

2016

Angstbeleving van oogpatiënten



Dyonne Zoutewelle

Oogziekenhuis Focuskliniek Rotterdam

01-07-2016

Afstudeerscriptie

Saxion Hogeschool

Toegepaste Psychologie

Student: Dyonne Zoutewelle

Studentnummer: 306393

Begeleider: M. Hartendorp en S. van der Donk

Organisatie: Oogziekenhuis Focuskliniek Rotterdam

Datum: 01-07-2016, Amersfoort

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de angst bij patiënten van de Focuskliniek. Angst is een veelvoorkomend symptoom bij patiënten in de ambulante zorg (Burns, Roberts, Egan, & Kane, 2014; Pereira, Figueiredo-Braga, & Carvalho, 2016). In dit onderzoek is bij twee behandelgroepen (lensimplantatie en ooglasering) de angstbeleving onderzocht. De angst is door middel van een vragenlijst in kaart gebracht. De vragenlijst bestaat uit drie onderwerpen: tevredenheid, algemene angst en situationele angst. Het construct situationele angst is onderverdeeld in: voor, tijdens en na de behandeling.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de angst na de behandeling (de gevoelens over de gevolgen van de behandeling) het hoogst is. Daarnaast is er een samenhang gevonden tussen algemene angst en situationele angst. Patiënten die hoog scoren op algemene angst scoren ook hoog op situationele angst. Ook is er een sterke samenhang gevonden tussen angst en tevredenheid. Een patiënt die angstig is, is minder tevreden. Tevens is er een verschil gevonden tussen de intrapersonlijke (pijn, ziekte en lijden) en extrapersonlijke (verdoving/narcose, operatie en complicaties na de operatie) factoren van angst. Er is hoger gescoord op de intrapersonlijke factoren van angst. Vrouwen scoren ook in dit onderzoek hoger op angst dan mannen. Tussen de twee behandelgroepen (lensimplantatie en ooglasering) zijn geen verschillen gevonden in angst.

Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden om de vragenlijst op te splitsen en op de drie tijdstipmomenten uit te delen. De Focuskliniek wordt aanbevolen een onderzoek te starten om te bepalen wat de oorzaken zijn dat de patiënten achteraf de meeste angst ervaren en hoe de kliniek in positieve zin kan beïnvloeden. Daarnaast wordt een eerste aanzet gegeven voor een vervolgonderzoek gericht op het observeren van patiënten en behandelaars.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Voorwoord	4
Hoofdstuk 1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Onderzoeksvraag.....	6
1.3 Doelstelling van het onderzoek.....	7
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	8
2.1 Theoretisch kader.....	8
2.2 Conceptueel model	10
2.3 Hypothesen	10
Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign.....	12
3.1 Onderzoeksmethode.....	12
3.2 Onderzoeksdoelgroep	12
3.3 Onderzoeksinstrument.....	12
3.4 Procedure	14
3.5 Analyses.....	14
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	16
4.1 Uitvoering en respons onderzoek	16
4.2 Homogeniteit van de vragenlijst	17
4.3 Resultaten van de deelvragen.....	17
Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen	19
5.1 Conclusie en discussie	19
5.2 Beperkingen.....	21
5.3 Aanbevelingen.....	21
Literatuurlijst	23
Bijlage 1 Eigen werkverklaring.....	27
Bijlage 2 Vragenlijst	27
Bijlage 3 Concept projectplan	31

Voorwoord

Deze scriptie is mijn afstudeeropdracht. De scriptie is het resultaat van een onderzoek naar angst bij oogpatiënten, in opdracht van Oogziekenhuis Focuskliniek Rotterdam. Met deze scriptie zal ik de studie Toegepaste Psychologie afronden.

Het onderwerp van het onderzoek is voortgekomen uit de vragen die de Focuskliniek had. Ik heb gekozen om hierop in te springen en hen proberen te helpen om deze vragen te beantwoorden door middel van een onderzoek. Ook heb ik hiervoor gekozen omdat het een onderwerp is waar goed onderzoek naar gedaan kan worden. Daarnaast sluit het onderwerp goed aan bij de opleiding en kon ik de leerstof van de afgelopen jaren goed toepassen tijdens het onderzoek en het schrijven van de scriptie.

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van de scriptie heb ik van verschillende kanten ondersteuning en begeleiding gekregen. Als eerste wil ik mijn afstudeerbegeleiders M. Hartendorp en S. van der Donk bedanken voor de feedback en begeleiding. Als tweede wil ik de Focuskliniek bedanken voor de kans om bij hen een afstudeeronderzoek te doen. In het bijzonder wil ik mevrouw E. Bras bedanken voor haar begeleiding. Als laatste wil ik mijn medestudenten, familie en vrienden bedanken voor hun steun.

Amersfoort, 1 juli 2016

Dyonne Zoutewelle

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het onderzoek ingeleid. De eerste paragraaf beschrijft de aanleiding van het onderzoek. In de tweede paragraaf is een onderzoeksvraag geformuleerd. Daarnaast zijn er enkele deelvragen geformuleerd om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Tot slot wordt de doelstelling van het onderzoek toegelicht.

1.1 Aanleiding

Het Oogziekenhuis Focuskliniek Rotterdam (hierna te noemen Focuskliniek) streeft naar goede medische zorg aan oogpatiënten. Dat gaat dan in de eerste plaats over het verhelpen van de kwaal of het verminderen van de klachten. De Focuskliniek is gespecialiseerd in ooglasering en lensimplantatie. Naast dit curatieve deel van de activiteiten besteedt de Focuskliniek tijd aan het verzorgende deel, zijnde de aandacht aan de patiënt. Vanuit die aandacht is dit onderzoek naar de mate van angstgevoelens bij patiënten uitgevoerd.

Angst is een veel voorkomend symptoom bij mensen die een operatie moeten ondergaan (Domar, Everett, & Keller, 1989; Sikaras et al., 2010). Angst is een fysiologische staat gekenmerkt door somatische, emotionele, cognitieve en gedragsmatige componenten. Het is een onaangenaam gevoel van vrees en bezorgdheid (Nemati, Karapetyan, & Haghi, 2012). Operatieve angst begint al wanneer de operatie wordt ingepland (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar, & Khan, 2007). Operatieve angst is een onaangename emotie en de angst kan patiënten zelfs laten beslissen om een (al dan niet geplande) operatie uit te stellen (McCleane & Cooper, 1990). Een ziekenhuisbezoek, ongeacht ziekte, veroorzaakt angst, vooral bij patiënten die een chirurgische ingreep ondergaan (Grieve, 2002; Rosiek, Kornatowski, Rosiek-Kryszewska, Leksowski, & Leksowski, 2016). Angst voor een operatieve ingreep wordt geassocieerd met een slechter postoperatief herstel (Chevillon, Hellyar, Madani, Kerr, & Chae Kim, 2015). Om deze redenen is het fenomeen van angst en de negatieve gevolgen voor de patiënt interessant voor de gezondheidssector (Rosiek et al., 2016).

Angst kan worden onderverdeeld in twee dimensies: situationele angst en algemene angst. Mensen die tot de laatste groep behoren zijn vrijwel permanent angstig. Angst wordt dan beschouwd als een persoonlijkheidstrekk (ook wel trait anxiety genoemd) (Van der Molen, Perreijn, & Van den Hout, 2007). Situationele angst varieert en is afhankelijk van de stressoren van een individu. Het niveau van situationele angst is hoog in omstandigheden die de individu als bedreigend ervaart. Situationele angst zou laag moeten zijn in niet-stressvolle situaties of in situaties waar het mogelijk gevaar niet wordt opgevat als bedreigend (Barnes, Harp, & Jung, 2002). Mensen met een hoge score op algemene angst ervaren meer situaties als bedreigend of gevaarlijk dan mensen met een lage score op algemene angst. Daarnaast hebben mensen met een hoge score op algemene angst ook vaak een hogere score op situationele angst (Spielberger, 1972).

Een studie van Fagerstrom (1993) waarbij gebruik gemaakt werd van een zelfrapportage laat zien dat 33% van de oogpatiënten angst rapporteert en 32% rapporteert spanning. De vrouwen zijn significant banger voor een operatie dan mannen (Fagerstrom, 1993). Patiënten die een staaroperatie ondergaan met tijdelijk zichtverlies als gevolg, hebben na de operatie vaak last van angst en spanning (Weisman & Hackett, 1958). Verschillende onderzoeken laten zien dat er geen verschil in angstniveau is tussen de verschillende patiëntengroepen (Marasini, Kaiti, Mahato, Gyawali, & Nepal, 2013; McCloud, Harrington, & King, 2014).

Het voor de Focuskliniek opgestelde onderzoek richt zich op de angsten die oogpatiënten ervaren. Deze situationele angst is vergeleken met algemene angst. De situationele angst is onderverdeeld in angst voor, tijdens en na de behandeling. Patiënten kunnen zich angstig voelen voor de handelingen die een chirurg doet tijdens een oogbehandeling, maar ook voor de resultaten van een behandeling.

Bij situationele angst kan daarnaast ook onderscheid worden gemaakt tussen intrapersoonlijke factoren (pijn, ziekte en lijden) en extrapersoonlijke factoren (verdoving/narcose, operatie en complicaties na de operatie) (Rosiek, Kornatowski, Rosiek-Kryszewska, Leksowski, & Leksowski, 2016). Intrapersoonlijke factoren zijn gevoeliger voor veranderingen dan extrapersoonlijke factoren (Van Den Elzen et al., 2012). Volgens onderzoek zijn patiënten angstiger op de intrapersoonlijke factoren dan op de extrapersoonlijke factoren (Benioudakis et al., 2015).

Sommige patiënten ervaren de procedures, de apparatuur en diagnostische onderzoeken als een inbreuk op de privacy, waarover weinig controle kan worden uitgeoefend. Zij kunnen de ervaring als bevestiging van de ernst van hun aandoening en eventuele verdere problemen onderkennen. (Johnson & Roberts, 1996). Een adequate voorbereiding van de patiënt op een operatie kan veel fysiologische en gedragssymptomen van angst voorkomen (Perry, Hooper, & Masiongale, 2012).

De behandelaars van de Focuskliniek hebben de indruk dat patiënten veel angst ervaren. Bij de Focuskliniek wil men waar mogelijk meer aandacht besteden tijdens de behandeling(en) aan de gevoelens van de patiënt met als uiteindelijk doel vermindering van angst en het verhogen van tevredenheid.

1.2 Onderzoeksvraag

Op basis van onder andere bovenstaande informatie is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

In welke mate ervaren patiënten angst voor, tijdens of na een oogbehandeling bij oogziekenhuis Focuskliniek in Rotterdam?

Daarnaast zijn er een aantal deelvragen geformuleerd:

- Is er een samenhang tussen algemene angst en situationele angst?
- Is er een significant verschil tussen intrapersoonlijke en extrapersoonlijke factoren van situationele angst?
- Is er een significant verschil in het angstniveau voor, tijdens en na de behandeling?
- Zijn er verschillen in angstniveau tussen de verschillende patiëntengroepen?
- Is er samenhang tussen de mate van tevredenheid en het angstniveau?
- Is er een significant verschil in het angstniveau tussen mannen en vrouwen voor een oogbehandeling?

In het onderzoek wordt gesproken van verschillende patiëntengroepen. De patiëntengroepen zijn ingedeeld op basis van de behandeling. Er zijn twee verschillende behandelsoorten bij de Focuskliniek betrokken bij dit onderzoek, namelijk ooglaserbehandeling en lensimplantatie.

De onderverdeling van situationele angst in voor, tijdens en na de behandeling is als volgt gedefinieerd. Met het angstniveau voor de behandeling worden de gevoelens bedoeld die voor de behandeling gevoeld kunnen worden. Ook de vragen over de verschillende handelingen die worden verricht ter voorbereiding op de behandeling vallen onder dit construct. Met het angstniveau tijdens de behandeling worden de gevoelens bedoeld die tijdens de behandeling gevoeld kunnen worden (pijn, ontspannen etc.). Met het angstniveau na de behandeling worden bedoeld de gevoelens van de patiënt direct na vertrek uit de Focuskliniek en de mogelijke gevolgen van de behandeling op termijn. Met algemene angst wordt bedoeld hoe angstig de patiënt over het algemeen is tijdens dagelijkse bezigheden.

Onder intrapersoonlijke factoren van situationele angst vallen de onderwerpen pijn, ziekte en lijden en onder extrapersoonlijke factoren vallen de verdoving, operatie en complicaties na de operatie.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

De Focuskliniek is onderdeel van het Oogziekenhuis Rotterdam. Naast de zorg voor de ogen, is persoonlijke betrokkenheid van de medewerkers een streven voor de kliniek. Het medisch personeel is verbonden met Het Oogziekenhuis Rotterdam. Ze zijn er op gericht het beste resultaat te bereiken met de patiënt, zodat de patiënt tevreden kan terugkijken op de behandeling en trots kan zijn op het uiteindelijke resultaat. De Focuskliniek is een onderdeel van een breed netwerk van oogheekundige zorg. De kliniek werkt onder andere nauw samen met andere oogziekenhuizen (onder andere Amphia Ziekenhuis in Breda), maar ook met optiekwinkels in de regio Rotterdam.

Met dit onderzoek wil de Focuskliniek weten of de patiënten angstig zijn en op welke momenten. De Focuskliniek kan bepalen met de resultaten of zij meer aandacht willen of moeten besteden aan het onderwerp angst bij patiënten. Met het bereiken van de doelstelling weet de Focuskliniek wanneer angst het meeste voorkomt en welke groepen patiënten (onderverdeeld in geslacht of behandeling) het angstig zijn. Ook levert dit onderzoek op of er een samenhang is tussen de mate van tevredenheid en angst. Voor de Focuskliniek is het mogelijk verhogen van de tevredenheid van de patiënten door het reduceren van angstgevoelens vooral van belang. De Focuskliniek kan de uitslag van dit onderzoek gebruiken om het welbevinden van de patiënten te vergroten en zo het herstel na de operatie te bevorderen.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt er vanuit theoretisch oogpunt ingegaan op de bestaande literatuur met betrekking tot de begrippen genoemd in het eerste hoofdstuk en de opbouw van het onderzoek.

2.1 Theoretisch kader

Freud definieerde angst als een specifiek onaangenaam emotionele conditie dat gepaard gaat met gevoelens van vrees, spanning, zorgen en fysiologische spanning (Hilsenroth, Segal, & Hersen, 2004). Daarom is voor veel gezondheidsspecialisten en patiënten angst voor operaties een reden tot bezorgdheid (Pritchard, 2009).

Angst is niet geheel uit te sluiten. Daarom is het in het geval van de gezondheidszorg belangrijk om de negatieve impact van angst te minimaliseren om het welbevinden van de patiënten te vergroten (Rosiek et al., 2016). Angst kan ook de perceptie van pijn verergeren en de behoefte aan postoperatieve pijnstilling vergroten (Badner, Nielson, Munk, Kwiatkowska, & Gelb, 1990; Yun Hui, Abrishami, Peng, Wong, & Chung, 2009). Daarnaast is uit onderzoek naar kalmte voor een operatie gebleken dat vrouwen significant meer angstig zijn dan mannen (Rosen, Svensson, & Nilsson, 2008). Van alle vrouwen is 5% in algemene situaties angstig, bij de mannen is dit 2 % (Barlow, 2002). Sekseverschillen in het ervaren angstniveau zouden kunnen worden verklaard doordat vrouwen een hogere symptoomperceptie hebben dan mannen (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1997). Daarnaast zou een verklaring kunnen zijn dat mannen minder snel melding maken op het moment dat zij symptomen van angst ervaren (Bekker & van Mens-Verhulst, 2007).

Het onderzoek van Grieve (2002) toont een aantal oorzaken van preoperatieve angst. De verwachting van pijn en discomfort en een veranderd lichaamsbeeld kan tot angst lijden. Ook onzekerheid over het postoperatieve herstel, ongewenste diagnostische resultaten en mogelijk verlies van zelfstandigheid kunnen angstgevoelens oproepen. Daarnaast wordt er in zijn onderzoek zorgen om familie en werk en het gevoel hebben dat de gebeurtenissen buiten je eigen controle liggen (Grieve, 2002).

Voor een medische ingreep is het belangrijk voor de patiënt dat hij weet waar hij aan toe is, wat er gaat gebeuren, hoelang het gaat duren en wat de mogelijke gevolgen zijn. Ook is het belangrijk voor de behandelaar om voor de behandeling de lichamelijke toestand van de patiënt te beoordelen. Tijdens een kort moment voor de behandeling kunnen de behandelaar of assistent de patiënt en partner of familieleden vertellen over de zorg die thuis na de behandeling nodig is en hoe het herstel mogelijk gaat verlopen. Dit moment kan er voor zorgen dat de patiënt minder angst ervaart en dat er een soort band tussen de behandelaar en patiënt ontstaat (Mitchell, 2005). Alleen al als de behandelaar aandacht aan de patiënt besteedt, kan de angst van een patiënt verminderen (Kiyohara et al., 2004). Een voorbeeld van aandacht is informatie geven door de behandelaar over de procedure rondom de operatie zodat de patiënt weet wat er gaat gebeuren. Tevens laat onderzoek van Chuang et al. (2016) naar de reacties van patiënten op verschillende types informatie voor een operatie zien dat patiënten die specifieke informatie kregen over de operatie minder complicaties kregen. Ook waren deze patiënten eerder hersteld van de operatie dan patiënten die algemene en neutrale informatie kregen voor de operatie (Chuang et al., 2016). Uit een ander onderzoek is gebleken dat naarmate een patiënt meer weet over de operatie die hij zal ondergaan, hoe minder situationele angst hij zal ervaren (Kiyohara et al., 2004).

Gebrek aan adequate patiënteninformatie bij de behandelaars is in verband gebracht met toegenomen angst en minder tevredenheid (McMurray, Johnson, Wallis, Patterson, & Griffiths, 2007). Ook blijkt uit onderzoek dat informatie over de procedure van de operatie gunstig is voor

patiënten die een 'goede' coping stijl (actief aanpakken van een probleem) hebben en ongunstig is voor patiënten die een afwijkende of vermijdende coping stijl hebben (Prokop & Bradley, 1981). Patiënten gaan verschillend om met informatie.

Echter wordt het geven van belangrijke informatie voor een operatie aan een patiënt vaak belemmerd door gebrek aan tijd, ruimtelijke en persoonlijke barrières van de behandelaar. Ook zijn de behandelaars hier (vaak) niet voor opgeleid of begeleid (Breemhaar, Van den Borne, & Mullen, 1996). Er zijn vaak grenzen aan de beschikbare tijd vanwege het grote aantal ambulante patiënten die behandeld worden op een kliniek per dag (Palermo & Drotar, 1999).

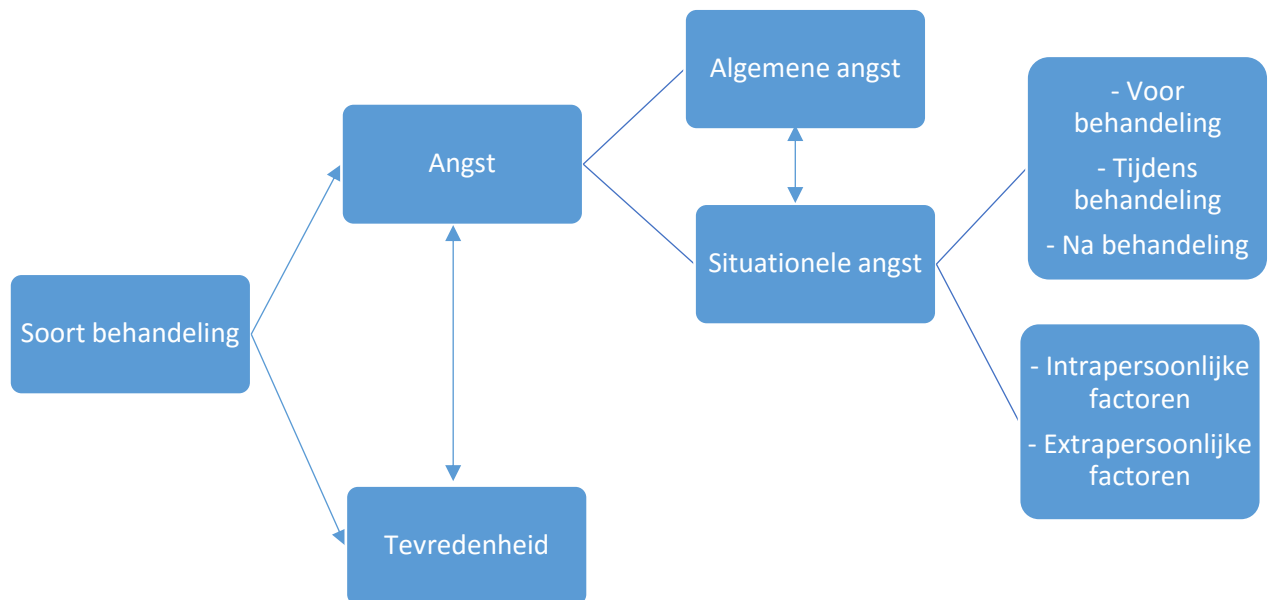
Daarnaast heeft de wereldwijde economische aandrijving voor een betere medische organisatie van de afdeling chirurgie en een minimaal verblijf in een kliniek, ervoor gezorgd dat een groot deel van de tijd die de verpleging krijgt gericht is op efficiency (Smith, Cooke, Jackson, & Fitzpatrick, 2006). Onderzoekers suggereren dat patiënten zeer angstig zijn voor hun operatie (dagbehandeling) en dat de patiënten een grotere mate van informatie nodig hebben om goed om te kunnen gaan met het korte verblijf in het ziekenhuis (Jlala, French, Foxall, Hardman, & Bedforth, 2010).

Patiënttevredenheid over de kwaliteit van zorg is een overheersend concept met betrekking tot het uitvoeren van verbeteringen in de zorg (Raftopoulos, 2003). De kwaliteit van gezondheidszorg bestaat uit twee aspecten: technische kwaliteit (chirurgie etc.) en kwaliteit van zorg (contact met arts etc.). Patiënten kunnen vaak alleen maar over de kwaliteit van de zorg oordelen (Gupta, Gautam, & Srivastava, 2012). Mensen die in het algemeen angstig zijn, zijn minder tevreden (Candido, Andreatini, Zielak, de Souza, & Losso, 2015). Een preoperatief angstige patiënt wordt geassocieerd met een lagere tevredenheid (González-Lemonnier, Bovaira-Forner, Peñarrocha-Diogo, & Peñarrocha-Oltra, 2010). Patiënten die niet preoperatief angstig zijn scoren hoger op tevredenheid dan patiënten die wel preoperatief angstig zijn (Fraczyk & Godfrey, 2010). Daarnaast is 75% van de patiënten tevreden na de operatie bij een dagbehandeling (Lemos et al., 2009).

Over angst bij patiënten is in de literatuur veel terug te vinden. Meer specifiek onderzoek naar angst bij oogpatiënten is ten behoeve van het theoretisch kader in dit onderzoek niet gevonden. Om aan de behoefte van de Focuskliniek te voldoen, is dit onderzoek naar de angstbeleving bij de patiënten opgestart.

2.2 Conceptueel model

Aan de hand van de hoofd- en deelvragen en de gebruikte literatuur is een conceptueel model opgezet. In het conceptueel model is af te lezen hoe de variabelen onderling samenhangen.



Figuur 1: Conceptueel model

2.3 Hypothesen

Er zijn aan de hand van de theorie een aantal hypothesen opgesteld. Deze hypothesen zijn per deelvraag opgesteld.

Naar verwachting zal er een positieve samenhang tussen het algemene angstniveau en het situationele angstniveau gevonden worden. Volgens Spielberger (1972) scoren patiënten met een hoge score op algemene angst ook hoog op situationele angst.

Daarnaast is de verwachting dat er een significant verschil optreedt tussen intrapersoonlijke en extrapersonlijke factoren, waarbij er hoger gescoord zal worden op de intrapersoonlijke factoren. Volgens Benioudakis et al. (2015) scoren patiënten hoger op intrapersoonlijke factoren van angst dan op de extrapersonlijke factoren.

De voorspelling is dat het angstniveau voor en tijdens de behandeling hoger is dan na de behandeling. Volgens Jawaaid et al. (2007) is de angst voor en tijdens de operatie significant hoger dan na de operatie.

De verwachting is dat er geen verschil is tussen de verschillende patiëntengroepen en de mate van angst. Diverse onderzoeken hebben laten zien dat er tussen de groepen oogpatiënten geen verschil is in de ervaren angst (Marasini et al., 2013; McCloud et al., 2014).

Er wordt verwacht dat er een positieve samenhang is tussen het angstniveau en tevredenheid. Hoe lager de score op het construct angstniveau, hoe hoger de score op tevredenheid. Een angstige patiënt is minder tevreden dan een niet-angstige patiënt (González-Lemonnier et al., 2010).

De verwachting is dat vrouwen hoger zullen scoren op de verschillende angstniveaus dan mannen. Volgens Fagerstrom (1993) zijn vrouwen angstiger voor een operatie dan mannen. Ook in het algemeen zijn vrouwen angstiger dan mannen (López et al., 2016). Van alle vrouwen is 5% in algemene situaties angstig, bij de mannen is dit 2 % (Barlow, 2002).

Door middel van de vragenlijst die de patiënten van de Focuskliniek invullen worden met de resultaten de deelvragen beantwoord en de hypothesen getoetst.

Dit onderzoek is gebaseerd op de literatuur en het op grond daarvan opgestelde conceptueel model. Het model is verder nader gespecificeerd en uitgewerkt op grond van de onderzoekswens van de Focuskliniek. Zij ervaren immers de angst bij patiënten en zijn op zoek naar mogelijkheden om de angst verder te reduceren. In het volgende hoofdstuk is dit gedetailleerd uitgewerkt.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk is de onderzoeksmethode beschreven. Daarnaast zijn de doelgroep en de instrumenten beschreven. Ook de procedure van het onderzoek is in dit hoofdstuk uitgelegd. Als laatste is de analyse beschreven.

3.1 Onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een surveyonderzoek. Dit is een kwantitatieve onderzoeksmethode en dit is de meest gebruikte methode om de mening te onderzoeken bij groepen mensen (Verhoeven, 2011). Ook is deze methode gekozen omdat het een gestructureerde dataverzamelmethode is. De gegevens kunnen, mede doordat er gebruikt gemaakt is van vijf antwoordmogelijkheden, goed geanalyseerd worden.

Er is gekozen om de enquêtes persoonlijk uit te delen na de behandeling, omdat uit onderzoek is gebleken dat mensen dan eerder bereid zijn om mee te doen dan als zij een enquête via het internet krijgen. Op deze wijze worden ook de mensen die niet over internet beschikken, bereikt (Verhoeven, 2011).

3.2 Onderzoeksdoelgroep

Het onderzoek is afgenomen bij een heterogene groep. De doelgroep is een afspiegeling van het patiëntenbestand van de Focuskliniek. De onderzoeksdoelgroep bestaat uit zowel mannen als vrouwen, in de leeftijdscategorie 16 tot 69 jaar. De verwachte omvang van de steekproef is 80 personen.

Er zijn een aantal exclusiecriteria. Hierbij gaat het om mensen die niet kunnen lezen of schrijven, mensen die de Nederlandse taal niet beheersen en mensen die een dementerende aandoening hebben. Deze mensen worden uitgesloten van het onderzoek omdat ze het onderzoek mogelijk kunnen beïnvloeden (doordat ze bijvoorbeeld de enquête niet begrijpen) en een verkeerd beeld kunnen geven van het angstniveau bij oogpatiënten. De behandelaars van de Focuskliniek zullen hierop letten en selecteren tijdens de behandeling.

Een inclusie criterium is dat de patiënten een oogbehandeling zoals lensimplantatie of ooglasering ondergaan. Een ander criterium is dat de patiënten een leeftijd hebben tussen de 16 en 75 jaar. Voor deze leeftijdscategorie is gekozen, omdat dit de doelgroep is voor de Focuskliniek. Door de onderzoeksdoelgroep goed af te bakenen is het mogelijk om het onderzoek te herhalen.

3.3 Onderzoeksinstrument

Het onderzoeksinstrument dat tijdens dit onderzoek gebruikt is, is een enquête. Er zullen een aantal constructen gemeten worden. Deze constructen zijn: tevredenheid, algemene angst en situationele angst. De items over tevredenheid zijn opgesteld tijdens een eerder onderzoek bij de Focuskliniek.

Een deel van deze enquête is voor dit onderzoek ontwikkeld, namelijk het deel over het construct situationele angst. Er is bewust gekozen voor het zelf samenstellen van het construct situationele angst. Eerst was er de gedachte om voor dit construct de bestaande vragenlijst Spielberg State and Trait Inventory (STAI) te gebruiken. Uiteindelijk is besloten om de STAI toch niet te gebruiken omdat de vragen niet specifiek ingaan op waar de patiënt nu echt angstig voor is. De zelfgemaakte vragen geven een eenduidiger beeld van de angst en de Focuskliniek kan, mocht het nodig zijn, gerichter maatregelen nemen. Deze vragen zijn onder andere opgesteld aan de hand van de constructen uit de theorie en uit ervaringen vanuit de praktijk.

Het construct algemene angst is gebaseerd op de vragenlijst Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). De HADS is een zelfrapportagelijst die de mate van angst en depressie bij patiënten meet (Miller-Matero, Tobin, Clark, Eshelman, & Genaw, 2016). Voor dit onderzoek zijn alleen de 7 vragen over angst gebruikt. De vragen uit de HADS meten de algemene angst. Om patiënten te filteren op de mate van angst is de HADS een goede methode. Doordat de vragenlijst maar kort is, kost het minder tijd om erachter te komen of een patiënt angstig is (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002). Om een angstdiagnose te kunnen stellen is een vervolgonderzoek met een uitgebreidere vragenlijst nodig (bijv. SCL-90) (Prinz et al., 2013). Er is veel onderzoek gedaan naar de HADS. Hoewel de HADS veel gebruikt wordt, is er een discussie over de validiteit gaande (Cosco, Doyle, Ward, & McGee, 2012). Uit een onderzoek bij gezonde proefpersonen (personen zonder psychisch verleden) is gebleken dat de HADS voldoende valide en betrouwbaar is. Deze vragen lijst kan dus goed gebruikt worden om angst te onderzoeken (Caci et al., 2003). De COTAN-beoordeling stelt dat de betrouwbaarheid van de HADS goed is. De begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit worden op een onvoldoende geschaald. (Bjelland et al., 2002; Spinhoven et al., 1997).

Volgens Verhoeven (2011) is het belangrijk om een aantal punten te volgen bij het opstellen van een vragenlijst. Zo is het belangrijk om zo min mogelijk open vragen op te stellen. De enquête bij dit onderzoek bestaat uit een beperkt aantal open vragen. Deze open vragen gaan over demografische gegevens en zijn vragen die gemakkelijk te categoriseren zijn. Een voorbeeld van een open vraag is: "Wat is voor u de reden om uw ogen te laten behandelen?". De open vragen zijn niet meegenomen in de constructen: algemene angst, situationele angst en tevredenheid.

Ook is het van belang dat de vragen over hetzelfde onderwerp bij elkaar staan. Daarnaast is het belangrijk dat de structuur van de vragen bij alle respondenten gelijk is. Als laatste is het van belang dat de formulering van de vragen en de antwoordmogelijkheden overal gelijk is (Verhoeven, 2011). De structuur van de enquête is als volgt. Als eerste zijn er vragen opgesteld om de demografische gegevens (geboortjaar, geslacht, behandeling, welk oog en de datum van de behandeling) te achterhalen. Daarna zijn een aantal open vragen opgesteld over hoe de patiënt bij de Focuskliniek is gekomen (bijvoorbeeld: "Wat was voor u de reden om uw ogen te laten behandelen?" of "Waarom heeft u voor de Focuskliniek gekozen?"). Vervolgens zijn de vragen over de constructen (tevredenheid, algemene angst en situationele angst) opgesteld.

Bij het maken van een vragenlijst of enquête is het belangrijk om de betrouwbaarheid te waarborgen. Om dit te kunnen doen is het belangrijk dat het onderzoek herhaalbaar is. Ook is het van belang om een goede steekproef te hebben, zodat de doelgroep representatief is voor de populatie (Verhoeven, 2011). Doordat bij dit onderzoek veelal gebruik gemaakt is van gesloten vragen zal de betrouwbaarheid gewaarborgd worden. De gesloten vragen over tevredenheid, algemene angst en situationele angst hebben 5 antwoordmogelijkheden, namelijk helemaal niet mee eens, niet mee eens, neutraal, mee eens en zeer mee eens. Dit is de Likertschaal en deze schaal wordt vaak gebruikt bij zelfrapportagelijsten. Door een antwoordschaal wordt het onderzoek meetbaar en betrouwbaar. Ook zorgt de schaal voor standaardisering van de vragenlijst. Er is gebruik gemaakt van stellingen.

Door veel gebruik te maken van stellingen kunnen alle antwoorden meegenomen worden en is de data eenvoudig te verwerken. De antwoorden op het beperkte aantal open vragen worden in categorieën onderverdeeld. Een voorbeeldvraag hiervan is de reden waarom de patiënten voor de Focuskliniek hebben gekozen.

Per construct is er afgesproken om minimaal 3 items op te stellen. Dit omdat er tijdens de analyse gekeken kan worden of de items ook echt het construct meten. Volgens Verhoeven (2011) zijn er minstens 3 items per construct nodig om de interne consistentie goed te kunnen meten.

De validiteit van het onderzoek zal naar verwachting goed zijn. Ook blijft de vragenlijst tijdens het onderzoek gelijk zodat iedere patiënt dezelfde structuur en dezelfde vragen beantwoordt. Daarnaast is de vragenlijst anoniem ingevuld.

Er zijn 28 items opgesteld in de enquête. De stellingen zijn onderverdeeld in 3 aspecten: tevredenheid (9 stellingen), algemene angst (7 stellingen) en algemene angst (12 stellingen). De afgenomen enquête is opgenomen in bijlage 2.

3.4 Procedure

De vragenlijsten zijn afgenomen van 4 april tot 12 mei 2016. De behandelaars hebben de patiënten geselecteerd, rekening houdende met de inclusie- en exclusiecriteria. De patiënten krijgen na de behandeling een tas mee met informatie over de behandeling en de gevolgen van de behandeling. Ook zit er eventuele medicatie en informatie over de medicatie in. De enquête is hierbij toegevoegd. Bij het uitgeven van de tas zal de behandelaar uitleg geven over de inhoud en de enquête toelichten. Er is bewust gekozen om de enquête door de behandelaar uit te laten leggen omdat de verwachting is dat dan een groter aantal respondenten de enquête zal invullen (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2004). De behandelaars hebben de vragenlijsten uitgereikt aan de patiënt en benadrukt dat de antwoorden van de vragenlijst anoniem worden behandeld. Ook heeft de behandelaar aan de patiënt gevraagd of hij de enquête zo volledig mogelijk wil invullen. De patiënt heeft de lijst bij zijn behandelaar ingeleverd.

Er is gevraagd of de patiënten de enquête in de week na de behandeling in willen vullen en de ingevulde enquête in willen leveren bij de controleafspraak (meestal één week na de behandeling). Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten. Naar verwachting zullen er genoeg respondenten de enquête invullen. Mocht het geval zijn dat er een groot aantal respondenten aangeeft de enquête niet te willen invullen of vergeet in te vullen, zal de Focuskliniek de patiënt 5 tot 10 minuten de tijd geven tijdens de controleafspraak (behandeltijd). De Focuskliniek geeft de patiënten dan de keuze om de vragenlijst in te vullen. Zo kunnen de patiënten de vragenlijst niet vergeten en kunnen ze de lijst ook niet kwijtraken.

Na het bereiken van het aantal van 59 respondenten, zijn de antwoorden ingevoerd in SPSS. De enquêtes zijn genummerd zodat de data op een later moment gecontroleerd kan worden. Aan de hand van de ingevoerde gegevens konden analyses gedaan worden. Met deze analyses zijn de hoofd- en deelvragen beantwoord en de hypothesen getoetst.

3.5 Analyses

De statistische berekeningen zijn met behulp van het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) uitgevoerd.

Als eerste is gecontroleerd of er bij vragen hercodering noodzakelijk is en zo nodig is die hercodering doorgevoerd. Door middel van de Cronbach's alpha is beoordeeld of de vragenlijst homogeen (betrouwbaarheid van de vragenlijst) is. Ook is hiermee gecontroleerd of er geen vragen zijn overgeslagen met het hercoderen.

Om antwoord te kunnen geven op de deelvragen is er gebruik gemaakt van frequentietabellen. Hierbij is er gebruik gemaakt van verschillende toetsen. Om de samenhang tussen situationele angst en algemene angst te kunnen meten is de Pearson gebruikt. Deze toets is ook gebruikt om de samenhang tussen tevredenheid en het angstniveau te meten. Om te controleren of er een significant verschil bestaat in het angstniveau tussen intrapersonlijke en extrapersonlijke factoren van situationele angst is van een gekoppelde t-test gebruik gemaakt. Met de variabelen die horen bij de derde deelvraag is er met repeated measures variantieanalyse gekeken naar een verschil tussen het angstniveau voor, tijdens en na de behandeling. De verschillen tussen de twee patiëntengroepen is beoordeeld door gebruik te maken van de niet-gekoppelde t-test gebruikt. Deze test is ook toegepast om te kunnen beoordelen of er een verschil bestaat in het angstniveau tussen mannen en vrouwen.

Hoofdstuk 4 Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoekresultaten besproken. De resultaten worden per deelvraag weergegeven.

4.1 Uitvoering en respons onderzoek

Om tot de resultaten te komen van dit onderzoek is er een vragenlijst uitgedeeld onder de oogpatiënten. De vragenlijst kregen de patiënten mee direct na de behandeling. Tijdens de controleafspraak hebben de patiënten de ingevulde vragenlijst weer ingeleverd. Er is niet duidelijk hoeveel nonresponses er zijn. Door de behandelaars van de Focuskliniek is niet bijgehouden welke en hoeveel patiënten een vragenlijst hebben meegekregen. Ook is het niet duidelijk hoeveel patiënten geweigerd hebben om de vragenlijst in te vullen. Er zijn een aantal vragenlijsten niet volledig ingevuld. Een aantal patiënten ($N=3$) hebben item 12 ("ik ben tevreden over het eindresultaat") van tevredenheid niet ingevuld. Ze geven aan dat ze nog niet weten of ze tevreden zijn over het resultaat. Er is voor gekozen een gemiddelde score te berekenen en daarmee de analyses uit te voeren. De vragen op algemene angst en situationele angst zijn wel allemaal ingevuld.

Eerst zijn de algemene gegevens van de steekproef ($N=59$) beschreven. De uiteindelijke steekproef bestaat uit 59 respondenten waarvan 29 vrouwen en 30 mannen. De verdeling van het aantal mannen en vrouwen per behandeling is in tabel 1 weergegeven.

Tabel 1:

Verdeling geslacht per behandeling

<i>Behandeling</i>	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>	<i>Totaal</i>
Ooglaseren	17	15	32
Lensimplantatie	13	14	27
Totaal	30	29	59

De verdeling van de patiënten per leeftijdscategorie is in de tabel hieronder weergegeven. In de tabel is ook af te lezen hoe de verdeling per leeftijdscategorie is per behandeling.

Tabel 2:

Verdeling patiënten per leeftijdscategorie

<i>Leeftijdscategorie</i>	<i>Laserbehandeling</i>	<i>Lensimplantatie</i>	<i>Totaal</i>
15-25	3	4	7
26-35	8	8	16
36-45	14	5	19
46-55	5	3	8
56-65	2	4	6
66-75	0	3	3
Totaal	32	27	59

De gemiddelde leeftijd is 40,5 jaar ($SD = 13,5$). De minimumleeftijd bedroeg 21 jaar en de maximumleeftijd bedroeg 69 jaar. De meeste patiënten bevinden zich in de leeftijdscategorie 36-45 jaar.

4.2 Homogeniteit van de vragenlijst

Bij complexe, abstracte schalen is 0,60 de gewenste minimale alpha. Gezien het feit dat bij het construct algemene angst een alpha van 0,81 is uitgekomen kan worden gesteld dat het construct betrouwbaar is. Bij de schaal situationele angst is item 3 ("ik was bang voor het druppelen van de ogen") verwijderd. De alpha op deze schaal met item 3 is -0,01 en zonder item 3 is de alpha 0,77. Er is eerst gecontroleerd of de vraag niet vergeten was tijdens het hercoderen, maar dit was niet het geval. De behoorlijke stijging van de alpha insinueert dat item 3 niet goed bij de rest van de items past en dus beter niet in deze schaal kan worden opgenomen. De meest waarschijnlijke verklaring dat item 3 niet goed bij de rest van de items past, is dat er per patiënt (die een lensimplantatie-behandeling ondergaat) wordt beoordeeld of er via oogdruppels of via een injectie verdoofd wordt. De waarschijnlijke oorzaak is dat patiënten op item 3 "helemaal niet mee eens" hebben ingevuld terwijl ze geen oogdruppels gehad hebben. Dit zou een vertekend beeld kunnen opleveren. Om die reden is item 3 verwijderd.

Ook op de items van tevredenheid is een alpha van 0,79 behaald, zodat geconcludeerd kan worden dat op alle constructen een alpha hoger dan 0,60 (de laagste alpha heeft een waarde van 0,77) is behaald. Er is dus sprake van een hoge, interne consistentie van alle constructen. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat alle items van tevredenheid samen inderdaad tevredenheid meten en dat die items onderling een grote samenhang vertonen.

4.3 Resultaten van de deelvragen

Er blijkt een relatief sterk positieve samenhang ($r = 0,47$; $p < 0,001$; $N = 59$) te zijn tussen de algemene angst en de situationele angst. Dit betekent dat wanneer een patiënt hoog scoort op algemene angst, de patiënt ook hoog scoort op situationele angst.

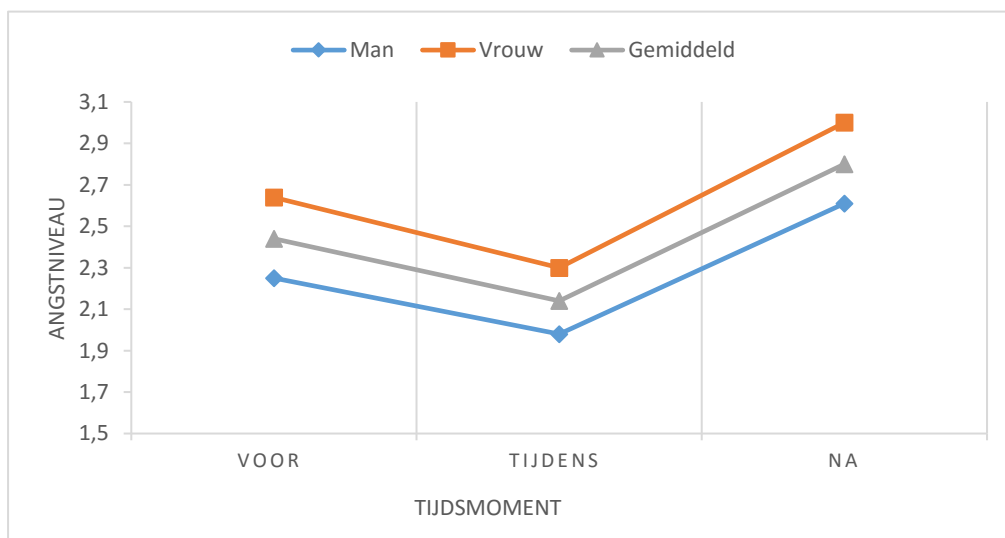
Daarnaast is er onderzocht of er een significant verschil is in het angstniveau tussen intrapersoonlijke en extrapersoonlijke factoren. Gemiddeld genomen is er hoger gescoord op de items van intrapersoonlijke factoren ($M = 2,68$; $SD = 0,78$) dan op extrapersoonlijke factoren ($M = 2,24$; $SD = 0,68$). Dit verschil is significant ($t = 4,87$; $df = 58$; $p < 0,001$). Dit betekent dat patiënten hoger scoren op het angstniveau van de intrapersoonlijke factoren, dan op de extrapersoonlijke factoren.

De deelvraag over een verschil tussen het angstniveau voor, tijdens en na de behandeling is beantwoord door middel van een repeated measures variantieanalyse. De resultaten laten zien dat er een significant verschil is tussen de varianties van de verschillen tussen de niveaus (Mauchly's $W = 0,85$; $df = 2$; $p = 0,009$). Dit betekent dat de variantie van de verschillen niet normaal verdeeld zijn. Doordat een significante waarde bij Mauchly's W is gevonden, zijn ook de resultaten van de Greenhouse-Geisser beoordeeld. Daaruit blijkt dat de verschillen tussen de drie tijdstipmomenten niet aan elkaar gelijk zijn ($F = 17,70$; $df_1 = 1,74$; $df_2 = 110,69$; $p < 0,001$; $partial \eta^2 = 0,23$). Uit deze toets blijkt dat er zowel significante verschillen tussen de angstbeleving voor en tijdens ($p = 0,004$), voor en na ($p = 0,006$) en tijdens en na ($p = 0,004$) zijn. Dit betekent dat de patiënt niet dezelfde hoeveelheid angst ervaart op de verschillende tijdstipmomenten. Op de angstscore voor de behandeling ($M = 2,44$; $SD = 0,76$) is hoger gescoord dan op de angstscore tijdens de behandeling ($M = 2,14$; $SD = 0,74$). De score voor de behandeling is lager dan de angstscore na de behandeling ($M = 2,80$; $SD = 0,92$). Ook is de score tijdens de behandeling lager dan de angstscore na de behandeling. In figuur 2 is een grafische weergave van de scores op de verschillende tijdstipmomenten van angst afgebeeld.

Verder is er onderzocht of er een significant verschil is in angstniveau tussen de verschillende patiëntengroepen. Dit verschil is niet significant ($t = -1,40$; $df = 47,59$; $p = 0,17$). Dit betekent dat beide patiëntengroepen gelijk scoren op de beide angstniveaus.

Daarnaast is er een samenhang ($r = -0,29$; $p = 0,02$; $N = 59$) gevonden tussen algemene angst en tevredenheid. Ook blijkt er een samenhang ($r = -0,36$; $p = 0,005$; $N = 59$) te zijn tussen situationele angst en tevredenheid. Dit betekent dat een angstige patiënt minder tevreden is dan een niet-angstige patiënt.

De laatste deelvraag gaat over een verschil tussen het angstniveau en het geslacht. Er is geen significant verschil ($t = -0,92$; $df = 57$; $p = 0,36$) tussen mannen en vrouwen op het construct algemene angst. Gemiddeld genomen scoren mannen ($M = 2,28$; $SD = 0,66$) lager dan vrouwen ($M = 2,65$; $SD = 0,59$) op de gemiddelde score van situationele angst. Dit verschil is significant ($t = -2,24$; $df = 57$; $p = 0,03$). Dit betekent dat mannen en vrouwen gemiddeld genomen hetzelfde scoren op algemene angst en dat vrouwen hoger scoren op situationele angst dan mannen. Er is ook gekeken naar een verschil tussen mannen en vrouwen op de verschillende tijdstipmomenten van situationele angst. Mannen ($M = 2,25$; $SD = 0,75$) scoren gemiddeld lager dan vrouwen ($M = 2,63$; $SD = 0,73$) op de angst voor de behandeling. Dit is een significant verschil ($t = -2,01$; $df = 57$; $p = 0,049$). Daarnaast is er gekeken naar een verschil tussen mannen en vrouwen op de angst tijdens de behandeling. Dit verschil is niet significant ($t = -1,72$; $df = 57$; $p = 0,09$). Ook is er geen significant verschil ($t = -1,66$; $df = 57$; $p = 0,10$) tussen mannen en vrouwen na de behandeling. In Figuur 2 zijn de verschillen weergegeven.



Figuur 2. Gemiddelde angstniveau voor, tijdens en na de behandeling

Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de doelstelling en vraagstelling van het onderzoek kort beschreven. De deelvragen worden, gebaseerd op de resultaten van hoofdstuk 4, beantwoord en ten behoeve van de leesbaarheid in dezelfde alinea per deelvraag bediscussieerd. Tevens volgt er een beschrijving van de conclusie. Verder worden de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek beschreven. Tot slot volgen de aanbevelingen aan de opdrachtgever en aanbevelingen voor een toekomstig onderzoek.

5.1 Conclusie en discussie

Dit onderzoek heeft als doelstelling het in kaart brengen of de patiënten angstig zijn en op welke momenten zij angstig zijn. Hierbij is onderzocht wat de mate van situationele angst van patiënten is voor, tijdens en na de behandeling. De patiënten hebben een enquête ingevuld met stellingen over algemene angst, situationele angst en tevredenheid. Met de resultaten van de vragenlijsten is er gekeken naar samenhang en verschillen tussen de verschillende aspecten om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

Er kan uit de resultaten afgeleid worden dat de meeste respondenten te situeren zijn tussen de leeftijd van 36 en 45 jaar. De gemiddelde leeftijd is 41 jaar. Wat ook blijkt uit de resultaten is het gegeven dat de verdeling van de respondenten nagenoeg gelijk verdeeld is tussen mannen en vrouwen. Ook de verdeling tussen de twee patiëntengroepen (laserbehandeling en lensimplantatie) is bijna gelijk.

Uit het onderzoek komen enkele significante resultaten naar voren. Het eerste resultaat dat naar voren komt zijn de significante verschillen tussen de verschillende tijdstipmomenten van situationele angst. De verwachting was dat de score op het angstniveau voor en tijdens de behandeling hoog zou zijn en de score op het angstniveau na de behandeling relatief laag. Er kan uit de resultaten afgeleid worden dat de score op het angstniveau na de behandeling significant hoger is dan de scores op het angstniveau voor en tijdens de behandeling. De gemiddelde score op het angstniveau na de behandeling is opvallend te noemen. Dit resultaat komt niet overeen met de literatuur. Jawaid et al. (2007) concludeerde in zijn onderzoek dat de angst voor en tijdens de operatie hoog was en de angst na de operatie lager was. Ook Jlala et al. (2010) suggereerde dat de angst voor de operatie hoger uitvalt dan na de operatie. De uitkomst van dit onderzoek komt niet overeen met de verwachting vooraf. Het verschil van de resultaten van dit onderzoek met de literatuur en de verwachting zou mogelijk veroorzaakt kunnen worden doordat de patiënten de vragenlijsten pas een week na de behandeling invullen. De vraag is of de patiënten nog precies weten hoe ze zich voor of tijdens de behandeling voelden. Een andere mogelijkheid is dat de patiënten daadwerkelijk angstiger zijn doordat ze verwacht hadden dat ze hun zicht sneller terug zouden krijgen of minder pijn zouden hebben. Gebrek aan informatie over de gevolgen en symptomen van de behandeling kan hiervan een oorzaak zijn. Een herhalingsonderzoek zou kunnen uitwijzen of patiënten daadwerkelijk hoger scoren op angst door op drie momenten een enquête uit te delen. In dit herhalingsonderzoek zou ook dieper op de mogelijke oorzaken van angst na de behandeling in gegaan kunnen worden.

Uit de resultaten komt naar voren dat er een samenhang bestaat tussen algemene en situationele angst. Patiënten die in algemene situaties angstig zijn scoren ook hoog op situationele angst. Dit komt overeen met de doorgenomen literatuur en de vooraf opgestelde hypothese. Spielberger (1972) toonde met zijn onderzoek aan dat mensen met een hoge score op algemene angst ook hoog scoren op de situationele angst. De patiënten in de ambulante zorg scoren hoog op de algemene angst en hoog op de situationele angst (Burns et al., 2014; Pereira et al., 2016; Zhao, Cheng, Harris, &

Vigo, 2015). Dit betekent dat patiënten die over het algemeen angstig in het leven staan, eerder angstig zullen zijn tijdens een ingrijpende gebeurtenis zoals een oogoperatie.

Wat ook blijkt uit de resultaten is het gegeven dat de patiënten hoger scoren op intrapersoonlijke factoren van situationele angst dan op extrapersoonlijke factoren. Dit betekent dat de patiënten relatief angstiger zijn voor bijvoorbeeld de pijn dan voor bijvoorbeeld de operatie zelf. Het onderzoek van Benioudiakis et al. (2015) had ook een verschil tussen de intrapersoonlijke en extrapersoonlijke factoren van situationele angst. Bij hun onderzoek waren de patiënten ook angstiger op de intrapersoonlijke factoren. Dit komt overeen met de verwachting voor het onderzoek. Dit zou kunnen betekenen dat de informatie die voorafgaand aan een operatie gegeven wordt, vooral over extrapersoonlijke factoren gaat (bijvoorbeeld over de operatie zelf of over de narcose) en minder over intrapersoonlijke factoren (bijvoorbeeld over de pijn en complicaties na de operatie).

Tevens tonen de resultaten dat er een samenhang bestaat tussen het angstniveau en de tevredenheid. Dit betekent dat een angstige patiënt ook minder tevreden is dan een niet-angstige patiënt. Dit komt overeen met de gevonden literatuur. Volgens González-Lemonnier et al. (2010) wordt een angstige patiënt geassocieerd met een lagere tevredenheid. Ook komt dit overeen met de vooraf opgestelde hypothese.

Uit het onderzoek blijkt dat mannen en vrouwen bijna hetzelfde scoren op algemene angst. Dit komt niet overeen met wat er in de literatuur beschreven is. López et al. (2016) concluderen uit hun onderzoek dat vrouwen significant hoger scoren op algemene angst. Dit komt ook niet overeen met de verwachting voor deze deelvraag. Mogelijke verklaring kan zijn dat de vragen over algemene angst ook net na de behandeling zijn gesteld en de patiënten op dat moment een minder objectief zelfbeeld hebben. Een gevolg daarvan kan zijn dat de algemene angstbeleving tussen man en vrouw minder groot is. Er is wel een significant verschil in geslacht op de score van situationele angst gevonden. Mannen zijn minder angstig in situaties dan vrouwen. Er is ook gekeken naar de verschillen in geslacht op het angstniveau van voor, tijdens en na. Hieruit blijkt dat vrouwen significant hoger scoren op angst voor de behandeling dan mannen. Dit komt overeen met de bevindingen van Fagerstrom (1993). Volgens Fagerstrom (1993) zijn vrouwen significanter angstiger voor een operatie dan mannen.

De resultaten tonen dat er geen significant verschil bestaat in angstniveau tussen de twee patiëntengroepen. Dit komt overeen met de gevonden literatuur en de vooraf opgestelde hypothese. Volgens de onderzoeken van Marasini et al. (2013) en McCloud et al. (2014) zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de verschillende groepen oogpatiënten. Dit betekent dat ooglaserpatiënten evenveel angst beleven als de lensimplantatiepatiënten.

De onderzoeksvraag: “In welke mate ervaren patiënten angst voor, tijdens of na een oogbehandeling bij oogziekenhuis Focuskliniek in Rotterdam?” kan als volgt worden beantwoord. Patiënten ervaren in dit onderzoek in de periode na de behandeling de meeste angst. Mannen en vrouwen ervaren de angst voor de behandeling in verschillende mate. Vrouwen zijn voor de behandeling angstiger dan mannen.

Samengevat kan er uit onderzoek gesteld worden dat er een verschil is in het angstniveau voor, tijdens en na de behandeling. De angstscore op het angstniveau na de behandeling was in dit onderzoek significant hoger dan het angstniveau voor en tijdens de behandeling. Eveneens bleek er een sterke samenhang te zijn die statistisch significant is tussen de algemene angst en de situationele angst. Daarnaast is een significant verschil gevonden tussen de intrapersoonlijke en extrapersoonlijke factoren van angst. Er is een sterke samenhang gevonden tussen angst en tevredenheid. Tussen de twee patiëntengroepen zijn geen significante verschillen gevonden in de hoogte van de scores op

algemene en situationele angst. Als laatste is er een significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen op de scores van situationele angst. Zo scoren vrouwen significant hoger op de angstscore voor de behandeling dan mannen.

5.2 Beperkingen

De gebruikte gepersonaliseerde aanpak (speciaal opgesteld voor een organisatie) heeft, naast de al genoemde voordelen, ook zijn beperkingen. Een eerste beperking is dat de steekproef slechts uit 59 respondenten bestond. De vraag is of deze steekproef een representatief beeld geeft over de algehele populatie. Het aantal respondenten is wel redelijk gelijk verdeeld in de patiëntengroepen. Een tweede beperking is het feit dat er (gedeeltelijk) gebruik gemaakt is van een eigen gemaakte vragenlijst. De vraag is dan of bij een volgend onderzoek ongeveer dezelfde resultaten eruit zullen komen. Tevens is het maar de vraag of de patiënten de vragenlijst goed hebben kunnen invullen. Ze hebben de vragenlijst immers één week na de behandeling ingevuld. Het kan zijn dat de patiënten zich niet goed meer kunnen herinneren hoe ze zich voor of tijdens de behandeling voelden, omdat er een behoorlijke tijd tussen zit.

Een derde beperking is het feit dat niet iedere patiënt item 3 (“ik was bang voor het druppelen van de ogen”) van het construct situationele angst goed heeft kunnen invullen omdat niet iedere patiënt verdoofd is door toepassing van oogdruppels.

Een laatste aandachtspunt is dat er in de literatuur bedenkingen zijn bij de validiteit van de HADS. Er zijn geen aanwijzingen dat het in dit onderzoek een rol speelt.

5.3 Aanbevelingen

Voor een gelijksoortig onderzoek is het verstandig om per tijdstip een vragenlijst te maken en de patiënt het op de dag zelf te laten invullen. Zo weet de patiënt nog precies hoe hij zich voelde op dat specifieke moment. Bij dit onderzoek is dit nog de vraag of de patiënten nog goed konden herinneren hoe ze zich voor de behandeling voelde.

Om dit te kunnen doen is er wel meer oog nodig voor de organisatie van het geheel om het soepel te laten verlopen. Zo moet er een systeem bedacht worden om de tijdstippen van één patiënt met elkaar te kunnen vergelijken. Ook zal dit wat meer tijd en inspanning kosten. Tevens is het voor een vervolgonderzoek verstandig om een grotere groep patiënten te benaderen. Door de onderzoeksperiode te verlengen kan dit gerealiseerd worden. Met een grotere groep is er kans op een toename van de representativiteit. Daarnaast is het verstandig om aandacht te besteden aan de hoeveelheid vragenlijsten die zijn uitgedeeld en te onderzoeken welk deel niet is teruggekomen (nonresponses).

Hoewel er voordelen zijn aan een gepersonaliseerde vragenlijst (vragenlijst speciaal samengesteld voor een organisatie) is zeker bij een groter onderzoek verstandig om gebruik te maken van een bestaande vragenlijst. Hierbij bestaat dan meer zekerheid dat er van een hogere validiteit en betrouwbaarheid uit gegaan kan worden. Als er geen vragenlijst voor het onderwerp is of de opdrachtgever wilt een gepersonaliseerde vragenlijst, is een proefafname verstandig. Dit kan ook gebeuren bij een andere doelgroep (bijv. geen patiënten van het oogziekenhuis). Met deze proefafname kan er worden gecontroleerd of de homogeniteit van de vragenlijst voldoende is. De respondenten uit deze proefafname kunnen hun mening geven over de inhoud en opzet van de vragenlijst om zo de vragenlijst te optimaliseren.

Vanuit de visie van de Focuskliniek om angst te reduceren en gezien de nu gevonden resultaten zou verder onderzoek naar de wijze waarop angstreductie mogelijk is, voor de hand liggen. Gedacht kan worden aan nadrukkelijker en frequenter informeren van patiënten voor en tijdens de behandeling en gegeven de resultaten ook na de behandeling.

Daarnaast zou een onderzoek kunnen plaatsvinden naar het verder vergroten van een vertrouwde omgeving. De veronderstelling is dat patiënten eerder geneigd zijn om hun angsten onder woorden te brengen in een dergelijke omgeving. Een vertrouwde omgeving kan letterlijk gaan om de indeling van en de verzorging door de kliniek, maar ook om de relatie met de behandelaars. Als de patiënt het gevoel heeft dat de behandelaar de tijd neemt voor een gesprek en oprecht geïnteresseerd is in de gevoelens van de patiënt, zal hij eerder kenbaar maken dat hij angstig is. Een aanbeveling voor de Focuskliniek kan zijn om te observeren hoe de behandelaars met de patiënten omgaan en of hier eventueel verbeteringen in doorgevoerd kunnen worden. Dit zou kunnen door middel van een vragenlijst voor de behandelaars en/of patiënten of een externe observator.

De Focuskliniek kan ook een soort observatielijst opstellen en deze bij iedere patiënt invullen om te kijken of de patiënt zich angstig voelt. Dit helpt de behandelaars om gestructureerd de meest angstige patiënten te selecteren. De vragenlijst zou onder andere kunnen bestaan uit een aantal symptomen van angst (bijvoorbeeld patiënt heeft moeite zich te ontspannen). Een voorbeeld van een observatielijst is de Venham Anxiety and Behavior Rating Scales en bestaat uit 2 items waarmee behandelangst en oncoöperatief gedrag van een kind kunnen worden gemeten (Sorghabi, 2009).

Elke schaal bevat 6 scoremogelijkheden (0 = geen angst of erg coöperatief gedrag; 5 = grote angst of erg oncoöperatief gedrag) (Venham, Gaulin-Kremer, Munster, Bengston-Audia, & Cohan, 1980). Deze lijst is ontwikkeld voor kinderen, maar kan goed gebruikt worden als voorbeeld bij het opstellen van een observatielijst voor volwassenen. Als de Focuskliniek besluit om een observatielijst op te stellen en te gebruiken tijdens de behandelmomenten, is het van belang om dit uitsluitend te gebruiken om verdere stappen te ondernemen. Een volgende stap kan een vragenlijst zijn om te kunnen constateren dat de patiënt daadwerkelijk angst ervaart (Luteijn et al., 2011).

Bovenstaande aanbevelingen kunnen goed door een toegepast psycholoog nader worden beoordeeld en uitgewerkt. Immers deze kan niet alleen de patiënten begeleiden, maar ook de behandelaars. Een toegepast psycholoog kan de behandelaars begeleiden en bewust maken van de angst onder de patiënten. Zo kan de toegepast psycholoog structuur en tips geven hoe een behandelaar de angst kan herkennen of benoembaar kan maken tijdens een gesprek zonder de patiënt angst aan te praten.

In bijlage 3 is een concept projectplan opgenomen waarin is beschreven op welke wijze deze observatie nader vorm gegeven kan worden.

Overwogen kan worden om dit als pilot te gebruiken en gelijktijdig dit onderzoek te herhalen zodat de basis beter en breder tot uiting komt.

Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat de tevredenheid verbetert naarmate de angst lager is. De Focuskliniek wordt aanbevolen meer aandacht te besteden aan angstreductie bijvoorbeeld door het geven van informatie om de tevredenheid te vergroten. Weliswaar blijkt het niet uit dit onderzoek, maar wel uit de beschreven literatuur dat afname van angst en daarmee gepaard gaande toename van tevredenheid het genezingsproces bevordert. Een belangrijke aanbeveling aan de Focuskliniek is dan ook het laten uitvoeren van het boven beschreven vervolgonderzoek en vervolgacties.

Literatuurlijst

- Badner, N. H., Nielson, W. R., Munk, S., Kwiatkowska, C., & Gelb, A. W. (1990). Preoperative anxiety : detection and contributing factors. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 37(4), 444–447.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Barnes, L. L. B., Harp, D., & Jung, W. S. (2002). Reliability Generalization of Scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), 603–618. <http://doi.org/10.1177/0013164402062004005>
- Bekker, M. H. J., & van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety Disorders: Sex Differences in Prevalence, Degree, and Background, But Gender-Neutral Treatment. *Gender Medicine*, 4. [http://doi.org/10.1016/S1550-8579\(07\)80057-X](http://doi.org/10.1016/S1550-8579(07)80057-X)
- Benioudakis, E. S., Kountzaki, S., Batzou, K., Markogiannaki, K., Seliniotaki, T., Darakis, E., ... Nestoros, J. N. (2015). Can Neurofeedback Decrease Anxiety and Fear in Cancer Patients? A Case Study. *Postępy Psychiatrii I Neurologii*, 25(1), 59–65. <http://doi.org/10.1016/j.pin.2015.12.001>
- Bjelland, I., Dahl, A. a, Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*, 52(2), 69–77. [http://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](http://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Breemhaar, B., Van den Borne, H., & Mullen, P. (1996). Inadequacies of surgical patient education. *Patient Education and Counselling*, 28, 31–44.
- Burns, S., Roberts, L. D., Egan, S., & Kane, R. (2014). Evaluating emotion processing and trait anxiety as predictors of non-criminal psychopathy. *Personality and Individual Differences*, 81, 148–154. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.044>
- Caci, H., Bayle, F. J., Mattei, V., Dossios, C., Robert, P., & Boyer, P. (2003). How does the hospital and anxiety and depression scale measure anxiety and depression in healthy subjects? *Psychiatry Research*, 118, 89–99.
- Candido, M. C., Andreatini, R., Zielak, J. C., de Souza, J. F., & Losso, E. M. (2015). Assessment of anxiety in patients who undergo surgical procedures for tooth implants: a prospective study. *Oral and Maxillofacial Surgery*, 19(3), 253–258. <http://doi.org/10.1007/s10006-014-0480-3>
- Chevillon, C., Hellyar, M., Madani, C., Kerr, K., & Chae Kim, S. (2015). Preoperative Eduaction on Postoperative Delirium, Anxiety, and Knowledge in Pulmonary Thromboendarterectomy Patients, 24(2), 172–175.
- Chuang, M., Tung, H., Cliniciu, D. L., Huang, J., Iqbal, U., Chang, C., ... Li, Y. (2016). The effect of an integrated education model on anxiety and uncertainty in patients undergoing cervical disc herniation surgery. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 133, 17–23. <http://doi.org/10.1016/j.cmpb.2016.05.003>
- Cosco, T. D., Doyle, F., Ward, M., & McGee, H. (2012). Latent structure of the Hospital Anxiety And Depression Scale: A 10-year systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 180–184. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.06.008>
- Domar, A. D., Everett, L. L., & Keller, M. G. (1989). Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg*, 69(6), 763–767. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2589657>
- Fagerstrom, R. (1993). Fear of a cataract operation in aged persons. *Psychological Reports*, 72, 1339–1346.

- Fraczyk, L., & Godfrey, H. (2010). Perceived levels of satisfaction with the preoperative assessment service experienced by patients undergoing general anaesthesia in a day surgery setting. *Journal of Clinical Nursing*, 19(20), 2849–2859.
- Gijsbers van Wijk, C. M. T., & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science & Medicine*, 45, 231–246.
- González-Lemonnier, S., Bovaira-Forner, M., Peñarrocha-Diago, M., & Peñarrocha-Oltra, D. (2010). Relationship between preoperative anxiety and postoperative satisfaction in dental implant surgery with intravenous conscious sedation. *Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal*, 15(2), 379–382. <http://doi.org/10.4317/medoral.15.e379>
- Grieve, R. J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 11(10), 670–678.
- Gupta, N. P., Gautam, P., & Srivastava, J. (2012). Determinants of patient satisfaction in public hospitals and their remedialities. *BMC Proceedings*, 6(5), 4. <http://doi.org/10.1186/1753-6561-6-S5-P4>
- Hilsenroth, M. J., Segal, D. L., & Hersen, M. (2004). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia)*, 12(2), 145–148.
- Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedforth, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3), 369–374. <http://doi.org/10.1093/bja/aeq002>
- Johnson, L. H., & Roberts, S. L. (1996). A cognitive model for assessing depression and providing nursing interventions in cardiac intensive care. *Intensive & Critical Care Nursing : The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 12(3), 138–146. [http://doi.org/10.1016/S0964-3397\(96\)80452-6](http://doi.org/10.1016/S0964-3397(96)80452-6)
- Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., Ogawa, N. Y., ... Okubo, S. T. (2004). Surgery Information Reduces Anxiety in the Pre-Operative Period. *Revista Do Hospital Das Clinicas*, 59(2), 51–56.
- Lemos, P., Pinto, A., Morais, G., Pereira, J., Loureiro, R., Teixeira, S., & Nunes, C. S. (2009). Patient satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21(3), 200–205. <http://doi.org/10.1016/j.jclinane.2008.08.016>
- López, R., Poy, R., Segarra, P., Esteller, À., Fonfría, A., Ribes, P., ... Moltó, J. (2016). Gender-specific effects of trait anxiety on the cardiac defense response. *Personality and Individual Differences*, 96, 243–247. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.014>
- Luteijn, F., Barelds, D. P. H., Arrindell, W. A., Deelman, B. G., Kamphuis, J. H., & Vertommen, H. (2011). *Psychologische Diagnostiek in de Gezondheidszorg* (2nd ed.). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Marasini, S., Kaiti, R., Mahato, R. K., Gyawali, R., & Nepal, B. P. (2013). Informed consent in patients undergoing eye surgery: A qualitative study assessing their attitude, knowledge and anxiety level in a community based hospital of Nepal. *Journal of Optometry*, 6(3), 147–153. <http://doi.org/10.1016/j.optom.2013.02.001>
- McCleane, G. J., & Cooper, R. (1990). The nature of pre-operative anxiety. *Anaesthesia*, 45, 153–155.

- McCloud, C., Harrington, A., & King, L. (2014). A qualitative study of regional anaesthesia for vitreo-retinal surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1094–1104.
<http://doi.org/10.1111/jan.12263>
- McMurray, A., Johnson, P., Wallis, M., Patterson, E., & Griffiths, S. (2007). General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal of Clinical Nursing*, (16), 1602–1609.
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01725.x>
- Miller-Matero, L. R., Tobin, E. T., Clark, S., Eshelman, A., & Genaw, J. (2016). Pursuing bariatric surgery in an urban area: Gender and racial disparities and risk for psychiatric symptoms. *Obesity Research and Clinical Practice*, 10(1), 56–62. <http://doi.org/10.1016/j.orcp.2015.03.006>
- Mitchell, M. (2005). *Anxiety management in adult day surgery* (1st ed.). London: Whurr Publishers.
- Nemati, P., Karapetyan, V., & Haghi, S. (2012). The Effect Of Cognitive-Behavioral Counseling On The Level of Anxiety In Woman With Sexual Dysfunction, 4(2), 4–7.
- Palermo, T. M., & Drotar, D. D. (1999). Coping with pediatric ambulatory surgery: Effectiveness of parent-implemented behavioral distraction strategies. *Behavior Therapy*, 30, 657–671.
[http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80031-8](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80031-8)
- Pereira, L., Figueiredo-Braga, M., & Carvalho, I. P. (2016). Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 733–738. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.016>
- Perry, J. N., Hooper, V. D., & Masiongale, J. (2012). Reduction of Preoperative Anxiety in Pediatric Surgery Patients Using Age-Appropriate Teaching Interventions. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 27(2), 69–81. <http://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.01.003>
- Prinz, U., Nutzinger, D. O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C., & Andreas, S. (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry*, 13(1), 104. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-104>
- Pritchard, M. J. (2009). Managing anxiety in the elective surgical patient. *British Journal of Nursing*, 18(7), 416–420.
- Prokop, C. K., & Bradley, L. A. (1981). *Medical Psychology: Contributions to behavioral medicine* (1st ed.). New York: Academic Press.
- Raftopoulos, V. (2003). Annals of General Hospital Psychiatry Does depression correlate with elderly patient satisfaction and perceived quality of hospital care? *Annals of General Hospital Psychiatry*, 1, 90.
- Rosen, S., Svensson, M., & Nilsson, U. (2008). Calm or Not Calm : The Question of Anxiety in the Perianesthesia Patient. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 23(4), 237–246.
<http://doi.org/10.1016/j.jopan.2008.05.002>
- Rosiek, A., Kornatowski, T., Rosiek-Kryszewska, A., Leksowski, A., & Leksowski, K. (2016). Evaluation of Stress Intensity and Anxiety Level in Preoperative Period of Cardiac Patients. *BioMed Research International*, 2016, 1–8.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2004). *Methoden en technieken van onderzoek* (5th ed.). Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Sikaras, C., Maria, A., Voyagis, G., Anagnostopoulou, M., Bratis, D., Tselebis, A., ... Stefanadis, C. (2010). Prevalence of trait and state anxiety prior a surgery. *Annals of General Psychiatry*, 9(1), 162. <http://doi.org/10.1186/1744-859X-9-S1-S162>

- Smith, I., Cooke, T., Jackson, I., & Fitzpatrick, R. (2006). Rising to the challenges of achieving day surgery targets. *Anaesthesia*, (61), 1191–1199. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2006.04875.x>
- Sorghabi, W. (2009). Zeven instrumenten voor het meten van behandelangst. Betrouwbaarheid en convergente validiteit. *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde*, 116(10), 551–7. Retrieved from <http://www.worldcat.org/oclc/473358184>
- Spielberger, C. (1972). *Anxiety: Current trends in research*. London: Academic Press.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P. P., Kempen, G. I., Speckens, A. E. M., & Van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med*, 27(2), 363–70.
- Van Den Elzen, M. E. P., Versnel, S. L., Hovius, S. E. R., Passchier, J., Duivenvoorden, H. J., & Mathijssen, I. M. J. (2012). Adults with congenital or acquired facial disfigurement: Impact of appearance on social functioning. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 40(8), 777–782. <http://doi.org/10.1016/j.jcms.2012.02.010>
- Van der Molen, H. T., Perreijn, S., & Van den Hout, M. A. (2007). *Klinische psychologie* (2nd ed.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Venham, L. L., Gaulin-Kremer, E., Munster, E., Bengston-Audia, D., & Cohan, J. (1980). Interval rating scales for children's dental anxiety and uncooperative behavior. *Pediatric Dentistry*, 2(3), 195–202.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (4th ed.). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Weisman, A., & Hackett, T. P. (1958). Psychosis after Eye Surgery: Establishment of a Specific Doctor-Patient Relation in the Prevention and Treatment of Black-Patch Delirium. *The New England Journal of Medicine*, (258), 1284–1289.
- Yun Hui, V., Abrishami, A., Peng, P. W. H., Wong, J., & Chung, F. (2009). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*, (111), 657–677.
- Zhao, J., Cheng, J., Harris, M., & Vigo, R. (2015). Anxiety and intertemporal decision making: The effect of the behavioral inhibition system and the moderation effects of trait anxiety on both state anxiety and socioeconomic status. *Personality and Individual Differences*, 87, 236–241. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.018>

Bijlage 1 Eigen werkverklaring

Ondergetekende: (Naam student)

Dyonne Zoutewelle

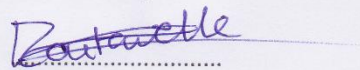
verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding door middel van voetnoten,
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Safe Assign (Blackboard).

Plaats: Amersfoort

Datum: 29-06-2016

Handtekening:



N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.

Bijlage 2 Vragenlijst

Uw ervaring telt!

Wij horen graag hoe u onze kliniek beoordeelt, zodat wij onze zorg kunnen blijven verbeteren en u daarmee nog beter kunnen voorlichten over de beleving van de behandeling. De vragenlijst bestaat uit twee delen: tevredenheid en beleving. De antwoorden van de vragenlijst worden anoniem behandeld. Het invullen van de vragenlijst duurt maximaal 5 minuten. Probeer u de vragenlijst zo goed en volledig mogelijk in te vullen.

Algemene vragen

Geboortjaar:

Geslacht:

Man

Vrouw

Behandeling:

Ooglaseren

Lensimplantatie

Welk oog:

Linker oog

Rechter oog

Beide ogen

Datum behandeling:

Tevredenheid

Graag willen we weten hoe tevreden u bent over onze kliniek. Dit onderwerp bestaat uit twee delen. Eerst volgen er een aantal open vragen en daarna een aantal meerkeuzevragen over tevredenheid.

Open vragen tevredenheid

Raadt u Oogziekenhuis Focuskliniek aan bij familie en vrienden?

Nee

Ja

Omdat:

Wat was voor u de reden om uw ogen te laten behandelen?

Hoe bent u bij Oogziekenhuis Focuskliniek terechtgekomen?

Waarom heeft u voor Oogziekenhuis Focuskliniek gekozen?

Meerkeuzevragen tevredenheid

Hoe tevreden bent u over de volgende onderdelen?

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1 = Zeer ontevreden | 4 = Tevreden |
| 2 = Ontevreden | 5 = Zeer tevreden |
| 3 = Neutraal | |

De ontvangst/gastvrijheid	1	2	3	4	5
De sfeer/inrichting	1	2	3	4	5
De medewerkers	1	2	3	4	5
De oogarts	1	2	3	4	5
De folders/formulieren	1	2	3	4	5
De onderzoeken/controles	1	2	3	4	5
De behandeling	1	2	3	4	5
Het bereikte eindresultaat	1	2	3	4	5
Opmerkingen over het onderwerp tevredenheid:					

Beleving

We willen hierbij de neutrale situatie vergelijken met de situatie rond de behandeling. Let op dit onderwerp bestaat uit 2 delen. We beginnen met de beleving in de neutrale situatie.

Neutrale situatie

Onderstaande onderwerpen gaan over hoe u zich over **het algemeen** voelt (normaal gesproken in een neutrale situatie):

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| 1 = Helemaal niet mee eens | 4 = Mee eens |
| 2 = Niet mee eens | 5 = Zeer mee eens |
| 3 = Neutraal | |

Ik voel me gespannen	1	2	3	4	5
Ik maak me vaak ongerust	1	2	3	4	5
Ik kan rustig zitten en me ontspannen	1	2	3	4	5
Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks kan gebeuren	1	2	3	4	5
Ik krijg een soort benauwd gespannen gevoel in mijn maag	1	2	3	4	5
Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben	1	2	3	4	5
Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst	1	2	3	4	5
Opmerkingen over het onderwerp beleving van een normale situatie:					

Beleving van voor, tijdens en na de behandeling

Onderstaande onderwerpen gaan over hoe u zich voelde **voor, tijdens en na de behandeling**:

1 = Helemaal niet mee eens

4 = Mee eens

2 = Niet mee eens

5 = Zeer mee eens

3 = Neutraal

Ik had vertrouwen in de competenties van de behandelaar	1	2	3	4	5
Ik voelde me gespannen voor de behandeling	1	2	3	4	5
Ik was bang voor het druppelen van de ogen	1	2	3	4	5
Ik was bang voor de verdoving	1	2	3	4	5
Ik was bang voor het voelen van pijn tijdens de behandeling	1	2	3	4	5
Ik had het gevoel flauw te gaan vallen tijdens de behandeling	1	2	3	4	5
Ik kon me goed ontspannen tijdens de behandeling	1	2	3	4	5
Ik was bang voor de pijn na de behandeling	1	2	3	4	5
Ik was bang voor infecties na de behandeling	1	2	3	4	5
Ik was bang dat het zicht minder zou zijn na de behandeling als voor de behandeling	1	2	3	4	5
Ik was bezorgd over de resultaten van de behandeling	1	2	3	4	5

Opmerkingen over het onderwerp angst specifiek voor, tijdens en na de behandeling:

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 3 Concept projectplan

In deze bijlage is een concept projectplan opgenomen waarin beschreven is op welke wijze de observatie nader vorm gegeven kan worden.

Een plan van aanpak zou, uiteraard na het onderschrijven van de conclusies en het instemmen met de aanbevelingen, er dan in globale zin als volgt uit kunnen zien.

Projectplan:

- Instemmen met de resultaten en aanbevelingen overnemen
- Concretiseren onderzoeksopdracht
- Interviewen behandelaars
- Observeren behandelaars
- Feedback geven aan behandelaars
- Opstellen concept observatieformulier
- Rollenspel op grond van concept observatieformulier
- Na aanpassing systematiek invoeren
- Monitoren van methode
- Evaluatie zowel van het project als van het verwachte resultaat