

UNTA KOSKEVIA KYSYMYKSIÄ KOULUIKÄISELLE (7-16 VUOTTA)

Kysymyksiin voi vastata lapsi itse ja/tai vanhemmat

(Vaihtoehtokysymyksissä ympyröi parhaat vaihtoehdot ja tarvittaessa täydennä!)

Lomakkeen täyttöpäivämäärä _____ . _____ .20

I TAUSTATIETOJA SINUSTA JA PERHEESTÄSI

1. Nimesi: _____
2. Ikäsi: _____ v
3. Sukupuolesi: tyttö/poika
4. Keitä perheeseen sinun lisäksi kuuluu? (sisarusten ikä mukaan) _____

II NUKKUMISYMPÄRISTÖSI

1. Onko nukkumisympäristösi a) hyvä, b) meluisa, c) valoisa, d) kuuma, e) muuten epämukava, miten? _____

2. Nukahdatko a) omaan sänkyyn, b) vanhempien sänkyyn, c) muualle, minne? _____

3. Nukutko 1) vanhempien vieressä, 2) omassa sängyssä a) samassa huoneessa vanhempien kanssa, b) omassa huoneessa yksin, c) omassa huoneessa sisarusten kanssa, 3) jossain muualla (missä?) _____

III NUKKUMISTAPASI (unen seurantalomake täytetään myös)

1. Mihin aikaan menet nukkumaan arkisin? klo _____
2. Mihin aikaan menet nukkumaan viikonloppuisin? klo _____
3. Kuinka nopeasti nukahdat? a) alle 15 min, b) 15–30 min, c) 30–60 min, d) yli 1 t.
4. Miten nukahdat? a) yksin, d) vanhemman läsnäolo tarpeen, e) muuten, miten?

5. Kuinka monta tuntia yönesi kestää? _____ tuntia
6. Mihin aikaan heräät arkisin? klo _____
7. Mihin aikaan heräät viikonloppuisin? klo _____

IV UNEN AIKAISET ILMIÖT JA UNIHÄIRIÖT

1. Liittykö nukahtamiseesi pakonomaista raajojen liikehdintää? a) ei, b) kyllä, korkeintaan yhden kerran viikossa, c) kyllä, useamman kerran viikossa
2. Heräätkö öisin? a) ei, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, korkeintaan kahtena yönä viikossa, d) kyllä, kolmena tai useampana yönä viikossa
3. Jos heräät, niin kuinka monta kertaa yön aikana? _____ kertaa
4. Kuinka pian nukahtamisesta heräät ensimmäisen kerran? _____ tuntia
5. Tarvitsetko vanhempiesi apua nukahtaaksesi uudestaan? a) en, b) kyllä (miten?)

6. Liikehditkö levottomasti nukkuessasi? a) en, b) kyllä, ajoittain, c) kyllä, kolmena yönä tai useammin viikossa
7. Saatko alkuyöstä kesken unen ns. kauhukohtauksia, jolloin huudat, olet levoton ja vaikeasti herätettävissä etkä aamulla yleensä muista tapausta? a) en, b) kyllä, ajoittain, c) kyllä, korkeintaan yhden kerran viikossa, d) kyllä, useamman kerran viikossa
8. Käveletkö unissasi? a) en, b) kyllä, ajoittain, c) kyllä, korkeintaan yhden kerran viikossa, d) kyllä, useamman kerran viikossa
9. Puhutko unissasi? a) en, b) kyllä, ajoittain, c) kyllä, korkeintaan yhden kerran viikossa, d) kyllä, useamman kerran viikossa
10. Kuorsaatko? a) en, b) kyllä, infektioiden yhteydessä, c) kyllä, korkeintaan kolmena yönä viikossa, d) kyllä, joka yö

11. Onko sinulla hengitystaukoja unen aikana? a) ei, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, säännöllisesti
12. Narskutatko hampaitasi nukkuessasi? a) en, b) kyllä, ajoittain, c) kyllä, korkeintaan yhden kerran viikossa, d) kyllä, useamman kerran viikossa
13. Näetkö unia? a) en, b) kyllä, ajoittain, c) kyllä, korkeintaan yhden kerran viikossa, d) kyllä, useamman kerran viikossa
14. Näetkö painajaisia? a) en, b) kyllä, ajoittain, c) kyllä, korkeintaan yhden kerran viikossa, d) kyllä, useamman kerran viikossa
15. Onko sinulla yökastelua? a) ei, b) kyllä, ajoittain, c) kyllä, korkeintaan yhden kerran viikossa, d) kyllä, useamman kerran viikossa
16. Liittyykö nukkumiseesi muuta erikoista? (esim. nukahtamisvaiheen aistiharhoja, halvaustunte-
musta nukahtaessa, kohtauksellisia oireita alkuyön jälkeen tms.) _____
- _____
- _____

V PÄIVÄRYTMI

1. Missä koulussa olet? 1) peruskoulu, ala-aste: a) tavallinen oppimäärä, b) mukautettu oppimäärä, c) ESY-luokka; 2) peruskoulu, yläaste: a) tavallinen oppimäärä, b) mukautettu oppimäärä, c) ESY-luokka, 3) harjaantumiskoulu, 4) muu, mikä?
2. Kuinka paljon läksyjen teko vie aikaasi? a) yli 2 t, b) 1-2 t, c) alle 1 t, d) en tee läksyjä
3. Onko ruokailurytmisi (aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala) säännöllinen päivittäin?
a) kyllä, b) ei, jätän syömättä joskus (mitä?) _____

- c) ei, jätän syömättä joka päivä (mitä?) _____

4. Ulkoiletko vapaa-aikanasi? a) joka päivä, b) muutamana päivänä viikossa, c) en lainkaan
5. Kuinka monta kertaa viikossa sinulla on harrastuksia? a) 0 kertaa, b) 1 kerta, c) 2 kertaa, d) 3 kertaa tai enemmän
6. Mitä harrastuksia? _____

7. Miten paljon aikaa vietät kaveriesi kanssa? a) 3 t tai enemmän joka päivä, b) 1-3 t joka päivä, c) muutamana päivänä viikossa, d) en lainkaan
8. Miten paljon vietät aikaa vanhempiesi kanssa? a) 3 t tai enemmän joka päivä, b) 1-3 t joka päivä, c) muutamana päivänä viikossa, d) en lainkaan

VI POIKKEAVAT OIREET PÄIVISIN

1. Onko sinulla oppimisvaikeuksia? a) ei, b) kyllä, mitä? _____

2. Oletko päivisin väsynyt? a) ei, b) kyllä, korkeintaan kerran viikossa, c) kyllä, 2-3 päivänä viikossa, d) kyllä, lähes joka päivä
3. Oletko väsyneempi kuin toverisi? en/kyllä
4. Onko sinulla pakonomaista nukahtamisen tarvetta? ei/kyllä
5. Nukutko päiväunia? a) en, b) kyllä, ajoittain, c) kyllä, korkeintaan kerran viikossa, d) kyllä, useamman kerran viikossa
6. Nukahteletko epätavallisissa tilanteissa? a) en, b) kyllä, missä? _____

7. Esiintyykö sinulla päivällä voimakkaisiin tunnetiloihin (esim. nauraminen, itkeminen) liittyen lihasheikkouden tunnetta (esim. voiman pettäminen jaloissa, leuan loksautaminen)?
a) ei, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, säännöllisesti
8. Oletko päivisin levoton? a) en koskaan, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, säännöllisesti
9. Oletko ärtynyt? a) ei koskaan, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, säännöllisesti
10. Oletko aggressiivinen? a) en koskaan, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, säännöllisesti
11. Oletko vetäytyvä? a) en koskaan, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, säännöllisesti
12. Oletko yksinäinen? a) en koskaan, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, säännöllisesti
13. Oletko kyllästynyt? a) en koskaan, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, säännöllisesti
14. Oletko masentunut? a) en koskaan, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, säännöllisesti
15. Onko sinun vaikea tulla toimeen vanhempiesi kanssa? a) ei koskaan, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, säännöllisesti
16. Onko sinulla pitkäaikaisia sairauksia? a) ei, b) kyllä, mitä? _____

17. Onko sinulla muita terveysongelmia? a) ei, b) kyllä, mitä? _____

18. Onko sinulla muita oireita, jotka huolestuttavat sinua tai ovat mielestäsi kummallisia?

a) ei, b) kyllä, mitä? _____

19. Onko sinulla säännöllinen lääkitys? a) ei, b) kyllä, mikä? _____

20. Juotko kahvia? a) ei, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, päivittäin

21. Juotko cola-juomia? a) ei, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, päivittäin

22. Tupakoitko? a) ei, b) kyllä, satunnaisesti, c) kyllä, päivittäin korkeintaan 5 savuketta,
d) kyllä, päivittäin enemmän kuin 5 savuketta

23. Juotko alkoholia? a) ei, b) kyllä, harvemmin kuin kerran kuukaudessa, c) kyllä, korkeintaan
kahdesti kuukaudessa, d) kyllä, viikoittain

24. Käytätkö lääkkeitä huumaustarkoituksessa tai huumeita? a) ei, b) kyllä, harvemmin kuin kerran
kuukaudessa, c) kyllä, korkeintaan kahdesti kuukaudessa, d) kyllä, viikoittain

VII PERHEEN TILANNE

1. Onko perheessäsi ollut elämänmuutoksia viime aikoina tai onko sellaisia tulossa?

a) ei, b) kyllä, mitä? _____

2. Onko perheessäsi kroonisia sairauksia? a) ei, b) kyllä, mitä? kenellä? _____

3. Onko perheessäsi psyykkisiä ongelmia? a) ei, b) kyllä, mitä? kenellä? _____
