, B.J., Alford, D., Fischer, E. P., and Owen, R. R. (1996). Awareness of Illness in Schizophrenia and Outpatient Treatment Adherence. *Journal of Nervous Mental Disease*; 184:653-659.
19. Schwartz, R. C., Cohen, B. N., and Grubaugh, A. (1997). Does Insight Affect Long-Term Inpatient Treatment Outcome in Chronic Schizophrenia? *Comprehensive Psychiatry*; 38(5):283-288.
20. Appleby, L., Desai, P. N., Luchins, D. J., Gibbons, R. D., and Hedeker, D. R. (1993). Length of Stay and Recidivism in Schizophrenia: A Study of Public Psychiatric Hospital Patients. *American Journal of psychiatry*; 150:72-76.
21. Olfson, M., Mechanic, D., Boyer, C. A., Hansell, S., Walkup, J., and Weiden, P. J. (1999). Assessing Clinical Predictions of Early Rehospitalization in Schizophrenia. *Journal of Nervous Mental Disease*; 187(12):721-729.

22. Breier A., Schreiber J. L., Dyer J., and Pickar D., (1991). National Institute of Mental Health Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia. Prognosis and Predictors of Outcome. *Archives General Psychiatry*, 48:239-246.
23. O'Connor, F. W. (1991). Symptom Monitoring for Relapse Prevention in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*; V(4):193-201.
24. Utena, H. (1996). Studies on relapse, course and outcome of schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 50, 45-49.
25. Amador, X. F., Strauss, M. D., Yale, S. a., Flaum, M. M., Endicott, J. E., and Gorman, J.M. (1993). Assessment of insight in Psychosis. *American Journal of Psychiatry*; 150:873-879.
26. David, A. S. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 156, 798-808.
27. Greenfield, D., Strauss, J. s., Bower, M. B., and Mandelkern, M. (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*;15: 245-252.
28. Markova, I. S. & Berrios, G. E. (1992a). The Assessment of Insight in Clinical Psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 86, 159-164.
29. Upadhyaya, H., Khare, C. B., & Kamaruzaman, W. S. (1986). A Study of Psychiatric Morbidity in Kelantan. University Sains Malaysia, Pulau Pinang, Malaysia.
30. Razali, S. M. (1989). The consultation of traditional healers by Malay patients. *Medical Journal of Malaysia*;44(1):3-13.
31. Razali, S. M., and Khan, U. A. (1996). Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patient: impact on treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 94:229-233.
32. Kay, S. R., Fiszbein, A. and Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 13: 261-276.
33. Raziffah, A. R (2000). A Study on Quality of Life of Patients with schizophrenia : A comparison between patients versus relatives perception. (Unpublished)

34. Mcglashan, T. H., and Carpenter, W. T. (1981). Does Attitude Toward Psychosis Relate to Outcome? *American Journal of Psychiatry* ; 138:797-801.
35. Richards, A. D. (1964). Attitude and Drug Acceptance. *British Journal of Psychiatry*, 110:46-52.
36. Serban, G., Thomas, A. (1974). Attitudes and Behaviors of Acute and Chronic Schizophrenic Patients Regarding Ambulatory Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 131(9):991-995.
37. Seeman, M. V. (1986). Current outcome in schizophrenia: women versus men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 73:609-617.
38. Goldstein, J. M., and Kreisman, D. (1988). Gender, family environment and schizophrenia. *Psychological Medicine*; 18:861-872.
39. Angermeyer, M. C., Golstein, J. M., and Kuehn, L. (1989). Gender differences in schizophrenia : rehospitalization and community survival. *Psychological Medicine*; 19:365-382.
40. Razali, M. S., and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 91:331-335.
41. Schooler, N. R., Keith, S. J., Severe, J. B., Matthews, S. M., Belleck, A. S., Glick, I. D., Hargreaves, W. A., Kane, J. M., Ninan, P. T., Frances, A., Jacobs, M., Lieberman, J. A., Mance, R., Simpson, G. M., and Woerner, M. G. (1997). Relapse and Rehospitalization During Maintenance Treatment of Schizophrenia. *Archives General Psychiatry*; 54:453-463.
42. Salokangas, R. K. R. (1983). Prognosis Implications of the Sex of Schizophrenic Patients. (1983). *British Journal of Psychiatry*; 142:145-151.
43. Hafner, H., Heiden W., Behren, S. and Gattaz. (1998). Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 24(1):99-114.
44. Kent, S., and Yellowless. (1994). Psychiatric and Social Reasons for Frequent Rehospitalizations. *Hospital and community Psychiatry*; 45(4):347-350.
45. Krabbendam, L., & van Os, J. (2002). Men with schizophrenia: a double disadvantage. *Men's Health Journal*; 1(4):1-4.

**KESEDARAN-DIRI DAN SIKAP TERHADAP PENYAKIT  
DAN PERKAITANNYA DENGAN KADAR PENYAKIT  
BERULANG DI KALANGAN PESAKIT SKIZOFRENIA DI  
HOSPITAL UNIVERSITI SAINS MALAYSIA DAN  
HOSPITAL KOTA BHARU**

**Penyelidik :**

**Radziah Mohd. Fauzi / Prof. Madya Dr. Hasanah Che Ismail**

**Universiti Sains Malaysia**

**2004**



UNIVERSITI SAINS MALAYSIA  
PENYELIDIKAN & PEMBANGUNAN • RESEARCH & DEVELOPMENT  
11800 • PULAU PINANG • MALAYSIA

Tarikh : 18 Jun 2002

304/PPSP/6131220

Dr. Hasanah Che Ismail  
Jabatan Psikiatri  
Pusat Pengajian Sains Perubatan  
Kampus Kesihatan USM  
15990 Kubang Kerian  
KELANTAN DARUL NAIM

Puan.

**Permohonan Geran Jangka Pendek**

Sukacita dimaklumkan bahawa Jawatankuasa Sains Bio-Perubatan dan Kesihatan di Mesyuarat ke-10 pada 2 Mei 2002 telah meluluskan permohonan penyelidikan puan di atas tajuk **"Tahap Kesedaran, Pengetahuan dan Sikap Terhadap Penyakit serta Perkaitannya dengan kadar Relaps dan Amalan Keluarga Terhadap Pesakit Dalam Penyakit Skizofrenia"** daripada geran **USM Jangka Pendek**. Sebanyak **RM12,556.00** diluluskan dengan perincian seperti berikut:

Vot 21000 (Perbelanjaan Perjalanan dan Sarahidup)	RM 2,140.00
Vot 23000 (Perhubungan dan Utiliti)	RM 300.00
Vot 27000 (Bekalan dan Bahan-Bahan Lain)	RM 396.00
Vot 29000 (Perkhidmatan Ikhtisas & Perkhidmatan lain yang Dibeli & Hospitaliti)	RM 9,720.00

---

JUMLAH BESAR **RM 12,556.00**  
=====

Selanjutnya, penyelidik dikehendaki mengambil perhatian terhadap perkara-perkara berikut:-

- (i) Jururawat dari HKB yang terlibat dalam projek ini tidak boleh dibayar elaun lebih masa (vot 14000- kerana bukan staf USM) tetapi beliau boleh dibayar honorarium (vot 29000)
- (ii) Sejumlah RM 1,056.00 Elaun lebih masa dibayar kepada Jururawat Psikiatri HUSM dengan menggunakan peruntukan dari emolumen Pusat Pengajian/USM

Seterusnya, sekiranya peruntukan diluluskan di bawah Vot 11000, dibawah geran penyelidikan jangka pendek, hanya Pembantu Pelajar ataupun Pembantu Projek boleh dilantik. Kadar elaun yang boleh dibayar ialah RM15.00 sehari ataupun pada maksimumnya RM450.00 sebulan.

Dari segi perjalanan pula, kadar tuntutan yang dibenarkan ialah berasaskan tuntutan Pegawai A Tingkatan Biasa dengan tidak mengambil kira jawatan hakiki tuan/puan.

Apa jua kelulusan yang diberikan di bawah Vot 29000 yang melibatkan kerja-kerja fotokopi, bahan fotokopi ini menjadi hak milik Universiti dan sekiranya berguna, perlu disampaikan untuk simpanan arkib Universiti Sains Malaysia.

Sekiranya bahan rujukan dan jernel diluluskan, pembelian bahan-bahan ini mesti diuruskan melalui Perpustakaan USM. Bahan-bahan ini akan dikatalogkan dan akan dipinjamkan kepada tuan/puan sepanjang tempoh penyelidikan tuan/puan. Seterusnya bahan-bahan ini perlu dikembalikan kepada Perpustakaan sebaik sahaja projek berakhir.

Kelulusan ini juga adalah tertakluk kepada syarat-syarat seperti yang terkandung dalam Buku Panduan Penyelidikan Universiti Sains Malaysia (Januari 1990) dan syarat-syarat berikut :

- (a) Sebarang penerbitan dihasilkan mestilah:
- (i) Mengakui bahawa Penyelidikan adalah dibiayai oleh Universiti Sains Malaysia ataupun dibiayai secara bersama oleh Universiti Sains Malaysia;

Di dalam hal ini, contoh kredit yang telah dipersetujui oleh Jawatankuasa ialah:

#### *Bahasa Malaysia*

Penulis menghargai geran penyelidikan yang telah diberikan oleh Universiti Sains Malaysia, Pulau Pinang dan sehubungan dengan itu, artikel ini diterbitkan.

#### *Bahasa Inggeris*

The author acknowledges the research grant provided by Universiti Sains Malaysia, Penang that has resulted in this article.

- (ii) Tiga salinan penerbitan berkaitan mesti dikirimkan ke Bahagian Penyelidikan dan Pembangunan untuk tindakan selanjutnya.
- (iii) USM mempunyai opsyen pertama untuk menerbitkan bahan yang dihasilkan melalui projek ini. Ini akan dilakukan melalui Penerbitan USM dan keputusan untuk menerbitkan bahan ini akan dibuat dalam tempoh enam bulan

- (b) Laporan kemajuan mestilah dikemukakan enam (6) bulan sekali selepas kerja penyelidikan dimulakan. Seterusnya laporan akhir (*format dilampirkan*) dan laporan komprehensif juga diperlukan di akhir tempoh kajian. *Laporan komprehensif meliputi kertas persidangan atau seminar dan penerbitan santifik hasil daripada projek ini.* Laporan-laporan ini perlu disampaikan kepada Bahagian Penyelidikan dan Pembangunan melalui Jawatankuasa Penyelidikan di pusat pengajian atau melalui Dekan/Pengarah Pusat Pengajian/Pusat masing-masing. Laporan akhir yang tidak lengkap atau tidak ditandatangani/diperakukan oleh Pengerusi Jawatankuasa Penyelidikan di pusat pengajian tidak akan diterima dan akan dikembalikan semula sehingga svarat tersebut dipenuhi. (*borang-borang tersebut disertakan bersama*)
- (c) Tuan perlu membentangkan hasil penyelidikan di Seminar Pusat Pengajian.
- (d) Hasil penyelidikan ini perlu diterbitkan dan permohonan untuk mendapatkan geran penyelidikan selanjutnya hanya dapat dipertimbangkan jika maklumat tentang penerbitan hasil penyelidikan serta penerbitan berkaitan disertakan bersama.
- (e) Projek ini mestilah siap dalam tempoh satu (1) tahun mulai **01 Julai 2002 sehingga 30 Jun 2003.**
- (f) Sekiranya kajian ini mendapati proses atau produk baru yang boleh dipatenkan. harap maklum ia perlu dilakukan melalui pihak Penyelidikan & Pembangunan.
- (g) Sekiranya alatan diluluskan di bawah geran ini, sila ambil perhatian pihak Penyelidikan & Pembangunan akan mengagihkan semula peralatan tersebut seandainya terdapat penyelidik-penyelidik lain yang memerlukan peralatan tersebut.
- (h) Tuan/puan diwajibkan memantau peruntukan yang telah diluluskan. Sebarang perbelanjaan yang melebihi peruntukan yang telah diluluskan harus ditanggung oleh pihak tuan/puan sendiri.
- (i) Sekiranya tuan/puan menerima tawaran geran ini, sila sahkan dengan mengembalikan satu salinan borang yang disertakan ke Bahagian Penyelidikan dan Pembangunan dalam tempoh **satu minggu** dari tarikh surat ini.

Sekian. saya ucapkan **"SELAMAT MAJU JAYA"**

Saya yang menjalankan tugas.



**MAZULA SABUDIN**

*Senausaha  
Jawatankuasa Penyelidikan,  
Universiti Sains Malaysia*

s.k.:

Profesor Mafauzy Mohamed ] untuk makluman Profesor  
Pengerusi / *Pengarah*  
Jawatankuasa Sains Bio-Perubatan & Kesihatan  
Pusat Pengajian Sains Perubatan,  
Kampus Kesihatan USM  
15990 Kubang Kerian,  
KELANTAN DARUL NAIM

Profesor Madya Zabidi Azhar M. Hussin ] untuk makluman tuan  
Dekan  
Pusat Pengajian Sains Perubatan

Profesor Madya Abd. Rashid Abd. Rahman ] untuk makluman tuan  
Timbalan Dekan  
[Penyelidikan]  
Pusat Pengajian Sains Perubatan

Encik Zulkifli Mohamed ] untuk tindakan tuan  
Timbalan Bendahari ] membuka akaun projek  
Jabatan Bendahari  
Kampus Kesihatan USM  
15990 Kubang Kerian,  
KELANTAN DARUL NAIM

./mwk/sh

## LAPORAN AKHIR PROJEK PENYELIDIKAN R&D JANGKA PENDEK

### A. MAKLUMAT AM

Tajuk Projek: “Kesedaran-diri dan Sikap Terhadap Penyakit dan Perkaitannya Dengan Kadar Penyakit Berulang di Kalangan Pesakit Skizofrenia di Hospital Universiti Sains Malaysia dan Hospital kota Bharu”.

Tajuk Program: \_\_\_\_\_

Tarikh Mula: 01 Julai 2002

Nama Penyelidik Utama: Prof Madya Dr Hasanah Che Ismail  
(berserta No. K/P)

Nama Penyelidik Lain: Radziah Binti Mohd. Fauzi  
(berserta No. K/P) 571010-03-5346

### B. PENCAPAIAN PROJEK:

*(Sila tandakan [/] pada kotak yang bersesuaian dan terangkan secara ringkas di dalam ruang di bawah ini. Sekiranya perlu, sila gunakan kertas yang berasingan)*

Penemuan asli/peningkatan pengetahuan

Hasil kajian mendapati majoriti pesakit skizofrenia ( 61.1 %) yang mendapat rawatan di Hospital USM dan Hospital Kota Bharu mempunyai kesedaran-diri yang rendah terhadap penyakit dan rawatan. Keadaan ini mengakibatkan peningkatan kepada hampir separuh (42.3%) pesakit mengalami penyakit berulang tinggi. Kos rawatan ke atas pesakit yang mengalami penyakit berulang adalah empat kali lebih tinggi berbanding dengan rawatan pesakit yang tidak mengalami penyakit berulang. Oleh itu tindakan untuk meningkatkan kadar

---

kesedaran-diri di kalangan pesakit skizofrenia adalah penting dalam usaha

---

mengurangkan kadar penyakit berulang yang secara tak langsung dapat

---

mengurangkan kos perawatan hospital dan bebanan keluarga dalam

---

penjagaan pesakit di komuniti.

---

**Rekaan atau perkembangan produk baru,**

*(Sila beri penjelasan/makluman agar mudah dikomputerkan)*

(1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mengembangkan proses atau teknik baru,**

*(Sila beri penjelasan/makluman agar mudah dikomputerkan)*

(1) Mengadakan Program Perancangan Keluar Wad (Discharge Planning

Program) yang khusus untuk pesakit skizofrenia bagi mengekalkan

kestabilan di komuniti.

---

(2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Memperbaiki/meningkatkan produk/proses/teknik yang sedia ada**  
(Sila beri penjelasan/makluman agar mudah dikomputerkan)

- (1) Mempertingkatkan psiko-pendidikan dan psikoterapi kognitif secara berterusan dan lebih sistematik.
- (2) Mengadakan modul khusus untuk psiko-pendidikan, terapi kognitif dan perancangan keluar wad
- (3) Mengadakan penilaian keberkesanan terapi dan pemantauan kejadian penyakit berulang yang berterusan.

### C. PEMINDAHAN TEKNOLOGI

Berjaya memindahkan teknologi.

Nama Klien:

(1)

(Nyatakan nama penerima pemindahan teknologi ini dan sama ada daripada pihak swasta ataupun sektor awam)

(2)

(3)

Berpotensi untuk pemindahan teknologi.

(Nyatakan jenis klien yang mungkin berminat)

---

---

---

---

**D. KOMERSIALISASI**

Berjaya dikomersialkan.

Nama Klien: (1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

Berpotensi untuk dikomersialkan.

*(Nyatakan jenis klien yang mungkin berminat)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E. PERKHIDMATAN PERUNDINGAN BERBANGKIT DARIPADA PROJEK**

*(Klien dan jenis perundingan)*

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_

**F. PATEN/SIJIL INOVASI UTILITI**

*(Nyatakan nombor dan tarikh pendaftaran paten. Sekiranya paten-sijil inovasi utiliti telah dipohon tetapi masih belum didaftarkan, sila berikan nombor dan tarikh fail paten).*

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

**G. PENERBITAN HASIL DARIPADA PROJEK**

**(i) LAPORAN/KERTAS PERSIDANGAN ATAU SEMINAR**

(1) Pembentangan di WESRP Asean Regional Congress and 2<sup>nd</sup> Congress of the MASRP di Kuala Lumpur pada 27 Jun hingga 30 Jun 2003 oleh pelajar Sarjana yang terlibat.

(2) Pembentangan di Psychiatric Postgraduate Conference (research paper competition) di Pusat Perubatan Universiti Malaya pada 27 hingga 28 September 2003 oleh pelajar Sarjana yang terlibat.

(3) \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_

(5) \_\_\_\_\_

**(ii) PENERBITAN SAINTIFIK**

(1) Penulisan manuskrip untuk penerbitan telah disiapkan dan masih dalam proses untuk penerbitan. Dicadang untuk dihantar penerbitan melalui Acta Psychiatrica Scandinavica (Manuskrip disertakan).

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(5) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(6) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**H. HUBUNGAN DENGAN PENYELIDIK LAIN**

*(sama ada dengan insititusi tempatan ataupun di luar negara)*

(1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. SUMBANGAN KEWANGAN DARI PIHAK LUAR**

*(Nyatakan nama agensi dan nilai atau peralatan yang telah diberi)*

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**J. PELAJAR IJAZAH LANJUTAN**

(Nyatakan jumlah yang telah dilatih di dalam bidang berkaitan dan sama ada diperingkat sarjana atau Ph.D).

Sarjana

Nama Pelajar

RADZIAH BINTI MOHD FAUZI

Ph.D

**K. MAKLUMAT LAIN YANG BERKAITAN**

---

---

---

---

---

---

---

12/11/09

Tarikh

Professor Zabidi Arshad Mohd Hussin  
Chairman of Research Committee  
School of Medicine  
Health Sciences  
Universiti Sains Malaysia  
KELANTAN, MALAYSIA.

**TANDATANGAN Pengerusi  
JAWATANKUASA PENYELIDIKAN  
PUSAT PENGAJIAN**

Fn. My doc geran/jpendek

Tandatangan

**PROF. MADYA DR. HASANAH CHE ISMAIL**  
Ketua Jabatan Psikiatri  
Pusat Pengajian Sains Perubatan  
Universiti Sains Malaysia  
Kampus Kesihatan  
16150 Kubang Kerian, Kelantan.

# **“Kesedaran-diri dan Sikap Terhadap Penyakit dan Perkaitannya dengan Kadar Penyakit Berulang di Kalangan Pesakit Skizofrenia di Hospital Universiti Sains Malaysia dan Hospital Kota Bharu.”**

## **Pengenalan**

Skizofrenia adalah satu penyakit mental yang serius dan memberi kesan yang teruk ke atas fungsi kognitif dan sosial kehidupan seseorang individu terutamanya pada peringkat yang kronik. Ianya ditunjukkan dengan berbagai tanda dan gejala yang melibatkan pemikiran, persepsi, emosi, pergerakan dan tingkahlaku. Telah menjadi kepercayaan yang kuat bahawa penyakit mental adalah disebabkan oleh masalah yang berbentuk emosi dan sosial dan kemungkinan akibat daripada tindakbalas biokimia dalam otak. Perubahan yang dihasilkan mungkin mengakibatkan pengalaman yang amat menakutkan yang mendesak kepada perubahan tingkahlaku dan personaliti. Keadaan ini akan mengakibatkan pesakit kehilangan keupayaan dalam pergaulan dengan orang lain dan mengalami ketidakupayaan untuk membezakan fantasi dengan realiti. Majoriti serangan penyakit skizofrenia berlaku pada peringkat awal umur di antara 15 hingga 35 tahun dan gejalanya boleh menyusahkan pesakit itu sendiri, kawan-kawan dan juga kaum keluarga. (Deva, 1988; Whitaker, 1992; Carpenter & Buchanan, 1995 dan Warner & De Girolamo, 1995).

Berdasarkan kepada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV) edisi keempat, skizofrenia diklasifikasikan mengikut gejala penyakit yang lebih banyak atau jelas kelihatan semasa penilaian ke atas pesakit dilakukan. Terdapat lima jenis penyakit skizofrenia iaitu jenis paranoid, jenis disorganik, jenis katatonik, jenis tanpa perbezaan dan jenis tersisa (*residual*).

Manifestasi penyakit skizofrenia boleh berlaku pada seseorang individu dalam semua masyarakat dan kawasan geografi. Walaupun data perbandingan di antara kawasan sukar didapati, namun insiden dan prevalens skizofrenia secara kasarnya adalah lebih kurang sama di seluruh dunia iaitu dengan prevalens titik kurang daripada 1.0% (Puri *et*

*al.*, 2002). Sebagaimana yang dianggarkan oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) seramai 45 bilion penduduk dunia mengidap penyakit skizofrenia. Pertambahan ini adalah dijangkakan akibat daripada peningkatan nisbah penduduk ke arah kumpulan peringkat umur yang berisiko mendapat penyakit tersebut. Kewujudan keadaan kronik pada kebanyakan kes, menjadi beban bukan sahaja kepada pengidap skizofrenia itu sendiri malah juga kepada keluarganya (WHO, 1997).

Kadar insiden skizofrenia adalah di antara 15 hingga 30 kes baru dalam 100,000 populasi dunia setahun. Di Malaysia pula, jumlah pesakit mental didapati bertambah setiap tahun iaitu kira-kira 45,000 pesakit skizofrenia pada tahun 1990 dengan kadar prevalens titik sebanyak 0.30% telah meningkat kepada 60,000 pada tahun 1998 (Deva, 1988; Ramli, 1990, dan KKM, 1998). Selain itu, hasil kajian Ramli *et al.*, (1990), di kawasan pendalaman Kampung Jeram, Selangor, mendapati kadar prevalens titik pesakit skizofrenia adalah tinggi iaitu 1.57%. Peratusan ini menunjukkan satu perbezaan yang sangat ketara dengan kadar biasa lebih kurang 1.0% di kebanyakan negara. Manakala kadar prevalens pesakit skizofrenia di Kelantan dianggarkan sebanyak 0.33% daripada jumlah populasi setempat (Upadhyaya *et al.*, 1986).

Kadar kemasukan pesakit dewasa di kedua-dua hospital psikiatri terbesar di Malaysia iaitu Hospital Bahagia, Ulu Kinta, Perak dan Hospital Permai Tampoi, Johor terus meningkat daripada 6,016 tahun 1985 kepada 7,327 tahun 1994. Penyakit skizofrenia merupakan penyakit mental yang mempunyai peratusan yang tinggi berbanding dengan jenis penyakit mental yang lain. Sebanyak 77.2 % daripada pesakit yang dimasukkan di kedua-dua hospital ini adalah pesakit skizofrenia. Peningkatan kemasukan pesakit ini adalah disebabkan oleh meningkatnya jumlah pesakit yang mengalami penyakit berulang (KKM, 1997).

Pengetahuan lengkap tentang faktor penyebab bagi penyakit skizofrenia masih samar-samar. Faktor genetik merupakan faktor penting dalam sesetengah kes akan tetapi kesannya terhadap patofisiologi masih belum jelas. Gen yang terlibat dalam semua kes-kes yang mempunyai etiologi genetik masih belum dikenalpasti (Buchanan & Carpenter,

1995). Kajian genetik ke atas pesakit skizofrenia menunjukkan risiko mendapat penyakit adalah tinggi (46.0%) pada kembar monozigotik dan 14.0% pada kembar dwizigotik (Puri *et al.*, 2002). Pengaruh lain yang terlibat adalah semasa mengandung dan komplikasi semasa kelahiran, tetapi mekanisma patofisiologi asas yang melibatkan faktor-faktor tersebut masih tidak diketahui.

Pesakit skizofrenia akan menunjukkan manifestasi klinikal yang melibatkan kemunduran tingkahlaku dan kognitif. Pesakit akan menunjukkan perubahan status mental dan selalunya kelihatan ganjil. Penampilan dan tingkahlaku mereka menggambarkan penggabungan berbagai aspek yang menampakkan kualiti seseorang manusia yang tidak sempurna. Pesakit juga akan mengalami gangguan pemikiran dan pertuturan, gangguan perhubungan dengan dunia luar. Manakala gejala penyakit yang ditunjukkan adalah terdiri daripada gejala positif seperti halusinasi, delusi dan ilusi, manakala gejala negatif pula melibatkan gangguan afek serta gejala yang melibatkan aktiviti motor (Africa & Schwartz, 1992; Lipton & Cancro, 1995; Nicoli, 1999 dan Appleby *et al.*, 2001).

Secara umumnya hasil penyakit skizofrenia adalah teruk. Hanya 10.0% pulih dan 20.0% mempunyai hasil penyakit yang baik (Henderson & Goff, 2000). Puri *et al.*, (2002), melaporkan lebih kurang satu perempat daripada kes skizofrenia menunjukkan pemulihan yang baik dari segi klinikal dan sosial. Namun kebanyakan kajian menunjukkan hampir separuh pesakit mengalami hasil jangka panjang penyakit yang teruk.

### **Kenyataan Masalah**

Kajian ke atas kesedaran-diri terhadap penyakit pada pesakit skizofrenia telah banyak dijalankan di barat. Kebanyakan hasil kajian membuktikan bahawa peningkatan kesedaran-diri terhadap penyakit dan rawatan akan dapat mengurangkan kejadian penyakit berulang di kalangan pesakit skizofrenia. Oleh yang demikian ianya perlu diberikan perhatian dan penekanan dalam usaha mengenalpasti tahap kesedaran-diri dan kejadian

penyakit berulang serta kemasukan semula pesakit ke wad psikiatri yang tinggi di hospital psikiatri di Malaysia.

Di Malaysia, rawatan ke atas penyakit mental masih dipengaruhi oleh kepercayaan dan kebudayaan masyarakat. Tindakan mendapatkan rawatan bomoh telah memberikan idea kepada kita bahawa pesakit sememangnya mempunyai sedikit kesedaran tentang penyakit yang dihidapinya. Tindakan ini merupakan penunjuk kepada percubaan untuk mencari pernyataan terhadap penyakit yang dialami pada peringkat awal, akan tetapi bomoh yang merawat akan memberhentikan pencarian tersebut dengan memberikan penekanan dan perkaitan di antara penyakit mental dengan makhluk ghaib dan sihir. Keadaan ini akan melambatkan rawatan hospital dan menjadikan penyakit menjadi kronik dengan hasilan penyakit yang tidak baik. Keadaan penyakit yang kronik selalunya diikuti dengan kejadian penyakit berulang di kalangan pesakit skizofrenia.

Melalui laporan statistik kemasukan ke wad psikiatri Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM), didapati seramai 58.0% daripada jumlah keseluruhan pesakit mental yang diwadkan di sini adalah pesakit skizofrenia (Wad Psikiatri HUSM, 1998). Kemasukan pesakit skizofrenia di HUSM setiap tahun adalah tinggi berbanding dengan pesakit mental yang lain. Peningkatan jumlah kemasukan pesakit tersebut adalah disebabkan oleh pesakit yang mengalami penyakit berulang. Statistik pada tahun 1999 menunjukkan kadar yang masih tinggi di mana daripada 97 pesakit skizofrenia yang dimasukkan ke wad, 42.5% daripadanya adalah pesakit yang mengalami penyakit berulang.

Persoalannya di sini setakat manakah kesedaran-diri yang ada pada pesakit yang mengalami penyakit berulang terhadap penyakit yang dialami dan pentingnya ubat antipsikotik dalam merawat penyakit mental? Bagi mencari jawapan kepada permasalahan ini, penyelidik telah membuat keputusan untuk meneliti masalah kepada kejadian ini dalam populasi setempat. Tujuannya ialah untuk mengetahui sejauh manakah tahap kesedaran-diri dan sikap pesakit mempengaruhi kadar penyakit berulang di kalangan pesakit

skizofrenia yang mendapatkan rawatan di HUSM dan Hospital Kota Bharu (HKB), Kelantan.

Hasil kajian diharap akan dapat memberikan maklumat penting bagi membantu dalam penyediaan perancangan tindakan perawatan pesakit skizofrenia. Adalah diharapkan agar perancangan perawatan yang dibentuk akan dapat meningkatkan penerimaan dan kerjasama pesakit dengan rawatan yang merupakan aspek penting dalam menangani masalah penyakit berulang. Seterusnya, tindakan ini tentunya akan dapat membantu dalam mengurangkan kadar penyakit berulang di kalangan pesakit skizofrenia.

### **Kepentingan Kajian**

Kajian ini adalah bertujuan untuk mengenalpasti perkaitan di antara tahap kesedaran-diri dan sikap pesakit terhadap penyakit dan rawatan dengan kadar penyakit berulang. Vaughn *et al.*, (1984), menyatakan walaupun penggunaan ubat antipsikotik yang berkesan telah menyeluruh, namun kadar penyakit berulang dan kemasukan semula pesakit skizofrenia masih tinggi. Berdasarkan kepada insiden penyakit berulang yang tinggi, bukan sahaja di barat malah di tempat kajian, penyelidik merasakan masalah ini perlu diselidiki bagi mengenalpasti sebab di sebalik kejadian dan langkah yang boleh diambil agar dapat membantu mengurangkan bilangan kejadian penyakit berulang di kawasan kajian.

Hasil daripada kajian-kajian terbaru di barat telah menunjukkan kesedaran-diri rendah pada pesakit skizofrenia akan mengakibatkan kurang berkesannya rawatan. Oleh itu kajian yang memfokuskan kepada fenomena ini akan dapat membantu dalam meningkatkan keberkesanan dan kecekapan strategi rawatan. Amador & Strauss (1993) telah membuat penelitian terhadap kajian-kajian tentang perkaitan di antara tahap kesedaran-diri dengan hasilan penyakit oleh beberapa penyelidik. Mereka mendapati majoriti penyelidik bersetuju bahawa kesedaran-diri tinggi terhadap penyakit dan kepentingan rawatan akan membawa kepada hasilan penyakit yang positif dan kepatuhan

kepada rawatan dan hasilan penyakit yang positif. Sebagaimana yang ditegaskan oleh Michalaleas *et al.*, (1994) akan perlunya dijalankan kajian ke atas kesedaran-diri pesakit kerana ia merupakan teras kepada hasilan penyakit dan prognosis jangka panjang.

Selain itu, penyakit skizofrenia juga merupakan masalah utama yang dihadapi oleh perkhidmatan psikiatri serta memerlukan pengurusan dan kos yang sangat besar di seluruh dunia. Kadar kemasukan kes penyakit berulang akan meningkatkan perkhidmatan dan kos rawatan yang ditanggung oleh pihak hospital. Ini adalah berikutan daripada bertambahnya jangkamasa dan kekerapan hospitalisasi yang disebabkan penyakit berulang. Menurut Carpenter & Buchanan (1995), di Amerika peruntukan kewangan untuk penyakit mental pada tahun 1988 adalah dianggarkan sebanyak US\$129.3 bilion, yang mana hampir US\$40 bilion digunakan untuk pesakit skizofrenia. Pada tahun 1995, lebih kurang 500,000 pesakit mental yang dimasukkan ke hospital dan 268,000 daripadanya adalah terdiri daripada pesakit skizofrenia. Manakala seramai 298,808 pesakit skizofrenia mendapat rawatan sebagai pesakit luar.

Penyakit skizofrenia ini bukan sahaja membebani negara tetapi juga keluarga yang terlibat. Adalah dianggarkan keseluruhan kos yang ditanggung oleh keluarga pesakit skizofrenia pada tahun 1985 di Amerika sebanyak US\$2.5 bilion. Manakala jumlah keseluruhan kos perkhidmatan kesihatan mental bagi pesakit skizofrenia pada tahun 1994 di Norway pula dianggarkan sebanyak US\$164 juta (Karno & Norquist, 1995 dan Rund & Ruud, 1999). Masalah yang sama tidak menjadi sesuatu yang mustahil di Malaysia secara umumnya dan kawasan kajian khususnya memandangkan kadar prevalens yang tinggi telah dilaporkan.

Kejadian penyakit berulang yang kerap kali boleh menyebabkan penyakit menjadi kronik dan sukar untuk dirawat disamping akan menambahkan masalah kepada masyarakat dan negara. Kejadian penyakit berulang pada pesakit skizofrenia mungkin akan mengganggu kehidupan pesakit itu sendiri, kaum keluarga, masyarakat setempat dan juga membebani perkhidmatan kesihatan. Peningkatan kepada kesedaran-diri dan pengetahuan terhadap penyakit diramalkan akan dapat mengubah sikap pesakit terhadap

penyakit, menjadi lebih patuh kepada rawatan dan akan berusaha untuk mengekalkan tahap kehidupan yang optima.

### **Objektif Kajian**

Objektif umum adalah untuk menilai tahap kesedaran-diri dan sikap terhadap penyakit serta perkaitannya dengan penyakit berulang di kalangan pesakit skizofrenia menggunakan instrumen Skala Kesedaran-diri dan Sikap Pesakit Skizofrenia (SKSS) yang dibentuk.

Manakala objektif khusus pula adalah;

1. Untuk mengenalpasti hubungkait di antara tahap kesedaran-diri dengan kadar penyakit berulang di kalangan pesakit skizofrenia.
2. Untuk mengenalpasti hubungkait di antara sikap pesakit dengan kadar penyakit berulang di kalangan pesakit skizofrenia.
3. Untuk mengenalpasti hubungkait di antara faktor sosiodemografik terpilih dengan kadar penyakit berulang di kalangan pesakit skizofrenia.
4. Untuk mengenalpasti hubungkait di antara faktor klinikal terpilih dengan kadar penyakit berulang di kalangan pesakit skizofrenia.

**Hipotesis Kajian** adalah tahap kesedaran-diri yang tinggi dan sikap yang positif terhadap penyakit dan rawatan pada pesakit skizofrenia mengurangkan kadar penyakit berulang.

## METODOLOGI

Kajian keratan lintang ini telah dijalankan di kalangan pesakit skizofrenia yang datang mendapatkan rawatan pesakit luar di klinik-klinik dan pesakit dalam di wad-wad psikiatri HUSM dan HKB. Disamping itu, data juga dikutip melalui lawatan ke rumah bagi pesakit skizofrenia yang tidak datang untuk rawatan susulan. Data berkenaan penyakit berulang diambil daripada laporan retrospektif pesakit dan keluarga (Herz & Melville, 1980), dan juga rekod klinikal pesakit (Heinrichs *et al.*, 1985).

### Pengiraan Saiz Sampel

Pengiraan untuk mendapatkan saiz sampel yang bersesuaian dilakukan dengan menggunakan *Power and Sample Size (PS) Software* (Dupont & Plummer, 1997). Pengiraan saiz sample (n) telah dilakukan untuk kesemua objektif kajian dan kesemua pembolehubah terpilih. Oleh itu, praujian telah dijalankan untuk mendapatkan nisbah pesakit skizofrenia dengan penyakit berulang tinggi dan penyakit berulang rendah dalam populasi setempat untuk digunakan dalam pengiraan saiz sampel kajian. Seramai 35 pesakit skizofrenia yang terlibat dalam praujian ini juga dinilai menggunakan *Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia* (PANSS, Kay, *et al.*, 1987), item G-12 (*lack for judgement and insight*) mengetahui status kesedaran diri bagi tujuan mendapatkan anggaran nisbah *odds*. PANSS, item G-12 merupakan skala penilaian kesedaran-diri yang telah digunapakai oleh kebanyakan penyelidik dalam mengukur kesedaran-diri pesakit skizofrenia (Dickerson *et al.*, 1997; Debowska *et al.*, 1998; Sanz *et al.*, 1998, dan Goldberg *et al.*, 2001).

Hasil kiraan saiz sampel mengikut setiap objektif mendapati pengiraan dengan formula dua perkadaran telah memberikan kiraan saiz sampel yang terbesar. Seramai 438 subjek diperlukan dengan mengambil kira 10% (39) kemungkinan sampel yang akan digugurkan. Formula dua perkadaran adalah seperti berikut;

Formula:	$n = \frac{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}{(P_1 - P_2)^2} (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$	(Daniel, 1999)
$\alpha$	= 0.05	
<i>power</i>	= 0.90	
Po	= 0.38 (kebarangkalian untuk mendapat penyakit berulang tinggi dalam populasi berdasarkan kepada kajian pilot yang di jalankan di tempat kajian).	
m	= 2 (nisbah di antara pesakit dengan penyakit berulang tinggi dan pesakit dengan penyakit berulang rendah dalam populasi berdasarkan keputusan 1:2 ujian pilot yang di jalankan di tempat kajian).	
OR	= 2 (nisbah <i>odds</i> untuk mendapat penyakit berulang tinggi di antara kumpulan kesedaran-diri rendah dan tinggi)	
n <sub>1</sub>	= 133 sampel bagi kumpulan penyakit berulang tinggi	
n <sub>2</sub>	= 133 x 2 (kumpulan penyakit berulang rendah) = 266	
Jumlah	= 133 + 266 = 399	

Maka, jumlah pesakit yang terlibat termasuk 10% (39) kemungkinan digugurkan ialah seramai 438 orang (399 + 39 = 438).

### **Kriteria Penerimaan**

1. Telah didiagnos oleh pakar psikiatri mengalami skizofrenia berdasarkan kriteria DSM IV
2. Berumur 16-60 tahun
3. Disahkan tidak mempunyai penyakit medikal yang boleh menimbulkan gejala psikiatri iaitu epilepsi, dementia, penyakit serebrovaskular

(Barrowclough *et al.* 1987)

### **Kriteria Penolakan**

1. Pesakit dalam keadaan psikotik akut
2. Pesakit yang terlibat dengan penyalahgunaan dadah atau alkohol
3. Pesakit yang dirawat dengan Clozapine
4. Pesakit dengan gangguan personaliti
5. Pesakit yang mengalami kerencatan mental

### **Kaedah Pensampelan**

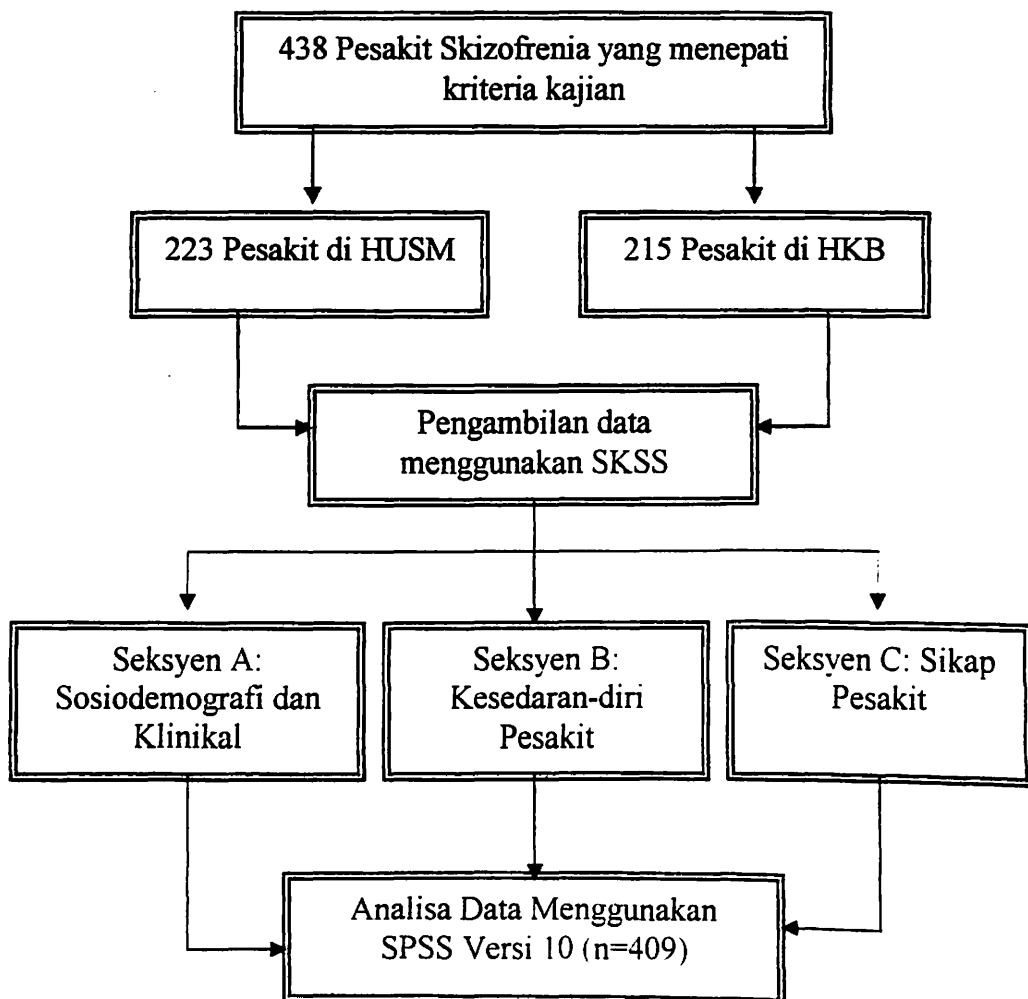
Kajian ini telah bermula dari bulan Jun 2002 hingga September 2003. Semua pesakit skizofrenia yang datang untuk rawatan susulan di klinik psikiatri dan dimasukkan ke wad psikiatri di kedua-dua HUSM dan HKB serta memenuhi kriteria dalam tempoh kajian diminta menyertai kajian ini. Senarai nama pesakit yang terlibat diambil sehari sebelum setiap kali klinik susulan pesakit. Manakala bagi pesakit yang berada di wad pula dipilih berdasarkan senarai nama kemasukan pesakit ke wad. Setiap rekod perawatan pesakit yang akan datang untuk rawatan susulan atau diwadkan diteliti satu persatu oleh penyelidik bagi mengenalpasti pesakit yang menepati kriteria pemilihan dan penolakan kajian. Bagi pesakit yang tidak datang ke klinik, lawatan ke rumah akan dijalankan oleh penyelidik bagi mendapatkan data kajian, namun ianya hanya bagi pesakit-pesakit yang dalam persekitaran 35 kilometer dari kawasan kajian.

Seramai 438 pesakit iaitu 223 orang di HUSM dan 215 orang di HKB telah memberi persetujuan secara lisan untuk melibatkan diri. Setiap pesakit diberikan penerangan oleh penyelidik atau pembantu penyelidik tentang kajian yang dijalankan

untuk mendapatkan persetujuan secara bertulis daripada pesakit sebelum terlibat dengan soal-selidik. Seramai 29 (6.6%) daripada 438 orang pesakit telah disingkirkan kerana tidak berjaya melengkapkan jawapan, iaitu 16 pesakit tidak menjawab seperti yang diarahkan, 8 pesakit menjawab separuh daripada soalan dan 5 pesakit hanya membaca soalan yang diberikan tetapi menolak untuk menjawabnya. Oleh itu seramai 409 pesakit diperolehi pada akhir kutipan data.

**Rajah 2: Carta Alir Kajian**

**Kesedaran-Diri dan Sikap Terhadap Penyakit Serta Perkaitannya dengan Kadar Penyakit Berulang di Kalangan Pesakit Skizofrenia di HUSM dan HKB**



## **Status Penyakit Berulang Pesakit**

Pemilihan dijalankan ke atas pesakit yang telah disahkan berada dalam keadaan stabil daripada rekod perawatan pesakit, laporan daripada pesakit dan juga keluarga atau penjaga. Penyakit Berulang didefinisikan dengan pesakit yang mengalami gejala tidak psikotik ataupun psikotik selepas penyakit dipulihkan dan perlukan bantuan samada ubatan antipsikotik ataupun kemasukan semula ke hospital atau dengan kata lain ianya bermaksud keadaan pengulangan penyakit atau gejala serius selepas penyakit dipulihkan (Utena, 1996, dan Scottish Schizophrenia Research Group, 1992) atau bila dinyatakan oleh doktor sebagai mengalami penyakit berulang dan kemungkinan perlukan kemasukan semula ke hospital.

Kadar penyakit berulang ini telah dikategorikan kepada dua kumpulan. Satu kumpulan kadar penyakit berulang tinggi bagi pesakit yang mengalaminya tiga kali atau lebih. Manakala satu kumpulan lagi sebagai kumpulan kadar penyakit berulang rendah bagi pesakit yang mengalami kurang daripada tiga kali dalam jangka masa dua tahun terakhir. Pesakit yang dimasukkan semula ke hospital juga dikira sebagai mengalami penyakit berulang dalam kajian ini.

## **Pembentukan Instrumen Kajian**

Beberapa instrumen yang telah diguna pakai secara menyeluruh untuk menilai kesedaran-diri pada pesakit skizofrenia telah diteliti. Antaranya adalah *Insight and Treatment Attitude Questionnaires* (ITAQ) oleh McEvoy *et al.*, (1989a); dilihat sebagai terlalu ringkas, mengandungi 11 soalan tentang kesedaran-diri terhadap penyakit mental, keperluan kepada kemasukan ke hospital dan rawatan ubatan serta kesannya. Manakala *Scale for the Assessment of Insight* (SAI) David (1990a) mengukur kesedaran-diri terhadap penyakit yang lebih menyeluruh, kepatuhan terhadap rawatan dan keupayaan pesakit melabel pengalaman psikiatri dengan tepat.

Seterusnya *Insight Scale (preliminary)* oleh Markova and Berrios (1992a) pula dilihat mengandungi soalan-soalan yang agak sukar untuk dijawab oleh pesakit skizofrenia

dalam populasi tempatan. Soalan yang ditanya adalah berkaitan dengan kemasukan ke hospital, penyakit mental, persepsi diri terhadap penyakit, perubahan-diri yang dialami, daya kawalan diri terhadap situasi, persepsi terhadap persekitaran dan keinginan untuk mengetahui terhadap keadaan diri. Manakala *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) oleh Amador *et al.* (1994) pula dilihat sebagai skala yang merangkumi dimensi yang cukup meluas. Pengukuran dibuat terhadap kesedaran-diri semasa dan sebelumnya yang berkaitan dengan kesedaran-diri terhadap penyakit mental, akibat penyakit terhadap diri, gejala penyakit mental dan akibatnya, keberkesanan ubatan dan akibat sosial penyakit mental terhadap pesakit. Penggunaan SUMD memerlukan kepakaran penemuduga yang terlatih.

Hasil penelitian yang dibuat didapati kebanyakan soalan yang diajukan adalah berkisar kepada kesedaran-diri terhadap penyakit, keperluan kepada rawatan ubatan, kesedaran terhadap kehadiran gejala penyakit. Penyelidik merasakan adalah perlu dibentuk satu instrumen yang lebih bersesuaian untuk digunakan dalam kajian tempatan. Tindakan ini bertujuan untuk menyesuaikan penilaian dengan tahap pendidikan, keadaan kebudayaan, pegangan agama dan amalan populasi setempat di Malaysia khususnya penduduk di negeri Kelantan. Sebagaimana yang dijelaskan oleh Debowska *et al.*, (1998), penilaian kesedaran-diri pesakit skizofrenia mungkin lebih sesuai dilakukan oleh pengamal perubatan yang lebih arif dengan kebudayaan dan persekitaran di mana pesakit tinggal.

Oleh itu instrumen baru iaitu Skala Kesedaran-diri dan Sikap Pesakit Skizofrenia (SKSS) atau *Insight and Attitude Scale for Schizophrenia* (IASS) yang telah dibentuk oleh pakar psikiatri HUSM dan penyelidik. SKSS dibentuk berdasarkan kepada soalan-soalan daripada instrumen yang telah disahkan kebolehpercayaan dan kesahihannya seperti di atas dan juga pengalaman klinikal pakar psikiatri. Setiap isu penting yang berkaitan telah dikenalpasti semasa proses pembentukan soalan dan termasuk elemen yang terdapat daripada kajian-kajian yang lepas.

Skala Kesedaran-diri dan Sikap Pesakit Skizofrenia (SKSS) merupakan *self-administered questionnaires* yang mudah, menggunakan skala 5-petunjuk yang mengambil

masa lebih kurang 15 hingga 20 minit untuk kebanyakan pesakit menjawabnya dengan lengkap. Skala ini menggunakan soalan berstruktur untuk dijawab sendiri oleh pesakit dan bukannya dalam bentuk temuduga sebagaimana skala pengukuran kesedaran-diri sebelumnya. Kaedah ini dipilih bagi memberikan peluang kepada pesakit untuk berfikir sendiri, mengimbas kembali pengalaman berkaitan penyakit yang dialami bagi menjawab setiap soalan. Jawapan yang diberikan adalah lebih fokus, merupakan jawapan pesakit itu sendiri dan bukannya dipengaruhi oleh orang lain. Kaedah ini akan dapat mengurangkan kepincangan dalam jawapan yang diberikan.

Pembentukan SKSS dilakukan secara berperingkat. Peringkat pertama melibatkan penelitian bahan bacaan ke atas soalan-soalan berkenaan kesedaran-diri pesakit skizofrenia. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat skop pengukuran dan kualiti soalan yang baik. Hasil daripada penilaian inilah terbentuknya soalan soal-selidik berstruktur yang membentuk skala untuk pengukuran kesedaran-diri dan sikap pesakit skizofrenia.

SKSS mengukur tahap kesedaran-diri dalam bentuk tiga aspek iaitu; i) kesedaran-diri terhadap penyakit mental yang dialami; ii) pengakuan terhadap keperluan kepada rawatan hospital (ubat antipsikotik dan rawatan susulan); iii) keupayaan untuk melabel fenomena psikotik sebagai luar biasa atau satu penyakit mental (berdasarkan kepada David, 1990a; Amador & Strauss, 1993 dan Birchwood *et al.*, 1994). Selain daripada itu, aktiviti pemulihan (aktiviti harian, aktiviti kesihatan mental) juga diberikan perhatian memandangkan ianya merupakan sebahagian daripada perawatan penyakit mental.

Manakala soalan tentang sikap pesakit terhadap penyakit dan rawatan dibentuk berdasarkan kepada Wciorka (1988) dan McEvoy *et al.*, (1989 & 1989a) yang merangkumi komponen kognitif, penilaian dan tindakbalas sikap pesakit terhadap penyakit dan rawatan yang berkaitan dengannya. Seterusnya soalan yang dibentuk juga menyoal tentang aspek-aspek lain seperti diagnosis, etiologi, amalan kebudayaan dan kepercayaan terhadap perkaitan makhluk halus dengan penyakit mental, perawatan alternatif (bomoh) yang diamalkan oleh masyarakat tempatan dalam merawat penyakit mental.

Kertas soal-selidik ini juga mengandungi soalan-soalan berkenaan dengan latar belakang pesakit dan penyakit. Soalan sosiodemografik yang ditanya adalah berkaitan dengan umur, jantina, bangsa, status perkahwinan, tahap pendidikan, pekerjaan dan pendapatan (keluarga). Manakala berkenaan sejarah klinikal (psikiatri) pesakit pula seperti umur mula sakit, jenis dan kumpulan ubat yang diambil, kadar kemasukan ke hospital serta kadar penyakit berulang yang dialami dalam jangka masa 2 tahun terakhir.

Peringkat kedua, sebanyak 41 soalan dalam bahasa Malaysia yang telah dibentuk kemudiannya dibincangkan dengan pakar psikiatri dan pakar psikologi HUSM serta disemak oleh pakar bahasa dari Pusat Bahasa USM Kampus Kesihatan. Setiap bentuk perkataan, ayat dan juga soalan yang dibuat diteliti untuk memperolehi perkataan yang mudah difahami dan mengenalpasti kemungkinan masalah yang akan dihadapi semasa pengumpulan data. Kertas soal-selidik ini akhirnya terdiri daripada tiga seksyen iaitu Seksyen I yang mengandungi soalan tentang ciri sosiodemografik dan data klinikal pesakit. Manakala komponen SKSS dipecahkan kepada dua seksyen, iaitu Seksyen II yang mengandungi soalan berkenaan dengan kesedaran-diri dan Seksyen III mengandungi soalan yang menyoal tentang sikap pesakit terhadap penyakit serta rawatan ubatan. Oleh yang demikian, praujian dilakukan pada peringkat ketiga pembentuk instrumen bagi membolehkan analisis terhadap kesahihan dan kebolehpercayaan soalan-soalan yang dibentuk.

### **Pengiraan Kadar Skor**

Kadar skala yang digunakan dalam kajian bertujuan bagi membenarkan pesakit menzahirkan arah dan kekuatan pendapat mereka terhadap soalan yang ditanya. Skala 5-petunjuk likert SKSS telah dibentuk tanpa mempunyai titik-tengah. Mengikut Jackson & Furnham (2000), adalah menjadi prosedur yang bijak untuk mengelakkan petunjuk pertengahan memandangkan responden lebih cenderung menjawab bertentangan kepada soalan spesifik yang diajukan dan jawapan titik-tengah (tidak tahu atau tidak pasti) tidak boleh diterima. Manakala menurut Garland (1991), pula melaporkan responden akan dapat membuat pilihan yang tepat bagi jawapan yang tidak ada petunjuk pertengahan berbanding

dengan skor tengah berkecuali. Penggunaan skala tanpa kategori pertengahan akan dapat membantu mengurangkan kepincangan dalam meluahkan bentuk dan arah pendapat.

Setiap soalan SKSS mempunyai skor yang bermula daripada skor 1: tidak benar kepada 2: kurang benar, 3: agak benar, 4: benar, dan maksimum skor 5: sangat benar. Kategori yang dibuat adalah berdasarkan Miller (1977) dan Neuman (1997), namun ianya diubah sedikit dengan tidak mempunyai skor berkecuali atau tidak pasti dan diganti dengan agak benar. Kaedah ini juga dipilih kerana daripada pemerhatian dan pengalaman klinikal penyelidik mendapati pesakit akan lebih cenderung menjawab tidak pasti, tidak tahu atau berkecuali sekiranya petunjuk tersebut diadakan. Kenyataan ini dibuktikan oleh Matell & Jacoby (1972) dalam kajiannya yang mendapati format skala 5-petunjuk telah diikuti dengan kadar purata 20.0% daripada responden memilih petunjuk pertengahan, manakala hanya kadar purata 7.0% bagi format yang tiada petunjuk pertengahan. Semasa proses analisis pula soalan-soalan yang berbentuk skor negatif akan diterbalikkan, dengan itu skor tertinggi akan kekal. Soalan yang diterbalikkan tersebut ialah soalan 8 dan 11 untuk seksyen II. Manakala untuk seksyen III pula ialah soalan 1, 3 hingga 6 dan 8 hingga 9. Pendapat dan pertimbangan pakar (Streiner & Norman, 1989) telah digunakan dalam kajian ini.

Pengiraan skor telah dibuat berdasarkan kepada pendapat dan pertimbangan klinikal pakar psikiatri yang telah mengesahkan bahawa skor 4: benar dan 5: sangat benar adalah menunjukkan pesakit sangat pasti dengan jawapan yang diberi dan mempunyai kesedaran-diri tinggi berbanding dengan skor 1, 2 dan 3 yang lebih menunjukkan kepada kesedaran-diri rendah. Oleh itu 3 telah dijadikan sebagai petunjuk bagi pengiraan untuk kedua kumpulan, dimana 60 telah digunakan sebagai titik-tolak (*cut-off point*) kepada kesedaran-diri dan 27 sebagai titik-tolak kepada sikap. Jumlah keseluruhan skor akan dikategorikan kepada dua peringkat iaitu untuk kesedaran-diri (20 soalan  $\times$  5 = 100), bagi jumlah skor 20 hingga 60 direkodkan sebagai kesedaran-diri rendah dan skor 61 hingga 100 sebagai kesedaran-diri tinggi. Manakala skor untuk sikap pula (9 soalan  $\times$  5 = 45), sikap negatif diberi kepada jumlah skor 9 hingga 27 dan skor 27 hingga 45 dikira sebagai sikap positif.