

# Dit helbred – og – velvære

## Vægtrelateret symptomskala (WRSM)

I denne undersøgelse spørges om din mening om dit helbred og din vægt.



*Tak fordi du svarer på spørgsmålene!*

---

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

## **Deltagervejledning til udfyldning af spørgeskemaerne om livskvalitet**

---

- 1) Disse spørgeskemaer er en væsentlig del af den generelle lægelige vurdering. Spørgsmålene har til hensigt at indsamle oplysninger om, hvordan dit helbred efter din egen mening har påvirket din livskvalitet.
- 2) Udfyld spørgeskemaet med kuglepen. Tryk hårdt ned og skriv tydeligt (trykte bogstaver) for at sikre, at alle kopierne bliver tydelige og læselige.
- 3) Tag dig tid til at læse og besvare hvert enkelt spørgsmål omhyggeligt. Nogle spørgsmål synes at ligne andre, men de er alle forskellige fra hinanden.
- 4) Besvar venligst hvert spørgsmål ved at sætte et kryds ☐ i boksen ved det svar, der er tættest på det du mener. Du kan lave om på dit svar ved at gennemstreges det uønskede svar ( ☒ ) og i stedet for sætte et nyt kryds i boksen ved det ønskede svar.
- 5) Der findes ingen rigtige eller forkerte svar. Hvis du er i tvivl om, hvordan du skal besvare spørgsmålet, så gør det bare så godt du kan.
- 6) Dine svar er fortrolige. Projektkoordinatoren vil kontrollere, om alt er udfyldt, men videregiver ikke dine svar til andre kliniske medarbejdere.

## Vægt-relaterede symptomer og hvor meget de generer dig

For hvert af de følgende spørgsmål, læs listen over symptomer nedenfor og sæt et ☒ i den rubrik, der bedst beskriver dit svar.

a. Har du haft følgende symptomer <u>i de sidste 4 uger?</u>			b. Hvis "ja", hvor meget var du generet af disse symptomer?						
Nej	Ja	SYMPTOMER	Slet ikke	Næsten ikke	I nogen grad	I moderat grad	I ret høj grad	I høj grad	I meget høj grad
<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	Åndenød	<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	Træthed	<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	Søvnproblemer	<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	Overfølsomhed over for kulde	<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	Forøget tørst	<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	Større irritabilitet	<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	Rygsmærter	<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	Hyppig vandladning	<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	Ledsmerter (hofter, knæ, m.v.)	<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	Væskeophobning	<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	Fodproblemer	<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	Overfølsomhed over for varme	<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	Snorken	<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

(Vend)

(fortsat)...

a. Har du haft følgende symptomer <u>i de sidste 4 uger</u> ?			b. Hvis "ja", hvor meget var du generet af disse symptomer?						
Nej	Ja	SYMPTOMER	Slet ikke	Næsten ikke	I nogen grad	I moderat grad	I ret høj grad	I høj grad	I meget høj grad
<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	Forøget appetit	<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	Ufrivillig vandladning	<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	Svimmelhed	<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	Forøget svedafsondring	<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	Tab af seksuallyst	<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	Nedsat fysisk udholdenhed	<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	Hudirritation	<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

*Gå venligst tilbage til de spørgsmål, du netop har besvaret, for at være sikker på, at der ikke er noget du har overset.*

***Tak fordi du svarer på spørgsmålene!***