



Asian Social Work Journal (ASWJ)

Volume 3, Issue 1, March 2018

e-ISSN : 0128-1577

Journal home page:
www.msocialwork.com

Kesan Psikologikal Keluarga Sebagai Penjaga Utama Kepada Pesakit Kecederaan Otak Traumatik (KOT)

Nor Amalina Jali¹, Azlinda Azman¹, Paramjit Singh Jamir Singh¹

¹Pusat Pengajian Sains Kemasyarakatan, Universiti Sains Malaysia (USM)

Correspondence: Nor Amalina Jali (qaseh_melur@yahoo.com)

Abstrak

Sebagai penjaga utama, keluarga berperanan penting dalam proses rawatan dan pemulihan pesakit Kecederaan Otak Traumatik (KOT). Namun, kebanyakan keluarga tidak dilatih mengenai peranan penjagaan termasuklah tugas-tugas yang perlu dilakukan semasa menjaga pesakit KOT. Ketidakecapan peranan penjagaan akan menjadi beban yang mencabar kepada keluarga terutamanya dalam memberikan bantuan yang optimum kepada pesakit KOT memandangkan proses pemulihan mengambil masa yang lama. Melihat kepada isu tersebut, kertas kerja ini akan meneliti kesan psikologikal keluarga sekaligus mengemukakan isu-isu baru yang muncul kesan daripada penjagaan pesakit KOT. Daripada hasil kajian literatur dapat dikenalpasti bahawa kesan psikologikal yang dialami oleh ahli keluarga sepanjang tempoh menjaga pesakit KOT adalah diekspresikan melalui emosi seperti terkejut, sedih, kecewa dan stres. Isu-isu baru yang muncul kesan daripada penjagaan terhadap pesakit KOT adalah masalah kewangan, berlakunya pertambahan peranan dan menyebabkan keluarga berhadapan dengan pengasingan sosial sehingga menjejaskan kefungsi sosial mereka.

Kata kunci: kesan psikologikal, keluarga, penjaga utama, pesakit kecederaan otak traumatik

Psychological Effects on Family as the Main Caregiver of Traumatic Brain Injury (TBI)

Abstract

Family as the main caregiver of traumatic brain injury (TBI) patient plays an important role to ensure that the treatment and healing process of the patient is well-run. Unfortunately, most of these families are not well trained in the nursing procedure including in conducting mundane tasks of taking care of the patients. Incompetency in nursing procedure becomes a challenging task especially in providing optimum aid to the patient in long-run. It is more concerning that the healing process of the TBI patients could take a lifetime period. Due to that concern, this study aimed to look in details the psychological effects on the family as the main caregiver of the TBI patient and also to bring forward all the issues related to nursing of the patient. Based on literature reviews, it is concluded that the psychological effects on the family as a main caregiver of the TBI patient includes emotional effects like feeling shocked, melancholy, disappointed and depressed. Other effects include financial problems, burdening family roles and consequently, the family faces social isolation and compromises their social function.

Key words: psychological effects, family, main caregiver, traumatic brain injury patients

Pengenalan

Kecederaan otak traumatik (KOT) merupakan isu kesihatan yang menyumbang kepada kadar kematian yang tinggi di seluruh dunia (Keenan & Joseph, 2010; Ketzeback, 2012; Majdan, Rusnak, Brazinova, & Mauritz, 2015). KOT boleh berlaku terhadap segenap lapisan usia masyarakat iaitu dalam kalangan kanak-kanak, belia dan warga emas (Idris, 2012). Malaysia merupakan antara salah sebuah negara sedang membangun yang tidak ketinggalan mengalami trend peningkatan isu kesihatan ini. Peningkatan jumlah pesakit KOT merupakan fenomena yang semakin membimbangkan kerana isu kesihatan ini mempunyai kebarangkalian tinggi untuk meletakkan Malaysia sebagai antara negara sedang membangun dengan jumlah pesakit KOT yang ramai. Statistik KOT setakat tahun 2008 menunjukkan sebanyak 147,607 orang pesakit telah dimasukkan ke jabatan kecemasan dan menerima rawatan berbanding 114,032 orang pada tahun sebelumnya (Jamaluddin, Abd Wahab, Mohamed, Saiboon, Zakaria, & Abd Wahab, 2010).

Pesakit KOT akan mengalami perubahan dalam kehidupan mereka akibat daripada kecederaan yang dihadapi. Perubahan-perubahan yang dialami oleh pesakit KOT adalah perubahan dari segi fizikal, emosi, dan kognitif (DeBaillie, 2014) sehingga mengakibatkan ketidakupayaan yang memerlukan mereka bergantung kepada keluarga terutamanya terhadap aspek pengurusan diri dan keperluan. Ketidakupayaan fizikal pesakit menyebabkan keluarga perlu menyediakan makanan, menyuap makanan, keperluan perubatan, menguruskan perkumuhan, memandikan, menyalin pakaian dan menenangkan pesakit ketika mereka mengalami masalah emosi.

KOT telah memberikan kesan dan mempengaruhi bukan sahaja kehidupan pesakit malah keluarga mereka secara keseluruhannya. Keluarga merupakan unit asas yang berperanan menjaga dan memenuhi keperluan ahli keluarga mereka berteraskan budaya masyarakat Malaysia sendiri. Peranan penjagaan keluarga kepada pesakit KOT adalah bermula di jabatan kecemasan seterusnya di wad sehinggalah dibenarkan untuk pulang ke rumah (Ketzeback, 2012). Keluarga akan menggalas peranan sebagai penjaga utama kepada pesakit KOT (Kratz, Sander, Brickell, Lange, & Carlozzi, 2015). Oleh yang demikian, keluarga berperanan penting untuk memelihara kesihatan dan memberikan penjagaan yang rapi dan konsisten kepada pesakit KOT.

Kertas kerja ini dimulai dengan tinjauan literatur, metod kajian dan diikuti dengan perbincangan yang akan membincangkan tentang kesan psikologikal keluarga sebagai penjaga utama yang diekspresikan melalui emosi seperti terkejut, sedih, kecewa dan stres. Seterusnya, mengupas tentang isu-isu baru yang muncul kesan daripada penjagaan keluarga kepada pesakit KOT. Pada bahagian tersebut diperincikan mengenai masalah kewangan, berlakunya pertambahan peranan dan keluarga berhadapan dengan pengasingan sosial sehingga menjejaskan kefungsi sosial mereka. Rumusan perbincangan disimpulkan pada bahagian penutup.

Tinjauan Literatur

Menurut Kratz, Sander, Brickell, Lange dan Carlozzi (2015) KOT membawa kepada tanggungjawab yang membebankan dan tidak dijangka oleh keluarga. Keluarga merupakan rangkaian yang paling penting dan rapat bagi seseorang individu. Peranan keluarga secara tradisinya adalah memberikan sokongan fizikal, emosi dan sosial kepada ahli yang didiagnosis sebagai pesakit. Selain itu, keluarga perlu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang berlaku ke atas ahli keluarga yang jatuh sakit (Tam, McKay, Sloan & Ponsford, 2015). Keluarga mempunyai tanggungjawab dan berperanan sebagai penjaga utama kepada pesakit KOT. Kebanyakan keluarga yang berperanan sebagai penjaga utama perlu memberikan tumpuan secara sepenuh masa terhadap tugas dan tanggungjawab penjagaan kepada pesakit KOT.

Menurut Norup, Siert dan Lykke (2010), dalam memenuhi peranan penjagaan yang mencabar, keluarga pesakit KOT cenderung mengalami kesan psikologikal sepanjang tempoh menjaga pesakit KOT. Kesan psikologikal yang dialami oleh keluarga yang bertindak sebagai penjaga utama kepada pesakit KOT

akan menjejaskan kefungsiannya dan kualiti kehidupan mereka (Norup, Siert, Lykke, 2010; Ponsford & Schonberger, 2010) dan jika tidak ditangani dengan betul, ianya akan memberi kesan kepada pesakit. Hal ini akan mengganggu proses penjagaan terhadap pesakit KOT.

Keluarga tidak dilatih mengenai peranan atau tugas bagaimana menjaga pesakit KOT (Syed Hassan, Jamaludin, Abd. Raman, MohdRiji, & Khaw, 2013) seperti isu kebersihan dan isu keselamatan semasa menjaga pesakit. Kekurangan kompetensi untuk mengetahui cara penjagaan pastinya menjadi beban kepada penjaga pesakit terutama dalam membekalkan pertolongan yang optimum terhadap pesakit KOT memandangkan proses pemulihan mengambil masa yang lama. Oleh itu, keluarga sering dibelenggu dengan kemunculan pelbagai isu baru yang boleh menjejaskan kefungsiannya sosial sepanjang tempoh menjaga pesakit KOT.

Dalam konteks kerja sosial sendiri, profesion kerja sosial berperanan penting untuk meningkatkan kefungsiannya keluarga tersebut dengan memberikan bantuan atau perkhidmatan yang bersesuaian. Bantuan atau perkhidmatan yang diberikan harus seiring dengan permasalahan dan memenuhi keperluan keluarga sepanjang tempoh menjaga pesakit KOT. Kemunculan pelbagai isu baru yang boleh menjejaskan kefungsiannya sosial sepanjang tempoh menjaga pesakit KOT perlu diberi perhatian yang serius bagi mengurangkan kesan psikologikal yang dialami (Ketzeback, 2012). Hal ini penting dalam membuka pandangan masyarakat dan pihak berkuasa mengenai perlunya sokongan sosial kepada keluarga yang menggalas tanggungjawab sebagai penjaga utama kepada pesakit KOT.

Metod Kajian

Kertas kerja berbentuk ulasan ini adalah berasaskan analisis kandungan daripada kajian kepustakaan dan pencarian atas talian melalui pembacaan artikel-artikel jurnal dan buku-buku yang berkaitan bagi mendapatkan maklumat yang lebih mendalam. Istilah-istilah seperti “kesan psikologikal”, “keluarga”, “penjaga utama”, “pesakit kecederaan otak traumatik” digunakan sebagai kata kunci untuk memperoleh maklumat. Pencarian sumber-sumber ini dilakukan dengan menggunakan kaedah *snowball searching*.

Perbincangan

Kesan Psikologikal

Kebanyakan keluarga yang menjaga pesakit KOT kurang didedahkan dengan maklumat berkaitan dengan pengetahuan isu kesihatan KOT dan kemahiran untuk menjalankan tugas penjagaan (Meixner, O'Donoghue, & Witt, 2013) sedangkan keluarga perlu memahirkan diri dengan tugas penjagaan sebagai penjaga utama. Hal ini akan menyebabkan keluarga sering berdepan dengan kesan psikologikal terutamanya dari segi emosi tatkala menjaga pesakit KOT yang memerlukan perhatian mereka. Keluarga mula merasai kemelut emosi apabila salah seorang daripada ahli keluarga didiagnosis sebagai pesakit KOT. Keluarga perlu menanggung beban emosi disebabkan kurang bersedia tentang peranan sebagai penjaga di samping tugas penjagaan yang mencabar. Antara ekspresi emosi keluarga semasa menjaga pesakit adalah terkejut, sedih, kecewa dan stres.

Terkejut

Pada mulanya, keluarga berasa terkejut sebaik sahaja mendapat berita bahawa salah seorang daripada ahli keluarga menjadi pesakit KOT (King, 2015; Lefebvre & Levert, 2012). Keluarga menjadi terkejut kerana tidak percaya dengan keadaan yang baru berlaku dalam sistem kekeluargaan mereka sehingga menimbulkan pelbagai persoalan yang semakin mengganggu emosi mereka seperti kejadian yang berlaku adalah disebabkan oleh balasan Tuhan kepada keluarga mereka (Denbow & Thebeb, 2006; Mahlanza, Manderson, & Ponsford, 2015). Keluarga mengekspresikan rasa terkejut sehingga menyebabkan mereka masih tidak dapat menerima hakikat bahawa kejadian tersebut telah berlaku kepada keluarga mereka (Lefebvre & Levert, 2012). Keluarga masih lagi dalam keadaan tekejut dan

kurang bersedia untuk menjalankan tugas sebagai penjaga utama kepada pesakit KOT. Hal ini menyebabkan keluarga mengalami kesukaran untuk menyesuaikan dengan perubahan-perubahan yang berlaku ke atas diri pesakit sehingga menjejaskan kefungsi sistem kekeluargaan mereka.

Sedih

Menurut Klonof (2014) keluarga meluahkan perasaan sedih selepas salah seorang daripada ahli keluarga mereka didiagnosis sebagai pesakit KOT. Menurut King (2015) keluarga mula bersedih apabila berhadapan dengan pelbagai masalah dari segi peranan penjagaan. Keluarga akan cenderung berasa sedih sekiranya gagal memenuhi keperluan penjagaan pesakit KOT. Kegagalan untuk memberikan penjagaan yang terbaik kepada pesakit mengakibatkan keluarga berasa seolah-olah tidak mampu menjalankan tugas penjagaan.

Keluarga turut berasa sedih disebabkan mereka telah kehilangan seorang ahli keluarga yang berfungsi secara normal sebelum ini (Ketzeback, 2012). Kesedihan yang dialami oleh keluarga adalah signifikan terhadap rasa kehilangan yang dirasai. Ibu bapa kepada pesakit kanak-kanak meluahkan rasa sedih dan dukacita atas kematian atau kehilangan upaya anak mereka yang disebabkan oleh KOT (Kratz, Sander, Brickell, Lange, & Carlozzi, 2015). Mereka menjelaskan bahawa mereka sedih, rasa bersalah kerana gagal dalam menjalankan peranan pelindung kepada anak-anak mereka sehingga menyebabkan anak-anak mereka mengalami KOT.

Kecewa

Keluarga berasa kecewa terhadap interaksi sosial dengan pengamal perubatan seperti doktor, jururawat atau pihak-pihak yang berkaitan (Kratz, Sander, Brickell, Lange, & Carlozzi, 2015). Keluarga juga kecewa kerana mereka kurang didedahkan dengan maklumat yang berkaitan dengan keadaan kesihatan dan rawatan pemulihan pesakit KOT (Syed Hassan, Khaw, Abdul Rahman, & Jamaluddin, 2011). Sebagai penjaga utama, keluarga memerlukan maklumat secara konsiten, mudah difahami, jujur dan maklumat tersebut perlu sentiasa dikemaskini dari semasa ke semasa (Keenan & Joseph, 2010; Lefebvre & Levert, 2012).

Kekecewaan keluarga semakin dirasai kerana mereka tidak mendapat sokongan sosial daripada keluarga luas (Kratz, Sander, Brickell, Lange, & Carlozzi, 2015). Sokongan sosial daripada keluarga luas mampu membantu mengurangkan beban penjagaan. Keluarga nuklear yang mempunyai sedikit bilangan ahli dewasa menyebabkan tugas penjagaan menjadi lebih kompleks kerana hanya sedikit sahaja ahli keluarga yang boleh menerima pengagihan peranan bagi menjaga pesakit KOT. Bebanan penjagaan dapat dikurangkan sekiranya tugas dan tanggungjawab penjagaan dikongsi bersama dengan keluarga luas.

Keluarga pesakit KOT mudah berasa kecewa dengan proses rawatan dan pemulihan yang dijalankan. Keluarga juga dilaporkan kurang berminat untuk meneruskan proses pemulihan yang perlu dilalui oleh pesakit dalam jangka masa panjang (Schmidt, Fleming, Ownsworth, Lannin, & Khan, 2012). Keluarga akan bertambah kecewa sekiranya rawatan dan pemulihan yang dijalankan tidak menunjukkan kesan positif kepada pesakit malah kualiti kesihatan pesakit semakin merosot.

Stres

Menurut Kratz, Sander, Brickell, Lange dan Carlozzi (2015) stres adalah kesan yang timbul daripada cabaran, tanggungjawab dan tuntutan tugas menjaga pesakit. Apabila pesakit KOT dibenarkan pulang ke rumah, peranan penjagaan secara tidak formal akan diambil alih sepenuhnya oleh keluarga tanpa bantuan pihak profesional seperti doktor dan jururawat. Keadaan ini telah memberikan bebanan kepada penjaga secara keseluruhan kerana mereka kurang didedahkan dengan pengetahuan dan kemahiran yang mendalam berkaitan dengan aspek penjagaan (Syed Hassan, Jamaludin, Abd.Raman, MohdRiji, & Khaw, 2013). Keluarga menjadi lebih stress sekiranya keadaan kesihatan pesakit merosot sehingga menyebabkan keperluan penjagaan sepenuh masa menjadi semakin penting.

Kajian terdahulu mendapati pasangan lebih stress berbanding dengan ibu bapa apabila menjaga pesakit KOT (Perlesz, Kinsella, & Crowe 2000; Verhaeghe, Defloor, & Grypdonck, 2005). Bagi pasangan yang menjaga pesakit, mereka berasa lebih tertekan disebabkan tugas menjaga dan membuat keputusan yang dilakukan secara bersendirian. Mereka perlu mengambil alih peranan untuk menyara keluarga sedangkan tiada ahli keluarga yang lain yang boleh diharapkan untuk menjaga pesakit KOT di rumah. Keadaan menjadi semakin rumit kerana pasangan tidak dapat bekerja kerana perlu menguruskan pesakit dan anak-anak yang masih kecil.

Kemunculan Isu-Isu Baru Kesan Daripada Penjagaan Terhadap Pesakit KOT

Semasa menjalankan proses penjagaan, keluarga berhadapan pelbagai isu tersendiri memandangkan tempoh penjagaan kepada pesakit KOT memakan masa yang lama. Isu-isu baru yang muncul kesan daripada penjagaan terhadap pesakit KOT adalah masalah kewangan, berlakunya pertambahan peranan dan berhadapan dengan pengasingan sosial sehingga menjejaskan kefungsi sosial mereka.

Masalah kewangan

Berdasarkan kajian Wong dan Tay (2015) masalah kewangan merupakan isu yang menjadi bebanan paling besar kepada keluarga pesakit KOT. Sumber kewangan keluarga akan mula terjejas apabila ketua keluarga yang berperanan menyara dan menyediakan keperluan harian keluarga selama ini telah hilang keupayaan akibat KOT (Ketzeback, 2012). Kestabilan kedudukan kewangan keluarga akan terancam apabila terjejasnya kemampuan pesakit KOT yang selama ini menjadi tunjang utama dalam mencari nafkah dan saraan keluarga.

Menurut DeBaillie (2014) terdapat sesetengah keluarga yang perlu berhenti kerja bagi memenuhi peranan menjaga pesakit KOT. Keluarga akan berhadapan dengan masalah kekurangan sumber pendapatan sehingga menjejaskan kedudukan kewangan keluarga. Ini mendorong keluarga menggunakan sumber kewangan daripada simpanan untuk menguruskan kos rawatan yang tinggi bagi mengubati kecederaan yang dialami oleh pesakit KOT (Idris, 2012). Keluarga mengalami masalah kewangan untuk membuat bayaran bil hospital dan rawatan-rawatan susulan yang lain di samping menguruskan perbelanjaan keperluan harian isi rumah. Keadaan dalam institusi kekeluargaan akan semakin mendesak apabila wang simpanan semakin berkurangan.

Selain itu, masalah kewangan adalah disebabkan keluarga mengalami kesukaran untuk mendapatkan bantuan kewangan (Ketzeback, 2012). Walaupun bantuan kewangan boleh diperolehi daripada program bantuan kerajaan, negeri, tempatan, organisasi serta kumpulan masyarakat namun bukan semua keluarga layak mendapat bantuan kewangan (DeBaillie, 2014). Hal ini meninggalkan kesan yang sangat besar terhadap keluarga yang miskin (Carnes & Quinn, 2005). Masalah kewangan yang dihadapi oleh keluarga menyebabkan rawatan dan pemulihan bagi pesakit tidak dapat diteruskan.

Pertambahan peranan

Menurut Smith dan Godfery (1995) perubahan dalam fungsi peranan sosial dalam sebuah keluarga berlaku sedikit demi sedikit. Perubahan fungsi peranan yang berlaku dalam diri pesakit KOT dan keluarga adalah disebabkan oleh penstrukturan semula keluarga yang tidak dapat dielakkan dan pelarasan kepada penyusunan semula peranan. Penyusunan semula peranan ini adalah sukar untuk dilakukan kerana terdapatnya peranan yang bertambah dalam sesebuah keluarga iaitu keluarga perlu menjalankan tanggungjawab untuk menjaga pesakit didiagnosis sebagai KOT. Pertambahan peranan boleh berlaku disebabkan kurangnya sokongan daripada ahli keluarga yang lain untuk menjaga pesakit KOT (Keenan & Joseph, 2010). Keengganan saudara-mara untuk terdekat untuk berkongsi tanggungjawab penjagaan menyebabkan beban penjagaan perlu ditanggung penjaga secara sendiri.

Pertambahan peranan dalam sesebuah sistem kekeluargaan merupakan isu yang menjadi cabaran kepada keluarga semasa menjalankan tanggungjawab sebagai penjaga kepada pesakit KOT. *National Alliance for Caregiving* (2004) melaporkan bahawa anggaran sebanyak 44 juta ahli keluarga yang

berumur 18 tahun ke atas memberikan penjagaan tunggal kepada pesakit KOT. Keluarga akan menjalankan tanggungjawab seperti menguruskan keperluan pesakit, mencari sumber kewangan untuk menampung perbelanjaan harian dan kos rawatan pesakit. Oleh itu, keluarga perlu membuat semua urusan penjagaan secara bersendirian tanpa bantuan sesiapa dan secara automatiknya berlaku pertambahan peranan dalam hidupnya.

Pertambahan peranan kekeluargaan menjurus kepada keperluan keluarga yang perlu mengambil alih keseluruhan peranan asal pesakit KOT. Kefungsian sosial keluarga yang menggalas peranan sebagai penjaga utama kepada pesakit KOT terjejas disebabkan oleh pertambahan peranan sepanjang proses penjagaan (DeBaillie, 2014). Peranan tersebut sering merangkumi saraan keluarga asas dan pertambahan rutin harian keluarga yang telah sedia ada sebelum ini. Fungsi peranan sosial dalam sesebuah sistem kekeluargaan berubah disebabkan oleh pesakit KOT mempunyai kesukaran untuk memulakan sebarang bentuk pekerjaan (Mahlanza, Manderson, & Ponsford, 2015) disebabkan mereka sudah tidak mampu bekerja dan kesihatannya yang semakin lemah. Oleh yang demikian, ketidakupayaan pesakit sebagai ahli produktif dalam keluarga sebelum ini akan mengancam kestabilan keluarga.

Pengasingan sosial

Keluarga yang menjaga pesakit KOT dikatakan turut mengalami pengasingan sosial (DeBaillie, 2014; Kratz, Sander, Brickell, Lange, & Carlozzi, 2015) disebabkan peranan sebagai penjaga yang berterusan dan tidak berkesudahan. Keluarga mempunyai peranan yang sangat penting dalam memelihara kesihatan dan memberi jagaan kepada ahlinya yang sakit. Menurut Kat, Schipper, Knibbe dan Abma (2010) KOT yang dialami oleh pesakit sering menyebabkan perubahan radikal yang berlaku dalam semua aspek kehidupan pesakit akibat komplikasi serta-merta selepas kecederaan. Oleh sebab itu, keluarga merasakan bahawa mereka tidak boleh meninggalkan pesakit namun keluarga menjelaskan bahawa peranan penjagaan kepada pesakit umpama menyebabkan mereka dalam situasi yang terikat dan dibelenggu (Simpson & Jones, 2012).

Keluarga yang bertindak sebagai penjaga utama kepada pesakit KOT perlu mengasingkan diri dengan mengurangkan aktiviti sosial sama ada aktiviti kekeluargaan atau aktiviti kemasyarakatan (Simpson & Jones, 2012) kerana ketidakupayaan pesakit KOT yang memerlukan penjagaan sepenuhnya. Keluarga tidak dapat melakukan aktiviti-aktiviti yang digemarinya kerana keadaan di rumah memerlukan peranannya. Sehubungan dengan itu, keluarga beranggapan bahawa tugas penjagaan menyebabkan aktiviti sosial mereka menjadi terbatas seterusnya mengakibatkan kehidupan sosial mereka mulai terjejas.

Masyarakat di sekeliling yang kurang memahami terhadap tugas penjagaan keluarga kepada pesakit KOT akan mula mencipta jurang yang lama-kelamaan mewujudkan pengasingan sosial (DeBaillie, 2014; Yi & Dams-O'Connor, 2013). Masyarakat mula mengenenpikan keluarga yang menjaga pesakit KOT untuk tidak turut serta atau terlibat dalam aktiviti sosial yang dilakukan. Menurut DeBaillie (2014) situasi ini mewujudkan pengasingan sosial antara penjaga dengan masyarakat sekeliling sehingga menyebabkan kebebasan keluarga untuk bersama masyarakat terbatas kerana tanggungjawab menjaga pesakit KOT. Jadi, adalah agak sukar bagi keluarga untuk meninggalkan pesakit KOT untuk sebarang aktiviti luar.

Kesimpulan

Tanggungjawab menjadi penjaga kepada pesakit KOT bukanlah sesuatu tugas yang mudah. Keluarga memerlukan kekuatan bagi menguruskan pesakit KOT yang dijaga tanpa mengabaikan penjagaan diri mereka sendiri. Hal ini disebabkan oleh, tugas menjaga orang sakit ini amat memerlukan kesabaran dan komitmen yang tinggi. Sebagai penjaga utama, emosi keluarga perlu diurus dengan baik demi memastikan kelangsungan proses penjagaan. Oleh sebab itu, intervensi berasaskan praktis kerja sosial perlu diberikan untuk membantu meningkatkan kefungsian sosial kepada keluarga dalam memastikan proses penjagaan terhadap pesakit KOT berjalan dengan baik.

Rujukan

- Carnes, S. L. & Quinn, W. H. (2005). Family adaptation to brain injury: Coping & psychological distress. *Families, Systems, & Health*, 23, 186-203. doi:10.1037/1091-7527.23.2.186
- DeBaillie, A.M. (2014). *The effects of traumatic brain injury on families*. A Research Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Science Degree. Southern Illinois University Carbondale.
- Denbow, J., & Thebe, P. (2006). *Culture and customs of Botswana*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Idris, Z. (2012). Kecelakaan otak dan trauma. In J. M. Abdullah (Eds.), *Penyakit saraf umum*. (pp. 99-112). Penerbit Universiti Sains Malaysia. Pulau Pinang.
- Jamaluddin, S.F., Abd Wahab, M., Mohamed, F.L., Saiboon, I.M., Zakaria, M.I., & Abdul Wahab, Y. (2010). National Trauma Database January 2008 to December 2008. (Eds). Third Report, Kuala Lumpur, Malaysia.
- Kat, L., Schipper, K., Knibbe, J., & Abma, T.A. (2010). A patient's journey acquired brain injury. *British Medical Journal*, 340 (7754).1029-1030.
- Kenaan, A., & Joseph, L. (2010). The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care: A qualitative study. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 32(3), 25-35.
- Ketzeback, T.J. (2012). *Stress and loss experiences of families of survivors of traumatic brain injury*. (Master of Social Work Clinical Research Paper). St. Catherine University, University of St. Thomas.
- King, B.A., (2015). Grief experience among family caregivers following traumatic brain injury: The role of survivor personality change, perceived social support, and meaning reconstruction. *Electronic Theses and Dissertations. Paper 5525*.
- Klonoff, P.S. (2014). *Psychotherapy for families after brain injury*. New York: Springer.
- Kratz, A.L., Sander, A.M., Brickell, T.A., Lange, R.T., & Carlozzi, N.E. (2015). Traumatic brain injury caregivers: A qualitative analysis of spouse and parent perspectives on quality of life. *Neuropsychological Rehabilitation*, 8, 1-22.
- Lefebvre, H. & Levert, M.J. (2012) The close relatives of people who have had a traumatic brain injury and their special needs. *Brain Injury*, 26, 1084-1087. doi.org/10.3109/02699052.2012.666364
- Mahlanza, L.M., Manderson, L., & Ponsford, J. (2015). The experience of traumatic brain injury in Botswana. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(6), 936-958. doi: 10.1080/09602011.2014.999000
- Majdan, M., Rusnak, M., Brazinova, A., & Mauritz, W. (2015). Severity, causes and outcomes of traumatic brain injuries occurring at different locations: Implications for prevention and public health. *Central European Journal Public Health*. 23(2), 142-148.
- Meixner, C., O'Donoghue, C.R., & Witt, M. (2013). Accessing crisis intervention services after brain injury: a mixed methods study. *Rehabilitation Psychology*, 58(4), 377-385. doi:10.1037/a0033892
- National Alliance for Caregiving, (AARP).(2004). Carving in the U.S. Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving. Retrieved from http://www.caregiving.org/data/Caregiving_in_the_US_2009_full_report.pdf
- Norup, A., Siert, L., & Lykke M., E. (2010). Emotional distress and quality of life in relatives of patients with severe brain injury: The first month after injury. *Brain Injury*. 24(2), 81-88.
- Perlesz, A., Kinsella, G., & Crowe, S. (2000). Psychological distress and family satisfaction following traumatic brain injury: Injured individuals and their primary, secondary, and tertiary caregivers. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 909-929.
- Schmidt, J., Fleming, J., Ownsworth, T., Lannin, N., & Khan, A. (2012). Feedback interventions for improving self-awareness after brain injury: A protocol for a pragmatic randomized controlled trial. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 138-146.
- Simpson, G. & Jones, K. (2012). How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury? *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 367-377. doi:10.1177/0269215512457961
- Smith, L. M., & Godfrey, H. P. D. (1995). *Family support programs and rehabilitation a cognitive-behavioral approach to traumatic brain injury*. Plenum Press. New York. London.

- Syed Hassan, S.T., Jamaludin, H., Abd. Raman, R., MohdRiji, H. & Khaw, W.F. (2013). Mental Trauma experienced by caregivers of patients with diffuse axona injury or severe traumatic brain injury. *Trauma Monthly*, 18(2), 56-61.
- Syed Hassan, S.T., Khaw, W.F., Abdul Rahman, R., & Jamaluddin, H., (2011). Traumatic Brain Injury: Caregivers' Problems and Needs. *Journal Nepal Medical Association*, 51(181).53-55.
- Tam, S., McKay, A., Sloan, S., & Ponsford, J. (2015). The experience of challenging behaviours following severe TBI: A family perspective. *Dipetik daripada* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25914927>
- Verhaeghe, S., Defloor, T., & Grypdonck, M. (2005). Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 1004-1012.
- Wong, C.P. & Tay, E.L. (2015). Childhood brain injury: A review. *Neurology Asia*. 20 (2), 105-115.
- Yi, A., & Dams-O'Connor, K. (2013). Psychosocial functioning in older adults with traumatic brain injury. *Neuro Rehabilitation*, 32(2), 267-273.