

Liite 1. Kyselylomake

suomeksi på svenska

Lomake → Yhteenveto → Valmis

Tyhjennä vastaus

Asiakkaan tämän hetkinen lääkitys: **farmaseutti/proviisori täyttää**

1/2. Mitä diabeteslääkkeitä tyypin 2 diabeetikkoasiakkaalla on tällä hetkellä käytössä?

- ☐ Vain insuliini
- ☐ Muu verensokeria alentava lääkitys (insuliinin kanssa tai ilman)

Tyhjennä vastaus

2/2. Minkä lääkeaineryhmien valmisteita asiakkaalla on käytössä? Voit valita useita vaihtoehtoja.

- ☐ Metformiini
- ☐ Sulfonyyliurea
- ☐ Oraalisten diabeteslääkkeiden yhdistelmävalmiste
- ☐ Glitasoni
- ☐ DPP-4:n estäjä (gliptinit)
- ☐ Glinidi
- ☐ Inkretiinimimeetti (GLP1-analogit)
- ☐ Glukoosinkuljettajaproteiini 2: n estäjä
- ☐ Yksi insuliinivalmiste (yhdessä muun diabeteslääkityksen kanssa)
- ☐ Kaksi tai useampi insuliinivalmiste (yhdessä muun diabeteslääkityksen kanssa)

Tyhjennä vastaus

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn, jonka tarkoituksena on selvittää tyypin 2 diabeteksen hoidon nykytilannetta Suomessa sekä kartoittaa tyypin 2 diabetesta sairastavien henkilöiden ymmärrystä sairaudestaan ja hoidon tavoitteista.

Tässä kyselytutkimuksessa ei kerätä sellaisia tietoja, joista yksittäiset henkilöt olisivat tunnistettavissa muiden vastaajien joukosta. Mitkään apteekissa asioidessa käsiteltävät tiedot eivät ole yhteydessä tähän kyselyyn. Toisaalta tämän kyselyn tiedot eivät jää apteekkiin tai nyt käytössäsi olevalle iPad-laitteelle, vaan ne siirtyvät suoraan tutkimusrekisteripalvelimelle. Tietojärjestelmien avulla käsiteltävät tiedot suojataan asianmukaisesti. Tutkimuksen tuloksia

käsitellään vain ryhmätasolla.

Mikäli vastaaminen keskeytyy tai haluat itse keskeyttää vastaamisen, voit täyttää kyselyn halutessasi myöhemmin uudelleen. Valmiin kyselyn jälkeen emme suosittele vastaamista samaan kyselyyn toista kertaa. Se on kuitenkin mahdollista, jos tietosi myöhemmin oleellisesti muuttuvat tai huomaat jälkikäteen vastanneesi johonkin kohtaan virheellisesti.

Koska tässä tutkimuksessa ei rekisteröidä sellaisia henkilöä yksilöiviä tietoja, joista yksittäinen vastaaja voitaisiin tunnistaa, ei tässä kyselyssä tai siitä muodostuvassa rekisterissä voida soveltaa EU:n tietosuojasetuksessa mainittuja oikeuksia oikaista tai poistaa tietoja.

Voit tutustua tutkimuksen tietosuojaselosteeseen osoitteessa www.oriola.com/fi/kuluttajat

☐ Aloita kysely

Taustatiedot

Tyhjennä vastaus

1/17. Sukupuoli

- ☐ Nainen
- ☐ Mies
- ☐ Muu

Taustatiedot

Tyhjennä vastaus

2/17. Ikä

- ☐ 18-30 vuotta
- ☐ 31-40 vuotta
- ☐ 41-50 vuotta
- ☐ 51-60 vuotta
- ☐ 61-70 vuotta
- ☐ yli 70 vuotta

Taustatiedot

Tyhjennä vastaus

3/17. Pituus (cm)

Taustatiedot

Tyhjennä vastaus

4/17. Paino (kg)

Taustatiedot

Tyhjennä vastaus

5/17. Tupakoitko?

☐ Kyllä☐ En☐ Olen lopettanut; kuinka monta vuotta sitten?**Taustatiedot**

Tyhjennä vastaus

6/17. Kuinka monta vuotta sinulla on ollut tyypin 2 diabetes?

☐ Alle vuoden☐ 1-2 vuotta☐ 3 - 5 vuotta☐ 6 - 9 vuotta☐ 10 vuotta tai enemmän**Taustatiedot**

Tyhjennä vastaus

7/17. Diabetestani hoidetaan tällä hetkellä pääsääntöisesti:

- ☐ Terveyskeskuksessa
- ☐ Työterveyshuollossa
- ☐ Yksityisellä lääkäriasemalla
- ☐ Sairaalassa
- ☐ En osaa sanoa

Taustatiedot

Tyhjennä vastaus

8/17. Postinumeroni

Taustatiedot

Tyhjennä vastaus

9/17. Onko sinulla lääkärin toteamana jokin seuraavista sairauksista tai lääkitys kyseisen sairauden hoitoon?

- ☐ Kohonnut verenpaine
- ☐ Rasva-aineenvaihdunnan häiriö (korkea kolesterolit, matala hyvä HDL-kolesterolit, kohonnut veren rasva-arvo eli triglyseridi)
- ☐ Sepelvaltimotauti (rasitusrintakipu eli angina pectoris, sairastettu sydäninfarkti, sepelvaltimoiden pallolaajennus tai ohitusleikkaus)
- ☐ Sydämen vajaatoiminta
- ☐ Eteisvärinä -rytmihäiriö
- ☐ Sydänlihassairaus
- ☐ Aivoverenkierron häiriö (TIA kohta, aivoinfarkti, kaulaverisuonten leikkaus)
- ☐ Jalkojen verenkierron häiriö (heikentynyt jalkojen verenkierto, valtimojen ahtaumatauti, katkokävely, ääreisverenkierron alentuminen, säären, jalkaterän tai varpaiden amputaatioita).
- ☐ Diabeteksen silmäsairaus (retinopatia)

- ☐ Diabeteksen munuaissairaus tai munuaisten vajaatoiminta (nefropatia tai valkuaista virtsassa)
- ☐ Diabeteksen hermosairaus (neuropatia)
- ☐ Ei mitään yllämainituista

Taustatiedot

Tyhjennä vastaus

10/17. Oletko koskaan ollut sairaalahoidossa seuraavista syistä?
(Jos et ole ollut, voit ohittaa tämän kysymyksen)

- ☐ Aivoverenkiertohäiriö
- ☐ Sydäninfarkti
- ☐ Sydämen vajaatoiminta
- ☐ Munuaisten vajaatoiminta

Hoitosuunnitelma ja hoitoon sitoutuminen

Tyhjennä vastaus

11/17. Onko sinulla kirjallinen diabeteksen hoitosuunnitelma?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

Hoitosuunnitelma ja hoitoon sitoutuminen

Tyhjennä vastaus

12/17. Olitko itse mukana hoitotavoitteiden tai hoitokeinojen sopimisessa?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

Hoitosuunnitelma ja hoitoon sitoutuminen

Tyhjennä vastaus

13/17. Hoidon tavoitteet ovat minulle selvät

a) **Paino**

Asteikko 1-5 (1=Täysin eri mieltä, 2=Eri mieltä, 3=En osaa sanoa, 4=Samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä)

1 2 3 4 5

Hoitosuunnitelma ja hoitoon sitoutuminen

Tyhjennä vastaus

13/17. Hoidon tavoitteet ovat minulle selvät

b) **Verensokeri**

Asteikko 1-5 (1=Täysin eri mieltä, 2=Eri mieltä, 3=En osaa sanoa, 4=Samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä)

1 2 3 4 5

Hoitosuunnitelma ja hoitoon sitoutuminen

Tyhjennä vastaus

13/17. Hoidon tavoitteet ovat minulle selvät

c) **Verenpaine**

Asteikko 1-5 (1=Täysin eri mieltä, 2=Eri mieltä, 3=En osaa sanoa, 4=Samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä)

1 2 3 4 5

Hoitosuunnitelma ja hoitoon sitoutuminen

Tyhjennä vastaus

13/17. Hoidon tavoitteet ovat minulle selvät

d) Veren rasva-arvot eli kolesterolit

Asteikko 1-5 (1=Täysin eri mieltä, 2=Eri mieltä, 3=En osaa sanoa, 4=Samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä)

1 2 3 4 5

Hoitosuunnitelma ja hoitoon sitoutuminen

Tyhjennä vastaus

14/17. Hoitosuunnitelma on tukenut minua hoidossani

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

Hoitosuunnitelma ja hoitoon sitoutuminen

Tyhjennä vastaus

15/17. Ymmärrän miten diabetekseni vaikuttaa terveyteeni pitkällä aikavälillä

Asteikko 1-5 (1=Täysin eri mieltä, 2=Eri mieltä, 3=En osaa sanoa, 4=Samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä)

1 2 3 4 5

Hoitosuunnitelma ja hoitoon sitoutuminen

Tyhjennä vastaus

16/17. **Otan diabeteksen hoitoon määrätyt lääkkeeni säännöllisesti sovitulla tavalla**

Asteikko 1-5 (1=Täysin eri mieltä, 2=Eri mieltä, 3=En osaa sanoa, 4=Samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä)

1 2 3 4 5

Hoitosuunnitelma ja hoitoon sitoutuminen

Tyhjennä vastaus

17/17. Milloin olet viimeksi käynyt lääkärin tai hoitajan vastaanotolla diabeteksesi vuoksi?

- ☐ Alle puoli vuotta sitten
- ☐ Yli puoli vuotta mutta korkeintaan vuosi sitten
- ☐ Pari vuotta sitten
- ☐ Yli kolme vuotta sitten
- ☐ En ole päässyt diabeteksen säännölliseen seurantaan
- ☐ En ole kokenut tarvetta diabeteksen säännölliseen seurantaan

Jatka

Keskeytä

