

U gesondheid — *en* — welstand

**Meting van gewigverwante simptome
(WRSM)**

Hierdie vraelys vra u mening oor u gesondheid en u gewig.



*Dankie vir u bereidwilligheid om hierdie vrae te
beantwoord.*

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.
(WRSM Standard South Africa (Afrikaans) Version 1.0)

Instruksies vir die invul van die lewensgehaltevraelys deur deelnemers aan die studie

- 1) Hierdie vraelys vorm 'n belangrike onderdeel van u algehele mediese evaluasie. Die vrae is ontwerp om inligting vanuit u eie perspektief te verkry oor hoe u gesondheid u lewensgehalte beïnvloed het.
- 2) Vul die vraelys met 'n balpuntpen in. Druk hard en gebruik netjiese drukskrif om seker te maak dat u antwoorde duidelik en leesbaar is..
- 3) Neem asseblief die nodige tyd om elke vraag sorgvuldig te lees en te beantwoord. Sommige vrae mag baie soos ander lyk, maar elke vraag is verskillend.
- 4) Beantwoord asseblief elke vraag deur 'n kruisie te maak ☐ in die blokkie wat u antwoord die beste beskryf. U kan 'n antwoord wysig (~~☐~~) deur 'n strepie deur die keuse wat u wil verander te trek en 'n kruisie te maak ☐ in die blokkie wat ooreenstem met die nuwe keuse.
- 5) Daar is nie regte of verkeerde antwoorde nie. As u onseker is oor hoe om 'n vraag te beantwoord, gee asseblief net die beste antwoord wat u kan.
- 6) U antwoorde sal vertroulik hanteer word. Die studietoënskrywer sal die vraelys net vir volledigheid nagaan en sal nie u antwoorde met ander kliniese personeel deel nie.

Gewigverwante simptome en hoeveel dit u pla.

Lees die lys simptome hier onder vir elkeen van die volgende vrae en maak 'n kruisie ☒ in die een blokkie wat u antwoord die beste beskryf.

a. Het u <u>gedurende die afgelope 4 weke</u> die volgende simptome gehad?			b. Indien "Ja", hoeveel het hierdie simptome u gepla?						
Nee	Ja	SIMPTOME	Glad Nie	Skaars	'n Bietjie	Matig	Heelwat	Baie	Besonder Baie
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Kortasemheid	<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	Moegheid	<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	Slaapprobleme	<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	Sensitiwiteit vir koue	<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	Meer dikwels dors	<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	Meer geïrriteerd	<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	Rugpyn	<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	Urineer meer dikwels	<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	Pyn in die gewigte (heupe, knieë, ens.)	<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	Vogretensie	<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	Voetprobleme	<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	Sensitiwiteit vir hitte	<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	Snork	<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

(Blaai asseblief om)

(vervolg...)

a. Het u <u>gedurende die afgelope 4 weke</u> die volgende simptome gehad?			b. Indien "Ja", hoeveel het hierdie simptome u gepla?						
Nee	Ja	SIMPTOME	Glad nie	Skaars	'n Bietjie	Matig	Heelwat	Baie	Besonder baie
<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	Toename in eetlus	<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	Urienlekkasie	<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	Lighoofdigheid	<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	Toename in sweet	<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	Verlies aan seksdrang	<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	Verminderde fisiese stamina	<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	Velirritasie	<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

Lees asseblief weer deur die antwoorde wat u so pas gegee het om seker te maak dat u nie enige items oorgeslaan het nie.

Dankie dat u hierdie vrae beantwoord het!