



Geachte ouder(s)/verzorger(s),

Hartelijk dank dat u wilt meedoen aan de HERNIIA studie.

Wij vinden het belangrijk om te weten hoe de behandelingen effect hebben op de kwaliteit van leven van zowel het kind, maar ook van de ouders. Daarom vragen wij u deze vragenlijsten in te vullen.

Hierbij ontvangt u de vragenlijsten die wij u vragen in te vullen **uiterlijk op de dag vóór de operatie** van uw kind.

De overige vragenlijsten sturen wij u per e-mail en kunnen thuis online worden ingevuld. Indien u wenst om alle vragenlijsten op papier in te vullen, geef dit dan aan bij de onderzoeker.

Bij vragen en/of opmerkingen kunt u contact opnemen via e-mail: herniia@amc.uva.nl of telefoonnummer: 06-13438132.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking en vriendelijke groet,
namens de afdeling kinderchirurgie van het Amsterdam UMC,

Drs. Kelly Dreuning (projectleider)
Dr. Joep Derikx (coördinerend onderzoeker)
Prof. dr. Ernst van Heurn (hoofdonderzoeker)

Studiecode: _____

1. Algemene vragenlijst

Deze vragenlijst is ingevuld door (één antwoord mogelijk):

- Moeder
- Vader
- Anders, namelijk.....

OUDER(S) / VERZORGER(S)

1. Wat is uw leeftijd? __/__/____

2. Wat is uw geboorteland?

- Nederland
- Anders, namelijk.....

3. Wat is uw burgerlijke staat?

- Gehuwd/ samenwonend (ga naar vraag 3a)
- Gescheiden (ga naar vraag 4)
- Weduwe/ weduwnaar (ga naar vraag 4)
- Alleenstaand (ga naar vraag 4)
- Anders, namelijk.....

3a. Is uw huidige partner de vader of moeder van uw kind?

- Ja
- Nee

4. Wat is het geboorteland van uw (ex) partner (de vader of moeder van uw kind)?

- Nederland
- Anders, namelijk.....
- Onbekend

5. Draagt u alleen de zorg voor uw kind(eren)?

- Ja
- Nee, met mijn huidige partner
- Anders, namelijk.....

6. Hoeveel kinderen heeft u? (aantal)

Eventuele toelichting:

7. Hoeveel kinderen wonen bij u thuis en hoe oud zijn ze?

- Er is/ er zijn..... kind(eren) jonger dan 4 jaar
- Er is/ er zijn..... kind(eren) van 4 tot 12 jaar
- Er is/ er zijn..... kind(eren) van 12 tot 18 jaar
- Er is/ er zijn..... kind(eren) van 18 jaar en ouder
- Anders, namelijk.....
- Niet van toepassing

8. Wat is de hoogst genoten opleiding die u en uw eventuele partner hebben afgemaakt?

(als uw opleiding er niet bij staat, kies dan de opleiding die er zoveel mogelijk bij past)

	Uzelf	Uw partner
a. Geen opleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lagere school/ basisschool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (VMBO, ULO, LBO, LTS, huishoudschool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Middelbaar voortgezet onderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (MBO, MTS, MEAO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO, Gymnasium, HBS, MMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wat is momenteel de werksituatie van uzelf en uw eventuele partner?

(meer dan één antwoord mogelijk)

	Uzelf	Uw partner
a. Betaald werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Werkzoekend/ werkloos sinds.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Studerend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Afgekeurd voor..... %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Niet werkzoekend, niet afgekeurd (bijv. huisvrouw/ huisman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ziektewet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Kwaliteit van leven van uw kind (TAPQOL)

Hieronder volgt de TAPQOL vragenlijst. Deze is voor ouders van 0 t/m 5-jarige kinderen. Eerst volgt een korte invulinstructie.

De vragen in deze lijst gaan over allerlei dingen die te maken hebben met de gezondheid van uw kind. U kunt de vragen beantwoorden door het antwoord aan te kruisen dat het beste bij uw kind past.

Bijvoorbeeld zo:

Had uw kind de afgelopen 3 maanden oorpijn?

Oorpijn nooit soms vaak
1 Mijn kind voelde zich daarbij:

Als uw kind nooit oorpijn had, zoals in het voorbeeld hierboven, kunt u door naar de volgende vraag.

Als uw kind 'soms' of 'vaak' oorpijn had, zet u een kruisje bij één van die antwoorden. Precies onder deze twee antwoorden vindt u de zin "Mijn kind voelde zich daarbij". Daar geeft u vervolgens aan hoe uw kind zich daarbij voelde. Dus zo:

Had uw kind de afgelopen 3 maanden oorpijn?

Oorpijn nooit soms vaak
1 Mijn kind voelde zich daarbij:
 goed niet zo goed vrij slecht slecht

Daarna gaat u door naar de volgende vraag.

Dit was een voorbeeld.
Op de volgende bladzijde begint de vragenlijst.

Had uw kind in de afgelopen 3 maanden:

Maag- of buikpijn	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> vaak	
1				Mijn kind voelde zich daarbij:
		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> niet zo goed	<input type="checkbox"/> vrij slecht <input type="checkbox"/> slecht
Krampjes	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> vaak	
2				Mijn kind voelde zich daarbij:
		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> niet zo goed	<input type="checkbox"/> vrij slecht <input type="checkbox"/> slecht
Eczeem	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> vaak	
3				Mijn kind voelde zich daarbij:
		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> niet zo goed	<input type="checkbox"/> vrij slecht <input type="checkbox"/> slecht
Jeuk	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> vaak	
4				Mijn kind voelde zich daarbij:
		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> niet zo goed	<input type="checkbox"/> vrij slecht <input type="checkbox"/> slecht
Droge huid	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> vaak	
5				Mijn kind voelde zich daarbij:
		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> niet zo goed	<input type="checkbox"/> vrij slecht <input type="checkbox"/> slecht
Bronchitis	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> vaak	
6				Mijn kind voelde zich daarbij:
		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> niet zo goed	<input type="checkbox"/> vrij slecht <input type="checkbox"/> slecht
Moeite met de ademhaling of longproblemen	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> vaak	
7				Mijn kind voelde zich daarbij:
		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> niet zo goed	<input type="checkbox"/> vrij slecht <input type="checkbox"/> slecht

Was uw kind in de afgelopen 3 maanden:

Benauwd	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> vaak	
8				Mijn kind voelde zich daarbij:
		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> niet zo goed	<input type="checkbox"/> vrij slecht <input type="checkbox"/> slecht
Misselijk	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> soms	<input type="checkbox"/> vaak	
9				Mijn kind voelde zich daarbij:
		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> niet zo goed	<input type="checkbox"/> vrij slecht <input type="checkbox"/> slecht

Hoe sliep uw kind in de afgelopen 3 maanden?

Sliep uw kind onrustig?

nooit soms vaak

10

Mijn kind voelde zich daarbij:

goed niet zo goed vrij slecht slecht

Lag uw kind 's nachts wakker?

nooit soms vaak

11

Mijn kind voelde zich daarbij:

goed niet zo goed vrij slecht slecht

Hulde uw kind 's nachts?

nooit soms vaak

12

Mijn kind voelde zich daarbij:

goed niet zo goed vrij slecht slecht

Had uw kind moeite om de hele nacht door te slapen?

nooit soms vaak

13

Mijn kind voelde zich daarbij:

goed niet zo goed vrij slecht slecht

Hoe at en dronk uw kind in de afgelopen 3 maanden?

Had uw kind een slechte eetlust?

nooit soms vaak

14

Mijn kind voelde zich daarbij:

goed niet zo goed vrij slecht slecht

Had uw kind moeite om voldoende te eten?

nooit soms vaak

15

Mijn kind voelde zich daarbij:

goed niet zo goed vrij slecht slecht

Weigerde uw kind te eten?

nooit soms vaak

16

Mijn kind voelde zich daarbij:

goed niet zo goed vrij slecht slecht

Gedrag van uw kind in de afgelopen 3 maanden:

Mijn kind was driftig nooit soms vaak

17

Mijn kind was agressief nooit soms vaak

18

Mijn kind was geprikkeld, geïrriteerd nooit soms vaak

19

Mijn kind was boos nooit soms vaak

20

Mijn kind was onrustig of ongeduldig tegen mij nooit soms vaak

21

Mijn kind was opstandig/dwars tegen mij nooit soms vaak

22

Mijn kind was voor mij onhandelbaar nooit soms vaak

23

Hoe was uw kind in de afgelopen 3 maanden?

Opgewekt

24

nooit

soms

vaak

Blij

25

nooit

soms

vaak

Gelukkig

26

nooit

soms

vaak

Bang

27

nooit

soms

vaak

Gespannen

28

nooit

soms

vaak

Angstig

29

nooit

soms

vaak

Energiek

30

nooit

soms

vaak

Actief

31

nooit

soms

vaak

Levendig

32

nooit

soms

vaak

3A. Vragenlijst kwaliteit van leven van ouder(s)/verzorger(s)

In de LTO vragenlijst wordt gevraagd hoe het met u (ouder/verzorger) gaat. Eerst vragen we om aan te geven op een thermometer hoe het in het algemeen met u gaat.

1. Zet een streepje bij het getal op de thermometer dat het beste samenvat hoeveel last u zelf de afgelopen week (inclusief vandaag) in het algemeen heeft gehad van problemen op lichamenlijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied, 0 (helemaal geen last) tot en met 10 (extreem veel last).



2. Kunt u op emotioneel gebied aangeven of u zelf de afgelopen week, inclusief vandaag, hier moeite mee hebt gehad of problemen hebt ervaren (niet specifiek met betrekking tot uw kind). Wilt u bij ieder onderwerp JA of NEE aankruisen?

JA	NEE	Emotionele problemen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Greep hebben op emoties
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zelfvertrouwen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angst
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stemming
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Spanning
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eenzaamheid
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schuldgevoel
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Middelen gebruik (bijv. gebruik van alcohol, drugs en/of medicatie)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Terugkerende gedachten over bepaalde gebeurtenis

De volgende vraag gaat over uw kind dat in verband met zijn/haar liesbreuk onder behandeling is (geweest) in het ziekenhuis en deelneemt aan de liesbreukenstudie (HERNIIA studie).

3. Kunt u voor onderstaande gebieden aangeven of u de afgelopen week, inclusief vandaag, hier zorgen over hebt gehad of problemen hebt ervaren. Wilt u bij ieder onderwerp JA of NEE aankruisen?

JA	NEE	Opvoeding van uw kind dat onder behandeling is (geweest) in het ziekenhuis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Contact maken met uw kind
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verzorging van uw kind
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Voeding van uw kind
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ontwikkeling van uw kind
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Opvolgen van adviezen / behandeling / geven van medicatie aan uw kind
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Slapen van uw kind
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedrag / huilen van uw kind

3B. Vragenlijst kwaliteit van leven van ouder(s)/verzorger(s)

Hieronder vindt u een aantal uitspraken, die mensen hebben gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak en zet dan een kringetje om het cijfer rechts van die uitspraak om aan te geven hoe u zich **nu voelt**, dus **nu op dit moment**. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Denk niet te lang na en geef uw eerste indruk, die is meestal de beste. Het gaat er dus om dat u weergeeft, wat u **op dit moment** voelt.

1=GEHEEL NIET 2=EEN BEETJE 3=TAMELIJK VEEL 4=ZEER VEEL

-
- | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|
| 1. Ik voel me kalm | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ik ben gespannen | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Ik ben in de war | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ik ben ontspannen | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ik voel me tevreden | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Ik maak me zorgen | 1 | 2 | 3 | 4 |
-

4A. Beoordelen gezondheid

Deze vragenlijst gaat over hoe ouders/verzorgers de gezondheid van hun kind beoordelen.

1. Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje dat het best past bij de gezondheid van uw kind VANDAAG. Indien de groep niet van toepassing is voor uw kind, dan zet u een kruisje in het laatste hokje.

MOBILITEIT

- Mijn kind heeft geen problemen met lopen
- Mijn kind heeft een beetje problemen met lopen
- Mijn kind heeft matige problemen met lopen
- Mijn kind heeft ernstige problemen met lopen
- Mijn kind is niet in staat om te lopen
- Niet van toepassing voor mijn kind

ZELFZORG

- Mijn kind heeft geen problemen met zichzelf wassen of aankleden
- Mijn kind heeft een beetje problemen met zichzelf wassen of aankleden
- Mijn kind heeft matige problemen met zichzelf wassen of aankleden
- Mijn kind heeft ernstige problemen met zichzelf wassen of aankleden
- Mijn kind is niet in staat zichzelf te wassen of aan te kleden
- Niet van toepassing voor mijn kind

DAGELIJKSE ACTIVITEITEN (bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

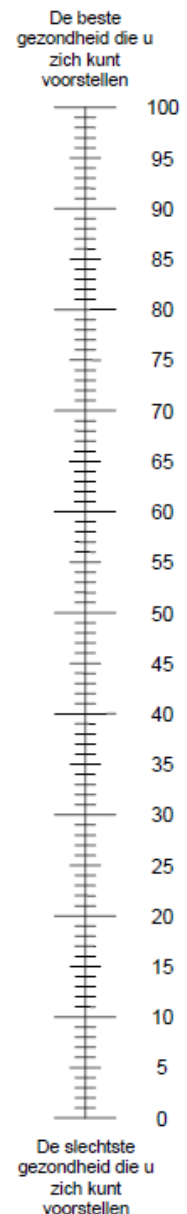
- Mijn kind heeft geen problemen met zijn/haar dagelijkse activiteiten
- Mijn kind heeft een beetje problemen met zijn/haar dagelijkse activiteiten
- Mijn kind heeft matige problemen met zijn/haar dagelijkse activiteiten
- Mijn kind heeft ernstige problemen met zijn/haar dagelijkse activiteiten
- Mijn kind is niet in staat zijn/haar dagelijkse activiteiten uit te voeren
- Niet van toepassing voor mijn kind

PIJN / ONGEMAK

- Mijn kind heeft geen pijn of ongemak
- Mijn kind heeft een beetje pijn of ongemak
- Mijn kind heeft matige pijn of ongemak
- Mijn kind heeft ernstige pijn of ongemak
- Mijn kind heeft extreme pijn of ongemak
- Niet van toepassing voor mijn kind

ANGST / SOMBERHEID

- Mijn kind is niet angstig of somber
- Mijn kind is een beetje angstig of somber
- Mijn kind is matig angstig of somber
- Mijn kind is erg angstig of somber
- Mijn kind is extreem angstig of somber
- Niet van toepassing voor mijn kind



We willen weten hoe goed of slecht **de gezondheid van uw kind** VANDAAG is.

Op de schaal hiernaast betekent "100" de beste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen, en "0" de slechtste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen.

2. We willen u vragen op deze meetschaal een X te markeren om aan te geven hoe goed of hoe slecht volgens u de gezondheid van uw kind vandaag is.

4B. Beoordelen gezondheid

Deze vragenlijst gaat over hoe u uw eigen gezondheid beoordeeld.

1. Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje dat het best past bij uw gezondheid VANDAAG.

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

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

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

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

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

We willen weten hoe goed of slecht uw gezondheid VANDAAG is.

Op de schaal hiernaast betekent "100" de beste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen, en "0" de slechtste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen.

2. We willen u vragen op deze meetschaal een X te markeren om aan te geven hoe goed of hoe slecht uw gezondheid vandaag is.

