**שאלון על פגיעה בפרודוקטיביות בעבודה ובפעילות:**

**מחלת ריאות חסימתית כרונית, גרסה 2.0 (WPAI:COPD)**

השאלות שלהלן מתייחסות להשפעת מחלת הריאות החסימתית הכרונית שלך על כושר העבודה ועל יכולתך 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 ל**שבעת הימים האחרונים**, לא כולל היום.

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

 *\_\_\_\_\_*שעות

.3 במהלך שבעת הימים האחרונים, כמה שעות החסרת מהעבודה בשל סיבות אחרות, כגון חופשה, חגים או זמן שהוקדש להשתתפות 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 הריאות החסימתית הכרונית שלך 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 הריאות החסימתית הכרונית השפיעה על עבודתך במידה מועטה בלבד, יש לבחור מספר נמוך. יש לבחור מספר גבוה אם מחלת הריאות החסימתית הכרונית השפיעה על עבודתך במידה רבה.*

התייחס/י רק למידה שבה השפיעה מחלת הריאות החסימתית הכרונית
*על יעילות עבודתך בזמן שעבדת.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מחלת הריאות החסימתית הכרונית מנעה ממני לחלוטין לעבוד |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | מחלת הריאות החסימתית הכרונית לא השפיעה על עבודתי |
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

נא להקיף מספר

.6 במהלך שבעת הימים האחרונים, באיזו מידה השפיעה מחלת הריאות החסימתית הכרונית שלך 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 הריאות החסימתית הכרונית השפיעה על פעילויותיך במידה מועטה בלבד, יש לבחור מספר נמוך. יש לבחור מספר גבוה אם מחלת הריאות החסימתית הכרונית השפיעה על פעילויותיך במידה רבה.*

התייחס/י רק למידה שבה השפיעה מחלת הריאות החסימתית הכרונית על יכולתך לעסוק
בפעילויותיך היומיומיות הרגילות, שאינן חלק מעבודה בשכר.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מחלת הריאות החסימתית הכרונית מנעה ממני לחלוטין לעסוק בפעילויות היומיומיות שלי |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | מחלת הריאות החסימתית הכרונית לא השפיעה על הפעילויות היומיומיות שלי |
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

נא להקיף מספר

Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. Pharmacoeconomics. 1993 Nov;4(5):353-65.