

נספח מספר 3: שאלון דמוגרפי

University of Haifa
 Faculty of Social Welfare & Health Studies
 Dr. Ariela Lowenstein – Head of Department
 Department of Aging Studies – Masters in Gerontology
 Mount Carmel, Haifa 31905, Israel

אוניברסיטת חיפה
 הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות
 ד"ר אריאלה לבנשטיין – ראש החוג
 החוג ללימודי זיקנה – מ"א בגרונטולוגיה
 הר הכרמל, חיפה 31905

מספר נבדק: _____

שאלון דמוגרפי:

אנא מלא/י את פרטייך האישיים:

1. גיל: _____

2. מין: זכר / נקבה

3. ארץ לידה: _____

4. מספר שנים בארץ: _____

5. שפת אם: _____

6. כתובת: _____

7. מקום מגורים:

א. בית בקהילה (עיר/כפר) ב. קיבוץ ג. דיור מוגן ד. בית אבות ה. בית ילדי

8. שליטה בעברית:

א. טובה מאד ב. טובה ג. בינונית ד. נמוכה

9. השכלה:

מספר שנות לימוד: _____

מוסד הלימודים האחרון בו למדת:

א. יסודי ב. תיכון ג. מקצועי ד. אקדמיה

10. לפני כמה שנים יצאת לפנסיה? _____

11. תעסוקה לפני הפנסיה:

א. מקצוע: _____ : 1. עצמאי 2. שכיר 3. בקיבוץ

ב. עבדתי: _____ שעות ביום, _____ ימים בשבוע

ג. עבודה מול מחשב? כן / לא

ד. עבודה עם אנשים? כן / לא

ה. עבודה פיזית? כן / לא

12. תעסוקה כיום:

א. לא עובד

ב. מתנדב במשך _____ שעות ביום, _____ ימים בשבוע, היכן? _____

ג. עובד במשך _____ שעות ביום, _____ ימים בשבוע, היכן? _____

1. בעבודת משמרות הכוללת משמרות לילה

2. בעבודת משמרות ללא משמרות לילה

3. בעבודה ללא משמרות

4. עבודה עם אנשים כן / לא

5. עבודה עם מחשב כן / לא

13. האם אתה שבע רצון ממצבך הכלכלי? כן / לא

14. מצב משפחתי:

א. רווק/ה ב. נשוי/אה ג. גרוש/פרוד ד. אלמן/ה ה. חי/ה עם חברה/ לחיים

15. מצב בריאותי כללי:

א. מצוין ב. טוב מאד ג. טוב ד. בסדר ה. לא טוב

16. מצב ראייה ללא משקפיים:

א. מצוין ב. טוב מאד ג. טוב ד. בסדר ה. לא טוב

17. מצב ראייה עם משקפיים:

א. מצוין ב. טוב מאד ג. טוב ד. בסדר ה. לא טוב ו. אין לי משקפיים

18. האם סבלת בעבר מקטרקט? כן / לא

אם כן האם עברת ניתוח להסרתו? כן / לא

19. האם את/ה סובל/ת מקטרקט כעת? כן / לא

20. האם יש לך בעיות ראייה אחרות? כן / לא

אם כן, אילו? _____

21. מצב שמיעה ללא מכשיר:

א. מצוין ב. טוב מאד ג. טוב ד. בסדר ה. לא טוב

22. מצב שמיעה עם מכשיר:

א. מצוין ב. טוב מאד ג. טוב ד. בסדר ה. לא טוב ו. אין מכשיר

23. האם את/ה סובל/ת ממחלות כרוניות? כן / לא

אם כן, אילו? _____

24. האם הנך נוטל/ת תרופות כדרך קבע?

א. כן, תרופות לפי מרשם רופא. אנא פרטי/י: _____

ב. כן, תרופות ללא מרשם רופא. אנא פרטי/י: _____

ג. לא נוטל/ת תרופות.

25. האם התרופות גורמות לתופעות לוואי? כן / לא

אם כן, אילו? _____

26. האם הנך נוטל תרופה פסיכיאטרית כלשהי? כן / לא

27. האם את/ה שבע רצון מאיכות שנתך? כן / לא

28. האם הנך נוטל/ת תרופות שינה כלשהן? כן / לא

אם כן, אילו? _____

29. האם הנך משתמש בסמים? כן / לא

30. האם הנך שותה אלכוהול? כן / לא

אם כן באיזו כמות? _____

31. האם הנך נוהג/ת להשתמש במחשב? כן / לא

אם כן:

א. באיזו תדירות?

1. לעיתים רחוקות 2. פעם בשבוע למשך _____ שעות 3. כמעט כל יום למשך _____ שעות

ב. היכן?

1. בבית 2. בעבודה 3. בחוג 4. בחדר מחשב מחוץ לביתי

ג. לאיזה שימוש?

1. מעבד תמלילים 2. אינטרנט 3. משחקים 4. אחר: _____

32. האם הנך נוהג/ת לקרוא? כן / לא

אם כן:

כמה שעות ביום את/ה קורא/ת עיתונים? _____

כמה שעות ביום את/ה קורא/ת ספרים? _____

כמה שעות ביום את/ה קורא/ת ספרות מדעית? _____

כמה שעות ביום את/ה קורא/ת ספרות אחרת? _____ איזו ספרות? _____

33. האם את/ה נוהג/ת להשתתף במשחקים? כן / לא

אם כן:

א. אילו משחקים?

1. קוביה 2. קלפים 3. לוח 4. אחר: _____

ב. באיזו תדירות?

1. פעם בחודש 2. פעם בשבועיים 3. פעם בשבוע 4. כמעט כל יום

34. האם את/ה משתתף/ת קבוע בהוצאות או חוגים? כן / לא

אם כן:

א. אילו הוצאות / חוגים?

1. תורה 2. מחשבים 3. תרבות 4. יצירה 5. אחר: _____

ב. באיזו תדירות?

1. פעם בחודש 2. פעם בשבועיים 3. פעם בשבוע 4. כמעט כל יום

35. כמה שעות ביום את/ה צופה בטלביזיה? _____

36. האם את/ה עושה פעילות ספורטיבית? כן / לא

אם כן:

א. איזו פעילות ספורטיבית? _____

ב. באיזו תדירות?

1. פעם בחודש 2. פעם בשבועיים 3. פעם בשבוע 4. כמעט כל יום

ג. באיזו מסגרת?

1. חוג 2. חברים 3. לבד 4. אחר: _____

37. האם את/ה נפגש/ת באופן קבוע עם חברים? כן / לא

אם כן:

א. באיזו מסגרת? _____

ב. באיזו תדירות? _____

38. עד כמה את/ה חש/ה ירידה ביכולת הזיכרון שלך?

א. בכלל לא ב. מעט ג. הרבה ד. הרבה מאד

39. במידה ואת/ה חש/ה ירידה ביכולת הזיכרון שלך האם את/ה מודאג/ת מכך?

א. בכלל לא ב. מעט ג. הרבה ד. הרבה מאד

40. עד כמה את/ה חש/ה ירידה בריכוז שלך?

א. בכלל לא ב. מעט ג. הרבה ד. הרבה מאד

41. במידה ואת/ה חש/ה ירידה בריכוז שלך האם את/ה מודאג/ת מכך?

א. בכלל לא ב. מעט ג. הרבה ד. הרבה מאד

42. מהי ידך הדומיננטית?

א. ימין

ב. שמאל

נספח מספר 4: שאלון להערכת שביעות רצון מהחיים

University of Haifa
 Faculty of Social Welfare & Health Studies
 Dr. Ariela Lowenstein – Head of Department
 Department of Aging Studies – Masters in Gerontology
 Mount Carmel, Haifa 31905, Israel

אוניברסיטת חיפה
 הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות
 ד"ר אריאלה לבנשטיין – ראש החוג
 החוג ללימודי זיקנה – מ"א בגרונטולוגיה
 הר הכרמל, חיפה 31905

מספר נבדק _____

שאלון להערכת שביעות רצון מהחיים L.S.I.A

?	לא מסכים	מסכים	
			1. ככל שאני מתקדם/ת בגיל דברים נראים טוב יותר ממה שחשבתי שיהיו
			2. נפלו בחלקי יותר הזדמנויות בחיים מאשר לרוב האנשים שאני מכיר
			3. זוהי התקופה האפרורית ביותר בחיים
			4. אני מאושר/ת כיום כמו שהייתי בצעירותי
			5. חיי יכלו להיות מאושרים יותר אשך הם היום
			6. אלו הן השנים הטובות ביותר בחיי
			7. רוב הדברים שאני עושה, הם משעממים או חדגוניים
			8. אני מצפה שבעתיד יקרו לי דברים מעניינים ונעימים
			9. הדברים שאני עושה מעניינים אותי כפי שעניינו אותי תמיד
			10. אני מרגיש/ה זקן/ה, ובמידת מה עייף/ה
			11. אני מרגיש/ה את גילי, אבל זה אינו מפריע לי
			12. כשאני מסתכל/ת לאחור על חיי אני מרוצה מאד
			13. לא הייתי משנה את העבר שלי גם אם יכולתי
			14. בהשוואה לאנשים אחרים בגילי קיבלתי הרבה החלטות שיפשויות בחיי
			15. בהשוואה לאנשים אחרים בגילי אני נראה/ת טוב
			16. עשיתי תכניות לדברים שאעשה בעוד חודש ימים או שנה מהיום
			17. במחשבה לאחור על חיי, לא השגתי את רוב הדברים החשובים שרציתי
			18. בהשוואה לאנשים אחרים, אני שוקע/ת במצב רוח לעתים קרובות מדי
			19. קיבלתי די הרבה ממה שציפיתי מהחיים
			20. למרות מה שאנשים אומרים, מנת חלקו של האדם הממוצע נעשית רעה יותר ולא טובה יותר

נספח מספר 5: שאלון תרופות

University of Haifa
 Faculty of Social Welfare & Health Studies
 Dr. Ariela Lowenstein – Head of Department
 Department of Aging Studies – Masters in Gerontology
 Mount Carmel, Haifa 31905, Israel

אוניברסיטת חיפה
 הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות
 ד"ר אריאלה לבנשטיין – ראש החוג
 החוג ללימודי זיקנה – מ"א בגרונטולוגיה
 הר הכרמל, חיפה 31905

מספר נבדק _____

שאלון תרופות

לפניך רשימת תרופות. עבור כל תרופה, אנא סמן/י את התדירות בה הנך משתמש/ת בתרופה (סמן/י X במשבצת המתאימה). אם זכור לך שם התרופה אנא רשום/רשמי אותו בטור האחרון.

שם התרופה	כל יום	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם	מסרת התרופה	
						1. לכאבי פרקים	
						2. ליתר לחץ דם	
						3. הגבלת מתן שתן	
						4. ללב	
						5. לכאבי חזה	
						6. לדילול הדם	
						7. זריקות אינסולין	
						8. זריקות לסכרת	
						9. נגד אולקוס	
						10. למחלת הנפילה	
						11. לבלוטת המגן	
						12. זריקות קורטיזון	
						13. אנטיביוטיקה	
						14. הרגעה	
						15. לשינה	
						16. הורמונים	
						17. כאבי גב	
						18. מניעת עצירות	
						19. לשיפור הנשימה	
						20. נגד דיכאון	
						21. נגד צרבת	
						22. נגד כאבים	
						23. למחזור הדם	