

# Timpul petrecut pe dispozitive digitale și a duratei somnului

În acest studiu, dorim să investigăm impactul dispozitivelor digitale asupra somnului și a sănătății. O să vedeți de-a lungul studiului un număr de întrebări împărțite pe patru secțiuni. Nu aveți o limită de timp în care să răspundeți. Vă rugăm să răspundeți cât mai sincer și mai precis cu putință. Acest chestionar trebuie completat zilnic timp de 1 săptămână.

\* Indicates required question

## Informații legate de timpul petrecut pe dispozitive digitale și calitatea somnului

1. Câte ore ați petrecut astăzi pe dispozitive digitale (telefon, tabletă, computer, televizor etc.)? \*

Mark only one oval.

- ☐ 0-2 ore
- ☐ 2-4 ore
- ☐ 4-6 ore
- ☐ 6-8 ore
- ☐ peste 8 ore

2. La ce oră ați încetat să utilizați dispozitivele digitale înainte de a merge la culcare? \*

---

3. La ce oră ați adormit aseară? \*

---

4. La ce oră v-ați trezit astăzi? \*

---

## 5. Cum evaluați calitatea somnului dumneavoastră din noaptea trecută? \*

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Foai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelentă

## 6. Ați avut dificultăți în a adormi? \*

Check all that apply.

- ☐ Da  
☐ Nu

## 7. V-ați trezit frecvent în timpul nopții? \*

Check all that apply.

- ☐ Da  
☐ Nu

## Informații despre stilul de viață și sănătate

## 8. Câte minute de activitate fizică ați efectuat astăzi? (Includeți orice formă de exercițiu, cum ar fi mersul pe jos, alergatul, yoga, etc.) \*

---

## 9. La ce nivel de intensitate ați efectuat activitatea fizică? \*

Check all that apply.

- ☐ Ușor  
☐ Moderat  
☐ Intens

10. Cum ați descrie alimentația dumneavoastră de astăzi? (diversificată, echilibrată, neechilibrată, bogată în zahăr/grăsimi etc.) \*

---

---

---

---

---

11. Ați consumat cafeină astăzi \*

*Check all that apply.*

- ☐ Da  
☐ Nu

12. Dacă da, câte porții? (o porție = o ceașcă de cafea/ceai, o doză de băutură energizantă)

---

13. Pe o scară de la 1 la 5, cum ați evalua nivelul dumneavoastră de stres astăzi? \*

*Mark only one oval.*

1    2    3    4    5

Foai ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Foarte ridicat

14. Aveți vreun hobby sau activitate de relaxare pe care o practicați regulat? \*

*Check all that apply.*

- ☐ Da  
☐ Nu

15. Dacă da, care este/sunt aceasta/acestea?

---

---

---

---

---

16. Cum ați descrie starea dumneavoastră generală de sănătate? \*

*Check all that apply.*

- ☐ Excelentă
- ☐ Bună
- ☐ Acceptabilă
- ☐ Slabă

17. Ați avut vreun episod de boală în ultimele 2 săptămâni? \*

*Check all that apply.*

- ☐ Da
- ☐ Nu

18. Dacă da, vă rugăm să descrieți:

---

---

---

---

---

### Informații generale

19. Nume \*

---

## 20. Sexul persoanei \*

*Mark only one oval.*☐ Masculin☐ Feminin☐ Other: \_\_\_\_\_

## 21. Vârsta

---

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

