|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Y | T |
| 1. | Apakah Anda sering menderita sakit kepala? |  |  |
| 2 | Apakah Anda kehilangan nafsu makan? |  |  |
| 3 | Apakah tidur Anda tidak lelap? |  |  |
| 4 | Apakah Anda mudah menjadi takut? |  |  |
| 5 | Apakah Anda merasa cemas. tegang dan khawatir? |  |  |
| 6 | Apakah tangan Anda gemetar? |  |  |
| 7 | Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan? |  |  |
| 8 | Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih? |  |  |
| 9 | Apakah Anda merasa tidak bahagia? |  |  |
| 10 | Apakah Anda Iebih sering menangis? |  |  |
| 11 | Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari? |  |  |
| 12 | Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan? |  |  |
| 13 | Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai? |  |  |
| 14 | Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini? |  |  |
| 15 | Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal? |  |  |
| 16 | Apakah Anda merasa tidak berharga? |  |  |
| 17 | Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda? |  |  |
| 18 | Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu? |  |  |
| 19 | Apakah Anda merasa tidak enak di perut? |  |  |
| 20 | Apakah Anda mudah Ielah? |  |  |