

**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.

<b>Отличное</b>	<b>Очень хорошее</b>	<b>Хорошее</b>	<b>Удовлетворительное</b>	<b>Плохое</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

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

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

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

<b>Совсем не трудно</b>	<b>Немного трудно</b>	<b>В меру трудно</b>	<b>Очень трудно</b>	<b>Я не могу это сделать</b>
<input type="checkbox"/>				
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**?

	<b>Нет, это не вызывает трудностей</b>	<b>Да, мне трудно это делать</b>	<b>Я не могу выполнить это действие</b>
a. Купание .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Одевание.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Прием пищи .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Сесть на стул или встать со стула	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ходьба.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Использование туалета.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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. <b>Умеренные физические нагрузки</b> , 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 <b>несколько</b> 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, большую часть времени	Да, посто- янно
a. Вы достигли <b>меньшего</b> , 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 <b>определенного вида работы</b> 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?**

<b>Намного лучше</b>	<b>Немного лучше</b>	<b>Примерно такое же</b>	<b>Немного хуже</b>	<b>Значительно хуже</b>
<input type="checkbox"/>				
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?**

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

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

Да  
 Нет

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

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

16. Кто заполнял опросник?

Участник Medicare → **ОСТАНОВИТЬСЯ ЗДЕСЬ**  
 Член семьи, родственник или друг/подруга участника Medicare → **Перейти к вопросу 17**  
 Медсестра или другой медицинский работник → **Перейти к вопросу 17**

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

Физические проблемы  
 Проблемы с памятью или психические проблемы  
 Не может говорить или читать по-русски  
 Человек отсутствует  
 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].