

KUALITI HIDUP KESIHATAN DAN PERSEPSI  
TERHADAP PENYAKIT PESAKIT BUAH  
PINGGANG TAHAP AKHIR  
DI MALAYSIA

**NORHAYATI IBRAHIM  
ASMAWATI DESA  
NORELLA KONG**

***ABSTRACT***

*This study was conducted on 274 patients with end-stage renal disease who underwent hemodialysis (HD) and continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). The purpose of this study was to identify differences in health-related quality of life of HD and CAPD patients. It also investigated the relationship between illness perception and its effect on health-related quality of life. The study used Revised illness perception questionnaire (IPQ-R) to measure patient perception of disease and Short-Form 36 (SF-36) for measuring health-related quality of life of the patients. Result showed that patients receiving CAPD treatment have better health-related quality of life than patients with HD. Hence almost all the components in the illness perception have significant relationships with physical component summary and mental component summary, except for treatment control component. In addition the finding showed that illness perception contributed to 35.2% and 33.2% of physical component summary and mental component summary. It can suggested from the findings that cyclical variable is the best predictor of physical component summary while time line variable is the best predictor of mental component summary.*

**PENGENALAN**

Peningkatan kes kegagalan buah pinggang di kalangan rakyat Malaysia perlu diberi perhatian yang sewajarnya. Menurut laporan *Malaysian dialysis and transplant registry* (2008) wujud peningkatan kes pesakit baru yang menerima rawatan dialisis sepanjang 10 tahun yang lepas, iaitu daripada 1,559 kes pada tahun 1999 kepada 3,115 kes pada tahun 2005 dan 3,836 kes pada tahun 2008. Sehubungan dengan kadar peningkatan kes pesakit dialisis maka kadar kematian pesakit dialisis juga turut meningkat iaitu pada tahun 1999 terdapat 493 kes kematian pesakit dialisis, meningkat kepada 1,430 kes pada tahun 2005 dan terus meningkat kepada 1,803 kes pada tahun 2008. Peningkatan yang mendadak ini telah memaksa kerajaan membelanjakan antara 46% hingga 55% untuk rawatan dan terapi dialisis bagi memastikan pesakit buah pinggang kronik menerima rawatan yang sewajarnya. Sehingga 2008 terdapat 484 buah pusat hemodialisis dan 21 pusat dialisis peritoneal diseluruh Malaysia disediakan untuk rawatan

dialisis kepada 19,221 orang pesakit. Sebahagian besar pusat rawatan dialisis disediakan oleh Kementerian Kesihatan iaitu sebanyak 32.4% pesakit buah pinggang kronik, diikuti oleh badan bukan kerajaan (NGO) dan sektor swasta dengan masing-masing menyediakan 29.9% dan 36.3%.

### **Kualiti Hidup Pesakit**

Selaras dengan peningkatan kes kegagalan buah pinggang ini, maka isu berkaitan kualiti hidup perlu diambil kira bagi membantu pesakit menjalani hidup yang lebih bermakna. Isu kualiti hidup sering menjadi perhatian bagi sesetengah pengkaji di Barat disebabkan oleh rentetan dari kajian-kajian terdahulu yang mendapati bahawa kualiti hidup kesihatan (KHK) pesakit buah pinggang tahap akhir adalah rendah dan tidak memuaskan (Klang, Bjorvell & Cronqvist 1996; Korevaar, Jansen, Merkus, Dekker, Boeschoten, Krediet 2000; De Wit 2001 dan Walters, Hays, Spritzer 2002). Malahan kualiti hidup juga telah menjadi penunjuk aras kepada kadar mortaliti dan kadar kemasukan pesakit ke hospital (Rumsfeld, MaWhinney, McCarthy 1999; Mapes, Lopes, Satayathum 2003). Misalnya Curtin, Lowrie dan De Oreo (1999) dalam kajiannya mendapati peningkatan risiko kematian pesakit yang menjalani dialisis mempunyai hubungan dengan penurunan skor dalam kualiti hidup. Kualiti hidup yang terganggu ini adalah disebabkan oleh pelbagai tekanan yang terpaksa dihadapi pesakit termasuklah gangguan dari segi gaya hidup, aktiviti fizikal dan kehidupan sosial yang terbatas dan di tambah lagi dengan kebimbangan pesakit terhadap masa hadapan mereka yang tidak pasti (Blodgett 1981; Sensky 1993).

Keadaan penyakit, rawatan dan kesan rawatan yang terpaksa dilalui oleh pesakit serta tanggungan kewangan yang berat boleh memberi kesan yang negatif terhadap kualiti hidup pesakit (Lok 1996; Fallon Gould & Dainwright 1997; Blake Gore-Fenton, Kimerling, Turner-Cobb & Spiegel 1999). Apabila tahap kualiti hidup menurun ia boleh membawa kepada masalah-masalah sosio-psikologi lain seperti menurunnya status kesihatan mental dan fizikal, peranan dalam keluarga, kebebasan, kesejahteraan, hubungan personal, dan peranan sosial mereka (Suet-Ching 2001; Bakewell, Higgins & Edmunds 2002). Banyak kajian telah membuktikan hal ini seperti dapatan oleh Furr (1998) serta Valderrabano, Jofre dan Lopez-Gomez (2001) mendapati pesakit yang menghidap penyakit buah pinggang tahap akhir bukan sahaja menderita akibat kegagalan buah pinggang tetapi ia juga melibatkan perubahan fisiologi dan psikologi seperti keletihan, masalah pemakanan dan aktiviti yang terbatas. Bagi pesakit BPTA pemulihan sepenuhnya dari penyakit adalah sesuatu yang tidak pasti, apa yang perlu dilakukan oleh pesakit ialah dengan mengekalkan kualiti hidup yang baik termasuklah memaksimumkan kefungsiannya, mengurangkan simptom-simptom yang dialami dan mengurangkan tekanan mental yang dihadapi.

Seterusnya, jenis rawatan dialisis yang diterima dikatakan mempunyai pengaruh terhadap kualiti hidup pesakit. Beberapa kajian telah membuktikan pernyataan ini, misalnya Gokal, Figueras dan Olle (1999) dan Majkowicz, Afeltowicz dan Lichodziejewska-Niemierko (2000) melaporkan kualiti hidup pesakit yang menjalani rawatan dialisis peritoneal ambulatori berterusan (CAPD) lebih baik berbanding HD. Sementara kajian lain pula melaporkan tidak ada perbezaan kualiti hidup pesakit yang menerima rawatan CAPD dan HD (Mittal, Aherm, Flaster, Maesaka & Fishbane 2001; Wasserfallen, Halabi, & Saudan 2004). Kajian oleh Griffin, Wadhwa, Friends, Suh, Howell dan Cabralda (1994) pula mendapati pesakit yang menerima rawatan HD mengalami kesakitan yang lebih, merasa sangat tidak selesa serta mengalami simpton penyakit yang lebih serius berbanding dengan kumpulan yang menerima CAPD.

### **Persepsi Terhadap Penyakit**

Bagi memastikan kualiti hidup pesakit BPTA berada pada tahap yang memuaskan maka perlulah faktor yang mempengaruhi kualiti hidup tersebut di kenal pasti. Isu terkini yang sering dikaitkan dengan kualiti hidup pesakit ialah persepsi terhadap penyakit. Ini adalah kerana persepsi individu terhadap penyakit yang dialaminya akan mempengaruhi bagaimana pesakit memberi gambaran terhadap penyakitnya (Diefenbach & Leventhal 1996) dan seterusnya memberi kesan kepada kehidupan mereka. Pesakit biasanya mempunyai kepercayaan mereka sendiri tentang penyakitnya dan merancang cara tindakan berdasarkan kepercayaannya (Hagger & Orbell, 2005). Malahan sesetengah pesakit yang datang untuk rawatan dan pemeriksaan telah membina persepsi negatif terhadap keadaan mereka, ini menyebabkan mereka menjadi risau terhadap penyakit yang dihidapi (Fowler & Baas 2006; Weinman 2008). Di samping itu terdapat beberapa kajian yang membuktikan bahawa apabila pesakit telah mempersepsikan sesuatu yang negatif terhadap penyakit mereka (contohnya mengaitkan lebih banyak simpton yang alami atau melihat kesan yang teruk dari penyakit) kepercayaan negatif tentang penyakitnya akan berterusan dalam jangka masa yang panjang. Maka kepercayaan tersebut akan memberi kesan meningkatnya ketidakupayaan pesakit dan melambatkan proses pemulihan (Scharloo, Kaptein & Weinman 1999; Scharloo, Kaptein & Weinman 2000; Botha-Scheepers, Riyazi & Kroon 2006,). Oleh sebab itu persepsi terhadap penyakit menjadi penentu kepada tingkah laku dan dikaitkan dengan beberapa kesan penting seperti kekuatan rawatan dan pemulihan kefungsiian (Weinman et al., 1996; Leventhal, Benyamini, Browlee 1997) serta tahap kualiti hidup pesakit (Fowler & Baas 2006; Timmers, Thong, dekker, Boeschotten, Heijmans, rijken & Weinman 2008).

Pengaruh langsung persepsi terhadap penyakit telah dikaji dalam pelbagai keadaan seperti persepsi individu yang mengidap penyakit kronik seperti diabetes (Watkins 2000), sindrom keletihan kronik (Moss-Morris, Petrie & Weinman 1996; Heijmans 1998), *Addison disease* (Heijmans

1998), *multiple sclerosis* (Earll, Johnston & Mitchell 1993) dan juga pesakit BPTA yang menjalani rawatan HD (Covic, Seica, Gusbeth- Tatomir, Gavrilovici & Goldsmith 2004) dan CAPD (Timmers et al. 2008). Kajian Holaday (1989) telah membuktikan bahawa reaksi individu terhadap penyakit yang dialaminya adalah dipengaruhi oleh pengetahuan sedia ada dalam diri individu, kebolehan berhadapan dengan situasi tersebut, pengalaman hidup, dan latar belakang sosio-budaya. Sesetengah pesakit menerima penyakit yang dihadapi dengan perasaan yang negatif dan beranggapan ia sebagai nasib malang. Apabila sesuatu penyakit diterima sebagai sesuatu yang tidak disenangi serta menganggap penyakit tersebut sebagai mendatangkan kerugian, ini akan menjuruskan pesakit tersebut ke dalam pelbagai masalah dan pengalaman yang negatif. Lantas, segala persepsi negatif yang dialami pesakit itu tadi akan menyebabkan kesedihan dan kemurungan berpanjangan.

Peranan persepsi pesakit terhadap penyakit perlu diberi perhatian yang sewajarnya kerana ia mungkin akan mempengaruhi bagaimana pesakit menyesuaikan diri, mengadaptasikan diri dan mengatasi masalah berkaitan dengan penyakit. Kenyataan ini telah disokong oleh beberapa pengkaji yang melihat kepentingan persepsi terhadap penyakit dalam menyesuaikan diri dengan penyakit-penyakit kronik (McCubbin & Patterson 1983; Lazarus & Folkman 1984; Holaday 1989). Dapatan kajian Timmers, et al. (2008) misalnya menunjukkan pesakit yang menjalani dialisis peritoneal mempunyai kawalan personal yang lebih tinggi di samping mempunyai kefahaman terhadap penyakit yang lebih baik berbanding pesakit yang mempunyai persepsi negatif. Sehubungan dengan itu maka tujuan kajian ini adalah untuk mengenalpasti perbezaan kualiti hidup kesihatan pesakit yang menjalani rawatan HD dan CAPD. Seterusnya kajian ini juga bertujuan untuk menentukan hubungan dan pengaruh persepsi terhadap penyakit ke atas kualiti hidup kesihatan pesakit BPTA di Malaysia.

## METOD

### Rekabentuk Kajian

Kajian ini adalah berbentuk kajian keratan rentas yang melibatkan pengumpulan data sekali sahaja dalam satu masa. Soalselidik dijalankan secara temubual bersemuka. Pengumpulan data melibatkan 2 kumpulan sampel yang menerima rawatan dialisis iaitu pesakit yang menerima rawatan HD dan yang menerima rawatan CAPD.

### Sampel Kajian

Seramai 274 orang pesakit BPTA yang terlibat dalam kajian ini. Mereka terdiri daripada 183 orang pesakit yang menerima rawatan HD dan 91 orang pesakit CAPD. Sampel HD di ambil dari pusat dialisis kelolaan Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia (HUKM) iaitu pusat dialisis di Pusat

Kesihatan Premier, Bandar Tasik Selatan, Pusat Kesihatan UKM Bangi, dan Pusat Dialisis di HUKM sendiri. Selain itu sampel kajian bagi pesakit yang menerima rawatan HD juga diperolehi dari pusat dialisis di bawah kelolaan Pusat Dialisis Amal MAA-Medicare (MAA- Medicare Kidney Charity Fund) di Jalan Ipoh, Cheras dan Kajang. Sampel pesakit CAPD pula diperolehi dari HUKM dan dari Hospital Pakar Putra, Batu Pahat Johor.

### **Alat Pengukuran**

#### *Short Form - 36 (SF-36)*

Kualiti hidup kesihatan dinilai menggunakan SF- 36 yang mengandungi 8 komponen. Kelapan-lapan komponen ini bagi mentafsir pelbagai aspek fungsi dan kesejahteraan dan untuk menyediakan tanggapan menyeluruh kualiti hidup yang berkaitan dengan kesihatan. SF-36 adalah satu set soalan yang biasa digunakan di dalam banyak kajian kesihatan untuk menilai kualiti hidup. Ianya merupakan satu cara komprehensif dan efisien untuk menilai kesihatan menurut pandangan pesakit sendiri.

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 di dalam skop kesihatan fizikal berkisar tentang aspek kefungsi fizikal, peranan fizikal, kesakitan pada badan dan juga kesihatan umum pesakit. Manakala soalan- soalan yang dikemukakan di dalam skop kesihatan mental berkisar tentang aspek daya hidup (vitaliti), kefungsi sosial, kefungsi peranan emosi dan juga kesihatan mental secara am (Covic et al. 2004). Kebolehppercayaan alat ujian SF-36 bagi kajian ini untuk kelapan-lapan dimensi ialah di antara 0.662 hingga 0.895.

#### *Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*

Persepsi terhadap penyakit di uji dengan menggunakan alat ujian IPQ-R. Versi asalnya *Illness perception questionnaire* (IPQ) telah dibina oleh Weinman et al (1996). Namun begitu kerana terdapat kelemahan terhadap versi asal maka Moss-Morris et al. (2002) telah membuat penambahbaikan alat ujian tersebut dan menamakannya sebagai *Revised illness perception questionnaire* (IPQ-R). Alat ujian ini mengandungi tujuh komponen yang menilai had masa, faham penyakit, kitaran, kesan penyakit, kawalan diri, kawalan rawatan, tindakbalas emosi dan dua komponen berasingan iaitu komponen penyebab penyakit dan identiti.

Komponen had masa dibahagikan kepada Akut/kronik-sama ada pesakit melihat penyakit mereka akan berpanjangan dalam masa yang lama atau sementara sahaja (mengandungi 6 item). Kitaran - sama ada pesakit melihat simptom penyakit mereka secara semulajadi akan semakin teruk atau semakin berkurang silih berganti (4 item). Komponen kesan -

mengukur persepsi pesakit terhadap kesan daripada penyakit pada diri mereka (6 item). Komponen kawalan dibahagikan kepada dua sub skala iaitu kawalan diri-percaya kepada keupayaan diri untuk mengawal simptom penyakit (6 item) dan kawalan rawatan -percaya kepada keupayaan penjagaan kesihatan yang disediakan sebagai pencegahan untuk mengawal simptom penyakit (5 item). Seterusnya komponen faham penyakit - mengukur sejauh mana pesakit memahami tentang penyakit yang dialami (5 item). Akhir sekali adalah komponen emosi- mengukur kestabilan emosi pesakit (6 item).

Selepas dilakukan faktor analisis bagi 7 dimensi tersebut, sebanyak 7 item digugurkan dari kajian ini kerana berada di bawah faktor pemberat. Komponen had masa akut/kronik dan faham penyakit dikekalkan itemnya. Manakala komponen kawalan diri, kesan, kitaran, dan emosi masing-masing di gugurkan sebanyak 1 item. Seterusnya sebanyak 3 item pula telah dikeluarkan dari komponen kawalan rawatan. Nilai kebolehppercayaan alat ujian bagi 7 dimensi tersebut selepas faktor analisis ialah di antara 0.675 hingga 0.854.

Terdapat dua komponen tambahan digunakan bagi mengukur persepsi terhadap penyakit iaitu komponen identiti - menilai bagaimana pesakit melabelkan simptom yang mereka alami (18 item) dan komponen penyebab - melihat bagaimana pesakit menilai faktor penyebab kepada penyakit yang dialami (19 item) (Jopson & Moss-Morris, 2003).

## KEPUTUSAN

### **Keputusan Deskriptif**

Secara umumnya, responden kajian ini terdiri daripada 51.5% pesakit lelaki dan 48.5% perempuan. Majoritinya adalah melayu (49.3%), telah berkahwin (75.9%), beragama Islam (52.2%) dan berumur dalam lingkungan 51 hingga 60 tahun (37.6%). Sebanyak 27.7% pesakit mempunyai pendidikan sehingga SPM diikuti sebanyak 26.3% bersekolah rendah dan minoritinya iaitu sebanyak 8% pesakit mempunyai PhD atau master. 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. Berdasarkan kepada profil rawatan pula sebanyak 66.8% pesakit menggunakan jenis rawatan HD manakala selebihnya iaitu 33.2% menggunakan jenis rawatan CAPD. Majoriti pesakit yang terlibat dalam kajian ini telah menjalani rawatan dialisis dalam tempoh kurang daripada 36 bulan iaitu sebanyak 50.7% , pesakit telah menjalani rawatan dialisis di antara tempoh 36-120 bulan pula sebanyak 36.5% dan selebihnya iaitu sebanyak 12.8% menjalani rawatan dialisis lebih daripada 120 bulan. Hampir 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 bantuan separuh dan 21.9 % pesakit membiayai sendiri rawatan mereka.

Gambaran ringkas tentang profil demografi pesakit boleh dilihat dalam jadual 1.

Jadual 1 : Latar belakang pesakit BPTA

<b>Pembolehubah</b>	<b>Kekerapan</b>	<b>Peratus (%)</b>
<b>Jantina</b>		
a. Lelaki	141	51.5
b. Perempuan	133	48.5
<b>Bangsa</b>		
a. Melayu	135	49.3
b. Cina	110	40.1
c. India	23	8.4
d. Lain-lain	6	2.2
<b>Agama</b>		
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
<b>Umur</b>		
a. < 40tahun	50	18.2
b. 40 – 50 tahun	53	19.3
c. 51 – 60 tahun	103	37.6
d. > 60 tahun	68	24.8
<b>Status perkahwinan</b>		
a. Bujang	34	12.4
b. Berkahwin	208	75.9
c. Bercerai/duda/balu	32	11.7
<b>Tahap pendidikan</b>		
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	22	8.0
<b>Status pekerjaan</b>		
a. Bekerja	70	25.5
b. Tidak bekerja/tanpa pence	154	56.2
c. Pesara/ada pence	50	18.2
<b>Jenis dialisis</b>		
a. HD	183	66.8
b. CAPD	91	33.2
<b>Tempoh dialisis</b>		
a. < 36 bulan	139	50.7
b. 36 - 120 bulan	100	36.5
c. > 120 bulan	35	12.8
<b>Bantuan Rawatan</b>		
a. Bantuan penuh	166	60.6
b. Bantuan separuh	48	17.5
c. Tanpa bantuan	60	21.9

### Keputusan Inferensi

Ujian t telah digunakan bagi menguji perbezaan komponen kualiti hidup kesihatan pesakit BPTA berdasarkan jenis rawatan. Dapatan menunjukkan bahawa tidak terdapat perbezaan yang signifikan dari segi kefungsiiaan fizikal ( $t = 1.180$   $k > 0.05$ ) pesakit BPTA di antara jenis rawatan HD dan CAPD. Namun demikian terdapat perbezaan yang signifikan bagi komponen kefungsiian peranan fizikal ( $t = 3.188^{**}$   $k < 0.01$ ), kesakitan badan ( $t = 2.792^{**}$   $k < 0.01$ ), kesihatan umum ( $t = 2.948^{**}$   $k < 0.01$ ), daya hidup ( $t = 2.437^*$   $k < 0.05$ ), kefungsiian sosial ( $t = 2.385^*$   $k < 0.05$ ), kefungsiian peranan emosi ( $t = 2.114^*$   $k < 0.05$ ) dan kesihatan mental umum ( $t = 2.899^{**}$   $k < 0.01$ ) berdasarkan jenis rawatan HD dan CAPD. (silalah rujuk jadual 2)

Jadual 2 : Perbezaan komponen kualiti hidup kesihatan mengikut jenis rawatan

Komponen Kualiti Hidup Kesihatan	Jenis Rawatan	N	Min	Sisihan Piawai	Nilai t
Kefungsiian fizikal	HD	183	72.568	18.151	1.180
	CAPD	91	75.275	17.307	
Kefungsiian peranan fizikal	HD	183	75.275	17.307	3.188**
	CAPD	91	76.786	21.616	
Kesakitan badan	HD	183	74.069	22.340	2.792**
	CAPD	91	81.818	20.146	
Kesihatan umum	HD	183	58.557	15.538	2.948**
	CAPD	91	64.396	15.238	
Daya hidup	HD	183	60.223	19.770	2.437*
	CAPD	91	66.026	15.847	
Kefungsiian sosial	HD	183	77.322	21.533	2.385*
	CAPD	91	83.517	17.344	
Kefungsiian peranan emosi	HD	183	74.955	21.743	2.114*
	CAPD	91	80.952	22.848	
Kesihatan mental umum	HD	183	71.038	19.435	2.899**
	CAPD	91	78.022	17.377	

\* $k < 0.05$       \*\* $k < 0.01$

Seterusnya keputusan analisis korelasi Pearson seperti dalam jadual 2 di bawah menunjukkan terdapat hubungan negatif yang signifikan bagi persepsi terhadap penyakit untuk komponen had masa ( $r = -0.22$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKF dan had masa ( $r = -0.26$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKM, kesan penyakit ( $r = -0.31$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKF dan kesan penyakit ( $r = -0.34$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKM, kitaran ( $r = -0.237$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKF dan kitaran ( $r = -0.27$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKM, emosi ( $r = -0.29$ ,  $k < 0.01$ )



dengan KHKF dan emosi ( $r = -0.34$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKM , identiti ( $r = -0.40$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKF dan identiti ( $r = -0.35$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKM dan penyebab penyakit ( $r = -0.23$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKF dan penyebab penyakit ( $r = -0.19$ ,  $k < 0.05$ ) dengan KHKM. Sebaliknya bagi komponen faham penyakit ( $r = 0.31$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKF dan faham penyakit ( $r = 0.34$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKM , kawalan personal ( $r = 0.21$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKF dan kawalan personal ( $r = 0.20$ ,  $k < 0.01$ ) dengan KHKM terdapat pula hubungan positif yang signifikan. Manakala bagi komponen kawalan rawatan ( $r = 0.12$ ,  $k > 0.05$ ) hanya terdapat hubungan yang positif dengan KHKM tetapi tidak terdapat hubungan dengan KHKF ( $r = 0.09$ ,  $k > 0.05$ ).

Jadual 3: Hubungan komponen persepsi terhadap penyakit dengan kualiti hidup kesihatan fizikal dan mental pesakit.

Pembolehubah	KHKF (r)	KHKM(r)
<b>Persepsi terhadap penyakit</b>		
Had Masa(akut/kronik)	0.22**	0.26**
Faham ttg penyakit	0.31**	0.34**
Kawalan personal	0.21**	0.20**
Kesan penyakit	-0.31**	-0.34**
Kitaran	-0.37**	-0.27**
Kawalan rawatan	0.09	0.12*
Emosi	0.29**	-0.34**
Identiti/simpton	-0.40**	-0.35**
Penyebab penyakit	-0.23**	-0.19*
* $k < 0.05$	** $k < 0.01$	

Seterusnya keputusan kajian menunjukkan bahawa persepsi terhadap penyakit menyumbang sebanyak 35.2% kepada KHKF. Dapatan juga menunjukkan pembolehubah kitaran ( $\beta = -0.244$ ,  $k < 0.01$ ) merupakan peramal terbaik kepada KHKF. Diikuti dengan pembolehubah identiti ( $\beta = -0.233$ ,  $k < 0.01$ ), had masa ( $\beta = -0.168$ ,  $k > 0.01$ ), faham penyakit ( $\beta = 0.139$ ,  $k < 0.05$ ) dan kawalan personal ( $\beta = 0.113$ ,  $k < 0.05$ ). (sila rujuk jadual 4)

Jadual 4: Ringkasan analisis regresi berganda sebagai peramal kepada kualiti hidup kesihatan fizikal

Pembolehubah	$\beta$	t
Had Masa	-0.168	-3.157**
Faham Penyakit	0.139	2.375*
Kawalan Personal	0.113	2.144*
Emosi	-0.097	-1.638
Kesan Penyakit	-0.081	-1.402
Kitaran	-0.244	-4.525**
Kawalan Rawatan	0.028	0.548
Penyebab Penyakit	-0.026	-0.474
Identiti	-0.233	-4.132**
	F	15.910**
	R <sup>2</sup>	0.352

\*k < 0.05      \*\*k < 0.01

Keputusan kajian seperti dalam jadual 5 adalah bagi melihat sumbangan persepsi terhadap penyakit terhadap KHKM. Dapatan menunjukkan bahawa persepsi terhadap penyakit menyumbang sebanyak 33.2% kepada KHKM. Dapatan menunjukkan pembolehubah had masa ( $\beta = -0.217$ ,  $k < 0.01$ ) merupakan peramal terbaik kepada KHKM. Diikuti dengan pembolehubah faham penyakit ( $\beta = 0.187$ ,  $k < 0.01$ ), identiti ( $\beta = -0.186$ ,  $k < 0.01$ ), kitaran ( $\beta = -0.154$ ,  $k < 0.01$ ) dan emosi ( $\beta = -0.152$ ,  $k < 0.05$ ).

Jadual 5: Ringkasan analisis regresi berganda sebagai peramal kepada kualiti hidup kesihatan mental

Pembolehubah	$\beta$	t
Had Masa	-0.217	-4.010**
Faham Penyakit	0.187	3.144**
Kawalan Personal	0.084	1.578
Emosi	-0.152	-2.251*
Kesan Penyakit	-0.094	-1.603
Kitaran	-0.154	-2.815**
Kawalan Rawatan	0.061	1.166
Penyebab Penyakit	0.020	0.347
Identiti	-0.186	-3.245**
	F	14.559**
	R <sup>2</sup>	0.332

\*k < 0.05      \*\*k < 0.01

## PERBINCANGAN

Dapatan kajian ini melaporkan bahawa kualiti hidup kesihatan pesakit BPTA adalah berbeza mengikut jenis rawatan bagi kelapan-lapan komponen iaitu kefungsi fizikal, kefungsi peranan fizikal, kesihatan umum, daya hidup, kefungsi sosial, kefungsi emosi dan kesihatan mental. Pesakit yang menerima rawatan CAPD mempunyai kualiti hidup kesihatan yang lebih tinggi berbanding dengan pesakit yang menerima rawatan HD. Kajian ini adalah selaras dengan dapatan kajian oleh beberapa pengkaji sebelum ini seperti Gokal, Figueras dan Olle (1999) dan Majkowicz, Afeltowicz dan Lichodziejewska-Niemierko (2000). Kajian terkini oleh Russo, Morgio, Cavallini, Centi, Broccoli, Cicchinelli, Borzacca, Testorio & Pugliese (2010) yang telah menilai kualiti hidup kesihatan bagi pesakit HD dan CAPD ke atas 48 orang pesakit (24 CAPD dan 24 HD) yang berumur dalam lingkungan 59-73 tahun juga mendapati kualiti hidup kesihatan pesakit CAPD lebih baik daripada pesakit HD. Malahan berdasarkan kajian Russo et al. (2010) peningkatan kualiti hidup kesihatan fizikal ini didapati berkaitan secara langsung dengan tingginya tahap kesejahteraan psikologikal pesakit. Perbezaan kualiti hidup kesihatan bagi kedua-dua jenis rawatan tersebut mungkin di sebabkan oleh kaedah rawatan CAPD yang membolehkan pesakit lebih fleksibel dari segi rutin rawatannya iaitu mereka boleh melakukan rawatan atau mencuci darah mereka sendiri di rumah atau dengan bantuan kaum keluarga. Sedangkan bagi pesakit HD adalah menjadi kemestian pada mereka untuk hadir ke hospital atau pusat dialisis setiap 3 atau 4 kali seminggu. Selain itu pesakit CAPD tidak perlu untuk menghadkan diri mereka untuk menjalani aktiviti harian di rumah, malah pesakit masih boleh melancong ke tempat-tempat yang diinginkan. Keadaan ini membolehkan pesakit merasa lebih selesa dan kurang tertekan yang mana membawa kepada kualiti hidup yang lebih baik.

Seterusnya keputusan korelasi antara persepsi terhadap penyakit membuktikan bahawa hampir kesemua komponen persepsi terhadap penyakit mempunyai hubungan dengan KHKF dan KHKM kecuali bagi kawalan rawatan yang mana hanya mempunyai kaitan yang positif dengan KHKM sahaja. Misalnya terdapat hubungan negatif yang signifikan bagi persepsi terhadap penyakit komponen had masa dengan KHKF dan KHKM. Ini menunjukkan bahawa semakin tinggi pesakit mempersepsikan penyakit yang dialami sebagai kronik maka semakin rendah KHKF dan KHKM mereka. Bagi komponen pemahaman tentang penyakit menunjukkan terdapat hubungan yang positif dengan KHKF dan KHKM. Ini menggambarkan bahawa semakin pesakit memahami tentang penyakit yang dialaminya maka semakin tinggi KHKF dan KHKM mereka.

Seterusnya untuk komponen kawalan personal juga menunjukkan hubungan positif yang signifikan dengan KHKF dan KHKM. Ini bermakna semakin tinggi kawalan personal pesakit maka semakin tinggi KHKF dan KHKM mereka. Sebaliknya komponen kesan penyakit pula menunjukkan

terdapat hubungan negatif yang signifikan dengan KHKF dan KHKM. Ini bererti semakin tinggi pesakit mempersepsikan kesan penyakit pada diri mereka maka semakin rendah KHKF dan KHKM mereka. Begitu juga bagi komponen kitaran di mana mempunyai hubungan negatif yang signifikan dengan KHKF dan KHKM. Ini menunjukkan bahawa semakin tinggi pesakit mempersepsikan simptom penyakit mereka datang dan pergi secara silih berganti (kitaran) maka semakin rendah KHKF dan KHKM mereka. Bagi komponen kawalan rawatan didapati terdapatnya hubungan positif yang signifikan dengan KHKM. Ini bermakna semakin tinggi pesakit persepsi penyakit mereka dapat dikawal melalui rawatan maka semakin tinggi KHKM mereka.

Keputusan korelasi selanjutnya menunjukkan bahawa semakin tinggi ketidakstabilan emosi pesakit maka semakin rendah KHKF dan KHKM mereka. Selain daripada itu komponen identiti juga mempunyai hubungan negatif yang signifikan dengan KHKF dan KHKM. Dapatan ini menunjukkan semakin banyak simptom penyakit yang dipersepsikan oleh pesakit, semakin rendah KHKF dan KHKM mereka. Keputusan bagi komponen penyebab penyakit juga menunjukkan terdapat hubungan negatif yang signifikan dengan KHKF dan KHKM. Ini bererti semakin tinggi pesakit mempersepsikan penyebab kepada penyakit mereka maka semakin rendah KHKF dan KHKM.

Dapatan kajian ini menyokong kajian Timmers et al. (2008) yang menerokai persepsi terhadap penyakit bagi pesakit buah pinggang tahap akhir yang menerima rawatan HD dan CAPD. Persepsi pesakit yang lebih banyak terhadap simptom, lebih banyak kesan dialami akibat penyakit dan lebih rendah peratusan kawalan peribadi dikaitkan dengan kesejahteraan yang lebih rendah. Manakala kajian oleh Fowler dan Baas (2006) mengkaji persepsi terhadap penyakit ke atas 42 orang pesakit buah pinggang yang menjalani rawatan hemodialisis pula mendapati terdapat hubungan di antara persepsi terhadap penyakit dari segi komponen emosi, kesan penyakit dan kualiti hidup. Namun dapatannya adalah bertentangan dengan kajian ini bagi komponen identiti, garis/had masa, kawalan peribadi dan pemahaman terhadap penyakit di mana tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kualiti hidup. Walau bagaimanapun dapatan kajian ini adalah selari dengan teori persepsi terhadap penyakit atau lebih dikenali sebagai model regulasi sendiri (*self-regulation model*) atau turut dipanggil model common sense yang menjelaskan bagaimana persepsi kognitif yang melibatkan had masa, penyebab penyakit, kesan, kawalan dan identiti serta persepsi emosi memberi kesan terhadap kesihatan seseorang. Menurut model ini persepsi seseorang terhadap penyakit terhasil dari pengalaman sebelumnya yang berkaitan dengan kesihatan dan pengetahuan mengenai cara berhadapan dengan sesuatu penyakit.

Kajian ini juga melaporkan terdapat pengaruh yang agak tinggi bagi persepsi terhadap penyakit dengan KHKF dan KHKM. Masing-masing menyumbang sebanyak 35.2% dan 33.2%. Komponen kitaran merupakan peramal terbaik kepada KHKF. Diikuti dengan identiti, had masa, faham

penyakit dan kawalan personal. Manakala bagi KHKM komponen had masa merupakan peramal terbaik. Dikuti dengan faham penyakit, identiti, kitaran dan emosi. Dapatan kajian Covic et al. (2004) ke atas 82 pesakit HD menunjukkan persepsi terhadap penyakit menyumbang sebanyak 15% dan 31% KHKF dan KHKM. Hanya komponen had masa dan emosi memberi sumbangan kepada KHKF dan kawalan personal dan emosi pula memberi sumbangan kepada KHKM. Dapatan kajian ini sedikit berbeza dengan kajian Covic et al. (2004) kerana kemungkinan sampel kajian yang digunakan oleh beliau adalah kecil dan hanya fokus kepada pesakit yang menerima rawatan HD sahaja manakala kajian ini menggunakan jumlah sampel yang agak ramai dan melibatkan pesakit HD dan CAPD. Seterusnya keadaan budaya yang berbeza di antara Malaysia dan Romania sudah semestinya menjadi salah satu faktor kepada perbezaan dapatan ini. Budaya sesuatu masyarakat sememangnya mempengaruhi bagaimana pesakit mempersepsikan keadaannya. Walaupun kebanyakan penyakit melibatkan proses biologi yang hampir sama dan akan memberi kesan gangguan biologikal yang hampir sama juga namun, perbezaan budaya sesuatu masyarakat akan mempengaruhi persepsi individu dalam kelompok tersebut. Misalnya kepercayaan mereka tentang penyakit dan simptom-simptomnya, dan ini sudah tentu akan membentuk pengalaman yang berbeza di kalangan pesakit (Cameron & Moss- Morris 2004).

### KESIMPULAN

Kesimpulannya dapatan kajian ini menunjukkan betapa pentingnya persepsi terhadap penyakit ke atas kualiti hidup kesihatan pesakit sama ada bagi komponen kualiti hidup fizikal mahu pun mental. Kajian mendalam dan kajian jangka panjang perlu dilakukan lagi kerana ia boleh membantu proses intervensi agar pesakit dapat menjalani hidup yang lebih bermakna dan produktif.

### RUJUKAN

- Bakewell, A.B., Higgins, R.M. & Edmunds, M.E. (2002). Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney Int.* 61(1): 239-248.
- Blake- Mortimer, J., Gore-Fenton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J. M. & Spiegel, D. (1999). Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: A review of the effectiveness of group psychotherapy. *Eur J Cancer*, 35(11): 1581-1586.
- Blodgett C. A . (1981). Selected review of the literature of adjustment to hemodialysis. *Int J Psychiatry Med* , 1197-1243.
- Botha- Scheepers, S., Riyazi N. & Kroon H.M. (2006). Activity limitation in the lower extremities in patients with osteoarthritis: The modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis Cartilage* (in press)

- Cameron, L. D. & Moss- Morris, R. (2004). Illness-related cognition and behavior. Dlm. Kaptein, Ad. And Weinman, J.(pnyt.). *Health Psychology*, hlm. 84-110. Blackwell: Australia.
- Covic, A., Seica, A., Gusbeth- Tatomir, P., Gavrilovici, O. & Goldsmith, D. J.A. (2004). Illness representations and quality of life scores in hemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplant*, 19(8): 2078-2083.
- Curtin, R., Lowrie, E. & De Ore, P. (1999). Self –reported functional status: An important predictor of health outcomes among end stage renal disease patients. *Advanced in Renal Replacement Therapy*, 6(2): 133-140.
- De Wit, G. A., Merkus, M. P., Krediet, R. T. & de Charro, Ft. (2001). A comparison of quality of life of patients on automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*, 21: 306-312.
- Diefenbach, M.A. & Leventhal, H. (1996). The Common-sense model of illness representation: Theoretical and practical consideration. *Journal of social distress and the homeless*, 5(1): 11-38.
- Earll L, Johnston M. & Mitchell E. (1993). Coping with motor neurone disease: an analysis using self-regulation theory. *Palliative Med*; 7: 21–30
- Fallon, M., Gould, D. & Dainwright S.P. (1997). Stress and quality of life in the renal transplant patients: A preliminary investigation. *J Adv. Nurs*, 25: 562-570.
- Furr, L .A. (1998). Psychosocial aspects of serious renal disease and dialysis : A review of the literature. *Social work in Health Care*, 27 (3) : 97-118.
- Fowler, C. & Baas, L.S. (.2006). Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintainance Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 33(2) : 173-187
- Gokal, R., Figueras, M. & Olle, A. (1999). Outcomes in peritoneal dialysis and hemodialysis. *Nephrol Dial Transplant*, 14(6) : 24-30.
- Griffin, K.W., Wadhwa, N.K., Friends, R., Suh, H., Howell, N., Cabralda, T. (1994). Comparison of quality of life in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Advances in Peritoneal Dialysis*, 10, 104-108.
- Hagger, M.S. & Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology and Health* 20(2) : 161-173.
- Holaday, B. (1989). The family with a chronically ill child. Dlm: C.L. Gilles (pnyt.), *Toward a science in family nursing*. New York: Addison-Wesley.
- Heijmans, M. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45 : 39-51.

- Jopson, N.M. & Moss-Morris, R. (2003). The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6) : 503-511.
- Klang, B., Bjorvell, H. & Cronqvist, A. (1996). Patients with chronic renal failure and their ability to cope. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 10 : 89-95.
- Korevaar, J. C., Jansen, M. A. M., Merkus, M. P., Dekker, F.W., Boeschoten, E.W. & Krediet, R.T. (2000). Quality of life in predialysis and stage renal disease patients at the initiation of dialysis therapy. *Peritoneal Dialysis International*, 20 : 69-75.
- Leventhal H, Benyamin Y, Brownlee S. (1997). Illness representations: theoretical foundations. Dlm : Petrie K, Weinman J (pnyt.). *Perceptions of health and illness*. 19–26. Harwood: London.
- Lok, P. (1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*. 23(5): 873-881.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York. Springer Publishing.
- Mapes, D.L., Lopes A.A. & Satayathum S. et al. (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.
- McCubbin, H.I. & Patterson, J.M. (1983). Family stress and adaptation to crisis: A Double ABCX Model of family behavior. Dlm: D. Olsen & B. Miller (pnyt.), *Family studies review year book* (hlm. 87). Beverly Hills, CA: Sage.
- Moss-Morris, R., Petrie, K. J. & Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1: 15-25.
- Majkovicz, M., Afeltowicz, Z. & Lichodziejewska-Niemierko, M. (2000). Comparison of quality of life in hemodialysis(HD) and Peritoneal dialysed (CAPD) patients using the EORTC QLQ-C30 questionnaire. *Int J Artif Organs*, 23 : 421-428.
- Malaysian Dialysis and Transplant Registry* .(2008). 16th Report of the Malaysian Dialysis and Transplant Registry 2008. National Renal Registry Malaysian Society of Nephrology. Kuala Lumpur.
- Rumsfeld, J. S., MaWhinney, S. & McCarthy, M. Jr. (1999). Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass graft surgery. Participants of the Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Processes, Structures, and Outcomes of Care in Cardiac Surgery. *JAMA*, 281,:1298–1303.
- Russo, GE., Morgia, A., Cavallini, M., Centi, A., Broccoli, ML., Cicchinelli, A., Borzacca, B., Testorio, M. & Pugliese, F. (2010). Quality of life assessment in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *G Ital Nefrol.* , 27(3): 290-295.

- Scharloo, M, Kaptein, AA, Weinman, JA. (1999) .Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 26:1686-93.
- Sensky, T. (1993). Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychother Psychosom*, 59: 56-68.
- Suet-Ching W.L. (2001). The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2): 218-227.
- Timmers, L., Thong, M., Dekker, F.D., Boeschoten, E.W., Heijmans, M., Rijken.M. & Weinman, J. (2008). Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology & Health*, 23: 679-690.
- Valderrabano, F. , Jofre, R., & Lopez-Gomez, J. (2001). Quality of life in end renal stage renal disease patients. *American journal of Kidney Disease*, 38 (3): 443-464
- 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.
- Wasserfallen, J. B., Halabi, G., Saudan, P. (2004). Quality of life on chronic dialysis. Comparison between hemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant*, 19: 1594-1599.
- Watkins, K. W. (2000). Effect of adults' self-regulation of diabetes on quality of life outcomes. *Diabetes Care*, 23: 1511-1515.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11: 431-445.