**Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:**

**Ulcerative Colitis V2.0 (WPAI:UC) – Caregiver**

**שאלון על פגיעה בפרודוקטיביות בעבודה ובפעילות:**

 **דלקת מעיים כיבית גרסה 2.0 (WPAI:UC) - מטפל**

**השאלות שלהלן מתייחסות להשפעתה של דלקת המעיים הכיבית של הילד/ה שלך על כושר העבודה שלך ועל יכולתך לעסוק בפעילויותיך הרגילות. אנא סמן /סמני במקומות הריקים או הקף /הקיפי מספר, כמבוקש.**

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

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

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

1. **במהלך שבעת הימים האחרונים, כמה שעות נעדרת מעבודה בשל בעיות הקשורות בדלקת המעיים הכיבית של הילד/ה שלך? יש לכלול את השעות של ימי מחלה ואת המקרים, בהם אחרת או עזבת מוקדם בטרם סיום יום העבודה וכד' בשל דלקת המעיים הכיבית של הילד/ה שלך .אין לכלול את הזמן שהחסרת בגלל ההשתתפות של הילד/ה שלך במחקר זה.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_שעות**

1. **במהלך שבעת הימים האחרונים, כמה שעות החסרת מעבודה בשל סיבות אחרות, כגון חופשה, חגים או זמן שהוקדש להשתתפות הילד שלך במחקר זה?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_שעות**

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_שעות (*אם "0", נא לעבור לשאלה 6****.*)

1. **במהלך שבעת הימים האחרונים, עד כמה השפיעה דלקת המעיים הכיבית של הילד/ה שלך על הפרודוקטיביות שלך 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 דלקת המעיים הכיבית של ילדך השפיעה על עבודתך במידה מועטה בלבד, יש לבחור מספר קטן. יש לבחור מספר גדול אם דלקת המעיים הכיבית של ילדך השפיעה על עבודתך במידה רבה.*

התייחס/י רק למידה בה דלקת המעיים הכיבית של ילדך השפיעה
 על הפרודוקטיביות בזמן שעבדת.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **דלקת המעיים הכיבית של הילד/ה שלי לא השפיעה על עבודתי.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **דלקת המעיים הכיבית של הילד/ה שלי מנעה ממני לחלוטין לעבוד.** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

נא להקיף מספר

1. **במהלך שבעת הימים האחרונים, באיזו מידה השפיעה דלקת המעיים הכיבית של הילד/ה שלך על יכולתך לעסוק בפעילויותיך היומיומיות הרגילות, שאינן חלק מעבודה בשכר?**

**במונח "פעילויות רגילות" אנו מתכוונים לפעילויות 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 דלקת המעיים הכיבית של ילדך השפיעה על פעילויותיך במידה מועטה בלבד, יש לבחור מספר קטן. יש לבחור מספר גדול אם דלקת המעיים הכיבית של ילדך השפיעה על פעילויותיך במידה רבה.**

התייחס/י רק למידה בה דלקת המעיים הכיבית של ילדך השפיעה על יכולתך לעסוק
 בפעילויותיך היומיומיות הרגילות שאינן חלק מעבודה בשכר.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **דלקת המעיים הכיבית של הילד/ה שלי לא השפיעה על הפעילויות היומיומיות שלי.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **דלקת המעיים הכיבית של הילד/ה שלי מנעה ממני לחלוטין לעסוק בפעילויות היומיומיות שלי.** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

*נא להקיף מספר*

WPAI:UC-Caregiver V2.0 (Israel Hebrew)