

# **Medicare Health Outcomes Survey (HOS) Questionnaire (Russian)**

**2024**

## **Инструкция по заполнению опросника**

**В данном опроснике содержатся вопросы, касающиеся Вас и состояния Вашего здоровья. Отвечайте на каждый вопрос применительно к себе. Просим Вас найти время на прохождение этого опроса. Ваши ответы очень важны для нас. Если Вы не можете отвечать на вопросы самостоятельно, член Вашей семьи или Ваше доверенное лицо могут заполнить опросник за Вас.**

**Просим Вас отправить заполненный опросник с Вашими ответами в приложенном конверте с предварительно оплаченным почтовым сбором.**

- 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».
- Иногда Вас будут просить пропустить некоторые вопросы. В этом случае появится примечание с указанием, на какой вопрос отвечать дальше, например:

1  Да *èПереходите к вопросу 32*

2  Нет *èПереходите к вопросу 33*

**Если вы заполняете опросник за другого человека, 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 сокращении бумажного документооборота» (Paperwork Reduction Act) 1995 года, Вы не обязаны отвечать на запрос о сборе информации, если на нем не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления США (OMB). Это положение распространяется как на обязательные, так и на необязательные к исполнению запросы. Контрольный номер OMB для данного запроса о сборе 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., Национальный комитет по обеспечению качества (NCQA). Не допускается воспроизведение или передача данного опросника в любой форме, электронной или механической, без явного письменного разрешения Национального комитета по обеспечению качества (NCQA). Все права защищены.

## Опросник Medicare по показателям состояния здоровья

1. Оцените состояние своего здоровья в целом.

- 1  Отличное
- 2  Очень хорошее
- 3  Хорошее
- 4  Удовлетворительное
- 5  Плохое

2. 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?

a. **Умеренные физические нагрузки**, такие как передвинуть стол, уборка пылесосом, игра в боулинг или гольф

- 1  Да, значительно ограничивает
- 2  Да, немного ограничивает
- 3  Нет, совсем не ограничивает

b. Подъем пешком по лестнице на **несколько** лестничных пролетов

- 1  Да, значительно ограничивает
- 2  Да, немного ограничивает
- 3  Нет, совсем не ограничивает

3. Бывало ли за **последние 4 недели**, что **Ваше физическое состояние** вызывало следующие затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности?

a. **По состоянию физического здоровья Вы достигли меньшего**, чем хотели бы.

- 1  Нет, никогда
- 2  Да, небольшую часть времени
- 3  Да, некоторую часть времени
- 4  Да, большую часть времени
- 5  Да, постоянно

b. **По состоянию физического здоровья Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы** или другой деятельности.

- 1  Нет, никогда
- 2  Да, небольшую часть времени
- 3  Да, некоторую часть времени
- 4  Да, большую часть времени
- 5  Да, постоянно

4. 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?

a. **Из-за эмоциональных проблем Вы достигли меньшего**, чем хотели бы.

- 1  Нет, никогда
- 2  Да, небольшую часть времени
- 3  Да, некоторую часть времени
- 4  Да, большую часть времени
- 5  Да, постоянно

b. Выполняли свою работу или другие дела не так **аккуратно**, как обычно, **из-за эмоциональных проблем**

- 1  Нет, никогда
- 2  Да, небольшую часть времени
- 3  Да, некоторую часть времени
- 4  Да, большую часть времени
- 5  Да, постоянно

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

- 1  Совсем не мешала
- 2  Немного
- 3  В умеренной степени
- 4  В значительной степени
- 5  Очень сильно

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.

6. Как часто в течение **последних 4 недель:**

a. Вы чувствовали себя спокойно и умиротворенно?

- 1  Постоянно
- 2  Большую часть времени
- 3  Значительную часть времени
- 4  Некоторую часть времени
- 5  Небольшую часть времени
- 6  Никогда

b. Вы чувствовали прилив сил?

- 1  Постоянно
- 2  Большую часть времени
- 3  Значительную часть времени
- 4  Некоторую часть времени
- 5  Небольшую часть времени
- 6  Никогда

c. Вы были в подавленном и грустном настроении?

- 1  Постоянно
- 2  Большую часть времени
- 3  Значительную часть времени
- 4  Некоторую часть времени
- 5  Небольшую часть времени
- 6  Никогда

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

- 1  Постоянно
- 2  Большую часть времени
- 3  Некоторую часть времени
- 4  Небольшую часть времени
- 5  Никогда

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

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

- 1  Намного лучше
- 2  Немного лучше
- 3  Примерно такое же
- 4  Немного хуже
- 5  Значительно хуже

9. 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?**

- 1  Намного лучше
- 2  Немного лучше
- 3  Примерно такое же
- 4  Немного хуже
- 5  Значительно хуже

Ранее в ходе опроса мы просили Вас указать, чувствуете ли Вы какие-либо ограничения в Вашей деятельности. Сейчас мы зададим несколько дополнительных вопросов в этой области.

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

а. Купание

- 1  Нет, это не вызывает трудностей
- 2  Да, мне трудно это делать
- 3  Я не могу выполнить это действие

б. Одевание

- 1  Нет, это не вызывает трудностей
- 2  Да, мне трудно это делать
- 3  Я не могу выполнить это действие

с. Прием пищи

- 1  Нет, это не вызывает трудностей
- 2  Да, мне трудно это делать
- 3  Я не могу выполнить это действие

д. Сесть на стул или встать со стула

- 1  Нет, это не вызывает трудностей
- 2  Да, мне трудно это делать
- 3  Я не могу выполнить это действие

е. Ходьба

- 1  Нет, это не вызывает трудностей
- 2  Да, мне трудно это делать
- 3  Я не могу выполнить это действие

ф. Использование туалета

- 1  Нет, это не вызывает трудностей
- 2  Да, мне трудно это делать
- 3  Я не могу выполнить это действие

Теперь мы будем задавать вопросы о конкретных заболеваниях.

11. Наблюдается ли у Вас потеря зрения или серьезные проблемы со зрением даже в очках?

- 1  Да
- 2  Нет

12. Страдаете ли Вы потерей слуха или испытываете серьезные проблемы со слухом, даже когда носите слуховой аппарат?

- 1  Да  
2  Нет

13. Испытываете ли Вы **серьезные** трудности с концентрацией внимания, запоминанием или принятием решений **из-за физического, психического или эмоционального состояния?**

- 1  Да  
2  Нет

14. Испытываете ли Вы трудности с самостоятельным выполнением повседневных дел (например, посещение врача или совершение покупок) **из-за физического, психического или эмоционального состояния?**

- 1  Да  
2  Нет

15. Как часто проблемы с памятью мешали выполнению повседневных дел в **прошлом месяце?**

- 1  Каждый день (7 дней в неделю)  
2  Большинство дней (5-6 дней в неделю)  
3  Несколько дней (2-4 дня в неделю)  
4  Редко (раз в неделю или менее)  
5  Никогда

**Говорил ли Вам когда-нибудь врач, что у Вас:**

16. Гипертония или высокое артериальное давление

- 1  Да  
2  Нет

17. Стенокардия или ишемическая болезнь сердца

- 1  Да  
2  Нет

18. Застойная сердечная недостаточность

- 1  Да  
2  Нет

19. Инфаркт миокарда или сердечный приступ

- 1  Да  
2  Нет

20. Другие заболевания сердца, например, проблемы с сердечными клапанами или сердечным ритмом

- 1  Да  
2  Нет

21. Инсульт

- 1  Да  
2  Нет

**Говорил ли Вам когда-нибудь врач, что у Вас:**

22. Эмфизема, астма или ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких)

- 1  Да  
2  Нет

23. Болезнь Крона, язвенный колит или воспаление кишечника

- 1  Да  
2  Нет

24. Остеопороз, который иногда называют «болезнью тонких костей» или «болезнью хрупких костей»

- 1  Да  
2  Нет

25. Диабет, высокий уровень сахара в крови или сахар в моче

- 1  Да  
2  Нет

26. Депрессия

- 1  Да  
2  Нет

27. Любой рак (кроме рака кожи)

- 1  Да *èПереходите к вопросу 28*  
2  Нет *èПереходите к вопросу 29*

28. Проходите ли Вы **в настоящее время** лечение от:

a. Рака толстой или прямой кишки

- 1  Да  
2  Нет

b. Рака легких

- 1  Да  
2  Нет

c. Рака молочной железы

- 1  Да  
2  Нет

d. Рака простаты

- 1  Да  
2  Нет

e. Другого вида рака (помимо рака кожи)

- 1  Да  
2  Нет

29. В какой степени боль мешала Вам заниматься повседневными делами в течение **последних 7 дней**?

- 1  Совсем не мешала  
2  Немного  
3  В некоторой степени  
4  В значительной степени  
5  Очень сильно

30. Как часто боль мешала Вам общаться с другими людьми в течение **последних 7 дней**?

- 1  Никогда  
2  Редко  
3  Иногда  
4  Часто  
5  Постоянно

31. Как часто Вас беспокоили какие-либо из следующих проблем в течение **последних 2 недель**?

a. Дела не доставляют особого удовольствия или интереса

- 1  Не было такого  
2  Несколько дней  
3  Больше половины времени  
4  Почти каждый день

b. Чувство подавленности, уныния или безнадежности

- 1  Не было такого  
2  Несколько дней  
3  Больше половины времени  
4  Почти каждый день

32. В целом, как Вы могли бы охарактеризовать свое здоровье по сравнению со здоровьем других людей Вашего возраста:

- 1  Отличное
- 2  Очень хорошее
- 3  Хорошее
- 4  Удовлетворительное
- 5  Плохое

33. Многие люди сталкиваются с истечением мочи (также называется недержание мочи). Было ли у Вас было недержание мочи в течение **последних шести месяцев**?

- 1  Да *è Переходите к вопросу 34*
- 2  Нет *è Переходите к вопросу 37*

34. В течение **последних шести месяцев**, насколько сильно недержание мочи заставило Вас изменить обычный образ жизни или мешало Вам спать?

- 1  Сильно
- 2  В некоторой степени
- 3  Ни разу не мешало

35. Обсуждали ли Вы **когда-нибудь** недержание мочи с врачом, медсестрой или другим поставщиком медицинских услуг?

- 1  Да
- 2  Нет

36. Существует множество способов контролировать недержание мочи, в том числе упражнения по укреплению мочевого пузыря, лекарства и хирургическая операция. Обсуждали ли Вы **когда-нибудь** эти возможности с врачом, медсестрой или другим поставщиком медицинских услуг?

- 1  Да
- 2  Нет

37. Обсуждали ли Вы свои упражнения или физические нагрузки с врачом, медсестрой или другим поставщиком медицинских услуг в течение **последних 12 месяцев**? Например, врач или другой поставщик медицинских услуг может спросить, насколько регулярно ли Вы делаете упражнения и делаете ли их вообще.

- 1  Да *è Переходите к вопросу 38*
- 2  Нет *è Переходите к вопросу 38*
- 3  За последние 12 месяцев я ни разу не посетил(-а) врача *è Переходите к вопросу 39*

38. Советовал ли Вам врач или другой поставщик медицинских услуг начать делать упражнения, увеличить или поддерживать уровень физической нагрузки в течение **последних 12 месяцев**? Например, чтобы улучшить состояние здоровья, врач или другой поставщик медицинских услуг может порекомендовать Вам начать ходить по лестнице, увеличить продолжительность прогулок пешком от 10 до 20 минут в день или продолжать заниматься по текущей программе упражнений.

- 1  Да
- 2  Нет

39. Падение происходит, когда Вы сами падаете на землю, при этом Вас никто не толкал. Обсуждали ли Вы с врачом, медсестрой или другим поставщиком медицинских услуг проблемы с падением, поддержанием равновесия или ходьбой в течение **последних 12 месяцев**?

- 1  Да
- 2  Нет
- 3  За последние 12 месяцев я ни разу не посетил(-а) врача

40. Были ли у Вас были падения в течение **последних 12 месяцев?**

- 1  Да  
2  Нет

41. Были ли у Вас проблемы с поддержанием равновесия или ходьбой в течение **последних 12 месяцев?**

- 1  Да  
2  Нет

42. Сделал ли Ваш врач или другой поставщик медицинских услуг что-то, чтобы помочь Вам предотвратить падения или решить проблемы с поддержанием равновесия или ходьбой? Например:

- Предложил использовать трость или ходунки.
- Предложил Вам делать упражнения или пройти физиотерапию.
- Предложил проверить зрение или слух.

- 1  Да  
2  Нет  
3  За последние 12 месяцев я ни разу не посетил(-а) врача

43. Сколько в среднем часов за ночь Вы спали в течение **прошлого месяца?** (это количество может отличаться от количества часов, проведенных в постели)

- 1  Менее 5 часов  
2  5–6 часов  
3  7–8 часов  
4  9 и более часов

44. Как Вы в целом оцениваете качество сна за **прошедший месяц?**

- 1  Очень хорошее  
2  Достаточно хорошее  
3  Достаточно плохое  
4  Очень плохое

45. Укажите Ваш вес в фунтах.

--	--	--

**фунтов**

46. Укажите Ваш рост босиком в футах и дюймах. Укажите как футы, так и дюймы, например: 5 футов 00 дюймов или 5 футов 04 дюйма (1/2 в большую сторону).

--	--	--	--

**футов**

--	--

**дюймов**

47. Укажите свой пол.

- 1  Мужской  
2  Женский

48. Относятся ли Вы к испаноговорящим народам, латиноамериканцам или народам испанского происхождения? (можно выбрать один или несколько вариантов)

- 1  Нет, я не отношусь к испаноговорящим народам, латиноамериканцам или народам испанского происхождения  
2  Да, я – мексиканец(-ка), американец(-ка) мексиканского происхождения или чикано(-а)  
3  Да, я – пуэрториканец(-ка)  
4  Да, я – кубинец(-ка)  
5  Да, я отношусь к другим испаноговорящим народам, латиноамериканцам или народам испанского происхождения

49. Укажите свою расу. (Можно выбрать один или несколько вариантов)

- 01  Белокожие
- 02  Чернокожие или афроамериканцы
- 03  Американские индейцы или народы Аляски
- 04  Индусы
- 05  Китайцы
- 06  Филиппинцы
- 07  Японцы
- 08  Корейцы
- 09  Вьетнамцы
- 10  Другие народы Азии
- 11  Народы Гавайских островов
- 12  Народы о. Гуам или чаморро
- 13  Самоанцы
- 14  Другие народы тихоокеанских островов

50. На каком языке Вы **в основном** говорите дома?

- 1  На английском
  - 2  На испанском
  - 3  На китайском
  - 4  На русском
  - 7  На другом языке (укажите язык)
- 

51. Укажите свое текущее семейное положение.

- 1  Состою в браке
- 2  В разводе
- 3  Раздельное проживание от мужа/жены
- 4  Вдовец/вдова
- 5  Никогда не состоял(-а) в браке

52. Укажите самый высокий полученный Вами уровень образования.

- 1  8 классов и меньше
- 2  Незаконченная средняя школа
- 3  Аттестат о среднем образовании или экзамен GED
- 4  Колледж или незаконченное высшее образование (2 года)
- 5  Базовое высшее образование (4 года)
- 6  Законченное высшее образование более 4 лет

53. Вы живете один (одна) или с другими людьми? (можно выбрать один или несколько вариантов)

- 1  Живу один (одна)
- 2  С женой (мужем)/партнером
- 3  С детьми/другими родственниками
- 4  С людьми, которые не являются моими родственниками
- 5  С оплачиваемым патронажным работником

54. Где Вы живете?

- 1  Дом, квартира, жилищный кооператив или автодом  
**èПереходите к вопросу 55**
- 2  Учреждение проживания с частичным уходом или пансионат  
**èПереходите к вопросу 55**
- 3  Дом престарелых **èПереходите к вопросу 56**
- 4  Другое **èПереходите к вопросу 56**

55. Укажите статус собственности дома или квартиры, где Вы живете в настоящее время.

- 1  Принадлежит Вам полностью или с обременением
- 2  Принадлежит полностью или с обременением другому члену Вашей семьи
- 3  Оплачиваемая аренда
- 4  Не принадлежит Вам, но Вы живете безвозмездно и без арендной платы
- 5  Ничего из перечисленного

56. Кто заполнял опросник?

- 1  Лицо, которому адресован опросник è **КОНЕЦ**
- 2  Член семьи или родственник лица, которому адресован опросник è **Переходите к вопросу 57**
- 3  Друг (подруга) лица, которому адресован опросник è **Переходите к вопросу 57**
- 4  Специалист, осуществляющий профессиональный уход за лицом, которому адресован опросник è **Переходите к вопросу 57**

57. Кто-нибудь помогал Вам заполнять опросник? Если да, укажите имя этого лица.

**НЕ НУЖНО** указывать имя лица, которому адресован данный опросник.

Напишите разборчиво **печатными** буквами.

**Имя:** \_\_\_\_\_

**Фамилия:** \_\_\_\_\_

**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].