

## VPRAŠALNIK – OPIS MOTENJ SPANJA

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Tel. št.: \_\_\_\_\_

Telesna teža: \_\_\_\_\_ kg      Starost: \_\_\_\_\_ let      Telesna višina: \_\_\_\_\_ cm

### **Spoštovani,**

vaša zgodba o težavah med spanjem veliko pove o tem, ali je potrebna diagnostika in zdravljenje in kdaj so težave že škodljive za vaše zdravje. V ta namen vas prosimo, da sami ali s pomočjo posteljnega partnerja odgovorite na spodnja vprašanja. Če na kakšno vprašanje ne veste odgovora, se bomo na pregledu o tem skupaj pogovorili. Prosimo, da izpolnjen vprašalnik prinesete s seboj na pregled.

### **1.DEL**

Kako dolgo traja, da zaspate? Od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ minut

Če s težavo zaspate, kaj moti vaše uspanje? \_\_\_\_\_

Ali si pomagate z uspavali (zdravila, mleko, uspavalni čaj ...)?      DA      NE

Kako dolgo traja vaš spanec?      Med delovnimi dnevi \_\_\_\_\_ ur

Med vikendom/na počitnicah \_\_\_\_\_ ur

Kako pogosto smrčite?      vsako noč      2-3x tedensko      2-3x mesečno      redko

Kolikokrat na noč se prebudite?      večkrat      1x      2-3x tedensko      2-3x mesečno

Zakaj se prebujate ponoči? \_\_\_\_\_

Kolikokrat morate ponoči na vodo?      večkrat      1x      2-3x tedensko      2-3x mesečno

Ali se ponoči prekomerno potite?      DA      NE

Koliko časa potrebujete zjutraj, da pričnete z običajnimi dnevnimi aktivnostmi?

Od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ minut

Ali imate zjutraj pogoste glavobole?      DA      NE

Ste zaspani in utrujeni že v dopoldanskem času?      DA      NE

Ali se zjutraj zbudite bolj utrujeni, kot ko greste spat?      DA      NE

Ali zaradi zaspanosti potrebujete počitek preko dneva?      DA      NE

Če da, kako pogosto?      vsak dan      2-3x tedensko      2-3x mesečno

Ste kdaj zaspali za volanom?      DA      NE

Če da, kdaj in kolikokrat? \_\_\_\_\_

Ste kdaj zaspani za volanom in se morate ustaviti, da zadremate?      DA      NE

Če ste ženskega spola – ste v menopavzi?      DA      NE

Ali ste v preteklosti utrpeli srčno ali možgansko kap?      DA      NE

Ali imate znano motnjo srčnega ritma?      DA      NE

Ali se zdravite zaradi srčnega popuščenja?      DA      NE

Ali imate sladkorno bolezen?      DA      NE

Ali imate znano bolezen ščitnice?      DA      NE

Ali se zdravite zaradi boleznih dihal?      DA      NE

Če da, katero?      Astma      KOPB      Kronični rinitis      Drugo: \_\_\_\_\_

Ali se zdravite zaradi depresije? DA NE  
Ali imate katero drugo bolezen? DA NE  
Če da, katero? \_\_\_\_\_  
Ste bili kdaj operirani v področju žrela ali nosu? DA NE  
Če da, za kakšno operacijo je šlo? \_\_\_\_\_

## 2.DEL

Ali imate visok krvni pritisk oziroma se zdravite zanj? DA NE  
Ali je vaš ITM višji od 35? (telesna masa v kilogramih, deljena s kvadratom telesne višine v metrih) DA NE  
Ali ste starejši od 50 let? DA NE  
Je vaš obseg vratu večji od 40 cm? DA NE  
Ste moškega spola? DA NE

**Na naslednja tri vprašanja odgovorite z »DA« le v primeru, da se omenjene težave pojavljajo pogosto oziroma večino dni v tednu:**

Ali smrčite glasno (glasneje kot govorite oz. se vas sliši v drug prostor)? DA NE  
Ali ste pogosto utrujeni, zaspani? DA NE  
Ali je kdo opazil, da prenehate dihati v spanju? DA NE

**SKUPAJ ŠT. ODGOVOROV »DA« V 2. DELU VPRAŠALNIKA: \_\_\_\_\_**

## 3.DEL

Prosim, odgovorite na vseh 8 vprašanj v spodnji tabeli. Pri vsakem vprašanju obkrožite eno številko od 0 do 3.

Kakšna je verjetnost, da OB NAVEDENI SITUACIJI zaspate? (0 – ne zaspim, 1 – majhna, 2 – srednje velika, 3 – zelo velika)				
Če berete sede?	0	1	2	3
Če gledate televizijo?	0	1	2	3
Kadar sedite na javnem mestu (gledališče, čakalnica ...)?	0	1	2	3
Kot sopotnik v avtu pri vožnji, daljši od 1h?	0	1	2	3
Kadar popoldan ležete k počitku?	0	1	2	3
Kadar sedite in se pogovarjate?	0	1	2	3
Kadar sedite pri miru po kosilu?	0	1	2	3
V avtu, ko se ustavite za nekaj minut v gneči na cesti?	0	1	2	3

**SKUPNI SEŠTEVEK OBKROŽENIH ŠTEVIL 3. DELA VPRAŠALNIKA: \_\_\_\_\_**

Pripravil: prof. dr. Matjaž Fležar, dr. med.