

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Lastenneurologian yksikkö

Unta koskevia kysymyksiä leikki-ikäisen (3-6 vuotta) vanhemmille

(Vaihtoehtokysymyksissä valitse parhaat vaihtoehdot ja tarvittaessa täydennä)

I Taustatietoa lapsesta ja perheestä	
1. Lapsen nimi:	
2. Lapsen sukupuoli:	<input type="checkbox"/> tyttö <input type="checkbox"/> poika
3. Lapsen ikä:	v
4. Ketä perheeseen lapsen lisäksi kuuluu? (sisarusten ikä mukaan)	

II Lapsen nukkumisympäristö			
1. Onko lapsen nukkumisympäristö	<input type="checkbox"/> a) hyvä	<input type="checkbox"/> b) meluisa	<input type="checkbox"/> c) valoisa <input type="checkbox"/> d) kuuma
<input type="checkbox"/> e) muuten epämukava?			
2. Nukahtaako lapsi	<input type="checkbox"/> a) omaan sänkyyn	<input type="checkbox"/> b) vanhempien sänkyyn	<input type="checkbox"/> c) syliin
<input type="checkbox"/> d) muualle, minne?			
3. Nukkuuko lapsi nukahtamisen jälkeen:			
<input type="checkbox"/> 1) vanhempien vieressä			
<input type="checkbox"/> 2) omassa sängyssä:			
<input type="checkbox"/> a) samassa huoneessa vanhempien kanssa			
<input type="checkbox"/> b) omassa huoneessa yksin			
<input type="checkbox"/> c) omassa huoneessa sisarusten kanssa			
<input type="checkbox"/> 3) jossain muualla (missä?)			
4. Tuleeko lapsi yön aikana vanhempien viereen?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) satunnaisesti	
<input type="checkbox"/> c) säännöllisesti, korkeintaan 2 krt/vk		<input type="checkbox"/> d) säännöllisesti 3 krt tai useammin/vk	

III Lapsen nukkumistavat (unen seurantalomake täytetään myös)			
1. Milloin lapsi menee nukkumaan? klo			
2. Onko nukkumaanmeno säännöllinen joka viikonpäivä?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei	
3. Jos ei, miten poikkeaa?	<input type="checkbox"/> a) Yli tunnin kork. 2 krt/vk	<input type="checkbox"/> b) Yli tunnin lähes joka ilta	
4. Kuinka nopeasti lapsi nukahtaa yöunille?	<input type="checkbox"/> a) alle 15 min	<input type="checkbox"/> b) 15–30 min	
<input type="checkbox"/> c) 30–60 min	<input type="checkbox"/> d) yli 1 h		

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
 Lastenneurologian yksikkö

III Lapsen nukkumistavat (unen seurantalomake täytetään myös)			
5. Miten lapsi nukahtaa?	<input type="checkbox"/> a) itsekseen	<input type="checkbox"/> b) unilelun kanssa	<input type="checkbox"/> c) tutin kanssa
<input type="checkbox"/> d) rinnalle	<input type="checkbox"/> e) tuttipullon kanssa	<input type="checkbox"/> f) vanhemman läsnäolo välttämätön	
<input type="checkbox"/> g) muuten, miten?			
6. Kuinka monta tuntia lapsen yöuni kestää?	tuntia		
7. Mihin aikaan lapsi herää? klo			
8. Onko heräämisaika säännöllinen?	<input type="checkbox"/> a) kyllä, aina		
<input type="checkbox"/> b) epäsäännöllinen satunnaisesti (kork. 2 aamuna /vk)	<input type="checkbox"/> c) aina epäsäännöllinen		

IV Lapsen unenaikaiset ilmiöt ja unihäiriöt			
1. Liittyykö lapsen nukahtamiseen levotonta liikehdintää?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, kork. 1 krt/vk	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, useamman kerran/vk			
2. Heijaako lapsi tai hakkaako päätään nukahtaessaan?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, kork. 1 krt/vk	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, useasti viikossa			
3. Liikehtiikö lapsi levottomasti nukkuessaan?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, 3 yönä/vk tai enemmän			
4. Herääkö lapsi öisin?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, korkeintaan kahtena yönä vk:ssa	<input type="checkbox"/> d) kyllä, kolmena tai useampana yönä vk:ssa		
5. Jos lapsi herää, niin kuinka monta kertaa yön aikana?		krt	
6. Kuinka pian nukahtamisesta lapsi herää ensimmäisen kerran?		tuntia	
7. Vaatiiko hän vanhempien apua nukahtaakseen uudestaan? (esim. syöttö)	<input type="checkbox"/> a) ei		
<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?			
8. Saako lapsi alkuyöstä kesken unen ns. kauhukohtauksia, jolloin huutaa, on levoton ja vaikeasti herättävissä eikä aamulla yleensä muista tapausta?			
<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain		
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk		
9. Käveleekö lapsi unissaan?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk		
10. Puhuuiko lapsi unissaan?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk		
11. Kuorsaako lapsi?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, infektioiden yhteydessä	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 3 yönä/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, joka yö		

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
 Lastenneurologian yksikkö

IV Lapsen unenaikaiset ilmiöt ja unihäiriöt		
12. Onko lapsella hengitystaukoja unen aikana?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti
<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti		
13. Hengittääkö lapsi suun kautta?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) unessa
<input type="checkbox"/> c) sekä valveilla että unessa		
14. Nukkuuko lapsi pää taakse taivutettuna?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti
<input type="checkbox"/> c) kyllä, pääsääntöisesti		
15. Narskuttaako lapsi hampaitaan nukkuessaan?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk	
16. Kertooko lapsi näkevänsä unia?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk	
17. Kertooko lapsi näkevänsä painajaisia?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk	
18. Onko lapsella yökastelua?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk	
19. Liittyykö lapsen nukkumiseen muuta erikoista? (esim. nukahtamisvaiheen aistiharhoja, halvaustuntemusta nukahtaessa, kohtauksellisia oireita alkuyön jälkeen tms.)?		

V Päivärytmi		
1. Onko lapsen päivärytmi säännöllinen?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä
2. Kuinka monta ateriaa lapsi syö päivässä?		
3. Kuinka monella aterialla imetetään?		
4. Kuinka monella aterialla lapsi syö kiinteää ruokaa ja kuinka paljon?		
5. Kuinka monet päiväunet lapsi nukkuu?		
6. Miten nopeasti lapsi nukahtaa päiväunille?	<input type="checkbox"/> a) alle 15 min	<input type="checkbox"/> b) 15-30 min
<input type="checkbox"/> c) 30-60 min	<input type="checkbox"/> d) yli 1 h	
7. Miten lapsi nukahtaa päiväunille?	<input type="checkbox"/> a) itsekseen	<input type="checkbox"/> b) unilelun kanssa
<input type="checkbox"/> c) tutin kanssa	<input type="checkbox"/> d) rinnalle	<input type="checkbox"/> e) tuttipullon kanssa
<input type="checkbox"/> f) vanhemman läsnäolo tarpeen		
<input type="checkbox"/> g) muuten, miten?		

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
 Lastenneurologian yksikkö

V Päivärytmi			
8. Mihin aikaan lapsi nukkuu päiväunet? klo			
9. Kuinka pitkään päiväunet kestävät?			
10. Missä lapsi nukkuu päiväunet?	<input type="checkbox"/> a) omassa sängyssä	<input type="checkbox"/> b) ulkona vaunuissa/rattaissa	
<input type="checkbox"/> c) muualla, missä?			
11. Ulkoileeko lapsi?	<input type="checkbox"/> a) päivittäin	<input type="checkbox"/> b) muutaman kerran vk:ssa	<input type="checkbox"/> c) harvemmin
12. Onko lapsi päivähoivossa?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä	
13. Kuinka monta kertaa viikossa lapsella on harrastuksia?	<input type="checkbox"/> a) 0 krt	<input type="checkbox"/> b) 1 krt	
<input type="checkbox"/> c) 2 krt	<input type="checkbox"/> d) 3 krt tai enemmän		
14. Mitä harrastuksia?			
15. Paljonko lapsella on päivittäistä ruutuaikaa?		tuntia	

VI Lapsen poikkeavat oireet päivisin			
1. Onko lapsi päivisin väsynyt?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, kork. 1 krt/vk	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, 2-3 pv/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, lähes joka päivä		
2. Jos on, niin kuinka väsynyt? (nukahtaako oudoissa tilanteissa, onko päiväunista huolimatta poikkeuksellisen väsynyt yms.?)			
3. Onko lapsi päivisin levoton?	<input type="checkbox"/> a) ei koskaan	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti			
4. Onko lapsi päivisin ärtyinen?	<input type="checkbox"/> a) ei koskaan	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti			
5. Onko lapsi päivisin aggressiivinen?	<input type="checkbox"/> a) ei koskaan	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti			
6. Onko lapsi päivisin vetäytyvä?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) ajoittain	
<input type="checkbox"/> c) päivittäin			
7. Koetteko yhdessäolon lapsen kanssa hankalaksi?	<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) ajoittain	<input type="checkbox"/> c) päivittäin
8. Onko lapsella pitkäaikaisia sairauksia?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?	

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Lastenneurologian yksikkö

VI Lapsen poikkeavat oireet päivisin		
9. Onko lapsella runsaasti infektioita?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?
10. Onko lapsella muita terveysongelmia?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?
11. Onko lapsella muita oireita, jotka huolestuttavat teitä tai ovat mielestänne kummallisia?		
<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?	
12. Onko lapsella säännöllinen lääkitys?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?

VII Perheen tilanne		
1. Onko perheenne kohdannut elämänmuutoksia viime aikoina tai onko sellaisia tulossa?		
<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?	
2. Oletteko (isä ja/tai äiti) kärsineet väsymyksestä lapsen tultua perheeseen		<input type="checkbox"/> a) ei juuri lainkaan
<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti	<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti	
3. Onko perheessä kroonisia sairauksia?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä? kenellä?
4. Onko perheessä psyykkisiä ongelmia?	<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä? kenellä?