

PAR-Q+

Borang Soal Selidik Kesiediaan Beraktiviti Fizikal Untuk Semua Orang

Faedah kesihatan daripada melakukan aktiviti fizikal secara tetap adalah jelas; lebih ramai orang seharusnya melibatkan diri dalam aktiviti fizikal setiap hari. Melibatkan diri dalam aktiviti fizikal adalah sangat selamat untuk **KEBANYAKAN** orang. Borang soal selidik ini akan memaklumkan anda sama ada anda perlu mendapatkan nasihat lanjutan daripada doktor **ATAU** ahli senaman profesional berkelayakan sebelum anda menjadi lebih aktif secara fizikal.

SOALAN MENGENAI KESIHATAN UMUM

| Sila baca 7 soalan di bawah dengan teliti dan jawab setiap soalan secara jujur: tandakan YA atau TIDAK | YA | TIDAK |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Pernahkah doktor anda memberitahu bahawa anda mempunyai kondisi jantung <input type="checkbox"/> ATAU tekanan darah tinggi <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Adakah anda berasa sakit dada semasa rehat, ketika menjalankan aktiviti kehidupan harian, ATAU semasa melakukan aktiviti fizikal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Dalam 12 bulan yang lepas, pernahkah anda hilang keseimbangan badan kerana kepeningan ATAU pernah hilang kesedaran? Sila jawab TIDAK jika kepeningan disebabkan oleh pernafasan berlebihan (termasuk semasa senaman bertenaga tinggi). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Pernahkah doktor anda mendiagnosis anda menghidap penyakit kronik lain (selain daripada penyakit jantung atau tekanan darah tinggi)? SILA SENARAIKAN PENYAKIT DI SINI _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Adakah anda sedang mengambil preskripsi ubat untuk penyakit kronik? SILA SENARAIKAN PENYAKIT DAN JENIS UBAT DI SINI: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Adakah anda pada masa ini (atau pernah dalam 12 bulan yang lalu) mengalami masalah tulang, sendi, atau tisu lembut (otot, ligamen, atau tendon) yang boleh menjadi lebih teruk jika anda menjadi lebih aktif? Sila jawab TIDAK jika anda mempunyai masalah tersebut sebelum ini tetapi ianya tidak menghadkan keupayaan anda sekarang untuk menjadi aktif secara fizikal. SILA SENARAIKAN KEADAAN DI SINI: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Pernahkah doktor anda mengatakan bahawa anda hanya boleh melakukan aktiviti fizikal dengan penyeliaan perubatan ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jika anda menjawab **TIDAK** kepada semua soalan di atas, anda mendapat pelepasan untuk melakukan aktiviti fizikal. Sila tandatangi **PERAKUAN PESERTA**. Anda tidak perlu melengkapkan Mukasurat 2 – 4.

- Mula menjadi jauh lebih aktif secara fizikal – mulakan secara perlahan-lahan dan tingkatkan secara beransur-ansur.
- Ikuti Garis Panduan Aktiviti Fizikal Antarabangsa berdasarkan umur anda (www.who.int/publications/i/item/9789240015128)
Anda boleh mengambil bahagian dalam penilaian kesihatan dan kecergasan.
- Jika anda berumur melebihi 45 tahun dan **TIDAK** biasa dengan senaman berintensiti tinggi ke maksima secara tetap, sila runding dengan ahli senaman profesional berkelayakan sebelum melibatkan diri dalam intensiti senaman tersebut.
- Sekiranya anda mempunyai pertanyaan lanjut, hubungi ahli senaman profesional berkelayakan.

PERAKUAN PESERTA

Sekiranya anda berumur 18 tahun dan ke bawah **ATAU** memerlukan kebenaran penjaga, ibu bapa atau penjaga anda mesti menandatangani borang ini juga.

Saya, yang bertandatangan di bawah, telah membaca, memahami dengan sepenuhnya dan melengkapkan borang soal selidik ini. Saya mengakui bahawa pelepasan beraktiviti fizikal ini adalah sah selama maksimum 12 bulan dari tarikh ia dilengkapkan dan akan menjadi tidak sah jika keadaan saya bertukar. Saya juga mengakui bahawa pusat komuniti/kecergasan mungkin akan menyimpan satu salinan borang ini sebagai rekod. Jika demikian, pusat tersebut juga termaktub kepada undang-undang kerahsiaan yang terpakai.

NAMA _____ TARIKH _____
TANDATANGAN _____ NAMA SAKSI _____
TANDATANGAN IBU BAPA/PENJAGA _____

Jika anda menjawab **YA** kepada satu atau lebih bagi soalan di atas, **LENGKAPKAN MUKASURAT 2 – 4**

Tanguhkan menjadi lebih aktif jika:

- ✓ Anda mempunyai kesakitan sementara seperti selsema atau demam, ia adalah lebih baik bagi anda untuk tunggu sehingga anda sihat.
- ✓ Anda sedang mengandung – bincang dengan doktor, ahli senaman profesional berkelayakan, dan/atau lengkapkan ePARmed-X+ di www.eparmedx.com sebelum menjadi lebih aktif.
- ✓ Keadaan kesihatan anda berubah – jawab soalan di Mukasurat 2 – 4 dan/atau berbincang dengan doktor/ahli senaman profesional anda sebelum menyambung sebarang program aktiviti fizikal.

PAR-Q+

SOALAN-SOALAN SUSULAN TENTANG KEADAAN PERUBATAN ANDA

| | |
|--|---|
| 1. Adakah anda mempunyai Penyakit Arthritis, Osteoporosis, atau Masalah Tulang Belakang? Jika anda mempunyai keadaan yang dinyatakan di atas, jawab soalan 1a - 1c | Jika TIDAK <input type="checkbox"/> sila ke soalan 2 |
| 1a. Adakah anda menghadapi masalah untuk mengawal kondisi anda dengan ubat atau preskripsi terapi doktor? (Jawab TIDAK jika anda tidak mengambil ubat atau rawatan lain sekarang) | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 1b. Adakah anda mempunyai masalah sendi yang menyebabkan kesakitan, pernah patah tulang baru-baru ini atau patah tulang disebabkan oleh osteoporosis atau kanser, tulang belakang tersesar (cth: <i>spondylolisthesis</i>), dan/atau spondylosis/pars defect (retakan pada bahagian tulang belakang turus spina)? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 1c. Pernahkah anda diberi suntikan steroid atau mengambil pil steroid secara tetap selama 3 bulan dan lebih? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 2. Adakah anda mempunyai apa-apa jenis penyakit Kanser pada masa ini? sekarang? Jika anda mempunyai keadaan yang dinyatakan di atas, jawab soalan 2a - 2b | Jika TIDAK <input type="checkbox"/> sila ke soalan 3 |
| 2a. Adakah diagnosis penyakit kanser anda merangkumi jenis-jenis yang berikut: paru/bronchogenik, <i>multiple myeloma</i> (kanser sel plasma), kepala dan/atau leher? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 2b. Adakah anda sedang menjalani terapi kanser (seperti kemoterapi atau radioterapi)? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 3. Adakah anda mempunyai Masalah Jantung atau Kardiovaskular? Ini termasuk Penyakit Arteri Koronari, Kegagalan/Kelemahan Jantung, Diagnosi Ritma Jantung Tidak Normal Jika anda mempunyai kondisi yang dinyatakan di atas, jawab soalan 3a - 3d | Jika TIDAK <input type="checkbox"/> sila ke soalan 4 |
| 3a. Adakah anda menghadapi masalah untuk mengawal keadaan anda dengan ubat atau preskripsi terapi doktor? (Jawab TIDAK jika anda tidak mengambil ubat atau rawatan lain sekarang) | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 3b. Adakah anda mempunyai kadar denyutan jantung tidak tetap yang memerlukan rawatan perubatan? (cth: pemfibrilan atrium, penguncupan ventrikel pramatang) | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 3c. Adakah anda mempunyai kegagalan jantung kronik? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 3d. Adakah anda didiagnosi mempunyai penyakit arteri koronari (kardiovaskular) dan tidak pernah melakukan aktiviti fizikal secara tetap dalam tempoh 2 bulan yang lepas? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 4. Adakah anda mempunyai tekanan darah tinggi? Jika anda mempunyai keadaan yang dinyatakan di atas, jawab soalan 4a - 4b | Jika TIDAK <input type="checkbox"/> sila ke soalan 5 |
| 4a. Adakah anda menghadapi masalah untuk mengawal keadaan anda dengan ubat atau preskripsi terapi doktor? (Jawab TIDAK jika anda tidak mengambil ubat atau rawatan lain sekarang) | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 4b. Adakah tekanan darah semasa rehat anda bersamaan atau melebihi 160/90 mmHg dengan atau tanpa mengambil ubat? (Jawab YA jika anda tidak mengetahui tahap tekanan darah semasa rehat anda) | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |

PAR-Q+

Soalan susulan tentang kondisi perubatan anda

| | |
|---|---|
| <p>5. Adakah anda mempunyai sebarang Masalah Metabolik? <i>Ini termasuk Diabetis Jenis-1, Diabetis Jenis-2, Pra-Diabetis</i> Jika anda mempunyai keadaan yang dinyatakan di atas, jawab soalan 5a -5e</p> | Jika TIDAK <input type="checkbox"/> sila ke soalan 6 |
| 5a. Adakah anda menghadapi masalah untuk mengawal tahap gula darah dengan makanan, ubatan atau preskripsi terapi doktor? (Jawab TIDAK jika anda tidak mengambil ubatan atau rawatan lain sekarang) | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 5b. Adakah anda kerap mengalami tanda dan simptom gula darah rendah (hipoglisemia) selepas bersenam dan/atau semasa menjalani aktiviti kehidupan harian? Tanda-tanda hipoglisemia mungkin termasuk ketar-ketar, gementar, kerengsaan luar biasa, perpeluhan berlebihan, pening atau pening-pening lalat, kekeliruan mental, kesukaran bercakap, atau mengantuk. | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 5c. Adakah anda mempunyai sebarang tanda atau simptom komplikasi diabetis seperti penyakit jantung atau vaskular dan/atau komplikasi yang berkait dengan mata, buah pinggang, ATAU deria rasa di jari-jari kaki dan kaki anda? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 5d. Adakah anda mempunyai masalah metabolik lain (seperti diabetes semasa mengandung, penyakit buah pinggang kronik atau masalah hati)? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 5e. Adakah anda merancang untuk terlibat dengan latihan senaman berintensiti tinggi yang luar daripada kebiasaan anda dalam masa terdekat? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| <p>6. Adakah anda mempunyai Masalah Kesihatan Mental atau Kesukaran Belajar? <i>Ini termasuk penyakit Alzheimer, Dementia, Kemurungan, Kecelaruhan Keresahan, Kecelaruhan Pemakanan, Kecelaruhan Psikitik, Ketidakbolehan Intelek, Sindrom Down</i> Jika anda mempunyai keadaan yang dinyatakan di atas, jawab soalan 6a - 6b</p> | Jika TIDAK <input type="checkbox"/> sila ke soalan 7 |
| 6a. Adakah anda menghadapi masalah untuk mengawal keadaan anda dengan ubat atau preskripsi terapi doktor? (Jawab TIDAK jika anda tidak mengambil ubat atau rawatan lain sekarang) | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 6b. Adakah anda mempunyai Sindrom <i>Down</i> DAN masalah pada bahagian belakang badan yang mempengaruhi saraf dan otot? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| <p>7. Adakah anda mempunyai Penyakit Respiratori? <i>Ini termasuk Penyakit Pulmonari Obstruktif Kronik, Asma, Tekanan Darah Tinggi Pulmonari</i> Jika anda mempunyai keadaan yang dinyatakan di atas, jawab soalan 7a - 7d</p> | Jika TIDAK <input type="checkbox"/> sila ke soalan 8 |
| 7a. Adakah anda menghadapi masalah untuk mengawal keadaan anda dengan ubat atau preskripsi terapi doktor? (Jawab TIDAK jika anda tidak mengambil ubat atau rawatan lain sekarang) | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 7b. Pernahkan doktor anda mengatakan tahap oksigen darah anda rendah pada masa rehat atau semasa senaman dan/atau anda memerlukan terapi oksigen tambahan? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 7c. Sekiranya anda asma, adakah anda pada masa ini mempunyai simptom-simptom ketat dada dada, pernafasan berbunyi, kesukaran bernafas, batuk yang konsisten (melebihi 2 hari seminggu) atau adakah anda menggunakan ubat penyelamat melebihi dua kali pada minggu lepas? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |
| 7d. Pernahkan doktor anda mengatakan bahawa anda mempunyai tekanan darah tinggi di dalam saluran darah paru-paru anda? | YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> |

PAR-Q+

| | |
|--|---|
| <p>8. Adakah anda mempunyai Kecederaan Saraf Tunjang? <i>Ini termasuk Tetraplegia dan Paraplegia</i> Jika anda mempunyai keadaan yang dinyatakan di atas, jawab soalan 8a - 8c</p> | <p>Jika TIDAK <input type="checkbox"/> sila ke soalan 9</p> |
| <p>8a. Adakah anda menghadapi masalah untuk mengawal keadaan anda dengan ubat atau preskripsi terapi doktor? (Jawab TIDAK jika anda tidak mengambil ubat atau rawatan lain sekarang)</p> | <p>YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> |
| <p>8b. Adakah anda biasa mempamerkan tekanan darah rendah semasa rehat yang cukup signifikan untuk menyebabkan kepeningan, pening-pening lalat dan/atau pengsan?</p> | <p>YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> |
| <p>8c. Pernahkah doktor anda menunjukkan bahawa anda mempamerkan serangan tekanan darah tinggi dengan tiba-tiba (dikenali sebagai <i>Automatic Dysreflexia</i>)</p> | <p>YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> |
| <p>9. Pernahkah anda mengalami Strok? <i>Ini termasuk Serangan Iskemia Sementara (TIA) atau 'Cerebrovascular Event'</i> Jika anda mempunyai keadaan yang dinyatakan di atas, jawab soalan 9a - 9c</p> | <p>Jika TIDAK <input type="checkbox"/> sila ke soalan 10</p> |
| <p>9a. Adakah anda menghadapi masalah untuk mengawal keadaan anda dengan ubat atau preskripsi terapi doktor? (Jawab TIDAK jika anda tidak mengambil ubat atau rawatan lain sekarang)</p> | <p>YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> |
| <p>9b. Adakah anda mempunyai gangguan untuk berjalan atau bergerak?</p> | <p>YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> |
| <p>9c. Pernahkah anda mengalami strok atau gangguan saraf atau otot dalam tempoh 6 bulan yang lepas?</p> | <p>YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> |
| <p>10. Adakah anda mempunyai sebarang keadaan perubatan lain yang tidak disenaraikan di atas atau adakah anda mempunyai dua atau lebih keadaan perubatan? Jika anda mempunyai keadaan perubatan yang lain, jawab 10a -10c</p> | <p>Jika TIDAK <input type="checkbox"/> sila baca cadangan di Mukasurat 5</p> |
| <p>10a. Dalam 12 bulan yang lepas, pernahkah anda pitam, pengsan, atau tidak sedar diri akibat kecederaan kepala ATAU pernahkah anda mempunyai diagnosis konkusi?</p> | <p>YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> |
| <p>10b. Adakah anda mempunyai keadaan perubatan yang tidak disenaraikan (seperti epilepsi, keadaan neurologi, masalah buah pinggang)?</p> | <p>YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> |
| <p>10c. Adakah anda kini hidup dengan dua atau lebih keadaan perubatan? SILA SENARAIKAN KEADAAN PERUBATAN _____ DAN SEBARANG UBAT BERKAITAN DI SINI: _____</p> | <p>YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/></p> |

Sila ke Mukasurat 5 untuk cadangan berkaitan keadaan perubatan semasa anda dan tandatangani PERAKUAN PESERTA

PAR-Q+

Jika anda menjawab TIDAK kepada semua soalan SUSULAN (ms. 2 – 4) tentang keadaan perubatan anda, anda sedia untuk menjadi lebih aktif secara fizikal – tandatangan PERAKUAN PESERTA di bawah:

- ✓ Anda dinasihati berunding dengan ahli senaman profesional berkelayakan untuk membantu anda menghasilkan pelan aktiviti fizikal yang selamat dan berkesan bagi memenuhi keperluan kesihatan anda.
- ✓ Anda digalakkan bermula secara perlahan-lahan dan membuat peningkatan secara beransur-ansur – 20 hingga 60 minit senaman berintensiti rendah hingga ke sederhana, 3-5 hari seminggu termasuk senaman aerobik dan menguatkan otot.
- ✓ Dengan peningkatan kemajuan, anda sepatutnya melakukan aktiviti fizikal berintensiti sederhana sebanyak 150 minit atau lebih secara kumulatif setiap minggu.
- ✓ Jika anda berumur melebihi 45 tahun dan **TIDAK** biasa dengan senaman berintensiti tinggi hingga maksima secara tetap, berunding dengan ahli senaman profesional berkelayakan sebelum terlibat dengan senaman jenis intensiti ini.

Jika anda menjawab YA kepada satu atau lebih soalan susulan tentang keadaan perubatan anda: Anda seharusnya mencari maklumat lanjut sebelum menjadi lebih aktif secara fizikal atau terlibat dalam penilaian kecergasan. Anda seharusnya melengkapkan program penyaringan dan pengesyoran senaman atas talian yang direka khas - **ePARmed-X+** di www.eparmedx.com dan/atau berjumpa dengan ahli senaman profesional berkelayakan untuk melengkapkan ePARmed-X+ dan untuk maklumat lanjut.

Tangguhkan menjadi lebih aktif jika:

- ✓ Anda mempunyai penyakit sementara seperti selsema atau demam; tunggu sehingga anda sihat.
- ✓ Anda sedang mengandung – bincang dengan doktor dan ahli senaman profesional berkelayakan, dan/atau lengkapkan **ePARmed-X+** di www.eparmedx.com sebelum menjadi lebih aktif.
- ✓ Keadaan kesihatan anda berubah – berunding dengan doktor/ahli senaman profesional berkelayakan anda sebelum menjalani sebarang program aktiviti fizikal.

- Anda digalakkan untuk membuat salinan PAR-Q+. Anda perlu menggunakan kesemua borang soal selidik dan TIADA perubahan dibenarkan.
- Para penulis, Kolaborasi PAR-Q+, organisasi rakan kongsi, dan ejen-ejen mereka tidak bertanggungjawab terhadap orang yang menjalani aktiviti fizikal dan/atau menggunakan PAR-Q+ atau ePARmed-X+. Sekiranya terdapat keraguan selepas melengkapkan soalselidik ini, rujuk doktor anda sebelum beraktiviti fizikal.

PERAKUAN PESERTA

- Semua orang yang telah melengkapkan PAR-Q+, sila baca dan tandatangi perakuan di bawah.
- Sekiranya anda di bawah umur sah di sisi undang-undang atau perlukan kebenaran seorang penjaga, ibu/bapa atau penjaga sah juga perlu menandatangani borang ini.

Saya, yang bertandatangan di bawah, telah membaca, memahami dengan sepenuhnya dan melengkapkan borang soal selidik ini. Saya mengakui bahawa pelepasan beraktiviti fizikal ini adalah sah selama maksimum 12 bulan dari tarikh ia dilengkapkan dan akan menjadi tidak sah jika keadaan perubatan saya bertukar. Saya juga mengakui bahawa pusat komuniti/kecergasan mungkin akan menyimpan satu salinan borang ini sebagai rekod. Jika demikian, pusat tersebut juga termaktub kepada undang-undang kerahsiaan yang terpakai.

NAMA _____ TARIKH _____
TANDATANGAN _____ NAMA SAKSI _____
TANDATANGAN IBU BAPA/PENJAGA _____

Untuk maklumat lanjut, sila hubungi

www.eparmedx.com

emel: eparmedx@gmail.com

Petikan PAR-Q+

Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD, and Gledhill N on behalf of the PAR-Q+ Collaboration.
The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+) and Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+). Health & Fitness Journal of Canada 4(2):3-23, 2011.

Rujukan utama:

1. Jamnik VK, Warburton DER, Makarski J, McKenzie DC, Shephard RJ, Stone J, and Gledhill N. Enhancing the effectiveness of clearance for physical activity participation; background and overall process. APNM 36(S1):S3-S13, 2011.
2. Warburton DER, Gledhill N, Jamnik VK, Bredin SSD, McKenzie DC, Stone J, Charlesworth S, and Shephard RJ. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance; Consensus Document. APNM 36(S1):S266-s298, 2011.
3. Chisholm DM, Collis ML, Kulak LL, Davenport W, and Gruber N. Physical activity readiness. British Columbia Medical Journal. 1975;17:375-378.
4. Thomas S, Reading J, and Shephard RJ. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). Canadian Journal of Sport Science 1992;17:4 338-345.

PAR-Q+ dicipta menggunakan proses berasaskan bukti AGREE (1), hasil Kolaborasi PAR-Q+ yang dipengerusikan oleh Dr. Darren E. R. Warburton bersama Dr. Norman Gledhill, Dr. Veronica Jamnik, and Dr. Donald C. McKenzie (2). Pengeluaran dokumen ini telah berjaya dihasilkan melalui sumbangan kewangan daripada Agensi Kesihatan Awam Kanada dan Kementerian Perkhidmatan Kesihatan BC. Pandangan yang dinyatakan di sini tidak semestinya mewakili pandangan Agensi Kesihatan Awam Kanada atau Kementerian Perkhidmatan Kesihatan BC.