

Instructions d'utilisation pour un questionnaire destiné à évaluer la qualité de vie des personnes ayant une stomie : Stoma-QoL

Stoma-QoL a été mis au point pour évaluer la qualité de vie des personnes ayant une stomie. Les questions de Stoma-QoL sont le résultat de nombreux entretiens avec des sujets porteurs de stomie. Ces entretiens ont eu lieu dans plusieurs pays pour répondre aux problèmes les plus caractéristiques concernant la qualité de vie de ce groupe d'individus. Les aspects suivants sont concernés : problèmes liés au sommeil, aux rapports intimes, aux rapports avec la famille et les amis proches et aux relations avec les personnes autres que l'entourage et les amis proches.

Le questionnaire se compose de 20 questions. Voici un exemple de question : « J'ai peur que la poche se détache. » Toutes les questions appellent une réponse sur une échelle de 4 points. Les options de réponse à chaque question sont :

1. Toujours
2. Parfois
3. Rarement
4. Pas du tout

Merci de veiller à répondre à l'**ENSEMBLE** des 20 questions afin que le questionnaire soit utile. Il ne faut donc laisser aucune question sans réponse. De plus, **UNE SEULE** réponse par question doit être donnée.

Les questions sont très simples et il vous faudra environ 5 à 10 minutes pour remplir le questionnaire.

Merci de répondre au questionnaire Stoma-QoL

Stoma-QOL

Questionnaire de qualité de vie pour les personnes ayant une stomie

Patient n°: _____

Date: ____ / ____ 20____

Veillez, s'il vous plait, cocher la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez en ce moment.

	Tout le temps	Parfois	Rarement	Jamais
1. Ça me rend inquiet quand la poche est pleine	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2. J'ai peur que la poche se décolle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
3. J'ai besoin de savoir où sont les toilettes les plus proches	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
4. J'ai peur que la poche sente	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
5. J'ai peur que la poche fasse du bruit (des gargouillis venant de l'intestin)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
6. J'ai besoin de me reposer pendant la journée	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7. Ma poche me limite dans le choix de mes vêtements	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
8. Je me sens fatigué(e) pendant la journée	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
9. A cause de ma stomie, j'ai l'impression de ne pas être sexuellement attirant(e)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
10. Je dors mal la nuit	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
11. J'ai peur que la poche fasse des bruits de froissement	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
12. Du fait de ma stomie je n'aime pas mon corps	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
13. Il m'est difficile de passer une nuit hors de chez moi	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
14. C'est difficile de cacher que je porte une poche	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
15. Du fait de mon état de santé, j'ai peur d'être un poids pour mes proches	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
16. J'évite les contacts physiques rapprochés avec mes amis (par exemple danser, jouer)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
17. Du fait de ma stomie, ça m'est difficile être avec les autres	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
18. J'ai peur de rencontrer des gens nouveaux	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
19. Je me sens seul(e) même quand je suis avec des gens	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
20. Ce que ma famille pense de moi, me tracasse	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

S'il vous plaît, veuillez vérifier que vous avez répondu pour chaque phrase. Merci d'avoir rempli ce questionnaire