



## שאלון הערכת סיכונים וצרכי בריאות העובד (HRA)

סקר זה משמש כדי להעריך את הסיכונים והצרכים הבריאותיים של אוכלוסיית עובדים. סקר זה יכול להתמקד בנושא בריאותי אחד (למשל, פעילות גופנית) או להקיף מגוון רחב של נושאים ו/או בחינת גישות לגבי נושאים כגון: תזונה, פעילות גופנית, שימוש לרעה בטבק / אלכוהול, חיסונים, בדיקות סקר או בחינת עמדות לגבי יוזמות לקידום בריאות במקום העבודה.

סקר בריאות עובד משמש ככלי אינפורמטיבי איכותי כאשר מתכננים תוכניות ומדיניות חדשות. להלן שאלון מקוצר: סקר הערכת אורח חיים כפי שבוצע במשרד הבריאות על ידי המחלקה לקידום בריאות

## סקר הערכת אורח חיים

### הוראות

#### הוראות

לפניך שאלון הערכת סיכוני בריאות שנועד לעזור לך לשנות התנהגויות בריאות כדי לשפר את בריאותך. הוא גם נועד לארגון כדי שיוכל להיענות לבקשות העובדים המעוניינים לשפר את בריאותם. המילוי הוא רשות. המידע שמתקבל נועד לשתי מטרות: הוא ינותח עבור כלל העובדים כקבוצה וכן ישמש בסיס עבור כל עובד/ת כדי לאפשר ל/ה לעקוב אחר ההתקדמות שלו/ה לאורך זמן. החברה המנתחת את הנתונים תיעזר בכתובת הדואר האלקטרוני כדי לעקוב אחר מילוי השאלון בקרב העובדים. עם זאת, כדי לשמור על חסיון המידע, הוחתמה החברה על שימור הסודיות כדי שלא יועבר מידע אישי לאף גורם מלבד, כולל, כמובן, גורמים במשרד הבריאות. תודה עבור שתוף הפעולה!

משך המילוי הממוצע של השאלון הוא כ-15 דקות. נא לסמן X במשבצות המתאימות ותשובות מילוליות או מספרים במקומות המתאימים.

## חלק 1: נתונים אישיים

שנת לידה: \_\_\_\_\_ מגדר:  גבר  אישה

שם אגף (ציין רק שם המינהל אם אינך שייך לאגף כלשהו): \_\_\_\_\_

מקום עבודה (ציין בניין, כגון מגדלי הבירה, שלום יהודה וכדו'): \_\_\_\_\_

מצב משפחתי:  רווק  נשוי/חי עם בן-זוג  גרוש/פרוד  אלמן  אחר (נא פרט): \_\_\_\_\_

מספר ילדים מתחת לגיל 5: \_\_\_\_\_ כמה שעות עבודה בממוצע את/ה עובד/ת בשבוע? \_\_\_\_\_ שעות

ארץ לידה	אתה/אתה	אם	אב
ישראל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אמריקה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מערב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אירופה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מזרח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אירופה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אפריקה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אסיה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אוסטרליה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ניו זילנד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

השכלה (הרמה הגבוהה ביותר שהשלמת):

יסודי  תיכון  לימודי דיפלומה (כגון הנדסאי או תעודת הוראה)  תואר ראשון  תואר שני  תואר שלישי ומעלה

משלח-היד  אחיות  אקדמאים במדעי החברה והרוח (מח"ר)  ביוכימאים / מיקרוביולוגים  וטרינרים  טכנאים/הנדסאים  מהנדסים  מרפאים בעיסוק  משפטנים (כולל מתמחים) סטודנטים לפי שעות  עובדים מנהליים (דירוג מנהלי)  עובדים סוציאליים  עובדים פארא-רפואיים אחרים  עיתונאים  פיזיותרפיסטים

## חלק 2: מצב בריאותך הכללית

1. באופן כללי, כיצד את/ה מגדיר/ה את מצב בריאותך?  
 מצוין  טוב מאד  טוב  בינוני  לא טוב  איני מעוניין לענות
2. הגובה שלי הוא: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ מטרים  איני מעוניין לענות
3. משקל גופי הוא: \_\_\_\_\_ קילוגרמים  איני מעוניין לענות
4. האם את/ה סובלת/מיתר לחץ דם?  כן  לא  לא יודע  איני מעוניין לענות
5. האם את/ה סובלת/מכולסטרול גבוה בדם?  כן  לא  לא יודע  איני מעוניין לענות
6. האם את/ה סובלת/ממחלת לב?  כן  לא  לא יודע  איני מעוניין לענות
7. האם את/ה סובלת/מסוכרת?  כן  לא  לא יודע  איני מעוניין לענות
8. האם את/ה סובלת/מהפרעת שינה<sup>1</sup>?  כן  לא  לא יודע  איני מעוניין לענות
9. בשנה החולפת, האם שינית את ההרגלים או ההתנהגויות שלך כדי לשפר את בריאותך?  
 כן  לא.  לא זוכר  איני מעוניין לענות  לא, עבור/עברי לשאלה 11 (אם כן, המשך/י כרגיל).
10. מה עשית בשנה החולפת כדי לשפר את בריאותך? אנא סמן/י כל תכנית רלוונטית במקום העבודה ומחוצה לו.

תכניות המוצעות מחוץ למקום העבודה	תכניות המוצעות במקום העבודה	סוג התכנית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביצוע בדיקות ניטור/מעקב לחץ דם, בדיקות דם למדידת רמת הכולסטרול, בדיקות למדידת הסוכר בדם, או בדיקות לברר איכות השינה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שמעתי הרצאות או נכחתי בקורסים בנושאי בריאות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קראתי מאמרים בעיתון, צפיתי בתכניות טלוויזיה או האזנתי לתכניות רדיו בנושאי בריאות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	השתמשתי באינטרנט לחיפוש מידע בנושאי בריאות

<sup>1</sup>הפרעת שינה מוגדרת כהפרעה במהלך השינה התקינה. דוגמה שכיחה היא נדודי שינה, אשר מתבטאים כקושי להירדם, יקיצה לילית וקושי להירדם לאחריה או יקיצה מוקדמת מהרצוי בסוף השינה.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קבלתי ייעוץ מאיש הצוות הבריאותי (רופא, אחות, מקדם בריאות, וכדו')
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נטלתי טיפול תרופתי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר: _____ _____

### חלק 3: פעילות גופנית

11. בממוצע, כמה דקות בשבוע את/ה מבצע פעילות גופנית בעצימות **בינונית**<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ דקות/שבוע (ספור רק תקופות פעילות שהמשך שלהן הוא לפחות 10 דקות).  לא זוכר  איני מעוניין לענות
12. בממוצע, כמה דקות בשבוע את/ה מבצע פעילות גופנית בעצימות **גבוהה**<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ דקות/שבוע (ספור רק תקופות פעילות שהמשך שלהן הוא לפחות 10 דקות).  לא זוכר  איני מעוניין לענות
13. בממוצע, במשך כמה ימים בשבוע את/ה מבצע פעילות **בונה כוח**<sup>4</sup> אשר מפעילה את כל קבוצות השרירים הגדולות (רגליים, אגן, גב, בטן, חזה, כתפיים וידיים)?  
 יומיים או יותר בשבוע  יום בשבוע  פחות מיום בשבוע  כלל לא  לא זוכר  איני מעוניין לענות
14. בשנה החולפת, האם שינית הרגלי הפעילות הגופנית שלך?  
 כן  לא. לא זוכר  אינו מעוניין לענות **אם לא, עבור/עברי לשאלה 16 (אם כן, המשך/המשיכי כרגיל).**
15. מה מהדברים הבאים עשית בשנה החולפת כדי להעלות את רמת פעילות הגופנית שלך? אנא סמן/י כל תכנית רלוונטית במקום העבודה ומחוצה לה.

סוג התכנית	תכניות המוצעות במקום העבודה	תכניות המוצעות מחוץ למקום העבודה
בקרתי במכון כושר, בבריכה או במקום סגור אחר המאפשר פעילות גופנית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
עסקתי בהליכה או בפעילות אחרת בחוץ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
השתתפתי בשיעורים, קורסים ו/או סדנאות קבוצתיות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אחר: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. האם את/ה מתכנן/ת להעלות את רמת הפעילות הגופנית שלך?  
 כן, מיד  כן, בחודש הקרוב  כן, בששת החודשים הקרובים  
 כן, בשנה הקרובה  אין לי תכניות להעלות את רמת הפעילות הגופנית שלי. **עבור/עברי לשאלה 18 (אם כן, המשך/המשיכי כרגיל).**  איני מעוניין לענות

<sup>2</sup> פעילות בעצימות בינונית = פעילות בה מעלים את הדופק ומתחילים להזיע, אך עדיין ניתן לנהל שיחה תוך כדי הפעילות. לדוגמה: הליכה נמרצת, שחיה נינוחה או רכיבה נינוחה על אופניים.

<sup>3</sup> פעילות בעצימות גבוהה = פעילות בה מתעמלים במידה כזו שקשה לדבר (פרט למספר מילים בודדות). לדוגמה: ריצה או שחיה בקצב מהיר.

<sup>4</sup> פעילות בונה כוח = כוללת התעמלות/תרגילים גופניים כגון כפיפות מרפק, שכיבות שמיכה, עליה במתח, הרמת משקולות, יוגה וכדו'. אין זה כולל פעילות אירובית כמו שחיה, ריצה, רכיבה על אופניים, ריקוד וכדו'.

17. אם את/ה מתכוונ/ת להעלות את רמת הפעילות הגופנית שלך, האם יש ברשותך כל הדרוש לעשות כן?  
 כן  לא. אם לא, אנא ציין/י מה חסר לך: (אפשר לרשום יותר מתשובה אחת)  
 זמן  אפשרות להתאמן במקום העבודה  ציוד כושר בקומה (למשל, אופניים או סרט נע)  ציוד כושר בחדר (למשל, מוט מתח בפתח הדלת או גומיות לתרגילים)  חומר כתוב או באינטרנט על מה וכיצד להתאמן  הרצאות על מה וכיצד להתאמן  פעילות גופנית קבוצתית מודרכת  דוגמה אישית מהנהלה  אחר (נא פרט): \_\_\_\_\_  איני מעוניין לענות
18. שאלה זו מיועדת לעובדי מגדלי הבירה בלבד (אם אינך ממגדלי הבירה אנא עבור לשאלה 19).  
**האם השתמשת בחדר הכושר שבמגדלי הבירה?**  
 כן  לא.  איני מעוניין לענות. אם לא, אנא ציין/י מהי הסיבה העיקרית:  
 אין זמן  המיקום בעייתי  שעות הפתיחה לא נוחות  העלות גבוהה  המתקנים לא נוחים  חסר ציוד  אחר (נא פרט): \_\_\_\_\_  
 איני מעוניין לענות
19. אם אינך מתכוונ/ת להעלות את רמת פעילות הגופנית שלך, מהי הסיבה העיקרית?  
 אני כבר מתעמל/ת בהתאם להמלצת מומחים  נוח לי ברמת הפעילות הנוכחית שלי  חוסר זמן  איני נהנה/ית מפעילות גופנית  היעדר ציוד/מתקן  סיבות אחרות (נא לפרט): \_\_\_\_\_  איני מעוניין לענות

## פרק 4: תזונה

20. האם את/ה נוהג/ת לאכול ארוחת בוקר?  כן  לא.  איני מעוניין לענות
21. כמה מנות<sup>5</sup> פירות את/ה אוכל/ת בממוצע מדי יום? \_\_\_\_\_ מנות.  לא זוכר  איני מעוניין לענות
22. כמה מנות<sup>6</sup> ירקות את/ה אוכל/ת בממוצע מדי יום? \_\_\_\_\_ מנות.  לא זוכר  איני מעוניין לענות
23. כמה מנות<sup>7</sup> דגנים מלאים /סובין את/ה אוכל/ת בממוצע מדי יום? \_\_\_\_\_ מנות.  לא זוכר  איני מעוניין לענות
24. כמה מנות<sup>8</sup> אוכל מטוגן או עשיר בשומן<sup>9</sup> את/ה אוכל/ת בממוצע מדי יום? \_\_\_\_\_ מנות.  לא זוכר  איני מעוניין לענות
25. בשנה החולפת, האם שיניית את הרגלי התזונה שלך?  כן  לא  לא זוכר  איני מעוניין לענות. **אם ענית לא, עבור/עברי לשאלה 27 (אם כן, המשך/המשיכי כרגיל).**
26. מה עשית בשנה החולפת כדי לשפר את התזונה שלך? **אנא סמן/י כל תכנית רלוונטית במקום העבודה ומחוצה לה.**

תכניות המוצעות מחוץ למקום העבודה	תכניות המוצעות במקום העבודה	סוג התכנית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קבלתי ייעוץ תזונתי מגורם מקצועי (רופא, דיאטנית וכדו')
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הצטרפתי לקבוצה לשמירה או להורדת משקל הגוף
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר: _____

27. האם יש במקום העבודה שלך חדר אוכל/ קפטריה?  כן - **לעבור לשאלה הבאה**  לא  איני מעוניין לענות
28. האם אתה נוהג/ת לאכול בחדר האוכל / קפטריה?  כן  לא  איני מעוניין לענות. **אם כן, דלג לשאלה 30. אם לא, המשך לשאלה הבאה.**

<sup>5</sup>מנה של פרי = כוס = גודל פרי בינוני (כגודל כדור טניס)

<sup>6</sup>מנה של ירק = כוס ירקות טריים או חצי כוס ירקות מבושלים (כוס = כגודל כדור טניס). אין לכלול תפוחי אדמה, תירס או זיתים בסך מנת הירק.

<sup>7</sup>מנה של דגן מלא = פרוסת לחם מחיטה מלאה, כוס דגן בוקר מדגן מלא או עשיר בסובין, חצי כוס שיבולת שועל מבושלת או אורז חום מבושל או פסטה מבושלת מחיטה מלאה.

<sup>8</sup>מנה = גודל מנה עיקרית כגון בשר, עוף, דגים מטוגנים הוא כגודל חפיסת קלפים.

<sup>9</sup>אוכל מטוגן או עשיר בשומן = אוכל מטוגן כולל, בין היתר, סופגניות, כדורי פלאפל וטוגנים (צ'יפס). מוצרים העשירים בשומן לא בריא כוללים, לדוגמה: נקניק, בשר טחון, שוקולד, מוצרי מאפה קנויים וכן מוצרי חלב "שמנים" שיש בהם לפחות חלב 3% שומן, וכן שמנת, חמאה, גבינה קשה או מיונית רגילה (לא דל שומן). אל תכלול שומן בריא מהצומח כמו שמן זית או אבוקדו או שמן מהחי כמו בדגים כמו סלמון או הרינג.



29. למה אינך אוכל בחדר האוכל של מקום העבודה?  
 האוכל אינו מספיק טעים  המנות יקרות מדי  אין מספיק אוכל בריא  האווירה אינה לרוחי  אחר (נא פרט): \_\_\_\_\_  איני מעוניין לענות.
30. האם את/ה מתכנן/ת לשפר את הרגלי התזונה שלך?  
 כן, מיד  כן, בחודש הקרוב  כן, בששת החודשים הקרובים  כן, בשנה הקרובה  לא, אין לי תכניות לשפר את רמת התזונה שלי.  איני מעוניין לענות. **אם לא, עבור/עברי לשאלה 32 (אם כן, המשך/המשיכי כרגיל).**
31. אם בכונתך לשפר את הרגלי התזונה שלך, האם יש ברשותך כל הדרוש לעשות כך?  
 כן  לא. אם לא, אנא ציין/י מה חסר לך: (אפשר לרשום יותר מתשובה אחת)  
 מבחר גדול יותר של מנות עיקריות בריאות  מבחר יותר גדול של סלטים בריאים  סימון הערך הקלורי של המנות  מכוונת ממכר עם מזון בריא  חומר כתוב או באינטרנט על תזונה נבונה ועל שמירת משקל תקין  הרצאות על תזונה בריאה ועל שמירת משקל תקין  העמדת מאזניים איכותיים ליד חדר האוכל  אחר (נא פרט): \_\_\_\_\_  איני מעוניין לענות. **עבור/עברי לשאלה 33.**
32. אם אינך מתכוון/ת לשפר את הרגלי התזונה שלך, מהי הסיבה העיקרית לכך?  
 חוסר ידע מה ואיך לשנות את ההרגלים  אני כבר אוכל/ת בהתאם להמלצת המומחים  נוח לי עם הרגלי התזונה הקיימים שלי  חוסר מוטיבציה/עניין  סיבות אחרות (נא פרט): \_\_\_\_\_  איני מעוניין לענות.

## חלק 5: שימוש במוצרי טבק

33. האם את/ה כיום מעשן/ת סיגריות או משתמש/ת במוצרי טבק אחרים?  
 כן  לא.  איני מעוניין לענות. **אם לא, עבור/עברי לשאלה 36 (אם כן, המשך/המשיכי כרגיל).**
34. כמה סיגריות את/ה מעשן/ת מדי יום בממוצע?  \_\_\_\_\_  לא זוכר  איני מעוניין לענות
35. האם את/ה משתמש/ת באחד ממוצרי טבק הבאים (אפשר לסמן יותר מאפשרות אחת)?  
 סיגר  מקטרת  נרגילה  טבק לעיסה  טבק מתחת לשפה  טבק להרחח  לא, איני משתמש/ת במוצרים אלה. **אם לא - עבור/עברי לשאלה 36.**  איני מעוניין לענות
36. האם את/ה מעשן/ת לשעבר?  
 כן  לא, לעולם לא עישנתי.  איני מעוניין לענות. **אם ענית לא, סיימת את השאלון. (אם כן, המשך/המשיכי כרגיל).**
37. מתי הפסקת לעשן?  
 במהלך ששת החודשים האחרונים  מעל 6 חודשים, אך פחות משנה  בין 1-5 שנים  בין 6-10 שנים  לפני יותר מ-10 שנים.  איני זוכר  איני מעוניין לענות. **סיימת את השאלון.**
38. מה עשית בשנה החולפת כדי לנסות להיגמל מעישון?  
 אגא סמן/י כל תכנית רלוונטית במקום העבודה ומחוצה לה.

תכניות המוצעות מחוץ למקום העבודה	תכניות המוצעות במקום העבודה	סוג התכנית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קבלתי יעוץ לגמילה מעישון מגורם מקצועי (רופא, מומחה לגמילה וכדו')
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	טיפול תרופתי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר: _____

39. האם את/ה מעוניין/ת להיגמל משימוש במוצרי טבק?  
 כן, מיד  כן, בחודש הקרוב  כן, בששת החודשים הקרובים  כן, בשנה הקרובה  לא, אין לי תכניות להיגמל  איני מעוניין לענות. **אם לא, עבור/עברי לשאלה 41 (אם כן, המשך/המשיכי כרגיל).**
40. אם את/ה מתכוון/ת לנסות להיגמל, האם יש ברשותך כל הדרוש לכך?  
 כן  לא. **אם לא, אגא ציין/י מה חסר לך (אפשר לסמן יותר מאפשרות אחת):**  
 חומר כתוב או מידע באינטרנט  הרצאות על גמילה  קורס רשמי לגמילה מעישון  תמיכה מצד ההנהלה  מרפאת לרפואה מונעת לעובדי מדינה  אחר (נא פרט): \_\_\_\_\_  איני מעוניין לענות. **סיימת.**

41. אם **אינך** מתכוון/ת להיגמל משימוש במוצרי טבק, מהי הסיבה העיקרית לכך?
- קשה מדי
  - אני נהנה/ית מהעישון
  - אני חושש שאעלה במשקל אם אפסיק
  - אין לי די ידע/כישורים
  - סיבות אחרות (נא לפרט): \_\_\_\_\_
  - איני מעוניין לענות