

\* **שם הכלי:** שאלון התפתחות רגשי-חברתי - Ages and Stages Questionnaire- Social Emotional (ASQ-SE)

\* **פותח בשנת:** 2001, **על ידי:** Squires, Bricker, Twombly, Yockelson, Davis & Kim

\* **תורגם לעברית בשנת:** לא צויין **על ידי:** לא צויין

1	<b>מטרת הכלי</b>	שאלון זה מתמקד ביכולות חברתיות ורגשיות בגיל הרך הכוללות יסודות עצמי, תקשורת, תפקוד יומיומי, אינטראקציות עם ילדים אחרים וכד'.
2	<b>סוג כלי המחקר</b>	שאלון
3	<b>אוכלוסיית היעד</b>	במחקר של ירמיה (2014) פגים בגיל 4, 8 ו-12 חודשים.
4	<b>אופי הדיווח</b>	דיווח עצמי- הורים.
5	<b>מבנה הכלי</b>	היגדים המתארים התנהגויות של תינוקות, לדוגמה " האם תינוקך צוחק או מחייך אליך ואל בני משפחה אחרים?".
6	<b>סוג סולם המדידה</b>	סולם מדידה קטגוריאלי- רוב הזמן, לפעמים ולעיתים רחוקות. בנוסף ההורים צריכים לסמן האם התנהגות של הילד זו גורמת להם לדאגה. ישנה נקודת חתך, שכאשר מתקבל ציון גבוה ממנה ישנה אינדיקציה לבעיה הדורשת אבחון וטיפול.
7	<b>סוג הפריטים בכלי</b>	דירוג היגדים
8	<b>אורך הכלי</b>	20 פריטים.
9	<b>מהימנות</b>	לא צויין.
10	<b>תקיפות</b>	לא צויין.



أكاديمية القاسمي - كلية أكاديمية للتربية  
מכללת אלקאסמי - מכללה אקדמית

רשימת מחקרי קרן שלם אשר עשו שימוש בכלי:

שם המחקר	מק"ט
ירמיה נורית (2014). מוגבלות שכלית התפתחותית בקרב פגים: מחקר אורך בינקות לבדיקת גורמי סיכון, סימנים מוקדמים ומאפיינים אימהיים. האוניברסיטה העברית בירושלים.	90 <a href="#">למחקר המלא</a>



[למאגר המחקרים של קרן שלם](#)

## שאלון רגשי-חברתי-

### Ages and Stages Questionnaire- Social Emotional (ASQ-SE)

Squires et al. (2001)

אנא קראו היטב כל שאלה:

1. סמנו בקופסה  את התשובה שמתארת בצורה הטובה ביותר את התנהגות ילדכם.
2. סמנו בעיגול  אם מדובר בהתנהגות שמהווה נושא לדאגה עבורך.

רוב הזמן	לפעמים	לעיתים רחוקות	קיימת דאגה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
1. האם תינוקך צוחק או מחייך אליך ואל בני משפחה אחרים?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2. האם תינוקך מחפש אותך כאשר אדם זר מתקרב אליו?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3. האם תינוקך אוהב לשחק ליד בני משפחה וחברים ולהיות איתם?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4. האם תינוקך אוהב שמרימים ומחזיקים אותו על הידיים?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5. כאשר הוא נסער, האם תינוקך מסוגל להירגע תוך חצי שעה?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6. האם תינוקך מקשיח ומקשית את גבו כאשר מרימים אותו?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7. האם תינוקך אוהב לשחק משחקים כמו "קו-קו"?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
8. האם הגוף של תינוקך נראה רפוי ונינוח?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9. האם תינוקך בוכה, צורח או נתקף בהתקפי זעם לזמנים ממושכים?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10. האם תינוקך מסוגל להרגיע את עצמו (לדוגמה, באמצעות מציצת יד, אצבע או מוצץ)?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
11. האם תינוקך מתעניין בסובב אותו, למשל באנשים, בצעצועים, באוכל?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
12. האם נדרשות יותר משלושים דקות כדי להאכיל את תינוקך?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13. האם את/ה ותינוקך נהנים מזמני הארוחות יחד?			

קיימת דאגה	לעיתים רחוקות	לפעמים	רוב הזמן	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. האם תינוקך מתקשה להירדם בצהריים או בלילה?
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. האם תינוקך משמיע קולות פטפוט? לדוגמה, האם הוא מצרף צלילים יחד כמו "בה-בה-בה" או "נה-נה-נה"? (אם ילדך מפטפט לעיתים קרובות, סמן "רוב הזמן")
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. האם תינוקך ישן לפחות 10 שעות ביממה?
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. האם תינוקך סובל מעצירות או שלשולים?
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. האם אתה יכולה לדעת מהתנהגותו של תינוקך שהוא רעב, נפגע ממשוה או עייף?
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. כאשר אתה מדברת אל תינוקך האם הוא מפנה את ראשו, מסתכל או מחייך?
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. האם תינוקך מנסה לפגוע בילדים אחרים, במבוגרים או בחיות (למשל, באמצעות בעיטות או נשיכות)?

אם סימנת "לפעמים" או "רוב הזמן", אנא פרט/:

---



---



---