

PERSuaDER-studie

vragenlijst



Studienummer:	_____ - _____
Datum:	___ / ___ / _____ (dd/mm/jjjj)

Geachte deelnemer,

U neemt deel aan de PERSuaDER-trial, hierbij vragen wij u ook om op vier momenten een vragenlijst in te vullen. Dit zal eenmaal voor de operatie zijn, gevolgd door, 1, 3 en 6 maanden na de operatie.

Alvast hartelijk dank voor het invullen!

De vragenlijst start op de volgende bladzijde. Er zijn geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Vult u elke vraag zo eerlijk mogelijk in. De resultaten worden zo verwerkt dat ze – net zoals de andere studiegegevens- niet direct tot u herleidbaar zijn. Het invullen van de vragenlijst duurt gemiddeld 15 minuten.

Invulinstructie:

Op iedere pagina staat een instructie voor de te beantwoorden vragen. Hierin staat hoe u de vraag moet beantwoorden en op welke periode de vraag betrekking heeft, bijvoorbeeld: hoe u zich de afgelopen maand voelde. De periodes waarop de vragen betrekking hebben kunnen verschillen. Leest u daarom de instructie door alvorens de vragen te beantwoorden.

U kunt antwoord geven door het vakje aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is. Als u twijfelt, geef dan het antwoord dat het dichtst in de buurt komt van uw situatie. Kruis bij elke vraag één vakje aan. Als er bij een vraag meerdere antwoordopties aangekruist mogen worden staat dit aangegeven.

Als u een al ingevuld antwoord wilt veranderen, kunt u het oorspronkelijke kruisje duidelijk doorstrepen en het goede vakje aankruisen.

Gebruikt u sondevoeding? Dan kunnen sommige vragen over problemen met eten en drinken lastig te beantwoorden zijn. Wij vragen u toch ook bij deze vragen het antwoord aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is.

Mocht u vragen hebben over het invullen van de vragenlijst, dan kunt u contact opnemen met het PERSuaDER onderzoeksteam:

Email: persuader.heel@radboudumc.nl

Telefoon: +31655740313

Wij zijn geïnteresseerd in uw gezondheid van vandaag.

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje achter de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand **vandaag**.

EQ1. Mobiliteit

- Ik heb geen problemen met lopen
- Ik heb een beetje problemen met lopen
- Ik heb matige problemen met lopen
- Ik heb ernstige problemen met lopen
- Ik ben niet in staat om te lopen

EQ2. Zelfzorg

- Ik heb geen problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik heb een beetje problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik heb matige problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik heb ernstige problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

EQ3. Dagelijkse activiteiten (bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb een beetje problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb matige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb ernstige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

EQ4. Pijn/ongemak

- Ik heb geen pijn of ongemak
- Ik heb een beetje pijn of ongemak
- Ik heb matige pijn of ongemak
- Ik heb ernstige pijn of ongemak
- Ik heb extreme pijn of ongemak

EQ5. Angst/somberheid

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben een beetje angstig of somber
- Ik ben matig angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber
- Ik ben extreem angstig of somber

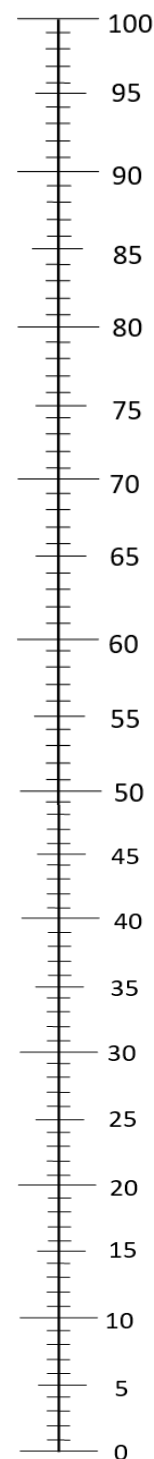
**De beste gezondheid
die u zich kunt
voorstellen**

EQ6.

- We willen weten hoe goed of slecht uw gezondheid VANDAAG is.
- Deze meetschaal loopt van 0 tot 100.
- 100 staat voor de beste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
0 staat voor de slechtste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
- **Markeer een X** op de meetschaal om aan te geven hoe uw gezondheid VANDAAG is.
- **Noteer het getal** waarbij u de X heeft geplaatst in onderstaand vakje.

UW GEZONDHEID VANDAAG =

--	--	--



**De slechtste
gezondheid die u zich
kunt voorstellen**

Wij zijn geïnteresseerd in bepaalde dingen over u en uw gezondheid.

Wilt u alle vragen zelf beantwoorden door het hokje aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is?

Er zijn geen "juiste" of "onjuiste" antwoorden.

		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
C30-1.	Heeft u moeite met het doen van inspannende activiteiten, zoals het dragen van een zware boodschappentas of een koffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-2.	Heeft u moeite met het maken van een <u>lange</u> wandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-3.	Heeft u moeite met het maken van een <u>korte</u> wandeling buitenshuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-4.	Moet u overdag in bed of op een stoel blijven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-5.	Heeft u hulp nodig met eten, aankleden, uzelf wassen of naar het toilet gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen week:

C30-6.	Was u beperkt bij het doen van uw werk of andere dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-7.	Was u beperkt in het uitoefenen van uw hobby's of bij andere bezigheden die u in uw vrije tijd doet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-8.	Was u kortademig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-9.	Heeft u pijn gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-10.	Had u behoefte om te rusten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-11.	Heeft u moeite met slapen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-12.	Heeft u zich slap gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-13.	Heeft u gebrek aan eetlust gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-14.	Heeft u zich misselijk gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-15.	Heeft u overgegeven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-16.	Had u last van obstipatie? (was u verstopt?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
Gedurende de afgelopen week:					
C30-17.	Had u diarree?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-18.	Was u moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-19.	Heeft pijn u gehinderd in uw dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-20.	Heeft u moeite gehad met het concentreren op dingen, zoals een krant lezen of televisie kijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-21.	Voelde u zich gespannen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-22.	Maakte u zich zorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-23.	Voelde u zich prikkelbaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-24.	Voelde u zich neerslachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-25.	Heeft u moeite gehad met het herinneren van dingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-26.	Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling uw <u>familie</u> leven in de weg gestaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-27.	Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling u belemmerd in uw <u>sociale</u> bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-28.	Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling financiële moeilijkheden met zich meegebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wilt u voor de volgende vragen het getal tussen 1 en 7 aankruisen dat het meest op u van toepassing is:

C30-29. Hoe zou u uw algehele gezondheid gedurende de afgelopen week beoordelen?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

Erg slecht

Uitstekend

C30-30. Hoe zou u uw algehele "kwaliteit van het leven" gedurende de afgelopen week beoordelen?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

Erg slecht

Uitstekend

Soms zeggen patiënten dat ze de volgende symptomen of problemen hebben. Wilt u aangeven in welke mate u deze symptomen of problemen gedurende de **afgelopen week** heeft ervaren? Gelieve het hokje aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is.

Gedurende de afgelopen week:		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
OG-1.	Heeft u problemen gehad bij het eten van vast voedsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-2.	Heeft u problemen gehad bij het eten van vloeibaar of zacht voedsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-3.	Heeft u problemen gehad bij het drinken van vloeistoffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-4.	Heeft u moeite gehad om van uw maaltijden te genieten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-5.	Heeft u het gevoel gehad te snel voldaan te zijn nadat u bent beginnen te eten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-6.	Heeft u veel tijd nodig gehad om uw maaltijd te beëindigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-7.	Heeft u moeite gehad met eten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-8.	Heeft u zure indigestie of brandend maagzuur gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-9.	Heeft u last gehad van zuur of gal in de mond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-10.	Heeft u last gehad bij het eten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-11.	Heeft u pijn gehad tijdens het eten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-12.	Heeft u pijn gehad in de maagstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-13.	Heeft u last gehad in de maagstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-14.	Heeft u zitten denken aan uw ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-15.	Heeft u zich zorgen gemaakt over uw toekomstige gezondheidstoestand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-16.	Heeft u het moeilijk gehad om te eten in het bijzijn van andere mensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-17.	Had u een droge mond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-18.	Heeft u problemen gehad met uw smaakzin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-19.	Voelde u zich lichamelijk minder aantrekkelijk ten gevolge van uw ziekte of behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen week:		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
OG-20.	Had u problemen met het doorslikken van uw speeksel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-21.	Heeft u zich verslikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-22.	Heeft u gehoest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-23.	Heeft u moeite gehad met praten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-24.	Heeft u zich zorgen gemaakt dat uw gewicht te laag is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG-25.	Deze vraag alleen beantwoorden indien u haaruitval heeft gehad: was u door het verlies van uw haar van streek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw deelname. Heeft u tips, opmerkingen of vragen over de vragenlijsten of de PERSuaDER-studie? Dan nodigen wij u graag uit contact op te nemen met het PERSuaDER onderzoeksteam:

Email: persuader.heel@radboudumc.nl

Telefoon: +31655740313

Nogmaals hartelijk dank voor uw medewerking,

Heeft u vragen of opmerkingen? Dan kunt u deze hieronder opschrijven:

Voor deze vragenlijst hebben we gebruik gemaakt van de EORTC OG25, QLQC30 en de EuroQoL-5D-5L