

מספר סידורי 1-4

5/1

שפה (6-7)		מ.ז. משק בית (8-13)						מ.ז. מרואיין (14-15)	
2	5							-	

תאריך ראיון:

/

/

יום (16-17) חודש (18-19) שנה (20-21)

מספר מראיין: \_\_\_\_\_  
22-24

השם הפרטי של המשיב/ה: \_\_\_\_\_

## "50+ באירופה ובישראל"

סקר בריאות, הזדקנות ופרישה באירופה ובישראל

גל 9 2021

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?  1 כן  5 לא

עבור לשאלה ... ←

אם סימנת "כן" בדוגמה זו המשך לשאלה הבאה

אם סימנת "לא" בדוגמה זו המשך לשאלה שמופיעה בתיבת ההדרכה

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 [03-6408963](tel:03-6408963).

אנא התחל למלא את השאלון משאלה מספר 1 בעמוד הבא. מילוי שאלון זה הינו על פי רצונך ובאפשרותך לא לענות על שאלות מסוימות מבלי שיהיו לכך השלכות. כל תשובותיך תשמרנה חסויות. אנו מודים לך שוב על עזרתך.

1. אנשים בכל הגילאים מתלבטים לגבי שינויים במקום המגורים. לפניך מספר משפטים המתארים סוגיות הקשורות לנושא שינוי מקום המגורים.

נא לסמן/י את המידה שאתה מסכים/ה, או לא, עם כל אחד מהמשפטים הרשומים מטה.

במידה רבה ▼ <sub>4</sub>	במידה בינונית ▼ <sub>3</sub>	במידה מועטה ▼ <sub>2</sub>	בכלל לא ▼ <sub>1</sub>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) אני מעוניין להישאר במקום המגורים הנוכחי שלי גם בעתיד
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) אני צריך/ אצטרך לעזוב את הבית שלי כיוון שאינו מתאים לצרכים שלי (בית גדול, אין מעלית וכו')
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) אני צריך/אצטרך לעזוב את אזור המגורים שלי כיוון שאינו מתאים לצרכים שלי (לא נגיש לשירותי רפואה, תחבורה)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) אני מעוניין/אהיה מעוניין בעתיד לעבור לדיור מוגן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5) חשוב לי לגור במרחק הליכה מבני המשפחה שלי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6) חשוב לי לגור במרחק הליכה מחברי/ חברי הקהילה אליה אני משתייך
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7) המצב הכלכלי שלי לא מאפשר לי לעבור לדיור מוגן או לדירה שמתאימה יותר לצרכים שלי

2. נא סמן/י באיזו מידה, לדעתך, הפעולות הבאות תורמות למניעת נפילות

במידה רבה ▼ <sub>4</sub>	במידה בינונית ▼ <sub>3</sub>	במידה מועטה ▼ <sub>2</sub>	בכלל לא ▼ <sub>1</sub>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) ביצוע פעילות גופנית באופן קבוע
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) נטילת תרופות המתאימות למצב הבריאותי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) ביצוע בדיקת ראייה שגרתית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) ביצוע בדיקת שמיעה שגרתית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5) התאמת הסביבה הביתית וחיצונית (מכשולים, ידיות ועוד)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6) שימוש בעזרים, כגון מקל/ הליכון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7) אכילת מזון בריא

3. בשאלות הבאות תישאלי על הרגשתך לגבי התועלת שלך לאחרים. אנא התייחס/י לכל מה שעשית שתרם לרווחה ולאיכות החיים של האנשים בסביבתך במהלך 12 החודשים האחרונים, ובא לידי ביטוי, לדוגמה, בתמיכה, זמן, כסף או עצות.

לעתים קרובות ▼ <sub>4</sub>	לפעמים ▼ <sub>3</sub>	לעתים רחוקות ▼ <sub>2</sub>	כלל לא ▼ <sub>1</sub>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) באיזו תדירות את/ה מרגיש/ה שאת/ה תורם/ת לרווחה ולאיכות החיים של משפחתך?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) באיזו תדירות את/ה מרגיש/ה שאת/ה תורם/ת לרווחה ולאיכות החיים של חברייך?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) באיזו תדירות את/ה מרגיש/ה שאת/ה תורם לרווחת ולאיכות החיים בקהילה? (לדוגמה לאנשים בשכונה או דרך ארגונים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) באיזו תדירות אנשים אחרים ביקשו ממך עצה, לדוגמה בעת קבלת החלטה חשובה?

4. נא סמני/י עד כמה את/ה מסכים/ה עם הנאמר מטה בנוגע לפעילות מינית בגיל המבוגר

במידה רבה ▼ <sub>4</sub>	במידה בינונית ▼ <sub>3</sub>	במידה מועטה ▼ <sub>2</sub>	בכלל לא ▼ <sub>1</sub>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) אני חושב/ת שאנשים בגיל מבוגר אינם פעילים מינית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) אני חושב/ת שיש גיל שבו צריך להפסיק להיות פעילים מינית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) כשהיה לי או לבן זוגי הפרעה בתפקוד המיני – נפסיק להיות פעילים מינית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4) הפרעות בתפקוד המיני בגיל מבוגר זה דבר טבעי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5) אני ארגיש מובך/ת לפנות לאיש מקצוע ולדווח על בעיות בתפקוד המיני
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6) אין פתרון לבעיות בתפקוד המיני שנובעות מגיל מבוגר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7) יחסי מין בגיל מבוגר עלולים להיות מסוכנים לבריאות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(8) אם אפנה לרופא שלי בנוגע לבעיות בתחום המיני, הדבר בוודאי יביך אותי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(9) יש לי מספיק ידע על מיניות בגיל המבוגר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 אם אתנסה בעיות בתפקוד המיני אדע למי לפנות

5. השאלות הבאות עוסקות בשגרת נטילת תרופות באופן קבוע שניתנו במרשם רופא.

לא	כן	
▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>1</sub>	
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	(1) האם הנך נוטל/ת תרופות באופן קבוע? (תרופות שניתנו במרשם רופא)

אם אינך נוטל/ת תרופות מרשם באופן קבוע יש לעבור לשאלה 6

<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	(2) האם אי פעם שכחת ליטול את התרופות שלך?
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	(3) כאשר את/ה מרגישה/ה טוב יותר, האם את/ה מפסיקה/ה ליטול את התרופות שלך?
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	(4) האם, כאשר את/ה מרגישה/ה רע בעת נטילת תרופה, את/ה מפסיקה/ה את השימוש באותה התרופה?

6. השאלות הבאות מתייחסות לצריכת אוכל בביתך במהלך 12 החודשים האחרונים, ואם היה לך מספיק כסף כדי לקנות את האוכל הדרוש.

נא לסמן/י את מידת הנכונות של המשפטים 1 ו-2 ותענה על השאלות 3-6.

מסרב/ת לענות	לא יודע/ת	בכלל לא נכון	לפעמים נכון	לרוב נכון	
▼ <sub>9</sub>	▼ <sub>8</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>1</sub>	
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	(1) האוכל שקניתי/ קנינו לא הספיק, ולא היה כסף כדי לקנות יותר
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	(2) לא היה לנו מספיק כסף לאכול ארוחות מאוזנות

מסרב/ת לענות	לא יודע/ת	לא	כן	
▼ <sub>9</sub>	▼ <sub>8</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>1</sub>	
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	(3) האם אכלת פחות ממה שרצית כי לא היה מספיק כסף כדי לקנות אוכל?
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	(4) האם היית רעב/ה ולא אכלת, כי לא היה לך מספיק כסף לקנות אוכל?
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	(5) האם צמצמת בגודל הארוחות או דילגת על ארוחות מחוסר כסף לקנות מזון?
(6) אם התשובה לשאלה הקודמת הייתה "כן" באיזו תדירות זה קרה? <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> כמעט כל חודש <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> חודשים כן, חודשים לא <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> רק חודש או חודשיים בשנה				

שעות _____	7. האם אתמול, במשך זמן מסוים, היית בבית לבדך (ללא בן/בת זוג או אדם אחר)? נא לרשום במקום המיועד לשעות מספר מ- 0 עד 24 ובמקום המיועד לדקות מ-0 עד 60 אם לא היית אתמול בבית לבדך אנא כתוב "0" בסעיף שעות ודקות ועבור לשאלה 8
דקות _____	

כיצד הרגשת כאשר היית אתמול בבית לבדך?

נא דרג את התחושות הבאות, כאשר 0 מסמן "לא חוויתי כלל" ו- 6 מסמן "החוויה הייתה חזקה מאוד":

**כאשר הייתי לבדי הרגשתי:**

**החוויה הייתה חזקה מאוד**

**לא חוויתי כלל**

	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>0</sub>	
(1) שמחה	<input type="checkbox"/> <sub>6</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>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
(2) עניין	<input type="checkbox"/> <sub>6</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>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
(3) תסכול	<input type="checkbox"/> <sub>6</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>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
(4) עצב	<input type="checkbox"/> <sub>6</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>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
(5) סיפוק	<input type="checkbox"/> <sub>6</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>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
(6) שעמום	<input type="checkbox"/> <sub>6</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>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	
(7) כאב	<input type="checkbox"/> <sub>6</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>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	

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

(א) אני...

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	גבר
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	אישה

(ב) נולדתי בשנת

אנו מאוד מודים לך שהקדשת מזמנך לענות על השאלון.