**שאלון על פגיעה בפרודוקטיביות בעבודה ובפעילות:**

**מלנומה, גרסה 2.0 (WPAI:Melanoma)**

השאלות שלהלן מתייחסות להשפעת המלנומה שלך על כושר העבודה ועל יכולתך לעסוק בפעילויותיך הרגילות. *אנא בחר/י את תשובתך, 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 ל**מלנומה **שלך ? יש לכלול את השעות שהחסרת בימי מחלה ואת הפעמים שבהן איחרת או עזבת מוקדם בטרם סיום יום העבודה וכד', בשל** *המלנומה* **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** המלנומה **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 המלנומה השפיעה על עבודתך במידה מועטה בלבד, יש לבחור מספר נמוך. יש לבחור מספר גבוה אם המלנומה השפיעה על עבודתך במידה רבה.*

התייחס/י רק למידה שבה השפיעה המלנומה

על **יעילות עבודתך בזמן שעבדת**.

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

**נא לבחור מספר**

.6 **במהלך שבעת הימים האחרונים, באיזו מידה השפיעה** המלנומה **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** *המלנומה* **השפיעה על פעילויותיך במידה מועטה בלבד, יש לבחור מספר נמוך. יש לבחור מספר גבוה אם** *המלנומה* **השפיעה על פעילויותיך במידה רבה.**

התייחס/י רק למידה שבה השפיעה המלנומה על יכולתך לעסוק בפעילויותיך היומיומיות הרגילות, שאינן חלק מעבודה בשכר.

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

**נא לבחור מספר**

WPAI:Melanoma **גרסה 2.0** **(**IL Hebrew**)**