

# Karolinska Sömnformulär

Namn/bet:.....

Har du haft kännning av följande besvär de senaste tre månaderna?

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	För det mesta	Alltid
		<i>Någon, några ggr/år</i>	<i>Flera ggr/mån</i>	<i>1-2 ggr /vecka</i>	<i>3-4 ggr /vecka</i>	<i>5 ggr eller mer /vecka</i>
a) Svårigheter att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Svårigheter att vakna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Upprepade uppvaknanden med svårigheter att somna om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kraftiga egna snarkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kippar efter andan, "frustar" under sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Andningsuppehåll under sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mardrömmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ej utsövd vid uppvaknandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) För tidigt uppvaknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Störd/orolig sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ofrivilliga ryckningar i benen som stör sömnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) För lite sömn (minst två timmar för lite per huvudsömn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Känsla av att vara utmattad vid uppvaknandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Sömnig under arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Sömnig under fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Ofrivilliga sömnperioder (tillnicking) under arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Ofrivilliga sömnperioder (tillnicking) under fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Behov av att kämpa mot sömnen för att hålla sig vaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilken tid går Du normalt till sängs (släcker lampan)?

Under arbetsveckan: kl. \_\_\_\_\_

Under ledighet: kl. \_\_\_\_\_

Vilken tid stiger Du normalt upp?

Under arbetsveckan: kl. \_\_\_\_\_

Under ledighet: kl. \_\_\_\_\_

Hur lång tid ligger Du vaken innan Du somnar

Under arbetsveckan: \_\_\_\_\_ min

# Karolinska Sömnformulär

Namn/bet:.....

(efter att du har släckt lampan)?

Under ledighet: \_\_\_\_\_ min

---

Hur mycket sömn behöver du per dygn?

\_\_\_\_\_ timmar \_\_\_\_\_ minuter

---

Hur ofta tar Du en tupplur?

- I stort sett aldrig
- Någon enstaka gång per månad
- En gång per vecka
- Varannan dag eller flera ggr/vecka
- I stort sett varje dag

Om Du tar en tupplur, hur lång brukar den vara?

timmar \_\_\_\_\_ minuter \_\_\_\_\_

---

Är Du morgon- eller kvällsmänniska?

- Utpräglad morgonmänniska
  - Mer morgon- än kvällsmänniska
  - Varken eller
  - Mer kvälls- än morgonmänniska
  - Utpräglad kvällsmänniska
- 

Anser Du att Du får tillräckligt med sömn?

- Ja, definitivt tillräckligt
  - Ja, i stort sett tillräckligt
  - Nej, något otillräckligt
  - Nej, klart otillräckligt
  - Nej, långt ifrån tillräckligt
- 

Hur tycker Du att Du sover på det hela taget?

- Mycket bra
  - Ganska bra
  - Varken bra eller dåligt
  - Ganska dåligt
  - Mycket dåligt
-