

# **COPE: Coronavirus Perinatale Erfahrungen – Untersuchung der Auswirkungen**

**Deutschsprachige Version von:** Thomason, M.E., Graham, A., VanTieghem, M.R. (2020). The COPE-IS: Coronavirus Perinatal Experiences – Impact Survey.

*Übersetzt von: Franziska Schleger, Julia Hartkopf, Ilena Bauer, Julia Moser*

*IDM/fMEG Center of the Helmholtz Center Munich at the University of Tübingen, Tübingen, Germany*

Eingangsfrage:

1. Sind Sie derzeit schwanger?

(1) Ja > Weiter zu Abschnitt: *Schwangere Frauen*

(0) Nein > Weiter zu Abschnitt: *Postpartum Frauen*

## **SCHWANGERE FRAUEN**

### **TEIL 1: PERINATALE ERFAHRUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT DEM COVID-19 AUSBRUCH**

**1. Wann ist ihr errechneter Geburtstermin? (Datumsfeld):** \_\_\_\_\_

**2. Ist das Ihre erste Schwangerschaft?**

(1) Yes

(0) No

**3. Hatten Sie eine der folgenden Schwangerschaftskomplikationen? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

(1) Gestationsdiabetes

(2) Bluthochdruck

(3) Zervixverkürzung

(4) Fetale Wachstumsverzögerung

(5) Andere

(6) Keine

(7) Ich möchte das nicht beantworten

Falls Sie „Andere“ Schwangerschaftskomplikationen angegeben haben, beschreiben Sie diese bitte hier: (*offenes Feld*) \_\_\_\_\_

**4. Welche der folgenden Angaben beschreibt Ihre Schwangerschaft am besten?**

(1) Einlingsschwangerschaft

(2) Zwillingschwangerschaft

(3) Mehrlingschwangerschaft

**5. Wie gute werden Sie aktuell während der Schwangerschaft von Ihrer/m Frauenärztin/Frauenarzt/Hebamme unterstützt?**

(1) Sehr gut

(2) Einigermaßen

(3) Nicht sehr gut

**6. Hat sich die Unterstützung, die Sie in Ihrer Schwangerenvorsorge erhalten, aufgrund des COVID-19 Ausbruchs verändert?**

- (1) Erheblich verschlechtert
- (2) Etwas verschlechtert
- (3) Keine Veränderung
- (4) Etwas verbessert
- (5) Erheblich verbessert

**7. Welche Angebote sind für Sie in der Schwangerenvorsorge derzeit verfügbar? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Regelmäßige persönliche Termine (Frauenärzt\*in/Hebamme)
- (2) Hausbesuche durch meine Hebamme
- (3) Virtuelle Behandlungstermine
- (4) Telefonische Termine
- (5) Online Messenger Dienst für Fragen / Anliegen
- (6) Notversorgung
- (7) Blutdrucküberwachung zuhause
- (8) Ich weiß es nicht
- (9) Andere

Falls Sie „Andere“ angegeben haben, beschreiben Sie bitte hier: (*offenes Feld*) \_\_\_\_\_

**8. Welche Veränderungen erleben Sie aufgrund des COVID-19 Ausbruchs? (Bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Veränderung des Termins für einen geplanten Kaiserschnitt oder Einleitung der Wehen
- (2) Veränderung von einer geplanten Hausgeburt zu einer Geburt im Krankenhaus
- (3) Veränderung von einer geplanten Geburt im Krankenhaus zu einer Hausgeburt
- (4) Veränderung der Auswahl des Krankenhauses oder Geburtshauses
- (5) Veränderung der Gesundheitsvorsorge während der Schwangerschaft
- (6) Weniger oder keine Vorsorge Termine während der Schwangerschaft
- (7) Veränderung der Geburtsvorbereitung (z.B. kein Gruppenunterricht)
- (8) Wegfallen von Kreißsaal Führungen
- (9) Ersetzen persönlicher Termine durch virtuelle Termine während der Schwangerschaft
- (10) Keines der genannten

**9. Sorgen sie sich um mögliche Veränderungen in ihrer Gesundheitsversorgung während der Geburt Ihres Kindes auf Grund des COVID-19 Ausbruches?**

- (1) Ja
- (0) Nein

a. Falls ja, nennen Sie uns Ihre Sorgen: \_\_\_\_\_

b. Wie besorgt sind Sie?

(*Likert Skala 1-7, 1 = nicht besorgt, 7 = sehr besorgt*)

**10. Sorgen Sie sich um mögliche Veränderungen in der Unterstützung und Beteiligung Ihrer Familie und Freunde bei der Geburt ihres Kindes auf Grund des COVID-19 Ausbruches?**

- (1) Ja
- (0) Nein

a. Falls ja, nennen Sie uns Ihre Sorgen: \_\_\_\_\_

b. Wie besorgt sind Sie?

*(Likert Skala 1-7, 1 = nicht besorgt, 7 = sehr besorgt)*

**11. Sorgen sie sich um die Gesundheit Ihres Kindes auf Grund des COVID-19 Ausbruches?**

(1) Ja

(0) Nein

a. Falls ja, nennen Sie uns Ihre Sorgen: \_\_\_\_\_

b. Wie besorgt sind Sie?

*(Likert Skala 1-7, 1 = nicht besorgt, 7 = sehr besorgt)*

**12. Wie wichtig sind die folgenden Hilfsangebote für Sie und Ihre Familie während des COVID-19 Ausbruches? (Matrix: (1) überhaupt nicht wichtig, (2) etwas wichtig, (3) sehr wichtig)**

(1) Mehr Gespräche mit meiner Ärzt\*in/Hebamme

(2) Informationen über Möglichkeiten zur Stressreduktion

(3) Zugang zu psychologischer Beratung

(4) Online Unterstützungsgruppen

(5) Austausch mit anderen Schwangeren

(6) Eine schnelle Beantwortung meiner Fragen und Bedenken

(7) Beispiele, wie sich andere Frauen auf mögliche Veränderungen während der Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge vorbereiten

**13. Gibt es andere Unterstützungsmöglichkeiten, die Sie und Ihrer Familie während des COVID-19 Ausbruches hilfreich fänden? (offenes Feld)**

**14. Wären Sie interessiert, mehr über die Teilnahme an neuen virtuellen Baby- und Schwangeren Gruppen zu erfahren?**

(1) Ja

(0) Nein

***Falls ja, haben Sie eine Präferenz für Mütter-Gruppen, die regional oder national sind (Innerhalb Ihrer Region oder innerhalb Deutschlands)?***

(1) Regional

(2) National

(3) Beides

(4) Keine Präferenz

*(Ende des Abschnitts; Schwangere Frauen überspringen den postpartum Teil und gehen über zum Teil für alle Befragten)*

**POSTPARTUM FRAUEN**

**TEIL 1: PERINATALE ERFAHRUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT DEM COVID-19 AUSBRUCH**

*(screening Frage, relevant, wenn Mütter mit Kindern > 6 Monaten ausgeschlossen werden sollen)*

*Sind Sie Mutter einer Kindes welches jünger als 6 Monate ist?*

1) Ja

2) Nein → Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserer Umfrage teilzunehmen, in der wir Sie nach ihren Erfahrungen und Gefühlen im Hinblick auf den Ausbruch von COVID-19 befragen durften. Der nächste Teil der Umfrage betrifft hauptsächlich schwangere Frauen und Mütter

*die bereits Kinder im Alter von bis zu 6 Monaten haben. Demnach brauchen sie diesen Teil der Umfrage nicht zu beantworten.*

**1. An welchem Datum wurde Ihr letztes Kind geboren?**

**2. War das Ihre erste Schwangerschaft?**

- (1) Ja
- (0) Nein

**3. Hatten Sie eine der folgenden Schwangerschaftskomplikationen? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Gestationsdiabetes
- (2) Bluthochdruck
- (3) Zervixverkürzung
- (4) fetale Wachstumsverzögerung
- (5) ein zu niedriges Geburtsgewicht
- (6) eine Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche
- (7) eine Geburt vor der 32. Schwangerschaftswoche
- (8) Anderes (Freitext)
- (9) Keine

Andere Schwangerschaftskomplikationen (Bitte hier nennen): \_\_\_\_\_

**4. Wo haben sie entbunden?**

- (1) Krankenhaus
- (2) Geburtshaus
- (3) Hausgeburt
- (4) Keine der hier genannten

Wenn Antwort 1,2 oder 4: Wie ist der Name des Krankenhauses oder des Geburtshauses, wo ihr Kind geboren worden ist?

(Freitext) \_\_\_\_\_

**5. Wo wurde ihr Kind geboren? (Stadt, Bundesland, Land) (Freitext) \_\_\_\_\_**

**6. War Ihr Baby in Behandlung auf einer Neugeborenenintensivstation oder einer Intensivstation für Kinder?**

- (1) Ja
- (2) Nein

**7. Welche der folgenden Angaben beschreibt Ihre Schwangerschaft am Besten?**

- (1) Einlingsschwangerschaft
- (2) Zwillingschwangerschaft
- (3) Mehrlingschwangerschaft

**8) Wie gut fühlten Sie sich vor und nach Ihrer Schwangerschaft betreut?**

- (1) Sehr gut
- (2) Einigermaßen gut

(3) Nicht sehr gut

**9. Hat sich die Betreuung vor und nach Ihrer Schwangerschaft durch den COVID-19 Ausbruch verändert?**

- (1) Erheblich verschlechtert
- (2) Etwas verschlechtert
- (3) Keine Veränderung
- (4) Keine relevante Veränderungen ( z.B. weil COVID-19 erst nach meiner Schwangerschaft eintrat)
- (5) Etwas verbessert
- (6) Erheblich verbessert

**10. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Punkte für Sie oder ihre Familie während des COVID-19 Ausbruches?**

- (1) Mehr Gespräche mit meiner Ärzt\*in/Hebamme
- (2) Mehr Gespräche mit der Kinderärzt\*in meines Kindes
- (3) Informationen über COVID-19 und die Gesundheit von Säuglingen/Kindern
- (4) Informationen darüber, wie man Stress reduzieren kann
- (5) Zugang zu psychologischen Beratung
- (6) Online-Unterstützungsgruppen
- (7) Austausch mit anderen Eltern
- (8) Eine schnelle Beantwortung meiner Fragen und Bedenken
- (9) Beispiele, wie sich andere Frauen auf mögliche Veränderungen während des Wochenbettes und der Betreuung ihres Babys vorbereiten

**11. Gibt es andere Unterstützungsmöglichkeiten, die Sie und Ihre Familie während COVID-19 hilfreich fänden? (Freitext) \_\_\_\_\_**

**12. Stillen Sie zur Zeit?**

- (1) Ja
- (0) Nein

Wenn ja, stillen sie ausschließlich?

- (1) Ja
- (0) Nein

**13. Haben sich ihre Pläne für die Geburt als Folge des COVID-19-Ausbruchs geändert? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Reduzierter Zugang zu gewünschten Medikamenten vor oder nach der Entbindung (d.h. Lachgas, PDA)
- (2) Änderung des geplanten Geburtsortes
- (3) Meine gewünschte Einleitung oder Kaiserschnitt war nicht wie geplant erlaubt
- (4) Meine gewünschte Betreuungsperson für die Geburt (Ärzt\*in/Hebamme) war nicht wie geplant verfügbar
- (5) Unterstützende Personen (z.B. Partner, Familie) durften bei der Geburt meines Babys nicht dabei sein
- (6) Ich wurde unmittelbar nach der Entbindung von meinem Baby getrennt

(7) Ich war nach der Entbindung lange Zeit vom Baby getrennt (z.B. meine Baby war unter Quarantäne gestellt im Krankenhaus)

(8) Keine Veränderung

(9) Andere

Wenn andere Planänderungen eintraten, beschreiben Sie diese bitte hier: (Freitext)

**14. Hat der COVID-19 Ausbruch Ihre Erfahrungen nach der Geburt beeinflusst? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

(1) Familie und Freunde durften mich und mein Baby nach der Geburt nicht besuchen (z.B. aufgrund von sozialen Distanzierungsregeln oder Reisebeschränkungen)

(2) Ich hatte keine Hebammenbetreuung im Wochenbett zuhause

(3) Mein Wochenbettbesuch fand virtuell statt

(4) Ich hatte keine Möglichkeit, über "Baby-Blues" oder Probleme im Zusammenhang mit meiner Stimmung zu diskutieren

(5) Die U-Untersuchung meines Babys wurde verschoben

(6) Die Impfungen meines Babys wurden verschoben

(7) Meine Frauenärztliche Nachuntersuchung wurde verschoben

(8) Mein Rückbildungskurs wurde abgesagt

(9) Mein Rückbildungskurs fand virtuell statt

(10) Keine Änderungen

(11) Andere

Wenn andere, bitte hier beschreiben: (Freitext) \_\_\_\_\_

**15. Wie würden Sie den durch die Veränderungen durch COVID-19 in Bezug auf die Geburt und die Zeit danach erfahrenen Stress im Allgemeinen bewerten?**

(Likert Skala 1-7, 1=Kein Stress, 7=Extrem viel Stress)

**16. Machen Sie sich Sorgen aufgrund des COVID-19 Ausbruches über mögliche zukünftige Veränderungen im Hinblick auf die Betreuung ihres Kindes?**

(1) Ja

(0) Nein

a. Wenn ja, bitte beschreiben sie Ihre Sorgen: \_\_\_\_\_

b. Wie besorgt sind Sie?

(Likert Skala 1-7, 1= Keine Sorgen, 7= Extrem viele Sorgen)

**17. Sorgen Sie sich um die Gesundheit Ihres Kindes auf Grund des COVID-19 Ausbruches?**

(1) Ja

(0) Nein

a. Wenn ja, bitte beschreiben Sie die Sorgen:

d. Wie besorgt sind sie?

(Likert Saka 1-7, 1=Keine Sorgen, 7= Extrem viele Sorgen)

**18. Nehmen sie derzeit an virtuellen Unterstützungsgruppen teil? (z.B. virtuelle Mama Gruppen, virtuelle Unterstützung für das Stillen etc.)**

(1) Ja

(0) Nein

Wenn ja, an welchen Gruppen nehmen sie teil? (Freitext) \_\_\_\_\_

**19. Wären Sie interessiert, mehr über die Teilnahme an neuen virtuellen Mama-Kind Gruppen zu erfahren?**

(1) Ja

(0) Nein

Wenn ja, würden Sie Mama-Kind Gruppen bevorzugen, die regional oder national sind?

(5) Regional

(6) National

(7) Beides

(8) Keine Präferenz

**ALLE BEFRAGTEN**

**TEIL 2: COVID-19 KONTAKTE UND SYMPTOME (SELBST UND FAMILIE)**

Wir sind daran interessiert, ob Sie und Ihre Familienmitglieder Symptomen wie sie in COVID-19 zu sehen sind, ausgesetzt waren/sind.

Häufige Symptome: Fieber oder Schüttelfrost, Husten, Kurzatmigkeit.

Andere Symptome: Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Muskel- oder Körperschmerzen, laufende Nase, Müdigkeit, Durchfall/Übelkeit, Erbrechen, Verlust von Geruch oder Geschmack, juckende/rote Augen.

1. Bitte geben Sie für die folgende Personen an, was am ehesten zutrifft. (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

Zeilen:

(Bei mir selbst, Partner, Neugeborene, andere Kinder, andere zu Hause lebende Personen)

Abschnitt:

i. SÄULE: (1) keine Symptome, (2) derzeit Symptome vorhanden, (3) Symptome in der Vergangenheit

Abschnitt

ii. SÄULE: (1) nie getestet, (2) positiv auf COVID-19 getestet, (3)

Negativ auf COVID-19 getestet,

(4) Getestet und auf Ergebnisse wartend

*Wenn „bei mir selbst“ getestet angekreuzt wurde dann:*

Datum des Tests: \_\_\_\_\_

**2.2. Haben irgendwelche der folgenden Personen in Kontakt mit jemandem gestanden, der positiv auf COVID-19 getestet wurde (innerhalb von 14 Tagen vor oder nach dem positiven Testdatum) (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)?**

(1) Ich

(2) Partner

(3) Neugeborene

(4) Andere Kinder

(5) Andere im Haushalt lebende Personen

(6) Meine Eltern

(7) Nahe Freunde/Nachbarn

(8) Andere

(9) Keine bekannt

Wenn andere, bitte beschreiben: (Freitext)\_\_\_\_\_

**3. Haben eine oder mehrere der folgenden Personen aufgrund einer bestehenden Erkrankung(en) oder eines fortgeschrittenen Alters ein höheres Risiko, an COVID-19 zu erkranken? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Ich
- (2) Partner
- (3) Neugeborene
- (4) Andere Kinder
- (5) Andere im Haushalt lebende Personen
- (6) Meine Eltern
- (7) Nahe Freunde/Nachbarn
- (8) Andere
- (9) Keine bekannt

Wenn andere, bitte beschreiben: (Freitext)\_\_\_\_\_

**4. Würden Sie sich gerne auf COVID-19 testen lassen, aber hatten bisher nicht die Möglichkeit?**

- (1) Ja
- (0) Nein

**5. Wie viele Personen, die Sie persönlich kennen (persönlich kennen gelernt haben), waren an COVID-19 erkrankt?**

(zählen Sie einzelne Personen nur einmal in den Feldern unten)

- (1) Bestätigte Fallnummer? \_\_\_\_\_
- (2) Vermutete Fallnummer? \_\_\_\_\_

**6. Wie gestresst sind Sie im Allgemeinen im Bezug auf eigene COVID-19 ähnliche Symptome oder einer potentiellen Erkrankung?**

(Likert Skala 1-7, 1= Kein Stress, 7=Extrem viel gestresst)

**7. Wie gestresst sind Sie im Allgemeinen in Bezug auf COVID-19 ähnliche Symptome oder einer potentiellen Erkrankung im Freundes- und Familienkreis?**

(Likert Skala 1-7, 1=Kein Stress, 7= Extrem viel gestresst)

**TEIL 3: FINANZIELLE ÜBERLEGUNGEN IN ZUSAMMENHANG MIT COVID-19**

**8. In was für einem Beschäftigungsverhältnis stehen Sie? (Bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Vollzeit
- (2) Teilzeit
- (3) Mutterschutz/Elternzeit
- (4) eine andere Form der Freistellung
- (5) Arbeitssuchend
- (6) Studentin
- (7) nicht berufstätig

(8) Erziehungszeit/Hausfrau

(9) Frührentnerin

(10) andere

(11) keine Angabe

Sonstiges, bitte näher beschreiben: \_\_\_\_\_

### **9. Einfluss des COVID-19 Ausbruchs auf Ihr Beschäftigungsverhältnis und Ihre finanzielle Situation**

**a. Welche der folgenden Veränderungen Ihres Beschäftigungsverhältnis sind bei Ihnen durch COVID-19 schon aufgetreten? (bitte alle Zutreffenden Antworten ankreuzen, nicht zutreffende Antworten freilassen)**

*(Tabelle mit Spalten für (1) sich selbst/ (2) Partner)*

(1) Wechsel ins Homeoffice

(2) Kurzarbeit/Ausfall von Stunden

(3) Lohnkürzungen

(4) Verlust der Arbeit

(5) Bedrohung des Arbeitsplatzes

(6) Mehrbelastung bei Ausübung der Arbeit durch fehlende Kinderbetreuung

(7) Gestiegene Arbeitszeiten

(8) Mehr Verantwortung

(9) Verstärkte Kontrolle und Berichtspflicht gegenüber dem Arbeitgeber

(10) Verlust der Krankenversicherung

(11) Schwierigkeiten, Kinderbetreuung zu finanzieren

(12) Schwierigkeiten, Miete bzw. Hypotheken zu bezahlen

(13) Ich musste MitarbeiterInnen entlassen/beurlauben

(14) Wertminderung Ihrer Pensionierung, Investitionen oder Ersparnisse

### **10. Wie hoch ist Ihre Belastung bezogen auf Ihre Beschäftigungssituation und Ihre finanzielle Situation durch die COVID-19- Pandemie im Allgemeinen?**

*(Likert Skala 1-7, 1=keine Belastung, 7=hohe Belastung)*

### **11. Zukünftige (erwartete) Einflüsse auf Ihre Beschäftigungssituation durch den COVID-19 Ausbruch**

**(bitte alle Zutreffenden Antworten ankreuzen, nicht zutreffende Antworten freilassen)**

*(Tabelle mit Spalten für (1) sich selbst/ (2) Partner)*

(1) Wechsel ins Homeoffice

(2) Kurzarbeit/Ausfall von Stunden

(3) Lohnkürzungen

(4) Verlust der Arbeit

(5) Bedrohung des Arbeitsplatzes

(6) Mehrbelastung bei Ausübung der Arbeit durch fehlende Kinderbetreuung

(7) Gestiegene Arbeitszeiten

(8) Mehr Verantwortung

- (9) Verstärkte Kontrolle und Berichtspflicht gegenüber dem Arbeitgeber
- (10) Verlust der Krankenversicherung
- (11) Schwierigkeiten, Kinderbetreuung zu finanzieren
- (12) Schwierigkeiten, Miete bzw. Hypotheken zu bezahlen
- (13) ich musste Mitarbeiter entlassen/beurlauben
- (14) Wertminderung Ihrer Pensionierung, Investitionen oder Ersparnisse

**12. Wie hoch schätzen Sie ZUKÜNFTIG Ihre Belastung bezogen auf Ihre Beschäftigungssituation und Ihre finanzielle Situation durch den COVID-19 Ausbruch im Allgemeinen ein?**

(Likert Skala 1-7, 1=keine Belastung, 7=hohe Belastung)

**TEIL 4 – AKTIVITÄTEN ZUR SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG WÄHREND DER COVID-19 PANDEMIE**

**13. Wie versuchen Sie momentan, Ihre Bedürfnisse nach sozialer Unterstützung zu erfüllen?**

**(bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Telefonate
- (2) Elektronische Kommunikationsformen (z. B. email, Textnachrichten)
- (3) Virtuelle Kommunikation (z. B. Videotelefonate wie Face Time)
- (4) Persönlich
- (5) Social Media (Facebook, Instagram)
- (6) Andere

**14. Von wem erfahren Sie soziale Unterstützung? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Familie
- (2) Freunde
- (3) Religiöse Gemeinschaft
- (4) psychosoziale Unterstützungsangebote
- (5) Hebamme/Ärzt\*inn/Medizinisches Personal
- (6) Gemeinnützige Organisationen /Vereine
- (7) Andere

**15. Wie sehr fühlten Sie sich vor dem COVID-19 Ausbruch von Ihrem sozialen Netzwerk unterstützt?**

(Likert Skala 1-7, 1= nicht unterstützt, 7=sehr unterstützt)

**16. Wie sehr fühlen Sie sich momentan durch Ihr soziales Netzwerk unterstützt?**

(Likert Skala 1-7, 1= nicht unterstützt, 7=sehr unterstützt)

**17. Welches Ausmaß hat die Belastung, die Sie durch die Einschränkungen Ihrer sozialen Unterstützung durch den COVID-19 Ausbruch allgemein empfinden?**

(Likert Skala 1-7, 1=keine Belastung, 7=hohe Belastung)

## **TEIL 5: COVID-19 AUSBRUCH – EINGESCHRÄNKTE AKTIVITÄTEN**

**18. Welche der folgenden Situationen treffen auf Sie und Ihre Familie zu? (bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)**

- (1) bislang keine Einschränkungen
- (2) freiwillige Quarantäne aus Angst vor einer Ansteckung
- (3) freiwillige Quarantäne aufgrund eines Verdachtsfalles/eines bestätigten Falles im Haushalt
- (4) Angeordnete Selbstisolierung/Quarantäne durch medizinisches Fachpersonal, aufgrund von bestätigtem Fall/Verdachtsfall (es ist nicht erlaubt, aus irgendeinem Grund das Haus zu verlassen, auch nicht zum Einkaufen)
- (5) Angeordnete Ausgangssperre durch die Kommunalverwaltung und/oder den Arbeitgeber (z.B. kann man immer noch Spaziergänge machen und sich im Freien treffen, während man sich sozial distanziert)
- (6) Angeordneter Ausgangssperre von der Regierung (d. h. das Verlassen der Wohnung erfordert dringend notwendige Gründe)

**19. Stimmen Sie den Einschränkungen, die von Ihrer Regierung angeordnet wurden, zu?**

- (1) Ich denke, die Maßnahmen sind zu milde
- (2) Ich denke, die Maßnahmen sind zu streng
- (3) Ich denke, die Maßnahmen sind richtig

**20. Haben Sie zu Hause Zugang zu....**

- (1) einem Telefon mit Internetverbindung?
  - (1) Ja
  - (0) Nein
- (2) einem Computer mit Internetverbindung?
  - (1) Ja
  - (0) Nein
- (3) einem ruhigen Platz für private Telefongespräche, Arbeit oder individuelle Aktivitäten?
  - (1) Ja
  - (0) Nein
- (4) einer privaten Möglichkeit, im Freien zu sein (z. B. Balkon, Garten)?
  - (1) Ja
  - (0) Nein
- (5) öffentlichen Plätzen im Freien?
  - (1) Ja
  - (0) Nein

**21. An welcher Stelle schränken sie sich bewusst selber ein?**

(alle zutreffenden Antworten bitte ankreuzen, nicht zutreffende Antworten bitte freilassen)

- (1) im persönlichen Kontakt innerhalb der Familie/ im selben Haushalt (z. B. haben Sie sich dazu entschieden, sich von einem oder mehreren Mitgliedern Ihres Haushaltes fernzuhalten).

- (2) im persönlichen Kontakt mit Familienmitgliedern, die außerhalb Ihres Haushaltes leben.
- (3) im persönlichen Kontakt zu Freunden
- (4) im persönlichen Kontakt zu anderen schwangeren Frauen oder Eltern
- (5) im persönlichen Kontakt zu Arbeitskollegen
- (6) in der regulären Kinderbetreuung (z. B. Kindergarten, Tagesmutter, Hort, BabysitterIn)
- (7) Familienurlaub, persönlicher Urlaub
- (8) Familienaktivitäten im Freien (z. B. in den Wald gehen, in den Park gehen)
- (9) Familienaktivitäten im öffentlichen Raum (z. B. Museen besuchen, auf Spielplätze gehen, ins Theater gehen)
- (10) Restaurantbesuche, Einkaufen
- (11) Sportkurse in geschlossenen Räumen, Freizeitsport
- (13) persönliche Teilnahme an Gottesdiensten

**22. Was vermissen Sie am meisten? (bitte wählen sie eine)**

- (1) persönlichen Kontakt zur Familie/zu Freunden
- (2) persönlichen Kontakt zu Arbeitskollegen
- (3) persönlichen Kontakt zu anderen schwangeren Frauen oder Eltern
- (4) Pausen in der Kinderbetreuung
- (5) Familienurlaub, persönlichen Urlaub
- (6) Familienaktivitäten im öffentlichen Raum (z. B. Museen besuchen, auf Spielplätze gehen, ins Theater gehen)
- (7) Freizeitaktivitäten im Freien
- (8) Restaurantbesuche, Einkaufen
- (9) Sportkurse in geschlossenen Räumen, Freizeitsport
- (10) persönliche Teilnahme an Veranstaltungen in der Gemeinde
- (11) persönliche Teilnahme an Gottesdiensten
- (12) Sonstiges

Wenn Sonstiges, dann bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

**23. Welche der folgenden beschriebenen Sorgen um Ihre Familie treffen auf Sie zu? Bitte geben Sie bei Zutreffenden Aussagen an, wie sehr es Sie beschäftigt. (1) darum Sorge ich mich nicht, (2) darum Sorge ich mich ein wenig, (3) darum Sorge ich mich, (4) das sorgt mich sehr)**

- (1) Mangel an Lebensmitteln oder Waren in der Zukunft
- (2) Zukünftiger Mangel an medikamentöser Versorgung und Hygieneartikeln
- (3) Zukünftiger Mangel an Artikeln zur Babypflege (z. B. Windeln, Milchpulver, Feuchttücher)
- (4) Erschwerter Zugang zu psychosozialen Hilfeangeboten in der Zukunft
- (5) Erschwerter Zugang zu allgemeinen Leistungen des Gesundheitssystems in der Zukunft
- (6) Weniger positive soziale Kontakte wegen soziale Distanzierung und/oder Quarantänemaßnahmen

**24. Welche der folgenden Quellen finden Sie am nützlichsten, um Informationen über den COVID-19-Ausbruch zu bekommen? (Kreuzen Sie alle Zutreffenden Auswahlmöglichkeiten an)**

- (1) Niedergelassene Gynäkolog\*innen, Hebammen, Ärzt\*innen
- (2) KinderärztIn

- (3) Andere schwangere Frauen/Frauen mit Babys
  - (4) Familie und Freunde
  - (5) Internationale Gesundheitsorganisationen (z.B. WHO)
  - (6) Gesundheitsbehörden (z.B. RKI)?
  - (7) Bundesregierung
  - (8) Gesundheitsämter
  - (9) Lokalregierungen (Landkreis/Kommune)
  - (10) Soziale Netzwerke (z. B.. Facebook)
  - (11) Nationale Nachrichten
  - (12) Lokalnachrichten
  - (13) Internetseiten über Schwangerschaft
  - (14) Andere Organisationen des Gemeinwesens
  - (15) Sonstiges
- Wenn Sonstiges, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

## **TEIL 6: COVID-19-AUSBRUCH – BEWÄLTIGUNG UND ANPASSUNG**

### **25. Was machen Sie, um mit dem Stress, den der COVID-19 Ausbruch mit sich bringt, umzugehen? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Auf guten Schlaf achten
- (2) Meditieren und/oder Achtsamkeitsübungen
- (3) Mit der Familie und/oder Freunden darüber reden
- (4) Mehr Familienaktivitäten (z.B. Spiele, Sport)
- (5) Mit Menschen reden, die schwanger sind oder Eltern sind
- (6) Mehr Zeit am Bildschirm verbringen (z. B. Spiele, exzessives Serien schauen)
- (7) Mehr Zeit mit Social Media verbringen (Facebook, Instagram u. a.)
- (8) Weniger Zeit mit Social Media verbringen (Facebook, Instagram u. a.)
- (9) Mehr Nachrichten/Berichterstattung verfolgen
- (10) Weniger Nachrichten/Berichterstattung verfolgen
- (11) "Nervennahrung" (z.B. Süßigkeiten, Chips)
- (12) Auf eine gesündere Ernährungsweise achten
- (13) erhöhte Selbstfürsorge (z. B. öfter ein Bad nehmen, eine Gesichtsmaske machen)
- (14) Mehr Zeit mit Lesen verbringen, oder Puzzle oder Kreuzworträtsel lösen
- (15) Sport/Training
- (16) Alkohol trinken
- (17) Tabakkonsum (z. B. Zigaretten, e-Zigaretten)
- (18) Marihuana konsumieren (z. B. Rauchen, vaping, essen)
- (19) Gebrauch von CBD-haltigen Arzneien
- (20) Konsum anderer Freizeitdrogen
- (21) Verwendung von verschreibungspflichtigen Medikamenten
- (22) Verwendung rezeptfreier Schlafmittel
- (23) Häufigere Gespräche mit meiner Ärzt\*in/Hebamme
- (24) Gespräche mit meiner Therapeut\*in/Psycholog\*in/Berater\*in o.ä.
- (25) Anderen helfen

(26) gar nichts

(27) Sonstiges

Wenn Sonstiges, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

## **TEIL 7: COVID-19-AUSBRUCH – EMOTIONEN UND EMPFINDUNGEN**

**26. Wie sehr waren Sie in den letzten 7 Tagen (einschließlich heute) belastet durch:**

Antwortkategorien: 1 überhaupt nicht 2 ein wenig, 3 ziemlich, 4 stark, 5 sehr stark

(1) Ohnmachts-/Schwindelgefühle

(2) Interessenverlust

(3) Nervosität oder innere Unruhe

(4) Schmerzen in Herz- oder Brustgegend

(5) Einsamkeit

(6) Anspannung

(7) Übelkeit/Magenbeschwerden

(8) Traurigkeit

(9) Plötzliche grundlose Angst

(10) Atembeschwerden

(11) Wertlosigkeitsgefühle

(12) Schreck- oder Panikzustände

(13) Taubheit oder Kribbeln

(14) Hoffnungslosigkeit was die Zukunft anbelangt

(15) Unruhe/Schwierigkeiten, still zu sitzen

(16) Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen

(17) Ängstlichkeit

(18) in erhöhter Alarmbereitschaft, Wachsamkeit

(19) Nervosität/Schreckhaftigkeit

(20) Konzentrationsschwierigkeiten

(21) Schwierigkeiten, positive Gefühle zu empfinden

(22) Schuldgefühle/Selbstvorwürfe

(23) Reizbarkeit/Ärger/Aggression

(24) Wiederholte störende und unerwünschte Gedanken bezüglich des COVID-19-Ausbruchs

(25) Wiederholte beunruhigende Träume bezüglich des COVID-19-Ausbruchs

(26) Versuche, Informationen über und Gedanken an den COVID-19- Ausbruch zu vermeiden

(27) zu hohe Risikobereitschaft oder potentiell selbstschädigendes Verhalten

**27. Wie hat der COVID-19 Ausbruch Ihr Stresslevel oder Ihre mentale Gesundheit beeinflusst?**

(1) Erheblich verschlechtert

(2) Etwas verschlechtert

(3) Es hat sich nichts verändert

(4) Etwas verbessert

(5) Erheblich verbessert

**28. Wie hat der COVID-19 Ausbruch Ihren Schlaf verändert?**

- (1) Mein Schlaf ist Erheblich schlechter geworden
- (2) Mein Schlaf ist etwas schlechter geworden
- (3) Mein Schlaf ist unverändert
- (4) Mein Schlaf ist etwas besser geworden
- (5) Mein Schlaf ist Erheblich besser geworden

**29. Wie hat der COVID-19 Ausbruch Ihr tägliches Energieniveau verändert?**

- (1) Ich habe Erheblich weniger Kraft/Energie als vorher
- (2) Ich habe etwas weniger Kraft/Energie als vorher
- (3) Keine Veränderungen
- (4) Ich habe etwas mehr Kraft/Energie als vorher
- (5) Ich habe Erheblich mehr Kraft/Energie als vorher

**30. Wie sehr hat Sie der COVID-19 Ausbruch darin beeinträchtigt, sich mit folgenden Aktivitäten zu beschäftigen:**

a. Soziale Aktivitäten

- i. Extrem beeinträchtigt
- ii. Mäßig beeinträchtigt
- iii. Etwas beeinträchtigt
- iv. Nicht beeinträchtigt

b. Arbeit

- i. Extrem beeinträchtigt
- ii. Mäßig beeinträchtigt
- iii. Etwas beeinträchtigt
- iv. Nicht beeinträchtigt

c. Sport (jegliche Form des Sports, wie Laufen, Joggen, Teamsport oder Sportkurse)

- i. Extrem beeinträchtigt
- ii. Mäßig beeinträchtigt
- iii. Etwas beeinträchtigt
- iv. Nicht beeinträchtigt

d. Gesunde Mahlzeiten

- i. Extrem beeinträchtigt
- ii. Mäßig beeinträchtigt
- iii. Etwas beeinträchtigt
- iv. Nicht beeinträchtigt

**31. Allgemeiner Grad der Auswirkung des COVID-19 Ausbruchs auf Ihr tägliches Leben.**

*Likert Skala (1-7, 1 = gar nicht, 7 = extrem)*

**32. Allgemeines Level an Stress durch den COVID-19 Ausbruch.**

*Likert Skala (1-7, 1 = gar nicht, 7 = extrem)*

**33. Bitte geben Sie an, inwiefern der COVID-19 Ausbruch entweder einen positiven oder einen negativen Einfluss auf Ihr Leben hat.**

- (1) Extreme Negativ

- (2) Mäßig Negativ
- (3) Etwas Negativ
- (4) Kein Einfluss
- (5) Etwas Positiv
- (6) Mäßig Positiv
- (7) Extrem Positiv

**34. Wie lange denken Sie, wird es dauern, bis die Dinge wieder „normal“ sind?**

- (1) <1 Monat
- (2) 2-3 Monate
- (3) 3-6 Monate
- (4) 6-12 Monate
- (5) 12 Monate +
- (6) Nie

**35. Was ist im Moment der allergrößte Stressquelle durch den COVID-19 Ausbruch für Sie? (bitte nur 1 ankreuzen)**

- (1) Gesundheitliche Bedenken
- (2) Finanzielle Bedenken
- (3) Einfluss auf Ihr Kind
- (4) Einfluss auf Ihren Partner
- (5) Einfluss auf Ihre Gemeinschaft
- (6) Einfluss auf Familienmitglieder (z.B. ältere Eltern)
- (7) Einfluss auf enge Freunde
- (8) Einfluss auf die Gesellschaft
- (9) Zugang zu Nahrungsmitteln
- (10) Zugang zu Babybedarf (z.B. Milchnahrung, Windeln, Feuchttücher)
- (11) Zugang zu psychosozialen Unterstützungsangeboten
- (12) generelles Wohlbefinden auf Grund von sozialer Distanzierung/Quarantäne
- (13) Stress wegen etwas anderem (offenes Feld)
- (14) Ich bin nicht gestresst

Andere Stressquelle: \_\_\_\_\_

**TEIL 8: COVID-19 AUSBRUCH – GESUNDHEITZUSTAND PSYCHISCHE GESUNDHEIT, UND SUCHTVERHALTEN**

Ein für Forscher wichtiger Aspekt, ist die Erfahrungen von Menschen zu verstehen, die eventuell anfälliger für Stress durch den COVID-19 Ausbruch sind. Die Ergebnisse dieses Fragebogens sind privat. Das heißt, dass die Antworten in diesem Fragebogen außerhalb unserer Forschungsgruppe nur anonym geteilt werden und nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden können.

**36. Haben Sie eine Vorgeschichte mit einer der folgenden Erkrankungen (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Atemwegsprobleme (e.g., Asthma, Tuberkulose)
- (2) Diabetes

- (3) Herz Erkrankungen oder Bluthochdruck
- (4) Lungen Erkrankungen
- (5) Leber Erkrankungen
- (6) Krebs
- (7) Krankheitsbedingte Immunschwäche
- (8) Affektive Störung und/oder Angststörung
- (9) Keines der Genannten

**37. Haben Mitglieder Ihres Haushaltens eine Vorgeschichte mit einer der folgenden Erkrankungen (bitte alle Zutreffenden ankreuzen) (Matrix: (1) Partner, (2) Kind, (3) anderes Mitglied des Haushaltes)**

- (1) Atemwegsprobleme (e.g., Asthma, Tuberkulose)
- (2) Diabetes
- (3) Herzerkrankungen oder Bluthochdruck
- (4) Lungenerkrankungen
- (5) Lebererkrankungen
- (6) Krebs
- (7) Krankheitsbedingte Immunschwäche
- (8) Affektive Störung und/oder Angststörung
- (9) Keines der Genannten

**38. Sind Sie derzeit in Behandlung wegen psychischer Probleme? (zum Beispiel, Depression, Angst, Stress, ADHS, bipolare Störung, Essstörung, oder PTBS)?**

- (1) Ja
- (2) Nein
- (3) Ich möchte nicht antworten  
(falls ja...)

Hat sich ihre psychologische Behandlung durch den COVID-19 Ausbruch verändert?

- (1) Erheblich verschlechtert
- (2) Etwas verschlechtert
- (3) Keine Veränderung
- (4) Etwas verbessert
- (5) Erheblich verbessert

**39. Sind sie derzeit in Suchtbehandlung? (Probleme mit illegalen Drogen, verschreibungspflichtigen Medikamenten oder Alkohol)?**

- (1) Ja
- (0) Nein
- (1) Ich möchte nicht antworten  
(falls ja...)

Hat sich ihre psychologische Behandlung/Suchtbehandlung durch den COVID-19 Ausbruch verändert?

- (1) Erheblich verschlechtert
- (2) Etwas verschlechtert
- (3) Keine Veränderung

- (4) Etwas verbessert
- (5) Erheblich verbessert

**40. Wurden Sie jemals aus einem der folgenden Gründe behandelt? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- (1) Psychische Probleme
- (2) Drogenmissbrauch (unter anderem Probleme mit Verschreibungspflichtigen Medikamenten, illegalen Drogen oder Alkohol)
- (3) Ich möchte nicht antworten
- (4) Ich hatte psychische Probleme, wurde aber nicht behandelt
- (5) Ich hatte ein Drogenproblem, wurde aber nicht behandelt
- (6) Keines der Genannten

**41. Bitte geben Sie an, welche dieser Drogen sie jemals genutzt haben:**

*(Matrix: (1) Ja, (2) Nein, (3) Ich möchte nicht antworten)*

- (1) Marihuana oder Haschisch
- (2) Nikotinhaltige Produkte (unter anderem Zigaretten, Zigarren, vaping)
- (3) Verschreibungspflichtige Stimulanzien (Ritalin, Concerta, Diätpillen, usw.)
- (4) Verschreibungspflichtige Psychopharmaka (z.B. Strattera, Sertralin, Amitriptylin, Lithium)
- (5) Methamphetamine (Speed, Crystal Meth, Ice, usw.)
- (6) Kokain (Kokain, Crack, etc.)
- (7) Schnüffelstoffe (Lachgas, Klebstoff, Gas, Farbverdünner, usw.)
- (8) Beruhigungsmittel oder Schlafmittel (Valium, Stilnox, Tavor, usw.)
- (9) Straßenopioide (Heroin, Opium, usw.)
- (10) Verschriebene Opioide (Fentanyl, Tramal, Morphin retard, Methadon, Buprenorphin, usw.)
- (11) Halluzinogene (LSD, Acid, Pilze, PCP, Special K, Ecstasy, etc.)

**TEIL 9: DEMOGRAPHISCHER HINTERGRUND**

**42. Wie ist Ihr Geburtsdatum (Datumsfeld):** \_\_\_\_\_

**43. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?**

- (1) Hauptschulabschluss
- (2) Mittlere reife
- (3) Fachhochschulabschluss
- (4) Abitur/Fachabitur
- (5) Ausbildung
- (6) Bachelor
- (7) Master/Diplom/Magister/Staatsexamen
- (8) Promotion
- (9) Ich bin mir unsicher

**44. Was beschreibt Sie am besten? Sind Sie...**

- (1) Single

- (2) In einer Partnerschaft/Verheiratet
- (3) Geschieden/Getrennt
- (4) Verwitwet
- (5) Etwas Anderes

Falls Anderes, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

**45. Leben Sie momentan mit einem/r Partner/in zusammen?**

- (1) Ja
- (0) Nein

*Falls ja, Wie lange leben Sie schon mit diesem/r Partner/in zusammen?*

- (1) weniger als ein Jahr
- (2) 1-3 Jahre
- (3) 3-6 Jahre
- (4) 6-9 Jahre
- (5) 9 oder mehr Jahre

**46. Was beschreibt ihre aktuelle Wohnung am besten:**

- (1) Eine 1-Zimmer Wohnung
- (2) Eine 2-Zimmer Wohnung
- (3) Eine Mehrzimmerwohnung/Haus
- (4) Ich habe kein festes Wohnverhältnis
- (5) Ich möchte nicht antworten

**47. Hat sich Ihre Wohnumgebung seit Beginn der Pandemie verändert?**

- (1) Ja
- (0) nein

*Falls ja, Hat die Veränderung Ihre Wohnumgebung einen positiven oder negativen Einfluss?*

- (1) Sehr positiv
- (2) Etwas positiv
- (3) Etwas negativ
- (4) Sehr negativ
- (5) Kein Einfluss

**48. Besitzen oder mieten Sie im Moment Ihren Wohnsitz?**

- (1) In meinem Besitz oder im Besitz eines Haushaltsmitglieds
- (2) Gemietet
- (3) In besetztem Haus, ohne Bezahlung oder Miete
- (4) Sozialwohnung
- (5) Notunterkunft
- (6) Vorübergehende Unterkunft bei anderen
- (7) Anderes
- (8) Ich möchte nicht antworten

**49. Wie viele Menschen leben im Moment in Ihrem Haushalt (mit Ihnen)?**

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_

Anzahl der Erwachsenen \_\_\_\_\_

**50. Wo sind Sie geboren?**

Stadt (offenes Feld): \_\_\_\_\_

Land (offenes Feld): \_\_\_\_\_

**51. Was war das gesamte Brutto Einkommen Ihres Haushaltes während des LETZTEN Jahres? Ihre grobe Schätzung ist ausreichend.**

- (1) Weniger als 10,000€ (9) 100,000 bis 120,000€
- (2) 10,000 bis 20,000€ (10) 120,000 bis 140,000€
- (3) 20,000 bis 30,000€ (11) 140,000 bis 160,000€
- (4) 30,000 bis 40,000€ (12) 160,000 bis 180,000€
- (5) 40,000 bis 50,000€ (13) 180,000 bis 200,000€
- (6) 50,000 bis 60,000€ (14) 200,000 bis 220,000€
- (7) 60,000 bis 80,000€ (15) 220,000 bis 250,000€
- (8) 80,000 bis 100,000€ (16) Mehr als 250,000€
- (17) Ich möchte diese Frage nicht beantworten

**TEIL 10: ABSCHLUSS UND DANK**

***1. Menschen sind auf unterschiedlichste Arten und Weisen von dieser Pandemie betroffen, bitte teilen Sie uns Ihre persönlichen Erfahrungen mit, inwiefern sich Ihr Leben verändert hat – auch möglicherweise zum Positiven.***

(Optional) (offenes Feld)

**2. Wenn sie anderen Schwangeren oder frischen Müttern einen Rat während dieser Pandemie geben würden, welcher wäre das?**

(Optional) (offenes Feld)

**3. Haben Sie noch weitere Fragen oder Anmerkungen für das Forschungsteam? (Optional)**  
(Offenes Feld)

**Vielen Dank, dass Sie uns dabei geholfen haben, mehr über die Erfahrungen von Schwangeren und frischen Müttern während der COVID-19 Pandemie zu lernen.**