

Nachname, Vorname: _____ Datum: _____ Schwangerschaftswoche (z.B. 15+3): _____ Code: _____

Fragebogen 1 zur Stresserfassung

Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlen. (Bitte pro Aussage eine Antwort ankreuzen)	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr oft
1. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?					
2. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?					
3. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?					
4. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?					
5. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?					
6. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?					
7. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen ?					
8. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?					
9. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?					
10. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?					

Referenzen:

1. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385–96.
2. Klein EM, Brähler E, Dreier M, Reinecke L, Müller KW, Schmutzer G, et al. The German version of the Perceived Stress Scale—psychometric characteristics in a representative German community sample. BMC psychiatry. 2016;16:1–10.

Nachname, Vorname: _____ Datum: _____ Schwangerschaftswoche (z.B. 15+3): _____ Code: _____

Fragebogen 2 zur Stresserfassung

Kreuzen Sie jeweils eine Antwortalternative an, die Ihnen als beste Schätzung am Zutreffendsten erscheint.	Trifft gar nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft mäßig stark zu	Trifft stark zu	Trifft sehr stark zu
1. Mich stören Gewichtszunahmen während der Schwangerschaft.					
2. Körperliche Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, geschwellene Füße oder Rückenschmerzen, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft auftreten, belasten mich.					
3. Ich bin besorgt darüber, wie ich mein Baby richtig versorge, wenn ich nach der Krankenhausentlassung wieder nach Hause komme.					
4. Mich plagen die gefühlsmäßigen Höhen und Tiefen während der Schwangerschaft.					
5. Ich mache mir Sorgen darüber, dass sich meine Beziehungen zu anderen Menschen, die mir wichtig sind, während meiner Schwangerschaft verändern.					
6. Ich mache mir Sorgen, ob ich mich für mein Baby gesund und ausgewogen genug ernähre.					
7. Insgesamt belasten mich die Veränderungen meiner Figur und meines Körperumfangs.					
8. Ich mache mir Sorgen darüber, dass sich durch das Baby die Beziehung zum Vater des Kindes ändern wird.					
9. Ich mache mir Sorgen darüber, ein krankes Baby zur Welt zu bringen.					
10. Ich habe Angst vor den Wehen und der Geburt.					
11. Ich habe Angst vor einer möglichen Frühgeburt.					
12. Ich mache mir Sorgen darüber, dass ich keinen emotionalen Bezug zu meinem Baby finde.					

Referenzen:

1. Yali AM, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1999;20(1):39–52; doi: 10.3109/01674829909075575.
2. Pluess M, Bolten M, Pirke K-M, Hellhammer D. Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary cortisol in pregnancy. Biological psychology. 2010;83(3):169–75.