

Jūsu veselība —un— labsajūta

Ar svaru saistītu simptomu Merījumi (WRSM)

Šīs aptaujas mērķis ir noskaidrot, kā Jūs uztverat savu veselību un ķermeņa svaru.



Paldies, ka atbildējāt uz šiem jautājumiem!

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

Instrukcijas pētījuma dalībniekiem, kā aizpildīt aptauju par dzīves kvalitāti

- 1) Šī aptauja ir svarīga daļa no Jūsu veselības kopējā vērtējuma. Šie jautājumi ir izveidoti, lai savāktu informāciju par to, kā, pēc Jūsu domām, Jūsu veselība ietekmē Jūsu dzīves kvalitāti.
- 2) Aizpildiet anketu, izmantojot lodīšu pildspalvu. Rakstiet ar stingru piespiedienu un glīti, lai jūsu atbildes būtu skaidras un salasāmas
- 3) Lūdzu, nesteidzoties uzmanīgi izlasiet katru jautājumu un rūpīgi atbildiet uz to. Daži jautājumi var šķist līdzīgi, tomēr katrs no tiem ir savādāks.
- 4) Lūdzu, atbildiet uz katru jautājumu, ievērojot krustiņu ☒ tajā kvadrātā, kas vislabāk raksturo Jūsu atbildi. Jūs drīkstat izmainīt savu atbildi, pārsvītrojot nepareizo izvēli (☒) un ieliekot krustiņu ☒ tajā kvadrātā, kurš labāk raksturo Jūsu viedokli.
- 5) Šeit nav pareizu vai nepareizu atbilžu. Ja Jūs neesat īsti pārliecināti par to, kā atbildēt uz jautājumu, tad atbildiet tā, kā uzskatāt par labāku.
- 6) Jūsu atbildes ir konfidenciālas. Aptaujas koordinators pārbaudīs tikai to, vai Jūsu aptaujas lapa ir aizpildīta pilnībā, neizpaužot Jūsu atbildes citiem ārstniecības iestādes darbiniekiem.

Ar svaru saistīti simptomi un cik liela mērā tie Jūs apgrūtina

Katram sekojošam jautājumam izlasiet zemāk piedāvāto simptomu sarakstu un ievēliet krustiņu ☒ tajā kvadrātā, kas visprecīzāk raksturo Jūsu atbildi.

a. <u>Vai pēdējo 4 nedēļu laikā Jums ir bijuši sekojoši simptomi?</u>			b. Ja atbilde ir Jā, tad cik lielā mērā šie simptomi Jūs apgrūtina?						
Nē	Jā	SIMPTOMI	Ne-kad	Gandrīz nekad	Reti	Reizēm	Samērā bieži	Ļoti bieži	Ārkārtīgi bieži
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Elpas trūkums	<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	Nogurums	<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	Miega problēmas	<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	Jutīgums uz aukstumu	<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	Pastiprinātas slāpes	<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	Paaugstināta aizkaitināmība	<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	Muguras sāpes	<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	Bieža urinēšana	<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	Sāpes locītavās (gūžās, ceļgalos u.c.)	<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	Ūdens uzkrāšanās organismā	<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	Problēmas ar kāju pēdām	<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	Jutīgums uz karstumu	<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	Krākšana	<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

(Lūdzu pāršķiriet lappusi.)

(turpinājums...)

a. <u>Vai pēdējo 4 nedēļu laikā</u> Jūs ir bijuši sekojoši simptomi?			b. Ja atbilde ir Jā, tad cik lielā mērā šie simptomi Jūs apgrūtina?						
Nē	Jā	SIMPTOMI	Ne-kad	Gandrīz nekad	Reti	Reizēm	Samērā bieži	Ļoti bieži	Ārkārtīgi bieži
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Palielināta ēstgriba	<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	Urīna nesaturēšana	<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	Reibšana	<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	Pastiprināta svīšana	<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	Seksuālo vēlmiņu zudums	<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	Fiziskās izturības samazināšanās	<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	Ādas iekaisumi	<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

Lūdzu, uzmanīgi pārskatiet visus jautājumus, uz kuriem Jūs atbildējāt, un pārliedzinieties, ka nekas nav izlaists.

Paldies, ka atbildējāt uz šiem jautājumiem!