

**Medicare Health Outcomes Survey —
Modified (HOS-M)
Questionnaire (Russian)**

2024

Инструкция по заполнению опросника Medicare по показателям состояния здоровья — модифицированной версии

В данном опроснике содержатся вопросы о Вашем здоровье, Ваших эмоциях и способности заниматься повседневными делами. Просим Вас отвечать на вопросы не торопясь. Ваши ответы очень важны для нас. Если Вам нужна помощь с заполнением опросника, член Вашей семьи или Ваш друг могут заполнить опросник о Вашем здоровье. Если Вы НЕ можете получить помощь члена семьи или друга, попросите помочь медсестру или другого медицинского работника.

- Для ответа на вопросы поставьте «X» в графе напротив подходящего варианта ответа, как в приведенном ниже примере.

Укажите свой пол.

- 1 ☐ Мужской
2 ☐ Женский

- Обязательно прочитайте все варианты ответа перед тем, как поставить отметку «X».
- Возможно, некоторые вопросы покажутся Вам личными. Важно, чтобы Вы ответили на ВСЕ вопросы в анкете. Но Вы можете не отвечать на вопрос, если не хотите. Если Вы не уверены в ответе на вопрос или не знаете, относится ли вопрос к Вам, выберите САМЫЙ подходящий вариант.
- Заполните опросник в течение двух недель и отправьте нам в приложенном конверте с предварительно оплаченным почтовым сбором.

ЕСЛИ ВЫ ЗАПОЛНЯЕТЕ ОПРОСНИК ЗА ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА

Отвечайте на все вопросы так, чтобы ответы наилучшим образом отражали состояние здоровья этого человека, его эмоции и способность заниматься повседневными делами. Отвечайте на каждый вопрос так, как ответил бы человек, которому Вы помогаете.

Любая информация, которая позволяет идентифицировать личность заполнившего опросник, защищена в соответствии с законом о конфиденциальности и законом об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA). Такая информация будет использоваться только в целях, разрешенных законом, и не будет разглашаться или передаваться по какой-либо иной причине. Если у Вас есть вопросы или Вы хотите узнать больше об исследовании, звоните в компанию [survey vendor name] по телефону [phone number].

В соответствии с Законом о снижении бумажного документооборота (Paperwork Reduction Act) 1995 г. никто не обязан отвечать на запрос о сборе информации, если на нем не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления США (OMB). Контрольный номер OMB для сбора данной информации — **0938-0701**. Время, необходимое для сбора данной информации, оценивается в среднем в **20 минут**, включая время ознакомления с инструкциями, поиск имеющихся источников данных, сбор необходимых данных, завершение и проверку собранной информации. Если у Вас есть замечания, касающиеся точности оценки(-ок) времени, или рекомендации по улучшению данной формы, пожалуйста, пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

OMB 0938-0701 (истекает: 31.05.2025)

© 2024 г., Национального комитета по обеспечению качества (NCQA). Не допускается воспроизведение или передача данного опросника в любой форме, электронной или механической, без явного письменного разрешения NCQA. Все права защищены.

Опросник Medicare по показателям состояния здоровья — модифицированная версия

1. Оцените состояние своего здоровья в целом.

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Отличное | Очень хорошее | Хорошее | Удовлетвори- тельное | Плохое |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

2. Насколько Вам трудно поднимать или переносить предметы весом 10 фунтов, например мешок картофеля?

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Совсем не трудно | Немного трудно | В меру трудно | Очень трудно | Я не могу это сделать |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

3. Насколько Вам трудно пройти пешком четверть мили (примерно 2 или 3 квартала)?

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Совсем не трудно | Немного трудно | В меру трудно | Очень трудно | Я не могу это сделать |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

4. Возникают ли у Вас трудности, обусловленные состоянием здоровья или физической проблемой, при выполнении следующих действий **без специального оборудования или посторонней помощи**?

| | Нет, это не вызывает трудностей | Да, мне трудно это делать | Я не могу выполнить это действие |
|--------------------------------------|--|--|---|
| a. Купание..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. Одевание..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. Прием пищи..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| d. Сесть на стул или встать со стула | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| e. Ходьба | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| f. Использование туалета..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

5. Помогает ли Вам с какими-либо из этих действий **другой человек**?

| | Да, мне помогают | Нет, мне не помогают | Я не выполняю это действие |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| a. Купание..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. Одевание..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. Прием пищи..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| d. Сесть на стул или встать со стула.. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| e. Ходьба | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| f. Использование туалета..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

6. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. **Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время** в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

| ДЕЙСТВИЯ | Да, значи- тельно ограни- чивает | Да, немного ограни- чивает | Нет, совсем не ограни- чивает |
|--|---|-------------------------------------|---|
| a. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, уборка пылесосом, игра в боулинг или гольф | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. Подъем пешком по лестнице на несколько лестничных пролетов | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

7. Бывало ли за **последние 4 недели**, что Ваше физическое состояние вызывало следующие затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности? (Если Вы не можете работать или заниматься повседневными делами, отвечайте «Да, постоянно» на оба вопроса).

| | Нет, никогда | Да, редко | Да, иногда | Да, боль- шую часть времени | Да, посто- янно |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|
| a. Вы достигли меньшего , чем хотели бы | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

8. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваши эмоциональные проблемы (например, ощущение подавленности или тревоги) стали причиной следующих затруднений в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности? (Если Вы не можете работать или заниматься повседневными делами, отвечайте «Да, постоянно» на оба вопроса).

| | Нет, никогда | Да, редко | Да, иногда | Да, боль- шую часть времени | Да, посто- янно |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| a. Вы достигли меньшего, чем хотели бы..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

9. В какой степени боль мешала Вам работать как обычно (включая работу вне дома и работу по дому) в течение последних 4 недель?

| Совсем не мешала | Немного | Умеренно | Сильно | Очень сильно |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Следующие вопросы связаны с тем, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. На каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

10. Как часто в течение последних 4 недель:

| | Посто- янно | Боль- шую часть вре- мени | Часто | Иногда | Редко | Никог- да |
|---|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Вы чувствовали себя спокойно и умиротворенно?..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| b. Вы чувствовали себя бодрым(-ой)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| c. Вы были в подавленном и грустном настроении? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

11. Как часто в течение последних 4 недель физическое состояние или эмоциональные проблемы мешали Вашей социальной жизни (например, навещать друзей, родственников, и т. п.)?

| Постоянно | Большую часть времени | Иногда | Редко | Никогда |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Теперь мы хотели бы задать Вам несколько вопросов о том, как изменилось Ваше здоровье.

12. По сравнению с Вашим самочувствием один год назад, как Вы можете в целом оценить свое **физическое здоровье сейчас?**

| Намного лучше | Немного лучше | Примерно такое же | Немного хуже | Значительно хуже |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

13. По сравнению с Вашим самочувствием один год назад, как Вы можете в целом оценить свое **эмоциональное состояние** (наличие таких проблем как тревожность, подавленность или раздраженность) **сейчас?**

| Намного лучше | Немного лучше | Примерно такое же | Немного хуже | Значительно хуже |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

14. Страдаете ли Вы потерей памяти, которая мешает выполнению повседневных дел?

1 ☐ Да
2 ☐ Нет

15. Как часто у Вас бывают трудности с контролем мочеиспускания (непроизвольное мочеиспускание)?

| Никогда | Реже одного раза в неделю | Раз в неделю или чаще | Каждый день | У меня установлен катетер |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

16. Кто заполнял опросник?

1 ☐ Участник Medicare
2 ☐ Член семьи, родственник или друг/подруга участника Medicare
3 ☐ Медсестра или другой медицинский работник

→ **ОСТАНОВИТЬСЯ ЗДЕСЬ**

→ **Перейти к вопросу 17**

→ **Перейти к вопросу 17**

17. Назовите причину, по которой Вы заполняете опросник за другого человека. (Отметьте **ВСЕ** подходящие варианты.)

1 ☐ Физические проблемы
2 ☐ Проблемы с памятью или психические проблемы
3 ☐ Не может говорить или читать по-русски
4 ☐ Человек отсутствует
5 ☐ Другое

18. В чем заключалась Ваша помощь при заполнении опросника? (Отметьте **ВСЕ** подходящие варианты.)

- 1 ☐ Я зачитывал(-а) вопросы
- 2 ☐ Я записывал(-а) ответы опрашиваемого человека
- 3 ☐ Я отвечал(-а) на вопросы на основании своих знаний об опрашиваемом человеке
- 4 ☐ Я использовал(-а) медицинскую карту, чтобы заполнить опросник
- 5 ☐ Я перевел(-а) вопросы опросника
- 6 ☐ Другое

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ (ЛИЦАМИ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМИ УХОД)**

19. Какой вариант **наиболее точно описывает** Вашу должность? (Выберите только **один** ответ.)

- 1 ☐ Санитар на дому, сиделка или сертифицированный помощник медсестры
- 2 ☐ Дипломированная (RN, LPN) или недипломированная (NP) медсестра
- 3 ☐ Социальный работник или координатор медицинских услуг
- 4 ☐ Сотрудник учреждения опеки взрослых (Adult Foster Care) / учреждения дневного ухода за взрослыми (Adult Day Care) / учреждений для проживания с уходом (Assisted Living / Residential Care)
- 5 ☐ Переводчик
- 6 ☐ Другое

ВЫ ЗАВЕРШИЛИ ОПРОС. СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ.

Воспользуйтесь приложенным конвертом с предварительно оплаченным почтовым сбором, чтобы отправить Ваш заполненный опросник по адресу:

Centers for Medicare & Medicaid Services

c/o Survey Processing
[Insert Survey Vendor
Return Address Here]

Если у Вас есть вопросы, касающиеся данного опроса, свяжитесь с организаторами опроса, которые сотрудничают с программой Medicare, по телефону [survey vendor phone number] или электронной почте [survey vendor email].