

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Lastenneurologian yksikkö

Unta koskevia kysymyksiä kouluikäiselle (7-16 vuotta)

Kysymyksiin voi vastata lapsi itse ja/tai vanhemmat
(Vaihtoehtokysymyksissä valitse parhaat vaihtoehdot ja tarvittaessa täydennä)

I Taustatietoa sinusta ja perheestäsi			
1. Nimesi:			
2. Ikäsi:	v		
3. Sukupuolesi:	<input type="checkbox"/> tyttö	<input type="checkbox"/> poika	
4. Keitä perheeseen sinun lisäksi kuuluu? (sisarusten ikä mukaan)			
II Nukkumisympäristösi			
1. Onko nukkumisympäristösi	<input type="checkbox"/> a) hyvä	<input type="checkbox"/> b) meluisa	<input type="checkbox"/> c) valoisa
<input type="checkbox"/> e) muuten epämukava? miten?			
2. Nukahdatko	<input type="checkbox"/> a) omaan sänkyyn	<input type="checkbox"/> b) vanhempien sänkyyn	
<input type="checkbox"/> c) muualle, minne?			
3. Nukutko:			
<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?)			
III Nukkumistapasi (unen seurantalomake täytetään myös)			
1. Mihin aikaan menet nukkumaan arkisin? klo			
2. Mihin aikaan menet nukkumaan viikonloppuisin? klo			
3. Kuinka nopeasti nukahdat?	<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		
4. Miten nukahdat?	<input type="checkbox"/> a) yksin	<input type="checkbox"/> b) vanhemman läsnäolo tarpeen	
<input type="checkbox"/> c) muuten, miten?			
5. Kuinka monta tuntia yönesi kestää?		tuntia	
6. Mihin aikaan heräät arkisin? klo			
7. Mihin aikaan heräät viikonloppuisin? klo			

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
 Lastenneurologian yksikkö

IV Unenaikaiset ilmiöt ja unihäiriöt			
1. Liittykö nukahtamiseesi pakonomaista raajojen liikehdintää?		<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, kork. 1 krt/vk
<input type="checkbox"/> c) kyllä, useamman kerran/vk			
2. Herätkö 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	
3. Jos heräät, niin kuinka monta kertaa yön aikana?		krt	
4. Kuinka pian nukahtamisesta heräät ensimmäisen kerran?		tuntia	
5. Tarvitsetko vanhempien apua nukahtaaksesi uudestaan?		<input type="checkbox"/> a) en	
<input type="checkbox"/> b) kyllä, miten?			
6. Liikehditkö levottomasti nukkuessasi?		<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain
<input type="checkbox"/> c) kyllä, 3 yönä tai useammin/vk			
7. Saatko alkuyöstä kesken unen ns. kauhukohtauksia, jolloin huudat, olet levoton ja vaikeasti herätettävissä etkä aamulla yleensä muista tapausta?			
<input type="checkbox"/> a) en		<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk		<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk	
8. Käveletkö unissasi?		<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk		<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk	
9. Puhutko unissasi?		<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk		<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk	
10. Kuorsaatko?		<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, infektioiden yhteydessä
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 3 yönä/vk		<input type="checkbox"/> d) kyllä, joka yö	
11. Onko sinulla hengityskatkoja unen aikana?		<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti
<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti			
12. Hengitätkö suun kautta?		<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) unessa
<input type="checkbox"/> c) sekä valveilla että unessa			
13. Nukutko pää taakse taivutettuna?		<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti
<input type="checkbox"/> c) kyllä, pääsääntöisesti			
14. Narskutatko hampaitasi nukkuessasi?		<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk		<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk	
15. Näetkö unia?		<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk		<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk	

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Lastenneurologian yksikkö

IV Unenaikaiset ilmiöt ja unihäiriöt			
16. Näetkö painajaisia?	<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk		
17. Onko sinulla 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		
18. Liittyykö nukkumiseesi muuta erikoista? (esim. heijausta, nukahtamisvaiheen aistiharhoja, halvaustuntemusta nukahtaessa, kohtauksellisia oireita alkuyön jälkeen tms.?)			

V Päivärytmi			
1. Missä koulussa olet?			
<input type="checkbox"/> 1) esikoulu /peruskoulu, luokka-aste			
<input type="checkbox"/> a) tavallinen oppimäärä			
<input type="checkbox"/> b) tehostettu tuki			
<input type="checkbox"/> c) erityinen tuki			
<input type="checkbox"/> d) erityiskoulu, mikä?			
<input type="checkbox"/> 2) toisen asteen koulu, mikä?			
2. Kuinka paljon läksyjen teko vie aikaasi?	<input type="checkbox"/> a) yli 2 h	<input type="checkbox"/> b) 1-2 h	
<input type="checkbox"/> c) alle 1 h	<input type="checkbox"/> d) en tee läksyjä		
3. Onko ruokailurytmisi (aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala) säännöllinen päivittäin?			
<input type="checkbox"/> a) kyllä			
<input type="checkbox"/> b) ei, jätän syömättä joskus (mitä?)			
<input type="checkbox"/> c) ei, jätän syömättä joka pv (mitä?)			
4. Ulkoiletko vapaa-aikanasi?	<input type="checkbox"/> a) joka päivä	<input type="checkbox"/> b) muutamana päivänä viikossa	
<input type="checkbox"/> c) en lainkaan			
5. Kuinka monta kertaa viikossa sinulla 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		
6. Mitä harrastuksia?			
7. Miten paljon aikaa vietät kaveriesi kanssa?	<input type="checkbox"/> a) 3 h tai enemmän joka pv		
<input type="checkbox"/> b) 1-3 h joka pv	<input type="checkbox"/> c) muutamana päivänä viikossa	<input type="checkbox"/> d) en lainkaan	

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
 Lastenneurologian yksikkö

V Päivärytmi			
8. Miten paljon aikaa vietät vanhempiesi kanssa?		<input type="checkbox"/> a) 3 h tai enemmän joka pv	
<input type="checkbox"/> b) 1-3 h joka pv	<input type="checkbox"/> c) muutamana päivänä viikossa	<input type="checkbox"/> d) en lainkaan	
9. Miten paljon vietät ruutuaikaa (mm. kännykkä, TV, tietokone) päivässä?			tuntia

VI Poikkeavat oireet päivisin			
1. Onko sinulla oppimisvaikeuksia?		<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?
2. Oletko päivisin väsynyt?		<input type="checkbox"/> a) en	<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		
3. Oletko väsyneempi kuin toverisi?		<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä
4. Onko sinulla pakonomaista nukahtamisen tarvetta?		<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä
5. Nukutko päiväunia?		<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, ajoittain
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 1 krt/vk	<input type="checkbox"/> d) kyllä, useamman kerran/vk		
6. Nukahteletko epätavallisissa tilanteissa?		<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, missä?
7. Esiintyykö sinulla päivällä voimakkaisiin tunnetiloihin (esim. nauraminen, itkeminen) liittyen lihasheikkouden tunnetta (esim. voiman pettäminen jaloissa, leuan loksautaminen)?			
<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti	<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti	
8. Oletko päivisin levoton?		<input type="checkbox"/> a) en koskaan	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti
9. Oletko ärtynyt?		<input type="checkbox"/> a) en koskaan	<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti
10. Oletko aggressiivinen?		<input type="checkbox"/> a) en koskaan	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti
11. Oletko vetäytyvä?		<input type="checkbox"/> a) en koskaan	<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti
12. Oletko yksinäinen?		<input type="checkbox"/> a) en koskaan	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti
13. Oletko kyllästynyt?		<input type="checkbox"/> a) en koskaan	<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti
14. Oletko masentunut?		<input type="checkbox"/> a) en koskaan	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti
15. Onko sinun vaikea tulla toimeen vanhempiesi kanssa?		<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti
<input type="checkbox"/> c) kyllä, säännöllisesti			
16. Onko sinulla pitkäaikaisia sairauksia?		<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?
17. Onko sinulla muita terveysongelmia?			
		<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Lastenneurologian yksikkö

VI Poikkeavat oireet päivisin			
18. Onko sinulla muita oireita, jotka huolestuttavat sinua tai ovat mielestäsi kummallisia?			
<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?		
19. Onko sinulla säännöllinen lääkitys?			
<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?		
20. Juotko kahvia?	<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti	<input type="checkbox"/> c) kyllä, päivittäin
21. Juotko cola-juomia?	<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti	<input type="checkbox"/> c) kyllä, päivittäin
22. Tupakoitko?	<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, satunnaisesti	<input type="checkbox"/> c) kyllä, päivittäin kork. 5 savuketta
<input type="checkbox"/> d) kyllä, päivittäin enemmän kuin 5 savuketta			
23. Juotko alkoholia?	<input type="checkbox"/> a) en	<input type="checkbox"/> b) kyllä, harvemmin kuin kerran kuukaudessa	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 2 krt/kk:ssa		<input type="checkbox"/> d) kyllä, viikoittain	
24. Käytätkö lääkkeitä huumaustarkoituksessa tai huumeita?			
<input type="checkbox"/> a) en		<input type="checkbox"/> b) kyllä, harvemmin kuin kerran kk:ssa	
<input type="checkbox"/> c) kyllä, kork. 2 krt/kk:ssa		<input type="checkbox"/> d) kyllä, viikoittain	
VII Perheen tilanne			
1. Onko perheessäsi ollut elämänmuutoksia viime aikoina tai onko sellaisia tulossa?			
<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä?		
2. Onko perheessä kroonisia sairauksia?			
<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä? kenellä?		
3. Onko perheessä psyykkisiä ongelmia?			
<input type="checkbox"/> a) ei	<input type="checkbox"/> b) kyllä, mitä? kenellä?		