

Kesihatan - *dan* - Kesejahteraan Anda

Borang Soal Selidik Mengenai Gejala Yang Berkaitan Dengan Berat Badan (WRSM)

Borang soal selidik ini meminta pandangan anda tentang kesihatan dan berat badan anda.



***Terima kasih kerana melengkapkan borang soal
selidik ini!***

Arahan untuk melengkapkan borang soal selidik kualiti hidup oleh peserta kajian

- 1) Borang soal selidik ini adalah bahagian penting penilaian perubatan keseluruhan anda. Soalan-soalannya telah dikarang untuk mengumpul maklumat mengenai bagaimana kesihatan anda telah menjejaskan kualiti hidup anda menurut pandangan anda sendiri.
- 2) Lengkapkan borang soal selidik ini dengan menggunakan pena mata bulat. Tekan dengan kuat dan tulis dengan kemas untuk memastikan jawapannya adalah terang dan boleh dibaca.
- 3) Sila luangkan masa untuk membaca dan menjawab setiap soalan dengan teliti. Sesetengah soalan mungkin kelihatan seperti yang lain, tetapi setiap satu adalah berbeza.
- 4) Sila jawab setiap soalan dengan menandakan ☒ di dalam kotak yang paling baik menerangkan jawapan anda. Anda boleh menukar jawapan dengan meletakkan satu garisan (☒) merentasi pilihan yang ingin ditukar dan menandakan ☒ di dalam kotak yang sepadan dengan pilihan yang baru.
- 5) Tiada jawapan yang betul mahupun yang salah. Jika anda kurang pasti dengan cara untuk menjawab sesuatu soalan, sila berikan jawapan yang terbaik mungkin.
- 6) Jawapan anda adalah rahsia. Penyelaras kajian hanya akan memeriksa bahawa ia telah diisi dengan lengkap dan tidak akan berkongsi jawapan anda dengan kakitangan klinikal yang lain.

Gejala Yang Berkaitan Dengan Berat Badan dan Sejah Mana Ia Mengganggu Anda

Untuk setiap soalan berikut, baca senarai gejala di bawah, dan tandakan ☒ di dalam satu kotak yang paling baik menerangkan jawapan anda.

a. <u>Dalam masa 4 minggu yang lalu</u> , adakah anda mempunyai gejala-gejala berikut?			b. Jika Ya, sejauh mana gejala-gejala ini mengganggu anda?						
Tiada	Ya	GEJALA	Tidak sama sekali	Jarang	Lebih kurang	Sederhana	Agak banyak	Sangat Banyak	Sangat banyak sekali
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sesak nafas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Keletihan	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Masalah tidur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Peka kepada sejuk	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Dahaga semakin bertambah	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Semakin cepat marah	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sakit belakang	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Kerap buang air kecil	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sakit pada sendi (pinggul, lutut, dll.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Penampungan air (di bawah kulit)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Masalah tapak kaki dan buku lali	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Peka kepada panas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Berdengkur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(Sila lihat muka surat sebelah)

(Bersambung...)

a. Dalam masa 4 minggu yang lalu, adakah anda mempunyai gejala-gejala berikut?			b. Jika Ya, sejauh mana gejala-gejala ini mengganggu anda?						
Tiada	Ya	GEJALA	Tidak sama sekali	Jarang	Lebih kurang	Sederhana	Agak banyak	Sangat Banyak	Sangat banyak sekali
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Selera bertambah	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Air kencing menitis keluar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Pening-pening lalat	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Peluh yang bertambah	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Kehilangan nafsu seks	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Stamina fizikal yang menurun	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Masalah kulit (seperti ruam,dll)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Sila pergi semula ke soalan-soalan yang baru sahaja dijawab untuk memastikan bahawa anda tidak tertinggal sebarang perkara.

Terima kasih kerana melengkapkan borang soal selidik ini!