

Vragenlijst patiëntgerapporteerde uitkomsten en ervaringen Zwangerschap en Geboorte Meetmoment 5: 6 maanden na de bevalling

De volgende vragen gaan over uw gezondheid over het algemeen

1. Hoe vindt u over het algemeen uw gezondheid?

Uitstekend Heel goed Goed Redelijk Slecht

2. Hoe vindt u over het algemeen uw kwaliteit van leven?

Uitstekend Heel goed Goed Redelijk Slecht

3. Hoe zou u over het algemeen uw lichamelijke gezondheid beoordelen?

Uitstekend Heel goed Goed Redelijk Slecht

4. Hoe zou u over het algemeen uw geestelijke gezondheid, inclusief uw stemming en denkvermogen, beoordelen?

Uitstekend Heel goed Goed Redelijk Slecht

5. Hoe zou u over het algemeen uw tevredenheid over uw sociale activiteiten en relaties beoordelen?

Uitstekend Heel goed Goed Redelijk Slecht

6. Beoordeel alstublieft hoe goed u over het algemeen uw gewone sociale activiteiten en functies uitvoert. (Dit omvat activiteiten thuis, op het werk en in uw gemeenschap, en verantwoordelijkheden als ouder, kind, levenspartner, werknemer, vriend enz.)

Uitstekend Heel goed Goed Redelijk Slecht

7. In hoeverre bent u in staat om uw dagelijkse lichamelijke activiteiten uit te voeren, zoals lopen, trappen opgaan, boodschappen dragen of een stoel verplaatsen?

Volledig Grotendeels Redelijk Een beetje Helemaal niet

Geef a.u.b. antwoord voor de afgelopen 7 dagen:

8. Hoe vaak hebt u last gehad van emotionele problemen, bijvoorbeeld dat u zich angstig en bezorgd, depressief of prikkelbaar voelde?

Nooit Zelden Soms Vaak Altijd

9. Hoe zou u gemiddeld uw vermoeidheid beoordelen?

Geen Licht Matig Hevig Zeer hevig

10. Hoe zou u gemiddeld uw pijn beoordelen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen pijn -----> ergst denkbare pijn										

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen?

11. Weinig interesse of plezier in activiteiten

Helemaal niet Verscheidene dagen Meer dan de helft van de dagen Bijna elke dag

12. Zich neerslachtig, depressief of hopeloos voelen

Helemaal niet Verscheidene dagen Meer dan de helft van de dagen Bijna elke dag

Indien bij voorgaande 2 vragen een score is behaald van 3 of hoger dan verder met onderstaande vragenlijst:

De volgende vragen hebben betrekking op hoe u zich de afgelopen 7 dagen heeft gevoeld. Kruis dat antwoord aan dat het beste aangeeft hoe u zich voelde.

13. Ik heb kunnen lachen en de zonnige kant van de dingen kunnen inzien

Zoveel als ik altijd kon Niet zo veel nu als anders Zeker niet zo veel nu als anders Helemaal niet

14. Ik heb met plezier naar dingen uitgekeken

Zoals altijd of meer Wat minder dan ik gewend was Absoluut minder dan ik gewend was Nauwelijks

15. Ik heb mij zelf onnodig verwijten gemaakt als er iets fout ging

Ja, heel vaak Ja, soms Niet erg vaak Nee, nooit

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

Nee, helemaal niet	Nauwelijks	Ja, soms	Ja, zeer vaak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Ik reageerde schrikachtig of paniekerig zonder echte goede reden

Ja, tamelijk vaak	Ja, soms	Nee, niet vaak	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. De dingen groeiden me 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 erg goed aan	Nee, ik kon alles even goed aan als anders
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Ik voelde me zo ongelukkig dat ik er bijna niet van kon slapen

Ja, meestal	Ja, soms	Niet vaak	Helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Ik voelde me somber en beroerd

Ja, bijna steeds	Ja, tamelijk vaak	Niet erg vaak	Nee, helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten huilen

Ja, heel vaak	Ja, tamelijk vaak	Alleen af en toe	Nee, nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Ik heb er aan gedacht om mezelf iets aan te doen

Ja, tamelijk vaak	Soms	Nauwelijks	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tijdens en na de zwangerschap verliezen sommige vrouwen urine of poep, of hebben pijn bij het vrijen. Hiervan kunt u last hebben in uw dagelijks leven. Daar gaan deze vragen over.

23. Verloor u de afgelopen maand urine zonder dat u dat wilde? Nee Ja
24. Verloor u de afgelopen maand poep zonder dat u dat wilde? Nee Ja
25. Liet u de afgelopen maand scheten zonder dat u dat wilde? Nee Ja

Indien bij vraag 23 ja is geantwoord, dan onderstaande vragenlijst

26. Hoe vaak heeft u last van ongewild urineverlies?

- | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Nooit | Ongeveer 1
keer per week
of minder | 2 tot 3 keer
per week | Ongeveer 1
keer per dag | Meerdere
keren per dag | Continu |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

27. Wij willen graag weten hoeveel urine u denkt te verliezen. Hoeveel urine verliest u gewoonlijk (ongeacht of u wel of geen beschermingsmateriaal gebruikt)?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Niets | Een beetje | Tamelijk veel | Veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28. Hoeveel invloed heeft het ongewilde urineverlies op uw dagelijkse leven?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Helemaal niet -----> heel erg										

29. Wanneer verliest u urine? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)

- Nooit, ik heb geen last van urineverlies
- Ik verlies urine voordat ik het toilet kan bereiken
- Ik verlies urine wanneer ik hoest of nies
- Ik verlies urine wanneer ik slaap
- Ik verlies urine bij lichamelijke activiteit/inspanning
- Ik verlies urine wanneer ik na het plassen mijn kleren weer aantrek
- Ik verlies urine zonder duidelijke reden
- Ik verlies voortdurend urine

Indien bij vraag 24 en/of 25 'ja' is geantwoord, dan onderstaande vragenlijst

30. Hoe vaak verliest u stevige poep zonder dat u dat wilt?

Nooit: geen klachten in de afgelopen maand	Zelden: 1 keer per maand of minder	Soms: Paar keer per maand	Wekelijks: 1 keer per week of meer	Dagelijks: 1 keer per dag of meer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Hoe vaak verliest u dunne poep zonder dat u dat wilt?

Nooit: geen klachten in de afgelopen maand	Zelden: 1 keer per maand of minder	Soms: Paar keer per maand	Wekelijks: 1 keer per week of meer	Dagelijks: 1 keer per dag of meer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Hoe vaak laat u scheten zonder dat u dat wilt?

Nooit: geen klachten in de afgelopen maand	Zelden: 1 keer per maand of minder	Soms: Paar keer per maand	Wekelijks: 1 keer per week of meer	Dagelijks: 1 keer per dag of meer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Hoe vaak gebruikt u beschermingsmateriaal in uw onderbroek voor verlies van poep?

Nooit: geen klachten in de afgelopen maand	Zelden: 1 keer per maand of minder	Soms: Paar keer per maand	Wekelijks: 1 keer per week of meer	Dagelijks: 1 keer per dag of meer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Hoe vaak heeft het verlies van poep of scheten invloed op uw dagelijks leven? (bijvoorbeeld niet naar de winkel gaan of opletten op wat u eet)

Nooit: geen klachten in de afgelopen maand	Zelden: 1 keer per maand of minder	Soms: Paar keer per maand	Wekelijks: 1 keer per week of meer	Dagelijks: 1 keer per dag of meer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze vraag gaat over de afgelopen maand.

35. Hoeveel heeft pijn de tevredenheid met uw seksleven veranderd?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ik had geen pijn | Helemaal niet veranderd | Een klein beetje veranderd | Een beetje veranderd | Veel veranderd | Heel veel veranderd |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De volgende vraag gaat over borstvoeding

36. Wat drinkt uw kind?

- 1. Mijn kind dronk de laatste weken alleen moedermelk.
- 2. Mijn kind dronk de laatste weken moedermelk en kunstvoeding.
- 3. Mijn kind dronk de laatste weken alleen kunstvoeding.

De volgende vraag gaat over de zorg voor uw kind.

37. Hoeveel zelfvertrouwen heeft u in het zorgen voor uw kind?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Veel zelfvertrouwen | Voldoende zelfvertrouwen | Een beetje zelfvertrouwen | Niet veel zelfvertrouwen | Helemaal geen zelfvertrouwen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dit waren de vragen over hoe het met u en met uw kind gaat.

**Maakt u zich zorgen over uw antwoorden, of heeft u andere klachten?
Vertel het aan uw verloskundige of dokter. Zij kunnen u helpen.**

Vragenlijst over uw ervaring

De volgende vragen gaan over uw zorgverleners en over de zorg die u kreeg.

Zorgverleners zijn dokters, verloskundigen, verpleegkundigen en kraamverzorgenden.

Zorgverleners willen graag weten wat u van hun zorg vindt.

Dan kunnen zij hun zorg aan u en andere vrouwen verbeteren.

Tevredenheid

38. Hoe tevreden bent u met de zorg in de maanden na de bevalling?

Heel tevreden	Tevreden	Over sommige dingen tevreden, over andere dingen ontevreden	Onte tevreden	Heel ontevreden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze vragen gaan over hoe u samen met uw zorgverlener keuzes maakte over de zorg in de maanden na de bevalling.

Denk bijvoorbeeld aan de keuze om thuis of in het ziekenhuis te bevallen. Of de keuze om een test wel of niet te doen.

39. Kreeg u informatie over uw verschillende keuzes in de zorg in de maanden na de bevalling?

Ja	Een beetje	Nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Bepaalde u samen met de zorgverleners welke zorg of behandeling u kreeg?

Ja	Een beetje	Nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Kreeg u genoeg informatie om u te helpen keuzes te maken? Bijvoorbeeld informatie over de voordelen en nadelen van een keuze voor u en uw kind.

Ja	Een beetje	Nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Kreeg u op het juiste moment informatie om u te helpen keuzes te maken?

Ja	Een beetje	Nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Was de uitleg van de zorgverleners begrijpelijk?

Ja	Een beetje	Nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Kreeg u voldoende tijd om uw keuzes te maken?

Ja	Een beetje	Nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Had u vertrouwen in uw zorgverleners?

Ja	Een beetje	Nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Luisterden de zorgverleners goed naar u?

Ja	Een beetje	Nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dit is het einde van deze vragenlijst. Bedankt voor het invullen.