



DİYABET 2020 VİZYON VE HEDEFLER

Türkiye

2010-2020

ULUSAL DİYABET STRATEJİSİ SONUÇ DOKÜMANI

Paydaşlar



TÜRK
KARDİYOLOJİ
DERNEĞİ



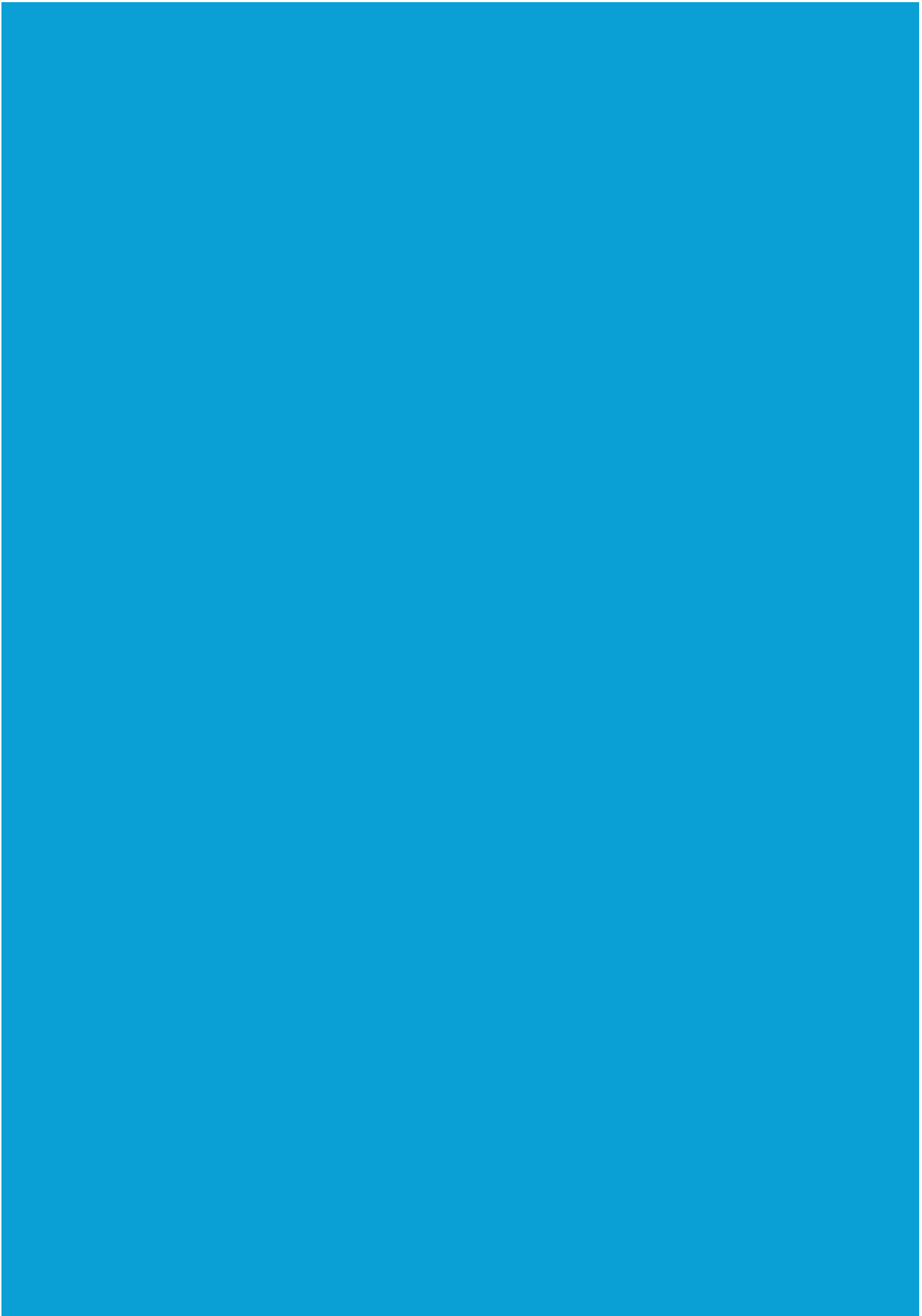
ÇOCUK & ADOLESAN
DİYABETLER DERNEĞİ
Kuruluş 1994



metSend
Metabolik Sendrom Derneği



AİFD
Aile İhtisaslaşmış Kurumu



Koordinasyon Kurulu

D 2020 Vizyon ve Hedefler projesi, aşağıda isimleri, soyadlarının alfabetik sıralamasına göre belirtilmiş bilim insanlarından oluşan bir Koordinasyon Kurulu tarafından yürütülmektedir:

Prof. Dr. Nazif Bağrıaçık

Türk Diyabet Cemiyeti Başkanı

Prof. Dr. Mustafa Kemal Balcı

*Akdenizniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD*

Prof. Dr. Miyase Bayraktar

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD*

Prof Prof. Dr. Fahri Bayram

*Erciyesniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD*

Prof Dr. Vedia Tonyokuk Gedik

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD*

Prof. Dr. şükrü Hatun

*Kocaeli nivesitesi Tıp Fakültesi,
ocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,
ocuk Endokrinoloji si ve Diyabet BD*

Prof. Dr. Hasan İlkoval

*İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD*

Prof Dr. Ahmet Kaya

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD*

Prof Dr Mustafa Kutlu

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi
İç Hastalıkları AD,
Endokrinoloji BD*

Prof. Dr. Ali Rıza Uysal

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD*

Prof. Dr. İlhan Yetkin

*Gaziniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD*

Prof. Dr. Temel Yılmaz

*İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD*

Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler

Diyabette Ulusal Vizyon ve Hedeflerin Belirlenmesi ile

Stratejilerin Geliştirilmesi Paydaş Projesi

01 Ocak 2009 - 31 Aralık 2010

Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir. Kitabın bin kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Türkiye Diyabet Vakfı'ndan izin alınmalıdır.

Türkiye Diyabet vakfı: 19 Mayıs Mah. Halaskargazi cad. Sima Apt No:154/6 Şişli / İst.

• Tel: (0212) 296 05 04 • Faks: (0212) 296 85 50 • www.turkdiab.org • e-posta: info@turkdiab.org

"Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler" Proje Destek Grubu - Birleşik Sağlık Sistemleri Ltd. Şti.:

• Tel: (0216) 456 22 72 • Faks: (0216) 456 41 24 • e-posta: info@bss.com.tr

www.diyabet2020.org

İçindekiler:

S: 3	KOORDİNASYON KURULU
S: 5	İÇİNDEKİLER
S: 6	DİYABET ALARMI
S: 8	ÜST DÜZEY ÖZETİ
S: 10	KATILIMCI KURUMLAR
S: 12	SUNUŞ
S: 15	ÖNSÖZ
S: 19	TEŞEKKÜR
S: 21	1. BÖLÜM : GENEL ÇERÇEVE
S: 35	2. BÖLÜM : DİYABETİN BELİRLEYİCİLERİ
S: 63	3. BÖLÜM : MÜDAHALE PROGRAMLARI VE KİLOMETRE TAŞLARI
S: 81	4. BÖLÜM: AMAÇ ve HEDEFLER
S: 85	5. BÖLÜM: SONUÇ
S: 86	EK 1: Çocukluk çağında diyabetin önlenmesi, bakım ve tedavisinin geliştirilmesi
S: 88	EK 2: D 2020 Çalışmalarına Katılanlar
S: 93	BİBLİYOGRAFYA

Diyabet

Türkiye, tarihinin en büyük sorunlarından birisi ile karşı karşıya:
Diyabet salgını...

Hastalık korkunç bir hızla yayılıyor. Hasta sayıları tahmin edilenin çok üstünde artıyor. Diyabete bağlı kalp krizleri, inmeler, böbrek yetmezliği, körlük, ayak kesilmeleri ve daha birçok ürkütücü sonuçla karşı karşıyayız.

Böyle devam ederse Türkiye'nin üretken nüfusunda depremler olacak.

Diyabet artık sadece bir sağlık problemi değil; ülkemizin geleceğine yönelik stratejik, ekonomik , politik, sosyal bir tehdit. Sorun, artık ulusal bir boyut kazanmıştır.

Birleşmiş Milletler, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği üst üste acil eylem çağrılarında bulunmaktadır.

Diyabetle mücadelede bildik yöntemleri uygulamanın devri artık kapanmıştır. Şimdi bakış açıları değişmek, paradigmlar kaymak zorundadır. Yeni, yaratıcı, bilimsel ve etkili uygulamalar yapılmalıdır.

Risk yönetimi, hastalık yönetimi, vaka yönetimi anlayışına geçilmelidir. Diyabet yönetimi mutlaka birinci basamak sağlık hizmet sistemlerine dayandırılmalıdır.

Politika yapıcılar, parlamentolar, hükümet yetkilileri, kamu kurumları, bürokratlar, teknokratlar, bilim insanları, hizmet sunucular, sağlık çalışanları, özel sektör, endüstri, sivil toplum kuruluşları dinamik bakış açıları geliştirmelidir.

Bu büyük tehlikenin farkında olan Türk Diyabet Vakfı, yirmi sivil toplum örgütü ile birlikte, Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun desteklerini alarak ilgili Bakanlıkları, kamu kurumlarını bilgilendirerek bir paydaş platformu oluşturmuştur.

Alarmı

Önce sorunlar, sonra çözümler ortaya konmuş, nihai olarak Ulusal Diyabet Stratejisi hazırlanmıştır.

D 2020 stratejisi, modern halk sağlığı anlayışına dayanmakta, hastalığı tüm boyutları ile ele almaktadır.

Diyabetle ilişkili belirleyiciler; biyolojik, davranışsal, sosyo-ekonomik faktörler ve sağlık hizmet sistemlerine bağlı etkenler olarak analiz edilmiştir.

Mücadele yöntemleri diyabetin evrelerine bağlı olarak yapılandırılmıştır. Birincil koruma stratejileri ile diyabete yakalanma ihtimali yüksek toplum kesimlerine 'risk yönetimi' ile yaklaşılmaktadır. İkincil koruma stratejileri, diyabetin erken dönemlerini yaşayan bireyleri 'hastalık yönetimi' ile kapsamaktadır. Üçüncül korumada ise, ilerlemiş, diyabet komplikasyonları gelişmiş hastalara 'vaka yönetimi' ilkeleri uygulanmaktadır.

D 2020 Ulusal Diyabet Stratejisi, 2010-2020 yılları arasında yapılması gerekenleri bir yol haritası ile ortaya koymuş, kilometre taşlarını belirlemiştir. Bu yolun sonunda ulaşılabilecek hedefler, gerçekçi bir anlayışla rakamsal olarak belirlenmiştir. Çünkü ölçülmeyen değerlendirilemez, değerlendirilmeyen yönetilemez.

D 2020 Paydaş Platformu önümüzdeki on yıl boyunca D 2020 vizyonunun gerçekleşmesi için toplumsal mekanizmalarımızı harekete geçirmek için üstüne düşeni yapacaktır.

Diyabeti, kontrol altına almamız, ancak bu felaketi çözüme kararlılığı, sorunu sahiplenme, ısrarlı takip, katılım ve etkili eşgüdümle mümkündür.

Türkiye'nin bunu gerçekleştirecek bilgi birikimi, deneyimi, insan gücü ve kaynakları vardır.

ÜST DÜZEY ÖZETİ

Küresel bir sağlık sorunu olan 'diyabet', Türkiye'de hesap edilenin ötesinde bir hızla yaygınlaşmaktadır: IDF'in 2030 yılı için öngördüğü yaygınlığa bugünden ulaşmıştır. St. Vincent Bildirgesi (1989), İstanbul Kararlılık Bildirimi (1999), Birleşmiş Milletler Kararı (2005), diyabetle mücadele konusunda atılmış uluslararası adımlardır. Ne var ki, arzu edilen düzeyde bir başarı elde edilememiştir.

Türkiye Diyabet Vakfı, Sağlık Bakanlığı'nın himayelerinde, WHO ve IDF'in desteği ile, Türkiye'deki ilgili sivil toplum kuruluşlarının işbirliğini sağlayarak Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler projesini başlatmıştır. Proje, Türkiye'nin gereksinimlerine uygun, özgün ve katılımcılığı destekleyen bir şekilde planlanmıştır. 2009 ve 2010 yılları boyunca süren çalışmalar sonunda, elinizdeki doküman ortaya çıkmıştır. Doküman 2020 yılına kadar Türkiye'nin diyabetle mücadelesindeki yol haritasını ortaya koymaktadır. Programın amacı, Türkiye'de diyabetin önlenmesi, diyabetin etkili bir şekilde tedavi edilmesi ve komplikasyonlarından korunma sağlanmasıdır.

D 2020 yaklaşımı önce diyabetle ilişkili belirleyicileri ortaya koymaktadır. Bir kişide diyabetin ve komplikasyonlarının ortaya çıkmasında rol oynayan nedenler dört ana grupta toplanmıştır:

- Biyolojik belirleyiciler (genetik, aile geçmişi, yaş, gebelik, ko-morbidite vb.)
- Çevresel ve davranışsal belirleyiciler (beslenme, fiziksel aktivite, sigara, alkol, ilaçlar, hastalıkla baş etme vb.)
- Sosyo-ekonomik belirleyiciler (aile, toplum, eğitim, gelir seviyesi, bireysel haklar vb.)
- Sağlık hizmet sistemine bağlı nedenler (birinci basamak hizmetler, sevk sistemi, sağlık insan gücü, hasta eğitimi, erişilebilirlik, hakkaniyet, etkililik, kalite vb.)

Bu belirleyiciler dikkate alınarak müdahalelerde bulunulmalıdır.

Müdahaleler:

- Birincil koruma (diyabet riski taşıyan bireylerde hastalığın gelişiminin önlenmesi: Risk Yönetimi)
- İkincil Koruma (diyabete yakalanmış bireylerde komplikasyonların gelişiminin önlenmesi: Hastalık Yönetimi)
- Üçüncül Koruma (diyabet komplikasyonları gelişmiş bireylerin yaşam kalitelerinin ve yaşam sürelerinin artırılması: Vaka Yönetimi) olarak belirlenmiştir.

D 2020, diyabetin önlenmesinde sorunların sadece tıbbi yönden ele alınmaması gerektiğini, konunun kültürel, sosyal, ekonomik boyutlarının da belirleyici olduğunu vurgulamaktadır.

D 2020, özellikle hasta eğitimleri, hastanın kendisini ve hastalığını yönetebilmesinin önemi, diyabetle mücadelede birinci basamak hizmetleri ve aile hekimlerinin rolü, doğru tedaviye, doğru zamanda, doğru dozla başlamanın önemi, hasta kayıtlarının tutulması, sonuç ölçümlerinin yapılması, diyabet tedavisinde komplikasyon gelişimini önleyecek en etkili tedavilerin maliyet/etkililik ilkeleri içinde uygulanması, risk yönetimi, hastalık yönetimi ve vaka yönetimi anlayışlarının Türkiye’de de uygulanması, bu konuda sivil toplum kuruluşlarından ve özel sektörden yararlanılması gerektiği üzerinde durmaktadır.

Doküman, diyabet için gereken insan gücü kaynaklarının planlanması, yeni tip insan gücünün yetiştirilmesi ve sürekli mesleki gelişim eğitimlerini de ele almaktadır.

D 2020, bu alanlarda ilerleme sağlayabilmek için öncelikle bu konularda sistemin ne aşamada olduğunun bilinmesi gerektiğini vurgulamakta ve bunun tespit edilebilmesi için bir dizi araştırma öngörmektedir. Bunlar epidemiyolojik, ekonomik, algı-bilgi-tutum, davranış, eğitim, sağlık hizmet araştırmaları olarak beş başlık altında toplanmıştır.

2011-2020 yılları arasında yapılması gerekenler birbirleriyle ilintili olarak bir dizi kilometre taşı şeklinde sunulmuş, böylece yol haritası oluşturulmuştur. Bu yoldan giderek ulaşılmaması gereken alt hedefler kantitatif olarak tespit edilmiş olup; böylece alt amaçlara ve nihai amaca nasıl ulaşılabileceği somuta indirgenmiştir.

D 2020’nin uygulama süresince, 2020 yılına kadar D 2020 İDE adı altında bir İzleme-Değerlendirme-Eşgüdüm mekanizması öngörülmüştür. Yine katılımcı bir anlayışla ele alınan bu mekanizma içinde kamu kuruluşları, sivil toplum örgütleri, özel sektör, akademisyenler, meslek örgütleri ve uluslararası kuruluşların bulunacağı bir yapı tanımlanmıştır.

Türkiye’nin diyabetle mücadelede başarılı olması için gereken bilgi birikimi, deneyimi ve kaynakları vardır. D 2020, tüm bunları bir bütünlük ve tutarlılık içinde harekete geçirerek ülkenin diyabetle mücadelesinde ortak bir platform oluşturup karar vericileri ve uygulayıcıları destekleyecektir.

KATILIMCI KURUMLAR

Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler projesine katılan ve destek veren kurumlar aşağıda listelenmiştir.

Uluslararası Kurumlar

- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi
- Uluslararası Diyabet Federasyonu Avrupa

Ulusal Kurumlar

- T. B.M.M
 - Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu
 - İnsan Hakları Komisyonu
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık İşleri Daire Başkanlığı
- T.C. Sağlık Bakanlığı
 - Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
 - İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
 - Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
 - Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
 - Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
 - Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi Gıda Enstitüsü

Sivil Toplum Örgütleri

- Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
- Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği
- Çocuk ve Adolesan Diyabetikler Derneği
- Diyabet Diagnostik Grubu
- Diyabet Hemşireliği Derneği
- Diyabetle Yaşam Derneği
- Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
- İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası
- Metabolik Sendrom Derneği
- Pratisyen Hekimlik Derneği
- Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği
- Türk Diyabet Cemiyeti
- Türkiye Diyabet Vakfı
- Türk Diyabet ve Obezite Vakfı
- Türk Eczacıları Birliği
- Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
- Türk Kardiyoloji Derneği
- Türk Nefroloji Derneği
- Türk Tabipleri Birliği
- Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü

SUNUŞ

Türkiye, dünyada diyabetin hızla yayıldığı ülkelerin başında gelmektedir. Özellikle Asya– Avrupa-Ortadoğu ülkelerinin kavşak noktasında bulunması, tarih boyunca bu bölgelerin yaşam ve beslenme kültüründen etkilenmesi, son yıllarda çok hızla ivme gösteren teknoloji ve modernizasyonun bireysel yaşam modelini olumsuz etkilemesi, diyabet insidansının artış hızını ciddi bir şekilde tetiklemektedir.

2000 yılında tamamlanan TURDEP I çalışmasında 20 yaş üstü prevalans % 7.8 iken, 2009 ve 2010 yıllarında yapılan PURE, CREDIT ve TURDEP II sonuçlarında prevalans % 14 – 16 oranlarında bulunmuştur. Bu, prevalansın on yılda % 50-100 arasında arttığını göstermektedir. Bu sonuç ülkemizi bu alanda acil önlemler alınması gereken bir noktaya getirmiştir.

Türkiye 1989 St. Vincent, 1993 Kos, 1999 İstanbul Kararlılık bildirgelerini imzalamış olmasına rağmen, geçen yirmi yıl içinde yeterli bir ulusal diyabet politikası geliştirememiştir.

Bu gecikmede, ülkede sağlık sistemindeki merkezi yapılanma sistemi, bu sistemin, büyük bir coğrafyada hızla artan nüfusa hizmet vermekte yetersiz kalması, kısa sürede değişen hükümetler, politik istikrarsızlık, her şeyi devletten bekleyen diyabet elitistleri rol oynamıştır.

Bu noktada St. Vincent bildirgesinin 20. yılında Türkiye Diyabet Vakfı'nın koordinatörlüğünde, diyabet alanında görev yapan 24 sivil toplum, meslek ve hasta örgütü bir araya gelmiş, ülkemizde diyabetten korunma, tedavi, takip ve bakımında, mevcut sorunların değerlendirileceği, çözüm önerilerinin tespit edileceği ve yol haritasının geliştirileceği bir ulusal diyabet çalışması başlatması yönünde konsensus kararı alınmıştır.

Daha sonra tüm kuruluşların katılımıyla D 2020 olarak isimlendirilen proje kapsamında 11-12 Eylül 2010 tarihinde 'Diyabette Mevcut Durum ve Sorunlar', 16 – 17 Ocak 2010 tarihinde 'Diyabette Çözüm Önerileri' çalıştayları düzenlenmiştir. Her iki çalıştayın sonuçları yaklaşık 300'er sayfalık iki kitapta toplanarak kayıt altına alınmıştır. 23 Ekim 2010 tarihinde yapılan Danışma Kurulu toplantısında D 2020 final rapor ve yol haritası değerlendirilmiş ve yayına hazırlanmıştır.

D 2020, ülkemizde diyabetin önlenmesi, tedavisi, komplikasyonlarının kontrolü, takibi ve bakım kalitesinde rol alan meslek örgütleri, hasta örgütleri ve sorunların içinden gelen, bu sorunları yaşayan tüm kesimlerin ortak çalışma ürünüdür.

D 2020, bir sivil inisiyatif olarak ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı 'Türkiye Diyabet Kontrol Programı' çalışmalarına kaynak ve destek olmayı öngörmektedir.

D 2020 çalışmaları kapsamında, 2011–2020 yılları arasında, diyabet konusunda çalışan kuruluşlardan oluşan bir platform çerçevesinde oluşturulacak bir izleme komitesi ile, Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlara yönelik olarak, her yıl bir rapor hazırlanması planlanmaktadır. Bu raporlar ülkemizde yürütülmekte olan diyabetle mücadele programlarının yaşama geçirilme oranını objektif olarak değerlendirecek bir referans kaynağı olmayı ve programın etkililiğine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

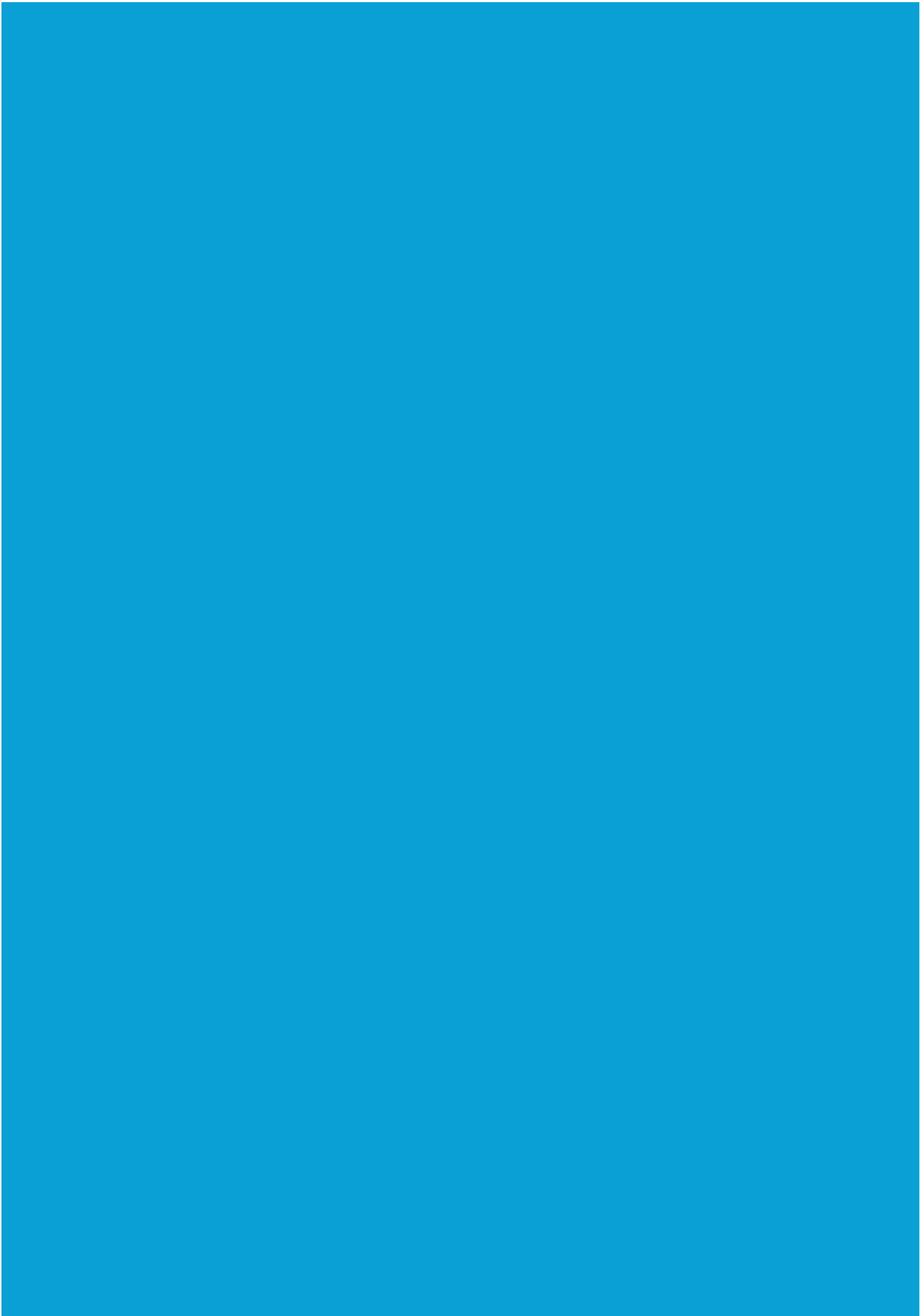
D 2020, ülkelerin diyabetle mücadelesini güçlendirmek açısından örnek olabilecek yeni bir yaklaşımdır. Bu modelde oluşturulan sivil bir platform, ulusal diyabet programlarının hazırlanması ve uygulanmasında kamu kuruluşlarına destek sağlamakta, bağımsız bir izleme mekanizması ile gelişmelerin takibinde süreklilik sağlamaktadır. Bu ortak paylaşım, sorunların çözümünde elbirliği ile daha etkili yöntemler geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Tüm dünyada büyük bir hızla yayılan diyabetle mücadelede başarı, ancak devlet ve sivil toplum örgütlerinin ortak işbirliği ve mücadelesiyle sağlanabilir.

Unutmamak gerekir ki diyabet 21. yüzyılın gelişen yüksek teknolojisi ile birlikte insanlığın gündemine gelen ve yaşamı olumsuz yönde etkileyen yeni hayat tarzından kaynağını almaktadır. Bu nedenle diyabetle mücadele bir anlamda 21. Yüzyıl hayat tarzının neden olduğu obezite, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon gibi kronik durumlarla mücadeledir.

Programın hazırlanmasında emek veren, katkıda bulunan herkese teşekkürü borç biliyorum.

Prof. Dr. M. Temel Yılmaz
Koordinasyon Kurulu Adına



ÖNSÖZ

Bulaşıcı olmayan hastalıklar Dünya Sağlık Teşkilatı Avrupa Bölgesi'nde çok büyük bir hastalık yükü oluşturmakta, bu yük her geçen gün artmaktadır. Şu anda hazırlıklarını sürdürdüğümüz 'Sağlık 2020' Avrupa stratejisinin odaklanacağı en önemli alanlardan birisi bulaşıcı olmayan hastalıklar olacaktır. Bu politika çerçevesinde 2011-2016 yılları için hazırlamakta olduğumuz 'Bulaşıcı Olmayan Hastalıklardan Korunma ve Kontrolü için Avrupa Stratejisini Uygulama Eylem Planı'nı 2011 Eylül'ünde Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Komitesi'nin 61. oturumunda üye ülkelere sunacağız.

Bu çalışmalar kapsamında, diyabet, kendi başına önemli bir hastalık olmasının yanında, obezite epidemisi ile olan derin ilişkisi ve birçok başka bulaşıcı olmayan hastalığın nedeni olarak da Dünya Sağlık Örgütü için özel bir önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü diyabete karşı mücadeledeki geleneksel liderliğini St. Vincent Bildirgesi, İstanbul Obezite Şartı gibi tarihi girişimlerin deneyimi ışığında, güçlü ve koordineli bir şekilde yürütecektir.

'Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler' girişimi, bulaşıcı olmayan hastalıklardan topluma dayalı korunma ve mücadelede temel ilkeleri hayata geçirmek açısından mükemmel bir örnek teşkil etmektedir. D2020 dokümanı halk sağlığı kavramı ve ilkelerinin güncel uygulamalarını yansıtan bir özellik göstermektedir. Ayrıca bu yaklaşımın ulusal otoriteler, sivil toplum ve Uluslararası Diyabet Federasyonu gibi paydaşlarla başarılı bir işbirliği temsil etmesinden mutluluk duyuyoruz.

Özellikle hastaların öz bakım haklarının ve sorumluluklarının gereği olarak güçlendirilmesi anlayışı, sağlık çalışanlarının kendilerini bu bakış açısına uyarlamaları, hasta merkezli diyabet bakımının savunulması ve hastaların kendi yaşamlarının sorumluluğunu almalarına yardımcı olunması, bu kronik hastalıkla başarılı bir mücadele yürütmek için yeni bir paradigma yaratmaktadır.

Tüm bu ilkeleri aklımızda tutarak, D2020'nin ilerleyişini, tüm bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele eylem planları kapsamında potansiyel bir network modeli olarak büyük bir ilgiyle izleyeceğiz.

D 2020, Dünya Sağlık Örgütü, üye ülkeler ve sivil toplum arasında işbirliğinin mümkün olduğunu gösteren bir yol açmaktadır. Bu projedeki rolümüzü yerine getirmek, bu projeyi desteklemek ve proje kapsamında kazanılan deneyimden yararlanmak için sabırsızlanıyoruz. Türk Diyabet Vakfı'nı bu girişiminden dolayı tebrik ediyor ve hedeflerine ulaşma yolunda başarılar diliyorum.

Zsuzsanna Jakab,
Dünya Sağlık Örgütü
Avrupa Bölge Ofisi
Direktörü

Diyabet 2020

Örnek bir ulusal diyabet planı

Bugün, Uluslararası Diyabet Federasyonu Atlas'ına göre dünyada 285 milyondan fazla diyabetli birey vardır; bu erişkin nüfusunun % 6.6 sını oluşturmaktadır. 2025 yılına kadar bu sayının 438 milyona (% 7.8) yükseleceği öngörülmektedir. Şu anda Tip 1 ve tip 2 diyabet, dünyada küresel olarak en yaygın görülen bulaşıcı olmayan hastalıklardan biridir. Avrupa'da diyabet prevalansı halen 55 milyondur (nüfusun % 8.5i) 2025 yılında 66 milyona (% 10) yükselmesi beklenmektedir. Diyabetin prevalansı ülkeden ülkeye büyük farklar göstermektedir; İngiltere'de % 4, Almanya % 11.8 ve Türkiye'de bu ikisinin arasında % 7.4 dür. Diyabete bağlı sağlık harcamalarının Avrupa'da 105.5 milyar dolara ulaştığı söylenmektedir.

Diyabete bağlı komplikasyonlar olan koroner arter ve periferik damar hastalığı, inme, diyabetik nöropati, amputasyonlar, böbrek yetmezliği ve körlük, ulusal ekonomiler üzerinde çok büyük sosyal ve ekonomik yükler yaratmaktadır. Diyabet birçok ülkede önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Ölüm nedeninin diyabet olarak kaydedildiği olgu sayısının olduğundan daha düşük bilinmektedir; çünkü ölümler diyabet olarak değil koroner arter hastalığı veya inme olarak kayda girmektedir.

Ulusal diyabet planları, Avrupa'da Diyabet Hizmetleri ve Araştırmaları ile ilgili 1989 yılında yayınlanan St. Vincent Deklarasyonu'nun bir sonucudur. Bir ulusal planı hazırlama ve uygulamaya koyma kararı, diyabetin ciddiye alındığını gösteren önemli bir taahhüttür.

Ancak, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu ve Uluslararası Diyabet Federasyonu-Avrupa Kolu tarafından yapılan bu önemli deklarasyonu takiben, ülkelerin diyabetli bireyler için iyi sistemik bakım hizmetleri sağlamaya yönelik ulusal stratejileri hemen geliştirmeye başlayacağı düşünmenin aşırı iyimser bir özlem olduğu ortaya çıkmıştır.

1999 yılında İstanbul'da, St. Vincent Bildirgesi'nin 10. yıldönümü toplantısında, Avrupa ülkeleri ve diyabet dernekleri yeniden acil ve kararlı eyleme geçme taahhüdü vermişlerdir. Hükümetler, hasta dernekleri, meslek örgütleri, gönüllü kuruluşlar ve sanayi, yenilenmiş bir kararlılıkla diyabetli bireylere yönelik daha yüksek ortak bakım standartları sağlayabilmek için, yerel olarak erişilebilir amaçları ve hedefleri belirleme hedefiyle birlikte çalışmaya davet edilmiştir.

Bugün bile, Deklarasyon'dan 21 yıl sonra; Batı Avrupa'da birçok ülke bu süreci henüz başlatmamıştır. Diyabetin ulusların ekonomik refahı için oluşturduğu büyük tehdit göz önüne alındığında, özellikle orta ve düşük gelire sahip ülkelerde hükümetlerin ve onlara bağlı halk sağlığı kuruluşların bugün bu konuda karar vermek zorunda olmaları üzücüdür.

Avrupa Parlamentosu 2006 yılında diyabetle ilgili yazılı bir deklarasyonla, Komisyon'u üye ülkelerin kendi ulusal planlarını hazırlamaya teşvik etmeye çağırmıştır; bu henüz gerçekleştirilmeyi beklemektedir.

Ancak Türkiye bu sorunu ciddiye almıştır ve olaya dikkatle ve organize bir şekilde yaklaşmıştır; diyabet alanındaki tüm kilit oyuncular Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın himayesinde Türk Diyabet Vakfı tarafından bir araya getirilmiştir, gerek WHO gerekse IDF Avrupa Bölge temsilcilerinden oluşan danışmanlar da sürece katılmıştır.

Düzenlenen çalıştaylara ve müzakerelere endokrinologlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler, diyabet hemşireleri, eczacılar ve diyabetin kardiyovasküler, böbrek, göz ve diğer ciddi komplikasyonları ile uğraşan diğer uzmanlar katılmıştır. Diğer önemli bir husus da, çalışmalara diyabetin kesinlikle acil bir halk sağlığı sorunu olduğunu kavrayan halk sağlığı uzmanlarının yanı sıra, müzakerelere ilaç sektöründen ve eğitim kuruluşlarında temsilcilerin katılması; ayrıca İnsan Hakları Komisyonu gibi önemli kuruluşların da sürece dahil edilmesidir.

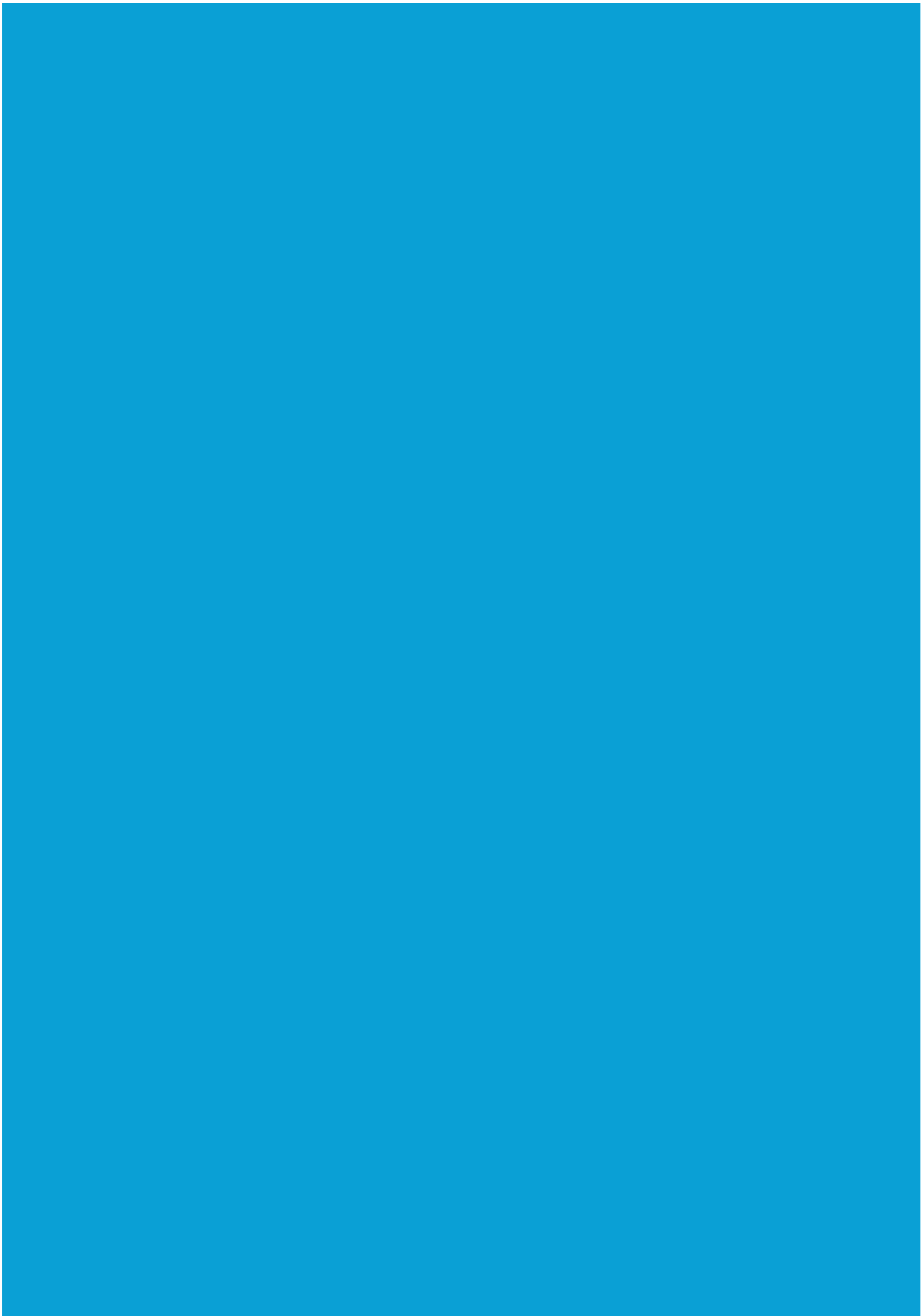
Diyabet bugün ulus devletlerin refahı için bir tehdittir ve yapılan bu çalışma gerçekten tüm Türkiye ulusunun yararını amaçlamaktadır. Proje ulus ölçeğinde bir program geliştirmiştir; bu program kapsamlı olmakla beraber, uygulanması için gereken kaynaklar açısından da gerçekçidir.

Planın temel unsurlarının hayata geçirilmesi için evrelendirme yapılmıştır; bu şekilde uygun bir zaman ölçeği içinde istenilen sonuca ulaşılabilmesi sağlanacaktır. Plan şu anda hazırdır ve eylem için Türkiye Sağlık Bakanlığı'na sunulacaktır.

Birçok ülkede Ulusal Diyabet Planları henüz hazırlanmamıştır. Burada geliştirilen model, başka ülkelere kendi ulusal planlarını inşa ederken yararlı bir rehber olabilir.

Chris Delicata
IDF Avrupa Bölgesi Başkanı

Michael S Hall
IDF Avrupa Bölgesi Onursal Danışmanı



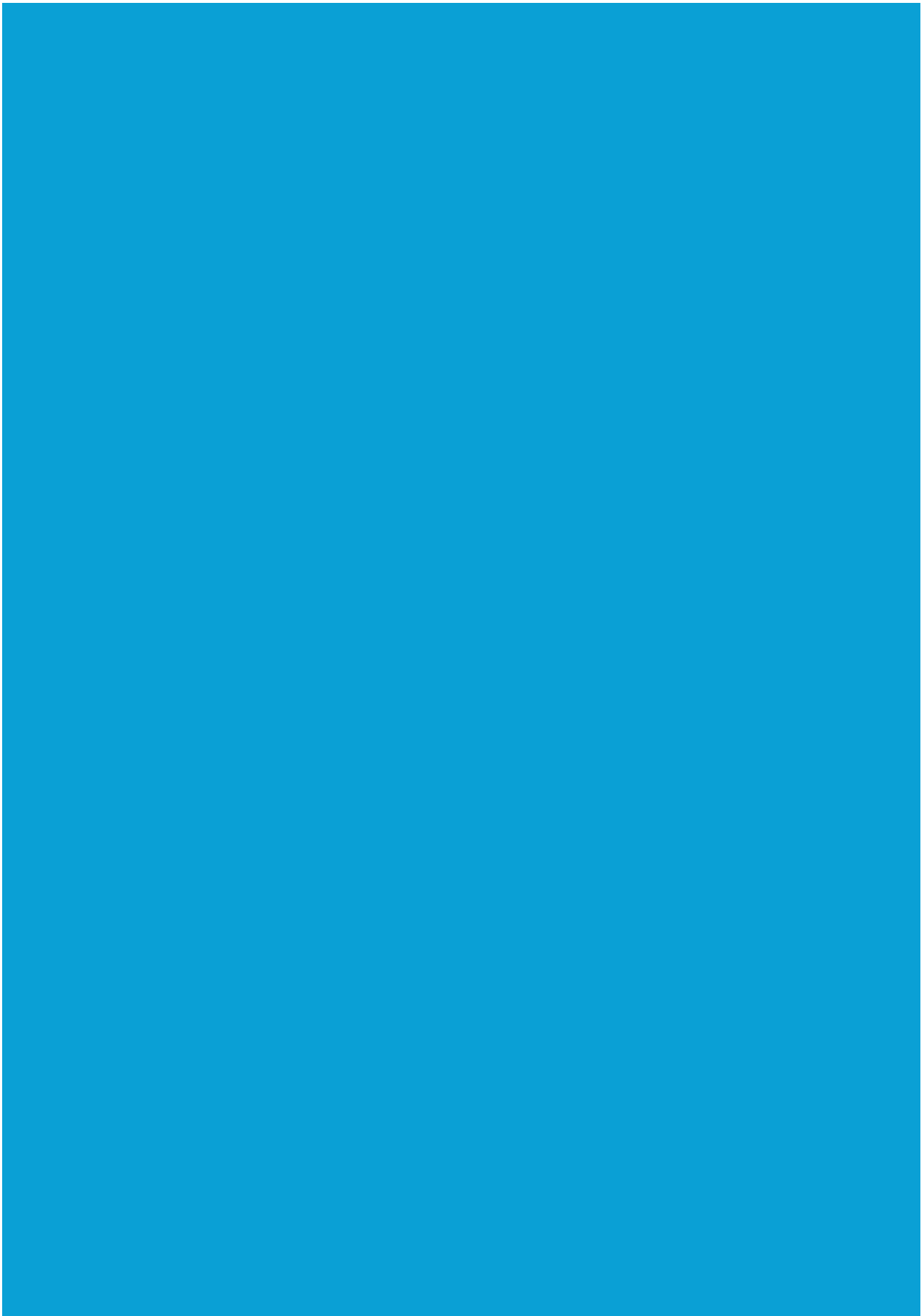
TEŞEKKÜR

D 2020 projesinin gerçekleştirilmesinde emeği geçen her kuruma ve bireye teşekkürü bir borç biliyoruz.

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığımıza, TBMM'nin değerli üyelerine, Zsuzanna Jakab'ın ŝahsında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisine'ne, Chris Delicata'nun ŝahsında Uluslararası Diyabet Federasyonu Avrupa Bölgesi'ne, D 2020 Uluslararası Danışma Kurulu üyeleri, Isuf Kalo, Michael Hall ve şehnaz Karadeniz'e, Politika Geliştirme Danışmanı Serdar Savaş'a, çalışmalara katılan tüm meslek ve hasta örgütlerine Ek 2'de isimleri sunulan tüm katılımcılara, D 2020 projesine koşulsuz katkı yaparak önemli bir sosyal sorumluluk örneği göstermesinden dolayı, Sanofi-aventis Genel Müdürü Sayın Olivier Guillaume'nin ŝahsında Sanofi-aventis firmasına, Sanofi-aventis Medikal Direktörü Dr. Edibe Taylan'a yürekten teşekkür ediyoruz.

D 2020

Koordinasyon Kurulu



BÖLÜM I : GENEL ÇERÇEVE

a. Diyabete Genel Bir Bakış

'Diabetes Mellitus' (bundan böyle kısaca 'diyabet' olarak adlandırılacaktır), insülin eksikliği ya da etkisizliği sonucu ortaya çıkan, yüksek kan şekeri ile karakterize metabolik bir hastalıktır. İyi yönetilmediği takdirde yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır, yaşam süresini 5-10 yıl kısaltır. Tüm dünyada hızla yayılması, hemen hemen tüm yaş gruplarında görülmesi, akut ve kronik komplikasyonlarla ilerlemesi, tüm yaşamsal organlarda kalıcı bozukluklara yol açabilmesi, yüksek maliyetli tedavisi ve ilk beş ölüm nedeninden birisi olması nedeniyle küresel bir halk sağlığı sorunudur. Bu dokümanda 'diyabet' bir bütün olarak ele alınmış, tiplerine, yaş gruplarına ya da cinsiyete göre bir ayrıma gidilmemiştir.

Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation – IDF), dünyada 285 milyon diyabet hastası olduğunu tahmin etmektedir. Her yıl ortalama 7 milyon kişinin diyabetli hasta nüfusuna eklendiği göz önüne alınırsa, bu rakamın önümüzdeki 10 yılda 350 milyonun üzerine çıkması beklenmektedir. 2010 yılı tahminlerine göre tüm dünyada 20-79 yaş arası erişkin nüfusta diyabet prevalansı % 6.6 dır. Bu değer 2030 yılında % 7.8 olacağı hesaplanmaktadır. Şu anda dünyada yılda 166 milyar Euro'nun diyabete harcandığı, bunun 2020 yılında 200 milyar Euro'nun üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir.

Ülkemizde 1997-1998 yıllarında 20-79 yaşları arasındaki yaklaşık 25 bin kişinin taraması ile yapılan ilk çalışmada (TURDEP) diyabet prevalansı %7.2 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %6.2, kadınlarda %8 olarak bildirilmiştir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2008 yılında 35 yaş ve üzerinde diyabet prevalansını %11.3 olarak bildirmiştir.

IDF tahminlerine göre Türkiye'de erişkin nüfus içinde diyabet prevalansının %7.4 olması beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de (World Health Organization – WHO) ülkemizdeki diyabetli nüfusun 6 Milyon'un üzerine çıkacağını öngörmektedir.

Küresel bir sağlık sorunu olan 'diyabet', Türkiye'de hesap edilenin ötesinde bir hızla yaygınlaşmaktadır: IDF'in 2030 yılı için öngördüğü yayınlığa bugünden ulaşılmıştır.

2009 yılında yapılan PURE çalışmasında 35-70 yaş grubunda diyabet prevalansı % 14.7, CREDIT çalışmasında 20 yaş üstü grupta %12, 2010 yılı sonbaharında ham bulguları yayınlanan TURDEP II çalışmasında % 16 bulunmuştur.

Bugün Türkiye’de 10 milyon civarında diyabetli olduğu tahmin edilmektedir.

IDF, Diyabet Atlası’nda 2010 yılında ülkemizde yapılacak sağlık harcamalarının %11’inin diyabetle ilişkili olacağını tahmin etmektedir.

Diyabetin Dünya’da ve ülkemizde artışının en önemli bağlamsal nedeni demografik ve epidemiyolojik dönüşümdür. Toplumlar yüksek doğurganlık ve yüksek ölüm hızlarından, düşük doğurganlık ve düşük ölüm hızlarına doğru aşama aşama gerçekleşen bir dönüşüm yaşamaktadır. Doğurganlık ve erken yaşlardaki; özellikle bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölümler azalmakta, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamakta, böylece toplumlar yaşlanmaktadır. Bu değişimin paralelinde ileri yaşlarda ortaya çıkan kalp hastalıkları, kanserler, diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıklar daha sık görülmektedir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar, insanların yaşamları boyunca maruz kaldıkları risk faktörlerinin kümülatif bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

Dünya’da Kronik Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve diğer kronik hastalıkların 2005 yılında Dünya’da 35 Milyon kişinin ölümüne yol açtığı hesaplanmıştır. 2015 yılı itibariyle bulaşıcı hastalıklar ve beslenme yetersizliğine bağlı ölümlerin %3 azalması beklenirken, kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %17 artması beklenmektedir. 2006 yılında Avrupa Birliği ülkelerinde 15 yaş ve üzerindeki nüfusun %40’ının kronik bir rahatsızlığı olduğu rapor edilmiştir. Daha da önemlisi, birden fazla sağlık problemi olan insanların sayısının özellikle yaşlı nüfus içinde giderek artacağı ve yaşlı nüfusun üçte ikisinin emeklilik yaşına geldiğinde en az iki kronik rahatsızlığı olacağı öngörülmektedir.

Yapılan çalışmalar farklı kronik hastalıkların ortak risk faktörlerine sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Diyabet, Dünya’daki en yaygın kronik hastalıklardan biridir ve prevalansı obezite ve yaşlanma ile giderek artmaktadır.

Modern tıp olanaklarına rağmen diyabetin radikal tedavisi halen mümkün değildir. Ancak hastalığın risk faktörlerine odaklanarak ortaya çıkması önlenemez ya da erken aşamalarda tanısı konarak organ hasarları kontrol altına alınabilir ve bireylerin yaşam kalitesi artırılabilir.

Diyabetle mücadelede önemli bir uluslararası girişim, WHO ve IDF’in Avrupa bölge ofislerine üye 52 ülkenin sağlık bakanları, temsilcileri ve sağlık hizmet-

leri sunucularının, 10-12 Ekim 1989'da İtalya'nın St. Vincent kasabasında yaptığı toplantıdır. Bu toplantıda diyabet hastalarına daha kaliteli bir yaşam sunmak ve diyabetle ilgili komplikasyonları en aza indirmek için hedefler belirlenmiş, bu doğrultuda bir eylem planı hazırlanarak St. Vincent Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirgeyi imzalayan ülkeler bildirmede yer alan hedefleri yerine getirmeyi, kendi ulusal diyabet programlarını oluşturmayı ve uygulamayı taahhüt etmişlerdir. Türkiye, bildirgeyi 1991 yılında imzalamıştır.

St.Vincent Bildirgesi - 1989

Diyabet Avrupa'da gittikçe büyümekte olan ciddi bir sağlık sorunudur. Tüm yaşta insanları ve tüm ülkeleri etkilemektedir. Hastaların sağlıklı bir yaşam sürmesine ve erken ölümüne neden olmaktadır. Avrupa çapında en az 10 milyon vatandaşı etkilemektedir.

Bu ağır hastalık yükünü ve ölümleri önemli oranda azaltmak için gerekli şartları sağlamak hükümetler ve sağlık bakanlıklarının elindedir. Her ülke, resmi düzeyde, diyabet sorununu kabul etmeli ve buna çözümler önermelidir. Diyabetin önlenmesi, tanısı, tedavisi ve özellikle komplikasyonlarının (körlük, böbrek yetmezliği, gangren, amputasyon, koroner kalp hastalığı ve inmeler) önlenmesi için yerel, ulusal ve Avrupa'da bölgesel düzeyde planlar ortaya konmalıdır. Şimdi yapılacak olan yatırımlar, insanların ızdırabının azaltılması başta olmak üzere insanî ve fizikî kaynaklarda muazzam tasarruflar olarak geri dönecektir.

Aşağıda sunulan genel amaçlar ve beş yıllık hedeflere, tıbbi hizmetlerin diyabetli bireyler, aileleri, arkadaşları ve iş arkadaşlarının yanı sıra hastaları temsil eden örgütler ile aktif bir işbirliği içinde düzenleyeceği faaliyetlerle ulaşılabilir. Bu faaliyetler, diyabet hastalarının kendi hastalıklarını yönetmeleri ve gereken eğitimi almalarını; sağlık hizmetlerinin planlanması, verilmesi ve kalitesinin denetlenmesini; ulusal, bölgesel ve uluslararası organizasyonların sağlığın korunması konusunda bilgilendirme çalışmaları yapmasını ve diyabet alanındaki araştırmaların teşvik edilmesini ve uygulanmasını kapsamaktadır.

Diyabetli Çocuk ve Yetişkinler için Genel Amaçlar:

- Diyabetlilerin sağlığın ve yaşamın her alanında nitelik ve nicelik açısından normal beklentilere yaklaşması
- Araştırma çalışmalarının yoğunlaştırılması ile diyabetin önlenmesi ve diyabetin ve komplikasyonlarının tedavisi ve bakımının sağlanması

Beş Yıllık Hedefler:

- Diyabetin tanısı ve diyabetin ve komplikasyonlarının kendi kendine bakım ve toplum desteği ile kontrol edilmesini ana bileşenler olarak içeren kapsamlı programlar geliştirilmeli, başlatılmalı ve uygulamalar değerlendirilmelidir.
- Toplumda ve sağlık profesyonelleri arasında diyabetten ve komplikasyonlarından korunma konusunda mevcut fırsatlar ve gelecekteki ihtiyaçlarla ilgili farkındalık artırılmalıdır.
- Her yaşta diyabet hastalarına, ailelerine, arkadaşlarına, çalışma arkadaşlarına ve sağlık ekibine yönelik olarak diyabetin yönetimi ve bakımı konusunda eğitimler organize edilmelidir.
- Diyabetli çocuklar için sağlık hizmetlerinin özellikle çocuklarda diyabetin yönetimi konusunda uzmanlaşmış bireyler ve ekipler tarafından verilmesi sağlanmalıdır. Diyabetli çocukların ailelerine gerekli sosyal, ekonomik ve duygusal destek verilmelidir.
- Diyabet alanında sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırma konularında uzmanlaşmış mükemmeliyet merkezleri güçlendirilmelidir.
- Çocuk, adolesan, üretken dönemdeki bireyler ve yaşlıları kapsayacak şekilde diyabetli tüm bireylerin bağımsız, hakkaniyetli ve kendi kendine yeten bir yaşam sürdürmesi sağlanmalıdır.
- Diyabetli vatandaşların topluma mümkün olan en yüksek düzeyde entegrasyonu için bariyerler kaldırılmalıdır.
- Diyabetin yüksek maliyetli komplikasyonlarının önlenmesi için etkili müdahaleler uygulanmalıdır.

Böylece:

- Diyabete bağlı yeni körlük vakaları üçte bir veya daha fazla oranda azaltılmalıdır.
- Son dönem böbrek yetmezliğine yakalanan bireylerin sayısı en az üçte bir oranda azaltılmalıdır.
- Diyabetik gangrene bağlı amputasyonlar yarı yarıya azaltılmalıdır.
- Diyabetlilerdeki koroner kalp hastalığına bağlı mortalite ve morbidite, risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik sıkı programlar ile düşürülmelidir.
- Diyabetli kadınlardaki gebelik sonuçları, diyabeti olmayan kadınlardakine yaklaşacak şekilde iyileştirilmelidir.

- Son dönem bilgi teknolojileri kullanılarak diyabet tanısı, tedavisi ve kendi kendine bakımı ile ilgili laboratuvar ve teknik prosedürlerde kalite güvencesi sağlanmalı ve bu kapsamda izleme ve kontrol sistemleri geliştirilmelidir.
- Diyabet alanında araştırma ve geliştirme programlarında ulusal ve bölgesel düzeyde ve WHO kurumları ve diyabet hasta organizasyonları ile işbirlikleri teşvik edilmelidir.
- WHO 'Herkes için Sağlık' programı ruhuna uygun olarak, WHO ve IDF arasında ortak işbirliği konusu acilen harekete geçirilmelidir ve bu önerileri uygulanması sağlanmalıdır.

St. Vincent toplantısının kapanışında kurumlarını resmi olarak temsil eden katılımcıların hepsi bu önerilerin hayata geçirilmesi için güçlü ve kararlı bir şekilde çalışacaklarını taahhüt etmişlerdir.

St. Vincent Bildirgesi'nin ardından, katılan ülkelerde diyabetin bakım ve tedavisinde bir oydaşlık oluşturularak diyabet hastalarının yaşam kalitesini artıracak stratejilerin belirlenmesi konusunda hızlı bir ilerleme kaydedileceği bekleniyordu. Ancak, bazı istisnalar dışında, beklentilerin aksine kayda değer, büyük ilerlemeler olmadı.

İkinci önemli uluslararası ortak girişim olan St. Vincent Bildirgesi'nin 10. Yıl toplantısı İstanbul'da yapıldı. Tüm Avrupa ülkelerinden diyabetle ilgili paydaşların, hükümetlerin, WHO, IDF ve Avrupa Birliği temsilcilerinin katıldığı bu değerlendirme toplantısında, St. Vincent Bildirgesi'nde ortaya konulan hedeflerden uzak olduğu, diyabet komplikasyonlarının önlenmesi/azaltılması konusunda somut bir başarının yakalanmadığı belirtilmiştir. İstanbul Kararlılık Bildirimi (Istanbul Commitment) olarak kaleme alınan sonuç bildirgesinde, St. Vincent Bildirgesi'ndeki hedeflere bağlılık yinelenmiştir.

İstanbul Kararlılık Bildirimi – 1999

- Diyabetli insanlar hala gereksiz yere kör olmakta, son dönem böbrek yetmezliğine yakalanmakta ve yüksek oranda kalp krizi, inme ve gangrenden muzdarip olmaktadır. Sosyal hayatları cehalet ve ayrımcılıkla sıkıntıya düşmeye devam etmektedir.
- Araştırmalarla ortaya konan güçlü kanıtlar bu fiziksel ve sosyal sıkıntıların büyük bir kısmının önlenebileceğini göstermektedir. 1989 yılında St. Vin-

cent Bildirgesi hızlı ve etkili bir şekilde bu bilgilerin hayata geçirilmesi ve diyabetli insanların yaşamlarını ve sağlıklarını büyük oranda geliştirmesi için harekete geçme çağrısı yapmıştır. Bu amaçlara ulaşmak için şunlar zaruridir:

Ülkelerin St. Vincent hedeflerine ulaşmak için yaptıkları çalışmalarını gözden geçirmeleri ve yenilemeleri gereklidir.

- St. Vincent Bildirgesi, sağlık bakanlıkları, sağlıkla ilgili profesyonel organizasyonlar, diyabetli hasta dernekleri ve diğer birçok organizasyon tarafından kabul edilmiş ve onaylanmıştır. Verilen sözler fiiliyata dökülmelidir. Tüm kurumlar teker teker ve işbirlikleri ile, ulusal ve yerel platformlarda bir araya gelerek ilerlemeyi gözden geçirmeliler ve çalışmalarını canlandırmalıdır. Yerel gerçeklere uygun hedefler ve bunlara erişilmesi için katı tarihler içeren net faaliyet planları geliştirilmelidir.

Diyabet hastaları 'tedavi için işbirliği' kavramının anahtar üyeleri olarak algılanmalıdır.

- Diyabette etkili kendi kendine bakım ve tedavi ekibinde aktif işbirliği, diyabet hastalarının sağlığını, bağımsızlığını ve kendilerine güvenlerini geliştirmek için gereklidir. Bu hedefe ancak bilgilendirme, eğitim ve hazırlığa öncelik verilirse erişilebilir. Kişisel sağlık bilgilerine erişim ve bunların bireye açıklanması bu kapsamda önem taşımaktadır.

Modern araçlar ve teknoloji kullanılmalıdır.

- Tedavide modern tekniklerin nitelikli kullanımının ve bilgi teknolojileri yöntemlerinin diyabetli hastaların bakım kalitesini artırma açısından büyük değeri olduğu gösterilmiştir. Sağlık ekipleri bu açıdan eğitilmeli ve gerekli donanım sağlanmalıdır. Geçerliliği gösterilmiş destek sistemleri ve rehberler merkezî olarak hazırlanmalı ve yerel olarak modifiye edilmelidir. Sistemik kalite geliştirme çalışmaları rutin uygulamaların bir parçası olmalıdır.

Ciddi ihtiyaç duyulan alanlardaki çalışmalar hızlandırılmalıdır.

- Diyabetli kadının gebeliği, diyabetli çocuğun fiziksel ve duygusal sağlığı,

diyabetik göz ve diyabetik böbrek hastalıkları ile ilgili risk faktörlerinin erken tespiti ve etkili bir şekilde düzeltilmesi ve kardiyovasküler hastalıklardan proaktif bir şekilde korunma gibi başlıklar ana sağlık hedeflerindedir ve her birine hala ciddi çaba harcanması gereklidir.

- Hali hazırda bazı ilerlemeler kaydedilmiştir, ancak daha da fazlasının yapılması gereklidir. İstanbul'daki bu toplantıda St. Vincent Bildirgesi'nde belirlenen amaç ve hedeflere tam olarak ulaşma konusunda kararlılığımızı beyan ediyoruz. Hükümetlerimizi, hasta derneklerini, profesyonel organizasyonları, gönüllü sosyal kurumları ve endüstriyi yenilenmiş kararlılıkla beraber hareket etmeye ve yerel olarak erişilebilir amaç ve hedefler koyarken yüksek bakım standartlarına yönelik çalışmaya çağırıyoruz.

Küresel anlamda diyabetle mücadelede en önemli girişim, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 20 Aralık 2006 tarihinde yaptığı oturumdur. Bu oturumda, sıtma, tüberküloz ve AIDS'den sonra ilk kez bulaşıcı olmayan bir hastalık; diyabet ele alınarak üye ülkelerin diyabet konusunda önleyici çalışmalar yapması ve etkili tedaviler için girişimde bulunulması önerilmiştir.

Birleşmiş Milletler (BM) Dünya Diyabet Günü Kararı
BM Genel Kurulu tarafından kabul edilmiş karardır:
61/225. Dünya Diyabet Günü

Genel Kurul,

2005 Dünya Kurultayı ve BM Binyıl Bildirgesi'nin yanı sıra ekonomik sosyal ve diğer ilişkili konularda gerçekleştirilen BM konferansları ve kurultayları, özellikle, bu toplantılarda ortaya konan sağlıkla ilgili gelişme hedefleri ve BM'nin 27 Ekim 2003, 58/3, 30 Kasım 2005, 60/35 ve 30 Haziran 2006, 60/265 sayılı rezolüsyonları çerçevesinde;

Binyıl Gelişme Hedefleri gibi uluslararası gelişme hedeflerine ulaşmak için halk sağlığı ve sağlık hizmet sistemlerinin güçlendirilmesinin kritik öneminin farkında olarak;

Diyabetin, kronik, vücuda hasar veren ve yüksek maliyetli bir hastalık olduğunun ve aileler, üye ülkeler ve tüm Dünya için ağır risklere ve Binyıl

Gelişme Hedefleri gibi uluslararası gelişme hedeflerine ulaşmanın önünde ciddi engeller oluşturan ağır komplikasyonlara sebep olduğunun da farkında olarak;

Dünya Sağlık Kurultayı 19 Mayıs 1989 tarihli WHA42.36 sayılı diyabetin önlenmesi ve kontrolü hakkındaki ve 22 Mayıs 2004 tarihli WHA57.17 sayılı küresel diyet, fiziksel aktivite ve sağlık stratejisi başlıklı kararları çerçevesinde;

Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun, Dünya Sağlık Örgütü'nün de desteği ile 14 Kasım'ı tüm dünyada 1991'den beri 'Dünya Diyabet Günü' olarak kutlamasını memnuniyetle karşılayarak;

İnsan sağlığını geliştirme ve iyileştirme ve tedaviye ve sağlık eğitimine erişimi sağlama için çok taraflı çabalara ihtiyaç olduğunun farkında olarak;

1. Halen Dünya Diyabet Günü olarak kutlanan 14 Kasım'ın resmi olarak Birleşmiş Milletler Günü olarak kabul edilmesine ve 2007 yılından itibaren her yıl kutlanmasına karar vermiştir.
2. Eğitim ve medya da kullanılarak diyabet ve komplikasyonlarının yanı sıra diyabetten korunma ve diyabet bakımı ile ilgili toplumsal farkındalığın artırılması için tüm üye ülkeleri, BM sistemini ve diğer uluslararası organizasyonların yanı sıra sivil toplumu ve özel sektörü Dünya Diyabet Günü'nü layıkıyla kutlamaya davet ediyoruz.
3. Üye Ülkeleri, sağlık sistemlerinin sürdürülebilir gelişimine paralel olarak diyabetten korunma, tedavi ve bakım konularını içeren ve Binyıl Gelişme Hedefleri gibi uluslararası gelişme hedeflerini göz önünde bulunduran ulusal diyabet politikaları geliştirmeye teşvik ediyoruz.
4. BM Genel Sekreteri'nin, söz konusu kararı tüm Üye Ülkelerin ve BM sistemindeki organizasyonların dikkatine sunmasını rica ederiz.

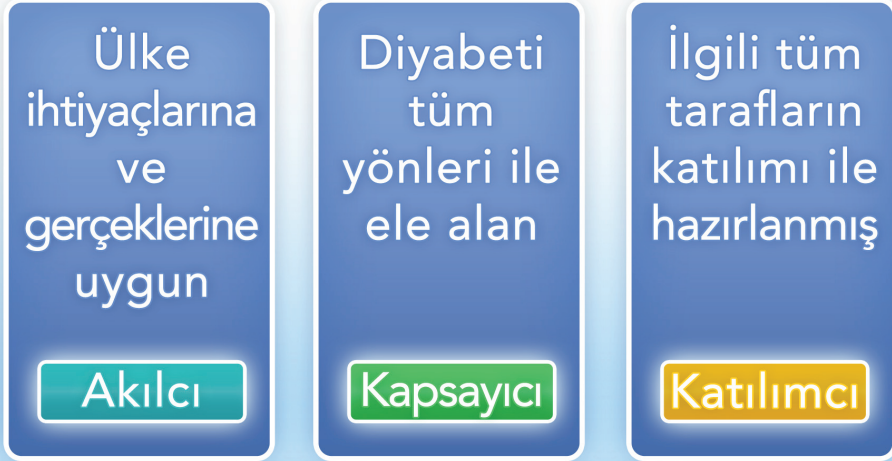
83. Genel Oturum
20 Aralık 2006

Bugün St. Bildirgesi'nin üstünden 20 yıl geçmiş bulunmaktadır. Diyabet hızla yayılmakta ve küresel bir sorun olarak tüm dünyayı tehdit etmektedir. AB üyesi devletlerin ancak yarısında ulusal diyabet politikaları vardır; bunların da birçoğu henüz uygulamaya geçmemiştir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 1994 yılından beri kronik hastalıklara önem vermeye başlamış ve 'Ulusal Diyabet Kontrol Programı' geliştirmiştir. 2009 yılında bu programın etkililiğini artırmak üzere çeşitli girişimlerde bulunulmuştur.

b. Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler Projesi

St. Vincent Bildirgesi, İstanbul Kararlılık Bildirimi, Birleşmiş Milletler Kararı'nın yanı sıra, WHO 21. yüzyılda Herkese Sağlık Stratejisi'nde de sorumluluğu hükümetlerin yanında; sivil toplum örgütleri ve özel sektöre de vererek onları inisiyatif almaya davet etmektedir. Aynı şekilde, IDF de diyabete karşı mücadelenin ilgili tüm toplum kesimlerinin katılımı ile sürdürülmesini önermektedir. İşte bu anlayış çerçevesinde; St. Vincent Bildirgesi'nin yirminci, İstanbul Kararlılık Bildirimi'nin onuncu yılında Türkiye Diyabet Vakfı, WHO ve IDF'in desteği ile Türkiye'deki ilgili sivil toplum kuruluşlarının işbirliğini sağlayarak, Sağlık Bakanlığımızın himayelerinde Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler projesini başlatmıştır. Proje diyabet alanında görev alan tüm meslek kuruluşları, uzmanlık dernekleri ve hasta örgütlerinin oluşturduğu sivil bir platform tarafından katılımcı, paylaşımcı, Türkiye'nin gereksinimlerine uygun, özgün bir şekilde planlanmıştır. Projenin yönlendirilmesinde bilim insanlarından oluşan bir Koordinasyon Kurulu, bir Danışma Kurulu, bir Uluslararası Danışma Kurulu, projenin idari ve teknik faaliyetlerin yürütülmesi için bir Politika Geliştirme Danışmanı ve sekreteryaya görev almıştır. Sanofi-aventis firması çalışmalara koşulsuz destek sağlamıştır.

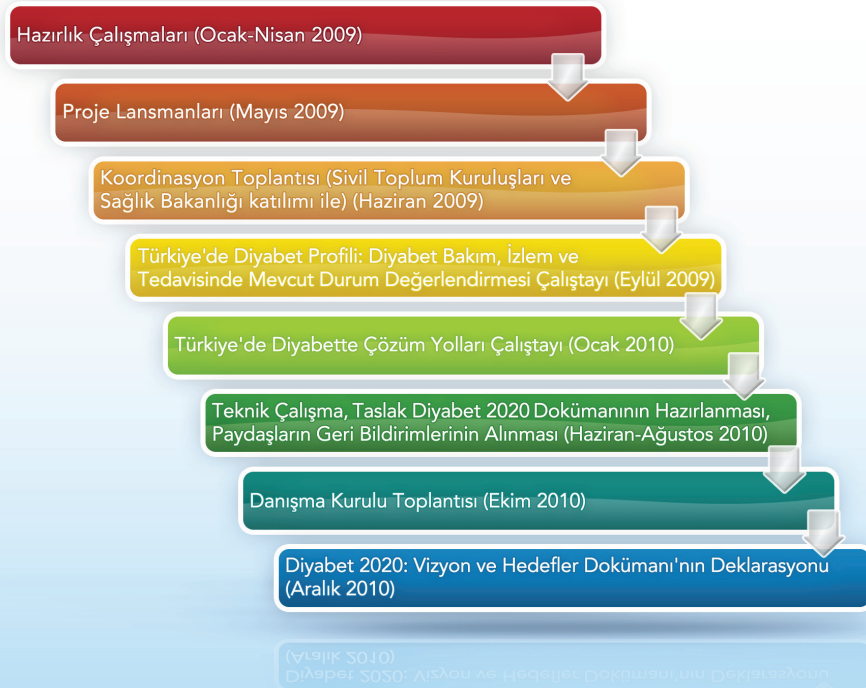


Şekil 1: Diyabet 2020 Ulusal Diyabet Stratejisi'nin temel özellikleri

Haziran 2009'da ilgili sivil toplum kuruluşları ve Sağlık Bakanlığı'nın katılımı ile bir koordinasyon toplantısı düzenlenerek projenin amaçları, kapsamı, süreç ve sonuçları tartışılmıştır.

Eylül 2009'da, 2 gün süren 'Türkiye'de Diyabet Profili: Diyabet Bakım, İzlem ve Tedavisinde Mevcut Durum Değerlendirmesi Çalıştayı' düzenlenmiştir. WHO ve IDF'nin, Sağlık Bakanlığı'nın, çeşitli bakanlıkların, TBMM'nin, ilgili kamu kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri, özel sektör ve diyabet konusunda çalışan akademisyen ve araştırmacıların katıldığı çalıştayda, 200'e yakın katılımcı sorunları çalışma gruplarında derinlemesine tartışmış ve her grup bir rapor hazırlamıştır. Hazırlanan raporlar düzenlendikten sonra; Kasım 2009'da bir kitap halinde yayınlanarak ilgili tüm kuruluşlara dağıtılmıştır.

Ocak 2010'da hemen hemen aynı katılımcılarla, bu kez çözüm önerilerinin tartışıldığı 2 günlük bir çalıştay düzenlenerek; sonuç raporlarını içeren kitap 'Türkiye'de Diyabette Çözüm Yolları' ismi ile Mayıs 2010'da 46. Ulusal Diyabet Kongresi sırasında kamuoyuna tanıtılmıştır. Birinci ve ikinci çalıştay tartışmalarını içeren her iki kitap ayrıca bir araya getirilerek ilgili kişi ve kurumlara dağıtılmıştır.



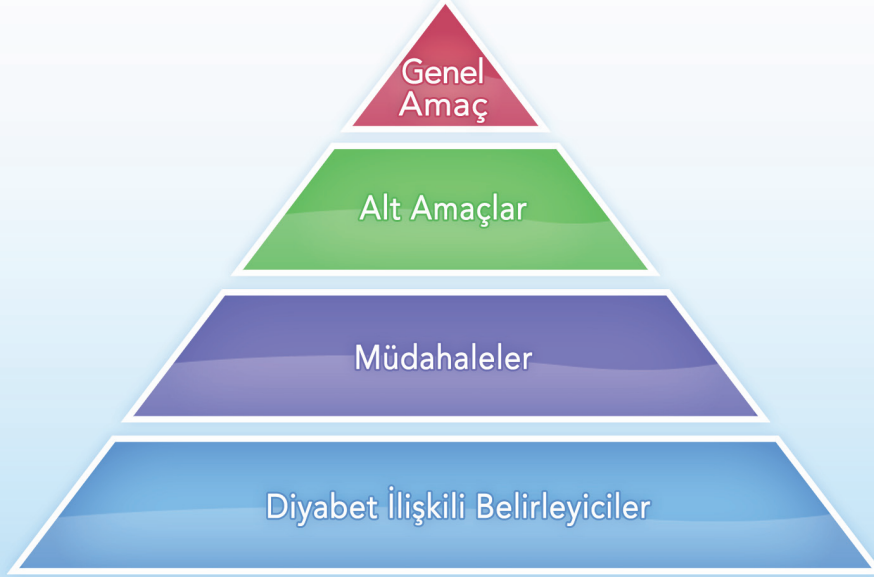
Şekil 2: Diyabet 2020 Ulusal Diyabet Stratejisi'nin hazırlanma süreci

2010'un yaz aylarında Politika Geliştirme Danışmanı, çeşitli bilim insanları, WHO ve IDF temsilcilerinden oluşan bir grup bu iki kitaptaki bulgu ve önerileri bir bütün halinde değerlendirerek taslak dokümanı hazırlamışlardır. Bu taslak üzerine, Ekim 2010'da düzenlenen ve Sağlık Bakanlığı dahil, ilgili kuruluşların temsil edildiği Danışma Kurulu'nda yapılan tartışmalar ve alınan geri bildirimler doğrultusunda şekillenen ikinci taslak, Koordinasyon Kurulu, WHO ve IDF'in de görüşleri alındıktan sonra son şeklini almıştır.

Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler dokümanı ile amaçlanan, 2020 yılına kadar ülkemizde diyabet alanında yapılması gerekenleri bir bütün halinde ortaya koyarak, uygulayıcı birimlere destek olmaktır. 2020 yılına dek bu önerilerin ne kadarının hayata geçirilebildiğini izleyecek bir mekanizma da oluşturulmaktadır.

Bu dokümanda 'Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler' yerine kısaca 'D 2020' terimi kullanılacaktır.

c. D 2020'nin Kavramsal Çerçevesi



Şekil 3: D 2020 bileşenler hiyerarşisi

Herhangi bir hastalıkla, özellikle de diyabet gibi kronik ve karmaşık bir hastalıkla mücadele ederken uygulanacak yöntemlerin, bir bütünün parçası olacak şekilde planlanması gerekir. Bu da, o hastalığı oluşturan nedenlerin, hastalıkla mücadele yöntemlerinin ve elde edilmek istenen sonuçların birbirleriyle ilintili bir şekilde modellenmesi ile sağlanabilir.

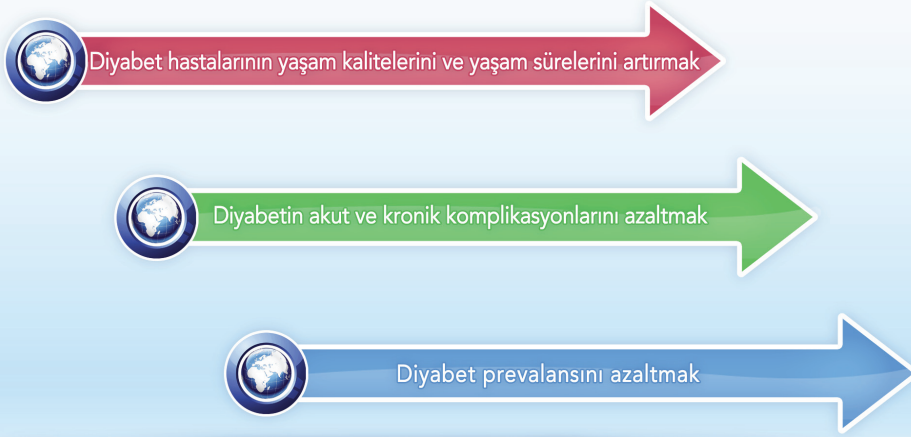
Genel Amaç:

Türkiye’de diyabetin önlenmesi, diyabetin etkili bir şekilde tedavi edilmesi ve komplikasyonlarından korunma sağlanmasıdır.

Alt Amaçlar:

1. Diyabet prevalansını azaltmak,
2. Diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarını azaltmak,
3. Diyabet hastalarının yaşam kalitelerini ve yaşam sürelerini artırmaktır.

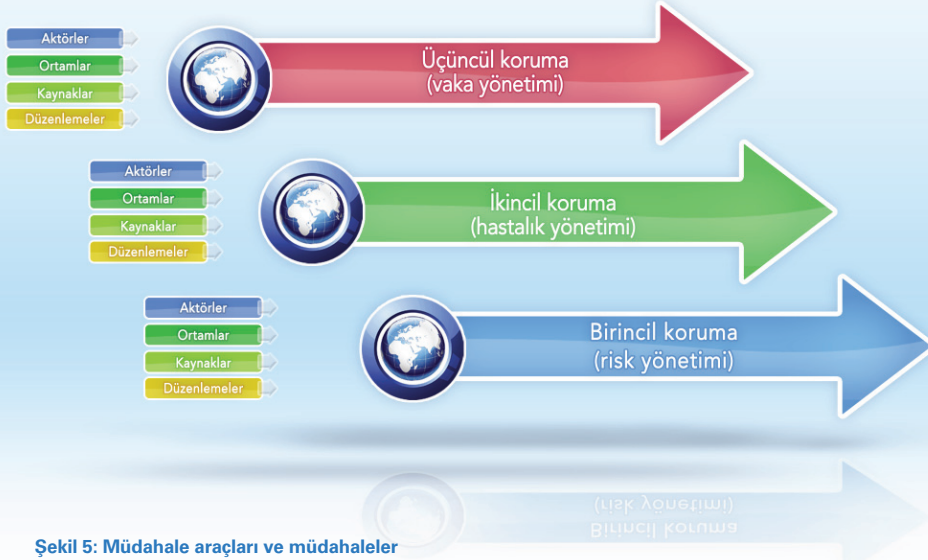
Genel amaca ulaşabilmek için alt amaçların nicel olarak tanımlandığı ‘ölçülebilir hedefler’ dokümanın ilerdeki bölümlerinde yer alacaktır.

**Şekil 4: Alt amaçlar**

Amaçlara ulaşmak için yapılacaklar, üç müdahale başlığı altında ele alınmaktadır:

- 1. Birincil koruma:** Toplumda risk taşıyan grupların diyabete yakalanmasını önleyecek müdahalelerin tümüdür.
- 2. İkincil koruma:** Diyabet hastalarını diyabetin komplikasyonlarından koruyacak müdahalelerin tümüdür.
- 3. Üçüncül koruma:** Diyabet komplikasyonlarının gelişmiş olduğu hastalarda, hastalığın ilerlemesini kontrol altına alıp yaşam kalitelerini artırmak ve yaşam sürelerini uzatmak üzere yapılacak müdahalelerin tümüdür.

Her üç düzeydeki müdahaleler bunların yapılmasını sağlayacak araçlarla gerçekleştirilir.



Şekil 5: Müdahale araçları ve müdahaleler

Bu nedenle, etkili bir müdahalede bulunmak için;

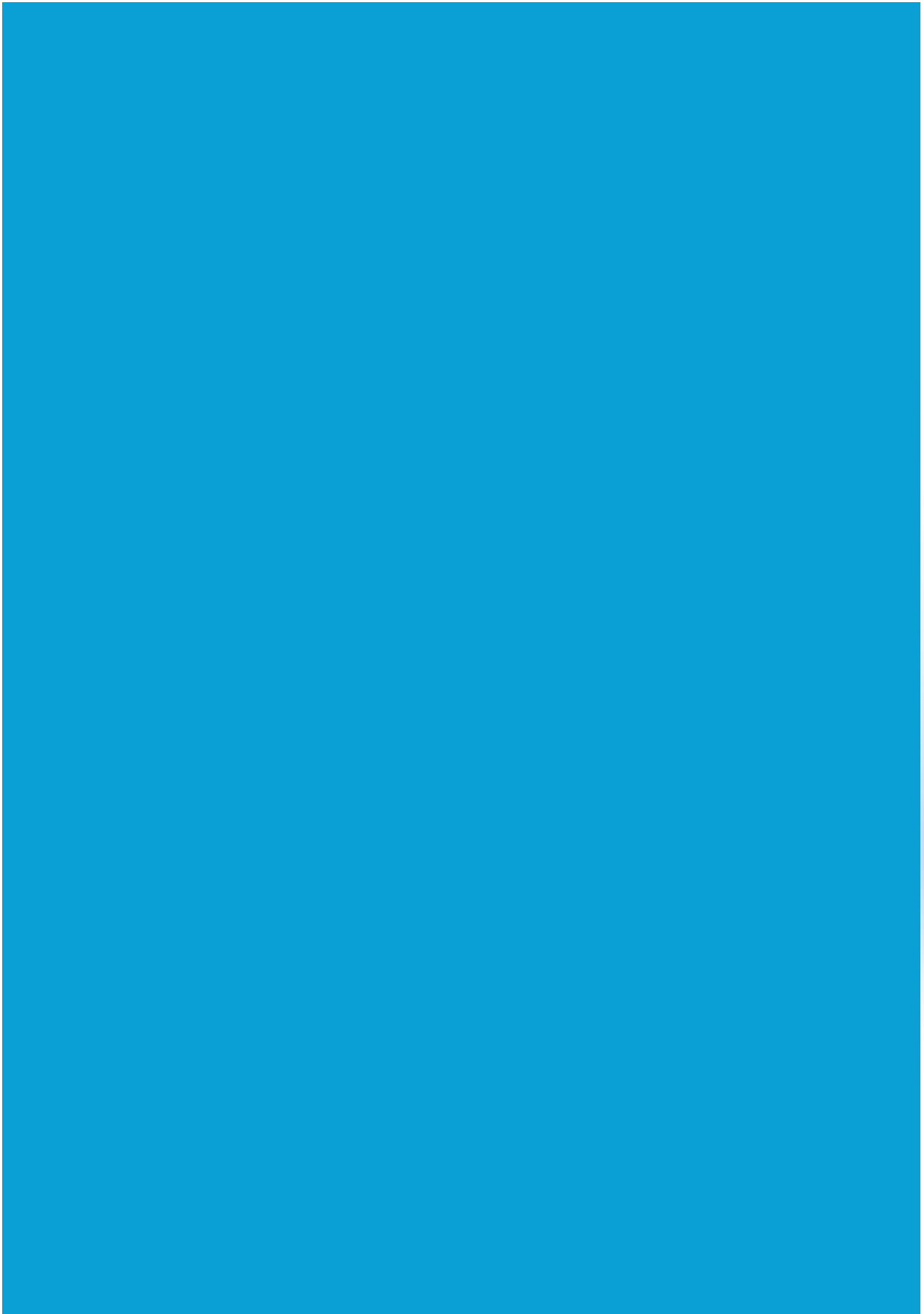
- Çeşitli **aktörlerin** (hastalar, hekimler, hemşireler vb.),
- Çeşitli **ortamlarda** (evler, okullar, iş yerleri, sağlık ocakları, hastaneler vb.),
- Çeşitli **kaynaklardan** yararlanarak (finansman, ilaç, malzeme vb.),
- Çeşitli **düzenlemelere** göre (yasa, tüzük, yönetmelik, rehber, algoritma vb.) girişimde bulunmaları gerekir.

Birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik müdahaleler ise diyabetin ortaya çıkmasında ve ilerlemesinde etkili olan belirleyici faktörlere yönelik olarak yapılmalıdır.

Diyabetle İlişkili Belirleyiciler

Diyabetin ve komplikasyonlarının ortaya çıkmasında rol oynayan nedenler dört ana grupta değerlendirilmiştir:

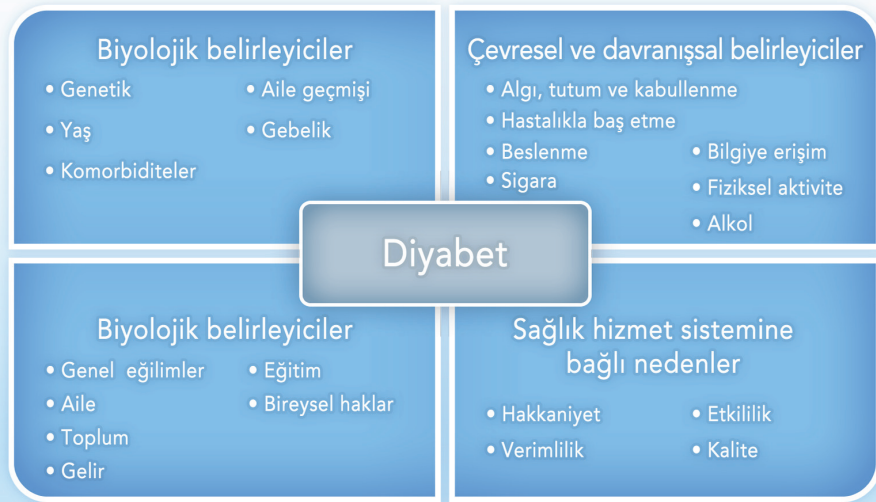
- **Biyolojik belirleyiciler** (genetik, aile geçmişi, yaş, gebelik, ko-morbidite vb.)
- **Çevresel ve davranışsal belirleyiciler** (beslenme, fiziksel aktivite, sigara, alkol, ilaçlar, hastalıkla baş etme vb.)
- **Sosyo-ekonomik belirleyiciler** (aile, toplum, eğitim, gelir seviyesi, bireysel haklar vb.)
- **Sağlık hizmet sistemine bağlı nedenler** (birinci basamak hizmetler, sevk sistemi, sağlık insan gücü, hasta eğitimi, erişilebilirlik, hakkaniyet, etkililik, kalite vb.)



2. BÖLÜM: DİYABETİN BELİRLEYİCİLERİ

Uzun yıllar boyunca sağlık literatüründe, hastalıkların temel belirleyicilerinin biyolojik temele dayandırıldığı modeller hâkim olmuştur. 70'li yıllarda bu bakış açısında önemli değişiklikler gerçekleşmiştir.

Son otuz yılda yapılan çalışmalar, bireylerin içinde buldukları sosyal ve ekonomik koşulların sağlık düzeylerinin en önemli belirleyicilerinden birisi olduğunu ortaya koymuştur. D 2020 Modeli'nde, diyabetin ortaya çıkmasını ve ilerlemesini belirleyen faktörler dört grupta toplanmıştır. Bu bölümde diyabetin belirleyicileri ele alınacak ve bunlar Türkiye bağlamında değerlendirilecektir.



Şekil 6: Diyabetle ilişkili belirleyiciler

a. Biyolojik Belirleyiciler

Genetik:

Araştırmalar, diyabet ve genetik polimorfizmler konusunda birden fazla ve karmaşık ilişkilerin olduğunu ortaya koymaktadır. Bunlar ağırlıklı olarak insülin direncine, obeziteye, ko-morbiditeye ve diyabet komplikasyonlarına yatkınlık şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Bireylerin genetik kod yapısı henüz değiştirilememektedir. Ancak diyabetin ortaya çıkması ve ilerlemesi konusunda önlem ve tedavi stratejilerinin bireylerin genetik yapılarına göre belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Hangi bireylerin diyabete genetik yatkınlık taşıdıkları, hangi ilaca nasıl tepki verecekleri, hangi beslenme biçiminin o bireye özgü olarak daha iyi sonuç verebileceği gibi birçok nokta; genetik polimorfizmlerin incelenmesi ile gün geçtikçe daha fazla ortaya konabilmektedir. Avrupa'da ilk kez 2005 yılında Bellagio Bildirgesi ile tanımlanan ve Toplum Sağlığı Genombilimi (Public Health Genomics) denilen bu alanda Türkiye'de de önemli çalışmalar yapılmıştır. Genetik ve yaşam tarzı incelemelerine dayalı analizlerle, diyabet konusunda birincil-ikincil-üçüncül koruma çabalarının daha başarılı olması mümkün olacaktır.

Aile geçmişi:

Bireylerin ailelerinde görülen sağlık sorunları, o bireylerin de aynı sağlık sorunlarını geliştirme risklerini artırmaktadır. Bunun nedeni, aile bireylerinin ortak genleri, çevreleri ve alışkanlıkları paylaşmasıdır. Araştırmalar, yakın aile üyelerinde diyabet öyküsü olan bireylerin daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir. Yakınlık derecesi ne kadar fazla olursa, diyabete yatkınlık da o derece artmaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalar, aile geçmişinde Tip 2 diyabeti olan bireylerin genel popülasyona kıyasla 2.5 kat daha fazla Tip 2 geliştirme riski olduğunu ortaya koymaktadır. Buna ek olarak aile geçmişinde Tip 2 diyabet olan kişilerin genel popülasyona kıyasla daha az fiziksel aktivite yaptıkları ve daha yüksek beden-kitle endeksine sahip oldukları belirtilmiştir.

Diyabete ilişkin aile geçmişi olan kadınlarda gebelikleri sırasında diyabet görülme riski yüksektir.

Yaş:

Diyabet her yaşta görülebilir. Tip 1 Diyabet pankreasın yeterli düzeyde insülin üretememesi sonucunda ortaya çıkar, çocuklarda görülen diyabetin %99'unu oluşturur. Diyabet çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalıklarından biridir. Bebeklikten ergenlik çağına kadar her yaşta görülebilir. Tanısı geç yaşlarda konmakta ve bazen viral enfeksiyonlarla karıştırılmaktadır. Bu durum çocukluk çağında diyabete bağlı mortalite ve komplikasyon riskini, özellikle endüstrileşmemiş ülkelerde artırmaktadır.

Tip 2 diyabet ağırlıklı olarak 45 yaş ve üstünde gözlenmektedir. Dünyadaki diyabet hastalarının 113 Milyon'u 40-59 yaş grubunda yer almaktadır. Bunların %70'i endüstrileşmekte olan ülkelerde bulunmaktadır. Yaşlanan dünya nüfusuna bağlı olarak bu rakamın 2025 yılında 166 Milyon olması beklenmektedir. 60-79 yaş arası diyabetli hasta sayısının 165 Milyonu bulacağı hesaplanmaktadır. Daha

önceleri Tip 2 diyabetin çocuklar arasında görülmediği bilinirdi. Ancak çocuklar ve gençlerdeki Tip 2 diyabet prevalansı giderek artmaktadır. Bunun en önemli nedeni, çocuklarda giderek daha çok görülen obezitedir. Tip 2 diyabet için kritik dönemlerden biri, insülin direncinin fizyolojik olarak arttığı ergenlik dönemidir. Düşük sosyo-ekonomik statülü gruplarda Tip 2 diyabetin daha erken dönemlerde ortaya çıktığına dair bulgular vardır.

Gebelik:

Gebelik diyabetin biyolojik belirleyicilerinden biridir. Gebelik Dönemi Diyabet Hastalığı (gestasyonel diyabet) gebeliğin 24-28. haftaları arasında ortaya çıkar ve bebeğin doğumundan sonra çoğunlukla kaybolur. Gebelik boyunca plasenta, bebeğin büyüme ve gelişimine yardımcı hormonları üretir. Bu hormonlar, aynı zamanda anneye ait insülin hareketini de bloke eder. Bu durum insülin direnci olarak adlandırılır. Bu dönemde hissedilen insülin ihtiyacı normal döneme göre 2-3 kat daha fazladır. Bu ihtiyacın vücut tarafından karşılanamaması durumunda gebelik dönemi diyabeti ortaya çıkar. Gebeliğin sona ermesiyle birlikte insülin ihtiyacı normale döner ve gebelik dönemi diyabeti de kaybolur.

Otuz yaş ve üstü, aşırı kilolu, ailesinde özellikle Tip 2 diyabet öyküsü olan kadınlar gebelik dönemi diyabet hastalığı geliştirme riski taşımaktadır. Gebelik dönemi diyabet hastalığı, annenin gebelik döneminde aşırı kilo almasına, erken doğuma ve bebeğin normalden daha kilolu olmasına yol açabilir. Gebelik dönemi diyabeti tanısı alan anne adaylarının beslenmelerine dikkat etmeleri, ortalama fiziksel aktivite düzeyini korumaları, kandaki glikoz düzeylerini gözlem altında tutmaları gerekmektedir. Her ne kadar gebelik dönemi diyabeti, gebelik sonrasında ortadan kaybolursa da bu tanıyı alan kadınların diğer kadınlara oranla ileriki yaşlarda Tip 2 diyabet hastalığına yakalanma riskleri daha yüksektir.

Ko-morbidite ve metabolik risk faktörleri:

Aynı kişide indeks bir hastalıkla birlikte bir ya da daha fazla kronik hastalığın ortaya çıkması olarak tanımlanan 'ko-morbidite', diyabetli hastalarda sık görülür. Diyabet vücuttaki birçok organı etkilediği için; tek bir hastalık olarak değil, metabolik bir sendrom olarak ele alınmaktadır. Diyabetle birlikte, diyabetin makrovasküler (kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, periferik arter hastalıkları, diyabetik ayak) ve mikrovasküler komplikasyonlarına (retinopati, nöropati, nefropati vb.) iyi tedavi edilmeyen grupta sıklıkla rastlanır. Depresyon ve yeme bozuklukları da diyabetle birlikte görülebilmektedir. Yaşlanan dünya nüfusu ile birlikte ileriye dönük yapılan diyabet prevalansı ile ilgili tahminlerde, diyabetle birlikte görülen hastalıkların prevalansında da artış olacağı öngörülmektedir.

Bu durum, günümüzde hâkim olan tek hastalık yönetimi yaklaşımının gelecekte diyabet hastalarının büyük bölümüne uygulanamayacağına işaret etmektedir.

Diyabetli kişiler kardiyovasküler hastalık riskine normal popülasyona göre 2-6 kat daha fazla sahiptir. Tip 2 diyabette, diyabetle ilgili ölümlerin %70'inden kardiyovasküler hastalıklar sorumludur. Tip 1 diyabetli kişilerin %25'i, Tip 2 diyabetlilerin %10'unda böbrek yetmezliği görülmektedir.

Bütün hastalıklara genel olarak bakıldığı zaman, bazı kardiyometabolik risk faktörlerinin hepsinin ortak etyolojide rol oynadığı görülmektedir. Bütüncül bir yaklaşımın gereği olarak bunları bir arada değerlendirmek gerekir.

Obezite hemen hemen tüm toplumlarda çok yaygın görülen bir sağlık sorunu olup küresel bir epidemi halini almıştır. Şu anda ABD ve Kanada'da her dört, Hindistan'da her beş yetişkinden biri obezdir. Çin'de nüfusun %15'i hafif şişman, %3'ü obezdir. Yapılan çalışmalar ülkemizde her dört erişkinden birinin, kadınların %40'ından fazlasının obez olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle Türk kadınlarında abdominal obezite (viseral yağlanma) sıklığı çok yüksek olup; kadın nüfusunun başta diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar olarak karşılaşacağı sorunlara işaret etmektedir.

Hipertansiyon dünyada önlenabilir ölüm nedenleri içerisinde bir numaralı risk faktörüdür. Önümüzdeki on yıllarda erişkin dünya nüfusunun üçte birinde hipertansiyon olacağı hesaplanmaktadır. Türkiye'de de hipertansiyon prevalansı %30'un üzerindedir. Hipertansiyon hastalarının ancak %40'ı hastalıklarının farkındadır, sadece %30'u farmakolojik tedavi almaktadır. Hipertansiyonun kontrol altında olma oranı genel grupta %8, tedavi alanlarda ise %20'dir. 65 yaş üstünde hipertansiyon prevalansı %65'dir..

Hiperkolesterolemi: Türkiye'de kolesterol düzeyi, 40 yaş ve üstünde çarpıcı bir şekilde %25 oranında artış göstermektedir.

Hipertrigliseridemi: 30 yaş üstü erişkin erkeklerin %40'ında, kadınların %30'unda hipertrigliseridemi vardır.

HDL kolesterol düşüklüğünün Türk toplumunda batıya göre belirgin olduğu yönünde çalışmalar vardır. Bunu, Türklere yaygın olarak görülen metabolik sendroma bağlayıp genetik temelleri olmadığı görüşünün yanında, genetik faktörlere bağlayanlar da vardır. Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalar ise böyle bir HDL kolesterol düşüklüğü olmadığı yönünde bulgular içermektedir.

LDL kolesterol ile ilgili olarak yapılan epidemiyolojik çalışmalar, Türkiye’de normal LDL kolesterol seviyelerinde koroner kalp hastalığının hiç de az olmadığını göstermektedir.

Prediyabet, Tip 2 diyabet ortaya çıkmadan önceki dönemde kan şekerinin normalin üzerinde; ancak diyabet tanısı alacak düzeyde seyretmediği dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte bozulmuş glikoz toleransı, açlık kan şekerinin 100-125 mg/dl arasında olması, oral glikoz tolerans testinde 2. saat kan şekerinin 140-199 mg/dl arasında olması şeklinde kendini gösterir. Yapılan çalışmalar prediyabetin tanı kriterleri ile metabolik sendromun tanı kriterlerinin çakıştığını göstermiştir. Bu nedenle ortak bir terim olarak ‘insülin rezistans sendromu’ olarak da isimlendirilen Metabolik sendrom, Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde rol alan, bu hastalıklar için ortak etyopatogenez paylaştıkları düşünülen risk faktörlerinin bir arada bulunmasıdır. Abdominal obezite, hipertrigliseridemi, düşük HDL kolesterol, hipertansiyon, açlık kan şekerinin 100 mg/dl’nin üzerinde olması şeklinde tanımlanan beş faktörden üçünün bir bireyde olması durumu; metabolik sendrom olarak tanımlanmaktadır. Toplumumuzda erişkinlerde metabolik sendrom prevalansının % 35, erkeklerde % 28, kadınlarda % 40 civarında olduğu bildirilmiştir.

Diyabetli hastalarda görülen yüksek ko-morbidite, aynı zamanda sağlık hizmetleri ve harcamaları açısından ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle, diyabetin önlenmesinde, tedavi ve bakım sürecinde çoklu hastalık yönetimi modelinin benimsenmesi ve bireylerin düzenli aralıklarla diyabetle birlikte görülebilecek hastalıklar için de taranması gerekmektedir.

b.Çevresel ve Davranışsal Belirleyiciler

Yapılan çalışmalar diyabete yakalanma ve sonuçları açısından çevresel ve davranışsal belirleyicilerin çok önemli olduğunu, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulduğunda diyabetten korunma ve mücadele etme faaliyetlerinde bu boyutun dikkate alınması gerektiğini ortaya koymuştur.

Diyabetlinin algısı, tutumu ve diyabeti kabullenmesi:

Bireylerin hastalıkları algılaması, hastalığa yönelik tutumları, onların hastalıkla baş etmeleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Diyabete yönelik tutum ve algılar ne kadar doğru ve gerçekçi olursa, diyabetle hem bireysel hem de toplumsal baş etme çabaları o denli başarılı olacaktır. Yanlış algı ve tutumların değiştirilmesi, önleme ve müdahale çalışmalarının mutlaka bir parçası olmalıdır.

Kronik bir hastalığa yakalanan bir bireyin hastalığı kabullenme noktasında beş aşamadan geçtiği ortaya konmuştur:

eğitim... eğitim... eğitim... eğitim...

Diyabete yönelik bilgilendirme ve farkındalık yaratmaya yönelik programlar aracılığıyla diyabetli bireylerin hastalıklarını kabullenme süreci kolaylaştırılabilir, yanlış tutum ve algılar değiştirilebilir.

Eğitim bunları sağlamanın en etkili yoludur.

- İlk aşamada birçok kimse kronik hastalığı olmadığını düşünme eğilimi içindedir. Hastalığı kabullenmeme, reddetme ve yanlış bir teşhis konulma olasılığına tutunma bunun tipik yansımalarıdır.
- İkinci aşamada bireyler kendilerine ve/veya sağlık hizmetini aldıkları profesyonellere karşı bir tepki içine girebilirler.
- Üçüncü aşamada tepki azalır, birey hastalığı kabullenmeye başlar; ancak hastalığın geçeceğine inanır. Bunun için alternatif tedavi yöntemlerini araştırmaya ve denemeye başlayabilirler.
- Dördüncü aşamada daha gerçekçi bakış açıları gelişmeye başlar ve depresif eğilimler ortaya çıkabilir.
- Beşinci ve son aşamada kronik hastalıkla yaşama zorunluluğu kabullenilir, doğru bakım ve izleme yöntemleri ile yaşam ve davranış biçimleri araştırılıp hayata geçirilmeye çalışılır.

Hastanın içinde bulunduğu aşamanın doğru değerlendirilmesi halinde, medikal ve psikolojik destek daha etkili bir biçimde sunulabilir.

Diyabetli hastaların algı ve tutumlarındaki önemli sorunlardan birisi de insülin kullanımına yöneliktir. “İnsülin ancak hastalığın son dönemlerinde; mümkün olduğu kadar geç başlanması gereken, kullanılması vücutta alışkanlık yapan, başlanınca bırakılmayan bir ilaçtır” algısı genel olarak yerleşmiş durumdadır. Bu algının oluşmasında hekimlerin, tıp eğitiminin ve onların algılarının da rolü büyüktür. İnsüline geç başlanması ve efektif dozlarda kullanılmaması; hem komplikasyonların doğurduğu ciddi sağlık sorunları, hem de bunların ekonomik yükü açısından hastalara ve topluma çok pahalıya mal olmaktadır.

Hastalıkla baş etme:

Tıp 1 ve Tıp 2 diyabetin her ikisi de yaşam boyu süren ve komplikasyonlarının en aza indirilmesi, bireylerin yaşam kalitelerini minimum ölçüde etkilemesi için iyi yönetilmesi gereken hastalıklardır. Diyabet iyi kontrol edildiğinde, diyabete rağmen bireylerin kaliteli bir yaşama sahip olmaları mümkündür. Diğer bütün hastalıklarda olduğu gibi; diyabetteki temel başlangıç noktası diyabetli bireyin kendi kendine bakabilme ve hastalığıyla baş edebilme becerisidir. İstenen sağlık sonuçlarının elde edilmesi, diyabetli bireylerin bakım ve tedavilerinde aldıkları sorumluluk ve bu sorumlulukları ne kadar etkili bir şekilde yerine getirdikleri ile yakından ilişkilidir.

Hastalıkla baş etme, baş etmenin salt davranış değil; psikolojik boyutunu da içermektedir. Bireylerin duygusal ve zihinsel açıdan hastalıklarını kabullenmeleri, hastalıkla baş etmede kendi öz kaynaklarına güvenmeleri, hem koruyucu hem

de komplikasyonları azaltıcı bir faktördür. Çalışmalar, baş etme becerileri yüksek bireylerde sağlık sorunlarının daha az gözlemlendiğini, sağlık sorunları ortaya çıktığında ise daha az komplikasyonla sonuçlandığını ortaya koymaktadır.

Stresin sağlıklı bireylerde glikoz toleransını bozabildiği ortaya konmuştur. Diyabete yakalanan bireylerde ise stres glisemik kontrolü olumsuz etkilemektedir. Diyabetli bireyler, diyabetli olmayanlara kıyasla depresyona girmeye daha çok eğilimlidir. Depresif diyabet hastalarında diyabet komplikasyonları ve kronik diğer hastalıkların görülme olasılığı daha yüksektir. Depresif diyabet hastaları verilen tedavileri izlemede daha düşük motivasyona sahip olup, fiziksel ve sosyal açıdan daha az aktiftirler. Depresyon aynı zamanda, özellikle de düşük sosyo-ekonomik gruplarda diyabetin ortaya çıkmasında etkili bir faktördür.

Bilgiye erişim araçları:

Bilgi teknolojileri, davranış bilimlerinin diyabetteki rolünü üç alanda desteklemektedir:

- Hasta hekim ilişkileri
- Hekim desteği
- Eğitim

İnternet, bilgiye erişim araçlarının başında gelmektedir. Sağlıklı yaşam biçimleri ve davranışları ile diyabet konusunda bilgi ve farkındalığın artırılması, baş etme becerilerinin geliştirilmesi, sağlığı koruyucu ve hastalıkların gelişimini önleyici davranışlar konusunda eğitim sağlanması gibi alanlarda; internet önemli bir rol oynayabilecektir. Diyabetli bireylerin kimliklerini açıklamadan kendi deneyimlerini paylaştıkları forumlar, sağlık profesyonellerinin makaleleri, diyabetli kişilerin sorularına verilen cevaplar, sivil toplum örgütlerinin hazırladığı kitaplara on-line erişim imkânları ve televizyonlarda daha çok yer alan sağlık programları, sağlık davranışlarımızı etkileyen önemli bilgi ve iletişim araçlarıdır.

Ancak bilgi ve iletişim kanallarının çokluğu, sağlıkla ilgili bilgilerin denetimsiz ortamlarda paylaşılması, bilgi kirliliğini de beraberinde getirmektedir. Bu da bilgiye erişim araçlarının kontrolünün ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Beslenme alışkanlıkları:

Sanayileşme ve ileri teknoloji sonucu ortaya çıkan yeni yaşam tarzı, hareketsiz bir yaşam ve yüksek enerjili, düşük posalı beslenme modelinin giderek günlük hayata hâkim olmasına yol açmıştır. Dünyadaki demografik ve epidemiyolojik dönüşüme ek olarak gözlenen bu beslenme dönüşümü ve azalan fiziksel aktivite ile obezite küresel bir epidemiy haline almış; buna bağlı olarak diyabet riski de giderek artmıştır. Ekonomik gelişimin erken aşamalarında bu değişiklikler daha

yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip grupları etkilerken, bu durum hızlı bir şekilde tersine dönmüş ve düşük sosyo-ekonomik grupları daha fazla etkilemeye başlamıştır.

Ülkemizde yaygın olan beslenme biçimi, hem endüstrileşmiş hem de endüstrileşmekte olan ülkelerin özelliklerini göstermektedir. Coğrafi bölgeler, kırsal-kentsel yerleşim ve sosyo-ekonomik statü durumuna göre; beslenme biçiminde farklılıklar gözlenmektedir. Türkiye’de diyabet prevalansı, yöresel mutfak ve beslenme kültürüne göre farklılıklar göstermektedir. Özellikle Ortadoğu mutfağının etkili olduğu Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde diyabet prevalansı ve obezite oranı ülke ortalamasının üzerindedir.

Türk halkının temel besini ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Günlük enerjinin %44’ü sadece ekmekten, %58’i ise ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır. Yıllar içindeki besin tüketim eğilimleri incelendiğinde ekmek, süt-yoğurt, et ve et ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; kuru baklagil, yumurta ve şeker tüketiminin arttığı; toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılıklar olmasa da, bitkisel sıvı yağ tüketiminin katı yağlara göre arttığı gözlenmektedir.

Fiziksel aktivite:

Son otuz yılda otomobil, televizyon ve bilgisayarların hemen hemen her bireyin yaşamına girmesi sonucu fizik aktivite giderek azalmaktadır. Düzenli egzersiz insülin duyarlılığını ve Tip 2 diyabetin glisemik kontrolünü sağlar; kilo kontrolüne yardımcı olur. Haftada 3-4 gün 30-60 dakika hızlı yürüyüşle, başta diyabet olmak üzere koroner kalp hastalığı gibi birçok kronik rahatsızlık riski azaltılabilmektedir. Finlandiya’da 45-64 yaşları arasındaki 2017 erkek ve 2352 kadının 10 yıl boyunca izlendiği bir çalışmada; haftada 3 saat ve üzerinde egzersiz olarak tanımlanan yüksek fiziksel aktivitenin diyabet riskini %60-70 oranında düşürdüğünü; aşırı kilolu ve/veya obez bireylerde yüksek fiziksel aktivite ile diyabetin ortaya çıkışının %50 azaldığı bildirilmiştir.

Ülkemizde nüfus genelinde fiziksel aktivite düzeyini belirleyecek, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış standart bir ölçek bulunmamaktadır. 2003 yılında yapılmış olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması nüfusumuzun % 20’sinin hareketsiz bir yaşam biçimine sahip olduğunu, %16’sının ise yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğunu göstermektedir. Batı toplumlarında kent yaşamında kırsal kesimdekine kıyasla daha düşük düzeyde fiziksel aktivite tanımlanırken, ülkemizde kent ve kırsal kesimin her ikisinde de bireylerin yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede buldukları görülmektedir.

2004 yılında yapılan bir araştırma, haftada en az 3 gün 30 dakika düzenli olarak yapılan egzersizi 'düzenli fiziksel aktivite' olarak değerlendirmiş ve buna göre kent merkezlerinde yaşayan bireylerin % 3,9'unun, kırsal kesimde yaşayan bireylerin ise % 3'ünün düzenli fiziksel aktivitede buldukları tespit edilmiştir. Toplum geneli için % 3,5 olan bu oran, kadınlarda % 4,2 ve erkeklerde % 3,1 olarak bildirilmiştir.

Sigara:

Çalışmalar sigaranın tek başına Tip 2 diyabet riskini artırdığını ortaya koymaktadır. Günde ortalama 1 paket sigara içenlerin Tip 2 diyabet geliştirme riskleri 2 kat artmaktadır. Bu kişilerde diyabetin çok fazla sayıda ve ciddi komplikasyonlara yol açtığı gösterilmiştir. 1990'lı yıllarda yapılan çalışmalar toplumumuzda her dört erişkinden üçünün sigara içtiğini, kalp hastalığı olanların %80'inin ya eskiden ya da hali hazırda sigara kullandığını ortaya koymuştur. Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı 'Dumansız Hava Sahası' kampanyası, sigara içimini sınırlandırıcı yasal düzenlemeler, Türkiye'de hem sigara kullanma sıklığını azaltmakta, hem de pasif içicilerin olumsuz etkilenmelerini önlemektedir. Ülkemizde son yıllarda halk sağlığını korumaya yönelik olarak atılmış uluslararası alanda başarılı bu girişimler desteklenmeye devam edilmelidir.

Alkol:

Alkol tüketimi ile obezite arasında doğrusal ilişki olduğunu gösteren yayınlar vardır. Aşırı alkol tüketimi hipoglisemiye yol açabilmektedir. Alkol karaciğerde parçalanana kadar glikoz üretimi bloke olmaktadır. Bu esnada karaciğer glikojen depolarındaki glikozu kullanabilir ancak bunlar da tükendiğinde hipoglisemi ortaya çıkar. Alkol tüketimi ile uygunsuz beslenme arasındaki ilişki, aşırı alkol kullanımında glisemi regülasyonunu olumsuz etkilemektedir. Bu diyabet hastaları için önemli bir sorundur.

c. Sosyo-ekonomik Belirleyiciler

Genel eğilimler:

Dünya her alanda hızlı bir değişim yaşamakta, her geçen gün değişimin hızı artmaktadır. Endüstrileşme, mekanikleşme, bilgi teknolojilerindeki gelişim, kentleşme, küreselleşme, iş olanaklarının türünde ve sayısındaki değişim, üretim ve tüketim biçimlerinde, beslenme ve yaşam tarzlarındaki değişimler başlarda açıklanan demografik ve epidemiyolojik dönüşümün de arkasında yatan nedenlerdir.

Kentleşme ile birlikte görülen, doymuş yağ, şeker, tuz oranı ve enerjisi yüksek besinlerin tüketimindeki artış 'beslenme dönüşümü' olarak adlandırılmaktadır.

Bu eğilimi teşvik eden faktörlerden birisi uluslararası şirketler tarafından yapılan yatırımlarla yerel besin endüstrilerinin pazar paylarının daralması, kar marjıyüksek olan işlenmiş gıda ve 'fast food' sektörünün gelişmesidir.

Aile:

Aile ortamı bireylerin başta beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, sağlık kontrolleri olmak üzere yaşam biçimleri üzerinde çok etkilidir. Tüm bunlar, sosyalleşme sürecinde ailede edinilen alışkanlıklar ve öğrenilen davranış biçimleri olarak diyabet ve benzeri kronik hastalıkların gelişmesinde önemli bir rol oynar. Diyabetli bireylerin tedavi ve bakım süreçlerinde, diyabetin komplikasyonlarının gelişip gelişmemesinde de, aileden alınan beslenme kültürü çok etkili olmaktadır. Çocuklarda okul çağının başlamasıyla kantinler, dış çevre, medya gibi etkenlerle, ailede edinilen beslenme kültürü yerini 'fast-food' tipi beslenme alışkanlığına bırakmakta, çocuk ve gençlerde obezite hızla yayılmaktadır.

Toplum:

Toplumda egemen olan değer yargıları, inançlar ve idealler bireylerin sosyalleşme süreçlerinde ve yaşam alışkanlıkları kazanmalarında rol oynamaktadır. İdeal kilo ve beden ölçülerinin ne olduğu toplumsal değerlerle ortaya çıkmaktadır. Bugünkü 'obezojenik' yaşam çevreleri toplumsal gelişmelerin bir sonucudur.

Türk toplumu bu açıdan incelenmeye değer özellikler taşımaktadır. Ülkemizde, doymuş yağdan, şeker ve tuzdan zengin yöresel mutfaklar, düşük sebze ve meyve tüketimi, düşük düzeydeki fiziksel aktivite gibi diyabeti hazırlayan sorunlara bir de toplumsal değerlerimiz, davranış kalıpları, özendirilen ve öykünülen hareketler açısından bakılmalıdır. 'Bir dirhem et bin ayıp örter' atasözü ve benzeri yaklaşımlar 'obezojenik' çevreye destek veren, obeziteyi 'sevimli' gösteren toplumsal değerlerimizdendir. Diyabetin halk arasındaki adının 'şeker hastalığı' olması da bu hastalığı sevimli, önemsiz, ihmal edilebilir bir imaj ile algılamaya neden olmaktadır.

Eğitim:

Yapılan çalışmalar obezite ve diyabetin eğitim düzeyi düşük bireyler ve gruplar arasında daha yaygın olduğunu, bunlar arasında hastalığın uzun süre teşhis edilmemesine bağlı olarak daha yüksek komplikasyon ve mortalite oranlarının görüldüğünü ortaya koymuştur. Eğitim düzeyi düşük hastaların hastalıklarını kendi kendilerine yönetme becerilerinin yetersiz olması da önemli bir faktördür. Verilen tedaviyi takip edebilme, doğru beslenme, kan glikoz seviyesinin düzenli ölçümü sağlıkta okur-yazar bireylere ihtiyaç duymaktadır. Düşük eğitim düzeyi daha sağlıklı yaşam biçimleri konusundaki farkındalık için gerekli olan bilgiye fiziksel ve bilişsel erişimi de sınırlamaktadır. Düşük eğitim düzeyi sağlık hizmetlerine

erişimin önünde de engel oluşturmaktadır.

Gelir düzeyi:

Bireylerin yaşam biçimleri, beslenmeleri, fiziksel aktiviteleri ve sağlık hizmetlerine erişimleri, gelir düzeyleriyle yakından ilişkilidir. Türkiye’de ortalama eğitim düzeyinin çok düşük olması, işgücünün emek piyasasında daha çok kol gücü olarak kendini göstermesine neden olmaktadır. Kol gücüne dayanan iş imkânlarının daralması, bunlara ödenen ücretlerin düşüklüğü, yüksek işsizlik oranlarına yol açmaktadır. İşsiz toplum kesimleri sosyal güvenceden, dolayısıyla sağlık hizmetlerindeki sosyal güvenceden de mahrum kalmaktadır. Ayrıca ekonomik krizlere bağlı olarak düşen gelirler, bireylerin hem sağlık düzeylerini, hem de ulaşılabildikleri sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Düşük gelir düzeyi, enerjisi yüksek, lif ve vitamin oranı düşük beslenme biçimini desteklemektedir. Diyabetin tedavi ve bakımı oldukça masraflıdır. Komplikasyonlara bağlı olarak bireyler iş yapabilirliklerini de kaybetmektedirler.

Görüldüğü gibi gelir düşüklüğü hastalığın ortaya çıkışını kolaylaştırırken, hastalığın ortaya çıkışı da gelir düzeyi üzerinde olumsuz sonuçlara yol açarak bir kısır döngüye yol açmaktadır. Dünyada diyabet prevalansı, gelir düzeyi düşük ülkelerde en yüksek artış hızını göstermektedir.

Diyabete sosyal yaklaşımlar ve bireysel haklar:

Toplumlarda hasta bireylere sosyal bütünleşme ile mi, yoksa damgalama, dışlama ve ayrımcılıkla mı yaklaşıldığı önem taşır. Ülkemizde diyabetin bulaşıcı hastalıklar, AIDS, kanser, kronik böbrek yetmezliği kadar belirgin bir dışlama ile karşılaşmadığı gözlenmektedir. Ancak, kronik ve yaşamın bütün alanlarını etkileyen bir hastalık olması nedeni ile diyabetli bireylerin açık ya da gizli sosyal damgalama (stigmatizm) ve ayrımcılığa maruz kaldıkları bir gerçektir. Diyabetliler için işyerlerinde, okullarda diyabetik yemeklerin bulunmaması, insülin yapmalarına yönelik mekânların ayrılmaması, hasta sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Diyabetli bireyler işlerini kaybetmemek, ayrımcılığa maruz kalmamak için tüm sonuçlarına katlanarak hastalıklarını uzun süre saklama ve sosyal haklarını talep etmeme eğiliminde olmaktadır. Öte yandan diyabetli bireyler işe başvuruda gizli ayrımcılık yaşamakta, başvuru değerlendirmelerinde bu durum gizli negatif faktör olarak alınmaktadır. Özellikle Tip 1 diyabetli gençler, yeni çıkan ‘engelli yasası’yla işyerlerine bu kadrolarda alınabilmektedir.

d.Sağlık Sistemleri

Bir toplumun sağlık düzeyini etkileyen önemli unsurlardan birisi o ülkenin sağlık hizmet sisteminin yapısıdır. Sağlık sisteminin bileşenleri; hizmet sunum yapısı ve

işleyişi, finansmanı, insan kaynakları, sağlık bilgi sistemleri, teknoloji kullanımından oluşmaktadır. Bu bileşenlerin kendi içindeki işleyişi ve birbirleriyle ilişkileri o sağlık sisteminin ne kadar adil, etkili, verimli ve kaliteli olduğunu ortaya koyar. Bu kısımda Türkiye'nin sağlık sistemi diyabet bağlamında irdelenecektir.

Türk sağlık sisteminin son 20 yıllık genel görünüşü:

Türk sağlık sistemi, kamusal yapıların ağırlıkta olduğu, özel ve kamu hizmet sunumu ile finansmanının karma bir yapıda yer aldığı bir görünüm arz etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli değişiklikler gerçekleştirilmekte olmasına rağmen, sistemin tam anlamıyla işler hale gelmesi uzun yıllar alabilecektir.

1990'ların başından beri sürdürülen, sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanması çalışmalarında önemli bir aşama kat edilmiş, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) şemsiyesi altında birleşmiştir. Aynı çalışmaların parçası olarak uygulamaya konan, ödeme gücü olmayan vatandaşların Yeşil Kart kapsamına alınmasında da, birçok istismarlar olmasına karşın, büyük nüfus kesimleri kapsam altına alınmıştır. Özel sağlık sigortalarında önemli bir gelişme olmamış, 1990'lardaki çıkıştan sonra 1 milyon üye civarındaki varlıkları küçük azalma ve artışlarla devam etmiştir. Özel sağlık sigortaları akut durumların tanı-tedavi hizmetlerine yönelmiş, kronik durumlardan, özellikle diyabet, koroner damar hastalıkları ve kanser hastalarını kapsam dışı bırakmaya çalışmışlardır.

Reform çalışmalarında öngörülen Devlet ve SSK hastaneleri arasındaki ayrımın kaldırılması konusu da; Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hayata geçirilmiş, bu hastanelerin tümü Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Bu yıllar içerisinde SGK, kamu hastanelerinin yanı sıra özel hastaneler, özel tanı merkezleri ve polikliniklerden de üyeleri için hizmet almaya başlamış ve Türkiye'de özel sağlık kurumlarının sayısı hızla artmıştır. Tıp fakültelerinin eğitim hastaneleri, üniversite yapıları altında nispeten bağımsız konumlarını sürdürmektedir.

Sağlık reformu çalışmalarının en önemli bileşenlerinden olan birinci basamakta, sağlık ocaklarına ilave olarak aile hekimliği hizmet modelinin uygulanması konusunda da çalışmalar sürmektedir. Modelin kapsamlı bir şekilde hayata geçirilebilmesi için zamana gereksinim vardır. Hali hazırda birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonu ve senkronizasyonu sağlayacak sevk ve işleyiş modeli henüz oluşturulamamıştır.

Sağlık hizmet politikalarının amaçları (hakkaniyet, etkililik, verimlilik, kalite) açısından sistemde ilerlemeler olmakla birlikte sorunlar vardır:

- Türkiye sağlık hizmetlerini vatandaşlarına eşit bir biçimde ulaştırmak amacıyla önemli bir gayret içindedir. Ne varki bir yandan artan talep, bir yandan in-

sangücü başta olmak üzere kaynak yetersizlikleri, bir yandan da toplumdaki sosyo-ekonomik farklılıklardan kaynaklanan nedenlerle Türk halkının tümü sağlık hizmetlerine eşit şekilde ulaşamamaktadır. Yaşanılan yere, gelir durumuna, sosyal güvenlik statüsüne göre bireyler arasında sağlık hizmetlerine ulaşma ve yararlanma bakımından farklar vardır. Bu özelliği ile Türk sağlık sistemi **hakkaniyet (equity)** ilkesi açısından zayıftır. Bu tespitler diyabetli hastalar açısından da geçerlidir. Türkiye’de etkili diyabet tedavisine ulaşamayan (maddi, kültürel, yaşanan yere bağlı, hukuki, sağlık uygulamaları gibi nedenlerle) hastalar vardır.

- Türkiye’nin sağlık öncelikleri süratle değişmektedir. Anne ve bebek ölümleri, aşıyla korunabilir hastalıkların öncelikli olduğu fazda önemli başarılar elde edilmiştir. Ne varki şu anda karşı karşıya kalınan sorunlar kronik-kompleks hastalıklardır. Türk sağlık sistemi, kronik durumlardan kaynaklanan öncelikli ve önemli halk sağlığı sorunlarını çözmekte henüz yeterince etkili olamamaktadır. Diyabet bağlamında bakıldığında riskli bireylerin hastalıktan korunması, hastalananların tedavi ve takipleri, komplikasyonların önlenmesi açısından sonuçlar yetersizdir. Bu da sistemin **etkililik (effectiveness)** açısından henüz yetersiz olduğunu göstermektedir.
- **Verimlilik (efficiency)** ilkesi, elde edilen sağlık sonuçlarının harcanan kaynaklarla karşılaştırıldığındaki durumu gösterir. Türkiye kamu ve özel harcamalar dikkate alındığında azımsanmayacak miktarda kaynak kullanmaktadır. Sağlık göstergelerinde de önemli düzelmeler olmuştur. Ne varki, yine kronik hastalıklar açısından bakıldığında durum kaynakların doğru bir şekilde kullanılmadığına işaret etmektedir. Diyabet açısından da durum böyledir. Kaynaklar harcanmakta ne var ki arzu edilen miktarda sonuç elde edilememektedir. Bunun temel nedenlerinden birisi kamu yöneticilerinin, (Sağlık Bakanlığı ve SGK) ‘harcamaları asgariye indirme’ (cost minimization) ilkesi doğrultusunda çözümler üretmeye gayret etmeleridir. Oysa, uygulanması gereken yaklaşım ‘maliyet-etkililik’ (cost-effectiveness) olmalıdır. Maliyetler en aşağı çekilmeye çalışılırken, her türlü gider sınırlandırılmakta, bu arada toplum sağlığı açısından yapılması gereken harcamalar da kısılmaktadır. Bu durum daha sonraki yıllarda ilerlemiş hastalıkların ve komplikasyonların maliyetiyle birlikte daha pahalı faturaların ödenmesine yol açmakta ve Türk sağlık sistemini kısır bir döngüye sokmaktadır.

- Sağlık hizmetlerinde **kalite (quality)** dört açıdan değerlendirilmelidir:

- **Tıbbi sonuçlar:** Verilen hizmetlerin bireylerin ve hastaların sağlık düzeylerini ne kadar etkilediği ve iyileştirdiğinin ölçülmesine dayanır (outcome measurement). Diyabet açısından bakıldığında seçilmiş hasta gruplarında HbA1c düzeyleri, amputasyon, retinopati, nefropati gibi komplikasyonların görülme oranlarının ölçülüp karşılaştırılması bunlara bir örnektir. Türkiye’de bu sonuçlar karşılaştırılarak kalite ölçümü yapılamamakta, bunlarla ilgili kayıtlar sistematik olarak tutulmamakta, komplikasyonları, hatta diyabetin prevalansını gösterecek kayıt ve bilgi sistemleri henüz tam anlamıyla işlememektedir.

- **Finansal sonuçlar:** Verilen hizmetlerin finansal maliyetleri ile elde edilen tıbbi sonuçların karşılaştırılması ve elde edilen birim tıbbi sonuç başına düşen maliyetin hesaplanmasıdır. Bu konuda veriler eksiktir. Diyabet için yapılan harcamalara ve hastaların durumuna bakıldığında gözlemsel olarak finansal sonuçlar açısından kalitenin düşük olduğu söylenebilir.

- **Hasta memnuniyeti/yaşam kalitesi:** Hastaların aldıkları hizmetlerle ilgili memnuniyetleri, sağlık düzeylerinin getirdiği yaşam kalitelerinin (quality of life) ölçülmesine dayalı bir boyuttur. Türk sağlık sisteminde bu ölçümler yeterince yapılmamaktadır. DPT’nin başlattığı hasta memnuniyetleri anketleri bu alanda atılmış olumlu bir adım olarak görülebilir.

- **Çalışan memnuniyeti:** Sağlık hizmeti sunan insan gücünün memnuniyetini ifade eden bir kalite ölçütüdür. Türkiye’de kalitenin bu boyutu ‘ücretlendirme’ ile sınırlı tutulmaktadır. Çalışan memnuniyeti denince konu öncelikle ‘para’ya indirgenmektedir. Oysa ki çalışan memnuniyetinin birinci gerek şartı (özellikle sağlık insan gücü için) yaptığı işte yararlı olabilmek, kendisinin işe yaradığını düşünmek ve önemsenmektir. Pratisyen hekimler, hemşireler ve diyetisyenler, Sağlık Bakanlığı, hastalar ve genel halk tarafından önemsenmediklerini düşünmektedirler. Mesleki yetki ve sorumlulukları da onları tatmin edecek düzeyde değildir.

Hükümetin uygulamaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın açıklandığı metinde bu kavramlara değinilmiş ve tüm bunlar bilimsel bir dille açıklanmıştır. Ancak uygulamada bu kavramların içselleştirmesi ve yazılanların yaşama geçirilmesi için zamana ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu genel değerlendirmelerden sonra Türk sağlık sistemine diyabet bağlamında daha yakından bakılacaktır.

YENİ KOŞULLAR YENİ YAKLAŞIMLARI GEREKTİRİR

Nüfusun yaşlanması, yaşam biçimlerinin değişmesi, kronik hastalıkların gittikçe artması sonucunda tüm Dünya ülkelerinin sağlık sistemleri önemli yetersizliklerle karşı karşıyadır. Türkiye de bir istisna değildir.

Geleneksel olarak akut durumlar ve enfeksiyon hastalıkları üzerine inşa edilmiş olan sağlık sistemlerinde köklü değişikliklere ihtiyaç vardır. Artık kronik ve kompleks hastalıkların ortak etyopatogenezleri dikkate alınarak, kronik hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavi modellerinin oluşturulması, hasta takip sistemlerinin geliştirilmesi, hastanın, ailenin ve toplumun içinde olduğu entegre hizmet modelleriyle hastalık yönetimi yapacak sistemlere geçilmelidir.

Diyabet bağlamında başta ABD olmak üzere endüstrileşmiş toplumlar 'hastalık yönetimi'ni paket hizmetler olarak tanımlayıp, özel sektör dâhil toplumun tüm kaynaklarını harekete geçiren hizmet alma modelleri oluşturmaktadırlar.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ve diyabet:

Türkiye 1060'ların başından bu yana birinci basamak hizmetleri güçlendirmek konusunda önemli bir gayret içindedir. Ne var ki hâlâ u alanda yaşanan sorunlar vardır. Aile hekimliği hizmet modeli küçük nüfus gruplarından sorumlu aile hekimlerini ve hekimle çalışacak sağlık görevlilerini öngörmektedir. Ne var ki, bu öngörülerin gerçekleşmesi için çalışmaların henüz başında olduğu söylenebilir. Başarılı bir aile hekimliği modeli için gerekenlerin en başında gelenler şunlardır:

Türkiye'nin birinci basamak hizmet ihtiyacı doğrultusunda yetiştirilmiş hekimlere gereksinimi vardır. Şu anda birinci basamakta üç farklı hekim türü görev yapmaktadır: 1) Tıp fakültesinden mezun olmuş ve herhangi bir ek eğitim almaksızın birinci basamakta görevlendirilmiş pratisyen hekimler. Bunların tıp fakültesinde aldıkları eğitim birinci basamağa yönelik olmayıp daha çok TUS'a hazırlık şeklindedir. 2) Bir haftalık oryantasyon eğitiminden geçmiş pratisyen hekimler. Hekimlerin katıldığı bir haftalık eğitim daha çok farkındalık yaratmak amacıyla yöneliktir. Sağlık Bakanlığı'nın vizyon ve planlarında bu hekimlerin ikinci aşama olarak uzaktan eğitim yolu ile mesleki yeterliliklerini geliştirmek, eğitim sonunda yapılacak sınavlarla asgari standartları temin etmek düşüncesi vardır; kısmen de uygulanmaya başlamıştır. Bu uygulamaların izlenerek sorunların tespiti gerekir 3) Aile hekimliği uzmanlığı yapmış olan hekimler. Bu hekimlerin uzmanlıkları da gerçek anlamıyla birinci basamakta hizmet vermeye yönelik olmayıp ağırlıklı olarak 4 ana branşta (dahiliye, genel cerrahi, çocuk, kadın-doğum) geçirilen hastane eğitimine dayanmaktadır. Kısacası bugün Türkiye'de görev yapan birinci basamak hekimleri özel olarak birinci basamak hizmetler konusuna eğilmiş yeterli bir eğitim almamaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi konusunda da eğitimle kazandıkları bilgi ve becerileri oldukça sınırlıdır.

- Türkiye'nin birinci basamak hizmet ihtiyacı doğrultusunda yetiştirilmiş hemşirelere gereksinimi vardır. Şu anda birinci basamakta çok farklı eğitimlerden gelen hemşireler görev yapmaktadır. Sağlık Meslek Lisesi mezunları, Sağlık Meslek Yüksekokulları mezunları, Üniversite mezunları ve hatta bir zamanların hızlandırılmış eğitimlerinde geçerek hemşirelik hizmeti gören lise mezunları. Bu hemşirelerin de niteliklerinde ciddi sorunlar vardır. Ayrıca hem sayıca çok az hem de ülke geneline dağılımları yetersizdir; kronik hastalıkların birinci basamakta takibi bilgi ve becerileri yetersizdir.
- Birinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin yeterli yetki ve sorumluluklarla donatılmış olması gerekir. Oysaki 'maliyetleri düşürme' adına hekimlerin re-

çeteleme başta olmak üzere birçok yetkileri sınırlandırılmakta, hekimin hastasının sorumluluğunu alması mümkün olamamaktadır. Hastaya karşı 'yetkisiz' konumda olan hekimin inandırıcılığı, hastası karşısındaki saygınlığı da ortadan kalkmaktadır. Bu durumdan diyabet hastaları da çok olumsuz bir şekilde etkilenmektedir.

- Birinci basamaktaki hekim ve hemşire sayısının yetersizliği de çok önemli bir sorundur. Aile hekimliği modelinde ortalama 3500 kişiye bir hekim düşecek şekilde planlama yapılmıştır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kullanımı da hızla artmaktadır. Sağlık kurumlarına yılda ortalama 7 başvuru yapıldığı düşünülürse birinci basamaktaki hekim sayısının yetersizliği kolayca anlaşılır. Hemşire sayısı açısından ise Türkiye özel bir yere sahip olup, dünyada hemşire sayısının hekim sayısından az olduğu nadir birkaç ülkeden birisidir.
- İdeal bir sistemde acil durumlar dışında birinci basamaktan gelmeyen hastalara diğer sağlık kurumlarında bakılmamalıdır. Yani sevk sistemi işletilmelidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında bu denenmiştir. Ne var ki, birinci basamaktaki hekim sayısının yetersizliği dolayısıyla hekim kapılarında üç farklı hasta grubu yığılması olmuştur: Gerçekten hizmet almak için gelenler, ilaç yazdırmak için bekleyenler ve gerçekten bir üst basamağa sevk edilmesi gerekenler. Bu durumda, gerçekten hizmet almak için gelenler de uzun süreler beklemek zorunda kalmışlardır. Bunun üzerine yapılan bir düzenleme ile hastaların parasal bir fark ödeyerek kamu ve özel hastanelere başvurmalarının yolu açılmıştır. Bu sorunların altında yatan nedenler uzun vadede çözülebilecektir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli olması isteniyorsa sevk sisteminin kurulması zorunludur. Sevk sisteminin gereksiz bürokratik engellere takılmadan, hastanın ihtiyaçlarının karşılandığı birinci basamak hizmet yapısına dayanması gerekir.
- Birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik olarak zorunlu Sürekli Mesleki Eğitim (SME) sistemi kurulmalıdır. Gerek hekimler, gerek hemşireler her yıl belirli bir puanı dolduracak içerik ve sürede SME'ye katılmak ve başarılı olmak zorunda olmalıdır. Tabii ki SME'lerin içeriklerinde kronik hastalık yönetimi ve diyabet önemli bir yer tutmalıdır.
- Birinci basamak hasta kayıt sistemi hayata geçirilmelidir. Hali hazırda Sağlık-NET kapsamında bir 'diyabet minimum veri seti' tanımlanmıştır. Bu veri seti hastayı takip açısından yetersiz olup, en önemli endikatörlerden HbA1c'yi içermemektedir. Ayrıca elektronik hasta kaydına dayalı bir aile hekimliği bilgi sistemi üzerine çalışılmaktadır. Henüz tüm bu çalışmalar gerek nicelik, gerek nitelik, gerekse kapsama açısından olması gerekenin uzağındadır.

- Diyabet hastalarının erken tanısı ve doğru tedavisinin nasıl sağlanacağı ve diyabette çok önemli bir unsur olan hasta eğitimlerinin nasıl gerçekleşeceği de aile hekimliği sisteminde net değildir. Oysaki kronik hastalıkların tedavisi ile ilgili göstergeler ve hasta eğitimleri aile hekimlerinin önemli performans kriterleri arasında olmalıdır.

Tüm bunların sonucu olarak diyabet hastaları ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlara yığılmakta, düzenli ve standart hizmet alamamakta, çok küçük bir azınlık dışında hep aynı yerde hizmet alamamakta, bunun sonucu olarak da diyabet özelinde glisemik ve metabolik kontrolleri sağlanamayarak komplikasyon geliştirip sağlıklarını, yaşam kalitelerini kaybetmektedirler.

Diyabet için sağlık insan gücü:

Türkiye’de diyabeti endokrinoloji uzmanlarının sahiplenmesi beklenmektedir. Bu, ileri bilimsel çalışmaların yapılması, kompleks vakaların yönetimi, diğer sağlık insan gücünün eğitimi gibi gerçekten üst basamak uzmanlık gerektiren alanlar için doğrudur. Ancak ülkemizde 9 milyon civarında potansiyel, 5 milyon (bu rakam TÜRDEP II’nin ham sonuçlarına göre 10 milyonun üzerine çıkmıştır) civarında klinik diyabetli vardır. Yukarıdan aşağı (vertikal) bir yapıda diyabetli hastaya endokrinoloji uzmanlarının bakması, rutin hizmetlerde belirli reçetelerin sadece üçüncü basamaktaki uzman hekimlerce yazılması gibi uygulamalar toplum sağlığı açısından önemli sorunlara yol açmaktadır. Türkiye’de toplam sayıları yaklaşık 400 civarında olan, birçoğu endokrinolojinin farklı alanlarında çalışan, çok büyük çoğunluğu sadece üç büyük ilde bulunan bu hekim grubundan Türkiye’nin diyabet sorununu üstlenmelerini beklemek onlara yapılan bir haksızlık olmaktadır.

Diyabet gibi yaygın, hastalık yükü oluşturmak açısından önemli, hastayla derin ve yoğun ilişki gerektiren bir hastalığın doğru adresi tartışmasız olarak birinci basamaktır. Hekimlerin eğitimi açısından mezuniyet öncesi döneme ait müfredatta kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik eğitim programları yetersizdir ve standartları belirlenmemiştir. Yukarıda da açıklandığı gibi sürekli mesleki eğitimden de yoksundurlar. Diyabete yönelik bu eksiklik sivil toplum kuruluşları tarafından karşılanmaya çalışılmaktadır.

Ülkemizde resmi olarak tanımlanmış bir pozisyon olamamakla birlikte özellikle son 20 yılda Diyabet Hemşireliği Derneği’nin katkıları ile yapılan çalışmalarla diyabet hemşireliği alanında bir mesafe kat edilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde de zaman zaman benzer eğitimler düzenlenmektedir, ancak bunlara resmi bir kimlik kazandırılmamış, konuyla ilgili henüz yasal düzenleme yapılmamıştır. Sağlık Bakanlığı bu günlerde ‘Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği’ kapsamında ‘Diyabet Hemşireliği Eğitim Tebliği’ üzerine çalışmalar yapmaktadır.

Diyabetli hastaya hizmet veren ekip içinde mutlaka diyetisyenin de bulunması gerekmele birlikte Türkiye'deki diyetisyen sayısı bunu sağlamak açından henüz yetersizdir. Şu anda meslek içi eğitim için diyabet diyetisyenliği tanımı ve eğitimi mevcut değildir. Diyetisyenlerin konu ile ilgili bilimsel toplantılara katılımı başta finansal yetersizlikler olmak üzere çeşitli nedenlerle mümkün olamamaktadır.

Türkiye'de resmi tanımı yapılmış diyabet eğitimcisi bulunmamaktadır. Diyabet eğitimcisi hasta ve ailesi ile birlikte hareket ederek diyabette kendi kendine bakım ve yönetim konusunda eğitim vermekte, hastaların hastalıklarını kontrol etmelerinde bilgi ve becerilerinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Uluslararası uygulamalar bu alanda eğitilen bireylerin sertifikalandırılarak 'diyabet eğitimcisi' oldukları örnekleri içermektedir. Türkiye'de de buna ihtiyaç vardır.

Türkiye'de diyabet eğitimini üstlenecek sağlık kadrolarının aşırı iş yükünün olması, diğer yandan diyabetli hasta sayısının çokluğu nedeniyle 'akran eğiticiler'in desteklenmesi bu sorunun çözümünde önem taşır.

Yine diyabet bakım ve izleminde çok önemli bir meslek grubu olan 'podiatrist'ler de Türkiye'de yetiştirilmemektedir. Diyabetik ayağa uygun ayakkabı üretimi birkaç istisnası dışında yoktur.

Yukarıda sayılanlar dışında psikolog, diş hekimi, sağlık eğitimcisi, eczacı da diyabetle ilgili olarak çeşitli aşamalarda rol oynayabilmektedir. Özellikle eczacılar sahada diyabetli bireylerin oldukça kolay ve her an ulaşabildikleri sağlık çalışanlarıdır. Türk Eczacılar Birliği diyabeti mezuniyet sonrası eğitim programları içine almıştır, ancak bu eğitimler zorunlu değildir.

Diyabetli hastanın eğitimi:

Diyabet yaşam boyu süren bir hastalıktır, bu nedenle eğitim hastalığın önlenmesi, tedavisi, bakımın sağlanması ve izleminin ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmelidir. Başka hiçbir hastalıkta bireyin eğitimi diyabetteki kadar önemli ve etkili değildir. Diyabet bakımının % 90'ından fazlası diyabetlinin kendisi tarafından yapılmaktadır. Bu bakımdan hastanın bilinçlenerek ve beceri kazanarak kendi kendine bakım, izlem ve değerlendirme yapması, yani hastalığının yönetimini üstlenmesi gerekmektedir. Hastalık yönetimini öğrenmiş bireylerin hem sağlık sonuçları olumlu etkilenmekte hem de hastalıklarının maliyeti düşmektedir.

Diyabet tedavisinin dört ana ögesi vardır:

Eğitim,
tıbbi beslenme tedavisi,
egzersiz
ve ilaç

Diyabette kendi kendine bakım ve yönetim eğitiminin amacı diyabetli hastaların;

- Hastalıklarının doğasını ve tedavilerini anlamalarını,
- Yaklaşan tıbbi sorunları erken, geri döndürülebilir aşamalarda belirlemelerini,
- Tedavilerinin yönetiminde ve tedavi uygulamalarında rol almalarını,
- Kendi kendine bakım uygulamalarını yürütmelerini,
- Yaşam tarzlarında gereken değişiklikleri yapmalarını sağlamaktır.

Sağlık profesyonellerinin bireylerin kendi kendine bakım ve yönetim eğitimi almaları sürecinde kolaylaştırıcı rol oynamaları ve hastaları motive etmeleri gerekmektedir.

Türkiye’de diyabet hastalarının ne kadarının hastalıkları ile ilgili eğitim aldığı, bu eğitimlerin derinliği, bunların ne sıklıkla tekrarlandığı ve hastaları nasıl etkilediklerine dair elimizde veri bulunmamaktadır. Ayrıca diyabetli hastanın eğitimi ile ilgili ulusal standartlar belirlenmemiştir. Hali hazırda çeşitli dernekler, vakıflar, meslek örgütleri, üniversiteler, sanayi vb. kurumlarca hazırlanmış eğitim materyalleri bulunmakla birlikte bunlar arasında bir standardizasyon bulunmamaktadır.

Diyabetli bireylerin eğitilmesi kapsamında karşımıza çıkan önemli bir sorun bu hizmetlerin ücretlendirilmesindedir. SGK sadece ilk eğitime 8 TL verilmesini kararlaştırmıştır. Hekimlerin ücretlendirilmesinde kullanılan performans puanlandırması sisteminde hasta eğitimi büyük ölçüde göz ardı edilmiştir. Diyabet eğitimi uygulamalarında birinci derece sorumluluk alan doktorlara, hemşirelere ve diğer sağlık personeline performans puanı verilmemekte, döner sermayeden herhangi bir ödeme yapılmamaktadır.

Oysaki ülkemizde diyabetli bireyler açısından karşılanmamış büyük bir eğitim ihtiyacı söz konusudur. Özellikle sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı bireylerde eğitim ihtiyaçları daha fazla olmaktadır. Bu tür hastaların eğitim almalarına rağmen, çoğu kez taburcu olurken insülin dozlarını öğrenmemiş olabildikleri dikkate değer bir tespittir. Sağlık çalışanları hasta eğitim yetersizliğinin farkındadır ve bu ihtiyacı karşılamaya yönelik faaliyetler yürütmektedirler. Ancak bu tür eğitim programlarında görev alan eğiticiler diyabetli bireylerin eğitim programlarına devam etmesinde sıkıntı yaşandığını, talebin düşük olmasının programın sürdürülebilirliğini engellediğini bildirmişlerdir.

İnsülin pompası kullanımı da eğitimle çok yakından ilgilidir. Hastanın bilgi ve be-

cerisine bakılmadan yazılan insülin pompaları bir müddet sonra hasta tarafından etkili bir şekilde kullanılmadığı için bırakılmakta, binlerce dolarlık araç-gereç israf edilmektedir. Özellikle karbonhidrat sayımı öğretilmeden yazılan insülin pompaları ciddi bir sorun oluşturmakta, hastada kilo alma, sıkça rastlanan hiperglisemi ve hipoglisemi atakları nedeniyle ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir.

Kısacası Türkiye, diyabet yönetiminde en etkili yöntemlerin başında gelen hasta eğitimi konusunda bir sistem kuramamıştır.

Diyabet komplikasyonlarının önlenmesi ve kontrolü:

21. yüzyılda diyabetteki en önemli sorun, mikrovasküler (retinopati, nefropati, nöropati, osteoporoz) ve makrovasküler (erken kardiyovasküler hastalıklar, koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve inme, periferik vasküler hastalık ve diyabetik ayak) komplikasyonların önlenmesi ve kontrolüdür.

Tip 2 diyabetli hastalar hiperglisemiye ek olarak sıklıkla, kardiyovasküler hastalık (KVH) riskini artıran dislipidemi, hipertansiyon, fibrinolitik ve koagülasyon bozukluklarını içeren diğer metabolik anormalliklere de sahiptir. Bazı çalışmalardan elde edilen veriler tanı almamış prediyabetik bireylerde, mikro ve makrovasküler komplikasyonların, diyabet tanısı konmadan 10-12 yıl önceden başladığını göstermiştir. Tip 2 diyabetli hastalarda tanı anında yapılan çalışmalarda hastaların %20'sinde retinopati, %8'inde nefropati, %9'unda nöropati ve %50'den fazlasında KVH bulunmuştur.

Epidemiyolojik çalışmalar glisemik kontrol ve vasküler komplikasyonlar arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermiştir. KVH'a bağlı mortalite riski de HbA1c ile ilişkilidir. HbA1c'deki her %1'lik artış, yaş, kan basıncı, serum kolesterolü, bazal metabolik indeks ve sigara kullanımından bağımsız olarak ölüm riskinde %28 bir artışla ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada toplumun yaklaşık %70'ini oluşturan, diyabetli olmayan, ancak göreceli olarak HbA1c düzeyleri yüksek (%5-%6,9 arası) kişilerde KVH riskinde artış olduğu gösterilmiştir. Bu kişilerde HbA1c'deki %0.1 ve %0.2'lik bir düşüşün toplam popülasyon mortalitesini sırası ile %5 ve %10 oranında azaltacağı bulunmuştur.

Türkiye'de diyabete bağlı gelişen komplikasyonların prevalansı ile ilgili olarak hasta kayıt sistemlerine dayanan bilgiler yetersizdir. Türkiye'de Diyabet Profili Çalıştay Raporu'nda özet bilgileri sunulmuş olan çeşitli araştırmalarda elde edilmiş bulgular mevcuttur. Ne var ki bu çalışmalarda da ortak bir terminoloji kullanılmadığı gözlenmektedir.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yaptırılan Ulusal Hastalık Yüğü araştırması, metodolojik sınırlılıkları nedeniyle eleştirilmiş olmasına rağmen diyabet hakkında önemli fikirler vermektedir. Türkiye’de 2000 yılında diyabetin komplikasyonları nedeniyle ölen erkek sayısı 3746, kadın sayısı ise 5803 olarak hesaplanmıştır. Bu sayıların 2030 yılına kadar kademeli olarak 1,3 -1,4 kat artarak erkeklerde 5000’e yaklaşacağı, kadınlarda 8000’i geçeceği tahmin edilmektedir.

Komplikasyonların erken tanısı için ciddi tarama programları yapılması gerekir. Bu açıdan Türkiye’deki diyabetiklerde düzenli aralıklarla yapılması gereken bazı basit ve ucuz tetkik ve muayenelerin önemli ölçüde yapılmadığı bilinmektedir (albuminüri tetkiki, göz muayenesi, ayak muayenesi, duyu muayenesi vb.). Kimi zaman komplikasyonların tanısında çok yararlı basit testler atlanırken, çok daha ileri testler istenebilmektedir.

Yapılan bir çalışmada diyabetliler arasında göz muayenesi olmayanların oranı %75 olarak bulunmuştur. Kliniklerde takip edilen hastaların bir şikâyetleri olmadığı sürece göz muayenesinden geçmedikleri, bu amaçla sevk edilmedikleri tespit edilmiştir. Hasta görme sorunu için başvurduğunda ise etkili tedavi için geç kalınmış olmaktadır.

BİRİNCİ BASAMAKTA ETKİLİ TEDAVİ

Ülkemizde komplikasyonları önlemek açısından dikkat çekici bir konu Tip 2 diyabetlilerde birinci basamakta etkili tedavinin önündeki engellerdir. Bunların başında ‘maliyet kaygısı’ ile alınmış kararlar yer almaktadır. Buna bağlı olarak birinci basamak hekimleri diyabet hastasında glisemik kontrolü etkili ve daha güvenli şekilde sağlayacak olan yeni gelişmiş ürünleri ve bazı kombinasyon ilaçları kullanma yetkisini haiz değildir. Sağlık Bakanlığı ve SGK maliyetleri düşürmek için bazı ilaçların ve insülinlerin reçeteleme yetkisini sadece bazı uzman hekimlere ve endokrinologlara tanımaktadır.

Durum paradoksal bir görünüm arz etmektedir. Hastanın sağlığı açısından erken dönemde başlanması gereken ajanlarla ilgili yetkilendirme üçüncü basamağa bırakıldığından hasta bu basamaktaki hekime ulaştığında zaten iş işten geçmiş olmaktadır. Bir başka durum da hastanın zamanında yakalanıp etkili ajanların reçetelenmesi için üçüncü basamak hizmetle-

rin, birinci basamakta görülmesi gereken hastalar tarafından doğrudan başvurarak aşırı yoğunluğa neden olmasıdır. Yani bir önlem alınmak istenirken hem hastaların hem de sistemin aleyhine çalışan bir sonuca ulaşılmaktadır.

Oysa bir ilacın ödenmesiyle ilgili kriterin hangi hekimin reçete yazacağından ziyade, ilacın hastaya uygun kriterlere göre başlanıp başlanmadığı olmalıdır. Yani bakış açısını hasta ihtiyaçlarından hareketle geliştirmek gerekir. Birinci basamak hekimlerin etkili tedaviye başlaması açısından yetkilendirilmeleri ve eğitilmeleri sorunun gerçek çözümü olacaktır.

Dünya'da diyabete bağlı olarak her 30 dakikada bir ayak amputasyonu yapılmaktadır. Türkiye'de yılda 400.000 diyabetik ayak yarası görüldüğü, 7700 amputasyon yapıldığı tahmin edilmektedir. Hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gereken diyabetik ayaklı hasta için yeterli yatak bulunmamaktadır. Klinik uygulamada her komplikasyonun ait olduğu bir uzmanlık dalı bulunmaktadır. Ancak diyabetik ayak sahipsiz kalmaktadır. Damar cerrahisi, plastik cerrahi ve ortopedi bilim dalları diyabetik ayakla ilgilenebilmektedir. Daha önceden de belirtildiği gibi Türkiye'de podiatrist yoktur. Sahada bazı hekimlerin diyabetik ayak yarası tedavisini bilmemeleri tedaviyi geciktirmektedir. Ayrıca kimi hastalar diyabetik ayak için önerilen klasik tedavi yöntemlerini keserek yalnızca hiperbarik oksijen tedavisine girmekte, bu da durumu daha kötüleştirmektedir. Diyabetik ayak hastalarına antibiyotik yazılmasındaki düzenlemelerden kaynaklanan sıkıntılar vardır. Antibiyogram sonucunu beklemek tedaviye başlamayı üç gün geciktirmektedir. Diyabetik ayağa yönelik cerrahi işlemlerde mevzuat gereği tek bir greft için dahi ihale açılması gerekmektedir.

İNSÜLİN TEDAVİSİ

ADA ve EASD rehberlerine göre glisemik kontrolü en etkili şekilde sağlayan ajan insülinidir. Diyabetlide tedaviye nasıl yaklaşılması gerektiğini ortaya koyan birçok ulusal ve uluslararası rehber tedavi planlarında doğru zamanda, doğru insüline, doğru dozda başlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalar insülin tedavisine başlamada ciddi gecikmeler olduğunu göstermektedir.

İnsülin kullanımında hem sağlık profesyonelleri, hem de hastalar açısından direnç gözlenmektedir.

Sağlık profesyonelleri açısından direnç şu faktörlere bağlı olabilir:

- İnsülinin öneminin yeterince anlaşılabilmesi
- Tedaviye başlama ve takip konusunda yeterli zaman yokluğu
- Sürekli mesleki eğitimin ve dolayısıyla güncellenen diyabet tedavisi eğitiminin yetersizliği
- Hastaya yönelik diyabet eğitimi verecek insan gücünde nicel ve nitel yetersizlik
- Hekimin hipoglisemiden çekinmesi

Hastalara ise şu faktörler etkili olabilmektedir:

- İnsülinin önemini kavrayamama
- Yanlış bilgiler (insüline bağımlı hale gelme, hastalığın son evresine yaklaşma, ölüm korkusu gibi)
- Enjeksiyon korkusu
- Ağrı
- Lipohipertrofi
- Yaşlı hastaların tek başına yaşamaları

Bu nedenlere bir de Sağlık Bakanlığı ve SGK'nın maliyetleri kontrol altına almak düşüncesiyle getirdiği kısıtlamalar eklenince insüline gereken zamanda, doğru türde ve etkili dozda başlanamamaktadır. Böylece glisemik kontrol sağlanamamakta, ölümcül komplikasyonlar gelişmekte ve maliyetler etkili tedaviye kıyasla onlarca kat artabilmektedir.

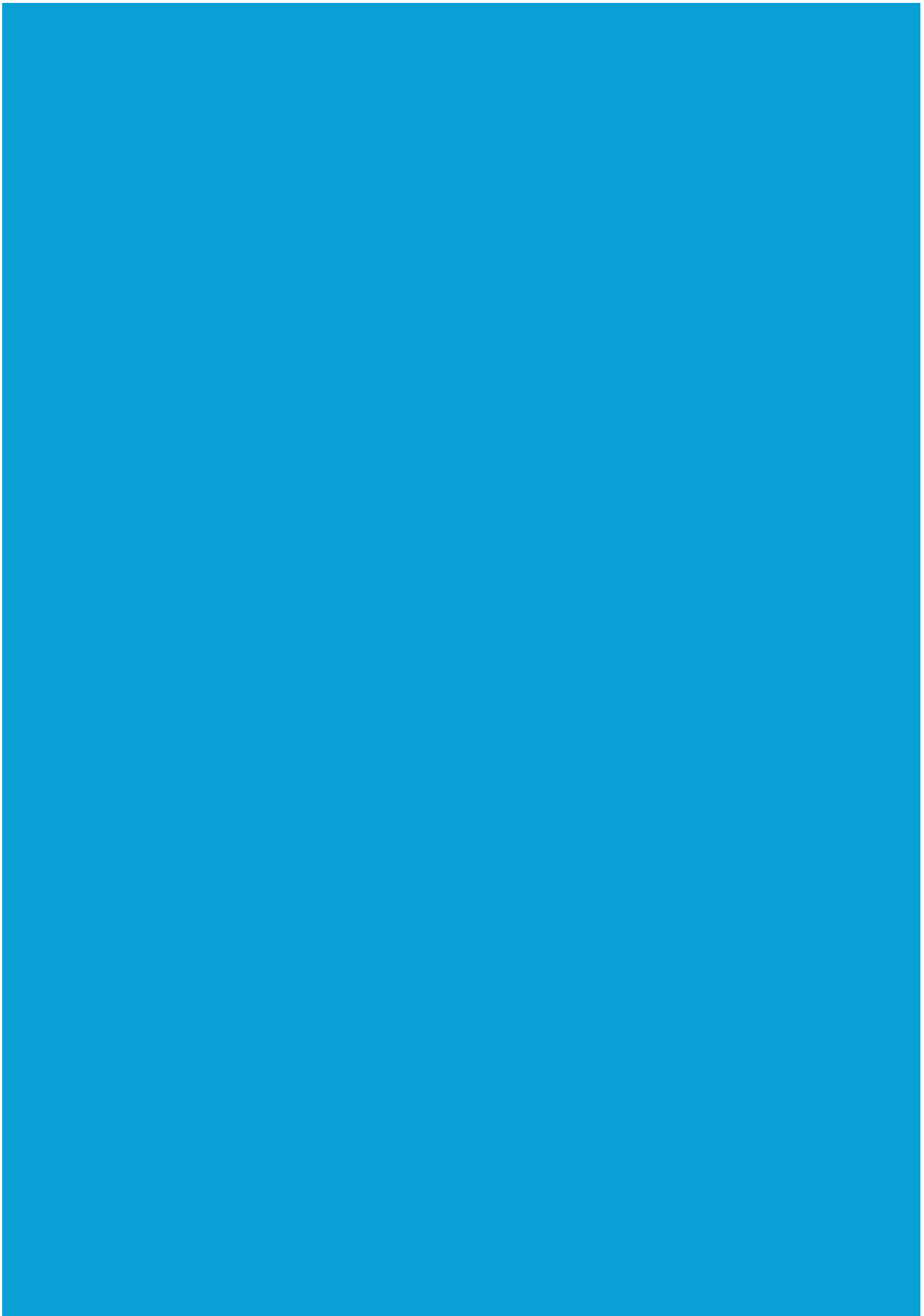
Diyabetik hastaların ameliyatlarında maliyet yükseldiğinden sağlık kurumları bu ameliyatlardan kaçınmaktadır. Bu sorun özellikle diyabetik nefropatili hastalarda ve özel hastanelerde yaşanmaktadır.

Tanı ve tedavi rehberleri:

Diyabet konusunda hazırlanmış çeşitli uluslararası rehberler mevcuttur. Türkiye’de TEMD (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği) tarafından yayınlanan bir rehber, Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamağa yönelik olarak hazırladığı bir protokol ve Ulusal Diyabet Kongresi’nde alınan karar doğrultusunda hazırlanan Ulusal Diyabet Tedavi Rehberi bulunmaktadır. Bunların yanında özellikle IDF yayınlarından tercüme ile Türkçeye kazandırılmış eğitim rehberleri de mevcuttur.

Genel olarak rehberlerle ilgili başlıca sorunlar şunlardır:

- Öncelikle rehber (guideline) ve protokol ayrımı yapılmalıdır. Rehberler hekimler için geliştirilmiş, özellikle tanı ve tedaviye yönelik algoritmaları içeren dokümanlardır. Protokoller ise hastayı bir bütün olarak ele alan, hekim ve hemşire başta olmak üzere ilgili tüm sağlık profesyonellerini kapsayacak şekilde tanı, tedavi, bakım ve izlem alanlarını kapsayan dokümanlardır.
- Mevcut dokümanlar, üzerlerinde fikir birliğine varılmış nitelikte değildir.
- Mevcut rehberler ilgili tüm profesyonellerce bilinmemektedir.
- Birinci basamak hekimleri ülkemizdeki bazı rehberleri komplike bulduklarını dile getirmektedir.
- Mevcut rehberlerin uygulanmasına yönelik sistematik eğitimler yoktur.
- Rehberlerin uygulanmasına yönelik idari ve finansal özendirmeler yoktur.



3. BÖLÜM: MÜDAHALE PROGRAMLARI VE KİLOMETRE TAŞLARI

a.Müdahalelerin Kapsamı

2. Bölüm’de diyabetin ortaya çıkmasını, ilerlemesini, komplikasyonların gelişmesini etkileyen faktörler ‘Diyabetin Belirleyicileri’ başlığı altında incelendi. D 2020’nin genel amacının “Türkiye’de diyabetten korunma, diyabetin etkili bir şekilde tedavi edilmesi ve komplikasyonlarından korunma sağlanması” olduğu belirtilmişti. Bu amaca ulaşmak için de alt amaçlar olarak;

- Diyabet prevalansını azaltmak,
- Diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarını azaltmak,
- Diyabet hastalarının yaşam kalitelerini ve yaşam sürelerini artırmak gerektiği belirtilmişti.

Bu amaçlara ulaşmak için yapılması gerekenler arasında, D 2020’nin etki alanı dışında kalacak birçok gereklilikler bulunmaktadır. Türkiye’nin gelir seviyesinin, genel eğitim düzeyinin yükseltilmesi, sağlık hizmet sisteminin bütünüyle geliştirilmesi, aile hekimliği sisteminin çalışır hale gelmesi, hastanelerin verimli işlenen etkili kurumlara dönüşmesi, iyi işleyen bir sağlık bilgi sisteminin kurulması, ilaç geri ödemelerinde maliyet etkililik kriterlerinin kullanılması, sağlık çalışanlarının istihdam politikalarında değişiklikler yapılması vb. Tüm bunlar ve daha birçok gelişme tabii ki diyabetin önlenmesinde çok önemli yere ve etkiye sahiptirler. Ancak bunların tümünü D 2020 kapsamında ele almak gerçekçi olmayacaktır. Bu nedenle D 2020’nin kendi sınırlarını dikkatli bir şekilde belirlemeye çalışmıştır.

D2020 çalışması, Türkiye’deki diyabet riski taşıyan bireyler ile diyabet hastalarını kapsamına almaktadır.

b.D 2020 İDE

Önümüzdeki 10 yıllık dönemde D 2020’nin izlenmesi, değerlendirilmesi ve eşgüdümü için bir mekanizmaya gereksinim vardır. Buna kısaca ‘D2020 İDE’ (Diyabet 2020 İzleme-Değerlendirme-Eşgüdüm mekanizması) adı verilmiştir.

Elinizdeki doküman diyabet alanında 2020 yılına kadar Türkiye’de yapılması gerekenleri Dünya Sağlık Teşkilatı ve Uluslararası Diyabet Federasyonu’nun ortaya koyduğu, St. Vincent Bildirgesi ve İstanbul Kararlılık Bildirimi doğrultusunda, Bir

Bir sorunun çözüümü,
sahiplenme, ısrarlı takip,
katılım ve
etkili eşgüdümle
mümkündür.

leşmiş Milletler Rezolüsyonu çerçevesinde ele almaktadır. D 2020, önümüzdeki 10 yıl içinde yapılacaklar konusunda Türkiye'deki karar vericilere, sivil topluma ve diğer ilgililere bir platform sağlamaya, çalışmaların birbirini bütünleyecek şekilde eşgüdüm içinde sürmesine imkân sağlamaya gayret edecektir. Dünya Sağlık Teşkilatı ve Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun devam eden desteği ile yürütülecek olan bu çalışma 'D 2020 İDE' bünyesinde somutlaşacaktır.

D 2020 İDE, ilgili sivil toplum kuruluşları, meslek kuruluşları, hasta kuruluşları, resmi kuruluşlar, uluslararası kuruluşlar, uzmanlar ve endüstrinin temsilcilerinin de katılımıyla oluşan bir yapı olacaktır. Ana çalışma konuları arasında şunlar bulunacaktır:

1. Diyabet Politikaları için Veri ve Bilgi
2. Diyabet için Sağlık İnsan Kaynakları
3. Diyabette Özyönetim ve Hasta Eğitimleri
4. Diyabette Beslenme ve Egzersiz
5. Diyabette Ölçekler-Rehberler-Protokoller
6. Diyabet Kayıt Sistemi ve Kalite
7. Diyabet Komplikasyonlarının Önlenmesi
8. Diyabet Ekonomisi ve Finansmanı
9. Diyabet ve Endüstri (İlaç-Tıbbi Teknoloji-Gıda)
10. Diyabette Hasta Hakları
11. Diyabet için Toplumsal Bilgilenme ve İletişim
12. Diyabetlinin Bulunduğu Ortamlar (Ev-Okul-İşyeri-Yerleşim Yeri-Cezaevi)

D 2020, Türkiye'de diyabet için 10 yıllık bir ortak çalışma planı öngörmektedir. Yukarıda sayılan çalışma alanları, toplumun ilgili kesimlerince desteklenmesi ve herkesin üzerine düşeni yapması açısından önem taşımaktadır.

D2020 İDE'nin işlevleri şunlar olacaktır:

D 2020 kapsamında öngörülen çalışmaların hayata geçmesi için kolaylaştırıcı olmak,

- D 2020 kapsamındaki çalışmalar için tartışma ve düşünce geliştirme ortamı oluşturmak,
- D 2020 kapsamında oydaşlık süreçlerine katkıda bulunmak,
- D 2020'nin yıllık izleme raporunu yayınlamak,
- D 2020 dokümanının güncelleştirmesini sağlamak,
- D 2020 kapsamındaki eğitim, araştırma, mevzuat geliştirme vb. çalışmaların takibini yapmak,
- Teknik dokümanlar hazırlamak.

D2020 İDE'nin bu işlevleri yerine getirmesi ile elde edilmesi beklenen sonuçlar şunlardır:

- Diyabetle mücadelede resmi kuruluşların çalışmalarına destek olmak,
- Türkiye'nin diyabetle mücadele politikalarının kurumsal hafızasını oluşturmak,
- Diyabetle mücadelede sürekliliği sağlamak,
- Diyabetle mücadele politikaları konusunda kapasite oluşturmak,
- Diyabetle mücadele alanında faaliyet gösteren kurumlar arasında sinerji sağlamak,
- Diyabetle mücadele alanında yapılan faaliyetlerde tekrarları önlemek
- Diyabetle mücadele alanında yapılan faaliyetlerin birbirlerini tamamlayıcı olmasını sağlamak.

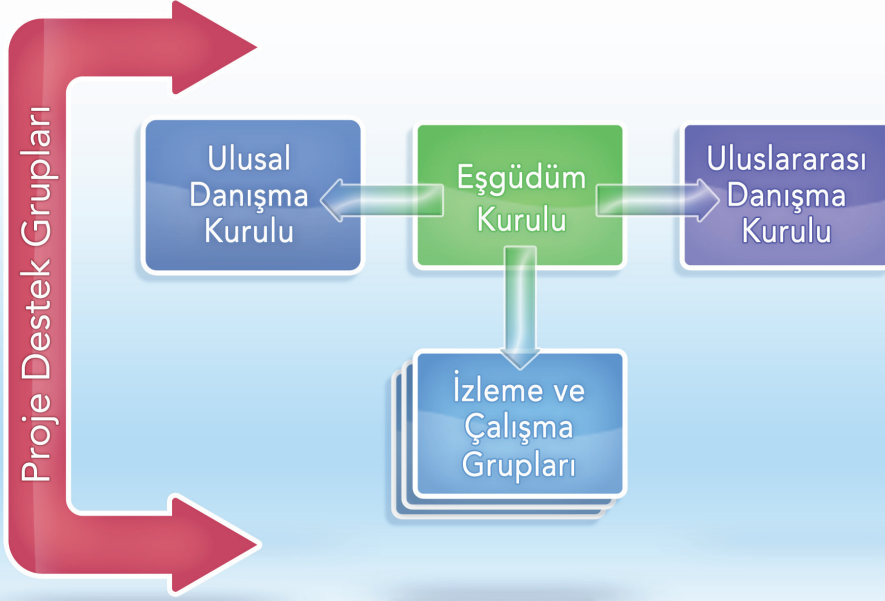
D2020 İDE'nin yapı ve yönetim özellikleri aşağıda tanımlanmıştır:

1. Eşgüdüm Kurulu: en az 10, en çok 15 üyeden oluşan, tüm süreci kapsayacak şekilde yönlendirme yapan kuruldur.

2. Ulusal Danışma Kurulu: D2020 sürecindeki paydaşların temsilcilerinden oluşan geniş bir kuruldur.

3. Uluslararası Danışma Kurulu: WHO ve IDF temsilcilerinden oluşan bir kuruldur.

4. İzleme ve Çalışma Grupları: D2020'nin ana çalışma konularını kapsayacak şekilde oluşturulan ortalama 5 kişiden oluşan teknik gruplardır. Gerektiğinde kısa süreli olarak ad-hoc (anlık ve konuya özgü) çalışma grupları da kurulabilir.



5. Proje Destek Grubu: Çalışmaların bir bütünlük ve tutarlılık içinde yürütülmesini sağlamak amacıyla tüm yapıya ve işlemlere destek olan profesyonel bir gruptur.

Kilometre Taşı (KT) 1: D 2020 İDE'nin kurulma esasları en geç 2010 yılı sonuna kadar belirlenmelidir.

KT 2: D2020 İDE en geç 2011 yılının başında hayata geçirilmelidir.

D 2020 Vizyon ve Hedefler dokümanının herhangi bir yaptırımı yoktur. O nedenle özellikle bu bölümde yer alan kilometre taşları ve bir sonraki bölümdeki hedefler tavsiye ve yol gösterme niteliğindedir. D 2020 İDE yapısı içerisinde bu kilometre taşlarının kat edilmesine ve hedeflere ulaşılmasına yönelik çaba sarf edilecektir. Ancak bunların tümü gönüllülük ve sorumluluk esasına dayanmaktadır. Dokümanda verilen tarihler indikatiftir. Kilometre taşlarına veya hedeflere daha önce varılması mümkünse bunu engelleyen hiçbir şey yoktur. Bu tarihlere ulaşamaması durumunda, bu, diyabetin önlenmesi ve diyabetik hasta sağlık hizmetlerinin gecikmesi ve olumsuz etkilenmesi anlamına gelir.

a. Temel Gösterge Araştırmaları

Türkiye'de diyabet alanında yapılacak çalışmaların bilimsel bir temelde planlanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve yönlendirilebilmesi için birçok alanda veri ve bilgi açığının kapatılması gereklidir. Bunlar da ancak Türkiye'yi temsil edecek şekilde yapılacak temel gösterge (temel gösterge) araştırmaları ile elde edilebilir.

Ölçülemeyen
değerlendirilemez,
değerlendirilmeyen
yönetilemez.

Epidemiyolojik araştırma ve çalışmalar

- Prevalans çalışmaları (diyabet, prediyabet, obezite, diyabet komplikasyonları)
- Diyabet ve komplikasyonlarına bağlı mortalite hızları
- Diyabet risk gruplarında HbA1c, beden kütle indeksi ve bel çevresi değerlerinin saptanması

Ekonomik araştırma ve çalışmalar

- Türkiye’de diyabet için yapılan yıllık harcama
- Diyabetli hasta başına yıllık ortalama maliyet, komplikasyonların maliyeti
- Tedavi algoritmalarına yönelik seçeneklerin maliyet etkililik karşılaştırmaları (klinik ve gözlemsel çalışmalar)
- Diyabet hastalık yükü (epidemiyolojik ve ekonomik araştırma sonuçlarının bir arada değerlendirilmesi ile hesaplanabilir)

Algı, bilgi, tutum, davranış araştırmaları

- Diyabet hastalarının, ailesinde diyabet olan bireylerin, genel halkın, sağlık sektörü politika yapımcılarının ve yöneticilerin diyabet ve diyabet tedavisi ile ilgili algıları, bilgi, tutum ve davranışları
- Birinci basamak hekimlerinin diyabet, diyabet tedavisi, hasta bakımı ve insülinle ilgili algıları ve bilgi düzeyleri
- Türk halkının beslenme ve egzersiz alışkanlıkları araştırması

Eğitim araştırma ve çalışmaları

- Tıp, tıpta uzmanlık, hemşirelik, beslenme ve diyetetik eğitiminde diyabetin yeri
- Hastalara yönelik eğitimlerin uygunluk ve etkililik değerlendirilmesi

Sağlık hizmet araştırma ve çalışmaları

- Sağlık kurumlarının diyabetten korunma, diyabet tanısı, tedavisi ve izlemi açısından yeterliliği
- Hasta memnuniyeti araştırması
- Çalışan memnuniyeti araştırması
- Risk, hastalık ve vaka yönetimi alanında dünya uygulamaları üzerine tanımlayıcı çalışma

Bu araştırmaların protokollerinin hazırlanması aşamasında, bu araştırmalarla toplanması amaçlanan veri ve bilgilerin bir kısmının şu anda herkesçe bilinmeyen bir şekilde mevcut olduğu veya araştırmaya gerek kalmadan uzman gürüşü ile raporlanabileceği ortaya çıkabilir. Ayrıca araştırılacak konular arasındaki ortak paydalardan hareketle kimi araştırmalar birleştirilebilir veya burada tanımlanmamış ek veri ve bilgiye ihtiyaç duyulabilir.

KT 3: Temel gösterge araştırmalarının protokolleri en geç 2011 yılının son çeyreği içinde hazırlanmış olmalıdır.

KT 4: Temel gösterge araştırmalarına en geç 2012 yılının üçüncü çeyreğinin sonuna kadar başlanmalıdır.

KT 5: Temel gösterge araştırmaları en geç 2013 senesinin sonuna kadar bitirilmelidir.

KT 6: Temel gösterge araştırmaları 2017 yılında tekrarlanmalıdır.

KT 7: Temel gösterge araştırmaları 2020 yılında tekrarlanmalıdır.

b.Karar Destek Araçları: Ölçek, Rehber ve Protokoller

Türkiye’de diyabet bakımının standartlarının sağlanabilmesi için diyabetten korunma, tanı, tedavi, bakım ve izlem alanında rehber ve protokollerin oydaşlıkla oluşturulması, var olanların güncellenmesi önemli ve önceliklidir. Hazırlanması gerekenler şunlardır:

- Diyabet Risk Skorlaması cetveli
- Diyabetli Hasta Skorlaması cetveli (hastayı izleme açasından ‘Diyabet Yönetimi’ veya ‘Vaka Yönetimi’ veya ‘İleri Vaka Yönetimi’ gruplarından birisine almak için yapılacak skorlama cetveli)
- Risk Yönetimi Protokolü (tarama, yönlendirme, eğitim, izleme)
- Diyabet Yönetimi Rehber ve Protokolü (komplikasyon gelişmemiş diyabetlilerin tanı, tedavi, eğitim ve izlem protokolü)
- Vaka Yönetimi Rehber ve Protokolü (komplikasyon gelişmiş, orta derecede ko-morbid hastaların tanı, tedavi, eğitim ve izlem protokolü)
- İleri Vaka Yönetimi Rehber ve Protokolü (komplikasyon gelişmiş, ileri derecede ko-morbid hastaların tanı, tedavi, eğitim ve izlem protokolü)

KT 8: Ölçek, rehber ve protokoller en geç 2012 yılının üçüncü çeyreğine kadar hazırlanmış olmalıdır.

KT 8'deki rehber ve protokollerin hazırlanma süresi içinde Türkiye'de 'diyabet eğitimsi' ve 'podiatrist' unvanı taşıyacak şekilde resmi olarak eğitim almış insan gücü bulunmayacağından, bunlar ilk aşamada rehber ve protokollerde yer almayacaktır. D 2020 vizyonu bu meslek gruplarının yetiştirilmesini öngörmektedir. Yetiştirilmelerini takiben rehber ve protokoller bu meslek gruplarını da dikkate alarak yenilenecektir.

KT 9: KT 8'de hazırlanmış olan rehber ve protokoller en geç 2012 yılının dördüncü çeyreğinde Sağlık Bakanlığı ve SGK'nın bilgisine sunulmalı ve sağlık uygulamalarının bu doğrultuda yapılmasına yönelik iletişime geçilmelidir.

c. İnsan Kaynaklarına Yatırım

Sürekli Mesleki Eğitim (SME):

Türkiye için ölçek, rehber ve protokollerin geliştirilmesini takiben, bu dokümanlardaki esaslara göre aşağıda sayılan gruplara yönelik olarak eğitim materyalinin geliştirilmesi gerekir:

- Birinci basamak hekim eğitimleri
- Birinci basamak hemşire eğitimleri
- Birinci basamak diyetisyen eğitimleri
- İkinci basamak hekim eğitimleri
- İkinci basamak hemşire eğitimleri
- İkinci basamak diyetisyen eğitimleri

KT 10: SME materyalinin ilk versiyonları en geç 2013 yılının ikinci çeyreğine kadar geliştirilmelidir.

KT 11: SME'lerin uygulamaya geçirilmesi için Sağlık Bakanlığı Meslek İçi Eğitim Yönetmeliği doğrultusunda yapılacak hazırlıklara en geç 2013 yılının üçüncü çeyreğinde başlanmalıdır.

KT 12: SME materyalinin son hali temel göstergelerden elde edilen sonuçlara göre en geç 2014 yılı başına kadar hazırlanmış olmalıdır.

KT 13: SME'ler en geç 2014 yılında uygulamaya konmalıdır.

SME materyali hazırlanma süresi içinde Türkiye'de 'diyabet eğitimsi' ve 'podiatrist' unvanı taşıyacak şekilde resmi olarak eğitim almış insan gücü bulunmayacağından, bunlar ilk aşamada SME kapsamında yer almayacaktır. D 2020 vizyonu bu meslek gruplarının yetiştirilmesini öngörmektedir. Yetiştirilmelerini takiben bu meslek gruplarına yönelik olarak da SME materyali hazırlanmalıdır.

Diyabet Eğitimsi ve Podiatristlerin Yetiştirilmesi:

Türkiye’de diyabet eğitimsi ve podiatristlerin yetiştirilmesi son derece önemlidir. Bu konuya uzun ve kısa vadeli olarak çözüm bulunması akılcı bir yaklaşım olacaktır. Uzun vadede örgün bir programın parçası olarak yapılacaklar şunlardır:

1. Diyabet eğitimsi ve podiatristlerin görev tanımlarının yapılması
2. Bu mesleklere yönelik olarak eğitimlerin ne seviyede verileceğinin tespiti
3. Milli Eğitim Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu (YÖK) ile ön hazırlıkların yapılması
4. Müfredat programının hazırlanması
5. Eğitici kadroların belirlenmesi
6. Eğitimlere öğrenci yerleştirilmesi
7. Eğitim verilmesi
8. Maliye Bakanlığı’nca Sağlık Bakanlığı’na kadro verilmesi
9. Sağlık Bakanlığı’nın atamaları yapması

KT 14: Diplomalı diyabet eğitimsi ve podiatrist yetiştirmek amaçlı süreç en geç 2011 yılının üçüncü çeyreğinde başlamalı, ilk atamaların en geç 2017’de yapılması sağlanmalıdır.

Bir yandan bu çalışmalar sürerken konuya kısa vadede çözüm getirmek amacı ile de girişimde bulunulmalıdır. Ülkemizde hali hazırda eğitime uygun bir iş bulamamış çok sayıda biyolog ve sağlık eğitim fakültesi mezunu bulunmaktadır. Ayrıca emekli eczacı, sağlık memurları, öğretmenler, diyabetik akran grupları bulunmaktadır. Bu kişilere yönelik olarak geliştirilecek kısa süreli eğitimlerle bu mesleklere yönelik ihtiyaç bir yandan sertifikalı diyabet eğitimsi ve sertifikalı podiatrist yetiştirerek karşılanabilir. Bu amaçla yapılacaklar şunlardır:

1. Diyabet konusunda çalışan vakıf ve/veya derneklerin hazırlanacak projeyi eş zamanlı olarak Sağlık Bakanlığı’na ve Milli Eğitim Bakanlığı’na sunmaları (bu çalışma yapılırken Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği dikkate alınmalıdır),
2. Sağlık Bakanlığı’nın olumlu görüş vermesi üzerine Milli Eğitim Bakanlığı’nın özel eğitim kurumu statüsünde verilecek eğitimleri sertifikalandırması,
3. Sağlık Bakanlığı’nın bu sertifikayı alanlara çalışma izni vermesi,

4. Eş zamanlı olarak Maliye Bakanlığı'ndan alınacak kadrolara atama yapılması veya bu kişilerin özel sağlık kurumlarınca istihdam edilmeleri.

KT 15: Sertifikalı diyabet eğitimcisi ve podiatrist yetiştirmek amaçlı sürece en geç 2011 yılının üçüncü çeyreğinde başlanmalı, ilk atamaların en geç 2014'de yapılması sağlanmalıdır.

Tıp, Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik Eğitimlerinde Diyabetin Yeniden Ele Alınması:

Sayılan bu sağlık meslek gruplarının eğitimleri sağlık hizmetlerinin 20. yüzyıldaki anlayışı doğrultusunda sürdürülmektedir. Oysa bu dokümanın çeşitli bölümlerinde vurgulandığı üzere sağlık sektörü bir paradigma kayması yaşamak durumundadır. Akut ihtiyaca dayalı, tüm sorumluluğun sağlık hizmet sunucularında olduğu paternalistik hizmet modelinden, kronik durumların ihtiyaçlarına cevap veren, sorumluluğun hastaya kaydığı ve hizmet sunucu ile hasta arasında 'ortak takım' ilişkisinin hâkim olduğu bir modele geçilmesi gereklidir. Diyabet açısından yaşamsal rol oynayan bu üç meslek grubunun eğitimleri değişen ihtiyaçlar doğrultusunda gözden geçirilmelidir.

KT 16: Tıp, hemşirelik, beslenme ve diyetetik eğitimlerinde diyabetin yeniden ele alınması konusunda hazırlanacak öneriler ilgili eğitimlerin YÖK'teki muhataplarına en geç 2012 yılı sonuna kadar iletilmiş olmalıdır.

KT17: KT 16 doğrultusunda yapılacak değişikliklerin en geç 2015 yılı sonuna kadar eğitimlere yansıtılmış olmasına çalışılmalıdır.

d.ÖzYönetim ve Hasta Eğitimleri

Kronik hastalıklara yakalanan bireylerin, hastalıkları konusunda daha aktif, daha bilgili, motive ve sorumluluk üstlenmiş olarak davranmaları beklenmektedir. Birey hastalığı ile ilgili olarak özyönetim (self management) yapacak güçte, bilgide ve beceride olmalıdır. Bu da, ancak sağlık profesyonellerinin desteği ve onlara vereceği eğitimlerle mümkün olabilir.

D 2020 kapsamında hedef kitle dört ana grupta toplanmıştır:

- Diyabet riski altındaki bireyler
- Komplikasyon gelişmemiş diyabet hastaları
- Komplikasyon gelişmiş, orta derecede ko-morbid hastalar
- Komplikasyon gelişmiş, ileri derecede ko-morbid hastalar

Bu dört gruba yönelik olarak eğitim materyalinin geliştirilmesi amacıyla hangi bilgi, beceri, tutum ve davranışların kazandırılacağı ortaya konmalıdır. Türk toplumunun eğitim düzeyindeki homojen olmayan yapı dikkate alındığında, bu dört

grubun kendi içlerinde de en az üç seviyede değerlendirilmeleri gerekir: Düşük eğitim seviyeli bireyler (ilkokul ve altı eğitim düzeyi), orta eğitim seviyeli bireyler (ortaokul ve lise mezunları), üst eğitim seviyeli bireyler (yüksek okul ve üniversite mezunları). Bu durumda 12 farklı setten oluşan eğitim materyali geliştirilmelidir.

Diyabet ve diğer kronik hastalıklardaki hastanın sorumluluğu akut durumlardan farklıdır. Akut durumlarda kontrol tamamen sağlık profesyonelindedir (dış kontrol). Oysaki kronik durumlarda kontrol sağlık profesyoneli hastaya doğru geçmek durumundadır (iç kontrol)

Hasta eğitimleri ile hastalarda özyönetim yapma kapasitesi artırılabilecektir. Ancak unutulmamalıdır ki, hastanın durumu ağırlaştıkça sorumluluk hastadan sağlık profesyonellerine geçiş gösterecektir. Bu durum dikkate alındığında özyönetim yapması beklenen asıl hasta grubunun komplikasyon geliştirmemiş diyabetlilerden oluşacağı düşünülmektedir. Başka ülkelerin deneyimleri de bu yöndedir.

KT 18: Hasta eğitimleri ile ilgili ilk materyal en geç 2013 yılının ikinci çeyreği sonuna kadar hazırlanmalı, bu materyal temel göstergeler araştırılmalarının sonuçları doğrultusunda revize edilerek en geç 2014' ün ilk çeyreğinde son halini almalıdır.

KT 19: Hasta eğitimlerinin özendirici miktarda ücretlendirilmesi için gerekli çalışma yapılarak en geç 2013 yılının son çeyreğine kadar Sağlık Bakanlığı ve SGK'nın dikkatine sunulmalıdır

KT 20: En geç 2014 yılının son çeyreğinde sistematik hasta eğitimlerine başlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı ve SGK kısa sürede hastaların sağlık sonuçlarında iyileşme sağlamak ve uzun dönemde sağlık harcamalarını azaltmak maksadı ile hastalık yönetimi, vaka yönetimi ve ileri vaka yönetimini ve bu kapsamda hasta eğitimlerini de hasta başına ödeme yaparak sivil toplum kuruluşlarından ve/veya özel sektörden hizmet olarak satın alabilir. Bu hizmetler hekime destek boyutunda olabileceği gibi bütünüyle hasta sorumluluğunu üstlenecek şekilde de organize edilebilir. Böylece SGK bir 'sonuç yönetimi' (outcome management) sistemi kurabilir.

KT 21: Diyabetli hastalar için hastalık ve vaka yönetimi kapsamında hizmet alınması ile ilgili çalışmalar en geç 2012 yılı sonuna kadar Sağlık Bakanlığı'nın dikkatine sunulmalıdır.

KT 22: KT 20'nin sonucu doğrultusunda farklı modellere yönelik olarak en geç 2013 yılının son çeyreğinde pilot uygulamaların yapılmasına çalışılmalıdır.

KT 23: KT 21'deki pilot uygulama 2014 yılının son çeyreğinde değerlendirilmeli, sonuçların olumlu bulunması halinde gerekli değişiklikler de yapılarak 2015'den itibaren uygulamaya konulmalıdır.

**Eğitimle
davranış değiştirmek sabır
ve kararlılık
gerektirir**

Söylendi ama duyulmadı,
duyuldu ama anlaşılmadı,
anlaşıldı ama kabul edilmedi,
kabul edildi ama uygulanmadı;
uygulandı ama
ne kadar bir zaman için?

e. Hasta Kayıt Sistemi ve Diyabette Kalite (DİYAKAL)

Diyabeti önleme çalışmalarında ve diyabet tedavisinde, sağlık çalışanlarının, kliniklerin ve merkezlerin kendi başarılarını ölçmeleri ve hizmet kalitelerini geliştirebilmeleri amacıyla hasta sonuçlarını birbirleriyle karşılaştırmaları (benchmark) etkili bir yöntemdir. Bu amaçla risk yönetimi yapan merkezlerin kendi aralarında, diyabet yönetimi yapan merkezlerin kendi aralarında, vaka yönetimi yapan merkezlerin kendi aralarında, ileri vaka yönetimi yapan merkezlerin de kendi aralarında hasta sonuçlarını karşılaştıracakları bir sistem kurulması gereklidir. Bu amaçla yapılması gerekenler şunlardır:

- Her dört seviye için (risk, hastalık, vaka ve ileri vaka yönetimi) sonuç (outcome) endikatörleri belirlenmelidir.
- Bu endikatörlere yönelik veri seti hazırlanmalıdır.
- Bu verilerin anonim bir veri tabanına girileceği bir yazılım geliştirilmelidir.

Böylece her merkez veri tabanına girilen verilerin kümülâtif olarak sonuçlarını görebilecek, oluşacak karşılaştırma tablo ve grafiklerinde sadece kendisini, diğerlerinin kim olduklarını bilmeden, kıyaslayabilecektir.

KT 24: DİYAKAL'in kurulma çalışmaları en geç 2012'nin ilk çeyreğinde, pilot uygulaması ise en geç 2013'ün son çeyreğinde başlamalıdır.

KT 25: DİYAKAL'in Türkiye genelinde uygulanmasına en geç 2015'in ilk çeyreğinde başlanmalıdır.

DİYAKAL'in uygulanmaya başlaması ile her dört kademenin sonuçları D 2020 İDE tarafından yıllık olarak yayınlanacaktır. D 2020 İDE, sonuçları daha iyi çıkan merkezlerin çalışmalarını 'iyi uygulama' (good practise) örnekleri olarak diğer merkezlere aktaracak bir yöntem geliştirecektir.

KT 26: D 2020 İDE, DİYAKAL İyi Uygulama Örneklerini paylaşacak mekanizmayı en geç 2016 yılı son çeyreğine kadar kurmuş olmalıdır.

f. Toplumun Bilgilendirilmesi, Bilinçlendirilmesi, Özendirilmesi

Toplumun diyabetten korunmak, erken tanı ile diyabetin ilerlemesini önlemek ve hastalığın komplikasyonlarından korunmak için D2020'nin 10 yılı boyunca etkili önlemlerin alınması gereklidir.

Beslenme:

Türk Halkının Beslenme Alışkanlıkları Araştırması Projesi'nden elde edilecek sonuçlar doğrultusunda Türkiye Beslenme Haritası ortaya çıkacaktır. Bu araştırmanın bulgularına dayalı olarak, Ulusal Beslenme Platformu ile iş birliği içinde Türkiye'nin beslenme politikası geliştirilmelidir.

KT 27: Türkiye Beslenme Politikası geliştirme çalışmaları 2014 yılının birinci çeyreğinde başlamalı, 2015 yılının birinci çeyreğinde sonuçlandırılmalıdır.

Ancak bu politikanın geliştirilmesini beklemeye gerek olmadan alınabilecek birçok önem vardır. Yağ, şeker ve tuz içeriği yüksek sağlıksız maddelerin tüketimini azaltacak ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandıracak adımlar atılmalıdır. Burada sözü edilen, beslenme konusunda sosyal normların değiştirilmesi girişimidir. Etkili ve başarılı olmak için halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, çocuk ve adolesanların hedef alınması, ekonomik yaptırımlar getirilmesi ve bazı alanlara hukuki sınırlamalar konulması gereklidir. Sigara konusundaki başarılı politika beslenme alanında da uygulanmalıdır.

Toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi için ambalaj üzerlerine yapılacak uyarılar önemli bir rol oynamaktadır.

KT 28: Paketlenmiş olarak satılan ürünlerin üzerinde içerdikleri yağ, tuz ve şeker oranına göre bir işaretleme sisteminin kurulması, bilgilendirici ve uyarıcı cümlelerin yazılması ile ilgili teknik hazırlık 2013 yılının ilk çeyreği sonuna kadar yapılmalıdır.

KT 29: KT 28 kapsamında yapılan çalışma yasal bir doküman taslağı haline getirilerek (yasa, tüzük, yönetmelik vb.) ilgili mercie sunulmalı ve hukuki düzenlemenin 2014 yılı sonuna kadar yapılmasına çaba gösterilmelidir.

Sağlıklı besin maddelerine vergi teşvikleri getirilerek fiyatlarının ucuzlaması sağlanırken, yukarıda sayılan şekilde sağlığa zararlı maddeler içeren ürünler için vergiler yoluyla fiyat dezavantajı sağlanmalıdır.

KT 30: Paketlenmiş olarak satılan ürünlerin sağlık açısından taşıdığı tehlike ile orantılı olarak gerek satış fiyatları, gerek bunların reklam mecralarını kullanmaları ile ilgili olarak sağlıklı ürünlere kıyasla daha yüksek vergilendirilmelerini sağlayacak düzenlemelerin en geç 2014 yılı sonuna kadar yapılmasına çalışılmalıdır.

KT 31: Bu tür ürünlerin reklamlarında, yazılı ve görsel olarak kullanılan alanın ve sözlü ya da görsel olarak kullanılan sürenin bir kısmında bunların yol açabileceği hastalıklarla ilgili bilgi verilmesi konusunda düzenlemelerin en geç 2014 yılı sonuna kadar yapılmasına çalışılmalıdır.

Bu tür ürünler özellikle çocukları ve adolesanları hedef almaktadır. Bunların satış yerlerine sınırlılıklar getirilmelidir.

KT 32: Sağlık açısından zararlı olarak sınıflandırılmış ürünlerin okullarda, okul kantinlerinde, spor ve eğlence merkezlerinde satılmasına yönelik sınırlama getirilmeli, bu uygulamaya en geç 2014 yılı sonunda geçilmesi hedeflenmelidir.

Türkiye, yöresel yemeklerin zengin olduğu bir ülkedir. Türk mutfağı ulusal kültürün önemli bir parçasıdır. Ancak kimi yöresel yemekler yağ, tuz ve şeker açısından sağlığa zararlı miktarlar içermektedir. Bu konuda tedrici olarak yapılması gerekenler vardır:

- Sağlık açısından risk taşıyan özel yemeklerin sadece yılın bazı günlerinde yapılmasına yönelik mesajlar verilmelidir.
- Özel yemeklerin yapılış şekli ve malzemeleri bakımından daha sağlıklı çeşitlendirmeleri geliştirilmelidir.
- Özel yemeklerin sadece tadımlık olarak az miktarlarda tüketilmesi önerilmektedir.

KT 33: Sağlıklı Türk Mutfağı çalışmalarına en geç 2013 yılının birinci çeyreği sonunda başlanmalı ve bu konudaki politika dokümanı 2014 yılının ilk çeyreği sonunda hazırlanmış olmalıdır.

Fiziksel Aktivite:

Diyabetin ve komplikasyonlarının önlenmesinde fiziksel aktivitenin rolü diyabetin belirleyicileri tartışılırken açıklanmıştır. Modern yaşam tarzı toplumun büyük kesiminin günlerini sedanter bir şekilde geçirmelerine yol açmaktadır. Bu durumda yaşamın içine egzersiz eklenmesi ve bunun bir alışkanlık haline getirilmesi gerekmektedir.

Türk Halkının Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Alışkanlıkları araştırması bu konuda ulusal bir politika geliştirilmesi için ihtiyaç duyulacak temel veri ve bilgileri sağlayacaktır.

KT 34: Türkiye Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Politikası geliştirme çalışmaları en geç 2014 yılının birinci çeyreğinde başlamalı ve en geç 2015 yılının birinci çeyreğinde sonuçlandırılmalıdır.

Ancak bu alanda bazı çalışmalara başlamak için politika geliştirmeyi beklemeye gerek yoktur.

Çocuklarda egzersiz alışkanlığının geliştirilmesi gereken ilk yer okuldur. Beden eğitiminin bir 'ders' olmaktan çıkarılıp, çocukların her gün gerçekten egzersiz yaptıkları bir zaman haline getirilmesi gerekir.

KT 35: Okullarda öğrencilerin düzenli egzersiz yapmalarını bir sistem haline getirmek için en geç 2012 yılının son çeyreğinde Sağlık Bakanlığı'nın da desteği ile Milli Eğitim Bakanlığı nezdinde girişimde bulunulmalıdır.

KT 36: Okullarda düzenli egzersizle ilgili olarak en geç 2014 öğretim yılı başına kadar bir düzenlemenin yapılması için çaba sarf edilmelidir.

Kent yaşamı içinde bireylerin egzersiz yapacak alanlara kavuşmaları bu konudaki alışkanlıkların gelişmesine yol açacaktır. Kimi belediyeler buna önem vermekte, yürüyüş ve bisiklet yolları, parklarda egzersiz alanları hazırlamaktadırlar. Bütün belediyelerin bu konuda teşvik edilmeleri gerekir.

KT 37: Belediyelerin kentlerde egzersiz yapmaya uygun alanlar oluşturmaları ile ilgili farkındalık yaratma çalışması en geç 2012 yılı sonuna kadar hazırlanarak Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Belediyeler Birliği'nin dikkatlerine sunulmalıdır.

Temel Davranışların 'Pazarlanması'

21. Yüzyıl insanının belirli tutum ve davranışlara yöneltilmesinin yönteminin modern pazarlama, reklam ve satış faaliyetlerinden geçtiği bilinmektedir. Diyabetin önlenmesi ve diyabetli hastada komplikasyon gelişmesinin önlenmesi açısından şu dört mesajın halka ulaştırılması gerekmektedir:

- Bel çevrenicm. den ince tut!
- Haftada kez dakika egzersiz yap!
- Hb A1c seviyeni %7'nin altında tut!
- Risk grubundaysan sağlık kuruluşuna başvur!

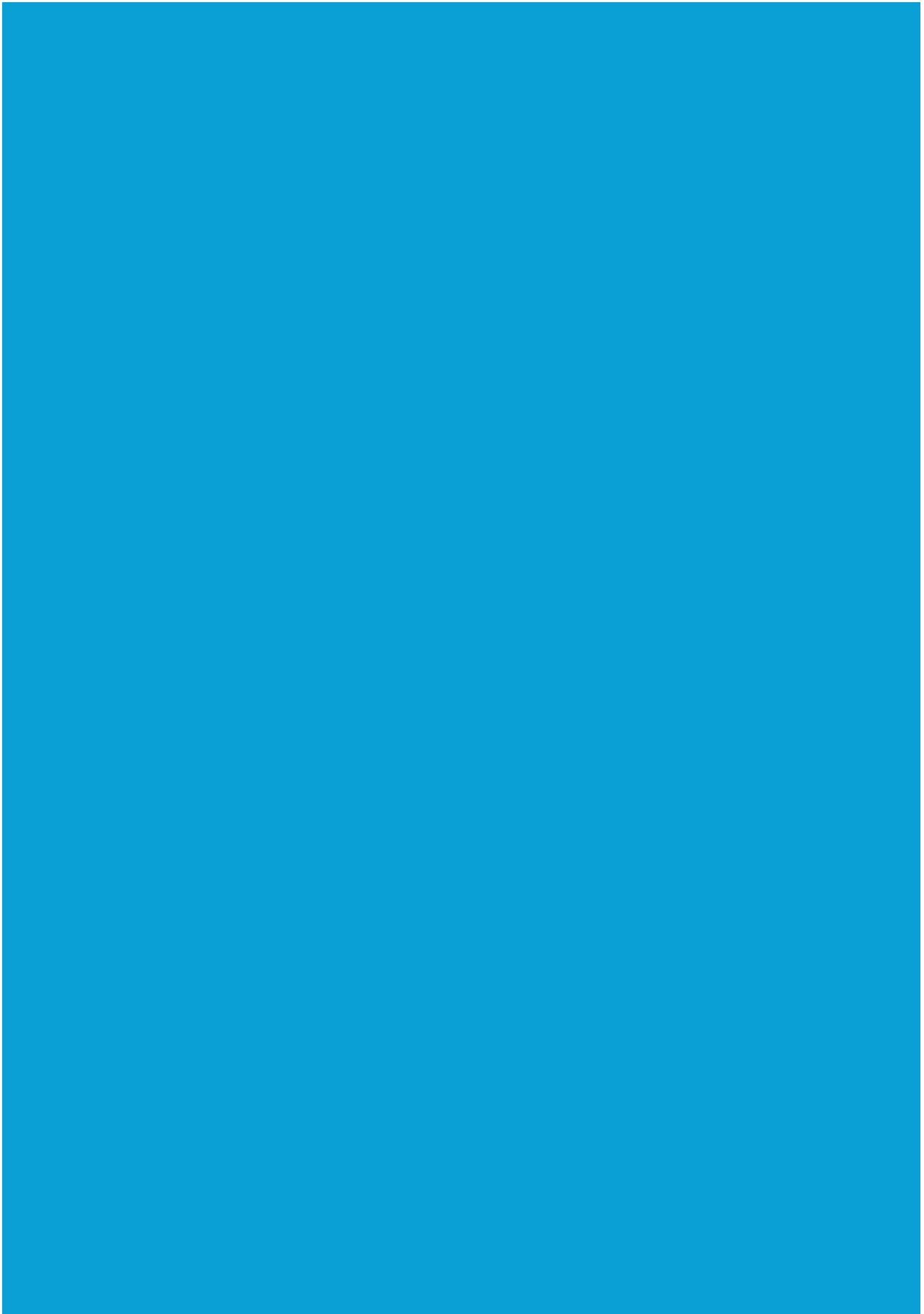
Mesajlar az ve yalın olmalıdır. Ancak bu mesajların sürekliliği, farklı şekillerde tekrarlanması ve davranış şeklini değiştirecek şekilde verilmesi önemlidir. Bu mesajların hangi toplum kesimlerine, hangi sloganlarla, hangi mecralarda, ne sıklıkta verileceği profesyonel bir çalışmanın sonucu olmalıdır. Bu kampanyalar televizyon, radyo, yazılı basın, sosyal medya aracılığı ile yürütülmeli ve web siteleri ile desteklenmelidir.

KT 38: 4 mesajlı Diyabet İletişim Kampanyası hazırlıkları 2011'de başlamalı, hazırlıklar 2012'de tamamlanmalı, 2013'de başlayacak olan kampanya 2020 yılına kadar fasıllarla devam etmelidir.

Diyabet, İnsülin ve Diyabetli İmaj Çalışması:

Temel gösterge araştırmalarının sonunda kamuoyunun çeşitli kesimlerinin diyabet, insülin ve diyabetlilerle ilgili algıları konusunda bilgiler elde edilecektir. Şu andaki gözlemlere dayalı olarak söylenebilir ki, halk arasında 'şeker' hastalığı olarak bilinen diyabet hastalığının korkutucu bir imajı bulunmamakta, hatta sevimli bir algı yaratmaktadır. İnsülinin durumu ise bunun tam tersidir. Halk insülin kullanımı konusunda bilgili olmadığından yapılan enjeksiyonları farklı olarak yorumlayabilmekte ve hastalar bu durumlarını gizlemek zorunda kalabilmektedirler. 2013 'e kadar araştırmalarla elde edilecek sonuçlar doğrultusunda yapılacak kampanyalarla 'diyabet' hastalığına yüklenecek anlamın değiştirilmesi, insülinle ilgili olumsuz imajın ortadan kaldırılması, diyabetlilerin ayrımcılığa uğramalarının engellenmesi gerekmektedir.

KT 39: Temel gösterge araştırmalarından elde edilecek bulgulara dayalı olarak hazırlanacak olan diyabet, insülin ve diyabetliye yönelik imaj çalışmaları 2014 yılında başlamalı, yapılacak ölçümlerle alınacak sonuçlara göre 2016 yılının son çeyreğine kadar devam etmelidir.



4. BÖLÜM: AMAÇ ve HEDEFLER

Genel Amaç:

Türkiye’de diyabetten korunma, diyabetin etkili bir şekilde tedavi edilmesi ve komplikasyonlarından korunma sağlanmasıdır.

Alt Amaçlar:

- Diyabet prevalansını azaltmak,
- Diyabetin komplikasyonlarını azaltmak,
- Diyabet hastalarının yaşam kalitelerini ve yaşam sürelerini artırmaktır.

Genel amaca ulaşabilmek için alt amaçlara ulaşılması gerekir. Bu amaçlara yönelik olarak D 2020’nin hedefleri şunlardır:

Diyabet prevalansını azaltmak için yapılacak tüm faaliyetler kilometre taşları olarak sıralanmıştır. Birincil koruma adı verilen bu faaliyetler toplumda risk taşıyan grupların diyabete yakalanmasını önleyecek müdahalelerin tümüdür. Bunlarla ilgili hedefler şunlardır:

HEDEF 1: 2011-2020 YILLARI ARASINDA DİYABET PREVALANSINDAKİ ARTIŞ %50’NİN ALTINDA OLMALIDIR

Hedef 1’ e ulaşmak için öncelikle ulaşılması gereken alt hedefler şunlardır:

Hedef 1.1: 2013 yılının sonuna kadar diyabet riski taşıyan bireylerin en az %70’ine ulaşılmalıdır.

Hedef 1.2: Risk altındaki toplumun bel çevreleri 2017 yılının son çeyreğine kadar 2013 yılındaki temel gösterge araştırma sonuçları ile bulunan- dan % 10 daha düşürülmüş olmalıdır.

Hedef 1.3: Risk altındaki toplumun HbA1c değeri 2017 yılının son çeyreğine kadar 2013 yılındaki temel gösterge araştırma sonuçları ile bulunan- dan % 1 daha düşürülmüş olmalıdır.

HEDEF 1: 2011-2020

YILLARI ARASINDA DİYABET
PREVALANSINDAKİ ARTIŞ
%50'NİN ALTINDA OLMALIDIR

HEDEF 2: 2020 YILINA

GELİNDİĞİNDE DİYABETİN
MİKRO VE MAKROVASKÜLER
KOMPLİKASYONLARI 2013'DEKİ
DEĞERLERİNDEN
%20 DAHA DÜŞÜK OLMALIDIR.

HEDEF 3: DİYABETTEN

KAYNAKLANAN MORTALİTE
2020 YILINA GELİNDİĞİNDE 2013
YILINDAKİ DEĞERİNDEN
%5 DAHA DÜŞÜK OLMALIDIR.

Diyabet hastalarını diyabetin komplikasyonlarından koruyacak müdahalelerin tümüne ikincil koruma denmektedir.

HEDEF 2: 2020 YILINA GELİNDİĞİNDE DİYABETİN MİKRO VE MAKROVASKÜLER KOMPLİKASYONLARI 2013'DEKİ DEĞERLERİNDEN %20 DAHA DÜŞÜK OLMALIDIR.

Hedef 2'ye ulaşılması için gereken alt hedefler şunlardır:

Hedef 2.1: 2013 yılının sonuna kadar diyabetli hastaların en az %80'ine ulaşılmalıdır.

Hedef 2.2: 2017 yılının sonuna kadar diyabetli hastaların HbA1c seviyeleri 2013 yılındaki temel gösterge araştırması ile bulunandan %1 daha düşük olmalıdır.

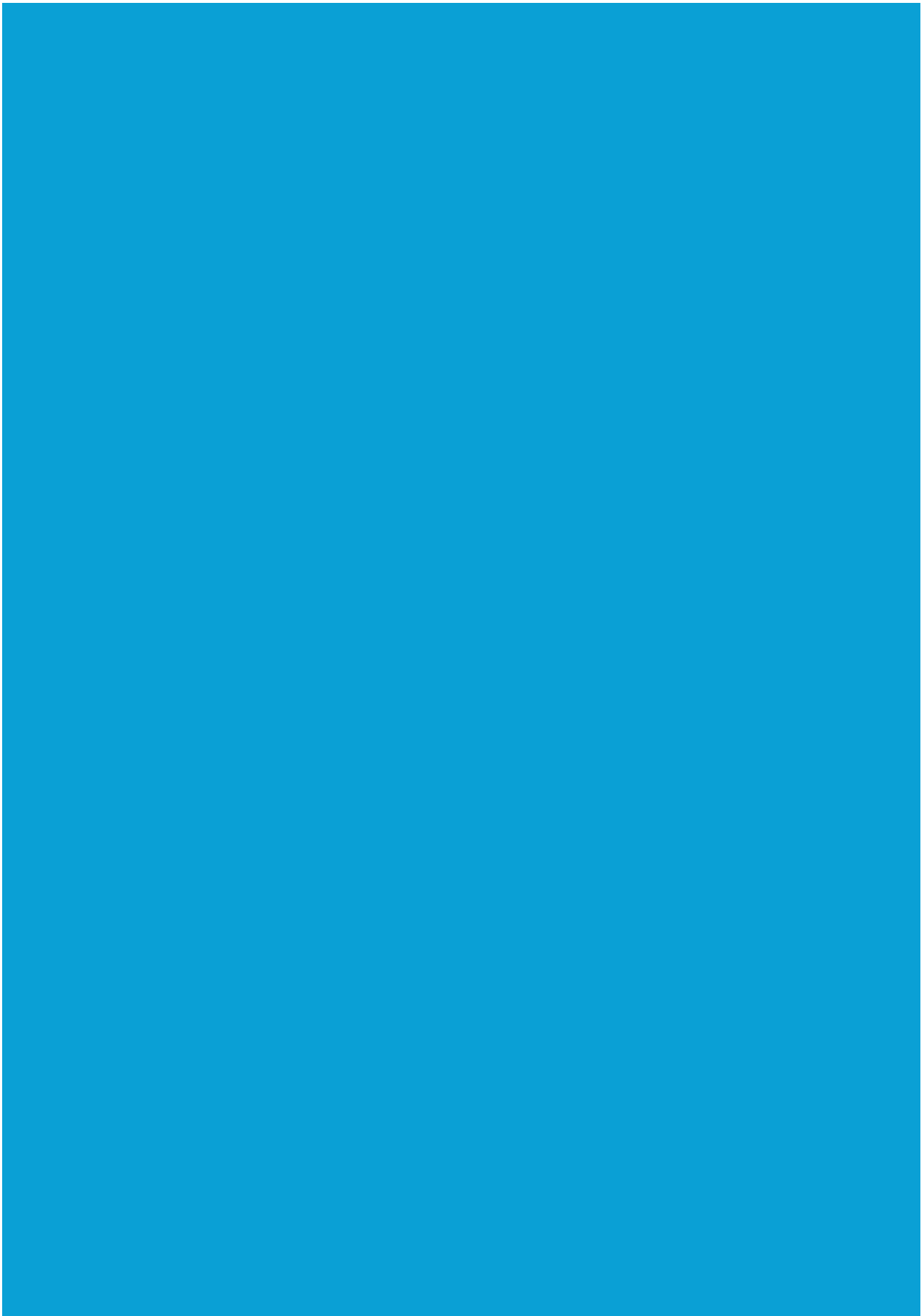
Diyabet komplikasyonlarının gelişmiş olduğu hastalarda hastalığın ilerlemesini kontrol altına alıp yaşam kalitelerini artırmak ve yaşam sürelerini uzatmak üzere yapılacak müdahalelerin tümüne üçüncül koruma denmektedir.

HEDEF 3: DİYABETTEN KAYNAKLANAN MORTALİTE 2020 YILINA GELİNDİĞİNDE 2013 YILINDAKİ DEĞERİNDEN %5 DAHA DÜŞÜK OLMALIDIR.

Hedef üçe ulaşmak için ulaşılması gereken alt hedefler şunlardır:

Hedef 3.1: 2013 yılı sonuna kadar komplikasyon geliştirmiş ko-morbid hastaların % 90'ına ulaşılmalıdır.

Hedef 3.2: Komplikasyon/ko-morbidite endikatörleri 2017 yılının son çeyreğine kadar 2013'deki değerlerinden % 10 daha düşürülmelidir.



5. BÖLÜM: SONUÇ

D 2020 çalışmasına, 2009 yılında, St. Vincent Bildirgesi'nin yirminci, İstanbul Kararlılık Bildirgesi'nin onuncu yılında başlanmıştır. Hazırlanan birinci çalıştay raporlarında mevcut durum gösterilmiş, ikinci çalıştay raporları ise çözüm önerileri üzerine odaklanmıştır. Bu iki doküman esas alınarak elinizdeki nihai doküman hazırlanmıştır. Ancak yapılması gerekenleri yazmak yeterli değildir. Bunların yapılmasını sağlamak üzere bir mekanizma kurmak, yapılanları takip etmek, ölçmek, değerlendirmek, karar vericilerle ve kamuoyu ile paylaşmak gerekir. Tüm bunların bir eşgüdüm içinde yapılması esastır. D 2020 İDE'nin kurulması, diyabete yönelik girişimlerin kilometre taşları ile takvimlendirilmesi ve hedeflerle kat edilecek mesafenin ölçülür hale getirilmesinin amacı budur.

Türkiye'nin bu vizyonda öngörülenleri gerçekleştirecek bilgi birikimi, insan gücü ve kaynakları vardır. Ülke kaynaklarının kamu, özel sektör, meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşları olarak harekete geçirilmesi halinde Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun işbirliği ile diyabetin gidişine "dur" demek mümkün olacaktır. Böylece sadece diyabet alanında değil, diğer kronik hastalıklarda da uygulanabilecek bir model başarı ile hayata geçirilebilecektir.

Türkiye'nin kısa vadedeki sağlık geleceğinin resmi, kronik ve karmaşık hastalıklarla nasıl mücadele edeceğine bağlıdır. Baş döndürücü bir hızla artış gösteren diyabet prevalansı nedeniyle çalışmaların etkili ve kesintisiz yürütülmesi bir zorunluluktur.

D 2020 bu gerçeklerden hareketle tüm ilgilileri eylem birliğine davet etmektedir.

EK 1.

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA DİYABET BAKIM VE TEDAVİSİNİN GELİŞTİRİLMESİ ÇALIŞMA GRUBUNUN RAPORU

Çocukluk çağında diyabetin önlenmesi, bakım ve tedavisinin geliştirilmesi

Hedefler ve temel faaliyetler

1.0-18 yaş grubunda ülke çapında Tip1 ve Tip 2 diyabetlilerin kayıt altına alınmasının sağlanması

- Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği bünyesinde web temelli kayıt sistemi kurulması
- Aile hekimliği bilgi sisteminde diyabetli çocukların kayıt edilmesi

2.Ülkemizdeki diyabetli çocukların bakım ve tedavi standartlarının geliştirilmesi

- Çocuk Endokrin ve Diyabet merkezlerinin insangücü ve altyapı eksikliklerinin belirlenmesi ve bu merkezler için norm kadroya uygun insangücü sağlanması
- 18 yaş altındaki diyabetlilerin çocuk endokrin ve diyabet merkezleri tarafından izlenmesinin sağlanması
- Diyabet eğitiminin ek ödeme yönetmeliklerinde yeterli değeri bulmasının sağlanması
- Okulda diyabet programı başlatılması
- Çocuk Diyabet Hemşireliği sertifika programı başlatılması
- Kamp yapan ekip sayısının artırılması ve tatillerde gündüz kampı programının başlatılması

3.Tip 1 diyabetli çocuklara erken tanı konması

- Topluma yönelik farkındalık için ilk aşamada çocuklarda Tip 1 diyabet bulgularını anlatan afişlerin okullarda ve diğer toplu mekanlara asılması.
- Topluma yönelik farkındalık için televizyonlarda yayınlamak üzere çocuklarda diyabet olabileceğinin altını çizen kısa film hazırlanması

- c. Birinci basamak hekimleri ve çocuk hekimlerine yönelik eğitim programı başlatılması

4.Ülkemizdeki bütün diyabetli çocuk ve ailelerinin standart/ yeterli eğitim almasının sağlanması

- a. Çocuklarda Tip 1 Diyabet Tanı, Sevk ve İzlem Kılavuzu hazırlanması
- b. Diyabetli çocuk ve ailelerine yönelik ilk aşama el kitabı ve eğitim filmi hazırlanması
- c. Elektronik materyal ve oyunlara dayalı bir internet sitesi kurulması ve bir eğitim kiti oluşturulması

5.Çocuklarda ve erişkinlerdeki tip 2 diyabet için en önemli risk faktörü olan Çocukluk çağı obezite sıklığının azaltılması

- a. Ulusal Obezite Programı çerçevesinde çocukluk çağı obesitesine yönelik ayrı bir program yapılması
- b. Yüksek kalori içeren yiyecek/içecek (Abur-cubur) reklamlarının kısıtlanması
- c. Okullarda şekerli içecek ve yiyecek otomatlarının kaldırılması, öğlen yemek verilmesi ve meyve gibi sağlıklı besin ürünlerinin bulundurulması için girişimde bulunulması
- d. Liselerde okutulan sağlık bilgisi kitabında "çocuklarda şişmanlık" bölümünün olmasını sağlanması
- e. Şekerli içecek tüketimin azaltılması için bir karşı kampanya düzenlenmesi

6.Tip 1 diyabetli çocuklara yönelik sosyal güvenlik şemsiyesinin bütün tedavi ve izlem ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde genişletilmesi; sosyal haklarının yaşam boyu sürmesi

- a. 0-18 yaş Tip 1 diyabetli çocuklarının en az yılda bir kez pediatrik endokrinoloji tarafından görülmesi amacı ile heyet raporlarının 1 yıl ile sınırlandırılıp raporların pediatrik endokrinologlar tarafından onaylanması
- b. 0-18 yaş Tip 1 diyabetli çocuklarının en az yılda bir kez pediatrik endokrinoloji tarafından görülmesi amacı ile heyet raporlarının 1 yıl ile sınırlandırılıp raporların pediatrik endokrinologlar tarafından onaylanması
- c. Gerekli durumlarda standart tedavi protokollerine göre daha yoğun tedavilerin karşılanması
- d. Yoksul diyabetli çocuk ailelerine eğitim ve beslenme yardımı yapılması

EK 2

D 2020
ÇALIŞMALARINA
KATILANLAR

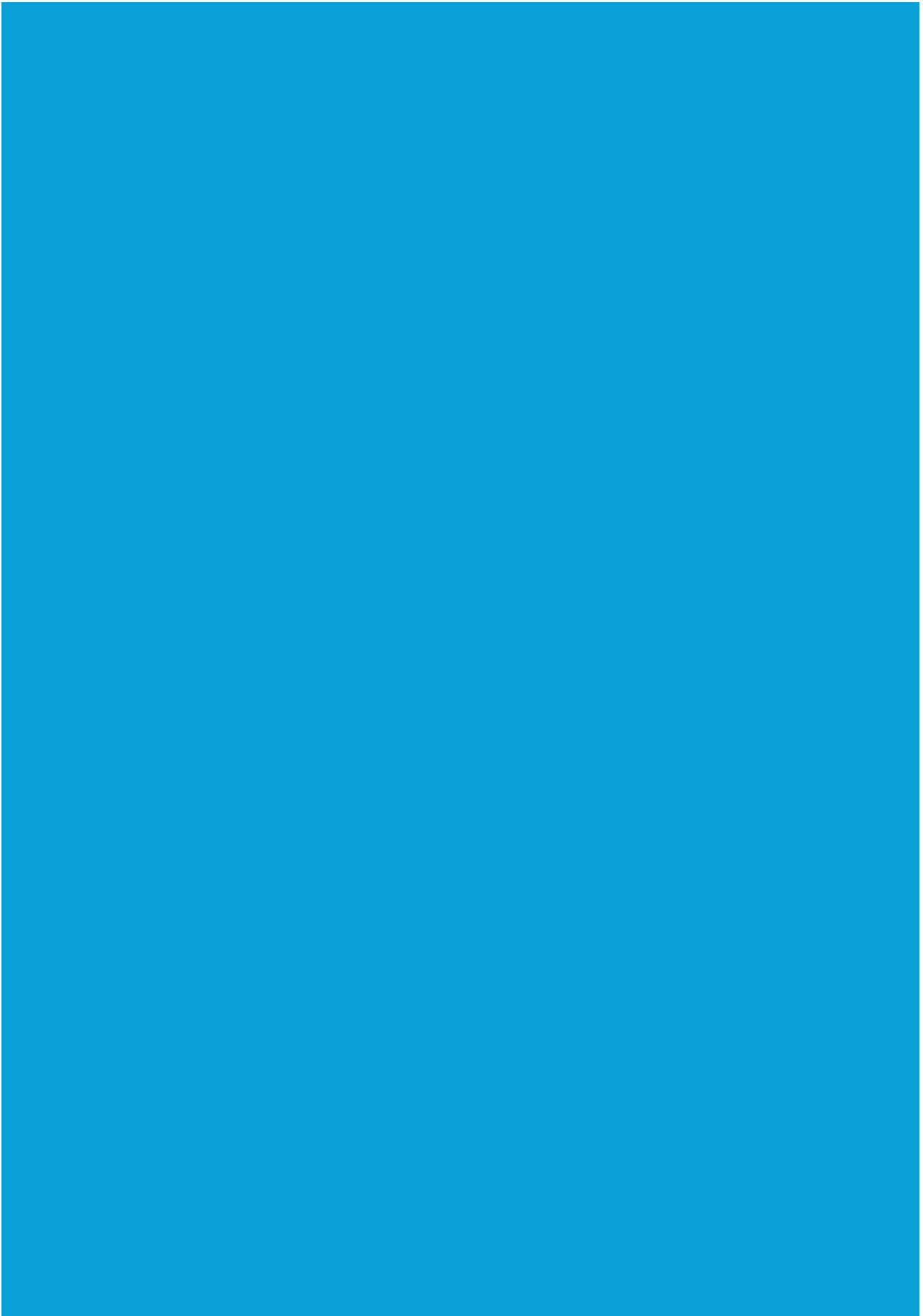
1. Abdullah Bereket
2. Abdullah Taşlıpınar
3. Abdurrahman Çömlekçi
4. AhmetÇorakçı
5. AhmetEmreDemirbaş
6. Ahmet Kaya
7.ÇalışmaGrubuKoordinatörü
7. Ahmet M. Şengül
1.ÇalışmaGrubuRaportörü (2. Çalıştay)
8. Ahmet Sadi Gündoğdu
9. Ali Arslan
10. Ali Osman Haykıran
11. Ali Özhan
12. Ali RızaUysal
5.ÇalışmaGrubuKoordinatörü
13. AlpaslanTuzcu
14. AlperSönmez
15. ArmağanTuğrul
16. Arzu Akalın
17. Arzu Kocabiçkıcı
18. AslıhanEcel
19. AtekaYeşil
20. AtılımSağlıocak
21. AydanUsman
22. AylaGüven
23. AylaTürksoy
24. Ayşe Çalın
25. Ayşe JaleAğırbaş
26. AyşegülAtmaca
27. AyşegülSağlam
28. Ayşehan Akıncı
29. AyselAkalın
30. AysenAkalın
31. AysunBelginBektaş
32. AysunBideci
33. Aysunİdil
34. AytaçKaradağ
35. Aytekin Oğuz
36. Banu Alpaslan Mesci
37. Banu Kale Koroğlu
38. Başak Çaka
39. Begüm Erkol
40. Behzat Özkan
41. Bilge Karaomca Ök
42. Bilgin Özmen
43. Bilgin Yüksel
44. Çağlar Avcı
45. Çağrı Çakıcı
46. Çağrı Ertürk
47. Can Erhan Kızmaz
48. Cem Tozer
49. CengizKesici
50. Çetin Değer
51. Çoşkun Bel
52. Damla Gökşen
53. Demet Çorapçıoğlu
54. Demet Özkaya
55. Deniz Koraşlı
56. Dilek Ural
57. EbruAydın
58. Ecehan Balta
59. EdibeTaylan
60. ElifGünçe
8.ÇalışmaGrubuRaportörü
(2. Çalıştay)
61. Elif Kaya
62. ElifTemel
63. Elvan Uncel
64. Emel Alphan
65. Emel Bekatlı
66. Emel Özer
67. Emin Dinççağ
68. Emine Alemdar Minaz
69. Emine Kır Biçer

70. Emine Yıldız
71. Ercan Erkan
72. Erdoğan Çolak
73. Erdoğan Yılmaz
74. Erhan Sayalı
75. Ersin Akarsu
76. Ersin Karabulut
77. Esra Çetintaş Sönmez
78. EylemBahar
79. Fahrettin Keleştimur
80. Fahri Bayram
4. Çalışma Grubu Koordinatörü
81. Faruk Kutlutürk
82. Fatih Salman
11. Çalışma Grubu Raportörü
(2. Çalıştay)
83. Fenedit Kalo
84. Filiz Açkurt
85. Filiz Mine Çizmecioğlu
86. Firdevs Karaoğlu
87. Füsün İkikardeş
88. Gökhan Mazi
89. Gökhan Üçkaya
90. Göksun Ayvaz
91. Gül Kızıltan
92. Gülay Üserbay
93. Gülden Köksal
94. Güler Türkeş Ateş
5. Çalışma Grubu Raportörü
(1. Çalıştay)
95. Güliz Dirimen Arıkan
96. Gültekin Süleymanlar
97. Güngör Akçay
98. Gürcan Kısakol
99. Hakan Hakeri
100. Hakkı Kahraman
101. Halil Polat
102. Hamit Işıkalp
103. Hasan İlkova
6. Çalışma Grubu Koordinatörü
104. Hasan Kudat
105. Hasan Onat

106. Hatice Bilgili
107. Haydar Sur
6. Çalışma Grubu Raportörü
(1. Çalıştay)
108. Hülya Günöz
109. Hülya Kapucu
110. Hür Hassoy
111. Huriye Hançer
112. Huriye Alasya
113. İbrahim Rakıcı
114. İbrahim Şahin
115. İlhan Yetkin
9. Çalışma Grubu Koordinatörü
116. İlker Taşçı
117. İlnur Arslanoğlu
118. Işıl Ergin
119. İsmet Solak
120. İsmet Tamer
12. Çalışma Grubu Raportörü
(2. Çalıştay)
121. Isuf Kalo Uluslararası
Danışma Kurulu üyesi (WHO/EURO)
122. Kağan Demirgil
123. Kamil Atkin
124. Kerim Azizlerli
125. Kubilay Ükinç
126. Levent Göçmen
127. Leyla Ataman
128. Lezzan Keskin
129. Marziye Üstündağ
3. Çalışma Grubu Raportörü
(1. Çalıştay)
130. Mehmet AkifBüyükbese
131. Mehmet Emin Önde
132. Mehmet Nuri Özbek
133. Mehmet Pala
134. Mehmet Sargın
135. Mehmet Uzunlulu
136. MehtapÇakır
137. Mehtap Tatar
6. Çalışma Grubu Raportörü
(2. Çalıştay)
138. MelihŞengölge

139. Meral Karadağ
140. Mert Uydacı9. Çalışma Grubu Raportörü (1. Çalıştay)
141. Mesut Özkaya
142. Mete Kankılıç
143. Metin Arslan
144. Michael S. Hall
Uluslararası Danışma Kurulu üyesi (IDF Europe)
145. Miraç Erbaş
146. Mithat Bahçeci
147. Mithat Kıyak
1. Çalışma Grubu Raportörü (1. Çalıştay)
148. Mithat Melen
6. Çalışma Grubu Moderatörü
149. Miyase Bayraktar
3. Çalışma Grubu Koordinatörü
150. Muazzez Garipağaoğlu
151. Mücahit Özyazar
152. Murat Aksoy
153. Murat Aydın
154. Murat Bilbay
155. Murat Çekin
2. Çalışma Grubu Raportörü (1. Çalıştay)
156. Murat Yılmaz
157. Mustafa Araz
158. Mustafa Bulun
7. Çalışma Grubu Raportörü (1. Çalıştay)
159. Mustafa Kanat
160. Mustafa Kemal Balcı
2. Çalışma Grubu Koordinatörü
161. Mustafa Kutlu
12. Çalışma Grubu Koordinatörü
162. Mustafa Taşdemir
4. Çalışma Grubu Raportörü (1. Çalıştay)
163. Mustafa Vatansver
164. Mustafa Yenigün
165. Nazif Bağrıaçık
11. Çalışma Grubu Koordinatörü
166. Nazlı Atak
167. Nazlı Gönç
168. Nermin Olgun
169. Nesrin Öz
170. Nevin Çobanoğlu
171. Nevzat Solak
172. Nezi Varol
8. Çalışma Grubu Raportörü (1. Çalıştay)
173. Nihat Şahbaz
174. Nil Koroğlu
175. Nilgün Başkal
176. Nur Şerif Karademir
177. Nurdan Yıldırım
178. Nurgün Kandemir
179. Oğuz Öziltürk
180. Oğuzhan Deyneli
181. Önder Ersöz
182. Osman Gencer
183. Özden Bahadır Arseven
184. Özlem İslam
185. Pelin Yılmaz
186. Perihan Arslan
187. Peyami Cinaz
188. Pınar Ay
11. Çalışma Grubu Raportörü (1. Çalıştay)
189. Pınar Topsever
2. Çalışma Grubu Raportörü (2. Çalıştay)
190. Ramiz Çolak
191. Raziye Gedikli
192. Refik İmamecioğlu
193. Rıdvan Şahin
5. Çalışma Grubu Raportörü (2. Çalıştay)
194. Rüveyde Bundak
195. Sait Gönen
196. Sandra Levi
197. Saynur Çetiner
198. Selçuk Baktıroğlu
199. Selçuk Dağdelen
200. Selda Gedik
4. Çalışma Grubu Raportörü (2. Çalıştay)
201. Selim Kurtoğlu
202. Sema Uçak

- 203.** Semra Erdoğan
- 204.** Sena Yeşil
- 205.** Serap Altuncan
- 206.** Serap Turan
10. Çalışma Grubu Raportörü (2. Çalıştay)
- 207.** Serdar Savaş
Politika Geliştirme Danışmanı
- 208.** Serkan Yorgancılar
- 209.** Serpil Kızmaz
- 210.** Sibel Güneş
- 211.** Sibel Tulgar Kınık
- 212.** Songül Ortaç
- 213.** Songül Uçar
- 214.** Şebnem Güneyman
- 215.** Şehnaz Hatipoğlu
- 216.** Şehnaz Karadeniz
Uluslararası Danışma Kurulu Üyesi
(IDF Europe)
- 217.** Şevki Çetinkalp
- 218.** Şeyda Özcan
3. Çalışma Grubu Raportörü
(2. Çalıştay)
- 219.** Şükran Darcan
- 220.** Şükran Doğanay Onat
- 221.** Şükrü Hatun
10. Çalışma Grubu Koordinatörü
- 222.** Sungur Cesuroğlu
- 223.** Tahsin Özbek
- 224.** Tamer Tetiker
- 225.** Taner Bayraktaroğlu
- 226.** Taner Damcı
- 227.** Tanju Besler
- 228.** Tayfun Cucioglu
- 229.** Tayfun Enünlü
7.Çalışma Grubu Raportörü (2. Çalıştay)
- 230.** Temel Yılmaz
- 231.** Tefik Eçder
- 232.** Tefik Sabuncu
- 233.** Tolga Demirtaş
- 234.** Tomris Cesuroğlu
Proje Teknik Yöneticisi
- 235.** Tomris Erbaş
- 236.** Tufan Tükek
- 237.** Uğur Dündar
- 238.** Ünal Hülür
- 239.** Vakur Akkaya
- 240.** Vedat Sansoy
- 241.** Vedia Tonyukuk Gedik
1. Çalışma Grubu Koordinatörü
- 242.** Volkan Yumuk
- 243.** Yaprak Yay
- 244.** Yasemin Beyhan
- 245.** Yeliz Erdem Demirhan
- 246.** Yeter Erbil
- 247.** Yusuf Kürkçüoğlu
- 248.** Zafer Üskül
8. Çalışma Grubu
Moderatörü Koordinatörü
- 249.** Zehra Aycan
- 250.** Zeliha Hekimsoy
- 251.** Zerrin Kurşun
- 252.** Zeynep Kavadar
- 253.** Zeynep Oşar
- 254.** Zeynep Şenay
- 255.** Ziyneti Kocabıyık
9. Çalışma Grubu Raportörü
(2. Çalıştay)
- 256.** Zuhal Aydan Sağlam



Bibliyografya

1. ADA - American Diabetes Association. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications (Position Statement). *Diabetes Care* 26 (Suppl. 1):S51-S61, 2003.
2. ADA - American Diabetes Association. Nutrition Principles and Recommendations in Diabetes. *Diabetes Care* 27 (Suppl 1): S36-S46, 2004.
3. ADA - American Diabetes Association. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes, A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, Vol. 31, Suppl 1, S61-S78, 2008.
4. ADA - American Diabetes Association. Position statement:foot care in diabetes. *Diabetes Care* 2002, 25(suppl):s69-s70.
5. ADA - American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care*. 2009 Jan;32 Suppl 1:S13-61.
6. ADA -American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S. In 2007. *Diabetes Care*. 2008 Mar;31(3):596-615.
7. ADA. Direct and Indirect Costs of Diabetes in the United States, American Diabetes Association (www.diabetes.org/diabetes-statistics/cost-of-diabetes-in-us.jsp, erişimi: 07.09.2009)
8. ADA. Helping the Student with Diabetes Succeed A Guide for School Personel. American Diabetes Association. (<http://www.diabetes.org/assets/pdfs/schools/ndepentireschoolguide.pdf> erişim: 21.01.2010)
9. Adler AI, Stratton IM, Neil HA, et al. Association of systolic blood pressure with macrovasküler complications of type 2 diabetes (UKPDS;36). *Br Med J* 2000, 321:412-419.
10. Agirbasli M, Cakır S, Ozme S, Ciliv G. Metabolic syndrome in Turkish children and adolescents. *Metabo-lism* 2006; 55: 1002-1006.
11. Taş A, Bayraktar MZ, Erdem U, Sobacı G, Uçar M. Diyabetik hastalarda retinopati sıklığı ve risk faktörleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2005; 47: 164-174.
12. Farmer AJ, Wade AN, French DP, Simon J, Yudkin P, Gray A, Craven A, Goyder L, Holman RR, Mant D, Kinmonth A-L, Neil HAW, on behalf of the DiGEM Trial Group Blood glucose self-monitoring in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. *Health Technology Assessment* 2009; Vol. 13: No. 15.
13. Akalın HE, Hayran M, Özdemir O, et al. Direct Medical Cost Analysis in Patients with Diabetes Mellitus in Turkey: Diabcost. *Turkish J Endoc Metabolism* 1998; 2(1):9-14.
14. Akesen E, Turan S, Güran T, Atay Z, Save D, Bereket A. İstanbul'da 6-18 Yaş Arası 1.630.751 Okul Çocuğunda Tıp 1 Diyabet Prevalansı (Pediap) Çalışması . XIII. Ulusal Pediatrik Endokrin ve Diyabet Kongresi-Antalya-2009
15. Alikasifoglu A, Yordam N. The metabolic parameters of obese children and the role of hyperinsulinism on weight loss. *Eur J Pediatr*. 1999 Mar;158(3):269-70.
16. Alphan ME, Kesin Y, Tatlı F. Özel Okul ve Devlet Okulunda Öğrenim Gören Adölesan Dönemindeki Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması, *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2002;31(1):9-17
17. Alphan ME, Keskin Y, Luleci NE, Cekin M, Tasdemir M, Ozyaral O, Kurucay D, Savla T, Sur H. Nutritional habits of Turkish adolescents at high school. 15th International Congress of Dietetics, Pacifico Yokohama, Yokohama Japan, September 8-11 2008. Abstract Book Poster No:2-155
18. Altun BA, Arıcı M et al. Prevalance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey. *J Hypertens* 2005; 23: 1817-23.

19. Amatayakul MK. Electronic Health Records: A Practical Guide for Professionals and Organizations. AHIMA, Chicago, 2007.
20. American Association of Clinical Endocrinologists. AACE Annual Meeting April 26-30, 2006, Press Release. (<http://www.aace.com/meetings/ams/2006/AACEbackgrounder.php>, erişim: 31.10.2009)
21. American Diabetes Association (ADA) & American Academy of Neurology: Consensus statement: report and recommendations of San Antonio Conference on Diabetic Neuropathy. *Diabetes Care* 1988;11:592-597.
22. Australian Diabetes Educators Association Credentialling Program web site (<http://www.adea.com.au/public/content/ViewCategory.aspx?id=47>, erişim 31.10.2009)
23. Barçın C, et al. Türkiye’de sağlıklı genç erişkin erkeklerde koroner risk faktörlerinin incelenmesi: Kesitsel bir analiz. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2005; 33:96-103.
24. Bardia, et al. Obesity & Doctors- Physicians Unlikely to Document Obesity in Patient Records. *Mayo Clinic Proceedings* 2007;82, 927.
25. Barr VJ, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*. 2003; Vol 1: 73-82.
26. Baumstark A, Jendrike N, Zschornack E, Haug C, Freckmann G. System accuracy evaluation of 27 blood glucose monitoring systems according to DIN EN ISO 15197. 45th Annual Meeting of European Association for the Study of Diabetes, 30 September – 02 October 2009/ Vienna, Austria. Poster Session: PS 079 (939)
27. Bennett PH, William CK. *Diabetes Mellitus ve Glikoz Homeostazının Tanımı Teşhisi ve Sınıflandırması*. Çev. Edt. Volkan Yumuk. Joslin’s *Diabetes Mellitus*, 14. Edition, 2008; 331-339.
28. Bereket A, Turan S, keskin S, Akcay T, Guran T. *Çocuk ve gençler için tip-1 Diyabet el Kitabı*.
29. Berg GD, Wadhwa S. Diabetes Disease Management in a Community-Based Setting. *Manag Care*. 2002 Jun;11(6):42, 45-50.
30. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimlerin Diyabet Tedavi ve Takibindeki Rolü ve Mezuniyet Sonrası Diyabet Eğitim Programlarının Geliştirilmesi Toplantısı, 27 Mart 2009, Marriott Hotel, İstanbul. Türkiye Diyabet Vakfı web sitesi. (<http://www.turkdiab.org/ortak/file/16.04.09%20tarihli%20Toplantı%20Tutanagi.pdf>, erişim: 30.10.2009)
31. Blanc N, Lucidarme N, Tubiana-Rufi N. Factors associated with childhood diabetes manifesting as ketoacidosis and its severity. *Arch Pediatr*. 2003 Apr;10(4):320-5.
32. Boren SA, Fitzner KA, Panhalkar PS, Specker JE. Costs and benefits associated with diabetes education: a review of the literature. *Diabetes Educ*. 2009 Jan-Feb;35(1):72-96.
33. Bradlec ML, Singer MR, Queshi MM, Moore LL. Food group intake and central obesity among children and adolescents in the 3rd NHANES. *Public Health Nutr*. 2005 Sep 22:1-9.
34. Brown SA. Interventions to promote diabetes self-management: state of the science. *Diabetes Educator*. 1999; 25 (6 Suppl):52-61.
35. Brownson CA, Hoerger TJ, Fisher EB, Kilpatrick KE. Cost-effectiveness of diabetes self-management programs in community primary care settings. *Diabetes Educ*. 2009 Sep-Oct;35(5):761-9.
36. Bruckert E. Epidemiology of low HDL-cholesterol: results of studies and surveys. *European Heart Journal Supplements* (2006) 8 (Supplement F), F17–F22.
37. Bu D, Pan E, Johnston D, et al. The Value of Information Technology-Enabled Diabetes Management. Center for Information Technology Leadership. 2007.
38. Bu D, Pan E, Walker J, Adler-Milstein J, et al. Benefits of Information Technology-Enabled Diabetes Management. *Diabetes Care*. 2007; 30(5):1137-42.

39. Buchanan TA, Xiang AH, Peters RK, et al. Prevention of pancreatic beta-cell function and type 2 diabetes by pharmacological treatment of insulin resistance in high-risk hispanie women. *Diabetes* 2002; 51: 2796-2803.

40. Bunnag P, Plengvidhya N, Deerochanawong C, et al. Thailand Diabetes Registry Project: Prevalence of Hypertension, Treatment and Control of Blood Pressure in Hypertensive Adults with Type 2 Diabetes. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(Suppl 1):72-7.

41. Buon Compensò del Diabete - Project web site. (<http://www.buoncompensodeldiabete.org/>, erişim: 03.11.2009)

42. Calkins E, Boulton C, Wagner EH, Pacala J (eds). *Care for Chronic Illness: New Ways to Care for Older People: Building Systems Based on Evidence*. 1999; New York, Springer.

43. Canadian Diabetes Educator Certification Board web site (<http://www.cdecb.ca> , erişim 31.10.2009)

44. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes fact sheet: general information estimates on diabetes in the United States, 2003.

45. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Team Care: Comprehensive Lifetime Management for Diabetes. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2001.

46. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Working Together to Manage Diabetes: A Guide for Pharmacists, Podiatrists, Optometrists, and Dental Professionals. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2007.

47. Ceza İnfaz Kurumları ile Tutukevlerindeki Yönetim, Dış Koruma ve Sağlık Hizmetlerinin Daha Düzenli ve Etkili Bir Şekilde Yürütülmesini

Sağlamak Amacıyla Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlığı Arasında Düzenlenen Protokol, 30.10.2003. (<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E1572D351204A6037B> , erişim: 03.11.2009)

48. Cho JH, Chang SA, Kwon HS, Choi YH, Ko SH, Moon SD, Yoo SJ, Song KH, Son HS, Kim HS, Lee WC, Cha BY, Son HY, Yoon KH. Long-Term Effect of the Internet-Based Glucose Monitoring System on HbA1c Reduction and Glucose Stability: A 30-month follow-up study for diabetes management with a ubiquitous medical care system. *Diabetes Care*. 2006 Dec;29(12):2625-2631.

49. Cizmecioglu FM, Etiler N, Hamzaoglu O, Hatun S. Prevalence of metabolic syndrome in schoolchildren and adolescents in Turkey: a population-based study. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2009 Aug;22(8):703-14.

50. Cizmecioglu FM, Hatun S, Kalaca S. Metabolic syndrome in obese Turkish children and adolescents: comparison of two diagnostic models. *Türk J Pediatr* 2008; 50: 359-365.

51. Çocuklarda, adolesanlarda ve genç erişkinlerde Tip 1 Diyabet – Nasıl kendi diyabetinizin uzmanı olursunuz? Ragnar hanas. Türkçe baskıyı hazırlayan: Şükrü Hatun ve Yenal Dünder. 2001

52. Damcı T, Kultursay H, Oguz A, Pehlivanoglu S, Tokgozoglu L. The Vascular Risk Study Group. Sub-optimal drug treatment of diabetes and cardiovascular risk in diabetic patients in Turkey. A countrywide survey. *Diabetes Metab* 2004;30,327-33.

53. Darcan S, Göksen D. Diyabetimi Öğreniyorum; 2008. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı.

54. Darkins A, Ryan P, KobbR. Care Coordination/Home Telehealth: The Systematic Implementation of Health Informatics, Home Telehealth, and Disease Management to Support the Care of Veteran Patients with Chronic Conditions. Case Report. *TELEMEDICINE and e-HEALTH*. 2008; 14(10):1118-1126.

55. Delahanty LM, Halford BH. The role of diet behaviors in achieving improved glycemic control in intensively treated patients in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care* 16:1453-1458, 1993.
56. Demiris J, Afrin LB, Speedie S, et al. Patient-centered Applications: Use of Information Technology to Promote Disease Management and Wellness. A White Paper by the AMIA Knowledge in Motion Working Group. *JAMIA*. 2008;15:8-13.
57. Detmer D, Bloomrosen M, Raymond B, Tang P. Integrated Personal Health Records: Transformative Tools for Consumer-Centric Care, *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2008, 8:45-58.
58. Diabetes – The Price of Increasing Prosperity, Deutsche Bank Research, August 5, 2009.
59. Diabetes (clinical) Data Set Specifications. National Health Data Dictionary, Version 12. The Australian Institute of Health and Welfare, Australia, 2002.
60. Diabetes Care and Research in Europe: The St. Vincent Declaration, 1989.
61. Delahanty L, Simkins SW, Camelon K. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Expanded role of the dietitian in the Diabetes Control and Complications Trial: Implications for practice. *The DCCT Research Group. J Am Diet Assoc* 93:758-767, 1993
62. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393-403.
63. Diabetes UK. The National service framework (NSF) for diabetes “Five years on... are we half way there?.” *Diabetes UK*, April 2008.
64. Dietz WH. The obesity epidemic in young children. *British Medical Journal*, 2001, 322:313-314.
65. Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data. 1995.
66. Disease Management Association – The Care Continuum Alliance web site. Definition of Disease Management. (http://www.dmaa.org/dm_definition.asp, erişim: 29.10.2009)
67. Dixon T, Webbie K. The National System for Monitoring Diabetes in Australia. The Australian Institute of Health and Welfare. 2006.
68. Dixon BE, Samarth, A. Innovations in Using Health IT for Chronic Disease Management: Findings from the AHRQ Health IT Portfolio. AHRQ National Resource Center for Health Information Technology, 2009.
69. Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler Projesi, Meslek Örgütleri Toplantısı Raporu, 26 Haziran 2009, İstanbul. (http://www.diyabet2020.org/getdoc/57ea0cf2-f3ad-4507-96dd-8894d499d653/d2020_26haziran-rpr_tum_090930_v-1-0.aspx; erişim: 25.10.2009)
70. Diyabet Bakımı: Sınırlar Ötesi Stratejiler. Carolyn Robertson. Çev. Sevgi Oktay. İçinde: *Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı*. (http://www.tdhd.org/dhd_kitab.php, erişim 07.11.2009)
71. Diyabet Eğitim Seti, Türkiye Diyabet Vakfı yayınları. (<http://www.turkdiab.org/haber2.aspx?h=11>, erişim: 03.11.2009)
72. Diyabet Sağlık Profesyonellerinin Eğitimi İçin Uluslararası Eğitim Rehberi. Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2008. (http://www.idf.org/webdata/docs/IDF%20Curriculum_Final%20071108_Turkish.pdf, erişim: 01.11.2009 veya <http://www.tdhd.org/yayinlar.php?content=1#prof>, erişim: 01.11.2009)
73. Diyabetle Büyüme, Diyabetle Yaşamak. Yazılar, Sorular ve Cevaplar, Mesajlar. Şükrü Hatun. Türkiye Diyabet Vakfı, www.arkadasimdiyabet.org. Nisan 2003.
74. Diyabetle El Ele. Nurgün Kandemir, Ayfer Alikeşoğlu, Z. Alev Özön, E. Nazlı Gönç. *Alp Ofset Matbaacılık*. Temmuz 2008, Ankara.

75. Diyabetli Çocuğu Büyütmek – Aileler için Klavuz. Editörler: Şükrü Hatun, Tahsin Teziç. 1996

76. Diyabetli Çocuk ve Gençler için Akıl Defteri. Şükrü Hatun. Türkiye Diyabet Vakfı Yayınları-I

77. Dorr D, Bonner LM, Cohen AN, et al. Informatics Systems to Promote Improved Care for Chronic Illness: A Literature Review. JAMIA. 2007; 14:156-163.

78. DREAM trial investigators, Boch J, Yusuf S, Gerslein HC, et al. Effect of ramipril on the incidence of diabetes. N Engl J Med 2006; 355: 1551-1562.

79. Dunbar L, Sylvia M. Using the ACG® casemix system in population health management programs at Johns Hopkins. BMC Health Services Research. 2009; 9(Suppl 1): A16.

80. Dunbar L. Population Health Management Programs at Johns Hopkins HealthCare. JHI-ASM Disease Management Conference, Istanbul, October 2009.

81. eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites. COM(2002) 667 final. Commission of the European Communities, 2002.

82. Egan BM. Hypertension in the 21st Century. Hypertension. 2004;44:389.

83. Eser O. Diabetes Mellitus ve Topluma Getirdiği Ekonomik Yük: (Bir üniversite hastanesinde, temel yatış nedeni Diabetes Mellitus olan yatışların yol açtığı sağlık harcamaları ve maliyetler; Yarı kentsel bir bölgede temel nedeni Diabetes Mellitus olan ölümlerin neden olduğu yaşam yılı kayıpları). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi Özeti. 1995 (<http://halksagligi.med.ege.edu.tr/tezler/ee.html>, erişim: 26.10.2009)

84. European Association for the Study of Obesity. Working Group on Children. (http://www.easo.org/working_groups_childhood_3.htm, erişim: 25.10.2009)

85. Farmer A, Gibson OJ, Tarassenko L, Neil A. A systematic review of telemedicine interventions to support blood glucose self-monitoring in diabetes. Diabet Med. 2005 Oct;22(10):1372-8.

86. FEND & IDF Europe. Diabetes The Policy Puzzle: Is Europe Making Progress. 2nd Edition. Federation of European Nurses in Diabetes (FEND) & International Diabetes Federation Europe, 2008.

87. FEND & IDF Europe. Diabetes The Policy Puzzle: Towards Benchmarking in the EU 25. Federation of European Nurses in Diabetes (FEND) & International Diabetes Federation European Region, 2005.

88. Finnish Diabetes Association. Dehko proceeds - Strategic plan for 2008–2010. Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes. Finnish Diabetes Association, 2008.

89. Finnish Diabetes Association. Dehko Proceeds 2005–2007. Finnish Diabetes Association.

90. Finnish Diabetes Association. Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes (DEHKO 2000-2010). (http://www.diabetes.fi/en/finnish_diabetes_association/diabetes_programme_dehko, erişim: 21.11.2010)

91. Finnish Diabetes Association. Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes in Finland 2000-2010. Finnish Diabetes Association, Tampere 2001.

92. Finnish Diabetes Association. Programme for the Prevention of Type 2 Diabetes in Finland 2003–2010. DEHKO – Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes in Finland 2000–2010. Finnish Diabetes Association, 2003.

- 93.** Five Years On - Delivering the Diabetes National Service Framework. UK Department of Health, 2008.
- 94.** Ford ES. Prevalence of the metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation among adults in the U.S. *Diabetes Care*. 2005 Nov;28(11):2745-9.
- 95.** Franz MJ, Reader D, Monk. Implementing Group and Individual Medical Nutrition Therapy for Diabetes. Alexandria, VA, American Diabetes Association. 2002.
- 96.** Franz MJ. Practice guidelines for nutrition care by dietetic practitioners for outpatients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Am Diet Assoc*. 92: 1136, 1992.
- 97.** Freeman DJ, Norrie J, Sattar N, Neely DG, Cobbe SM, Ford I, Isles C, Lorimer AR, Macfarlane PW, McKillop JH, Packard CJ, Shepherd J, Gaw A. Pravastatin and the development of diabetes mellitus: evidence for a protective treatment effect in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 103:357-362, 2001.
- 98.** Frias JP, Lim CG, Ellison JM, Montandon CM. A review of adverse events associated with false glucose readings measured by glucose dehydrogenase pyrroloquinolinequinone (GDH-PQQ)-based glucose monitoring systems in the presence of interfering sugars. *Diabetes Care*. 2010 Apr;33(4):728-9.
- 99.** Funnell M, Yee Kan EC, McGuire H, Ozcan S, Ramaiya K, Wright E. Uluslararası Diyabet Federasyonu Uluslararası Diyabet Eğitimi Standartları, Çev: Özcan Ş. EOS Ajans, İstanbul, 2009. (http://www.idf.org/webdata/docs/INTNL_STANDARDS_TUR.pdf)
- 100.** Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*. 2009 Jan;32 Suppl 1:S87-94.
- 101.** Gaede P, Vedel P, Larsen N, et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Eng J Med* 2003, 348:383-393.
- 102.** Gagliardino JJ, Etchegoyen G; PENDID-LA Research Group. A model educational program for people with type 2 diabetes: a cooperative Latin American implementation study (PENDID-LA). *Diabetes Care*. 2001 Jun;24(6):1001-7.
- 103.** Garets D, Davis M. Electronic Medical Records vs. Electronic Health Records: Yes, There Is a Difference. A HIMSS Analytics™ White Paper. HIMSS Analytics, Chicago, 2006.
- 104.** Garipağaoğlu M. Çocukluklarda Şişmanlığın Tedavisi ve Önlenmesi. *Çocuk Dergisi Eylül 2007*
- 105.** Geç Başlangıçlı Diyabet Mellitusta Körlük ve Az Görme Prevalansı ve İlişkili Faktörler: Saha Taraması. Proje No: SBAG-AYD-305. Proje Raporu. Mayıs 2001, Ankara
- 106.** Geiss LS, Herman WH, Smith PJ: Mortality in non-insulin dependent diabetes. In diabetes in America, edn 2. National Diabetes Data Group, National Institutes of Health, NIDDK. NIH pub no. 95-1468; 1995: 233-257.
- 107.** Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*. 2001; (79)4: 579-612.
- 108.** Glasgow RE, Strycker LA. Preventive care practices for diabetes management in two primary care samples. *Am J Prev Med* 2000;19:9-14.
- 109.** Gökşen D, Aycan Z, Özen S, Çetinkaya S, Kara C, Abalı S, Demir K, Tunç Ö, Uçaktürk A, Asar G, Baş F, Çetinkaya E2, Aydın M, Karagüzel G, Orbak Z, Şıklar Z, Altıncık A, Öktem A, Özkan B, Öcal G, Semiz S, Arslanoğlu İ, Evliyaoğlu O, Bundak R, Darcan Ş. Çocuk ve Ergenlerde Tip 1 Diyabet Mellitus; Glisemik Kontrol ve Komplikasyonlar 2008 yılı Çok Merkezli Sonuçları. XIII. Ulusal Pediatrik Endokrin ve Diyabet Kongresi-Antalya-2009.
- 110.** Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, Gordon DJ, Krauss RM, Savage PJ, Smith SC Jr, Spertus JA, Costa F; American Heart Association; National

Heart, Lung, and Blood Institute. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*. 2005;112(17):2735-52.

111. Gudbjörnsdottir S, Cederholm J, Nilsson PM. The National Diabetes Register in Sweden: An implementation of the St. Vincent Declaration for Quality Improvement in Diabetes Care. *Diabetes Care*. 2003; 26:1270–1276.

112. Gündogan K, Bayram F, Capak M, Tanriverdi F, Karaman A, Ozturk A, Altunbas H, Gökce C, Kalkan A, Yazici C. Prevalence of Metabolic Syndrome in the Mediterranean Region of Turkey: Evaluation of Hypertension, Diabetes Mellitus, Obesity, and Dyslipidemia. *Metab Syndr Relat Disord*. 2009 Oct;7(5):427-34.

113. Hakim LS ,Goldstein I. Diabetic sexual function. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996;25:379-400.

114. Halling A, Fridh G, Ovhed I. Validating the Johns Hopkins ACG Case-Mix System of the elderly in Swedish primary health care. *BMC Public Health*. 2006; 6:171.

115. Handley MA, Shumway M, Schillinger D. Cost-effectiveness of automated telephone self-management support with nurse care management among patients with diabetes. *Ann Fam Med*. 2008 Nov-Dec;6(6):512-8.

116. Hanley AJ, Williams K, Stern MP, Haffner SM. Homeostasis Model assessment of insulin resistance in relation to the incidence of cardiovascular disease: the San Antonio Heart Study. *Diabetes Care* 2002, 25:1177-1184.

117. Hansson L, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet*, 1998 Jun 13;351(9118):1755-62.

118. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete: 01.08.1998 – 23420.

119. Hatemi H., et al. Türkiye Obezite

ve Hipertansiyon çalışması (TOHTA). *Endokrinolojide yönelişler* 2002;11 (1.eki):1-15.

120. Hatun S, Cizmecioğlu F, Toprak D. Cerebral complications in diabetic ketoacidosis. *Turk J Pediatr*. 2005;47:170-2.

121. Havanı Koru – Dumansız Hava Sahası kampanyası web sitesi (<http://www.havanikoru.org.tr/main.html> , erişim: 04.11.2009)

122. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. *Lancet* 2000, 355:253-259.

123. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 361:2005–2016, 2003.

124. Herman WH, Hoerger TJ, Brandle M, Hicks K, Sorensen S, Zhang P, Hamman RF, Ackermann RT, Engelgau MM, Ratner RE; Diabetes Prevention Program Research Group. The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Ann Intern Med*. 2005 Mar 1;142(5):323-32.

125. ICD-10-AM Fourth Edition, v1.4. National Centre for Classification in Health (NCCH), Sydney, 2004.

126. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for Type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation, 2005.

127. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline on Pregnancy and Diabetes. Brussels: International Diabetes Federation, 2009.

128. IDF Diabetes Atlas. 3rd Edition. International Diabetes Federation, 2008. (also available at <http://da3.diabetesatlas.org/>)

129. IDF Diabetes Atlas. 4th Edition. International Diabetes Federation, 2009. (also available at <http://www.diabetesatlas.org/>)

130. IDF Middle East and North Africa

(MENA) Regional Meeting: Supporting the Implementation of the United Nations Resolution (UNR) on Diabetes (61/225) in Middle East and North Africa. International Diabetes Federation Middle East and North Africa, Alexandria, Egypt, 2009.

131. IDF Diabetes and Cardiovascular Disease: Time to Act. International Diabetes Federation, 2001.

132. IDF International Curriculum for Diabetes Health Professional Education. International Diabetes Federation, 2008.

133. IDF International Diabetes Federation Position Statement: Diabetes Education. 2004. (<http://www.idf.org/node/1172?unode=A1205437-D4F1-40B3-B69D-2E536E0F62CB>, erişim: 01.11.2009)

134. IDF International Standards for Diabetes Education. International Diabetes Federation. Third edition, 2009.

135. Idil A, Çalışkan D, Ocaktan E. The Prevalence of Blindness and Low Vision in Older Onset Diabetes Mellitus and Associated Factors (A Community Based Study). European Journal of Ophthalmology, Vol 14 N. 4/ 298-305, 2004.

136. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study. Patterson CC, Dahlquist GG, Gyürüs E, Green A, Soltész G; EURODIAB Study Group. Lancet. 2009 Jun 13;373(9680):2027-33

137. Insulin Resistance and Pre-diabetes. National Diabetes Information Clearinghouse (NDIC) – NIDDK, NIH. (<http://diabetes.niddk.nih.gov/DM/pubs/insulinresistance/#prediabetes>, erişim: 05.11.2009)

138. International Diabetes Federation European Region (IDF Europe) & Federation of European Nurses in Diabetes (FEND). EU Health Council Conclusions on Diabetes – A Watershed in Tackling Europe's Silent Epidemic. 2006.

139. International Diabetes Federation Position Statement: Diabetes Education. IDF, 2004. (<http://www.idf.org>)

140. Istanbul Commitment to the St. Vincent Declaration, 1999.

141. İlkova H, Damcı T, Karşıdağ K, Çömlekçi A, Ayvaz G ve IDMPS Türkiye çalışma grubu. Uluslararası Diyabet Tedavi Pratikleri Kayıt Çalışması (International Diabetes Management Practices Study - IDMPS). İkinci dönem Türkiye verileri sonuçları, 2007.

142. James LR. Diyabet ve Sağlık Hizmeti Sistemi Ekonomik ve Sosyal Maliyetler. Çev. Edt. Volkan Yumuk. Joslin's Diabetes Mellitus, 14. Edition, İstanbul Tıp Kitapevi, 2008, 778-792.

143. Jantos LD, Holmes ML. IT Tools for Chronic Disease Management: How Do They Measure Up? HealthCare Foundation, 2006.

144. Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, van Dam RM. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: A systematic review. Diabetes Care 2007;30:744-52.

145. Johnson EQ, Thomas M. Medical nutrition therapy by registered dietitians improves HbA1c levels. Diabetes 50(suppl 2):A21, 2001.

146. Joslin's Textbook on Diabetes, 14th ed. Kahn RC, Weir GC, King GL, Moses AC, Smith RJ, Jacobson AM (eds). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

147. Kabakci G, Koylan N, Kozan O, Buyukozturk K, Ilerigelen B; ICEBERG Investigators. Evaluation of the metabolic syndrome in hypertensive patients: results from the ICEBERG Study. J Cardiometab Syndr. 2007 Summer;2(3):168-73.

148. Kaelber DC, Shah S, Vincent A, et al. The Value of Personal Health Records. Center for Information Technology Leadership, 2008.

149. Kalbini Sev Kırmızı Giy Kampanyası, Türk Kardiyoloji Derneği web sitesi (<http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=381>, erişim: 03.11.2009)

150. Kandemir N, Açıkgöz E, Yordam N. The Epidemiology of Juvenile-Onset Insulin-Dependent Diabetes Mellitus in Turkish Children. *Turk J Pediatr.* 1994 Jul-Sep;36(3):191-5.

151. Karaağaoğlu N, İlköğretim Çocuklarında Sağlıklı Beslenme, Beslenme Bilgi Serisi No:14, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2006.

152. Karvonen M, Viik-Kajander M, Moltchanova E, Libman I, LaPorte R, Tuomilehto J. Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide. *Diabetes Mondiale (DiaMond) Project Group. Diabetes Care.* 2000 Oct;23(10):1516-26.

153. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: A systematic review. *J Hypertens.* 2004; 22: 11-9.

154. Keech A, Colquhoun D, Best J, Kirby A, Simes RJ, Hunt D, Hague W, Beller E, Arulchelvam M, Baker J, Tonkin A. Secondary prevention of cardiovascular events with long-term pravastatin in patients with diabetes or impaired fasting glucose. *Diabetes Care* 26:2713–2721, 2003.

155. Kern EFO, Beischel S, Stalnaker R. Building a Diabetes Registry from the Veterans Health Administration's Computerized Patient Record System. *Journal of Diabetes Science and Technology.* 2008; 2(1):7-14.

156. Khan S, Maclean CD, Littenberg B. The effect of the Vermont Diabetes Information System on inpatient and emergency room use: results from a randomized trial. *Health Outcomes Res Med.* 2010 Jul;1(1):e61-e66.

157. Khaw K-T, Wareham N, Luben r, et al: Glycated hemoglobin, diabetes and mortality in men Norfolk cohort of European Prospective Investigation of Cancer and Nutrition (EPIC-Norfolk). *Br Med J* 2001, 322:15-18.

158. Klein R, Klein BE, Moss SE. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. XV. The long term incidence of macular edema 1995, 102:7-16.

159. Kline T, Scher K, Williams R. Health IT in

Care Management to Improve Health and Effect Behavior Change The Healthcare Intelligence Network (HIN), Manasquan, 2009.

160. Knowledge Representation in Chronic Care Management: Example of Diabetes Care Management. [Brief] Profile Proposal. Integrating the Healthcare Enterprise (IHE), 2009.

161. Koproski J, Pretto Z, Poretsky L. Effects of an intervention by a diabetes team in hospitalized patient with diabetes, *Diabetes Care.* 1997 Oct;20(10):1553-5.

162. Kostis JB, Wilson AC, Freudenberger RS, et al. Long-term effect of diuretic-based therapy on fatal outcomes in subjects with isolated systolic hypertension with and without diabetes. *Am J Cardiol* 2005; 95:29-35.

163. Kozan O, Oguz A, Abaci A, et al. Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. *Eur J Clin Nutr.* 2007; 61(4): 548-53. (METSAR)

164. Krassas GE, Tsameti C, Baleki V, Constantinidis T, Ünlühizarci K, Kurtoğlu S, Keleştimur F, Balkan Group for the study of obesity. Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki-Greece and Kayseri-Turkey. *Pediatr Endoc Rev* 2004;1 Suppl.3:460-4.

165. Krumholz HM, Currie PM, Riegel B, Phillips CO, Peterson ED, Smith R, Yancy CW, Faxon DP; American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. *Circulation.* 2006 Sep 26;114(13):1432-45.

166. Kudaş S, 11-12 Yaş Grubundaki Okul Çağı Çocuklarında Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Spor Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2004.

167. Kulkarni K, Castle G, Gregory R, Holmes A, Leontos C, Powers M, Snetselaar L, Splett P, Wylie-Rosett J. Nutrition practice guidelines for type 1 diabetes mellitus positively affect dietitian practices and patient outcomes. *J Am*

Diet Assoc 98:62-70, 1998.

168. Kuraitis JD. Disease Management Megatrends: State-of-the-Industry 2008 and Beyond. Delivering on promises. Healthcare Web Summit, MCOL, 2008.

169. Kültürsay H, Tokgözoğlu L, Damcı T, Oğuz A, Pehlivanoğlu S, Şenocak M, Yusuf M. Five year follow-up of patients with high cardiovascular risk in the Turkish population. What are the predictors of highest cardiovascular risk? CVD Prevention and Control (2009) 4, 131–138.

170. Kwon HS, Cho JH, Kim HS, Song BR, Ko SH, Lee JM, Kim SR, Chang SA, Kim HS, Cha BY, Lee KW, Son HY, Lee JH, Lee WC, Yoon KH. Establishment of blood glucose monitoring system using the internet. Diabetes Care. 2004 Feb;27(2):478-83.

171. Leese B. The cost of diabetes and its complications: A Review. Centre for Health Economics, University of York. Discussion Paper 94. November 1991.

172. Levin ME. Foot lesions in patients with diabetes mellitus. Endocrinol Metab Clin North Am 1996, 25:447-462.

173. Li G, Hu Y, Yang W, et al. Effects of insulin resistance and insulin secretion on the efficacy of interventions to retard development of type 2 diabetes mellitus: the DA Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Res Clin Pract 2002; 58:193-200.

174. Littenberg B, MacLean CD, Zygarowski K, Drapola BH, Duncan JA, Frank CR. The Vermedx Diabetes Information System reduces healthcare utilization. Am J Manag Care. 2009 Mar;15(3):166-70.

175. Lobstein T, Baur L, Uauy R; IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obes Rev. 2004; 5 (Suppl 1): 4-104.

176. Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC®) Users' Guide. Regenstrief Institute, 2005.

177. Ma G, Li Y, Wu Y, Zhai F, Cui Z, Hu X, et al. The prevalence of body overweight and obesity and its changes among Chinese people during 1992 to 2002. Chin J Prev Med 2005;39: 311-5. (In Chinese, with English abstract.)

178. Maclean CD, Gagnon M, Callas P, Littenberg B. The Vermont diabetes information system: a cluster randomized trial of a population based decision support system. J Gen Intern Med. 2009 Dec;24(12):1303-10.

179. MacLean CD, Littenberg B, Gagnon M, Reardon M, Turner PD, Jordan C. The Vermont Diabetes Information System (VDIS): study design and subject recruitment for a cluster randomized trial of a decision support system in a regional sample of primary care practices. Clin Trials. 2004;1(6):532-44.

180. MacLean CD, Littenberg B, Gagnon M. Diabetes decision support: initial experience with the Vermont diabetes information system. Am J Public Health. 2006 Apr;96(4):593-5.

181. Mahley RW, Palaoğlu E, Atak Z, et al. Turkish Heart Study: lipids, lipoproteins, and apolipoproteins. J Lipid Res 1995; 36: 839-859.

182. Majeed, A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care I: how it works. BMJ. 2001; Vol 323; 604-7.

183. Majeed, A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care II: advantages, disadvantages, and practicalities. BMJ. 2001; Vol 323; 607-10.

184. Malmberg K, Yusuf S, Gerstein HC, et al: Impact of diabetes on long-term prognosis in patients with unstable angina and non-Q wave myocardial infarction: results of the OASIS (Organization to assess strategies for ischemic syndromes) registry. Circulation 2000, 102:1014-1019.

185. Marc Suhrcke, Rachel A. Nugent, David Stuckler and Lorenzo Rocco. Chronic Disease: An Economic Perspective. London: Oxford Health Alliance 2006

186. McAuley et. Al. Are Fat but Fit Diabetics at Risk? *Circulation*. 2006;114:872-873.

187. Media campaign for prevention and care of diabetes in India. World Diabetes Foundation web site. (<http://www.worlddiabetesfoundation.org/composite-1928.htm>, erişim: 04.11.2009)

188. Meigs JB, Mittleman MSA, Nathan DM, et al. Hyperinsulinemia, hyperglycemia and impaired homeostasis. The Framingham Offspring Study. *JAMA* 2000, 283: 221-228.

189. Metintaş S, Arkan S. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunmada Toplum Tabanlı Koruma Projelerinin Yeri.[Place of the Community-Based Protection Projects in Preventing the Cardiovascular Diseases] *TAF Prev Med Bull*. 2008; 7(4):357-362.

190. Mittman, R. Using Clinical Information Technology in Chronic Disease Care: Expert Workshop Summary. California HealthCare Foundation, 2004.

191. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, Zinman B; American Diabetes Association; European Association for Study of Diabetes. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2009 Jan;32(1):193-203. Epub 2008 Oct 22.

192. National Certification Board for Diabetes Educators web site (<http://www.ncbde.org/>, erişim 31.10.2009)

193. National Diabetes Dataset Project Summary Core Dataset for Diabetes (version 0.4), NHS Information Authority, UK, 2003.

194. National E-Health Strategy. Prepared for National E-Health and Information Principal Committee. Deloitte. National E-Health Transition Authority (Nehta), Sydney, 2008.

195. NHS Quality Improvement Scotland. Clinical and cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose (SMBG) for non-insulin treated

type 2 diabetes. Evidence Note, No:26, January 2009.

196. NHS, Data Model And Dictionary Service, Version 3, page last published 25 September 2009. Diabetes Data Set, 3.1. ([http://www.datadictionary.nhs.uk/data_dictionary/messages/clinical_data_sets/data_sets/diabetes_data_set_\(summary_core\)_fr.asp?shownav=1](http://www.datadictionary.nhs.uk/data_dictionary/messages/clinical_data_sets/data_sets/diabetes_data_set_(summary_core)_fr.asp?shownav=1), erişim: 28.10.2009)

197. Niemi M, Winell K. Diabetes in Finland-Prevalence and Variation in Quality of Care. Finnish Diabetes Association & STAKES – National Research and Development Centre for Welfare and Health, Tampere 2006.

198. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24:561-587.

199. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, Isham G, Snyder SR, Carande-Kulis VG, Garfield S, Briss P, McCulloch D. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(4 Suppl):15-38. Review.

200. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, Isham G, Snyder SR, Carande-Kulis VG, Garfield S, Briss P, McCulloch D. The Effectiveness of Disease and Case Management for People with Diabetes: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(4 Suppl):15-38.

201. North Karelia Project. National Institute for Health and Welfare web site (Finland) (<http://www.ktl.fi/attachments/english/organization/ppuska/northkareliaprojectarticle.pdf>, erişim: 03.11.2009)

202. Ogden CL, Carroll MD, Flegal KM. High Body Mass Index for Age Among US Children and Adolescents, 2003–2006. *JAMA* 2008;299:2401–2405.

203. Oğuz A, Damcı T, Pehlivanoğlu S, Kültürsay S, Tokgözoğlu L, Şenocak M, Yusuf M. Hipertansiyonlu hastalarda diyabet ve koroner

arter hastalığının mortalite ve morbidite üzerine etkisi. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* 2009;37(4):221-225 221.

204. Oğuz A, Gedik O, Hatemi H, Yılmaz T, İmamoğlu Ş, Kamel N, Yılmaz C. Glycemic Control of Turkish Adult Diabetic Patients, *Turk Jem* 2008; 12: 50-4.

205. Onat A, Ceyhan K, Basar O, Erer B, Toprak S, Sansoy V. Metabolic syndrome: major impact on coronary risk in a population with low cholesterol levels -a prospective and cross-sectional evaluation. *Atherosclerosis*. 2002;165:285-92.

206. Onat A, ed. On iki yıllık izlem deneyimine göre Türk erişkinlerinde kalp sağlığı. Argos İletişim Hizmetleri, İstanbul, 2003.

207. Onat A, Hergenç G, Küçükdemir Z, Bulur S, Kaya Z, Can G. Fizik aktivitenin Türk yetişkinlerini metabolik bozukluklardan koruduğuna ilişkin ileriye dönük kanıt. Prospective evidence for physical activity protecting Turkish adults from metabolic disorders. *Türk Kardiyol Dern Arşivi - Arch Turk Soc Cardiol* 2007;35(8):467-474 467.

208. Onat A, Keleş İ, Sansoy V, et al.; Rising Obesity Indices in 10-year Follow-up of Turkish Men and Women: Body Mass Index Independent Predictor of Coronary Events Among Men; *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2001; 29: 430-436.

209. Onat A, Sansoy V. Halkımızda Koroner Hastalığın Başlıca Nedeni Metabolik Sendrom: Sıklığı, Unsurları, Koroner Risk ile İlişkisi ve Yüksek Risk Kriterleri. *Türk Kardiyol Dern Arş;* 2002;30:8-15.

210. Onat A, Şurdum-Avcı G, Şenocak MŞ, Örnek E. Prevalence of coronary heart disease in Turkish adults. *Int J Cardiol* 1993;39:23-31.

211. Onat A, Türkmen S, Karabulut A, Yazıcı M, Can G, Sansoy V: Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: Sıklığına ve kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin TEKHARF çalışması verileri. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2004; 32:397-405.

212. Onat A, Uyarel H, Hergenç G, Karabulut A, Albayrak S, Can G. Determinants and definition of abdominal obesity as related to risk of diabetes, metabolic syndrome and coronary disease in Turkish men: a prospective cohort study. *Atherosclerosis* 2007;191:182-90.

213. Onat A, Yıldırım B, Uslu N, et al: Plasma lipoproteins and apolipoproteins in Turkish adults: Overall levels, associations with other risk parameters and HDL's role as a marker of coronary risk in women (in Turkish). *Arch Turk Soc Cardiol* 1999; 27: 72-9.

214. Onat A. Lipids, lipoproteins and apolipoproteins among Turks, and impact on coronary heart disease. *Anadolu Kardiyol Derg* 2004; 4:236-45

215. Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. *Atherosclerosis*. 2001; 156: 1-10.

216. Ozcan S. (invited speaker) National Insulin Education Program in Turkey: the snowball effect. 20th World Diabetes Congress, (18-22 October 2009/Montreal), Abstract Book, p.62-63.

217. P Valensi, P Schwarz, M Hall, AM Felton, A Maldonato, C Mathieu. Pre-diabetes essential action: A European perspective. *Diabetes Metab* 2005;31:606-620.

218. Palmer AJ, Valentine WJ, Ray JA. Cost-effectiveness studies of diabetes prevention in high-risk patients. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2004 Aug;4(4):393-402.

219. Palmer M, Steffen C, Iakovidis I, Giorgio F. European Commission perspective: Telemedicine for the benefit of patients, health care systems and society. Chronic disease management and remote patient monitoring. *Eurohealth*. 15(1):13-14.

220. Pastors JG, Warshaw H, Daly A, Franz M, Kulkarni K: The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes Care* 25:608-613, 2002.

221. Pawlowicz M, Birkholz D, Niedźwiecki M, Balcerska A. Difficulties or mistakes in diagnosing type 1 diabetes in children?—demographic factors influencing delayed diagnosis. *Pediatr Diabetes*. 2009;10:542-9.

222. Personal Health Records and Personal Health Record Systems: A Report Recommendation from the National Committee on Vital and Health Statistics, Washington, D.C., 2006.

223. Policy Statement—Using Personal Health Records to Improve the Quality of Health Care for Children. American Academy of Pediatrics (AAP), 2009.

224. Post PN, Wittenberg J, Burgers JS. Do specialized centers and specialists produce better outcomes for patients with chronic diseases than primary care generalists? A systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2009 Dec;21(6):387-96.

225. Prescribing for Diabetes in England. An analysis of volume, expenditure and trends. National Health System (NHS) Information Centre and Yorkshire & Humber Public Health Observatory. November 2007.

226. Production of ICD-11: The overall revision process. On behalf of WHOFIC Network. 2007.

227. Quinn M, Angelico MC, Warram Jh: Hypertension and nephropathy in diabetes mellitus: what is inherited and what is acquired? *Diab Res Clin Practice* 1998, 39(suppl):S1-S14.

228. Ramsey GW, Et al. Improving Chronic Disease Care Using Predictive Modeling and Data Mining. 3rd INFORMS Workshop on Data Mining and Health Informatics, Washington, 2008.

229. Ratner RE, Christophi CA, Metzger BE, et al. Prevention of diabetes in women with a history of gestational diabetes: effects of metformin and lifestyle interventions. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 4774–4779.

230. Raz I, Soskolne V, Stein P. Influence of small-group education sessions on glucose

homeostasis in NIDDM. *Diabetes Care*. 1988 Jan;11(1):67-71.

231. Reid R, et al. Measuring Morbidity in Populations: Performance of the Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG) Case-Mix Adjustment System in Manitoba. Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, 1999.

232. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care outpatient and community settings. A systematic review. *Diabetes Care*. 2001; 24:1821–1833.

233. Renner B, Schupp H, Vollmann M, Hartung FM, Schmalzle R, Panzer M. Risk perception, risk communication and health behavior change. University of Konstanz; Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS). (<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-71352>, erişim 06.06.2009)

234. Revealing the cost of Type II diabetes in Europe. Jönsson B; CODE-2 Advisory Board. *Diabetologia*. 2002 Jul;45(7):S5-12.

235. Revere D, Dunbar PJ. Review of Computer-generated Outpatient Health Behavior Interventions. *JAMIA*. 2001; 8: 62-79.

236. Review of Shared Electronic Health Record Standards. Version 1.0. National E-Health Transition Authority (Nehta), Sydney, 2006.

237. Riley JP, Cowie MR. A clinical perspective on remote monitoring of chronic disease. Chronic disease management and remote patient monitoring. *Eurohealth*. 15(1):15-17.

238. Rishel W, Handler TJ. Global Definitions of EHR, PHR, E-Prescribing and Other Terms for Healthcare Providers. Industry Research, Gartner, 2008.

239. Roberts S. Working together for better diabetes care. UK Department of Health, 2007.

240. RoCODEC. Çocuklarda Kronik Hastalıkların Sıklığı Tarama Çalışması. MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, 1997, Ankara.

- 241.** Roland Berger Strategy Consultants. Innovative Models to Manage the Diabetes Epidemic "Discussion document." Roland Berger Strategy Consultants, December 2008.
- 242.** Rosenberg MA, Farrell PM. Predictive Modeling of Costs for a Chronic Disease With Acute High-Cost Episodes. *North American Actuarial Journal*. 2008; 12(1).
- 243.** Saaristo T, Peltonen M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Vanhala M, Saltevo J, Niskanen L, Oksa H, Korpi-Hyövälti E, Tuomilehto J; FIN-D2D Study Group. National type 2 diabetes prevention programme in Finland: FIN-D2D. *Int J Circumpolar Health*. 2007 Apr;66(2):101-12.
- 244.** Satman I, Yılmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tutuncu Y, Sargin M, Dincçag N, Karsidag K, Kalaca S, Ozcan C, King H. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*. 2002 Sep;25(9):1551-6.
- 245.** Sen Y, Kandemir N, Alikasifoglu A, Gonc N, Ozon A. Prevalence and risk factors of metabolic syndrome in obese children and adolescents: the role of the severity of obesity. *Eur J Pediatr*. 2008 Oct;167(10):1183-9. Epub 2008 Jan 17.
- 246.** Sever PS, Dahlof B, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, Collins R, Kjeldsen SE, Kristinsson A, McInnes GT, Mehlsen J, Nieminen M, O'Brien E, Ostergren J. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 361:1149-1158, 2003.
- 247.** Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R. Validating the Adjusted Clinical Groups [ACG] case-mix system in a Spanish population setting: a multicenter study. *Gac Sanit*. 2009;23(3):228-31.
- 248.** Sidorov J, Gabbay R, Harris R, Shull RD, Girolami S, Tomcavage J, Starkey R, Hughes R. Disease management for diabetes mellitus: impact on hemoglobin A1c. *Am J Manag Care*. 2000 Nov;6(11):1217-26.
- 249.** Sidorov J, Shull R, Tomcavage J, Girolami S, Lawton N, Harris R. Does diabetes disease management save money and improve outcomes? A report of simultaneous short-term savings and quality improvement associated with a health maintenance organization-sponsored disease management program among patients fulfilling health employer data and information set criteria. *Diabetes Care*. 2002 Apr;25(4):684-9.
- 250.** Simsek PO, Ozon A, Gonc N, Alikasifoglu A, Kandemir N. Epidemiological data of type 1 diabetes mellitus in Turkish children at two different time periods: 1969-1991 and 10991-2006. In: Abstracts of 46th Annual Meeting of the European Society for Pediatric Endocrinology (ESPE), Helsinki, Finland, June 27-30, 2007. *Horm Res*. 2007;68 Suppl 1:1-282.
- 251.** Slataper R, Vicknair N, Sadler R, et al. Comparative effects of different antihypertensive treatments on progression of diabetic renal disease. *Arch Intern Med* 1993, 153: 973-979.
- 252.** SNOMED Clinical Terms® User Guide. College of American Pathologists, 2005.
- 253.** Sorensen C, Drummond M, Kanavos P. Ensuring Value for Money in Healthcare. The Role of Health Technology Assessment in European Union. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. 2008.
- 254.** Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D: Diabetes, other risk factors, and 12yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care* 1993, 16:434-444.
- 255.** Standard Outcome Metrics and Evaluation Methodology for Disease Management Programs. Johns Hopkins, 2nd Annual Disease Management Outcomes Summit. 2002.
- 256.** Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2004.
- 257.** Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. Chronic Disease: An Economic Perspective (Annex). London: The Oxford Health Alliance 2006.

258. Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. Chronic Disease: An Economic Perspective. London: The Oxford Health Alliance 2006.

259. Süleymanlar G, Serdengeçti K, Ereğ E. Türkiye’de son dönem böbrek yetmezliğinin epidemiyolojisi ; Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri 2005;1(21):1-8.

260. Şimdi Diyabeti Öğrenme Zamanı. Çeviren: Şükrü Hatun

261. T.C. Maliye Bakanlığı. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygulama Tebliği. Resmi Gazete: 29.09.2008 - 27012

262. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı, ‘Şeker Hastası Öğrenciler’ Genelgesi. 03.01.2000, 2000/01. (http://sdb.meb.gov.tr/genelge/seker_hastasi_ogrenciler.pdf, erişim: 02.11.2009)

263. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı, 17.04.2007, B.08.0.SDB.0.31.06.01/1008 sayılı Genelge.

264. T.C. Sağlık Bakanlığı Kişisel Sağlık Verilerin Güvenlik ve Mahremiyeti Çalışmayı Sonuç Raporu ((25-27 Ağustos 2008, Kızılcahamam/ANKARA). Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Ağustos 2008. (<http://www.biyotek.org.tr/files/Calistay%20raporu.pdf>, erişim: 04.11.2009)

265. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Maliyet Etkililik Final Raporu. Aralık 2004.

266. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete:06.07.2005, 25867.

267. T.C. Sağlık Bakanlığı, Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2003. 2. Basım. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

268. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanlığı Verileri, 15.01.2010.

269. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları Uygulama Yönergesi. 26.04.2005, 3077. (<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E16264E7754A02EC04>, erişim: 03.11.2009)

270. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı (<http://www.beslenme.saglik.gov.tr/index.php?pid=40>, erişim: 25.10.2009).

271. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004.

272. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık 21: Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2001.

273. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık.Net Portalı. (<http://www.sagliknet.saglik.gov.tr/girisaj.htm>, erişim: 28.10.2009)

274. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.

275. Tang PC, Ash JS, Bates DW, et al. Personal Health Records: Definitions, Benefits, and Strategies for Overcoming Barriers to Adoption. JAMIA, 2006; 13:121–126.

276. Tansiyonunuz Kontrol Altında mı? Kampanyası, Türk Kardiyoloji Derneği web sitesi (<http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=203>, erişim: 04.11.2009)

277. Tarricone R. Cost-of-illness analysis What room in health economics? Health Policy. 2006 77:51- 63.

278. Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete: 20.01.2009 - 27116

279. TEKHARF 2009 – Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırrına Işık, Tıbbı Önemli Katkı. Ed: Altan Onat. Türk Erişkinlerinde Diyabet ve Prediyabet: Patogeneze Önemli Katkı. Altan Onat. (<http://tekharf.org/2009.html> , erişim:

05.11.2009)

280. The American Diabetes Association, European Association for the Study of Diabetes, International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, and the International Diabetes Federation. Consensus statement on the worldwide standardisation of the HbA1c measurement. *Diabetes Care* September 2007 vol. 30 no. 9 2399-2400.

281. The Council of the European Union. Council conclusions on promotion of healthy lifestyles and prevention of Type 2 diabetes. *Official Journal of the European Union*, 2006/C 147/01. (http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2006/c_147/c_14720060623en00010004.pdf, 20.11.2010)

282. The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group. Resource utilization and costs of care in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*, 18:1468-1478, 1995.

283. The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993, 329:977-986.

284. The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group. Nutrition interventions for intensive therapy in the Diabetes Control and Complications Trial. *J Am Diet Assoc* 93: 768 -772, 1993.

285. The Johns Hopkins University - ACG Case-Mix System. (<http://www.acg.jhsph.edu/html/AboutACGs.htm>)

286. The Role of the Personal Health Record in the EHR. Appendix B: Common Data Elements in the PHR. AHIMA, 2005.

287. The United States Renal Data System. (<http://www.usrds.org>)

288. TKD Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği, 2002.

289. Toh MPHS, Leong HSS, Lim BK. Development of a Diabetes Registry to Improve Quality of Care in the National Healthcare Group in Singapore. *Review Article. Ann Acad Med Singapore*. 2009;38:546-51.

290. Trief PM, Ellison RA. Mandated Diabetes Registries Will Not Benefit Persons With Diabetes. *Arch Intern Med*. 2008; 168(8):799-802.

291. Trueman P. Economic considerations of remote monitoring in chronic conditions. Chronic disease management and remote patient monitoring. *Eurohealth*. 15(1):10-12.

292. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344:1343-1350.

293. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2001 May 3;344(18):1343-50.

294. Turner RC, Millns H, Neil HA, et al. Risk factors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS:23). *BMJ* 1998, 316:823-828.

295. Türk Eczacıları Birliği, Üye Bilgi Programı, 2009.

296. Türkiye Diyabet Vakfı web sitesi. (çevrimiçi: <http://www.idf.org/human-social-and-economic-impact-diabetes>, erişim: 23.10.2009)

297. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). *Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2008*. 3. Baskı. Ekim 2008, İstanbul.

298. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). *Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem*

Kılavuzu-2009. Yenilenmiş 4. Baskı. Ekim 2009, İstanbul.

299. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim için Tanı ve Tedavi Rehberi. (Türkiye Metabolik Sendrom Taraması 2006), 2007.

300. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2003.

301. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 5. Baskı, Ankara, 2007.

302. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. 03.01.2008, 5727.

303. UK Department of Health. National Service Framework for Diabetes: Delivery Strategy. UK Department of Health, November 2002.

304. UK Department of Health. National Service Framework for Diabetes: Standards "Modern Standards and Service Models." UK Department of Health, December 2001.

305. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet 1998 Nov 7;352(9139):1558.

306. UK Prospective Diabetes Study 7. Response of fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type II diabetic patients. Metabolism 39:905-912, 1990.

307. Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu, Devlet Planlama Teşkilatı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No DPT:2670, Ankara, 2003.

308. Uluslararası Diyabet Federasyonu Klinik Rehber İçin Geçici İşbirliği Grubu. Tip 2 Diyabet İçin Global Rehber. Çeviri Eds: Yılmaz MT, Özer E, Karadeniz ZŞ, Sargın M. Türkiye Diyabet Vakfı Yayınları. Mart Matbaacılık Sanatları, İstanbul,

2007. (http://www.idf.org/webdata/docs/Global_Guideline_Turkish.pdf)

309. United Nations General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly, 61/225. World Diabetes Day. 20 December 2006.

310. Urbanski P, Wolf A, Herman WH. Cost-effectiveness of diabetes education. J Am Diet Assoc. 2008 Apr;108(4 Suppl 1):S6-11.

311. Using Computerized Registries in Chronic Disease Care. First Consulting Group. California HealthCare Foundation, 2004.

312. Vinik AL, Mitchell BD et al. Epidemiology of the complications of diabetes. In Diabetes: Clinical Science and Practice, Cambridge University Press;1995:15,221.

313. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. The Milbank Quarterly. 1996; 74(4): 511-44.

314. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Journal on Quality Improvement. 2001; 27(2):63-80.

315. Welch V, Oster NV, et al. Impact of a Diabetes Disease Management Program by Race and Ethnicity. Disease Management & Health Outcomes. 2006;14(4):245-252.

316. WHO - World Health Organization. Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report. Geneva: WHO,2005:56. (www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html, erişim 25.10.2009)

317. WHO - World Health Organization. The challenge of obesity in America, 2008. (www.who.int/chp/chronic_disease_report, erişim 25.10.2009)

318. WHO EURO. The Second WHO European Action Plan For Food and Nutrition Policy 2007-2012. World Health Organization European Region. (<http://www.euro.who.int> , erişim: 19.02.2008)

- 319.** WHO EURO. World Health Organization, European Health for All database, Updated August 2009. (<http://data.euro.who.int/hfad/> , erişim: 31.10.2009)
- 320.** WHO. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Prevent and Control Cardiovascular Diseases, Cancers, Chronic Respiratory Diseases and Diabetes. World Health organization, Geneva, 2008.
- 321.** WHO. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia:report of a WHO/IDF consultation. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2006.
- 322.** WHO. ICD 10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Volume 1, Tabular List. World Health Organization, Geneva, 1992.
- 323.** WHO. ICD 10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Volume 2, Instruction Manual. World Health Organization, Geneva, 1993.
- 324.** WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Global Report. Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization, Geneva, 2002.
- 325.** WHO. Obesity and Overweight, Fact Sheet. World Health Organization Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. World Health Organization, 2003. (www.who.int/hpr/NPH/docs/gso_obesity.pdf, erişim 25.10.2009)
- 326.** WHO. Patients' Rights Programme. World Health Organization web site. (<http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/> , erişim: 03.11.2009)
- 327.** Winell K, Reunanen A. Diabetes Barometer 2005. Finnish Diabetes Association. Tampere 2006.
- 328.** Wong ND, Lopez V, Tang S, Williams GR. Prevalence, Treatment, and Control of Combined Hypertension and Hypercholesterolemia in the United States. *Am J Cardiol.* 2006 Jul 15;98(2):204-8. Epub 2006 May 11.
- 329.** Working Group on Policies for Electronic Information Sharing Between Doctors and Patients, Final Report. Markle Foundation, RWJF. 2004
- 330.** Wui-Chiang, L. Quantifying morbidities by Adjusted Clinical Group system for a Taiwan population: A nationwide analysis. *BMC Health Services Research.* 2008; 8:153-160.
- 331.** Xiang AH, Peters RK, Kjos SL, et al. Effect of pioglitazone on pancreatic beta-cell function and diabetes risk in hispanic woman prior gestational diabetes. *Diabetes* 2006; 55: 517-522
- 332.** Yılmaz MT, Karadeniz Ş, Sargın M, Büyükbşe A, Şengül A, and the Turkish Diabetes Chronic Complications Study Group. Chronic complications in longterm type 1 and type 2 diabetic patients with comparable duration of diabetes and poor glycemic control: Turkish Diabetes Chronic Complications Trial – TUDIC results 1. The World Congress on Controversies in Obesity, Diabetes and Hypertension (CODHy), 26-29 October 2006, Berlin, Germany. Program and Abstracts 54-A, 2006.
- 333.** Ylihärsilä H, Lindström J, Eriksson JG, Jousilahti P, Valle TT, Sundvall Jet al (2005). Prevalence of diabetes and impaired glucose regulation in 45- to 64-year-old individuals in three areas of Finland. *Diabet Med* 22: 88-91.
- 334.** Yusuf S, Ostergren JB, Gerstein HC, Pfeffer MA, et al. Effects of candesartan on the development of a new diagnosis of diabetes mellitus in patients with heart failure. *Circulation* 2005;112: 48-53.
- 335.** Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 2000; 342:145-153.



Koşulsuz katkılarıyla