

La tua salute

— e —

il tuo benessere

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

In questo questionario vengono richieste le tue opinioni sulla
tua salute e il tuo peso.



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

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

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

- 1) Questo questionario costituisce una parte importante della tua valutazione medica globale. Le domande sono state concepite per raccogliere informazioni su come la tua salute abbia influito sulla qualità della tua vita dal tuo punto di vista.
- 2) Compila il questionario utilizzando una penna biro. Scrivi in modo nitido premendo con decisione la penna, in modo che le tue risposte risultino chiare e leggibili.
- 3) Leggi ogni domanda attentamente e rispondi con calma. Alcune domande potrebbero sembrare simili ad altre, ma ogni domanda è in realtà diversa dalle altre.
- 4) Rispondi a ogni domanda facendo una crocetta ☐ sulla casella che meglio corrisponde alla tua risposta. Puoi cambiare una risposta barrando con una linea orizzontale (☐) la scelta da cambiare e facendo quindi una nuova crocetta ☐ sulla casella che corrisponde alla tua nuova scelta.
- 5) Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Se non sei sicura/o di come rispondere ad una particolare domanda, scegli la risposta che più si avvicina.
- 6) Le tue 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 tuoi atteggiamenti

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

Ti preghiamo di fare una crocetta ☒ nella casella che meglio corrisponde alla tua 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>(scegli 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 frustrata/o perché ho meno energia a causa del mio peso <i>(scegli 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>(scegli 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>(scegli 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 fotografata/o <i>(scegli 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>(scegli 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>(scegli 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 preoccupata/o per il carico a cui è sottoposto il mio fisico a causa del mio peso <i>(scegli 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

(Continua alla pagina seguente)

(continua...)

	PER NIENTE	POCHIS- SIMO	POCO	MODERA- TAMENTE	ABBA- STANZA	MOLTO	MOLTIS- SIMO
9. A causa del mio peso, mi sento frustrata/o per non potere mangiare quello che mangiano gli altri <i>(scegli 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 depressa/o a causa del mio peso <i>(scegli 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 brutta/o a causa del mio peso <i>(scegli 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 preoccupata/o per il mio futuro a causa del mio peso <i>(scegli 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>(scegli 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 osservata/o a causa del mio peso <i>(scegli 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>(scegli 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>(scegli 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>(scegli 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

Ti preghiamo di controllare le domande a cui hai appena risposto per essere sicura/o di non averne saltata qualcuna.

Ti ringraziamo per la compilazione di questo questionario!