

Ceza İnfaz Kurumlarında Diyabet Yönetimi

MANAGEMENT OF DIABETES IN CORRECTIONAL INSTITUTIONS

Duygu AYHAN*, Rabia KAHVECİ*, Esra Meltem KOÇ*, İrfan SENCAN*, İsmail KASIM*, Adem ÖZKARA*, Serdar GÜLER**

* Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

** Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AbD Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Birçok ülkede ölüme neden olan hastalıklar içinde beşinci sırada yer alan diyabet, günümüzde çok büyük bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Diyabetin toplumun her kesiminde önlenmesi için azami gayret gösterilmeli ve bunun sağlanabilmesi için de toplu yaşam alanlarına özel önem verilmesi gerekmektedir. Bu toplu yaşam alanlarından, hem fiziki koşulları hem de sağlık erişimi anlamında daha zor şartlar altında bulunan ceza evlerinde diyabet yönetimi daha özel önem arz etmektedir.

Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı ıslah evleri de dahil toplumun her kesiminde diyabeti önlemek amacı ile 2010 yılında “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı” adı altında “DİABTÜRK” çalışmalarını başlatmıştır.

25.05.2010 tarihinde yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 6. maddesi gezici ve yerinde sağlık hizmetlerini düzenlemektedir. Bu yönetmelikte aile hekiminin genel görev, yetki ve sorumlulukları ile birlikte cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların bulunduğu çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşanan yerlerde verilecek, yerinde aile hekimliği hizmetlerinin usul ve esasları düzenlenmektedir.

Aile hekimleri birinci basamak hizmetlerindeki eşsiz rolleri nedeni ile cezaevleri gibi toplu yaşanan alanlarda hastalık yönetimleri hususunda bilgi ve beceri sahibi olmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler

Ceza İnfaz Kurumları; Diyabet; Diyabet Yönetimi; Multidisipliner Yaklaşım; Aile hekimliği

Abstract

Diabetes has become a major health care challenge, being the fifth most common cause of death in many countries. Maximum effort must be spent in order to prevent diabetes in all members of the society and special attention should be paid to public areas in order to achieve this. The correctional institutions have more difficult conditions in terms of both physical conditions and access to health care, thus require special attention.

Turkish Ministry of Health initiated “Turkey Diabetes Prevention and Control Program” under the name of DIABTURK in 2010, with the major aim of prevention of diabetes in all levels of the society, including correctional institutions.

Sixth article of “Family Medicine Practice Guide” that was put into action in 25th May, 2010 is on regulation of mobile and onsite health care services. Besides general duties, powers and responsibilities of family physicians, this guide also involves regulations on provision of health care services in settings, such as correctional institutions, nursing homes, orphanages and kindergartens in which vulnerable children are sheltered.

Family physicians must have knowledge and skills about chronic disease management at public spaces, such as correctional institutions, because of the unique role they have in primary care services.

Key Words

Correctional Institutions; Diabetes; Management Of Diabetes; Multidisciplinary Approach; family medicine

1. Giriş

Birçok ülkede ölüme neden olan hastalıklar içinde beşinci sırada yer alan diyabet, günümüzde çok büyük bir sağlık sorunu oluşturmaktadır.¹ 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. 2009 yılı sonu itibarı ile tüm dünyadaki diyabetli nüfusu 285 milyon iken bu sayının, 2030 yılında 438 milyona ulaşması beklenmektedir.¹ Dünya genelinde büyük bir sağlık sorunu haline gelmiş olan diyabetin toplumun her kesiminde önlenmesi için azami gayret gösterilmeli ve bunun sağlanabilmesi için de toplu yaşam alanlarına özel önem verilmesi gerekmektedir. Bu toplu yaşam alanlarından hem fiziki koşulları hem de sağlık erişimi anlamında daha zor şartlar altında bulunan ceza evlerinde diyabet yönetimi daha özel önem arz etmektedir. Aile hekimleri birinci basamak hizmetlerindeki eşsiz rolleri nedeni ile cezaevleri gibi toplu yaşanan alanlarda hastalık yönetimleri hususunda bilgi ve beceri sahibi olmalıdırlar. Bu makalede özellikle cezaevleri ve cezaevlerinde DM yönetimi konusu değerlendirilecek ve bu süreçte aile hekimlerinin olası rolü tartışılacaktır.

2. Türkiye’de Cezaevleri

Ceza ve Tevkif evleri Genel Müdürlüğü’nün www.cte.adalet.gov.tr adresinde yayınlanmış 31 Ocak 2012 verilerine göre Türkiye cezaevlerinde,75.909 hükümlü, 55.408 tutuklu olmak üzere toplam 131.317 kişi bulunmaktadır. Bu sayının 2005’ten beri 2 katın üzerinde artmış olması çarpıcı bir gerçek olarak önümüzde durmaktadır. Türkiye’de toplam 114 bin kapasiteli,384 cezaevi olduğu ve tutuklu ve hükümlü sayısının son yıllardaki artışı göz önüne alındığında mevcut altyapı yetersizliği, beslenme, barınma ve cezaevlerinde sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda yaşanan zorluklar giderek artmaktadır. Türkiye’de sınırlı sayıda cezaevinde 2 ve biraz üstü kişilik koşullar bulunmakta iken; cezaevlerinin çoğu 30-40 ar kişilik koşullarından oluşmaktadır. Sadece koşullarda az kişinin kaldığı cezaevlerinde yemekler hapisane personeli tarafından karşılanmakta olup; diğer cezaevlerinde yemek ihtiyaçlarını mahkûmlar kendileri karşılamak zorunda kalmaktadır. Böyle bir koşul sistemin yer aldığı ülkemizde ceza evlerine giren ve kronik hastalığı olan hastalara uygun yemek menülerinin veya diyet listelerinin oluşturulması da güç olmaktadır. Ek olarak Cezaevlerinde bakım hizmetlerinde; genel sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar, hastaneye sevklerde yaşanan gecikmeler, sevk-

ler sırasında uygunsuz cezaevi araçlarında uzun süre bekletilme gibi sorunların varlığı başta diyabet olmak üzere kronik hastalık sahibi mahkûmların bakımını engellemektedir. Türkiye’de 25.05.2010 tarihinde yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 6. maddesi gezici ve yerinde sağlık hizmetlerini düzenlemektedir. Bu yönetmelikte Aile hekiminin genel görev, yetki ve sorumlulukları ile birlikte cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşanan yerlerde verilecek yerinde aile hekimliği hizmetlerinin usul ve esasları düzenlenmektedir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ceza ve ıslah evleri gibi toplu yaşanan yerler başta olmak üzere toplumun her kesiminde diyabeti önlemek, kontrol altına almak, diyabetik hastaların yaşam kalitesini arttırmak amacı ile 2010 yılında “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı” adı altında “DİABTÜRK” çalışmalarını başlatmıştır. Söz konusu ulusal eylem planının hedefleri arasında kent-sel çevre, ceza ve ıslahevi gibi toplu yaşam alanlarının diyabetin önlenmesini ve iyi yönetilmesini kolaylaştırır nitelikte düzenlenmesi bulunmaktadır.

3. Diğer Ülke Politikaları

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yaklaşık 2 milyon kişi cezaevlerinde mahkum olarak bulunmaktadır.² Tahminlere göre bu ülkede tutukluların yaklaşık 80.000’ i diyabet hastasıdır, yani cezaevlerinde diyabet prevalansı % 4,8’dir.³ Bu ıslah kurumlarında diyabetin mevcut tahmini prevalansının genel ABD prevalansından biraz daha düşük olmasının nedeni cezaevi popülasyonunun genel topluma oranla daha genç olmasından kaynaklanmaktadır. Tutukluların yaş ortalamasının genç olmasına rağmen çoğunda başta psikolojik olmak üzere ciddi boyutlarda sağlık sorunlarına rastlanması bu kişilerin hapse girmeden önceki sağlıksız yaşam koşullarına (aşırı sigara, alkol, uyuşturucu, yetersiz beslenme) bağlanmaktadır.^{4,5} Benzer faktörler göz önünde bulundurularak çeşitli ülkelerde cezaevlerinde sağlık hizmetleri için politikalar oluşturulmuştur.

Bu politikalar oluşturulurken, mahkûmların bireysel cezalarına ve yaptıkları suçun türü ve boyutuna bakılmaksızın, insan haklarına saygı çerçevesinde, sadece mahkûm hastaların sağlıklarının korunması teşvik edilmelidir.

ABD, İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerin hapisanelerdeki diyabetik mahkûmların optimal takipleri için oluşturulmuş her ülkenin koşullarına özgü sağlık politikaları bulunmaktadır. ABD’de hapisanelerdeki tıbbi

bakım Ulusal Islah Evleri Sağlık Bakım Komisyonu (Federal Bureau of Prisons) tarafından yürütülmektedir. ⁶ Bu komisyon hapisanelerdeki diyabet yönetimi için hazırladığı “Diyabet Yönetimi, Klinik Uygulama Rehberi” başlıklı güncel rehberlerini Amerikan Diyabet Birliği’nin (American Diabetes Association/ADA) klinik uygulama ve tavsiyelerine göre uyarlamış olmasına rağmen hapisanelerdeki diyabetli hasta bakım kalitesi henüz ADA’nın önerdiği hedeflere ulaşabilmiş değildir. İngiltere’de ise mahkûmların denetimi için “Cezaevi Sağlık Hizmetleri” oluşturulmuş, hapisanelerde diyabet klinikleri kurulmuş ve buraya eğitilmiş sağlık memuru ve diyabet hekimi görevlendirilmiştir. İngiliz Diyabet Derneği kendi cezaevindeki diyabetik mahkûmların takibi için kılavuzlar oluşturmuştur. ⁷

Sürekli kalite iyileştirme (Continuous Quality Improvement/CQI)’nin girişimleri ile bazı kuruluşlar ıslah evlerinde diyabet yönetiminin zorluğunun farkına varmış ve bunun için çalışmalar başlatmıştır. Öncelikli olarak mahkûm hastaların diyabet yönetiminde karşılaşılabileceği problemler belirlenmiştir. Mahkûmlar tarafından tanımlanan problemler; kötü beslenme, diyetisyen ve diyabet uzmanı erişiminin olmaması, kendini izleme imkanı olmamasıdır. ^{7,8} Diyabet uzmanının bakış açısından saptanan problemler ise; sub-optimal diyabet bakımı, tanınmayan metabolik dekompanasyon, ketoasidoz tablosu, tıbbi kaynaklara ulaşmakta zorluk, medikasyona ulaşmada sıkıntı, personel sıkıntısı ve fizik aktivite imkanlarının yetersizliğidir. ^{7,8}

4. Cezaevine Girecek Hastalarda DM’ye Yaklaşım

Cezaevine girerken, diyabetli tüm mahkûmların tam bir öykü ve fizik muayenesi gerekir. Diyabetik mahkûmun diyabet tipine odaklanması gerekir ve tutuklu insülin alıyorsa, tip 1 diyabet ya da insülin gerektiren tip 2 diyabet arasında ayırım yapılmalıdır. Tüm bu ayrıntılı tıbbi muayene ve öykünün amacı diyabetin tipini saptamak, uygun tedaviyi belirlemek, alkol yâda madde kullanımını sorgulamak ve diyabete bağımlı komplikasyonların varlığını taramaktır. Ağır (başka bir kişinin yardımını gerektiren) hipoglisemi öyküsü sorgulanmalıdır. ⁹ Eğer mahkûm hamile ise, gestasyonel DM (GDM) risk tayini ilk prenatal vizitten itibaren gözlemlenmelidir. İlk taramada GDM açısından bir bulguya rastlanmayan yüksek riskli kadınlar ve orta riskteki kadınlar hamileliğin 24-28. haftalarında test edilmelidirler. Eğer uygun hekim bulunamazsa gerekli başka merkezlere konsulte edilmelidir. ^{10,11}

Diyabet hastalarına multidisipliner yaklaşımın önemli bir bölümünü beslenme ve menü planı oluşturmaktadır.

Hastanın cezaevine girişte beslenme öyküsü alınmalı, alerjik olduğu yiyecekler belirlenmeli ve ona göre bir diyet listesi hazırlanmalı, ana ve ara öğünlerin zamanlaması yapılmalıdır. Yemeklerin zamanlaması ve ara öğünlerin alınması hipogliseminin risklerini minimize etmesi açısından önemlidir. ^{12,13}

Diyabetli hastaların tıbbi tedavisi, hekimin de yer aldığı bir ekip tarafından düzenlenmelidir. Bu ekipler hekim, hemşire, diyetisyen ve diyabet ile ilgilenen mental sağlık profesyonellerinden oluşmalıdır. İlaçları düzenlenmeli, ilaçların dozu ve uygulama zamanları belirlenmelidir. Güvenlik dâhilinde uygulanabilir ve tutarlı şekilde birden fazla doz oral ilaç alan hastalar monitorize edilerek bireysel takipleri yapılmalıdır. Diğer durumlarda, hastalara güvenlik sağlanarak kişisel insülin enjeksiyonu uygulamasına izin verilmelidir. Tıbbi departman hemşireleri, hastaların yetenek ve sorumlulukları altında kendi kendilerine müdahale etmeleri ve gerekli denetim derecesine sahip olup olmadıklarını tespit etmelidirler. Gerekliğinde, bu yeteneği kazandırmak hasta eğitiminin bir parçası haline gelmelidir. Cezaevine girmeden önceki devamlı çoklu insülin enjeksiyonu ya da devamlı subkutan insülin infüzyonu, cezaevine girişten sonra da aynı doz ve sıklıkta uygulanmalı ve hedef glikoz değerlerine ulaşmak amaçlanmalıdır. ^{14,15,16} Hastaları ıslah evi ya da hapislerden başka bir yere transferlerde (örn. tıbbi viziteler, yargı görüşmeleri gibi), ilaç tedavisinde ve beslenme zamanında herhangi bir bozulma olmamasına dikkat etmek çok önemlidir. Islah evleri ve polis gözetimlerinde hipo-hiperglisemi riski gerekli önlemler alınarak azaltılmalıdır. Örneğin bu hastaların gözetim yerlerine nakilleri sırasında, yanında taşıyabileceği gerekli ilaçlar ve gerekli besinler verilmelidir ya da böyle günler için insülin rejimi değiştirilmelidir. Böyle off-site insülin alma durumlarında önceden doldurulmuş insülin kalemlerini kullanmak alternatif olabilir. ^{16,17}

Güvenlik kaygıları nedeniyle bazı mahkûmların tecrit edilmesi gerekebilmektedir. Bu durumdaki diyabet hastalarında artmış akut ve kronik komplikasyon riski nedeniyle ilaç ve beslenme tedavisinin sürekliliğinin sağlanması gereklidir.

5. DM Komplikasyonları: Önlemler ve Yaklaşım

Hastanın ketoasidoz yanı sıra, hipoglisemi sıklığı tespit edilmelidir. ¹⁷ Islah evi personelleri hipo-hiperglisemi durumunun farkına varma ve tedavisi konusunda eğitilmelidir ve uygun bir personel glukagon uygulamasını öğrenmelidir. İnsülin veya oral glikoz düşürücü ilaç kullanmakta olanların düzenli olarak kan şekeri takibi ya-

pımalıdır. Bu hem glisemik kontrol hedeflerine ulaşmak için hem de asemptomatik hipoglisemiyi tespit etmek için gereklidir. Kan glikoz takip zamanlaması bireyin ihtiyaçları ve hedeflerine göre belirlenmelidir, ancak tip 1 diyabeti olan bireylerin çoğu için, günde üç kez veya daha fazla izlenmesi tavsiye edilir.¹⁶

ADA'nın Bakım Standartları'nda ayrıntılı bahsedildiği gibi, diyabet tanısı almış bütün hastalarda diyabet ile ilgili komplikasyonlar rutin taranmalıdır. Bu amaçla diyabet tanılı mahkûmların sağlığından sorumlu birimlerce bu hastalarda ortaya çıkabilecek kronik komplikasyonları gözlemlmek için etkin bir takip mekanizması oluşturulmalıdır. Bu amaçla uygun aralıklarla oftalmolog, nefrolog, kardiyolog konsültasyonları yapılmalı; gerekli olan temel ve ayrıntılı laboratuvar testleri yapılmalıdır. Medikal tıbbi kayıtlarla bütün bulgu ve sonuçlar monitörize edilmelidir. Takip edilen komplikasyonlar dikkate alınmalıdır;

a) Ayak bakımı: Bütün diyabet hastalarına ülser ve amputasyon için tanımlanmış risk faktörlerini engellemek için yıllık olarak kapsamlı ayak muayenesi yapılması önerilmektedir. Hissiz ayak, açık ayak lezyonları veya tanımlanmış ayak lezyonu öyküsü olan hastalar diyabetik ayak konusunda deneyimli sağlık profesyonellerine danışılmalıdır (nörolog, ortopedist, damar cerrahı gibi). Lezyonu engellemek ve ayak lezyonlarının iyileşmesini sağlamak için özel ayakkabıların kullanımı önerilmektedir.

b) Retinopati; Diyabeti olan bütün hastalara göz doktoru tarafından yıllık dilate göz dibi muayenesi yapılması önerilmektedir.

c) Nefropati; yıllık spot idrar testleri, mikroalbumin/kreatinin oranını saptamak için yapılmalıdır. Kan basıncı 130/80 altında olacak şekilde kontrol edilmelidir.

d) Kardiyak komplikasyonlar: tip 2 diyabetli hastalar yüksek oranda koroner arter hastalığı riski taşımaktadırlar. Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin yönetimi ile diyabet hastalarının komplikasyonlarının da azaltıldığı gösterilmiştir. Bütün rutin diyabet vizitelerinde kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. Yetişkin hastalarda en az yıllık olarak lipit hastalıklarına yönelik test yapılmalı ve gerekiyorsa hedef değerlere ulaşacak gerekli tedavi uygulanmalıdır. Diyabet ve kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini veya bilinen makrovasküler hastalıkları önlemek için bütün yetişkin hastalarda aspirin tedavisi kullanılmalıdır. Diyabet hastaları için ulusal standartlar-

da tedavi sonrası ulaşılması hedeflenen lipit değerleri; LDL<100, HDL>40, TG<150 ve kan basıncı <130/80 mmHg'dir.¹⁵

HbA1c uzun süreli (2-3 aylık) glisemik kontrolü sağlamaktadır. Glisemik olarak regüle edilmiş hastalarda HbA1c değerine yılda 2 kez bakmak yeterli iken, glisemik hedeflere ulaşmamış ya da tedavi değişikliği yapılmış hastalarda 3 ayda bir bakılmalıdır.¹⁵

Diyabetli mahkûmların influenza ve pnömokok gibi aşıları yapılmamış ise bunların tamamlanıp hasta kayıtlarına işlenmesi gerekmektedir. Ayrıca kan örneği alırken lanset gibi kan alma malzemelerinin ortak kullanımına bağlı Hepatit B salgınları rapor edilmiş olduğundan kesinlikle dispoziibl malzemeler kullanılmalıdır.

6. Hapishane Personelinin Eğitimi

Hapishanelerde diyabet yönetimindeki en büyük yapıtaşlarından birisi de personelin diyabet hakkında eğitimidir. Prosedürler, sağlık bakım personelinin, diyabetli hastaların eğitimi konusunda yeterli bilgi ve yeteneğe sahip olduğunu değerlendirmeyi sağlamalıdır. Eğitimler iki yılda bir tekrarlanmalıdır. Eğitim müfredatının içeriği; diyabetin tanımı, diyabetin bulgu ve semptomları, risk faktörleri, hipo-hiperglisemi bulgu ve semptomları ve acil müdahale, glukoz takibi, ilaçlar, egzersiz, öğün zamanlamalarını içeren beslenme bilgileridir.¹⁸ Diyabet hastası mahkumda hipo veya hiperglisemiye bağlı oluşabilecek terleme, mental durum bozukluğu, ajitasyon, hırçınlık gibi davranış değişiklikleri sıklıkla ilaç ve alkol bağımlısı mahkumlarda görülebilen madde veya alkol yoksunluk sendromuyla karışabileceğinden bu mahkumlarda acil kan glukoz ölçümü yapılmalıdır ve ilk müdahale konusunda hapishane personeli bilgilendirilmelidir.

7. Hastanın Özyönetimi

Bütün diyabetli kişilerde öz yönetim eğitimi tedavinin yapıtaşını oluşturmaktadır. Sağlık personeli, eğer imkânı varsa hastaların öz- yönetime katılımını sağlamalıdır. Diyabet hastası bireyler, diyabetin komplikasyonlarını engellemek için öz yönetim yetenekleri ve yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili bilgilendirilmelidir.¹⁹

8. Hapishaneden Nakil Olacak Dm Hastasına Yaklaşım

Diyabetli hastanın bir ıslah evinden diğerine transfer edilmesi koordineli bir çalışma gerektirir. Tıbbi hikâyenin gözden geçirilmesi ve transfer özeti tamamlanması gödişatı kolaylaştırmaktadır. Hasta ile birlikte transfer

edilen tıbbi transfer özeti, hızlı bir tıbbi referans sağla-
maktadır. Transfer edilen hastaların yanında üzerinde
hastanın tanısı, ilaç isimleri, dozları ve uygulama sıklık-
larının yazılı olduğu tıbbi bilgilendirme formu bulunma-
lıdır. Diyabet ilaçları ve gerekli malzemeler hastanın ya-
nında bulunmalıdır. Transfer sırasında hastanın ihtiyacı
olan ilaç ve yiyecekler sağlanmalıdır. Diyabetin uzun
dönem komplikasyonları olan, hayat tarzı değişimi ihti-
yacılı olan, bu komplikasyonları engellemek için ayrıntılı
muayene ihtiyacı duyan ve düzenli tıbbi takip gereken
hastaların cezaevlerinden tahliyesi yönünde gerekli de-
ğerlendirme yapılmalıdır. Tahliye olmak üzere olan eği-
timli hastalar 3 ayda bir kontrol edilmelidir.

9. Hapishaneden Tahliye Olacak DM Hastasına Yaklaşım

Tahliyesi planlanan diyabet hastaları 1 ay önce işlemlere başlamalıdır. Diyabet bakımı ile ilgili bilgilerinde eksiklik olan hastalar tanımlanmalı ve adresleri alınmalıdır. Bu hastalara gerekli bakımın anlatılması gerekmektedir. Tahliye sonrasına kadar uygun ilaçlar temin edilmelidir. Hastanın ilaçları, dozlarını, HbA1c değerlerini ve bilinen komplikasyonlarını içeren bir epikriz özeti sağlanmalıdır.

10. Çocuk ve Adolesan Diyabetik Tutuklulara Yaklaşım

İslah evleri çocuk ve adolesanlar için farklı yasal yükümlülüklerle sahip olmalıdır. Büyüme dönemindeki çocuk ve adolesanlar erişkinlerden daha çok kalori ve enerji ihtiyacına sahiptirler. Adolesanlar için yeterli miktarda kalori ve besin sağlanması, iyi besin durumunu sağlamak için esastır. Her gün belirli zamanlarda fizik aktivite yaptırılmalıdır. Uzun süreli olarak tutuklanmış çocuk ve adolesanlar, diyabetli çocuk ve adolesan bakımı konusunda uzman kişiler tarafından her 3 ayda bir takip edilmelidir. Tiroid fonksiyon testleri, açlık lipit değerleri, mikroalbumin ölçümü; otoimmün tiroid hastalığı, komplikasyonları ve diyabetin komorbid durumlarından dolayı, belirli standartlar altında, çocuk ve adolesanlara uygulanmalıdır.

Diyabetli çocuk ve adolesanlarda beklenmedik davranışlar görüldüğü zaman derhal kan şekeri ölçümü yapılmalıdır. Çünkü çocuk ve adolesanlarda yüksek oranlarda hipoglisemi görüldüğü saptanmıştır ve bu hastalarda epizodik gece kan glikoz ölçümü yapılmalıdır. Bu nedenle çocuk ve adolesanlarda gece insülin dozuna dikkat edilmelidir.

11. Gebe Diyabetik Tutuklulara Yaklaşım

Diyabetli gebeler yüksek riskli gebe sınıfına girmektedir. Bu nedenle her diyabetli gebenin kabul edilen standartlar doğrultusunda tedavisinin düzenlenmesi gerekmektedir. Bu da çok sıkı glisemik kontrolle birlikte diyet yönetiminin daha sıkı yapılmasına neden olur. İnsülin gebelerde kullanılan tek antidiyabetik ajandır. Diyabet komorbiditelerini önlemek için kullanılan ilaçlardan teratojenik olması nedeniyle gebelik boyunca uzak durulmalıdır.

12. Sonuç

Hızla gelişmekte olan Türkiye'de cezaevleri koşulları iyileştirilmeli ve diğer ülke örnekleri değerlendirilerek Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı gibi ilgili kurumlar bir araya gelerek gerekli sağlık politikaları oluşturmalı, tespit edilen ulusal standartlara uygun bakım imkânları sağlanmalı, ıslah evlerine özgü şartlar altında tedavi için gerekenler dikkate alınmalıdır. Doktor, diyetisyen ve ıslah evi personeli tüm bu süreçlerde bulunmalı, ülkemize özgü standartlar ve uygulanabilirliği belirlenmeli ve paydaşların katılımı ile tartışılmalıdır. İslah kurumlarında diyabet yönetimi ile ilgili, tıbbi personelin ve bakım personelinin eğitimi için bu standartlar dâhilinde belgeler hazırlanmalıdır. Bu belgeler hastaların güvenlik ihtiyaçlarını, hastaların transfer şartlarını, medikal personel ve malzemelerin giriş çıkışı ile ilgili güvenlik ilkelerini içermelidir, böylece tedavi için gereken bütün ihtiyaçlar sağlanmış olur.

Yapılacak iyi planlanmış geniş kapsamlı çalışmalarla ülkemizde ıslah evi sakinlerinde başta DM olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklıkları, mevcut bakım koşulları ve eğitim ihtiyacı araştırılmalıdır. Ceza ve ıslah evlerinde Diyabet, HT, KOAH ve KAH gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi konusunda ulusal rehberler hazırlanmalıdır.

Birinci basamakta paha biçilmez bir role sahip olan aile hekimleri, böylesine tüm toplumu ilgilendiren ve hızla ilerleyen kronik hastalıklar konusunda bilgi ve beceri sahibi olmalı; ıslah evlerinde diyabet ve diğer kronik hastalıkların yönetimi ile ilgili standartların oluşturulması esnasında diğer paydaşlar ile beraber multidisipliner bir yaklaşımla tüm aşamalarda bizzat yer almalıdır.

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014) Kılavuzu.

2. Hammett T M, Harmon M P, Rhodes W. National Commission on Correctional Health Care: The Health Status of Soon-To-Be Released Inmates: A Report to Congress. Chicago, NCCCHC, 2002, Vol. 2.
3. Hornung CA, Greifinger RB, Gadre S. A Projection Model of the Prevalence of Selected Chronic Diseases in the Inmate Population. Chicago, NCCCHC, 2002, Vol.1, p.39–56
4. Smith R. Prison health care. London, BMJ Publishing Group, 1984.
5. Prison health. Report of the Director of Health Care. HM Prison Service, 1995.
6. National Commission on Correctional Health Care: Diabetes chronic care. In Clinical Guideline for Correctional Facilities. Chicago, 2001.
7. Ian A MacFarlane. The development of healthcare services for diabetic prisoners, 1996.
8. American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes—2010 (Position Statement). *Diabetes Care* 33 (Suppl. 1) , 2010, P11–P61.
9. American Diabetes Association: Screening for type 2 diabetes (Position Statement). *Diabetes Care* 27 (Suppl. 1) , 2004, P11–P14.
10. American Diabetes Association: Gestational diabetes mellitus (Position Statement). *Diabetes Care* 27 (Suppl. 1) , 2004, P88– P90.
11. Jovanovic L (Ed.), Alexandria VA. Medical Management of Pregnancy Complicated by Diabetes. 3rd ed. , American Diabetes Association, 2000.
12. American Diabetes Association: Nutrition recommendations and interventions for diabetes (Position Statement). *Diabetes Care* 31 (Suppl. 1) , 2008, P61–P78.
13. Krauss RM, Eckel RH, Howard B, Apel LJ, Daniels SR, Deckelbaum RJ et al A statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. *American Heart Association Dietary Guidelines: revision 2000:Stroke* 31: 2000, P:2751–2766.
14. American Diabetes Association: Nutrition principles and recommendations in diabetes (Position Statement). *Diabetes Care* 27 (Suppl. 1) , 2004, P36– P40.
15. Puisis M, Robertson JM, Puisis M, Ed. St. Louis Mosby. Chronic disease management. In *Clinical Practice in Correctional Medicine*, 1998, p. 51–65.
16. Greifinger RB, Horn M, Puisis M, Ed. St. Louis Mosby. (Quality improvement through care management. In *Clinical Practice in Correctional Medicine*.) 1998, p. 317–325.
17. American Diabetes Association: Nutrition recommendations and interventions for diabetes (Position Statement). *Diabetes Care* 31 (Suppl. 1) , 2008, P61–P78.
18. Edwards LL. (Phased competency: a new model to prepare nurses for enhanced roles in diabetes disease management.) *Dis Manag Health Outcomes* 5 , 1999, 253–261.
19. American Diabetes Association: National standards for diabetes self management education (Position Statement). *Diabetes Care* 28 (Suppl. 1) , S72–S79, 2005.

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Duygu AYHAN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

e-posta: duygu_ayhan86@hotmail.com