

# SOAL SELIDIK KESIHATAN PESAKIT (PHQ)

Soal selidik ini adalah satu bahagian penting untuk memberikan anda penjagaan kesihatan yang terbaik yang mungkin. Jawapan-jawapan anda akan membantu dalam memahami masalah-masalah yang anda mungkin alami. Sila jawab setiap soalan dengan paling baik menurut keupayaan anda kecuali jika anda diminta untuk melangkaui mana-mana soalan.

Nama \_\_\_\_\_ Umur \_\_\_\_\_ Jantina:  Perempuan  Lelaki Tarikh hari ini \_\_\_\_\_

1. Dalam tempoh 4 minggu yang lalu, sejauh manakah anda telah terganggu oleh sebarang masalah yang berikut?	Tidak terganggu	Telah sedikit terganggu	Telah banyak terganggu
a. Sakit perut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sakit belakang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sakit pada bahagian tangan, kaki atau sendi anda (lutut, pinggang, dsb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sakit semasa datang haid atau masalah lain berkenaan dengan haid anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sakit atau masalah semasa perhubungan seksual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sakit dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pening kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Penganan untuk seketika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Rasa jantung berdegup kuat atau cepat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Sesak nafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Sembelit, kerap buang air besar atau cirit-birit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Loya, rasa perut kembung atau ketakcernaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Dalam tempoh 2 minggu yang lalu, berapa kerapkah anda telah terganggu oleh sebarang masalah yang berikut?	Tiada langsung	Beberapa hari	Lebih daripada 7 hari	Hampir setiap hari
a. Kurang berminat atau keseronokan dalam melakukan sesuatu perkara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rasa sedih, tidak gembira atau putus asa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Masalah untuk tidur atau tidur nyenyak atau tidur berlebihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Rasa letih atau mempunyai sedikit tenaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kurang selera atau makan berlebihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Rasa buruk mengenai diri anda — atau anda seorang yang gagal atau anda telah menyebabkan diri anda atau keluarga anda kecewa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Masalah untuk menumpukan perhatian ke atas sesuatu perkara seperti membaca surat khabar atau menonton televisyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Bergerak atau bercakap terlalu perlahan sehinggakan orang lain perasan? Atau sebaliknya — menjadi sangat resah atau gelisah sehinggakan anda telah bergerak dengan banyak daripada biasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Memikirkan adalah lebih baik saja jika anda mati atau mencederakan diri sendiri dalam beberapa cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.

Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

---

**3. Soalan-soalan mengenai kebimbangan.**

- |    |   |  |                                       |
|----|---|--|---------------------------------------|
| a. | Dalam tempoh 4 minggu yang lalu, pernahkah anda mengalami serangan masalah kebimbangan — tiba-tiba berasa takut atau panik? | <b>TIDAK</b><br><input type="checkbox"/> | <b>YA</b><br><input type="checkbox"/> |
|----|---|--|---------------------------------------|

**Jika anda menandakan "TIDAK", terus ke soalan #5.**

---

b.	Pernahkah ini berlaku sebelum ini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Adakah beberapa daripada serangan-serangan ini datang secara tiba-tiba tanpa disedari — iaitu, dalam keadaan di mana anda tidak sepatutnya gelisah atau tidak selesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Adakah serangan-serangan ini mengganggu anda dengan banyak atau adakah anda bimbang tentang mengalami satu serangan lagi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**4. Fikirkan tentang serangan masalah kebimbangan anda yang buruk yang terakhir.****TIDAK**                      **YA**

---

a.	Adakah anda sesak nafas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Adakah jantung anda berdegup cepat, berdegup kuat atau berhenti seketika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Adakah anda mengalami sakit dada atau tekanan pada dada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Adakah anda berpeluh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Adakah anda rasa seolah-olah anda sedang tercekik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Adakah anda rasa panas atau rasa sejuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Adakah anda rasa loya atau perut tidak selesa atau rasa seperti anda akan mengalami cirit-birit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Adakah anda rasa pening, tidak stabil atau pitam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Adakah anda rasa berdenyut-denyut atau kebas pada bahagian tubuh anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Adakah anda menggeletar atau menggigil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Adakah anda rasa takut bahawa anda akan mati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**5. Dalam tempoh 4 minggu yang lalu, berapa kerapkah anda telah terganggu oleh sebarang masalah yang berikut?****Tiada langsung**                      **Beberapa hari**                      **Lebih daripada setengah tempoh itu**

---

a.	Rasa gemuruh, bimbang, gelisah atau sangat risau tentang pelbagai perkara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Jika anda menandakan "Tiada langsung", terus ke soalan #6.**

---

b.	Rasa gelisah sehinggakan sukar untuk duduk diam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Sangat mudah menjadi penat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Ketegangan, sakit atau bisa otot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Masalah untuk tidur atau tidur nyenyak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Masalah dalam menumpukan perhatian terhadap perkara-perkara seperti membaca buku atau menonton TV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Mudah menjadi marah atau meradang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

<b>6. Soalan-soalan berkaitan makan.</b>			
a.	Adakah anda kerap merasa yang anda tidak boleh mengawal <u>apa</u> atau <u>berapa banyak</u> anda makan?	<b>TIDAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>YA</b> <input type="checkbox"/>
b.	Adakah anda selalu makan, dalam sebarang selang 2 jam, apa yang kebanyakan orang anggap sebagai jumlah makanan yang <u>banyak</u> yang luar biasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Jika anda menandakan "TIDAK" pada sama ada #a atau #b, terus ke soalan #9.</b>			
c.	Adakah perkara ini sudah selalu berlaku, secara purata, dua kali seminggu sepanjang 3 bulan yang lepas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Dalam tempoh 3 bulan yang lalu adakah anda <u>kerap</u> melakukan sebarang perkara yang berikut untuk mengelak daripada pertambahan berat badan?</b>		<b>TIDAK</b>	<b>YA</b>
a.	Membuatkan diri anda muntah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Mengambil lebih daripada dua kali dos laksatif yang disarankan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Telah berpuasa — tidak mengambil sebarang makanan sama sekali sepanjang tempoh sekurang-kurangnya 24 jam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Telah bersenam lebih daripada sejam terutamanya untuk mengelak daripada pertambahan berat badan selepas makan mengikut nafsu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Sekiranya anda menandakan "YA" pada sebarang cara-cara tersebut bagi mengelak daripada pertambahan berat badan, adakah ia selalu berlaku, secara purata, dua kali seminggu?</b>		<b>TIDAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>YA</b> <input type="checkbox"/>
<b>9. Pernahkah anda minum alkohol (termasuk bir atau wain)?</b>		<b>TIDAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>YA</b> <input type="checkbox"/>
<b>Jika anda menandakan "TIDAK", terus ke soalan #11.</b>			
<b>10. Pernahkah sebarang perkara berikut berlaku kepada anda <u>lebih</u> daripada sekali dalam tempoh 6 bulan yang lalu?</b>		<b>TIDAK</b>	<b>YA</b>
a.	Anda minum alkohol walaupun doktor menyarankan bahawa anda berhenti minum disebabkan masalah dengan kesihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Anda telah minum alkohol, perasaan menjadi sangat gembira akibat alkohol atau menjadi pening semasa bekerja, ke sekolah atau menjaga kanak-kanak atau menjalankan tanggungjawab yang lain kerana terlampau banyak minum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Anda tidak hadir atau lambat untuk ke tempat kerja, sekolah atau aktiviti-aktiviti yang lain kerana anda minum alkohol atau menjadi pening kerana terlampau banyak minum alkohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Anda mengalami masalah bergaul dengan orang lain semasa anda minum alkohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Anda memandu kereta selepas mengambil beberapa gelas alkohol atau selepas minum dengan terlampau banyak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Jika anda menandakan <u>sebarang</u> masalah pada soal selidik ini, sejauh manakah masalah-masalah tersebut membuatkan anda <u>sukar</u> untuk membuat kerja anda, menguruskan kerja-kerja di rumah atau bergaul dengan orang lain?</b>			
<b>Tidak mempunyai kesukaran langsung</b>	<b>Agak sukar</b>	<b>Sangat sukar</b>	<b>Terlampau sukar</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank. Alc Abu if any of #10a-e IS 'YES'.

Dibangunkan oleh Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B. Williams dan Dr. Kurt Kroenke dan rakan-rakan, dengan bantuan pembiayaan pendidikan dari Pfizer Inc. Tiada kebenaran diperlukan untuk menghasilkan semula, menterjemah, mempamer atau mengedar.