

La sua salute

— *e* —

il suo benessere

**Obesità e perdita di peso: questionario sulla qualità della vita
(OWLQOL)**

In questo questionario le vengono chieste le sue opinioni sulla
sua salute e il suo peso.



***La ringraziamo per la compilazione di questo
questionario!***

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.
(OWL-QOL-17 (Italian) Italy Version 2.0)

Istruzioni per i partecipanti allo studio su come compilare i questionari sulla qualità della vita

- 1) Questi questionari costituiscono una parte importante della sua valutazione medica globale. Le domande sono state concepite per raccogliere informazioni su come la sua salute ha influito sulla sua qualità della vita, dal suo punto di vista.
- 2) Compili il questionario utilizzando una penna biro. Scriva in modo nitido premendo con decisione la penna, in modo che le copie risultino chiare e leggibili.
- 3) Legga ogni domanda attentamente e risponda con calma. Alcune domande potrebbero sembrare simili ad altre, ma ogni domanda è in realtà diversa dalle altre.
- 4) Risponda a ogni domanda facendo una crocetta ☐ sulla casella che meglio corrisponde alla sua risposta. Può cambiare una risposta barrando con una linea orizzontale (☒) la scelta da cambiare e facendo quindi una nuova crocetta ☐ sulla casella che corrisponde alla sua nuova scelta.
- 5) Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Se non è sicuro/a di come rispondere ad una particolare domanda, scelga la risposta che più si avvicina.
- 6) Le sue risposte sono strettamente confidenziali. Il coordinatore dello studio verificherà le risposte solo per controllare che il questionario sia stato completato, e non le mostrerà ad altri membri del personale medico.

Peso in eccesso: i suoi atteggiamenti

La seguente lista di frasi riguarda la sua qualità di vita in relazione al fatto di essere sovrappeso e di cercare di dimagrire.

La preghiamo di fare una crocetta ☒ nella casella che meglio corrisponde alla sua risposta in questo momento.

	PER NIENTE	POCHIS- SIMO	POCO	MODERA- TAMENTE	ABBA- STANZA	MOLTO	MOLTIS- SIMO
1. A causa del mio peso cerco di mettermi dei vestiti che nascondano la forma del mio corpo (<i>scelga una casella</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. Mi sento frustrato/a perché ho meno energia a causa del mio peso (<i>scelga una casella</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. A causa del mio peso mi sento in colpa quando mangio (<i>scelga una casella</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. Mi dà fastidio quello che dicono gli altri sul mio peso (<i>scelga una casella</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. A causa del mio peso, cerco di evitare di essere fotografato/a (<i>scelga una casella</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. A causa del mio peso devo fare molta attenzione alla cura della mia persona (<i>scelga una casella</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. Il mio peso mi impedisce di fare quello che voglio (<i>scelga una casella</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. Sono preoccupato/a per il carico a cui è sottoposto il mio fisico a causa del mio peso (<i>scelga una casella</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

(Continui alla pagina seguente)

(continua...)

	PER NIENTE	POCHIS- SIMO	POCO	MODERA- TAMENTE	ABBA- STANZA	MOLTO	MOLTIS- SIMO
9. Mi sento frustrato/a per non potere mangiare quello che mangiano gli altri a causa del mio peso (<i>scelga una casella</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. Mi sento depresso/a a causa del mio peso (<i>scelga una casella</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. Mi sento brutto/a a causa del mio peso (<i>scelga una casella</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. Sono preoccupato/a per il mio futuro a causa del mio peso (<i>scelga una casella</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. Invidio la gente magra (<i>scelga una casella</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. Mi sento osservato/a a causa del mio peso (<i>scelga una casella</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. Mi è difficile accettare il mio corpo a causa del mio peso (<i>scelga una casella</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. Ho paura di rimettere su tutti i chili che perdo (<i>scelga una casella</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. Mi scoraggio quando cerco di dimagrire (<i>scelga una casella</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

La preghiamo di ricontrollare le domande a cui ha appena risposto per essere sicuro/a di non averne saltata neanche una.

La ringraziamo per la compilazione di questo questionario!