

[ЭВАЛАР МЕДИКА]

ПИТТСБУРГСКИЙ ОПРОСНИК НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА КАЧЕСТВА СНА (PSQI)

Имя _____ Фамилия _____

Дата _____ Дата рождения _____

ИНСТРУКЦИИ:

Следующие вопросы касаются Вашего сна в течение прошедшего МЕСЯЦА. Ваши ответы должны отражать наиболее подходящую ситуацию для большинства дней и ночей за прошедший месяц. Пожалуйста, ответьте на все вопросы.

1. В какое время Вы обычно ложились спать в течение последнего месяца?

Обычное время отхода ко сну _____

2. Сколько времени (минут) Вам обычно требовалось, чтобы заснуть (в течение последнего месяца)?

Количество минут _____

3. В какое время Вы обычно просыпались в течение последнего месяца?

Обычное время подъема _____

4. Сколько часов в среднем Вы спали за ночь в течение последнего месяца? (количество часов может отличаться от количества времени, проведенного в постели).

Количество часов сна за ночь _____

Для каждого из оставшихся вопросов выберите один наиболее подходящий ответ. Пожалуйста, ответьте на все вопросы.

5. В течение прошедшего месяца как часто у Вас были проблемы со сном, потому что Вы...

Причины	Ни разу в течение последнего месяца	Менее, чем один раз в неделю	Один или два раза в неделю	Три или более раз в неделю
а) не могли уснуть в течение 30 минут	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) просыпались в середине ночи или под утро	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) были вынуждены вставать, чтобы воспользоваться ванной комнатой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
г) не могли свободно дышать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
д) кашляли или громко храпели	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
е) чувствовали, что холодно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ж) чувствовали, что жарко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
з) видели плохие сны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
и) испытывали боль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к) другая(ие) причина(ы), пожалуйста, напишите _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[ЭВАЛАР МЕДИКА]

6. Как бы Вы охарактеризовали качество Вашего сна за последний месяц?

Очень хорошее

Достаточно
хорошее

Скорее плохое

Очень плохое

7. За прошедший месяц как часто Вы принимали лекарства, которые помогают уснуть?

Ни разу в течение
последнего месяца

Менее, чем один раз
в неделю

Один или два раза
в неделю

Три или более раз
в неделю

8. Как часто за прошедший месяц Вам было сложно оставаться бодрствующим во время вождения автомобиля, после приема пищи или в процессе социальной деятельности?

Ни разу в течение
последнего месяца

Менее, чем один раз
в неделю

Один или два раза
в неделю

Три или более раз
в неделю

9. За прошедший месяц насколько сложно было Вам сохранять достаточный настрой на то, чтобы сделать все дела?

Совсем не сложно

Лишь чуть-чуть
сложно

Несколько
сложно

Очень сложно

10. Есть ли у Вас партнер, с которым делите постель, или сосед по комнате?

Нет, проживаю один(одна) в комнате

Партнер /сосед живут в другой комнате

Партнер /сосед в той же комнате, в другой постели

Делим одну постель с партнером

11. Если у Вас есть половой партнер или сосед по комнате, спросите его/ее, как часто за прошедший месяц у Вас были...

Проявления беспокойства	Ни разу в течение последнего месяца	Менее, чем один раз в неделю	Один или два раза в неделю	Три или более раз в неделю
а) громкий храп	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) длительные задержки дыхания во время сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) подергивания ногами во время сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
г) эпизоды дезориентации или замешательства в период сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
д) другие проявления беспокойства во время Вашего сна, пожалуйста, опишите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>