



HOST

HOLISTIC ASSESMENT OF SLEEP AND DAILY TROUBLES IN PARENTS OF CHILDREN WITH SEVERE PSYCHOMOTOR IMPAIRMENTS

SCHLAFFRAGEBOGEN FÜR ELTERN VON KINDERN MIT NEUROLOGISCHEN UND ANDEREN KOMPLEXEN ERKRANKUNGEN

Deutsches Kinderschmerzzentrum und Kinderpalliativzentrum
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke

Dr. Friedrich-Steiner-Str. 5
45711 Datteln

Fon: 0049 2363 975 180
Fax: 0049 2363 975 181

E-Mail: info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de
Web: www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de
www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum

Schlaffragebogen für Kinder mit neurologischen und anderen komplexen Erkrankungen
Version 1.0

© Prof. B. Zernikow, 2014

Design: Dirk Pleyer, 1:BEIDE, Bochum
Layout: Barbara Gertz, Deutsches Kinderschmerzzentrum



Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll uns helfen, einen ausführlichen Überblick über die Schlafproblematik Ihres Kindes zu gewinnen und eine entsprechende Therapie einzuleiten. Alle Informationen, die wir aus diesem und den weiteren Fragebögen sowie durch Gespräche erhalten, bleiben strikt vertraulich.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Schlafstörungen sind ein so umfassendes Problem, dass auch scheinbar unwichtige Einzelheiten für uns Bedeutung haben. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten und die Ihres Kindes unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht.**

Um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Schlafstörungen fortlaufend durch wissenschaftliche Begleitung zu verbessern, benötigen wir Angaben von Ihnen und Ihrem Kind. Diese Angaben werden anonymisiert verarbeitet, d.h. sie können keiner bestimmten Person zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Speicherung der Daten Ihres Kindes und von Ihnen. Dieses Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Falls Sie keine Einverständniserklärung erteilen möchten bzw. zu irgendeinem Zeitpunkt Ihr Einverständnis widerrufen, entsteht selbstverständlich kein Nachteil bei der Behandlung Ihres Kindes.

Ihr Schlaf-Managementteam

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Vor- und Nachname Ihres Kindes

ICH BIN MIT DEM SPEICHERN UND ANONYMEN VERWENDEN DER IN DEN FRAGEBÖGEN ERHOBENEN DATEN MEINES KINDES UND VON MIR EINVERSTANDEN.

- Ja
 Nein

Ort und Datum

Unterschrift beider Eltern*

* Bei besonderen familiären Situationen (z.B. Trennung der Eltern, Alleinerziehende) interessieren uns die Aussagen von denjenigen Bezugspersonen, die seit mindestens einem Jahr mit Ihrem Kind zusammen leben.

ALLGEMEINE DATEN ZUM KIND UND SEINER FAMILIE

DER BOGEN WIRD AUSGEFÜLLT VON:

Mutter Vater andere:

ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZU IHREM KIND:

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsland:

Alter: Jahre Größe: cm Gewicht:..... kg

Welche Diagnose (Diagnosen) erhielt Ihr Kind?

.....
.....
.....

Welche Medikamente erhält Ihr Kind?

Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:

Informationen zu Ihrer Familie

Eltern leben zusammen Eltern sind geschieden seit:

Elternteil verwitwet seit:..... Eltern lebten nie zusammen

Bei wem lebt Ihr Kind überwiegend?

leibliche Eltern leibliche Mutter leiblicher Vater

leibliche Mutter mit Partner/in leiblicher Vater mit Partner/in

Großeltern oder andere Angehörige Adoptiveltern Pflegeeltern

Pflegeheim Kinderheim sonstige (bitte ergänzen)

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? Kinder

Wie viele Menschen leben in Ihrem Haushalt (einschließlich Kinder)? Personen

TEIL I – SCHLAFFRAGEBOGEN FÜR ELTERN

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF IHRE EIGENEN SCHLAFGEWOHNHEITEN IN DEN LETZTEN VIER WOCHEN. BITTE DENKEN SIE DAHER BEI DER BEANTWORTUNG ALLER FRAGEN AN DIESEN ZEITRAUM!

1. WANN SIND SIE WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN GEWÖHNLICH ZU BETT GEGANGEN?	etwa Uhr
2. WIE LANGE HAT ES WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN DURCHSCHNITTLICH GEDAURT, BIS SIE ABENDS EINGESCHLAFEN SIND?	etwa Minuten
3. WANN SIND SIE WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN GEWÖHNLICH MORGENS AUFGESTANDEN?	etwa Uhr
4. WIE VIELE STUNDEN HABEN SIE WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN PRO NACHT TATSÄCHLICH GESCHLAFEN? (Muss nicht mit der Anzahl der Stunden übereinstimmen, die Sie im Bett verbracht haben.)	etwa Stunden

KREUZEN SIE BITTE DIE ANTWORTKATEGORIE AN, DIE AM BESTEN AUF **SIE** ZUTRIFFT.

	gar nicht	weniger als 1 Mal/ Woche	1-2 Mal/ Woche	3-4 Mal/ Woche	5 Mal oder häufiger/ Woche
5a. Haben Sie gemeinsamen mit Ihrem Kind in einem Zimmer geschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5b. Wie häufig hat Ihr Partner Ihnen <u>nachts</u> bei der Versorgung Ihres Kindes geholfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5c. Wie häufig hat eine Pflegehilfe Ihnen <u>nachts</u> bei der Versorgung Ihres Kindes geholfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Wer hat sich <u>nachts</u> hauptsächlich um Ihr Kind gekümmert	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Geschwister <input type="radio"/> Verwandte (z.B. Großeltern) <input type="radio"/> Pflegehilfe <input type="radio"/> andere (bitte ergänzen):
7. Wie lange waren Sie <u>nachts</u> insgesamt mit Ihrem Kind beschäftigt?	etwa Minuten
8. Wenn Sie <u>nachts</u> wegen Ihres Kindes wach geworden sind, wie lange hat es gewöhnlich gedauert bis Sie wieder eingeschlafen sind?	etwa Stunden

9. WIE OFT HABEN SIE SCHLECHT GESCHLAFEN, WEIL SIE

	gar nicht	weniger als 1 Mal/ Woche	1-2 Mal/ Woche	3-4 Mal/ Woche	5 Mal oder häufiger/ Woche
9a. ... durch Ihr Kind nachts wach geworden sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9b. ... aufgestanden sind, um nach Ihrem Kind zu schauen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9c. ... Ihr Kind nachts versorgen mussten (z.B. umlagern)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9d. ... Sorge hatten, dass Ihrem Kind im Schlaf etwas zustößt (z.B. Krampfanfall)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9e. ... von Ihrem Kind morgens zu früh geweckt wurden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9f. ... wegen der Krankheit Ihres Kindes Sorgen um die Zukunft hatten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9g. ... Aus anderen Gründen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Bitte beschreiben Sie:</i>					

10. DURCH IHRE NÄCHTLICHEN SCHLAFUNTERBRECHUNGEN INFOLGE DER KRANKHEIT IHRES KINDES ...

	gar nicht	weniger als 1 Mal/ Woche	1-2 Mal/ Woche	3-4 Mal/ Woche	5 Mal oder häufiger/ Woche
10a. ...hatten Sie zu wenig Schlaf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10b. ... waren Sie vermehrt gereizt oder gestresst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10c. ...hatten Sie Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10d. ... hatten Sie tagsüber Schwierigkeiten wach zu bleiben, etwa beim Autofahren, auf der Arbeit oder bei gesellschaftlichen Anlässen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10e. ... hat sich Ihre Stimmung negativ verändert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10f. ... kam es zu anderen Folgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Bitte beschreiben Sie:</i>					

11. HAT SICH DURCH IHREN SCHLAFMANGEL INFOLGE DER ERKRANKUNG IHRES KINDES IN DEN LETZTEN JAHREN

	Trifft meistens zu	Trifft häufig zu	Trifft gelegentlich zu	Trifft selten zu	Trifft gar nicht zu
11a. ... Ihre soziale Aktivität (z.B. Freunde treffen) eingeschränkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11b. ... die Beziehung zu Ihrem Partner negativ verändert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11c. ... die Zärtlichkeit oder Sexualität mit Ihrem Partner negativ verändert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11d. ... Kam es zu anderen Folgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Bitte beschreiben Sie:</i>					

12. IST ES DURCH IHREN SCHLAFMANGEL INFOLGE DER ERKRANKUNG IHRES KINDES IN DEN LETZTEN JAHREN...

	Trifft meistens zu	Trifft häufig zu	Trifft gelegentlich zu	Trifft selten zu	Trifft gar nicht zu
12a. ... aufgrund von Überlastung zu schweren Krisen in Ihrer Partnerschaft gekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12b. ... aufgrund von Überlastung zu Krankheitstagen bei Ihnen gekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12c. ... aufgrund von Überlastung zu Ausfällen an Ihrem Arbeitsplatz gekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.d. ... zu anderen Folgen gekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Bitte beschreiben Sie:</i>					

VIELEN DANK!



