

WORK PRODUCTIVITY AND ACTIVITY IMPAIRMENT QUESTIONNAIRE:  
IRRITABLE BOWEL SYNDROME WITH CONSTIPATION PREDOMINANT SYMPTOMS (WPAI-IBS-C)

تدور الأسئلة التالية حول تأثير القولون العصبي وأعراضه مثل الشعور بعدم ارتياح أو آلام بالبطن والانتفاخ والإمساك على قدرتك على العمل والقيام بأنشطتك المعتادة. فضلاً إملأ الفراغات أو ضع دائرة حول الرقم الملائم كما هو موضح.

(١) هل تعمل حالياً (عمل مقابل أجر)؟  
إن كانت الإجابة بـ "لا" ضع علامة عليها ثم انتقل إلى سؤال رقم ٦.

لا \_\_\_\_\_

نعم \_\_\_\_\_

الأسئلة التالية تتعلق بالسبعة أيام الماضية ولا تشمل اليوم.

(٢) كم عدد الساعات التي تغيبتها عن العمل خلال الأيام السبعة الماضية بسبب المشاكل المتعلقة بأعراض مرض القولون العصبي؟ بما فيها أيام التغيب بسبب الأجازات المرضية والوصول المتأخر إلى العمل والمغادرة المبكرة للعمل، الخ بسبب أعراض القولون العصبي. لا تصيف عدد الساعات التي قضيتها في هذه الدراسة.  
ساعات \_\_\_\_\_

(٣) كم عدد الساعات التي تغيبتها عن العمل في الأيام السبعة الماضية لأية أسباب أخرى، مثل الأجازات والعطلات والوقت الذي قضيته في هذه الدراسة.  
ساعات \_\_\_\_\_

(٤) كم عدد الساعات التي قضيتها بالفعل في العمل خلال الأيام السبعة الماضية؟  
ساعات \_\_\_\_\_ (إذا كانت الإجابة بـ "٠" انتقل إلى السؤال رقم ٦)

(٥) ما مدى تأثير أعراض القولون العصبي خلال السبعة أيام الماضية على إنتاجك أثناء العمل؟ تذكر الأيام التي انخفضت فيها كمية أو نوع العمل الذي يمكنك القيام به، والأيام التي قمت فيها بالعمل بقدر أقل مما كنت تأمل به، أو أيام العمل التي لم يمكنك القيام فيها بعملك بنفس القدر من الدقة والحرص المعتاد. إذا أثرت أعراض القولون العصبي عليك بقدر قليل اختار رقم منخفض، وإذا أثرت أعراض القولون العصبي على عملك بقدر كبير اختار رقم مرتفع.

منعني مرض القولون  
العصبي من

العمل تماماً

١٠

٩

٨

٧

٦

٥

٤

٣

٢

١

٠

لم تمنعني أعراض  
مرض القولون  
العصبي  
من العمل على  
الإطلاق.

ضع دائرة حول الرقم الملائم

(٦) ما هو مقدار تأثير أعراض القولون العصبي، في خلال السبع أيام الماضية، على قدرتك على القيام بالأنشطة اليومية المعتادة بخلاف أنشطة العمل؟ المقصود بالأنشطة المعتادة هي الأنشطة المنتظمة مثل الأعمال المنزلية والتسوق ورعاية الأطفال والتمارين الرياضية والدراسة، الخ. تذكر الأوقات التي اضطرت فيها إلى الحد من كمية أو نوع الأنشطة التي يمكنك القيام بها أو الأوقات التي أنجزت فيها أقل مما ترغب. إذا أثرت أعراض القولون العصبي عليك بقدر قليل اختار رقم منخفض، وإذا أثرت أعراض القولون العصبي على أنشطتك بقدر كبير اختار رقم مرتفع.

منعني مرض القولون  
العصبي تماماً من  
أداء الأنشطة اليومية

١٠

٩

٨

٧

٦

٥

٤

٣

٢

١

٠

لم تمنعني أعراض  
مرض القولون  
العصبي من أداء  
أنشطتي اليومية  
على الإطلاق.

ضع دائرة حول الرقم الملائم