

Andrea Burkhardt
Moselbrunnenweg 52
69118 Heidelberg
Tel: 06221/801722

Fax: 07944/ 1207
e-mail: andreaburkhardt@gmx.de

Liebe Eltern!

Mein Name ist Andrea Burkhardt und ich studiere an der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg Gehörlosenpädagogik. Ich möchte später Lehrerin an der Gehörlosenschule werden. Zuerst muss ich aber noch meine Examensarbeit schreiben. Diese Arbeit hat das Thema „*Hörgeschädigte Eltern und ihre hörenden Kinder*“.

Ich habe schon viele Texte von hörenden Kindern gehörloser Eltern gelesen.

Ich möchte aber auch wissen, was ***Sie als gehörlose Eltern wirklich denken***, was Ihre Wünsche und Probleme sind.

Deshalb habe ich einen Fragebogen für Sie als Eltern entwickelt! Dieser Fragebogen ist leider ein bisschen länger geworden und folgt auf den nächsten Seiten!

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie die Fragen beantworten könnten!!!

Das wäre mir eine sehr große Hilfe!!!

Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, dann lassen Sie diese einfach weg!!!

Es ist mir wirklich *sehr wichtig*, ***Ihre persönliche Meinung*** zu erfahren!!

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, schicken Sie ihn bitte an:

meine **e-mail-Adresse**: andreaburkhardt@gmx.de

oder mit der **Post** an die **Adresse**: Andrea Burkhardt
Moselbrunnenweg 52
69118 Heidelberg

Sie können mir auch ein **Fax** schicken: 07944/1207

Sie sind mir wirklich eine *sehr große Hilfe*, wenn Sie den Fragebogen ausfüllen und ihn ***bis Ende Oktober/Anfang November*** an mich zurückschicken !!!!

Vielen herzlichen Dank!!!!

Mit freundlichen Grüßen

Andrea Burkhardt

FRAGEBOGEN AN HÖRGESCHÄDIGTE ELTERN MIT HÖRENDEN KINDERN

Persönliche Angaben (werden streng vertraulich behandelt):

MUTTER: Alter: VATER: Alter:
Beruf: Beruf:
GL [] SH [] ertaubt [] GL [] SH [] ertaubt []

KINDER: 1. Kind: Alter: 2. Kind: Alter:
GL [] SH [] hörend [] GL [] SH [] hörend []

3. Kind: Alter: Weitere Kinder:
GL [] SH [] hörend []

GROSSELTERN: Eltern des Vaters: Mutter: GL [] SH [] hörend []
Vater: GL [] SH [] hörend []
Eltern der Mutter: Mutter: GL [] SH [] hörend []
Vater: GL [] SH [] hörend []

I. KINDERWUNSCH

1. Wünschten sie sich lieber ein gehörloses oder ein hörendes Kind?

gehörlos [] hörend [] egal []

?? Warum?

2. Was waren ihre Gedanken (Wünsche/ Ängste) als sie wussten, dass sie ein hörendes Kind haben ?

?? Gedanken/ Wünsche:

?? Ängste:

II. KOMMUNIKATION IN DER FAMILIE

1. Wie sprechen sie als Eltern miteinander? (z.B. DGS, LBG....)

1.1. Hat sich ihre Kommunikation verändert, seit sie ein hörendes Kind haben?

ja [] nein []

?? Warum?

2. Wie kommunizieren sie mit ihrem hörenden Kind? (z.B. DGS, LBG, Lautsprache...)

?? Mutter – Kind:

?? Vater – Kind:

3. Wenn sie mehrere Kinder haben, wie sprechen sie mit den anderen Kindern?

?? mit den hörenden Kindern:

?? mit den gehörlosen Kindern:

4. Wie beurteilen sie selbst ihre *eigene* Lautsprachkompetenz?

Mutter: gut [] ausreichend [] für Fremde schwer zu Verstehen [] schlecht []

Vater: gut [] ausreichend [] für Fremde schwer zu Verstehen [] schlecht []

5. Wie spricht ihr Kind mit ihnen? (z.B. LBG, Lautsprache, DGS,...)

?? mit dem Vater:

?? mit der Mutter:

5.1. Verstehen sie *immer*, was ihr Kind zu ihnen sagt?

ja, immer [] meistens [] nein, oft nicht []

?? Warum gibt es Probleme beim Verstehen?

?? Wie reagiert ihr Kind, wenn sie es *nicht sofort verstehen* und nachfragen?
(z.B. freundlich oder genervt?)

III. KOMMUNIKATION UND KONTAKTE MIT GEHÖRLOSEN UND HÖRENDEN

1. Treffen sie sich mit anderen gehörlosen Eltern mit hörenden Kindern?

ja, oft [] manchmal [] selten [] nein []

?? Wo treffen sie andere Eltern?

?? Wie oft?

1.1 Sprechen sie mit anderen gehörlosen Eltern über Themen / Probleme bei der Erziehung eines hörenden Kindes?

ja, oft [] manchmal [] selten [] nie []

?? Welche Themen/Probleme sind das?

2. Ist es für sie wichtig, dass ihr Kind regelmäßig Kontakt zu Hörenden hat?

ja [] nein []

?? Warum?

3. Hat ihr Kind Kontakt zu *anderen* Gehörlosen (Kinder und Erwachsene)?

ja, täglich [] oft [] selten [] nein []

?? Wie oft in einer Woche?

4. Dolmetscht ihr hörendes Kind für sie?

ja, täglich [] oft [] nur manchmal [] nein, nie []

?? In welchen Situationen?

4.1. Soll ihr Kind später auch für sie dolmetschen?

ja [] nur manchmal [] nein []

?? Warum?

IV. ERZIEHUNG UND ENTWICKLUNG DES KINDES

1. Haben sie sich vor/ nach der Geburt ihres Kindes über Kindererziehung, Versorgung und Entwicklung eines Kindes informiert? (z.B. in Zeitschriften, Bücher, mit Freunden geredet...)

ja [] nein []

?? Wenn „ja“, wie?

2. Was sind ihre Erziehungsziele? Was ist ihnen für die Erziehung ihres Kindes wichtig?

3. Sind sie bei der Erziehung ihres hörenden Kindes unsicher? Haben sie Angst vor bestimmten Problemen bei der Erziehung? (z.B. Ungehorsam, Trotzphasen, Pubertät...)

ja [] nein []

?? Wenn „ja“, wovor haben sie Angst?

4. Wer ist viel Zeit mit ihrem Kind zusammen? (z.B. Mutter/ Vater/ Großeltern/Freunde...)

? *Bitte schreiben sie es in die Tabelle!*

Person	Hörend oder Gehörlos	Stunden am Tag/ pro Woche	Was spielt er/sie mit dem Kind?	Wie kommuniziert er/sie mit dem Kind?

5. Was machen sie, wenn ihr Kind nicht macht, was sie von ihm wollen?
(z.B. Schimpfen, Klaps auf Po, früher ins Bett..)

6. Belohnen sie ihr Kind?

ja, oft [] manchmal [] selten [] nein, nie []
?? Womit? (z. B. Süßigkeiten, Umarmung...)

7. Gibt es Hörende die sagen, dass sie ihre Kinder nicht richtig erziehen können, nur weil sie gehörlos sind?

ja [] nein []
?? Wenn „ja“, wer?
?? Was hat die Person gesagt?

?? Was haben sie gesagt/ gedacht?

8. Denken sie, dass gehörlose Eltern *Erziehungsprobleme* haben, die hörende Eltern *nicht* haben?

ja [] nein []
?? Wenn „ja“, welche?

9. Haben sie manchmal Probleme mit ihrem Kind?

ja, oft [] manchmal [] selten [] nein, nie []
?? Welche Probleme?

?? Was machen sie *gegen* die Probleme?

10. Suchen sie Hilfe, wenn sie Fragen oder Probleme mit ihrem Kind haben?

ja, immer [] manchmal [] selten [] nein []
?? Wo finden sie Hilfe/ Unterstützung?

V. SPRACHENTWICKLUNG

1. Haben/ hatten sie Angst, dass ihr Kind Probleme bei der Sprachentwicklung hat?

ja [] nein []

?? Warum?

2. Machen/ machten sie ihrem Kind zu Hause spezielle akustische Angebote? (z.B. Kassetten hören, Radio, Fernseher, Geschichten vorlesen, Spieluhr...)

ja [] nein []

?? Wenn „ja“, was?

?? Ab welchem Alter des Kindes?

?? Wie oft?

täglich [] jeden 2.-3. Tag [] 1 mal pro Woche [] wie das Kind will []

3. Besuchen/ besuchten sie eine Krabbelgruppe, Mutter-Kind-Gruppe, Spielkreis oder die Frühförderung als ihr Kind zwischen 0 –3 Jahre alt war?

ja [] nein []

?? Wenn „ja“, was?

?? Wie oft?

?? Warum?

4. Haben Hörende schon einmal etwas zur Sprache ihres Kindes gesagt?

ja [] nein []

?? Wenn „ja“, was?

?? Was haben *sie* selbst dann gesagt/ gedacht?

5. Fragen sie selbst manchmal einen Hörenden nach der Sprache ihres Kindes?

ja [] nein []

6. Wie beurteilen sie die Lautsprachentwicklung ihres Kindes?

normal [] langsamer [] auffällig []

VI. ELTERNBERATUNG UND FRÜHFÖRDERUNG?

1. Wünschen sie sich als gehörlose Eltern mehr Unterstützung und Beratung bei der Erziehung ihrer Kinder?

ja [] nein []

?? Wenn „ja“, wie soll diese Unterstützung sein?

?? Welche Informationen wünschen sie sich ?

? Wenn Ihnen sonst noch etwas sehr Wichtiges ergänzen wollen, dürfen Sie es gerne hier aufschreiben:

Vielen herzlichen Dank für Ihre Geduld und für das Ausfüllen des Fragebogens!!!!

Wenn Sie eventuell auch zu einem Interview bereit wären, würde mich das sehr freuen! Dann geben Sie bitte hier noch Ihren Namen und Ihre Adresse an:

Name:

Adresse:

Fax:

e-mail:

Ganz vielen herzlichen Dank!!!!