



VETËM PËR ZYRËN

Kodi i vendit:

Kodi i klientit:

Data e dhënies së formalit

D D M M V V V V

Stadi i plotësimit:

F seanca e parë e terapisë
P para terapisë (e paspecifikuar)
L seanca e fundit

Numri i seancës

(seanca e parë e terapisë = 0001)

Instruksione

Ky formular përmban 18 pohime në lidhje me gjendjen tuaj gjatë javës së fundit. Ju lutem lexoni çdo pohim dhe mendoni sa shpesh jeni ndjerë në atë mënyrë gjatë javës së fundit. Pastaj shënjoni kutinë që përshkruan më mirë sa shpesh jeni ndjerë në atë mënyrë.

Gjatë javës së fundit ...

	Aspak	Shumë rrallë	Ndonjëherë	Shpesh	Shumicën ose gjatë gjithë kohës	VETËM PËR ZYRËN
1 Jam ndjerë e tensionuar, në ankth, ose nervoze.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
2 Jam ndjerë mirë me veten.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
3 Më kanë shqetësuar vegime ose kujtime të padëshiruara.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
4 I kam arritur ato që kam dashur.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
5 Jam ndjerë e poshtëruar dhe e turpëruar nga njerëzit e tjerë.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
6 Më ka ardhur për të qarë.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
7 Kam ndjerë ngrohtësi dhe përzemërsi për dikë.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 E kam pasur të pamundur ti lë problemet e mia mënjane.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 Kam përdorur dhunë fizike ndaj të tjerëve.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Jam ndjerë e dëshpëruar ose pashpresë.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
11 Jam ndjerë e kritikuar nga të tjerët.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
12 Jam ndjerë i/e aftë të përballoj situatat kur gjërat nuk kanë shkuar mirë.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Jam ndjerë e palumtur.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 Jam ndjerë e acaruar në prani të të tjerëve.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
15 Jam ndjerë e mbytur nga problemet e mia.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
16 Kam ndjerë panik ose tmerr.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
17 Jam ndjerë optimiste për të ardhmen time.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
18 Kam lënduar fizikisht veten, ose kam rrezikuar seriozisht shëndetin tim.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

Totali i pikëve

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(M)	(P)	(F)	(R)	Të gjitha pohimet	Të gjitha minus R

Mesatarja e pikëve

(Pikëzimi i përgjithshëm për secilin parametër i pjesëtuar me numrin e pohimeve të plotësuara në atë parametër)