



# Stevig Ouderschap

## Waarom deze vragenlijst?

'Stevig Ouderschap' is ondersteuning voor ouders met een pasgeboren kind, die om wat voor reden dan ook extra hulp en aandacht van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) kunnen gebruiken. Bijvoorbeeld in de vorm van een luisterend oor, tips of adviezen. De bijgaande vragenlijst is bedoeld om na te gaan of u voor deze extra steun in aanmerking komt.

Sommige vragen in deze vragenlijst vindt u misschien persoonlijk en mogelijk zelfs onprettig. Daarom wordt hier uitgelegd waarom deze vragen gesteld worden. Een paar voorbeelden:

- ❖ *Als je zelf als kind tekort bent gekomen, kun je een prima ouder zijn, maar je eigen verleden kan je ook in de weg zitten. Waardoor je bijvoorbeeld onzeker kunt worden.*  
Daarom gaan sommige vragen over uw eigen jeugd.
- ❖ *Soms is de groep mensen die je kan helpen (familie, buren, vrienden) erg klein, waardoor het grootbrengen van een kind zwaar kan zijn.*  
Daarom zitten er vragen in over de mensen om u heen.
- ❖ *Soms kunnen ouders nogal onder druk staan. Bijvoorbeeld door problemen met de baby (vroeggeboorte, handicap, ziekte), of door persoonlijke problemen. Als de spanning oploopt, kan het verzorgen van de baby zwaar worden, waardoor wat extra steun heel welkom is.*  
Daarom zijn er ook vragen waaruit kan blijken of u onder druk staat.

Let op: de vragenlijst is alleen bedoeld om na te gaan of u in aanmerking komt voor extra begeleiding. Uw antwoorden op deze vragenlijst komen niet in het jeugdgezondheidszorg-dossier van uw kind terecht.

Meer weten? Lees de folder over Stevig Ouderschap, of ga naar [www.stevigouderschap.nl](http://www.stevigouderschap.nl)

## Algemeen

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 1. Hoeveel woog uw kind bij de geboorte?                            | Minder dan 2500 gram<br><input type="checkbox"/>             | 2500 gram of meer<br><input type="checkbox"/>                 |   |
| 2. Hoe lang duurde de zwangerschap?                                 | 37. <sup>0</sup> weken of korter<br><input type="checkbox"/> | Langer dan 37. <sup>0</sup> weken<br><input type="checkbox"/> |   |
| 3. Woont u samen met de andere ouder?                               | Ja<br><input type="checkbox"/>                               | Nee<br><input type="checkbox"/>                               |   |
| 4. Leeftijd van de moeder:  | 17 of jonger<br><input type="checkbox"/>                     | 18<br><input type="checkbox"/>                                | 19 of ouder<br><input type="checkbox"/> |
| 5. Leeftijd van de andere ouder:                                    | 17 of jonger<br><input type="checkbox"/>                     | 18<br><input type="checkbox"/>                                | 19 of ouder<br><input type="checkbox"/> |
| <i>De volgende vraag is voor uw jeugdverpleegkundige</i>            |  |   |   |
| 6. Zou u dit gezin de ondersteuning van Stevig Ouderschap aanraden? | Ja<br><input type="checkbox"/>                               | Nee<br><input type="checkbox"/>                               |   |

Z.O.Z.

Code

# Vragen voor de moeder

- |  |   |   |   |  |   |
|--|---|---|---|--|---|
| 1. Voelt u zich prettig in uw buurt?   | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 2. Voelt u een goede band met uw familie?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 3. Krijgt u steun van uw omgeving (familie, buren, vrienden)?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 4. Krijgt u steun van uw partner?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> | <i>n.v.t.</i><br><input type="checkbox"/> |
| 5. Maakt u zich zorgen over het grootbrengen van uw kind?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 6. Voelde u zich tijdens uw zwangerschap ongelukkig omdat u moeder zou worden?   | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 7. Gingen uw ouders (of verzorgers) liefdevol met elkaar om?   | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 8. Voelde u zich als kind veilig bij uw ouders (of verzorgers)?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 9. Werd u als kind geslagen?   | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 10. Vallen er wel eens klappen als u ruzie met uw partner heeft?   | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> | <i>n.v.t.</i><br><input type="checkbox"/> |
| 11. Vindt u dat slaan bij de opvoeding hoort?  | <i>Ja</i><br><input type="checkbox"/>     |   |   | <i>Nee</i><br><input type="checkbox"/>   |   |
| 12. Wordt u wel eens zó boos dat u niet meer weet wat u doet (of dat u dingen doet waar u later spijt van heeft)?                      | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 13. Heeft iemand wel eens gezegd dat u eigenlijk minder alcohol of drugs zou moeten gebruiken? (Of heeft u dat zelf wel eens gedacht?) | <i>Ja</i><br><input type="checkbox"/>     |   |   | <i>Nee</i><br><input type="checkbox"/>   |   |
| 14. Heeft u een of meer nare seksuele ervaringen gehad?  | <i>Ja</i><br><input type="checkbox"/>     |   |   | <i>Nee</i><br><input type="checkbox"/>   |   |
| 15. Heeft u het daar (zie vraag 14) nog moeilijk mee?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> | <i>n.v.t.</i><br><input type="checkbox"/> |
| 16. Heeft u zich de afgelopen drie jaar ongelukkig gevoeld? (Denk aan: angsten, depressies, rouw etc.)                                 | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 17. Vindt u het moeilijk om hulp te vragen?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |

Z.O.Z.

Code

# Vragen voor de vader (of de andere ouder)

- |  |   |   |   |  |   |
|--|---|---|---|--|---|
| 1. Voelt u zich prettig in uw buurt?   | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 2. Voelt u een goede band met uw familie?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 3. Krijgt u steun van uw omgeving (familie, buren, vrienden)?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 4. Krijgt u steun van uw partner?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 5. Maakt u zich zorgen over het grootbrengen van uw kind?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 6. Voelde u zich in de afgelopen maanden ongelukkig omdat u vader zou worden?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 7. Gingen uw ouders (of verzorgers) liefdevol met elkaar om?   | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 8. Voelde u zich als kind veilig bij uw ouders (of verzorgers)?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 9. Werd u als kind geslagen?   | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 10. Vallen er wel eens klappen als u ruzie met uw partner heeft?   | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> | <i>n.v.t.</i><br><input type="checkbox"/> |
| 11. Vindt u dat slaan bij de opvoeding hoort?  | <i>Ja</i><br><input type="checkbox"/>     |   |   | <i>Nee</i><br><input type="checkbox"/>   |   |
| 12. Wordt u wel eens zó boos dat u niet meer weet wat u doet (of dat u dingen doet waar u later spijt van heeft)?                      | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 13. Heeft iemand wel eens gezegd dat u eigenlijk minder alcohol of drugs zou moeten gebruiken? (Of heeft u dat zelf wel eens gedacht?) | <i>Ja</i><br><input type="checkbox"/>     |   |   | <i>Nee</i><br><input type="checkbox"/>   |   |
| 14. Heeft u een of meer nare seksuele ervaringen gehad?  | <i>Ja</i><br><input type="checkbox"/>     |   |   | <i>Nee</i><br><input type="checkbox"/>   |   |
| 15. Heeft u het daar (zie vraag 14) nog moeilijk mee?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> | <i>n.v.t.</i><br><input type="checkbox"/> |
| 16. Heeft u zich de afgelopen drie jaar ongelukkig gevoeld? (Denk aan: angsten, depressies, rouw etc.)                                 | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |
| 17. Vindt u het moeilijk om hulp te vragen?  | <i>Altijd</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Vaak</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Soms</i><br><input type="checkbox"/> | <i>Nooit</i><br><input type="checkbox"/> |   |

*Code*