

## **AMALAN MEROKOK DAN FAKTOR YANG BERKAITAN DENGANNYA DI KAMPUNG BUKIT KERAYONG. MUKIM JERAM DAN KAPAR, SELANGOR, 1993.**

A. Jalal A., Abdul Rahman H.J., Ahmad Hisham A. R., Alizah H. J., Aminudin M. S., Anita B., Charanjeet Singh J. S., Foozia M. S., Hasaruddin Rizal H., Hasnah M. N., Huang L. G., Khor S. E., Lee B. C., Loh W. L., Marini A.G., Mary Jennifer M., Mohd. Hamrizal A. H., Mohd. Sayuti A.B., Nik Kamaruddin N.N., Noor Azizah A. H., Sharifah M., Siti Salwa M. N., Yap S. C., Zabri K\*.

### **ABSTRAK**

*Satu kajian rentas telah dijalankan di kalangan penduduk yang berumur 13 tahun dan ke atas di Kampung Bukit Kerayong, Selangor untuk mengkaji amalan merokok dan faktor-faktor yang berkaitan dengannya. Seramai 255 orang responden telah dipilih secara persampelan rawak mudah dengan mengambil isi rumah sebagai rangka sampel. Data didapati melalui soalselidik berpandu dan pemeriksaan urin bagi pasangan suami-isteri yang terpilih. Kajian menunjukkan prevalens merokok adalah 31.4%. Prevalens di kalangan penuntut sekolah (umur 13-19 tahun) adalah 16% dan umur mula merokok adalah seawal 10 tahun. Dua faktor utama yang dikenalpasti mendorong seseorang merokok adalah pengaruh kawan dan sikap ingin mencuba. Bagi bekas perokok, faktor utama yang mendorong mereka berhenti adalah masalah kesihatan. Sungguhpun demikian, kadar relaps adalah tinggi iaitu 77%. Faktor umur, jantina, sikap, pengetahuan kesihatan dan pengaruh ayah sebagai perokok dibuktikan mempunyai hubungan yang signifikans dengan amalan merokok. Paras nikotin urin (PNU) bagi perokok adalah 4.2 kali lebih tinggi daripada perokok pasif.*

**Kata kunci :** Merokok, komuniti, kadar relaps, nikotin.

### **ABSTRACT**

*A cross-sectional study was conducted amongst subjects aged 13 and above at Kampung Bukit Kerayong, Selangor, to study their smoking habits and its related factors. A total of 255 respondents were obtained by a simple random sampling method, using the household as the sampling frame. Data*

---

\* Mahasiswa/wi Perubatan, Kumpulan 6, Tahun 4, Fasa 2, Sesi 1993/94

*from interview guided questionnaires and urine examination of chosen married couples were obtained. The study revealed that the prevalence of smoking was 31.4% amongst those aged 13 and above; the prevalence rate among secondary school students (aged 13-19) is 16%. There were smokers who started smoking as early as 10 years of age. Two important factors were discovered to be the main triggering factor for smoking, peer pressure and to gain new experience. Among those who had stopped smoking, the main reason was due to health problems. A relapse rate was 77%. Age, sex, attitudes, knowledge about health and the influence of a father who smoked had significant association with smoking. Urine nicotine level for smokers was found to be 4.2 times higher than that of passive smokers.*

**Key words :** *Smoking, relapse rate, nicotine.*

## **PENDAHULUAN**

Merokok merupakan satu tabiat yang tidak asing lagi dalam masyarakat kita. Tabiat ini jelas kelihatan di mana-mana sahaja tanpa mengira tempat, kaum dan agama. Dari segi usia, bukan sahaja golongan dewasa yang terlibat tetapi juga golongan remaja, dan ini lebih membimbangkan kerana lebih awal mereka memulakan tabiat, lebih sukar untuk mereka menghentikan amalan yang negatif ini.

Terdapat berbagai faktor yang boleh menyebabkan seseorang itu merokok seperti kurangnya pengetahuan kesihatan, pengaruh luar yang terdiri daripada pengaruh keluarga, rakan dan media massa, pengaruh budaya dan tekanan hidup.

Oleh kerana amalan merokok dikaitkan dengan kadar morbiditi dan mortaliti yang tinggi, maka sudah tentunya ia membawa kepada banyak masalah sama ada masalah sosial, ekonomi mahupun masalah kesihatan. Dengan ini kajian dilakukan untuk menentukan kadar prevalens merokok di kawasan luar bandar dan faktor yang mempengaruhinya.

Daripada kajian-kajian yang telah dilakukan di negara-negara membangun, merokok adalah lebih sering di kalangan remaja lelaki dibandingkan dengan remaja perempuan. Pengaruh budaya mungkin memainkan peranan yang penting di dalam hal ini<sup>1</sup>.

Dalam satu kajian yang dilakukan oleh WHO di Malaysia dalam tahun 1979, didapati bahawa peratusan penduduk lelaki yang merokok adalah 58% sementara penduduk perempuan, 20%. Kajian yang

dilakukan oleh mahasiswa Universiti Kebangsaan Malaysia di Bukit Kuching, Kuala Selangor (1989), mendapati bahawa sebanyak 41.7% daripada responden adalah perokok, sementara kajian lain yang dijalankan di Kampung Parit 2, Sungai Burung, Selangor (1991) menunjukkan 37.8% responden adalah perokok<sup>2</sup>.

Pada tahun 1973, kajian ke atas penduduk luar bandar di Rembau, Negeri Sembilan menunjukkan bahawa 34.2% daripada penduduk yang berusia 25 tahun dan ke atas adalah perokok. Prevalens di kalangan lelaki Melayu didalam kumpulan umur 45 tahun dan keatas adalah berbeza bermakna secara statistik dibandingkan dengan kaum lain<sup>3</sup>.

Masalah yang timbul daripada amalan merokok boleh dibahagikan kepada masalah kesihatan, ekonomi dan sosial. Dari segi kesihatan, kajian epidemiologi sejak 25 tahun kebelakangan ini telah menunjukkan kaitan di antara tabiat merokok dengan kanser paru-paru, bronkitis kronik dan emfisema, penyakit jantung koronari dan berat lahir yang rendah<sup>4</sup>. Merokok juga boleh menyebabkan penyakit penyumbatan arteri periferi, aneurisme aorta, penyakit ulser peptik dan gangguan sistem reproduksi (keguguran spontan dan peningkatan kadar kematian neonat).

Dari sudut ekonomi pula, banyak wang telah dibazirkan untuk membeli rokok. Di Amerika Syarikat, bagi seorang individu dibawah umur 50 tahun yang merokok kurang dari dua bungkus sehari, jumlah kerugian pendapatan yang ditanggung seumur hidup untuk perbelanjaan perubatan dianggarkan melebihi AS\$ 34 ribu<sup>2</sup>. Kajian mengenai kesan sosial daripada amalan merokok mendapati bahawa ketagihan rokok adalah merupakan peringkat pertama bermulanya penyalahgunaan dadah<sup>5</sup>. Di negara kita pula, jumlah wang yang dibelanjakan untuk rokok pada tahun 1980 adalah jauh lebih besar dari jumlah yang telah dibelanjakan ke atas program kesihatan bagi jangkamasa 5 tahun dalam Rancangan Malaysia Ketiga<sup>6</sup>.

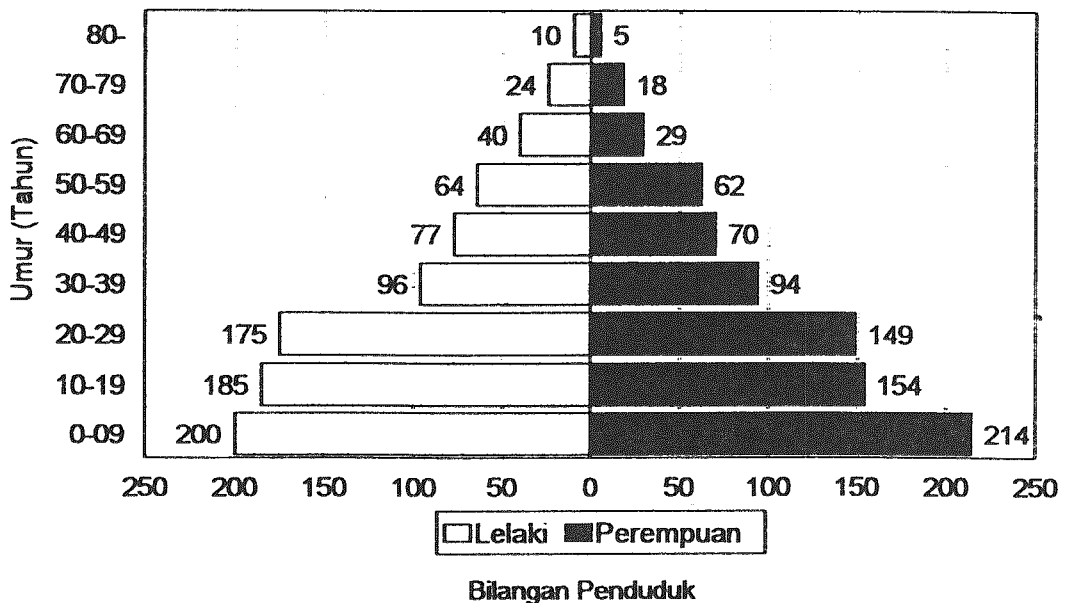
Dari kajian yang dilakukan di Kuala Lumpur mengenai fenomena perokok pasif yang berlaku di kalangan anak-anak perokok, beliau telah menunjukkan (pada 95% keyakinan) bahawa prevalens asma dan penyakit respiratori boleh dikurangkan sehingga 29.0%, jika pendedahan berterusan terhadap perokok pasif dapat dielakkan. Manakala di kalangan orang dewasa, merokok secara pasif boleh meningkatkan risiko angina pektoris dan asma<sup>7</sup>.

Sementara itu, di dalam satu kajian lain didapati jika seseorang perokok menghisap lebih daripada 20 batang rokok sehari terdapat hubungan dos-respons antara bilangan rokok yang dihisap dengan paras ekresi kotinin di dalam urin bukan perokok yang tinggal serumah. Dalam kajian ini juga, didapati perokok pasif seolah-olah menghisap 3 batang rokok sehari sekiranya mereka tinggal serumah dengan perokok aktif yang menghisap 40 batang sehari<sup>8</sup>. Kajian ini juga membuat kesimpulan bahawa kesan buruk merokok secara pasif berlaku berkadaran dengan pendedahan bukan perokok kepada perokok di rumah, tempat kerja atau dalam masyarakat.

## METODOLOGI

Kajian ini dilakukan menggunakan kaedah irisan lintang ke atas penduduk Kampung Bukit Kerayong yang berumur 13 tahun dan ke atas. Taburan penduduk kampung ini dapat dilihat pada Rajah 1.

Rajah 1 Taburan penduduk menurut umur dan jantina



Rumah di tetapkan sebagai rangka sampel. Rumah yang berpenghuni di Kampung Bukit Kerayong adalah sebanyak 296 buah dan 72 buah rumah telah dipilih untuk mendapatkan 25% daripada populasi

sasaran. Ini berdasarkan anggaran daripada bancian, iaitu setiap rumah mempunyai 4 orang ahli yang berumur 13 tahun dan keatas (unit sampel). Untuk memudahkan persampelan, semua rumah-rumah telah ditanda dengan kad bernombor semasa melakukan bancian. Ahli rumah berumur 13 tahun dan ke atas yang merupakan penduduk tetap yang berada di rumah semasa kajian dibuat. Sekiranya selepas dua lawatan, unit sampel masih tidak ditemui atau tidak memberi kerjasama, mereka akan digugurkan daripada kajian. Persampelan dibuat secara rawak mudah dengan menggunakan jadual nombor rawak Fischer.

Temubual dibuat secara langsung dengan menggunakan borang soal-selidik. Penemubual akan mengemukakan soalan-soalan dalam borang soal-selidik dan menandakan jawapan yang diberikan.

Responden akan diberi botol sampel urin (plastik) yang kering dan bertutup untuk pengambilan sampel urin. Responden dikehendaki mengumpul urin mereka dan mengisi sekurang-kurangnya separuh ke dalam bekas tersebut. Bekas dilabel mengikut nama, umur dan jantina responden. Seterusnya sampel urin akan dianalisis untuk menentukan paras nikotin bagi responden tersebut. Kepekatan nikotin akan ditentukan dengan menggunakan kalorimeter. Dalam kajian ini, perokok didefinisikan sebagai seseorang yang merokok sekurang-kurangnya satu batang seminggu secara berterusan untuk sekurang-kurangnya 2 bulan.

## HASIL KAJIAN

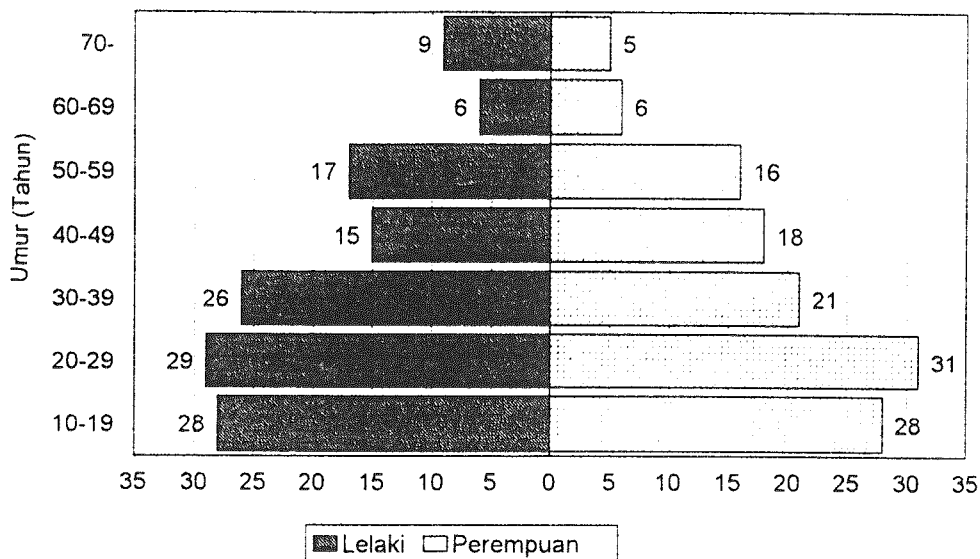
Seramai 297 orang diambil sebagai unit sampel tetapi 42 orang telah digugurkan kerana tiada di rumah sesudah 2 kali lawatan (33 orang), tidak memberi kerjasama (7 orang) dan skizofrenia/dementia (2 orang).

Kajian ini melibatkan 130 orang lelaki (51.9%) dan 125 orang perempuan (49.0%). Responden berumur di antara 13-89 tahun dan min umur adalah  $35.1 \pm 17$  tahun (Rajah 2). Seramai 80 orang menepati kriteria perokok dalam kajian ini, ini menjadikan 31.4% daripada jumlah sampel. Selebihnya (68.6%) adalah bukan perokok.

Majoriti daripada perokok adalah dari kalangan yang berumur 30-39 tahun iaitu 21.0%. Ini diikuti oleh mereka yang berumur 20-29 tahun, iaitu 21.0% (Rajah 3). Hampir kesemua 93.8% perokok adalah lelaki. Lebih daripada separuh (57.7%) lelaki yang dikaji adalah perokok. Dari segi status perkahwinan, 53.7% masih berkahwin, diikuti dengan bujang

dan duda/janda, masing-masing 38.4% dan 7.8%. Julat pendapatan perkapita di kampung ini ialah RM 16-750, dengan min RM 135.83 ± 125.83.

Rajah 2 Taburan responden menurut jantina dan umur



Dari aspek budaya masyarakat di sini, majoriti (89.7%) responden mengatakan bahawa rokok menjadi hidangan dalam aktiviti-aktiviti sosial dan majlis kenduri (54.6%) merupakan aktiviti sosial di mana rokok paling kerap dihidangkan. Ini diikuti dengan melayan tetamu (27.7%) dan semasa mesyuarat (4.4%).

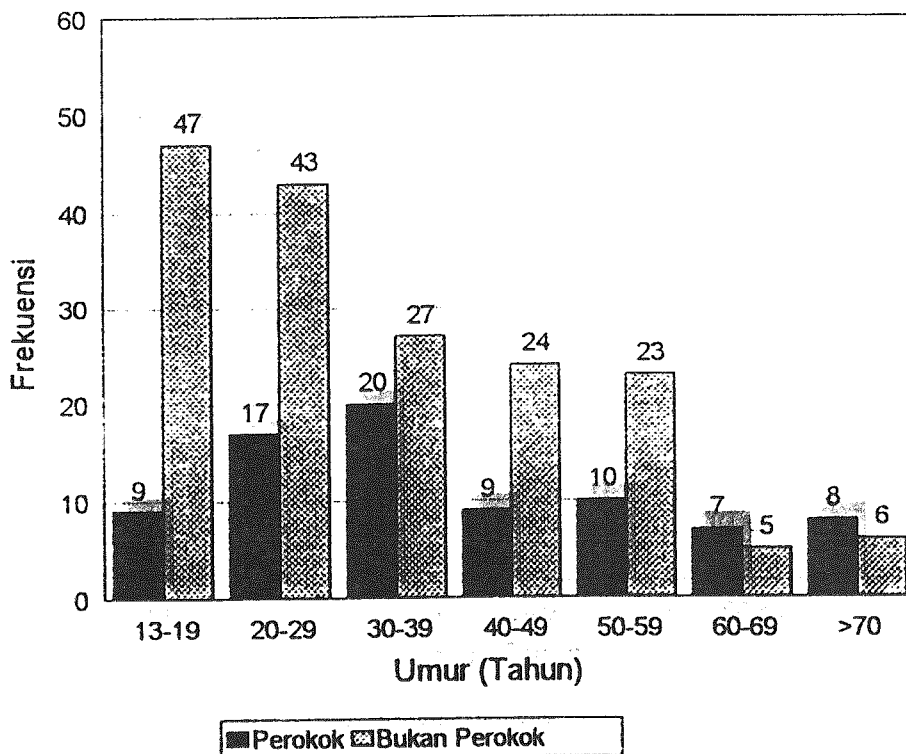
Hampir kesemua (91.8%) responden mengatakan bahawa mereka pernah didedahkan kepada maklumat kesihatan mengenai bahaya merokok. Televisyen dan radio memainkan peranan yang terpenting (49.2%) dalam penyebaran maklumat. Ini diikuti oleh nasihat dari kakitangan perubatan (16.9%) dan ceramah-ceramah kesihatan (14.0%). Amaran pada kotak rokok memang jelas tidak mampu menyampaikan maklumat ini (1.9%) (Jadual 1).

### Ciri-ciri perokok di kampung ini

Umur mula merokok adalah seawal 10 tahun dan secara puratanya perokok di kampung ini mula merokok pada umur  $19.0 \pm 6.3$  tahun. Didapati bahawa lebih daripada satu pertiga (36.2%) perokok mula merokok pada umur 16-18 tahun (Jadual 2). Jenis rokok yang paling popular di kalangan penduduk adalah rokok kotak (38.8%). Sungguhpun demikian, rokok jenis daun dan campuran (lebih dari satu jenis) juga menjadi pilihan iaitu 30.0% bagi kedua-duanya.

Julat bilangan rokok yang dihisap sehari adalah 1-56 batang dan puratanya adalah  $9.7 \pm 9.1$  batang sehari. Sebahagian besar (80.0%) daripada perokok merokok 1-10 batang sehari. Hanya segelintir sahaja (2.5%) yang merokok 40 batang dan ke atas sehari (Jadual 3). Jangkamasa merokok yang minima adalah 1 tahun dan maksimumnya

Rajah 3 Taburan perokok menurut umur



**Jadual 1** Taburan cara-cara pendedahan maklumat tentang bahaya merokok

Cara pendedahan maklumat	Peratus
Televisyen dan radio	49.2
Nasihat kakitangan kesihatan	16.9
Ceramah	14.0
Poster	5.9
Mata pelajaran	5.5
Nasihat kawan/ Cikgu	3.3
Bahan bercetak	3.3
Kotak rokok	1.9

**Jadual 2** Taburan perokok menurut umur mula merokok

Umur mula merokok (tahun)	Peratus
7-12 tahun	7.5
13-15 tahun	17.1
16-18 tahun	36.2
19-55 tahun	39.4
> 55 tahun	0

**Jadual 3** Taburan perokok menurut bilangan rokok yang dihisap sehari

Bilangan rokok sehari (batang)	Frekuensi
1-10	64
11-20	12
21-30	2
31-40	0
>40	2



**Jadual 4 Taburan perokok menurut jangkamasa merokok**

Jangkamasa merokok (Tahun)	Peratus
1-10	32.5
11-20	26.3
21-30	17.5
31-40	5.0
41-50	12.5
51-60	5.0
61-70	1.3

adalah 69 tahun. Secara puratanya, penduduk di sini telah merokok selama  $21.0 \pm 16.8$  tahun (Jadual 4). Telah dikenalpasti bahawa sumber rokok yang paling utama adalah dari kedai iaitu 85.0%. Sumber-sumber yang lain termasuklah rumah (11.3%) dan kawan (3.8%).

Ujian korelasi keatas faktor pendapatan per kapita perokok dan bilangan batang rokok yang dihisap sehari menunjukkan bahawa terdapat korelasi berkadar terus yang sederhana dan bererti pada batas keertian 5% ( $r = +0.3239$ ) di antara kedua-dua faktor tersebut. Maka, mereka yang berpendapatan tinggi berkemungkinan besar menghisap lebih banyak rokok. Faktor pendapatan didapati memberikan sumbangan pengaruh sebanyak 10.5% kepada bilangan batang rokok yang dihisap sehari ( $r^2 = 0.1049$ ). Analisis regresi menunjukkan bahawa bagi perokok yang tidak mempunyai sebarang pendapatan pun akan merokok sebanyak 7.0 batang rokok sehari ( $a = 7.0$ ). Seterusnya, bagi peningkatan RM 100 berlaku peningkatan sebanyak 2.2 batang rokok sehari ( $b = 0.022$ ).

### **Faktor-faktor yang berkaitan dengan amalan merokok**

Dua sebab yang paling banyak dinyatakan oleh sampel perokok sebagai faktor yang mendorong mereka mula merokok adalah pengaruh kawan (39.7%) dan sikap ingin mencuba (25.9%) (Jadual 5). Didapati bahawa kebiasaan/tabi'at (48.4%) dan ketagihan (21.3%) memainkan peranan yang penting dalam pengekalan amalan merokok (Jadual 6). Seramai 61 orang daripada responden yang pernah merokok telah pernah cuba berhenti di mana dua faktor pendorong yang lebih kurang sama pentingnya telah

dikenalpasti iaitu masalah kesihatan (26.3%) dan pembaziran (27.5%) (Jadual 7). Hanya 23% daripada mereka berjaya berbuat demikian dan didapati bahawa faktor-faktor utama adalah sama tetapi cuma berbeza dari segi pemberatnya, masalah kesihatan (42.3%) dan faktor pembaziran (19.2%) (Jadual 8). Terdapat kadar relaps (kembali merokok) yang tinggi iaitu 77% (daripada mereka yang pernah cuba berhenti) yang kebanyakannya berpunca daripada kebiasaan/tabiat (33.8%) dan pengaruh luaran seperti kawan/sekitaran/keluarga (31.0%) (Jadual 9). Diperhatikan bahawa faktor tekanan hidup bukanlah merupakan pendorong yang penting untuk memulakan atau mengekalkan amalan merokok, iaitu masing-masing hanya 6.9% dan 2.5% (Jadual 5 dan 6).

Terdapat 161 orang responden yang tidak pernah merokok dan faktor yang lazim dinyatakan adalah faktor benci kepada bau asap rokok (34.0%), diikuti dengan kesedaran mengenai bahaya merokok dan pembaziran, masing-masing 26.1% (Jadual 10).

### **Perbandingan di antara perokok dan bukan perokok.**

Ciri-ciri responden yang dibandingkan meliputi ciri umur, jantina, faktor ayah sebagai perokok, taraf pendidikan formal, pendedahan maklumat mengenai bahaya merokok, sikap, pengetahuan kesihatan tentang bahaya merokok, tahap stres dan pendapatan per kapita. Dalam kajian ini, prevalens perokok adalah lebih tinggi di kalangan lelaki (57.7%), mereka yang berumur lebih daripada 55 tahun, ayahnya perokok, tidak berpendidikan formal (36.1%) dan yang telah didedahkan kepada maklumat mengenai bahaya merokok. Didapati juga bahawa perokok mempunyai sikap yang lebih negatif, berpengetahuan dan berpendapatan per kapita yang relatif rendah tetapi mempunyai tahap stres yang lebih tinggi berbanding dengan bukan perokok.

Secara statistik, hubungan di antara merokok dengan umur, jantina, pengaruh ayah sebagai perokok, sikap dan pengetahuan adalah bererti ( $p < 0.05$ ). Walaupun faktor-faktor yang lainnya didapati mempunyai perbezaan di antara dua kumpulan tersebut, namun ia tidak bererti secara statistik (Jadual 11).

### Perbandingan di antara paras nikotin urin (PNU) perokok-perokok pasif dan bukan perokok pasif.

Ujian ANOVA telah dilakukan ke atas min-min PNU yang telah diperolehi dari kumpulan-kumpulan responden. Didapati terdapat perbezaan yang bererti di antara min-min tersebut ( $F = 80.56, p < 0.05$ ). PNU perokok adalah 4.2 kali lebih tinggi daripada PNU perokok pasif. Tidak terdapat perbezaan antara PNU perokok pasif dan bukan perokok pasif ( $p > 0.05$ )  
Jadual 12.

**Jadual 5** Taburan faktor-faktor yang mendorong seseorang mula merokok

Faktor pendorong mula merokok	Frekuensi (Peratus)
Pengaruh kawan	39.7
Ingin mencuba	25.9
Kebolehdapatan	12.1
Ahli keluarga	10.3
Tekanan hidup	6.9
Media massa	0.0
Lain-lain	5.2

**Jadual 6** Taburan faktor-faktor yang mengekalkan amalan merokok

Faktor pengekal amalan merokok	Frekuensi (Peratus)
Kebiasaan/Tabiat	48.4
Ketagihan	21.3
Hilang mengantuk	13.1
Seronok	10.7
Tekanan hidup	2.5
Rasa tidak bahaya	0.0
Lain-lain	4.1

**Jadual 7 Taburan faktor-faktor yang mendorong perokok cuba berhenti merokok**

Faktor pendorong cuba berhenti merokok	Frekuensi (Peratus)
Pembaziran wang	27.5
Masalah kesihatan	26.3
Kesedaran	20.0
Nasihat	10.0
Kebosanan	8.8
Lain-lain	7.5

**Jadual 8 Taburan faktor-faktor kejayaan berhenti merokok**

Faktor kejayaan berhenti merokok	Frekuensi (Peratus)
Masalah kesihatan	42.3
Pembaziran wang	19.2
Nasihat	15.4
Kesedaran	7.7
Kebosanan	7.7
Lain-lain	7.7

**Jadual 9 Taburan faktor-faktor yang menggagalkan cubaan berhenti merokok**

Faktor penggagal cubaan berhenti merokok	Frekuensi (Peratus)
Kebiasaan/Tabiat	33.8
Kawan/sekitaran/keluarga	31.0
Ketagihan	15.5
Kebolehdapatan	12.7
Lain-lain	7.0

**Jadual 10 Taburan faktor-faktor yang menyebabkan seseorang tidak merokok**

Faktor penyebab seseorang tidak merokok	Frekuensi (Peratus)
Benci bau asap	34.0
Kesedaran	26.1
Pembaziran	26.1
Tiada ahli keluarga merokok	1.2
Lain-lain	12.7

**Jadual 11 Perbandingan di antara ciri-ciri perokok dan bukan perokok.**

Faktor dikaji	Perokok (%) n = 80	Bukan perokok n = 175	Nilai ujian statistik	Nilai p																																					
<b>Jantina</b>																																									
Lelaki	75(57.7)	55	$\chi^2 = 85.3$ dk=1	< 0.05																																					
Perempuan	5 (4.0)	120			<b>Umur (tahun)</b>					13-18	8(15.1)	45	$\chi^2 = 17.6$ dk=2	< 0.05	19-55	51(30.9)	114	56-	21(56.8)	16	<b>Ayah responden</b>					Perokok	71(34.1)	137	$\chi^2 = 4.00$ dk=1	< 0.05	Bukan perokok	9(19.2)	38	<b>Skor sikap (min <math>\pm</math> sp)</b>	31.2 $\pm$ 10.6	35.8 $\pm$ 8.7	$t = 3.7$ dk=253	<0.05	<b>Skor pengetahuan kesihatan (min <math>\pm</math> sp)</b>	17.2 $\pm$ 6.2	19.1 $\pm$ 5.4
<b>Umur (tahun)</b>																																									
13-18	8(15.1)	45	$\chi^2 = 17.6$ dk=2	< 0.05																																					
19-55	51(30.9)	114																																							
56-	21(56.8)	16			<b>Ayah responden</b>					Perokok	71(34.1)	137	$\chi^2 = 4.00$ dk=1	< 0.05	Bukan perokok	9(19.2)	38	<b>Skor sikap (min <math>\pm</math> sp)</b>	31.2 $\pm$ 10.6	35.8 $\pm$ 8.7	$t = 3.7$ dk=253	<0.05	<b>Skor pengetahuan kesihatan (min <math>\pm</math> sp)</b>	17.2 $\pm$ 6.2	19.1 $\pm$ 5.4	$t = 2.1$ dk=253	<0.05														
<b>Ayah responden</b>																																									
Perokok	71(34.1)	137	$\chi^2 = 4.00$ dk=1	< 0.05																																					
Bukan perokok	9(19.2)	38			<b>Skor sikap (min <math>\pm</math> sp)</b>	31.2 $\pm$ 10.6	35.8 $\pm$ 8.7	$t = 3.7$ dk=253	<0.05	<b>Skor pengetahuan kesihatan (min <math>\pm</math> sp)</b>	17.2 $\pm$ 6.2	19.1 $\pm$ 5.4	$t = 2.1$ dk=253	<0.05																											
<b>Skor sikap (min <math>\pm</math> sp)</b>	31.2 $\pm$ 10.6	35.8 $\pm$ 8.7	$t = 3.7$ dk=253	<0.05																																					
<b>Skor pengetahuan kesihatan (min <math>\pm</math> sp)</b>	17.2 $\pm$ 6.2	19.1 $\pm$ 5.4	$t = 2.1$ dk=253	<0.05																																					

Sp = Sisihan piawai, dk = darjah kebebasan.  
p < 0.05 adalah bererti.

Faktor dikaji	Perokok (%) n = 80	Bukan perokok n = 175	Nilai ujian statistik	Nilai p
<b>Taraf pendidikan formal</b>				
Tiada				
Sek. rendah	13(36.1)	23	$X^2 = 1.44$ dk=3	>0.05
Sek. menengah	29(32.2)	61		
Institusi tinggi	38(20.9)	89		
	0(0)	2		
<b>Pendedahan maklumat tentang bahaya merokok</b>				
Ada				
Tiada	75(32.1)	159	0.61	>0.05
	5(23.8)	16	dk=1	
<b>Skor stres</b> (min $\pm$ sp)	20.2 $\pm$ 32.0	17.8 $\pm$ 35.6	0.51 dk=253	>0.05
<b>Pendapatan</b> perkapita (RM)	125.9 $\pm$ 122.2	150.8 $\pm$ 132.1	0.8 dk=66	>0.05

Sp = Sisihan piawai. dk = darjah kebebasan.  
p < 0.05 adalah bererti.

**Jadual 12 Min paras nikotin urin (PNU) bagi perokok-perokok pasif dan bukan perokok pasif.**

Paras nikotin Urin (PNU) (ug/ml)	S t a t u s		
	Perokok	Perokok pasif	Bukan perokok
min	8.0	1.9	2.0
$\pm$	$\pm$	$\pm$	$\pm$
sisihan piawai	4.4	1.2	0.3

Ujian ANOVA  
Ujian L.S.D

F = 80.6, p < 0.05  
P < 0.05 antara PNU perokok dengan perokok pasif.  
P < 0.05 antara PNU perokok dengan bukan perokok pasif  
P > 0.05 antara PNU perokok pasif dengan bukan perokok pasif.

## PERBINCANGAN

Prevalens merokok di kalangan penduduk berumur 13 tahun dan ke atas adalah 31.3% dan ini adalah hampir serupa dengan hasil kajian yang telah dilakukan oleh mahasiswa/wi Universiti Kebangsaan Malaysia di Kampung Sungai Kajang Baru, Kuala Selangor (1992) iaitu sebanyak 32.3% dan di Kampung Parit Dua, Sungai Burung, Kuala Selangor (1991) iaitu sebanyak 34.8%. Seperti yang dijangka peratus perokok adalah lebih tinggi di kalangan lelaki di mana didapati 93.8% daripada perokok adalah lelaki. Hasil yang sama juga didapati daripada kajian-kajian sebelum ini<sup>9</sup>.

Golongan yang berusia 56 tahun dan ke atas mempunyai prevalens perokok yang paling tinggi iaitu 56.8%. Ini mungkin kerana bagi golongan ini, kebanyakannya bekerja sebagai pekebun atau telah pencen dan mereka menghisap rokok untuk menenangkan fikiran dan mengurangkan rasa letih. Walaupun golongan ini dianggap mempunyai pendapatan yang rendah, masalah keupayaan membeli rokok tidak timbul kerana ada di antara mereka menanam tembakau sendiri, malah ada yang sanggup mengkhususkan perbelanjaan bulanan untuk membeli rokok.

Kajian ini mendapati bahawa kedai adalah penyumbang utama (85%) rokok yang dihisap oleh perokok. Dengan ini, secara tidak langsung kebolehdapatan rokok dengan mudah dan tanpa peraturan/sekatan undang-undang turut memainkan peranan dalam menentukan amalan merokok seseorang. Sekiranya dikenakan peraturan umur yang ketat untuk membeli rokok dan penjualan dihadkan kepada kedai-kedai tertentu (berlesen) sahaja dan jumlah bekalan rokok kepada kedai-kedai ini juga dihadkan, ada kemungkinan faktor kebolehdapatan ini dapat dikurangkan.

Hasil kajian juga menunjukkan tiada perbezaan yang bererti dari segi taraf sosioekonomi di antara perokok dan bukan perokok. Ini adalah kekal dengan kajian yang dilakukan oleh mahasiswa/wi Universiti Kebangsaan Malaysia di Kampung Bukit Tengah, Kuala Selangor (1989) tetapi tidak kekal dengan hasil-hasil kajian yang lain<sup>10</sup>. Perbezaan ini timbul mungkin disebabkan oleh masalah mendapatkan jumlah pendapatan keluarga sebenar. Selain dari itu, kebanyakkan penduduk kampung bekerja sebagai petani dan pekerja kilang, maka julat pendapatan penduduk kampung adalah kecil. Sungguhpun demikian, kami mendapati pada populasi perokok, mereka yang berpendapatan tinggi menghisap

lebih banyak rokok sehari. Ini mungkin kerana keupayaan membeli yang lebih tinggi. Faktor pendapatan didapati memberi sumbangan pengaruh sebanyak 10.5% pada populasi ini.

Didapati juga bahawa taraf pendidikan formal tidak mempengaruhi secara bererti amalan merokok seseorang dan hasil ini adalah serupa dengan kajian di Kampung Parit Dua (1991). Ini mungkin disebabkan oleh kurangnya penekanan kepada bahaya merokok dalam sistem pendidikan di negara ini.

Kajian ini juga mendapati bahawa pendedahan maklumat bukan merupakan faktor yang mempengaruhi seseorang itu merokok. Hasil ini adalah serupa dengan kajian yang dilakukan sebelum ini<sup>11</sup>. Didapati bahawa prevalens adanya pendedahan kepada maklumat tentang bahaya merokok adalah sebanyak 91.8%. Terdapat ramai penduduk yang masih merokok kerana kebanyakan penduduk mungkin tidak memahami mesej yang ingin disampaikan memandangkan sumber utama pendedahan maklumat adalah alat pandang dengar (49.2%). Cara ini mungkin kurang berkesan kerana tiada hubungan terus di antara penyampai dan penerima. Disamping itu, penggunaan bahasa yang terlalu tinggi yang tidak sepadan dengan taraf pendidikan penduduk turut menjejaskan keberkesanan penyampaian maklumat dengan cara ini. Perkhidmatan pendidikan kesihatan merupakan cara yang lebih berkesan tetapi didapati hanya 30.9% penduduk yang menerima maklumat melalui sumber ini. Dari kajian kami juga, ternyata budaya memainkan peranan yang penting dalam amalan merokok. Majoriti (89.7%) responden mengatakan bahawa rokok menjadi hidangan dalam aktiviti-aktiviti sosial kampung seperti kenduri, melayan tetamu dan semasa mesyuarat. Walaupun budaya merokok seperti sudah "sehati" dalam cara hidup mereka, namun nasihat perlu diberikan untuk menyedarkan mereka.

Secara teorinya, pengetahuan membentuk nilai dan kepercayaan, dan seterusnya ini mencorakkan cara pemikiran dan sikap seseorang<sup>10</sup>. Di kampung ini, walaupun tiada perbezaan yang bererti dari segi pendedahan maklumat, perokok didapati mempunyai pengetahuan yang lebih rendah dan sikap yang lebih negatif daripada bukan perokok. Hasil ini adalah serupa dengan hasil kajian yang telah dilakukan sebelum ini<sup>9</sup>. Ini menyebabkan seseorang perokok mempunyai kesedaran yang kurang tentang bahaya merokok dan ini seterusnya menyebabkan dia mempunyai nilai dan kepercayaan yang berbeza mengenai merokok yang kemudiannya membentuk sikap negatif untuk terus merokok (contoh sikap negatif dalam



konteks ini ialah seperti mengatakan merokok menghasilkan kematangan, bergaya dan keyakinan diri). Jadi apabila seseorang itu diberikan pendidikan kesihatan/nasihat mengenai amalan merokok yang bercanggah dengan pengetahuan, nilai dan kepercayaannya, ada kalanya sukaunya menjadi resistan atau menolak pengetahuan baru yang diterimanya. Maka proses ini menjadi satu kitaran yang berulang. Justeru ini adalah disarankan golongan ini diberikan kaunseling tingkahlaku oleh seorang yang pakar dalam bidang ini.

Kajian ini mendapati tiada perbezaan bererti bagi tahap stres di antara perokok dan bukan perokok. Akan tetapi di dalam kajian lain pula, didapati terdapat kaitan yang kuat di antara stres dan amalan merokok<sup>12</sup>. Keputusan yang berbeza ini mungkin disebabkan oleh penilaian tahap stres responden yang sukar ditentukan di mana dalam kajian ini skor stres yang digunakan berpandukan satu skala yang dibuat berdasarkan hasil kajian ke atas populasi di Barat. Tambahan pula, mungkin adat masyarakat di sini yang berkeberatan meluahkan masalah peribadi mereka kepada orang luar yang baru dikenali dalam jangkamasa yang singkat.

Pengaruh luar seperti keluarga memainkan peranan yang penting dalam tabiat merokok. Kajian ini menunjukkan bahawa ada hubungan yang bererti di antara prevalens merokok anak (responden) dengan ayahnya. Satu kajian lain yang dilakukan di Singapura juga memberikan keputusan yang sama<sup>9</sup>. Ini menunjukkan bahawa ayah memainkan peranan yang penting sebagai contoh/ "role model" kepada anaknya untuk merokok. Ini merupakan satu gejala yang tidak sihat ditambah pula jika rokok ayah menjadi sumber kepada anaknya. Ini disokong pula oleh fakta bahawa 11.3% daripada perokok mendapat bekalan yang utama dari rumah. Sepatutnya ayah perlu mempunyai kesedaran mengenai bahaya merokok dan berperanan sebagai "role model" kepada anaknya. Maka ayah adalah disarankan agar tidak merokok.

Begitu juga dengan pengaruh rakan-rakan dimana ia adalah penting dalam menyebabkan bermulanya amalan merokok di kalangan kanak-kanak<sup>10</sup>. Kajian ini mendapati 39.7% perokok mula merokok disebabkan oleh pengaruh kawan.

Faktor utama yang mendorong cubaan berhenti merokok adalah masalah kesihatan (26.3%). Sementara itu dalam kajian lain sebab-sebab utama cubaan berhenti merokok adalah masalah kesihatan (49.0%), tiada keseronokan lagi bila merokok (16.0%), rakan-rakan (13.0%) dan larangan dari ibu bapa dan guru (13.0%)<sup>9</sup>.

Dari hasil kajian ini juga didapati 77% responden yang merokok cuba berhenti tetapi gagal manakala dalam satu kajian lain di Singapura pula didapati sekurang-kurangnya 50%. Kadar relaps yang tinggi ini kebanyakannya disebabkan oleh kebiasaan/tabi'at (33.8%) dan pengaruh luaran seperti kawan-kawan, sekitaran dan keluarga (31.0%). Hasil yang sama juga didapati dari kajian-kajian yang lain<sup>9</sup>.

Kajian ini menunjukkan bahawa paras nikotin urin (PNU) perokok adalah 4.2 kali lebih tinggi daripada perokok pasif. Satu kajian yang dilakukan di Jepun<sup>8</sup> menunjukkan bahawa PNU perokok adalah 10.8 kali lebih tinggi daripada perokok pasif. Ini mungkin kerana terdapat perbezaan prevalens merokok, persampelan, prosedur analitik dan kemungkinan perokok di Jepun lebih berdisiplin dalam mematuhi arahan larangan merokok di kawasan awam atau rumah.

Didapati juga tiada perbezaan bererti di antara PNU perokok pasif dan bukan perokok pasif dan ini bersesuaian dengan kajian di Jepun itu<sup>8</sup>. Walau bagaimanapun, secara deskriptif PNU bukan perokok pasif telah didapati lebih tinggi daripada perokok pasif. Ini mungkin disebabkan oleh bukan perokok pasif sebenarnya turut merokok secara pasif hasil dari pendedahan kepada asap rokok di rumah oleh anak-anak yang merokok, rakan-rakan di tempat kerja dan masyarakat disekeliling yang tidak diambil kira dalam kajian ini. Seseorang perokok pasif juga berkemungkinan bukan perokok pasif dalam ertikata yang sebenarnya kerana si suami yang merupakan seorang perokok mungkin tidak merokok apabila berada dalam lingkungan yang sama dengan isterinya.

Maka jelaslah bahawa perokok memainkan peranan yang penting dalam menyumbangkan asap rokok secara langsung dari puntung rokok atau yang telah ditapis dan dihembus keluar kepada perokok pasif. Dari General Surgeon Report (1986), didapati bahawa kandungan asap dari puntung rokok adalah lebih merbahaya kerana kadar bahan-bahan kimia yang lebih tinggi dan 10-20% daripada asap ini berupaya berkumpul dalam paru-paru perokok pasif. Oleh itu, setiap individu yang tidak merokok perlu memberikan kesedaran kepada perokok supaya mereka turut bertanggungjawab menjaga kesihatan keluarga dan masyarakat.

**RUJUKAN**

- <sup>1</sup>Council on Scientific Affairs. 1990. The worldwide smoking epidemic. Tobacco trade, use and control. Council report. JAMA SEA. American Medical Association.
- <sup>2</sup>Marson, R.J. et al., 1985. Cigarette smoking and health. *American Review of Respiratory Diseases*. **132**(5): 1133-1136.
- <sup>3</sup>Pathmanathan, I., 1974. Tobacco smoking patterns in a rural community in Negeri Sembilan. *The Med. J. Malaysia*. **29**(1): 34-39.
- <sup>4</sup>WHO Expert Committee on Smoking Control. 1979. Controlling the smoking epidemic. Technical report. WHO, Geneva. Series 636
- <sup>5</sup>Loimer, N., et. al. 1991. Drug use habits of Vienna addicts. *Schmid-Klin-Wochenschr.* **103**(20): 617-620.
- <sup>6</sup>Phoon, W.O., Chen, P.C.Y., 1986. *Textbook of Community Medicine in South East Asia*. Wiley, Chichester.
- <sup>7</sup>Azizi, B.H. & Henry, R.L. 1991. The effects of indoor environmental factors on respiratory illness in primary school children in K. Lumpur. *International Journal of Epidemiology*. **20** (1) : 144-150.
- <sup>8</sup>Shigeru, M. et al., 1984. Effects of environmental tobacco smoke on urinary cotinine excretion in non-smokers. *The New England Journal of Medicine*. **27** : 828-831.
- <sup>9</sup>Emmanuel, S.C., Ho, C.K. & Chen, A.J., 1991. Cigarette smoking among school children in Singapore. Part II - Knowledge and attitudes towards smoking. *Singapore Med. Journal*. **32** : 233-237.
- <sup>10</sup>Conrad, K.M., Flay, B. R., & Hill, D., 1992. Why children start smoking cigarettes - predictors of onset. *British Journal of Addiction*. **87** : 1771-1774.
- <sup>11</sup>Yusoff, K., Roslilawati, J. & Almashoor, S. H., 1992. Risk factor awareness and expectations of outpatients attending the Cardiology clinic, *Med. J. Malaysia*. **47** (3): 194-199.