

Mini-KiSS: Schlaf- und Glückstagebuch

Schlafprotokoll von _____ (Name Ihres Kindes) in der Woche vom _____ bis zum _____



Hier können Sie besondere Ereignisse dieser Woche notieren (bitte den Tag angeben):

MORGENTEIL: Bitte morgens ausfüllen!	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie lange hat gestern die Zubettgehprozedur gedauert?*							
Welche Gute-Nacht-Geschichte wurde vorgelesen?							
Benötigte Ihr Kind zusätzliche Einschlafhilfen? (ausgenommen Ritualelemente)**	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:
Wann ist Ihr Kind gestern ins Bett gegangen?***							
Wie lange hat es ca. gedauert, bis Ihr Kind eingeschlafen ist? (Minuten)							
Wie oft ist Ihr Kind nachts aufgewacht? Wie oft sind Sie aufgestanden wegen Ihres Kindes? (Häufigkeiten)	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:
Wann ist Ihr Kind nachts aufgewacht und wie lange war es jeweils wach?	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten
Benötigte Ihr Kind Einschlafhilfen nach dem nächtlichen Erwachen?**	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:

* in Minuten, ohne Umziehen und Zähneputzen, aber einschließlich Geschichten, Liedern, Gute-Nacht-Sagen usw.

** Fläschchen (F), Stillen (S), Kuscheln/Körperkontakt (K), Schaukeln/Wiegen (W), Anwesenheit der Eltern, um sich zu beruhigen/einzuschlafen (A), Herumtragen (H), Kuscheltier/Schmusetuch (Kt), Schnuller (Sc), Daumen (D) etc.

*** Uhrzeit, zu der das Kind am Abend zum 1. Mal im Bett lag und schlafen sollte

Hat Ihr Kind nachts gegessen/getrunken?	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/> Was: Wann:
War Ihr Kind nachts im Elternbett?	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:
Wann ist Ihr Kind am Morgen aufgewacht?***										
Wann ist Ihr Kind aufgestanden?										
Haben Sie Ihrem Kind gestern/heute Nacht Medikamente gegeben oder Hausmittel eingesetzt?	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/> Was: Wann:
Haben Sie die vorgenommenen Schlafregeln umgesetzt?	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:

***Uhrzeit, bitte kreisen Sie die Uhrzeit ein, wenn Sie Ihr Kind geweckt haben

ABENDTEIL: Bitte abends ausfüllen!	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Wie und wie lange hat Ihr Kind tagsüber geschlafen?	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten
Gab es tagsüber Probleme mit den Schlafphasen Ihres Kindes?	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/> Was:
Hatten Sie heute Zeit für sich?	Ja <input type="checkbox"/> Uhrzeit	Nein <input type="checkbox"/> Minuten	Ja <input type="checkbox"/> Uhrzeit	Nein <input type="checkbox"/> Minuten	Ja <input type="checkbox"/> Uhrzeit	Nein <input type="checkbox"/> Minuten	Ja <input type="checkbox"/> Uhrzeit	Nein <input type="checkbox"/> Minuten	Ja <input type="checkbox"/> Uhrzeit	Nein <input type="checkbox"/> Minuten	Ja <input type="checkbox"/> Uhrzeit	Nein <input type="checkbox"/> Minuten	Ja <input type="checkbox"/> Uhrzeit	Nein <input type="checkbox"/> Minuten
Glückstagebuch Was waren für Sie heute die drei schönsten Momente mit Ihrem Kind?	1.		1.		1.		1.		1.		1.		1.	
	2.		2.		2.		2.		2.		2.		2.	
	3.		3.		3.		3.		3.		3.		3.	

Mini-KiSS: Abbildungen



Ultradianer und Zirkadianer Schlaf-Wach-Rhythmus (nach Borbély 1998)

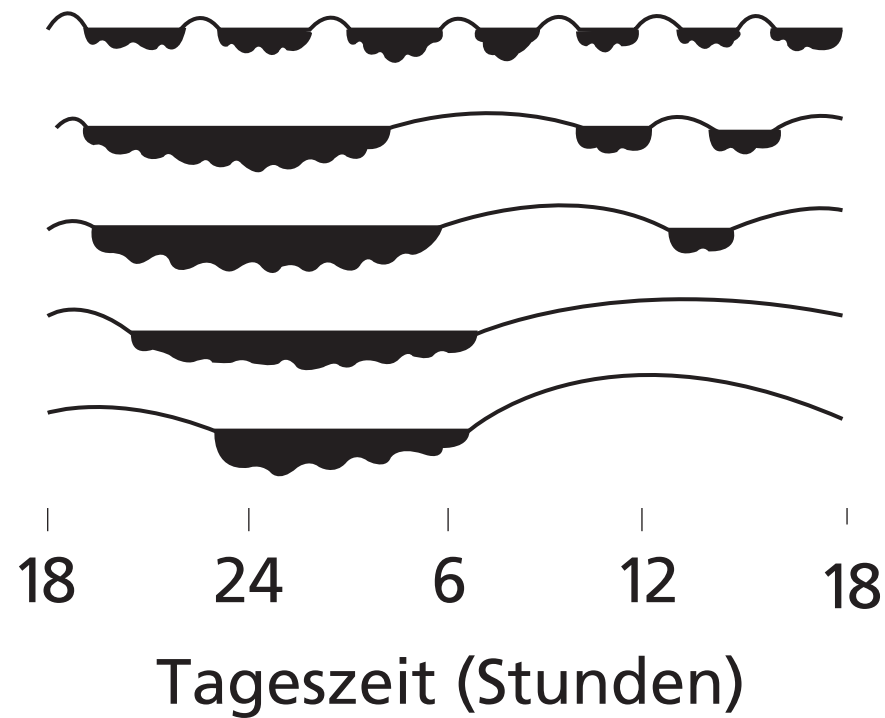
Geburt

1 Jahr

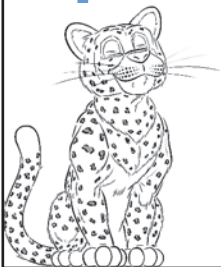
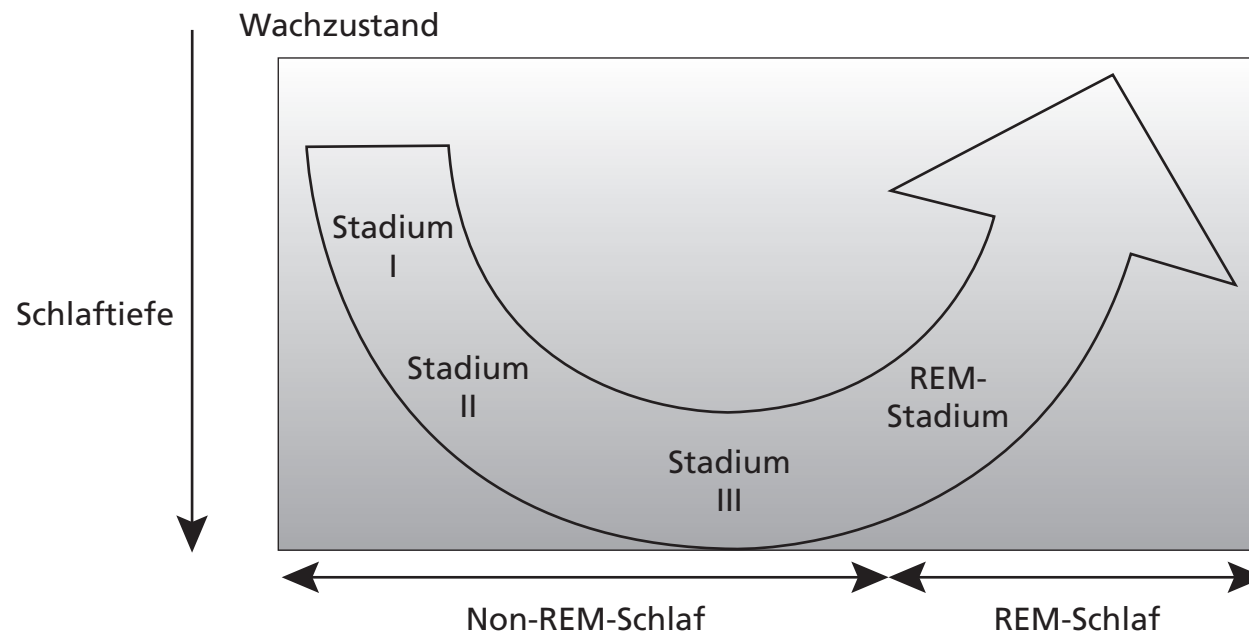
4 Jahre

10 Jahre

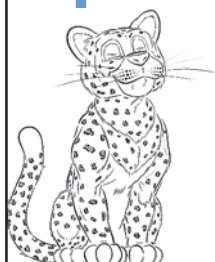
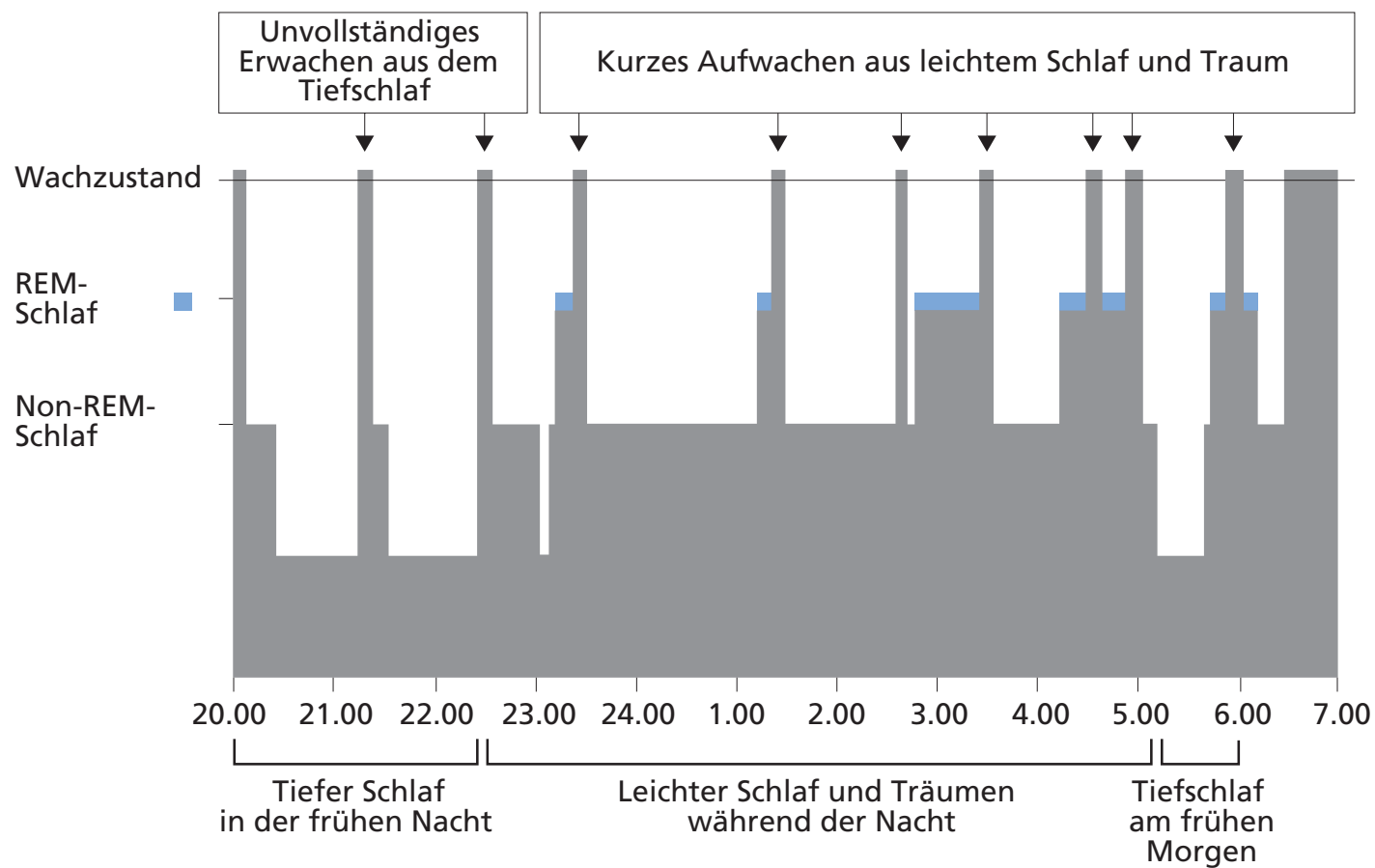
Erwachsener



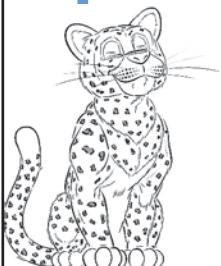
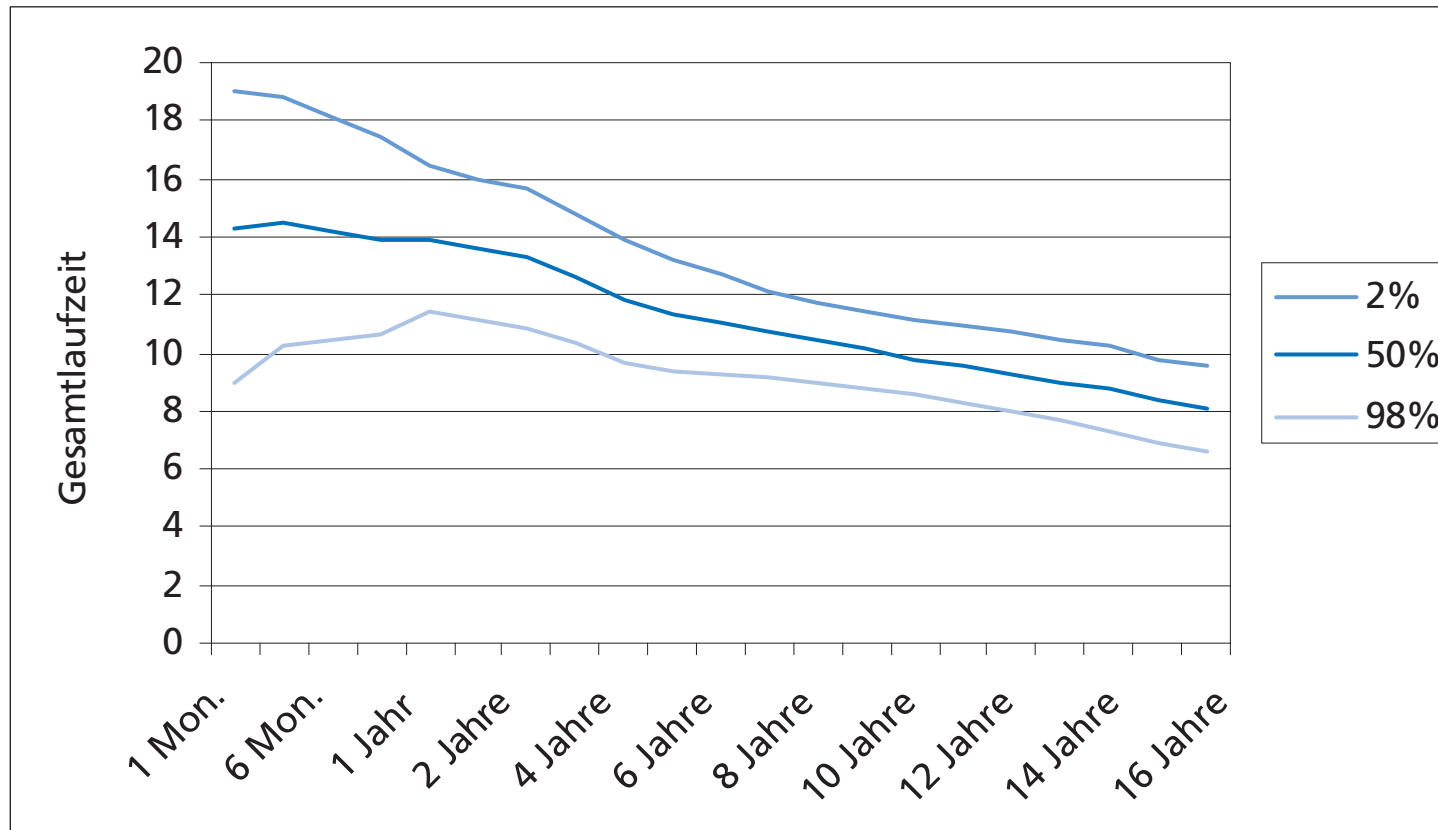
Schematische Darstellung eines Schlafzyklus



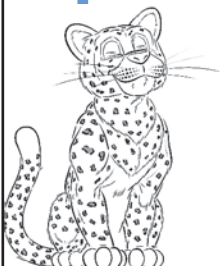
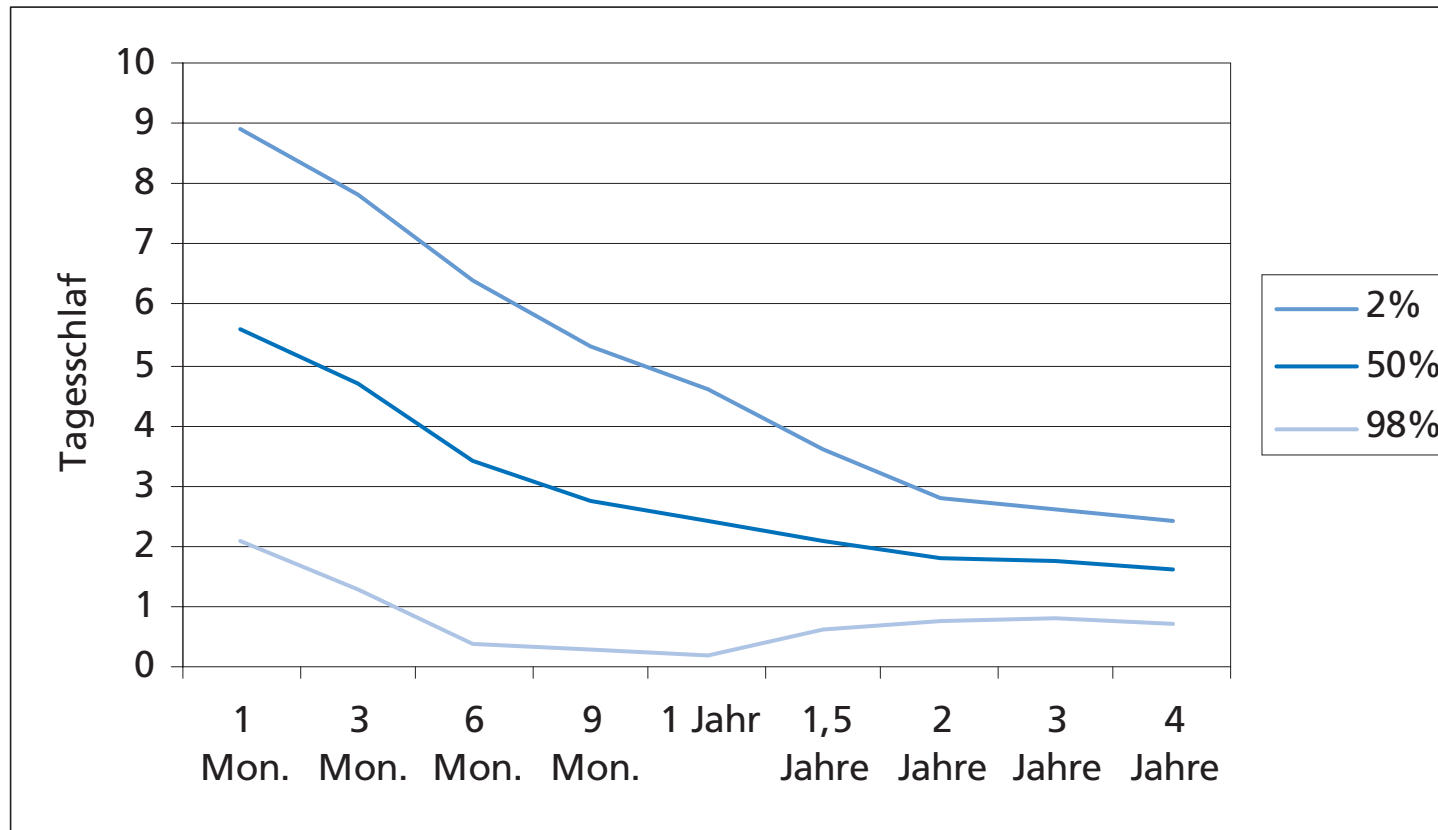
Schlafmuster eines Kindes ab dem 6. Lebensmonat (nach Farber)



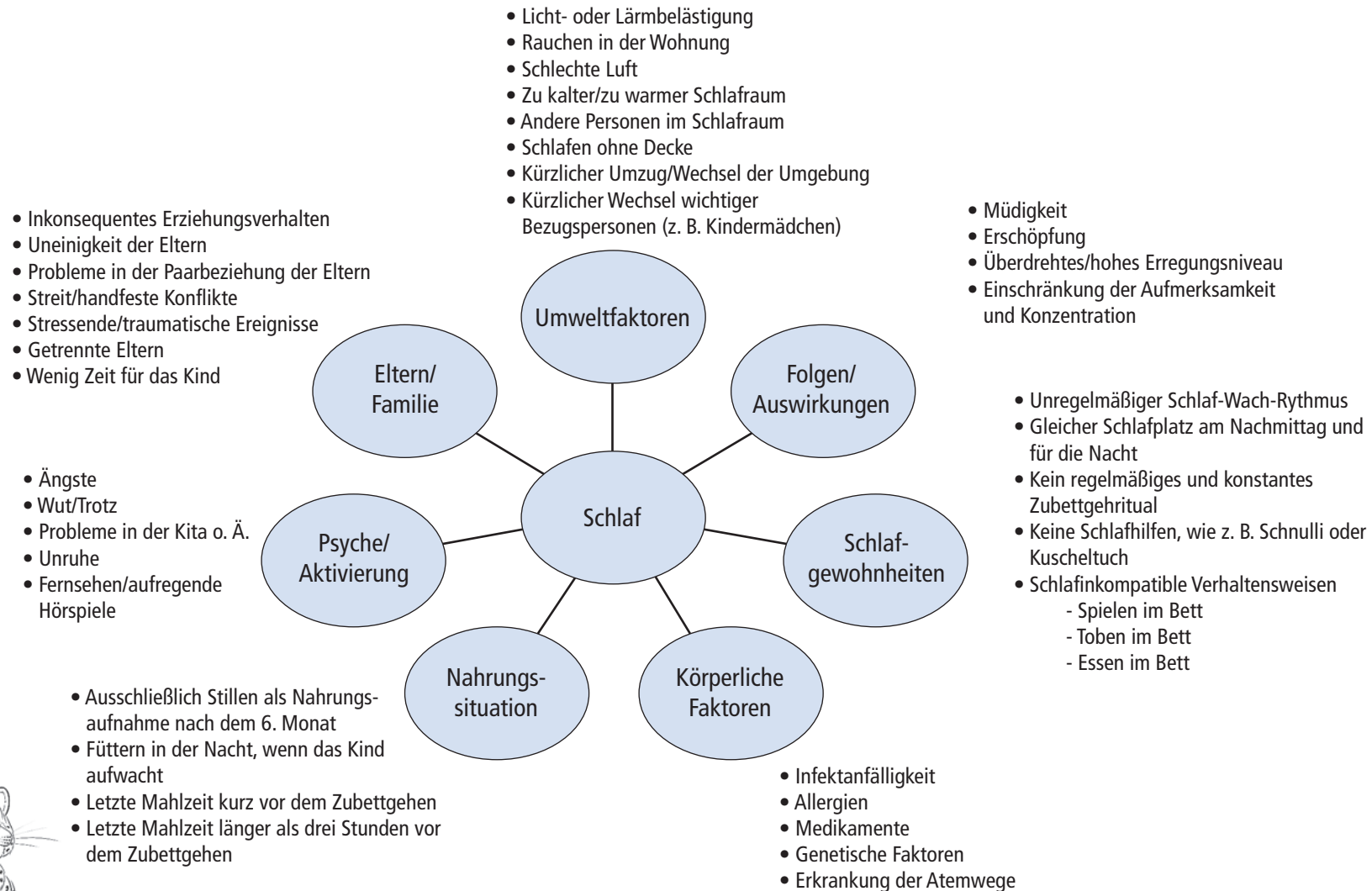
Die Entwicklung der Gesamtschlafdauer (nach Iglowstein et al. 2003)



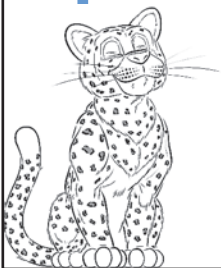
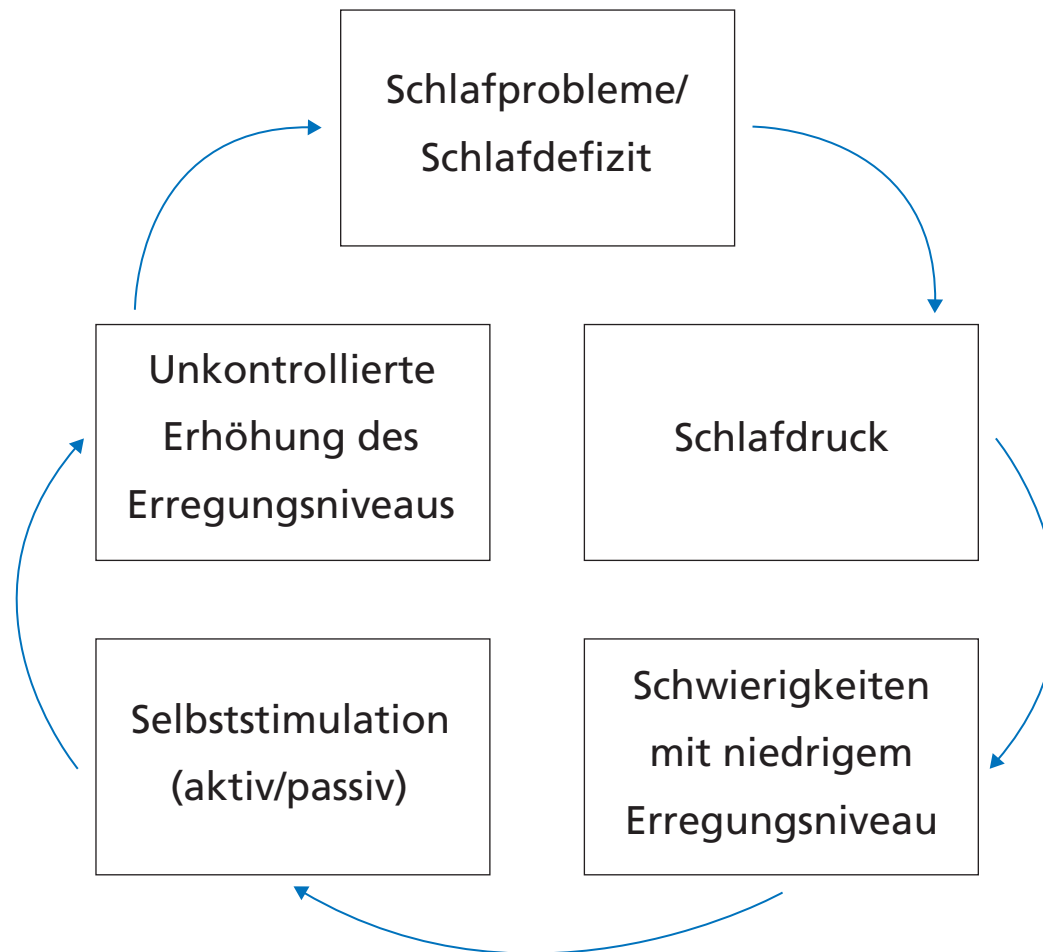
Die Entwicklung der Tagesschlafdauer (nach Iglowstein et al. 2003)



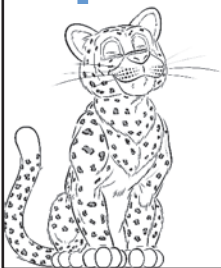
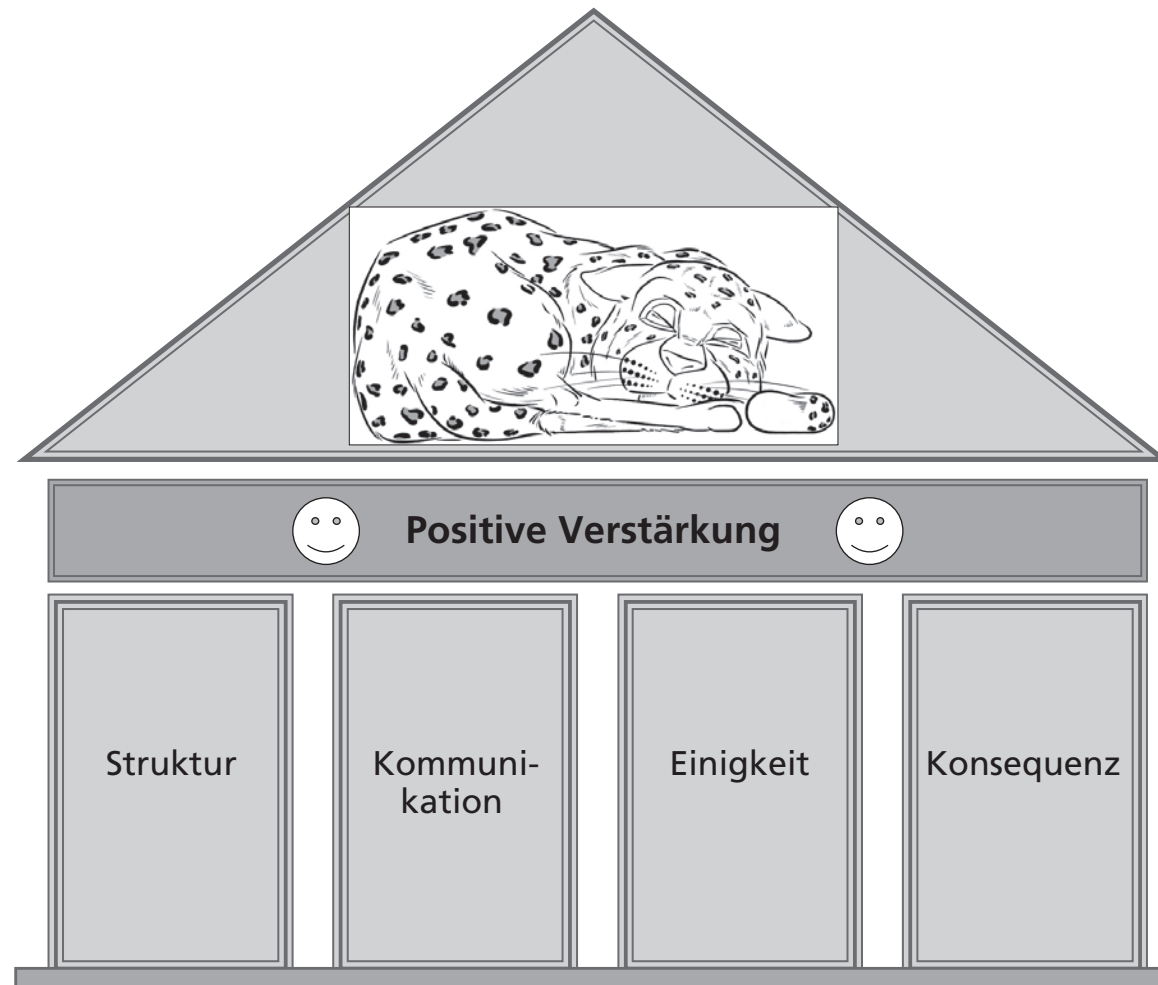
Einflussfaktoren auf den kindlichen Schlaf

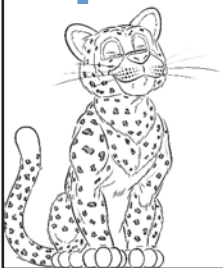
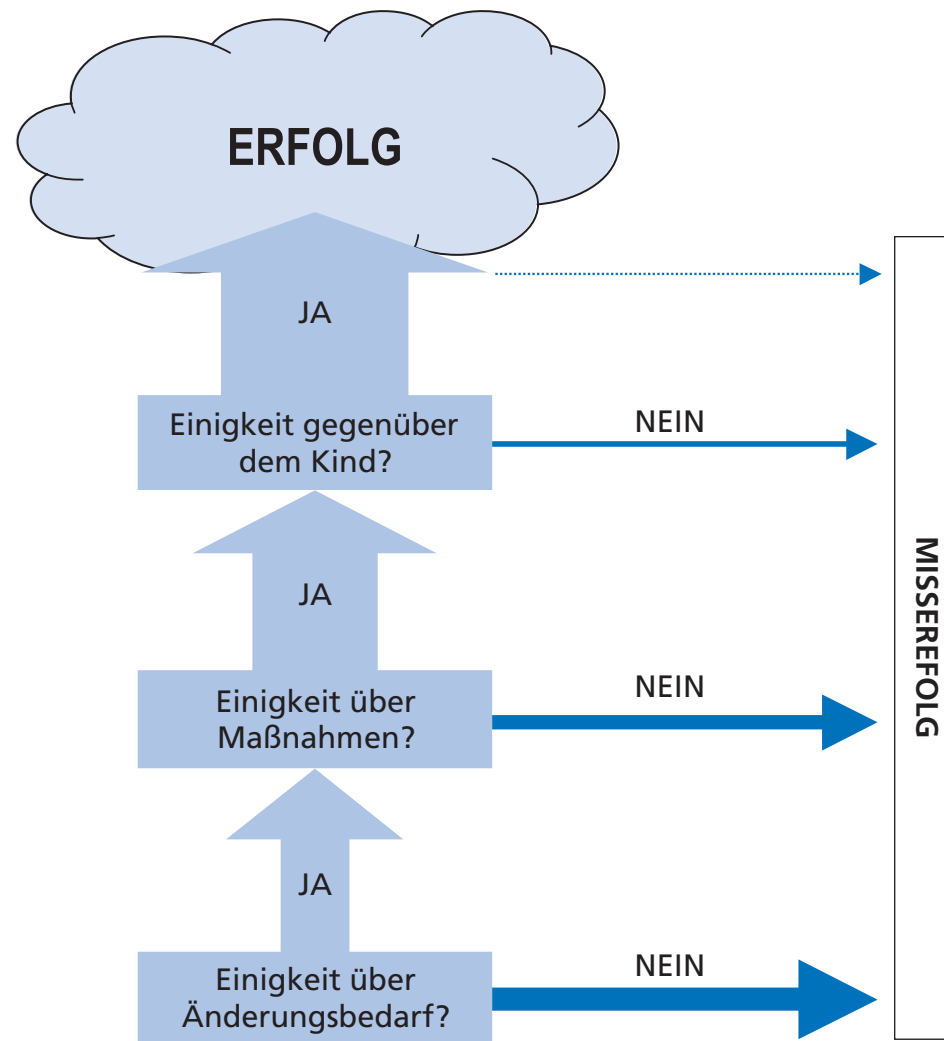


Der Schlafdruck-Teufelskreis

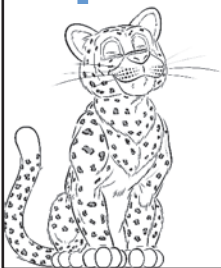
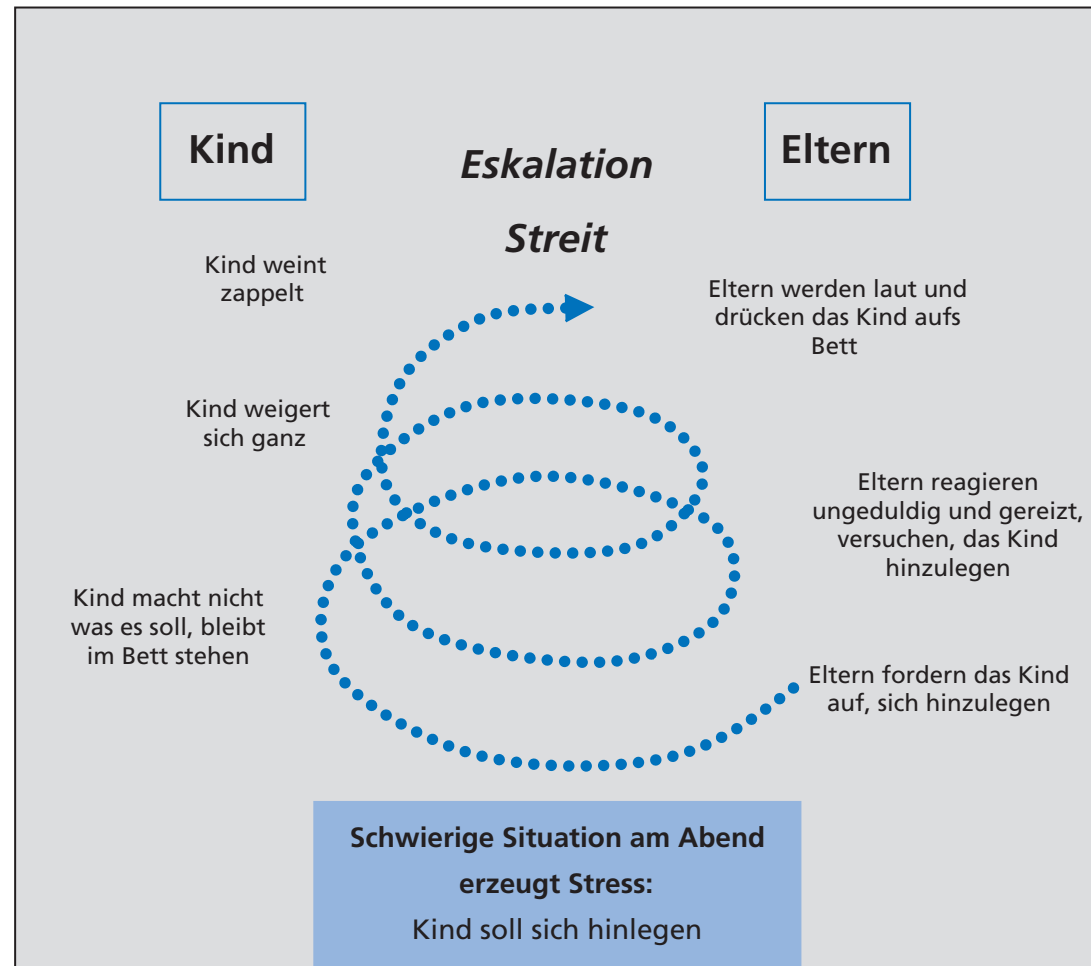


Das »Haus des gesunden Schlafes« (in Anlehnung an Kahn 2001)

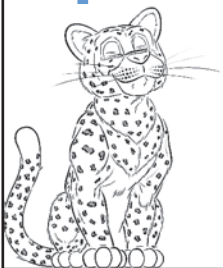
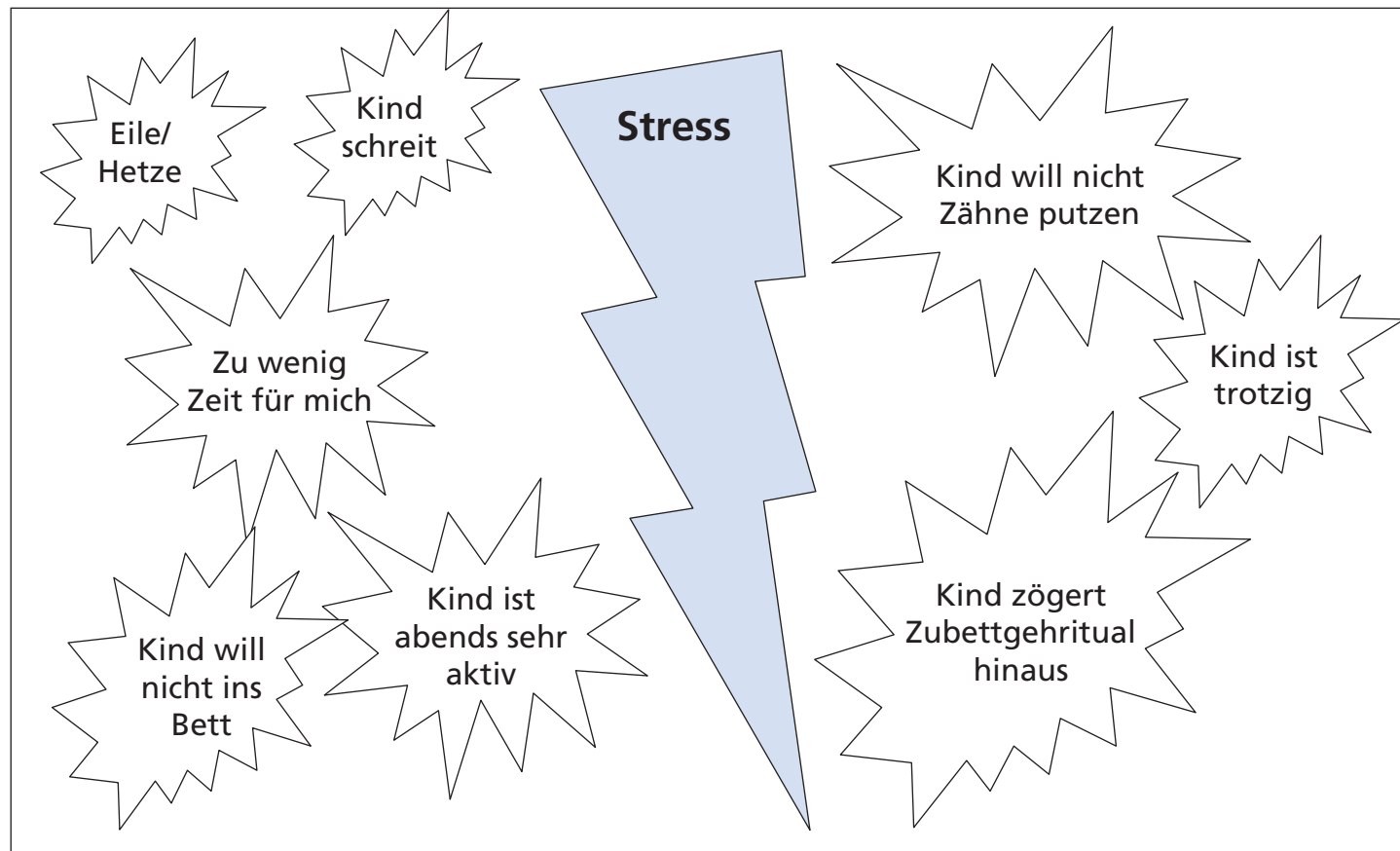




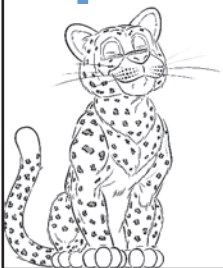
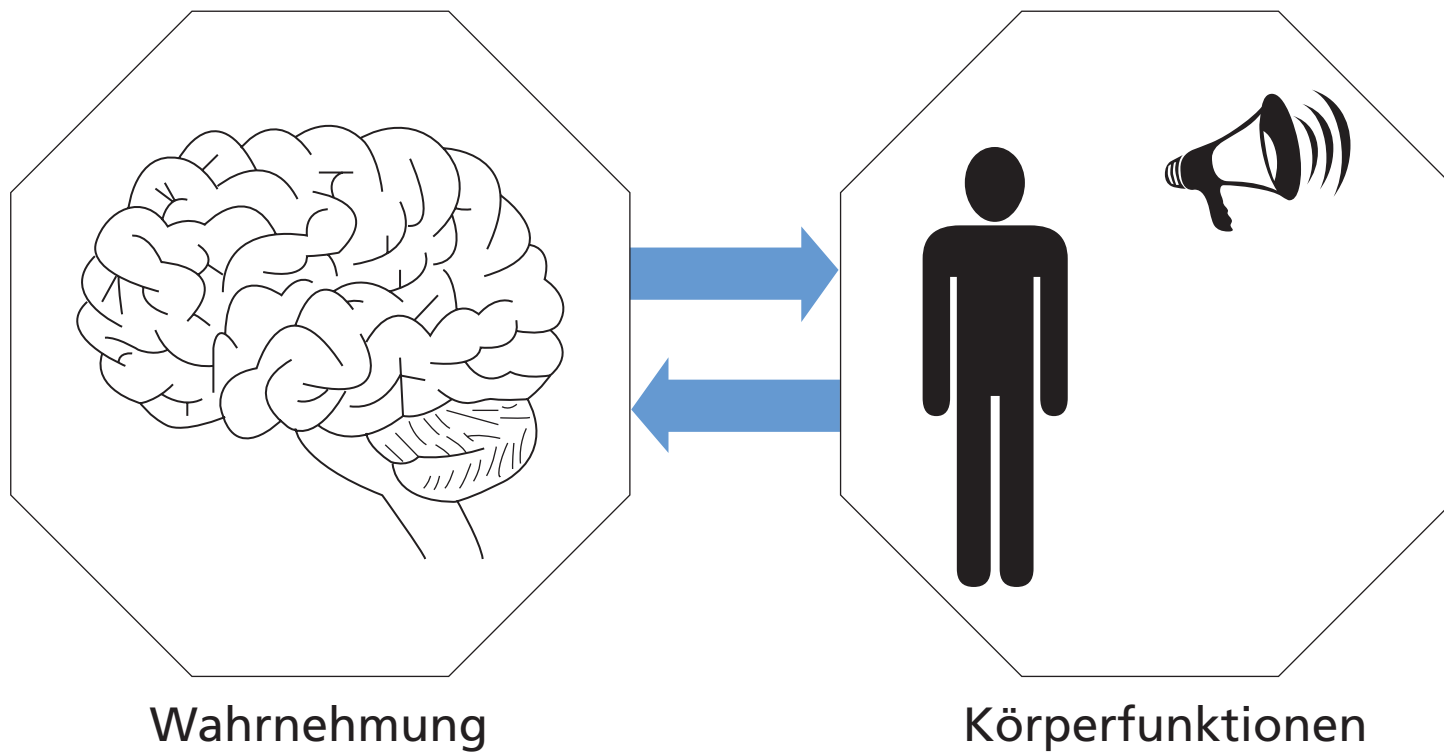
Die Eskalationsfalle



Mögliche Sressauslöser



Wechselwirkung von Gedanken und Körperfunktionen



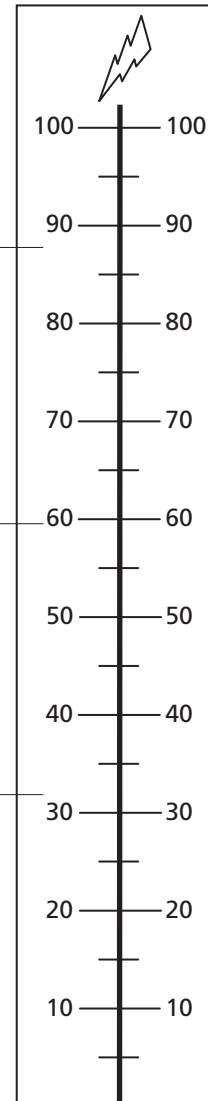
Das Stress-O-Meter

Was stresst mich?

Ralf geht nach
wiederholter
Aufforderung nicht
ins Bad Zähne putzen

Sarah weint und ruft
nach mir (3 x)

Rebecca soll ins Bett
gehen, aber räumt
ihre Malsachen nicht
weg



Was mache ich, um
entspannter in die
Situation zu gehen?

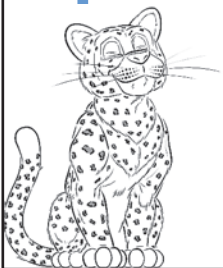
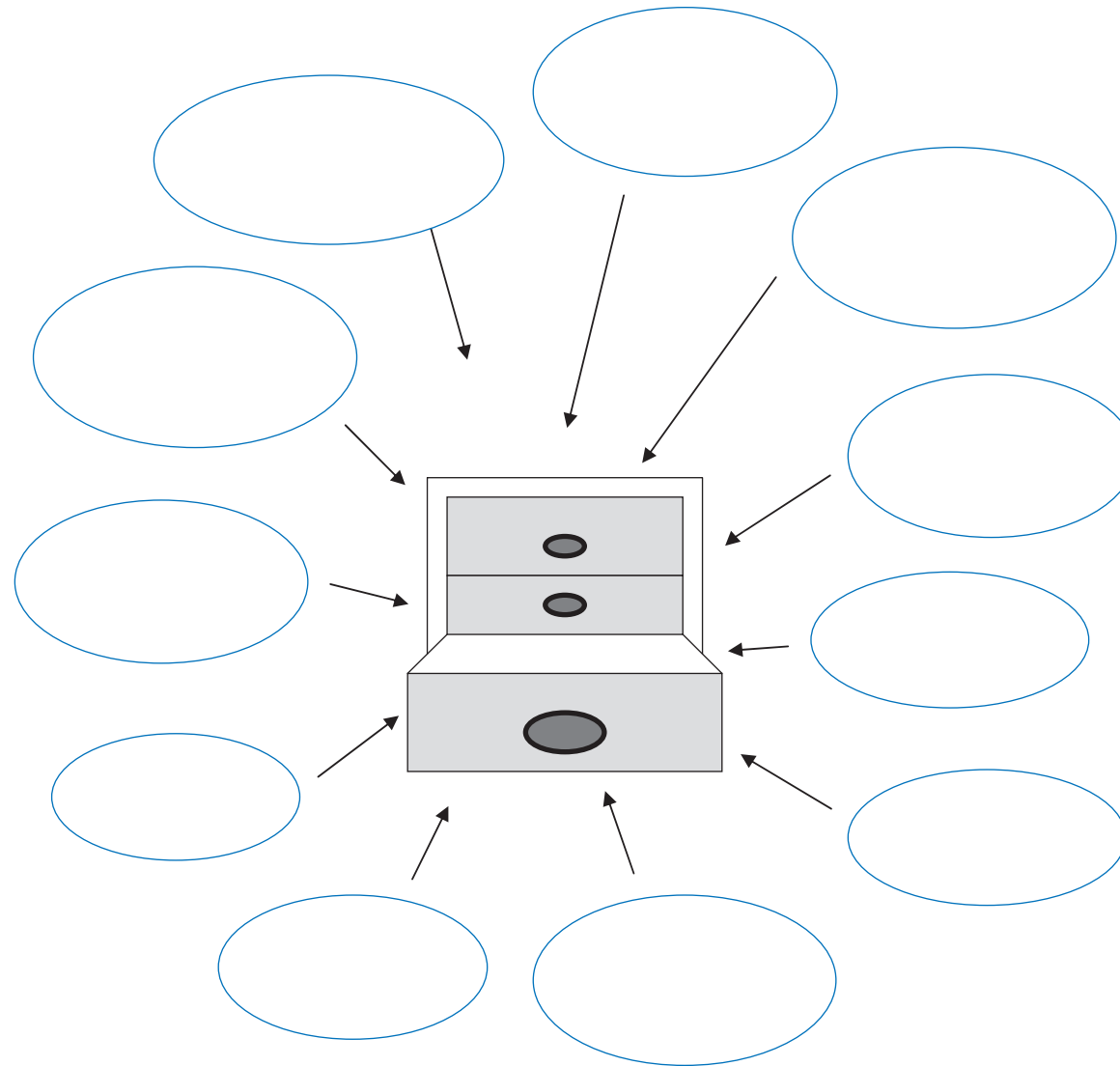
Ich wende die
S.T.O.P.-Methode an und
fordere Ralf wirkungsvoll auf,
sich die Zähne zu putzen

Ich mache eine
Selbstiminationsübung

Ich gehe auf die Toilette und
lese meinen »Mut-Mach-
Spruch«



Was packe ich weg?



Was nehme ich mit?

