



### ПОПЪЛВА СЕ ОТ СЛУЖИТЕЛ

Код клиент / пациент

         

Възраст

  

М

Ж

дата

       

D

D

M

M

R

R

R

R

### Важно, моля порчетете преди да попълните

Този формуляр съдържа 14 твърдения отнасящи се до вашето състояние през изминалите седем дни. Моля прочетете всяко твърдение и помислете колко често сте се чувствали по този начин през изминалата седмица. След това отбележете квадратчето, което най-точно отговаря на Вашето състояние.

### През изминалата седмица ...

	Никога	Много рядко	Понякога	Често	През повечето време или непрекъснато
1 Чувствах се напрегнат/а, тревожен/а или изнервен/	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Чувствах, че има към кого да се обърна за подкрепа, когато имах нужда	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Чувствах се добре	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Чувствах се способен/а да се справя, когато нещата се объркваха.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 Бях обезпокояван/а от болки или други физически неразположения.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Чувствах се щастлив от нещата, които правех	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7 Трудно заспивах или често се будех	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Чувствах топлина или обич към някого	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9 Бях в състояние да правя повечето от нещата, които трябва	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10 Чувствах се критикуван от други хора	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 Чувствах се нещастен	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 Чувствах се раздразнителен в присъствието на други хора	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 Бях оптимистично настроен за моето бъдеще	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14 Постигнах нещата, които исках	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

БЛАГОДАРИМ ЗА ОТДЕЛНОТО ОТ ВАС ВРЕМЕ ЗА ПОПЪЛВАНЕТО НА ТОЗИ ВЪПРОСНИК

Обща стойност (сума от всички елементи):

Средно аритметично:

(Общ резултат, разделен на броя отговорили елементи. Не изчислявайте, ако повече от един елемент е пропуснат или не е валиден)