



## Søvndagbogen

# Sov dig til overskud

Når hverdagen begynder at slå knuder, er det tid til at stoppe op.

- Hvad presser dig i øjeblikket?
- Hvad giver du ikke dig selv lov til at handle på, føle, udtrykke, stå ved?
- Hvad er vigtigt for dig?
- Lever du efter dine værdier?

Her kommer søvn naturligvis også ind i billedet, for det er ofte her vi mærker, når hverdagen ikke fungerer. Søvn skal have et jævnt eftersyn, specielt fordi søvnproblemer kan være symptomer på en masse andre ting, som du måske har ignoreret for længe. Derudover har et dårligt søvnmønster vidtrækkende konsekvenser for dit helbred og din livskvalitet.

## Eksempler

Måske kan du se mønstre som f.eks.:

**Når jeg sover til middag, har jeg svært ved at falde i søvn.**

*= så er det tid til at skippe eftermiddagsluren.*

**Når jeg ikke får sagt til og fra, bliver jeg mere og mere urolig og har svært ved at falde i søvn.**

*= så er det tid til at blive mere tydelig overfor dine omgivelser, så du kan drage omsorg for dig selv.*

Du vil højst sandsynligt opleve, at de indsamlede oplysninger afslører nogle ting som meget nemt kan korrigeres. Andre oplysninger vil måske afsløre et behov for at komme til bunds i gamle problemstillinger. Når du udfylder Søvndagbogen, vil du have konkrete fakta at arbejde ud fra evt. sam-

Erkendelse er første vigtige skridt, når du skal forbedre din søvn kvalitet og her er Søvndagbogen et vigtigt redskab.

Søvndagbogen kan hjælpe dig til at få et overblik over dine søvnvaner og skabe klarhed på hvor, du kan sætte ind for at afhjælpe et dårligt søvnmønster og genvinde overskuddet.

Dagbogen skal du bruge i mindst 1 uge, gerne 2 uger. Når du udfylder dagbogen, vil det vise helt konkret hvor meget du i virkeligheden sover og hvilke uheldige vaner og mønstre, du skal bryde for at få en bedre søvn.

men med en Søvnvejleder, Coach eller Terapeut. Det er også en god idé at udfylde dagbogen med ægtefællen, kæresten eller kollegerne og lave en fælles søvnindsats, der styrker jeres livskvalitet og overskud på daglig basis.

### Sådan udfylder du Søvndagbogen

*Læg mærke til at Søvndagbogen er i to dele.*

En **FØR** del – som udfyldes, inden du sover og som fortæller dig hvad der er hændt i løbet af dagen, som evt. kan påvirke din søvn.

En **EFTER** del - som skal udfyldes, når du vågner og som fortæller dig hvordan, du aktuelt har oplevet søvnen.

Du er også meget velkommen til at indføre flere punkter, hvis du syntes det er relevant for dig.

*Rigtig god fornøjelse med at forbedre din søvn / Team Lehman*



# Søvn dagbog

Uge \_\_\_\_\_

## Udfyldes inden du sover

Skriv i felterne hvad du har lavet i løbet af dagen

Mandag    Tirsdag    Onsdag    Torsdag    Fredag    Lørdag    Søndag

1. Gået en tur (marker med et kryds)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Været ude i dagslys (antal minutter)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Motion (hvad og hvilken slags)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Har du deltaget i sociale aktiviteter? (hvad og hvornår)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Spiste du regelmæssigt og til sædvanlig tid

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Har du gjort noget aktivt for at mindske din stress

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Afslapning mere end 10 minutter, eller andet (antal gange)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Antal kopper kaffe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Alkohol (hvornår og hvor meget)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10: Har du taget en lur (hvornår og hvor længe)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. Hvordan har du haft det i dag? Veloplagt? Været træt? Stresset? Eller andet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mandag    Tirsdag    Onsdag    Torsdag    Fredag    Lørdag    Søndag



# Søvndagbog

Udfyldes næste morgen

Mandag

Tirsdag

Onsdag

Torsdag

Fredag

Lørdag

Søndag

1. Hvad foretog jeg mig inden jeg gik i seng

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2. I går tog jeg ...mg søvnmedicin, kl...

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3. I går aftes gik jeg i seng kl..., og slukkede lyset kl...

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

4. Efter jeg slukkede lyset sov jeg efter ... minutter

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

5. Jeg vågnede ... gange i løbet af natten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

6. Ved hver opvågning var jeg vågen ... minutter

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

7. I morges vågnede jeg kl...

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8. Jeg stod op kl...

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

9. Da jeg stod op i morges følte jeg mig... (1 = Udmattet, 5 = frisk og veloplagt)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

10. Ca. total søvnlængde... (timer:minutter)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

11. Brugte du afspændingsteknikker for at falde i søvn

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Mandag

Tirsdag

Onsdag

Torsdag

Fredag

Lørdag

Søndag