

# 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: