

Liebe Eltern,

die Entwicklung von Hilfsmitteln für Menschen mit einem Handicap erfordert Engagement und Kompetenz. Die Entwicklung zweckmäßiger Hilfsmittel erfordert aber auch das Wissen um die tatsächlichen Bedürfnisse und um die Lebenssituation von Menschen mit einem Handicap und deren Angehörigen.

Daher führt IGAP - das Institut für Innovationen und angewandte Pflegeforschung - eine Fragebogenaktion zum Thema "Schlaf von Kindern mit einem Handicap" durch, denn:
Ihre Meinung und Ihr Wissen sind sehr wichtig!

Wir wissen, dass viele Kinder mit einem Handicap unter Schlafstörungen leiden. Diese Schlafstörungen können sehr unterschiedliche Ursachen haben, sie haben jedoch Eines gemeinsam: Sie beeinträchtigen die Lebensqualität der betroffenen Kinder und ihrer Familien. Wir möchten mehr über die Schlafsituation von Kindern mit einem Handicap erfahren. Wir möchten wissen, ob Ihr Kind unter Schlafstörungen leidet, wie Sie damit umgehen und wie diese Schlafstörungen Ihr Leben beeinflussen. Ihr Wissen und Ihre Erfahrung liefern uns wichtige Impulse für unsere pflegewissenschaftliche Forschungsarbeit zum Themenbereich Schlaf.

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um den beigefügten Fragebogen auszufüllen. Durch die Bearbeitung des Fragebogens unterstützen Sie uns und Hersteller von Hilfsmitteln in dem Bestreben, Hilfsmittel zu entwickeln, die Ihren Bedürfnissen und den Bedürfnissen Ihres Kindes wirklich entsprechen.

Bitte seien Sie versichert, dass alle im Fragebogen erhobenen Daten einzig der Erfassung der Schlafsituation von Kindern mit einem Handicap dienen und streng vertraulich behandelt werden.

Bei Interesse informieren wir Sie gerne über die Ergebnisse der Umfrage. Bitte teilen Sie uns dazu Ihren Namen und Ihre Adresse bzw. E-Mail-Adresse mit.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

Das IGAP Kinder-Reha Team

Wenn Sie mehr über IGAP wissen möchten, schreiben Sie uns oder besuchen Sie uns auf unserer Homepage unter www.igap.de - wir freuen uns auf Ihren Besuch.

Datum: _____

1. Allgemeines

1.1 Wie alt ist Ihr Kind ? _____ Jahre und _____ Monate

1.2 Bitte geben Sie uns einen Eindruck über die Ausdrucksmöglichkeiten Ihres Kindes.

- Ihr Kind . . .
- kann sich mit Worten ausdrücken
 - drückt sich hauptsächlich durch Laute aus
 - drückt sich hauptsächlich durch Gestik und / oder Mimik aus

1.3 Bitte geben Sie uns einen Eindruck über die motorischen Fähigkeiten Ihres Kindes.

- Ihr Kind . . .
- kann alleine gehen
 - geht mit Gehhilfe (Rollator, Gehwagen, Stockstützen u.a.)
 - kann nicht gehen

1.4 Ihr Kind . . .

- kann freihändig auf dem Boden oder einem Stuhl sitzen
- benötigt im Sitz die Unterstützung durch seine Hände
- kann nicht eigenständig sitzen

1.5 Dürfen wir Sie nach der Diagnose Ihres Kindes fragen ?

1.6 Möchten Sie etwas über Ihr Kind anfügen, das Ihnen wichtig ist und das in den Fragen nicht erfasst wurde ?

2. Allgemeines rund um den Schlaf

2.1 Bekommt Ihr Kind Medikamente, die Ihres Wissens den nächtlichen Schlaf fördern ?

- ja nein das weiß ich nicht

2.1.1 Wenn Sie mit ‚ja‘ geantwortet haben, bitte nennen Sie uns das Medikament.

Datum: _____

2.2 Bekommt Ihr Kind Medikamente, die Ihres Wissens anregend wirken und somit den nächtlichen Schlaf stören könnten ?

- ja nein das weiß ich nicht

2.2.1 Wenn Sie mit ‚ja‘ geantwortet haben, bitte nennen Sie uns das Medikament.

2.3 Muss Ihr Kind aufgrund pflegerischer und / oder medizinischer Bedürfnisse nachts besonders versorgt werden ?

- Umlagern des Kindes ja, durchschnittlich _____ pro Nacht nein
Wickeln des Kindes ja, durchschnittlich _____ pro Nacht nein
Füttern/Sondieren ja, durchschnittlich _____ pro Nacht nein

2.4 Muß Ihr Kind aufgrund pflegerischer und / oder medizinischer Bedürfnisse nachts besonders gelagert werden ?

- ja nein

2.4.1 Wenn Sie mit ‚ja‘ geantwortet haben, beschreiben Sie uns bitte, was bei der Lagerung Ihres Kindes zu beachten ist.

2.4.2 Benötigt Ihr Kind Lagerungshilfsmittel ?

- ja nein

2.4.3 Wenn Sie mit ‚ja‘ geantwortet haben, beschreiben Sie uns bitte, wie diese Lagerungshilfsmittel funktionieren.

Datum: _____

3. Schlaf und Schlafverhalten Ihres Kindes

3.1 Wieviel Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich in 24 Std ?

Ca. _____ Std.

3.1.1 Ist das Ihrer Meinung nach ausreichend ?

ja nein das kann ich nicht beurteilen

3.2.1 Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich in der Nacht ?

Ca. _____ Std.

3.2.2 Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich am Tag

Ca. _____ Std.

3.3 Ist das abendliche Zubettgehen Ihres Kindes ...

eher **kein** Problem eher **ein** Problem

3.3.1 Wenn Sie mit ‚eher ein Problem‘ geantwortet haben, bitte beschreiben Sie uns, warum Sie das abendliche Zubettgehen Ihres Kindes als problematisch empfinden.

3.4 Was mag oder benötigt Ihr Kind zum Einschlafen ?

Kreuzen Sie bitte so viele Kästchen an, wie Sie möchten:

- Kuscheltier Lieblingsspielzeug Schmusedecke Spieluhr
 Musik Schnuller Flasche
 anderes (bitte spezifizieren Sie)

Datum: _____

3.4.1 Haben Sie und Ihr Kind ein abendliches Zubettgeh- bzw. Einschlafritual ?

ja nein

3.4.2 Wenn Sie mit ‚ja‘ geantwortet haben, bitte beschreiben Sie uns das Einschlafritual.

5. Wie lange benötigt Ihr Kind durchschnittlich zum Einschlafen ?

Std. _____ Min. _____

6. Schläft Ihr Kind die Nacht durch ?

ja nein das ist sehr unterschiedlich

6.1 Wenn Ihr Kind nachts nicht durchschläft, wie oft wird es durchschnittlich wach ?

ungefähr _____ mal pro Nacht

6.2 Wenn Ihr Kind nachts wach wird, benötigt es dann Ihren Beistand oder Ihre Aufmerksamkeit, um wieder einschlafen zu können ?

ja nein manchmal

6.3 Wenn Sie mit ‚ja‘ geantwortet haben, was können Sie tun, damit Ihr Kind wieder einschläft ?

Datum: _____

4. Auswirkungen des Schlafverhaltens

- 4.1 Bitte benennen Sie typische Verhaltensmerkmale Ihres Kindes, die Sie schlussfolgern lassen, dass Ihr Kind gut und / oder ausreichend lange geschlafen hat.**

- 4.2 Bitte benennen Sie typische Verhaltensmerkmale Ihres Kindes, die Sie schlussfolgern lassen, dass Ihr Kind schlecht und / oder zu wenig geschlafen hat.**

- 4.3 Bitte schildern Sie uns die Auswirkungen des Schlafverhaltens Ihres Kindes auf Sie, Ihr Familienleben und Ihr Sozialleben.**

Datum: _____

5. Die Schlafumgebung Ihres Kindes

- 5.1 Ihr Kind . . .**
- schläft alleine im Kinderzimmer
 - schläft mit Geschwistern im Kinderzimmer
 - schläft im elterlichen Schlafzimmer

- 5.2 Ihr Kind . . .**
- schläft in einem handelsüblichen Kinder- oder Jugendbett
 - schläft in einem Spezialbett / Pflegebett

Bitte spezifizieren Sie

5.3 Ihr Kind schläft auf einer . . .

- handelsüblichen Matratze
- speziellen Matratze

5.3.1 Kennen Sie die Matratze?

- ja
- nein

5.3.2 Wenn Sie mit ‚ja‘ geantwortet haben, bitte benennen Sie uns das Material der Matratze. (z.B. Schaumstoff, Federkern u.a.)

Datum: _____

5.4 Haben Sie Anmerkungen (Lob, Kritik oder Verbesserungsvorschläge) bezüglich Bett oder Matratze ?

Möchten Sie abschließend etwas anfügen, das Ihnen wichtig ist und das in dem Fragebogen nicht erfasst wurde ?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihre Unterstützung !

Bitte seien Sie versichert, dass alle im Fragebogen erhobenen Daten einzig der Erfassung der Schlafsituation von Kindern mit einem Handicap dienen und streng vertraulich behandelt werden.

Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen unserer Umfrage haben, geben Sie bitte hier Ihren Namen und eine E-Mail-Adresse an:

Name: _____

E-Mail: _____