**ДНЕВНИК САМОНАБЛЮДЕНИЯ КАЧЕСТВА СНА**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заполняется утром** | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата / день недели** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Я проснулся утром (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Я лег спать вечером (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Вечером я заснул** | | | | | | | | | | | | | |
| быстро |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в течение некоторого времени |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| с трудом |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Я просыпался ночью** | | | | | | | | | | | | | |
| количество раз |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| примерное время без сна (мин) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Прошлой ночью я суммарно спал (часов)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Факторы, ухудшавшие качество сна (шум, свет, дискомфорт, стресс и т. д.)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Когда я проснулся, я чувствовал себя** | | | | | | | | | | | | | |
| выспавшимся |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| немного отдохнувшим |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уставшим |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Заметки (факторы, которые могли повлиять на качество сна)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заполняется вечером** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата / день недели** |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| **Я употреблял напитки, содержащие кофеин (чай, кофе, кока-кола)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Утро/день/вечер |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| количество |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| **Физические упражнения** |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| **Прием медикаментов** |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| **Дневной сон (если да, указать длительность)** |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| **Сонливость в течение дня (выраженность от 0 до 5)** |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| **Настроение в течение дня** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Очень хорошее |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| Хорошее |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| Плохое |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| Очень плохое |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **За 2-3 часа до сна** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| употреблял напитки, содержащие кофеин |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| ел плотную пищу |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| пил алкоголь |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **Занятия за час до сна (ванна, чтение, музыки, использование электронных устройств, упражнения для релаксации)** |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |

**ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАБЛЮДЕНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Текущее качество сна (ТКС)** | **Желаемое качество сна (ЖКС)** |

**Результаты теста «Индекс тяжести инсомнии»:**