



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

Pokazatelji i rezultati: *Mental Health Inventory* upitnik (MHI)

- Od korisnika zdravstvenih usluga traži se da putem MHI upitnika o duševnom zdravlju odgovore na pitanja o tome kako se osjećaju i kako se snalaze u svakodnevnim životnim situacijama. Upitnik služi kao mjerljiv pokazatelj njihovog zdravlja.
- Za ispunjavanje upitnika potrebno je duže vrijeme.
- Korisniku zdravstvenih usluga upitnik se može ponuditi kada počne koristiti usluge državne ustanove za duševno zdravlje, kod redovnih kontrola tijekom liječenja te pri završetku liječenja.
- Ispunjeni upitnici pružaju kliničkom stručnjaku za duševno zdravlje daleko više podataka negoli ih je moguće prikupiti tijekom razgovora s korisnikom usluga.
- Prikupljeni podaci se analiziraju, a konačni se rezultati daju na raspolaganje korisnicima zdravstvenih usluga.
- Moguće je uporediti rezultate upitnika ispunjene tijekom različitih etapa liječenja. Na taj se način mogu bolje pratiti promjene u procesu oporavka.
- Ukoliko su vam potrebna daljnja objašnjenja, molimo obratite se zdravstvenom osoblju.

Od kliničkog stručnjaka možete očekivati:

- da pokaže iskreno zanimanje za vaše odgovore
 - da po završetku upitnika s vama porazgovara o vašim odgovorima i o tome kako ste se osjećali tijekom rješavanja upitnika
 - da vas obavijesti o rezultatima upitnika za korisnike i upitnika za kliničke stručnjake
 - da rezultate upitnika koristi pri određivanju individualnog plana liječenja.
- Važno je da korisnici zdravstvenih usluga samostalno ispune ovaj upitnik. Ukoliko vam je potrebna pomoć ili podrška, molimo obratite se zdravstvenom osoblju.
- Molimo pročitajte svako pitanje i stavite kvačicu u JEDAN od kvadratića pored onog odgovora koji najbolje opisuje kako ste se VI osjećali u posljednjih mjesec dana. Ne postoje točni ili netočni odgovori.

1

Koliko ste bili sretni ili zadovoljni svojim osobnim životom u posljednjih mjesec dana ? (označite jedan kvadratić)

- 1 Izuzetno sretan/na, ne mogu biti zadovoljniji/a
- 2 Vrlo sretan/na većinu vremena
- 3 Uglavnom sretan/na, zadovoljan/na
- 4 Ponekad prilično zadovoljan/na, ponekad prilično nesretan/na
- 5 Uglavnom nezadovoljan/na, nesretan/na
- 6 Vrlo nezadovoljan/na, nesretan/na većinu vremena



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

2 *Koliki dio vremena ste se osjećali usamljeni u posljednjih mjesec dana? (označite jedan kvadratić)*

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

3 *U posljednjih mjesec dana, koliko često ste bili nervozni ili "kao na iglama" u neočekivanim ili uzbuđljivim situacijama? (označite jedan kvadratić)*

- | | | | |
|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Uvijek | 4 <input type="checkbox"/> | Ponekad |
| 2 <input type="checkbox"/> | Vrlo često | 5 <input type="checkbox"/> | Skoro nikada |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dosta često | 6 <input type="checkbox"/> | Nikada |

4 *U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena vam je budućnost izgledala puna nade i obećanja? (označite jedan kvadratić)*

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

5 *U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena vam je svakodnevica bila ispunjena zanimljivim stvarima? (označite jedan kvadratić)*

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

6 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste se osjećali opušteni i nenapeti? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

7 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste uglavnom uživali u stvarima koje ste radili?

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

8 U posljednjih mjesec dana, jeste li imali razloga upitati se gubite li pamet, ili gubite li kontrolu nad vašim postupcima, govorom, mislima, osjećajima ili pamćenjem? (označite jedan kvadratić)

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |
| 2 <input type="checkbox"/> | Možda malo |
| 3 <input type="checkbox"/> | Da, ali ne toliko da bi me to brinulo ili uznemiravalo |
| 4 <input type="checkbox"/> | Da, i to me pomalo brinulo |
| 5 <input type="checkbox"/> | Da, i to me dosta zabrinjava |
| 6 <input type="checkbox"/> | Da, i to me vrlo zabrinjava |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

9 Jeste li se osjećali potišteno u posljednjih mjesec dana? (označite jedan kvadratić)

- 1 Da, u tolikoj mjeri da danima nisam imao/la volje nizašto
- 2 Da, vrlo potišteno gotovo svaki dan
- 3 Da, dosta potišteno nekoliko puta
- 4 Da, ponekad sam se osjećao/la pomalo potišteno
- 5 Ne, nisam se nikada osjećao/la potišteno

10 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste imali osjećaj da ste voljeni i željeni? (označite jedan kvadratić)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> Uopće ne |

11 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste bili vrlo nervozni? (označite jedan kvadratić)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> Uopće ne |

12 U posljednjih mjesec dana, koliko ste se često probudili s očekivanjem da je pred vama zanimljiv dan? (označite jedan kvadratić)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Uvijek | 4 <input type="checkbox"/> Ponekad |
| 2 <input type="checkbox"/> Vrlo često | 5 <input type="checkbox"/> Skoro nikada |
| 3 <input type="checkbox"/> Dosta često | 6 <input type="checkbox"/> Nikada |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

13 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste se osjećali napeti ili "živčani"? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

14 Jeste li u posljednjih mjesec dana držali pod kontrolom svoje ponašanje, misli, emocije ili osjećaje? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Da, svakako | 4 <input type="checkbox"/> | Ne u potpunosti |
| 2 <input type="checkbox"/> | Uglavnom da | 5 <input type="checkbox"/> | Ne, i to me pomalo uznemirava |
| 3 <input type="checkbox"/> | Mislim da jesam | 6 <input type="checkbox"/> | Ne, i to me vrlo uznemirava |

15 U posljednjih mjesec dana, koliko često su vam, kada ste pokušali nešto uraditi, zadrhtale ruke? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Uvijek | 4 <input type="checkbox"/> | Ponekad |
| 2 <input type="checkbox"/> | Vrlo često | 5 <input type="checkbox"/> | Skoro nikada |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dosta često | 6 <input type="checkbox"/> | Nikada |

16 U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da se nemate čemu radovati? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Uvijek | 4 <input type="checkbox"/> | Ponekad |
| 2 <input type="checkbox"/> | Vrlo često | 5 <input type="checkbox"/> | Skoro nikada |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dosta često | 6 <input type="checkbox"/> | Nikada |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

17 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste se osjećali spokojni i mirni? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

18 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste se osjećali emocionalno stabilni? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

19 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste se osjećali sjetni i malodušni? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

20 Koliko ste često u posljednjih mjesec dana osjećali potrebu za plakanjem? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Uvijek | 4 <input type="checkbox"/> | Ponekad |
| 2 <input type="checkbox"/> | Vrlo često | 5 <input type="checkbox"/> | Skoro nikada |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dosta često | 6 <input type="checkbox"/> | Nikada |

21 U posljednjih mjesec dana, koliko često ste pomislili da bi drugima bilo bolje da ste mrtvi? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Uvijek | 4 <input type="checkbox"/> | Ponekad |
| 2 <input type="checkbox"/> | Vrlo često | 5 <input type="checkbox"/> | Skoro nikada |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dosta često | 6 <input type="checkbox"/> | Nikada |

First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

22 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste se mogli opustiti bez poteškoća? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

23 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste osjećali da vas vaši ljubavni odnosi, vaš osjećaj da ste voljeni i da volite, u potpunosti ispunjavaju? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

24 U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da ništa nije ispalo kao što ste planirali? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Uvijek | 4 <input type="checkbox"/> | Ponekad |
| 2 <input type="checkbox"/> | Vrlo često | 5 <input type="checkbox"/> | Skoro nikada |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dosta često | 6 <input type="checkbox"/> | Nikada |

25 U posljednjih mjesec dana, uolikoj mjeri vas je mučila nervoza ili vaši "živci"? (označite jedan kvadratić)

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | Izuzetno, do te mjere da nisam mogao/la ni o čemu voditi brigu |
| 2 <input type="checkbox"/> | Vrlo mnogo |
| 3 <input type="checkbox"/> | Prilično su me mučili živci |
| 4 <input type="checkbox"/> | Pomalo, dovoljno da bih to primijetio/la |
| 5 <input type="checkbox"/> | Malo su me mučili živci |
| 6 <input type="checkbox"/> | Nimalo |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

26 *U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste život doživljavali kao čudesnu pustolovinu? (označite jedan kvadratić)*

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

27 *U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se osjećali kao da su vam sve lađe potonule i da vas ništa ne može razvedriti? (označite jedan kvadratić)*

- | | | | |
|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Uvijek | 4 <input type="checkbox"/> | Ponekad |
| 2 <input type="checkbox"/> | Vrlo često | 5 <input type="checkbox"/> | Skoro nikada |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dosta često | 6 <input type="checkbox"/> | Nikada |

28 *Jeste li u posljednjih mjesec dana razmišljali o tome da si oduzmete život? (označite jedan kvadratić)*

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Da, vrlo često | 4 <input type="checkbox"/> | Da, jednom |
| 2 <input type="checkbox"/> | Da, dosta često | 5 <input type="checkbox"/> | Ne, nikada |
| 3 <input type="checkbox"/> | Da, nekoliko puta | | |

29 *U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste se osjećali nemirni, uzrujani ili nestrpljivi? (označite jedan kvadratić)*

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

30 *U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste bili turobni ili prepušteni crnim mislima? (označite jedan kvadratić)*

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

31 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste se osjećali veseli i bezbrižni? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

32 U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se osjećali smeteni, zbunjeni ili uznemireni? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------|----------------------------|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Uvijek | 4 <input type="checkbox"/> | Ponekad |
| 2 <input type="checkbox"/> | Vrlo često | 5 <input type="checkbox"/> | Skoro nikada |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dosta često | 6 <input type="checkbox"/> | Nikada |

33 Jeste li se osjećali tjeskobno ili zabrinuto u posljednjih mjesec dana? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|---|----------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | Da, izuzetno, do te mjere da sam bio/la bolestan ili na granici bolesti | 4 <input type="checkbox"/> | Da, pomalo, dovoljno da me to uznemiri |
| 2 <input type="checkbox"/> | Da, u velikoj mjeri | 5 <input type="checkbox"/> | Da, malo |
| 3 <input type="checkbox"/> | Da, prilično | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |

34 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste bili sretni? (označite jedan kvadratić)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Cijelo vrijeme | 4 <input type="checkbox"/> | Poneki dio vremena |
| 2 <input type="checkbox"/> | Većinu vremena | 5 <input type="checkbox"/> | Mali dio vremena |
| 3 <input type="checkbox"/> | Dobar dio vremena | 6 <input type="checkbox"/> | Uopće ne |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

35 U posljednjih mjesec dana, koliko ste se često našli u situaciji da se pokušavate smiriti? (označite jedan kvadratić)

1 Uvijek

4 Ponekad

2 Vrlo često

5 Skoro nikada

3 Dosta često

6 Nikada

36 U posljednjih mjesec dana, koliki dio vremena ste bili lošeg ili vrlo lošeg raspoloženja? (označite jedan kvadratić)

1 Cijelo vrijeme

4 Poneki dio vremena

2 Većinu vremena

5 Mali dio vremena

3 Dobar dio vremena

6 Uopće ne

37 U posljednjih mjesec dana, koliko ste se često probudili svježi i odmorni? (označite jedan kvadratić)

1 Uvijek, svaki dan

4 Ponekad, ali uglavnom ne

2 Skoro svaki dan

5 Skoro nikada

3 Većinu dana

6 Nikada se nisam probudio/la odmoran/na

38 U posljednjih mjesec dana, jeste li bili ili osjećali da ste bili napeti, pod stresom ili pritiskom? (označite jedan kvadratić)

1 Da, gotovo više nego što sam mogao/la podnijeti

2 Da, pod prilično velikim pritiskom

3 Da, malo više nego obično

4 Da, ponešto, ali u granicama normale

5 Da, malo

6 Uopće ne

Datum: / /

Hvala vam za vašu pomoć

© RAND Corporation (permission granted)