

VRAGENLIJST SLAAPGEDRAG OUDER

Vertaling en aanpassing van de 'Albany Sleep Problems Scale' van V. M. Durand (1996)

Vertaling van de 'Epworth Sleepiness Scale' van Johns (1991)

door A.P.H.M. Maas & M.P.J. Vervloed (2003)

Katholieke *Universiteit* Nijmegen

Naam ouder/opvoeder : _____

Geslacht : _____

Geboortedatum : _____

Datum van invullen vragenlijst : _____

Voorafgaand aan de vragen over Uw slaapgedrag willen wij graag wat algemene gegevens weten.

Is er op dit moment of tijdens de afgelopen maand sprake van een medische aandoening of ziekte bij U?
Zo ja, kunt U deze aandoening of ziekte beschrijven?

Gebruikt U op dit moment of gebruikte het U tijdens de afgelopen maand medicijnen? Zo ja, welke?

Heeft U een geschiedenis van epilepsie?

Heeft U vaak last van hoesten, verkoudheid of allergieën?

Heeft U ademhalingsproblemen? Zo ja, kunt U deze problemen beschrijven?

Heeft U overgewicht?

Werkt U op onregelmatige tijden (ploegendienst, nachtdienst) of tijden buiten 7.00-19.00 uur? Zo ja, kunt U deze werktijden kort beschrijven?

DEEL EEN

Veel volwassenen hebben verschillende slaapgewoonten door de week en in het weekend of de vakantie. Wij vragen U om de onderstaande vragen te beantwoorden over hoe U slaapt zowel op werkdagen als in weekenden of vakanties. Baseer Uw antwoord op Uw slaapgedrag tijdens de afgelopen maand.

		Werkdagen	Weekend/Vakantie
1)	Op welk tijdstip gaat U meestal naar bed?		
2)	Op welk tijdstip valt U meestal in slaap?		
3)	Op welk tijdstip wordt U meestal wakker?		
4)	Op welk tijdstip staat U meestal op?		
5)	Wordt U 's ochtends vanzelf wakker?	O ja O nee	O ja O nee
6)	Wordt U meestal uitgerust wakker?	O ja O nee	O ja O nee
7)	Wordt U meestal in een goed humeur wakker?	O ja O nee	O ja O nee
8)	Doet U wel eens een dutje overdag? Zo ja, op welk(e) tijdstip(pen) en hoeveel minuten?	O ja O nee _____	O ja O nee _____

DEEL TWEE

Albany Slaapproblemen Schaal (Albany Sleep Problems Scale)

U kunt telkens het hokje aankruisen dat het beste de frequentie van het gedrag weergeeft.

		Nooit	Minder dan 1 x per week	1-2 x per week	3-6 x per week	Dagelijks
1)	Heeft U een tamelijk regelmatige bedtijd en tijdstip van ontwaken?					
2)	Heeft U een bedtijdroutine die elke avond ongeveer hetzelfde is?					
3)	Werkt, leest, telefoneert of kijkt U tv in bed, vaak vlak voordat U gaat slapen?					
4)	Slaapt U slecht in Uw eigen bed, maar beter ergens anders?	JA		NEE		
5)	Rookt U enkele uren voordat U gaat slapen?					
6)	Drinkt U alcohol enkele uren voordat U gaat slapen?					
7)	Gebruikt U cafeïne in enige vorm (koffie, thee, cola, chocolade) enkele uren voordat U gaat slapen?					
8)	Beweegt of sport U intensief enkele uren voordat U gaat slapen?					
9)	Probeert U naar bed gaan uit te stellen?					
10)	Duurt het meer dan een uur voordat U kunt slapen wanneer U in bed ligt?					
11)	Ervaart U wel eens dat U zich niet kunt bewegen of praten vlak voordat U in slaap valt?					
12)	Wordt U 's nachts wakker, maar blijft U liggen en probeert U verder te slapen?					
13)	Doet U overdag dutjes?					
14)	Voelt U zich vaak uitgeput overdag vanwege gebrek aan slaap?					
15)	Heeft U wel eens (bijna) een ongeluk gehad vanwege slaperigheid omdat U niet kon slapen de nacht ervoor?	JA		NEE		
16)	Gebruikt U (voorgeschreven) medicijnen of andere middelen (bijvoorbeeld drugs) om U te helpen slapen?					
17)	Heeft U ervaren dat slaapmedicijnen niet zo goed meer werken als toen U deze begon te gebruiken?	JA		NEE/N.V.T.		

		Nooit	Minder dan 1 x per week	1-2 x per week	3-6 x per week	Dagelijks
18)	Indien U slaapmedicijnen gebruikt: kunt U een nacht zonder slapen?	JA			NEE/N.V.T.	
19)	Valt U vroeg in de avond in slaap en ontwaakt U vroeg in de morgen?					
20)	Valt U pas laat in de avond in slaap en heeft U moeite met 's ochtends vroeg wakker worden?					
21)	Wordt U wel eens van streek wakker midden in de nacht?					
22)	Voelt U zich dan weer snel gerust gesteld?	JA			NEE/N.V.T.	
23)	Heeft U vaak last van nachtmerries?					
24)	Wordt U wel eens wakker van pijn?					
25)	Indien U wakker wordt van pijn: kunt U deze pijn beschrijven?					
26)	Ervaart U slaapaanvallen (bijna onmiddellijk en zonder waarschuwing in slaap vallen) overdag?					
27)	Ervaart U overmatige slaperigheid overdag die niet verklaard kan worden door onvoldoende hoeveelheid slaap 's nachts?					
28)	Snurkt U wanneer U slaapt?					
29)	Stopt U soms een aantal seconden met ademen terwijl U slaapt?					
30)	Heeft U moeite met ademen?					
31)	Heeft U overgewicht?					
32)	Slaapwandelt U vaak?					
33)	Praat U wanneer U slaapt?					
34)	Zijn Uw lakens en dekens extreem in de war als U 's morgens op staat?					
35)	Wordt U 's nachts wakker omdat Uw benen schoppen?					
36)	Wanneer U ligt, ervaart U dan wel eens onaangename gevoelens (bijvoorbeeld een tintelend of brandend gevoel) in uw benen?					
37)	Knarst U met Uw tanden in Uw slaap?					

		Nooit	Minder dan 1 x per week	1-2 x per week	3-6 x per week	Dagelijks
38)	Slaapt U goed wanneer het niet uitmaakt (zoals in het weekend), maar slecht wanneer U moet slapen (zoals wanneer U een belangrijke dag voor de boeg staat)?	JA			NEE	
39)	Heeft u vaak gevoelens van bezorgdheid, angst of vrees wanneer U zich klaar maakt voor het slapen?					
40)	Maakt U zich zorgen wanneer U in bed ligt?					
41)	Heeft U vaak depressieve gedachten of spoken zorgen of plannen voor morgen door Uw hoofd wanneer U wilt gaan slapen?					
42)	Voelt U zich gefrustreerd wanneer u niet kan slapen?					
43)	Zijn Uw prestaties overdag recentelijk verslechterd?	JA			NEE	
44)	Heeft U relatief recentelijk een verandering in uw eetgewoonten ondergaan?	JA			NEE	
45)	Wanneer begonnen de eerste problemen met slapen bij U?					
46)	Wat gebeurde er op dat moment in Uw leven of een paar maanden ervoor?					
47)	Bent U onder behandeling van een arts voor een medische aandoening? Zo ja, geef aan op pagina 2.	JA			JA	

DEEL DRIE

Epworth Slaperigheids Schaal (Epworth Sleepiness Scale)

Hoe groot is de kans dat U indut of in slaap valt in de volgende situaties, in contrast met gewoon moe zijn? Dit verwijst naar Uw recente normale levenswijze. Zelfs als U enkele van deze dingen onlangs niet hebt gedaan, probeer dan toch te bedenken hoe ze U beïnvloed zouden hebben. Gebruik de volgende schaal om het meest passende nummer te kiezen voor elke situatie:

0 = zou nooit indutten

1 = kleine kans op indutten

2 = gemiddelde kans op indutten

3 = grote kans op indutten

Situatie	Kans op indutten
Zitten en lezen	
Televisie kijken	
Niet-actief zitten in een openbare ruimte (bijvoorbeeld een bioscoop)	
Als een passagier in een auto gedurende een uur zonder pauze	
Liggen om uit te rusten in de middag als de omstandigheden het toelaten	
Zitten en praten tegen iemand	
Rustig zitten na een lunch zonder alcohol	
In een auto, terwijl U een paar minuten stopt in het verkeer	

DEEL VIER

Uw heeft aangegeven dat U het slapen van Uw kind(eren) als een probleem ervaart. Het zou kunnen dat het slaapprobleem van Uw kind(eren) invloed heeft op Uw eigen slapen.

1) Heeft het slapen van Uw kind(eren) invloed op uzelf of andere gezinsleden? O ja O nee

Zo ja, wie zijn dit, en welke invloed heeft het? _____

2) Wordt U in Uw slaap gestoord door Uw kind(eren)? O ja O nee

Zo ja, op welke manier? _____

3) Maken zorgen over (het slapen van) Uw kind(eren) dat U slecht slaapt? O ja O nee

Zo ja, welke invloed heeft het op U? _____

4) Slaapt U minder diep, omdat Uw kind(eren) U 's nachts (misschien) nodig hebben? O ja O nee

Zo ja, welke invloed heeft het op U? _____

5) Heeft U het gevoel dat U voldoende slaap krijgt? O ja O nee

Zo nee, welke invloed heeft dit op U? _____

6) Vindt U zelf dat U een slaapprobleem heeft? O ja O nee

Zo ja, waaruit bestaat dat probleem volgens U? _____

7) Vindt Uw partner dat U een slaapprobleem heeft of heeft deze last van Uw slaapedrag? O ja O nee

Zo ja, waaruit bestaat dat probleem volgens Uw partner? _____

8) Als U een slaapprobleem heeft wat is daarvan volgens U de oorzaak?

9) Heeft U de huisarts wel eens geconsulteerd in verband met Uw slaapproblemen? O ja O nee

10) Heeft U ooit enig advies gehad of bent U onder behandeling geweest in verband met Uw eigen slaapproblemen? O ja O nee

Zo ja, welke? _____

10) Heeft dat advies of die behandeling geholpen? O ja O nee

11) Is het volgens U nog belangrijk om iets te weten in verband met Uw slaapprobleem en dat wij niet hebben genoemd? Kunt U dat opschrijven?

drs. Anneke Maas en dr. Mathijs Vervloed
Katholieke *Universiteit* Nijmegen
Orthopedagogiek: Leren en Ontwikkeling
Postbus 9104
6500 HE NIJMEGEN