

HASIL SOAL SELIDIK PESAKIT

Tuan/Puan,

Kami amat berterima kasih jika anda dapat meluangkan sedikit masa untuk menyertai tinjauan kami tentang bagaimana keadaan dan perasaan pesakit selepas menjalani pembedahan. Tinjauan ini bertujuan menambahbaikkan rawatan menahan kesakitan selepas pembedahan di jabatan kami.

Penyertaan anda adalah secara sukarela dan maklumat yang anda berikan akan dirahsiakan. Ini bermaksud nama anda atau apa jua bentuk identifikasi lain (di dalam soal selidik ini akan dipadam setelah anda memulangkannya dan) akan dipadamkan daripada soal selidik setelah anda memulangkannya dan tidak akan disertakan dalam sebarang rekod yang kami simpan.

Jawapan-jawapan soal selidik ini tidak akan dikongsi dengan pasukan perubatan dan jururawat yang merawat anda di wad.

Kami menjamin yang rawatan yang akan tuan/puan terima adalah serupa sama ada anda mengambil bahagian di dalam soal selidik ini ataupun tidak.

Terima kasih.

SOAL SELIDIK PESAKIT

Berikut adalah soalan-soalan mengenai kesakitan yang anda alami semenjak anda menjalani pembedahan.

P1. Menggunakan skala di bawah, sila pilih tahap kesakitan **paling teruk** yang anda alami semenjak anda menjalani pembedahan:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tiada kesakitan

kesakitan paling teruk

P2. Menggunakan skala di bawah, sila pilih tahap kesakitan **paling minima** yang anda alami semenjak anda menjalani pembedahan:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tiada kesakitan

kesakitan paling teruk

P3. Berapakah kerap anda merasa **kesakitan yang teruk** semenjak anda menjalani pembedahan? Sila bulatkan anggaran yang terbaik dari segi peratusan masa dimana anda mengalami **kesakitan yang teruk**:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

tidak pernah mengalami kesakitan yang teruk

selalu mengalami kesakitan yang teruk

P4. Sila bulatkan salah satu nombor di bawah yang paling tepat menggambarkan sejauh mana, semenjak anda menjalani pembedahan, kesakitan tersebut, **mengganggu atau menghalang anda daripada ...**

a. melakukan **aktiviti di atas katil** seperti memusingkan badan, duduk, menukar posisi badan:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tidak mengganggu

sangat mengganggu

b. bernafas secara mendalam atau batuk:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tidak mengganggu

sangat mengganggu

c. tidur:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tidak mengganggu

sangat mengganggu

d. Adakah anda **meninggalkan katil anda** semenjak menjalani pembedahan?

☐ Ya

☐ Tidak

Jika ya, sejauh manakah **rasa sakit tersebut mengganggu atau menghalang anda daripada melakukan aktiviti-aktiviti di luar katil** seperti berjalan, duduk di atas kerusi, berdiri di singki?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tidak mengganggu

sangat mengganggu

SOAL SELIDIK PESAKIT

P5. Rasa sakit boleh menjejaskan ragam angin(mood) dan emosi kita. Menggunakan skala ini, sila bulatkan satu nombor yang paling tepat menggambarkan sejauh mana, semenjak anda menjalani pembedahan, **kesakitan telah menyebabkan anda berasa:**

a. **gelisah**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

langsung tidak

teramat sangat

b. **tidak berdaya**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

langsung tidak

teramat sangat

P6. Adakah anda mengalami **kesan-kesan sampingan** yang berikut semenjak menjalani pembedahan? Sila bulatkan "0" jika tidak; jika ya, bulatkan satu nombor yang paling tepat menggambarkan tahap keterukan setiap keadaan tersebut:

a. **Rasa loya**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tiada

teruk

b. **Mengantuk**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tiada

teruk

c. **Rasa gatal**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tiada

teruk

d. **Pening**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tiada

teruk

P7. Semenjak anda menjalani pembedahan, sejauh mana **kelegaan kesakitan** yang telah anda terima? Sila bulatkan peratusan yang paling tepat menggambarkan tahap keredaan yang anda terima daripada kesemua rawatan untuk **menahan kesakitan** (rawatan menggunakan ubat dan rawatan tanpa ubat):

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

tidak meredakan kesakitan

meredakan kesakitan sepenuhnya

P8. Adakah anda inginkan **LEBIH BANYAK rawatan menahan kesakitan** daripada yang anda terima?

☐ Ya

☐ Tidak

P9. Adakah anda menerima sebarang **maklumat** tentang pilihan-pilihan **rawatan menahan kesakitan** yang sedia ada?

☐ Ya

☐ Tidak

SOAL SELIDIK PESAKIT

P10. Adakah anda **dibenarkan melibatkan diri dalam membuat keputusan tentang rawatan untuk menahan kesakitan** anda seperti mana yang anda ingini?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

langsung tidak tentu sekali

P11. Sila bulatkan salah satu nombor di bawah yang paling tepat menggambarkan tahap **kepuasan** anda dengan hasil **rawatan menahan kesakitan** anda semenjak menjalani pembedahan:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

amat tidak puas hati amat puas hati

P12. Adakah anda menggunakan atau menerima sebarang **rawatan tanpa ubat** (non-medicine method) untuk meredakan kesakitan anda?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika ya, **tandakan semua** yang berkenaan:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pek sejuk | <input type="checkbox"/> meditasi | <input type="checkbox"/> bernafas secara mendalam |
| <input type="checkbox"/> rawatan haba | <input type="checkbox"/> akupunktur | <input type="checkbox"/> sembahyang |
| <input type="checkbox"/> bercakap dengan kakitangan perubatan | <input type="checkbox"/> berjalan | <input type="checkbox"/> urut |
| <input type="checkbox"/> bercakap dengan kawan/saudara -mara | <input type="checkbox"/> bersantai | <input type="checkbox"/> imejan atau pembayangan |
| <input type="checkbox"/> TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) | | |
| <input type="checkbox"/> alihkan perhatian (seperti menonton TV, mendengar muzik, membaca) | | |
| <input type="checkbox"/> lain (sila nyatakan): <input type="text"/> | | |

P13. Adakah anda mengalami **kesakitan yang berterusan selama 3 bulan** atau lebih daripada 3 bulan sebelum datang ke hospital untuk menjalani pembedahan ini?

☐ Ya ☐ Tidak

a. Jika ya, apakah **tahap kesakitan** tersebut pada kebanyakan masa?

Sila bulatkan nombor yang menggambarkaninya.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

tiada kesakitan kesakitan paling teruk

b. Jika ya, **di manakah kesakitan berterusan** ini dirasakan?

- ☐ Di tempat yang dibedah ☐ Di tempat selain daripada tempat yang dibedah
- ☐ Kedua-dua sekali (di tempat yang dibedah dan tempat selain daripada tempat yang dibedah)

Terima kasih kerana meluangkan masa untuk memberikan maklum balas

To be filled in by the research assistant

Research assistant code:

Patient was interviewed: ☐ Yes ☐ No

If yes, please mark the reason(s):

- ☐ Too ill / weak ☐ Too much pain ☐ Requested assistance ☐ Did not understand scales
- ☐ Technical reasons (patient has no eyeglasses / is blind; can not sit up; is illiterate; arm is in cast; etc)