

Patientenumfrage: Diabetes mellitus

Liebe Diabetiker/-innen,

mein Name ist Sami Hassini, ich studiere Medieninformatik an der Technischen Hochschule Köln und arbeite aktuell an einem Projekt. Ich bin selber seit 2008 an Typ-1-Diabetes erkrankt und aktuell führe ich eine Studie zu den aktuellen Behandlungsmethoden des Diabetes mellitus und deren technischen Möglichkeiten für die Zukunft durch. Dabei beschäftige ich mich mit der Frage: „Welche technischen Hilfsmittel steigern die Lebensqualität eines Diabetikers?“.

Mit der Teilnahme an dieser Umfrage mit 38 Fragen, würden Sie mir sehr helfen.

Die Teilnahme ist anonym und die Daten werden nur im Bezug auf mein Projekt verwendet.

Alternativ können Sie an dieser Umfrage auch online unter folgenden Link teilnehmen, oder Sie scannen den danebenstehenden QR-Code mit Ihrem Smartphone oder Tablet:

<https://www.surveio.com/survey/d/A2I0O4W8J8I0D7G4P>



Vielen Dank!

1. Persönliche Daten

1.1 Wie alt sind Sie? _____ Jahre

1.2 Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ keine Angaben

1.3 An welchem Diabetestyp sind Sie erkrankt?

☐ Typ-1-Diabetes ☐ Typ-2-Diabetes ☐ Schwangerschaftsdiabetes

☐ Andere:

1.4 Seit wann sind Sie an Diabetes mellitus erkrankt? seit _____

1.5 In welcher Form wird dieser Diabetestyp in Ihrem Fall behandelt?

☐ Tabletten ☐ Insulinspritzen ☐ Insulinpumpe ☐ Diät ☐ gar nicht

☐ Andere:

1.6 Wie gut glauben Sie, kennen Sie sich mit Ihrer Krankheit aus?

☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Ausreichend

☐ Ich sollte in nächster Zeit einen Schulungskurs zum Diabetes mellitus besuchen.

2. Behandlung

2.1 Wie oft besuchen Sie einen Arzt oder Diabetologen zur Behandlung Ihrer Diabetes-Erkrankung? _____ mal im Jahr

2.2 Welche Rolle spielen Sie bei der Behandlung Ihrer Diabetes-Erkrankung?

- ☐ Ich entscheide selbst über die medizinische Behandlung.
- ☐ Ich entscheide mit Hilfe eines Arztes über die medizinische Behandlung.
- ☐ Ich entscheide mit Hilfe von Verwandten und Bekannten über die medizinische Behandlung.
- ☐ Ich überlasse die Entscheidungen über die medizinische Behandlung meinem Arzt.
- ☐ Keine Angaben.

2.3 Wie zufrieden sind Sie mit der aktuellen Behandlung Ihrer Erkrankung?

- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Könnte besser sein
- ☐ Katastrophe
- ☐ Andere:

2.4 Verwenden Sie zurzeit ein CGM-Blutzuckermessgerät?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Was ist CGM?
- ☐ Keine Angaben

2.5 Welches Blutzuckermessgerät verwenden Sie zurzeit? (Bitte geben Sie die Marke und das Modell an.)

2.6 Führen Sie ein Blutzucker-Tagebuch?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Keine Angaben

2.7 Wie werten Sie Ihre Blutzuckerwerte aus?

- ☐ Ich schaue mir regelmäßig meine Blutzuckerwerte an und versuche herauszubekommen, wie die schlechten Blutzuckerwerte entstehen.
- ☐ Ich schaue mir meine Blutzuckerwerte regelmäßig gemeinsam mit meinem Arzt/Diabetologen an und gemeinsam entscheiden wir weiteres Vorgehen.
- ☐ Ich schaue mir meine Blutzuckerwerte nicht an und werte diese auch nicht aus.
- ☐ Keine Angaben
- ☐ Andere:

2.8 Verwenden Sie Hilfsmittel (Smartphone-Apps, Geräte, Tagebücher, ...) zur Dokumentation und Auswertung Ihrer Blutzuckerwerte? Wenn ja, welche sind das?

2.9 Spüren Sie eine Unterzuckerung oder Überzuckerung ohne eine Messung durchzuführen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Manchmal

3. Lebensstil

- 3.1 Wie sehr schränkt der Diabetes mellitus Sie im Bezug auf folgende Aspekte ein?
(Setzen Sie für jede Zeile ein Kreuz, 0 = gar nicht, 3 = zu sehr)

	0	1	2	3
Alltag				
Sport				
Ernährung				
Lebensstil				

- 3.2 Gibt es eine Situation, an die Sie sich erinnern können, in der Sie mit Ihrer Erkrankung im Alltag überfordert waren? Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz.

- 3.3 Wie handhaben Sie Ihre Erkrankung beim Sport?

- 3.4 Dokumentieren Sie Ihre sportliche Aktivität? Wenn ja, in welcher Form?
(Verbrannte Kcal zählen, Diabetes-Tagebuch, Schrittzähler, ...)**

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the respondent to write down their sports activity and how they document it.

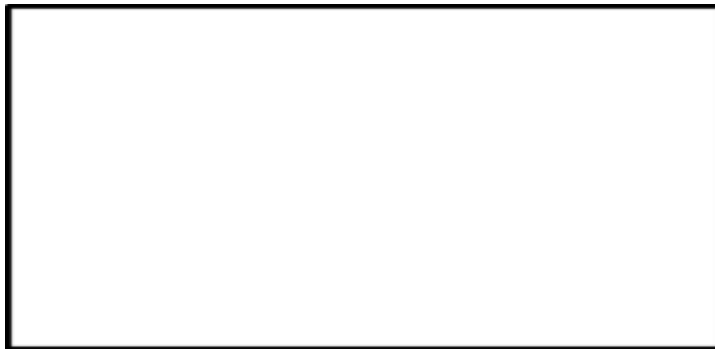
- 3.5 Gab es schon einmal Komplikationen beim Sport durch den Diabetes? Wenn ja, beschreiben Sie kurz, welche das waren.**

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the respondent to describe any complications experienced during sports due to diabetes.

- 3.6 Sind Sie durch den Diabetes in Ihrer Ernährung eingeschränkt? Verzichten Sie auf bestimmte Nahrungsmittel? Wenn ja, welche sind diese?**



- 3.7 Dokumentieren Sie Ihre Nahrungsaufnahme? Wenn ja, in welcher Form? (Kcal zählen, KE-/BE-Berechnung, Diabetes-Tagebuch, ...)**



- 3.8 Erläutern Sie kurz, wie Sie die Kohlenhydrate einer Mahlzeit berechnen und die Insulineinheiten, die Sie für eine Mahlzeit spritzen, ermitteln.**



- 3.9 Haben Sie schon einmal die benötigten Insulineinheiten bei Kohlenhydrataufnahme falsch berechnet? Wenn ja, wie oft kommt so etwas vor?

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the respondent to provide an answer to the survey question.

4. Bewertung

4.1 Bewerten Sie die aktuellen Insulinspritzen. (1 = ungenügend, 10 = sehr gut)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

4.2 Bewerten Sie die aktuellen Insulinpumpen. (1 = ungenügend, 10 = sehr gut)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

4.3 Bewerten Sie die aktuellen Blutzuckermessgeräte. (1 = ungenügend, 10 = sehr gut)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

4.4 Bewerten Sie die aktuellen CGM-Blutzuckergeräte. (1 = ungenügend, 10 = sehr gut)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

4.5 Bewerten Sie die aktuellen Smartphone-Applikationen. (1 = ungenügend, 10 = sehr gut)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

4.6 Bewerten Sie die aktuellen Behandlungsmethoden eines Diabetikers. (1 = ungenügend, 10 = sehr gut)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

4.7 Wie sehr vertrauen Sie in die technischen Hilfsmittel (wie z.B. CGM-Blutzuckergeräten und Insulinpumpen) im Bezug auf der Behandlung Ihrer Erkrankung?

☐ Ich vertraue den technischen Hilfsmitteln sehr und würde jegliche Hilfsmittel in meiner Behandlung verwenden.

☐ Ich vertraue den technischen Hilfsmitteln genug, um diese in meiner Behandlung zu verwenden.

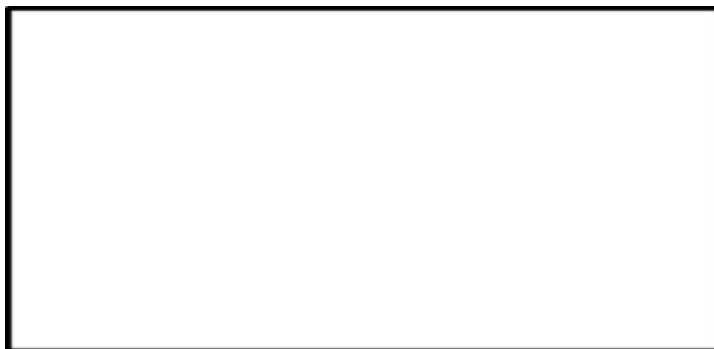
☐ Ich vertraue den technischen Hilfsmitteln nicht genug, um diese in meiner Behandlung zu verwenden.

☐ Ich vertraue keinem technischen Hilfsmittel und behandle meine Krankheit komplett ohne diese.

- 4.8 Wie könnten die Hilfsmittel zur Behandlung des Diabetes mellitus in Zukunft aussehen? Welche Veränderungen würden Sie sich wünschen?**



- 4.9 Was halten Sie von einem CGM-System, welches anhand des Echtzeit-Blutzuckerwertes automatisch die Insulinzufuhr steuern würde? Würden Sie einem solches System vertrauen?**



4.10 Was fehlt Ihnen an den aktuellen Hilfsmitteln bei der Behandlung Ihres Diabetes mellitus?



4.11 Hatten Sie schon einmal Fragen bezüglich Ihrer Erkrankung, dessen Antwort Sie im Internet gesucht haben?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Fragen gab es, im Internet habe ich nicht nach einer Antwort gesucht.

4.12 Gab es schon einmal eine Situation, in der Sie sich ein Erfahrungsaustausch mit einem anderem Diabetiker gewünscht hätten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

4.13 Was halten Sie von einem Erfahrungsaustausch unter Diabetikern?

- ☐ Das hätte mir schon in einigen Situationen geholfen.
- ☐ Es wäre auch interessant zu wissen, wie andere Menschen mit ihrer Erkrankung zu recht kommen.
- ☐ Das ist eine schöne Sache, allerdings werde ich einen Austausch mit einem anderen Diabetiker nicht benötigen.
- ☐ Ich komme sehr gut ohne die Erfahrungen anderer Diabetiker zurecht und glaube anderen Diabetikern geht es genauso.

4.14 Würden Sie andere Diabetiker um Erfahrungsberichte und Lösungsansätze Ihrer Probleme mit dem Diabetes bitten, wenn Sie die Möglichkeit hätten?

- ☐ Ja, bisher war dies allerdings nicht möglich.
- ☐ Ja, das habe ich schon öfters getan.
- ☐ Nein, ich brauche keine Hilfe von anderen Diabetikern.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!