



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

Αποτελέσματα: Απογραφή Ψυχικής Υγείας [Mental Health Inventory (MHI)]

- Το MHI κάνει ερωτήσεις για το πώς νιώθει ο καταναλωτής και πώς αντιμετωπίζει τις συνηθισμένες δραστηριότητες της ζωής. Παρέχει μετρήσιμες πληροφορίες για την ευεξία του καταναλωτή.
- Θα πάρει χρόνο για να συμπληρωθεί.
- Το ερωτηματολόγιο μπορεί να προσφέρεται όταν ο καταναλωτής αρχίζει να χρησιμοποιεί δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, σε τακτικές αναθεωρήσεις κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, και όταν η αγωγή ολοκληρωθεί.
- Η συμπλήρωση του MHI παρέχει στον κλινικό γιατρό ψυχικής υγείας περισσότερες πληροφορίες από όσες μπορεί να εξασφαλίσει σε μια συνέντευξη μόνο.
- Οι πληροφορίες που εξασφαλίζονται από τα ερωτηματολόγια θα αναλύονται και τα αποτελέσματα θα τίθενται στη διάθεση των καταναλωτών.
- Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται σε διάφορες χρονικές περιόδους κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής σας μπορούν να συγκρίνονται. Αυτός θα είναι ένας καλός τρόπος για να βλέπει κανείς αλλαγές κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης.
- Αν απαιτούνται περαιτέρω σχόλια και παρατηρήσεις παρακαλείστε να απευθυνθείτε σε ένα μέλος του προσωπικού.

Μπορείτε να περιμένετε ότι ο κλινικός γιατρός ψυχικής υγείας θα:

- έχει γνήσιο ενδιαφέρον για τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου
- ακολουθήσει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με πρόσκληση να μιλήσετε για τις απαντήσεις και να συζητήσετε πώς νιώσατε σχετικά
- μιλήσει μαζί σας για τα αποτελέσματα τόσο του ερωτηματολογίου καταναλωτή όσο και του ερωτηματολογίου κλινικού γιατρού
- χρησιμοποιήσει τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων όταν συζητήσει την εκπόνηση ενός ατομικού προγράμματος θεραπευτικής αγωγής.
- Είναι σημαντικό οι καταναλωτές να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους. Αν χρειάζεται υποστήριξη ή βοήθεια παρακαλείστε να απευθυνθείτε σε ένα μέλος του προσωπικού.
- Παρακαλείστε να διαβάσετε κάθε ερώτηση και να σημειώσετε με ✓ το τετραγωνάκι δίπλα στη ΜΙΑ δήλωση που περιγράφει καλύτερα πώς ήταν η κατάσταση ΓΙΑ ΣΑΣ κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

1 **Πόσο χαρούμενος/η, ικανοποιημένος/η, ή ευχαριστημένος/η υπήρξατε με την προσωπική σας ζωή κατά τον περασμένο μήνα; (σημειώστε με ✓ ένα)**

- 1 Εξαιρετικά ευχαριστημένος/η, δεν θα μπορούσα να είμαι πιο ευχαριστημένος/η ή ικανοποιημένος/η.
- 2 Πολύ ευχαριστημένος/η τις περισσότερες φορές.
- 3 Γενικά, ικανοποιημένος/η, ευχαριστημένος/η.
- 4 Μερικές φορές αρκετά ικανοποιημένος/η, μερικές φορές αρκετά ανικανοποίητος/η.
- 5 Γενικά δυσαρεστημένος/η, ανικανοποίητος/η.
- 6 Πολύ δυσαρεστημένος/η, ανικανοποίητος/η τις περισσότερες φορές.

First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

**2 Για πόσο διάστημα νιώθατε μόνος/η κατά τον περασμένο μήνα;
(Σημειώστε με ✓ ένα)**

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> | Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> | Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> | Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> | Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> | Κανένα διάστημα |

**3 Πόσο συχνά γινόσασταν νευρικός/ή ή ταραγμένος/η όταν αντιμετωπίζατε
διέγερση ή απροσδόκητες καταστάσεις κατά τη διάρκεια του περασμένου
μήνα: (Σημειώστε με ✓ ένα)**

- | | | | |
|----------------------------|--------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Πάντα | 4 <input type="checkbox"/> | Μερικές φορές |
| 2 <input type="checkbox"/> | Πολύ συχνά | 5 <input type="checkbox"/> | Σχεδόν ποτέ |
| 3 <input type="checkbox"/> | Αρκετά συχνά | 6 <input type="checkbox"/> | Ποτέ |

**4 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο διάστημα νιώθατε ότι
το μέλλον φαίνεται αισιόδοξο και γεμάτο υποσχέσεις; (Σημειώστε με
✓ ένα)**

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> | Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> | Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> | Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> | Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> | Κανένα διάστημα |

**5 Για πόσο διάστημα, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, υπήρξε η
καθημερινή σας ζωή γεμάτη με πράγματα που τα βρίσκατε ενδιαφέροντα;
(Σημειώστε με ✓ ένα)**

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> | Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> | Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> | Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> | Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> | Κανένα διάστημα |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

6 Για πόσο διάστημα, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε ήρεμος/η και απαλλαγμένος/η από ένταση; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> | Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> | Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> | Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> | Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> | Κανένα διάστημα |

7 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο διάστημα απολαμβάνετε γενικά τα πράγματα που κάνετε; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> | Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> | Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> | Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> | Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> | Κανένα διάστημα |

8 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, είχατε κανένα λόγο να διερωτηθείτε αν πηγαίνατε να χάσετε το μυαλό σας, ή αν χάνατε τον έλεγχο του τρόπου που ενεργείτε, μιλάτε, σκέφτεστε, αισθάνεστε ή της μνήμης σας; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- | | |
|----------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> | Καθόλου |
| 2 <input type="checkbox"/> | Ίσως λιγάκι |
| 3 <input type="checkbox"/> | Ναι, αλλά όχι αρκετά για να στενοχωρηθώ ή να ανησυχήσω γι' αυτό |
| 4 <input type="checkbox"/> | Ναι, και ανησυχώ λιγάκι |
| 5 <input type="checkbox"/> | Ναι, και ανησυχώ αρκετά |
| 6 <input type="checkbox"/> | Ναι, και ανησυχώ πάρα πολύ γι' αυτό |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

9 Νιώσατε κατάθλιψη κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- 1 Ναι, στο σημείο που κάθε φορά δεν με ένοιαζε για τίποτα για μέρες
- 2 Ναι, μεγάλη κατάθλιψη σχεδόν κάθε μέρα
- 3 Ναι, αρκετή κατάθλιψη αρκετές φορές
- 4 Ναι, λιγάκι κατάθλιψη κάπου-κάπου
- 5 Όχι, ποτέ δεν ένιωσα κατάθλιψη καθόλου

10 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο διάστημα νιώθατε ότι σας αγαπούσαν και σας ήθελαν; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> Κανένα διάστημα |

11 Για πόσο διάστημα, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, υπήρξατε ένα πολύ νευρικό άτομο; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> Κανένα διάστημα |

12 Όταν σηκωνόσαστε το πρωί, αυτό τον περασμένο μήνα, πόσο συχνά περίπου περιμένατε να έχετε μια ενδιαφέρουσα μέρα; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Πάντα | 4 <input type="checkbox"/> Μερικές φορές |
| 2 <input type="checkbox"/> Πολύ συχνά | 5 <input type="checkbox"/> Σχεδόν ποτέ |
| 3 <input type="checkbox"/> Αρκετά συχνά | 6 <input type="checkbox"/> Ποτέ |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

13 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο διάστημα νιώθατε ένταση ή «μεγάλη νευρικότητα»; (Σημειώστε με ✓ ένα)

1 Όλο το διάστημα

4 Κάποιο διάστημα

2 Το περισσότερο διάστημα

5 Λίγο από το διάστημα

3 Κάμποσο διάστημα

6 Κανένα διάστημα

14 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, είχατε σταθερό έλεγχο της συμπεριφοράς, των σκέψεων, των συναισθημάτων ή των αισθημάτων σας; (Σημειώστε με ✓ ένα)

1 Ναι, πολύ σίγουρα

4 Όχι, όχι πολύ καλό

2 Ναι, τις περισσότερες φορές

5 Όχι, και είμαι κάπως ανήσυχος/η

3 Ναι, υποθέτω

6 Όχι, και είμαι πολύ ανήσυχος/η

15 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσο συχνά έτρεμαν τα χέρια σας όταν προσπαθούσατε να κάνετε κάτι; (Σημειώστε με ✓ ένα)

1 Πάντα

4 Μερικές φορές

2 Πολύ συχνά

5 Σχεδόν ποτέ

3 Αρκετά συχνά

6 Ποτέ

16 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσο συχνά νιώθατε ότι δεν είχατε τίποτα στο οποίο να ελπίζετε; (Σημειώστε με ✓ ένα)

1 Πάντα

4 Μερικές φορές

2 Πολύ συχνά

5 Σχεδόν ποτέ

3 Αρκετά συχνά

6 Ποτέ



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

17 Για πόσο διάστημα, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε ήρεμος/η και γαλήνιος; (Σημειώστε με ✓ ένα)

1 Όλο το διάστημα

4 Κάποιο διάστημα

2 Το περισσότερο διάστημα

5 Λίγο από το διάστημα

3 Κάμποσο διάστημα

6 Κανένα διάστημα

18 Για πόσο διάστημα, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε συναισθηματικά ισορροπημένος/ή; (Σημειώστε με ✓ ένα)

1 Όλο το διάστημα

4 Κάποιο διάστημα

2 Το περισσότερο διάστημα

5 Λίγο από το διάστημα

3 Κάμποσο διάστημα

6 Κανένα διάστημα

19 Για πόσο διάστημα, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε αποθαρρυσμένος/η και θλιμμένος/η; (Σημειώστε με ✓ ένα)

1 Όλο το διάστημα

4 Κάποιο διάστημα

2 Το περισσότερο διάστημα

5 Λίγο από το διάστημα

3 Κάμποσο διάστημα

6 Κανένα διάστημα

20 Πόσο συχνά σας ερχόταν να βάλετε τα κλάματα, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα; (Σημειώστε με ✓ ένα)

1 Πάντα

4 Μερικές φορές

2 Πολύ συχνά

5 Σχεδόν ποτέ

3 Αρκετά συχνά

6 Ποτέ

21 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσο συχνά νιώθατε ότι άλλοι θα ήταν καλύτερα αν είσαστε πεθαμένος/η; (Σημειώστε με ✓ ένα)

1 Πάντα

4 Μερικές φορές

2 Πολύ συχνά

5 Σχεδόν ποτέ

3 Αρκετά συχνά

6 Ποτέ



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

22 Για πόσο διάστημα, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, μπορούσατε να χαλαρώσετε χωρίς δυσκολία; (Σημειώστε με ✓ένα)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> | Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> | Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> | Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> | Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> | Κανένα διάστημα |

23 Για πόσο διάστημα, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε ότι οι σχέσεις αγάπης σας, το να αγαπάτε και να σας αγαπούν, ήταν πλήρεις και τέλειες; (Σημειώστε με ✓ένα)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> | Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> | Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> | Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> | Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> | Κανένα διάστημα |

24 Πόσο συχνά, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε ότι τίποτε δεν κατέληξε για σας όπως το θέλατε να καταλήξει; (Σημειώστε με ✓ένα)

- | | | | |
|----------------------------|--------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Πάντα | 4 <input type="checkbox"/> | Μερικές φορές |
| 2 <input type="checkbox"/> | Πολύ συχνά | 5 <input type="checkbox"/> | Σχεδόν ποτέ |
| 3 <input type="checkbox"/> | Αρκετά συχνά | 6 <input type="checkbox"/> | Ποτέ |

25 Πόσο συχνά έχετε ενοχληθεί από νευρικότητα, ή τα «νεύρα» σας, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα; (Σημειώστε με ✓ένα)

- 1 Υπερβολικά, στο σημείο που δεν μπορούσα να φροντίζω τις υποθέσεις μου
- 2 Ενοχλήθηκα πάρα πολύ
- 3 Ενοχλήθηκα αρκετά από νεύρα
- 4 Ενοχλήθηκα κάπως, αρκετά για να το προσέξω
- 5 Ενοχλήθηκα μόλις λιγάκι από νεύρα
- 6 Δεν ενοχλήθηκα καθόλου από αυτό



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

26 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο διάστημα ήταν η ζωή μια υπέροχη περιπέτεια για σας; (Σημειώστε με ✓ένα)

1 Όλο το διάστημα

4 Κάποιο διάστημα

2 Το περισσότερο διάστημα

5 Λίγο από το διάστημα

3 Κάμποσο διάστημα

6 Κανένα διάστημα

27 Πόσο συχνά, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, ήσαστε στις μαύρες σας τόσο που τίποτα δεν μπορούσε να σας χαροποιήσει; (Σημειώστε με ✓ένα)

1 Πάντα

4 Μερικές φορές

2 Πολύ συχνά

5 Σχεδόν ποτέ

3 Αρκετά συχνά

6 Ποτέ

28 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, σκεφθήκατε να αυτοκτονήσετε; (Σημειώστε με ✓ένα)

1 Ναι, πολύ συχνά

4 Ναι, μια φορά

2 Ναι, αρκετά συχνά

5 Όχι, ποτέ

3 Ναι, δύο φορές

29 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο διάστημα νιώθατε ανήσυχος/η, νευρικός/ή, ή ανυπόμονος/η; (Σημειώστε με ✓ένα)

1 Όλο το διάστημα

4 Κάποιο διάστημα

2 Το περισσότερο διάστημα

5 Λίγο από το διάστημα

3 Κάμποσο διάστημα

6 Κανένα διάστημα

30 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο διάστημα ήσαστε κακόκεφος/η ή απαισιόδοξος/η για διάφορα πράγματα; (Σημειώστε με ✓ένα)

1 Όλο το διάστημα

4 Κάποιο διάστημα

2 Το περισσότερο διάστημα

5 Λίγο από το διάστημα

3 Κάμποσο διάστημα

6 Κανένα διάστημα



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

31 Για πόσο διάστημα, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε ευδιάθετος/η, εύθυμος/η; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> | Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> | Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> | Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> | Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> | Κανένα διάστημα |

32 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσο συχνά αναστατωθήκατε, παραχθήκατε ή εκνευριστήκατε; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- | | | | |
|----------------------------|--------------|----------------------------|---------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Πάντα | 4 <input type="checkbox"/> | Μερικές φορές |
| 2 <input type="checkbox"/> | Πολύ συχνά | 5 <input type="checkbox"/> | Σχεδόν ποτέ |
| 3 <input type="checkbox"/> | Αρκετά συχνά | 6 <input type="checkbox"/> | Ποτέ |

33 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, ήσαστε ανήσυχος/η ή στενοχωρημένος; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Ναι, εξαιρετικά σε σημείο που να αρρωστήσω ή σχεδόν να αρρωστήσω | 4 <input type="checkbox"/> | Ναι, κάπως, αρκετά ώστε να με ενοχλεί |
| 2 <input type="checkbox"/> | Ναι, πάρα πολύ | 5 <input type="checkbox"/> | Ναι, λιγάκι |
| 3 <input type="checkbox"/> | Ναι, αρκετά | 6 <input type="checkbox"/> | Όχι, καθόλου |

34 Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο διάστημα ήσαστε ένα χαρούμενο άτομο; (Σημειώστε με ✓ ένα)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Όλο το διάστημα | 4 <input type="checkbox"/> | Κάποιο διάστημα |
| 2 <input type="checkbox"/> | Το περισσότερο διάστημα | 5 <input type="checkbox"/> | Λίγο από το διάστημα |
| 3 <input type="checkbox"/> | Κάμποσο διάστημα | 6 <input type="checkbox"/> | Κανένα διάστημα |



First Name: _____

Last Name: _____

Sex: Male Female Unknown

Date of Birth: / /

(affix patient label here)

35 *Πόσο συχνά, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, διαπιστώνετε ότι προσπαθούσατε να ηρεμήσετε; (Σημειώστε με ✓ ένα)*

1 Πάντα

4 Μερικές φορές

2 Πολύ συχνά

5 Σχεδόν ποτέ

3 Αρκετά συχνά

6 Ποτέ

36 *Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, για πόσο διάστημα είχατε κακοκεφίες ή μεγάλες κακοκεφίες; (Σημειώστε με ✓ ένα)*

1 Όλο το διάστημα

4 Κάποιο διάστημα

2 Το περισσότερο διάστημα

5 Λίγο από το διάστημα

3 Κάμποσο διάστημα

6 Κανένα διάστημα

37 *Πόσο συχνά, κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, ξυπνάτε νιώθοντας ανανεωμένος/η και ξεκούραστος/η; (Σημειώστε με ✓ ένα)*

1 Πάντα, κάθε μέρα

4 Μερικές ημέρες, αλλά συνήθως όχι

2 Σχεδόν κάθε μέρα

5 Σχεδόν ποτέ

3 Τις περισσότερες ημέρες

6 Ποτέ δεν ξυπνώ νιώθοντας ξεκούραστος/η

38 *Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, βρεθήκατε ή νιώθατε ότι βρισκόσαστε κάτω από οποιαδήποτε υπερένταση, άγχος ή πίεση; (Σημειώστε με ✓ ένα)*

1 Ναι, σχεδόν περισσότερο από ό,τι μπορούσα να ανεχθώ ή να αντέξω

2 Ναι, μάλλον αρκετή πίεση

3 Ναι, κάπως περισσότερο από συνήθως

4 Ναι, κάπως, αλλά περίπου κανονικά

5 Ναι, λιγάκι

6 Όχι, καθόλου

Ημερομηνία συμπλήρωσης: / /

Σας ευχαριστούμε πάρα πολύ για τη βοήθειά σας

© RAND Corporation (permission granted)