



Hoe gaat het met u?



VOOR U BEGINT...

Hartelijk dank dat u mee wilt doen aan dit onderzoek! Hieronder leest u meer over de vragenlijst en hoe u deze invult.

Het is belangrijk dat degene aan wie de brief gestuurd is, de vragenlijst invult.

De vragenlijst bevat vragen over uw gezondheid, welzijn en leefstijl. Deze gegevens zullen op groepsniveau worden verwerkt door de GGD, het RIVM en het CBS.

Door de vragenlijst in te vullen en retour te sturen gaat u akkoord met de deelname aan de GGD Gezondheidsmonitor 2022. U kunt er altijd voor kiezen om bepaalde vragen niet te beantwoorden of uw deelname te stoppen.

Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld, uw antwoorden worden veilig opgeslagen en worden niet gedeeld met partijen die niet in de privacyverklaring worden genoemd.

Meer informatie over hoe we omgaan met uw antwoorden leest u in de privacyverklaring, te vinden op www.ggd.amsterdam.nl

Invullen vragenlijst...

- > Vul de vragenlijst in met een zwarte of blauwe pen.
- > Zet een kruisje in het hokje bij uw gekozen antwoord:
- > Foutje gemaakt? Maak dan het foute hokje zwart: en zet een kruisje in het goede hokje: .
- > Kruis bij iedere vraag maar één antwoord aan, tenzij in de uitleg van de vraag staat dat u meerdere antwoorden kunt aankruisen.
- > Soms vragen we u iets op te schrijven. Wilt u dat doen binnen het tekstvak?
- > Afhankelijk van uw situatie kunt u eventueel een aantal vragen overslaan. Er staat dan '→ GA NAAR VRAAG ...'.
- > Als er gevraagd wordt een getal in te vullen, moet u één cijfer per hokje invullen. Zet géén streepjes als u iets niet hoeft in te vullen en gebruik ook geen komma's (dus bijvoorbeeld geen halve kilo's).
Voorbeeld: uw geboortjaar is 1964

Goed

1	9	6	4
---	---	---	---

Niet goed

		19	64
--	--	----	----

Heeft u vragen? Bel de helpdesk via 0800 - 0191 (gratis) of mail naar helpdeskGM@ioresearch.nl. U krijgt dan contact met I&O Research, het bureau dat de GGD ondersteunt bij dit onderzoek. De helpdesk kan u helpen met het invullen van de vragenlijst.

A. ALGEMEEN

A1. **Wat is uw geboortjaar?**

--	--	--	--

A2. **Bent u ...?**

- Een man
- Een vrouw
- Non-binair
- Anders dan bovenstaande

A3. **Met welke personen woont u momenteel samen?**

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Met een partner / echtgenoot of echtgenote
- Met kind(eren) jonger dan 4 jaar
- Met kind(eren) van 4 t/m 11 jaar
- Met kind(eren) van 12 t/m 17 jaar
- Met kind(eren) van 18 jaar of ouder
- Met mijn ouder(s)
- Met een andere volwassene / andere volwassenen
- Ik woon niet samen met een partner, maar heb wel een duurzame relatie
- Ik woon alleen

B. WERK, OPLEIDING EN FINANCIËLE SITUATIE

B1. **Wat is uw hoogst afgeronde opleiding (met diploma of getuigschrift)?**

- Geen opleiding (*lager onderwijs niet afgemaakt*)
- Lager onderwijs (*basisschool, speciaal basisonderwijs*)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (*zoals ambachts- of huishoudschool, lts, leao, lhno, vmbo-b, vmbo-k, speciaal- of praktijkonderwijs*)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (*zoals (m)ulo, mavo, vmbo-g, vmbo-t, mbo-kort, mbo-1*)
- Middelbaar beroepsonderwijs (*zoals vakopleidingen bakker of kapper, mbo-lang, mts, meao, bol, bbl, mbo-2, mbo-3, mbo-4*)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (*zoals hbs, mms, havo, vwo, atheneum, gymnasium*)
- Hoger beroepsonderwijs (*zoals kweekschool, hbo, hts, heao, hbo-v, kandidaats of bachelor wetenschappelijk onderwijs*)
- Wetenschappelijk onderwijs (*doctoraal of master, postdoctoraal, hbo-master*)

B2. **Welke situatie is op u van toepassing?**

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Ik heb betaald werk, 1-19 uur per week
- Ik heb betaald werk, 20 uur of meer per week
- Ik ben met pensioen (*AOW, prepensioen*)
- Ik ben werkloos / werkzoekend (*geregistreerd bij het UWV WERKbedrijf*)
- Ik ben arbeidsongeschikt (*WAO, WAZ, WIA, Wajong*)
- Ik heb een bijstandsuitkering
- Ik ben huisvrouw / huisman
- Ik volg onderwijs / ik studeer

B3. **Heeft u de afgelopen 12 maanden moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?**

- Nee, geen enkele moeite
- Nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten op mijn uitgaven
- Ja, enige moeite
- Ja, grote moeite

B4. Heeft uw huishouden meestal voldoende geld om: <i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja	Nee
uw huis goed te verwarmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een lidmaatschap van een sportclub of vereniging te betalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bij vrienden of familieleden op visite te gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gezonde voeding te kopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. GEZONDHEID

C1. Hoe is over het algemeen uw gezondheid?

Zeer goed
 Goed
 Gaat wel
 Slecht
 Zeer slecht

C2. Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?
Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer.

Ja
 Nee

C3. Bent u vanwege problemen met uw gezondheid beperkt in uw dagelijks leven?

Ja, ernstig beperkt
 Ja, wel beperkt maar niet ernstig
 Nee, helemaal niet beperkt → GA NAAR VRAAG C5

C4. Duurt deze beperking al een half jaar of langer?

Ja
 Nee

**Vraag C5 en C6 hoeft u alleen in te vullen als u 65 jaar of ouder bent.
Bent u jonger dan 65 jaar? → GA NAAR VRAAG D1**

C5. Hoe vaak bent u de afgelopen 12 maanden gevallen?

Nooit → GA NAAR VRAAG D1
 1 keer gevallen
 2 keer gevallen
 3 of meer keer gevallen

C6. Bent u gewond geraakt toen u de laatste keer viel?
Zoals een open wond, kneuzing, verstuiking of een botbreuk.

Ja
 Nee

D. WELBEVINDEN

D1. De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de **afgelopen 4 weken**.

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Altijd	Meestal	Soms	Af en toe	Nooit
Hoe vaak voelde u zich erg vermoeid zonder duidelijke reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich hopeloos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich rusteloos of ongedurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich zo rusteloos dat u niet meer stil kon zitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich somber of depressief?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak had u het gevoel dat alles veel moeite kostte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich zo somber dat niets hielp om u op te vrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2. **Heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van stress?**

Bijvoorbeeld door werk/studie, opvoeding, gezondheid, mantelzorg, geldzaken, sociale media.

- Nee, (bijna) niet → **GA NAAR VRAAG D4**
- Ja, een beetje stress
- Ja, veel stress
- Ja, heel veel stress

D3. **Op welke gebieden ervaarde u deze stress?**

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werk | <input type="checkbox"/> Gezondheid |
| <input type="checkbox"/> Studie | <input type="checkbox"/> Mantelzorg |
| <input type="checkbox"/> Relatie | <input type="checkbox"/> Geldzaken |
| <input type="checkbox"/> Familie of vrienden | <input type="checkbox"/> Social media |
| <input type="checkbox"/> Opvoeding | <input type="checkbox"/> Anders |
| <input type="checkbox"/> Wonen | |

D4. De volgende uitspraken gaan over hoe u zich voelde de afgelopen 4 weken.

Weet u niet zeker wat u moet antwoorden op een vraag? Geef dan het best mogelijke antwoord.

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Zelden	Soms	Af en toe	Regelmatig	Meestal	Bijna altijd	Altijd
Ik kan heel goed omgaan met tegenslagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan heel goed oplossingen vinden in moeilijke situaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na een moeilijke periode ben ik snel weer de oude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door mijn ervaring voel ik mij sterker in moeilijke tijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elke ervaring in het leven maakt mij sterker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D5. Wilt u voor elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja	Min of meer	Nee
Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis een echt goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar een leegte om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis gezelligheid om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis mensen om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak voel ik me in de steek gelaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. LENGTE EN GEWICHT

E1. Hoe lang bent u (zonder schoenen)?

			centimeter
--	--	--	------------

E2. Hoeveel kilo weegt u zonder kleren? (afroonden op hele kilo's)

Als u zwanger bent, hier graag uw gewicht van vóór de zwangerschap invullen.

			kilogram
--	--	--	----------

F. ROKEN, ALCOHOL EN DRUGS

F1. Rookt u weleens? <i>Het gaat om alle soorten tabaksproducten. Elektronische sigaretten tellen <u>niet</u> mee. Ook het verhitten van tabak of heatsticks met een apparaat zoals de IQOS telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="checkbox"/> Ja → GA NAAR VRAAG F3 <input type="checkbox"/> Nee
F2. Heeft u vroeger wel gerookt?	<input type="checkbox"/> Ja → GA NAAR VRAAG F6 <input type="checkbox"/> Nee → GA NAAR VRAAG F6
F3. Rookt u elke dag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
F4. Rookt u weleens sigaretten uit een pakje of zelf gerolde sigaretten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee → GA NAAR VRAAG F6
F5. Hoeveel sigaretten rookt u gemiddeld per dag?	<input type="text"/>
F6. Heeft u in de <u>afgelopen 12 maanden</u> weleens alcohol gedronken, bijvoorbeeld bier, wijn, sterke drank, mixdrankjes of cocktails? <i>We bedoelen ook alcoholarm bier, maar <u>niet</u> alcoholvrij bier.?</i>	<input type="checkbox"/> Ja → GA NAAR VRAAG F8 <input type="checkbox"/> Nee
F7. Heeft u ooit alcohol gedronken?	<input type="checkbox"/> Ja → GA NAAR VRAAG F14 <input type="checkbox"/> Nee → GA NAAR VRAAG F14
F8. Op hoeveel van de <u>4 door-de-weekse dagen</u> (maandag t/m donderdag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?	<input type="checkbox"/> 4 dagen <input type="checkbox"/> 3 dagen <input type="checkbox"/> 2 dagen <input type="checkbox"/> 1 dag <input type="checkbox"/> Minder dan 1 dag <input type="checkbox"/> Ik drink nooit doordeweeks → GA NAAR VRAAG F10
F9. Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?	<input type="checkbox"/> 16 of meer glazen <input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen <input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen <input type="checkbox"/> 6 glazen <input type="checkbox"/> 5 glazen <input type="checkbox"/> 4 glazen <input type="checkbox"/> 3 glazen <input type="checkbox"/> 2 glazen <input type="checkbox"/> 1 glas
F10. Op hoeveel van de <u>3 weekend-dagen</u> (vrijdag t/m zondag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?	<input type="checkbox"/> 3 dagen <input type="checkbox"/> 2 dagen <input type="checkbox"/> 1 dag <input type="checkbox"/> Minder dan 1 dag <input type="checkbox"/> Ik drink nooit in het weekend → GA NAAR VRAAG F12

F11. Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 16 of meer glazen | <input type="checkbox"/> 4 glazen |
| <input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen | <input type="checkbox"/> 3 glazen |
| <input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen | <input type="checkbox"/> 2 glazen |
| <input type="checkbox"/> 6 glazen | <input type="checkbox"/> 1 glas |
| <input type="checkbox"/> 5 glazen | |

F12. Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 4 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?

- Meer dan 1 keer per week
 1 keer per week
 1 tot 3 keer per maand
 Minder dan 1 keer per maand
 Nooit → **GA NAAR VRAAG F14**

F13. Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 6 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?

- Meer dan 1 keer per week
 1 keer per week
 1 tot 3 keer per maand
 Minder dan 1 keer per maand
 Nooit

Vraag F14 hoeft u alleen in te vullen als u jonger bent dan 65 jaar.

Bent u 65 jaar of ouder? → **GA DAN NAAR VRAAG G1.**

F14. Heeft u de volgende middelen weleens gebruikt?

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Nee, nooit gebruikt	Ja, in de afgelopen 4 weken	Ja, in de afgelopen 12 maanden, maar niet in de afgelopen 4 weken	Ja, langer dan 12 maanden geleden
Cannabis (hasj, marihuana of wiet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XTC (ecstasy, MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lachgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne (ook crack, gekookte coke of freebase)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine (pep, speed, e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Truffels of paddo's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB of GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. BEWEGEN

De volgende vragen gaan over bewegen. Elke vraag gaat over een andere activiteit. Denk bij de vragen aan een normale week in de afgelopen maanden.

G1. Woon-werkverkeer <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week gaat u lopend naar uw werk of school?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week gaat u op de fiets naar uw werk of school?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
G2. Lichamelijke activiteit op werk of school <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal uren per week	
Hoeveel uur gemiddeld per week doet u <u>licht of matig</u> inspannend werk op uw werk of school? <i>Denk aan zittend of staand werk, zoals werk op een kantoor waarbij u soms loopt en af en toe iets moet tillen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur	
Hoeveel uur gemiddeld per week doet u <u>zwaar</u> inspannend werk op uw werk of school? <i>Denk aan werk waarbij u veel moet lopen of werk waarbij u vaak zware dingen moet tillen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur	
G3. Huishoudelijke activiteiten <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week doet u <u>licht of matig</u> inspannend huishoudelijk werk? <i>Denk aan koken, strijken, stofzuigen of opruimen.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week doet u <u>zwaar</u> inspannend huishoudelijk werk? <i>Denk aan zware boodschappen de trap op tillen, meubels verplaatsen of op uw knieën de vloer schoonmaken.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
G4. Vrije tijd <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week gaat u wandelen? <i>Lopen naar het werk of school telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week gaat u fietsen? <i>Fietsen naar het werk of school telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week werkt u in de tuin?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week klust u in uw vrije tijd?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

G5. Sport Welke sporten doet u? Denk aan fitness / conditietraining, tennis, hardlopen, of voetbal. U kunt 4 sporten opgeven. Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.	Hoeveel dagen per week doet u aan deze sport?	Hoeveel tijd doet u gemiddeld op zo'n dag aan deze sport?
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

H. MENTALE GEZONDHEID

H1. De volgende vragen gaan over hoe u zich in de afgelopen 4 weken heeft gevoeld. Geef het antwoord dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Voelde u zich erg zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. AANPASSEN LEEFSTIJL

11. Heeft u plannen of voornemens om **binnenkort** uw gezondheid te verbeteren? Zo ja, wat voor plannen of voornemens zijn dat?

- Nee
 Ja, namelijk:

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Minder alcohol drinken | <input type="checkbox"/> Persoonlijke problemen oplossen |
| <input type="checkbox"/> Stoppen met roken | <input type="checkbox"/> Meer met andere mensen omgaan |
| <input type="checkbox"/> Meer bewegen/sporten | <input type="checkbox"/> Rustiger aan doen |
| <input type="checkbox"/> Gezonder eten | <input type="checkbox"/> Anders |
| <input type="checkbox"/> Gewicht verliezen, afvallen | |

12. Heeft u **momenteel** behoefte aan ondersteuning of hulp? Met ondersteuning bedoelen we bijvoorbeeld contact met een hulpverlener of arts, een cursus, spreekuur of gesprekken met lotgenoten

- Nee
 Ja, namelijk:

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Minder alcohol drinken | <input type="checkbox"/> Gewicht verliezen, afvallen |
| <input type="checkbox"/> Stoppen met roken | <input type="checkbox"/> Verminderen van stress of spanningen |
| <input type="checkbox"/> Meer bewegen/sporten | <input type="checkbox"/> Meer met andere mensen omgaan |
| <input type="checkbox"/> Gezonder eten | <input type="checkbox"/> Verminderen van angst en depressie |

J. MANTELZORG

Mantelzorg is de zorg die u geeft aan een bekende uit uw omgeving, zoals uw partner, ouders, kind, buren of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger.

- J1. Geeft u **momenteel** mantelzorg?

- Ja
 Nee → GA NAAR VRAAG K1

- J2. Hoeveel uur mantelzorg geeft u **momenteel** gemiddeld per week, reistijd meegerekend?

Afronden op hele uren.

Gemiddeld uur per week

- J3. Hoe lang geeft u al mantelzorg?

- Korter dan drie maanden
 Drie maanden of langer

- J4. Sommige mensen voelen zich erg belast door de verzorging van een ander. Zij vinden de zorg zwaar en moeilijk vol te houden. Voor andere mensen geldt dat minder. Alles bij elkaar genomen, hoe belast voelt u zich **momenteel**?

- Niet of nauwelijks belast
 Enigszins belast
 Tamelijk zwaar belast
 Zeer zwaar belast
 Overbelast

K. SOCIALE STEUN

K1. De volgende vragen gaan over hoe mensen met u omgaan en of dit anders is dan u graag zou willen. Denkt u hierbij aan mensen zoals vrienden, familie, partner, buren en collega's.

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja, mis ik	Niet echt, maar iets vaker zou prettig zijn	Nee, precies goed zo	Nee, gebeurt nu te vaak
Mist u dat de mensen waarmee u omgaat ...				
u een steuntje in de rug geven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u opvrolijken / opmonteren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u een duwtje in de goede richting geven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u goede raad geven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u zeggen dat u moet volhouden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u troosten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u helpen uw problemen te verhelderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u geruststellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. VRIJWILLIGERSWERK

L1. Doet u vrijwilligerswerk?

We bedoelen werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd.

- Ja
 Nee

M. NARE GEDACHTEN

M1. Heeft u er in de afgelopen 12 maanden weleens serieus over gedacht om een eind te maken aan uw leven?

- Nooit
 Een enkele keer
 Af en toe
 Vaak
 Heel vaak

Heeft u hulp nodig? Dan kunt u anoniem contact opnemen met Stichting 113 Zelfmoordpreventie via 0800-0113 (24/7 bereikbaar) en 113.nl.

N. KLACHTEN

N1. Hieronder ziet u een lijst met verschillende gezondheidsklachten. We vragen u om per gezondheidsklacht in kolom A aan te kruisen of u in de afgelopen maand last heeft gehad van deze klachten.

Indien "ja", vragen we u om in kolom B aan te kruisen hoeveel maanden u daar last van heeft (gehad).

	A. Afgelopen maand last gehad van deze klacht?			B. Hoeveel maanden heeft u last (gehad) van deze klacht?		
	Nee	Ja	→	Minder dan 1 maand	1-6 maanden	Meer dan 6 maanden
<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>						
Moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buik- of maagklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree of verstopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritatie aan het oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nek- of schouderklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rugklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn of druk op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan arm/elleboog/hand/pols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan been/heup/knie/voet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spierpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tintelingen in vingers, voeten of tenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid of licht in het hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstig/nervus/gespannen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressief gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plotselinge (hevige) stress of crisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikkelbaar/boosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugen- of concentratieproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benauwd of kortademig in rust (zonder inspanning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan de neus (bijv. vaak niezen, prikkelend gevoel of regelmatig verstopte neus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huidproblemen (bijv. jeuk, uitslag of rode plekken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verandering in gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overgevoeligheid voor licht of geluid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keelpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlies van reuk of smaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N2. Heeft u de <u>afgelopen 12 maanden</u> een huisarts bezocht voor deze klacht(en)? <i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Nee	Ja
Moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buik- of maagklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree of verstopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritatie aan het oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nek- of schouderklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rugklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn of druk op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan arm/elleboog/hand/pols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan been/heup/knie/voet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spierpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tintelingen in vingers, voeten of tenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid of licht in het hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstig/nervus/gespannen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressief gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plotselinge (hevige) stress of crisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikkelbaar/boosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugen- of concentratieproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benauwd of kortademig in rust (zonder inspanning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten aan de neus (bijv. vaak niezen, prikkelend gevoel of regelmatig verstopte neus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huidproblemen (bijv. jeuk, uitslag of rode plekken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verandering in gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overgevoeligheid voor licht of geluid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keelpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlies van reuk of smaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N3. **Bent u besmet geweest met het coronavirus?**
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Ja, in de afgelopen 3 maanden

Ja, langer dan 3 maanden geleden

Weet ik niet → GA NAAR HET BLOK CORONAPERIODE

Nee → GA NAAR HET BLOK CORONAPERIODE

N4. **Ervaart u nu nog klachten van besmetting met het coronavirus?**

Ja

Nee

CORONAPERIODE

De volgende vragen gaan over uw ervaringen tijdens de coronaperiode of gevolgen die u nog ervaart van deze periode. Met coronaperiode bedoelen we de periode vanaf maart 2020.

O. UITGESTELDE ZORG

O1. Heeft u tijdens de coronaperiode zorg niet of later ontvangen?

Denk hierbij aan zorg van bijvoorbeeld de huisarts, een fysiotherapeut, een psycholoog, een specialist in het ziekenhuis of de tandarts.

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Nee, ik heb geen zorg nodig gehad → GA NAAR VRAAG P1
- Nee, mijn afspraken zijn niet uitgesteld of afgezegd → GA NAAR VRAAG P1
- Ja, de zorgverlener heeft één of meerdere afspraken uitgesteld of afgezegd → GA NAAR VRAAG O3
- Ja, ik heb zelf één of meerdere afspraken uitgesteld of afgezegd

O2. Waarom heeft u ervoor gekozen om een afspraak uit te stellen of af te zeggen?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Ik zat in quarantaine of in isolatie
- Ik was bang om zelf besmet te worden met het coronavirus
- Ik was bang om iemand anders te besmetten met het coronavirus
- Ik wilde de zorg niet extra belasten
- De afspraak kon alleen online of telefonisch en dat vond ik niet prettig
- Een andere reden die te maken had met corona (bijvoorbeeld: ik wilde niet met het openbaar vervoer reizen vanwege corona)
- Een andere reden die niet te maken had met corona (bijvoorbeeld: geen tijd)

O3. Heeft u de zorg nu wel ontvangen?

- Ja, alles
- Ja, een deel
- Nee, en ik heb de zorg wel nodig
- Nee, maar ik heb de zorg nu niet meer nodig (bijvoorbeeld omdat de klacht vanzelf is overgegaan)

O4. Ervaart u op dit moment nog negatieve gevolgen van de uitgestelde zorg?

Bijvoorbeeld (meer) klachten of stress of financiële veranderingen.

- Ja, veel
- Ja, een beetje
- Nee

P. GEVOLGEN CORONAPERIODE

De volgende vragen gaan over de gevolgen van de coronaperiode die u op dit moment ervaart.

P1. Wat zijn voor u op dit moment nog de positieve gevolgen van de coronaperiode?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ik zit beter in mijn vel | <input type="checkbox"/> Ik beweeg meer |
| <input type="checkbox"/> Meer rust | <input type="checkbox"/> Ik slaap beter |
| <input type="checkbox"/> Betere balans tussen werk/studie en privé | <input type="checkbox"/> Ik geef minder geld uit |
| <input type="checkbox"/> Meer tijd voor gezin, familie of vrienden | <input type="checkbox"/> Anders |
| <input type="checkbox"/> Thuis werken of thuisonderwijs volgen | <input type="checkbox"/> Ik ervaar op dit moment geen positieve gevolgen |
| <input type="checkbox"/> Ik eet gezonder | |

P2. Wat zijn voor u op dit moment nog de negatieve gevolgen van de coronaperiode?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Langdurig herstel na een coronabesmetting | <input type="checkbox"/> Gestopt met studie of studievertraging |
| <input type="checkbox"/> Uitstel van zorg die ik nodig had | <input type="checkbox"/> Privé en werk/studie lopen teveel door elkaar |
| <input type="checkbox"/> Overlijden of ernstig ziek zijn door corona van iemand die belangrijk voor mij is | <input type="checkbox"/> Zorgen om baan of inkomen |
| <input type="checkbox"/> Ik zit minder goed in mijn vel | <input type="checkbox"/> Ik eet minder gezond |
| <input type="checkbox"/> Minder contact met familie of vrienden | <input type="checkbox"/> Ik beweeg minder |
| <input type="checkbox"/> Ruzie of spanningen thuis, met familie of vrienden | <input type="checkbox"/> Ik slaap slechter |
| <input type="checkbox"/> Zorgen om ontwikkeling van mijn kinderen | <input type="checkbox"/> Anders |
| <input type="checkbox"/> Thuis moeten werken of thuisonderwijs moeten volgen | <input type="checkbox"/> Ik ervaar op dit moment geen negatieve gevolgen |

P3. De volgende vragen gaan over wat u heeft meegemaakt tijdens de coronaperiode. We vragen u om per gebeurtenis in kolom A aan te kruisen of u deze gebeurtenis sinds het begin van de coronaperiode heeft meegemaakt. Indien "ja", vragen we u om in kolom B aan te kruisen of u hier nu nog last van heeft.

	A. Heeft u deze gebeurtenis <u>sinds het begin van de coronaperiode</u> meegemaakt?			B. Heeft u <u>nu</u> nog last van deze gebeurtenis?	
	Nee	Ja		Nee	Ja
<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>					
Ik heb in het ziekenhuis gelegen door corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand die belangrijk voor mij is, heeft in het ziekenhuis gelegen door corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand die belangrijk voor mij is, is overleden aan corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand die belangrijk voor mij is, is ernstig ziek geworden door iets anders dan corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iemand die belangrijk voor mij is, is overleden aan iets anders dan corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik was bang dat ik of iemand die belangrijk voor mij is corona zou krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb in mijn werk veel mensen gezien die ernstig ziek waren of zijn overleden aan corona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door de coronamaatregelen kon ik geen afscheid nemen van iemand die is overleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik had te maken met bedreiging en/of fysiek geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik had te maken met seksueel geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb een levensbedreigend ongeluk meegemaakt (bijvoorbeeld in het verkeer of op het werk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- > Heeft u bij de vorige vraag P3 geen gebeurtenissen aangegeven waar u nu nog last van heeft? → GA NAAR VRAAG Q1
- > Heeft u van meerdere gebeurtenissen nog last? → GA NAAR VRAAG P4
- > Is er één gebeurtenis waar u nog last van heeft? → GA NAAR VRAAG P5

P4. **Welke van de in de vorige vraag genoemde gebeurtenissen was het meest heftig voor u?**

U mag één antwoord geven.

- Dat ik in het ziekenhuis heb gelegen door corona
- Dat iemand die belangrijk voor mij is, in het ziekenhuis heeft gelegen door corona
- Dat iemand die belangrijk voor mij is, is overleden aan corona
- Dat iemand die belangrijk voor mij is, ernstig ziek is geworden door iets anders dan corona
- Dat iemand die belangrijk voor mij is, is overleden aan iets anders dan corona
- Dat ik bang was dat ik of iemand die belangrijk voor mij is corona zou krijgen
- Dat ik in mijn werk veel mensen heb gezien die ernstig ziek waren of zijn overleden aan corona
- Dat ik door de coronamaatregelen geen afscheid kon nemen van iemand die is overleden
- Dat ik te maken had met bedreiging en/of fysiek geweld
- Dat ik te maken heb gehad met seksueel geweld
- Dat ik een levensbedreigend ongeluk heb meegemaakt (bijvoorbeeld in het verkeer of op het werk)

P5. **Wanneer vond deze gebeurtenis plaats?**

We bedoelen de meest heftige gebeurtenis die u sinds het begin van de coronaperiode heeft meegemaakt. Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Minder dan 1 maand geleden → **GA NAAR Q1 AFSLUITING ALS DIT UW ENIGE ANTWOORD IS**
- 1-6 maanden geleden
- 6-12 maanden geleden
- Meer dan 12 maanden geleden

P6. **Hieronder volgt een lijst van problemen die mensen soms kunnen hebben na een zeer stressvolle gebeurtenis. Lees alstublieft elke omschrijving aandachtig door terwijl u denkt aan de gebeurtenis die voor u het meest heftig was. Geef op elke regel één antwoord om aan te geven in hoeverre u er in de afgelopen 4 weken last van heeft gehad.**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Helemaal niet	Een beetje	Matig	Nogal veel	Extreem veel
Regelmatig terugkerende, onaangename en ongewenste herinneringen aan de stressvolle gebeurtenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmatig terugkerende, onaangename dromen over de stressvolle gebeurtenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opeens het gevoel hebben of u gedragen alsof de stressvolle gebeurtenis daadwerkelijk opnieuw plaatsvindt (alsof u terug bent in de tijd dat de gebeurtenis zich afspeelde, en het opnieuw beleeft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erg van streek raken wanneer iets u aan de stressvolle gebeurtenis herinnert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een sterke lichamelijke reactie hebben wanneer iets u aan de stressvolle gebeurtenis herinnert (bijvoorbeeld: hartkloppingen, moeite met ademen, zweten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het vermijden van herinneringen, gedachten of gevoelens die verband houden met de stressvolle gebeurtenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het vermijden van dingen die herinneringen zouden kunnen oproepen aan de stressvolle gebeurtenis (bijvoorbeeld: bepaalde mensen, plekken, gespreksonderwerpen, activiteiten, voorwerpen of situaties)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vervolg vraag P6

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Helemaal niet	Een beetje	Matig	Nogal veel	Extreem veel
Moeite hebben met het herinneren van belangrijke delen van de stressvolle gebeurtenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterke, negatieve overtuigingen hebben met betrekking tot uzelf, anderen of de wereld (bijvoorbeeld gedachten hebben zoals: ik ben slecht, er is iets vreselijk mis met mij, niemand is te vertrouwen, de wereld is door en door gevaarlijk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De schuld geven aan uzelf of aan anderen voor de stressvolle gebeurtenis of de gevolgen daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterke, negatieve gevoelens ervaren zoals angst, afschuw, boosheid, schuld of schaamte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderde interesse hebben in activiteiten die u eerder graag deed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afstand voelen tussen uzelf en andere mensen, of u vervreemd voelen van andere mensen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite hebben om positieve gevoelens te ervaren (bijvoorbeeld: niet in staat zijn om u gelukkig te voelen of om gevoelens van liefde te hebben voor de mensen die u nabij zijn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikkelbaarheid, woedeaanvallen, of u agressief gedragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teveel risico's nemen of dingen doen die u schade zouden kunnen toebrengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Superalert", waakzaam of op uw hoede zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U nerveus voelen of snel schrikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite hebben met concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite hebben met inslapen of doorslapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u hulp nodig bij een stressvolle of heftige gebeurtenis? Dan kunt u contact opnemen met MIND Korrelatie via www.mindkorrelatie.nl

Q. AFSLUITING

Q1. Wilt u kans maken op een van de VVV Cadeaukaarten van 50 euro die wij verloten?

- Ja, ik wil kans maken op een van de VVV Cadeaukaarten en deelnemen aan de verloting en geef toestemming om mijn adresgegevens[Ⓞ] te gebruiken als ik gewonnen heb om de cadeaukaart te ontvangen.
- Nee, ik wil geen kans maken op een van de VVV Cadeaukaarten en doe niet mee aan de verloting.

[Ⓞ] Hoe komen we aan uw adresgegevens? Zie de privacyverklaring

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking!

Dat waren alle vragen. Heeft u nog aanvullingen of opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst? Dan kunt u dat hieronder aangeven:

- > U kunt de ingevulde vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop (postzegel is niet nodig).
- > Bent u de antwoordenvelop kwijt? Het retouradres voor de vragenlijst is: I&O Research, Antwoordnummer 90275, 3009 VB Rotterdam. Een postzegel is niet nodig.
- > Meer informatie kunt u vinden op www.ggd.amsterdam.nl