

## פעילויות מתמשכות בנושא עישון: שאלון למשתתפים בנקודת הסיום

שלום לך,

מטרתו של שאלון זה היא לקבל את חוות דעתך בנוגע לפעילות שעברת בנושא מניעת עישון, ובנוסף ללמוד על הרגלי העישון שלך ושל סביבתך. התשובות יעזרו לנו לשפר את פעילויות משרד הבריאות בנושא העישון, ולהתאים אותן טוב יותר למשתתפים בעתיד.

השאלון אנונימי, ולא ניתן לזהות את פרטי המשיבים. מילוי השאלון הינו רשות, ומענה עליו מהווה את הסכמתך לעשות שימוש בנתונים לצורך שיפור ולמידה.

**זמן מילוי השאלון מוערך בכחמש דקות בלבד.**

אנו מודים לך מאוד על מילוי השאלון!

### חלק א': על הפעילות והמשתתפים

1. **שם הרשות בה נערכה הפעילות:** \_\_\_\_\_
2. **בכמה פעילויות הקשורות למניעת עישון השתתפת בשנה האחרונה – אשר שניתנו לך על ידי הרשות בה את/ה גר/ה?**
  - א. לא עברתי פעילויות בנושא עישון מטעם הרשות המקומית
  - ב. פעילות אחת
  - ג. שתי פעילויות
  - ד. שלוש פעילויות או יותר
3. **מה הוא שם הפעילות בנושא מניעת עישון שבנוגע אליה נשלח אליך שאלון זה:** \_\_\_\_\_
4. **באיזו שנה החלה הפעילות שבנוגע אליה נשלח אליך שאלון זה?** \_\_\_\_\_
5. **באיזה חודש החלה הפעילות שבנוגע אליה נשלח אליך שאלון זה?**
  1. ינואר
  2. פברואר
  3. מרץ
  4. אפריל
  5. מאי
  6. יוני
  7. יולי
  8. אוגוסט
  9. ספטמבר
  10. אוקטובר
  11. נובמבר
  12. דצמבר

**6. מה הוא נושא הפעילות העיקרי? (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)**

- א. השתתפות במפגשים למניעת עישון או לגמילה מעישון אצלי או אצל אחרים
- ב. השתתפות בפעילות שמטרתה למנוע מאחרים לעשן
- ג. אחר

אם ציינת אחר, נא לפרט: \_\_\_\_\_

**7. בכמה מפגשים השתתפת במהלך הפעילות?**

- א. 1-2
- ב. 3-5
- ג. 6-10
- ד. מעל 10 מפגשים

**8. מה הוא אורכם של כל אחד מהמפגשים בפעילות?**

- א. 1-2 שעות
- ב. 3-4 שעות
- ג. מעל ל 4 שעות

**9. לאיזו קבוצת גיל מיועדת הפעילות שעברת בנושא מניעת העישון? (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת):**

- א. ילדים עד גיל 13
- ב. נוער מעל גיל 13 עד 18
- ג. בוגרים מעל גיל 18 עד 35
- ד. בוגרים מעל גיל 35 עד 64
- ה. מעל גיל 64

**10. האם את/ה מגדיר/ה את עצמך כשייך לאחת הקהילות הבאות?**

- א. עולה חדש: עד 10 שנים מאז העלייה לישראל
- ב. חרדי
- ג. ערבי
- ד. בדואי, דרוזי, צ'רקסי
- ה. דור שני או שלישי לעולים מאתיופיה
- ו. אף אחת מאפשרויות אלה

**11. מה הוא גילך?**

- א. עד גיל 18
- ב. 18-25
- ג. 26-35
- ד. 36-50

ה. 51-65  
ו. מעל גיל 65

**12. מגדר:**

- א. גבר  
ב. אישה  
ג. אחר/לא מעוניין להשיב

**13. מה היא השכלתך?**

- א. פחות מ 12 שנות לימוד  
ב. 12 שנות לימוד  
ג. תואר ראשון ומעלה

**חלק ב': הרגלי עישון**

14. האם את/ה משתמש/ת במוצר טבק או ניקוטין כלשהם כגון: סיגריות, טבק בגלגול עצמי, סיגר/סיגרלה, אייקוס, סיגריה אלקטרונית או נרגילה?

- א. כן  
ב. לא

**15. באיזו תדירות את/ה משתמש/ת במוצרים הבאים?**

| פחות<br>מפעם<br>בחודש | פחות<br>מפעם<br>בשבוע<br>עד פעם<br>בחודש | כל<br>שבוע | כל יום |                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------|------------|--------|------------------------------------------------------|
|                       |                                          |            |        | סיגריות טבק מחפיה                                    |
|                       |                                          |            |        | סיגריות טבק בגלגול עצמי                              |
|                       |                                          |            |        | סיגר/סיגרלה/ מקטרת                                   |
|                       |                                          |            |        | נרגילה                                               |
|                       |                                          |            |        | אייקוס IQOS                                          |
|                       |                                          |            |        | סיגריה אלקטרונית חד פעמית<br>(בלי מילוי חוזר)        |
|                       |                                          |            |        | סיגריה אלקטרונית רב פעמית<br>(עם אפשרות למילוי חוזר) |

|  |  |  |  |                                                        |
|--|--|--|--|--------------------------------------------------------|
|  |  |  |  | שקיקי טבק או ניקוטין<br>שמיועדים ללעיסה או השמה<br>בפה |
|  |  |  |  | טבק להרחחה או ללעיסה                                   |

### חלק ג': עישון סביבתי

16. ציין/י את מידת הסכמתך עם ההצהרות הבאות ביחס לעישון במקומות ציבוריים.

| אין לי<br>דעה | במידה<br>רבה<br>מאוד | במידה<br>רבה | במידה<br>בינונית | במידה<br>מעטה | כלל לא |                                                            |
|---------------|----------------------|--------------|------------------|---------------|--------|------------------------------------------------------------|
|               | 5                    | 4            | 3                | 2             | 1      | א. על המעשנים לעשן רק במקומות<br>המותרים לעישון            |
|               | 5                    | 4            | 3                | 2             | 1      | ב. איסור עישון במסעדות וקניונים<br>פוגע בזכות הפרט         |
|               | 5                    | 4            | 3                | 2             | 1      | ג. מסעדות וקניונים צריכים להיות<br>נקיים לגמרי מעישון      |
|               | 5                    | 4            | 3                | 2             | 1      | ד. כל המקומות הציבוריים צריכים<br>להיות לגמרי נקיים מעישון |

### חלק ד: פעילות בנושא העישון

17. באיזו מידה יש לך ידע בנוגע להיבטים הבאים?

| במידה<br>רבה<br>מאוד | במידה<br>רבה | במידה<br>בינונית | במידה<br>מעטה | כלל לא |                                                                        |
|----------------------|--------------|------------------|---------------|--------|------------------------------------------------------------------------|
| 5                    | 4            | 3                | 2             | 1      | א. מקומות בהם ניתן לעשן סיגריות רגילות<br>וסיגריות אלקטרוניות          |
| 5                    | 4            | 3                | 2             | 1      | ב. נזקי העישון למעשנים                                                 |
| 5                    | 4            | 3                | 2             | 1      | ג. נזקים הנגרמים לאנשים שלא מעשנים<br>כתוצאה מעישון בסביבתם            |
| 5                    | 4            | 3                | 2             | 1      | ד. האופן שבו ניתן להיגמל מעישון ומסלולי<br>גמילה מעישון                |
| 5                    | 4            | 3                | 2             | 1      | ה. האופן שבו ניתן להתמודד עם לחץ<br>חברתי או הרגלי החברים בנוגע לעישון |

**18. האם בכוונתך להפסיק לעשן בעתיד הקרוב?**

- א. לא, אמשוך לעשן כרגיל  
ב. כן, אנסה להפסיק לעשן במהלך החודש הקרוב  
ג. כן, אנסה להפסיק לעשן במהלך חצי השנה הקרובה

**19. באיזו מידה הפעילות שעברת בנושא עישון תרמה לרצון שלך להפחית את העישון?**

| כלל לא | מידה מעטה | מידה בינונית | מידה רבה | מידה רבה מאוד |
|--------|-----------|--------------|----------|---------------|
| 1      | 2         | 3            | 4        | 5             |

**20. באיזו מידה הפעילות שעברת בנושא עישון תרמה לרצון שלך להפסיק לעשן?**

| כלל לא | מידה מעטה | מידה בינונית | מידה רבה | מידה רבה מאוד |
|--------|-----------|--------------|----------|---------------|
| 1      | 2         | 3            | 4        | 5             |

**21. האם אי פעם ניסית להפסיק לעשן?**

- א. לא ניסיתי להפסיק לעשן  
ב. כן, ניסיתי להפסיק לפני למעלה משנה  
ג. כן, ניסיתי להפסיק לפני פחות משנה

**22. באיזו מידה הפעילות שעברת בנושא עישון תרמה לניסיון שלך להפסיק לעשן?**

| כלל לא | מידה מעטה | מידה בינונית | מידה רבה | מידה רבה מאוד |
|--------|-----------|--------------|----------|---------------|
| 1      | 2         | 3            | 4        | 5             |

**23. באיזו מידה הפעילות שעברת בנושא עישון תרמה להצלחה שלך להפסיק לעשן?**

| כלל לא | מידה מעטה | מידה בינונית | מידה רבה | מידה רבה מאוד |
|--------|-----------|--------------|----------|---------------|
| 1      | 2         | 3            | 4        | 5             |

לצרכים סטטיסטיים בלבד, אנא רשום/רשמי את שלוש הספרות האחרונות של מספר הטלפון שלך

אנו מודים לך מאוד על מילוי השאלון!

**להפסיק לעשן זה בידיים שלך**

☎ 6800 \* למוקד לגמילה מעישון של משרד הבריאות או פנו לרופא המשפחה או למוקד קופת החולים. השירות ניתן ללא עלות.