

מרכז רפואי "סרוקה"  
אוניברסיטת בן גוריון בנגב  
היחידה לחקר ואיבחון הפרעות שינה  
08-6400134 08-6403049

\*\*\*\*\*

1

שאלון בדיקת שינה למבוגרים

שם הרופא המטפל:	_____	שם הרופא המפנה:	_____
כתובת למשלוח תשובות:	שם הרופא _____	מרפאה	_____
מהי סיבת ההפניה לבדיקת השינה?	_____		

תאריך מילוי השאלון \_\_\_\_\_

**א. פרטים אישיים:**

שם משפחה	_____	מצב משפחתי:	‏ ׀ רווקה	‏ ׀ נשואה	
שם פרטי	_____	אלמנה	‏ ׀	גרושה	‏ ׀
מס' ת.ז.	_____	ארץ הלידה	_____		
תאריך לידה	_____	שנת עליה	_____		
מין:	ז/נ	מוצא	_____		
כתובת	_____				
מיקוד	_____				
טל' בבית	_____				
טל' בעבודה	_____				

נא למדוד במרפאה: 1. גובה \_\_\_\_\_ ס"מ 2. משקל \_\_\_\_\_ ק"ג 3. היקף צוואר \_\_\_\_\_ ס"מ.

האם הינך: ‏ ׀ מועסק ‏ ׀ מובטל ‏ ׀ גימלאי?  
מקצוע \_\_\_\_\_  
האם אתה מועסק במשמרות? כן ‏ ׀ לא ‏ ׀  
מתי היתה המשמרת האחרונה שלך? \_\_\_\_\_ ימים



5. האם התעוררת בבוקר או באמצע הלילה עם הסימנים הבאים (בחודש האחרון)?

(סמן X במקום המתאים)?

5-7 ימים בשבוע	3-4 ימים בשבוע	1-2 ימים בשבוע	לעיתים נדירות	אף פעם	אינני יודע	
						א. קוצר נשימה
						ב. זיעה מרובה
						ג. סחרחורות
						ד. כאבי ראש
						ה. בלבול
						ו. חרדות, דאגות
						ז. בחילות, הקאות
						ח. כאבים בחזה
						ח. לא מסוגל להיזי את הגפיים
						ט. דפיקות לב
						י. סיוטים
						כ. אף סתום
						ל. שיעול חזק
						מ. תחושת חנק

=====

4. נחרות: (סמן X במקום המתאים)

1. האם אתה נוחר? כן ׀ לא ׀ אינני יודע ׀
2. במידה וכן, האם נחרותך מפריעות לסביבה? כן ׀ לא ׀ אינני יודע ׀
3. האם בן/בת זוגתך יש/ה אתך באותו החדר? כן ׀ לא ׀ אין לי בן/בת זוג ׀
4. באם לא, האם בן/בת זוגתך עזב/ה את החדר בשל נחרותך? כן ׀ לא ׀  
באם כן ממתיו? \_\_\_\_\_ שנים
5. כמה לילות בשבוע אתה נוחר? 1 ׀ 2 ׀ 3 ׀ 4 ׀ 5 ׀ 6 ׀ 7 (לילות בשבוע) לעיתים נדירות ׀
6. מהי עוצמת הנחירה? ׀ אינני נוחר ׀  
׀ אינני יודע ׀  
׀ חלשה (עוצמה של לחישה)  
׀ בינונית (עוצמה של דיבור)  
׀ חזקה (ניתן לשמוע מחוץ לחדר)  
׀ חזקה ביותר (ניתן לשמוע בכל הבית)
7. כמה זמן מן הלילה אתה נוחר? ׀ אינני נוחר ׀  
׀ אינני יודע ׀  
׀ מספר דקות ׀  
׀ ¼ מן הלילה  
׀ ½ מן הלילה  
׀ ¾ מן הלילה  
׀ כל הלילה
8. באילו תנוחות גוף הנחרות הכי חזקות? ׀ אינני נוחר ׀  
׀ גב ׀  
׀ צד ׀  
׀ אין הבדל בין תנוחות הגוף ׀  
׀ אינני בטוח ׀
9. האם עברת את הניתוחים הבאים: ׀ אינני בטוח ׀  
א. הוצאת שקדים? ׀ לא ׀ לא ׀  
אם כן באיזה גיל? \_\_\_\_\_  
ב. הוצאת פוליפים? ׀ אינני בטוח ׀  
אם כן באיזה גיל? \_\_\_\_\_  
ג. ניתוחים אחרים הקשורים באף-אוזן-גרון? ׀ אינני בטוח ׀  
אם כן ציין איזה? \_\_\_\_\_ ובאיזה גיל? \_\_\_\_\_

## ה. איכות השינה : (שאלות אילו מתיחסות לחודש האחרון)

1. כאשר אתה מתעורר בבוקר, כמה פעמים אתה חש כי הייתה לך שינה מרעננת?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| ‏ | ‏ | ‏ | ‏ |
| ‏ | ‏ | ‏ | ‏ |

## 2. האם אתה נרדם (סמן X במקום המתאים)?

לעולם לא	לעיתים נדירות	1-2 ימים בשבוע	3-4 ימים בשבוע	5-7 ימים בשבוע	
					א. נסיעה: מכונית, רכבת, אוטובוס או בטיסה
					ב. בפגישות, בכנסים או בהרצאות
					ג. בעת קריאה
					ד. בעת אכילה
					ה. בעת שיחה בטלפון
					ו. בעת שיחה פנים אל פנים
					ז. בזמן שאתה בעצמך נוהג ברכב
					ח. האם היתה מעורב בתאונת דרכים בשל הרדמותך
					ט. האם בשל אתה נוטה להרדם בנסיעות למרחקים

3. האם היית מעורב בתאונת עבודה או במצב של כמעט תאונה כתוצאה מהירדמות (אפילו פעם אחת)?
- באם ענית בחיוב אזי כמה פעמים? \_\_\_\_\_ פעמים
- כן ‏ לא ‏

4. האם הישנוניות היומית מפריעה לך בביצוע עבודתך?
- כן ‏ לא ‏

5. האם מישוהו במשפחתך הקרובה (הורים, אחים, סבים, דודים) סובל מהסימנים הבאים:

כן	לא	אינני בטוח
‏	‏	‏
‏	‏	‏
‏	‏	‏
‏	‏	‏
‏	‏	‏
‏	‏	‏
‏	‏	‏
‏	‏	‏

6. האם אתה סובל או סבלת מהמחלות הבאות (סמן X במקום המתאים)?

	סבלתי בעבר		סובל כיום	
	כן	לא	כן	לא
א. סוכרת				
ב. ברונכיט כרוני				
ג. אמפיזמה (נפחת)				
ג. אסטמה				
ד. יתר לחץ דם				
ה. כאבי חזה				
ו. התקף לב				
ז. מחלות לב אחרות				
ח. כיב קיבה				
ט. אלכוהוליזם				
י. סטייה במחיצות האף				
כ. שבר באף				
ל. נזלת כרונית				
מ. סינוסיטיס כרוני				
נ. קדחת השחת				
ס. בעיות בבלוטת התריס				
ע. פוליפיס באף				

**ו. הרגלי שתיה ועישון:**

1. במהלך החודש האחרון האם צרכת את המשקאות הבאים?

(סמן X במקום המתאים)

אף פעם	1-3 פעמים בחודש	פעם בשבוע	2-3 פעמים בשבוע	4-5 פעמים בשבוע	6-7 פעמים בשבוע	
						בירה
						יין
						ליקר

2. ציין כמה שתית מהמשקאות הללו:

א. בירה: \_\_\_\_\_ (מס' כוסות)      ב. יין: \_\_\_\_\_ (מס' כוסיות)  
 ג. ליקר: \_\_\_\_\_ (מס' כוסיות)      ד. אחר \_\_\_\_\_ (מס' כוסות) ציין מה: \_\_\_\_\_

3. כמה כוסות של המשקאות מכילי הקפאין הללו אתה צורך ביום?

א. קפה: \_\_\_\_\_ כוסות      ב. תה: \_\_\_\_\_ כוסות  
 ג. שוקו: \_\_\_\_\_ כוסות      ד. קולה: \_\_\_\_\_ כוסות

4. האם עישנת או אתה מעשן סיגריות, סיגר, מקטרת? (ענה לא, באם עישנת פחות מ- 20 סיגריות בכל חייך).

כן    לא

**באם כן, אנא ענה על סעיפים א-ד:**

א. האם אתה מעשן כעת או עישנת עד לפני חודש?  
 ב. באיזה גיל התחלת לעשן?  
 ג. במידה והפסקת לעשן, באיזה גיל הפסקת?  
 ד. כמה סיגריות אתה מעשן כעת? \_\_\_\_\_ סיגריות

**ז. תרופות:**

1. האם אתה מטופל בתרופות הבאות במהלך חצי השנה האחרונה?

שם התרופה ומינון	כן	לא
תרופות ליתר לחץ דם	]]	]]
טיפות אף	]]	]]
אספירין, נקסין	]]	]]
כדורי שינה	]]	]]
כדורי הרגעה	]]	]]

2. אנא ציין תרופות נוספות שהינך מקבל באופן קבוע:

- \_\_\_\_\_ מינון \_\_\_\_\_ (1)
- \_\_\_\_\_ מינון \_\_\_\_\_ (2)
- \_\_\_\_\_ מינון \_\_\_\_\_ (3)
- \_\_\_\_\_ מינון \_\_\_\_\_ (4)

=====

**ח. מידת העייפות:**

האם יש לך רשיון נהיגה? כן / לא  
האם אתה נוהג בקביעות? כן / לא  
האם יש ברשותך מקלט טלויזיה? כן/ לא

ברצוננו כי תתייחס לאפשרות עד כמה יש לך נטייה לחטוף תנומה, או להירדם ממש לעומת סתם "להרגיש עייפות"  
במצבים אלו?

סמן בעיגול ליד כל שאלה את התשובה המתאימה ביותר לכל מצב..

- 0 - לעולם לא מנמנם
- 1 - סיכוי קל לנימנום
- 2 - סיכוי בינוני לנימנום
- 3 - סיכוי גדול לנימנום

הקף את במקום המתאים

הדרוג שלך				המצב/הפעולה
0	1	2	3	
0	1	2	3	קריאה בישיבה
0	1	2	3	צפיה בטלויזיה
0	1	2	3	ישיבה בקולנוע, תיאטרון, אסיפה, הרצאה וכו'
0	1	2	3	כנוסע במכונית/אוטובוס (לא כנהג) במשך שעה רצופה
0	1	2	3	שיחה עם אנשים בישיבה
0	1	2	3	ישיבה בשקט אחרי ארוחה (ללא שתיית משקה אלכוהולי)
0	1	2	3	בישיבה במכונית, בזמן עצירה קצרה (רמזור, פקק וכד')
0	1	2	3	שוכב לנוח בצהריים כשהנסיבות מאפשרות
0	1	2	3	האזנה לרדיו, עבודה במחשב

תודת עבור שיתוף הפעולה  
היחידה לחקר ואיבחון הפרעות בשינה

מרכז רפואי "סורוקה"  
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב  
היחידה לחקר ואיבחון הפרעות שינה

2

שאלון בן הזוג

1. שם הנבדק: \_\_\_\_\_ תאריך מילוי השאלון:

2. שם בן הזוג: \_\_\_\_\_

3. קרבת משפחה אל הנבדק: \_\_\_\_\_

4. האם אתה/בן/בת זוג קבוע/ה של הנבדק? כן  לא

5. מהי בעיית השינה של הנבדק?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. להערכתך, כמה זמן סובל הנבדק מבעיה זו? פחות משנה  שלוש שנים   
שנה  חמש שנים   
שנתיים  יותר מ- 5 שנים

7. האם תופעה זו הופיעה במהלך החודש האחרון: (סמן ב-X)

מיד לילה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
מספר פעמים בכל לילה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	(ציון מספר פעמים)
פעם בשבוע	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
כמה פעמים בשבוע	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	(ציון מספר פעמים)
כמה פעמים בחודש	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	(ציון מספר פעמים)

8. תאר את התנהגות הנבדק בשעת ההפרעה:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. האם בעית השינה של בן/בת זוגתך משפיעה על תיפקודך? כן  לא

10. ציין את הגורמים המחמירים את בעית השינה של הנבדק: (סמן X במקום אחד או יותר)

לחץ, התרגשות, רוגז בעבודה או בבית.  עישון.

עייפות.  תנוחות במיטה (גב, בטן, צד).

אכילה בשעות מאוחרות.  שתיית אלכוהול.

עודף משקל.  שתיית תה או קפה.

11. האם ידוע לך אם הנבדק נרדם במשך היום באופן בלתי רציונלי? כן  לא

אם כן, תארי/ באילו מצבים ובאיזו תדירות קורה הדבר:

---

---

12. האם קשה לנבדק לשמור על עירנות בנהיגה?  
אם כן, תאר      כן    לא

---

13. האם בעיה זו משתנה בסופי שבוע?  
אם כן, תאר      כן    לא

---

14. האם עליה במשקל משפיעה על תופעה זו בצורה משמעותית?  
פרט:      כן    לא

---

15. האם הנבדק נוטל כדורי שינה?  
האם הכדורים עוזרים?  
כמות \_\_\_\_\_      כן    לא      כן    לא

---

16. האם לדעתך פיתח הנבדק תלות בכדורי שינה ?      כן    לא

17. כמה זמן משתמש הנבדק בכדורי השינה?

---

18. בעיית השינה של הנבדק הינה:      לא קלה      בינונית      לא קשה?

19. להערכתך, האם הנבדק ואת/ה מבינים את בעיית השינה באופן דומה?      כן    לא  
פרט: \_\_\_\_\_

---

20. באם יש פרטים נוספים, שלדעתך, רלוונטיים לבעיות השינה של הנבדק, אנא ציין כאן:

---

---

---

תודה רבה בעבור שיתוף הפעולה

צוות היחידה!



c:/sleep/salonim/adult

אוניברסיטת בן גוריון בנגב  
היחידה לחקר ואיבחון הפרעות שינה

2

יש למלא שאלון זה מיד לפני הבדיקה.....

שם: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_  
השעה כעת: \_\_\_\_\_

1. מתי התעוררת היום? \_\_\_\_\_

2. האם הפעילות היומית היום הייתה שונה מהרגיל?  
כן 』 לא 』  
נמק: \_\_\_\_\_

3. האם נרדמת היום או נחת אחר הצהריים?  
אם כן, כמה פעמים? \_\_\_\_\_  
כמה זמן ישנת? \_\_\_\_\_  
כן 』 לא 』  
באילו זמנים? \_\_\_\_\_

4. מתי אכלת לאחרונה? \_\_\_\_\_  
האם הייתה זו ארוחה חטופה? \_\_\_\_\_

5. האם שתית היום אלכוהול?  
אם כן, מה? \_\_\_\_\_  
כן 』 לא 』

6. האם שתית קולה, קפה, תה אחרי הארוחה?  
אם כן, אז מה? \_\_\_\_\_  
כמות? \_\_\_\_\_  
כן 』 לא 』  
כמות? \_\_\_\_\_

7. אילו תרופות לקחת היום?  
תרופה \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_  
תרופה \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_  
תרופה \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_

8. האם יש לך כעת כאב ראש, כאב בטן, בחילה וכו'?  
אם כן, פרט! \_\_\_\_\_  
כן 』 לא 』

9. האם אתה מרגיש מוכן לבדיקת השינה?  
אם לא,  
הסבר! \_\_\_\_\_  
כן 』 לא 』

10. תוך כמה זמן אתה משער כי תשקע בתרדמה?

‏ מיד ‏  
‏ מספר דקות ‏  
‏ מספר שעות ‏  
‏ אני לא ארדם ‏

## יש למלא שאלון זה מיד לאחר הבדיקה

1. האם הייתה לך בעיה להירדם במעבדה? כן  לא   
אם כן, מדוע? \_\_\_\_\_

2. אנא דרג את איכות השינה במעבדתנו: (מצויינת) 1  2  3  4  5  (גרועה)

3. כמה שעות להערכתך ישנת הלילה במעבדתנו? \_\_\_\_\_ שעות

4. האם שינה זו נחשבת כמייצגת לבעיותיך? (להוציא את ההשפעה של לילה ראשון במעבדה!) כן  לא

5. האם היה משהו שהטריד אותך במיוחד? כן  לא   
אם כן, ציין: \_\_\_\_\_

6. האם חלמת? כן  לא   
אם כן, תאר \_\_\_\_\_

7. הבעיה המרכזית שהביאה אותך למעבדתנו היא (סמן x במקום המתאים):

- נחרות או דווח על הפסקות נשימה בשינה \_\_\_\_\_
- העדר שינה \_\_\_\_\_
- תנועות רגליים מרובות \_\_\_\_\_
- בעיות אחרות \_\_\_\_\_

8. א. באם עברת בדיקת CPAP, מהי הרגשתך לאחר הבדיקה מבחינת הרעננות ואיכות השינה,

### ביחס לבדיקה הקודמת:

(מצויינת) 1  2  3  4  5  (גרועה)

ב. ציין הערותיך כאן: \_\_\_\_\_

---

תודה על שיתוף הפעולה!

c/sleep/salonim/adult