

# Ваше здоров'я — *та* — благополуччя

**Оцінка симптомів, пов'язаних з вагою  
(WRSM)**

В анкеті з'ясовуються Ваші погляди щодо Вашого здоров'я та ваги.



*Дякуємо за відповіді на ці питання!*

---

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.  
(WRSM (Ukrainian) Ukraine Version 1.0)

## **Інструкції щодо заповнення анкети по визначенню якості життя учасників дослідження**

---

---

- 1) Ця анкета є важливою частиною Вашої загальної медичної оцінки. Питання розроблені для збору інформації про те, як Ваше здоров'я впливає на якість життя з Вашої власної точки зору.
- 2) Заповнюйте анкету кульковою ручкою. Пишіть акуратно з сильним натиском, щоби Ваші відповіді були чіткими й розбірливими.
- 3) Читайте питання і відповідайте на них уважно, не поспішаючи. Деякі питання можуть здаватися однаковими, проте всі вони різні.
- 4) Відповідайте на кожне питання, ставлячи ☒ у клітинці, що найкраще підходить до Вашої відповіді. Ви можете змінити відповідь, закресливши (~~☒~~) відповіді, яку Ви бажаєте змінити, та поставивши ☒ у клітинці, що відповідає новому варіанту.
- 5) Немає правильних чи неправильних відповідей. Якщо Ви не впевнені, як відповісти на питання, дайте, будь-ласка, відповідь, яку вважаєте найкращою.
- 6) Ваші відповіді конфіденційні. Координатор дослідження буде перевіряти анкети тільки щодо повноти заповнення та не буде розповсюджувати Ваші відповіді серед інших медичних працівників.

## Симптоми, пов'язані з вагою, і наскільки вони Вас турбують

Для відповіді на наступні запитання прочитайте список симптомів і позначте ☒ в клітинці, яка найкраще відповідає Вашому варіанту.

а. Чи відчували Ви наступні симптоми <u>за останні 4 тижні</u> ?			б. Якщо Так, наскільки ці симптоми Вас турбували?						
Ні	Так	СИМПТОМИ	Зовсім ні	Ледве	Дещо	Помірно	у певній мірі	у значній мірі	у дуже значній мірі
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Задишка	<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	Втома	<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	Проблеми зі сном	<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	Чутливість до холоду	<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	Підвищена спрага	<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	Підвищена дратівливість	<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	Біль у спині	<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	Часте сечовипускання	<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	Біль у суглобах (стегна, коліна і т.д.)	<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	Набряклість	<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	Проблеми зі стопами	<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	Чутливість до тепла	<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	Хропіння	<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

(Будь ласка, перегорніть сторінку)

(продовження)

а. Чи відчували Ви наступні симптоми <u>за останні чотири тижні?</u>			б. Якщо Так, наскільки ці симптоми Вас турбують?						
Ні	Так	СИМПТОМИ	Зовсім ні	Ледве	Дещо	Помірно	у певній мірі	у значній мірі	у дуже значній мірі
<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	Підвищений апетит	<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	Витік сечі	<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	Головокружіння	<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	Підвищене потовиділення	<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	Втрата статевого потягу	<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	Знижена фізична витривалість	<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	Подразнення шкіри	<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

*Будь ласка, перегляньте питання, на які Ви відповіли, щоб переконатися, що Ви не пропустили жодного пункту.*

*Дякуємо за відповіді на ці питання!*