

您的身心健康狀況

肥胖以及減肥的生活品質問卷 (OWLQOL)

這份問卷將詢問您對自己的健康及體重的看法。



感謝您填寫此份問卷！

給參與此研究調查者如何填寫此份生活品質問卷之說明

- 1) 本問卷為您整體醫療評估重要的一部份。以下問題是被設計用來收集從您自己的觀點來看您的健康如何影響您的生活品質的資訊。
- 2) 請用原子筆來填寫此問卷。填寫時請用力並清楚的填寫以便這份問卷清晰易讀。
- 3) 請花一些時間仔細閱讀並回答每個問題。有些問題有可能看起來很相似，但是每個問題都是不同的。
- 4) 回答每題問題時請於最適合您的答案旁的方形格中打 ☐。如需要更改答案請在要修改的方格中央畫(~~☐~~) 然後在您想填的新答案旁的方格中打 ☐。
- 5) 問題並沒有對的或錯的答案。如果您不確定如何回答某一題問題，請盡量回答您認為最好的答案。
- 6) 您的回答都是機密。研究人員將只會確認問卷是否回答完整並不會把您的答案與臨床人員分享。

您對自己體重的感覺

以下一系列的敘述是有關您的生活品質與您體重過重以及您試著減重的狀況之間所產生的關係。

針對以下每句敘述，請在目前最適閣您答案的一個方格中打個☒。

	完全無	幾乎無	稍微	中等	頗大	很大	極大
1. 因為我的體重，我試著穿衣服來遮住我的體型 (請選擇一項)。	<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
2. 我感到沮喪，因為體重使我體力變差 (請選擇一項)。	<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
3. 因為我的體重，當我吃東西時讓我感到有罪惡感 (請選擇一項)。	<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
4. 我對於別人談論我的體重而感到煩惱 (請選擇一項)。	<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
5. 因為我的體重，我試著避免照相 (請選擇一項)。	<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
6. 因為我的體重，我必須對我個人衛生更加注意 (請選擇一項)。	<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
7. 我的體重阻擋我想要做的事情 (請選擇一項)。	<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
8. 我擔心體重增加會給身體帶來壓力 (請選擇一項)。	<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

(請翻頁)

(繼續)...

	完全無	幾乎無	稍微	中等	頗大	很大	極大
9. 因為我的體重，使我無法像其他人一樣地吃東西讓我感到挫折 (請選擇一項)。	<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
10. 因為我的體重，讓我感到憂鬱 (請選擇一項)。	<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
11. 因為我的體重，讓我覺得自己很醜 (請選擇一項)。	<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
12. 因為我的體重，讓我對我的未來感到擔心 (請選擇一項)。	<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
13. 我羨慕那些瘦的人 (請選擇一項)。	<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
14. 因為我的體重，讓我覺得其他人盯著我 (請選擇一項)。	<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
15. 因為我的體重，讓我有困難接受自己的身體(請選擇一項)。	<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
16. 我害怕我所減去的體重會增回來 (請選擇一項)。	<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
17. 當我試著減重時，我會感到灰心 (請選擇一項)。	<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

請回到您剛回答的題目以確認您沒有漏掉任何問題。

感謝您填寫此份問卷！