

**PUNCA UTAMA KERESAHAN SPIRITAL DALAM
PENJAGAAN PALIATIF MENURUT PERSPEKTIF
PSIKOLOGI AGAMA**

HASIMAH BINTI CHIK

**AKADEMI PENGAJIAN ISLAM
UNIVERSITI MALAYA
KUALA LUMPUR**

2018

**PUNCA UTAMA KERESAHAAN SPIRITAL DALAM
PENJAGAAN PALIATIF MENURUT PERSPEKTIF
PSIKOLOGI AGAMA**

HASIMAH BINTI CHIK

**AKADEMI PENGAJIAN ISLAM
UNIVERSITI MALAYA
KUALA LUMPUR**

2018

**PUNCA UTAMA KERESAHAAN SPIRITAL DALAM
PENJAGAAN PALIATIF MENURUT PERSPEKTIF
PSIKOLOGI AGAMA**

HASIMAH BINTI CHIK

**DISERTASI DISERAHKAN SEBAGAI
MEMENUHI KEPERLUAN BAGI
IJAZAH SARJANA PENGAJIAN ISLAM**

**AKADEMI PENGAJIAN ISLAM
UNIVERSITI MALAYA
KUALA LUMPUR**

2018

UNIVERSITI MALAYA

PERAKUAN KEASLIAN PENULISAN

Nama: HASIMAH BINTI CHIK

No. Matrik: IGC 150001

Nama Ijazah: SARJANA PENGAJIAN ISLAM

Tajuk Kertas Projek/Laporan Penyelidikan/Disertasi/Tesis (“Hasil Kerja ini”):

PUNCA UTAMA KERESAHAAN SPIRITAL DALAM PENJAGAAN
PALIATIF MENURUT PERSPEKTIF PSIKOLOGI AGAMA

Bidang Penyelidikan: PEMIKIRAN ISLAM (AGAMA)

Saya dengan sesungguhnya dan sebenarnya mengaku bahawa:

- (1) Saya adalah satu-satunya pengarang/penulis Hasil Kerja ini;
- (2) Hasil Kerja ini adalah asli;
- (3) Apa-apa penggunaan mana-mana hasil kerja yang mengandungi hakcipta telah dilakukan secara urusan yang wajar dan bagi maksud yang dibenarkan dan apa-apa petikan, ekstrak, rujukan atau pengeluaran semula daripada atau kepada mana-mana hasil kerja yang mengandungi hakcipta telah dinyatakan dengan sejelasnya dan secukupnya dan satu pengiktirafan tajuk hasil kerja tersebut dan pengarang/penulisnya telah dilakukan di dalam Hasil Kerja ini;
- (4) Saya tidak mempunyai apa-apa pengetahuan sebenar atau patut semunasabunya tahu bahawa penghasilan Hasil Kerja ini melanggar suatu hakcipta hasil kerja yang lain;
- (5) Saya dengan ini menyerahkan kesemua dan tiap-tiap hak yang terkandung di dalam hakcipta Hasil Kerja ini kepada Universiti Malaya (“UM”) yang seterusnya mula dari sekarang adalah tuan punya kepada hakcipta di dalam Hasil Kerja ini dan apa-apa pengeluaran semula atau penggunaan dalam apa jua bentuk atau dengan apa juga cara sekalipun adalah dilarang tanpa terlebih dahulu mendapat kebenaran bertulis dari UM;
- (6) Saya sedar sepenuhnya sekiranya dalam masa penghasilan Hasil Kerja ini saya telah melanggar suatu hakcipta hasil kerja yang lain sama ada dengan niat atau sebaliknya, saya boleh dikenakan tindakan undang-undang atau apa-apa tindakan lain sebagaimana yang diputuskan oleh UM.

Tandatangan Calon

Tarikh:

Diperbuat dan sesungguhnya diakui di hadapan,

Tandatangan Saksi

Tarikh:

Nama:

Jawatan

PUNCA UTAMA KERESAHAAN SPIRITAL DALAM PENJAGAAN PALIATIF MENURUT PERSPEKTIF PSIKOLOGI AGAMA

ABSTRAK

Penjagaan paliatif (*palliative care*) merupakan penjagaan secara holistik terhadap pesakit yang mengalami penyakit kritikal serta mempunyai harapan tipis untuk sembuh sepenuhnya berdasarkan andaian doktor perubatan. Penjagaan ini adalah inisiatif bagi membantu pesakit dari seluruh aspek kehidupan sama ada fizikal, spiritual, psikologi dan sosial. Musibah kesakitan yang dialami oleh pesakit menyebabkan terganggu seluruh sistem kehidupan pesakit. Keresahan spiritual (*spiritual distress*) ialah antara fenomena biasa yang dialami oleh seseorang pesakit apabila tiada harapan untuk sembuh. Keresahan spiritual boleh memberi kesan dalam pelbagai aspek, sama ada aspek fizikal, spiritual, psikologi dan sosial. Kajian ini adalah bertujuan mengetahui punca – punca yang menyumbang kepada berlaku keresahan spiritual dalam kalangan pesakit paliatif. Bermula dengan mengesan simptom-simptom keresahan spiritual yang sedang dialami oleh seseorang individu, seterusnya menelusuri latar belakang seseorang individu bagi mengetahui punca kepada masalah yang berlaku dan cara mereka menghadapi dan mengadaptasi masalah yang berlaku. Kajian ini dijalankan menggunakan metode pendekatan kualitatif melalui kajian kes keresahan spiritual yang berlaku dalam kalangan pesakit paliatif. Pengumpulan data melalui kajian kepustakaan bagi memahami konsep spiritualiti dari pelbagai fahaman agama, khususnya Islam dan umumnya Kristian, Buddha, Hindu dan lain-lain. Data utama kajian diperolehi daripada temubual dengan pesakit paliatif dan pemerhatian ikut serta di wad Penjagaan Paliatif. Dapatan kajian menunjukkan keadaan ini berpunca daripada keperluan spiritualiti yang tidak dapat dipenuhi. Keperluan spiritualiti tersebut adalah berdasarkan cara faham dan cara pandang seseorang terhadap erti spiritualiti itu dalam mencari makna sebenar

kehidupan. Antara definisi spiritualiti yang difahami ialah keagamaan, hubungan dengan kuasa lebih besar, erti nilai, bersifat individu, keterhubungan dengan sekeliling, ujian dalam kehidupan dan juga terdapat aspek negatif. Manakala antara punca yang didapati menyumbang kepada keadaan sama ada kesejahteraan spiritual atau keresahan spiritual ialah faktor pengalaman hidup, sokongan keluarga, aktiviti rutin dalam kehidupan sehari-hari, kefahaman spiritual, ilmu pengetahuan dan faktor akhlak peribadi. Dalam mengawal masalah keresahan spiritual, terapi pemasukan kepada penekanan dan kekuatan asas spiritual sangat penting untuk ditekankan. Elemen dan amalan psikoterapi merupakan antara cadangan dan saranan untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari, bagi mengembalikan ketenangan dan asas spiritual dalam diri.

PUNCA UTAMA KERESAHAAN SPIRITAL DALAM PENJAGAAN PALIATIF MENURUT PERSPEKTIF PSIKOLOGI AGAMA

ABSTRACT

Palliative care is a holistic care for patients suffering from critical illnesses and a slight expectation of complete cure due to medical practical experience. Palliative care is an initiative to help patients from all aspects of life whether physical, spiritual, psychological and social. The discomfort causes disruption to the entire patient's quality of life. Spiritual distress is one of the common phenomena experienced by patient who is suffering from critical illness. Spiritual distress can cause various aspects affected, whether physical, spiritual, psychological, and social aspects. This study aimed to find out the factors that contribute to the spiritual distress in palliative patients. Starting by detecting the spiritual pain symptoms experienced by an individual, and then reviews their background the root causes of the problem, and the way they deal with and adapt to the problem. This study was carried out using a qualitative approach through a study of spiritual distress that occurred in palliative patients. Collecting data through library research to see the concept of spirituality from various religious beliefs, especially Islam, Christian, Buddhism, Hinduism and others. The main data of the study were obtained from palliative patients' interviews and observation in Palliative Care wards. The findings show that problem of spiritual distress due to the unmet of spiritual need. The spiritual needs are based on the way people understand the meaning of the spirituality in life. Among the definitions of spirituality understood are religious, relationships with greater powers, values, individualistic, connectedness, life's test and also negative aspects. Meanwhile the factors found to contribute to the condition of spiritual well-being or spiritual problem are the factors of life experience, family support, daily life routine, spiritual understanding, knowledge and personality factors.

In spiritual distress coping, strengthen spiritual fundamental is essential to emphasize. Elements and practices of psychotherapy are suggested and recommended to applied in life, to bring back the tranquillity and spiritual self-strength.

University of Malaya

PENGHARGAAN

Syukur kepada Allah atas rezeki dan nikmat yang melimpah ruah, kajian ini berjaya diselesaikan. Selawat dan salam ke atas Rasulullah, ahli keluarga dan para sahabat. Mengambil semangat perjuangan Rasulullah dalam menuntut dan menyebarkan ilmu, semoga bermanfaat kepada seluruh umat manusia. Penghargaan kepada Kementerian Pengajian Tinggi dan Universiti Malaya untuk peruntukan yuran dan dana kajian.

Terima kasih setulus dan sedalamnya dari hati kepada penyelia saya, Prof. Madya Dr Che Zarrina Sa'ari yang tidak pernah lelah memberi tunjuk ajar, kata dorongan dan nasihat sepanjang menjalankan kajian. Terima kasih juga kepada penyelia kedua Dr. Loh Ee Chin yang sentiasa membantu dalam kajian, memberi saranan dan panduan dalam menjalankan kajian. Terima kasih kepada semua pesakit di wad paliatif yang terlibat dalam kajian ini dan Al-Fatihah serta takziah kepada yang telah meninggal dunia.

Syukur dan terima kasih juga kepada yang membantu dan memberi sokongan, staf jabatan, Puan Noor Afishah Ab Aziz dan staf-staf Ijazah Tinggi, pensyarah-pensyarah terutamanya pensyarah di Jabatan Akidah dan Pemikiran Islam, *Palliative Care Team* Pusat Perubatan Universiti Malaya, iaitu Lili Hong, Dr. Sheriza, Dr. David dan semua *staff nurse* yang membantu pengendalian pesakit dalam usaha pengumpulan data. Tidak lupa kepada Dr Shaikh Mohd Saifuddeen yang turut membantu perjalanan.

Jutaan terima kasih kepada kedua ibu bapa, Chik bin Mohamad dan Che Puk binti Che Rani yang tidak putus mendoakan dan memberi kata peransang. Ahli keluarga yang sentiasa memberi kata semangat, doa serta sokongan kalian. Tidak lupa kepada sahabat-sahabat yang sentiasa membantu, memberi sokongan dan kata semangat, tidak terbilang dan terkira jasa kalian. Moga Allah mengurniakan ganjaran terbaik buat semua.

Hasimah binti Chik
hasimahchik@gmail.com

ISI KANDUNGAN

ABSTRAK	iv
ABSTRACT	vi
PENGHARGAA	viii
ISI KANDUNGAN	ix
SENARAI JADUAL	xv
SENARAI RAJAH	xvi
SENARAI LAMPIRAN	xvii
JADUAL TRANSLITERASI	xviii
AKRONIM	xx
BAB 1 : PENDAHULUAN	1
1.1 PENDAHULUAN	1
1.2 LATAR BELAKANG KAJIAN	2
1.3 MASALAH KAJIAN	5
1.4 SOALAN KAJIAN	9
1.5 OBJEKTIF KAJIAN	9
1.6 SKOP DAN BATASAN KAJIAN	10
1.7 KEPENTINGAN KAJIAN	11
1.8 SOROTAN KAJIAN LEPAS	12
1.8.1 Penjagaan Paliatif (<i>Palliative Care</i>)	12
1.8.2 Spiritualiti	17

1.8.3	Keresahan Spiritualiti (<i>Spiritual Distress</i>)	19
1.9	METODOLOGI KAJIAN	25
1.9.1	Reka Bentuk Kajian	26
1.9.2	Sampel Kajian	27
1.9.3	Kaedah Pengumpulan Data	27
1.9.4	Kaedah Menganalisis Data	32
1.10	KERANGKA PENULISAN	35
1.11	KESIMPULAN	36
BAB 2 : KONSEP PENJAGAAN PALIATIF (<i>PALLIATIVE CARE</i>)		37
2.1	PENDAHULUAN	37
2.2	DEFINISI PENJAGAAN PALIATIF	37
2.3	SEJARAH PALIATIF	41
2.4	SKOP RAWATAN PALIATIF	43
2.5	ELEMEN PENJAGAAN PALIATIF	46
2.5.1	Maksud Bagi Setiap Elemen dalam Penjagaan Paliatif	48
2.5.2	Hubungkait Antara Setiap Elemen Penjagaan Paliatif	58
2.6	PALIATIF DARI SUDUT PANDANG ISLAM	59
2.6.1	Konsep Penjagaan Holistik dalam Islam	60
2.6.2	Peranan Elemen Spiritualiti dalam Penjagaan Paliatif	62
2.7	KESIMPULAN	72
BAB 3 : KERESAHAAN SPIRITUAL (<i>SPIRITUAL DISTRESS</i>)		73
3.1	PENDAHULUAN	73

3.2	DEFINISI KERESAHAAN SPIRITAL	73
3.2.1	Spiritual	73
3.2.2	Keresahan (<i>Distress</i>)	80
3.2.3	Definisi Keresahan Spiritual (<i>Spiritual Distress</i>)	81
3.3	KERESAHAAN SPIRITAL DARI SUDUT PANDANG ISLAM	83
3.4	SIMPTOM SPIRITAL	85
3.4.1	Simptom Keresahan Spiritual (<i>Spiritual Distress</i>)	85
3.4.2	Simptom Kesejahteraan Spiritual (<i>Spiritual Well-being</i>)	89
3.5	PUNCA-PUNCA KERESAHAAN SPIRITAL	92
3.6	CARA MENANGANI KERESAHAAN SPIRITAL DARI SUDUT PERUBATAN KONVENTSIONAL	95
3.7	AGAMA DI MALAYSIA DAN ELEMEN SPIRITALITI DALAM KEPELBAGAIAN AGAMA	97
3.7.1	Kristian	98
3.7.2	Buddha/Taoisme/Confiusme	99
3.7.3	Hindu	101
3.7.4	Rumusan Konsep Keagamaan dalam Menangani Keresahan Spiritual dari Sudut Pandang Islam	102
3.8	KAEDAH MENANGANI KERESAHAAN SPIRITAL MENURUT PSIKOTERAPI ISLAM	103
3.9	KESIMPULAN	106

BAB 4 : DAPATAN KAJIAN LAPANGAN	107
4.1 PENDAHULUAN	107
4.2 PEMBINAAN INSTRUMEN KAJIAN	108
4.3 LATAR BELAKANG SUBJEK KAJIAN	112
4.3.1 Data Demografi Subjek Kajian	114
4.3.2 Penjagaan Paliatif (<i>Palliative Care</i>) di PPUM	117
4.4 SKOP DEFINISI SPIRITUALITI DALAM KALANGAN PESAKIT PALIATIF	119
4.5 PEMBINAAN TEMA KERESAHAAN SPIRITAL	127
4.5.1 Faktor Pengalaman Kehidupan	131
4.5.2 Faktor Sokongan Keluarga dan Rakan	133
4.5.3 Faktor Aktiviti dalam Kehidupan Sosial	137
4.5.4 Faktor Kefahaman Spiritual	139
4.5.5 Faktor Ilmu Pengetahuan yang Memandu Kehidupan	142
4.5.6 Faktor Akhlak yang menjadi Amalan Asas	144
4.6 SIMPTOM PESAKIT YANG MENGALAMI KERESAHAAN SPIRITAL	150
4.7 RUMUSAN PUNCA KERESAHAAN SPIRITAL	156
4.8 MENANGANI KERESAHAAN SPIRITAL	158
4.8.1 Ritual Agama	159
4.8.2 Penerimaan	160
4.8.3 Balasan dan Harapan	162
4.8.4 Panduan Cara Menangani Keresahan Spiritual Menurut Kajian Semasa	163

4.9 KESIMPULAN	166
----------------	-----

**BAB 5 : ANALISIS SIMPTOM DAN PUNCA KERESAHAAN SPIRITAL
(SPIRITUAL DISTRESS) BERDASARKAN ELEMEN PSIKOTERAPI** 167

5.1 PENDAHULUAN	167
5.2 SKOP PERBINCANGAN PSIKOTERAPI	168
5.2.1 Psikoterapi Umum	168
5.2.2 Psikoterapi Islam	170
5.3 ELEMEN PENTING DALAM MENANGANI SIMPTOM YANG DIALAMI DALAM KERESAHAAN SPIRITAL	172
5.3.1 Elemen Sabar	172
5.3.2 Elemen Reda	175
5.3.3 Elemen Harapan	177
5.4 MENANGANI PUNCA BERLAKU KERESAHAAN SPIRITAL	179
5.4.1 Elemen Kepercayaan pada Takdir	180
5.4.2 Elemen Memahami Erti Kafarah	181
5.5 KECENDERUNGAN PESAKIT DALAM MENANGANI KERESAHAAN SPIRITAL	183
5.5.1 Elemen Syukur	183
5.5.2 Elemen Tawakal	185
5.6 PANDUAN MENGHADAPI PESAKIT AKHIR HAYAT	187
5.6.1 Cadangan untuk Membantu Pesakit Paliatif	188
5.6.2 Kelengkapan dan Peralatan untuk Pesakit Muslim	190

5.7	KESIMPULAN	192
BAB 6 : BAB PENUTUP		193
6.1	PENDAHULUAN	193
6.2	ULASAN KAJIAN (RUMUSAN DAN IMPLIKASI)	193
6.2.1	Simptom Keresahan Spiritual	193
6.2.2	Faktor Keresahan Spiritual	194
6.2.3	Cara Menangani Masalah Keresahan Spiritual	195
6.3	SARANAN KAJIAN	197
6.3.1	Cadangan Kepada Kerajaan dan Pihak Pengurusan Hospital	197
6.3.2	Cadangan Kepada Pengamal Perubatan	198
6.3.3	Cadangan Kepada Para Penyelidik	199
6.3.4	Cadangan Kepada Masyarakat	200
6.4	KESIMPULAN	201
BIBLIOGRAFI		203
LAMPIRAN		217

SENARAI JADUAL

Jadual 1.1 Rumusan Sorotan Literatur	24
Jadual 1.2 Metodologi Kajian	25
Jadual 4.1 Data Demografi Subjek Kajian	114
Jadual 4.2 Maklumat Latar Belakang Subjek Kajian	115

SENARAI RAJAH

Rajah 1.1 Sorotan Literatur	12
Rajah 1.2 Konsep Pendekatan Paliatif	15
Rajah 1.3. Kajian Literatur Spiritualiti	22
Rajah 1.4. Metodologi Kajian	26
Rajah 1.5. Ringkasan Carta Alir Kajian Lapangan	32
Rajah 1.6. Carta Alir Proses Analisis Data	34
Rajah 1.7. Carta Alir Keseluruhan Perjalanan Kajian	34
Rajah 2.1. Dimensi Penjagaan Paliatif	47
Rajah 3.1. Lingkungan Pengaruh Spiritual	93
Rajah 4.1 Carta Alir Proses Penapisan Data	113
Rajah 4.2 Kategori-kategori Pandangan Terhadap Spiritualiti	121
Rajah 4.3 Elemen yang Mempengaruhi Kehidupan Individu	127
Rajah 4.4 Tema Faktor Keresahan Spiritual	130
Rajah 4.5. <i>'Word Cloud'</i> Harapan Subjek	154

SENARAI LAMPIRAN

Lampiran A – Kelulusan Kajian Lapangan, PPUM

Lampiran B – Soalan Temubual dan Data Demografi

Lampiran C – Pakar Paliatif

Lampiran D – Persetujuan Pesakit

JADUAL TRANSLITERASI

1. HURUF

BIL	HURUF ARAB	TRANSKRIPSI	CONTOH	TRANSLITERASI
1.	ء	ā, ’	أُلئك	ulā’ik
2.	ب	B	باب	bāb
3.	ت	T	تقوى	taqwā
4.	ث	Th	ثابت	thābit
5.	ج	J	عمل جارية	‘amal jāriyah
6.	ح	h	يحيى	Yahya
7.	خ	kh	آخر	Ākhar
8.	د	D	عدو	‘aduww
9.	ذ	Dh	ذو	Dhū
10.	ر	R	قاري	Qārī
11.	ز	Z	زَكَاة	Zakāh
12.	س	S	موسي	Mūsā
13.	ش	Sh	شيء	shay’
14.	ص	ṣ	صور	sawwar
15.	ض	ḍ	القرضاوي	al-Qaraḍāwī
16.	ط	ṭ	خطيء	khaṭī’
17.	ظ	ẓ	ظهور	ẓahīr
18.	ع	‘	عين	‘ayn
19.	غ	Gh	صغرى	Sughra
20.	ف	F	في	fī
21.	ق	Q	القوم	al-qaum
22.	ك	K	أكبر	akbar
23.	ل	L	العلم	al-‘ilm
24.	م	M	آمنين	āminīn
25.	ن	N	إن	inna
26.	هـ	H	هدية	hadiyyah
27.	وـ	W	عدو	‘aduww

28.	ي	Y	حَيٌّ	hayy
29.	ة	H	سَيِّدَةٌ	Sayyidah

2. VOCAL PENDEK

BIL	HURUF ARAB	TRANSKRIPSI	CONTOH	TRANSLITERASI
1	أُ	A	قَنْتَ	<i>Qanata</i>
2	ؤُ	U	سَلِيمٌ	<i>Salima</i>
3	ءُ	I	جُعَلَ	<i>ju`ila</i>

3. VOKAL PANJANG

BIL	HURUF ARAB	TRANSKRIPSI	CONTOH	TRANSLITERASI
1	ـَ	ـَ	بَـَابُ ، كُــبْرَى	<i>bāb, kubrā</i>
2	ـُ	ـُ	سُــورَةٌ	<i>sūrah</i>
3	ـِ	ـِ	وَـَكِيلٌ	<i>wakīl</i>

4. DIFTONG

BIL	HURUF ARAB	TRANSKRIPSI	CONTOH	TRANSLITERASI
1	ـَوْ	Aw	قــوـلَ	qawl
2	ـَأـَيـَـ	Ay	خــيــرَ	khayr
3	ـِيـَـ	iy/i	عــَرــَبـِـيـَـ	`arabiyy/ī
4	ـَوـَـ	Uww	فــُـوــةٌ	quwwah

AKRONIM

Bil	: Bilangan
Ed	: Editor
et al.	: Pengarang dan lain-lain (melebihi dua orang)
FACIT-sp	: <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale</i>
FICA	: <i>Faith, Importance and Influence, Community, and Address</i>
MND	: <i>Motor Neurone Disease</i>
<i>Ibid.</i>	: Ibidem (rujukan yang berturut)
PDI	: <i>Patient Dignity Inventory</i>
PPUM	: Pusat Perubatan Universiti Malaya
s.a.w.	: <i>Šallā Allāh `alayh wa Sallam</i>
SDAT	: <i>Spiritual Distress Assessment Tool</i>
s.w.t	: <i>Subḥānāh wa Ta`ālā</i>
WHO	: World Health Organization
t.t.p	: Tiada Tempat Penerbitan
t.p	: Tiada Penerbit
t.t	: Tanpa Tarikh
UMMC	: <i>Universiy Malaya Medical Centre</i>
11UB	: Tingkat 11, Menara Utama, Sayap B

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 PENDAHULUAN

Penjagaan paliatif adalah penjagaan khusus kepada pesakit yang tiada harapan untuk hidup dan sihat seperti sediakala. Kajian menunjukkan penjagaan ini mampu memberi kelegaan¹ kepada pesakit serta ada kajian mengatakan pesakit mampu hidup lebih lama.² Persoalan hidup dan mati adalah kuasa Allah, manusia hanya mampu meramal atas apa yang berlaku. Namun sebagai manusia juga terutamanya dari perspektif Islam, manusia diajar untuk tidak berputus harap dari rahmat Allah dan mesti berusaha untuk sesuatu yang lebih baik.

Disertasi ini dibahagikan kepada lima bab perbincangan kajian dan seterusnya diakhiri dengan bab penutup. Kandungan di dalam bab pertama ini membincangkan secara terperinci laporan bagi aktiviti intelek yang telah dilakukan. Antara perinciannya ialah latar belakang kajian, permasalahan, persoalan, objektif, skop kajian yang telah ditetapkan, kepentingan kajian, sorotan kajian lepas, metodologi kajian yang digunakan dan kerangka yang dibuat.

Sorotan literatur pula membincangkan secara terperinci berkenaan penjagaan paliatif, khususnya salah satu aspek di dalam paliatif ialah spiritualiti. Penjagaan paliatif ialah kaedah terbaik yang dapat membantu mengurangkan kesakitan dan meningkatkan kualiti hidup pesakit.

¹Rosmah Dain, ‘Penjagaan Paliatif Beri Kelegaan Pesakit’, *Utusan Malaysia Online*, dikemaskini 2011, dicapai ² Disember 2014, <http://www.utusan.com.my/utusan/info.asp?y=2011&dt=1027&pub=Utusan_Malaysia&sec=Kesihatan&pg=kn_01.htm>.

² P J Franks et al., ‘The Level of Need for Palliative Care: A Systematic Review of the Literature’, *Palliative Medicine* 14, no. 2 (2000), 102.

1.2 LATAR BELAKANG KAJIAN

Masalah kesihatan makin meningkat saban hari walaupun teknologi yang membantu untuk merawat pesakit semakin maju. Pelbagai jenis penyakit boleh didiagnosis dan dirawat menggunakan pelbagai teknologi moden yang ada berdasarkan pengetahuan perubatan dan kajian terkini. Namun, tidak semua penyakit boleh dirawat dengan mudah. Setiap penyakit mempunyai risiko yang tersendiri sama ada berjaya diubati atau pun semakin teruk sehingga menemui kematian. Akan tetapi sebagai manusia mestilah berusaha untuk mendapat kehidupan yang lebih baik dengan merawat dan mengubati penyakit yang dihadapi.

Berdasarkan maqasid syariah, nilai *maslahah darūriyyāt* umat manusia mengikut skema hierarki yang tersusun ialah lima perkara utama iaitu bermula dengan agama, nyawa, akal, zuriat dan yang terakhir harta.³ Agama tidak pernah menghalang manusia untuk menggunakan apa jua cara dalam usaha untuk menyembuhkan penyakit demi menjaga nyawa, selagi mana darjat aqidah dan syariat agama terjaga.⁴ Dalam satu kaedah hukum yang membuktikan kemudaratannya mesti dihilangkan ialah:

الضرورة تبيح المحظورات

Terjemahan: *Darūrat* mengharuskan perkara yang dilarang.⁵

Sebagai contoh khinzir adalah daging yang haram dimakan oleh ummat Islam, namun seseorang itu dibenarkan makan daging khinzir sekadar keperluan apabila dalam keadaan darurat tiada makanan. Darurat yang mesti dijaga selepas menjaga nyawa ialah menjaga akal. Keutamaan menjaga akal fikiran sangat penting bagi menjamin kualiti

³ Rahimin Affandi Abdul Rahim, Paizah Ismail dan Idris Awang, ‘Pendekatan Baru Maqasid Al-Shariah Dalam Pengajaran Syariah Di Malaysia: Satu Analisis’, *Jurnal Fiqh*, 3 (2006), 51.

⁴ Yusof Al-Qaradhwai Abdullah, *Fiqh Keutamaan (Keutamaan Tugas-Tugas Kaum Muslimin)*, terjemahan oleh Asmawi Ahmad Nuryadi, cetakan 13 (Selangor: Thinker’s Library, 1996), 38.

⁵ Perbincangan Maqasid Syariah berkenaan “Darūrat mengharuskan perkara yang dilarang,” merujuk Mohd. Saleh Haji Ahmad, *Pengantar Syari’at Islam* (Kuala Lumpur: Percetakan Haji Abdul Majid, 1999), 225.

ibadah dan pekerjaan yang dilakukan. Dalam al-Qur'an Allah banyak menempelak golongan yang tidak menggunakan akal dengan sebaiknya di mana manusia tidak mengambil pengajaran, tidak mengamalkan sikap bersyukur dan tidak meletakkan keimanan pada Allah.⁶

Peranan akal dalam penjagaan nyawa sangat penting. Yūsuf al-Qaradāwī dalam kitabnya *Fiqh al-Awlāwiyyāt* membincangkan berkenaan kepentingan akal dan kemantapan jiwa melebihi kepentingan kesihatan dan kehebatan jasmani semata-mata.⁷ Hal ini kerana akal dan jiwa merupakan perkara penting dalam menentukan kewarasan seseorang dalam melakukan sebarang tindakan terutamanya tanggungjawab seorang Muslim dalam tanggungjawabnya sebagai hamba⁸ dalam pengibadatan dan sebagai khalifah⁹ dalam mengurus serta mentadbir alam. Justeru, akal tidak berdiri sendiri, peranan jiwa atau dikenali umumnya spiritual amat memberi pengaruh yang besar. Kedua-dua aspek ini saling bergantung dan akan menjadi tidak sempurna sekiranya kurang salah satunya.

Menyentuh aspek penjagaan nyawa, tidak dapat tidak sebagai manusia akan berhadapan dengan pelbagai dugaan dan ketentuan dari Yang Maha Pencipta. Sebagai contoh apabila seseorang itu ditimpa suatu penyakit yang boleh menyebabkan kematian di mana peluang kesembuhan sangat tipis seperti penyakit kanser, leukimia, komplikasi jantung dan lain-lain. Dalam keadaan seperti ini, seseorang akan berhadapan dengan pelbagai reaksi dalam proses penerimaan hakikat ini. Kebiasaannya seseorang itu akan mengalami perubahan emosi yang mendadak seperti kesedihan, kemarahan dan

⁶ Yusof Abdullah Al-Qaradhwai, *Fiqh Keutamaan: Keutamaan Tugas-tugas Kaum Muslimin*, 41.

⁷ *Ibid.*, 9.

⁸ Rujuk Surah al-Dhariyat, 51: ayat 56, yang membawa maksud "Dan (ingatlah) Aku tidak menciptakan jin dan manusia melainkan untuk mereka menyembah dan beribadat kepadaKu." *Tafsir Al-Azhar* menerangkan bahawa pengibadatan adalah satu tanda kesyukuran kepada Allah atas nikmat yang dikurniakan olehNya. Manusia sepatutnya menggunakan akal untuk memikirkan nikmat-nikmat kurniaan Allah. Lihat Hamka, 'Juzu' 27', dalam *Tafsir al-Azhar* (Singapura: Pustaka Nasional, 1982), 6927.

⁹ Rujuk Surah al-An'am, 6: ayat 165 yang membawa maksud "Dan Dialah yang menjadikan kamu khalifah di bumi dan meninggikan setengah kamu atas setengahnya yang lain beberapa darjah, kerana Dia hendak menguji kamu pada apa yang telah dikurniakanNya kepada kamu. Sesungguhnya Tuhanmu amatlah cepat azab seksaNya dan sesungguhnya Dia Maha Pengampun, lagi Maha Mengasihani."

ketakutan, terdapat juga sebaliknya iaitu mereka yang boleh menerima dengan hati yang reda dan pasrah.¹⁰

Antara peringkat-peringkat penerimaan seseorang pesakit dalam menghadapi kematian ialah bermula dengan fasa penafian, iaitu menafikan realiti apabila diberi keputusan diagnosis penyakit yang dihidapi. Fasa kedua ialah fasa kemarahan, pesakit mempersoalkan, “kenapa saya?” terhadap ujian penyakit tersebut. Kemarahan ini akan dituju terus kepada keluarga, kawan atau perawat mereka. Seterusnya ialah fasa perundingan, iaitu pesakit membuat penawaran sama ada dengan doktor, keluarga dan Tuhan untuk hidup lebih lama. Mereka berkata, “Kalau saya jalani pembedahan atau apa-apa rawatan, boleh ke sakit saya akan sembuh?” Fasa keempat ialah fasa kemurungan, pesakit rasa putus asa apabila melihat masa depan, fasa ini amat kritikal. Fasa terakhir ialah fasa penerimaan, fasa ini merupakan pengakhiran perjuangan pesakit dalam menghadapi penyakit yang dihidapi, di mana pesakit umumnya akan mengalami mana-mana fasa di atas sebelum mengalami fasa ini. Pesakit merasakan pasrah dengan kenyataan kematian.¹¹

Kesemua peringkat ini berlaku tidak berturutan dan kemungkinan fasa-fasa ini boleh berlaku dalam masa yang panjang atau singkat. Bagaimana penerimaan seseorang pesakit terhadap hakikat kematian yang berpunca daripada penyakit kronik ini bukanlah semata-mata kerana fizikal yang sakit, namun ia juga dipengaruhi oleh keadaan psikologi dan juga kekuatan spiritual sepanjang menghadapi dugaan dan kesakitan.¹² Jika kita lihat pada fasa keempat menunjukkan situasi keresahan spiritual yang dialami oleh pesakit. Manakala fasa kelima bergantung kepada keadaan spiritual pesakit sama ada stabil atau tidak. Keadaan spiritual yang tidak stabil boleh membawa kepada keresahan spiritual.

¹⁰ Christina Faull dan Richard Woof, *Palliative Care* (New York: Oxford Handbook of Clinical Medicine, 2002), 32.

¹¹ *Ibid.*, 34-35.

¹² *Ibid.*, 35.

Kesimpulannya, empat aspek utama yang memainkan peranan dalam penjagaan pesakit akhir hayat ialah fizikal, spiritual, psikologi dan sosial. Aspek-aspek ini merangkumi keseluruhan aspek kehidupan seseorang manusia itu. Konsep inilah yang menjadi perubatan alternatif mutakhir ini, iaitu Penjagaan Paliatif. Laporan media ada menyatakan bahawa penjagaan holistik mampu memberi kelegaan kepada pesakit.¹³ Dalam kajian ini, pengkaji ingin mengkaji dengan lebih mendalam berkenaan spiritualiti. Hal ini kerana spiritualiti boleh menjadikan pesakit bertindak rasional¹⁴ serta mempengaruhi tindak-tanduk pesakit dalam menentukan sebarang keputusan.¹⁵ Kebiasaannya gangguan terhadap spiritual akan menyebabkan pesakit tidak dapat berfikir dengan baik dan mendorong kepada keresahan spiritual. Pelbagai faktor yang boleh menyebabkan berlaku gangguan terhadap spiritual pesakit sama ada dari segi fizikal, psikologi dan sosial.

1.3 MASALAH KAJIAN

Islam mementingkan kesihatan dengan menekankan gaya hidup sihat dan positif tanpa membezakan jantina, kaum dan agama. Antara aspek utama yang mempengaruhi kehidupan ialah kesihatan fizikal, spiritual, mental dan keharmonian sosial. Apabila seseorang ditimpa penyakit, amat penting dan dituntut untuk berusaha mencari penawar bagi penyakit tersebut. Dalam satu Hadith Rasulullah s.a.w.:

¹³ Rosmah Dain, "Penjagaan Paliatif beri Kelegaan Pesakit," laman sesawang *Utusan Malaysia Online*, dicapai 1 Januari 2014, http://www1.utusan.com.my/utusan/info.asp?y=2011&dt=1027&pub=Utusan_Malaysia&sec=Kesihatan&pg=kn_01.htm

¹⁴ Tami Borneman, Betty Ferrell dan Christina M. Puchalski, 'Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment', *Journal of Pain and Symptom Management* 40, no. 2 (2010), 164.

¹⁵ Christina Puchalski et al., 'Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care : The Report of the Consensus Conference', *Journal of Palliative Medicine* 12, no. 10 (2009), 885.

تداووا، فإن الله لم يضع داء إلا وضع له شفاء إلا داء واحد، قالوا : با رسول الله وما هو؟ قال : الهرم

Terjemahan: Berubatlah wahai hamba-hamba Allah, sesungguhnya Allah tidak meletakkan penyakit, melainkan meletakkan untuknya ubat, kecuali satu penyakit, iaitu tua.¹⁶

Pengamalan perubatan berdasarkan ilmu sains perubatan telah lama dipraktikkan dalam dunia perubatan. Walau bagaimanapun, dalam satu kajian oleh Ednin Hamzah, hospital yang berasaskan rawatan kuratif¹⁷ semata-mata tidak berjaya untuk menyediakan rawatan yang boleh merangkumi penekanan terhadap aspek peningkatan kualiti hidup dan penjagaan akhir hayat untuk pesakit kritikal. Dunia perubatan kini telah memperkenalkan pelbagai cara alternatif bagi membantu pesakit dalam fasa akhir ini, antaranya ialah Penjagaan Paliatif (*Palliative Care*) kerana pendekatan yang harmoni dan relevan¹⁸ dengan semua pesakit khasnya pesakit kronik.

Penjagaan yang dipraktikkan merangkumi rawatan mengurangkan penderitaan dan melegakan masalah fizikal, sosial, spiritual dan psikologi pesakit.¹⁹ Berdasarkan kajian oleh Gowri Anandarajah dan Ellen Hight, 94% pesakit yang dimasukkan ke hospital percaya kepada kesihatan spiritual dalam menangani kesihatan fizikal. Peratusan ini menunjukkan pesakit sangat memerlukan pendekatan penjagaan elemen spiritualiti dalam rawatan dalam usaha mengawal kestabilan spiritual daripada berlaku keresahan spiritual. Namun, kajian melaporkan 80% pengamal perubatan tidak pernah

¹⁶ Riwayat Ahmad, no. 18645 lihat al-Imam al-Haafiz Abdullah Ahmad ibn Hanbal, *Musnad Al-Imam Al-Haafiz Abdullah Ahmad Ibn Hanbal* (Saudi Arabia: International Ideas Home for Publishing & Distribution, 1998), 1345.

¹⁷ Kuratif ialah mempunyai daya (kemampuan) untuk menyembuhkan. *Kamus Dewan*, Edisi 4 (Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka, 2005), 856, entri “kuratif”.

¹⁸ Ednin Hamzah, ‘Palliative Care in the Community’, dalam *International Conference on Health Sciences* (Kuala Lumpur: Journal of the University of Malaya Medical Centre, 2005), 85-86.

¹⁹ Rosmah Dain, “Penjagaan Paliatif beri Kelegaan Pesakit,” laman sesawang *Utusan Malaysia Online*, dicapai 1 Januari 2014, http://www.utusan.com.my/utusan/info.asp?y=2011&dt=1027&pub=Utusan_Malaysia&sec=Kesihatan&pg=kn_01.htm

atau jarang membincangkan aspek spiritualiti apabila bersama pesakit.²⁰ Penerangan berkenaan perubatan berdasarkan penyembuhan spiritual oleh para pengamal perubatan profesional dilaporkan lebih mendapat perhatian disamping dapat membina hubungan baik antara pengamal perubatan dengan pesakit dan keluarga pesakit.²¹

Berlakunya kurang perhatian para pengamal perubatan terhadap aspek spiritualiti adalah kerana kebanyakan kajian-kajian awal sebelum ini kurang menekankan aspek spiritualiti dalam penjagaan paliatif. Sebagai contoh kajian pada tahun 1998 di London menekankan aspek sosial iaitu sokongan keluarga tanpa membincangkan langsung aspek spiritual, dan kajian pada tahun 2000 di United States juga sedemikian, dengan hanya menekankan fizikal dan psikologi. Begitu juga kajian oleh Finlay pada tahun 2002 mengutamakan konsep sosial²² tanpa menyentuh hal-hal spiritual. Mutakhir ini, kajian aspek spiritualiti semakin meningkat dan proses untuk memperkenalkan kepada para pengamal perubatan memerlukan masa dan latihan, termasuk di Malaysia.

Kemudiannya, kajian paliatif secara mendalam terhadap aspek spiritual ini telah mula dijalankan di negara-negara luar seperti di United Kingdom Amerika, Kenya, Gibraltar²³ and Pakistan.²⁴ Kajian dari Amerika ada menyebut spiritualiti dan penjagaan spiritual dikenalpasti sebagai komponen yang penting dalam penjagaan paliatif,²⁵ manakala kajian oleh Mohammad Zafir juga mengiktiraf penjagaan spiritual sebagai

²⁰ Gowri Anandarajah dan Ellen Hight, ‘Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment’, *American Family Physician* 63, no. 1 (2001), 81. Anandarajah and Hight. Anandarajah and Hight.

²¹ Mohammad Zafir Al-Shahri, ‘Culturally Sensitive Caring for Saudi Patients.’, *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society* 13, no. 2 (2002), 133–38.

²² I G Finlay et al., ‘Palliative Care in Hospital, Hospice, at Home: Results from a Systematic Review’, *Annals of Oncology* 13, suppl 4 (2002), 257.

²³ M Wright et al., ‘Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View’, *J Pain Symptom Manage*, 35.5 (2008), 469–485.

²⁴ M Renz et al., ‘Spiritual Experiences of Transcendence in Patients With Advanced Cancer.’, *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 32, no. 2 (2013), 178–88.

²⁵ Ibid.

satu komponen penting dalam penjagaan paliatif.²⁶ Malaysia terlibat dengan kajian penjagaan paliatif sejak tahun 1992,²⁷ namun kajian-kajian berkaitan spiritual masih kurang meluas dijalankan. Berdasarkan tinjauan kepustakaan yang dibuat, belum ada kajian yang mendalam di Malaysia yang menjurus kepada penerapan aspek spiritualiti dan komentar dari sudut pandang agama dalam penjagaan paliatif, khususnya Islam.

Apabila elemen spiritualiti kurang diketengahkan dalam kajian dan fokus dalam penjagaan, masalah spiritual seperti keresahan spiritual dan gangguan terhadap spiritual tidak diberi perhatian oleh pengamal perubatan dan masyarakat sosial, seterusnya pesakit tidak dibantu dalam elemen spiritual. Justeru bagaimana cara untuk mengetahui kondisi spiritual pesakit dan membantu para pesakit tersebut sekiranya situasi penekanan dalam elemen spiritual kurang dititikberatkan. Cara untuk mengetahui keadaan spiritual mereka ialah dengan melihat kepada simptom-simptom pada pesakit berdasarkan kajian lepas. Setelah melihat simptom yang dialami, pesakit tersebut mesti dikaji punca yang mendorong berlakunya keresahan spiritual tersebut.

Kesimpulannya, dalam mengkaji sesuatu perkara pengkaji perlu untuk melihat kepada permasalahan dalam perkara tersebut. Seperti dalam kajian spiritualiti, proses menghasilkan sesuatu yang boleh membantu pesakit kronik seperti modul baru, pengkaji perlu untuk mengetahui ciri-ciri, masalah-masalah yang dihadapi dan gangguan-gangguan dalam spiritualiti. Justeru, kajian ini menumpukan kepada punca utama masalah keresahan dalam spiritual (*spiritual distress*) yang dialami oleh pesakit dalam penjagaan paliatif dan pengaruhnya kepada kualiti hidup (*quality of life*) pesakit dari sudut pandang agama.

²⁶ Mohammad Zafir Al-Shahri dan Abdullah Al-Khenainan, ‘Palliative Care for Muslim Patients.’, *The Journal of Supportive Oncology* 3, no. 6 (2005), 432-436.

²⁷ Michael Wright et al., *Hospice and Palliative Care in Southeast Asia: A Review of Development and Challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines* (Oxford University Press, 2010), dicapai 8 Disember 2014, from <http://books.google.com.my/books?id=TsQk0TCFbNcC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>, 20

1.4 SOALAN KAJIAN

Kajian yang dijalankan ini terdapat beberapa persoalan yang perlu diselesaikan dan menjadi fokus kajian, iaitu:

1. Apakah simptom-simptom yang dialami oleh pesakit yang mengalami keresahan spiritual dari segi fizikal, spiritual, psikologi dan sosial?
2. Apakah punca-punca yang menyebabkan berlakunya masalah keresahan spiritual dalam kalangan pesakit?
3. Apakah kecenderungan tindakan atau aktiviti-aktiviti yang dilakukan oleh pesakit dalam menangani masalah spiritualiti berdasarkan perbezaan agama dan latar belakang?

1.5 OBJEKTIF KAJIAN

Berdasarkan permasalahan dan persoalan dalam kajian ini, objektif untuk kajian ini difokuskan kepada:

- 1) Mengenalpasti simptom-simptom yang dialami oleh pesakit yang mengalami keresahan spiritual dari segi fizikal, spiritual, psikologi dan sosial.
- 2) Menganalisis punca-punca yang menyebabkan berlakunya masalah keresahan spiritual dalam kalangan pesakit.
- 3) Mengkaji kecenderungan tindakan atau aktiviti-aktiviti yang dilakukan oleh pesakit dalam menangani masalah keresahan spiritual berdasarkan perbezaan agama dan latar belakang.

1.6 SKOP DAN BATASAN KAJIAN

Kajian ini memfokuskan kepada aspek spiritual pesakit yang menghidapi penyakit kritikal atau penyakit terminal. Temu bual yang dijalankan menumpukan kepada soal jawab berkenaan pemahaman, pengalaman dan permasalahan yang berkaitan dan mempengaruhi kestabilan elemen spiritual sama ada melibatkan gangguan terhadap fizikal, emosi, psikologi dan sosial. Di samping itu, amalan atau aktiviti-aktiviti yang menyumbang kepada spiritual juga akan dibincangkan. Panduan analisis adalah berasaskan teori dan pandangan asas agama-agama dan secara khususnya berdasarkan pandangan Islam.

Skop yang dilimitasi dalam kajian yang melibatkan temubual dan observasi ini ialah hanya pesakit yang berada di bawah jagaan paliatif sahaja yang akan terlibat dalam kajian ini. Subjek hanya terdiri daripada para pesakit yang terlibat secara langsung di bawah unit penjagaan paliatif di Pusat Perubatan Universiti Malaya, iaitu dari wad 11UB dan wad-wad lain yang terlibat dalam pantauan Unit Jagaan Paliatif. Para pesakit bersetuju atau memohon daripada pihak hospital untuk terlibat di bawah pantauan Unit Penjagaan Paliatif. Subjek ialah pesakit yang terdiri daripada lelaki dan wanita yang berusia melebihi 18 tahun dengan berlatarbelakang pelbagai bangsa, agama, jantina dan penyakit terminal yang dihidapi. Perbezaan utama setiap pesakit ialah agama yang dianuti. Berdasarkan purata seluruh Malaysia,²⁸ seramai tujuh orang Muslim, empat orang Buddha dan empat orang selebihnya adalah sama ada Hindu, Kristian atau lain-lain agama.

²⁸ Maisarah Mohamed Saat and Stacey Porter, ‘Does Religiosity Influence Ethical Sensitivity? An Investigation on Malaysian’, *Malaysian Accounting Review* 8, no. 2 (2009), 25.

1.7 KEPENTINGAN KAJIAN

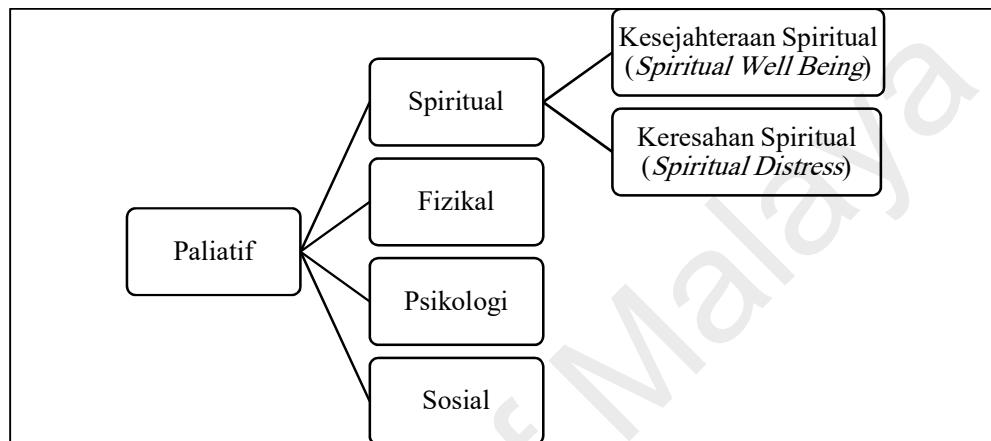
Kajian keresahan spiritual dalam penjagaan paliatif sangat penting bagi menyumbang kepada dunia perubatan semasa, terutamanya kajian multi disiplin, iaitu kajian bidang perubatan dalam kerangka sains sosial. Antara kepentingan kajian ini ialah:

- 1) Untuk membantu para pengamal perubatan mengetahui dan memahami dengan lebih mendalam mengenai masalah spiritualiti dalam kalangan pesakit dan seterusnya membantu dalam mengaplikasi aspek ini dalam proses rawatan iaitu dengan lebih memahami kondisi dan masalah pesakit. Perkara ini juga mendorong pengamal perubatan untuk mengambil berat elemen spiritual terhadap pesakit.
- 2) Untuk mewujudkan kesedaran dalam kalangan pesakit dan para pengamal perubatan mengenai kepentingan aspek spiritualiti terutamanya aspek spiritualiti keagamaan dapat membantu proses penambahbaikan fizikal, psikologi dan sosial pesakit melalui penerangan-penerangan kepentingan elemen spiritualiti.
- 3) Ke arah mewujudkan satu modul terapi bertemakan spiritualiti khususnya menggunakan implementasi ajaran Islam yang boleh diaplikasikan dalam proses rawatan dan penjagaan paliatif akan datang. Hal ini kerana berdasarkan maklumat yang diperolehi daripada simptom dan punca keresahan spiritual, pembinaan modul tersebut lebih praktikal.

1.8 SOROTAN KAJIAN LEPAS

Bagi membincangkan sorotan kajian lepas untuk mengenalpasti kelompongan kajian (*research gap*), ia telah dicerakinkan dengan menggunakan gaya tematik sebagaimana yang ditunjukkan dalam rajah 1.1 dan huraian di bawah.

Rajah 1.1 Sorotan Literatur



Sumber: Olahan Penyelidik

1.8.1 Penjagaan Paliatif (*Palliative Care*)

Penjagaan paliatif merupakan salah satu alternatif rawatan dalam bidang perubatan bermula dengan proses rawatan secara fizikal tidak lagi membantu proses semulajadi penyembuhan²⁹ dan memerlukan kepada kumpulan sokongan.³⁰ Pada mulanya penjagaan paliatif menjadi perbahasan isu etika³¹ kerana proses rawatan ini menyentuh keseluruhan maklumat pesakit termasuk hal-hal peribadi seseorang pesakit.³² Namun setelah campur tangan pelbagai pihak dari pelbagai disiplin kepakaran, kajian ini menjadi semakin meluas dan sangat membantu kepada pihak hospital dan juga ahli

²⁹ Norchaya T, ‘Legal dan Ethical Issues in The Care of Terminally Ill Patients’, dalam *International Conference on Health Sciences* (Subang Jaya: Journal of the University of Malaya Medical Centre, 2005), 93.

³⁰ Ednin H, *Palliative Care in the Community*, 85.

³¹ Scottish Partnership for Palliative Care, *A Beginner’s Guide to Successful Palliative Care Research* (Scotland, 2011), 6.

³² Norchaya T, *Legal and Ethical Issues in The Care of Terminally Ill Patients*, 93.

keluarga pesakit dalam usaha merawat pesakit.³³ Perkara ini jelas menunjukkan kajian paliatif ini adalah kajian yang memerlukan sokongan dan dokongan semua pihak dari pelbagai disiplin bidang.

Bermula abad ke-21³⁴ kajian paliatif semakin berkembang dan setiap pengkaji mendatangkan pelbagai definisi yang berbeza walaupun pada dasarkan menghampiri persamaan asas iaitu penjagaan secara terperinci terhadap individu yang mempunyai penyakit terminal. Sebagai contoh sarjana dunia yang aktif dengan kajian paliatif ialah Christina Faull, T. Patrick Hill, Walter B. Forman, Stefanie Monod dan lain-lain yang kebanyakannya sarjana adalah dari negara Barat. Manakala beberapa sarjana dari negara Timur Tengah yang terlibat ialah Mohammad Zafir, Abdullah al-Khenائزان, Aasim Padela dan lain-lain.

Paliatif berdasarkan Christina Faull ialah penjagaan terhadap pesakit dan keluarga pesakit secara aktif oleh kumpulan multiprofesional apabila pesakit tidak lagi memberi tindakbalas pada rawatan perubatan.³⁵ Selepas itu Christina Faull dalam kajiannya yang terkemudian mengatakan penjagaan paliatif ialah untuk membantu kita faham bagaimana cara yang terbaik untuk kita tolong pesakit hampir mati.³⁶ Para pengkaji seperti Christina dan Mohammad Zafir bersetuju dengan maksud paliatif yang dikemukakan oleh Organisasi Kesihatan Dunia (WHO), iaitu penjagaan paliatif ialah pendekatan untuk meningkatkan kualiti hidup pesakit dan keluarga pesakit dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam nyawa melalui

³³ Scottish Partnership for Palliative Care, *A Beginner's Guide to Successful Palliative Care Research*. Scottish Partnership for Palliative Care, 6.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Christina Faull, Yvonne Carter dan Richard Woof, *Handbook of Palliative Care* (United Kingdom: Blackwell Science, 1998), 3.

³⁶ Faull and Woof, *Palliative Care*, 4.

pencegahan dan melegakan penderitaan melalui pengenalpastian awal serta rawatan kesakitan dan masalah-masalah lain.³⁷

Ramai sarjana meletakkan penjagaan paliatif adalah penjagaan secara holistik melibatkan fizikal, sosial, psikologi dan spiritual seperti Sonja McIlfatick,³⁸ Kathleen Galek,³⁹ Tan Seng Beng⁴⁰ dan lain-lain. Kesimpulannya paliatif melibatkan kesemua empat elemen yang dinyatakan di atas, kerana satu kehidupan adalah suatu yang tidak lengkap dengan satu elemen sahaja, ia saling memerlukan antara elemen fizikal, spiritual, psikologi, dan sosial. Elemen emosi adalah suatu elemen yang boleh dibincangkan dibawah elemen spiritual, psikologi atau mental. Manakala elemen mental juga tidak diletakkan secara khusus sebagai elemen utama penjagaan paliatif kerana perbincangannya sangat luas merangkumi elemen psikologi dan spiritual, sebagaimana yang diperincikan oleh WHO.

Rajah 1.2 menunjukkan gambaran konsep pendekatan paliatif yang dikeluarkan oleh WHO, yang mana proses rawatan tidak dikhaskan kepada peranan pesakit sahaja, namun ia melibatkan keseluruhan yang ada kaitan dan hubungan dengan pesakit, iaitu keluarga, perawat, orang sekeliling dan pesakit sendiri.

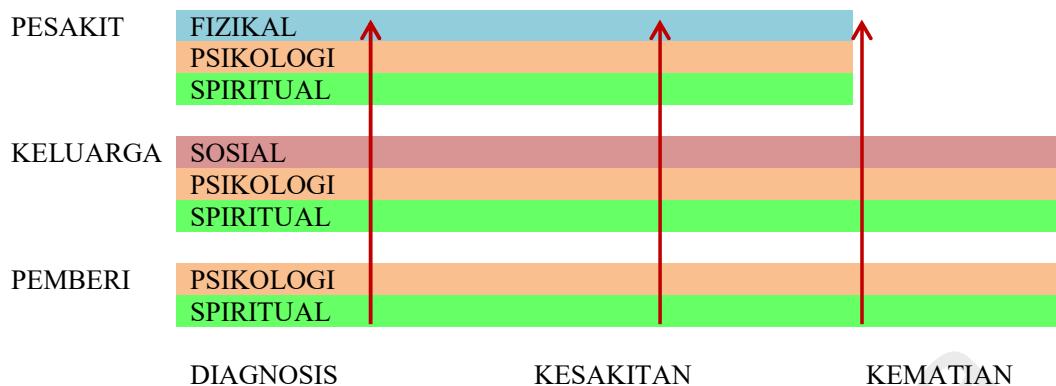
³⁷ Catherine Le Gales, Serge Resnikoff dan Cecilia Sepulveda, ‘Cancer Control Knowledge into Action’, *World Health Organization (WHO)* (Switzerland, 2007), 3.

³⁸ McIlfatick Sonja dan Tara Murphy, *A Systematic Review of Palliative Care Research on The Island of Ireland* (Ireland, 2013), 4.

³⁹ Kathleen Galek et al., ‘Assessing a Patient’s Spiritual Needs: A Comprehensive Instrument.’, *Holistic Nursing Practice* 19, no. 2 (2005), 62.

⁴⁰ Tan Seng Beng et al., ‘The Experiences of Suffering of Palliative Care Patients in Malaysia: A Thematic Analysis’, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 31, no. 1 (2014), 45.

Rajah 1.2 Konsep Pendekatan Paliatif



Sumber: World Health Organization., 2007.

Pelbagai kajian aspek fizikal mendapat perhatian dari ahli saintis dalam usaha mengawal sel kanser merebak contohnya kajian menggunakan elemen pengawalan sel,⁴¹ daya tahan sistem endokrin⁴² dan lain-lain. Kajian-kajian tersebut adalah untuk mengurangkan serta mengawal rasa sakit pesakit dari sudut fizikal. Manakala aspek sosial lebih banyak tertumpu kepada peranan ahli keluarga dalam usaha memberi sokongan dan bantuan kepada pesakit. Fokus kajian bagi sokongan utama terhadap elemen spiritual pula kebanyakannya lebih mengkaji kepentingan psikososial dalam memaksimumkan kesan spiritual contohnya kajian Rod Macleod,⁴³ Daniel⁴⁴ dan Christina Faull.⁴⁵

Manakala sarjana Muslim yang menceburi bidang kajian paliatif adalah lebih tertumpu kepada isu-isu sensitif bagi orang Islam, sebagai contoh Muhammad Zafir dan Al-Khenaizan. Selain itu sarjana Muslim juga ada yang membincangkan berkenaan pendekatan agama dalam rawatan paliatif seperti kajian yang dijalankan oleh sarjana

⁴¹ Jinbo Chen et al., ‘Maspin Enhances Cisplatin Chemosensitivity in Bladder Cancer T24 and 5637 Cells and Correlates with Prognosis of Muscle-Invasive Bladder Cancer Patients Receiving Cisplatin Based Neoadjuvant Chemotherapy.’, *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research: CR* 35, no. 1 (2016), 1.

⁴² Elizabeth A. Musgrave dan Robert L. Sutherland, ‘Biological Determinants of Endocrine Resistance in Breast Cancer.’, *Nature Reviews. Cancer* 9, no. 9 (2009), 631.

⁴³ Rod Macleod, Jane Vella-brincat dan Sandy Macleod, *The Palliative Care Handbook: Guidelines for Clinical Management and Symptom Control*, 6th edn (Wellington: Hospice New Zealand, 1955), 66.

⁴⁴ Daniel P Sulmasy, ‘A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life.’, *The Gerontologist* 42, Spec no. iii (2002), 24.

⁴⁵ Faull and Woof, *Palliative Care*, 27.

Muslim di Malaysia iaitu Muhammad Rif'aat dan Salasiah yang membawa pendekatan dakwah bagi membantu pesakit mengawal gangguan perasaan dan tekanan emosi dalam menghadapi ujian kesakitan.⁴⁶ Manakala Haslinda, Latifah dan Wan Nasryrudin mengkaji berkenaan penggunaan ayat ruqyah dalam rawatan dan kesannya terhadap pesakit HIV.⁴⁷

Kajian-kajian yang dilakukan terhadap rawatan paliatif adalah untuk memastikan hasil yang terbaik kepada pesakit atau dinamakan '*good death*'. Kematian yang baik adalah berbeza kefahaman bagi setiap sarjana. Bagi William, kematian yang baik ialah kematian dalam keadaan yang selesa iaitu mati di rumah, di atas tilam sendiri, keadaan diri yang kemas dengan janggut dicukur dan di samping ahli keluarga.⁴⁸ Berbeza pandangan dengan sarjana Muslim yang menafsirkan kematian yang baik dengan istilah khusus iaitu *husn al-khātimah* atau pengakhiran yang baik dengan mendapat kesejahteraan dan kebahagiaan hidup di dunia dan akhirat yang mana merupakan impian setiap Muslim.⁴⁹

Berdasarkan kajian-kajian lepas mengenai penjagaan paliatif, pengkaji lebih memilih untuk membincangkan elemen spiritualiti dalam penjagaan paliatif kerana para sarjana banyak menyebut dan menekankan kepentingan, peranan dan pengaruh spiritualiti dalam memberi kesan kepada kehidupan pesakit-pesakit.

⁴⁶ Muhammad Rif'aat Razman dan Salasiah Hanin Hamjah, 'Dakwah Dalam Dimensi Kerohanian Penjagaan Paliatif Menurut Pendekatan Badi' Al-Zaman Sa'id Al-Nursi', *Jurnal Al-Hikmah* 7, no. 1 (2015), 33-47.

⁴⁷ Haslinda Lukman, Latifah Abd. Majid dan Wan Nasryrudin Wan Abdullah, 'Kesan Terapi Ruqyah Dalam Merawat Pesakit HIV/Aids', *Al-Hikmah* 7, no. 1 (2015), 119–31.

⁴⁸ William Breitbart, 'The Goals of Palliative Care: Beyond Symptom Control.', *Palliative & Supportive Care* 4, no. 1 (2006), 1.

⁴⁹ Al-Ghazālī, *Kimiyyā' al-Sa`ādah* (t.p: t.tp), 122. Lihat al-Ghazali, *Kimiya-E Saadat: The Alchemy of Happiness*, ed. by Claude Field (Kuala Lumpur: Islamic Book Trust, 2007), 44-45. Lihat juga Al-Ghazali, *Kimia Kebahagiaan*, ed. by Anggota IAKPI (Indonesia: Penerbit Mizan, 1984), 54-55.

1.8.2 Spiritualiti

Spiritualiti merupakan subjek yang tidak pernah tamat dibincangkan dari segi konseptual⁵⁰ kerana ianya sangat kompleks difahami berdasarkan pandangan dan pengalaman manusia dari pelbagai dimensi.⁵¹ Dalam kajian-kajian, para sarjana mempunyai pandangan tersendiri mengenai konsep spiritualiti dan kebanyakannya adalah berdasarkan latar belakang kehidupan dan tema kajian tersendiri. Antara sarjana yang membincangkan isu berkenaan elemen spiritualiti dalam penjagaan kesihatan ialah Melanie McEwen,⁵² Chochinov,⁵³ Emmerentia⁵⁴ dan lain-lain. Kajian-kajian yang dilakukan oleh para sarjana berkenaan elemen spiritual dalam perubatan menunjukkan peranan penting elemen ini menyumbang kepada penambahbaikan isu kesihatan.

Mohammad Zafir merupakan seorang sarjana Muslim yang mengatakan spiritualiti ialah pegangan keagamaan tetapi ada sarjana yang tidak menerima secara konsep utama, akan tetapi meletakkan elemen keagamaan di bawah pecahan-pecahan kecil elemen spiritual. Dalam kajian-kajian dunia perubatan, konsep keagamaan semakin dikecilkkan pertakrifan, dan semakin dibezaikan konsepnya dengan konsep spiritualiti.⁵⁵ Keagamaan lebih dianggap sebagai hanya satu amalan ritual keagamaan yang dijalankan dalam masyarakat dan kefahaman berkenaan spiritual lebih bersifat individu seperti dalam kajian yang dijalankan oleh Amy⁵⁶ dan Liwliwa.⁵⁷ Harold ada menjelaskan walaupun ianya bersifat individu dan hak peribadi, seramai 90% pesakit

⁵⁰ Allan Kellehear, ‘Spirituality and Palliative Care: A Model of Needs’, *Palliative Medicine* 14, no. 2 (2000), 149.

⁵¹ Anandarajah dan Hight, Spirituality and Medical Practice: Using HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment, 83.

⁵² McEwen, Spiritual Nursing Care: State of the Art.

⁵³ Harvey Max Chochinov dan Beverley J Cann, ‘Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying’, *Journal of Palliative Medicine*, 8 Suppl 1 (2005), 103–115.

⁵⁴ Emmerentia du Plessis, ‘Presence: A Step Closer to Spiritual Care in Nursing’, *Holistic Nursing Practice* 30, no. 1 (2016), 47–53.

⁵⁵ Amy H Peterman et al., ‘Measuring Spiritual Well-Being in People with Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp)’, *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine* 24, no. 1 (2002), 49.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Liwliwa R Villagomeza, ‘Spiritual Distress in Adult Cancer Patients: Toward Conceptual Clarity’, *Holistic Nursing Practice*, 19 (2005), 285.

mengatakan bahawa antara keagamaan dan spiritual itu saling berkaitan antara satu sama lain.⁵⁸

Menurut Mohammad Zafir, berdasarkan sudut pandang agama Islam, spiritual adalah elemen utama dalam penjagaan paliatif, iaitu hubungan dan penyerahan kepada Pencipta.⁵⁹ Penekanan kepada nilai spiritual dalam diri orang Islam sangat penting untuk membantu melahirkan masyarakat yang sihat dari sudut jasmani dan rohaninya.⁶⁰ Namun, Mohammad Zafir tidak membincangkan secara terperinci berkenaan masalah-masalah yang sering dihadapi dalam isu spiritual. Sebagaimana al-Ghazālī menghuraikan secara terperinci berkenaan spiritual dan perkaitannya dengan kehidupan serta garis panduan terbaik dalam menghadapi masalah kehidupan.⁶¹ Manakala pendapat Asmah Bee, sarjana Muslim di Malaysia iaitu agama adalah sebagai satu dimensi yang dapat mengawal tekanan yang dirasai telah lama diterapkan dalam menangani masalah psikologi dan emosional ahli masyarakat.⁶² Kenyataan ini disokong oleh McEwen yang mengatakan spiritualiti saling berkaitan dengan minda, tubuh badan dan emosi.⁶³

Aspek spiritualiti dan kehidupan banyak mendapat perhatian para Ulama' terdahulu, terutama dalam aspek penjagaan diri, aspek kerohanian, hubungan dengan dengan Pencipta, aspek akhlak dan pengaruhnya dalam mendepani kehidupan semasa. Ulama terdahulu seperti al-Ghazālī, Ibn Atā’illāh, al-Muḥāsibī dan lain-lain lagi telah lama membincangkan isu spiritual dalam kehidupan. Berdepan dengan penyakit kritikal juga salah satu masalah yang tidak dijangka untuk dihadapi oleh sesiapa, namun sejauh mana penghayatan, kefahaman akan menentukan bagaimana tindakan seseorang dalam

⁵⁸ Harold G Koenig, ‘Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice.’, *The Southern Medical Journal* 97, no. 12 (2004), 1194.

⁵⁹ Al-Shahri dan Al-Khenائزان, Palliative Care for Muslim Patients, 433.

⁶⁰ Che Zarrina Sa’ari dan Sharifah Basirah Syed Muhsin, ‘Cadangan Model Psikoterapi Remaja Islam Berasaskan Konsep Tazkiyah Al-Nafs’, *Jurnal Usuluddin*, (2012), 49–74.

⁶¹ Al-Ghazālī, *Iḥyā’ ‘Ulūm al-Dīn* (Vol. 3) (Dimsyiq: Maktabat ‘Abd al-Wakil al-Darūbī, 1967), 4.

⁶² Asmah Bee Md Noor, *Dimensi Agama dan Spiritual dalam Amalan Kaunseling*, 262.

⁶³ McEwen, Spiritual Nursing Care: State of the Art, 162.

mendepani situasi dan ujian tersebut secara tenang dan berhikmah. Kekurangan dalam elemen spiritual ialah apabila keperluan spiritual yang tidak dipenuhi, akan mendorong kepada berlaku keresahan spiritual.⁶⁴ Keresahan spiritual satu masalah yang sangat penting untuk diselesaikan bagi memastikan keadaan spiritual pesakit baik seterusnya membawa kepada kesihatan fizikal.

1.8.3 Keresahan Spiritualiti (*Spiritual Distress*)

Keresahan spiritual (*spiritual distress*) ialah gangguan terhadap spiritual yang mengganggu-gugat kesejahteraan spiritual (*spiritual well-being*). Kesejahteraan spiritual ialah proses seseorang menghasilkan atau mencipta rahsia keharmonian yang datang dari kekuatan dalaman.⁶⁵ Silvia mendatangkan definisi keresahan spiritual ialah gangguan pada asas utama kehidupan seseorang yang akan mempengaruhi keseluruhan kehidupan sehingga terganggu sifat biologi dan psikologi seseorang. Maksud lain ialah keupayaan yang merosot dalam usaha seseorang itu mahu menikmati kehidupan melalui diri sendiri, orang lain, kesenian, muzik, sastera, alam dan juga kuasa lain yang lebih besar dari segalanya.⁶⁶

Apabila membincangkan aspek keresahan spiritual, skop perbincangan adalah lebih fokus kepada sokongan spiritual dan punca yang menyebabkan seseorang itu mengalami keresahan spiritual. Hal ini kerana berdasarkan definisi keresahan spiritual, keadaan ini tidak akan berlaku sekiranya kondisi dalaman dan luaran pesakit di bawah penjagaan paliatif dalam keadaan baik dan sejahtera sama ada dari segi emosi, spiritual dan psikologi. Silvia, Mark Cobb, Borneman, Peterman, Liwliwa dan Anandarajah

⁶⁴ Stefanie M Monod, Estelle Martin, et al, ‘Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in Older Hospitalized Patients’, *BMC Geriatrics* 12. no. 1 (2012), 2.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ Silvia Caldeira, Emilia Campos Carvalho dan Margarida Vieira, ‘Spiritual Distress — Proposing a New Definition and Defining Characteristics’, *International Journal of Nursing Knowledge- The Official Journal of NANDA International* 24, no. 2 (2013), 77–84.

merupakan antara pengkaji-pengkaji yang membina tema-tema atau elemen dalam spiritual pesakit paliatif.

Walaupun kajian dijalankan untuk membantu menyelesaikan masalah keresahan spiritual, namun usaha untuk mendapatkan maklumat berkenaan keresahan spiritual juga sangat merumitkan dihadapi oleh para doktor, perawat, ahli agama dan semua yang terlibat. Kesukaran ini berpunca daripada beberapa faktor yang dibincangkan oleh Sonja McIlpatrick,⁶⁷ Abbas⁶⁸ dan Groot⁶⁹ yang mana berkait dengan isu etika, isu para perawat kesuntukan masa untuk memenuhi semua keperluan pesakit paliatif dan juga kesukaran untuk menyampaikan info dan maklumat secara mudah kepada para pesakit paliatif.

Kajian berkenaan masalah keresahan spiritual ini banyak dikaji dari segi simptom atau aspek kesukaran-kesukaran yang dihadapi oleh pesakit sepanjang hidup, bermula sakit itu didiagnosis. Tujuan kajian itu dilakukan adalah untuk membantu mengurangkan dan mencari jalan penyelesaian kepada kesukaran yang dialami pesakit paliatif. Simptom keresahan spiritual berpunca dari pelbagai dimensi kehidupan, sama ada dalaman atau luaran seorang pesakit yang boleh mengganggu-gugat seluruh kehidupan pesakit.

Antara kajian secara terperinci yang dijalankan ialah berkenaan definisi dan sifat-sifat keresahan spiritual seperti yang dilakukan oleh Constance Harris,⁷⁰ Silvia⁷¹ dan lain-lain. Para pengkaji menggunakan pelbagai kaedah penilaian untuk mengesan gejala keresahan spiritual. Daripada kajian yang dibuat, para sarjana cuba menyusun

⁶⁷ Sonja dan Murphy, A Systematic Review of Palliative Care Research on The Island of Ireland, 44.

⁶⁸ S.Q. Abbas dan S. Dein, ‘The Difficulties Assessing Spiritual Distress in Palliative Care Patients: A Qualitative Study’, *Mental Health, Religion & Culture* 14, no. 4 (2011), 348.

⁶⁹ Marieke M Groot et al., ‘General Practitioners (GPs) and Palliative Care: Perceived Tasks and Barriers in Daily Practice,’ *Palliative Medicine* 19, no. 2 (2005), 115.

⁷⁰ Constance Harris Sumner, ‘Recognizing and Responding to Spiritual Distress’, *The American Journal of Nursing* 98, no. 1 (1998), 26-30.

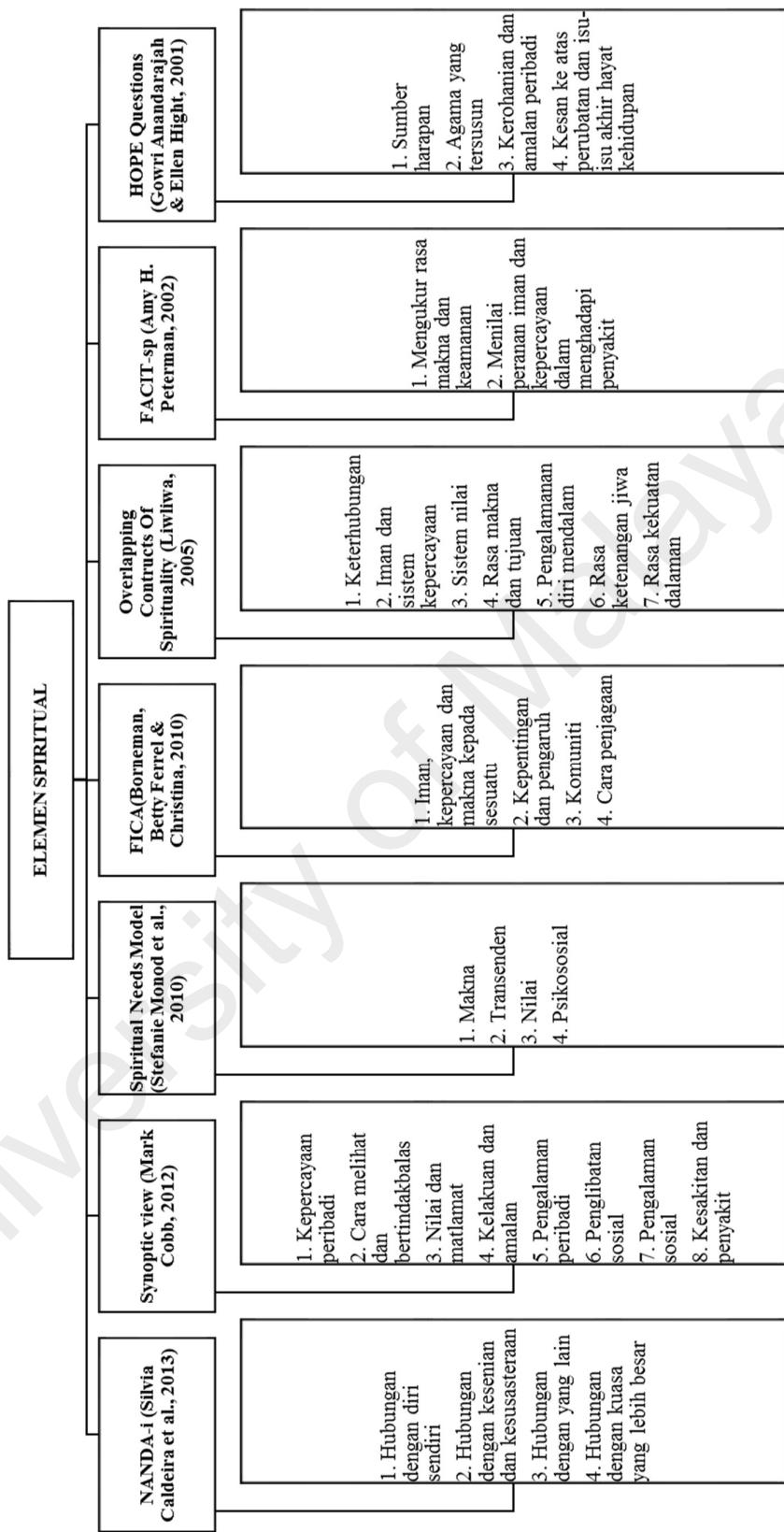
⁷¹ Caldeira, Carvalho dan Vieira, Spiritual Distress-Proposing a New Definition and Defining Characteristics, 77-84.

mengikut tema-tema spiritual yang sesuai dan menghasilkan pelbagai model-model rawatan bagi membantu mengawal keresahan spiritual ini.

Berdasarkan model-model yang telah dikaji, para pengkaji banyak meletakkan tema-tema gangguan spiritual ini kepada faktor dalaman, seperti kepercayaan kepada Tuhan, mencari makna kehidupan, ketenangan, pengalaman dalaman, kepercayaan, rasa selamat dan lain-lain. Manakala faktor luaran pengkaji mengkhususkan kepada cara penjagaan dan kehidupan bermasyarakat sebagai salah satu tema kepada gangguan spiritual.

Berdasarkan kajian-kajian, Rajah 1.3 menunjukkan elemen-elemen spiritual berdasarkan kajian literatur. Pelbagai lagi tema yang boleh dikeluarkan daripada kajian literatur untuk elemen-elemen penting dalam spiritual. Kesemua elemen tersebut adalah saling berkaitan, melengkap dan bertindan antara satu sama lain. Elemen-elemen tersebut dikeluarkan bagi memudahkan kajian lanjutan dibuat sekiranya berlaku sebarang masalah seperti keresahan spiritual. Keresahan spiritual berlaku apabila salah satu elemen terganggu dan tidak dapat dikawal dengan baik.

Rajah 1.3. Kajian Literatur Spiritualiti



Sumber: Olahan penyelidik

Jadual 1.1 menunjukkan rumusan kajian-kajian yang dijalankan oleh para pengkaji yang terlibat dalam kajian berkaitan dengan penjagaan paliatif, spiritual dan juga keresahan spiritual. Pengkaji terdiri dari seluruh dunia dan juga dari Malaysia. Berdasarkan kajian-kajian yang telah dijalankan, kebanyakan para pengkaji dunia kurang menekankan kepentingan elemen keagamaan dalam spiritualiti. Hal ini kerana mereka berpendapat spiritualiti adalah suatu yang umum dan bergantung kepada kefahaman setiap individu.

Manakala jika di Malaysia, kajian secara terus kepada pesakit berkenaan elemen keagamaan dan spiritualiti masih kurang dijalankan kerana masih kurang orang yang terlibat dalam bidang agama untuk melepassi sempadan kajian yang bersifat integrasi. Manakala ulasan dan kajian berkenaan kepentingan nilai dan elemen agama dalam spiritualiti berkaitan dengan penyakit kritikal masih diperingkat awal kajian.

Isu berkenaan keresahan spiritual pula, kajian-kajian banyak memfokuskan kepada ciri-ciri atau simptom apabila seseorang pesakit itu mengalami keresahan spiritual, namun kajian berkenaan punca kenapa boleh berlaku keresahan spiritual masih kurang, kerana kajian berkenaan isu punca ini yang paling akhir dibuat ialah pada tahun 1998 oleh Harris Sumner. Kajian di Malaysia berkenaan punca keresahan spiritual masih belum meluas dalam kalangan pesakit, banyak kajian hanya membincangkan berkenaan stres atau tekanan.

Jadual 1.1 Rumusan Sorotan Literatur

Tema		Nama penyelidik, Tahun
PALIATIF	Kepentingan dan definisi paliatif	<ul style="list-style-type: none"> • Christina Faull, Yvonne Carter dan Richard Woof, 1998 • Ednin H, 2005 • Catherine Le Gales, Serge Resnikoff dan Cecilia Sepulveda, 2007
	Isu kajian paliatif	<ul style="list-style-type: none"> • Scottish Partnership for Palliative Care, 2011 • Norchaya T, 2005
	Skop penjagaan paliatif (fizikal, spiritual, psikologi dan sosial)	<ul style="list-style-type: none"> • McIlpatrick Sonja dan Tara Murphy, 2013 • Kathleen Galek et al., 2005 • Tan Seng Beng et al., 2014 • Jinbo Chen et al., 2016 • Elizabeth A. Musgrove dan Robert L. Sutherland, 2009 • Rod Macleod, Jane Vella-brincat dan Sandy Macleod, 1955
SPIRITALITI	Spiritual dan Agama	<ul style="list-style-type: none"> • Haslinda Lukman, Latifah Abd. Majid dan Wan Nasyrudin Wan Abdullah, 2015 • Che Zarrina Sa’ari dan Sharifah Basirah Syed Muhsin, 2012 • Mohammad Zafir Al-Shahri dan Al-Khenائزان, 2005 • Harold G Koenig, 2004 • Asmah Bee Md Noor, 2004
	Kesejahteraan Spiritual (<i>Spiritual Well-Being</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Harvey Max Chochinov dan Beverley J Cann, 2005 • Emmerentia du Plessis, 2016 • Melanie McEwen, 2005
	Elemen-elemen spiritualiti	<ul style="list-style-type: none"> • Allan Kellehear, 2000 • Anandarajah dan Hight, 2001 • Amy H Peterman et al., 2002 • Liwliwa R Villagomeza, 2005
	Spiritual dan psikososial	<ul style="list-style-type: none"> • Daniel P Sulmasy, 2002 • Marieke M Groot et al., 2005
	Keresahan spiritual (<i>Spiritual Distress</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Constance Harris Sumner, 1998 • Sílvia Caldeira, Emilia Campos Carvalho dan Margarida Vieira, 2013 • S.Q. Abbas dan S. Dein, 2011

Sumber: Olahan Penyelidik

1.9 METODOLOGI KAJIAN

Metodologi kajian adalah satu item penting dalam usaha mencapai objektif kajian dan menjayakan sesebuah kajian. Perjalanan sesebuah kajian akan dinilai berdasarkan metode yang diguna pakai. Kajian ini secara keseluruhannya menggunakan metode kualitatif. Pemilihan metode kualitatif adalah kerana kajiannya lebih bersifat anjal kerana tujuannya adalah untuk mengumpul maklumat-maklumat berdasarkan konsep yang luas dalam usaha membentuk tema khusus bagi suatu situasi kajian ini atau dikenali sebagai *quali-construct theory*.⁷² Metode ini terbahagi kepada dua kaedah utama, iaitu kaedah pengumpulan data dan kaedah menganalisis data. Jadual 1.2 di bawah adalah ringkasan kepada metodologi kajian.

Jadual 1.2 Metodologi Kajian

Perkara	Analisis kajian kepustakaan	Kajian lapangan
Fasa	Fasa Pertama	Fasa Kedua
Kaedah pengumpulan data	Kajian Kepustakaan	Kajian temu bual dan observasi
Subjek kajian	Tidak berkenaan	Pesakit di unit penjagaan paliatif
Bahan kajian	Sumber maklumat dari artikel jurnal, buku, tesis dan laman web	-Borang informasi pesakit -Borang persetujuan pesakit -Borang demografik data pesakit -Soalan temu bual
Kaedah analisis data	Komparatif, deduktif dan induktif	Analisis secara deskriptif dan korelasi menggunakan perisian NVIVO
Prosedur kajian	Tidak berkenaan	1) Mendapat kelulusan etika perubatan daripada PPUM. 2) Mendapatkan data pesakit yang terlibat dalam kajian 3) Mengadakan temu bual dengan pesakit 4) Observasi akan dijalankan sewaktu mengadakan lawatan ke wad pesakit

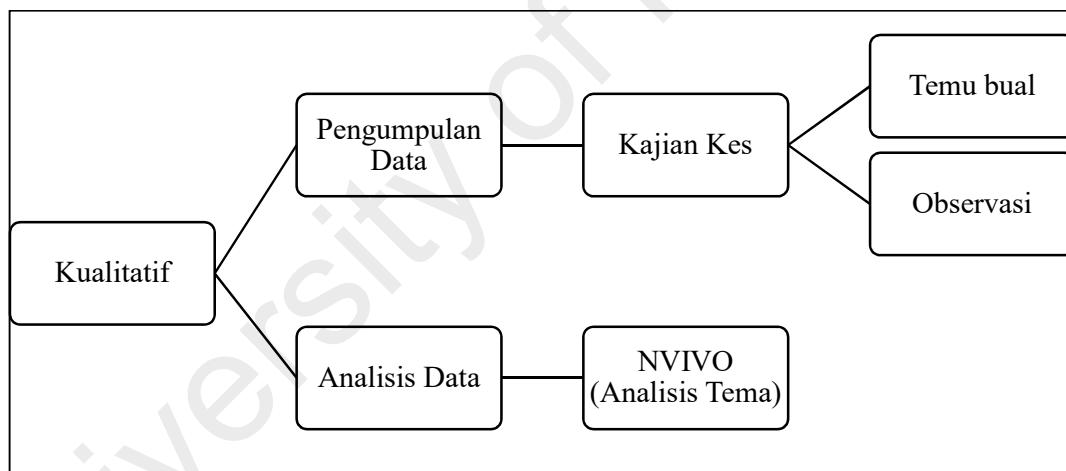
Sumber: Olahan Penyelidik

⁷² Rasid Mail dan Raman Noordin, *Penyelidikan Peringkat Sarjana: Pendekatan Kualitatif Sebagai Alternatif* (Sabah: Penerbit Universiti Malaysia Sabah, 2012), 97.

1.9.1 Reka Bentuk Kajian

Bentuk kajian kualitatif ini menggunakan metode kajian kes. Temu bual dan observasi digunakan sebagai kaedah untuk pengumpulan data bagi kajian kes ini. Hal ini kerana menggunakan kaedah kualitatif membolehkan pengkaji untuk memahami keadaan asal suatu perkara, situasi dan kondisi berdasarkan pemerhatian yang dibuat dan juga proses memahami peristiwa yang berlaku.⁷³ Kajian kualitatif ini juga adalah kajian yang tidak berasaskan tema atau panduan yang tersedia, namun hasil kajian kualitatif inilah yang akan membentuk tema-tema tersebut dan penting bagi membantu kajian-kajian yang seterusnya.⁷⁴

Rajah 1.4. Metodologi Kajian



Sumber: Olahan Penyelidik

⁷³ Nick Black, 'Why We Need Qualitative Research', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48 (1994), 425.

⁷⁴ Margarete Sandelowski, 'Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description?', *Research in Nursing & Health*, 23 (2000), 335.

1.9.2 Sampel Kajian

Subjek bagi kajian ini adalah pesakit yang menghidapi penyakit yang kritikal atau penyakit terminal. Kajian ini memfokuskan kepada isu dalam rawatan penjagaan paliatif, justeru sampel kajian adalah pesakit yang berada di bawah unit penjagaan paliatif (*Palliative Care Unit*). Unit Penjagaan Paliatif merupakan unit khas yang berperanan menjaga pesakit kritikal dari pelbagai aspek penjagaan. Tidak semua hospital di Malaysia yang mempunyai unit ini, salah satunya ialah di Pusat Perubatan Universiti Malaya (PPUM), Kuala Lumpur. Oleh sebab itu pengkaji memilih pesakit yang berada di Unit Penjagaan Paliatif, PPUM sebagai tempat pengumpulan data kajian.

1.9.3 Kaedah Pengumpulan Data

Ia boleh dibahagikan kepada dua bahagian utama iaitu kajian kepustakaan dan kajian lapangan. Berikut adalah perincian bagi metodologi yang digunakan dalam kajian ini:

i) Kajian Kepustakaan

Kajian kepustakaan yang bersifat kualitatif yang melibatkan rujukan primer dan sekunder menggunakan kata kunci; paliatif dan spiritualiti, *spiritual distress*, *religiousity*, penjagaan akhir hayat, hospis, *rūh*, *aql*, *qalb*, *nafs* dan lain-lain. Data diperolehi melalui Perpustakaan Utama Universiti Malaya, Perpustakaan Akademi Pengajian Islam dan Perpustakaan TJ Danaraj Pusat Perubatan Universiti Malaya. Selain itu, data juga diperoleh daripada laman web pengkalan data yang diperoleh dari Academia, e-jurnal Universiti Malaya, SAGE Journal, Web of Sciences, Science Direct, BioMed Central, Cochrane dan lain-lain. Sumber yang digunakan adalah buku-buku utama, artikel jurnal, laman sesawang, akhbar dan lain-lain rujukan yang sah dan diperakui.

Kajian kepustakaan dilakukan adalah bertujuan untuk mendapatkan maklumat berkenaan kajian-kajian lepas berkenaan kajian spiritual umumnya dan kajian paliatif khususnya. Kajian kepustakaan juga adalah bertujuan untuk memperolehi tema-tema yang telah dikeluarkan oleh para pengkaji terdahulu dan dibuat perbandingan berdasarkan kajian yang sedang dijalankan. Hal ini adalah bertujuan untuk mendapatkan gambaran secara kasar perbincangan mengenai spiritual dalam dunia perubatan khususnya. Bahan yang menjadi rujukan menggunakan tiga bahasa utama iaitu Bahasa Melayu, Bahasa Inggeris dan Bahasa Arab.

ii) Kajian Lapangan

Kajian lapangan adalah menggunakan kaedah temu bual dan observasi. Kajian lapangan ini bersifat kualitatif yang mana maklumat yang diperoleh adalah mentah dan diproses dan menghasilkan tema-tema berdasarkan Keresahan Spiritual (*Spiritual Distress*).

Temu bual secara terbuka (*open-ended interview*)⁷⁵ dijalankan kepada pesakit yang terlibat secara langsung dalam Penjagaan Paliatif yang berusia melebihi 18 tahun, mempunyai perbezaan agama, bangsa, jantina dan penyakit yang dihidapi. Pesakit dipilih seramai 15 orang berdasarkan kuota yang ditetapkan iaitu 7 orang pesakit Muslim, 4 orang pesakit beragama Buddha dan 4 orang beragama Hindu, Kristian atau pesakit dari lain-lain agama. Pemilihan pesakit muslim lebih dominan kerana kajian adalah berdasarkan kepada sudut pandang agama yang dominan adalah agama Islam dan berdasarkan kouta. Seramai 15 ke 20 orang pesakit dianggarkan dapat mencapai objektif dan mencukupkan data sehingga memperoleh data saturasi.⁷⁶

⁷⁵ Idris Awang, *Penyelidikan Ilmiah Amalan Dalam Pengajian Islam* (Kuala Lumpur: Perpustakaan Negara Malaysia, 2009), 72.

⁷⁶ Lucy Selman, Peter Speck et al., ““Peace” and “Life Worthwhile” as Measures of Spiritual Well-Being in African Palliative Care: A Mixed-Methods Study.’, *Health and Quality of Life Outcomes* 11, no. 94 (2013), 2.

Pengamatan atau observasi yang bersifat kualitatif adalah dengan cara melihat secara menyeluruh aktiviti pesakit seperti cara berdepan dengan sesuatu perkara, apabila berinteraksi dengan orang sekeliling dan lain-lain. Metode ini dijalankan sewaktu mengadakan lawatan ke wad pesakit dan ketika sesi menemubual pesakit dijalankan. Pengkaji juga turut serta bersama para doktor untuk melihat secara dekat rawatan yang diberikan kepada pesakit di wad 11UB. Pengkaji mengambil peluang untuk melihat secara dekat reaksi dan respon pesakit kepada pakar-pakar yang merawat.

Pengumpulan data kajian lapangan memerlukan beberapa proses bagi meluluskan kajian dijalankan secara rasmi berdasarkan prosedur yang ditetapkan oleh tempat kajian. Berikut adalah tatacara proses pengumpulan data yang dilakukan dalam kajian lapangan:

- 1) Penyediaan maklumat lengkap berkenaan kajian untuk memohon kelulusan etika daripada pihak PPUM, iaitu protokol lengkap kajian, contoh borang persetujuan pesakit, borang informasi untuk subjek dan instrumen kajian seperti borang data demografik pesakit dan soalan temu bual.
- 2) Kelulusan etika kajian perubatan diperolehi daripada PPUM setelah mesyuarat Jawatankuasa khas etika PPUM, *Medical Research Ethics Committee*.
- 3) Setelah dibenarkan memasuki kawasan kajian iaitu wad pesakit, pengkaji dikehendaki membentangkan proposal kajian dan soalan-soalan temu bual kepada pakar-pakar di unit penjagaan paliatif untuk tujuan memperhalusi instrumen kajian, iaitu proposal kajian dan soalan temu bual.
- 4) Setelah mendapat kelulusan dan disahkan kesesuaian soalan temu bual tersebut oleh pakar, pengkaji dikehendaki menjalankan kajian rintis kepada seramai 10 orang pesakit bagi memastikan dengan baik bahawa instrumen kajian tersebut bersesuaian serta menepati dan mencapai objektif kajian berdasarkan jawapan-jawapan yang diberikan oleh subjek.

- 5) Pengesahan keberjayaan kajian rintis membolehkan kajian lapangan dimulakan. Pengkaji mendapatkan data demografik pesakit dan persetujuan (*consent*) daripada pesakit atau keluarga pesakit untuk terlibat dalam kajian yang dijalankan.
- 6) Selepas mendapat persetujuan daripada subjek, pengkaji menjalankan sesi pengumpulan data dengan menemubual pesakit. Sesi temu bual yang dijalankan direkodkan menggunakan alat perakam suara. Setiap situasi yang dialami sepanjang sesi temu bual dijalankan dicatatkan dalam buku log khas kajian.
- 7) Observasi atau pemerhatian dijalankan sepanjang sesi temu bual atau sewaktu mengadakan lawatan ke wad pesakit. Observasi yang dilakukan sama ada kepada pesakit, para perawat dan ahli keluarga juga dicatatkan dalam buku log. Jadual 1.5 merupakan ringkasan proses pengumpulan data kajian lapangan yang dilakukan.

Proses temubual yang dijalankan melalui proses *rappor*⁷⁷ antara penyelidik dengan pesakit-pesakit dalam usaha mendapatkan subjek yang bersesuaian untuk ditemubual. *Rappor* bertujuan untuk melihat respon secara natural daripada subjek dalam memberi maklumat kepada penyelidik. *Rappor* ialah suatu perhubungan bagi mewujudkan suasana menyenangkan, selesa dan saling percaya. Apabila wujudnya suasana tersebut, pesakit akan lebih mudah untuk berkongsi pengalaman, perasaan dan menunjukkan sebarang reaksi terhadap persoalan sepanjang sesi temubual.

⁷⁷ *Rappor* ialah hubungan mesra. Rujuk “Dewan Bahasa dan Pustaka”, laman sesawang *Pusat Rujukan Persuratan Melayu*, dicapai 19 Oktober 2017, [#LIHATSINI](http://prpm.dbp.gov.my/Cari!?keyword=rappor&d=346196), entri “rappor”. *Rappor* diperlukan dalam proses mendekati pesakit dengan menjalinkan hubungan mesra atau menghilangkan rasa janggal antara pengkaji dan subjek.

Pemilihan subjek kajian dalam kalangan pesakit paliatif adalah berdasarkan beberapa ciri berikut, iaitu boleh berkomunikasi dengan baik, berada dalam keadaan sedar dan kondisi normal. Walau bagaimanapun, kesemua pesakit yang dijadikan subjek kajian ini sedang menjalani rawatan kawalan kesakitan yang dialami mereka dengan mengambil *morphine*, ubat tahan muntah dan pelbagai ubat kawalan yang dipreskripsikan oleh pakar perubatan. Hal ini tidak dapat dielakkan kerana rawatan tersebut diperlukan bertujuan untuk memastikan keselesaan fizikal pesakit itu sendiri. Justeru, seramai 27 orang telah dipilih untuk ditemubual sepanjang kajian, namun hanya 15 data terkumpul terbaik yang diambil dan dianalisis.

Manakala pesakit paliatif yang tidak dapat dipilih sebagai subjek temubual kajian adalah kerana faktor usia, mengalami masalah ingatan serta juga tidak memahami apa yang dipersoalkan dan dibincangkan. Begitu juga dengan pesakit yang menerima rawatan kritikal seperti makan menggunakan tiub dan hanya berkomunikasi menggunakan bahasa badan.

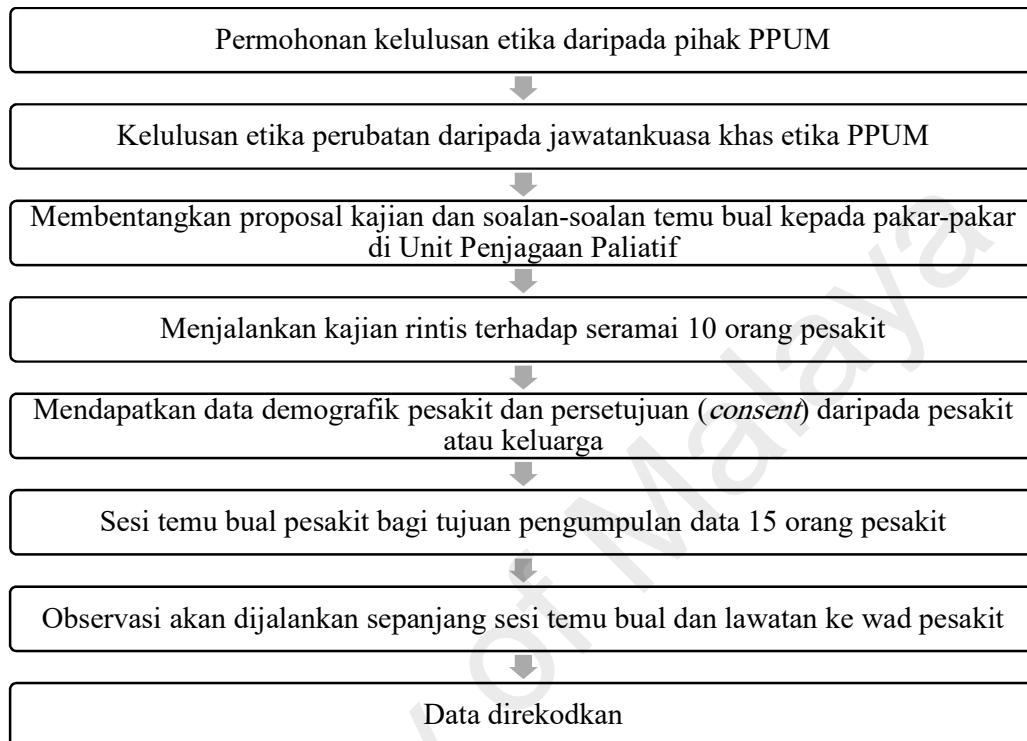
Walaupun pesakit paliatif ini kebanyakannya berada dalam situasi kesihatan yang membimbangkan, namun data yang dikutip melalui temubual adalah sah dan boleh dipercayai kerana pengumpulan data adalah berdasarkan etika dan prosedur yang dijalankan di PPUM.⁷⁸ Pada asasnya, kesemua pesakit paliatif yang dipilih sebagai subjek temubual kajian telah mendapat persetujuan doktor yang merawat mereka. Setiap kali sebelum sesi temubual diadakan, maka doktor bertugas yang melawat dan merawat subjek kajian pada pagi tersebut akan mengesahkan kondisi subjek kajian sama ada mereka berada dalam kondisi yang berseuaian untuk ditemubual ataupun tidak.⁷⁹ Temubual hanya dilakukan apabila mendapat persetujuan doktor mengenai kondisi

⁷⁸ Tan Seng Beng, Chong Guan, et al., The Experiences of Suffering of Palliative Care Patients in Malaysia: A Thematic Analysis, 46.

⁷⁹ Dr. Loh Ee Chin, Dr. Sheriza Izwa, Dr. David Paul Capelle (rujuk Lampiran C) dan doktor-doktor yang bertugas secara giliran di wad.

subjek kajian tersebut. Sepanjang kajian dijalankan, temubual dapat dilakukan dengan baik dan data temubual pesakit juga ditapis dan dipilih yang terbaik.

Rajah 1.5. Ringkasan Carta Alir Kajian Lapangan



Sumber: Olahan Penyelidik

1.9.4 Kaedah Menganalisis Data

Kaedah analisis kualitatif dilakukan kepada dua jenis data yang diperoleh iaitu data kajian kepustakaan dan data kajian lapangan. Jadual 1.6 merupakan carta alir secara ringkas perjalanan analisis data kajian lapangan.

- i) Analisis data ilmiah hasil daripada kajian kepustakaan dijalankan menggunakan analisis tema yang melibatkan kaedah induktif, deduktif dan komparatif.
 - 1) Deduktif ialah proses mengeluarkan tema-tema daripada kajian-kajian lepas untuk memandu dan mendapatkan gambaran awal kajian yang dijalankan. Metode ini digunakan untuk mengecilkan skop tema-tema yang pernah dikaji oleh para sarjana dan pengkaji terdahulu.

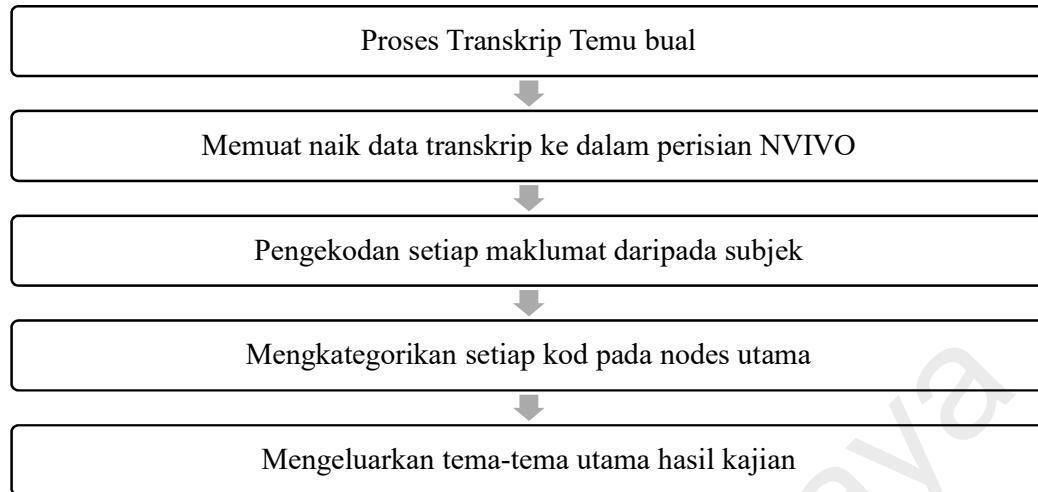
- 2) Induktif ialah proses analisis mengeluarkan dan mengembangkan tema-tema keresahan spiritual berdasarkan data-data yang diperoleh daripada kajian kepustakaan dan kajian lapangan. Metode ini kebanyakannya digunakan dalam bab terkemudian iaitu bahagian analisis sama ada dalam Bab Empat dan Bab Lima.
- 3) Komparatif ialah metode yang digunakan untuk membandingkan antara kajian-kajian yang dibuat dalam dunia perubatan terkini dan juga dunia perubatan terdahulu. Selain itu metode ini juga digunakan untuk membanding dan membezakan kajian yang dibuat oleh pengkaji kontemporari dan juga para sarjana Muslim terdahulu dan terkini.

ii) Analisis data kajian lapangan daripada temu bual menggunakan perisian NVivo versi 11. Maklumat-maklumat daripada subjek dikategorikan di bawah tema-tema tertentu.

Berikut merupakan langkah-langkah yang digunakan untuk menganalisis data temu bual dan observasi bagi kajian lapangan.

- 1) Selepas selesai menemubual subjek, pengkaji menjalankan kerja-kerja transkrip temu bual yang dirakam menggunakan alat perakam suara.
- 2) Hasil transkrip dimuat naik ke dalam perisian NVivo untuk tujuan analisis.
- 3) Setiap dokumen hasil transkrip dikodkan dengan tema-tema umum bagi setiap satu maklumat yang diperolehi.
- 4) Kemudian, kod tersebut dikategorikan atau *nodes* berdasarkan persamaan ciri-ciri.
- 5) *Nodes* tersebut dikeluarkan tema-tema khusus yang sesuai bagi setiap maklumat.
- 6) Setiap maklumat yang diperolehi disesuaikan dan diselaraskan dengan maklumat hasil daripada observasi sama ada dari segi tingkah laku dan respon subjek kajian dan keluarga subjek.

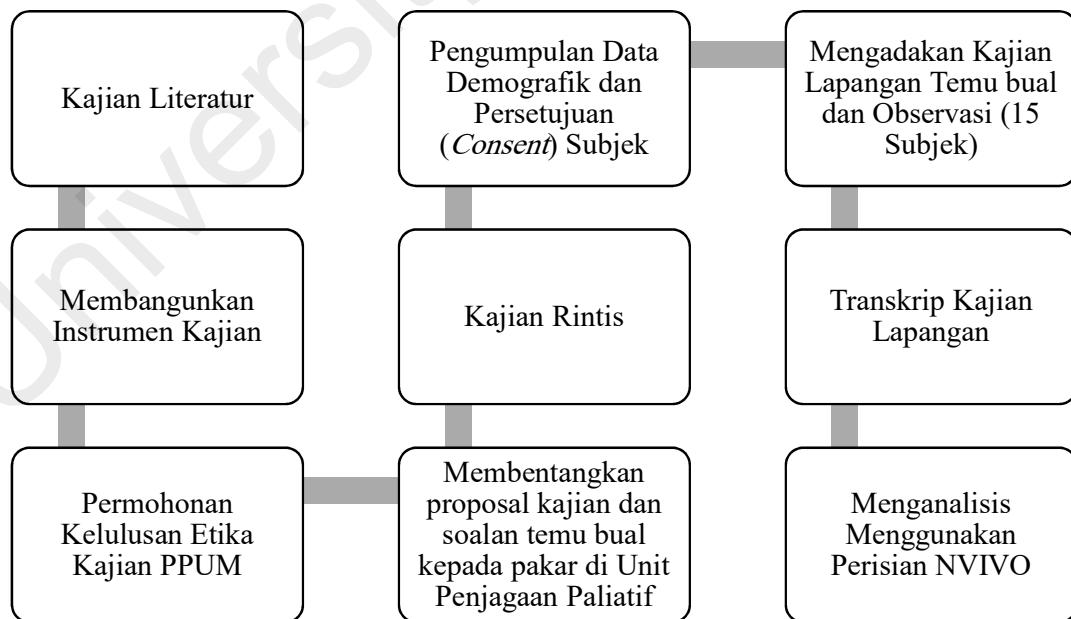
Rajah 1.6. Carta Alir Proses Analisis Data



Sumber: Olahan Penyelidik

Rajah 1.7 merupakan gambaran keseluruhan perjalanan kerja penyelidikan bermula peringkat awal penyediaan proposal kajian, pembangunan instrumen kajian sehingga fasa analisis dan disertasi.

Rajah 1.7. Carta Alir Keseluruhan Perjalanan Kajian



Sumber: Olahan Penyelidik

1.10 KERANGKA PENULISAN

Penulisan bagi kajian ini dibahagikan kepada lima bab, bermula dengan bab satu iaitu bab pendahuluan, kemudian diikuti empat bab seterusnya dan diakhiri dengan bab penutup. Bab satu merupakan bab pendahuluan membincangkan secara terperinci kajian yang berjalan. Antara perinciannya ialah latar belakang kajian, permasalahan kajian, persoalan kajian, objektif kajian yang dijalankan, skop kajian yang berjalan, kepentingan kajian, sorotan kajian lepas, metodologi kajian yang dijalankan dan cadangan kerangka penulisan.

Bab kedua membincangkan secara terperinci konsep penjagaan paliatif (*palliative care*). Pengkaji menjelaskan definisi paliatif, sejarah kemunculan dan berkembangnya penjagaan paliatif sehingga wujud di Malaysia. Selain itu, pengkaji menerangkan pembahagian-pembahagian aspek yang terdapat dalam penjagaan paliatif. Seterusnya pengkaji menerangkan sudut pandang Islam terhadap penjagaan paliatif serta kaitannya dengan konsep manusia dan *al-nafs*.

Bab ketiga pula menyelusuri secara mendalam tajuk kajian iaitu konsep keresahan spiritual (*spiritual distress*). Perincian bab ini ialah definisi keresahan spiritual, simptom atau kesukaran yang di alami oleh pesakit dan punca berlaku keresahan spiritual. Aspek yang dibincangkan meliputi aspek fizikal, spiritual, psikologi dan sosial. Seterusnya pengkaji menjelaskan bagaimana perubatan konvensional mengatasi masalah keresahan spiritual. Akhirnya, penulisan membincangkan keresahan spiritual menurut sudut pandang Islam.

Seterusnya bab keempat adalah analisis hasil dapatan kajian daripada kaedah temu bual. Bab ini dibahagikan kepada pecahan-pecahan tajuk iaitu maklumat subjek kajian atau pesakit. Dalam bab ini diulas dan diterangkan kesusahan dan simptom keresahan spiritual yang dialami oleh responden. Penulisan juga menganalisis punca-

punca berlaku keresahan spiritual dan kecenderungan subjek dalam menangani keresahan spiritual berdasarkan temu bual yang dirakam. Yang terakhir ialah analisis tahap pengetahuan subjek terhadap kepentingan penjagaan paliatif dan juga kepentingan spiritual yang mempengaruhi kualiti kehidupan.

Bab kelima juga merupakan bab analisis. Analisis ini adalah intipati daripada dapatan kajian berdasarkan elemen penghayatan tasawuf. Elemen-elemen yang dibincangkan ialah *al-ṣabr*, *al-riḍā*, *al-rajā'*, *kaffārah*, *al-taqdīr* dan lain-lain. Analisis ini menilai sejauh mana elemen ini diterapkan oleh subjek dalam kehidupan mengharungi ujian kesakitan dan penghayatan yang bagaimana seharusnya seseorang subjek itu lakukan.

Bab yang terakhir adalah penutup iaitu kesimpulan dan ulasan kajian. Pengkaji merumus dapatan kajian secara keseluruhan. Pengkaji juga memberi saranan untuk tindakan serta menyimpulkan kesan hasil dari daripada kajian. Pengkaji juga menyertakan saranan untuk kajian akan datang agar menjadi suatu yang bermanfaat kepada umat dan masyarakat.

1.11 KESIMPULAN

Sebagai kesimpulan untuk bab satu sebagai bab pendahuluan ialah merupakan gambaran awal perjalanan kajian. Bab ini menceritakan peri penting untuk kajian ini dijalankan, dan bagaimana manfaat yang diperolehi daripada kajian ini. Perjalanan kajian juga diuraikan dalam bab ini dalam bahagian metodologi. Kajian ini berkenaan alternatif kepada rawatan penyakit yang berisiko meliputi kajian dunia perubatan terkini dan terdahulu. Perbincangan dalam kajian ini adalah berdasarkan kajian sarjana kontemporari dan juga sarjana Islam terdahulu dan terkini.

BAB 2 : KONSEP PENJAGAAN PALIATIF (*PALLIATIVE CARE*)

2.1 PENDAHULUAN

Bab pertama akan membincangkan secara terperinci konsep penjagaan paliatif (*palliative care*). Pengkaji akan menjelaskan definisi paliatif, sejarah kemunculan dan berkembangnya paliatif sehingga ke Malaysia. Selain itu, pengkaji menerangkan pembahagian-pembahagian dimensi yang terdapat dalam penjagaan paliatif dan peranan-peranan individu atau organisasi yang terlibat bagi setiap dimensi. Seterusnya pengkaji menerangkan sudut pandang Islam terhadap penjagaan paliatif serta kaitannya dengan konsep manusia dan *al-nafs*.

2.2 DEFINISI PENJAGAAN PALIATIF

Isu kematian adalah suatu keadaan yang semua orang akan lalui tanpa mengetahui waktu dan saat berlakunya kematian tersebut dan bila-bila masa sahaja boleh terjadi. Kematian adalah suatu yang tidak menyenangkan untuk dibincangkan kerana menimbulkan keresahan dalam diri seseorang. Apabila makna kehidupan dan kematian tidak diketahui secara mendalam akan menyebabkan ketakutan itu menyelubungi seluruh perasaan seseorang. Persoalan ini berkait dengan kesediaan seseorang itu untuk meninggalkan kehidupan dunia seperti anak-anak, keluarga, rakan-rakan serta kenikmatan hidup di rumah.¹

¹ Hidayat, Komaruddin. 2015. *Psikologi Kematian*. Jakarta Selatan: Penerbit Noura Books, 99.

Soal kematian menjadi bertambah dengan perasaan takut apabila memikirkan bagaimana menghadapi kematian dan alam selepas kematian, sama ada telah cukup amalan kebaikannya dan sedia untuk dihitung di akhirat nanti.² Fredy dan Ranni pula mengatakan kehidupan selepas kematian adalah suatu yang misteri sehingga menumbulkan pelbagai persoalan di dalam akal fikiran. Selain itu keresahan memikirkan kematian ditambah apabila tanggungjawab kehidupan dunia yang bakal ditinggalkan seperti ahli keluarga.³

Dalam al-Quran, Allah SWT mendatangkan ayat menyatakan manusia ingin hidup lebih lama iaitu dalam surah al-Baqarah, ayat 96 yang bermaksud, “...*Masing-masing mereka ingin agar diberi umur seribu tahun, padahal umur panjang itu sekali-kali tidak akan menjauhkannya dari siksa. Allah Maha Mengetahui apa yang mereka kerjakan.*” Ayat ini ditujukan buat umat yang cintakan kehidupan dunia yang dilimpahi nikmat dan takutkan mati. Namun, bagi orang soleh yang sentiasa beriman dan bertaqwa kepada Allah, mereka yakin kepada janji Allah, mereka lebih mencintai kematian. Kematian adalah suatu tempat mereka berehat dari segala keperitan dan tipu daya kehidupan dunia.⁴

Kematian akan bertambah ditakuti apabila berdepan dengan masalah berkaitan kesihatan,⁵ seperti penyakit kritikal yang mempunyai harapan tipis untuk sembuh. Mereka merasakan kematian itu terlalu dekat. Membincangkan isu berkenaan penjagaan paliatif adalah penjagaan terhadap orang yang menghadapi penyakit yang kritikal dan tipis untuk sembuh sepenuhnya dan risikonya adalah kematian. Pesakit yang merasakan

² *Ibid.*, 104.

³ Fredy Setya Wijaya dan Ranni Merli Safitri, ‘Persepsi Terhadap Kematian Dan Kecemasan Menghadapi Kematian Pada Lanjut Usia’, *Jurnal Hasil Reset* (2006), 2.

⁴ Komaruddin Hidayat, *Psikologi Kematian* (Jakarta Selatan: Penerbit Noura Books), xviii.

⁵ Fares Daradkeh dan Hamdy Fouad Moselhy, ‘Death Anxiety (Thanatophobia) among Drug Dependents in an Arabic Psychiatric Hospital’, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 37, no. 3 (2011), 184.

tidak bersedia menghadapi situasi tersebut, menghadapi satu masalah kebimbangan melampau mengenai kematian (*thanatophobia*).⁶

Antara satu alternatif bagi membantu pesakit mengawal kesakitan dari segala aspek secara keseluruhannya termasuk menghadapi risiko kematian adalah penjagaan paliatif. Penjagaan paliatif (*palliative care*) secara umumnya ialah penjagaan secara holistik terhadap pesakit yang tiada harapan sembah dari penyakit tersebut. Penjagaan paliatif ini melibatkan penjagaan secara keseluruhan pada diri seseorang individu pesakit, sama ada pada aspek luaran atau dalaman.⁷ Definisi yang dikemukakan oleh Christina Faull menjelaskan paliatif adalah tindakan yang aktif melalui penjagaan yang holistik (menyeluruh) terhadap pesakit dan keluarga mereka oleh pasukan multiprofessional apabila penyakit yang dihidapi tidak lagi responsif kepada rawatan kuratif.⁸ Penjagaan ini diyakini memberi bantuan yang terbaik kepada pesakit yang hampir mati.⁹

Perkataan paliatif berasal dari Latin, iaitu *pallium* bermaksud jubah atau pakaian. Manakala *palliation* bermaksud melindungi, iaitu lebih kepada membendung atau mengawal kesan, tetapi tidak merawat atau menangani punca asas sesuatu masalah atau penyakit.¹⁰ Paliatif juga dipanggil hospis atau *hospice* yang berasal dari perkataan Latin, *hospes* bermaksud *host; hospitalis*, iaitu memberi makna mesra dan meraikan orang yang tidak dikenali. Manakala perkataan terbitan lain, *hospitium* mungkin lebih menyampaikan definisi falsafah yang lebih penting dalam penjagaan hospis iaitu perasaan mesra antara “tuan rumah” dan “tetamu” atau boleh difahami antara pesakit

⁶ *Ibid.*

⁷ David Clark, ‘International Progress in Creating Palliative Medicine as a Specialized Discipline’, dalam *Oxford Textbook of Palliative Medicine Fourth Edition*, ed. Russel K. Portenoy et al. (New York: Oxford University Press, 2010), 9.

⁸ Christina Faull, Carter dan Woof, *Handbook of Palliative Care*, 3.

⁹ Christina Faull dan Woof, *Palliative Care*, 4.

¹⁰ Christina Faull, Carter dan Woof, *Handbook of Palliative Care*, 1.

dan orang yang merawat.¹¹ Penjagaan paliatif juga dipanggil penjagaan tahap akhir, penjagaan hospis atau penjagaan akhir hayat.¹²

Definisi dan prinsip penjagaan paliatif yang dikeluarkan oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) mengkonklusikan definisi-definisi yang diberikan oleh para pengkaji seperti Christina Faull dan Mohammad Zafir ialah pendekatan untuk meningkatkan kualiti hidup pesakit dan keluarga pesakit dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam nyawa melalui pencegahan dan melegakan penderitaan melalui pengenalpastian awal, rawatan meredakan kesakitan dan masalah-masalah lain seperti emosi, spiritual dan sosial.¹³

Pesakit akan melalui beberapa rawatan dalam usaha untuk mengurangkan rasa kesakitan seperti pembedahan, terapi biologi¹⁴ kemoterapi dan radioterapi.¹⁵ Sepanjang menjalani rawatan ini, ditambah dengan keadaan penyakit yang dihidapi, pesakit akan berdepan dengan pelbagai cabaran dan ganguan terhadap fizikal dan emosi. Gangguan-ganguan ini boleh dilihat berdasarkan simptom-simptom yang ditunjukkan oleh pesakit dalam pelbagai aspek, sama ada fizikal, emosi, spiritual dan kehidupan sosial.

Pendekatan penjagaan paliatif adalah kepada pesakit, keluarga pesakit, perawat dan orang sekeliling pesakit. Mereka akan melalui sesi rundingan bagi menjalankan rancangan yang terbaik untuk pesakit merangkumi aspek fizikal, psikososial dan spiritual. Antara keperluan terbesar pesakit penyakit terminal ini ialah keleaan dari kesakitan, ubat paling sesuai dalam pengurusan simptom dan juga bantuan kewangan. Ahli keluarga dan kenalan merupakan penyumbang utama kepada rawatan pesakit,

¹¹ *Ibid.*

¹² N Ahmed et al., ‘Systematic Review of the Problems and Issues of Accessing Specialist Palliative Care by Patients, Carers and Health and Social Care Professionals’, *Palliative Medicine* 18, no. 6 (2004), 526.

¹³ Gales, Resnikoff dan Sepulveda, *Cancer Control Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes*, 3.

¹⁴ Terapi biologi ialah terapi yang menggunakan sumber kehidupan organisme, sebagai contoh vaksin atau bakteria. Merujuk Elizabeth A. Musgrave dan Robert L. Sutherland, ‘Biological Determinants of Endocrine Resistance in Breast Cancer.’, *Nature Reviews. Cancer* 9, no. 9 (2009), 638.

¹⁵ Geoffrey Hanks et al., *Oxford Textbook of Palliative Medicine: Psychiatric, Psychosocial and Spiritual Issues in Palliative Medicine*, ed. Russel K. Portenoy and Nicholas A. Christakis (United States: Oxford University Press, 2010), 1420.

namun mereka tidak mempunyai kepakaran dalam aspek kesakitan. Justeru memerlukan pakar dan perawat untuk membantu.¹⁶

Rawatan penjagaan paliatif tidak hanya tertumpu kepada rawatan formal di hospital, ia merangkumi khidmat hospis. Hospis merupakan penjagaan yang dijalankan di rumah pesakit, iaitu perawat akan pergi ke rumah untuk membuat rawatan susulan dan melihat keadaan pesakit serta memastikan kemudahan pesakit tersedia dengan rapi di rumah. Perawat akan berunding dan memberi nasihat serta tunjuk ajar kepada keluarga pesakit cara untuk merawat dan memenuhi keperluan pesakit.

2.3 SEJARAH PALIATIF

Pendekatan konsep penjagaan paliatif merupakan pendekatan rawatan alternatif yang telah diperkenalkan sejak tahun 1820 yang dikenali penjagaan akhir hayat.¹⁷ Rawatan terhadap pesakit yang berada di tahap akhir ini bermula dengan kesedaran untuk penjagaan khusus bagi pesakit di akhir hayat untuk membantu pesakit merasai keselesaan walaupun berada dalam kesakitan. Amalan rawatan yang menunjukkan bentuk atau corak rawatan paliatif sebenarnya telah wujud sejak awal abad ke-4¹⁸ lagi iaitu bermula dengan pergerakan penjagaan hospis yang merupakan rawatan yang dijalankan dari rumah ke rumah. Namun, pada ketika itu pendekatan rawatan sebegini masih belum dinamakan sebagai rawatan penjagaan paliatif.¹⁹ Rawatan paliatif ini muncul secara formalnya apabila rawatan perubatan tidak lagi memberi kesan kepada kualiti hidup pesakit yang berada di ambang maut ini sama ada dari aspek fizikal, emosi

¹⁶ Gales, Resnikoff dan Sepulveda, *Cancer Control Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes*, 10.

¹⁷ Christina Faull dan Richard Woof. *Palliative Care*. Oxford Handbook of Clinical Medicine. New York (2002), 7.

¹⁸ “Palliative Care History,” laman sesawang *News Medical*, dicapai 2 Disember 2014, <http://www.news-medical.net/health/Palliative-Care-History.aspx>

¹⁹ Hospis ialah penjagaan hospis yang bermaksud penjagaan berkONSEPAN hospitaliti.

ataupun sosial. Secara rasminya pergerakan rawatan ini bermula pada 1965 apabila sebuah kumpulan melawat pesakit telah ditubuhkan.²⁰

Negara-negara Asia yang banyak terlibat dalam menjalankan kajian ini ialah Korea dan Jepun bermula 1970-an, serta Australia, China, Thailand, Vietnam, Indonesia dan Filipina. Manakala Malaysia terlibat dengan kajian penjagaan paliatif sekitar 90-an²¹ iaitu bermula tahun 1992.²² Walaupun masih dalam proses mematangkan polisi, metode, dan garis panduan bagi membantu pesakit, konsep penjagaan ini semakin berkembang dan diyakini sangat relevan untuk diaplikasikan kepada para pesakit.²³

Penjagaan terhadap orang yang sakit secara umumnya dalam Islam telah ditekankan sejak awal penurunan wahyu, kitab al-Qur'an dan kerasulan Nabi Muhammad s.a.w. Islam menekankan konsep terhadap orang sakit iaitu menziarahi orang sakit dan mendoakan mereka. Sebagai Muslim, mestilah bantu membantu sebagaimana boleh untuk meringankan beban sesama insan. Dalam konsep penjagaan paliatif, penekanan aspek kekeluargaan yang saling mengambil berat dan saling membantu antara satu sama lain amat penting. Begitu juga dalam Islam, aspek ini ditekankan bermula dari sekecil-kecil perkara sehingga sebesar-besar perkara iaitu berkaitan dengan saling membantu daripada untuk selamat daripada azab api neraka.

²⁰ t.p., 'History of Hospice Care,' laman sesawang *National Hospice and Palliative Care Organization*, dicapai 1 November 2016, <http://www.nhpco.org/history-hospice-care>.

²¹ Michael, W., Ednin, H. et al. *Hospice and Palliative Care in Southeast Asia: A Review of Development and Challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines*. Oxford University Press. (2010). Dicapai 8 Disember 2014 <http://books.google.com.my/books?id=TsQk0TCFbNcC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>.

²² Michael, W et al., *Hospice and Palliative Care in Southeast Asia: A Review of Development and Challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines*. Oxford University Press. (2010), dicapai 8 Disember 2014, <http://books.google.com.my/books?id=TsQk0TCFbNcC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>, 20

²³ Ednin H. Palliative Care in the Community. *Journal of the University of Malaya Medical Centre*, no.1 (2006), 85-86.

2.4 SKOP RAWATAN PALIATIF

Penjagaan paliatif merupakan penjagaan yang memerlukan kepada kumpulan sokongan yang terdiri daripada pasukan khidmat dari pelbagai latar belakang kepakaran (*interdiscipline health-care team*).²⁴ Mereka memainkan peranan masing-masing dan berhadapan dengan cabaran tersendiri, namun mereka bertindak seiring dengan satu matlamat dalam usaha membantu meningkat kualiti penjagaan terhadap pesakit akhir hayat.

Pesakit yang menjalani rawatan ini biasanya menghidapi penyakit kritikal yang dikatakan tiada harapan untuk sembuh seperti kanser, kegagalan jantung, alzheimer, parkinson dan lain-lain.²⁵ Pesakit yang memerlukan penjagaan paliatif boleh dibahagikan kepada tiga kategori penyakit²⁶ iaitu kanser, penyakit progresif bukan malignan dan penyakit terminal kanak-kanak. Populasi umur untuk pesakit dewasa ialah 15 tahun ke atas dan populasi umur untuk kanak-kanak ialah umur dibawah 15 tahun. Ketiga-tiga jenis penyakit ini merupakan penyakit yang kritikal dan memerlukan pemerhatian yang lebih. Perhatian dan pendekatan cara rawatan terhadap dua peringkat usia ini juga berbeza berdasarkan perbezaan kematangan berfikir.

Antara ciri-ciri pesakit yang dikatakan tiada harapan untuk sembuh ialah apabila tahap penyakit dikesan apabila sudah berada pada tahap terakhir yang tiada harapan untuk sembuh melalui rawatan perubatan fizikal. Kanser merupakan salah satu penyakit yang mempunyai harapan tipis untuk sembuh kerana ianya berpunca daripada sel kanser yang bertindak merebak secara cepat. Contoh kanser ialah paru-paru, trakea, bronkus, telinga, hidung, payu dara, limpa, leukemia, hematopoetik dan perut. Peringkat awal sakit, rawatan masih boleh diusahakan untuk mengawal sel merebak. Namun, pesakit

²⁴ Dagny Faksvag Haugen, Friedmann Nauck dan Augusto Caraceni, ‘The Core Team and The Extended Team’, dalam *Oxford Textbook of Palliative Medicine Fourth Edition*, ed. Nathan I Cherny et al. (New York: Oxford University Press, 2010), 171

²⁵“Get Palliative Care Organization,” laman sesawang *What is Palliative Care* (2012), dicapai 26 November 2014, <http://getpalliativecare.org/whatis/>.

²⁶ Peter J Franks et al. The Level of Need for Palliative Care: A Systematic Review of The Literature, 3.

dikira tiada harapan untuk sembuh apabila tidak dapat menjalani rawatan kanser kerana pesakit mengalami keadaan fizikal yang terlalu lemah berpunca dari masalah fizikal seperti kegagalan jantung, buah pinggang, hati dan lain-lain. Pesakit-pesakit seperti yang disebutkan di atas adalah antara pesakit yang sangat penting untuk mereka mengikuti penjagaan paliatif bagi membantu mereka menjalani kehidupan sehari secara lebih baik walaupun peluang untuk sembuh tipis.

Antara penyakit yang memerlukan penjagaan paliatif untuk peringkat dewasa kategori penyakit bukan malignan²⁷ ialah alzheimer, demensia, kanser, penyakit kardiovaskular (melainkan mati mengejut), radang hati penyakit pulmonari obstruktif kronik, kencing manis, HIV/AIDS, kegagalan buah pinggang, Parkinson, radang sendi, dan TB. Manakala untuk peringkat kanak-kanak ialah kanser, penyakit kardiovaskular, radang hati, kecacatan sejak lahir (tidak termasuk jantung), darah dan gangguan imunisasi, HIV/AIDS, meningitis, penyakit buah pinggang, gangguan saraf dan bayi yang baru dilahirkan (*neonatal*).²⁸

Objektif utama rawatan paliatif ialah untuk meningkatkan kualiti kehidupan manusia dalam menghadapi penyakit yang serius dan kompleks. Selain itu ialah untuk mengurangkan kesan sampingan yang dihadapi sepanjang rawatan dijalankan seperti rasa loya semasa menjalani kemoterapi dan lain-lain. Aspek utama yang ditekankan dalam rawatan ini, iaitu fizikal, spiritual, psikologi dan sosial dijalankan serentak sepanjang rawatan melalui program-program khas pesakit, serta aktiviti-aktiviti yang dijalankan oleh perawat dan pihak lain yang terlibat.

²⁷ D C Traue dan J R Ross, ‘Palliative Care in Non-Malignant Diseases.’, *Journal of the Royal Society of Medicine* 98, no. 11 (2005), 503. Malignan ialah penyakit yang merebak dengan cepat berpunca daripada sel kanser yang cepat merebak, manakala penyakit bukan malignan atau *benign* ialah penyakit yang tidak merebak dan kurang merbahaya melainkan penyakit yang melibatkan salur darah.

²⁸ Stephen, R. C., “Global Atlas of Palliative Care at the End of Life,” laman sesawang World Health Organization, dikemaskini January 2014, dicapai 3 Disember 2014, <http://www.thewhPCA.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.

Antara asas dalam penjagaan paliatif mengikut yang dilaksanakan oleh WHO²⁹ ialah membantu untuk melegakan sakit dan gejala yang mencemaskan dan menekankan kepada pesakit bahawa hidup dan mati merupakan satu proses dalam kehidupan. Penjagaan paliatif tidak bertujuan untuk mempercepat atau menangguhkan kematian, penjagaan ini menggabungkan aspek psikologi dan spiritual dalam penjagaan pesakit, yang menawarkan sistem sokongan untuk membantu pesakit hidup aktif seperti biasa sehingga ajal dan juga menawarkan sistem sokongan untuk membantu keluarga menguruskan pesakit sehingga pesakit merasakan sakit berkurang.

Rawatan dalam penjagaan paliatif menyediakan khidmat pasukan yang bertanggungjawab mendekati pesakit untuk memenuhi keperluan pesakit dan keluarga pesakit dengan memberi kaunseling sehingga pesakit merasakan tidak sakit, juga membantu meningkatkan kualiti hidup dan memberi pengaruh positif dalam menghadapi penyakit. Rawatan paliatif yang dijalankan pada awal-awal penyakit, dirawat bersama-sama dengan terapi lain bertujuan untuk memanjangkan jangka hayat pesakit di samping menjalankan penyiasatan yang berkaitan.

Dalam usaha menjalankan asas-asas rawatan, aspek penting yang ditekankan dalam penjagaan terdiri daripada lapan ruang lingkup utama terhadap setiap pesakit iaitu aspek struktur dan proses rawatan, aspek penjagaan fizikal, aspek penjagaan psikologikal dan psikiatri, aspek sosial, spiritual, keagamaan, dan aspek eksistensial, aspek budaya, aspek penjagaan diambah kematian dan penjagaan aspek etika dan undang-undang.³⁰

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Christina Puchalski et al., Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference.

2.5 ELEMEN PENJAGAAN PALIATIF

Paliatif merupakan satu alternatif untuk penjagaan kesihatan, dan secara umum adalah penjagaan kesihatan seseorang melibatkan seluruh aspek dalam kehidupan seseorang manusia. Organisasi Kesihatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) menggariskan elemen fizikal, spiritual dan psikososial (psikologi dan sosial) sebagai keutamaan dalam ruang lingkup penjagaan.³¹ Manakala Christina Faull dalam buku panduan penjagaan paliatif menggariskan elemen fizikal, mental, spiritual dan sosial, dengan menambah elemen mental dalam penjagaan.³² Traue pula membincangkan paliatif terbahagi kepada tiga elemen utama iaitu psikologi, spiritual dan sosial, iaitu dengan tidak memasukkan elemen mental dan fizikal.³³

Setiap pengkaji mempunyai pandangan dan pendapat yang berbeza tentang aspek penjagaan paliatif berdasarkan pemahaman dan masalah yang dihadapi. Aspek-aspek ini penting untuk dititikberatkan bagi memastikan keseluruhan aspek dalam diri seorang manusia mendapat pengurusan penjagaan yang baik terutama seorang pesakit dan orang sekeliling pesakit. Sepertimana Rajah 1.2 pada halaman 14 dalam Bab 1, sebelum ini telah menunjukkan dimensi penjagaan yang digariskan oleh WHO yang memperlihatkan dimensi penjagaan paliatif mestilah menyeluruh kepada semua individu yang berada di sekeliling pesakit iaitu keluarga, juga pemberi rawatan seperti pengamal perubatan, pakar, kaunselor dan sukarelawan.³⁴

Pengkaji lebih cenderung untuk mengambil empat elemen sahaja iaitu fizikal, spiritual, psikologi dan sosial sebagaimana skop perbincangan dalam paliatif oleh WHO. Manakala elemen emosi termasuk di bawah perbincangan melibatkan elemen spiritual dan psikologi. Setiap elemen mempunyai kepentingan dan peranan serta saling

³¹ WHO, *Cancer Control Knowledge into Action Who Guide for Effective Programmes*, 3

³² Christina Faull dan Richard Woof. *Palliative Care*. Oxford Handbook of Clinical Medicine. New York (2002), 3

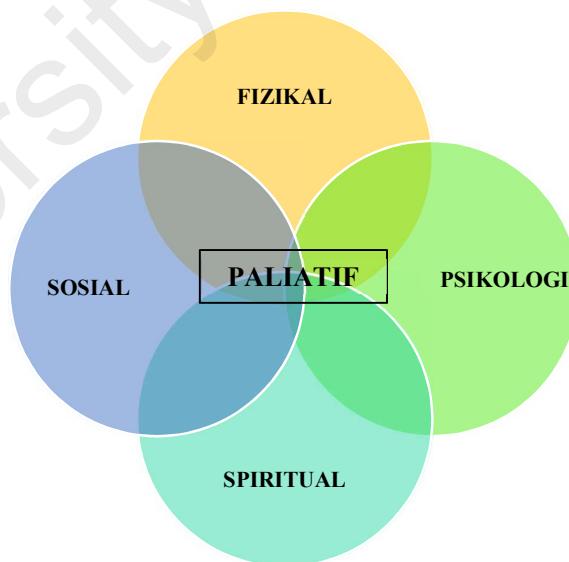
³³ Traue dan Ross. *Palliative Care in Non-Malignant Diseases*, 503.

³⁴ Christina Faull dan Richard Woof, *Palliative Care*, 27

berhubungkait antara satu sama lain. Elemen mental tidak dibincangkan secara khusus dalam kajian ini kerana skop perbincangannya sangat luas dan merangkumi perbincangan yang melibatkan elemen spiritual dan psikologi³⁵ yang mana telah dimasukkan dalam perbincangan elemen-elemen utama penjagaan paliatif.

Perjalanan hidup manusia sehari-hari dipengaruhi oleh banyak faktor, sekiranya salah satunya terganggu akan menjadikan kehidupan seseorang individu berbeza daripada kebiasaan tingkah laku dan rutin hariannya. Dalam konteks ini, pengaruh kesihatan fizikal, spiritual, psikologi dan kesejahteraan sosial sangat penting. Oleh sebab inilah penjagaan paliatif boleh dikira sebagai rawatan terbaik dan boleh diaplikasikan kepada semua jenis kondisi kesakitan kerana elemen penekanannya adalah holistik iaitu menekankan kesemua aspek kehidupan. Rajah 2.1 di bawah menerangkan saling hubungan antara elemen-elemen tersebut.

Rajah 2.1. Dimensi Penjagaan Paliatif



Sumber: Olahan Penyelidik

³⁵ Nick Kates, ‘Shared Mental Health Care’, *Canadian Family Physician*, (2002), 853–55.

2.5.1 Maksud Bagi Setiap Elemen dalam Penjagaan Paliatif

1. Fizikal

Penjagaan elemen fizikal menekankan bagaimana mengawal keadaan sistem badan pesakit, seperti sistem imunisasi, perkumuhan, pernafasan, hormon dan lain-lain.³⁶ Hakikat apabila seseorang mengalami penyakit kritikal, sistem badan mereka sudah mengalami gangguan dan tidak berfungsi dengan baik, dan peranan pengamal perubatan akan membantu memberi keselesaan kepada pesakit dengan usaha yang terbaik, walaupun kesembuhan secara sepenuhnya itu sukar untuk dicapai. Pengamal perubatan akan membantu untuk mengawal kesakitan yang dialami oleh pesakit,³⁷ sebagai contoh bagi mengurangkan tindakbalas sel kanser untuk merebak, pesakit diberi rawatan radioterapi dan kemoterapi. Daripada rawatan-rawatan yang dijalani pesakit akan mengalami kesan-kesan seperti kepenatan, kurang selera makan, loya, masalah sukar bernafas dan lain-lain.³⁸ Kebiasaan penekanan elemen fizikal dalam penjagaan paliatif ialah mengawal tindak balas ubatan dan rawatan.

Kesihatan atau keadaan fizikal yang baik dialami oleh fizikal apabila pesakit boleh menjalani kehidupan normal seperti makan, minum, proses metabolisme berjalan baik, membaca, beriadah, bersosial dan keadaan kualiti hidup yang baik.³⁹ Tan Sen Beng menjelaskan keadaan fizikal yang baik berdasarkan komen dari pesakit ialah pesakit tidak merasa sakit dan dalam keadaan normal serta selesa.⁴⁰ Pesakit lebih suka jika mereka tidak perlu bergantung kepada ahli keluarga dan orang lain serta dapat bekerja semula.⁴¹

³⁶ Christina Faull dan Richard Woof. *Palliative Care*, 65

³⁷ Christina Faull, Yvonne Carter dan Richard Woof, *Handbook of Palliative Care* (United Kingdom: Blackwell Science, 1998), 3.

³⁸ Maarten Hofman et al., ‘Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem.’, *The Oncologist*, 12.Supp1 1 (2007), 4–10.

³⁹ *Ibid.*, 7.

⁴⁰ T. Seng Beng et al., ‘The Experiences of Well-Being of Palliative Care Patients in Malaysia: A Thematic Analysis’, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, (2014), 11.

⁴¹ *Ibid.*

Kesakitan yang dirasakan menyebabkan mereka sukar untuk menikmati kehidupan sediakala kerana rutin harian terganggu. Pesakit kebanyakannya akan meminta kepada pengamal perubatan untuk membantu mereka mengurangkan kesakitan yang dialami, berbanding keinginan-keinginan lain seperti melakukan sebarang aktiviti, makan makanan yang diingini atau lain-lain. Secara kesimpulannya kesejahteraan fizikal (*physical well-being*) adalah keadaan kondisi tubuh badan dan kualiti hidup (*Quality of Life*).

2. Spiritualiti

Elemen kedua penting dalam penjagaan paliatif selepas fizikal ialah elemen spiritualiti. Stefanie Monod menjelaskan elemen spiritualiti menyumbang kepada kesan positif dalam pengubatan,⁴² dan kajian Harold telah membuktikan aspek spiritual memberi kebaikan kepada mental, fizikal dan kesihatan.⁴³ Namun spiritualiti yang dimaksudkan adalah bukan semata-mata aspek keagamaan, mereka berpendapat spiritual adalah merangkumi nilai keagamaan dan nilai yang tidak melibatkan aspek keagamaan⁴⁴ kerana keagamaan adalah suatu yang berbentuk sistem pegangan tetap dan pengamalan ritual.⁴⁵ Sebagai contoh Anandarajah dan Hight mendefinisikan spiritual sebagai suatu yang memberi harapan, keselesaan, keterhubungan, cinta dan kekuatan.⁴⁶ Contoh lain

⁴² Stefanie M Monod et al., ‘The Spiritual Distress Assessment Tool: An Instrument to Assess Spiritual Distress in Hospitalised Elderly Persons.’, *BMC Geriatrics* 10, no. 88 (2010), 1.

⁴³ Harold G Koenig, ‘Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice.’, *The Southern Medical Journal* 97, no. 12 (2004), 1194.

⁴⁴ Gowri Anandarajah dan Ellen Hight, ‘Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment’, *American Family Physician* 63, no. 1 (2001), 83.

⁴⁵ Adrian Edwards et al., ‘The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-of-Life and Palliative Care: A Meta-Study of Qualitative Research.’, *Palliative Medicine* 24, no. 8 (2010), 753–70.

⁴⁶ Anandarajah dan Hight, Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment, 81-88.

ialah Caldeira, Carvalho dan Vieira pula mendefinisikan spiritual sebagai hubungan dengan diri sendiri, seni, muzik, alam dan hubungan dengan masyarakat sosial.⁴⁷

Spiritualiti merupakan subjek yang tidak pernah tamat dibincangkan dari segi konseptual⁴⁸ kerana ia sangat kompleks dan setiap individu mempunyai definisi dan perspektif yang berbeza mengenai spiritualiti. Definisi spiritualiti difahami berdasarkan pengalaman manusia dari pelbagai dimensi.⁴⁹ Dalam kajian-kajian, para sarjana mempunyai pandangan tersendiri mengenai konsep spiritualiti dan kebanyakannya adalah berdasarkan latar belakang dan tema kajian tersendiri.

Kajian paliatif secara mendalam terhadap elemen spiritual ini baru mula berkembang dijalankan di negara-negara luar seperti di United Kingdom, Amerika, Kenya dan Pakistan.⁵⁰ Kajian dari Amerika ada menyebut spiritualiti dan penjagaan spiritual dikenalpasti sebagai elemen penting dalam penjagaan paliatif.⁵¹ Spiritual adalah elemen utama dalam kehidupan seseorang kerana ia memandu kehidupan seseorang individu itu sebagaimana kajian di Mesir oleh Mohammad Zafir juga mengiktiraf penjagaan spiritual sebagai satu komponen utama dalam penjagaan paliatif.⁵² Malaysia terlibat dengan kajian penjagaan paliatif sejak tahun 1992,⁵³ namun kajian-kajian berkaitan elemen spiritual masih di peringkat awal.

⁴⁷ Caldeira, Carvalho dan Vieira, ‘Spiritual Distress — Proposing a New Definition and Defining Characteristics’, 77-84.

⁴⁸ Allan Kellehear, ‘Spirituality and Palliative Care: A Model of Needs’, *Palliative Medicine*, 14.2 (2000), 149.

⁴⁹ Anandarajah dan Hight, ‘Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment’, 83.

⁵⁰ M Renz et al., ‘Spiritual Experiences of Transcendence in Patients with Advanced Cancer.’, *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 32, no. 2 (2013), 178–188.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² Mohammad Zafir Al-Shahri dan Abdullah Al-Khenain, ‘Palliative care for Muslim patients’.

⁵³ Michael Wright et al., *Hospice and Palliative Care in Southeast Asia: A Review of Development and Challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines*.

Kajian Melanie menyatakan keadaan spiritual yang baik (*spiritual well-being*), dizahirkan melalui tingkah laku pesakit, emosi pesakit dan reaksi pesakit.⁵⁴ Manakala, spiritual yang terganggu akan menyumbang kepada keresahan spiritual (*spiritual distress*) seterusnya membawa kepada tekanan dan akan mengganggu kesihatan mental seseorang.⁵⁵ Spiritual akan terganggu apabila keperluan-keperluan bagi spiritual tidak dapat dipenuhi, seperti hubungan dengan Tuhan, kekurangan kasih sayang, keinginan dan matlamat kehidupan tidak dapat dipenuhi dan lain-lain.⁵⁶ Masalah-masalah yang dihadapi menyebabkan sesetengah orang itu tidak dapat menangani dan memberi tekanan kepada fikiran dan mental seseorang.

Spiritual dalamuraian umum WHO berdasarkan kajian Neera Dhar ialah keadaan individu yang dapat menangani isu kehidupan sehari-hari dengan cara merealisasikan potensi, makna dan tujuan kehidupan dari dalam diri. Keadaan ini dapat dicapai melalui evolusi diri, realisasi diri dan transcendensi.⁵⁷ Manakala, empat elemen utama yang dibincangkan oleh Stefanie Monod dan Michael Wright dalam spiritualiti ialah makna kehidupan (*meaning*), pengalaman dalaman (*transcendence*), nilai (*value*) dan identiti psikososial (*psychosocial identity*).⁵⁸ Perbincangan mengenai aspek spiritualiti dapat dirumuskan bahawa setiap sarjana mengeluarkan elemen-elemen dalam spiritual berdasarkan kajian, observasi dan pengalaman mereka tersendiri. Namun, setiap elemen menunjukkan persamaan definisi dari segi makna kehidupan dan memaksimumkan potensi diri, sama ada melalui elemen nilai dan hubungan sosial.

⁵⁴ McEwen, *Spiritual Nursing Care: State of the Art*, 162.

⁵⁵ Eleni Chambers et al., ‘The Self-Management of Longer-Term Depression: Learning from the Patient, a Qualitative Study’, *BMC Psychiatry* 15, no. 172 (2015), 1.

⁵⁶ McEwen, *Spiritual Nursing Care: State of the Art*, 162.

⁵⁷ Neera Dhar, Deoki Nandan dan S K Chaturvedi, ‘Spiritual Health, the Fourth Dimension: A Public Health Perspective’, *WHO South-East Asia Journal of Public Health* 2, no. 1 (2013), 1.

⁵⁸ Stefanie Monod et al., ‘The Spiritual Needs Model: Spirituality Assessment in the Geriatric Hospital Setting.’, *Journal of Religion, Spirituality & Aging* 22, no. 4 (2010), 275 & 276.

Makna kehidupan (*meaning*), ialah seseorang itu merasakan kehidupannya sangat bermakna dan mendapat semangat dan kekuatan dari dalam diri. Pesakit mempunyai tujuan dan matlamat utama dalam kehidupan, dan tidak terkesan dengan cabaran dan ujian yang melanda seperti sakit kritikal yang sedang dialami. Daripada aspek makna ini, pesakit akan dapat merasai keselesaan, keamanan juga ketenangan kerana terdapat sistem sokongan yang kuat daripada sekeliling.⁵⁹ Kebiasaannya pesakit merasa disayangi dan dihargai. Antara sumber kekuatan ialah ahli keluarga, kawan, suasana alam, kesenian, muzik dan lain-lain aspek dalam kehidupan.⁶⁰ Perkara ini menunjukkan hubungan antara makna kehidupan dan faktor psikososial. Makna juga membawa pengertian pesakit paliatif merasakan diri mereka berharga dan mereka mengetahui dengan jelas tujuan dan matlamat kehidupan mereka di dunia dan di akhirat.⁶¹

Transenden atau pengalaman dalaman atau satu-satunya yang terbaik (*transcendence*) adalah aspek yang dipengaruhi oleh faktor luaran individu atau boleh dijelaskan juga sebagai faktor hidup yang mempunyai Tuhan sebagai sandaran dan tempat bergantung. Gowri dan Ellen menyatakan transenden merupakan suatu situasi rohani yang berpunca dari kuasa yang luar biasa, iaitu Tuhan.⁶² Peterman meletakkan transenden sebagai maksud utama spiritual, iaitu merasai kewujudan dan rasa keterhubungan dengan Tuhan.⁶³ Wright menyokong kenyataan Gowri bahawa

⁵⁹ Anandarajah dan Hight, Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment, 83.

⁶⁰ Caldeira, Carvalho dan Vieira, Spiritual distress-proposing a new definition and defining characteristics., 78.

⁶¹ Koenig, Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice, 1194-1200.

⁶² Anandarajah dan Hight, Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment, 84.

⁶³ Amy H Peterman et al., ‘Measuring Spiritual Well-Being in People with Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy--Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp).’, *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine* 24, no. 1 (2002), 49.

transenden adalah suatu keadaan dan tindakan melebihi keadaan biasa seseorang manusia.⁶⁴ Aspek transenden mempengaruhi juga aspek makna dalam kehidupan.

Dimensi ketiga adalah nilai (*value*) yang membawa maksud sistem nilai yang menentukan kebaikan dan kebenaran bagi seseorang itu dalam melaksanakan segala tindakan dan pilihan yang perlu dilakukan dalam kehidupan. Sistem ini jarang disebut dalam aspek spiritual kerana ia merupakan manifestasi daripada aspek makna dan transenden.⁶⁵ Michael Wright pula membincangkan nilai adalah suatu yang memberi maksud cinta, kebenaran, kemaafan dan perdamaian.⁶⁶ Fegg membahagikan nilai kepada tiga teras iaitu kreativiti, pengalaman dan sikap.⁶⁷

Elemen yang terakhir ialah identiti psikososial (*psychosocial identity*) yang dimaksudkan oleh Monod ialah persekitaran pesakit sebagai contoh masyarakat, penjaga pesakit, ahli keluarga dan orang terdekat yang boleh mempengaruhi identiti, psikologi dan pendirian pesakit.⁶⁸ Kebiasaan pesakit mendapat sokongan kuat daripada hubungan yang baik dengan keluarga dan sekeliling.⁶⁹ Golongan ini diperlukan pesakit agar pesakit merasakan dirinya disayangi, disentuh, sedia mendengar luahan, yang mengenalinya dan pesakit boleh rasa dirinya dimaafkan. Silvia dalam kajianya terhadap pengertian dan ciri-ciri keresahan spiritual meletakkan psikososial sebagai satu kayu ukur kepada keadaan spiritual yang baik.⁷⁰

⁶⁴ M Wright, ‘Hospice Care and Models of Spirituality’, *European Journal of Palliative Care* 11, no. 2 (2004), 77.

⁶⁵ Stefanie Monod et al, The Spiritual Needs Model: Spirituality Assessment in the Geriatric Hospital Setting, 276.

⁶⁶ Michael Wright, ‘Hospice Care and Models of Spirituality’, *European Journal of Palliative Care* 11, no. 2 (2004), 76.

⁶⁷ Martin Fegg et al., ‘Does the Working Environment Influence Health Care Professionals’ Values, Meaning in Life and Religiousness? Palliative Care Units Compared with Maternity Wards’, *Journal of Pain and Symptom Management* 48, no. 5 (2014), 916.

⁶⁸ Stefanie Monod et al., The Spiritual Needs Model: Spirituality Assessment in the Geriatric Hospital Setting, 272.

⁶⁹ Liwliwa R Villagomeza, ‘Spiritual Distress in Adult Cancer Patients: Toward Conceptual Clarity.’, *Holistic Nursing Practice* 19, no. 6 (2005), 289.

⁷⁰ Silvia Caldeira, Emilia Campos Carvalho dan Margarida Vieira, ‘Spiritual Distress — Proposing a New Definition and Defining Characteristics’, *International Journal of Nursing Knowledge- The Official Journal of NANDA International* 24, no. 2 (2013), 78.

Manakala, membincangkan konsep pandangan Islam dalam menghuraikan aspek spiritual dalam kehidupan umumnya dan penjagaan kesihatan khususnya adalah menumpukan kepada asas penting dalam kepercayaan seseorang individu Muslim. Sebagai contoh Mohammad Zafir yang membincangkan penjagaan paliatif kepada pesakit Muslim, beliau mengetengahkan aspek spiritual sebagai komponen penting dan asas utama penjagaan paliatif.⁷¹ Hal ini kerana dalam diri seorang Muslim itu ada satu pegangan asas atau sistem kepercayaan.⁷² Dalam apa jua hal yang berlaku, seorang Muslim itu akan kembali kepada pegangan asas, iaitu keimanan dan kepercayaan kepada Allah yang menciptakan dan mengatur kehidupan hamba-Nya. Perbincangan dan pengkajian bagi sarjana Muslim adalah lebih kepada aspek spiritual yang berbentuk ritual agama, terapi seperti zikir, ibadah, bacaan al-Quran dan lain-lain. Walau bagaimanapun empat elemen tersebut iaitu makna, transenden, nilai dan psikososial saling memerlukan dalam memaksimumkan kesan spiritual dalam diri seseorang individu, terutamanya pesakit paliatif.

Lucy Selman dalam kajiannya menyatakan sumber kekuatan utama dalam menangani masalah kesihatan ialah sokongan sosial dan kepercayaan spiritual.⁷³ Pengaruh sosial atau masyarakat sekeliling pesakit boleh mendatangkan pengaruh sama ada positif atau negatif kepada pesakit. Pesakit akan mudah terkesan dengan apa yang ada disekelilingnya. Sebagai contoh, kondisi yang sangat memberi kesan iaitu perbezaan antara ahli keluarga yang sentiasa ada di sisi untuk memberi sokongan dan perhatian, berbanding ahli keluarga yang sentiasa bermasalah dan tiada untuk membantu pesakit. Manakala Sa'īd Hawwa mengulas tentang alam menempuh fasa-

⁷¹ Mohammad Zafir Al-Shahri dan Abdullah Al-Khenaizan, Palliative Care for Muslim Patients, 432.

⁷² *Ibid.*

⁷³ Lucy Selman et al., ‘Psychological, Social and Spiritual Distress at the End of Life in Heart Failure Patients.’, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 1, no. 4 (2007), 260–266.

fasa tersebut bergantung kepada kekuatan spiritual seseorang dan juga perlunya peranan daripada masyarakat sekeliling terutamanya yang terdekat dengan pesakit.⁷⁴

3. Psikologi

Pengaruh psikologi sangat memberi kesan dalam kehidupan seseorang dari segi membina tanggapan dan pemikiran.⁷⁵ Psikologi juga boleh memberi pengaruh kepada keyakinan dan kepercayaan spiritual⁷⁶ sebagaimana yang berlaku kepada seorang pesakit kanser payu dara yang mempersoalkan penderitaannya berdasarkan pengalaman psikologi yang dialaminya sebelum ini.⁷⁷

Kajian yang melibatkan kematian berpunca daripada pesakit yang menghidapi penyakit jantung membuktikan ramai yang meninggal dunia kerana faktor psikologi tidak kuat yang membawa kepada kegagalan jantung. Kegagalan jantung ini berpunca daripada keresahan dan kemurungan teruk yang tidak dapat dikawal oleh pesakit tersebut yang mana keadaan ini dipanggil *psychological morbidity* atau kegagalan psikologi.⁷⁸

Simin Hematti et al. telah membuktikan dalam kajiannya bahawa psikologi sangat berkait dengan elemen spiritual berdasarkan penemuannya bahawa bacaan al-Qur'an boleh membantu untuk mencapai kesejahteraan psikologi dan menggalakkan proses penyembuhan. Elemen spiritual mampu membantu untuk meningkatkan kadar kesejahteraan psikologi dan kesihatan fizikal yang kemudiannya mampu pula meningkatkan kualiti hidup seseorang pesakit.⁷⁹ Ednin Hamzah juga menyatakan hal

⁷⁴ Muh. Syahar et al., *Makalah Konsep Dying Dan Hospice Care* (Makassar, 2014), 6-10.

⁷⁵ D. Thomas Markle, ‘Does Education Cause Spiritual Belief Change?’, *Current Issues in Education* 15, no. 1 (2012), 7.

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ Constance Harris Sumner, Recognizing and Responding to Spiritual Distress, 26.

⁷⁸ Selman, Beynon, et al., Psychological, social and spiritual distress at the end of life in heart failure patients, 261.

⁷⁹ Simin Hematti et al., ‘Spiritual Well-Being for Increasing Life Expectancy in Palliative Radiotherapy Patients: A Questionnaire-Based Study’, *Journal of Religion and Health* 54, no. 5 (2015), 1571.

yang sama iaitu keperluan memberi penekanan dan keprihatinan terhadap elemen psikologi dan spiritual pesakit yang mesti saling melengkapi.⁸⁰

4. Sosial

Elemen sosial ini melibatkan masyarakat yang berada disekeliling pesakit seperti keluarga, saudara-mara, rakan-rakan, pengamal perubatan dan sukarelawan serta lain-lain individu yang berhubungan dengan pesakit. Aspek perbincangan elemen sosial dalam penjagaan paliatif adalah berkenaan isu kewangan untuk pembiayaan rawatan dan juga isu penjagaan pesakit iaitu rawatan fizikal dan membantu pesakit dalam mengurus diri seperti makan, minum, mandi, memakai pakaian dan lain-lain.⁸¹

Keperluan utama dalam elemen sokongan sosial terhadap pesakit ialah, keberadaan seseorang sebagai tempat untuk pesakit bergantung harap, meluahkan, rasa dijaga dan dihargai serta sentiasa ada pada saat diperlukan dan mampu merawat pesakit.⁸² Dari segi kehidupan harian, pesakit lebih ingin untuk berada di rumah berbanding rawatan di hospital. Hal ini kerana pesakit rasa terbatas dengan aktiviti di hospital, yang kebanyaknya masa berada di dalam wad terutamanya di katil wad. Selain itu ialah, pesakit merasa lebih dekat dengan ahli keluarga apabila berada di rumah.

Lucy Selman dalam kajiannya menyatakan sumber kekuatan utama dalam menangani masalah kesihatan ialah sokongan sosial dan kepercayaan spiritual.⁸³ Manakala Sa'īd Hawwa mengulas tentang alam menempuh fasa-fasa tersebut bergantung kepada kekuatan spiritual seseorang dan juga perlunya peranan daripada

⁸⁰ Ednin Hamzah, *Palliative care in the community*, 86.

⁸¹ N Ahmed et al., ‘Systematic Review of the Problems and Issues of Accessing Specialist Palliative Care by Patients, Carers and Health and Social Care Professionals’, *Palliative Medicine* 18, no. 6 (2004), 527.

⁸² Ian McDowell, *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires, Statistics in Medicine*, 2006, 152.

⁸³ Lucy Selman et al., ‘Psychological, Social and Spiritual Distress at the End of Life in Heart Failure Patients.’, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 1, no. 4 (2007), 260–266.

masyarakat sekeliling terutamanya yang terdekat dengan pesakit.⁸⁴ Pengaruh sosial atau masyarakat sekeliling pesakit boleh mendarangkan pengaruh sama ada positif atau negatif kepada pesakit. Pesakit akan mudah terkesan dengan apa yang ada disekelilingnya. Sebagai contoh, kondisi yang sangat memberi kesan iaitu perbezaan antara ahli keluarga yang sentiasa ada di sisi untuk memberi sokongan dan perhatian, berbanding ahli keluarga yang sentiasa bermasalah dan tiada untuk membantu pesakit.

5. Mental

Elemen mental dalam penjagaan paliatif turut dihuraikan dalam bahagian ini kerana terdapat juga sarjana yang memasukkan elemen ini sebagai salah satu elemen dalam paliatif. Elemen mental, spiritual dan psikologi adalah suatu yang bersifat dalaman individu.

Masalah kesihatan mental yang paling kritikal adalah masalah kemurungan (*depression*).⁸⁵ Masalah kemurungan juga merupakan tanda kepada masalah spiritual yang tidak sihat.⁸⁶ Apabila sesuatu masalah itu tidak dapat dikawal dengan baik, ia akan menyebabkan berlaku tekanan. Lucy Selman menyatakan penyakit adalah berpunca daripada tekanan pada mental yang tidak dapat ditangani dengan baik. Pesakit yang mempunyai kadar kemurungan yang rendah akan lebih mudah untuk memulihkan kesihatan fizikal mereka.⁸⁷

⁸⁴ Muh. Syahar et al., *Makalah Konsep Dying Dan Hospice Care* (Makassar, 2014), 6-10.

⁸⁵ Chambers et al., ‘The Self-Management of Longer-Term Depression: Learning from the Patient, a Qualitative Study’, 1.

⁸⁶ Constance Harris Sumner, ‘Recognizing and Responding to Spiritual Distress’, *The American Journal of Nursing* 98, no. 1 (1998), 28.

⁸⁷ Selman, Beynon, et al., ‘Psychological, Social and Spiritual Distress At The End of Life In Heart Failure Patients’, 261.

Kesihatan mental berdasarkan Koenig adalah suatu yang berkaitan dengan kesihatan emosi. Sekiranya seseorang itu mengalami masalah emosi, sebenarnya mentalnya yang tidak sihat.⁸⁸ Kajian oleh Karen pula menyatakan kondisi spiritual memberi pengaruh yang besar kepada masalah mental.⁸⁹ WHO mendatangkan maksud kesihatan mental ialah keadaan yang sejahtera iaitu seseorang individu itu menyedari potensi diri, dapat menangani masalah normal kehidupan, boleh menjalankan aktiviti harian seperti bekerja secara normal dan mampu menyumbang kepada masyarakat.⁹⁰ Kajian-kajian lepas daripada para sarjana menunjukkan elemen mental banyak mempengaruhi dan saling berkait dengan elemen spiritual dan psikologi, seterusnya memberi kesan kepada emosi dan sosial individu, termasuklah fizikal.

2.5.2 Hubungkait Antara Setiap Elemen Penjagaan Paliatif

Setiap elemen dalam penjagaan paliatif mempunyai peranan yang tersendiri dan saling berkait rapat dalam penjagaan terhadap pesakit. Berdasarkan konsep kesakitan yang menyeluruh (*total pain*), iaitu sakit yang bukan sahaja datang dari sakit fizikal, malah sakit yang melibatkan spiritual, psikologi dan sosial pesakit. Menurut satu kajian di Universitas Diponegoro, Semarang mengatakan bahawa seseorang itu akan dapat melakukan sesuatu tindakan dengan cara terbaik apabila mengfungsikan gabungan spiritual dan psikologi dalam setiap tindakannya⁹¹ sekalipun seseorang itu sedang berhadapan dengan sesuatu kesusahan seperti penyakit kronik.

⁸⁸ Koenig, Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice, 1195.

⁸⁹ Karen N Lindgren dan Robert D Coursey, ‘Spirituality and Serious Mental Illness: A Two-Part Study’, *Psychosocial Rehabilitation Journal* 18, no. 3 (1995), 105.

⁹⁰ WHO. “Mental health: a state of well-being”, dikemaskini Ogos 2014, dicapai 24 Disember 2016, http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.

⁹¹ R A Fabiola Meirnayati Trihandini, ‘Analisis Pengaruh Kecerdasan Intelektual, Kecerdasan Emosi Dan Kecerdasan Spiritual Terhadap Kinerja Karyawan Program Studi Magister Manajemen Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang’ (Tesis Kedoktoran, Universitas Diponegoro Semarang, 2005), 29.

Banyak faktor yang boleh mempengaruhi tekanan pesakit terutama keadaan diri yang tidak selesa dengan kesan kesakitan dan kondisi sekeliling iaitu suasana sekitar, ahli keluarga, rakan-rakan. Di samping sokongan moral daripada persekitaran, kekuatan dalaman pesakit adalah lebih penting untuk berdepan dengan penyakit. Kekuatan dalaman itu datang dari kekuatan spiritual atau rohani yang mantap. Kesimpulannya, kombinasi spiritual, psikologi, sosial dan fizikal amat penting untuk memastikan kualiti hidup seseorang itu baik.

Dalam satu kajian berkenaan kaitan kanser dan keletihan ada mengulas bahawa pengurangan tekanan psikologi akan membantu mengurangkan keletihan.⁹² Manakala Chibnall menerangkan bahawa elemen psikososial dan spiritual sangat berhubung kait dengan tekanan atau keresahan dalam menghadapi risiko kematian.⁹³ Kesihatan fizikal, kesejahteraan spiritual, kesejahteraan sosial dan kesihatan psikologi adalah elemen yang menjadi keinginan semua orang dalam mengejar kebahagiaan hidup. Manakala bagi pesakit yang mengidap penyakit terminal mereka juga mengimpikan kehidupan yang bermakna pada akhir usia.

2.6 PALIATIF DARI SUDUT PANDANG ISLAM

Penjagaan paliatif merupakan penjagaan kesihatan yang melibatkan keseluruhan elemen pada diri seorang manusia, sama ada elemen fizikal, psikologi, spiritual dan sosial. Islam adalah agama yang sangat lengkap dari pelbagai aspek sama adalah melibatkan luaran manusia seperti penjagaan kesihatan, juga aspek dalaman manusia, iaitu penjagaan hati nurani. Aspek sosial juga Islam ambil perhatian dengan penekanan hubungan sesama manusia dan jugak hak-hak manusia.

⁹² Hofman et al., Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem.

⁹³ John T Chibnall et al., ‘Psychosocial-Spiritual Correlates of Death Distress in Patients with Life-Threatening Medical Conditions.’, *Palliative Medicine* 16, no. 4 (2002), 336.

2.6.1 Konsep Penjagaan Holistik dalam Islam

Al-Ghazālī dalam kitabnya *Iḥyā' 'Ulūm al-Dīn* membahagikan manusia kepada dua aspek fizikal dan spiritual. Aspek fizikal adalah aspek lahiriah manusia yang berfungsi untuk proses normal seorang manusia meneruskan kehidupan. Manakala aspek dalam atau spiritual, beliau menyebutnya sebagai *nafs* dan membahagikannya kepada empat makna iaitu *al-qalb*, *al-nafs*, *al-rūh* dan *al-'aql*.⁹⁴ Islam amat mementingkan penjagaan kesihatan secara seimbang untuk kedua-kedua aspek ini bagi melahirkan mukmin yang kuat dalaman dan luarannya.

Penjagaan aspek fizikal adalah satu tuntutan. Islam menuntut umatnya untuk menjaga kebersihan, pemakanan, riadhah dan sebagainya kerana ia merupakan punca kepada kesihatan. Kebersihan dari segala aspek sama ada pakaian, makanan, minuman, kehidupan dan kebersihan dalaman. Kesihatan amat penting bagi memastikan kesempurnaan ibadah *farḍu 'ain* dan juga ibadah *fardhu kifayah*. Dalam satu Hadith riwayat Muslim, Rasulullah s.a.w. bersabda yang bermaksud, “*Mukmin yang kuat lebih disukai oleh Allah berbanding mukmin yang lemah.*”⁹⁵

Selain daripada sudut fizikal, Islam menekankan juga kepentingan elemen sosial. Menjaga hubungan dengan Allah dan menjaga hubungan dengan sesama makhluk adalah sangat dituntut. Firman Allah dalam Surah al-Hujurat, ayat 11 menekankan tentang kepentingan menjaga hubungan sesama manusia, tidak mencela dan saling membantu, saling menghormati setiap individu dan bersikap baik sesama insan.⁹⁶ Ayat ini jelas menunjukkan bahawa Islam sangat mementingkan hubungan sosial sesama ahlinya.

⁹⁴ Al-Ghazālī, *Iḥyā' 'Ulūm al-Dīn* (Vol. 3).

⁹⁵ Muslim ibn al-Ḥajjāj al-Qushayrī, *Ṣaḥīḥ Muslim bi Sharḥ al-Nawāwī*, Juzuk 4 Bāb Fī al-Amr bi al-Quwwah wa Tarak al-`Ajz (Beirut: Dār al-Fikr, 1983).

⁹⁶ Sayyid Qutb, *Tafsīr fī Zilāl al-Qur'ān*, Juzuk 26, Ṣūrah al-Hujurāt (Madīnah: Al-Tawhīd wa al-Jihād, t.t), rujuk *Terjemahan Tafsīr fī Zilāl al-Qur'ān*, Juzuk 26, Ṣūrah al-Hujurāt, dicapai 26 Mac 2018, <https://tafsirzilal.files.wordpress.com/2015/04/muqaddimah-melayu1.pdf>

Kesimpulannya, Islam bukan sahaja menekankan elemen fizikal, malah elemen spiritual, psikologi dan juga sosial bagi menghasilkan kehidupan yang baik dan seimbang berdasarkan kehendak ajaran Islam. Bagi melengkapkan kesemua elemen dalam Islam ini, aspek hati atau elemen spiritual adalah perkara yang utama perlu dijaga dan diteliti oleh hambaNya. Kepentingan elemen spiritual ditonjolkan dalam hadis keenam dari Hadis Imam al-Nawāwī yang membincangkan kepentingan menjaga kesucian hati yang akan menentukan kebaikan akhlak dalam segala tindakan.⁹⁷

عَنْ أَبِي عَبْدِ اللَّهِ التَّعْمَانِ بْنِ بَشِيرٍ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُمَا قَالَ: سَعَطْتُ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ يَقُولُ: ... أَلَا وَإِنَّ فِي الْجَسَدِ مُضْعَفَةً إِذَا صَلَحَتْ صَالِحَةُ الْجَسَدِ كُلُّهُ، وَإِذَا فَسَدَتْ، فَسَدَّ الْجَسَدُ كُلُّهُ ، أَلَا وَهِيَ الْقَلْبُ

Terjemahan: Daripada Abū ‘Abdullah al-Nu‘man ibn Bashīr r.a. beliau berkata: “... ketahuilah bahawa dalam setiap jasad itu ada seketul daging yang apabila ia baik maka baiklah seluruh jasad dan apabila ia rosak, maka rosaklah seluruh jasad. Ketahuilah ia adalah hati.”

Hadis di atas jelas menunjukkan elemen tunjang yang menjadi pangkal dalam Islam untuk berjaya dan bahagia dunia dan akhirat adalah elemen hati atau elemen kerohanian yang menjadi perbincangan para ulama terdahulu seperti al-Ghazālī, Abū Ḥāfiẓ al-Makkī dan lain-lain.

⁹⁷ Musthafa Dieb al-Bugha dan Muhyiddin Mistu, *Al-Wafī: Syarah Hadis Arba'in Imam Nawawi* (Jakarta: Qisthi Press, 2014), 42.

2.6.2 Peranan Elemen Spiritualiti dalam Penjagaan Paliatif

Al-Ghazālī menyatakan pengaruh jiwa (*soul*) sangat besar terhadap tubuh badan,⁹⁸ manakala Hindu juga tidak menafikan akan kaitan tersebut.⁹⁹ Namun skop pemahaman terhadap jiwa bagi setiap agama adalah sangat berbeza. Pengkaji di sini ingin menekankan bahawa kesakitan tidak hanya dipengaruhi oleh tubuh badan semata, bahkan ada pengaruh yang lain. Agama dan spiritual merupakan dua konsep yang saling berkait antara satu sama lain.¹⁰⁰ Mengikut perbincangan secara lebih terperinci agama selain daripada Islam, agama merupakan suatu panduan yang mempengaruhi perlakuan manusia dalam kehidupan sehari-hari, manakala spiritual ialah suatu kefahaman agama, bersifat universal, berbentuk dalaman dan bersifat publik atau kata lain spiritual lebih umum berbanding konsep agama itu sendiri.¹⁰¹

Spiritual Islam seperti yang dibincangkan sebelum ini, ialah keagamaan iaitu kepercayaan kepada Allah. Konsep spiritual Islam dilihat penting bagi membantu meningkatkan kesedaran Islam.¹⁰² Asmah Lee dalam satu perbentangannya menyatakan ahli psikologi dan pengamal kaunseling kini sudah mula meletakkan agama dan dimensi spiritual dalam modul mereka bagi membantu meningkatkan kehidupan manusia dari aspek kebahagian.¹⁰³ Penekanan kepada nilai spiritual dalam diri orang Islam sangat penting untuk membantu melahirkan masyarakat yang sihat dari sudut jasmani dan rohaninya.¹⁰⁴ Agama sebagai satu dimensi yang dapat mengawal tekanan yang dirasai telah lama diterapkan dalam menangani masalah psikologi dan emosional ahli

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ T. Patrick Hill dan David Shirley, *A Good Death: Taking More Control At The End of Your Life* (A Merloyd Lawrence Book, 1992), 138.

¹⁰⁰ Asmah Bee Md Noor, Dimensi Agama dan Spiritual dalam Amalan Kaunseling, 261-270.

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² Che Zarrina Sa'ari & Sharifah Basirah Syed Muhsin. Cadangan Model Psikoterapi Remaja Islam Berasaskan Konsep Tazkiyah *al-Nafs*. *Jurnal Usuluddin* 26, (2012), 49 – 74.

¹⁰³ Asmah Bee Md Noor. Dimensi Agama dan Spiritual dalam Amalan Kaunseling, 261 – 270.

¹⁰⁴ Che Zarrina Sa'ari dan Sharifah Basirah Syed Muhsin, Cadangan Model Psikoterapi Remaja Islam Berasaskan Konsep Tazkiyah *al-Nafs*, 49 – 74.

masyarakat.¹⁰⁵ Nilai inilah yang cuba ingin diterapkan dalam diri pesakit, di samping nilai yang tidak pernah putus asa dalam diri dan meletakkan pengharapan dan tawakal kepada Allah SWT sebagaimana firmanNya,

وَلَا تَأْنِسُوا مِن رَّوْحِ اللَّهِ إِنَّمَا لَا يَأْنِسُ مِنْ رَّوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ ^{٨٧}

Yusuf 12: 87

Terjemahan: "...dan janganlah kamu berputus asa dari rahmat serta pertolongan Allah. Sesungguhnya tidak berputus asa dari rahmat dan pertolongan Allah itu melainkan kaum yang kafir".

Ayat di atas menerangkan tentang sebagai Muslim untuk tidak berputus harap daripada rahmat Allah. Apabila seseorang ditimpa ujian, sesungguhnya Allah lah yang mendatangkan ujian tersebut dan Dia akan datangkan penyelesaiannya dari pelbagai sudut kehidupan. Manusia mestilah memikirkan setiap sesuatu yang berlaku pasti ada sebab berlaku dan ia takkan berlaku sia-sia. Manusia mestilah berusaha mencari jalan penyelesaian selain tidak putus berdoa kepada Allah agar memberi kesabaran dan jalan penyelesaian.¹⁰⁶

Hasil penelitian terhadap kajian lepas ini telah menunjukkan bahawa kajian yang memfokuskan kepada aspek spiritual pesakit yang berada di dalam penjagaan paliatif masih kurang khususnya di Malaysia. Justeru kajian ini akan menyelidiki faktor penyebab kepada munculnya keresahan spiritual (*spiritual distress*) dalam kalangan pesakit di bawah penjagaan paliatif dan apakah kecenderungan pesakit dalam berhadapan dengan masalah keresahan spiritual ataupun bagaimana mereka lakukan untuk mengurangkan masalah tersebut.

Setiap individu termasuk pesakit, pengamal perubatan dan orang sekeliling sama ada keluarga, kawan dan sukarelawan mempunyai peranan masing-masing dalam penjagaan paliatif. Penting untuk mereka mengetahui peranan yang mesti dilakukan

¹⁰⁵ Asmah Bee Md Noor, Dimensi Agama dan Spiritual dalam Amalan Kaunseling.

¹⁰⁶ Muhammad Mutawallī Sha'rawī dan Ahmad 'Umar Hashim, *Tafsīr Sha'rawī*, Jilid 11 (Kaherah: Akhbar al-Yawm, Idārāt al-Kutub wa al-Maktabat, 1991), 7054-7056.

pada setiap posisi dan keadaan pesakit. Terutamanya dalam usaha untuk membantu pesakit mencapai kesejahteraan spiritual, seorang pesakit mestilah mendapat sokongan padu dari semua yang terlibat. Hal ini kerana dalam fasa yang kritikal, pesakit akan mempunyai masalah dalam membuat keputusan dan berfikir secara rasional. Begitu juga setiap individu yang terlibat juga saling memerlukan sokongan dan bantuan sesama mereka.¹⁰⁷

Fasa-fasa penerimaan yang dilalui oleh pesakit adalah berubah-ubah bermula daripada awal pengenalpastian penyakit kritikal, semasa menjalani sesi rawatan sehingga pada akhir hayat kehidupan. Pada setiap fasa inilah terdapat peranan setiap individu yang berada disekeliling pesakit dari semua aspek, khususnya aspek spiritual. Antara fasa yang digariskan oleh Kubbler-Ross¹⁰⁸ ialah pengingkaran (*denial*), marah dan iri (*anger*), tawar menawar (*bargaining*), kemurungan (*depression*) dan akhir sekali penerimaan (*acceptance*). Setiap fasa ini adalah berbeza cara yang dilakukan oleh setiap pesakit kerana perbezaan kepercayaan, latar belakang dan pengalaman kehidupan yang dilalui.¹⁰⁹ Situasi dan pengertian bagi setiap fasa akan diterangkan dengan lebih terperinci dalam perbincangan seterusnya.

Pengingkaran (*denial*) ialah fasa pesakit menafikan secara keras keputusan hasil diagnosis penyakit akhir hayat yang dihadapi. Pesakit tidak dapat menerima hakikat dengan dugaan sakit yang dialami.¹¹⁰ Pada fasa ini merupakan fasa yang pesakit tidak mahu berinteraksi dengan sesiapa termasuk ahli keluarga dan rakan-rakan. Penerapan aspek spiritual pada fasa ini juga memakan masa untuk menerangkan kepada pesakit. Pesakit mengambil masa untuk menerima hakikat keadaan dirinya yang ditimpa ujian kesakitan tersebut. Pada fasa ini, ahli keluarga pesakit adalah orang yang terdekat yang

¹⁰⁷ Gales, Resnikoff dan Sepulveda, *Cancer Control Knowledge into Action*.

¹⁰⁸ Christina Faull, Carter dan Woof, *Palliative Care*, 5.

¹⁰⁹ Cemy Nur Fitria, ‘Palliative Care Pada Penderita Penyakit Terminal’, *GASTER* 7, no. 1 (2010), 528.

¹¹⁰ Christina Faull dan Richard Woof, *Palliative Care* (New York: Oxford Handbook of Clinical Medicine, 2002), 5.

mesti menunjukkan sokongan penuh melalui komunikasi dan tindakan dalam menghadapi penyakit ini agar pesakit merasakan dia tidak sendiri menghadapinya.

Apabila ditimpa sebarang musibah, Islam mengajar agar umatnya bersabar dan bersangka baik dengan Yang Maha Menjadikan Sesuatu seperti penyakit kritikal. Kajian demi kajian bagi mencari jalan penyelesaian untuk mengawal sakit dari pelbagai aspek seperti aspek spiritual dan emosi, namun semua itu adalah bermula dari dalam diri individu tersebut bagaimana mahu mengambil pengajaran dan bertindak dengan situasi. Justeru didikan kerohanian dari aspek keagaaman amat penting bagi memastikan ada pegangan asas yang mengawal tindakan individu itu sendiri. Ahli keluarga dan orang terdekat juga sangat penting mempunyai ilmu dan pengetahuan berkait dengan kerohanian dan keagaaman bagi membantu pesakit menghadapi ujian ini.

Fasa kedua ialah pesakit akan sering marah (*anger*) dengan keadaan dirinya dan menunjukkan iri terhadap orang lain yang diberi nikmat kesihatan.¹¹¹ Mereka akan sentiasa mengulang-ulang pertanyaan kenapa sakit itu terjadi kepadanya. Mereka rasa kekecewaan dengan sendiri dan mula menyalah diri sendiri dengan kesilapan-kesilapan lalu. Pada fasa ini juga menghadapi masalah untuk penekanan aspek spiritual. Pesakit tidak dapat menerima hakikat keadaan dirinya yang diambang kematian. Pada fasa ini ahli keluarga dan kenalan terdekat mestilah sentiasa bersama pesakit bagi membantu meneutralkan kemarahan dan mempositifkan persoalan yang terluah oleh pesakit.

Kemarahan yang dihuraikan dalam Islam adalah suatu emosi yang berpunca daripada jiwa yang tidak tenang. Manakala, perasaan iri dengan nasib orang lain pula adalah seolah-olah berperang dengan diri sendiri¹¹² dan seolah-olah marah dengan apa yang Allah takdirkan kepadanya. Sikap-sikap seperti ini seolah-olah menyakitkan diri sendiri kerana apa yang berlaku tidak boleh diubah atau diubati dengan cara seperti itu.

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² Sharifah Basirah Syed Muhsin dan Che Zarrina Sa’ari, *Kaedah Psikoterapi Islam Berdasarkan Konsep Maqamat Abu Talib Al-Makki* (Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka, 2015), 161.

Sebaliknya Islam mengajar umatnya sabar (*sabr*) dan berharap (*rajā'*)¹¹³ dengan cara berusaha mencari penawar dan alternatif lain bagi mengawal penyakit tersebut.

Fasa seterusnya adalah fasa tawar menawar (*bargaining*) iaitu fasa pesakit lebih tenang. Pesakit akan cuba meminta agar penyakitnya disembuhkan dengan apa jua cara. Pesakit akan mula banyak berinteraksi pada fasa ini kerana mengharapkan sesuatu yang lebih baik seperti sembah sepenuhnya dari penyakit tersebut. Kebiasaanya aplikasi spiritual mudah untuk diterapkan ketika fasa tawar menawar ini.¹¹⁴ Pesakit lebih mudah mendengar dan menerima pandangan sekeliling sama ada dari doktor, keluarga dan lain-lain yang terdekat dengan pesakit. Jangka masa peralihan daripada fasa kedua kepada fasa ketiga adalah bergantung kepada semangat pesakit itu sendiri dan juga sokongan daripada orang sekeliling.

Mohamad Zafir antara tokoh sarjana Islam yang membincangkan aspek kesihatan dan menekankan kaitan serta perihal penting spiritual dalam aspek penjagaan kesihatan dan kualiti kehidupan.¹¹⁵ Zafir menekankan kepentingan pengamalan amalan kerohanian dalam proses penyembuhan seperti membaca al-Qur'an dan doa-doa tertentu. Sebagai ummat Islam, semestinya mengamalkan dan yakin dengan janji-janji dalam kitab utama seperti al-Qur'an dan Hadith Rasulullah s.a.w. Terapi dan amalan positif yang berterusan akan membantu meningkatkan kualiti hidup kerana ianya sumber kekuatan seseorang.

Kemurungan (*depression*) ialah fasa selepas pesakit cuba mengadakan tawar-menawar dengan orang lain, di mana pesakit menyedari bahawa penyakit yang dialami adalah mempunyai harapan yang tipis. Pada fasa ini, pesakit akan mengalami

¹¹³ Che Zarrina Sa'ari dan Sharifah Basirah Syed Muhsin, 'Cadangan Model Psikoterapi Remaja Islam Berasaskan Konsep Tazkiyah Al-Nafs', *Jurnal Usuluddin*, (2012), 49–74.

¹¹⁴ Anna C Bloemhard, 'The Care That Shines from within: The Role of Spirituality in Aged and Palliative Care : A Qualitative Study That Explores How Spirituality Informs Care- Giving to the Elderly and Dying in Home and Residential Care in a Regional Area on the Mid North Coast' (Southern Cross University, 2008), 5.

¹¹⁵ Al-Shahri. Culturally Sensitive Caring for Saudi Patients, 134.

kemurungan, kebimbangan, putus harap dan rasa berdosa. Kemurungan ini akan membawa pesakit itu kepada tekanan dan keresahan serta cenderung ke arah sesuatu yang negatif.¹¹⁶ Tindakbalas pesakit pada fasa ini sangat bergantung kepada penghayatan aspek spiritual pada fasa tawar-menawar. Hal ini kerana cubaan membunuh diri pernah dilakukan oleh pesakit yang tidak dapat menahan perasaan dan kesakitan pada fasa ini.¹¹⁷

Pesakit mesti berusaha untuk mengawal kemurungan yang melanda dengan cara tersendiri kerana kesannya terhadap proses penyembuhan lebih efektif.¹¹⁸ Dalam masa yang sama memerlukan sokongan dan bantuan daripada ahli keluarga dan kawan-kawan yang paling rapat. Pengaplikasian konsep psikoterapi juga perlu pada fasa ini, iaitu *mujāhadah al-nafs* (berusaha melawan) dengan sifat sabar dan *riyādah al-nafs* (latihan diri) dengan cara melatih diri memperbanyakkan amal kebaikan dan sifat yang positif.¹¹⁹

Penerimaan (*acceptance*) adalah fasa terakhir dalam peringkat menghampiri kematian. Pesakit telah melalui fasa-fasa sebelum ini dengan penuh emosi dan mencuba pelbagai cara dalam usaha untuk menerima hakikat kesakitan yang dialami.¹²⁰ Pesakit yang boleh menerima hakikat akan menjadikan pesakit lebih tenang. Ada pesakit yang tidak takut akan kematian itu berlaku, namun takut akan fasa kesakitan menghampiri kematian itu kerana proses yang lama dan menyakitkan.¹²¹ Dalam fasa terakhir ini, pesakit lebih mudah untuk diterapkan dengan aspek spiritual kerana mereka lebih

¹¹⁶ McDowell, *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 21.

¹¹⁷ Maliana Setiawati Mahajudin, ‘Peran Psikogeriatri & Perawatan Paliatif Dalam Upaya Meningkatkan Kesehatan Para Lanjut Usia’, *Indonesian Psychological Journal* 23, no. 3 (2008), 290.

¹¹⁸ Chambers et al, *The Self-Management of Longer-Term Depression: Learning From The Patient, A Qualitative Study*, 2.

¹¹⁹ Sharifah Basirah Syed Muhsin dan Che Zarrina Sa’ari, ‘Beberapa Aspek Psikoterapi Islam Dalam Kitab Jawi, “Penawar Bagi Hati” Oleh Sheikh Abdul Qadir Al-Mandili’, *Jurnal Afkar*, 14 (2013), 115.

¹²⁰ Christina Faull dan Richard Woof, *Palliative Care*, 5.

¹²¹ Pam McGrath, ‘Spiritual Pain: A Comparison of Findings from Survivors and Hospice Patients.’, *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 20, no. 1 (2003), 28.

mencari sesuatu yang lebih menenangkan mereka. Pada saat akhir, pesakit sendiri akan mula beralih fokus dan memerlukan perhatian dalam aspek spiritual.¹²²

Menjadi suatu kemestian seorang Muslim meyakini kesakitan atau penderitaan adalah suatu takdir dan perancangan dari Allah sebagai salah satu jalan penghapus dosa-dosa dan kesalahan serta menaikkan seorang manusia itu ke darjat yang lebih mulia. Amalan yang ditekankan sepanjang menghadapi ujian kehidupan, seorang Muslim mesti menjalankan tuntutan sebagai seorang hamba dalam rukun Islam¹²³ sehabis boleh. Komaruddin Hidayat menyatakan bahawa saat yang paling sedih adalah apabila seseorang terpaksa mengorbankan apa yang disayanginya seperti ahli keluarga, iaitu pesakit sayang dan sedih apabila merasakan dia akan berpisah sedangkan mereka masih banyak ingin berbakti kepada ahli keluarga.¹²⁴

Usaha yang dilakukan mesti melibatkan pesakit, ahli keluarga, sukarelawan dan khususnya penglibatan oleh pakar-pakar yang diperlukan seperti pengamal perubatan, kaunselor, orang yang boleh membimbing aspek keagamaan dan lain-lain. Setiap dimensi dalam penjagaan sangat penting dan memerlukan kerjasama oleh individu dan kepakaran yang terlibat bagi mendapatkan impak yang positif kepada pesakit dalam usaha memberi kebahagian dan keselesaan kepada pesakit dan juga keluarga yang berdepan dengan penyakit kritikal.¹²⁵ Murray dalam kajiannya menyatakan kepercayaan agama yang kuat akan memberi kesan positif terhadap kesihatan fizikal dan mental serta kualiti hidup.¹²⁶

¹²² Adrian Edwards et al., *The Understanding of Spirituality and The Potential Role of Spiritual Care in End-of-Life and Palliative Care: A Meta-Study of Qualitative Research*, 1.

¹²³ Komaruddin Hidayat, *Psikologi Kematian*.

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ Robin B Rome et al., ‘The Role of Palliative Care at the End of Life.’, *The Ochsner Journal*, 11.4 (2011), 348.

¹²⁶ Scott a Murray et al., ‘Exploring the Spiritual Needs of People Dying of Lung Cancer or Heart Failure: A Prospective Qualitative Interview Study of Patients and Their Carers’, *Palliative Medicine* 18, no. 1 (2004), 39.

Pada saat ini, Islam mengajar umatnya untuk mengamalkan cara hidup Islam sesama masyarakat seperti memenuhi hak-hak seorang muslim.¹²⁷ Berdasarkan Hadith Rasulullah s.a.w. yang bermaksud, “*Hak sesama Muslim adalah menjawab dan memberi salam, mengucap balas apabila seseorang itu bersin dan mengucapkan ‘Alhamdulillāh’, memberi nasihat apabila diminta, menziarahi ketika sakit, menguruskan jenazah apabila berlaku kematian*”. Setiap perkara yang dianjurkan untuk dilaksanakan dalam Hadith ini sangat besar manfaatnya sesama Muslim. Contohnya kebaikan menziarahi sangat besar hikmahnya, kerana ketika menziarah, tetamu saling mendoakan, saling membantu dan memberi sokongan moral kepada pesakit.

Setiap fasa yang dihadapi adalah suatu perkara normal bagi setiap pesakit, namun jangka masa yang dilalui bagi setiap fasa adalah bergantung kepada kondisi spiritual pesakit. Allah berfirman berkenaan apa jua yang Allah bebani hambaNya adalah bersesuaian dengan keupayaannya, iaitu dalam Surah al-Baqarah ayat 286, yang bermaksud “*Allah tidak akan memberati seseorang melainkan apa yang terdaya olehnya, ia mendapat pahala kebaikan yang diusahakannya dan ia juga menanggung dosa kejahanan yang diusahakannya*”. Sepanjang fasa yang dilalui, perubahan positif pada diri dan keadaan pesakit dan ahli keluarga pesakit adalah fokus utama, terutamanya naik turun perubahan fizikal, emosi dan spiritual pesakit. Satu kajian oleh Gysels et al. menunjukkan pesakit tahu bahawa mereka perlu merancang apa yang perlu dilakukan bagi mengatasi rasa sakit dan mengawal tekanan yang dialami.¹²⁸ Terutamanya penekanan aspek spiritual pesakit mesti dibimbing dan lebih baik dilakukan bersama dengan pesakit bagi memudahkan untuk menyalurkan sokongan dan bantuan.

¹²⁷ Al-Qārī. Kitāb Janā'iz Bāb 'Iyādah al-Marīd wa Thawāb al-Marīd, dalam *Mirqah al-Mafātīḥ Sharah Mūshaqah al-Maṣābiḥ*, Vol. 4, ed. S. J. 'Aythānī (Beirut, Lebanon: Dar Al-Kutub Al-'Ilmiyyah, 2002), 3.

¹²⁸ Marjolein Gysels, Irene J. Higginson dan Kirsty MacCormack, *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer* (United Kingdom: Cancer Research Networks, 2004).

Ahli keluarga dan kawan-kawan adalah antara orang yang dekat dan mengenali pesakit, pada ketika inilah mesti menggunakan sepenuh masa yang ada bersama pesakit untuk membantu dan memberi sokongan penuh kepada pesakit. Antaranya dengan cara mengeratkan ikatan kekeluargaan, kerap melakukan aktiviti bersama seperti rutin harian dan juga amalan pengibadahan. Perkara ini sangat penting bagi mengelakkan pesakit merasa sendirian.¹²⁹ Dengan cara ini juga akan membantu menaikkan semangat pesakit dalam menjalankan sesuatu aktiviti. ‘Abdullāh Naṣīḥ ‘Ulwān dalam karangannya berjudul *Tarbiyah al-Awlād fī al-Islām* ada membincangkan risiko sekiranya seseorang itu keseorangan, maka fikiran mereka akan tersasar ke arah perkara-perkara yang negatif.¹³⁰

Dalam ulasan *al-Hikam* karangan Ibn Aṭa’illāh oleh Sa’id Ḥawwā ada menjelaskan berkenaan aspek pemberian atau kurniaan Allah. Apa yang dikurniakan oleh Allah itu adalah dua aspek penilaian, sama ada orang yang menerima itu memandangnya aspek zahir atau aspek batin.¹³¹ Pesakit Muslim perlu untuk kerap diingatkan tentang perkara tersebut bagi memastikan mereka sentiasa yakin dengan apa yang Allah janjikan dan reda dengan takdir. Cara yang boleh dilakukan ialah dengan meletakkan tawakkal dan reda yang tinggi mutlak kepada Allah, serta yakin akan ganjaran daripada Allah. Konsep tawakkal¹³² seperti diterangkan oleh Idrus Ahmad, ialah Allah yang mengatur seluruh kehidupan manusia dan apa yang ditakdirkan itu adalah dalam perancanganNya.

¹²⁹ Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva et al., “Oh, Yeah, I’m Getting Closer to God”: Spirituality and Religiousness of Family Caregivers of Cancer Patients Undergoing Palliative Care’, *Supportive Care in Cancer* 23, no. 8 (2015), 2385.

¹³⁰ Abdullah Nasih ‘Ulwān, *Tarbiyatū l-Awlād Fi l-Islām*, ed. Saifullah Kamalie and Hery Noer Ali (Kuala Lumpur: Victory Agencie, 1981), 244.

¹³¹ Syeikh Sa’id Hawa, *Ulasan Al-Hikam (Kata-Kata Hikmah Syeikh Ibn Ata’illah Al-Sakandari* (Johor: Perniagaan Jahabersa, 2002), 270.

¹³² Idrus H. Ahmad, ‘Ketenteraman Jiwa Dalam Perspektif Al-Ghazali’, *Jurnal Substantia* 12, no. 1 (2011), 121.

Manakala sebagai pengamal perubatan atau doktor yang merawat pesakit perlu memahami situasi spiritual pesakit dan keluarga pesakit.¹³³ Pengamal perubatan akan memainkan peranan bagi mengkaji perincian perancangan perubatan dan rawatan bagi membantu aspek fizikal pesakit. Dalam masa yang sama pengamal perubatan mestilah mengesan perubahan-perubahan spiritual pesakit,¹³⁴ di samping memberi nasihat serta sokongan moral kepada pesakit sepanjang menjalankan rawatan kepada pesakit. Sukarelawan yang sedia turun ke lapangan untuk membantu para pesakit kritikal mesti belajar dan mendalami setiap fasa dan keadaan pesakit bagi memudahkan proses rawatan, terutamanya antara sukeralawan yang diperlukan ialah pakar dalam penjagaan agama¹³⁵ seperti pendakwah, kaunselor dan lain-lain.

Antara peranan mereka ialah memberi penerangan kepada para pengamal perubatan, ahli keluarga dan golongan sukarelawan yang lain berkenaan norma-norma atau adat yang mesti dijaga bagi menunjukkan rasa hormat dan penghargaan, kasih sayang dan sokongan kita kepada pesakit. Selain itu ialah para ahli agama mestilah merancang bagi mengurangkan penderitaan spiritual pesakit dan keluarga dengan cara menekankan aspek keyakinan dan harapan. Aspek kepercayaan dan pengibadahan juga mesti dibimbing oleh golongan ahli agama ini agar pesakit tidak merasa hilang kekosongan dan teguh berpegang pada kepercayaan dan keimanan.¹³⁶ Hal ini kerana sumber kekuatan dalaman adalah datang daripada pegangan agama yang teguh.

Schulz menyatakan antara masalah ialah tindakan yang diperlukan untuk mengenalpasti keadaan pesakit sepenuhnya dan merancang strategi terbaik untuk membantu pesakit adalah mengambil masa yang agak panjang kerana bergantung

¹³³ Anandarajah dan Hight, Spirituality and Medical Practice: Using The HOPE Questions As A Practical Tool for Spiritual Assessment, 81.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ Barbara Pesut et al., ‘Health Care Chaplaincy: A Scoping Review of the Evidence 2009–2014’, *Journal of Health Care Chaplaincy* 22, no. 2 (2016), 76.

¹³⁶ Liwliwa R Villagomeza, ‘Spiritual Distress in Adult Cancer Patients: Toward Conceptual Clarity.’, *Holistic Nursing Practice* 19, no. 6 (2005), 289.

kepada situasi pesakit dan keluarga.¹³⁷ Justeru pengamal perubatan berperanan dalam usaha menerangkan kebaikan menyediakan perancangan yang strategi bagi membantu pesakit dan kekurangan apabila tiada perancangan dan usaha yang rapi.

Kesimpulannya, setiap individu yang terlibat dengan kehidupan sosial pesakit mestilah saling bekerjasama dan menjalankan tanggungjawab memberi bantuan dan sokongan kepada pesakit. Aspek spiritual dalam diri ahli keluarga, kawan-kawan, pengamal perubatan dan sukarelawan seharusnya juga sentiasa berada pada tahap maksima sebelum menemui pesakit bagi mengalirkan aura yang positif kepada pesakit dan mengelakkan pesakit lemah semangat sekiranya orang yang menemui pesakit dalam situasi yang lemah dan sedih. Kematian adalah sesuatu pengakhiran dalam kehidupan setiap manusia dan agama memberi pengaruh yang besar terhadap intelektual dan emosi dalam membuat keputusan atau tindakan seseorang apabila berada di akhir hayat.¹³⁸ Setiap agama mengakui bahawa kematian adalah suatu proses yang mesti berlaku dalam setiap kehidupan.¹³⁹

2.7 KESIMPULAN

Bab kedua ini menjelaskan bagaimana inisiatif mewujudkan penjagaan paliatif dalam kalangan pengamal perubatan dan kepentingannya dalam memberi rawatan terbaik kepada individu pesakit yang memerlukan. Penerapan konsep penjagaan paliatif sesuai bukan sahaja kepada pesakit yang menghadapi penyakit kritikal, malah untuk semua jenis tahap penyakit dan pelbagai lapisan masyarakat. Konsep penjagaan paliatif ini boleh diumpamakan seperti dalam batu bata dalam suatu binaan yang mana saling menyumbang kepada kesempurnaan dan kelengkapan binaan tersebut. Setiap individu saling memerlukan antara satu sama lain dari pelbagai sudut kehidupan.

¹³⁷ Christian Schulz et al., ‘The Characteristics of Patients Who Discontinue Their Dying Process - an Observational Study at a Single University Hospital Centre.’, *BMC Palliative Care* 14, no. 1 (2015), 72.

¹³⁸ T. Patrick Hill dan David Shirley, *A Good Death: Taking More Control At The End of Your Life* (A Merloyd Lawrence Book, 1992), 136 & 137.

¹³⁹ *Ibid.*

BAB 3 : KERESAHAAN SPIRITAL (SPIRITUAL DISTRESS)

3.1 PENDAHULUAN

Perbincangan dalam bab ini adalah mengenai maksud keresahan spiritual (*spiritual distress*). Perkataan *spiritual distress* akan lebih digunakan dalamuraian berbanding keresahan spiritual kerana istilah tersebut digunakan dalam dunia perubatan. *Spiritual distress* boleh dibahagikan kepada dua sub konsep iaitu, “*spirit*” dan “*distress*”.¹ Kedua-dua perkataan tersebut mempunyai maksud yang berbeza dan kontradiks. Penjelasan ini akan membincangkan maksud dari segi umum dan dikaitkan dengan permasalahan kesihatan. Skop perbincangan juga akan mengulas dari skop umum dan juga skop Islam.

3.2 DEFINISI KERESAHAAN SPIRITAL

3.2.1 Spiritual

Spiritual dalam perkataan Latin ialah ‘*spiritus*’ yang bermaksud nafas, keberanian, semangat dan kehidupan.² Harold mengatakan spiritual adalah sesuatu yang bersifat individualistik dan definisinya ditentukan sendiri oleh individu yang mengalaminya sebagaimana keadaan spiritual mereka. Melati Sumari menyatakan bahawa spiritual adalah suatu yang membolehkan individu berhubungan dengan sesuatu dalam usaha membentuk hubungan dengan dunia sekeliling secara ideal.³

¹ Liwliwa R Villagomeza, ‘Spiritual Distress in Adult Cancer Patients: Toward Conceptual Clarity’, *Holistic Nursing Practice*, 19 (2005), 286.

² Melati Sumari et al., *Teori Kaunseling Dan Psikoterapi* (Kuala Lumpur: Penerbit Universiti Malaya, 2014), 285.

³ *Ibid.*, 90.

Spiritualiti sering dikaitkan dengan keagamaan, sebagaimana yang dikatakan oleh Harold, spiritual dan agama berlaku pertindanan yang mana keagamaan merupakan satu aspek daripada perbincangan spiritual.⁴ Ada sesetengah orang meletakkan keagamaan sebagai sumber spiritual utama, dan ada yang tidak mengambil agama sebagai sumber spiritual mereka.⁵ Perkara ini disokong oleh Melati Sumari yang menyatakan dalam agama terdapat unsur spiritual, namun dalam spiritual tidak semestinya ada unsur keagamaan.⁶ Semua definisi ini adalah bergantung kepada kefahaman masing-masing dalam menilai dan mendefinisikan spiritual.

Spiritual menurut Melati Sumari ialah rangkuman nilai, kepercayaan, misi, kesedaran, subjektiviti, pengalaman, hala tuju dan usaha ke arah sesuatu yang lebih besar dan bermakna daripada diri sendiri.⁷ Menurut Harold lagi, keagamaan kebiasaannya melibatkan hubungan dengan masyarakat kerana pengamalan agama sering dilaksanakan bersama-sama dalam masyarakat.⁸ Perkara ini disokong oleh Melati Sumari, yang mengatakan agama lebih bersifat sosial dan spiritual lebih memfokuskan individu.⁹

Manakala definisi spiritual menurut konteks Islam ialah kerohanian bererti keagamaan itu sendiri.¹⁰ Spiritualiti dalam Islam adalah berpusat kepada sumber rujukan utama umat Islam iaitu al-Qur'an dan al-Sunnah. Seyyed Hossein Nasr dalam menjelaskan bahawa kerohanian dalam Islam tidak boleh dipisahkan daripada kesedaran kewujudan yang Esa, iaitu keimanan kepada Allah. Prinsip ketauhidan ini menentukan

⁴ Harold G Koenig, Religion, Spirituality, And Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice, 1194.

⁵ Patrice Richardson, 'Spirituality, Religion and Palliative Care', *Annals of Palliative Medicine* 3, no. 3 (2014), 152.

⁶ Melati Sumari et al., *Teori Kaunseling dan Psikoterapi*, 286.

⁷ *Ibid.*

⁸ Harold G Koenig, Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice, 1194.

⁹ Sumari et al., *Teori Kaunseling dan Psikoterapi*, 286.

¹⁰ Che Zarrina Sa'ari dan Sharifah Basirah Syed Muhsin, Cadangan Model Psikoterapi Remaja Islam Berasaskan Konsep *Tazkiyah al-Nafs*, 56.

kerohanian Islam dalam pelbagai dimensi, kondisi dan situasi.¹¹ Hal ini menunjukkan apa jua yang dilalui oleh umat Islam, mereka mesti kembali kepada konsep ketauhidan dan merujuk sumber-sumber utama dalam Islam. Seyyed Hossien Nasr menjelaskan lagi bahawa spiritualiti Islam tidak ada apa-apa melainkan merealisasikan ketauhidan.¹²

Menurut Salasiah Hanin Hamjah, apabila Imam al-Ghazālī membincangkan spiritual Islam, empat elemen utama akan disebut iaitu *al-qalb*, *al-nafs*, *al-rūh* dan *al-'aql*.¹³ Dapat dirumuskan bahawa elemen-elemen tersebut mempengaruhi dan menjelaskan personaliti seorang manusia dan membezakan manusia dan makhluk lain. Elemen *rūh* ialah aspek penghayatan dan kekuatan yang diperolehi daripada kekuatan luaran atau kuasa yang lebih besar yang dirasai dalam diri seseorang tanpa difahami dan dirasai oleh orang lain. Manakala elemen *'aql* dan *nafs* adalah asas nilai kerana pada akal yang berfikir, jiwa yang menilai dan memberi respon dari segi perasaan dan tindakan.

Pengertian dan konsep spiritual dalam Islam yang didefinisikan oleh pengkaji seperti Mohamad Zafir, adalah kembali kepada satu pegangan asas. Keagamaan dan spiritual adalah suatu yang tidak dapat dipisahkan dari segi makna dan hakikat kerana semua penjelasan akan kembali kepada konsep akidah bertuhankan Allah yang Esa. Perbezaannya hanya terletak pada bagaimana dan sedalam mana seseorang itu memahami dan meletakkan peranannya dalam kehidupan terutamanya apabila ditimpa sebarang ujian seperti sakit yang kritikal. Dalam penjagaan pesakit kebiasaannya dipengaruhi oleh norma-norma setempat, yang mana norma mempunyai pengaruh kuat

¹¹ Seyyed Hossein Nasr, *Islamic Spirituality: Foundations* (New York: Routledge & Kegan Paul Ltd, 1987), 21.

¹² Seyyed Hossein Nasr, *Islamic Spirituality: Foundations*, 23.

¹³ Salasiah Hanin, ‘Bimbingan Spiritual Menurut Al-Ghazali Dan Hubungannya Dengan Keberkesanan Kaunseling : Satu Kajian Di Pusat Kaunseling Majlis Agama Islam Negeri Sembilan (PK MAINS)’, *Jurnal ISL MIYY* 32, no. 32 (2010), 45.

daripada budaya dan agama pada sesuatu tempat,¹⁴ contohnya di Arab Saudi sebagaimana yang dibincangkan oleh Mohamad Zafir, berkenaan adat-adat terhadap pesakit terutama kaum wanita dari segi pemakaian pesakit, juga sangat menolak aspek pergaulan lelaki dan perempuan walaupun ketika rawatan serta meletakkan aspek ketuhanan sebagai asas utama.¹⁵

Salasiah menyatakan spiritualiti merupakan keperluan bagi pesakit kerana ia boleh mempengaruhi keputusan yang dibuat oleh pesakit dan juga mempengaruhi kesihatan seseorang.¹⁶ Perkara ini juga disokong oleh Stefanie Monod yang mengatakan spiritual adalah dimensi yang penting dan sumber utama kepada pesakit dalam menghadapi kesakitan. Walaupun pemahaman yang berbeza oleh setiap individu dalam aspek konsep dan peranan spiritual, namun ada kesepakatan dalam meletakkan kepentingan spiritual. Pemahaman terhadap konsep spiritual adalah berdasarkan pengalaman, pegangan kepercayaan dan juga ilmu yang dimiliki.

Kajian daripada Moh Sholeh,¹⁷ Haslinda Lukman¹⁸ dan Muhammad Rif'aat¹⁹ membuktikan rawatan secara spiritual atau rohani mampu membantu penyembuhan secara keseluruhan. Membicarakan berkenaan penyakit kritikal, rawatan spiritualiti akan membantu mengurangkan kesakitan dan memberi kehidupan lebih baik di samping bantuan rawatan terhadap fizikal. Hal ini kerana fokus utama spiritual atau rawatan secara rohani adalah memperolehi ketenangan di akhir usia. Haslinda menerangkan sel kanser dalam tubuh akan lebih mudah mudah merebak sekiranya tiada ketenangan

¹⁴ Assim Padela, Katie Gunter dan Amal Killawi, "Meeting the Healthcare Needs of American Muslims: Challenges and Strategies for Healthcare Settings," (Laporan, Institute for Social Policy and Understanding, America, Jun 2011), 6.

¹⁵ Mohammad Zafir Al-Shahri, 'Culturally Sensitive Caring for Saudi Patients,' *Journal of Transcultural Nursing* 13, no. 2 (2002), 134.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Moh Sholeh, *Terapi Shalat Tahajud* (Jakarta: Noura Books, 2012), 8.

¹⁸ Haslinda Lukman, Latifah Abd. Majid dan Wan Nasryrudin Wan Abdullah, 'Kesan Terapi Ruqyah Dalam Merawat Pesakit HIV/Aids', *Al-Hikmah* 7, no. 1 (2015), 121.

¹⁹ Muhammad Rif'aat Razman dan Salasiah Hanin Hamjah, 'Dakwah Dalam Dimensi Kerohanian Penjagaan Paliatif Menurut Pendekatan Badi' Al-Zaman Sa'id Al-Nursi', *Jurnal Al-Hikmah* 7, no. 1 (2015), 39.

dalam diri seseorang pesakit. Moh Sholeh dalam kajian berkenaan ‘Terapi Solat Tahajud’ menjelaskan ketenangan ketika bangun beribadah pada waktu malam mampu merawat pelbagai penyakit. Beliau menerangkan bagaimana perjalanan hormon-hormon dalam diri ketika tenang dan juga tertekan. Perkara ini menunjukkan perubahan emosi sangat mempengaruhi keadaan fisiologi tubuh badan seseorang.

Berdasarkan perbincangan al-Ghazālī berkenaan konsep spiritual dalam kitabnya, *Iḥyā’ ‘Ulūm al-Dīn* iaitu membawa empat elemen dalam spiritual iaitu *qalb* (hati), *‘aql* (akal), *nafs* (nafsu) dan *rūh* (rohani) dan meletakkan *qalb* sebagai asas utama.²⁰ *Qalb* membawa dua maksud iaitu sifat dalaman (*inner nature*) dan sifat semulajadi kedua (*second nature*).²¹ *Inner nature* mengandungi tiga sifat utama iaitu sifat dalaman manusia (*haqīqah al-insān*) yang mana bersifat sedar (*mudrik*), tahu (*‘ālim*) dan ikut gerak hati (*‘ārif*). Sifat-sifat ini amat berkait dengan hati fizikal. Al-Ghazali meletakkan kedudukan dalaman hati ialah bersifat halus (*latīfah*), kerohanian (*rūhani*) dan ketuhanan (*rabbani*), yang berkait rapat dengan tiga elemen penting yang selebihnya dalam spiritual iaitu *rūh* (rohani), *nafs* (nafsu) dan *‘aql* (akal).

Rohani (*rūh*) mempunyai dua pengertian, yang pertama ialah ruh merupakan kuasa halus yang mengalir daripada fizikal hati masuk ke dalam seluruh badan manusia melalui perjalanan saraf manusia. Manakala pengertian kedua ialah satu kuasa halus (*subtle faculty*)²² yang berperanan untuk menyedari dan memahami sesuatu keadaan. Pengertian ini berkaitan dengan sifat semulajadi kedua hati yang mana tidak dibincangkan secara mendalam oleh Imam al-Ghazālī kerana berdasarkan arahan Allah kepada Rasulullah s.a.w. dalam al-Quran, surah al-Isra’, ayat 85 yang bermaksud, “Dan

²⁰ Al-Ghazālī, *Iḥyā’ ‘Ulūm al-Dīn* (Vol. 3), 4.

²¹ Noor Shakirah Mat Akhir, *Al-Ghazali and His Theory of The Soul: A Comparative Study*. (Pulau Pinang: Penerbit Universiti Sains Malaysia, 2008), 175.

²² *Ibid.*, 176.

*mereka bertanya kepadamu tentang roh, katakan, “Roh itu dari perkara urusan Tuahku, dan kamu tidak berikan ilmu pengetahuan melainkan sedikit sahaja.”*²³

Istilah kedua *al-qalb* ialah jiwa (*nafs*), yang terbahagi kepada dua maksud utama iaitu yang pertama ialah nafs merupakan tempat nafsu kemarahan dan segala keinginan atau nafsu terhadap sesuatu. Para sufi mengatakan *nafs* adalah punca kepada segala sifat *madhmūmah* (negatif) dalam diri manusia.²⁴ Oleh itu manusia mestilah berusaha untuk melawan segala perkara negatif dalam diri dengan bersungguh-sungguh. Maksud kedua berhubungkait dengan sifat dalaman manusia yang terbahagi kepada tiga pembahagian utama iaitu *al-nafs al-mutma’innah*, *al-nafs al-lawwāmah* dan *al-nafs al-ammārah bi al-sū*. *Al-nafs al-mutma’innah* bermaksud keimanan tahap tertinggi, iaitu tunduk dan patuh hanya kepada Allah.²⁵ Pada tahap ingin jiwa berada pada tahap paling tenang. Manakala *al-nafs al-lawwāmah* ialah jiwa pada tahap pertengahan, juga dikatakan nafsu orang awam yang mana imannya naik dan turun. Pada tahap ini, seseorang sedang berusaha untuk melawan segala godaan kejahanan, untuk mencapai tahap jiwa yang terbaik. Tahap jiwa yang terakhir ialah *al-nafs al-ammārah bi al-sū* ialah nafsu yang negatif iaitu penuh dengan keinginan, kemarahan dan negatif.²⁶

Istilah yang terakhir ialah akal (*aql*) ialah satu anugerah yang dikurniakan kepada manusia membezakan antara manusia dan haiwan. *Al-`aql* adalah tempat maklumat dan pengetahuan berkembang. Keistimewaan akal ini adalah untuk berfikir, menghayati dan memikul tanggungjawab. Maksud akal yang pertama adalah ilmu pengetahuan tentang hakikat sebenar sesuatu perkara.²⁷ Akal menggambarkan realiti ilmu yang ada dalam dada seseorang manusia. Pengertian kedua yang diterangkan oleh

²³ Al-Ghazālī, *Iḥyā' 'Uлūm al-Dīn* (Vol. 3), 5.

²⁴ Noor Shakirah Mat Akhir, *Al-Ghazali and His Theory of The Soul: A Comparative Study*, 176.

²⁵ *Tafsir Al-Munir*, (Kuala Lumpur: Persatuan Ulama Malaysia, 2001), 231. Surah al-Fajr, 89: 27 – 30. Ayat tersebut menggambarkan jiwa yang mencapai kesempurnaan iaitu orang yang yakin dengan keimanan dan kebenaran Allah, Allah menyatakan kedudukannya dalam al-Quran iaitu Allah reda terhadapnya.

²⁶ Al-Ghazālī, *Iḥyā' 'Uлūm al-Dīn* (Vol. 3), 5-6.

²⁷ *Ibid.*, 6. Rujuk Nook Shakirah Mat Akhir, *Al-Ghazali and His Theory of The Soul: A Comparative Study*, 177.

al-Ghazālī adalah sifat kedua manusia yang tidak dibincangkan lanjut. Secara kesimpulannya adalah ‘*aql* merupakan kualiti kecerdasan seseorang dan bagaimana mereka meletakkan perspektif sendiri pada sesuatu perkara tersebut.²⁸

Perbandingan dan persamaan antara perbincangan spiritualiti umumnya dengan spiritualiti dalam Islam adalah hampir sama dalam beberapa aspek. Elemen spiritual dalam konsep umum menurut Stefanie Monod ialah makna, transenden, nilai dan psikososial, manakala elemen spiritual dalam Islam menurut al-Ghazali ialah *rūh*, ‘*aql*, *nafs* dan *qalb*. Kedua-dua pandangan ini menyamai kerana semuanya berkait dengan sifat dalaman seorang manusia, iaitu hati, fikiran dan fitrah normal seorang manusia.

Elemen transenden menghampiri elemen *rūh* dalam spiritual Islam, iaitu aspek penghayatan dan kekuatan yang diperolehi daripada kekuatan luaran atau kuasa yang lebih besar yang dirasai dalam diri seseorang tanpa difahami dan dirasai oleh orang lain. Manakala elemen nilai menyamai ‘*aql* dan *nafs* kerana asas nilai adalah pada akal yang berfikir, jiwa yang menilai dan memberi respon dari segi perasaan dan tindakan. Penilaian dan respon terhadap sesuatu perkara adalah bergantung kepada cara seseorang itu berfikir dan merasai apa yang dialami. Elemen psikososial merupakan elemen yang boleh memberi impak yang baik dan sebaliknya kepada pesakit bergantung kepada keadaan sekeliling pesakit.

Secara kesimpulannya, spiritual adalah suatu perkara yang datang dari dalam diri seseorang berdasarkan kefahaman dan pengaruh daripada kepercayaan dan rasa makna dalam meneruskan kehidupan secara ideal dan seimbang demi memperolehi kebahagiaan, ketenangan dan kejayaan yang hakiki dalam hidup.

²⁸ Noor Shakirah Mat Akhir, *Al-Ghazali and His Theory of The Soul: A Comparative Study*, 178

3.2.2 Keresahan (*Distress*)

Distress berasal dari perkataan Latin iaitu “*districtu*” dan “*distringere*”, menerangkan pengasingan atau penghindaran yang membawa maksud kepada penyebab kesengsaraan, kesakitan atau penderitaan dan berkaitan dengan ketegangan dan tekanan.²⁹ *Distress* merujuk kamus *Merriam-Webster* ialah kesakitan atau penderitaan yang mempengaruhi badan, atau fikiran,³⁰ manakala menurut istilah perubatan maksud *distress* ialah kesedihan, kesengsaraan atau penderitaan.³¹ Definisi keresahan ini bersifat negatif, dan menunjukkan suatu keadaan yang sebaliknya daripada kondisi kebiasaan dalam kehidupan.

Keresahan boleh menyerang banyak aspek iaitu fizikal, spiritual, sosial dan emosi. Kebiasaannya apabila berlaku keresahan pada satu aspek, aspek lain turut terkesan dan terjejas. Keadaan sakit yang melibatkan semua aspek ini adalah disebut sebagai kesakitan yang menyeluruh (*total pain*)³². Semua elemen ini mempunyai kesinambungan dan kaitan yang sangat rapat antara satu sama lain. *Total pain* tidak akan berlaku sekiranya satu aspek sahaja yang terganggu. Hardt menyatakan bahawa keresahan merupakan korelasi antara kesedaran dan ganguan pada perasaan dan tekanan yang dihadapi.³³

²⁹ Liwliwa R. Villagomeza. Spiritual Distress in Adult Cancer Patients: Toward Conceptual Clarity. *Holistic Nursing Practice*, (2005), 287.

³⁰ ‘Merriam-Webster’ dicapai 8 Januari 2017, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/distress>, entri “*distress*”.

³¹ *Ibid.*

³² Christina Faull dan Richard Woof, *Palliative Care*, 4.

³³ Jochen Hardt, ‘The Spirituality Questionnaire: Core Dimensions of Spirituality’, *Psychology* 3, no. 1 (2012), 116–22 <<https://doi.org/10.4236/psych.2012.31017>>.

3.2.3 Definisi Keresahan Spiritual (*Spiritual Distress*)

Stefanie mengatakan keresahan spiritual adalah satu keadaan di mana individu berada dalam situasi mengalami risiko gangguan dalam sistem kepercayaan atau nilai yang mana mempengaruhi kekuatan, harapan dan makna kehidupan dalam diri seseorang³⁴. Keupayaan yang merosot dalam usaha seseorang itu mahu menikmati kehidupan melalui diri sendiri, orang lain, kesenian, muzik, sastera, alam dan juga kuasa yang lebih besar dari segalanya³⁵. Keresahan spiritual ini juga boleh dilihat sebagai tindakbalas kepada masalah kesihatan, yang mana merupakan satu fenomena yang berpunca daripada kepelbagaian masalah yang berlaku.³⁶

Hospice and Palliative Nurses Association menjelaskan keresahan spiritual adalah merujuk kepada gangguan kepercayaan seseorang terhadap sistem nilai dan kegoyahan dalam kepercayaan dan pegangan asas seseorang.³⁷ Kenyataan ini telah dibuktikan oleh Harris bahawa keresahan spiritual kadang-kadang ditunjukkan dengan kemarahan yang ketara kepada Tuhan, ataupun berlaku konflik dalaman seseorang berkaitan dengan sistem kepercayaan dan pegangan seseorang terhadap keagamaan. Keresahan spiritual ini dapat dikesan melalui indikator utama kerisauan melampau seseorang tentang kesakitan, penderitaan, kehidupan dan kematian.³⁸

Keresahan spiritual adalah suatu masalah yang berkait dengan jiwa dan dalaman seseorang. Kebiasaannya ianya berlaku kepada seseorang yang sedang berhadapan dengan sesuatu yang kritikal sama ada kesakitan, kematian dan sesuatu yang berkait dengan makna kehidupan. Dalam satu kajian oleh Caldeira, keresahan spiritual (*spiritual distress*) bermaksud gangguan pada asas utama kehidupan seseorang yang

³⁴ Stefanie Monod et al., The Spiritual Distress Assessment Tool: An Instrument to Assess Spiritual Distress n Hospitalised Elderly Persons, 1.

³⁵ Caldeira, Carvalho dan Vieira, Spiritual Distress – Proposing a New Definition and Defining Characteristics, 78.

³⁶ *Ibid.*

³⁷ Patrice Richardson, ‘Spirituality, Religion and Palliative Care.’, *Annals of Palliative Medicine* 3, no. 3 (2014), 152.

³⁸ Constance Harris Sumner, Recognizing and Responding to Spiritual Distress, 26.

akan mempengaruhi keseluruhan kehidupan dan mengganggu gugat sifat biologi dan psikologi seseorang. Maksud lain *spiritual distress* ialah keupayaan yang merosot dalam usaha seseorang itu mahu menikmati kehidupan melalui diri sendiri, orang lain, kesenian, muzik, sastera, alam dan juga kuasa yang lebih besar dari segalanya.³⁹ Ciri-ciri khusus bagi keresahan spiritual ialah penderitaan. Asal usul keresahan spiritual adalah dikaitkan dengan kerohanian atau spiritualiti.⁴⁰

Keresahan spiritual adalah gangguan terhadap kepercayaan seseorang atau sistem nilai. Keadaan ini akan memberi kesan sepanjang kehidupan seseorang. Ia akan mengganggu gugat kepercayaan asas dalam hidupnya. Gangguan ini biasanya terjadi kepada pesakit-pesakit kritikal.⁴¹ Hal ini jika dinilai daripada aspek agama ia sangat berkait dengan konsep kepercayaan, keredaan dan tawakkal seseorang manusia dalam kehidupan. Dalam erti kata lain ialah, keresahan spiritual berlaku apabila keperluan-keperluan spiritual tidak dapat dipenuhi. Anandarajah menambah berkenaan krisis spiritual berlaku apabila seseorang itu tidak dapat mencari sumber asas untuk memperolehi erti harapan, cinta, kasih sayang, kedamaian, keselesaan, kekuatan dan keterikatan dalam kehidupan.⁴²

Berdasarkan perbincangan aspek-aspek dalam elemen spiritual oleh para pengkaji di atas, keresahan spiritual ini ialah apa yang negatif dialami oleh manusia atau khususnya pesakit berdasarkan aspek-aspek tersebut. Spiritual memberi peranan yang besar dalam mendatangkan kesakitan kepada seseorang. Renz menyatakan bahawa apabila berlaku keresahan spiritual, kemungkinan akan menjurus kepada sakit yang

³⁹ Caldeira, Carvalho dan Vieira, Spiritual Distress – Proposing a New Definition and Defining Characteristics, 77.

⁴⁰Ibid.

⁴¹ Silvia Caldeira dan Margarida Vieira, ‘Defining Characteristics of Spiritual Distress: An Integrative Review’, (NANDA International 2012 Conference, 2 May 2011), dicapai <http://nanda.host4kb.com/article/AA-00657/122/English-/Conferences/2012/Abstracts/Nursing-Knowledge/Defining-characteristics-of-spiritual-distress:-an-integrative-review.html>.

⁴² Anandarajah dan Hight, Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment.

lebih besar (*total pain*), kerana keresahan spiritual adalah isu yang kompleks.⁴³ Dalam penjagaan paliatif juga disediakan orang agama untuk membantu aspek rohani dan spiritual, ini menunjukkan kesan rawatan aspek spiritual jugak penting dalam kehidupan pesakit. Apa yang dilalui ini menyebabkan munculnya ketidakpuasan hati dan tidak mampu memberi ketenangan kepada jiwa serta dalaman seseorang, dan menyebabkan berlakunya keresahan spiritual.⁴⁴

3.3 KERESAHAAN SPIRITUAL DARI SUDUT PANDANG ISLAM

Islam menjelaskan kondisi keresahan spiritual kepada satu elemen utama iaitu kecelaruan kepada elemen kerohanian. Hanafi Mohamed mengatakan bahawa penyakit rohani merupakan suatu gangguan kejiwaan ke atas perasaan seseorang manusia yang biasanya dikesan melalui rasa muram, sedih, pilu, cemas, resah, gelisah hati dan jiwa tidak tenteram serta berasakan dirinya kurang berdaya mengatasi persoalan yang dihadapi.⁴⁵ Seseorang itu merasakan hidupnya diselubungi dengan perasaan putus asa, berikutan daripada lemahnya iman dalam menghadapi kesukaran tersebut.⁴⁶

Manakala Salasiah dalam tulisannya berkenaan bimbingan spiritual berdasarkan al-Ghazālī, menyatakan masalah yang dihadapi oleh seorang manusia itu bukanlah datang daripada lahiriah atau fizikal semata, namun dipengaruhi oleh spiritual iaitu soal hati dan emosi⁴⁷, iaitu seseorang tidak dapat mengawal perasaan negatif seperti menggunakan bahasa kasar terhadap orang lain dan juga seseorang itu akan merasai tiada ketenangan dan kebahagiaan dalam menjalani kehidupan.

⁴³ Renz et al., *Spiritual Experiences of Transcendence in Patients with Advanced Cancer*, 1-2.

⁴⁴ Stefanie M Monod, Estelle Martin et al., ‘Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in Older Hospitalized Patients’, *BMC Geriatrics* 12, no. 1 (2012), 2.

⁴⁵ Hanafi Mohamed, *Penyakit Rohani Dan Rawatannya Dalam Islam* (Kuala Lumpur: Pustaka Haji Abdul Majid, 1998), 10.

⁴⁶ *Ibid.* 9.

⁴⁷ Salasiah Hanin, *Bimbingan Spiritual Menurut Al-Ghazali dan Hubungannya dengan Keberkesanan Kaunseling: Satu Kajian di Pusat Kaunseling Majlis Agama Islam Negeri Sembilan (PK MAINS)*, 45.

Sharifah Basirah dan Che Zarrina pula ada membincangkan kesan kekurangan spiritual atau kerohanian dalam diri yang mana menyebabkan seseorang itu mengalami gangguan kejiwaan yang dizahirkan melalui perbuatan iaitu akan menjadi muram, sedih, pilu, cemas, resah, gelisah hati dan jiwa tidak tenteram. Gangguan emosi ini akan menyebabkan seseorang itu akan rasa tidak bermaya untuk meneruskan kehidupan dan hal ini akan menyebabkan seseorang itu seolah-olah tiada matlamat dan tujuan utama untuk hidup.⁴⁸ Justeru, ketenangan dan kebahagiaan di dunia dan akhirat yang menjadi impian semua individu tidak akan diperolehi sekiranya masalah dalam jiwa tidak dapat diatasi.

Kesan kekurangan aspek spiritual adalah hampir sama bagi semua pengkaji dan sarjana kerana kesan dan ciri-cirinya adalah pada tingkah laku manusia itu sendiri. Penilaian kepada punca berlaku keresahan spiritual, cara untuk mengawal dan merawat adalah berbeza bagi para sarjana kerana pemikiran dan kefahaman adalah berbeza. Bagi sarjana Barat, aspek boleh dilihat kaitan kepada masalah spiritual adalah seluruh aspek kehidupan, sama ada tidak bersedia untuk meninggalkan komitmen kehidupan terhadap keluarga, kehidupan normal seperti pekerjaan dan lain-lain. Manakala pandangan sarjana Muslim adalah lebih menjurus kepada gangguan punca asas kepercayaan dalam kehidupan, iaitu dalam keyakinan dan keimanan seseorang terhadap konsep takdir dan reda.

Definisi keresahan spiritual secara umumnya yang dibincangkan adalah gangguan terhadap sistem kepercayaan atau nilai yang mana mempengaruhi kekuatan, harapan dan makna kehidupan dalam diri seseorang. Definisi ini menghampiri apa yang digariskan dalam Islam berkenaan gangguan terhadap asas spiritual itu sendiri. Asas utama kepada sistem kepercayaan dan nilai dalam Islam adalah merujuk kepada keyakinan dan keimanan kepada Tuhan. Apabila asas keyakinan dalam ikatan akidah

⁴⁸ Sharifah Basirah Syed Muhsin dan Che Zarrina Sa’ari, ‘Beberapa Aspek Psikoterapi Islam Dalam Kitab Jawi, “Penawar Bagi Hati” Oleh Sheikh Abdul Qadir Al-Mandili’, 127.

ketuhanan seseorang itu goyah, maka akan membawa kepada hilangnya pengharapan dan makna utama dalam kehidupan seseorang individu itu.

3.4 SIMPTOM SPIRITAL

3.4.1 Simptom Keresahan Spiritual (*Spiritual Distress*)

Keresahan spiritual adalah satu konflik yang boleh memberi kesan negatif kepada kesihatan fizikal dan mental.⁴⁹ Di samping itu, keresahan spiritual boleh memburukkan lagi gejala-gejala yang sedia ada pada kondisi fizikal dan psikologi pesakit.⁵⁰ Situasi ini menjelaskan bahawa apabila seseorang itu mengalami keresahan spiritual, kesannya akan kembali kepada fizikal yang bertambah sakit, emosi semakin kurang stabil, akal yang tidak mampu berfikir dengan baik dan kehidupan sosial berubah. Masalah pada fizikal, emosi, psikologi dan spiritual adalah saling berkait dan saling memberi kesan, bukanlah bergantung kepada satu aspek sahaja.

Kesakitan sering mencetuskan pergelutan dalaman spiritual disamping memberi kesan kepada emosi, mental dan fizikal.⁵¹ Keadaan sakit yang melibatkan semua aspek ini adalah disebut sebagai kesakitan yang menyeluruh (*total pain*).⁵² Untuk merawat kesakitan ini, para pengamal perubatan dan keluarga terutamanya mesti mengesan punca utama yang bermasalah atau sakit serta penderitaan yang dialami dari semua aspek fizikal, emosi, spiritual dan juga lingkungan sosial individu tersebut. Simptom gangguan spiritual yang dialami dikenalpasti berdasarkan keperluan-keperluan spiritual yang telah dibincangkan oleh para sarjana seperti Monod, Allan Kellehear, Anandarajah, Peterman, Liwliwa, Borneman, Mark Cobb, Silvia dan lain-lain.

⁴⁹ Anandarajah dan Hight, Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment.

⁵⁰ Ya-Ping Lee et al., ‘The Relationship between Pain Management and Psychospiritual Distress in Patients with Advanced Cancer Following Admission to a Palliative Care Unit.’, *BMC Palliative Care* 14, no. 69 (2015), 2.

⁵¹ Constance Harris Sumner, Recognizing and Responding to Spiritual Distress, 28.

⁵² Christina Faull and Richard Woof, *Palliative Care*, 4.

Dalam menentukan ciri-ciri atau simptom keresahan spiritual, pengkaji perlu membezakan antara keresahan atau kesukaran yang dihadapi tersebut adalah bersifat depresi klinikal⁵³ keresahan spiritual, atau kesusahan psikososial. Pelbagai cara boleh digunakan untuk mengesan keresahan spiritual berdasarkan modul-modul yang digariskan oleh para pengkaji. Antara contoh modul yang digunakan ialah *Spiritual Distress Assessment Tool* (SDAT), *Patient Dignity Inventory* (PDI), *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well being* (FACIT-Sp.) dan lain-lain. Melalui PDI, simptom keresahan spiritual yang lebih tepat boleh diperolehi daripada pesakit yang hampir mati.⁵⁴ Modul ini penting untuk mengesan pesakit-pesakit yang mengalami keresahan spiritual.⁵⁵

Berdasarkan perbincangan mengenai maksud keresahan spiritual (*spiritual distress*), iaitu dipengaruhi oleh kesakitan yang menyeluruh (*total pain*) melibatkan penderitaan pada domain-domain manusia itu sendiri iaitu fizikal, sosial, psikologi dan rohani. Justeru, simptom-simptom juga akan dilihat daripada faktor-faktor berdasarkan domain tersebut. Simptom-simptom yang ada pada kemurungan (*depression*) antara simptom utama yang boleh dikesan selain daripada simptom yang lain.

Simptom yang dialami secara fizikal ialah kehilangan berat badan secara ketara, tidak dapat tidur atau insomnia,⁵⁶ keletihan, kehilangan tenaga dan pergolakan psikomotor atau terencat.⁵⁷ Kebiasaan pesakit yang mengalami keresahan spiritual akan mengalami tekanan yang melampau, sehingga menyebabkan berlaku kemurungan. Simptom yang dihadapi oleh pesakit juga kebanyakannya adalah simptom kemurungan.

⁵³ Villagomeza, Spiritual Distress in Adult Cancer Patients: Toward Conceptual Clarity, 292.

⁵⁴ Harvey Max Chochinov et al., ‘The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care’, *Journal of Pain and Symptom Management* 36, no. 6 (2008), 568.

⁵⁵ Richardson. Spirituality, Religion and Palliative Care, 152.

⁵⁶ Masalah tidak dapat tidur yang ketara. Rujuk Jerome Sarris et al., ‘Lifestyle Medicine for Depression.’, *BMC Psychiatry* 14, no. 107 (2014), 8.

⁵⁷ Villagomeza, Spiritual Distress in Adult Cancer Patients: Toward Conceptual Clarity, 288.

Pesakit yang mengalami tekanan pada spiritual akan mengalami tekanan darah tinggi, sakit kepala dan masalah pada usus.⁵⁸

Masalah kesukaran untuk bernafas atau dispnea, sering loya dan muntah juga sering berlaku⁵⁹, ditambah dengan kurang selera makan, kekeringan mulut dan rasa kekebasan atau kesemutan pada anggota badan.⁶⁰ Simptom secara fisiologi ini berlaku kerana sistem tubuh terganggu apabila menghadapi terlalu banyak tekanan, mengakibatkan masalah kepada pengendalian isyarat saraf, sistem hormon dan juga sistem pertahanan tubuh.⁶¹

Simptom keresahan spiritual juga boleh dilihat melalui gangguan pada emosi. Pesakit akan mengalami kebimbangan⁶² dan tekanan perasaan, cepat marah dengan apa jua situasi dan keadaan, sentiasa bersedih dan menangis, sering menimbulkan persoalan berkenaan erti penderitaan yang dialami, menunjukkan ketakutan atau kurang berani, hilang kawalan terhadap diri sendiri dan tidak dapat menerima apa yang menimpa dirinya. Secara keseluruhan aktiviti terganggu kerana perasaan pesakit terganggu dengan perasaan yang muram dan negatif.⁶³

Manakala simptom dari segi gangguan terhadap spiritual ialah suatu yang bersifat dalaman seseorang individu sama ada kekuatan dalaman dan kepercayaan, iaitu suatu yang selain daripada gangguan terhadap emosi. Pesakit sering menyatakan tidak dapat memaafkan diri, rasa bersalah atau berdosa terhadap diri sendiri dan orang lain, menunjukkan rasa tidak berminat dengan keindahan alam dan keseronokkan muzik.

⁵⁸ Christina Puchalski, ‘Spirituality in Health: The Role of Spirituality in Critical Care’, (*Baylor University Medical Center Proceedings* 14, no. 4, 2001), 354.

⁵⁹ Masako Kawa et al., ‘Distress of Inpatients with Terminal Cancer in Japanese Palliative Care Units: From the Viewpoint of Spirituality’, *Supportive Care in Cancer* 11, no. 7 (2003), 483.

⁶⁰ A Kandasamy, SK Chaturvedi dan G Desai, ‘Spirituality, Distress, Depression, Anxiety, and Quality of Life in Patients with Advanced Cancer’, *Indian Journal of Cancer* 48, no. 1 (2011), 56.

⁶¹ Mahmood Nazar Mohamed, *Pengantar Psikologi: Satu Pengenalan Asas Kepada Jiwa Dan Tingkah Laku Manusia* (Kuala Lumpur: Utusan Publication, 1990), 361.

⁶² A Kandasamy, SK Chaturvedi dan G Desai, ‘Spirituality, Distress, Depression, Anxiety, and Quality of Life in Patients with Advanced Cancer’, *Indian Journal of Cancer* 48, no. 1 (2011), 56.

⁶³ *Ibid.*

Pesakit sudah tidak dapat mencari ruang untuk keselesaan dan kekuatan diri. Mereka sering dihimpit rasa tidak berguna.

Selain itu, simptom yang ditunjukkan ialah pesakit sering memikirkan lebih baik mati, diambil nyawa atau bunuh diri, kerana merasakan diri tidak berguna, tidak dimaafkan dan tidak ada makna dan tujuan untuk hidup. Mereka sering mempersoalkan erti kehidupan, rasa kekosongan, tiada harapan dan putus asa untuk meneruskan kehidupan. Pesakit ini juga tidak dapat membuat penilaian dengan baik terhadap sesuatu perkara sebagai contoh dalam membuat sebarang keputusan. Mereka juga sering merasakan mereka membebankan dan menyusahkan orang lain, juga menunjukkan kekecewaan yang ketara kerana tidak dapat menilai makna sebenar kehidupan.⁶⁴

Simptom dari aspek kepercayaan yang ditunjukkan oleh pesakit yang mengalami keresahan spiritual ialah mereka menunjukkan kemarahan kepada Tuhan, menyalahkan dan mempersoalkan takdir serta menyuarakan perasaan yang terbeban dengan apa yang dialami. Mereka sudah semakin kurang dalam menjalankan ritual-ritual agama dengan alasan tidak dapat, penat dan lupa. Mereka juga tidak lagi berminat untuk membaca buku-buku atau kitab-kitab agama, kerana bagi mereka tidak ada sebarang kesan dan kebaikan untuk mereka melakukannya kerana masih ditimpa musibah penyakit tersebut.

Simptom yang terakhir kesan daripada keresahan spiritual boleh dilihat dari aspek sosial. Pesakit secara sepenuhnya hilang minat terhadap semua aktiviti-aktiviti luar dan dalam. Pesakit juga menunjukkan rasa kesepian dan terasing. Kekurangan kasih sayang seolah-olah terzahir daripada tindak tanduk pesakit. Mereka menyatakan tidak diberi perhatian dan diasingkan oleh ahli keluarga dan masyarakat. Pesakit juga menyuarakan kerisauan terhadap ahli keluarga apabila dia terpaksa meninggalkan mereka.

⁶⁴ Mahmood Nazar Mohamed, *Pengantar Psikologi: Satu Pengenalan Asas kepada Jiwa dan Tingkah Laku Manusia*, 227-228.

Manakala aspek sosial dalam masyarakat, pesakit menolak apabila diajak untuk menyertai aktiviti bersama. Pesakit mengabaikan apabila diajak untuk bercakap dan berkomunikasi sama ada ahli keluarga, kenalan, doktor atau ahli agama. Pesakit seolah-olah berubah menjadi individu lain apabila berkomunikasi dan membuat sesuatu perkara. Hal ini berikutan pesakit hilang rasa keyakinan diri dan rasa lemah untuk berinteraksi.

Kesemua simptom yang dihuraikan di atas adalah antara yang dikaji oleh pengkaji sebelum ini berdasarkan modul-modul yang ada. Namun tidak semua perkara tersebut dialami oleh semua pesakit. Terdapat perkara tertentu ditunjukkan oleh pesakit dan ada yang dizahirkan oleh pesakit lain. Semua simptom yang ditunjukkan dan dialami adalah bergantung kepada latar belakang dan sejarah pesakit itu sendiri.

3.4.2 Simptom Kesejahteraan Spiritual (*Spiritual Well-being*)

Kesakitan merupakan satu perkara yang kebiasaan akan mengganggu hampir keseluruhan kehidupan pesakit, sama ada aspek emosi, spiritual, sosial dan terutamanya fizikal. Bagi memastikan kelangsungan dan ketahanan dalam pelbagai aspek lain, elemen spiritual merupakan sumber utama. Hal ini berikutan daripada spiritual merupakan antara topik perbincangan dalam kebanyakan para sarjana dalam rawatan paliatif.⁶⁵ Spiritual memberi pengaruh besar dalam kehidupan pesakit terutama dalam soal membuat sesuatu keputusan dalam rancangan rawatan kesihatan fizikal.⁶⁶

Melati menyatakan antara perkara yang menunjukkan seseorang itu dalam keadaan yang baik, positif dan dapat menerima dengan baik situasi yang susah seperti kesakitan, boleh dilihat dari aspek tindakan, pemikiran pesakit, perasaan yang

⁶⁵ Mark Cobb, Christopher Dowrick dan Mari Lloyd-Williams, ‘Understanding Spirituality: A Synoptic View.’, *BMJ Supportive & Palliative Care* 2, no. 4 (2012), 339.

⁶⁶ Puchalski et al., Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care : The Report of the Consensus Conference, 885.

dizahirkan oleh pesakit dan juga keadaan fisiologi pesakit itu sendiri sama ada bertambah baik atau semakin kritikal.⁶⁷ Keadaan spiritual yang baik adalah keadaan pesakit yang tidak mengalami simptom kemurungan sama ada pada fizikal, spiritual, emosi dan juga sosial. Kesakitan yang dialami secara fizikal dapat dihadapi dengan tenang, dan tidak ditambah dengan gejala kemurungan seperti masalah tidur, tiada selera makan dan lain-lain.

Pesakit merasakan kehidupannya produktif dan bermakna. Pesakit mempunyai tujuan dan matlamat untuk kehidupan, atau kata lain pesakit mempunyai alasan untuk teruskan kehidupan dan lebih kuat menghadapi dugaan dan ujian yang sedang ditempuh. Pesakit juga boleh mencari keselesaan dan keharmonian diri sendiri melalui pelbagai cara yang diingini, di samping mereka yakin keadaan spiritual mereka baik dan stabil. Pesakit menzahirkan harapan dan ada motivasi untuk bertahan demi keluarga dan generasi akan datang selepas kematian mereka.

Dari segi aspek kepercayaan, pesakit rasa selesa dengan keyakinan dan kepercayaan yang ada dalam diri mereka. Mereka juga rasakan kekuatan daripada kepercayaan spiritual mereka. Mereka juga menyatakan keyakinan dan kepercayaan mereka lebih utuh dan kuat terhadap Tuhan selepas didatangi ujian kesakitan ini. Pesakit semakin mendekatkan diri kepada Tuhan dan kepercayaan serta kecintaan yang semakin meningkat terhadap Tuhan. Setiap amalan yang dilakukan dengan keyakinan bahawa apa yang dilakukan itu adalah penghubung untuk lebih dekat dengan Pencipta.

Spiritual yang baik dapat dinilai juga melalui situasi emosi yang baik. Pesakit akan menghargai keindahan alam, pesakit juga sentiasa positif menerima apa jua keadaan kesakitan pada diri dan yakin keadaan akan menjadi baik. Pesakit lebih menghargai diri sendiri dan boleh berfikir dengan baik dalam membuat keputusan dan menyatakan kehendak. Pesakit juga menyatakan kepuasan dalam menjalani kehidupan

⁶⁷ Sumari et al., *Teori Kaunseling dan Psikoterapi*.

yang lepas. Keadaan spiritual yang baik yang paling penting ialah apabila masalah tekanan psikologi yang dihadapi berada pada tahap yang paling rendah iaitu kemurungan, putus asa, keinginan untuk mati dan bunuh diri tidak berlaku dan tiada dalam fikiran seorang pesakit.⁶⁸

Selain itu, elemen sosial juga adalah alat pengukur bagi keadaan spiritual yang baik. Pesakit masih mahu dan meluangkan masa untuk pergi bercuti dan menikmati alam. Mereka juga boleh bertoleransi dengan orang dari pelbagai aspek sama ada idea atau aspek perbezaan kepercayaan. Pesakit juga menyatakan kasih sayang dan memaafkan orang lain. Mereka sedia dan terbuka untuk menerima dan menghulurkan bantuan kepada sesiapa yang memerlukan di samping saling berkongsi cerita dan juga apa-apa keperluan. Dari segi pergaulan dengan masyarakat melibatkan aktiviti keagamaan, pesakit juga tidak terlepas dan sedia menyertai selagi berdaya.

Richardson mengeluarkan enam tema utama sebagai ukuran kepada penjagaan menghadapi kematian yang baik, iaitu pengurusan kesakitan dan simptom yang berjalan baik, pesakit dapat membuat keputusan yang jelas, pesakit bersedia menerima keputusan tentang risiko kematian atau kata lain bersedia untuk menghadapi kematian, pesakit menyumbang kepada orang lain dan pesakit juga bersedia untuk memberitahu kenyataan tentang kematian terhadap orang lain dan mencapai kesempurnaan. Mencapai kesempurnaan bermaksud selesai segala konflik, selesai mengucapkan selamat tinggal, sudah menghabiskan masa bersama keluarga dan rakan-rakan serta sedia menghadirkan diri dalam hal-hal kepercayaan dan keimanan.⁶⁹

Manakala Selman mengeluarkan empat tema bagi penilaian spiritual yang baik dan tidak mengalami keresahan spiritual iaitu pertama pesakit menggambarkan perasaan yang aman dan tenang apabila mempersoalkan persepsi mereka terhadap diri sendiri dan

⁶⁸ Kandasamy, Chaturvedi dan Desai, Spirituality, distress, Depression, Anxiety, and Quality of Life in Patients with Advanced Cancer, 55.

⁶⁹ Richardson, Spirituality, Religion and Palliative Care, 153.

dunia. Keamanan digambarkan melalui perasaan mereka yang tenang, gembira, positif, tidak bersedih dan terganggu serta rasa dimaafkan semua orang. Tema kedua ialah rasa sejahtera apabila berhubung dengan orang lain. Pesakit tiada masalah untuk berbincang secara harmoni dan terbuka dengan rakan-rakan, ahli keluarga, doktor dan lain-lain serta sedia memaafkan orang lain.

Tema ketiga ialah pesakit mempunyai kepercayaan spiritual yang baik. Pesakit digambarkan dari segi kemampuan mereka untuk berhubung dengan Tuhan dan sejauh mana mereka aman dalam kepercayaan mereka. Tema keempat, yang terakhir ialah aspek fizikal yang terjaga dengan baik dari segi perancangan penjagaan kesihatan sama ada aspek pengawalan simptom dan bersedia menerima segala maklumat berkaitan dengan kondisi kesakitan.⁷⁰

Kesimpulannya, penilaian untuk menentukan spiritual seseorang itu dalam keadaan baik ialah dari banyak sudut iaitu fizikal, emosi, keagamaan dan sosial. Hal ini sangat berkait dengan terma “*total pain*” yang telah dibincang dalam keresahan spiritual. “*Total pain*” berlaku apabila mengalami keresahan spiritual, manakala keadaan yang sebaliknya berlaku apabila keadaan spiritual baik, “*total pain*” tidak lagi akan terjadi, bahkan simptom-simptom yang menunjukkan “*total pain*” tidak ada.

3.5 PUNCA-PUNCA KERESAHAAN SPIRITAL

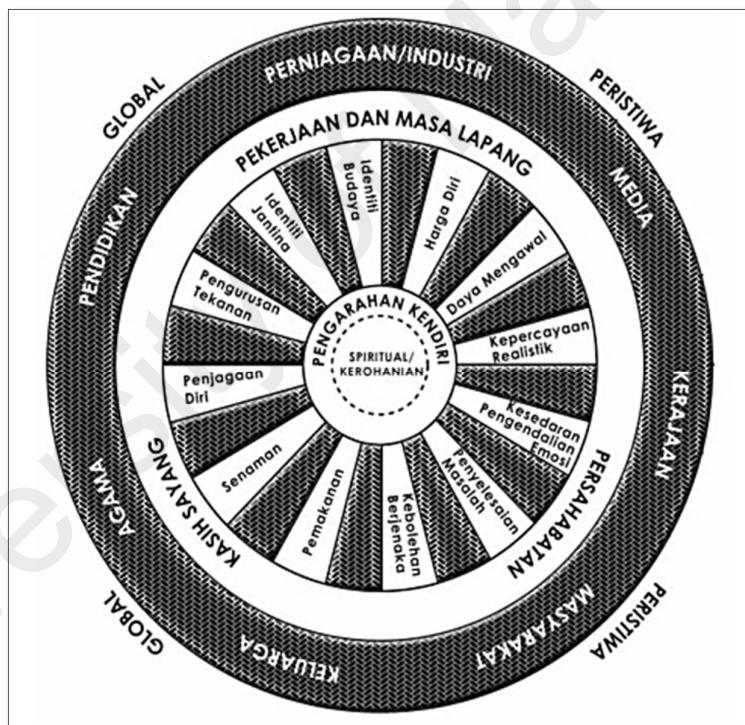
Selepas meneliti keadaan dan tanda-tanda keresahan spiritual dan kondisi spiritual yang baik, semua orang meinginkan keadaan spiritual yang baik dan mahu menghindarkan diri daripada berlaku keresahan spiritual terutama dalam kalangan pesakit kritikal. Hal ini kerana pesakit kritikal ini mahu menjalani kehidupan dengan baik dan berkualiti.

⁷⁰ Selman, Speck, et al., 'Peace' and 'life worthwhile' as measures of spiritual well-being in African palliative care: a mixed-methods study.

Setiap apa yang berlaku ada punca yang tersendiri, begitu juga keresahan spiritual berlaku oleh kerana berlaku sesuatu yang melibatkan dalaman diri seorang pesakit.

Punca berlaku keresahan spiritual adalah berhubungkait ciri-ciri kejadian dan sifat asal manusia manusia. Antara punca-punca spiritual distress adalah apabila berlaku sesuatu yang tidak diingini kepada orang yang tersayang seperti kesakitan, penyakit terminal kronik, pembedahan besar dan kematian. Selain itu ialah apabila berlaku perpisahan dengan ahli keluarga yang mana membuatkannya rasa kesunyian, sendirian dan seolah-olah ditinggalkan oleh orang yang disayangi.⁷¹

Rajah 3.1. Lingkungan Pengaruh Spiritual⁷²



Sumber: Sumari et al., *Teori Kaunseling dan Psikoterapi*

⁷¹ Villagomeza, Spiritual Distress in Adult Cancer Patients: Toward Conceptual Clarity, 288.

⁷² Sumari et al., *Teori Kaunseling dan Psikoterapi*, 66.

Berdasarkan Rajah 3.1 di atas, dapat dilihat beberapa faktor yang menunjukkan pengaruh atau kepentingan peranan spiritual terhadap lingkungan sekeliling seseorang dan juga boleh melihat faktor-faktor yang menyebabkan gangguan kepada spiritual seseorang. Elemen-elemen yang ditunjukkan di atas adalah elemen sosial, agama, pengalaman peristiwa, pekerjaan, ekonomi dan lain-lain.

Antara faktor utama yang menjadi gangguan kepada keresahan spiritual pesakit ialah:

1. Faktor ilmu

Faktor kekurangan dalam kefahaman dan penghayatan ilmu agama.⁷³ Agama telah mengajar kita dengan lengkap bagaimana untuk menghadapi cabaran di dunia dan bagaimana untuk terus mendapat ketenangan dan keberjayaan. Selain daripada itu ialah kekurangan ilmu pengurusan diri.⁷⁴ Kajian berkenaan ilmu pengurusan diri menunjukkan keberjayaan seseorang pesakit menangani gejala kemurungan dalam diri pesakit itu sendiri.

2. Faktor sosial

Gangguan lain yang menyumbang kepada keresahan spiritual ialah faktor semasa merujuk kepada Rajah 1.1 seperti kehilangan pekerjaan sebagai sumber kewangan, perubahan aktiviti harian dan masa lapang serta berlaku sesuatu peristiwa yang melibatkan ahli keluarga, persahabatan dan rutin harian.

⁷³ Salasiah Hanin Hamjah, ‘Pendekatan Da‘Wah Al-Irsyad Al-Nafsiyy Menurut Al-Ghazali : Satu Kajian Di Pusat Kaunseling Majlis Agama Islam Negeri Sembilan’, *Tesis UKM*, 2008, 15.

⁷⁴ Eleni Chambers et al., ‘The Self-Management of Longer-Term Depression: Learning from the Patient, a Qualitative Study’, *BMC Psychiatry* 15, no. 172 (2015), 2.

3. Faktor keluarga

Apabila berlaku sesuatu yang tidak diingini kepada orang yang tersayang. Hal ini kerana seseorang itu sentiasa mahu orang yang disayangi dalam keadaan sejahtera dan selamat. Selain tu juga ialah apabila berlaku perpisahan dengan ahli keluarga yang mana membuatkannya rasa kesunyian, sendirian dan seolah-olah ditinggalkan oleh orang yang disayangi.⁷⁵

3.6 CARA MENANGANI KERESAHAAN SPIRITAL DARI SUDUT PERUBATAN KONVENTSIONAL

Peranan untuk mengatasi masalah keresahan spiritual adalah daripada pesakit itu sendiri dan dibantu oleh keluarga, penjaga dan pengamal perubatan. Antara tiga cara yang digariskan oleh kumpulan pakar perubatan untuk mengatasi keresahan spiritual ialah melalui komunikasi secara langsung atau tidak langsung sama ada dengan penasihat perubatan atau penasihat agama, meditasi melalui amalan ritual agama dan mengawal melalui penjagaan diri sendiri. Dalam merencana rawatan untuk pesakit, semua yang berada disekeliling pesakit mestilah memainkan peranan. Doktor yang mengendalikan pesakit akan menasihati dan memandu ahli keluarga bagaimana cara untuk membantu pesakit.

Komunikasi penting bagi membantu pesakit untuk mendapatkan penyelesaian dan keluar dari belenggu kesunyian. Komunikasi membantu mengalihkan pesakit daripada kekal berada dalam dunianya sendiri. Contoh cara yang boleh dijalankan dalam terapi komunikasi ini ialah sama ada secara verbal atau tidak verbal. Contoh terapi komunikasi verbal ialah, mengadakan soal jawab dengan pesakit tentang perasaannya agar pesakit sudi untuk berkongsi dan meluahkan apa yang dirasakan. Komunikasi juga perlu untuk pesakit menceritakan apa yang disukai dan apa yang ingin

⁷⁵ Villagomeza, Spiritual Distress in Adult Cancer Patients: Toward Conceptual Clarity, 288.

dilakukannya. Kemudian membawa pesakit rasa selesa untuk berkongsi mengenai kepercayaan spiritual, nilai dalam kepercayaan dan amalan ritual yang dilakukan oleh pesakit.⁷⁶ Pesakit juga boleh disarankan untuk berbincang dengan penasihat agama yang diingini.⁷⁷

Manakala komunikasi bukan verbal atau bukan lisan iaitu melalui cara sama ada tindakan dan pergerakan. Antara contoh kaedah yang boleh digunakan ialah melalui cara mengikuti perkembangan susulan pesakit dari segala aspek, bagi menunjukkan perawat dan orang sekeliling prihatin dengan kesihatannya. Kemahiran untuk sedia mendengar luahan pesakit juga mesti ada kerana pesakit dalam situasi yang memerlukan perhatian yang lebih. Selain itu ialah membimbing pesakit untuk melakukan segala aktiviti sama ada aktiviti keagamaan atau relaksasi. Perawat atau pembimbing berperanan untuk membawa pesakit merasai perasaan tidak sakit melalui visualisasi dan memberi sokongan secara konsisten kepada pesakit.⁷⁸

Pembimbing juga boleh membantu untuk membuat terapi ketenangan dengan cara praktik pernafasan yang baik, belajar bertenang dan berfikir, merenung alam, fokus pada sesuatu yang lebih baik dan positif, berkongsi cerita dan pengalaman. Pembimbing juga boleh membawa pesakit berfikir berkenaan kekuasaan atau ketuhanan (*dignity*) yang berkuasa atas segala apa yang dikurniakanNya kepada apa yang diciptakannya. Membawa pesakit untuk berfikiran lebih positif dan berbaik sangka dengan apa yang dikurniakan kepadaNya.⁷⁹

⁷⁶ Puchalski et al., Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care The Report of the Consensus Conference.

⁷⁷ Holly Gaudette dan Katherine R B Jankowski, ‘Spiritual Coping and Anxiety in Palliative Care Patients: A Pilot Study.’, *Journal of Health Care Chaplaincy* 19, no. 4 (2013), 131–39.

⁷⁸ Puchalski et al., Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care the Report of the Consensus Conference, 895.

⁷⁹ *Ibid.*

Cara mengatasi keresahan spiritual yang dibincangkan di atas adalah peranan daripada orang sekeliling selain daripada pesakit itu sendiri. Manakala dalam memastikan masalah keresahan spiritual tidak berlaku pesakit mestilah memainkan peranan utama kerana sesuatu perancangan itu tidak akan berjalan sekiranya tidak mendapat kerjasama daripada pesakit itu sendiri. Antara strategi yang boleh dilakukan oleh pesakit dalam menangani masalah spiritual ialah dengan melakukan meditasi mengikut kehendak pesakit itu sendiri. Ada sesetengah pesakit yang melakukan meditasi berdasarkan panduan agama masing-masing. Contohnya melakukan solat atau sembahyang, berdoa, membaca kitab atau buku khas agama.

Selain daripada itu ialah melakukan aktiviti yang digemari. Contohnya membaca, disarankan untuk membaca bahan yang memberi inspirasi, semangat dan membantu untuk menaikkan kualiti diri. Jika gemar untuk melakukan aktiviti luar, pesakit disarankan untuk melakukan aktiviti bersama-sama masyarakat sama ada dalam aktiviti keagamaan, sukarelawan atau untuk kegembiraan.⁸⁰ Melakukan urutan ringan pada tubuh badan juga membantu untuk proses relaksasi, berhubungan dengan orang lain, mempunyai satu kumpulan khas yang boleh memberi sokongan spiritual, melakukan ritual agama dan juga melakukan aktiviti seperti yoga, tai chi, bersenam, terapi seni seseperti muzik, menari dan melukis serta aktiviti menulis.⁸¹

3.7 AGAMA DI MALAYSIA DAN ELEMEN SPIRITUALITI DALAM KEPELBAGAIAN AGAMA

Pengertian agama menurut Taufik Pasiak ialah diambil daripada perkataan Latin ‘*religare*’ yang bererti “*to bind together*”. Religi atau agama ialah sama pengertian dengan kepercayaan atau pegangan, praktik-praktik yang menunjukkan sebuah komuniti

⁸⁰ Gaudette dan Jankowski, Spiritual Coping and Anxiety in Palliative Care Patients: A Pilot Study.

⁸¹ C. M. Puchalski, ‘Spirituality in the Cancer Trajectory’, *Annals of Oncology*, 23.SUPPL.3 (2012), 53.

yang berusaha mencari makna transenden dengan suatu cara tertentu yang diyakini benar. Oleh itu, dapat dirumuskan bahawa setiap agama mempunyai cara tersendiri dalam merealisasikan agama dan mempraktikkan atau menzahirkan kefahaman agama mereka.⁸²

Dalam bahagian ini, secara umum konsep setiap agama yang ada di Malaysia berdasarkan taburan subjek akan diulas bagi memahami secara asas kepercayaan setiap agama. Ulasan akan dibuat berdasarkan sistem kepercayaan, konsep penerimaan terhadap ujian kesakitan dan juga kepercayaan terhadap alam selepas kematian. Agama yang akan diulas ialah Kristian, Buddha dan Hindu, kemudian akan dirumuskan berdasarkan garis panduan dalam Islam.

3.7.1 Kristian

Agama Kristian merupakan antara agama yang terbesar. Mereka mempercayai konsep triniti atau tritunggal, yang terdiri daripada Bapa Tuhan, Anak Tuhan dan Roh Kudus.⁸³ Jesus Christ mewakili bapa Tuhan dan juga anak Tuhan, manakala Roh Kudus adalah cinta kasih Tuhan.⁸⁴ Meditasi dan amalan ritual agama Kristian adalah berdasarkan konsep Triniti tersebut. Manakala pelbagai perayaan dalam ajaran Kristian juga adalah bertujuan untuk memperingati segala bentuk jasa dan pengorbanan Jesus Christ.⁸⁵

Antara meditasi atau amalan ritual dalam ajaran Kristian adalah upacara pembaptisan yang kebiasaannya dilakukan untuk bayi yang baru dilahirkan dan juga untuk orang yang baru memasuki agama Kristian. Sekiranya acara ini tidak dilakukan

⁸² Taufik Pasiak, *Tuhan Dalam Otak Manusia* (Bandung: Penerbit Mizan, 2012), 194.

⁸³ Mohd. Rosmizi Abd Rahman, *4 Agama Monoteisme: Islam, Kristian, Yahudi Dan Zoroaster* (Pahang: PTS Publication & Distributors Sdn. Bhd., 2004), 91.

⁸⁴ Khadijah Mohd Khambali@Hambali, *Perayaan-Perayaan Agama Kristian* (Kuala Lumpur: Jabatan Akidah dan Pemikiran Islam, 1999), 100-101.

⁸⁵ *Ibid.*

bermakna keimanannya belum diperakui dan dosa warisan belum terhapus.⁸⁶ Ritual kedua ialah upacara pengampunan, iaitu dengan cara pengakuan dosa kepada pihak gereja. Ritual yang ketiga utama ialah upacara peribadatan yang berbentuk sembahyang. Mereka mengamalkannya dengan dua cara iaitu secara individu dan secara beramai-ramai. Kebiasaan sembahyang beramai-ramai ini dilakukan pada setiap hari Ahad.⁸⁷

Kesimpulannya, dalam kehidupan penganut Kristian menekankan berkenaan penyucian daripada dosa, pelaksanaan ritual dan pengorbanan dalam kehidupan. Penerapan elemen ini boleh membawa kepada penganutnya terima dan reda apabila menerima semua ujian dalam kehidupan.

3.7.2 Buddha/Taoisme/Confiusme

Bangsa Cina mempunyai kepelbagaian dalam sistem kepercayaan, kerana berkait rapat dengan pengaruh kebudayaan, sikap, cara berfikir, amalan hidup dan adat resam turun temurun. Agama yang dianuti oleh orang Cina berkeyakinan dan percaya kepada pengajaran yang dibawa oleh ahli seperti Buddha, Confucius dan Lao Tze yang membawa faham agama Buddhisme, Taoisme dan Confiusme. Confucius menggariskan nilai penghormatan kepada orang tua sebagai sebagai prinsip utama, Taoisme pula menekankan pembaikan dalam diri seseorang dan menitikberatkan keseimbangan antara konsep Yin dan Yang. Manakala ajaran Buddha menyeru penganutnya agar mematikan nafsu kerana ia menjadi punca kerosakan dan kejahanan yang berlaku di dunia⁸⁸.

Fahaman Buddha merupakan fahaman yang secara majoriti dianuti oleh kaum Cina.⁸⁹ Justeru itu, dalam ulasan yang lebih terfokus, kajian ini akan membincangkan fahaman Buddha tersebut. Upacara dan penyembahan merupakan ciri utama amalan

⁸⁶ Mohd. Rosmizi Abd Rahman, *4 Agama Monoteisme: Islam, Kristian, Yahudi Dan Zoroaster*, 91.

⁸⁷ *Ibid*, 92

⁸⁸ Ann Wan Seng, *Kepercayaan Orang Cina* (Selangor: Penerbit Fajar Bakti Sdn. Bhd, 1996), 16.

⁸⁹ *Ibid*, 20.

ritual agama bagi orang Cina. Orang Cina menjelmakan Buddha dalam bentuk dewa-dewi. Dewa-dewi ini dipuja kerana mencerminkan perbuatan baik seperti simpati, kasih sayang dan memandu penganutnya ke syurga yang penuh kebahagiaan.⁹⁰ Orang Cina akan mengamal puasa tanpa makan sayur-sayuran dan makanan yang mengandungi minyak binatang. Mereka juga berzikir dengan menyebut nama Buddha berulang kali sehingga sebatи dalam diri. Cara yang paling popular dilakukan ialah upacara sembahyang pagi dan petang dengan meletakkan hidangan buah-buahan dan coloc yang telah dibakar. Buddha merupakan agama yang tidak mempunyai peraturan khusus, justeru ia mudah diterima oleh orang Cina.⁹¹

Manakala aspek rohani yang melibatkan persoalan tentang kehidupan selepas kematian atau kehidupan di akhirat kurang ditekankan dalam agama orang Cina. Keyakinan mereka adalah bersifat kehidupan di dunia yang berasaskan keperluan fizikal seperti keselamatan, kesejahteraan dan kemewahan. Bagi kaum Cina, agama tidak dijadikan sebagai pegangan, tetapi sebagai kepercayaan dan keyakinan. Mereka kurang memberi penekanan kepada akhirat kerana agama mempunyai perkaitan rapat dengan kehidupan duniawi sahaja⁹².

Menurut Buddha, manusia akan mengalami penderitaan hasil perbuatan lampau dan akan dilahirkan berkali-kali sehingga mencapai peringkat nirwana iaitu peringkat kematian yang kekal abadi. Pada peringkat terakhir ini mereka tidak lagi mempunyai nafsu terhadap apa-apa dan tidak akan berasa derita⁹³. Tambahan pula, bagi penganut Buddha, kebaikan diperolehi daripada perbuatan yang baik dan melalui latihan minda. Apa yang ada dalam minda akan menentukan kondisinya ketika kelahiran semula, iaitu dipengaruhi oleh permintaan dan perbuatan yang baik. Kelahiran semula yang baik

⁹⁰ *Ibid.*, 54.

⁹¹ *Ibid.*, 55.

⁹² *Ibid.*, 54.

⁹³ *Ibid.*

menunjukkan proses yang baik menuju Nirvana.⁹⁴ Setiap perbuatan yang dilakukan mesti dikawal agar pengakhiran yang mencapai nirwana. Mereka menerima ujian yang menimpa dengan reda.

3.7.3 Hindu

Agama Hindu adalah agama yang berpegang kepada teks ritual Veda. Teks Veda ini menentukan semua perkara untuk penganutnya, iaitu sebagai pusat, paradigmatis dan tradisi ritual ortodoks agama.⁹⁵ Antara meditasi utama dalam agama Hindu ialah amalan yoga⁹⁶ demi mencapai tahap *moksha*. Berdasarkan kajian oleh Azimah Awang Teh mengatakan konsep ketuhanan dalam falsafah yoga ialah penyatuan dengan Tuhan yang Esa, Tuhan yang kekal Abadi dan Maha Mengetahui dan Tuhan Maha Pencipta. Tuhan yang dimaksudkan ialah Brahman. Fungsi yoga adalah untuk mengagihkan tenaga dalaman kepada zahir badan, dan juga menghubungkan kekuatan minda, perasaan, kehendak, ciri dan sifat setiap jiwa kepada zahir tubuhnya.

Kesimpulannya tujuan yoga adalah untuk membolehkan manusia bersatu dengan tuhan Brahman kerana bersatu dengan Brahman adalah tujuan terakhir setiap penganut Hindu. Namun, penganut Hindu tidak meletakkan sepenuh keyakinan kepada Brahman kerana terdapat dewa-dewa lain yang mempengaruhi kehidupan orang Hindu.⁹⁷ Jika menyebut tentang *spirit*, Hindu lebih membicarakan berkenaan roh selepas kematian. Pada kefahaman spiritual mereka, kematian bukanlah jalan menuju alam lain atau

⁹⁴ Martin Southwold, ‘Buddhism and the Definition of Religion’, *Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland* 13, no. 3 (1978), 362.

⁹⁵ Richard H . Davis, ‘Cremation and Liberation : The Revision of a Hindu Ritual’, *History of Religions* 28, no. 1 (1988), 38.

⁹⁶ Cybelle Shattuck, *Hinduism* (London: Calmann & King Ltd, 1999), 29.

⁹⁷ Azimah Awang Teh, ‘Praktik Yoga Di Pusat Yoga Malaysian Association of Yoga Instructors (MAYI) : Satu Kajian Dari Perspektif Pemikiran Islam’ (Disertasi Sarjana Usuluddin, Akidah dan Pemikiran Islam, Akademi Pengajian Islam, Universiti Malaya, 2010), 63.

menuju kepada kelahiran lain, akan tetapi ia adalah jalan menuju untuk bersama-sama dengan tuhan Siva.⁹⁸ Konsep kelahiran semula ini adalah menyamai agama Buddha.

Justeru perbuatan yang dilakukan dalam kehidupan juga adalah menjurus kepada matlamat kehidupan semula yang bersatu dengan tuhan. Ujian kesakitan yang dialami juga mestilah diterima dengan sikap dan tindak balas yang baik bagi memperolehi balasan yang baik bagi kelahiran semula.

3.7.4 Rumusan Konsep Keagamaan dalam Menangani Keresahan Spiritual dari Sudut Pandang Islam

Setiap agama memandang serius elemen spiritualiti kerana spiritual merupakan jantung agama atau sebagai elemen dalaman yang utama. Spiritualiti seseorang adalah bergantung kepada apa yang dirasai secara dalaman lubuk hati berdasarkan amalan yang dibuat secara ritual.⁹⁹ Setiap agama, mempunyai ritual yang tersendiri dan menjadi kepentingan untuk setiap agama melaksanakannya. Segala bentuk ritual atau tradisi dalam setiap agama adalah jalan-jalan yang suci menuju kepada pengalaman kerohanian dan kebenaran yang mutlak¹⁰⁰. Setiap apa yang mengganggu elemen-elemen spiritual setiap agama akan membawa kepada keresahan spiritual. Bagaimana menghadapi masalah keresahan spiritual juga berbeza berdasarkan kefahaman dan amalan setiap agama.

Ujian kesakitan yang diterima oleh seseorang dipandang berbeza konsep oleh setiap agama. Menerima kesakitan itu dan juga reda dengan kesakitan itu adalah dipersetujui oleh semua agama. Namun setiap agama berbeza pandangan mengenai bagaimana mereka memandang dan menilai kesakitan itu sama ada sebagai pembalasan,

⁹⁸ *Ibid*, 43.

⁹⁹ Taufik Pasiak, *Tuhan Dalam Otak Manusia* (Bandung: Penerbit Mizan, 2012), 194-196.

¹⁰⁰ Wan Mohd Azam Mohd Amin, ‘Liberalisme Dan Pluralisme Agama Dari Perspektif Islam’, (*Seminar Pemurnian Aqidah Islam 2*, 2010), 32.

penghapus dosa atau salah satu cara untuk naik ke darjat yang lebih tinggi. Semua ini berbeza berdasarkan asas kefahaman agama yang berbeza mengenai kehidupan selepas kematian.

Berkenaan persoalan tentang kehidupan selepas kematian pula, agama mengajar umat manusia agar berbuat baik semasa kehidupan dunia kerana pembalasan menanti di kehidupan alam selepas alam dunia. Penganut Buddha dan Hindu sangat percaya kepada kelahiran semula yang akan menggambarkan pembalasan dan pengakhiran bagi kehidupan mereka sama ada bersatu dengan Tuhan atau sebaliknya. Bagi umat Islam, perhitungan bagi setiap perkara yang dilakukan di dunia adalah semasa di alam perhitungan di akhirat.

Justeru dalam Islam, arah kehidupan seseorang manusia itu sendiri adalah bersifat spiritual. Segala apa yang dilakukannya adalah menuju kepada Tuhan Yang Esa, dan amalan agama yang dilakukannya adalah untuk mendekatkan diri kepada Allah. Selain daripada itu, sentiasa meletakkan harapan agar mendapat bantuan dan belas kasihan daripada Allah adalah suatu sikap yang mesti ada dalam diri setiap individu kerana setiap kesusahan yang berlaku adalah ketentuan Allah dan Allah juga lah yang membantu memudahkannya serta menyembuhkannya.

3.8 KAEDAH MENANGANI KERESAHAAN SPIRITAL MENURUT PSIKOTERAPI ISLAM

Psikoterapi merupakan gabungan dua bidang utama dalam kajian ilmu spiritual atau ilmu jiwa. Perkataan psikoterapi terdiri daripada elemen utama dan berbeza, iaitu psikologi dan terapi. Mahmood Nazar mendatangkan pengertian psikoterapi ialah

rawatan kecelaruan jiwa dan tingkah laku menggunakan kaedah psikologi.¹⁰¹ Dengan kata lain ialah masalah jiwa dan tingkah laku yang dirawat dan dilakukan terapi menggunakan ilmu psikologi.

Maksud psikologi berdasarkan asal perkataan Greek ialah ‘*psyche*’ (psiko) yang bermaksud jiwa, rohani atau mental. Manakala ialah ‘*logos*’ (-logi) yang bermaksud kajian. Justeru maksud psikologi ialah kajian terhadap jiwa, mental atau rohani manusia.¹⁰² Manakala, psikoterapi ialah satu metode atau proses interaksi dengan klien bagi mengurangkan faktor-faktor yang mengganggu demi mendapatkan kehidupan yang lebih tenang dan damai tanpa menggunakan ubat-ubatan klinikal. Psikoterapi umum ini muncul di dunia bukan Islam bagi merawat masyarakat yang menghadapi tekanan kehidupan dari sudut ketidakstabilan elemen spiritual, emosi dan psikologi.¹⁰³ Jika dikaitkan dengan dunia perubatan, ilmu psikoterapi adalah rawatan alternatif yang membantu pesakit di samping ubat-ubatan klinikal yang mengawal kesakitan yang dialami.¹⁰⁴

Manakala psikoterapi Islam pula boleh difahami sebagai suatu proses merawat penyakit mental, spiritual, moral dan fizikal berdasarkan metode-metode yang digariskan oleh Islam yang diperolehi daripada al-Qur'an, al-Sunnah, orang soleh dan ilmu pengetahuan Islam¹⁰⁵ serta ilmu-ilmu lain yang tidak bertentangan dengan syariat Islam. Mengambil pendekatan psikoterapi Islam dalam dunia perubatan, pengkaji memfokuskan tujuan utama terapi adalah untuk melahirkan keperibadian dan personaliti yang harmoni, sihat dan seimbang yang menjurus kepada pembentukan personaliti

¹⁰¹ Mahmood Nazar Mohamed, *Pengantar Psikologi: Satu Pengenalan Asas kepada Jiwa dan Tingkah Laku Manusia*, 433.

¹⁰² *Ibid*, 4.

¹⁰³ Sharifah Basirah Syed Muhsin dan Che Zarrina Sa'ari, *Kaedah Psikoterapi Islam Berasaskan Konsep Maqamat Abu Talib Al-Makki*, 32.

¹⁰⁴ Lori P. Montross-Thomas et al., ‘Enhancing Legacy in Palliative Care: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial of Dignity Therapy Focused on Positive Outcomes’, *BMC Palliative Care* 14, no. 44 (2015), 6.

¹⁰⁵ Sharifah Basirah Syed Muhsin dan Che Zarrina Sa'ari, *Kaedah Psikoterapi Islam Berasaskan Konsep Maqamat Abu Talib Al-Makki*, 33.

Islam dari segi emosi dan pemikiran serta tindakan untuk mendapat keredaan Allah berlandaskan syariat Islam.¹⁰⁶

Elemen-elemen dalam psikoterapi Islam adalah berdasarkan apa yang digariskan oleh sarjana-sarjana Islam. Sebagai contoh Abū Ṭālib al-Makkī membawa pendekatan empat peringkat iaitu bermula dengan penerimaan dan penyerahan diri kepada Allah dengan rasa reda atas apa yang dikurniakan kepadanya, kemudian bertaubat atas dosa-dosa yang pernah dilakukan, disusuli dengan peringkat sabar dengan ujian tersebut dan menanam sifat-sifat yang positif serta yang terakhir ialah syukur, iaitu bersyukur dengan musibah yang melanda.¹⁰⁷

Contoh kedua adalah berdasarkan Abdul Qadir al-Mandīlī yang lebih fokus kepada rawatan penyakit hati, seperti marah, dengki dan cintakan dunia melebihi akhirat. Sifat-sifat ini terdapat dalam proses fasa penerimaan seseorang terhadap sakit kritikal yang digariskan oleh Kubler.¹⁰⁸ Al-Mandīlī membawa konsep *tazkiyah al-nafs*, *riyāḍah al-nafs* dan *muḥāsabah al-nafs* sebagai elemen utama psikoterapi dalam usaha membersihkan sifat-sifat negatif yang ada.¹⁰⁹ Elemen ini sesuai untuk diamalkan oleh pesakit dalam usaha menghadapi musibah atau ujian penyakit kritikal tersebut.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ *Ibid.*, 185.

¹⁰⁸ Tan Seng Beng and others, ‘The Experiences of Suffering of Palliative Care Patients in Malaysia: A Thematic Analysis’, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31.1 (2012), 53.

¹⁰⁹ Sharifah Basirah Syed Muhsin and Che Zarrina Sa’ari, ‘Beberapa Aspek Psikoterapi Islam Dalam Kitab Jawi , “Penawar Bagi Hati ” Oleh Sheikh Abdul Qadir Al-Mandili’, 131-137.

3.9 KESIMPULAN

Keresahan spiritual merupakan satu fenomena yang berlaku berpunca daripada perkara-perkara yang datang secara tidak diingini oleh setiap individu, satu situasi yang berlaku di mana individu tersebut tidak dapat mengawal masalah yang dihadapi. Fenomena ini berlaku berdasarkan faktor-faktor tertentu, seperti ujian sakit yang kritikal yang menyebabkan hampir keseluruhan rutin hidup berubah. Untuk menghadapinya, seseorang memerlukan masa dan usaha yang tertentu agar dapat menerimanya dan mengawalnya dengan baik. Cara mengawalnya adalah berdasarkan pegangan dan prinsip individu tersebut.

BAB 4 : DAPATAN KAJIAN LAPANGAN

4.1 PENDAHULUAN

Kajian kualitatif merupakan satu kajian yang penyelidik tidak dapat membuat sebarang hipotesis apa yang bakal diperolehi. Semua hasil dapatan adalah berdasarkan keadaan dan situasi semasa subjek, latar belakang dan kehidupan subjek.¹ Hal ini kerana semua perkara tersebut akan mempengaruhi kehidupan subjek. Maklumat yang diperolehi hasil daripada temubual perlu diselaraskan dengan hasil kajian observasi. Kajian observasi akan mengukuhkan dan membuktikan maklumat temubual daripada subjek kajian adalah sah dan diperakui sekiranya maklumat tersebut seiring dan tidak bercanggah.

Perbincangan dan kajian berkenaan spiritualiti secara umumnya telah banyak dijalankan dalam dunia perubatan kerana kesedaran para pengamal perubatan terhadap kepentingan spiritual dalam diri individu yang menghadapi masalah. Kajian-kajian tersebut membantu pengkaji bagi mengenalpasti secara teori dan praktikal masalah-masalah subjek yang menghadapi pelbagai jenis penyakit yang memberi risiko kepada nyawa. Pengkaji menelusuri masalah-masalah yang dihadapi dan apa yang dirasai oleh subjek kajian, iaitu pesakit dibawah jagaan paliatif. Pengkaji juga melihat sendiri bagaimana subjek-subjek kajian tersebut mengatasi masalah dan kesukaran ketika berhadapan dengan kesakitan.

¹ Puteri Nemie Jahn Kassim and Fadhlina Alias, ‘Religious, Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Issues: Fundamental Requisites for Medical Decision Making’, *Journal of Religion and Health* 55, no 1 (2016), 119–34.

4.2 PEMBINAAN INSTRUMEN KAJIAN

Pembinaan instrumen soalan temubual adalah berdasarkan kajian literatur, kemudian dibentangkan di hadapan pakar paliatif seramai sembilan orang yang diketuai oleh Dr. Loh Ee Chin sebagai pakar runding, Dr. Sheriza Izwa dan lain-lain.² Soalan tersebut mengalami perubahan kerana berdasarkan kesesuaian kondisi subjek. Kemudian soalan-soalan yang telah ditambahbaik dijalankan ujian rintis terhadap tiga orang pesakit pada 15 November 2016 kepada pesakit MND, seorang pengikut Sikh. Kemudian pada 21 November 2016, seorang pesakit kanser payudara, pengikut Buddha dan pesakit terakhir yang melalui ujian rintis ialah pada 30 Disember 2016, seorang remaja Islam yang menghidapi kanser tulang. Ujian rintis dijalankan menguji kesesuaian soalan dan mencapai objektif kajian. Pengkaji membahagikan instrumen kajian kepada dua bahagian iaitu Bahagian A dan Bahagian B. Bahagian A ialah Data Demografi Subjek atau maklumat latar belakang pesakit. Manakala Bahagian B ialah soalan temubual berkisar spiritualiti dan dimensi pengaruh kehidupan terhadap spiritualiti dan sebaliknya.

Kedua-dua bahagian sangat penting bagi memperolehi maklumat yang terperinci berkenaan subjek kajian dan perkara yang berada dalam linkungan kehidupan subjek. Setiap makluman dan informasi di Bahagian B dikukuh dan ditambah dengan maklumat yang diperolehi daripada Bahagian A, begitu juga sebaliknya setiap jawapan daripada subjek menambah maklumat di Bahagian A. Maklumat di Bahagian A adalah tentang umur, jantina, etnik, agama, warganegara, status perkahwinan, bilangan anak, pekerjaan, pendidikan, status kewangan dan penyakit yang dihidapi.

² Rujuk Lampiran C.

Kajian berkenaan spiritual ini sangat memfokuskan kepada latar belakang etnik dan agama individu subjek kerana perbezaan tersebut menghasilkan pandangan yang berbeza mengenai spiritualiti.³ Manakala status perkahwinan dan bilangan anak memperlihatkan sokongan sosial seseorang subjek dalam mencapai matlamat kualiti hidup.⁴ Latar belakang pendidikan pula menunjukkan cara seseorang individu itu berfikir membuat keputusan⁵ dan boleh mempengaruhi kepercayaan seseorang dalam beragama.⁶ Status kewangan juga mempunyai pengaruh dan implikasi dalam rawatan dan kondisi subjek.⁷ Setiap item dalam Bahagian A dan B membantu dalam menyumbang kepada menjawab objektif kajian.

Manakala soalan-soalan temubual di Bahagian B lebih memfokuskan objektif-objektif kajian, iaitu untuk melihat kepada simptom positif dan negatif yang dialami, mengetahui punca keresahan spiritual dan juga mengambil maklumat dan melihat bagaimana subjek bertindakbalas kepada masalah yang dihadapi melalui aktiviti sosial dan aktiviti spiritual.

Berikut merupakan Bahagian B, antara soalan yang disediakan pada peringkat awal, yang dibina berdasarkan kajian literatur:

- 1) Apakah yang anda fikir atau faham tentang spiritual?
(What do you think or *understand about spiritual?*)
- 2) Apakah perkara yang paling besar dalam kehidupan anda kini?
(What are the biggest circumstances you are dealing with now?)
- 3) Bagaimakah cara anda memikirkan kenapa perkara ini terjadi kepada anda?
(How have you made sense of why this is happening to you?)
- 4) Bagaimakah anda menghadapi waktu-waktu sukar? Apakah cabaran utama yang anda hadapi dalam kehidupan?

³ Constance Harris Sumner, "Recognizing and Responding to Spiritual Distress," 29.

⁴ Richard Sawatzky et al., 'Conceptual Foundations of a Palliative Approach: A Knowledge Synthesis.', *BMC Palliative Care* 15, no 1 (2016), 5.

⁵ Ahmed et al., "Systematic review of the problems and issues of accessing specialist palliative care by patients, carers and health and social care professionals," 539.

⁶ D. Thomas Markle, 'Does Education Cause Spiritual Belief Change?', *Current Issues in Education* 15, no. 1 (2012), 1.

⁷ Peter L Hudson et al., 'Benefits and Resource Implications of Family Meetings for Hospitalized Palliative Care Patients: Research Protocol.', *BMC Palliative Care* 14, no.1 (2015), 89.

(How have you coped with hard times in the past? What have been the major challenges you have confronted in your life?)

- 5) Apakah yang anda pegang ketika berhadapan dengan situasi dan keadaan yang sukar?
(What do you hold on to during difficult times?)
- 6) Adakah anda mempunyai sebarang kebimbangan berkenaan kesakitan atau lain-lain penderitan yang dialami fizikal? Bagaimana cara anda dan keluarga anda menangani perubahan dari segi emosi?
(Do you have concerns about pain or other kinds of physical suffering? About your and your family's emotional coping?)
- 7) Bagi sesetengah orang, keagamaan dan kepercayaan spiritual bertindak sebagai sumber yang memberi keselesaan dan kekuatan dalam menghadapi urusan kehidupan, adakah anda bersetuju?
(For some people, their religious or spiritual beliefs act as a source of comfort and strength in dealing with life's ups and downs; is this true for you?)
- 8) Apakah peranan kepercayaan atau spiritualiti dalam kehidupan anda? Apakah peranannya dalam menghadapi masa sukar pada masa lampau? Sekarang?
(What role does faith or spirituality play in your life? What role has it taken in facing difficult times in the past? Now?)
- 9) Adakah penting bagi anda untuk melibatkan diri dalam aktiviti keagamaan atau aktiviti social seperti sembahyang, pergi ke masjid/gereja/kuil atau kerja-kerja sukarelawan?
(How important to you is your participation in religious activities or any other social activities such as praying, going to mosque/church/temple or doing volunteering?)
- 10) Siapakah orang yang penting dalam kehidupan anda sekarang? Kepada siapakah anda bergantung dan menceritakan tentang penyakit yang anda hidapi?
(Who are the important people in your life now? On whom do you depend and in whom do you confide about your illness?)

Setelah menjalankan sesi kajian observasi pada permulaan kajian bagi melihat kesesuaian soalan kajian kepada subjek, pengkaji dapat melihat sendiri kondisi subjek. Ujian rintis yang dijalankan seperti yang dinyatakan di atas pada permulaan bahagian ini menunjukkan soalan yang dibina pada fasa pertama didapati tidak bersesuaian kerana subjek mengambil masa yang agak lama untuk memahami soalan tersebut. Selain itu, terdapat juga subjek yang langsung tidak memahami dan tidak menjawab

persoalan tersebut. Malah soalan tersebut perlu diubahsuai setelah melalui rundingan pakar paliatif.⁸

Justeru, soalan temubual baru dibina mengikut kesesuaian subjek. Soalan-soalan tersebut kemudiannya mendapat kelulusan daripada kumpulan pakar paliatif di wad paliatif iaitu Dr Sheriza Izwa dan Dr Loh Ee Chin bagi meneruskan sesi kajian temubual. Soalan yang diluluskan tersebut adalah ringkas dan jelas. Sesi temubual dijalankan secara dua cara iaitu separa berstruktur dan temubual tidak berstruktur berdasarkan kesesuaian keadaan dan kondisi subjek. Soalan temubual tidak berstruktur bertujuan membuka peluang kepada subjek untuk menceritakan atau menyalurkan maklumat tanpa rasa tersekut dengan soalan-soalan lain.⁹

Berikut adalah soalan yang digunakan dalam kajian setelah beberapa kali melalui sesi kelulusan daripada pakar pengamal perubatan¹⁰ di wad paliatif:

1. Bagaimana keadaan kesihatan anda sekarang?
(How do you feel now with your health?)
2. Siapakah yang memberikan sokongan kepada anda sejak anda didiagnos dengan penyakit ini?
(Who is your main support since you have been diagnosed with the illness?)
3. Apa yang membuatkan anda terus kuat?
(What sustains you and keep you going?)
4. Adakah anda selesa berbincang tentang spirituality? Pernah berbincang dengan sesiapa sebelum ini?
(Are you comfortable discussing spirituality? Ever discuss with therapist/ doctor/ clergy/family?)
5. Apa yang anda faham mengenai spiritual?
(What do you understand about spirit/spiritual/spirituality?)
6. Adakah anda percaya tentang kekuatan dalaman?
(Do you believe in inner strength?)
7. Apakah tujuan/harapan anda dalam kehidupan ini?
(What is the purpose of your life?)
8. Adakah anda mempunyai amalan khusus, seperti pergi ke masjid, solat, baca al-Quran atau amalan baptis, meditasi, yoga, tai chi dan lain-lain?
(Do you have your own ritual, like going to mosque, praying, recite Holy Book, ceremony (baptism), meditation, yoga, tai chi?)
9. Adakah anda rasa kuat berada dalam kepercayaan agama anda?
(You feel strong in your faith or religious belief?)

⁸ Rujuk Lampiran C

⁹ Macleod, Vella-brincat dan Macleod, The Palliative Care Handbook: Guidelines for Clinical Management and Symptom Control, 33.

¹⁰ Dr Sheriza Izwa, Dr Loh Ee Chin, Dr Shantini, rujuk Lampiran C.

10. Adakah anda mempunyai aktiviti sosial yang menjadi rutin seperti membaca, belajar, bercuti, bersukan, serta sukarelawan dan lain-lain? Adakah penyakit ini memberi kesan kepada aktiviti anda?
(*Do you have your own regular social life activities, like reading and studying, going for vacation, society volunteer and others? Do your illness affected your regular activity?*)

Sesi temubual bermula dengan sesi *rappoport*,¹¹ dengan cara soal jawab tentang latar belakang subjek, seperti berkenaan sejarah kesakitan, latar belakang keluarga dan punca atau isu yang berlaku yang menyebabkan subjek dimasukkan ke wad. Setiap maklumat subjek ini sangat penting kerana mempengaruhi cara fikir subjek dan memastikan data tepu diperolehi. Maklumat tersebut membantu pengkaji mendapat gambaran apabila subjek menceritakan berkenaan pengalaman subjek sama ada di rumah atau di hospital. Maklumat observasi membantu pengkaji melengkapkan data kajian dari pelbagai sudut pandang, sama ada dari segi sokongan sosial, psikologi, spiritual dan fizikal.

4.3 LATAR BELAKANG SUBJEK KAJIAN

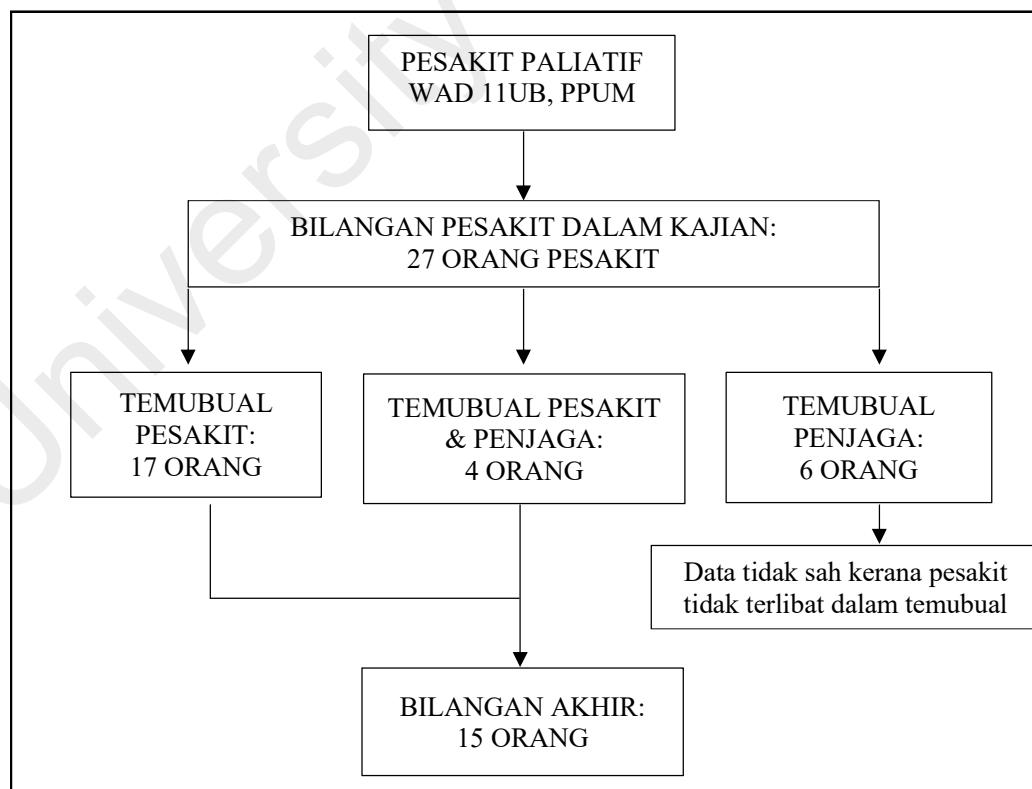
Seramai 27 orang pesakit yang mempunyai kriteria yang cukup telah dihampiri dan didekati serta diminta izin untuk serta kajian melalui proses temubual. Pada saat sesi tersebut dijalankan, boleh dilihat beberapa pesakit tidak mampu untuk bercakap dengan baik dan menyerahkannya kepada ahli keluarga untuk menjawab soalan temubual. Terdapat juga pesakit yang langsung tidak mampu untuk bercakap kerana tidak bertenaga, pemakaian alat pernafasan dan masalah kesihatan yang semakin merudum, sehingga ahli keluarga sendiri yang tidak menggalakkan untuk bercakap dengan pesakit.

¹¹ Bermaksud membina hubungan atau suasana mesra. “Dewan Bahasa dan Pustaka”, laman sesawang Pusat Rujukan Persuratan Melayu, dicapai 15 Ogos 2017, [#LIHATSINI](http://prpm.dbp.gov.my/Cari1?keyword=rappoport&d=129316)

Manakala maklumat-maklumat peribadi subjek kajian diperolehi daripada maklumat berpusat daftar pesakit iaitu ‘Perisian i-Pesakit’ yang hanya boleh diakses oleh kakitangan hospital. Setelah melalui fasa semakan sebelum menganalisis, maklumat dan data sebanyak 12 orang subjek daripada 27 orang terpaksa disingkirkan dari hasil kajian kerana tidak menepati kriteria. Antara kriteria yang tidak menepati ialah soalan temubual yang dijawab oleh wakil atau penjaga. Selain itu maklumat yang diberikan terlalu sedikit dan tidak dapat menjawab soalan temubual tersebut.

Carta di bawah menunjukkan aliran pengumpulan data demografi subjek atau pesakit dan juga sesi temubual yang dijalankan. Subjek yang mana tidak terlibat secara langsung dengan sesi temubual tidak disertakan sebagai data kajian. Kebanyakan pesakit yang tidak mampu bercakap ini tergolong dalam kategori pesakit kritikal akhir hayat yang berada dalam pemerhatian dan kawalan rapi doktor.

Rajah 4.1 Carta Alir Proses Penapisan Data



Sumber: Olahan Penyelidik

4.3.1 Data Demografi Subjek Kajian

Data demografi yang diperolehi hasil daripada kajian lapangan, temubual dan observasi adalah berpandukan metodologi yang telah dirangka berdasarkan objektif kajian. Asas utama yang mesti diikuti ialah bilangan pesakit mengikut agama yang terpilih. Berikut adalah jadual kriteria dan data pesakit yang terlibat sebagai subjek kajian. Seramai 15 orang pesakit yang mempunyai pelbagai peringkat usia, status perkahwinan, etnik dan agama yang berbeza serta pelbagai jenis penyakit akhir hayat yang dihadapi.

Jadual 4.1 Data Demografi Subjek Kajian

Kriteria Pesakit	Bilangan Pesakit (%)
Jumlah Pesakit	15 (100)
Jantina	
Lelaki	6 (40)
Perempuan	9 (60)
Umur (tahun)	
<30	1 (7)
30-49	5 (33)
50-69	6 (40)
>70	3 (20)
Taraf Perkahwinan	
Bujang/bercerai	7 (47)
Berkahwin	8 (53)
Etnik	
Melayu	6 (40)
Cina	7 (46)
India	1 (7)
Sikh	1 (7)
Agama	
Islam	7 (47)
Buddha/Taoisme/Konfusianisme	4 (26)
Kristian	2 (13)
Hindu	1 (7)
Sikhisme	1 (7)
Penyakit	
Kanser Payu dara	3 (20)
Kanser Kolorektal	2 (13)
Kanser Servik	2 (13)
Kanser Nasofarink	1 (7)
Kanser Pankreas	1 (7)
Multi-myeloma	1 (7)
Duchenne Muscular Dystrophy	1 (7)
Penyakit Motor Neuron	4 (27)

Sumber: Temubual, November 2016 – Jun 2017

Maklumat terperinci subjek yang terlibat secara langsung dalam kajian sama ada secara observasi dan juga temubual dikumpul. Kod ‘P’ adalah merujuk kepada perkataan ‘Pesakit’. Maklumat yang diperolehi daripada subjek meliputi nama, jantina, status perkahwinan, umur, etnik, agama anutan, penyakit yang dihidapi, maklumat keluarga, pekerjaan dan kondisi kewangan. Jadual di bawah memaparkan maklumat subjek kajian secara ringkas sahaja, manakala maklumat terperinci dilampirkan di bahagian lampiran di halaman belakang disertasi.

Jadual 4.2 Maklumat Latar Belakang Subjek Kajian

KOD PESAKIT	JANTINA	STATUS	UMUR	AGAMA	PENYAKIT
P01	Perempuan	Isteri	60	Buddha	Kanser Payu Dara
P02	Lelaki	Suami	58	Islam	Kanser Kolorektal
P03	Perempuan	Isteri	45	Islam	Kanser Servik
P04	Perempuan	Isteri	74	Hindu	Kanser Payu Dara
P05	Perempuan	Isteri	46	Islam	Kanser Payu Dara
P06	Perempuan	Isteri	48	Buddha	Kanser Servik
P07	Lelaki	Bujang	51	Sikh	Kanser Nasofarinks
P08	Lelaki	Suami	87	Buddha	Kanser Kolorektal
P09	Lelaki	Bujang	34	Buddha	Pleural Effusion Malignancy
P10	Lelaki	Duda	57	Islam	Becker's Muscle Bscopy
P11	Lelaki	Bujang	21	Kristian	Duchenne Muscular Dystrophy
P12	Perempuan	Bujang	72	Kristian	Motor Neurone Disease
P13	Perempuan	Isteri	48	Islam	Hypokalemia and hypophosphatemia
P14	Perempuan	Ibu tunggal	66	Islam	Kanser Pankreas
P15	Perempuan	Ibu tunggal	60	Islam	Multi-myeloma

Sumber: Data Demografi Soalan Temubual, 2017

Subjek kajian seramai 15 orang terdiri daripada kadar 7:4:4 bilangan pesakit yang menganut agama yang berbeza. 7 (47%) orang beragama Islam, 4 (26%) orang menganut Buddha dan 4 orang selebihnya adalah terdiri daripada agama Kristian (n=2:13%), Hindu (n=1:7%) dan Sikhisme (n=1:7%). Kouta ini diambil berdasarkan keperluan objektif kajian bersesuaian dengan purata penduduk di Malaysia. Perbezaan

jantina adalah terdiri daripada 6 (40%) orang subjek lelaki dan 9 (60%) orang subjek wanita.

Umur subjek yang paling muda berusia adalah berusia 21 tahun iaitu seorang (7%) pesakit sahaja, 5 (33%) orang pesakit berusia antara 30-49 tahun, 6 (40%) orang yang memasuki kategori warga emas 50-69 tahun dan pesakit paling tua melebihi 70 tahun adalah seramai 3 (20%) orang. Manakala pengiraan status perkahwinan subjek, seramai 8 (53%) orang sahaja mempunyai pasangan hidup atau berkahwin, selebihnya adalah 4 (27%) orang subjek bujang atau belum berkahwin, seramai 2 (13%) orang janda atau ibu tunggal dan seorang (7%) duda.

Manakala penyakit yang dihidapi oleh subjek juga berbeza, sama ada kanser atau pesakit yang menghidapi penyakit motor neuron atau dikenali '*motor neuron disease*' (MND). Penyakit ini yang mana menyerang bahagian saraf yang mana akan menyebabkan kebolehfungsian otot semakin merudum.¹² Antara otot yang melibatkan pergerakan anggota badan, berjalan, bercakap, makan, minum dan lain-lain.

Penyakit kanser mendominasi kadar subjek di bawah rawatan paliatif. Pelbagai jenis kanser yang dihidapi, kebanyakannya berada pada tahap keempat kanser. 3 (20%) orang subjek menghidapi kanser payu dara, 2 (13%) orang menghidapi kanser kolorektal, 2 (13%) orang pesakit kanser servik, seorang (7%) menghidapi kanser nasofarink dan seorang (7%) lagi menghidapi kanser pankreas. Manakala, selebihnya seramai 6 (40%) orang subjek yang menghidapi penyakit selain kanser, iaitu seorang (7%) lelaki dewasa menghidapi *Pleural Effusion Malignancy*, seorang (7%) pesakit wanita menghidapi *Multi-myeloma*, seorang (7%) remaja menghidapi *Duchenne Muscular Dystrophy* sejak zaman kanak-kanak, seorang (7%) warga emas menghidapi *Hypokalemia and hypophosphatemia*, seorang lelaki dewasa lain menghidapi *Becker's*

¹² Khean-Jin Goh et al., ‘Survival and Prognostic Factors of Motor Neuron Disease in a Multi-Ethnic Asian Population.’, *Amyotrophic Lateral Sclerosis* 12, no. 2 (2011), 124–29.

Muscle Byscopy dan seorang (7%) warga emas lagi menghidapi lain-lain penyakit *Motor Neurone Disease* (MND).

Maklumat latar belakang subjek sama ada dari segi pendidikan, pekerjaan dan latar belakang lain seperti kondisi ahli, sejarah ahli keluarga akan dilaporkan secara ringkas kerana tidak semua subjek berkongsi secara jelas dan terperinci berkenaan latar belakang dan sejarah kehidupan lalu mereka.¹³ Ada yang mengatakan seolah-olah perkara tersebut malu untuk dikongsikan, terutamanya tentang sejarah penyakit yang dihidapi.

4.3.2 Penjagaan Paliatif (*Palliative Care*) di PPUM

Secara ringkas asas penjagaan paliatif yang dijalankan adalah demi keselesaan dan penambahbaikan kualiti hidup pesakit. Umum peranan penjagaan paliatif adalah mengawal simptom kesakitan dan menghilangkan ketidakselesaan agar pesakit dapat menjalani kehidupan biasa dengan baik. Aspek penjagaan adalah meliputi psikologi, fizikal, spiritual dan sosial.¹⁴ Pesakit akan diberi peluang untuk berbincang dengan lebih mendalam rawatan yang dikehendaki dan diperlukan bagi memastikan kondisi terbaik yang dialami oleh pesakit.

Unit Penjagaan Paliatif Pusat Perubatan Universiti Malaya berada di sayap B, tingkat 11, Menara Utama. Unit ini mempunyai satu kumpulan khas yang terdiri daripada pakar-pakar paliatif, antaranya Dr. Sheriza Izwa, Dr. Loh Ee Chin, Dr. David Paul sebagai pakar penyakit motor neuron (MND), Dr. Lam Chee Loong Dr. Tan Seng Beng dan ramai lagi yang terlibat secara langsung dan tidak langsung. Kumpulan ini bertanggungjawab untuk mengendalikan rawatan bermula daripada awal pesakit yang

¹³ P8 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Cina, beragama Buddha, Pesara Bisnes) dalam temubual dengan Pengkaji, 12 April 2017.

¹⁴ Gillian Watterson dan Richard D.W Hain, ‘Palliative Care: Moving Forward’, *Current Paediatrics* 13, no. 3 (2003), 221.

menghidapi penyakit akhir hayat itu bersetuju untuk merujuk kepada kumpulan pakar terlatih ini. Kumpulan ini juga berkhidmat untuk wad lain yang mempunyai pesakit yang bersetuju untuk merujuk di bawah pantauan unit penjagaan paliatif.

Secara rutin, para perawat akan mengadakan sesi pusingan wad atau dipanggil ‘*ward round*’ pada setiap pagi dan mengemaskini butiran terkini kesihatan pesakit dari hari sebelumnya. Para perawat bukan sahaja melihat aspek fizikal, malah seluruh aspek diri pesakit iaitu keadaan emosi pesakit, spiritual pesakit, lingkungan sosial pesakit terutamanya berkaitan ahli keluarga pesakit dan lain-lain perkara yang berbangkit. Hubungan baik antara perawat dan pesakit juga dijaga dengan baik bagi menghilang jurang dan kejanggalan pesakit, justeru mewujudkan keselesaan pesakit.

Pesakit yang terdiri daripada pelbagai agama bebas untuk menjalankan kewajipan agama masing-masing selagi tidak mengganggu pesakit lain. Malah untuk pesakit Muslim disediakan peralatan untuk bertayammum dan juga petunjuk arah kiblat bagi memudahkan pesakit untuk menunaikan kewajipan. Jururawat atau ‘*staff nurse*’ juga sentiasa sedia untuk membantu pesakit sekiranya memerlukan bantuan.

Penjagaan fizikal untuk pesakit paliatif terdapat beberapa rawatan khusus, antaranya ubatan yang disarankan dalam usaha mengawal kesakitan ialah morfin.¹⁵ Morfin diberi apabila mendapat persetujuan pesakit dan penjaga. Rawatan rutin lain ialah latihan fisioterapi bagi memastikan keadaan anggota badan terjaga. Rawatan kemoterapi dan lain-lain rawatan juga ada dijalankan. Semua sesi rawatan ini akan dijalankan selepas mendapat persetujuan semua pihak melalui proses perbincangan. Perbincangan ini dipanggil sesi ‘*consultation*’ atau rundingan bersama para pengamal perubatan dan ahli keluarga.

¹⁵ GW Hanks et al., ‘Morphine and Alternative Opioids in Cancer Pain: The EAPC Recommendations’, *British Journal of Cancer* 84, no. 5 (2001), 587–93.

Manakala penjagaan aspek spiritual pula ada disediakan iaitu dengan menempatkan pekerja sosial yang berkelulusan dari bidang agama yang berkhidmat di hospital. Mereka akan datang sekiranya dipanggil untuk memberi khidmat dari segi membantu aspek kerohanian dan ibadah. Mereka juga memberi nasihat dan konsultasi bagi membantu pesakit dari sudut pembangunan jiwa dan spiritual. Terdapat juga pakar psikologi yang membantu sekiranya pesakit mengalami gangguan emosi dan perasaan.

Beberapa perkhidmatan di bawah unit paliatif selain daripada pantauan dan rawatan di wad hospital ialah pengamal perubatan juga berkhidmat membantu pesakit di klinik. Klinik ini khas untuk rawatan susulan para pesakit paliatif diadakan pada setiap hari Rabu di Klinik Kesihatan 3, PPUM. Selain daripada itu ialah kolaborasi bersama pasukan Hospis Malaysia¹⁶ bagi membantu pesakit untuk menguruskan rawatan di rumah. Pasukan ini akan membantu dari sudut penyediaan tempat yang selesa, pengurusan sakit ketika di rumah dan juga rawatan susulan.

4.4 SKOP DEFINISI SPIRITUALITI SUBJEK KAJIAN DALAM KALANGAN PESAKIT PALIATIF

Unit penjagaan paliatif adalah satu inisiatif yang sangat bagus dalam membantu pesakit akhir hayat, namun semua usaha tersebut lebih berkesan sekiranya ada keterlibatan secara menyeluruh oleh pesakit itu sendiri. Penjagaan paliatif terbukti sangat bagus dari sudut penjagaan fizikal dan sosial pesakit, manakala aspek emosi dan spiritual pula bergantung kepada tindakbalas pesakit itu sendiri berdasarkan masalah yang sedang dihadapi dan difikirkan. Untuk membantu aspek spiritualiti pesakit, memerlukan seorang perawat menyelami spiritual yang difahami oleh pesakit.

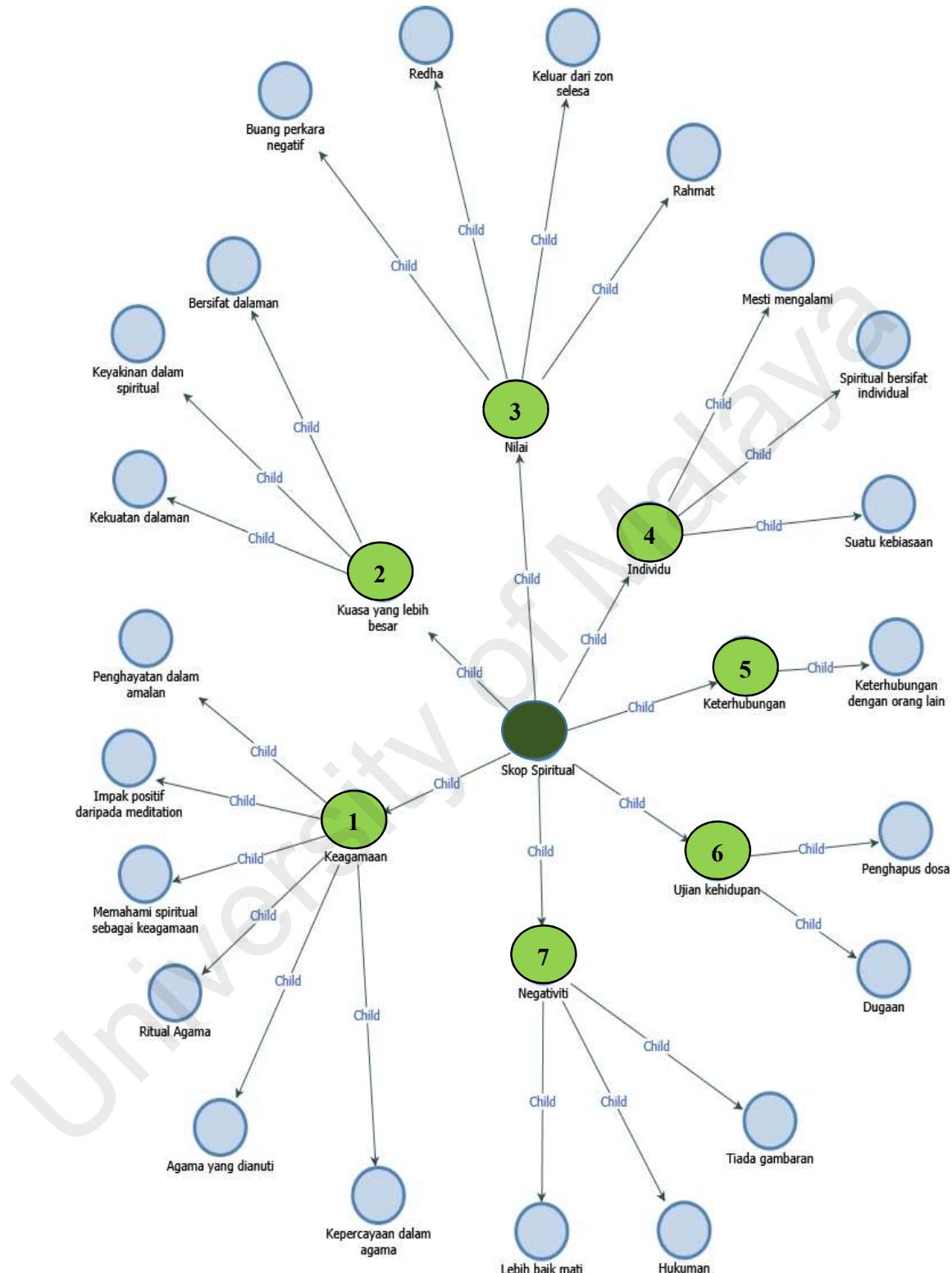
¹⁶ “Patient Services”, laman sesawang Hospis Malaysia, dicapai 24 Ogos 2017, <https://www.hospismalaysia.org/>.

Dalam spiritualiti terdapat beberapa item utama yang difahami, iaitu sesuatu yang menjadi tunjang kepada kehidupan seseorang yang ‘trigger’ atau sebagai katalis yang akan membuatkan seseorang itu berjaya mengharungi cabaran-cabaran kehidupan. Dalam diri setiap individu terdapat satu bentuk kepercayaan dan keyakinan yang menjadi sumber asas perangsang seseorang itu. Kepercayaan itu membolehkannya berfikir untuk melakukan sesuatu perkara yang lebih baik untuk memperolehi kehidupan yang terbaik seperti diimpikan. Rajah di bawah merupakan hasil kajian pandangan-pandangan subjek terhadap spiritualiti.

Kefahaman spiritualiti akan membentuk budaya, dan juga budaya akan membentuk fahaman spiritual. Hal ini membawa maksud bahawa didikan dan latar belakang seseorang akan menentukan keputusan yang diambil dan tindakan yang dilakukan oleh seseorang dalam mendepani sesuatu masalah.¹⁷ Dari segi makna spiritualiti, tidak semua subjek terdedah dengan terma tersebut, bahkan tidak mengetahui erti perkataan itu sendiri. Dan pengkaji mengambil pendekatan untuk menghuraikan maksud spiritual itu sebagai sesuatu yang memberi semangat kepada seseorang untuk meneruskan kehidupan yang lebih baik.

¹⁷ Patrice Richardson, ‘Spirituality, Religion and Palliative Care.’, *Annals of Palliative Medicine* 3, no. 3 (2014), 153.

Rajah 4.2 Kategori-kategori Pandangan Terhadap Spiritualiti



Sumber: Temubual, November 2016 - Jun 2017

Berdasarkan hasil temubual, beberapa pandangan diperolehi daripada subjek berkenaan pandangan mereka terhadap spiritualiti. Antara pandangan dan pendapat-pendapat tersebut, boleh dibahagikan kepada beberapa kategori iaitu sesuatu yang berkaitan ritual dan keagamaan, bersifat nilai yang baik, bersifat individu, ada keterhubungan dengan orang lain, bersifat keyakinan dengan kuasa yang lebih besar dan spiritual juga bersifat satu ujian kehidupan. Ada juga subjek yang melihat spiritual ini sebagai satu perkara negatif iaitu sebagai hukuman serta lebih melihat kematian itu lebih baik. Tidak ketinggalan subjek yang tiada sebarang gambaran tentang spiritual.

Kategori yang pertama ialah spiritual sebagai satu elemen keagamaan. Subjek melihat spiritual adalah keagamaan dan bersifat ketuhanan. Apabila dipersoal tentang definisi spiritual, subjek tanpa ragu menyatakan spiritual ialah agama yang menjadi kepercayaan. Spiritual itu terlahir melalui ritual agama, yang mana juga mempunyai penghayatan dalam setiap amalan yang dilaksanakan. Dalam usaha untuk menghilangkan rasa sakit, subjek melihat doa dan amalan itu sumber kekuatan. Subjek boleh merasai ‘spirit’ itu melalui impak positif dalam setiap meditasi atau ritual yang dijalankan. Subjek juga melihat setiap apa yang berlaku mesti kembali kepada Pencipta. Sebagaimana yang telah diperkatakan oleh subjek kajian berikut.

“Spiritual aah... saya sendiri aar, many things. Saya sendiri ada a few believed energy. The energy we meditate everytime. So, when insist at this time I pun tak tau why, meditation punya master why you know, I can control the disease.”¹⁸

“Spirituality? Because, *innalillahi wainnna ilaihi raajiun. He created, I belong to Him, to Him I returned. Simple.*¹⁹

¹⁸ P01 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peguam) dalam temubual dengan pengkaji, 21 November 2016.

¹⁹ P02 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Doktor) dalam temubual dengan pengkaji, 13 Januari 2017.

Kategori yang kedua ialah spiritual sebagai satu keterhubungan dengan kuasa yang lebih besar. Keterhubungan itu adalah suatu yang bersifat dalaman. Subjek dapat merasakan dalam hati, seterusnya memperolehi kekuatan dalam diri untuk terus menjadi kuat dan sihat. Selain daripada itu, rasa keterhubungan itu melahirkan keyakinan kepada subjek, iaitu yakin dengan janji pencipta dan yakin ada harapan untuk terus sihat atau kurang penderitaan dalam berhadapan dengan kesakitan. Petikan kata-kata subjek di bawah adalah contoh bagi kategori ini.

“Ooh, strength from God”²⁰

“Alhamdulillah. Sebenarnya bila kita ingat Allah ni, kita akan jadi lebih kuat.”²¹

“tu la makcik kata tadi tu, spiritual semua mesti ada. Orang kata dalam ni mesti ada, yang mustahaknya dalam ni. Bila dalam ni kuat, kuat la kita”²²

Kategori yang ketiga ialah spiritual berkaitan satu nilai yang baik dalam kehidupan. Antara yang diperkatakan oleh subjek ialah penting untuk membuang perkara-perkara yang negatif dalam diri dan fikiran, dengan memikirkan sesuatu yang lebih positif, sehingga melahirkan penilaian yang lebih baik terhadap apa jua pekara yang berlaku dalam kehidupan. Pergolakan perasaan dalam hati merupakan suatu perkara normal dalam diri setiap orang. Cuma bagaimana mereka mampu mengawal perasaan tersebut dengan cara baik.

“Why this time arr I tak boleh control. Suddenly, the answer came to me, I pun tak tau nak cakap macam mana and says I have to come out from my comfort zone.”²³

“You don’t see you don’t experience”²⁴

²⁰ P04 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa India, beragama Hindu, Pesara Guru) dalam temubual dengan pengkaji, 21 Mac 2017.

²¹ P05 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Guru) dalam temubual dengan pengkaji, 22 Mac 2017.

²² P15 (Pesakit *Multiple Myeloma*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pehidmatan Awam) dalam temubual dengan pengkaji, 2 Jun 2017.

²³ P01 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peguam) dalam temubual dengan pengkaji, 21 November 2016.

“Everything is a blessing. Its about us, that our treatment. Everyday I wake up is a bleesing. I fell sunshine. Enjoy every moment, never regret. If a day, I die I reda. Before that, I will enjoy my life, look positive.”²⁵

Subjek meletakkan nilai spiritual sebagai suatu yang positif. Subjek merasakan setiap perkara ada hikmah dan menganggap semua yang berlaku adalah dengan kehendak dan izin Allah. Subjek hanya mengharapkan reda Allah dalam menjalani kehidupan kini dan akan datang.

“Mencari reda Allah. Itu je sebenarnya. Sebab bila dapat reda dia, semua akan lengkap la, maksudnya hidup kita akan jadi terurus la, sebab apa-apa kita kerana Allah. Kalau kita harap manusia, manusia tak boleh bagi apa. Apa-apa pun dengan izin Allah. Kalau kita harap manusia, kita akan sentiasa kecewa”²⁶

Kategori yang keempat ialah spiritualiti ialah suatu yang bersifat individu dan tersendiri, di mana hanya difahami oleh individu itu sendiri bagaimana pengalamannya dalam menghayati erti spiritual. Spiritual merupakan suatu perkara yang biasa diperkatakan oleh kebanyakan orang, namun bagaimana spiritual yang dialami seseorang itu meresap ke dalam jiwa seterusnya menimbulkan satu semangat untuk seseorang melakukan sesuatu adalah bergantung kepada individu. Terdapat juga subjek yang menganggap usia yang terlalu tua tidak perlu untuk bercakap tentang spiritual.

“Spiritual ni macam semangat la kan, macam semangat apa dalam badan kita ni... Haaa rohani. Makcik nak sebut roh tadi.”²⁷

“I am too old to talk about it... I am very old already, so I tell you, go back to basic la.”²⁸

²⁴ Ibid.

²⁵ P02 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Doktor) dalam temubual dengan pengkaji, 13 Januari 2017.

²⁶ P05 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Guru) dalam temubual dengan pengkaji, 22 Mac 2017.

²⁷ P15 (Pesakit *Multiple Myeloma*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pehkhidmatan Awam) dalam temubual dengan pengkaji, 2 Jun 2017.

²⁸ P04 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa India, beragama Hindu, Pesara Guru) dalam temubual dengan pengkaji, 21 Mac 2017.

Kategori yang kelima ialah spiritual sebagai suatu elemen keterhubungan antara individu dengan yang lain, sama ada individu lain dan alam. Spiritual mewujudkan suasana yang mendatangkan kesan dan aura positif, sehingga boleh memberi kesan kepada orang lain.

“Spiritual ni atas diri sendiri. Kalau orang pandang, senang mata memandang. Orang selesa dengan kita”²⁹

Kategori keenam ialah ujian yang dikurniakan kepada individu sebagai tanda dugaan dalam kehidupan. Tuhan tidak mengurniakan secara sia-sia, pasti ada hikmah dan kebaikannya di kemudian hari. Subjek juga memandang ujian tersebut sebagai penghapus dosa-dosa lalu seterusnya membersihkan diri sebelum menghadap Tuhan. Setiap kali merasakan kesakitan, subjek akan berdoa kepada Tuhan dengan harapan agar dikurangkan kesakitan yang sedang dialami. Subjek juga belajar untuk menjadi lebih kuat untuk menahan rasa sakit tersebut.

“InshaAllah mengurangkan dosa-dosa saya bila sampai satu tahap lan, inshaAllah bila sampai tempt menjadi penghujung semua orang”³⁰

“Kita cuba dari segi tu, mana tau kita, Allah uji ni untuk kebaikan. Lepas tu kita, ada tu penawar, inshaAllah kita sembuh kan, doa lah”³¹

*“Maybe just like any situation, bad or good, you need to be strong, and don’t think you want to end your life just because very difficult. Just don’t give up, life isn’t being like that”*³²

Kategori yang ketujuh ialah pandangan yang berbeza dari yang lain kerana sudut pandang yang negatif tentang spiritual. Apabila dipersoal tentang apa yang difahami tentang spiritual, mereka memandang sakit yang sedang dialami sebagai satu hukuman

²⁹ P10 (Pesakit Becker’s Muscle Byscopy, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Pesara Pekerja Kilang) dalam temubual dengan Pengkaji, 9 Mei 2017.

³⁰ P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG) dalam temubual dengan Pengkaji, 20 Mac 2017.

³¹ P05 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Guru) dalam temubual dengan Pengkaji, 22 Mac 2017.

³² P11 (Pesakit Duchenne Muscular Dystrophy, Lelaki berbangsa Cina, beragama Kristian, Pelajar) dalam temubual dengan Pengkaji, 18 Mei 2017.

atas apa yang telah dilakukan. Pandangan sebegini akan terbit kerana subjek mengalami suatu keadaan yang tidak stabil disebabkan oleh rasa kesakitan yang sedang ditanggung.

“Apa yang yang kita dapat ni kira punishment atau ujian, inshaAllah mengurangkan dosa-dosa saya bila sampai satu tahap la kan”³³

“Faham. Jangan sakit la, kalau nak angkat, angkat terus la.”³⁴

*“I see its difficult to say.”*³⁵

Spiritual tidak boleh dikatakan sebagai elemen keagamaan semata-mata kerana tidak semua manusia cukup mendalamai agama sebagai satu pegangan kehidupan. Setiap individu mempunyai pegangan dan sesuatu sumber yang menggerakkannya untuk terus menjalani kehidupan. Jelas dapat dilihat setiap individu mempunyai pandangan dan pendapat tersendiri. Pendapat tersebut terhasil berdasarkan pengalaman harian dalam kehidupan yang dialami oleh individu tersebut. Agama adalah satu jalan atau amalan ritual yang tersusun.

Bagi individu yang meletakkan agama sebagai pegangan utama spiritual ialah apabila mereka mengambil asas agama yang bersifat ketuhanan itu sebagai pegangan utama mereka. Kebanyakan subjek melihat semua yang berlaku sebagai satu yang sangat berkait rapat dengan nilai kepercayaan dalam beragama. Subjek menganggap ujian dalam kehidupan merupakan sebahagian daripada ketaatan dalam beragama. Subjek malah menyatakan kesediaan menghadapi sebarang kemungkinan.

³³ P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG) dalam temubual dengan Pengkaji, 20 Mac 2017.

³⁴ P12 (Pesakit Motor Neurone Disease, Wanita berbangsa Cina, beragama Kristian, Tukang Jahit) dalam temubual dengan Pengkaji, 19 Mei 2017.

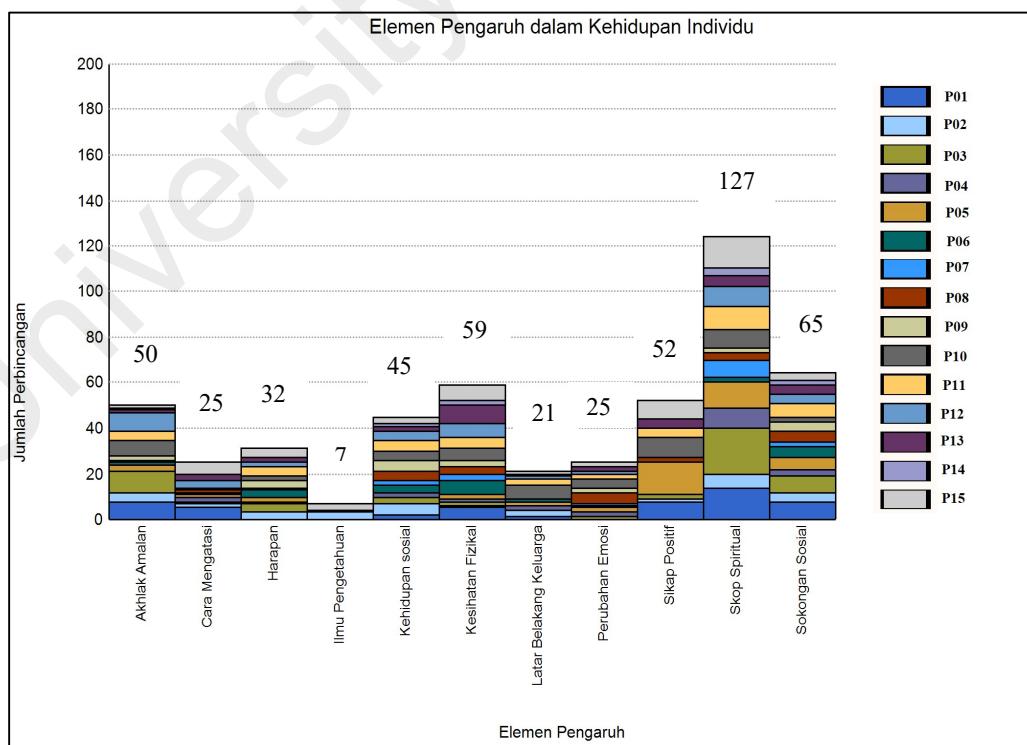
³⁵ P08 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Cina, beragama Buddha, Pesara Bisnes) dalam temubual dengan Pengkaji, 12 April 2017.

4.5 PEMBINAAN TEMA KERESAHAAN SPIRITAL

Tema bagi faktor utama yang menjadi punca keresahan spiritual dibina berdasarkan seluruh elemen yang mempengaruhi kehidupan seseorang individu tersebut, berdasarkan definisi spiritual yang difahami oleh subjek. Apa yang memberi kesan kepada kehidupannya adalah bergantung kepada asas keyakinan dan kepercayaan dalam diri seseorang individu. Dalam Islam, semua perkara tersebut berada peringkat yang kedua, kerana asas utama pegangan meletakkan kepercayaan dan keyakinan yang utuh seluruhnya kepada Allah.

Dalam perbincangan kajian ini, elemen ketuhanan dibincangkan berdasarkan skop dan faham yang berbeza bagi setiap penganut agama, kerana perbezaan dasar pegangan setiap agama. Graf bar di bawah menunjukkan elemen yang diutarakan oleh subjek dan jumlah kadar perbincangan setiap elemen.

Rajah 4.3 Elemen yang Mempengaruhi Kehidupan Individu



Sumber: Temubual, November 2016 - Jun 2017

Hasil transkrip data temubual yang dianalisis menggunakan Perisian NVivo 11, sebanyak 508 perkara telah dikodkan kepada 91 nod. Terdapat maklumat temubual yang bertindan atau sama nod dan ada yang berbeza maklumat dan pandangan. Nod tersebut kemudian disusun mengikut persamaan sifat atau attribut. Nod yang mempunyai ciri kesamaan akan dijadikan '*child node*' sehingga terbentuk 11 nod utama, seterusnya boleh dijadikan sebagai item utama dalam perbincangan faktor yang mempengaruhi elemen spiritualiti dalam kehidupan. Rajah 4.3 di atas menunjukkan elemen-elemen yang dibincangkan dan diperkatakan oleh subjek. Elemen tersebut menjadi faktor yang mempengaruhi kehidupan seseorang.

Sebanyak 127 petikan percakapan subjek berkaitan spiritualiti, merupakan petikan yang paling banyak dibincangkan dalam kalangan subjek. Manakala perkara lain yang juga banyak dibincangkan ialah berkaitan elemen sokongan sosial (65 petikan kata-kata), gangguan kesihatan fizikal (59 petikan kata-kata), sikap positif dalam menghadapi ujian dan dugaan (52 petikan kata-kata), akhlak yang menjadi asas amalan kehidupan (50 petikan kata-kata) dan juga elemen aktiviti kehidupan sosial subjek sama ada sebelum kesakitan atau selepas kesakitan yang dialami (45 petikan kata-kata). Semua elemen ini saling berkait. Bagaimana akhlak dan kehidupan sosial seseorang individu itu sebelum dia ditimpa ujian, akan mempengaruhi bagaimana dia selepas ditimpa sebarang dugaan.

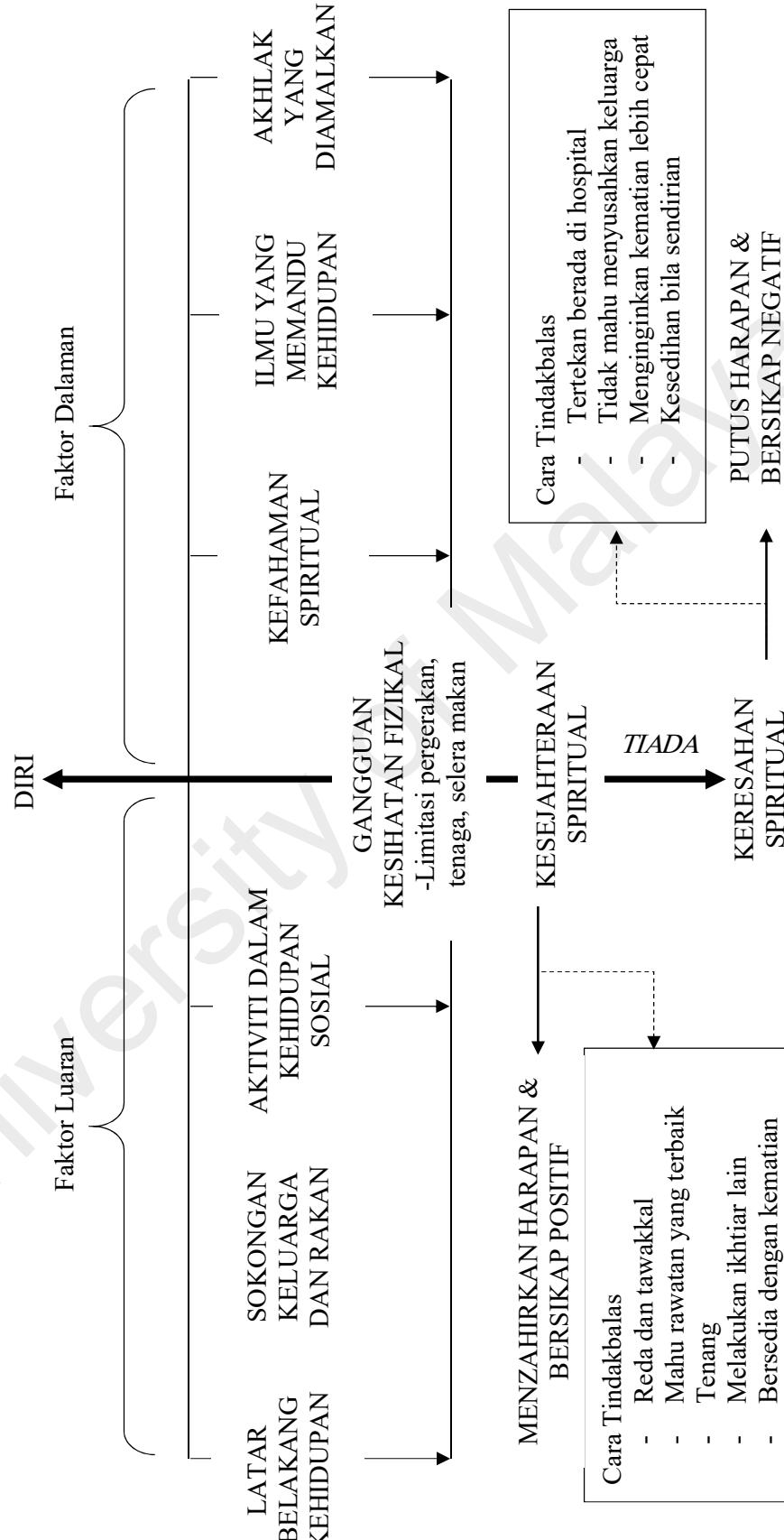
Manakala elemen lain yang dibincangkan ialah subjek yang mempunyai harapan yang ditanam dalam hati dan mengimpikannya agar ditunaikan (32 petikan kata-kata), cara subjek mengatasi masalah yang dihadapi (25 petikan kata-kata), apa yang berlaku pada perubahan emosi selepas ditimpa dugaan kesakitan (25 petikan kata-kata), elemen latar belakang keluarga (21 petikan kata-kata) dan juga elemen terakhir yang dibincangkan juga ialah elemen ilmu pengetahuan yang juga penting dalam kehidupan seseorang individu namun tidak sering dibincangkan (7 petikan kata-kata).

Faktor-faktor tersebut merupakan satu titik tolak sama ada seseorang individu itu boleh mengalami kesejahteraan spiritual atau keresahan spiritual. Faktor-faktor tersebut ialah ilmu pengetahuan, sikap positif, cara mengatasi, latar belakang keluarga, harapan, kehidupan sosial, perubahan emosi, akhlak yang menjadi amalan, sokongan sosial, skop spiritual dan keadaan kesihatan fizikal. Setiap faktor tersebut mempunyai kaitan yang sangat rapat dan saling berhubung. Asasnya adalah pada diri individu itu sendiri. Faktor lain yang mempengaruhi kehidupan seseorang hanya akan menjadikan individu itu lebih baik atau sebaliknya.

Bermula dengan gangguan kesakitan fizikal kepada seseorang individu itu, kemudian didiagnos dan disahkan dengan dugaan penyakit yang tidak ditemui rawatan yang boleh menyembuhkan penyakit, seolah-olah satu bebanan yang menghempap individu secara tiba-tiba. Kehidupan yang bakal dilalui seolah tidak nampak apa yang bakal berlaku akan datang kerana gambaran kematian lebih menghampiri. Dugaan ini ditambah dengan kesan-kesan yang sedikit demi sedikit datang kepada individu seperti anggota badan semakin membengkak, atau semakin mengecil menyebabkan pergerakan pesakit menjadi semakin terhad. Semua perkara yang menjadikan rutin harian atau pekerjaan seseorang terbatas untuk dilaksanakan.

Justeru individu tersebut akan merasakan perubahan yang besar dalam kehidupan, dan perlu untuk melalui hari-hari mendatang dengan rutin yang baru. Ini jelas berlaku di mana semua keadaan berubah setelah seseorang itu didiagnos menghadapi penyakit yang mempunyai peluang tipis untuk sembuh. Namun, bagaimana seseorang itu berhadapan dengan ujian ini adalah bergantung kepada faktor-faktor yang tersenarai daripada hasil analisis temubual dan observasi dengan pesakit di bawah jagaan paliatif. Rajah 4.4 di bawah merupakan gambaran bagaimana sangkut paut antara tema dalam menyumbang kepada kondisi spiritual.

Rajah 4.4 Tema Faktor Keresahan Spiritual



Sumber: Temubual, November 2016 - Jun 2017

Faktor-faktor yang berlaku akan diuraikan berdasarkan petikan kata-kata subjek, data demografi dan juga dikaitkan dengan apa dilihat sepanjang kajian observasi ikut serta. Seluruh aspek kehidupan boleh menyumbang kepada masalah kesakitan yang menyeluruh atau '*total pain*'. Justeru boleh dirumuskan bahawa keresahan spiritual juga adalah berpunca daripada masalah dalam kehidupan yang tidak dapat diselesaikan dan melengkapi keperluan hidup. Perkaitan dan punca-punca keresahan spiritual akan diuraikan satu persatu dalam setiap faktor di bawah.

4.5.1 Faktor Pengalaman Kehidupan

Pengalaman kehidupan dan juga didikan dalam keluarga membentuk bagaimana menjadi seorang individu yang baik. Subjek yang mengalami kesusahan dari kecil membuatkannya kuat dalam berhadapan apa jua ujian kehidupan. Mereka lebih mudah untuk bangkit dalam apa jua keadaan yang sukar. Begitu juga kondisi seseorang yang dididik dengan penuh disiplin dan peraturan dalam kehidupan demi kesediaan berhadapan dengan cabaran dunia luar, mereka akan lebih mudah untuk adaptasi masalah yang mendarat.

Jika dibandingkan dengan seseorang individu yang tidak pernah berpeluang untuk mengalami sebarang masalah genting, kehidupannya penuh dengan kesenangan dan sebarang masalah berkait kehidupan dihadapi dengan mudah dengan bantuan orang sekeliling. Sekiranya mereka berdepan dengan sebarang masalah yang memerlukan diri sendiri untuk mengawalnya, mereka akan lebih sukar untuk menguruskan masalah tersebut. Sebagai contoh ujian penyakit yang menimpa diri, peperangan emosi dan perasaan tidak akan selesai dengan bantuan orang lain melainkan individu itu sendiri yang bangkit dan inginkan sesuatu yang lebih tenang dan bahagia.

Contoh lain pengalaman hidup ialah apabila ahli keluarga pernah ditimpa penyakit kritikal, menjadikan individu tersebut lebih bijak mengawal kerana banyak pengalaman diperolehi daripada kes sebelumnya. Subjek akan lebih bertindak bijak kerana tidak mahu menerima nasib seperti ahli keluarga. Sebagai contoh apabila ditimpa sebarang musibah, subjek akan imbas kembali apa yang telah dilalui dan akan kaitkan dengan masalah semasa.

Semua ini mempengaruhi cara kita faham dunia dan masalah yang mendarat. Pengalaman akan mencetuskan keyakinan dan melahirkan persoalan dan daya fikir yang tidak pernah terlintas sebelum berlaku sesuatu kejadian.³⁶ Sebagai contoh P01 dan juga P11 yang bapanya pernah mengalami penyakit kanser tapi masih bertahan.

“Because my father got a lot of problem. He got usus cancer, colon, he got bypass and he was 70. And then usus cancer come again. And then he got glaucoma. And eyes 30% dia boleh nampak... I always ask him, something new come. Ayah macam mana ar... never mind he said. We all feel sad, heaven ar... tuhan, accept. My sister said he very cool, he accepts. He doesn't sick thing of anything.”³⁷

“Oo, my father is working, taxi driver. Before that, he has colon cancer, but he survives”³⁸

Latar belakang keluarga juga boleh dilihat dari aspek didikan awal dalam keluarga, walaupun dari segi harta benda tidak mewah, namun kesusahan dari kecil membuatkan dirinya sedia kuat dan reda dengan sebarang dugaan sebagaimana subjek P12. Subjek tidak kisah dengan penyakit yang dihadapi sejak kecil, subjek tetap meneruskan kehidupan dengan mencari rezeki melalui pekerjaan menjahit. Oleh kerana kekurangan upaya untuk bergerak bebas dari kecil, subjek tidak menamatkan persekolahan, namun subjek berusaha untuk belajar melalui adik-beradiknya.

³⁶ Cobb, Dowrick and Lloyd-Williams, Understanding Spirituality: A Synoptic View, 339-343.

³⁷ P01 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peguam) dalam temubual dengan pengkaji, 21 November 2016.

³⁸ P11 (Pesakit Duchenne Muscular Dystrophy, Lelaki berbangsa Cina, beragama Kristian, Pelajar) dalam temubual dengan Pengkaji, 18 Mei 2017.

“Kecik-kecik sudah tidak boleh jalan, depan ada gereja. Bapak saya hari-hari dukung pergi sekolah sampai 6. Pergi gereja punya oo. Adik-adik sudah besar, adik-adik pergi sekolah. Habis sekolah, dia ajar saya.”³⁹

Faktor sosio-ekonomi keluarga yang kurang mampu juga akan mendatangkan satu tekanan kepada subjek. Disebabkan oleh kos rawatan yang terlalu tinggi di samping tanggungjawab terhadap keluarga yang masih memerlukan kudratnya menyebabkan subjek runsing akan apa yang sedang dilaluinya. Boleh berlaku juga sebaliknya, subjek lebih berinspirasi untuk kembali sihat demi keluarga.

“Doa. Lepas tu ingat keluarga masih perlukan kita, anak-anak. Sebab anak-anak pun masih sekolah, tak de yang bekerja... Suami kerja, suami baru mulakan bisnes kecil-kecilan tu. Tahu lah bisnes kan, tak nampak lagi dia punya hasil.”⁴⁰

Pengalaman masa lalu dalam kehidupan kadang-kadang akan memberi kesan rangsangan secara makna mendalam melalui perasaan dan tindakan dan tidak akan terkesan langsung pada aspek fizikal.⁴¹ Ini bermaksud apa yang dilalui oleh seseorang akan meninggalkan kesan lebih kepada dalaman hati berbanding apa yang berlaku kepada fizikal. Justeru apabila subjek kuat secara dalaman, aspek lain akan lebih terkawal dan terjaga.

4.5.2 Faktor Sokongan Keluarga dan Rakan

Sokongan terdiri daripada sokongan keluarga, sokongan rakan-rakan dan sokongan masyarakat umumnya. Kajian menunjukkan subjek-subjek mampu bertahan apabila ada tulang belakang yang kukuh atau sokongan kuat untuk pesakit bergantung harap dan bersandar. Sokongan tersebut sama ada daripada keluarga, rakan-rakan dan masyarakat.

³⁹ P12 (Pesakit Motor Neurone Disease, Wanita berbangsa Cina, beragama Kristian, Tukang Jahit) dalam temubual dengan Pengkaji, 19 Mei 2017.

⁴⁰ P05 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Guru) dalam temubual dengan pengkaji, 22 Mac 2017.

⁴¹ Cobb, Dowrick and Lloyd-Williams, Understanding Spirituality: A Synoptic View, 339-343.

Aspek sokongan ini tidak boleh dilihat ringan kerana kesannya sangat maksima walaupun dengan usaha yang sangat minima.

Perkara yang paling utama dalam elemen sokongan ialah sokongan daripada ahli keluarga. Sokongan daripada keluarga diperlukan bagi membantu dalam pengurusan sehari-hari secara umumnya dan sokongan emosi secara khususnya. Pesakit yang sedang mengalami kesakitan memerlukan sokongan bukan sahaja dari aspek fizikal, malah aspek sokongan sosial, emosi dan juga sokongan spiritual. Keluarga adalah tergolong dalam golongan yang sangat rapat dengan kehidupan sehari-hari pesakit, justeru kenangan-kenangan bersama ahli keluarga lebih banyak berbanding orang lain. Kenangan itu lah yang akan membantu subjek kembali positif.

“when I was case, saya ada dibawah wad kan, yang katil tepi saya punya, husband buta, dia kena kanser, dia sudah kemo, and then now she come got sick. All this family look at her, and then they said thanks God, I got family, I’m so, I’m so much better than her.”⁴²

“Ada. That my mother, my auntie and my personal nurse... Kita kena kuat sendiri, bukan everything bergantung kepada nurse. You must have a helper la. Mesti ada orang yang membantu, ataupun kalau sendiri mesti kuat semangat. Kalau tak you tak boleh buat sendiri, and then you lonely, miserable. Macam ni ada borak-borak. So, tak rasa kesunyian.”⁴³

“Anak lah... Diorang cakap jangan sedih, kasi ada semangat... Adik beradik ada tapi dua orang selalu telefon aja la”⁴⁴

“Mula-mula ok la, boleh la harap. Sebab semua harap dengan orang kan, makan minum, nak basuh berak. Acik tak pakai pampers kalau kat rumah. Suami basuhkan berak, dia basuhkan. Yang kecik geli lagi, geram tengok hehe”⁴⁵

“Itu la kena semangat, anak kesayangan susah hati”⁴⁶

⁴² P01 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peguam) dalam temubual dengan pengkaji, 21 November 2016.

⁴³ P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG) dalam temubual dengan Pengkaji, 20 Mac 2017.

⁴⁴ P06 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peniaga) dalam temubual dengan Pengkaji, 27 Mac 2017.

⁴⁵ P13 (Pesakit *Hypokalemia and hypophosphatemia*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pengamal Syariah) dalam temubual dengan Pengkaji, 2 Jun 2017.

⁴⁶ P14 (Pesakit Kanser Pankreas, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Suri Rumah) dalam temubual dengan Pengkaji, 2 Jun 2017.

“Alhamdulillah diorang ambik berat kan. Diorang pun bukan ada masa semua, kerja, sibuk. Kena faham jugak kan”⁴⁷

Perbezaan antara subjek yang mengalami masalah hubungan kekeluargaan dengan subjek yang tiada masalah amat ketara dari sudut emosi. Hubungan kekeluargaan yang erat akan menjadikan seseorang subjek merasakan ada yang melindungi dan masih menyayangi serta memerlukannya. Hubungan kekeluargaan ini akan mengelakkannya mrsia sendirian dan tidak tentu arah.

Selain daripada hubungan kekeluargaan, sokongan dan bantuan daripada orang sekeliling seperti rakan-rakan juga sangat penting. Kehidupan seseorang individu bukan sahaja dalam kalangan ahli keluarga, rakan-rakan merupakan linkungan dan antara yang membentuk suasana kehidupan pesakit sebelum mengalami kesakitan. Justeru setelah pesakit ditimpa musibiah kesakitan, rakan-rakan sepatutnya masih lagi wujud dalam kehidupan pesakit, bagi menzahirkan kasih sayang, sokongan dan juga empati terhadap sahabat. Sahabat yang baik seolah-olah ahli keluarga sendiri yang sentiasa ada untuk membantu sama ada susah atau senang.

“I got support from my children, my wife... I got a plenty of friends”⁴⁸

“So suddenly we come down the department. They all so worried. I said, no need to worried la.”⁴⁹

*“I got a lot of friends, doctors in UK, we still contact through email, I got undergraduate group, medical. I have army group, lecturer’s group. I got 20 what apps groups. I have another group, reformers. survival cancer group. We have meeting, talking, discuss, for all of us, help each other. So, everyone knows me. In a week, we meet 3 to 4 time, socially in a course.”*⁵⁰

⁴⁷ P15 (Pesakit *Multiple Myeloma*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pekhidmatan Awam) dalam temubual dengan pengkaji, 2 Jun 2017.

⁴⁸ P08 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Cina, beragama Buddha, Pesara Bisnes) dalam temubual dengan Pengkaji, 12 April 2017.

⁴⁹ P01 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peguam) dalam temubual dengan pengkaji, 21 November 2016.

⁵⁰ P02 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Doktor) dalam temubual dengan pengkaji, 13 Januari 2017.

“They have to help me, so alhamdulillah. Kata orang bila kita buat baik, kita tak mintak tapi balasan tu datang dengan secara sendirinya. So, you see friends come here, yang tak pernah jumpa lama, bila dengar berita datang, they said so sorry. I said its ok”⁵¹

“Kawan-kawan datang melawat, ada cakap “Takpe la esok boleh jalannya”. Hmm sabar je la. Sama je. Cuma orang datang melawat tu seronok, hilang rasa sakit”⁵²

Kesan apabila seseorang itu tidak mendapat perhatian atau sokongan ahli keluarga boleh dilihat apabila pesakit akan sering mengeluh dan lebih bersyukur dengan wujudnya penjagaan paliatif dan hospis. Sebagai contoh P10 yang mengalami ujian anak-anak yang tidak mengambil endah akan penderitaannya. Subjek P10 ini mengalami gangguan emosi bukan sahaja disebabkan oleh kematian isteri kesayangan, bahkan oleh sikap anak-anak yang sebegini. Perkara ini menyebabkan pesakit kelihatan murung dan sentiasa sedih.

“Anak dua, semua liar-liar... ni nasib baik ada program hospis, ni daripada program hospis, duduk hospital berapa lama saya nak.”⁵³

Sokongan daripada masyarakat juga boleh membantu sedikit sebanyak dari aspek sokongan sosial bagi menghilangkan rasa tersisih kerana ketidakmampuan pesakit. Kesimpulannya, daripada sokongan ahli keluarga dan rakan-rakan serta masyarakat sangat penting bagi mewujudkan gelombang yang sentiasa positif untuk pesakit.

⁵¹ P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG) dalam temubual dengan Pengkaji, 20 Mac 2017

⁵² P13 (Pesakit *Hypokalemia and hypophosphatemia*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pengamal Syariah) dalam temubual dengan Pengkaji, 2 Jun 2017.

⁵³ P10 (Pesakit *Becker's Muscle Byscopy*, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Pesara Pekerja Kilang) dalam temubual dengan Pengkaji, 9 Mei 2017.

4.5.3 Faktor Aktiviti dalam Kehidupan Sosial

Keresahan spiritual berpunca dari kemurungan atau tekanan yang tidak dirawat. Apabila seseorang itu mempunyai hobi dan gaya hidup yang aktif, seperti bersukan, menjelajah, bercuti dan sebagainya, ujian kesakitan fizikal akan menyebabkan mereka terhenti dari semua hobi tersebut. Setiap individu yang mengalami perkara sebegini akan merasakan seolah-olah kehilangan sesuatu yang mengisi hari-harinya. Sedikit sebanyak perkara tersebut akan mengganggu emosi.

“I am going outdoor, sport activity like going out... I’m going for hunting, fishing”⁵⁴

“Uih dahsyat, atlit wanita. Main pingpong daerah, bola tampar, carom.”⁵⁵

Namun, perasaan seperti ini tidak akan bertapak lama dalam jiwa sekiranya mereka menghargai apa yang telah dilalui dan memandang apa yang ada di hadapan. Individu yang menghargai kehidupan adalah satu nilai yang sangat susah untuk dipupuk dalam diri seseorang, terutama apabila seseorang itu sedang dalam kondisi kesakitan yang kritikal. Seseorang itu akan dapat menangani masalah dalam kehidupan apabila menghargai setiap peluang yang ada di depan mata. Setiap hari mereka bangkit dari tidur adalah satu nikmat yang amat berharga kerana masih boleh mencuba untuk melakukan yang terbaik dan lebih baik, bahkan seolah-olah satu rahmat.

“Saya hari-hari bangun, breathing, selalu makan breakfast, saya cycling dalam rumah. Lepas smbahyang subuh semua la. Walk, zikir. So kalau kawan2 datang, turun bawah minum kopi”⁵⁶

“Purpose. Kalau saya ada 100 button list, sy nk pergi haji, jalan2, Langkawi. Ada dah planning pergi melawat. Macam skrg ni, ada kumpulan malam untuk dinner college. As far as I can go”⁵⁷

⁵⁴ P08 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Cina, beragama Buddha, Pesara Bisnes) dalam temubual dengan Pengkaji, 12 April 2017).

⁵⁵ P13 (Pesakit *Hypokalemia and hypophosphatemia*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pengamal Syariah) dalam temubual dengan Pengkaji, 2 Jun 2017.

⁵⁶ P02 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Doktor) dalam temubual dengan pengkaji, 13 Januari 2017.

⁵⁷ *Ibid.*

Nilai memberi kepada orang lain adalah tanda yang cukup untuk membuktikan individu tersebut sangat positif dan lebih melihat kehidupan luar, terutama apabila seseorang itu memberi kepada yang lebih memerlukan seperti membantu dan melihat keadaan orang lain lebih susah. Menghargai yang dicintai iaitu keluarga dan rakan kerana mereka lah yang mewarnai seluruh kehidupan dan membantu ketika diperlukan. Orang yang bersyukur akan sentiasa gembira dengan kehidupan. Gaya hidup beginilah merupakan satu cara untuk menangani masalah ini.⁵⁸

“If regular, maybe I go for class. Sometime I have training in my centre, like computer course. They can give job if you want... Sometime there is event at the hotel, they invite us. Sometime have event dinner, then we go”⁵⁹

“I use to be, everyday I’m out, pergi sekolah pickup children. Walaupun nampak remeh temeh, bawak anak-anak pergi tusyen, not my children, other people’s children. Jadi transporter, tumpang sini. This all few matters for me, but I think serve my friend, my family, my society”⁶⁰

“Makcik. Sebenarnya makcik tak banyak masa. Banyak masa makcik, makcik pergi pagi balik. Makcik takde masa nak ke sana ke mari. Balik kerja dah buat kerja rumah, masak dah penat badan, takde masa. Kalau ada masa sesekali, main golf ke apa dengan kawan-kawan”⁶¹

Kesakitan bukanlah satu kelemahan, ianya adalah satu pengalaman yang dialami oleh seseorang individu yang telah terpilih sejak azali dalam pengetahuan Tuhan yang menciptakan. Merasakan semua yang dikurniakan kepadanya sebagai satu kurniaan adalah suatu perkara yang sangat sukar dan tidak semua individu mampu melakukannya. Selain itu, bagaimana seseorang itu menggunakan pengalaman ini dalam usaha membantu orang lain pula adalah satu nilai yang tiada tandingannya.

⁵⁸ Sarris et al., *Lifestyle Medicine for Depression*, 1-13.

⁵⁹ P11 (Pesakit *Duchenne Muscular Dystrophy*, Lelaki berbangsa Cina, beragama Kristian, Pelajar) dalam temubual dengan Pengkaji, 18 Mei 2017.

⁶⁰ P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG) dalam temubual dengan Pengkaji, 20 Mac 2017.

⁶¹ P15 (Pesakit *Multiple Myeloma*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pehidmatan Awam) dalam temubual dengan pengkaji, 2 Jun 2017.

4.5.4 Faktor Kefahaman Spiritual

Kefahaman spiritual sangat berkait dengan kawalan diri dari sudut emosi dan tindakan. Kepercayaan boleh meningkatkan emosi yang positif kerana kepercayaan dan keyakinan yang tinggi boleh mewujudkan suasana yang positif melalui pasakan nilai tidak berputus asa dalam meletakkan harapan, nilai kemaafan dan keampunan, rasa keselesaan, rasa kecintaan dan lain-lain nilai yang positif. Semua nilai ini menunjukkan kesejahteraan spiritual yang sedang dialami oleh individu.

Bagaimana mengawal perubahan emosi dan mengatasi rasa penderitaan dalam berdepan dengan kesakitan, adalah bergantung kepada sejauh mana kefahaman dan penghayatan individu dalam elemen spiritual. Elemen spiritual akan menjadikan seseorang individu mempunyai satu matlamat yang jelas, dan memberi satu nafas semangat untuk meneruskan kehidupan. Definisi spiritual bagi subjek telah dibincangkan dalam topik perbincangan sebelum ini. Bahagian ini akan membincangkan bagaimana perkaitan spiritual yang mampu mencetus fenomena keresahan spiritual dan juga mampu mendatangkan kesejahteraan spiritual.

Spiritual yang difahami ialah boleh mengawal penyakit, iaitu dengan kuasa yang ada membantu proses kesembuhan dari pelbagai aspek contohnya yang dialami oleh P01 iaitu kesakitan boleh dikawal melalui meditasi. Dalam proses meditasi, individu akan mengosongkan mindanya daripada semua perkara negatif dan membayangkan sel kanser akan semakin mengikut.

“Spiritual aah... saya sendiri aar, many things. Saya sendiri ada *a few believed energy. The energy we meditate everytime. So, when insist at this time I pun tak tau why, meditation punya master why you know, I can control the disease.*”⁶²

⁶² P01 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peguam) dalam temubual dengan pengkaji, 21 November 2016.

*“In the beginning takdak apa la, because I cannot thinking so many things. Yeahh the brain. The drawer in their brains kan, you have to tak it out, buang semua sampah. You mesti buang... I meditate all the cancer, the ulser will shrink.”*⁶³

Manakala P02 pula menyatakan kesyukuran dan positiviti terhadap hari-hari yang dilaluinya. Subjek tidak menyatakan rasa takut akan apa yang bakal terjadi, bahkan sentiasa bersedia untuk menghadapi sebarang kemungkinan. Sekiranya masih ada hari-hari yang berbaki untuk subjek lalui, satu kesyukuran baginya atas peluang yang masih Tuhan berikan. Spiritual yang difahami adalah aspek keagamaan iaitu kembali kepada Tuhan yang menciptakan. Allah mengurniakan seseorang itu penyakit kerana untuk menguji seseorang dan bagaimana kita menghadapinya dan mengawalnya adalah bergantung kepada setiap individu.

*“Spiritually? Because, innalillahi wainna ilaihi raajiun. He created, I belong to Him, to Him I returned. Simple. Everything is a blessing. Its about us, that our treatment. Everyday I wake up is a bleesing. I fell sunshine. Enjoy every moment, never regret. If a day, I die I reda. Before that, I will enjoy my life, look positive. I have arranged all, perkuburan, settle semua. So just fine. If I stay alive, very good. If not, its ok.”*⁶⁴

*“Bagi saya its more to spiritual. You pray so hard, you pray you talk to Allah, you ask from Allah. Its inside you can do that, even you do hypnotism, you do what ever, meditation. Its inner strength. Its not just like bla bla bla, but its inside. You just find inner strength and get out.”*⁶⁵

Apa yang difahami lagi ialah melalui elemen ritual keagamaan, Tuhan akan membuang segala keburukan dan perkara negatif yang ada dalam diri dan linkungan pesakit.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ P02 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Doktor) dalam temubual dengan pengkaji, 13 Januari 2017.

⁶⁵ P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG) dalam temubual dengan Pengkaji, 20 Mac 2017.

*“That one like evil against. No no, God defeating evil”*⁶⁶

Selain itu, pengharapan yang nyata kepada Allah akan membantu individu subjek untuk lebih kuat melawan kesakitan. Di samping itu akan menjadikan seluruh kehidupan lebih terurus walaupun ditimpa ujian yang sangat berat. P05 juga meyakini bahawa ayat-ayat suci al-Qur'an mampu membantu merawat sel kanser.

“Mencari reda Allah. Itu je sebenarnya. Sebab bila dapat reda dia, semua akan lengkap la, maksudnya hidup kita akan jadi terurus la, sebab apa-apa kita kerana Allah. Kalau kita harap manusia, manusia tak boleh bagi apa. Apa-apa pun dengan izin Allah. Kalau kita harap manusia, kita akan sentiasa kecewa”⁶⁷

“Dulu selalu lah akak buat lepas solat yang surah Al-Fil untuk bersih sel kanser, 21 kali. Baca al-Fatihah, baca surah Al-ikhlas 3 kali, selawat 3 kali pastu baca usrah Al-Fil 21 kali, petang malam selalu buat la semenjak sakit tu.”⁶⁸

“Makcik senang je, kena banyak doa. Tu je, makcik istighfar je banyak-banyak. Kalau sakit sangat tu, mak cik istighfar-istighfar. Lama-lama dia akan stop sakit tu, percayalah. Makcik macam tu la kalau terlampau sakit, pening. Makcik percaya tu. Tu semua Tuhan punya kuasa.”⁶⁹

Dapat dilihat bahawa keyakinan subjek dalam kefahaman dan amalan spiritual akan meninggalkan kesan positif. Manakala, kefahaman spiritual juga membantu subjek untuk terus maju kehadapan dan mencapai matlamat yang diimpikan, sekiranya tersungkur, subjek akan berfikir, bersabar serta ingat kembali matlamat dan harapan dalam diri. Spiritual yang tertanam dalam hati menunjukkan impak yang positif kepada subjek.

⁶⁶ P04 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa India, beragama Hindu, Pesara Guru) dalam temubual dengan pengkaji, 21 Mac 2017.

⁶⁷ P05 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Guru) dalam temubual dengan pengkaji, 22 Mac 2017.

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ P15 (Pesakit *Multiple Myeloma*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pehidmatan Awam) dalam temubual dengan pengkaji, 2 Jun 2017.

“Because in our religion saying that every reason that happen to us maybe in our religion, our God want to use us like to show the wonderful things about Him. Use people to show the power of miracle. Sometime He give me power to continue. Sometime I study right, is a bit challenging for me, I feel like want to give up but when I think about it, I stop again, I continue.”⁷⁰

Terdapat juga subjek yang tidak mampu menghuraikan apa itu spiritual dan juga tidak dapat menghuraikan kesan spiritual dalam kehidupannya. Kemungkinan pada ketika itu subjek hanya memikirkan untuk kesembuhan dan menginginkan kehidupan seperti sediakala. Sepertimana kita dapat lihat P06, P08, P12 tidak mampu menghuraikan apa itu spiritual dan apabila ditanya tentang agama yang dianuti juga tidak mampu dijawab dengan baik. Kebiasaannya, kebanyakan subjek yang mampu menjawab definisi spiritual yang difahami dengan baik mempunyai satu pegangan dan kepercayaan agama.

Subjek yang tiada kefahaman dan tiada amalan ritual berkemungkinan tinggi akan mengalami keresahan spiritual, kerana tiada keyakinan yang dipegang dalam diri. Kebahagiaan mereka hanyalah bergantung kepada kehidupan sosial, iaitu bersama keluarga, adik beradik, cucu dan rakan-rakan. Mereka juga dilihat kurang responsif dan kurang positif semasa sesi temubual dijalankan.

4.5.5 Faktor Ilmu Pengetahuan yang Memandu Kehidupan

Dalam aspek keilmuan, individu yang mempunyai tahap keilmuan yang lebih tinggi contohnya berada dalam bidang profesional atau rajin untuk menuntut ilmu seperti kuliah-kuliah ilmu akan mempunyai fikiran yang lebih terbuka dan positif. Masa yang diambil untuk fasa adaptasi dan penerimaan penyakit yang dihadapi lebih singkat berbanding pesakit yang kurang dalam pendedahan ilmu. Ilmu akan membantu manusia

⁷⁰ P11 (Pesakit Duchenne Muscular Dystrophy, Lelaki berbangsa Cina, beragama Kristian, Pelajar) dalam temubual dengan Pengkaji, 18 Mei 2017.

untuk berfikir dengan lebih kreatif dan imaginatif dalam mencari kebenaran dan maklumat. Individu yang bijak akan mengaplikasikan ilmu dalam mencari kebaikan hidup.

Ilmu tersebut adalah yang berkait rapat dengan ilmu dan pengalaman kehidupan. Ilmu boleh diperolehi melalui pembacaan dan kuliah pengajian, ilmu juga boleh diperoleh melalui pengalaman. Pengalaman akan mengajar seseorang agar lebih berhati-hati dalam menilai sesebuah perkara dalam kehidupan.

“To be honestly to you, I am expected got cancer, but because of busy starting medical school, I really know that, I find the symptoms. Loss of weight, back pain, diarrhea. Because of medical school, I am not concern about it. I have been following holiday on the cruise. I know I got it, after endoscopy.”⁷¹

“I had studied about monotheism, starting from judism, Christianity. To review the reviel of injil, turath, Isa, son, trinity bla bla bla. Muhammad is a last, and Quran. But, I appreaciate another religion. I have read to understand another religion.”⁷²

“I focus on my study first, I’m not doing any job yet. But I have training from them, like sometime, I think once a month they have a course. It’s a course about life. They teach about what attitude that we need to have in life. Then, sometime I go to church. Sometime there is event at the hotel, they invite us. Sometime have event dinner, then we go... Some there is somebody invite me to give some talk to inspire. Yes, sometime I do this”⁷³

“Kalau kita belajar, tanya dia macam mana. Tuhan lorongkan jalan. Acik pun baca buku, dengar-dengar ceramah. Ya la mana ceramah yang boleh”⁷⁴

“Makcik beli buku je la, tengok TV, belajar gitu kat situ je la. Belajar mana kita boleh belajar, kita nak gi berguru takde daya.”⁷⁵

⁷¹ P02 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Doktor) dalam temubual dengan pengkaji, 13 Januari 2017.

⁷² Ibid.

⁷³ P11 (Pesakit Duchenne Muscular Dystrophy, Lelaki berbangsa Cina, beragama Kristian, Pelajar) dalam temubual dengan Pengkaji, 18 Mei 2017.

⁷⁴ P14 (Pesakit Kanser Pankreas, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Suri Rumah) dalam temubual dengan Pengkaji, 2 Jun 2017.

⁷⁵ P15 (Pesakit Multiple Myeloma, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pekhidmatan Awam) dalam temubual dengan pengkaji, 2 Jun 2017.

Elemen keilmuan ini sangat penting dalam memupuk minda dan akal fikiran menjadi lebih positif dan seterusnya berfikir sesuatu yang baik dan positif. Ilmu pengetahuan menjadikan seseorang lebih memandang ke depan dan lebih nampak perjalanan hidup yang bagaimana terbaik untuk dijalani serta bagaimana untuk menangani sesuatu masalah secara bijak.

4.5.6 Faktor Akhlak yang menjadi Amalan Asas

Setiap manusia mempunyai pelbagai ragam dalam berhadapan dengan situasi dan masalah. Akhlak yang lahir terpantul daripada masalah yang dihadapi boleh menjadi cerminan kepada tahap spiritualiti seseorang.⁷⁶ Akhlak selepas ditimpa musibah kesihatan kebarangkalian akan sedikit berubah menjadi kurang sabar, lebih beremosi, sensitif dan menjadi malas serta disiplin dalam amalan juga sedikit berkurang kerana halangan dalam melaksanakannya.

Perkara sebegini terjadi apabila kesakitan yang dialami menyebabkan kewarasan seseorang untuk berfikir sedikit terganggu. Sejauh mana seseorang itu bertindak dan bereaksi terhadap ujian yang menimpa itu bergantung kepada akhlak dan sikap asal yang terdidik dalam diri mereka. Antara akhlak atau sikap yang ada pada pesakit ialah positif terhadap ujian, bahkan sentiasa bersangka baik dengan apa yang menimpa diri. Semua ini boleh terjadi setelah melalui beberapa fasa dalam usaha untuk reda dengan ujian tersebut.

Berdasarkan kajian lapangan temubual dan observasi ikut serta, pengkaji dapat simpulkan beberapa akhlak dan sikap baik yang ada pada subjek yang boleh memberi kebaikan kepada subjek dalam usaha memperolehi kondisi kesejahteraan spiritual dalam mendepani ujian kesakitan. Antara sikap tersebut ialah mempunyai pendirian, suka

⁷⁶ Che Zarrina Sa’ari dan Sharifah Basirah Syed Muhsin, Cadangan Model Psikoterapi Remaja Islam Berdasarkan Konsep Tazkiyah al-Nafs, 58.

untuk memberi sumbangan dan bantuan kepada orang lain, sentiasa berusaha menjadi lebih baik, mudah mesra dan meraikan orang lain dan yang terakhir ialah positif dalam apa jua situasi.

a) Mempunyai pendirian

Sikap pertama ialah setiap individu mesti mempunyai pendirian dan kesungguhan dalam melakukan sesuatu perkara. Apabila terlalu mendengar kata-kata negatif daripada orang sekeliling akan menyebabkan individu rasa tertekan dan boleh jadi tingkah laku dan perbuatan yang baik akan terhenti. Dalam setiap tindakan yang dilakukan juga mestilah mempunyai asas pendirian dan sebab yang kukuh agar tindakan dapat dilakukan dengan yakin dan berterusan. Petikan di bawah menunjukkan pendapat daripada subjek.

“Takde, just percaya *in yourself*. Don’t ikut orang macam lembu. Orang suruh buat zikir 100, you buat. You rasa 10 tu cukup, sudah. *I feel la, I bukan ustazah know that lah*”⁷⁷

“Betul. Nak belajar agama lagi la kena kuat semangat. Baru nak baca Bismillah, ade je orang panggil. Kadang baru je nak baca kitab-kitab dulu, orang perli kita, eleh nak jadi alim”⁷⁸

Subjek P03 menekankan bahawa dalam kita mengamalkan sesuatu amalan mestilah dengan hati, bukan sekadar melakukan sesuatu hanya berdasarkan jumlah bilangan tetapi tiada penghayatan. Manakala P15 berdepan dengan situasi yang mana usaha baik mendapat ejekan kerana ingin menambah ilmu dan pengetahuan. Jika tiada kesungguhan dalam hati, pasti amalan baik tersebut akan ditinggalkan.

⁷⁷ P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG) dalam temubual dengan Pengkaji, 20 Mac 2017.

⁷⁸ P15 (Pesakit *Multiple Myeloma*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pehidmatan Awam) dalam temubual dengan pengkaji, 2 Jun 2017.

b) Memberi sumbangan dan membantu orang lain

Fitrah kehidupan yang dilalui adalah hidup bermasyarakat. Kehidupan yang harmoni adalah apabila saling membantu. Sikap subjek suka membantu orang lain menjadikannya disenangi orang lain dan musibah yang menimpa beliau mendapat perhatian orang terdekat. Mereka hulurkan tangan membantu meringankan beban subjek serta memberi sokongan moral untuk terus sihat. Selain itu ialah P11 mengambil inisiatif dengan menghasilkan satu buku karangan beliau dengan tujuan memberi inspirasi kepada orang lain bahawa kesakitan bukan penghalang untuk menjadi orang yang memberi manfaat kepada orang lain.

“Everybody must have purpose, you must have a purpose. Giving to the others, tak boleh just for myself”⁷⁹

“Jadi transporter, tumpang sini. This all few matters for me, but I think serve my friend, my family, my society... Kata orang bila kita buat baik, kita tak mintak tapi balasan tu datang dengan secara sendirinya. So, you see friends come here, yang xpernah jumpa lama, bila dengar berita datang, they said so sorry. I said its ok.”⁸⁰

“Help other friends, dengar masalah dia. Dia dengar masalah saya, saya dengar masalah dia”⁸¹

“I write my book, I want to people who sad get cheer and positive... Some there is somebody invite me to give some talk to inspire. Yes, sometime I do this”⁸²

Erti memberi sangat besar nilainya, walaupun dengan hanya nilai yang kecil. Manusia tidak memandang sebesar mana pemberian tersebut, akan tetapi keikhlasan dan ingatan dalam pemberian. Memberi manfaat kepada orang lain amat ditekankan dalam Islam. Individu yang mempunyai sikap seperti ini jelas menunjukkan sikap individu yang positif dan mempunyai kesejahteraan spiritual.

⁷⁹ P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG) dalam temubual dengan Pengkaji, 20 Mac 2017.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ *Ibid.*

⁸² P11 (Pesakit Duchenne Muscular Dystrophy, Lelaki berbangsa Cina, beragama Kristian, Pelajar) dalam temubual dengan Pengkaji, 18 Mei 2017.

c) Berusaha menjadi lebih baik

Sikap positif yang ada pada subjek kajian juga ialah sentiasa berusaha menjadi lebih baik daripada keadaan sekarang. Ujian kesakitan yang datang menjadikan subjek sedar akan kesilapan-kesilapan lalu dan berusaha untuk tidak mengulanginya kembali. Hari-hari mendatang yang akan dilalui menjadikan subjek sentiasa berhati-hati dan cuba untuk memanfaatkan detik yang ada dengan sebaiknya.

“Saya pun membetulkan diri jugak, we try our best”⁸³

“Menjaga kesihatan, rapat diri dengan Tuhan, mencari sumber-sumber rezeki mana-mana yang ada.”⁸⁴

Sebagaimana P03 merasakan musibah kesakitan yang dialami sebagai satu hukuman atas kesilapan-kesilapan dirinya dan berusaha untuk memperbaiki diri menjadikan lebih baik. Manakala P10 pula mengatakan selagimana masih bernyawa akan tetap berusaha untuk kehidupan yang lebih baik di samping merapatkan diri kepada Tuhan.

d) Sikap positif dalam diri

Akhlik yang terakhir yang boleh dibincangkan melalui pengajaran daripada sikap yang ditunjukkan oleh subjek ialah sikap positif dalam diri ini. Ujian penyakit yang menimpa bukanlah bererti pengakhiran sebuah kehidupan, tapi satu kurniaan Tuhan kepada hambaNya yang terpilih untuk menjadikan seseorang hamba itu lebih baik. Keyakinan untuk sembah dan tidak beralih dengan penyakit juga mesti ditanam dalam diri kerana memilih untuk jadi kuat dan positif adalah pilihan yang hebat dan terbaik.

⁸³ P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG) dalam temubual dengan Pengkaji, 20 Mac 2017.

⁸⁴ P10 (Pesakit Becker's Muscle Byscopy, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Pesara Pekerja Kilang) dalam temubual dengan Pengkaji, 9 Mei 2017

“A part of that, no reason why we should be scared, we should worry... The more we worry, the more disease hit you. So, you must be tougher. Some people go for anything, but they are still alive. So, its come out, we are just through it, we don’t know, we desist.”⁸⁵

Selain daripada itu, untuk melahirkan sikap yang baik, mereka sentiasa memandang orang lain yang lebih teruk berhadapan dengan ujian berbanding diri diri mereka. Sebagai contoh apa yang P01 melihat kepada orang lain yang juga mengalami penyakit yang tiada harapan untuk sembuh bahkan lebih teruk lagi apabila berhadapan dengan ujian yang mana ahli keluarga tiada untuk membantu dan memberi sokongan.

“When I was case, saya ada dibawah wad kan, yang katil tepi saya punya, husband buta, dia kena kanser, dia sudah kemo, and then now she come got sick. All this family look at her, and then they said thank God, I got family, I’m so, I’m so much better than her. Because their children tak dak, just her and husband. And her husband has been blind because accident. Now who look after her, kan. Look at her, they said I’m so lucky.”⁸⁶

Manakala P02 pula melihat hari-hari yang dilalui adalah rahmat kurniaan Allah kerana masih memberi peluang untuk beliau hidup dan mengecapi hari-hari berbaki dengan baik sebelum menghadapi kematian. Beliau juga merasakan ujian penyakit yang tiada harapan sembuh pula sebagai satu kebaikan untuknya lebih bersedia berbanding orang lain yang tidak mengetahui bagaimana pengakhiran kehidupan mereka.

“Everything is a blessing. Its about us, that our treatment. Everyday I wake up is a bleesing. I fell sunshine. Enjoy every moment, never regret. If a day, I die I reda. Before that, I will enjoy my life, look positive. I have arranged all, perkuburan, settle semua. So just fine. If I stay alive, very good. If not, its ok.”

“What the difference is dying person and the person who still believe their life when going to the end they take for granted. For me, the way, the moral is, I know its coming, so I can prepare myself.”

⁸⁵ P01 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peguam) dalam temubual dengan pengkaji, 21 November 2016.

⁸⁶ Ibid.

“So, you know its coming. So, you are certain of your life. So, you’re prepared. Just a big different. Your life everyday is a blessing. So, its simple. Don’t have any grousing, any conflict... For my wife, I have prepared her. Everything prepared.”

Akhhlak positif yang lain ialah tidak meninggalkan masalah yang dihadapi begitu sahaja, iaitu dengan mendepani dan menyelesaikan masalah tersebut. Akhlak ini menunjukkan sikap positif dan yakin setiap masalah dan ujian yang menimpa akan ada penyelesaian dan penghujungnya.

“Kita kena cukup berhati-hati, jangan kalau ada masalah depan mata biar, kena hadapi, kena sit down.

Serah kepada Tuhan. Kita kan kena percaya qada’ dan qadar, tempat segala penentuan. Mana ada orang semua benda dia nak dia dapat, kecuali kalau nak ambik hak orang, cabut hak orang”⁸⁷

“Tuhan mahu kasi kita macam mana, kita sanggup jugak la, kena terima kan. Saya macam tu, sebab tiga tahun sudah kena.”⁸⁸

Justeru, dapat disimpulkan bahawa sikap yang baik sangat berkait dengan nilai-nilai keagaaman.⁸⁹ Sikap yang baik juga akan meransang kualiti hidup yang baik,⁹⁰ yang kemudiannya dapat menjana ke arah kesejahteraan spiritual. Kesejahteraan spiritual dan kualiti hidup yang baik adalah keinginan semua individu, namun memerlukan usaha ke arah mencapai perkara tersebut. Ia memerlukan pengorbanan dan kesabaran, terutama dalam mendidik dan membentuk sikap dan akhlak yang baik.

Penjagaan spiritual ini bermula daripada akar umbi, dan bukan hanya pada saat akhir kehidupan seseorang itu. Apabila berada pada akhir hayat, seseorang pesakit hanya memerlukan kepada sokongan dan bantuan dari aspek spiritualiti bagi

⁸⁷ P10 (Pesakit Becker’s Muscle Biopsy, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Pesara Pekerja Kilang) dalam temubual dengan Pengkaji, 9 Mei 2017

⁸⁸ P12 (Pesakit Motor Neurone Disease, Wanita berbangsa Cina, beragama Kristian, Tukang Jahit) dalam temubual dengan Pengkaji, 19 Mei 2017.

⁸⁹ Adrian Edwards et al., The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-of-Life and Palliative Care: A Meta-Study of Qualitative Research, 10-11.

⁹⁰ Kellehear, Spirituality and Palliative Care: A Model of Needs, 150.

memastikan individu tersebut boleh mengekalkan momentum akhlak, tingkah laku dan nilai spiritualiti yang sentiasa baik dan terjaga.

4.6 SIMPTOM SUBJEK KAJIAN DALAM KALANGAN PESAKIT PALIATIF YANG MENGALAMI KERESAHAAN SPIRITAL

Kajian berkenaan kaedah mengesan keresahan spiritual yang berlaku telah banyak dijalankan, antaranya ialah menggunakan *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-Sp),⁹¹ FICA Tool,⁹² dan *Spiritual Distress Assessment Tool* (SDAT).⁹³ Alat penilaian kondisi spiritual ini membantu untuk pengkaji mendapat gambaran bagaimana keadaan seseorang itu sama ada sedang mengalami kesejahteraan spiritual atau keresahan spiritual. Namun, ianya hanyalah sebagai alat bantu semata kerana semua keputusan kajian semasa bergantung kepada kefahaman spiritual seseorang individu yang dikaji.

Hal ini kerana skop dan sudut pandang spiritual seseorang individu itu berbeza dan masalah yang datang mengganggu-gugat spiritual juga berbeza yang mana seiring dengan definisi yang difahami individu tersebut. Secara umumnya maksud keresahan spiritual yang dipersetujui ramai pengkaji ialah terjejas keupayaan untuk menghayati dan memahami makna dalam kehidupan melalui hubungan dengan diri sendiri, orang lain, dunia dan kuasa yang lebih hebat iaitu Allah.⁹⁴ Monod juga mendatangkan definisi yang hampir menyamai apa yang dikeluarkan oleh Caldiera, iaitu gangguan pada sistem

⁹¹ Peterman et al., Measuring Spiritual Well-Being In People With Cancer: The Functional Assessment Of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp).

⁹² Borneman, Ferrell dan Puchalski, Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment.

⁹³ Monod, Rochat et al., Validity of the FACIT-Sp to Assess Spiritual Well-Being in Elderly Patients.

⁹⁴ Silvia Caldeira et al., ‘Nursing Diagnosis of “Spiritual Distress” in Women with Breast Cancer’, *Cancer Nursing*, 0.0 (2015), 3.

kepercayaan atau nilai yang memberikan kekuatan, harapan dan makna pada diri seseorang.⁹⁵

Hasil kajian menunjukkan simptom atau keadaan keresahan spiritual ini boleh berlaku pada dua keadaan, sama ada tidak dialami secara berterusan dan boleh jadi secara berpanjangan. Situasi keresahan spiritual berlaku apabila sesuatu berlaku kepada diri seseorang dan pada ketika itu individu tersebut tidak dapat mengatasi masalah tersebut. Pelbagai simptom yang boleh dilihat sekiranya seseorang itu mengalami keresahan spiritual, sama ada kritikal atau simptom yang sementara. Simptom yang dialami boleh juga dilihat seolah-olah pesakit sedang mengalami stres atau kemurungan.

Kerap muntah adalah salah satu simptom depresi dan keresahan spiritual. Keadaan ini berpunca daripada pesakit tidak dapat menerima dengan baik apa yang dimakan, dan boleh jadi subjek sengaja memuntahkan makanan tersebut sebagai tandas protes atau mahukan perhatian daripada para perawat dan orang lain.⁹⁶ Aspek fizikal tidak dapat diulas dengan lebih lanjut kerana kesan pada fizikal boleh juga disebabkan oleh tindak balas ubat dan rawatan.

Antara simptom keresahan spiritual lain yang dialami oleh subjek ialah menunjukkan wajah yang murung dan tidak ceria.⁹⁷ Apabila disapa oleh para perawat sama ada doktor atau jururawat, pesakit boleh jadi tidak menunjukkan riak balas dan hanya memandang sayu. Situasi ini terjadi kepada P08 kerana sudah tidak tahan untuk terus berada di wad, beliau hanya mahu pulang berehat di rumah. Apa yang diperkatakan oleh P08 seperti di bawah.

“Sometimes, we cannot handle our sadness, our feeling. It’s a bit stressful to stay here, I just want to go home. Not comfortable here”⁹⁸

⁹⁵ Monod et al., Validity of the FACIT-Sp to Assess Spiritual Well-Being in Elderly Patients, 1.

⁹⁶ Sumber daripada hasil observasi ikut serta semasa sesi ‘ward round’

⁹⁷ P8 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Cina, beragama Buddha, Pesara Bisnes) dalam temubual dengan Pengkaji, 12 April 2017) dan P10 (Pesakit Becker’s Muscle Biopsy, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Pesara Pekerja Kilang) dalam temubual dengan Pengkaji, 9 Mei 2017.

⁹⁸ P8 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Cina, beragama Buddha, Pesara Bisnes) dalam temubual dengan Pengkaji, 12 April 2017).

Manakala yang berlaku kepada P10 ialah beliau baru kehilangan isteri yang meninggal dunia kerana kanser. Isteri merupakan tempat P10 bergantung harap dan meluahkan. Apabila terjadi kehilangan seperti ini, beliau terasa sangat kesunyian dan sendirian. Kebanyakan subjek yang mengalami kehilangan anggota sama ada kehilangan fungsi anggota badan pada peringkat awal kesakitan setelah didiagnos atau selepas dibedah akan mengalami tekanan emosi yang akan membawa kepada keresahan spiritual.

“Tu la, kita ni kan manusia, kita ada rasa sedih jugak, keluarga la yang bagi semangat. Ingat Allah, Allah bagi kita macam-macam, tapi tu la kita ni manusia lemah, kadang-kadang syaitan bagi kita lemah semangat. Macam-macam kita fikir, sampai bila. Kadang ada rasa putus asa, kadang sedih. Keluarga, kawan ni yang bagi nasihat.”⁹⁹

Seperti contoh subjek P11 yang mengalami lumpuh, dia sakit dan tidak bebas untuk bergerak seperti biasa. Situasi ini menjadikan subjek sedih, kecewa dan marah kerana kebanyakan perkara tidak dapat dilaksanakan sendiri. Tambahan pula apabila subjek tinggal sendirian tanpa ahli keluarga. Seperti yang diperkatakan beliau ialah:

“Murung, bila balik rumah, kita tak biasa kan, tengok rumah sunyi. Tu yang tak leh nak buat apa tu”¹⁰⁰

Simptom lain ialah subjek sering merungut.¹⁰¹ Hakikat penyakit yang dialami adalah merasa amat sakit, namun ia bergantung kepada bagaimana seseorang itu menangani kesakitan tersebut. Antara ungkapan yang menzahirkan kesakitan ialah merungut bahawa banyak perkara tidak dapat dilakukan. Selain daripada itu, simptom biasa yang dialami ialah subjek menolak dan tidak boleh menerima kenyataan dengan penyakit yang dihidapi. Perkara ini sering terjadi pada peringkat awal diagnosis, tetapi

⁹⁹ P5 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Guru) dalam temubual dengan pengkaji, 22 Mac 2017.

¹⁰⁰ P10 (Pesakit Becker's Muscle Byscopy, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Pesara Pekerja Kilang) dalam temubual dengan Pengkaji, 9 Mei 2017.

¹⁰¹ Sumber daripada hasil observasi ikut serta di Wad 11UB.

kemudian subjek mengambil masa untuk proses menyesuaikan diri dan penerimaan kondisi.

“Mesti, sesiapa pun kalau dah kena sakit terkejut macam tu, siapa pun tak boleh terima kan. Tapi dah lama-lama tu, dia sendiri kuat, dah biasa takde apa-apa”¹⁰²

“Ntah la sekarang rasa sensitive je, sikit-sikit rasa.. kadang rasa nak menangis, anak pun kata mak jangan lah nangis mak, astaghfirullah al-‘azim.”¹⁰³

*“Emotion? Bad because cannot walk, cannot eat because of the pain I don’t want to walk and I don’t feel like walking at all... the pain is there, so you don’t feel walking at all. Even at the house, I lying down more than I walk”*¹⁰⁴

“Langsung tak seronok”¹⁰⁵

“Slow sikit, tahun ni macam-macam. Macam-macam kehilangan pun ada. Isteri pun meninggal dalam tahun ni juga kan... Murung, bila balik rumah, kita tak biasa kan, tengok rumah sunyi. Tu yang tak leh nak buat apa tu”¹⁰⁶

“Yes, because the one who live in this life type always moody”¹⁰⁷

“Biasa la macam ni, mudah terasa... Sekarang takde rasa apa, dulu sedih jugak.”¹⁰⁸

“Mesti, sesiapa pun kalau dah kena sakit terkejut macam tu, siapa pun tak boleh terima kan. Tapi dah lama-lama tu, dia sendiri kuat, dah biasa takde apa-apa... Cuma kadang-kadang tak tahan sakit tu, menangis jugak la. Kalau dah terlampaui sakit kan. Kalau dah terlampaui-lampaui tu, lama-lama makcik dah tak tahan, menangis jugak.”¹⁰⁹

¹⁰² P15 (Pesakit *Multiple Myeloma*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pekhidmatan Awam) dalam temubual dengan pengkaji, 2 Jun 2017.

¹⁰³ P05 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Guru) dalam temubual dengan pengkaji, 22 Mac 2017.

¹⁰⁴ P08 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Cina, beragama Buddha, Pesara Bisnes) dalam temubual dengan Pengkaji, 12 April 2017.

¹⁰⁵ P09 (Pesakit Pleural Effusion Malignancy, Lelaki berbangsa Cina, beragama Buddha, Chef) dalam temubual dengan Pengkaji, 25 April 2017).

¹⁰⁶ P10 (Pesakit *Becker’s Muscle Byscopy*, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Pesara Pekerja Kilang) dalam temubual dengan Pengkaji, 9 Mei 2017.

¹⁰⁷ P11 (Pesakit *Duchenne Muscular Dystrophy*, Lelaki berbangsa Cina, beragama Kristian, Pelajar) dalam temubual dengan Pengkaji, 18 Mei 2017.

¹⁰⁸ P13 (Pesakit *Hypokalemia and hypophosphatemia*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pengamal Syariah) dalam temubual dengan Pengkaji, 2 Jun 2017.

¹⁰⁹ P15 (Pesakit *Multiple Myeloma*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pekhidmatan Awam) dalam temubual dengan pengkaji, 2 Jun 2017.

Kebiasaannya, simptom keresahan spiritual boleh dilihat dari sudut emosi kerana apa yang difikirkan dan dirasai akan terlahir melalui perasaan yang tidak stabil. Jiwa yang tidak tenteram, akal yang memikirkan pelbagai perkara yang menyerabutkan juga akan menyebabkan kekacauan pada perasaan seterusnya akan dizahirkan melalui perubahan emosi. Kesakitan pada anggota fizikal juga akan menyebabkan seseorang individu stress kerana tidak mampu menahan rasa tersebut. Boleh jadi juga akan tercetus emosi yang baran dan menangis kerana rasa tidak tahan tersebut.

Rajah 4.5. '*Word Cloud*' Harapan Subjek



Sumber: Temubual, November 2016 - Jun 2017

Jika dilihat pada ‘*word cloud*’ dalam Rajah 4.5 di atas menunjukkan apa yang dominan diperkatakan dan difikirkan oleh subjek. Gambar rajah menunjukkan perkataan ‘anak’ paling jelas. Perkara ini menunjukkan para subjek lebih memikirkan berkenaan nasib dan masa depan anak-anak atau ahli keluarga, bukannya memikirkan diri sendiri. Antara yang disebut adalah berkenaan ingin melihat anak-anak membesar, mempunyai keluarga, mempunyai pekerjaan dan kehidupan yang stabil. Ini merupakan harapan pesakit sebelum meninggal dunia.

Perkara kedua yang menjadi harapan ialah kesihatan menjadi lebih baik dan kembali seperti biasa. Harapan tetap ada walaupun telah diterangkan oleh para pengamal perubatan berkenaan risiko penyakit tersebut. Subjek akan menjadi semakin stres sekiranya penyakit yang dihadapi tidak juga sembuh. Di sini boleh jadi akan muncul kekecewaan dan rasa tidak yakin akan ketentuan Tuhan yang menciptakan dan mentakdirkan apa yang berlaku.

Seterusnya ialah terdapat juga subjek yang menyatakan berkenaan kematian, sama ada kesediaan untuk menghadapi mati dan menganggap kematian lebih baik. Malah ada yang menyatakan keinginan agar nyawanya diambil kerana tidak mahu menyusahkan orang lain. Mereka melihat kesakitan yang dialami ini membebankan orang lain. Sebagaimana yang dibicarakan oleh P12 dan P15. Terdapat juga subjek yang lebih rela mati, iaitu dengan mengatakan lebih baik mati. Hal ini terjadi berikutan tidak mampu melawan rasa stress dan tekanan dengan kesakitan yang ditanggung.

“Saya selalu kata jangan kasi saya susah oo, susah semua orang kena tolong, anak buah, adik ipar, adik-adik. Semua nak tolong saya, kemas saya punya kain, kencing, mandi. Diorang susah... Kalau saya tak boleh baik, kasi angkat lah. Langsung angkat oo...”¹¹⁰

“Kalau ada lagi dalam ni, doa kan acik dipermudahkan urusan, kesihatan makcik ni, tak payah menyusahkan orang, itu je makcik mintak”¹¹¹

Perbezaan status perkahwinan juga ada menunjukkan perbezaan ketara dalam berhadapan dengan masalah keresahan spiritual. Subjek yang masih bujang seperti P07,¹¹² P9, P11 dan P12. Subjek yang bujang kebiasaannya akan mendapat perhatian dan jagaan daripada ahli keluarga, manakala yang mempunyai isteri atau suami akan

¹¹⁰ P12 (Pesakit Motor Neurone Disease, Wanita berbangsa Cina, beragama Kristian, Tukang Jahit) dalam temubual dengan Pengkaji, 19 Mei 2017.

¹¹¹ P15 (Pesakit Multiple Myeloma, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pehidmatan Awam) dalam temubual dengan pengkaji, 2 Jun 2017.

¹¹² P07 (Pesakit Kanser Nasofarinks, Lelaki Sikh, penganut fahaman Sikhism, Pesara Bisnes) dalam temubual dengan Pengkaji, 11 April 2017.

lebih berharap bantuan kepada pasangan masing-masing. Perkara ini menyebabkan satu ujian buat individu yang telah kematian pasangannya. Mereka merasakan kesunyian tiada tempat berkongsi rasa. Ditambah pula dengan keadaan anak-anak yang tidak menunjukkan sebarang sokongan emosi mahupun spiritual seperti yang berlaku kepada P10.

4.7 RUMUSAN PUNCA KERESAHAAN SPIRITAL

Berdasarkan analisis tema, dapat dibincangkan punca utama masalah keresahan spiritual adalah keperluan spiritual yang tidak dilengkapi. Apabila dirujuk kembali simptom keresahan spiritual yang dialami, dapat disimpulkan bahawa simptom-simptom tersebut membantu untuk melihat punca kepada situasi permasalahan keresahan spiritual. Faktor keresahan tersebut diulas dari pelbagai aspek kajian, iaitu latar belakang subjek, persoalan dan jawapan kajian temubual dan hasil kajian observasi.

Perbezaan jantina tidak menentukan tahap keresahan spiritual yang dialami. Agama dan etnik yang berbeza juga tidak menunjukkan sebarang perbezaan dalam simptom keresahan spiritual yang dialami oleh individu. Namun agama dan etnik yang berbeza ini menunjukkan perbezaan ketara dalam bagaimana mereka menangani keresahan spiritual sama ada dari sudut pandang spiritual atau keagamaan. Sebagai contoh amalan ritual yang diamalkan jelas berbeza, asas pegangan agama juga berbeza dari segi keyakinan seseorang itu ditempatkan dalam keadaan orang yang diuji.

Berdasarkan analisis tema di atas, simptom keresahan spiritual dapat dilihat bermula dengan apa yang difahami oleh setiap subjek berkenaan definisi spiritual yang difahami. Kemudian apa harapan yang terlahir daripada setiap individu subjek. Terdapat harapan jangka pendek dan harapan jangka panjang. Antara harapan jangka pendek yang terlahir daripada subjek ialah berkenaan memikirkan masa depan anak-anak dan

tidak mahu menyusahkan anak-anak. Selain itu ialah subjek inginkan kesihatan yang baik.

Manakala harapan jangka panjang ialah mengimpikan bahagia di alam selepas kematian. Sebagai contoh subjek Muslim menginginkan reda Allah dan kejayaan di akhirat, mengimpikan anugerah syurga. Bagi subjek yang bukan beragama Islam pula, mereka ingin hidup tenang tanpa menghadapi sebarang masalah, reda dengan apa yang Tuhan kurniakan sebagaimana P01.¹¹³ Seharusnya sebagai seorang yang mempunyai spiritual yang teguh akan memandang jauh dan meletakkan pengharapan yang tinggi dan sesuatu yang pasti. Setelah itu akan tersiap segala perancangan rapi dari pelbagai aspek kerana seseorang individu bersedia dengan pelbagai kemungkinan berdasarkan apa yang P02 telah lakukan. Beliau hanya ingin pergi dengan aman dan mencuba untuk memudahkan insan lain.¹¹⁴

Dengan melihat kepada fahaman spiritual dan juga harapan yang terlahir, pengkaji dapat merumuskan bagaimana daya fikir dan cara yang dilakukan oleh subjek dalam mendepani musibah kesakitan serta tahap keresahan spiritual yang dialami. Kondisi ini dikukuhkan dengan perbezaan kefahaman agama, perkara-perkara yang dijalani dalam kehidupan, aktiviti-aktiviti yang dilakukan, ilmu pengetahuan yang didalaminya, akhlak yang diamalkan, dan sokongan ahli keluarga dan masyarakat sekeliling.

Perkaitan antara tema yang dibina berdasarkan rajah dan simptom keresahan spiritual menunjukkan kaitannya yang sangat mempengaruhi kehidupan individu. Asas semua perkara ialah sejauh mana kefahaman spiritual dalam diri setiap subjek. Kefahaman spiritual adalah suatu yang tertanam lama dalam diri setiap individu, bermula dengan didikan daripada kecil, pengalaman kehidupan dan ilmu pengetahuan.

¹¹³ P01 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peguam) dalam temubual dengan pengkaji, 21 November 2016.

¹¹⁴ P02 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Doktor) dalam temubual dengan pengkaji, 13 Januari 2017.

Seterusnya akan menzahirkan akhlak dalam diri individu tersebut serta akan menentukan aktiviti rutin yang dijalankan oleh seseorang itu.

Kefahaman spiritual pula terbahagi kepada beberapa aspek yang telah dibincangkan di bahagian 4.4 pada halaman 115 berkenaan skop spiritualiti subjek. Punca utama keresahan spiritual boleh datang dari mana-mana aspek spiritual yang telah dikategorikan, antaranya amalan keagamaan, hubungan dengan kuasa yang lebih besar, aspek nilai, aspek diri individu itu sendiri, keterhubungan dengan yang lain, ujian dalam kehidupan dan persepsi negatif dalam kehidupan.

4.8 MENANGANI KERESAHAN SPIRITAL

Kondisi keresahan spiritual boleh jadi dialami satu fasa singkat dalam kehidupan apabila berdepan dengan sesuatu kesulitan, dan boleh jadi juga satu penyakit kritikal yang mesti dirawat. Hal ini kerana keresahan spiritual boleh berlaku pada satu fasa tertentu atau berlaku secara berpanjangan. Bagaimana seseorang itu menghadapinya dan merawat keresahan spiritual adalah berdasarkan kemampuan dan cara masing-masing. Saranan cara untuk merawat masalah keresahan spiritual adalah bermula dengan amalan ritual atau meditasi yang boleh membantu mengawal masalah keresahan spiritual dengan mendekatkan diri dengan Tuhan. Apabila kepercayaan dan keyakinan kepada Tuhan lebih utuh, maka unsur reda dan penerimaan terhadap ujian akan lebih menguasai berbanding kekecewaan atau putus asa. Individu akan lebih memikirkan kafarah dan kebaikan bagi ujian kesakitan yang dikurniakan dan juga mengharapkan Allah memberi keringinan dan kemudahan dalam setiap apa yang dilalui.

4.8.1 Ritual Agama

Cara tindak balas dalam menangani keresahan spiritual adalah bergantung kepada individu pesakit itu sendiri. Kebanyakan subjek yang telah lama melalui fasa penderitaan kesakitan ini, akan menyebabkan diri mereka menjadi sudah terbiasa dengan rasa sakit tersebut. Berdasarkan peringkat-peringkat kesakitan, subjek terpaksa atau reda menerima keadaan yang dialami mereka di mana ia mungkin berada pada fasa tawar-menawar atau fasa kemurungan atau fasa penerimaan.¹¹⁵ Keberadaan subjek di mana-mana fasa adalah bergantung kepada diri mereka sendiri dan juga faktor sekeliling sama ada membantu atau tidak kepada individu subjek tersebut.

Pada fasa ini, kajian mendapati ritual agama merupakan salah satu cara untuk membantu subjek menghadapi kesakitan yang dirasai. Subjek bukan Islam boleh menerima ujian kesakitan dengan positif dengan mengamalkan meditasi untuk mengurangkan rasa sakit yang sesekali menyerang.¹¹⁶ Manakala subjek yang beragama Islam pula telah mengamalkan bacaan ayat-ayat al-Qur'an, mendengar alunan ayat-ayat al-Qur'an, berzikir atau mendengar bacaan zikir yang disertai dengan keyakinan dan pengharapan kepada Allah agar kesakitan yang dialami berkurang.¹¹⁷

Pengamalan ritual agama dan meditasi secara berterusan dapat membantu subjek untuk terus berada dalam keadaan terkawal. Sebagai contohnya, subjek beragama Islam menjelaskan setiap kali merasa keperitan pada bahagian yang sakit, mereka akan beristighfar dan berzikir sehingga lupa rasa sakit dengan harapan Allah akan membantu melegakan rasa sakit tersebut.¹¹⁸ Menurut subjek juga, doa turut memainkan peranan penting sebagai pencetus respon relaksasi, placebo dan memberi ekspresi positif serta sebagai saluran untuk intervensi supernatural.¹¹⁹

¹¹⁵ Syahar et al., Makalah Konsep Dying and Hospice Care, 7-10.

¹¹⁶ P01 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peguam) dalam temubual dengan pengkaji, 21 November 2016.

¹¹⁷ P03, P05, P13, P14 dan P15

¹¹⁸ P05 dan P13

¹¹⁹ Taufik Pasiak, *Tuhan dalam Otak Manusia*, 239.

Justeru, kajian mendapati bahawa semakin banyak aktiviti keagamaan yang dilakukan membuktikan semakin rendah risiko seseorang itu mengalami gangguan psikologi disebabkan oleh kesakitan.¹²⁰ Gangguan psikologi boleh mencetuskan gangguan terhadap spiritualiti seseorang kerana elemen tersebut saling berkait dan menyumbang kepada kesejahteraan hidup.¹²¹ Sebagai contoh, subjek¹²² yang merasakan kesakitan yang dialami adalah hukuman atas kesilapan yang pernah dilakukan, mereka tidak dapat mengawal perasaan mereka. Walau bagaimanapun, apabila mereka kembali ingat akan konsep ketentuan (takdir) Allah atas setiap apa yang berlaku dan sentiasa ada peluang untuk bertaubat dan berdoa, mereka akan merasa lebih tenang dan sentiasa berusaha untuk memperbaiki diri dan mempertingkatkan ibadah harian.

4.8.2 Penerimaan

Taufiq Pasiak mengatakan elemen spiritualiti yang difahami dalam diri seseorang boleh membuatkan seseorang mencintai ketenangan, memiliki keyakinan diri dan mempunyai tujuan hidup yang jelas.¹²³ Oleh yang demikian, keresahan spiritual dapat dirawat melalui pendekatan spiritual juga.

Dalam usaha menangani masalah keresahan spiritual, subjek beragama Islam sentiasa berusaha untuk lebih reda dan tawakkal dengan ketentuan Allah.¹²⁴ Di samping itu mereka lebih mencuba untuk melakukan ikhtiar lain seperti rawatan Islam menggunakan ayat-ayat rukyah¹²⁵ dan mengamalkan makan dan minum makanan Sunnah.¹²⁶ Dari segi sikap, mereka lebih tenang dan bersedia untuk menghadapi

¹²⁰ Taufik Pasiak, *Tuhan dalam Otak Manusia*, 233.

¹²¹ Hardt, The Spirituality Questionnaire: Core Dimensions of Spirituality, 116-122.

¹²² P03

¹²³ Taufik Pasiak, *Tuhan dalam Otak Manusia*, 235.

¹²⁴ P13, P14 dan P15

¹²⁵ P13 (Pesakit Hypokalemia and hypophosphatemia, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pengamal Syariah) dalam temubual dengan Pengkaji, 2 Jun 2017.

¹²⁶ P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG) dalam temubual dengan Pengkaji, 20 Mac 2017.

kematian dengan melengkapkan harian mereka dengan amal kebaikan.¹²⁷ Subjek banyak menyebut tentang memperbanyakkan berdoa agar Allah mempermudahkan segala urusan dan mengurangkan beban kesakitan yang dialami.¹²⁸

Terdapat juga seorang subjek mengatakan seolah-olah satu tampanan hebat apabila mengetahui penyakit yang dihadapi ini tipis untuk sembuh. Namun selepas memohon dan berdoa, lama kelamaan beliau dapat menerima hakikat sebenar dan reda dengan ujian ini.¹²⁹ Situasi ini bertepatan dengan pandangan Komaruddin Hidayat yang mengatakan risiko kematian akan menjadi suatu yang positif bagi orang yang beriman kerana mereka memikirkan kematian sebagai satu proses metamorfosis¹³⁰ untuk memasuki kehidupan yang lebih tinggi kualitinya.¹³¹

Bagi subjek bukan Islam, mereka juga mengatakan apa yang Tuhan bagi mesti diterima seadanya. Subjek meneruskan kehidupan dengan melakukan apa yang mereka masih boleh lakukan.¹³² P01 mengatakan dia menerima penyakit yang dialami kerana motivasi daripada sikap bapanya yang sangat positif apabila diuji dengan penyakit yang juga kritikal. Hal ini menepati pandangan Ohnsorge yang menyatakan bahawa subjek menerima risiko kematian yang bakal dihadapi berdasarkan tiga sebab utama iaitu niat (*intentions*), motivasi (*motivation*) and interaksi sosial (*social interactions*).¹³³

¹²⁷ P02 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Doktor) dalam temubual dengan pengkaji, 13 Januari 2017.

¹²⁸ P04, P05 dan P15

¹²⁹ P15

¹³⁰ Metamorfosis ialah perubahan sepenuhnya bentuk fizikal dan lain-lain yang berlaku dalam kitaran hidup sesuatu organisme, rujuk “Dewan Bahasa dan Pustaka”, laman sesawang *Pusat Rujukan Persuratan Melayu*, dicapai 25 Mac 2018, <http://prpm.dbp.gov.my/Cari1?keyword=metamorfosis>

¹³¹ Komaruddin Hidayat, *Psikologi Kematian*, 210.

¹³² P01 dan P09

¹³³ K Ohnsorge, H Gudat dan C Rehmann-Sutter, ‘Intentions in Wishes to Die: Analysis and a Typology-- a Report of 30 Qualitative Case Studies of Terminally Ill Cancer Patients in Palliative Care.’, *Psycho-Oncology* 23, no. 9 (2014), 3.

4.8.3 Balasan dan Harapan

Elemen balasan dan pengharapan dalam usaha untuk menangani masalah keresahan spiritual boleh diulas dalam banyak aspek. Antaranya ialah hubungan antara sesama manusia dalam konsep saling membantu, memberi dan menerima. Manakala, pembalasan baik dan sebaliknya dalam hubungan dengan Tuhan yang Maha Pengasih dan Maha Pembalas.

Bagi subjek beragama Islam iaitu P02 dan P03 menjelaskan bahawa ketika mereka sihat mereka banyak bergaul dan membantu teman-teman dan jiran tetangga. Apabila mereka ditimpa ujian kesakitan yang menjadikan mereka hilang upaya, mereka pula kembali dibantu oleh orang lain. Dalam Islam, konsep ini dipanggil hak sebagai seorang Muslim terhadap Muslim yang lain. Selain dibantu, mereka mendapat perhatian dan prihatin daripada orang sekeliling yang datang untuk menziarahi dan mendoakan kesejahteraan dan juga kesihatan mereka.¹³⁴

Manakala dalam konteks hubungan dengan Tuhan yang Menciptakan, subjek¹³⁵ mengatakan seorang individu akan mengharapkan agar setiap kesakitan yang dialami merupakan suatu kafarah daripada Allah SWT dengan mengampunkan dosa dan menerima taubat atas setiap kesalahan yang dilakukan sepanjang kehidupan. Subjek mengharapkan agar Allah memberi petunjuk kepada mereka supaya terus berada dalam panduan keimanan terutama pada saat-saat akhir kehidupan.¹³⁶

Oleh yang demikian, kajian ini mendapati bahawa setiap apa yang dialami oleh individu, mereka mestilah bertindak dengan sebaiknya dan tidak boleh berputus asa tanpa berusaha. Sikap yang mesti ada adalah sentiasa berusaha untuk bersabar, reda dan bersyukur di samping sentiasa berdoa memohon dan berharap kepada Allah agar

¹³⁴ P03

¹³⁵ P13 dan P15

¹³⁶ P15

memberi kekuatan untuk berhadapan dengan musibah kesakitan yang merupakan ujian kehidupan kepada mereka.

4.8.4 Panduan Cara Menangani Keresahan Spiritual Menurut Kajian Semasa

Menangani keresahan spiritual adalah penting bermula tindakan daripada individu itu sendiri. Dalam masa yang sama, usaha untuk menanganinya memerlukan bantuan dan sokongan daripada ahli keluarga dan masyarakat. Masyarakat yang terdiri daripada pelbagai kepakaran dan bidang, sebagai contoh doktor pakar yang membantu dalam mengawal kesakitan fizikal pesakit, manakala pakar psikologi membantu untuk rundingan mengawal tekanan dan stress, ahli agama pula membantu pesakit dalam urusan keagamaan pesakit. Kesemua ahli mestilah memahami elemen spiritual yang mesti ditekankan dan dibantu kepada pesakit.

Terdapat cadangan panduan menangani keresahan spiritual iaitu melalui pelbagai cara, antara yang dapat diperhatikan adalah berdasarkan Harris Sumner,¹³⁷ Chambers,¹³⁸ Murillo.¹³⁹ Para pengkaji Islam yang terkini juga ada mendatangkan pelbagai cadangan dalam usaha merawat masalah dalam jiwa yang mana boleh diaplikasikan dalam apa juu masalah jiwa, seperti Che Zarrina, Salasiah Hanin, Asmah Bee dan lain-lain. Manakala daripada tokoh psikologi ulama Islam ialah saranan daripada Imam al-Ghazālī, Hasan Langgulung, Abū Ṭālib al-Makkī, Syeikh Abdul Qadir al-Mandili dan lain-lain yang akan dihuraikan secara lebih mendalam tentang cara menangani gangguan kejiwaan dalam Bab 5 disertasi ini.

¹³⁷ Constance Harris Sumner, Recognizing and Responding to Spiritual Distress, 26-31.

¹³⁸ Chambers et al., The Self-Management Of Longer-Term Depression: Learning From The Patient, a Qualitative Study, 8.

¹³⁹ M Murillo dan J C Holland, ‘Clinical Practice Guidelines for the Management of Psychosocial Distress at The End of Life’, *Palliat Support Care* 2, no 1 (2004), 67.

Antara panduan yang digariskan dalam kajian semasa ialah:

- 1) Memudahkan proses mencari makna dan tujuan hidup sentiasa melalui cara mengadakan sesi rundingan sama ada dengan pakar psikologi atau para agamawan bagi memastikan pesakit tidak berada dalam dunia sendiri, dan sentiasa didedahkan dengan ungkapan-ungkapan positif. Perkara ini juga boleh dilakukan oleh ahli keluarga dan rakan-rakan yang sentiasa berada di sisi pesakit.
- 2) Bersiap sedia dan terbuka kepada isu-isu seperti yang timbul ketika berinteraksi dengan pesakit. Sebagai contoh sekiranya pesakit mempersoalkan sebarang perkara sama ada negatif atau positif, individu yang berada di samping pesakit mesti bersedia untuk memberi respon apa jua bagi mengelakkan pesakit tersinggung jika tidak diberi tidak balas sewajarnya. Selain itu sekiranya pesakit mengeluarkan perkataan yang negatif, peneman perlu mampu untuk mempositifkan kembali keadaan. Ini bertujuan untuk mengelakkan pesakit tenggelam dalam perasaannya sendiri.
- 3) Menyokong keperluan kepercayaan dalam pengibadatan pesakit dan memberi peluang untuk melaksanakan amalan ritual dan ibadat. Di samping itu ahli keluarga, rakan atau orang sekeliling boleh membantu memudahkan pesakit, contohnya membantu untuk persediaan rapi ibadah, seperti mengambil wuduk dan lain-lain.
- 4) Bagi membantu pesakit berfikir secara positif dan baik, persoalan yang boleh diutarakan kepada pesakit adalah seperti, “Apakah yang memberikan makna dan harapan hidup anda?” bagi membantu pesakit kembali pada matlamat dan impiannya. Selain itu, “Apakah yang anda cari untuk memenuhi keperluan spiritual?” dan “Kepada siapakah anda berkongsi rasa apabila anda tertekan?” bagi memudahkan perawat untuk membantu mengawal tekanan yang dialami.

- 5) Mewujudkan kepercayaan dan penerimaan tanpa syarat antara pesakit dan orang sekeliling bagi menunjukkan sokongan penuh kepada pesakit, serta mengelakkan pesakit rasa sendirian.
- 6) Membantu pesakit untuk menghubungkan antara diri dengan spiritualnya. Pelbagai cara boleh dilakukan antaranya berbicara dan mengingatkan apa yang diimpikannya sewaktu sihat, serta masih boleh berazam untuk mencapainya. Mengingatkan juga pesakit tentang orang-orang sekeliling yang sentiasa ada, hobi-hobi yang digemari dan lain-lain.
- 7) Mengenalpasti ahli-ahli lain dari pasukan penjagaan kesihatan yang boleh dirujuk pesakit, sekiranya sebarang permasalahan rohani wujud seperti ahli psikologi, pekerja sosial atau rakan sekerja yang sedia membantu dan memahami kondisi pesakit.
- 8) Menjalankan sesi terapi yang membantu untuk pesakit berada dalam kondisi tenang seperti terapi zikir, terapi alam dan pelbagai lagi yang sesuai dan boleh diaplikasikan mengikut keperluan dan keinginan pesakit.

Penjagaan paliatif dianjurkan untuk mengawal segala aspek sejak dari awal pengesanan penyakit, dan bukannya hanya diberikan pada saat akhir hayat.¹⁴⁰ Segala perancangan bantuan dan sokongan boleh dilakukan dan dilaksanakan bermula dari awal diagnos. Sebagai individu yang kini sihat pula disarankan untuk sentiasa bersedia dengan sebarang kemungkinan berlaku apa juar dalam kehidupan. Spiritual yang ada dalam diri perlu ditanam dan dididik sebaiknya seawal mungkin. Spiritual merupakan elemen asas yang sangat penting bagi setiap individu dalam menghadapi cabaran kehidupan.

¹⁴⁰ Fernando C I Marcucci et al., ‘Identification and Characteristics of Patients with Palliative Care Needs in Brazilian Primary Care’, *BMC Palliative Care* 15, no 1 (2016), 1.

4.9 KESIMPULAN

Berdasarkan analisis kajian yang dijalankan, pelbagai faktor menjadi penyumbang kepada keresahan spiritual. masalah ini tidak akan berlaku kerana satu faktor sahaja. Kita boleh lihat masalah akan berlaku sekiranya seseorang individu itu tidak mampu mengawal dan mengatasi apa yang berlaku dalam kehidupannya. Di sini juga kita boleh lihat kaitan yang sangat jelas dengan nilai, kefahaman dan penghayatan terhadap elemen spirituality memberi impak kepada seluruh kehidupan seseorang individu dan cara mereka menangani apa jua yang mendatang dalam kehidupan mereka.

BAB 5 : ANALISIS SIMPTOM DAN PUNCA KERESAHAAN SPIRITAL

(SPIRITAL DISTRESS) BERDASARKAN ELEMEN PSIKOTERAPI

5.1 PENDAHULUAN

Keresahan spiritual merupakan satu kondisi yang dialami oleh sesiapa jua yang berdepan dengan masalah tertentu dan tidak mampu dikawal. Ia berpunca dari perasaan stres atau tekanan yang membawa kepada kemurungan (*depression*) yang berpanjangan seterusnya menyebabkan berlakunya pelbagai keresahan, sama ada keresahan psikologi atau keresahan spiritual.¹

Stres, kegelisahan, keresahan ialah bukan sessuatu yang boleh dibuang dan diselesaikan begitu sahaja. Jikalau ia semudah itu, pasti tiada laporan dan kajian yang melaporkan pelbagai masalah emosi, jiwa dan tekanan mental yang mengganggu mana-mana individu.² Dalam ilmu psikologi yang semakin berkembang mendatangkan cadangan rawatan melalui psikoterapi dalam membantu merawat masalah kejiwaan.

Bab 5 ini membincangkan berkenaan bagaimana cara yang dianjurkan untuk menangani masalah keresahan spiritual dari sudut psikoterapi secara umumnya dan psikoterapi Islam secara khususnya. Bersama-sama dalam perbincangan adalah pandangan setiap agama berkenaan elemen psikoterapi yang dicadangkan.

¹ Brian Kelly, Susan McClement dan Harvey Max Chochinov, ‘Measurement of Psychological Distress in Palliative Care.’, *Palliative Medicine* 20, no. 8 (2006), 780.

²Siti Nor Afzan Kasiman, ‘Ramai Guru Sakit Jiwa’, *Kosmo*, dicapai 20 Septmber 2017, http://www.kosmo.com.my/kosmo/content.asp?y=2009&dt=0322&pub=Kosmo&sec=Rencana_Utama&pg=ru_02.htm.

5.2 SKOP PERBINCANGAN PSIKOTERAPI

5.2.1 Psikoterapi Umum

Terapi Konvensional dalam dunia sekarang ada mencadangkan beberapa cadangan rawatan menekankan beberapa aspek iaitu dari segi latar belakang, emosi dan deria, fikiran, tindakan dan rawatan yang menekankan kepelbagaian sistem.³ Terapi-terapi dilaksanakan berdasarkan teori-teori iaitu Teori Psikoanalisis, Teori Psikologi Individu, Teori Pemusatan Perorangan, Teori Gestalt, Teori Analisis Salinghubung, Teori Tingkahlahku, Teori Kognitif-tingkahlahku, Teori Rasional-emotif tingkahlahku, Teori Realiti, Teori Kewujudan, Teori Eklektik dan pelbagai lagi terapi.⁴

Terapi-terapi tersebut diwujudkan berdasarkan keperluan jiwa, spiritual, mental dan psikologi untuk membantu pemikiran dan tindakan manusia agar dapat rasional dan bijak dalam menghadapi masalah dan juga berusaha untuk mengejar kebahagiaan hakiki. Pelaksanaan terapi terhadap seseorang memerlukan seorang pakar atau ahli terapi untuk menjalankan terapi tersebut. Psikoterapi ini juga menekankan pelbagai aspek, sama ada mental, fizikal, sosial dan lain-lain.

Antara yang paling digunakan oleh para ahli psikologi ialah teori psikoanalisis yang diasaskan oleh Sigmund Freud. Teori psikoanalisis ialah teori yang berkaitan dengan personaliti individu. Teori ini terdiri daripada empat pembahagian yang terhasil daripada pendapat-pendapat individu yang terlibat dalam kajian dan mendalaminya. Pembahagian pertama ialah berdasarkan kepastian psikologi (*psychological determination*) yang mana berdiri berdasarkan setiap tindakan dan apa yang berlaku mestilah mempunyai sebab dan akibat, seperti peristiwa yang berlaku.⁵

³ Linda Seligman dan Lourie W. Reichenberg, *Theories of Counseling and Psychotherapy: Systems, Strategies and Skills*, 3rd edn (New Jersey: Pearson, 2010).

⁴ Sabariah Siron, *Teori Kaunseling Dan Psikoterapi* (Selangor: Pearson Hall, 2005).

⁵ Hasan Langgulung, *Teori-Teori Kesehatan Mental* (Jakarta: Pustaka Al Husna, 1986), 12.

Pembahagian kedua ialah teori psikoanalisis yang berdiri atas kekuatan psikologi (*psychological forces*). Pembahagian ini bermaksud tindakan seseorang itu adalah disebabkan sikap lahiriah individu itu sendiri yang mana dipengaruhi oleh gaya pemakanan dan kekuatan jasmani. Pengaruh ini merangsang cara berfikir, pernafasan dan aktiviti harian yang berubah menjadi kekuatan psikologi seseorang.⁶

Pembahagian ketiga dalam teori piskoanalisis ialah berdasarkan ketetapan dan keseimbangan (*constancy* dan *equilibration*). Prinsip ini berdiri atas dasar seseorang individu itu mempunyai prinsip yang ingin tetap dalam keadaan stabil dan akan bertindak sekiranya berlaku sesuatu gangguan yang menjelaskan kestabilannya. Mereka bertindak untuk mengembalikan kestabilan dan mereka akan mempunyai satu kekuatan untuk mempertahankan kestabilan tersebut.⁷

Pembahagian yang terakhir teori psikoanalisis ialah kelazatan atau keselesaan (*pleasure*). Teori ini berkaitan dengan teori sebelum ini yang mencari kestabilan dalam kehidupan. Mereka hanya akan melakukan sesuatu yang memberi keselesaan dan keamanan. Individu seperti ini boleh jadi akan mementingkan diri sendiri demi menjaga kepentingan dan keselesaan diri sendiri.⁸

Terapi seterusnya ialah terapi humanistik. Terapi ini diasaskan oleh A. H. Maslow. Terapi berdasarkan humanistik merupakan terapi yang menekankan elemen dalam diri seorang manusia. Teori ini memandang keperluan diri sebagai perkara penting dalam membantu mengawal masalah yang dihadapi oleh seseorang manusia. Teori psikoanalitik, terapi Gestalt dan analisis transaksional merupakan antara terapi yang digunakan dalam terapi humanistik ini.⁹

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*, 13.

⁸ *Ibid.*

⁹ Sharifah Basirah Syed Muhsin dan Che Zarrina Sa’ari, *Kaedah Psikoterapi Islam Berdasarkan Konsep Maqamat Abu Talib Al-Makki*.

Terapi Gestalt yang juga dipanggil “*field theory*” diasaskan oleh Fritz Perls ialah terapi yang mengiktiraf pengalaman manusia yang bersifat fenomenologi dalam terapi.¹⁰ Teori ini menekankan tanggungjawab individu untuk membuat sebarang keputusan.¹¹ Manakala analisis transaksional ialah psikoterapi yang menekankan interaksi. Terapi ini dikembangkan sendiri oleh pesakit, melalui pendekatan kelompok.

Modul psikoterapi telah cuba dilaksanakan dalam kalangan pesakit paliatif di Amerika bagi mengurangkan keresahan dan meningkatkan kualiti hidup. Kajian tersebut membuktikan psikoterapi boleh mengurangkan keresahan yang dialami oleh pesakit.¹² Justeru terbukti keberkesanan penerapan psikoterapi memberi impak yang baik. Psikoterapi telah semakin berkembang dan diaplikasikan oleh pelbagai latar belakang kajian dan individu.

5.2.2 Psikoterapi Islam

Dalam pelbagai jenis rawatan alternatif yang ada kini, teknik yang berlandaskan kepada aspek terapi Islam dalam perubatan penyakit fizikal jarang ditemui dan kurang meluaskan kajiannya ialah rawatan melalui psikoterapi. Hasan Langgulung dalam tulisannya yang membincangkan kesihatan mental mengatakan gabungan antara psikologi dan budaya Islam muncul pada abad ke-14. Kebudayaan Islam muncul dengan membawa konsep penerapan al-Qur'an dan Sunnah Nabi s.a.w. dalam psikologi.¹³

Psikologi Islam muncul ramai tokoh dengan pelbagai teori dan fahaman, sebagai contoh golongan ahli kalam, ahli feqah, ahli falsafah dan ahli sufi. Perbezaan aliran berkenaan ilmu psikologi adalah disebabkan oleh perbezaan pandangan tentang tingkah

¹⁰ Sumari et al., *Teori Kaunseling dan Psikoterapi*, 103.

¹¹ *Ibid*, 101.

¹² Barry Rosenfeld et al., ‘Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the Palliative Care Setting: Results of a Pilot Study.’, *Palliative Medicine* 31, no. 2 (2016), 143.

¹³ Hasan Langgulung, *Teori-teori Kesehatan Mental*, 229.

laku dan watak manusia.¹⁴ Pengkaji memilih untuk menggunakan aliran sufi tokoh utama Imam al-Ghazālī kerana ia bersifat teoritikal dan praktikal¹⁵ bersetujuan dengan keperluan umat kini dalam mempraktikkan ilmu agama.

Psikoterapi dalam Islam menumpukan kepada rawatan bagi membantu manusia untuk kehidupan yang lebih baik. Psikoterapi membantu untuk merawat sikap-sikap dan kebaikan yang ada dalam diri individu, dengan cara memulihkan sikap dan negativiti yang ada dalam diri berdasarkan kelebihan yang ada. Manakala penekanan utama dalam psikoterapi Islam ialah memulihkan sikap dan masalah diri berdasarkan aspek asas dalam diri individu iaitu berdasarkan spiritual atau jiwa. Islam menekankan pembangunan jiwa.¹⁶

Berdasarkan Hadith Rasulullah s.a.w.:

أَلَا وَإِنَّ فِي الْجَسَدِ مُضْعَفَةً إِذَا صَلَحَتْ صَلَحَ الْجَسَدُ كُلُّهُ، وَإِذَا فَسَدَتْ، فَسَدَ الْجَسَدُ كُلُّهُ، أَلَا وَهِيَ الْقُلْبُ

Terjemahan: ketahuilah bahawa dalam setiap jasad itu ada seketul daging yang apabila ia baik maka baiklah seluruh jasad dan apabila ia rosak, maka rosaklah seluruh jasad. Ketahuilah ia adalah hati.”¹⁷

Konsep psikologi Islam adalah bersamaan dengan konsep spiritual Islam. Menurut al-Ghazālī, manusia hanya terdiri daripada dua unsur utama, iaitu fizikal dan spiritual.¹⁸ Manakala elemen spiritual seperti yang digariskan oleh al-Ghazālī menumpukan kepada *al-qalb* berdasarkan Hadith di atas. Elemen ini telah diulas secara mendalam oleh beliau dalam karya agungnya *Iḥyā’ ‘Ulūm al-Dīn* dan telah diterangkan secara ringkas konsepnya dalam Bab 2 disertasi ini. Hadith di atas menunjukkan peranan *al-qalb*

¹⁴ *Ibid*, 229-231.

¹⁵ *Ibid*, 245.

¹⁶ Sharifah Basirah Syed Muhsin and Che Zarrina Sa’ari, *Kaedah Psikoterapi Islam Berasaskan Konsep Maqamat Abu Talib Al-Makki*.

¹⁷ Al-Bukhārī, ‘Bāb Adā’ al-Khams min al-Imān’, in *Mukhtaṣar Ṣāḥīḥ al-Imām al-Bukhārī*, al-Maktabah al-Shāmilah, 37.

¹⁸ Al-Ghazālī, *Iḥyā’ ‘Ulūm al-Dīn* (Vol. 3).

dalam diri seseorang yang mana elemen utama dan mempunyai pengaruh besar dalam hidup.

5.3 ELEMEN PENTING DALAM MENANGANI SIMPTOM YANG DIALAMI DALAM KERESAHAAN SPIRITAL

Pergolakan dan perubahan emosi serta perasaan merupakan simptom utama yang dialami oleh pesakit. Tambahan pula, jika pesakit tersebut adalah warga tua kerana faktor umur juga boleh menjadikan mereka lebih sensitif.¹⁹ Hal ini kerana situasi perasaan yang makin sensitif merupakan salah satu daripada simptom dalam proses penuaan.²⁰ Elemen psikoterapi merupakan satu perkara yang menjadi antara elemen penting dalam kajian psikologi kerana diyakini mampu untuk membantu merawat gangguan jiwa sama ada emosi atau spiritual.

Elemen-elemen yang terdapat dalam psikoterapi Islam seperti sabar, reda dan sentiasa meletakkan harapan juga ada dibincangkan dalam agama dan fahaman lain. Hal ini menunjukkan setiap agama menginginkan kebaikan dan menuntut umatnya untuk melakukan kebaikan. Namun yang membezakan antara setiap agama adalah kepercayaan dan keyakinan dalam melakukan amalan-amalan tersebut.

5.3.1 Elemen Sabar

Marah, sedih dan keliru merupakan emosi dan perasaan yang biasa dialami oleh individu yang sedang menghadapi sebarang masalah dalam kehidupannya terutama apabila berhadapan dengan dugaan besar dalam hidup. Dalam menangani emosi yang tidak stabil berdepan dengan masalah ini, elemen sabar merupakan elemen yang terbaik

¹⁹ Susan Waterworth and others, ‘A Qualitative Study of Nurses’ Clinical Experience in Recognising Low Mood and Depression in Older Patients with Multiple Long-Term Conditions’, *Journal of Clinical Nursing*, 24.17 (2015), 2562–70 <<https://doi.org/10.1111/jocn.12863>>.

²⁰ *Ibid.*

bagi membantu mengawal diri daripada bertindak di luar batasan, sama ada melakukan perkara yang tidak sepatutnya.

Pelbagai tindakan di luar jangkaan boleh dilakukan oleh seseorang apabila tidak dapat mengawal emosi mereka, sebagai contoh mengabaikan tanggungjawab terhadap keluarga, mengasingkan diri, kemurungan, baran dan sehingga boleh membawa kepada membunuh diri. Semua perkara ini boleh dielakkan dan ditangani dengan cara melatih sifat sabar dalam diri seseorang individu. Bagaimana cara untuk mewujudkan sifat ini ialah dengan mendalami ilmu dan menghayati kebaikan-kebaikan mengamalkan sifat sabar.

Agama Buddha mengulas berkenaan dugaan kesakitan dan kematian dalam ajarannya melalui empat kebenaran mulia mengenai penderitaan (*dukkha*). Empat kebenaran mulia tersebut mesti difahami penganutnya sebagai jalan pembebasan daripada kitaran kelahiran dan kematian. Empat kebenaran mulia ialah kefahaman tentang penderitaan, punca penderitaan, pengakhiran penderitaan dan cara untuk mengakhiri segala penderitaan, yang mana meliputi seluruh kehidupan iaitu kelahiran, usia tua, kesakitan dan kematian.²¹

Elemen sabar dalam ajaran Buddha ditekankan dalam perkara keempat kebenaran mulia tersebut, iaitu cara mengakhiri segala penderitaan melalui lapan cara yang dikeluarkan oleh Dhamma Wheel.²² Lapan cara tersebut ialah kefahaman yang betul, fikiran yang betul, perbualan yang betul, tindakan yang betul, mata pencarian yang betul, usaha yang baik, kesedaran yang betul dan fokus yang betul. Melalui lapan cara ini akan menjadikan berakhirnya penderitaan seseorang itu.

²¹ Alvin Ng Lai Oon, ‘Four Noble Truths of Buddhism’, in *Horizons of Spiritual Psychology*, ed. by Akbar Husain and others (India: Global Vision Publishing House, 2008), 142-145.

²² *Ibid.*

Hindu juga ada menekankan sifat sabar dalam berdepan dengan masalah. Dalam melatih sifat sabar dalam Hindu tidak mudah kerana *karma wasana* iaitu sikap seseorang berpunca daripada kelahiran sebelumnya.²³ Hindu banyak terpengaruh dengan budaya masyarakat di India yang mana tujuan utama mereka ialah transenden yang hanya boleh dicapai melalui transformasi. Salah satu metode dalam transformasi ialah dengan cara meditasi. Stres dan tekanan yang dialami oleh individu beragama Hindu boleh ditangani dengan cara meditasi bagi melahirkan sifat sabar.²⁴

Islam mengajar umatnya untuk sabar. Banyak disebut dalam kitab suci al-Qur'an dan juga Hadith Rasulullah s.a.w. berkaitan dengan sifat sabar, larangan marah dan larangan bersedih. Allah mendatangkan ujian kesedihan, tetapi dalam masa yang sama Allah mendatangkan penawarnya bagi membuktikan kekuasaanNya. Al-Ghazālī mengatakan seseorang itu tidak merasai kemanisan iman sehingga dia merasai ujian dan kesakitan, kemudiannya dia bersabar.²⁵

يَأَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا أَصْبِرُوا وَصَابِرُوا وَرَاضِيُّوا وَأَتَقْوُا اللَّهَ أَعْلَمُ تُفْلِحُونَ ..

Surah Ali-Imran 3: 200

Terjemahan: Wahai orang-orang yang beriman! Bersabarlah kamu (menghadapi segala kesukaran dalam mengerjakan perkara-perkara yang berkebijakan) dan kuatkanlah kesabaran kamu lebih daripada kesabaran musuh, di medan perjuangan) dan bersedialah (dengan kekuatan pertahanan di daerah-daerah sempadan) serta bertakwalah kamu kepada Allah supaya kamu berjaya (mencapai kemenangan).

"*Hasbunallāh wa ni'mal wakīl wa ni'mal mawlā wa ni'man naṣīr*" yang bermaksud "Cukuplah Allah menjadi penolong bagi kami dan Allah adalah sebaik-baik pelindung" dalam surah Ali-Imran, ayat 173 adalah kepercayaan yang kukuh mesti ditanam dalam hati manusia. Allah tidak akan mengurniakan sesuatu itu sia-sia. Hikmah

²³ SiPutu Sumardhaya, "Melatih Diri Lebih Sabar", laman sesawang *Hindu Dharma*, dicapai 27 Ogos 2017, <http://www.hindu-dharma.org/2009/06/melatih-diri-menjadi-lebih-sabar/>

²⁴ Jitendra Mohan, 'Spiritual Psychology and Subjective Well-Being', in *Horizons of Spiritual Psychology*, ed. by Akbar Husain and others (Kuala Lumpur, 2008), 55.

²⁵ Al-Ghazālī, *Mukāshafah al-Qulūb al-Muqarrab Ilā 'Allām al-Ghuyūb* (Beirut: Dār Ihyā' al-Turāth al-'Arabī, 1995), 18-21.

dan ganjaran terbesar adalah syurga Allah bagi mereka yang bersabar dengan ujian dan sentiasa mengharapkan bantuan dan pertolongan daripada Allah.

Al-Ghazālī menyebut tentang elemen sabar dalam keteguhan melaksanakan perintah Allah dan juga sabar dalam berhadapan dengan cubaan hawa nafsu.²⁶ Hawa nafsu boleh menyebabkan seseorang hilang nilai apabila berdepan dengan apa jua ujian kehidupan. Dalam berdepan ujian pula, al-Qushayrī menyatakan sabar ialah tenang dan lapang dada serta tetap teguh menghadapinya. Abū Ṭālib al-Makkī pula menyatakan sabar dalam menerima ujian dengan cara menyembunyikan ujian tersebut dengan tidak mengadu kepada orang lain saat merasakan kesakitan dan kekhawatiran terhadap sesuatu perkara.²⁷

5.3.2 Elemen Reda

Reda dalam *Kamus Dewan Bahasa dan Pustaka Edisi Keempat* ialah bersedia dengan ikhlas hati ataupun rela.²⁸ Manakala istilah dalam Arab ialah “رضاء” atau “*ridā*” yang mempunyai maksud pada dua keadaan iaitu sama ada Allah meredai hambaNya yang beriman²⁹ atau hamba yang reda pada keadaan yang ditentukan oleh Allah.

Antara keadaan atau perbualan yang menunjukkan seseorang itu tidak reda dengan ujian yang menimpa seseorang individu ialah mereka akan sering mempersoalkan, “*Why me?*” dan akan rasa sangat sedih serta kecewa dengan apa yang dikurniakan padanya. Mereka juga sering menunjukkan protes sama ada dengan cara

²⁶ Sharifah Basirah Syed Muhsin and Che Zarrina Sa’ari, *Kaedah Psikoterapi Islam Berdasarkan Konsep Maqamat Abu Talib Al-Makki*, 60. Rujuk juga al-Ghazālī, *Mukāshafah al-Qulūb al-Muqarrab Ilā ‘Allām al-Ghuyūb*, 18-21.

²⁷ Sharifah Basirah Syed Muhsin and Che Zarrina Sa’ari, *Kaedah Psikoterapi Islam Berdasarkan Konsep Maqamat Abu Talib Al-Makki*, 60.

²⁸ Rujuk “Dewan Bahasa dan Pustaka”, laman sesawang *Pusat Rujukan Persuratan Melayu*, dicapai 9 September 2017, [#LIHATSINI](http://prpm.dbp.gov.my/Cari1?keyword=reda&d=112592)

²⁹ Rashidi Wahab, Syed Hadzrullathfi dan Syed Omar, ‘Peringkat Pemikiran Imam Al-Ash’ari Dalam Akidah’, *International Journal of Islamic Thought*, 3 (2013), 67.

tidak respon dengan komunikasi dan sering menyendiri. Mereka sering memikirkan dan menyalahkan kesilapan-kesilapan lalu yang menyebabkan mereka ditimpakan penyakit ini.

Elemen psikoterapi yang mesti ditanam dalam diri ialah boleh merelakan dan reda terhadap apa yang berlaku. Reda atau menerima ujian penyakit yang dihadapi ialah suatu perkara yang memerlukan masa. Daripada sifat reda ini akan mencetuskan sifat sabar yang berterusan dalam diri seseorang individu. Sabar dan reda adalah satu yang sangat terkait dan tidak boleh terjadi sendiri. Bagaimana untuk bersabar dengan kesakitan sekiranya tiada reda dengan ujian. Ujian adalah untuk menguji tahap keimanan seseorang dan sebagai bukti kesabaran dalam usaha menjadi umat terbaik.³⁰

Manusia menginginkan keredaan Allah dalam kehidupan dunia, justeru sebagai hamba yang mengejar kebaikan dunia dan akhirat mestilah reda bahawa Allah sebagai Tuhan yang wajib disembah, Islam sebagai agama dan juga Nabi Muhammad s.a.w. sebagai Nabi dan Rasul utusan Allah. Setelah keyakinan dan keimanan tersebut tertanam, seseorang individu akan reda dengan takdir kehidupan dunia yang telah ditetapkan. Yakin dengan segala yang ditetapkan adalah satu kebaikan daripada Allah untuk hambaNya sebagaimana firmanNya:

كُتِبَ عَلَيْكُمُ الْقِتَالُ وَهُوَ كُرْهٌ لَّكُمْ وَعَسَى أَن تَكُرِهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَّكُمْ وَعَسَى أَن تُحِبُّوْا
شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَّكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ^{۱۱}

Surah al-Baqarah 2: 216

Terjemahan: Diwajibkan atas kamu berperang, padahal berperang itu adalah sesuatu yang kamu benci. Boleh jadi kamu membenci sesuatu, padahal ia amat baik bagimu, dan boleh jadi (pula) kamu menyukai sesuatu, padahal ia amat buruk bagimu; Allah mengetahui, sedang kamu tidak mengetahui.

³⁰ Al-Ghazālī, *Mukāshafah al-Qulūb al-Muqarrab Ilā 'Allām al-Ghuyūb*, 18-21.

Ayat ini diturunkan kepada kaum muslimin pada ketika itu enggan pergi berperang, malah membenci peperangan kerana telah diperintahkan untuk meninggalkannya sebelum itu. Namun ayat ingin memerintahkan agar menyerahkan apa yang tidak diketahui kepada Allah dan meyakini ada hikmah demi kebaikan agama dan umat di sebalik apa yang telah diperintahkan dan apa yang telah dikurniakan.³¹

Kesimpulan bagi reda ialah seseorang itu mampu mencari hikmah dalam ujian yang dihadapi dan tidak lagi mempersoalkan ketentuan yang Allah takdirkan. Reda akan membawa ketenangan dalam hati seterusnya menjadi kehidupan lebih baik. Hati yang tenang menunjukkan situasi dan kondisi yang sejahtera. Kondisi ini akan membawa kepada kualiti hidup yang baik.

5.3.3 Elemen Harapan

Putus asa, kecewa dan rasa seolah-olah dunia ini gelap adalah suatu kondisi awal yang dialami oleh kebanyakan pesakit yang menghadapi penyakit kritikal. Hal ini kerana, fikiran manusia akan sentiasa berfikir untuk terus bertahan dalam kehidupan, sama ada untuk mencari harta dan kerjaya, bukan kebahagiaan dalam kehidupan. Apa yang bermain di fikiran manusia ialah masalah-masalah yang harus ditempuhi, kerisauan tentang apa yang bakal terjadi dan nasib diri dan keluarganya, bukannya mencari apa yang terbaik di dunia sebagai bekalan menuju kehidupan yang akan datang.

Buddha mengajar penganutnya agar sentiasa meletakkan harapan melalui doa. Doa yang dipohon hendaklah bukan bermaksud meminta, tapi adalah sebuah pengharapan.³² Namun sekiranya doa itu dimakbulkan atau tidak dimakbulkan adalah berpunca daripada perbuatannya atau dipanggil *kamma*. Buddha tidak menganjurkan penganutnya untuk meminta pelbagai perkara kerana mesti mengusahakannya sendiri.

³¹ Wahbah al-Zuhaylī, *al-Tafsīr al-Munīr Fī 'Aqīdah wa al-Sharī'ah wa al-Manhaj* (Jilid 1: Juzuk 1-2), (Damsyik: Dār al-Fikr, 2009), 231.

³² Yan Saccakiriyaputta, “Doa, Bisakah Terkabul?” laman sesawang *Artikel Buddhist*, dicapai 10 September 2017, <http://artikelbuddhist.com/2011/06/doa-bisakah-terkabul.html>

Begitu juga dengan tidak ada elemen meminta kepada Tuhan kerana Tuhan adalah tujuan akhir kehidupan manusia.³³

Hindu menekankan harus *berkarma*³⁴ dengan bebas dari sesuatu yang tidak bermoral dan cinta dalam usaha mencapai sesuatu.³⁵ Mereka diberi peluang untuk membebaskan diri dari segala keburukan menggunakan pelbagai cara yang baik untuk mencapai moksha.³⁶ Harapan untuk mencapai *moksha* juga adalah mesti seiring dengan berusaha untuk nekad melaksanakannya dan menenangkan fikirannya. Setiap individu akan dibalas dengan apa yang dikerjakan semasa kelahiran akan datang.³⁷

Islam mengajar umatnya agar tidak berputus asa. Penekanan diberikan terhadap aspek tidak berputus asa dari rahmat Allah. Walaupun diuji dengan pelbagai cabaran dan musibah, seseorang itu pasti akan memandang dari aspek yang positif, serta memahami takdir ujian tersebut. Malah mereka meletakkan keyakinan bahawa Allah pasti akan mengurniakan ganjaran terbaik. Allah SWT menyatakan di dalam al-Qur'an bahawa apabila seseorang hambaNya sakit, Allah jugalah yang akan menyembuhkan.

وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ ..

Surah al-Shu'ara 26: 80

Terjemahan: Dan apabila aku sakit, maka Dialah yang menyembuhkan penyakitku.

Ayat 80, surah al-Shu'ara ini menyatakan bahawa apabila Allah mendatangkan kesakitan kepada seseorang hambaNya, termasuk seorang Nabi contohnya Nabi Ibrahim a.s. dimana Allah akan mendatangkan penawar dan kesembuhan selepas kesakitan

³³ *Ibid.*

³⁴ *Karma* bermaksud perbuatan dalam *Kamus Dewan Edisi Keempat*, Rujuk “Dewan Bahasa dan Pustaka”, laman sesawang *Pusat Rujukan Persuratan Melayu*, dicapai 11 September 2017, [#LIHATSINI](http://prpm.dbp.gov.my/Car1?keyword=karma&d=112592)

³⁵ “Adakah Penebusan Dosa dalam Hindu” laman sesawang MediaHindu.com, dicapai 11 September 2017, <https://www.mediahindu.com/ajaran/adakah-penebusan-dosa-dalam-hindu.html>

³⁶ Muhammad Fauzi Haji Awang, *Ugama-Ugama Dunia* (Kota Bharu: Penerbit Kelantan, 1971), 58-59.

³⁷ *Ibid.*

tersebut dengan sebab-sebab tertentu. Sebagai hamba mestilah meyakini apa yang dikurniakan, Allah pasti akan bantu menyembuhkan dan menghilangkannya.³⁸

Dalam setiap cabaran, musibah dan ujian kehidupan, di sana ada ganjaran yang terbaik tercipta untuk setiap insan yang sentiasa bersabar dan reda. Sebagai hambaNya, mestilah sentiasa berdoa, mohon ampun, bersangka baik kepada Allah dan meletakkan harapan untuk memperolehi apa jua bentuk kebaikan daripada Allah termasuk kesembuhan daripada kesakitan. Sekiranya tiada kesembuhan, pasti terdapat ganjaran kebaikan yang lain dari sisi-Nya di dunia mahupun di akhirat kelak. Hamba-Nya disarankan untuk sentiasa berdoa, memohon kebaikan, diberi kesabaran dan kekuatan untuk menghadapi segala ujian hidup.

Allah menyukai dan menyayangi hamba-Nya yang suka meminta-minta kepadaNya. Perbuatan meminta dan menceritakan semua penderitaan dan kesenangan kepada Allah menunjukkan seluruh kebergantungan kepada Allah walaupun sekelumit perkara. Allah adalah Tuhan yang menciptakan makhluk-Nya dan mengetahui segala isi hati makhluknya. Sebagai hamba, mestilah ikhlas untuk meminta, meletakkan harapan dan bertawakal kepada Allah.

5.4 MENANGANI PUNCA BERLAKU KERESAHAAN SPIRITAL

Punca keresahan spiritual telah dibincangkan dalam Bab 4 dengan beberapa tema yang dikenalpasti. Islam dalam ajarannya telah lama mendatangkan cara menangani masalah dalam kehidupan. Dalam menghadapi musibah kehidupan, pengkaji mengemukakan dua elemen utama yang mesti dihayati dalam menghadapi masalah keresahan spiritual, iaitu kepercayaan pada takdir dan elemen kafarah dalam setiap ujian yang diperolehi.

³⁸ Wahbah al-Zuhaylī, *al-Tafsīr al-Munīr Fī ‘Aqīdah wa al-Shari‘ah wa al-Manhaj* (Jilid 1: Juzuk 1-2), 184.

5.4.1 Elemen Kepercayaan pada Takdir

Kepercayaan pada kehidupan selepas kematian dipegang dan dipercayai oleh Islam, Buddha, Kristian dan Hindu.³⁹ Hal ini merupakan kitaran kehidupan secara fitrah yang menetapkan bahawa adalah kehidupan manusia mengalami naik dan turun seperti kitaran roda, justeru tidak mustahil bagi setiap orang berfikir seperti ini. Namun konsep selepas kematian adalah berbeza berdasarkan kefahaman dan kepercayaan agama anutan masing-masing.

Dalam merungkai takdir kesakitan dalam agama Buddha, Buddha menyebut bahawa “Kesihatan hanyalah satu mimpi. Ketakutan dari kesakitan pula adalah suatu yang tidak dapat dielakkan”. Buddha juga berkata “sesiapa masih boleh bergembira selepas melihat penderitaan kesakitan yang dialami”.⁴⁰ Manakala agama Kristian dalam membincangkan soal takdir dan kematian, Paul menyatakan bahawa “kematian, cara kematian dan kehidupan selepas kematian adalah lebih penting berdasarkan pengorbanan Nabi Isa dalam penyaliban demi menghapuskan dosa-dosa manusia”.⁴¹

Allah mentakdirkan seseorang itu mendapat ujian dan dugaan sebagai tanda kasih sayang dan sebagai celupan Allah untuk menjadikannya hamba yang terbaik di sisi-Nya. Sebelum kembali menghadap Allah, hamba itu akan diuji dengan pelbagai ujian yang akan menjadikannya semakin dekat dengan Allah, sebagaimana firmanNya:

³⁹ T Walter, ‘Spirituality in Palliative Care: Opportunity or Burden?’, *Palliative Medicine*, 16 (2002), 137.

⁴⁰ Muhammad Fauzi Haji Awang, *Ugama-ugama Dunia*, 65-66.

⁴¹ Mohd Rosmizi Abd Rahman, *4 Agama Monoteisme: Islam, Kristian, Yahudi dan Zoroaster*, 102.

وَلَنَبْلُوَّكُمْ يَشَاءُ مِنْ الْخُوفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَتَبَرِّرُ الْصَّابِرِينَ^{١٥٥}
 الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمْ مُصِيبَةٌ قَالُواْ إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ^{١٥٦} اُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوةٌ مِنْ رَبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ^{١٥٧}
 وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهَنْدُونَ^{١٥٨}

Surah al-Baqarah 2: 155 – 157

Terjemahan: Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan. Dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar. (155) (yaitu) orang-orang yang apabila ditimpa musibah, mereka mengucapkan, "Innaa lillaahi wa innaa laihi raaji'uun." (156) Mereka itulah yang mendapat keberkatan yang sempurna dan rahmat dari Tuhan mereka, dan mereka itulah orang-orang yang mendapat petunjuk. (157)

Ayat di atas diturunkan kerana kematian ramai pejuang dalam perang Badar bagi tujuan menenangkan umat Islam yang berduka cita di atas kematian para sahabat. Allah menjelaskan bahawa Dia adalah penolong bagi mereka yang bersabar dan melepaskan kesusahan yang dialami oleh mereka.⁴² Justeru, sebagai hamba Allah, manusia mesti meyakini bahawa daripadaNya mereka datang dan kepada Allahlah mereka kembali, serta menyerahkan segala urusan. Meyakini takdir yang ditentukan adalah untuk kebaikan terhadap hamba-Nya.

5.4.2 Elemen Memahami Erti Kafarah

Kematian bukan bererti pengakhiran sebuah kehidupan kerana alam seterusnya menanti di mana semua yang dilakukan di alam kehidupan akan dihisab. Kehidupan yang baik akan melalui kematian yang baik dan diredayai, manakala kehidupan yang penuh kemungkaran akan menerima pengampunan atau balasan yang setimpal dengan apa yang telah dilakukan. Itu yang difahami oleh semua agama. Manakala kesakitan yang dialami adalah penderitaan yang berbeza difahami oleh setiap agama dan fahaman.

⁴² Wahbah al-Zuhaylī, *al-Tafsīr al-Munīr Fī 'Aqīdah wa al-Sharī'ah wa al-Manhaj* (Jilid 1: Juzuk 1-2), 406.

Agama Buddha menganggap ujian dan penderitaan yang dialami sebagai jalan untuk mencapai kesempurnaan.⁴³ Fahaman Hindu dan juga Buddha menjelaskan bahawa mereka percaya orang yang baik yang ditimpa penderitaan adalah berpunca daripada dosa-dosanya yang lepas, dan orang yang jahat akan dihukum, kalau tidak di dunia akan dihukum di akhirat kelak.⁴⁴ Kematian dan kesakitan adalah suatu yang buruk dan dikatakan celaka kerana kesihatan lenyap dan kehidupan ini adalah sementara.⁴⁵

Kristian dalam komentar berkenaan kafarah atau penghapusan dosa ialah menyebut tentang dosa warisan. Setiap manusia yang lahir itu adalah berdosa kerana rentetan dosa warisan daripada Nabi Adam dan Hawa. Tiada apa cara yang boleh menghapuskan dosa melainkan dengan cara mempercayai Nabi Isa sebagai penyelamat dan anak Tuhan. Pada tahun 1215, pihak gereja menyatakan berkenaan penghapusan dosa iaitu dengan cara pembaptisan.⁴⁶ Justeru dalam konsep sakit itu sebagai penghapus dosa tiada dalam konsep agama Kristian.

Islam menggariskan ujian dan dugaan adalah sebagai satu kafarah dosa. Sekiranya seseorang itu sabar dalam berhadapan dengan ujiannya, dia akan diganjari pahala-pahala dan seterusnya menghapuskan dosa maksiat kepada Allah yang telah dilakukannya. Dosa-dosa yang terhapus itu menjadikannya seorang yang bersih jiwa, dan ianya adalah satu jalan untuk meningkatkan darjah seseorang itu dan menjadikannya hamba yang lebih baik.

⁴³ Muhammad Fauzi Haji Awang, *Ugama-ugama Dunia*, 69-71.

⁴⁴ Liva Baker, *World Faiths: A Story of Religion* (United States of America: Library of Congress, 1965), 82.

⁴⁵ Muhammad Fauzi Haji Awang, *Ugama-ugama Dunia*, 66.

⁴⁶ Mohd. Rosmizi Abd. Rahman, *4 Agama Monoteisme: Islam, Kristian, Yahudi dan Zoroaster*, 91-92.

Berdasarkan Al-Quran, surah Al-Baqarah ayat 154-157 menerangkan berkenaan kebaikan ujian kesakitan dan musibah yang dikurnikan oleh Allah. Allah telah menjanjikan balasan yang baik dan berlipat kali ganda, malah dihapuskan segala dosa-dosa yang lalu.⁴⁷

5.5 KECENDERUNGAN PESAKIT DALAM MENANGANI KERESAHAAN SPIRITAL

Bagi mengulas kecenderungan pesakit dalam menangani masalah keresahan spiritual, kebanyakan pesakit bertindak hampir sama, namun kefahaman dan dasar mereka melakukan perkara tersebut adalah berbeza, sama ada kerana kepercayaan dalam agama, kerana rasa mahu berkongsi, kerana mahu memberi serta menghargai dan lain-lain.

5.5.1 Elemen Syukur

Melihat kepada nasib orang yang kurang baik, mencetuskan rasa menghargai apa yang dimiliki seperti ahli keluarga yang sentiasa ada di sisi, mempunyai fizikal yang sempurna, mempunyai sumber yang boleh menampung kos hidup dan rawatan. Seterusnya menerbitkan rasa syukur dalam hati. Rasa dan sifat syukur akan menjadikan seseorang individu itu ingin memberi kepada yang memerlukan, membantu orang yang lebih susah dan menyumbang dari pelbagai aspek yang termampu olehnya.

Kesemua yang dialami pesakit ini menunjukkan bahawa pesakit tidak memandang penderitaan atau ujian kesakitan yang dialami itu dugaan yang boleh membuatkan mereka berputus asa. Malahan, pesakit bersyukur dengan kurniaan kesakitan ini kerana menjadikan mereka lebih menghargai kehidupan yang berbaki. Menjadikan semua perkara itu sebagai nikmat adalah suatu yang perlu diusahakan.

⁴⁷ Wahbah al-Zuhaylī, *al-Tafsīr al-Munīr Fī ‘Aqīdah wa al-Sharī‘ah wa al-Manhaj* (Jilid 1: Juzuk 1-2), 405.

Apabila membayangkan rasa gembira dan syukur akan terkesan kepada seluruh sistem badan.

Lebih menghargai kehidupan dengan membuat segala kebaikan kerana memikirkan kehidupan yang sangat singkat untuk dijalani. Semua makhluk akan menghadapi kematian, namun satu kelebihan bagi individu yang telah dapat menganggar kematiannya semakin hampir. Segala persiapan boleh dibuat sama ada dari segi perasaan, emosi, pengurusan keluarga dan lain-lain.

Buddha mengajarkan penganutnya agar sentiasa mengikuti ajaran Buddha dan berbuat baik. Kesakitan adalah normal kehidupan dan kesihatan merupakan suatu perkara seperti mimpi sahaja.⁴⁸ Berdasarkan pemerhatian penganut yang mempunyai fahaman yang dalam agama Buddha mengatakan bahawa sakit yang dihadapi adalah ujian dari Tuhan, dan mesti bersyukur dengan kehidupan kita yang lebih baik kerana masih ada yang menerima nasib yang lebih teruk.

Agama Hindu ada membincangkan secara khusus elemen syukur. Elemen penekanan dalam agama Hindu adalah dengan melahirkan kesyukuran melalui pemujaan dan penyembahan. Mereka juga melahirkan kesyukuran melalui ucapan dan kata-kata. Mereka juga mewujudkan rasa syukur melalui bukti hubungan tali persaudaraan yang semakin dieratkan.

Manakala dalam Islam, kesyukuran terzahir dan boleh dibuktikan dengan pelbagai cara. Hati yang tenang dan reda adalah bukti utama kesyukuran dalam sesuatu perkara. Islam menyarankan umatnya sentiasa bersyukur dengan kurniaan kehidupan terutamanya nikmat iman dan Islam dalam menghadapi hari-hari yang seterusnya. Kerana penghayatan iman dan Islam adalah bekalan utama dan boleh menjadikan lahirnya akhlak dan sikap yang baik.

⁴⁸ Muhammad Fauzi Haji Awang, *Ugama-ugama Dunia*, 36-39.

Syeikh Abdul Kadir dalam kitabnya *Penawar Bagi Hati* membincangkan tentang bagaimana mahu mencapai tingkat tasawuf melalui seluruh anggota badan termasuk mata, telinga, lidah, perut, faraj atau kemaluan, tangan, kaki dan hati. Semua perkara ini sangat penting untuk dijaga dalam usaha untuk mencapai tingkat yang lebih kepada Allah.⁴⁹ Begitu juga dengan elemen kesyukuran, perkara-perkara tersebut penting untuk dijaga bagi mencapai tingkat syukur yang tertinggi sehingga tidak lagi mempersoalkan ujian dan musibah yang dikurniakan oleh Allah.

5.5.2 Elemen Tawakal

Tawakal dalam *Kamus Dewan Bahasa Edisi Keempat* bermaksud berserah kepada Tuhan setelah berikhtiar dan percaya sepenuh hati kepada Tuhan.⁵⁰ Kebiasaan situasi yang berlaku ialah elemen tawakal merupakan antara elemen terakhir yang dipraktikkan setelah melalui fasa-fasa sabar dan reda dengan kesakitan yang dialami. Tawakal akan hadir setelah seseorang individu itu menjalankan usaha tertentu untuk merawat kesakitan dan reda dengan apa yang dialami.

Buddha mengajar erti bersifat reda dan tidak kisah akan usaha yang dijalankan. Berdasarkan kisah Siddharta, beliau reda akan nasib yang menimpa dan berfikir secara positif, namun nilai usaha kurang dibincangkan.⁵¹ Menolak kesakitan ialah suatu yang dibincangkan berkaitan dengan elemen nafsu, dan jalan untuk menolak kesakitan adalah satu usaha untuk mendidik hawa, melalui empat kebenaran yang mulia.⁵²

⁴⁹ Sheikh Abdul Kadir bin Abdul Mutalib Al-Andunsi, *Penawar Bagi Hati* (Jala, Thailand: Sahabat Press, 1964), 5-20.

⁵⁰ Kamus Dewan Edisi Keempat, Rujuk “Dewan Bahasa dan Pustaka”, laman sesawang *Pusat Rujukan Persuratan Melayu*, dicapai 11 September 2017, [#LIHATSINI](http://prpm.dbp.gov.my/Cari!?keyword=tawakal&d=112592)

⁵¹ Muhammad Fauzi Haji Awang, *Ugama-ugama Dunia*, 75.

⁵² *Ibid.*

Agama Hindu menekankan elemen manusia akan hidup berkali-kali atau kelahiran demi kelahiran, dan kehidupannya ditentukan oleh karma. Tiada konsep tawakal pada setiap perkara dan usaha yang berlaku kerana untuk bebas daripada kehidupan yang sengsara adalah bergantung kepada kehidupan yang sebelumnya. Dan sebagai manusia mesti berusaha mencapai moksha bagi kehidupan yang akan datang dengan cara yoga. Yoga mestilah dilakukan dengan tekad dan fikiran yang tenang.⁵³

Islam amat menekankan konsep setelah berusaha mestilah bertawakal, iaitu menyerahkan semua urusan kepada Allah setelah berusaha dengan pelbagai cara. Pelbagai kebaikan yang Allah janjikan bagi orang yang berusaha. Dalam Surah Ali-Imran, ayat 159 juga telah menekankan Allah suka hamba-Nya yang tawakal, diiringi dengan sabra dan solat. Seterusnya bersangka baik dengan Allah dalam semua aspek kehidupan.⁵⁴

Perkara utama ialah berusaha menyempurnakan ibadah fardu, kemudian dianjurkan untuk memperbanyakkan zikir kerana ianya merupakan ibadah yang paling afdal untuk dilakukan.⁵⁵ Ibadah-ibadah ini sewajarnya dilakukan bagi mewujudkan rasa tenang dan aman seterusnya melahirkan tawakal dan rasa kebergantungan yang tinggi kepada Allah.

Al-Nursi menyarankan agar individu yang diuji dengan kesakitan untuk sentiasa sabar, terutamanya dalam mengerjakan amal-amal fardu, malah semakin perbanyakkan berdoa kepada Allah. Ganjaran yang besar bagi mereka yang sabar dalam menyempurnakan amanah sebagai seroang hamba. Malah, doa orang yang sakit adalah mustajab dan diterima disisi Allah.⁵⁶ Hal ini berikutan nilai tawakal dalam diri seorang

⁵³ *Ibid*, 58-59.

⁵⁴ Al-Ghazālī, *Mukāshafah al-Qulūb al-Muqarrab Ilā 'Allām al-Ghuyūb* (Beirut: Dār Ihyā' al-Turāth al-'Arabi, 1995), 297.

⁵⁵ Muhammad ibn Ibrāhīm ibn 'Abd Allāh al-Tuwajjiri, *Mawsū'ah Fiqh al-Qulūb fī Daw' al-Qur'ān wa-al-Sunnah* (Buraydah: Dār Isrā' al-Mujtama', 2012).

⁵⁶ Muhammad Rif'aat Razman and Salasiah Hanin Hamjah, *Dakwah dalam Dimensi Kerohanian Penjagaan Paliatif* menurut Pendekatan Badi' al-Zaman Sa'id al-Nursi, 42.

individu pesakit sangat tinggi. Suatu kebiasaan apabila seseorang itu ditimpa kesakitan, mereka akan berusaha mencari penawar. Saat ini mereka akan berusaha dan kuat kebergantungan mereka dengan Allah.

5.6 PANDUAN MENGHADAPI PESAKIT AKHIR HAYAT

Setiap yang bernyawa pasti akan menghadapi mati, termasuk haiwan dan manusia.⁵⁷ Kematian adalah satu rahsia yang tidak tahu bila akan tiba. Kematian tiba dengan cara yang bagaimana juga adalah rahsia yang tersemat dalam ilmu Allah. Sama ada kemalangan, kebakaran, penyakit kritikal, dalam keadaan sihat seperti sedang tidur atau bagaimanapun juga keadaan, setiap insan pasti akan menghadapinya. Sebagaimana banyak disebut dalam firman Allah Surah al-Anbiya', ayat 35; surah Ali-Imran, ayat 185; surah al-Sajadah, ayat 11 dan lain-lain.⁵⁸

فُلْ يَتَوَفَّنُكُمْ مَلِكُ الْمَوْتِ الَّذِي وُكِلَّ بِكُمْ ثُمَّ إِلَيْ رَبِّكُمْ تُرْجَعُونَ «

Surah al-Sajadah 32:11

Terjemahan: Katakanlah (wahai Muhammad); Nyawa kamu akan diambil oleh Malikil Maut yang ditugaskan berbuat demikian ketika habis ajal kamu, kemudian kamu akan dikembalikan kepada Tuhan kamu (untuk menerima balasan).

Justeru sebagai manusia yang lemah, tidak mempunyai kuasa mengawal kematian, mesti sentiasa berdoa, memohon kebaikan di dunia dan akhirat. Seterusnya sentiasa meletakkan harapan agar dikurniakan pengakhiran hidup yang baik dan direndai.

Kematian yang baik dan pembalasan baik yang menjadi ganjaran di akhirat kelak adalah

⁵⁷ Muḥammad ibn Ibrāhīm ibn ‘Abd Allāh al-Tuwayjiri, *Mawsū’ah Fiqh al-Qulūb fī Daw’ al-Qur’ān wa-al-Sunnah*, 154.

⁵⁸ Selamat Hashim, *Kematian Dan Pengurusan Jenazah* (Johor: Universiti Teknologi Malaysia, 2007), 4-12.

cita-cita dan harapan yang utama. Seseorang yang mengingati mati akan sentiasa berusaha untuk melakukan yang terbaik dalam kehidupan.⁵⁹

5.6.1 Cadangan untuk Membantu Pesakit Paliatif

Cadangan terbaik untuk membantu pesakit ialah melalui orang yang paling rapat dengan mereka. Sebagai contoh ialah ahli keluarga dan rakan-rakan, yang mana mereka berperanan untuk memberi sokongan dan bantuan, selain daripada membantu memenuhi harapan-harapan akhir pesakit. Kemudian para pengamal perubatan dan ahli agama mestilah mengambil tanggungjawab untuk membantu pesakit menghadapi saat akhir hayat. Para pengamal perubatan membantu mengawal kesakitan dan mengesan sebarang perubahan yang dialami oleh pesakit. Manakala perkhidmatan seorang ahli agama adalah untuk membantu konsultasi pesakit bagi persediaan menghadapi saat akhir.

Perkara pertama yang mesti dibantu ialah dari sudut melaksanakan amalan fardhu pesakit.⁶⁰ Dalam surah al-Baqarah, ayat 238 menyebut tentang kewajiban solat.

حَفِظُوا عَلَى الصَّلَاةِ وَالصَّلَاةُ الْوُسْطَىٰ وَقُومُوا لِلَّهِ قَنِينِينَ^{۲۳۸}

Surah al-Baqarah 2: 238

Terjemahan: Peliharalah segala salat (mu), dan (peliharalah) salat wusthaa. Berdirilah karena Allah (dalam salatmu) dengan khusyuk.

Ayat di atas menerangkan berkenaan bukti ketataan dan pengabdian dari penciptaan Allah ini adalah dengan mengerjakan solat. Solat yang dilaksanakan dan ditunaikan dengan ikhlas dan bersungguh akan menjamin seseorang individu itu bebas dari kejahilan dan kejahatan penipuan. Solat merupakan ibadah terbesar dalam Islam,

⁵⁹ *Ibid*, 16-20.

⁶⁰ Muḥammad ibn Ibrāhīm ibn ‘Abd Allāh al-Tuwayjiri, *Mawsū’ah Fiqh al-Qulūb fī Daw’ al-Qur’ān wa-al-Sunnah*, 728.

syiar agama Islam, justeru kewajipan melaksanakannya adalah terletak pada tahap tertinggi.⁶¹

Seterusnya dalam usaha untuk memberi yang terbaik kepada pesakit ialah dengan cara mengamalkan amalan yang tertulis dalam amalan yang dianjurkan oleh Rasulullah s.a.w. iaitu menjalankan hak Muslim terhadap Muslim yang lain. Dalam Hadith Rasulullah terhadap lima hak Muslim terhadap Muslim yang lain. Sekiranya kesemua hak ini terjaga, bukan sahaja pesakit akan dapat menjalani kehidupan dengan baik, malah seluruh makhluk dan ciptaan turut merasai kerahmatannya, kerana terkandung nilai-nilai akhlak. Nilai akhlak yang baik akan menyumbang kepada kesejahteraan kehidupan.⁶²

Hak yang pertama ialah sekiranya seseorang memberi salam, hendaklah dijawab salam, yang kedua ialah sekiranya seseorang meminta nasihat, maka hendaklah memberi nasihat yang diminta. Perkara yang ketiga ialah sekiranya seseorang bersin dan mengucapkan “*Alḥamdu lillāh*”, maka hendaklah dibalas mengucapkan “*arhamkallāh*”. Keempat ialah, sekiranya ada orang yang sakit, hendak diziarahi dan yang terakhir ialah apabila ada saudara Muslim yang meninggal dunia, hendaklah mengiringi jenazahnya ke perkuburan.

Berdasarkan kajian oleh Muhammad Rif'aat dan Salasiah Hanin Hamjah berkenaan pendekatan terhadap pesakit ialah menekankan elemen akidah dan kepercayaan, memberi persepsi yang positif terhadap kematian, memperbanyakkan amalan soleh, melaksanakan tanggungjawab dalam aspek sosial terhadap pesakit, mematuhi arahan dan saranan pakar perubatan, menekankan aspek ihsan atau merasai

⁶¹ *Ibid*, 729.

⁶² Muḥammad ibn Ibrāhīm ibn ‘Abd Allāh al-Tuwayjiri, *Mawsū’ah Fiqh al-Qulūb fī Daw’ al-Qur’ān wa-al-Sunnah*, 729.

kewujudan Allah dalam diri pesakit dan yang terakhir ialah membimbang pesakit agar sentiasa beremosi positif dan baik.⁶³

Sebagai seorang pesakit pula mestilah sentiasa cuba untuk berusaha merawat hati untuk jadi lebih positif. Antara perkara yang boleh dilakukan oleh pesakit ialah menuntut ilmu atau menambah ilmu pengetahuan. Terdapat satu Hadith atau *khabar* yang menekankan berkenaan kewajipan menuntut ilmu bagi setiap umat Islam.⁶⁴ Pelbagai huraihan dan perbahasan mengenai ilmu apa yang wajib dituntut, antara ialah ilmu auhid, ilmu hati, ilmu muamalah dan lain-lain.⁶⁵

Kesimpulannya, Abū Ṭālib al-Makkī menjelaskan ilmu yang mesti dituntut ialah ilmu yang memberi manfaat kepada akhirat dan ilmu yang diperlukan dalam amal perbuatan atau dikenali sebagai ilmu kehidupan.⁶⁶ Ilmu penting untuk menjadikan seseorang individu itu lebih berfikiran terbuka, matang dan positif dalam setiap aspek penilaian.

5.6.2 Kelengkapan dan Peralatan untuk Pesakit Muslim

Pelaksanaan amal ibadah dan penyucian diri amat penting bagi setiap manusia. Dalam melaksanakannya, memerlukan beberapa keperluan sekiranya pesakit masih mampu untuk menyiapkan diri. Sekiranya pesakit sudah tidak berdaya untuk bergerak, cukup untuk melaksanakannya semampu mungkin, dengan pelaksanaan ibadah yang paling ringan boleh dilakukan. Pengkaji suka untuk sertakan perbincangan mengenai apa yang boleh membantu untuk memudahkan pesakit melaksanakan ibadah.

⁶³ Muhammad Rif'aat Razman dan Salasiah Hanin Hamjah, Dakwah dalam Dimensi Kerohanian Penjagaan Paliatif menurut Pendekatan Badi' al-Zaman Sa'id al-Nursi,41-44.

⁶⁴ Abū Ṭālib al-Makkī Muḥammad ibn 'Atiyah al-Harīth, *'Ilm al-Qulūb*, ed. 'Abd al-Qādir Aḥmad 'Aṭā (Beirut: Dār al-Kutub al-'Ilmiyyah, 2004), 78.

⁶⁵ *Ibid*, 79-82.

⁶⁶ *Ibid*, 83.

Beberapa aspek perlu untuk dititikberatkan dalam persediaan melakukan amal ibadah iaitu, pertama peralatan yang diperlukan, apa yang membantu untuk memudahkan pesakit. Selain itu ialah perkara yang perlu dititikberatkan ialah mewujudkan kumpulan sokongan bagi membantu pesakit dalam mengerjakan ibadah. Kumpulan ini mungkin boleh membantu di wad pada waktu yang hanya melibatkan waktu solat, di luar waktu penjagaan atau waktu melawat. Selain membantu untuk solat, aspek penjagaan lain juga boleh diambil perhatian semasa sesi khidmat. Senarai di bawah adalah antara cadangan perkara yang boleh membantu aspek pengibadatan.

(a) Berikut merupakan antara senarai alatan yang diperlu untuk mengerjakan ibadah bagi umat Islam:

1. Botol penyembur untuk kegunaan wuduk
2. Debu pasir untuk kegunaan tayammum
3. Sejadah
4. Pakaian bersih tambahan
5. Arah kiblat

(b) Antara aktiviti yang boleh bantu dijalankan bagi membantu ibadah ialah:

1. Makluman waktu solat
2. Bacaan doa
3. Sukarelawan (berkonsep keluarga angkat)
4. Penglibatan ahli agama dalam sesi konsultasi ahli keluarga

Bagi penganut-penganut agama lain, juga memerlukan bantuan ahli agama semasa sesi konsultasi dan juga bantuan sukarelawan. Sistem bantuan sokongan terhadap pesakit ini memang tidak dapat dinafikan ianya tidak hanya datang daripada usaha individu pesakit itu sendiri, namun memerlukan sokongan dan usaha yang lebih daripada keluarga dan masyarakat.

5.7 KESIMPULAN

Berdasarkan ulasan elemen psikoterapi, dapat disimpulkan bahawa setiap agama dan fahaman mementingkan elemen sikap dan akhlak. Elemen ini boleh dikategorikan sebagai elemen psikoterapi kerana membantu untuk menangani masalah kehidupan. Namun setiap agama mempunyai matlamat dan tujuan yang berbeza dalam penekanan terhadap setiap elemen.

Sebagai kesimpulannya, dalam usaha untuk menangani keresahan spiritual memerlukan kepada satu usaha untuk merawat asas utama dalam diri setiap individu. Asas utama tersebut ialah jiwa dalaman atau dikenali sebagai spiritual agar sentiasa dikawal untuk berada dalam keadaan yang positif.

BAB 6 : BAB PENUTUP

6.1 PENDAHULUAN

Penjagaan paliatif merupakan satu konsep penjagaan yang sangat baik, kerana hampir keseluruhan aspek kehidupan diberi perhatian. Kumpulan paliatif ini bukanlah bertujuan untuk memanjangkan hayat kehidupan. Jangka masa kehidupan yang berbaki boleh jadi pendek dan boleh jadi lebih panjang itu tidak menjadi perkara utama dalam khidmat penjagaan paliatif, tetapi jangka masa hidup yang berbaki dimanfaatkan sebaiknya adalah menjadi matlamat utama. Salah satu punca utama yang menjadikan seluruh kehidupan terasa terbeban ialah apabila berlaku kondisi keresahan spiritual, iaitu di mana seseorang individu itu tidak dapat mencari asas spiritual dalam kehidupan.

6.2 ULASAN KAJIAN (RUMUSAN DAN IMPLIKASI)

Rumusan keseluruhan kajian adalah berdasarkan tiga objektif utama kajian yang saling berkaitan antara satu sama lain. Simptom-simptom keresahan spiritual yang dialami oleh pesakit memberi kesan kepada seluruh kehidupan sama ada aspek fizikal, emosi, spiritual dan juga sosial pesakit. Punca kepada keresahan spiritual itu pula adalah juga disebabkan oleh faktor seluruh kehidupan iaitu aspek yang sama yang menjadi berlaku kepada simptom. Seterusnya ia akan kembali memberi kesan kepada aspek yang sama seperti di atas.

6.2.1 Simptom Keresahan Spiritual

Spiritual merupakan satu elemen yang sangat penting dalam diri setiap insan berbanding elemen-elemen penting yang lain. Bagaimana boleh mengesan masalah keresahan spiritual adalah dari seluruh aspek kehidupan, sama ada mengganggu fizikal pesakit,

emosi, psikologi dan juga sosial pesakit. Pengkaji mencapai objektif pertama bermula dengan menerangkan definisi spiritual dan definisi keresahan (*distress*). Kesimpulannya definisi keresahan spiritual (*spiritual distress*) adalah suatu yang mengganggu gugat sistem utama dalam diri seseorang individu.

Simptom keresahan spiritual dianalisis daripada kajian literatur dan dibuktikan melalui observasi ikut serta di wad rawatan pesakit paliatif. Kemudian simptom yang telah dianalisis dibandingkan dengan simptom kesejahteraan spiritual (*spiritual well-being*) bagi membandingkan bagaimana individu yang berhadapan dengan situasi dan keadaan kesejahteraan spiritual dan individu yang sedang mengalami keresahan spiritual. Kajian terdahulu juga membuktikan pelbagai usaha telah dijalankan bagi mengatasi masalah ini.

Selain daripada mengkaji secara literatur berkenaan keresahan spiritual, pengkaji juga membuat kajian ringkas berkenaan aspek spiritual setiap agama yang ada di Malaysia. Kajian ini memudahkan proses kajian lapangan kerana rata-rata pesakit terdiri daripada pelbagai latar belakang dan pelbagai anutan agama yang mana kita sedia maklum tentang perbezaan yang ketara dari sudut kepercayaan dan amalan seharian.

6.2.2 Faktor Keresahan Spiritual

Objektif kedua dicapai melalui perbincangan mengenai faktor-faktor yang menyebabkan berlakunya keresahan spiritual subjek kajian dalam kalangan pesakit paliatif. Kajian mendapati spiritual akan membentuk seseorang individu menjadi lebih baik dan menjadi asas untuk tetap teguh pada apa jua keadaan. Spiritual ini mempunyai pelbagai tafsiran. Secara umumnya definisi spiritual ialah suatu yang memberi makna dalam kehidupan seseorang insan. Apabila terdapat gangguan yang mengganggu kehidupan normal seseorang individu itu, namun mereka tidak mampu mengawal,

mengatasi dan mencari sumber kekuatan. Seterusnya menjadi satu bebanan dan tekanan dalam diri, bahkah menyalahkan kembali diri dan orang lain. Situasi inilah yang dinamakan keresahan spiritual. Kajian ini menjelaskan bagaimana situasi-situasi dan keadaan-keadaan yang dinamakan keresahan spiritual yang berlaku kepada seseorang individu, pesakit khususnya.

Pelbagai faktor yang boleh menyebabkan seseorang individu mengalami masalah keresahan spiritual. Enam tema utama telah berjaya dianalisis hasil daripada kajian temubual dan pemerhatian ikut serta. Hubungan spiritualiti dengan latar belakang kehidupan dan kefahaman spiritual, ilmu dan akhlak sangat sangat mempengaruhi situasi dan kondisi kesejahteraan spiritual pesakit. Keresahan spiritual adalah perkara yang tidak mudah berlaku, namun apabila satu masalah tidak dapat ditangani dengan baik akan menjadikannya semakin berkembang ditambah dengan masalah yang lain mencetuskan ketidakstabilan spiritual.

6.2.3 Cara Menangani Masalah Keresahan Spiritual

Objektif ketiga pula dicapai melalui penganalisisan terhadap cara menangani masalah keresahan spiritual yang dialami oleh subjek kajian dalam kalangan pesakit paliatif tersebut. Kajian mendapati bahawa keresahan spiritual adalah satu masalah yang mempunyai pasang surut dalam diri seseorang individu, ia bukanlah masalah yang kekal. Namun, apa yang dikaji adalah faktor-faktor utama yang terdapat dalam aspek-aspek kehidupan seseorang individu itu, sama ada aspek itu melibatkan aspek fizikal, psikologi, spiritual atau sosial. Jalan penyelesaian utama kepada masalah keresahan spiritual hanya boleh diselesaikan apabila punca utama itu dirawat terlebih dahulu. Seterusnya, bagaimana mereka berusaha menyelesaikan dan mengatasi masalah yang berlaku dalam diri mereka.

Kajian mencadangkan tiga penyelesaian iaitu pertama, melalui pelaksanaan amalan ritual yang digariskan oleh agama agar lebih dekat kepada Tuhan. Kedua, melatih diri untuk bersabar dan reda dalam menerima ujian kesakitan yang dialami. Ketiga, meyakini bahawa ujian yang menimpa adalah penyucian dan penghapus segala dosa dan keburukan lalu dan akan mendapat balasan yang terbaik dari sisi Allah. Aspek-aspek ini sangat penting dan memerlukan latihan daripada individu pesakit itu sendiri.

Kesinambungan daripada apa yang perlu seseorang individu yang menghadapi masalah atau seorang pesakit itu lakukan, para sarjana Islam terdahulu banyak mendatangkan cadangan dan saranan. Majoriti para sarjana meletakkan elemen spiritual dalam diri setiap individu merupakan perkara utama yang mesti diselesai terlebih dahulu. Elemen spiritual menurut Al-Ghazali melibatkan *qalb*, ‘*aql*, *nafs* dan *rūl*, dan asasnya adalah terletak pada *qalb* atau dikenali juga sebagai hati. Hati merupakan elemen utama dalam diri setiap insan, dan untuk mendidik hati agar sentiasa tenang, bahagia dan sabar memerlukan satu proses dan didikan. Justeru, pengkaji mendatangkan elemen dan konsep psikoterapi dalam usaha membantu mendidik hati dan seterusnya menyelesaikan masalah keresahan spiritual.

Penerapan dan latihan dalam mengaplikasikan elemen psikoterapi dalam kehidupan adalah satu perkara yang telah lama diajarkan oleh ulama, bahkan sejak dari zaman Rasulullah dan para sahabat. Sumber kekuatan mereka adalah pasakan akidah dan kepercayaan yang teguh bersama dengan penghayatan nilai keimanan dan ihsan dalam kehidupan. Nilai ihsan ini akan mencetuskan akhlak dan nilai murni serta berjuang demi kebahagiaan hidup di dunia dan di akhirat.

Elemen psikoterapi juga dibincangkan berdasarkan pandangan perbincangan agama-agama lain. Hasil kajian menunjukkan secara fitrah agama mendidik umat untuk berlakuan baik, dan pembalasan yang baik akan diperolehi. Kepercayaan dan keyakinan kepada Tuhan akan melahirkan kesedaran dalam diri manusia untuk terus menyucikan

diri dari sebarang keburukan dan anasir jahat. Tambahan lagi, elemen psikoterapi bersama dengan penghayatan tasawuf akan lebih memberi impak yang baik.

6.3 SARANAN KAJIAN

Penjagaan paliatif merupakan satu inisiatif terbaik dalam usaha membantu pesakit yang berada di tahap kritikal, namun cara ini belum meluas dijalankan. Manakala fokus elemen spiritualiti dalam kajian juga dalam proses untuk berkembang. Saranan kajian yang akan dibincangkan adalah lebih tertumpu kepada kepentingan penjagaan paliatif dan bagaimana kebaikan penerapan elemen spiritualiti dalam penjagaan. Dan bagaimana untuk memaksimumkan kebaikan penerapan elemen spiritual dalam praktikal pengjagaan paliatif ialah melalui kerjasama pelbagai pihak, secara langsung atau tidak langsung. Penjagaan paliatif adalah penjagaan holistik yang tidak mampu untuk berdiri sendiri melainkan dengan penglibatan dari pelbagai pihak bagi menghasilkan impak yang terbaik terhadap kualiti hidup pesakit.

6.3.1 Cadangan Kepada Kerajaan dan Pihak Pengurusan Hospital

Berdasarkan kajian yang dijalankan, pengkaji menyarankan agar pihak kerajaan atau badan berwajib untuk mewujudkan kumpulan penjagaan paliatif di pusat perubatan atau hospital kerajaan dan klinik-klinik atau bekerjasama dengan kumpulan pakar paliatif. Kesedaran perlu diwujudkan di semua hospital dan pusat rawatan bagi membantu individu-individu yang mengalami kesakitan kritikal. Kemudian, penerapan dan pemerkasaan elemen spiritual perlu untuk membantu meningkatkan pengawalan pada masalah psikologi dan emosi pesakit.

Pihak kerajaan perlu menggunakan semaksima mungkin fungsi hospital dan pusat rawatan, yang mana bukan sahaja untuk merawat fizikal seseorang pesakit, malah untuk merawat secara keseluruhan aspek, sama spiritual, psikologi dan sosial. Kajian telah membuktikan bahawa kesakitan yang dialami bukan sahaja berpunca daripada penyakit yang menyerang seseorang individu, malah disebabkan oleh faktor tekanan dan masalah yang dialami dalam kehidupan sehari-hari.

6.3.2 Cadangan Kepada Pengamal Perubatan

Isu-isu etika tidak sepatutnya wujud kerana rawatan diberikan berdasarkan kehendak dan perbincangan yang telah dijalankan. Setiap pengamal perubatan mestilah mengenali pesakit-pesakit di bawah jagaannya secara dalaman dan luaran atau dengan kata lain mengetahui latar belakang pesakit, bukan semata-mata merawat fizikal. Sekiranya terdapat masalah-masalah lain yang tidak dapat dikendalikan sama ada berkaitan emosi dan psikologi pesakit, para pengamal perubatan boleh mendapatkan bantuan daripada ahli atau pakar dalam perkara yang boleh membantu menyelesaikannya.

Setiap pengamal perubatan juga disarankan untuk mendalami ilmu spiritual. Pihak kerajaan atau hospital boleh menjalankan kelas inisiatif bagi mendedahkan ilmu yang boleh meningkatkan lagi kualiti penjagaan terhadap pesakit. Pendedahan ini bukan sahaja kepada pengamal perubatan yang merawat pesakit kritikal, bahkan untuk semua pengamal perubatan di Malaysia khususnya.

Saranan dan cadangan yang terakhir ialah pengamal perubatan turun ke lapangan masyarakat untuk menerangkan kewujudan penjagaan paliatif yang mana sepanjang pengkaji menjalankan kajian, subjek banyak memberi komen bahawa mengetahui adanya pasukan paliatif ini hanya selepas berada di tahap empat kesakitan. Seharusnya

rawatan dan kawalan mesti dibuat bermula diagnos, bagi memastikan kehidupan yang dilalui lebih bermanfaat.

6.3.3 Cadangan Kepada Para Penyelidik

Pengaplikasian secara praktikal elemen psikoterapi kurang dijalankan secara meluas di Malaysia, terutama di hospital atau klinik dan pusat rawatan. Oleh itu, hasil daripada kajian ini, pengkaji menyarankan agar kajian lanjutan dilaksanakan menggunakan maklumat-maklumat faktor kerohanian spiritual yang dialami oleh dan dirawat menggunakan implementasi elemen psikoterapi. Penyesuaian elemen psikoterapi berdasarkan masalah yang dihadapi. Beberapa sesi terapi diperlukan bagi mendapatkan hasil yang baik, iaitu bermula dengan mengesan punca masalah spiritual, kemudian disambung dengan sesi terapi menggunakan elemen psikoterapi.

Islam menggariskan ajaran yang cukup sempurna untuk diamalkan, dan tidak lengkap sesi rawatan sekiranya hanya menggunakan pendekatan sesi konsultasi. Pengkaji mencadangkan sekiranya setiap sesi dilengkapkan dengan amalan-amalan terapi yang dianjurkan oleh sunnah Rasulullah. Kerana penerapan elemen psikoterapi akan lebih berkesan bersama-sama dengan praktikal amalan yang mendekatkan diri kepada Allah.

Pengkaji mencadangkan juga agar rawatan psikoterapi dijalankan terhadap pesakit yang didiagnos dari peringkat awal. Juga disarankan untuk fokus membantu pesakit yang sedang kritikal sama ada berada ditahap akhir atau dikesan secara mengejut. Penyelidik akan datang juga disarankan perlu membuat kajian bagi membuktikan elemen dan amalan-amalan dalam psikoterapi boleh memberi impak yang besar dalam kehidupan seseorang individu.

Selain daripada itu, penyelidik perlu untuk mengambil inisiatif turun kepada masyarakat memberi pendedahan dan menerangkan berkenaan psikoterapi Islam. Pelbagai aktiviti boleh dijalankan bagi memastikan masyarakat mengambil tahu dan mengamalkan elemen psikoterapi dalam kehidupan sehari-hari dalam mendepani masalah semasa kehidupan.

6.3.4 Cadangan Kepada Masyarakat

Masyarakat kini dihimpit dengan pelbagai cabaran kehidupan terutamanya dengan masalah sosial yang kian meruncing. Sekiranya asas pegangan tidak kukuh akan mudah tenggelam dengan masalah tersebut. Dan apa jua masalah yang datang, tidak mampu ditangani dengan baik. Sebagai contoh penyakit kritis yang menyerang akan menyebabkan seseorang individu goyah sekiranya kurang penghayatan dalam asas pegangan hidup.

Justeru cadangan pengkaji adalah masyarakat mesti lebih menghayati ilmu agama dan mengamal amalan-amalan yang dianjurkan oleh ulama-ulama. Caranya sama ada dengan menghadiri kuliah-kuliah agama, kelas formal, program media massa yang bermanfaat. Pengamalan elemen-elemen psikoterapi sangat dianjurkan untuk dilaksanakan bagi mendidik hati untuk lebih dekat dengan Tuhan dan seterusnya mendidik akhlak menjadi lebih baik.

Saranan pengkaji kepada masyarakat juga adalah sekiranya ada masyarakat yang ahli keluarganya ditimpa musibah penyakit kritis. Penjagaan terhadap orang yang sedang menghadapi masalah kritis adalah satu cabaran dan ujian yang memerlukan kesabaran. Hal ini kerana mereka mempunyai emosi yang sangat sensitif, penjagaan fizikal yang rumit. Menjadi peranan masyarakat untuk bertindak membantu ahli keluarga mereka yang lemah.

Masyarakat juga berperanan untuk saling membantu dan mengingatkan orang lain, sama ada menggiatkan aktiviti-aktiviti badan-badan kerajaan atau badan bukan kerajaan. Aktiviti yang dilaksanakan adalah untuk meningkatkan prihatin dan kesedaran terhadap tanggungjawab mereka. Semoga dengan usaha kecil setiap individu akan menyumbang kepada impak yang maksima.

6.4 KESIMPULAN

Kesimpulan bagi keseluruhan kajian adalah pengkaji ingin menyatakan kebaikan penjagaan paliatif adalah terbukti kerana aspek penjagaan yang holistik melibatkan seluruh aspek kehidupan individu, iaitu fizikal, spiritual, emosi, psikologi dan sosial individu pesakit. Adalah menjadi perkara normal apabila kesemua elemen penjagaan tidak mampu dimaksimumkan penjagaannya. Pelbagai cabaran dalam memperbaiki mutu sesuatu perkara.

Antara masalah yang dihadapi ialah kekurangan pakar, ahli yang mahir dan tenaga yang berkhidmat untuk penjagaan ini. Justeru menjadi satu tanggungjawab untuk masyarakat juga melibatkan diri dalam membantu terutama ahli keluarga. Kesedaran amat penting untuk dipupuk sesama individu dengan semangat yang disemai oleh badan berwajib melalui penyampaian ilmu dan kemahiran.

Masalah yang dihadapi oleh pesakit berpunca daripada pelbagai faktor, secara umumnya adalah berpunca daripada latar belakang kehidupan seseorang individu itu sendiri. Kebanyakannya adalah berpunca daripada kurang penghayatan nilai spiritual, khusunya nilai dan praktikal agama dalam kehidupan. Hal ini kita dapat lihat masalah dan penyelesaian utama adalah datang daripada diri individu itu sendiri, bukan semata-mata mengharapkan tindakan perawat.

Penubuhan satu badan bukan kerajaan bagi membantu atau sebagai sistem sokongan yang bertanggungjawab mengendalikan pengurusan sumber pakar dan pengesanan pesakit yang memerlukan bantuan. Konsep ini adalah menyerupai konsep hospis, namun berbeza dari bidang tugas iaitu lebih kepada sebagai pusat rujukan utama rawatan paliatif.

Dapat simpulkan di sini penjagaan paliatif adalah penting untuk dimaksimumkan khidmatnya, dengan bantuan dan sokongan pakar-pakar perubatan fizikal, psikologi, mental dan sosial. Di samping kepentingan elemen spiritual dan penerapan psikoterapi adalah satu cadangan yang sangat memberi impak yang besar sekiranya diaplikasikan dalam rawatan.

BIBLIOGRAFI

- Abbas, S.Q., dan S. Dein, 'The Difficulties Assessing Spiritual Distress in Palliative Care Patients: A Qualitative Study', *Mental Health, Religion & Culture*, 14 (2011): 341–52, <https://doi.org/10.1080/13674671003716780>.
- Abū Ṭālib al-Makkī, Muḥammad ibn ‘Atiyah al-Harīth, *‘Ilm al-Qulūb*, ed. ‘Abd al-Qādir Aḥmad ‘Atā’. Beirut: Dār al-Kutub al-‘Ilmiyyah, 2004.
- Adrian Edwards, N Pang, V Shiu, dan C Chan, 'The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-of-Life and Palliative Care: A Meta-Study of Qualitative Research.', *Palliative Medicine*, 24 (2010): 753–770, <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>.
- Ahmad, Idrus H., 'Ketenteraman Jiwa Dalam Perspektif Al-Ghazali', *Jurnal Substantia*, 12 (2011).
- Ahmed, N, S H Ahmedzai, J C Bestall, D Clark, B Noble, dan S A Payne, 'Systematic Review of the Problems and Issues of Accessing Specialist Palliative Care by Patients, Carers and Health and Social Care Professionals', *Palliative Medicine*, 18 (2004): 525–542.
- Anandarajah, Gowri, dan Ellen Hight, 'Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment', *American Family Physician*, 63 (2001): 81–88, [https://doi.org/10.1016/S1443-8461\(01\)80044-7](https://doi.org/10.1016/S1443-8461(01)80044-7).
- Anggota IKAPI, *Kimia Kebahagiaan, Al-Ghazali, Abu Al-Hamid Muhammad Bin Muhammad Al-Tusi*. Indonesia: Penerbit Mizan, 1984.
- Ann Wan Seng, *Kepercayaan Orang Cina*. Selangor: Penerbit Fajar Bakti Sdn. Bhd, 1996.
- Asmah Bee Md Noor, 'Dimensi Agama Dan Spiritual Dalam Amalan Kaunseling', in *International Seminar On Islamic Thoughts*, ed. Ahmad Sunawari Long, Jaffary Awang, dan Kamaruddin Salleh. Kuala Lumpur: Department of Theology and Philosophy, Faculty of Islamic Studies Universiti Kebangsaan Malaysia, 2004.
- Awang, Idris, *Penyelidikan Ilmiah Amalan Dalam Pengajian Islam*. Kuala Lumpur: Perpustakaan Negara Malaysia, 2009.
- Azimah Awang Teh, "Praktik Yoga Di Pusat Yoga Malaysian Association of Yoga Instructors (MAYI): Satu Kajian Dari Perspektif Pemikiran Islam." Tesis Sarjana, Universiti Malaya, 2010.
- Baker, Liva, *World Faiths: A Story of Religion*. United States of America: Library of Congress, 1965.
- Black, Nick, 'Why We Need Qualitative Research', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48 (1994): 425–426.

- Bloemhard, Anna C, ‘The Care That Shines from within : The Role of Spirituality in Aged and Palliative Care : A Qualitative Study That Explores How Spirituality Informs Care- Giving to the Elderly and Dying in Home and Residential Care in a Regional Area on the Mid North Coa’. Southern Cross University, 2008.
- Borneman, Tami, Betty Ferrell dan Christina M. Puchalski, ‘Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment’, *Journal of Pain and Symptom Management*, 40 (2010): 163–173, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019>.
- Breitbart, William, ‘The Goals of Palliative Care: Beyond Symptom Control.’, *Palliative & Supportive Care*, 4 (2006): 1–2, <https://doi.org/10.1017/S1478951506060019>.
- Brian Kelly, Susan McClement dan Harvey Max Chochinov, ‘Measurement of Psychological Distress in Palliative Care.’, *Palliative Medicine*, 20 (2006): 779–789, <https://doi.org/10.1177/0269216306072347>.
- Al-Bukhārī, ‘Bāb Adā’ al-Khams min al-Imān’, dalam *Mukhtaṣar Sāḥīḥ al-Imām al-Bukhārī*, al-Maktabah al-Shāmilah.
- Caldeira, Sílvia, Emília Campos Carvalho dan Margarida Vieira, ‘Spiritual Distress — Proposing a New Definition and Defining Characteristics’, *International Journal of Nursing Knowledge- The Official Journal of NANDA International*, 24 (2013): 77–84, <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x>.
- Caldeira, Silvia, Fiona Timmins, Emilia C. de Carvalho, dan Margarida Vieira, ‘Nursing Diagnosis of “Spiritual Distress” in Women With Breast Cancer’, *Cancer Nursing* (2015): 1–7, <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000310>.
- Chambers, Eleni, Sarah Cook, Anna Thake, Alexis Foster, Sue Shaw, Rebecca Hutten, et al., ‘The Self-Management of Longer-Term Depression: Learning from the Patient, a Qualitative Study’, *BMC Psychiatry*, 15 (2015): 1–16, <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0550-6>.
- Che Zarrina Sa’ari dan Sharifah Basirah Syed Muhsin, ‘Cadangan Model Psikoterapi Remaja Islam Berasaskan Konsep Tazkiyah Al-Nafs’, *Jurnal Usuluddin* (2012): 49–74.
- Chen, Jinbo, Long Wang, Yunhua Tang, Guanghui Gong, Longfei Liu, Minfeng Chen, et al., ‘Maspin Enhances Cisplatin Chemosensitivity in Bladder Cancer T24 and 5637 Cells and Correlates with Prognosis of Muscle-Invasive Bladder Cancer Patients Receiving Cisplatin Based Neoadjuvant Chemotherapy.’, *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 35 (2016): 1–11, <https://doi.org/10.1186/s13046-015-0282-y>.
- Chibnall, John T, Susan D Videen, Paul N Duckro dan Douglas K Miller, ‘Psychosocial-Spiritual Correlates of Death Distress in Patients with Life-Threatening Medical Conditions.’, *Palliative Medicine*, 16 (2002): 331–338, <https://doi.org/10.1191/0269216302pm544oa>.

- Chochinov, Harvey Max dan Beverley J Cann, 'Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying', *Journal of Palliative Medicine*, 8 (2005): 103–115, <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-103>.
- Chochinov, Harvey Max, Thomas Hassard, Susan McClement, Thomas Hack, Linda J. Kristjanson, Mike Harlos et al., 'The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care', *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (2008): 559–571, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018>.
- Cobb, Mark, Christopher Dowrick dan Mari Lloyd-Williams, 'Understanding Spirituality: A Synoptic View', *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2 (2012): 339–343, <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000225>.
- Constance Harris Sumner, 'Recognizing and Responding to Spiritual Distress', *The American Journal of Nursing*, 98 (1998).
- Daradkeh, Fares dan Hamdy Fouad Moselhy, 'Death Anxiety (Thanatophobia) among Drug Dependents in an Arabic Psychiatric Hospital', *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37 (2011): 184–88, <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.546923>.
- David Clark, 'International Progress in Creating Palliative Medicine as a Specialized Discipline', in *Oxford Textbook of Palliative Medicine Fourth Edition*, ed. Russel K. Portenoy dan Geoffrey Hanks. Nathan I Cherny, Nicholas A. Christakis, Marie Fallon, Stein Kaasa. New York: Oxford University Press, 2010.
- Davis, Richard H., 'Cremation and Liberation: The Revision of a Hindu Ritual', *History of Religions*, 28 (1988): 37–53.
- Ednin Hamzah, 'Palliative Care in the Community.', dalam *International Conference on Health Sciences*. Kuala Lumpur: Journal of the University of Malaya Medical Centre, 2005, <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.1.47>.
- Emmerentia du Plessis, 'Presence: A Step Closer to Spiritual Care in Nursing', *Holistic Nursing Practice*, 30 (2016): 47–53, <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000124>.
- Faull, Christina, Yvonne Carter dan Richard Woof, *Handbook of Palliative Care*. United Kingdom: Blackwell Science, 1998.
- Faull, Christina, dan Richard Woof, *Palliative Care*. New York: Oxford Handbook of Clinical Medicine, 2002.
- Fegg, Martin, L'hoste Sibylle, Monika Brandstatter dan Gian Domenico Borasio, 'Does the Working Environment Influence Health Care Professionals' Values, Meaning in Life and Religiousness? Palliative Care Units Compared With Maternity Wards', *Journal of Pain and Symptom Management*, 48 (2014): 915–923, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.01.009>.

Field, Claude, *Kimiya-E Saadat: The Alchemy of Happiness, Abu Al-Hamid Muhammad Bin Muhammad Al-Tusi Al-Ghazali*. Kuala Lumpur: Islamic Book Trust, 2007.

Finlay, I G, I J Higginson, D M Goodwin, A M Cook, A G K Edwards, K Hood et al., ‘Palliative Care in Hospital, Hospice, at Home: Results from a Systematic Review’, *Annals of Oncology*, 13 (2002): 257–264, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdf668>.

Fitria, Cemey Nur, ‘Palliative Care Pada Penderita Penyakit Terminal’, *GASTER*, 7 (2010): 527–535.

Galek, Kathleen, Kevin J Flannelly, Adam Vane dan Rose M Galek, ‘Assessing a Patient’s Spiritual Needs: A Comprehensive Instrument.’, *Holistic Nursing Practice*, 19 (2005): 62–69.

Gales, Catherine Le, Serge Resnikoff dan Cecilia Sepulveda, ‘Cancer Control Knowledge into Action’, *World Health Organization (WHO)*. Switzerland, 2007.

Gaudette, Holly dan Katherine R B Jankowski, ‘Spiritual Coping and Anxiety in Palliative Care Patients: A Pilot Study.’, *Journal of Health Care Chaplaincy*, 19 (2013): 131–139, <https://doi.org/10.1080/08854726.2013.823785>.

Al-Ghazālī, *Iḥyā’ ‘Ulūm al-Dīn* (Vol. 3). Damsyik: Maktabat ‘Abd al-Wakil al-Darībī, 1967.

Al-Ghazālī, *Kimiyyā’ al-Sa’ādah*, t.p: t.tp.

Al-Ghazālī, *Mukāshafah al-Qulūb al-Muqarrab Ilā ‘Allām al-Ghuyūb*. Beirut: Dār Iḥyā’ al-Turāth al-‘Arabī, 1995.

Goh, Khean-Jin, Sharen Tian, Nortina Shahrizaila, Chiu-Wan Ng, and Chong-Tin Tan, ‘Survival and Prognostic Factors of Motor Neuron Disease in a Multi-Ethnic Asian Population.’, *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 12 (2011): 124–129, <https://doi.org/10.3109/17482968.2010.527986>.

Groot, Marieke M, Myrra J F J Vernooij-Dassen, Ben J P Crul dan Richard P T M Grol, ‘General Practitioners (GPs) and Palliative Care: Perceived Tasks and Barriers in Daily Practice.’, *Palliative Medicine*, 19 (2005): 111–118, <https://doi.org/10.1191/0269216305pm937oa>.

Gysels, Marjolein, Irene J. Higginson dan Kirsty MacCormack, *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. United Kingdom: Cancer Research Networks, 2004, <http://www.nice.org.uk/csgsp>.

Hamka, ‘Juzu’ 27’ dalam *Tafsir Al-Azhar*. Singapura: Pustaka Nasional, 1982.

Hanks, Geoffrey, Nathan I. Cherny, Nicholas A. Christakis, Marie Fallon, Stein Kaasa, dan Russel K. Portenoy, *Oxford Textbook of Palliative Medicine: Psychiatric, Psychosocial and Spiritual Issues in Palliative Medicine*, ed. Russel K. Portenoy and Nicholas A. Christakis. United States: Oxford University Press, 2010.

- Hanks, GW, F de Conno, N Cherny, M Hanna, E Kalso, HJ McQuay et al., ‘Morphine and Alternative Opioids in Cancer Pain: The EAPC Recommendations’, *British Journal of Cancer*, 84 (2001): 587–593, <https://doi.org/10.1054/bjoc.2001.1680>.
- Hardt, Jochen, ‘The Spirituality Questionnaire: Core Dimensions of Spirituality’, *Psychology*, 3 (2012): 116–122, <https://doi.org/10.4236/psych.2012.31017>.
- Hasan Langgulung, *Teori-Teori Kesehatan Mental*. Jakarta: Pustaka Al Husna, 1986.
- Haslinda Lukman, Latifah Abd. Majid dan Wan Nasryudin Wan Abdullah, ‘Kesan Terapi Ruqyah Dalam Merawat Pesakit HIV/Aids’, *Al-Hikmah*, 7 (2015): 119–131.
- Hawa, Syeikh Sa’id, *Ulasan Al-Hikam (Kata-Kata Hikmah Syeikh Ibn Ata’illah Al-Sakandari)*. Johor: Perniagaan Jahabersa, 2002.
- Hill, T. Patrick dan David Shirley, *A Good Death: Taking More Control At The End of Your Life*. A Merloyd Lawrence Book, 1992.
- ‘History of Hospice Care’, *National Hospice and Palliative Care Organization*, 2016, <http://www.nhpco.org/history-hospice-care>.
- Hofman, Maarten, Julie L Ryan, Colmar D Figueroa-Moseley, Pascal Jean-Pierre dan Gary R Morrow, ‘Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem.’, *The Oncologist*, 12 (2007): 4–10, <https://doi.org/10.1634/theoncologist.12-S1-4>.
- Hudson, Peter L, Afaf Girgis, Geoffrey K Mitchell, Jenny Philip, Deborah Parker, David Currow, and others, ‘Benefits and Resource Implications of Family Meetings for Hospitalized Palliative Care Patients: Research Protocol.’, *BMC Palliative Care*, 14 (2015), <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0071-6>.
- Ibn Hanbal, Al-Haafiz Abdullah Ahmad, *Musnad Al-Imam Al-Haafiz Abdullah Ahmad Ibn Hanbal*. Saudi Arabia: International Ideas Home for Publishing & Distribution, 1998.
- Jahn Kassim, Puteri Nemie dan Fadhlina Alias, ‘Religious, Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Issues: Fundamental Requisites for Medical Decision Making’, *Journal of Religion and Health*, 55 (2016): 119–134, <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9995-z>.
- Jitendra Mohan, ‘Spiritual Psychology and Subjective Well-Being’, in *Horizons of Spiritual Psychology*, ed. Akbar Husain et al. Kuala Lumpur, 2008.
- Kamus Dewan*. Ed. ke-4. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa Dan Pustaka, 2005.
- Kandasamy, A, SK Chaturvedi dan G Desai, ‘Spirituality, Distress, Depression, Anxiety, and Quality of Life in Patients with Advanced Cancer’, *Indian Journal of Cancer*, 48 (2011): 55–59, <https://doi.org/10.4103/0019-509X.75828>.
- Kawa, M, Mami Kayama, Etsuko Maeyama, Noriko Iba, Hisayuki Murata, Yuka Imamura et al., ‘Distress of Inpatients with Terminal Cancer in Japanese Palliative Care Units: From the Viewpoint of Spirituality’, *Supportive Care in Cancer*, 11 (2003): 481–490, <https://doi.org/10.1007/s00520-003-0460-x>.

- Kellehear, Allan, ‘Spirituality and Palliative Care: A Model of Needs’, *Palliative Medicine*, 14 (2000): 149–155, <https://doi.org/10.1191/026921600674786394>.
- Khadijah Mohd Khambali@Hambali, *Perayaan-Perayaan Agama Kristian*. Kuala Lumpur: Jabatan Akidah dan Pemikiran Islam, 1999.
- Koenig, Harold G, ‘Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice.’, *The Southern Medical Journal*, 97 (2004), <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146489.21837.CE>.
- Komaruddin Hidayat, *Psikologi Kematian*. Jakarta Selatan: Penerbit Noura Books, 2015.
- Lee, Ya-Ping, Chih-Hsun Wu, Tai-Yuan Chiu, Ching-Yu Chen, Tatsuya Morita, Shou-Hung Hung et al., ‘The Relationship between Pain Management and Psychospiritual Distress in Patients with Advanced Cancer Following Admission to a Palliative Care Unit.’, *BMC Palliative Care*, 14 (2015): 1–7, <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0067-2>.
- Linda Seligman dan Lourie W. Reichenberg, *Theories of Counseling and Psychotherapy: Systems, Strategies and Skills*. Ed. ke-3. New Jersey: Pearson, 2010.
- Lindgren, Karen N dan Robert D Coursey, ‘Spirituality and Serious Mental Illness: A Two-Part Study’, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18 (1995): 93–111.
- Macleod, Rod, Jane Vella-brincat dan Sandy Macleod, *The Palliative Care Handbook: Guidelines for Clinical Management and Symptom Control*. Ed. ke-6. Wellington: Hospice New Zealand, 2012, <https://doi.org/10.1007/s007690000247>.
- Maliana Setiawati Mahajudin, ‘Peran Psikogeriatri & Perawatan Paliatif Dalam Upaya Meningkatkan Kesehatan Para Lanjut Usia’, *Indonesian Psychological Journal*, 23 (2008): 287–296.
- Mahmood Nazar Mohamed, *Pengantar Psikologi: Satu Pengenalan Asas Kepada Jiwa Dan Tingkah Laku Manusia*. Kuala Lumpur: Utusan Publication, 1990.
- Maisarah Mohamed Saat dan Stacey Porter, ‘Does Religiosity Influence Ethical Sensitivity? An Investigation on Malaysian’, *Malaysian Accounting Review*, 8 (2009): 17–41.
- Marcucci, Fernando C I, Marcos A S Cabrera, Anamaria Baquero Perilla, Marilia Maroneze Brun, Eder Marcos L de Barros, Vanessa M Martins et al., ‘Identification and Characteristics of Patients with Palliative Care Needs in Brazilian Primary Care’, *BMC Palliative Care*, 15 (2016): 1–10, <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0125-4>.
- Markle, Thomas, D., ‘Does Education Cause Spiritual Belief Change?’, *Current Issues in Education*, 15 (2012), 1–14.

McDowell, Ian, *Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires, Statistics in Medicine*, 2006, <https://doi.org/10.1093/aje/155.10.899>.

McEwen, Melanie, ‘Spiritual Nursing Care: State of the Art’, *Holistic Nursing Practice*, 19 (2005).

McGrath, Pam, ‘Spiritual Pain: A Comparison of Findings from Survivors and Hospice Patients.’, *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 20 (2003): 23–33, <https://doi.org/10.1177/104990910302000109>.

Melati Sumari, Ida Hartina Ahmad Tharbe, Nor Norfaezah Md Khalid, and Azmawaty Mohamad, *Teori Kaunseling Dan Psikoterapi*. Kuala Lumpur: Penerbit Universiti Malaya, 2014.

Mohamed, Hanafi, *Penyakit Rohani Dan Rawatannya Dalam Islam*. Kuala Lumpur: Pustaka Haji Abdul Majid, 1998.

Moh Sholeh, *Terapi Shalat Tahajud*. Jakarta: Noura Books, 2012.

Mohd. Rosmizi Abd Rahman, *4 Agama Monoteisme: Islam, Kristian, Yahudi Dan Zoroaster*. Pahang: PTS Publication & Distributors Sdn. Bhd., 2004.

Mohd. Saleh Haji Ahmad, *Pengantar Syari’at Islam*. Kuala Lumpur: Percetakan Haji Abdul Majid, 1999.

Monod, Stefanie M, Estelle Martin, Brenda Spencer, Etienne Rochat dan Christophe J Bula, ‘Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in Older Hospitalized Patients’, *BMC Geriatrics*, 12 (2012), <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-13>.

Monod, Stefanie M, Etienne Rochat, Christophe J Büla, Guy Jobin, Estelle Martin dan Brenda Spencer, ‘The Spiritual Distress Assessment Tool: An Instrument to Assess Spiritual Distress in Hospitalised Elderly Persons.’, *BMC Geriatrics*, 10 (2010): 1–9, <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-88>.

Montross-Thomas, Lori P., Scott A. Irwin, Emily A. Meier, Jarred V. Gallegos, Shahrokh Golshan, Eric Roeland et al., ‘Enhancing Legacy in Palliative Care: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial of Dignity Therapy Focused on Positive Outcomes’, *BMC Palliative Care*, 14 (2015), <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0041-z>.

Muh. Syahar, Wardana, Devi Sulu’ Palembangan, Yanti Achmad, Yuliana dan Maria Ilatris, *Makalah Konsep Dying Dan Hospice Care*. Makassar, 2014.

Muhammad Fauzi Haji Awang, *Ugama-Ugama Dunia*. Kota Bharu: Penerbit Kelantan, 1971.

Muhammad ibn Ibrāhīm ibn ‘Abd Allāh al-Tuwayjiri, *Mawsū’ah Fiqh al-Qulūb fī Daw’ al-Qur’ān wa-al-Sunnah*. Buraydah: Dār Isrā’ al-Mujtama’, 2012.

Muhammad Rif’aat Razman, and Salasiah Hanin Hamjah, ‘Dakwah Dalam Dimensi Kerohanian Penjagaan Paliatif Menurut Pendekatan Badi’ Al-Zaman Sa’id Al-Nursi’, *Jurnal Al-Hikmah*, 7 (2015): 33–47.

- Muslim ibn al-Hajjāj al-Qushayrī, *Sahīḥ Muslim bi Sharḥ al-Nawāwī*, Juzuk 4 Bāb Fī al-Amr bi al-Quwwah wa Tarak al-`Ajz. Beirut: Dār al-Fikr, 1983.
- Murillo dan J C Holland, ‘Clinical Practice Guidelines for the Management of Psychosocial Distress at The End of Life’, *Palliat Support Care*, 2 (2004): 65–77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16594236>.
- Murray, Scott a, Marilyn Kendall, Kirsty Boyd, Allison Worth, and T Fred Benton, ‘Exploring the Spiritual Needs of People Dying of Lung Cancer or Heart Failure: A Prospective Qualitative Interview Study of Patients and Their Carers’, *Palliative Medicine*, 18 (2004): 39–45.
- Musgrove, Elizabeth A dan Robert L. Sutherland, ‘Biological Determinants of Endocrine Resistance in Breast Cancer.’, *Nature Reviews. Cancer*, 9 (2009): 631–643, <https://doi.org/10.1038/nrc2713>.
- Nasr, Seyyed Hossein, *Islamic Spirituality: Foundations*. New York: Routledge & Kegan Paul Ltd, 1987.
- Noor Shakirah Mat Akhir, *Al-Ghazali and His Theory of The Soul: A Comparative Study*. Pulau Pinang: Penerbit Universiti Sains Malaysia, 2008.
- Ohnsorge, Kathrin, Heike Gudat dan Christoph Rehmann-Sutter, ‘Intentions in Wishes to Die: Analysis and a Typology--a Report of 30 Qualitative Case Studies of Terminally Ill Cancer Patients in Palliative Care.’, *Psycho-Oncology* 23, no. 9 (2014): 1-14.
- Oon, Alvin Ng Lai, ‘Four Noble Truths of Buddhism’, in *Horizons of Spiritual Psychology*, ed. Akbar Husain et al. Kuala Lumpur: Global Vision Publishing House, 2008.
- Padela, Assim, Katie Gunter dan Amal Killawi, "Meeting the Healthcare Needs of American Muslims: Challenges and Strategies for Healthcare Settings". Laporan, Institute for Social Policy and Understanding, America, Jun 2011.
- Paiva, Bianca Sakamoto Ribeiro, André Lopes Carvalho, Giancarlo Lucchetti, Eliane Marçon Barroso dan Carlos Eduardo Paiva, ““Oh, Yeah, I’m Getting Closer to God”: Spirituality and Religiousness of Family Caregivers of Cancer Patients Undergoing Palliative Care”, *Supportive Care in Cancer*, 23 (2015): 2383–2389, <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2604-1>.
- Pesut, Barbara, Shane Sinclair, George Fitchett, Madeleine Greig dan Sarah E. Koss, ‘Health Care Chaplaincy: A Scoping Review of the Evidence 2009–2014’, *Journal of Health Care Chaplaincy*, 22 (2016): 67–84, <https://doi.org/10.1080/08854726.2015.1133185>.
- Peterman, Amy H, George Fitchett, Marianne J Brady, Lesbia Hernandez, and David Celli, ‘Measuring Spiritual Well-Being in People with Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp).’, *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24 (2002): 49–58, https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_06.

- Puchalski, C. M., ‘Spirituality in the Cancer Trajectory’, *Annals of Oncology*, 23 (2012): 49–55, <https://doi.org/10.1093/annonc/mds088>.
- Puchalski, Christina, ‘Spirituality in Health: The Role of Spirituality in Critical Care’, in *Baylor University Medical Center Proceedings*, 2001, XIV, 352–257, <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2004.03.007>.
- Puchalski, Christina, Betty Ferrel, Rose Virani, Shirley Otis Green, Pamela Baird, Janet Bull, and others, ‘Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care : The Report of the Consensus Conference’, *Journal of Palliative Medicine*, 12 (2009): 885–904.
- Al-Qaradhawi, Yusof Abdullah, *Fiqh Keutamaan (Keutamaan Tugas-Tugas Kaum Muslimin)*, ed. by Asmawi Ahmad Nuryadi, cetakan 13. Selangor: Thinker’s Library, 1996.
- Al-Qārī. Kitāb Janā'iz Bāb 'Iyādah al-Marīd wa Thawāb al-Marīd, dalam *Mirqah al-Mafatīh Sharah Mishkāh al-Masābīh*, Vol. 4, ed. S. J. 'Aythanī. Beirut, Lebanon: Dar Al-Kutub Al-'Ilmiyyah, 2002.
- R A Fabiola Meirnayati Trihandini, ‘Analisis Pengaruh Kecerdasan Intelektual , Kecerdasan Emosi Dan Kecerdasan Spiritual Terhadap Kinerja Karyawan Program Studi Magister Manajemen Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang’, Tesis Kedoktoran, Universitas Diponegoro Semarang, 2005.
- Rahimin Affandi Abdul Rahim, Paizah Ismail, and Idris Awang, ‘Pendekatan Baru Maqasid Al-Shariah Dalam Pengajian Syariah Di Malaysia: Satu Analisis’, *Jurnal Fiqh* (2006).
- Rashidi Wahab, Syed Hadzrullahfi, and Syed Omar, ‘Peringkat Pemikiran Imam Al-Ash’ari Dalam Akidah’, *International Journal of Islamic Thought*, 3 (2013), 58–70.
- Rasid Mail and Raman Noordin, *Penyelidikan Peringkat Sarjana: Pendekatan Kualitatif Sebagai Alternatif*. Sabah: Penerbit Universiti Malaysia Sabah, 2012.
- Renz, M, Schuett M Mao, a Omlin, D Bueche, T Cerny dan F Strasser, ‘Spiritual Experiences of Transcendence in Patients With Advanced Cancer.’, *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 32 (2013): 178–188, <https://doi.org/10.1177/1049909113512201>.
- Richardson, Patrice, ‘Spirituality, Religion and Palliative Care.’, *Annals of Palliative Medicine*, 3 (2014): 150–159, <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05>.
- Rome, Robin B, Hillary H Luminais, Deborah a Bourgeois dan Christopher M Blais, ‘The Role of Palliative Care at the End of Life.’, *The Ochsner Journal*, 11 (2011): 348–352.
- Rosenfeld, Barry, Rebecca Saracino, Kristen Tobias, Melissa Masterson, Hayley Pessin, Allison Applebaum et al., ‘Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the Palliative Care Setting: Results of a Pilot Study.’, *Palliative Medicine*, 31 (2016), 140–146, <https://doi.org/10.1177/0269216316651570>.

Sabariah Siron, *Teori Kaunseling Dan Psikoterapi*. Selangor: Pearson Hall, 2005.

Salasiah Hanin, ‘Bimbingan Spiritual Menurut Al-Ghazali Dan Hubungannya Dengan Keberkesanan Kaunseling : Satu Kajian Di Pusat Kaunseling Majlis Agama Islam Negeri Sembilan (PK MAINS)’, *Jurnal ISL MIYY*, 32 (2010): 41–61.

Salasiah Hanin Hamjah, "Pendekatan Da‘Wah Al-Irsyad Al-Nafsiyy Menurut Al-Ghazali : Satu Kajian Di Pusat Kaunseling Majlis Agama Islam Negeri Sembilan." Tesis Kedoktoran, Universiti Kebangsaan Malaysia, 2008.

Sandelowski, Margarete, ‘Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description ?’, *Research in Nursing & Health*, 23 (2000): 334–340.

Sarris, Jerome, Adrienne O’Neil, Carolyn E Coulson, Isaac Schweitzer dan Michael Berk, ‘Lifestyle Medicine for Depression’, *BMC Psychiatry*, 14 (2014), <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-107>.

Sawatzky, Richard, Pat Porterfield, Joyce Lee, Duncan Dixon, Kathleen Lounsbury, Barbara Pesut et al., ‘Conceptual Foundations of a Palliative Approach: A Knowledge Synthesis.’, *BMC Palliative Care*, 15 (2016), <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0076-9>.

Sayyid Quīb, *Tafsīr fī Zilāl al-Qur’ān*. Madīnah: Al-Tawḥīd wa al-Jihād, t.t.

Schulz, Christian, Daniel Schlieper, Christiane Altreuther, Manuela Schallenger, Katharina Fetz dan Andrea Schmitz, ‘The Characteristics of Patients Who Discontinue Their Dying Process - an Observational Study at a Single University Hospital Centre.’, *BMC Palliative Care*, 14 (2015), <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0070-7>.

Scottish Partnership for Palliative Care, *A Beginner ’ S Guide to Successful Palliative Care Research*. Scotland, 2011.

Selamat Hashim, *Kematian Dan Pengurusan Jenazah*. Johor: Universiti Teknologi Malaysia, 2007.

Selman, Lucy, Teresa Beynon, Irene J Higginson dan Richard Harding, ‘Psychological, Social and Spiritual Distress at the End of Life in Heart Failure Patients.’, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 1 (2007): 260–66, <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3282f283a3>.

Selman, Lucy, Peter Speck, Marjolein Gysels, Godfrey Agupio, Natalya Dinat, Julia Downing et al., ““Peace” and “Life Worthwhile” as Measures of Spiritual Well-Being in African Palliative Care: A Mixed-Methods Study.’, *Health and Quality of Life Outcomes*, 11 (2013), <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-94>.

Al-Shahri, Mohammad Zafir, ‘Culturally Sensitive Caring for Saudi Patients.’, *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 13 (2002): 133–138, <https://doi.org/10.1177/104365960201300206>.

Al-Shahri, Mohammad Zafir dan Abdullah Al-Khenain, ‘Palliative Care for Muslim Patients’, *The Journal of Supportive Oncology*, 3 (2005): 432 – 436.

Sharifah Basirah Syed Muhsin dan Che Zarrina Sa’ari, ‘Beberapa Aspek Psikoterapi Islam Dalam Kitab Jawi , “Penawar Bagi Hati ” Oleh Sheikh Abdul Qadir Al-Mandili’, *Jurnal Afskar*, 14 (2013): 109–142.

Sha’rawī, Muhammad Mutawallī dan Ahmad ‘Umar Hashīm, *Tafsir Sha’rawī*, Jilid 11. Kaherah: Akhbar al-Yawm, Idārāt al-Kutub wa al-Maktabat, 1991.

Sharifah Basirah Syed Muhsin dan Che Zarrina Sa’ari, *Kaedah Psikoterapi Islam Berasaskan Konsep Maqamat Abu Talib Al-Makki*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka, 2015.

Shattuck, Cybelle, *Hinduism*. London: Calmann & King Ltd, 1999.

Sheikh Abdul Kadir bin Abdul Mutualib al-Andunsi, *Penawar Bagi Hati*. Jala, Thailand: Sahabat Press, 1964.

Sonja, McIlpatrick dan Tara Murphy, *A Systematic Review of Palliative Care Research on The Island of Ireland*. Ireland, 2013.

Southwold, Martin, ‘Buddhism and the Definition of Religion’, *Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, 13 (1978): 362–379.

Stefanie Monod, Etienne Rochat, Christophe Bula dan Brenda Spencer, ‘The Spiritual Needs Model: Spirituality Assessment in the Geriatric Hospital Setting.’, *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 22 (2010): 271–282, <https://doi.org/10.1080/15528030.2010.509987>.

Sulmasy, Daniel P, ‘A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life.’, *The Gerontologist*, 42 Spec No (2002): 24–33, https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24.

T, Norchaya, ‘Legal and Ethical Issues in The Care of Terminally Ill Patients’, in *International Conference on Health Sciences*. Subang Jaya: Journal of the University of Malaya Medical Centre, 2005.

Tan Seng Beng, N. Chong Guan, L. Kheng Seang, S. Pathmawathi, M. Foong Ming, L. Ee Jane et al., ‘The Experiences of Suffering of Palliative Care Patients in Malaysia: A Thematic Analysis’, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31 (2014): 45–56, <https://doi.org/10.1177/1049909112458721>.

Tan Seng Beng, L. Ee Chin, N. Chong Guan, L. Kheng Seang, S. Pathmawathi, M. Foong Ming, and others, ‘The Experiences of Well-Being of Palliative Care Patients in Malaysia: A Thematic Analysis’, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, (2014), <https://doi.org/10.1177/1049909112458721>.

Taufik Pasiak, *Tuhan Dalam Otak Manusia*. Bandung: Penerbit Mizan, 2012.

- Traue, D C dan J R Ross, ‘Palliative Care in Non-Malignant Diseases.’, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98 (2005): 503–506, <https://doi.org/10.1258/jrsm.98.11.503>.
- ‘Ulwān, Abdullah Nasih, *Tarbiyatū ‘l-Aulād Fī ‘l-Islām*, ed. Saifullah Kamalie dan Hery Noer Ali. Kuala Lumpur: Victory Agencie, 1981.
- Villagomeza, Liwliwa R, ‘Spiritual Distress in Adult Cancer Patients: Toward Conceptual Clarity’, *Holistic Nursing Practice*, 19 (2005): 285–294, <https://doi.org/10.1097/00004650-200511000-00010>.
- Wahbah al-Zuhaylī, *al-Tafsīr al-Munīr Fī ‘Aqīdah wa al-Sharī’ah wa al-Manhaj* (Jilid 1: Juzuk 1-2). Damsyik: Dār al-Fikr, 2009.
- Walter, T, ‘Spirituality in Palliative Care: Opportunity or Burden?’, *Palliative Medicine*, 16 (2002): 133–139, <https://doi.org/10.1191/0269216302pm516oa>.
- Wan Mohd Azam Mohd Amin, ‘Liberalisme Dan Pluralisme Agama Dari Perspektif Islam’, in *Seminar Pemurnian Aqidah Islam 2*, 2010.
- Waterworth, Susan, Bruce Arroll, Deborah Raphael, John Parsons dan Merryn Gott, ‘A Qualitative Study of Nurses’ Clinical Experience in Recognising Low Mood and Depression in Older Patients with Multiple Long-Term Conditions’, *Journal of Clinical Nursing*, 24 (2015): 2562–2570, <https://doi.org/10.1111/jocn.12863>.
- Watterson, Gillian dan Richard D.W Hain, ‘Palliative Care: Moving Forward’, *Current Paediatrics*, 13 (2003): 221–225, [https://doi.org/10.1016/S0957-5839\(03\)00002-2](https://doi.org/10.1016/S0957-5839(03)00002-2).
- Wijaya, Fredy Setya dan Ranni Merli Safitri, ‘Persepsi Terhadap Kematian Dan Kecemasan Menghadapi Kematian Pada Lanjut Usia’, *Fakultas Psikologi, Universitas Mercu Buana, Yogyakarta*, 2006.
- World Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, ed. Stephen R. Connor dan Maria Cecilia Sepulveda Bermedo, 2014, <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>.
- Wright, M, J Wood, T Lynch dan D Clark, ‘Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View’, *J Pain Symptom Manage*, 35 (2008): 469–485, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.06.006>.
- Wright, Michael, ‘Hospice Care and Models of Spirituality’, *European Journal of Palliative Care*, 11 (2004): 75–78.
- Wright, Michael, Ednin Hamzah, Temsak Phunggrassami dan Agnes Bausa-Claudio, *Hospice and Palliative Care in Southeast Asia: A Review of Development and Challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines*. Oxford University Press, 2010.

Laman Sesawang

Dain, Rosmah, ‘Penjagaan Paliatif Beri Kelegaan Pesakit’, *Utusan Malaysia Online*, 2011, dicapai 1 Januari 2014, http://www.utusan.com.my/utusan/info.asp?y=2011&dt=1027&pub=Utusan_Malaysia&sec=Kesihatan&pg=kn_01.htm.

“Dewan Bahasa dan Pustaka”, laman sesawang Pusat Rujukan Persuratan Melayu.

‘History of Hospice Care’, laman sesawang *National Hospice and Palliative Care Organization*, dicapai 1 November 2016, <http://www.nhpco.org/history-hospice-care>.

‘Merriam-Webster’ dicapai 8 Januari 2017, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/distress>.

Siti Nor Afzan Kasiman, ‘Ramai Guru Sakit Jiwa’, laman sesawang *Kosmo Online*, dicapai 2 Oktober 2017, http://www.kosmo.com.my/kosmo/content.asp?y=2009&dt=0322&pub=Kosmo&sec=Rencana_Utama&pg=ru_02.htm.

SiPutu Sumardhaya, “Melatih Diri Lebih Sabar”, laman sesawang *Hindu Dharma*, dicapai 27 Ogos 2017, <http://www.hindu-dharma.org/2009/06/melatih-dirimenjadi-lebih-sabar/>

Stephen, R. C., “Global Atlas of Palliative Care at the End of Life,” laman sesawang World Health Organization, dikemaskini January 2014, dicapai 3 Disember 2014, <http://www.thewhPCA.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.

“What is Palliative Care,” laman sesawang Get Palliative Care Organization, dikemaskini 2012, dicapai 26 November 2014, <http://getpalliativecare.org/whatis/>

WHO. “Mental health: a state of well-being”, dikemaskini Ogos 2014, dicapai 24 Disember 2016, http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.

Yan Saccakiriyaputta, “Doa, Bisakah Terkabul?” laman sesawang *Artikel Buddhist*, dicapai 10 September 2017, <http://artikelbuddhist.com/2011/06/doa-bisakahterkabul.html>.

Temubual

P01 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peguam, Wad 11UB PPUM).

P02 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Doktor, Wad 11UB PPUM).

P03 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Sukarelawan PIBG, Wad 11UB PPUM).

P04 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa India, beragama Hindu, Pesara Guru, Wad 11UB PPUM).

P05 (Pesakit Kanser Payu Dara, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Guru, Wad 11UB PPUM).

P06 (Pesakit Kanser Rahim, Wanita berbangsa Cina, beragama Buddha, Peniaga, Wad 11UB PPUM).

P07 (Pesakit Kanser Nasofarinks, Lelaki Sikh, penganut fahaman Sikhism, Pesara Bisnes, Wad 11UB PPUM).

P08 (Pesakit Kanser Kolorektal, Lelaki berbangsa Cina, beragama Buddha, Pesara Bisnes, Wad 11UB PPUM).

P09 (Pesakit *Pleural Effusion Malignancy*, Lelaki berbangsa Cina, beragama Buddha, Chef, Wad 11UB PPUM).

P10 (Pesakit *Becker's Muscle Byscopy*, Lelaki berbangsa Melayu, beragama Islam, Pesara Pekerja Kilang, Wad 11UB PPUM).

P11 (Pesakit *Duchenne Muscular Dystrophy*, Lelaki berbangsa Cina, beragama Kristian, Pelajar, Wad 11UB PPUM).

P12 (Pesakit *Motor Neurone Disease*, Wanita berbangsa Cina, beragama Kristian, Tukang Jahit, Wad 11UB PPUM).

P13 (Pesakit *Hypokalemia and hypophosphatemia*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pengamal Syariah, Wad 11UB PPUM).

P14 (Pesakit Kanser Pankreas, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Suri Rumah, Wad 11UB PPUM).

P15 (Pesakit *Multiple Myeloma*, Wanita berbangsa Melayu, beragama Islam, Pekerja Jabatan Pekhidmatan Awam, Wad 11UB PPUM).