

CAMPURAN KEBIMBANGAN DAN KEMURUNGAN DALAM KALANGAN IBU BAPA KANAK-KANAK KURANG UPAYA FIZIKAL DI LUAR BANDAR SABAH (MIXTURE OF ANXIETY AND DEPRESSION AMONG PARENTS OF PHYSICAL DISABLED CHILDREN IN RURAL SABAH)

Lineker ak Takom
Ferlis Hj. Bahari
Nurul Hudani Mohd. Nawi

*Fakulti Psikologi dan Pendidikan
Universiti Malaysia Sabah*

ABSTRACT

Previous researchers have shown that parents of children with physical disabilities have a higher risk of mental health problems that may be caused by significant challenges in raising children with disabilities. This challenge is compounded by the difficulty of living in rural areas. This study aimed to identify whether parents of children with physical disabilities experience Mixed Anxiety and Depression (MAD) and build a deep understanding of "why" parents experienced MAD. Material for this case study was obtained using the Kessler psychological stress scale (K-10) and in-depth interviews. Six parents who have MAD has been interviewed. Inductive content analysis with the help of computer program ATLAS.ti 7 has produced six symptoms of MAD among parents (sleep disturbance, irritable, anxious, easy crying, expecting something worse will happen, hopeless about the future) and five sources of MAD (lack of support, acceptance problems, lack of information and experience, the rural factor, child health problem). It can be concluded, this finding relates to the challenges faced by parents in raising children with physical disabilities in rural Sabah.

Keywords: MAD, parents, physically disabled children, rural area

PENGENALAN

Ibu bapa biasanya memainkan peranan penting sebagai penjaga utama kepada kanak-kanak kurang upaya fizikal. Mempunyai anak kurang upaya boleh menyebabkan pelbagai tekanan ke atas ibu bapa yang disebabkan oleh masalah kesihatan anak (Raina et al., 2005), kewangan (Lindley & Mark, 2010), tekanan masa dan kerjaya (Montes & Halterman, 2008). Cabaran membesarkan anak kurang upaya ini ditambah lagi dengan kehidupan di luar bandar dimana cabarannya akan lebih besar berbanding di bandar. Perkara ini disebabkan oleh kesukaran mendapatkan rawatan kesihatan dan sering mengalami kesulitan untuk mendapatkan pembekal perkhidmatan kesihatan (Arcury, et al., 2005). Halangan-halangan ini berpunca daripada halangan fizikal dari segi penjagaan, termasuk kekurangan pengangkutan awam, masalah kawasan tempat tinggal dan perjalanan jarak jauh bagi mendapatkan

perkhidmatan kesihatan untuk anak kurang upaya.

Disebabkan situasi yang menyukarkan ini, ibu bapa cenderung untuk mengalami masalah kesihatan mental. Sebagai contohnya, peningkatan tahap kemurungan dalam kalangan ibu kanak-kanak epilepsi (Ferro & Speechley, 2009), kanak-kanak kurang upaya perkembangan (Singer, 2006) dan tekanan psikologi yang tinggi (Breslau, Staruch & Mortimer, 1982; Khamis, 2007). Selain itu, ibu bapa kanak-kanak kurang upaya juga didapati mengalami banyak gangguan emosi dan mempunyai perasaan bimbang yang tinggi (Choudhary et al., 2011), serta tekanan (Norizan & Shamsuddin, 2010; Ong, Chandran & Peng, 1999).

Kajian mengenai masalah kesihatan mental mengenai kebimbangan (Choudhary et al., 2011; Bitsika & Sharpley, 2004; Azeem et al., 2013) dan kemurungan (Benson, 2006; Benson & Karlof, 2009; Ehrensperger et al.,

2008; Familiar et al., 2015) telah banyak dijalankan, namun masih kurang kajian dijalankan mengenai *Mixed Anxiety-Depression* (MAD) dalam kalangan ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal terutamanya bagi ibu bapa di luar bandar. MAD adalah keadaan yang mana kebimbangan dan kemurungan hadir bersama dalam diri seseorang (APA, 2000). Jika dipisahkan, simptom MAD didapati tidak memenuhi kriteria penuh sama ada bagi diagnosis kecelaruan kebimbangan atau kemurungan, tetapi simptom MAD ini akan menyebabkan tekanan (Kasper, Volz, Dienel, & Schlafke, 2015; Kessler et al., 2003; Das-Munshi et al., 2008; Clark & Watson, 1991).

Kebanyakan kajian mengenai MAD yang dijalankan sebelum ini juga hanya melibatkan sampel populasi umum (Spijker, Batelaan, Graaf & Cuijpers, 2010; Das-Munshi et al., 2008), golongan remaja (Schmidt et al., 2007); dan pesakit di bawah jagaan utama (Weisberg, Maki, Culpepper & Keller, 2005). Di samping itu, kajian-kajian di Malaysia lebih kepada stres ibu bapa kanak-kanak kurang upaya (Norizan & Shamsuddin, 2010; Ong, Chandran & Peng, 1999) dan kesan ketidakupayaan anak ke atas kualiti hidup dan kefungsi keluarga (Isa et al., 2013). Kajian seperti ini penting dijalankan terutamanya dalam kalangan ibu bapa kanak-kanak kurang upaya kerana kesihatan mental ibu bapa berkait rapat dengan kualiti penjagaan yang diberikan oleh ibu bapa kepada anaknya. Ibu yang mempunyai masalah kesihatan mental dilaporkan mempunyai tingkah laku keibubapaan yang negatif (Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000) dan kualiti penjagaan yang rendah (Phelan, Morrongiello, Khoury, Xu, Liddy & Lanphear, 2014), penderaan dan pengabaian (Goldman et al., 2003).

Dengan mengambil kira isu-isu ini, kajian ini bertujuan untuk melihat sama ada terdapatnya kebarangkalian ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal di luar bandar Sabah mempunyai MAD dan meneroka faktor yang menyebabkan ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal mempunyai masalah kesihatan mental seperti MAD ke arah kesejahteraan kanak-kanak kurang upaya.

METOD

Reka bentuk kajian

Reka bentuk kajian kualitatif, menggunakan kaedah kajian kes Eisenhardt (1989) telah digunakan dalam kajian ini. Reka bentuk kajian kes Eisenhardt (1989) adalah gabungan reka bentuk kajian kes pelbagai (Yin, 1989; 2009) dan beberapa unsur-unsur penting yang terdapat dalam *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967). Reka bentuk kajian kes sesuai digunakan apabila kajian menyelidik topik yang agak belum diterokai seperti MAD dalam kalangan ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal (Eisenhardt, 1989; Yin, 2009). Dalam kajian ini, pengkaji menggunakan kajian kes pelbagai berbentuk holistik (Yin, 2009) yang mana unit analisis utama adalah berdasarkan perbezaan jenis ketidakupayaan fizikal anak. Kajian kes pelbagai membolehkan pengkaji untuk melaksanakan replikasi logik (Eisenhardt, 1989; Yin, 2009) di mana pelbagai kes dianggap sebagai satu siri eksperimen dan setiap kes digunakan untuk mengesah atau menyangkal kesimpulan yang dibuat daripada kes yang sebelumnya. Kaedah ini sesuai digunakan dalam memperluas kes kepada beberapa kes menggunakan kaedah replikasi logik untuk lebih memahami fenomena MAD dalam kalangan ibu bapa berdasarkan perbezaan jenis ketidakupayaan fizikal. Kaedah kajian kes lebih bersifat fleksibel dimana tidak menentukan mana-mana kaedah tertentu pengumpulan data atau analisis data (Yin, 1989; Mirriam, 1988 dalam Kausar, Jevne & Sobsey, 2006).

Peserta Kajian

Seramai 30 orang ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal di Pusat Pemulihan Dalam Komuniti (PDK) di daerah luar bandar Sabah telah terlibat untuk tujuan saringan tahap kesihatan mental (MAD) menggunakan *Kessler Psychological Distress Scale* (K-10).

Jadual 1 Sampel Ujian Saringan MAD

| Bil. | Pemboleh ubah Demografi | Peratusan (%) |
|------|-------------------------|---------------|
| 1. | Jantina | |
| | Lelaki | 26.7 |
| | Perempuan | 73.3 |
| 2. | Umur | |
| | 20 – 30 | 26.7 |
| | 31 – 40 | 33.3 |

| | | |
|----|---------------------------|------|
| | 41 – 50 | 26.7 |
| | 51 - 60 | 13.3 |
| 3. | Jenis ketidakupayaan anak | |
| | <i>Cerebral palsy</i> | 50.0 |
| | Kekurangan anggota badan | 10.0 |
| | <i>Spina bifida</i> | 6.7 |
| | <i>Poliomyelitis</i> | 20.0 |
| | <i>Muscular dystrophy</i> | 6.7 |
| | <i>Rett syndrome</i> | |
| 4. | Bangsa | |
| | Cina | 6.7 |
| | Kadazan | 6.7 |
| | Dusun | 66.7 |
| | Bajau | 13.3 |
| | Lain – lain | 6.7 |
| 5. | Jenis pekerjaan | |
| | Suri rumah | 63.3 |
| | Kerja sendiri | 20.0 |
| | Buruh kasar | 6.7 |
| | Kakitangan kerajaan | 6.7 |
| | Kakitangan swasta | 3.3 |
| 6. | Tahap pendidikan | |
| | Tidak bersekolah | 20.0 |
| | PMR | 23.3 |
| | SPM | 40.0 |
| | STPM | 3.3 |
| | Diploma | 6.7 |
| | Sijil | 3.3 |
| | Sarjana | 3.3 |

Bagi tujuan penerokaan sumber MAD, pengkaji menggunakan kaedah kualitatif merangkumi 6 kes yang terdiri daripada ibu bapa kepada kanak-kanak kurang upaya fizikal (*Cerebral Palsy*, *Spina Bifida*, *Poliomyelitis*, kehilangan atau kecacatan anggota badan, *Muscular Dystrophy* dan *Rett Syndrome*). Pemilihan kes adalah berdasarkan status kesihatan mental ibu bapa iaitu ibu bapa yang mempunyai MAD sahaja dipilih sebagai responden kajian kualitatif. Pengkaji menggunakan persampelan teoretikal bagi menentukan jumlah kes dan berhenti menambahkan kes apabila tiada penambahan utama pada kategori data (Eisenhardt, 1989; Glaser & Strauss, 1967).

Prosedur Kajian

Ibu bapa yang bersetuju untuk terlibat dalam kajian ini telah diberi soal selidik untuk mengukur tahap kebimbangan dan kemurungan mereka. Ibu bapa yang mempunyai masalah kesihatan mental iaitu

mempunyai skor 30 ke atas dalam K-10 telah dipilih sebagai responden dalam kajian kualitatif. Skor 30 ke atas dalam K-10 membawa maksud seseorang yang mempunyai mengalami tahap *distres* yang tinggi sejajar dengan diagnosis kemurungan dan kebimbangan yang tinggi iaitu MAD (Coombs, Stapley & Pirkis, 2011).

Teknik Mendapatkan Data

a. Alat saringan MAD

10 item *Kessler Psychological Distress Scale* (Kessler, Barker, Colpe, Epstein, Gfroerer & Hiripi, 2003) telah digunakan untuk mengenal pasti sama ada ibu bapa mempunyai MAD. K-10 mempunyai kebolehan yang baik dalam mengenal pasti kecelaruan *mood* dan kebimbangan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition* (DSM-IV) dalam kalangan masyarakat umum dalam masa 30 hari (Furukawa et al., 2008). Skor untuk skala ini adalah '10' sehingga '50'. Mengikut Coombs, Stapley dan Pirkis (2011); Kessler et al. (2003) skor di bawah 20 menunjukkan tidak mengalami *distress*, skor 20 hingga 24 (mengalami *distress* ringan konsisten dengan diagnosis kemurungan dan kebimbangan tahap ringan), skor 25-29 (mengalami *distress* sederhana konsisten dengan diagnosis kemurungan dan kebimbangan tahap sederhana), skor 30 dan ke atas (mengalami *distress* tinggi konsisten dengan diagnosis kemurungan dan kebimbangan tahap tinggi). Skala ini mempunyai kesahan dalaman pada 0.78 hingga 0.93, *alfa Cronbach*.

b. Temu bual secara mendalam (*In-depth interview*)

Bagi tujuan penerokaan sumber MAD dalam kalangan ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal, pengkaji menggunakan kaedah temu bual secara mendalam berpandukan protokol yang telah dibentuk. Penyelarasan telah dibuat dalam protokol temu bual seperti penambahan soalan. Penyelarasan ini membolehkan pengkaji untuk membuktikan kemunculan tema baru atau apabila wujudnya situasi baru yang berbeza (Eisenhardt, 1989, ms. 539). Bagi memastikan perkara yang diceritakan oleh ibu bapa adalah sumber kepada MAD, pengkaji telah bertanya semula kepada ibu bapa semasa sesi temu bual dijalankan sama ada setiap penceritaan dalam

sesi temu bual adalah sumber kepada MAD yang mereka alami. Temu bual telah dijalankan dari November 2015 hingga Mac 2016. Setiap responden telah ditemubual selama 60 hingga 90 minit. Setiap data disimpan dalam bentuk Mp3 dan transkrip.

Analisis Data

Analisis bagi kajian kes pelbagai meliputi dua tahap iaitu analisis dalam setiap kes kemudian merentasi kes (Eisenhardt, 1989). Dalam langkah pertama, analisis bagi setiap kes telah dilaksanakan bagi memahami setiap kes dengan mencari tema dan corak (*patterns*). Dalam mencari tema dalam setiap kes, pengkaji memilih untuk menggunakan kaedah analisis kandungan induktif (Elo & Kyngas, 2008). Perisian Atlas.ti versi 7.0 (Friese, 2012) telah digunakan bagi memudahkan pengkaji membentuk kategori data. Analisis data telah dimulakan dengan pengurangan data melalui pembentukan kod daripada setiap kenyataan responden. Kemudian kod yang sama maksud digabungkan bagi membentuk sub-kategori. Sub-kategori yang mempunyai kandungan yang sama membentuk kategori umum. Gabungan kategori umum akan membentuk kategori utama atau tema (Juvani, Isola & Kyngas, 2005). Langkah kedua adalah mencari *pattern* melalui analisis merentasi kes bagi membentuk tema utama dalam data kajian dan lima tema utama telah wujud sebagai sumber kepada MAD yang dialami oleh ibu bapa. *Member check* dan *inter-coder reliability* (Creswell & Miller, 2000) telah digunakan dalam menentukan kebolehpercayaan dapatan kajian.

DAPATAN KAJIAN

Jadual 2 memaparkan hasil saringan ke atas kesihatan mental ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal di luar bandar Sabah.

Jadual 2. Status Kesihatan Mental Ibu Bapa kanak-kanak OKU Fizikal

| Status kesihatan mental | Kekerapan (k) | Peratusan (%) |
|---|---------------|---------------|
| Kesihatan mental yang baik | 1 | 3.3 |
| <i>Distress</i> rendah / Kebimbangan dan kemurungan | 2 | 6.7 |

tahaprendah

| | | |
|--|----|--------|
| <i>Distress</i> sederhana / Kebimbangan dan kemurungan tahap sederhana | 17 | 56.7 |
| <i>Distress</i> tinggi / Kebimbangan dan kemurungan tahap serius | 10 | 33.3 |
| Jumlah | 30 | 100.00 |

Jadual 2 menunjukkan hasil saringan kesihatan mental ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal. Daripada 30 orang responden, sebanyak 33.3 peratus ibu bapa mempunyai kebingangan dan kemurungan yang serius. Hanya 3.3 peratus sahaja ibu bapa utama mempunyai tahap kesihatan mental yang baik. Majoriti ibu bapa kepada kanak-kanak kurang upaya fizikal tahap kebingangan dan kemurungan yang sederhana iaitu 56.7 peratus.

Simptom MAD Dalam Kalangan Ibu Bapa Kanak-Kanak Kurang Upaya Fizikal

Hasil kajian kes telah mendapati beberapa simptom yang menunjukkan ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal mempunyai MAD. Simptom ini didapati selaras dengan kriteria yang telah ditetapkan dalam DSM-IV-TR (APA, 2000, ms. 781). Dalam DSM-IV-TR, seseorang yang mengalami MAD mempunyai gangguan mood dalam masa sekurang-kurangnya empat minggu (30 hari) dan mempunyai sekurang-kurangnya empat daripada simptom seperti masalah menumpukan perhatian atau ingatan, gangguan tidur, letih atau kekurangan tenaga, perasaan rima, bimbang, mudah menangis, peningkatan kadar deria, menjangkakan sesuatu yang buruk, rasa putus asa, atau mempunyai harga diri yang rendah atau perasaan tidak bernilai. Simptom ini menyebabkan distres (APA, 2000). Dalam kajian ini, ibu bapa didapati mengalami enam daripada simptom MAD.

a. Gangguan tidur (kesukaran untuk memulakan tidur atau kekal tidur)

Hampir semua ibu bapa (5 daripada 6 kes) melaporkan bahawa mereka mengalami gangguan tidur setelah mempunyai anak

kurang upaya fizikal. kesukaran untuk tidur ini disebabkan oleh ibu bapa sering memikirkan keadaan anaknya.

Setelah dapat anak OKU macam, pernah tidak tidur satu malam lah...Tidak pernah saya tidur sejak dia ada, apalagi kalau umur dia sekitar dua tahun, tiga tahun (Kes 4).

Memang kurang tidur sebab fikir dia, sebab kalau saya tidur saja tidak tahu dia. Memang saya kurang tidur lah bila dia sesak nafas. Risau pasal kesihatan dia (Kes 1)

Kadang-kadang saya susah mahu tidur fikir pasal dia (Kes 2).

Kalau tanda-tanda saya bimbang itu lah, tidak dapat tidur (Kes 5)

You perlu habiskan sepanjang malam semula bersama dia (Kes 6).

b. Cepat marah

Semua ibu bapa kepada kanak-kanak kurang upaya fizikal menceritakan bahawa mereka sering mempunyai emosi negatif iaitu perasaan marah dan sering marah. Perasaan sering marah ini berlaku disebabkan oleh tekanan yang dialami oleh ibu bapa kanak-kanak kurang upaya

...memang pun mahu selalu marah ini bila dia tidak mahu berhenti menangis (Kes 1)

Rasa mahu selalu marah lah (Kes 2)

...kadang-kadang pandi tertekan, sikit-sikit mahu terkam (Kes 3)

Saya pun selalu marah. Tertekan bah tu (Kes 4)

Saya pun balik-balik marah. Tertekan bah tu (Kes 5)

Perasaan kuat marah...So you get angry with me and I get very shock tamper (Kes 6)

c. Bimbang

Simptom ketiga adalah perasaan bimbang. Simptom ini dialami oleh semua ibu bapa (6 kes)kanak-kanak kurang upaya fizikal. Perasaan bimbang dalam kalangan ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal dicirikan dengan perasaan risau, tidak tenteram, dan rasa tidak selesa.

Risau juga lah. Turun sudah berat badan dia 5 bulan (Kes 1)

...ada lah. Kalau bimbang tu mesti ada lah (Kes 2)

...tidak tenteram...Tidak selesa lah (Kes 3)

Pergi sana hospital ada keraguan saya, diaorang main hantam bagi ubat. Tu yang bikin saya sangat bimbang (Kes 4)

...bimbang betul saya. Macam mana mahu beli pampes untukdia. Beli vitamin lagi. Sekarang ini barang semua naik ow (Kes 5)

Tu lah saya paling bimbang tentang masa depan dia nanti (Kes 6)

d. Mudah menangis

Simptom keempat adalah mudah menangis. Empat daripada enam kes ibu bapa mengalami simptom ini. Perasaan mudah menangis ini berlaku terutamanya apabila ibu bapa memikirkan keadaan anak yang mempunyai ketidakupayaan.

Kadang-kadang kan, apabila saya duduk termenung, tiba-tiba air mata saya terkeluar ni (Kes 1)

...selalu saya menangis bah. Bila saya fikir pasal dia (Kes 2)

Rasa sedih. Terus saya menangis tiap hari di hospital (Kes 3)

...saya pandai mahu menangis sudah ni. Saya mahu menangis sudah ni (kes3)

e. Menjangkakan sesuatu yang negatif berlaku

Hampir semua (5 daripada 6 kes) ibu bapa dalam kajian ini mempunyai andaian negatif mengenai perkara yang akan berlaku pada masa hadapan. Bentuk andaian negatif yang sering bermain dalam fikiran oleh ibu bapa ialah anaknya menjadi mangsa penderaan dan dibiarkan setelah diri mereka meninggal. Selain itu, bapa dalam kes 6 pula beranggapan anaknya tidak akan berjaya dalam hidup pada masa akan datang.

Saya fikir sama siapa lagi saya suruh pelihara tu budak. Suruh suami mana tahu dia kahwin lagi...kalau dia ada ibu tiri, dia pukul, dera, tidak ka jadi penderaan itu (Kes 1)

Mana tahu diaorang saudara mara simpan di kebajikan...Nanti dia kasi biar saja (Kes3)

...memang selalu saya fikir yang dia ini akan dibiarkan tanpa ada orang mahu jaga lepas saya tiada sudah (Kes 4)

Mana lah tahu saya yang duluan mati siapa lah yang mahu pergi tengok dia kan...Tapi saya takut tidak kena peduli bah. Kena biar (Kes 5)

I was thinking what place that you got in these world. They have no time for anybody who is slow (Kes 6)

f. Tanpa harapan (*hopelessness*)

Hampir semua (5 daripada 6 kes) ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal juga didapati mempunyai masalah dari segi harapan untuk anaknya. Rasa putus asa, anggapan anak tidak mempunyai masa depan dan kesukaran untuk menetapkan harapan untuk anak adalah ciri-ciri yang menunjukkan ibu bapa mengalami simptom tanpa harapan.

...saya telah berfikir, apakah jenis masa depan yang kamu ada (Kes 1)

...ada muncul rasa mahu putus asa (Kes 2)

Tapi itulah saya fikir macam mana dia nanti. Kalau dah besar begitu itu saja yang saya fikir selalu (Kes 4)

...tengok lah keadaan macam mana. Susah mahu kasi tetap masa depan dia (Kes 5)

You can't see any light at the end of the tunnel. You are lost in the dark...don't even see any light (Kes 6)

Sumber MAD Dalam Kalangan Ibu Bapa Kanak-Kanak Kurang Upaya Fizikal

Hasil analisis merentasi kes telah menghasilkan lima tema utama yang menjadi sumber kepada MAD dalam kalangan ibu bapa kepada kanak-kanak kurang upaya fizikal iaitu, kekurangan sokongan, masalah penerimaan, kekurangan maklumat dan pengalaman, faktor kehidupan di luar bandar dan kesihatan anak.

Kurang sokongan

Semua ibu bapa mengatakan diri mereka kurang mendapat sokongan iaitu sokongan keluarga dan sokongan pasangan. Dari segi kurang sokongan keluarga, hampir semua (5 daripada 6 kes) ibu bapa mengatakan diri mereka kurang mendapat sokongan daripada keluarga. Perkara ini disebabkan oleh sikap ahli keluarga yang tidak ambil kisah tentang ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal. Kekurangan sokongan keluarga ini menyebabkan ibu bapa berasa sedih seperti yang diceritakan oleh ibu bapa kes 1.

...kalau yang keluarga, dia tidak ambil kisah (Kes 2).

...tiada. Kami masing-masing itu rumah. Kalau mahu pergi kan, minta tolong sama

adik dia la. Kasi makan, minum dia la (Kes 3).

Saya sedih sebab mereka tidak pernah menolong saya. Mereka kan semua lelaki. Sepatutnya tolong-tolong bah (Kes 1).

Ibu bapa (4 daripada 6 kes) juga mengatakan diri mereka mengalami kekurangan sokongan pasangan yang menjadi sebab mereka mengalami MAD. Contohnya, seorang ibu kepada kanak-kanak kurang upaya *muscular dystrophy* mengatakan bahawa suaminya tidak pernah bersamanya pada setiap mendapatkan rawatan untuk anak di hospital.

...bapa dia ni, kalau kami mahu pergi hospital ka, kami pergi hospital Queen, asal dia jumpa pakar la. Pergi jumpa doktor, kami dua saja yang pergi. Pergi urus. Kalau mahu pergi jalan begitu. Dengan dia saja...bapa dia bilang sebok. Tak pernah dia ikut (Kes 4).

...saya punya laki memang tidak. Tidak mahu tolong punya itu (Kes 5).

Kurang sokongan keluarga dan pasangan ini menyebabkan ibu bapa sukar untuk keluar dari rumah yang disebabkan oleh penjagaan anak kurang upaya. Seperti yang dikatakan oleh ibu bapa kes 3 dan 4, rasa terkurung dalam rumah menyebabkan ibu bapa rasa kesunyian, tekanan emosi dan perasaan murung.

Saya rasa susah mahu jalan. Di rumah saja. Terkurung. Selalu terkanan lah sebab susah mahu jumpa orang. Kita pun mahu jumpa kawan...Selalu terkanan lah (Kes 3)

...rasa terkurung, selalu kadang saya kena penyakit kemurungan, keseorangan kalau di rumah (Kes 4).

Masalah penerimaan

Semua (6 kes) ibu bapa kepada kanak-kanak kurang upaya fizikal mempunyai masalah untuk menerima keadaan anak sebagai orang kurang upaya. Masalah penerimaan diri ibu bapa ini didapati menjadi sumber kepada MAD yang dialami oleh mereka. Seperti yang diceritakan oleh ibu bapa dalam kes 2 dan 6, masalah penerimaan diri ini menyebabkan adanya keinginan untuk membunuh diri (ibu bapa kes 2), masalah antara pasangan (ibu bapa kes 6) dan pemikiran penolakan (ibu bapa kes 5).

Eventually she may be able to say few word like papa, mama, I tell you I want commite suicide (Kes 2).

Once we found that we have special children, then we psychologically, we have lot of problem among couple (Kes 6).

Itu yang sering berlaku kepada ibu bapa. Kenapa, people sering tanya kenapa. Kenapa kami ada anak istimewa. Tidak ada masa fikir, lupakan, apa yang patut dilakukan. Selalu, dalam fikiran, kenapa, kenapa, kenapa (Kes 5).

Di samping mempunyai masalah penerimaan diri, ibu bapa (5 daripada 6 kes) juga berhadapan dengan masalah penerimaan keluarga. Ibu bapa menceritakan ahli keluarganya tidak puas hati dan sukar untuk menerima kenyataan bahawa anaknya adalah OKU. Contohnya:

...keluarga mentua saya, mereka tidak puas hati sebab anak saya OKU (Kes 1).

...mereka sukar mahu terima sebab, semua cucu dia ok, normal, anak saya saja yang macam tu (Kes 3).

...aaa tu la. Tidak dapat terima. Dia bilang keturunan diaorang tidak ada yang kurang upaya (Kes 4).

Kekurangan maklumat dan pengalaman

Sumber ketiga membawa kepada MAD ialah kekurangan maklumat dan pengalaman yang berkaitan dengan penjagaan anak kurang upaya. Semua ibu bapa (6 kes) mengatakan bahawa mereka tidak mempunyai pengalaman sebagai ibu bapa kepada anak kurang upaya. Contohnya, ibu kepada kanak-kanak kekurangan anggota badandan ibu kepada kanak-kanak *Rett syndrome* mengatakan bahawa dia meluahkan kesukaran dalam menjaga anaknya.

Saya rasa susah, tidak tahu apa mau buat dengan anak OKU. Mahu jaga dia macam mana, kalau dia sakit, apa harus dibuat (Kes 4)...because for special children with especially, no experience... I didn't know what to do with my baby (Kes 6)

Ketiadaan pengalaman ini memaksa ibu bapa untuk belajar kemahiran keibubapaan yang baru yang akhirnya menyebabkan ibu bapa rasa sukar untuk menjaga anaknya. Seperti yang dijelaskan oleh ibu bapa kes 3:

Memang rasa sangat susah lah mahu jaga dia. Saya rasa saya sudah berusaha keras jaga dia. Kena belajar banyak lah kalau mahu jadi ibu bapa OKU ni. Sangat susah lah bagi saya (Kes 3).

Ibu bapa (3 daripada 6 kes) juga didapati kekurangan maklumat tentang masalah kesihatan dan ketidakupayaan anaknya. Ibu bapa dalam kes 6 mengatakan tiada sebarang jawapan untuk ketidakupayaan anaknya. Hal ini akhirnya menyebabkan ibu bapa dalam kes 2 berasa bimbang.

...not like Down Syndrome you can measure chromosome. By testing in the lab, you know that oh, these because of the down syndrome. CP no, even MRI no answer (Kes 6).

Saya pun tidak tahu apa itu enlarged adenoid. Saya sangat bimbang sebab tidak tahu apa mahu dibuat (Kes 2).

Faktor luar bandar

Sumber keempat kepada MAD yang dialami oleh ibu bapa adalah faktor kehidupan di luar bandar. Kehidupan di luar bandar menyebabkan ibu bapa (5 daripada 6 kes) mengalami kesukaran dalam mendapatkan rawatan kesihatan untuk anak kurang upaya. Kesukaran ini disebabkan oleh lokasi hospital untuk kanak-kanak kurang upaya yang jauh dari kawasan tempat tinggal. Sebagai contoh, seorang ibu mengatakan:

...kalau mau pergi Likas, kan jauh dari sini, mau pergi Kota Kinabalu lagi. Ada kereta tapi tidak pandai drive, terpaksa la menumpang kan (Kes 1)

Ibu bapa (4 daripada 6 kes) di luar bandar juga mengatakan bahawa mereka mengalami kesukaran dari segi pengangkutan awam. Disebabkan oleh ketiadaan pengangkutan awam ini, seorang ibu kepada kanak-kanak *poliomyelitis* mengatakan dia terpaksa berjalan kaki dari kampung ke simpang jalan utama bagi mendapatkan pengangkutan awam.

...yang pawong (kenderaan awam) tu semua dari Tempua. Jadi kami mahu jalan kaki lagi, mahu satu batu, kami terpaksa jalan mahu pergi ke simpang jalan utama (Kes 3).

Ketiadaan pengangkutan awam ini disebabkan oleh tiada jalan perhubungan antara kampung dengan jalan utama yang menuju ke pusat Bandar.

...habis kampung kami itu kereta tidak dapat masuk bah (Kes 4).

Ibu bapa (5 daripada 6 kes) juga mengatakan bahawa mereka terpaksa bertukar-tukar kenderaan semasa setiap kali mendapatkan rawatan untuk anak di bandar. Contohnya, seorang ibu menceritakan dia terpaksa melakukan pertukaran kenderaan awam sebanyak empat kali dalam satu perjalanan ke bandar.

Dia kasi dua bulan satu kali begitu...mahu empat kali naik bus...dari Hospital Likas pergi Kota Kinabalu lagi kan. Nah...dari Kota Kinabalu pergi Tamparuli. Pergi kampung (Kes 2).

Selain masalah yang berkaitan dengan pengangkutan, ketiadaan pakar di hospital yang berdekatan juga menyukarkan ibu bapa mendapatkan perkhidmatan kesihatan yang berkualiti untuk anak. Sebagai contoh, seorang bapa mengatakan bahawa dia menghadapi cabaran yang besar dalam mendapatkan terapi untuk anaknya.

Sebenarnya tidak cukup terapi yang sedia ada disini. Setakat ini, kami juga, ia sangat mencabar bagi kami. Kami tidak ada, kami masih kekurangan terapi disini (Kes 6).

Kesan hidup di luar bandar ini akhirnya menyebabkan ibu bapa (5 daripada 6 kes) menanggung kos yang tinggi bagi mendapatkan rawatan untuk anak.

...carter teksi kan, 50 ringgit ow habis dia tunggu saya bah. Kalau saya setengah hari sana, dia pun setengah hari la. Dia minta RM 50. Sekarang naik sudah. Tiap-tiap bulan dia appointment. Dari kecil. Banyak ow dia punya belanja (Kes 5).

Saya rasa bimbang juga lah. Saya bimbang kalau tiba-tiba masa tu saya tidak ada duit sudah. Macam mana mahu hantar anak ke hospital. Dah lah jauh (Kes 1).

Kesihatan anak

Faktor kesihatan anak didapati turut menjadi sumber MAD kepada semua ibu bapa (6 kes) kanak-kanak kurang upaya fizikal. Anak yang mempunyai ketidakupayaan fizikal mempunyai sistem imunisasi yang rendah dan ini menyebabkan kanak-kanak kurang upaya mudah sakit. Kebanyakan ibu bapa (4 daripada 6 kes) melaporkan bahawa anak mereka kerap dimasukkan di hospital disebabkan oleh kepelbagaian masalah kesihatan. Contohnya:

...sejak diaorang lahir, sampai enam bulan kami balik-balik masuk wad saja itu. Satu minggu pulang rumah, lepas tu masuk wad lagi. Di Hospital Ranau la, di Hospital Likas lah (Kes 2).

Baru keluar, bisuk kena sawan lagi. Masuk lagi. Keluar masuk, keluar masuk lah. Itu yang buat saya susah...Takut bah. Susah hati (Kes 3)

Masalah kesihatan anak ini mendatangkan simptom MAD seperti perasaan bimbang, risau, takut, kesukaran untuk tidur, murung dan gugup kepada semua (6 kes) ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal.

...risau juga la. Turun sudah berat badan dia 5 bulan. Menirap pun dia tidak (Kes 1)

Oh kesihatan dia ni lah paling anu, paling risau (Kes 2)

Memang saya kurang tidur lah bila dia sesak nafas. Risau pasal kesihatan dia (Kes 3)

Memang saya rasa sangat bimbang. Saya rasa macam hidup ka ini anak ini. Hidup ka anak ni saya bilang (Kes 4)

Cepat-cepat hantar pergi hospital. Kena oksigen. Dua malam masuk wad. Yang dia sakit teruk, itu yang saya sangat risau dia (Kes 5)

Why I felt depressed...health concern, too many health concern...(Kes 6)

PERBINCANGAN

Hasil kajian membuktikan bahawa ibu bapa kepada kanak-kanak kurang upaya fizikal di luar bandar Sabah mengalami MAD. Daripada penerokaan menggunakan kaedah kualitatif, didapati bahawa lima faktor utama kepada MAD yang dialami oleh ibu bapa. Antaranya ialah kurang sokongan daripada keluarga dan pasangan. Masalah sokongan tidak formal (Bromley et al., 2004) dan

kurang sokongan keluarga (Benson & Karlof, 2009; Leahy Warren, McCarthy & Corcoran, 2012) telah banyak disebut memberi impak yang signifikan ke atas kesihatan mental ibubapa. Walau bagaimanapun, dapatan kajian kualitatif ini menjelaskan sebab ibu bapa kurang mendapat sokongan iaitu disebabkan oleh sikap ahli keluarga yang tidak mempedulikan masalah yang dialami oleh ibu bapa dalam membesarkan anak kurang upaya fizikal, sikap pasangan yang tidak memberi sokongan dari segi pengurusan dan penjagaan anak kurang upaya fizikal. Hal ini akhirnya menyebabkan ibu bapa terasing daripada komuniti sehingga menyebabkan ibu bapa mengalami simptom MAD.

Selain itu, ibu bapa dalam kajian ini juga berhadapan dengan masalah penerimaan ahli keluarga. Dapatan ini hampir sama dengan dapatan kajian Resch, Elliott dan Benz (2012) yang mana ketidakpuasan ahli keluarga ke atas kelahiran anak kurang upaya fizikal menyebabkan kemurungan ibu bapa. Dalam kajian ini masalah penerimaan ini bukan sahaja menyumbang kepada kemurungan tetapi keduanya iaitu kebimbangan dan kemurungan (MAD). Di samping penerimaan keluarga, masalah penerimaan ibu bapa sendiri juga menyumbang kepada MAD. Ibu bapa cenderung untuk mempunyai pemikiran penolakan mengenai ketidakupayaan anaknya. Penemuan ini menambahkan lagi hasil kajian Fernandez-Alcantara *et al.* (2015) yang mendapati ibu bapa kanak-kanak *cerebral palsy* berasa terkejut, mengalami trauma dan rasa kehilangan disebabkan anak tidak seperti yang diharapkan.

Kekurangan maklumat dan pengalaman dari segi penjagaan anak kurang upaya membawa kepada MAD dalam kalangan ibu bapa. Kajian ini hampir sama dengan hasil kajian Resch *et al.* (2010) yang mana kebanyakan ibu bapa kepada kanak-kanak kurang upaya didapati kurang pengetahuan mengenai ketidakupayaan anaknya. Dapatan kajian ini menjelaskan bahawa kekurangan maklumat dan pengalaman ibu bapa disebabkan oleh kesukaran untuk mendapatkan maklumat yang berguna dalam membesarkan anak kurang upaya. Hal ini disebabkan oleh faktor kesukaran ibu bapa untuk akses ke atas perkhidmatan profesional dan faktor

kekurangan sokongan yang dialami oleh ibu bapa.

Kekurangan di luar bandar telah dilaporkan menyebabkan ibu bapa mengalami kesukaran dari segi pengangkutan, kesukaran mendapatkan rawatan yang disebabkan oleh limitasi perkhidmatan kesihatan, kualiti penjagaan kesihatan yang redah dan kekurangan pakar yang boleh diakses (Goins *et al.*, 2005; Halls, 2008). Penemuan kajian ini juga mendapati faktor tempat tinggal di luar bandar seperti kekurangan pakar, lokasi pusat rawatan yang terletak jauh di pusat bandar dan kekurangan pakar menjadi punca ibu bapa mengalami cabaran yang sangat besar dalam membesarkan anak kurang upaya fizikal. Di samping mengenal pasti cabaran-cabaran ini, kajian ini juga mendapati bahawa cabaran yang tinggi dalam membesarkan anak kurang upaya fizikal di luar bandar ini akhirnya menyebabkan ibu bapa mengalami simptom MAD.

Masalah kesihatan anak kurang upaya seperti mudah sakit menyebabkan ibu bapa mengalami simptom MAD. Seperti yang diperolehi oleh salah satu kajian terkini mengenai hubungan kesihatan anak dengan masalah kesihatan mental ibu bapa, D'Alessandro *et al.* (2014) melaporkan bahawa ibu kepada kanak-kanak kurang upaya yang mempunyai masalah kesihatan yang kronik lebih cenderung untuk mempunyai kemurungan. Khusus untuk ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal di luar bandar, masalah kesihatan anak ini bukan hanya menyebabkan kemurungan malah juga menyebabkan ibu bapa mengalami kebimbangan iaitu adanya simptom seperti sering bimbang dan murung.

Ringkasnya, kajian ini telah membuktikan ibu bapa kepada kanak-kanak kurang upaya fizikal juga mengalami MAD iaitu adanya simptom tersendiri seperti gangguan tidur, cepat marah, bimbang, mudah menangis, kesedihan, menjangkakan sesuatu yang negatif akan berlaku pada masa hadapan dan tanpa harapan. Simptom dan sumber MAD ini mungkin berbeza dengan perkara yang dialami oleh sampel populasi umum (Spijker, Batelaan, Graaf & Cuijpers, 2010; Das-Munshi *et al.*, 2008), sampel remaja (Schmidt *et al.*, 2007); dan pesakit di bawah jagaan

utama (Weisberg, Maki, Culpepper & Keller, 2005).

IMPLIKASI KAJIAN

Implikasi yang paling penting adalah, mengenal pasti dan menjelas sebab ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal di luar bandar Sabah mempunyai MAD. Di samping itu, penemuan hasil kajian ini juga dapat digunakan untuk memahami cabaran-cabaran membesarkan anak kurang upaya di luar bandar dan mengetahui keperluan ibu bapa di luar bandar yang masih belum sepenuhnya diterokai. Daripada hasil kajian ini juga dapat digunakan untuk membina intervensi awal khusus untuk ibu bapa kanak-kanak kurang upaya yang mempunyai masalah kesihatan mental khususnya MAD.

LIMITASI KAJIAN

Antara limitasi kajian ini adalah, hasil kajian ini tidak dapat di generalisasi kepada ibu bapa kanak-kanak kurang upaya yang lain kerana sampel kajian hanya melibatkan ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal.

KESIMPULAN

Dapat dirumuskan bahawa, kajian ini telah mendapati ibu bapa kepada kanak-kanak kurang upaya fizikal di luar bandar Sabah mempunyai masalah kesihatan mental seperti MAD. Hasil penerokaan menggunakan kaedah kualitatif telah mendapati lima sebab ibu bapa mempunyai MAD iaitu, kurang sokongan, masalah penerimaan, kekurangan maklumat dan pengalaman mengenai anak kurang upaya, faktor kehidupan di luar bandar dan kesihatan anak.

PENGHARGAAN

Setinggi-tinggi penghargaan kepada pihak Jabatan Kebajikan Masyarakat Malaysia kerana telah membenarkan pengkaji menjalankan kajian di Pusat Pemulihan Dalam Komuniti (PDK) di luar bandar Sabah. Penghargaan juga diberikan kepada setiap PDK yang terlibat dalam kajian ini kerana

sudi memberi kerjasama dan sokongan semasa kajian dijalankan. Tidak lupa juga kepada ibu bapa kanak-kanak kurang upaya fizikal yang sudi terlibat sebagai responden kajian ini.

RUJUKAN

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 4th Ed.)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Arcury, T. A., Gesler, W. M., Preisser, J. S., Sherman, J., Spencer, J., & Perin, J. (2005). "The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region." *Health Services Research*, 40, 135-55.
- Azeem, M. W., Dogar, I. A., Shah, S., Cheema, M. A., Asmat, A., Akbar, M., ... & Haider, I. I. (2013). Anxiety and Depression among Parents of Children with Intellectual Disability in Pakistan. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 290-5.
- Benson, P. R. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 685-695.
- Benson, P. R., & Karlof, K. L. (2009). Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD: A longitudinal replication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 350-362.
- Bitsika, V., & Sharpley, C. F. (2004). Stress, anxiety and depression among parents of children with autism spectrum disorder. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 14, 151-161.
- Breslau, N., Staruch, K. S., & Mortimer, E. A. (1982). Psychological distress in mothers of disabled children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 136, 682-686.
- Bromley, J., Hare, D. J., Davison, K., & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: social support, mental health sta-

- tus and satisfaction with services. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 8, 409–423.
- Choudhary, S. K., Gohel, M., & Mukherjee, S. (2011). *Psychosocial impact on the parents of mentally retarded children in Anand District*. Dicitak dari <http://iapsmgc.org/OA15V2I2.pdf>.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-327.
- Coombs, T., Stapley, K., & Pirkis, J. (2011). The multiple uses of routine mental health outcome measures in Australia and New Zealand: experiences from the field. *Australasian Psychiatry*, 19, 247-253.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into Practice*, 39, 124-130.
- D'Alessandro, G, Cremonesi, I, Alkhamis, N & Piana, G. (2014). Correlation between oral health in disabled children and depressive symptoms in their mothers. *Europe Journal. Paediatrics*, 15, 303-308.
- Das-Munshi, J., Goldberg, D., Bebbington, P. E., Bhugra, D. K., Brugha, T. S., Dewey, M. E., ... & Prince, M. (2008). Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 171-177.
- Ehrensperger, M. M., Grether, a, Romer, G., Berres, M., Monsch, a U., Kappos, L., & Steck, B. (2008). Neuropsychological dysfunction, depression, physical disability, and coping processes in families with a parent affected by multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 14, 1106–1112.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14, 532-550.
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115.
- Familiar, I, Nakasujja, N., Bass, J., Sikorskii, A., Murray, S. M., Ruisenor-Escudero, H., ... & Boivin, M. J. (2015). Caregivers' depressive symptoms and parent-report of child executive function among young children in Uganda. *Learning and Individual Differences*.
- Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Laynez-Rubio, C., Pérez-Marfil, M. N., Martí-García, C., Benítez-Feliponi, Á. & Cruz-Quintana, F. (2015). Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disability and Health Journal*, 8, 93-101.
- Ferro, M. A., & Speechley, K. N. (2009). Depressive symptoms among mothers of children with epilepsy: a review of prevalence, associated factors, and impact on children. *Epilepsia*, 50, 2344-2354.
- Friese, S. (2012). *ATLAS.ti 7 user manual*. Berlin: ATLAS. ti Scientific Software Development GmbH.
- Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., & Nakamura, Y. (2008). The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the world mental health survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17, 152-158.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. London: Weidenfeld and Nicholson.
- Goins, R.T., Williams, K.A., Carter, M.W., Spencer, S. M., & Solovieva, T. (2005). "Perceived barriers to health care access among rural older adults: A qualitative study." *Journal of Rural Health*, 21, 206-13
- Goldman, J., Salus, M. K., Wolcott, D., & Kennedy, K. Y. (2003). *A coordinated response to child abuse and neglect: the foundation for practice*. Washington, dc: U.S. Department of health and human services, administration for children and families, administration on children, youth and families, children's bureau, office on child abuse and neglect. Dicitak dari <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/foundation.pdf>.
- Halls, T. T. (2008). *The experience of parents raising a child with special health care needs while living in a rural area* (Tesis Master). Dicitak dari ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1465139).
- Isa, S. N. I., Aziz, A. A., Ab Rahman, A., Ibrahim, M. I., Ibrahim, W. P. W., Mohamad, N., ... & Van Rostenbergh, H.

- (2013). The impact of children with disabilities on parent health-related quality of life and family functioning in Kelantan and its associated factors. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 34*, 262-268.
- Juvani, S., Isola, A., & Kyngas, H. (2005). The northern physical environment and the well-being of the elderly aged over 65 years. *International Journal of Circumpolar Health, 64*, 246-256.
- Kasper, S., Volz, H. P., Dienel, A., & Schläfke, S. (2015). Efficacy of Silexan in mixed anxiety-depression—A randomized, placebo-controlled trial. *European Neuropsychopharmacology, 26*, 331-340.
- Kausar, S., Jevne, R. F., & Sobsey, D. (2006). Hope in families of children with developmental disabilities. *Journal On Developmental Disabilities, 10*, 153-159.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., & Hiripi, E. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry, 60*, 184-189.
- Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine, 64*, 850-857.
- Leahy Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First time mothers: social support, maternal parental self efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 388-397.
- Lindley, L. C. & Mark, B. A. (2010). Children with special health care needs: Impact of health care expenditures on family financial burden. *Journal of Child and Family Studies, 19*, 79-89.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 20*, 561-592.
- Montes, G., & Halterman, J. S. (2011). Child care problems and employment among families with preschool-aged children with autism in the United States. *Pediatrics, 122*, 202-208
- Norizan, A., & Shamsuddin, K. (2010). Predictors of parenting stress among Malaysian mothers of children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*, 992-1003.
- Ong, L. C., Chandran, V. & Peng, R. (1999). Stress experienced by mothers of Malaysian children with mental retardation. *Journal of Paediatrics and Child Health, 35*, 358-362.
- Phelan, K. J., Morrongiello, B. A., Khoury, J. C., Xu, Y., Liddy, S., & Lanphear, B. (2014). Maternal supervision of children during their first 3 years of life: The influence of maternal depression and child gender. *Journal of Pediatric Psychology, 39*, 349-357.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., ... & Wood, E. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics, 115*, 626-636.
- Resch, J. A., Elliott, T. R., & Benz, M. R. (2012). Depression among parents of children with disabilities. *Families, Systems, & Health, 30*, 291-301.
- Resch, J. A., Mireles, G., Benz, M. R., Grenwelge, C., Peterson, R. & Zhang, D. (2010). Giving parents a voice: A qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities. *Rehabilitation Psychology, 55*, 139-148.
- Schmidt, N. B., Kotov, R., Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Joiner, T. E. & Lewinsohn, P. M. (2007). Mixed anxiety depression: Taxometric exploration of the validity of a diagnostic category in youth. *Journal of Affective Disorders, 98*, 83-89.
- Singer, G. H. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *American Journal of Mental Retardation: AJMR, 111*, 155-169.
- Spijker, J., Batelaan, N., de Graaf, R. & Cuijpers, P. (2010). Who is MADD? Mixed anxiety depressive disorder in the general population. *Journal of Affective Disorders, 121*, 180-183.
- Weisberg, R. B., Maki, K. M., Culpepper, L. & Keller, M. B. (2005). Is anyone really MAD? the occurrence and course of mixed anxiety-depressive disorder in a sample of primary care patients. *The*

Journal of Nervous and Mental Disease, 193, 223-230.

Yin, R. (1989). *Case study research: Design and methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*, 4th. *Thousand Oaks*.