T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Aydan ERCAN

AİLE HEKİMLERİNİN BESLENME, DİYETETİK VE DİYETİSYENLERE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARI: YALOVA İLİ ÖRNEĞİ

(Yüksek Lisans Tezi)

AYŞE DİLARA PİROĞLU

Referans no: 10660832

EDİRNE-2025

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Aydan ERCAN

AİLE HEKİMLERİNİN BESLENME, DİYETETİK VE DİYETİSYENLERE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARI: YALOVA İLİ ÖRNEĞİ

(Yüksek Lisans Tezi)

AYŞE DİLARA PİROĞLU

EDİRNE-2025

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI ..... **İ**
ETİK BEYAN ..... **İİ**
İTHAF ..... **İİİ**
TEŞEKKÜR ..... **İV**
SİMGE VE KISALTMALAR ..... **İV**
ÖZET ..... **Vİ**
ABSTRACT ..... **Vİİİİ**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar **3**
2.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Risk Faktörleri **4**
2.3. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tedavi Maliyetleri **6**
2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri **7**
2.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Yaşam Biçimi **8**
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER **11**
3.1. Araştırma Yeri ve Örneklem Seçimi **11**
3.2. Araştırmanın Genel Planı ve Verilerin Toplanması **11**
3.3. İstatistiksel Analiz **12**
4. BULGULAR **13**
5. TARTIŞMA **33**
KAYNAKLAR **44**
EKLER ..... **I**
EK 1: Etik Kurul Onay Formu ..... **I**
EK 2: Anket Formu…….. ..... **II**
ÖZGEÇMİŞ ..... **VI**
BENZERLİK RAPORU ..... **VII**

ONAY SAYFASI

ETİK BEYAN

"Aile Hekimlerinin Beslenme, Diyetetik ve Diyetisyenlere Yönelik Tutum ve Davranışları: Yalova İli Örneği" adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zeka yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ayşe Dilara PİROĞLU

İmza

ITHAF

Her zaman yanımda olup beni destekleyen, sevgisini hiç esirgemeyen “Anneme ve Babama” ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tez çalışmamın her aşamasında değerli bilgi, rehberlik ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Aydan Ercan'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, bilgi ve katkılarıyla çalışmama destek veren Dr. Öğr. Üyesi Leyla Tevfikoğlu Pehlivan'a ve veri toplama sürecinde yardımlarını eksik etmeyen tüm arkadaşlarıma gönülden teşekkür ederim.

SİMGE VE KISALTMALAR

ADA: Amerikan Diyetetik Derneği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKİ: Beden Kütle İndeksi

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

DM: Diabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HYP: Hastalık Yönetim Platformu

ÖZET

"Aile Hekimlerinin Beslenme, Diyetetik ve Diyetisyenlere Yönelik Tutum ve Davranışları: Yalova İli Örneği", Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2025.

Giriş ve Amaç: Aile hekimlerinin diyetisyenlere yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirip, birinci basamakta diyetisyen ile aile hekimi işbirliğine engel teşkil eden durumların belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Yalova ilinde Aile Sağlığı Merkezinde çalışan aile hekimlerinden çalışmaya katılmayı kabul eden 79 aile hekimine anket uygulaması yapıldı. Anket formu, ilgili konuda literatür taraması yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından hazırlandı.

Bulgular: Aile hekimlerinin %82,3'ü daha önce bir diyetisyenle çalışmadığını belirtmiştir. Daha önce diyetisyenle çalışan aile hekimleri bu deneyimi hastanın tıbbi tedavisine faydası açısından değerlendirdiğinde %42,9'u iyi, %35,7'si çok iyi ve sadece %7,1'i kötü olarak bildirmiştir. Çalışmamızda hekimlerin %82,3'ü beslenme eğitiminin hekimlerin mesleki eğitimi arasında yer alması gerektiğini bildirmişlerdir. Mesleki eğitimleri süresince beslenme eğitimi alan aile hekimleri bu eğitimi %39,1 oranında yeterli bulmuştur. Hastalık Yönetim Platformunun aktif kullanımına ilişkin bulgular, aile hekimlerinin muayene sürelerine ve hasta sayısına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Çalışmamızda aile hekimi ve diyetisyen arasında mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda uyumlu bir iş birliği olması gerektiğini düşünenlerin oranı %84,8 idi. Hekimlerin büyük bir kısmı aile sağlığı merkezlerinde diyetisyenin görev alması gerektiğini düşünüyor.

Sonuç: Bu çalışma, aile hekimlerinin beslenme ve diyetetik konularındaki tutum ve davranışlarının geliştirilmeye açık noktaları bulunduğunu ortaya koymuştur. Beslenme ve diyetetik konularında yapılacak geliştirmeler, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve

yönetimi açısından önemli bir potansiyele sahiptir. Diyabet, hipertansiyon, obezite gibi kronik hastalıklarda beslenmenin önemi vurgulanmalı ve aile hekimlerinin bu konuda desteklenmesi sağlanmalıdır. Aile sağlığı merkezlerinde görev yapacak diyetisyenlerin varlığı, hem hekimlerin iş yükünü azaltacak hem de daha etkili bir sağlık hizmeti sunulmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimleri, diyetisyen, beslenme eğitimi, tutum

ABSTRACT

"Evaluation of the Knowledge, Attitudes and Behaviors of Family Physicians Working in Yalova Province Towards Dietitians", Trakya University, Institute of Health Science, Nutrition and Dietetics Department, Master Thesis, Edirne, 2025.

Background and Aim: This study was designed to evaluate the knowledge, attitudes, and behaviors of family physicians towards dietitians, and to identify barriers to collaboration between family physicians and dietitians in primary care.

Materials and Methods: A survey was conducted with 79 family physicians working at Family Health Centers in Yalova province who agreed to participate in the study. The survey form was prepared by the researcher after a literature review on the relevant topic.

Results: Of the family physicians, 82,3% reported that they had never worked with a dietitian before. Among those who had previously collaborated with a dietitian, 42,9% rated the experience as beneficial to the patient's medical treatment, 35,7% as very beneficial, and only 7,1% as poor. In our study, 82,3% of the family physicians stated that nutrition education should be included in their professional training. Family physicians who received nutrition education during their professional training found this training sufficient at a rate of 39,1%. Findings related to the active use of the Disease Management Platform varied depending on the examination durations and patient numbers of the family physicians. In our study, 84,8% of participants believed that there should be a collaborative effort between family physicians and dietitians to achieve professional goals. The majority of physicians think that dietitians should work in family health centers.

Conclusion: This study revealed areas for improvement in the attitudes and behaviors of family physicians regarding nutrition and dietetics. Enhancements in these areas hold significant potential for the prevention and management of non-communicable diseases. The importance of nutrition in chronic diseases such as diabetes, hypertension, and obesity should

be emphasized, and family physicians should be supported in this regard. The presence of dietitians in family health centers will not only reduce the workload of physicians but also contribute to the provision of more effective healthcare services.

Keywords: Family physicians, dietitian, nutrition education, attitude

1. GIRIŞ VE AMAÇ

Kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar) küresel olarak giderek artan bir halk sağlığı ve kalkınma sorunu olduğu kabul edilmektedir (1). Bulaşıcı olmayan hastalıklar; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde ölüm, hastalık ve sakatlığın önde gelen nedenidir ve Türkiye'de en büyük hastalık yükünü oluşturmaktadır. Türkiye'deki tüm ölümlerin %89'unun BOH'lardan, %34'ünün ise kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır (2). Aynı şekilde Türkiye İstatistik Kurumu 2022 Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri'ne göre, ülkemizde ölümlerin %35,4'ü dolaşım sistemi hastalıklarından, %15,2'si iyi huylu ve kötü huylu tümörlerden, %13,5'u solunum sistemi hastalıklarından kaynaklanmaktadır (3).

Hastalıkların ekonomik yükü ülkelerin sağlık harcamalarında önemli artışlara neden olmaktadır (4). Hükümetin bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi için 2015 yılında 24,5 milyar Türk lirası (TL) harcadığı tahmin edilmektedir. Toplamda, bulaşıcı olmayan hastalıkların Türkiye ekonomisine maliyeti 2016 yılında 69,7 milyar TL olup, bu rakam ülkenin yıllık gayri safi yurt içi hasılasının %3,6'sına denk gelmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemeye yönelik eylemler nispeten ucuz ve uygun maliyetli olmaktadır (5).

Bulaşıcı olmayan hastalıklara katkıda bulunan ana risk etmenleri arasında kötü beslenme alışkanlıkları, sedanter yaşam, tütün kullanımı, alkol kullanımı ve aşırı kilo/obezite yer almaktadır. Yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan bu hastalıklar, yaşam biçimi değişiklikleri ile önlenebilmekte veya riskleri azaltılabilmektedir (6,7).

Sağlığın korunmasında temel taşlardan biri olarak beslenme önemli bir yer tutmaktadır (8). Araştırmalar, sağlıklı beslenme düzenini takip eden kişilerin fiziksel ve duygusal sağlıklarına katkıda bulunduğunu ortaya çıkarmaktadır (8,9). İyi beslenmenin; sağlıkla ilgili risk faktörlerini azaltma, sağlıkta kalıcı iyileşmeler sağlama ve bununla birlikte sağlık bakım maliyetlerinde azalma sağlama potansiyeline sahip olduğu bilinmektedir (9-11). Beslenme eğitiminin, daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasında büyük bir öneme sahip olduğu kabul edilmektedir. Bu konuda sağlık çalışanlarına, özellikle de diyetisyenlere, büyük bir rolün düştüğü belirtilmektedir (12,13). Diyetisyenler tarafından; besinlerin satın

alınmasından depolanmasına, hazırlanıp pişirilmesine ve hatta tüketimine kadar olan süreçlerde insan sağlığı üzerindeki etkinin artırılmasına yönelik programlar hazırlanmakta, yürütülmekte ve değerlendirilmektedir. Toplumun beslenme durumu değerlendirilerek beslenme yetersizlikleri saptanmakta ve önleyici programlar hazırlanmaktadır. Bireyler ve topluluklar arasındaki beslenme seviyelerini iyileştirmek amacıyla araştırmalar yapılmakta, değerlendirmeler gerçekleştirilmekte ve eğitim verilmektedir (14).

Bu çalışma; aile hekimlerinin diyetisyenlere yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirip, birinci basamakta diyetisyen ile aile hekimi işbirliğine engel teşkil eden durumların belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmanın sonucunda elde edilecek bilgilerin; multidisipliner ekip içerisinde diyetisyenin tanınmasında, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ve hastalıkların tedavisinde beslenme eğitiminin önemi ve diyetisyenin rolünün farkına varılmasında, ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri için bilimsel stratejiler oluşturulduğunda önemli olacağı ve fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BILGILER

2.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Son yüzyılda bilim, teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte doğuşta beklenen yaşam süresi uzamıştır (15,16). Beklenen yaşam süresindeki bu uzamayla hastalık ve ölümlerinin nedenlerinde de değişiklikler olmuştur. Yirminci yüzyılda en önemli ölüm nedeni parazit ve enfeksiyonlar iken 21. yüzyılda bu durum değişmiş, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) en önemli ölüm nedeni ve sağlık tehdidi haline gelmiştir. Ayrıca BOH'lar küresel sağlık üzerindeki en büyük yükü oluşturmaktadır (17).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar kronik hastalıklar olarak da bilinmektedir. Yavaş seyirli, kronik, uzun süreli olan hatta çoğu zaman yaşam boyu sürebilen, herhangi bir enfeksiyon etkeniyle ilişkisi ve bulaşıcılığı olmayan hastalıkları ifade etmektedir (18).

Küresel Hastalık Yükü Araştırması sonuçlarına göre 2019'da küresel olarak tüm ölümlerin %74,4'ünden ve Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yıllarının (DALY) %63,8'inden BOH'lar sorumlu bulunmuştur (19,20). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl toplam ölüm sayısının %71'inden bulaşıcı olmayan hastalıkların sorumlu olduğu bildirilmektedir (21). Tüm BOH ölümlerinin %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği tahmin edilmektedir (20). Orta gelirli ülkeler arasında yer alan Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından riskli ülkeler arasındadır. Türkiye'deki tüm ölümlerin %89'u BOH'lardan kaynaklanmaktadır (2).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde en yüksek ölüm sayısına sahip dört ana hastalık ilk olarak yılda 17,9 milyon ölümle kardiyovasküler hastalıklar, 9 milyon ölümle kanserler, 3,9 milyon ölümle solunum yolu hastalıkları ve son olarak 1,6 milyon ölümle diyabet olarak sıralanmaktadır (22). Ayrıca BOH terimi bu dört ana hastalık haricinde hipertansiyon, dislipidemi, obezite, metabolik sendrom, romatoid artrit, serebrovasküler hastalıklar, depresyon, nörodejenaratif hastalıklar gibi çok çeşitli sağlık sorunlarını kapsayacak şekilde genişletilmiştir (23).

2.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Risk Faktörleri

Birkaç faktör BOH gelişimine sebep olabilmekte ve bu faktörler farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. Genelde sınıflandırma değiştirilebilir veya değiştirilemez faktörler olarak yapılmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında yüksek tansiyon, sigara içme, diabetes mellitus, fiziksel hareketsizlik, obezite ve yüksek kan kolesterolü bulunurken, değiştirilemez risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, genetik faktörler, ırk ve etnik köken yer almaktadır (24-27).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri aşağıdaki gibi beş gruba ayrılmaktadır;

1. Genetik Faktörler; Aile hastalıkları geçmişi, genetik miras, epigenetik değişiklikler, çevresel maruziyet (radyasyon vb.), toksik madde mutasyonları
2. Çevresel faktörler; Hava kirliliği, iklim değişiklikleri, gün ışığı(UV radyasyon)
3. Sosyodemografik faktörler; Yaş, Cinsiyet, Irk, Etnik Köken, Eğitim, Gelir durumu
4. Öz Yönetim faktörleri; Sigara kullanımı, Alkol kullanımı, Fiziksel Aktivite, Vücut ağırlığı, Besin seçimi, Diş Sağlığı bakımı
5. Tıbbi Durum; İlaçlar, Kan basıncı, Yağlar, Glukoz, Obezite, Stres (23).

Yaş, cinsiyet gibi değiştirilemeyen faktörler olsa bile Dünya Sağlık Örgütü tütün kullanımı, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlikte değişikliğe gidilerek BOH riskinin azaltılabileceğini kabul etmektedir (21). Bu hastalıkların sağlıklı bir yaşam tarzı benimseyerek önlenebileceği veya kontrol altına alınabileceği bilinmektedir (28,29).

Sigarayla en çok ilişkili üç hastalık akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve iskemik kalp hastalığı olduğundan, tütün kullanımı ağır bir BOH yükünden sorumludur (30,31). 2030 yılına kadar tütün içimiyle ilişkili ölüm oranının sekiz milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (32). Tüm tütün ürünleri sağlık üzerinde olumsuz etkiye sahiptir (33). Sigara içmek, bulaşıcı olmayan hastalıklara yatkınlık oluşturan metabolik değişikliklere yol açabilir. Tütün kullanımı sağlık bakım maliyetlerinin artmasına, sağlık sistemlerinin gerilemesine sebep olduğu bilinmektedir (27-34).

Alkol kullanımı; 2016 yılında, dünya çapında ölüm ve sakatlıklara göre ayarlanmış yaşam yıllarının yedinci önde gelen nedeni olarak belirlenmiş ve en çok 15-49 yaş grupları tarafından etkilenmiştir. Alkol tüketimi kalp hastalıkları, kanser, siroz gibi karaciğer hastalıkları, çeşitli zihinsel ve davranışsal bozukluklar gibi birçok BOH'a sebep olduğu

bilinmektedir. Alkol tüketimi, ülkelerin kültürüyle doğrudan ilişkilendirilmekte, bu nedenle alkol tüketiminde ülkeler arasında farklılıkların görüldüğü bildirilmektedir (27-35).

Haftada üç kez 20 dakika yüksek şiddetli aktiviteden veya haftada beş kez 30 dakika orta şiddetli aktiviteden daha az fiziksel aktivite yapılması fiziksel hareketsizlik olarak adlandırılmaktadır. DSÖ Avrupa Bölgesinde yılda 1 milyon ölüm (toplamın %10'u) ve sakatlık sebepli 8,5 milyon yaşam yılı kaybı fiziksel hareketsizliğe bağlanmaktadır (36). Fiziksel aktivite, yaşam boyunca sağlığın önemli temellerinden biri olarak kabul edilmektedir. Kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, diyabet ve bazı kanser türleri gibi hastalıkların riskinin azaltılmasında etkili olmakta, zihinsel sağlık üzerinde olumlu etkiler yaratılmakta ve enerji dengesi ile kilo kontrolünün sağlanmasında temel faktörlerden biri olarak görülmektedir. 2025 yılı itibariyle, yetersiz fiziksel aktivite görülme sıklığının göreceli olarak %10 oranında azaltılması, belirlenen dokuz küresel hedeften biri olarak belirlenmiştir. (37,38).

Davranışsal risk faktörlerinin bir alt kategorisi olan sağlıksız beslenme, bulaşıcı olmayan hastalıkların önde gelen risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmekte ve kronik hastalıkların çoğundan ile bu hastalıklara bağlı ölüm oranlarından sorumlu tutulmaktadır (39). Sağlıksız beslenmenin, vücudun fiziksel ve psikolojik yönleri üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu ve kusurlu vücut iyileştirme sistemleri nedeniyle hastalıkların morbidite ve mortalitesinin artırıldığı bildirilmektedir (40). İşlenmiş et ve şeker eklenerek tatlandırılmış içeceklerin aşırı tüketiminin; yüksek vücut kitle indeksi (BKİ), fiziksel hareketsizlik ve sigara kullanımı gibi diğer sağlıksız yaşam tarzı faktörleriyle birleştiğinde, BOH'larla belirgin şekilde ilişkilendirildiği belirtilmektedir (41). Tam tahıllı ürünlerin, yüksek lif içerikleri ve glikozu yavaşça dolaşıma salma yetenekleri nedeniyle koruyucu etkilere sahip olduğu; yemek sonrası insülin yanıtının azaltıldığı ve insülin duyarlılığının iyileştirilebildiği belirtilmektedir (42,43). Gelişmiş ülkelerde Batı tarzı diyetlere geçişle birlikte, tam tahıllı ve lifli yiyecekler yerine, hayvansal kaynaklı gıdalar, yağlar, şekerler ve rafine karbonhidratlar açısından zengin işlenmiş yiyeceklerin tüketiminin arttığı gözlemlenmiştir. Bu sağlıksız beslenme geçişiyle birlikte, BOH'larda bir artışın meydana geldiği rapor edilmiştir (44).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların en yaygın nedenleri arasında metabolik ve davranışsal risk faktörleri bulunmaktadır ve bu risk faktörlerinin mevcut çeşitli yöntemlerle büyük ölçüde önlenebildiği bilinmektedir (23,45-47). Küresel tartışmaların çoğu BOH'ların risk faktörlerini yönetmede bireysel sorumluluğun rolüne, özyönetim faktörlerine odaklanmaktadır. Bu

yüzden de BOH'ların önlenebilmesi için hasta eğitimi çok önemlidir. Sağlık uzmanları hastaları beslenme değerleri, sağlıkla ilişkisi konusunda eğitmelidir (48,49-52).

2.3. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tedavi Maliyetleri

Bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavi maliyetleri sağlık sisteminin son derece yüksek giderleridir. BOH'ların tedavisinin maliyetleri, hastalığın kendisinin tedavisinin maliyetlerini, komplikasyonlarının maliyetlerini ve hastaların üretkenliğinin azalmasından kaynaklanan maliyetleri kapsamaktadır (23). Düşük ve orta gelirli ülkelerde BOH'ların 2011-2030 döneminde 21 trilyon ABD dolarından fazla ekonomik kayba yol açacağı, bu kaybın yaklaşık üçte birinin kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanacağı tahmin edilmektedir (53). Amerikan Kalp Derneği'ne göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde kardiyovasküler hastalıklar ve felcin yıllık maliyeti 316,1 milyar dolar olarak tahmin edilmiştir (54). Obezite maliyetleri 1998'de yılda 79 milyar dolara kıyasla 2008'de 147 milyar dolar olarak tahmin edilmiştir (54,55).

Fransa'da yapılan bir çalışma; obez kişiler için ortalama yıllık sağlık hizmeti maliyetlerinin kişi başı 2500 avro olduğunu, bunun normal kilolu kişiler için olan maliyetlerin (1263 avro) iki katı olduğunu göstermiştir (56). Obezite ve obeziteyle bağlantılı hastalıkların Türkiye'ye maliyeti 2004 yılında yaklaşık 4,5 milyar dolar iken; bu rakam 2012 yılında 13,5 milyar dolara çıkmıştır. Obezite sonucu ortaya çıkan hastalıkların maliyeti sekiz yılda yaklaşık üç katı bir artış gerçekleşmiştir (57).

Küresel sağlık harcamalarının yaklaşık %10'u (760 milyar ABD doları) diyabet için harcanmaktadır (58). Almanya'da 2000-2007 yılları arasında tedavi edilen diyabetin yaygınlığı ve buna bağlı doğrudan sağlık harcamalarının incelendiği bir çalışmada; tip 2 diyabete yönelik harcamaların %51,1 artarak 27,8 milyar avrodan 42,0 milyar avroya yükseldiği belirlenmiştir (59).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların toplamda Türkiye ekonomisine maliyeti 2016 yılında 69,7 milyar TL olup, bu rakam ülkenin yıllık gayri safi yurt içi hâsılasının %3,6'sına denk gelmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemeye yönelik eylemler nispeten ucuz ve uygun maliyetli olmaktadır (5).

2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmeti, bireylerin kişisel sağlık ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan ve sağlık sistemine ilk başvurdukları noktayı temsil eden sağlık kurumlarıdır. Bu hizmetlerin merkezinde aile hekimi ve uzmanları yer almaktadır (60). Aile hekimi; her yaştan ve cinsiyetten bireylere, hastalık ayrımı yapmadan koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmeti sunan, hastayı bütüncül yaklaşımla değerlendiren, gerektiğinde uzmanlara yönlendiren ve sürekli bakım sağlayan, ekip çalışmasına yatkın, koordinasyon kurabilen ve hasta haklarını savunan hekim olarak tanımlanmaktadır (61). Aile hekimi uzmanı ise tıp fakültesinden mezun olduktan sonra, aile hekimliği ilkelerine dayalı olarak özel bir uzmanlık eğitimi almış olan hekim olarak tanımlanmaktadır (62).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yatarak tedavi gerektirmeyen durumlarda ayaktan teşhis ve tedavi, evde bakım hizmetleri gibi çeşitli sağlık hizmetleri sunulmaktadır (63). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel amacı, hastalıkların önlenmesi ve bireylerin genel sağlık durumunun iyileştirilmesidir. Ayrıca, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine sevk oranını düşürmek de önemli hedefler arasında yer almaktadır (64). Geçmişte daha çok hastalıkların tedavisine odaklanan bu hizmetler, günümüzde koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi üzerinde daha fazla yoğunlaşmaktadır. Bu kapsamda, değiştirilebilir risk faktörlerini hedef alan yaşam biçimi değişikliği yaratabilmek için eğitimler, sigarayı bırakma desteği, sağlıklı beslenme danışmanlığı, bağışıklama ve düzenli sağlık kontrolleri gibi uygulamalar hayata geçirilmektedir (65,66).

Bulaşıcı olmayan hastalığa sahip veya bu hastalığa yatkınlığı olan bireylerin bireye özgü, proaktif ve sürdürülebilir uzun vadeli bakıma ihtiyaçları olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, her toplumdaki BOH'ları yönetmek ve hastalıkları erken aşamalarda tespit etmek için sağlık hizmetleri stratejileri oluşturularak sunulmaktadır (67,68). BOH'ların birincil sağlık hizmetleri tarafından değerlendirilip yönetilmesi, Türkiye Cumhuriyeti sağlık politikaları içerisinde çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu doğrultuda, birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin kendi sorumlu oldukları bireyleri izleyebilmeleri amacıyla bireylerin takibini standardize etmek ve hastalık yönetimini kolaylaştırmak amacıyla Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kurulmuştur (69). Hekimler HYP ile bireylerin klinik bulguları, yaşam tarzı ve alışkanlıkları, tedavi planları, ilaç dozları, hastaya verilen eğitimler, laboratuar sonuçları gibi birçok veriyi görebilmektedir. Böylece HYP, hekimin her bir hastasıyla görüşürken ihtiyaç duyabileceği tüm bilgileri görebilme

olanağı sağlamaktadır. Platform kapsamında hipertansiyon, diyabet, yaşlı sağlığı, kardiyovasküler risk ve obezite taramaları yapılmaktadır. HYP; erken teşhis, düzenli takip ve uygun tedavi ile kronik hastalıkların kontrolünü sağlamayı ve komplikasyonları önlemeyi hedeflemektedir (70).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde istenen amaçlara ulaşılabilmesi için hizmete erişim ve iyileştirici bakımı geliştirebilen modellere ihtiyaç duyulmaktadır (71). Birinci basamağa erişimi arttırmaya yardımcı olmak için bu modeller diyetisyen, fizyoterapist gibi hekim olmayan sağlık profesyonellerinin istihdamını desteklemektedir (72,73).

2.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Yaşam Biçimi

Kişilerin sağlık sorunlarının % 85-90'ı birinci basamak sağlık kuruluşunda çözülebilmektedir. Ayrıca basit laboratuvar tetkiklerinin birinci basamakta kullanılmasıyla bu oran %96'lara çıkmıştır. Bu nedenle birinci basamak sağlık kurumlarının sağlık hizmetlerinde yeri oldukça önemlidir (74).

Beslenmenin tıbbi bakımın önemli bir yönü olduğu Hipokrat döneminden bu yana bilinmektedir. Beslenmenin birçok hastalığın etiyolojisi ve yönetiminde önemli bir rol oynadığına dair artan kanıtlar bulunmaktadır. Hastalıkların önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın teşvikinde beslenme kilit rol oynamaktadır (9, 75).

Yaşam biçimi içerisinde çok önemli bir yeri olan beslenme hastalıkların önlenmesinde olduğu kadar hastalıkların tedavi sürecinde, hastalıkların tedavi sürecinde tedavinin etkinliğinin yükseltilmesinde, hastalıkların olası risklerinin azaltılmasında, dolayısıyla sağlık harcamalarının azaltılmasında önemli fırsatlar sağlamaktadır (75). Yaşam tarzı değişiklikleri son yıllarda bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yaygınlığının birincil nedeni haline geldiğinden, nitelikli diyetisyenlerin multidisipliner sağlık ekibinde hayati bir rol oynaması gerektiği anlaşılmaktadır. Diyetisyenlerin temel rolü; bireylere özel beslenme düzenlemeleri konusunda danışmanlık yapmak, kişiselleştirilmiş diyet planları oluşturmak, sağlıklı yaşam tarzını destekleyici beslenme önerileri sunmak, sağlığın korunmasını teşvik etmek ve hastalıkların önlenmesine katkıda bulunmaktır (76).

Çalışmalarda birinci basamak sağlık hizmetlerinde beslenme danışmanlığının diyetisyen tarafından verilmesinin gerektiği vurgulanmaktadır. Beslenme danışmanlığına yönelik algılanan ihtiyaca rağmen, beslenme danışmanlığından faydalanabilecek birçok hastanın bu konuda aile hekimlerine veya diyetisyenlere erişemediğini göstermektedir (77).

Aile hekimlerinin beslenme danışmanlığı sağlama kararını etkileyen etkenler içinde yetersiz eğitim, zaman azlığı, diyetisyen hizmetlerine erişim zorluğu, ekip çalışması ortamının olmaması, hekimlere geri bildirim eksikliği ve hastalar için maliyet gibi nedenler sayılabilmektedir (78-80).

Yapılan bir çalışmada kırsal kesimdeki hekimlerin kentsel kesimdeki meslektaşlarına kıyasla hastaları diyetisyene sevk sıklığında artış görülmüştür. Çalışmada bu bulgu, hekimlerin sağlık profesyonelleriyle etkileşim ve doğrudan iletişim kurma fırsatının daha fazla olduğu, daha küçük tıp merkezlerindeki uygulama doğasıyla ilgili olabileceği şeklinde açıklanmıştır. Aynı şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerinde diyetisyenlerin görev alması; hekimler ile diyetisyenler arasında daha etkili bağlantılar kurulması ve hastaların beslenme danışmanlığına erişimi artırabileceğini göstermektedir (77).

Birçok çalışma hekimlerin tıbbi uygulamalarında beslenmenin önemini kabul ettiklerini, ancak hastalarına beslenme danışmanlığı sağlama konusunda rahat olmadıkları ve tıp fakültesi eğitimlerinin kendilerini hastalara diyet ve beslenme danışmanlığı sağlamak için yeterince hazırlamadığını bildirmişlerdir (81).

Beslenme ve diyet alanı, bilimsel araştırmalarla sürekli olarak gelişmekte, güncellenmekte ve beslenme alanıyla ilgili yeni eğilimler ortaya çıkmaya devam etmektedir. Bu dinamik yapı nedeniyle; hekimler, halkın maruz kaldığı beslenmeyle ilgili yanlış bilgi ve mitlerin yoğun akışı karşısında her zaman yeterli yönlendirmeyi sağlayamamaktadırlar. Oysa beslenme alanında en kapsamlı bilgiye sahip olan diyetisyenler, yaygın yanlış bilgi ve mitleri çürütme ve beslenmenin bilimsel temellerini doğru şekilde aktarma konusunda en yetkin sağlık profesyonelleridir (9). Bu bağlamda, "Diyetisyen" ulusal otoriteler tarafından tanınan, beslenme ve diyetetik alanında bilgi ve yetkinliğe sahip bir uzman olup, beslenme biliminin ilkelerini bireylerin ve toplumun sağlık ve hastalık durumlarında en iyi şekilde beslenmeyi sağlamak ve toplum bilincini artırmak amacıyla uygulama sorumluluğunu taşımaktadır (82). Bu yönüyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim ve diyetisyenin birlikte hizmet üretmesinin ne denli gerekli olduğu açıkça anlaşılmaktadır (9,80,83).

Beslenme bilgisinden yoksunluk, yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarının bir nedenidir (84). Beslenme eğitimi, bireylerin sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıkları kazanmasını sağlarken, çevre açısından sürdürülebilir besin kaynaklarının kullanımına da katkıda bulunmaktadır. Bu eğitim, yanlış beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesini ve besinlerin sağlık açısından zararlı hale gelmesinin önlenmesini amaçlamaktadır. Aynı

zamanda, besin kaynaklarının daha verimli ve ekonomik bir şekilde kullanılmasını teşvik ederek, genel beslenme durumunun iyileştirilmesine de yardımcı olmaktadır (85).

Kişinin öncelikle sağlığının ne denli yaşamsal olduğunun farkında olması ve sağlık bilincinin gelişmesi; sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde en etkili yol olduğu bilinmektedir. Bundan dolayı sağlıksız beslenmenin önlenmesinde, beslenme eğitimi ve sağlıklı beslenme bilincinin kazandırılması büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı beslenme bilincinin kazandırılmasında da özellikle diyetisyenlerin etkinliğini ve önemini ortaya koymaktadır (86).

Bu araştırma, aile hekimlerinin diyetisyenlere yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması ve birinci basamak aile hekimi ile diyetisyen işbirliğine engel teşkil eden durumların değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3. 1. Araştırma Yeri ve Örneklem Seçimi

Kesitsel tipte tanımlayıcı olan bu araştırma evrenini Yalova ili ve bağlı ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezinde çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, "Openepi Sample Size Calculator" ile hesaplandı. 2024 Nisan ayı verilerine göre Yalova ilinde kayıtlı 31 Aile Sağlığı Merkezinde çalışan 95 aile hekimi sayısı %95 güven aralığı, %5 hata payı, %50 bilinmeyen sıklık ile 77 kişilik örneklem büyüklüğü hesaplandı. Çalışmaya 79 aile hekimi dâhil edildi. Veri toplanan aile sağlık merkezleri:

- Yalova İli Merkez Aile Sağlık Merkezleri
- Yalova İli Altınova İlçesi Aile Sağlık Merkezleri
- Yalova İli Armutlu İlçesi Aile Sağlık Merkezleri
- Yalova İli Çınarcık İlçesi Aile Sağlık Merkezleri
- Yalova İli Çiftlikköy İlçesi Aile Sağlık Merkezleri
- Yalova İli Termal İlçesi Aile Sağlık Merkezleri 'dir.

3. 2. Araştırmanın Genel Planı ve Verilerin Toplanması

Trakya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (TÜTF-GOBAEK) 03.06.2024 tarihinde TÜTF-GOBAEK 2024/288 protokol no'lu 11'22 no'lu karar ile alınan etik kurul onayı (Ek-1) sonrasında Yalova ilinde Aile Sağlığı Merkezinde çalışan aile hekimlerinden çalışmaya katılmayı kabul eden aile hekimlerine anket uygulaması yapıldı.

Araştırmaya katılma ölçütleri; Yalova ili ve bağlı ilçelerinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi olmak ve çalışmaya katılmak için gönüllü olmak olarak belirlendi. Çalışmaya dahil edilmeme ölçütleri ise iletişimi engelleyecek bir problemin olması olarak belirlendi. Araştırmamızda katılımcıların kimlik bilgileri alınmadı.

Araştırmaya katılan aile hekimlerine, ilgili konuda literatür taraması yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından hazırlanan ve üç bölümden oluşan bir anket formu uygulandı.

Anket formunun ilk bölümünde demografik özellikler (yaş, cinsiyet, uzmanlık durumu v.b.), antropometrik ölçümleri, mesleki bilgiler (aile hekimi olarak çalışma süreleri, kayıtlı hasta sayıları v.b.), beslenme eğitimi alıp almadıkları sorgulandı. Bireylerin boy uzunluğu (m) ve vücut ağırlıkları (kg) kendi beyanlarına dayalı olarak kaydedildi. Anketin ikinci bölümünde hangi tür durumlarda hastalarına beslenme önerileri verdikleri, daha önce bir diyetisyenle çalışıp çalışmadıkları hangi hastaları diyetisyene yönlendirdikleri sorgulandı. Anketin son bölümü aile hekimlerinin diyetisyenlere yönelik mesleki algı, tutum ve davranışlarına yönelik 5'li likert ölçeği şeklinde cevap seçenekleri ile 20 maddeden oluşan önermelere yer verildi.

3. 3. İstatistiksel Analiz

Anket formunun uygulanmasının ardından elde edilen veriler, %95 güven düzeyinde SPSS 23.0 istatistiksel paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirilmesinde; ortalama ± standart sapma, medyan (minimum–maksimum) değerleri ile birlikte sayı ve yüzde dağılımları kullanıldı. Katılımcıların anket sorularına verdikleri yanıtların dağılımı frekans analizi ile incelendi, sorular arasındaki ilişkiler Ki-kare testi ile değerlendirildi. Bazı sorularda katılımcıların birden fazla seçeneği işaretlemesi nedeniyle, bu tür veriler gruplandırılarak analiz edildi. Ayrıca, bağımsız gruplar için t-testi uygulandı. Tüm istatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Hekimlerin cinsiyete göre yaş ve Beden Kütle İndeksi (BKİ) dağılımları Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Çalışmaya 34 (%43) kadın, 45 (%57) erkek olmak üzere toplam 79 aile hekimi katılmıştır. Cinsiyet ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışmaya katılan hekimlerin %57'sinin 45 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu görülmüştür. Kadınlarda ve erkeklerde 45 yaş üzeri yaş grubu kişilerin oranı sırasıyla %58,8 ve %55,6'dır. Kadınlarda 25-34 yaş grubu kişilerin oranı %17,6, 35-44 yaş grubu kişilerin oranı %23,5 iken erkeklerde 25-34 yaş grubu kişilerin oranı %20, 35-44 yaş grubu kişilerin oranı %24,4'dir.

BKİ ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınlarda ortalama BKİ değeri 27,37±3,71 kg/m² iken erkeklerde ortalama BKİ değeri 26,7±3,85 kg/m² olarak saptanmıştır. Kadınlarda ve erkeklerde BKİ değeri 18,5'un altında kimse bulunmamaktadır. Kadınların yaklaşık yarısının (%47,1) normal vücut ağırlığında, %35,3'ünün ise fazla kilolu olduğu görülmüştür. Erkeklerin %60'ı fazla kilolu iken %24,4'ü normal vücut ağırlığındadır.

Tablo 4.1. Hekimlerin cinsiyete göre yaş ve Beden Kütle İndeksi (BKİ) dağılımları

BKİ Sınıflaması (kg/m²)	**Cinsiyet**						p
	Kadın		**Erkek**		**Toplam**		
	S	**%**	**S**	**%**	**S**	**%**	
<18,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,069
18,5-24,99	16	47,1	11	24,4	27	34,2	
25,0-29,99	12	35,3	27	60,0	39	49,4	
≥30,0	6	17,6	7	15,6	13	16,4	
Toplam	34	100	45	100	79	100	
Yaş							
25-34	6	17,6	9	20,0	15	19,0	
35-44	8	23,5	11	24,4	19	24,1	
45 ve üzeri	20	58,8	25	55,6	45	57,0	

Ki kare analizi

Hekimlerin uzmanlık durumuna göre demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2'de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan 66 aile hekimi, 13 aile hekimi uzmanı bulunmaktadır. Uzmanlık durumu ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde; aile hekimlerinin %60,6'sı erkek, aile hekimi uzmanlarının %61,5'i kadındır. Uzmanlık durumu ile cinsiyet arasında

anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. (p>0,05). Uzmanlık durumu ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde; aile hekimlerinde ve aile hekimi uzmanlarında 45 yaş ve üzeri yaş grubundakiler çoğunluktadır (sırasıyla oranlar %59,1 ve %46,2). Uzmanlık durumu ile yaş arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). Uzmanlık alanı ile aile hekimi olarak çalışma süresi arasındaki ilişki incelendiğinde; aile hekimlerinin %40,9'u 6-15 yıl süre ile çalışırken, 16 yıl ve üzeri süre ile çalışanların oranı %34,8'dir. Aile hekimi uzmanlarında ise 6-15 yıl süre ile çalışanlar ve 16 yıl ve üzeri süre ile çalışanların oranı 30,8'dir. Aile hekimi uzmanlarının %38,5'inin 5 yıl ve altı çalışma süresi olduğu saptanmıştır. Uzmanlık alanı ile birinci basamakta aile hekimi olarak çalışma süresi arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.2. Hekimlerin uzmanlık durumuna göre demografik özelliklerinin dağılımı

Demografik Özellikler		Aile Hekimi		Aile Hekimi Uzmanı		p
		Sayı (S=66)	%	Sayı (S=13)	%	
Cinsiyet	Kadın	26	39,4	8	61,5	0,122[a]
	Erkek	40	60,6	5	38,5	
Yaş	25-34	12	18,2	3	23,1	0,688[b]
	35-44	15	22,7	4	30,8	
	45 ve üzeri	39	59,1	6	46,2	
Aile hekimi olarak çalışma süresi	≤5 yıl	16	24,2	5	38,5	0,559[b]
	6-15 yıl	27	40,9	4	30,8	
	16 yıl ve üzeri	23	34,8	4	30,8	

a: Bağımsız gruplarda t testi, b: Tek yönlü varyans analizi

Hekimlerin uzmanlık durumuna göre beslenme eğitimine ilişkin görüşlerin dağılımı Tablo 4.3'de gösterilmiştir. Katılımcılarda beslenme eğitiminin hekimlerin mesleki eğitimleri arasında yer alması gerekliliği ve uzmanlık arasındaki ilişki incelendiğinde; aile hekimlerinde yer alması gerektiğini belirtenlerin oranı %80,3, aile hekimi uzmanlarında yer alması gerektiğini belirtenlerin oranı %92,3 olarak bulunmuştur. Aile hekimlerinde beslenme eğitiminin yer almaması gerektiğini belirtenlerin oranı %3 iken aile hekimi uzmanlarında bu oran sıfırdır. Aile hekimlerinin %16,7'si kararsız olduğunu beyan etmiştir. Katılımcılarda beslenme eğitiminin hekimlerin mesleki eğitimleri arasında yer alması gerekliliği ve uzmanlık arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Mesleki eğitimleri süresince beslenme eğitimi alma durumu ile uzmanlık arasındaki ilişki incelendiğinde; aile hekimlerinin %30,3'ü, aile hekimi uzmanlarının %23,1'i ve toplamda 23 hekim (%29,1) eğitim aldığını

beyan etmiştir. Eğitim alanların %39,1 bu eğitimi yeterli bulurken, %39,1'i eğitimi yetersiz bulmuştur. Mesleki eğitim süresince beslenme eğitimi alma durumu ile uzmanlık arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.3. Hekimlerin uzmanlık durumuna göre beslenme eğitimine ilişkin görüşlerin dağılımı

Beslenme Eğitimi İle İlişkili Görüşleri		Aile Hekimi		Aile Hekimi Uzmanı		Toplam		p
		Sayı (S=66)	%	Sayı (S=13)	%	Sayı (S=79)	%	
Beslenme eğitiminin hekimlerin mesleki eğitimleri arasında yer alması gerekliliği	Almalı	53	80,3	12	92,3	65	82,3	0,560
	Almamalı	2	3,0	0	0,0	2	2,5	
	Kararsız	11	16,7	1	7,7	12	15,2	
Beslenme eğitimi alma durumları	Almış	20	30,3	3	23,1	23	29,1	0,437
	Almamış	46	69,7	10	76,9	56	70,9	

Ki kare analizi

Hekimlerin cinsiyete göre en güvenilir beslenme bilgi kaynağı dağılımı Tablo 4.4'de gösterilmiştir. Hekimlerin en güvenilir beslenme bilgi kaynağı ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınlarda ve erkeklerde oranlar benzer bulunmuş olup her iki grup en güvenilir beslenme bilgi kaynağı olarak diyetisyeni tercih etmiştir. Kadın hekimlerde oran %90,9 iken erkek hekimlerde oran %88,9'dur. Hekimlerin en güvenilir beslenme bilgi kaynağı ile cinsiyet arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. (p>0,05).

Tablo 4.4. Hekimlerin cinsiyete göre en güvenilir beslenme bilgi kaynağı dağılımı

Beslenme Bilgi Kaynağı	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı (S=33)*	%	Sayı (S=45)	%	Sayı (S=78)*	%	
Diyetisyen	30	90,9	40	88,9	70	89,7	0,541
Hekim	3	9,1	5	11,1	8	10,3	

Ki kare analizi.

*Bir katılımcı "İşi bilen eğitimli biri" şeklinde farklı bir yanıt verdiği için analize dahil edilmemiştir.

Hekimlerin diyetisyenle çalışma deneyimlerine ilişkin dağılımları Tablo 4.5'de gösterilmiştir. Katılımcıların %17,7'si daha önce bir diyetisyenle çalışmış olduğunu beyan etmiştir. Diyetisyenle çalışan hekimlerin (n:14) bu deneyimi, hastanın tıbbi tedavisine faydası açısından değerlendirme durumu incelendiğinde; %42,9'u iyi, %35,7'si çok iyi olarak

değerlendirmiştir. Diyetisyenle çalışma deneyimini kötü olarak değerlendirenlerin oranı %7,1 iken çok kötü olarak değerlendirme yapan hekim olmamıştır.

Tablo 4.5. Hekimlerin diyetisyenle çalışma deneyimlerine ilişkin dağılımları

Diyetisyenle Çalışmış Olma Durumu		S	%
Daha önce diyetisyenle çalışanlar	Çalışmış	14	17,7
	Çalışmamış	65	82,3
	Toplam	79	100,0
Çalışan hekimlerin deneyimi	Kötü	1	7,1
	Orta	2	14,3
	İyi	6	42,9
	Çok iyi	5	35,7
	Toplam	14	100,0

Hekimlerin daha önce diyetisyenle çalışma durumuna göre bazı önermelere verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir. Daha önce bir diyetisyenle çalışma durumu ile "Aile hekimi ve diyetisyen arasında mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda uyumlu bir iş birliği olmalıdır." ifadesine katılım düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; daha önce diyetisyenle çalışan hekimlerin (n:14) %57,1'i kesinlikle katıldığını, %21,4'ü katıldığını beyan etmişlerdir. Kesinlikle katılmadığını, katılmadığını ve kararsız olduğunu ifade eden hekimler 1'er kişi olup oranları %7,1'dir. Daha önce diyetisyenle çalışmayan hekimlerin (n:65) ise %46,2'si kesinlikle katıldığını, %40'ı katıldığını belirtmişlerdir. Daha önce diyetisyenle çalışmayan hekimlerde ifadeye kesinlikle katılmadığını belirtenlerin oranı %7,7 ile diyetisyenle çalışan hekimlerin oranıyla benzer olduğu görülmüştür.

Daha önce diyetisyenler ile çalışan hekimlerin deneyimi ile "Aile hekimi ve diyetisyen arasında mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda uyumlu bir iş birliği olmalıdır." ifadesine katılım düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; tedaviyi kötü değerlendiren bir kişi ifadeye kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir. Deneyimi orta olarak değerlendiren 2 hekimden birisi kesinlikle katılmıyorum cevabı verirken, diğeri kararsız olduğunu ifade etmiştir. Deneyimi iyi olarak değerlendirenlerde; katıldığını ifade edenlerin oranı %33,3, kesinlikle katıldığını ifade edenlerin oranı ise %66,7'dir. Deneyimi çok iyi olarak değerlendirenlerde; katılmadıklarını ifade edenlerin oranı %20, katıldıklarını ifade edenlerin oranı %20, kesinlikle katıldıklarını ifade edenlerin oranı ise %60'dır. Daha önce diyetisyenler

ile çalışan hekimlerin deneyimi ile ifadeye katılım düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p>0,05).

Daha önce bir diyetisyenle çalışma durumu ile "Diyetisyenin takibinde olan hastalarda olumlu değişiklikler gözlenir." ifadesine katılım düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; daha önce diyetisyenle çalışanlarda (n:14) ifadeye kesinlikle katıldığını ve katıldığını beyan edenler çoğunluktadır (oranlar sırasıyla %35,7 ve %21,4). Kararsız olduğunu belirtenlerin oranının (%21,4), katıldığını belirten hekimlerin oranıyla aynı olduğu görülmüştür. Daha önce diyetisyenle çalışmayanlarda (n:65) ifadeye kesinlikle katılmadığını belirtenlerin oranı %9,2 olarak bulunmuştur, daha önce diyetisyenle çalışan hekimlerin oranına (%7,1) benzer bir değerdir. Daha önce diyetisyenle çalışmayan hekimlerin %21,5'i kesinlikle katıldığını beyan ederken yarısından fazlası (%53,8) katıldığını belirterek diyetisyenin takibinde olan hastalarda olumlu değişiklikler gözleneceğini düşündüğünü beyan etmiştir.

Tablo 4.6. Hekimlerin daha önce diyetisyenle çalışma durumuna göre bazı önermelere verdikleri cevapların dağılımı

Daha önce diyetisyenle çalışanlar	**Aile Hekimi ve Diyetisyen Arasında Mesleki İş Birliği Olması Gerektiğini Düşünenler**										**p**
	Kesinlikle Katılmıyor		**Katılmıyor**		**Kararsız**		**Katılıyor**		**Kesinlikle Katılıyor**		
	S	**%**	**S**	**%**	**S**	**%**	**S**	**%**	**S**	**%**	
Çalışmış	1	7,1	1	7,1	1	7,1	3	21,4	8	57,1	0,196
Çalışmamış	5	7,7	0	0,0	4	6,2	26	40,0	30	46,2	
Çalışan hekimlerin deneyimi											
Kötü	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0,172
Orta	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	
İyi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	4	66,7	
Çok iyi	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	3	60,0	
	Diyetisyenin Takibinde Olan Hastalarda Olumlu Değişiklikler Gözleneceğini Düşünenler										**p**
Daha önce diyetisyenle çalışanlar	**Kesinlikle Katılmıyor**		**Katılmıyor**		**Kararsız**		**Katılıyor**		**Kesinlikle Katılıyor**		
	S	**%**	**S**	**%**	**S**	**%**	**S**	**%**	**S**	**%**	
Çalışmış	1	7,1	2	14,3	3	21,4	3	21,4	5	35,7	0,502
Çalışmamış	6	9,2	2	3,1	8	12,3	35	53,8	14	21,5	

Ki kare analizi

Hekimlerin kayıtlı nüfus sayısı ve muayene süresi ile Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kullanma durumu arasındaki ilişki Tablo 4.7'de gösterilmiştir. Kayıtlı nüfus sayısı ile HYP aktif olarak kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; hiçbir zaman kullanmayanların yarısının nüfusu 2000-3499 iken diğer yarısının nüfusunun 3500'den fazla olduğu bulunmuştur. Bazen ve her zaman kullanan hekimlerin %72,7'sinin nüfusu 2000-3499 arasındadır. Her zaman kullananlarda 3500'den fazla nüfusu olanların oranı %25'tir. Kayıtlı nüfus sayısı ile HYP aktif olarak kullanma durumu arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. Ortalama muayene süresi ile HYP aktif olarak kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; hiçbir zaman kullanmayanların tamamı muayene süresi ≤5 dk olanlardır. Muayene süresi ≤5 dakika olup HYP'yi bazen ve her zaman kullanan hekimlerde oranlar birbirine yakındır (sırasıyla %54,5 ve %59,1). Aynı şekilde diğer muayene sürelerinde de HYP'yi bazen ve her zaman kullanan hekimlerde oranlar birbirine yakın bulunmuştur. Ortalama muayene süresi ile HYP aktif olarak kullanma durumu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.7. Hekimlerin kayıtlı nüfus sayısı ve muayene süresi ile Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kullanma durumu arasındaki ilişki

Değişkenler		Hastalık Yönetim Platformunu Kullanma Durumu								p
		Hiçbir Zaman		Bazen		Her zaman		Toplam		
		Sayı (S=2)	%	Sayı (S=33)	%	Sayı (S=44)	%	Sayı (S=79)	%	
Kayıtlı Nüfus Sayısı	1-1999	0	0,0	4	12,1	1	2,3	5	6,3	0,310
	2000-3499	1	50,0	24	72,7	32	72,7	57	72,2	
	≥3500	1	50,0	5	15,2	11	25,0	17	21,5	
Muayene süresi	<5 dk	2	100,0	18	54,5	26	59,1	46	58,2	0,800
	5-9 dk	0	0,0	7	21,2	8	18,2	15	19,0	
	≥10 dk	0	0,0	8	24,2	10	22,7	18	22,8	

Ki kare analizi

Hekimlerin diyetisyene yönlendirdikleri hastalar ile Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kullanma durumu arasındaki ilişki Tablo 4.8'de gösterilmiştir. Diyetisyene yönlendirilen hastalar ile HYP'yi aktif kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; takip gerektiren hastalıklarda hekimlerin %3,6'sı hiçbir zaman, %42,1'i bazen, %54,3'ü ise her zaman HYP'yi kullandığını beyan etmiştir. 2. Basamağa yönlendirilmesi gereken hastalar için de oranlar benzer bulunmuş olup; hekimlerin %3,8'i hiçbir zaman, %43,2'si bazen, %53'ü ise her zaman HYP'yi kullandığını beyan etmiştir.

Tablo 4.8. Hekimlerin diyetisyene yönlendirdikleri hastalar ile Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kullanma durumu arasındaki ilişki*

Diyetisyene Yönlendirilen Hastalar	Hastalık Yönetim Platformunu Kullanma Durumu			
	Hiçbir Zaman	Bazen	Her zaman	Toplam
	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)
Takip gerektiren[1]	26 (3,6)	303 (42,1)	391 (54,3)	720 (100)
2. basamağa yönlendirilmesi gereken[2]	10 (3,8)	114 (43,2)	140 (53)	264(100)
Toplam	5 (6,3)	30 (38,0)	44 (55,7)	79(100)

[1]Vücut ağırlığı yönetimi, çocukluk çağı obezitesi, hipertansiyon, diyabet, sindirim sis. hastalıkları, karaciğer hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, gebelik ve laktasyon döneminde beslenme, vitamin ve mineral avitaminozları

[2]Böbrek hastalıkları, kanser/kemoterapi hastaları, besin alerjileri/intoleransı, yaşlı beslenmesi(yutma güçlüğü vb.), yeme bozuklukları

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Hekimlerin kayıtlı nüfus sayısı ile ortalama muayene süreleri arasındaki ilişki Tablo 4.9'da gösterilmiştir. Kayıtlı nüfus sayısı ile hasta muayenesi için ortalama harcanan süre arasındaki ilişki incelendiğinde; nüfusu 2000-3499 olan hekimlerde; muayene süresi 5 dakikadan az olan hekimlerin oranı (%73,9) ve muayene süresi 5-9 dk olan hekimlerin oranı (%73,3) birbirine benzerdir. Nüfusu 2000-3499 olan hekimlerde muayene süresi 10 dakika ve daha fazla olanların oranı ise %66,7'dir. Kayıtlı nüfus sayısı 3500'den fazla olanlarda; muayene süresi 5 dakikadan az olanların oranı %23,9, muayene süresi 5-9 dk olanların oranı %20 iken 10 dakika ve daha fazla olanların oranı %16,7'dir. Kayıtlı nüfus sayısı ile hasta muayenesi için ortalama harcanan süre arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.9. Hekimlerin kayıtlı nüfus sayısı ile ortalama muayene süreleri arasındaki ilişki

	Muayene Süresi								p
	<5 dk		5-9 dk		≥10 dk		Toplam		
Kayıtlı Nüfus Sayısı	S	%	S	%	S	%	S	%	
1-1999	1	2,2	1	6,7	3	16,7	5	6,3	0,316
2000-3499	34	73,9	11	73,3	12	66,7	57	72,2	
≥3500	11	23,9	3	20,0	3	16,7	17	21,5	
Toplam	46	100,0	15	100,0	18	100,0	79	100,0	

Ki kare analizi

Hekimlerin uzmanlıklarına ve daha önce diyetisyenle çalışmış olma durumlarına göre diyetisyene yönlendirdikleri ve beslenme önerisi verdikleri hastaların dağılımı Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Diyetisyene yönlendirilmesi gereken hastalar ile daha önce diyetisyenle birlikte çalışma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; hekimlerin takip gerektiren hastalıklarda %17,9'u, 2. basamağa yönlendirilmesi gereken hastalıklarda ise %19,7'si daha önce bir diyetisyenle birlikte çalıştığını beyan etmiştir. Daha önce diyetisyenle çalışmayan hekimlerde de oranlar hastalık grupları için birbirine benzerdir (82,1 ve %80,3).

Daha önce diyetisyenle çalışan ve çalışmayanlarda diyetisyene yönlendirilmesi gereken hastalıklar ile uzmanlık arasındaki ilişki incelendiğinde; takip gerektiren hastalıklarda daha önce diyetisyenle birlikte çalışan hekimlerden %59,7'si aile hekimi, %40,3'ü aile hekimi uzmanıdır. Daha önce diyetisyenle birlikte çalışmayan hekimlerde ise takip gerektiren hastaları diyetisyene yönlendirdiğini beyan edenlerin %83,9'u aile hekimi, %16,1'i aile hekimi uzmanıdır. 2. Basamağa yönlendirilmesi gereken hastalıklar grubunda ise daha önce diyetisyenle çalışan hekimlerin %63,5'inde aile hekimi, %36,5'i aile hekimi uzmanıdır. Daha önce diyetisyenle çalışmayanlarda ise 2. Basamağa yönlendirilmesi gereken hastalıklar grubunda hekimlerin %79,7'sinde aile hekimi, %20,3'ü ise aile hekimi uzmanıdır.

Daha önce diyetisyenle çalışanlarda ve çalışmayanlarda; hekimlerin beslenme önerisi verdiği hastalık grubu ile uzmanlık arasındaki ilişki incelendiğinde; daha önce diyetisyenle çalışanlarda; takip gerektiren hastalık grubunda beslenme önerisi veren hekimlerin %68'i aile hekimi, %32'si aile hekimi uzmanıdır. İkinci basamağa yönlendirilmesi gereken hastalık grubunda ise daha önce diyetisyenle çalışan hekimlerin %71,4'ü aile hekimi, %28,6'sı aile hekimi uzmanıdır. Daha önce diyetisyenle çalışmayanlarda; takip gerektiren hastalık grubundaki aile hekimi oranı %87,7 iken ikinci basamağa yönlendirilmesi gereken hastalık grubundaki aile hekimi oranı %88,6 ile birbirine benzerdir.

Tablo 4.10. Hekimlerin uzmanlıklarına ve daha önce diyetisyenle çalışmış olma durumlarına göre diyetisyene yönlendirdikleri ve beslenme önerisi verdikleri hastaların dağılımı*

Diyetisyene Yönlendirilen Hastalar	Diyetisyenle Çalışmış Olma Durumu		
	Çalışmış	Çalışmamış	Toplam
	S(%)	S(%)	S(%)
Takip gerektiren[1]	129 (17,9)	591 (82,1)	720 (100)
2. basamağa yönlendirilmesi gereken[2]	52 (19,7)	212 (80,3)	264 (100)
Toplam	14 (17,7)	65 (82,3)	79 (100)

Diyetisyene Yönlendirilen Hastalar	Diyetisyenle Çalışmış Olma Durumu			
	Çalışmış		Çalışmamış	
	Aile Hekimi	Aile Hekimi Uzmanı	Aile Hekimi	Aile Hekimi Uzmanı
	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)
Takip gerektiren[1]	77 (59,7)	52 (40,3)	496 (83,9)	95 (16,1)
2. basamağa yönlendirilmesi gereken[2]	33 (63,5)	19 (36,5)	169 (79,7)	43 (20,3)
Toplam	9 (11,4)	5 (6,3)	57 (72,2)	8 (10,1)

Hekim Tarafından Beslenme Önerisi Verilen Hastalar	Diyetisyenle Çalışmış Olma Durumu			
	Çalışmış		Çalışmamış	
	Aile Hekimi	Aile Hekimi Uzmanı	Aile Hekimi	Aile Hekimi Uzmanı
	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)
Takip gerektiren[1]	115 (68)	54 (32)	651 (87,7)	91 (12,3)
2. basamağa yönlendirilmesi gereken[2]	35 (71,4)	14 (28,6)	171 (88,6)	22 (11,4)
Toplam	9 (11,5)	5 (6,4)	57 (73,1)	7 (9,0)

[1]Vücut ağırlığı yönetimi, çocukluk çağı obezitesi, hipertansiyon, diyabet, sindirim sis. hastalıkları, karaciğer hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, gebelik ve laktasyon döneminde beslenme, vitamin ve mineral avitaminozları

[2]Böbrek hastalıkları, kanser/kemoterapi hastaları, besin alerjileri/intoleransı, yaşlı beslenmesi(yutma güçlüğü vb.), yeme bozuklukları

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Hekimlerin diyetisyenlere yönelik tutumlarının dağılımı Tablo 4.11'de gösterilmiştir. "Birinci basamak sağlık hizmetinde önleyici bir strateji olarak her hastanın beslenme öyküsü alınmalı ve değerlendirilmelidir" ifadesine hekimlerin büyük bir kısmı kesinlikle katıldığını (%34,2) ve katıldığını (%32,9) bildirmişlerdir. Hekimlerin %11,4'ü kesinlikle katılmadığını (%11,4) ve %12,7'si katılmadığını beyan etmiş, verilen yanıtların benzer olduğu görülmüştür.

“Bulaşıcı olmayan hastalıklarda yaşam tarzını düzeltmeksizin sadece medikal tedavi yeterlidir.” ifadesine hekimlerin yarısından fazlası (%51,9) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Katıldığını ifade edenlerin oranı %3,8 olup kesinlikle katıldığını ifade edenlerin oranı %1,3’tür.

“Daha sağlıklı bir yaşam tarzı, yaşamın her döneminde önemlidir.” ifadesine kesinlikle katılmadığını belirtenlerin oranı %8,9 iken katıldığını belirtenlerin oranı %25,3 ve kesinlikle katıldığını belirtenlerin oranı %63,3’tür.

“Aile hekimi ile diyetisyen arasındaki bilgi akışı hastanın tedavisine olumlu yönde etkiler.” ifadesine hekimlerin yarısı (%50,6) kesinlikle katıldığını beyan etmiştir. İfadeye kesinlikle katılmadığını ve kararsız olduğunu beyan eden hekimlerin oranı birbirine eşir ve %7,6’dır.

“Sağlık hizmetlerinde tıbbi bilgi ve fikir alışverişi sadece hekimden hekime yapılmalıdır.” ifadesine kesinlikle katılmadığını ifade edenlerin oranı %34,2, katılmadığını ifade edenlerin oranı %41,8 olup çoğunluğu oluşturmaktadır. Katıldığını ifade edenlerin oranı %10,1 ve kesinlikle katıldığını ifade edenlerin oranı %2,5’tir.

“Aile hekimi ve diyetisyen arasında mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda uyumlu bir iş birliği olmalıdır.” ifadesine hekimlerin büyük çoğunluğu kesinlikle katıldığını (%48,1) ve katıldığını (%36,7) belirtmişlerdir.

“Sadece kronik hastalık tanısı almış hastalar diyetisyene yönlendirilmelidir.” ifadesine kesinlikle katılmadığını beyan edenlerin oranı %34,2, katılmadığını beyan edenlerin oranı %43, kararsız olduğunu beyan edenlerin oranı %16,5’tir. Katıldığını belirtenlerin oranı %2,5 olup kesinlikle katıldığını belirtenlerin oranı %3,8’dir.

“Aile hekimi muayene ettiği tüm hastalarda beslenmenin önemini vurgulamalıdır.” ifadesine kesinlikle katıldığını ifade edenlerin oranı %32,9 iken katılmadığını ifade edenlerin oranı (%22,8) ile katıldığını ifade edenlerin oranı (%24,1) birbirine yakın bulunmuştur.

“Her aile sağlığı merkezinde en az bir tane diyetisyen yarı zamanlı/tam zamanlı görev almalıdır.” ifadesine kesinlikle katıldığını (%39,2) ve katıldığını (%27,8) beyan edenlerin çoğunlukta olduğu görülmüştür. Kararsız olduğunu beyan edenlerin oranı %16,5’tir. Hekimlerin %12,7’si ifadeye kesinlikle katılmadığını beyan etmiştir.

“Diyetisyen, hastaların beslenme sorunları ile ilgilenir ve çözüm yolu bulur.” ifadesine kesinlikle katılmadığını ifade edenlerin oranı %8,9, kararsız olduğunu ifade edenlerin oranı

%7,6'dır. Katıldığını ifade edenlerin oranı %43 olup kesinlikle katıldığını ifade edenlerin oranı %36,7'dir.

"Diyetisyenler hastaların beslenmeyle ilgili tüm sorularını doğru biçimde cevaplayabilecek donanım ve bilgiye sahip olmalıdır." ifadesine kesinlikle katılmadığını belirtenlerin oranı %10,1'dir. Hekimlerin çoğunluğu katıldığını (%31,6) ve kesinlikle katılmadığını (%44,3) belirtmiştir.

"Diyetisyen yalnızca zayıflama konusunda çalışır." ifadesine hekimlerin neredeyse tamamına yakını kesinlikle katılmadığını (%49,4) ve katılmadığını (%44,3) beyan etmiştir. Katıldığını ifade edenlerin oranı sadece %2,5 olup kesinlikle katıldığını belirten hekim bulunmamaktadır.

"Diyetisyenlik mesleği kadınlara özgüdür." ifadesine kesinlikle katılmadığını beyan edenlerin oranı %62, katılmadığını beyan edenlerin oranı %31,6, kararsız olduğunu beyan edenlerin oranı %3,8'dir. Katıldığını ve kesinlikle katıldığını belirtenlerin oranları birbirine eşittir ve %1,3 olarak saptanmıştır.

"Diyetisyenin takibinde olan hastalarda olumlu değişiklikler gözlenir." ifadesine hekimlerin yaklaşık dörtte üçü katıldığını (%48,1) ve kesinlikle katıldığını (%24,1) belirtmişlerdir. Kesinlikle katılmadığını ifade edenlerin oranı %8,9 iken katılmadığını ifade edenlerin oranı %5,1,'dir. Kararsız olduğunu beyan eden hekimlerin oranı %13,9'dur.

"Aile hekimi olarak hastalara beslenme önerileri vermek benim çalışma alanım dışındadır." ifadesine kesinlikle katılmadığını belirtenlerin oranı %43, katılmadığını belirtenlerin oranı %38'dir. Sadece hekimlerin %5,1'i bu ifadeye katıldığını, %1,3'ü kesinlikle katıldığını belirtmişlerdir.

"Aile hekimi olarak hastalığa özel diyet programı hazırlamak benim çalışma alanım dışındadır." ifadesine hekimlerin yarısı; katıldığını (%36,7) ve kesinlikle katıldığını (%16,5) beyan etmişlerdir. Kesinlikle katılmadığını beyan edenlerin oranı %17,7, katılmadığını beyan edenlerin oranı %19 iken kararsız olduğunu beyan edenlerin oranı %10,1'dir.

"Aile hekimi olarak, tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı beslenme ve diyet eğitimi almaları için diyetisyene yönlendiririm." ifadesine hekimlerin büyük çoğunluğu katıldığını (%48,1) ve kesinlikle katıldığını (%36,7) belirtmişlerdir. Kesinlikle katılmadığını ve kararsız olduğunu ifade edenlerin oranı eşit ve %6,3'tür.

"Aile hekimi olarak, bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilirim." ifadesine hekimlerin yarısından fazlası katıldığı (%41,8) ve kesinlikle katıldığı (%16,5) cevabını

vermiştir. Kesinlikle katılmadığını belirtenlerin oranı %10,1, katılmadığını belirtenlerin oranı %20,3'dür.

"Aile hekimi olarak, tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı yönlendirebileceğim diyetisyenlere nasıl ulaşacağımı biliyorum." ifadesine kesinlikle katılmadığını beyan edenlerin oranı %8,9, katılmadığını beyan edenlerin oranı %10,1, kararsız olduğunu beyan edenlerin oranı %11,4'tür. Katıldığını beyan edenlerin oranı %44,3 olup kesinlikle katıldığını beyan edenlerin oranı %25,3'tür.

"Kayıtlı nüfusuma düzenli aralıklarla bir beslenme eğitimi verilmesini isterim." ifadesine kesinlikle katılmadığını ve katılmadığını belirtenlerin oranının eşit olduğu saptanmıştır (%6,3). Kararsız olduğunu beyan eden hekimleri oranı %16,5'tir. Katıldığını ifade edenlerin oranı %27,8 olup hekimlerin büyük çoğunluğunun %43 oranla kesinlikle katılmadığını belirtenler olduğu görülmüştür.

Tablo 4.11. Hekimlerin diyetisyenlere yönelik tutumlarının dağılımı

Diyetisyenlere Yönelik Tutumlar	Kesinlikle Katılmıyor		Katılmıyor		Kararsız		Katılıyor		Kesinlikle Katılıyor	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Birinci basamak sağlık hizmetinde önleyici bir strateji olarak her hastanın beslenme öyküsü alınmalı ve değerlendirilmelidir.	9	11,4	10	12,7	7	8,9	26	32,9	27	34,2
Bulaşıcı olmayan hastalıklarda yaşam tarzını düzeltmeksizin sadece medikal tedavi yeterlidir.	41	51,9	30	38,0	4	5,1	3	3,8	1	1,3
Daha sağlıklı bir yaşam tarzı, yaşamın her döneminde önemlidir.	7	8,9	0	0,0	2	2,5	20	25,3	50	63,3
Aile hekimi ile diyetisyen arasındaki bilgi akışı hastanın tedavisine olumlu yönde etkiler.	6	7,6	2	2,5	6	7,6	25	31,6	40	50,6
Sağlık hizmetlerinde tıbbi bilgi ve fikir alışverişi sadece hekimden hekime yapılmalıdır.	27	34,2	33	41,8	9	11,4	8	10,1	2	2,5
Aile hekimi ve diyetisyen arasında mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda uyumlu bir iş birliği olmalıdır.	6	7,6	1	1,3	5	6,3	29	36,7	38	48,1
Sadece kronik hastalık tanısı almış hastalar diyetisyene yönlendirilmelidir.	27	34,2	34	43,0	13	16,5	2	2,5	3	3,8
Aile hekimi muayene ettiği tüm hastalarda beslenmenin önemini vurgulamalıdır.	6	7,6	18	22,8	10	12,7	19	24,1	26	32,9
Her aile sağlığı merkezinde en az bir tane diyetisyen yarı zamanlı/tam zamanlı görev almalıdır.	10	12,7	3	3,8	13	16,5	22	27,8	31	39,2
Diyetisyen, hastaların beslenme sorunları ile ilgilenir ve çözüm yolu bulur.	7	8,9	3	3,8	6	7,6	34	43,0	29	36,7
Diyetisyenler hastaların beslenmeyle ilgili tüm sorularını doğru biçimde cevaplayabilecek donanım ve bilgiye sahip olmalıdır.	8	10,1	1	1,3	10	12,7	25	31,6	35	44,3
Diyetisyen yalnızca zayıflama konusunda çalışır.	39	49,4	35	44,3	3	3,8	2	2,5	0	0,0
Diyetisyenlik mesleği kadınlara özgüdür.	49	62,0	25	31,6	3	3,8	1	1,3	1	1,3
Diyetisyenin takibinde olan hastalarda olumlu değişiklikler gözlenir.	7	8,9	4	5,1	11	13,9	38	48,1	19	24,1
Aile hekimi olarak hastalara beslenme önerileri vermek benim çalışma alanım dışındadır.	34	43,0	30	38,0	10	12,7	4	5,1	1	1,3
Aile hekimi olarak hastalığa özel diyet programı hazırlamak benim çalışma alanım dışındadır.	14	17,7	15	19,0	8	10,1	29	36,7	13	16,5
Aile hekimi olarak, tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı beslenme ve diyet eğitimi almaları için diyetisyene yönlendiririm	5	6,3	2	2,5	5	6,3	38	48,1	29	36,7
Aile hekimi olarak, bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilirim.	8	10,1	16	20,3	9	11,4	33	41,8	13	16,5
Aile hekimi olarak, tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı yönlendirebileceğim diyetisyenlere nasıl ulaşacağımı biliyorum.	7	8,9	8	10,1	9	11,4	35	44,3	20	25,3
Kayıtlı nüfusuma düzenli aralıklarla bir beslenme eğitimi verilmesini isterim.	5	6,3	5	6,3	13	16,5	22	27,8	34	43,0

Hekimlerin diyetisyene yönlendirdikleri hastalıklar ile bazı önermelere verdikleri cevaplar arasındaki ilişkisi Tablo 4.12'de gösterilmiştir. Diyetisyene yönlendirilen hastalık ile "Kayıtlı nüfusuma düzenli aralıklarla bir beslenme eğitimi verilmesini isterim" ifadesine katılım düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; takip gerektiren hastalık grubu ve 2. Basamağa yönlendirilmesi gereken hastalık grubunda hekimlerin beyanlarının benzer olduğu saptanmıştır. Hekimlerin çoğunluğu her iki hastalık grubunda da kesinlikle katıldığını (sırasıyla %42 ve %44,4) ve katıldığını (sırasıyla %28,5 ve %29,9) beyan etmişlerdir. Her iki hastalık grubunda da kesinlikle katılmadığını (sırasıyla %8,5 ve %10,6) belirtenlerin oranı, katılmadığını (sırasıyla %3,5 ve %1,5) belirtenlerin oranına göre daha fazla bulunmuştur.

Hekimlerin diyetisyene yönlendirdiği hastalıklar ile "diyetisyen yalnızca zayıflama konusunda çalışır" ifadesine katılım düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; her iki hastalık grubunda da hekimlerin yarısından fazlası ifadeye kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. Takip gerektiren hastalıklarda ifadeye kesinlikle katılmadığını ifade edenlerin oranı %52,5 iken 2. basamağa yönlendirilmesi gereken hastalıklarda bu oran %56,4'dür. Katılmadığını belirtenlerin oranı takip gerektiren hastalıklarda %43, 2. basamağa yönlendirilmesi gereken hastalıklarda %40,9'dur. Kesinlikle katılmadığını beyan eden herhangi bir hekim bulunmamaktadır.

Tablo 4.12. Hekimlerin diyetisyene yönlendirdikleri hastalıklar ile bazı önermelere verdikleri cevapların ilişkisi*

Diyetisyene Yönlendirilen Hastalar	Beslenme Eğitimi Verilmesini İsteme					
	Kesinlikle Katılmıyor	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	Kesinlikle Katılıyor	Toplam
	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)
Takip gerektiren[1]	61 (8,5)	25 (3,5)	126 (17,5)	205 (28,5)	303 (42)	720 (100)
2. basamağa yönlendirilmesi gereken[2]	28 (10,6)	4 (1,5)	36 (13,6)	79 (29,9)	117 (44,3)	264 (100)
Toplam	5 (6,3)	5 (6,3)	13 (16,5)	22 (27,9)	34 (43,0)	79 (100)
Diyetisyene Yönlendirilen Hastalar	**Diyetisyenlerin Yalnızca Zayıflama Üzerine Çalıştığını Düşünenler**					
	Kesinlikle Katılmıyor	**Katılmıyor**	**Kararsız**	**Katılıyor**	**Toplam**	
	S(%)	**S(%)**	**S(%)**	**S(%)**	**S(%)**	
Takip gerektiren[1]	378 (52,5)	310 (43)	12 (1,7)	20 (2,8)	720 (100)	
2. basamağa yönlendirilmesi gereken[2]	149 (56,4)	108 (40,9)	1 (0,4)	6 (2,3)	264 (100)	
Toplam	39 (49,4)	35 (44,3)	3 (3,8)	2 (2,5)	79 (100)	

[1]Vücut ağırlığı yönetimi, çocukluk çağı obezitesi, hipertansiyon, diyabet, sindirim sis. hastalıkları, karaciğer hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, gebelik ve laktasyon döneminde beslenme, vitamin ve mineral avitaminozları

[2]Böbrek hastalıkları, kanser/kemoterapi hastaları, besin alerjileri/intoleransı, yaşlı beslenmesi(yutma güçlüğü vb.), yeme bozuklukları

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Hekimlerin beslenme önerisi verdiği hastalar ve bireye özgü beslenme önerisi verebilmeleri ile ilişkili cevaplarının dağılımı Tablo 4.13'de gösterilmiştir. Hekim tarafından beslenme önerisi verilen hastalıklar ile "Aile hekimi olarak, bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilirim" ifadesine katılım düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; her iki hastalık grubunda da ifadeye verilen yanıtlar benzer oranlarda bulunmuştur. Takip gerektiren hastalıklarda ifadeye kesinlikle katılmadığını belirtenlerin oranı %6,7, katılmadığını belirtenlerin oranı %19,1, kararsız olduğunu belirtenlerin oranı %11,1, katıldığını belirtenlerin oranı %45, kesinlikle katıldığını belirtenlerin oranı %18,1'dir. 2. Basamağa yönlendirilmesi gereken hastalıklarda ifadeye kesinlikle katılmadığını ifade edenlerin oranı %5,8, katılmadığını ifade edenlerin oranı %20,7, kararsız olduğunu ifade edenlerin oranı %10,3, katıldığını ifade edenlerin oranı %42,5, kesinlikle katıldığını ifade edenlerin oranı %20,7'dir.

Tablo 4.13. Hekimlerin beslenme önerisi verdiği hastalar ve bireye özgü beslenme önerisi verebilmeleri ile ilişkili cevaplarının dağılımı*

Hekim Tarafından Beslenme Önerisi Verilen Hastalar	Bireye Özgü Sağlıklı Beslenme Önerileri Verebileceğini Düşünenler					
	Kesinlikle Katılmıyor	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	Kesinlikle Katılıyor	Toplam
	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)	S(%)
Takip gerektiren[1]	61 (6,7)	174 (19,1)	101 (11,1)	410 (45)	165 (18,1)	911 (100)
2. basamağa yönlendirilmesi gereken[2]	14 (5,8)	50 (20,7)	25 (10,3)	103 (42,5)	50 (20,7)	242 (100)
Toplam	7 (9,0)	16 (20,5)	9 (11,5)	33 (42,3)	13 (16,7)	78 (100)

[1]Vücut ağırlığı yönetimi, çocukluk çağı obezitesi, hipertansiyon, diyabet, sindirim sis. hastalıkları, karaciğer hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, gebelik ve laktasyon döneminde beslenme, vitamin ve mineral avitaminozları

[2]Böbrek hastalıkları, kanser/kemoterapi hastaları, besin alerjileri/intoleransı, yaşlı beslenmesi(yutma güçlüğü vb.), yeme bozuklukları

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Beslenme eğitimi alan hekimlerin beslenme önerisi verebilmeleri ile aldıkları eğitimin yeterliliği arasındaki ilişkinin dağılımı Tablo 4.14'de gösterilmiştir. Mesleki eğitim süresince beslenme eğitimi alanların (n:23) bu eğitimi yeterli görme düzeyi ile "Aile hekimi olarak, bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilirim." İfadesine katılım düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitimi yeterli görenlerde ifadeye kesinlikle katılmadığını ve kararsız olduğunu belirtenlerin oranı eşit ve %11,1'dir. Aynı şekilde ifadeye katılmadığını ve kesinlikle katılmadığını beyan edenlerin oranı da eşittir ve %22,2 olarak saptanmıştır. En yüksek oran katıldığını belirtenlerin olup oran %33,3'dür. Eğitimi yetersiz görenlerde ifadeye kesinlikle katılmadığını ve katılmadığını ifade eden kimse olmamıştır. Katıldığını belirtenlerin oranı %33,3 iken kesinlikle katıldığını belirtenlerin oranı %44,4'tür. Fikri olmayanlarda ifadeye kesinlikle katılmadığı ve kesinlikle katıldığı beyanında bulunan hekim bulunmamaktadır. Fikri olmayan hekimlerin %20'si kararsız olduğunu beyan ederken, %60'ı ifadeye katıldığını belirtmiştir. Mesleki eğitim süresince beslenme eğitimi alanların bu eğitimi yeterli görme düzeyi ile "Aile hekimi olarak, bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilirim." ifadesine katılım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Beslenme eğitimi alan hekimlerin beslenme önerisi verebilmeleri ile aldıkları eğitimin yeterliliği arasındaki ilişkinin dağılımı

Eğitim alan hekimlerin aldıkları eğitimle ilgili görüşleri	Bireye Özgü Sağlıklı Beslenme Önerileri Verebileceğini Düşünenler										p
	Kesinlikle Katılmıyor		Katılmıyor		Kararsız		Katılıyor		Kesinlikle Katılıyor		
	Sayı (S=1)	%	Sayı (S=3)	%	Sayı (S=4)	%	Sayı (S=9)	%	Sayı (S=6)	%	
Yeterli	1	11,1	2	22,2	1	11,1	3	33,3	2	22,2	0,529
Yetersiz	0	0,0	0	0,0	2	22,2	3	33,3	4	44,4	
Fikri yok	0	0,0	1	20,0	1	20,0	3	60,0	0	0,0	

Ki kare analizi

Hekimlerin uzmanlık durumuna ve daha önce diyetisyenle çalışmış olma durumlarına göre diyetisyenle çalışmakla ilgili fikirleri Tablo 4.15'de gösterilmiştir. "Her aile sağlığı merkezinde en az bir tane diyetisyen yarı zamanlı/tam zamanlı görev almalıdır." ifadesine katılım düzeyi ile daha önce diyetisyenle birlikte çalışma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; daha önce diyetisyenle ile birlikte çalışan ve çalışmayan hekimlerin her ikisi de çoğunlukla kesinlikle katıldığını belirtmiştir (sırasıyla oranlar %35,7 ve %40). Katıldığı belirtenlerde daha önce diyetisyenle çalışmamış hekimlerin oranı daha yüksektir (sırasıyla oranlar %21,4 ve %29,2). Daha önce diyetisyenle çalışan aile hekimlerinde ise kesinlikle katılmadığını belirten hekimlerin oranı çalışmayanlara göre daha yüksektir (sırasıyla oranlar %21,4 ve %10,8). "Her aile sağlığı merkezinde en az bir tane diyetisyen yarı zamanlı/tam zamanlı görev almalıdır" ifadesine katılım düzeyi ile daha önce diyetisyenle birlikte çalışma durumu arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

"Her aile sağlığı merkezinde en az bir tane diyetisyen yarı zamanlı/tam zamanlı görev almalıdır" ifadesine katılım düzeyi ile uzmanlık arasındaki ilişki incelendiğinde; aile hekimi uzmanlarının %69,2'si kesinlikle katıldığını ifade ederken katılmadığını ifade eden aile hekimi uzmanı bulunmamaktadır. Kesinlikle katılmadığını ve kararsız olduğunu belirten aile hekimi uzmanlarının oranları %7,7 ile aynıdır. Aile hekimlerinde ise katıldığını belirtenlerin oranı %30,3, kesinlikle katıldığını belirtenlerin oranı %33,3'tür. Aile hekimlerinde ifadeye kesinlikle katılmadığını (%13,6) ve katılmadığını (%4,5) beyan edenlerin oranının aile hekimi uzmanlarına göre daha fazla olduğu saptanmıştır. "Her aile sağlığı merkezinde en az bir tane diyetisyen yarı zamanlı/tam zamanlı görev almalıdır" ifadesine katılım düzeyi ile uzmanlık arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$)

Tablo 4.15. Hekimlerin uzmanlık durumuna ve daha önce diyetisyenle çalışmış olma durumlarına göre diyetisyenle çalışmakla ilgili fikirleri

Aile Sağlığı Merkezinde Diyetisyenin Görev Alması Gerektiğini Düşünenler	Diyetisyenle Çalışmış Olma Durumu				Uzmanlık Durumu			
	Çalışmış		Çalışmamış		Aile Hekimi		Aile Hekimi Uzmanı	
	Sayı (S=14)	%	Sayı (S=65)	%	Sayı (S=66)	%	Sayı (S=13)	%
Kesinlikle Katılmıyorum	3	21,4	7	10,8	9	13,6	1	7,7
Katılmıyorum	1	7,1	2	3,1	3	4,5	0	0,0
Kararsızım	2	14,3	11	16,9	12	18,2	1	7,7
Katılıyorum	3	21,4	19	29,2	20	30,3	2	15,4
Kesinlikle Katılıyorum	5	35,7	26	40,0	22	33,3	9	69,2
p	0,756				0,195			

Ki kare analizi

Hekimlerin demografik özelliklerine göre aile sağlığı merkezinde diyetisyenin görev almasını isteme durumu Tablo 4.16'da gösterilmiştir. Çalışılan ASM'de bir diyetisyenin görev almasını isteme ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde; görev almasını isteyenlerde kadınların oranı %48,3, erkeklerin oranı %51,7'dir. Görev almasını istemeyenlerde kadınların oranı %16,7, erkeklerin oranı %83,3'tür. Kararsız olanlarda kadınların oranı %30,8, erkeklerin oranı %69,2'dir.

Çalışılan ASM'de bir diyetisyenin de görev almasını isteme ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde; diyetisyenin görev almasını isteyenlerde en fazla %55'lik oranla 45 yaş ve üzeri yaş grubudur. Diyetisyenin görev almasını istemeyenlerde tüm yaş gruplarında oran eşit olup %33,3'tür. Kararsız olan hekimlerin büyük çoğunluğu 45 yaş ve üzeri yaş grubu olup oranı %76,9'dur.

Çalışılan ASM'de bir diyetisyenin de görev almasını isteme ile uzmanlık durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; diyetisyenin görev almasını isteyenler hekimlerin %80'i aile hekimi, %20'si aile hekimi uzmanıdır. Diyetisyenin görev almasını istemeyen hekimler 6 kişi olup tamamı aile hekimidir. Kararsız olanlarda aile hekimi oranı %92,3 olup aile hekimi uzmanı oranı %7,7'dir.

Çalışılan ASM'de bir diyetisyenin de görev almasını isteme ile aile hekimi olarak görev süresi arasındaki ilişki incelendiğinde; diyetisyenin görev almasını isteyenlerde 5 yıldan az süre ile çalışanların oranı %28,3, 6-15 yıl süre ile çalışanların oranı %40, 16 yıl ve üzeri

süre ile çalışanların oranı %31,7'dir. Diyetisyenin görev almasını istemeyenlerde tüm görev süresi kategorilerinde oran eşit olup %33,3'tür. Kararsız olanlarda çoğunluğu %46,2 oranla 16 yıl ve üzeri süre ile çalışanlar oluşturmaktadır. Çalışılan ASM'de bir diyetisyenin de görev almasını isteme ile birinci basamakta aile hekimi olarak görev süresi arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.16. Hekimlerin demografik özelliklerine göre aile sağlığı merkezinde diyetisyenin görev almasını isteme durumu

Değişkenler		Aile Sağlığı Merkezinde Diyetisyenin Görev Almasını İsteme Durumu						
		Almalı		Almamalı		Kararsız		p
		Sayı (S=60)	%	Sayı (S=6)	%	Sayı (S=13)	%	
Cinsiyet	Kadın	29	48,3	1	16,7	4	30,8	0,203
	Erkek	31	51,7	5	83,3	9	69,2	
Yaş	25-34	11	18,3	2	33,3	2	15,4	0,390
	35-44	16	26,7	2	33,3	1	7,7	
	45 ve üzeri	33	55,0	2	33,3	10	76,9	
Uzmanlık Durumu	Aile Hekimi	48	80,0	6	100,0	12	92,3	0,293
	Aile Hekimi Uzmanı	12	20,0	0	0,0	1	7,7	
Aile hekimi olarak çalışma süresi	<5 yıl	17	28,3	2	33,3	2	15,4	0,825
	6-15 yıl	24	40,0	2	33,3	5	38,5	
	16 yıl ve üzeri	19	31,7	2	33,3	6	46,2	

Ki kare analizi

Hekimlerin muayene süresi ve kayıtlı nüfus sayısına göre hastalara beslenmenin önemini vurgulamakla ilgili fikirlerinin dağılımı Tablo 4. 17'de verilmiştir. Hasta muayenesi için ortalama harcanan süre ile "Aile hekimi muayene ettiği tüm hastalarda beslenmenin önemini vurgulamalıdır." ifadesine katılım düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; muayene süresi ortalama 5 dakikadan az olanlarda; hekimler en fazla katıldığını (%28,3) belirtirken katıldığını belirtenlerin oranı %21,7 ve kesinlikle katıldığını belirtenlerin oranı %26,1'dir. Ortalama muayene süresi 5-9 dakika olanlarda; hekimlerin büyük bir kısmı katıldığını (%33,3) ve kesinlikle katıldığını (%40) beyan etmiştir. Aynı şekilde muayene süresi 10 dakika ve daha fazla olan hekimlerde de; katılıdığını (%22,2) ve kesinlikle katıldığını (%44,4) ifade edenlerin çoğunlukta olduğu görülmüştür. Kesinlikle katılmadığını ifade edenlerin oranı %5,6, katılmadığını ifade edenlerin oranı %16,7, kararsız olduğunu beyan edenlerin oranı %11,1'dir.

Kayıtlı nüfus sayısı ile "Aile hekimi muayene ettiği tüm hastalarda beslenmenin önemini vurgulamalıdır." ifadesine katılım düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; 1-1999 nüfusu olanlarda; %60'ı kesinlikle katıldığını belirtirken %40'ı kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. 2000-3499 nüfusu olanlarda; kesinlikle katılmadığını beyan edenlerin oranı %8,8, katılmadığını beyan edenlerin oranı %19,3, kararsız olduğunu beyan edenlerin oranı %15,8'dir. Katıldığını beyan edenlerin oranı %26,3, kesinlikle katıldığını beyan edenlerin oranı ise %29,8'dir. 3500'den fazla nüfusu olanlarda katılmadığını ifade edenlerin oranı %29,4 iken katıldığını ifade edenlerin oranı %23,5 ve kesinlikle katıldığını ifade edenlerin oranı ise %35,3'tür. Kayıtlı nüfus sayısı ile "Aile hekimi muayene ettiği tüm hastalarda beslenmenin önemini vurgulamalıdır." ifadesine katılım düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.17. Hekimlerin muayene süresi ve kayıtlı nüfus sayısına göre hastalara beslenmenin önemini vurgulamakla ilgili fikirlerinin dağılımı

Muayene Süresi	Tüm Hastalarda Beslenmenin Öneminin Vurgulanması Gerektiğini Düşünenler										p
	Kesinlikle Katılmıyor		Katılmıyor		Kararsız		Katılıyor		Kesinlikle Katılıyor		
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
≤5 dk	4	8,7	13	28,3	7	15,2	10	21,7	12	26,1	
5-9 dk	1	6,7	2	13,3	1	6,7	5	33,3	6	40,0	0,794
≥10 dk	1	5,6	3	16,7	2	11,1	4	22,2	8	44,4	
Kayıtlı Nüfus Sayısı											**p**
1-1999	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	
2000-3499	5	8,8	11	19,3	9	15,8	15	26,3	17	29,8	0,630
≥3500	1	5,9	5	29,4	1	5,9	4	23,5	6	35,3	

Ki kare analizi

5. TARTIŞMA

Besinlerin ve sağlıklı beslenmenin vücudun doğal denge ve iyileşme süreçlerini desteklediği, sağlığın korunması ve iyileştirilmesinde, hastalıkların önlenmesi veya tedavi edilmesinde önemli bir faktör olduğu bilinmektedir (87-89). Beslenmenin sağlık üzerindeki etkisine karşın, toplumun çoğunluğunun bu konuda yetersiz bilgiye sahip olduğu gözlemlenmektedir. Sağlıklı beslenme kavramını tam olarak bilmeyen bireylerin yanlış beslenme alışkanlıkları sonucunda beslenmeye bağlı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (90). Dolayısıyla, beslenme tedavisinin multidisipliner sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yer edinmesi ve beslenme tedavisinin uygulayıcısı olan diyetisyenlerin bu ekiplerde etkin bir şekilde yer alması gerekliliği ortaya çıkmaktadır (91).

Yalova'da yapılan bu çalışmaya Yalova ilinde aile sağlığı merkezlerinde çalışmakta olan 95 hekiminden %83,2'si (n:79) katılmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunu (%83,5) uzmanlık eğitimi almamış aile hekimleri oluşturmaktadır. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin çoğunun pratisyen hekimlerden oluştuğunu ve bu alanda uzmanlık eğitimine sahip hekim oranının sınırlı kaldığını göstermektedir. Hekimlerin yaş ortalaması 45,9±10,74 yıl olarak belirlenmiş olup, katılımcıların çoğunluğunun 45 yaş ve üzeri (%57) olması dikkat çekicidir. Bu bulgu, çalışma grubunun deneyimli bir hekim profiline sahip olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde 35-44 yaş grubundaki oran da (%24,1) yüksektir. Literatürdeki diğer çalışmalarla kıyaslandığında, çalışmamızda yer alan hekimlerin yaş ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin, Lübnan'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların önemli bir kısmının 20-29 (%22) ve 30-39 (%21) yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (92). Bu da Lübnan'daki hekimlerin daha genç yaş gruplarından oluştuğunu göstermektedir. Ayrıca, Ankara'da yapılan bir başka çalışmada çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması 36,7±7,0 olarak (93), Ahmadi ve arkadaşlarının (94) çalışmasında ise 37,96±6,65 olarak belirlenmiştir. Bu verilere göre, bu çalışmaya katılan hekimlerin daha büyük yaş ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Bu durum, çalışma bulgularının yorumlanmasında deneyim ve meslek yılı açısından farklılıklara yol açabileceği gibi, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin bakış açıları ve bilgi düzeyinde de etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada yer alan hekimler, yetişkin bireylerde vücudun boy uzunluğu-vücut ağırlığı dengesini, şişmanlık ve yetersiz beslenmeyi değerlendirmek için kullanılan DSÖ'nün önerdiği BKİ sınıflandırmasına göre gruplandırılmıştır (95). Araştırmaya dahil olan hekimlerin BKİ ortalaması 26,9±3,78 kg/m² olarak bulunmuştur. Bu değer, katılımcıların ortalama olarak fazla kilolu kategorisinde yer aldığını göstermektedir. Ayrıca katılımcıların %49,4'ü fazla kilolu, %16,5'i ise obez kategorisinde bulunmaktadır. Bu durum, toplumda sağlık hizmeti sunan hekimlerin, ağırlık kontrolü açısından riskli gruplar içerisinde yer alabileceğini düşündürmektedir. Cinsiyet temelli değerlendirmelerde kadın aile hekimlerinde obezite oranının erkeklere göre daha yüksek olduğu (%17,6'ya karşılık %15,6) görülmüş, erkek hekimlerin %60'ının fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, cinsiyete bağlı olarak kilo dağılımı açısından farklı eğilimler olabileceğine işaret etmektedir. Bu bulgular literatürdeki diğer araştırmalarla karşılaştırıldığında, bu çalışmada fazla kilolu ve obezite oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin, Hseiki ve arkadaşlarının (92) yaptığı araştırmada hekimlerin %42'si normal, %29'u fazla kilolu ve %13'ü obez bulunmuştur. Yine Ahmad ve arkadaşlarının (94) hekimlerle yaptığı çalışmasında normal BKİ oranı %61,2 gibi oldukça yüksekken, fazla kilolu oranı %26,8 ve obez oranı yalnızca %4,7 olarak bildirilmiştir. İskoçya'da sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada ise hekimlerin sadece %4,1'inin obez olduğu belirtilmiştir (96). Bu veriler ışığında, bu çalışmada saptanan obezite ve fazla kilo oranlarının, bazı uluslararası çalışmalarla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde yüksek olduğu söylenebilir. Bu durumun altında yatan nedenler, Türkiye'deki aile hekimlerinin yaş ortalamasının yüksek olması, mesai düzeni, yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeyleri gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Ayrıca hekimlerin sağlık davranışları, bireysel sağlık farkındalıkları ve iş ortamlarının da bu sonuçlara etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada yer alan hekimlerin büyük çoğunluğu (%82,3), beslenme eğitiminin hekimlerin mesleki eğitimi içerisinde yer alması gerektiğini belirtmiştir. Özellikle aile hekimi uzmanlarının bu görüşe katılım oranı daha da yüksektir (%92,3). Ancak buna karşın, hekimlerin yalnızca %29,1'i mesleki eğitim sürecinde beslenme eğitimi aldığını ifade etmiştir. Eğitim aldığını beyan eden hekimlerin %39,1'i eğitimi yetersiz bulurken %39,1'i de eğitimi yeterli bulmuştur. Kalan %21,7'lik kısım ise fikri olmadığını beyan etmiştir. Bu durum, hekimlerin beslenme eğitiminin gerekliliği konusundaki farkındalıklarının yüksek olduğunu, ancak mevcut tıp eğitiminin bu ihtiyacı karşılamada yetersiz kaldığını

göstermektedir. Bu durum, tıp eğitiminde beslenme konusuna daha fazla yer verilmesi gerektiğini düşündürebilir. Benzer sonuçlar literatürde de sıkça raporlanmaktadır. İran'da 200 hekimin beslenme bilgisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin sadece %13,1'inin beslenme bilgi düzeyinin ortalama, %86,9'unun ise kötü olduğu bulunmuştur (84). Özçelik ve Sürücüoğlu'nun (97) çalışmasında doktorların yalnızca %5,3'ü "iyi" düzeyde bilgiye sahipken, büyük çoğunluğun (%82,4) "ortalama" düzeyde bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada doktorların %75'i beslenme bilgilerini yetersiz olarak değerlendirmişlerdir (98). Ankara'da hekimler üzerinde yapılan çalışmada beslenme bilgi düzeylerine bakılmış ve doktorların %60'ı ortalama, %33,8'i kötü ve %6,2'si iyi olarak bulunmuştur. Çalışmada çok iyi düzeyde beslenme bilgisi olan doktor bulunmamaktadır (93). Kanada'da tıp öğrencilerinin beslenme eğitimi memnuniyetine ilişkin yapılan araştırmada öğrencilerin ortalama memnuniyet puanının yalnızca 4,7/10 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, öğrencilerin %87,2'si programda beslenme konusuna daha fazla zaman ayrılması gerektiğine inandıklarını ifade etmişlerdir (99). 114 son sınıf tıp öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin 40 beslenme sorusuna ortalama %66 doğru cevap verdikleri tespit edilmiştir (100). Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan araştırmalarda da benzer biçimde düşük bilgi düzeyleri ve eğitim memnuniyetsizliği rapor edilmiştir. Örneğin, Yurttagül ve Sevilen'in araştırmasında (101) öğrencilerin yalnızca %38,5 oranında doğru yanıt verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaların çoğu hekimlerin beslenme eğitimi konusunda eksikliklerinin olduğunu ve bu alanda eğitim kalitesinin geliştirilmesi gerekliliğini göstermektedir. Yetersiz beslenme, bulaşıcı olmayan hastalıklar için başlıca önlenebilir risk faktörlerinden biridir ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde diyet müdahalelerine daha fazla önem verilmesi, toplum sağlığını iyileştirip sağlık harcamalarını azaltabilir (102). Diyet müdahalelerinin kullanımındaki bir engel, tıp fakültesi süresince verilen beslenme eğitiminin yetersizliğidir (103). Amerika'da birinci basamak hekimleriyle yapılan bir çalışma, doktorların temel beslenme konularında bilgi eksiklikleri ve yanlış algılara sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ancak, doktorların (%91,7'si) daha fazla beslenme eğitimi almaya istekli oldukları görülmüştür. Bu bulgular, tıp eğitiminde beslenme konusuna daha fazla önem verilmesi gerektiğini ve diyet müdahalelerinin tıbbi bakıma entegrasyonunu engelleyen sorunların çözülmesi için ek adımlar atılması gerektiğini vurgulamaktadır (104). Bu bulgular, hekimlerin diyetle ilgili bilgi düzeyini artırma çabalarına rehberlik edebilir. Aile hekimlerinin farkındalığını artıracak eğitimler, sağlık sistemi üzerinde uzun vadeli olumlu etkiler yaratabilir. Hastanın beslenmesinden hekim ve diyetisyen sorumlu olup, tıp eğitiminde

beslenmenin önemi, diyetisyenin rolü vurgulanmalı ve hekim-diyetisyen işbirliğini destekleyecek farkındalık çalışmalarının gerektiğini göstermektedir.

Araştırmaya dâhil edilen aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%82,3) daha önce bir diyetisyenle çalışma deneyiminin bulunmadığı belirlenmiştir. Bu durum, birinci basamakta hekim-diyetisyen iş birliğinin istenen düzeyde olmadığını ve sağlık hizmetlerinde disiplinler arası çalışmanın yeterince uygulanmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, daha önce diyetisyenle çalışan hekimlerin bu iş birliğini genellikle olumlu değerlendirmesi (%78,6'sı "iyi" ya da "çok iyi" olarak belirtmiştir), potansiyel bir memnuniyet ve iş birliği isteğinin var olduğunu ortaya koymaktadır. Olumsuz değerlendirmelerin yok denecek kadar az olması (sadece 1 aile hekimi), bu alandaki deneyimlerin genellikle olumlu olduğunu ve iş birliği eksikliğinin deneyim yetersizliğinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bu araştırmada aile hekimlerinin daha önce diyetisyenle çalışma durumlarına göre diyetisyene yönlendirdikleri hastalıkların dağılımına bakılmıştır. Hastalıklar iki gruba ayrılmıştır. Birinci grup olan takip gerektiren hastalıklara vücut ağırlığı yönetimi, çocukluk çağı obezitesi, hipertansiyon, diyabet, sindirim sistemi hastalıkları, karaciğer hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, gebelik ve laktasyon döneminde beslenme, vitamin ve mineral avitaminozları dahil edilmiştir. İkinci grup olan ikinci basamağa yönlendirilmesi gereken hastalıklara ise böbrek hastalıkları, kanser/kemoterapi hastaları, besin alerjileri/intoleransı, yaşlı beslenmesi (yutma güçlüğü vb.), yeme bozuklukları dahil edilmiştir. Daha önce diyetisyenle çalışmamış olan hekimlerin yönlendirme oranlarının, her iki hastalık grubunda da daha önce diyetisyenle çalışmış olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Daha önce diyetisyenle çalışmayan hekimlerde yönlendirme oranı takip gerektiren hastalıklar için %82,1, ikinci basamağa yönlendirilmesi gereken hastalıklar için ise %80,3 olarak bulunmuştur. Bu durum, literatürle karşılaştırıldığında dikkat çekicidir. McLeod ve arkadaşlarının (104) çalışmasında, hekimlerin %62,7'si hastalarına beslenme danışmanlığı sağlamak için diyetisyenlere güvendiğini belirtmiş olsa da, yönlendirme sıklığı (%54,7) düşüktür. Benzer şekilde başka bir çalışmada bir üniversite hastanesinde Diabetes Mellitus tanısı alan hastaların %37,2'sinin diyetisyene yönlendirildiği ve bu yönlendirilen hastaların %90,3'ünün en az bir kez diyetisyenle görüştüğü belirlenmiştir. Çalışmada diyabetli bireylerin, beslenme tedavisini diyetisyenden almamasındaki en büyük engelin doktorun hastayı diyetisyene yönlendirmemesi olduğu belirtilmiştir (105). Close ve arkadaşlarının (106) çalışmasında, beslenme tedavisinin diyabetlilere diyetisyen tarafından verilme oranının oldukça düşük olduğu; diyetisyenle bir

kez görüşüp takiplere katılmayan diyabet hastaları ile diyetisyene hiç başvurmayan diyabet hastalarının besin tüketimleri arasında farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, hekimin yönlendirme davranışının, yalnızca bilgi veya güven düzeyinden değil; zaman, sistematik protokoller ve farkındalık gibi başka faktörlerden de etkilendiğini gösterebilir. Bu araştırmada dikkat çeken bir diğer bulgu, uzmanlık durumuna göre yönlendirme farklılıklarıdır. Hekimlerin uzmanlık durumlarına göre diyetisyene yönlendirdikleri hastalıklar incelendiğinde, hem daha önce diyetisyenle çalışmış hem de çalışmamış hekimler içinde, diyetisyene yönlendirme oranlarının aile hekimlerinde, aile hekimi uzmanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum uzmanlık eğitimi süresince bu alanda yeterince bilgi ve deneyim kazandırılamadığını düşündürmektedir. Aynı zamanda, hastalıkların yönlendirme kategorilerine göre yapılan analiz, hekimlerin genellikle obezite, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik ve takip gerektiren hastalıklarda diyetisyene yönlendirmeyi tercih ettiğini ortaya koymuştur. Bu durum, literatürde yer alan benzer çalışmalarda da rapor edilmiştir. Örneğin, Afrika'da yapılan bir çalışmada doktorların diyetisyenlere 25 hastalıktan sadece hiperlipidemi, diyabet ve obezite için çoğunlukla yönlendirme yaptığı; bazı kompleks ya da özel hasta gruplarında (yanıklar, kanser, yeme bozuklukları, ülseratif kolit gibi) ise yönlendirme sıklığı önemli ölçüde değişiklik göstermiştir (9). Başka bir çalışmada doktorların genellikle iskemik kalp hastalığı, diyabet ve obezite gibi kronik hastalıklarda hastaları diyetisyene yönlendirdiği belirtilmiştir (107). Bu bulgular, diyetisyene yönlendirme davranışlarının sistematik bir temele oturtulmadığını ve hekimlerin bu konudaki farkındalığının sınırlı olabileceğini göstermektedir. Çalışma sonuçları tıp eğitimi sürecinde diyetetik bilincinin artırılması, mezuniyet sonrası sürekli eğitimlerle diyetisyen iş birliğinin öneminin vurgulanması ve yönlendirme protokolleri oluşturularak birinci basamakta etkili multidisipliner yaklaşım desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmada ayrıca aile hekimlerinin beslenme önerisi verdikleri hastalıkların dağılımı incelenmiştir. Elde edilen bulgular, hekimlerin diyetisyene yönlendirdikleri hastalıklarla benzer bir dağılım gösterdiğini ortaya koymuştur. Hem daha önce diyetisyenle çalışmış hem de çalışmamış hekimler, hastalarına yüksek oranda beslenme önerisi verdiklerini beyan etmiştir. Aile hekimi uzmanları özelinde değerlendirildiğinde, daha önce diyetisyenle çalışmış olan uzmanlar arasında takip gerektiren hastalıklarda diyetisyene yönlendirme oranı %40,3 olarak belirlenirken, aynı hastalık grubunda kendisi beslenme önerisi verdiğini belirten uzman hekimlerin oranı %32 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, ikinci basamağa yönlendirilmesi

gereken hastalıklar için diyetisyene yönlendirme oranı %36,5 iken, bu hastalık grubunda doğrudan beslenme önerisi veren aile hekimi uzmanlarının oranı %28,6 olarak kaydedilmiştir. Daha önce diyetisyenle çalışmamış aile hekimi uzmanlarında da benzer bir eğilim gözlemlenmiş, beslenme önerisi veren hekimlerin oranının, diyetisyene yönlendirme oranına kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum, aile hekimi uzmanlarının hasta yönetiminde diyetisyenin rolünü ön planda tuttuğunu ve iş birliğine daha açık bir yaklaşım sergilediklerini düşündürmektedir. Aynı zamanda, uzman hekimlerin bilgi düzeylerinin artmış olması, kendi beslenme önerilerinden ziyade daha yetkin bir uzmana yönlendirme yolunu tercih etmeleriyle de açıklanabilir. Diğer yandan hekimlerin doğrudan öneri verme davranışının, diyetisyenle iş birliğine göre daha düşük oranda gerçekleşmesi, hekimin kendi bilgi sınırlarını fark ettiği ve daha etkili sonuçlar elde edebilmek adına uzman yönlendirmesi yapmayı tercih ettiğini gösterebilir. Literatürde bu yaklaşımın klinik sonuçlar açısından da desteklendiği görülmektedir. Thompson ve arkadaşlarının (108) meta-analiz çalışmasında, diyetisyenlerin verdiği beslenme önerilerinin, yalnızca doktor tavsiyesi alan hastalara göre daha etkili sonuçlar doğurduğu; kolesterol seviyelerinde daha fazla düşüş gözlendiği rapor edilmiştir. Jebb ve arkadaşlarının (109) çalışmasında da, düzenli ve yapılandırılmış bir destek programına dahil edilen bireylerin, standart pratisyen hekim takibine göre daha fazla kilo kaybı (-6,65 kg'a karşı -3,26 kg) yaşadıkları gösterilmiştir. Bu bulgular, diyetisyen desteğinin hem beslenme müdahalelerinin kalitesini hem de sürdürülebilirliğini artırdığını ortaya koymaktadır. Nightingale ve Reeves'in (110) bulguları da bu sonuçları destekler niteliktedir; diyetisyenlerin yetersiz beslenmenin değerlendirilmesi ve yönetiminde, diğer sağlık profesyonellerine kıyasla daha yetkin olduğu ortaya konmuştur. Diyetisyenlerin hastalarına daha fazla zaman ayırabilmesi, özelleştirilmiş danışmanlık sunabilmesi ve davranışsal değişim konusunda uzmanlaşmış olması, bu farkın temel nedenleri arasında sayılabilir. Nitekim, randomize kontrollü çalışmalar da diyetisyen desteğiyle tedavi edilen bireylerde daha fazla kilo kaybı ve kolesterol düzeylerinde daha belirgin azalma gözlendiğini göstermektedir. Diyetisyen tarafından tedavi edilen aşırı kilolu hastalar daha fazla kilo vermiş (111,112) ve kan kolesterol seviyelerinde daha fazla düşüş gözlemlenmiştir (113,114). Bu çalışma sonuçları doktorların genel nüfusun yaşam tarzı değişikliklerindeki rolünü değersizleştirmez. Aksine, diyetisyen randevularının %90'ının doktor yönlendirmesiyle gerçekleşmesi, hekimin beslenme müdahalelerinde ne kadar kritik bir köprü rolü oynadığını ortaya koymaktadır (115).

Çalışmanın bulgularında aile hekimlerinin büyük çoğunluğu (%84,8), diyetisyenlerle mesleki hedeflere ulaşma konusunda iş birliğinin gerekli olduğunu düşünmektedir. Benzer şekilde, aile hekimi ile diyetisyen arasındaki bilgi akışının hasta tedavisini olumlu etkileyeceğine inanan hekimlerin oranı da oldukça yüksektir (%83,2). Bu bulgular, birinci basamak sağlık hizmetlerinde multidisipliner yaklaşımın hekimler tarafından kabul gördüğünü ve iş birliğine yönelik güçlü bir eğilim olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim yapılan bir çalışmada ekip çalışmasının başarısının, hekim ve yardımcı sağlık çalışanlarının birlikte oluşturduğu iş akışının sağlam, kaliteli ve iletişime açık olmasıyla doğrudan ilişkili olduğu, bu durumun hasta ve hastane kalitesini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (116). Çalışmamızda da bu görüşü destekler nitelikte bulgular elde edilmiştir. Aile hekimlerinin %84,8'i, tanı almış ve tedavisi planlanmış hastaları beslenme ve diyet eğitimi almaları için diyetisyene yönlendirdiğini belirtirken, %70,8'i kayıtlı nüfuslarına düzenli aralıklarla beslenme eğitimi verilmesini istemektedir. Bu durum hekimlerin beslenme konusunu yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak gördüklerini göstermektedir. Ayrıca hekimlerin %93,7'si diyetisyenin yalnızca zayıflama alanında çalışmadığını kabul etmekte, %81,0'i ise diyetisyenin hastaların beslenme sorunlarını çözebileceğine inanmaktadır. Bu veriler, aile hekimlerinin beslenme ve diyet konularını yalnızca kronik hastalıklara özgü bir alan olarak görmediğini ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında da önemli bulduklarını göstermektedir. Bununla birlikte, her aile sağlığı merkezinde bir diyetisyenin görev alması gerektiğini düşünenlerin oranının %67 olması, bu konuda daha fazla düzenlemeye ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalar tedavi sürecinde diyetisyenin yer alması ile tedavi sürecinin tedaviyi güçlendirecek şekilde olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır (117-119). Diğer çalışmaların sonuçları da bu çalışmaya katılan aile hekimlerinin görüşünü desteklemektedir.

Araştırma sonuçları aile hekimlerinin diyetisyenlerle çalışma deneyimlerinin, diyetisyenlerin aile sağlığı merkezlerinde görev alması gerektiğine dair görüşlerini etkileyebileceğini göstermektedir. Diyetisyenle daha önce çalışmayan hekimlerin bu öneriye daha fazla katılım gösterdiği görülmektedir. Bu durum, diyetisyenlerle çalışmayan hekimlerin aslında bir diyetisyenle iş birliği yapma isteğini yansıtabilir. Diyetisyenlerin sağlıklı beslenme, kronik hastalıkların yönetimi ve koruyucu sağlık hizmetleri konularında önemli bir destek sağladığı düşünüldüğünde, diyetisyenle daha önce çalışmamış hekimlerin bu desteğin eksikliğini hissettiğini ve diyetisyenlerle iş birliği yapmak istediklerini göstermektedir.

Ayrıca, uzmanlık durumuna göre yapılan değerlendirmelerde aile hekimi uzmanlarının (%84,6'sı), aile hekimlerine kıyasla diyetisyen istihdamına daha yüksek oranda destek verdiği görülmektedir. Aile hekimi uzmanları, eğitim süreçlerinde daha fazla akademik ve klinik deneyime sahip oldukları için beslenme yönetiminin hasta sağlığı üzerindeki etkilerini daha derinlemesine kavrayabilirler. Bu farkındalık, diyetisyenlerle iş birliğinin önemine dair daha güçlü bir görüş geliştirmelerine neden olabilir. Dolayısıyla, aile hekimi uzmanlarının diyetisyenlerle çalışma konusunda daha yüksek oranda olumlu görüş bildirmesi, hem bilimsel farkındalıklarının hem de sahadaki hasta yönetimi deneyimlerinin bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Literatüre baktığımızda da diyetisyenle çalışmak isteyen hekimlerin yüksek oranda olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Örneğin Amerika'da aile hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin %64'ü çalıştığı klinikte bir diyetisyenin olmadığını ve %94,9'u bir diyetisyenin kliniğinde görev almasını istediği bildirmiştir (120). İntörn doktorlara yönelik yapılan bir araştırmada, doktor adaylarının diyetisyenlerin sağlık ekibinde yer alması gerektiğini düşündükleri, medikal beslenme tedavisinin etkinliğini artırdığını ve her klinikte en az bir diyetisyenin görev alması gerektiğini savundukları belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada intörn doktorların, diyetisyenleri beslenme bilgisi açısından en güvenilir meslek grubu olarak gördükleri vurgulanmıştır (121). Bu çalışma sonuçları da literatürde yer alan benzer çalışmalarla uyumludur. Bu çalışmada da benzer şekilde hekimlerin %89,7'si diyetisyenleri en güvenilir beslenme kaynağı olarak görmektedir. Elde edilen bu yüksek güven oranı, istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamış olsa da, sayısal düzeyde oldukça dikkat çekicidir. Bu durum, örneklem büyüklüğünün artırılmasıyla istatistiksel anlamlılığa ulaşabilecek bir eğilimin işareti olabilir.

Çalışmada aile hekimlerinin diyetisyene yönlendirdikleri hastalık türlerine göre "Diyetisyen yalnızca zayıflama konusunda çalışır" önermesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde, hekimlerin büyük çoğunluğunun bu algıya katılmadığı görülmüştür. Özellikle takip gerektiren kronik hastalıklar (örneğin diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar gibi) ve ikinci basamağa yönlendirilmesi gereken daha kompleks hastalıklar (örneğin böbrek hastalıkları, besin alerjileri, onkolojik durumlar gibi) söz konusu olduğunda, hekimlerin %95'in üzerinde bir oranla diyetisyenlerin yalnızca kilo yönetimiyle sınırlı çalışmadığını düşündükleri belirlenmiştir. Söz konusu veriler, literatürde yer alan bulgularla da örtüşmektedir. Diyetisyenlerin yalnızca kilo verme danışmanları değil, aynı zamanda kronik hastalıkların yönetimi, besin intoleransları, pediatrik beslenme, onkolojik hastalarda beslenme

ve yaşlı bireylerde malnütrisyon gibi pek çok alanda uzmanlaştıkları vurgulanmaktadır. Araştırmalar, diyetisyenlerin tedavi süreçlerine dâhil edilmesinin hasta bakım kalitesini ve klinik sonuçları anlamlı şekilde iyileştirdiğini ortaya koymaktadır (122-124).

Çalışmada elde edilen bulgular, aile hekimlerinin Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kullanım düzeylerinin, kayıtlı nüfus, hasta yoğunluğu ve yönlendirdikleri hastalık türlerine göre değişkenlik gösterdiğini ortaya koymuştur. Verilere göre, kayıtlı nüfusu 2000-3499 aralığında olan hekimler HYP'yi en sık kullanan grup olarak öne çıkmaktadır. Bu bulgu, hasta sayısının yönetilebilir düzeyde olduğu hekim gruplarında HYP kullanımının daha kolay adapte edilebildiğini düşündürmektedir. Öte yandan, 3500 ve üzeri nüfusa hizmet veren hekimlerde HYP kullanım oranının düşmesi, yüksek hasta yoğunluğunun sistem kullanımını zorlaştırdığını veya hekimlerin bu platforma ayıracak zaman bulmakta zorlandığını gösterebilir. Nitekim, yapılan bir araştırmada benzer şekilde, HYP kullanımındaki en büyük engelin zaman kısıtı olduğu ifade edilmiştir (125). Katılımcıların çoğunluğu hastalarına 6–10 dakika ayırabildiğini ifade ederken (125), Neprash ve arkadaşlarının (126) birinci basamak muayenelerine ilişkin çalışmasında 10 dakika olarak planlanan muayene süresinin çoğu durumda yeterli olmadığına dikkat çekilmektedir. Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, HYP'nin düzenli ve etkin kullanımında zamanın önemli bir sınırlayıcı faktör olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada muayene süresi ile HYP kullanımı arasında doğrudan anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, 5 dakikadan kısa sürede hasta muayene eden hekimlerin HYP'yi daha sık kullandığı saptanmıştır. Bu sonuç, HYP kullanımının her zaman uzun süre gerektirmediği, sistemin pratik kullanımının hekim alışkanlıklarına göre değişkenlik gösterebildiğini düşündürmektedir. Ayrıca, bazı hekimlerin veri girişlerini muayene sonrasında yapmaları da bu farklılığın sebeplerinden biri olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada, HYP kullanımının hasta yönlendirme türlerine göre dağılımı incelendiğinde; gerek takip gerektiren hastalıklarda gerekse ikinci basamağa yönlendirilmesi gereken durumlarda, hekimlerin %50'den fazlasının HYP'yi 'her zaman' kullandığını belirttiği görülmüştür. Özellikle diyabet, hipertansiyon gibi uzun süreli takip gerektiren hastalıklarda bu oran %54,3 olup, dijital izlem ihtiyacının daha belirgin olduğu bu hastalıklarda sistemin kullanımının daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. İkinci basamak hastalıklarda bu oran biraz daha düşük (%53,0) olsa da yine de oldukça yüksektir. Bu fark, ikinci basamak hastalıklarda uzman yönlendirmesinin ön plana çıkması nedeniyle

HYP'nin rolünün biraz daha sınırlı algılanmasından kaynaklanabilir. HYP'yi "hiç kullanmayan" hekim oranlarının her iki hastalık grubunda da %4'ün altında kalması, sistemin kullanımının artık neredeyse standart bir uygulama haline geldiğini göstermektedir. Ancak yine de "bazen kullanan" oranının yaklaşık %42 civarında seyretmesi, sistemin kullanımında istikrar sorunu yaşandığına işaret etmektedir. Literatürdeki bir diğer çalışmada hekimlerin %19'u HYP sistemini rutin işlerinin bir parçası haline getirebildiğini belirtmiştir. Ayrıca bu çalışmada HYP kullanımının önündeki en büyük engelin zaman kaybı olduğunu düşünenlerin oranı %79,4 olarak bulunmuştur (127). Gökçek ve arkadaşlarının (128) yaptığı çalışmada katılımcıların yalnızca %46,5'i HYP'nin kronik hastalık insidansını azaltmada faydalı olabileceğini düşündüğünü belirtmiştir. Bu sonuçlar, HYP'nin koruyucu sağlık hizmetlerindeki rolünün teorik olarak kabul edildiğini ancak sahadaki uygulamalarla tam olarak örtüşmediğini göstermektedir. HYP'nin, kronik hastalıkların erken teşhisi, düzenli izlenmesi ve yönetimi açısından etkili bir dijital araç olduğu kabul edilmekte, bu doğrultuda kullanımının yaygınlaştırılması hedeflenmektedir (129). Aile Hekimliği Yönetmeliğinde yapılan son değişiklikler; aile hekimlerinin kronik hastalıkların takibi ve yönetimi konusundaki sorumluluklarını artırmıştır. HYP, kronik hastalıkların izlenmesi ve yönetilmesinde önemli bir araç olduğundan, hekimlerin bu platformu daha etkin kullanmaları teşvik edilmektedir.

Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlığın geliştirilmesi, koruyucu sağlık önlemleri ile bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve taramalarında beslenme hizmetlerinin hekimler tarafından önemsendiğini ve bu konuda farkındalık düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, beslenme ve diyetetik hizmetlerinin birinci basamak sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini göstermektedir. Diyetisyenlerin birinci basamakta istihdamı, hem koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracak hem de bireylerin yaşam kalitesine uzun vadeli katkı sağlayacaktır. Aile Sağlığı Merkezlerinde görev alacak diyetisyenler, bir yandan hekimlerin artan iş yükünü hafifletirken, diğer yandan daha kapsamlı ve nitelikli bir sağlık hizmeti sunulmasına olanak tanıyacaktır. Bu bağlamda, diyetisyen istihdamı yalnızca bireysel sağlık çıktıları açısından değil, aynı zamanda sağlık sisteminin genel verimliliği ve sürdürülebilirliği açısından da kritik bir öneme sahiptir.

1. Aile hekimlerinin beslenme konusundaki eğitimlerinin artırılması ve çeşitli hastalıklara odaklanmalarının teşvik edilmesi, bu hastalıkların yönetiminde

diyetisyenlerin rolünü görünür kılabilir. Ayrıca, interdisipliner eğitime daha fazla önem verilmesi faydalı olabilir.

2. Aile Sağlığı Merkezlerinde diyetisyen bulunmasının sağlayabileceği katkıların daha fazla vurgulanması, bu alanda farkındalık oluşmasına yardımcı olabilir.
3. Diyetisyenler ile aile hekimleri arasındaki iş birliğini artırmaya yönelik çalışmalar planlanıp uygulanması, sağlık hizmetlerinin bütüncüllüğüne katkı sunabilir. Bu kapsamda iletişim temelli eğitim programlarının düzenlenmesi de yararlı olabilir.
4. Beslenme önerileri verilen hastaların izlem sonuçlarının paylaşılması ve başarılı uygulama örneklerinin aile hekimleri arasında yaygınlaştırılması, iyi uygulamaların çoğalmasına katkı sağlayabilir.
5. HYP kullanımını yaygınlaştırmak amacıyla aile hekimlerine yönelik eğitim ve destek sunulması, özellikle kısa muayene sürelerinde platformun daha verimli kullanılmasını sağlayacak kolaylaştırıcı adımlarla desteklenebilir.
6. HYP üzerinden diyetisyenlere yapılan yönlendirmelerin teşvik edilmesi ve bu sürecin daha etkin yürütülebilmesi için dijital altyapının geliştirilmesi yararlı olabilir. Ayrıca, diyetisyenlerin HYP uygulamalarına daha aktif katılım göstermeleri desteklenebilir.
7. Diyetisyenlerin mesleki rollerine ilişkin farkındalığı artıracak kampanyalar ve eğitim programları düzenlenmesi, aile hekimlerinin bu alandaki bilgi düzeyini geliştirebilir.
8. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik olarak, diyetisyen istihdamına ilişkin politikaların desteklenmesi önemli katkılar sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Web Sayfası]. World Health Organization; [Alıntı Tarihi: 22.03.2024]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

2. World Health Organization. Gender and noncommunicable diseases in Turkey:analiysis of STEPs data. World Health Organization, 2020.

3. Türkiye İstatitik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedenleri İstatistikleri,2022 [Web Sayfası]. Türkiye İstatitik Kurumu; [22.03.2024]. URL: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679

4. Jia P, Stein A, James P, Brownson R, Wu T, Xiao Q, et al. Earth observation: ınvestigating noncommunicable diseases from space. Annu Rev Public Health. 2019;40:85-104. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040218-043807.

5. World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases in Turkey: the case for investment. World Health Organization, 2018.

6. Noor NAM, Yap SF, Liew KH, Rajah E. Consumer attitudes toward dietary supplements consumption: Implications for pharmaceutical marketing. IJPHM. 2014;8:6–26. doi:10.1108/IJPHM-04-2013-0019.

7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri kohort çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021.

8. Boland K, Allen K, James A, Dunne C. Starving for knowledge. addressing the place of clinical nutrition within undergraduate and postgraduate clinical training: a notinoal survey of practicing clinicians. Clinical Nutrition ESPEN. 2022;52:377-380. doi: 10.1016/j.clnesp.2022.09.020.

9. Barron E. Barriers associated with doctor's referral to dietitians in gauteng. [Master thesis]. South Africa: The University Of Stellenbosch; 2006.

10. Lapidos S, Holliday A, Sanoy A. The virtual dietitian. Practice Matters. 2004;6:17-23.

11. Czerwinski B, Hyman D, Jones E, Scott L, Jones P. Physician edutication in hyperlipidermia management: the impact on collaboration. Behav Med. 2001;101:332-341. doi: 10.1097/00007611-199707000-00006.

12. Calder PC. Nutrition, immunity and COVID-19. BMJ Nutr Prev Health 2020;3(1):74-92. doi: 10.1136/bmjnph-2020-000085.

13. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen H, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, Irtun Q, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers?. Clinical Nutrition. 2007;27:196-202. doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.014.

14. World Health Organization. Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification. World Health Organization, 2010.

15. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor [Web Sayfası]. World Health Organization; [Alıntı Tarihi: 22.11.2024]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;sequence=1.

16. Demirci Ş ve Kaya S. Türkiye'de yaşlı bireyler arasında bulaşıcı olmayan hastalık ve risk faktörlerinin birliktelik kuralları analizi ve sosyal ağ analizi ile incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2022;13:535-550. doi: https://doi.org/10.21076/vizyoner.948245

17. US Department of Health and Human Services. Global health and aging. National Institute on Aging, National Institutes of Health. 2011. [Alıntı Tarihi: 22.11.2024]. https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf.

18. TÜSEB. Bulaşıcı olmayan hastalıklar nelerdir?. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. 2020. [Alıntı Tarihi: 22.11.2024]. https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/10-08-2021__611284782296e__bulasici_olmayan.pdf.

19. Global Burden of Disease Study 2019. Results. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2020. [Alıntı Tarihi: 22.11.2024]. http://ghdx.healthdata.org/gbdresults-tool.

20. Azadnajafabad S, Mohammadi E, Aminorroaya A, Fattahi N, Rezaei S, Naderimagham S, et al. Non-communicable diseases' risk factors in Iran; a review of the present status and action plans. J Diabetes Metab Disord. 2024;23:1515–1523. doi: 10.1007/s40200-020-00709-8.

21. World Health Organisation. Global Action Plan: For the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. (C. 7, Sayı 2). https://doi.org/10.3390/soc7020010.

22. WHO. Noncommunicable diseases [Web Sayfası]. World Health Organisation; [Alıntı Tarihi:29.12.2024]. URL:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

23. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, et al. Prevention management of non-communicable diseases. Frontiers in Public Health. 2020;8;574111. doi:10.3389/fpubh.202.574111.

24. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7th Edn. Brussels: International Diabetes Federation. 2015.

25. Kahn SE, Cooper ME, Prato S. Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future. Lancet. 2014;383:1068–83. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62154-6.

26. Aune D, Ursin G. Veierod MB. Meat consumption and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Diabetologia. 2009;52:2277–87. doi: 10.1007/s00125-009-1481-x.

27. Imamura F, O'Connor L, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, metaanalysis, and estimation of population attributable fraction. BMJ. 2015; 351:h3576. doi: 10.1136/bmj.h3576.

28. Miranda S ve Marques A. Pilates in noncommunicable diseases: A systematic review of its . 2018;39:114-130.doi: 10.1016/j.ctim.2018.05.018.

29. Passi SJ. Preventian of non-communicabla diseases by balanced nutrition: population-spesific effective public health approaches in developing countries. Curr Diabetes Rev. 2017;13:461-476. doi.10.2174/1573399812666160905105951.

30. Smoking prevalence and attributable disease burden. 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;389:1885– 906. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30819-x.

31. Rezaei S, Karami MB, Hajizadeh M, Bazyar M, Akbari SA. Economic burden of smoking in Iran: a prevalence-based annual cost approach. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18:2867–73. https://doi.org/10.22034/apjcp.2017.18.10.2867.

32. Sibai AM, Iskandarani M, Darzi A, Nakkash R, Saleh S, Fares S, et al. Cigarette smoking in a Middle Eastern country and its association with hospitalisation use: A nationwide cross-sectional study BMJ Open. 2016;6:e009881.doi:10.1136/bmjopen-2015-009881.

33. Roohafza H, Kasaei Z, Heidari K, Omidi R, Alinia T, Naji M, et al. Better view on attitudes and perceived parental reactions behind waterpipe smoking among Iranian students J Res Med Sci. 2015;20:1032–8. doi:10.4103/1735-1995.172812.

34. Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Infographics - Screen Time vs. Lean Time DNPAO, CDC. 2018. [Alıntı Tarihi: 05.12.2024]. https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/multimedia/infographics/getmoving.html.

35. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018;392:1015–35. https://doi.org/10.1016/s0140- 6736(18)31310-2.

36. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012;380:219–229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9.

37. DSÖ Avrupa Bölgesi için Fiziksel Aktivite Stratejisi 2016–2025. Dünya Sağlık Örgütü. 2016.

38. Bherer L, Erickson KI, Liu-Ambrose T. A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. J Aging Res. 2013;2013:657508. doi: 10.1155/2013/657508.

39. Djalalinia S, Modirian M, Sheidaei A, Yoosefi M, Zokaiee H, Damirchilu B, et al. Protocol design for large-scale crosssectional studies of surveillance of risk factors of noncommunicable diseases in Iran: STEPs 2016. Arch Iran Med. 2017;20:608–16.

40. Heydari G, Heidari F, Yousefifard M, Hosseini M. Smoking and diet in healthy adults: a cross-sectional study in Tehran, Iran, 2010. Iran J Public Health. 2014;43:485–91.

41. Schultze F, Gao X, Virzonis D, Damiati S, Schneider MR, Kodzius R. Air quality effects on human health and approaches for its assessment through microfluidic chips. Genes. 2017;8:244. doi: 10.3390/genes8100244.

42. Billingsley HE, Carbone S, Lavie CJ. Dietary fats and chronic noncommunicable diseases. Nutrients. 2018;10:1385. doi: 10.3390/nu10101385

43. Katileviciute A, Playks G, Budreviciute A, Onder K, Damiati S, Kodzius R. Sight to wheat bran: high value-added products. Biomolecules. 2019;9:887. doi: 10.3390/biom912088731.

44. Popkin BM. Nutrition transition and the global diabetes epidemic. Curr Diab Rep. 2015;15:64. doi: 10.1007/s11892-015-0631-4.

45. Dominquez LJ, Di Bella G, Veronese N, Barbagallo M. Impact of mediterranean diet on chronic non-communicable diseases and longevity. Nutrients. 2021;13:2028. Doi:10.3390/nu13062028.

46. Cena H, Calder P. Defining a healthy diet: evidence for the role of contemporary dietary patterns in health and disease. Nutrients. 2020;12:334. doi: 10.3390/nu12020334.

47. Nyberg S, Batty D, Pentti J, Virtanen M, Alfredsson L, Fransson E, et al. Obesity and loss of disease-free years owing to major non-communicable diseases:a multicohort study. Lancet Public Health. 2018;3:490-97.

48. Johnston E, Mathews T, Aspry KE. Strategies to fill the gaps in nutrition education for health professionals through continuing medical education. Curr Atheroscler Rep. 2019;21:13. doi: 10.1007/s11883-019-0775-9.

49. Kanejima Y, Shimogai T, Kitamura M, Ishihara K, Izawa KP. Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. Patient Education and Counseling. 2021;11:27.

50. Lichtenstein AH, Appel LJ, Vadiveloo M, Hu FB, Kris-Etherton Pm, Rebholz Cm et al. 2021 Dietary guidance to ımprove cardiovascular health: a scientific statement from the american heart association. Circulation. 2021;144:472-87. doi: 10.1161/CIR.0000000000001031.

51. Razavi AC, Dyer A, Jones M, Sapin A, Caraballo G, Nace H, et al. Achieving dietary sodium recommendations and atherosclerotic cardiovascular disease prevention through culinary medicine education. Nutrients. 2020;12:3632. doi: 10.3390/nu12123632.

52. Kırcalı Haznedar N, Bilgiç P. Bulaşıcı olmayan hastalıklarda gıda ve beslenme okuryazarlığının önemi. Aktaş N, editör. Gıda ve Beslenme Okuryazarlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.91-8.

53. Bloom DE ve ark. The global economic burden of non-communicable diseases, Geneva: World Economic Forum (Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Doğurduğu Küresel Ekonomik Yük). 2011. [Alıntı Tarihi: 22.11.2024]. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js18806en.

54. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee.: Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2017;135:e146-e603, doi:10.1161/ CIR.0000000000000485.

55. Finkelstein EA, Trogdon JG, Cohen JW, Dietz W. Annual medical spending attributable to obesity: payerand service-specific estimates. Health Aff (Millwood). 2009;28:w822-31, doi: 10.1377/hlthaff.28.5.w822.

56. Emery C, Dinet J, Lafuma A, Sermet C, Khoshnood FF. Évaluation du coût associé à l'obésité en France [Cost of obesity in France]. La Presse Médicale. 2007;36832-840. doi:10.1016/j.lpm.2006.12.031.

57. Koçkaya G, Yenilmez FB, Ergin G, Atikeler K, Tatar M. Cost effectiveness and economic value of obesity surgery for Turkey (CEVOS-T). Obesity Medicine, 1. 2016;33-37. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.obmed.2015.12.001.

58. Kovács N, Nagy A, Dombradi V, Biro K. Inequalities in the global burden of chronic kidney disease due to type 2 diabetes mellitus: an analysis of trends from 1990 to 2019. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18:4723.doi:10.3390/ijerph18094723.

59. Köster I, Huppertz E, Hauner H, Schubert I. Direct costs of diabetes mellitus in Germany - CoDiM 2000- 2007. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2011;119:377-385. doi:10.1055/s-0030-1269847.

60. Starfield B. The effectiveness of primary health care. Oxon (UK): Radcliffe. 2003.

61. Çelik, H. ve Yılmaz, S. (2011). Bilecik İlinde Aile Hekimlerinin İş Memnuniyet Düzeylerinin Performanslarına Etkisi. U. Beylik, Ö. Önder, H. Güler, A. Öztürk (Ed.). III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı (s. 66-76). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.

62. Rakel RE, Rakel DP. Aile hekimi (çeviri: N. Dağdeviren). Saatçı E (Editör). Aile hekimliği'nde. Güneş Tıp Kitapevleri;2019:6-9.

63. Başol E. Gelişmekte olan ülkelerde strateji: sağlık sisteminde sevk zinciri. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;4,8:128-140.

64. Başer DA, Kahveci R, Koç M, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. Ankara Medical Journal. 2015;15:1-3. doi:10.17098/amj.47853.

65. White L, Duncan G, Baumle W. Foundations of Basic Nursing, 4th ed. New York: Cengage Learning. 2011.

66. Stoeckle JD, Mulley AG. Primary Care Medicine: Office Evaluation and Management of the Adult Patient, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

67. Curry S, Byers T, Hewitt M. Fulfilling the Potential of Cancer Prevention and Early Detection. Washington DC: National Academy Press. 2003.

68. Jhajharia S, Verma S, Kumar R. Risk factors, susceptibility, and machine learning techniques for cancer prediction. Drug Intervent Today. 2018;10:580–92.

69. Uysal B, Ulusinan E. Güncel dijital sağlık uygulamalarının incelenmesi. Selçuk Sağlık Dergisi. 2020;1:46-60.

70. Sağlık Bakanlığı. Hastalık Yönetimi Platformu. [Web Sayfası]. [Alıntı Tarihi: 22.11.2024]. URL:https://hyp.saglik.gov.tr/.

71. Hung D. Improving the delivery of preventive care services. Managed care interface. 2007;20; 38-44.

72. Lee A, Kiyu A, Milman HM, Jimenez J. Improving health and building human capital through an effective primary care system. J Urban Health. 2007;84:75-85. Doi: 10.1007/s11524-007-9175-5.

73. Engels Y, Camphell S, Dautzenberg M, Hombergh P, Brinkmann H, Szecsenyi J, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Family Practice. 2005;22:215-222. Doi: 10.1093/fampra/cmi002.

74. World Health Organization. Primary health care: Report of the international conference on primary health care. Alma-Ata: World Health Organization. 1978.

75. Nicolas L, Robert D, Pond D. The role of the general practitioner and the dietitian in patient nutrition management. Asia Pac J Clin Nutr. 2003;12:3-8.

76. Stitzel KF. American Dietetic Association.: Position of the American Dietetic Association: the roles of registered dietitians and dietetic technicians, registered in health promotion and disease prevention. J Am Diet Assoc. 2006;106:1875-1884. doi: 10.1016/j. jada.2006.08.009.

77. Kuppersmith NC, Wheeler SF. Communication between family physicians and registered dietitians in the outpatient setting. J Am Diet Assoc. 2002;102:1756-63.

78. Medves J, Paterson M, Chapman CY, Young JH, Tata E, Bowes B, et al. A new inter-professional course preparing learners for life in rural communities. Rural Remote Health. 2008;8:836.

79. Nicholas L, Pond CD, Roberts D. Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition managemenet. Am J Clin Nutr. 2003;77:1039-1042. Doi:10.1093/ajcn/77.4.1039S.

80. Wynn K, Trudeau J, Taunton K, Gowans M, Scott I. Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers. Can Fam Physician. 2010; 56:109-16.

81. Adams KM, Kohlmeier M, Powell M, Zeisel SH. Nutrition in medicine: nutrition education for medical students and residents. Nutrition in Clinical Practice. 2010;25: 471-480. Doi:10.1177/0884533610379606.

82. Pekcan G. COVID-19 Salgını: Diyetisyenlerin rolü ve rehberler. Bes Diy Derg. 2020;48:1-9. Doi:10.33076/202.BDD.1395.

83. Crustolo AM, Kates N, Ackerman S, Schamehorn S. Integrating nutrition services into primary care. Can Fam Physician. 2005;51:1467-1653.

84. Baysal, A. Beslenme. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi. 2012.

85. Yolcuoğlu İZ, Kızıltan G. Beslenme eğitiminin diyet kalitesi, sürdürülebilir beslenme ve yeme davranışları üzerine etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021;6:77-90.

86. Yıldırım M, Kızıltan G, Ok M. Beslenme Okuryazarlığı Nedir?. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021;6(Özel Sayı):01-13.

87. Cardenas D. Let not thy food be confused with thy medicine: the Hippocratic misquotation. e-SPEN J. 2013;8:260-262. Doi: 10.1016/j.clnme.2013.10.002.

88. Witkamp RF, van Norren K. Let thy food be thy medicine....when possible. Eur J Pharmacol. 2018;836:102-14.doi:10.1016/j.ejphar.2018.06.026.

89. Alpert P. The role of vitamins and minerals on the immune system. Home Health Care Manag Pract. 2017;29:199-202. Doi:10.1177/1084822317713300.

90. Karacif F, Çelikcan G, Özçakır A, Uncu Y, Alper Z. Aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkin hastaların sağlıklı beslenme hakkındaki tutumları. TJFMPC. 2020;14:507-20.doi:10.21763/tjfmpc.68986.

91. Bednarczuk B, Czekajło-Kozłowska A. Role of nutritional support provided by qualified dietitians in the prevention and treatment of non-communicable diseases. Rocz Panstw Zakl Hig.2019;70:235-241. Doi:10.32394/rpzh.2019.0080.

92. Hseiki RA, Osman MH, El-Jarrah RT, Hamadeh GN, Lakkis NA. Knowledge, attitude and practice of Lebanese primary care physicians in nutrition counseling: a self-reported survey. Prim Heal Care Res Dev. 2017;18:629–634. Doi:10.1017/S1463423617000330.

93. Özçelik AÖ, Sürücüoğlu MS AL. Survey on the nutrition knowledge level of turkish physicians: Ankara as a sample. Pakistan J Nutr. 2007;6:538–542. Doi:10.3923/pjn.2007.538.542.

94. Ahmadi A, Ershad M, Givzadeh H, Mohammad-Beigi A. General physicians' knowledge about nutrition in Shiraz, Iran. Pakistan J Biol Sci. 2009;12:981– 985. doi:10.3923/pjbs.2009.981.985.

95. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Erişim 19.12.2024, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

96. Hankey C, Eley S, Leslie W, Hunter C, Lean M. Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. Public Health Nutr 2004;7:337-43. doi:10.1079/PHN2003526.

97. Özçelik, A.Ö ve Sürücüoğlu M.S. Tıp doktorlarının beslenme bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma. Beslenme ve Diyetetik Dergisi. 2000;29:11-16.

98. Al-Numair K.S. Nutrition knowledge of primary care physicians in Saudi Arabia. Pak J Nutr. 2004;3:344-347. Doi:10.3923/pjn.2004.344.347.

99. Gramlich LM, Olstad DL, Nasser R, Goonewardene L, Raman M, Innis S, et al. Medical students perceptions of nutrition education in Canadian universities. Appl Physiol Nutr Metab 2010;35:336-343. Doi:10.1139/H10-016.

100. Vetter ML, Herring SJ, Sood M, Shah NR, Kalet AL. "What do resident physicians know about nutrition? An evaluation of attitudes, self-perceived proficiency and knowledge". J Am Nutr Assoc. 2008;27:287-298. doi:10.3390/healthcare10091788.

101. Yurttagül M, Sevilen E. İntern doktorların beslenme bilgi düzeylerinin araştırılması. Beslenme ve Diyet Dergisi. 1988;17:75-82. Doi:10.22282/ojrs.2019.55.

102. Afshin A, Sur PJ, Fay KA. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2017;393:1958–1972. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19) 30041-8.

103. Adams KM, Butsch W, Kohlmeier M. The state of nutrition education at US medical schools. J Biomed Educ. 2015;35:762-767. https://doi.org/10 .1155/2015/357627.

104. McLead MR, Chionis L, Gregg B, Gianchandani R, Wolfson JA. Knowledge and attitudes of lower Michigan primary care physicians towards dietary interventions: A cross-sectional survey. Preventive Medicine Reports. 2022;27:101793. Doi:10.1016/j.pmedr.2022.101793.

105. Acemoğlu H, Ertem M, Bahçeci M, Tuzcu A. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. The Eurasian Journal of Medicine. 2006;38:89-95.

106. Close EJ, Wiles PG, Lockton JA, Walmsley D, Oldham J, Wales K. The degree of day-to-day variation in food intake in diabetic patients. Diabet Med. 1993;10:514-20. Doi: 10.11111/j.1464-5491.1993.tb00112.x.

107. Nicholas L, Pond R, Roberts D. Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. Am Soc Clin Nutr. 2003;45:10-12. Doi:10.1093/ajcn/77.4.1039S.

108. Thompson RL, Summerbell CD, Hooper L, Higgins JPT, Little PS, Talbot D, et al. Dietary advice given by a dietitian versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol. Cochrane Database Syst Rev. 2003;3:CD001366. doi: 10.1002/14651858.CD001366.

109. Jebb SA, Ahern AL, Olson AD, Aston LM, Holzapfel C, Stoll J. Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial. Lancet 2011;378:1485-1492. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61344-5.

110. Nightingale JM ve Reeves J. Knowledge about the assessment and management of undernutrition: a pilot questionnaire in a UK teaching hospital. Clin Nutr. 1999;181:23-27.

111. Delahanty LM, Sonnenberg LM, Hayden D, Nathan DM. Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: a controlled trial. J Am Diet Assoc. 2001;101:1012-1016. Doi:10.1016/S0002-8223(01)00250-4.

112. Willaing I, Ladelund S, Jorgensen T, Simonsen T, Nielsen LM. Nutritional counselling in primary health care: a randomized comparison of an intervention by general practitioner or dietician. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. 2004;11:513-520. Doi:10.1097/01.hjr.0000152244.58980.5f.

113. Thompson RL, Summerbell CD, Hooper L, Higgins JPT, Little P, Talbot D, et al. Dietary advice given by a dietitian versus other health professional of self-help resources to reduce blood cholesterol. . Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;3. DOI: 10.1002/14651858.CD001366.

114. Henkin Y, Shai I, Zuk R, Brickner D, Zuilli I, Neumann L, et al. Dietary treatment of hypercholesterolemia: do dietitians do it better? A randomized, controlled trial. Am J Med. 2000;109:549-555. Doi:10.1016/s0002-9343(00)00566-0.

115. Lammers M., Kok L. Cost-benefit analysis of dietary treatment. SEO Report No. 2012-76A. Amsterdam, Seo Economıc Research, 2012.

116. Korkmaz S. Hastanelerde doktor, hemşire ve ebelerin motivasyonunu etkileyen faktörler: bir uygulama. [Yüksek lisans tez] Mersin: Çağ Üniversitesi; 2008.

117. Defteros I, Yeung Justin, Arslan J, Carter V, Isenring E, Kiss N et al. Preoperative nutrition intervention in patiens undergoing resection for upper gastrointestinal cancer: result from the multi centre NOURISH point prevalence study. Nutrients. 2021;13:3205. Doi:10.3390/nu13093205.

118. Nemchikova O, Frontoni S. The role of dietitian in the multidisciplinary treatment of PCOS. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2022;32:827-832. Doi:10.1016/jnumecd.2022.01.003.

119. Sadilkova A, Cmerdova K, Haskova A. Role of dietititan in obese patients care. Cas Lek Cesk. 2020;159:131-135.

120. Sastre RL, Tvan Horn L. Family medicine physcians' report strong support, barriers and preferences for registered dietitian nutritionist care in the primary care setting.Family Practice. 2021;25-31. Doi:10.1093/fampra/cmaa099.

121. Demirel Y, Özsoy S, Aksoy AE. Intern doctors' perception and knowledge on dietetics: a cross-sectional study. GUJHS. 2024;13:1475-1484.

122. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of dietetic consultations in primary health care: a systematic rewiev of randomized controlled trials. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2017;117:1941-62.

123. Terblanche E, Jackson J, Wetherden J, Russel E, Lewis R. Dietetic-led critical care nutrition interventions provided to critically patients wirh COVID-19 in a large London teaching hospital from martch 2020 to april 2021. Clinical Nutrition ESPEN. 2022;48-484.

124. Howatson A, Wall CR, Turner-Benny P. The contribution of dietitians to the primary health care workforce. J Prim Health Care. 2015;7:324-32. Doi:10.1071/hc15324.

125. Konuş S. Aile hekimlerinin uygulamadaki tarama ve takip programları hakkındaki öz değerlendirmesi ve görüşleri: Çanakkale örneği. [Doktora tez] Edirne: Trakya Üniversitesi; 2024.

126. Neprash HT, Everhart A, McAlpine D, Smith LB, Sheridan B, Cross DA. Measuring Primary Care Exam Length Using Electronic Health Record Data. Medical Care. 2021;59:62-6. doi:10.1097/mlr.0000000000001450.

127. Atak M, Sezerol MA, Altaş ZM. Chronic disease management in primary care: a cross-sectional study in Türkiye. Phnx Med J. 2023;5:211-16. Doi:10.38175/phnx1363973.

128. Gökçek MB, Benli N.Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının hastalık yönetim plarformu kullanımının değerlendirilmesi. Life Med Sci. 2023;2:166-170. Doi:10.54584/lms.2023.43.

129. T.C. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Hastalık Yönetim Platformu Projesi Kullanım Kılavuzu. 11.10.2023 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Rehberler/HYP_Kullanim_Kilavuzu.pdf.

EKLER

EK 1: Etik Kurul Onay Formu

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2024/288	
	PROTOKOL ADI	Aile Hekimlerinin, Beslenme, Diyetetik ve Diyetisyenlere Yönelik Tutum ve Davranışları Yalova İli Örneği	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof Dr. Aydan ERCAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:11/22**		**Tarih:03.06.2024**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Aydan ERCAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe Dilara PİROĞLU'nun tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Doç. Dr. Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F Tıbbi Genetik A.D	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D	E	E H	E H	
Prof Dr Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Rıdvan DURAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü T F Genel Cerrahi A.D	E	E H	E H	
Doç. Dr. Ayşegül KURT Üye	Protetik Diş	T Ü Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H	
Doç Dr Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekanl	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK 2: Anket Formu

AİLE HEKİMLERİNİN BESLENME, DİYETETİK VE DİYETİSYENLERE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARI: YALOVA İLİ ÖRNEĞİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;
Bu anket "Yalova İlinde Çalışan Aile Hekimlerinin Beslenme, Diyetetik Ve Diyetisyenlere Yönelik Tutum ve Davranışları"nın belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bilgiler; araştırmacı tarafından yalnızca bu araştırma için kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak ve başka kişiler ya da kurumlarla kesinlikle paylaşılmayacaktır.
Katılımınız için teşekkür ederim. Dyt. Ayşe Dilara PİROĞLU

1. Cinsiyet : □Kadın □Erkek
2. Yaş:
3. Boy Uzunluğu (m):
4. Vücut Ağırlığı (kg):
5. Uzmanlık Durumu: □Aile hekimi □Aile hekimi uzmanı
6. Mezuniyet yılınız:
7. Aile hekimi uzmanıysanız uzmanlıkta kaçıncı yılınız:
8. Birinci basamakta aile hekimi olarak çalışma süreniz (yıl/ay):
9. Nüfusunuza kayıtlı hasta sayısı:…….
   Günlük ortalama muayene ettiğiniz hasta sayısı:…….
   Takip ettiğiniz kronik hastalığı olan hasta sayısı:…..
10. Hasta muayenesi için ortalama harcadığınız süre: ……..dakika
11. Hastalık Yönetim Platformunu (HYP) aktif olarak kullanıyor musunuz?
    □Her Zaman □ Sık sık □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

12. Beslenme eğitimi/dersi hekimlerin mesleki eğitimleri arasında yer almalı mıdır?
    □ Evet □ Kararsızım □ Hayır

13. Mesleki eğitiminiz süresince beslenme eğitimi aldınız mı?

    □Almadım □Aldım a) Nerede (Okul, kongre içi kurs, özel kurs):……
    b) Dersi veren öğretim elemanının alanı:……..
    c) Eğitim süresi:……. saat

14. Mesleki eğitiminiz süresince beslenme eğitimi/dersini aldıysanız bu eğitim/dersin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

    □Çok Yeterli □Yeterli □Fikrim Yok □Yetersiz □Çok Yetersiz

15. Kendiniz için beslenme önerisi alacak olsanız aşağıdaki seçeneklerden hangisini tercih edersiniz?
    □ Hekim □Diyetisyen □Eczacı □Hemşire □Spor Eğitmeni □Yaşam Koçu
    □Diğer……..

16. Diyetisyen dışında aşağıdakilerden hangisi hastalıklar için diyet önerileri verebilir?

□Hiçbiri □ Hekim □Gıda Mühendisi □Eczacı □Hemşire
□Spor Eğitmeni □Yaşam Koçu □Diğer……..

17. Aşağıdaki durumlardan hangilerinde hastalarınıza beslenme önerisi veriyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

BKİ<18 veya BKİ≥25 (Vücut Ağırlığı Yönetimi)		Gebe Döneminde Beslenme	
Hipertansiyon		Gestasyonel Diyabet	
Hiperlipidemi		Laktasyon Döneminde Beslenme	
İnsülin Direnci		0-1 Yaş Bebeklerde Ek Besine Geçiş	
Diabetes Mellitus		Çocukluk Çağı Obezitesi	
Kardiyovasküler Hastalıklar		Büyüme- Gelişme Geriliği	
Böbrek Hastalıkları		Besin Alerjileri-Besin İntoleransı	
Karaciğer Hastalıkları		Yaşlı Beslenmesi (Yutma Güçlüğü Vb)	
Sindirim Sist.Hastalıkları (Gastrit-Reflü, Vb)		Vitamin Ve Mineral Avitaminozları	
Sindirim Sist.Hastalıkları (Diyare, Konstüpasyon, İbs, Divertikül, Vb.)		Yeme Bozuklukları (Anoreksia Nervoza / Bulumia Nervoza)	
Kanser/ Kemoterapi Hastaları		Diğer(Açıklayınız.)	

18. Aşağıdaki durumlardan hangileri, hastanın diyetisyene yönlendirilmesi gereken bir durumdur? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

BKİ<18 veya BKİ≥25 (Vücut Ağırlığı Yönetimi)		Gebe Döneminde Beslenme	
Hipertansiyon		Gestasyonel Diyabet	
Hiperlipidemi		Laktasyon Döneminde Beslenme	
İnsülin Direnci		0-1 Yaş Bebeklerde Ek Besine Geçiş	
Diabetes Mellitus		Çocukluk Çağı Obezitesi	
Kardiyovasküler Hastalıklar		Büyüme- Gelişme Geriliği	

Böbrek Hastalıkları		Besin Alerjileri-Besin İntoleransı	
Karaciğer Hastalıkları		Yaşlı Beslenmesi (Yutma Güçlüğü Vb)	
Sindirim Sist.Hastalıkları (Gastrit-Reflü, Vb)		Vitamin Ve Mineral Avitaminozları	
Sindirim Sist.Hastalıkları (Diyare, Konstüpasyon, İbs, Divertikül, Vb.)		Yeme Bozuklukları (Anoreksia Nervoza / Bulumia Nervoza)	
Kanser/ Kemoterapi Hastaları		Diğer(Açıklayınız.)	

19. Daha önce bir diyetisyenle birlikte çalıştınız mı? Evet, ise bu deneyiminizi hastanın tıbbi tedavisine faydası açısından nasıl değerlendirirsiniz?
    a) □Hayır □Evet Deneyim: □Çok İyi □İyi □Orta □Kötü □Çok Kötü)
    b)
20. Çalışmakta olduğunuz ASM'de bir diyetisyenin de görev almasını ister misiniz?

    □ Evet □ Kararsızım □ Hayır

21. Aşağıdaki ifadeleri okuyarak size en uygun seçeneği işaretleyiniz.	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. Birinci basamak sağlık hizmetinde önleyici bir strateji olarak her hastanın beslenme öyküsü alınmalı ve değerlendirilmelidir.					
2. Bulaşıcı olmayan hastalıklarda yaşam tarzını düzeltmeksizin sadece medikal tedavi yeterlidir.					
3. Daha sağlıklı bir yaşam tarzı, yaşamın her döneminde önemlidir.					
4. Aile hekimi ile diyetisyen arasındaki bilgi akışı hastanın tedavisine olumlu yönde etkiler.					
5. Sağlık hizmetlerinde tıbbi bilgi ve fikir alışverişi sadece hekimden hekime yapılmalıdır.					
6. Aile hekimi ve diyetisyen arasında mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda uyumlu bir iş birliği olmalıdır.					
7. Sadece kronik hastalık tanısı almış hastalar diyetisyene yönlendirilmelidir.					

8. Aile hekimi muayene ettiği tüm hastalarda beslenmenin önemini vurgulamalıdır.					
9. Her aile sağlığı merkezinde en az bir tane diyetisyen yarı zamanlı/tam zamanlı görev almalıdır.*(tercihinizi daire içine alınız)*					
10. Diyetisyen, hastaların beslenme sorunları ile ilgilenir ve çözüm yolu bulur.					
11. Diyetisyenler hastaların beslenmeyle ilgili tüm sorularını doğru biçimde cevaplayabilecek donanım ve bilgiye sahip olmalıdır.					
12. Diyetisyen yalnızca zayıflama konusunda çalışır.					
13. Diyetisyenlik mesleği kadınlara özgüdür.					
14. Diyetisyenin takibinde olan hastalarda olumlu değişiklikler gözlenir.					
15. Aile hekimi olarak hastalara beslenme önerileri vermek benim çalışma alanım dışındadır.					
16. Aile hekimi olarak hastalığa özel diyet programı hazırlamak benim çalışma alanım dışındadır.					
17. Aile hekimi olarak, tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı beslenme ve diyet eğitimi almaları için diyetisyene yönlendiririm.					
18. Aile hekimi olarak, bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilirim.					
19. Aile hekimi olarak, tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı yönlendirebileceğim diyetisyenlere nasıl ulaşacağımı biliyorum.					
20. Kayıtlı nüfusuma düzenli aralıklarla bir beslenme eğitimi verilmesini isterim.					

ÖZGEÇMİŞ

BENZERLİK RAPORU

