**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 Удовлетвори- Плохое**

**хорошее тельное**

12345

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

**Совсем не Немного В меру Очень трудно Я не могу**

**трудно трудно трудно это сделать**

12345

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

**Совсем не Немного В меру Очень трудно Я не могу**

**трудно трудно трудно это сделать**

12345

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

**Нет, это не Да, мне Я не могу вызывает трудно это выполнить**

**трудностей делать это действие**

* 1. Купание ......................................................

123

* 1. Одевание ....................................................

123

* 1. Прием пищи ...............................................

123

* 1. Сесть на стул или встать со стула

123

* 1. Ходьба ........................................................

123

* 1. Использование туалета .............................

123

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

**Я не**

**Да, мне Нет, мне не выполняю помогают помогают это действие**

* 1. Купание ......................................................

123

* 1. Одевание ....................................................

123

* 1. Прием пищи ...............................................

123

* 1. Сесть на стул или встать со стула

123

* 1. Ходьба ........................................................

123

* 1. Использование туалета .............................

123

1. 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?

**Нет,**

**Да, значи- Да, совсем тельно немного не**

**ограни- ограни- ограни-**

**ДЕЙСТВИЯ чивает чивает чивает**

* 1. **Умеренные физические нагрузки**, такие как передвинуть стол, уборка пылесосом, игра в

боулинг или гольф ............................................. 123

* 1. Подъем пешком по лестнице на **несколько**

лестничных пролетов ........................................ 123

1. **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).

**Да,**

**боль-**

**шую Да, Нет, Да, Да, часть постоникогда редко иногда времени янно**

* 1. Вы **достигли меньшего**, чем хотели бы ....................................

12 3 4 5 b. Вы были ограничены в выполнении какого-либо **определенного вида работы**

или другой деятельности ........... 12 3 4 5

1. **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).

**Да, боль-**

**шую Да, Нет, Да, Да, часть посто-**

**никогда редко иногда времени янно**

* 1. Вы **достигли меньшего**, чем

хотели бы ...................................... 12 3 4 5

* 1. Выполняли свою работу или другие дела не так **аккуратно**,

как обычно ..................................... 12 3 4 5

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

**Совсем не Очень мешала Немного Умеренно Сильно сильно**

12345

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.

1. Как часто **в течение** **последних 4 недель:** **Большую**

**часть**

**Постоянно менивре- Часто Иногда Редко Никогда**a. Вы чувствовали себя

**спокойно и**

**умиротворенно**? .................... 123456b. Вы чувствовали себя

**бодрым(-ой)**? ......................... 123456c. Вы были в **подавленном**

**и грустном настроении**? ...... 123456

1. 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.

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

**Намного Примерно Значительно лучше Немного лучше такое же Немного хуже хуже**

12345

1. **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 Примерно Значительно лучше Немного лучше такое же Немного хуже хуже**

12345

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

1

Нет

2

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

**У меня**

**Реже одного Раз в неделю установлен**

**Никогда раза в неделю или чаще Каждый день катетер**

12345

1. Кто заполнял опросник?

Участник Medicare ➔***ОСТАНОВИТЬСЯ ЗДЕСЬ***

1

Член семьи, родственник или друг/подруга

2

участника Medicare ➔***Перейти к вопросу 17***

Медсестра или другой медицинский работник ➔***Перейти к вопросу 17***

3

1. Назовите причину, по которой Вы заполняете опросник за другого человека. (Отметьте

**ВСЕ** подходящие варианты.) Физические проблемы

1

Проблемы с памятью или психические проблемы

2

Не может говорить или читать по-русски

3

Человек отсутствует

4

Другое

5

18. В чем заключалась Ваша помощь при заполнении опросника? (Отметьте **ВСЕ** подходящие варианты.) Я зачитывал(-а) вопросы

1

Я записывал(-а) ответы опрашиваемого человека

2

Я отвечал(-а) на вопросы на основании своих знаний об опрашиваемом человеке

3

Я использовал(-а) медицинскую карту, чтобы заполнить опросник

4

Я перевел(-а) вопросы опросника

5

Другое

6

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ (ЛИЦАМИ,**

**ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМИ УХОД)**

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

Санитар на дому, сиделка или сертифицированный помощник медсестры

1

Дипломированная (RN, LPN) или недипломированная (NP) медсестра

2

Социальный работник или координатор медицинских услуг

3

Сотрудник учреждения опеки взрослых (Adult Foster Care) / учреждения дневного

4

ухода за взрослыми (Adult Day Care) / учреждений для проживания с уходом (Assisted Living / Residential Care)

Переводчик

5

Другое

6

**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]. |