

Søvnvaner hos barn (4-12 år)

Påstandene under er om ditt barns søvnvaner og mulige søvnproblemer. Tenk på den siste uka i barnets liv når du svarer på spørsmålene. Dersom den siste uken var uvanlig av en eller annen grunn (som for eksempel at barnet var sykt og derfor sov dårlig eller at TV var gått i stykker), tenk da tilbake på uka nærmest i tid som var en vanlig uke. Svar **VANLIGVIS** dersom noe inntreffer **5 ganger eller oftere** i løpet av en uke; svar **NOEN GANGER**, dersom det inntreffer **2-4 ganger** i en uke; svar **SJELDEN** om noe inntreffer **aldri eller 1 gang** i løpet av en uke. Vær vennlig også å oppgi om søvnvanen er et problem ved å sette ring rundt "Ja", "Nei" eller ikke aktuelt "IA".

Leggetidspunkt

Skriv tidspunktet for når barnet går til sengs: _____

	Vanligvis (5-7)	Noen ganger (2-4)	Sjelden (0-1)	Problem?		
1) Barnet legger seg til samme tid hver kveld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
2) Barnet sovner innen 20 minutter etter at det har lagt seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
3) Barnet sovner inn alene i sin egen seng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
4) Barnet sovner inn i sengen til foreldre eller søsken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
5) Barnet trenger å ha en av foreldrene til stede i rommet for å sovne inn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
6) Barnet protesterer mot å legge seg (gråter, nekter å være i sengen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
7) Barnet er redd for å sove i mørket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
8) Barnet er redd for å sove alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA

Søvnatferd

Barnes vanlige mengde søvn oppnådd per døgn: _____ timer og _____ minutter (sum av nattesøvn og blunder på dagtid)

	Vanligvis (5-7)	Noen ganger (2-4)	Sjelden (0-1)	Problem?		
9) Barnet sover for lite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
10) Barnet får tilstrekkelig mengde søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
11) Barnet sover omtrent like mye hvert døgn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
12) Barnet tisser i sengen om natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
13) Barnet snakker i søvne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
14) Barnet er urolig og beveger seg mye mens det sover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
15) Barnet går i søvne om natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
16) Barnet flytter seg til en annens seng i løpet av natten (foreldre, bror, søster, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
17) Barnet skjærer tenner når det sover (tannlegen kan ha informert deg om dette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
18) Barnet snorker høyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA

Søvnatferd (fortsettelse)

	Vanligvis (5-7)	Noen ganger (2-4)	Sjelden (0-1)	Problem?		
19) Barnet ser ut til å stoppe å puste under søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
20) Barnet pruster og/eller gisper etter luft under søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
21) Barnet har vansker med å sove når det er borte fra hjemmet (besøke slektninger, ferier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
22) Barnet våkner skrikende om natten, svetter og er vanskelig å roe ned/trøste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
23) Barnet våker redd pga en skremmende drøm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA

Nattlige oppvåkninger

24) Barnet våkner en gang i løpet av natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
25) Barnet våkner mer enn en gang i løpet av natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA

Skriv ned hvor mange minutter en nattlig oppvåkning vanligvis varer: _____

Oppvåkning om morgenen/søvnighet på dagtid

Skriv ned tidspunktet for når barnet vanligvis våkner om morgenen: _____

	Vanligvis (5-7)	Noen ganger (2-4)	Sjelden (0-1)	Problem?		
26) Barnet våkner av seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
27) Barnet er i dårlig humør når det våkner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
28) Voksne eller søsken vekker barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
29) Barnet har vansker med å komme seg opp av sengen om morgenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
30) Barnet bruker lang tid på å bli ordentlig våken om morgenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA
31) Barnet virker trett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nei	IA

Barnet har virket veldig søvning eller har sovnet i disse situasjonene (kryss av for det som passer):

	Ikke søvning	Veldig søvning	Faller i søvn
32) Se på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Passasjer i bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kilde: Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. Sleep 2000;23:1-9. Til norsk ved Yngvild Sørrebo Danielsen, Berit Hjelde Hansen og Ståle Pallesen.

Skåring:

Vanligvis = 3
Noen ganger = 2
Sjelden = 1

Ikke søvning = 0
Veldig søvning = 1
Faller i søvn = 2

Følgende ledd skal reverseres mht skåring:
1, 2, 3, 10, 11, 26

Subskaler:

Motstand mot å legge seg: Ledd 1, 3, 4, 5, 6, 8

Lang innsovningstid: Ledd 2

Søvn lengde: Ledd 9, 10, 11

Angst for å sove: Ledd 5, 7, 8, 21

Nattlige oppvåkninger: Ledd 16, 24, 25

Parasomnier: Ledd 12, 13, 14, 15, 17, 22, 23

Søvnrelaterte respirasjonsvansker: Ledd 18, 19, 20

Søvnighet på dagtid: 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Totalskåre: Cut-off skåre på 41 gir en sensitivitet på 0.80 og spesifisitet på 0.72, dvs at skårer høyere enn 41 bør ansees som å reflektere et klinisk problem.