

## **The Quality of Life Impact of Refractive Correction (QIRC)**

Welkom bij QIRC, een vragenlijst om de kwaliteit van leven te bepalen bij mensen die optische correctie nodig hebben (bril, contactlenzen of refractieve chirurgie).

Als u vragen heeft over deze vragenlijst, kunt u contact opnemen met:

- E. Garamendi MSc, Research Assistant, Department of Optometry, University of Bradford, Bradford, BD7 1DP. (0044)-1274 232323 ext. 6261; [e.garamendi2@bradford.ac.uk](mailto:e.garamendi2@bradford.ac.uk)
  
- K. Pesudovs PhD, DipAdvClinOptom, MCOptom, FVCO, FAAO, FCLSA; NHMRC Sir Neil Hamilton Fairley Research Fellow. [konrad@pesudovs.com](mailto:konrad@pesudovs.com)
  
- D.B. Elliott PhD, MCOptom FAAO; Professor of Clinical Vision Science. [d.elliott1@bradford.ac.uk](mailto:d.elliott1@bradford.ac.uk)

De leden van het onderzoeksteam van de Nederlandse consensusvertaling zijn:

Drs. J.C. Paarlberg, prof. dr. G.P.M. Luyten, dr. M.A. Landesz, dr. M.J. Jager, drs. F. Keramati.  
Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling oogheelkunde

**Bedankt voor uw bereidheid tot deelname.**

Als u **wél** refractiechirurgie heeft gehad, beantwoord dan de vragen op deze pagina en lees de instructies over het invullen van de rest van de vragenlijst.

Als u **géén** refractiechirurgie (LASIK, LASEK, PRK, intraoculaire kunstlens, etc.) heeft gehad, dan kunt u deze pagina overslaan en nu naar **pagina 2** gaan.

- Hoe lang geleden heeft u refractiechirurgie gehad? \_\_\_\_\_

Bepaal svp tot welke van de volgende twee groepen u behoort om te zien hoe u de vragen op pag. 4-7 moet beantwoorden:

**a) U draagt géén bril of contactlenzen sinds uw refractiechirurgie (LASIK, PRK etc.).**

Vink dan als volgt de juiste box aan voor de vragen op pag. 4-7:

*Voorbeeld: Hoeveel moeite kost het u om hele kleine letters te lezen?*

Niet van toepassing	Helemaal geen moeite	Een beetje ✓	Gemiddeld	Veel	Zo veel dat ik deze activiteit niet kan doen
---------------------	----------------------	-----------------	-----------	------	--

**→ GA NU NAAR PAG. 4**

**b) U draagt soms nog een bril of contactlenzen sinds uw refractiechirurgie.**

Schat dan in hoeveel uur per dag dat gemiddeld is. (Een zonnebril zonder sterkte geldt niet als bril.)

- Bril: \_\_\_\_\_uur per dag
- Contactlenzen: \_\_\_\_\_uur per dag
- Hoe oud zijn uw huidige contactlenzen? \_\_\_\_\_
- Hoe oud is uw huidige bril? \_\_\_\_\_

Beantwoord dan de vragen op pag. 4-7 voor zowel de momenten dat u de correctie draagt, als voor de momenten dat u geen correctie draagt. Doe dat met de volgende letters:

**B:** voor wanneer u de **bril** op heeft.

**C:** voor wanneer u de **contactlenzen** in heeft.

**G:** voor wanneer u **geen** correctie gebruikt.

*Voorbeeld: Hoeveel moeite kost het u om lang achter elkaar te lezen?*

Niet van toepassing	Helemaal geen moeite <b>B</b>	Een beetje	Gemiddeld <b>G</b>	Veel	Zo veel dat ik deze activiteit niet kan doen
---------------------	----------------------------------	------------	-----------------------	------	--

**→ GA NU NAAR PAG. 4**

Als u de bril en/of contactlenzen **de hele dag** (dus tijdens al uw 'wakkeren' uren) draagt, neem dan onderstaande pagina door om te zien hoe de vragen op pag. 4-7 ingevuld dienen te worden.

Als u de bril en/of contactlenzen alleen een **deel** van de dag draagt, dan kunt u deze pagina overslaan en nu naar **pagina 3** gaan.

**Vink / vul de juiste box aan met betrekking tot uw huidige optische correctie.**

(Een zonnebril zonder sterkte geldt niet als bril.)

i) Alleen de bril. Deze draag ik de hele dag.	
---	--

Hoe oud is uw huidige bril? \_\_\_\_\_

⇒ Ga naar voorbeeld 1 hieronder

ii) Alleen contactlenzen. Deze draag ik de hele dag.	
--	--

Hoe oud zijn uw huidige contactlenzen? \_\_\_\_\_

⇒ Ga naar voorbeeld 1 hieronder

iii) Soms de bril, soms contactlenzen.		Bril	... uur per dag
		Contactlenzen	... uur per dag

Hoe oud zijn uw huidige contactlenzen? \_\_\_\_\_

Hoe oud is uw huidige bril? \_\_\_\_\_

⇒ Ga naar voorbeeld 2 hieronder.

**Voorbeeld 1:** Hoe veel moeite kost het u om hele kleine letters te lezen?

Niet van toepassing	Helemaal geen moeite	Een beetje ✓	Gemiddeld	Veel	Zo veel dat ik deze activiteit niet kan doen
---------------------	----------------------	-----------------	-----------	------	--

Beantwoord de vragen op pag. 4-7 voor zowel de momenten dat u de bril op heeft, als voor de momenten dat u de contactlenzen in heeft. Doe dat met de volgende letters:

**B:** wanneer u de **bril** op heeft.

**C:** wanneer u de **contactlenzen** in heeft.

**Voorbeeld 2:** Hoeveel moeite kost het u om lang achter elkaar te lezen?

Niet van toepassing	Helemaal geen moeite <b>C</b>	Een beetje <b>B</b>	Gemiddeld	Veel	Zo veel dat ik deze activiteit niet kan doen
---------------------	----------------------------------	------------------------	-----------	------	--

**→ GA NU NAAR PAG. 4**

Neem aub deze pagina door indien u de bril en/of contactlenzen alleen een **deel** van de dag draagt.

a) Vink de juiste boxen aan met betrekking tot uw huidige optische correctie, en het aantal uur per dag waarop u deze correctie draagt. (Een zonnebril zonder sterkte geldt niet als bril)

i) Alleen een bril. Deze draag ik een deel van de dag.	<input type="checkbox"/>	⇒	Hoeveel uur draagt u de bril?	<input type="text"/> uur per dag
ii) Alleen contactlenzen. Deze draag ik een deel van de dag.	<input type="checkbox"/>	⇒	Hoeveel uur draagt u de contactlenzen?	<input type="text"/> uur per dag
iii) Ik draag soms de bril, en soms contactlenzen.	<input type="checkbox"/>	⇒	Hoeveel uur draagt u de bril? Hoeveel uur draagt u de contactlenzen?	<input type="text"/> uur per dag <input type="text"/> uur per dag

b)

Hoe oud zijn uw huidige contactlenzen? \_\_\_\_\_ (noteer hier “nvt” indien  
Hoe oud is uw huidige bril? \_\_\_\_\_ niet van toepassing)

### Instructies.

Beantwoord de vragen op pag. 4-7 voor zowel de momenten dat u de correctie draagt, als voor de momenten dat u geen correctie draagt. Doe dat met de volgende letters:

**B:** wanneer u de **bril** op heeft.

**C:** wanneer u de **contactlenzen** in heeft.

**G:** wanneer u **geen** correctie gebruikt.

*Voorbeeld voor een ‘part-time’ brildrager:*

*Hoeveel moeite kost het u om lang achter elkaar te lezen?*

Niet van toepassing	Helemaal niet	Een beetje	Gemiddeld	Veel	Zo veel dat ik deze activiteit niet kan doen
		<b>B</b>		<b>G</b>	

*Voorbeeld voor een ‘part-time’ contactlensdrager:*

*Hoe veel moeite kost het u om lang achter elkaar te lezen?*

Niet van toepassing	Helemaal niet	Een beetje	Gemiddeld	Veel	Zo veel dat ik deze activiteit niet kan doen
		<b>C</b>		<b>G</b>	

➔ **GA NU NAAR PAG. 4**

## QIRC

Vul a.u.b. alle vragen hieronder in met betrekking tot uw huidige bril of contactlenzen. Patiënten die refractiechirurgie hebben gehad dienen te antwoorden voor hoe ze nú zijn, niet hoe ze vóór de refractiechirurgie waren.

1. Hoeveel moeite heeft u met autorijden bij tegenlicht?

Ik rij geen auto vanwege andere redenen dan mijn zicht	Helemaal geen	Een beetje	Redelijk wat	Veel	Zo veel dat ik deze activiteit niet kan doen
--	---------------	------------	--------------	------	--

---

2. Hoe vaak heeft u in de afgelopen maand vermoeide of gespannen ogen gehad?

Weet niet / Niet van toepassing	Nooit	Soms	Vrij vaak	Zeer vaak	Altijd
---------------------------------	-------	------	-----------	-----------	--------

---

3. Hoe lastig is het dat u geen gewone zonnebril (zonder sterkte) kunt gebruiken?

Weet niet / Niet van toepassing	Niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	------	------------	----------	------------	---------

4. Hoe lastig is het dat u rekening moet houden met uw bril of contactlenzen, of uw ogen zelf (in geval u refractiechirurgie hebt gehad) voordat u dingen gaat doen, zoals reizen, sporten, of zwemmen?

Weet niet / Niet van toepassing	Helemaal niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	---------------	------------	----------	------------	---------

5. Hoe lastig is het om niet goed te kunnen zien bij het wakker worden (bijv. om naar de badkamer te gaan, om de wekker te zien, of om voor de baby te zorgen)?

Weet niet / Niet van toepassing	Niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	------	------------	----------	------------	---------

6. Hoe lastig is het om niet goed kunnen zien op het strand, in de zee of in het zwembad, doordat u bij deze activiteiten geen bril of contactlenzen draagt?

Weet niet / Niet van toepassing	Niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	------	------------	----------	------------	---------

7. Hoe lastig is het dragen van een bril of contactlenzen tijdens gymnastiek / fitness?

Weet niet / Niet van toepassing	Niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	------	------------	----------	------------	---------

---

8. Hoe bezorgd bent u over de eerste en verdere kosten om uw huidige bril / contactlenzen / refractiechirurgie te betalen?

Weet niet / Niet van toepassing	Helemaal niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	---------------	------------	----------	------------	---------

9. Hoe bezorgd bent u over onverwachte extra kosten van uw bril / contactlenzen / refractiechirurgie? (bijv. breken, kwijtraken, nieuw oogprobleem)

Weet niet / Niet van toepassing	Helemaal niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	---------------	------------	----------	------------	---------

10. Hoe bezorgd bent u dat u toenemend afhankelijk wordt van uw bril of contactlenzen, sinds u begonnen bent met het dragen hiervan?

Weet niet / Niet van toepassing	Helemaal niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	---------------	------------	----------	------------	---------

11. Hoe bezorgd bent u dat uw zicht niet zo goed is als het zou kunnen zijn?

Weet niet / Niet van toepassing	Helemaal niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	---------------	------------	----------	------------	---------

12. Hoe bezorgd bent u over de medische complicaties van de door u gekozen optische correctie (bril, contactlenzen en/of refractiechirurgie)?

Weet niet / Niet van toepassing	Helemaal niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	---------------	------------	----------	------------	---------

13. Hoe bezorgd bent u over het moeten beschermen van uw ogen tegen ultraviolet (UV) straling?

Weet niet / Niet van toepassing	Helemaal niet	Een beetje	Redelijk	Behoorlijk	Extreem
---------------------------------	---------------	------------	----------	------------	---------

*We zijn nu geïnteresseerd in het effect dat uw optische correctie (bril, contactlenzen of refractiechirurgie) heeft gehad op de manier waarop u zich de laatste tijd heeft gevoeld. Het effect op uw gevoelens kan direct zijn (bijv. u vindt dat u er beter uitziet met uw nieuwe bril) of indirect zijn (bijv. u voelt zich zelfverzekerder sinds u contactlenzen draagt of refractiechirurgie heeft ondergaan, doordat u uzelf er beter uit vindt zien).*

14. Hoe vaak heeft u in de afgelopen maand het gevoel gehad dat u er op uw best uitzag?

Weet niet / Niet van toepassing	Nooit	Soms	Redelijk vaak	Heel vaak	Altijd
---------------------------------	-------	------	---------------	-----------	--------

15. Hoe vaak heeft u in de afgelopen maand het gevoel gehad dat anderen u zagen op de manier waarop op u dat zou willen? (bijv. intelligent, geraffineerd, succesvol, cool, etc.?)

Weet niet / Niet van toepassing	Nooit	Soms	Redelijk vaak	Heel vaak	Altijd
---------------------------------	-------	------	---------------	-----------	--------

16. Hoe vaak heeft u zich in de afgelopen maand gecomplimenteerd / gevleid gevoeld?

Weet niet / Niet van toepassing	Nooit	Soms	Redelijk vaak	Heel vaak	Altijd
---------------------------------	-------	------	---------------	-----------	--------

17. Hoe vaak heeft u zich in de afgelopen maand zelfverzekerd gevoeld?

Weet niet / Niet van toepassing	Nooit	Soms	Redelijk vaak	Heel vaak	Altijd
---------------------------------------	-------	------	------------------	-----------	--------

18. Hoe vaak heeft u zich in de afgelopen maand gelukkig gevoeld?

Weet niet / Niet van toepassing	Nooit	Soms	Redelijk vaak	Heel vaak	Altijd
---------------------------------------	-------	------	------------------	-----------	--------

19. Hoe vaak heeft u in de afgelopen maand het idee gehad dat u de dingen kon doen die u wilde doen?

Weet niet / Niet van toepassing	Nooit	Soms	Redelijk vaak	Heel vaak	Altijd
---------------------------------------	-------	------	------------------	-----------	--------

20. Hoe vaak heeft u in de afgelopen maand het verlangen gevoeld om nieuwe dingen te proberen?

Weet niet / Niet van toepassing	Nooit	Soms	Redelijk vaak	Heel vaak	Altijd
---------------------------------------	-------	------	------------------	-----------	--------

*Zijn er nog andere belangrijke zaken omtrent uw bril / contactlenzen / refractiechirurgie waar wij niet naar gevraagd hebben? Zo ja, wilt u dan in het kort zo'n onderwerp hieronder aangeven:*

--

**Dit is het einde van de vragenlijst. Bedankt voor het invullen!**

**Lever de vragenlijst a.u.b. nu in.**

.....