

Jūsų sveikata – *ir* – gerovė

Su Svorio Susijusių Simptomų Įvertinimas (WRSM)

Šia anketa norima išsiaiškinti Jūsų požiūrį į savo sveikatą ir svorį.



Ačiū už atsakymus!

Nurodymai kaip tyrimo dalyviams pildyti gyvenimo kokybės anketa.

- 1) Šia anketa yra svarbi įvertinant Jūsų bendrą sveikatos būklę. Klausimai sudaryti taip, kad surinktume informaciją apie tai, kaip sveikata Jūsų požiūriu paveikė Jūsų gyvenimo kokybę.
- 2) Užpildykite anketą tušinuku. Tvirtai spauskite tušinuką ir tvarkingai rašykite, kad Jūsų atsakymai būtų aiškiai įskaitomi.
- 3) Neskubėkite, įdėmiai perskaitykite ir kruopščiai atsakykite į kiekvieną klausimą. Kai kurie klausimai gali atrodyti panašūs, bet visi klausimai yra skirtingi.
- 4) Prašome atsakyti į kiekvieną klausimą pažymint ☐ langelį, geriausiai atitinkantį Jūsų atsakymą. Jūs galite pakeisti savo atsakymą nubraukdami (☒) pažymėtą langelį ir pažymėdami ☐ kitą langelį, atitinkantį Jūsų naują pasirinkimą.
- 5) Anketoje nėra “teisingų” ar “neteisingų” atsakymų. Jeigu abejojate, kaip atsakyti į klausimą, pasistenkite pasirinkti kuo tiksliausią atsakymą.
- 6) Jūsų atsakymai yra konfidencialūs. Tyrimo koordinatorius tik patikrins, ar atsakėte į visus klausimus ir nepasakos apie Jūsų atsakymus kitiems medikams.

Su svoriu susiję simptomai ir ir kaip jie Jus trikdo

Kiekviename klausime perskaitykite išvardintus simptomus ir pažymėkite ☒ vieną langelį, labiausiai atitinkantį Jūsų atsakymą.

a. Ar per praėjusias 4 savaites Jūs patyrėte šiuos simptomus?			b. Jei taip, kaip šie simptomai Jus trikdė?						
Ne	Taip	SIMPTOMAI	Visai ne	Vargu	Šiek tiek	Vidutiškai	Gero-kai	Labai	Ypatin-gai
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Dusulys	<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	Nuovargis	<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	Miego sutrikimai	<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	Jautrumas šalčiui	<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	Padidėjęs troškulys	<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	Padidėjęs dirglumas	<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	Nugaros skausmai	<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	Dažnas šlapinimasis	<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	Sąnarių (klubų, kelių ir kt.)	<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	Skysčių kaupimasis	<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	Pėdų problemos	<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	Jautrumas karščiui	<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	Knarkimas	<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

(Prašome perversiti puslapį)

(Tęsinys...)

a. Ar per praėjusias 4 savaites Jūs patyrėte šiuos simptomus?			b. Jei taip, kaip šie simptomai Jus trikdė?						
Ne	Taip	SIMPTOMAI	Visai ne	Vargu	Šiek tiek	Vidutiškai	Gero-kai	Labai	Ypatin-gai
<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	Padidėjęs apetitas	<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	Šlapimo nelaikymas	<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	Galvos svaigimas	<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	Padidėjęs prakaitavimas	<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	Lytinio potraukio praradimas	<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	Sumažėjusi fizinė ištvermė	<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	Odos dirginimas	<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

Prašome dar kartą peržiūrėti klausimus, į kuriuos ką tik atsakėte ir patikrinti, ar nieko neprašėte.

Ačiū už atsakymus!