

Twoje zdrowie — i — samopoczucie

**Kwestionariusz jakości życia w związku z otyłością i
odchudzaniem (OWLQOL)**

Niniejszy kwestionariusz służy poznaniu Twoich opinii na
temat swojego zdrowia i wagi.



Dziękujemy za odpowiedzi na pytania!

Instrukcje dotyczące wypełniania kwestionariusza jakości życia przez uczestników badań

- 1) Poniższy kwestionariusz stanowi istotną część Twojej ogólnej oceny medycznej. Pytania służą zgromadzeniu informacji o tym, jak z Twojego punktu widzenia Twój stan zdrowia wpływa na jakość Twojego życia.
- 2) Prosimy o wypełnienie kwestionariusza długopisem. Prosimy mocno naciskać i pisać wyraźnie, tak aby Twoje odpowiedzi były wyraźne i czytelne.
- 3) Na staranne przeczytanie i udzielenie odpowiedzi na każde pytanie poświęć tyle czasu, ile potrzebujesz. Niektóre z pytań mogą wydać Ci się takie same, jednakże każde z nich jest inne.
- 4) Na każde z pytań odpowiedz stawiając krzyżyk ☒ w polu, które najlepiej oddaje Twoją odpowiedź. Możesz zmienić swoją odpowiedź, przekreślając wybór, który chcesz zmienić (☒) i zaznaczając krzyżykiem ☒ pole odpowiadające nowej odpowiedzi.
- 5) Nie ma odpowiedzi dobrych lub złych. Jeśli nie jesteś pewien w jaki sposób odpowiedzieć na jakieś pytanie, postaraj się udzielić najlepszej możliwej odpowiedzi.
- 6) Twoje odpowiedzi nie zostaną ujawnione. Koordynator badania sprawdzi tylko czy wszystkie pytania zostały wypełnione, nie będzie dzielił się odpowiedziami z personelem medycznym.

Twoje odczucia wobec swojej wagi

Poniżej przedstawiamy listę stwierdzeń, dotyczących jakości Twojego życia w związku z nadwagą i próbami schudnięcia.

Przy każdym z poniższych stwierdzeń prosimy postawić krzyżyk ☒ w polu, które najlepiej opisuje Twoją odpowiedź na dzień dzisiejszy.

	WCALE NIE	PRAWIE WCALE NIE	TROSKŁĘ	UMIAR- KOWANIE	DOŚĆ MOCNO	MOCNO	BARDZO MOCNO
1. W związku z nadwagą, próbuję ubierać się tak, aby maskować swoją sylwetkę (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Czuję się sfrustrowany/a tym, iż z powodu nadwagi mam mniej energii (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. W związku z moją nadwagą czuję się winny/a kiedy jem (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Jestem zakłopotany/a tym co inni mówią na temat mojej nadwagi (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Z powodu mojej nadwagi unikam bycia fotografowanym/ fotografowaną (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Z powodu mojej nadwagi muszę zwracać szczególną uwagę na higienę osobistą (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Nadwaga nie pozwala mi robić tego, na co mam ochotę (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Martwi mnie fizyczne obciążenie mojego organizmu, spowodowane nadwagą (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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

(*Prosimy przewrócić kartkę*)

(c.d.)...

	WCALE NIE	PRAWIE WCALE NIE	TROSZKĘ	UMIAR- KOWANIE	DOŚĆ MOCNO	MOCNO	BARDZO MOCNO
9. Czuję się sfrustrowany/a tym, że z powodu nadwagi nie mogę jeść tego co inni (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Czuję się przygnębiony/a z powodu mojej nadwagi (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Z powodu nadwagi czuję się brzydki/a (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Z powodu nadwagi martwię się o swoją przyszłość (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Zazdroszczę ludziom szczupłym (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Wydaje mi się, że ludzie mi się przyglądają z powodu mojej nadwagi (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Z powodu nadwagi mam trudności z akceptowaniem swojego ciała (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Boję się, że po każdym schudnięciu przytyję ponownie (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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. Kiedy próbuję schudnąć, szybko się zniechęcam (<i>Prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź</i>)	<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

Prosimy przejrzeć pytania, na które udzieliłeś/-aś odpowiedzi i sprawdzić, czy nie pominąłeś/pominęłaś żadnego punktu

Dziękujemy za odpowiedzi na pytania!