

מספר סידורי 1-4

5/1

שפה (6-7)		מ.ז. משק בית (8-13)						מ.ז. מרואיין (14-15)	
I	H							-	

תאריך ראיון:

/   /    
 (16-17) יום (18-19) חודש (20-21) שנה

מספר מראיין: \_\_\_\_\_

22-24

השם הפרטי של המשיב/ה: \_\_\_\_\_

# "50+ באירופה ובישראל"

סקר בריאות, הזדקנות, ופרישה באירופה  
ובישראל

גל 7 2017

שאלון למילוי עצמי

עברית

## איך לענות על השאלון

על רוב השאלות יש לענות על ידי סימון בתיבה שמופיעה לצד או מתחת לשאלה.

יש לסמן רק תיבה אחת (1):

נכון:   x

לא נכון:

יש לענות על השאלות על פי סדר הופעתן. דלגו על שאלה רק אם יש הוראה מפורשת.

דוגמה:

האם יש לך ילדים?

לא  5 ← עבור לשאלה ...

כן  1



אם סימנת "לא" בדוגמה זו

אם סימנת "כן" בדוגמה זו

המשך לשאלה שמופיעה בתיבת ההדרכה

המשך לשאלה הבאה

איך מחזירים את השאלון

אם סיימת לענות על השאלון והמראיין עדיין בביתך אנא החזר לו. ואם לא, החזר את השאלון בהקדם האפשרי באמצעות המעטפה המצורפת, אין צורך בבול. אם יש צורך במעטפה נוספת פנה לעורכי הסקר בטלפון \_\_\_\_\_.

אנא התחל למלא את השאלון משאלה מספר 1 בעמוד הבא. כל תשובותיך תשמרנה חסויות. אנו מודים לך שוב על עזרתך.

1. להלן מספר משפטים אודות מחלת האלצהיימר.  
אנא קרא/י כל משפט, וסמני/י האם הוא נכון או לא נכון.

לא יודע/ת ▼ <sub>9</sub>	לא נכון ▼ <sub>2</sub>	נכון ▼ <sub>1</sub>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלת אלצהיימר היא סוג של אי שפיות.	(1) 25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אם בעיות בזיכרון וחשיבה מבולבלת מופיעות לפתע, זה כנראה בשל מחלת אלצהיימר.	(2) 26
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נכון להיום אין תרופה למחלת אלצהיימר.	(3) 27
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אלצהיימר היא מחלה מדבקת.	(4) 28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תורשה מסבירה רק באופן חלקי את התפרצות מחלת האלצהיימר.	(5) 29
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קושי בהתמצאות בזמן ובמקום הם סימפטום למחלת אלצהיימר.	(6) 30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ניתן לאבחן מחלת אלצהיימר באמצעות בדיקת דם.	(7) 31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כיום, הגורם למחלת האלצהיימר נותר לא ידוע.	(8) 32
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סימפטומים של דיכאון חריף עלולים להטעות ולהיחשב לסימפטומים של מחלת אלצהיימר.	(9) 33
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מרבית חולי אלצהיימר חיים במוסדות סיעודיים.	(10) 34

2. לדעתך, מהי חשיבותם של הגורמים הבאים בהתפתחות מחלת אלצהיימר?  
(אנא סמני/י אפשרות אחת בכל שורה).

לא יודע ▼ <sub>9</sub>	חשוב מאוד ▼ <sub>4</sub>	חשוב במידה בנורמלית ▼ <sub>3</sub>	חשוב במידה מועטה ▼ <sub>2</sub>	כלל לא חשוב ▼ <sub>1</sub>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	זיקנה	(1) 35
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תורשה	(2) 36
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חוסר פעילות גופנית	(3) 37
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מתח	(4) 38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בדידות	(5) 39
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תזונה לקויה	(6) 40

3. באיזה מידה את/ה מסכים/ה עם ההיגדים הבאים על מחלת האלצהיימר?

מסכים במידה רבה ▼ <sub>5</sub>	מסכים ▼ <sub>4</sub>	ניטראלי ▼ <sub>3</sub>	לא מסכים ▼ <sub>2</sub>	כלל לא מסכים ▼ <sub>1</sub>		
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	אני מרגיש/ה בנוח להיות בקרבת אנשים שיש להם אלצהיימר.	41 (1)
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	יהיה לי קשה לשוחח עם מישהו שיש לו אלצהיימר.	42 (2)
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	אדם שיש לו אלצהיימר יכול ליהנות מחייו.	43 (3)
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	אם היה נאמר לי שאני בסיכון גבוה לפתח מחלת אלצהיימר, הייתי חושב/ת כי אין עוד ערך לחיי.	44 (4)
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	אני מעוניין/ת לדעת האם אני בסיכון גבוה מאחרים לפתח את מחלת האלצהיימר.	45 (5)
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	אני מאמין/ה כי גילוי מוקדם של מחלת האלצהיימר, מגבירה את הסיכוי לטפל במחלה טוב יותר.	46 (6)

4. במהלך החודש האחרון, האם עשית את הפעולות הבאות על בסיס קבוע?  
(אנא סמן/י את כל האפשרויות המתאימות)

<input type="checkbox"/>	1	47	עשית פעילות גופנית או תרגילי כושר, לפחות פעמיים בשבוע
<input type="checkbox"/>	2	48	צרכת מזונות המכילים רמות גבוהות של שומן רווי וכולסטרול (כגון בשר אדום) יותר מפעמיים בשבוע
<input type="checkbox"/>	3	49	צרכת, על בסיס יומי, לפחות 3 מנות של אחד (או יותר) מהמזונות הבאים: ירקות ירוקים, אגוזים, דגנים, דגים, או שמן זית
<input type="checkbox"/>	4	50	ניסית להגביל את הצריכה הקלורית היומית הכוללת שלך
<input type="checkbox"/>	5	51	ניסית להפחית את רמות המתח שלך (כל דבר שנעשה <u>במטרה</u> להפחית, למנוע ולהתמודד עם מתח)
<input type="checkbox"/>	6	52	היית בקשר עם משפחה או חברים, לפחות פעמיים בשבוע
<input type="checkbox"/>	7	53	השתתפת בפעילויות חברתיות, לפחות אחת לשבוע (מועדונים, קורסים וכו')
<input type="checkbox"/>	8	54	שיחקת משחקי מילים או מספרים כגון תשבצים או סודוקו
<input type="checkbox"/>	9	55	לקחת תוספי תזונה על בסיס יומיומי, באופן ספציפי לצורך שיפור יכולות קוגניטיביות (כגון ויטמין B12, ויטמין E, אומגה 3)

5. האם את/ה מכיר/ה (או הכרת בעבר) מישהו שיש לו אלצהיימר? אם כן, מי זה (היה)? (אנא סמן/י את כל האפשרויות המתאימות)

<input type="checkbox"/>	1	56	בן/בת זוג
<input type="checkbox"/>	2	57	הורה
<input type="checkbox"/>	3	58	קרוב משפחה אחר (כגון אח, דוד, בן דוד וכו')
<input type="checkbox"/>	4	59	חבר/ה
<input type="checkbox"/>	5	60	העבודה שלי מערבת/עירבה עבודה עם חולי אלצהיימר (מטופלים)
<input type="checkbox"/>	6	61	אחר (כגון שכן או עמית לעבודה וכו')
<input type="checkbox"/>	7	62	אני לא מכיר/ה מישהו שיש לו או היה לו אלצהיימר

6. האם את/ה מגישה/ה (או הגשת בעבר) עזרה למישהו הסובל מאלצהיימר?  
(אנא סמן/י את כל האפשרויות המתאימות)

<input type="checkbox"/>	63	אני מגיש/הגשתי עזרה על בסיס קבוע למישהו	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	64	אני עוזר/עזרתי למישהו, אך לא לעיתים קרובות	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	65	כלל לא	<input type="checkbox"/>

7. במקרה והיית חווה תסמינים המצביעים על האפשרות למחלת אלצהיימר, למי מהבאים, אם בכלל, היית פונה לעזרה?  
(אנא סמן/י את כל האפשרויות המתאימות)

<input type="checkbox"/>	66	בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	74	אחות
<input type="checkbox"/>	67	הורה	<input type="checkbox"/>	75-76	עובד סוציאלי
<input type="checkbox"/>	68	קרוב משפחה אחר (כגון אח או דוד וכו')	<input type="checkbox"/>	77-78	איש דת (רב, כומר או שייח')
<input type="checkbox"/>	69	חבר	<input type="checkbox"/>	79-80	תמיכה רוחנית אחרת
<input type="checkbox"/>	70	רופא משפחה	<input type="checkbox"/>	81-82	אינטרנט
<input type="checkbox"/>	71	רופא גריאטר	<input type="checkbox"/>	83-84	ארגון המתעסק באלצהיימר (כגון עמותת אלצהיימר ומחלות דומות בישראל)
<input type="checkbox"/>	72	נוירולוג	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	73	פסיכולוג או פסיכיאטר	<input type="checkbox"/>		

8. לסיום, אנא כתב/י את המין ושנת הלידה שלך:

85 א) אני...

<input type="checkbox"/>	גבר
<input type="checkbox"/>	אישה

--	--	--	--

86-89 ב) נולדתי בשנת

7/90 **WAVE** :

91-94 מספר סידורי מכון כהן

אנו מאוד מודים לך שהקדשת מזמנך לענות על השאלון.