

SØVNSKJEMA

NAVN:

ALDER:

KJØNN:

Har du merket følgende besvær siste 3 måneder?

	aldri	sjelden noen ganger pr. år	iblant noen ganger pr. mnd	for det meste flere ggr pr. uke	alltid hver dag
vanskelig for å sovne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gjentatte oppvåkninger med vansker for å sovne igjen..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
våknet opp for tidlig (endelig oppvåkning).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
for lite søvn (minst 1 time under ditt søvnbehov).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mareritt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
snorking (i følge andre).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pustepauser under søvn (i følge andre).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trett/søvnig på arbeid/skole eller i fritiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utilsiktede søvnepisoder ('hodet dupper')					
på arbeid/skole.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
på fritiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
behov for å kjempe mot søvnen for å holde deg våken...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
livlige drømmer ved innsovning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opplevelse av muskel-lammelse ved oppvåkning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plutselig tap av muskelkraft (f.eks. 'knekker' i knærne)					
ved følelsemessige reaksjoner (som latter, sinne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedisinbruk siste 3 måneder:					
Har du brukt sovemedisiner (på resept).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du brukt annen type sovemedisiner (ikke på resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du siste året vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?

Ja

Nei

Når går du normalt til sengs (for å sove)?

Hverdager: kl _____

Helg/ferie: kl _____

Når våkner du normalt opp (endelig oppvåkning)?

Hverdager: kl _____

Helg/ferie: kl _____

Hvor lenge bruker du å ligge våken før du sovner?

Hverdager: _____ min

Helg/ferie: _____ min

Hvor mye søvn trenger du?

_____ timer _____ minutter

Hvor ofte tar du deg en blund på dagtid?

- aldri
 sjelden (noen ganger per år)
 iblant (noen ganger per måned)
 for det meste (flere ganger i uka)
 alltid (hver dag)

Hvis du tar deg en blund, hvor lenge bruker den å vare?

_____ timer _____ minutter

VEND ARKET. Spørreskjemaet forsetter på baksiden!

Er du morgen- eller kveldsmenneske? utpreget morgenmenneske
 mer morgen- enn kveldsmenneske
 verken eller
 mer kvelds- enn morgenmenneske
 utpreget kveldsmenneske

Mener du at du får tilstrekkelig med søvn? Ja, absolutt tilstrekkelig
 Ja, stort sett tilstrekkelig
 Nei, noe utilstrekkelig
 Nei, klart utilstrekkelig
 Nei, langt fra tilstrekkelig

Hvordan synes du at du sover totalt sett? Veldig bra
 Ganske bra
 Verken bra eller dårlig
 Ganske dårlig
 Veldig dårlig

Har du regelmessig en periode i løpet av dagen hvor du er spesielt trett/søvnig? Ja Nei

Hvis du har en slik periode, når på dagen pleier den å komme (angi ca. klokkeslett)? _____

Hvis du blir liggende å døse utover dagen etter en natt med normal søvn, hvordan føler du deg resten av dagen? mer opplagt
 ingen forskjell
 mindre opplagt

Bruker du vekkerklokke for å våkne om morgenen? Hverdager: Ja Nei
Helg/ferie: Ja Nei

Hvis du bruker sovemedisiner, hvor lenge har du brukt slike? mer enn 5 år
 1 - 5 år
 3 - 12 måneder
 1 - 3 måneder
 under en måned

Hvis du bruker sovemedisiner, føler du at de hjelper? Veldig mye
 Ganske bra
 Litt
 Ganske dårlig
 Ikke i det hele tatt

Føler du selv at du har et søvnproblem? Ja Nei

Hvis du har søvnproblemer, hvor lenge har du hatt det? _____ år _____ måneder

Her kan du komme med ytterligere kommentarer om søvnen din: