**Dutch version for mothers**

Hoe heeft u van deze studie gehoord?

Mail gekregen

Sociale media

Mond op mondreclame

Telefoon gekregen

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u 18 jaar of ouder?

Ja

Nee, einde vragenlijst "*Wij willen u bedanken voor uw bereidenheid om onze vragenlijst over ervaringen en gevoelens rondom de Covid-19 uitbraak in te vullen. Helaas is deze vragenlijst uitsluitend bedoeld voor personen boven de 18 jaar. U hoeft de vragenlijst niet verder in te vullen*".

Bent u op dit moment zwanger?

Ja

Nee

a. Indien ja, wat is de uitgerekende datum? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. Indien nee, bent u de moeder van een baby onder de 6 maanden?

Ja

Nee

1. Indien ja, wat is de geboortedatum van uw meest recent geboren kind?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ii Indien nee, einde vragenlijst. "*Wij willen u bedanken voor uw bereidenheid om onze vragenlijst over ervaringen en gevoelens rondom de Covid-19 uitbraak in te vullen. Helaas is deze vragenlijst uitsluitend bedoeld voor toekomstige moeders en moeders met een baby onder de 6 maanden. U hoeft de vragenlijst niet verder in te vullen*".

**DEEL 1: ERVARINGEN GERELATEERD AAN COVID-19**

1. **Toegang tot algemene gezondheidszorg**
2. Heeft u een verandering in gezondheidszorg ervaringen in de volgende gebieden als gevolg van de COVID-19 uitbraak (vink alle opties aan die van toepassing zijn).

Annuleringen van afspraken

Gehaaste afspraken

Verandering in aanbieder

Verandering in medicatie of behandeling

Afspraak veranderd van in persoon naar virtueel

Geen veranderingen

Voor toekomstige moeders

1. **Prenatale zorg**
2. Is dit uw eerste zwangerschap?

Ja

Nee

1. Is uw zwangerschap een hoog-risico zwangerschap?

Ja

Nee

(indien ja, dropdown menu met veel voorkomende redenen: leeftijd moeder > 35; eerdere zwangerschapscomplicaties; korte baarmoederhals; kleine foetus; hoge bloeddruk; anders (open veld); geef liever geen antwoord

Leeftijd > 35 jaar

Eerdere zwangerschapscomplicaties

Korte baarmoederhals

Kleine foetus

Hoge bloeddruk

anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ik geef liever geen antwoord

1. Welke van de volgende zwangerschappen heeft u?

Eenling

Tweeling

Meerling

1. Hoe zo u uw zwangerschap karakteriseren?  
    Gepland en gewenst

Ongepland, maar gewenst

Ongepland, en ongewenst

1. Hoe ben u zwanger geraakt?

Spontaan

Met intra-uterine inseminatie (IUI) zonder medicatie

Met intra-uterine inseminatie (IUI) met medicatie

Met in vitro fertilisatie (IVF)

Met intra cytoplasmatische sperma injectie (ICSI)

Met zaaddonatie/eiceldonatie

Met draagmoederschap

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wie zijn uw voornaamste prenatale zorg aanbieder(s) (vink alle opties aan die van toepassing zijn).

Huisarts

Verpleegster

Verloskundige

Doula

Gynaecoloog

1. Hoe goed wordt u op dit moment gesteund door uw voornaamste prenatale zorg aanbieder(s)?

Erg goed gesteund

Enigszins goed gesteund

Niet zo goed gesteund

1. Is de steun die u ontvangt van uw voornaamste prenatale zorg aanbieder(s) veranderd door de COVID-19 uitbraak?

Behoorlijk verslechterd

Enigszins verslechterd

Geen verandering

Enigszins verbeterd

Behoorlijk verbeterd

1. Welke manieren van zorgverlening zijn op dit moment beschikbaar voor u door uw prenatale zorg aanbieder(s)? (vink alle opties aan die van toepassing zijn).

Reguliere afspraken in persoon

Virtuele zorg afspraken

Telefonische afspraken of berichten voor vragen/zorgen

Spoedzorg

Weet ik niet

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hoe is uw prenatale zorg en/of geboorteplan veranderd als gevolg van de COVID-19 uitbraak, en waren deze veranderingen een keuze (op uw initiatief) of vereist (buiten uw controle)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **verandering een keuze** | **vereiste verandering** | **geen verandering** |
| Veranderde keizersnede of inleiding bevallingsschema |  |  |  |
| Veranderd van thuisbevalling naar ziekenhuisbevalling |  |  |  |
| Veranderd van ziekenhuisbevalling naar thuisbevalling |  |  |  |
| Veranderd ziekenhuis of geboortecentrum/kraamhotel |  |  |  |
| Veranderde prenatale gezondheidszorg aanbieder(s) |  |  |  |
| Annulering of vermindering in aantal van prenatale bezoeken |  |  |  |
| Veranderde opzet prenatale zorg (bijv. geen groepsbijeenkomsten) |  |  |  |
| Veranderd van geboortecentrum/kraamhotel naar ziekenhuisbevalling |  |  |  |
| Veranderd van geboortecentrum/kraamhotel naar thuisbevalling |  |  |  |

1. Heeft de COVID-19 uitbraak effect op uw geplande borstvoedingsvoorkeur?

Toegenomen voorkeur voor borstvoeding

Afgenomen voorkeur voor borstvoeding

Geen verandering in borstvoedingsvoorkeur

1. Bent u bezorgd dat het volgende tijdens uw bevalling kan gebeuren als gevolg van de COVID-19 uitbraak? Voor uw specifieke zorgen, geef alstublieft uw gevoelens aan.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Erg bezorgd** | **Enigszins bezorgd** | **Niet bezorgd** | **Niet van toepassing** |
| Verminderde beschikking tot medicatie van voorkeur (bijv. lachgas, ruggenprik) |  |  |  |  |
| Mogelijkheid tot bad bevalling weg |  |  |  |  |
| Mijn keuze voor inleiding of keizersnede wordt niet toegestaan zoals gepland |  |  |  |  |
| Mijn primaire gezondheidszorgaanbieder is niet beschikbaar voor thuisbevalling |  |  |  |  |
| Mijn primaire gezondheidszorgaanbieder is niet beschikbaar voor ziekenhuisbevalling |  |  |  |  |
| Ondersteunende mensen (bijv. partner of familie) zijn niet toegestaan om bij de bevalling van de baby te zijn |  |  |  |  |
| Doula/verloskundige wordt beperkt in het aanwezig zijn bij de bevalling in het ziekenhuis/medisch centrum |  |  |  |  |
| Ik word misschien gescheiden van de baby na de bevalling |  |  |  |  |
| Ik word misschien vroeg naar huis gestuurd na de bevalling (dus een korter verblijf in het ziekenhuis dan gepland) |  |  |  |  |
| Ik heb misschien geboortecomplicaties omdat ik COVID-19 heeft gekregen |  |  |  |  |
| Ik word misschien aan COVID-19 blootgesteld tijdens mijn zwangerschap |  |  |  |  |
| Ik word misschien aan COVID-19 blootgesteld tijdens de bevalling of kort daarna |  |  |  |  |
| Ik ervaar misschien discriminatie |  |  |  |  |
| Ik krijg misschien onvoldoende de mogelijkheid voor onmiddellijke huid-op-huid contact met mijn pasgeborene |  |  |  |  |
| Ik krijg misschien onvoldoende de mogelijkheid om te proberen te beginnen met borstvoeding |  |  |  |  |
| Ik krijg misschien niet de mogelijkheid om wassen, metingen en andere procedures uit te stellen na voldoende tijd voor binding |  |  |  |  |
| Mijn baby wordt misschien gedwongen om op de babykamer te blijven |  |  |  |  |
| Mijn familie en vrienden zijn misschien niet in staat om mij en mijn baby te bezoeken (als gevolg van social distancing en reis restricties) |  |  |  |  |
| Mijn baby wordt misschien besmet met COVID-19 na de geboorte |  |  |  |  |
| Mijn baby ervaart misschien gezondheidsproblemen als gevolg van COVID-19 (als gevolg van blootstelling tijdens de zwangerschap of tijdens de geboorte) |  |  |  |  |
| Ik word besmet met COVID-19 en ben niet in staat om voor mijn kind te zorgen |  |  |  |  |
| Mijn baby ontvangt misschien minder optimale postnatale zorg als gevolg van de COVID-19 uitbraak (bijv. minder postnatale controles) |  |  |  |  |
| Ik heb misschien geen toegang tot ondersteuning bij borstvoeding na ontslag uit het ziekenhuis |  |  |  |  |
| Anders (open veld) |  |  |  |  |

Voor moeders met baby

1. **Geboorte en bevalling**
2. Was dit uw eerste zwangerschap?

Ja

Nee

1. Was de zwangerschap een hoog-risico zwangerschap?

Ja

Nee

(indien ja, dropdown menu met veel voorkomende redenen: leeftijd moeder > 35; eerdere zwangerschapscomplicaties; korte baarmoederhals; kleine fetus; hoge bloeddruk; anders (open veld); geef liever geen antwoord

Leeftijd > 35 jaar

Eerdere zwangerschapscomplicaties

Korte baarmoederhals

Kleine foetus

Hoge bloeddruk

anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ik geef liever geen antwoord

1. Waar bent u bevallen? Geeft u alstublief de naam van het ziekenhuis of geboortecentrum, of antwoord thuis in het geval van een thuisbevalling (open veld)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Is uw baby vroegtijdig geboren?

Ja

Nee

(indien ja, met welke zwangerschapsduur is uw baby geboren? (in weken))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wat is de geboortedatum van uw baby? (dd/mm/jjjj)  
     
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Heeft uw baby behandeling ontvangen van de neonatale of kinder intensive care?

Ja

Nee

(Indien ja, duur van het verblijf) :

Op de neonatale intensive care (# aantal dagen) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Op de kinder intensive care (# aantal dagen) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Welke van de volgende zwangerschappen had u?

Eenling

Tweeling

Meerling

1. Hoe zou u uw zwangerschap karakteriseren?

Gepland en gewenst

Ongepland, maar gewenst

Ongepland en ongewenst

1. Hoe bent u zwanger geworden?

Spontaan

Met intra-uterine inseminatie (IUI) zonder medicatie

Met intra-uterine inseminatie (IUI) met medicatie

Met in vitro fertilisatie (IVF)

Met intra cytoplasmatische sperma injectie (ICSI)

Met zaaddonatie/eiceldonatie

Met draagmoederschap

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Welke type bevalling had u? (vink alle opties aan die van toepassing zijn).

Vaginaal

Geassisteerd vaginaal (bijv. tang, vacuümpomp)

Geplande inleiding

Niet geplande inleiding

Geplande keizersnede

Spoedkeizersnede

1. Wie was of waren uw voornaamste prenatale zorg aanbieder(s)? (vink alle opties aan die van toepassing zijn).

Huisarts

Verpleegster

Verloskundige

Doula

Gynaecoloog

1. Hoe goed bent u gesteund door de voornaamste prenatale zorg aanbieder(s)?

Erg goed gesteund

Enigszins goed gesteund

Niet zo goed gesteund

1. Is de steun die u ontving van de voornaamste prenatale zorg aanbieder(s) veranderd door de COVID-19 uitbraak?

Behoorlijk verslechterd

Enigszins verslechterd

Geen verandering

Enigszins verbeterd

Behoorlijk verbeterd

1. Geeft u op dit moment borstvoeding?

Ja

Nee, ik ben nooit begonnen

Nee, ik ben gestopt

Indien ja, geeft u volledig borstvoeding (dat wil zeggen geen kunstvoeding)?

Ja

Nee

Indien, nee, ze is gestopt. Wat zijn de redenen voor stoppen met borstvoeding?

Ongemak (bijv. terug naar school of aan het werk)

Zorgen om het gewicht van de baby

Problemen met aanleggen (bijv. pijn bij aanleggen)

Lokale ontsteking van de borst

Gebrek aan borstvoedingsondersteuning van gezondheidszorgaanbieders

Gebrek aan borstvoedingsondersteuning van familie en/of vrienden

Gevoel dat de baby oud genoeg was om naar poedermelk over te stappen

Zorgen over blootstellen baby aan virussen die ik mogelijk bij me droeg

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Heeft de COVID-19 uitbraak effect gehad op uw geplande borstvoedingsvoorkeur?

Toegenomen voorkeur voor borstvoeding

Afgenomen voorkeur voor borstvoeding

Geen verandering in borstvoedingsvoorkeur

1. Waar slaap uw baby normaliter ’s nachts? (kies de beste optie)

Bij ons/mij in bed

Op onze kamer, op een apart matras of ledikant/wieg

In een eigen kamer

In een kamer met broertje(s)/zusjes(s)

Anders, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Bent u bevallen tijdens de COVID-19 uitbraak?

Ja

Nee

Hoe is de prenatale zorg en/of geboorteplan veranderd als gevolg van de COVID-19 uitbraak, en waren deze veranderingen een keuze (op uw initiatief) of vereist (buiten uw controle)?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **verandering een keuze** | **vereiste verandering** | **geen verandering** | | Veranderde keizersnede of inleiding bevallingsschema |  |  |  | | Veranderd van thuisbevalling naar ziekenhuisbevalling |  |  |  | | Veranderd van ziekenhuisbevalling naar thuisbevalling |  |  |  | | Veranderd ziekenhuis of geboortecentrum/kraamhotel |  |  |  | | Veranderde prenatale gezondheidszorg aanbieder(s) |  |  |  | | Annulering of vermindering in aantal van prenatale bezoeken |  |  |  | | Veranderde opzet prenatale zorg (bijv. geen groepsbijeenkomsten) |  |  |  | | Veranderd van geboortecentrum/kraamhotel naar ziekenhuisbevalling |  |  |  | | Veranderd van geboortecentrum/kraamhotel naar thuisbevalling |  |  |  | |

1. Gebeurde het volgende tijdens de bevalling of daarna als gevolg van de COVID-19 uitbraak? Voor dingen die gebeurde, geeft u alstublieft uw gevoelens aan.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Erg stressvol** | **Enigszins stressvol** | **Niet stressvol** | **Heeft niet plaatsgevonden** |
| Verminderde beschikking tot medicatie van voorkeur (bijv. lachgas, ruggenprik) |  |  |  |  |
| Mogelijkheid tot bad bevalling weg |  |  |  |  |
| Mijn keuze voor inleiding of keizersnede werd niet toegestaan zoals gepland |  |  |  |  |
| Mijn voornaamste gezondheidszorgaanbieder was niet beschikbaar voor thuisbevalling |  |  |  |  |
| Mijn voornaamste gezondheidszorgaanbieder was niet beschikbaar voor ziekenhuisbevalling |  |  |  |  |
| Ondersteunende mensen (bijv. partner of familie) werd niet toegestaan om bij de bevalling van de baby te zijn |  |  |  |  |
| Doula/verloskundige werd beperkt in het aanwezig zijn bij de bevalling in het ziekenhuis/geboortecentrum of kraamhotel |  |  |  |  |
| Ik werd gescheiden van de baby na de bevalling |  |  |  |  |
| Ik werd vroeg naar huis gestuurd na de bevalling (dus een korter verblijf in het ziekenhuis dan gepland) |  |  |  |  |
| Ik werd besmet met COVID-19 tijdens mijn zwangerschap / ik werd besmet met COVID-19 tijdens de bevalling of kort daarna |  |  |  |  |
| Ik ervaarde discriminatie |  |  |  |  |
| Ik kreeg onvoldoende de mogelijkheid voor onmiddellijke huid-op-huid contact met onze pasgeborene |  |  |  |  |
| Ik kreeg onvoldoende de mogelijkheid om te proberen te beginnen met borstvoeding |  |  |  |  |
| Ik kreeg onvoldoende steun om te proberen te beginnen met borstvoeding |  |  |  |  |
| Ik kreeg niet de mogelijkheid om wassen, metingen en andere procedures uit te stellen na voldoende tijd voor binding |  |  |  |  |
| Mijn baby werd gedwongen om op de babykamer te blijven |  |  |  |  |
| Mijn familie en vrienden waren niet in staat om mij en mijn baby te bezoeken (bijv. als gevolg van social distancing en reis restricties) |  |  |  |  |
| Ik had geen toegang tot ondersteuning bij borstvoeding na ontslag uit het ziekenhuis |  |  |  |  |
| Anders (open veld) |  |  |  |  |

1. Welke van de volgende beschrijft het best de gezondheid van uw baby

Gezond

Milde gezondheidsklachten

Grote gezondheidsklachten

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Om welke van de volgende dingen die mogelijk uw kind kunnen gebeuren als gevolg van de COVID-19 uitbraak bent u bezorgd?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Erg bezorgd** | **Enigszins bezorgd** | **Niet bezorgd** | **Niet van toepassing** |
| Mijn baby wordt besmet met het COVID-19 virus |  |  |  |  |
| Mijn baby ervaart blijvende gezondheidsproblemen door COVID-19 (als gevolg van blootstelling tijdens de zwangerschap of tijdens de geboorte) |  |  |  |  |
| Ik word besmet met COVID-19 en ben niet in staat om voor mijn kind te zorgen |  |  |  |  |

1. **Postnatale zorg voor moeder**
2. Wie was of waren uw voornaamste postnatale zorg aanbieder(s), dat wil zeggen na de geboorte? (vink alle opties aan die van toepassing zijn na de geboorte).

Huisarts

Praktijkondersteuner

Verpleegkundige

Verloskundige

Doula

Gynaecoloog

Jeugdgezondheiszorg / consultatiebureau

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geen postnatale zorg

1. Hoe goed bent u gesteund door uw voornaamste postnatale zorg aanbieder(s), dat wil zeggen na de bevalling?

Erg goed gesteund

Enigszins goed gesteund

Niet zo goed gesteund

Niet van toepassing

1. Is de steun die uw partner ontving van de voornaamste postnatale zorg aanbieder(s) veranderd door de COVID-19 uitbraak?

Behoorlijk verslechterd

Enigszins verslechterd

Geen verandering

Enigszins verbeterd

Behoorlijk verbeterd

1. Hoe is uw postpartum zorg, dat wil zeggen na de bevalling, veranderd door de COVID-19 uitbraak, en waren deze veranderingen een keuze (op uw initiatief) of vereist (buiten uw controle)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Verandering een keuze** | **Vereiste verandering** | **Geen verandering** |
| Verandering voornaamste zorg verlener(s) |  |  |  |
| Verminderde/geannuleerde afspraken |  |  |  |
| Verandering naar afspraken op afstand |  |  |  |

1. **Gezondheidszorg kind**
2. Wie is/zijn de voornaamste zorg aanbieder(s) van uw kind? (vink alle opties aan die van toepassing zijn).

Kinderarts

Huisarts

Praktijkondersteuner

Verpleegster

Jeugdgezondheidszorg/consultatiebureau

Anders (open veld) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hoe goed bent u gesteund door de zorg aanbieder(s) van uw kind?

Erg goed gesteund

Enigszins goed gesteund

Niet zo goed gesteund

Niet van toepassing

1. Is de steun die u ontving van de voornaamste zorg aanbieder(s) van uw kind veranderd door de COVID-19 uitbraak?

Behoorlijk verslechterd

Enigszins verslechterd

Geen verandering

Enigszins verbeterd

Behoorlijk verbeterd

1. Welke voorzieningen van de zorgaanbieder(s) zijn er beschikbaar voor uw kind?

Regulaire zorg afspraken (in persoon)

Virtuele zorg afspraken

Telefoongesprekken of virtuele berichten voor vragen/zorgen

Enkel spoedzorg

1. Hoe is de gezondheidszorg voor uw kind veranderd door de COVID-19 uitbraak, en waren deze veranderingen een keuze (op uw initiatief) of vereist (buiten uw controle)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Verandering een keuze** | **Vereiste verandering** | **Geen verandering** |
| Verandering voornaamste zorgverlener(s) |  |  |  |
| Verminderde/geannuleerde afspraken |  |  |  |
| Verandering naar afspraken op afstand |  |  |  |

1. Welke vaccinaties van het Rijksvaccinatieprogramma heeft uw baby gehad (meerdere opties mogelijk)?

2 maanden extra

3 maanden

5 maanden

Anders, nameijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Is het vaccineren anders verlopen door COVID-19? Zo ja, op welke manier?

Nee

Ja, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Heeft uw baby een of meerdere vaccinaties (nog) niet gehad? Zo ja, wat is hiervoor de reden?

Mijn baby heeft alle vaccinaties gehad

Mijn baby heeft (nog) niet alle vaccinaties gehad, omdat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEEL 2: GEZONDHEID, GEZIN, WERK EN FINANCIËN**

Voor iedereen

1. **Symptomen en Blootstelling aan COVID-19**
2. Symptomen (o.a. koorts en luchtwegklachten zoals hoesten, verkoudheid, niezen of kortademigheid) en blootstelling aan COVID-19. Voor alle onderstaande personen, geeft u alstublieft aan of het volgende van toepassing is. Vink alle opties aan die van toepassing zijn.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Geen symptomen** | **Enkel symptomen** | **Negatief getest** | **Wachten op testresultaten** | **Positief getest** | **Niet van toepassing** |  |
| Zelf |  |  |  |  |  |  |  |
| Partner |  |  |  |  |  |  |  |
| Baby |  |  |  |  |  |  |  |
| Andere kinderen |  |  |  |  |  |  |  |
| Andere inwonenden |  |  |  |  |  |  |  |

Als "getest" is geklikt, optie: geeft de DATUM van de test aan

Als "enkel symptomen" is geklikt, optie: opgelost? J/N/n.v.t.

1. Is iemand van de volgende personen in contact geweest met iemand die positief is getest voor COVID-19? (binnen 14 dagen voor of na de positieve test was afgenomen) (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Zelf

Partner

Baby

Andere kinderen

Andere inwonende

Andere (open veld)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niemand bekends

1. Zou u graag getest willen worden voor COVID-19 maar is dit niet mogelijk?

Ja

Nee

Niet van toepassing

1. Hoeveel mensen kent u die ziek zijn door COVID-19?

Hoeveel bevestigde gevallen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoeveel mogelijke gevallen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hoeveel stress heeft u over het algemeen ervaren door COVID-19 gerelateerde symptomen of mogelijke blootstelling die u heeft gehad? (Likert scale 1-10)   
     
   Hoeveelheid stress (hoe hoger, hoe meer stress)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Hoeveel stress heeft u over het algemeen ervaren door COVID-19 gerelateerde symptomen of mogelijke blootstelling die uw familie en vrienden hebben gehad? (Likert scale 1-10)   
     
   Hoeveelheid stress (hoe hoger, hoe meer stress)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. **ACTUELE impact op werk en financiële situatie door COVID-19 uitbraak**
2. Welk van de volgende veranderingen in betaald werk zijn **nu al** opgetreden door de COVID-19 uitbraak? (Vult u de kolommen in voor uzelf, partner en een eventueel ander belangrijk persoon voor het huishoudinkomen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Zelf** | **Partner** | **Ander belangrijk persoon voor huishoudinkomen** |
| Verandering naar thuiswerken |  |  |  |
| Verloren werkuren |  |  |  |
| Verlaging van loon |  |  |  |
| Verliezen van baan |  |  |  |
| Verlaagde baanzekerheid |  |  |  |
| Verstoringen door problemen met kinderopvang |  |  |  |
| Toegenomen werkuren |  |  |  |
| Verhoogde verantwoordelijkheden |  |  |  |
| Verhoogde controle en rapportage |  |  |  |
| Verlies van verzekeringen |  |  |  |
| Verlaagde mogelijkheid om kinderopvang te kunnen betalen |  |  |  |
| Verlaagde mogelijkheid om de huur/hypotheek te kunnen betalen |  |  |  |
| Werknemers moeten ontslaan |  |  |  |
| Verlaging van pensioen, investeringen, of spaargeld |  |  |  |
| Geen van bovenstaande |  |  |  |
| Anders (open veld) |  |  |  |

1. Hoeveel stress ervaart u over het algemeen door de impact van de COVID-19 uitbraak op uw werk en financiën?

Hoeveelheid stress (hoe hoger, hoe meer stress)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. **TOEKOMSTIGE impact op werk en financiële situatie door COVID-19 uitbraak**
2. Welk van de volgende veranderingen in werk **verwacht** u dat gaan optreden door de COVID-19 uitbraak op korte termijn (3 maanden)? (matrix met kolommen: zelf, partner, ander belangrijk persoon voor huishoudinkomen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Zelf** | **Partner** | **Ander belangrijk persoon voor huishoudinkomen** |
| Verandering naar thuiswerken |  |  |  |
| Verloren werkuren |  |  |  |
| Verlaging van loon |  |  |  |
| Verliezen van baan |  |  |  |
| Verlaagde baanzekerheid |  |  |  |
| Verstoringen door problemen met kinderopvang |  |  |  |
| Toegenomen werkuren |  |  |  |
| Verhoogde verantwoordelijkheden |  |  |  |
| Verhoogde controle en rapportage |  |  |  |
| Verlies van verzekeringen |  |  |  |
| Verlaagde mogelijkheid om kinderopvang te kunnen betalen |  |  |  |
| Verlaagde mogelijkheid om de huur/hypotheek te kunnen betalen |  |  |  |
| Werknemers moeten ontslaan |  |  |  |
| Verlaging van pensioen, investeringen, of spaargeld |  |  |  |
| Geen van bovenstaande |  |  |  |
| Anders (open veld) |  |  |  |

1. Hoeveel stress ervaart u over het algemeen door de mogelijke toekomstige impact van de COVID-19 uitbraak op uw werk en financiën?

Hoeveelheid stress (hoe hoger, hoe meer stress)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. **Sociale steun en de COVID-19 uitbraak**
2. Hoe probeert u op het moment aan uw behoefte naar sociale steun te voldoen? (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Telefoongesprekken

Elektronische communicatie (bv. Email, sms)

Virtueel (bv. Videogesprek met Skype)

Persoonlijk contact

Sociale media (Facebook, Instagram)

Anders \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Van wie krijgt u sociale steun? (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Partner

Familie

Vrienden

Religieuze gemeenschap

Mentale zorgaanbieder (bv. Psycholoog, therapeut)

Zorgverlener

Non-profit en vrijwilliger organisaties

Anders \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hoe goed voelde u zich gesteund door uw partner voor de COVID-19 uitbraak?   
     
   Gesteund voelen (hoe hoger, hoe meer steun uit voelde)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Hoe goed voelt u zich NU gesteund door uw partner?

Gesteund voelen (hoe hoger, hoe meer steun uit voelde)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Hoe goed voelde u zich gesteund door uw sociale netwerk voor de COVID-19 uitbraak?

Gesteund voelen (hoe hoger, hoe meer steun uit voelde)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Hoe goed voelt u zich NU gesteund door uw sociale netwerk?   
     
   Gesteund voelen (hoe hoger, hoe meer steun uit voelde)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Hoeveel stress ervaart u over het algemeen door de verstoringen in sociale steun gerelateerd aan de COVID-19 uitbraak?

Gesteund voelen (hoe hoger, hoe meer steun uit voelde)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. **Als u kijkt naar de impact van de COVID-19 uitbraak op uw gemeenschap, wat denkt u dan dat langdurige (>6 maanden) zorgen zullen zijn?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Grote zorg** | **Kleine zorg** | **Geen zorg** |
| Recessie en/of verliezen van banen |  |  |  |
| Moeilijkheiden voor kleine bedrijven |  |  |  |
| Langdurige gevolgen voor de gezondheid |  |  |  |
| Psychologische of post-traumatische impact |  |  |  |
| Gebrek aan toegang tot spullen/voedsel die veel nodig zijn |  |  |  |

1. **Beperkingen gerelateerd aan de COVID-19 uitbraak**
2. Welke van de volgende situaties zijn van toepassing op u en uw familie? (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Verplichte quarantaine door medisch personeel door bevestigd/verdacht geval

Vrijwillige quarantaine door bevestigd/verdacht geval

Vrijwillige quarantaine door angst op besmetting

Binnenblijf bevel door de overheid (bv. alleen naar buiten gaan voor essentiële zaken)

Lokale gemeente en/of werkgever benadrukt (maar verplicht niet) om thuis te blijven

Geen beperkingen op het moment

1. Bent u het eens met de beperkingen die u opgelegd worden door uw lokale en nationale overheid?

Ik vind de beperkingen te soepel

Ik vind de beperkingen te streng

Ik vind de beperkingen goed

1. Welke van de volgende gedragingen doet u bewust minder? (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Persoonlijk contact met familie in huis (bijv. u heeft besloten om gescheiden te slapen)

Persoonlijk contact met familie die ergens anders wonen

Persoonlijk contact met vrienden

Persoonlijk contact met (andere) zwangere vrouwen of ouders

Persoonlijk contact met collega's op het werk

Annuleren van familie gerelateerde of persoonlijke reizen

Familieactiviteiten in de buiten omgeving (bijv. stranden, bossen, parken)

Familieactiviteiten in publieke plaatsen (bijv. museums, speeltuinen, theaters)

Naar restaurants of winkels gaan

Naar groepslessen of recreatie sporten gaan

Evenementen in de gemeenschap

Religieuze diensten

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wat doet u om om te gaan met uw stress gerelateerd aan de COVID-19 uitbraak (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Een goede nachtrust krijgen

Meditatie en/of mindfulness

Met vrienden en familie praten

Meer familieactiviteiten doen (bijv. spelletjes spelen, sporten)

Met zwangeren of ouders praten

Met professionals in de geestelijke gezondheidszorg praten (bijv. therapeuten, psychologen, psychiaters)

Verhogen van schermtijd (bijv. gamen, series binge watchen)

Meer tijd doorbrengen op social media (Facebook, Instagram en andere)

Minder tijd doorbrengen op social media (Facebook, Instagram en andere)

Meer tijd besteden aan het lezen of kijken van het nieuws

Minder tijd besteden aan het lezen of kijken van het nieuws

Het eten van comfort food (bijv. snoep of chips)

Gezonder eten

Meer persoonlijke verzorging (bijv. een bad nemen, uzelf een gezichtsbehandeling geven)

Een boek lezen, of dingen zoals puzzels of kruiswoordpuzzels maken

Sporten

Alcohol drinken

Tabak gebruiken (bijv. roken, vapen)

Marihuana gebruiken (bijv. roken, vapen, eten)

Wandelen of andere activiteiten in de natuur

Fietsen

Het gebruik van voorgeschreven medicijnen

Het gebruik van vrij verkrijgbare slaapmiddelen

Vaker met mijn zorgverleners praten

Gebruik van voedingssupplementen (bv. vitamines, probiotica, mineralen)

Anderen helpen

Geen

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hoe belangrijk zijn de volgende dingen om u en uw familie te helpen tijdens de COVID-19 uitbraak? (Helemaal niet belangrijk, een beetje belangrijk, belangrijk, heel erg belangrijk)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Helemaal niet belangrijk** | **Een beetje belangrijk** | **Belangrijk** | **Heel Belangrijk** |
| Snelle reactie op vragen en zorgen |  |  |  |  |
| Meer een-op-een gesprekken met mijn zorgverlener(s) |  |  |  |  |
| Informatie over COVID-19 en gezondheid van mijn (ongeboren) baby |  |  |  |  |
| Informatie over hoe ik mijn stress kan verlagen |  |  |  |  |
| Informatie over hoe ik de stress van mijn familie kan verlagen |  |  |  |  |
| Toegang tot mentale zorg (bv. Psycholoog) |  |  |  |  |
| Online support groepen |  |  |  |  |
| Interactie met andere (toekomstige) ouders |  |  |  |  |
| Hulp met het plannen van mogelijke veranderingen in mijn geboorteplan en/of zorg voor mijn baby |  |  |  |  |
| Voorbeelden over hoe andere mensen nadenken over mogelijke veranderingen over hun geboorteplan en zorg voor hun baby |  |  |  |  |
| Anders, namelijk (open veld) |  |  |  |  |

1. Over het algemeen, hoeveel stress ervaart u met betrekking tot de verzorging voor uw gezin en uw (ongeboren) kind door de impact van de COVID-19 uitbraak?

Hoeveelheid stress (hoe hoger, hoe meer stress)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. **Algemene gezondheidszorgen omtrent de COVID-19 uitbraak**
2. Heeft u een van de volgende zorgen omtrent gezondheid of hulpbronnen voor uw gezin? Voor de items waarover u zorgen heeft, geef alstublieft uw gevoel daarbij aan.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zeer verontrust** | **Matig verontrust** | **Niet verontrust** | **Geen zorgen** |
| Hoger risico op COVID-19 door bestaande medische conditie(s) |  |  |  |  |
| Verminderde toegang tot voedsel of goederen in de toekomst |  |  |  |  |
| Verminderde toegang tot medicijnen en hygiëne benodigdheden in de toekomst |  |  |  |  |
| Verminderde toegang tot baby benodigdheden (bijv. een kunstvoeding, luiers, doekjes) in de toekomst |  |  |  |  |
| Verminderde toegang tot geestelijke gezondheidszorg in de toekomst |  |  |  |  |
| Verminderde toegang tot algemene gezondheidszorg in de toekomst |  |  |  |  |
| Verminderde toegang tot positieve sociale interacties door ‘social distance’ |  |  |  |  |

1. **Hulpbronnen**
2. Welke van deze hulpbronnen vindt u het meest bruikbaar voor het ontvangen van informatie over de COVID-19 uitbraak? (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Een lid van het prenatale zorg team

Andere zwangere vrouwen / nieuwe vaders

Familie of vrienden

Internationale gezondheidsorganisaties (bijv. WHO)

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)

De overheid

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Lokale overheid (in de stad of gemeente)

Sociale netwerk sites (bv. Facebook)

Landelijke nieuws

Lokale nieuws

Websites over zwangerschap en ouderschap

Andere gemeenschapsorganisaties

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Heeft u aanvullende steun ontvangen van een organisatie (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Non-profit organisaties

Bijstand van de overheid

Gemeenschaps- of religieuze organisaties

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indien ja, welk type steun heeft u ontvangen? (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Kinderopvang

Financiële steun

Voedsel benodigdheden

Baby benodigdheden

Gezondheidszorg

Sociale steun

Anders, geef aan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEEL 3: EMOTIES EN GEVOELENS TIJDENS DE COVID-19 UITBRAAK**

In de afgelopen 7 dagen, inclusief vandaag, hoe vaak was u verontrust door:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Helemaal niet** | **Een beetje** | **Gemiddeld** | **Best vaak** | **Zeer vaak** |
| 1. Flauwte of duizeligheid |  |  |  |  |  |
| 2. Geen interesse in dingen |  |  |  |  |  |
| 3. Nervositeit of trillerig |  |  |  |  |  |
| 4. Pijn in het hart of op de borst |  |  |  |  |  |
| 5. Gevoelens van eenzaamheid |  |  |  |  |  |
| 6. Gespannen of opgewonden voelen |  |  |  |  |  |
| 7. Misselijkheid of maagklachten |  |  |  |  |  |
| 8. Terneergeslagen voelen |  |  |  |  |  |
| 9. Plotseling angstig zonder reden |  |  |  |  |  |
| 10. Moeite met adem halen |  |  |  |  |  |
| 11. Gevoelens van waardeloosheid |  |  |  |  |  |
| 12. Opwelling van paniek |  |  |  |  |  |
| 13. Doof gevoel of tinteling in delen van het lichaam |  |  |  |  |  |
| 14. Hopeloos voelen over de toekomst |  |  |  |  |  |
| 15. Zo rusteloos voelen dat u niet stil kon blijven zitten |  |  |  |  |  |
| 16. Zwak voelen in delen van het lichaam |  |  |  |  |  |
| 17. Bang voelen |  |  |  |  |  |
| 18. Zeer alert, waakzaam of op u hoede zijn |  |  |  |  |  |
| 19. Schrikachtig |  |  |  |  |  |
| 20. Moeilijkheden ervaren met concentreren |  |  |  |  |  |
| 21. Moeite met het ervaren met positieve gevoelens |  |  |  |  |  |
| 22. Schuldig voelen of uzelf de schuld geven |  |  |  |  |  |
| 23. Prikkelbaar, boos of agressief voelen |  |  |  |  |  |
| 24. Herhaalde verontrustende en ongewenste gedachten over de COVID-19 uitbraak |  |  |  |  |  |
| 25. Herhaalde verontrustende dromen over de COVID-19 uitbraak |  |  |  |  |  |
| 26. Proberen om informatie en reminders over de COVID-19 uitbraak te vermijden |  |  |  |  |  |
| 27. Te veel risico nemen of dingen doen die u schade kan toebrengen |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Helemaal niet** | **Een beetje** | **Gemiddeld** | **Best vaak** | **Zeer vaak** | **Niet van toepassing** |
| 28. Verbaal uitgevallen naar mijn partner |  |  |  |  |  |  |
| 29. Verbaal uitgevallen naar mijn kind(eren) |  |  |  |  |  |  |
| 30. Fysiek uitgevallen naar mijn partner |  |  |  |  |  |  |
| 31. Fysiek uitgevallen naar mijn kinderen |  |  |  |  |  |  |
| 32. Minder of niet emotioneel beschikbaar voor mijn partner |  |  |  |  |  |  |
| 33. Minder of niet emotioneel beschikbaar voor mijn kind(eren) |  |  |  |  |  |  |

1. Hoe heeft de COVID-19 uitbraak uw stressniveau of mentale gezondheid veranderd?

Aanzienlijk verslechterd

Matig verslechterd

Geen verandering

Matig verbeterd

Aanzienlijk verbeterd

1. Hoe heeft de COVID-19 uitbraak uw slaap veranderd?

Aanzienlijk verslechterd

Matig verslechterd

Geen verandering

Matig verbeterd

Aanzienlijk verbeterd

1. Hoe heeft de COVID-19 uitbraak uw dagelijkse energieniveau veranderd?

Aanzienlijk verslechterd

Matig verslechterd

Geen verandering

Matig verbeterd

Aanzienlijk verbeterd

1. In hoeverre heeft de COVID-19-uitbraak uw vermogen om deel te nemen verstoord ...
2. Sociale activiteiten

Zeer verstoord

Matig verstoord

Enig verstoord

Niet verstoord

1. Werk activiteiten

Zeer verstoord

Matig verstoord

Enig verstoord

Niet verstoord

1. Fysieke activiteiten (iedere vorm van sport, inclusief wandelen, hardlopen, teamsport, groepslessen)

Zeer verstoord

Matig verstoord

Enig verstoord

Niet verstoord

1. Toegang tot gezonde maaltijden

Zeer verstoord

Matig verstoord

Enig verstoord

Niet verstoord

1. Algemeen niveau van impact op uw dagelijks leven door de COVID-19 uitbraak

Likert schaal (0-10, 0=geen, 10=heel erg)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Algemeen niveau van stress gerelateerd aan de COVID-19 uitbraak

Likert schaal (0-10, 0=geen, 10=heel erg)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Geef aan in hoeverre u de COVID-19-uitbraak beschouwt als een positieve of negatieve invloed op uw leven

Extreem negatief

Matig negatief

Ietwat negatief

Geen invloed

Ietwat positief

Matig positief

Extreem positief

1. Hoe lang denkt u dat het duurt voordat alles weer 'normaal' is?

< 1 maand

2-3 maanden

3-6 maanden

6-12 maanden

Meer dan 12 maanden

Nooit

1. Wat is de meest voornamelijk bron van stress door de COVID-19 uitbraak op dit moment? (Kies één)

Gezondheidszorgen

Financiële zorgen

Impact op uw kind

Impact op uw gemeenschap

Impact op familieleden (bijv. bejaarde ouders)

Impact op dierbare vrienden

Toegang tot voedsel

Toegang tot baby benodigdheden (bijv. kunstvoeding, luiers, doekjes)

Toegang tot geestelijke gezondheidszorg

Algemeen welzijn door sociale afstand en/or quarantaine

Stress over anders (open veld)

Ik ben niet gestrest

1. **STAI**

Hieronder vindt u een aantal uitspraken waarmee mensen zichzelf kunnen beschrijven. Lees iedere uitspraak door en selecteer de uitspraak om daarmee aan te geven hoe u zich **nu voelt**, dus **nu op dit moment**. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Denk niet te lang na en geef uw eerste indruk, die is meestal de beste. Het gaat er dus om dat u weergeeft wat u **op dit moment** voelt

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Geheel niet** | **Een beetje** | **Tamelijk veel** | **Zeer veel** |
| 1. Ik voel me kalm |  |  |  |  |
| 2. Ik voel me veilig |  |  |  |  |
| 3. Ik ben gespannen |  |  |  |  |
| 4. Ik voel me onrustig |  |  |  |  |
| 5. Ik voel me op mijn gemak |  |  |  |  |
| 6. Ik ben in de war |  |  |  |  |
| 7. Ik pieker over nare dingen die kunnen gebeuren |  |  |  |  |
| 8. Ik voel me voldaan |  |  |  |  |
| 9. Ik ben bang |  |  |  |  |
| 10. Ik voel me aangenaam |  |  |  |  |
| 11. Ik voel me zeker |  |  |  |  |
| 12. Ik voel me nerveus |  |  |  |  |
| 13. Ik ben zenuwachtig |  |  |  |  |
| 14. Ik ben besluiteloos |  |  |  |  |
| 15. Ik ben ontspannen |  |  |  |  |
| 16. Ik voel me tevreden |  |  |  |  |
| 17. Ik maak me zorgen |  |  |  |  |
| 18. Ik voel me gejaagd |  |  |  |  |
| 19. Ik voel me evenwichtig |  |  |  |  |
| 20. Ik voel me prettig |  |  |  |  |

1. **EPDS**
2. Ik heb kunnen lachen en de leuke kant van de dingen kunnen inzien:

Zoveel als altijd

Niet zoveel nu als anders

Zeker niet zoveel nu als anders

Helemaal niet

1. Ik heb met plezier naar dingen uitgekeken:

Minstens zoveel als ik gewend was

Wat minder dan ik gewend was

Veel minder dan ik gewend was

Helemaal niet

1. Ik heb mijzelf onnodig verwijten gemaakt als er iets fout ging:

Ja, heel vaak  Ja, soms

Nie erg vaak  Nee, nooit

1. Ik ben bang of bezorgd geweest zonder dat er een aanleiding was:

Nee, helemaal niet

Nauwelijks

Ja, soms  Ja, zeer vaak

1. Ik reageerde schrikachtig of paniekerig zonder een goede reden:

Ja, tamelijk vaak

Ja, soms

Nee, niet vaak  Nooit

1. De dingen groeiden mij boven het hoofd:

Ja, meestal was ik er niet tegen opgewassen

Ja, soms was ik minder goed tegen dingen opgewassen dan anders

Nee, meestal kon ik de dingen goed aan

Nee, ik kon alles even goed aan als anders

1. Ik voelde mij zo ongelukkig dat ik er bijna niet van kon slapen:

Ja, meestal

Niet vaak

Ja, soms  Helemaal niet

1. Ik voelde mij somber en beroerd:

Ja, bijna steeds

Ja, tamelijk vaak

Niet erg vaak

Nee, helemaal niet

1. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten huilen:

Ja, heel vaak

Ja, tamelijk vaak

Alleen af en toe

Nee, nooit

1. Ik heb er aan gedacht mijzelf iets aan te doen:

Ja, tamelijk vaak

Soms

Nauwelijks  Nooit

**DEEL 4: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS EN GEZONDHEIDSGESCHIEDENIS**

1. Wat is uw geboortedatum? (dd/mm/jjj) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Wat is uw hoogst behaalde opleidingsniveau?

Geen scholing

Basisschool of speciaal onderwijs

LBO / MAVO/ VMBO

HAVO / VWO

MBO

HBO

Universiteit

Hoger (doctoraat)

1. Wat beschrijft u het beste? Bent u…

Alleenstaand

Samenwonend/getrouwd

Gescheiden

Weduwe

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Huidige leefsituatie**

1. Wat beschrijft het beste waar u nu woont:

Een studio (woon- en slaapkamer samen)

Een 1-kamer woning (slaapkamer los)

Een meer-kamer woning

Ik heb geen stabiele huisvesting

Ik geef liever geen antwoord

1. Is uw woonsituatie veranderd sinds het begin van de pandemie?

Ja

Nee

(indien ja) Had de verandering van uw woonsituatie een positieve of negatieve invloed?  Zeer positief

Ietwat positief

Ietwat negatief

Zeer negatief

Geen invloed

1. Bezit of huurt u momenteel uw woning?

Koopwoning

Huurwoning

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hoe veel mensen wonen op dit moment in uw huis (inclusief uzelf)?

i … aantal kinderen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ii … aantal volwassenen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Woont u op dit moment samen met een partner?

Ja

Nee

Indien ja, hoe lang woont u samen met deze partner? (jaren en maanden) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Heeft u toegang tot privacy in uw woning?

Ja

Nee

1. Heeft u toegang tot privé buitenruimte (bijv. een tuin)?   
    Ja

Nee

1. Heeft u toegang tot openbaar groen in de buurt?

Ja

Nee

**Gezondheidsgeschiedenis (uzelf)**

1. Heeft u een geschiedenis van een van de volgende medische aandoeningen (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Ademhalingsproblemen (bijv. astma, tuberculose)

Diabetes

Hartziekte of hypertensie

Longziekte

Leverziekte

Kanker

Een ziekte die het immuunsysteem aantast

Stemmings- en/of angststoornis

1. Geef aan welke van de volgende middelen u in het verleden heeft gebruikt (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Nicotine producten (inclusief sigaretten, sigaren en vapers)

Alcohol

Marihuana

Voorgeschreven antidepressiva (bijv. Prozac, Zoloft, Celexa)

Voorgeschreven opioïden (bijv. pijn medicatie)

Illegale medicijnen of drugs

**Gezondheidsgeschiedenis (andere gezinsleden)**

1. Hebben uw gezinsleden een voorgeschiedenis van een van de volgende medische aandoeningen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Partner** | **Kind** | **Ander gezinslid** |
| Ademhalingsproblemen (bijv. astma, tuberculose) |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |
| Hartziekte of hypertensie |  |  |  |
| Longziekte |  |  |  |
| Leverziekte |  |  |  |
| Kanker |  |  |  |
| Een ziekte die het immuunsysteem aantast |  |  |  |
| Stemmings- en/of angststoornis |  |  |  |

**Werkgelegenheid**

1. Welk type werk heeft u? (vink alle opties aan die van toepassing zijn)

Fulltimebaan

Parttimebaan

Werkzoekend

Student

Werkloos

Huisvrouw

Gepensioneerd

Met zwangerschapsverlof

Anders, geef aan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ik wil geen antwoord geven

Als, baan:

Welke functie vervult u als werk? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wat was in het afgelopen jaar het totale inkomen van uw huishouden uit alle bronnen vóór belastingen en andere inhoudingen? Uw beste gok is voldoende. (Opmerking: dit is vertrouwelijke informatie en uw naam is niet verbonden met deze gegevens)

Minder dan €10,000

€10,000 tot €20,000

€20,000 tot €30,000

€30,000 tot €40,000

€40,000 tot €50,000

€50,000 tot €60,000

€60,000 tot €80,000

€80,000 tot €100,000

€100,000 tot €120,000

€120,000 tot €140,000

€140,000 tot €160,000

€160,000 tot €180,000

€180,000 tot €200,000

€200,000 tot €220,000

€220,000 tot €250,000

Meer dan €250,000

Zeg ik liever niet

1. Welke nationaliteit heeft u? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Bent u geboren in Nederland? (Ouders zijn hier niet geboren, ouders zijn hier geboren, grootouders zijn hier geboren)

Nee

Ja, maar mijn ouders niet

Ja, maar mijn grootouders niet

Ja

**DEEL 5: SLUITING EN BEDANKT**

1. In de toekomst, als de uitbraak gevolgd wordt, kan het bruikbaar zijn om te weten in welke buurt uw woont. Geef hieronder uw woonplaats en postcode, als u dat wilt (1111 AA, woonplaats)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Antwoorden is optioneel)

1. Mensen worden op veel manieren door deze pandemie getroffen, deel hier uw persoonlijke ervaringen of manieren waarop uw leven op een positieve manier is veranderd of beïnvloed. (Optioneel) (open veld)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Als je advies kon geven tijdens de COVID-19 uitbraak aan andere toekomstige zwangeren of nieuwe moeders, wat zou dat dan zijn? (Optioneel) (open veld)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Heeft u nog andere vragen of opmerkingen voor ons onderzoeksteam? (Optioneel) (open veld)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

We zouden het op prijs stellen als u contact houdt, zodat we informatie kunnen blijven verzamelen die helpt om zwangeren en hun baby's gezond te houden.

Vindt u het goed als wij u in de toekomst benaderden voor vervolgonderzoek?

Ja

Nee

Naam:

E-mailadres

Herhaal e-mailadres:

Telefoonnummer (optioneel):

Hartelijk dank voor uw deelname aan ons onderzoek!

Deze lijst met bronnen voor zwangere vrouwen en ouders kunt u raadplegen indien u last ervaart door COVID-19:

www.kennisnetgeboortezorg.nl

www.wijzijnmind.nl

www.opvoeden.nl