

## Vragenlijst patiëntgerapporteerde uitkomsten en ervaringen Zwangerschap en Geboorte Meetmoment 1: rond de 11<sup>e</sup> week van de zwangerschap

Deze vraag gaat over hulp in uw omgeving

1. Hoeveel mensen kunnen u helpen op moeilijke momenten?  
Bijvoorbeeld boodschappen doen als u ziek bent.

6 - 10  
mensen

2 - 5  
mensen

1  
iemand

0  
(niemand)

De volgende vragen gaan over uw gezondheid over het algemeen

2. Hoe vindt u over het algemeen uw gezondheid?

Uitstekend

Heel goed

Goed

Redelijk

Slecht

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

Uitstekend

Heel goed

Goed

Redelijk

Slecht

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

Uitstekend

Heel goed

Goed

Redelijk

Slecht

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

Uitstekend

Heel goed

Goed

Redelijk

Slecht

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

Uitstekend

Heel goed

Goed

Redelijk

Slecht

7. 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

8. 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:

9. 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

10. Hoe zou u gemiddeld uw vermoeidheid beoordelen?

Geen  Licht  Matig  Hevig  Zeer hevig

11. 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?

12. Weinig interesse of plezier in activiteiten

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

13. 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.

14. 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

15. 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"/>

16. 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"/>

17. 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"/>

18. 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"/>

19. 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"/>

20. 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"/>

21. 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"/>

22. 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"/>

23. 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.

- |  |                          |     |                          |    |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| 24. Verloor u de afgelopen maand urine zonder dat u dat wilde? | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja |
| 25. Verloor u de afgelopen maand poep zonder dat u dat wilde?  | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja |
| 26. Liet u de afgelopen maand scheten zonder dat u dat wilde?  | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja |

Indien bij vraag 24 ja is geantwoord, dan onderstaande vragenlijst

27. 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"/>

28. 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"/>

29. 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										

30. 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 25 en/of 26 'ja' is geantwoord, dan onderstaande vragenlijst

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

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

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

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

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

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

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

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

35. 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  <input type="checkbox"/>	Zelden: 1 keer per maand of minder  <input type="checkbox"/>	Soms: Paar keer per maand  <input type="checkbox"/>	Wekelijks: 1 keer per week of meer  <input type="checkbox"/>	Dagelijks: 1 keer per dag of meer  <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	---

Deze vraag gaat over de afgelopen maand.

36. 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 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"/>

Maakt u zich zorgen over uw antwoorden, of heeft u andere klachten?

Vertel het aan uw verloskundige of dokter. Zij kunnen u helpen.

### Casemix variabelen

Wilt u deze vragen ook nog invullen?	
1	Wat is uw geboortedatum? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (minimaal geboortjaar 1967, maximaal 2008)
2	Wat zijn de eerste 4 cijfers van uw postcode? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Bent uw van Westerse afkomst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4	Hoeveelste zwangerschap is dit voor u? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (minimaal 1, maximaal 20)
5	Hoeveel zwangerschappen langer dan 16 weken heeft u gehad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (minimaal 0, maximaal 15)