

Beskrivning av min sömn

Namn:.....

Personnummer:..... Datum:.....

Här kan du svara på frågor om din sömn och faktorer som kan påverka den. Du får möjlighet att själv reflektera över dina sömnvanor, och vi får underlag för att kunna hjälpa dig att sova bättre.

Vilken tid brukar du gå och lägga dig för att sova?

Vilken tid brukar du vilja vakna för att stiga upp?

Har dina sömnbesvär kommit eller förvärrats i samband med att du fick din cancerdiagnos?

Ja

Nej

Har du svårt att somna på kvällen?

Ja*

Nej

****Har du tankar om varför du har svårt att somna?***

Vaknar du för tidigt på morgonen? Ja* Nej***Har du tankar om varför du vaknar för tidigt?****Vaknar du under natten?** Ja* Nej***Har du tankar om varför du vaknar på natten?****Hur ofta har du sömnbesvär?** Varje natt Flera gånger i veckan Annat

Här kan du beskriva med egna ord om du vill:

Påverkar sömnbesvären ditt dagliga liv?

Ja*

Nej

***Hur påverkar det dig?**

Fysisk funktion (t.ex. fysisk aktivitet, kroppsarbete, hushållsarbete)

Kognitiv funktion (t.ex. koncentrationsförmåga, planering, arbete, studier)

Socialt och känslomässigt (t.ex. relationer, familj, psykiskt välbefinnande)

Allmänt trött och sömnig på dagen

Allmänt sänkt livskvalitet

Annat

Här kan du beskriva med egna ord om du vill:

Vad tror du själv att sömnbesvären beror på?

- Smärta
- Illamående
- Trötthet (fatigue)
- Täta toalettbesök
- Andra fysiska besvär
- Oro och ångest
- Läkemedelsbehandling
- Omgivande faktorer, till exempel sovmiljön
- Annat

Här kan du beskriva med egna ord om du vill:

Brukar du sova på dagen?

- Ja*
- Nej

***Brukar du sova en timme eller mer på dagen?**

- Ja
- Nej, mindre än en timme

Här kan du beskriva med egna ord om du vill:

Tar du läkemedel mot sömnbesvär?

Ja*

Nej

***Beskriv gärna vilket eller vilka läkemedel och hur ofta du tar dem.**

Har du gjort något annat för att lindra sömnbesvären?

Ja*

Nej

***Beskriv gärna vad du har gjort och om det har hjälpt.**

Har du egna tankar om vad som skulle kunna förbättra din sömn?

Råd om vad du kan göra själv

Under rubriken Rehabilitering och egenvård finns en text om sömnsvårigheter. Där kan du läsa mer om vad du själv kan göra för att sova bättre.

Sömndagbok

Namn:.....

Personnummer:.....

Sömndagboken är en hjälp för att bedöma dina sömnvanor.

1. Hur många timmars nattsömn behöver du för att känna dig utvilad? Ange ungefärligt antal timmar. Ta gärna hjälp av dina svar på fråga 6 och 7, när du fyller i formuläret igen.

| | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| Timmar: | | | | | | | |
| Datum: | | | | | | | |

2. Sov du under dagen igår? Ange i så fall ungefärligt antal timmar.

| | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| Timmar: | | | | | | | |
| Datum: | | | | | | | |

3. Hur lång tid tog det att somna från det att du lade dig för att sova, föregående natt?

Ange ungefärligt antal timmar.

| | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| Timmar: | | | | | | | |
| Datum: | | | | | | | |

4. Hur många gånger vaknade du under natten?

| | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| Timmar: | | | | | | | |
| Datum: | | | | | | | |

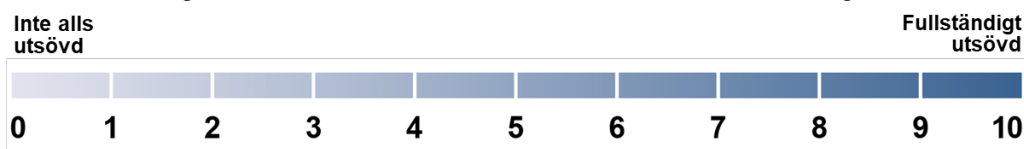
5. Vaknade du för tidigt på morgonen? Ange ungefär hur lång tid i timmar.

| | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| Timmar: | | | | | | | |
| Datum: | | | | | | | |

6. Ange den sammanlagda tid du sov under natten. Du behöver räkna bort eventuell tid du var vaken under natten. Ange ungefärligt antal timmar.

| | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| Timmar: | | | | | | | |
| Datum: | | | | | | | |

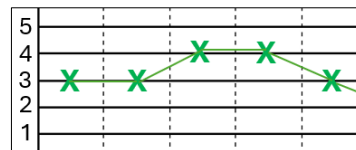
7. Hur utsövd känner du dig efter nattens sömn? Markera en siffra som bäst motsvarar hur utsövd du känner dig efter nattens sömn. 0 = inte alls utsövd, 10 = fullständigt utsövd.



Sömndagbok med diagram

Namn:.....

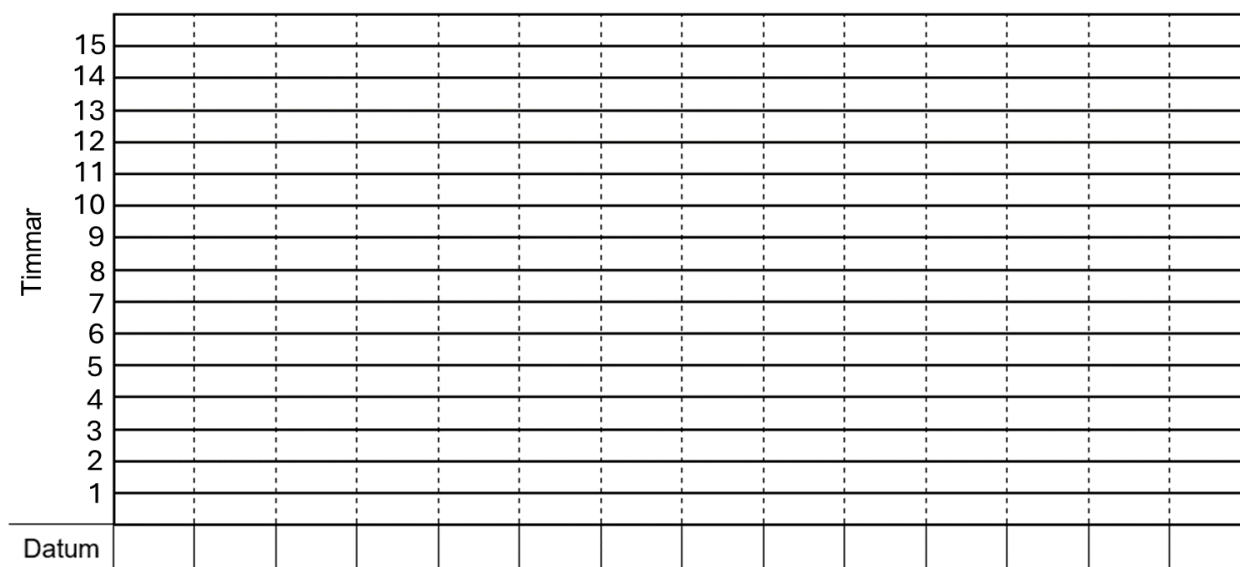
Personnummer:.....



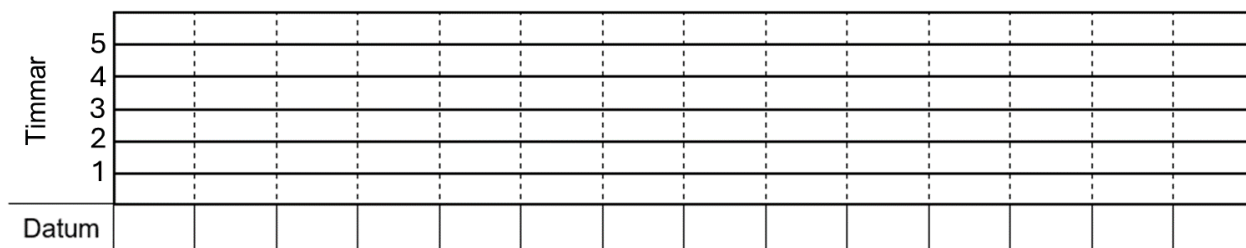
Bildexempel

Sätt ett kryss på linjen som motsvarar ditt svar. De lodräta kolumnerna motsvarar måttillfällen och du kan skriva i datum för varje svar. När du har kryssat för några dagar kan du dra ett streck mellan kryssen. Då får du en tydlig bild över förändringen över tid.

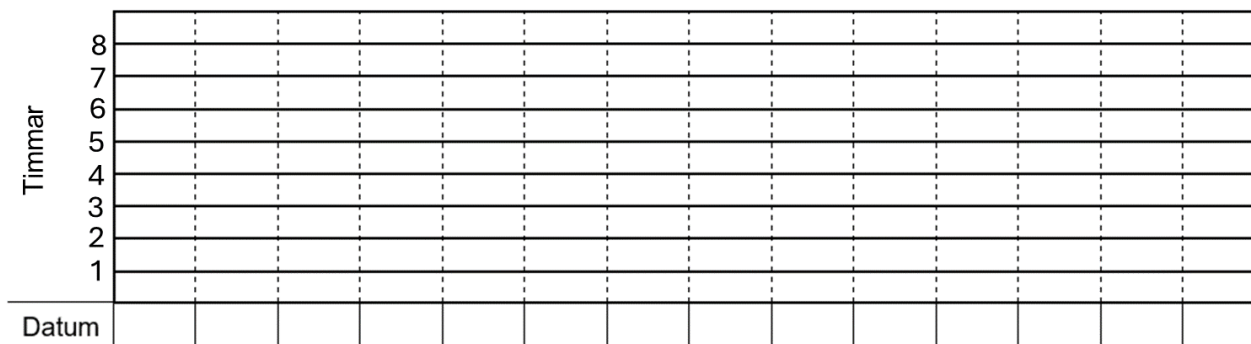
1. Hur många timmars nattsömn behöver du för att känna dig utvilad? Ange ungefärligt antal timmar. Ta gärna hjälp av dina svar på fråga 6 och 7, när du fyller i formuläret igen.



2. Sov du under dagen igår? Ange i så fall ungefärligt antal timmar.



3. Hur lång tid tog det att somna från det att du lade dig för att sova, föregående natt? Ange ungefärligt antal timmar.



4. Hur många gånger vaknade du under natten?

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | | | | | | | | | | | | | |

5. Vaknade du för tidigt på morgonen? Ange i så fall ungefärligt antal timmar.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | | | | | | | | | | | | | |

6. Ange den sammanlagda tid du sov under natten. Du behöver räkna bort eventuell tid du var vaken under natten. Ange ungefärligt antal timmar.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 15 | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | | | | | | | | | | | | | |

7. Hur utsövd känner du dig efter nattens sömn? Markera en siffra som bäst motsvarar hur utsövd du känner dig efter nattens sömn. 0 = inte alls utsövd, 10 = fullständigt utsövd.

| | |
|------------------|---------------------|
| Inte alls utsövd | Fullständigt utsövd |
| 0 | 10 |
| 1 | 9 |
| 2 | 8 |
| 3 | 7 |
| 4 | 6 |
| 5 | 5 |
| 6 | 4 |
| 7 | 3 |
| 8 | 2 |
| 9 | 1 |