



ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ДОСЛІДНИКОМ

ID клієнта:

Дата заповнення:

день

місяць

рік

Вік:

Ж

Ч

Інша

Цей опитувальник містить 14 тверджень про те, як Ви почувалися протягом **МИНУЛОГО ТИЖНЯ**. Будь ласка, прочитайте кожне з цих тверджень та подумайте, як часто ви відчували подібне протягом останніх семи днів. Потім оберіть варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому стану.

Протягом останнього тижня

	Зовсім ні	Зрідка	Іноді	Часто	Майже весь час
1 У мене було відчуття напруги, тривоги та знервованості	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Я відчував (-ла), що мені є до кого звернутися за підтримкою у разі потреби	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 У мене було відчуття, що зі мною все гаразд	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 У мене було відчуття, що якщо щось піде не так, я можу впоратися	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 Мене турбували болі чи інші фізичні проблеми	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 У мене було відчуття задоволення від виконаної роботи	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7 У мене були труднощі з засинанням чи сном	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Я відчував(-ла) теплоту або прив'язаність до когось	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9 Мені вдалося виконати більшість справ, які необхідно було вирішити	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10 У мене було відчуття, що інші люди мене критикують	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 Я почувався (-лася) нещасливим (-ою)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 У мене було відчуття роздратованості в присутності інших людей	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 Я відчув(-ла) оптимізм щодо свого майбутнього	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14 Мені вдалося досягнути бажаного	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

ДЯКУЄМО, ЩО ПРИДІЛИЛИ ЧАС ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ЦЬОГО ОПИТУВАЛЬНИКА

Усього (Клінічна оцінка*):

Середній бал

(Загальний бал для кожного виміру, поділений на кількість завдань, виконаних у цьому вимірі).