

Datum van vandaag:.....

**INSTRUCTIE**

Deze vragenlijst bevat een aantal beschrijvingen die vrouwen hebben gebruikt om aan te geven hoe zij hun bevalling hebben beleefd.

Wij vragen U om bij iedere beschrijving stil te staan en dat cijfer te omcirkelen dat het beste Uw antwoord weergeeft. Er bestaan geen goede of foute antwoorden!

Datum van Uw bevalling:.....

**Hoe beleefde U Uw bevalling?**

	helemaal niet	tamelijk	erg	heel erg
a. De bevalling was een onaangename gebeurtenis	0	1	2	3
b. Tijdens de bevalling voelde ik mij lichamenlijk gekrenkt	0	1	2	3
c. Tijdens de bevalling was ik bang dat ikzelf of mijn kind zou sterven of ernstig letsel zou oplopen	0	1	2	3
d. Tijdens de bevalling voelde ik intense angst / hulpeloosheid / afschuw	0	1	2	3

**Hoe is het nu met U?**

Gaat U nu verder met vragen 1-17 om te beschrijven hoe U zich **nu** voelt.

U kunt antwoorden door een cijfer van 1 (nooit / helemaal niet ) tot 4 (vaak) te omcirkelen

	nooit / helemaal niet	zelden	soms	vaak
1. Onaangename gedachten en voorstellingen betreffende de bevalling dringen zich aan mij op	0	1	2	3
2. Ik heb onbehaaglijke dromen over de bevalling	0	1	2	3
3. Ik kan plotseling het gevoel hebben dat ik terug ben bij de bevalling en raak overweldigd door afschuw	0	1	2	3
4. Elke herinnering aan de bevalling roept intense gevoelens van onbehaag op	0	1	2	3
5. Ik reageer lichamenlijk als iets mij herinnert aan de bevalling (bijv. verhoogde hartslag, versnelde ademhaling, ik raak gespannen, ik ga zweten)	0	1	2	3
6. Ik probeer gedachten / gevoelens / gesprekken, die mij aan de bevalling kunnen herinneren, te vermijden	0	1	2	3
7. Ik probeer activiteiten / plaatsen / personen, die mij aan de bevalling kunnen herinneren, te vermijden	0	1	2	3
8. Bepaalde belangrijke delen van de bevalling kan ik mij moeilijk herinneren	0	1	2	3

**DE VRAGENLIJST GAAT VERDER AAN DE ACHTERKANT ⇒**

nooit / helemaal	zelden	soms	vaak
---------------------	--------	------	------

niet

---

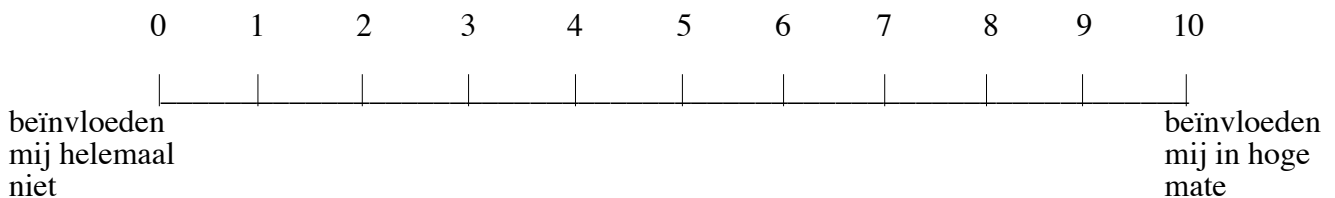
9. Ik heb moeite om mij te interesseren voor activiteiten die voor de bevalling belangrijk voor mij waren	0	1	2	3
10. Ik voel mij onverschillig tegenover en/of een vreemde voor andere mensen	0	1	2	3
11. Mijn vermogen om van anderen te houden is beperkt	0	1	2	3
12. Ik vind de toekomst zinloos	0	1	2	3
13. Ik heb moeite om in te slapen of door te slapen vanwege storende beelden of gedachten betreffende de bevalling	0	1	2	3
14. Ik kan plotseling heel erg geïrriteerd of boos worden zonder directe aanleiding	0	1	2	3
15. Ik kan mij moeilijk concentreren	0	1	2	3
16. Ik ben gespannen en/of op mijn hoede	0	1	2	3
17. Ik reageer heftig/schrik als er iets onverwachts gebeurt	0	1	2	3

---

**Ga nu verder door aan te geven in welke mate dit Uw dagelijkse leven beïnvloedt.**

Geeft U nu op de schaal hieronder aan in welke mate de problemen van vraag 1-17 Uw dagelijkse leven beïnvloeden. U kunt antwoorden door een cijfer te omcirkelen tussen 0 (beïnvloedt U helemaal niet) tot 10 (beïnvloedt U in hoge mate).  
Twijfelt U, dan kunt U aan dat probleem denken dat U het meest beïnvloedt.

**In welke mate beïnvloeden de problemen 1-17 Uw dagelijkse leven?**

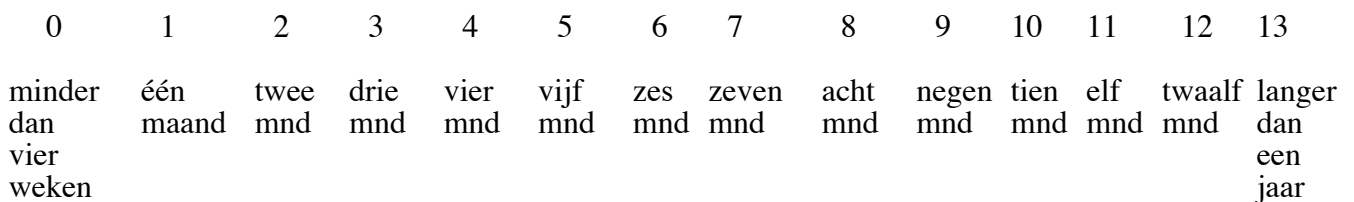


**Als één of meerder van de bovenstaande problemen U beïnvloeden:**

**Hoe lang is dat al zo?**

**U kunt uitgaan van dat probleem dat U het langst heeft beïnvloed (mnd = maand).**

Zet een cirkel rond dat cijfer dat de juiste tijdsduur aangeeft:



**Indien U één / meerder problemen langer dan een jaar gehad heeft, hoeveel jaar heeft U het probleem / de problemen gehad?**

Aantal jaren: ..... jaar