

صحتك - و - رفاهيتك

مقياس الأعراض المتعلقة بالوزن
(WRSM)

يسأل هذا الاستفتاء عن آرائك حول صحتك ووزنك.



نشكر لكم الإجابة على هذه الأسئلة!

تعليمات للإجابة على أسئلة استفتاء جودة الحياة من قبل المشاركين في الدراسة

- (1) يشكل هذا الاستفتاء جزءاً هاماً من تقييمك الطبي الكلي. وُضعت الأسئلة بهدف جمع المعلومات حول كيفية تأثير صحتك على جودة حياتك من وجهة نظرك الخاصة.
- (2) أجب على الاستفتاء مستخدماً قلم حبر جاف. إضغط بقوة وأكتب بخط واضح للتأكد من وضوح النسخ وسهولة قراءتها.
- (3) نرجو منك أخذ الوقت الكافي لقراءة كل سؤال والإجابة عنه بعناية. قد تبدو بعض الأسئلة متشابهة ولكن يختلف كل سؤال عن الآخر.
- (4) نرجو منك الإجابة على كل سؤال عبر وضع علامة ☐ في المربع الأقرب إلى إجابتك. يمكنك تغيير إجابتك عبر وضع خط فوق العلامة (☒) داخل مربع الجواب المراد تغييره، ووضع علامة ☐ في المربع المتطابق مع اختيارك الجديد.
- (5) ما من أجوبة صحيحة أو خاطئة. إن لم تكن متأكداً من كيفية الإجابة عن سؤال ما، نرجو منك تقديم الإجابة الأفضل.
- (6) إن أجوبتك سرية. سيتحقق منسق الدراسة من الإجابة على كافة الأسئلة فقط وبدون إطلاع أجوبتك على أي عضو من فريق العمل السريري (الصحي).

الأعراض المتعلقة بالوزن وما تسببه من إزعاج

لكل من الأسئلة التالية، اقرأ قائمة الأعراض المذكورة أدناه وضع علامة ☐ في مربع واحد فقط يُعبّر عن إجابتك.

| ب. إذا كان الجواب نعم، ما قدر الإزعاج الذي سببته لك هذه الأعراض؟ | | | | | | | أ. هل عانيت من الأعراض التالية في الأسابيع الأربعة الماضية؟ | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|---|
| إلى أقصى حد | كبير جداً | كبير | باعتدال | بعض الشيء | بالكاد | على الإطلاق | نعم | كلا |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | ضيق التنفس | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | التعب | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | مشاكل في النوم | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | الحساسية تجاه البرد | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | الظمأ المتزايد | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | التهيج المتزايد | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | ألم في الظهر | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | التبول المتكرر | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | ألم في المفاصل (الوركين، الركبتين، إلخ) | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | إنحباس الماء | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | مشاكل في القدم | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | الحساسية تجاه الحرارة | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | الشخير | 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> |

(إقلب الصفحة)

(يتبع)...

| ب. إذا كان الجواب نعم، ما قدر الإزعاج الذي سببته لك هذه الأعراض؟ | | | | | | | أ. هل عانيت من الأعراض التالية في الأسابيع الأربعة الماضية؟ | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|-------------------------------|
| إلى أقصى حد | كبير جداً | كبير | باعتدال | بعض الشيء | بالكاد | على الإطلاق | نعم | كلا | الأعراض |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | إزدیاد الشهية |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | تسرّب البول |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | الدوار |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | إزدیاد التعرق |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | فقدان الرغبة الجنسية |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | تراجع في قدرة الإحتمال الجسدي |
| 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | تهيّج البشرة |

نرجو مراجعة الأسئلة التي أجبت عنها للتو
للتأكد من أنك لم تفوت أي سؤال.

نشكر لكم الإجابة على هذه الأسئلة !