# 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 «Х» 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 «Х».
* 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). Kонтрольный 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 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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 | 2 | 3 |
| b. Одевание | 1 | 2 | 3 |
| c. Прием пищи | 1 | 2 | 3 |
| d. Сесть на стул или встать со стула | 1 | 2 | 3 |
| e. Ходьба | 1 | 2 | 3 |
| f. Использование туалета | 1 | 2 | 3 |

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 | 2 | 3 |
| b. Одевание | 1 | 2 | 3 |
| c. Прием пищи | 1 | 2 | 3 |
| d. Сесть на стул или встать со стула | 1 | 2 | 3 |
| e. Ходьба | 1 | 2 | 3 |
| f. Использование туалета | 1 | 2 | 3 |

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 | 2 | 3 |
| b. Подъем пешком по лестнице на **несколько** лестничных пролетов | 1 | 2 | 3 |

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 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Вы были ограничены в выполнении какого-либо **определенного вида работы** или другой деятельности | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Выполняли свою работу или другие дела не так **аккуратно**, как обычно | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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:**

|  | **Постоянно** | **Боль-шую часть вре-мени** | **Часто** | **Иногда** | **Редко** | **Никог-да** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a. Вы чувствовали себя **спокойно и умиротворенно**? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Вы чувствовали себя **бодрым(-ой)**? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Вы были в **подавленном  и грустном настроении**? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

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 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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 | 2 | 3 | 4 | 5 |

16. Кто заполнял опросник?

1 Участник Medicare è***ОСТАНОВИТЬСЯ ЗДЕСЬ***

2 Член семьи, родственник или друг/подруга  
участника Medicare è***Перейти к вопросу 17***

3 Медсестра или другой медицинский работник è***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]. |