

Pittsburgh Sleep Quality Index ^{1,2} (PSQI)

Istruzioni:

Le seguenti domande servono a valutare come è stato il suo sonno nell'ultimo mese. Per ciascuna domanda scelga la risposta che descrive meglio la maggioranza dei giorni e delle notti dell'ultimo mese. Le chiediamo, gentilmente, di rispondere a tutte le domande.

Nome

Età

Sesso

1 Nell'ultimo mese, di solito, a che ora è andata/o a letto la sera? **ORARIO IN CUI SI DISPONE A LETTO**

2 Nell'ultimo mese, di solito, quanto tempo (in minuti) ha impiegato ad addormentarsi ogni notte? **DURATA DELL'ADDORMENTAMENTO IN MINUTI**

3 Nell'ultimo mese, di solito, a che ora si è alzata/o al mattino? **ORARIO IN CUI SI ALZA DAL LETTO**

4 Nell'ultimo mese, quante ore ha dormito effettivamente per notte? (potrebbero essere diverse dal numero di ore passate a letto) **ORE DI SONNO PER NOTTE**

Per ciascuna delle seguenti domande, segni con una crocetta (X) la risposta più appropriata al suo caso. Anche in questo caso, per favore, faccia attenzione a rispondere a tutte le domande.

5 Nell'ultimo mese, quanto spesso ha avuto problemi di sonno dovuti a...
a) non riuscire ad addormentarsi entro 30 minuti
 Non durante l'ultimo mese Meno di una volta a settimana Una o due volte a settimana Tre o più volte a settimana

b) svegliarsi nel mezzo della notte o al mattino presto senza riaddormentarsi subito
 Non durante l'ultimo mese Meno di una volta a settimana Una o due volte a settimana Tre o più volte a settimana

c) alzarsi nel mezzo della notte per andare in bagno
 Non durante l'ultimo mese Meno di una volta a settimana Una o due volte a settimana Tre o più volte a settimana

d) non riuscire a respirare bene
 Non durante l'ultimo mese Meno di una volta a settimana Una o due volte a settimana Tre o più volte a settimana

e) tossire o russare forte
 Non durante l'ultimo mese Meno di una volta a settimana Una o due volte a settimana Tre o più volte a settimana

f) sentire troppo freddo
 Non durante l'ultimo mese Meno di una volta a settimana Una o due volte a settimana Tre o più volte a settimana

g) sentire troppo caldo
 Non durante l'ultimo mese Meno di una volta a settimana Una o due volte a settimana Tre o più volte a settimana

h) fare brutti sogni
 Non durante l'ultimo mese Meno di una volta a settimana Una o due volte a settimana Tre o più volte a settimana

i) avere dolori
 Non durante l'ultimo mese Meno di una volta a settimana Una o due volte a settimana Tre o più volte a settimana

j) C'è qualche altro problema che può aver disturbato il suo sonno?
 (specificare) **NO** **SI**

E quanto spesso ha avuto problemi a dormire per questo motivo?
 Non durante l'ultimo mese Meno di una volta a settimana Una o due volte a settimana Tre o più volte a settimana

6 Nell'ultimo mese, come valuta complessivamente la qualità del suo sonno? **Molto buona** **Abbastanza buona** **Abbastanza cattiva** **Molto cattiva**

7 Nell'ultimo mese, quanto spesso ha preso farmaci (prescritti dal medico o meno) per aiutarsi a dormire? **Non durante l'ultimo mese** **Meno di una volta a settimana** **Una o due volte a settimana** **Tre o più volte a settimana**

8 Nell'ultimo mese, quanto spesso ha avuto difficoltà a rimanere sveglia/o alla guida o nel corso di attività sociali? **Non durante l'ultimo mese** **Meno di una volta a settimana** **Una o due volte a settimana** **Tre o più volte a settimana**

9 Nell'ultimo mese, ha avuto problemi ad avere energie sufficienti per concludere le sue normali attività? **Per niente** **Poco** **Abbastanza** **Molto**