

GLOBAL SLEEP ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

I løpet av siste måned, har du opplevd en stor eller belastende hendelse som du føler har påvirket søvnen din? Dersom du har det, vennligst beskriv: _____

INSTRUKSJONER: Vær vennlig og svar på spørsmålene nedenfor ved å ved å krysse av i boksene som best beskriver deg. Vennligst sett bare ett kryss for hvert spørsmål.

I løpet av de **SISTE 4 UKENE**, hvor ofte

- | | | | | | |
|----|---|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| 1 | Har du hatt vansker med å sovne inn, opprettholde søvnen eller følt deg lite uthvilt om morgenen? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| 2 | Har du sovnet uten at du ville det eller måtte kjempe for å holde deg våken på dagtid? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| 3 | Har søvnvansker eller søvnighet på dagtid forstyrret dine daglige aktiviteter? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| 4 | Har arbeid eller andre aktiviteter hindret deg i å få nok søvn? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| 5 | Har du snorket høyt? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| 6 | Har du hatt pustepauser eller stoppet å puste i søvne? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| 7 | Har du hatt urolige eller maurende følelser i bena om kvelden eller natten og som ble bedre av bevegelse? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| 8 | Har du hatt gjentatte rykninger eller bevegelser i bena i søvne? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| 9 | Har du hatt mareritt eller ropt, gått, slått eller sparket i søvne? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| 10 | Har de følgende tingene forstyrret søvnen din: | | | | |
| | a. Smerter | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| | b. Andre fysiske problem | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| | c. Bekymringer | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| | d. Medikamenter | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| | e. Annet: _____ | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |
| | (vær vennlig å spesifiser) | | | | |
| 11 | Har du vært trist eller engstelig? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> Vanligvis | <input type="checkbox"/> Alltid |