

SOAL-SELIDIK FAEDAH REHABILITASI KESEIMBANGAN (My-VRBQ)

Borang soal selidik ini bertujuan untuk mengetahui tentang masalah pening yang anda pernah alami dalam kehidupan seharian pada minggu-minggu sebelum ini. Anda diingatkan supaya **tidak mencampurkan masalah lain yang tidak berkaitan dengan masalah pening yang anda pernah alami** ketika menjawab borang soal selidik ini.

Sila jawab semua pernyataan yang berikut dengan membulatkan satu sahaja pilihan jawapan.

BAHAGIAN A – Tanda-tanda yang anda alami

Bahagian ini mengandungi pernyataan tentang **kekerapan anda mengalami tanda-tanda yang berikut.**

1. Saya berasa pening.

setiap masa	sangat kerap	agak kerap	kadang-kadang	jarang	sangat jarang	tidak pernah
-------------	--------------	------------	---------------	--------	---------------	--------------

2. Saya berasa badan saya seperti sesemut, dicucuk-cucuk atau kebas.

setiap masa	sangat kerap	agak kerap	kadang-kadang	jarang	sangat jarang	tidak pernah
-------------	--------------	------------	---------------	--------	---------------	--------------

3. Saya berasa benda di sekeliling saya seolah-olah berpusing atau bergerak.

setiap masa	sangat kerap	agak kerap	kadang-kadang	jarang	sangat jarang	tidak pernah
-------------	--------------	------------	---------------	--------	---------------	--------------

4. Saya berasa jantung saya seperti berdebar-debar atau berdegup kencang.

setiap masa	sangat kerap	agak kerap	kadang-kadang	jarang	sangat jarang	tidak pernah
-------------	--------------	------------	---------------	--------	---------------	--------------

5. Saya berasa tidak seimbang dan seolah-olah hendak jatuh.

setiap masa	sangat kerap	agak kerap	kadang-kadang	jarang	sangat jarang	tidak pernah
-------------	--------------	------------	---------------	--------	---------------	--------------

6. Saya mempunyai masalah untuk bernafas atau berasa sesak nafas.

setiap masa	sangat kerap	agak kerap	kadang-kadang	jarang	sangat jarang	tidak pernah
-------------	--------------	------------	---------------	--------	---------------	--------------

ID:
Session:
Date:

Bahagian ini mengandungi pernyataan tentang **tahap masalah pening yang anda alami apabila anda melakukan sesuatu pergerakan**.

Jangan bulatkan pilihan jawapan “*tidak pening langsung*” jika anda mengelak dari melakukan pergerakan tersebut. Sebaiknya sebelum menjawab pernyataan-pernyataan yang berikut, anda dinasihatkan untuk cuba melakukan pergerakan tersebut atau meminta pandangan terapis keseimbangan anda.

7. Apabila saya membongkok atau menundukkan badan, saya berasa

tidak pening langsung	sangat sedikit pening	sedikit pening	sederhana pening	agak pening	sangat pening	terlampau pening
-----------------------	-----------------------	----------------	------------------	-------------	---------------	------------------

8. Apabila saya baring dan/atau beralih posisi ke kiri dan ke kanan di atas katil, saya berasa

tidak pening langsung	sangat sedikit pening	sedikit pening	sederhana pening	agak pening	sangat pening	terlampau pening
-----------------------	-----------------------	----------------	------------------	-------------	---------------	------------------

9. Apabila saya mendongakkan kepala ke atas, saya berasa

tidak pening langsung	sangat sedikit pening	sedikit pening	sederhana pening	agak pening	sangat pening	terlampau pening
-----------------------	-----------------------	----------------	------------------	-------------	---------------	------------------

10. Apabila saya menolehkan kepala ke kiri dan ke kanan dengan perlahan-lahan, saya berasa

tidak pening langsung	sangat sedikit pening	sedikit pening	sederhana pening	agak pening	sangat pening	terlampau pening
-----------------------	-----------------------	----------------	------------------	-------------	---------------	------------------

11. Apabila saya menolehkan kepala ke kiri dan ke kanan dengan cepat, saya berasa

tidak pening langsung	sangat sedikit pening	sedikit pening	sederhana pening	agak pening	sangat pening	terlampau pening
-----------------------	-----------------------	----------------	------------------	-------------	---------------	------------------

BAHAGIAN B - Bagaimana masalah pening yang anda alami memberi kesan ke atas diri anda

Sila baca setiap pernyataan di bawah dengan teliti. Beberapa pernyataan yang berikut menggambarkan:

- i) anda mengalami masalah untuk melakukan sesuatu aktiviti, contohnya: ‘mata saya sukar untuk memberi fokus terhadap sesuatu benda’
atau;
ii) anda tidak mengalami sebarang masalah untuk melakukan sesuatu aktiviti, contohnya: ‘saya berasa selesa untuk pergi melancong’

Jika terdapat pernyataan yang tidak berkaitan dengan anda, sila bulatkan pilihan jawapan ‘*sama seperti dahulu*’ untuk mengelakkan pernyataan itu tidak berjawab.

12. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya berasa selesa untuk pergi melancong.

sangat selesa	agak selesa	sedikit selesa	sama seperti dahulu	sedikit tidak selesa	agak tidak selesa	sangat tidak selesa
---------------	-------------	----------------	---------------------	----------------------	-------------------	---------------------

13. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya berasa yakin terhadap diri saya sendiri.

sangat yakin	agak yakin	sedikit yakin	sama seperti dahulu	sedikit tidak yakin	agak tidak yakin	sangat tidak yakin
--------------	------------	---------------	---------------------	---------------------	------------------	--------------------

14. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya berasa sukar untuk menguruskan diri sendiri (contoh: cuci rambut, gosok gigi, pakai baju dan sebagainya).

sangat sukar	agak sukar	sedikit sukar	sama seperti dahulu	sedikit mudah	agak mudah	sangat mudah
--------------	------------	---------------	---------------------	---------------	------------	--------------

15. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya berasa selesa untuk keluar seorang diri.

sangat selesa	agak selesa	sedikit selesa	sama seperti dahulu	sedikit tidak selesa	agak tidak selesa	sangat tidak selesa
---------------	-------------	----------------	---------------------	----------------------	-------------------	---------------------

16. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya mudah untuk memberikan tumpuan terhadap sesuatu perkara dan/atau mengingati sesuatu perkara.

sangat mudah	agak mudah	sedikit mudah	sama seperti dahulu	sedikit sukar	agak sukar	sangat sukar
--------------	------------	---------------	---------------------	---------------	------------	--------------

17. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya perlu berpaut pada sesuatu untuk mengimbangi diri.

sangat perlu	agak perlu	sedikit perlu	sama seperti dahulu	sedikit tidak perlu	agak tidak perlu	sangat tidak perlu
--------------	------------	---------------	---------------------	---------------------	------------------	--------------------

ID:
Session:
Date:

18. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya berasa kualiti hidup saya baik.

sangat baik	agak baik	sedikit baik	sama seperti dahulu	sedikit teruk	agak teruk	sangat teruk
-------------	-----------	--------------	---------------------	---------------	------------	--------------

19. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya mengelak daripada melakukan beberapa aktiviti, pergerakan atau berada dalam situasi tertentu.

sangat mengelak	agak mengelak	sedikit mengelak	sama seperti dahulu	sedikit tidak mengelak	agak tidak mengelak	sangat tidak mengelak
-----------------	---------------	------------------	---------------------	------------------------	---------------------	-----------------------

20. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya berasa gembira dapat bergantung pada diri saya sendiri.

sangat gembira	agak gembira	sedikit gembira	sama seperti dahulu	sedikit tidak gembira	agak tidak gembira	sangat tidak gembira
----------------	--------------	-----------------	---------------------	-----------------------	--------------------	----------------------

21. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya berasa stabil apabila berada dalam keadaan gelap atau apabila saya memejamkan mata.

sangat stabil	agak stabil	sedikit stabil	sama seperti dahulu	sedikit tidak stabil	agak tidak stabil	sangat tidak stabil
---------------	-------------	----------------	---------------------	----------------------	-------------------	---------------------

22. Jika dibandingkan dengan keadaan sebelum saya mengalami masalah pening ini, **sekarang** saya melibatkan diri dalam aktiviti-aktiviti sosial.

sangat melibatkan diri	agak melibatkan diri	sedikit melibatkan diri	sama seperti dahulu	sedikit tidak melibatkan diri	agak tidak melibatkan diri	sangat tidak melibatkan diri
------------------------	----------------------	-------------------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	------------------------------

(Contoh aktiviti-aktiviti sosial: menghadiri keramaian, bergotong-royong dan sebagainya)