

היחידה לייעוץ פסיכולוגי
דיקנאט הסטודנטים
אוניברסיטת חיפה
טל': 04-8249334
מייל: mcili@univ.haifa.ac.il

שאלון לפונה תשפ"ו-

© כל הזכויות שמורות ליחידה לייעוץ פסיכולוגי, אוניברסיטת חיפה. אין לצלם או לעשות כל שימוש בטופס, ללא אישור בכתב של היחידה לייעוץ פסיכולוגי.

תאריך פנייה: _____ מראיין: _____
פגישה: יום _____ שעה _____

* הערה: השאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, והוא פונה לגברים ולנשים כאחד.

פרטים אישיים:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
ת.ז.: _____ מין: זכר / נקבה
מצב משפחתי: _____ תאריך לידה: _____
מקום לידה: _____ שנת עליה: _____
כתובת נוכחית: _____ טל': _____
דוא"ל: _____ טלפון נייד: _____

לימודים:

סטודנט באוניברסיטת חיפה -

בחוץ: _____ תואר: _____ שנה: _____

לימודים אקדמיים קודמים:

בחוץ: _____ אוניברסיטה/מכללה: _____ תואר: _____
בחוץ: _____ אוניברסיטה/מכללה: _____ תואר: _____

האם אובחנת כסובל מלקות למידה ? כן / לא

האם אתה סובל או סבלת בעבר מהפרעת אכילה ? כן / לא אם כן, פרט:

כן, איזה סוג של לקות ? _____

_____ היכן אובחנת ?

האם את/ה סובל/ת מהפרעת קשב וריכוז? כן / לא אם כן, במה זה מתבטא:

האם עברת אבחון? כן / לא אם עברת אבחון, מה היו הממצאים:

האם הנך נוטל תרופות פסיכיאטריות? כן / לא

כיום	בעבר	
		אם כן, אילו תרופות?
		ממתי הנך נוטל אותם?
		מה שם הרופא שרשם לך אותם?

האם יש בעיות פסיכיאטריות בקרב בני המשפחה? כן / לא

_____ אם כן, פרט:

פניה לטיפול:

ממי שמעת על האפשרות לטיפול באוניברסיטה ?

שנתון / חבר/ה / מרצה / מודעה / דוא"ל / אתר אינטרנט / עצמי / רופא / אחר: _____

האם היית בטיפול פסיכולוגי או ייעוצי בעבר ? כן / לא

(נא לציין גם פניות למדור ליעוץ והכוון תעסוקתי באוניברסיטת חיפה), אם כן :

פעם ראשונה: איפה? _____ מ: _____ עד: _____

מה הייתה הסיבה העיקרית לפנייתך לטיפול ?

פעם שנייה: איפה? _____ מ: _____ עד: _____

מה הייתה הסיבה העיקרית לפנייתך לטיפול ?

סיבת הפנייה הנוכחית

בכדי לסייע לנו בהכרות עימך ובתכנון העזרה הדרושה, נבקשך לפרט את הגורמים לפנייתך לטיפול.

1. מהי הסיבה העיקרית לפנייתך ?

2. כמה זמן אתה מוטרד מהבעיה אשר הביאה אותך לפנות לטיפול (הקף את התשובה המתאימה ביותר) ?

1. פחות מחודש
2. חודש עד שלושה חודשים
3. שלושה עד שישה חודשים
4. שישה חודשים עד שנה
5. שנה עד שנתיים
6. יותר משנתיים

3. מתי התחלת להרגיש שקשה לך (לא בהכרח בנושאים הקשורים לפנייה הנוכחית) ?

1. לא הרגשתי קשיים מיוחדים לפני הפניה הנוכחית
2. בתקופת לימודי באוניברסיטה
3. בתקופת השירות הצבאי
4. בתקופת התיכון
5. בתקופת בית הספר היסודי
6. בילדות המוקדמת

4. כיצד היית מגדיר את הרגשתך בחודשים האחרונים (הקף את התשובה המתאימה ביותר) ?

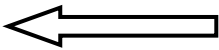
1. רע מאוד, קשה לי לעבור את היום.
2. רע, לעיתים קרובות קשה לי.
3. ככה ככה, אני מחזיק מעמד אך זה דורש מאמץ מסוים.
4. טוב, יש לי עליות וירידות.
5. טוב מאוד, אין לי תלונות מיוחדות.

5. ציין באיזו מידה הינך חש קושי בתחומים הבאים **בחודשים האחרונים** (סמן X בעמודה המתאימה):

לא רלבנטי	כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	התחום הלימודי פרט: _____ _____
☐	☐	☐	☐	☐	☐	יחסים עם בני המשפחה והתמודדויות הקשורות במשפחה פרט: _____ _____
☐	☐	☐	☐	☐	☐	יצירת קשר זוגי פרט: _____ _____
☐	☐	☐	☐	☐	☐	יחסים עם בן/ בת זוג פרט: _____ _____ _____ _____
☐	☐	☐	☐	☐	☐	התחום החברתי פרט: _____ _____
☐	☐	☐	☐	☐	☐	התחום הרגשי (כגון: התמודדות עם מצבי רוח, מתחים וכדומה) פרט: _____ _____
☐	☐	☐	☐	☐	☐	התחום הגופני (כגון: כאבי ראש, קשיי שינה, עייפות וכדומה) פרט: _____ _____
☐	☐	☐	☐	☐	☐	התחום המיני (כגון: קשיים בתפקוד המיני, חוסר חשק מיני) פרט: _____ _____
☐	☐	☐	☐	☐	☐	התחום הכלכלי (קשיים לממן את הוצאותיך) פרט: _____ _____
☐	☐	☐	☐	☐	☐	התחום התעסוקתי (כגון: קשיים במציאת משרה או בשמירה על מקום עבודה) פרט: _____ _____

הביטחון העצמי והערך העצמי פרט: _____ _____ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
--	--	--	--	--	--

לתשומת ליבך: הפריטים הבאים אינם מתייחסים רק לחודשים האחרונים : התמודדות עם אירוע קשה שהתרחש בחייך בתקופה האחרונה או בעבר. ציין מהו האירוע ומתי התרחש: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
תחום אחר שבו קיים קושי בתקופה האחרונה או היה קושי בעבר. פרט : _____ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					



6. על מנת לעזור לנו להבין איך אתה מרגיש בזמן האחרון, אנא חשוב על השבוע האחרון כולל היום.

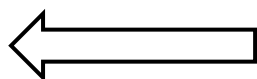
אנא קרא את המשפטים הבאים בתשומת לב, והקף בעיגול את התשובה המתארת את מצבך

בצורה הטובה ביותר ב- 7 הימים האחרונים:

כמעט תמיד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם	במהלך השבוע האחרון קרה לי ש:	
4	3	2	1	0	אני מסתדר היטב עם אחרים	1
4	3	2	1	0	אני מתעייף בקלות	2
4	3	2	1	0	אני מרגיש חוסר עניין בדברים	3
4	3	2	1	0	אני מרגיש לחץ בעבודה/בלימודים	4
4	3	2	1	0	אני מאשים את עצמי בדברים שקורים	5
4	3	2	1	0	אני מרגיש שדברים מעצבנים אותי	6
4	3	2	1	0	אני מרגיש לא מאושר בחיי הנישואין שלי או ביחסי הזוג המשמעותיים שלי	7
4	3	2	1	0	יש לי מחשבות אבדניות	8
4	3	2	1	0	אני מרגיש חלש	9
4	3	2	1	0	אני פוחד	10
4	3	2	1	0	בבוקר שלאחר שתיית הרבה אלכוהול אני זקוק למשקה אלכוהולי כדי להתחיל את היום (אם אינך שותה סמן "אף פעם")	11
4	3	2	1	0	אני שבע רצון מהעבודה/לימודים שלי	12
4	3	2	1	0	אני אדם מאושר	13
4	3	2	1	0	אני עובד/לומד יותר מדי	14
4	3	2	1	0	אני מרגיש חסר ערך	15
4	3	2	1	0	אני מוטרד מבעיות משפחתיות	16
4	3	2	1	0	איני מסופק מחיי המין שלי	17
4	3	2	1	0	אני מרגיש בודד	18
4	3	2	1	0	אני מתווכח לעיתים קרובות	19
4	3	2	1	0	אני מרגיש אהוב ורצוי	20

במהלך השבוע האחרון קרה לי ש:	אף פעם	לעיתים רחוקות	לפעמים	לעיתים קרובות	כמעט תמיד
21 אני נהנה מזמני הפנוי	0	1	2	3	4
22 אני מתקשה להתרכז	0	1	2	3	4
23 אני מרגיש חוסר תקווה לגבי העתיד	0	1	2	3	4
24 אני אוהב את עצמי	0	1	2	3	4
25 מחשבות טורדניות חולפות במוחי ואיני יכול להיפטר מהן	0	1	2	3	4
26 אני מתרגז על אנשים שמבקרים את הרגלי השתייה שלי או הסמים שלי (אם אינך שותה או משתמש בסמים סמן "אף פעם")	0	1	2	3	4
27 אני סובל מקיבה רגישה	0	1	2	3	4
28 רמת העבודה/לימודים שלי אינה טובה כבעבר	0	1	2	3	4
29 יש לי דפיקות לב חזקות מדי	0	1	2	3	4
30 אני מתקשה להסתדר עם חברים ומכרים טובים	0	1	2	3	4
31 אני שבע רצון מחיי	0	1	2	3	4
32 יש לי בעיות בעבודה/לימודים בגלל שתיית אלכוהול או בשימוש בסמים (אם אינך שותה או משתמש בסמים סמן "אף פעם")	0	1	2	3	4
33 אני מרגיש שמשהו רע עומד להתרחש	0	1	2	3	4
34 אני סובל מכאבי שרירים	0	1	2	3	4
35 אני פוחד ממקומות פתוחים, מנהיגה, נסיעה באוטובוס או ברכבת וכדומה	0	1	2	3	4
36 אני מרגיש עצבני	0	1	2	3	4
37 אני מרגיש שיחסי האהבה שלי מלאים ומספקים	0	1	2	3	4
38 אני מרגיש אני לא מתפקד היטב בעבודה/ לימודים	0	1	2	3	4
39 יש לי יותר מדי חילוקי דעות בעבודה/ לימודים	0	1	2	3	4
40 אני מרגיש שמשהו לא בסדר אצלי בראש	0	1	2	3	4
41 אני מתקשה להירדם או מתקשה לישון	0	1	2	3	4
42 אני מרגיש מדוכדך	0	1	2	3	4
43 אני שבע רצון ממערכות היחסים שלי עם אחרים	0	1	2	3	4

44	אני מרגיש כועס בעבודה / לימודים עד כדי כך שאני יכול לעשות משהו עליו אני עשוי להתחרט				
	0	1	2	3	4
45	אני סובל מכאבי ראש				
	0	1	2	3	4



תיאור עצמי:

לפניך רשימה של דרכים בהן אנשים לעיתים מתארים את עצמם.
עד כמה כל אחת מהאמירות הבאות מתארת אותך:

כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד
1. אני מאוד ביישן	☐	☐	☐	☐
2. אני ניפגע בקלות מביקורת או גינוי המופנים כלפי	☐	☐	☐	☐
3. יש לי כוח רצון ואני חותר להגשמת מטרותיי	☐	☐	☐	☐
4. אם אני מקבל אפילו רמז בנוגע לכך שמערכת יחסים עומדת להסתיים, אני מתפרק לחתיכות	☐	☐	☐	☐
5. בדרך כלל אני נותן לאחרים לקבל החלטות חשובות עבורי	☐	☐	☐	☐
6. אני מאוד מאוכזב כשאני לא מקבל הרבה אישורים ושבחים מאחרים	☐	☐	☐	☐
7. לעיתים קרובות אני מרגיש שאני גאה בעצמי ומעריך את עצמי	☐	☐	☐	☐
8. יש לי חוש הומור	☐	☐	☐	☐
9. לעיתים קרובות אני חושב איזה בן אדם נהדר אני או אוכל להיות בעתיד	☐	☐	☐	☐
10. אני מבזבז הרבה אנרגיה וזמן בניסיון להפוך דברים למושלמים	☐	☐	☐	☐
11. במקום לסרב לעשות משהו באופן גלוי אני נוטה לזעוף, לדחות את ביצועם של הדברים או להיכנס לויכוח	☐	☐	☐	☐
12. לא באמת אכפת לי אם אחרים יפגעו, כל עוד אני מקבל את מה שאני רוצה	☐	☐	☐	☐
13. בדרך כלל יש לי הרגשה שאני שולט בחיי	☐	☐	☐	☐
14. לעיתים קרובות אני תוהה האם אחרים יפגעו בי או ינצלו אותי	☐	☐	☐	☐

רקע:

תאר איזה ילד היית (מזיכרון או מתיאור של בני משפחתך) ציין אירועים משמעותיים בילדות (כולל מאורעות בולטים שהתרחשו במשפחתך ובסביבתך והשפיעו עליך):

עליך):

ציין אירועים משמעותיים בגיל ההתבגרות (כולל מאורעות בולטים שהתרחשו במשפחתך ובבית הספר והשפיעו עליך):

ציין הישגים משמעותיים שהיו לך במהלך חיך:

שירות צבאי:

הקף בהתאם: שרות מלא / שרות חלקי / שרות לאומי / עתודאי / פטור משרות

תאריך שחרור: _____ דרגה בעת השחרור: _____

תפקידים בצבא: 1. _____ 2. _____

תפקידים במסגרת שירות לאומי: 1. _____ 2. _____

האם עושה שירות מילואים ? כן/ לא

משפחה:

אב: ארץ לידה: _____ גיל: _____ שנת עליה: _____

השכלה: יסודית / תיכונית / מקצועית / גבוהה

מקצוע: _____

עובד / פנסיונר / אחר : _____

אם: ארץ לידה: _____ גיל: _____ שנת עליה: _____

השכלה: יסודית / תיכונית / מקצועית / גבוהה

מקצוע: _____

עובדת / פנסיונרית / אחר : _____

האם הוריק התגרשו או נפרדו ? כן / לא
 אם כן , מה היה גילך? _____ עם מי התגוררת לאחר הפרדה ? אם / אב / אחר: _____

אב חורג: ארץ לידה: _____ גיל: _____ שנת עליה: _____

השכלה: יסודית / תיכונית / מקצועית / גבוהה מקצוע: _____

עובד / פנסיונר / אחר: _____

אם חורגת: ארץ לידה: _____ גיל: _____ שנת עליה: _____

השכלה: יסודית / תיכונית / מקצועית / גבוהה מקצוע: _____

עובדת / פנסיונרית / אחר: _____

אחים ואחיות : מס' אחים ואחיות (כולל אותך) : _____ מקומך במשפחה (בכור - 1) _____ **פרט:**

גיל						
מין						
השכלה						
מקצוע						
מצב משפחתי						
מס' ילדים						

בן/בת זוג: ארץ לידה: _____ גיל: _____ שנת עליה: _____

השכלה: יסודית / תיכונית / מקצועית / גבוהה מקצוע: _____

ילדים: האם יש לך ילדים? כן / לא

מס' ילדים _____ גילאים: _____

האם יש לך בני משפחה שאינם בין החיים ? כן / לא

אם כן, מי ? _____ מתי נפטרו ? _____

ממה נפטרו ? _____ הגיל שלך בעת פטירתם ? _____

האם היו, או ישנן, בעיות בריאות מיוחדות במשפחתך? כן / לא

אם כן, למי במשפחה ומהי הבעיה? _____

האם קיים רקע של שואה במשפחתך? כן / לא

אם כן, פרט: _____

האם אתה סובל מבעיות בריאות חריגות? כן / לא אם כן, האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? כן / לא

פרט: _____

מערכות תמיכה:

ציין עד כמה יש לך:

הרבה מאוד הרבה בינוני מעט בכלל לא

חברים טובים שאליהם אתה מרגיש שייכות וקירבה ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

בני משפחה שייענו לבקשת עזרה מצידך ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

התנסות באירועים קשים במהלך חיך:

אישפוזים

כן / לא לפני כמה שנים? _____ פרט: _____

מחלות

כן / לא לפני כמה שנים? _____ פרט: _____

תאונות או פציעות

כן / לא לפני כמה שנים? _____ פרט: _____

כישלונות בתחום האקדמי
או המקצועי

כן / לא לפני כמה שנים? _____ פרט: _____

פרידות מאדם קרוב

כן / לא לפני כמה שנים? _____ פרט: _____

אירועים קשים במשפחה הקרובה כן / לא לפני כמה שנים? _____ פרט: _____

פגיעות מיניות

כן / לא לפני כמה שנים? פרט: _____

אחר _____ כן / לא לפני כמה שנים? פרט: _____

אירועים משמעותיים נוספים בחיך: _____

תיאום הטיפול:

שפת אם: _____ האם יש לך קושי לקבל טיפול בעברית? כן / לא

_____ האם יש לך הערות או בקשות? פרט: _____

אני פתוח לשקול טיפול קבוצתי, המאפשר לשתף ולהיעזר באנשים המתמודדים עם קשיים דומים כן/לא

ימים ושעות בהם תוכל להגיע לטיפול (יש לציין בטבלה: בלתי אפשרי / אפשרי) *

ה'	ד'	ג'	ב'	א'	
					8-10
					10-12
					12-14
_____					14-16
_____					16-18

* שעות הטיפול הן קבועות

* ככל שנקבל יותר שעות פנויות יתקצר זמן ההמתנה

ד – 501-0712-06