

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA



USM

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

**KESAKITAN KRONIK DAN KESANNYA
KE ATAS AKTIVITI HIDUP SEHARIAN (AHS)
PESAKIT DI HOSPITAL UNIVERSITI SAINS
MALAYSIA (HUSM)**

**Disertasi Dipersiapkan Untuk Memenuhi Sebahagian
Daripada Syarat Untuk Penganugerahan Ijazah
Sarjana Muda Sains Kesihatan Kejururawatan**

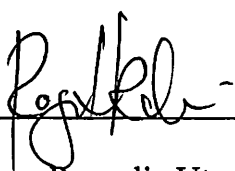
CHING BEE BEE

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

2006

AKU JANJI

Diperakui bahawa disertasi yang bertajuk “**Kesakitan Kronik dan Kesannya ke atas Aktiviti Hidup Sehari-hari (AHS) Pesakit di Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM)**” adalah kajian penyelidikan yang asli daripada Ching Bee Bee (Nombor Matrik 70971) dari tempoh Julai 2005 hingga March 2006 adalah di bawah penyeliaan kami. Disertasi ini merupakan sebahagian daripada syarat untuk penganugerahan Ijazah Sarjana Muda Sains Kesihatan Kejururawatan. Segala hasil penyelidikan dan data yang diperolehi adalah hak milik Universiti Sains Malaysia.

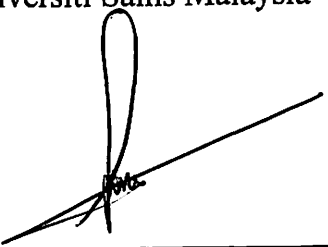


Tandatangan Penyelia Utama

Puan Rogayah binti Abdul Rahim

Pensyarah Pusat Pengajian Sains Kesihatan

Universiti Sains Malaysia



Tandatangan Penyelia Bersama

Dr. Shamsulkamalrujan Hassan

Pensyarah Pusat Pengajian Sains Perubatan

Universiti Sains Malaysia

PENGHARGAAN

Di sini, saya ingin mengambil peluang ini untuk mengucapkan ribuan terima kasih kepada semua pihak yang membantu saya sepanjang pelaksanaan kajian ini dan akhirnya menghasilkan satu disertasi yang penting untuk diaplikasikan dalam bidang kejururawatan.

Pertama sekali, saya ingin mengucapkan ribuan terima kasih kepada penyelia utama projek penyelidikan ini, Puan Rogayah binti Abdul Rahim dari Pusat Pengajian Sains Kesihatan, Universiti Sains Malaysia di atas didikan, dorongan dan sokongan yang berterusan daripadanya sepanjang pelaksanaan kajian ini. Didikan, dorongan, sokongan dan sikap dedikasinya banyak membantu saya dalam menghasilkan disertasi ini dengan jayanya.

Saya juga ingin mengucapkan ribuan terima kasih kepada penyelia bersama projek penyelidikan ini, Doktor Shamsulkamalrujan Hassan dari Pusat Pengajian Sains Perubatan, Universiti Sains Malaysia di atas kesanggupannya meluangkan masa untuk memberi bimbingan dan tunjuk ajar kepada saya semasa penulisan disertasi ini.

Terima kasih juga diucapkan kepada Profesor Dr. Zainul Fadzirudin Zainuddin, selaku Dekan Pusat Pengajian Sains Kesihatan USM, Profesor Madya Pim Chau Dam, selaku Timbalan Dekan (Akademik dan Pembangunan Pelajar) dan Dr. Nik Min Ahmad, selaku Timbalan Pengarah (Klinikal) kerana membenarkan saya menjalankan projek penyelidikan ini.

Di samping itu, saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada Ketua Jururawat, jururawat dan pembantu klinik yang terlibat di Wad Ortopedik (4 Utara dan 4 Selatan) dan Klinik Ortopedik kerana memberi kebenaran dan bantuan kepada saya sepanjang proses pengumpulan data untuk kajian ini.

Terima kasih juga diucapkan kepada Dr. Tengku Norbainee Tengku Hamzah dari Unit Biostatistik dan Metodologi Penyelidikan atas bimbingan dan nasihatnya dalam proses menganalisis dan menginterpretasikan data.

Tidak lupa juga saya ucapkan terima kasih kepada rakan-rakan saya yang telah banyak memberi pendapat, sokongan, bantuan dan selaku teman saya sepanjang penyediaan disertasi ini. Sokongan dan bantuan mereka telah memberikan keyakinan kepada saya untuk menghasilkan disertasi ini dengan sempurna.

Akhir sekali, saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada ahli keluarga saya yang sentiasa memberi sokongan emosi dan galakan kepada saya. Sokongan emosi dan galakan mereka secara tidak langsung memberi semangat dan kekuatan kepada saya untuk menghasilkan disertasi dengan jayanya.

SENARAI KANDUNGAN

Perkara	Muka Surat
Aku Janji	i
Penghargaan	ii – iii
Senarai Kandungan	iv – vii
Senarai Jadual	viii
Senarai Rajah	ix
Senarai Singkatan Kata	x
Abstrak	xi – xii
<i>Abstract</i>	xiii - xiv
Bab 1: Pengenalan	
1.1 Latar Belakang Kajian	1 – 4
1.2 Pernyataan Masalah Penyelidikan	4 – 5
1.3 Tujuan Kajian	5
1.4 Objektif Kajian	5
1.5 Soalan Penyelidikan	6
1.6 Hipotesis Penyelidikan	6
1.7 Kerangka Teoritis	6 – 8
1.8 Definisi Istilah	
1.8.1 Definisi Kesakitan Kronik	9
1.8.2 Definisi Aktiviti Hidup Sehari (AHS)	9 – 10
1.9 Kepentingan Kajian	10
1.10 Limitasi Kajian	10

Bab 2: Semakan Bacaan

2.1 Kesakitan	11 – 12
2.2 Teori Kesakitan	12 – 14
2.3 Kesakitan Kronik	15 – 16
2.4 Penaksiran Kesakitan Kronik	16 – 18
2.5 Rawatan Dan Pengurusan Kesakitan Kronik	18 – 19
2.5.1 Rawatan Farmakologi	20
2.5.2 Rawatan Bukan Farmakologi	21 – 22
2.6 Kesan Kesakitan Kronik Ke Atas Aktiviti Hidup Seharian (AHS), Psikologikal Dan Ekonomi Pesakit	22 – 25
2.7 Peranan Jururawat Dalam Pengurusan Kesakitan Kronik	25 – 26

Bab 3: Metodologi Penyelidikan

3.1 Reka Bentuk Kajian	27
3.2 Lokasi Kajian	27
3.3 Sampel Kajian	27 – 28
3.4 Saiz Sampel	28
3.5 Pengumpulan Data	
3.5.1 Alatan Yang Digunakan	29 – 30
3.5.2 Cara Pengumpulan Data	30
3.6 Pengukuran Pembolehubah	30
3.7 Isu Etika	31
3.8 Analisis Data	31 – 32

Bab 4: Analisis Data Dan Keputusan Kajian

4.1 Ciri-ciri Demografi Pesakit	34 – 35
4.2 Ciri-ciri Kesakitan Kronik Pesakit	35 – 37

4.3 Tahap Dan Gambaran Kesakitan Kronik Pesakit	38 – 40
4.4 Gangguan Aktiviti Hidup Sehari (AHS) Yang Dialami Oleh Pesakit Dengan Kesakitan Kronik	40 – 44
4.5 Jenis Perubahan Gangguan AHS Dialami Oleh Pesakit Dengan Kesakitan Kronik	44 – 47
4.6 Perubahan Psikologi Yang Dialami Oleh Pesakit Dengan Kesakitan Kronik Dan Kesannya Ke Atas AHS Pesakit	47 – 49
4.7 Strategi Bukan Farmakologi Yang Digunakan Oleh Pesakit Untuk Mengatasi Kesakitan Kronik Dan Keberkesanannya Mengurangkan Gangguan AHS Pesakit	49 – 54
4.8 Perkaitan Antara Tahap Kesakitan Kronik Dan Tahap Gangguan AHS Pesakit	54 – 56

Bab 5: Perbincangan

5.1 Ciri-ciri Demografi Pesakit	57 – 58
5.2 Ciri-ciri Kesakitan Kronik Pesakit	58 – 60
5.3 Tahap Kesakitan Kronik Pesakit Yang Paling Teruk Dan Gambaran Kesakitan Kronik Pesakit	60 – 62
5.4 Gangguan Aktiviti Hidup Sehari (AHS) Yang Dialami Oleh Pesakit Dengan Kesakitan Kronik	62 – 65
5.5 Perubahan Psikologi Yang Dialami Oleh Pesakit Dengan Kesakitan Kronik Dan Kesannya Ke Atas AHS Pesakit	65 – 66
5.6 Strategi Bukan Farmakologi Yang Digunakan Oleh Pesakit Untuk Mengatasi Kesakitan Kronik Dan Keberkesanannya Dalam Mengurangkan Gangguan AHS Pesakit	66 – 68

5.7	Perkaitan Antara Tahap Kesakitan Kronik Dan Tahap Gangguan AHS Pesakit	68 – 71
Bab 6: Kesimpulan Dan Cadangan		
6.1	Kesimpulan	72 – 74
6.2	Implikasi Kejururawatan	
	(a) Amalan Kejururawatan	74
	(b) Pendidikan Dalam Kejururawatan	74 – 75
	(c) Penyelidikan Dalam Kejururawatan	75 – 76
6.3	Cadangan	
	(a) Amalan Kejururawatan	76
	(b) Pendidikan Dalam Kejururawatan	76 - 77
	(c) Penyelidikan Dalam Kejururawatan	77
	Rujukan	78 – 84
	Lampiran	
	Lampiran 1: Borang Soal Selidik	
	Lampiran 2: Borang Maklumat Dan Keizinan Pesakit	
	Lampiran 3: Surat Pemohonan Kebenaran Menjalankan Projek Penyelidikan	
	Lampiran 4: Surat Pemohonan Kebenaran Daripada Jabatan Penyelidikan Dan Jabatan Etika Pusat Pengajian Sains Perubatan	
	Lampiran 5: Contoh-contoh Alat Pengukuran Tahap Kesakitan	

SENARAI JADUAL

Jadual		Muka Surat
1.1.1	Statistik bagi penyakit yang mengakibatkan kesakitan kronik di HUSM dari tahun 2001 hingga Julai 2005	2
4.1.1	Ciri-ciri demografi pesakit	35
4.2.1	Ciri-ciri kesakitan kronik pesakit	37
4.3.1	Tahap kesakitan kronik pesakit	39
4.3.2	Gambaran ciri-ciri kesakitan kronik pesakit	40
4.4.1	Gangguan aktiviti hidup seharian (AHS) dialami oleh pesakit	42 – 43
4.6.1	Perubahan psikologi yang dialami oleh pesakit	48
4.6.2	AHS pesakit yang dipengaruhi oleh perubahan psikologi	49
4.7.1	Strategi bukan farmakologi yang digunakan oleh pesakit dengan kesakitan kronik	50 – 51
4.7.2	Keberkesanan strategi bukan farmakologi membantu dalam mengurangkan gangguan AHS pesakit	53
4.8.1	Keputusan ujian korelasi antara tahap kesakitan kronik dan tahap gangguan AHS pesakit	55

SENARAI RAJAH

Rajah		Muka Surat
1.1.1	Statistik bagi penyakit yang mengakibatkan kesakitan kronik di HUSM dari tahun 2001 hingga Julai 2005	3
1.7.1	Model Kerangka yang dihasilkan daripada Teori <i>Loesser's 'Onion'</i> dan Teori Kawalan Pintu Pagar yang menerangkan tahap kesakitan, kesan gangguan AHS serta strategi bukan farmakologi yang digunakan oleh pesakit dengan kesakitan kronik	8
2.2.1	Teori <i>Loesser's 'Onion'</i>	14
3.8.1	Carta aliran pengumpulan dan analisis data	32
4.4.1	Graf tahap gangguan AHS pesakit secara keseluruhan	41
4.5.1	Graf jenis perubahan tabiat pemakanan pada pesakit dengan kesakitan kronik	45
4.5.2	Graf jenis perubahan tabiat eliminasi dan kebersihan diri pada pesakit dengan kesakitan kronik	45
4.5.3	Graf jenis perubahan keupayaan bergerak pada pesakit dengan kesakitan kronik	46
4.5.4	Graf jenis perubahan corak tidur pesakit dengan kesakitan kronik	46
4.5.5	Graf aspek gangguan pekerjaan pesakit dengan kesakitan kronik	47
4.7.1	Graf keberkesanan strategi bukan farmakologi yang digunakan oleh pesakit dalam mengurangkan tahap kesakitan kronik	52

SENARAI SINGKATAN KATA

AHS	Aktiviti hidup seharian
HUSM	Hospital Universiti Sains Malaysia
SD	Sisihan piawai
ADL	<i>Activities of daily living</i>
H ₀	Hipotesis <i>null</i>
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
n.d.	<i>No date</i>
NRS	<i>Numerical Rating Scale</i>
VRS	<i>Verbal Rating Scale</i>
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i>
NSAIDs	<i>Nonsteroidal anti-inflammatory drugs</i>
TENS	<i>Transcutaneous electrical nerve stimulation</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
r	<i>Correlation coefficient</i>
α	Alfa

**Tajuk Kajian: Kesakitan Kronik dan Kesannya ke atas Aktiviti Hidup Sehari-hari
(AHS) Pesakit di Hospital Universiti Malaysia (HUSM)**

ABSTRAK

Pengenalan: Kesakitan kronik adalah kesakitan yang berlanjutan melebihi 3 bulan. Ia mempunyai kesan terhadap aktiviti hidup sehari-hari (AHS) yang merangkumi tabiat pemakanan, tabiat eliminasi dan kebersihan diri, keupayaan bergerak, corak tidur, corak mandi, keupayaan pemakaian pakaian dan pekerjaan.

Objektif: Kajian ini dijalankan untuk mengenalpasti tahap kesakitan kronik yang paling teruk dan gangguan AHS yang dialami pesakit, mengetahui pengaruh psikologi dan penggunaan strategi bukan farmakologi terhadap gangguan AHS serta mengenalpasti perkaitan antara tahap kesakitan kronik dan tahap gangguan AHS.

Metodologi: Borang soal selidik yang diubahsuai daripada *City of Hope: Psychosocial Pain Assessment Form*, *Brief Pain Inventory (short form)* dan *McGill Pain Questionnaire* yang diterjemahkan kepada Bahasa Malaysia digunakan untuk mengumpul data. Seramai 54 pesakit di HUSM yang mengalami kesakitan kronik dan memenuhi kriteria kajian telah terlibat dalam kajian ini.

Keputusan kajian: Pesakit dalam kajian ini majoritinya berumur antara 18-29 tahun, mengalami kesakitan bercorak sekejap/sementara dan setempat. Purata tahap kesakitan kronik pesakit adalah 5.69(min) dengan sisihan piawai 1.412 manakala tahap kesakitan kronik yang paling teruk adalah 8.17(min) dengan sisihan piawai 2.054. Pesakit dalam kajian ini mula mengalami gangguan AHS pada tahap kesakitan kronik yang sederhana (6.81(min) dengan sisihan piawai 1.415) dan didapati gangguan bagi aktiviti keupayaan bergerak, corak tidur dan pekerjaan adalah pada tahap sederhana manakala gangguan sedikit bagi AHS lain. Perubahan psikologi yang kerap dialami adalah perasaan tertekan

dan bimbang. Strategi bukan farmakologi yang kerap digunakan adalah berehat dan urutan. Melalui ujian korelasi, tahap kesakitan kronik didapati mempengaruhi tahap gangguan AHS, dengan $p < 0.05$, kecuali keupayaan pemakaian pakaian ($p > 0.05$).

Kesimpulan: Tahap gangguan AHS didapati dipengaruhi oleh tahap kesakitan kronik, psikologi dan strategi bukan farmakologi yang digunakan. Jururawat memainkan peranan penting dalam menaksir dan menguruskan kesakitan pesakit dengan efektif.

**Research Title : Chronic Pain and Its Effect on Activities of Daily Living (ADL)
among Patients in Hospital University Science Malaysia (HUSM)**

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain is pain with duration of more than 3 months. It has an impact on patient's activities of daily living (ADL) like eating, elimination and self-care, mobility, sleep, bathing, wearing clothes and work.

Objectives: The objectives of the study were to explore the patient's most intense chronic pain and disturbances of ADL experienced by patients, the effects of psychological changes and the use of non-pharmacology strategies in coping with chronic pain and disturbances of ADL, and to identify the relationship between pain intensity and ADL disturbances.

Methodology: Modified questionnaires from *City of Hope: Psychosocial Pain Assessment Form*, *Brief Pain Inventory (short form)* and *McGill Pain Questionnaire* were translated into Bahasa Malaysia was used to collect data. Fifty-four (54) patients in HUSM were involved in the study.

Result: Majority of the patients aged within 18 – 29 years. The patterns of chronic pain experienced by patients were transient/temporary and localized pain. The average score of chronic pain experienced were $5.69 \pm SD1.412$, with the worst pain were $8.17 \pm SD2.054$. Most patients started having ADL disturbances during moderate chronic pain $6.81 \pm SD1.415$. The study also revealed that patients had moderate disturbances in mobility, sleep and work, whereas had mild disturbances in other aspects of ADLs. The most frequent psychological changes were depress and anxiety. Non-pharmacological strategies frequent used were rest and massage. Correlation test revealed that pain intensity have an effect on the degree of ADL disturbances, with p-value less than 0.05.

Conclusion: The study revealed that disturbances of ADL depend on pain intensity and the use of the non-pharmacological strategies. Nurses play an important role in assessing patient's pain intensity and their psychological changes to help patients reduce pain more effectively.

BAB 1

PENGENALAN

1.1 Latar Belakang Kajian

Kesakitan adalah suatu simptom yang lazim bagi pelbagai penyakit. Kesakitan merupakan satu perasaan ketidakselesaan, yang mana stimuli kesakitan disampaikan ke otak melalui saraf deria (Smith 2001). Perasaan ketidakselesaan menandakan tubuh badan seseorang telah mengalami kecederaan atau berpotensi tercedera. McCaffery & Beebe (1989) mendefinisikan kesakitan sebagai 'apa sahaja yang dikatakan oleh seseorang yang mengalami kesakitan dan kesakitan ini wujud apabila seseorang itu menyatakannya' (Potter & Perry 1991).

Kesakitan merupakan pengalaman personal dan subjektif yang bukan sahaja melibatkan perasaan, tetapi juga persepsi seseorang. Persepsi adalah pandangan personal seseorang terhadap perkara-perkara yang berlaku dalam persekitaran dan ia dibentuk berdasarkan matlamat dan harapan seseorang (Potter & Perry 1991). Persepsi kesakitan merupakan pandangan seseorang pesakit terhadap kesakitannya dan ia memberi maklumat mengenai lokasi, tahap dan ciri-ciri kesakitan pesakit.

Kesakitan kronik adalah berbeza dengan kesakitan akut. Kesakitan kronik merupakan masalah antarabangsa dengan kejadian berlaku di antara 2% dan 46.5% (Verhaak, Kerssens, Dekker, Sorbi & Bensing 1998) dan dianggarkan kejadian berlakunya kesakitan kronik dalam kalangan orang dewasa dalam komuniti adalah 70% (Luggen 1998). Mantyselka, Turunen, Ahonen & Kumpusalo (2003) menyatakan bahawa kejadian kesakitan kronik lebih cenderung berlaku pada pesakit kajiannya yang lebih tua dan Elliott, Smith, Penny, Smith & Chambers (1999) menyatakan juga bahawa kejadian kesakitan kronik adalah lebih tinggi bagi warga emas berbanding warga muda.

Contoh kesakitan kronik adalah sakit belakang, artritis, osteoartritis, penyakit kanser, *fibromyalgia*, sakit kepala yang kronik, neuralgia trigeminal, sindrom kesakitan miofasial, infeksi pada telinga, sakit kronik pada bahu atau leher dan sebagainya.

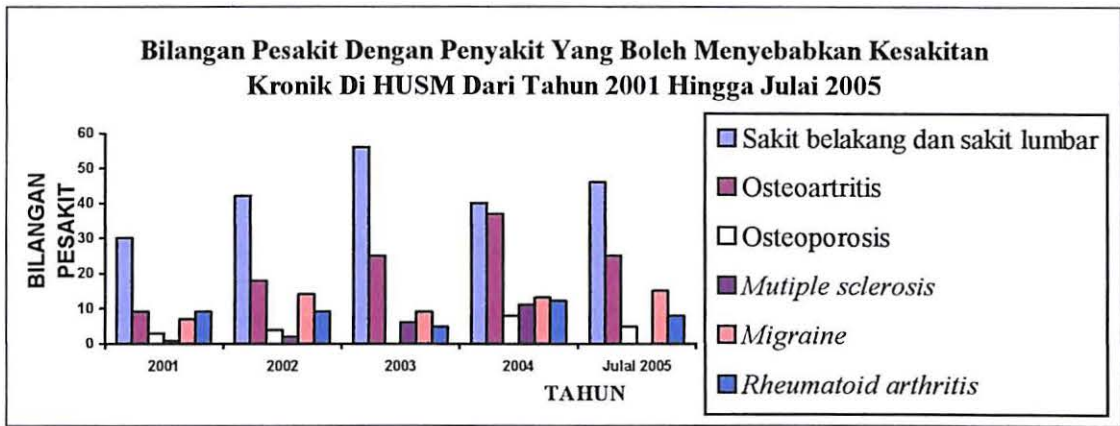
Kesakitan kronik adalah berpunca daripada reaksi tubuh badan terhadap kesakitan akut, kecederaan lepas yang telah sembuh, penyakit-penyakit semasa seperti penyakit sendi, kanser, kerosakan saraf atau infeksi yang teruk (Courtesy of Medtronic 1999). Kesakitan kronik yang berpunca daripada penyakit kanser adalah berbeza dengan penyakit lain. Menurut Potter & Perry (1991), kesakitan kronik yang berpunca daripada penyakit kanser adalah sukar dikawal dan ia mungkin berlanjutan sehingga peringkat kematian. Sesetengah kesakitan kronik mempunyai pelbagai punca, contohnya pesakit yang mengalami sakit belakang boleh disebabkan oleh postur yang tidak betul dalam tempoh yang lama, cara mengangkat barang yang tidak betul, kecederaan, kebengkokan tulang belakang sejak dilahirkan, kesakitan pada pelvik yang kronik dan sebagainya.

Di Malaysia, kajian tentang kesakitan kronik tidak banyak dijalankan dan maklumat berkaitannya sukar diperolehi. Berdasarkan WrongDiagnosis.com (2003), anggaran statistik sakit belakang di Malaysia adalah hampir 2.21%. Statistik bagi penyakit yang mengakibatkan kesakitan kronik di Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM) dari tahun 2001 hingga Julai 2005 ditunjukkan dalam Jadual 1.1.1 dan Rajah 1.1.1.

Jadual 1.1.1: Statistik bagi penyakit yang mengakibatkan kesakitan kronik di HUSM dari tahun 2001 hingga Julai 2005

Jenis Kesakitan Kronik	2001	2002	2003	2004	2005 (Julai)
Sakit belakang dan sakit lumbar	30	42	56	40	46
Osteoartritis	9	18	25	37	25
Osteoporosis	3	4	0	8	5
<i>Multiple sclerosis</i>	1	2	6	11	0
<i>Migraine</i>	7	14	9	13	15
<i>Rheumatoid arthritis</i>	9	9	5	12	8

(Unit Rekod Perubatan HUSM 2005)



Rajah 1.1.1: Statistik bagi penyakit yang mengakibatkan kesakitan kronik di HUSM dari tahun 2001 hingga Julai 2005

(Unit Rekod Perubatan HUSM 2005)

Jadual 1.1.1 dan Rajah 1.1.1 menunjukkan kebanyakan pesakit di HUSM mengalami kesakitan pada tulang belakang, iaitu sakit belakang dan sakit lumbar. Manakala paling sedikit pesakit mengalami kesakitan kronik akibat osteoporosis dan *multiple sclerosis*, iaitu masing-masing hanya 20 orang dalam masa 5 tahun tersebut.

Penaksiran kesakitan kronik adalah aspek penting dalam pengurusan pesakit yang mengalami kesakitan kronik secara efektif. Kesakitan kronik merupakan pengalaman personal dan subjektif. Ia tidak dapat ditaksir atau diukur secara objektif. Cara penaksiran kesakitan kronik yang lebih tepat adalah melalui perkataan untuk menggambarkan kesakitannya dan tingkah lakunya terhadap kesakitan kronik.

Kesakitan kronik mengakibatkan perubahan fungsi fizikal, psikologikal dan sosial pada pelbagai tahap, bergantung kepada faktor-faktor dalaman dan luaran yang mempengaruhinya (Breen 2002). Peratusan untuk kesakitan kronik mempengaruhi aktiviti hidup seharian (AHS) seseorang adalah sebanyak 11% dan 13.5% (Blyth, March, Brnabic, Jorm, Williamsom & Cousins 2001). Pesakit dengan tahap kesakitan kronik yang lebih teruk, tempoh kesakitan kronik yang lebih panjang dan mempunyai pelbagai lokasi kesakitan akan mengalami lebih banyak gangguan AHS dan sebaliknya.

Aktiviti hidup seharian (AHS) adalah aktiviti yang dilakukan setiap hari. Ia merupakan keperluan asas bagi seseorang manusia yang normal. AHS merangkumi tidur, makan, bergerak dari satu tempat ke tempat yang lain, mandi, aktiviti seksualiti, kebersihan diri, eliminasi, bekerja dan sebagainya. Kajian Korsinski, Schein, Vallow, Ascher *et al.* (2005) mendapati kesakitan kronik mempengaruhi kualiti hidup pesakit yang meliputi fungsi fizikal dan sosial, tenaga, peranan dan AHS pesakit.

Jururawat memainkan peranan penting dalam pengurusan kesakitan kronik pesakit. Jururawat perlu berpengetahuan luas tentang kesakitan kronik seperti pemilihan alat pengukuran tahap kesakitan yang sesuai untuk menaksirkan tahap kesakitan kronik pesakit dengan tepat, pengetahuan tentang corak kesakitan dan kefahaman tentang perkataan yang digunakan untuk menggambarkan kesakitan kronik supaya jururawat dapat mengajar pesakit menggunakan perkataan yang tepat untuk menggambarkan kesakitan mereka. Dengan itu, pengurusan yang efektif dapat dilakukan.

1.2 Pernyataan Masalah Penyelidikan

Kesakitan kronik merupakan masalah seluruh dunia dengan kejadian berlaku yang tinggi, iaitu antara 2% hingga 46.5% (Verhaak *et al.* 1998). Ia dikenalpasti mempengaruhi AHS pesakit disertai kajian epidemiologi yang dijalankan di Scotland mendapati bahawa kejadian berlaku kesakitan kronik adalah 14.1% (Smith, Elliott, Chambers, Smith, Hannaford & Penny 2001), maka kajian tentang kesannya ke atas AHS mula diberi perhatian (Mantyselka *et al.* 2003).

Selain itu, statistik dari Unit Rekod Perubatan HUSM (2005) juga menunjukkan peningkatan dalam bilangan pesakit dengan kesakitan kronik. Malah, kajian tentang kesan kesakitan kronik ke atas AHS pesakit tidak banyak dilakukan di Malaysia serta maklumat kajian mengenai kesakitan kronik yang dilakukan di Malaysia adalah sukar diperolehi, maka kajian ini dilakukan untuk mendapatkan maklumat dan memberi

pemahaman yang lebih jelas kepada jururawat, ahli keluarga pesakit dan pemberi jagaan kesihatan yang lain tentang kesakitan kronik dan kesannya ke atas gangguan AHS supaya mereka dapat menguruskan kesakitan kronik pesakit dengan lebih berkesan.

Di samping itu, berdasarkan teori *Loesser's 'Onion'*, pengalaman kesakitan seperti tahap, lokasi dan ciri-ciri kesakitan dipengaruhi oleh persepsi kesakitan. Tahap, lokasi dan ciri-ciri kesakitan mempengaruhi tahap gangguan AHS, psikologi dan ekonomi seseorang. Seterusnya, ia mempengaruhi tingkah laku pesakit dalam mengatasi kesakitan kronik. Scudds & Robertson (1998) menyatakan bahawa perkaitan antara tahap kesakitan kronik akibat kesakitan sistem otot rangka dan tahap gangguan AHS masih tidak dapat difahami dengan jelas. Maka, kajian ini dilakukan untuk memberi pemahaman yang lebih jelas tentang perkaitan tersebut.

1.3 Tujuan Kajian

Tujuan melakukan kajian penyelidikan ini adalah untuk mengetahui tentang kesan kesakitan kronik ke atas AHS pesakit yang menerima rawatan di HUSM.

1.4 Objektif Kajian

Objektif bagi kajian ini adalah untuk:

1. mengenalpasti tahap kesakitan paling teruk yang dialami oleh pesakit dengan kesakitan kronik.
2. mengetahui gangguan AHS yang dialami oleh pesakit dengan kesakitan kronik.
3. mengetahui pengaruh psikologi ke atas gangguan AHS pesakit.
4. mengenalpasti strategi bukan farmakologi yang digunakan oleh pesakit dengan kesakitan kronik dalam mengatasi kesakitan kronik dan keberkesanannya dalam mengurangkan gangguan AHS.
5. mengenalpasti perkaitan antara tahap kesakitan kronik dan tahap gangguan AHS.

1.5 Soalan Penyelidikan

1. Apakah tahap kesakitan kronik paling teruk yang dialami oleh pesakit dengan kesakitan kronik?
2. Apakah gangguan AHS yang dialami oleh pesakit dengan kesakitan kronik?
3. Adakah factor psikologi mempengaruhi gangguan AHS pesakit dengan kesakitan kronik?
4. Apakah strategi bukan farmakologi yang digunakan oleh pesakit dengan kesakitan kronik dalam mengatasi kesakitan kronik dan keberkesannya dalam mengurangkan gangguan AHS?

1.6 Hipotesis Penyelidikan

1. **Hipotesis *null* (H_0):** Tahap kesakitan kronik tidak mempengaruhi tahap gangguan AHS pesakit (gangguan tabiat pemakanan, tabiat eliminasi dan kebersihan diri, keupayaan bergerak, corak tidur, corak mandi, keupayaan pemakaian pakaian dan pekerjaan).

1.7 Kerangka Teoritis

Dalam kajian ini, teori kesakitan yang terlibat adalah teori kawalan pintu pagar dan teori *Loesser's 'Onion'*. Teori kawalan pintu pagar menerangkan tentang bagaimana strategi bukan farmakologi seperti mengurut dan akupunktur bertindak pada sistem saraf untuk melegakan kesakitan kronik. Teori *Loesser's 'Onion'* pula menerangkan tentang tindak balas pesakit terhadap kesakitan kroniknya. Rajah 1.7.1 menunjukkan model kerangka yang dihasilkan daripada teori kawalan pintu pagar dan teori *Loesser's 'Onion'* untuk menerangkan tahap kesakitan, kesan gangguan AHS serta strategi bukan farmakologi yang digunakan oleh pesakit dengan kesakitan kronik.

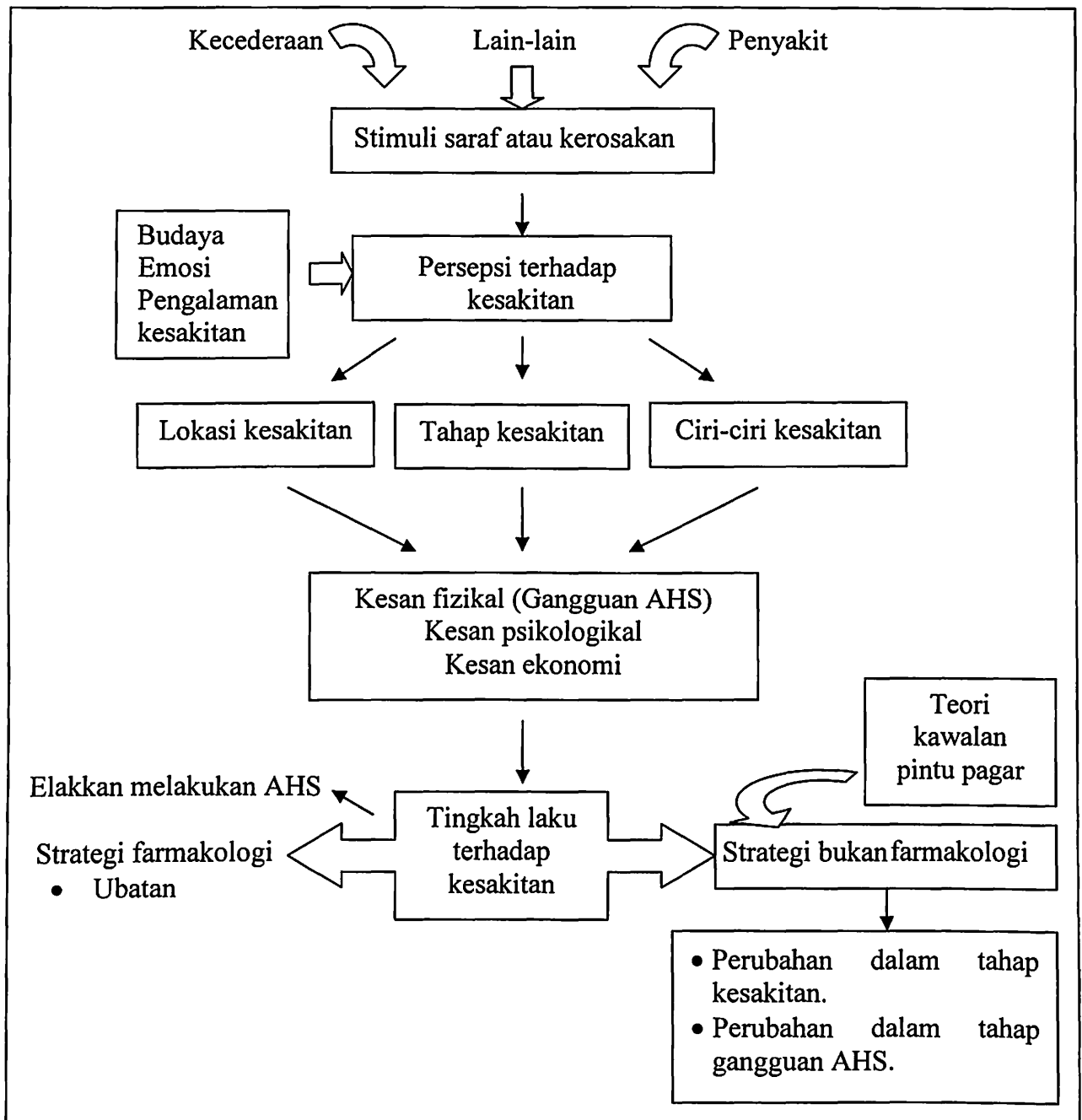
Berdasarkan teori *Loesser's 'Onion'*, lapisan terdalam bagi siri lapisan bawang teori ini adalah stimuli saraf atau kerosakan. Stimuli yang merangsangkan perasaan sakit akan dirangsangkan apabila seseorang mengalami kecederaan, menghadapi penyakit dan sebagainya. Persepsi seseorang individu terhadap perasaan kesakitan adalah berbeza dan ia dipengaruhi oleh budaya, emosi dan pengalaman kesakitan. Persepsi kesakitan memberi maklumat mengenai lokasi, tahap dan ciri-ciri kesakitan yang dialami oleh seseorang individu (Potter & Perry 1991).

Lokasi, tahap dan ciri-ciri kesakitan yang dialami oleh seseorang individu memberi kesan ke atas fizikal, psikologikal dan ekonomi mereka. Lokasi, tahap dan ciri-ciri kesakitan yang berlainan memberi kesan ke atas fizikal, psikologikal dan ekonomi pada tahap yang berbeza. Ini bermakna pelbagai lokasi kesakitan, tahap kesakitan yang lebih tinggi dan ciri-ciri kesakitan yang lebih teruk mungkin memberi lebih banyak kesan ke atas aspek fizikal, psikologikal dan ekonomi individu tersebut dan sebaliknya.

Tingkah laku terhadap kesakitan, sama ada mengelakkan diri daripada melakukan AHS untuk mengurangkan kesakitan, atau menguruskan kesakitan dengan kaedah farmakologi atau kaedah bukan farmakologi akan dapat diperhatikan juga. Teori kawalan pintu pagar menerangkan tentang pengurusan kesakitan dengan kaedah bukan farmakologi. Teori ini menerangkan bagaimana penghantaran stimuli kesakitan dapat terhalang oleh pintu pagar pada saraf tunjang semasa pengurusan kesakitan dengan strategi bukan farmakologi seperti mengurut dan akupunktur untuk melegakan kesakitan.

Dalam kajian ini, kesakitan kronik dan kesannya ke atas fizikal, iaitu gangguan AHS pesakit dan kesan psikologi dikaji. Kesan psikologi dikaji disebabkan perubahan psikologi yang diakibatkan oleh kesakitan mungkin mempengaruhi keupayaan seseorang individu untuk melakukan AHSnya. Selain itu, kajian ini juga mengkaji

penggunaan strategi bukan farmakologi oleh individu yang mengalami kesakitan kronik untuk mengurangkan tahap kesakitan kronik dan tahap gangguan AHSnya.



Rajah 1.7.1: Model Kerangka yang dihasilkan daripada teori *Loesser's 'Onion'* dan Teori Kawalan Pintu Pagar yang menerangkan mengenai tahap kesakitan, kesan gangguan AHS serta strategi bukan farmakologi yang digunakan oleh pesakit dengan kesakitan kronik.

1.8 Definisi Istilah

1.8.1 Definisi kesakitan kronik

Mengikut Smith (2002), *International Association for the Study of Pain* (IASP) mendefinisikan kesakitan kronik sebagai kesakitan yang berlanjutan melebihi tempoh penyembuhan tisu yang normal, yang mana tempoh penyembuhan tisu yang normal adalah 3 bulan. Mantyselka *et al.* (2003) mendefinisikan kesakitan kronik sebagai kesakitan atau ketidakselesaian yang berterusan atau berselang-sela, yang mana ia berlanjutan sekurang-kurangnya 3 bulan dan diberi ubat menahan kesakitan dan rawatan dengan kerap.

Dengan itu, definisi kesakitan kronik dalam kajian ini adalah kesakitan, sama ada ringan atau teruk, yang tempoh masanya melebihi 3 bulan dan pesakit dipreskripsikan dengan ubatan penahan kesakitan.

1.8.2 Definisi aktiviti hidup seharian (AHS)

Malaysia National Insurance Berhad (2004) pula menyatakan aktiviti hidup seharian (AHS) adalah aktiviti-aktiviti seperti memindah dan bergerak dari satu tempat ke tempat lain tanpa bantuan orang lain, berupaya mengawal proses perkumuhan, memakai pakaian, mandi atau mencuci dan mengambil makanan dengan sendiri. *Manulife Insurance (Malaysia) Berhad* (2005) pula mendefinisikan AHS sebagai aktiviti rutin yang dilakukan untuk tujuan kebersihan dan kesihatan dan ia penting untuk hidup berdikari, contohnya memakai pakaian, makan, bergerak, pergi ke tandas dan mencuci.

Dalam kajian ini, definisi AHS adalah aktiviti rutin yang dilakukan untuk tujuan jagaan diri dan kesihatan yang merangkumi aktiviti seperti pengambilan

makanan, mandi, eliminasi, memakai pakaian, tidur, bekerja dan bergerak dari satu tempat ke tempat yang lain tanpa bantuan orang lain.

1.9 Kepentingan Kajian

Hasil kajian ini diharapkan dapat memberi maklumat kepada jururawat dan ahli keluarga pesakit tentang gangguan AHS yang dialami oleh pesakit dengan kesakitan kronik supaya mereka dapat sentiasa memberi bantuan kepada pesakit untuk menyempurnakan AHS pada tahap optimum.

Selain itu, hasil kajian ini juga diharapkan dapat membantu jururawat menguruskan kesakitan kronik pesakit dengan lebih efektif serta meningkatkan kesedaran pesakit supaya cuba mendapatkan rawatan seberapa cepat yang mungkin semasa mengalami kesakitan kronik untuk meminimumkan tahap gangguan AHS yang mungkin berlaku.

1.10 Limitasi Kajian

Tempoh masa pengumpulan data adalah singkat, iaitu hanya sebulan, maka ini menyebabkan jumlah pesakit yang diperolehi tidak mencukupi (54 orang pesakit sahaja) dan tidak mencapai jumlah pesakit sebenar yang dikira melalui formula (186 orang pesakit). Ini mungkin mengakibatkan hasil kajian ini menjadi kurang tepat.

Selain itu, hasil kajian ini juga tidak dapat dijadikan sebagai kesimpulan umum yang menyeluruh disebabkan pesakit dalam kajian ini hanya dari HUSM dan mereka dipilih dengan menggunakan kaedah persampelan kesenangan yang bukan merupakan persampelan berkebarangkalian.

BAB 2

SEMAKAN BACAAN

2.1 Kesakitan

Kesakitan adalah fenomena yang kompleks. Ia merupakan suatu perasaan ketidakselesaan dan pengalaman emosi yang berkaitan dengan kerosakan tisu yang telah wujud atau berpotensi kerosakan tisu, atau digambarkan dalam perkataan tentang kerosakan itu (Bennett n.d.). Kesakitan adalah pengalaman subjektif dan personal, ia tidak dapat diukur dengan tepat. McCaffery & Pasero (1999) mendefinisikan kesakitan sebagai apa saja yang dikatakan oleh seseorang yang mengalami kesakitan, kesakitan itu wujud apabila dia menyatakannya (White & Duncan 2002).

Kesakitan adalah perasaan individu. Setiap orang menunjukkan reaksi terhadap kesakitan yang berlainan. Dua individu yang mempunyai kecederaan yang sama mungkin menunjukkan atau menyatakan kesakitan yang berbeza bergantung kepada situasi kesakitan berlaku, persepsi terhadap kesakitan, emosi dan budaya (Eckstein 2004). Menurut White & Harth (2003), persepsi kesakitan antara lelaki dan wanita adalah berbeza dan lelaki mempunyai *pain threshold* dan *pain tolerance* yang lebih tinggi berbanding dengan wanita.

Kesakitan terbahagi kepada dua jenis yang utama berdasarkan tempoh dan bermulanya kesakitan, iaitu kesakitan akut dan kesakitan kronik. Kesakitan akut adalah kesakitan yang mula dengan tiba-tiba atau pada masa tertentu dan kesakitan ini hanya sementara (Brunton 2004). Ia memberi amaran kepada pesakit bahawa kecederaan atau penyakit telah berlaku supaya pesakit mengambil tindakan untuk mengatasinya dan ia akan hilang apabila kecederaan atau kerosakan tisu itu sembuh. Kesakitan kronik pula

adalah kesakitan yang berlanjutan sehingga melewati tempoh masa penyembuhan luka atau penyakit yang sepatutnya.

Selain itu, kesakitan dapat dikategorikan kepada kesakitan *neuropathic* dan *nociceptive* berdasarkan punca kesakitan, yang mana kesakitan *neuropathic* merupakan suatu gangguan kesakitan kronik dan ia diakibatkan oleh lesi primer atau disfungsi sistem saraf pusat atau periferi. Kesakitan *nociceptive* pula adalah tindak balas fisiologi terhadap inflamasi yang diakibatkan oleh aktiviti neural yang bertindak balas dengan stimuli yang boleh merosakkan tisu dan kebanyakan kesakitan akut adalah kesakitan jenis ini (Brunton 2004).

2.2 Teori Kesakitan

Pengalaman kesakitan adalah sangat kompleks dan mekanisme penghantaran dan persepsi kesakitan yang tepat masih belum dikenalpasti lagi. Ramai penyelidik telah memberi sumbangan dalam pembentukan teori kesakitan untuk memahami fenomena kesakitan. Antara teori kesakitan tersebut adalah teori kespesifikan, teori *patterning*, teori kawalan pintu pagar dan teori *Loesser's 'onion'*. Teori kawalan pintu pagar adalah teori yang diterima secara meluas.

Teori kespesifikan diutarakan oleh Rene Descartes, seorang ahli falsafah dan ahli matematik Perancis pada abad ke-16 (Spine-health.com 2005). Beliau menyatakan bahawa tahap kesakitan berkait secara langsung dengan kedalaman kecederaan tisu, contohnya jari yang tercucuk jarum akan menghasilkan kesakitan yang minima sementara tangan yang terpotong oleh pisau akan mengakibatkan kesakitan yang lebih disebabkan lebih banyak tisu mengalami kecederaan berbanding dengan jari tercucuk jarum. Teori ini menyatakan bahawa kesakitan adalah rangsangan berasingan yang dihantar oleh reseptor kesakitan yang spesifik kepada otak. Stimuli kesakitan dihantar

oleh reseptor khusus kepada saraf spina lalu saraf spina membebaskan bahan pemancar saraf kepada otak untuk menghasilkan tindak balas terhadap rangsangan kesakitan (Timby, Scherer & Smith 1999).

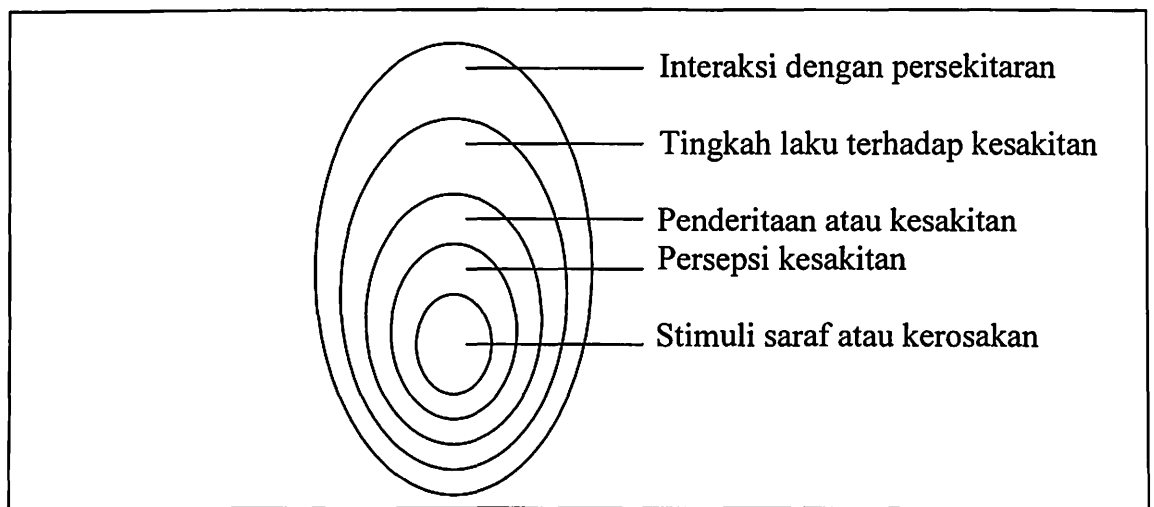
Teori *patterning* pula menyatakan bahawa rangsangan, sama ada menyakitkan atau tidak, dihantar oleh reseptor tidak khusus melalui laluan umum kepada otak dan kemudian rangsangan tersebut akan ditaksirkan melalui aktiviti yang berlainan corak untuk menentukan sama ada rangsangan tersebut menyakitkan atau tidak (Timby, Scherer & Smith 1999).

Teori kawalan pintu pagar merupakan teori yang dihasilkan melalui pengubahsuaian kedua-dua teori kesakitan di atas. Menurut Craven & Hirnle (2000), teori kawalan pintu pagar ini dihasilkan oleh seorang ahli psikologi bernama Ronald Melzack dan ahli anatomi bernama Patrick Wall pada tahun 1965. Teori ini mencadangkan bahawa impuls kesakitan boleh dikawal atau dihalang daripada dihantar ke otak oleh mekanisme pintu pagar dalam saraf tunjang (Potter & Perry 1991). Sel-sel pada saraf tunjang bertindak sebagai pintu pagar. Apabila pintu pagar tertutup, impuls kesakitan dihalang daripada dihantar ke otak, maka seseorang itu tidak akan mengalami kesakitan. Jika pintu pagar terbuka, ia membenarkan impuls kesakitan melaluinya dan sampai ke otak, maka seseorang itu akan berasa sakit (Craven & Hirnle 2000).

Teori kawalan pintu pagar ini telah memberi idea tentang bagaimana terapi seperti mengurut dan akupunktur bertindak pada sistem saraf untuk melegakan kesakitan. Teori ini juga menunjukkan bahawa persepsi terhadap kesakitan bukan hanya melibatkan rangsangan deria, tetapi adalah suatu fenomena yang melibatkan pelbagai dimensi seperti pengalaman kesakitan yang lalu, budaya, kebimbangan, kognitif dan psikologikal seseorang (Briggs & Dean 1998). Teori ini juga memberi kesedaran bahawa kesakitan bukan hanya mengaitkan antara kesakitan dengan stimulinya sahaja

dan ia tidak boleh dianggap sebagai satu fenomena dengan komponennya yang khusus sahaja (Briggs & Dean 1998).

Bagi teori *Loesser's 'onion'* pula, teori ini menggambarkan kesakitan sebagai satu siri lapisan bersarang seperti bawang. Stimuli saraf atau kerosakan ditempatkan pada bahagian tengah lapisan bersarang, diikuti dengan persepsi kesakitan, penderitaan atau perasaan sakit, tingkah laku terhadap kesakitan dan akhirnya interaksi dengan persekitaran di lapisan terluar. Dua lapisan terakhir, iaitu tingkah laku dan interaksi dengan persekitaran adalah aspek yang dapat diperhatikan secara klinikal (Always-Health.com 2004).



Rajah 2.2.1: Teori *Loesser's 'Onion'*

(Always-Health.com 2004)

Secara kesimpulannya, kesakitan akan ditaksirkan oleh otak apabila terdapat stimuli kesakitan. Akan tetapi, interaksi antara faktor psikologi dan faktor persekitaran yang wujud pada pesakit dalam kesakitan adalah berbeza. Faktor tersebut berubah-ubah mengikut pengalaman deria rangsangan dan emosi pesakit. Perasaan kesakitan bukan hanya melibatkan psikologi atau fizikal sahaja, ia adalah hasil gabungan faktor-faktor tersebut.

2.3 Kesakitan Kronik

Mengikut Blyth, March, Brnabic & Cousins (2004), *International Association for the Study of Pain* (IASP) (1986) mendefinisikan kesakitan kronik sebagai kesakitan yang dialami oleh pesakit selama 3 bulan atau lebih. Kesakitan kronik tidak berfungsi sebagai perlindungan. Ia adalah kesakitan yang berlanjutan berminggu-minggu atau berbulan-bulan dan biasanya tiada tindak balas terhadap aspirin atau remedi yang biasa (Foston 2003).

Jenis kesakitan kronik yang biasa adalah sakit belakang, sakit kepala, sakit artritis, sakit kanser, dan sakit *neuropathic*, yang mana diakibatkan oleh kecederaan pada saraf (Meadows 2004). Sakit belakang adalah kesakitan kronik yang paling lazim berlaku di United States, dan ia mempengaruhi lebih kurang 59% orang dewasa dalam kehidupan mereka (Marcus 2003). Hasil kajian Rippentrop, Altmaier, Chen, Found & Keffala (2005) menunjukkan bahawa 19.8% daripada kesakitan kronik pesakit mereka adalah berpunca daripada sakit artritis.

Dalam populasi orang dewasa di negara Australia, 17% daripada lelaki dan 20% daripada wanita melaporkan mempunyai kesakitan kronik setiap hari (Blyth *et al.* 2001). Luggen (1998) menganggarkan 70% kejadian kesakitan kronik adalah dalam kalangan orang dewasa dalam komuniti manakala kejadian kesakitan kronik berlaku pada warga emas masih tidak diketahui. Elliott *et al.* (1999) pula menyatakan kejadian kesakitan kronik adalah lebih tinggi pada warga emas berbanding dengan warga muda.

Kesakitan kronik akan bertambah teruk akibat dipengaruhi oleh pelbagai faktor seperti perubahan dalam sistem saraf, kemerosotan keadaan fizikal, tingkah laku terhadap kesakitan kronik dan keadaan emosi seperti rasa tertekan dan kebimbangan (CMPMedica 2005). Personaliti, pengalaman lepas dan keadaan emosi merupakan faktor yang mempengaruhi persepsi pesakit dan memburukkan kesakitan kroniknya

manakala keadaan emosi pesakit seperti kebimbangan dan rasa tertekan akibat kesakitan kronik akan meningkatkan tekanan otot pesakit dan menerukkan lagi keadaan kesakitan kronik pesakit. Smith (2002) menyatakan bahawa individu yang mempunyai kesakitan kronik 5 kali lebih kerap menggunakan perkhidmatan jagaan primer berbanding populasi lain.

Kesimpulannya, perbezaan antara kesakitan akut dan kesakitan kronik bukan hanya daripada aspek tempoh masa kesakitan sahaja. Pada pandangan pengamal perubatan, rawatan bagi kesakitan akut adalah ditujukan kepada puncanya dengan tujuan untuk penyembuhan kesakitan manakala rawatan untuk kesakitan kronik juga mesti difokuskan kepada kesan kesakitan kronik dengan tujuan untuk menghadkan ketidakupayaan dan memaksimumkan fungsi seseorang (Smith 2002).

2.4 Penaksiran Kesakitan Kronik

Penaksiran kesakitan kronik merupakan aspek penting dan aktiviti asas jururawat dalam pengurusan kesakitan pesakit. Penaksiran kesakitan yang tepat adalah penting kepada pesakit, ahli keluarganya dan orang yang memberi rawatan.

Menurut Brunton (2004), penaksiran klinikal bagi pesakit dengan kesakitan kronik merupakan satu proses dinamik dengan pelbagai matlamat spesifik supaya tindakan dan kebaikan yang menyeluruh dapat dilakukan dan mencapai intervensi perawatan yang telah dirancang. Pengurusan kesakitan kronik yang efektif adalah bergantung kepada penaksiran kesakitan yang sahih dan boleh dipercayai. Kajian Brunton (2004) menyatakan bahawa mnemorik 'PQRST' (*palliative or precipitating factors, quality of pain, region of radiation of pain, subjective description of pain, temporal nature of pain*) yang terdiri daripada faktor paliatif, kualiti kesakitan, lokasi

kesakitan yang beradiasi, gambaran subjektif tentang kesakitan dan *temporal nature* kesakitan dijadikan panduan yang berguna dalam penaksiran kesakitan.

Penaksiran kesakitan kronik melibatkan penaksiran tahap, lokasi dan corak kesakitan kronik. Tahap kesakitan dapat ditaksir menggunakan pelbagai skala, antaranya adalah *Numerical Rating Scale* (NRS), yang mana pesakit akan menilai tahap kesakitan menggunakan nombor 0 (tiada kesakitan) hingga 10 (paling sakit), *Verbal Rating Scale* (VRS), iaitu pesakit diminta untuk menggambarkan kesakitannya sebagai tiada kesakitan, kesakitan yang sedikit, sederhana atau teruk. *Visual Analogue Scale* (VAS) adalah penaksiran kesakitan menggunakan garisan 100mm secara melintang atau menegak dengan tiada kesakitan pada satu hujung dan kesakitan yang paling teruk pada hujung yang lain. Kajian sebelum ini telah membuktikan bahawa tahap kesakitan yang ditaksir menggunakan NRS boleh dipercayai dan dibukti kesahihannya. Malah, Truchon & Cote (2005) menyatakan bahawa NRS boleh dipercayai, sahih dan mudah dijawab dan ia adalah index yang paling praktikal digunakan. Kesahihan dan kepercayaan pengukuran tahap kesakitan dengan skala ini pada dua golongan pesakit muda (Jensen & Karoly 2001) dan tua (Gagliese 2001) telah dibuktikan (Gagliese & Melzack 2003). Contoh-contoh alat pengukuran tahap kesakitan ditunjukkan dalam Lampiran 5.

Selain itu, laporan kesakitan daripada pesakit merupakan salah satu kaedah untuk menaksir kesakitan juga. Laporan kesakitan daripada pesakit sendiri merupakan indikasi tahap kesakitan yang paling boleh dipercayai. Kajian Gagliese & Melzack (2003) menunjukkan kebanyakan warga muda menggambarkan kesakitan kronik mereka dengan berdebar-debar/berdenyut-denyut (>70%), mengejang/dicubit/ditekan (>60%) dan seperti dicucuk/digerudi/ditikam (>60%) manakala warga emas lebih kerap menggunakan kesakitan yang meletihkan (hampir 70%) untuk menggambarkan kesakitan mereka.

Menurut Viane, Crombez, Eccleston, Devulder & Corte (2004), tahap kesakitan kronik pesakit dalam kajian mereka semasa ditemuramah adalah 3.92 (min) dengan sisihan piawai 1.29 (tahap kesakitan ringan). Manakala Kong, Woon & Yang (2004) menyatakan tahap kesakitan kronik paling ringan dan paling teruk dialami oleh pesakit mereka masing-masing adalah 0.5 (min) dengan sisihan piawai 1.1 dan 5.3 (min) dengan sisihan piawai 2.7.

Selain penaksiran tahap kesakitan, lokasi kesakitan kronik pesakit juga boleh ditaksir dengan meminta pesakit melorekkan lokasi kesakitan pada gambarajah manusia dalam Lampiran 1. Menurut Clark (2002), kesakitan kronik tidak terhad kepada satu lokasi sahaja kerana hasil kajiannya menunjukkan bahawa 13% daripada pesakit dengan kesakitan kronik mengalami kesakitan kronik pada pelbagai lokasi badan. Hasil kajian Rippentrop *et al.* (2005) pula menunjukkan bahawa 55.4% daripada jumlah pesakitnya mengalami sakit belakang dan 25.6% mengalami kesakitan pada pelbagai tempat.

Selain itu, kajian Dunn, Horgas & Vallerand (2002) mendapati bahawa purata kesakitan kronik pesakitnya adalah pada tahap sederhana dengan anggota bawah merupakan lokasi kesakitan yang paling kerap. Kajian Zarit, Griffiths & Berg (2004) pula menunjukkan bahawa lokasi kesakitan yang paling kerap semasa penaksiran kesakitan dilakukan adalah kaki, bahagian atas dan bawah belakang, serta pinggul.

2.5 Rawatan Dan Pengurusan Kesakitan Kronik

Rawatan dan pengurusan pesakit dengan kesakitan kronik adalah penting untuk melegakan kesakitan sedaya yang boleh dan meningkatkan fungsi supaya dapat mengekalkan kualiti hidup pesakit pada tahap optimum. Menurut Meadows (2004), langkah pertama dalam perawatan kesakitan kronik adalah mengenalpasti punca

kesakitan kronik. Kesakitan kronik tidak patut diabaikan kerana ia akan mengakibatkan penyakit atau kecederaan semasa menjadi semakin teruk jika tidak disembuhkan.

Menurut Bromqvist & Hallberg (1999) dipetik dari Jakobssen, Hallberg & Westergren (2004), kegagalan dalam merawat kesakitan kronik mungkin disebabkan oleh kekurangan sistem penaksiran kesakitan kronik yang sistematik, iaitu terdapat ketidakserasian antara penaksiran kesakitan pesakit oleh jururawat dan pengalaman kesakitan pada pesakit itu sendiri serta kegagalan tersebut mungkin juga disebabkan oleh kaedah yang digunakan untuk melegakan kesakitan kronik tidak mencukupi untuk mencapai kesannya.

Kesakitan kronik adalah berbeza sesama manusia, maka rawatannya juga bersifat individu. Contohnya, sesetengah pesakit artritis mungkin mengambil ubat penahan kesakitan sekali-sekala sahaja, manakala pesakit yang lain mungkin memerlukan pengambilan ubat penahan kesakitan dan senaman aerobik yang kerap untuk menghadapi kesakitan kroniknya (Blyth, March, Nicholas & Cousins 2005). Rawatan untuk kesakitan kronik adalah lebih daripada penggunaan ubatan sahaja, ia boleh juga melibatkan strategi bukan pengubatan seperti pelepasan tekanan dan beristirehat, terapi fizikal, mengubah corak tidur dan pemakanan serta bersenam.

Rawatan untuk kesakitan kronik terbahagikan kepada rawatan farmakologi dan bukan farmakologi. Rawatan farmakologi melibatkan penggunaan ubatan manakala rawatan bukan farmakologi tidak melibatkan penggunaan ubatan.

Daripada hasil kajian Jakobsson, Hallberg & Westergren (2004), didapati tahap kesakitan tiada perkaitan nyata dengan bilangan strategi yang digunakan untuk menghadapi kesakitan kronik dan penggunaan pelbagai strategi untuk menghadapi kesakitan tidak semestinya dapat mengurangkan kesakitan.

2.5.1 Rawatan farmakologi

Rawatan farmakologi yang digunakan dalam perawatan kesakitan kronik adalah sama seperti kesakitan akut, iaitu ubatan analgesik. Ubat analgesik adalah ubat yang paling lazim diambil oleh pesakit dengan kesakitan kronik. Ubat analgesik diklasifikasikan berdasarkan jenisnya. Contohnya, narkotik seperti *fentanyl*, non-narkotik seperti *aspirin* dan *tramadol*, opioid seperti *codeine* dan *nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)* seperti *ibuprofen*, *ketoprofen*, *naproxen* dan *celecoxib (celebrex)*. *NSAIDs* bertindak sebagai ubat anti-inflamasi, analgesik dan *antipyretic* (Mycek, Harvey & Champe 2003). Hasil kajian Clark (2002) menunjukkan bahawa *NSAIDs* adalah paling lazim dipreskripsikan kepada pesakit dengan kesakitan kronik, diikuti dengan opioid dan akhirnya non-narkotik (*acetaminophen*). Helme (2001) pula menyatakan bahawa ubat narkotik jarang digunakan dalam kesakitan kronik.

Pada permulaan rawatan, ubat yang diberi lazimnya pada dos yang kecil, kemudian diubahsuai kepada dos yang berpatutan secara perlahan-lahan. Menurut Clark (2002), pesakit dengan kesakitan kronik biasanya dipreskripsikan lebih daripada sejenis ubat analgesik. Meadows (2004) menyatakan bahawa penggunaan kombinasi ubatan analgesik yang berlainan kumpulan pada dos ubat yang rendah biasanya adalah lebih efektif daripada hanya mengambil sejenis ubat analgesik dengan dos yang tinggi.

Selain itu, ubat depresan, ubat sedatif dan hipnotik juga digunakan pada pesakit yang mengalami kesukaran tidur serta tekanan dan kebimbangan yang lebih akibat kesakitan kronik. Ubat anti-sawan seperti *gabapentin (Neurontin)* juga digunakan untuk pesakit dengan kesakitan kronik.

2.5.2 Rawatan bukan farmakologi

Rawatan bukan farmakologi adalah satu kaedah pengurusan kesakitan sendiri. Menurut Cohen, Nicholas & Bland (2000) dipetik dari Blyth, March, Nicholas & Cousins (2005), didapati bahawa pengurusan simptom kesakitan kronik secara sendiri mempunyai perkaitan dengan hasil rawatan kesakitan kronik yang lebih berkesan.

Pengurusan kesakitan kronik dengan strategi bukan farmakologi tidak berisiko kepada pesakit. Mekanisme rawatan bukan farmakologi ini diterangkan melalui teori kawalan pintu pagar.

Rawatan bukan farmakologi meliputi terapi fizikal seperti ketegangan dan senaman, mengurut, akupunktur, psikoterapi, pengenduran otot, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), aplikasi pek panas atau sejuk pada lokasi kesakitan, berehat, pengalihan perhatian terhadap kesakitan kronik, pemikiran positif, meditasi, mendapatkan sokongan sosial dan melibatkan diri dalam aktiviti sosial (Aetna IntelliHealth 2005).

Menurut Blyth *et al.* (2005), senaman, penglibatan dalam aktiviti sosial merupakan strategi aktif manakala berehat, aplikasi pek panas/sejuk, urutan dan mandi dengan air panas merupakan strategi pasif. Strategi pasif adalah 4 kali lebih kerap digunakan oleh pesakit dengan kesakitan kronik berbanding strategi aktif. Kong, Woon & Yang (2004) pula menyatakan akupunktur merupakan strategi bukan farmakologi yang lazim digunakan oleh pesakit dalam kajian mereka yang kebanyakan terdiri daripada bangsa Cina dan juga mudah didapati di kawasan kajian mereka, iaitu Singapore.

Hasil kajian Jakobsson, Hallberg & Westergren (2004) pula mendapati pengambilan ubatan, pengalihan perhatian dan berehat merupakan strategi yang

lazim digunakan dalam rawatan kesakitan kronik manakala TENS dan mendapatkan bantuan kumpulan sokongan merupakan strategi yang paling jarang digunakan dalam rawatan kesakitan kronik. Kajian Blyth *et al.* (2005) mendapati bahawa senaman, pengambilan ubatan, berehat dan aplikasi pek panas atau sejuk adalah strategi yang paling lazim digunakan.

Di samping itu, kajian Rippentrop *et al.* (2005) menunjukkan amalan keagamaan berkait secara songsang dengan kesihatan fizikal pesakit. Seseorang yang mempunyai kesakitan kronik dan mengalami gangguan kesihatan fizikal adalah lebih cenderung melibatkan diri dalam kegiatan keagamaan.

2.6 Kesan Kesakitan Kronik Ke Atas Aktiviti Hidup Sehari-hari (AHS), Psikologikal Dan Ekonomi Pesakit

Keadaan sakit, bimbang, rasa tertekan dan ketidakberkesanan dalam pengurusan kesakitan kronik pesakit menyebabkan seseorang tidak berupaya melakukan AHS dengan sendiri. Kajian Scudds & Robertson (1998) menunjukkan bahawa sakit berkaitan dengan sistem otot rangka berkait rapat dengan ketidakupayaan fizikal.

Breen (2002) menyatakan kesakitan kronik memberi kesan dalam perubahan aspek fizikal seperti makan, berehat dan tidur, mengakibatkan pesakit tidak berupaya melakukan aktiviti dan kerap berehat, perubahan dalam mobiliti, dan mengakibatkan pesakit hilang keupayaan melakukan AHS. Kajian yang dilakukan oleh Aisyaturridiha (2003) ke atas pesakit di HUSM menunjukkan terdapat perkaitan yang signifikan antara tahap kesakitan kronik dan tahap gangguan AHS. Selain itu, kajian Denison, Asenlof & Lindberg (2004) juga menunjukkan terdapat perkaitan yang sederhana ($r = 0.43$) antara tahap kesakitan kronik dengan tahap gangguan AHS.

Terdapat kajian menunjukkan kesakitan kronik memberi kesan ke atas kualiti hidup pesakit dan ia bergantung kepada tahap, tempoh dan had keluasan kesakitan. Pesakit dengan tahap kesakitan kronik yang lebih teruk, tempoh kesakitan kronik yang lebih panjang dan mempunyai pelbagai lokasi kesakitan kronik akan mengalami lebih banyak gangguan kualiti hidup dan sebaliknya (Korsinski *et al.* 2005). Kajian mereka juga menunjukkan pesakit yang mengalami lebih banyak pengurangan tahap kesakitan selepas menggunakan strategi tertentu, kualiti hidup mereka juga meningkat.

Blyth *et al.* (2005) mendapati 73.5% daripada pesakit mereka mengalami gangguan corak tidur akibat daripada kesakitan kronik. Palermo & Kriska (2005) juga menyatakan pesakit dengan kesakitan kronik kerap terjaga pada waktu malam, sukar hendak lelap tidur, bangun pada awal pagi, dan perasaan mengantuk yang berlebihan pada siang hari akibat pengaruh kesakitan kronik. Malah, Palermo & Kriska (2005) juga mendapati terdapat perkaitan positif yang rendah (0.23) antara tahap kesakitan kronik dengan tahap gangguan corak tidur.

Selain itu, Rippentrop *et al.* (2005) mendapati 30% daripada pesakit mereka tidak bekerja disebabkan oleh kesakitan kronik yang dialami. Korsinski *et al.* (2005) juga melaporkan bahawa pesakit dengan kesakitan kronik akan melaporkan lebih daripada 2 kali ketidakupayaannya untuk melakukan kerja berbanding dengan pesakit yang tiada kesakitan. Cook, Roberts, Henderson, Winkle, Chastain & Hamill-Ruth (2004) pula mendapati terdapat perkaitan sederhana yang positif antara tahap kesakitan kronik dan tahap gangguan pekerjaan ($r = 0.65$).

Scudds & Robertson (1998) pula mendapati pesakit dalam kajian mereka mengalami kesusahan naik tangga (41.9%), corak mandi berubah (36.4%), gangguan pemakaian pakaian (26.4%), gangguan pergerakan (33.8%), kesusahan dalam penyediaan makanan (18%) dan gangguan kebersihan diri (21.0%).

Menurut kajian Zarit, Griffiths & Berg (2004), terdapat perkaitan antara tahap kesakitan dan mobiliti, yang mana tahap kesakitan yang tinggi berkait dengan keupayaan mobiliti yang rendah.

Kajian daripada Cruz, Pimenta, Kurita & Oliveira (2004) menunjukkan tahap ketidakmampuan dan pergantungan pesakit pada orang lain untuk melakukan aktiviti adalah bergantung kepada ciri-ciri kesakitan, aspek psikososial dan budaya mereka. Hasil kajian mereka mendapati sekurang-kurangnya 60% daripada pesakit mereka bergantung kepada penjaganya dan aktiviti yang paling kerap memerlukan bantuan orang lain adalah semasa pergi ke tandas. Menurut Mobily, Herr, Clark & Wallace (1994) dipetik dari Jakobssen, Hallberg & Westergren (2004), perkaitan positif antara kesakitan dan keupayaan warga emas melakukan AHS dan seseorang yang memerlukan bantuan semasa melakukan AHS adalah orang yang dipengaruhi oleh kesakitan.

Menurut Viane, Crombez, Eccleston, Devulder & Corte (2004), pesakit yang dapat menerima kesakitan kroniknya tidak akan bersikap pasif, tetapi cuba melibatkan diri dalam melakukan dan menyempurnakan AHSnya. Ini bermaksud kesan kesakitan kronik ke atas AHS juga dipengaruhi oleh sikap pesakit untuk menerima kesakitannya.

Perubahan psikologi juga merupakan kesan kesakitan kronik. Kajian Breen (2002) mengenalpasti bahawa kesakitan kronik mengakibatkan perubahan psikologi pesakit. Hampir 50% daripada pesakit dengan kesakitan kronik mengalami perasaan tertekan yang serius (Rippentrop *et al.* 2005). Perkaitan antara kesakitan kronik dan perasaan tertekan adalah mekanisme sebab-akibat dua hala (Smith 2002). Kajian Zarit, Griffiths & Berg (2004) mendapati bahawa tahap kesakitan adalah berkait dengan perasaan tertekan, malah Verhaak *et al.* (1998) juga mendapati terdapat perkaitan positif antara kesakitan kronik dan simptom psikologi.