**АФІНСЬКА ШКАЛА БЕЗСОННЯ**

**Прізвище\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_**

**І’мя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Вік:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стать: чол/жін**

*Інструкція*:

ця шкала призначена для запису Вашої власної оцінки будь-яких труднощів зі сном, які Ви могли відчувати.

Будь ласка, позначте (**обвівши відповідне число**) пункти нижче, щоб вказати Вашу оцінку будь-яких труднощів, за умови, що вони виникали принаймні **тричі на тиждень протягом останнього місяця.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*1.Індукція сну (час, який потрібен вам, щоб заснути після вимкнення світла)*

0: Немає проблем 1: Трохи затримується 2: Значно затримується 3: Дуже затримується або

 взагалі не засинає

*2.Пробудження вночі*

0: Немає проблем 1: Незначна проблема 2: Значна проблема 3: Серйозна проблема

 або взагалі не спав

*3.Остаточне пробудження раніше бажаного*

0: Не раніше 1: Трохи раніше 2: Помітно раніше 3: Значно раніше або

 взагалі не спав

4. *Загальна тривалість сну*

0: Достатньо 1: Трохи недостатньо 2: Помітно недостатньо 3: Дуже недостатньо

 або взагалі не спав

5. *Загальна якість сну (незалежно від того, скільки ви спали)*

0: Задовільно 1: Трохи незадовільно 2: Помітно незадовільно 3: Дуже незадовільно

 або взагалі не спав

6. *Відчуття благополуччя (самопочуття?) протягом дня* ?

0: Нормальне 1: Трохи знижене 2: Помітно знижене 3: Дуже знижене

7. *Функціонування (фізичне та розумове) (працездатність?) протягом дня*

0: Нормальне 1: Трохи знижене 2: Помітно знижене 3: Дуже знижене

8. *Сонливість протягом дня*

0: Жодної 1: Помірна 2: Значна 3: Інтенсивна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дякуємо за заповнення анкети.