

Ваше здоровье

— и —

благополучие

**Опросник по Качеству Жизни в Связи с Ожирением и
Потерей Веса (OWLQOL)**

Цель этого опроса – узнать Ваше мнение о Вашем
здоровье и Вашем весе.



Спасибо за заполнение этого опросника!

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.
(OWL-QOL-17 (Russian) Russia Version 2.0)

Инструкции по заполнению опросника по качеству жизни участниками исследования

- 1) Этот опросник является важной частью Вашей общей медицинской оценки. Цель вопросов – получить информацию о том, какое влияние Ваше здоровье, с Вашей точки зрения, оказало на качество Вашей жизни.
- 2) Заполняйте опросник шариковой ручкой. При заполнении пишите аккуратно и с нажимом, чтобы Ваши ответы были разборчивы и читабельны.
- 3) Не торопитесь, чтобы внимательно прочесть и ответить на каждый вопрос. Некоторые вопросы могут показаться похожими на другие, но по существу все они разные.
- 4) Пожалуйста, отвечайте на каждый вопрос, ставя знак ☒ в клетке, наиболее подходящей Вашему ответу. Вы можете изменить ответ (~~☒~~), зачеркнув выбранный вариант и пометить заново знаком ☒ ту клетку, которая соответствует Вашему новому выбору.
- 5) Нет правильных или неправильных ответов. Если Вы не уверены, как ответить на вопрос, то, пожалуйста, дайте наиболее подходящий ответ.
- 6) Ваши ответы конфиденциальны. Координатор исследования проверит только полноту заполнения анкеты; он/а не будет сообщать Ваши ответы медицинскому персоналу.

Ваши чувства по поводу Вашего веса

Ниже дан перечень формулировок о качестве Вашей жизни в связи с Вашим избыточным весом и попытками похудеть.

Для каждой из нижеуказанных формулировок пометьте крестиком ☒ один квадратик, который наиболее точно отражает Ваш ответ в настоящее время.

	СОВСЕМ НЕТ	ЕДВА ЛИ	СЛЕГКА	УМЕРЕННО	ЗНАЧИ- ТЕЛЬНО	В БОЛЬШОЙ СТЕПЕНИ	В ОЧЕНЬ БОЛЬШОЙ СТЕПЕНИ
1. Из-за своего веса я стараюсь носить одежду, скрывающую мои формы (Пожалуйста, отметьте один ответ)	<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
2. Я испытываю чувство разочарования от того, что не обладаю достаточной энергией из-за своего веса (Пожалуйста, отметьте один ответ)	<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
3. Из-за своего веса я испытываю чувство вины во время еды (Пожалуйста, отметьте один ответ)	<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
4. Меня волнует, что говорят о моем весе другие люди (Пожалуйста, отметьте один ответ)	<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
5. Из-за своего веса я стараюсь избегать фотографироваться (Пожалуйста, отметьте один ответ)	<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
6. Из-за своего веса я должен/на уделять особое внимание личной гигиене (Пожалуйста, отметьте один ответ)	<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
7. Мой вес не позволяет делать мне то, что я хочу (Пожалуйста, отметьте один ответ)	<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
8. Меня беспокоит физическая нагрузка, которой мой вес подвергает мое тело (Пожалуйста, отметьте один ответ)	<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

(Пожалуйста, переверните страницу)

(продолжение)...

	СОВСЕМ НЕТ	ЕДВА ЛИ	СЛЕГКА	УМЕРЕННО	ЗНАЧИ- ТЕЛЬНО	В БОЛЬШОЙ СТЕПЕНИ	В ОЧЕНЬ БОЛЬШОЙ СТЕПЕНИ
9. От того, что из-за своего веса не могу есть то, что едят другие, я испытываю чувство разочарования (<i>Пожалуйста, отметьте один ответ</i>)	<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
10. Я чувствую подавленность из-за своего веса (<i>Пожалуйста, отметьте один ответ</i>)	<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
11. Я чувствую, что из-за своего веса выгляжу безобразно (<i>Пожалуйста, отметьте один ответ</i>)	<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
12. Меня беспокоит мое будущее из-за моего веса (<i>Пожалуйста, отметьте один ответ</i>)	<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
13. Я завидую худощавым людям (<i>Пожалуйста, отметьте один ответ</i>)	<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
14. Я чувствую, что люди разглядывают меня из-за моего веса (<i>Пожалуйста, отметьте один ответ</i>)	<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
15. Мне трудно смириться с моим телом из-за моего веса (<i>Пожалуйста, отметьте один ответ</i>)	<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
16. Я боюсь, что, после похудения вновь обрету весь прежний вес (<i>Пожалуйста, отметьте один ответ</i>)	<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
17. Пытаясь похудеть, я испытываю разочарование (<i>Пожалуйста, отметьте один ответ</i>)	<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

Пожалуйста, просмотрите еще раз вопросы, на которые Вы только что ответили, чтобы убедиться, не пропустили ли Вы какой-либо пункт.

Спасибо за заполнение этого опросника!

Ваше здоровье — и — благополучие

Анкета для Оценки Симптомов Связанных с Весом (WRSM)

Цель этого опроса – узнать Ваше мнение о Вашем здоровье и
Вашем весе.



Спасибо за заполнение этого опросника!

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.
(WRSM Standard (Russian) Russia Version 1.0)

Инструкции по заполнению опросника по качеству жизни участниками исследования

- 1) Этот опросник является важной частью Вашей общей медицинской оценки. Цель вопросов – получить информацию о том, какое влияние Ваше здоровье, с Вашей точки зрения, оказало на качество Вашей жизни.
- 2) Заполняйте опросник шариковой ручкой. При заполнении пишите аккуратно и с нажимом, чтобы Ваши ответы были разборчивы и читабельны.
- 3) Не торопитесь, чтобы внимательно прочитать и ответить на каждый вопрос. Некоторые вопросы могут показаться похожими на другие, но по существу все они разные.
- 4) Пожалуйста, отвечайте на каждый вопрос, ставя знак ☒ в клетке, наиболее подходящей Вашему ответу. Вы можете изменить ответ (~~☒~~), зачеркнув выбранный вариант и пометить заново знаком ☒ ту клетку, которая соответствует Вашему новому выбору.
- 5) Нет правильных или неправильных ответов. Если Вы не уверены, как ответить на вопрос, то, пожалуйста, дайте наиболее подходящий ответ.
- 6) Ваши ответы конфиденциальны. Координатор исследования проверит только полноту заполнения анкеты; он/а не будет сообщать Ваши ответы медицинскому персоналу.

Симптомы, связанные с весом и насколько они беспокоят Вас

Просмотрите перечень симптомов для каждого из нижеуказанных вопросов и пометьте крестиком ☒ один квадратик, который наиболее точно отражает Ваш ответ.

а. Были ли у Вас за последние 4 недели нижеуказанные симптомы?			б. Если «Да», то насколько эти симптомы беспокоили Вас?						
Нет	Да	СИМПТОМЫ	Совсем нет	Едва ли	Слегка	Умеренно	Значительно	В большой степени	В очень большой степени
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Одышка	<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	Усталость	<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	Проблемы со 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	Повышенная чувствительность к 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	Повышенная жажда	<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	Повышенная раздражительность	<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	Боли в спине	<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	Учащенное мочеиспускание	<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	Боль в суставах (бедренных, коленных и 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	Задержка жидкости	<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	Проблемы со ступнями	<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	Повышенная чувствительность к жаре	<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	Храп	<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

(Пожалуйста, переверните страницу)

(продолжение)...

а. Были ли у Вас <u>за последние 4 недели</u> нижеуказанные симптомы?			б. Если «Да», то насколько эти симптомы беспокоили Вас?						
Нет	Да	СИМПТОМЫ	Совсем нет	Едва ли	Слегка	Умеренно	Значительно	В большой степени	В очень большой степени
<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	Повышенный аппетит	<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	Недержание мочи	<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	Головокружение	<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	Повышенная потливость	<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	Утрата полового влечения	<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	Пониженная физическая выносливость	<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	Раздражение кожи	<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

Пожалуйста, просмотрите еще раз вопросы, на которые Вы только что ответили, чтобы убедиться, не пропустили ли Вы какой-либо пункт.

Спасибо за заполнение этого опросника!