

- * **שם הכלי:** שאלון בריאות והרגלי חיים מבוסס על סקר שהעביר משרד הבריאות כחלק מפרויקט EUROHIS (משרד הבריאות, 2006).
 * **הכלי נמצא במחקר של:** לצר ועמיתיה (2009).

1	מטרת הכלי	הערכת מצב בריאותי והרגלי חיים
2	סוג כלי המחקר	שאלון
3	אוכלוסיית היעד	אנשים עם מוגבלות שכלית.
4	אופי הדיווח	דיווח עצמי
5	מבנה הכלי	השאלון בודק את הנתונים הבאים: - נתונים אישיים ומצב בריאותי ונפשי (גובה, משקל, לחץ דם, בעיות שיניים, הפרעות חישתיות (ראייה, שמיעה), עצירות כרונית, אפילפסיה, ועוד...) - נטילת תוספי מזון וויטמינים - שימוש בשירותי בריאות – אשפוזים, ביקורים אצל רופאים. - שאלות לאישה – ביקור אצל רופא נשים, מחזור סדיר, שימוש באמצעי מניעה, טיפול הורמונלי חלופי, בדיקת ממוגרפיה, משטח צוואר רחם, ניתוח גניקולוגי. - שאלות המתייחסות לבריאות נפשית – חרדה, עצב, דכדוך, דאגנות, שלווה. - פעילות גופנית – איזו פעילות וכמה זמן מוקדש לה. - שינה – כמה שעות אתה ישן בלילה, ביום. - עישון וצריכת אלכוהול.
6	סוג סולם המדידה	סולמות שונים
7	סוג הפריטים בכלי	פריטי בחירה, דירוג, השלמה ועוד
8	אורך הכלי	39 שאלות
9	מהימנות	לא צוינה
10	תקיפות	לא צוינה

רשימת מחקרי קרן של"ם אשר עשו שימוש בכלי:

מק"ט	שם המחקר
30	פרופ' לצר יעל, פרופ' אריק רימרמן, גליה גולן שפרינצק (2009). הקשר בין השמנה ואיכות חיים בקרב מוגבלים שכלית. אוני' חיפה.

שאלון בריאות והרגלי חיים

מבוסס על סקר שהעביר משרד הבריאות כחלק מפרויקט EUROHIS (משרד הבריאות, 2006)

שם: _____

1. משקל _____

2. גובה _____

3. לחץ דם _____

4. האם את/ה סובלת/ת ממחלה / בעיה גופנית, לקות כלשהי?

(לחוקר, סמן בטבלה וכתוב איזו התערבות מבוצעת)

התערבות	כן	לא	
			בעיות שיניים
			בעיות ראייה
			בעיות שמיעה
			עצירות כרונית
			אפילפסיה
			בעיות בפעילות בלוטת התריס
			הפרעה נפשית כלשהי (חרדה, דיכאון, סכיזופרניה) איזו? _____
			מחלת ריפולוקס
			אוסטיאופורוזיס
			דלקת פרקים
			אולקוס
			גידול ממאיר
			מיגרנה או כאבי ראש
			סכרת
			אסטמה

שימוש בשירותי בריאות

השאלות הבאות מתייחסות לאשפוזים כולל בתי חולים, מרפאות למעט מרפאות שיקום ובתי חולים שיקומיים או למטרת הבראה.

6. במשך 12 החודשים האחרונים, האם אושפזת בבית חולים ללילה אחד או יותר?

1. כן

2. לא

7. כמה פעמים אושפזת ליותר מלילה אחד בבית חולים? ____ פעמים 333. לא יודע

8. במשך 12 החודשים האחרונים, האם אושפזת בבית חולים לאשפוז יום? (כלומר לא היית צריך להישאר למשך הלילה)

1. כן

2. לא

9. כמה פעמים אושפזת באשפוז יום בשנה האחרונה? ____ פעמים

השאלות הבאות מתייחסות לביקורי רופא במרפאות, ביקורי בית ובטלפון, ביקורי רופא בחדר מיון ומרפאות חוץ, אך לא כולל אשפוזים בבית חולים.

מספר פעמים	במשך ארבעה השבועות האחרונים, שהסתיימו אתמול, כמה פעמים התייעצת
____ פעמים כלל לא = 0	10. עם רופא כלשהו בנוגע לבריאותך
____ פעמים כלל לא = 0	11. עם רופא כללי או רופא משפחה
____ פעמים כלל לא = 0	12. עם רופא בחדר מיון או טראומה
____ פעמים כלל לא = 0	13. עם רופא מומחה או רופא מנתח
____ פעמים כלל לא = 0	14. רופא שיניים או אורתודנט

שאלות לאישה (לגבר לעבור לשאלה 22)

15. האם בשנה האחרונה ביקרת אצל רופא נשים?

1. כן.

2. לא.

16. האם יש לך מחזור סדיר?

1. כן.

2. לא.

17. האם את משתמשת באמצעי מניעה (גלולות, זריקות, מדבקות)?

1. כן.

2. לא.

18. האם עברת ניתוח גניקולוגי כלשהו?

1. כן.

2. לא.

_____ באיזה גיל? _____ איזה ניתוח

19. האם את מקבלת טיפול הורמונאלי חלופי?

1. כן.

2. לא.

20. האם עשית בעבר בדיקת ממוגרפיה (בדיקת רנטגן של השד)?

_____ מתי הייתה הבדיקה האחרונה? _____

1. כן.

2. לא.

21. האם עשית בעבר בדיקת פאפ-סמיר (משטח צוואר הרחם)

_____ מתי? _____

1. כן.

2. לא.

בריאות נפשית

(לחוקר: להיעזר בשאלות אלו בצוות או בהורים)

מסרב לענות	בכלל לא (5)	מעט מהזמן (4)	לפעמים (3)	רוב הזמן (2)	כל הזמן (1)	עד כמה במהלך 4 השבועות האחרונים הרגשת:
						22. מאוד עצבני
						23. במצב רוח רע, כך ששום דבר לא יכול היה לעודד אותך.
						24. רגוע ושליט
						25. מיואש או מדוכא
						26. שמח

27. במהלך השנה האחרונה, האם היה זמן כלשהו בו הרגשת עצוב, מדוכך או מדוכא למשך שבועיים או יותר ברציפות?

1. כן.

2. לא.

28. במהלך השנה האחרונה, האם הייתה לך תקופה שנמשכה חודש ויותר שבה רוב הזמן דאגת, הרגשת מתוח או בחרדה?

1. כן

2. לא

פעילות גופנית

29. האם בדרך כלל אתה/נוהגת לעסוק בפעילות ספורטיבית כלשהי לפחות 20 דקות רצופות. כגון:

1. לא. (עבור לשאלה __)

2. כן

30. באלו חוגים את/ה משתתפת/ת:

תדירות	החוג / פעילות
1. כל יום / כמעט כל יום 2. פעם – פעמיים בשבוע 3. פעם – פעמיים בחודש 4. פחות מפעם בחודש	
1. כל יום / כמעט כל יום 2. פעם – פעמיים בשבוע 3. פעם – פעמיים בחודש 4. פחות מפעם בחודש	
1. כל יום / כמעט כל יום 2. פעם – פעמיים בשבוע 3. פעם – פעמיים בחודש 4. פחות מפעם בחודש	

שינה

31. כמה שעות את/ה ישן/ה בלילה? _____

32. כמה שעות את/ה ישן/ה במשך היום? _____

עישון

33. האם את/ה מעשן/ת? _____

1. כן

2. לא (עבור לשאלה 36)

34. כמה סיגריות אתה מעשן/ת בממוצע? קופסה = 20 סיגריות
 _____ ביום _____ בשבוע _____ בחודש
 333. לא יודע / מסרב לענות

35. באיזה גיל התחלת לעשן?

_____ שנים 333. לא זוכר

36. האם עישנת בעבר?

1. כן

2. לא

37. באיזה גיל התחלת לעשן?

_____ שנים 333. לא זוכר

38. באיזה גיל הפסקת לעשן?

_____ שנים 333. לא זוכר

צריכת אלכוהול

39. האם במשך 4 השבועות האחרונים שתית משקה אלכוהולי? (בירה, יין, שתייה חריפה)

1. כן

2. לא