

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 uspavanje? _____

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 popuščanja? 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. Obkrožena števila nato seštejte in vpišite rezultat na črto.

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: _____