

Vragenlijst patiëntgerapporteerde uitkomsten en ervaringen Zwangerschap en Geboorte Meetmoment 4: 6 weken 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Zich neerslachtig, depressief of hopeloos voelen

Helemaal niet	Verscheidene dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ja, heel vaak	Ja, soms	Niet erg vaak	Nee, nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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, beantwoord dan vraag 30 t/m 34

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/vragen gaan 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.

Indien bij vraag 36 optie 1 of 2 ingevuld is, beantwoord dan de volgende vraag:

37. Hoeveel zelfvertrouwen heeft u in het geven van borstvoeding?

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

Indien bij een beetje/niet veel/helemaal geen zelfvertrouwen, beantwoord dan de volgende vragen:

38. Ik heb het vertrouwen dat ik goed kan bepalen of mijn kind genoeg melk krijgt.

- | Altijd | Meestal | Zeer regelmatig | Soms | Nooit |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

39. Ik heb het vertrouwen dat ik goed kan omgaan met het geven van borstvoeding.
(net als met andere uitdagende taken)

- | Altijd | Meestal | Zeer regelmatig | Soms | Nooit |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40. Ik heb het vertrouwen dat ik mijn kind borstvoeding kan geven zonder extra kunstvoeding.

- | Altijd | Meestal | Zeer regelmatig | Soms | Nooit |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. Ik heb het vertrouwen dat ik mijn kind tijdens de gehele voeding goed kan aanleggen.

- | Altijd | Meestal | Zeer regelmatig | Soms | Nooit |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42. Ik heb het vertrouwen dat ik de borstvoeding naar mijn tevredenheid kan laten gaan.

Altijd	Meestal	Zeer regelmatig	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Ik heb het vertrouwen dat ik ook borstvoeding kan geven als mijn kind huilt.

Altijd	Meestal	Zeer regelmatig	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Ik heb het vertrouwen dat ik zo lang mogelijk borstvoeding wil blijven geven.

Altijd	Meestal	Zeer regelmatig	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Ik heb het vertrouwen dat ik comfortabel borstvoeding kan geven met familieleden erbij.

Altijd	Meestal	Zeer regelmatig	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Ik heb het vertrouwen dat het geven van borstvoeding mij voldoening geeft.

Altijd	Meestal	Zeer regelmatig	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Ik heb het vertrouwen dat ik ermee kan omgaan dat het borstvoeding geven veel tijd kan kosten.

Altijd	Meestal	Zeer regelmatig	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Ik heb het vertrouwen dat ik mijn kind één borst helemaal leeg kan laten drinken voordat ik de andere borst geef.

Altijd	Meestal	Zeer regelmatig	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Ik heb het vertrouwen dat ik mijn kind borstvoeding kan geven bij elke voeding.

Altijd	Meestal	Zeer regelmatig	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Ik heb het vertrouwen dat ik de behoefte van mijn kind aan borstvoeding kan bijhouden.

Altijd	Meestal	Zeer regelmatig	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Ik heb het vertrouwen dat ik weet wanneer mijn kind klaar is met drinken.

Altijd	Meestal	Zeer regelmatig	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vragen gaan over uw gevoelens voor uw kind

Hier staat een lijst met gevoelens die moeders in de eerste weken na de geboorte voor hun kind kunnen hebben.

Kruis bij elk gevoel aan hoe vaak u dat voelde in de eerste weken na de geboorte.

		Heel vaak	Vaak	Soms	Nooit
52.	Liefde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Boos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Neutraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	Blij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	Afkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	Beschermend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Teleurgesteld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	Agressief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vraag gaat over de zorg voor uw kind.

60. 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.

Vraag over uw tevredenheid

61. Hoe tevreden bent u met de zorg tijdens uw bevalling?

Heel tevreden	Tevreden	Over sommige dingen tevreden, over andere dingen ontevreden	Ontevreden	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 tijdens uw 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.

62. Kreeg u informatie over uw verschillende keuzes in de zorg tijdens uw bevalling?

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

63. 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"/>

64. 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"/>

65. 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"/>

66. Was de uitleg van de zorgverleners begrijpelijk?

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

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

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

68. Had u vertrouwen in uw zorgverleners?

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

69. Luisterden de zorgverleners goed naar u?

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

Deze vragen gaan over uw ervaring met uw bevalling.

Geef aan of u het eens bent met de deze uitspraken over de bevalling:

70. Ik ben de bevalling goed doorgekomen.

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Ik vond mijn bevalling lang duren.

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. De zorgverleners gaven mij de ruimte om beslissingen te nemen over hoe ik wilde bevallen.

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Ik was erg gespannen tijdens mijn bevalling.

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Ik voelde me tijdens mijn bevalling gesteund door de zorgverleners.

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. De zorgverleners communiceerden goed met me tijdens de bevalling.

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Ik vond de bevalling een beangstigende ervaring.

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Ik had het gevoel geen controle te hebben over het verloop van mijn bevalling.

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Ik was niet angstig tijdens de bevalling.

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. De (verlos)kamer was schoon en hygiënisch

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze vraag gaat over pijnverlichting

80. Bent u tevreden over de verschillende mogelijkheden die u kon kiezen voor pijnverlichting?

Heel tevreden	Tevreden	Niet tevreden en niet ontevreden	Ontevreden	Heel ontevreden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Deze vraag gaat over de rol van uw partner.
Geef aan of u het eens bent met deze uitspraak:**

81. Mijn zorgverleners hadden voldoende aandacht voor mijn partner tijdens de bevalling.

Volledig mee eens	Mee eens	Niet mee eens en niet mee oneens	Mee oneens	Volledig mee oneens	Niet van toepassing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**De volgende vragen gaan over het wisselen van zorgverlener.
Bij wisseling van zorgverlener of bij verwijzing naar het ziekenhuis:**

82. Wist u steeds wie de leiding had over de zorg die u kreeg?

Altijd	Meestal	Soms	Nooit	Deze vraag is niet van toepassing op mij. Ik had altijd dezelfde zorgverlener
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Wist uw nieuwe zorgverlener genoeg van uw situatie?

Altijd	Meestal	Soms	Nooit	Deze vraag is niet van toepassing op mij. Ik had altijd dezelfde zorgverlener
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Gaven de verschillende zorgverleners dezelfde adviezen?

Altijd	Meestal	Soms	Nooit	Deze vraag is niet van toepassing op mij. Ik had altijd dezelfde zorgverlener
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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