

Sağlığınız -ve- İyilik durumunuz

Kiloyla İlgili Bulgular Ölçeği (WRSM)

Bu araştırma sağlığınız ve kilonuz hakkındaki görüşlerinizi sorgulamaktadır.



Soruları yanıtladığınız için teşekkür ederiz!

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

Yaşam Kalitesi anketlerini dolduran katılımcılar için yönerge

- 1) Bu anket, genel tıbbi değerlendirilmenizin önemli bir parçasıdır. Sorular, kendi bakış açınıza göre, sağlığınızın yaşamınızın kalitesini nasıl etkilediği hakkında bilgi toplamak üzere düzenlenmiştir.
- 2) Anketleri tükenmez kalemle doldurunuz. Cevaplarınızın açık ve okunaklı olmasını sağlamak için kalemi iyice bastırarak temiz bir şekilde yazınız.
- 3) Lütfen her bir soruyu dikkatlice okumak ve cevaplamak için yeterince zaman ayırın. Bazı sorular diğerlerine benzese de her soru farklıdır.
- 4) Lütfen her bir soruyu, cevabınızı en iyi ifade eden kutucuğa bir ☒ işareti koyarak cevaplayın. Bir sorunun cevabını, işaretlediğiniz kutucuğun üstüne bir çizgi çizip (~~☒~~) iptal ettikten sonra, yeni cevaba denk gelen kutucuğa bir ☒ işareti koyarak değiştirebilirsiniz.
- 5) Cevapların doğrusu ya da yanlışı yoktur. Eğer bir soruya nasıl cevap vereceğinizden emin değilseniz, lütfen sizin için en uygun olan cevabı işaretleyiniz.
- 6) Cevaplarınız gizli kalacaktır. Çalışma yöneticisi yalnızca anketin tam olarak cevaplanıp cevaplanmadığını kontrol edecek ve verdiğiniz cevapları klinikteki diğer görevlilerle paylaşmayacaktır.

Kiloyla İlgili Bulgular ve Bunların Sizi Ne Kadar Rahatsız Ettikleri

Aşağıdaki her bir soru için, sıralanan bulgular listesini okuyun ve cevabınızı en iyi anlatan kutunun içine ☒ işareti koyunuz.

a. Geçtiğimiz 4 hafta içinde, sizde aşağıdaki bulgular ortaya çıktı mı?			b. Cevabınız Evet ise bu bulgular sizi ne kadar rahatsız ediyor?							
Hayır	Evet	BULGULAR	Hiç	Hemen hemen hiç	Az	Orta derecede	Epeyce	Çok fazla	Aşırı derecede	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Nefes darlığı	<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	Yorgunluk	<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	Uyku sorunları	<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	Soğuğa hassasiyet	<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	Susamanın artması	<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	Huzursuzluk artışı	<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	Sırt ağrısı	<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	Sık idrara çıkma	<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	Eklemlerde ağrı (kalça, diz vb.)	<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	Su birikimi (Şişkinlik)	<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	Ayak sorunları	<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	Sıcağa hassasiyet	<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	Horlama	<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	

(Lütfen sayfayı çeviriniz)

(devamı)

a. Geçtiğimiz 4 hafta içinde, sizde aşağıdaki bulgular ortaya çıktı mı?			b. Cevabınız Evet ise bu bulgular sizi ne kadar rahatsız ediyor?						
Hayır	Evet	BULGULAR	Hiç	Hemen hemen hiç	Az	Orta derecede	Epeyce	Çok Fazla	Aşırı derecede
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	İştah artışı	<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	İdrar kaçırma	<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	Baş dönmesi	<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	Terleme artışı	<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	Cinsel istek kaybı	<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	Bedensel dayanıklılıkta azalma	<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	Deride tahriş	<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

Lütfen, cevapladığınız sorulara geri dönerek boş bıraktığınız soru olup olmadığından emin olunuz

Soruları yanıtladığınız için teşekkür ederiz!