

Kesan Pengantara Strategi Daya Tindak Agama Terhadap Hubungan di antara Kemurungan dan Kualiti Hidup Pesakit Buah Pinggang Tahap Akhir

Norhayati Ibrahim¹
 Asmawati Desa²
 Norella Kong Chiew Thong³

¹Program Psikologi Kesihatan, Pusat Pengajian Sains Jagaan Kesihatan, Fakulti Sains Kesihatan, Universiti Kebangsaan Malaysia

²Pusat Pengajian Psikologi dan Pembangunan Manusia, Fakulti Sains Sosial dan Kemanusiaan, Universiti Kebangsaan Malaysia

³Unit Nefrologi/ Dialisis, Pusat Perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia, Fakulti Perubatan, Universiti Kebangsaan Malaysia.

ABSTRACT

The current era of globalization has seen a pandemic rise in the number of patients with chronic diseases including end-stage renal disease (ESRD). This led to the study of various factors that affect patients' health-related quality of life (HRQoL). One of the factors that is getting attention lately is the role of religious coping strategies and how it affects the quality of life of patients with chronic patients. Therefore, the present study examined the role of religious coping strategies (RCS) as a mediator between depression and HRQoL of ESRD patients. It was a cross sectional study, involved 274 ESRD patients who is undergoing dialysis treatment at dialysis centre in the Selangor, Kuala Lumpur and Johor. Instruments used were the Short Form-36 (SF-36), Beck Depression Inventory II (BDI II), and Religious Coping Strategies (RCS). Results showed that there were significant correlations between depression and RCS with HRQoL (Physical component summary [PCS] and Mental Component Summary [MCS]). Meanwhile, religious coping was a partial mediator between depression with PCS and MCS. The results of this study will facilitate health practitioners in developing appropriate interventions that take into account the role of religion to improve patient quality of life towards a more positive and effective manner.

Keywords: Depression, Religious Coping Skill, Health Related Quality of Life, End Stage Renal Disease

PENGENALAN

Dianggarkan hampir 500 juta orang penduduk di seluruh dunia mengalami kegagalan buah pinggang dan bilangan itu sentiasa meningkat dari tahun ke tahun. Setiap tahun di seluruh dunia, peningkatan bilangan pesakit yang mengalami kegagalan buah pinggang dilaporkan sebanyak 7%-10%, sementara bilangan pesakit yang mendapat rawatan dialisis adalah melebihi satu juta orang (DeVos, 2002). Di Amerika Syarikat, seramai 19 juta orang penduduk negaranya dilaporkan mengidap penyakit kegagalan buah pinggang. Lebih dari 325,000 orang bergantung kepada dialisis (Pirtle et al., 2004) dan telah meningkat kepada 494,471 orang pada 2007. Seterusnya di United Kingdom dianggarkan 34,200 dan di

Jepun pula seramai 230,000 pesakit yang menjalani rawatan dialisis pada tahun 2007 (Yeh et al., 2008).

Begitu juga keadaannya di Malaysia, peningkatan kes kegagalan buah pinggang yang menerima rawatan dialisis begitu ketara sekali. Menurut laporan dari *Malaysian Dialysis and Transplant Registry* (2012) wujud peningkatan kes yang membimbangkan. Jumlah pesakit yang mendapat rawatan dialisis mencatatkan peningkatan daripada 3,698 kes pada tahun 1997 kepada 15,000 kes pada akhir tahun 2006 dan meningkat lagi kepada 25,688 pada tahun 2011.

Sehubungan dengan peningkatan kes kegagalan buah pinggang ini, salah satu isu penting yang

perlu diberi perhatian ialah kualiti hidup kesihatan pesakit. Kualiti hidup kesihatan juga telah menjadi aras penunjuk kepada kadar kematian dan kadar kemasukan pesakit ke hospital (Mapes et al., 2003; Rumsfeld et al., 1999). Mengidap penyakit kronik seperti penyakit BPTA semestinya akan mengubah cara hidup seharian mereka. Perubahan cara gaya kehidupan ini secara langsung mempengaruhi kualiti hidup kesihatan mereka. Kualiti hidup kesihatan yang terganggu ini adalah disebabkan oleh pelbagai tekanan yang terpaksa dihadapi pesakit termasuklah gangguan keterbatasan aktiviti fizikal dan kehidupan sosial ditambah lagi dengan kebimbangan pesakit terhadap masa hadapan mereka yang tidak pasti (Blodgett, 1981; Sensky, 1993).

Mengidap Penyakit kronik boleh mendatangkan masalah kemurungan kepada sesetengah individu. Ini kerana penyakit kronik berlanjutan dalam satu tempoh yang lama dan biasanya tidak dapat dipulihkan sepenuhnya. Individu yang didiagnosis mempunyai penyakit kronik seperti penyakit BPTA mestilah menyesuaikan diri mengikut keadaan penyakit yang dialami serta rawatan yang perlu diambil. Sekiranya pesakit gagal berbuat demikian ditambah dengan kurangnya sokongan dari segi emosi, sosial dan kewangan akan menjurus kepada masalah lain yang lebih serius iaitu kemurungan.

World Health Organization (dlm. Ustun, 2004) juga telah menekankan masalah kemurungan sebagai perkara kedua yang akan melibatkan kos ekonomi yang tinggi serta berupaya mempengaruhi individu yang bebas dari penyakit pada dekad akan datang. Bagaimana pula dengan individu yang berpenyakit, adakah mereka mampu berhadapan dengan risiko penyakit dan masalah-masalah sampingan yang lain? Pesakit yang mengalami masalah kemurungan serta mempunyai masalah psikiatri adalah dilaporkan lebih sukar dirawat berbanding pesakit yang tidak mempunyai masalah gangguan kemurungan (Franco-Bronson, 1996; Iosifescu, 2003; Kimmel et al., 2003; Keiner et al., 1991). Oleh yang demikian masalah kemurungan telah dikenal pasti sebagai punca utama kepada masalah psikiatri yang berlaku kepada pesakit buah pinggang kronik tetapi prevalens adalah dilaporkan

berbeza pada kajian-kajian lain, yang melibatkan populasi yang juga berbeza serta menggunakan penilaian yang berlainan (Kimmel et al., 2003; Keiner et al., 1991).

Dapatan daripada beberapa pengkaji mendapati kemurungan yang tidak ditangani dengan sewajarnya akan mempengaruhi penurunan kualiti hidup pesakit (Berlim et al., 2006; Hays et al., 1995; Tyrell et al., 2005; Vazquez et al., 2003; Wells et al., 1989). Malah yang lebih serius lagi ia boleh membawa kepada peningkatan kadar mortaliti berbanding dengan pesakit yang tidak mengalami kemurungan (Drayer et al., 2006). Untuk itu faktor psikologikal seperti kemurungan perlu diberi perhatian dan didiagnosis kerana kemurungan dikatakan sebagai punca utama masalah klinikal dan psikiatri yang melibatkan emosi pesakit yang menjalani dialisis (Kimmel, 2001; Kimmel et al., 1993; Smith et al., 1985).

Selain daripada aspek kemurungan, sejak kebelakangan ini peranan strategi daya tindak agama dalam penjagaan kesihatan juga semakin mendapat perhatian di kalangan penyelidik (Ko et al., 2007; Mattison, 2006). Malahan penglibatan unsur-unsur kerohanian dan pegangan agama yang kuat juga turut dikaitkan dengan pengurangan kadar kemurungan pesakit (Patel, 2002) dan peningkatan tahap kualiti hidup (Finkelstein et al., 2007). Malahan menurut model *common-sense*, strategi daya tindak merupakan pengantara (*mediating*) dalam hubungan antara persepsi terhadap penyakit dengan hasil penilaian (seperti kualiti hidup kesihatan) (Heijmans, 1998a, 1998b; Helder et al., 2002). Terdapat pelbagai strategi daya tindak yang digunakan dalam menyelesaikan atau mengurangkan masalah yang dihadapi. Disebabkan kepelbagaian inilah maka kajian yang hanya memberi fokus pada SDTA amat jarang dijalankan sedangkan ia adalah faktor yang penting dan mampu memberi kesan yang baik kepada pesakit. Justeru itu kajian ini bertujuan untuk mengenalpasti hubungan diantara kemurungan dan strategi daya tindak agama terhadap kualiti hidup. Selain daripada itu untuk menilai sejauh mana peranan SDTA sebagai pengantara dalam penyumbang secara langsung atau tidak langsung kepada kualiti hidup kesihatan pesakit.

METOD

Peserta Kajian

Peserta yang terlibat dalam kajian ini terdiri daripada pesakit buah pinggang tahap akhir (BPTA) yang menerima rawatan dialisis. Peserta kajian diperolehi dari pusat dialisis di bawah kelolaan Pusat Perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia (PPUKM) yang melibatkan beberapa pusat dialisis seperti Pusat Kesihatan Premier di Bandar Tasik Selatan, Pusat Kesihatan UKM Bangi dan Pusat Dialisis di Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia sendiri. Selain itu peserta kajian bagi pesakit juga diperolehi dari pusat dialisis di bawah kelolaan Pusat Dialisis Amal MAA-Medicare (MAA- Medicare Kidney Charity Fund) di Jalan Ipoh, Cheras dan Kajang dan dari Hospital Pakar Putra, Batu Pahat Johor. Pemilihan lokasi kajian ini dilakukan di tiga negeri iaitu Selangor, Kuala Lumpur dan Johor adalah kerana ketiga-tiga negeri tersebut mempunyai kadar tertinggi pesakit BPTA yang menjalani dialisis (*Malaysian Dialysis and Transplant Registry 2009*).

Reka Bentuk Kajian

Kajian ini berbentuk keratan rentas. Kaedah kajian ini adalah kajian lapangan (survey) yang dijalankan dengan menggunakan soal selidik yang dilakukan secara temu bual bersemuka.

Pengumpulan Data

Peserta yang terlibat dalam kajian ini adalah pesakit yang telah dikenal pasti mempunyai kegagalan buah pinggang tahap akhir dan telah menjalani rawatan dialisis sama ada HD atau CAPD. Sebelum menjalankan kajian penyelidik terlebih dahulu mendapatkan kelulusan dari Jawatankuasa Etika Penyelidikan UKM, Pengarah MAA-Medicare dan Hospital Pakar Putra Johor. Selepas mendapat persetujuan dari pesakit, alat ujian psikologi iaitu *Short-form 36* (SF-36), *Beck Depression Inventory* (BDI 11), dan Strategi Daya Tindak Agama (SDTA) ditadbir oleh penyelidik. Pesakit ditemu bual semasa mereka sedang menunggu sesi rawatan dialisis atau semasa rawatan sedang berjalan atau semasa menunggu untuk berjumpa doktor bagi mendapatkan rawatan susulan dan semasa lawatan ke rumah pesakit.

Alat Pengukuran

Short Form - 36 (SF-36)

Bagi menjelaskan isu kualiti hidup pelbagai kaedah telah digunakan oleh pengkaji bagi mengukur kualiti hidup pesakit dan salah satu alat ujian generik yang biasa digunakan bagi mengukur kualiti hidup kesihatan ialah *Short Form-36* (Ware et al. 2000). SF-36 mengandungi lapan dimensi bagi menguji kualiti hidup kesihatan pesakit. Proses menjawab keseluruhan alat ujian ini mengambil masa selama 10-15 minit. SF-36 sesuai untuk ditadbir ke atas responden yang berumur lebih daripada 14 tahun. Ia mengandungi 36 soalan yang merangkumi aspek kesihatan fizikal dan kesihatan mental. Soalan-soalan bagi skop ringkasan komponen fizikal (RKF) berkisar tentang aspek kefungsi fizikal, peranan fizikal, kesakitan pada badan dan juga kesihatan umum pesakit. Sementara itu soalan-soalan yang ditanya di dalam skop ringkasan komponen mental (RKM) berkisar tentang aspek daya hidup (vitaliti), kefungsi sosial, kefungsi peranan emosi dan juga kesihatan mental secara am (Ware et al. 2000). Secara keseluruhannya kebanyakan laporan menunjukkan alat ujian ini mempunyai ketekalan dalaman Alpha Cronbach yang tinggi iaitu melebihi 0.7 dan dalam beberapa kajian ketekalan melebihi 0.8 (Brazier et al. 1992; Garratt et al. 1993; Jenkinson et al. 1993; Ware et al. 2000).

Beck Depression Inventory 11 (BDI 11)

Alat ujian BDI 11 mempunyai 21 item yang menguji simptom kemurungan yang dialami oleh individu. BDI 11 ini mempunyai ketekalan dalaman yang tinggi dengan pekali alpha ke atas peserta pelajar menunjukkan nilai yang tinggi iaitu 0.93 dan pekali alpha ke atas 277 orang pesakit luar psikiatri juga menunjukkan nilai yang tinggi iaitu 0.92 (Beck et al., 1996). Selain itu alat ujian ini juga mempunyai nilai kesahan konvergen yang tinggi. Nilai korelasi di antara BDI 11 dan *Hamilton Rating Scale for depression* menunjukkan nilai yang tinggi iaitu 0.7 (Hamilton, 1960). Di Malaysia alat ujian ini telah diuji kesahan dan kebolehpercayaan oleh sekumpulan penyelidik dari Universiti Sains Malaysia ke atas wanita yang lepas bersalin di

Kedah. Nilai ketekalan dalaman BDI 11 versi Melayu ini adalah tinggi iaitu 0.86. Korelasi di antara BDI 11 dengan *Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)* dan *Hamilton Rating Scale for depression* adalah 0.72 dan 0.75 (Wan Muhd Rusydi Wan Mahmud et al., 2004).

Strategi Daya Tindak Agama (SDTA)

Alat ujian strategi daya tindak agama (SDTA) telah dibina oleh penyelidik dan mengandungi 20 item yang menguji 2 sub-skala iaitu strategi daya tindak agama berbentuk positif dan negatif. Pembinaan alat ujian ini berasaskan kepada skala daya tindak agama Pargament. Namun begitu kebanyakan item diubahsuai dan ditambah mengikut kesesuaian dengan agama dan budaya di Malaysia. Bagi alat ujian SDTA kebolehpercayaannya ialah 0.87

KEPUTUSAN

Secara umumnya, responden kajian ini terdiri daripada 51.5% pesakit lelaki dan 48.5% perempuan. Majoritinya pesakit adalah berbangsa Melayu (49.3%), telah berkahwin

(75.9%), beragama Islam (52.2%) dan berumur dalam lingkungan 46 hingga 55 tahun (31.4%). Sebanyak 27.7% pesakit mendapat pendidikan sehingga SPM, diikuti sebanyak 26.3% pesakit yang bersekolah rendah dan minoritinya iaitu sebanyak 8% pesakit mempunyai pendidikan PhD atau Sarjana. Seterusnya kebanyakan daripada pesakit tidak bekerja (56.2%) dan tanpa wang pencen manakala sebanyak 18.2% pesakit tidak bekerja tetapi mempunyai wang pencen dan selebihnya iaitu 25.5% masih bekerja.

Majoriti pesakit yang terlibat dalam kajian ini telah menjalani rawatan dialisis dalam tempoh kurang daripada 36 bulan iaitu sebanyak 50.7%, 36.6% pesakit telah menjalani rawatan dialisis di antara tempoh 36-120 bulan dan selebihnya iaitu 12.8% menjalani rawatan dialisis lebih daripada 120 bulan. Lebih separuh daripada pesakit dalam kajian ini (60.6%) mendapat bantuan rawatan penuh sama ada dari pihak kerajaan mahupun swasta. Manakala 17.5% pesakit hanya mendapat separuh bantuan dan 21.9 % pesakit membiayai sendiri rawatan dialisis.

Jadual 1 Latar Belakang Pesakit Buah Pinggang Tahap Akhir (BPTA)

Pemboleh ubah	Kekerapan	Peratus (%)
Jantina		
a. Lelaki	141	51.5
b. Perempuan	133	48.5
Bangsa		
a. Melayu	135	49.3
b. Cina	110	40.1
c. India	23	8.4
d. Lain-lain	6	2.2
Agama		
a. Islam	143	52.2
b. Buddha	80	29.2
c. Hindu	22	8.0
d. Kristian	11	4.0
e. Lain-lain	18	6.6
Umur		
a. < 45 tahun	69	25.2
b. 46 – 55 tahun	86	31.4
c. 56 – 65 tahun	84	30.7
d. > 65 tahun	35	12.8
Status Perkahwinan		
a. Bujang	34	12.4
b. Berkahwin	208	75.9
c. Bercerai/duda/balu	32	11.7

Tahap Pendidikan		
a. Tidak bersekolah	26	9.5
b. Sekolah rendah	72	26.3
c. PMR	40	14.6
d. SPM	76	27.7
e. Diploma/Ijazah	38	13.9
f. Master/PhD/sama taraf	22	8.0
Status Pekerjaan		
a. Bekerja	70	25.5
b. Tidak bekerja dan tanpa wang pencen	154	56.2
c. Pesara dan ada wang pencen	50	18.2
Tempoh Dialisis		
a. < 36 bulan	139	50.7
b. 36 - 120 bulan	100	36.5
c. > 120 bulan	35	12.8

Keputusan analisis korelasi Pearson seperti dalam Jadual 2 menunjukkan terdapat hubungan negatif yang signifikan di antara kemurungan dan kualiti hidup kesihatan bagi ringkasan komponen fizikal (RKF) dan ringkasan komponen mental (RKM) pesakit BPTA. Ini bermakna

semakin tinggi kemurungan maka semakin rendah RKF dan RKM pesakit. Seterusnya strategi daya tindak agama pula mempunyai hubungan positif yang signifikan dengan RKF dan RKM. Ini menunjukkan bahawa semakin tinggi daya tindak agama maka semakin tinggi RKF dan RKM pesakit.

Jadual 2 Hubungan di Antara Kemurungan dan Strategi Daya Tindak Agama dengan Kualiti Hidup Kesihatan (RKF dan RKM)

Pemboleh ubah	RKF (r)	RKM (r)
Kemurungan	-0.55**	-0.62*
Strategi Daya Tindak Agama	0.18*	0.29**

* $k < 0.05$, ** $k < 0.01$

Jadual 3 menunjukkan kemurungan mempunyai kesan signifikan ke atas kualiti hidup kesihatan bagi RKF. Kemurungan juga didapati mempunyai kesan yang signifikan terhadap SDTA. Seterusnya SDTA juga mempunyai kesan yang signifikan ke atas kualiti hidup kesihatan RKF. Hasil regresi kemurungan dan SDTA ke atas kualiti hidup kesihatan RKF menunjukkan kemurungan dan SDTA

mempunyai kesan yang signifikan ke atas kualiti hidup kesihatan RKF pesakit. Oleh kerana nilai pekali regresi bagi pemboleh ubah kemurungan masih lagi signifikan dengan nilai pekalnya berkurang maka SDTA adalah merupakan pengantara separa (partial mediator) terhadap hubungan di antara kemurungan dengan kualiti hidup kesihatan bagi RKF pesakit.

Jadual 3 Strategi Daya Tindak Agama sebagai Pengantara di Antara Kemurungan dengan Kualiti Hidup Kesihatan bagi RKF

Pemboleh ubah Bebas	Pemboleh ubah Terikat	B	B	R ²	t
Kemurungan	RKF	-1.03**	-0.55**	0.30	-10.88**
Kemurungan	SDTA	0.24**	0.18**	0.03	3.10**
SDTA	RKF	0.24**	0.18**	0.03	3.10**
Kemurungan	RKF	-1.00**	-0.53**	0.31	-10.35**
SDTA	RKF	0.32**	0.23**		

**k < 0.01

Jadual 4 pula menunjukkan kemurungan mempunyai kesan signifikan ke atas kualiti hidup kesihatan bagi RKM. Kemurungan juga didapati mempunyai kesan yang signifikan terhadap SDTA. Seterusnya SDTA juga mempunyai kesan yang signifikan ke atas kualiti hidup kesihatan RKM. Hasil regresi kemurungan dan SDTA ke atas kualiti hidup kesihatan bagi RKM menunjukkan kemurungan dan SDTA mempunyai kesan yang signifikan

ke atas kualiti hidup kesihatan RKM pesakit. Oleh kerana nilai pekali regresi bagi pemboleh ubah kemurungan masih lagi signifikan dengan nilai pekalnya berkurangan maka SDTA adalah merupakan pengantara separa (partial mediator) terhadap hubungan di antara kemurungan dengan kualiti hidup kesihatan bagi RKM pesakit.

Jadual 4 Strategi Daya Tindak Agama sebagai Pengantara di Antara Kemurungan dengan Kualiti Hidup Kesihatan bagi RKM

Pemboleh ubah Bebas	Pemboleh ubah Terikat	B	B	R ²	t
Kemurungan	RKM	-1.33**	-0.62**	0.38	-13.03**
Kemurungan	SDTA	0.24**	0.18**	0.03	3.10**
SDTA	RKM	0.42**	0.28**	0.08	4.95**
Kemurungan	RKM	-1.25**	-0.58**	0.41	-12.23**
SDTA	RKM	0.24**	0.16**		

**k < 0.01

PERBINCANGAN

Keputusan kajian menunjukkan terdapat hubungan negatif yang signifikan di antara kemurungan dengan kualiti hidup kesihatan bagi RKF dan RKM. Ini bermakna semakin tinggi kemurungan di kalangan pesakit, semakin rendahlah kualiti hidup kesihatan mereka dari segi fizikal dan mental. Dapatan ini selari dengan kajian Abdel-Kader et al. (2009), yang membuktikan bahawa kemurungan mempunyai hubungan yang signifikan dengan kualiti hidup kesihatan bagi RKF dan RKM.

Di samping itu dapatan kajian ini turut menyokong kajian-kajian lepas yang melihat hubungan kemurungan dengan kualiti hidup kesihatan pesakit BPTA (Berlim et al., 2006; Kalender et al., 2007; Tyrell et al., 2005; Vanquez et al., 2005; Walters et al., 2002). Menurut Berlim et al. (2006), pesakit yang mengalami tahap kemurungan yang teruk akan mengalami tahap kualiti hidup yang rendah berbanding dengan pesakit BPTA yang tidak mengalami kemurungan. Kesan negatif akibat kemurungan ini merangkumi hampir setiap aspek kehidupan mereka. Malah menurutnya

lagi domain kualiti hidup bagi skor fizikal juga menurun apabila pesakit mengalami masalah kemurungan. Keadaan ini juga dibincangkan oleh Vanquez et al. (2005) dan hasil dari dapatan kajian mereka mendapati pesakit yang mengalami kemerosotan yang teruk dalam ringkasan komponen fizikal berhubungan dengan masalah kemurungan dan kebimbangan.

Penyakit BPTA adalah suatu penyakit serius yang seringkali berakhir dengan masalah kemurungan dan seterusnya boleh meningkatkan kadar kematian sekiranya pesakit tidak mengikuti regim rawatan yang disediakan. Kaedah rawatan sama ada HD atau CAPD masing-masing memerlukan pesakit menyesuaikan diri dengan keadaan hidup yang bakal dihadapi. Perubahan ini boleh menjadi suatu perubahan yang besar dalam kehidupan setiap pesakit. Kualiti hidup kesihatan pesakit yang melalui rawatan dialisis seringkali menyusut kerana komitmen harian yang terpaksa ditanggung atau dikurangkan bagi menjalani rawatan. Masa yang perlu diluangkan untuk menjalani rawatan menyebabkan pesakit terpaksa mengubah rutin kehidupannya, termasuklah mengubah cara pemakanan. Selain itu pesakit juga terbatas untuk melakukan kerja-kerja dan aktiviti lain yang sebelum ini selalu dilakukan.

Keputusan kajian menunjukkan strategi daya tindak agama mempunyai hubungan positif yang signifikan dengan kualiti hidup kesihatan bagi RKF dan RKM. Ini menggambarkan bahawa pesakit yang menggunakan strategi daya tindak agama positif yang tinggi akan mempunyai tahap kualiti hidup kesihatan fizikal dan mental yang tinggi juga. Walaupun kajian yang menjurus kepada strategi daya tindak agama secara khusus dan kualiti hidup kesihatan terhadap pesakit BPTA tidak menjadi fokus kepada pengkaji-pengkaji terdahulu tetapi dapatan ini menyokong kajian yang dilakukan oleh pengkaji-pengkaji yang melihat hubungan di antara strategi daya tindak agama dengan penyakit-penyakit lain. Misalnya kajian ini menyokong kajian yang telah dilakukan oleh Takeshwar et al. (2006) yang telah menguji hubungan di antara strategi daya tindak agama dan kualiti hidup kesihatan pesakit kanser. Begitu juga dengan dapatan oleh Koenig et al. (1998) yang menjurus kajiannya ke atas pesakit-pesakit yang tinggal

di hospital akibat pelbagai jenis penyakit yang dialami. Dapatan menunjukkan lemahnya kesihatan fizikal pesakit, rendahnya kualiti hidup dan tingginya tahap kemurungan ada hubungan dengan penggunaan daya tindak agama negatif yang tinggi.

Kajian-kajian lain yang memasukkan komponen daya tindak agama sebagai salah satu daripada strategi daya tindak yang digunakan oleh individu, mendapati daya tindak agama sering digunakan oleh pesakit BPTA. Misalnya kajian oleh Baldree et al. (1982) serta Gulkis dan Menke (1995) ke atas pesakit yang menjalani rawatan HD mendapati salah satu strategi yang paling kerap digunakan oleh pesakit ialah berdoa dan keteguhan keyakinan kepada Tuhan. Penggunaan strategi daya tindak agama positif di kalangan pesakit BPTA mungkin disebabkan oleh beberapa faktor dan andaian, antaranya kemungkinan subjek di dalam kajian ini mempunyai pegangan agama yang agak kuat iaitu pengantungan mereka kepada Tuhan yang tinggi dan mampu menerima dugaan dengan hati yang terbuka. Seterusnya mungkin juga disebabkan pesakit tidak mempunyai pilihan kerana menyedari bahawa penyakit yang ditanggung oleh mereka tiada rawatan untuk menyembuhkannya, maka harapan yang tinggi hanya bergantung kepada Tuhan dan penyerahan diri pada Tuhan sahaja yang akan dapat mengurangkan tekanan perasaan dan kebimbangan akibat daripada penyakit. Ini membuktikan bahawa agama amat berguna terutamanya dalam keadaan yang bermasalah dan krisis.

Seterusnya keputusan kajian menunjukkan SDTA merupakan pengantara separa kepada hubungan di antara kemurungan dan kualiti hidup kesihatan bagi ringkasan komponen fizikal dan mental. Ini bermakna pengaruh kemurungan ke atas kualiti hidup kesihatan fizikal dan mental adalah disebabkan sebahagiannya oleh SDTA. Oleh kerana wujudnya hubungan di antara kemurungan dengan SDTA dan SDTA dengan kualiti hidup, bermakna rendahnya tahap kemurungan adalah disebabkan oleh sebahagian SDTA yang digunakan oleh pesakit. Ini selaras dengan dapatan Koenig et al. (1998) yang mendapati pesakit yang menggunakan strategi daya tindak agama mempunyai kadar kemurungan yang rendah. Manakala daya tindak yang

memfokuskan pada diri tanpa penggantungan pada Tuhan adalah berkaitan dengan tingginya risiko kemurungan. Keyakinan kepada agama menyediakan rangka kognitif yang boleh mengurangkan penderitaan dan meningkatkan tujuan dan makna dalam menghadapi kehilangan sesuatu yang sebelum ini dipercayai sumber kepada harga diri (Koenig et al., 2001), seperti juga dengan penyakit BPTA yang terpaksa berhadapan dengan banyak kehilangan, iaitu kehilangan kefungsi-an buah pinggang yang seterusnya membawa kepada kehilangan keupayaan diri dan kebebasan untuk menjalani aktiviti-aktiviti yang sebelumnya sering dilakukan.

Di dalam kajian ini penggunaan daya tindak yang berbentuk positif banyak digunakan oleh pesakit, maka tidak hairanlah bilangan pesakit yang mengalami kemurungan adalah kurang dan kualiti hidup pesakit juga baik. Ini juga menunjukkan betapa pentingnya SDTA yang berbentuk positif seperti banyak berdoa, yakin dengan Tuhan, berserah diri pada Tuhan, memohon kekuatan dari Tuhan dan sebagainya dalam meningkatkan kualiti hidup pesakit BPTA.

Oleh kerana SDTA hanyalah pengantara separa di antara hubungan kemurungan dan kualiti hidup kesihatan, ada kemungkinan terdapat sumbangan perantara lain, iaitu strategi daya tindak berbentuk lain yang mempengaruhi hubungan tersebut. Misalnya Yeh dan Chau (2007) mendapati pesakit HD di dalam kajian mereka lebih banyak menggunakan strategi daya tindak berorientasikan masalah seperti penghindaran dan pemikiran terasing. Manakala Eichel (1986) pula mendapati pesakit HD dan CAPD paling kerap menggunakan kaedah mengekalkan kawalan diri dan cuba memahami situasi dengan mendalam dan Lindqvist et al. (1998) pula melihat pesakit HD dan CAPD lebih banyak menggunakan daya tindak yang berbentuk optimis. Menurut Lazarus dan Folkman (1987), individu akan menggunakan pelbagai bentuk strategi daya tindak ketika berada dalam keadaan tertekan dan strategi daya tindak yang digunakan juga amat bergantung kepada pengalaman peribadi seseorang, sistem sokongan sosial, kepercayaan individu dan ketersediaan sumber (Mok & Tam, 2001; Tsay et al., 2005).

IMPLIKASI DAN LIMITASI KAJIAN

Kajian ini mampu memberi sumbangan kepada ilmu psikologi kesihatan dengan membuktikan bahawa bagaimana kemurungan memberi kesan kepada kualiti hidup dan seterusnya strategi daya tindak agama memainkan peranan yang penting dalam hubungan antara kemurungan dan kualiti hidup kesihatan yang lebih baik sama ada dari segi fizikal mahupun mental. Kaunselor dan ahli psikologi, jururawat dan pakar kesihatan yang terlibat secara langsung dengan pesakit boleh menggunakan pendekatan atau merujuk kepada individu yang mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang agama dengan memberi pendedahan kepada pesakit tentang bagaimana agama itu sendiri dapat membantu pesakit menerima kenyataan tentang keadaan mereka dan lebih positif tentang kehidupan walaupun berhadapan dengan penyakit kronik.

Pengkaji sukar untuk mengawal faktor komorbid seperti penyakit-penyakit lain yang dihadapi oleh pesakit yang mana adalah merupakan limitasi utama kajian ini. Bagi mendapat peserta kajian yang tidak mempunyai penyakit lain adalah sesuatu yang amat sukar kerana sebahagian pesakit bukan sahaja mengidap penyakit BPTA tetapi dalam masa yang sama, pesakit juga berhadapan dengan masalah penyakit lain seperti diabetes, tekanan darah tinggi, jantung dan sebagainya. Limitasi kedua ialah kerana kajian ini hanya berbentuk keratan rentas iaitu pengumpulan data hanya satu kali dalam satu masa. Maka kajian ini tidak dapat melihat pengaruh kemurungan serta strategi daya tindak agama dalam rentas masa yang berbeza. Selain itu penurunan dan peningkatan kualiti hidup kesihatan akibat daripada pemboleh ubah tadi juga tidak dapat dikenal pasti kerana kaedah keratan rentas ini tidak mampu untuk memberi informasi yang lebih kepada pengkaji.

KESIMPULAN

Kesimpulannya kajian ini membuktikan bahawa kemurungan berhubungan dengan kualiti hidup pesakit dan penggunaan strategi daya tindak agama mampu memberi kesan pengantara separa dalam hubungan tersebut. Ini menunjukkan bahawa pentingnya penggunaan strategi daya tindak agama dalam

meningkatkan kualiti hidup. Justeru itu komponen strategi daya tindak agama perlu dimasukkan dalam program intervensi bagi meningkatkan kualiti hidup dan mengurangkan kemurungan pesakit.

RUJUKAN

- Abdel-Kader, K., Unruh, M.L. & Weisbord, S. D. (2009). Symptom burden, depression and quality of life in chronic and end-stage renal disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 4(6): 1057-1064.
- Baldree, K., Murphy, S. & Powers, M. (1982). Stress, identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nursing Research* 31: 107-112.
- Beck A., Steer, R. & Brown, G. (1996). BDI-II The Beck Depression Inventory. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Duarte, A. P. G., Thome, F. S., Barros, E. J.G. & Fleck, M. P. (2006). Quality of life and depressive symptoms in patients with major depression and end-stage renal disease: A matched-pair study. *Journal of Psychosomatic Research* 61(5): 731-734.
- Blodgett C. A. (1981). Selected review of the literature of adjustment to hemodialysis. *Int J Psychiatry Med* 11(2): 97-124.
- Brazier, J.E., Harper, R., Jones, N.B., O'Cathain, A., Thomas, K.J., Usherwood, T. & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal* 305: 160-164.
- Bulmer, C. (1997). Supervision: How it works. *Nursing Times* 93 (48): 53-55.
- De Vos, J. (2002). Future trends in renal nursing. *International Renal Nursing* 431-440.
- Drayer, R. A., Piraino, B. & Reynolds, C.F. (2006). Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp psychiatry* 28(4): 306-312.
- Eichel, C.J. (1986). Stress and coping in patients on CAPD compared to hemodialysis patients. *American Nephrology Nurses Association Journal* 13(1): 9-13.
- Finkelstein, F.O., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S.H. & Wuerth, D. (2007). Spirituality, quality of life and the dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation* 22 (9): 2432-2434.
- Franco-Bronson, K. (1996). The management of treatment-resistant depression in the Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., Cleary, P. D., Wu, A. W., Crystal, S., and Hays, R. D. 2003. Patterns of coping among persons with HIV infection: Configurations, correlates, and change. *American Journal of Community Psychology* 32(1 & 2): 187-204.
- Garratt, A.M., Ruta, D.A., Abdalla, M.I., Buckingham, J.K. & Russell, I.T. (1993). The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *British Medical Journal* 306: 1440-1444.
- Gulkis, J.A. & Menke, E.M. (1995). Chronic hemodialysis patients perceptions of stress, coping & social support. *Anna J* 22: 381-390.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale of depression. *J Neurol Neurosurg Research* 29(1): 23-31.
- Hays, R.D., Wells, K.B., Sherbourne, C.D., Roger, W. & Spritzer, K. (1995). Functioning and well being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 52: 11-19
- Heijmans, M. (1998a). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: Importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research* 45: 39-51.
- Heijmans, M. (1998b). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. Dlm. *Cognitive Representations of Chronic Disease*. Chapter 6. Utrecht, The Netherlands: 79-98
- Helder, D. I., Kaptein, A. A., van Kempen, G. M. J., Weinman, J., van Houwelingen, H. C. & Roos, R.A.C. (2002). Living with Huntington's disease: Illness perceptions, coping

- mechanisms, and patients' well-being. *British Journal of Health Psychology* 7: 449-462.
- Jenkinson, C., Coulter, A. & Wright, L. (1993). Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *British Medical Journal* 306: 1437-1440.
- Kalander, B., Ozdemir, A.C., Dervisoglu, E & Ozdemir, O. (2007). Quality of life in chronic kidney disease: effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *Int J Clin Pract* 61(4): 569-576.
- Keiner, G. I., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Miller, I. W., Kohn, R. & Epstein, N. B. (1991). 12-month outcome of patients with major depression and comorbid psychiatric or medical illness. *Am J Psychiatry* 148 :345-350.
- Kimmel, P.L., Emont, S.L., Newman J.M., Danko, H. & Moss, A. H. (2003). ESRD patient quality of life: Symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and Ethnicity. *American Journal of Kidney Disease* 4(4) : 713-721.
- Kimmel, P. L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 59: 1599-1613.
- Kimmel, P. L., Weihs, K. L. & Peterson, R. A. (1993). Survival in hemodialysis patients: The role of depression. *J Am Soc Nephrol* 4:12-27.
- Ko, B., Khurana, A., Spencer, J., Scott, B., Hahn, M. & Hammes, M. (2007). Religious beliefs and quality of life in an American inner-city haemodialysis population. *Nephrology Dialysis Transplantation* 22(10): 2985-2990.
- Koenig, H.G. (1998). Religious attitude and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13(4): 213-224.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H.G., Pargament, K.I. & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous & Mental Disease* 186(9): 513-521.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1: 141-169
- Lindqvist, R., Carlson, M. & Sjoden, P.O. (1998). Coping Strategies and Quality of Life among patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Scan J Sci* 12: 223-230.
- Mapes, D.L., Lopes, A.A., Satayathum, S., Mccullough, K.P., Goodkin, D.A., Locatelli, F., Fukuhara, S., Young, E.W., Kurokawa, K., Saito, A., Bommer, J., Wolfe, R.A., Held, P.J. & Port, F.K. (2003). Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 64: 339-349.
- Malaysian Dialysis and Transplant Registry. (2012). 19th Report of the Malaysian Dialysis and Transplant Registry 2009. National Renal Registry Malaysian Society of Nephrology. Kuala Lumpur.
- Mattison, D. (2006). The forgotten spirit: Integration of spirituality in health care. *Nephrology News and Issues* 20(2): 30-32.
- Mok, E. & Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic hemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing* 10: 503-511.
- Patel, S.S., Shah, V.S., Peterson, R.A. & Kimmel, P.L. (2002). Psychosocial variables, quality of life and religious belief in ESRD patients treated with hemodialysis. *American Journal of Kidney Disease* 40(5): 1013-1022.
- Pirtle, C., Schoolwerth, A., Giles, W., Brown, D., Mokdad, A. & Ford, E. (2004). State-specific trends in chronic kidney failure United State. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 53:918-920.
- Robinson, R.G. & Rabins, P. V. (1989). *Depression and coexisting disease*. New York. Igaku-Shoin.
- Rumsfeld, J. S., MaWhinney, S., McCarthy, M. Shroyer, A.L.W., VillaNueva, C.B., O'Brien, M., Moritz, T. E., Henderson, W.G., Grover, F.L., Sethi, G.K. & Hammermeister, K.E. (1999). Health-related quality of life as a predictor of

- mortality following coronary artery bypass graft surgery. *JAMA* 281(14): 1298–1303.
- Sensky, T. (1993). Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychother Psychosom* 59: 56-68.
- Smith, M., Henry, B.A. & Robson, A. M. (1985). Diagnosis of depression in patients with end stage renal disease. Comparative analysis. *Am Med* 79: 160-6.
- Tarakeshwar, N., Vanderweaker, L.C., Paul, K. E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. & Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal Palliat Med* 3: 646-657).
- Tsay, S.I., Lee, Y.C. & Lee, Y.C. (2005). Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *Journal Advance Nursing* 50: 39-46.
- Tyrell, J., Paturel, L., Cadec, B., Capezali, E. & Poussin, G. (2005). Older patients undergoing dialysis treatment: cognitive functioning, depressive mood and health-related quality of life, *Aging Mental Health* 9: 374-379.
- Ustun, T. B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C. & Murray, C.J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 184 :386 –392.
- Vazquez, I., Valderrabano, F., Jofre, R., Fort, J.J.M., Lopez-Gomez, F., Moreno & D Sanz-Guajardo. (2005). Psychosocial factors and health – related quality of life in hemodialysis patients, *Qual Life Res* 14: 179-190.
- Vazquez, I., Valderrabano, F., Jofre, R., Fort, J. J.M., Lopez-Gomez, F., Moreno & D Sanz-Guajardo. (2003). Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *J Nephrol* 16: 886-894.
- Wan Muhd Rushdi Wan Mahmud, Amir Awang, Iran Herman & Mahmood Nazar. (2004). Analysis of the psychometric properties of the Malay version of Beck Depression Inventory 11 (BDI 11) among postpartum women in Kedah, North West of Peninsular Malaysia. *Malaysian Journal Medical Sciences* 11(2): 19-25.
- Ware J.E., Kosinski M. & Dewey J.E. (2000). *How to Score Version Two of the SF-36 Health Survey*. Lincoln, RI: QualityMetric, Incorporated.
- Walters, B. A., Hays, R. D. & Spritzer, K. L. (2002). Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *AM J Kidney* 40: 1185-94.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. & Ware, J. (1989). The functioning and well being of depressed patients: Result from the medical outcome study. *JAMA* 262(7): 914-919.
- Yeh, S-C.J. & Chau, H-C. (2007). Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic Medicine* 69: 182-190.