



GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ12)

Negli ultimi giorni...

| | | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1 | Sei stato in grado di concentrarti sulle cose che hai fatto? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | meglio del solito | <input type="checkbox"/> | come al solito | <input type="checkbox"/> | peggio del solito | <input type="checkbox"/> | molto peggio del solito |
| 2 | Hai perso molto sonno per delle preoccupazioni? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | no, affatto | <input type="checkbox"/> | non più del solito | <input type="checkbox"/> | un po' più del solito | <input type="checkbox"/> | molto più del solito |
| 3 | Ti sei sentito utile? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | più del solito | <input type="checkbox"/> | come al solito | <input type="checkbox"/> | meno utile del solito | <input type="checkbox"/> | molto meno utile |
| 4 | Ti sei sentito capace di prendere delle decisioni? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | più del solito | <input type="checkbox"/> | come al solito | <input type="checkbox"/> | meno del solito | <input type="checkbox"/> | molto meno del solito |
| 5 | Ti sei sentito costantemente sotto tensione? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | non più del solito | <input type="checkbox"/> | un po' più del solito | <input type="checkbox"/> | molto più del solito |
| 6 | Hai avuto l'impressione di non essere in grado di superare le difficoltà? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | non più del solito | <input type="checkbox"/> | un po' più del solito | <input type="checkbox"/> | molto più del solito |
| 7 | Sei stato in grado di godere delle tue attività quotidiane? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | più del solito | <input type="checkbox"/> | come al solito | <input type="checkbox"/> | meno del solito | <input type="checkbox"/> | molto meno del solito |
| 8 | Sei stato in grado di affrontare i tuoi problemi? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | più del solito | <input type="checkbox"/> | come al solito | <input type="checkbox"/> | meno del solito | <input type="checkbox"/> | molto meno del solito |
| 9 | Ti sei sentito infelice e depresso? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | non più del solito | <input type="checkbox"/> | un po' più del solito | <input type="checkbox"/> | molto più del solito |
| 10 | Hai perso fiducia in te stesso? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | non più del solito | <input type="checkbox"/> | un po' più del solito | <input type="checkbox"/> | molto più del solito |
| 11 | Hai pensato di essere una persona senza valore? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | non più del solito | <input type="checkbox"/> | un po' più del solito | <input type="checkbox"/> | molto più del solito |
| 12 | Ti sei sentito, tutto sommato, abbastanza contento? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | più del solito | <input type="checkbox"/> | circa come al solito | <input type="checkbox"/> | meno del solito | <input type="checkbox"/> | molto meno del solito |