

Zusatzmaterial

COPE-Studie

Fragebogen

(laufende Nummer)

Eingangsfrage:

I. Sind Sie derzeit schwanger?

- Ja → fahren Sie fort mit dem Abschnitt:
Schwangere Frauen
- Nein → weiter zu Abschnitt: **Postpartum Frauen**

SCHWANGERE FRAUEN

TEIL 1: PERINATALE ERFAHRUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT DEM COVID-19 AUSBRUCH

P1. Wann ist ihr errechneter Geburtstermin? --.'--.' -- --

P2. Ist das Ihre erste Schwangerschaft?

- Ja
- Nein

P3. Hatten Sie eine der folgenden Schwangerschaftskomplikationen? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

- Gestationsdiabetes
- Bluthochdruck
- Zervixverkürzung
- Fetale Wachstumsverzögerung
- Andere
- Ich möchte das nicht beantworten

Falls Sie „Andere“ Schwangerschaftskomplikationen angegeben haben, beschreiben Sie diese bitte hier:

P4. Welche der folgenden Angaben beschreibt Ihre Schwangerschaft am besten?

- Einlingsschwangerschaft
- Zwillingschwangerschaft
- Mehrlingschwangerschaft

P5. Wie gut werden Sie aktuell während der Schwangerschaft von Ihrer/m Frauenärztin/Frauenarzt/Hebamme unterstützt?

- Sehr gut
- Einigermaßen
- Nicht sehr gut

P6. Hat sich die Unterstützung, die Sie in Ihrer Schwangerenvorsorge erhalten, aufgrund des COVID-19 Ausbruchs verändert?

- Erheblich verschlechtert
- Etwas verschlechtert
- Keine Veränderung
- Etwas verbessert
- Erheblich verbessert

P7. Welche Angebote sind für Sie in der Schwangerenvorsorge derzeit verfügbar? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

- Regelmäßige persönliche Termine (Frauenärzt*in/Hebamme)
- Hausbesuche durch meine Hebamme
- Virtuelle Behandlungstermine
- Telefonische Termine
- Online Messenger Dienst für Fragen/Anliegen
- Notversorgung
- Blutdrucküberwachung zuhause
- Ich weiß es nicht
- Andere

Falls Sie „Andere“ Schwangerschaftsvorsorge angegeben haben, beschreiben Sie diese bitte hier:

P8. Welche Veränderungen erleben Sie aufgrund des COVID-19 Ausbruchs? (Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

- Veränderung des Termins für einen geplanten Kaiserschnitt oder Einleitung der Wehen
- Veränderung von einer geplanten Hausgeburt zu einer Geburt im Krankenhaus
- Veränderung von einer geplanten Geburt im Krankenhaus zu einer Hausgeburt
- Veränderung der Auswahl des Krankenhauses oder Geburtshauses
- Veränderung der Gesundheitsvorsorge während der Schwangerschaft
- Weniger oder keine Vorsorge Termine während der Schwangerschaft
- Veränderung der Geburtsvorbereitung (z.B. kein Gruppenunterricht)
- Wegfallen von Kreißsaal Führungen
- Ersetzen persönlicher Termine durch virtuelle Termine während der Schwangerschaft
- Keines der genannten

P9. Sorgen Sie sich um mögliche Veränderungen in Ihrer Gesundheitsversorgung während der Geburt Ihres Kindes auf Grund des COVID-19 Ausbruchs?

- Ja
- Nein

Falls ja, nennen Sie uns Ihre Sorgen:

	nicht besorgt						sehr besorgt
Wie besorgt sind Sie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

P10. Sorgen Sie sich um mögliche Veränderungen in der Unterstützung und Beteiligung Ihrer Familie und Freunde bei der Geburt ihres Kindes auf Grund des COVID-19 Ausbruchs?

- Ja
- Nein

Falls ja, nennen Sie uns Ihre Sorgen:

	nicht besorgt						sehr besorgt
Wie besorgt sind Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

P11. Sorgen sie sich um die Gesundheit Ihres Kindes auf Grund des COVID-19 Ausbruches?

- Ja
 Nein

Falls ja, nennen Sie uns Ihre Sorgen:

	nicht besorgt						sehr besorgt
Wie besorgt sind Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

P12. Wie wichtig sind die folgenden Hilfsangebote für Sie und Ihre Familie während des COVID-19 Ausbruches? Bitte geben Sie an, ob Ihnen die Hilfsangebote „überhaupt nicht wichtig“, „etwas wichtig“ oder „sehr wichtig“ sind.

	überhaupt nicht wichtig	etwas wichtig	sehr wichtig
1. Mehr Gespräche mit meiner Ärzt*in/Hebamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informationen über Möglichkeiten zur Stressreduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zugang zu psychologischer Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Online Unterstützungsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Austausch mit anderen Schwangeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eine schnelle Beantwortung meiner Fragen und Bedenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Beispiele, wie sich andere Frauen auf mögliche Veränderungen während der Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge vorbereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P13. Gibt es andere Unterstützungsmöglichkeiten, die Sie und Ihrer Familie während des COVID-19 Ausbruches hilfreich fänden?

P14. Wären Sie interessiert, mehr über die Teilnahme an neuen virtuellen Baby- und Schwangerengruppen zu erfahren?

- Ja
 Nein

Falls ja, haben Sie eine Präferenz für Mütter-Gruppen, die regional oder national sind (Innerhalb Ihrer Region oder innerhalb Deutschlands)?

- Regional
 National
 Beides
 Keine Präferenz

(Ende des Abschnitts; Schwangere Frauen überspringen den postpartum Teil und gehen über zum Teil für alle Befragten)

POSTPARTUM FRAUEN

TEIL 1: PERINATALE ERFAHRUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT DEM COVID-19 AUSBRUCH

Sind Sie Mutter eines Kindes, welches jünger als 6 Monate ist?

- Ja
 Nein → *Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserer Umfrage teilzunehmen, in der wir Sie nach Ihren Erfahrungen und Gefühlen im Hinblick auf den Ausbruch von COVID-19 befragen durften. Der nächste Teil der Umfrage betrifft hauptsächlich schwangere Frauen und Mütter, die bereits Kinder im Alter von bis zu 6 Monaten haben. Demnach brauchen Sie diesen Teil der Umfrage nicht zu beantworten.*

1. An welchem Datum wurde Ihr letztes Kind geboren?

__-__-____

2. War das Ihre erste Schwangerschaft?

- Ja
 Nein

3. Hatten Sie eine der folgenden Schwangerschaftskomplikationen? (bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

- Gestationsdiabetes
- Bluthochdruck
- Zervixverkürzung
- Fetale Wachstumsverzögerung
- Ein zu niedriges Geburtsgewicht
- Eine Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche
- Eine Geburt vor der 32. Schwangerschaftswoche
- Anderes (offenes Feld)
- Keine

Andere Schwangerschaftskomplikationen (Bitte im offenen Feld nennen):

4. Wo haben sie entbunden?

- Krankenhaus
- Geburtshaus
- Hausgeburt
- Keine der hier genannten

Wenn Antwort „Krankenhaus“, „Geburtshaus“ oder „Keine der hier genannten“: Wie ist der Name des Krankenhauses oder des Geburtshauses, wo ihr Kind geboren worden ist?

5. Wo wurde Ihr Kind geboren? (Stadt, Bundesland, Land) (Freitext)

6. War Ihr Baby in Behandlung auf einer Neugeborenenintensivstation oder einer Intensivstation für Kinder?

- Ja
 Nein

7. Welche der folgenden Angaben beschreibt Ihre Schwangerschaft am besten?

- Einlingsschwangerschaft
 Zwillingsschwangerschaft
 Mehrlingsschwangerschaft

8) Wie gut fühlten Sie sich vor und nach Ihrer Schwangerschaft betreut?

- Sehr gut
 Einigermaßen
 Nicht sehr gut

9. Hat sich die Betreuung vor und nach Ihrer Schwangerschaft durch den COVID-19 Ausbruch verändert?

- Erheblich verschlechtert
 Etwas verschlechtert
 Keine Veränderung
 Keine relevante Veränderungen (z.B. weil COVID-19 erst nach meiner Schwangerschaft eintrat)
 Etwas verbessert
 Erheblich verbessert

10. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Punkte für Sie oder Ihre Familie während des COVID-19 Ausbruches? Bitte geben Sie an, ob Ihnen die Hilfsangebote „überhaupt nicht wichtig“, „etwas wichtig“ oder „sehr wichtig“ sind.

	überhaupt nicht wichtig	etwas wichtig	sehr wichtig
1. Mehr Gespräche mit meiner Ärzt*in/Hebamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mehr Gespräche mit der Kinderärzt*in meines Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Informationen über COVID-19 und die Gesundheit von Säuglingen/Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Informationen darüber, wie man Stress reduzieren kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zugang zu psychologischer Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Online-Unterstützungsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Austausch mit anderen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Eine schnelle Beantwortung meiner Fragen und Bedenken
9. Beispiele, wie sich andere Frauen auf mögliche Veränderungen während des Wochenbettes und der Betreuung ihres Babys vorbereiten

11. Gibt es andere Unterstützungsmöglichkeiten, die Sie und Ihre Familie während COVID-19 hilfreich fänden?

12. Stillen Sie zurzeit?

- Ja
 Nein

Wenn ja, stillen sie ausschließlich?

- Ja
 Nein

13. Haben sich ihre Pläne für die Geburt als Folge des COVID-19-Ausbruchs geändert? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

- Reduzierter Zugang zu gewünschten Medikamenten vor oder nach der Entbindung (d.h. Lachgas, PDA)
- Änderung des geplanten Geburtsortes
- Meine gewünschte Einleitung oder Kaiserschnitt war nicht wie geplant erlaubt
- Meine gewünschte Betreuungsperson für die Geburt (Ärzt*in/Hebamme) war nicht wie geplant verfügbar
- Unterstützende Personen (z.B. Partner, Familie) durften bei der Geburt meines Babys nicht dabei sein
- Ich wurde unmittelbar nach der Entbindung von meinem Baby getrennt
- Ich war nach der Entbindung lange Zeit von meinem Baby getrennt (z.B. mein Baby war unter Quarantäne gestellt im Krankenhaus)
- Keine Veränderung

Wenn andere Planänderungen eintraten, beschreiben Sie diese bitte hier:

14. Hat der COVID-19 Ausbruch Ihre Erfahrungen nach der Geburt beeinflusst? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

- Familie und Freunde durften mich und mein Baby nach der Geburt nicht besuchen (z.B. aufgrund von sozialen Distanzierungsregeln oder Reisebeschränkungen)
- Ich hatte keine Hebammenbetreuung im Wochenbett zuhause
- Mein Wochenbettbesuch fand virtuell statt
- Ich hatte keine Möglichkeit, über "Baby-Blues" oder Probleme im Zusammenhang mit meiner Stimmung zu diskutieren
- Die U-Untersuchung meines Babys wurde verschoben
- Die Impfungen meines Babys wurden verschoben
- Meine frauenärztliche Nachuntersuchung wurde verschoben
- Mein Rückbildungskurs wurde abgesagt
- Mein Rückbildungskurs fand virtuell statt
- Keine Änderungen
- Andere

Wenn „Andere“, bitte hier beschreiben:

15. Wie würden Sie den durch die Veränderungen durch COVID-19 in Bezug auf die Geburt und die Zeit danach erfahrenen Stress im Allgemeinen bewerten?

kein
Stress

1

2

3

4

5

6

extrem
viel
Stress

7

16. Machen Sie sich Sorgen aufgrund des COVID-19 Ausbruches über mögliche zukünftige Veränderungen im Hinblick auf die Betreuung Ihres Kindes?

- Ja
- Nein

Wenn ja, bitte beschreiben sie Ihre Sorgen:

	nicht besorgt						sehr besorgt
Wie besorgt sind Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

17. Sorgen Sie sich um die Gesundheit Ihres Kindes auf Grund des COVID-19 Ausbruches?

- Ja
 Nein

Wenn ja, bitte beschreiben sie Ihre Sorgen:

	nicht besorgt						sehr besorgt
Wie besorgt sind Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

18. Nehmen Sie derzeit an virtuellen Unterstützungsgruppen teil? (z.B. virtuelle Mama- Gruppen, virtuelle Unterstützung für das Stillen etc.)

- Ja
 Nein

Wenn ja, an welchen Gruppen nehmen Sie teil?

19. Wären Sie interessiert, mehr über die Teilnahme an neuen virtuellen Mama-Kind Gruppen zu erfahren?

- Ja
 Nein

Wenn ja, würden Sie Mama-Kind Gruppen bevorzugen, die regional oder national sind?

- Regional
 National
 Beides
 Keine Präferenz

ALLE BEFRAGTEN**TEIL 2: COVID-19 KONTAKTE UND SYMPTOME (SIE SELBST UND FAMILIE)**

Wir sind daran interessiert, ob Sie und Ihre Familienmitglieder Symptomen, wie sie bei COVID-19 vorkommen, ausgesetzt waren/sind.

Häufige Symptome: Fieber oder Schüttelfrost, Husten, Kurzatmigkeit

Andere Symptome: Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Muskel- oder Körperschmerzen, laufende Nase, Müdigkeit, Durchfall/Übelkeit, Erbrechen, Verlust von Geruchssinn oder Geschmackssinn, juckende/rote Augen

20. Bitte geben Sie für die folgenden Personen an, was am Ehesten zutrifft. (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

	keine Symptome	derzeit Symptome vorhanden	Symptome in der Vergangenheit
Bei mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere zu Hause lebende Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie getestet	positiv auf COVID- 19 getestet	negativ auf COVID-19 getestet
Bei mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere zu Hause lebende Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „bei mir selbst“ getestet angekreuzt wurde, dann:

Datum des Tests: _._.____.____

21. Haben irgendwelche der folgenden Personen in Kontakt mit jemandem gestanden, der positiv auf COVID-19 getestet wurde (innerhalb von 14 Tagen vor oder nach dem positiven Testdatum) (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)?

- Ich
- Partner
- Neugeborene
- Andere Kinder
- Andere im Haushalt lebende Personen
- Meine Eltern
- Nahe Freunde/Nachbarn
- Andere
- Keine bekannt

Wenn andere, bitte beschreiben:

22. Haben eine oder mehrere der folgenden Personen aufgrund einer bestehenden Erkrankung(en) oder eines fortgeschrittenen Alters ein höheres Risiko, an COVID-19 zu erkranken? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

- Ich
- Partner
- Neugeborene
- Andere Kinder
- Andere im Haushalt lebende Personen
- Meine Eltern
- Nahe Freunde/Nachbarn
- Andere
- Keine bekannt

Wenn andere, bitte beschreiben:

23. Würden Sie sich gerne auf COVID-19 testen lassen, aber hatten bisher nicht die Möglichkeit?

- Ja
- Nein

24. Wie viele Personen, die Sie persönlich kennen (persönlich kennen gelernt haben), waren an COVID-19 erkrankt?

(zählen Sie einzelne Personen nur einmal in den Feldern unten)

Bestätigte Anzahl von Fällen? _____

Vermutete Anzahl von Fällen? _____

25. Wie gestresst sind Sie im Allgemeinen in Bezug auf eigene COVID-19-ähnliche Symptome oder einer potentiellen Erkrankung?

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| kein
Stress | | | | | | | extrem
viel Stress |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

26. Wie gestresst sind Sie im Allgemeinen in Bezug auf COVID-19 ähnliche Symptome oder einer potentiellen Erkrankung im Freundes- und Familienkreis?

kein Stress						extrem viel Stress
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

TEIL 3: FRAGEN ZUR COVID-19 IMPFUNG

27. Wie sehr hat sich ihre Wahrnehmung der Covid-19 Pandemie durch die Verfügbarkeit eines Impfstoffes verändert?

gar nicht						sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

28. Wie sehr verbessert die Verfügbarkeit eines Impfstoffes in Ihren Augen die Gesamtsituation?

gar nicht						sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

29. Gehören Angehörige ihres Haushaltes zur Gruppe der Menschen, die bereits geimpft sind oder in absehbarer Zeit geimpft werden?

- Ja
- Nein

30. Verringert die Verfügbarkeit eines Impfstoffes ihre Sorgen um....

- Ihre eigene Gesundheit?
- die Gesundheit Ihres Kindes?
- die Gesundheit Ihrer Haushaltsangehörigen?
- die Gesundheit Ihnen nahestehender Personen?
- die Gesundheit Ihrer Bekannten?

31. Würden Sie sich impfen lassen?

- Ja
- Unentschlossen
- Nein

32. Empfinden Sie die Unklarheit darüber, wann Sie geimpft werden können, als Belastung?

- gar nicht** **sehr**
- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

33. Haben sie sonstige Sorgen/Hoffnungen in Bezug auf den Impfstoff, die Sie uns gerne mitteilen würden?**TEIL 4: FINANZIELLE ÜBERLEGUNGEN IN ZUSAMMENHANG MIT COVID-19****34. In was für einem Beschäftigungsverhältnis stehen Sie? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)**

- Vollzeit
- Teilzeit
- Mutterschutz/Elternzeit
- Eine andere Form der Freistellung
- Arbeitssuchend
- Studentin
- nicht berufstätig
- Erziehungszeit/Hausfrau
- Frührentnerin
- Andere
- Keine Angabe

Sonstiges, bitte näher beschreiben:

35. Einfluss des COVID-19 Ausbruchs auf Ihr Beschäftigungsverhältnis und Ihre finanzielle Situation:

a. Welche der folgenden Veränderungen Ihres Beschäftigungsverhältnisses sind bei Ihnen durch COVID-19 schon aufgetreten? (bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen, nichtzutreffende Antworten freilassen)

	Ich selbst	Partner
1. Wechsel ins Homeoffice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kurzarbeit/Ausfall von Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lohnkürzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verlust der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bedrohung des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mehrbelastung bei Ausübung der Arbeit durch fehlende Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gestiegene Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mehr Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Verstärkte Kontrolle und Berichtspflicht gegenüber dem Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Verlust der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schwierigkeiten, Kinderbetreuung zu finanzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schwierigkeiten, Miete bzw. Hypotheken zu bezahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich musste MitarbeiterInnen entlassen/beurlauben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wertminderung Ihrer Pensionierung, Investitionen oder Ersparnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Wie hoch ist Ihre Belastung bezogen auf Ihre Beschäftigungssituation und Ihre finanzielle Situation durch die COVID-19- Pandemie im Allgemeinen?

keine Belastung							hohe Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	7

37. Zukünftige (erwartete) Einflüsse auf Ihre Beschäftigungssituation durch den COVID-19 Ausbruch

(bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen, nichtzutreffende Antworten freilassen)

	Ich selbst	Partner
1. Wechsel ins Homeoffice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kurzarbeit/Ausfall von Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lohnkürzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verlust der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bedrohung des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mehrbelastung bei Ausübung der Arbeit durch fehlende Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gestiegene Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mehr Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Verstärkte Kontrolle und Berichtspflicht gegenüber dem Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Verlust der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schwierigkeiten, Kinderbetreuung zu finanzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schwierigkeiten, Miete bzw. Hypotheken zu bezahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich musste MitarbeiterInnen entlassen/beurlauben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wertminderung Ihrer Pensionierung, Investitionen oder Ersparnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Wie hoch schätzen Sie ZUKÜNFTIG Ihre Belastung bezogen auf Ihre Beschäftigungssituation und Ihre finanzielle Situation durch den COVID-19 Ausbruch im Allgemeinen ein?

keine Belastung							hohe Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	7

TEIL 5 – AKTIVITÄTEN ZUR SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG WÄHREND DER COVID-19 PANDEMIE

39. Wie versuchen Sie momentan, Ihre Bedürfnisse nach sozialer Unterstützung zu erfüllen? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

- Telefonate
- Elektronische Kommunikationsformen (z.B. email, Textnachrichten)
- Virtuelle Kommunikation (z.B. Videotelefonate wie Face Time)

- Persönlich
- Social Media (Facebook, Instagram)
- Andere

40. Von wem erfahren Sie soziale Unterstützung? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

- Familie
- Freunde
- Religiöse Gemeinschaft
- Psychosoziale Unterstützungsangebote
- Hebamme/Ärzt*inn/Medizinisches Personal
- Gemeinnützige Organisationen /Vereine
- Andere

41. Wie sehr fühlten Sie sich vor dem COVID-19 Ausbruch von Ihrem sozialen Netzwerk unterstützt?

- | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| nicht
unterstützt | | | | | | | sehr
unterstützt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

42. Wie sehr fühlen Sie sich momentan durch Ihr soziales Netzwerk unterstützt?

- | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| nicht
unterstützt | | | | | | | sehr
unterstützt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

43. Welches Ausmaß hat die Belastung, die Sie durch die Einschränkungen Ihrer sozialen Unterstützung durch den COVID-19 Ausbruch allgemein empfinden?

- | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| keine
Belastung | | | | | | | hohe
Belastung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

TEIL 6: COVID-19 AUSBRUCH – EINGESCHRÄNKTE AKTIVITÄTEN

44. Welche der folgenden Situationen treffen auf Sie und Ihre Familie zu? (bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)

- Bislang keine Einschränkungen
- Freiwillige Quarantäne aus Angst vor einer Ansteckung
- Freiwillige Quarantäne aufgrund eines Verdachtsfalles/eines bestätigten Falles im Haushalt

- Angeordnete Selbstisolierung/Quarantäne durch medizinisches Fachpersonal, aufgrund von bestätigtem Fall/Verdachtsfall (es ist nicht erlaubt, aus irgendeinem Grund das Haus zu verlassen, auch nicht zum Einkaufen)
- Angeordnete Ausgangssperre durch die Kommunalverwaltung und/oder den Arbeitgeber (z.B. kann man immer noch Spaziergänge machen und sich im Freien treffen, während man sich sozial distanziert)
- Angeordneter Ausgangssperre von der Regierung (d. h. das Verlassen der Wohnung erfordert dringend notwendige Gründe)

45. Stimmen Sie den Einschränkungen, die von Ihrer Regierung angeordnet wurden, zu?

- Ich denke, die Maßnahmen sind zu milde
- Ich denke, die Maßnahmen sind zu streng
- Ich denke, die Maßnahmen sind richtig

46. Haben Sie zu Hause Zugang zu....

	Ja	Nein
...einem Telefon mit Internetverbindung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...einem Computer mit Internetverbindung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...einem ruhigen Platz für private Telefongespräche, Arbeit oder individuelle Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...einer privaten Möglichkeit, im Freien zu sein (z.B. Balkon, Garten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...öffentlichen Plätzen im Freien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. An welcher Stelle schränken Sie sich bewusst selber ein?

(alle zutreffenden Antworten bitte ankreuzen, nichtzutreffende Antworten bitte freilassen)

- Im persönlichen Kontakt innerhalb der Familie/ im selben Haushalt (z. B. haben Sie sich dazu entschieden, sich von einem oder mehreren Mitgliedern Ihres Haushaltes fernzuhalten).
- Im persönlichen Kontakt mit Familienmitgliedern, die außerhalb Ihres Haushaltes leben.
- Im persönlichen Kontakt zu Freunden
- Im persönlichen Kontakt zu anderen schwangeren Frauen oder Eltern
- Im persönlichen Kontakt zu Arbeitskollegen
- In der regulären Kinderbetreuung (z. B. Kindergarten, Tagesmutter, Hort, BabysitterIn)
- Familienurlaub, persönlicher Urlaub
- Familienaktivitäten im Freien (z. B. in den Wald gehen, in den Park gehen)
- Familienaktivitäten im öffentlichen Raum (z. B. Museen besuchen, auf Spielplätze gehen, ins Theater gehen)
- Restaurantbesuche, Einkaufen
- Sportkurse in geschlossenen Räumen, Freizeitsport
- persönliche Teilnahme an Gottesdiensten
- Im persönlichen Kontakt mit Familienmitgliedern, die außerhalb Ihres Haushaltes leben.

48. Was vermissen Sie am meisten? (bitte wählen sie nur eine Antwort aus)

- Persönlichen Kontakt zur Familie/zu Freunden
- Persönlichen Kontakt zu Arbeitskollegen
- Persönlichen Kontakt zu anderen schwangeren Frauen oder Eltern
- Pausen in der Kinderbetreuung
- Familienurlaub, persönlichen Urlaub
- Familienaktivitäten im öffentlichen Raum (z. B. Museen besuchen, auf Spielplätze gehen, ins Theater gehen)
- Freizeitaktivitäten im Freien
- Restaurantbesuche, Einkaufen
- Sportkurse in geschlossenen Räumen, Freizeitsport
- Persönliche Teilnahme an Veranstaltungen in der Gemeinde
- Persönliche Teilnahme an Gottesdiensten
- Sonstiges

Wenn Sonstiges, dann bitte beschreiben:

49. Welche der folgenden beschriebenen Sorgen um Ihre Familie treffen auf Sie zu? Bitte geben Sie bei Zutreffenden Aussagen an, wie sehr es Sie beschäftigt.

	darum sorge ich nicht	darum sorge ich wenig	darum sorge ich mich	darum sorge ich mich sehr
1. Mangel an Lebensmitteln oder Waren in der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zukünftiger Mangel an medikamentöser Versorgung und Hygieneartikeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zukünftiger Mangel an Artikeln zur Babypflege (z. B. Windeln, Milchpulver, Feuchttücher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Erschwerter Zugang zu psychosozialen Hilfeangeboten in der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erschwerter Zugang zu allgemeinen Leistungen des Gesundheitssystems in der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Weniger positive soziale Kontakte wegen sozialer Distanzierung und/oder Quarantänemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Welche der folgenden Quellen finden Sie am nützlichsten, um Informationen über den COVID-19 Ausbruch zu bekommen? (Kreuzen Sie alle zutreffenden Auswahlmöglichkeiten an)

- Niedergelassene Gynäkolog*innen, Hebammen, Ärzt*innen
- KinderärztIn
- Andere schwangere Frauen/Frauen mit Babys
- Familie und Freunde
- Internationale Gesundheitsorganisationen (z.B. WHO)
- Gesundheitsbehörden (z.B. RKI)?
- Bundesregierung
- Gesundheitsämter
- Lokalregierungen (Landkreis/Kommune)
- Soziale Netzwerke (z. B. Facebook)
- Nationale Nachrichten
- Lokalnachrichten
- Internetseiten über Schwangerschaft
- Andere Organisationen des Gemeinwesens
- Sonstiges

Wenn Sonstiges, bitte beschreiben:

51. Was machen Sie, um mit dem Stress, den der COVID-19 Ausbruch mit sich bringt, umzugehen? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

- Auf guten Schlaf achten
- Meditieren und/oder Achtsamkeitsübungen
- Mit der Familie und/oder Freunden darüber reden
- Mehr Familienaktivitäten (z.B. Spiele, Sport)
- Mit Menschen reden, die schwanger sind oder Eltern sind
- Mehr Zeit am Bildschirm verbringen (z. B. Spiele, exzessives Serien schauen)
- Mehr Zeit mit Social Media verbringen (Facebook, Instagram u. a.)
- Weniger Zeit mit Social Media verbringen (Facebook, Instagram u. a.)
- Mehr Nachrichten/Berichterstattung verfolgen
- Weniger Nachrichten/Berichterstattung verfolgen
- "Nervennahrung" (z.B. Süßigkeiten, Chips)
- Auf eine gesündere Ernährungsweise achten
- Erhöhte Selbstfürsorge (z. B. öfter ein Bad nehmen, eine Gesichtsmaske machen)
- Mehr Zeit mit Lesen verbringen, oder Puzzle oder Kreuzworträtsel lösen
- Sport/Training
- Alkohol trinken
- Tabakkonsum (z. B. Zigaretten, e-Zigaretten)

- Marihuana konsumieren (z. B. rauchen, vaping, essen)
- Gebrauch von CBD-haltigen Arzneien
- Konsum anderer Freizeitdrogen
- Verwendung von verschreibungspflichtigen Medikamenten
- Verwendung rezeptfreier Schlafmittel
- Häufigere Gespräche mit meiner Ärzt*in/Hebamme
- Gespräche mit meiner Therapeut*in/Psycholog*in/Berater*in o.Ä.
- Anderen helfen
- Gar nichts
- Sonstiges

Wenn Sonstiges, bitte beschreiben:

52. Wie sehr waren Sie in den letzten 7 Tagen (einschließlich heute) belastet durch:

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Ohnmachts-/Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Interessenverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nervosität oder innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schmerzen in Herz- oder Brustgegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Einsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Übelkeit/Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Plötzliche grundlose Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wertlosigkeitsgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schreck- oder Panikzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Taubheit oder Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hoffnungslosigkeit was die Zukunft anbelangt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Unruhe/Schwierigkeiten, still zu sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. In erhöhter Alarmbereitschaft, Wachsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nervosität/Schreckhaftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Schwierigkeiten, positive Gefühle zu empfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Schuldgefühle/Selbstvorwürfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Reizbarkeit/Ärger/Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Wiederholte störende und unerwünschte Gedanken bezüglich des COVID-19 Ausbruchs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wiederholte beunruhigende Träume bezüglich des COVID-19 Ausbruchs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Versuche, Informationen über und Gedanken an den COVID-19 Ausbruch zu vermeiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Zu hohe Risikobereitschaft oder potentiell selbstschädigendes Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

53. Wie hat der COVID-19 Ausbruch Ihr Stresslevel oder Ihre mentale Gesundheit beeinflusst?

- | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| erheblich verschlechtert | etwas verschlechtert | es hat sich nichts geändert | etwas verbessert | erheblich verbessert |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

54. Wie hat der COVID-19 Ausbruch Ihren Schlaf verändert?

- | | | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| mein Schlaf ist erheblich schlechter geworden | mein Schlaf ist etwas schlechter geworden | mein Schlaf ist unverändert | mein Schlaf ist etwas besser geworden | mein Schlaf ist erheblich besser geworden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

55. Wie hat der COVID-19 Ausbruch Ihr tägliches Energieniveau verändert?

- | | | | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ich habe erheblich weniger Kraft/Energie als vorher | ich habe etwas weniger Kraft/Energie als vorher | keine Veränderungen | ich habe etwas mehr Kraft/Energie als vorher | ich habe erheblich mehr Kraft/Energie als vorher |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

56. Wie sehr hat Sie der COVID-19 Ausbruch darin beeinträchtigt, sich mit folgenden Aktivitäten zu beschäftigen:

- | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | extrem beeinträchtigt | mäßig beeinträchtigt | etwas beeinträchtigt | nicht beeinträchtigt |
| 1. Soziale Aktivitäten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sport (jegliche Form des Sports, wie Laufen, Joggen, Teamsport oder Sportkurse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gesunde Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

57. Allgemeiner Grad der Auswirkung des COVID-19 Ausbruchs auf Ihr tägliches Leben:

gar nicht							extrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	7

58. Allgemeines Level an Stress durch den COVID-19 Ausbruch:

gar nicht							extrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	7

59. Bitte geben Sie an, inwiefern der COVID-19 Ausbruch entweder einen positiven oder einen negativen Einfluss auf Ihr Leben hat:

extrem negativ	mäßig negativ	etwas negativ	kein Einfluss	etwas positiv	mäßig positiv	extrem positiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Wie lange denken Sie wird es dauern, bis die Dinge wieder „normal“ sind?

- <1 Monat
- 2-3 Monate
- 3-6 Monate
- 6-12 Monate
- 12 Monate +
- Nie

61. Was ist im Moment die allergrößte Stressquelle durch den COVID-19 Ausbruch für Sie? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- Gesundheitliche Bedenken
- Finanzielle Bedenken
- Einfluss auf Ihr Kind
- Einfluss auf Ihren Partner
- Einfluss auf Ihre Gemeinschaft
- Einfluss auf Familienmitglieder (z.B. ältere Eltern)
- Einfluss auf enge Freunde
- Einfluss auf die Gesellschaft
- Zugang zu Nahrungsmitteln
- Zugang zu Babybedarf (z.B. Milchnahrung, Windeln, Feuchttücher)
- Zugang zu psychosozialen Unterstützungsangeboten
- Generelles Wohlbefinden auf Grund von sozialer Distanzierung/Quarantäne
- Stress wegen etwas Anderem (offenes Feld)
- Ich bin nicht gestresst

Andere Stressquelle:

TEIL 7: COVID-19 AUSBRUCH – GESUNDHEITZUSTAND PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND SUCHTVERHALTEN

Ein für Forscher wichtiger Aspekt ist es, die Erfahrungen von Menschen zu verstehen, die eventuell anfälliger für Stress durch den COVID-19 Ausbruch sind. Die Ergebnisse dieses Fragebogens sind privat. Das heißt, dass die Antworten in diesem Fragebogen außerhalb unserer Forschungsgruppe nur anonym geteilt werden und nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden können.

62. Haben Sie eine Vorgeschichte mit einer der folgenden Erkrankungen? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

- Atemwegsprobleme (z.B. Asthma, Tuberkulose)
- Diabetes Typ 1
- Diabetes Typ 2
- Herzerkrankungen oder Bluthochdruck
- Lungenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Krebs
- Krankheitsbedingte Immunschwäche
- Affektive Störung und/oder Angststörung
- Keines der Genannten

63. Haben Mitglieder Ihres Haushaltes eine Vorgeschichte mit einer der folgenden Erkrankungen? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

	Partner	Kind	anderes Mitglied des Haushaltes
1. Atemwegsprobleme (z.B. Asthma, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Herzerkrankungen oder Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Krankheitsbedingte Immunschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Affektive Störung und/oder Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Keines der Genannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Sind Sie derzeit in Behandlung wegen psychischer Probleme? (zum Beispiel, Depression, Angst, Stress, ADHS, bipolare Störung, Essstörung oder PTBS)?

- Ja
- Nein
- Ich möchte nicht antworten

Falls ja...

Hat sich ihre psychologische Behandlung durch den COVID-19 Ausbruch verändert?

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| erhebliche
verschlechtert | etwas
verschlechtert | keine
Veränderung | etwas
verbessert | erheblich
verbessert |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

65. Sind sie derzeit in Suchtbehandlung? (Probleme mit illegalen Drogen, verschreibungspflichtigen Medikamenten oder Alkohol)?

- Ja
- Nein
- Ich möchte nicht antworten

Falls ja...

Hat sich ihre psychologische Behandlung/Suchtbehandlung durch den COVID-19 Ausbruch verändert?

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| erhebliche
verschlechtert | etwas
verschlechtert | keine
Veränderung | etwas
verbessert | erheblich
verbessert |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

66. Wurden Sie jemals aus einem der folgenden Gründe behandelt? (bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

- Psychische Probleme
- Drogenmissbrauch (unter anderem Probleme mit verschreibungspflichtigen Medikamenten, illegalen Drogen oder Alkohol)
- Ich möchte nicht antworten
- Ich hatte psychische Probleme, wurde aber nicht behandelt
- Ich hatte ein Drogenproblem, wurde aber nicht behandelt
- Keines der Genannten

67. Bitte geben Sie an, welche dieser Drogen sie jemals genutzt haben:

	Ja	Nein	Ich möchte nicht antworten
1. Marihuana oder Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nikotinhaltige Produkte (unter anderem Zigaretten, Zigarren, Vaping)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Verschreibungspflichtige Stimulanzien (Ritalin, Concerta, Diätpillen, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verschreibungspflichtige Psychopharmaka (z.B. Strattera, Sertralin, Amitryptilin, Lithium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Methamphetamine (Speed, Crystal Meth, Ice, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kokain (Kokain, Crack, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schnüffelstoffe (Lachgas, Klebstoff, Gas, Farbverdünner, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Beruhigungsmittel oder Schlafmittel (Valium, Stilnox, Tavor, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Straßenopioide (Heroin, Opium, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Verschriebene Opioide (Fentanyl, Tramal, Morphin retard, Methadon, Buprenorphin usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEIL 8: DEMOGRAPHISCHER HINTERGRUND

68. Wie alt sind Sie? _____

69. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife
- Fachhochschulabschluss
- Abitur/Fachabitur
- Ausbildung
- Bachelor
- Master/Diplom/Magister/Staatsexamen
- Promotion
- Ich bin mir unsicher

70. Was beschreibt Sie am besten? Sind Sie...

- ...single.
- ...in einer Partnerschaft/verheiratet.
- ...geschieden/getrennt.
- ...verwitwet.
- ...etwas Anderes

Falls Anderes, bitte beschreiben:

71. Leben Sie momentan mit einem/r Partner/in zusammen?

- Ja
- Nein

Falls ja: **Wie lange leben Sie schon mit diesem/r Partner/in zusammen?**

- Weniger als ein Jahr
- 1-3 Jahre
- 3-6 Jahre
- 6-9 Jahre
- 9 oder mehr Jahre

72. Was beschreibt ihre aktuelle Wohnung am besten?

- Eine 1-Zimmer Wohnung
- Eine 2-Zimmer Wohnung
- Eine Mehrzimmerwohnung/Haus
- Ich habe kein festes Wohnverhältnis
- Ich möchte nicht antworten

73. Hat sich Ihre Wohnumgebung seit Beginn der Pandemie verändert?

- Ja
- Nein

Falls ja: **Hat die Veränderung Ihre Wohnumgebung einen positiven oder negativen Einfluss?**

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr positiv | etwas positiv | etwas negativ | sehr negativ | kein Einfluss |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

74. Besitzen oder mieten Sie im Moment Ihren Wohnsitz?

- In meinem Besitz oder im Besitz eines Haushaltsmitglieds
- Gemietet
- In besetztem Haus, ohne Bezahlung oder Miete
- Sozialwohnung
- Notunterkunft
- Vorübergehende Unterkunft bei anderen
- Anderes
- Ich möchte nicht antworten

75. Wie viele Menschen leben im Moment in Ihrem Haushalt (mit Ihnen)?

Anzahl der Kinder _____

Anzahl der Erwachsenen _____

76. Wo sind Sie geboren?

Stadt: _____

Land: _____

77. Was war das gesamte Brutto-Einkommen Ihres Haushaltes während des LETZTEN Jahres? (Eine grobe Schätzung ist ausreichend)

- Weniger als 10,000€
- 10,000 bis 20,000€
- 20,000 bis 30,000€
- 30,000 bis 40,000€
- 40,000 bis 50,000€
- 50,000 bis 60,000€
- 60,000 bis 80,000€
- 80,000 bis 100,000€
- 100,000 bis 120,000€
- 120,000 bis 140,000€
- 140,000 bis 160,000€
- 160,000 bis 180,000€
- 180,000 bis 200,000€
- 200,000 bis 220,000€
- 220,000 bis 250,000€
- Mehr als 250,000€
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten.

TEIL 9: ABSCHLUSS UND DANK

78. Menschen sind auf unterschiedlichste Arten und Weisen von dieser Pandemie betroffen, bitte teilen Sie uns Ihre persönlichen Erfahrungen mit und inwiefern sich Ihr Leben verändert hat – auch möglicherweise zum Positiven. (optional)

79. Wenn Sie anderen schwangeren Frauen oder jungen Müttern einen Rat während dieser Pandemie geben würden, welcher wäre das? (optional)

80. Haben Sie noch weitere Fragen oder Anmerkungen für das Forschungsteam? (optional)

Vielen Dank, dass Sie uns dabei geholfen haben, mehr über die Erfahrungen von schwangeren Frauen und jungen Müttern während der COVID-19 Pandemie zu lernen.

Falls Sie einverstanden sind, dass wir Sie für etwaige Folgeuntersuchungen kontaktieren, füllen Sie bitte auf der nächsten Seite das Formular für Ihren persönlichen anonymisierten Code aus und tragen auf der übernächsten Seite ihre Email-Adresse ein. Die Seite mit der Email-Adresse wird von uns vom Rest des Fragebogens getrennt.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind und/oder für Ihren Schwangerschaftsverlauf alles Gute!

**Ihr Studienteam
des Departments für Frauengesundheit und des fMEG-Zentrums Tübingen**

Erstellen Ihres persönlichen Codes:

Bitte erstellen Sie Ihren persönlichen 7-stelligen Code. Da der Fragebogen nicht mit Ihrem Namen oder sonstigen persönlichen Informationen verknüpft ist, erlaubt uns dieser Code, den Fragebogen einem eventuell nachfolgenden Fragebogen zuzuordnen. Nur Sie kennen Ihre persönliche Kombination und können diese im Falle einer weiteren Teilnahme an unserer Fragebogen-Studie wieder angeben.

Kreuzen Sie bei jeder der sieben Fragen immer nur einen Buchstaben / eine Zahl an. Wenn Sie eine der Fragen überhaupt nicht beantworten können, kreuzen Sie bitte kein Feld an.

1. Bitte kreuzen Sie den **ersten** Buchstaben des Vornamens Ihres **Vaters** an (oder einer Person, die für Sie einem Vater am nächsten kommt), z.B. Anton:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

2. Kreuzen Sie bitte den **ersten** Buchstaben des Vornamens Ihrer **Mutter** an (oder einer Person, die für Sie einer Mutter am nächsten kommt), z.B. Ursula:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

3. Bitte kreuzen Sie den **letzten** Buchstaben **Ihres** (ersten) Vornamens an, z.B. Franziska:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

- 4./5. Bitte kreuzen Sie den **Tag Ihres Geburtsdatums** an (z.B. Geburtstag am 13.4. = 13).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17
18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

6. Bitte kreuzen Sie den letzten Buchstaben Ihrer **natürlichen Haarfarbe** an, z.B. blond.

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

7. Bitte kreuzen Sie den **letzten** Buchstaben Ihres eigenen **Nachnamens** an.

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

Bitte tragen Sie hier Ihre Email-Adresse ein, falls wir Sie für etwaige Folgeuntersuchungen kontaktieren dürfen:

(Diese Seite wird von uns vom Rest des Fragebogens abgetrennt und separat aufbewahrt.)