|  |
| --- |
| **СБОРНИК АНКЕТ ПО СНУ**  Заполняется перед первичнымприёмом сомнолога |
| **Заполнение данного блока необходимо для оформления медицинской документации**  Дата заполнения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, возраст (полных лет): \_\_\_\_\_\_\_\_ **|** рост:\_\_\_\_\_\_см **|** вес:\_\_\_\_\_\_кг |

**ОБЩАЯ АНКЕТА ПО СНУ**

**Инструкция.** Пожалуйста, ответьте на все вопросы.Чем больше информации получит доктор, тем достовернее будет заключение и точнее индивидуальные рекомендации для вас.

**1. В течение какого времени у вас отмечаются проблемы со сном?** \_\_\_\_ лет \_\_\_\_ мес. \_\_\_\_ нед.

--------------------

***Вопросы 2-9 касаются вашего сна и самочувствия за последние ТРИ МЕСЯЦА:***

**2. Сколько ночей в неделю у вас отмечаются проблемы со сном (0-7)?** \_\_\_\_\_\_

**3. Сформулируйте основную вашу проблему со сном?** (поставьте + в скобках)

( ) Длительное засыпание ( ) Частые ночные пробуждения ( ) Слишком раннее пробуждение

**4. В какое время в среднем вы обычно ложились спать вечером?**

а) в рабочие дни (часы : мин.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) в выходные дни (часы : мин.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Сколько времени в среднем вам обычно требовалось, чтобы заснуть?** \_\_\_\_ ч \_\_\_\_\_ минут.

а) сколько раз в неделю вы не могли заснуть более 30 минут (0-7)? \_\_\_\_\_

**6. В какое время в среднем вы обычно просыпались утром?**

а) в рабочие дни (часы : мин.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) в выходные дни (часы : мин.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Сколько часов в среднем вы спали за ночь?** (количество часов может отличаться от количества времени, проведенного в постели) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов.

**8. Сколько раз в течение ночи вы просыпаетесь?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

а) какова суммарная длительность пробуждений в течение ночи? \_\_\_\_ ч \_\_\_\_\_ минут.

**9. Сколько раз в неделю вы ложитесь спать днем (0-7)?** \_\_\_\_\_\_\_

а) какова средняя продолжительность дневного сна? \_\_\_\_\_ ч \_\_\_\_\_ минут.

--------------------

**10. Связана ли ваша работа со сменным графиком?** Да / Нет (обведите, подчеркните или **выделите жирным**)

а) работаете ли вы в ночную смену? Да / Нет

**11. Приходится ли вам часто менять часовые пояса** (>1 раз в месяц, более чем на 2 часа)? Да / Нет

**12. Вы курите?** Да / Нет (если «нет», то переходите к вопросу 13)

а) Как давно вы курите? \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес.

б) Сколько сигарет в среднем вы выкуриваете за день? \_\_\_\_\_\_\_ шт.

**13. Какие и как часто вы употребляете алкогольные напитки** (если не употребляете, то переходите к вопросу 14) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**14. Сколько чашек вы употребляете в день:** чая \_\_\_\_\_, кофе \_\_\_\_\_ ?

**15. Беспокоит ли вас заложенность носа?** Днем: Да / Нет Ночью: Да / Нет

**16. Используете ли вы капли для устранения заложенности носа?** Нет / Иногда / Регулярно

**17. Имеется ли у вас аллергия?** Да / Нет Если да, то на что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**18. Храпите ли вы?** Да / Нет (если «нет», то переходите к вопросу 19)

а) как давно вы храпите? \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес.

б) насколько изменился ваш вес со времени начала храпа?

увеличился на \_\_\_\_\_ кг / уменьшился на \_\_\_\_\_ кг / существенно не изменился

в) В настоящее время вы храпите в каком положении?

( ) только на спине ( ) на левом боку ( ) на правом боку ( ) в любом положении

**19. Отмечались ли у вас внезапная сонливость (засыпание) или резкая слабость непосредственно во время сильных эмоций (смех, плач, удивление, испуг)?** Да / Нет

**20. Отмечалось ли у вас при засыпании или при пробуждении кратковременное ощущение «парализованности тела» (вы находились в полном сознании, но не могли двигаться)?** Да / Нет

**21. Отмечали ли вы приступы непреодолимой сонливости в течение дня, когда вы засыпали несмотря на все попытки не заснуть?** Да / Нет

**22. Испытываете ли вы во время сна где-либо физическую боль или дискомфорт?**

Да / Нет Если «да», то опишите: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**23. Имеется ли у вас** (если да, то поставьте «+» в скобках):

( ) эпилепсия

( ) гипотиреоз (сниженная функция щитовидной железы)

( ) гипертиреоз (повышенная функция щитовидной железы)

( ) опухоль головного мозга

( ) болезнь Альцгеймера или другие нарушения памяти

( ) психические расстройства, по поводу которых наблюдаетесь у психиатра

( ) алкоголизм

( ) наркомания

**24. Укажите хронические заболевания, по поводу которых регулярно наблюдаетесь у врачей** (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**25. Принимаете ли вы регулярно (каждый день) медикаменты?** Да / Нет Если «да», то укажите название и дозу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**26. Какие препараты вы принимали ранее** **для улучшения сна, в какой дозировке, как продолжительно и какой был эффект** (был временный эффект в начале терапии, препарат был эффективен, не было эффекта)? Ответ оформите в виде таблицы (по приведенному примеру):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Препарат** | **Доза и кратность приема** | **Длительность терапии** | **Эффект** |
| *1. Мелаксен* | *3 мг перед сном* | *1 месяц* | *Слабый эффект* |
|  |  |  |  |

**ШКАЛА ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ УБЕЖДЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ СНА**

**(Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep – DBAS, Morin C.M., 1993)**

**Инструкция.** Ниже приведено 16 утверждений, отражающих убеждения и установки людей в отношении сна. Отметьте, пожалуйста, в какой степени вы согласны или не согласны с каждым утверждением. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Пожалуйста, ответьте на все вопросы, даже если некоторые не соответствуют вашей ситуации. Для каждого утверждения на шкале от 0 до 10 обведите кружочком цифру, которая наиболее соответствует вашим взглядом. При электронном заполнении выделите цифру **жирным шрифтом** или подчеркните.

**Пример:**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 **5** 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**1. Мне нужно спать 8 часов в сутки, чтобы чувствовать себя выспавшимся и хорошо функционировать в течение дня.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**2. Если я не выспался(лась) в одну ночь, мне нужно «отоспаться» на следующий день днем или следующей ночью спать дольше.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**3. Меня беспокоит, что хроническая бессонница может иметь серьезные последствия для моего здоровья.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**4. Меня тревожит, что я могу потерять контроль над моей способностью спать.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**5. После бессонной ночи я знаю, что это скажется на моей активности на следующий день.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**6. Мне кажется, мне скорее стоит принять снотворное, чтобы быть бодрым и хорошо функционировать в течение дня, чем плохо спать ночью.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**7. Если я чувствую себя раздраженным, подавленным или тревожным в течение дня, это, в основном потому, что я плохо спал накануне.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**8. Я знаю, что, когда я плохо сплю одну ночь, это нарушит мой сон на целую неделю.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**9. Без нормального сна ночью я вряд ли смогу функционировать на следующий день.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**10. Я никогда не могу предсказать, хорошо или плохо я буду спать следующей ночью.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**11. Мне практически не удается преодолеть отрицательные последствие бессонной ночи.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**12. Когда я чувствую себя уставшим, обессиленным или просто не могу хорошо работать в течение дня, это происходит, в основном потому, что я плохо спал накануне.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**13. Мне кажется, что бессонница – это по большей части результат нарушения обмена веществ.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**14. Я чувствую, что бессонница разрушает мою способность наслаждаться жизнью и не дает мне заниматься тем, что мне нравится.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**15. Прием лекарств, вероятно, – единственный способ справиться с бессонницей.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**16. Я стараюсь не брать на себя или отменять обязательства (семейные, социальные) после бессонной ночи.**

(совершенно не согласен) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (совершенно согласен)

**Результат:** >80 баллов – наличие психофизиологической инсомнии; >90 баллов – наличие дисфункциональных убеждений.

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**ЭПВОРТСКАЯ ШКАЛА СОНЛИВОСТИ**

**(Epwort Sleepiness Scale – ESS, Johns M.W., 1997)**

**Инструкция.** Какова вероятность того, что вы можете задремать или уснуть в ситуациях, описанных ниже? Речь идет об обычном вашем состоянии ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА. Даже если вы не были в подобных ситуациях в последнее время, то постарайтесь представить себе, как бы эти ситуации повлияли на вас. Оцените свою возможность уснуть в определенной ситуации по 4-бальной шкале, где:

**0 = никогда, 1 = низкая вероятность, 2 = умеренная вероятность, 3 = высокая вероятность.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ситуация** | **Вероятность дремоты или засыпания (0-3)** |
| 1. Чтение сидя в кресле в отсутствии других дел |  |
| 2. Просмотр телепередач сидя в кресле |  |
| 3. Сидя в общественном месте без проявления активности (кино, концерт) |  |
| 4. В качестве пассажира в машине при движении не менее 1 часа |  |
| 5. Во время отдыха после обеда в отсутствии других дел |  |
| 6. Сидя и разговаривая с кем-нибудь |  |
| 7. Находясь в тихой комнате после завтрака без потребления алкоголя |  |
| 8. За рулем автомобиля, остановившись на светофоре или в пробке |  |

**Результат:** 0 баллов – дневной сонливости нет; 1-5 – низкая нормальная, 6-10 – повышенная нормальная, 11-12 – низкая чрезмерная, 13-15 – средняя чрезмерная, 16-24 – выраженная чрезмерная дневная сонливость.

**ИНДЕКС ВЫРАЖЕННОСТИ БЕССОННИЦЫ**

**(Insomnia Severity Index – ISI, Morin C.M., 1993)**

**Инструкция.** В каждом пункте обведите кружочком цифру, которая наиболее соответствует вашему ответу. При электронном заполнении выделите цифру **жирным шрифтом** или подчеркните.

**1-3. Оцените ваши *ТЕКУЩИЕ* (за прошедшие 2 недели) проблемы со сном:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Проблема со сном** | **Нет** | **Легкая** | **Умеренная** | **Тяжелая** | **Очень тяжелая** |
| 1. Проблема с засыпанием | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Проблема прерывистого сна | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Проблема слишком раннего пробуждения | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**4. Насколько вы *УДОВЛЕТВОРЕНЫ* своим сном?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Очень удовлетворен | Удовлетворен | Относительно удовлетворен | Не удовлетворен | Очень неудовлетворен |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**5. Насколько, как вам кажется, окружающим *ЗАМЕТНЫ* ваши проблемы со сном в плане нарушения качества вашей жизни?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Совсем не заметны | Чуть | Немного | Сильно | Очень сильно заметны |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**6. В какой степени вас *БЕСПОКОЯТ* (заботят) текущие проблемы со сном?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Совсем не беспокоят | Чуть | Немного | Сильно | Очень сильно беспокоют |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**7. В какой степени, по-вашему, проблемы со сном *МЕШАЮТ* вашему повседневному функционированию (сказываются, например, в виде дневной усталости, на способности выполнять рабочие/ежедневные обязанности, концентрации, памяти, настроении и т.д.) *В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ*?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Совсем не мешают | Чуть | Немного | Сильно | Очень сильно мешают |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Результат:** 0-7 баллов – норма, 8-14 – легкие нарушения сна, 15-21 – умеренные, 22-28 – выраженные.

**ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ**

**(The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983)**

**Инструкция:** Каждому утверждению соответствует 4 варианта ответа. Обведите кружочком цифру, которая наиболее соответствует вашему состоянию *ЗА ПОСЛЕДНЮЮ* *НЕДЕЛЮ*. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной. При электронном заполнении выделите цифру **жирным шрифтом** или подчеркните.

|  |  |
| --- | --- |
| Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ) | Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ) |
| **1. Я испытываю напряжение, мне не по себе**  3 - всё время  2 - часто  1 - время от времени, иногда  0 - совсем не испытываю  **2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться**  3 - определённо это так, и страх очень велик  2 - да, это так, но страх не очень велик  1 - иногда, но это меня не беспокоит  0 - совсем не испытываю  **3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове**  3 - постоянно  2 - большую часть времени  1 - время от времени и не так часто  0 - только иногда  **4. Я легко могу присесть и расслабиться**  0 - определённо, это так  1 - наверно, это так  2 - лишь изредка, это так  3 - совсем не могу  **5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь**  0 - совсем не испытываю  1 - иногда  2 - часто  3 - очень часто  **6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться**  3 - определённо, это так  2 - наверно, это так  1 - лишь в некоторой степени, это так  0 - совсем не испытываю  **7. У меня бывает внезапное чувство паники**  3 - очень часто  2 - довольно часто  1 - не так уж часто  0 - совсем не бывает | **1. То, что раньше приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня то же чувство**  0 - определённо, это так  1 - наверное, это так  2 - лишь в очень малой степени, это так  3 - это совсем не так  **2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное**  0 - определённо, это так  1 - наверное, это так  2 - лишь в очень малой степени, это так  3 - совсем не способен  **3. Я испытываю бодрость**  3 - совсем не испытываю  2 - очень редко  1 - иногда  0 - практически всё время  **4. Мне кажется, что я стал всё делать очень медленно**  3 - практически всё время  2 - часто  1 - иногда  0 - совсем нет  **5. Я не слежу за своей внешностью**  3 - определённо, это так  2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно  1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени  0 - я слежу за собой так же, как и раньше  **6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения**  0 - точно так же, как и обычно  1 - да, но не в той степени, как раньше  2 - значительно меньше, чем обычно  3 - совсем так не считаю  **7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы**  0 - часто  1 - иногда  2 - редко  3 - очень редко |
| **Результат:** 0-7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги / депрессии), 8-10 – субклинически выраженная тревога / депрессия, ≥11 – клинически выраженная тревога / депрессия | |

**СПАСИБО!** Сохраните документ с вашими ответами (при электронном заполнении) или отсканируйте/сфотографируйте (при заполнении от руки) и вышлите для оценки врачу-сомнологу на электронную почту: **doctor@sleep34.ru**