**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!*