

Lampiran 1

GO-QOL

Soalan berikut adalah khusus mengenai penyakit mata Graves anda.

Semasa menjawab soalan, fikirkan tentang minggu lalu.

Sepanjang minggu lalu, sejauh manakah anda terbatasi apabila menjalankan aktiviti-aktiviti berikut, akibat penyakit mata Graves?

Tandakan kotak yang sepadan dengan jawapan anda. Kotak-kotak tersebut sepadan dengan jawapan di atasnya. Tandakan satu kotak selepas setiap soalan.

	Ya, sangat terbatas	Ya, sedikit terbatas	Tidak, tidak terbatas sama sekali
1. Berbasikal [tidak pernah belajar menunggang basikal ☐]	☐	☐	☐
2. Memandu kereta [tidak memiliki lesen memandu ☐]	☐	☐	☐
3. Bergerak di dalam dan di sekitar rumah	☐	☐	☐
4. Berjalan di luar	☐	☐	☐
5. Membaca	☐	☐	☐
6. Menonton TV	☐	☐	☐
7. Hobi atau kegiatan masa lapang, iaitu	☐	☐	☐
	Ya, sangat terbatas	Ya, sedikit terbatas	Tidak, tidak terbatas sama sekali
8. Pada minggu lalu, adakah anda berasa terbatasi dalam melakukan sesuatu yang anda mahu lakukan kerana penyakit mata Graves anda?	☐	☐	☐

Soalan berikut adalah mengenai penyakit mata Graves anda secara umum.

	Ya, sangat	Ya, sedikit	Tidak, tidak sama sekali
9. Adakah anda berasa bahawa penampilan anda telah berubah disebabkan oleh penyakit mata Graves anda?	☐	☐	☐
10. Adakah anda berasa bahawa anda direnung di jalan kerana penyakit mata Graves anda?	☐	☐	☐
11. Adakah anda berasa bahawa orang ramai bertindak balas secara negatif kerana penyakit mata Graves anda?	☐	☐	☐
12. Adakah anda berasa bahawa penyakit mata Graves anda menjejaskan keyakinan diri anda?	☐	☐	☐
13. Adakah anda berasa bahawa penyakit mata Graves anda menjejaskan keupayaan untuk berkawan?	☐	☐	☐
14. Adakah anda berasa bahawa anda terasing secara sosial kerana penyakit mata Graves anda?	☐	☐	☐
15. Adakah anda berasa bahawa anda kurang kerap muncul dalam foto berbanding sebelum anda menghidap penyakit mata Graves?	☐	☐	☐
16. Adakah anda cuba menyembunyikan perubahan dalam penampilan anda akibat penyakit mata Graves?	☐	☐	☐