

پرسشنامه ی زیر برای ارزیابی هر گونه مشکل خوابی که در طول ماه گذشته حداقل سه بار در طول هفته تجربه کرده اید طراحی شده است. لطفاً دور گزینه ای که برآورد مناسبی از وضعیت خواب شماست خط بکشید.

۱. شروع خواب (مدت زمانی که طول می کشد تا بعد از خاموش کردن چراغ ها به خواب بروید):

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ۰- مشکلی ندارم | ۱- کمی با تاخیر به خواب میروم |
| ۲- با تاخیر قابل توجه به خواب میروم | ۳- خیلی تاخیر داشت یا اصلاً نخوابیدم |
- ### ۲. بیدار شدن در طول شب:
- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| ۰- مشکلی ندارم. | ۱- مشکل جزئی دارم. |
| ۲- مشکل قابل توجه دارم. | ۳- مشکل جدی داشتم یا اصلاً نخوابیدم |
- ### ۳. بیدار شدن از خواب زودتر از زمان مورد نظر:
- | | |
|---|---|
| ۰- زودتر بیدار نمی شوم | ۱- کمی زودتر بیدار می شوم. |
| ۲- به طور قابل توجهی زودتر بیدار میشوم. | ۳- خیلی زودتر بیدار میشوم یا اصلاً نخوابیدم |
- ### ۴. کل مدت زمان خواب:

- | | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| ۰- کافی است | ۱- کمی ناکافی است |
| ۲- به طور مشخص ناکافی است | ۳- بسیار ناکافی است یا اصلاً نخوابیدم |
- ### ۵. کیفیت کلی خواب (بدون توجه به اینکه چقدر خوابیده اید):

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| ۰- رضایت بخش | ۱- کمی غیر رضایت بخش |
| ۲- به طور مشخص نامطلوب | ۳- خیلی نامطلوب یا اصلاً نخوابیدم |

۶. احساس سر حال بودن در طول روز:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| ۰- طبیعی | ۱- اندکی کاهش یافته است |
| ۲- به طور قابل توجهی کاهش یافته است | ۳- بسیار کاهش یافته است |

۷. عملکرد (فیزیکی و ذهنی) در طول روز:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| ۰- طبیعی | ۱- اندکی کاهش یافته است |
| ۲- به طور قابل توجهی کاهش یافته است | ۳- بسیار کاهش یافته است |

۸. خواب آلودگی در طول روز:

- | | |
|---------------|---------|
| ۰- وجود ندارد | ۱- خفیف |
| ۲- قابل توجه | ۳- شدید |