

## Έντυπο Συγκατάθεσης

Το όνομά μου είναι Ζέρβα Βασιλική και είμαι φοιτήτρια στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα με τίτλο «Αυτισμός» στο πανεπιστήμιο του Birmingham στην Αγγλία. Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι να μελετήσει τα προβλήματα ύπνου παιδιών στο φάσμα του αυτισμού. Μελετώντας τις συνήθειες του ύπνου αντιλαμβανόμαστε τα τυχόν προβλήματα ύπνου που τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν, ώστε να αναπτύσσουμε τους κατάλληλους τρόπους αντιμετώπισης. Η συμμετοχή σας θα συμβάλει ουσιαστικά σε αυτήν την προσπάθεια. Με τη συμμετοχή σας θα πρέπει να απαντήσετε ένα ερωτηματολόγιο που ζητά πληροφορίες για τις ώρες που κοιμάται το παιδί σας, τις συνήθειες ύπνου που έχει και δυσκολίες που ίσως αντιμετωπίζει. Ως συμμετέχων έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς προειδοποίηση και χωρίς να εξηγήσετε τους λόγους. Σε οποιαδήποτε περίπτωση δε θα υπάρξει καμία κύρωση. Τα στοιχεία που θα συγκεντρωθούν θα φυλαχθούν σε ασφαλές μέρος και τα ονόματα και τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων δε θα αποκαλυφθούν σε κανέναν που δεν έχει σχέση με την έρευνα. Για οποιαδήποτε ερώτηση μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο [VXZ957@bham.ac.uk](mailto:VXZ957@bham.ac.uk). Σχόλια και παράπονα θα ληφθούν υπ' όψει. Σας ευχαριστώ προκαταβολικά για τη συμμετοχή σας.

τηλ: 6944321652

mail: zervaisoulai@yolko.gr

παιδιά : 4-14 ετών

## Έντυπο Συγκατάθεσης

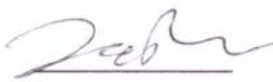
- |  | Ναι                      | / | Όχι                      |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| • Έχω διαβάσει και καταλάβει τις παραπάνω ερωτήσεις.   | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| • Είχα τη δυνατότητα να κάνω ερωτήσεις για την έρευνα  | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| • Καταλαβαίνω ότι μπορώ να αποσυρθώ οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να πω το λόγο και χωρίς να υπάρξουν κυρώσεις.     | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| • Καταλαβαίνω ότι τα προσωπικά μου δεδομένα, όπως όνομα ή διεύθυνση δε θα αποκαλυφθούν σε άτομα εκτός έρευνας. | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| • Συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα   | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Συμμετέχων

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή

\_\_\_\_\_  
Ημ/νια

Ζέρβα Βασιλική  
Ερευνητής

  
Υπογραφή

\_\_\_\_\_  
Ημ/νια

## Ερωτηματολόγιο για τις Συνήθειες Ύπνου του Παιδιού

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις συνήθειες ύπνου του παιδιού σας και σχετικά προβλήματα που ενδεχομένως αντιμετωπίζει. Όταν συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο, να έχετε στο μυαλό σας την τελευταία εβδομάδα του παιδιού σας. Εάν η τελευταία εβδομάδα ήταν ασυνήθιστη για κάποιο συγκεκριμένο λόγο (π.χ. είχε ωτίτιδα και δεν μπόρεσε να κοιμηθεί καλά ή είχε χαλάσει η τηλεόραση), σκεφτείτε την πιο πρόσφατη τυπική εβδομάδα. Επιλέξτε ΣΥΝΗΘΩΣ εάν κάτι συμβαίνει 5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ εάν συμβαίνει 2-4 φορές την εβδομάδα, ΣΠΑΝΙΑ εάν συμβαίνει 1 φορά την εβδομάδα ή ποτέ. Κυκλώστε, επίσης, Ναι, Όχι ή Δ/Γ (Δεν Γνωρίζω) ανάλογα με το αν θεωρείτε ότι μία συνήθεια αποτελεί πρόβλημα ή όχι.

Συμπληρώθηκε από: \_\_\_\_\_

Ηλικία : \_\_\_\_\_

Διάγνωση : \_\_\_\_\_

Φύλο : Α  Κ

### Α' ΕΝΟΤΗΤΑ

#### Προετοιμασία ύπνου

Συμπληρώστε την ώρα που το παιδί σας πάει συνήθως για ύπνο την:

Δευ \_\_\_\_\_ Τρι \_\_\_\_\_ Τετ \_\_\_\_\_ Πεμ \_\_\_\_\_ Παρ \_\_\_\_\_ Σαβ \_\_\_\_\_ Κυρ \_\_\_\_\_

	Συνήθως (5-7)	Μερικές φορές (2-4)	Σπάνια (0-1)	Πρόβλημα;		
Το παιδί πάει για ύπνο την ίδια ώρα το βράδι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί κοιμάται μέσα σε 20 λεπτά από τη στιγμή που πέφτει στο κρεβάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί κοιμάται μόνο του στο δικό του κρεβάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί κοιμάται στο κρεβάτι των γονιών ή των αδελφών του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί για να κοιμηθεί κινείται μπρος-πίσω ή ρυθμικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί χρειάζεται κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο για να κοιμηθεί (κούκλα, συγκεκριμένη κουβέρτα, κτλ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί κοιμάται μόνο όταν βρίσκεται κάποιος γονιός στο δωμάτιο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί αντιδρά όταν έρχεται η ώρα να πάει για ύπνο (κλαίει ή αρνείται να πάει για ύπνο κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί φοβάται να κοιμηθεί στο σκοτάδι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί φοβάται να κοιμηθεί μόνο του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ

#### Συμπεριφορά ύπνου

Γράψτε πόσες ώρες κοιμάται συνήθως το παιδί: \_\_\_\_\_ ώρες (βράδι και μεσημέρι)

	Συνήθως (5-7)	Μερικές φορές (2-4)	Σπάνια (0-1)	Πρόβλημα;		
Το παιδί κοιμάται πολύ λίγο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί κοιμάται πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί κοιμάται περίπου τις ίδιες ώρες κάθε μέρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί ουρεί στο κρεβάτι του τη νύχτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί μιλάει στον ύπνο του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί κάνει πολύ ανήσυχο ύπνο και στριφογυρίζει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί υπονοβατεί τη νύχτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί σηκώνεται και πάει να κοιμηθεί σε άλλο κρεβάτι (των γονιών, του αδελφού κ.τ.λ.) κατά τη διάρκεια της νύχτας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί παραπονιέται ότι έχει πρόβλημα στον ύπνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί ξυπνάει τη νύχτα φωνάζοντας, ιδρωμένο και αναστατωμένο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ
Το παιδί ξυπνάει τρομαγμένο από κάποιον εφιάλτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	Δ/Γ

Υπάρχει κάτι στο χώρο που δυσκολεύει το παιδί σας να κοιμηθεί

	Συνήθως (5-7)	Μερικές φορές (2-4)	Σπάνια (0-1)	Πρόβλημα;		
<b>Ξύπνημα κατά τη διάρκεια της νύχτας</b>						
Το παιδί ξυπνάει περισσότερες από μία φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ
Αν ξυπνήσει κατά τη διάρκεια της νύχτας, το παιδί ξανακοιμάται χωρίς βοήθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ
Όταν το παιδί ξυπνάει κατά τη διάρκεια της νύχτας, ενοχλεί την υπόλοιπη οικογένεια; Πώς: _____						
Πόση ώρα διαρκεί συνήθως το ξύπνημα κατά τη διάρκεια της νύχτας; _____						

#### Πρωινό ξύπνημα

Συμπληρώστε την ώρα που το παιδί σας ξυπνάει συνήθως το πρωί την:

Δευ \_\_\_ Τρι \_\_\_ Τετ \_\_\_ Πेम \_\_\_ Παρ \_\_\_ Σαβ \_\_\_ Κυρ \_\_\_

	Συνήθως (5-7)	Μερικές φορές (2-4)	Σπάνια (0-1)	Πρόβλημα;		
Το παιδί ξυπνάει μόνο του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ
Το παιδί ξυπνάει με κακή διάθεση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ
Κάποιος ενήλικας ή τα αδέρφια του ξυπνάνε το παιδί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ
Το παιδί δυσκολεύεται να σηκωθεί από το κρεβάτι το πρωί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ
Το παιδί ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ
<b>Υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας</b>						
Το παιδί κοιμάται ξαφνικά εν μέσω έντονης δραστηριότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ
Το παιδί φαίνεται κουρασμένο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ

Κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας το παιδί σας φαινόταν πολύ νυσταγμένο ή κοιμήθηκε κατά τη διάρκεια των παρακάτω (σημειώστε ανάλογα):

	Δε νυσταξε	Πολύ νυσταγμένο	Κοιμήθηκε
Επαιξε μόνο του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εβλεπε τηλεόραση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήταν στο αυτοκίνητο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έτρωγε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Συνήθως (5-7)	Μερικές φορές (2-4)	Σπάνια (0-1)	Πρόβλημα;		
<b>Β' ΕΝΟΤΗΤΑ</b>						
Το παιδί έχει προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ
Το παιδί έχει προβλήματα συμπεριφοράς στο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ναι	Όχι	ΔΓ
Το παιδί παίρνει φάρμακα/ ουσίες που το βοηθάνε να κοιμηθεί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Αν ναι, πόσο πιστεύετε ότι βοηθάει \_\_\_\_\_

Ο ύπνος του παιδιού σας επηρεάζει την υπόλοιπη οικογένεια; \_\_\_\_\_

Κατά τη διάρκεια του έτους, πότε κοιμάται καλύτερα το παιδί σας (διακοπές, σχολικές ημέρες); \_\_\_\_\_

Γενικά, πόσο ανησυχείτε για τον ύπνο του παιδιού σας \_\_\_\_\_

Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ - Απαντήστε μόνο αν το παιδί σας είχε προβλήματα ύπνου -

Έχετε αναζητήσει βοήθεια από γιατρό/ειδικό σχετικά με τον ύπνο του παιδιού σας; \_\_\_\_\_

Έχετε βρει χρήσιμες πληροφορίες για τα προβλήματα ύπνου σε βιβλία/ Internet/ από φίλους \_\_\_\_\_

Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία