



Asian Social Work Journal (ASWJ)

Volume 2, Issue 2, November 2017

e-ISSN : 0128-1577

Journal home page:
www.msocialwork.com

Kualiti Hidup Pesakit Kanser Tahap Akhir dalam Perspektif Kerja Sosial di Malaysia

Wanda Kiyah George Albert¹, Adi Fahrudin²

¹Faculty of Psychology and Education, Universiti Malaysia Sabah (UMS), Malaysia

²Faculty of Social and Political Science, University of Muhammadiyah Jakarta, Indonesia

Correspondence: Wanda Kiyah Geoge Albert (wanda@ums.edu.my)

Abstrak

Stigma masyarakat mengenai kehidupan pesakit kanser tahap akhir yang akan berakhir dengan kematian ini telah meniadakan keperluan pesakit mendapatkan perkhidmatan terbaik di akhir kehidupan mereka. Walaupun banyak kajian berkaitan dengan isu pesakit kanser telah dilakukan tetapi kajian yang memberikan fokus kepada pesakit kanser tahap akhir ini masih lagi kurang dijalankan di Malaysia. Kajian keratan rentas yang dijalankan ini bertujuan untuk memberikan gambaran keadaan kualiti hidup dan mengenalpasti faktor perbezaan skor kualiti hidup pesakit kanser tahap akhir yang menjalani rawatan paliatif di salah sebuah pusat perubatan di Kuala Lumpur. Seramai 120 orang pesakit kanser tahap akhir telah terlibat kajian ini melalui kaedah persampelan mudah. Instrument kajian ini melibatkan borang soal selidik Short Form 36 (SF36) yang digunakan untuk mengukur kualiti hidup pesakit kanser tahap akhir. Dapatan kajian menunjukkan bahawa skor komponen mental adalah (44.93 ± 6.84) lebih tinggi berbanding dengan skor komponen fizikal (42.24 ± 7.91). Terdapat perbezaan skor kualiti hidup berdasarkan komponen mental dan fizikal dari segi sosiodemografi pesakit. Skor komponen mental berbeza dari segi umur ($t = -0.38$; $p < 0.001$), jenis kanser ($F = 5.52$; $p < 0.001$), tempoh rawatan ($t = 5.15$; $p < 0.001$), jenis rawatan ($F = 3.11$; $p = 0.029$) dan jumlah sokongan kewangan ($F = 7.16$; $p < 0.001$). Manakala skor komponen fizikal pula menunjukkan perbezaan skor dari segi tahap pendidikan ($F = 6.211$; $p < 0.001$), jenis kanser ($F = 5.96$; $p < 0.001$) dan jumlah sokongan kewangan ($F = 3.00$; $p = 0.033$). Kajian lanjutan perlu dijalankan dalam perspektif kerja sosial untuk mengenalpasti faktor lain yang menyumbang kepada kualiti hidup pesakit ini dan mengenalpasti permasalahan lain yang mengekang kepada keperluan mereka agar perkhidmatan sosial yang diberikan oleh pekerja sosial sebelum ini dapat dipertingkatkan lagi.

Kata kunci: rawatan paliatif, kanser tahap akhir, kualiti hidup, perspektif kerja sosial

Quality of Life (QOL) Assessment Among Advance Cancer Patient Undergoing Palliative Treatment in Malaysia: A Social Work Perspective

Abstract

The community's stigma towards advanced cancer patients at the final stages of cancer ending up with this death, has deny their need and right to receive the best service and treatment at the end of their lives. Although there was abundant research on cancer patient issues, but there was still lack of

research that focusing on final stage of cancer patients in Malaysia. This cross-sectional study is done to give overall picture of quality of life (QOL) among final stage of cancer patient and to identify the factor that differentiate the score of QOL for the final stage of cancer patients that receiving palliative treatment at the one medical centres in Kuala Lumpur. The cross-sectional study that has been done with 120 of cancer patients that receiving palliative treatment using convenience sampling. The SF-36 questionnaire has been used to measure Quality of Life (QOL) across eight domains based on physically and emotionally component summary. Results showed that the highest score of QOL were observed in the Mental Component Summary (44.93±6.84) compared with Physical Component Summary at (42.24± 7.91). There is a difference in QOL based on mental and physical component especially from patient social demography. Mental component score have difference in term of age ($t = -0.38$; $p < 0.001$), type of cancer ($F = 5.522$; $p < 0.001$), duration of treatment ($t = 5.15$; $p < 0.001$), type of treatment ($F = 3.11$; $p = 0.029$) and amount of financial support ($F = 7.16$; $p < 0.001$). Meanwhile, score for physical component composite has shown difference of score based on level of education ($F = 6.21$; $p < 0.001$), type of cancer ($F = 5.96$; $p < 0.001$) and also amount of financial support ($F = 3.00$; $p = 0.033$). Further study should be conducted in social work perspective to identify other factors that contribute to the patient QoL and identify problems that prevent them from getting social service, so that the service given by social worker can be improved.

Key words: palliative treatment, final stage of cancer, terminal cancer, quality of life, social work perspective

Pengenalan

Penyakit kanser merupakan penyakit kronik yang menyebabkan kesengsaraan kepada berjuta-juta manusia di seluruh dunia (Fujinami et al., 2015; Meeker, Finnell, & Othman, 2011). Menurut Laporan oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) pada tahun 2012, kanser bukan sahaja menyebabkan penderitaan tetapi juga menjadi punca kematian kepada lebih 8.6 juta pengidapnya. Dianggarkan jumlah pesakit kanser ini akan meningkat sebanyak 70 peratus pada tahun 2030 iaitu sebanyak 21.4 juta kes kanser baru akan muncul dan 13.2 juta kematian akibat kanser (WHO, 2007). Peningkatan jumlah pesakit kanser ini bukan sahaja dilaporkan di negara maju malahan ia turut dilaporkan semakin pesat di Asia Tenggara dan menjadi trend dalam bidang perubatan dalam kalangan penduduk Asia Tenggara (Kim et al., 2015a; Meecharoen, Northouse, Sirapo-ngam, & Monkong, 2013). Malaysia juga merupakan negara membangun yang tidak ketinggalan dalam mengalami trend peningkatan penyakit ini. Peningkatan jumlah pesakit ini juga semakin membimbangkan kerana situasi ini turut meletakkan Malaysia sebagai di antara negara sedang membangun yang mempunyai statistik pesakit kanser yang agak tinggi (Loo, Woo, Chin, Yam, Ang & Yim, 2013). Peningkatan ini juga dapat dilihat melalui jumlah pesakit kanser yang berdaftar pada tahun 2002 sebanyak 36 619 kes kepada 42 986 kes pada tahun 2003 dan 47 780 kes pada tahun 2004 (Institut Kanser Negara, 2004).

Namun pada tahun 2006 dan 2007 bilangan kes kanser yang berdaftar ini mencatatkan penurunan iaitu sebanyak 21 733 kes kepada 18 219 kes. Setakat ini statistik terkini kes kanser hanya dikemaskini sehingga tahun 2007. Menurut laporan Pendaftaran Kanser Kebangsaan (2007) daripada 18 219 jumlah kes penyakit kanser yang baru dilaporkan, sebanyak 8 123 kes dilaporkan adalah dalam kalangan lelaki manakala 10 096 kes adalah daripada kaum wanita. Keseluruhannya, kanser payudara merupakan kanser yang paling tinggi dilaporkan iaitu sebanyak 3292 diikuti oleh kanser kolon sebanyak 2246, kanser trachea, bronchus dan paru-paru sebanyak 1865 kes, kanser nasopharynx sebanyak 940 dan kanser serviks sebanyak 847 kes. Lima jenis kanser yang paling utama dalam kalangan kaum lelaki di Malaysia adalah kanser kanser trachea, bronchus dan paru-paru, kanser usus besar (kolon), kanser nasopharynx, kanser prostate, kanser lymphoma. Manakala lima jenis kanser yang paling utama untuk kaum wanita adalah kanser payudara, kanser kolon, kanser servik, kanser uterus, kanser rahim dan kanser ovari. Walaupun berlaku penurunan dalam bilangan kes-kes baru kanser namun kesannya kepada pesakit kanser tetap sama terutamanya aspek yang melihat kepada kualiti hidup mereka. Keadaan kesihatan dan kualiti hidup pesakit ini menjadi semakin teruk

terutamanya apabila mereka berada pada tahap akhir kerana ia menyumbang kepada kematian (Fujinami et al, 2015; Meeker, Finnell, & Othman, 2011).

Keadaan kesihatan pesakit kanser yang semakin teruk telah menyebabkan pelbagai kerumitan kepada mereka lebih-lebih lagi apabila penyakit mereka berada pada tahap yang semakin teruk atau tahap akhir yang tidak mempunyai sebarang rawatan untuk memulihkan mereka. Keadaan ini telah memberikan kesan yang besar ke atas emosi pesakit dan keluarga mereka. Ketidakefektifan fizikal, masalah psikososial dan tahap kerohanian yang rendah yang dialami oleh pesakit kanser telah mempengaruhi kualiti hidup mereka. Dalam keadaan ini, keluarga dan profesional kesihatan perlu lebih menekankan penjagaan kesihatan dan memaksimumkan penyelesaian untuk meningkatkan kualiti hidup terutamanya bagi pesakit kanser tahap akhir ini. Selain itu juga penyakit kanser ini juga telah mempengaruhi ketidakfungsian mereka dari segi fizikal, kognitif, peranan, fungsi diri dan sosial (Edib & Kumarasamy, 2015; Magaji et al, 2012; Ng et al, 2015; Priscilla, Hamidin, Azhar, Noorjan, Susan, dan Bahariah, 2011; Wan Puteh Saad, Aljunid, Manaf, Rizal, Sulong & Azrif, 2013). Keadaan menjadi semakin teruk apabila penyakit tersebut menjadi semakin merebak dan menyebabkan ketidakmampuan mereka untuk menguruskan diri sendiri dan orang lain seperti sebelum ini.

Pesakit kanser yang berada pada tahap akhir atau tidak dapat disembuhkan dengan pelbagai rawatan kanser yang lain dan status kesihatan semakin teruk akan ditempatkan untuk mendapatkan rawatan rawatan paliatif. Rawatan paliatif boleh dibahagikan kepada dua aspek iaitu; niat mendapatkan rawatan (*palliative intense*) dan penjagaan paliatif. Niat mendapatkan rawatan adalah rawatan yang diberikan kepada pesakit yang menunjukkan gejala yang disebabkan oleh kanser itu sendiri di mana pesakit kanser tidak boleh sembuh sepenuhnya. Kemoterapi, radioterapi, pembedahan dan pengurusan simptom penyakit adalah rawatan yang telah diberikan dalam rawatan paliatif untuk mengurangkan kesakitan mereka dan lain-lain simptom yang disebabkan oleh penyakit kanser itu sendiri. Beberapa kajian telah menunjukkan bahawa rawatan paliatif boleh memainkan peranan penting dalam meningkatkan kualiti pesakit kanser yang hidup (Qol) atau memanjangkan Qol baik untuk masa yang munasabah dengan kanser maju (Connor, Pyenson, Fitch, Spence & Iwasaki, 2007; Simmonds 2000; Temel, et al., 2010).

Kajian berkaitan dengan kualiti hidup pesakit kanser yang khusus memberikan perhatian kepada pesakit kanser tahap akhir agak kurang dijalankan dan ia merupakan satu isu yang perlu diberikan perhatian. Sehingga kini kajian mengenai kualiti hidup penjaga pesakit kanser masih lagi giat dijalankan sehingga sekarang (Connor, Pyenson, Fitch, Spence & Iwasaki, 2007; Simmonds 2000; Temel, et al., 2010). Ini menunjukkan masih terdapat keperluan untuk mengkaji kualiti hidup pesakit kanser tahap akhir terutamanya ahli keluarga yang terlibat dalam aktiviti penjagaan ini. Di samping itu, kajian berkaitan dengan isu ini lebih banyak dikaji oleh bidang-bidang perubatan, kejururawatan, psikologi dan kurang dilakukan oleh bidang kerja sosial sendiri (Butzow, 2012; Gregory, 2014; Shapiro & Krysik, 2010) sedangkan isu yang melibatkan isu kualiti hidup ini perlu dijalankan

Objektif kajian

Tujuan kajian ini adalah untuk melihat profil pesakit kanser tahap akhir yang menjalani rawatan paliatif di salah sebuah pusat perubatan di Kuala Lumpur, mengenalpasti domain-domain di dalam kualiti hidup yang terjejas akibat daripada penyakit kanser yang semakin merebak dan melihat perbezaan kualiti hidup pesakit berdasarkan sosiodemografi pesakit kanser tahap akhir.

Metodologi Kajian

Kajian ini menggunakan kaedah tinjauan dan dilaksanakan secara keratan rentas. Kajian ini juga melibatkan seramai 120 pesakit kanser tahap akhir yang menjalani rawatan paliatif di satu pusat perubatan universiti di Kuala Lumpur dari 1 Jun 2012 hingga 28 Februari 2013. Kaedah persampelan bertujuan telah digunakan untuk pemilihan sampel kajian di mana pesakit kanser tahap akhir yang menjalani rawatan susulan di wad onkologi dan pesakit kanser tahap akhir yang mendapatkan perkhidmatan dari unit kerja sosial perubatan telah diminta untuk terlibat dalam kajian ini. Pengiraan

Saiz sampel adalah menggunakan formula Leslie Kish (1965) dan bilangan sampel yang diperlukan bagi populasi yang telah dikenal pasti ialah seramai 120 orang pesakit kanser tahap akhir. Kajian ini juga telah mendapat kelulusan daripada Jawatankuasa Etika Penyelidikan Pusat Perubatan Universiti. Pesakit yang berusia 18 tahun ke atas, mendapatkan rawatan paliatif, terdiri daripada pesakit kanser tahap akhir dan tidak mempunyai sebarang masalah mental telah terlibat dalam kajian ini. Maklumat sosiodemografi pesakit telah diperolehi menggunakan borang maklumat peribadi manakala kualiti hidup pesakit kanser tahap akhir ini telah diperolehi menggunakan *Short Form 36 (SF-36)*. Borang soal selidik SF-36 adalah soal selidik yang mempunyai 36 item yang mengukur kualiti hidup yang melibatkan lapan domain utama yang dibahagikan kepada dua komponen iaitu komponen fizikal dan emosi. Lapan domain tersebut adalah terdiri daripada limitasi peranan berdasarkan keadaan mental, limitasi peranan berdasarkan keadaan fizikal, kefungsi fizikal, persepsi kesihatan secara umum, kefungsi sosial, persepsi kesihatan mental secara umum, tenaga dan kesakitan badan. Lapan domain dalam kualiti hidup akan dibahagikan kepada kualiti hidup fizikal (ringkasan komponen fizikal) dan Kualiti hidup komponen mental (ringkasan komponen mental). Skor subskala individu mempunyai kebolehpercayaan dalaman yang baik ($\alpha = 0.72-0.85$) dan surat cara itu telah disahkan dalam kanser penduduk dan menunjukkan kesahihan baik dan kebolehpercayaan ($\alpha = 0.78-0.93$).

Keputusan Kajian

Jadual 1 menunjukkan profil 120 orang pesakit kanser tahap akhir yang terlibat di dalam kajian ini. Median umur bagi pesakit kanser dalam kajian ini adalah 57 tahun (22.6-83.5 tahun). Majoriti daripada 120 pesakit adalah terdiri daripada wanita (63%). Sembilan puluh dua pesakit (76.7%) adalah berstatus bujang dan belum berkahwin. Manakala seramai lima puluh lapan daripada 120 orang pesakit adalah berbangsa Melayu (48.3%) dan beragama Islam (48.3%). tahap pendidikan 120 pesakit (55 pesakit; 45.8%). Majoriti pesakit kanser tahap akhir ini mendapat pendidikan di sekolah menengah. Seterusnya, pendapatan bulanan isi rumah untuk 120 orang pesakit pula sekitar RM RM 1465.00 hingga RM 4795.00.

Jadual 1 Taburan sosiodemografi responden (n = 120)

Pembolehubah	Jumlah	Peratusan (%)
Gender		
Lelaki	57	47.5
Wanita	63	52.5
Bangsa		
Melayu	58	48.3
Cina	53	44.2
India	9	7.5
Agama		
Islam	58	48.3
Buddha	46	38.3
Hindu	6	5.1
Kristian	10	8.3
Status Perkahwinan		
Berkahwin	17	14.1
Bujang	92	76.7
Janda/balu	11	10.2
Tahap Pendidikan		
Sekolah Rendah	25	20.8
Sekolah Menengah	55	45.8
Kolej/ Universiti	40	33.4

Jadual 2 pula menunjukkan maklumat berkaitan dengan penyakit pesakit. Majoriti 120 orang daripada responden adalah terdiri daripada pesakit kanser tahap akhir yang sedang menjalani rawatan paliatif. Kebanyakan daripada pesakit kanser tahap akhir yang menjalani rawatan paliatif ini juga terdiri daripada pesakit kanser paru-paru (40 pesakit; 33.4 %). Seramai enam puluh empat pesakit kanser (53.3%) daripada 120 orang pesakit kanser dalam kajian ini telah menjalani rawatan paliatif ini selama lebih daripada 2 tahun manakala selebihnya pula kurang daripada 2 tahun. Berdasarkan kepada rawatan paliatif yang diterima oleh pesakit kanser pula menunjukkan enam puluh satu daripada 120 pesakit (50.8%) lebih banyak menjalani rawatan kemoterapi berbanding dengan rawatan paliatif yang lain. Kebanyakan pesakit kanser tahap akhir ini tidak menghidapi sebarang penyakit lain seperti kencing manis, masalah jantung atau tekanan darah tinggi (83 pesakit; 69.1%) selain daripada penyakit kanser itu sendiri atau muncul penyakit kanser yang lain.

Jadual 2: Maklumat berkaitan Penyakit Responden (n = 120)

Jenis Kanser	No	Peratusan (%)
Kanser Payudara	24	20.0
Kanser Kolon	19	15.8
Kanser Prostat	12	10.0
Kanser Paru-paru	40	33.4
Lain-lain Kanser	25	20.8
Jangkamasa Menjalani Rawatan		
Kurang daripada 2 tahun	56	46.7
Lebih daripada 2 tahun	64	53.3
Jenis Rawatan Yang Diterima		
Kemoterapi	61	50.8
Radioterapi	30	25.0
Pembedahan	18	15.0
Pengurusan Simptom	11	9.2
Komorbidity Penyakit Lain		
Hipertensi	1	8.0
Diabetes	19	15.8
Jantung	10	11.1
Lebih daripada 1 kanser	7	33.3
Tiada	83	21.8

Jadual 3 menunjukkan kualiti hidup pesakit kanser tahap akhir berdasarkan domain. Kualiti hidup pesakit kanser tahap akhir ini diukur menggunakan SF-36 dengan melihat kepada kepuasan mereka terhadap 8 aspek dalam kehidupan mereka sepanjang menjalani rawatan paliatif di hospital tersebut. Antara 8 aspek yang diberikan perhatian adalah limitasi peranan berdasarkan keadaan emosi, limitasi peranan berdasarkan keadaan fizikal, kefungsi fizikal, persepsi mengenai kesihatan secara umum, kefungsi sosial, persepsi mengenai kesihatan mental secara umum, tenaga dan kesakitan badan. Manakala penilaian kualiti hidup secara keseluruhan pula akan dibahagikan kepada kualiti hidup fizikal (Ringkasan Komponen Fizikal) dan kualiti hidup mental (ringkasan komponen mental). Dapatan kajian mendapati bahawa kualiti hidup dalam domain kesakitan badan sangat terjejas dalam kalangan pesakit kanser di mana ia mencatatkan skor yang paling rendah dalam kelapan-lapan domain tersebut iaitu 37.02 ± 14.44 . Manakala domain limitasi peranan berdasarkan keadaan emosi dilihat tidak berapa terjejas iaitu 99.16 ± 9.12 berbanding dengan domain di dalam kualiti hidup yang lain.

Jadual 3: Skor Kualiti Hidup Pesakit Kanser Yang Menjalani Rawatan Paliatif Berdasarkan Domain (n=120)

Domain-Domain Di Dalam Kualiti Hidup (n=120)	Min	Sisih Piawai
Limitasi Peranan Berdasarkan Keadaan Mental	99.16	9.12
Limitasi Peranan Berdasarkan Keadaan Fizikal	77.29	41.50
Kefungsi Fizikal	74.91	32.50

Persepsi Kesihatan Secara Umum	63.96	17.41
Kefungsian Sosial	55.93	21.31
Persepsi Kesihatan Mental Secara Umum	52.86	17.80
Tenaga	52.83	8.39
Kesakitan Badan	37.02	14.44

Jadual 4 pula menunjukkan ringkasan keseluruhan kualiti hidup dalam kalangan pesakit kanser tahap akhir. Kualiti hidup pesakit ini telah dibahagikan kepada dua komponen yang terdiri daripada 8 domain kualiti hidup iaitu ringkasan komponen fizikal dan ringkasan komponen mental. Dalam kajian ini, skor ringkasan komponen mental iaitu 44.93 ± 6.84 menunjukkan skor yang agak tinggi sedikit berbanding dengan skor ringkasan komponen fizikal iaitu 42.24 ± 7.91 . Ini menunjukkan bahawa pesakit kanser tahap akhir mempunyai keadaan mental yang agak baik semasa menjalani rawatan paliatif ini berbanding dengan keadaan fizikal mereka.

Jadual 4: Skor Ringkasan Komponen di Dalam Kualiti Hidup Pesakit Kanser Yang Menjalani Rawatan Paliatif (n=120)

Kualiti Hidup Berdasarkan Komponen (n=120)	Min	Sisihan Piawai
Ringkasan Komponen Mental	44.93	6.84
Ringkasan Komponen Fizikal	42.24	7.91

Faktor-faktor Sosiodemografi yang Mempengaruhi Perbezaan Kualiti Hidup Berdasarkan Ringkasan Komponen (Ringkasan Komponen Fizikal dan Mental)

Jadual 5 menunjukkan perbezaan skor kualiti hidup untuk dua komponen yang berbeza iaitu komponen fizikal dan komponen mental bagi pesakit kanser tahap akhir berdasarkan kepada ciri-ciri demografi yang mereka miliki. Dalam komponen fizikal, skor ringkasan menunjukkan bahawa terdapat perbezaan skor yang signifikan dalam kualiti hidup fizikal pesakit (ringkasan komponen fizikal) berdasarkan kepada tahap pendidikan ($F = 6.211$; $p < 0.001$), jenis kanser ($F = 5.962$; $p < 0.001$) dan juga jumlah sokongan kewangan yang diterima pesakit tersebut ($F = 3.005$ $p = 0.033$).

Manakala dalam komponen mental pula, skor ringkasan yang diperolehi menunjukkan terdapat perbezaan yang sangat ketara dari segi umur ($r = -0.386$; $p < 0.001$), jenis kanser ($F = 5.522$; $p < 0.001$), tempoh menjalani rawatan ($t = 5.153$; $p < 0.001$), jenis rawatan paliatif yang diterima ($F = 3.117$; $p = 0.029$) dan juga jumlah sokongan kewangan ($F = 7.168$ $p < 0.001$).

Jadual 5: Faktor-faktor yang mempengaruhi Perbezaan Skor Kualiti Hidup Berdasarkan Komponen Untuk Pesakit Kanser Tahap Akhir (n=120)

Pembolehubah	Physical Component	Mental Component
Umur ^a	$t = 0.098$; $p = 0.700$	$t = -0.386$; $p < 0.001^*$
Gender ^a	$t = 2.474$, $p = 0.358$	$t = 1.602$; $p = 0.112$
Bangsa ^b	$F = 0.756$; $p = 0.472$	$F = 2.599$; $p = 0.107$
Agama ^b	$F = 0.654$; $p = 0.582$	$F = 0.933$; $p = 0.427$
Status Perkahwinan ^b	$F = 0.073$; $p = 0.930$	$F = 0.056$; $p = 0.830$
Tahap Pendidikan ^b	$F = 6.211$; $p < 0.001^*$	$F = 2.032$; $p = 0.136$
Pendapatan Isi Rumah ^b	$t = 0.043$; $p = 0.640$	$t = 0.046$; $p = 0.617$
Jenis Kanser ^b	$F = 5.962$; $p < 0.001^*$	$F = 5.522$; $p < 0.001^*$
Tempoh Rawatan Yang Telah Diterima ^b	$t = 0.382$; $p = 0.425$	$t = 5.153$; $p < 0.001^*$
Jenis Rawatan Diterima ^c	$F = 2.087$; $p = 0.106$	$F = 3.117$; $p = 0.029^*$
Komorbidity Penyakit Lain ^c	$t = 1.961$ $p = 0.052$	$t = 1.831$ $p = 0.070$
Status Sokongan Kewangan Diterima ^b	$t = 1.354$ $p = 0.437$	$t = 1.420$ $p = 0.158$

Jumlah Bantuan Sokongan Kewangan^b $t = 3.005$ $p=0.033^*$ $F = 7.168$ $p<0.001^*$

^a*independent t test*

^b*ANOVA*

**Signifikan pada nilai $p < 0.05$*

Perbincangan

Kualiti hidup dalam kajian ini merujuk kepada persepsi seseorang terhadap kepuasan mereka terhadap aspek-aspek yang mempengaruhi kesejahteraan hidup mereka sepanjang menjalani rawatan paliatif yang bertindak sebagai rawatan yang melegakan kesakitan pesakit kanser tahap akhir. Dalam kajian ini, kualiti hidup pesakit kanser tahap yang menjalani rawatan paliatif di hospital berada dalam keadaan baik dan lebih tinggi berbanding dengan kajian kajian lain. Skor min kualiti hidup pesakit kanser berdasarkan lapan domain pesakit adalah 43.24 hingga 99.16 lebih tinggi daripada skor min bagi kajian yang dilakukan oleh Yang, Sun, Lu, Pang & Ding, (2012) kepada 634 pesakit kanser dengan sakit di Beijing.

Dalam kajian ini juga, aspek kualiti hidup yang paling terjejas sepanjang pesakit menjalani rawatan paliatif adalah domain kesakitan badan. Berdasarkan kepada kajian sebelum ini, kesakitan badan yang dialami oleh pesakit mempunyai perkaitannya dengan kualiti hidup mereka sepanjang menjalani rawatan kanser (Deng, et al., 2011; Morgan, Small, Donovan, Overcash, & McMillan, 2011). Kesakitan badan juga dilihat sebagai gejala yang sering dilihat sebagai keadaan yang kritikal berlaku kepada pesakit setelah menjalani rawatan. Pesakit dikatakan tidak berpuas hati dengan kesakitan badan yang mereka alami setelah menerima beberapa rawatan namun ia tidak menghalang mereka untuk terus mendapatkan rawatan kerana rawatan berkenaan bersifat melegakan kesakitan mereka. Kesakitan badan yang dialami juga berkemungkinan disebabkan oleh kesan daripada rawatan yang mereka terima. Kemungkinan ini juga turut disokong oleh kajian yang dilakukan oleh Black, et al., (2011) dan Pooja, Mahesh, Muninarayana, Sagayaraj & Anil (2016). Mereka juga turut menyatakan bahawa kesakitan telah mempunyai hubungan yang signifikan dengan selera makan, mood, kualiti tidur, keletihan, intensiti kesakitan, aktiviti harian, kesan sampingan, penampilan umum, dan sokongan keluarga. Kajian oleh Deng, et al., (2011) dan Morgan, Kecil, Donovan, Overcash, & McMillan (2011) mendapati bahawa hubungan antara kesakitan dan kualiti hidup adalah bersifat timbal balik. Ini menunjukkan bahawa skor yang rendah dalam aspek kesakitan badan mempunyai hubungan dengan kualiti hidup ini telah terbukti dalam kajian ini.

Seterusnya, aspek kualiti hidup yang kurang terjejas sepanjang pesakit menjalani rawatan paliatif adalah domain limitasi peranan disebabkan oleh emosi. Dapatan kajian menunjukkan bahawa pesakit agak berpuas hati dgn limitasi peranan yg mereka miliki disebabkan oleh masalah emosi. Ia berkemungkinan disebabkan pesakit merasakan bahawa keadaan mereka ini akan mengurangkan emosi atau bebanan keluarga mereka selepas mereka meninggal kerana pada tahap ini tiada sebarang rawatan dapat menyembuhkan penyakit mereka. Dapatkan kajian ini turut disokong oleh kajian oleh Deng, et al., (2011) di mana mereka merasa lega dengan keadaan kesihatan diri mereka kerana terdapat tempat yang mereka boleh pergi bagi mengurangkan kesakitan mereka sebelum ini. Selain itu juga layanan dan sokongan emosi yang diberikan oleh keluarga dan pihak jururawat dan doktor pada saat ini membuatkan pesakit lebih dihargai dan bermotivasi sehinggakan mereka tidak terlalu memikirkan kepada kematian.

Perbezaan skor kualiti hidup berdasarkan komponen fizikal dipengaruhi oleh beberapa faktor iaitu tahap pendidikan, jenis kanser yang dihadapi dan jumlah sokongan kewangan yang diterima oleh pesakit. Pesakit yang mempunyai pendidikan lebih baik atau tinggi cenderung untuk mempunyai kualiti hidup lebih baik berbanding dengan pesakit yang berpendidikan rendah atau tidak berpendidikan. Perbezaan tahap pendidikan ini akan membezakan cara pesakit untuk menghadapi masalah disebabkan oleh penyakit mereka dan penerimaan mereka terhadap penyakit mereka. Penemuan ini adalah konsisten dengan kajian sebelumnya oleh Wright, Zhang, Keating, Weeks & Prigerson (2014) dan Musarezaie, Khaledi, Esfahani & Ghaleghasemi, (2014). Mereka mendapati bahawa pesakit kanser yang mempunyai pendidikan yang tinggi akan lebih mudah untuk mencari

sumber maklumat dan sokongan yang bersesuaian berhubung dengan keperluan mereka. Maklumat yang banyak dan tepat berkaitan dengan penyakit itu juga akan mempengaruhi pengalaman pesakit berhadapan dengan keadaan penyakit, keperluan mereka dan kualiti hidup mereka terutamanya dalam aspek fizikal. Selain itu, perbezaan jenis kanser yang dihidapi oleh pesakit telah menyebabkan pesakit mendapatkan rawatan yang berbeza bergantung kepada keadaan kesihatan mereka. Pesakit kanser paru-paru didapati mempunyai kualiti hidup yang lebih rendah berbanding dengan pesakit kanser yang lain. Penyakit yang mereka alami telah menjejaskan keupayaan mereka untuk menjaga diri mereka sendiri. Dapatan kajian ini turut disokong oleh dapatan kajian oleh Huang, Zheng, Peng, Xu & Wang 2009 dan Shun, Chen, Sheu, Liang, Yang & Lai (2012) ke atas pesakit kanser di China. Dalam kajian ini juga, pesakit yang menerima jumlah bantuan kewangan yang lebih banyak dilaporkan mempunyai kualiti hidup yang lebih baik dalam dari aspek komponen fizikal dan mental berbanding dengan jumlah bantuan kewangan yang kurang. Ini kerana jumlah bantuan kewangan yang diperolehi mampu mengurangkan bebanan keluarga untuk menampung semua perbelanjaan dalam rawatan mereka. Dapatan kajian ini turut disokong oleh kajian Akin, Can, Aydiner, Ozdilli & Durna, (2010) dan Güner, et al, (2006). Jumlah sokongan kewangan yang diterima daripada orang lain akan dapat mengurangkan kos perubatan dan rawatan sekaligus meningkatkan status kualiti hidup fizikal mereka.

Dapatan dalam kajian ini juga menunjukkan bahawa terdapat perbezaan yang signifikan dari segi kualiti hidup dalam komponen mental berdasarkan umur pesakit, jenis kanser, tempoh penyakit didiagnosis dan jumlah sokongan kewangan. Pesakit-pesakit yang lebih muda mempunyai skor yang lebih tinggi dalam komponen mental berbanding pesakit yang lebih berumur disebabkan komitmen dan juga peranan dalam kehidupan mereka. Pesakit kanser yang lebih berumur didapati mempunyai komitmen dan tanggungjawab yang lebih banyak sehingga menyebabkan mereka menghadapi banyak kesukaran. Berbeza dengan pesakit yang lebih muda, mereka melihat bahawa tanggungjawab dan cabaran untuk mendapatkan sebarang bantuan adalah tanggungjawab keluarga mereka (Park, Lee, Lee, Lee & Hwang, 2011; Wang, 2009). Perbezaan kualiti hidup dalam komponen mental juga dilaporkan disebabkan oleh tempoh rawatan yang diterima oleh pesakit tersebut. Pesakit kanser tahap akhir yang mendapatkan rawatan paliatif lebih daripada dua tahun menunjukkan skor kualiti hidup yang lebih rendah dalam komponen mental. Pesakit yang mendapat rawatan dalam tempoh yang lebih singkat kurang berhadapan dengan situasi yang memerlukan mereka berhadapan dengan komplikasi dalam kesihatan yang memerlukan mereka berjumpa dengan doktor dengan lebih kerap. Ke kerap berjumpa dengan doktor telah memberikan gambaran kepada mereka berkaitan dengan keterukkan keadaan kesihatan mereka. Dapatan kajian ini turut disokong oleh Umezawa, Fujimori, Matsushima, Kinoshita & Uchitomi (2015) penduduk di Jepun.

Dalam usaha meningkatkan kualiti hidup ini, pekerja sosial perubatan di Malaysia memainkan peranan yang penting dalam rangkaian komunikasi yang berlaku di hospital. Mereka merupakan individu yang akan akan menemani pesakit dan keluarga mereka melalui semua fasa berhadapan dengan penyakit dan kematian melalui kemahiran dan pengetahuan mereka miliki untuk menangani isu-isu yang melibatkan aspek psikologi, sosial, emosi, dan rohani. Berdasarkan dapatan dalam kajian ini, pekerja sosial perubatan perlu memberi perhatian yang lebih kepada aspek mental pesakit. Walaupun Malaysia masih tidak mempunyai mana-mana pekerja sosial onkologi yang pakar dalam suasana onkologi tetapi kes-kes onkologi boleh dirujuk kepada pekerja sosial perubatan melalui rujukan formal seperti oleh doktor atau jururawat dan melalui cara yang tidak formal iaitu melalui rakan atau ahli keluarga. Pekerja sosial perubatan juga bertindak sebagai pembekal utama perkhidmatan psikososial di hospital atau Institut Kanser Kebangsaan di Malaysia dengan menggunakan kepakaran mereka dalam lapangan hospital. Selain itu pekerja sosial perubatan mempunyai latihan dalam menangani isu-isu psikososial seperti kebimbangan, hubungan keluarga, perubahan dalam gaya hidup semasa dan selepas rawatan. Dapatan dalam kajian ini juga menunjukkan bahawa sokongan kewangan yang disediakan oleh pekerja sosial telah mengurangkan tekanan kewangan yang disebabkan oleh penyakit dan peningkatan kualiti hidup dalam komponen mental dan fizikal. Ia juga membantu pesakit untuk terus meneruskan rawatan tanpa memikirkan kos yang penjaga mereka perlu habiskan untuk mereka.

Kajian lanjutan berkaitan dengan kualiti hidup pesakit kanser tahap akhir ini perlu dilakukan untuk melihat kepada keperluan mereka sepanjang menjalani rawatan paliatif ini. Penggunaan instrument yang bersesuaian untuk mengukur skor menyeluruh khusus untuk kualiti hidup pesakit kanser ini perlu

dilakukan bagi membantu kita lebih memahami apa yang berlaku kepada pesakit dan mengenalpasti keperluan mereka untuk meringankan penderitaan dan meningkatkan kualiti hidup mereka. Dalam pada itu, lebih banyak kajian perlu dilakukan dalam sampel yang lebih besar dan menangani sebab-musabab yang mungkin berlaku sepanjang tempoh berhadapan dengan penyakit ini. Berdasarkan dapatan kajian ini juga, faktor sosiodemografi seperti sokongan kewangan dan jumlah sokongan kewangan hendaklah sentiasa diukur kepada semua pesakit yang mendapatkan rawatan paliatif kerana ia adalah faktor yang dapat diubahsuai yang sentiasa menjadi faktor utama untuk pesakit untuk meneruskan rawatan mereka.

Kesimpulan

Kesimpulannya, hasil kajian ini menunjukkan bahawa kualiti hidup di kalangan pesakit kanser tahap akhir yang menjalani rawatan paliatif mempunyai skor kualiti hidup yang agak baik. Dapatan kajian ini juga diharapkan dapat memberikan implikasi dalam bidang pengetahuan berkaitan dengan pesakit kanser tahap akhir ini terutamanya dalam aspek kualiti hidup dengan melihat kepada aspek yang terjejas sepanjang menjalani rawatan. Stigma negatif yang melabelkan rawatan paliatif sebagai rawatan yang dikaitkan dengan kematian akan menimbulkan ketakutan dan mengelakkan pesakit dan keluarga. Oleh itu, keluarga dan penyedia penjagaan kesihatan perlulah membuang stigma negatif ini dan mengambil alternatif untuk mendapatkan perkhidmatan paliatif yang boleh meningkatkan kualiti kehidupan.

Rujukan

- Akin, S., Can, G., Aydiner, A., Ozdilli, K., & Durna, Z. (2010). Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 400-409.
- Black, B., Herr, K., Fine, P., Sanders, S., Tang, X., Bergen - Jackson, K., ... & Forcucci, C. (2011). The relationships among pain, nonpain symptoms, and quality of life measures in older adults with cancer receiving hospice care. *Pain Medicine*, 12(6), 880-889.
- Connor, S. R., Pyenson, B., Fitch, K., Spence, C., & Iwasaki, K. (2007). Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three-year window. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 238-246.
- Deng, D., Fu, L., Zhao, Y. X., Wu, X., Zhang, G., Liang, C., ... & Zhou, Y. F. (2011). The relationship between cancer pain and quality of life in patients newly admitted to Wuhan Hospice Center of China. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 1049909111418636.
- Fujinami, R., Sun, V., Zachariah, F., Uman, G., Grant, M., & Ferrell, B. (2015). Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psycho - Oncology*, 24(1), 54-62.
- Fujinami, R., Sun, V., Zachariah, F., Uman, G., Grant, M., & Ferrell, B. (2015). Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psycho - Oncology*, 24(1), 54-62.
- Güner, P., Isikhan, V., Kömürçü, S., İl, S., Öztürk, B., Arpacı, F., & Özet, A. (2006). Quality of life and sociodemographic characteristics of patients with cancer in Turkey. In *Oncology nursing forum* (Vol. 33, No. 6).
- Kahriman, F., & Zaybak, A. (2014). Caregiver Burden and Perceived Social Support among Caregivers of Patients with Cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 16(8), 3313-3317.
- Kim, Ryn, M., Jensen, R. E., Griffin, J. M., Potosky, A., & Rowland, J. (2015a). Effects of gender and depressive symptoms on quality of life among colorectal and lung cancer patients and their family caregivers. *Psycho - Oncology*, 24(1), 95-105.
- Loo, J. L., Woo, W. Y., Chin, M. W., Yam, H. R., Ang, Y. K., & Yim, H. S. (2013). Cancer Awareness of a Sample of Malaysian Undergraduate Students. *American Journal of Cancer Prevention*, 1(1), 9-13.

- Mansano-Schlosser, T. C., & Ceolim, M. F. (2012). Quality of life of cancer patients During the Chemotherapy Period. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(3), 600-607.
- Meecharoen, W., Northouse, L. L., Sirapo-ngam, Y., & Monkong, S. (2013). Family Caregivers for Cancer Patients in Thailand. *SAGE Open*, 3(3), 2158244013500280.
- Meeker, M. A., Finnell, D., & Othman, A. K. (2011). Family caregivers and cancer pain management: a review. *Journal of family nursing*, 17(1), 29-60.
- Musarezaie, A., Khaledi, F., Esfahani, H. N., & Ghaleghasemi, T. M. (2014). Factors affecting quality of life and fatigue in patients with leukemia under chemotherapy. *Journal of education and health promotion*, 3(1), 64.
- Morgan, M. A., Small, B. J., Donovan, K. A., Overcash, J., & McMillan, S. (2011). Cancer patients with pain: the spouse/partner relationship and quality of life. *Cancer Nursing*, 34(1), 13.
- Park, B. W., Lee, S., Lee, A. R., Lee, K. H., & Hwang, S. Y. (2011). Quality of life differences between younger and older breast cancer patients. *Journal of Breast Cancer*, 14(2), 112-118.
- Pooja, R.S., Mahesh, V., Muninarayana, Sagayaraj & Anil, N. S. (2016). Quality of life assessment among cancer patients undergoing treatment in a rural tertiary care center. *Journal of Preventive Medicine and Holistic Health*, 2(2), 36-40
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... & Billings, J. A. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 733-742.
- Umezawa, S., Fujimori, M., Matsushima, E., Kinoshita, H., & Uchitomi, Y. (2015). Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer*, 121(23), 4240-4249.
- Wang, H. (2009). Assessment of the nutritional status and quality of life of the elderly patients with malignant tumor by MNA-SF and SF-36 [J]. *Journal of Tongji University (Medical Science)*, 3, 033.
- Wright, A. A., Zhang, B., Keating, N. L., Weeks, J. C., & Prigerson, H. G. (2014). Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients' end of life care and place of death: prospective cohort study. *BMJ*, 348, g1219.
- World Health Organization. (2014). *Cancer. (WHO Media Centre-Fact sheets)*. Geneva, Switzerland: Author.
- Yang, P., Sun, L. Q., Lu, Q., Pang, D., & Ding, Y. (2012). Quality of life in cancer patients with pain in Beijing. *Chinese Journal of Cancer Research*, 24(1), 60-66.