

# Twoje zdrowie — i — samopoczucie

## Miernik objawów związanych z nadwagą (WRSM)

Niniejszy kwestionariusz służy poznaniu Twoich opinii na temat  
swojego zdrowia i wagi.



*Dziękujemy za odpowiedzi na pytania!*

---

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

## **Instrukcje dotyczące wypełniania kwestionariusza jakości życia przez uczestników badań**

---

- 1) Poniższy kwestionariusz stanowi istotną część Twojej ogólnej oceny medycznej. Pytania służą zgromadzeniu informacji o tym, jak z Twojego punktu widzenia Twój stan zdrowia wpływa na jakość Twojego życia.
- 2) Prosimy o wypełnienie kwestionariusza długopisem. Prosimy mocno naciskać i pisać wyraźnie, tak aby Twoje odpowiedzi były wyraźne i czytelne.
- 3) Na staranne przeczytanie i udzielenie odpowiedzi na każde pytanie poświęć tyle czasu, ile potrzebujesz. Niektóre z pytań mogą wydać Ci się takie same, jednakże każde z nich jest inne.
- 4) Na każde z pytań odpowiedz stawiając krzyżyk ☒ w polu, które najlepiej oddaje Twoją odpowiedź. Możesz zmienić swoją odpowiedź, przekreślając wybór, który chcesz zmienić (☒) i zaznaczając krzyżykiem ☒ pole odpowiadające nowej odpowiedzi.
- 5) Nie ma odpowiedzi dobrych lub złych. Jeśli nie jesteś pewien w jaki sposób odpowiedzieć na jakieś pytanie, postaraj się udzielić najlepszej możliwej odpowiedzi.
- 6) Twoje odpowiedzi nie zostaną ujawnione. Koordynator badania sprawdzi tylko czy wszystkie pytania zostały wypełnione, nie będzie dzielił się odpowiedziami z personelem medycznym.

## Objawy związane z nadwagą – na ile Cię one martwią

Przy każdym z poniższych pytań przejrzyj listę objawów i oznacz krzyżykiem ☒ pole, które najlepiej oddaje Twoją odpowiedź.

a. Czy w ciągu <u>ostatnich 4 tygodni</u> miałeś następujące objawy?			b. Jeżeli tak, to na ile Cię one martwiły?						
Nie	Tak	OBJAWY	Wcale nie	Prawie wcale nie	Troszkę	Umiarkowanie	Dość mocno	Mocno	Bardzo mocno
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Zadyszka	<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	Zmęczenie	<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	Problemy ze snem	<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	Wrażliwość na chłód	<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	Wzmoczone pragnienie	<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	Zwiększona drażliwość	<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	Bóle w plecach	<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	Częste oddawanie moczu	<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	Bóle w stawach (biodrach, kolanach itp.)	<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	Zatrzymywanie wody w organizmie	<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	Problemy ze stopami	<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	Wrażliwość na upał	<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	Chrapanie	<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

*(Prosimy przewrócić kartkę)*

(c.d.)...

a. Czy w ciągu <u>ostatnich 4 tygodni</u> miałeś następujące objawy?			b. Jeżeli tak, to na ile Cię one martwiły?						
Nie	Tak	OBJAWY	Wcale nie	Prawie wcale nie	Troszkę	Umiar-kowanie	Dość mocno	Mocno	Bardzo mocno
<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	Wzmoczone łaknienie	<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	Nie trzymanie moczu	<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	Zawroty głowy	<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	Wzmoczone pocenie się	<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	Zanik pociągu płciowego	<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	Zmniejszona wytrzymałość na zmęczenie	<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	Podrażnienie skóry	<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

*Prosimy przejrzeć pytania, na które udzieliłeś/-aś odpowiedzi i sprawdzić, czy nie pominąłeś/pominęłaś żadnego punktu*

***Dziękujemy za odpowiedzi na pytania!***