

Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala EPDS (Fragebogen zur Selbsteinschätzung)

Da Sie vor kurzem ein Kind geboren haben oder bald eines gebären werden, würden wir gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen (oder bei Verwendung in den ersten Tagen nach der Geburt: seit der Geburt) gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch Ankreuzen des Kästchens vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...	Punkte
1. ...konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte	0
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht.....	3
2. ...konnte ich mich so richtig auf etwas freuen	
<input type="checkbox"/> so wie immer	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	3
3. ...fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief	
<input type="checkbox"/> ja, meistens	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht so oft	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
4. ...war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> ja, häufig.....	3
5. ...erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen	
<input type="checkbox"/> ja, oft.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
6. ...überforderte mich verschiedenste Umstände	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden	2
<input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden.....	1
<input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig	0
7. ...war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht sehr oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
8. ...habe ich mich traurig und schlecht gefühlt	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> selten.....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
9. ...war ich so unglücklich, dass ich geweint habe	
<input type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nur gelegentlich	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
10. ...überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen	
<input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft	3
<input type="checkbox"/> manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	1
<input type="checkbox"/> niemals.....	0

Zählen Sie die Punkte zusammen. Haben Sie eine Gesamtpunktzahl von 10 oder höher, kontaktieren Sie eine Fachperson zur genaueren Abklärung.