

Din helse – og – velvære

Symptommåling ved overvekt (WRSM)

Dette spørreskjemaet stiller spørsmål omkring din oppfatning
av din egen helse og vekt.



Takk for at du besvarer disse spørsmålene!

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

Instruksjoner for utfylling av livskvalitets-spørreskjemaet for studiens deltakere

- 1) Dette spørreskjemaet er en viktig del av den samlede medisinske vurderingen som blir foretatt av deg. Spørsmålene er laget slik at man får samlet informasjon om hvordan du oppfatter at din helse påvirker din livskvalitet.
- 2) Fyll ut skjemaet med kulepenn. Press hardt og skriv tydelig når du fyller ut skjemaet for å sikre at svarene dine blir lette å lese.
- 3) Vennligst bruk tid på å lese og besvare hvert spørsmål nøye. Noen spørsmål kan ligne på andre, men alle er forskjellige.
- 4) Vennligst besvar hvert spørsmål ved å sette et ☐ i den rubrikken som best beskriver ditt svar. Du kan endre et svar ved å sette en strek (☐) tvers over alternativet som du ønsker å endre og sette et ☐ i den rubrikken som passer med ditt nye valg.
- 5) Det er ingen riktige eller gale svar. Hvis du er usikker på hvordan du skal besvare et spørsmål, vennligst gi det beste svaret du kan.
- 6) Dine svar vil bli behandlet konfidensielt. Studiens koordinator vil kun kontrollere om alle spørsmål er besvart og vil ikke vise dine svar til annet helsepersonale.

Vektrelaterte symptomer og hvor mye de plager deg

For hvert av de følgende spørsmålene, les listen over symptomene nedenfor, og sett et ☒ i den ene rubrikken som best beskriver svaret ditt.

a. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt følgende symptomer?			b. Hvis Ja, i hvilken grad plaget disse symptomene deg?							
Nei	Ja	SYMPTOMER	Ikke i det hele tatt	Nesten ikke	Noe	Moderat	Mye	Temme- lig mye	Svært mye	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Kortpustethet	<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	Trøtthet	<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	Søvnproblemer	<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	Overfølsomhet for kulde	<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	Økt tørste	<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	Økt irritabilitet	<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	Ryggsmerter	<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	Hypig vannlating	<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	Leddsmerter (hofter, knær, osv.)	<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	Vannopphoping i kroppen	<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	Problemer med føttene	<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	Overfølsomhet for varme	<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	Snorking	<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	

(Vennligst snu arket)

(fortsatt ...)

a. <u>I løpet av de siste 4 ukene</u> , har du hatt følgende symptomer?			b. Hvis Ja, i hvilken grad plaget disse symptomene deg?						
Nei	Ja	SYMPTOMER	Ikke i det hele tatt	Nesten ikke	Noe	Moderat	Mye	Temme_lig mye	Svært mye
<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	Økt appetitt	<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	Urinlekkasje	<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	Svimmelhet	<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	Økt svetting	<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	Tap av seksuell lyst	<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	Redusert fysisk utholdenhet	<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	Hudirritasjon/sår	<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

Vennligst gå tilbake til spørsmålene du nettopp har besvart for å forsikre deg om at du ikke hoppet over noen punkter

Takk for at du besvarte disse spørsmålene!