

Instrukcja użytkownika kwestionariusza przeznaczonego do badania jakości życia osób ze stomią. Stoma QoL

Stoma QoL ma za zadanie zbadać jakość życia osób ze stomią. Pytania w Stoma-QoL są rezultatem licznych wywiadów, przeprowadzonych z osobami ze stomią, w kilku krajach, aby wyłonić te odnoszące się do jakości życia tej grupy ludzi.

Obejmują one następujące zagadnienia: dotyczące snu, intymnych relacji, stosunków rodzinnych i relacji z bliskimi przyjaciółmi, a także relacji z innymi osobami, nie będącymi rodziną oraz przyjaciółmi.

Kwestionariusz zawiera 20 pytań. Pytanie może wyglądać następująco: "Martwię się, że worek się poluzuje." Wszystkie odpowiedzi na pytania muszą się mieścić w 4 punktowej skali.

Są następujące odpowiedzi:

1. Zawsze
2. Czasami
3. Rzadko
4. Wcale

Aby kwestionariusz działał, należy odpowiedzieć na **WSZYSTKIE** 20 pytań po kolei. Dlatego, żadne pytanie nie powinno zostać bez odpowiedzi. Ponadto, na każde pytanie może być udzielona **TYLKO JEDNA** odpowiedź.

Pytania są bardzo proste, więc wypełnienie kwestionariusza zajmie około 5-10 minut.

Baw się dobrze ze Stoma-QoL

QoL Kwestionariusz Oceny Jakości Życia dla osób ze stomią

Data: ____/____ 20____

<i>Proszę zaznaczyć odpowiedź w zgodzie z tym, co czujesz w tym momencie.</i>	Zawsze	Czasami	Rzadko	Wcale
1. Jestem zaniepokojona/ony gdy worek jest wypełniony	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2. Martwię się, że worek odpadnie	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
3. Odczuwam potrzebę sprawdzenia gdzie jest najbliższa toaleta (gdy przebywam poza domem)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
4. Martwię się, że mój worek nieprzyjemnie pachnie	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
5. Martwię się odgłosami pochodzącymi ze stomii	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
6. Potrzebuję odpoczynku w ciągu dnia	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7. Moja stomia ogranicza wybór ubrań, które mogę nosić	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
8. Czuję się zmęczony w ciągu dnia	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
9. Z powodu mojej stomii czuję się nieatrakcyjna/ny seksualnie	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
10. Źle śpiam w nocy	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
11. Martwię się, że mój worek szeleści	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
12. Z powodu stomii wstydzę się swojego ciała	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
13. Trudne byłoby dla mnie nocowanie poza domem	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
14. Trudnym jest ukrycie faktu, że noszę worek	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
15. Martwię się, że mój stan jest ciężarem dla moich bliskich	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
16. Unikam bliskiego kontaktu (fizycznego) z moimi przyjaciółmi	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
17. Moja stomia utrudnia mi bycie z innymi ludźmi	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
18. Obawiam się poznawania nowych ludzi	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
19. Czuję się samotna/y nawet gdy przebywam z innymi ludźmi	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
20. Martwię się, że moja rodzina czuje się przy mnie skrępowana/zażenowana	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania. Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza.