



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

TÜRKİYE DİYABET ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI

EYLEM PLANI
(2011-2014)

ANKARA - 2011

© Bu yayının tüm hakları

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir.

Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz.

Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi **“T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, yayın no ve tarihi”** şeklinde olmalıdır.

5846 sayılı yasa gereği Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

ISBN : 978 - 975- 590 - 346 - 0

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 816

Ayrıntılı Bilgi İçin:

T.C. Sağlık Bakanlığı, Mithatpaşa Caddesi No: 3, Sıhhiye 06430, Ankara, Türkiye

Tel: 0 312 585 10 00 (50 Hat); e-posta: saglik@saglik.gov.tr, kronikdb@saglik.gov.tr

web: <http://www.saglik.gov.tr>

Anıl Matbaası, Özveren Sok. 13/A Kızılay/ANKARA

Tel:(312)229 37 41/42 • Faks: (312)229 37 42

web: <http://www.anilmatbaasi.com>

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Nihat TOSUN	Sağlık Bakanlığı, Müsteşar
Prof. Dr. İlhan SATMAN	İstanbul Üniversitesi
Dr. Yasin ERKOÇ	Sağlık Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı
Doç. Dr. Turan BUZGAN	Sağlık Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı
Dr. Seraceddin ÇOM	S.B. TSHGM, Genel Müdür
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	S.B. TSHGM, Genel Müdür Yardımcısı
Doç. Dr. Serdar GÜLER	Ulusal Diyabet Koordinatörü
Uzm. Dr. Nazan YARDIM	S.B. TSHGM, Daire Başkanı
Uzm. Dr. A. Refik İMAMECİOĞLU	Ankara Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği Uzmanı
Dr. Dyt. Meltem SOYLU	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Uz. Gülay SARIOĞLU	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Tıb. Tek. Nevin ÇOBANOĞLU	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

TEKNİK ÇALIŞMA GRUBU

Doç. Dr. Serdar GÜLER	Ulusal Diyabet Koordinatörü
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	S.B. TSHGM, Genel Müdür Yardımcısı
Uzm. Dr. Nazan YARDIM	S.B. TSHGM, Daire Başkanı
Uzm. Dr. A. Refik İMAMECİOĞLU	Ankara Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği Uzmanı
Dr. Dyt. Meltem SOYLU	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Uz. Gülay SARIOĞLU	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Tıb. Tek. Nevin ÇOBANOĞLU	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

DANIŞMAN

Doç. Dr. H. Hakan YILMAZ	Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Maliye Bölümü
--------------------------	---

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ YAYIN KOMİSYONU

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	S.B. TSHGM, Genel Müdür Yardımcısı
Dr. Kağan KARAKAYA	S.B. TSHGM, Daire Başkanı
Şefik KUTLU	S.B. TSHGM, Daire Başkanı
Hakime ZAL	S.B. TSHGM, Şube Müdürü

TÜRKİYE DİYABET ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI

EYLEM PLANI (2011-2014)

KATKI SAĞLAYAN KURUM VE KURULUŞLAR

Türkiye Büyük Millet Meclisi

Başbakanlık

- Dış Ticaret Müsteşarlığı
- Diyanet İşleri Başkanlığı
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
- Türkiye İstatistik Kurumu
- Yüksek Öğrenim ve Kredi Yurtlar Kurumu

İçişleri Bakanlığı

Adalet Bakanlığı

Bayındırlık ve İskan Bakanlığı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

- Sosyal Güvenlik Kurumu

Maliye Bakanlığı

Milli Eğitim Bakanlığı

Radyo Televizyon Üst Kurulu

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı

Türkiye Radyo Televizyon Kurumu

Yükseköğretim Kurulu

Ankara Büyükşehir Belediyesi Hastanesi

Belediyeler

- Ankara Büyükşehir Belediyesi
- Ankara Çankaya Belediyesi
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi

Sağlık Bakanlığı

- AÇS/AP Genel Müdürlüğü
- Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği
- İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı
- İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
- Personel Genel Müdürlüğü
- Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
- Strateji Geliştirme Başkanlığı
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı
- Refik Saydam HMB. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
- Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
- Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ankara Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ankara Fizik Tedavi ve Rahabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Gaziantep Nizip Devlet Hastanesi

KATKI SAĞLAYAN ÜNİVERSİTELER

Ankara Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Çukurova Üniversitesi

Gazi Üniversitesi

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Dokuz Eylül Üniversitesi

Ege Üniversitesi

Erciyes Üniversitesi

Hacettepe Üniversitesi

İstanbul Üniversitesi

Uludağ Üniversitesi

KATKI SAĞLAYAN SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI

(Alfabetik sıralama yapılmıştır)

Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği

Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu

Ankara Diyabet Derneği

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği

Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği

Diyabet Hemşireliği Derneği

Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

İş Sağlığı Hemşireliği Derneği

Memur Sendikaları Konfederasyonu

Metabolik Sendrom Derneği

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği

Pratisyen Hekimlik Derneği

Tıbbi Genetik Derneği

Türk Diabet Cemiyeti

Türk Eczacıları Birliği

Türk Hemşireler Derneği

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği

Türk Tabipleri Birliği

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Türkiye Diyabet Vakfı

Türkiye Diyetisyenler Derneği

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

Türkiye Fizyoterapistler Derneği

Türkiye Gıda ve İçecek Sanayii Dernekleri Federasyonu

Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu

Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu

Türkiye Kamu Çalışanları Sendikaları Konfederasyonu

Türkiye Obezite Araştırma Derneği

Türkiye Seyahat Acentaları Birliği

KATKI SAĞLAYAN KİŞİLER

Prof. Dr. Abdurrahman ÇÖMLEKÇİ

Prof. Dr. Ahmet KAYA

Prof. Dr. Ahmet ÇORAKÇI

Prof. Dr. Ajlan TÜKÜN

Prof. Dr. Aysun BİDECI

Prof. Dr. Behzat ÖZKAN

Prof. Dr. Bekir ÇAKIR

Prof. Dr. Belgin ÜNAL TOĞRUL

Prof. Dr. Candeg r YILMAZ

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL

Prof. Dr. Dilek ASLAN

Prof. Dr. Ferda  ZYURDA

Prof. Dr. Göksun AYVAZ

Prof. Dr. Gönül D N  HORASAN

Prof. Dr. Hasan  LKOVA

Prof. Dr. Hasan KUDAT

Prof. Dr. H ly  ARIKAN

Prof. Dr. H ly  GÜNÖZ

Prof. Dr. H ly  OKUMUŞ

Prof. Dr. İlhan SATMAN

Prof. Dr. İlhan YETK N

Prof. Dr. İlknur ASLANO LU

Prof. Dr. Kubilay KAR SIDA 

Prof. Dr. Metin ARSLAN

Prof. Dr. Miyase BAYRAKTAR

Prof. Dr. Murat BOZKURT

Prof. Dr. Murat Faik ERDOĞAN

Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI

Prof. Dr. Nazif BA RIA IK

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR

Prof. Dr. Nihat TOSUN

Prof. Dr. Nilgün BA SKAL

Prof. Dr. Nermin OLGUN

Prof. Dr. Neslihan BA  IL T T NC 

Prof. Dr. Oya Nuran EM RO LU

Prof. Dr.  zcan EREL

Prof. Dr. Peyami C NAZ

Prof. Dr. R veyde BUNDAK

Prof. Dr. Selami AKKUŞ

Prof. Dr. Sema SAVCI

Prof. Dr. Sevim G LL 

Prof. Dr. Sait G NEN

Prof. Dr. Seyit MERCANLIG L

Prof. Dr. Süleyman G RPEL O LU

Prof. Dr.  .Aysun ÖDÜL

Prof. Dr.  azi  MAMO LU

Prof. Dr. Şükran DARCAN

Prof. Dr.   kr  HATUN

Prof. Tbp. Albay Erol BOLU

Prof. Dr. Temel YILMAZ

Prof. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ

Prof.Dr. Rıfat EMRAL

Doç. Dr. Adem ÖZKARA

Doç. Dr. Ali ATAN

Doç. Dr. Altuğ KUT	Yrd. Doç. Dr. Hülya Gökmen ÖZEL
Doç. Dr. Ayşegül KOÇAK	Yrd. Doç. Dr. Meral BOŞNAK GÜÇLÜ
Doç. Dr. Çınar YASTI	Yrd. Doç. Dr. Pınar ÖZDEMİR
Doç. Dr. Fzt. Deniz İnal İNCE	Yrd. Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU
Doç. Dr. Dyt. Emel ÖZER	Yrd. Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN
Doç. Dr. Fatih TANRIVERDİ	Yrd. Doç. Dr. Züleyha CİHAN KARACA
Doç. Dr. Ferit SARAÇOĞLU	Öğr. Gör. Deniz SEZGİN
Doç. Dr. Fırat BAYRAKTAR	Uzm. Dr. A. Refik İMAMECİOĞLU
Doç. Dr. Filiz YALÇIN ÇAKIR	Uzm. Dr. Akın DAYAN
Doç. Dr. Işıl İrem BUDAKOĞLU	Uzm. Dr. Ali EDİZER
Doç. Dr. M.Reşat DABAK	Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Doç. Dr. Mehmet SARGIN	Uzm. Dr. Ece ABAY
Doç. Dr. Murat TOPBAŞ	Uzm. Dr. Erhan SAYALI
Doç. Dr. Nazlı ATAK	Uzm. Dr. Eyüp KOÇ
Doç. Dr. Nazlı GÖNÇ	Uzm. Dr. F. İlkbal Sevgin BİÇER
Doç. Dr. Pınar Erbay DÜNDAR	Uzm. Dr. F. Serdar GÜREL
Doç. Dr. Serap TURAN	Uzm. Dr. Fatih TEMİZ
Doç. Dr. Serdar GÜLER	Uzm. Dr. Fikri AK
Doç. Dr. Simten MALHAN	Uzm. Dr. Hasan ÇAĞIL
Doç. Dr. Sinan AYDOĞDU	Uzm. Dr. Nazan YARDIM
Doç. Dr. Şehnaz KARADENİZ	Uzm. Dr. Nesrin UZUNOĞLU
Doç. Dr. Turan BUZGAN	Uzm. Dr. Orhan Fevzi GÜMRÜKÇÜOĞLU
Doç. Dr. Zehra AYCAN	Uzm. Dr. Ömer AYKUT
Yrd. Doç. Dr. A.Selda TEKİNER	Uzm. Dr. Ömer Halim KAŞIKÇI
Yrd. Doç. Dr. Ayda BÜYÜKŞAHİN	Uzm. Dr. Özgür ÖZYÜNCÜ
Yrd. Doç. Dr. Emine YILDIZ	Uzm. Dr. Rabia KAHVECİ
Yrd. Doç. Dr. Gamze AKBULUT	Uzm. Dr. Sami BULGURLU
Yrd. Doç. Dr. H. Hüseyin YILDIRIM	Uzm. Dr. Sibel GÖGEN

Uzm. Dr. Şehnaz HATİPOĞLU
Uzm. Dr. Zuhâl SAĞLAM
Dr. Aylin ÇİFTÇİ
Dr. Ahmet TAŞ
Dr. Bilgin İLHAN
Dr. Buhara ÖNAL
Dr. Dt. Sevil KAHRAMAN
Dr. Elif Gül YAPAR EYİ
Dr. Fatma ÖZCAN
Dr. Ferhat SARİBEK
Dr. Galip YILDIZ
Dr. Hamit İŞİKALP
Dr. Hasan Gökhan ÖNCÜL
Dr. Hasan ONAT
Dr. Hilâl BOLAT
Dr. İlknur SALMAN
Dr. İsmail SAYAR
Dr. Mustafa KAHRAMAN
Dr. Nazif YEŞİLLETEN
Dr. Ruhi TUNCER
Dr. Saadettin YAZI
Dr. Sencar TEPE
Dr. Seraceddin ÇOM
Dr. H.Şemsettin BAYRAM
Dr. Tali ÖZDEMİR
Dr. Yaprak KARAKOÇ
Dr. Yasin ERKOÇ
Dt. Berrin BARUT

Dt. Deniz KORAŞLI
Dt. İlknur KARADUMAN
Dyt. Asiye SONBAHAR
Dyt. Dilek AKÇORA
Dyt. Ceyhan VARDAR
Dyt. Fatma ORBAY
Dyt. Rukiye ÖZDEMİR
Uz. Dyt. Caner KÜÇÜKER
Uz. Gıda Müh. Cengiz KESİCİ
Uz. Gülay SARIOĞLU
Uz. Hemşire Aslı TOK
Uz. Hemşire Emine KIR BİÇER
Çev. Müh. Cevat OKUDUCU
Ecz. Begüm ERKOL
Ecz. Serap MALÇOK ALTUNKAN
Ecz. Şener İSKENDERÖĞLU
Zir. Müh. Fatma DAL
Zir. Müh. Hatice OĞUZ
Hemşire Belgin BEKTAŞ
Hemşire Dilek YILDIRIM
Hemşire Hatice BİLGİLİ
Hemşire Nazan TORUN
Hemşire Nur TEMİZ
Hemşire Nurdan YILDIRIM
Hemşire Özgül VATANSEVER
Hemşire Suna DEMİRGÖZ
Hemşire Zümrüt TARAKÇI
Adnan TAŞDEMİR

Ali GÜNGÖR

Ali GÜNGÜT

Alper MAÇKAR

Ayşe Gül AVCI

Ayşen BİRLİK

Barış UÇAR

Canan DİKME

Elif İŞLEK

Erol TUNCER

Erol ŞAHİNTÜRK

Ersin KAYAALTI

Ertuğrul GÖKTAŞ

Fatih SEYRAN

Gülay ÇELİK

Gülben YALÇIN

Güldane KARSLIOĞLU

Gülçin ŞIRAYDER

Halil ÇATOĞLU

Halil POLAT

Hatice SARIKAYA

Haydar ÇELİK

Hicran PARACI

Hüseyin KELEŞ

İsmet SOLAK

Leyla BAYAZIT

Leyla YENİPAZARLI

Mesut ÖZÜNLÜ

Muharrem GÖZÜKÜÇÜK

Murat GÜNDOĞDU

Nazan MARAŞ

Nevin ÇOBANOĞLU

Osman ARDOĞAN

Orhan TUNCER

Selçuk METİNER

Sena KAPLAN

Sevda UYANIR

Şerife Özden TAŞKIN

Şerife Özer ÖZDEMİR

Tülin KUNAR

Tuncay AYDIN

Ümran KEYSAN

Zafer YILDIRIM

Ziyneti KOCABIYIK

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	XIII
TEŞEKKÜR.....	XIV
TABLolar DİZİNİ.....	XV
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XV
KISALTMALAR.....	XVI
1. GİRİŞ	1
1.1. Diyabetin Önemi	1
1.2. Dünyada Durum.....	8
1.3. Türkiye’ de Durum	13
1.4. Küresel Diyabetle Mücadele Stratejileri.....	21
1.5. Türkiye’de Diyabetle Mücadele Alanında Daha Önce Yürütülen Çalışmalar	24
2. TÜRKİYE DİYABET ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI	
EYLEM PLANI (2011-2014)	27
2.1. Programın Nitelikleri.....	29
2.2. Programın Prensipleri.....	29
2.3. Programın Stratejik Özellikleri.....	29
2.4. Programın Bileşenleri.....	29
2.5. Programın Vizyonu	30
2.6. Programın Misyonu	30
2.7. Programın Stratejik Amaçları.....	30
2.8. Programın Stratejik Grupları.....	30
3. EYLEM PLANININ AMACI KAPSAMI VE HEDEFLERİ.....	30
3.1. Planın Amacı.....	31
3.2. Planın Kapsamı.....	31
3.3. Planın Hedefi	32
4. AMAÇLAR HEDEFLER VE ETKİNLİKLER	32

5. EYLEM PLANI UYGULAMA MODELİ	41
6. İZLEME VE DEĞERLENDİRME.....	43
7. KAYNAKLAR	44
8. EYLEM PLANI	49
8.1. Diyabetin Önlenmesi.....	50
8.2. Diyabetin ve Komplikasyonlarının Etkin Tedavisi	64
8.3. Diyabetli Yaşam KalitesininYükseltilmesi.....	76
8.4. Çocukluk Çağı Diyabetinin Kontrolü.....	84
8.5. Diyabet Yönetimine Destek Sağlayan Alanlarda Güçlendirme.....	98
9. EKLER	115
9.1. Birleşmiş Milletler Kararlılık Bildirgesi.....	117
9.2. Global Halka Hareketi	118
9.3. St. Vincent Bildirisi -1989.....	119
9.4. Ulusal Diyabet Kontrol Programı -1994	121
9.5. St. Vincent İstanbul Bildirisi-1999	127
9.6. Ulusal Diyabet-Obezite Hipertansiyon Programı-2003.....	128
9.7. Çalıştay Resimleri.....	132

ÖN SÖZ

Ülkemiz sağlık gündemi, gerek demografik yapımızdaki değişiklikler, gerekse değişmekte olan sosyo ekonomik yapımıza paralel olarak bulaşıcı ve aşı ile önlenabilir hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklar ve komplikasyonlarına doğru değişmektedir. Her zaman öncelik verdiğimiz temel sağlık çıktılarından anne ve bebek ölümlerinde Milenyum Kalkınma Hedeflerini yakalama yolunda kaydetmiş bulunduğumuz başarılı çalışmaların yanısıra Bakanlığımız bulaşıcı olmayan hastalıklar ve komplikasyonlarından kaynaklanan mortalite ve hastalık yükünü kontrol altına alma amaçlı çalışmalara da hız vermiş bulunmaktadır.

Değişen yaşam tarzları paralelinde sıklıkları artmakta olan risk faktörleri sebebiyle nüfusumuz içerisinde bulaşıcı olmayan hastalığı olanların önümüzdeki yıllarda hızla artması beklenmektedir. Bu hastalıkların ve komplikasyonlarının beraberinde tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyon maliyetlerinin de artacağı düşünülmektedir. Toplumumuzda sağlıklı yaşam tarzlarına yönelik davranış değişiklikleri oluşmasını sağlayarak verimli ve kanıta dayalı bir hizmet yaklaşımını yürütmeye koyarak erken tanı, etkili tedavi ve uygun izlem ile hastalıkların görülme sıklıklarının azaltılması ve komplikasyon oluşmasının önlenmesi ile bunlardan oluşacak tedavi ve bakım maliyetlerini azaltmamız gerekmektedir.

Önemli oranlarda mortalite, morbiditeyi artıran katkısı nedeni ile en önemli hastalık yükü nedenlerinden olan bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı mücadele yaklaşımımıza dair Bakanlığımızın hedefleri Devlet Planlama Teşkilatı'na sunulan 2010-2014 Stratejik Plan taslağı kapsamında belirlenmiş olup bu hedeflere yönelik izleyeceğimiz 'hastalık gruplarına özgü' stratejiler ve eylem planlarını geliştirme ve yürütme çalışmaları başlatılmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele politikamızın Dünya Sağlık Örgütü'nün ilgili strateji ve eylem planlarına paralel olmasına özel önem verilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı bünyesinde yürüttüğümüz projelerde belirlenmiş olan bulaşıcı olmayan hastalıklara dair hedeflere ulaşmakta Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2010-2014), Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2014) hazırlanmış ve uygulanmaktadır.

Kronik hastalıklar içerisinde diyabet, küresel ölçekte giderek her yaş grubu için tehdit teşkil eden bir klinik tablo olarak öne çıkan bir bulaşıcı olmayan hastalıktır ve ülkemizde de halen beş milyonun üzerinde vatandaşımızı etkilediği düşünülmektedir. Önemli sonuçları olan ve giderek artan Diyabet hastalığının önlenmesi ve kontrolü çalışmaları kapsamında hazırlanan Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011-2014) ile öngörülen faaliyetlerin hayata geçirilmesi ile önemli mesafeler alınabilecektir.

Herkes için hakkaniyete uygun, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sağlanması ilkesi paralelinde yürütülecek sağlık politikaları ve stratejilerine değerli katkılar sağlayacak olan bu çalışmada emeği geçenlere teşekkür eder, başarılı çalışmalarının devamını dilerim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

TEŞEKKÜR

Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı'nın hazırlanmasında her türlü desteği sağlayan Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ başta olmak üzere, desteklerinden dolayı Türkiye Büyük Millet Meclisi Trabzon Milletvekili ve Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı Sayın Prof. Dr. Cevdet Erdöl, Türkiye Büyük Millet Meclisi Adana Milletvekili ve Sağlık Bakanlığı eski Müsteşarı Prof. Dr. Necdet Ünüvar, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nihat Tosun, Müsteşar Yardımcılarımız Dr. Yasin Erkoç ve Doç. Dr. Turan Buzgan, SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü Uzm. Dr. Hasan Çağır, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Dr. Seraceddin Çom'a,

Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programının şekillenmesinde değerli katkılarından dolayı ilgili tüm kurum ve kuruluşlarımıza, üniversitelerimize, sivil toplum kuruluşlarına, Sağlık Bakanlığının ilgili Genel Müdürlük ve Daire Başkanlıklarına, Doç. Dr. H. Hakan Yılmaz , Dr. Volkan Erkan ve Uz. Dilara Tunca'ya,

Programın hazırlanması, tamamlanması ve yayınlanması aşamalarında yoğun olarak çalışan Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Uzm. Dr. Bekir Keskinçilic ve Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Koordinatörü Doç. Dr. Serdar Güler, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanı Uzm. Dr. Nazan Yardım, Metabolik Hastalıklar Şube Müdürlüğü'nden Uzm. Dr. A. Refik İmamecioğlu ve Tıbbi Teknolog Nevin Çobanoğlu ile birlikte tüm Daire Başkanlığı çalışanlarına teşekkür ederiz.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1:	Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Regölasyonunda Yeni Tanı Kriterleri
Tablo 2:	2010 Yılında Dünyada Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Toleransı ve 2030 Yılı İçin Beklenen Artış (20-79 Yaş Grubu)
Tablo 3:	2010 Yılında Avrupa'da Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Toleransı ve 2030 Yılı İçin Beklenen Artış (20-79 Yaş Grubu)
Tablo 4:	2010 Yılında Türkiye'de Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Toleransı (20-79 Yaş Grubu)
Tablo 5:	DSÖ Diyabet Projeksiyonu 2000 - 2030
Tablo 6:	Ulusal Düzeyde DALY'e Neden Olan İlk 20 Hastalığın % Dağılımı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1:	Türkiye'de Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Toleransı Prevelansı
Şekil 2:	Yaşam Yılı Kaybını (YLL/1000 Kişi) Oluşturan İlk 20 Hastalığın Cinsiyete Göre Dağılımı
Şekil 3:	Temel Hastalık Gruplarına Göre Ölümcül Olmayan Hastalık Yüğü (YLD)
Şekil 4:	2010, 2020 ve 2030 Yılları İçin Erkeklerde ve Kadınlarda Diyabet Kaynaklı Ölüm Tahminleri
Şekil 5:	Türkiye Diyabet Kontrol Programı Örgütlenmesi

KISALTMALAR

ACE-I	Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri)
ADA	American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
APG	Açlık Plazma Glukoz düzeyi
ARB	Angiotensin receptor bolckers (Anjiyotensin reseptör blokerleri)
BAG	Bozulmuş Açlık Glukozu
BGT	Bozulmuş Glukoz Toleransı
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalık
CV	Inter assay and intraassay coefficient of variation (deneylerarası veya deneyiçi değişkenlik katsayısı)
DALY	Disability Adjusted Life Year (hastalıklara uyarlanmış yaşam yılları)
DEM	Diyabet Eğitim Merkezi
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DPP-4	Dipeptidyl peptidase 4 (Dipeptidil peptidaz 4)
EASD	Avrupa Diyabet Çalışmaları Birliği
FTR	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
GDM	Gestasyonel Diabetes Mellitus
GLP-1	Glucagon Like Peptide-1 (Glukagon benzeri peptid-1)
HBS	Hastane Bilgi Sistemi
IDF	International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
IFCC	International Federation of Clinical Chemists (Uluslararası Klinik Kimyacılar Federasyonu)
KGTB	Kombine Glukoz Tolerans Bozukluğu
LADA	Latent Autoimmune Diabetes in Adult (Erişkin yaşta görülen tip 1 diyabet)
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
MODY	Maturity Onset Diabetes of the Young (gençlerde görülen erişkin tip monogenik diyabet formları)
MSVS	Minimum Sağlık Veri Seti

NGT	Normal Glukoz Toleransı
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi
PDC	Personel Dağılım Cetveli
PG	Plazma Glukoz düzeyi
QALY	Quality-Adjusted Life Year (hastalık, özür ve bunlara yönelik tıbbi girişim sonrasında hayat kalitesinde meydana gelen değişiklik; Kaliteye Uyarlanmış Yaşam Yılı)
RR	Rlative Risk (Göreceli Risk)
RSHMB	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı
RTÜK	Radyo Televizyon Üst Kurulu
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SB	Sağlık Bakanlığı
SBDPG	Sağlık Bakanlığı Diyabet Performans Göstergeleri
SBDS	Sağlık Bakanlığı Diyabet Standartları
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TSE	Türk Standardları Enstitüsü
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	Türk Tabipler Birliği
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
YLD	Years Lost with Disability (Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı)
YLL	Years of Life Lost (Yaşam Yılları Kaybı)
YÖK	Yüksek Öğretim Kurulu
YTP	Yaşam Tarzı Programı

1. GİRİŞ

1.1. Diyabetin Önemi

Günümüzde, diabetes mellitus (diyabet) ve onunla aynı risk faktörlerini paylaşan bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Her yıl dünyada 8 ile 14 milyon insan diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi diğer kronik karmaşık hastalıklar nedeniyle kaybedilmektedir. Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, özellikle de bu ülkelerden gelişmiş ülkelere göç eden topluluklarda diyabet epidemisinin bahsedilmektedir (1). 2009 sonu itibarı ile tüm dünyadaki diyabet nüfusu 285 milyon iken bu sayının 2030 yılında 438 milyona ulaşması beklenmektedir (2). Bunun başlıca nedenleri nüfus artışı, yaşlanma ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucu obezite ve fiziksel inaktivitenin artmasıdır (3).

Birçok ülkede ölüme neden olan hastalıklar içinde diyabet beşinci sırada yer almaktadır (6,7). Yetişkin diyabetlilerde, diyabetli olmayan yaşlılarına kıyasla kardiyovasküler olay riski 2-4 kat daha yüksektir (8). Tüm dünyada böbrek replasman tedavisi uygulanan olgular ile 65 yaş altı körlük ve travma-dışı amputasyon olgularının en yaygın nedeni diyabetir. Komplikasyonların bireye ve topluma getirdiği maliyet çok fazladır (5). Çeşitli ülkelerde toplam sağlık hizmeti harcamalarının %3-12'sini diyabet giderleri oluşturmaktadır (9).

Birçok toplumda yeni tanı alan tip 1 diyabet olgularının da arttığı ve bu artışın özellikle küçük çocuklarda görüldüğü bildirilmektedir (4). Çocuklarda hastalığın yaygın olarak görüldüğü ayların enfeksiyon salgınları ile örtüşmesi dikkat çekici niteliktedir.

Diyabet, yaşam süresini beş ile on yıl arasında kısaltmaktadır (5). Pek çok ülkede yapılan çalışmalar (Da Qing, DPP, DPS), diyabetin yalnızca sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ile %44-58 oranında risk azalması sağlanarak önlenilebileceğini veya en kötümser tahminle geciktirilebileceğini göstermiştir (10-12). Bu girişimler maliyet-etkindir. Bununla beraber, bu konuda ulusal, bölgesel ve küresel olarak başarı kazanabilmek için bilinçli ve kararlı olarak hedefe kilitlenmek gereklidir. Ne yazık ki bu hastalıkların sosyo-ekonomik yükü çok iyi bilinmesine rağmen, ülkelerin sağlık bütçesinden ayrılan pay, bu hastalıkların önlenmesi için yeterli değildir.

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization: DSÖ), Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation: IDF) ve diyabet ile ilgili diğer kuruluşlar diyabet ve komplikasyonlarının önlenmesi, diyabetli insanlara daha iyi sağlık olanaklarının sunulması, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve erken ölümlerin azaltılabilmesi için üye ülkeler ve sivil toplum örgütleri ile birlikte yoğun çaba harcamaktadırlar. DSÖ, üye ülkelerle yakın ilişki içinde çalışarak diyabet ve diğer kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için rehberlik etmek üzere bir hareket planı oluşturmuş ve bu plan Mayıs 2008'de yayımlanmıştır. Bu plan diyabeti ulusal ve küresel düzeyde gündemde tutmak ve önleme

çalışmalarına öncelik vermek için hükümetlere altı yıllık bir yol haritası sunmaktadır. Yol haritasında ilk adım ülkelerin ulusal diyabet programlarının mevcut durum ve olanaklar çerçevesinde yeniden gözden geçirilerek düzenlenmesini gerektirmektedir.

Öte yandan, Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I) ve Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Çalışması-III (National Health and Nutrition Examination Survey-III (NHANES-III); diyabetli bireylerin %30-50'sinin henüz tanı konulmamış vakalar olduklarını göstermektedir (13-14). Diyabetin kişiye ve topluma yükünü azaltmak için hastalığın olabildiğince erken dönemde tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi şarttır.

Tanımı: Diabetes Mellitus (DM), insülin sekresyonunda ya da insülinin etkisinde veya her ikisindeki defektler sonucu karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozukluklar ile karakterize olan heterojen bir grup metabolizma bozukluğunu kapsar. Hastalığın ortak sonucu olan kan şekeri yüksekliği (hiperglisemi) kontrol altına alınamazsa zaman içinde diyabetin kronik komplikasyonları olarak kabul edilen retinopati, nefropati, periferik ve otonom nöropati gibi mikrovasküler düzeydeki problemlerden kaynaklanan sorunlara yol açar. Diyabetin varlığı, ayrıca diyabete özgü olmayan koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıkları gibi makrovasküler sorunların daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına ve daha agresif seyretmesine de neden olabilir. Böylece diyabet , hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü gibi yaşam süresini de kısaltabilir.

Tipleri: Hastalık tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, spesifik nedenlere bağlı diyabet ve gestasyonel diyabet (GDM) olmak üzere başlıca dört tipte görülmektedir.

1- Tip 1 Diabetes Mellitus: Geçmişte “insüline bağımlı diyabet”, “juvenil diyabet”, “çocukluk çağında başlayan diyabet” veya “tip I diyabet” olarak da adlandırılan bu hastalıkta insülin yapımından sorumlu pankreas beta hücrelerinin çoğunlukla otoimmün kaynaklı harabiyetine bağlı olarak mutlak insülin eksikliği vardır. Bu hastalarda günlük enjeksiyonlarla insülin eksikliğinin telafi edilmesi gereklidir. Tip 1 diyabet, bu hastalığa genetik yatkınlığı olan kişilerde genellikle enfeksiyon, stres veya travma gibi bir olay sonrasında tetiklenmektedir. Diyabet hastalarının %5-10'u tip 1 diyabetlidir (15-16).

Tanı sırasında hastaların ağız kuruluğu, çok su içme, sık idrara çıkma, sürekli açlık hissi, kilo kaybı, bulanık görme, yorgunluk ve halsizlik gibi yakınmaları vardır. Bu yakınmalar çoğunlukla son birkaç gün ya da birkaç hafta içinde ortaya çıkar. Son yıllara dek diyabetin bu tipi yalnızca çocuklarda görülmekte iken günümüzde yetişkin yaşlarda da görülmeye başlamıştır. Tip 1 diyabet olgularının yarısı 15 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Erişkin yaşta (genellikle 25 yaşından sonra) görülen tip 1 diyabet formu “LADA” (latent autoimmune diabetes in adult) olarak adlandırılmaktadır.

2- Tip 2 Diabetes Mellitus: Geçmişte “insüline bağımlı olmayan diyabet”, “erişkin diyabet” veya “tip II diyabet” olarak da isimlendirilen hastalık, en yaygın görülen diyabet formudur. Tüm dünyada tanı konulan diyabet vakalarının %90'dan fazlasını tip 2 diyabet oluşturmaktadır (15-16). Tip 2 diyabet genellikle obezite ve fiziksel inaktiviteye bağlı olarak görülmektedir. Hastalığın temelinde genetik olarak

yatkın kişilerde yaşam tarzı ile tetiklenen insülin direnci ve zamanla azalan insülin sekresyonu söz konusudur (5). Gelişmiş ülkelerde toplumun %5-10'u tip 2 diyabetlidir (15-16). Yakınmalar tip 1 diyabete benzemekle birlikte daha hafiftir. Bu sebeple hastalık gerçek başlangıcından yıllar sonra (ortalama 5 yıl sonra) fark edilir, hatta bazen komplikasyonları nedeniyle tanı konabilir. Tip 2 diyabet genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkar ve yaşlanma ile sıklığı artar. Bununla beraber, son yıllarda obezitenin çocukluk çağında da artması ile birlikte çocuk ve adolesan çağda da tip 2 diyabet görülmeye başlamıştır. Gelişmiş ülkelerde 15 yaş altında görülen diyabet vakalarının yarısına yakınının tip 2 diyabetli olduğu bildirilmektedir.

3- Spesifik Nedenlere Bağlı Diyabet: Bunlar nadir diyabet formlarıdır (15). Diyabetlilerin %1'den azını oluştururlar. Aşağıda listelenen hastalıklar bu tip diyabete yol açar:

Beta hücre fonksiyonlarının bozulmasına bağlı genetik defektler [örneğin MODY gibi gençlerde görülen erişkin tip monogenik diyabet formları, insülin etkilerinde bozulmaya yol açan nadir genetik defektler (örneğin tip A insülin direnci sendromu), ekzokrin pankreas hastalıkları (pankreatit, pankreatektomi, kanser, kistik fibroz), endokrinopatiler (akromegali, Cushing sendromu, glukagonoma, feokromositoma, hipertiroidi, somatostatinoma, aldosteronoma), ilaç ve kimyasal ajanlara bağlı gelişen diyabetler (pentamidin, nikotinik asid, glukokortikoidler, tiroid hormonu, diazoksid, β -adrenerjik agonistler, tiyazidler, fenitoin, α -interferon), enfeksiyonlar (örneğin konjenital rubella, sitomegalovirus), immun kaynaklı nadir diyabet formları (Stiff-man sendromu, anti-insülin reseptör antikorları) ve diyabetle birlikte görülebilen bazı genetik sendromlar (Down sendromu, Klinefelter sendromu, Turner sendromu, Wolfram sendromu, Friedreich ataksisi, Huntington koresi, Laurence-Moon-Biedl sendromu, miyotonik distrofi, porfiria, Prader- willi sendromu, Alström sendromu) bu tip diyabete yol açar.

4- Gestasyonel Diyabet: İlk kez gebelik sırasında ortaya çıkan diyabet formudur. Gebeliklerin %2-4'ünde GDM görülmektedir (15-16). Belirtileri genelde tip 2 diyabete benzer. Ancak gebelik sırasındaki rutin taramalar nedeniyle genellikle semptomlar fark edilmeden önce tanı konulur. GDM doğumdan sonra genellikle düzelir fakat sonraki gebeliklerde tekrarlama riski yüksektir (yaklaşık %50). Ayrıca GDM öyküsü olan kadınların ileriki yaşamlarında tip 2 diyabetli olma riski %80'e kadar varmaktadır (17). Bu sebeple GDM tanısı almış kadınların doğum sonrasında prediyabetik olarak kabul edilip koruma programına alınmaları gereklidir.

Prediyabet: Normal glukoz toleransı üst sınırı ile aşikar diyabet arasındaki süreç “prediyabetik dönem” olarak adlandırılır. Bu süreçte glukoz metabolizmasının ara bozuklukları olan “Bozulmuş Açlık Glukozu” (BAG: açlık kan glukozunun 100-125 mg/dl olması) ve “Bozulmuş Glukoz Toleransı” (BGT: Oral glukoz tolerans testinde 2.saat kan glukozunun 140-199 mg/dl olması) yer alır. Bu süreçteki kişiler “prediyabetik” olarak kabul edilmektedirler. Erken metabolik değişiklikleri oluşturan BAG ve BGT'den diyabete geçiş çoğu kez yıllar sürebilir. Çalışmalar, prediyabetik kişide izole BAG bulunması halinde takip eden 10 yıl içinde diyabet gelişme riskinin %10-15; izole BGT bulunması halinde ise riskin %35 düzeyinde olduğunu göstermektedir (17-18). Prediyabetik kişide kombine glukoz tolerans bozukluğu (KGTB: BAG + BGT) bulunması halinde 10 yıllık diyabet riski %50'ye ulaşmaktadır.

Komplikasyonlar: Prediyabetik süreçte kardiyovasküler hastalık riski orta derecede artmıştır. Diyabet gelişimi ile birlikte bu risk çok yükselir. Diyabetin kronik komplikasyonlarının da bu safhada ortaya çıkan değişikliklerle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Sıkı glisemi kontrolünü sağlamanın yanısıra kan basıncı ve lipidlerin de hedef düzeylere düşürülmesi ile bu komplikasyonların azaltılabileceği klinik çalışmalarla ortaya konulmuştur. Bununla beraber bu hastalığın toplum sağlığına yükü çok yüksektir (19).

Diyabet zamanla kalp, damarlar, göz, böbrek ve sinirlerde yapısal değişikliklere yol açabilir.

- *Kardiyovasküler Hastalıklar:* Diyabet koroner arter hastalığı ve inme riskini 2-4 kat artırır. Diyabetlilerin %60-75'i kardiyovasküler hastalıklar (koroner arter hastalığı ve inme) nedeniyle kaybedilmektedir (17,19).
- *Diyabetik Ayak Ülserleri:* Diyabetlilerde hem periferik nöropati hem de iskemi sebebiyle ayak ülserleri ve nihayetinde amputasyonlar sık görülür. Çalışmalar, travmatik nedenler dışında, ayak amputasyonuna yol açan sebeplerin %50'sinin diyabetten kaynaklandığını göstermektedir. Dünyada her 30 saniyede bir, diyabetik ayak ülseri nedeniyle bir hastanın ağrısının kesildiği tahmin edilmektedir (20).
- *Diyabetik Retinopati:* Diyabet körlüğe neden olan ilk üç hastalık içinde yer almaktadır. Diyabetin bu komplikasyonu retinadaki küçük damarların uzun süreli hiperglisemiye bağlı olarak tahrip olması sonucu gelişir. Diyabet süresi 15 yıla ulaşan diyabetlilerin %2'sinde körlük ve %10'unda ciddi görme kaybı geliştiği bilinmektedir (21-22).
- *Diyabetik Nefropati:* Diyabet, en önemli kronik böbrek yetersizliği nedenlerindendir. Diyaliz ünitelerinde tedavi gören hastaların %50'si diyabetlidir. Diyabetli hastaların %10-20'si böbrek yetersizliği nedeniyle kaybedilmektedir (21-22).
- *Diyabetik Nöropati:* Uzun süreli diyabetin periferik ve otonom sinirlerde yol açtığı bozukluklardır. Diyabetlilerin %50-70'inde diyabetik nöropati gelişir. En sık görülen belirtiler ayaklarda (ve bazen ellerde) uyuşma, yanma, karıncalanma, ağrı ve güçsüzlüktür. Bu belirtiler, nöropatinin en sık görülen şekli olan distal simetrik polinöropatiye bağlı olarak gelişmektedir (21-22).

Mortalite: Diyabetli hastaların tüm nedenlere bağlı ölüm riski, diyabeti olmayan aynı yaştaki hemcinslerine göre iki kat daha yüksektir (23-24).

Diyabetin Ekonomik Yükü: Diyabet ve komplikasyonlarının hastalara, ailelerine sağlık sistemine ve ülkelere ekonomik yükü çok yüksektir (19). Örneğin DSÖ öngörülerine göre Çin 2006-2015 yılları arasında, yalnızca kalp hastalıkları, inme ve diyabet nedeniyle ulusal gelirin 558 milyar dolarını kaybedecektir (25).

Diyabetin Önlenmesi: BGT saptanan kişilerde 10 yıl içinde tip 2 diyabet gelişme riskinin yaklaşık olarak %50 olduğu, buna karşılık basit yaşam tarzı değişiklikleri ile tip 2 diyabet riskinin %58'e varan oranlarda önlenilebileceği veya ortaya çıkışının geciktirilebileceği gösterilmiştir (Malmö, Da Qing, DPS ve DPP). Bu çalışmalar aşağıda özetlenmiştir:

Malmö Çalışması

Yaşam tarzı ile diyabetin önlenmesine yönelik çalışmaların en eskilerinden biri, İsveç'in Malmö şehrinde 47-49 yaş grubundan erkeklerde yapılan çalışmadır. Bu çalışmada BGT'li bir grup ile glukoz toleransı normal bulunan (NGT) bir gruba rutin bakım önerileri yapılmış; BGT'li diğer bir grup ile tip 2 diyabetli hastalar ise altışar ay süreli fiziksel aktivite ve tıbbi beslenme programlarına çapraz düzende dahil edilip yaşam tarzı programına alınmıştır. Yaşam tarzı grubundaki erkeklerde BGT'den tip 2 diyabete dönme riski rutin önerilerin yapıldığı gruba göre daha düşük bulunmuştur (sırası ile %10.6 ve %21.4). 12 yıllık izlem süresi sonunda yaşam tarzı programını uygulayan BGT'li erkeklerde mortalite oranı NGT grubundan farklı bulunmamış, rutin bakım uygulayan BGT grubunda ise mortalite iki kat daha yüksek bulunmuştur (26).

Da Qing Çalışması

Çinde yapılan bu çalışmada ise ortalama 45 yaşındaki 577 BGT'li kişide 6 yıllık diyet ve egzersiz programlarının tip 2 diyabete dönüşme riski üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Bu çalışmada 6 yıl sonunda tip 2 diyabet riski, yalnızca diyet programı uygulayan grupta %31, buna karşılık yalnızca egzersiz programı uygulayan grupta %46 oranında azalmıştır. Hem diyet hem de egzersiz programı uygulayan grupta ise tip 2 diyabet riskindeki azalma benzer olarak %42 bulunmuştur (10). Çalışma kohortunun 20 yıllık takipleri 2008 yılında yayınlanmıştır. Buna göre kombine yaşam tarzı programı uygulayan grupta 20 yıl sonundaki tip 2 diyabet insidansı kontrol grubundan daha düşüktür (27). Buna karşılık kardiyovasküler olay ve kardiyovasküler mortalite açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla beraber kombine yaşam tarzı grubunda kardiyovasküler mortalite %17 daha düşük bulunmuştur.

Diyabet Önleme Çalışması (DPS)

Finlandiya'da yapılan diyabet önleme çalışmasında, 522 BGT'li kişi iki gruba ayrılarak yoğun yaşam tarzı ve kontrol programları ile 3.2 yıl izlenmiştir (11). İzlem süresi sonunda yoğun yaşam tarzı grubunda tip 2 diyabet insidansı %58 oranında daha düşük bulunmuştur. Yoğun yaşam tarzı programında kilonun %5 azaltılması, yağlardan alınan kaloringin %30'un altına ve doymuş yağlardan alınan kaloringin %10'un altına çekilmesi, günlük alınan her 1000 kcal için en azından 15 g posa tüketilmesi ve günde 30 dk egzersiz yapılması hedeflenmiştir. Aynı çalışmanın 7 yıllık medyan takibinde tip 2 diyabet insidansındaki azalmanın devam ettiği (100 hasta yılı için; aktif grupta 4.3, kontrol grubunda 7.4 yeni tip 2 diyabet vakası) ve kontrol grubuna göre göreceli riskteki azalmanın %36 olduğu gösterilmiştir (28).

Diyabet Önleme Programı (DPP)

Diyabet önleme çalışmaları içinde en kapsamlısı olan ve Amerika'da yapılan bu çalışmaya BGT'li ve açlık plazma glukoz (APG) düzeyi ≥ 95 mg/dl olan 3234 kişi yoğun diyet ve egzersiz grubu, metformin grubu ve plasebo grubuna ayrılmış ve ortalama 2.8 yıl izlenmişlerdir. Programın hedefi, prediabetiklerde diyabet gelişiminin engellenmesidir. Bunun için programa katılanların vücut ağırlığının ≥ 7 azalması ve haftada 150 dk yürümeleri hedeflenmiştir. DPS'ye benzer şekilde diyabet göreceli riski (RR) yaşam tarzı grubunda %58 azalmıştır (12). Metformin grubundaki azalma ise %35'te kalmıştır.

2006 yılında toplanan Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association: ADA) Konsensus Konferansı, BGT veya BAG'li kişilerde kilo kontrolü ve fiziksel aktiviteye yönelik yaşam tarzı düzenlemelerini önermekte, buna karşılık KGTB (BAG + BGT) ve ilave risk faktörleri olan kişilerde yaşam tarzı düzenlemeleri ile birlikte metformin başlanmasını önermektedir (29).

Sonuç olarak tip 2 diyabet ve komplikasyonlarından korunmak için aşağıdaki tedbirler önerilmektedir:

- Boya uygun vücut ağırlığı hedeflenmeli ve bu ağırlığın korunmasına çalışılmalıdır.
- Yeterli ve dengeli beslenmeli; günde en az 5 (beş) porsiyon sebze ve meyve tüketilmelidir.
- Günlük enerjinin %25-30' u yağlardan sağlanmalı, enerjinin doymuş yağ asidinden gelen oranı %10' un altında olmalıdır.
- Şeker gibi basit karbonhidratlar günlük enerjinin $\leq$ %10' unu aşmamalı, basit karbonhidratlar yerine kurubaklagiller, tam tahıl ürünleri tercih edilmelidir.
- Günlük alınan tuz miktarı 5 g'ı aşmamalıdır.
- Fiziksel olarak aktif olunmalıdır. Haftanın en az 5 günü, düzenli olarak en az 30 dk orta yoğunlukta aktivite (örneğin tempolu yürüme egzersizleri) yapılmalıdır. Kilo kaybı sağlanması için daha fazla fiziksel aktivite yapılması gereklidir.
- Sigara kullanılmamalı ve aşırı alkol tüketiminden kaçınılmalıdır.

Günümüzde Tip 1 diyabetin önlenmesini sağlayabilecek etkin bir yöntem mevcut değildir.

Tanı: Diyabetin komplikasyonlarından korunmak için erken tanı şarttır. Tanı için Tablo 1'de gösterilen üç yöntemden biri kullanılabilir (16,21,30):

Tablo 1. Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Regülasyonunda Yeni Tanı Kriterleri

Kategori	Tanı Testi		
	APG	OGTT 2-st PG	Rastgele PG
Normal	<100 mg/dl	<140 mg/dl	-
Bozulmuş Glukoz Regülasyonu			
İzole BAG	100-125 mg/dl	<140 mg/dl	-
İzole BGT	<100 mg/dl	140-199 mg/dl	-
KGTB	100-125 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Diyabet	$\geq$ 126 mg/dl	$\geq$ 200 mg/dl	Diyabet semptomları (+) $\geq$ 200 mg/dl

APG: Venöz kan örneğinde glukoz oksidaz yöntemi ile ölçülen açlık plazma glukoz düzeyi, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, BAG: Bozulmuş açlık glukozu, BGT: Bozulmuş glukoz toleransı. KGTB: Kombine glukoz tolerans bozukluğu.

Kaynak: The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2003;26:3160-7.

1. **Açlık plazma glukoz ölçümü:** En az 8 saatlik gece boyu açlığı takiben plazma glukoz (PG) düzeyinin ölçülmesi halen en fazla kabul gören ve pahalı olmayan yaklaşımdır. APG düzeyi 126 mg/dl veya üzerinde ise diyabet tanısı konulur. 45 yaşından itibaren 3 yılda bir APG düzeyi ölçülmelidir.

2. **Rastgele kan glukoz ölçümü:** Alternatif olarak diyabet semptomları (poliüri, polidipsi) varlığında rastgele bir zamanda ölçülen PG düzeyinin 200 mg/dl veya üzerinde olması da diyabet tanısı koydurur.

3. **Oral glukoz tolerans testi (OGTT):** Diyabet riski yüksek kişilerde OGTT yapılması gerekir. Bunun için 75 gram glukozlu sıvı içirildikten 2 st sonra kan glukoz düzeyinin 200 mg/dl veya üzerinde olması tanı koydurur.

Risk Grupları: Aşağıdaki durumlarda diyabet riski yüksektir. Bu durumlarda APG normal sınırlarda olsa bile OGTT yapılması önerilmektedir. Risk gruplarına dahil kişilerin daha genç yaşlardan itibaren ve daha sık aralıklarla araştırılması gereklidir (18,31).

- Sedanter yaşam sürmek
- Obezite (özellikle santral tipte)
- Birinci derece akrabalarda diyabet varlığı
- İri bebek doğurma ya da GDM öyküsü
- Hipertansiyon (kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg ya da hipertansiyon tedavisi)
- Dislipidemi (HDL-kolesterol < 35 mg/dl ve/veya trigliserid > 250 mg/dl)
- Polikistik over sendromu
- Önceki testlerde BAG veya BGT saptanması
- Ağır insülin direnci ile seyreden sağlık sorunlarının varlığı (örn. akantozis nigrikans)
- Erken yaşta kardiyovasküler hastalık öyküsü
- Atipik antipsikotik ilaç kullanma
- Şizofreni öyküsü bulunan kişiler

Tedavi: Diyabet tedavisinde kan glukoz düzeylerinin normale yakın düzeylere düşürülmesi esastır. Bunun yanı sıra kilo kontrolü ve kan basıncı, lipid düzeyleri gibi diğer bilinen risk faktörlerinin de kontrol edilmesi gereklidir. Ayrıca komplikasyonlardan korunmak için sigaranın bırakılması da sağlanmalıdır.

Diyabetiklerde aşağıdaki tedavi yaklaşımları maliyet etkin kabul edilmektedir:

1. **Kan Glukoz Kontrolü:** Tip 1 diyabetlilerde bazal-bolüs insülin tedavisi uygulanmalıdır. Ayrıca sağlıklı yaşam tarzı kurallarını uygulamaları önerilmelidir. Yeni tanı alan tip 2 diyabetli hastalara sağlıklı yaşam tarzı değişimleri yanında, herhangi bir kontrendikasyon yoksa metformin de verilmelidir. Son üç aylık glisemi ortalamasını gösteren HbA_{1c} (A1C)'nin ≤ 6.5 olması hedeflenmelidir (18,32-34). Metforminin yeterli olmaması durumunda sulfonilüre, glinid, glitazon (tizolidindion), dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörü veya alfa-glukozidaz inhibitörü grubu oral ilaçlardan biri eklenebilir. Alternatif olarak kilo kaybı sağlamanın önemli olması durumunda, enjektabl olmasına rağmen, glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) analogları kullanılabilir. Tedavide yan etki profili düşük, iyi bilinen, maliyeti düşük ve hastanın özelliklerine uygun ilaçlar tercih edilmelidir. İki antidiyabetik ile glisemik kontrolün sağlanamadığı durumlarda tedaviye zaman geçirmeden insülin eklenmelidir. Bu durumda mümkünse metformine devam edilip bazal insülin tercih edilmelidir. Bunun yeterli olmadığı vakalarda hazır karışım veya bazal-bolüs insülin tedavisine geçilmelidir (18).

GDM vakaları kişiye özgü hazırlanmış, uygun bir beslenme ve fiziksel aktivite programı ile izlenir. Glisemik kontrolün sağlanamadığı durumlarda insülin tedavisine geçilmelidir.

2. Kan Basıncı Kontrolü: Diyabetlilerde kan basıncı hedefi <130/80 mmHg olmalıdır (18,31). Tedavide yukarıda bahsedilen sağlıklı yaşam tarzı tedbirleri yanında gerekiyorsa farmakolojik tedaviye başlanmalıdır. Renal ve vasküler koruyucu etkileri nedeniyle tedavide anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE-İ) veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) tercih edilmelidir (35). Bunların yeterli olmadığı durumlarda tiyazid grubu diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri ve beta blokerler kullanılabilir. Diyabetlilerde hipertansiyonun kontrolü zamanla zorlaşır, ortalama 3 ayrı antihipertansif kullanılması gerekebilir.

3. Kan Lipidlerinin Kontrolü: Diyabetli hastalarda dislipidemi ve hiperlipidemi sıktır. Kan lipid düzeyleri için aşağıdaki hedeflere ulaşılmalıdır (18,31,36):

- LDL-kolesterol <100 mg/dl (bilinen koroner arter hastalığı varsa <70 mg/dl)
- HDL-kolesterol >40 mg/dl (kadınlarda >50 mg/dl)
- Trigliserid <150 mg/dl

Bu hedeflere ulaşamadığı durumlarda sağlıklı yaşam tarzı değişimi ile birlikte farmakolojik tedaviye başlanmalıdır. LDL-kolesterolün yüksek olduğu durumlarda statin türevleri tercih edilmelidir. Trigliserid orta derecede yüksek ve HDL-kolesterol düzeyleri düşük ise (diyabetik dislipidemi) öncelikle kan glukoz kontrolü sağlanmalıdır. Glisemi kontrolü sağlandığı halde trigliserid yüksek ise veya başlangıçtan itibaren pankreatit riski varsa fibrat türevleri kullanılabilir. Statin yeterli değilse veya kombine hiperlipidemili vakalarda statinler fibrat veya nikotinik asit türevi ilaçlar veya ezetimib ile kombine edilebilir.

Komplikasyon Taramaları: Diyabetin kronik komplikasyonlarından korunmak için aşağıdaki tedbirler ihmal edilmemelidir (18,31,34). Bu tedbirlerin tümü maliyet etkindir.

- Hastalara ayak ve tırnak bakımı eğitimi verilmesi ve her poliklinik kontrolünde ayak muayenesi
- Tip 1 diyabetlilerde 5.yıldan itibaren ve tip 2 diyabetlilerde başlangıçtan itibaren yılda bir kez mikroalbuminüri ölçümü
- Tip 1 diyabetlilerde 5. yıldan itibaren ve tip 2 diyabetlilerde başlangıçtan itibaren yılda bir kez göz dibi muayenesi
- Tip 1 diyabetlilerde 5. yıldan itibaren ve tip 2 diyabetlilerde başlangıçtan itibaren yılda bir kez monofilament ve diyapazon ile periferik nöropati taraması
- Yılda bir serum kreatinin, üre, tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR), lipid profili, hemogram, AST, ALT
- Erişkin yaştaki hastalarda yılda bir EKG ve gerektiğinde kardiyoloji kontrolü.

1.2. Dünyada Durum

Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre 2007 yılı itibarı ile dünyada 220 milyon diyabetli yaşadığı ve önlem alınmazsa 2030 yılına gelindiğinde, bu sayının iki katına çıkacağı bildirilmiştir (37). Dünyada hastalığın profili hızla değişmektedir. Bu durum özellikle kişi başı milli geliri düşük olan ülkelerde dikkati

çekmektedir. Bu ülkelerde kronik hastalıkların yarattığı ekonomik yük son 10 yılda ikiye katlanmış ve enfeksiyon hastalıkları yükünü aşmıştır. En az gelişmiş ülkeler bile diyabet, kanser, kalp hastalıkları ve diğer kronik hastalıklardaki salgından muzdariptirler. Genel kanının aksine bu hastalıklar gelişmiş ülkelerdeki insanlardan çok gelişmekte olan ülkelerin insanlarını etkilemektedir.

Tablo 2. 2010 Yılında Dünya’da Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Toleransı ve 2030 Yılı için Beklenen Artış (20-79 yaş grubu)

	2010 yılı	2030 yılı
NÜFUS		
Dünya nüfusu (toplam-milyar)	7,0	8,4
Erişkin nüfus (20-79 yaş)	4,3	5,6
DİYABET		
Genel prevelans (%)	6,6	7,8
Dünya nüfusunun standart dağılımına göre prevelans (%)	6,4	7,7
Diyabetli sayısı (milyon)	285	438 *
BOZULMUŞ GLUKOZ TOLERANSI (BGT)		
Genel prevelans (%)	7,9	8,4
Dünya nüfusunun standart dağılımına göre prevelans (%)	7,8	8,4
BGT’li sayısı (milyon)	344	472
TİP 1 DİYABET (0-14 yaş)		
Toplam çocuk nüfusu (milyar)	1.9	-
Tip 1 diyabetli çocuk sayısı (bin)	479.6	-
Yeni tanı tip 1 diyabetli çocuk sayısı (bin)	75.8	-
Yıllık insidans artışı (%)	3,0	-
DİYABET MORTALİTESİ (20-79 yaş)		
Diyabete bağlı ölüm sayısı (Erkek)	1.826.485	-
Diyabete bağlı ölüm sayısı (Kadın)	2.136.571	-
DİYABETE BAĞLI SAĞLIK HARCAMALARI		
Kişi başı sağlık harcaması R=2**	703 ABD doları	-
*2010’dan 2030’a diyabet artışı %54,0		
**R=2: Düşük gelir grubu ülkelere göre diyabet maliyet oranı.		
Kaynak: IDF Diabetes Atlas, 4th Edition, 2009.		

Tablo 2’de görüleceği üzere, 2010 yılında dünya nüfusunun 7 milyar olacağını ve 2030 yılında nüfusun 8.4 milyara ulaşacağını öngörmektedir. 2010 yılında erişkin (20-79 yaş) nüfusun 4,3 milyar olacağı varsayılmakta ve yirmi yıl sonra erişkin nüfusun 5,6 milyara ulaşacağı beklenmektedir (2).

Diyabet Prevelansı: Tahminlere göre, 2010 itibarı ile tüm dünyada erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevalansı %6,6’dır ve 2030 yılında %18 artış ile bu değerin %7,8 olacağı öngörülmektedir. Diyabet Atlası’nda farklı ülkeler ve bölgelerdeki diyabet prevalanslarını karşılaştırmak için dünya nüfusunun standart yaş grubu dağılımına göre de hesaplamalar yapılmıştır. Buna göre 2010 yılı standardize diyabet prevalansı %6,4 iken 2030 yılında yaklaşık olarak %20 artış ile %7,7’ye ulaşacaktır. Sayısal olarak söylemek gerekirse şimdilerde 285 milyon olan diyabetli nüfusun yirmi yıl sonra 438 milyona ulaşması beklenmektedir (2). Diyabet prevalansındaki artış, nüfus artış hızı ve ortalama yaşam süresinin uzaması sonucunda yaşlanmaya ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucunda obezite ve fiziksel aktivitenin azalmasına bağlanmaktadır (1,9).

Bozulmuş Glukoz Toleransı Prevelansı: Diyabet Atlası’nda dünyanın BGT prevalansı da hesaplanmıştır. Buna göre halen %7,9 olduğu varsayılan BGT prevalansının yaklaşık olarak %37 artış göstererek %8,4’e ulaşacağı sanılmaktadır. Sayısal olarak ifade edilirse halen 344 milyon olduğu tahmin edilen BGT’li prediyabetik nüfusun 2030 yılında 472 milyona ulaşması beklenmektedir (2). Bu durum diyabet epidemisinin ilerideki yıllarda da devam edeceğinin kanıtı olarak görülmektedir.

Tip 1 Diyabet Epidemiyolojisi: Halen dünya genelinde 15 yaş altındaki çocuk nüfusu 1 milyar 900 milyondur. Bu yaş grubunda tip 1 diyabet prevalansı %0.025’dir. Bir başka şekilde ifade etmek gerekirse 15 yaş altı 479.600 çocuğun tip 1 diyabetli olduğu sanılmaktadır (2). Ancak tip 1 diyabet bazı ülkelerde (özellikle İskandinav ülkelerinde) artmaktadır. Artış hızı yılda %3 olarak hesaplanmıştır. Bu yaş grubunda 2010 yılı için Dünyada 75.800 yeni tip 1 diyabet vakası olacağı sanılmaktadır.

Mortalite: IDF Diyabet Atlası’nda 2010 yılı için erişkin yaş grubundan 4 milyona yakın diyabetlinin diyabete bağlı nedenlerle kaybedileceği öngörülmektedir (2). Bu ölümlerin %54 kadarı kadınlarda olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü, diyabete bağlı ölümlerin %80’inin düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde gerçekleştiğini bildirmiştir (24). Bu insanlar sağlıksız beslenme, hareketsizlik, sigara ve alkol kullanımı gibi ortak risk faktörlerine uzun süreli maruziyet sonucunda genç yaşta kaybedilmektedirler. DSÖ tahminlerine göre, önümüzdeki on yıl içinde diyabet ve diğer kronik hastalıklar nedeniyle ölümlerin %17 oranında artması beklenmektedir. Tahmin edileceği üzere yeni diyabet vakalarının artışında olduğu gibi ölümlerin çoğu da orta ve düşük kişi-başı gelir ortalamalarına sahip gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşecektir.

Ekonomik Yük: IDF Diyabet Atlası’na göre, 2010 yılı için diyabet nedeniyle kişi başı sağlık harcamalarının ortalama 703 ABD doları olacağı sanılmaktadır. DSÖ ise 2007 yılında dünya genelindeki tüm ölümlerin %60’ının diyabet veya çoğunlukla diyabete eşlik eden diğer kronik hastalıklara bağlı olduğunu bildirmiştir (24). Bu sorunlara karşı küresel bir ortak hareket başlatılmadığı sürece hastalıkların mortalitesi, ekonomik ve sosyal yükü artmaya devam edecektir.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde Durum:

Amerika Birleşik Devletleri’nde 2009 yılında yayınlanan retrospektif bir değerlendirme, diyabet için ön görülen artış eğilimlerinin doğru olduğunu ortaya koymuştur (38). Çalışmaya göre, ABD’de 1994’te 10 milyon olan diyabetli nüfus sürekli bir artış göstererek 2000 yılında ondört milyona ve 2007’de 19 milyona ulaşmıştır. Buna paralel olarak diyabetin ekonomik yükü de artmış ve örneğin yıllık ilaç maliyeti 2001 yılında 6,7 milyar dolar iken 2007 yılında ikiye katlanarak 12,5 milyar dolara ulaşmıştır.

Aslında ABD için öngörülen artış hızı belki de gerçeği yansıtmayacaktır. Çünkü öngörüler kilo fazlalığı veya obezite prevalansının stabil kalacağı varsayımına göre hesaplanmıştır. Halbuki obezite sıklığı yıllardır artmaya devam etmektedir. Bilim adamları obezite sıklığının önümüzdeki 10 yıl içinde artmayı sürdüreceğini, daha sonra toplumu bilinçlendirme çalışmaları sayesinde obezitenin azalmaya başlayacağını tahmin etmektedirler. Bu varsayımına göre şimdilerde %30 civarında olduğu sanılan obezite prevalansının 2033 yılında %27’ye düşeceği tahmin edilmektedir (38).

Bu çalışma demografik değişikliklere, diyabet tedavisindeki ilerlemelere ve hastalığın doğal seyrine ve nihayet tedavisi oldukça maliyetli olan komplikasyonların görülme süresine ve sıklığına dikkati çekmektedir. ABD’deki yeni diyabet vakalarının ve dolayısı ile maliyet artışının en önemli kaynağı olarak savaş sonrası yıllarda ABD’deki nüfus artışını teşvik çalışmaları gösterilmektedir. Zira o yıllarda doğan 77 milyon Amerikalı şimdilerde emeklilik yaşına erişmiştir. Bu yaş grubunda hem yeni diyabet sıklığı hem de eski diyabetlilerin komplikasyon sıklığı çok yüksektir. Bu durumun, Amerikan Sigorta Sistemi üzerinde büyük bir ekonomik yük oluşturduğu ifade edilmektedir. Hastalığın doğal seyrinin anlaşılmasında ve tedavisinde kaydedilen gelişmeler diyabetin topluma maliyetini artırmıştır. Diyabetli kişiler artık daha genç yaşlarda tanı almaktadırlar. Yeni tedaviler sayesinde bu hastalar daha iyi tedavi edilmekte ve daha uzun yaşamaktadırlar. Bu sebeple diyabetin doğal süreci uzamakta ve daha agresif tedavilere ihtiyaç doğmaktadır. Bu arada komplikasyon gelişimi için yeterli süreç oluşmakta ve komplikasyonların pahalı tedavileri de söz konusu olmaktadır. Diyabet, önemli körlük, son dönem böbrek yetersizliği ve amputasyon nedenlerinden biridir.

Avrupa' da Durum:

Tablo 3. 2010 Yılında Avrupa'da Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Toleransı ve 2030 Yılı için Beklenen Artış (20-79 yaş grubu)		
	2010 yılı	2030 yılı
NÜFUS		
Avrupa nüfusu (toplam-milyon)	891	897
Erişkin nüfus (20-79 yaş)	646	659
DİYABET		
Bölgesel prevalans (%)	8,5	10,0
Dünya nüfusunun standart dağılımına göre prevalans (%)	6,9	8,1
Diyabetli sayısı (milyon)	55,2	66,2*
BOZULMUŞ GLUKOZ TOLERANSI (BGT)		
Bölgesel prevalans (%)	10,2	11,0
Dünya nüfusunun standart dağılımına göre prevalans (%)	8,9	9,5
BGT'li sayısı (milyon)	66,0	72,2
TİP 1 DİYABET (0-14 yaş)		
Tip 1 diyabetli çocuk sayısı	112.000	-
Yeni tanı tip 1 diyabetli çocuk sayısı	17.100	-
DİYABET MORTALİTESİ (20-79 yaş)		
Diyabete bağlı ölüm sayısı (Erkek)	297.600	-
Diyabete bağlı ölüm sayısı (Kadın)	336.500	-
DİYABETE BAĞLI SAĞLIK HARCAMALARI (Amerikan doları)		
Toplam sağlık harcaması R=2** (milyar)	105,5	124,6
*2010'dan 2030'a diyabet artışı %20,0		
**R=2: Düşük gelir grubu ülkelere göre diyabet maliyet oranı.		
Kaynak: IDF Diabetes Atlas, 4th Edition, 2009.		

Tablo 3'te görüleceği gibi, IDF'nin yeni verilerine göre, 2010 yılında Avrupa nüfusunun 891 milyon erişkin (20-79 yaş) nüfusun 646 milyon olduğu varsayılmakta ve 20 yıl sonra erişkin nüfusun 659 milyona ulaşacağı beklenmektedir (2).

Diyabet Prevelansı: Tahminlere göre, 2010 itibarı ile Avrupa erişkin (20-79 yaş) nüfusunda diyabet prevelansı %8,5'tir ve 2030 yılında yaklaşık olarak %18 artış ile bu değerin %10 olacağı öngörülmektedir (2). 2010 yılı standardize diyabet prevelansı %6,9 iken 2030 yılında %17 civarında bir artış ile %8,1'e ulaşması beklenmektedir. Bir başka ifade ile şimdi 55 milyon civarında olan diyabetli nüfusun 20 yıl sonra 66 milyonu aşması beklenmektedir.

Bozulmuş Glukoz Toleransı Prevelansı: Dünya nüfusuna göre standardize edildiğinde Avrupa'da BGT prevelansı %6,9 olarak hesaplanmakta olup 2030 yılında ile %8,1'e ulaşacağı öngörülmektedir. Bir başka deyişle halen 66 milyon olan Avrupalı BGT nüfusunun 2030 yılında 72 milyonu aşması beklenmektedir. Avrupa genelinde yaşlı nüfusun artmış olması nedeniyle hem diyabet hem de BGT için Avrupadaki artış oranlarının dünya genelinin altında olması beklenmektedir.

Tip 1 Diyabet Epidemiyolojisi: Halen Avrupa'da 15 yaş altındaki tip 1 diyabetli çocuk sayısı 112.000'dir. 2010 yılı içinde bu yaş grubunda 17.100 çocukta daha tip 1 diyabet tanısı konulacağı tahmin edilmektedir (2). Tip 1 diyabet özellikle Kuzey'de İskandinav ülkelerinde ve Güney Avrupa'da Sardinya'da artmaktadır.

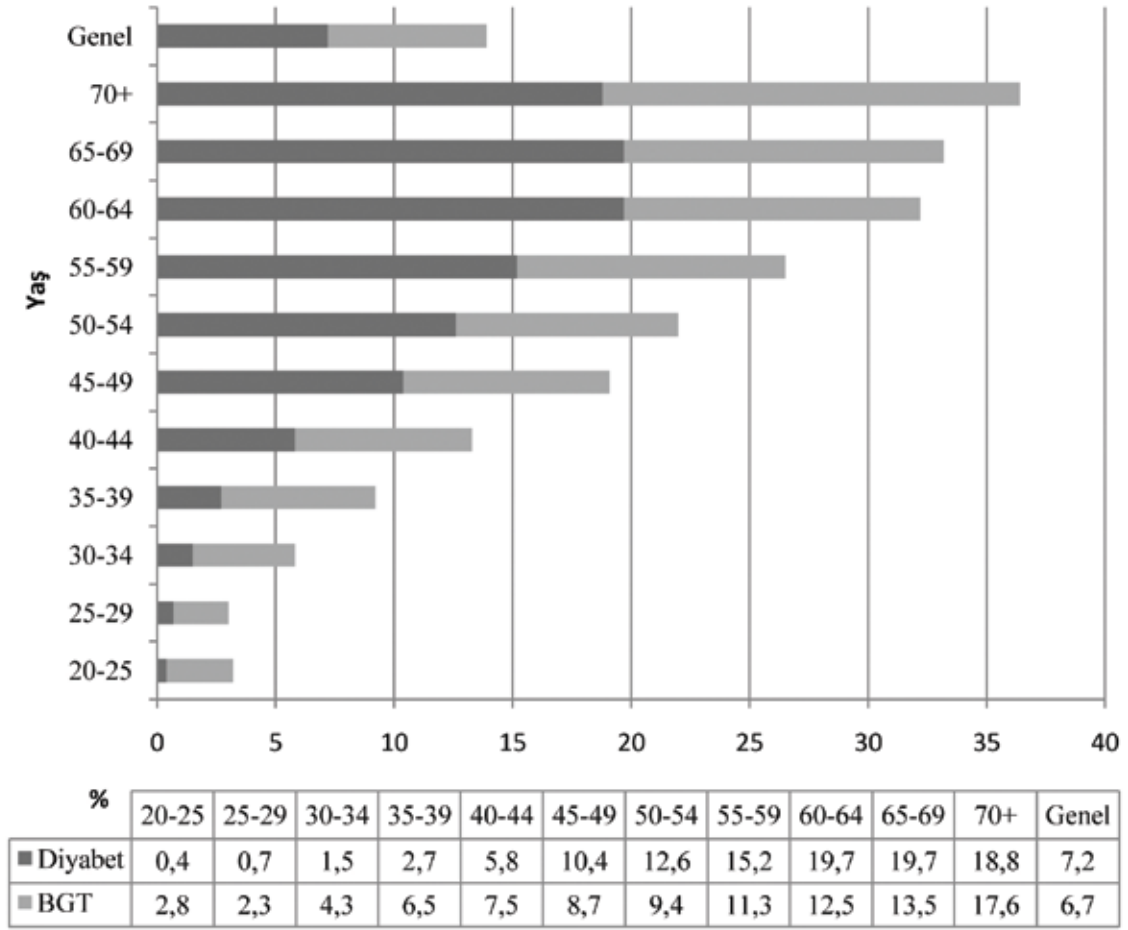
Mortalite: IDF Diyabet Atlası'nda 2010 yılı için erişkin yaş grubundan 634.100 diyabetlinin diyabete bağlı nedenlerle hayatını kaybedeceği öngörülmektedir (2). Bu ölümlerin %53 kadarı kadınlarda olacaktır.

Ekonomik Yük: IDF Diyabet Atlası'na göre, 2010 yılı için diyabet nedeniyle toplam sağlık harcamalarının 105,5 milyar dolar olacağı ve 2030 yılına dek yaklaşık %18'lik bir artış ile 124,6 milyar dolara ulaşacağı sanılmaktadır (2).

1.3. Türkiye' de Durum

1997-1998 yıllarında ülke genelinde 270 köy ve 270 mahalle merkezinde gerçekleştirilen ve random olarak seçilmiş 20 yaş üstü 24788 kişiyi kapsayan 'Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I)'nın sonuçlarına göre ülkemizde tip 2 diyabet prevelansı %7.2, BGT prevelansı ise %6.7 bulunmuştur (13). TURDEP-I çalışmasında 20 yaşından itibaren 5'erli yaş dilimlerindeki diyabet ve BGT prevelansı Şekil 1'de görülmektedir. Bu oranlara dayanarak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2007 yılı nüfus rakamlarına göre ülkemizde 2.85 milyonun üzerinde tip 2 diyabetli ve 2.6 milyon civarında BGT'linin yaşadığı hesaplanmaktadır. Çalışma, ülkemizde yaşayan diyabetlilerin %32'sinin hastalığının farkında olmadıklarını ortaya koymuştur. Çalışmada diyabetin kadınlarda ve kentsel bölgelerde yaşayanlarda daha sık olduğu, ayrıca diyabet riskinin yaşlanma, obezite, hipertansiyon, ailede diyabet varlığı, eğitimsizlik, gelir düzeyi ve alışkanlıklar ile ilişkili olduğu saptanmıştır. TURDEP-I sonuçları, DSÖ ve IDF tahminleri ile birlikte değerlendirildiğinde ülkemizde diyabet prevelansının artacağı düşünülmektedir (2,24).

Şekil 1. Türkiye’de Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Tolerans Prevalansı



Kaynak: Satman I, Yılmaz MT, Şengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002;25:1551-6

TURDEP-I çalışması ayrıca, ülkemizde erişkin nüfusun %22'sinde genel obezite (Beden kütle indeksi: BKİ ≥ 30 kg/m²), %34'ünde santral tipte obezite (bel çevresi kadınlarda ≥ 88 cm, erkeklerde ≥ 102 cm) ve %31'inde hipertansiyon (kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg veya düzenli antihipertansif ilaç kullanımı) bulunduğunu ortaya koymuştur (13). Tıpkı diyabette olduğu gibi, hipertansiflerin yaklaşık %45'i hipertansiyonun farkında değildir.

TURDEP-II Çalışması'nın saha araştırması Ocak 2010 - Haziran 2010 tarihleri arasında 15 ilden 540 merkezde tamamlanmış ve çalışmaya rastgele seçilip davet edilen 20 yaş ve üzerinde 26 499 kişi katılmıştır. Bu çalışma, 1997-98 yıllarında yapılan TURDEP-I çalışmasının tekrarı niteliğinde planlanmış olup aynı yöntem kullanılarak aynı merkezlerde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ilk değerlendirmelerine göre; TURDEP-I'den itibaren geçen 12 yıllık süreçte erişkin nüfusumuzun yaş ortalaması 4 yıl artmıştır. Ortalama kadın ve erkek boyu 1'er cm artmış; kadınlarda ağırlık 6 kg, bel çevresi 6 cm, kalça çevresi 7 cm; erkeklerde ise ağırlık 8 kg, bel çevresi 7 cm, kalça çevresi 2 cm artmıştır.

TURDEP-II'ye göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13.7'ye ulaştığı görülmüştür. Daha önceki çalışmanın aksine kentselde diyabet oranı biraz daha yüksek olmakla birlikte, TURDEP-II çalışmasına göre kentsel ve kırsal diyabet sıklığı arasında çok anlamlı bir fark kalmamıştır. Bilinen diyabet ve yeni diyabet oranları birbirine yakındır (%55 ve %45). Diyabet sıklığı erkeklerde kadınlardan hafifçe daha düşük bulunmuş olup kadın ve erkekler arasında çok anlamlı bir fark görülmemiştir (39). Diğer taraftan ülkemizde tip 1 diyabet insidansı ile ilgili ulusal ölçekte yayınlanmış bir çalışma bulunmamasına rağmen, 1994 yılında yapılan bir ön çalışmada Türkiye'de çocukluk çağı tip 1 diyabet insidansının nispeten düşük olduğu (2.8/100 000/yıl) saptanmıştır (Prof. Dr. H. Günöz, yayınlanmamış veriler). Bu sonuçlar ülkemizde çocukluk çağı tip 1 diyabetin bölgedeki diğer ülkelerden daha seyrek görüldüğünü düşündürmektedir (2-4,7,8,42).

Tablo 4. 2010 Yılında Türkiye'de Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Toleransı (20-79 yaş grubu)

Türkiye nüfusu (toplam)	71.517.100*
Erişkin nüfus (20-79 yaş)	49.759.000*
DİYABET	
Ulusal prevalans (%)	7,4
Dünya nüfusunun standart dağılımına göre prevalans (%)	8,0
Diyabetli sayısı	3.679.000
BOZULMUŞ GLUKOZ TOLERANSI (BGT)	
Bölgesel prevalans	6,3
Dünya nüfusunun standart dağılımına göre prevalans (%)	6,7
BGT'li sayısı	3.137.700
TİP 1 DİYABET (0-14 yaş)	
Tip 1 diyabet insidansı (100.000/yıl)	3,2
DİYABET MORTALİTESİ (20-79 yaş)	
Diyabete bağlı ölüm sayısı (Erkek)	13.001
Diyabete bağlı ölüm sayısı (Kadın)	20.830
DİYABETE BAĞLI SAĞLIK HARCAMALARI	
Kişi başı sağlık harcaması R=2** (ABD doları)	572
*TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2008 yılı verileri (http://www.turkstat.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=243).	
**R=2: Düşük gelir grubu ülkelere göre diyabet maliyet oranı.	
Kaynak: IDF Diabetes Atlas, 4th Edition, 2009.	

Tablo 4'te görüleceği gibi TÜİK'in Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2008 yılı verilerine göre Türkiye nüfusu 71.517.100 kişidir. Nüfusun %69,6'sı erişkin yaşlardadır (20-79 yaş).

TEKHARF Çalışmasının 1997/98 taramasından 2004/05 yıllarına kadar izlenen kohortuna dair 2009'da yayınlanan verilerine göre, Türkiye'de 35 yaş üstü nüfusta diyabet prevalansı %11,3 olarak tahmin edilmiş ve bunun 3,3 milyon kişiye karşılık geldiği hesaplanmıştır. Cinsiyetler arasında anlamlı bir prevalans farkı olmadığı görülmüştür ($p=0,9$). En yüksek prevalans % 22 ile 65-74 yaş grubunda bulunmuştur. Diyabet sıklığının coğrafi dağılımı incelendiğinde ise diyabetin %6,1 ile Doğu Anadolu'da ve %6,6 ile Marmara'da en düşük, %10 ile Karadeniz'de ve %17 ile Güneydoğu'da en yüksek oranlarda görüldüğü bulunmuştur. Aynı çalışma, ülkemizde 4,1 milyon prediyabetli (bozulmuş açlık glukozu ve/veya glukoz intoleransı) olduğunu öne sürmektedir.

TEKHARF Çalışması 2009'a göre ülkemizde diyabetin artış hızı %6,7 olup bu, diyabetli popülasyonun 10-11 yılda ikiye katlanması anlamına gelmektedir. Bu da yılda 350 bin yeni diyabetli olarak hesaplanmaktadır. Bozulmuş açlık glukozu (BAG) insidansı erkek için % 8, kadın için % 11,9; yılda 340 bin kişi olarak hesaplanmıştır. Diyabetin ilk gelişme ortalama yaşı olarak ise $52,8 \pm 11$ yıl bulunmuştur (40). TEKHAUF kohortunda glukoz metabolizması başlangıçta normal olup metabolik sendromu bulunanlarda sonradan yeni diyabet/BAG gelişme oranı erkekler için %9, kadınlar için % 15,5 olarak bulunmuştur. 2003/04 kohortunda kadın diyabetlilerin %98'inin metabolik sendromlu olduğu, erkeklerde ise bu oranın %58 olduğu hesaplanmıştır. Yeni diyabet gelişiminde anlamlı etken olarak tespit edilen risk faktörleri her iki cins için abdominal obezite ve yaş olmuştur. Sadece erkekler için hipertansiyon ve HDL-kolesterol düşüklüğü de anlamlı bulunmuştur. Bel çevresinde 6 cm'lik bir genişlemenin diyabet gelişme riskini erkekte %43 oranında yükselttiği saptanmıştır. Diyabetin gelecekte koroner kalp hastalığı gelişimini, diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak %81 yükselttiği hesaplanmıştır.

Sağlık Bakanlığınca yapılan 2003 Hane Halkı Araştırması sonuçlarına göre 18 yaş ve üzeri kişilerde beyana dayalı olarak diyabet sıklığı %4,75 (kadınlarda %5,75; erkeklerde %3,42) olarak bulunmuştur. "Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması" kapsamında yapılan analizlerde Türkiye için diyabet yıllık insidansı yüzbinde 3820, erkeklerde yüzbinde 3210,2 ve kadınlarda yüzbinde 4280,1 bulunmuştur. Diyabet prevalansı ise toplumda yaklaşık yüzde altı, erkeklerde yüzde beş ve kadınlarda yüzde altıdır (41) .

Diyabet Prevalansı: IDF Diyabet Atlasına göre, 2010 itibarı ile Türkiye erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevalansı %7,4'tür (2). Dünya nüfus dağılımına göre standardize diyabet prevalansı %8,0 olarak hesaplanmıştır. IDF tahminlerine göre şimdilerde 3.679.000 olan diyabetli nüfusun 20 yıl sonra 6 milyonu aşması beklenmektedir (6). TURDEP-II çalışmasının ön sonuçları yirmi yıl sonrası için öngörülen rakamlara şimdiden yaklaştığımızı göstermektedir.

Bozulmuş Glukoz Toleransı Prevalansı: Diyabet Atlası'na göre Türkiye'de halen %6,3 olduğu varsayılan BGT prevalansı, dünya nüfusuna göre standardize edildiğinde %6,7 olarak hesaplanmaktadır. Bir başka deyişle, Türkiye'de halen 3.137.700 kişi BGT döneminde prediyabetik olarak yaşamaktadır.

Tablo 5'te görüleceği gibi, Türkiye'de diyabetin artış hızı dünya ve Avrupa genelinin üzerindedir (2, 5-7). Bu durum BGT için de geçerlidir. Bunun başlıca nedeni Türkiye genelinde yaşlı nüfusun artmaya başlamış olması başta beslenme ve fiziksel aktivite olmak üzere yaşam tarzında meydana gelen değişikliklerdir.

Tablo 5. DSÖ Diyabet Projeksiyonu 2000 – 2030

	2000	2030	Artış oranı (%)
Dünya	171.000. 000	366.000.000	114
Avrupa	33.332.000	47.973.000	144
Türkiye	2.920.000	6.422.000	220

Kaynak: http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index4.html.

Tip 1 Diyabet Epidemiyolojisi: Halen Türkiye'de 15 yaş altı tip 1 diyabet insidansı 3,2/100.000 çocuk/yıl olarak tahmin edilmektedir (2).

Mortalite: IDF Diyabet Atlası'nda 2010 yılı için erişkin yaş grubundan 33.831 kişinin diyabete bağlı nedenlerle kaybedileceği öngörülmektedir (2). Ölümlerin %60'tan fazlası kadınlarda gerçekleşecektir.

Ulusal Hastalık Yüğü çalışması 2004 yılı verilerine göre diyabet, Türkiye'de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında %2,2 ile 8. sırada yer almaktadır; cinsiyetlere göre bakıldığında ise erkeklerde 11., kadınlarda ise 7. sırada ölüm sebebidir (41). Cinsiyete göre ilk yirmi hastalığın ölümlülük yüklerinin dağılımına bakıldığında, yaşam yılı kaybı (Years of Life Lost: YLL) olarak diyabet erkeklerde 16., kadınlarda ise 8. sırada yer almaktadır. Türkiye'de ulusal düzeyde tüm hastalıklara uyarlanmış yaşam yılları (Disability Adjusted Life Year: DALY)'nın bu hastalıkların neden oldukları toplam hastalık yüküne oranları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Türkiye’de Ulusal Düzeyde DALY’e Neden Olan İlk 20 Hastalığın Dağılımı

	DALY nedenleri	Toplam DALY (%)
1	Perinatal nedenler	8,9
2	İskemik kalp hastalığı	8,0
3	Serebrovasküler hastalıklar	5,9
4	Unipolar depresif hastalıklar	3,9
5	Alt solunum yolu infeksiyonları	3,8
6	Konjenital anomaliler	3,0
7	Osteoartritler	2,9
8	KOAH	2,8
9	Trafik kazaları	2,4
10	Demir eksikliği anemisi	2,1
11	İshalle seyreden hastalıklar	2,0
12	Diabetes mellitus	1,9
13	Yetişkinlerde görülen işitme kayıpları	1,7
14	Astım	1,2
15	Maternal nedenler	1,2
16	Trakea, bronş ve akciğer kanseri	1,2
17	Hipertansif kalp hastalıkları	1,1
18	Alkol kullanımına bağlı hastalıklar	1,1
19	İnflamatuvar kalp hastalıkları	1,0
20	Tüberküloz	1,0

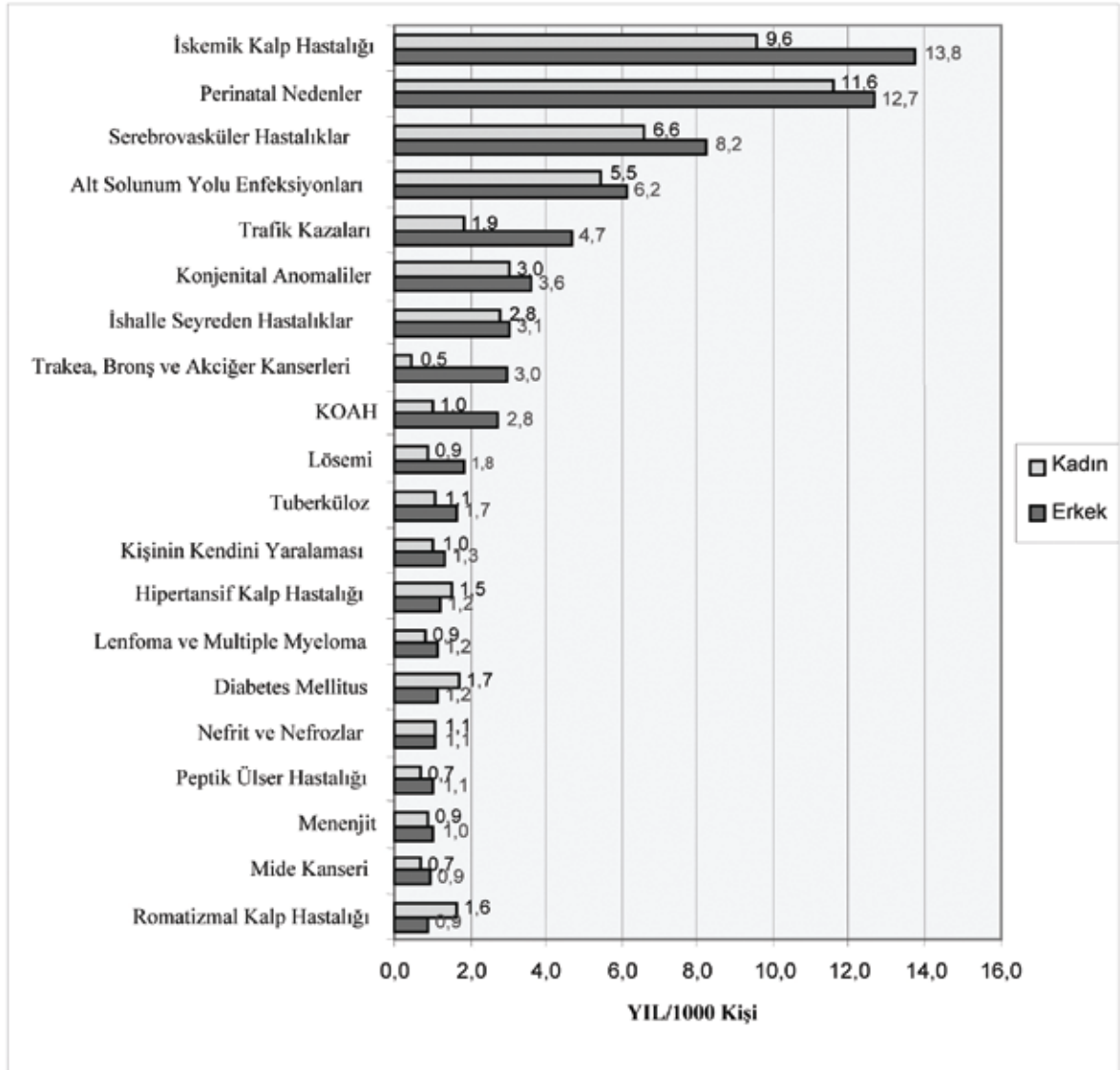
DALY:Hastalıklara uyarlanmış yaşam yılları, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı.

Kaynak:UHY-ME Çalışması, Türkiye 2004.

Ulusal düzeyde DALY’e neden olan ilk 20 hastalığın yüzde dağılımında tüm yaş gruplarında ilk sırada %8,9 ile perinatal nedenler, ikinci sırada %8,0 ile iskemik kalp hastalığı, üçüncü sırada ise %5,9 ile serebrovasküler hastalıklar bulunmaktadır. Diyabet ise 12. sırada yer almaktadır.

Şekil 2’de yaşam yılı kaybına neden olan (YLL/1000 kişi) ilk 20 hastalığın cinsiyete göre dağılımı verilmektedir. Buna göre, hipertansif kalp hastalıkları, diabetes mellitus ve romatizmal kalp hastalıkları dışında, diğer temel hastalık gruplarında ölümlülük yükü erkeklerde daha fazladır. Diabetes mellitus erkeklerde 1.2, kadınlarda ise 1.7 oranında görülmektedir.

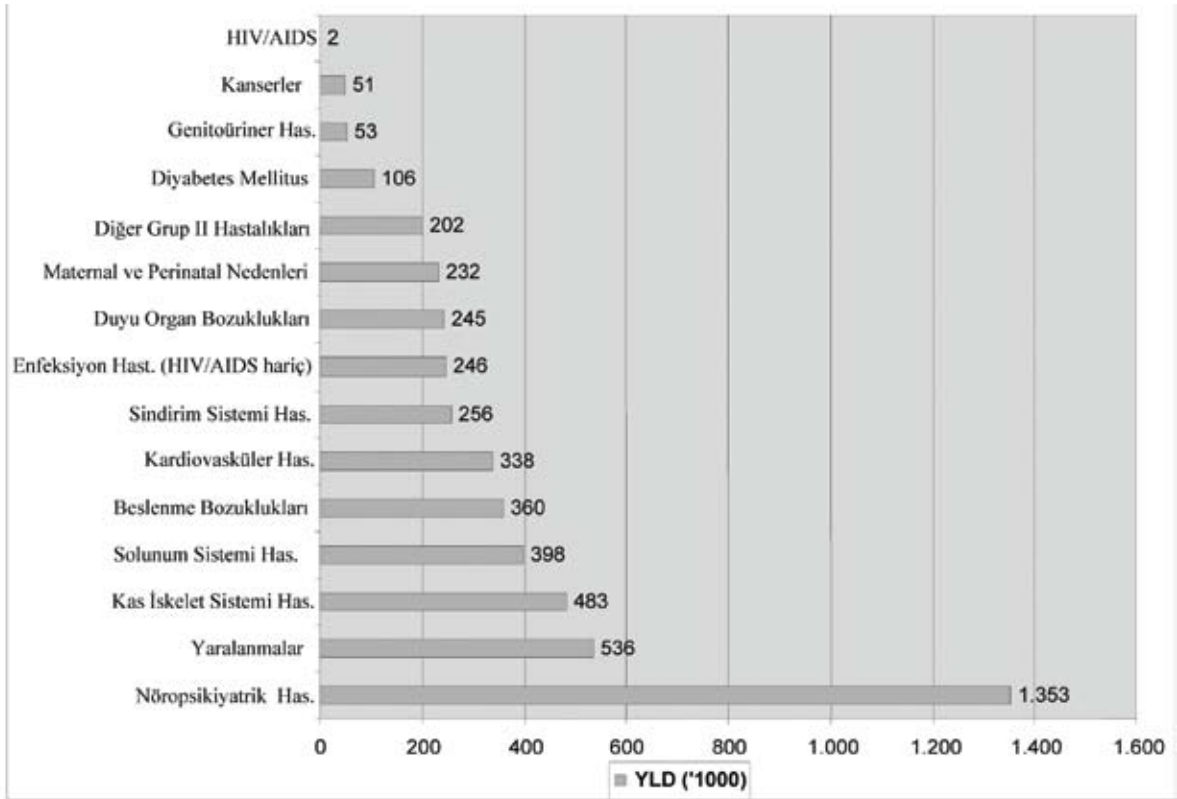
Şekil 2. Yaşam Yılı Kaybını (YLL/1000 Kişi) Oluşturan İlk 20 Hastalığın Cinsiyete Göre Dağılımı



Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye 2004

Şekil 3'te temel hastalık gruplarına göre ölümcül olmayan hastalık yükünün, sakatlıkla kaybedilen yaşam yılları (Years Lost with Disability: YLD) olarak dağılımı verilmektedir. Buna göre, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı nöropsikiyatrik hastalıklar, ikinci ve üçüncü sırayı ise yaralanmalar ve kas-iskelet sistemi hastalıkları almaktadır. Diyabet ise 12. sıradadır.

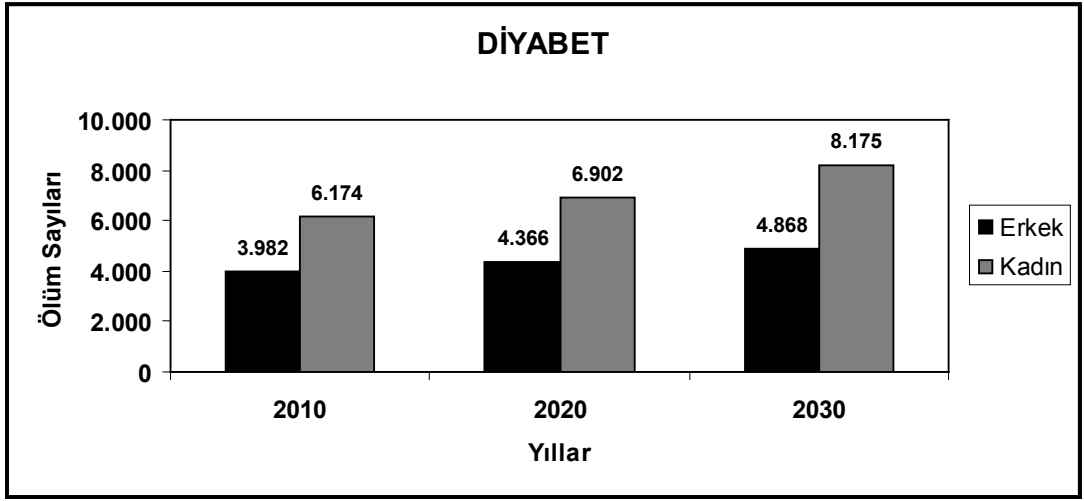
Şekil 3: Temel Hastalık Gruplarına Göre Ölümcül Olmayan Hastalık Yüğü (YLD)



Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye 2004

Aynı araştırma kapsamında erkeklerde diyabet kaynaklı ölümler 2010 yılı için 3982, 2020 yılı için 4366, 2030 yılı için ise 4868 olarak tahmin edilmiştir. Kadınlar için bu rakamlar 2010 yılı için 6174, 2020 yılı için 6902, 2030 yılı için ise 8175 şeklindedir (Şekil 4).

Şekil 4. 2010, 2020 ve 2030 Yılları İçin Erkeklerde ve Kadınlarda Diyabet Kaynaklı Ölüm



Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye 2004

Ekonomik Yük: Türkiye’de 1993’te yapılan çok merkezli DiabCost çalışmasına göre komplikasyonsuz bir diyabetlinin yıllık doğrudan maliyeti 400 dolar civarındadır. Komplikasyonlu diyabetlide ise maliyet yaklaşık 4 kat daha yüksek olarak hesaplanmıştır (42). Türkiye’de 2010 yılı için diyabet nedeniyle kişi başı sağlık harcamasının ortalama 572 dolar olduğu hesaplanmaktadır (2). Bu rakam Türkiye’de diyabet maliyetinin geçen 15 yılda %40 artış gösterdiğini ortaya koymaktadır.

1.4. Küresel Diyabetle Mücadele Stratejileri

St. Vincent Deklarasyonu: 1989 yılında DSÖ-Avrupa ve IDF-Avrupa bölgelerinin evsahipliğinde İtalya’nın St Vincent kasabasında toplanan 50 Avrupa ülkesinin Sağlık Bakanları Avrupa’da diyabetli hastalara sunulan bakım kalitesinin yükseltilmesi, böylece 5 yıl içinde diyabete bağlı körlüklerin 1/3 ve amputasyonların %50 oranında azaltılması, diyabetik gebeliklerdeki anne ve fetus risklerinin diyabeti olmayanlara eşitlenmesi yönünde kararlar almış ve hazırlanan deklarasyon ülkelerin sağlık bakanları tarafından imzalanmıştır.

St. Vincent Deklarasyonu 10. Yıl Toplantısı; 9-12 Kasım 1999, İstanbul Bildirgesi: St Vincent kasabasındaki ilk toplantıdan sonra Atina ve Lizbon’da yapılan St. Vincent toplantılarında ülkelerin St Vincent hedeflerine yaklaşımları ve ulaşılan hedefler uzun uzun tartışılmıştır. St Vincent Deklarasyonu’nun 10. Yılı nedeniyle 1999’da İstanbul’da toplanan Avrupa ülkelerinin konu ile ilgili resmi kurum ve kuruluşları akademik ve mesleki çevrelerin yetkilileri ve hasta ve sağlık profesyonellerini ilgilendiren sivil toplum örgütlerinin temsilcileri Avrupa ülkelerinde yaşayan diyabetlilerin bakım kalitesinin yükseltilmesi ve komplikasyonların önlenmesi için çözüm üretmeye çalışmışlar ve alınan kararlar, ‘St Vincent İstanbul Bildirgesi’ adı ile 12 Kasım 1999 tarihinde ülkelerin sağlık bakanları tarafından imzalanmıştır (43).

DSÖ Obezite ile Mücadele İstanbul Şartı 2006: DSÖ Avrupa Bölgesi önderliğinde Sağlık Bakanlığı ev sahipliğinde, 15-17 Kasım 2006 tarihleri arasında İstanbul'da DSÖ Avrupa Bölgesi elli üye ülkenin Sağlık Bakanlarının katılımı ile düzenlenen konferansta, obezite ile mücadele için tarihi kararlar alınmış ve bu konuda hazırlanan sözleşme, Avrupa Bölgesi Sağlık Bakanları adına Sağlık Bakanımız Prof Dr. Recep Akdağ ve DSÖ Avrupa Bölgesi Direktörü Dr. Marc Danzon tarafından 16 Kasım 2006'da imzalanmıştır (European Charter on Counteracting Obesity). Bu sözleşmede Avrupa'da obezite epidemisini frenlemek ve mevcut trendi yavaşlatmak hedefine ulaşılabilmesi için bir dizi kararlar alınmıştır. Bu sözleşmede özellikle çocuk ve adolesanlarda 4-5 yıl içinde görülebilir bir ilerleme sağlanabileceği ve obezitedeki artış eğiliminin tersine döndürüleceği bildirilmiştir (44). Bu hedefe ulaşılabilmesi için pekçok sektörde değişiklikler yapılması gerektiği öngörülmüştür. Sözleşmede, küçük yaşlardan itibaren sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazanmaları ve ticari etkilenmelerden korumak için özellikle çocuklar üzerine odaklanılması gerektiğinin altı çizilmiştir. Bu amaçla önerilen bazı düzenleyici tedbirler aşağıda belirtilmiştir:

- Enerjisi yoğun yiyecek ve içeceklerin çocuklar üzerindeki etkilerini azaltmak için bunları sınırlamak, örneğin çocuklar için güvenli kodlama sistemi oluşturmak gibi uluslararası düzenlemeler getirilmeli ve bunlara uyulması sağlanmalıdır.
- Yürüme ve bisiklete binme gibi alışkanlıkların kazanılmasını kolaylaştırmak üzere güvenli yollar yapılması gibi düzenlemeler getirilmeli ve bu düzenlemelere uyulması sağlanmalıdır.

Bu sözleşme üye ülkelerin çeşitli devlet kuruluşları, uluslararası örgütler, uzmanlar, sivil toplum örgütleri ve özel sektör gibi farklı segmentlerden davet edilen temsilcilerin katkıları ile oluşturulmuştur. Sözleşmede, sağlıklı diyetin özendirilmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması, ayrıca bebeklerin anne sütü ile beslenmesinin teşvik edilmesi; hazır ürünlerde yağ, şeker ve tuz miktarlarının azaltılması; şehirlerde yol ve ulaşım güvenliğinin sağlanması suretiyle yürüme ve bisiklete binme alışkanlıklarının kazandırılması; günlük fiziksel aktivite fırsatları sunmak konusunda yerel yönetimlerin olanaklar sunması, okullarda daha sağlıklı beslenme ve özellikle beden eğitimi derslerinde fiziksel aktivite alışkanlıklarının kazandırılması gibi çözümler belirtilmiştir.

Birleşmiş Milletler Diyabetle Mücadele Kararı 2006: Diyabet insidans ve prevalansının istatistiksel tahminlerin ötesinde çok hızlı artış göstermesi, tanıdan itibaren yaşam boyu sürmesi, ağır komplikasyonlarla seyretmesi, iş gücü ve yaşam süresini olumsuz etkileyen bir hastalık olması nedenleriyle, Birleşmiş Milletler (BM), Aralık 2006 tarihi itibarı ile diyabeti küresel bir hastalık olarak kabul etmiş ve tüm ülkelerin sağlık otoritelerine diyabetle mücadele çağrısı yapmıştır. BM Genel Kurulu 20 Aralık 2006'da kabul ettiği 61/225 sayılı yönergesi ile 2007 yılından itibaren Dünya Diyabet Günü'nü Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilmiş resmi bir dünya günü olarak ilan etmiştir. Bu yönerge ile tarihte ilk kez bulaşıcı olmayan bir kronik hastalık, sıtma, tüberküloz ve HIV/AIDS gibi bulaşıcı epidemiler gibi küresel bir tehdit olarak kabul edilmiştir (Ek. 1).

Diyabetin Önlenmesi ve Kontrolünde DSÖ Aktiviteleri: DSÖ, özellikle düşük ve orta gelir grubu ülkelerde diyabet ve komplikasyonlarının araştırılması, önlenmesi ve kontrolü konusundaki etkin tedbirlerin alınmasını ve bu tedbirlerin uygulanmasını sağlamayı ve bu yöndeki aktiviteleri desteklemeyi amaçlamaktadır. Bunlar:

Diyabetin önlenmesi için bilimsel rehberler hazırlanmasına katkıda bulunmak,

- Diyabet bakım standartlarının belirlenmesi ve geliştirilmesine yardımcı olmak,
- Diyabet ve komplikasyonlarının sıklığının belirlenmesi ve takibi konusunda çalışmalar yürütmek,
- Diyabet mortalitesine yönelik çalışmalara katkıda bulunmak ve bu gibi çalışmaları kolaylaştırmak ,
- Diyabet, komplikasyonları ve risk faktörlerin tanı ve tedavisi için uluslararası ölçekte üzerinde konsensusa varılarak geniş kabul görecekt standartları belirlemek, geliştirmek ve uygulanabilirliğini sağlamak,
- Diyabetin önlenmesi ve kontrolü için kapasite yaratılmasına katkıda bulunmak,
- Küresel diyabet problemi konusunda toplumda farkındalığı artırmak,
- Yüksek riskli kişilerde diyabetten korunma ve diyabeti olan kişilerde hastalığın kontrolü için çalışmalar yapmaktır.

Bu aktivitelere ek olarak DSÖ, aşağıdaki konulardaki çalışma programlarını destekleyecek ilave katkılara ihtiyaç duymaktadır:

- DSÖ'nün 'Diabetes Action Now' (Diyabete Karşı Şimdi Harekete Geçin) isimli programının (25,37) lokal dillere tercüme edilmesi, ulusal ve bölgesel ihtiyaçlara göre uyarlanması ve belirli bölge ve ülkelerde farkındalığı artırmak üzere kampanyalar düzenlenmesi,
- Diyabet farkındalığını artırmak üzere yapılacak saha çalışmalarının, diyabetin ekonomik yükünü belirlemeye yönelik çalışmaların, diyabet ve risk faktörlerinin prevalansını belirlemeye yönelik çalışmaların desteklenmesi,
- Gelişmekte olan ve henüz gelişmemiş ülkelerde ulusal diyabet program kapsamının belirlenmesi ve programın uygulanması konusunda, sağlık politikalarını oluşturacak görevlilere yol haritası teşkil edecek rehberlerin geliştirilmesi ve desteklenmesi,
- Konu ile ilgili uzmanların görevlendirilmesi, konsensus oluşturulması için çalıştay düzenlenmesi, çevrimiçi (online) bağlantı desteği sağlanması,
- Diyabetin mevcut yükünün ve gelecekteki trendinin (eğilimin) değerlendirilmesi,
- Diyabet ve komplikasyonlarının değerlendirilmesi ve sınıflandırılması için rapor hazırlama çalışmalarının desteklenmesi,

Diyabetin önlenmesi ve kontrolünde Global halka hareketi de bulunmaktadır (Ek 2).

Diyabet Yükünün Değerlendirilmesi

DSÖ'nün diyabet hakkında belki de en çok alıntı yapılan yayını küresel diyabet prevalansı ve gelecekteki projeksiyonlarıdır. Bir diğer sık alıntı yapılan DSÖ yayını da diyabet ve diğer bozulmuş glukoz regülasyonu durumlarının tanı ve sınıflamasına ilişkin kitapçıktır. Halen üç ana konuya dikkat çekilmektedir:

- Küresel diyabet salgınına obezite eğilimlerinin katkısını değerlendirmek,
- Diyabete bağlı küresel mortalite tahminlerini yapmak,
- Diyabet komplikasyonlarının tanı ve değerlendirmesine rehberlik etmek,

Ayrıca küresel diyabet salgını konusunda kamu bilincinin oluşturulması için çeşitli etkinlikler düzenlenmekte, özellikle “14 Kasım Dünya Diyabet Günü” sırasında IDF ile birlikte hareket edilerek diyabet gündeme getirilmeye çalışılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün “Diyet, Fiziksel Aktivite ve Sağlık için Küresel Strateji Programı” sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktiviteyi toplumsal olarak özendirmek ve yaygınlaştırmak suretiyle fazla kilo ve obezitenin oluşturduğu sorunları azaltmaya yardımcı olmayı hedeflemektedir.

Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi Sağlık Bakanları Deklarasyonu 2009

Bu deklarasyonda aşağıdaki unsurlara dikkat çekilmektedir:

- Halen dünyada ikiyüzseksenbeş milyon diyabetli insan yaşamaktadır.
- IDF 2009 sonu itibarı ile yılda dört milyona yakın kişinin diyabet nedeniyle kaybedildiğini bildirmiştir.
- Ölümlerin %80'i gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir.
- Ölenlerin yarısı 70 yaşın altındadır.
- Diyabete bağlı nedenlerle kaybedilen kişilerin %55'i kadındır.
- DSÖ ve IDF önümüzdeki çeyrek yüzyıl içinde dünya genelinde diyabetli nüfusun ikiye katlanacağını öngörmektedirler.
- Sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, normal kiloya ulaşılması, kilonun korunması ve sigara kullanımından uzak durulması ile diyabet önlenabilir veya ortaya çıkması geciktirilebilir (45).

1.5. Türkiye’de Diyabetle Mücadele Alanında Daha Önce Yürütülen Çalışmalar

Dünya Diyabet Günü Etkinlikleri: Dünya Diyabet Günü, Charles Best ile birlikte 1922’de insülini keşfederek diyabetli hastaların hayatını kurtaran Frederick Banting’in doğum günü anısına her yıl 14 Kasım’da kutlanmaktadır. 1991 yılında IDF ve DSÖ tarafından başlatılan bu küresel etkinlikte her yıl diyabetin değişik bir yönünü gündeme getiren farklı bir tema ile diyabet farkındalığı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Şimdiye değin diyabetin kontrolü, çocukluk çağı diyabeti, eğitim, ayak bakımı, maliyet ve egzersiz gibi temalar işlenmiştir. Tip 2 diyabetle ilgili risk faktörleri büyük ölçüde önlenilmektedir. Çeşitli toplumlarda yapılan diyabetten korunma çalışmalarında yaşam tarzı değişimi ile diyabet riskinin %44-58 oranında azaltılabileceği gösterilmiştir (10-12,26). En son klinik deneyler ve gözlemsel epidemiyolojik

çalışmalar; enerji ve yağ alımının azaltılması, kilo kaybı ve düzenli fiziksel aktiviteyi kapsayan yaşam tarzı değişikliklerinin insülin duyarlılığının düzelmesinde ve diyabet riskinin azalmasındaki etkisini kanıtlamaktadır (17). Ayrıca dünya diyabet günü Sağlık Bakanlığı ve 81 İl Sağlık Müdürlüklerince her yıl çeşitli etkinliklerle kutlanmaktadır.

DE-PLAN (Yaşam Tarzı Değişimi ile Diyabeti Önleme) Çalışması: Diyabet riski yüksek olan 40 yaş üzeri 67 kişi çalışmaya alınmış ve şimdiye kadar 2 yıl izlenmiştir. 2 yılda %9 diyabet görülmüş ve BAG oranında %58 artış; %21 NGT'ye dönüş, hiperinsülinemide %76 azalma, BGT oranında %78 azalma ve kombine glukoz tolerans bozukluğunda %20 oranında azalma sağlanmıştır. Çalışma halen sürdürülmektedir.

ADMIRE Çalışması: Türkiye'de tip 2 diyabetli hastaları tedavi eden hekimlerin güncel diyabet kılavuzlarına uyumunu artırmayı amaçlayan 2 yıllık çalışma (retrospektif değerlendirme sonuçları: %60 kronik komplikasyon oranı, ortalama A1C düzeyi %8.4)

Uzaktan Eğitim Projesi (Birinci Basamak Hekimlerine Yönelik Sertifika Programı) Birinci basamakta insülin kullanımı hakkında genel bilgi düzeyinin artırılması için planlanmıştır. Hazırlıkları devam etmektedir.

DiabCost-2 Çalışması: Çok merkezli, diyabetin direkt maliyetinin hesaplanması amacıyla yürütülmektedir.

İşyerinde Diyabet Programı: Diyabetlilere yönelik negatif ayrımcılığın önlenmesi, işyeri hekiminin diyabet takibi, iş güvenliği ortamı sağlanması amacıyla sivil toplum örgütleri ile birlikte yürütülmek üzere planlanmıştır.

Sağlık Bakanlığının Diyabet Kontrolü Çalışmaları

Ulusal Diyabet Kontrol Programı -1994

Sağlık Bakanlığı bünyesinde, önceki yıllarda da diyabetle programlı bir şekilde mücadele etme yaklaşımı paralelinde çalışmalar geliştirilmiş ve yürütülmüştür. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve IDF'nin girişimi ile hazırlanan ve 1989 yılında ilan edilen "St. Vincent Bildirisi" (Ek.3) bir diyabet stratejisi belirlemiş ve bu bildiri ülkemiz adına 1992 yılında imzalanmıştır. 1994 yılında Sağlık Bakanlığı önderliğinde "Ulusal Diyabet Programı" (Ek. 4) adı ile geliştirilen program uygulamaya konulmuş, bu kapsamda 2003 yılında 15 ilde (Afyon, Bartın, Niğde, Nevşehir, İçel illeri yanı sıra Aksaray, Balıkesir, Edirne, Erzincan, Kayseri, Kırıkkale, Kahramanmaraş, Malatya, Muğla, Ordu ve Van) diyabet poliklinikleri/merkezleri oluşturulup yaygınlaştırılmıştır. St. Vincent Bildirisinin 10. yıldönümüne denk düşen Beşinci Takip Toplantısı 1999 yılında Sağlık Bakanlığı evsahipliğinde İstanbul'da düzenlenmiş ve neticesinde "İstanbul Bildirisi" (Ek. 5) yayınlanmıştır. Bu program 2003 yılında revize edilmiş ve "Ulusal Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programı" (Ek. 6) olarak düzenlenmiştir. Bu program diyabete yönelik mücadele ve diyabet yönetimi politikalarının, DSÖ'nün ilgili strateji ve eylem planlarına paralel ve günümüzün

mücadele tekniklerine uygun olarak yeniden düzenleme çalışmasının bir sonucudur. Diyabetin kontrolü hedefine yönelik strateji metni ile orta ve uzun vadeli eylem planlarına yönelik çalıştaylar geniş katılımı tamamlanmış ve bu raporun oluşturulmasına büyük katkıda bulunmuştur.

Diyabet Konulu Sürveyans Çalışmaları

Sağlık Bakanlığı, politika geliştirme ve karar alma süreçlerinde yol gösterici olan diyabet sürveyansı verilerinin edinilmesi konusundaki çalışmalara özel bir önem vermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Projesinin (2004-2009) bileşenlerinden biri karar süreçlerinde etkili bilgiye erişim sağlama amacı ile Sağlık Bilgi Sisteminin geliştirilmesi olmuştur. Halen devam etmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Projesi II. Fazı olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (2009-2013) kapsamında Bakanlığımız İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı Bilişim Teknolojileri Koordinatörlüğü, Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi Projesi bünyesinde Sağlık-Net veritabanını geliştirme çalışmasını devam ettirmektedir. Halen Hastane Bilgi Sistemi (HBS) ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) kullanılarak ilgili Minimum Sağlık Veri Seti (MSVS) içeriğinde yer verilen veriler toplanabilmektedir. Karar Destek Sistemlerinin (KDS) geliştirilmesi ile bu veriler kullanılarak istenen göstergeler hesaplanabilecek olup elektronik ortamda güncel surveyans verisi sağlanması mümkün olacaktır.

Diyabet Minimum Sağlık Veri Seti, tüm diyabet hastaları için uygulanan tespitler ve izlem işlemlerini kapsamakta olup içeriğinde; kurum, ilk tanı tarihi, boy, ağırlık, bel çevresi, egzersiz (yok, hafif, orta, ağır), tıbbi beslenme tedavisine uyum (var, yok), sistolik ve diastolik kan basıncı, tiroid muayenesi (tiroid ele gelmiyor, nodüler ele geliyor, diffüz ele geliyor) ve birlikte sık görülen ek hastalıklar (hipertansiyon, obezite, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı) konularında bilgi alanları yer almaktadır. Diyabetin tedavisi, bakımı ve izlem kalitesi üzerine göstergelerin (başta A1C değeri) sağlanmasına yönelik iyileştirme çalışmalarına devam edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı ayrıca, saha çalışmalarına destek sağlamaktadır. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-II) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ile birlikte 2009-2010 arasında yürütülmüş olup sahada verilerin toplanmasında Bakanlığımız hekim ve hemşireleri görev almışlardır. Yine, İleriye Dönük Kentsel ve Kırsal Epidemiyolojik Çalışma (Prospective Urban and Rural Epidemiological Study (PURE Çalışması)'nın Türkiye Ayağı ve Türk Kardiyoloji Derneği tarafından düzenli olarak yapılan TEKHARF çalışması Sağlık Bakanlığı onay ve desteği ile yürütülmektedir. 2010 yılında saha çalışması bitirilen ve 2011 yılı başında ön raporu çıkacak olan Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA) sonuçları hem diabetes mellitus hem de Türkiye'de beslenme profili hakkında kapsamlı bilgiler elde etmemizi sağlayacaktır.

TÜRKİYE DİYABET ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI

2. TÜRKİYE DİYABET ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI EYLEM PLANI (2011-2014)

2.1. Programın Nitelikleri

- Diyabet ve risk faktörlerine yönelik farkındalık yaratmak,
- Toplumsal olarak sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi,
- Diyabetin erken tanınması,
- Güncel standartlara uygun tedavi ve izlem,
- Komplikasyonların azaltılması.

2.2. Programın Prensipleri

- Diyabet ve risk faktörlerine yönelik toplumda sağlıklı yaşam tarzı değişimini sağlamak,
- Risk gruplarına yönelik kişiye özel yaşam tarzı programlarını geliştirmek,
- Diyabetin erken tanınmasını sağlamak için toplumsal ölçekte diyabet farkındalığı yaratmak,
- Diyabetlilere güncel standartlarda bakım sunulabilmesi için sağlık profesyonellerini (aile hekimleri, uzmanlar, hemşire ve diyetisyenleri) eğitmek, yeterli işgücünü temin etmek,
- Daha iyi diyabet kontrolü sağlayarak komplikasyonları azaltmak,
- Bunun için hastaları eğitmek, hekimlerin diyabetli hastalara daha fazla zaman ayırmasını sağlamak [daha yüksek performans, hasta eğitimlerinin Türk Tabipler Birliği (TTB) normlarına uygun olarak ücretlendirilmesi vb. gibi],
- Güncel kılavuzlar ve algoritmalara uygun şekilde izlem ve tedavi yapılmasını sağlamak,
- Aile hekimlerinin üniversite ve eğitim-araştırma hastaneleri ile koordine çalışmalarını sağlayarak diyabete bağlı ölümleri azaltmak.

2.3. Programın Stratejik Özellikleri

Yukarıda da görüldüğü üzere bu program, mevcut durum, şimdiye değin yapılmış çalışmalar ile hemen hemen tüm yönleri ile açıktır. Program bileşenleri aşağıda özetlenmiştir:

2.4. Programın Bileşenleri

1. Tip 2 diyabetten korunma,
2. Diyabet farkındalığı oluşturma,
3. Erken tanı,
4. Diyabet bakım kalitesini artırma ve uluslararası standartlarda bakım sunma,
5. Profesyonellerin ve hastaların eğitimi,

6. Prediyabet, diyabet ve ilgili komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlemi için ulusal kılavuzlar oluşturulması,
7. Bilişim sistemleri,
8. İlaçlar,
9. Araçlar (yöntem ve cihazlar),
10. Diyabet araştırmaları,
11. Diyabet komplikasyonlarının önlenmesi,
12. Psikolojik destek sağlanması ve davranış değişikliği kazandırılması,
13. Ulusal Diyabet Programı'nın izlenmesi ve değerlendirilmesi.

2.5. Programın Vizyonu

Diyabetin önlendiği, yurdun tümünde etkin diyabet yönetiminin sağlandığı, diyabetik yaşam kalitesi yüksek bir Türkiye.

2.6. Programın Misyonu

Hastalar, hasta yakınları, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına, ilaç üreticilerine ve geri ödeme kurumlarına, organizasyon ve sistemlerde diyabetin farkındalığını artırarak toplumu diyabetten korumak ve toplum sağlığını geliştirmek

2.7. Programın Stratejik Amaçları

Diyabetin önlenmesi, hastalarda diyabet bakım kalitesinin yükseltilmesi, komplikasyon oranlarının ve diyabete bağlı ölümlerin azaltılması.

2.8. Programın Stratejik Grupları

Diyabet risk grupları, diyabetli hasta yakınları ve tüm diyabetliler.

3. EYLEM PLANININ AMACI KAPSAMI VE HEDEFLERİ

Ülkemizde 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı sorumlulukları kapsamında sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesine yönelik olarak yürütülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2010-2014 metninin 'Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri' başlığı altında yer alan Stratejik Amaç 1 "Halkımızın sağlığına yönelik riskleri azaltmak, sağlığı korumak ve geliştirmek" şeklinde olup bu stratejik amaç altında bulunan Hedef 1.5 "Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri 2014 yılına kadar %25

azaltmak” olarak belirlenmiştir. Alt hedef 1.5.5. Diyabet hastalığının erken tanı ve tedavisinin sağlanması, diyabete bağlı komplikasyon (amputasyon, körlük, böbrek yetmezliği ve gebelik komplikasyonları vb.) insidansını 2014 yılı sonuna kadar azaltmak olarak belirlenmiştir.

Hedefe yönelik stratejiler kapsamında;

- Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı hayata geçirilecek,
- İzleme ve değerlendirme çalışmaları yapılacak ve sonuçlar analiz edilecek,
- Risk faktörleri konusunda halkımız bilgilendirilecek,
- Sektörlerarası işbirliği sağlanacaktır, ifadeleri benimsenmiştir.

Kronik hastalık risk faktörleri ile mücadele, kronik hastalıklar konusunda ülke düzeyindeki durumun araştırılması, bu hastalıklar ve risk faktörlerine dair temel verilerin ve veri akışının elde edilmesine yönelik çalışmalar yapılması, bu bilgiler ışığında bu hastalıkları davet eden risk faktörleriyle mücadele edilmesi ve halk sağlığına yönelik tehditleri azaltmak amacı ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılanmaya gitmiş ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Bu dairenin şubelerinden bir tanesi de “Metabolik Hastalıklar Şube Müdürlüğü” olup programın geliştirilmiştir.

Yapılan araştırmalarda diyabetin tahminlerin üstünde bir artış kaydetmesi sonucunda Sağlık Bakanlığınca gerek duyulan güncel bir diyabet, risk faktörleri ve komplikasyonları ile mücadele stratejisi geliştirme çalışması, 2009 yılı ilk çeyreğinde “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı; Stratejik Plan ve Eylem Planı Hazırlama Çalışmaları ” başlatılmış bulunmaktadır. 17 Nisan 2009 tarihinde Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı başkanlığında I. Danışma Kurulu Toplantısı yapılarak “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı Hazırlık Çalıştay”ının temel çalışma çerçevesi belirlenmiş olup 15-20 Şubat 2010 tarihleri arasında da üçer günlük iki çalışma devresi halinde Ankara’da çalıştay düzenlenmiştir. Çalıştayda, toplam 16 çalışma grubu faaliyet göstermiştir. Daha sonra 9 Mart 2010 tarihinde Ankara’da “Gözden Geçirme Toplantısı” düzenlenerek program geliştirilmiştir.

3.1. Planın Amacı

Daha sağlıklı bir Türkiye için önemli bir mortalite ve hastalık yükü sebebi olan, diyabet hastalığının erken tanı ve tedavisinin sağlanması, ilgili risk faktörleri konusunda halkın bilinçlendirilmesi, diyabete bağlı komplikasyon sıklığının DSÖ hedeflerine indirilmesi amaçlanmaktadır.

3.2. Planın Kapsamı

Diyabete yönelik önleme ve kontrol programının önemli bir bileşeni kronik hastalıkların önlenmesine dair entegre toplum tabanlı programlardır. Bu plan, diyabet hastalığının önlenmesi ve kontrolüne yönelik olarak risk faktörleri ve korunma, örgütlenme, insangücü planlaması ve eğitim, rehabilitasyon, tedavi ve evde bakım hizmetleri, surveyans ve araştırmalar, finansman ve sektörlerarası işbirliği ile geleceğe yönelik uygulama yaklaşımlarını kapsamaktadır.

3.3. Planın Hedefi

Bu planın hedefi, diyabet hastalığı konusunda toplumu bilgilendirmek, risk faktörleri konusunda kalıcı davranış değişiklikleri sağlamak için çalışmalar yürütmek, hastalığı erken dönemde saptamak ve ilerlemesini önlemek, hastalığın etkin tedavisi, komplikasyonların gelişimini önlemek ve bu hastalığa yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması, etkin sürveyanslarının yapılması suretiyle bireylerin sağlık açısından kalitesi yüksek bir hayat sürdürmelerini sağlamaktır.

4. AMAÇLAR HEDEFLER VE ETKİNLİKLER

AMAÇ 1. DİYABETİN ÖNLENMESİ

Hedef 1. Sağlıklı ve Diyabet Riski Taşıyan Bireylerin Diyabetin Önlenmesi Konusunda Eğitilmesi ve Farkındalığın Artırılması

Etkinlikler:

1. Risk grupları başta olmak üzere toplumun farklı kesimlerine yönelik sağlıklı yaşam programlarında kullanılacak standart “Diyabet Eğitim Modülleri” hazırlanacak,
2. Diyabet riski taşıyan nüfusun tespit edilmesi ve eğitilmesi sağlanacak,
3. Toplumsal farkındalığın artırılması çalışmaları kapsamında diyabet için doğru rol modeller tespit edilerek (siyasi liderler, kanaat önderleri, bilim adamları, sanatçılar, medya mensupları vb.) belirlenen mesajların rol modeller aracılığı ile spot cümleler halinde topluma aktarımı için kampanyalar düzenlenecek,
4. Her türlü görsel ve işitsel materyal ile sağlığın teşvikine yönelik faaliyetler düzenlenecek,
5. Risk grupları başta olmak üzere, toplumsal farkındalığın artırılması amacı ile yazılı ve görsel medyanın etkin ve doğru kullanılması sağlanacak,
6. Gebelik diyabetine yönelik toplumsal farkındalığın artırılması ve ilgili işbirliğinin geliştirilmesi sağlanacak,
7. Diyabet geliştirme açısından risk altında bulunan gebeler ilgili takip programı (Riskli Gebe Takip Programı) kapsamında eğitilecek,
8. Sağlık Bakanlığı web sitesinde Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı web sayfası düzenlenecek ve belirli aralıklarla güncellenecektir.

Hedef 2. Örgün Eğitim Programlarında Yer Alan Sağlıklı Yaşamla İlgili Müfredatta Diyabet ve Önlenmesi Konusuna Daha Fazla Yer Verilmesi ve Etkin Eğitimin Sağlanması

Etkinlikler:

1. İlköğretim hayat bilgisi ve fen bilgisi ders kitaplarında sağlıklı yaşam programları içerisinde diyabetin yer alması sağlanacak,
2. Öğrencilerin Dünya Diyabet Günü etkinliklerine aktif katılımları sağlanacak,
3. Öğrenciler diyabetle ilgili toplumsal çalışmalarda görev alma konusunda teşvik edilecek,
4. Okullarda kullanılmak üzere diyabetle ilgili yaratıcı eğitim araçları geliştirilecektir.

Hedef 3. Topluma Yaşam Boyu Yeterli ve Dengeli Beslenme İle Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlıkları Kazandırılması ve Sürekliliğinin Sağlanarak Obezitenin Önlenmesi

Etkinlikler:

1. Obezite ile mücadele hedef ve stratejilerini içeren “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014)” etkin bir şekilde uygulanacaktır.

Hedef 4. Prediyabetik Bireylerde Diyabet Gelişme Riskinin Önlenmesi

Etkinlikler:

1. BGT veya BAG’li kişilerin Yaşam Tarzı Programlarına (YTP; ağırlık kontrolü ve düzenli fiziksel aktivite) katılmaları için uygun imkanlar sağlanacak,
2. KGTB ve ilave risk faktörleri olan kişilere ise YTP yanısıra, gerektiğinde ilaç tedavisinin yapılması desteklenecek,
3. Pregestasyonel diyabetlilerin gebeliğe hazırlanması için Riskli Gebe Takip Programı uygulanacaktır.

Hedef 5. Diyabetin Erken Dönemde Tanınmasının Sağlanması

Etkinlikler:

1. AHBS ve HBS’ye prediyabetik bireyleri belirleyecek tanımlayıcı bilgiler entegre edilerek bu bilgilerin düzenli olarak toplanması sağlanacak,
2. İlgili tarama programları oluşturulacak,
3. GDM tanısı almış gebelerin, gebelik sonrası 6. haftada kalıcı diyabet yönünden tekrar değerlendirilmesi ve yıllık takiplerinin yapılması (Post Partum Bakım Protokolü) sağlanacak,

AMAÇ 2. DİYABET VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

Hedef 1. Diyabet Tanı, Tedavi ve İzlem Standartlarının Geliştirilerek Etkin Biçimde Uygulanmasının Sağlanması

Etkinlikler:

1. Diyabet ve komplikasyonlarına yönelik ulusal tanı ve tedavi rehberi hazırlanacak,
2. Diyabet tanısı, tedavisi ve izlemi için standart kriterlerin belirlenmesi, ilgili algoritmaların düzenlenmesi, bunların “Sağlık Bakanlığı Diyabet Standartları (SBDS) adı altında yayınlanması ve gerektiğinde güncellenmesi sağlanacak,
3. Diyabetin tanısı, tedavisi ve izleminde SBDS’nin uygulanmasına dair performans göstergeleri belirlenerek yayınlanacak ve gerektiğinde güncellenecek,
4. SBDS’nin uygulanmasına yönelik bir genelge hazırlanacak, yayınlanacak ve uygulanması sağlanacak
5. SBDPG, AHBS ve HBS’de tanımlanacak,
6. Aile Hekimleri’nin tespit ve takip ettiği GDM ve pregestasyonel diyabet olguları için bir ödüllendirme sisteminin geliştirilmesine çalışılacak,
7. SBDPG’nin uygulanmaya konulması ile ilgili bir yönetmelik düzenlenecek
8. SBDS’nin önerdiği protokollere yönelik maliyet paketleri hazırlanacak,
9. SBDS’nin yaygın ve hakkaniyetli bir şekilde uygulanabilmesi için “Sağlık Uygulamaları Tebliği” (SUT) üzerinde çalışmalar (önerilen ilaçların reçetelenmesi, gerek duyulan raporlamalar, insülin sarf malzemelerinin kullanımında geri ödemenin iyileştirilmesi gibi) yapılacak ve ilgili izleme faaliyetleri gerçekleştirilecek,
10. Biyokimya laboratuvarlarında glukoz ölçümü için preanalitik, analitik ve postanalitik koşulların/yöntemlerin standardizasyonu sağlanacak,
11. Kan glukozu profilini görmek için kullanılan glukometreler ve glukoz test çubuklarının standardizasyonu sağlanacak,
12. Ulusal HbA1C standardizasyonu için gerekli çalışmalara başlanacak,
13. Birinci basamak (Aile Hekimleri) tarafından ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında izlenen diyabetlilerin ne zaman bir üst basamağa gönderileceği konusunda sevk kriterleri belirlenecek,
14. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında SBDS uygulaması değerlendirilecektir.

Hedef 2. Diyabet Takibinde Glisemik Kontrol Hedef Parametrelerine Ulaşılması

Etkinlikler:

1. Ulusal Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi ile SBDS içerisinde yer alan tedavi ve izlem standartları benimsenilecek,
2. Diyabetli bireylerde klinik özelliklerine göre 3 ilâ 6 ayda bir A1C ölçümü sağlanacak,
3. Glisemik kontrol hedef parametreleri AHBS ve HBS’de tanımlanacaktır.

Hedef 3. Diyabete Bağlı Akut ve Kronik Komplikasyonların Azaltılması

Etkinlikler:

1. Diyabetikler ve yakınları, diyabetin akut ve kronik komplikasyonları konusunda bilgilendirilecek ve farkındalık düzeyleri artırılacak
2. SBDS kapsamında diyabetik acillere yönelik tanı-tedavi-izlem algoritmaları oluşturularak kullanımı yaygınlaştırılacak
3. Diyabetlilerin aşılınmalarına yönelik (influenza, pnömokok vb.) birinci basamak sağlık kuruluşlarında standardizasyon sağlanacak
4. Kronik diyabet komplikasyonlarının erken dönemde tespiti için mevcut Ulusal Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberinde önerilen takvim ve yöntemlere uygun olarak komplikasyon taramaları yapılacaktır
5. Kronik diyabet komplikasyonlarına yönelik tarama panellerinin AHBS ve HBS'de SBDPG arasında tanımlanması sağlanacak,
6. Üçüncü basamak hastanelerde multidisipliner diyabetik ayak konseyleri (endokrinolog, iç hastalıkları uzmanı, enfeksiyon hastalıkları uzmanı, dermatolog, ortopedist, fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, kalp-damar cerrahı, plastik cerrah, radyolog vb.) oluşturulacaktır.

Hedef 4. Diyabetiklerin ve Yakınlarının Eğitiminde Standardizasyon ve Yaygınlaştırma Sağlanması

Etkinlikler:

1. Standart diyabetik ve diyabetik yakını eğitim programı (eğitim içeriği, materyal/araç, süre, fizik koşulların standardizasyonu) ve ilgili eğitim modülleri geliştirilecek
2. Her ilde en az bir Diyabet Eğitim Merkezi (DEM) oluşturulacak ve bulunduğu ildeki birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile sürekli işbirliği sağlanacak,
3. Diyabet eğitim kampları (erişkin/çocuk) desteklenecek,
4. Hasta ve yakınlarının eğitiminde yazılı ve görsel medyanın etkin ve doğru kullanımı sağlanacak,
5. Diyabetiklerin aşılınması konusunda medya organları yayınları, broşürler, ilanlar gibi yöntemler ile hasta ve yakınlarının farkındalıklarının artırılması sağlanacak,
6. Diyabetiklerin diyetisyen hizmetine erişimlerinin iyileştirilmesi ile tıbbi beslenme tedavisinin kişiye özel olmasının sağlanması ve beslenme takibinde sürekliliğin sağlanması için metodlar geliştirilecek
7. Diyabetikler için fiziksel aktivite eğitimleri geliştirilip uygulanarak kişiye özel ve sürekli fizik aktivite yönetimi sağlanacak,
8. Tüm diyabetiklerin kronik hastalıkları ile başa çıkabilme yetilerinin geliştirilmesi, diyabetle uyumlu yaşamın öğrenilmesi sağlanacak,
9. Ulusal düzeyde periyodik olarak diyabetli hasta bilgi düzeyi ölçüm çalışması yapılacaktır.

AMAÇ 3. DİYABETLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ

Hedef 1. Diyabetli Bireylerin Diyabetin İyi Yönetimi İçin Gereken Entegre Sağlık Hizmetine Erişiminin Sağlanması

Etkinlikler:

1. Diyabetli bireylerin ortak bakım planı paralelinde entegre sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmak üzere birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet birimlerinin ilgili görev ve yetkilerinin belirlenmesi, ulusal düzeyde uygulanacak koordinasyon şemasının geliştirilmesi ve gereken idari düzenlemelerin yapılması sağlanacak,
2. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet birimlerinde görevli sağlık personelinin diyabetle ilgili görev ve yetkilerinin tanımlanması ve gereken görevlendirmelerin yapılması sağlanacak,
3. Diyabetikler ve yakınlarının, komplikasyonlar açısından takipleri dahil, entegre sağlık hizmeti alacakları birimler konusunda bilgilendirilmeleri sağlanacaktır.

Hedef 2. Kentsel Çevre ve Toplu Yaşam Alanlarının Diyabetin Önlenmesini ve İyi Yönetilmesini Kolaylaştırır Nitelikte Düzenlenmesi

Etkinlikler:

1. Toplu yaşanan ve çalışılan yerler (yurt, okul, işyeri, cezaevi, kışla) için yeterli fiziksel aktivite alanlarının oluşturulması sağlanacak,
2. Toplu yaşanan ve çalışılan yerlerde (yurt, okul, işyeri, cezaevi, kışla) sunulan beslenme hizmetleri, obezite ve diyabeti önleyecek ve sağlıklı beslenme koşullarını sağlayacak nitelikte geliştirilecek
3. Toplu yaşanan ve çalışılan yerlerdeki kurum yetkilileri ve çalışanların diyabet konusunda bilinçlendirilmesine yönelik eğitimler yapılacak
4. Fiziksel aktiviteye teşvik edecek şekilde planlamalar icra eden ve sağlıklı yaşamı teşvik programları yürüten diyabet dostu kentler oluşturulması için çalışılacaktır.

Hedef 3. Diyabetli Bireylere Yönelik Bakım Hizmetlerinin (Özbakım, Evde Bakım vb.) Geliştirilmesi

Etkinlikler:

1. Diyabetli bireyin ağız-diş sağlığı konusunda düzenli takibi sağlanacak,
2. Diyabetli bireyler ayak bakımı konusunda eğitilecek,
3. Diyabetiklere yönelik evde bakım hizmetleri yaygınlaştırılacak,
4. SABİM ALO 184 hattı diyabetik vatandaşların sorularına cevap verecek şekilde geliştirilecektir.

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

Hedef 1. 0–18 Yaş Grubunda Bulunan Fazla Kilolu, Obez, Tip1 ve Tip 2 Diyabetli

Çocukların Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi Üzerinden Kayıt Altına Alınması

Etkinlikler:

1. 0–18 yaş grubu bireylerin BKİ verilerinin AHBS ve HBS üzerinden girilmesinin performans kriteri olarak düzenlenmesi sağlanacak,
2. 0–18 yaş grubu bireylerin tip 1 ve tip 2 diyabet tanılarının ulusal sağlık bilgi sistemi (Sağlık-Net) üzerinden periyodik olarak raporlanması sağlanacaktır.

Hedef 2. Diyabetli Çocukların Bakım ve Tedavi Standartlarının Geliştirilmesi

Etkinlikler:

1. Pediatrik endokrinoloji birimlerinin yaygınlaştırılması ve gerekli insan gücünün temin edilmesi sağlanacak,
2. Ulusal Tip 1 Diyabet Tanı Tedavi Rehberi hazırlanacak (sevk ve izlem kriterleri dahil) ve kullanımı yaygınlaştırılacak,
3. Çocuklara yönelik diyabet kampları desteklenecektir.

Hedef 3. Tip 1 Diyabetli Çocuklara Erken Tanı Konulması

Etkinlikler:

1. Topluma yönelik farkındalık oluşturma amaçlı programlar kapsamında çocuklarda Tip 1 diyabet bulgularını anlatan bilgilerin ortak yaşam alanları ve iletişim araçlarında çeşitli yöntemlerle aktarılması sağlanacak,
2. Okulda Diyabet Programı geliştirilip yürütülecek,
3. Birinci basamak hekimlerine ve çocuk hekimlerine yönelik diyabet konulu tazeleyici eğitim programı başlatılacaktır.

Hedef 4. Ülkemizdeki Bütün Diyabetik Çocukların ve Ailelerinin Standart/Yeterli Diyabet Eğitimi Alması

Etkinlikler:

1. 0-18 yaş grubu için standart diyabet eğitim programı modülleri geliştirilecek,
2. Diyabetli çocuk ve ailelerine yönelik bilgilendirici ilk aşama el kitabı ve eğitim filmi hazırlanacak,
3. Eğitim kiti içeren oyuna dayalı bir internet sitesi kurulması desteklenecek,
4. Diyabetli çocuklar ve yakınlarına sağlanan diyabet eğitimleri yaygınlaştırılacak ve süreklilik kazandırılacak,
5. Diyabetli çocuklar ve yakınlarına sağlanan diyabet eğitimi hizmetine dair geri ödemenin geliştirilmesine çalışılacaktır.

Hedef 5. Çocukluk Çağı Obezite Sıklığının Azaltılması

Etkinlikler:

1. Obezite ile mücadele hedef ve stratejilerini içeren “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014” uygulanacak,
2. Yüksek kalori içeren yiyecek/içecek reklamları ile ilgili olarak obezitenin önlenmesine yönelik düzenleme sağlanacak,
3. Okullarda yüksek kalorili içecek ve yiyecek otomatlarının kaldırılması, sağlıklı öğle yemeği sağlanması ve kantinlerde meyva gibi sağlıklı besin ürünlerinin bulundurulmasının teşviki sağlanacak,
4. Okullarda işlenen sağlık bilgisi müfredatında “şişmanlık” bölümüne yer verilecek ve mevcut içerik geliştirilecektir.

Hedef 6. Tip 1 Diyabetli Çocuklara Yönelik Sosyal Güvenlik Şemsiyesinin Bütün Tedavi ve İzlem İhtiyaçlarını Kapsayacak Şekilde Genişletilmesi

Etkinlikler:

1. Tip 1 diyabetin standart bakımı için gereken tedavi ve izlem ihtiyaçları ile ilgili SUT düzenlemeleri ve SGK ödeme uygulamaları izlenip periyodik olarak raporlanacak,
2. Tip 1 diyabet için eksik ödeme uygulamaları sebebi ile yol açılan doğrudan ve dolaylı maliyetler hesaplanıp raporlanacak,
3. Tip 1 diyabetli ve ailesinden dolayı SGK’lı olup 18 yaşını dolduran diyabetiklerin işsiz olmaları ve öğrenci olmamaları halinde bakım ve tedavilerinin ödeme problemleri sebebi ile aksamasının engellenmesine çalışılacaktır.

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK SAĞLAYAN ALANLARDA GÜÇLENDİRME

Hedef 1. Diyabetin Ulusal Düzeyde Elektronik Kayıt Altına Alınması ve Diyabet Konulu Kaliteli Epidemiyolojik Veri Sağlanması

Etkinlikler:

1. SBDS’nin gerektirdiği verilerin elektronik olarak toplanması için ilgili programlarda düzenlemeler yapılacak,
2. Diyabete ilişkin “Minimum Veri Seti” Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı’nın gerektirdiği raporlamaları sağlayacak şekilde geliştirilecek ve Sağlık-Net (AHBS ve HBS) ile entegrasyonu sağlanacak,
3. AHBS’ye ve HBS’ye prediyabetik bireyleri belirleyecek tanımlayıcı bilgiler entegre edilecek ve bu bilgilerin toplanması sağlanacak,
4. SBDPG’nin AHBS, HBS ve eşdeğer programlarda yer alması ve toplanması için destek sağlanacak,
5. Gebelik diyabeti olgularının AHBS üzerinden %100 oranında saptanması olumlu performans kriteri olarak belirlenecek,

6. Diyabetli hastaların A1C ile APG ve 2-st PG ölçüm sonuçlarının SBDPG arasında AHBS ve HBS'de tanımlanması sağlanacak,
7. Kronik diyabet komplikasyonlarına yönelik tarama panellerinin AHBS ve HBS'de SBDPG arasında tanımlanması sağlanacak,
8. 0–18 yaş grubu bireylerin BKİ verilerinin AHBS ve HBS üzerinden girilmesi performans kriteri olarak düzenlenecek,
9. 0–18 yaş grubu bireylerin tip 1 ve tip 2 diyabet tanılarının ulusal sağlık bilgi sistemi (Sağlık-Net) üzerinden periyodik olarak raporlanması sağlanacak,
10. Sağlık-Net ile diğer sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında diyabet verisi konusunda uyum ve veri sağlama ilişkisi kurulacak,
11. Sağlık-Net üzerinden sağlanan veri kullanılarak prediyabet, diyabet, komplikasyonları ve risk faktörlerine dair raporlamaların (prevelans, insidans, tedavi, eğitim, izlem, tarama vb.) periyodik olarak yayınlanması için çalışılacak,
12. Hane halkı tabanlı saha çalışması yapılarak DALY ve QALY hesaplamalarının yapılması ve analizlerin raporlanması sağlanacak,
13. Gebelik diyabetinin ve bağlı komplikasyonların surveyans verisini ortaya koyacak multidisipliner bir çalışmanın ulusal düzeyde planlanması ve yürütülmesi gerçekleştirilecek,
14. Diyabet verisi yönetiminin izlenmesi ve değerlendirilmesi yapılacaktır.

Hedef 2. Diyabete Yönelik Sağlık Hizmetlerinde Etkililik ve Verimliliği Artırmak İçin İlgili Araştırmalar ve Maliyet Analizlerinin Düzenli Olarak Yapılması, Diyabetliler İçin Sağlık Güvencesi Kapsamının Geliştirilmesi

Etkinlikler:

1. SBDS'nin önerdiği protokollere yönelik maliyet paketleri hazırlanacak,
2. SBDS'nin yaygın ve eşitlikçi bir şekilde uygulanabilmesi için SUT ile uyumluluk (önerilen ilaçların reçetelenmesi, gerek duyulan raporlamalar, insülin sarf malzemelerinin kullanımında geri ödemenin iyileştirilmesi gibi) ve süreçle ilgili izleme sağlanacak,
3. Diyabetlilerin aldıkları, diyet ve beslenme, fiziksel aktivite ve egzersiz eğitimleri dahil, diyabet eğitim programlarının ücretlendirilmesi için çalışılacak,
4. Diyabetli çocuklar ve yakınlarına verilen diyabet eğitimi hizmetine dair geri ödemenin iyileştirilmesine çalışılacak,
5. Tip 1 diyabetin standart bakımı için gereken tedavi ve izlem ihtiyaçları ile ilgili SUT düzenlemeleri ve SGK ödeme uygulamaları izlenerek periyodik olarak raporlanacak,
6. Tip 1 diyabet için eksik ödeme uygulamaları sebebi ile yol açılan doğrudan ve dolaylı maliyetler hesaplanıp raporlanacak,
7. Tip 1 diyabetli ve ailesinden dolayı SGK'lı olup 18 yaşını dolduran diyabetiklerin işsiz olmaları ve öğrenci olmamaları halinde bakım ve tedavilerinin ödeme problemleri sebebi ile aksamasının engellenmesine çalışılacaktır.

8. Diyabet alanında fayda-maliyet ve maliyet-etkinlik analizi yapacak kurumsal kapasite oluşturulacak,
9. Sağlık kurumları (hastane vb.) tabanlı çalışma yapılarak “diyabet maliyet analizi” yapılması ve raporlanması sağlanacaktır.

Hedef 3. Diyabete Yönelik Sağlık Hizmetinin Sunumunda İş Yüküne Dayalı İnsan Gücü Planlaması Yapılarak Gerekli Personelin Yetiştirilmesi/İstihdamının Sağlanması
Etkinlikler:

1. Programın öngördüğü diyabet sağlık hizmeti modelinin gerektirdiği kapsamlı bir iş yükü analizini yapacak,
2. Diyabetlilerin eğitimi amacıyla her ilde en az bir DEM oluşturulacak, bunların bulunduğu ildeki birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile sürekli işbirliği sağlanacak,
3. Diyabetiklerin kişiye özel tıbbi beslenme tedavisi ile diyet danışmanlığı hizmeti almaları ve bunun sürekliliği sağlanacak, her diyabetlinin diyetisyene erişebilmesi için gerekli düzenlemeler yapılacak,
4. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet birimlerinde görevli sağlık personelinin diyabetle ilgili görev ve yetkileri tanımlanacak (DHB Yönergesi ile paralel) ve gereken görevlendirmeler yapılacak,
5. Çocuklara yönelik diyabet kampı düzenleyen uzman ekip sayısının artırılması, standart kamp eğitim modülü geliştirilmesi ve tatil dönemlerinde gündüz kampı programının başlatılması için çalışılacak
6. Diyabet İş Yüğü Analiz Raporu'na paralel olarak yıllara göre tespit edilecek personel ihtiyacı hesaplanacak ve yetiştirilmesi/atanması yönünde ilgili kurumlarla işbirliği geliştirilecek,
7. Kısa vadede mevcut sağlık iş gücünden hareketle diyabet hizmet birimlerinin personel ihtiyacı karşılanacaktır.

Hedef 4. İlgili Sağlık Personelinin Görevine Yönelik Olarak Sağlıklı Yaşam Programları İçerisinde Diyabete Yönelik Standardize Edilmiş Hizmetiçi Eğitimlerin ve Gereken Tazeleme Eğitimlerinin Yapılması

Etkinlikler:

1. İlgili mevzuatın Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı hizmetiçi eğitim önerileri (sertifikasyon süreci dahil) ile uyumluluğu değerlendirilecek,
2. Sağlıklı yaşam programları içerisinde diyabete yönelik sertifika programının yer alması ve alınan sertifikaların, Sağlık Bakanlığı tarafından, görevlendirme, atama ve yükselmelerde değerlendirilmesi sağlanacak,
3. Diyabet hizmetiçi eğitimlerinde eğitimci ve katılımcı olarak çalışan personelin eğitim sürelerinin performans değerlendirmesinde dikkate alınması sağlanacak,

4. Uluslararası standartlara uyumlu ulusal diyabet sertifika programlarının, ilgili eğitici eğitimi, programları ile birlikte geliştirilmesi sağlanacak,
5. Bilimsel gelişmeler ve eğitim ihtiyacı göz önünde tutularak içeriği yıllık olarak düzenlenen diyabet konulu hizmetiçi eğitimler (eğitimci, katılımcı, altyapı, coğrafi dağılım bazında) düzenlenecek ve standardizasyonu sağlanacak,
6. Turizm sektörü başta olmak üzere diğer gereklilik tespit edilen sektör ve kuruluşlarda çalışan personelin diyabet ve acil komplikasyonları konusunda doğru müdahale ve yönlendirme sağlama yetilerini geliştirmeye yönelik eğitim programları geliştirilecek,
7. Birinci basamak hekimlerine ve çocuk hekimlerine yönelik diyabet konulu tazeleyici eğitim programları düzenlenecek.

Hedef 5. Diyabetli Bireylerin Yararı İçin İlgili Sivil Toplum Kuruluşları İle İşbirliğinin Güçlendirilmesi

Etkinlikler:

1. Eğitim alanı başta olmak üzere Sağlık Bakanlığı ve ilgili STK'lar arasında işbirliği çalışmaları geliştirilecek,
2. Yerel Yönetimler ve ilgili STK'larla işbirliği çalışmalarının geliştirilmesi teşvik edilecek,
3. Diyabetiklerin ihtiyaçlarını (diyabetik gıda, ayakkabı vb.) karşılamak amacı ile ilgili STK'larla meslek odaları ve birlikler arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi desteklenecek.

5. EYLEM PLANI UYGULAMA MODELİ

Görev Organizasyonu

Bu planın yürütülmesinden Bakan adına Sağlık Bakanlığı Müsteşarı sorumludur. Yürütme Kurulu bu planın yürütülmesinden Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur.

1. Ulusal Diyabet Bilimsel Danışma Kurulu: Danışma kurulu, yılda en az bir kez toplanır. Çalışma Grupları'nın Eylem Planlarını değerlendirir, Yürütme Kurulu tarafından sunulan çalışma raporları ve etkinlikleri tartışır ve görüş oluşturur. Bilimsel Kurul'un toplanma tarihi, gündemi ve yeri, Yürütme Kurulu tarafından belirlenir ve Sekreteryaya tarafından organize edilir.

2. Yürütme Kurulu: Programın yönetiminden ve genel stratejilerinin belirlenmesinden sorumludur. Çalışma gruplarının hazırladığı önerileri Genel Kurul'da görüşülmeden önce inceler ve Genel Kurulun görüşüne sunar. Yılda en az üç kez toplanır. Toplantı tarihleri, gündemi ve yeri Yürütme Kurulunca belirlenir ve Sekreteryaya tarafından organize edilir. Yürütme Kurulu kendi içinde başkan ve başkan yardımcılarını seçer. Başkan yardımcılarında biri üniversite hastanelerinin göstereceği adaylar arasından, diğeri ise Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinin göstereceği adaylar arasından seçilir. Başkan ve başkan yardımcılarının görevleri iki yıl sürelidir ve en fazla iki dönem görev yapabilirler. Yürütme Kurulu alt yürütme kurullarının başkanları ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel

Müdürlüğü'nden Genel Müdür veya uygun göreceği bir kişi ile birlikte, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanı ,Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanı, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanı, Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanı, , Çevre Sağlığı Daire Başkanı, Aile Hekimliği Daire Başkanı, ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğüne belirlenen birer temsilciden oluşur.

Yürütme Alt Kurulları

Ulusal Diyabet Danışma Kurulu üyelerinden görev tanımlarına uygun olarak içinde yer aldığı, program hedeflerine göre oluşturulan gruplardır. Yürütme alt kurulu eylem planlarında belirtilen kendi alanı ile ilgili çalışmaların planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için öneriler hazırlar, Yürütme Kuruluna sunar, onaylanan etkinlikleri yürütür. Yılda en az iki kez toplanır. Toplantı tarihleri, gündemi ve yeri Yürütme Kurulunca belirlenir ve Sekreterya tarafından organize edilir. Ulusal Diyabet Danışma Kurulunda sunulmak üzere çalışmalarının sonuçlarını içeren yıllık rapor hazırlar. Ulusal Diyabet Danışma Kurulu ya da yürütme kurulunun talebiyle istenilen sayıda alt yürütme kurulu oluşturulabilir.

Bölge Diyabet Koordinatörleri

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 03.12.2009 ve 46143 sayılı Makam oluru ile belirlenen bölge hastanelerinin her birinde varsa bir Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları öğretim üyesi veya klinik şefi bu göreve atanır. Her bölgenin kendi içinde Eylem Planı aktivitelerinin desteklenmesi ve koordinasyonundan sorumludur. Ulusal Diyabet koordinatörlüğüne karşı sorumludur.

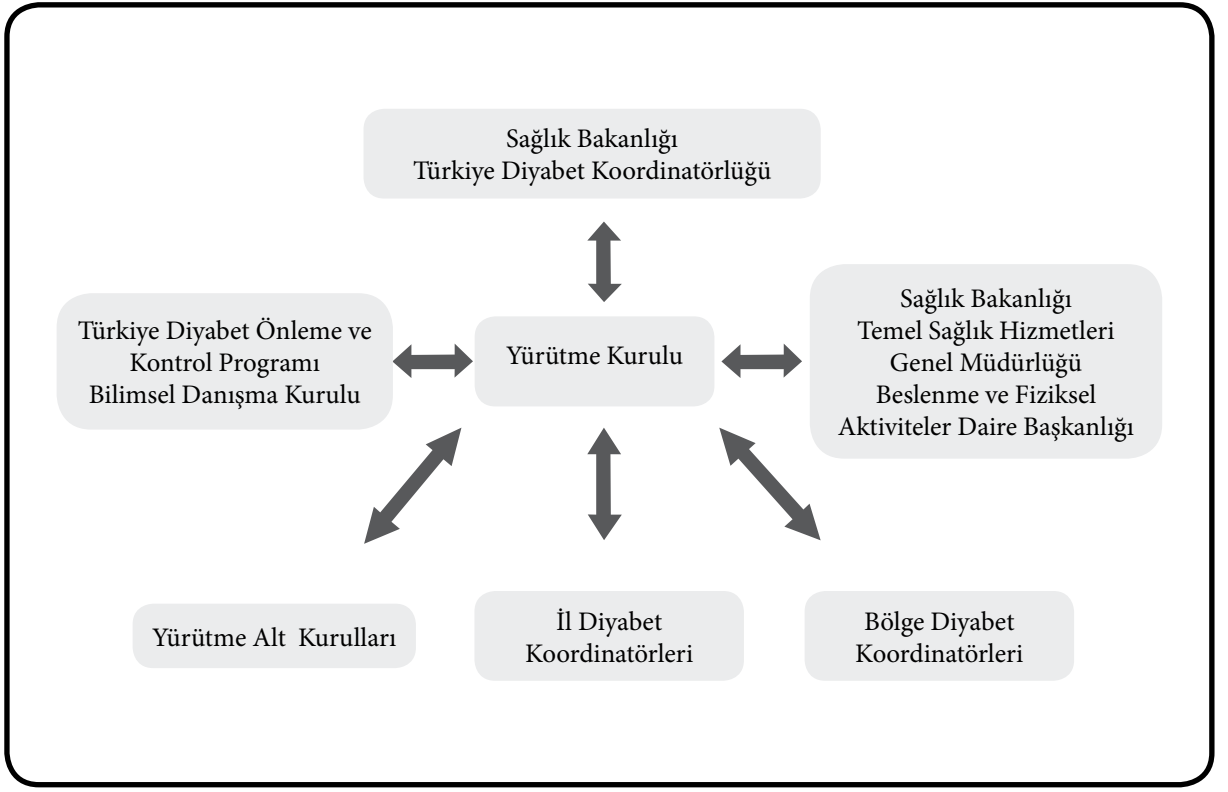
İl Diyabet Koordinatörlükleri

İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Eğitim Şube Müdürlüğü ve Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Hareketli Yaşam Kurulu üyeleri ile il içerisinde varsa en az bir Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları uzmanı, yoksa bir İç Hastalıkları Uzmanı ve ilgili aktivitelerin paydaşlarından oluşur. Her ilde Sağlık Bakanlığı tarafından bir il diyabet koordinatörü belirlenir. İl koordinatörleri her ilin kendi içinde Eylem Planı aktivitelerinin desteklenmesi ve koordinasyonundan sorumludurlar.

Sekreterya

Sekreterya hizmetleri Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı tarafından yürütülür.

Şekil 5. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Örgütlenmesi



6. İZLEME VE DEĞERLENDİRME

Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı'nın izleme ve değerlendirmesi, söz konusu planda belirtilen izleme ve değerlendirme kriterlerine göre Yürütme Kurulu tarafından Sağlık Bakanlığı bünyesindeki ilgili birimler ile işbirliği içinde yürütülecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Zimmet P, Williams J., de Courten M. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Eds: J.A.M. Wass, S.M. Shalet, E. Gale, S. Amiel. Oxford Textbook of Endocrinology and Diabetes. Oxford, New York, Oxford University Press, 1635-1646
2. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 4th Edition, Brussels, 2009
3. Sekikawa A, LaPorte RE. Epidemiology of insulin dependent diabetes mellitus. Eds: KGMM Alberti, P Zimmet, RA DeFronzo, H Keen, International Textbook of Diabetes Mellitus, 2nd Ed., Volume I, New York, John Wiley & Sons Ltd, 1997, pp 89-96
4. Green A., Sjolie A.K., Eshoj O. Trends in the epidemiology of IDDM during 1970-2020 in Fyn County, Denmark. *Diabetes Care* 19: 801-806, 1996
5. International Diabetes Federation, World Diabetes Foundation. Diabetes Atlas. 2nd Edition, Brussels, International Diabetes Federation, 2003
6. Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047-53
7. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 3rd Edition, Brussels, International Diabetes Federation, 2006
8. J-M Ekoe (ed): Diabetes Mellitus, Elsevier Science, New York, 1988
9. Donovan DS. Epidemiology of diabetes and its burden in the World and in the United States. Principles of Diabetes Mellitus. Ed: L Poretsky. Boston, Dordrecht, London, Kluwer Academic Publishers, 2002, pp 107-21
10. Pan X-R, Li G-W, Hu Y-H, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997;20:537-44.
11. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksoon JK, et al. Prevention of type 2 diabetes by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50
12. 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.
13. Satman I, Yılmaz MT, Şengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002;25:1551-6
14. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults: The Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988–1994. *Diabetes Care* 21:518–524,1998
15. World Health Organization. Diabetes mellitus. Report of a WHO Study Group. Technical Report Series 727, Geneva, 1985

16. The Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus: Report on the Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 21(Suppl. 1): S5-S19, 1998
17. Prevention of diabetes mellitus: Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organization, 1994 (tech. rep. ser. no. 844)
18. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, TEMD Diabetes Mellitus Çalışma Grubu. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 4. Baskı, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Tanıtım Ltd. Şti. Ankara, 2009.
19. Williams R. Public health problems of diabetes mellitus and its cost to the community. Eds: G. Williams, J. Pickup. *Textbook of Diabetes*, 2nd Edition, Volume I, Cambridge, Blackwell Sci. 1997, 4.1-4.4
20. Boulton AJ, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, et al. The global burden of diabetic foot disease. *Lancet*. 2005;366(9498):1719-24
21. World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation, WHO Publ., Geneva, 1999
22. Brownlee M, Aiello LP, Cooper ME. Complications of Diabetes Mellitus. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonosky KS, Larsen PR (eds). *Williams Textbook of Endocrinology*. 11th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2008 p. 1478-83
23. The DECODE Study Group. Glucose tolerance and mortality. *Lancet* 354: 617-621, 1999
24. Roglic G, Unwin N, Bennett PH, et al. The burden of mortality attributable to diabetes. Realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care* 2005;28:2130-5
25. World Health Organization The Diabetes Program. Diabetes Action Online. A web based resource for diabetes health care planning. <http://www.who.int/diabetes/actionnow/en/>
26. Eriksson K, Lindgrade F. Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercises. *Diabetologia* 1991;34:891-8
27. Li P, Zhang P, Wang J, et al. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up. *Lancet* 2008;371:1783-9
28. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: the follow-up results of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006;368:1673-9
29. Nathan DM, Davidson MB, DeFronzo RA, et al. Impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: Implications for care. *Diabetes Care* 2007;30:753-9
30. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2003;26:3160-7
31. ADA Clinical Practice Recommendations. Standards of medical care. *Diabetes Care* 2009;32(Suppl.1):S13-61

32. International Diabetes Federation Clinical Guidelines Taskforce. Global Guideline for Type 2 Diabetes. IDF, 2005, pp. 1-82
33. ACE/AACE Diabetes Road Map Task Force. Road maps to achieve glycaemic control in type 2 diabetes mellitus. Endocrine Practice 2007;13:261-9
34. Canadian Diabetes Association. 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Canadian J Diabetes 2008;32(Suppl. 1):1-215
35. Canadian Diabetes Association. 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Canadian J Diabetes 2008;32(Suppl. 1):1-215
36. Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). National Cholesterol Education Program. JAMA, 2001;285:2486-97
37. World Health Organization, International Diabetes Federation. Diabetes Action Now. An initiative of the World Health Organization and the International Diabetes Federation. WHO, Switzerland, 2004
38. Huang ES, Basu A, O'Grady M, Capretta JC. Projecting the future diabetes population size and related costs for the U.S. Diabetes Care 2009;32:2225-9
39. Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP-II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya
40. TEKHARF Çalışması, 2009
41. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı 2004, Ankara.
42. EURODIAB-ACE Study Group. Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. Lancet 2000;355:873-6
43. Akalın E, Hayran M, Özdemir O, et al. Direct medical cost analysis in patients with diabetes mellitus in Turkey: DiabCost Turkey. Turkish J Endocrinol Metab 1998;2:9-14
44. WHO Europe and IDF Europe. Proceedings Book of 'The 10th Meeting of the St Vincent Declaration. 9-12 October 1999, Istanbul, Turkey
45. World Health Organization Europe. European Charter on counteracting obesity. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Diet and physical activity for health. Istanbul, Turkey, 15-17 November 2006
46. Commonwealth Heads of Government Meeting 2009: Joint Statement by the International Diabetes Federation, International Union Against Cancer and World Heart Federation. http://www.idf.org/chogm_joint_statement.pdf

ADMIRE Çalışması Yayınları

1. Satman I, Imamoglu S, Yilmaz C, Ozkaya RD, Ozdemir O. Adherence of internists and family physicians to SEMT guidelines for type 2 diabetes mellitus in Turkey. 11th ECE 2009, 25-29 April 2009, Istanbul, Turkey, Poster No. 295
2. Satman I, Yilmaz C, Imamoglu S. Interrelationship among chronic complications, adherence of guidelines and degree of metabolic control in type 2 DNM patients in Turkey. 2009, 91th Annual Meeting ENDO 09, 10-13 June 2009, Washington DC, USA, Poster No. 515
3. Satman I, Imamoglu S, Yilmaz C. Relationship between adherence of physicians and the degree of glycaemic control in type 2 DNM patients in Turkey. 69th Scientific Session of ADA, 10-1 June 2009, New Orleans, USA, Poster No. 900

DE-PLAN Çalışması Yayınları

4. Satman I, Ozer E, Cakmakci C, Tutuncu Y, Kural F, Kaya S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Yilmaz C, Sarac F, Guler S, Imamoglu S. Final Report of DE-PLAN Turkey. EU Partnership Project No. 2004310. DE-PLAN Annual Meeting. 13-14 Febr 2008, Talinn, Estonia
5. Özer E, Satman İ (Editörler). Yaşam Tarzınızı Değiştirerek Diyabeti Önleyebilirsiniz. Turap Tanıtım Hizm Matbaacılık Reklamcılık Ltd. Şti. İstanbul, Ekim-2008, 58 sayfa
6. Çakmakcı C, Satman İ (Danışman). Tip 2 Diyabetin Önlenmesinde Yüksek Lifli ve Düşük Yağlı Beslenmenin Önemi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları AD. Beslenme Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2009
7. Kural FA, Satman İ (Danışman). Prediyabetik Bireylerde Yaşam Tarzı Değişimi ile Klinik Diyabetin Önlenmesi: İnflamatuvar Belirteçlerin (CRP, ADMA, Visfatin) Prediktif Düzeyi ve Önemi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul 2009

8. EYLEM PLANI 2011-2014

8.1. DİYABETİN ÖNLENMESİ

AMAÇ 1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

AMAÇ 1 GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Diyabet prevalansı	1- a) 20 yaş üstü nüfus için diyabet prevalansı %13,7 b) 18 yaş altı toplam diyabetli sayısı 15.000 civarında	1. a) Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya b) Tahmin, 2009 2- a) TEKHARF 2009; http://tekharf.org/images/2009/bolum12.pdf b) Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması 2004, s:14. c) Prof. Dr. H. Günöz, 1994, yayınlanmamış veriler d) Tahmin, 2009	1- Diyabet prevalansını 2020 yılına kadar %5 azaltmak 2- Diyabet insidansını 2020 yılına kadar %10 azaltmak 3- Bozulmuş glukoz toleransı prevalansını 2020 yılına kadar %5 azaltmak 4- Bozulmuş açlık glukozu prevalansını 2020 yılına kadar %5 azaltmak 5- Prediyabetli kişilerin diyabete ilerleme oranını 10 yılda %60 azaltmak	Sağlık-Net (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Hastane Bilgi Sistemi) üzerinden veri akışı ve raporlama	Sağlık Bakanlığı
2. Diyabet insidansı	2- a) 35 yaş üstü nüfusta (29,5 milyon-2008) diyabet insidansı 360.000 (% 1,22) b) Toplamda yüzbinde 3820 c) Çocukluk çağı tip 1 diyabet insidansı 2,8/100.000 (1994) d) 14 yaş altı çocuklarda 10/100.000				
3. Bozulmuş glukoz toleransı (BGT) prevalansı	3- 20 yaş üstü nüfusta bozulmuş glukoz toleransı ham prevalans %16.1 (standardize prevalans: TUİK 2009 nüfusuna göre %14.8)	3-4- Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya			
4. Bozulmuş açlık glukozu (BAG) prevalansı	4. 20 yaş üstü nüfusta bozulmuş açlık glukozu (BAG) ham prevalans %22.9 (standardize prevalans: TUİK 2009 nüfusuna göre %21.5)				

AMAÇ 1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

HEDEF 1. Sağlıklı ve Diyabet Riski Taşıyan Bireylerin Diyabetin Önlenmesi Konusunda Eğitilmesi ve Farkındalığın Artırılması

HEDEF 1. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. İlçe ya da Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) düzeyinde diyabet ve önlenmesi konulu eğitilen kişi sayısı/oranı	1. a) İl düzeyinde diyabet ve risk faktörleri konulu halk eğitimi alan kişi sayıları 2009 yılı için mevcut. İlçe düzeyinde konu bazında veri İl Sağlık Müdürlüklerinden istenebilir b) STK verisi proje bazında temin edilebilir.	1. a) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü b) İlgili STKlar	1 - İlçe/TSM düzeyinde toplumun en az %10'unun 5 yıl zarfında diyabet ve önlenmesi konulu eğitim alması	1. a) Halkın Sağlık Eğitimi Faaliyet Raporu ilçe düzeyinde veri sağlayacak şekilde TSM Bilgi Sistemine entegre edilmeli b) STK proje raporları	1.Sağlık Bakanlığı STK' lar
2. Diyabetli olduğunun farkında olmayanların oranı	2. %45 (diyabet hastası olduğunun farkında olmayan, 'bilinen' diyabetlilerin tüm diyabetlilere oranı)	2- Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya	2- Diyabetli olduklarının farkında olmayanların oranının 5 yılda %10 azaltılması	2- Tarama programları	2- Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler

AMAÇ 1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

HEDEF 1. Sağlıklı ve Diyabet Riski Taşıyan Bireylerin Diyabetin Önlenmesi Konusunda Eğitilmesi ve Farkındalığın Artırılması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Risk grupları başta olmak üzere toplumun farklı kesimlerine yönelik sağlıklı yaşam programlarında kullanılacak, standart “Diyabet Eğitim Modülleri” hazırlanacak	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler İlgili STK’lar	Toplumun farklı kesimlerine yönelik hazırlanmış Sağlık Bakanlığı Standart Diyabet Eğitimi Modülleri
2. Diyabet riski taşıyan nüfusun tespit edilmesi ve eğitilmesi sağlanacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler İlgili STK’lar MEB Özel Sağlık Sektörü Yerel Yönetimler	Bilgilendirilmiş diyabet riski taşıyan kişiler
3. Toplumsal farkındalığın artırılması çalışmaları kapsamında diyabet için doğru rol modelleri tespit edilerek (sıyasî liderler, kanaat önderleri, bilim adamları, sanatçılar, medya mensupları vb.) belirlenen mesajların rol modeller aracılığı ile spot cümleler halinde topluma aktarımı için kampanyalar düzenlenecek	Her yıl	Sağlık Bakanlığı	Medya Kuruluşları İlgili STK’lar	Toplum liderleri ve medya kampanyaları aracılığı ile artan toplumsal farkındalık
4. Her türlü görsel ve işitsel materyal ile sağlığın teşvikine yönelik faaliyetler düzenlenecek,	(Hazırlık 6 ay) Sürekli	Sağlık Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı Ulaştırma Bakanlığı Yerel Yönetimler İlgili STK’lar	Diyabet konulu sağlığın teşvikî faaliyetleri ile artan toplumsal farkındalık

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
5.Risk grupları başta olmak üzere toplumsal farkındalığın artırılması amacı ile yazılı ve görsel medyanın etkin ve doğru kullanılması sağlanacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler İlgili STK'lar RTÜK Medya Kuruluşları	Diyabetle ilgili yazılı ve görsel medyada yer alan bilimsel haberler
6.Gebelik diyabetine yönelik toplumsal farkındalığın artırılması ve ilgili işbirliğinin geliştirilmesi sağlanacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler İlgili STK'lar Özel Sağlık Sektörü	Toplumsal gebelik diyabeti bilgisi ve farkındalığında sağlanan artış
7.Diyabet geliştirme açısından risk altında bulunan gebeler ilgili takip programı (Riskli Gebe Takip Programı) kapsamında eğitilecek	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler İlgili STK'lar Özel Sağlık Sektörü	Riskli Gebe Takip Programı kapsamında eğitilen riskli gebeler
8. Sağlık Bakanlığı web sitesinde Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı web sayfası düzenlenecek ve belirli aralıklarla güncellenecektir.	(Hazırlık 6 ay) Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler İlgili STK'lar MEB	Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programının yer aldığı web sayfası

AMAÇ 1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

HEDEF 2: Örgün Eğitim Programlarında Yer Alan Sağlıklı Yaşamlı İlgili Müfredatta Diyabet ve Önlenmesi Konusuna Daha Fazla Yer Verilmesi ve Etkin Eğitimin Sağlanması

HEDEF 2. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. İlk ve orta öğretim öğrencilerinin diyabetle ilgili bilgi düzeyleri	Mevcut bir resmi değerlendirme verisi yok	-	İlk ve orta öğretim öğrencilerinin diyabetle ilgili bilgi düzeylerinde 5 yıl sonunda % 30 artış sağlamak	1- Saha çalışması 2- Bu veri "Okullarda Diyabet Eğitim Programı" (Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği) kapsamında sağlanabilir.	Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, STK' lar

AMAÇ 1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

HEDEF 2: Örgün Eğitim Programlarında Yer Alan Sağlıklı Yaşamla İlgili Müfredatta Diyabet ve Önlenmesi Konusuna Daha Fazla Yer Verilmesi ve Etkin Eğitimin Sağlanması.

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. İlköğretim hayat bilgisi ve fen bilgisi ders kitaplarında sağlıklı yaşam programları içerisinde diyabetin yer alması sağlanacak	1 yıl	MEB Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler İlgili STK'lar	Diyabet konusuna yer verilen ders kitapları
2. Öğrencilerin Dünya Diyabet Günü etkinliklerine aktif katılımları sağlanacak	(Hazırlık 6 ay) Sürekli	MEB Sağlık Bakanlığı	İlgili STK'lar	Diyabet günü etkinliklerine katılan okul/öğrenci sayısı
3. Öğrenciler diyabetle ilgili toplumsal çalışmalarda görev alma konusunda teşvik edilecek	(Hazırlık 6 ay) Sürekli	MEB, Sağlık Bakanlığı	İlgili STK'lar	Diyabetle ilgili toplumsal çalışmalarda katılan okul/öğrenci sayısı
4. Okullarda kullanılmak üzere diyabetle ilgili yaratıcı eğitim araçları geliştirilecek	Sürekli	MEB Sağlık Bakanlığı	İlgili STK'lar	Diyabet ile ilgili geliştirilen eğitim araçları

AMAÇ 1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

HEDEF 3. Topluma Yaşam Boyu Yeterli ve Dengeli Beslenme İle Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlıkları Kazandırılması ve Devamlılığının Sağlanarak Obezitenin Önlenmesi

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Fazla kilolu (BKİ $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) bireylerin toplumda teşkil ettikleri nüfus oranı	1 a) 20 yaş üstü bireylerde ham prevalans %37.0 (standardize prevalans: TÜİK 2009 nüfusuna göre %36.0) b) HBSC Araştırması (2001-2002) BKİ değerlendirmesine göre ülkemizde 11 yaş grubunda kızların %7'si, erkeklerin %14'ü; 13 yaş grubunda kızların %7'si, erkeklerin %13'ü; 15 yaş grubunda ise kızların %5'i, erkeklerin ise %14'ünün fazla kilolu veya obez olduğu görülmüştür.	1a) - Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya b) Inequalities in young People's Health, HBSC (Health Behaviour of School-Aged Children) International Report from the 2005/2006 Survey, DSÖ Regional Office for Europe, Denmark, 2008.	2014 yılına kadar okullardaki fazla kilolu ve obezite prevalansını %5 azaltmak (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014, B.2, Hedef 5) 2014 yılına kadar obezite için risk oluşturan BKİ $\geq 25 \text{ m}^2$ olan fazla kilolu bireylerde obezite gelişimini %5 azaltmak (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014, C, Hedef 1)	Çocuk ve adolesan yaş gruplarındaki fazla kilolu/obezite sıklıklarının tespiti için saha araştırması Fazla kiloluluktan obeziteye geçiş oranlarının tespiti için her yaş grubunu kapsayan ileriye dönük kohort çalışması TURDEP-II (2010) ve PURE Türkiye Çalışması takip verileri	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, ilgili STK'lar

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
2. Obez (BKİ ≥ 30 kg/m ²) bireylerin toplamda teşkil ettikleri nüfus oranı (Beden Kütle İndeksi: BKİ	2 a) 20 yaş üstü bireylerde obezite sıklığı ham prevalans %36,0 (standardize prevalans: TÜİK 2009 nüfusuna göre %32,1) b) TEKHARF Çalışması 2001/02 yılı takibinin 30 yaş üstü kohortunda obezite prevalansı, erkekler için %25,3; kadınlar için %44,2 bulunmuştur. c) Ulusal Hanehalkı Araştırması'na göre ülkemizde 18 yaş ve üzeri bireylerde fazla kilolu olanların sıklığı %31,35; obezite sıklığı ise %12,02 bulunmuştur. Kadınların %28,93'ü fazla kilolu, %14,59'u obez, erkeklerin ise %33,64'ü fazla kilolu, %9,70'i obez bulunmuştur. d) PURE Türkiye Çalışması ön sonuçlarına göre (N:2312 için), 35 yaş üstü nüfusta fazla kiloluluk prevalansı %32,7 (kadınlarda %25,8; erkeklerde %43,6), obezite prevalansı ise %52,8'dir (kadınlarda %64,3; erkeklerde %34,9).	2 a) Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya b) TEKHARF 2009; Prof. Dr. Altan Onat ve Ark. 2009. c) Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003 Temel Bulgular, Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfızssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfızssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2006. d) PURE (İleriye Dönük Kentsel Kırsal Epidemiyolojik) Türkiye Çalışması (Metabolik Sendrom Derneği) verileri, Prof. Dr. Aytekin Oğuz, VII. Metabolik Sendrom Sempozyumu (29 Nisan-2 Mayıs 2010) Konuşma Özetleri Kitapçığı.	2014 yılına kadar okullardaki fazla kilolu ve obezite prevalansını %5 azaltmak (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014, B-2, Hedef 5) 2014 yılına kadar obezite için risk oluşturan BKİ ≥ 25 m² olan fazla kilolu bireylerde obezite gelişimini %5 azaltmak (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014, C, Hedef 1)	Çocuk ve adolesan yaş gruplarındaki fazla kilolu/obezite sıklıklarının tespiti için saha araştırması Obezite oranlarının tespiti için her yaş grubunu kapsayan ileriye dönük kohort çalışması TURDEP-II (2010) ve PURE Türkiye Çalışması takip verileri	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, ilgili STK'lar

AMAÇ 1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

HEDEF 3. Topluma Yaşam Boyu Yeterli ve Dengeli Beslenme ile Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlıkları Kazandırılması ve Devamlılığının Sağlanarak Obezitenin Önlenmesi

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
Obezite ile mücadele hedef ve stratejilerini içeren “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014)” etkin bir şekilde uygulanacak	2011 -2014	Sağlık Bakanlığı	Tüm ilgili Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, STK'lar	Sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı kapsamında uygulanan faaliyetler

AMAÇ 1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

HEDEF 4. Prediyabetik Bireylerde Diyabet Gelişme Riskinin Önlenmesi

HEDEF 5. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
Diyabet geliştiren prediyabetiklerin oranı	İzole BAG bulunan kişilerde takip eden 10 yıl içinde diyabet gelişme riski %10-15 İzole BGT bulunan kişilerde takip eden 10 yıl içinde diyabet gelişme riski %35 KGTB (BAG + BGT) bulunan kişilerde 10 yıllık diyabet riski %50'ye ulaşmakta	Prevention of diabetes mellitus: Report of a DSÖ Study Group. Geneva, World Health Organization, 1994 (tech. rep. ser. no. 844) Satman İ ve Ark. TEMD Diabetes Mellitus Çalışma Grubu. TEMED Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 4. Baskı, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Tanıtım Ltd. Şti. Ankara, 2009.	BGT saptanan kişilerde 10 yıl içinde tip 2 diyabet gelişme riskini 5 yılda %40 oranında azaltmak	a) TURDEP verisi b) Sağlık-Net (AHBS ve HBS) üzerinden	Sağlık Bakanlığı, ilgili Üniversiteler

AMAÇ1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

HEDEF4. Prediyabetik Bireylerde Diyabet Gelişme Riskinin Önlenmesi

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. BGT veya BAG'li kişilerin Yaşam Tarzı Programına (YTP; ağırlık kontrolü ve fiziksel aktivite) katılabilmeleri için uygun imkanlar sağlanacak	(Hazırlık 1 yıl) Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, SGK, STK'lar	Destek sağlanan yaşam tarzı program aktiviteleri
2. KGTB ve ilave risk faktörleri olan kişilere ise YTP yanısıra, gerektiğinde ilaç tedavisinin yapılması desteklenecek	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, SGK, STK'lar	YTP ve ilaç tedavisi yapılan kişi sayısı
3. Pregestasyonel diyabetlilerin gebeliğe hazırlanması için Riskli Gebe Takip Programı uygulanacak	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK'lar	Riskli gebe takip programı uygulanan pregestasyonel diyabetli sayısı

AMAÇ 1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

HEDEF 5. Diyabetin Erken Dönemde Tanınmasının Sağlanması

HEDEF 4. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Diyabet hastası olduğunun farkında olmayan diyabetiklerin toplam diyabetikler içindeki oranı	1. Ülkemizde yaşayan diyabetiklerin %45'i diyabet hastası olduğunun farkında değil.	1. Satman I, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya	1. Diyabet hastası olduğunun farkında olmayan diyabetiklerin toplam diyabetikler içindeki oranını 5 yılda %10 azaltmak	BAG (Bozulmuş açlık glukozu), BGT (Bozulmuş glukoz toleransı), KGTB (Kombine glukoz tolerans bozukluğu) verisi sağlanmalı	Sağlık Bakanlığı, ilgili Üniversiteler
2. Prediyabetik olduğu bilinen kişilerin toplam nüfus içindeki oranı	2. Ülkemizde %6,3 olduğu varsayılan BGT prevalansı, standardize Dünya nüfusuna göre ayarlandığında %6,7 olarak hesaplanmıştır. Türkiye'de halen yaklaşık 3.137.700 kişinin BGT döneminde prediyabetik olarak yaşadığı tahmin edilmektedir.	2. Diabetes Atlas, 4th Edition, International Diabetes Federation, Brussels, 2009.	2. Diyabet geliştirme riski olan prediyabetiklerin tespit hızını 5 yılda %20 artırmak	a) TURDEP-II verisi b) Sağlık-Net (AHBS ve HBS) üzerinden tanı alan prediyabet vakaları verisi sağlanmalı	
3. Prediyabetik olduğunun farkında olmayanların toplam prediyabetikler içindeki oranı	3. Prediyabetiklerin tamamı prediyabetik olduklarının farkında değildir.	3. Satman I, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya	3. Prediyabetik olduğunun farkında olmayanların toplam prediyabetikler içindeki oranını 5 yılda %30 azaltmak		

AMAÇ 1: DİYABETİN ÖNLENMESİ

HEDEF 5. Diyabetin Erken Dönemde Tanınmasının Sağlanması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. AHBS ve HBS'ye prediyabetik bireyleri belirleyecek tanımlayıcı bilgiler entegre edilerek bu bilgilerin düzenli olarak toplanması sağlanacak	1 yıl/Süreklili	Sağlık Bakanlığı	İlgili STK' lar	Sağlık-Net üzerinden sağlanan prediyabetik
2. İlgili tarama programları oluşturulacak	1 yıl / Sürekli	Sağlık Bakanlığı	İlgili STK' lar	Ailesel risk altında olan bireylerin, obezite ve dislipidemi gibi koşulları da göz önüne alınarak, glukoz metabolizma bozukluğu açısından uygun sıklıkta taranması, diyabetin erken dönemde tespiti ve takibi
3. GDM tanısı almış gebelerin, gebelik sonrası 6. haftada kalıcı diyabet yönünden tekrar değerlendirilmesi ve yıllık takiplerinin yapılması (Post Partum Bakım Protokolü) sağlanacak	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	İlgili STK' lar	Doğum yapmış gestasyonel diyabetlilerin tümünün gebelik sonrası 6.hafta kontrolünün sağlanması

8.2. DİYABETİN VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

AMAÇ 2: DİYABETİN VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

AMAÇ 2 GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Diyabetin mortalite oranı	1. Diyabet, ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında % 2,22 ile 8. sırada yer almaktadır. Cinsiyetlere göre bakıldığında, erkeklerde %1,61 ile 11., kadınlarda %2,94 ile 7. sıradaki ölüm sebebidir.	1, 2, 3, 4. Ulusal Hastalık Yüklü ve Maliyet Etkililik Çalışması	1. Diyabet kaynaklı <u>prematür</u> mortalitenin önlenmesi: 15-59 yaş grubu için ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıklar arasında 6. sırada olan diyabetin 10 yılda 7. sıraya düşürülmesi	TÜİK Mortalite Verisi Ulusal Hastalık Yüklü Çalışması (5 yılda bir)	TÜİK Sağlık Bakanlığı Üniversiteler İlgili STK'lar
2. Diyabetin hastalık yükü (DALY) oranı	2. Ölüm nedeni olarak diyabetin sıralamasına toplamda ve yaş gruplarına göre bakıldığında, 15-59 yaş grubu için %2,6 ile 6., 60 yaş ve üzeri yaş grubu için ise %2,6 ile 8. sırada yer alan ölüm nedeni olduğu görülmektedir.	Hastalık Yüklü / UHY-ME Hastalık Yüklü Çalışması 2004.	2. Diyabetin oluşturduğu hastalık yükü oranının azaltılması: Ulusal düzeyde DALY'e neden olan hastalıklar arasında 12. sırada bulunan diyabetin sırasının 10 yılda 3 basamak düşürülmesi	Sağlık-Net (insidans/prevelans) Verileri Saha Araştırmaları (TURDEP-III, Türkiye Beslenme Araştırması-II gibi)	
3. Diyabetin sakatlık yükü (YLD) oranı	3. Ülkemizin sakatlık yükü nedenlerine dair veriler incelendiğinde diyabetin erkeklerde %2,3 ile 10., kadınlarda ise %2 ile 12. sırada yer aldığı görülmektedir. Toplamda %2,2 ile 11. Sıradadır.		3. Diyabetin oluşturduğu sakatlık yükü oranının azaltılması: Ulusal düzeyde YLD'ye neden olan hastalıklar arasında 11. sırada bulunan diyabetin sırasının 10 yılda 3 basamak düşürülmesi		
4. Diyabet komplikasyonlarının insidans ve prevelans hızları (diyabetik nöropati, diyabetik nefropati/ böbrek yetmezliği, diyabetik retinopati/ körlük, diyabetik ayak/ amputasyon, gebelik komplikasyonları ve diğer makrovasküler komplikasyonlar serebral, koroner, periferik ateroskleroz komplikasyonları)	4. Diyabetin kronik komplikasyonları Diyabetik ayak: İnsidans yüzbinde: 398,900 Prevelans Binde: 2.000 Nöropati: İnsidans yüzbinde: 101,300 Prevelans Binde: 8,900 Retinopati-körlük : İnsidans Yüzbinde: 2,300 Prevelans Binde: 0,200 Amputasyon: İnsidans Yüzbinde: 5,900 Prevelans Binde: 0,100		4. Diyabet komplikasyonlarının insidansının düşürülmesi: 5 yılda %15 (SB Stratejik Plan 2010-2014) 10 yılda 1/3 oranında (Hedef 21)		

AMAÇ 2: DİYABETİN VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

HEDEF 1: Diyabet Tanı, Tedavi ve İzlem Standartlarının Geliştirilerek Etkin Biçimde Uygulanmasının Sağlanması

HEDEF 1. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Sağlık Bakanlığı Ulusal Diyabet Koordinatörlüğü tarafından yayınlanan standart metni sayısı 2. Sağlık Bakanlığı Diyabet Standartlarının (SBDS) uygulanması konulu genelge 3. Sağlık Bakanlığı Diyabet Performans Göstergelerinin uygulamaya konması ile ilgili yönetmelik düzenlemesi 4. Sağlık Bakanlığı Diyabet Standartlarını uygulayan (pratik ve altyapı bazında) birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının toplam içindeki oranı	Sağlık Bakanlığı tarafından diyabet için yayınlanmış ulusal diyabet standartları bulunmamaktadır.	-	1. Tip 1 Diabetes Mellitus, Gestasyonel DM ve Tip 2 Diabetes Mellitus için tanı, tedavi ve izlem standartlarının (SBDS) Sağlık Bakanlığı Ulusal Diyabet Koordinatörlüğü tarafından 1. yıl sonunda yayınlanmış olması 2. Sağlık Bakanlığı Diyabet Standartlarının uygulanması konulu genelgenin standartların yayınına takip eden 3. ayın sonunda yayınlanmış olması 3. Sağlık Bakanlığı Diyabet Performans Göstergelerinin uygulamaya konması ile ilgili yönetmelik düzenlemesinin standartların yayınına takip eden 6. ayın sonunda yayınlanmış olması 4. Sağlık Bakanlığı Diyabet Standartlarını etkili bir şekilde uygulayan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının toplam içindeki oranlarının 3 yılda %80'e erişmesi	Sağlık Bakanlığı Ulusal Diyabet Koordinatörlüğü	Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı İzleme Değerlendirme Birimi

AMAÇ 2: DİYABETİN VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

HEDEF 1: Diyabet Tanı, Tedavi ve İzlem Standartlarının Geliştirilerek Etkin Biçimde Uygulanmasının Sağlanması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Diyabet ve komplikasyonlarına yönelik ulusal tanı ve tedavi rehberi hazırlanacak	1 yıl / Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK'lar	Ulusal Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi
2. Diyabet tanısı, tedavisi ve izlemi için standart kriterlerin belirlenmesi, ilgili algoritmaların düzenlenmesi, bunların SBDS adı altında yayınlanması ve gerektiğinde güncellenmesi sağlanacak	1 yıl / Her yıl gözden geçirilecektir	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK'lar	Sağlık Bakanlığı Diyabet Standartları (SBDS)
3. Diyabetin tanısı, tedavisi ve izleminde SBDS'nin uygulanmasına dair performans göstergeleri belirlenerek yayınlanacak ve gerektiğinde güncellenecek	1 yıl / Her yıl gözden geçirilecektir.	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK'lar	Sağlık Bakanlığı Diyabet Performans Göstergeleri (SBDPG)
4. SBDS'nin uygulanmasına yönelik bir genelge hazırlanacak, yayınlanacak ve uygulanması sağlanacak	SBDS'nin yayınına takip eden 3. ayın sonunda (en geç 15. ay sonu)	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK'lar	SBDS Genelgesi
5. SBDPG, AHBS ve HBS'de tanımlanacak	En geç 15. ay sonu	Sağlık Bakanlığı	-	AHBS ve HBS'de yer alan Sağlık Bakanlığı Diyabet Performans Göstergeleri
6. Aile Hekimleri'nin tespit ve takip ettiği GDM ve pregestasyonel diyabet olguları için bir ödüllendirme sisteminin geliştirilmesine çalışılacak	15. ay	Sağlık Bakanlığı	-	Sağlık Bakanlığı Gestasyonel Diyabet Performans Göstergeleri
7. SBDPG'nin uygulanmaya konulması ile ilgili yönetmelik düzenlenecek	SBDS'nin yayınına takip eden 6. ayın sonunda (en geç 18. ay sonu)	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK'lar	SBDPG Yönetmelik

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
8. SBDS'nin önerdiği protokollere yönelik maliyet paketleri hazırlanacak	18 ay / değişiklik halinde tekrarı	Sağlık Bakanlığı SGK	Üniversiteler, STK' lar, Maliye Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı Diyabet Standartları Maliyet Raporu
9. SBDS'nin yaygın ve hakkaniyetli bir şekilde uygulanabilmesi için SUT üzerinde çalışmalar yapılacak, (önerilen ilaçların reçetelenmesi, gerek duyulan raporlamalar, insulin sarf malzemelerinin kullanımında geri ödemenin iyileştirilmesi gibi) ve ilgili izleme faaliyetleri gerçekleştirilecek	SBDS yayımını takip eden 1. yıl sonunda (en geç 2. yıl sonu) / Sürekli	SGK Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar, Maliye Bakanlığı	SBDS'yi destekleyen SUT diyabet düzenlemeleri
10. Biyokimya laboratuvarlarında glukoz ölçümü için preanalitik, analitik ve postanalitik koşulların/ yöntemlerin standardizasyonu sağlanacak	(1 yıl hazırlık) Sürekli	Sağlık Bakanlığı RSHMB	İlgili STK' lar	Tarama kapsamında sağlanacak laboratuvar test sonuçlarında karşılaştırılabilirliğin sağlanması
11. Kan glukozu profilini görmek için kullanılan glukometreler ve glukoz test çubuklarının standardizasyonu sağlanacak	(2 yıl hazırlık) Sürekli	Sağlık Bakanlığı RSHMB	TSE Sanayi Bakanlığı Dış Ticaret Müsteşarlığı	Tarama kapsamında sağlanacak laboratuvar test sonuçlarında karşılaştırılabilirliğin sağlanması
12. Ulusal HbA1C standardizasyonu için gerekli çalışmalara başlanacak	(1 yıl hazırlık) Sürekli	Sağlık Bakanlığı RSHMB	İlgili STK' lar	Tarama kapsamında sağlanacak laboratuvar test sonuçlarında karşılaştırılabilirliğin sağlanması
13. Birinci basamak (Aile Hekimleri) tarafından ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında izlenen diyabetlilerin ne zaman bir üst basamağa gönderileceği konusunda sevk kriterleri belirlenecek	3 yıl	Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı İzleme Değerlendirme Birimi	SB Dışı Hastaneler (Üniversiteler, Özel Sektör, Belediye Gibi)	SBDS Uygulaması Değerlendirme Raporu
14. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında SBDS uygulaması değerlendirilecek	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler Özel Sektör	SBDS Uygulaması Değerlendirme Raporu

AMAÇ 2: DİYABETİN VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

HEDEF 2. Diyabet Takibinde Glisemik Kontrol Hedef Parametrelerine Ulaşılması (Tip 1 Diyabet İçin Bakınız: Amaç 4)

HEDEF 2. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. HbA1C	1. a) 20 Yaş üstü tüm grupta %5.72 ± 1.05, bilinen diyabetliler hariç %5.53 ± 0.61	1.a), 2 ve 4 Satman I, TURDEP Çalışma Grubu, TURDEP II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya	Erişkin ve gebe diyabetliler için; 1. A1C ≤ %6,5 2. APG ve öğün öncesi PG: 70-120 mg/dl 3. İkinci saat PG < 140 mg/dl (Kaynak: TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2009)	Sağlık-Net (AHBS, HBS) Araştırmalar	Sağlık Bakanlığı Üniversiteler İlgili STK'lar
2. APG	b) HbA1Cortalama değeri (± SD): 8,08 (± 2.24) A1C< %7 olanlar: %37,30 (%18-35 hastanın A1C'si hiç ölçülmemiş)	b) Uluslararası Diyabet Tedavi Pratikleri Kayıt Çalışması'nın (International Diabetes Management Practices Study - IDMPS) Türkiye Sonuçları; H.İlkova ve Ark. IDMPS Türkiye Çalışma Grubu; 2007			
3. Öğün Öncesi PG ve Öğün Sonrası 2. St PG	2. 20 Yaş üstü tüm grupta APG 105.88 ± 33.91 mg/dl, Öğün öncesi bilinen diyabetliler hariç 99.60 ± 20.18 mg/dl				
4. OGTT 2. saatt PG	4. 20 Yaş üstü tüm grupta ikinci st. PG 125.93 ± 40.05mg/dl, Bilinen diyabetliler hariç te ise 124.60 ± 38.54mg/dl dir.				

AMAÇ 2: DİYABETİN VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

HEDEF 2. Diyabet Takibinde Glisemik Kontrol Hedef Parametrelerine Ulaşılması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Ulusal Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi ile SBDS içerisinde yer alan tedavi ve izlem standartları benimsenilecek	Yayınlarından itibaren sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK'lar	Diyabetiklerin A1C ölçüm ortalamasında hedef parametreye erişilmesi (A1C $\leq$ %6,5)
2. Diyabetli bireylerde klinik özelliklerine göre 3 ila 6 ayda bir A1C ölçümü sağlanacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK'lar	Diyabetli bireylerin metabolik kontrol düzeylerinin yakın takibi
3. Glisemik kontrol hedef parametreleri AHBS ve HBS'de tanımlanacak	En geç 15. ay sonu	Sağlık Bakanlığı	-	Diyabetli bireylerin metabolik kontrol düzeylerinin elektronik ortamda takibi/Güncel A1C, açlık ve 2-st PG ölçüm değerleri verisinin Sağlık-Net üzerinden sağlanması

AMAÇ 2: DİYABETİN VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

HEDEF 3. Diyabete Bağlı Akut ve Kronik Komplikasyonların Azaltılması

HEDEF 2. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Diyabet komplikasyonlarının insidans ve prevalans hızları	1. Diyabetin akut komplikasyonlarının görülme sıklıkları 2. Diyabetin kronik komplikasyonları Diyabetik Ayak: İnsidans Yüzbinde: 398,900, Prevelans Binde: 2,000 Nöropati: İnsidans Yüzbinde: 101,300 Prevelans Binde: 8,900 Retinopati-Körlük : İnsidans Yüzbinde: 2,300 Prevelans Binde: 0,200 Amputasyon: İnsidans Yüzbinde: 5,900 Prevelans Binde: 0,100	1. - 2. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara, 2005 / UHY- ME Hastalık Yüğü Çalışması 2003.	1. Akut komplikasyonların görülme sıklıklarının 5 yılda %30 azaltılması 2. Kronik komplikasyon insidansının düşürülmesi: 5 yılda %15 (SB Stratejik Plan 2010-2014) 10 yılda 1/3 oranında (Hedef 21)	Sağlık-Net (AHBS, HBS) Klinik Araştırmalar	Sağlık Bakanlığı Üniversiteler İlgili STK'lar
3. Gebelik diyabetine bağlı fetal ve maternal komplikasyon sıklıkları	3. Gebelik diyabetine bağlı fetal ve maternal komplikasyon sıklıkları	3. -	3. Gebelik diyabetine bağlı gelişen fetal ve maternal komplikasyon sıklıklarının 10 yılda %25 azalması		

AMAÇ 2: DİYABETİN VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

HEDEF 3. Diyabete Bağlı Akut ve Kronik Komplikasyonların Azaltılması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Diyabetikler ve yakınları diyabetin akut ve kronik komplikasyonları konusunda bilgilendirilecek ve farkındalık düzeyleri artırılabilecek	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	İlgili Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, STK' lar	Yürütülen eğitim programlarının sayısı, Eğitim alan hasta sayısı, Eğitim alan hasta yakını sayısı
2. SBDS kapsamında diyabetik acillere yönelik tanı-tedavi-izlem algoritmaları oluşturularak kullanımı yaygınlaştırılacak	1 yıl / Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar	Diyabet Acilleri Algoritması
3. Diyabetilerin aşlamalarına yönelik (influenza, pnömokok vb.) birinci basamak sağlık kuruluşlarında standardizasyonu sağlanacak	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar, Özel Sağlık Sektörü	Akut Diyabet Komplikasyonlarında Nakil Standartları, İlgili Genelge, Uygulama Değerlendirme Raporu
4. Kronik diyabet komplikasyonlarının erken dönemde tespiti için mevcut Ulusal Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberinde önerilen takvim ve yöntemlere uygun olarak komplikasyon taramaları yapılacaktır	(Rehberin yayınına takiben) Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar, Diyabetli Hasta Takip Eden Diğer Sağlık Kuruluşları	Düzenli komplikasyon taraması yapılan hasta sayısı, Diyabetli bireylerin taranmışlık oranı
5. Kronik diyabet komplikasyonlarına yönelik tarama panellerinin AHBS ve HBS'de SBDPG arasında tanımlanması sağlanacak	En geç 15. ay sonu	Sağlık Bakanlığı	-	AHBS ve HBS'de yer alan Kronik Diyabet Komplikasyonu Tarama Panelleri
6. Üçüncü basamak hastanelerde multidisipliner diyabetik ayak konseyleri (endokrinolog, iç hastalıkları uzmanı, infeksiyon hastalıkları uzmanı, dermatolog, ortopedist, FTR uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, kalp-damar cerrahı, plastik cerrah, radyolog) oluşturulacak	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar	Kurulmuş olan ve düzenli çalışan diyabetik ayak konseyi sayısı, Tedavi alan diyabetik sayısı

AMAÇ 2: DİYABETİN VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

HEDEF 4. Diyabetiklerin ve Yakınlarının Eğitiminde Standardizasyon ve Yaygınlaştırma Sağlanması

HEDEF 4. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Standart diyabet eğitimi almış diyabetik sayısı 2. Standart diyabet eğitimi almış hasta yakını sayısı	1. Diyabetiklerin %30-50'si diyabet eğitimi alıyor. Diyabetiklerin %50-70'i diyabet eğitimi almıyor.	Uzman görüşü	1. 2 yıl sonunda standart diyabetik eğitim programı modülleri geliştirilmiş olacaktır. 2. 5 yıl sonunda her bir diyabetiğin bir diyabet eğitim merkezine erişimi sağlanmış olacaktır. 3. 10 yıl sonunda diyabetiklerin %50'sinin en az bir yakınının standart diyabetik yakını eğitimi almış olması sağlanacaktır.	Sağlık-Net	Sağlık Bakanlığı

AMAÇ 2: DİYABETİN VE KOMPLİKASYONLARININ ETKİN TEDAVİSİ

HEDEF4. Diyabetiklerin ve Yakınlarının Eğitiminde Standardizasyon ve Yaygınlaştırma Sağlanması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Standard diyabetik ve diyabetik yakını eğitim programı (eğitim içeriği, materyal/ araç, süre, fizik koşulların standardizasyonu) ve ilgili eğitim modülleri geliştirilecek	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, İlgili STK' lar	"Standart Diyabet ve Diyabetli Yakını Eğitim Programı" kitabı İlgili eğitim modülleri kitapçıkları
2. Her ilde en az bir Diyabet Eğitim Merkezi (DEM) oluşturulacak ve bulunduğu ildeki birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile sürekli işbirliği sağlanacak	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, İlgili STK' lar, SGK	Açılan DEM sayısı / 81 il
3. Diyabet eğitim kampları (erişkin/çocuk) desteklenecek	10 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, İlgili STK' lar, MEB, SGK	Açılan diyabet kampı sayısı / 7 bölge
4. Hasta ve yakınlarının eğitiminde yazılı ve görsel medyanın etkin ve doğru kullanımı sağlanacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, RTÜK, Basın-Yayın Kuruluşları, STK' lar	İlgili İki yıllık medya değerlendirme raporları
5. Diyabetiklerin aşlanması konusunda medya organları yayınları, broşürler, ilanlar gibi yöntemler ile hasta ve yakınlarının farkındalıklarının artırılması sağlanacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, RTÜK, Basın-Yayın Kuruluşları, STK' lar	Diyabetli aşlama oranlarının 5 yılda %75'in üzerine çıkması
6. Diyabetiklerin diyetisyen hizmetine erişimlerinin iyileştirilmesi ile tıbbi beslenme tedavisinin kişiye özel olmasının sağlanması ve beslenme takibinde sürekliliğinin sağlanması için metodlar geliştirilecek	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK' lar	Kişiye özel diyet uygulanan diyabetik oranı

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
7. Diyabetikler için fiziksel aktivite eğitimleri geliştirilip uygulanarak kişiye özel ve sürekli fizik aktivite yönetimi sağlanacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK'lar	Kişiye özel fizik aktivite planı uygulayan diyabetik oranı
8. Tüm diyabetiklerin kronik hastalıkları ile başa çıkabilme yetilerinin geliştirilmesi, diyabetle uyumlu yaşamın öğrenilmesi sağlanacak	Geliştirme: 5 yıl/Sürekli	Sağlık Bakanlığı	İlgili STK'lar	Psikiyatrik destek sağlanan hasta oranı
9. Ulusal düzeyde periyodik olarak diyabetli hasta bilgi düzeyi ölçüm çalışması yapılacaktır	2 yılda bir	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK'lar	Çalışma Raporu

8.3. DİYABETİK YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ

AMAÇ 3. DİYABETİK YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ

AMAÇ 3 GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
Diyabetli Bireyin Sağlıklılık Algısı	-	-	Diyabetli bireylerin sağlıklılık algısı 10 yıl içinde %50 iyileştirilecektir	Saha Çalışması	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, STK'lar, Özel Sağlık Sektörü

AMAÇ 3. DİYABETİK YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ

HEDEF 1. Diyabetli Bireylerin Diyabetin İyi Yönetimi İçin Gereken Entegre Sağlık Hizmetine Erişiminin Sağlanması

HEDEF 1. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa		Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı
Diyabeti, ortak bakım planı paralelinde yönetilen diyabetiklerin toplam diyabetikler içindeki oranı	-	-	Diyabeti ortak bakım planı paralelinde yönetilen diyabetik oranının 5 yıl içerisinde %40'a, 10 yılda %90'a erişmesi	1 - Sağlık-Net 2 - Saha çalışması
				Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, STK'lar, Özel Sağlık Sektörü

AMAÇ 3. DİYABETİK YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ

HEDEF 1. Diyabetli bireylerin Diyabetin İyi Yönetimi İçin Gereken Entegre Sağlık Hizmetine Erişiminin Sağlanması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Diyabetli bireylerin ortak bakım planı paralelinde entegre sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmak üzere birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet birimlerinin ilgili görev ve yetkilerinin belirlenmesi, ulusal düzeyde uygulanacak koordinasyon şemasının geliştirilmesi ve gereken idari düzenlemelerin yapılması sağlanacak	2012 yılı sonuna kadar	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar, Özel Sağlık Sektörü	Diyabet Hizmet Birimleri (DHB) Yönergesi
2. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet birimlerinde görevli sağlık personelinin diyabetle ilgili görev ve yetkilerinin tanımlanması ve gereken görevlendirmelerin yapılması sağlanacak	2012/2015 yılı sonuna kadar	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar	DHB Yönergesi PDC düzenlemesi İlgili olarak yeni görevlendirilen personel sayısı
3. Diyabetikler ve yakınlarının, komplikasyonlar açısından takipleri dahil, ortak bakım planı paralelinde entegre sağlık hizmeti alacakları birimler konusunda bilgilendirilmeleri sağlanacak	2012/Süreklili	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar, Özel Sağlık Sektörü, SGK	Diyabet Ortak Bakım Planı Tanıtım Programları

AMAÇ 3. DİYABETİK YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ

HEDEF 2. Kentsel Çevre ve Toplu Yaşam Alanlarının Diyabetin Önlenmesini ve İyi Yönetilmesini Kolaylaştırır Nitelikte Düzenlenmesi

HEDEF 2. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa		Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Diyabetli yaşama uygun toplu yaşam alanları oranları	-	-	İlgili standartlar belirlenerek bunlara uygun olan birimlerin tespiti amaçlı yazışmalar yoluyla	Sağlık Bakanlığı ve ilgili kamu ve özel sektör paydaşları
2. Diyabet dostu kentlerin sayısı			1. Diyabetli yaşama uygun toplu yaşam alanları oranının her bir grup (işyeri, okul, yurt, cezaevi, kışla) için 10 yılda %50'ye erişmesi 2. Diyabet dostu kent standartlarını sağlayan kent sayısının 10 yılda 20'ye erişmesi	

AMAÇ 3. DİYABETİK YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ

HEDEF 2. Kentsel Çevre ve Toplu Yaşam Alanlarının Diyabetin Önlenmesini ve İyi Yönetilmesini Kolaylaştırır Nitelikte Düzenlenmesi

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Toplu yaşanılan ve çalışılan yerler (yurt, okul, işyeri, cezaevi, kışla) için yeterli fiziksel aktivite alanlarının oluşturulması sağlanacak	10 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, SHÇEK, Yerel Yönetimler	Oluşturulan fiziksel aktivite alanlarının sayısı
2. Toplu yaşanılan ve çalışılan yerlerde (yurt, okul, işyeri, cezaevi, kışla) sunulan beslenme hizmetleri, obezite ve diyabeti önleyecek ve sağlıklı beslenme koşullarını sağlayacak nitelikte geliştirilecek	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, SHÇEK, Yerel Yönetimler	Diyabet ve obezite açısından sağlıklı beslenme hizmeti sunulan kurum ve kuruluş sayısı
3. Toplu yaşanılan ve çalışılan yerlerdeki kurum yetkilileri ve çalışanların diyabet konusunda bilinçlendirilmesine yönelik eğitimler yapılacaktır	10 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, SHÇEK, Yerel Yönetimler	Eğitimi sağlanan kişi sayısı
4. Fiziksel aktiviteye teşvik edecek şekilde planlamalar icra eden ve sağlıklı yaşamı teşvik programları yürüten diyabet dostu kentler oluşturulması için çalışılacak	5 yıl	Sağlık Bakanlığı, Yerel Yönetimler	İçişleri Bakanlığı, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı	Diyabet Dostu Kent sayısı

AMAÇ 3. DİYABETİK YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ

HEDEF 3. Diyabetli Bireylere Yönelik Bakım Hizmetleri (özbakım, evde bakım vb.) Geliştirilecektir.

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
Bakım desteği (ilgili eğitim ve hizmet) alan diyabetik birey oranı	-	-	Bakım desteği alan diyabetik birey oranı 5 yılda %50'ye ulaşmalıdır.	Sağlık-Net Bu alanda hizmet sunan kuruluşların kayıtları	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Özel Sağlık Sektörü, SHÇEK, Belediyeler

AMAÇ 3. DİYABETİK YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ

HEDEF 3. Diyabetli Bireylere Yönelik Bakım Hizmetlerinin (özbakım, evde bakım vb.) Geliştirilmesi

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Diyabetli bireyin ağız-dış sağlığı konusunda düzenli takibi sağlanacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler	Ağız-dış sağlığı takibi yapılan diyabetiklerin oranı
2. Diyabetli bireyler ayak bakımı konusunda eğitilecek	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar	Diyabette ayak bakımı eğitimi almış diyabetik bireylerin oranı
3. Diyabetiklere yönelik evde bakım hizmetleri yaygınlaştırılacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar, Özel Sağlık Sektörü, Belediyeler, SHÇEK, SGK	Evde bakım hizmeti sağlanan diyabetiklerin oranı
4. SABİM ALO 184 hattı diyabetik vatandaşların sorularına cevap verecek şekilde geliştirilecek	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar	Hattın kullanım hızı Hattın etkinlik değerlendirilmesi sonuçları

8.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

AMAÇ 4 -GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Çocukluk çağı fazla tartı/ obezite prevalansı	1 a. Okul çağında obezite sıklığı: % 2-7 b. Fazla tartılı çocuk sıklığı: % 10-12	1. Cizmecioglu FM ve Ark. Prevalence of metabolic syndrome in schoolchildren and adolescents in Turkey: a population-based study. J Pediatr Endocrinol Metab. 2009 Aug;22(8):703-14	1. Çocukluk çağında obezite sıklığının 5. yılın sonunda aynı oranda olması, 10 yılda % 25 düşürülmesi Çocukluk çağında görülen tip 2 diyabet prevalansının 10 yılda % 5 düşürülmesi	Göstergelerin Sağlık-Net'e entegre edilmesi yoluyla uluslararası standartta karşılaştırılabilir veri toplanmalıdır.	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Özel Sağlık Sektörü
2. Çocukluk çağı metabolik sendrom sıklığı	2. Obezlerde metabolik sendrom sıklığı : % 30	2. Akesen E ve Ark. İstanbul'da 6-18 Yaş Arası 1.630.751 Okul Çocukunda Tip 1 Diyabet Prevalansı (Pediap) Çalışması. XIII. Ulusal Pediatrik Endokrin ve Diyabet Kongresi-Antalya-2009	2. Diyabetik ketoasidoz ile başvuru oranının 5 yılda % 25'e düşürülmesi		
3. Çocukluk çağı bozulmuş glukoz toleransı sıklığı	3. Obezlerde bozulmuş glukoz toleransı sıklığı: % 6-9,5	3. Gökşen D ve Ark. Çocuk ve Ergenlerde Tip 1 Diabetes Mellitus; Glisemik Kontrol ve Komplikasyonlar 2008 yılı Çok Merkezli Sonuçları, XIII. Ulusal Pediatrik Endokrin ve Diyabet Kongresi-Antalya-2009	3. Ortalama A1C değerini 5 yılda % 10 azaltmak		
4. Çocukluk çağında görülen diyabet (tip 1, tip 2) sıklıkları	4. Tip 2 diyabet sıklığı: Obezlerde % 1,2-2,5		4. Diyabetli çocuklarda görülen diyabet komplikasyon sıklıklarını 10 yılda % 10 azaltmak		
5. Diyabetli çocukların ilk başvuru ve diyabetik ketoasidoz ile başvuru oranı	5. Diyabetik ketoasidoz ile başvuru oranı: % 40				
6. Diyabetli çocukların A1C ortalaması	6. Ortalama HbA1c: % 8,5-8,9				
7. Diyabetli çocuklarda görülen diyabet komplikasyonu sıklığı	7. Mikrovasküler komplikasyon sıklığı: Nöropati % 2,6 Retinopati % 1,4 Persistan mikroalbuminüri % 5,4 Diyabetik nefropati % 0,3	4. Cizmecioglu FM ve Ark. Metabolic syndrome in obese Turkish children and adolescents: comparison of two diagnostic models. Turk J Pediatr 2008; 50: 359-365 5. Sen Y ve Ark. 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			

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 1. 0-18 Yaş Grubunda Bulunan Fazla Kilolu, Obez, Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Çocukların Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi Üzerinden Kayıt Altına Alınması (Amaç 5, hedef 5.1 ile entegre edilerek ele alınmalıdır)

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Çocukluk çağı fazla kiloluluk/ obezite insidansı ve prevalansı	1. Okul çağında fazla kilolu çocuk sıklığı % 10-12, obezite sıklığı % 2-7	1. Cizmecioglu FM ve Ark. Prevalence of metabolic syndrome in schoolchildren and adolescents in Turkey: a population-based study. J Pediatr Endocrinol Metab. 2009 Aug;22(8):703-14.	1. Gösterge 1, 2 ve 3; 5 yıl sonunda ulusal sağlık bilgi sistemi (Sağlık-Net) üzerinden güncel ve uluslararası ölçekte karşılaştırılabilir standartta raporlanabiliyor olacaktır.	Sağlık-Net (AHBS, HBS)	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Özel Sağlık Sektörü
2. Çocukluk çağı tip 1 diyabet insidansı ve prevalansı	2. Okul çağı çocuklarında Tip 1 diyabet prevalansı: 0.66/1000	2. Akese ve Ark. İstanbul'da 6-18 Yaş Arası 1.630.751 Okul Çocuğunda Tip 1 Diyabet Prevalansı (Pediap) Çalışması. XIII. Ulusal Pediatrik Endokrin ve Diyabet Kongresi-Antalya-2009	2. 0-18 yaş grubu fazla kilolu, obez, tip 1 veya tip 2 diyabetli bireylerin tümü 3. yıl sonunda ulusal sağlık bilgi sistemi (Sağlık-Net) üzerinden izlenebilir durumda olacaktır.		
3. Çocukluk çağı tip 2 diyabet insidansı ve prevalansı	3. Çocuklarda tip 2 diyabet sıklığına dair veri yok				
4. Elektronik bilgi sistemi üzerinden izlenebilen 0-18 yaş grubu fazla kilolu, obez, tip 1 veya tip 2 diyabetli birey oranı					

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 1. 0-18 Yaş Grubunda Bulunan Fazla Kilolu, Obez, Tip1 ve Tip 2 Diyabetli Çocukların Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi Üzerinden Kayıt Altına Alınması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1.0-18 yaş grubu bireylerin BKİ verilerinin AHBS ve HBS üzerinden girilmesinin performans kriteri olarak düzenlenmesi sağlanacak	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Özel Sağlık Sektörü	Çocukluk çağında fazla kiloluluk ve obezite sıklıkları
2. 0-18 yaş grubu bireylerin tip 1 ve tip 2 diyabet tanılarının ulusal sağlık bilgi sistemi (Sağlık-Net) üzerinden periyodik olarak raporlanması sağlanacak	2. yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Özel Sağlık Sektörü, SGK, TÜİK	Çocukluk çağı tip 1 ve 2 diyabet sıklıkları

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 2. Diyabetli Çocukların Bakım ve Tedavi Standartlarının Geliştirilmesi (Amaç 2, hedef 2.1, 2.2 ve Amaç 3, hedef 3.1 ile entegre edilerek ele alınmalıdır)

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Diyabetli çocukların A1C ortalaması	1. A1C ortalaması: % 8,5-8,9	1. Akse E ve Ark. İstanbul'da 6-18 Yaş Arası 1.630.751 Okul Çocuğunda Tip 1 Diyabet Prevalansı (Pediap) Çalışması. XIII. Ulusal Pediatrik-Endokrin ve Diyabet Kongresi-Antalya-2009	1. Diyabetli çocukların A1C ortalamasının 5 yılda %10 oranında düşürülmesi	Sağlık Bakanlığı Personel Bilgi Sistemi	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, STK' lar
2. Çocuk endokrinolojisi birimlerinin sayısı	2. Ülkemizde halen 52 pediatrik endokrinoloji biriminde (PEB) hizmet verilmektedir.	2. Gökşen D ve Ark. Çocuk ve Ergenlerde Tip 1 Diabetes Mellitus; Glisemik Kontrol ve Komplikasyonlar 2008 yılı Çok Merkezli Sonuçları, XIII. Ulusal Pediatrik Endokrin ve Diyabet Kongresi-Antalya-2009	2. PEB sayısının 5 yılda 70'e yükseltilmesi 3. 5 yılda PEB'lerde çalışan diyabet hemşiresi sayısının 100'e, diyetisyen sayısının 50'ye çıkarılması	Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı İzleme Değerlendirme Birimi	
3. İlgili pediatri birimlerinde görevli diyabet hemşiresi ve diyetisyen sayısı	3. Mevcut PEB'lerde çalışan diyabet hemşiresi sayısı 36'dır. Görev yapan diyetisyen sayısı ise bilinmemektedir.		4. Diyabetli çocuklara yönelik diyabet kampı sayısının 5 yılda 10'a çıkarılması		
4. Diyabetli çocuklara yönelik diyabet kampı sayısı	4. Diyabetli çocuklara yönelik diyabet kampı sayısı: 4				

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 2. Diyabetli Çocukların Bakım ve Tedavi Standartlarının Geliştirilmesi

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel çıktı
1. Pediatrik endokrinoloji birimlerinin yaygınlaştırılması ve gerekli insan gücünün temin edilmesi sağlanacak (Amaç 3. Hedef 1 ile entegre bir şekilde değerlendirilmeli ve yürütülmelidir)	1-5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Özel Sağlık Sektörü, STK' lar	PEB diyabet uygulamaları
2. Ulusal Tip 1 Diyabet Tanı Tedavi Rehberi hazırlanacak (sevk ve izlem kriterleri dahil) ve kullanımı yaygınlaştırılacak	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	İlgili STK'lar, Üniversiteler	Ulusal Tip 1 Diyabet Tanı Tedavi Rehberi, Rehberi kullanan hekim sayısı
3. Çocuklara yönelik diyabet kampları desteklenecek	1 yıl / Sürekli	İlgili STK'lar, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalları	Sağlık Bakanlığı	Uzman kamp ekibi sayısı Çocuk diyabet kampı standart eğitim programı ve eğitim modülleri Gündüz kampı programına katılan çocuk sayısı

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 3. Tip 1 Diyabetli Çocuklara Erken Tanı Konulması (Amaç 1, hedef 1.4 ile entegre edilerek ele alınmalıdır)

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
Diyabetli çocukların ilk başvurularında diyabetik ketoasidoz ile başvuru oranı	% 40	Gökşen D ve Ark. Çocuk ve Ergenlerde Tip 1 Diabetes Mellitus; Glisemik Kontrol ve Komplikasyonlar 2008 yılı Çok Merkezli Sonuçları, XIII. Ulusal Pediatrik Endokrin ve Diyabet Kongresi-Antalya-2009	Diyabetik ketoasidoz ile başvuru oranının 5 yılda % 25'e düşürülmesi	Sağlık-Net	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Özel Sağlık Sektörü

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 3. Tip 1 Diyabetli Çocuklara Erken Tanı Konulması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Topluma yönelik farkındalık oluşturma amaçlı programlar kapsamında çocuklarda Tip 1 diyabet bulgularını anlatan bilgilerin ortak yaşam alanları ve iletişim araçlarında çeşitli yöntemlerle aktarılması sağlanacak	1 yıl / Sürekli	Sağlık Bakanlığı	İlgili STK'lar Milli Eğitim Bakanlığı RTÜK Yerel yönetimler Ulusal ve Yerel Medya Sağlık Muhabirleri Derneği	Tip 1 diyabet konulu sağlığın teşviki kampanyası
2. Okulda Diyabet Programı geliştirilip yürütülecek	3 ay / Sürekli	Milli Eğitim Bakanlığı, İlgili STK'lar, Sağlık Bakanlığı	Ulusal ve Yerel Medya	Diyabetli çocukların okul yaşamına uyumlarında sağlanan iyileşmeler Tip 1 diyabetin erken tanı almasına sağlanan katkı Okulda Diyabet Programı Yıllık Raporu sonuçları
3. Birinci basamak hekimlerine ve çocuk hekimlerine yönelik diyabet konulu tazeleyici eğitim programı başlatılacak (Amaç 5, Hedef 4 ile entegre edilerek ele alınmalıdır)	1 yıl / Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler İlgili STK'lar	Eğitim programına katılan hekim oranı

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 4. Ülkemizdeki Bütün Diyabetli Çocukların ve Ailelerinin Standart/Yeterli Diyabet Eğitimi Alması (Amaç 2, hedef 2.4 ile entegre edilerek ele alınmalıdır)

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Standart diyabet eğitimi almış diyabetik çocuk sayısı	-	-	1.2 yıl sonunda 0-18 yaş grubu için standart diyabetik eğitim programı modülleri geliştirilmiş olacaktır.	Sağlık-Net	Sağlık Bakanlığı
2. Standart diyabet eğitimi almış diyabetik çocuk yakını sayısı			2.5 yıl sonunda 0-18 yaş grubunda yer alan her bir diyabetiğin bir diyabet eğitim merkezinde ilgili eğitimi sağlanmış olacaktır.		
			3.10 yıl sonunda 0-18 yaş grubu diyabetiklerin %50'sinin en az bir yakınının standart 0-18 yaş grubu diyabetik yakını eğitimi almış olması sağlanacaktır.		

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 4. Ülkemizdeki Bütün Diyabetli Çocukların ve Ailelerinin Standart/Yeterli Diyabet Eğitimi Alması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. 0-18 yaş grubu için standart diyabet eğitim programı modülleri geliştirilecek	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK'lar	0-18 yaş grubu için standart diyabetik eğitim programı modülleri
2. Diyabetli çocuk ve ailelerine yönelik bilgilendirici ilk aşama el kitabı ve eğitim filmi hazırlanacak	1 yıl	İlgili STK'lar	Sağlık Bakanlığı	İlk aşama el kitabı ve eğitim filmi kullanan merkez sayısı
3. Eğitim kiti içeren oyuna dayalı bir internet sitesi kurulması desteklenecek	1 yıl	İlgili STK'lar	Sağlık Bakanlığı	Diyabetli çocuklar internet sitesi
4. Diyabetli çocuklar ve yakınlarına sağlanan diyabet eğitimleri yaygınlaştırılacak ve süreklilik kazandırılacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Özel Sağlık Sektörü, STK'lar	Eğitim alan diyabetik çocuk ve yakını oranı
5. Diyabetli çocuklar ve yakınlarına sağlanan diyabet eğitimi hizmetine dair geri ödemenin geliştirilmesine çalışılacak	1 yıl	SGK'lar	Sağlık Bakanlığı	Diyabetli başına ödeme yapılan eğitim sayısı ve ödeme miktarı

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 5. Çocukluk Çağı Obezite Sıklığı Azaltılması (Amaç 1, hedef 1.3 ile entegre edilerek ele alınmalıdır)

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı Kim Toplamalı
1. Ülkemizde fazla kilolu (BKİ ≥ 25 kg/m ²) ve obez (BKİ ≥ 30 kg/m ²) olan 0-18 yaş bireylerin oluşturdıkları nüfus oranları	Fazla tartılı çocuk sıklığı: % 10-12 Okul çağında obezite sıklığı: % 2-7	1. Cizmecioglu FM ve Ark. Prevalence of metabolic syndrome in schoolchildren and adolescents in Turkey: a population-based study. J Pediatr Endocrinol Metab. 2009 Aug;22(8):703-14 2. Cizmecioglu FM ve Ark. Metabolic syndrome in obese Turkish children and adolescents: comparison of two diagnostic models. Turk J Pediatr 2008; 50: 359-365 3. Sen Y ve Ark. 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	2014 yılına kadar okullardaki fazla kiloluluk ve obezite prevalansını %5 azaltmak (Türkiye Sağlık Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014, B.2, Hedef 5) 2014 yılına kadar obezite için risk oluşturan BKİ ≥ 25 m ² olan fazla kilolu bireylerde obezite gelişimini %5 azaltmak (Türkiye Sağlık Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014, C, Hedef 1)	Çocuk ve adolesan yaş gruplarındaki sıklıkların tespiti için saha araştırması (Türkiye Sağlık Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014, Amaç A 3, Hedef 1 ve 3, Strateji 2 ve 4) Fazla kiloluluktan obeziteye geçiş oranlarının tespiti için ilgili yaş grubunu kapsayan ileriye dönük kohort çalışması (Türkiye Sağlık Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014, Amaç A 3, Hedef 1, Strateji 4)

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 5. Çocukluk Çağı Obezite Sıklığının Azaltılması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Obezite ile mücadele hedef ve stratejilerini içeren “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014” uygulanacak	2010 -2014	Sağlık Bakanlığı	İlgili Kamu Kurum ve Kuruluşları, Üniversiteler, STK’lar	Obezite insidansının ve prevelansının azalması
2. Yüksek kalori içeren yiyecek/içecek reklamları ile ilgili olarak obezitenin önlenmesine yönelik bir düzenleme sağlanacak (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014, Amaç B 4, Strateji 4 ve Amaç B 5, Hedef 1, Strateji 1, Faaliyet 1-2)	2 yıl	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı RTÜK	Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyşleri Bakanlığı (TKB), Üniversiteler, STK’lar, Medya Kuruluşları	Yayınlanan sağlıklı besin reklamları sayısında azalma
3. Okullarda yüksek kalorili içecek ve yiyecek otomatlarının kaldırılması, sağlıklı öğle yemeği sağlanması ve kantinlerde meyva gibi sağlıklı besin ürünlerinin bulundurulmasının teşviki sağlanacak (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014, Amaç B 2, Hedef 4, Strateji 5, Faaliyet 2-4-5-7-8-10)	2010-2014	Millî Eğitim Bakanlığı Sağlık Bakanlığı	TKB, Maliye Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler	Okullarda sunulan besinlerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları yönünde değişimi
4. Okullarda işlenen sağlık bilgisi müfredatında “şışmanlık” bölümüne yer verilecek ve mevcut içerik geliştirilecek (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014, Amaç B 2, Hedef 1, Strateji 1 Faaliyet 1-2-3; Strateji 2, Faaliyet 1)	2 yıl	Millî Eğitim Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler	Okullarda etkili sağlıklı beslenme / obezite eğitimi sağlanması

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 6. Tip 1 Diyabetli Çocuklara Yönelik Sosyal Güvenlik Şemsiyesinin Bütün Tedavi ve İzlem İhtiyaçlarını Kapsayacak Şekilde Genişletilmesi (Amaç 5, hedef 5.2 ile entegre edilerek ele alınmalıdır)

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
Tip 1 diyabetin standart bakımı için ulusal rehber kapsamında önerilen bütün tedavi ve izlem ihtiyaçları evrensel sağlık sigortası kapsamında karşılanan tip 1 diyabetli hasta oranı	-	-	% 100	SGK Medula Sistemi Sağlık-Net	SGK, Sağlık Bakanlığı

AMAÇ 4. ÇOCUKLUK ÇAĞI DİYABETİNİN KONTROLÜ

HEDEF 6. Tip 1 Diyabetli Çocuklara Yönelik Sosyal Güvenlik Şemsiyesinin Bütün Tedavi ve İzlem İhtiyaçlarını Kapsayacak Şekilde Genişletilmesi

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Tip 1 diyabetin standart bakımı için gereken tedavi ve izlem ihtiyaçları ile ilgili SUT düzenlemeleri ve SGK ödeme uygulamaları izlenip periyodik olarak raporlanacak	Sürekli/Yılda bir rapor	Sağlık Bakanlığı	SGK, İlgili STK'lar	Tip 1 Diyabet Yıllık Geri Ödeme Raporu
2. Tip 1 diyabet için eksik ödeme uygulamaları sebebi ile yol açılan doğrudan ve dolaylı maliyetler hesaplanıp raporlanacak	Sürekli/3 yılda bir rapor	Sağlık Bakanlığı	SGK, Üniversiteler	Tip 1 Diyabet Üç Yıllık Karşılanmayan Gider Maliyetleri Raporu
3. Tip 1 diyabetli ve ailesinden dolayı SGK'lı olup 18 yaşını dolduran diyabetiklerin işsiz olmaları ve öğrenci olmaları halinde bakım ve tedavilerinin ödeme problemleri sebebi ile aksamalarının engellenmesine çalışılacak	Sürekli	SGK	Sağlık Bakanlığı, Diğer ilgili Kamu Kurum ve Kuruluşları	Tip 1 diyabetlilerde ödeme sorunları sebebi ile metabolik kontrolün bozulmasının önlenmesi

**8.5. DİYABET YÖNETİMİNE
DESTEK SAĞLAYAN
ALANLARDA GÜÇLENDİRME**

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK SAĞLAYAN ALANLARDA GÜÇLENDİRME

AMAÇ 5. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1- Sağlık-Net raporlamalarına ve toplum-tabanlı kesitsel ve kohort araştırmalara dayalı kaliteli ve uluslararası ölçekte karşılaştırılabilir diyabet verisi içeren ulusal diyabet surveyansı verisi	-	-	1- İlk ulusal diyabet surveyansı raporunun 2. yılın sonunda yayınlanmış olması	Toplum-tabanlı kesitsel araştırmalar ve kohort araştırmaları Maliyet analizi raporları	Sağlık Bakanlığı Üniversiteler, STK' lar SGK
2- a) Diyabete dair ilgili göstergelerin uluslararası standartlara uygun maliyet analizleri b) SBDS önerdiği protokollerin içerdiği bütün tedavi ve izlem ihtiyaçları evrensel sağlık sigortası kapsamında karşılanan diyabetli hasta oranı			2- a) Periyodik diyabet maliyet analiz raporlarının 2. yıl sonunda yayınlanmaya başlamış olması b) %100	Sağlık Bakanlığı personel istatistikleri	
3- Diyabetli nüfus grubu başına düşen diyabet alanında görevli sağlık personeli oranları			3- Bakınız Hedef 5.3	Sağlık Bakanlığı hizmetçi eğitim kayıtları	
4- Diyabet alanında geliştirilen sertifikasyon programları kapsamında hizmetçi diyabet eğitimi alan sağlık personeli oranı			4- Sertifikalı hizmetçi diyabet eğitimi alan diyabet alanında görevli sağlık personeli oranı 5 yılda %30, 10 yılda %80'e çıkarılacaktır.		
5- Diyabet alanında faaliyet gösteren STK'lar tarafından geliştirilen Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı hedeflerine yönelik diyabet programı sayısı			5- Diyabet alanında faaliyet gösteren STK'ların her üç yılda en az bir kez ortaklı (kamu, yerel yönetim, diğer STK vb.) bir diyabet programına dahil olması		

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK SAĞLAYAN ALANLARDA GÜÇLENDİRME

HEDEF 1. Diyabetin Ulusal Düzeyde Elektronik Kayıt Altına Alınması ve Diyabet Konulu Kaliteli Epidemiyolojik Veri Sağlanması

HEDEF 1. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
Sağlık-Net raporlamalarına dayalı olarak yayınlanan kaliteli ve uluslararası ölçekte karşılaştırılabilir diyabet verisi içeren yıllık surveyans raporları	-	-	İlk ulusal diyabet surveyansı raporunun 2. yılın sonunda yayınlanmış olması	Geliştirilmiş Diyabet Minimum Veri Seti parametrelerinin Sağlık-Net üzerinden toplanıp raporlanması yoluyla	Sağlık Bakanlığı Üniversiteler, STK' lar
Diyabet konulu periyodik toplum-tabanlı kesitsel ve kohort araştırması raporları	-	-		Toplum-tabanlı kesitsel araştırma verileri ve kohort araştırması verileri	

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK ALANLARDA GÜÇLENDİRME

HEDEF 1. Diyabetin Ulusal Düzeyde Elektronik Kayıt Altına Alınması ve Diyabet Konulu Kaliteli Epidemiyolojik Veri Sağlanması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. SBDS'nin gerektirdiği verilerin elektronik olarak toplanması için ilgili programlarda düzenlemeler yapılacaktır	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, İlgili STK'lar	TDK Programı uyumlu veri seti
2. Diyabete ilişkin "Minimum Veri Seti" Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programının gerektirdiği raporlamaları sağlayacak şekilde geliştirilecek ve Sağlık-Net (AHBS ve HBS) ile entegrasyonu sağlanacak	15 ay – 2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, İlgili STK'lar	TDK Programı uyumlu Diyabet Minimum Veri Seti
3. AHBS'ye ve HBS'ye prediyabetik bireyleri belirleyecek tanımlayıcı bilgiler entegre edilecek ve bu bilgilerin toplanması sağlanacak	(Hazırlık için 2 yıl) Sürekli	Sağlık Bakanlığı	İlgili STK'lar	Sağlık-Net üzerinden sağlanan prediyabetik birey verisi
4. SBDPG'nin AHBS, HBS ve eşdeğer programlarda yer alması ve toplanması için destek sağlanacak	En geç 15. ay sonu	Sağlık Bakanlığı	-	Sağlık Bakanlığı Diyabet Performans Göstergelerinin AHBS ve HBS'de yer alması
5. Gebelik diyabeti olgularının AHBS üzerinden % 100 oranında saptanması olumlu performans kriteri olarak belirlenecek	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	-	Sağlık Bakanlığı Gestasyonel Diyabet Performans Göstergeleri
6. Diyabetiklerin A1C ile açlık ve 2-st PG ölçüm sonuçlarının SBDPG'leri arasında AHBS ve HBS'de tanımlanması sağlanacak	En geç 15. ay sonu	Sağlık Bakanlığı	-	Güncel A1C, açlık ve 2-st PG ölçüm değerleri verisinin Sağlık-Net üzerinden sağlanması
7. Kronik diyabet komplikasyonlarına yönelik tarama panellerinin AHBS ve HBS'de SBDPG arasında tanımlanması sağlanacak	En geç 15. ay sonu	Sağlık Bakanlığı	-	AHBS ve HBS'de yer alan Kronik Diyabet Komplikasyonu Tarama Panelleri

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
8. 0-18 yaş grubu bireylerin BKİ verilerinin AHBS ve HBS üzerinden girilmesi performans kriteri olarak düzenlenecek	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Özel Sağlık Sektörü	Çocukluk çağında fazla kiloluluk ve obezite sıklıkları
9. 0-18 yaş grubu bireylerin tip 1 ve tip 2 diyabet tanılarının ulusal sağlık bilgi sistemi (Sağlık-Net) üzerinden periyodik olarak raporlanması sağlanacak	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Özel Sağlık Sektörü, SGK, TÜİK	Çocukluk çağı tip 1 ve 2 diyabet sıklıkları
10.Sağlık -Net ile diğer sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında diyabet verisi konusunda uyum ve veri sağlama ilişkisi kurulacak	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Özel sağlık kuruluşları, STKlar, SGK, TÜİK	Ulusal Diyabet Verisi Ağı
11. Sağlık-Net üzerinden sağlanan veri kullanılarak prediyabet, diyabet, komplikasyonları ve risk faktörlerine dair raporlamaların (prevelans, insidans, tedavi, eğitim, izlem, tarama vb.) periyodik olarak yayınlanması için çalışılacak	2. yıl sonundan itibaren, Yıllık periyotlarda	Sağlık Bakanlığı	TÜİK, SGK	Yıllık Diyabet Morbidite ve Müdahale Raporları
12. Hane halkı tabanlı saha çalışması yapılarak DALY ve QALY hesaplamalarının yapılması ve analizlerin raporlanması sağlanacak	3 yıl içinde, 5 yılda bir	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler	Diyabete dair ulusal DALY/QALY verisi
13.Gebelik diyabetinin ve bağlı komplikasyonların surveyans verisini ortaya koyacak multidisipliner bir çalışmanın ulusal düzeyde planlanması ve yürütülmesi gerçekleştirilecek	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	İlgili STK'lar	Gebelik Diyabeti Ulusal Surveyans Raporu
14.Diyabet verisi yönetiminin izlenmesi ve değerlendirilmesi yapılacak	3. yıl sonundan itibaren her yıl	Sağlık Bakanlığı	TÜİK, SGK	Yıllık izleme-değerlendirme raporları

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK ALANLARDA GÜÇLENDİRME

HEDEF 2. Diyabete Yönelik Sağlık Hizmetlerinde Etkililik ve Verimliliği Artırmak İçin İlgili Araştırmalar ve Maliyet Analizlerinin Düzenli Olarak Yapılması, Diyabetliler İçin Sağlık Güvenesi Kapsamının Geliştirilmesi

HEDEF 2. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
Diyabete dair ilgili göstergelerin uluslararası standartlara uygun maliyet analizleri SBDS'nin önerdiği protokollerin içerdiği bütün tedavi ve izlem ihtiyaçları evrensel sağlık sigortası kapsamında karşılanan diyabetli hasta oranı	-	-	Periyodik diyabet maliyet analiz raporlarının 2. yıl sonunda yayınlanmaya başlamış olması %100	Yapılan analizleri içeren raporların düzenli olarak yayınlanması yoluyla	Sağlık Bakanlığı, SGK

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK ALANLARDA GÜÇLENDİRME

HEDEF 2. Diyabete Yönelik Sağlık Hizmetlerinde Etkililik ve Verimliliği Artırmak İçin İlgili Araştırmalar ve Maliyet Analizlerinin Düzenli Olarak Yapılması, Diyabetliler İçin Sağlık Güvenesi Kapsamının Geliştirilmesi.

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1.SBDS'nin önerdiği protokollere yönelik maliyet paketleri hazırlanacak	18 ay / değişiklik halinde tekrarı	Sağlık Bakanlığı, SGK	Üniversiteler, STK' lar, Maliye Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı Diyabet Standartları Maliyet Raporu
2.SBDS'nin yaygın ve eşitlikçi bir şekilde uygulanabilmesi için SUT ile uyumluluk (önerilen ilaçların reçetelenmesi, gerek duyulan raporlamalar, insulün sarf malzemelerinin kullanımında geri ödemenin iyileştirilmesi gibi) ve süreçle ilgili izleme sağlanacak	SBDS yayını takip eden 1. yıl sonunda (en geç 2. yıl sonu) / Sürekli	SGK Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar, Maliye Bakanlığı	SBDS'yi destekleyen SUT diyabet düzenlemeleri
3. Diyabetlilerin aldıkları, diyet ve beslenme, fiziksel aktivite ve egzersiz eğitimleri dahil, diyabet eğitim programlarının ücretlendirilmesi için çalışılacak	2 yıl	SGK	Sağlık Bakanlığı Maliye Bakanlığı	İlgili SUT düzenlemesi
4.Diyabetli çocuklar ve yakınlarına verilen diyabet eğitimi hizmetine dair geri ödemenin iyileştirilmesi sağlanacak	1 yıl	SGK	Sağlık Bakanlığı	Diyabetli başına ödeme yapılan eğitim sayısı ve ödeme miktarı
5. Tip 1 diyabetin standart bakımı için gereken tedavi ve izlem ihtiyaçları ile ilgili SUT düzenlemeleri ve SGK ödeme uygulamaları izlenerek periyodik olarak raporlanacak	Sürekli / Yılda bir rapor	Sağlık Bakanlığı	SGK	Tip 1 Diyabet Yıllık Geri Ödeme Raporu

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
6. Tip 1 diyabet için eksik ödeme uygulamaları sebebi ile yol açılan doğrudan ve dolaylı maliyetler hesaplanıp raporlanacak,	Sürekli / 3 yılda bir rapor	Sağlık Bakanlığı	SGK, Üniversiteler	Tip 1 Diyabet Üç Yıllık Karşılanmayan Gider Maliyetleri Raporu
7. Tip 1 diyabetli ve ailesinden dolayı SGK'lı olup 18 yaşını dolduran diyabetiklerin işsiz olmaları ve öğrenci olmamaları halinde bakım ve tedavilerinin ödeme problemleri sebebi ile aksamalarının engellenmesine çalışılacak	Sürekli	SGK	Sağlık Bakanlığı, Diğer ilgili Kamu Kurum ve Kuruluşları	Tip 1 diyabetlilerde ödeme sorunları sebebi ile metabolik kontrolün bozulmasının önlenmesi
8. Diyabet alanında fayda-maliyet ve maliyet-etkinlik analizi yapılacak kurumsal kapasite oluşturulacak	3 yıl	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler	TÜİK, SGK	Diyabetle ilgili fayda-maliyet ve maliyet-etkinlik analizi yapan kurum sayısı
9. Sağlık kurumları (hastane vb.) tabanlı çalışma yapılarak “diyabet maliyet analizi” yapılması ve raporlanması sağlanacak	1 yıl içinde	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, SGK	Diyabet maliyet analizi

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK SAĞLAYAN ALANLARDA GÜÇLENDİRME

HEDEF 3. Diyabete Yönelik Sağlık Hizmetinin Sunumunda İş Yüküne Dayalı İnsan Gücü Planlaması Yapılarak Gerekli Personelin Yetiştirilmesi/İstihdamının Sağlanması

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Diyabetli nüfus grubu başına düşen takip edildikleri diyabet merkezinde görevli sağlık personelinin (pediatrik/erişkin endokrinolog, pediatri uzmanı, dahiliye uzmanı, aile hekimi, diyabet eğitimsi/hemşiresi, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist) oranları	-	-	Pediatrik endokrinolog Erişkin endokrinolog Pediatri uzmanı Dahiliye uzmanı 2500 nüfus için 1 Aile Hekimi 250.000 nüfuslu bir bölge için 1 Diyabet eğitimsi 100-150 diyabetli çocuk bireye 1 Diyabet eğitimsi 2000-2500 diyabetli erişkin bireye 1 Diyabet eğitimsi Hemşire Diyetisyen Fizyoterapist	Sağlık Bakanlığı personel istatistikleri	Sağlık Bakanlığı

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK SAĞLAYAN ALANLARDA GÜÇLENDİRME

HEDEF 3. Diyabete Yönelik Sağlık Hizmetinin Sunumunda İş Yüküne Dayalı İnsan Gücü Planlaması Yapılarak Gerekli Personelin Yetiştirilmesi/İstihdamının Sağlanması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Programın öngördüğü diyabet sağlık hizmeti modelinin gerektirdiği kapsamlı bir iş yükü analizi yapılacak	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar	Diyabet İş Yükü Analiz Raporu
2. Diyabetlilerin eğitimi amacıyla her ilde en az bir DEM oluşturulacak, bunların bulunduğu ildeki birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile sürekli işbirliği sağlanacak	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK'lar, SGK	Açılan DEM sayısı / 81 il
3. Diyabetiklerin kişiye özel tıbbi beslenme tedavisi ile diyet danışmanlığı hizmeti almaları ve bunun sürekliliği sağlanacak, her diyabetlinin diyetisyene erişebilmesi için gerekli düzenlemeler yapılacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili STK'lar	Kişiye özel diyet uygulanan diyabetiklerin oranı
4. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet birimlerinde görevli sağlık personelinin diyabetle ilgili görev ve yetkileri tanımlanacak (DHB Yönergesi ile paralel) ve gereken görevlendirmeler yapılacak	2012 / 2014 yılı sonuna kadar	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar	DHB Yönergesi PDC düzenlemesi ile ilgili olarak yeni görevlendirilen personel sayısı

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
5.Çocuklara yönelik diyabet kampı düzenleyen uzman ekip sayısının artırılması, standart kamp eğitim modülü geliştirilmesi ve tatil dönemlerinde gündüz kampı programının başlatılması için çalışılacak	1 yıl / Sürekli	İlgili STK'lar, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalları	Sağlık Bakanlığı	Uzman kamp ekibi sayısı Çocuk diyabet kampı standart eğitim programı ve eğitim modülleri Gündüz kampı programına katılan çocuk sayısı
6.Diyabet İş Yüklü Analiz Raporuna paralel olarak yıllara göre tespit edilecek personel ihtiyacı hesaplanacak ve yetiştirilmesi/ atanması yönünde ilgili kurumlarla işbirliği geliştirilecek	3 yıl	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bakanlığı, YÖK, Üniversiteler, STK' lar	Diyabet Personeli İhtiyaç Raporu ve paylaşıma toplantısı
7.Kısa vadede mevcut sağlık iş gücünden hareketle diyabet hizmet birimlerinin personel ihtiyacı karşılanacak	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK' lar, Özel Sağlık Kuruluşları	Diyabet Personeli Durumu İzleme Raporu

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK SAĞLAYAN ALANLARDA GÜÇLENDİRME

HEDEF 4. İlgili Sağlık Personelinin Sağlıkla Yaşam Programları Kapsamında Diyabete Yönelik Standardize Edilmiş Hizmetiçi ve Tazeleme Eğitimlerinin Yapılması

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Hizmetiçi diyabet eğitimi alan sağlık personeli oranı 2. Diyabet alanında geliştirilen sertifikasyon programı sayısı			1. Sertifikalı hizmetiçi diyabet eğitimi alan diyabet alanında görevli sağlık personeli oranı 5 yılda %30, 10 yılda %80'e çıkarılacaktır. 2. Diyabet eğitimciliği, diyabet hemşireliği, diyetisyenler için diyabet, diyabette ayak bakımı, fizyoterapi ve diyabet, aile hekimleri için diyabet tazeleme eğitimi gibi sertifikasyon programları 3 yılın sonunda geliştirilmiş olacaktır.	Sağlık Bakanlığı hizmetiçi eğitim kayıtları	Sağlık Bakanlığı

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK SAĞLAYAN ALANLARDA GÜÇLENDİRME

HEDEF 4. İlgili Sağlık Personelinin Sağlıkla Yaşam Programları Kapsamında Diyabete Yönelik Standardize Edilmiş Hizmetiçi ve Tazeleme Eğitimlerinin Yapılması

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. İlgili mevzuatın Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı hizmetiçi eğitim önerileri (sertifikasyon süreci dahil) ile uyumluluğu değerlendirilecek	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	-	Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Mevcut Eğitim Mevzuatı Uyumluluk Raporu
2. Sağlıkla yaşam programları içerisinde diyabete yönelik sertifika programının yer alması ve alınan sertifikaların, Sağlık Bakanlığı tarafından, görevlendirme, atama ve yükselmelerde değerlendirilmesi sağlanacak	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, İlgili STK'lar	Diyabete yönelik hazırlanmış sertifika programı, sertifika aldıktan sonra ilgili birimlerde çalışan sağlık personeli sayısı
3. Diyabet hizmetiçi eğitimlerinde eğitimci ve katılımcı olarak çalışan personelin eğitim sürelerinin performans değerlendirmesinde dikkate alınması sağlanacak	2 yıl	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler	-	Hizmet içi eğitim süreçlerinin performansla dayalı ödeme sistemine dahil edilmesi
4. Uluslararası standartlara uyumlu ulusal diyabet sertifika programlarının, ilgili eğitici eğitimi programları ile birlikte geliştirilmesi sağlanacak	3 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK'lar	Diyabet Eğitimsel, Diyabet Hemşiresi, Diyetisyenler için Diyabet, Diyabette Ayak Bakımı, Fizyoterapi ve Diyabet, Aile Hekimleri için Diyabet Tazeleme Eğitimi Sertifikasyon Programları

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
5. Bilimsel gelişmeler ve eğitim ihtiyacı göz önünde tutularak içeriği yıllık olarak düzenlenen diyabet konulu hizmetçi eğitimler (eğitimci, katılımcı, altyapı, coğrafi dağılım bazında) düzenlenecek ve standardizasyonu sağlanacak	3 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, İlgili STK' lar	Standardize Hizmetçi Diyabet Eğitimleri Yıllık Planı
6. Turizm sektörü başta olmak üzere diğer gereklilik tespit edilen sektör ve kuruluşlarda çalışan personelin diyabet ve acil komplikasyonları konusunda doğru müdahale ve yönlendirme sağlama yetilerini geliştirmeye yönelik eğitim programları geliştirilecek	3 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, İlgili STK' lar	Sağlık alanı dışında çalışan Sektörler için geliştirilmiş Diyabet Eğitim Programları
7. Birinci basamak hekimlerine ve çocuk hekimlerine yönelik diyabet konulu tazeleyici eğitim programları düzenlenecek	1 yıl / Sürekli	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler İlgili STK' lar	Eğitim programına katılan hekim oranı

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK SAĞLAYAN ALANLARDA GÜÇLENDİRME

HEDEF 5: Diyabetli bireylerin Yararı İçin İlgili Sivil Toplum Kuruluşları ile İşbirliğinin Güçlendirilmesi

HEDEF 3. GÖSTERGE	Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Varsa			Göstergeye İlişkin Mevcut Durum Verisi Yoksa	
	Mevcut Değeri	Kaynağı	Gösterge Hedef Değeri	Nasıl Toplanmalı	Kim Toplamalı
1. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı hedefleri doğrultusunda diyabet alanında faaliyet gösteren STK'lar tarafından geliştirilen program sayısı	-	-	Diyabet alanında faaliyet gösteren STK'ların her üç yılda en az bir kez ortaklı (kamu, yerel yönetim, diğer STK vb.) bir diyabet programına dahil olması	Yazışma yolu ile	Sağlık Bakanlığı

AMAÇ 5. DİYABET YÖNETİMİNE DESTEK SAĞLAYAN ALANLARDA GÜÇLENDİRME

HEDEF 5: Diyabetli Bireylerin Yararı İçin İlgili Sivil Toplum Kuruluşları İle İşbirliğinin Güçlendirilmesi

Etkinlikler	Süre	Sorumlu Kuruluş	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Temel Çıktı
1. Eğitim alanı başta olmak üzere Sağlık Bakanlığı ve ilgili STK'lar arasında işbirliği çalışmaları geliştirilecek	Sürekli	Sağlık Bakanlığı, İlgili STK'lar	Üniversiteler	İşbirliği halinde yürütülen programlar
2. Yerel Yönetimler ve ilgili STK'larla işbirliği çalışmalarının geliştirilmesi teşvik edilecek	Sürekli	Yerel Yönetimler	İlgili STK'lar, Sağlık Bakanlığı	Yerel Yönetim destekli STK diyabet programları
3. Diyabetiklerin ihtiyaçlarını (diyabetik gıda, ayakkabı vb.) karşılamak amacı ile ilgili STK'larla meslek odaları ve birlikler arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi desteklenecek	Sürekli	İlgili STK'lar	İlgili Meslek Odaları ve Birlikleri, Sağlık Bakanlığı	Diyabetiklerin bazı ihtiyaçlarına daha kolay erişimi

9. EKLER

9.1. BİRLEŞMİŞ MİLLETLER DİYABETLE MÜCADELE KARARI

Birleşmiş Milletler (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 eğitime 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.

9.2. GLOBAL HALKA HAREKETİ



Mavi Halka: Diyabet için evrensel bir semboldür. Diyabet sembolünün amacı diyabete ortak bir tanımlama vermektir. 2006 yılına kadar diyabet için bir küresel sembol yoktu. 2006 yılından itibaren Aşağıdakiler hedeflenmiştir.

- Diyabet hakkında farkındalığı artırmak için var olan çabaları desteklemek
- Yeni aktivitelere ilham vermek, genel kamunun dikkatini diyabete çekmek
- Diyabet markası olması
- Diyabetle savaşanlar için bir destek gösterisi anlamı sağlamaktadır.

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) bu sembolün tüm haklarını almıştır.

Hastalıktan etkilenmiş milyonlarca insan ve diyabet için bir referans olarak herkesi bu sembolü kullanmaları için cesaretlendirmeliyiz.

Yayınlarda (magazin video, elektronik bilgi vb) logoyu kullanabiliriz.

Sembol;

- IDF'in önceden izni olmaksızın kullanılamaz
- Diyabetten başka herhangi, bir şeyi refere veya promot edilmesinde
- Kalite etiketi olarak
- Mal alım satımları veya diğer herhangi ticari amaçlı kullanılamaz

Logoların herhangi tipleri için lütfen temas kurunuz : diabetessymbol@idf.org.

Bu etiket Uluslararası Diyabet Federasyonu (UDF-IDF) tarafından onaylandıktan sonra veya bu sayfada söz edilen rehberlere göre diyabete referans olarak herhangi bir materyalde kullanılabilirken bir kalite etiketi olarak kullanılamaz.

Diyabet sembolünün kalite güvencesi olarak dolaylı veya dolaysız herhangi bir gösterimi yasaklanmıştır. UDF sembolün herhangi bir yanlış kullanımından sorumlu değildir.

Mavi Halka;

- poster
- t-shirt
- bayrak
- broşlar (<http://www.idf.org/bookshop> adresinden elde edilebilir)
- seyahat afişlerinde (travel bugs) (daha fazla bilgi için , <http://unite.geocaching.com>)
- resimlerde kullanılabilir.

Mavi halkanın kullanımı ile ilişkili sorularınız için doğrudan diabetessymbol@idf.org ile temasa geçiniz.

Mavi Halkanın Tarihçesi; Bu simge BM diyabet üzerine bir kararı için yapılan kampanyada geliştirildi. BM Genel Kurulunda diyabete ilişkin bir karar almasını sağlamak için yapılan kampanya sağlık hizmet kaynaklarının her yerde baskın şekilde tesis edilmesi ile diyabet pandemisine bir cevaptı. Kampanya BM diyabet kararını alınmasında diyabet paydaşlarını harekete geçirdi. BM Kararı 61/255 ‘Dünya Diyabet Günü’ 20 Aralık 2006 da kabul edildi.

Niçin Bir Halka ?

“Halka” doğada sıklıkla bulunmaktadır ve insanoğlunun varlığından beri yaygın şekilde kullanılmıştır. Anlamı çok büyük oranda olumludur. Karşılıklı kültürlerde halka, yaşam ve sağlığı sembolize eder. Kampanyalar için en önemli ölçü halka “birliği (vahdet)” sembolize eder. Bizim ortak grubumuzun gücü bu özel kampanyanın yapılmasındaki anahtar elementtir. Küresel diyabet topluluğu diyabete ilişkin BM kararını desteklemek için bir araya geldiler ve bir farklılık yapmak için birliğe gereksinim duydular. Hepimizin bildiği gibi: hiç bir şey yapmamak artık bir seçenek değildir.

Niçin Mavi?

Halkanın kenarındaki mavi renk gökyüzü ve Birleşmiş Milletlerin bayrak rengini yansıtmaktadır. Birleşmiş Milletler ülkeler arasındaki birliği sembolize etmektedir ve her yerde Hükümet Başkanlarına diyabetle savaşıma zamanı sinyali verebilecek; erken ölümler ve pek çok acıya neden olacak ekonomik kalkınmayı engelleyecek olan küresel eğilimi tersine çevirecek tek kuruluştur.

9.3. St. VINCENT BİLDİRGESİ- 1989

Diyabet Avrupa’da gittikçe büyümekte olan ciddi bir sağlık sorunudur. Tüm yaştan 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 Avrupada 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 yaştan 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 DSÖ kurumları ve diyabet hasta organizasyonları ile işbirlikleri teşvik edilmelidir.
- DSÖ 'Herkes için Sağlık' programı ruhuna uygun olarak, DSÖ 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.

9.4. ULUSAL DİYABET PROGRAMI-1994

Giriş

Diyabet hastalığı, tüm toplumlarda tüm yaş gruplarında görülen kronik, uzun süren bir hastalık hali olup komplikasyonlarla seyrederek ve maliyeti yüksek bir hastalıktır. Etkili tedavi ve hasta eğitimi ile etkin kontrol sağlanabilmekte ve maliyet azaltılabilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporlarına göre dünyada diyabetin prevalansı %1-3 olarak bildirilmektedir. Bu durum 45 yaş üstü nüfus için %5-10 arasında değişmektedir.

Diyabetin ülke ekonomisine getirdiği bir yük bulunmaktadır. Hekim, hemşire ve diyetisyen tarafından 2 yıl süre ile düzenli hasta eğitimi verilmesi halinde bu miktarın %38,6 oranında, ayrıca ketoasidoz komasına girme riskinin ve rapor alma oranının ise 2 kat azaltılabileceği gösterilmiştir.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve Uluslararası Diyabet Federasyonu tarafından 9 Avrupa ülkesinde 1982 yılında başlatılan diyabetli hastalarda kendi kendine izlem ve yoğun hasta eğitimi ile etkin metabolik kontrolün sağlandığının gösterildiği bir çalışmayı takiben, Avrupa ülkelerinde diyabetin ulusal otoriteyi de içine alan bir program olarak yürütülmesini öngören çalışmalar başlatılmıştır. 1989 yılında başlayan bu çalışmalar, üye ülkelerde ortak hedeflerin ve standartların benimsendiği, nitelikli hizmet sunan

Diyabet Merkezlerinin bulunduğu, ilgili sektörlerin ve kişilerin görev aldığı diyabet programlarının hazırlanmasını ve yürütülmesini amaçlamaktadır.

Vizyon

Ulusal Diyabet Programını oluşturarak mümkün olduğunca hızlı bir şekilde diyabete eğilimli olan kişi sayısını azaltmak, hastalara hizmeti tüm basamaklarda etkinleştirmek ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmek, diyabette koruyucu alana yönelik araştırmaları desteklemek.

Genel Gerekçe

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıkların prevalansında giderek artma gözlenmektedir. Özellikle bulaşıcı hastalıkları önleme çabaları, yaşam sürelerinin uzamasını sağlamış ve kronik hastalıkları gündeme getirmiştir. Ülkemizde de benzer bir durum söz konusudur. Son 10 yılda bebek ölüm hızı binde 200'lerden 53'lere çekilmiş, doğumda beklenen yaşam süresi 67 yıla çıkmıştır. Bakanlığımız kronik hastalıklarla ilgili programlara 1994 yılından itibaren ağırlık vermeye başlamıştır. Aynı zamanda "2000 Yılında Herkes için Sağlık Hedefleri" arasında bu hastalıkların görülme sıklığının %15 azaltılması hedefi benimsenmiştir.

Kronik hastalıklar içinde "Diyabet Hastalığı" ile mücadelenin,

- En çok görülen ve en uzun süren hastalık olması,
- Planlama açısından çeşitli disiplinleri ve sektörleri ilgilendiriyor olması,
- Ekonomik olarak iyi planlama sonucu maliyetinin düşürebilecek olması kriterleri çerçevesinde ilk program olarak başlatılması uygun görülmüştür.

Mevcut Durum

Epidemiyoloji: Ülkemizde diyabete ilişkin Bakanlığımız tarafından Form 53/A 150 başlıklı liste ile toplanan veriler diyabetin prevalans ve insidansını saptamaya elverişli değildir. Ancak yapılmış bazı yerel prevalans çalışmalarının sonuçları benzer ülke verileri ile uyumlu olup ülkemize genelleme yapmak mümkün olabilmektedir.

Buna göre genel popülasyonda (Türk Diabet Cemiyeti Verileri);

- Diyabetin prevalansı % 2,08 (1.248.000 diyabetli/60.000.000 nüfus),
- Tip I diyabetin prevalansı %0,27 (162.000 tip I diyabetli/60.000.000 nüfus),
- Tip II diyabetin prevalansı %1,81 (1.086.000 tip II diyabetli/60.000.000 nüfus) olarak tahmin edilmektedir.

Diyabetin insidansına ve mortalitesine ilişkin ülke genelini yansıtacak bir çalışma bulunmamaktadır.

Ulusal Diyabet Programının Amaçları

- Ülke genelinde mümkün olduğunca hızlı bir şekilde diyabet riski olan kişi sayısını saptamak ve önleyici tedbirler almak,
- Hastalara sunulan hizmeti tüm basamaklarda etkinleştirmek ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmek,

- Diyabete yönelik araştırmaları desteklemek,
- Toplumun bilgilendirmek ve sağlık personelinin ile hastaları eğitmek.

Ulusal Diyabet Programının Hedefleri

Ulusal diyabet programının hedefleri St. Vincent Deklarasyonu (DSÖ 1989, İtalya-KOS-1993) ile uyumludur. Ancak, sayısal hedeflere öngörülen beş yıl içinde ulaşılabilmesi için öncelikle mevcut durumu ve olanakları tespit etmek ve yeniden gözden geçirmek gereklidir.

Bu hedefler;

- Diyabete bağlı körlükleri 1/3 oranında azaltmak,
- Diyabete bağlı diyaliz ve transplantasyon gereğini 1/3 oranında azaltmak,
- Diyabetik gangrene bağlı amputasyonları 1/2 oranında azaltmak,
- Diyabetli kişiler arasında risk faktörlerinin hızla azaltılarak koroner arter hastalığı ve felce bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak,
- Diyabetli annelerin sağlıklı bir gebelik geçirip sağlıklı bir bebek sahibi olmalarını sağlamak,
- Akut komplikasyonlara bağlı (ketoasidoz-hipoglisemi) morbidite ve mortaliteyi azaltmak,
- Gestasyonel diyabet saptananların takibi,
- Diyabetli çocuklarda sağlıklı büyüme, gelişme sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek,
- Düzenli olarak izlenen hasta sayısını arttırmaktır.

Ulusal Diyabet Programının Stratejileri

1. Veri toplama sisteminin geliştirilmesi;
 - Epidemiyolojik verilerin toplanma ve izlem yöntemlerinin geliştirilmesi,
 - DSÖ'nun DIABCARE Temel Bilgi Formunun ülkemize adaptasyonu,
 - DSÖ'nun DIABCARE bilgisayar programının ülkemize adaptasyonu,
 - Hizmet sunumuna yönelik durum analizi yapılması.
2. Eğitim;
 - Sağlık Personeline yönelik (hekim, hemşire, diyetisyen ve diğer) eğitimler,
 - Hasta eğitimi,
 - Halk Eğitimi
 - Değişik gruplar için eğitim materyali, modül ve protokollerin geliştirilmesi.
3. Diyabet bakımında kalite geliştirme;
 - Standart bakım protokolleri geliştirilmesi,
 - Standart laboratuvar protokolleri geliştirilmesi,
 - Fiziki alt yapıyı geliştirerek diyabeti izlemede gerekli donanımına sahip “Diyabet Merkezleri” oluşturulması,
 - Merkezler arası iletişimin sağlanması ve genel değerlendirme yapılmasıdır.

Örgütlenme

Ulusal Diyabet Programı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülür. Programa Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü katılır.

Programın ana politikalarının belirlenmesinde yönlendirici olarak Diyabet Danışma Kurulu oluşturulur. Kurul üyelerinin seçimi, görev süreleri, çalışma esasları ve teknik alt komisyonların tespiti Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanacak bir yönerge ile belirlenir.

Diyabet Merkezlerinin kurumlaşması ve işlevlerine ait yasal düzenlemeler yapılarak koruyucu sağlık hizmetleri ve yataklı tedavi birimlerine entegrasyonu sağlanır; referans sistemleri de (DSÖ, IDF) dikkate alınarak programın kurumsallaşması gerçekleştirilir.

Bu konudaki ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapılarak yapılabilecek etkinlikler planlanır.

Ulusal Diyabet programında yer alacak kurum ve kişilerin görev analizleri ile diyabet endüstrisindeki mevcut sektörlerin bu programdaki yerleri ve etkinlikleri Sağlık Bakanlığı'nca belirlenir.

Mali Durum

Ulusal Diyabet Programı kapsamında, veri toplama, eğitim ve hizmette kalitenin geliştirilmesine yönelik aktiviteler için ilgili kurumların bütçesi, fonlar ve yabancı kaynaklı krediler ve konuyla ilgili sektörel katılımlar kullanılacaktır.

Ulusal Diyabet Programı Geliştirme Süreci

Türkiye'de diyabetle ilgili çalışmalar 1992 yılında T.C. Hükümeti'nin St. Vincent Deklarasyonu'nu imzalamasını takiben Ulusal Diyabet Programı geliştirme süreciyle başlamıştır.

Ulusal Diyabet Programı 15.04.1994 tarihli ve 3203 sayılı Makam onayı ile "Diyabet Danışma Kurulu" nun oluşturulmasıyla başlamıştır.

PROGRAM İLE İLGİLİ YAPILAN TOPLANTILAR

Danışma Kurulu I. Toplantısı (08 Temmuz 1994 – Ankara)

Danışma Kurulu ilk toplantısında 4 (dört) çalışma grubu oluşturmuştur. Bu gruplar;

- 1- Diyabet Veri Toplama Çalışma Grubu
- 2- Diyabet Bakımında Kalite Geliştirme Grubu
- 3- Diyabet Eğitimi Çalışma Grubu
- 4- Retinopati Çalışma Grubu

Bu toplantı sonucunda Danışma Kurulu üyelerinin sayısının artırılması kararı alınmıştır.

Danışma Kurulu II. Toplantısı (20 Aralık 1994 – Ankara)

Bu toplantıda çalışma grupları raporlarını sunmuş ve bu çalışma gruplarının yanı sıra Çocuk ve Adölesan Çağı Diyabeti Çalışma Grubu oluşturulmasına karar verilmiştir. Ayrıca Ulusal Diyabet Programının geliştirme aşamaları, hedefler ve stratejileri tartışılmıştır.

Danışma Kurulu III. Toplantısı (30 Kasım 1995)

1996 mali yılı bütçe talimatına esas olmak üzere diyabetli hastaların tedavi giderlerinin karşılanması hususunda ortak görüş geliştirilmiştir. Diyabet Merkezi yönetmelik taslağı görüşülmüştür. Ulusal Diyabet Programı metni geliştirilmiştir.

Danışma Kurulu IV. Toplantısı (07 Kasım 1996)

Bu toplantıda çalışma grubu başkanları gruplarının çalışmalarını sunmuşlar, Ulusal Diyabet Programı gözden geçirilmiş, Yönetmelik üzerinde görüşler alınmış, kan/idrar şeker/ketonu stripleri ve glukometrenin bütçe uygulama talimatı kapsamına alınması için Maliye Bakanlığı ile görüşülmesine karar verilmiştir. Ayrıca 1996-1997 yılı aktiviteleri planlanmıştır.

Bu kurul daha sonra çalışma gruplarını artırmış ve kendisine bağlı 8 çalışma grubu oluşturmuştur:

- 1- Diyabet Veri Toplama Çalışma Grubu
- 2- Diyabet Bakımında Kalite Geliştirme Grubu
- 3- Diyabet Eğitimi Çalışma Grubu
- 4- Diyabetik Retinopati Çalışma Grubu
- 5- Çocuk ve Adölesan Çağı Diyabeti Çalışma Grubu
- 6- Çocuk ve Adölesan Çağı Diyabeti- Veri Toplama Çalışma Grubu
- 7- Çocuk ve Adölesan Çağı Diyabeti- Diyabet Eğitimi Çalışma Grubu
- 8- Çocuk ve Adölesan Çağı Diyabeti- Diyabet Bakımında Kalite Geliştirme Çalışma Grubu

Bu çalışma grupları, Saint Vincent Deklarasyonu çerçevesinde bir “**Ulusal Diyabet Programı Taslağı**” hazırlamış ve Kurulun **07 Kasım 1996** tarihli toplantısında programa son şeklini vermiştir.

Ulusal Diyabet Programı Kapsamında Kurulan Diyabet Merkezleri ve Diyabet Üniteleri

Bakanlığımızca, Ulusal Diyabet Programı kapsamında diyabet hastalarına hizmet vermek amacıyla 5 (beş) pilot ilde (Afyon, Niğde, Nevşehir, Bartın, İçel) “Diyabet Merkezi” kurulmuş, işletme yönergesi hazırlanmış, bu merkezlerde hizmet sunacak sağlık personelinin görev analizleri yapılmıştır. Ayrıca I. Basamak ve II. Basamak sağlık hizmetleri arasındaki entegrasyonu sağlamak amacıyla her bir pilot ilde bulunan bir sağlık ocağında “Diyabet Ünitesi” kurulmuştur. Daha sonra diyabet merkezlerinin sayıları artırılarak 15’e çıkarılmıştır. Afyon, Niğde, Nevşehir, Bartın, İçel illerinin yanı sıra Aksaray, Bartın, Balıkesir, Edirne, Erzincan, Kayseri, Kırıkkale, Malatya, Muğla, Ordu ve Van illerinde de merkezler açılmıştır.

YAYIN VE DOKÜMANTASYONLAR

Sağlık Personeline Yönelik Yayınlar

- Bakanlığımızca 1995 ve 1996 yıllarında iki sayı olarak Diyabet Bülteni çıkarılmıştır.
- Diyabet Hastaları için Bakım Standartları (ADA-American Diabetes Association Position Statement) - tercüme
- Tip I Diyabette Tanı, İzlem ve Tedavi Protokolü - Toplantıların yapıldığı bölgelerdeki katılımcılara dağıtılmıştır.
- Aşamalı Diyabet Tedavisi Modülü, 1998
- Aşamalı Diyabet Tedavisi, Tip-I Kullanıcı El Kitabı, 1998
- Aşamalı Diyabet Tedavisi, Tip-II Kullanıcı El Kitabı, 1998
- Aşamalı Diyabet Tedavisi, Gebelik Diyabeti Kullanıcı El Kitabı, 1998
- Çocukluk ve Adölesan Çağı Diyabeti, 1997
- Diyabetli Hasta Eğitimi Programı

Hasta ve Ailelerine Yönelik Yayınlar

- Diyabet ve Siz, 1995
- Şimdi Diyabeti Öğrenme Zamanı
- Diyabetli Çocuğu Büyütmek
- Arkadaşım Diyabet
- Şeker Hastalığı ile İlgili 5 Önemli Nokta adlı afiş - İl Sağlık Müdürlüklerine dağıtılmıştır; 1997.
- Diyabetin önemini vurgulayan 38 saniyelik bir video-spot filmi - Televizyonda yayınlanmıştır.

ARAŞTIRMALAR

1. Diyabet Alt Yapı Tespit ve Tanılama Çalışmaları

1995 yılında yapılmıştır. İl Sağlık Müdürlüklerine gönderilen veri toplama formları tüm yataklı tedavi kurumlarında uygulanmış ve 551 hastaneden gelen sonuçlar değerlendirilerek Diyabet Bülteninin 2. sayısında yayınlanmıştır.

2.Ulusal Çocuk ve Adölesan Çağı Diyabeti Veri Toplama (UÇADİVET) Çalışması

Ocak 1995 tarihinden itibaren tüm Türkiye'ye yönelik olarak 19 bölgede diyabetli hastalar ile ilgili yaş, cinsiyet, başvurudaki klinik özellikler ve sosyal güvenlikle ilgili temel bilgilere yönelik veri toplanmıştır.

3.Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Araştırması (TURDEP-I)

1997 yılında Türkiye'deki diyabet hastalığı sıklığını belirlemek için 15 ilde 24.788 kişi ile yapılmıştır. Bu araştırmaya göre 20 yaş üstü grupta diyabet görülme sıklığı %7,2 olarak bulunmuştur.

9.5. St. VINCENT İSTANBUL KARARLILIK BİLDİRİMİ – 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 önlenilebileceğini göstermektedir. 1989 yılında St. Vincent 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 çalışmaları 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. Sistematik 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 hedeflerindendir 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.

9.6. ULUSAL DİYABET-OBEZİTE-HİPERTANSİYON KONTROL PROGRAMI (2003)

St. Vincent Deklarasyonu hedefleri ile uyumlu olarak başlatılan Ulusal Diyabet Programına daha sonra buna hipertansiyon ve obezite programları da eklenmiş ve Ulusal Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programı olarak devam ettirilmiştir.

Makamın **10 Haziran 2003** tarihli ve 5929 sayılı Onayı ile Üniversiteler, SSK, Sivil Toplum Örgütleri ve Bakanlığımız çalışan uzmanlarından oluşan bir Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Danışma Kurulu oluşturulmuştur.

Program kapsamındaki çalışmalar **2003** yılında Afyon, Bartın, Niğde, Nevşehir, İçel illeri yanı sıra Aksaray, Balıkesir, Edirne, Erzincan, Kayseri, Kırıkkale, Kahramanmaraş, Malatya, Muğla, Ordu ve Van illerine yaygınlaştırılmıştır.

DSÖ ve IDF Tarafından Düzenlenen Uluslararası Diyabet Programı Toplantıları (SVD Toplantıları)

1. Ekim 1989 St. Vincent/İtalya

Uluslararası Diyabet Programının başlatılmasında ilk adım bu toplantı ile atılmıştır. Bu toplantıya IDF Avrupa Bölgesi ve DSÖ Avrupa Bölgesi görevlileri dışında Avrupa Ülkeleri hükümetleri, hasta organizasyonları, tıp mensupları, sigorta şirketleri, endüstri, tıpla uğraşan medyayı temsilen 250 kişi katılmıştır. Bu toplantı sonucunda diyabet bakımının geliştirilmesinde amaçlar, hedefler ve ölçütleri içeren St. Vincent Deklarasyonu yayınlanmıştır.

Bu toplantıda tüm Avrupa ülkelerinde bir "Ulusal Diyabet Görev Grubu" oluşturulması ve diyabet tedavisi, komplikasyonlardan korunma ve eğitim için "Ulusal Aktivite Planı" hazırlanmasının şart koşulması kararlaştırılmıştır.

2. 09-11 Mart 1992 Budapeşte/Macaristan

St. Vincent Deklarasyonunu takiben 09-11 Mart 1992 tarihlerinde Budapeşte'de DSÖ ve IDF Avrupa Bölgesi tarafından yapılan toplantı ikinci SVD toplantısıdır. Diyabet tedavisinin kalitesinin artırılmasında elde edilen ilerlemeyi gözden geçirmek ve ulusal diyabet programlarını geliştirmek ve onaylamak gibi uygulama sürecinde izlenmesi gereken aşamaları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.29 Mart-01 Nisan 1995 Atina/Yunanistan

Bu toplantının amacı diyabette yaşam kalitesini artırmak ve diyabetten korunma ve komplikasyonlarını azaltmaya yönelik çalışmaları güçlendirmektir. Toplantıda, gözlemleme ve değerlendirmedeki gelişme sürecinin ilk sonuçları ortaya konmuştur. SVD Çalışma Grupları üzerinde yoğunlaşan bu toplantıda Akropolis Bildirgesi yayınlanarak tüm ülkelere öneride bulunulmuştur.

4.1997 Lizbon/Portekiz

Bu toplantıda 1999 yılında yapılacak olan 5. St. Vincent Deklarasyonunun İstanbul'da Ülkemiz ev sahipliğinde yapılması DSÖ ve IDF'e teklif edilmiş ve kabul edilmiştir.

5.1999 İstanbul/Türkiye

St. Vincent Deklarasyonunun 5. Toplantısı (9-12 Ekim 1999 – İstanbul)

Ülkemizin ev sahipliğinde gerçekleşen bu toplantı, St. Vincent Deklarasyonu hareketinin 10. yıldönümü ve 2000 yılından önceki son diyabet toplantısı olması nedeniyle özel bir önem arz etmiştir.

Üst Çalışma Grupları

Eğitim ve Bilinçlendirme

- Diyabetlinin eğitimi
- Diyabetlinin bilinçlendirilmesi
- Diyabet Birliklerinin güçlendirilmesi

Kalite Geliştirme

- Bakım kalitesinin iyileştirilmesi
- İnfomasyon teknolojisi
- Etik ve gizlilik
- Epidemiyoloji
- Kanıta dayalı diyabet bakım ve tedavisi

Çocuk ve Adölesan Diyabeti

- Diyabet bakım ve tedavisinin iyileştirilmesi
- Diyabet kampları

SVD Hedeflerinde Elde Edilen Sonuçlar

- Diyabete bağlı körlüklerin azaltılması
- Diyabete bağlı amputasyonların azaltılması
- Diyabetik nefropatili hastalara sunulan bakım kalitesinin iyileştirilmesi

- Felç ve diyabetik kalp hastalığı ile mücadele
- Diyabetik gebelik sonuçlarının iyileştirilmesi
- Yaşam kalitesi ve hastanın kendini iyi hissetme derecesinin ölçümü
- Sigara ile savaş

Diyabet Ekibinin Genişletilmesi

- İlk basamak hekimlik
- Diyabet Hemşiresi
- Diyetisyen
- Laboratuvar
- Eczaneler

Diyabet Bakımında Ortaklık

- Sigortacılık
- İlaç endüstrisi
- Medya
- Yardım kuruluşları

SVD Kararlarının Uygulanması ve Beklentiler

- Ulusal Diyabet Programlarının Uygulanması
- Uluslararası perspektifte SVD
- Gelecek Yüzyılda SVD programı

Diğer Yurtdışı Toplantıları

Kos Deklarasyonu (04 Eylül 1993 - Kos)

Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesinin 7., 24. maddelerinden ve St. Vincent Deklarasyonu'ndan kaynağını alan "Uluslararası Çocuklar ve Adölesan Çalışma Grubu" toplantısı Kos Adası'nda yapılmıştır. St. Vincent Deklarasyonu'nu uygulamakta olan tüm Avrupa ülkelerinde tüm diyabetli çocuklara ve adölesanlara optimal sağlık, sosyal güvenlik ve kaliteli yaşam sağlanması için aktiviteler yapılması kararlaştırılmıştır.

DIABCARE Toplantısı (11-13 Eylül 1995 – Stockholm)

DSÖ ve IDF tarafından düzenlenen toplantıda diyabette veri toplama ve diyabet bakımında maliyet analizi konuları ele alınmıştır. Bu toplantıda DSÖ/Avrupa DIABCARE Uzmanları, Karadeniz Ülkeleri Diyabet Programı (Bleack Sea DIAB) başlatılması için oy birliği ile karar almıştır. Türkiye'de bu programın yürütülmesinden sorumlu yönlendirme kurulunda yer almış ve bu toplantıda geliştirilen veri toplama formu DIABCARE Türkiye'ye getirilmiş ve Türkçe'ye çevrilerek pilot illerde uygulanmıştır.

BLACKSEA DIAB II. Toplantısı (24 Mayıs 1996 – Bükreş)

Türkiye’de bir Bleack Sea DIAB Kongresi yapılmasına karar verilmiştir.

BLACKSEA DIAB I. Kongresi (30 Ekim -01 Kasım 1997 – İstanbul)

DSÖ ile birlikte birçok ülke temsilcisinin katılımıyla yapılan bu kongrede 17 çalışma grubu oluşturulmuş ve bütün üye ülkelerin geleceğe bakışı, diyabet bakımında kalite geliştirme, diyabetin epidemiyolojisi, üye ülkelerin epidemiyolojik çalışmalarda standart oluşturması, komplikasyonların azaltılması için strateji belirleme, diyabet hastaları ve diyabet ekibi için eğitim programları oluşturma konuları tartışılarak önemli kararlar alınmıştır.

ÇALIŞTAY RESİMLERİ

TÜRKİYE DİYABET KONTROL PROGRAMI Resimler

Danışma Kurulu Toplantısı -17 Nisan 2009



Türkiye Diyabet Kontrol Programı Çalıştayı-15-20 ŞUBAT 2010



Türkiye Diyabet Kontrol Programı Çalıştayı-Grup Çalışmaları

