

למילוי על ידי צוות המחקר

מס' בוועדת האתיקה: _____ מס' זיהוי מחקר: _____

אירוע: נקודת התחלה חודש לאחר התערבות מס': _____

מספר זיהוי של המטופל: _____ קרבה לילד: _____

תאריך מילוי (שנה/חודש/יום): _____ / _____ / _____

שאלון הערכת יכולות הליכה (GOAL™) גרסה להורה

1. אנחנו רוצים שתספרי לנו על ההליכה והניידות של ילדך (השאלון מנוסח בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים).
2. נא לענות על כל השאלות על ידי הקפת המספר המתאים ביותר.
3. ניתן להוסיף פריטים נוספים שחשובים לך בסוף השאלון.

לדוגמה:

האם זו מטרה שלך לשיפור?			רמת העזרה				א) פעילויות בחיי היומיום ועצמאות							
חשוב מאוד	מעט חשוב	זו לא מטרה	עצמאי	מינימלית / עם השגחה	בינונית	מלאה	חשוב כיצד ילדך <u>בדרך כלל</u> מבצע כל אחת מהפעולות הבאות. (1) דרג עד כמה <u>קל</u> או <u>קשה</u> היה לילדך לבצע כל אחת מהפעולות האלו <u>ב-4 השבועות האחרונים</u> ; וגם (2) בחר כמה <u>עזרה</u> נדרשה לילדך כדי לעזור לו לבצע את הפעולות הבאות; וגם (3) בחר <u>עד כמה חשובה לך המטרה</u> לגרום לילדך להשתפר בכל אחת מהפעולות הבאות.							
							בללא בעיה בכלל	קל מאוד	קל	קצת קשה	קשה	קשה מאוד	קשה ביותר / בלתי אפשרי	במהלך <u>4 השבועות האחרונים</u> :
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	1. להיכנס ולצאת מהמיטה

בדוגמה שלעיל, הפעולה להיכנס ולצאת מהמיטה דורגה כקלה מאוד,
נדרשה רמת עזרה בינונית, ושיפור הפעולה הזאת סומנה כמטרה חשובה מאוד.

האם זו מטרה שלך לשיפור?			רמת העזרה				א) פעילויות בחיי היומיום ועצמאות							
חשוב מאוד	מעט חשוב	זו לא מטרה	עצמאי	מינימלית / עם השגחה	בינונית	מלאה	ללא בעיה בכלל	קל מאוד	קל	קצת קשה	קשה	קשה מאוד	קשה ביותר / בלתי אפשרי	במהלך 4 השבועות האחרונים:
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	1. להיכנס ולצאת מהמיטה
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	2. ישיבה וקימה מכיסא (או מכיסא גלגלים)
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	3. עמידה ליד כיור או דלפק
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	4. רחצה עצמית (למשל, במקלחת או באמבטיה)
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	5. להתלבש
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	6. סחיבת חפץ בזמן הליכה (למשל, צעצוע, ספר, או טלפון נייד)
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	7. פתיחת דלת
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	8. הרמת חפץ מהרצפה
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	9. כניסה ויציאה מרכב (למשל, רכב פרטי, מיניבוס או אוטובוס)
2	1	0	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	א. פעולה אחרת:

האם זו מטרה שלך לשיפור?			אביזר עזר נדרש להליכה					ב) תפקוד הליכה וניידות							
חשוב מאוד	מעט חשוב	זו לא מטרה	עצמאי ללא אביזר עזר או תמיכה	מקל אחד / קב אחד / תמיכת יד, מעקה או קיר	שני מקלות / קביים	הליכון	כיסא גלגלים	חשוב כיצד ילדך <u>בדרך כלל</u> מבצע כל אחת מהפעולות הבאות. (1) דרג עד כמה קל או קשה היה לילדך לבצע כל אחת מהפעולות האלו <u>ב-4 השבועות האחרונים</u> ; וגם (2) בחר איזה אביזר עזר להליכה היה נדרש לילדך כדי לעזור לו לבצע פעולות אלה; וגם (3) בחר עד כמה חשובה לך המטרה לגרום לילדך להשתפר בכל אחת מהפעולות הבאות.							
								ללא בעיה בכלל	קל מאוד	קל	קצת קשה	קשה	קשה מאוד	קשה ביותר / בלתי אפשרי	במהלך 4 השבועות האחרונים:
2	1	0	4	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	10. הליכה למרחק של יותר מ-250 מטר
2	1	0	4	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	11. ניידות בבית הספר (בתוך מבנה)
2	1	0	4	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	12. ניידות בבית
2	1	0	4	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	13. הליכה במשך יותר מ-15 דקות
2	1	0	4	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	14. הליכה מהירה מהרגיל (למשל, כדי לשמור על קצב הליכה עם אנשים אחרים)
2	1	0	4	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	15. עקיפה או דילוג מעל מכשולים
2	1	0	4	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	16. עלייה וירידה במדרגות
2	1	0	4	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	17. עלייה וירידה בשיפועים
2	1	0	4	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	18. הליכה על קרקע לא אחידה (מחוספסת, אבנים, חול)
2	1	0	4	3	2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	19. הליכה על משטחים חלקים (למשל, רטובים)

האם זו מטרה שלך לשיפור?			עוצמה				ג) כאב, אי-נוחות ועייפות						
חשוב מאוד	מעט חשוב	זו לא מטרה	ללא	קלה	בינונית	גבוהה	בכלל לא	פעם או פעמיים	מספר פעמים (פעם בשבוע)	בתדירות די גבוהה (2 עד 3 פעמים בשבוע)	בתדירות גבוהה מאוד (כמעט כל יום)	כל יום	במהלך 4 השבועות האחרונים:
2	1	0	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	20. כאב או אי-נוחות בכפות הרגליים או בקרסוליים
2	1	0	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	21. כאב או אי-נוחות בחלק התחתון של הרגליים (למשל, בשוקיים)
2	1	0	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	22. כאב או אי-נוחות בברכיים?
2	1	0	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	23. כאב או אי-נוחות בחלק העליון של הרגליים (בירכיים או במפרקי הירכיים)
2	1	0	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	24. כאב או אי-נוחות בגב
2	1	0	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	25. תחושת עייפות בזמן הליכה
2	1	0	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	26. תחושת עייפות במהלך כל פעילות גופנית אחרת שילדך נהנה ממנה בדרך כלל (למשל שחייה, ריצה או פעילות ספורט אחר)
2	1	0	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	1. כאב אחר:

האם זו מטרה שלך לשיפור?			ד) פעילות גופנית, ספורט ופנאי								
חשוב מאוד	מעט חשוב	זו לא מטרה	חשוב כיצד ילדך בדרך כלל מבצע כל אחת מהפעולות הבאות. (1) דרג עד כמה קל או קשה היה לילדך לבצע כל אחת מהפעילויות הבאות בשנה האחרונה בדרך כלל; וגם (2) בחר עד כמה חשובה לך המטרה לגרום לילדך להשתפר בכל אחת מהפעולות הבאות								
			לא הייתה לילדי הזדמנות לעסוק בפעילות הזו בשנה האחרונה	ללא בעיה בכלל	קל מאוד	קל	קצת קשה	קשה	קשה מאוד	קשה ביותר/בלתי אפשרי	במהלך השנה האחרונה:
2	1	0	<input type="checkbox"/>	6	5	4	3	2	1	0	27. ריצה
2	1	0	<input type="checkbox"/>	6	5	4	3	2	1	0	28. השתתפות בספורט שכולל החלקה/גלישה (למשל, החלקה על קרח, החלקה על גלגליות, סקי, החלקה על סקייטבורד/סנובורד)
2	1	0	<input type="checkbox"/>	6	5	4	3	2	1	0	29. רכיבה על אופניים או תלת אופן (עם או ללא גלגלי עזר)
2	1	0	<input type="checkbox"/>	6	5	4	3	2	1	0	30. שחייה
2	1	0	<input type="checkbox"/>	6	5	4	3	2	1	0	31. השתתפות בענפי ספורט הדורשים ריצה (למשל, כדורגל, אתלטיקה)
2	1	0	<input type="checkbox"/>	6	5	4	3	2	1	0	32. השתתפות בענפי ספורט הדורשים קפיצה (למשל, כדורסל, כדורעף)
2	1	0	<input type="checkbox"/>	6	5	4	3	2	1	0	33. השתתפות בפעילויות הדורשות שיווי משקל (למשל, ריקוד, התעמלות קרקע, אומנויות לחימה)
2	1	0	<input type="checkbox"/>	6	5	4	3	2	1	0	34. טיפוס (למשל, על סולם או מתקני שעשועים)
2	1	0		6	5	4	3	2	1	0	ד.1 פעילות פנאי או ספורט אחרת: _____

האם זו המטרה שלך לשיפור?			ה) דגם\תבנית הליכה ומראה							
חשוב מאוד	מעט חשוב	זו לא מטרה	חשוב על אופן ההליכה הרגיל של ילדך (1) דרג עד כמה קשה היה לילדך לבצע כל אחת מהפעולות הבאות ב-4 השבועות האחרונים; וגם (2) בחר עד כמה חשובה לך המטרה לגרום לילדך להשתפר בכל אחת מהפעולות הבאות							
			בללא בעיה בכלל	קל מאוד	קל	קצת קשה	קשה	קשה מאוד	קשה ביותר/ בלתי אפשרי	במהלך 4 השבועות האחרונים:
2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	35. הליכה עם כל כפות הרגליים (כולל העקב) שטוחות על הקרקע
2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	36. הליכה גבוהה יותר או זקופה יותר (פחות כיפוף בברכיים)
2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	37. הליכה כאשר כפות הרגליים שלול\ה מצביעות ישר לפנים
2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	38. הליכה ללא גרירת הרגליים
2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	39. הליכה ללא מעידות ונפילות
2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	40. בחירה של סוג הנעלים לפי רצונו (למשל, נעליים, מגפיים, סנדלים)
2	1	0	6	5	4	3	2	1	0	ה1. היבטים אחרים בהליכה של ילדך: _____

		האם המטרה שלך היא להפחית/להפסיק את השימוש?							ו) שימוש בסדים ובאביזרי עזר לניידות	
		חשוב מאוד	מעט חשוב	זו לא מטרה	נא לעיין בכל אחד מהפריטים הבאים. (1) דרג איך ילדך מרגיש לגבי השימוש בכל אחד מהבאים ב-4 השבועות האחרונים; וגם (2) בחר עד כמה חשוב לך המטרה לגרום לילדך להפחית או להפסיק את השימוש במכשירים אלו.					
					מרוצה מאוד	מרוצה	לא זה ולא זה	לא מרוצה	לא מרוצה בכלל	במהלך 4 השבועות האחרונים:
<input type="checkbox"/>	ילדי לא קיבל מרשם לסדים, למדרסים או להגבות.	2	1	0	4	3	2	1	0	41. שימוש בסדים, בהגבות או במדרסים (למשל, AFO)
<input type="checkbox"/>	ילדי בוחר שלא להשתמש בסדים, בהגבות או במדרסים שניתנו עבורו במרשם.	2	1	0	4	3	2	1	0	42. שימוש באביזרי עזר להליכה (למשל הליכון, מקלות או קביים)
<input type="checkbox"/>	ילדי אינו משתמש בעזרי הליכה.	2	1	0	4	3	2	1	0	43. שימוש בכיסא גלגלים

		האם זו המטרה שלך לשיפור?							ז) דימוי גוף ובטחון עצמי	
		חשוב מאוד	מעט חשוב	זו לא מטרה	בכל אחד מהפריטים הבאים. (1) דרג איך ילדך מרגיש לגבי כל אחד מהבאים ב-4 השבועות האחרונים; וגם (2) בחר עד כמה חשובה לך המטרה לגרום לילדך להשתפר בכל אחת מהפעולות הבאות					
					מרוצה מאוד	מרוצה	לא זה ולא זה	לא מרוצה	לא מרוצה בכלל	במהלך 4 השבועות האחרונים:
<input type="checkbox"/>	ילדי אינו מביט בגלגלים.	2	1	0	4	3	2	1	0	44. הצורה והמנח של הרגליים שלו
<input type="checkbox"/>	ילדי אינו מביט בגלגלים.	2	1	0	4	3	2	1	0	45. הצורה והמנח של כפות רגליים שלו
<input type="checkbox"/>	ילדי אינו מביט בגלגלים.	2	1	0	4	3	2	1	0	46. הסימטריה של הרגליים שלו (באורך וגודל)
<input type="checkbox"/>	ילדי אינו מביט בגלגלים.	2	1	0	4	3	2	1	0	47. הדרך שבה הוא מתנייד בהשוואה לאחרים
<input type="checkbox"/>	ילדי אינו מביט בגלגלים.	2	1	0	4	3	2	1	0	48. לגבי האופן שאחרים מרגישים בנוגע להתניידות שלו
<input type="checkbox"/>	ילדי אינו מביט בגלגלים.	2	1	0	4	3	2	1	0	49. לגבי האופן שאחרים מתייחסים אליו

האם זו המטרה שלך לשיפור?			מטרות אחרות
חשוב מאוד	מעט חשוב	זו לא מטרה	אם ישנן מטרות אחרות (לטווח הארוך או הקצר) שלא התייחסנו אליהם, נא פרט אותם להלן, וגם בחר עד כמה חשובה לך המטרה לגרום לילדך להשתפר בכל אחד מאלו.
			מטרות אחרות:
2	1	0	.1
2	1	0	.2
2	1	0	.3
2	1	0	.4
2	1	0	.5
			הערות והצעות

תודה רבה לך על השתתפותך!