

Ateńską Skala Bezsenności

Ta skala jest przeznaczona na własną ocenę wszelkich trudności snu które może Ciebie dotyczyć. Proszę wybrać właściwą odpowiedź przy hasle 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 występuję | 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 satisfakcjonująca | 1 nieznacznie niefakcjonująca | 2 wyraźnie niefakcjonująca | 3 całkowicie niefakcjonująca |
|-------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|

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 |
|----------------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------|