

# בריאותך ואיכות חייך

מדד סימפטומים הקשורים למשקל עודף (WRSM)

שאלון זה שואל על דעותיך לגבי בריאותך ומשקלך.



***תודה על השלמת שאלות אלו !***

## הוראות למילוי שאלון איכות החיים על ידי המשתתפים במחקר

---

- 1 שאלון זה הינו חלק חשוב מההערכה הרפואית הכללית שלך. השאלות מיועדות לאסוף מידע לגבי האופן בו בריאותך השפיעה על איכות החיים שלך, מנקודת המבט שלך.
- 2 מלא את השאלון בעט כדורי. לחץ על העט בחוזקה וכתוב בצורה מסודרת על מנת להבטיח שתשובותיך ברורות וקריאות.
- 3 אנא הקדש זמן לקרוא ולענות על כל שאלה בעיון. יתכן שחלק מהשאלות ייראו דומות לשאלות אחרות, אך כל שאלה היא שונה.
- 4 אנא ענה על כל שאלה על ידי סימון ☒ בריבוע המתאר את תשובתך באופן הטוב ביותר. תוכל לשנות את תשובתך על ידי סימון קו ☒ על הבחירה שברצונך לשנות, וסימון ☒ בריבוע שמתאים לבחירתך החדשה.
- 5 אין תשובות נכונות או שגויות. אם אינך בטוח לגבי התשובה, ענה את התשובה הטובה ביותר שאתה יכול.
- 6 תשובותיך הן חסויות. מתאם המחקר יבדוק רק את שלמות השאלון, ולא יחלוק את תשובותיך עם סגל רפואי אחר.

## עד כמה מטרידים אותך סימפטומים הקשורים למשקל עודף

לגבי כל אחת מהשאלות הבאות, קרא את רשימת הסימפטומים שלהלן, וסמן ☒ בריבוע המתאר את תשובתך באופן הטוב ביותר.

ב. אם כן, עד כמה הטרידו אותך סימפטומים אלה?							א. ב – 4 השבועות האחרונים, האם היו לך את הסימפטומים הבאים?		
כלל לא	בקושי	במידה מסוימת	במידה בינונית	במידה ניכרת	במידה רבה	במידה רבה מאד	לא	כן	סימפטומים
<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	קוצר נשימה
<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	עייפות
<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	בעיות שינה
<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	רגישות לקור
<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	תחושת צמא מוגברת
<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	עצבנות מוגברת
<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	כאבי גב
<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	תדירות גבוהה של הטלת שתן
<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	כאבי פרקים (מפרק הירך, ברכיים וכד')
<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	הצטברות נוזלים
<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	בעיות בכף הרגל
<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	רגישות לחום
<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	נחירות

(אנא הפוך את הדף)

(המשך...)

ב. אם כן, עד כמה הטרידו אותך סימפטומים אלה?							א. ב - 4 השבועות האחרונים, האם היו לך <b>את</b> הסימפטומים הבאים?		
כלל לא	בקושי	במידה מסוימת	במידה בינונית	במידה ניכרת	במידה רבה	במידה רבה מאד	לא	כן	סימפטומים תיאבון מוגבר
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 <input type="checkbox"/>	0 <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 <input type="checkbox"/>	0 <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 <input type="checkbox"/>	0 <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 <input type="checkbox"/>	0 <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 <input type="checkbox"/>	0 <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 <input type="checkbox"/>	0 <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 <input type="checkbox"/>	0 <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 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

אנא חזור לשאלות שעליהן ענית זה עתה, כדי לוודא שלא דילגת על אף אחת.

**תודה על השלמת שאלות אלו !**