

ILMU PENGETAHUAN, ATITUD DAN PRAKTIS KELUARGA DALAM
KOMUNIKASI DAN INTEGRASI SOSIAL PESAKIT STROK

NIK NOR HARAMAINI BT NIK ABDUL GHANI

Disertasi ini dikemukakan sebagai memenuhi sebahagian daripada syarat penganugerahan

Ijazah Sarjana Muda Sains (Patologi Pertuturan)

Mei 2015

PENGIKTIRAFAN

Dengan nama Allah Yang Maha Pemurah lagi Maha Penyayang.

Pertama kali, saya ingin melahirkan rasa terima kasih dan syukur kepada Allah s.w.t kerana memberi kekuatan dan pertolongan dalam menyiapkan kajian ini. Saya juga ingin merakamkan ucapan jutaan terima kasih kepada *supervisor* saya, Dr Geshina Ayu Mat Saat, Pensyarah Sains Kesihatan, Universiti Sains Malaysia atas segala bantuan, sokongan, galakan, nasihat dan sumbangan masa serta idea sepanjang kajian ini dijalankan. Ucapan terima kasih juga kepada Dr Wong Tze Peng, Pensyarah *School of Education*, University of Nottingham Malaysia, selaku co-supervisor saya atas segala bantuan dan tunjuk ajar. Seterusnya, kepada bahagian Pusat Rehabilitasi Fisioterapi dan Terapi Cara Kerja Hospital Universiti Sains Malaysia, ucapan terima kasih dihulurkan atas segala bantuan dan kerjasama sepanjang lawatan saya di tempat mereka.

Selain itu, saya juga ingin melahirkan ucapan terima kasih kepada kedua ibu bapa dan keluarga atas segala doa, sokongan yang diberikan. Untuk rakan-rakan seperjuangan, terima kasih atas segala sokongan serta kesudian dalam meluangkan masa membantu saya dalam menyiapkan kajian ini. Akhir sekali, penghargaan diberikan kepada semua responden dan mereka yang terlibat secara langsung dan tidak langsung dalam kajian ini.

ISI KANDUNGAN

PERAKUAN PENGESAHAN	ii
PENGIKTIRAFAN	iii
ISI KANDUNGAN	iv
SENARAI SINGKATAN	viii
SENARAI GAMBARAJAH	ix
SENARAI JADUAL	x
ABSTRAK	xi
BAB 1: PENGENALAN	1
1.0 Pengenalan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Penyataan Masalah	5
1.3 Rasional Kajian	6
1.3.1 Kesedaran tentang keperluan ilmu pengetahuan dalam pengurusan jangka panjang pesakit strok perlu lebih ditingkatkan	7
1.3.2 Bebanan penjaga dalam merawat pesakit strok perlu dikaji	8
1.3.3 Komunikasi di antara ahli keluarga atau penjaga dan pesakit strok perlu di atasi	9
1.3.4 Integrasi sosial pesakit strok terbatas	9
1.4 Objektif Kajian	10
1.4.1 Objektif Am	10
1.4.2 Objektif Khusus	11
1.5 Soalan Kajian	12
1.6 Hipotesis Kajian	122
1.7 Definisi Terma	14
1.7.1 Strok	14
1.7.2 Ahli keluarga atau penjaga	14
1.7.3 Ilmu Pengetahuan	14
1.7.4 Atitud	15
1.7.5 Praktis	15
1.7.6 Komunikasi	16
1.7.7 Integrasi Sosial	16

1.8	Kepentingan Kajian	16
1.9	Struktur Projek Tahun Akhir (Pta)	18
BAB 2: SEMAKAN BACAAN/ LITERATUR		19
2.1	Pengenalan	19
2.2	Strok Dan Pengetahuan Yang Berkaitan	19
2.2.1	Prevalen Strok	19
2.2.2	Jenis Strok	20
2.2.3	Masalah Pertuturan Sebagai Kesan Serangan Strok	20
2.3	Kesan Afasia Berikutan Strok Terhadap Ahli Keluarga Atau Penjaga	21
2.3.1	Masalah berkaitan penjagaan pesakit strok	22
2.3.2	Penurunan kualiti hidup penjaga pesakit strok	22
2.3.3	Perkaitan emosi, pengetahuan dan kemahiran komunikasi	23
2.3.4	Konflik peranan	23
2.3.5	Rangkaian sokongan dan perkembangan positif	24
2.4	Ilmu Pengetahuan, Atitud Dan Praktis Keluarga Dalam Komunikasi Dan Integrasi Sosial Pesakit Strok Di Malaysia Dan Negara Lain	24
2.4.1	Ilmu pengetahuan pengurusan pesakit strok di peringkat primari/utama	25
2.4.2	Ilmu pengetahuan di kalangan pesakit bukan strok tentang faktor-faktor risiko untuk strok, tanda-tanda amaran, dan tindakan awal	26
2.4.3	Praktis dalam intervensi dan komunikasi	27
2.4.4	Praktis komunikasi di antara ahli keluarga dan pesakit strok	28
2.4.5	Atitud terhadap keperluan komunikasi	28
2.4.6	Atitud terhadap penjagaan	29
2.5	Kerangka Teori	30
2.5.1	Teori Pembelajaran	30
2.5.2	Teori Berlo	34
2.6	Rumusan	37
BAB 3 : METODOLOGI KAJIAN		38
3.1	Pengenalan	38
3.2	Kaedah Kajian	38
3.2.1	Pendekatan kajian	38
3.2.2	Strategi kajian	38
3.2.3	Ufuk masa kajian	39
3.3	Lokasi Kajian	39
3.4	Kriteria Subjek Kajian	40
3.5	Kaedah Persampelan	40
3.6	Instrumen Kajian	41
3.6.1	Bahagian A: Demografi	41

3.6.2	Bahagian B : Ilmu Pengetahuan tentang Strok	42
3.6.3	Bahagian C: Attitud ahli keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok.	42
3.6.4	Bahagian D : Praktis ahli keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok	42
3.6.5	Bahagian E : Kebolehan komunikasi pesakit strok	43
3.6.6	Bahagian F : Kebolehan integrasi sosial pesakit strok	43
3.7	Kajian rintis (<i>pilot study</i>)	43
3.7.1	Proses penterjemahan	43
3.7.2	Proses Pengesahan	44
3.7.2.1	Pengesahan kandungan (<i>content validity</i>)	44
3.7.2.2	Pengesahan muka (<i>face validity</i>)	44
3.8	Kaedah Pengumpulan Data	45
3.9	Perkiraan Saiz Sampel	46
3.10	Analisis Data	47
3.10.1	Statistik deskriptif (<i>Descriptive statistic</i>)	47
3.10.2	<i>Multiple Regression (MR)</i>	48
3.10.3	<i>Ordinal Regression (OR)</i>	48
3.11	Etika kajian	48
3.11.1	Penyertaan dan kebenaran	49
3.11.2	Risiko dan privasi	49
3.12	Rumusan	49
BAB 4:	DATA ANALISA	50
4.1	Pengenalan	50
4.2	Demografi Responden	50
4.2.1	Jantina responden	50
4.2.2	Umur responden	50
4.2.3	Tahap pendidikan responden	52
4.2.4	Hubungan dengan pesakit	52
4.2.5	Umur pesakit	52
4.2.6	Jenis strok	53
4.2.7	Tempoh pengalaman menjaga pesakit strok	53
4.3	Objektif Pertama, Kedua Dan Ketiga	54
4.3.1	Ilmu Pengetahuan Ahli Keluarga Berkaitan Strok	54
4.3.2	Atitud Ahli Keluarga Dalam Komunikasi Dan Integrasi Sosial Pesakit Strok	55
4.3.3	Praktis Ahli Keluarga Dalam Komunikasi Dan Integrasi Sosial Pesakit Strok	56
4.4	Keputusan <i>Ordinal Regression (Or)</i>	57
4.5	Analisa Hipotesis Kajian	61
4.5.1	Hipotesis Pertama	61
4.5.2	Hipotesis Kedua	62
4.5.3	Hipotesis Ketiga	63
4.5.4	Hipotesis Keempat	63

4.5.5 Hipotesis Kelima	64
4.5.6 Hipotesis Keenam	64
4.6 Rumusan	65
BAB 5: PERBINCANGAN	66
5.1 Pengenalan	66
5.2 Objektif Pertama	66
5.3 Objektif Kedua	67
5.4 Objektif Ketiga	69
5.5 Hipotesis Kajian	69
BAB 6 : KESIMPULAN	72
6.1 Pengenalan	72
6.2 Batasan kajian	72
6.2.1 Permasalahan mendapat kelulusan menjalankan kajian	72
6.2.2 Isu persampelan	73
6.3 Kekangan kajian setelah data di analisa	74
6.4 Kesimpulan	75
RUJUKAN	77
APENDIK	81

SENARAI SINGKATAN

KKM	:	Kementerian Kesihatan Malaysia
AKH	:	Aktiviti Kehidupan Harian
PTA	:	Projek Tahun Akhir
TP	:	Teori Pembelajaran
TPS	:	Teori Pembelajaran Sosial
OR	:	<i>Ordinal Regression</i>
MR	:	<i>Multiple Regression</i>

SENARAI GAMBARAJAH

Gambarajah		Muka surat
2.0	Kerangka teori	30
2.1	Fasa teori pembelajaran sosial	32
2.2	Model SMCR	35
3.0	Carta aliran kajian	46
3.1	Formula pengiraan saiz sampel menggunakan <i>Sample Size Raosoft Calculator</i>	47
4.0	Sumber maklumat ilmu pengetahuan berkaitan strok	55

SENARAI JADUAL

Jadual		Muka surat
2.0	Servis rehabilitasi yang digunakan oleh pakar perubatan keluarga dalam pengurusan pesakit strok	26
3.0	Kriteria subjek kajian	40
3.1	Analisa Faktor Instrumen Kajian	45
4.0	Maklumat demografi responden	51
4.1	Deskriptif analisa ilmu pengetahuan	54
4.2	Deskriptif analisa atitud ahli keluarga	56
4.3	Deskriptif analisa praktis ahli keluarga	57
4.4	Tahap ilmu pengetahuan berkaitan strok	58
4.5	Tahap atitud ahli keluarga terhadap pesakit strok	58
4.6	Tahap praktis ahli keluarga terhadap pesakit strok	59
4.7	Kebolehan komunikasi pesakit strok	60
4.8	Integrasi sosial pesakit strok	60
4.9	<i>Model fit information</i> Hipotesis satu	61
4.10	<i>Model fit information</i> Hipotesis kedua	62
4.11	<i>Model fit information</i> Hipotesis ketiga	63
4.12	<i>Model fit information</i> Hipotesis keempat	63
4.13	<i>Model fit information</i> Hipotesis kelima	64
4.14	<i>Model fit information</i> Hipotesis keenam	65

ILMU PENGETAHUAN, ATITUD DAN PRAKTIS KELUARGA DALAM KOMUNIKASI DAN INTEGRASI SOSIAL PESAKIT STROK

ABSTRAK

Kajian ini bermatlamat untuk mengetahui hubungkait antara ilmu pengetahuan, atitud dan praktis keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok. Salah satu aspek penting dalam pengurusan dan pemulihan pesakit strok ialah sokongan daripada keluarga. Kajian literatur barat menunjukkan kebanyakan keluarga mempunyai anggapan yang salah atau tidak tepat mengenai penyakit strok dan secara langsung mempunyai impak yang negatif terhadap proses pemulihan dan terapi pesakit. Dengan adanya pengetahuan mengenai strok, hal ini akan mempengaruhi atitud dan praktis keluarga terhadap komunikasi dan integrasi sosial pesakit serta membantu pemulihan rehabilitasi pesakit. Malangnya, sehingga kini maklumat mengenai kecelesan ilmu pengetahuan, atitud dan praktis keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok masih kabur. Keadaan ini menjadi justifikasi kajian dilakukan. Reka bentuk kajian ini adalah kajian rentas (*cross-sectional study*). Responden dipilih berdasarkan kelayakan kriteria yang telah ditetapkan. Kajian dijalankan dalam bentuk soal selidik. Data dikumpulkan di Hospital Universiti Sains Malaysia. Kaedah analisis data adalah statistik deskriptif dan *ordinal regression*. Keputusan menunjukkan tahap ilmu pengetahuan ahli keluarga berkaitan strok, atitud dan praktis ahli keluarga terhadap pesakit strok pada tahap yang baik. Namun begitu, dapatan kajian menunjukkan tiada hubungkait antara ilmu pengetahuan, atitud dan praktis ahli keluarga atau penjaga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok. Perbincangan meninjau dapatan kajian dalam konteks Malaysia.

BAB 1: PENGENALAN

1.0 PENGENALAN

Projek tahun akhir ini melaporkan dapatan kajian berhubungkait ilmu pengetahuan, atitud dan praktis keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok. Sehubungan dengan itu, bab pengenalan ini terbahagi kepada lapan bahagian. Pertama, latarbelakang strok di Malaysia dan arena global diterangkan melalui aspek prevalen dan kesan terhadap kehidupan harian pesakit. Kedua, rasional kajian dibentangkan.

Bahagian ketiga menerangkan objektif kajian termasuklah objektif am dan objektif khusus manakala bab keempat berkaitan soalan kajian. Fokus bahagian kelima dan enam adalah berkaitan penyata masalah dan hipotesis kajian. Bahagian ketujuh menerangkan definisi bagi setiap terma yang digunakan dalam kajian ini. Akhir sekali, kepentingan kajian dinyatakan dalam bahagian kelapan.

1.1 LATAR BELAKANG

Strok merupakan satu insiden kecemasan perubatan (Intercollegiate Stroke Working Party, 2012). Mengikut statistik yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) (2009), strok adalah pembunuh kelima selepas kanser dan pneumonia (Saidin, Hj Rahmat, Abdullah, & A.Rahman, 2009). Pada tahun 2020, dijangkakan sebanyak 52,000 kes strok dilaporkan di Malaysia (Sowtali, Mohamed, & Harith, 2013).

Menurut Donna, Fisher, Macleod, & Davis (2008), kira-kira $\frac{1}{4}$ daripada pesakit strok mati dalam tempoh sebulan, kira-kira $\frac{1}{3}$ dalam masa enam bulan, dan $\frac{1}{2}$ dalam masa setahun selepas diserang strok. Berdasarkan maklumat daripada Young & Foster (2007), 40% daripada mangsa strok tidak dapat mengekalkan kefungsi badan seperti mana sebelum serangan strok. Malah, dianggarkan di antara 25% dan 74% daripada 50 juta pesakit strok di seluruh dunia memerlukan bantuan atau bergantung sepenuhnya kepada penjaga untuk Aktiviti Kehidupan Harian (AKH) (Miller, Murray, Richards, Zorowitz, Bakas, Clark, & Billinger, 2010).

Berkaitan dengan AKH, Murray, Vos, Lozano, Naghavi, Flaxman, Michaud, Ezzati, Shibuya et al (2013) mendapati masalah AKH disebabkan oleh strok di seluruh dunia telah meningkat dari 86,010 pada tahun 1990 kepada 102,232 pada tahun 2010. Kajian ini juga mendapati secara purata, strok telah berpindah daripada menjadi punca yang kelima paling biasa AKH dikurangkan pada tahun 1990 kepada ketiga dalam tahun 2010 (Ibid). Dapatan ini mencerminkan pertukaran fokus beban global penyakit daripada a) penyakit berjangkit kepada penyakit tidak berjangkit dan b) kematian awal kepada hidup bersama ketidakupayaan yang memerlukan pengurusan yang berterusan.

Strok boleh memberi kesan kepada komunikasi dan sosial integrasi pesakit strok dan secara tidak langsung juga memberi kesan kepada ahli keluarga terdekat atau penjaga. Hal ini berlaku kerana individu yang mengalami strok mengalami beberapa perubahan seperti perubahan emosi, persepsi, personality, masalah fizikal dan sebagainya (The Stroke Association, 2012). Perubahan yang berlaku terhadap individu strok ini menghadkan

kebolehan individu tersebut untuk berkomunikasi dan bersosial seperti sediakala (Ibid). Oleh itu, penting untuk ahli keluarga terdekat atau penjaga individu strok mempunyai ilmu pengetahuan berkaitan strok, cara menangani dan berkomunikasi bagi membantu mengatasi limitasi AKH yang dihadapi oleh individu strok.

Salah satu aspek penting dalam pengurusan dan pemulihan pesakit strok ialah sokongan daripada keluarga. Keluarga pesakit strok merupakan perawat yang penting. Kerana mereka adalah saudara yang terdekat kepada pesakit dan meluangkan masa yang lebih bersama pesakit. Pelbagai peranan yang dimainkan oleh penjaga terhadap pesakit strok (Gibson, Mary Jo; A. Kelly, Kathleen; K. Kaplan, Alan, 2012). Peranan-peranan yang dinyatakan dalam laporan Wolff (2007) merangkumi lima aspek, iaitu penjagaan secara langsung (*direct care provision*), sokongan emosi (*emotional support*), koordinasi penjagaan (*care coordination*), advokasi (*advocacy*) dan bantuan kewangan (*financial help*). Penjaga juga berperanan membantu mengawal (*monitor*) status kesihatan pesakit, memberi sokongan dan semangat kepada pesakit, membawa pesakit untuk mendapatkan rawatan dan sebagainya (Gibson, Kathleen A, Kelly, & Kaplan, 2012).

Namun, hasil kajian dari luar negara (Sowtali, Mohamed, & Harith, 2013) menunjukkan kebanyakan pesakit strok dan perawat keluarga kurang jelas tentang faktor gaya hidup selepas strok, termasuklah AKH dan punca strok. Kebanyakan keluarga menganggap penyakit strok tidak dapat disembuhkan dan pesakit menderita seumur hidup. Ini secara tidak langsung menyukarkan langkah pencegahan serangan strok berulang bagi individu yang telah mendapat serangan strok.

Tanggapan seperti di atas perlu di atasi kerana dengan rawatan yang baik, ketidakupayaan pasca strok dapat diminimalkan. Dalam hal rawatan pesakit strok di rumah, keluarga berperanan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pesakit untuk berdikari, meningkatkan rasa percaya diri pesakit, dan mencegah terjadinya serangan ulangan strok. Proses pemulihan di rumah ini memerlukan pemahaman keluarga tentang strok, apa yang dapat dilakukan keluarga mengenai masalah yang mungkin timbul akibat strok dan cara keluarga mengatasinya.

Pengetahuan mengenai strok mempengaruhi atitud dan praktis keluarga terhadap komunikasi dan integrasi sosial pesakit serta membantu pemulihan rehabilitasi pesakit. Malangnya, kajian lepasan oleh Veenedaalet et al (2000) dan Loganetal (2001) terhadap penjaga pesakit strok di United Kingdom mendapati kebanyakan penjaga tidak mempunyai pengetahuan yang cukup berkaitan strok dan cara penjagaan dan mereka juga menyatakan hasrat untuk mendapat informasi atau maklumat lebih berkaitan strok (Low, Payne, & Roderick, 2009). Berdasarkan hasil kajian-kajian ini, adalah penting untuk pegawai-pegawai kesihatan seperti Pegawai Pertuturan memberi pendidikan berkaitan strok, kesan strok terhadap komunikasi dan sosial kepada para penjaga dengan cara atau melalui kaedah pendidikan keluarga (*family education*). Hal ini kerana, pengetahuan berkaitan strok dalam kalangan penjaga akan memberi kesan kepada komunikasi dan integrasi sosial pesakit serta memberi kesan kepada kualiti hidup penjaga dan pesakit. Berdasarkan latar belakang di atas, kajian ini bermatlamat mengkaji hubungkait antara ilmu pengetahuan, atitud dan praktis keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok di Kelantan.

1.2 PENYATAAN MASALAH

Bahagian ini berkaitan penyata masalah. Penyata masalah berhubung dengan objektif kajian. Terdapat tiga penyata masalah di dalam kajian ini.

1.2.1 Ilmu pengetahuan berkaitan strok tidak mencukupi dalam kalangan penjaga

Jarou, Harris, Gill, Azizi, & Labril (2013) menyatakan satu pertiga daripada pesakit dilaporkan lewat mendapatkan rawatan kerana mereka dan orang terdekat atau penjaga menunggu untuk melihat tanda-tanda yang lebih teruk. Hal ini menyebabkan kadar rawatan rendah. Isu lewat atau lambat mendapatkan rawatan ini ada hubung kait dengan ilmu pengetahuan berkaitan strok (Jarou, Harris, Gill, Azizi, & Labril, 2013).

Kajian telah menunjukkan bahawa $\frac{1}{4}$ daripada orang ramai tidak boleh menamakan faktor risiko tunggal atau amaran tanda strok (Ibid). Penemuan ini menunjukkan ilmu pengetahuan orang awam di tempat kajian tersebut adalah tidak cukup atau cetek. Walau bagaimanapun, tahap ilmu pengetahuan berkaitan strok dalam kalangan penjaga pesakit strok di Kelantan masih belum dapat dikenal pasti sehinggalah kajian ini dijalankan.

1.2.2 Atitud ahli keluarga atau penjaga terhadap pesakit strok adalah lemah

Kehadiran gejala kemurungan dalam kalangan penjaga dikaitkan dengan skor yang lebih rendah dalam kualiti hidup pesakit strok (Jennifer & Gebhard, 2009). Atitud ini menyebabkan kurang komunikasi dalam keluarga dan juga mempengaruhi penyertaan pesakit strok dalam sosial (Ibid). Merujuk kepada kajian tersebut, atitud penjaga berkemungkinan memberi kesan terhadap komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok.

Namun begitu, jangkaan tersebut berkaitan atitud mempengaruhi komunikasi dan integrasi sosial belum dapat dipastikan sehingga kajian ini dijalankan. Definisi atitud serta pengelasannya yang dikaji dalam kajian ini dihuraikan dalam bahagian 1.7.4 dan bahagian kajian literature 2.3.5 dan 2.3.6.

1.2.3 Praktis ahli keluarga atau penjaga terhadap pesakit strok

Bagi seseorang individu yang mempunyai afasia berikutan strok, perubahan dalam status komunikasi yang dialaminya boleh mengubah persepsi terhadap identiti diri (Jakeway, 2012). Perubahan yang berlaku berikutan strok dalam individu pesakit strok juga menyebabkan perubahan dalam praktis keluarga terhadap beliau (Ibid). Perubahan ini boleh menjadi satu masalah sekiranya penjaga tidak dapat adaptasi dengan cabaran dalam penjagaan pesakit strok serta memberi kesan kepada pesakit strok tersebut sama ada dalam komunikasi mahupun integrasi sosial (Ibid). Ahli keluarga atau penjaga perlu melakukan beberapa perubahan dalam praktis mereka untuk kesesuaian individu pesakit strok. Sebagai contoh bagi mengatasi masalah kemurungan dan sosial pesakit strok, ahli keluarga atau penjaga perlu praktis sentiasa melibatkan pesakit strok dalam aktiviti luar.

1.3 RASIONAL KAJIAN

Bahagian ini mengenengahkan empat rasional kajian. Rasional pertama ialah kesedaran tentang keperluan ilmu pengetahuan dalam pengurusan jangka panjang pesakit strok. Rasional kedua ialah bebanan penjaga dalam merawat pesakit strok. Rasional ketiga ialah komunikasi di antara ahli keluarga atau penjaga dan pesakit strok. Manakala rasional keempat ialah integrasi sosial pesakit strok.

1.3.1 Kesedaran tentang keperluan ilmu pengetahuan dalam pengurusan jangka panjang pesakit strok perlu lebih ditingkatkan

Dapatan kajian lepas menunjukkan kesedaran keperluan maklumat dalam kalangan pesakit strok dan penjaga membantu dalam pengurusan jangka panjang pesakit strok (Hafsteinsdóttir, Vergunst, Lindeman, & Schuurmans, 2011; Forster, Brown, & Smith, 2012). Malah, pesakit strok dan penjaga yang mempunyai ilmu pengetahuan berkaitan strok mempunyai tahap kepuasan hidup yang lebih baik berbanding dengan pesakit strok dan penjaga yang tidak mempunyai ilmu pengetahuan (Forster, Brown, & Smith, 2012). Sebagai contoh, mampu mengurangkan tahap kemurungan pesakit, penjaga, atau ahli keluarga.

Kesedaran ilmu pengetahuan kepada pesakit strok dan penjaga juga memerlukan kerjasama daripada para profesional kesihatan. Penyediaan maklumat oleh pihak profesional secara aktif, seperti penawaran kepada pesakit atau penjaga untuk bertanya soalan memberi peluang untuk penyebaran maklumat baru dan penting kepada mereka (Ibid). Prihatin dengan keperluan pengurusan berterusan bagi pesakit strok, terdapat beberapa garis panduan yang boleh dirujuk, sebagai contoh kerja yang dilakukan oleh Lindsay, Furie, Davis, Donnan, & Norrving (2014) dan Bayley, Phillips, Lindsay, Gubitz, Smith, Côté, & Hill (2015). Walaubagaimapun, sehingga sebelum kajian ini dilakukan; di Malaysia tidak terdapat maklumat mengenai tahap ilmu pengetahuan di kalangan penjaga yang mengurus pesakit strok.

1.3.2 Bebanan penjaga dalam merawat pesakit strok perlu dikaji

Kajian-kajian juga mula menekan aspek beban penjaga dan kekurangan sokongan penjaga atau keluarga (sila rujuk: Zuraida, Zefarina, & Geshina, 2013). Ini bererti, selain daripada pemfokusan pendekatan pesakit (*patient-focused approach*) dalam pemulihan strok, perhatian perlu kepada pendekatan penjaga pesakit (*caregiver-focused approach*). Hal ini kerana penjaga atau keluarga adalah orang penting dalam proses pemulihan dan jangka panjang kesejahteraan pesakit strok (McCullagh, Brigstocke, Donaldson, & Kalra, 2005; Zuraida, et al, 2013).

Menurut McCullagh et. al. (2005), bebanan penjaga dalam merawat pesakit strok ditentukan oleh kebimbangan pesakit dan penjaga dan bukannya dengan tahap ketidakupayaan, umur, atau jantina pesakit. Tahap kebimbangan penjaga atau keluarga akan berkurangan dengan pertambahan masa (McCullagh, et. al., 2005). Selain daripada itu, kualiti kehidupan penjaga pesakit strok juga terjejas. McPherson, Wilson, Chyurlia, & Leclerc (2011) dan Godwin, Ostwald, Cron & Wasserman (2013) mendapati penjaga pesakit strok terus mengalami penurunan kualiti kehidupan berdasarkan kombinasi kehilangan kebebasan, pertambahan kesusahan, kemurungan yang berpanjangan, dan tuntutan fizikal dalam mengurus keperluan pesakit.

Namun demikian, setelah kajian antara tahun 2009-2015 dikaji, sedikit sahaja penyelidikan telah dijalankan yang bertumpu kepada memahami fenomena penjaga dan aspek-aspek emosi atau psikologi penjagaan keluarga kepada pesakit strok. Ini terutamanya dalam konteks Malaysia. Kekangan ini menjadi satu rasional perlunya kajian ini dilakukan

untuk mengenalpasti ilmu pengetahuan, atitud dan praktis keluarga dalam komunikasi dan sosial integrasi pesakit strok. Hal ini kerana, ilmu pengetahuan, atitud dan praktis keluarga terhadap pesakit strok penting dalam proses rehabilitasi dan terapi pesakit.

1.3.3 Masalah komunikasi di antara ahli keluarga atau penjaga dan pesakit strok perlu di atasi

Lumpuh anggota badan dan masalah pertuturan merupakan kesan paling ketara akibat strok (Nik Husain, et al., 2014). Kesan-kesan ini akan menimbulkan banyak masalah dalam aktiviti-aktiviti harian seperti pengurusan sendiri, komunikasi berkesan dengan orang lain dan sebagainya. Secara tidak langsung, hal ini akan memberi impak negatif dalam komunikasi di antara ahli keluarga atau penjaga dan pesakit strok.

Masalah pertuturan yang dihadapi oleh pesakit strok bergantung kepada tahap keterukan strok yang dihadapi. Keupayaan pesakit strok untuk bertutur seperti sedia kala adalah proses pemulihan yang panjang dan memerlukan kesabaran daripada pesakit dan juga penjaga. Oleh yang demikian, pembudayaan atitud positif ahli keluarga atau penjaga terhadap pesakit strok mampu mengurangkan masalah komunikasi yang timbul (Irdawati, 2009).

1.3.4 Integrasi sosial pesakit strok terbatas

Masalah berikutan kesan strok menyekat integrasi sosial pesakit dengan komuniti. Pesakit strok selalunya mengalami masalah lemah anggota badan, lemah sebelah tubuh, tidak berupaya berjalan tanpa bantuan dan sebagainya (Sowtali, Mohamed, & Harith,

2013). Pergerakan koordinasi lemah ini merupakan salah satu faktor integrasi sosial pesakit strok terhalang (Ibid). Oleh itu, sokongan daripada ahli keluarga dan penjaga signifikan bagi menggalakkan integrasi semula pesakit strok kembali ke dalam masyarakat dan komuniti.

Untuk menghasilkan satu pelan atau menggalakkan integrasi sosial pesakit strok dengan komuniti, kefahaman mengenai samada wujudnya masalah integrasi sosial di kalangan pesakit strok yang sedia perlu ada. Sehubungan dengan itu, salah satu rasional kajian adalah untuk mengenalpasti isu-isu yang berkaitan dengan kesukaran yang dialami oleh pesakit strok. Selain daripada itu, praktis yang sedia ada dan kekangan dalam menggalakkan integrasi semula pesakit strok kembali ke dalam masyarakat perlu dikenalpasti.

1.4 OBJEKTIF KAJIAN

Bahagian ini merumuskan objektif-objektif yang terdapat dalam kajian ini. Terdapat satu objektif am dan sembilan objektif khusus dalam kajian ini. Objektif kajian merupakan salah satu bahagian yang penting dalam kajian ini kerana ia menentukan soalan kajian, pengumpulan data dan prosedur analisis yang digunakan serta reka bentuk kajian.

1.4.1 Objektif Am

Objektif am kajian ini ialah untuk mengetahui hubungkait ilmu pengetahuan, atitud dan praktis keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok di Hospital Universiti Sains Malaysia.

1.4.2 Objektif Khusus

1. Untuk mengenal pasti tahap ilmu pengetahuan keluarga berkaitan strok.
2. Untuk mengenal pasti atitud keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok.
3. Untuk mengenal pasti praktis keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok.
4. Untuk menilai hubungkait antara ilmu pengetahuan dan atitud keluarga dalam komunikasi pesakit strok.
5. Untuk menilai hubungkait antara ilmu pengetahuan dan atitud keluarga dalam integrasi sosial pesakit strok.
6. Untuk menilai hubungkait antara ilmu pengetahuan dan praktis keluarga dalam komunikasi pesakit strok.
7. Untuk menilai hubungkait antara ilmu pengetahuan dan praktis keluarga dalam integrasi sosial pesakit strok.
8. Untuk menilai hubungkait antara atitud dan praktis keluarga dalam komunikasi pesakit strok.

9. Untuk menilai hubungkait antara atitud dan praktis keluarga dalam integrasi sosial pesakit strok.

1.5 SOALAN KAJIAN

Bahagian ini berkaitan soalan kajian. Soalan kajian berhubung kait dengan objektif khusus kajian. Terdapat enam soalan kajian di dalam kajian ini.

1. Adakah ahli keluarga mempunyai ilmu pengetahuan yang cukup mengenai strok?
2. Apakah atitud keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok?
3. Apakah praktis yang dilakukan oleh keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok?
4. Adakah ilmu pengetahuan mempengaruhi atitud keluarga terhadap pesakit strok?
5. Adakah ilmu pengetahuan mempengaruhi praktis keluarga terhadap pesakit strok?
6. Adakah atitud mempengaruhi praktis keluarga terhadap pesakit strok?

1.6 HIPOTESIS KAJIAN

Berdasarkan objektif khusus diatas, beberapa hipotesis digubal. Enam hipotesis telah digubal bagi hipotesis nul (H_0). Enam hipotesis tersebut adalah:

1. H₀₁: Tidak terdapat kaitan antara ilmu pengetahuan dan atitud keluarga dalam komunikasi pesakit strok.

Hipotesis ini adalah merujuk kepada objektif kajian keempat.

2. H₀₂: Tidak terdapat kaitan antara ilmu pengetahuan dan atitud keluarga dalam integrasi sosial pesakit strok.

Hipotesis ini adalah merujuk kepada objektif kajian kelima.

3. H₀₃: Tidak terdapat kaitan antara ilmu pengetahuan dan praktis keluarga dalam komunikasi pesakit strok.

Hipotesis ini adalah merujuk kepada objektif kajian keenam.

4. H₀₄: Tidak terdapat kaitan antara ilmu pengetahuan dan praktis keluarga dalam komunikasi pesakit strok.

Hipotesis ini adalah merujuk kepada objektif kajian ketujuh.

5. H₀₅: Tidak terdapat kaitan antara atitud dan praktis keluarga dalam komunikasi pesakit strok.

Hipotesis ini adalah merujuk kepada objektif kajian kelapan.

6. H₀₆: Tidak terdapat kaitan antara atitud dan praktis keluarga dalam integrasi sosial pesakit strok.

Hipotesis ini adalah merujuk kepada objektif kajian kesembilan.

1.7 DEFINISI TERMA

Bahagian ini merumuskan definisi terma yang penting dalam kajian ini. Terdapat tujuh terma penting. Terma-terma ini adalah: strok, ahli keluarga atau penjaga, ilmu pengetahuan, atitud, praktis, komunikasi dan integrasi sosial.

1.7.1 Strok

Strok juga dikenali sebagai angin ahmar. Ia merupakan satu kumpulan tanda-tanda fizikal yang terhasil akibat kegagalan fungsi otak. Ia berlaku apabila aliran darah dalam arteri di otak terganggu disebabkan oleh salur darahnya tersumbat atau pecah (Nik Husain, et al., 2014). Definisi ini digunakan untuk menerangkan terma strok yang digunakan dalam borang soal selidik, iaitu dalam domain ilmu pengetahuan.

1.7.2 Ahli keluarga atau penjaga

Penjaga pesakit ialah individu yang bertanggungjawab dalam memberi penjagaan emosi serta fizikal terhadap pesakit tanpa mengenakan sebarang bayaran sepanjang proses menjaga pesakit (Flemming, Sheppard, Taylor & Adams, 2006). Terma ini juga merujuk kepada orang yang terdekat yang bertanggungjawab memastikan kehidupan pesakit strok terjaga. Definisi ini digunakan untuk menerangkan terma ahli keluarga atau penjaga yang digunakan dalam borang soal selidik.

1.7.3 Ilmu Pengetahuan

Ilmu pengetahuan adalah berkaitan pemahaman dan merupakan keupayaan seseorang untuk menggambarkan dan juga cara seseorang memahami sesuatu (Irdawati,

2009). Ilmu pengetahuan ditakrifkan sebagai apa yang diketahui (fakta) dari satu masa ke masa, perbuatan mengetahui (Billett, 2001). Ilmu pengetahuan tentang kesihatan bermanfaat dan dianggap sebagai pembentukan kesedaran seseorang terhadap sesuatu. Ilmu pengetahuan juga dipengaruhi oleh latar belakang individu serta pengalaman dan wawasan, hal ini turut dipengaruhi dengan umur seseorang. Definisi ini digunakan untuk menerangkan terma ilmu pengetahuan berkaitan strok yang digunakan dalam borang soal selidik.

1.7.4 Atitud

Atitud dapat dilihat pada respon yang dinyatakan dalam keadaan tertentu. Atitud ditakrifkan sebagai "kecenderungan psikologi yang dinyatakan dengan menilai entiti tertentu dengan sedikit sokongan atau tidak disukai" (Schwarz & Bohner, 2001). Ia juga merupakan respon seseorang terhadap stimuli sosial yang telah berlaku. Atitud ditentukan oleh keperibadian dirinya dan atitud itu sendiri dapat diukur dengan kepedulian atau sosialisasi terhadap sesuatu (Irdawati, 2009). Definisi ini digunakan untuk menerangkan terma atitud yang digunakan dalam borang soal selidik.

1.7.5 Praktis

Menurut Kamus Dewan Edisi Keempat (2005), praktis ditakrifkan sebagai sesuatu yang dilakukan, dilaksanakan atau dikerjakan sebagai satu kebiasaan. Dengan erti kata lain, praktis juga merupakan penggunaan idea, kepercayaan, atau kaedah berdasarkan teori yang berkaitan dengannya. Definisi ini digunakan bagi menerangkan terma praktis ahli keluarga terhadap pesakit strok dalam borang soal selidik.

1.7.6 Komunikasi

Komunikasi adalah satu perhubungan (bercakap, berbincang, bertukar-tukar pendapat, dan lain-lain) yang disampaikan kepada orang lain (Kamus Dewan Edisi Keempat, 2005). Komunikasi dapat ditakrifkan sebagai perhubungan (secara langsung atau dengan perantaraan surat, radio, telefon, dan lain-lain). Definisi ini digunakan bagi menerangkan terma komunikasi pesakit strok dalam borang soal selidik.

1.7.7 Integrasi Sosial

Integrasi sosial merupakan hubungan dinamis yang menyangkut hubungan antara individu dengan individu, antara individu dengan kelompok, dan antara kelompok dengan kelompok (Edy & Djannah, 2011). Integrasi sosial yang ditakrifkan dalam kajian ini lebih berfokus kepada interaksi pesakit strok dalam komuniti sosial. Definisi ini digunakan untuk menerangkan terma integrasi sosial yang digunakan dalam borang soal selidik.

1.8 KEPENTINGAN KAJIAN

Kajian ini memberi kepentingan kepada tiga pihak iaitu kepada para profesional dan ahli keluarga serta pesakit strok sendiri. Para profesional kesihatan akan mendapat maklumat mengenai tahap kefahaman ahli keluarga mengenai ilmu pengetahuan, atitud dan praktis dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok. Ini bertujuan untuk mengenalpasti kekangan dan seterusnya menambahbaik pemberian ilmu pengetahuan kepada ahli keluarga pesakit strok.

Dengan mewujudkan satu hubungan atau perkaitan antara ilmu pengetahuan, atitud dan praktis ahli keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok, para profesional kesihatan terutamanya pegawai patologi pertuturan akan dapat menumpukan rekabentuk intervensi pendekatan keluarga (*family-approach*). Hal ini kerana, peranan keluarga penting dalam proses rehabilitasi dan pemulihan pesakit strok. Pemahaman yang lebih baik dan terperinci tentang bagaimana atitud dan praktis keluarga terhadap pesakit strok juga akan membantu profesional untuk membimbing individu serta keluarga ke arah hasil pemulihan yang lebih efektif.

Manakala dari aspek pendekatan sosial termasuklah komunikasi, pegawai patologi pertuturan boleh membentuk satu kumpulan strok (*stroke team*), yang melibatkan beberapa profesional lain seperti pegawai terapi cara kerja, fisioterapi dan juga ahli keluarga atau penjaga pesakit strok tersebut. Kumpulan ini perlu bekerjasama dalam pemulihan dan rehabilitasi pesakit strok. Sebagai contoh dalam satu anjuran aktiviti sosial yang melibatkan semua pesakit strok, interaksi sosial dan juga keperluan komunikasi pada pesakit strok dapat ditingkatkan.

Selain itu, kajian ini juga dapat memberi kesedaran kepada ahli keluarga atau penjaga tentang tahap pengetahuan, atitud dan praktis mereka terhadap komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok. Kesedaran ini juga mampu mencetus motivasi kepada ahli keluarga untuk melibatkan diri secara efektif dalam proses pemulihan pesakit strok. Secara tidak langsung, kesedaran dan motivasi daripada ahli keluarga juga akan memberi impak yang positif terhadap proses pemulihan pesakit strok.

1.9 STRUKTUR PROJEK TAHUN AKHIR (PTA)

PTA ini dibahagikan kepada beberapa bahagian. Bab satu memberi tumpuan kepada pengenalan kepada kajian. Perkara yang dibentangkan termasuklah latar belakang kajian, rasional kajian, objektif kajian, soalan kajian, penyata masalah, hipotesis kajian, definisi terma dan kepentingan kajian.

Bab dua membentangkan kajian literatur yang bersangkutan paut dengan elemen-elemen kajian. Dua teori dibincangkan. Teori tersebut adalah a) Teori Pembelajaran Sosial dan b) Teori Berlo.

Bab tiga membentangkan kaedah kajian. Bab empat pula membincangkan hasil kajian. Bahagian pertama dalam bab empat bertumpu kepada keputusan sosiodemografi responden. Seterusnya, hasil kajian dikemukakan mengikut hipotesis yang telah diolah.

Bab lima mengandungi perbincangan mengenai hasil kajian. Perbincangan merangkumi objektif dan hipotesis. Akhir sekali, bab enam adalah kesimpulan kepada hasil kajian. Beberapa batasan atau limitasi kajian juga turut disebut. Rujukan dan lampiran juga turut disertakan.

BAB 2: SEMAKAN BACAAN/ LITERATUR

2.1 PENGENALAN

Bab ini membincangkan literatur yang telah menjalankan penyelidikan yang berkaitan dengan tajuk kajian. Bab ini memerihalkan empat kluster literatur iaitu: 1) strok dan pengetahuan yang berkaitan, 2) kesan afasia berikutan strok terhadap ahli keluarga atau penjaga, 3) ilmu pengetahuan, atitud dan praktis keluarga dalam komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok di Malaysia dan negara lain, dan 4) kerangka teori yang digunakan. Semakan literatur adalah penting kerana ia menerangkan bagaimana penyelidikan yang dicadangkan berkaitan dengan penyelidikan terdahulu secara statistik. Ia juga menunjukkan keaslian dan kerelevanan kajian yang dilakukan.

2.2 STROK DAN PENGETAHUAN YANG BERKAITAN

Bahagian ini menghuraikan literatur berkaitan apa yang diketahui mengenai strok. Tiga isu dibincangkan iaitu: 1) prevalen strok, 2) jenis strok, dan 3) masalah pertuturan sebagai kesan serangan strok. Hasil dapatan kajian luar dan dalam negara digunakan untuk menguatkan perbincangan.

2.2.1 Prevalen strok di Hospital Universiti Sains Malaysia

Seperti mana yang telah dinyatakan dalam bab satu, strok merupakan satu kumpulan tanda-tanda fizikal yang terhasil akibat kegagalan fungsi otak. Penyakit ini dilaporkan berlaku terutamanya pada umur pertengahan dan umur yang lanjut. Kesan strok bergantung pada bahagian otak yang tercedera dan juga dipengaruhi oleh tahap keterukan.

Di Hospital Universiti Sains Malaysia, seramai 128 orang pesakit strok hemiparesis sebelah kanan telah menerima rawatan dari Januari 2013 hingga Jun 2014 (Rekod Unit Hospital USM, 2014). Bilangan pesakit strok ini semakin bertambah dari bulan ke bulan. Penjaga atau ahli keluarga kepada pesakit strok hemiparesis sebelah kanan menjadi tumpuan dalam kajian ini kerana mereka para pesakit strok hemiparesis sebelah kanan mempunyai masalah komunikasi disebabkan oleh kerosakan otak kiri yang melibatkan bahasa.

2.2.2 Jenis strok

Penyakit strok boleh dikelaskan kepada dua jenis iaitu strok iskemia dan strok hemoragik (strok berdarah). Strok iskemia menyumbang kepada 69 hingga 91 peratus manakala strok hemoragik adalah sembilan hingga 31 peratus berlaku dalam kalangan pesakit yang pertama kali diserang penyakit ini (Nik Husain, et al., 2014).

2.2.3 Masalah pertuturan sebagai kesan serangan strok

Hemiparesis sebelah kanan melibatkan kecederaan pada bahagian kiri otak yang mengawal bahasa dan percakapan. Mereka yang mempunyai jenis hemiparesis ini mungkin mempunyai masalah bercakap dan / atau memahami apa yang orang perkatakan (Sacco, Kasner, Broderick, Caplan, & George, 2013). Hal ini secara langsung menimbulkan masalah pertuturan dan menjejaskan komunikasi dan integrasi sosial pesakit strok.

Masalah pertuturan berikutan strok boleh dibahagikan kepada dua kategori. Kategori pertama ialah afasia (*aphasia*) di mana kerosakan berlaku di bahagian otak yang memproses bahasa. Afasia dibahagikan kepada dua kategori iaitu afasia ekspresif (*expressive aphasia*) dan afasia reseptif (*receptive aphasia*) (Nik Husain, et al., 2014). Pada afasia ekspresif, pesakit memahami apa yang diucapkan kepada mereka tetapi tidak berupaya untuk memberi respon yang sesuai kerana mereka menghadapi masalah untuk memproses apa yang mereka fikirkan kepada bentuk percakapan (National Institute on Deafness and Other Communication Disorder, 2008). Oleh itu, pertuturan mereka akan menjadi tidak lancar.

Manakala afasia reseptif pula bermaksud, pesakit menghadapi masalah untuk memahami bahasa pertuturan atau penulisan (Ibid). Ini bererti, pesakit boleh bertutur dengan lancar tetapi apa yang diucapkan tidak dapat difahami oleh orang lain. Kategori kedua ialah disartria (*dysarthria*). Pesakit yang menghadapi masalah ini tidak mempunyai kesukaran untuk memahami bahasa atau merumuskan pemikiran ke dalam perkataan tetapi mereka tidak dapat menggunakan otot-otot yang perlu seperti di muka, bibir, lidah dan tekak untuk bertutur dengan baik (Nik Husain, et al., 2014). Oleh itu apabila mereka bercakap, suara atau perkataan yang dikeluarkan menjadi tidak jelas dan nyata.

2.3 KESAN AFASIA BERIKUTAN STROK TERHADAP AHLI KELUARGA ATAU PENJAGA

Afasia berikutan strok dan perubahan dalam komunikasi serta interaksi sosial menyebabkan perubahan hidup bagi ramai individu (Brown, Worrall, Davidson, & Howe,

2011). Oleh kerana komunikasi memainkan peranan penting dalam perhubungan, kesan afasia bukan sahaja kepada individu strok. Ia juga menjejaskan ahli-ahli keluarga dan rakan-rakan (Ibid). Kajian yang dijalankan sejak 45 tahun yang lalu telah mendedahkan kesan negatif afasia kepada ahli keluarga, dari aspek kesihatan dan kehidupan seharian. Malah, menurut Grawburg (2013) bahawa ahli keluarga individu afasia mengalami lebih banyak masalah berbanding dengan ahli keluarga orang strok tanpa afasia. Di bawah ini, lima kesan afasia berikutan strok dihuraikan sebagai isu utama kepada kajian dewasa ini.

2.3.1 Masalah berkaitan penjagaan pesakit strok

Seperti yang dijangka, ahli keluarga mengalami kesukaran berkomunikasi dengan individu afasia. Walau bagaimanapun, ahli keluarga juga mengalami masalah lain akibat masalah afasia (Grawburg, 2013). Masalah lain yang timbul termasuk masalah hubungan, peningkatan dalam tugas penjagaan (*caregiving duties*) seperti membantu orang yang dengan afasia berkomunikasi dengan orang lain, emosi negatif, seperti kekecewaan dan kebimbangan, kekurangan masa untuk aktiviti sosial dan perubahan kerja dan kewangan (Ibid). Tambahan pula, masalah kesihatan mental dalam ahli keluarga, termasuk kemurungan dan kebimbangan juga telah dikaitkan berikutan kesan afasia (Brown, Worrall, Davidson, & Howe, 2011).

2.3.2 Penurunan kualiti hidup penjaga pesakit strok

Ahli keluarga atau penjaga merupakan sumber yang penting dalam memastikan dan mempromosikan hasil kesihatan atau rehabilitasi yang berjaya terhadap pesakit strok. Kepentingan orang lain seperti ahli keluarga atau penjaga juga turut dipengaruhi oleh

kesukaran masalah komunikasi pesakit strok. Antara kesannya ialah peningkatan tanggungjawab, pengasingan diri atau pengecualian diri dari rangkaian social (*social networks*), kurang kehidupan bersosial dan sebagainya (Johansson, Carlsson, Ostberg, & Sonnander, 2012).

2.3.3 Perkaitan emosi, pengetahuan dan kemahiran komunikasi

Kajian yang dilakukan oleh Johansson et al (2012), untuk menilai intervensi awal berorientasikan keluarga terhadap pesakit strok telah dijalankan kepada tiga pasangan, mendapati sokongan emosi individu, pengetahuan mengenai afasia dan kemahiran berkomunikasi adalah berbeza. Hal ini disebabkan beberapa faktor fisiologi pesakit, psikologi pesakit dan penjaga, dan rangkaian sokongan sosial. Johansson et al (2012) berpendapat faktor-faktor seperti tahap afasia dan pemulihan spontan, mempengaruhi keperluan para ahli keluarga atau penjaga untuk mendapatkan sokongan, maklumat, dan kesediaan untuk belajar strategi perbualan bagi menangani masalah komunikasi yang timbul (Ibid).

2.3.4 Konflik peranan

Menurut Brown et al (2011), ahli keluarga mempunyai dua peranan/dwi peranan dalam proses pemulihan. Pertama, sebagai rakan kongsi dan sumber untuk pasukan pemulihan dalam menyediakan sokongan kepada individu afasia. Kedua, sebagai penerima potensi penjagaan, dengan keperluan untuk perkhidmatan. Dapatan kajian Brown et al (2011) menunjukkan ahli keluarga yang menerangkan persepsi mereka menyokong individu afasia adalah komponen teras dalam hidup berjaya dengan afasia (*living successfully with*

aphasia). Ini adalah dari dorongan dan sokongan bagi membolehkan individu afasia untuk melakukan perkara secara berdikari, sokongan untuk komunikasi, sokongan praktikal, dan sokongan emosi dan persahabatan (Ibid).

2.3.5 Rangkaian sokongan dan perkembangan positif

Selain kesan negatif, ahli keluarga individu afasia turut mengalami perubahan positif kepada fungsi mereka sebagai akibat dari afasia (Grawburg, 2013). Walaupun pertumbuhan pasca-trauma dalam ahli keluarga individu afasia tidak diterokai dengan teliti, sebilangan kecil hasil positif telah ditunjukkan melalui kajian kualitatif (Ibid). Kajian ini telah menunjukkan bahawa hubungan di antara ahli keluarga dan individu afasia boleh ditingkatkan dan ahli keluarga mungkin mengalami pembangunan peribadi, seperti peningkatan keyakinan diri dan perasaan sebagai orang berguna (Ibid).

2.4 ILMU PENGETAHUAN, ATITUD DAN PRAKTIS KELUARGA DALAM KOMUNIKASI DAN INTEGRASI SOSIAL PESAKIT STROK DI MALAYSIA DAN NEGARA LAIN

Beberapa kajian ilmu pengetahuan, atitud dan praktis mengenai pesakit strok telah dijalankan oleh penyelidik di seluruh dunia. Namun begitu, kajian ilmu pengetahuan, atitud dan praktis ahli keluarga dalam komunikasi dan sosial integrasi pesakit strok masih belum dilakukan di Malaysia. Kebanyakan kajian-kajian ini telah dilakukan berkaitan ilmu pengetahuan sahaja dalam kalangan profesional kesihatan seperti pakar perubatan keluarga oleh Abdul Aziz et al (2014), pegawai patologi pertuturan oleh Brown et al (2011) dan jururawat (Adelman, William, Dorinda, & Marry Jo, 2014)