

Heilsa þín

— og —

vellíðan

Mælikvarði á þyngdartengd einkenni (WRSM)

Í þessum spurningalista ertu spurð/ur um skoðun þína á heilsu þinni og þyngd.



Þakka þér fyrir að svara þessum spurningum!

Leiðbeiningar fyrir þátttakendur í könnuninni um svörun þessara spurninga um lífsgæði

- 1) Þessi spurningalisti er mikilvægur þáttur í almennu mati á læknisfræðilegu ástandi þínu. Spurningunum er ætlað að safna upplýsingum um það hvaða áhrif heilsa þín hefur haft á lífsgæði þín að eigin mati.
- 2) Skrifaðu svör við spurningunum með kúlupenna. Skrifaðu vandlega til að tryggja að svörin verði skýr og greinileg.
- 3) Vinsamlegast gefðu þér nægan tíma til að lesa og svara hverri spurningu nákvæmlega. Sumar spurningar kunna að líkjast öðrum en engar tvær eru þó eins.
- 4) Vinsamlegast svaraðu hverri spurningu með því að merkja ☒ í þann reit sem lýsir best svari þínu. Þú getur breytt svari með því að strika yfir (☒) svarið sem þú vilt breyta og merkja ☒ í þann reit sem á við hið nýja svar.
- 5) Ekki er um að ræða nein rétt eða röng svör. Ef þú ert ekki viss um hvernig þú átt að svara spurningu skaltu svara eins vel og þú getur.
- 6) Svör þín eru trúnaðarmál. Skipuleggjandi könnunarinnar athugar aðeins hvort öllum spurningum hafi verið svarað og segir ekki öðru heilbrigðisstarfsfólki frá svörum þínum.

Þyngdartengd einkenni og hve mikið þau angra þig

Varðandi sérhverja eftirfarandi spurninga áttu að lesa listann yfir einkenni hér að neðan og merkja ☒ í þann reit sem best lýsir svari þínu.

a. Hefurðu haft eftirfarandi einkenni <u>undanfarnar 4 vikur</u> ?			b. Ef svarið er já, hve mikið hafa þessi einkenni angrað þig?						
Nei	Já	EINKENNI	Alls ekki	Varla	Eitthvað	Í meðallagi	Mikið	Mjög mikið	Ákaflega mikið
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mæði	<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	Þreyta	<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	Svefnvandamál	<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	Kuldanæmi	<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	Aukinn þorsti	<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	Aukin skapstyggð	<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	Bakverkur	<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	Tíð þvaglát	<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	Verkur í liðum (mjöðmum, hnjám o.s.frv.)	<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	Vökvasöfnun	<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	Fótavandamál	<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	Hitanæmi	<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	Hrotur	<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

(Vinsamlegast flettu blaðinu við)

(framhald)...

a. Hefurðu haft eftirfarandi einkenni <u>undanfarnar 4 vikur</u> ?			b. Ef svarið er já, hve mikið hafa þessi einkenni angrað þig?						
Nei	Já	EINKENNI	Alls ekki	Varla	Eitthvað	Í meðallagi	Mikið	Mjög mikið	Ákaflega mikið
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aukin matarlyst	<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	Þvagleki	<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	Svimi	<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	Aukin svitamyndun	<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	Skortur á kynferðislegri löngun	<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	Minni líkamlegur þróttur	<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	Húðerting	<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

Vinsamlegast farðu yfir spurningarnar, sem þú varst að svara, og gakktu úr skugga um að þér hafi ekki yfirsést neitt.

Þakka þér fyrir að svara þessum spurningum!