



مقیاس اضطراب زانگ (S.A.S)

دکتر ابوالفضل کرمی

با توجه به حالات خود در هفته گذشته، در خانه مورد نظر علامت X بگذارید.

نام و نام خانوادگی:	رشته تحصیلی:	تاریخ تولد:
تاریخ اجرا:	میزان تحصیل:	شماره تلفن جهت تماس فوری:
آدرس محل سکونت:		

دائم یا تقریباً همیشه	بیشتر اوقات	گاهگاه	هیچگاه یا به ندرت	
				۱- بیشتر از حد معمول احساس اضطراب و نگرانی می‌کنم.
				۲- بدون دلیل احساس ترس می‌کنم.
				۳- خیلی زود دچار ترس و وحشت می‌شوم.
				۴- احساس می‌کنم بند بند وجودم دارد از هم جدا می‌شود.
				۵- احساس می‌کنم که هیچ رویداد بدی اتفاق نخواهد افتاد.
				۶- احساس می‌کنم که ساق پاها و بازوهایم بی‌رمق و لرزان هستند.
				۷- به علت دردهای گردن، سر و پشت ناراحت هستم.
				۸- غش یا حالاتی شبیه به آن دارم.
				۹- به راحتی نفس می‌کشم و مشکلی از این نظر ندارم.
				۱۰- احساس بی‌حسی و کرختی یا سوزش در انگشتان دست و پا می‌کنم.
				۱۱- از سوء هاضمه و درد معده در رنجم.
				۱۲- احساس ضعف می‌کنم و زود خسته می‌شوم.
				۱۳- احساس آرامش می‌کنم و می‌توانم به راحتی استراحت کنم.
				۱۴- احساس می‌کنم که قلبم تند می‌زند.
				۱۵- از فشارهای سرگیجه در رنجم.
				۱۶- از تکرر ادرار در رنجم.
				۱۷- عضلات دست‌ها و پاهایم معمولاً سخت و داغ هستند.
				۱۸- صورتم داغ و برافروخته می‌شود.
				۱۹- به راحتی به خواب می‌روم و شب‌ها خوب می‌خوابم.
				۲۰- در خواب دچار کابوس (بختک) می‌شوم.