



ATEŃSKA SKALA BEZSENNOŚCI

Imię i nazwisko:		Data badania:	
Data urodzenia:			

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

1) Zасыпianie 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