**Приложение А**

1. **Как давно Вам былавыведена уростома?**
   * Менее 2-х дней назад
   * 1 неделю назад
   * 2 недели назад
   * Более 2-х недель назад
2. **Укажите, пожалуйста, заболевание, которое явилось причиной уростомии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Проводилось ли для Вас обучение самоуходу за уростомой медицинскими работниками в послеоперационном периоде?**
   * Да
   * Нет
4. **В какой форме проводилось это обучение?**
   * Устно
   * Устно с демонстрацией основных средств и методов ухода, предоставили буклет/памятку
   * Мне предоставили отпечатанный бланк для самостоятельного изучения
   * Мне предоставили буклет/памятку с иллюстрациями, ответили на вопросы
   * Другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **Насколько обучение самоуходу за уростомой было для Вас полезным?**
   * Очень полезным: я могу самостоятельно ухаживать за стомой
   * Достаточно полезным: у меня остались невыясненные вопросы
   * Бесполезным: я ничего не понял/поняла
6. **В настоящее время Вы ухаживаете за стомой:**
   * Cамостоятельно
   * C помощью медицинской сестры
   * C помощью родственника
   * Я боюсь делать это самостоятельно
   * Я пока не умею самостоятельно ухаживать за стомой
7. **Какими уроприемниками Вы в основном пользуетесь?**
   * Однокомпонентными дренируемыми
   * Однокомпонентными недренируемыми
   * Двукомпонентными
   * Я в них еще не разобрался/разобралась
   * Другое (укажите, пожалуйста)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. **Какими дополнительными средствами ухода за стомой Вы пользуетесь или планируете пользоваться? (можно выбрать несколько вариантов ответа)**
   * Медицинский антиклей (спрей)
   * Очистители кожи (спрей или салфетки)
   * Адсорбирующмй порошок (пудра)
   * Средство для защиты кожи вокруг стомы (салфетки или спрей)
   * Герметики (паста, кольца, полоски)
   * Защитный крем-барьер
   * Нейтрализатор запаха для уроприемника
   * Пояс для уроприемника
   * Другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. **Отметьте, пожалуйста, то, что вызывало у Вас тревогув первые дни после наложения уростомы (можно выбрать несколько вариантов ответа):**
   * Боязнь не привыкнуть к стоме
   * Необходимость ограничения физических нагрузок
   * Вынужденное изменение некоторых привычек (например, сон на животе)
   * Накожный уроприемник будет шуршать
   * Накожный уроприменик будет виден под одеждой
   * Накожный уроприменик может отклеиться
   * Неадекватная реакция окружающих на стому
   * Раздражение кожи вокруг стомы
   * Аллергия на клей уроприемника
   * Подтекание мочи
   * Запах мочи
   * Сложность ухода за стомой
   * Боязнь возобновленияболезни
   * Боязнь стать обузой для родных
   * Никаких сложностей
10. **Какие неудобства (проблемы) Вы испытываете в настоящее время:**

* Не могу привыкнуть к своему телу со стомой
* Не могу привыкнуть к тому, что теперь нужно всегда следить за наполняемостью уроприемника
* Не знаю, как правильно ухаживать за стомой и менять уроприемники
* Стесняюсь своего состояния
* Постоянно думаю о стоме
* Мне кажется, что от меня пахнет
* Боюсь, что мешок оторвется
* Ощущаю себя неполноценным человеком
* Постоянно ощущаю зуд в области стомы

1. **Когда Вы проводите замену/опорожнение уроприемника?**
   * При полном заполнении
   * При заполнении на ½
   * При заполнении на 1/3
2. **Испытываете ли Вы в настоящее время тревожность по поводу своего изменившегося состояния?**
   * Совсем не испытываю
   * Очень слабую
   * Слабую
   * Умеренную
   * Сильную
   * Очень сильную
3. **Выскажите, пожалуйста, свое мнение об адаптации к стоме после операции:**
   * Адаптирован
   * Вполне адаптирован
   * Свыкся
   * Еще нет
   * Нет
4. **Ваш пол**
   * женский
   * мужской
5. **Ваш возраст** 
   * 20 лет и менее
   * 21-30 лет
   * 31-40 лет
   * 41-50
   * 51-60 лет
   * Старше 60 лет
6. **Ваш социальный статус:**
   * работающий
   * неработающий
   * студент, учащийся
   * пенсионер
   * работающий пенсионер
   * инвалид
   * работающий инвалид
7. **С кем Вы поживаете:**
   * Живу один/одна
   * Живу вдвоем с супругой/супругом (партнером)
   * Живу с семьей (дети/внуки/родители)
   * Живу с другими родственниками
8. **Нуждаетесь ли Вы в помощи близких/родственников при уходе за стомой**
   * Нет, в помощи не нуждаюсь
   * Пока нуждаюсь в помощи, но надеюсь, что со временем смогу все делать самостоятельно
   * Боюсь, не смогу полностью все правильно выполнять
9. **Можете ли Вы рассчитывать на помощь родственников/близких людей при уходе за уростомой:**
   * да
   * нет

*Благодарим за участие в анкетировании!*