

Egészsége – és – jó közérzete

Súllyal kapcsolatos tünetmérték (WRSM)

Ez a kérdőív az egészségi állapotáról és a testsúlyáról alkotott véleményét vizsgálja.



Előre is köszönjük, hogy válaszol a kérdésekre.

Útmutató az „Életminőség”-kérdőív kitöltéséhez a vizsgálatban részt vevők számára

- 1) Ez a kérdőív az Ön általános orvosi állapotfelmérésének fontos részei. A kérdések arra szolgálják, hogy információt gyűjthessünk: Ön szerint egészségi állapota hogyan befolyásolta az Ön életminőségét?
- 2) A kérdőívet golyóstollal töltsse ki! Írás közben határozottan nyomja rá a papírra a tollat és tisztán írjon, hogy válaszai az összes példányon világosan olvashatók legyenek!
- 3) Kérjük, ne siessen: figyelmesen olvasson el és válaszoljon meg minden kérdést! Néhány kérdés hasonlít egymáshoz, de valójában minden kérdés másra kérdez rá.
- 4) Kérjük, minden kérdésre úgy válaszoljon, hogy tesz egy ☒ -et abba a négyzetbe, amelyik a legjobban írja le az Ön válaszát. Válaszait úgy változtathatja meg, ha áthúzza a módosítani kívánt választást (☒) és tesz egy ☒ jelet az új választásnak megfelelő négyzetbe.
- 5) Nincsenek „jó” vagy „rossz” válaszok. Ha bizonytalan abban, hogy miként válaszoljon meg egy kérdést, kérjük, adja a legjobb választ, amit tud.
- 6) Válaszait bizalmasan kezeljük. A tanulmány koordinátora csupán a teljes körű kitöltést ellenőrzi és nem közli az Ön válaszait a klinika más dolgozóival.

A túlsúllyal összefüggő tünetek – és ezek mennyire zavarják Önt?

Az alábbi kérdéseknél olvassa el a következő tünetlistát, és tegyen ☒ jelet abba az egy négyzetbe, amelyik a legjobban leírja a válaszát.

a. <u>Az elmúlt 4 hét során</u> tapasztalta-e az alábbi tüneteket?			b. Ha igen, mennyire zavarták Önt ezek a tünetek?						
Nem	Igen	TÜNETEK	Egyál- talan nem	Alig	Egy kissé	Mérsé- kelten	Elégge nagy mérték- ben	Nagy mérték- ben	Nagyon nagy mérték- ben
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Légszomj	<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	Fáradtság	<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	Alvászavar	<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	Hidegre való érzékenység	<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	Fokozott szomjúság	<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	Fokozott ingerlékenység	<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	Hátfájdalmak	<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	Gyakori vizezés	<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	Ízületi fájdalmak (csípő, térd stb.)	<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	Víz visszatartás (oedema)	<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	Lábpanaszok	<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	Melegre való érzékenység	<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	Horkolás	<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

Kérjük, fordítson.

Folytatás

a. <u>Az elmúlt 4 hét során tapasztalta-e az alábbi tüneteket?</u>			b. Ha igen, mennyire zavarták Önt ezek a tünetek?						
Nem	Igen	TÜNETEK	Egyáltalán nem	Alig	Egy kissé	Mérsékelten	Eléggé nagy mértékben	Nagy mértékben	Nagyon nagy mértékben
<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	Fokozott étvágy	<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	Vizeletcsepegés	<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	Enyhe szédülés	<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	Fokozott izzadás	<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	A szexuális vágy elvesztése	<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	Csökkent fizikai állóképesség	<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	Bőrirritációk	<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

Kérjük, menjen végig még egyszer az imént megválaszolt kérdéseken, és ellenőrizze, hogy nem hagyott-e ki egyet sem.

Előre is köszönjük, hogy válaszol a kérdésekre.