



DEPRESI DAN KUALITI HIDUP KESIHATAN PESAKIT BUAH PINGGANG TAHAP AKHIR

(Depression and health-related quality of life of end-stage renal disease patients)

Norhayati Ibrahim, Asmawati Desa & Norella Kong

ABSTRAK

Artikel ini membincangkan mengenai tahap depresi dan hubungannya dengan kualiti hidup kesihatan di kalangan pesakit buah pinggang tahap akhir (BPTA) yang menjalani rawatan hemodialisis (HD) di Malaysia. Seramai 183 orang pesakit hemodialisis di bawah pengurusan pusat perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia dan pusat dialisis amal MAA-Medicare telah dijadikan subjek kajian. *Beck Depression Inventory 11* (BDI 11) telah digunakan untuk mengukur tahap depresi dan *Short-form 36* (SF-36) bagi mengukur kualiti hidup kesihatan pesakit. Pengumpulan data melalui temuduga berstruktur telah dijalankan di antara November 2008 hingga Julai 2009. Kajian ini berbentuk kajian rentas dan data dianalisis menggunakan ujian t, ANOVA dan korelasi Pearson. Keputusan menunjukkan sebanyak 8.2% pesakit HD mengalami depresi yang teruk dan terdapat hubungan yang negatif di antara depresi dan kualiti hidup kesihatan pesakit. Dapatan kajian ini menggambarkan bahawa semakin tinggi depresi di kalangan pesakit hemodialisis maka semakin rendah kualiti hidup kesihatan mereka.

Kata kunci: Depresi, kualiti hidup kesihatan, hemodialisis, penyakit buah pinggang tahap akhir

ABSTRACT

This article discusses the level of depression and its relationship with health-related quality of life among patients with end-stage renal disease who receive hemodialysis (HD) treatment in Malaysia. The subjects were derived from 183 HD patients from Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre and the MAA-Medicare Kidney Charity Fund. The Beck Depression Inventory 11 (BDI 11) and Short-Form 36 (SF-36) were used to measure levels of depression and patients' health-related quality of life. The data collection using structured interview was conducted from November 2008 to July 2009. This was a cross sectional study and data was analyzed using t-test, ANOVA and Pearson correlation. The results showed that 8.2% of HD patients reported as having severe depression and negative association was found between depression and patients' health-related quality of life. This study suggests that HD patients who have a high depression score tend to have a low quality of life.

Keywords: Depression, health-related quality of life, hemodialysis, end-stage renal disease.

PENGENALAN

Berhadapan dengan penyakit kronik bukanlah suatu yang mudah kerana pesakit terpaksa melalui transisi dari proses diagnos kepada rawatan dan seterusnya pengurusan diri (Dekker 2001; Pertie & Moss-Morris 1996). Ketidakupayaan, kebergantungan pada orang lain dan rawatan, stigma sosial, perubahan cara hidup, kos penyelenggaraan rawatan yang mana ini semua akan mengganggu aktiviti normal yang biasa dilakukan (deRidder & Schrears 2001). Masalah-masalah ini akan memberi kesan kepada aspek kerohanian, psikologikal, sosial dan keluarga dan seterusnya akan mempengaruhi fizikal, kognitif dan emosi pesakit (Germine 1998). Peningkatan kes penyakit kronik seperti penyakit jantung, kencing manis, kanser dan tekanan darah seterusnya akan memberi risiko kepada penyakit lain seperti kegagalan buah pinggang. Ini adalah kerana penyakit-penyakit tersebut dan beberapa faktor lain adalah penyebab utama kepada kerosakan buah pinggang (Faris 1994).

Penyakit kegagalan buah pinggang yang kekal dikenali sebagai penyakit buah pinggang tahap akhir (BPTA). Merujuk kepada Yayasan Buah Pinggang Amerika Syarikat (2005) BPTA didefinisikan sebagai keadaan fungsi buah pinggang yang berada hanya di tahap 10% daripada kapasiti normal. Penyakit tersebut berlaku apabila buah pinggang tidak lagi berupaya untuk membersihkan dan menapis bahan buangan dan cecair dalam kitaran darah secara normal. Apabila keadaan tersebut wujud, penyakit tersebut boleh membahayakan nyawa pesakit sama seperti penyakit-penyakit kronik yang lain.

Isu berkaitan sejauhmana pesakit dapat mengharungi kehidupan mereka selepas mengalami kegagalan buah pinggang adalah kualiti hidup. Perkara ini menjadi isu yang penting rentetan dari kajian-kajian terdahulu yang mendapati kualiti hidup pesakit BPTA adalah rendah dan tidak memuaskan (Walters et al. 2002; de Wit 2001; Korevaar et al. 2002). Selain daripada itu kualiti hidup telah menjadi aras penunjuk kepada kadar mortaliti dan kadar kemasukan pesakit ke hospital (Mapes et al. 2003; Rumsfeld et al. 1999). Misalnya penurunan skor bagi komponen fizikal dan mental dalam kualiti hidup memberi kesan dan mempunyai hubungan dengan peningkatan risiko kematian ke atas pesakit yang menjalani dialisis (Curtin et al. 1999). Kualiti hidup yang terganggu ini adalah disebabkan oleh pelbagai tekanan yang terpaksa dihadapi oleh mereka. Ini 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 (Sensky 1993; Blodgett 1981).

Selain daripada itu pesakit buah pinggang juga menunjukkan simptom depresi. Kajian lalu mendapati tahap depresi yang tinggi dikesan di kalangan pesakit buah pinggang kronik yang menjalani hemodialisis (Israel 1986; Hindrichsen et al. 1989). Menurut Drayer, Piraino dan Reynolds (2006) pesakit yang mengalami depresi mengalami penurunan dalam kualiti hidupnya dan berhadapan dengan risiko kematian yang lebih tinggi berbanding dengan pesakit yang tidak mengalami depresi. Malah mereka juga dilaporkan mengalami sindrom somatik (contohnya keletihan) berbanding pesakit yang tidak mengalami depresi. Punca depresi biasanya mempunyai hubung kait dengan kehilangan (Kimmel et al. 1993), seperti kehilangan kefungsi buah pinggang, kesejahteraan, kefungsi keluarga, di rumah dan di tempat kerja, kerugian masa serta fungsi seksual.

DEPRESI DAN KUALITI HIDUP

Pesakit yang mengalami masalah depresi serta mempunyai masalah psikiatri adalah dilaporkan lebih sukar dirawat berbanding pesakit yang tidak mempunyai masalah gangguan (Franco-Bronson 1996; Iosifescu et al. 2003; Kimmel 2001; Kimmel et al. 2003) Oleh yang demikian, masalah depresi telah dikenalpasti sebagai punca utama kepada masalah psikiatri yang berlaku kepada pesakit buah pinggang kronik, tetapi prevalensnya 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).

Kajian yang dilakukan Kalander et al. (2007) menunjukkan bahawa kesemua dimensi kualiti hidup kesihatan dilaporkan tidak memuaskan di kalangan kumpulan pesakit BPTA berbanding kumpulan kawalan. Pesakit yang mengalami depresi mempunyai subskala kualiti hidup yang rendah jika dibandingkan dengan pesakit yang tidak mengalami depresi. Kajian sebelum ini yang dilakukan oleh Marcelo et al. (2006) juga memperoleh keputusan yang hampir sama. Kajian mereka bertujuan untuk membandingkan kualiti hidup dan simptom depresi pesakit yang sedang menjalani rawatan hemodialisis. Ia melibatkan 30 orang pesakit yang berumur antara 18 hingga 75 tahun yang sedang menjalani rawatan dialisis di Hospital Universiti di Brazil Selatan. Keputusan kajian menunjukkan pesakit yang tertekan mengalami kualiti hidup yang rendah dalam aspek kesihatan fizikal, psikososial, hubungan sosial, persekitaran dan kualiti hidup secara keseluruhan.

Vazquez et al. (2005) pula mengkaji hubungan antara status psikososial (termasuk depresi) dengan kualiti hidup ke atas 194 orang pesakit yang menerima dialisis di Sepanyol. Dapatan menunjukkan simptom depresi adalah berkaitan dengan kekurangan tahap kualiti hidup. Kajian ini telah menyokong dapatan kajian mereka yang terdahulu (Vazquez et al. 2003) iaitu depresi dan kebimbangan telah berfungsi sebagai peramal kepada kualiti hidup bagi pesakit BPTA. Selain itu, Walters et al. (2002) telah mengkaji 422 orang pesakit yang menjalani rawatan haemodialisis di AS dan membuat kesimpulan bahawa pesakit yang disahkan positif depresi mendapat skor yang rendah dalam ujian kualiti hidup berbanding dengan pesakit yang tidak mengalami depresi. Begitu juga dengan Tyrell et al. (2005) yang mengkaji tahap kemerosotan kognitif, depresi, mood dan kualiti hidup terhadap 51 orang pesakit berbangsa Perancis yang telah berumur. Kajian ini mendapati 60% daripada mereka mengalami depresi dan kualiti hidup mereka dilaporkan menurun apabila tahap depresi meningkat.

Hinrichsen et al. (1989) mendapati 17.7% daripada pesakit HD telah mengalami depresi sederhana, selain dari 6.6% yang didiagnosis depresi yang teruk. Hampir 10% daripada 200,000 orang pesakit BPTA di AS yang menerima rawatan dialisis pada tahun 1993 dimasukkan ke hospital selepas didiagnosis menghadapi masalah psikiatri yang menjadi punca utama kepada masalah gangguan jiwa. Kajian tersebut juga mendapati kadar pesakit yang dimasukkan ke hospital kerana depresi adalah tinggi bagi pesakit BPTA berbanding pesakit yang menghadapi penyakit jantung serta adalah sama jumlahnya dengan kadar pesakit diabetes mellitus. Selain itu, kajian mendapati tiada perbezaan dari segi risiko menghidap depresi mengikut jantina. Manakala, pesakit berkulit putih yang mengalami depresi dan dimasukkan ke hospital lebih ramai berbanding pesakit berkulit hitam (Kimmel 2002).

Berdasarkan dapatan daripada kajian-kajian lepas sebelum ini yang melihat kepada kepentingan peranan depresi dan kualiti hidup maka kajian ini bertujuan untuk mengenalpasti tahap depresi pesakit HD di Malaysia, menguji perbezaan depresi di kalangan pesakit BPTA

yang sedang menjalani HD mengikut jantina dan etnik. Di samping itu kajian ini juga ingin mengenalpasti adakah wujud hubungan antara depresi dan kualiti hidup pesakit BPTA.

METOD KAJIAN

(a) Rekabentuk Kajian

Kajian ini adalah berbentuk keratan rentas yang melibatkan pengumpulan data sekali sahaja dalam satu masa. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan soalselidik yang dijalankan secara temubual bual berstruktur terhadap kumpulan sampel yang menerima rawatan HD.

(b) Sampel Kajian

Sampel yang terlibat dalam kajian ini adalah terdiri daripada 183 orang pesakit BPTA yang menjalani rawatan HD. Sampel HD diperoleh dari pusat dialisis kelolaan pusat perubatan Universiti Kebangsaan Malaysia (PPUKM) iaitu pusat dialisis di Pusat Kesihatan Premier, Bandar Tasik Selatan, Pusat Kesihatan UKM Bangi, dan Pusat Dialisis di HUKM. 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. Kajian ini telah dijalankan di antara bulan November 2008 hingga Julai 2009.

(c) Prosedur pengumpulan data

Selepas mendapat kelulusan daripada jawatankuasa etika PPUKM dan pengarah MAA - Medicare, penyelidik cuba mendapatkan kerjasama dari pesakit untuk menjadi sampel bagi kajian ini. Selepas mendapat persetujuan dari pesakit alat ujian psikologi iaitu *Short-form 36* (SF-36), dan *Beck Depression Inventory (BDI 11)*, ditadbir oleh penyelidik. Pesakit yang menerima rawatan HD di temuduga berpandukan soalselidik semasa mereka sedang menunggu sesi rawatan atau semasa rawatan sedang berjalan.

ALAT PENGUKURAN

(a) Sort Form - 36 (SF-36)

Kualiti hidup dinilai menggunakan SF- 36 yang mengandungi 8 dimensi. Kelapan-lapan dimensi ini bagi mentafsir pelbagai aspek fungsi dan kesejahteraan serta menyediakan tanggapan menyeluruh kualiti hidup yang berkaitan dengan kesihatan. Soal selidik SF-36 yang telah dimodifikasi dan dialih bahasa ke dalam Bahasa Malaysia oleh sekumpulan pengkaji dari Universiti Sains Malaysia. SF-36 versi Bahasa Malaysia boleh digunakan di dalam kajian berkenaan kualiti hidup berkaitan kesihatan kerana penerimaan konsistensi dalaman dan validitinya (Sararaks et al. 2005).

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 komponen kualiti hidup kesihatan fizikal (KHKF) dan kualiti hidup kesihatan mental (KHKM). KHKF melibatkan dimensi kefungsiian fizikal, peranan

fizikal, kesakitan badan dan kesihatan umum pesakit manakala komponen KHKM pula melibatkan dimensi kefungsi sosial, kefungsi peranan emosi, daya hidup dan juga kesihatan mental secara am. Secara keseluruhannya kebanyakan laporan menunjukkan alat ujian ini mempunyai ketekalan dalaman Cronbach Alpha yang tinggi iaitu nilai melebihi 0.7 dan dalam beberapa kajian ketekalannya melebihi 0.8 (Brazier et al. 1992; Garratt et al. 1993; Jenkinson et al. 1993; Ware et al. 2000).

(b) Beck Depression inventory 11 (BDI 11)

Bagi mengukur depresi, *Beck Depression Inventory II* (BDI 11) telah digunakan. BDI 11 sesuai ditadbir ke atas remaja dan orang dewasa, mengandungi 21 item dan mempunyai ketekalan dalaman yang tinggi dengan pekali alpha 0.93 di kalangan pelajar dan di kalangan 277 orang pesakit luar psikiatri juga menunjukkan nilai yang juga tinggi iaitu 0.92 (Beck et al. 1996). Selain itu alat ujian ini juga mempunyai nilai keesahan 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 keesahan dan kebolehppercayaan oleh sekumpulan penyelidik dari Universiti Sains Malaysia ke atas wanita 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 Rushdi Wan Mahmud et al. 2004).

HASIL KAJIAN DAN PERBINCANGAN

(a) Profil pesakit BPTA

Secara umumnya, responden kajian ini terdiri daripada 54.1% pesakit lelaki dan 45.9% perempuan. Majoritinya adalah etnik Cina (44.8%), telah berkahwin (80.3%), beragama Islam (43.7 %) dan mempunyai pendidikan sekolah rendah 31.1% dan minoritinya iaitu sebanyak 8.7% pesakit mempunyai Doktor Falsafah dan Sarjana. Seterusnya kebanyakan daripada pesakit tidak bekerja dan tanpa wang pencen (59%) manakala sebanyak 20.8% pesakit tidak bekerja tetapi mempunyai wang pencen dan selebihnya iaitu 20.2% masih bekerja. Gambaran ringkas tentang profil demografi pesakit boleh dilihat dalam Jadual 1.

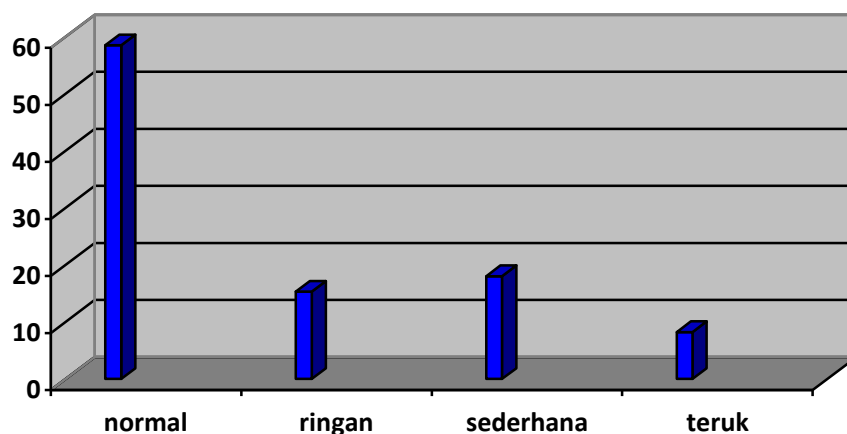
Jadual 1: Latar belakang pesakit BPTA

Pembolehubah	Kekerapan	Peratus (%)
Jantina		
a. Lelaki	99	54.1
b. Perempuan	84	45.9
Etnik		
a. Melayu	74	40.4
b. Cina	82	44.8
c. India	22	12.0
d. Lain-lain	5	2.7

Agama	80	43.7
a. Islam	58	31.7
b. Buddha	22	12.0
c. Hindu	9	4.9
d. Kristian	14	7.7
e. Lain-lain		
Status perkahwinan		
a. Bujang	15	8.2
b. Berkahwin	147	80.3
c. Bercerai/duda/balu	21	11.5
Tahap pendidikan		
a. Tidak bersekolah	18	9.8
b. Sekolah rendah	57	31.1
c. PMR	33	18.0
d. SPM	42	23.0
e. Diploma/ijazah	17	9.3
f. Sarjana/Doktor falsafah	16	8.7
Status pekerjaan		
a. Bekerja	37	20.2
b. Tidak bekerja/tanpa pencen	108	59.0
c. Pesara/ada pencen	38	20.8

(b) Tahap depresi pesakit

Keputusan kajian menunjukkan bahawa daripada 183 orang pesakit HD sebanyak 8.2 % sampel kajian mengalami depresi teruk, 18% depresi sederhana, 15.3% depresi ringan dan selebihnya iaitu 58.5% tidak mengalami masalah depresi.



Rajah 1: Tahap depresi pesakit HD

Keputusan kajian menunjukkan bahawa sememangnya wujud masalah depresi di kalangan pesakit HD. Walaupun hanya 8.2 % yang mengalami depresi teruk dan 18% depresi sederhana

namun perkara ini perlu diambil perhatian yang serius kerana masalah depresi bukan sahaja boleh membawa kepada penurunan kualiti hidup malah boleh membawa kepada risiko kematian dan bunuh diri (Drayer et. al 2006). Mengidap penyakit kronik seperti BPTA sememangnya boleh menyebabkan depresi kepada sesetengah individu. Ini kerana penyakit kronik merupakan penyakit yang berlanjutan dalam satu tempoh yang lama dan biasanya tidak dapat dipulihkan sepenuhnya. Individu yang didiagnosis penyakit kronik seperti BPTA mestilah menyesuaikan diri mengikut keadaan penyakit yang dialami, serta rawatan yang perlu diambil. Ini berhubungan dengan kesan sampingan yang akan mempengaruhi pergerakan dan kebebasan pesakit, gaya hidup mereka serta bagaimana persepsi pesakit terhadap diri dan orang di sekeliling. Justeru itu keadaan ini sudah tentunya akan memberi kesan dan menimbulkan masalah depresi kepada pesakit.

(c) Perbezaan KHKF dan KHKM pesakit mengikut jantina dan etnik

Dapatan kajian seterusnya ialah bagi mengenalpasti perbezaan kualiti hidup kesihatan mengikut jantina. Perbezaan kualiti hidup kesihatan mengikut jantina seperti dalam Jadual 2 diuji kesignifikannya dengan menggunakan ujian t. Keputusan menunjukkan bahawa tidak terdapat perbezaan yang signifikan KHKF ($t = 1.94$, $k < 0.05$) dan KHKM ($t = 1.17$, $k > 0.05$) mengikut jantina .

Jadual 2: Perbezaan kualiti hidup mengikut jantina

Kualiti hidup	Jantina	n	Min	Sisihan Piawai	t
KHKF	L	99	70.21	12.85	1.94
	P	84	66.29	14.42	
KHKM	L	99	72.23	17.02	1.17
	P	84	69.32	16.38	

Dapatan ini selari dengan dapatan kajian yang dilakukan oleh Baiardi et al. 2002; Kalantar-Zadeh et al. 2001 dan Ferrans dan Power 1993). Kajian Kimmel et al. (2003) ke atas pesakit yang menjalani rawatan HD juga menunjukkan tidak terdapat perbezaan kualiti hidup pesakit berdasarkan jantina. Seterusnya ANOVA satu hala digunakan bagi melihat perbezaan kualiti hidup mengikut etnik. Keputusan kajian dalam Jadual 3 menunjukkan bahawa terdapat perbezaan yang signifikan bagi KHKM ($F = 3.23$, $k < 0.05$) mengikut etnik. Walau bagaimanapun tidak terdapat perbezaan yang signifikan bagi KHKF ($F = 0.96$, $k > 0.05$).

Jadual 3: Perbezaan kualiti hidup mengikut etnik

Kualiti Hidup	Sumber	JKD	dk	Min kuasadua	F
KHKF	Antara kumpulan	541.45	3	180.48	0.96
	Dalam kumpulan	33674.56	179	188.13	
	Keseluruhan	34216.01	182		
KHKM	Antara kumpulan	2624.95	3	874.98	3.23*
	Dalam kumpulan	48432.52	179	270.57	
	Keseluruhan	51057.46	182		

* $k < 0.05$

Dapatan ini menyokong dapatan kajian Lopes et al. (2003) yang melaporkan terdapat perbezaan kualiti hidup kesihatan mental dan juga kesihatan fizikal mengikut etnik. Namun begitu dalam kajian ini perbezaan hanya wujud bagi komponen KHKM sahaja dan tidak bagi komponen KHKF. Keputusan kajian yang dilakukan oleh Kutner et al. (2000) juga adalah selari dengan dapatan ini yang mana menurut beliau etnik memainkan peranan dalam menentukan perbezaan kualiti hidup. Dapatannya mendapati pesakit dialisis berbangsa Afrika Amerika mempunyai kualiti hidup fizikal dan kepuasan hidup yang lebih tinggi berbanding pesakit berkulit putih. Bakewell et al. (2002) pula mendapati pesakit berbangsa Asia yang menjalani rawatan PD mengalami skor yang rendah dalam kualiti hidup berbanding pesakit yang berkulit putih bagi komponen fizikal dan mental. Perbezaan ini berlaku kerana menurut beliau pesakit berbangsa Asia tidak menerima sokongan sosial mencukupi bagi menanggapi atau berdaya tindak dengan penyakit yang dialami. Ini mungkin disebabkan oleh pesakit berbangsa Asia mempunyai pemahaman yang rendah terhadap penyakit berbanding pesakit yang berkulit putih dan ini disokong oleh kajian ke atas pesakit kronik lain seperti diabetes dan asma (Moudgil & Honeybourne 1998; Wilson et al. 1993).

(d) Hubungan antara depresi dan kualiti hidup kesihatan

Bagi melihat hubungan di antara depresi dengan kualiti hidup kesihatan bagi komponen kesihatan mental dan fizikal ujian korelasi Pearson digunakan. Hasil kajian menunjukkan terdapat hubungan negatif yang signifikan di antara depresi dengan kefungsi fizikal ($r = 0.32$, $k < 0.01$), kefungsi peranan fizikal ($r = 0.44$, $k < 0.01$), kesakitan badan ($r = 0.49$, $k < 0.01$), kesihatan umum ($r = 0.47$, $k < 0.01$), daya hidup ($r = 0.58$, $k < 0.01$), kefungsi sosial ($r = 0.56$, $k < 0.01$), kefungsi peranan emosi ($r = 0.43$, $k < 0.01$) dan kesihatan mental ($r = 0.67$, $k < 0.01$). Seterusnya dapatan juga menunjukkan terdapat hubungan negatif yang signifikan di antara depresi dengan komponen KHKF ($r = 0.60$, $k < 0.01$) dan KHKM ($r = 0.68$, $k < 0.01$) (sila rujuk Jadual 4).

Jadual 4: Korelasi di antara depresi dengan komponen kualiti hidup kesihatan

Pembolehubah	Depresi r
Kefungsi fizikal	-0.32**
Kefungsi peranan fizikal	-0.44**
Kesakitan badan	-0.49**
Kesihatan umum	-0.47**
Daya hidup	-0.58**
Kefungsi sosial	-0.56**
Kefungsi peranan emosi	-0.43**
Kesihatan mental	-0.67**
KHKF	-0.60**
KHKM	-0.68**

** $k < 0.01$

Hubungan yang negatif bagi kesemua komponen kualiti hidup kesihatan menggambarkan bahawa semakin tinggi depresi maka semakin rendah kualiti hidup pesakit. Kajian ini selari dengan kajian Marcelo et al. (2006) yang mendapati pesakit yang mengalami depresi akan membawa kepada penurunan kualiti hidup mereka termasuklah aspek fizikal, hubungan sosial persekitaran dan kualiti hidup secara keseluruhan. Kajian oleh Vazquez et al. (2005) juga menunjukkan bahawa simptom depresi mempunyai kaitan dengan kualiti hidup pesakit di Sepanyol. Malahan menurut Vazquez et al. (2003) depresi adalah peramal kepada kualiti hidup pesakit BPTA.

Kualiti hidup pesakit yang melalui rawatan dialisis seringkali menyusut kerana komitmen harian yang terpaksa ditanggung atau dikurangkan bagi menjalani rawatan. Masa yang perlu diluahkan 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. Kesan sampingan akibat rawatan juga menyebabkan pelbagai adaptasi perlu dilakukan. Adakalanya pesakit yang menjalani rawatan dialisis sukar untuk menerima kenyataan atau hakikat bahawa mereka perlu bergantung kepada rawatan dialisis sepanjang hidup.

Ada juga yang menjangkakan depresi akibat penyakit yang dialami tidak memerlukan rawatan. Namun begitu hakikatnya kajian-kajian mendapati depresi yang dialami oleh pesakit kronik boleh dan perlu dirawat (Rodin & Craven 1989). Ini adalah kerana ia akan mempengaruhi kualiti hidup pesakit. Tahap kualiti hidup yang menurun akan menjejaskan kesihatan mental dan fizikal pesakit termasuklah peranan mereka dalam keluarga, kebebasan, kesejahteraan, hubungan personal dan sosial (Suet-Ching 2001; Bakewell et al. 2002). Sekiranya masalah depresi dan kualiti hidup tidak diberi penekanan, masalah yang lebih serius akan berlaku seperti meningkatnya kes kematian dan kemasukan pesakit ke hospital. Malah menurut Rumsfeld et al. (1999) dan Mapes et al. (2003), kadar kematian dan kemasukan pesakit ke hospital ada kaitan dengan berlakunya penurunan di dalam tahap kualiti hidup pesakit. Oleh kerana itulah faktor yang boleh membawa kepada kemerosotan kualiti hidup pesakit seperti depresi perlu ditangani sewajarnya agar pesakit dapat menjalani kehidupan dengan lebih bermakna dan menjadi individu yang produktif.

KESIMPULAN

Dapatan kajian ini memperihalkan bahawa sebilangan kecil pesakit HD mengalami masalah depresi. Sementara itu KHKM pesakit berbeza mengikut etnik tetapi tidak bagi KHKF. Keputusan juga menunjukkan bahawa terdapat hubungan negatif yang signifikan di antara depresi dengan kesemua komponen kualiti hidup kesihatan dan juga dengan komponen KHKF dan KHKM. Ini bermakna bahawa semakin tinggi depresi yang dialami semakin rendah kualiti hidup pesakit. Oleh itu adalah penting simptom depresi didiagnos dan diberi perhatian yang sewajarnya kerana ia boleh membawa kepada penurunan kualiti hidup dan menjadikan pesakit tidak dapat berfungsi dengan baik.

RUJUKAN

- Baiardi, F., Esposti, E. D., Cocchi, R., Fabbri, A., Sturani, A. & Valpiani, G. 2002. Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. *Journal of Nephrology* 5: 61-67.
- Bakewell, A. B, Higgins, R.B.& Edmunds, M.E. 2002. Quality of life in peritoneal dialysis patients: Decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney International* 62: 239-248.
- Beck A., Steer, R., Brown, G. 1996. *BDI-II The Beck Depression Inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Blodgett, C. A . 1981. Selected review of the literature of adjustment to hemodialysis. *Int J Psychiatry Med* 1: 197-1243.
- 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.
- Curtin, R., Lowrie, E & De Ore, P. 1999. Self-reported functional status: an important predictor of health outcomes among end stage renal disease patients. *Advances in Renal Replacement Therapy* 6(2): 133-140.
- Dekkers, W. J. M. 2001. Autonomy and dependence: Chronic physical illness and decision – making capacity. *Medicine, Health Care and Philosophy* 4: 185-192.
- de Ridder, D. & Schrears, K. 2001. Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clin Psychol Rev.* 21(2): 205-240.
- 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.
- 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.
- Faris, M. H. 1994. *When your kidneys Fail* (Third Edition). Los Angeles: National Kidney Foundation of Southern California.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. 1993. Quality of life of hemodialysis patients. *ANNA Journal* 20 (5): 575-581.
- Franco-Bronson, K. 1996. The management of treatment-resistant depression in the medically ill. *Psychiatr Clin North Am* 19: 329 –350.

- 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.
- Germine, B. B. 1998. When a chronic illness becomes terminal. *ANNA Journal* 25 (6): 579-582.
- Hamilton, M. 1960. A rating scale for depression. *Journal of Neurology & Neurosurgical Psychiatry* 25: 56-62.
- Hinrichsen, G. A., Lieberman, J. A., Pollack, S. & Steinberg, H. 1989. Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatics* 30: 284-289.
- Iosifescu, D. V., Nierenberg, A. A., Alpert, J. E., Smith, M., Bitran, S., Dording, C. & Fava, M. 2003. The impact of medical comorbidity on acute treatment in major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 160 : 2122 –2127.
- Israel, M. 1986. Depression in dialysis patients: A review of psychological factors. *Can Journal Psychiatry* 31: 445-451.
- 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.
- Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J. D., Block, G., Humphreys, M. H. 2001. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *Journal of American Society of Nephrology* 12: 2797–2806.
- 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* 1-8.
- 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.
- Kimmel, P. L. 2002. Depression in patients with chronic renal disease . What we know and what we need to know. *Journal of psychosomatic Research* 53: 951-956.
- 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.

- 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.
- Kutner, N. G., Brogan, D., Fielding, B. & Hall, W. D. 2000. Black/white differences in symptoms and health satisfaction reported by older hemodialysis patients. *Ethn Dis* 10: 328-333.
- Lopes, A., Brag-gresham, J. & Satayathum, S., McCullough, K., Pifer, T., Goodkin, D. Mapes, D., Young, E. Wolfe, R., Held, P. 2003. Health-related quality of life and outcomes among hemodialysis patients of different ethnicities in the United States: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis* 41: 605-615.
- Mapes, D. L., Lopes, A. A., & Satayathum, S. 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.
- Marcelo, T., Berlim, Betina, S., Mattevi, Anne Poala G. Duarte, Fernando, S., Thome, Elvino, J. G., Barros & Marcelo P. F. 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.
- Moudgil, H. & Honeybourne, D. 1998. Differences in asthma management between white European and Indian subcontinent ethnic groups living in socioeconomically deprived areas in the Birmingham (UK) conurbation. *Thorax* 53: 490-494.
- Pertie, K. J. & Moss-Morris, M. 1996. The illness perception questionnaire. A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health* 11: 431-445.
- Rodin, G. & Craven J. 1989. Depression and end stage renal disease. Dlm. Robinson, R.G. & Rabins, P.V.(pnyt). *Depression and coexisting disease*. New York: Igaku-Shoin.
- 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.
- Sararaks, S., Azman, A. B, Low, L. L., Rugayah, B., Aziah, A. M., Hooi, L. N., Abdul Razak, M., Norhaya, M. R., Lim, K. B., Azian, A. A. & Geeta, S. 2005. Validity and reliability of the SF-36: The Malaysian context. *The Medical journal of Malaysia* 60(2): 163-79.
- 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.
- 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 Ment Health* 9: 374-379.
- U.S Renal Data system .2005. USRDS 2005 Annual Data Report: Atlas of end stage renal disease in the United State.
- Vazquez, Valderrabano, F., Jofre, R., Fort, J. J. M., Lopez-Gomez, F., Moreno and D Sanz-Guajardo. 2005. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res* 14: 179-190.
- Vazquez, Valderrabano, F., Jofre, R., Fort, J. J. M., Lopez-Gomez, F., Moreno and D Sanz-Guajardo.2003. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *J Nephrol* 16: 886-894.
- Walters, B. A., Hays, R. D., Spritzer, K. L. 2002. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia and malnutrition at hemodialysis Psychother Psychosom, initiation. *Am J Kidney* 40: 1185-94.
- Wilson, E., Wardle, E. V., Chandel, P., Walford, S. 1993. Diabetes education: An Asian perspective. *Diabetic Med* 10: 177–180.
- Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M. & Gandek B. 2000. *SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide*. QualityMetric Incorporated.
- 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, Nort West of Peninsular Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Sciences* 11(2): 19-25.

Norhayati Ibrahim
Unit Psikologi Kesehatan
Fakulti Sains Kesehatan
Universiti Kebangsaan Malaysia
Jalan Raja Muda A. Aziz
50300 Kuala Lumpur
Email: norhayati70@gmail.com

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

43600, UKM, Bangi, Selangor.
Email: asma@ukm.my

Norella Kong Chiew-Tong
Nephrologi/Dialisis dan SLE unit,
Pusat Perubatan UKM
Fakulti Perubatan,
Jalan Yaacob Latif, Bandar Tun Razak,
56000 Cheras, Kuala Lumpur
Email: norellakong@gmail.com