

Terveys – ja – hyvinvointi

Painoon liittyvien oireiden arviointi (WRSM)

Tässä kyselyssä sinua pyydetään tuomaan esille näkemyksiäsi
terveydestäsi ja painostasi



Kitäämme sinua vaivannäöstäsi!

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.
(WRSM Standard (Finnish) Finland Version 1.0)

Elämänlaatua koskevien kyselylomakkeiden täyttöohjeet tutkimukseen osallistujille

- 1) Nämä kysymyslomakkeet ovat tärkeä osa terveydentilasi kokonaisarviointia. Kysymysten tarkoituksena on selvittää, miten terveydentilasi on omasta mielestäsi vaikuttanut elämäsi laatuun.
- 2) Vastaa kysymyksiin kuulakärkikynällä. Paina kynää reippaasti ja kirjoita selkein kirjaimin, jotta merkinnöistä saa varmasti hyvin selvää.
- 3) Lue jokainen kysymys huolellisesti läpi ennen kuin merkitset vastauksen. Jotkut kysymykset saattavat vaikuttaa keskenään samanlaisilta, mutta jokainen kysymys on erilainen.
- 4) Vastaa kysymyksiin merkitsemällä parhaiten sinun vastaustasi kuvaavan vaihtoehdon ruutuun ☒. Jos haluat muuttaa valintaasi, vedä viiva vanhan valinnan yli (☒) ja merkitse uuden valinnan kohdalla olevaan ruutuun ☒.
- 5) Näihin kysymyksiin ei ole olemassa oikeita ja vääriä vastauksia. Ellet tiedä, miten vastaisit kysymykseen, valitse lähinnä oleva vaihtoehto.
- 6) Lomakkeet ovat luottamuksellisia. Tutkimuskoordinaattori tarkastaa vain, että lomake on täytetty. Muu hoitohenkilökunta ei saa katsoa vastauksiasi.

Painoon liittyviä oireita ja kuinka suuresti ne vaivaavat sinua

Vertaa alla olevaa oireluetteloa kuhunkin seuraavassa esitettyyn kysymykseen ja merkitse ☒ siihen ruutuun, joka on lähinnä vastaustasi.

a. Onko sinulla <u>neljän viime viikon aikana</u> ollut joitakin seuraavista oireista?			b. Jos vastauksesi on ”Kyllä”, kuinka suuresti nämä oireet vaivasivat sinua?						
Ei	Kyllä	OIREET	Ei lainkaan	Tuskin lainkaan	Jonkin verran	Kohtalaisesti	Suuresti	Hyvin suuresti	Erittäin suuresti
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Hengenahdistus	<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	Väsymys	<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	Unihäiriöt	<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	Kylmänherkkyys	<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	Lisääntynyt jano	<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	Lisääntynyt ärtyisyys	<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	Selkäkivut	<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	Tihentynyt virtsaaminen	<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	Nivelkivut (lonkat, polvet, jne)	<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	Turvotus	<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	Jalkaongelmat	<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	Lämmönherkkyys	<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	Kuorsaus	<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

(Käännä!)

(jatkuu)

a. Onko sinulla <u>neljän viime viikon aikana</u> ollut joitakin seuraavista oireista?			b. Jos vastauksesi on ”Kyllä”, kuinka suuresti nämä oireet vaivasivat sinua?						
Ei	Kyllä	OIREET	Ei lainkaan	Tuskin lainkaan	Jonkin verran	Kohtalaisesti	Suuresti	Hyvin suuresti	Erittäin suuresti
<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	Lisääntynyt ruokahalu	<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	Virtsankarkailu	<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	Huimaus	<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	Lisääntynyt hikoilu	<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	Sukupuolivietin menetys	<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	Vähentynyt fyysinen kestävyys	<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	Ihonärkytys	<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

Käy läpi edellisiin kysymyksiin antamasi vastaukset ja varmista, että et jättänyt mitään huomiotta!

Kiitämme sinua vaivannäöstäsi!