**Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:**

**Mood and Mental State, Caregiver Version V2.1 (WPAI:MM-CG)**

Приведенные ниже вопросы касаются воздействия **настроения и психического состояния пациента** на Вашу работоспособность и повседневную деятельность.

1. Работаете ли Вы в настоящее время (оплачиваемая работа)?
[ ]  ДА
[ ]  НЕТ (*Если НЕТ, отметьте «НЕТ» и переходите к вопросу 6).*

Следующие вопросы касаются **последних семи дней**, не считая сегодняшнего дня.

1. Сколько рабочих часов Вы пропустили в последние семь дней из-за проблем, связанных с настроением и психическим состоянием пациента? *Учитывайте количество часов, пропущенных по больничному листу, в связи с поздним приходом на работу, уходом с работы раньше времени и т.д. Не учитывайте время освобождения от работы для участия в данном исследовании.*

\_\_\_\_\_\_ КОЛ-ВО ЧАСОВ
2. Сколько рабочих часов Вы пропустили в последние семь дней по любой другой причине, например, в связи с отпуском, праздниками и освобождением от работы для участия в данном исследовании или по причине болезни?

\_\_\_\_\_\_ КОЛ-ВО ЧАСОВ
3. Сколько часов Вы фактически проработали в последние семь дней?

\_\_\_\_\_\_ КОЛ-ВО ЧАСОВ
4. В какой степени в последние семь дней настроение и психическое состояние пациента оказывало отрицательное воздействие на Вашу работоспособность в то время, когда Вы работали?
 *Учитывайте те дни, когда был ограничен объем или род работы, которую Вы могли Выполнять, когда Вы сделали меньше, чем хотели бы, и когда Вы не могли Выполнять свою работу с обычной тщательностью. Если настроение и психическое состояние пациента оказало лишь незначительное воздействие на Вашу работу, Выберите маленькое число. Если же настроение и психическое состояние пациента серьезно повлияло на Вашу работу, Выберите большое число.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Настроение и психическое состояние пациента совсем не влияло на мою работу |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Обведите кружком нужную цифру* | Настроение и психическое состояние пациента полностью помешало мне работать |

1. В какой степени в последние семь дней настроение и психическое состояние пациента оказывало отрицательное воздействие на Вашу способность заниматься повседневными делами, не относящимися к работе?

*Под повседневными делами мы имеем в виду дела, которыми Вы занимаетесь обычно, такие как работа по дому, походы в магазины, уход за детьми, физические упражнения, учеба и т.д. Учитывайте то время, когда был ограничен объем или род деятельности, которую Вы могли Выполнять, и когда Вы сделали меньше, чем хотели бы. Если настроение и психическое состояние пациента оказало лишь незначительное воздействие на Вашу способность заниматься повседневными делами, Выберите маленькое число. Если же настроение и психическое состояние пациента серьезно помешало вашей повседневной деятельности, Выберите большое число.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Настроение и психическое состояние пациента совсем не влияло на мою способность заниматься повседневными делами |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Обведите кружком нужную цифру | Настроение и психическое состояние пациента полностью помешало мне заниматься повседневными делами |

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