

**UNIVERSITI SAINS MALAYSIA**



**UNIVERSITI SAINS MALAYSIA**

**KUALITI KEHIDUPAN PENJAGA KEPADA  
KANAK-KANAK BERPENYAKIT ASMA DI  
HOSPITAL UNIVERSITI SAINS MALAYSIA  
(HUSM)**

**Oleh**

**MARIA FARRAH BINTI WAHID**

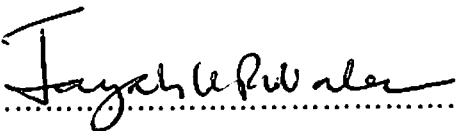
**Disertasi ini Dipersiapkan untuk Memenuhi  
Sebahagian Daripada Syarat untuk Penganugerahan  
Ijazah Sarjana Muda Sains Kesihatan:  
Kejururawatan**

**April 2007**

## SIJIL AKU JANJI

Diperakui bahawa disertasi yang bertajuk **Kualiti Kehidupan Penjaga kepada Kanak-kanak Berpenyakit Asma di Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM)** merupakan kerja dan penyelidikan yang asli dari **Maria Farrah bt Wahid, No. Matrik 77935** dari tempoh Mei 2006 hingga Mei 2007 adalah di bawah penyeliaan saya. Disertasi ini merupakan sebahagian daripada syarat untuk penganugerahan Ijazah Sarjana Muda Kesihatan (Kejururawatan). Segala hasil penyelidikan dan data yang diperolehi adalah hak milik Universiti Sains Malaysia.

Tandatangan Penyelia Utama



.....

Puan Jayah K. Pubalan

Pensyarah Kejururawatan,

Pusat Pengajian Sains Kesihatan,

Kampus Kesihatan,

Universiti Sains Malaysia.

## PENGHARGAAN

Saya amat bersyukur ke hadrat Ilahi kerana dengan kekuatan yang diberikan olehNya, dapat saya menjayakan projek penyelidikan dan disertasi ini. Pertama sekali saya ingin merakamkan jutaan terima kasih yang tidak terhingga kepada Puan Jayah K. Pubalan selaku penyelia yang sentiasa meluangkan masa memberi bimbingan, tunjuk ajar dan sokongan kepada saya sehingga selesainya kajian ini.

Ucapan terima kasih juga kepada ketua kursus projek penyelidikan iaitu Cik Norazliah binti Samsudin. Dengan usaha dan bantuan beliau juga, akhirnya dapat saya menyiapkan disertasi ini. Tidak ketinggalan diucapkan kepada Prof. Mohd. Isa yang banyak berkongsi pengalaman, membantu dan memberi nasihat terutamanya mengenai metodologi kajian. Tunjuk ajar beliau banyak memberi panduan kepada saya dalam menyempurnakan kajian ini.

Saya juga ingin merakamkan penghargaan saya kepada pihak pengurusan yang terlibat dalam memberi kebenaran kepada saya untuk menjalankan projek penyelidikan ini di HUSM. Tidak lupa juga kepada Ketua Jururawat dan kakitangan klinik dan wad pediatrik yang turut membantu menjayakan kajian ini. Selain itu, saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada responden yang memberi kerjasama kepada saya. Kerjasama mereka amatlah saya hargai.

Terima kasih juga kepada rakan-rakan kerana memberi bantuan, kerjasama dan dorongan kepada saya sepanjang projek penyelidikan ini dijalankan. Bantuan yang mereka hulurkan amatlah saya hargai. Akhir sekali, salam kasih yang tidak terhingga kepada kedua ibu bapa saya serta ahli keluarga yang disayangi yang begitu bersabar dan memahami saya. Tanpa sokongan padu daripada mereka semua, sukar bagi saya untuk melaksanakan tugas ini.

## SUSUNAN KANDUNGAN

### Muka Surat

<b>AKU JANJI</b>	ii
<b>PENGHARGAAN</b>	iii
<b>SUSUNAN KANDUNGAN</b>	iv-v
<b>SENARAI JADUAL</b>	vi
<b>SENARAI RAJAH</b>	vii
<b>ABSTRAK</b>	viii
<b>ABSTRACT</b>	ix
<b>BAB 1: PENGENALAN</b>	1
1.1 Latar Belakang Kajian	1-3
1.2 Pernyataan Masalah	3-4
1.3 Objektif Kajian	4
1.3.1 Objektif am	4
1.3.2 Objektif spesifik	4-5
1.4 Persoalan Kajian	5
1.5 Hipotesis	5
1.6 Definisi Istilah	5-6
1.7 Kepentingan Kajian	6
<b>BAB 2: SEMAKAN BACAAN</b>	7
2.1 Asma pada Kanak-Kanak	7-8
2.2 Kualiti Kehidupan Penjaga kepada Kanak-Kanak Asma	8-10
2.3 <i>Paediatric Asthma Caregiver's Quality Of Life Questionnaire (PACQLQ)</i>	10
2.4 Perkaitan Model ' <i>Interrelationship Between Health, Of Life And Health Related Quality Of Life</i> ' dengan Kajian Penyelidikan	11-12
2.5 Kerangka Konsep	12-13
<b>BAB 3: METODOLOGI PENYELIDIKAN</b>	14
3.1 Rekabentuk Kajian	14
3.2 Lokasi Kajian	14
3.3 Sample Kajian	14
3.3.1 Kriteria Penerimaan Responden	14
3.3.2 Kriteria Penolakan Responden	15
3.3.3 Saiz Sampel	15

3.4	Instrumen Kajian	16
3.5	Pertimbangan Etika	16-17
3.6	Kaedah Pengumpulan Data	17
	3.6.1 Carta Aliran Pengumpulan Data	17
3.7	Analisis Data	18
<b>BAB 4: KEPUTUSAN</b>		<b>19</b>
4.1	Data Demografi	20-21
4.2	Fungsi Emosi dan Limitasi Aktiviti	22-25
4.3	Perkaitan Faktor Demografi Mempengaruhi Kualiti Kehidupan Penjaga	26-29
<b>BAB 5: PERBINCANGAN</b>		<b>30</b>
5.1	Data Demografi Responden	31
5.2	Perkaitan Faktor Demografi Mempengaruhi Kualiti Kehidupan Penjaga Kanak-Kanak Asma	32-33
5.3	Kualiti Kehidupan Penjaga kepada Kanak-Kanak Asma	33-34
5.4	Peratusan Tertinggi Kategori Sangat Bimbang dan Sangat Limitasi Bagi Item Saolan Fungsi Emosi dan Limitasi Aktiviti	35-36
<b>BAB 6: KESIMPULAN DAN CADANGAN</b>		<b>37</b>
6.1	Kesimpulan	37
6.2	Implikasi	37-38
6.3	Cadangan	38-40
6.4	Kekuatan dan Limitasi	40
<b>SENARAI RUJUKAN</b>		<b>41-47</b>
<b>LAMPIRAN</b>		<b>48</b>
Lampiran A: Borang Keizinan		48-51
Lampiran B: Soalan Soal Selidik		52-55
Lampiran C: Surat Kelulusan Etika		56-58
Lampiran D: Surat Kelulusan Hospital (melakukan kajian)		59

## SENARAI JADUAL

		Muka surat
Jadual 1	Frekuensi ( <i>f</i> ) dan peratusan (%) data demografi responden (n =48)	20
Jadual 2	Markah minimum dan maksimum, purata (M) dan sisihan piawai (SD) fungsi emosi dan limitasi aktiviti mengikut jumlah markah (n=48)	23
Jadual 3	Purata (M), sisihan piawai (SD), frekuensi ( <i>f</i> ) dan peratusan setiap kategori bagi item soalan (%) 1-13 (n=48)	23-24
Jadual 4	Perkaitan faktor demografi mempengaruhi kualiti kehidupan (fungsi emosi) penjaga kanak-kanak asma (n=48)	26-27
Jadual 5	Perkaitan faktor demografi mempengaruhi kualiti kehidupan (limitasi aktiviti) penjaga kanak-kanak asma (n=48)	28-29

## SENARAI RAJAH

		<b>Muka surat</b>
Rajah 1	Model Perkaitan Perhubungan antara Kesihatan, Kualiti Kehidupan dan Kesihatan Berkaitan Kualiti Kehidupan	11
Rajah 2	Kerangka Konsep	13
Rajah 3	Formula Cole, 1997	15
Rajah 4	Frekuensi dan peratusan setiap kategori bagi fungsi emosi (n=48)	25
Rajah 5	Frekuensi dan peratusan setiap kategori bagi limitasi aktiviti (n=48)	25

**Tajuk: Kualiti Kehidupan Penjaga kepada Kanak-kanak Berpenyakit Asma di  
Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM)**

**ABSTRAK**

Asma merupakan penyakit inflamasi kronik yang mana kadar morbiditinya dalam kanak-kanak adalah semakin meningkat. Beban penyakit asma bukan sahaja kepada kanak-kanak itu sendiri malah juga memberi impak kepada kualiti kehidupan penjaga mereka terutamanya ibu bapa.

Objektif kajian adalah untuk mengkaji tahap kualiti kehidupan penjaga kepada kanak-kanak asma dari segi emosi dan aktiviti hidup harian. Kajian ini merupakan kajian deskriptif dengan menggunakan rekabentuk kajian keratan lintang dilakukan kepada penjaga kanak-kanak asma. Data dikumpul menggunakan borang soal selidik yang telah diedarkan kepada 48 orang penjaga kanak-kanak asma yang mendapat rawatan di HUSM. Analisis keputusan dilakukan secara deskriptif, ujian sampel-t bebas (*independent sample-t*) dan ujian analisis varians (*ANOVA*).

Hasil kajian mendapati kualiti kehidupan penjaga pesakit asma kanak-kanak adalah pada tahap sederhana. Fungsi emosi bagi 79.2% penjaga adalah pada tahap sederhana bimbang. Manakala, limitasi aktiviti majoriti penjaga (72.9%) juga pada tahap sederhana limitasi. Faktor demografi penjaga kepada kanak-kanak asma tidak mempengaruhi kualiti kehidupan mereka ( $p>0.05$ ).

Pada kesimpulannya, penyakit asma kanak-kanak menyebabkan kualiti kehidupan penjaga mereka pada tahap yang sederhana. Oleh itu, penyelidik berharap ahli profesional kesihatan peka akan isu ini dan memainkan peranan dalam membantu penjaga terutamanya ibu bapa dalam menguruskan penyakit asma anak mereka. Pengurusan asma yang baik oleh ibu bapa sedikit sebanyak dapat mengurangkan kadar morbiditi asma kanak-kanak seterusnya berupaya meningkatkan kualiti kehidupan mereka ke tahap yang lebih baik.



**Title: Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life at Hospital Universiti Sains  
Malaysia (HUSM)**

**ABSTRACT**

Asthma is a chronic inflammatory disease that contributed highly morbidity among pediatric. Asthma disease burden not only affect the children but also their caregiver's quality of life especially their parent.

The objective is to measure pediatric asthma caregiver's quality of life that includes emotional function and activity daily living. This is descriptive research with cross-sectional design and had been done to pediatric asthma caregiver. Data were collected using distributed research question to 48 pediatric asthma caregiver which had treatment in HUSM. Data were analyzed by using descriptive, independent sample-t test and analysis of varians (ANOVA).

Result of the study showing that pediatric asthma caregiver's quality of life is at moderate level. Emotional function of 79.2% caregiver is at moderate concern. While activity limitation for majority of the caregiver is also at moderate limitation. There is no significant different between demographic factors of the pediatric asthma caregiver and their quality of life ( $p>0.05$ ).

In conclusion, pediatric asthma affects quality of life of their caregiver at the moderate level. So, researcher hope that health care professional will concern about this issue and play their role in helping caregiver especially the parent in managing their child asthma. Proper asthma managing could less asthma morbidity and will increase their caregiver's quality of life to the great level.

# BAB 1

## PENGENALAN

### 1.1. Latar Belakang Kajian

Penyakit asma adalah penyakit inflamasi yang menyebabkan kesukaran bernafas. Inflamasi salur udara menyebabkan episod pernafasan berbunyi, sesak nafas, ketat dada dan batuk terutamanya pada waktu malam dan awal pagi (Gail, 2001). Gail (2001) menambah, simptom asma adalah berkait rapat dengan penyekatan salur udara yang berlaku disebabkan oleh inflamasi yang disertai edema dan penghasilan mukus yang banyak. Asma merupakan penyakit inflamasi kronik yang memberi kesan kepada seseorang individu tidak mengira peringkat usia. Pada masa kini, prevalen dan keterukan asma pada kanak-kanak adalah semakin meningkat. Hal ini disokong oleh laporan pada tahun 2006 oleh World Health Organization (WHO) yang menyatakan bahawa 300 juta orang menghidapi penyakit asma manakala 255 000 orang pula kehilangan nyawa disebabkan asma. Menurut WHO (2006) lagi, penyakit kronik ini adalah sangat umum dalam kalangan kanak-kanak.

Banyak faktor penyebab yang mendedahkan kanak-kanak kepada penyakit asma. Selain daripada faktor genetik, kanak-kanak juga mendapat penyakit asma disebabkan sistem pertahanan badan mereka yang masih baru beradaptasi dengan persekitaran. Mereka mudah terdedah kepada habuk, asap dan bahan kimia kesan daripada pembangunan yang pesat, perindustrian dan keadaan persekitaran tidak sihat yang menjadi punca kepada masalah pencemaran udara. Pada 25 Januari 2001, Menteri Kesihatan telah memaklumkan bahawa 340,000 kanak-kanak di Malaysia telah menghidap penyakit asma yang dipercayai berpunca daripada pendedahan terhadap agen toksik pada alam sekitar (Pusat Racun Negara USM, 2002). Kanak-kanak juga turut

menjadi mangsa kepada perokok yang berada di sekeliling mereka seperti ayah, abang dan ahli saudara yang lain. Salur pernafasan kanak-kanak yang lebih sempit daripada orang dewasa menyebabkan dengan hanya sedikit rangsangan boleh menghasilkan respon alahan yang serius kepada mereka berbanding dengan orang dewasa (Thomas, 2004). Menurut Thomas (2004) lagi, serangan asma pada kanak-kanak boleh berlaku tiba-tiba dengan simptom yang serius.

Tanpa kita sedari, beban asma bukan sahaja kepada kanak-kanak itu sendiri malah juga orang di sekelilingnya seperti ibu bapa dan keluarga. Asma telah memberi impak jangka masa panjang kepada kualiti kehidupan mereka. Hal ini termasuklah impak ke atas fizikal, psikologi dan kehidupan sosial. Maka, adalah penting untuk mengkaji impak asma kanak-kanak kepada kualiti kehidupan penjaga mereka. Tanggungjawab menjaga pesakit kronik seperti kanak-kanak asma boleh memberi bebanan kepada penjaga primer mereka (Vila *et al.*, 2002). Mrazek dan Anderson (1985) dan Mrazek (1992) mendapati kekerapan dan keterukan serangan, kemasukan ke hospital, kesan ubatan, masalah kehadiran ke sekolah atau ke tempat kerja (bagi penjaga), limitasi aktiviti, keletihan dan gangguan tidur secara tidak langsung memberi impak kepada kualiti kehidupan (sedutan dari Vila *et al.*, 2002).

Kajian mengenai reaksi penjaga terhadap kanak-kanak asma berkenaan impaknya ke atas kualiti kehidupan mereka haruslah dilakukan. Sehubungan dengan itu, sekumpulan penyelidik dari Universiti McMaster, Kanada telah membentuk satu set soalan yang dinamakan *Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ)* (Juniper *et al.*, 1996). Projek penyelidikan yang dijalankan ini menggunakan *PACQLQ* dalam terjemahan Bahasa Melayu yang telah menjalani ujian validasi di HUSM, Kelantan oleh Radhiah (2004).

Kepentingan penyelidikan ini dilakukan adalah bagi mengenalpasti kesan asma yang dialami oleh kanak-kanak ke atas kualiti kehidupan penjaga mereka. Hal ini secara tidak langsung dapat meningkatkan kesedaran golongan profesional kesihatan untuk memainkan peranan masing-masing dalam memberikan sokongan dan bantuan kepada ibu bapa atau penjaga yang menjaga kanak-kanak asma bagi menjamin kualiti kehidupan mereka.

## **1.2. Pernyataan Masalah**

Penjaga kepada seseorang individu yang berpenyakit kronik turut dibebani masalah daripada keadaan pesakit tersebut. Dalam hal ini, penyakit kronik pediatrik boleh mempengaruhi kualiti kehidupan bukan sahaja kanak-kanak tersebut malah juga kepada penjaganya. Sejak kebelakangan ini, asma adalah penyakit kronik umum yang semakin meningkat gejalanya dalam kalangan kanak-kanak. Kajian daripada *Australian Centre for Asthma Monitoring* atau *ACAM* (2003) turut menunjukkan bahawa sekitar abad ke-20, prevalen asma semakin meningkat di kebanyakan negara terutamanya pada kanak-kanak. Disebabkan peningkatan prevalen asma kepada golongan ini, maka adalah penting untuk menyelami bagaimana asma memberi impak kepada kualiti kehidupan penjaga primer mereka terutamanya ibu bapa (Kobayashi, 2006).

Seperti yang kita sedia maklum, dalam kehidupan harian ibu bapa memegang pelbagai tanggungjawab yang berat tidak kira sama ada di rumah ataupun di tempat kerja. Mereka juga turut berhadapan dengan pelbagai situasi dan masalah di tempat kerja atau di rumah. Oleh itu, keadaan anak mereka yang berpenyakit asma boleh menambahkan lagi beban kepada mereka seterusnya memberi impak kepada kualiti kehidupan mereka dari segi emosi dan aktiviti hidup harian. Aktiviti hidup harian menjadi terhad kepada ibu bapa atau penjaga primer kepada kanak-kanak asma. Mereka turut dibebani perasaan

bimbang dan takut dengan keadaan penyakit anak mereka yang boleh menyerang pada bila-bila masa.

Schulz *et al.*, pada tahun 1994 yang dipetik daripada Reichenberg (2001), menyatakan kepentingan dalam mengkaji hubungan pesakit-penjaga adalah disebabkan oleh penjagaan yang diberikan oleh penjaga adalah bagi membantu pesakit dalam memenuhi keperluan harian dan sokongan dalam menghadapi simptom penyakit, namun keadaan ini telah meletakkan penjaga kepada risiko terdedah kepada gangguan fizikal dan mental. Maka, adalah penting dalam memahami bagaimana penyakit, faktor demografi, pengurusan asma dan penggunaan perkhidmatan kesihatan mempengaruhi kualiti kehidupan penjaga. Ahli kesihatan harus memberi sokongan kepada penjaga dalam menyesuaikan diri dengan keadaan kesihatan anak mereka.

Penyelidik memilih model *'interrelationship between health, quality of life and health related quality of life'* yang diadaptasikan daripada Mark *et al.* (2004) yang mengkaji impak asma untuk menghuraikan isu dalam penyelidikan ini. Model ini terdiri daripada lima aspek kualiti kehidupan iaitu ekonomi, kerohanian, fizikal, psikologi dan sosial. Model ini digunakan untuk memahami saling perkaitan antara penyakit asma dengan aspek-aspek tersebut lalu mempengaruhi kualiti kehidupan penjaga.

### **1.3. Objektif Kajian**

#### **1.3.1. Objektif am:**

Untuk mengkaji tahap kualiti kehidupan penjaga yang mempunyai anak berpenyakit asma.

#### **1.3.2. Objektif spesifik:**

1. Untuk mengenalpasti masalah yang dihadapi oleh penjaga kepada kanak-kanak asma dari segi emosi dan aktiviti hidup harian.

2. Untuk mengkaji perkaitan antara faktor demografi penjaga kanak-kanak asma terhadap kualiti kehidupan penjaga.

#### **1.4. Persoalan Kajian**

1.4.1. Adakah penyakit asma yang dialami oleh kanak-kanak memberi kesan kepada kualiti kehidupan penjaga mereka?

1.4.2. Adakah faktor demografi penjaga pesakit asma kanak-kanak menjejaskan kualiti kehidupan penjaga?

#### **1.5. Hipotesis**

Faktor demografi penjaga kepada kanak-kanak asma mempengaruhi kualiti kehidupan penjaga.

Pembolehubah bersandar: Kualiti kehidupan iaitu fungsi emosi dan aktiviti

Pembolehubah tidak bersandar: Faktor demografi penjaga iaitu umur, jantina, bangsa, agama, status perkahwinan, status penjaga, tahap pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan isi rumah.

#### **1.6. Definisi Istilah**

**Kualiti Kehidupan.** Kualiti kehidupan adalah konsep subjektif yang berasaskan persepsi individu terhadap impak sesuatu peristiwa atau pengalaman ke atas kehidupannya. Menurut *American Thoracic Society* (2004) sedutan daripada Mark *et al.*, (2004), kualiti kehidupan merangkumi kepuasan hati individu dalam pelbagai aspek kehidupan yang penting dalam hidupnya. Kebanyakan penyelidik berpendapat bahawa, faktor-faktor seperti kesihatan, sokongan, persekitaran, kewangan dan kerohanian mempengaruhi kualiti kehidupan seseorang itu dan faktor tersebut juga turut memberi kesan kepada orang di sekelilingnya (Juniper, 1997).

**Penjaga.** Sesiapa sahaja termasuk ibu bapa atau ahli keluarga yang memberi jagaan dan bantuan kepada individu yang sakit (Stedman, 2005). Penjaga primer ialah individu yang tinggal dengan kanak-kanak sekurang-kurangnya 75% daripada masa (Juniper, 1996). Dalam hal ini, penjaga memberi jagaan kepada kanak-kanak yang menghidapi penyakit asma. Ahli keluarga yang lain adalah seperti datuk atau nenek, adik-beradik atau saudara mara pesakit.

**Kanak-kanak.** Menurut Stedman (2005), kanak-kanak adalah suatu jangka masa kehidupan antara infan dengan akil baligh. Kajian yang bakal dijalankan ini akan melibatkan penjaga kepada kanak-kanak yang berusia 12 tahun ke bawah kerana kebanyakan kanak-kanak asma yang mendapatkan rawatan di Klinik Pakar Pediatrik dan Wad 6 Selatan HUSM adalah dalam lingkungan usia tersebut.

**Asma.** Stedman (2005) menyatakan bahawa, asma adalah penyakit inflamatori kronik respiratori yang dicirikan oleh kesekatan salur udara. Penyebaran kesekatan salur udara yang berlaku sewaktu episod akut biasanya pulih sama ada secara spontan ataupun dengan rawatan (Lemone & Burke, 2004). Penyakit asma turut diiringi oleh gejala-gejala seperti pernafasan berbunyi, batuk, ketat dada dan kesesakan nafas.

### **1.7. Kepentingan Kajian:**

- Dapat mengetahui tahap kualiti kehidupan penjaga kepada kanak-kanak berpenyakit asma
- Dapat meningkatkan kesedaran golongan profesional kesihatan untuk memainkan peranan masing-masing dalam memberikan sokongan dan bantuan kepada penjaga kanak-kanak asma bagi menjamin kualiti kehidupan mereka.

## BAB 2

### SEMAKAN BACAAN

#### 2.1. Asma pada Kanak-Kanak

Asma adalah salah satu gangguan respiratori. Asma boleh didefinisikan sebagai masalah inflamatori kronik pada salur pernafasan disebabkan oleh peningkatan responsif kepada kepelbagaian rangsangan bronkial (Albsoul-Younes, Al-Doghim, Al-Safi dan Najada, 2004). Serangan asma disertai dengan episod pernafasan berbunyi, sukar bernafas, ketat pada dada dan batuk terutamanya pada waktu malam dan awal pagi (Swartz, 2004).

Asma adalah penyakit kronik yang umum kepada kanak-kanak dan remaja. Hal ini disokong oleh Gail (2001) yang melaporkan bahawa penyakit asma dihidapi hampir lima juta kanak-kanak di bawah umur 18 tahun dan dianggarkan 1.3 juta daripadanya ialah kanak-kanak di bawah umur lima tahun. Asma juga sangat lazim di Malaysia selain daripada negara-negara membangun yang lain. Walaupun ramai pakar pediatrik di Malaysia mengakui akan hal ini, namun masih kurang kajian epidemiologi dilakukan untuk menyokong fakta ini (Wan Nazariah, 1999). Chua (2000) melaporkan kajian *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)* pada tahun 1998 bahawa prevalen asma pada kanak-kanak di Kuala Lumpur menunjukkan peningkatan iaitu daripada 8% pada 1990 kepada 12.3% pada 1995. Kajian oleh Chua (2000) mendapati prevalen asma dalam kalangan kanak-kanak berumur satu hingga lima tahun di Kota Bharu, Kelantan dilaporkan sebanyak 9.4% pada 1998. Menurut statistik yang diperolehi daripada Klinik Pakar Pediatrik di Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM), Kelantan, jumlah kedatangan pesakit asma dari bulan Januari 2006 sehingga Julai 2006 adalah seramai 447 orang.



Serangan asma telah meningkatkan keperluan rawatan hospital dan mengganggu aktiviti harian kanak-kanak. Penyakit ini menyebabkan kadar morbiditi yang tinggi, ketidakhadiran ke sekolah dan gangguan aktiviti keluarga. Menurut Clark, Godfrey, Lee dan Thomson (2000) yang dipetik dari Reichenberg (2001), aktiviti fizikal adalah bahagian vital dalam permainan kanak-kanak. Namun begitu, asma pada kanak-kanak telah menyebabkan limitasi aktiviti dan mengganggu fungsi harian mereka. Kenyataan ini disokong oleh Juniper (1997) yang mendapati bahawa antara limitasi aktiviti yang dialami oleh kanak-kanak asma ialah bersukan, bermain dengan rakan-rakan dan haiwan peliharaan serta gangguan kepada aktiviti di sekolah.

Asma turut memberi kesan kepada psikologi kanak-kanak termasuk interaksi mereka dengan orang lain seperti rakan-rakan. Asma menyebabkan mereka bersikap pasif, rendah diri kerana terpaksa bergantung kepada ubatan dan lebih suka menyendiri kerana tidak berupaya bermain seperti kanak-kanak normal yang lain. Kanak-kanak dan remaja yang selalu diserang asma menunjukkan peningkatan prevalen berkaitan dengan masalah kebimbangan dan perubahan tingkah laku serta kurang semangat dan keyakinan diri berbanding dengan mereka yang sihat dan bukan pesakit asma (Vila *et al.*, 2002). Serangan asma juga telah mengganggu fungsi fizikal mereka. Asma adalah antara penyebab masalah kehadiran ke sekolah dan hospitalisasi pada kanak-kanak. Hal ini disokong oleh laporan kajian Al-Dawood (2002) yang mendapati kanak-kanak yang menghidapi asma mempunyai kecenderungan yang tinggi dalam masalah kehadiran ke sekolah berbanding kanak-kanak yang lain.

## **2.2. Kualiti Kehidupan Penjaga kepada Kanak-Kanak Asma**

Menurut Reichenberg dan Broberg (2000), kualiti kehidupan berkaitan dengan kesihatan dan penyakit membawa maksud respon individu terhadap kesan penyakit dalam kehidupan harian ke atas aspek fizikal, mental dan sosial yang mempengaruhi kepuasan

peribadi dan pencapaian dalam kehidupan. Namun begitu, penyakit asma kanak-kanak turut memberi impak kepada kualiti kehidupan penjaganya. Perkara ini disokong oleh Vila *et al.* (2002), yang menyatakan bahawa penyakit kronik yang dialami kanak-kanak telah menyebabkan ahli keluarga terutamanya penjaga primer turut merasa beban. Perkara ini secara tidak langsung boleh mempengaruhi keupayaan ibu bapa dalam memelihara dan mengekalkan kesejahteraan hidup anaknya yang menghidap asma.

Asma yang dialami oleh kanak-kanak memberi kesan kepada penjaga dari pelbagai aspek terutamanya melibatkan gangguan emosi. Hal ini disokong oleh Juniper (1997) yang menyatakan bahawa kebanyakan ibu bapa melahirkan rasa sedih, bimbang dan takut berkaitan dengan penyakit asma yang dialami oleh anak mereka. Perasaan bimbang dan takut mereka adalah berkaitan dengan tanda dan gejala serangan serius asma dan keupayaan anak mereka dalam mengharungi kehidupan normal (Reichenberg & Broberg, 2001). Asma juga memberi kesan kepada ekonomi keluarga. Hal ini kerana pengurusan asma turut menambah beban dari segi kos perawatan ubatan dan jagaan kesihatan. Kajian daripada Gail (2001) mendapati kos penjagaan rawatan tahunan bagi kanak-kanak yang berpenyakit asma mencapai dua billion dolar Amerika dan satu billion lagi dianggarkan sebagai kos secara tidak langsung berkaitan dengan penjagaan kanak-kanak asma.

Selain itu, ibu bapa atau penjaga kepada kanak-kanak asma turut mengalami gangguan aktiviti. Kajian daripada Juniper (1997) mendapati ibu bapa turut menghadapi limitasi aktiviti harian serta rekreasi dan selalu mengalami keletihan akibat daripada gangguan tidur malam disebabkan menjaga anak yang diserang asma. Kadangkala mereka terpaksa menanggung kerja sama ada semasa di rumah atau di tempat kerja hanya kerana perlu menguruskan anak mereka. Mereka perlu mengorbankan masa untuk membawa anak mereka untuk temujanji dengan doktor dan segera mendapatkan rawatan sewaktu serangan asma. Kenyataan Rand dan Butz (2000) yang dipetik daripada Mark *et*

al. (2004) menyatakan permintaan yang tinggi terhadap masa dan tanggungjawab boleh memberi beban dan tekanan dalam perhubungan.

Penyakit asma yang dialami oleh kanak-kanak bukan sahaja menyumbang kepada peningkatan morbiditi penyakit ini dalam kalangan kanak-kanak dan memberi impak kepada aktiviti rutin pesakit malah juga memberi impak kepada kualiti kehidupan dan penjaga mereka.

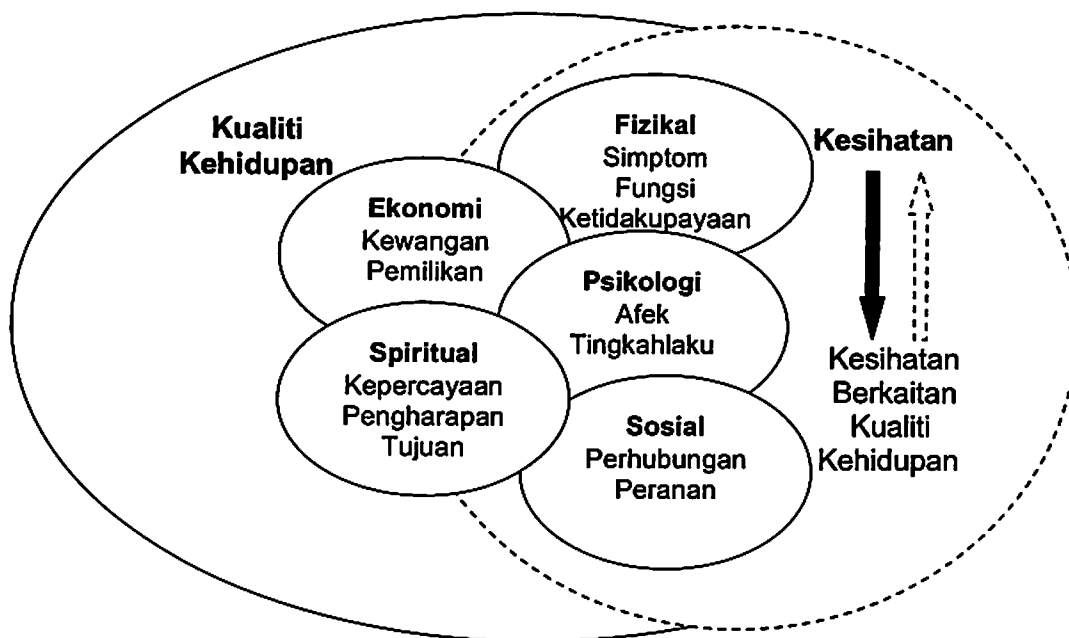
### **2.3. Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ)**

Memang tidak dinafikan bahawa asma kanak-kanak boleh menjejaskan kualiti kehidupan penjaga mereka. Maka, adalah penting bagi kita untuk mengetahui refleksi dan reaksi daripada penjaga kanak-kanak asma mengenai hal ini. Pelbagai alat atau kaedah telah diperkembangkan untuk menafsir kualiti kehidupan terutamanya berkaitan dengan penyakit kronik seperti asma. Namun begitu terdapat satu-satunya instrumen yang mengenalpasti impak asma kanak-kanak ke atas kehidupan harian ibu bapa atau penjaga mereka iaitu *Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ)* (Juniper *et al.*, 1996).

Instrumen ini mengkaji impak asma kanak-kanak ke atas kehidupan harian ibu bapa atau penjaga mereka yang dibahagikan kepada dua domain iaitu limitasi aktiviti dan fungsi emosi. Dalam kajian pengesahan terjemahan dalam Bahasa Melayu, *PACQLQ* telah menunjukkan kebolehpercayaan dan kesahihan yang sederhana baik dengan nilai *Cronhbach's  $\alpha > 0.80$*  (Radhiah, 2004). Maka, *PACQLQ* boleh digunakan sebagai alat untuk mengukur kualiti kehidupan penjaga (Radhiah, 2004). Dengan *PACQLQ*, penjaga memberi skor pada fungsi emosi (sembilan item) dan limitasi aktiviti (empat item) dari skor satu sehingga tujuh berdasarkan sejauh mana penyakit asma anak mereka memberi kesan kepada kualiti kehidupan mereka.

#### 2.4. Perkaitan Model 'Interrelationship Between Health, Quality Of Life And Health Related Quality Of Life' dengan Kajian Penyelidikan

Bagi memahami dengan lebih lanjut tentang perkaitan antara kesihatan dan kualiti kehidupan, model 'interrelationship between health, quality of life and health related quality of life' telah digunakan (rajah 1). Model ini diperolehi daripada kajian Mark *et al.* (2004) yang mengkaji impak asma terhadap kualiti kehidupan



**Rajah 1: Model perkaitan perhubungan antara kesihatan, kualiti kehidupan dan kesihatan berkaitan kualiti kehidupan**

**(Mark *et al.*, 2004)**

Berdasarkan model ini, terdapat lima komponen kualiti kehidupan iaitu fizikal, psikologi, sosial, ekonomi dan kerohanian. Mark *et al.* (2004) memetik kenyataan Testa dan Simonson (1996) mengenai laporan kajian pada tahun 1990 oleh Spilker yang menyokong model ini, iaitu lima aspek yang relevan dengan kualiti kehidupan adalah fizikal, psikologi, sosial, ekonomi dan kerohanian. Menurut Juniper *et al.* (1996), 'Health

*Related Quality of Life' (HRQoL)* merujuk kepada komponen keseluruhan kualiti kehidupan yang ditentukan oleh status kesihatan dan menfokuskan aspek fizikal, psikologi dan sosial. Dalam penyelidikan ini, pengukuran *HRQoL* melibatkan pengalaman subjektif dalam kehidupan harian penjaga kepada pesakit asma berkaitan dengan impak penyakit asma yang dialami oleh kanak-kanak.

Dengan mengaitkan model ini, asma kanak-kanak boleh memberi impak kepada kualiti kehidupan penjaga dari aspek fizikal, psikologi, sosial, ekonomi dan kerohanian. Kesan negatif penyakit yang dialami oleh kanak-kanak menyebabkan bebanan kewangan, limitasi dalam kehidupan sosial, gangguan interaksi dengan orang di sekeliling, kurang masa dengan ahli keluarga yang lain dan meningkatkan tekanan dalaman (Annemarie *et al.*, 2000). Hal ini menjelaskan impak asma kanak-kanak ke atas kualiti kehidupan penjaga mereka terutamanya kepada dimensi *HRQoL* iaitu psikologi, sosial dan fizikal seperti yang terdapat pada model. Kesimpulannya, model ini adalah bertepatan dengan kajian penyelidikan yang dijalankan ini.

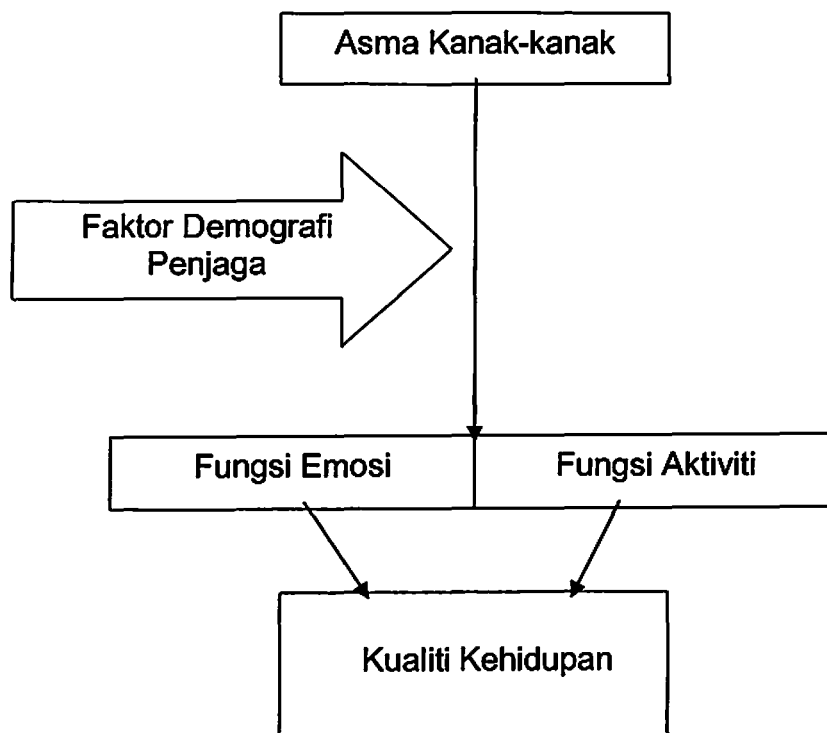
## **2.6. Kerangka Konsep**

Rangka kerja konsep dalam rajah 2 menunjukkan perkaitan antara penyakit asma kanak-kanak, faktor demografi penjaga kepada kanak-kanak asma yang mempengaruhi fungsi emosi dan aktiviti yang seterusnya memberi kesan kepada kualiti kehidupan penjaga kepada kanak-kanak asma.

Kualiti kehidupan adalah konsep yang sukar diukur dan dimensinya adalah berbeza di antara individu serta bergantung kepada latar belakang sosial dan budaya masing-masing. Hal ini dipersetujui oleh Halfon dan Newacheck (1993); Hjern, Haglund, Bremberg dan Ringback-Weitof, (1999) sedutan dari Reichenberg dan Broberg (2001) yang mencadangkan bahawa keadaan sosial penjaga seperti pendidikan, sosioekonomi dan status perkahwinan harus dikenalpasti kerana mempunyai hubungkait dengan

keupayaan mereka dalam mengurus kanak-kanak yang berpenyakit asma. Faktor demografi penjaga yang diuji adalah seperti umur, jantina, bangsa, agama, status perkahwinan, status penjaga, tahap pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan isi rumah.

Penyakit asma kanak-kanak berupaya mengganggu emosi dan menyebabkan limitasi aktiviti penjaga. Ibu bapa dan penjaga primer kanak-kanak asma menghadapi limitasi dalam aktiviti hidup harian serta mengalami kebimbangan dan ketakutan berkaitan dengan penyakit asma anak mereka (Juniper, 1997). Hal ini akan menjejaskan kualiti kehidupan penjaga. Sebaliknya, jika tiada gangguan emosi dan limitasi aktiviti yang teruk, kualiti kehidupan penjaga adalah pada tahap yang baik.



**Rajah 2: Kerangka konsep**

## BAB 3

### METODOLOGI KAJIAN

#### **3.1. Rekabentuk Kajian**

Kajian ini merupakan kajian deskriptif dengan menggunakan rekabentuk kajian keratan lintang.

#### **3.2. Lokasi Kajian**

Sampel diperolehi daripada Klinik Pakar Pediatrik dan Wad Pediatrik (6 Selatan) di HUSM.

#### **3.3. Sampel Kajian**

Sampel dipilih secara sampel kesenangan. Sampel terdiri daripada penjaga primer yang membawa kanak-kanak asma untuk temujanji di Klinik Pakar Pediatrik atau dimasukkan ke wad 6 Selatan HUSM. Seramai 52 orang responden yang dipilih, 48 orang yang memenuhi kriteria dan memberi keizinan mengambil bahagian. Maka, jumlah sampel adalah mengikut saiz sampel yang dikira iaitu 48 orang.

##### **3.3.1. Kriteria Penerimaan Responden**

1. Penjaga primer kanak-kanak iaitu ibu, bapa, kakak, abang, ibu atau bapa saudara dan nenek atau datuk.
2. Penjaga kepada kanak-kanak yang memenuhi ciri-ciri berikut:
  - a) Berumur 12 tahun ke bawah
  - b) Didiagnos menghidap penyakit asma
  - c) Tidak menghidap penyakit kronik lain
3. Berumur 18 tahun ke atas
4. Boleh membaca dan memahami Bahasa Malaysia.

### 3.3.2. Kriteria Penolakan Responden

1. Penjaga kepada kanak-kanak yang berikut:

a) Berumur 12 tahun ke atas

b) Menghidap penyakit asma dan penyakit kronik lain

2. Berumur 18 tahun ke bawah

### 3.3.3 Saiz Sampel

Penyelidik menggunakan formula Cole dalam rajah 3 yang sesuai bagi kajian berbentuk keratan lintang bagi menentukan saiz sampel kajian (Cole, 1997).

Type I error ( $\alpha$ )	Z $\alpha/2$	type II error ( $\beta$ )  power  Z $\beta$	0.5	0.2	0.1	0.05
			50%	80%	90%	95%
			0	0.84	1.28	1.64
0.1	1.64		2.7	6.2	8.6	10.8
0.05	1.96		3.8	7.8	10.5	13
0.02	2.33		5.4	10	13	15.8
0.01	2.58		6.6	11.7	14.9	17.8

Rajah 3: Formula Cole, 1997

petunjuk :

$Z_{\alpha/2}$ =Ralat jenis I (2 hujung)  $Z_{\beta}$ =Ralat jenis II, kuasa  $\beta$   $d$ = kolerasi yang ingin dikaji

Dengan memilih kuasa = 95%, Ralat jenis I,  $\alpha = 0.05$ ,  $Z_{\alpha/2} = 1.96$ ,  $Z_{\beta} = 1.64$ ,  $d=0.5$

Rumus:  $N = [(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (1-d^2)/d^2] + 5$

$$N = [13 (1-0.5^2) / 0.5^2] + 5 = 44$$

$$110\% \times 44 = 48$$



Dengan menganggap 10% akan berlaku *drop-out*, 10% daripada jumlah sampel tadi ditambah. Maka dengan itu, jumlah sampel yang diperlukan dalam kajian ini adalah sebanyak 48 orang.

### 3.4. Instrumen Kajian

Borang soalselidik digunakan untuk mengumpul data daripada responden. Borang tersebut mengandungi dua bahagian:-

**Bahagian A:** Data demografi penjaga merangkumi umur, jantina, bangsa, agama, status perkahwinan, status penjaga, tahap pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan isi rumah.

**Bahagian B:** Borang '*Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ)*' dalam terjemahan Bahasa Melayu yang telah menjalani ujian validasi oleh Radhiah (2004). Soal selidik adalah jenis dikendalikan sendiri oleh responden (*self-administered*). Soal selidik ini mengukur masalah kualiti kehidupan yang dialami oleh ibu bapa atau penjaga disebabkan oleh impak asma kanak-kanak di bawah jagaan mereka. *PACQLQ* terdiri daripada 13 item soalan yang melibatkan dua domain (emosi dan aktiviti) iaitu sembilan item fungsi emosi dan empat item limitasi aktiviti. Penskoran menggunakan petunjuk skala *Likert* iaitu dari skor satu yang mewakili limitasi yang teruk sehingga skor tujuh yang mewakili tiada limitasi.

### 3.5. Pertimbangan Etika

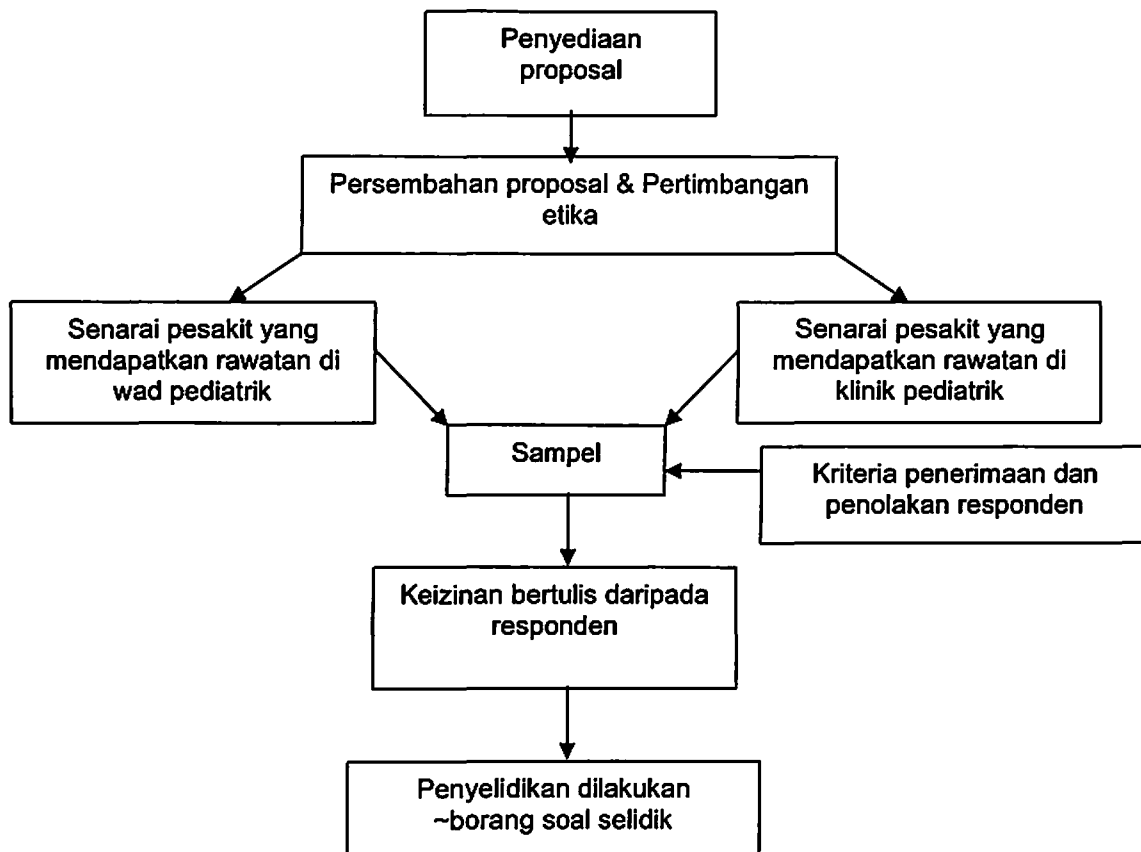
1. Mendapat surat keizinan dari jawatankuasa Penyelidikan dan Etika, Pusat Pengajian Sains Perubatan, USM bertarikh 6 Disember 2006 dan dari Pengarah HUSM bertarikh 26 Disember 2006.
2. Mendapat keizinan bertulis dari responden setelah penerangan tentang tujuan kajian dan hasil kajian diberikan.

3. Kajian hanya untuk tujuan akademik sahaja, penglibatan responden adalah secara sukarela, maklumat adalah sulit dan rahsia akan terpelihara.

### 3.6. Kaedah Pengumpulan Data

Pemilihan sampel adalah secara kesenangan iaitu di klinik dan wad pediatrik (6 Selatan) HUSM. Terlebih dahulu responden diterangkan berkaitan dengan pemilihan untuk kajian. Responden yang bersetuju dan memberi keizinan bertulis diberikan borang A dan B untuk terlibat dalam kajian. Responden hanya mengambil masa 10 ke 15 minit untuk menjawabnya. Jawapan dikutip setelah responden selesai menjawabnya.

#### 3.6.1. Carta Alir Pengumpulan Data



### **3.7. Analisis Data**

Data-data dikumpul dan diproses menggunakan 'Statistical Package for Social Science' (SPSS) versi 12.0 dan dianalisis secara deskriptif. Hipotesis diuji menggunakan ujian sampel-t bebas (*independent sample-t test*) dan ujian analisis varians (ANOVA). Nilai  $p < 0.05$  menolak hipotesis null ( $H_0$ ) dan menerima hipotesis.

## BAB 4

### ANALISIS KEPUTUSAN

Kajian ini telah berjaya dijalankan di wad pediatrik (6 selatan) dan klinik pediatrik HUSM. Borang soal selidik telah diedarkan dan dikumpul daripada responden yang memenuhi kriteria dan memberi keizinan. Seramai 48 orang responden telah terlibat dalam kajian ini. Data telah dianalisis menggunakan SPSS versi 12.0 untuk melihat frekuensi dan peratusan pembolehubah. Hipotesis diuji menggunakan ujian sampel-t bebas (*independent sample-t test*) dan ujian analisis varians (ANOVA). Data yang dianalisis dibentangkan seperti di bawah.

Data yang dianalisis dibentangkan seperti berikut:

4.1. Data demografi

4.2. Fungsi emosi dan limitasi aktiviti

4.3. Perkaitan faktor demografi mempengaruhi kualiti kehidupan penjaga kanak-kanak asma

#### 4.1. Data Demografi

Taburan responden mengikut jantina, umur, bangsa, agama, status perkahwinan, status penjaga, tahap pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan isi rumah adalah seperti yang ditunjukkan dalam jadual 1.

**Jadual 1**

**Frekuensi (*f*) dan peratusan (%) data demografi responden (n =48)**

Sosiodemografi	Frekuensi ( <i>f</i> )	Peratus (%)
Jantina		
Lelaki	6	12.5
Wanita	42	87.5
Umur		
18-35	26	54.2
36-45	22	45.8
Bangsa		
Melayu	45	93.8
Cina	2	4.2
Lain-lain	1	2.1
Agama		
Islam	45	93.8
Buddha	2	4.2
Kristian	1	2.1
Status perkahwinan		
Berkahwin	48	100
Status penjaga		
Ibu	42	87.5
Bapa	6	16.5
Tahap pendidikan		
Sekolah Rendah	1	2.1
Sekolah Menengah	31	64.6
Diploma	8	16.7
Ijazah	7	14.6
Lain-lain	1	2.1
Status pekerjaan		
Bekerja	28	58.3
Tidak bekerja	20	41.7
Pendapatan isi rumah		
RM 400-1999	19	39.6
RM 2000-3999	18	37.5
> RM 4000	11	22.9

Daripada 48 orang responden, didapati bahawa 42 orang (87.5%) responden adalah wanita manakala seramai enam orang (12.5%) pula adalah responden lelaki. Responden berumur antara 18-35 tahun adalah seramai 26 orang (54.4%). Manakala seramai 22 orang (45.8%) berumur antara 36-55 tahun. Responden termuda berumur 23 tahun dan yang paling dewasa adalah berumur 55 tahun.

Dari segi bangsa, responden berbangsa Melayu menunjukkan jumlah yang paling ramai iaitu seramai 45 orang (93.8%). Penglibatan kaum Cina pula hanyalah dua orang (4.2%) diikuti seorang (2.1%) adalah dari lain-lain kaum iaitu Siam. Tiada penglibatan kaum India semasa kajian ini dijalankan. Seramai 45 orang (93.8%) responden beragama Islam. Manakala dua orang (4.2%) penganut agama Buddha dan diikuti seorang (2.1%) adalah dari agama Kristian.

Status perkahwinan kesemua responden iaitu 48 orang (100%) adalah berkahwin. Tiada responden berstatus janda atau duda. Status penjaga kepada pesakit asma kanak-kanak terdiri daripada 42 orang (87.5%) adalah ibu pesakit dan enam orang (16.5%) adalah bapa pesakit.

Berkaitan dengan tahap pendidikan, didapati bahawa semua responden kajian mendapat pendidikan formal iaitu seorang (2.1%) berpendidikan setakat sekolah rendah, 31 orang (64.6%) pula berpendidikan sehingga sekolah menengah diikuti lapan orang (16.7%) diploma dan tujuh orang (14.6%) lepasan ijazah serta seorang (2.1%) daripada lain-lain iaitu peringkat sijil.

Dari segi status pekerjaan pula didapati 28 orang (58.3%) bekerja manakala 20 orang (41.7%) pula tidak bekerja. Taburan responden mengikut jumlah pendapatan isi rumah dalam sebulan dalam Ringgit Malaysia (RM) pula menunjukkan seramai 19 orang (39.6%) mempunyai jumlah pendapatan isi rumah antara RM 400-1999, diikuti 18 orang (37.5%) berpendapatan RM 2000-3999 dan 11 orang (22.9%) pula mempunyai jumlah pendapatan isi rumah melebihi RM 4000.

#### 4.2. Fungsi Emosi dan Limitasi Aktiviti

Pengkodan semula telah dilakukan pada skala *Likert* Soal Selidik Kualiti Kehidupan Penjaga Kanak-kanak Berpenyakit Asma. Soal selidik ini terdiri daripada 13 item soalan yang melibatkan dua domain iaitu fungsi emosi dan limitasi aktiviti. Penskoran asal skala *Likert* yang digunakan adalah skor satu yang mewakili limitasi yang teruk sehingga skor tujuh yang mewakili tiada limitasi. Pengkodan semula dilakukan pada skor 1,2,3 kepada 1, skor 4 kepada 2 dan skor 5,6,7 kepada 3 (Ahmad, 2005).

Setiap item yang diuji diberi nilai skor untuk mendapatkan skor keseluruhan. Terdapat sembilan item soalan fungsi emosi dengan tujuh skala *Likert*. Oleh itu, jumlah skor keseluruhan item fungsi emosi adalah 63. Skor fungsi emosi minimum adalah 20 dan skor maksimum adalah 48. Markah purata skor fungsi emosi adalah 37.21 dan sisihan piawai adalah 6.763 (jadual 2). Daripada skor keseluruhan fungsi emosi, kategori dilakukan. Markah 9-27 adalah sangat bimbang, 28-45 adalah sederhana bimbang dan 46-63 adalah sedikit atau tidak bimbang (jadual 2).

Terdapat empat item soalan aktiviti dengan tujuh skala *Likert*. Maka, jumlah skor keseluruhan item limitasi aktiviti adalah 28. Skor limitasi aktiviti minimum adalah lapan dan skor maksimum adalah 23. Markah purata skor limitasi aktiviti adalah 16.56 dan sisihan piawai adalah 3.764 (jadual 2). Limitasi aktiviti responden seterusnya dikategorikan kepada 3 kategori iaitu 4-12 markah adalah sangat limitasi, 13-20 markah adalah sederhana limitasi dan 21-28 markah adalah sedikit atau tiada limitasi (jadual 2).

Purata, sisihan piawai dan peratusan responden bagi setiap kategori untuk semua item soalan dari fungsi emosi dan limitasi aktiviti ditunjukkan dalam jadual 3. Item fungsi emosi yang memperoleh bilangan dan peratusan paling tinggi bagi kategori 1 iaitu sangat bimbang ialah item soalan satu (26, 54.2%), empat (19, 39.6%) dan tujuh (28, 58.3%). Item limitasi aktiviti yang memperoleh bilangan dan peratusan paling tinggi bagi kategori 1 iaitu sangat limitasi ialah item soalan 13 (23, 47.9%).

**Jadual 2**

**Markah minimum dan maksimum, purata (M) dan sisihan piawai (SD) fungsi emosi dan limitasi aktiviti mengikut jumlah markah (n=48)**

Item	Jumlah markah	Markah min-mak	M (SD)
<u>Fungsi emosi</u>		20-48	37.21(6.763)
1: Sangat bimbang	9-27		
2: Sederhana bimbang	28-45		
3: Sedikit atau tidak bimbang	46-63		
<u>Limitasi aktiviti</u>		8-23	16.56 (3.764)
1: Sangat limitasi	4-12		
2: Sederhana limitasi	13-20		
3: Sedikit atau tiada limitasi	21-28		

**Jadual 3**

**Purata (M), sisihan piawai (SD), frekuensi (f) dan peratusan (%) setiap kategori bagi item soalan 1-13 (n=48)**

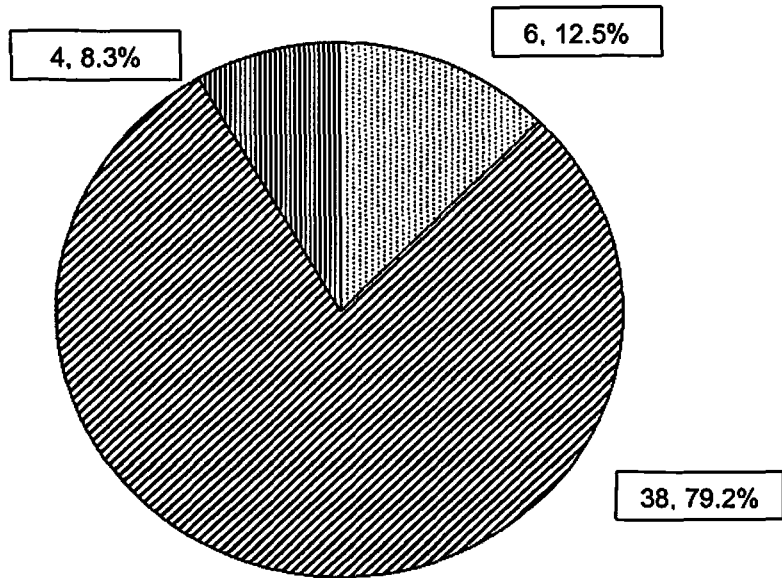
Soalan	M (SD)	Kategori		
		1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)
Q1:kemampuan anak melakukan aktiviti harian	1.67 (0.808)	26 (54.2)	12 (25.0)	10 (20.8)
Q2: ubat dan kesan sampingan	2.06 (0.783)	13 (27.1)	19 (39.6)	16 (33.3)
Q3: sikap terlalu mengongkong anak	2.25 (0.812)	11 (22.9)	14 (29.2)	23 (47.9)
Q4: kemampuan anak menikmati kehidupan biasa	1.98 (0.887)	19 (39.6)	11 (22.9)	18 (37.5)
Q5: perasaan tidak berdaya atau takut bila anak diserang asma	1.71 (0.683)	20 (41.7)	22 (45.8)	6 (12.5)
Q6: perasaan kecewa atau kurang sabar bila anak meragam diserang asma	2.17 (0.834)	13 (27.1)	4 (29.2)	21 (43.8)



**Jadual 3 (sambungan)**

Soalan	M (SD)	Kategori		
		1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)
Q7: perasaan susah hati kerana anak diserang asma	1.54 (0.713)	28 (58.3)	14 (29.2)	6 (12.5)
Q8: perasaan terganggu atau mengambil kisah penyakit asma mengganggu hubungan dalam keluarga	2.33 (0.834)	11 (22.9)	10 (20.8)	27 (56.3)
Q9: perasaan marah kerana anak menghidap asma	2.81 (0.491)	2 (4.2)	5 (10.4)	41 (85.4)
Q10: perlu mengubah rancangan keluarga	2.40 (0.765)	8 (16.7)	13 (27.1)	27 (56.3)
Q11: mengganggu pekerjaan di tempat kerja atau di rumah	2.23 (0.722)	8 (16.7)	21 (43.8)	19 (39.6)
Q12: mengalami kesukaran tidur pada waktu malam	2.04 (0.898)	18 (37.5)	10 (20.8)	20 (41.7)
Q13: terjaga pada waktu malam	1.85 (0.899)	23 (47.9)	9 (18.8)	16 (33.3)

Berdasarkan setiap kategori bagi fungsi emosi, didapati majoriti responden iaitu 79.2% bersamaan 38 orang memilih kategori 2 iaitu sederhana bimbang. Diikuti enam orang (12.5%) memilih kategori 1 iaitu sangat bimbang dan empat orang (8.3%) memilih kategori 3 iaitu sedikit atau tidak bimbang (rajah 4). Rajah 5 menunjukkan frekuensi dan peratusan setiap kategori bagi limitasi aktiviti. Sebanyak 72.9% bersamaan 35 orang responden memilih kategori 2 iaitu sederhana limitasi. Diikuti lapan orang (16.7%) memilih kategori 3 iaitu sedikit atau tiada limitasi dan lima orang (10.4%) memilih kategori 1 iaitu sangat limitasi (rajah 5).



Petunjuk:

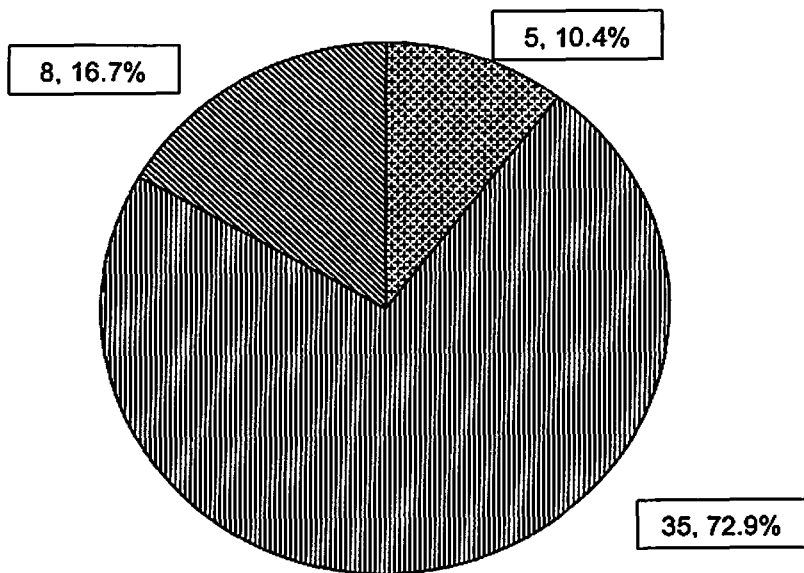
- 

Kategori 1: Sangat bimbang
- 


Kategori 2: Sederhana bimbang
- 


Kategori 3: Sedikit atau tidak bimbang


**Rajah 4: Frekuensi dan peratusan setiap kategori bagi fungsi emosi (n=48)**



Petunjuk:

- 

Kategori 1: Sangat limitasi
- 

Kategori 2: Sederhana limitasi
- 

Kategori 3: Sedikit atau tiada limitasi

**Rajah 5: Frekuensi dan peratusan setiap kategori bagi limitasi aktiviti (n=48)**

### 4.3. Perkaitan Faktor Demografi Mempengaruhi Kualiti Kehidupan Penjaga Kanak-Kanak Asma

Faktor demografi penjaga kanak-kanak asma iaitu jantina, umur, bangsa, agama, status perkahwinan, status penjaga, tahap pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan isi rumah dikaji hubungannya dengan kualiti kehidupan penjaga. Ujian menggunakan sampel-t bebas untuk menguji faktor jantina, umur, status perkahwinan, status penjaga dan status pekerjaan. Manakala, ujian ANOVA digunakan untuk menguji faktor bangsa, agama, tahap pendidikan dan pendapatan isi rumah. Kualiti kehidupan penjaga dinilai dari min skor item fungsi emosi dan aktiviti. Aras signifikan yang telah ditetapkan ialah 0.05. Nilai p yang kurang daripada 0.05 dianggap signifikan.

Status perkahwinan tidak dapat diuji perkaitannya dengan kualiti kehidupan kerana kesemua responden (48, 100%) adalah berkahwin dan tiada responden yang berstatus janda atau duda.

Hasil ujian mendapati tiada hubungan secara statistik di antara faktor demografi iaitu jantina, umur, bangsa, agama, status penjaga, tahap pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan isi rumah dengan kualiti kehidupan penjaga ( $p > 0.05$ ) seperti yang ditunjukkan dalam jadual 4 dan 5.

**Jadual 4**

**Perkaitan faktor demografi mempengaruhi kualiti kehidupan (fungsi emosi) penjaga kanak-kanak asma (n=48)**

Pembolehubah	<i>f</i>	Min	Sisihan Piawai	Nilai p
Jantina				<b>0.715<sup>a</sup></b>
Lelaki	6	38.17	4.875	
Perempuan	42	37.07	7.027	

**Jadual 4 (sambungan)**

Pembolehubah	<i>f</i>	Min	Sisihan Piawai	Nilai p
Umur				<b>0.522<sup>a</sup></b>
18-35	26	36.60	6.665	
36-55	22	37.87	6.956	
Bangsa		1.10	0.472	<b>0.237<sup>b</sup></b>
Melayu	45			
Cina	2			
Lain-lain	1			
Agama		1.10	0.472	<b>0.337<sup>b</sup></b>
Islam	45			
Buddha	2			
Kristian	1			
Tahap pendidikan		3.50	0.851	<b>0.946<sup>b</sup></b>
Sekolah Rendah	1			
Sekolah Menengah	31			
Diploma	8			
Ijazah	7			
Lain-lain	1			
Status pekerjaan				<b>0.490<sup>a</sup></b>
Bekerja	28	37.79	7.259	
Tidak bekerja	20	36.40	6.091	
Pendapatan isi rumah		1.83	0.781	<b>0.868<sup>b</sup></b>
RM 400-1999	19			
RM 2000-3999	18			
>RM 4000	11			
Status perkahwinan				
Berkahwin	48			
Status penjaga				<b>0.715<sup>a</sup></b>
Ibu	42	37.07	7.027	
Bapa	6	38.17	4.875	

<sup>a</sup>Ujian sampel-t bebas, signifikan  $p < 0.05$

<sup>b</sup>Ujian ANOVA, signifikan  $p < 0.05$

**Jadual 5****Perkaitan faktor demografi mempengaruhi kualiti kehidupan (limitasi aktiviti) penjaga kanak-kanak asma (n=48)**

Pembolehubah	<i>f</i>	Min	Sisihan Piawai	Nilai p
Jantina				<b>0.520<sup>a</sup></b>
Lelaki	6	17.50	3.017	
Perempuan	42	16.43	3.871	
Umur				<b>0.548<sup>a</sup></b>
18-35	26	16.88	3.767	
36-55	22	16.22	3.813	
Bangsa		1.10	0.472	<b>0.347<sup>b</sup></b>
Melayu	45			
Cina	2			
Lain-lain	1			
Agama		1.10	0.472	<b>0.502<sup>b</sup></b>
Islam	45			
Buddha	2			
Kristian	1			
Tahap pendidikan		3.50	0.851	<b>0.282<sup>b</sup></b>
Sekolah Rendah	1			
Sekolah Menengah	31			
Diploma	8			
Ijazah	7			
Lain-lain	1			
Status pekerjaan				<b>0.210<sup>a</sup></b>
Bekerja	28	17.14	3.988	
Tidak bekerja	20	15.75	3.354	
Pendapatan isi rumah		1.83	0.781	<b>0.826<sup>b</sup></b>
RM 400-1999	19			
RM 2000-3999	18			
>RM 4000	11			

**Jadual 5 (sambungan)**

Pembolehubah	<i>f</i>	Min	Sisihan Piawai	Nilai p
Status perkahwinan				
Berkahwin	48			
Status penjaga				<b>0.520<sup>a</sup></b>
Ibu	42	16.43	3.871	
Bapa	6	17.50	3.017	

<sup>a</sup>Ujian sampel-t bebas, signifikan  $p < 0.05$

<sup>b</sup>Ujian ANOVA, signifikan  $p < 0.05$

## **BAB 5**

### **PERBINCANGAN**

Kajian ini dijalankan bertujuan untuk mengenalpasti tahap kualiti kehidupan penjaga kepada kanak-kanak asma dari segi emosi dan aktiviti hidup harian penjaga serta mengkaji perkaitan antara faktor demografi penjaga kepada kanak-kanak asma terhadap kualiti kehidupan mereka.

Dalam bab ini akan dibincangkan keputusan kajian berdasarkan:

- 5.1. Data demografi responden**
- 5.2. Perkaitan faktor demografi mempengaruhi kualiti kehidupan penjaga kanak-kanak asma**
- 5.3. Kualiti kehidupan penjaga kepada kanak-kanak asma**
- 5.4. Peratusan tertinggi kategori sangat bimbang dan sangat limitasi bagi item saolan fungsi emosi dan limitasi aktiviti**

### 5.1. Data Demografi Responden

Kajian telah dijalankan ke atas penjaga kepada pesakit asma kanak-kanak yang mendapatkan rawatan di klinik pediatrik dan wad pediatrik (6 selatan) HUSM. Seramai 48 orang responden menyertai kajian ini. Daripada 48 orang responden, didapati bahawa 42 orang (87.5%) responden adalah wanita iaitu ibu kepada pesakit asma manakala seramai enam orang (12.5%) pula adalah responden lelaki yang merupakan bapa kepada pesakit asma. Majoriti responden adalah berumur antara 18-35 tahun iaitu 26 orang (54.2%) (jadual 1).

Dari segi bangsa, terdapat perbezaan yang sangat ketara di mana responden berbangsa Melayu menunjukkan jumlah yang paling ramai iaitu seramai 45 orang (93.8%) (jadual 1). Hal ini berikutan kajian dilakukan di negeri Kelantan yang majoritinya adalah kaum Melayu. Kajian validasi *PACQLQ* oleh Radhiah (2004) juga mendapati perkara yang sama yang menyatakan hal ini kerana kajian dilakukan di negeri yang didominasi oleh kaum ini.

Data sosioekonomi terdiri daripada tahap pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan isi rumah. Berkaitan dengan tahap pendidikan, semua responden mendapat pendidikan formal sekurang-kurangnya sekolah rendah. Majoritinya berpendidikan sekolah menengah (64.6%) dan tahap pendidikan tertinggi adalah ijazah iaitu 14.6% (jadual 1). Dari segi status pekerjaan pula didapati 28 orang (58.3%) bekerja manakala 20 orang (41.7%) pula tidak bekerja (jadual 1). Kesemua responden yang tidak bekerja adalah terdiri daripada responden wanita iaitu suri rumah tangga. Dari segi jumlah pendapatan isi rumah dalam sebulan, 60.4% menunjukkan responden yang mempunyai pendapatan isi rumah melebihi RM 2000 (jadual 1). Kajian oleh Yohannes *et al.* (1998) mendapati orang yang mempunyai pendidikan dan berpendapatan tinggi adalah lebih cenderung mendapatkan rawatan di hospital.



## 5.2. Perkaitan Faktor Demografi Mempengaruhi Kualiti Kehidupan Penjaga Kanak-Kanak Asma

Perkaitan faktor demografi penjaga kanak-kanak asma iaitu jantina, umur, bangsa, agama, status perkahwinan, status penjaga, tahap pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan isi rumah mempengaruhi kualiti kehidupan mereka iaitu emosi dan aktiviti diuji menggunakan ujian sampel-t bebas dan ANOVA dengan nilai  $\alpha$  ialah 0.05.

Ujian sampel-t bebas menunjukkan tiada hubungan signifikan di antara faktor demografi iaitu jantina, umur, status penjaga dan status pekerjaan dengan kualiti kehidupan penjaga iaitu fungsi emosi dan limitasi aktiviti ( $p > 0.05$ ) (jadual 4 dan 5). Ujian ANOVA menunjukkan tiada hubungan signifikan di antara faktor demografi iaitu bangsa, agama, tahap pendidikan dan pendapatan isi rumah dengan kualiti kehidupan penjaga iaitu fungsi emosi dan limitasi aktiviti ( $p > 0.05$ ) (jadual 4 dan 5). Hasil kajian ini sama dengan kajian Vila *et al.* (2003) mendapati kualiti hidup ibu bapa tidak dipengaruhi status sosiodemografi seperti jantina, umur dan status sosioekonomi keluarga.

Hasil kajian mendapati jantina penjaga kanak-kanak asma tidak mempengaruhi kualiti kehidupan. Keputusan ini berbeza dengan kajian oleh Carl *et al.* (2006) yang mendapati terdapat perbezaan signifikan pada skor PACQLQ di antara ibu dengan bapa pesakit asma kanak-kanak. Carl *et al.* (2006) menambah ibu lebih mengalami gangguan tidur pada waktu malam, berasa tidak berdaya dan takut serta asma kanak-kanak mengganggu kerja mereka. Kajian ini juga mendapati umur penjaga kanak-kanak asma tidak mempengaruhi kualiti kehidupan mereka dengan nilai ( $p > 0.05$ ). Fenomena ini berbeza dalam kajian oleh Osman *et al.* (2001) yang mendapati penjaga berumur kurang 30 tahun mempunyai skor limitasi yang teruk berbanding penjaga berumur lebih 30 tahun ( $p < 0.02$ ). Namun, penyelidik berpendirian perbezaan hasil kajian ini dengan kajian Osman *et al.* (2001) adalah disebabkan perbezaan sosiobudaya populasi yang dikaji. Hal ini diperakui oleh Mark *et al.* (2004) yang menyatakan bahawa kualiti kehidupan adalah

konsep yang sukar didefinisikan dan diukur, manakala dimensinya adalah pelbagai di antara individu serta bergantung kepada latar belakang sosial dan budaya masing-masing.

Status sosioekonomi iaitu tahap pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan isi rumah juga menunjukkan tiada signifikan dengan kualiti kehidupan penjaga kepada kanak-kanak asma dengan nilai  $p > 0.05$  (jadual 4 dan 5). Hasil kajian ini sama dengan kajian oleh Reichenberg dan Broberg (2001) yang menyatakan status sosioekonomi ibu bapa tidak mempengaruhi skor *PACQLQ*. Keputusan ini adalah berbeza dengan kajian Osman *et al.* (2001) yang mendapati kumpulan sosioekonomi rendah mempunyai skor limitasi kualiti kehidupan yang teruk berbanding kumpulan sosioekonomi tinggi ( $p = 0.05$ ).

Ibu bapa berpendapatan rendah melaporkan masalah kesihatan anak memberi impak yang teruk kepada emosi, masa dan aktiviti keluarga berbanding dengan ibu bapa yang berpendapatan tinggi (Nicola *et al.*, 2003). Cabaran ekonomi mempengaruhi keupayaan menguruskan penyakit asma kanak-kanak. Hal ini menjadi penghalang untuk akses kepada perkhidmatan kesihatan, pembayaran perkhidmatan, ubatan dan penyediaan persekitaran rumah yang sesuai (Elizabeth *et al.*, 2005). Walaupun begitu, penyelidik berpendirian bahawa keputusan kajian adalah relevan memandangkan kebanyakan ibu bapa (60.4%) berpendapatan isi rumah yang sederhana baik iaitu melebihi RM 2000, maka faktor sosioekonomi tidak memberi masalah dalam menguruskan penyakit asma anak mereka serta tidak mempengaruhi kualiti kehidupan mereka. Secara kasar, pendapatan purata bulanan isi rumah terendah adalah RM865 manakala pendapatan isi rumah pertengahan adalah RM2,204 dan pendapatan isi rumah teratas adalah RM6,268 (Tinjauan Kualiti Kehidupan Rakyat Malaysia, 2000).

### **5.3. Kualiti Kehidupan Penjaga kepada Kanak-Kanak Asma**

Setelah membahagikan jawapan responden kepada kategori sangat, sederhana dan sedikit atau tiada limitasi bagi kedua-dua domain fungsi dan aktiviti, penyelidik mendapati

peratusan jawapan responden pada tahap sederhana adalah tinggi iaitu 79.2% atau 38 responden memilih sederhana bimbang bagi item emosi (rajah 4) manakala 72.9% atau 35 responden memilih sederhana limitasi bagi item aktiviti (rajah 5). Keputusan ini menunjukkan kualiti kehidupan penjaga kanak-kanak asma adalah di tahap yang sederhana.

Penjaga kepada pesakit asma kanak-kanak mengalami limitasi dalam aktiviti hidup harian dan menghadapi tekanan emosi berkaitan dengan penyakit asma anak mereka (Juniper *et al.*, 1996). Kajian WHO (2006) mendapati 78% daripada ibu bapa kepada kanak-kanak asma melaporkan asma memberi kesan negatif kepada keluarga. Menurut kenyataan Su, Kemp, Varigos dan Nolan (1997) serta Elliot dan Luker (1997), gangguan asma pada kanak-kanak mampu memberi kesan kepada kualiti kehidupan ibu bapa dalam pelbagai cara (sedutan dari Reichenberg dan Broberg, 2001). Selain itu, ibu bapa atau penjaga kepada kanak-kanak asma turut mengalami gangguan emosi. Hal ini disokong oleh Sawyer dan Fardy (2003) yang menyatakan bahawa ibu bapa yang mempunyai anak berpenyakit asma adalah lebih terganggu fikirannya berbanding ibu bapa kepada anak yang sihat (sedutan dari Mark *et al.*, 2004).

Keputusan kajian ini disokong oleh kenyataan Sztejn *et al.* (2007) iaitu asma pediatrik memberi kesan negatif kepada kualiti kehidupan ibu bapa atau penjaga. Hal ini disokong oleh kajian Juniper *et al.* (1996) yang mendapati ibu bapa mengalami limitasi aktiviti harian dan gangguan tidur serta gangguan emosi disebabkan penyakit asma anak mereka ( $p < 0.001$ ). Hasil kajian ini adalah berbeza dengan kajian oleh Ann-Charlotte *et al.* (2004) yang mengkaji kualiti kehidupan ke atas ibu bapa atau penjaga kepada kanak-kanak asma mendapati kebanyakan ibu bapa atau penjaga memberi skor hampir kepada positif iaitu tidak bimbang dan tiada limitasi aktiviti.

#### **5.4. Peratusan Tertinggi Kategori Sangat Bimbang dan Sangat Limitasi Bagi Item Soalan Fungsi Emosi dan Limitasi Aktiviti**

Berdasarkan kategori untuk semua item soalan limitasi emosi yang memperoleh peratusan tertinggi bagi kategori 1 iaitu sangat bimbang ialah soalan satu berkenaan kemampuan anak melakukan aktiviti harian, soalan empat berkenaan kemampuan anak menikmati kehidupan biasa dan soalan tujuh berkenaan perasaan susah hati kerana anak batuk, nafas berbunyi atau sukar bernafas (jadual 3). Ibu bapa kepada kanak-kanak asma sangat bimbang dan peka kerana penyakit asma mengganggu aktiviti harian kanak-kanak (Vila *et al.*, 2003). Bermain dan bersukan penting kepada kanak-kanak. Keupayaan ini berkurang disebabkan masalah respiratori mengganggu kecergasan fizikal kanak-kanak. Kajian kepada 61 orang kanak-kanak mendapati 51 orang mengalami tiga aktiviti terhad, enam orang mengalami dua aktiviti terhad diikuti tiga orang mengalami satu aktiviti terhad dan seorang tiada aktiviti terhad (Reichenberg dan Broberg, 2000).

Item limitasi aktiviti yang memperoleh bilangan dan peratusan paling tinggi bagi kategori 1 iaitu sangat limitasi ialah soalan 13 iaitu berkenaan kekerapan terjaga pada waktu malam (jadual 3). Berbeza dengan kajian Reichenberg dan Broberg (2001), pada item aktiviti kebanyakan ibu bapa memilih kategori 1 (sangat limitasi) pada soalan 11 iaitu mengganggu kerja dan soalan 12 iaitu sukar tidur malam. Hal ini kerana simptom asma berlaku beberapa kali dalam sehari atau seminggu dan menjadi semakin teruk semasa beraktiviti fizikal dan pada waktu malam atau awal pagi. Menurut William (2003) sebanyak 40% daripada 400 orang pesakit asma kanak-kanak mengalami gangguan asma pada waktu malam.

Serangan asma pada waktu malam memberi impak kepada kualiti kehidupan pesakit dan ibu bapa (William, 2003). Kejadian asma yang kerap pada waktu malam menyebabkan keletihan, penurunan aras aktiviti dan ketidakhadiran ke sekolah atau tempat kerja. Terjaga malam akibat serangan asma pada kanak-kanak memberi impak

kepada fungsi pada siang hari (Gregory, Leona, Elizabeth, Theresa, Pamela dan Albert, 2000). Menurut William (2003) serangan asma pada waktu malam menyebabkan peningkatan keterukan simptom asma, peningkatan pergantungan terhadap ubatan, peningkatan ketidakhadiran ke sekolah termasuk ke tempat kerja oleh ibu bapa. Sepanjang 2005, 35% ibu bapa kepada kanak-kanak asma tidak datang ke tempat kerja (WHO, 2006). Mempunyai anak berpenyakit kronik seperti asma memberi beban kepada penjaga dan mempengaruhi kesihatan, kehidupan sosial dan profesion kerjaya mereka (Ingela, Ann-Charlotte, Kerstin dan Birgit, 2004).

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN CADANGAN

#### 6.1 Kesimpulan

Asma adalah penyakit inflamasi kronik pada salur pernafasan menyebabkan hiperresponsif salur udara yang menghasilkan simptom-simptom seperti nafas berbunyi, kesesakan nafas, rasa ketat dada dan batuk yang kebiasaannya berlaku pada waktu malam atau awal pagi. Prevalen asma yang tinggi dalam kalangan kanak-kanak telah mempengaruhi kualiti kehidupan ibu bapa mereka dari segi emosi dan aktiviti. Penyakit ini telah menyebabkan kadar morbiditi yang tinggi, ketidakhadiran ke sekolah dan gangguan dalam aktiviti keluarga. Kadar kemasukan ke hospital dalam kalangan kanak-kanak juga semakin meningkat.

Kesimpulan dari hasil kajian mendapati faktor demografi penjaga pesakit asma kanak-kanak tidak mempengaruhi kualiti kehidupan penjaga dari aspek emosi dan aktiviti. Keputusan kajian juga mendapati tahap kualiti kehidupan penjaga adalah pada tahap sederhana. Majoriti responden iaitu 38 orang (79.2%) memilih sederhana bimbang bagi fungsi emosi (rajah 4) manakala 35 responden (72.9%) memilih sederhana limitasi bagi limitasi aktiviti (rajah 5). Oleh itu, penyelidik berharap ahli profesional kesihatan terutamanya doktor dan jururawat berusaha membantu penjaga kepada kanak-kanak asma untuk meningkatkan kualiti kehidupan mereka ke tahap yang lebih baik.

#### 6.2. Implikasi

Pengukuran kualiti kehidupan semakin mendapat tempat dalam penyelidikan kesihatan. Oleh itu, bagi kajian pada masa akan datang, penyelidik mencadangkan lebih banyak kajian dilakukan pada perkaitan penyakit-penyakit kronik lain kanak-kanak yang

mempengaruhi kualiti kehidupan penjaga. Cadangan untuk penambahbaikan kajian adalah dengan melakukan kajian ini pada saiz sampel yang lebih besar untuk mendapat kepelbagaian data demografi responden. Selain itu, jangka masa kajian juga harus dipanjangkan supaya data yang lebih banyak dapat diperolehi.

Penyakit kronik kanak-kanak bukan sahaja berupaya mempengaruhi kualiti kehidupan pesakit itu sendiri malah juga kepada penjaga primer kanak-kanak terutamanya ibu bapa mereka. Ahli profesional kesihatan perlu lebih peka akan isu ini dan harus memainkan peranan dalam membantu penjaga terutamanya ibu bapa dalam menguruskan penyakit asma anak mereka. Pengurusan asma yang baik oleh ibu bapa sedikit sebanyak dapat mengurangkan masalah ini.

Sebahagian aspek daripada model perkaitan perhubungan antara kesihatan, kualiti kehidupan dan kesihatan berkaitan kualiti kehidupan oleh Mark *et al.* (2004) boleh diterima kerana hasil kajian mendapati penyakit asma kanak-kanak memberi kesan kepada kualiti kehidupan penjaga. Namun faktor sosial, ekonomi dan kerohanian dalam model ini tidak bertepatan dengan hasil kajian yang mendapati faktor demografi tidak mempengaruhi kualiti kehidupan penjaga.

### **6.3. Cadangan**

Bagi mengurangkan impak asma kanak-kanak kepada penjaga, pelbagai perkara harus dilaksanakan. Antaranya ialah penekanan rawatan susulan, pendidikan asma yang efektif, program pengurusan asma di sekolah dan lawatan ke rumah.

Selain meningkatkan kualiti perkhidmatan kesihatan, profesional kesihatan seperti doktor dan jururawat haruslah memainkan peranan dalam menekankan kepada penjaga kepentingan mendapatkan rawatan susulan anak mereka. Melalui rawatan susulan, tahap penyakit dan keberkesanan rawatan dapat dinilai serta pemberian ubatan yang sesuai dapat dilakukan bergantung kepada pesakit dan simptom asma. Sewaktu ibu bapa

menunggu giliran untuk mendapatkan rawatan doktor, suatu sesi pendidikan atau kaunseling mengenai asma boleh dilakukan oleh jururawat.

Program pendidikan asma kepada ibu bapa dan pesakit adalah penting untuk pengurusan asma dalam jangka masa panjang. Jururawat berperanan dalam menyampaikan maklumat dan berbincang dengan ibu bapa mengenai mekanisma dan pencetus asma, penggunaan ubatan, dan pengurusan asma akut. Semasa sesi pendidikan, jururawat juga boleh mendemonstrasikan teknik inhalasi yang betul. Pendidikan yang komprehensif bertujuan meningkatkan pengetahuan ibu bapa mengenai penyakit asma dan secara tidak langsung membantu mereka mengawal penyakit ini. Hal ini bukan sahaja mengurangkan morbiditi, rawatan kecemasan dan kemasukan hospital, malah meningkatkan kualiti kehidupan kedua-dua pihak iaitu penjaga dan pesakit.

Hasil kajian mendapati ibu bapa bimbang mengenai kemampuan anak mereka menjalani aktiviti hidup harian dan menikmati kehidupan seperti biasa. Hal ini kerana penyakit kronik ini boleh menghadkan aktiviti kanak-kanak dan menjadi antara penyebab ketidakhadiran ke sekolah. Suatu program khas pengurusan asma di sekolah untuk mengawal simptom asma harus diwujudkan. Antara perkara yang perlu dimuatkan dalam program ini ialah kad identiti pesakit asma, polisi dan tindakan yang perlu diambil oleh pihak sekolah dalam membantu kanak-kanak yang mengalami asma di sekolah. Kad identiti pesakit perlulah mengandungi maklumat ubatan dan kesan sampingan, pencetus asma, alergi, nombor penjaga dan doktor untuk dihubungi dan sebagainya. Selain membimbing kakitangan sekolah terutamanya guru dalam pengurusan asma, program ini juga dapat mewujudkan persekitaran sokongan dan memberi galakan kepada pelajar asma terlibat dalam menguruskan penyakit asma yang dialaminya serta memberi peluang kepada pesakit terlibat secara aktif dalam aktiviti sekolah seperti riadah dan bersukan.

Selain itu, program lawatan ke rumah pesakit asma kanak-kanak yang kronik dan berisiko tinggi oleh jururawat harus dilaksanakan. Melaluinya, jururawat dapat memantau



kebersihan dan keadaan persekitaran rumah pesakit yang merupakan sebagai salah satu faktor pencetus asma. Pendidikan secara tidak langsung juga dapat disampaikan kepada penjaga semasa lawatan di rumah.

Walaupun penyakit asma tidak dapat dirawat sepenuhnya, namun pengurusan yang baik dapat mengawal penyakit ini dan membolehkan kanak-kanak berpenyakit asma menikmati kehidupan yang baik serta kefungisian yang optima dan secara tidak langsung meningkatkan kualiti hidup penjaga ke tahap yang lebih baik.

#### **6.4. Kekuatan dan Limitasi**

Kekuatan yang terdapat pada kajian ini adalah penyelidik menggunakan soal selidik *PACQLQ* oleh Juniper et al., 1996 yang luas digunakan di seluruh dunia dalam pelbagai terjemahan bahasa. Hal ini menunjukkan soal selidik ini berupaya mengkaji isu ini.

Terdapat beberapa limitasi dalam kajian ini yang perlu diberikan perhatian. Keputusan mungkin dipengaruhi oleh masalah yang dihadapi oleh responden dalam menjawab soalan yang diberikan. Antaranya ialah penggunaan borang soal selidik dalam bentuk skala *Likert* yang melibatkan tujuh skor. Hal ini menyebabkan sampel mengalami kekeliruan dalam memilih jawapan. Selain itu, terdapat juga soalan yang mempunyai sedikit persamaan dan membawa maksud yang hampir sama. Contohnya, soalan berkenaan gangguan emosi bagi soalan satu dengan soalan empat dan soalan lima dengan soalan tujuh. Disebabkan ingin cepat menghabiskan soalan yang diberikan, terdapat responden yang menjawab sambil lewa dan tidak jujur. Maka, wujud keadaan berat sebelah (*bias*) dalam menjawab soalan.

Selain itu, saiz sampel yang kecil juga memberi kesan kepada hasil kajian di mana tiada keseimbangan antara faktor-faktor yang mempengaruhi seperti umur, jantina, bangsa, tahap pendidikan dan status pekerjaan. Oleh itu, keadaan ini boleh mempengaruhi keputusan kajian dan analisis data tidak seperti yang dijangkakan.

## SENARAI RUJUKAN

Ahmad, M. A. 2005, Kaedah Penyelidikan Sosioekonomi, 3<sup>rd</sup> edn. *Dewan Bahasa dan Pustaka*, Kuala Lumpur .

Albsoul-Younes, A.M., Al-Doghim, I.A., Al-Safi, S.A. & Najada, A. 2004, Improving quality of life in asthmatic children, *Indian Journal Pediatric*, [Online], Available: <http://www.ijppediatricsindia.org/article.asp> [23 Feb 2007].

Al-Dawood, K.M. 2002, Schoolboys with bronchial asthma in Al-Khobar City, Saudi Arabia: are they at increased risk of school absenteeism? *Journal of Asthma*, Vol 39(5): pp. 413-420. <http://www.ioa.abstract.publications.pdf> [18 Jan 2007].

Ann-Charlotte, D. E., Ingela, R., Birgit, H. R., Christian, M. & Per-Olof, S. 2004, Having a child with asthma - quality of life for Swedish parents Blackwell Synergy, *J Clin Nurs*, Vol. 13 (3), pp. 386, [Online], Available: <http://www.blackwell-synergy.com> [12 Mac 2007].

Annemarie, M.K., Janine, L.S., Gerrit, J.F.P.H., Ezio, F.C. & Alga, G.F. 2000, The Impact on Family Scale: A Test of Invariance Across Culture, *Journal of Pediatric Psychology*, Vol 25(5): pp. 323-329, [Online], Available: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/full/25/5/323> [23 Feb 2007].

Australian Centre for Asthma Monitoring (ACAM), 2003, Asthma in Australia, *Asthma Series 1*. Canberra: AIHW. [Online], Available: <http://www.aihw.gov.au/publications/acm/miaqlap/miaqlp.pdf> [18 Jul 2006].

Azam, M. N. 2006, Kesihatan Anak: Lelah atau asma pulih sendiri apabila usia meningkat, *Berita Harian Online - Ilmu & Maklumat* (Malaysia), [Online], Available: <http://www.bharian.com.my/m/BHarian/Sunday/Kesihatan/20060702134945/Article/> [14 Jul 2006].

Carl-Axel, H., Staffan, J. & Gunill, H. 2006, A gender perspective on parents' answers to a questionnaire on children's asthma, Stockholm, Sweden, [Online], Available: <http://www.sciencedirect.com> [30 April 2007].

Chua, M.W. 2000, Risk Factors For Recurrent Wheeze in Preschool Children in Kelantan, USM, Kelantan, Malaysia.

Cole, T.J. 1997, Sampling, study size and power: Design Concept in Nutrition Epidemiology, 2<sup>nd</sup> edn, *Oxford University Press*, Oxford.

Elizabeth, L. M., Natalie, W., Sheryl, J. K., Gregory, K. F. & Mary, D. K. 2005, Pediatric Asthma Management in the Family Context: The Family Asthma Management System Scale, [Online], Available: <http://www.ipepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/full/30/6/492> [23 Feb 2007].

Gail, G.S. 2001, Managing Pediatric Asthma: Promoting Best Practice, [Online], Available: [http://www.gerber.com/content/usa/html/pages/pediatricbasics/articles/096\\_02-asthma.htm](http://www.gerber.com/content/usa/html/pages/pediatricbasics/articles/096_02-asthma.htm) [12 Jul 2006].

Gregory, B. D., Leona, M., Elizabeth, A. S., Theresa, T. H. N., Pamela, A. B. & Albert, W.

W. 2000, Nocturnal Asthma in Children Affects School Attendance, School Performance, and Parents' Work, [Online], Available: <http://www.archpedi.ama-assn.com/cgi/content/full/154/9/923> [18 Feb 2007].

Ingela, R., Ann-Charlotte, D.E., Kerstin, S. & Birgit, H. R. 2004, Relations governed by uncertainty: part of life of families of a child with asthma, *Journal of Pediatric Nursing*, Vol. 19 (2) , pp. 85-94, [Online], Available: <http://www.sciencedirect.com> [30 April 2007].

Jill S. H., Lorrie Y. H., Kelly, M. C., Patrick, M. C., Guillermo, M., Tia, L. N. & Peter, G. S. 2005, The Impact of Childhood Asthma on Parental Quality of Life, *Journal of Asthma*, Vol. 41(6), pp. 645-653, [Online], Available: <http://www.informaworld.com> [30 April 2007].

Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Ferrie, P.J., Griffith, L.E. & Townsend, M. 1996, Measuring quality of life in children with asthma. *Quality of Life Research*, Vol. 5: pp. 35-46, [Online], Available: <http://www.goltech.co.uk/PaedAsthma.html> [14 Jul 2006]

Juniper, E.F. 1997. How Important Is Quality of Life in Pediatric Asthma? *Pediatric Pulmonology*, Vol. 15: pp. 17-21.

Klinik Pediatrik, Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM), 7 Jul 2006, Statistik Kedatangan Pesakit Mengikut Kepakaran Klinik Pediatrik dari Jan-Jun 2006, Klinik Pediatrik HUSM, Kelantan.

Kobayashi, A.B. Jun 2006, Measuring Disease Burden: Asthma Caregiver Quality of Life Maternal and Child Health Program, *Health Resources and Services Administration*, U.S., [Online], Available: [www.depts.washington.edu/mchprog//Abstracts/2006/Kobayashi\\_abstract.pdf](http://www.depts.washington.edu/mchprog//Abstracts/2006/Kobayashi_abstract.pdf) [29 Jul 2006].

Lemone, P. & Burke, K. 2004, *Medical-Surgical Nursing. Critical Thinking in Client Care*, 3rd edn, Pearson Education Inc., New Jersey.

Mark, G., Patricia, C., Leanne, P., Margaret, W., Madeleine, K., Rose, A., Deborah, B. & Anne, F. 2004, Measuring the impact of asthma on quality of life in the Australian population. *Australian Institute of Health and Welfare*, Canberra [Online], Available: <http://www.aihw.gov.au/publications/acm/miaqlap/miaqlp.pdf> [18 Jul 2006].

Nicola, J. S., Michael, G. S., Jennifer, J. C. & Peter, B. 2003, Socio-economic differentials in the health-related quality of life of Australian children: results of a national study, [Online], Available: <http://www.publichealth.org/austNZJ/2003/childaustralia.pdf> [18 Feb 2007].

Osman, L.M. , Baxter-Jones, A.D.G. & Helms, P.J. 2001, Parents' quality of life and respiratory symptoms in young children with mild wheeze, [Online], Available: <http://erj.ersjournals.com/cgi/content/full/17/2/254> [11 Januari 2006].

Penyakit Asma–Wikipedia, Jun 2006, [Online], Available: [http://ms.wikipedia.org/wiki/Penyakit\\_Asma](http://ms.wikipedia.org/wiki/Penyakit_Asma) [14 Jul 2006].

Pusat Racun Negara (PRN) USM, 2002, Bilangan 40: Pencemaran Alam Sekitar –

Ancaman Kesehatan Anak Anda, *Buletin umum PRN USM*, [Online], Available:  
<http://www.prn2.usm.my/mainsite/bulletin/2002/penawar40.html> [14 Jul 2006].

Radhiah A. B. 2004, Validation of the Malay Version of PACQLQ, HUSM, Kelantan, Malaysia.

Reichenberg, K. 2001, Children With Asthma and Their Families: Coping, Adjustment, Quality of Life, Nordic School of Public Health, Sweden, [Online], Available:  
[www.asthma.se/dokument/thesis.pdf](http://www.asthma.se/dokument/thesis.pdf) [29 Jul 2006].

Reichenberg, K. & Broberg, A.G. 2001, The Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire in Swedish parents. *Acta Pædiatr*, Vol. 90: pp. 45–50. Stockholm, [Online], Available: [www.asthma.se/swe/dokument/0841.pdf](http://www.asthma.se/swe/dokument/0841.pdf) [14 Jul 2006].

Reichenberg, K. & Broberg, A.G. 2000, Quality of life in childhood asthma: use of the Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire in a Swedish sample of children 7 to 9 years old. *Acta Pædiatr*, Vol. 89: pp. 989–95. Stockholm, [Online], Available: [www.asthma.se/swe/dokument/childhood.pdf](http://www.asthma.se/swe/dokument/childhood.pdf) [14 Jul 2006].

Stedman's Medical Dictionary for the Health Professional and Nursing, 2005, 5<sup>th</sup> edn, Lippincott William & Wilkins, Baltimore, USA.

Swartz, M. K. 2004, Predictors of health related quality of life and family life satisfaction in school age children with asthma, University of Connecticut. [Online], Available: <http://www.ProQuest.com> [30 April 2007].

Sztejn, D., Streett, M., Foster, M., Vibbert, C., Morpew, T. & Bollinger, M.E. 2007, Quality of Life of Caregivers of Underserved Children with Asthma, [Online], Available: <http://www.sciencedirect.com> [30 April 2007].

Thomas, A.O. 2004, MedlinePlus Medical Encyclopedia: Pediatric asthma, *VeriMed Healthcare Network*. [Online], Available: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000990.htm> [12 Jul 2006].

Tinjauan Kualiti Kehidupan Rakyat Malaysia, 2000, [Online], Available: <http://www.epu.ipm.my/Bi/publi/mqli2002/sec1.pdf> [16 April 2007].

Vila, G., Hayder, R., Bertrand, C., Falissard, B., De Blic, J., Mouren-Simeoni, M.C. & Scheinmann, P. 2002, Psychopathology and Quality of Life for Adolescents With Asthma and Their Parents, [Online], Available: <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/full/44/4/319> [29 Jun 2006].

Wan Nazariah W. H. 1999, A Study Into Knowledge of Childhood Asthma in Doctors and Parents in Kota Bharu, USM, Kelantan, Malaysia.

Wikipedia, Paru-paru, [Online], Mac 2006-last update, Available: <http://ms.wikipedia.org/wiki/Paru-paru> [28 Ogos 2006].

William, J. C. 2003, Nocturnal Asthma, Asthma, Allergy, and Airway Research, University of Pittsburgh, [Online], Available: <http://www.chestjournal.org> [30 April 2007].

World Health Organisation (WHO), 2006, Asthma: Facts, [Online], Available: <http://www.who.int/respiratory/asthma/scope/en/index.html> [24 Feb 2007].

Yohannes, A. G., Streatfield, K. & Bost, L. 1998, Child Mortality Patterns in Ethiopia,

*Journal of Biosocial Sciences*, [Online], Available:  
<http://www.unescap.org/esid/psis/population/journal/1998/childmortal.pdf> [1 April  
2007].



# UNIVERSITI SAINS MALAYSIA



## Borang Maklumat dan Keizinan Peserta

**Tajuk kajian:** Kualiti Kehidupan Penjaga kepada Kanak-kanak Berpenyakit Asma di HUSM

**Nama Penyelidik:** Maria Farrah Bt Wahid (77935)

### Pengenalan

Anda dipelawa untuk menyertai satu kajian penyelidikan secara sukarela yang bertajuk 'Kualiti Kehidupan Penjaga kepada Kanak-kanak Berpenyakit Asma di HUSM'. Kajian ini akan dijalankan di kalangan penjaga bagi pesakit asma kanak-kanak. Kajian ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana penyakit asma yang dialami oleh kanak-kanak memberi kesan kepada kualiti kehidupan penjaga. Penyertaan anda dalam kajian ini dijangka mengambil masa 15 minit.

### Objektif kajian

**Objektif am:**

Untuk mengkaji kualiti kehidupan penjaga yang mempunyai anak berpenyakit asma.

**Objektif spesifik:**

1. Untuk mengenalpasti masalah yang dihadapi oleh penjaga kepada kanak-kanak asma dari segi emosi dan aktiviti hidup harian.
2. Untuk mengkaji perkaitan antara faktor demografi penjaga kanak-kanak asma terhadap kualiti kehidupan penjaga.

### Kelayakan Peserta

Penyelidik yang bertanggung jawab dalam kajian ini akan membincangkan kelayakan untuk menyertai kajian ini dengan anda. Adalah penting anda berterus terang dengan penyelidik semasa temubual diadakan. Anda layak menyertai kajian ini jika anda memenuhi syarat berikut:

1. Penjaga kepada kanak-kanak iaitu ibu, bapa, kakak, abang, ibu atau bapa saudara dan nenek atau datuk.

2. Penjaga kepada kanak-kanak yang memenuhi ciri-ciri berikut:

- a) Berumur 12 tahun ke bawah
- b) Menghidap penyakit asma
- c) Tidak meghidap penyakit kronik lain

3. Berumur 18 tahun ke atas

4. Boleh membaca dan memahami Bahasa Malaysia

#### **Prosedur**

1. Individu yang dipilih akan ditemuramah oleh penyelidik semasa di klinik pediatrik atau di wad pediatrik.
2. Individu yang bersetuju akan diminta menandatangani borang keizinan.
3. Peserta akan diberikan borang soal selidik untuk menjawab soalan yang diberikan.
4. Borang yang dijawab akan diambil semula oleh penyelidik sebaik sahaja peserta selesai menjawabnya.

#### **Risiko**

Tiada sebarang risiko yang akan dihadapi oleh responden semasa kajian ini.

#### **Penyertaan dalam kajian**

Penyertaan anda adalah secara sukarela. Ini bermakna anda berhak untuk menolak dari menyertai kajian ini pada bila-bila masa tanpa sebarang hukuman atau kehilangan sebarang manfaat yang sepatutnya diperolehi oleh anda. Penyertaan anda di dalam kajian ini tidak akan mendatangkan apa-apa kemudaratan kepada anda. Jika anda menyertai kajian ini, anda akan diberi satu salinan borang ini sebagai penyimpanan rekod anda.

#### **Manfaat yang mungkin diperolehi**

- Maklumat daripada kajian ini, dapat meningkatkan kesedaran doktor dan jururawat untuk memainkan peranan masing-masing dalam memberikan sokongan dan bantuan kepada ibu bapa atau penjaga yang menjaga kanak-kanak asma, bagi menjamin kualiti kehidupan mereka.
- Maklumat daripada kajian ini, dapat memberi panduan kepada golongan profesional kesihatan untuk meningkatkan kualiti perawatan.

### **Bayaran Penyelidikan**

Anda tidak akan menerima apa-apa bayaran dengan menyertai kajian ini.

### **Soalan**

Sekiranya anda mempunyai sebarang persoalan mengenai kajian ini atau hak-hak anda, sila hubungi:

1. Maria Farrah Bt Wahid (Pelajar, Pusat Pengajian Sains Kesihatan, tel: 012-5723085).
2. Puan Jayah K Pubalan (Pensyarah Kejurawatan, Pusat Pengajian Sains Kesihatan, USM, tel. 012-9297272).
3. En. Hj. Halim Othman (Setiausaha Jawatankuasa Penyelidikan dan Etika, Pusat Pengajian Sains Perubatan, USM, tel. 09-7664107).

### **Kerahsiaan**

- Maklumat yang anda berikan akan dirahsiakan oleh penyelidik dan tidak akan dedahkan secara umum melainkan jika ia dikehendaki oleh undang-undang.
- Data yang diperolehi dari kajian yang tidak mengenalpasti anda secara perseorangan akan diberi kepada pihak penaja dan/atau wakil-wakilnya dan mungkin akan diterbitkan.
- Dengan menandatangani borang persetujuan ini, anda membenarkan penelitian rekod, penyimpanan maklumat dan pemindahan data seperti yang dihuraikan di atas.

### **Tandatangan**

Untuk dimasukkan ke dalam kajian ini anda atau wakil anda yang sah perlu menandatangani serta menarik halaman tanda tangan.

---

**Borang Keizinan Peserta (Halaman Tandatangan)**

---

Tajuk Kajian: Kualiti Kehidupan Penjaga kepada Kanak-kanak Berpenyakit Asma di HUSM

Nama Penyelidik: **Maria Farrah Bt Wahid (77935)**

Untuk menyertai kajian ini, anda atau wakil sah anda mesti menandatangani mukasurat ini.

Dengan menandatangani mukasurat ini, saya mengesahkan yang berikut:

- Saya telah membaca semua maklumat dalam Borang Maklumat dan Keizinan ini, dan saya telahpun diberi masa yang mencukupi untuk mempertimbangkan maklumat tersebut.
- Semua soalan-soalan saya telah dijawab dengan memuaskan.
- Saya, secara sukarela, bersetuju menyertai kajian penyelidikan ini, mematuhi segala prosedur kajian dan memberi maklumat yang diperlukan kepada penyelidik apabila diminta.
- Saya boleh menamatkan penyertaan saya dalam kajian ini pada bila-bila masa.
- Saya telahpun menerima satu salinan Borang Maklumat dan Keizinan ini untuk simpanan peribadi saya.

---

**Nama**

---

**Tandatangan**

---

**No. Kad Pengenalan**

---

**Tarikh**

**Nota: Semua peserta yang mengambil bahagian dalam kajian penyelidikan ini tidak dilindungi oleh insurans**



**PUSAT PENGAJIAN SAINS KESIHATAN  
KAMPUS KESIHATAN KUBANG KERIAN,  
KELANTAN**

**Borang Soal Selidik**

**Bahagian A**

**Data Demografi**

Sila isikan tempat kosong atau tandakan (✓) pada yang berkenaan.

1. **Jantina:** Lelaki ( ) Wanita ( )
2. **Umur:** 18-25 tahun ( ) 46-55 tahun ( )
3. **Bangsa:** Melayu ( ) Cina ( ) India ( ) Lain-lain (sila nyatakan)\_\_\_\_\_
4. **Agama:** Islam ( ) Buddha ( ) Hindu ( ) Kristian ( ) Lain-lain (sila nyatakan)  
\_\_\_\_\_
5. **Status perkahwinan:** Berkahwin ( ) Bercerai/ Janda/ Duda/ Balu ( )
6. **Status penjaga:**
  - Ibu ( ) Bapa ( )
  - Kakak ( ) Abang ( )
  - Nenek ( ) Datuk ( )
  - Ibu saudara ( ) Bapa saudara ( )
7. **Tahap pendidikan tertinggi:** Tidak Bersekolah ( ) Sekolah Rendah ( )  
Sekolah Menengah ( ) Diploma ( ) Ijazah ( ) Lain-lain (sila nyatakan)\_\_\_\_\_
8. **Adakah anda bekerja?:** Ya ( ) Tidak ( )
9. **Adakah pasangan anda bekerja?:** Ya ( ) Tidak ( )
10. **Jumlah pendapatan isi rumah (sebulan):** RM 499-1999 ( )  
RM 2000-3999 ( )  
> RM 4000 ( )

**Bahagian B**

**'Borang Soal Selidik Kualiti Kehidupan Penjaga Kanak-kanak Berpenyakit Asma'  
(Versi Bahasa Melayu)**

Rangkaian soalan ini dibuat untuk meninjau keadaan anda sepanjang menjaga anak anda yang berpenyakit asma. Di sini kami ingin mengetahui dari aspek mana penyakit asma anak anda telah menjejaskan aktiviti harian anda dan bagaimana ia mempengaruhi perasaan anda. Sila jawab setiap soalan dengan menandakan (x) pada kotak yang berkenaan. Anda hanya dibenarkan menandakan satu kotak sahaja untuk setiap soalan.

**Item Fungsi Emosi  
(1-9)**

	1	2	3	4	5	6	7
	Teramat -amat bimbang	Sangat bimbang	Agak bimbang	Bimbang juga	Sedikit bimbang	Hampir tidak bimbang	Tidak bimbang langsung
1. Adakah anda bimbang tentang kemampuan anak anda melakukan aktiviti hariannya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Adakah anda bimbang tentang ubat asma anak anda dan kesan sampingannya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Adakah anda bimbang tentang sikap anda yang terlalu mengongkong anak anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Adakah anda bimbang tentang kemampuan anak anda menikmati kehidupan biasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1 Sepanjang masa	2 Kebanyakan masa	3 Agak kerap	4 Kadang- kadang	5 Jarang- jarang	6 Hampir tidak pernah	7 Tidak pernah
5. Berapa kerapkah anda berasa tidak berdaya atau takut bila anak anda mengalami batuk, nafas berbunyi atau sukar bernafas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Berapa kerapkah anda berasa kecewa atau kurang sabar kerana anak anda meragam disebabkan oleh penyakit asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Berapa kerapkah anda merasa susah hati kerana anak anda batuk, nafas berbunyi atau sukar bernafas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Berapa kerapkah anda terganggu atau mengambil kisah kerana penyakit asma anak anda mengganggu hubungan kekeluargaan keluarga anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Berapa kerapkah anda merasa marah kerana anak anda menghadapi penyakit asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Item Pembatasan Aktiviti (10-13)	1 Sepanjang masa	2 Kebanyakan masa	3 Agak kerap	4 Kadang- kadang	5 Jarang- jarang	6 Hampir tidak pernah	7 Tidak pernah
10. Berapa kerapkah keluarga anda perlu mengubah perancangan kerana penyakit asma anak anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Berapa kerapkah penyakit asma anak anda mengganggu pekerjaan anda di tempat kerja atau di rumah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Berapa kerapkah anda mengalami kesukaran tidur pada waktu malam kerana penyakit asma anak anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Berapa kerapkah anda terjaga pada waktu malam kerana penyakit asma anak anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Our. Ref.: USM/PPSP@/Ethics Com./2006(183.4.6(12))

Date : 6 December 2006

Maria Farrah Wahid  
School of Health Sciences  
Health Campus  
Universiti Sains Malaysia  
16150 Kubang Kerian  
KELANTAN

Dear Mr/Mrs ,

**APPLICATION FOR ETICAL APPROVAL**

**Protocol/ Research Title: Kualiti hidup Ibu bapa atau penjaga kepada kanak-kanak berpenyakit asma**

I refer to your application of 10 August 2006.

I am pleased to inform you that the Research & Ethics Committee, School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia has met on 22 November 2006 and has approved in principle the protocol study of the above title.

**Research Center : Hospital Universiti Sains Malaysia**

**Date Start : December 2006**

**Duration : 6 months**

**Number of Samples : 383 subjects**

**Name of Principal Researcher : Maria Farrah Wahid**

**Supervisor : Mrs. Jayah K.Pubalan**

**Co-Supervisor : NA**

**Financial Support : NA**

The following item (✓) have been received and reviewed and in connection with the above study to be conducted by the above investigator

- (✓) Clinical Study Protocol (Dated : November 2006)
- (✓) Patients Information Sheet  
 ( ) English Version (Dated : - )  
 (✓) Malay Version (Dated : - )  
 ( ) Other (Dated : - )
- (✓) Consent Form  
 ( ) English Version (Dated : - )  
 (✓) Malay Version (Dated : - )  
 ( ) Other (Dated : - )
- ( ) Investigator's Brochure (Dated : - )  
 ( ) Letter of Indemnity (Dated : - )  
 ( ) Payment Method (Dated : - )  
 ( ) Method of Advertisement

Members of the Research & Ethics Committee who reviewed the above protocol/documents are as follows:

Member (Title and Name)	Occupation (Designation)	Male/ Female (M/F)	Tick (✓) if present when above items, were reviewed
<b>Chairperson :</b> Prof. Abdul Aziz Baba	Dean, School of Medical Sciences	M	x
<b>Secretary :</b> Mr. Halim Othman Mr. Mat Ludin Che Mat	Scientific Officer (Senior Chief) Scientific Officer (Senior)	M M	✓ x
<b>Members :</b>			
1. Dato' Hj. Wan Mohamed Yusoff	Ex-State Secretary of Kelantan	M	✓
2. Assoc. Prof. Mustaffa Musa	Act. Deputy Dean (Research) School of Medical Sciences	M	✓ (Chairperson)
3. Prof. Mohd Shukri Othman	Deputy Dean (Post Graduate Study & Professional Training)	M	x
4. Prof. Harbindar Jeet Singh	Head of Physiology Department	M	x
5. Dr. Zainul Ahmad Rajion	Lecturer School of Dental Sciences	M	x
6. Prof. Jafri Malin Datuk Abdullah	Head of Neuroscience Department	M	✓

7.	Assoc. Prof. Hasnan Jaafar	Head of Pathology Department	M	x
8.	Assoc. Prof. Nik Zainal Abidin Nik Ismail	Lecturer, Pediatrics Department	M	✓
9.	Assoc. Prof. Syed Hatim Noor	Coordinator, Biostatistic & Research Methodology Unit	M	✓
10.	Assoc. Prof. Zalina Ismail	Lecturer, School of Health Sciences	F	x
11.	Prof. Wan Abdul Manan Wan Muda	Lecturer, School of Health Sciences	M	✓
12.	Madam Siti Hawa Ali	Lecturer, School of Health Sciences	F	x
13.	Dr. Noor Hayati Abdul Razak	Lecturer, School of Dental Sciences	F	✓
14.	Dr. Rosdi Mohamed	Representative to Dr. Zaidun Kamari, Director HUSM	M	✓
15.	Datin Dr.Hjh. Aesah @ Zaharah Hj. Awang	Director, Hospital Raja Perempuan Zainab 2	F	x
16.	Hj. Ismail Hassan	Ex-USM Linguistic Teacher	M	✓

Please submit your **Progress Report** (6 monthly after commence) and a **Final Report** upon completion of the research to Chairman of Research & Ethics Committee, School of Medical Sciences, Health Campus.

Thank you.

**"GLOBAL COMPETITIVENESS : OUR COMMITMENT"**

Yours sincerely,

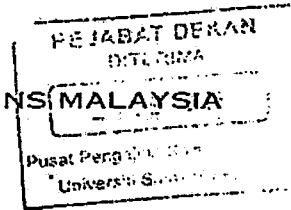
  
**(PROFESSOR. ABDUL AZIZ BABA)**  
 Chairman of Research & Ethics Committee

c.c Secretary of Research & Ethics Committee

tinjauan doc kelulusan etika



HOSPITAL UNIVERSITI SAINS MALAYSIA  
PEJABAT PENGARAH



Ruj. Kami : HUSM/11/020 Jld. 1  
Tarikh : 26 Disember 2006

Prof. Madya Pim Chau Dam  
Timbalan Dekan [Akademik & Pembangunan Pelajar]  
Pusat Pengajian Sains Kesihatan  
Kampus Kesihatan Universiti Sains Malaysia

Tuan,

**MEMOHON KEBENARAN MENJALANKAN PROJEK PENYELIDIKAN**

Saya adalah merujuk kepada surat tuan bertarikh 18 Disember 2006 mengenai perkara di atas.

2. Sukacita dimaklumkan bahawa pihak Pengurusan Hospital ini telah meluluskan permohonan untuk pelajar-pelajar tuan seperti di lampiran menjalankan projek tersebut di Hospital ini tertakluk kepada syarat-syarat sedia ada seperti berikut:

- 2.1 Telah mendapat kebenaran daripada pesakit
- 2.2 Identiti pesakit dan keluarga hendaklah dirahsiakan
- 2.3 Gambar-gambar langsung [secara jelas] yang melibatkan pesakit tidak boleh diambil
- 2.4 Sebarang bentuk laporan mengenai penyelidikan ini tidak boleh diterbitkan tanpa kebenaran bertulis dari Pengarah Hospital ini.
- 2.5 Data-data yang dikumpulkan hanya dibenarkan untuk perbincangan akademik sahaja.

3. Sehubungan itu, tuan/pelajar-pelajar tuan adalah diminta supaya dapat berhubung terus dengan pihak-pihak berkenaan untuk urusan selanjutnya.

Sekian, terima kasih.

**"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"**

  
[DR. ZAIDUN KAMARI]  
Pengarah

*Penj. Program Kejuruteraan & P. Kesihatan (Med).*

*Gik Nazri, - untuk makluman & tindakan.  
Untuk makluman & tindakan & filing TR KUP 4/1/2007*

*Jp. 2/1/07*