

Blatt 1**Epworth Sleepiness Scale (ESS)**

Wie leicht fällt es Ihnen, in folgenden Situationen einzuschlafen?

Gemeint ist nicht nur das Gefühl müde zu sein, sondern auch wirklich einzuschlafen. Die Frage bezieht sich auf das übliche tägliche Leben der vergangenen Woche. Auch wenn Sie einige der beschriebenen Tätigkeiten in letzter Zeit nicht ausgeführt haben, versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie gehabt hätte. Wählen Sie aus der folgenden Skala die für die entsprechende Frage die am Besten zutreffende Zahl:

- 0** = würde nie einschlafen
1 = würde kaum einschlafen
2 = würde möglicherweise einschlafen
3 = würde mit großer Wahrscheinlichkeit einschlafen

Zutreffendes bitte ankreuzen!

	0	1	2	3
Sitzen und lesen	í	í	í	í
Fernsehen	í	í	í	í
Sitzen an einem öffentlichen Ort (Theater, Sitzung, Vortrag)	í	í	í	í
Als Mitfahrer im Auto während einer Stunde Fahrt ohne Halt	í	í	í	í
Hinlegen um auszuruhen am Nachmittag, wenn es die Umstände erlauben	í	í	í	í
Sitzen und mit jemandem sprechen	í	í	í	í
Ruhig sitzen nach dem Mittagessen ohne Alkohol	í	í	í	í
Im Auto beim Stopp an einer Verkehrsampel während einigen Minuten	í	í	í	í

SUMME:

NAME: _____ GEBURTSDATUM: _____ DATUM: _____

ESS: Einfacher Selbsttest zur Bestimmung der Schläfrigkeit. Bewertet wird die Wahrscheinlichkeit, in den acht Situationen einzuschlafen. 0, 1, 2 und 3 Punkte bedeuten keine, eine geringe, eine mäßige bzw. hohe Wahrscheinlichkeit. Ein Summenwert von 0-7 ist normal, bei einem Wert von über 10 erscheint eine Abklärung der Schläfrigkeit notwendig.

Blatt 2**Selbstbeurteilungsbogen für Schlaf- und Aufwachqualität (SSA)**

Schlafqualität	nein	etwas	mäßig	sehr
1. Haben Sie gut geschlafen?	4	3	2	1
2. Hatten Sie Einschlafschwierigkeiten?	1	2	3	4
3. Hatten Sie Durchschlafschwierigkeiten?	1	2	3	4
4. Haben Sie schlecht geträumt?	1	2	3	4
5. War bei nächtlichem Erwachen das Wiedereinschlafen erschwert?	1	2	3	4
6. War Ihr Schlaf tief?	4	3	2	1
7. Wachen Sie frühzeitig auf?	1	2	3	4

Score:

Aufwachqualität	nein	etwas	mäßig	sehr
8. Fühlen Sie sich nach dem Aufstehen benommen ?	1	2	3	4
9. Waren Sie desorientiert ?	1	2	3	4
10. Empfanden Sie Müdigkeit ?	1	2	3	4
11. Waren Sie bei guter Stimmung ?	4	3	2	1
12. Fühlten Sie sich teilnahmsvoll ?	4	3	2	1
13. Fühlten Sie sich verlangsamt ?	1	2	3	4
14. War Ihre Aufmerksamkeit/Konzentration vermindert ?	1	2	3	4
15. Empfanden Sie ihren Schlaf als erholsam und erfrischend ?	4	3	2	1

Score:

Körperliche Beschwerden	nein	etwas	mäßig	sehr
16. Empfanden Sie Übelkeit ?	1	2	3	4
17. Hatten Sie Kopfschmerzen ?	1	2	3	4
18. Empfanden Sie Mundtrockenheit ?	1	2	3	4
19. Bemerkten Sie Schwindelgefühle ?	1	2	3	4
20. Waren Ihre Bewegungen unkoordiniert ?	1	2	3	4

Score: **Gesamtscore:**

Name: _____ Geburtsdatum : _____ Datum: _____

SSA: Das Zusammenzählen der Bewertungen der Fragen 1-7 ergibt den Subscore Schlafqualität, der Fragen 8-15 für die Aufwachqualität, der Fragen 16-20 für die körperlichen Beschwerden. Die Addition aller drei Subscores liefert einen Gesamtscore. Bei einem Gesamtscore von 20-33 liegen keine, von 34-38 leichte, von 39-43 mäßige und ab 44 starke Schlaf- und Aufwachqualitätsstörungen vor. Vers.07/04