

Sömnkartläggning

Namn: _____

Datum: _____

Funktionsnedsättning/diagnoser:

Beskriv dina sömnproblem. Hur påverkar det din vardag? Hur länge har du haft dina sömnproblem?

Tar du någon form av medicin? Vilka? Varför?

Om sömnen

1. Vilken tid lägger du dig? Beskriv hur dina rutiner ser ut när du ska lägga dig.

2. Hur lång tid tar det för dig att somna?

3. Känner du oro/ångest? Beskriv hur den yttrar sig, hur ofta du har den och hur länge den håller i sig.

4. Har du smärta/somatiska besvär? Beskriv hur den yttrar sig, hur ofta du har den och hur länge den håller i sig.

5. Brukar du vakna på natten och i så fall varför?

a. Hur många gånger?

b. Vad gör du när du vaknar på natten?

c. Har du svårt att somna om?

6. När går du upp? Vaknar du av dig själv eller blir du väckt av någon/något?

7. Sover/vilar du under dagen? När? Hur länge?

Sovmiljö

8. Var sover du? Sover du själv i rummet?

9. Är det bekvämt eller obekvämt där du sover?

10. Föredrar du att ha varmt eller svalt i rummet?

11. Föredrar du att ha mörkt eller ljust i rummet när du ska sova?

12. Föredrar du att ha ljud eller tyst runt dig när du ska sova?

Struktur/rutiner

13. Motionerar du? Vad? När? Hur ofta?

14. Gör du någon form av avslappning? Vad? När? Hur ofta?

15. Äter och/eller dricker du något innan du lägger dig? Vad? Vilken tid?

16. Röker/snuser du, dricker du alkohol och/eller tar du någon form av droger innan du lägger dig? Vad?

17. Vad gör du vanligtvis på:

a. Morgonen/förmiddagen?

b. Eftermiddagen/kvällen?

Beskrivning av nuvarande situation

Namn: _____

Datum: _____

Hur ser din nattsömn ut?

Svara på följande genom att sätta ett kryss på linjen där det stämmer bäst

Sover utan att vakna ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Vaknar ofta

- Hur många gånger? _____

Sover avspänt, avslappnat ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Är spänd nattetid

Sover lugnt ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Är orolig

- Hur yttrar sig din oro? _____

Få ofrivilliga rörelser ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Många ofrivilliga rörelser

Ingen smärta ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Smärta

- Var? _____

Inga andningsbesvär ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Andningsbesvär

Hur påverkar din nattsömn dig i ditt vardagsliv?

Vaken/pigg ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Trött

Koncentrerad ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Okoncentrerad, orolig

Ingen ångest ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Ångest

Avslappnad ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Spastisk/spänd

Lugn ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Irriterad

- Hur yttrar det sig? _____

Annat: _____

Sömnhygien

Generella rekommendationer:

Sovrumsmiljö som främjar sömnen

- Bekväm säng i välkänd miljö
- Rätt temperatur, gärna svalt
- Mörklagt, lugnt och tyst rum (vissa personer somnar lättare med bakgrundsljud)
- Associeras med positiva upplevelser

Goda sömnvanor

- Regelbundna rutiner kring sänggående
- Regelbundna tider för sänggående och uppstigning
- Gå och lägga sig när man är sömnig
- Gå igenom problem, bekymmer och planering i god tid före sänggående
- Regelbunden fysisk aktivitet, frisk luft och dagsljus under dagarna
- Avslappning

Att undvika

- TV, dator, surfplatta, mobil eller liknande i sovrummet
- Starka känsloutlösningar så som uppspelthet och upprördhet innan sänggående
- Träning eller annan kraftig fysisk aktivitet sent på kvällen
- Koffeinhaltiga och söta drycker efter klockan 16.00 (till exempel kaffe, läsk, choklad)
- Stora måltider och/eller mycket dryck sent på kvällen
- Lägga sig hungrig
- Rökning, alkohol och droger
- För mycket eller för sen vila under dagen
- Ligga vaken i sängen när man har svårt att somna på natten

Egna kommentarer:

Utvärdering av tyngdtäcke

Uppföljning av tyngdtäcke

Datum _____

Bilaga 3A

Namn _____

Datum _____

Typ av täcke: _____

	söndag/måndag	måndag/tisdag	tisdag/onsdag	onsdag/torsdag	torsdag/fredag	fredag/lördag	lördag/söndag
Har du använt täcket under natten?							
Tid för sänggående							
Tid för uppstigande							
Hur lång tid tog det att somna?							
Har du vaknat under natten? (antal gånger, hur länge var du vaken?)							
Använde du sömnmedicin?							
Hur har du sovit? 1 = mycket bra, 2 = ganska bra, 3 = varken bra eller dåligt, 4 = ganska dåligt, 5 = mycket dåligt							
Har du sovit under dagen? Hur ofta och hur länge?							
Har du använt täcket under dagen? I vilka situationer?							

Hur kände du dig under dagen? Skriv en siffra i rutorna nedan (1 = mycket, 2 = ganska mycket, 3 = något, 4 = lite grann, 5 = inte alls).

	måndag	tisdag	onsdag	torsdag	fredag	lördag	söndag
Vaken/pigg							
Koncentrerad							
Lugn (ingen ångest)							
Avslappnad							
Lugn (ingen irritation)							

Uppföljning av tyngdtäcke

Datum _____

Namn _____

Datum _____

Typ av täcke: _____

	söndag/måndag	måndag/tisdag	tisdag/onsdag	onsdag/torsdag	torsdag/fredag	fredag/lördag	lördag/söndag
Har du använt täcket under natten?							
Tid för sänggående							
Tid för uppstigande							
Hur lång tid tog det att somna?							
Har du vaknat under natten? (antal gånger, hur länge var du vaken?)							
Använde du sömnmedicin?							
Hur har du sovit? 1 = mycket bra, 2 = ganska bra, 3 = varken bra eller dåligt, 4 = ganska dåligt, 5 = mycket dåligt							
Har du sovit under dagen? Hur ofta och hur länge?							
Har du använt täcket under dagen? I vilka situationer?							

Hur kände du dig under dagen? Skriv en siffra i rutorna nedan (1 = mycket, 2 = ganska mycket, 3 = något, 4 = lite grann, 5 = inte alls).

	måndag	tisdag	onsdag	torsdag	fredag	lördag	söndag
Vaken/pigg							
Koncentrerad							
Lugn (ingen ångest)							
Avslappnad							
Lugn (ingen irritation)							

Uppföljning av tyngdtäcke

Datum

Bilaga 3B

Namn: _____

Datum: _____

Typ av täcke: _____

När har du använt täcket? Ringa in aktuella alternativ:

Måndag:	dag	natt
Tisdag:	dag	natt
Onsdag:	dag	natt
Torsdag:	dag	natt
Fredag:	dag	natt
Lördag:	dag	natt
Söndag:	dag	natt

I vilka situationer har du använt täcket?

Hur har det fungerat?

Har dina sömnvanor förändrats något sedan förra veckan?

Beskrivning av nuvarande situation

Hur ser din nattsömn ut?

Svara på följande genom att sätta ett kryss på linjen där det stämmer bäst.
0 = ingen svårighet, 10 = stora svårigheter.

Sover utan att vakna ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Vaknar ofta

- Hur många gånger? _____

Sover avspänt, avslappnat ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Är spänd nattetid

Sover lugnt ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Är orolig

- Hur yttrar sig din oro? _____

Få ofrivilliga rörelser ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Många ofrivilliga rörelser

Ingen smärta ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Smärta

- Var? _____

Inga andningsbesvär ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Andningsbesvär

Hur påverkar din nattsömn dig i ditt vardagsliv?

Vaken/pigg ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Trött

Koncentrerad ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Okoncentrerad, orolig

Ingen ångest ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Ångest

Avslappnad ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Spastisk/spänd

Lugn ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Irriterad

- Hur yttrar det sig? _____

Annat: _____
