**Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:
Crohn’s Disease V2.0 (WPAI:CD) – Caregiver**

שאלון על פגיעה בפרודוקטיביות בעבודה ובפעילות:מחלת קרוהן, גרסה 2.0 (**WAPI:CD**) - מטפל/ת

**השאלות שלהלן מתייחסות להשפעת מחלת קרוהן של ילדך/ילדתך על כושר העבודה ועל היכולת שלך לעסוק בפעילויותיך הרגילות. *אנא סמן/י במקומות הריקים או הקף/הקיפי מספר, כמבוקש*.**

.1 **האם את/ה מועסק/ת כעת (עובד/ת בשכר)? \_\_\_\_\_\_ לא \_\_\_\_\_\_ כן**

**אם לא, נא לסמן "לא" ולעבור לשאלה 6.**

**השאלות הבאות מתייחסות** לשבעת הימים האחרונים**, לא כולל היום.**

.2 **במהלך שבעת הימים האחרונים, כמה שעות נעדרת מעבודה בשל בעיות הקשורות למחלת קרוהן של ילדך/ילדתך? *יש לכלול את השעות שהחסרת בימי מחלה ואת הפעמים שבהן איחרת או עזבת מוקדם בטרם סיום יום העבודה וכד', בשל מחלת קרוהן של ילדך/ילדתך. אין לכלול את הזמן שהקדשת להשתתפות ילדך/ילדתך במחקר זה.***

\_\_\_\_\_**שעות**

.3 **במהלך שבעת הימים האחרונים, כמה שעות החסרת מהעבודה בשל סיבות אחרות, כגון חופשה, חגים או זמן שהוקדש להשתתפות
ילדך/ילדתך במחקר זה?**

\_\_\_\_\_**שעות**

.4 **במהלך שבעת הימים האחרונים, כמה שעות עבדת בפועל?**

\_\_\_\_\_**שעות *(אם ”0“, נא לעבור לשאלה 6)*.**

.5 **במהלך שבעת הימים האחרונים, עד כמה השפיעה מחלת קרוהן של ילדך/ילדתך על יעילות עבודתך בזמן שעבדת?**

**חשוב/חשבי על הימים שבהם היית מוגבל/ת באשר לכמות או לסוג העבודה שהיית מסוגל/ת לבצע, על הימים שבהם הספקת פחות מכפי שהיית רוצה או על הימים שבהם לא היית מסוגל/ת להקפיד בעבודתך כתמיד. אם מחלת קרוהן של ילדך/ילדתך השפיעה על עבודתך במידה מועטה בלבד, יש לבחור מספר נמוך. יש לבחור מספר גבוה אם מחלת קרוהן של ילדך/ילדתך השפיעה על עבודתך במידה רבה.**

***התייחס/י רק למידה שבה השפיעה מחלת קרוהן של ילדך/ילדתך על***
***יעילות עבודתך בזמן שעבדת.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **מחלת קרוהן של ילדי/ילדתי לא השפיעה על עבודתי** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **מחלת קרוהן של ילדי/ילדתי מנעה ממני לחלוטין לעבוד** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**נא להקיף מספר**

.6 **במהלך שבעת הימים האחרונים, באיזו מידה השפיעה מחלת קרוהן של ילדך/ילדתך על יכולתך לעסוק בפעילויותיך היומיומיות הרגילות, שאינן חלק מעבודה בשכר?**

**במונח ”פעילויות רגילות“ אנו מתכוונים לפעילויות שהנך עוסק/ת בהן כדרך כלל, כגון עבודות בבית, עריכת קניות, טיפול בילדים, פעילות גופנית, לימודים וכו'. אנא חשוב/חשבי על אותן פעמים, שבהן היית מוגבל/ת באשר לכמות או לסוג הפעילויות שהיית מסוגל/ת לבצע ועל אותן פעמים שבהן הספקת פחות מכפי שהיית רוצה. אם מחלת קרוהן של ילדך/ילדתך השפיעה על פעילויותיך במידה מועטה בלבד, יש לבחור מספר נמוך. יש לבחור מספר גבוה אם מחלת קרוהן של ילדך/ילדתך השפיעה על פעילויותיך במידה רבה.**

***התייחס/י רק למידה שבה השפיעה מחלת קרוהן של ילדך/ילדתך על יכולתך לעסוק***
***בפעילויותיך היומיומיות הרגילות, שאינן חלק מעבודה בשכר.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **מחלת קרוהן של ילדי/ ילדתי לא השפיעה על הפעילויות היומיומיות שלי** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **מחלת קרוהן של ילדי/ילדתי מנעה ממני לחלוטין לעסוק בפעילויות היומיומיות שלי** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

***נא להקיף מספר***