

ANEXO III

Instrucciones de cumplimentación de un cuestionario elaborado para valorar la calidad de vida de personas ostomizadas: Stoma-QoL

El cuestionario Stoma-QoL ha sido desarrollado para valorar la calidad de vida de las personas ostomizadas. Las preguntas incluidas en este cuestionario son el resultado de un gran número de entrevistas realizadas a personas ostomizadas de distintos países con el fin de abordar los principales aspectos relacionados con la calidad de vida de este sector de la población.

En él se tratan las siguientes cuestiones: las preocupaciones de los afectados con respecto a dormir, las preocupaciones de los afectados con respecto a mantener relaciones íntimas, las preocupaciones de los afectados con respecto a su relación con familiares y amigos, y las preocupaciones de los afectados con respecto a relacionarse con otras personas que no sean familiares o amigos.

El cuestionario consta de 20 preguntas (por ejemplo: "Me preocupa que la bolsa se despegue"), y cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, que son:

1. Siempre
2. A veces
3. En raras ocasiones
4. Nunca

Para que el cuestionario sea válido, deben responderse **TODAS** las preguntas, es decir, no debe quedar ninguna pregunta sin respuesta. Además, solo se admite **UNA** respuesta por pregunta.

Las preguntas son muy sencillas, por lo que el tiempo aproximado para rellenar el cuestionario es de 5 a 10 minutos.

Gracias por rellenar el cuestionario Stoma-QoL

Stoma-QOL

Cuestionario de calidad de vida para personas con ostomía

Paciente iniciales _____

Fecha: ____ / ____ 20__

Por favor, marque en cada pregunta aquella respuesta que mejor describa cómo se siente usted en **este momento**

	Siempre	A veces	Raras veces	Jamais
1. Me pongo nervioso/a cuando la bolsa esta llena.	_1	_2	_3	_4
2. Me preocupa que la bolsa se despegue	-1	-2	-3	-4
3. Cuando estoy fuera de casa necesito saber dónde está el aseo más cercano	-1	_2	_3	_4
4. Me preocupa el olor que se pueda desprender de la bolsa	_1	_2	-3	_4
5. Me preocupan los ruidos del intestino	_1	_2	_3	_4
6. Necesito descansar durante el día	-1	-2	-3	-4
7. La bolsa condiciona la ropa que me puedo poner	_1	_2	_3	_4
8. Me siento cansado/a durante el día	_1	_2	_3	_4
9. Siento que he perdido mi atractivo sexual debido al estoma	-1	-2	-3	-4
10. Duermo mal por la noche	-1	-2	-3	-4
11. Me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme o al rozar con la ropa	_1	_2	_3	_4
12. Me disgusta mi cuerpo	_1	_2	_3	_4
13. Me resulta difícil pasar la noche fuera de casa	_1	_2	_3	_4
14. Me cuesta disimular que llevo una bolsa	_1	_2	_3	_4
15. Me preocupa ser una carga para las personas que me rodean	_1	_2	-3	_4
16. Evito el contacto físico con mis amigos (por ejemplo al bailar)	_1	_2	_3	_4
17. Me resulta difícil estar con otras personas debido al estoma	-1	-2	-3	-4
18. Me da miedo conocer gente nueva	-1	-2	-3	-4
19. Me siento solo/a incluso cuando estoy con otras personas	_1	_2	_3	_4
20. Me preocupa que mi familia se sienta incómoda conmigo debido al estoma	-1	_2	_3	_4

Gracias por contestar al cuestionario