

SZPITALNA SKALA LĘKU I DEPRESJI (HADS)

INSTRUKCJA: Ankieta powinna zostać uzupełniona samodzielnie przez dziecko. Przeczytaj uważnie każde z pytań i zaznacz odpowiedź najbardziej pasującą do twojego stanu w ostatnim czasie (pytania nie dotyczą tylko dnia dzisiejszego).

Pytania	Zaznacz	✓	Pkt.
1. Czuje się napięty/a lub podenerwowany/a:			
<input type="checkbox"/> 0 nigdy	<input type="checkbox"/> 1 od czasu do czasu	<input type="checkbox"/> 2 często	<input type="checkbox"/> 3 przez większość czasu
2. Czy różne sprawy interesują mnie w takim samym stopniu, co dotychczas:			
<input type="checkbox"/> 0 tak, w takim samym stopniu	<input type="checkbox"/> 1 nieco mniej mnie interesują	<input type="checkbox"/> 2 znacznie mniej mnie interesują	<input type="checkbox"/> 3 prawie wcale mnie nie interesują
3. Mam takie poczucie, jakby miało mi się przydarzyć coś strasznego:			
<input type="checkbox"/> 3 tak, i jest to bardzo wyraźne	<input type="checkbox"/> 2 tak, ale nie bardzo silnie	<input type="checkbox"/> 1 trochę, ale nie niepokoi mnie to	<input type="checkbox"/> 0 nie mam takiego poczucia
4. Potrafię się śmiać i dostrzegać zabawną stronę różnych rzeczy:			
<input type="checkbox"/> 0 tak jak przedtem	<input type="checkbox"/> 1 mniej niż przedtem	<input type="checkbox"/> 2 wyraźnie mniej niż przedtem	<input type="checkbox"/> 3 w ogóle się nie śmieję
5. Martwię się			
<input type="checkbox"/> 3 bardzo często	<input type="checkbox"/> 2 dość często	<input type="checkbox"/> 1 czasami	<input type="checkbox"/> 0 bardzo rzadko
6. Jestem w dobrym humorze			
<input type="checkbox"/> 3 nigdy	<input type="checkbox"/> 2 rzadko	<input type="checkbox"/> 1 dość często	<input type="checkbox"/> 0 przez większość czasu
7. Mogę siedzieć spokojnie, nic nie robiąc i czuć się odprężony/a			
<input type="checkbox"/> 0 tak, zawsze	<input type="checkbox"/> 1 tak, na ogół	<input type="checkbox"/> 2 rzadko	<input type="checkbox"/> 3 nigdy
8. Mam wrażenie, że działam wolniej			
<input type="checkbox"/> 3 prawie zawsze	<input type="checkbox"/> 2 bardzo często	<input type="checkbox"/> 1 czasami	<input type="checkbox"/> 0 nigdy
9. Odczuwam strach i ucisk w żołądku			
<input type="checkbox"/> 0 nigdy	<input type="checkbox"/> 1 czasami	<input type="checkbox"/> 2 dość często	<input type="checkbox"/> 3 bardzo często

10. Mój wygląd już mnie nie obchodzi			
<input type="checkbox"/> 3 wcale	<input type="checkbox"/> 2 nie zwracam tyle uwagi na wygląd, co powinienem	<input type="checkbox"/> 1 zdarza się, że nie zwracam uwagi na wygląd	<input type="checkbox"/> 0 zwracam tyle uwagi na wygląd, co przedtem
11. Odczuwam potrzebę ciągłego poruszania się, nie mogę ustać w miejscu			
<input type="checkbox"/> 3 dokładnie tak się czuję	<input type="checkbox"/> 2 do pewnego stopnia tak się czuję	<input type="checkbox"/> 1 raczej nie mam takiego poczucia	<input type="checkbox"/> 0 nie odczuwam takiej potrzeby
12. Z góry cieszę się na myśl o możliwości zrobienia czegoś			
<input type="checkbox"/> 0 tak jak przedtem	<input type="checkbox"/> 1 trochę mniej niż przedtem	<input type="checkbox"/> 2 znacznie mniej niż przedtem	<input type="checkbox"/> 3 prawie nigdy
13. Miewam napady paniki (silnego lęku)			
<input type="checkbox"/> 3 bardzo często	<input type="checkbox"/> 2 dość często	<input type="checkbox"/> 1 niezbyt często	<input type="checkbox"/> 0 nigdy
14. Sprawia mi przyjemność dobra książka, ciekawa audycja radiowa lub telewizyjna			
<input type="checkbox"/> 0 często	<input type="checkbox"/> 1 czasem	<input type="checkbox"/> 2 rzadko	<input type="checkbox"/> 3 bardzo rzadko
15. Zdarzało się, że w ciągu ostatniego tygodnia wybuchałem (-am) gniewem			
<input type="checkbox"/> 0 nigdy	<input type="checkbox"/> 1 od czasu do czasu	<input type="checkbox"/> 2 często	<input type="checkbox"/> 3 przez większość czasu
16. Zdarzało się, że denerwowałem (-am) się, „złościłem (-am) się” wewnątrz			
<input type="checkbox"/> 0 nigdy	<input type="checkbox"/> 1 od czasu do czasu	<input type="checkbox"/> 2 często	<input type="checkbox"/> 3 przez większość czasu