

Nazwisko i Imię:		Data badania:	
Data urodzenia:			

Ateńska Skala Bezsenności

Proszę zakreślić numer przy haśle odpowiadającym wymienionym poniżej objawom, jeśli objawy te występowały co najmniej trzy razy w tygodniu w ciągu ostatniego miesiąca.

1) *Zасыpianie po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła:*

- 0. szybkie
- 1. nieznacznie opóźnione
- 2. opóźnione
- 3. bardzo opóźnione lub bezsenność przez całą noc

2) *Budzenie się podczas nocy:*

- 0. nie występuje
- 1. sporadycznie
- 2. często
- 3. bardzo często lub bezsenność przez całą noc

3) *Budzenie się rano wcześniej niż planowano:*

- 0. o zamierzonej godzinie
- 1. nieznacznie wcześniej
- 2. znacznie wcześniej
- 3. dużo wcześniej lub bezsenność przez całą noc

4) *Całkowity czas snu:*

- 0. wystarczający
- 1. nieznacznie niewystarczający
- 2. wyraźnie niewystarczający
- 3. całkowicie niewystarczający lub bezsenność przez całą noc

5) *Jakość snu, niezależnie od czasu jego trwania:*

- 0. satysfakcjonująca
- 1. nieznacznie niesatysfakcjonująca
- 2. wyraźnie niesatysfakcjonująca
- 3. całkowicie niesatysfakcjonująca

6) *Samopoczucie następnego dnia:*

- 0. dobre
- 1. nieznacznie gorsze
- 2. wyraźnie gorsze
- 3. wybitnie gorsze

7) *Sprawność psychiczna i fizyczna następnego dnia:*

- 0. niezaburzona
- 1. nieznacznie zaburzona
- 2. wyraźnie zaburzona
- 3. wybitnie zaburzona

8) *Senność w ciągu dnia:*

- 0. nie zdarza się
- 1. nieznaczna
- 2. wyraźna
- 3. bardzo nasilona