

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA



UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

**KEMURUNGAN DALAM KALANGAN PESAKIT
KEGAGALAN RENAL PERINGKAT AKHIR
(ESRF) YANG MENERIMA RAWATAN
HEMODIALISIS DI KELANTAN**

**Disertasi Dihantar Untuk Memenuhi Syarat Bagi Ijazah
Sarjana Muda Sains Kesihatan Kejururawatan**

**Dissertation Submitted in Partial Fulfillment for the
Degree of Bachelor of Health Sciences in Nursing**

MAHYUZY BINTI YUSOF

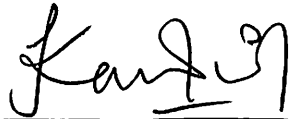
70976

**Kampus Kesihatan
Universiti Sains Malaysia
16150 Kubang Kerian, Kelantan
Malaysia**

2006

AKU JANJI

Diperakui bahawa disertasi yang bertajuk “**Kemurungan dalam kalangan pesakit kegagalan renal peringkat akhir (ESRF) yang menerima rawatan hemodialisis di Kelantan**” merupakan kerja penyelidikan yang asli dari Mahyuzy binti Yusof (Nombor Matrik 70976) dari tempoh Julai 2005 hingga Mac 2006 adalah dibawah penyeliaan saya. Disertasi ini merupakan sebahagian dari syarat untuk penganugerahan Ijazah Sarjana Muda Sains Kesihatan Kejururawatan. Segala hasil penyelidikan dan data yang diperolehi adalah hak milik Universiti Sains Malaysia.



Penyelia Utama

Professor Madya Dr. Kamaliah Mohd Daud

Pakar Perubatan Nefrologi

Jabatan Perubatan

Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM)

PENGHARGAAN

Kajian ini merupakan salah satu keperluan dalam kurikulum pengajian Ijazah Sarjana Muda Sains Kejururawatan penyelidik di Universiti Sains Malaysia. Kajian selama kira-kira 8 bulan ini melibatkan ramai pihak yang bersama-sama membantu perjalanan kajian ini. Jutaan terima kasih dan penghargaan kepada beberapa individu dan pihak yang sangat membantu dalam kajian ini iaitu:

1. Professor Madya Dr. Kamaliah Mohd Daud (Pakar Perubatan Nefrologi Jabatan Perubatan Hospital Universiti Sains Malaysia) selaku penyelia utama atas kesudian dan usaha beliau menyelia keseluruhan kajian ini, meluangkan masa, sumbangan idea-idea serta bantuan dalam proses pengutipan sampel.
2. Dr. Sarimah Abdullah (Pensyarah Unit Biostatistik Pusat Pengajian Sains Perubatan) atas kesudian beliau membantu dalam analisis statistik.
3. Puan Rogayah Abd Rahim (Ketua kursus Projek Penyelidikan dan Pensyarah Kejururawatan Pusat Pengajian Sains Kesihatan) atas idea-idea yang disumbangkan dalam kajian ini.

4. Dr. Naimaton Ismail dan staf-staf di Pusat Hemodialisis Nephrolife, Pengkalan Chepa atas kerjasama sepenuhnya sepanjang pengutipan sampel dilakukan.
5. Pembantu Perubatan dan staf-staf di Pusat Hemodialisis MAA, Telipot atas kerjasama sepenuhnya semasa pengutipan sampel dilakukan.
6. Sister Azizah dan staf-staf di Pusat Hemodialisis Nephro Utama Wakaf Che Yeh yang memberi kerjasama sepenuhnya kepada penyelidik sepanjang pengutipan sampel dilakukan.
7. Puan Dariah Mohd Yusoff (Pensyarah Pusat Pengajian Sains Kesihatan) atas idea-idea yang disumbangkan pada awal kajian ini.

SENARAI ABREVIASI

ANOVA	<i>Analysis of Variance</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CES-D	<i>Center for Epidemiological Studies Depression Screening Index</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV</i>
ESRF	<i>End Stage Renal Failure</i>
GFR	<i>Glomerular Filtration Rate</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety & Depression Scale</i>
HAMD	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
HUSM	Hospital Universiti Sains Malaysia
KDQOL	<i>Kidney Disease and Quality of Life</i>
LSD	<i>Least Significant Different</i>
MCS	<i>Mental Component Summary</i>
RBC	<i>Red Blood Cell</i>
SPSS	<i>Statistical Package Social of Science</i>
SGA	<i>Subjective Global Assessment</i>
SDS	<i>Self Rating Depression Scale</i>
USRDS	<i>United State Renal Data System</i>

ISI KANDUNGAN

PERKARA	MUKA SURAT
AKU JANJI	i
PENGHARGAAN	ii
SENARAI ABREVIASI	iv
SENARAI JADUAL	x
SENARAI RAJAH	xii
ABSTRAK	xiii
ABSTRACT	xv
BAB SATU	
1.0 PENGENALAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 PENYATAAN MASALAH	3
1.2.1 Isu penaksiran kemurungan di kawasan kajian	3
1.2.2 Peningkatan statistik ESRF di kawasan kajian	4
1.2.3 Cabaran diagnosis kemurungan pesakit ESRF	6
1.3 OBJEKTIF KAJIAN	
1.3.1 Objektif Umum	7
1.3.2 Objektif Spesifik	7
1.4 HIPOTESIS	7
1.5 SOALAN KAJIAN	8
1.6 KEPENTINGAN KAJIAN	8
1.7 DEFINISI ISTILAH	9

BAB DUA

2.0 SEMAKAN BACAAN

2.1 KEGAGALAN RENAL PERINGKAT AKHIR (ESRF)

2.1.1	Definisi	11
2.1.2	Etiologi	11
2.1.3	Patofisiologi	12
2.1.4	Prevalen	12
2.1.5	Rawatan	13
2.1.6	ESRF dan paras Hemoglobin	13
2.1.7	ESRF dan paras Serum Albumin	14

2.2 KEMURUNGAN

2.2.1	Definisi	15
2.2.2	Etiologi	15
2.2.3	Prevalen	17
2.2.4	Kemurungan dan paras Hemoglobin	17
2.2.5	Kemurungan dan paras Serum Albumin	18

2.3 KERANGKA TEORITIS 19

2.4 PREVALEN KEMURUNGAN PESAKIT ESRF 20

2.5 PENYARINGAN KEMURUNGAN PESAKIT ESRF 21

2.6 MANFAAT PENYARINGAN KEMURUNGAN PESAKIT ESRF 22

2.7 CABARAN RAWATAN KEMURUNGAN PESAKIT ESRF 23

BAB TIGA

3.0 METODOLOGI PENYELIDIKAN

3.1 REKABENTUK KAJIAN 25

3.2 LOKASI KAJIAN 25

3.3 SAMPEL KAJIAN 25

3.3.1	Kriteria inklusi sampel	25
-------	-------------------------	----

3.3.2	Kriteria eksklusi sampel dari kajian	26
3.4	SAIZ SAMPEL	26
3.6	KAEDAH PERSAMPELAN	27
3.7	INSTRUMEN PENYELIDIKAN	27
3.8	PENGUMPULAN DATA	29
3.9	ANALISIS STATISTIKAL DATA	30
3.10	ASPEK ETIKA	31
3.11	CARTA ALIR KAJIAN	32
BAB EMPAT		
4.0	KEPUTUSAN	33
4.1	ANALISIS DISKRIPTIF PROFIL SOSIODEMOGRAFI DAN KARAKTERISTIK SUBJEK	
4.1.1	Taburan sampel mengikut jantina	33
4.1.2	Taburan sampel mengikut umur	34
4.1.3	Taburan sampel mengikut bangsa	34
4.1.4	Taburan sampel mengikut status perkahwinan	35
4.1.5	Taburan sampel mengikut status pekerjaan	35
4.1.6	Taburan sampel mengikut status pendapatan isi rumah	36
4.1.7	Taburan sampel mengikut tahap pendidikan	37
4.1.8	Taburan sampel mengikut kemudahan rawatan hemodialisis	37
4.1.9	Taburan sampel mengikut kehadiran komorbiditi	38
4.1.10	Taburan sampel mengikut tahap sokongan sosial	39
4.1.11	Taburan sampel mengikut jangkamasa menjalani rawatan hemodialisis	39
4.2	ANALISIS DISKRIPTIF UJIAN DARAH	
4.2.1	Taburan sampel mengikut paras hemoglobin	40
4.2.2	Taburan sampel mengikut paras serum albumin	41

4.3	PREVALEN KEMURUNGAN (MURUNG VS TIDAK MURUNG) BERDASARKAN SKOR BDI	41
4.4	PREVALEN KEMURUNGAN MENGIKUT TAHAP KETERUKAN	42
4.5	ANALISIS PERHUBUNGAN PROFIL SOSIODEMOGRAFI DAN CIRI-CIRI SUBJEK MENGGUNAKAN CHI SQUARE (χ^2)	43
4.6	ANALISIS PERHUBUNGAN KEMURUNGAN DAN UJIAN DARAH MENGGUNAKAN CHI SQUARE (χ^2)	45
4.7	ANALISIS PERKAITAN PROFIL SOSIODEMOGRAFI TERPILIH MENGGUNAKAN ANOVA DAN UJIAN T	45
4.8	ANALISIS PERKAITAN JANGKAMASA HEMODIALISIS MENGGUNAKAN ANOVA	47
4.9	ANALISIS KOLERASI UJIAN DARAH MENGGUNAKAN PEARSON CORRELATION	48
 BAB LIMA		
5.0	PERBINCANGAN	50
5.1	Pola profil sosiodemografi	50
5.2	Perhubungan faktor sosiodemografi pesakit ESRF dengan kemurungan	52
5.3	Prevalen kemurungan	54
5.4	Perkaitan kemurungan dan tempoh hemodialisis	55
5.5	Perkaitan kemurungan dan ujian parameter darah	57
 BAB ENAM		
6.0	KESIMPULAN	59
 BAB TUJUH		
7.0	LIMITASI KAJIAN DAN CADANGAN	61

BAB LAPAN

8.0 RUJUKAN

63

BAB SEMBILAN

9.0 LAMPIRAN

9.1 BORANG KEIZINAN PENYERTAAN KAJIAN SAMPEL

9.2 SURAT PENGESAHAN ETIKA KAJIAN

9.3 BORANG SOAL SELIDIK

SENARAI JADUAL

Jadual 2.4	Prevalen kemurungan dalam populasi ESRF menurut kajian dari pelbagai negara
Jadual 2.5	Sensitiviti dan spesifisiti instrumen penyaringan kemurungan yang telah dikaji penyelidik terdahulu
Jadual 4.1.7	Taburan sampel mengikut tahap pendidikan
Jadual 4.1.8	Taburan sampel mengikut kemudahan rawatan hemodialisis
Jadual 4.2.1	Taburan sampel mengikut paras serum albumin
Jadual 4.2.2	Taburan sampel mengikut paras hemoglobin
Jadual 4.3	Prevalen kemurungan keseluruhan di keempat-empat kawasan kajian berdasarkan skor BDI
Jadual 4.5	Analisis perhubungan kemurungan dengan profil sosiodemografi dan ciri-ciri subjek menggunakan <i>chi-square</i>
Jadual 4.6	Analisis perhubungan kemurungan dan ujian darah (paras hemoglobin dan serum albumin) menggunakan ujian <i>chi square</i>
Jadual 4.7.1	Analisis perbandingan pembolehubah terpilih menggunakan ujian T
Jadual 4.7.2	Analisis perbandingan min pembolehubah terpilih menggunakan ANOVA
Jadual 4.8.1	Perbandingan min keseluruhan kombinasi kategori tempoh menjalani hemodialisis

Jadual 4.8.2 Analisis perbandingan min setiap kategori tempoh menjalani hemodialisis

Jadual 4.9.1 Perkaitan kemurungan dan ujian darah (paras serum albumin dan hemoglobin) menggunakan ujian *Pearson Correlation*

SENARAI RAJAH

- Rajah 1.2.2 Statistik pesakit ESRF dari tahun 2001 hingga 2004 di HUSM
- Rajah 2.2.2 Triad Kognitif Beck
- Rajah 2.3 Kerangka Teoritis
- Rajah 4.1.1 Taburan sampel mengikut jantina
- Rajah 4.1.2 Taburan sampel mengikut kumpulan umur
- Rajah 4.1.3 Taburan sampel mengikut bangsa
- Rajah 4.1.4 Taburan sampel mengikut status perkahwinan
- Rajah 4.1.5 Taburan sampel mengikut status pekerjaan
- Rajah 4.1.6 Taburan sampel mengikut pendapatan isi rumah
- Rajah 4.1.9 Taburan sampel mengikut komorbiditi
- Rajah 4.1.10 Taburan sampel mengikut tahap sokongan sosial
- Rajah 4.1.11 Taburan sampel mengikut tempoh rawatan hemodialisis
- Rajah 4.4 Prevalen kemurungan mengikut tahap keterukan berdasarkan skor BDI
- Rajah 4.9.2 Plot skatter hubungan paras serum albumin dan skor BDI
- Rajah 4.9.3 Plot skatter hubungan paras hemoglobin dan skor BDI

ABSTRAK

Tajuk: Kemurungan dalam kalangan pesakit Kegagalan Renal Peringkat Akhir (ESRF) yang menerima rawatan hemodialisis di Kelantan.

Pendahuluan: Individu yang mengalami ESRF menghadapi pelbagai keadaan stres yang kronik serta gangguan kehidupan yang signifikan. Maka kemurungan biasa berlaku dalam populasi ini. Walaubagaimanapun kehadiran penyakit ini sering tidak didiagnosa.

Objektif: Mengkaji prevalen kemurungan dalam kalangan pesakit kegagalan renal peringkat akhir (ESRF) serta prevalen pesakit yang mendapat rawatan dan tanpa rawatan psikiatri. Penyelidik juga mengkaji perkaitan kemurungan dengan profil sosiodemografi, tempoh menjalani hemodialisis, komorbiditi serta 2 parameter ujian darah iaitu paras serum albumin dan hemoglobin.

Metodologi: Kajian ini berbentuk keratan lintang. Sampel disertai oleh seramai 74 pesakit ESRF yang menjalani hemodialisis dipilih dari 4 pusat hemodialisis sekitar negeri Kelantan. Kemurungan dikesan menggunakan Inventori Kemurungan Beck (BDI-SF) dengan skor 0-63. Skor ≥ 14 mengindikasikan kemurungan.

Keputusan: Empat puluh enam peratus (46%) daripada subjek mempunyai skor BDI ≥ 14 . Kemurungan didapati mempunyai perkaitan yang signifikan dengan status tidak bekerja ($p < 0.0001$), tahap pendidikan rendah ($p = 0.033$), pendapatan rendah ($p = 0.014$) dan tahap sokongan sosial rendah ($p < 0.0001$). Kajian ini juga mendapati skor BDI bertepatan dengan model *coping* (*Honeymoon*, *Disenchantment*, *Discouragement* dan *Long Term Adaptation*). Kemurungan didapati secara signifikan mencapai tahap tertinggi dalam tempoh 2 tahun selepas permulaan hemodialisis dan selepas tempoh 5

tahun. Walaubagaimanapun kajian ini mendapati tiada perkaitan yang signifikan antara kemurungan dengan paras serum albumin dan hemoglobin.

Kesimpulan: Data-data dalam kajian menunjukkan prevalen kemurungan yang tinggi dikesan tetapi didapati kemurungan tidak diagnosa dan tidak dirawat dalam kalangan populasi ini. Penggunaan BDI adalah mudah untuk membantu penyaringan pesakit ESRF yang menjalani rawatan hemodialisis yang mengalami kemurungan.

ABSTRACT

Title: Depression Among Patient With End Stage Renal Failure (ESRF) With Hemodialysis in Kelantan.

Introduction: Individuals with ESRF face a variety of chronic recurrent stressors and significant lifestyle disruption. Thus, depression is common, but often underdiagnosed among this population.

Objective: To study the prevalence of depression, physician-diagnosed depression among ESRF with hemodialysis. Researchers also assessed the association of depression with sociodemographic profiles, length of hemodialysis, comorbidities and 2 blood parameters which are level of serum albumin and hemoglobin.

Methodology: This was a cross-sectional study. Sample was represented by 74 hemodialysis patient selected from 4 dialysis centres around Kelantan. Depression was measured by the standard Beck Depression Inventory (BDI-SF) with score of 0-63. Score ≥ 14 indicated presence of depression.

Result: Forty- six percent (46%) of the subjects had a BDI score ≥ 14 . Depression was found statistically significant with unemployed ($p=0.0001$), low level of education ($p=0.033$), low financial status ($p=0.014$) and poor social support ($p<0.0001$). Interestingly, this study also found BDI scores seem to agree with Coping Model (Honeymoon, Disenchantment, Discouragement and Long Term Adaptation). Depression significantly reaches high level during the first 2 years after initiation of dialysis and after five years of treatment. However, this study found no statistically significant in the association of depression and level of serum albumin and hemoglobin.

Conclusion: The data suggest that the prevalence of depression is high but likely underdiagnosed and undertreated among hemodialysis patients. BDI is a short and

simple questionnaire that can help identify ESRF and hemodialysis patients with depression.

BAB 1- PENGENALAN

1.1 LATAR BELAKANG

Kesejahteraan emosi dan kefungsiian fizikal merupakan asas untuk mencapai kualiti hidup yang baik. Walaubagaimanapun, mengekalkan kesihatan emosi merupakan cabaran bagi pesakit yang menerima rawatan dialisis. Kebanyakan pesakit renal terutama kegagalan renal peringkat akhir (ESRF) mengalami pelbagai perasaan untuk menghadapi realiti kegagalan renal serta keperluan untuk menjalani rawatan dialisis sepanjang hidup mereka (*Renal Rehabilitation Report* 2005). Ketidakupayaan pesakit untuk membentuk tindakbalas penyesuaian terhadap penyakit yang dihadapi menyebabkan pesakit berisiko mengalami gangguan psikiatri kemurungan (Phipps & Turkington 2001).

Diagnosis kemurungan berlaku apabila pesakit mengalami episod kesedihan berpanjangan sehingga lebih 2 minggu (*American Psychiatric Association* 2000). Diagnosis kemurungan yang teruk adalah *major depressive episode* (Durand & Barlow 2000). *Major depressive episode* berlaku apabila episod kesedihan dan keresahan berlanjutan selama 2 minggu sehingga 6 bulan sekiranya tidak dirawat (Raulin 2003). Pada ketika ini pesakit memerlukan rawatan.

Isu kemurungan dalam kalangan pesakit ESRF yang menerima rawatan hemodialisis adalah penting dan wajar dikaji apabila kemurungan memberi impak negatif dalam penyesuaian pesakit terhadap penyakit termasuklah dalam progres rawatan dan pemulihan. Menurut Katon & Ciechanowski (2002), kadar hospitalisasi yang disebabkan oleh gangguan psikiatri adalah lebih tinggi dalam

populasi pesakit renal daripada masyarakat umum. Penaksiran kemurungan dalam kalangan pesakit hemodialisis dapat mengenalpasti pesakit yang mempunyai risiko tinggi kematian dan hospitalisasi (Lopes, Bragg & Young 2002).

Kemurungan memberi impak kepada pesakit yang menerima rawatan dialisis dalam pelbagai cara. Dalam keadaan kemurungan tanpa rawatan, menyebabkan kewujudan kesakitan sampingan (*unnecessary pain*) serta penderitaan kepada pesakit dan ahli keluarga yang seterusnya membawa kepada tahap kualiti hidup yang rendah. Pesakit juga berkemungkinan mengalami hipoalbuminemia melalui nutrisi yang tidak mencukupi (Koo et al. 2003), tidak patuh dalam pengubatan dan regim dialisis (Kaveh & Kimmel 2000). Keadaan ini berisiko meningkatkan kadar mortaliti pesakit ESRF. Dalam program rehabilitasi, kemurungan juga menyebabkan pesakit mungkin mengasingkan diri daripada menyertai program rehabilitasi termasuklah pendidikan, senaman dan pekerjaan (*Life Option Rehabilitation Report* 2000). Kajian epidemiologi juga melaporkan bahawa insiden kejadian bunuh diri dalam kalangan pesakit yang menjalani hemodialisis adalah 10-100 kali ganda berbanding populasi umum (Biris et al. 2002).

Beck Depression Inventory (BDI) merupakan salah satu kaedah yang digunakan secara meluas untuk mengesan kemurungan. Kajian telah membuktikan penggunaan BDI merupakan salah satu soal selidik yang standad untuk mengesan pesakit yang mengalami kemurungan. Analisis yang dilakukan oleh Finkestein & Finkestein (2000) terhadap 3 kajian berasingan mendapati mendapati satu pertiga hingga setengah daripada pesakit yang menjalani dialisis menunjukkan kewujudan sekurang-kurangnya tahap kemurungan sederhana

(BDI \geq 11). Dalam analisis mereka terhadap kajian oleh Wuerth et al. (1997) mendapati apabila pesakit-pesakit ini dinilai oleh pakar psikiatri bagi mengesan kewujudan kemurungan klinikal, 85% pesakit yang menjalani dialisis yang mempunyai skor 11 atau lebih adalah bertepatan dengan kriteria-kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- IV* (DSM-IV) untuk diagnosis kemurungan major.

Kajian ini memfokuskan kepada kejadian kemurungan dalam populasi pesakit ESRF di 4 pusat hemodialisis di Kelantan iaitu 3 buah unit hemodialisis luar serta 1 unit hemodialisis di Hospital Universiti Sains Malaysia. Analisis diskriptif terhadap data-data sosiodemografi pesakit serta perkaitan kemurungan dengan data-data yang akan diuji iaitu ujian darah (paras serum albumin dan hemoglobin), tempoh menjalani hemodialisis dan komorbiditi yang dijangkakan mempunyai perkaitan dengan tahap kemurungan.

1.2 PENYATAAN MASALAH

1.2.1 Penaksiran kemurungan di kawasan kajian

Kimmel (2002) menyatakan bahawa kemurungan merupakan masalah psikiatri yang kerap berlaku dalam populasi pesakit ESRF yang menjalani hemodialisis. Namun dalam situasi rawatan biasa bagi pesakit ESRF, Killingworth & Van den Akker (1996) menyatakan bahawa penilaian psikologikal untuk mengesan masalah kemurungan bukanlah rawatan yang rutin. Di HUSM, situasi yang sama juga berlaku. Penaksiran untuk mengesan kemurungan klinikal tidak dilakukan melainkan terdapat aduan oleh pesakit (Abdullah, M. 2005, pers.com., 1 April). Keadaan ini berlaku walaupun pelbagai kajian telah membuktikan bahawa

faktor psikologikal merupakan salah satu faktor yang signifikan untuk menyumbang kepada kualiti hidup pesakit yang mengalami penyakit kronik termasuk ESRF (Oldenburg, McDonald & Perkin 1988).

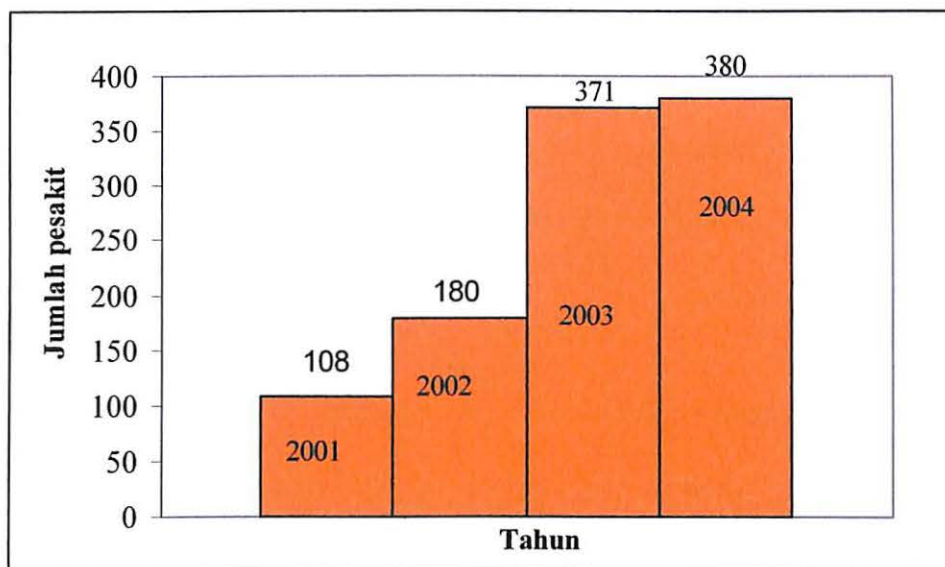
Didapati bahawa ahli perubatan tidak mengesan kemurungan major kira-kira setengah daripada pesakit mereka yang mengalami gangguan ini. Salah satu sebab adalah majoriti pesakit yang mengalami gangguan ini dirawat oleh bukan ahli psikiatri. Dalam pengurusan pesakit dengan ESRF, rawatan kerap hanya berfokuskan kepada keadaan penyakit dan ahli perubatan jarang memberikan perhatian kepada status psikologikal pesakit (*Screening for Depression* 1996)

1.2.2 Peningkatan statistik pesakit ESRF di kawasan kajian

Rajah 1 yang menunjukkan statistik pesakit ESRF yang dilaporkan di HUSM dari tahun 2001 sehingga 2004. Graf tersebut menunjukkan terdapat peningkatan pesakit ESRF setiap tahun. Daripada 1,039 pesakit, hanya 2 pesakit dikesan mengalami kemurungan klinikal dan menerima rawatan (Unit Rekod Hospital Universiti Sains Malaysia 2005). Penyelidik menjangkakan lebih ramai lagi pesakit yang mengalami kemurungan dan tidak mendapat rawatan psikiatri. Di Malaysia dan di kawasan kajian juga, kejadian kemurungan serta faktor-faktor yang mungkin mempunyai perkaitan dengan kemurungan seperti data-data sosiodemografi, paras hemoglobin dan serum albumin dalam kalangan pesakit ESRF adalah tidak diketahui kerana kajian mengenainya adalah terhad.

Di Malaysia dan kebanyakan negara-negara lain, insiden ESRF adalah sentiasa meningkat. Peningkatan insiden menjadikan wujudnya risiko peningkatan gangguan psikiatri kemurungan dalam kalangan pesakit ESRF. Di Malaysia,

sebanyak 2,300 orang pesakit renal kronik baru dikesan setiap tahun. Daripada jumlah ini lebih 70% iaitu diantara 1,600 hingga 1,700 mendapatkan rawatan dialisis (Bernama 2004).



Rajah 1.2.2: Statistik pesakit ESRF dari tahun 2001 hingga 2004 di HUSM

Sumber: Unit Rekod Hospital Universiti Sains Malaysia 2005

Kaedah rawatan hemodialisis merupakan kaedah rawatan yang paling ramai dijalani pesakit di Malaysia berbanding dialisis peritoneal dan pemindahan renal. Terdapat kira-kira 13,000 pesakit yang bergantung dengan hemodialisis sebagai rawatan di seluruh Malaysia. Walaupun kaedah pemindahan renal adalah rawatan terbaik namun faktor-faktor seperti kos yang tinggi dan kekurangan penderma menghadkan kaedah ini (New Straits Times 18 Dis 2005).

1.2.3 Cabaran diagnosis kemurungan pesakit ESRF

Dalam populasi pesakit ESRF, terdapat pelbagai faktor yang menyukarkan diagnosis kemurungan dalam kalangan pesakit ESRF. Faktor-faktor ini adalah pertindihan antara simptom somatik kemurungan dengan simptom-simptom fizikal kegagalan renal (Kimmel 2002) dan kesan sampingan rawatan (Stern, Herman & Slavin 2004). Keadaan ini menyebabkan kemurungan tidak di ambil berat dan sering tidak didiagnosa.

Biris et al. (2002) menyatakan bahawa simptom-simptom uremik tipikal yang kelihatan pada pesakit ESRF adalah juga seperti simptom-simptom kemurungan. Seperti kemurungan, uremia juga boleh menyebabkan kegelisahan, defisit kognitif, kurang selera makan, insomnia, kurang kegembiraan dan keletihan. Menurut mereka juga, keadaan-keadaan lain yang berkait dengan ESRF seperti anemia, gangguan elektrolit serta penyakit sistemik lain yang dihadapi seperti diabetes juga menyamai simptom-simptom kemurungan.

Selain itu, terdapat juga faktor-faktor lain seperti sifat malu, penafian dan pengabaian pesakit yang juga menjadi salah satu faktor penghalang diagnosa kemurungan (Stern, Herman & Slavin 2004). Seseengah pesakit juga mempunyai stigma untuk berjumpa dengan pakar psikiatri (Phipps & Turkington 2001).

1.3 OBJEKTIF KAJIAN

1.3.1 Objektif Umum

Mengkaji kejadian kemurungan dalam kalangan pesakit kegagalan renal peringkat akhir (ESRF) di Kelantan.

1.3.2 Objektif Spesifik

1. Mengkaji pola sosiodemografi pesakit ESRF yang mengalami kemurungan.
2. Meninjau prevalen kemurungan dalam kalangan pesakit ESRF yang menerima rawatan hemodialisis serta yang mendapat rawatan psikiatri dan tanpa rawatan psikiatri.
3. Mengkaji perkaitan tempoh menjalani hemodialisis dan komorbiditi dengan kemurungan.
4. Mengkaji perkaitan paras ujian darah (hemoglobin dan serum albumin) dengan kemurungan.

1.4 HIPOTESIS H_A

Hipotesis dalam kajian ini adalah dinyatakan seperti berikut:

1. *Faktor sosiodemografi mempengaruhi kemurungan pesakit ESRF.*
2. *Komorbiditi mempengaruhi kemurungan pesakit ESRF.*
3. *Tempoh menjalani hemodialisis mempengaruhi kemurungan pesakit ESRF.*
3. *Paras hemoglobin mempengaruhi kemurungan pesakit ESRF.*
4. *Paras serum albumin mempengaruhi kemurungan pesakit ESRF.*

1.5 SOALAN KAJIAN

1. Apakah prevalen pesakit ESRF yang menerima rawatan hemodialisis yang mengalami kemurungan serta dengan rawatan psikiatri dan tanpa rawatan psikiatri?.
2. Adakah terdapat perkaitan yang signifikan antara faktor sosiodemografi, komorbiditi, tempoh menjalani hemodialisis, paras hemoglobin dan serum albumin dengan kemurungan dalam kalangan pesakit ESRF?.

1.6 KEPENTINGAN KAJIAN

1. Memberi informasi mengenai kejadian kemurungan dalam kalangan pesakit ESRF di HUSM dan pusat hemodialisis terutama pusat hemodialisis terlibat.
2. Meningkatkan kepekaan doktor dan jururawat terhadap aspek psikiatri (mental dan emosi) pesakit yang menerima rawatan hemodialisis di Unit Hemodialisis.
3. Memberi rawatan awal kepada pesakit yang dikesan mengalami kemurungan di Unit Dialisis.
4. Memberi panduan kepada jururawat dan doktor di Unit Dialisis semasa memberi perkhidmatan rawatan kepada pesakit terhadap faktor-faktor sosiodemografi, paras hemoglobin dan serum albumin pesakit yang mungkin berkait rapat dengan risiko kemurungan.

1.7 DEFINISI ISTILAH

1.7.1 Kemurungan

Dalam kajian ini, kemurungan dikesan melalui Beck Depression Inventory (BDI). Skor $BDI \geq 14$ mengindikasikan berlakunya kemurungan. Beck (1961) menyatakan skor BDI yang menunjukkan tahap kemurungan adalah seperti berikut:-

11 – 16: Gangguan perasaan yang ringan.

17 – 20: Kemurungan yang menghampiri sempadan klinikal.

21 – 30: Kemurungan yang sederhana.

31 – 40: Kemurungan yang teruk.

> 40: Kemurungan yang ekstrem.

1.7.2 Kegagalan Renal Peringkat Akhir (ESRF)

Kegagalan renal peringkat akhir (ESRF) merupakan keadaan apabila renal tidak berupaya untuk menyingkirkan bahan-bahan buangan metabolik serta mengawalatur lebihan cecair dan elektrolit dalam badan dan keadaan ini tidak dapat dibaikpulih (*irreversible*). ESRF berlaku melalui progres kegagalan renal kronik yang menyebabkan kerosakan fungsi renal secara berterusan sehingga kadar filtrasi glomerular (GFR) menjadi kurang daripada 5 mls/min (Lemone & Burke 2004).

1.7.3 Hemodialisis

Hemodialisis merupakan rawatan dialisis yang menggunakan membran buatan melalui mesin khas untuk mengeluarkan lebihan cecair dan sisa nitrogenus

dengan cepat melalui proses difusi dan ultrafiltrasi. Hemodialisis kebiasaannya dilakukan di Unit Hemodialisis samada di hospital atau di unit renal swasta selama 3 kali seminggu dan 4-6 jam setiap sesi (Phipps & Turkington 2001). Hemodialisis dimulakan apabila GFR mencapai tahap 10-15mls/min (Levy, Morgan & Brown 2001).

BAB 2- SEMAKAN BACAAN

2.1 KEGAGALAN RENAL PERINGKAT AKHIR (ESRF)

2.1.1 Definisi

Renal merupakan organ berstruktur yang kompleks yang mempunyai pelbagai fungsi penting dalam badan. Renal berfungsi menyingkirkan lebihan produk-produk hasil metabolisma dalam badan, keseimbangan asid-bes dan menghasilkan pelbagai jenis hormon bagi keseimbangan fungsi seluruh sistem dalam badan. Penyakit pada renal juga adalah kompleks dan dapat dibahagikan kepada 4 komponen morfologi asas struktur renal iaitu glomeruli, tubul, interstium dan salur darah. Sebarang keabnormalan pada salah satu struktur ini yang disebabkan pelbagai faktor berupaya menyebabkan kegagalan komponen-komponen lain. Penyakit renal yang kronik dan progresif boleh mencapai sehingga tahap kegagalan renal peringkat akhir (ESRF) (Kumar, Cotran & Robbins 2004).

2.1.2 Etiologi

Secara global, Health & Medicine Week (2005) melaporkan penyebab utama ESRF adalah *Diabetic Nephropathy*. Manakala di Asia, Diabetes Mellitus dan *Diabetic Nephropathy* merupakan antara penyebab utama ESRF (Lemone & Burke 2004). Penyebab-penyebab lain yang biasa adalah Hipertensi, Glomerulonephritis, *Cystic Kidney Disease* dan lain-lain (Kumar & Clark 2002). Di Malaysia, 51% daripada pesakit baru yang menerima rawatan dialisis adalah juga pesakit Diabetis Mellitus (Health & Medicine Week 2005).

2.1.3 Patofisiologi

Terdapat sekurang-kurangnya 1 juta nefron pada setiap ginjal dan setiap satu nefron menyumbang kepada GFR total. Pada tahap awal kemusnahan nefron, berlaku hipertrofi nefron-nefron yang masih berfungsi. Aliran kapilari glomerular dan tekanan meningkat dalam nefron dan lebih banyak partikel solut perlu di tapis bagi nefron yang masih berfungsi sebagai proses kompensentari. Sklerosis glomerular berlaku pada nefron yang masih berfungsi dan seterusnya menyebabkan kemusnahan fungsi renal secara progresif (Lemone & Burke 2004).

2.1.4 Prevalen

Secara global, menurut Verelli (2004) kadar insiden ESRF adalah meningkat setiap tahun semenjak 1989. Kadar insiden adalah tertinggi di Amerika Syarikat manakala kadar prevalen adalah tertinggi di Jepun. Di Malaysia, statistik pesakit ESRF adalah seperti yang diterangkan di Bab 1.

Dalam konteks jantina, kegagalan renal peringkat akhir yang bermula dengan kegagalan renal kronik dialami oleh kedua-dua lelaki dan perempuan. Berdasarkan United State Renal Data System (USRDS) pada tahun 1998, lelaki didapati lebih ramai menghadapi ESRF berbanding perempuan (Verelli 2004). Kegagalan renal boleh dihadapi pelbagai jenis kaum. Di Amerika Syarikat, insiden ESRF adalah lebih ramai dalam kalangan populasi kulit hitam berbanding kulit putih dan penduduk Asia. ESRF boleh berlaku dalam dalam kesemua peringkat umur. Di Amerika Syarikat, insiden tertinggi ESRF adalah dalam peringkat umur 65 ke atas (Verelli 2004) .

2.1.5 Rawatan

Menurut Phipps & Turkington (2001) rawatan bagi kegagalan renal peringkat akhir termasuklah dialisis dan pemindahan ginjal. Pemindahan ginjal merupakan rawatan terbaik bagi kegagalan renal peringkat akhir, namun masalah seperti kekurangan penderma yang sesuai menghadkan kaedah rawatan ini. Keadaan ini menjadikan lebih ramai pesakit menerima rawatan dialisis (*Renal Association 1997*).

Dialisis boleh dilakukan dalam 2 cara iaitu hemodialisis dan dialisis peritoneal (PD). Dialisis peritoneal melibatkan kemasukan cecair dialisat ke dalam ruang peritoneal melalui kateter manakala hemodialisis memerlukan fistula arteriovenous yang dilakukan secara surgikal. Ia melibatkan sirkulasi darah melalui mesin dialisis yang mempunyai membran separa telap untuk mengeluarkan cecair dan elektrolit tertentu dari badan pesakit (Levy, Morgan & Brown 2001).

2.1.6 ESRF dan Paras Hemoglobin

Anemia merupakan salah satu komplikasi yang biasa berlaku kepada pesakit ESRF. Anemia berlaku apabila apabila ketepuan hemoglobin, sirkulasi sel darah merah (RBC) atau kedua-duanya adalah rendah. Keadaan ini boleh berlaku disebabkan kehilangan darah, kurang penghasilan RBC dan peningkatan kadar kemusnahan RBC. Renal menghasilkan erythropoietin iaitu sejenis hormon yang mengawal penghasilan sel darah merah (RBC) di tulang sumsum. Dalam keadaan kegagalan fungsi renal, penghasilan erythropoietin berkurang dan keadaan ini menyebabkan pengurangan penghasilan RBC. Toksin metabolik yang berkumpul

dalam salur darah disebabkan kegagalan fungsi renal juga menyebabkan tekanan (*suppression*) terhadap proses penghasilan RBC dan juga menyumbang kepada pengurangan jangka hayat RBC (Lemone & Burke 2004). Bagi pesakit ESRF, defisit nutrisi iaitu *iron* dan *folate* serta risiko kehilangan darah di trek gastrointestinal juga menyumbang kepada anemia. Pesakit ESRF berisiko mengalami pendarahan terutama di trek gastrointestinal kerana kerosakan fungsi platlet (Lemone & Burke 2004).

Anemia dan keletihan yang disebabkan anemia dalam pesakit kegagalan renal boleh memberi kesan kepada kualiti hidup pesakit dalam pelbagai cara. Kehilangan tenaga yang berkaitan dengan anemia menghadkan kefungsi pesakit untuk melakukan pelbagai aktiviti termasuk kerja dan aktiviti harian. Kepekatan memberi impak negatif dalam aspek psikososial dan menyebabkan kurang keyakinan diri, kemurungan dan ketidakseimbangan paten aktiviti dan rehat (Moreo et al. 2003).

2.1.7 ESRF dan Paras Serum Albumin

Paras serum albumin banyak digunakan untuk menilai status nutrisi individu yang samada pesakit ESRF atau pesakit-pesakit lain. Paras serum albumin adalah rendah dengan menurunnya pengambilan sumber protein dan kalori dalam diet dan akan meningkat dengan meningkatnya pengambilan protein dan kalori. Bagi individu dewasa yang normal, paras serum albumin adalah 35-50g/L (*National Kidney Foundation* 2000). Bagi pesakit ESRF, keadaan malnutrisi boleh disebabkan oleh pelbagai faktor. Menurut Oliver (1999), keadaan malnutrisi bagi pesakit ESRF disebabkan kurang pengambilan nutrisi, kehadiran penyakit lain, peningkatan katabolisma semasa dialisis, kehilangan nutrisi semasa

dialisis seperti asid amino, vitamin serap air dan glukosa. Oliver juga menyokong kenyataan pengkaji-pengkaji lain dengan mengaitkan kemurungan dengan malnutrisi pesakit ESRF.

2.2 KEMURUNGAN

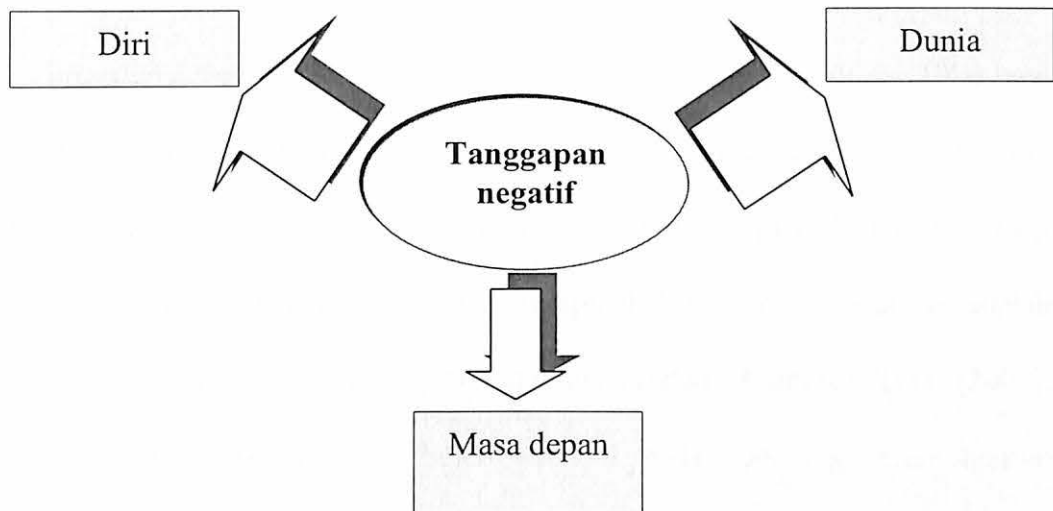
2.2.1 Definisi

Kemurungan merupakan keadaan yang dicirikan dengan kehadiran lima atau lebih daripada simptom berikut dalam masa sekurang-kurangnya 2 minggu iaitu kemuraman hampir setiap hari, anhedonia, pengurangan atau peningkatan selera makan, insomnia atau hipersomnia, pengurangan fungsi psikomotor, kehilangan tenaga, perasaan putus asa, kehilangan daya konsentrasi dan perasaan ingin membunuh diri (Hasanah 2004).

2.2.2 Etiologi

Kemurungan boleh disebabkan pelbagai faktor. Menurut Gelder, Mayou & Geddes (2005), Secara umumnya, kemurungan boleh disebabkan oleh faktor genetik, persekitaran dan neurobiologikal. Faktor persekitaran yang melibatkan stres kehidupan amat berkait rapat dengan individu dengan penyakit kronik seperti ESRF. Durand & Barlow (2002) menyatakan faktor persekitaran menyumbang kira-kira 60 hingga 80 peratus risiko kemurungan. Menurut Katon (2002), kemurungan mempunyai perkaitan yang kuat dengan individu yang mengalami penyakit kronik melalui gangguan terhadap keyakinan diri, imej diri dan penghargaan diri seseorang individu.

Menurut teori kognitif Beck, seseorang individu mengalami kemurungan apabila terdapat tanggapan negatif terhadap 3 aspek iaitu terhadap diri, masa depan dan dunia.



Rajah 2.2.2: Triad Kognitif Beck (Durand & Barlow 2002).

Tanggapan negatif mempunyai perkaitan dengan individu yang mengalami penyakit kronik seperti ESRF. Menurut Durand & Barlow (2000), salah satu etiologi berlakunya kemurungan merupakan dimensi psikologikal yang melibatkan stres dalam kehidupan. Pelbagai perubahan cara hidup yang mengganggu boleh mendatangkan stres kepada mereka. Menurut Biris et al. (2002), pesakit menghadapi keperluan menghadkan pengambilan makanan dan cecair yang terpaksa dilakukan dalam kehidupan seharian.

Bagi sesetengah pesakit ESRF, masalah kewangan berlaku melalui keperluan terhadap kos dialisis kerana taraf sosioekonomi yang rendah dan juga kemungkinan kehilangan pekerjaan. Bebanan penyakit juga menyebabkan pesakit adakalanya berasa kehilangan peranan dalam keluarga kerana bebanan yang juga terpaksa ditanggung oleh pasangan dan ahli keluarga. Keadaan-keadaan ini

memberikan stres kepada pesakit dan seterusnya mendedahkan pesakit kepada kemurungan.

2.2.3 Prevalen

Prevalen kemurungan minor berbeza daripada 18 hingga 79 per 1000 bagi lelaki dan daripada 27 hingga 165 per 1000 bagi perempuan (Gelder, Mayou, Geddes 2005). Manakala kemurungan major adalah 20 hingga 30 per 1000 bagi lelaki dan 40 hingga 90 per 1000 bagi perempuan. Prevalen kemurungan adalah tinggi dalam kumpulan dengan sosioekonomi rendah. Menurut Tate (2005), permulaan berlaku kemurungan boleh berlaku pada sebarang umur namun biasanya antara umur 20 hingga 50 tahun.

2.2.4 Kemurungan dan paras hemoglobin pesakit ESRF

Kajian oleh Mollaoglu (2004) mendapati terdapat perkaitan yang signifikan antara kemurungan dengan paras hemoglobin. Pesakit dengan skor $BDI \geq 15$ yang mengindikasikan kemurungan didapati mempunyai paras hemoglobin yang rendah. Dalam satu kajian kes yang dijalankan oleh Lopes et al. (2004) pula mendapati sebanyak 37.6% pesakit dengan diagnosa kemurungan CES-D > 10 mempunyai paras hemoglobin rendah ($< 9\text{g/dL}$).

Dalam satu kajian kes oleh Bexton pada tahun 1998 ke atas pesakit ESRF yang menerima rawatan hemodialisis yang tidak dirawat keadaan anemia kerana faktor kepercayaan pesakit (Jehovah's Witness) iaitu agama yang mengharamkan penerimaan darah atau sebarang produk darah mendapati pesakit mengalami kemurungan yang teruk apabila keadaan anemia pesakit bertambah teruk.

Menurut Stirelman et al. (2004), rawatan anemia dengan memulihkan paras hemoglobin dalam kalangan pesakit yang menerima rawatan hemodialisis dapat meningkatkan kualiti hidup pesakit. Menurut Kumar & Clark (2002) pula, pemulihan paras hemoglobin juga dapat meningkatkan fungsi seksual dan fungsi kognitif pesakit ESRF (Kumar & Clark 2002).

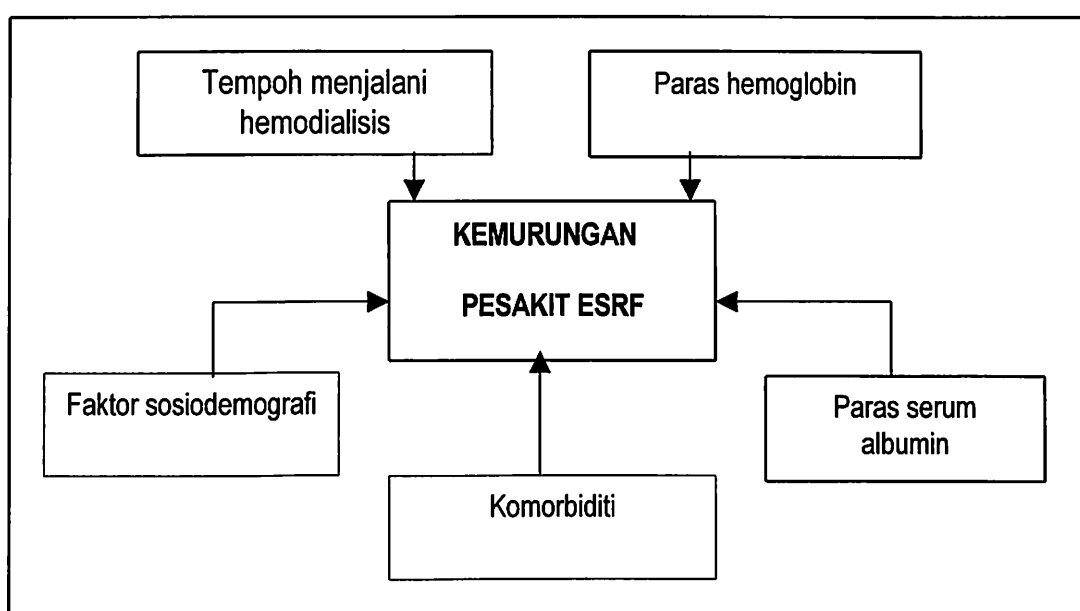
2.2.5 Kemurungan dan paras serum albumin pesakit ESRF

Menurut Koo et al. (2003), serum albumin merupakan parameter bagi nutrisi yang banyak dikaji. Hipoalbuminemia dan peningkatan katabolisma protein berlaku dalam keadaan malnutrisi dan banyak berlaku dalam kebanyakan pesakit ESRF. Keadaan ini dilaporkan mempunyai perkaitan dengan peningkatan kadar mortaliti dalam kalangan pesakit ESRF. Pesakit ESRF mungkin berhadapan dengan keadaan kekurangan kekuatan mental disebabkan kemurungan dan juga kelemahan fizikal kerana kurang nutrisi.

Kajian keratan-lintang tentang perkaitan kemurungan dengan malnutrisi dan mortaliti dilakukan oleh Koo et al. (2003) di Korea ke atas 62 orang pesakit ESRF yang menerima rawatan hemodialisis. Dalam kajian ini, kemurungan dikesan melalui penggunaan BDI manakala status nutrisi menggunakan *Subjektif Global Assessment* (SGA). Kajian mendapati terdapat perkaitan yang tinggi antara kemurungan dengan tahap malnutrisi pesakit yang menerima rawatan hemodialisis. Kajian oleh Mollaoglu (2004) juga mendapati terdapat perkaitan yang signifikan antara paras serum albumin yang rendah dengan kemurungan ($BDI \geq 15$).

Paras serum albumin yang rendah adalah salah satu faktor penentu mortaliti pesakit. Dalam kajian oleh Lowrie & Lew pada tahun 1990 mendapati terdapat perkaitan antara jangka hayat dan serum albumin. Risiko mortaliti adalah meningkat bagi pesakit dengan paras serum albumin <25g/L berbanding pesakit dengan paras serum albumin 40-45 g/L (Locatelli, Vecchio & Manzoni 1998).

2.3 KERANGKA TEORITIS



Rajah 2.3: Teori perkaitan tempoh menjalani hemodialisis, sosiodemografi, komorbiditi paras hemoglobin dan serum albumin dengan kemurungan pesakit kegagalan renal peringkat akhir yang akan dikaji.

Berdasarkan pelbagai teori daripada semakan bacaan, kerangka teoritis dibentuk bagi menguji beberapa faktor yang mungkin berkait dengan kemurungan untuk diuji dalam kajian.

2.4 PREVALEN KEMURUNGAN PESAKIT ESRF

Dalam populasi pesakit ESRF, beberapa penyelidik mengkaji kejadian kemurungan dalam populasi pesakit ESRF. Jadual menunjukkan prevalen kemurungan bagi populasi pesakit ESRF dalam kajian yang dilakukan oleh beberapa penyelidik dari pelbagai negara.

Jadual 2.4: Prevalen kemurungan dalam populasi pesakit ESRF dalam kajian dari pelbagai negara.

Kajian	Kawasan kajian	Kaedah Kajian/Jumlah sampel	Kaedah penyaringan	Prevalen
Kalender, Ozdemir & Koroglu (2006)	Turki	Keratan- lintang N=141	BDI	24.1%
Mollaglu (2004)	Turki	Keratan- lintang N= 140	BDI	62%
Biris et. Al (2002)	Greece	Keratan lintang n=Tiada makumat	BDI	54%
Barisic et. al (2004)	Crotia	Keratan Lintang N=79	-BDI <i>-Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD)</i>	63%
Martin, Tweed & Metcalfe (2004)	United Kingdom	Keratan lintang N=160	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	6.3%
Lopes et.al (2004)	12 negara	Keratan lintang N=9382	<i>Centre for Epidemiological Studies Depression Screening Index (CES-D)</i>	43%

Mollaoglu (2004) mendapati dalam pelbagai karakteristik yang dikaji, iaitu tahap pendidikan, jantina, status pekerjaan, tempoh dialisis dan pendapatan, hanya

karakteristik status pekerjaan dan tahap pendidikan mempunyai perkaitan yang signifikan dengan kemurungan. Pesakit dengan tahap pendidikan yang tinggi dan bekerja didapati mempunyai skor BDI yang lebih rendah berbanding pesakit yang mempunyai tahap pendidikan rendah dan tidak bekerja.

Hasil penyelidikan oleh Lopes et al. (2004) mendapati terdapat perkaitan yang kukuh antara kemurungan dengan jantung, komorbiditi dan status pekerjaan. Ciri-ciri seperti pesakit tidak bekerja, wanita dan mempunyai komorbiditi seperti kegagalan jantung kongestif, Penyakit Vaskular Perifer, Hipertensi dan Diabetis Mellitus didapati mempunyai skor CES-D yang tinggi (>10) yang mengindikasikan kemurungan.

Bagi status perkahwinan, menurut Durand & Barlow (2000) menyatakan status perkahwinan adalah berkaitan dengan kadar kemurungan major dalam penyelidikan yang dilakukan di Amerika Syarikat. Individu yang berkahwin dan bercerai mempunyai risiko yang lebih tinggi mengalami kemurungan berbanding dengan individu yang tidak berkahwin.

2.5 PENYARINGAN KEMURUNGAN PESAKIT ESRF

Penyaringan kemurungan yang standad adalah melalui pengesanan simptom-simptom kemurungan yang menepati kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-1V) (Raulin 2003). Kaedah soal selidik juga merupakan salah satu kaedah yang standad bagi penyaringan kemurungan. Beberapa soal selidik yang telah diuji oleh ahli perubatan termasuklah *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), dan *Zung Self Rating Depression Scale* (SDS) (*Screening for Depression* 1993). Jadual 2.5

menunjukkan nilai spesifisiti dan sensitiviti ketiga-tiga soal selidik yang telah diuji.

Jadual 2.5: Sensitiviti dan spesifisiti instrumen bagi penyaringan kemurungan yang telah dikaji oleh penyelidik terdahulu.

Instrumen	Sensitiviti (%)	Spesifisiti (5)
Inventory Kemurungan Beck (BDI) (<i>Psychiatry News</i> 2005)	93.5	96
<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Screening for Depression 1996)</i>	87	70
<i>Zung Self Rating Depression Scale (SDS) (Screening for Depression 1996)</i>	97	63

2.6 MANFAAT PENYARINGAN KEMURUNGAN PESAKIT ESRF

Manfaat penyaringan kemurungan pesakit ESRF dapat dibincangkan dalam aspek kualiti hidup dan mortaliti pesakit.

2.6.1 Kualiti Hidup

Pertubuhan kesihatan sedunia mendefinisikan kesihatan bukan sahaja ketiadaan penyakit tetapi juga kesejahteraan fizikal, mental dan sosial. Definisi ini menekankan konsep kualiti hidup termasuklah fizikal, psikologikal dan sosial. Kajian yang dijalankan oleh Mollaoglu (2004) mendapati pesakit dengan skor BDI ≥ 15 mempunyai skor kualiti hidup yang rendah dalam kesemua domain kualiti hidup.

Kemurungan dalam kalangan pesakit ESRF memberi impak kepada kualiti hidup dan produktiviti. Simptom-simptom somatik yang dialami pesakit yang mengalami kemurungan juga adalah 3 kali lebih teruk berbanding pesakit yang tidak mengalami kemurungan (*Screening For Depression* 1996). Penyaringan kemurungan dijangkakan dapat meningkatkan kualiti hidup pesakit.

2.6.2 Mortaliti

Knight et al. (2003) di North Amerika menjalankan kajian terhadap 14,815 pesakit ESRF untuk mengkaji perkaitan antara kesihatan mental dengan kadar mortaliti. Kajian selama 2 tahun tersebut mendapati terdapat perkaitan yang tinggi antara skor *Mental Component Summary* (MCS) yang rendah dengan peningkatan kadar mortaliti. Menurut Chua (2005), kemurungan dijangka menjadi penyebab kedua berlaku kematian dalam kalangan penduduk Malaysia dalam masa 10 tahun akan datang. Maka pengesanan dan kemurungan dijangkakan dapat meningkatkan kualiti rehabilitasi pesakit dan seterusnya mengurangkan mortaliti pesakit ESRF.

2.7 CABARAN RAWATAN KEMURUNGAN PESAKIT ESRF

Rawatan kemurungan boleh dilakukan samada secara farmakoterapi dan psikoterapi. Secara keseluruhannya, masih terdapat kurang maklumat mengenai rawatan yang selamat bagi pesakit ESRF yang mengalami kemurungan klinikal.

Bagi rawatan farmakoterapi, kajian yang dilakukan oleh Kennedy, Craven & Roin (1989) terhadap penggunaan antidepressant kumpulan *Tricyclic* iaitu *Desipramine* dan kumpulan *Tetracyclic* iaitu *Maprotiline* menunjukkan penurunan skor BDI selepas 7 minggu terapi. Kajian oleh Wuerth et al. (1997) terhadap

penggunaan ubat kumpulan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRIs) iaitu *Sertaline*, Kumpulan *Selective Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitor* (SNRIs) iaitu *Nefazodone* dan *Bupropion* ke atas beberapa pesakit dengan saiz sampel yang kecil juga berjaya namun antidepressant yang digunakan mendatangkan beberapa kesan sampingan walaupun dos yang digunakan adalah kecil.

Dalam rawatan secara farmakologi, pemantauan secara teliti perlu dilakukan. Terdapat laporan dalam penggunaan antidepressant terhadap kesan medikal. Sebagai contoh, dalam kajian yang dilakukan oleh Cohen, Gibson & Alderman (2000) dan Roose, Laghrissi & Kennedy (1998) mendapati terdapat risiko Infaksi Miokardial bagi pesakit yang menerima rawatan Antidepressant *Tricyclic*.

Sebaliknya bagi rawatan secara psikoterapi, kajian terhadap intervensi psikologikal spesifik rawatan kemurungan bagi pesakit ESRD adalah sangat terhad. Secara keseluruhannya, membentuk program pengubatan yang efektif bagi pesakit dengan ESRF adalah merupakan suatu cabaran.