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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Aydan ERCAN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ DOKTORLARININ BESLENME VE DİYETİSYENLERE İLİŞKİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Gizem YAVUZ MESTANOĞLU

Referans no: 10576542

EDİRNE-2023

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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Aydan ERCAN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ DOKTORLARININ BESLENME VE DİYETİSYENLERE İLİŞKİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Gizem YAVUZ MESTANOĞLU

EDİRNE-2023

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tezimin hazırlanmasında her türlü destek ve yardımlarından dolayı tez danışmanım Prof. Dr. Aydan Ercan'a, yardım ve katkılarını esirgemeyen Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr H. Nezih Dağdeviren'e ve eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, tüm çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ..……..1

GENEL BİLGİLER……3

BESLENME…….…..3

BESLENME VE SAĞLIK İLİŞKİSİ…….....4

BESLENME VE HASTALIK İLİŞKİSİ…….7

HASTA EĞİTİMİ……...10

DİYETİSYENLİK …….....12

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ……..14

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE DİYETİSYEN…….…....16

GEREÇ VE YÖNTEMLER …….……...18

BULGULAR ……...……...20

TARTIŞMA ……...37

SONUÇLAR……...45

ÖZET……..47

SUMMARY……....49

KAYNAKLAR ……..51

ÖZGEÇMİŞ……...67

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ADA: American Dietetic Assosiation

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalık

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SYM: Sağlıklı Yaşam Merkezi

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık, bireyin "fiziksel, sosyal ve zihinsel açıdan tam bir iyilik halinde olması" olarak ifade edilmektedir. İnsan sağlığı; beslenme, genetik geçiş, fiziksel aktivite, iklim ve çevre koşulları gibi pek çok faktörden etkilenir (1). Beslenme; insan sağlığının devamı, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla vücudun ihtiyacı olan besinlerin yeteri miktarda ve uygun zamanlarda alındığı bilinçli bir eylem şeklinde tanımlanmaktadır (2). Son yıllarda tıp ve beslenme alanında görülen gelişmeler sonucunda besinler ile sağlık arasındaki ilişki incelenmeye başlanmıştır. Diğer taraftan insanların beklenen yaşam sürelerinin artması, kronik hastalıkların prevalansında artış olması ve buna bağlı olarak kaliteli yaşam isteğinin artması sonucunda insanların sağlıklı besinlere ve besin desteklerine ilgileri de artmıştır (3).

Beslenme ile ilgili sorunların yaşanması vitamin ve mineral eksikliklerine, obeziteye ve kiloyla ilişkili kronik hastalıklara yol açmaktadır. Teknolojinin gelişmesiyle beraber yaşam koşulları değişmektedir. Gelişen teknoloji sonucunda tüketim ihtiyaçlarının artması insanların beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir (4). İnsanların sağlıklı bir hayat yaşamaları için sürdürülebilir beslenme ve gıda güvenliğinin sağlanması gerekmektedir (5). ünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "2015-2020 Avrupa Besin ve Beslenme Eylem Planı" çalışmasında beslenme nedeniyle oluşan bulaşıcı olmayan önlenebilir hastalıkların ve hastalık yükünün azaltılması gerektiğini vurgulamıştır (2). Bu nedenle toplumda mevcut beslenme problemlerinin asgari düzeye indirilmesi için beslenme sonucu oluşabilecek kronik hastalıkların önüne geçebilmek amacıyla yaşam tarzı değişiklikleri yapılmalı ve sağlıklı besinlerin tüketimi ile ilgili bilgilendirmelerinin yapılması gerekmektedir (4).

Sağlığın devamı ve hastalıkların iyileşme sürecinin sağlanması için beslenme konusunda bireylerin ve toplumun bilinçlendirilmesine ihtiyaç vardır. Bu nedenle insan

sağlığıyla ilgilenen herkesin yeterli bir seviyede beslenme bilgisinin olması gerekmektedir. Beslenme eğitimiyle ilgili en önemli görev sağlık çalışanlarına düşmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının üzerine düşen görevleri başarılı bir şekilde yerine getirebilmesi için öncelikle kendilerinin yeterli beslenme bilgisinin olması gerekmektedir (6). Sağlık ekibinde diyetisyen varlığı çok önemlidir. DSÖ diyetisyeni "*İnsan sağlığı üzerine besinler ve beslenmenin etkisini değerlendiren, planlayan ve beslenme programlarını yerine getiren meslek üyesi*" şeklinde tanımlamıştır (7). Diyetisyenin temel görevlerinden biri de bireyin sağlığının devamlılığının sağlanmasında ve hastalıkların kontrol altında tutulmasında; besinlerin ve sağlıklı beslenmenin ne kadar önemli olduğunu bildikleri için bireylerin ve toplumun sağlıklı beslenmeyle ilgili bilinçlendirilmesini sağlamaktır (8).

Bu çalışma ile önlenebilir kronik hastalıkların giderek artan yükünü hafifletmek için, birinci basamakta beslenmeyle ilgili müdahaleler hakkında önleyici danışmanlık önündeki engellerin belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında multidisipliner ekip içerisinde diyetisyenin tanınması ve öneminin farkındalığının sağlanması amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

BESLENME

Beslenme; insanın büyüme-gelişmesi, sağlıklı ve faal bir hayat yaşayabilmesi amacıyla gereken besin öğelerinin yeteri miktarda alınarak vücutta kullanmasıdır (9). Beslenme, tüm yaşam süresince insan için çok önemli bir konu olup doğumdan, hayatın sonuna dek tüm yaşam dönemlerinde sağlıklı bir yaşam sürdürmenin temel parametresidir. Beslenme sadece açlığı bastırmak veya karın doyurmak olarak kabul edilmemelidir. Buradaki amaç bireylerin cinsiyetine, yaşına ve bulunduğu fizyolojik durumlara göre bütün besin türlerinden yeterli düzeyde alabilmesidir (10).

Yeterli, Dengeli ve Sağlıklı Beslenme

Bireylerin ve toplumların öncelikli amacı sağlıklı ve üretken olmaktır. Bunu etkileyen pek çok etmen bulunmakta olup bunların başında yeterli ve dengeli beslenme yer almaktadır (9). Beslenmeye sekonder oluşan hastalıkların önlenebilmesi, tedavi edilebilmesi ve insanların yaşam kalitelerinin yükseltilebilmesi için bireylerin yeterli ve dengeli beslenmeyi bilmeleri ve öğrenmeleri gerekmektedir (4). Vücudun büyümesi, gelişmesi ve işlevlerini yerine getirmesi amacıyla gereksinim olan besin öğelerinin ve enerjinin yeterli düzeyde alınması "yeterli beslenme" olarak tanımlanırken besin öğelerinden her birinin ihtiyacı karşılayacak kadar alınmasına "dengeli beslenme" denmektedir (2). Sağlığın temeli olan dengeli ve yeterli beslenmenin sağlanması için bireylerin iyi bir beslenme alışkanlığının olması gerekmektedir. Beslenme alışkanlıkları; bireylerin eğitim durumlarından, mesleklerinden ve çalışma durumlarından, sosyoekonomik durumlarından, çevreden, iklimden, yaşadıkları toplumların gelişmişlik düzeylerinden ve yetiştikleri aile ortamlarından etkilenmektedir (1).

Bireylerin sağlıklarının korunması ve kaliteli bir şekilde yaşamlarını sürdürmeleri, hastalıklardan korunmaları, hastalıkları varsa tedavi edilebilmeleri ve tedavi sürelerinin kısaltılmasında yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmenin rolü çok büyüktür (11). Sağlıklı beslenme; tüketilmekte olan besinlerden keyif alarak çeşitli ve dengeli beslenip tüm besin öğelerinden kişiye özel ihtiyacı kadar miktarda tüketilmesi ve ideal vücut ağırlığının korunması olarak tanımlanmaktadır. Buradaki amaç yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasıdır. Bireyin mevcut sağlıklı halinin korunması ve iyileştirilmesi, bu şekilde bireylerde gelişebilecek kronik hastalık oluşma ihtimalinin azalması hedeflenen beslenme modelidir (4). Diyet kalitesi, tüketilen gıda miktarları ve beslenme zamanları bireylerin fiziksel performanslarını etkiler (12).

Sağlıklı beslenebilmek için günlük harcanan enerjinin %45-60'ı karbonhidrat, %25-35'i yağ ve %10-20'si de protein kaynaklı olması gerekmektedir (4). Sağlıklı beslenme modelinin geliştirilmesi için pek çok ülke beslenme konusunda rehberler geliştirmiştir. Bu rehberlerin ortak noktalarıysa; beslenmede çeşitlilik ile beraber temel besin grupları arasında belirli bir denge sağlanmak, yağ tüketimini azaltmak, posalı gıda ve özellikle meyve sebze tüketimini artırmak gibi konuların öneminin vurgulanmış olmasıdır (13). Ülkemizde "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010" verilerine göre Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında "Türkiye Beslenme Rehberi" hazırlanmış olup 2019'da rehber güncellenmiştir (14).

BESLENME VE SAĞLIK İLİŞKİSİ

Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (1948), "*Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir*" (15). Sağlık kavramının bir yönüyle; insan varlığının devamı için gerekli temel gerekliliklerinden biri olan beslenmenin, barınmadan bile önce gelen bir kavram olduğu söylenebilir. Bununla beraber gelişen dünya ile birlikte bireylerin en çok ilgi duydukları konuların başında sağlık gelir. Sağlık, yaşamın hemen her anında doğrudan ya da dolaylı şekilde etkilenen ve neredeyse her türlü sektörel faaliyetlere olumlu/olumsuz etki eden, bu yönüyle de kalitesini ölçme ve değerlendirmesi zor bir durumdur.

İnsan sağlığına etki eden çok sayıda faktör olduğu düşünülecek olursa, toplumların sağlık düzeylerinin yükseltilmesi için sadece sağlık hizmetlerine odaklanmak, sağlıklı yaşam koşullarının devamını sağlayan sağlığın sosyal hayata etkilerine yeteri kadar önem vermemek, istenilen sağlıklı olma haline ulaşamamaya neden olmaktadır (16). Sağlık her yönüyle ele

alınması gerekli bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (1948) sağlıklı olmak tanımındaki tam iyilik haliyle beraber sağlığı iyileştirmek için multidisipliner çalışmanın önemi yadsınamaz hale gelmiştir.

Sağlık Hizmeti

İnsan dışındaki canlılarda sağlığı korumak için içgüdüsel davranışlar mevcutken, insanoğlunun sağlığını korumak ve sağlıklı hali bozulduğunda iyileşmek için tedaviye ihtiyacı olabilir. Bu noktada sağlık hizmeti kavramının insanlıkla beraber her zaman var olduğu ve ilk tedavi hizmetinin de yine bu noktada insanlar tarafından başlatıldığı söylenebilir. Tıbbi ve farmakolojik bilginin geçmişten günümüze deneme yanılma ve tesadüfler sonucu öğrenildiği varsayılmaktadır. İnsan topluluklarının örgütlenerek toplumsal alt birimlere ayrılması sonucunda profesyonel/mesleki alanlar ortaya çıkmış ve nitelikli insan gücü dahilinde sağlık hizmetlerinin doğmasını sağlamıştır. Sağlık hizmeti; kişi, çevre, aile ve toplumların sağlıklarının devamı, sağlığın geliştirilmesi, hastaların tedavi edilmesi ve tedavi sonrasında yaşam kalitesinin ve sağlığın sürdürülmesini sağlamaktır (17). Birey ve toplum sağlığını çok sayıda faktör etkilediği için sağlık hizmetleri birden fazla sektörün ürettiği hizmetler bütününden etkilenen, kapsam ve etkisini belirlemek oldukça karmaşık bir konu olduğu için özünde ekip çalışmasına dayanan bir hizmettir (18,19).

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört grup olarak sınıflanabilir (20). Sağlık hizmeti hastadan ziyade sağlam bireye sunulan bir hizmettir ve temel amacı sağlığı korumaktır. Sağlık tanımına benzer şekilde bireylerin ve toplumların sağlık haline etki eden özellikler de sürekli olarak farklılıklar içermektedir. Bu özelliklere ilişkin de farklı tanım ve sınıflamalar bulunmaktadır. Sağlığın belirleyicileri olarak ifade edilen bu faktörler DSÖ tarafından çevre (ekonomik ve fiziki), sosyoekonomik statü, eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim, bireysel özellik ve davranışlar olarak tanımlanmıştır.

Hem sağlık kavramının hem de sağlığın belirleyicilerinin tanımlanması sağlık hizmetlerinin yürütülmesi açısından önemli görülmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin planlanmasında "sağlıklı" olduğu düşünülen durumların sağlanması çalışılırken, sağlığı bozan durumların ortadan kaldırılmasına, sağlık düzeyini yükseltecek davranış ve müdahalelerin geliştirilmesine önem verilmektedir. Ülkemizde sağlık üzerine etkili çevresel faktörler iyileştirilmeye çalışılırken, yaşam kalitesine doğrudan etkili olan bireysel yaşam biçiminde de iyileştirmelere önem verilmektedir (21-23).

Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi DSÖ tarafından, "*bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileriyle ilişkili olarak, içinde yaşadığı kültür ve değerler sisteminde, yaşamda bulunduğu yeri algılaması*" olarak tanımlanmıştır (24). Yaşam kalitesi; bireyin içinde olduğu toplumun kültürel gelenekleri ve değer yargıları çerçevesinde, kişinin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili hayattaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanabilir. Mutluluk ve hayattan keyif almayı içeren, genel olarak "iyi olma hali" olarak da kullanılabilen, kişinin fiziksel ve psikolojik durumu, inançları, bireyler ve çevre ile olan ilişkisinden etkilenen bir kavramdır (25). Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir olayın ifadesidir. Yüksek yaşam kalitesi, bireylerin iyilik hallerini, çalışma durumlarını, seksüel fonksiyonlarını, sosyal hayatını olumlu yönde etkiler. Ayrıca yüksek yaşam kalitesi olan bireyler hastalıklara kolay uyum sağlamakta ve hayattan aldıkları keyif artmaktadır. Bu noktada yaşam kalitesini yükseltmede, öncelikle bireyin kendisi ve yaşamındaki önemli diğer kişiler etkilidir. Sağlıkla ilgili olarak yaşam kalitesinin ölçülebilmesi, bireylerin kendini nasıl hissettiğini, günlük aktivitelerini nasıl gerçekleştirdiğini, hastalık durumundan ve gerektiğinde tedaviden nasıl etkilendiğini, bireyin gözünden değerlendirme olanağı sağlar. DSÖ'nün geliştirdiği yeni yaklaşım ile genel bir risk değerlendirme veya risk faktörleri ile bireysel mücadele yerine konuya toplumsal yönle yaklaşıp, yaşam tarzı değişikliklerini toplum yaşamına entegre etmek; risk faktörleri henüz hastalık hali doğurmamışken müdahaleyi ve toplumsal kaynak tasarrufunun sağlamasını amaçlamaktadır (26).

Yaşam Tarzı

Yaşam tarzı, insan sağlığının beslenme, fiziksel aktivite ve onarıcı uykudan oluşan üç temel yönünü içerir ve bunlar sigara, alkol/madde kötüye kullanımı, stres yönetimi, sosyal destek ve dijital teknoloji kullanımı gibi daha geniş bir davranış yelpazesini kapsar (27) . Bireyin günlük rutinini büyük ölçüde etkileyebilecek yaşam deneyimleri, bireyin yaşam biçiminde bir ayarlama gerektiren veya bir değişikliği etkileyen sosyal, psikolojik ve çevresel olarak tanımlanan yaşamı değiştiren olaylar olarak adlandırılır. Bu olaylar insanların yaşam tarzlarını olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir. Ulusal hastalık yükü çalışması sonuçlarına göre ülkemizde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar'ın (BOH) artışına etki eden en önemli risk faktörleri tütün tüketimi, obezite, yüksek tansiyon ve fiziksel inaktivite olarak ortaya çıkmaktadır.

Egzersiz: DSÖ'nün verilerine göre ergenlerin %81'i, yetişkinlerin ise %25'i günlük hayatlarında yetersiz fiziksel aktivite göstermektekdir. DSÖ tarafından; 18-64 yaş grubu yetişkinler için haftanın beş günü en az 15 dakika şiddetli veya en az 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite, 5-17 yaş grubu çocuklar için ise haftada en az 3 kez olmak üzere günde en az 1 saat orta şiddette veya şiddetli fiziksel aktivite önerilmektedir(28).

Tütün, alkol ve madde kullanımı: Tütün ürünü, madde ve alkol kulanımı gibi bağımlılık yaratabilen alışkanlıklar, önemli sağlık sorunları ile ilişkili olup global olarak sağlık yükünü arttırmaktadır. Dünyada önlenebilir ölümlerin yaklaşık yarısından sigara sorumlu iken, bu ölümlerin yaklaşık yarısı da kardiyovasküler neden kaynaklı ölümlerdir (29).

Uyku: Uyku kişinin biyopsikososyal açıdan yaşam kalitesini etkileyen fizyolojik bir ihtiyaçtır. Enerji korunumu, fiziksel ve psikolojik olarak iyileşme süreçlerine etki ederek iyilik halinin devamında yardımcı bir etmendir. Kişinin ihtiyacı olan uyku saati yaş, cinsiyet, meslek, sağlık durumu, beslenme ve fiziksel durum gibi faktörlerden etkilenmekte ve 4-11 saat arasında değişim göstermektedir. Genç insanlarda günde 7 ila 8 saat uyku yeterliyken bu süre kişi yaşlandıkça azalma göstermektedir (30).

Beslenme alışkanlıkları: Yeme davranışı, hayatın ilk aşamasından itibaren, insan gelişimindeki en önemli faktördür. Birçok diğer davranış gibi yeme davranışının da öğrenilebilen, geliştirilebilen ve fizyolojik bir boyutu vardır(31,32). Çoğu uluslararası kuruluş, beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması ve hareketli yaşamın teşvik edilmesi konularında çeşitli programlar yürüterek öncülük etmekte ve dünyadaki birçok ülke farklı stratejiler geliştirerek eylem planları şeklinde bireylere ulaşmaya çalışılmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli, kullanılması ve finansmanı amacı ile 2003 yılından itibaren özellikle yaşam tarzı değişikliklerini hedef alan çeşitli sağlık reformları uygulanmaktadır (33).

BESLENME VE HASTALIK İLİŞKİSİ

Beslenmeyle ilişkili sorunlara bakıldığı zaman öncelikle iki ana sorunun var olduğu görülmektedir. Birincisi insanların yeterli miktarda besin maddelerini bulamaması nedeniyle açlık ve yetersiz beslenme (malnütrisyon) sorunu yaşamalarıdır. İkincisiyse aşırı ve dengesiz beslenme nedeniyle sekonder görülen (obezite vb.) sağlık sorunlarının görülmesidir. Her iki

durumda da insanların sağlıkları risk altındadır (34,35). Ayrıca beslenme alışkanlıklarıyla sağlık arasında ciddi bir korelasyon bulunduğu bilinmektedir. Beslenme alışkanlıkları; kişilerin günlük öğün sayıları, tükettikleri yiyeceklerin miktar ve türleri, besinlerin satın alımı, hazırlama, pişirme ve servisi gibi çoğu konuyu içerir. Bunlar dışında bireylerin yemek yeme hızı, besinlerin çiğnenmesi, farklı duygudurumlarında besin tüketimi, besinlerin tüketildiği sıcaklık gibi davranışları da içermektedir (36).

Beslenme nedeniyle görülen kronik hastalıklar ölümlerin %60'ını oluşturmakta iken beslenme nedeniyle oluşan hastalıklar %46 oranındadır. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması ile ortaya çıkacak hastalıklar önlenebilir, geciktirilebilir ya da hastalıkların zararlı etkileri azaltılabilir (37). DSÖ yaşam tarzı değişikliği ve sağlıklı, dengeli beslenmenin özümsenmesi halinde BOH'lardan kaynaklı ölümlerin yarısının önlenebileceğini belirtmiştir. Beslenme ve diyet ile ilgili yapılan araştırmalar BOH kaynaklı morbidite ve mortalitenin önlenmesinde sağlıklı beslenmenin rolünü netleştirmeye katkıda bulunmuştur (38). Beslenme ve Diyetetik Akademisi de yaşam tarzı değişikliklerinin kronik hastalığı önlemek için en etkili ve uygun fiyatlı yöntem olduğunu ve diyet müdahalesinin yaşam süresi boyunca sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Fizyolojik, çevresel, genetik ve davranışsal etmenlerin tümüyle ilişkilendirilebilen kronik hastalıklar olarak da adlandırılan hastalıklardır. Hem dünyada hem de ülkemizde başlıca morbidite ve mortalite sebebi olan BOH'ların yavaş seyri ile beraber tedavisi uzun ve komplikedir. BOH'un hem yaşam kalitesine etkileri hem de ekonomik etkileri yüksektir.

Kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, kanserler ve diyabet başta olmak üzere BOH yılda yaklaşık 41 milyon ölüme sebep olmakta ve bu da dünyadaki toplam ölümlerin yaklaşık %70'ine denk gelmektedir. Her yıl, 30 ila 69 yaşları arasında 15 milyon kişinin beklenmedik ölümüne yol açmaktadır. BOH'ların alkol ve tütün tüketimi, inaktivite, fazla kilo ve yanlış beslenme gibi birçok ortak önlenebilir risk faktörlerini barındırıyor olmaları, bu konuda fazlaca çalışma yapılmasına neden olmuştur. BOH'ların önlenmesinde ve tedavisinde kişiye özgü düzenlenen diyetle birlikte vücut ağırlığının kontrolü, sigara ve alkolün bırakılması, stresten uzak durulması günlük 5 porsiyon sebze ve meyve tüketiminin sağlanması, günlük tuz tüketiminin azaltılması, alınan doymuş ve toplam yağ miktarının azaltılması, hareketliliğin arttırılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri büyük önem taşımaktadır (39,40).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı hazırlanmış, bu plana göre BOH'dan ölümlerin 2025 yılına kadar 4'te 1 oranında azaltılması amaçlanmıştır.

Hipertansiyon: Günümüzde hipertansiyon, tüm dünyayı etkileyen ve yetişkin nüfusta sıklıkla karşımıza çıkan önemli bir sağlık sorunudur (41). Ülkemizde hipertansiyon sıklığı yaklaşık olarak %30'dur. Ayrıca dünya genelinde yetişkinlerin %46'sının hipertansiyonunun farkında olmadığı tespit edilmiştir. Dünya genelindeki ölümlerin %19,2'si hipertansiyon sebebiyledir. Hipertansiyon oluşumunda; aile öyküsü, yaş, böbrek hastalıkları gibi sebepler etkili olmakla birlikte yaşam tarzı unsurlarının yoğun olarak etkili olduğu bilinmektedir. Sık görülen hastalıklardan olan hipertansiyonun sebeplerinden birinin tuz tüketiminin fazla olmasının olduğu bilinmektedir (42). Bununla birlikte meyve, sebze, lif tüketimiyle yüksek kan basıncı arasında bir ters ilişkinin varlığı da gösterilmiştir.

Obezite: Beslenme kaynaklı en büyük problemin obezite ve neden olduğu hastalıklar olduğu bilinmektedir (43). Obezite, birçok kronik hastalıkların gelişimine katkıda bulunduğundan ve bu hastalıklara bağlı ölüm oranlarında artışa neden olduğundan sağlığı tehdit eden bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu yüzden eğitim, yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite başlıkları altında toplanan tedavi yöntemleriyle mutlaka önlenmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilmektedir (39). Aynı zamanda obezite; diyabetes mellitusa, kardiyovasküler hastalıklarlara, hipertansiyona, solunum yolu hastalıklarına zemin hazırlamaktadır. Topluma ruhsal ve sosyoekonomik açıdan da zarar vermektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tüm yaş gruplarında giderek arttığı için neden olduğu hastalıklarla birlikte yaşam kalitesini düşüren, yaşam süresini kısaltan önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olarak kabul görmektedir (2).

Hiperglisemi: Yüksek kan glikoz düzeyi ile karakterize olan diyabetes mellitus gelişiminde en riskli kişiler fazla kilolu bireyler olup çoğunluğu sağlıksız, dengesiz beslenmeden kaynaklanmaktadır. Çalışmalarda beslenmede daha düşük glisemik indeksli gıdaları tüketmenin diyabette glisemik kontrolü iyileştirdiği düşünülmektedir (44). Son zamanlarda yapılan geniş çaplı araştırmalar diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve mortalite riskiyle tam tahıl, meyve, sebze, balık tüketimi arasında negatif; işlenmiş et, rafine şekerlerle pozitif yönde ilişki olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (45).

Hiperlipidemi: Kanda yağların ve ilişkili unsurların yüksek orandaki varlığını ifade etmek için kullanılan tıbbi bir terimdir. Yapılan çalışmalara göre Türkiye'de erişkinlerin yaklaşık %30'unda hiperlipidemi yani yüksek kan yağı mevcuttur.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ölümlerin başlıca nedeni aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklardır (1). Hiperlipidemi ise kardiyovasküler hastalık riskini arttıran en önemli önlenebilir risk faktörlerinden birisidir. Hastaların yaklaşık 10 yıl izlendiği bir araştırmada da sağlıklı bir diyet ile kardiyovasküler hastalık ve inme riskinde %20-40 arasında azalma tespit edilmiştir (46,47).

BOH'ların tedavi süreçleri hem bireysel hem de toplumsal ekonomik yük olarak yüksek hastalıklardır. Ama aynı zamanda BOH'lardan korunulabilir ve kontrol edilebilir. Bunun için hasta eğitimi oldukça önemlidir. Hasta eğitimi; "Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek" olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam tarzının hastaya öğretilip benimsetilmesi ile sağlığın geliştirilmesi ve BOH'ların önlenmesi sağlanabilir (48,49).

HASTA EĞİTİMİ

Sağlık hizmetleri çerçevesinde hasta görüşmelerinin çoğunluğu sorunu anlık olarak çözmek ve tedavi sağlamayı amaçlar. Çeşitli faktörlerin etkisi ile koruyucu uygulamalar geri planda kalmaktadır. Ülkemizde hasta eğitimi açısından aksaklıklar görülmektedir. Sağlık bakanlığı tarafından bireylere yönelik eğitim materyalleri kitapçıklar, broşürler hazırlanmasının yanında bazı bireysel girişimler bulunmakla beraber, bunların yaygın olmadığı ve yetersiz kalabildiği görülmektedir. Bu nedenlerle bir ekip işi olarak düşünülecek olursa, sağlık eğitiminde olmazsa olmaz sağlık çalışanlarının multidisipliner yaklaşımı son derece önemlidir (50,51).

Beslenme Eğitimi

Toplumların beslenme konusunda bilinçlendirilmesi ancak beslenme eğitimi ile gerçekleşebilir. Bu eğitim sayesinde bireyler yeterli ve dengeli beslenme, yanlış beslenme sonucunda görülecek hastalıklar, besinlerin doğru pişirilmesi ve tüketilmesi gibi birçok konu hakkında bilgilendirilmiş olurlar ve devletlerin sağlık harcamaları azalmış olur. Yanlış bilgiye sahip olmak ve bunun yaygınlaşması birçok hastalığı beraberinde getirmektedir (9). Yapılan birçok çalışmada kişilere verilen beslenme eğitiminin bu konudaki bilgi düzeyleri üzerine pozitif etki gösterdiği ve bu durumunda sağlığı olumlu etkilediği belirlenmiştir (48). Bu sebepten insan sağlığının yönlendirilmesinde önemli bir yere sahip olan sağlık çalışanlarının

ve bilim insanlarının iyi bir beslenme bilgisine sahip olması gerekmektedir (10). Ülkelerin sağlık kültürlerinin geliştirilmesi sağlık düzeylerinin yükseltilmesi ile mümkün olur. Bu da ancak sağlık eğitimi standartlarında yaşanacak gelişme ile beraber iyi eğitimli ve farkındalık sahibi bireylerin kendi bilgi ve becerilerini başkalarına aktarması ve uygulamasıyla gerçekleşebilir (49).

Tıp Fakültelerinde Beslenme Eğitimi

Doğru beslenme alışkanlığının kazanılması için her yaş, meslek ve cinsiyetteki kişilerin beslenmeyle ilgili eğitilmesi gerekir (50). Sağlıklı bir yaşam biçimi davranışının geliştirilmesinde ve devam ettirilme sürecinde topluma örnek olabilmeleri için sağlık çalışanlarına, önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle öncelikle sağlık çalışanları kendilerinin yaşam biçimlerini düzenlemek zorundadırlar (51). Beslenme eğitiminin beslenme bilgisine etkisi üzerine yapılan araştırmalarda beslenme eğitiminin, beslenme bilgisini artırdığı görülmüştür. Özellikle sağlık alanında okuyan ve bu alanda hizmet verecek olan gençlerin beslenme konusunda eğitilmesi oldukça önemlidir. Topluma doğru bilgi sunmaları kendilerinin de doğru bilgi ve alışkanlıklara sahip olmalarıyla mümkündür. Bu nedenle bu alanlarda okuyan öğrencilerin ders programlarına beslenme derslerinin konulması ve var olan derslerin doğru bilgilerle güncellenmesi toplum sağlığını arttırmada faydalı olacaktır (52).

Tıp fakültelerinde öğrenciler lisans eğitimi alırken beslenme eğitiminin yeterli olup olmadığı konusunda şüpheler bulunmaktadır. Beslenmeyle ilgili bilgiler 20. yüzyılın başlarından itibaren tıbbi şemalar ile öğretilmekte olsa da tıp öğrencilerine verilen beslenme eğitiminin yeterliliğiyle ilgili endişeler vardır. Yapılan çalışmalarda tıp fakültesinden mezun olan öğrencilerin yarısından fazlası beslenme eğitimi için ayrılan süreyi yetersiz bulduklarını bildirmişlerdir (53). Pek çok mezun tıp öğrencisi müfredatta yer alan beslenme dersinin nitelikleri ve miktarlarıyla ilgili memnuniyetsizliklerini bildirmişlerdir (54).

Tıp fakültelerinde müfredat planlama komiteleri beslenmeyi ihmal ediyor olsa da meslek hayatında klinik ve koruyucu beslenmenin uygulayan hekim için daha önemli duruma geldiği kabul görmektedir (54). Dördüncü yılda seçmeli derslerden önce beslenmeyle ilgili bütün materyallerin öğretilmesi gerekmekte ve beslenme öğrenilene dek seçmeli derslerin verilmemesi gerekmektedir (55). Tıbbi eğitim programları hekimleri beslenmeyle ilgili olarak halkı eğitmesi ve hastaların beslenme ihtiyaçlarını yönlendirebilmesi için hazırlaması gerekmektedir (56). Bu şekilde hekimler bireylere beslenme eğitimi vererek kendi yaşamlarına uygun nasıl besleneceklerini ve sağlık ile beslenme arasındaki ilişkiyi

öğrenmelerini sağlayabilir. Bunlarla beraber besinleri yemek için hazırlarken besin sağlığını nasıl koruyacaklarını öğretebilirler ve onlara beslenme hakkında doğru alışkanlıklar kazandırarak sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmalarını sağlayabilirler (57).

DİYETİSYENLİK

Diyetisyen, modern sağlık ekibinin önemli bir üyesidir. DSÖ'nün Uluslararası Meslek Standartları'nı temel alarak yaptığı uluslararası sağlık çalışanları sınıflamasındaki tanımlamada diyetisyen, "*İnsan sağlığı üzerine besinler ve beslenmenin etkisini değerlendiren, planlayan ve beslenme programlarını yerine getiren meslek üyesidir. Diyetisyenler bireyler ve toplum için beslenme durumunu geliştirmek amacıyla araştırmalar, ölçümler ve eğitimler yapabilirler.*" şeklinde tanımlanmakta ve çalışma alanlarından bahsedilmektedir (58). Uluslararası Diyetetik Dernekleri Konfederasyonu tanımında ise; "*Diyetisyen ulusal otorite tarafından tanınan, beslenme ve diyetetik alanında etkinliği ve yetkinliği olan kişidir. Diyetisyen beslenme bilimini bireylerin ve toplumun sağlık ve hastalık durumlarında beslenmesine ve eğitimine uygular.*" ifadesi yer almaktadır (59).

Diyetisyenler klinik beslenme konusunda uzmandırlar. Hastalığı olan kişilerin çeşitli durumlarda risk altındaki toplum gruplarının beslenme ihtiyaçlarını saptamak, izlemek, düzenlemek ve denetlemek üzere bu konuda eğitim almış tek sağlık profesyonelleridir (60). Beslenme biliminin tarihi çok eski dönemlere dayanmaktadır. Hipokrat'ın (M.Ö. 460-377) "*Diyetle tedavi edebileceğiniz hallerde ilaç tavsiye etmeyiniz*" dediğini biliyoruz. 11. Yüzyılda Çinli bir doktor ise, "*Hastasını diyetle tedavi eden ilaçla tedavi edenden daha üstündür*" demiştir. Yapılan çoğu çalışma ile beraber süre içerisinde hastalıkların tedavisinde diyetin önemi anlaşılmış durumdadır. Ancak diyet 20. yüzyıl sonlarına dek hekimler tarafından düzenlenerek hemşireler aracılığıyla uygulanmaya çalışılmıştır. Zamanla gelişen teknoloji ve bilgi birikimi ile beraber bireye özgü beslenme planları hazırlanmasının gerekliliği anlaşılmış ve bu sebeple beslenme ve diyetetik konusunda eğitim almış ve deneyim sahibi diyetisyenler/beslenme ve diyet uzmanları tarafından diyetin düzenlenmesinin zorunluluğu ortaya çıkmıştır (61). Diyetisyenlik mesleği, gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetinin temel ögesi olarak benimsenmiş bu benimseyiş ile bireyin ve toplumun istenen-beklenen sağlık düzeyine erişimi gelişme göstermiştir. Bu gelişim sürecine paralel olarak diyetisyenlik mesleği gelişmiş ve diyetisyenlerin çalışma alanları da çoğalarak çeşitlenme göstermiştir.

Sağlığın değerlendirilmesinde ve uygulanacak tedavilerde, beslenme odaklı fizik muayene olarak tanımlanan muayene yöntemi kliniklerde yaygınlaşmaya başlamıştır. Zaman içerisinde bireylerin ve toplumun tüm yaşam sürecindeki sağlığının iyileştirilmesi ve

geliştirilmesinde tüm hastalıklarda diyetisyenlerin; beslenme eğitimi ile beslenmede bilinçlendirme yaklaşımındaki önemli rolü yadsınamaz bir hal almıştır (62).

Hekimlerin düzenlediği tedavi planında fiziksel aktivite ve beslenme önemli bileşenlerdir. Bu sebeple teşhisi koyan hekimin hastayı, diyetisyene, fizyoterapiste ve gerektiğinde psikoloğa yönlendirmeleri gelişmiş ülke kriterlerinin önde gelen maddelerini oluşturmaktadır (63).

Amerikan Diyetetik Derneği 1917 yılında kurulmuş olup Dünya'daki ilk diyetisyenler derneği özelliğini taşımaktadır. Amerikan Diyetetik Derneği ilk toplantısını 1918'de yaparak o yıllarda duyulan gereksinim sebebiyle diyetetik hizmetleri 4 alana ayırılmıştır. Bunlar;

1. Tedavici Diyetisyen: Kliniklerde hasta gereksinimine uygun olarak beslenme programlarını geliştiren, bunların uygulanmasını ve raporlanmasını sağlayan diyetisyenlerdir.
2. Yönetici Diyetisyen: Genellikle toplu beslenme hizmetinde yiyecek içecek servislerini, çalışan personellerin eğitimini, fiyat kontrolünün yapılmasını ve hijyen koşullarını takip eden diyetisyenlerdir.
3. Toplum Sağlığı Diyetisyeni: Sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, bakanlık gibi yerlerde görev alan, kişilere hastalıkları önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmek için geliştirilen beslenme uygulamalarıyla danışmanlıklar yapan diyetisyenlerdir.
4. Eğitici-Danışman Diyetisyen: Bir sağlık kuruluşunda veya kendi ofisinde bireylerin durumlarını değerlendirip önerilerde bulunan diyetisyenlerdir. Genellikle eğitim kurumlarında, sağlık kurumlarında ve spor takımlarıyla çalışmaktadırlar (15).

Diyetisyenlerin Görevleri

Avrupa Diyetisyen Dernekleri Federasyonu diyetisyenlerin görev tanımı için "*Kanıta dayalı yaklaşımları kullanan diyetisyenler, bireyleri, aileleri, grupları ve toplumları beslenme açısından yeterli, güvenilir, lezzetli ve sürdürülebilir besinleri seçmeleri için desteklemek üzere çalışırlar*" şeklinde tanımlama yapmıştır (64). Diyetisyenler özel beslenme ihtiyacı olan durumlara göre beslenme önerileri vererek enerji alımının ve harcamasının dengeli olmasını sağlamaktadır. Ayrıca beslenme davranışlarıyla ilgili bilimsel kanıtları takip ederek bunları uygulamalı diyet önerilerine dönüştürebilme yeteneklerine sahiptirler. Obezitesi olan veya obezite nedeniyle sağlık problemleri yaşayan bireyleri de desteklemek için danışmanlık yöntemlerini kullanmaktadırlar. Kişiye özgü olan bu danışmanlık yöntemleri ile kişilerin sağlıklı davranış değişikliği için motivasyonunu sağlayarak bu konuda kişilerin yeteneklerini arttırmaya da katkı sağlarlar (65-67). Günümüzde ise diyetisyenler toplum, kamu ve özel iş yerlerinde, besin endüstrisinde, araştırma sahalarında çalışmaktadır (64).

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, kolay ulaşılabilir, kapsamlı ve etkin bir sağlık hizmeti sunumudur (68). Ülkemizde ve dünyanın birçok yerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde aile hekimliği bulunmaktadır.

Aile Hekimliği

Aile hekimliği yaşamın her anında, her yaştaki bireylere süreklilik dahilinde kapsamlı bir sağlık hizmeti sunulan birey merkezli bir tıp disiplini olarak kabul edilmektedir. Kendine özgü yaklaşım modelleri olan, kanıta dayalı, klinik uygulamaları olan, bilimsel ve akademik bir disipline sahip aile hekimliği birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık alanıdır. WONCA Avrupa 2002'de aile hekimliği "*Kanıt temelli, araştırmaları, eğitim içerikleri ve klinik uygulamalarıyla kendine özgü akademik ve bilimsel bir disiplin, birinci basamak yönelimi olan klinik bir uzmanlıktır*" şeklinde ifade edilmiştir (69,70). 2005 ve 2011 yıllarında revize edilen WONCA Avrupa'da da tanımlama aynı şekliyle kalmıştır. Aile hekimi; hastayı her türlü ayrımdan göz ederek tıbbi bakım gerekli olan herkese kapsamlı ve devamlı sağlık hizmeti sunmaktan sorumlu olan, bireyleri kültürel, toplumsal ve aile içi dinamiklerini düşünerek hizmet sunan ve bu hizmet esnasında bireylerin kişiliklerine bağımsız olarak saygı duyabilen, aile hekimliği disiplininin temel değerleriyle eğitilen uzman hekimler olarak tanımlanmaktadır (70,71).

Ülkemizde 9 Aralık 2004 tarihli 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" yasa ve ardından çıkarılan yönetmelikler ile aile hekimliği pilot uygulaması 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlamıştır. 2010 yılı sonunda aile hekimliği uygulamasına tüm ülkede geçilmiş olup bölge tabanlı sağlık ocakları yerini aile hekimlerine kayıtlı nüfus temelli aile sağlığı merkezlerine bırakmıştır (69). Türkiye'de Aile hekimliğinin kurulmasının amacı sağlık kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılmasını sağlanmak, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini ve hasta memnuniyetini artırmak, hastaların ikinci ve üçüncü basamakta oluşturacağı yükün birinci basamakta tanı ve tedavilerinin yapılması ile hafifletilmesi ve sağlık hizmetlerindeki bekleme sürelerinin azaltılmasının sağlanmasıdır (72).

Geçmişte birinci basamakta görev alan hekimlerin üstündeki görev ve sorumluluklarının fazla oluşu, yetersiz iyileştirmeye sahip çalışma ortamlarının varlığı, akademik kariyer geleceğinin olmaması, sürekli tıp eğitiminin yer yer yetersiz kalması gibi sebeplerle aile hekimliği sistemi 1980'li yıllarda ülkemizde gündeme gelmeye başlamıştır. 5

Temmuz 1983'ten beri Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde aile hekimliği uzmanlığı yer almaktadır (73).

Aile Sağlığı Merkezi

Aile Sağlığı Merkezi (ASM), 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre, "*Bir ya da daha fazla aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarıyla birlikte aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu*" şeklinde tanımlanmıştır (68). Birinci basamak sağlık hizmeti veren ASM çalışanlarının etkin biçimde çalışması toplumun hastalık yükünü hafifletir, 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hasta sayısını azaltır (74). ASM'lerde görevli hekimlerin hasta yönetimi başta olacak şekilde bazı görevleri vardır. Soğuk zincir sorumluluğu, ASM'nin düzenli işleyişini sağlayacak bilgisayar, yazıcı, internet gibi gereken bütün donanımların temin edilmesi, hizmetlerin planlanması, muhasebe işlemlerinin takibi, diğer ASM, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), sağlık müdürlüğüyle işbirliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerinde ve zamanında verilmesi ASM'de görevli hekimlerin sorumluluğundadır (75).

Toplum Sağlığı Merkezi

Toplum Sağlığı Merkezi ülkemizde sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği'ne geçişle beraber birinci basamak sağlık hizmetlerinde yerini almıştır. TSM'ler kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetlerini tek çatı altında toplayıp daha etkin bir sağlık hizmet sunumu amacıyla kurulmuştur (76). TSM, son yönetmelik ile "*Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu*" şeklinde tanımlanmaktadır (77).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilk aşamasıyla beraber birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için Aile Hekimliği Türkiye Modeli geliştirilerek hayata geçirilmiştir. Yeni dönemde ise aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinin yürüttüğü birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu sakınmak ve sağlıklı yaşam tarzını özendirmek amacıyla Sağlıklı Hayat Merkezleri faaliyete geçirilmiştir(78,79).

Sağlıklı Yaşam Merkezi

"Hastalığa Değil, Sağlığa Yatırım Yapmak" anlayışını önemseyen Sağlık Bakanlığı, Sağlıklı Yaşam Merkezleri ile; tüm ülkedeki aile hekimliği hizmetlerine destek olmayı ve güçlendirmeyi, birinci basamakta hekim dışı sağlık profesyonellerine (diyetisyen, psikolog, fizyoterapist gibi) erişimi kolaylaştırarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yığılmayı engellemeyi, sigara gibi zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmeyi; hâlihazırda sağlık beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen yanlış beslenme alışkanlıkları ve obezite ile mücadeleyi; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırmayı amaçlamaktadır(80,81).

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE DİYETİSYEN

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlıklı beslenme ve tıbbi beslenme tedavisinde kişinin yaşam kalitesini arttırması ve koruyucu yönde destek vermesiyle diyetisyenlere konsültasyonlar açısından kilit nokta olarak görülmektedir (82). Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda birinci basamakta beslenme danışmanlığının diyetisyen tarafından verilmesinin gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca diyetisyene olan sevklerde artış olmaması birinci basamakta sağlık hizmeti verenlerden ya da diyetisyenlerinden beslenme danışmanlığına erişim sağlayamadığını göstermektedir (83). Aile hekimlerinin beslenme danışmanlığı sağlama kararını etkileyen pek çok etkenin olduğu bilinmekte olup yetersiz eğitim, zaman azlığı, diyetisyen hizmetlerine erişim zorluğu, ekip çalışması ortamının olmaması gibi nedenler sayılabilmektedir (84)

Bireylerin hayatları boyunca sağlıklı olmalarını sağlamaları ve buna uygun bir şekilde yaşamalarını sürdürmeleri zorlu bir süreçtir. Ancak sağlıklı yaşam tarzı davranışları kazandıklarında beslenmeye sekonder oluşabilecek hastalıkları önleyebilecekleri bilinci bireylerde oluşturulduğunda bu süreç daha kolaylaşacaktır. Sağlıklı yaşam tarzı davranışları; yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıkları, düzenli fiziksel aktivite, stresin iyi yönetilmesi, sosyal açıdan insanlarla ilişkilerinin iyi olması, kendi sorumluluklarını alması gibi konuları kapsar (85). Tüm bu davranışlar yaşam boyunca her yaş grubunda olan bireylere öğretilebilecek özellikte olup bilinçlenmelerinin sağlanması gereklidir (86).

Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanamamasının nedenlerinden biri de beslenme bilgisinin eksikliğidir. Beslenme bilgisi kişilerin ve toplumların beslenme durumlarını, beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir (9). Kişilerin beslenme bilgi düzeylerini belirlemek için yapılmış olan araştırmalarda genellikle bireylerin beslenme bilgisinin yetersiz olduğu görülmüştür (87). Amerikan Diyetetik Derneği, beslenme eğitiminin, koruyucu sağlık

hizmetlerinin gelişmesinde ve etkinliğinin artırılmasında, hastalıkları önlemede ve sağlığın devamında önemli bir yeri olduğunu vurgulamaktadır (88). Beslenme eğitiminde amaç toplumun yeterli ve dengeli besin tüketme alışkanlıklarının oluşması, yanlış alışkanlıkların ve olumsuz beslenme uygulamalarının önlenmesi, besin kaynaklarının daha etkili kullanımıyla ilgili bireyleri eğitip beslenme durumunun düzeltilmesidir. Beslenme eğitiminin verilmesi ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının geliştirilmesi, sürdürülmesi için sağlık çalışanlarının üzerine önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir (51).

Alma-Ata Bildirgesine göre bireylerin sağlık sorunlarının % 85-90'ı birinci basamak sağlık kuruluşunda çözülebilmektedir. Basit laboratuvar tetkiklerinin birinci basamakta kullanılmasıyla bu oran %96'ya dek çıkmıştır (89). Bu nedenle birinci basamak sağlık kurumları sağlık hizmeti sunumunda çok önemli bir yere sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmeti güçlü olan ülkeler bireylerin sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vermekte, bireylere daha eşit hizmetler sunmakta ve sağlıkla ilgili yapılan harcamaların maliyetini de düşürmektedir (90). Birinci basamak sağlık hizmetinin hastanın ilk başvuru noktası olduğu düşünüldüğünde buradaki hekimlerin bireylerin sağlıkları üzerinde çok etkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekimlerin beslenme eğitiminin iyi olması ve bunu pratik hayatta uygulayabilmesi toplumun sağlığı açısından çok önemlidir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin hastaların sorunlarını çözmek amacıyla gereksinim duydukları bilgileri eğitimlerle güncel tutmaları gerekir (91).

.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan alınan verilere göre aktif olarak araştırma görevlisi hekim olarak görev alan 113 asistan hekim çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışmanın evrenine göre hata payı %5, güven aralığı %95 alınarak minimum katılımcı sayısı 87 kişi olarak hesaplanmıştır. Evrenin tamamına ulaşılmak istense de Trakya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (TÜTF-GOBAEK) 14.02.2022 tarihinde TÜTF-GOBAEK 2022/33 protokol no'lu 03/13 no'lu karar ile alınan etik kurul onayı (Ek-1) sonrasında 21.02.2022-01.05.2022 tarihleri arasında Anabilim Dalı'nda görevli asistan hekimlerden çalışmaya katılmayı kabul eden 93 asistan hekime ulaşılmıştır. Çalışmamız, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında multidisipliner ekip içerisinde diyetisyenin tanınması ve öneminin farkındalığının sağlanması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanmıştır.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi asistan hekim olmak ve çalışmaya katılmak için gönüllü olmak araştırmaya kabul edilme kriterleri olarak belirlenmiştir. İletişimi engelleyecek bir problemin olması çalışmaya dahil edilmeme kriteri olarak belirlenmiştir.

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu (Ek-2) yardımıyla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görev alan asistan hekimler ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmamızda katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar hem yazılı hem sözlü olarak bilgilendirilmiştir. Bu bilgilendirme ve onam alma süreci çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan araştırmayı açıklayan ve katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla

sağlanmış ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini bildiren asistan hekimler çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılarak veriler toplanmıştır. Anket katılımcıların sosyodemografik bilgileri ile beslenme ve diyetisyene ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarına yönelik sorulardan oluşmaktadır. Anket soruları oluşturulurken birinci basamak hekimlerinin bilgi sahibi olması beklenen kılavuzlar, sağlık bakanlığı koruyucu hekim politikaları ve konuyla ilgili daha önce yapılan çalışmalar referans alınmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Elde edilen veriler istatistiksel olarak SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, Versiyon 19, seri no:10240642) programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler için basıklık ve çarpıklık düzeyleri ±2 arasında kalan değerler normal dağılım gösterdiği varsayılmıştır. Kategorik veriler sayı(s) ve yüzde(%) ile normal dağılım göstermeyen sürekli veriler medyan (25.-75. persentiller), normal dağılım gösteren sürekli veriler ortalama±standart sapma (ss) olarak sunulmuştur. Sürekli veriler arasındaki ilişki uygunluğuna göre Pearson veya Spearman korelasyon analizleri incelendi. Kategorik veriler arasındaki ilişki Ki-Kare analizi ve Fisher-Freeman-Halton Kesin testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler ile kategorik değişkenler arasındaki ilişki uygunluğuna göre Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis ile incelendi. Kruskal Wallis testinde gruplar arasında fark izlendiğinde gruplar ikili olarak ayrılarak Mann Whitney-U testi ile tekrar değerlendirilerek anlamlılık düzeyleri için Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenler ile kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler uygunluğuna göre bağımsız T testi ve tek yön ANOVA testi ile incelendi. Yapılan analizlerde p değeri 0,05'in altında olan sonuçlar istatistiksel anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya 49'u (%52,69) kadın, 44'ü (%47,31) erkek olmak üzere toplam 93 asistan hekim katılmıştır. Hekimlerin yaş ortalaması 28,63±1,99 yıl olarak saptanmış olup hekimlerin yaşları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,052). Çalışmaya katılan hekimlerin 49'u (%52,69) evli, 44'ü (%47,31) bekardır.

Hekimlerin boy uzunlukları 1,71±0,1 metre, vücut ağırlıkları 71,89±17,2 kilogram olarak saptanmıştır. BKİ ortalaması 24,47±4,3 kg/m^2 olarak saptanmış olup hekimlerin 61'i (%65,59) normal kilolu, 26'sı (%27,96) fazla kilolu ve 6'sı (%6,45) obez olarak saptanmıştır.

Hekimlerin meslekteki çalışma süresi ortalama 4,94±1,87 yıl, şu an çalıştığı kurumda ki çalışma süresi 22,18±13,8 ay olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hekimlerin mezuniyet sonrası çalışma süresi ortalaması

	x̄±ss	**Medyan (persentil 25-75)**
Meslekteki çalışma yılı	4,94±1,87	5(4-6)
Kurumdaki çalışma süresi (ay)	22,18±13,8	24(11-34)

Hekimlerin %72,04'ü daha önce çalışmış olduğunu, %27,96'sı ise çalışmadığını bildirmiştir. Hekimlerin yaklaşık yarısının daha önce acil serviste çalıştığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Hekimlerin ihtisas öncesi çalıştıkları kurumlara göre dağılımları (s=67)

Kurumlar	s	%
Acil servis	47	50,54
TSM	18	19,35
ASM	12	12,90
Başka branş asistanlığı	7	7,53
112 acil	1	1,08

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir **ASM: Aile Sağlığı Merkezi ***TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

Tablo 3'te görüldüğü gibi çalışmaya katılan ve daha önce beslenme eğitimi aldığını ifade eden 3 hekimden 2'si hekimden, biri ise diyetisyenden beslenme eğitimi aldığını ifade etmiştir. Yine aynı tabloda görüldüğü gibi hekimlerin %91,4'ü beslenme eğitimi ya da dersinin hekimlerin mesleki eğitimi arasında yer alması gerektiğini bildirmişlerdir.

Tablo 3. Hekimlerin beslenme eğitimine ilişkin durumlarının dağılımı

Beslenme eğitimi durumları		s	%
Mesleki eğitiminiz süresince beslenme eğitimi/dersi aldınız mı?	Almamış	90	96,7
	Almış	3	3,23
Aldı iseniz dersi veren öğretim elemanının alanı:	Hekim	2	66,67
	Diyetisyen	1	33,33
Aldı iseniz bu eğitim/dersin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	Fikri yok	2	66,67
	Yeterli	1	33,33
Beslenme eğitimi ya da dersi hekimlerin mesleki eğitimi arasında yer almalı mıdır?	Hayır	4	4,30
	Evet	85	91,40
	Kararsızım	3	3,23
	Fikri yok	1	1,08
Beslenme ile ilgili olarak aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	İlgilenmiyor	15	16,13
	Beslenme alanına ilgisi var	46	49,46
	Diyetetik alanına ilgisi var	3	3,23
	Hiç düşünmedi	29	31,18

Hekimlerin 35'inin (%37,63) daha önce bir diyetisyen ile çalıştığı ve bu deneyimi 21'inin (%61,76) iyi, 7'sinin (%20,59) çok iyi olarak tanımladığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Hekimlerin diyetisyen ile çalışma deneyimlerine ilişkin dağılımları

Diyetisyen ile çalışmış olma durumu		s	%
Daha önce bir diyetisyenle birlikte çalıştınız mı?	Çalışmamış	58	62.37
	Çalışmış	35	37.63
Evet ise hangi ortamda	Öğrenci iken	7	20
	Daha önceki işinde	4	11,43
	Asistan eğitimi esnasında	24	58,57
Çalıştı iseniz bu deneyiminizi hasta faydası açısından nasıl değerlendirirsiniz?	Çok kötü	-	-
	Kötü	3	8,57
	Orta	4	11,43
	İyi	21	60
	Çok iyi	7	20

Hekimlerin diyetisyen unvanı almak için zannettiği eğitim süresi incelendiğinde 82'sinin (%88,17) lisans eğitimi yanıtını verdiği ve 7'sinin (%7,53) lisans eğitiminden daha kısa eğitim gerektiği yanıtını verdiği saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Hekimlerin diyetisyen eğitimine ilişkin bilgilerinin dağılımı

		s	%
Aşağıdaki seçeneklerden hangisi diyetisyen unvanı alabilmek için gerekli eğitim süresidir	2 yıl ön lisans	2	2,15
	Sağlık eğitimi üzerine 2 yıl eğitim	5	5,38
	6 aylık özel kurs	-	-
	Lisans	82	88,17
	Lisans diploması üzerine 6 ay kurs	4	4,30
	1 yıllık devlet kursu	-	-

Hekimlerin diyetisyenlerin mutlaka çalışmasını düşündükleri kurumlara göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Hekimlerin sırasıyla en çok 85'inin (%91,40) yataklı tedavi kurumları, 84'ünün (%90,32) sağlıklı yaşam merkezi ve 83'ünün (%89,25) toplu beslenme hizmeti sunan kurumlar yanıtını verdiği saptanmıştır.

Tablo 6. Hekimlere göre diyetisyenin görev alması gereken kurumların dağılımı

Kurum	s	%
Yataklı tedavi kurumları	85	91,40
Sağlıklı yaşam merkezleri	84	90,32
Toplu beslenme hizmeti sunan kurumlar	83	89,25
1. Basamak sağlık kuruluşları	72	77,42
Eğitim kurumları	62	66,67
İl sağlık müdürlüğü	51	54,84

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Hekimlerin "Ekibinizde yer alacak diyetisyenin sizin için en önemli 3 özelliği ne olmalıdır?" sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde en çok tercih nedeni olmayan madde 93 (%100) kişi ile medyada yer alması olurken, en sık tercih edilme nedeninin ise 83 (89,25) kişi ile eğitimi olduğu görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7. Hekimlerin ekibinde diyetisyeni tercih nedeni öncelik dağılımı

	Birinci tercih nedeni	İkinci tercih nedeni	Üçüncü tercih nedeni	Öncelikli tercih nedeni değil
	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)
Cinsiyeti	2 (2,15)	-	2 (2,15)	89 (95,7)
Eğitimi	83 (89,25)	2 (2,15)	-	8 (8,6)
Medyada yer alması	-	-	-	93 (100)
Muayenehanesinin olması	-	-	3 (3,23)	90 (96,77)
Hastanede çalışması	2(2,15)	16 (17,2)	10 (10,75)	65 (69,89)
Beslenme konusunda kitap yazmış olması	-	2 (2,15)	2 (2,15)	89 (95,7)
Zayıflayan bir kişinin tavsiye etmesi	1 (1,08)	3 (3,23)	16 (17,2)	73 (78,49)
Ücreti	1 (1,08)	15 (16,13)	11 (11,83)	66 (70,97)
Tanıdığım birisi olması	1 (1,08)	2 (2,15)	8 (8,6)	82 (88,17)
Fiziksel görünümü	-	12 (12,9)	8 (8,6)	73 (78,49)
Hekim arkadaşımın önerisi	2 (2,15)	36 (38,71)	11(11,83)	44 (47,31)
Tecrübe	-	1 (1,08)	3 (3,23)	89 (95,7)
İletişim becerisi	1(1,08)	-	13 (13,98)	79 (84,95)
Başarısı	2 (2,15)	-	6 (6,45)	85 (91,4)

Hekimlerin, “Kayıtlı nüfusuma düzenli aralıklarla bir beslenme eğitimi verilmesini isterim” önermesine 45’inin (%48,39) katılıyorum, 35’ine (%37,63) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdiği saptanmıştır.

Hekimlerin hastalarını, sırasıyla en çok diyetisyene yönlendirecekleri durum 82 (%88,17) kişi diyabetes mellitus, 74 (%79,57) kişi BKİ<18 kg/m^2 71 (%76,34) kişi BKİ ≥25 kg/m^2 olarak saptanmıştır.

Her ne kadar hekimlerin %5,38’i (s=5) kayıtlı nüfusuna düzenli aralıklarla bir beslenme eğitimi verilmesini istemediğini ifade etmesine karşın, söz konusu BKİ<18, yeme bozuklukları, gebelik, böbrek hastalıkları, besin intoleransı, insülin direnci varlığında içlerinden 4’ü; BKİ≥25 kg/m^2, beslenme konusunda fazla soru sorduğunda, diyabetes mellitus varlığında tamamı hastayı diyetisyene yönlendireceğini belirtmiştir. Hekimlerin kendi kayıtlı nüfuslarına düzenli aralıklarla beslenme eğitimi isteme durumu ile hastalıklar bazında diyetisyene yönlendirme davranışları arasındaki ilişki Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Hekimlerin kendi kayıtlı nüfusuna düzenli aralıklarla beslenme eğitimi verilmesini istemeleri ile diyetisyene yönlendirdikleri hastalıkların karşılaştırılması

Hastalıklar	Beslenme Eğitimi Verilme Gerekliliği				
	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	Kesinlikle Katılıyor	Toplam
	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)
BKİ ≥25	5 (7,1)	4 (5,6)	36 (50,7)	26 (36,6)	71 (100)
BKİ<18	4 (5,4)	2 (2,7)	35 (47,3)	33 (44,6)	74 (100)
Fazla soru sorduğunda	5 (10,4)	6 (12,5)	25 (52,1)	12 (25)	48 (100)
İnsülin direnci	4 (5,8)	3 (4,3)	30 (43,5)	32 (46,4)	69 (100)
Gestasyonel DM	2 (3)	6 (9)	33 (49,2)	26 (38,8)	67 (100)
Diyabetes Mellitus	5 (6,1)	6 (7,3)	39 (47,6)	32 (39)	82 (100)
Hiperlipidemi	2 (3,5)	4 (7)	28 (49,1)	23 (40,4)	57 (100)
Hipertansiyon	1 (2,5)	1 (2,5)	16 (40)	22 (55)	40 (100)
Böbrek hastalıkları	4 (10,5)	2 (5,3)	14 (36,8)	18 (47,4)	38 (100)
Yeme bozuklukları	4 (6,8)	4 (6,8)	22 (37,3)	29 (49,1)	59 (100)
Besin intoleransları	4 (5,8)	5 (7,2)	31 (44,9)	29 (42,1)	69 (100)
Besin alerjileri	2 (3,7)	3 (5,5)	28 (51,9)	21 (38,9)	54 (100)
Demir Eksikliği Anemisi	-	1 (5,5)	10 (55,5)	7 (39)	18 (100)
Diyare	-	1 (6,7)	9 (60)	5 (33,3)	15 (100)

Tablo 8 (Devam). Hekimlerin kendi kayıtlı nüfusuna düzenli aralıklarla beslenme eğitimi verilmesini istemeleri ile diyetisyene yönlendirdikleri hastalıkların karşılaştırılması

Hastalıklar	Beslenme Eğitimi Verilme Gerekliliği				
	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	Kesinlikle Katılıyor	Toplam
	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)
Konstipasyon	1 (4,5)	1 (4,5)	13 (59,1)	7 (31,9)	22 (100)
Gebelik dönemi	4 (6,9)	4 (6,9)	26 (44,8)	24 (41,4)	58 (100)
Laktasyon	3 (7,9)	1 (2,6)	19 (50)	15 (39,5)	38 (100)

***BKİ**: Beden Kütle İndeksi

"Diyetisyen dışında sağlık çalışanlarının beslenme programı yapmasını, beslenme ve diyet önerileri vermesini uygun buluyor musunuz?'' sorusuna Hekimlerin 44'ünün (%47,31) evet, 6'sının (%6,45) kesinlikle evet yanıtını verdiği saptanmıştır (Tablo 9).

"Diyetisyen dışında sağlık çalışanı olmayan birinin beslenme programı yapmasını, beslenme ve diyet önerileri vermesini uygun buluyor musunuz?'' hekimlerin 6'sının (%6,45) evet yanıtını verdiği saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Hekimlere göre diyetisyen dışında beslenme eğitimi verilebilmesine ilişkin görüşlerinin dağılımı

		s	%
Diyetisyen dışında sağlık çalışanlarının beslenme programı yapmasını, beslenme ve diyet önerileri vermesini uygun buluyor musunuz?	Kesinlikle veremez	2	2,15
	Veremez	27	29,03
	Fikri yok	14	15,05
	Verebilir	44	47,31
	Kesinlikle verebilir	6	6,45
Evet ise kimlerin:	Bilgi sahibi olan herkes	1	2
	Doktor	29	58
	Hemşire	20	40
Diyetisyen dışında sağlık çalışanı olmayan birinin beslenme programı yapmasını, beslenme ve diyet önerileri vermesini uygun buluyor musunuz?	Kesinlikle veremez	36	38,71
	Veremez	44	47,31
	Fikri yok	7	7,53
	Verebilir	6	6,45
	Kesinlikle verebilir	-	-
Evet ise kimlerin:	Bilgi sahibi olan herkes	6	100,00

Hekimlerin diyet kelimesinin size ne ifade ettiğini sorgulayan soruya verdikleri yanıtlar incelendiğinde birinci sırada en çok verilen yanıtın 59 (%74,68) kişi ile sağlık yanıtı olduğu saptanmıştır. Verilen yanıt ortalamalarında hesaplanan öncelik sırası incelendiğinde birinci sırada olan maddenin sağlık, ikinci sırada olan maddenin zayıflama, üçüncü sırada gereklilik olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Diyet kelimesinin hekimlerde yarattığı ilk altı çağrışımın dağılımı

Çağrışımlar	Önem Sırası					
	1.sıra	2.sıra	3. sıra	4.sıra	5.sıra	6.sıra
	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)
Hastalık	1 (20)	1 (20)	-	-	2 (40)	-
Sağlık	59 (74,68)	10 (12,66)	5 (6,33)	4 (5,06)	1 (1,27)	-
Aç kalmak	1 (5,26)	4 (21,05)	6 (31,58)	4 (21,05)	2 (10,53)	1 (5,26)
Zayıflama	8 (18,18)	12 (27,27)	11 (25)	8 (18,18)	4 (9,09)	-
Mutsuzluk	1 (9,09)	1 (9,09)	3 (27,27)	4 (36,36)	-	-
Salata	-	2 (11,11)	2 (11,11)	6 (33,33)	4 (22,22)	3 (16,67)
Beden algısı	3 (7,69)	8 (20,51)	10 (25,64)	5 (12,82)	5 (12,82)	7 (17,95)
Lezzet	-	1 (33,33)	2 (66,67)	-	-	-
Zorunluluk	3 (23,08)	4 (30,77)	2 (15,38)	1 (7,69)	2 (15,38)	-
Gereklilik	3 (6,98)	20 (46,51)	9 (20,93)	8 (18,6)	1 (2,33)	-
Çeşitlilik	-	1 (8,33)	6 (50)	4 (33,33)	1 (8,33)	-
Engel	-	-	-	-	-	-
Ölçülü yemek	12 (17,39)	21 (30,43)	20 (28,99)	9 (13,04)	3 (4,35)	1 (1,45)
Tartı	2 (7,14)	6 (21,43)	6 (21,43)	6 (21,43)	4 (14,29)	1 (3,57)
Yulaf	4 (100)	-	-	-	-	-

Hekimlerin hastaları beslenme konusunda bilgilendirmede en çok çok yeterli hissettiklerini belirttikleri madde 16 (%16,72) kişi ile "Besinler ile hiperlipidemi /hiperkolesterolemi ilişkisini açıklayabilme'' olarak yanıtlanmıştır. En çok çok yetersiz olduklarını belirttikleri madde 19'unun (%20,40) "Moda diyetler (detox, Atkins, kan grubu, glisemik indeks vb.) ile ilgili doğru bilgiler verebilme'' olarak saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Hekimlerin hastalarını beslenme konusunda bilgilendirme yeterlilik durumunun beyanının değerlendirilmesi

Beslenme bilgilendirme konusu	Yeterlilik durumu				
	Çok yetersiz	Yetersiz	Ne yeterli ne yetersiz	Yeterli	Çok yeterli
	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)
Bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilme	4 (4,3)	13 (14)	39 (41,9)	33 (35,5)	4 (4,3)
Öğün Planlamasında sağlıklı Tabak Modeli, besin grupları ve boyutlarının örneklerini bilme ve anlatabilme	10 (10,8)	26 (28)	35 (37,6)	18 (19,4)	4 (4,3)
Fiziksel Aktivite önerileri verebilme	-	2 (2,2)	18 (19,4)	60 (64,5)	13 (14)
Sağlık ve yaş durumlarına uygun sıvı tüketimi önerileri verebilme	1 (1,1)	10 (10,8)	19 (20,4)	52 (55,9)	11 (11,8)
Orta derecede alkol tüketiminin tanımını yapabilme	10 (10,8)	21 (22,6)	37 (39,8)	14 (15,1)	11 (11,8)
Besinler ile hiperlipidemi /hiperkolesterolemi ilişkisini açıklayabilme	-	7 (7,5)	16 (17,2)	54 (58,1)	16 (17,2)
Yaşlı hastalarda beslenme riskini saptayabilme	13 (14)	12 (12,9)	43 (46,2)	18 (19,4)	7 (7,5)
Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) günlük beslenme önerilerini aktarabilme	11 (11,8)	17 (18,3)	33 (35,5)	24 (25,8)	8 (8,6)
Vitamin ve mineral gereksinimlerini değerlendirebilme	1 (1,1)	14 (15,1)	22 (23,7)	41 (44,1)	15 (16,1)
Kronik hastalıklarda, hastanın tıbbi beslenme tedavisini planlayabilme	6 (6,5)	24 (25,8)	27 (29)	29 (31,2)	7 (7,5)
Gebelik ve laktasyon dönemi ile ilgili genel beslenme bilgisi verebilme	2 (2,2)	14 (15,1)	39 (41,9)	28 (30,1)	10 (10,8)
Beslenme için mevcut kılavuzları uygulayabilme	6 (6,5)	22 (23,7)	33 (35,5)	24 (25,8)	8(8,6)
Hastalarımın günlük enerji ve beslenme gereksinimlerine göre diyet önerileri yapabilme	4 (4,3)	23 (24,7)	36 (38,7)	22 (23,7)	8 (8,6)
Moda diyetler (detox, atkins, kan grubu, glisemik indeks vb.) ile ilgili doğru bilgiler verebilme	19(20,4)	30(32,3)	23(24,7)	17(18,3)	4(4,3)

Hekimlerin beslenme ile ilgili önermelere verdiği yanıtlar incelendiğinde; en çok katılmıyorum yanıtı verdikleri madde 80 (%86,02) kişi ile ‘’Meyve suyu, meyvenin kendisinden daha faydalıdır’’, 76 (%81,72) kişi ile ‘’Yağlar, yağda çözünen vitaminlerin kullanımı ve bazı hormonların yapımı için gerekli olduğundan fazla tüketilmesinde sakınca yoktur’’ yanıtları olmuştur. En çok katılıyorum yanıtı verilen madde 82 (%88,17) kişi ile ‘’Yalnızca yetersiz besin tüketimi değil besinlerin satın alınmasından tüketimine kadar olan süreçteki yanlış uygulamalar yetersiz besin ögeleri alımına sebep olur’’ ve 81 (%87,10) kişi ile ‘’Normal BKİ aralığı 18.5-24.9 kg/m^2’’dir’’ olmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Hekimlerin genel beslenme ve tıbbi beslenme sorularına verdiği cevapların dağılımı

Genel ve tıbbi beslenme bilgisi	Durum		
	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
	s (%)	s (%)	s (%)
Yetersiz ve dengesiz beslenmenin en çarpıcı örneği obezitedir	74 (79,57)	16 (17,2)	3 (3,23)
Yalnızca yetersiz besin tüketimi değil besinlerin satın alınmasından tüketimine kadar olan süreçteki yanlış uygulamalar yetersiz besin ögeleri alımına sebep olur	82 (88,17)	10 (10,75)	1 (1,08)
Yağlar, yağda çözünen vitaminlerin kullanımı ve bazı hormonların yapımı için gerekli olduğundan fazla tüketilmesinde sakınca yoktur	4 (4,3)	13 (13,98)	76 (81,72)
Meyve suyu, meyvenin kendisinden daha faydalıdır	11 (11,83)	2 (2,15)	80 (86,02)
Çölyak hastaları canı çektiğinde az miktarda fırın simidi tüketebilir	8 (8,6)	19 (20,43)	66 (70,97)
Günlük önerilen 28 gr dan fazla posa alınması sakınca yaratmaz	18 (19,35)	40 (43,01)	35 (37,63)
Günlük diyette tüketilen yağ çeşidi, tüketilen yağ miktarı kadar önemlidir	76 (81,72)	12 (12,9)	5 (5,38)
Tahıllar ve kuru baklagiller önemli E vitamini kaynağıdır	65 (69,89)	23 (24,73)	5 (5,38)
Normal BKİ aralığı 18.5-24.9 kg/m^2’dir	81 (87,1)	6 (6,45)	6 (6,45)
Düşük karbonhidrat alımı ürik asit düzeyini yükselterek ketozise neden olur	36 (38,71)	34 (36,56)	23 (24,73)
Birinci Basamak sağlık kuruluşunda fazla kilolu olmayan ve fazla kilo öyküsü bulunmayan bireyler ağırlık kazanımı açısından her iki yılda bir taranmalıdır	52 (55,91)	24 (25,81)	17 (18,28)

Tablo 12 (Devam). Hekimlerin genel beslenme ve tıbbi beslenme bilgi durumları

Genel ve tıbbi beslenme bilgisi	Durum		
	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
	s (%)	s (%)	s (%)
5-18 yaş çocuklarda WHO-MGRS büyüme eğrilerine göre 15. - 85. persentil arası normal kabul edilen aralıktır	52 (55,91)	27 (29,03)	14 (15,05)
DSÖ tarafından önerilen 1 bardak /gün alkol tüketimi için her alkollü içeceğin kendi kullanım bardağı ölçüsünü ifade edilmektedir	46 (49,46)	31 (33,33)	16 (17,2)
Sağlıklı bir gebelik için, gebelik boyunca normal ağırlık kazanımını toplam 4-8 kg arası kabul edilir	41 (44,09)	23 (24,73)	29 (31,18)
BKİ≥25 kg/m^2 olan bireyler in kan değerleri normal ise sağlıklı kabul edilirler	8 (8,6)	24 (25,81)	61 (65,59)

***BKİ**: Beden Kütle İndeksi

Hekimlerin bilgi sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde; en çok doğru yanıt verdiği sorular sırasıyla 87 (%93,55) kişi ile "Geriatrik bir hastalık tablosu olan sarkopeni aşağıdakilerden hangisi olarak tanımlanır?", 85 (%95,40) kişi ile "Besin alerjisi ataklarının önlenmesi için aşağıdakilerden hangisi yapılmalıdır?", 84 (%90,32) kişi ile "Aşağıdakilerden hangisi hipertansiyon hastalarına önerilmez?'' ve "Diş eti kanamaları aşağıdakilerden hangisinde görülür?'' olarak saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Hekimlerin bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt oranları

Bilgi soruları konu başlıkları	s (%)
Vejetaryen bireylerde yetersizliği görülmeyen besin ögesi	77 (82,8)
Glisemik İndeks	54 (58,06)
Vücuttan Ca atımını arttıran besin / besin ögesi	4 (4,3)
B12 vitamininin en zengin kaynağı	84 (90,32)
Hipoglisemi durumunda ağızdan basit şeker verilip tekrar ölçüm yapıldıktan sonra kan şekeri 70 mg ve üzerinde, klinik belirtiler azalmış hastaya verilmesi gereken besin	26 (27,96)
Hipertansiyon hastalarına önerilmeyecek diyet yaklaşımı	84 (90,32)
Tip 2 DM hastalarının kesinlikle tüketmemesi gereken yiyecekler	43 (46,24)
DSÖ'ye göre günlük tüketimi önerilen ortalama sebze ve meyve miktarı	35 (37,63)

Tablo 13 (Devam). Hekimlerin bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt oranları

Bilgi soruları	s (%)
5 gram tuz tüketen bir kişinin almış olduğu Na gramı	52 (55,91)
Çocukların beslenme durumunun değerlendirilmesinde ölçüt olarak yaşa göre vücut ağırlığı kullanılır	75 (80,65)
Çocukların beslenme durumunun değerlendirilmesinde ölçüt olarak Yaşa göre boy uzunluğu kullanılır	65 (69,89)
Çocukların beslenme durumunun değerlendirilmesinde ölçüt olarak Boya göre ağırlık kullanılır	63 (67,74)
Çocukların beslenme durumunun değerlendirilmesinde ölçüt olarak Yaşa göre baş çevresi kullanılır	20 (21,51)
Akut gastroenterit beslenme tedavisinde tüketilmemesi gereken besinler	30 (32,26)
Pika sendromu tanımı	68 (73,12)
GE-SOL açılımı	19 (20,43)
Çinko, bakır, demir minerallerinin emilimlerinin daha kolay olduğu ekmek türü	77 (82,8)
B12 vitamininin yetersizliğinde görülen bozukluklar	78 (83,87)
100 gramındaki früktoz miktarı en fazla olan seçenek	15 (16,13)
Diş eti kanamalarının görülme nedeni	84 (90,32)
Metabolik sendromun tanı kriterleri	72 (77,42)
Kaşık tırnak belirtisine neden olan mineral eksikliği	69 (74,19)
Fazla alındığında toksisitesi görülen suda çözünen vitamin	22 (23,66)
Obez bireylerde komorbiditeyi azaltmak önerilen vücut ağırlığı kaybı	40 (43,01)
Sarkopeni tanımı	87 (93,55)
Kan glikozunun daha fazla yükselmesine sebep olan besin	41 (44,09)
Besin alerjisi ataklarının önlenmesi için yapılması gereken	85 (91,4)
Gebelikte demir desteği nin gerekli olduğu aşama	28 (30,11)

Diyet kelimesinin ifade ettiği durum seçeneklerinde sağlığı işaretleyen hekimlerin çoğunluğunun %39,24 bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilme yeterliliklerinin sorgulandığı soruya "yeterli" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Diyet kelimesinin ifade ettiği durumlar seçeneklerinde gerekliliği işaretleyen hekimlerin %44,19 bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilme yeterliliklerini "ne yeterli ne yetersiz" olarak işaretlediği saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Hekimlerin diyet kelimesinin çağrışımlarına göre "hastalarına bireysel sağlıklı beslenme önerileri verebilme yeterlilikleri beyanı"nın karşılaştırması

	Hekimlerin kendilerine göre hastalarına bireysel sağlıklı beslenme önerileri verebilme yeterlilikleri beyanı				
Diyet Kelimesi	**Çok yetersiz**	**Yetersiz**	**Fikri yok**	**Yeterli**	**Çok yeterli**
	s (%)	**s (%)**	**s (%)**	**s (%)**	**s (%)**
Hastalık	-	1 (20)	3 (60)	-	1 (20)
Sağlık	3(3,79)	12 (15,16)	29 (26,70)	31 (39,24)	4 (5,07)
Aç kalmak	-	4 (21,05)	13 (68,43)	1 (5,26)	1 (5,26)
Zayıflama	2 (4,55)	5 (11,36)	22 (50)	13 (29,54)	2 (4,55)
Mutsuzluk	-	2 (18,18)	7 (63,64)	2 (18,18)	-
Salata	-	2 (11,11)	11 (61,11)	5 (27,78)	-
Beden algısı	1 (2,57)	4 (10,26)	18 (46,15)	13 (33,33)	3 (7,69)
Lezzet	-	-	2 (66,67)	-	1 (33,33)
Zorunluluk	-	5 (38,46)	4 (30,77)	3 (23,08)	1 (7,69)
Gereklilik	2 (4,65)	6 (13,95)	19 (44,19)	14 (32,56)	2 (4,65)
Çeşitlilik	-	1 (8,33)	3 (25)	7 (58,34)	1 (8,33)
Ölçülü yemek	3 (4,35)	9 (13,04)	27 (39,13)	29 (42,03)	1 (1,45)
Tartı	2 (7,14)	3 (10,71)	18 (64,29)	4 (14,29)	1 (3,57)

Hekimlerin tıbbi tedavide beslenme etkisine ilişkin tutum ve davranışlarının değerlendirildiği önerme sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde; en çok kesinlikle katılıyorum yanıtı verilen önermenin 68 (%73,1) kişi ile "Hastalık aynı olsa da her hastanın diyeti kendine özeldir'' önermesi olduğu görülmüştür. En çok kesinlikle katılmıyorum yanıtı verilen önerme ise 59 (%63,4) kişi ile "Bulaşıcı olmayan kronik hastalarda yaşam tarzını düzeltmeden sadece medikal tedavi yeterlidir" önermesi olmuştur. İkinci sırada en çok kesinlikle katılmıyorum yanıtı verilen önermenin de 58 (%62,4) kişi ile "Diyetisyenlik yalnızca kadınlara özgü bir meslektir'' önermesi olduğu görülmüştür (Tablo 15).

Tablo 15. Hekimlerin "beslenmenin tıbbi tedavideki etkisine" yönelik sorulara verdiği beyanların dağılımı

Tıbbi tedavide beslenmenin etkisi hakkında önermeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)
Hastalık aynı olsa da her hastanın diyeti kendine özeldir	-	-	1(1,1)	24(25,8)	68(73,1)
Uygun beslenme desteği ile tıbbi tedavinin seyrini olumlu yönde değiştirir	-	-	5(5,4)	24(25,8)	64(68,8)
Bulaşıcı olmayan kronik hastalarda yaşam tarzını düzeltmeden sadece medikal tedavi yeterlidir	59(63,4)	24(25,8)	7(7,5)	3(3,2)	-
Birinci basamak sağlık hizmetinde önleyici bir strateji olarak her hastanın beslenme öyküsü alınmalı ve değerlendirilmelidir	1 (1,1)	1(1,1)	16(17,2)	38(40,9)	37(39,8)
Medikal tedavi, tıbbi beslenme tedavi programına uygun olarak diyetisyen tarafından hazırlanmalıdır	30(32,3)	24(25,8)	9(9,7)	19(20,4)	11(11,8)
Beslenme değerlendirmesi ve danışmanlık, tanı ve tedavi sürecinde olduğu gibi, her takip randevusunda tekrarlanmalıdır	-	13(14)	13(14)	46(49,5)	21(22,6)
Aile hekimi muayene ettiği tüm hastalarda beslenmenin önemini vurgulamalıdır	-	4(4,3)	10(10,8)	34(36,6)	45(48,4)
Aile sağlığı merkezinde her hastanın boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi ölçümleri kaydedilmeli ve izlenmelidir	3 (3,2)	2(2,2)	9(9,7)	33(35,5)	46(49,5)
Birinci basamakta beslenme danışmanlığı hastaların yaşam biçimini değiştirmede etkilidir	-	-	6(6,5)	42(45,2)	45(48,4)
Hekim, tıbbi tedavi planını hekim dışında hiçbir sağlık çalışını ile paylaşmamalıdır	14(15,1)	45(48,4)	16(17,2)	11(11,8)	7(7,5)
Diyetisyene yönlendirilen her hastanın tıbbi bilgileri de yazılı olarak iletilmelidir	2 (2,2)	6(6,5)	14(15,1)	45(48,4)	26(28)
Daha sağlıklı bir yaşam tarzına doğru bir değişiklik, yaşamın her döneminde önemlidir	-	-	3(3,2)	33(35,5)	57(61,3)
Aile hekimleri ile diyetisyenler arasında mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda uyumlu bir iş birliği olmalıdır	1 (1,1)	-	9(9,7)	37(39,8)	46(49,5)
Sadece kronik hastalık tanısı almış hastalar diyetisyene yönlendirilmelidir	37(39,8)	43(46,2)	9(9,7)	3(3,2)	1(1,1)
Aile hekimlerinin kendisine bağlı nüfusta beslenmeye bağlı bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) riski olanları saptayarak kayıt altına alması beslenmeye bağlı bulaşıcı olmayan haslaıkların toplum üzerindeki yükünün belirlenmesi ve önlenmesinde büyük öneme sahiptir	-	3(3,2)	17(18,3)	44(47,3)	29(31,2)

Tablo 15 (Devam). Hekimlerin tıbbi tedavide beslenme etkisine ilişkin tutum ve davranışları

Tıbbi tedavide beslenmenin etkisi hakkında önermeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)
Beslenme durumunun saptanmasında sadece kan parametrelerine bakmak yeterlidir	47(50,5)	39(41,9)	2(2,2)	4(4,3)	1(1,1)
Hekim tarafından gerçekleştirilen fizik muayene hastanın beslenme durumunun saptanmasında çok önemli bilgiler vermektedir	-	3(3,2)	8(8,6)	53(57)	29(31,2)
Sağlık hizmetlerinde tıbbi bilgi ve fikir iletişimi sadece hekimden hekime yapılmalıdır	20(21,5)	48(51,6)	13(14)	6(6,5)	6(6,5)
Her aile sağlığı merkezinde en az bir tane diyetisyen yarı zamanlı/tam zamanlı görev almalıdır	-	5(5,4)	24(25,8)	41(44,1)	23(24,7)
Aile hekimi diyetisyen arasındaki bilgi akışı hastanın tedaviden faydasını olumlu yönde etkiler	-	1(1,1)	2(2,2)	42(45,2)	48(51,6)
Aile hekiminin bazı hastalıklar için uygulatabileceği önceden hazırlanmış beslenme listelerine sahip olması gerekmektedir	-	11(11,8)	19(20,4)	51(54,8)	12(12,9)
Diyetisyen hastaların beslenme sorunları ile ilgilenir ve çözüm yolu bulur	-	-	9(9,7)	55(59,1)	29(31,2)
Diyetisyenler, hastalara diyetlerini uygulamaları için baskı uygularlar	28(30,1)	37(39,8)	17(18,3)	9(9,7)	2(2,2)
Diyetisyenler hastaların beslenmeyle ilişkili tüm sorularını doğru biçimde cevaplayabilecek donanım ve bilgiye sahip olmalıdır	-	1(1,1)	4(4,3)	47(50,5)	41(44,1)
Diyetisyenler sadece obezite tedavisinde yetkindirler	47(50,5)	34(36,6)	9(9,7)	2(2,2)	1(1,1)
Diyetisyenlik yalnızca kadınlara özgü bir meslektir	58(62,4)	23(24,7)	8(8,6)	4(4,3)	-
Diyetisyenler her zaman sağlıklı beslenirler	28(30,1)	36(38,7)	21(22,6)	7(7,5)	1(1,1)
Bir Aile hekimi olarak çalıştığım merkezde hastalara beslenme danışmanlığı yapmak benim için zaman kaybıdır	19(20,4)	28(30,1)	27(29)	15(16,1)	4(4,3)
Hastalığa özel diyet programı hazırlamak Aile hekimi olarak benim çalışma alanım dışındadır	7 (7,5)	24(25,8)	24(25,8)	29(31,2)	9(9,7)
Aile hekimi olarak, tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı beslenme ve diyet eğitimi almaları için diyetisyene yönlendiririm	-	2 (2,2)	11(11,8)	52(55,9)	28(30,1)
Aile hekimi olarak tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı yönlendirebileceğim diyetisyenlere nasıl ulaşabileceğimi biliyorum	3 (3,2)	29(31,2)	32(34,4)	18(19,4)	11(11,8)
Kayıtlı nüfusuma düzenli aralıklarla bir beslenme eğitimi verilmesini isterim	-	5 (5,4)	8(8,6)	45(48,4)	35(37,6)

Hekimlerin cinsiyetleri ile bilgi sorularına verdikleri toplam doğru sayısı arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,038). Erkek hekimlerin toplam doğru sayısı kadın hekimlerden yüksek saptanmıştır (Tablo 16).

Hekimlerin medeni durumu ile toplam doğru sayıları arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,034). Bekar hekimlerin toplam doğru sayısı evli hekimlerden yüksek saptanmıştır (Tablo 16).

Hekimlerin aldıkları rotasyon ile toplam doğru sayısı arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,001). Hekimlerin aldığı tüm rotasyonlarda rotasyon almamış hekimlerin toplam doğru sayısı rotasyon almış hekimlerden yüksek saptanmıştır (Tablo 16).

Hekimlerin daha önce çalışma durumu ile toplam doğru sayısı arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,001). Daha önce çalışmamış olan hekimlerin toplam doğru sayısı çalışmış hekimlerden yüksek saptanmıştır (Tablo 16).

Hekimlerin daha önce ASM'de çalışması ile toplam doğru sayısı arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,001). Daha önce çalışmış hekimlerin toplam doğru sayısı çalışmamış hekimlerden yüksek saptanmıştır (Tablo 16).

Hekimlerin daha önce TSM'de çalışması ile toplam doğru sayısı arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,001). Daha önce çalışmış hekimlerin toplam doğru sayısı çalışmamış hekimlerden yüksek saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Hekimlerin bazı parametrelere göre beslenmeye yönelik sorulara verdikleri doğru sayılarının ortalamaları

Bağımsız kategorik değişkenler		**Ortalama**	**Medyan**	**z/x²**	**p**
Cinsiyet	Kadın	15,78±3	16(14-17)	-2,072	**0,038**
	Erkek	16,45±2,8	17(15-18)		
Medeni durum	Evli	15,96±3	16(15-18)	-2,119	**0,034**
	Bekar	16,25±2,8	16,5(15-18)		
Dahiliye rotasyonu	Yapmamış	16,77±2,1	17(15-19)	-4,688	**<0,001**
	Yapmış	15,78±3,1	16(14-18)		
Pediatri rotasyonu	Yapmamış	16,78±2,1	17(15-18)	-5,348	**<0,001**
	Yapmış	15,43±3,4	16(14-18)		
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu	Yapmamış	16,83±2,3	17(15-19)	-3,758	**<0,001**
	Yapmış	15,52±3,2	16(14-17)		
Psikiyatri rotasyonu	Yapmamış	16,2±2,8	16(15-18)	-3,793	**<0,001**
	Yapmış	15,98±3	16(14-18)		

Tablo 16 (Devam). Hekimlerin bazı parametrelere göre beslenmeye yönelik sorulara verdikleri doğru sayılarının ortalamaları

Bağımsız kategorik değişkenler		Ortalama	Medyan	z/x^2	p
Göğüs hastalıkları rotasyonu	Yapmamış	17,09±2,3	17(15-19)	-4,455	**<0,001**
	Yapmış	15,79±3	16(14-18)		
Kardiyoloji rotasyonu	Yapmamış	16,73±2,3	16(15-18)	-4,401	**<0,001**
	Yapmış	15,85±3,1	16(14-18)		
Acil servis rotasyonu	Yapmamış	16,84±2,5	17(15-19)	-3,240	**<0,001**
	Yapmış	15,82±3	16(14,5-18)		
Dermatoloji rotasyonu	Yapmamış	16,68±2,3	17(15-19)	-3,741	**<0,001**
	Yapmış	15,76±3,1	16(14-18)		
Seçmeli rotasyon	Yapmamış	17,32±2,1	17(15-19)	-2,876	**<0,001**
	Nöroloji yapmış	15,78±3	16(14-18)		
Daha önce çalışmış mı?	Hayır	15,88±3,1	16(15-18)	-2,183	**<0,001**
	Evet	16,65±2,4	17(15-18)		
ASM	Çalışmamış	16,04±3	16(15-18)	-4,757	**<0,001**
	Çalışmış	16,5±1,9	16,5(15-17,5)		
TSM	Çalışmamış	16,01±3,1	16(15-18)	-3,019	**<0,001**
	Çalışmış	16,44±1,7	17(15-18)		
Acil servis	Çalışmamış	16,54±2,1	17(15-18)	-0,344	0,731
	Çalışmış	15,66±3,5	16(14-18)		
112 acil	Çalışmamış	16,12±2,9	16(15-18)	-1,533	0,125
	Çalışmış	14	14(14-14)		
Başka branş asistanlığı	Çalışmamış	16,12±2,9	16(15-18)	-1,398	0,162
	Çalışmış	15,86±2,5	15(14-18)		
Çalışma ortamınızdan genel olarak memnun musunuz?	Kesinlikle hayır	14	14(14-14)	7,978	0,092
	Hayır	16,2±1,9	16,5(15-18)		
	Kararsızım	17,57±1,9	18(17-19)		
	Evet	15,84±3,2	16(15-18)		
	Kesinlikle evet	15,4±1,5	15(15-15)		

Tablo 16 (Devam). Hekimlerin bazı parametrelere göre beslenmeye yönelik sorulara verdikleri doğru sayılarının ortalamaları

Bağımsız kategorik değişkenler		Ortalama	Medyan	z/x^2	p
Mesleki eğitiminiz süresince beslenme eğitimi/dersi aldınız mı?	Almamış	16,08±2,9	16(15-18)	-0,199	0,842
	Almış	16,67±2,9	15(15-20)		
Beslenme eğitimi ya da dersi hekimlerin mesleki eğitimi arasında yer almalı mıdır?	Hayır	15,25±2,6	14,5(13,5-17)	2,043	0,564
	Evet	16,15±3	17(15-18)		
	Kararsız	15,33±1,2	16(14-16)		
Beslenme ile ilgili olarak aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	İlgilenmiyor	16,4±2,1	16(15-17)	2,131	0,546
	Beslenme alanına ilgisi var	15,76±3	15,5(14-18)		
	Diyetetik alanına ilgisi var	16,33±1,2	17(15-17)		
	Hiç düşünmemiş	16,45±3,2	17(15-18)		

*__ASM__: Aile Sağlığı Merkezi **__TSM__: Toplum Sağlığı Merkezi

Hekimlerin bilgi sorularına verdikleri toplam doğru yanıt sayıları ile bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Hekimlerin beslenmeye yönelik sorulara verdikleri doğru sayılarının bazı parametreler ile korelasyonu

Bağımsız değişkenler		Toplam doğru sayısı
Yaş,yıl	r	-0,093
	p	0,377
BKİ, kg/m^2	r	0,119
	p	0,255
Çalıma süresi,yıl	r	-0,099
	p	0,347
Meslekte yıl	r	-0,117
	p	0,264

*__BKİ__: Beden Kütle İndeksi

TARTIŞMA

Sağlık çalışanları arasında hekimler beslenme konusunda en güvenilir beslenme kaynağı olarak görülmekte olmasına karşın yıllar içerisinde sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile bu algı değişmeye başlamıştır. Sağlık çalışanları arasında olan iletişim, iş birliği, koordinasyonlu çalışmayla birlikte ekip olarak hareket edilmesiyle hekimlerin hastanın tedavisi konusunda tek başına söz sahibi olması durumunun değişeceği düşünülmektedir. Hastanın hastaneye girişinden taburculuğa kadar beslenmesinden diyetisyenin sorumlu olduğu bildirilmiştir. Farklı bir araştırmada ise hastanın beslenme bakımı hekimlerden daha çok diyetisyenler tarafından sağlanmasına rağmen ekip içinde yeteri kadar etkili olamadıkları sonucuna ulaşılmıştır (92). Ekip üyeleri arasında görev tanımlarında sorun yaşanması durumunda sağlık hizmetlerinde aksamalar yaşanmaktadır. Bu aksamalar sonucunda hastanın tedavisi ve tanı sürecinde gecikme veya yanlış müdahale görülebilmekte olup sağlık hizmetinin kalitesi olumsuz etkilenebilmektedir (93). Hastanın tedavisinde olumsuz ya da istenmeyen sonuçların önlenmesi için tedavi sürecinde hastaların beslenme durumunun da izlenmesi ve değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu süreçte hekim, diyetisyen, hemşire ve ilgili diğer sağlık çalışanlarının da bulunduğu multidisipliner bir çalışma ortamının olması gerekir. Literatür incelendiğinde çalışmaların genellikle tıp fakültesi öğrencilerinde beslenme bilgi düzeyleri, diyetisyenliğe yaklaşımları gibi çalışmalar olduğu görülmüş olup aile hekimleri asistanlarına yapılmış özel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada önlenebilir kronik hastalıkların giderek artan yükünü hafifletmek için, birinci basamakta beslenmeyle ilgili müdahaleler hakkında önleyici danışmanlık önündeki engellerin belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında multidisipliner ekip içerisinde diyetisyenin tanınması ve öneminin farkındalığının sağlanmasını amaçlanmıştır.

Sağlık çalışanlarının beslenme bozukluklarıyla ilgili bilgi ve tutumlarını araştıran bir çalışmada yaş ortalaması 29,9 yıl olarak bulunmuştur (94). Özçelik'in (50) sağlık personelinin beslenme alışkanlıklarını araştırdığı çalışmada ise hekimlerin yaş ortalamaları 31,66±5,35 yıl olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda eğitim gören 93 asistan hekim ile yapılmış olup katılımcıların %52,69'u kadın, %47,31'i erkektir. Hekimlerin yaş ortalaması 28,63±1,99 yıl olarak saptanmış olup literatürdeki benzer çalışmalardaki yaş ortalamalarına benzer bir sonuç bulunmuştur.

Beden kütle indeksi yetişkin bireylerde vücudun boy uzunluğu-vücut ağırlığı dengesi, obezite, zayıflık ve yetersiz beslenme açısından kullanılmaktadır (14). Bosi ve ark.'nın (95) araştırmasında hekimlerin BKİ'lerine bakıldığında %4,7' sinin zayıf, %65,8'inin normal, %29,5'inin ise obez olduğu saptanmıştır. Hankey ve ark.'ının (96) yaptığı bir çalışmada ise hekimlerin %69,7' sinin BKİ değeri 25'in altında, %26,1' inin 25-29,9 arasında ve %4,1'inin ise 30 ve üzerinde olduğu bildirilmiştir. Basu ve ark.'nın (97) tıp fakültesi öğrencileriyle yaptığı araştırmada öğrencilerin %2'sinin zayıf, %76'sının normal kiloda, %22'sinin de obez olduğu tespit edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) yapmış olduğu Türkiye Sağlık Araştırması (TSA), 2010 verilerinde 15 yaş ve üzerindeki yetişkin nüfusun kendi ifade ettikleri boy ve kilolarına göre hesaplanan BKİ sınıflamasına göre %16,9'u obez ve %33'ü fazla kilolu bulunmuştur. 19 yaş ve üzerinde ise %34,6'sı fazla kilolu ve %30,3'ü obezdir (98). Hamurcu ve ark.'nın (99) sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada obezite oranı %6,3 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada katılan hekimlerin literatür ile uyumlu olarak BKİ ortalaması 24,47±4,3 kg/m^2 olarak saptanmış olup hekimlerin %27,96'u fazla kilolu ve %6,45'i obezdir. Hekimlerde mesai saatlerinin fazla olması ve çalışma şartlarının zor olması, nöbetlere bağlı olarak beslenme alışkanlıklarının değişmesi, iş esnasında yoğun strese maruz kalınması nedeniyle vücut ağırlığında artış olduğu düşünülmektedir.

Tıp fakültesinde mesleki ve klinik becerilerin hekimlere yeterli düzeyde kazandırılması tıp eğitimindeki ana hedeflerdendir. Hekimlerin eğitimlerini teorik bilgi açısından yeterli düzeyde tamamlamalarına rağmen temel ve klinik beceriler yönünden yetersiz kalabildikleri bilinmektedir (100). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu doktorlar ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %38,6'sı tıp eğitimi boyunca aldıkları eğitimin birinci basamak yönetimi için orta seviyede yeterli olduğunu, %13,6' sı yetersiz olduğunu ve %2,3'ü ise çok yetersiz gördüğünü bildirmişlerdir (101). Başka bir çalışmada da hekimlerin %34,1'i tıp fakültesinde aldıkları eğitimi yetersiz olarak değerlendirmiştir (102). Köksal ve ark.'nın (103) çalışmasında alınan eğitimin %68,9'u birinci basamak hekimliği için yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda uzman doktorların beslenme bilgi puanı

uzman olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (6, 104). Hekimlerin beslenme tutumu ile ilgili yapılan bir çalışmada yüksek oranda beslenme eğitimine ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir. Ayrıca bu eğitimin diyetisyenler tarafından kendilerine verilmesini istediklerini de belirtmişlerdir. Bu çalışmada hekimlerin %91,4'ü beslenme eğitimi ya da dersinin hekimlerin mesleki eğitimi arasında yer alması gerektiğini bildirmişlerdir. Üniversite öğrencileriyle yapılmış olan bir araştırmada ise öğrencilerin %47,2'sinin beslenmeyle alakalı eğitim almış olduğu ve bu eğitimlere katılanların da daha düzenli beslenmeye başladıkları bildirilmiştir (105). Kanada'da tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışmada beslenme eğitiminden memnuniyetleri araştırılmıştır. Öğrenciler 1-10 arasında (1 memnun değil,10 memnun) puan vererek eğitimi değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda ortalama memnuniyet 4,7±0,06 şeklinde saptanmıştır. Ayrıca bu araştırmada öğrencilerin %87,2'sinin programlarda beslenmenin daha fazla anlatılmasını istedikleri sonucuna ulaşılmıştır (106). Bu çalışmaya katılan hekimlerin daha önce %3,23'ünün beslenme eğitimi aldığı saptanmış olup %39,8'inin kendini hastaları beslenme ile ilgili bilgilendirme yeterliliğinde olduğunu hissettikleri tespit edilmiştir.

Başkent Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerine 15 haftalık beslenme eğitimi verilmiş olup eğitim öncesi ve sonrası puanlar karşılaştırıldığında beslenme bilgi düzeyindeki artış istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (107). Hollandalı Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada, öğrenciler deney ve kontrol gruplarına ayrılmış ve kontrol grubu normal tıp müfredatına devam ederken deney grubunun müfredatına 25 saatlik beslenme eğitimi eklenmiştir. Her iki gruba da beslenme bilgisini ölçen ön test-son test uygulanmıştır. Deney grubunda beslenme bilgisi puanları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır (108). Sonuç olarak beslenme eğitimi/derslerinin beslenme bilgi düzeyinin artırılmasına yardımcı olduğu görülmektedir. Beslenme alışkanlıklarının doğru olabilmesi için bireylerin beslenme konusunda eğitilmesi gerekir (1). Sağlığın korunması için beslenmeyle ilgili olarak toplumun daha bilinçli hale gelmesi gerekir. Bu yüzden sağlık ile bire bir rol alan bireylerin özellikle sağlık personellerinin beslenme bilincinin yeterli düzeyde olması sağlanmalıdır (10). Bu nedenle tıp fakültesindeki eğitimlerde, aile hekimliği uzmanı yetiştiren bölümlerde beslenme eğitiminin mutlaka önemsenmesi gerektiği düşünülmektedir. Hastanın beslenmesinden ilk sırada hekimi ve diyetisyeni sorumludur. Hekimlere ve tıp fakültesindeki öğrencilere beslenme eğitiminde diyetisyenin rolü mutlaka anlatılmalıdır. Amerikan Diyabet Derneği, tıp fakültesindeki eğitimlerin her aşamasında beslenme derslerinin olması gerektiğini ve hekimlerin diyetisyenler ile iş birliği içinde çalışmasının gerektiğini vurgular.

Özellikle diyet kelimesinin çağrıştırdığı seçeneklerden, aç kalmak, zayıflama, gereklilik ve tartı yanıtını verenler, bilgi verirken kendilerini daha yetersiz görmektedir. Bununla paralel olarak hekimlerin %91,40'ı beslenme eğitiminin ya da dersinin hekimlerin mesleki eğitimi arasında yer alması gerektiğini savunmaktadır. Hekimlerin %49,46'sının beslenme alanına ilgisi olduğu da saptanmıştır. Hekimlerin çoğunluğu birinci basamak sağlık hizmetinde önleyici bir strateji olarak her hastanın beslenme öyküsünün alınması ve değerlendirilmesi gerektiğini, beslenme değerlendirmesi ve danışmanlık, tanı ve tedavi sürecinde olduğu gibi her takip randevusunda tekrarlanması gerektiğini, aile hekiminin muayene ettiği tüm hastalara beslenmenin öneminin vurgulanması gerektiğini belirtmişlerdir. Bunun dışında BOH'da yaşam tarzını düzeltmeden sadece medikal tedavinin yeterli olmayacağı, birinci basamakta beslenme danışmanlığı hastaların yaşam biçimini değiştirmede etkili olduğu, aile hekiminin kendisine bağlı nüfusta beslenmeye bağlı bulaşıcı olmayan hastalık riski olanları saptayarak kayıt altına almasının beslenmeye bağlı BOH'un toplum üzerindeki yükünün önlenmesinde çok önemli olduğunu da vurgulamışlardır.

Uzmanlık eğitimlerini bitirdiklerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alacak aile hekimliği uzmanı hekimlerin hasta ile temas noktasında ilk kişiler olduğu düşünüldüğünde kendilerinin beslenme eğitimlerinin ne kadar donanımlı olursa hastaların sağlıklı yaşamaları için müdahalelerinin de o kadar etkili olacağı düşüncesindeyiz. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde; aile hekimlerinin görevinin yalnızca muayene olmayıp aile sağlığı elemanıyla beraber koruyucu sağlık hizmetlerinin de yapılması gerektiği bildirilmiştir (66). Yapılan çalışmalarda hastaların öncelikle aile hekimini tercih etme sebepleri incelendiğinde konum itibariyle yakın olması ve hastalandıklarında tetkik, tedavi yaptırmak için gittikleri belirtildimiştir (109). Bu çalışmaların sonucu da mevcut çalışmayı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada hekimlerin hastalarını beslenme konusunda bilgilendirmede en çok yeterli hissettiklerini belirttikleri madde %16,72 oran ile "Besinler ile hiperlipidemi /hiperkolesterolemi ilişkisini açıklayabilme" iken en çok yetersiz olduklarını belirttikleri madde ise %20,40 oranıyla "Moda diyetler (detox, Atkins, kan grubu, glisemik indeks vb.) ile ilgili doğru bilgiler verebilme" olarak saptanmıştır. Ayrıca hekimlerin %64,5'i kendisini hastalarına fiziksel aktivite önerileri verebilme olarak yeterli görmekte, %55,9'u sağlık ve yaş durumlarına göre hastalarına uygun sıvı tüketimini önerilerde bulunmada yeterli görmekte iken, hekimlerin çoğunluğu kronik hastalıklarda hastanın tıbbi beslenme tedavisini planlayabilme konusunda kendisini yetersiz gördüğünü bildirmiştir. Bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilme ve yaşlı hastalarda beslenme riskini saptayabilme açısından ise

hekimlerin çoğunluğu ne yeterli ne yetersiz şeklinde kendilerini tarif etmişlerdir. Hekimlerin diyet kelimesinin kendilerine ne ifade ettiği sorusuna yanıtları incelendiğinde ise %74,68'i sağlık yanıtını vermiş olup 2. en sık cevap zayıflama ve 3. en sık cevap ise gereklilik olarak saptanmıştır. Verilen bu yanıtlar ışığında asistan hekimler, sağlıklı yaşamın devamı için sağlıklı beslenme ve diyetin yaşamın her anında var olması gerektiğini düşünüyor olabilirler.

Hekimlerin %88,17'sinin diyetisyen unvanı için gerekli bulunan eğitim süresinin lisans eğitimi olduğu cevabını vermişlerdir. Hangi kurumlarda diyetisyen çalışmalı sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde sırasıyla en çok %91,4'ü yataklı tedavi kurumlarında, %90,32'si sağlıklı yaşam merkezinde ve %89,25'i toplu beslenme hizmeti sunan kurumlarda şeklinde yanıtlamıştır. Bu durum hekimlerin diyetisyeni en çok tedavi ile özdeşleştirdiklerini düşündürmektedir. Ayrıca bu sonuçlar gelecekte birinci basamakta görev alacak aile hekimlerinin birinci basamak yönetiminde ekip çalışması için istekli ve öneminin farkında olduğunu ve multidisipliner bir yaklaşımı savunduklarını göstermektedir.

Hekimlerin %37,63'ü daha önce bir diyetisyenle birlikte çalıştığını belirtirken bunların %70,59'u asistanlık eğitimi esnasında çalıştığını bildirmiştir. Diyetisyenle çalışanların deneyimlerinde %82'si hastaların bundan fayda sağladığını belirtmiştir. Hekimlerin ekibinizde yer alacak diyetisyenin sizin için en önemli 3 özelliği sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde en çok tercih nedeni olmayan %100 oranıyla medyada yer alması olurken; en sık tercih edilen neden diyetisyenin eğitimi yanıtı alınmıştır. İkinci en sık neden ise diyetisyenin meslek icrasındaki iletişim yeteneği olduğu belirlenmiştir. Bu durum diyetisyenin eğitiminin yanı sıra mesleki deneyiminin de asistan hekimler tarafından tercih nedeni olmasında önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca ekip içerisinde sağlıklı ekip çalışmasının sürdürülmesinde iletişimin öneminin vurgulanması son derece elzemdir.

Diyetisyen dışında sağlık çalışanlarının beslenme programı yapmasını, beslenme ve diyet önerileri vermesini hekimlerin %47,31'i uygun buluyorken diyetisyen dışında sağlık çalışanı olmayan birinin beslenme programı yapmasını uygun bulmayanlar ise %86 oranındadır. Ortaya çıkan bu sonuç hekimlerin sağlık alanı dışındaki kişilerin toplum sağlığına olası negatif etkilerinin yol açacağı sonuçların fakında olduklarını gösteriyor olabilir.

Aile hekimleri ile diyetisyenler arasında mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda uyumlu bir iş birliği olması gerektiğini düşünenlerin oranı %89,5 iken; her ASM'de en az bir tane diyetisyen yarı zamanlı/tam zamanlı görev alması gerektiğini düşünenlerin oranı % 68,8 olarak saptanmıştır. 2010 yılında Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması'nın sonuçlarında çalışanların arasındaki ilişkinin güvene dayanan ve ılımlı iletişim olması gerektiğini düşünen

sağlık çalışanlarının oranı %81,9'dur (110). Yapılan başka araştırmada da ekip çalışmasındaki başarının hekim başta olacak şekilde diğer sağlık çalışanları ile birlikte kurdukları iyi iletişim, iş akışının kaliteli olmasına bağlı olduğu ve bu ekip içerisindeki uyum sonucunda hastalara verilen hizmetin de daha kaliteli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (111).

Hekimlerin çoğunluğu sadece kronik hastalık tanısı almış hastaların diyetisyene yönlendirilmesine katılmıyorken; aile hekimi ile diyetisyen arasındaki bilgi akışının hastanın tedaviden faydasını olumlu yönde etkilediğini düşünenler %96 dır. Aile hekimi olarak, tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı beslenme ve diyet eğitimi almaları için diyetisyene yönlendirenlerin oranı %90 dır. Hekimlerin sırasıyla en çok diyetisyene yönlendirecekleri durum %88,17 diyabetes mellitus, %79,57 BKİ<18 kg/m^2 ve %76,34 BKİ ≥25 kg/m^2 olarak belirlenmiştir. Ayrıca bunun dışında kayıtlı nüfuslarına düzenli aralıklarla beslenme eğitimi verilmesini isteyenlerin oranı da %86 olarak bulunmuştur. Bu sonuç hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ekip çalışmasına katılımda istekli olduklarını göstermektedir.

Sağlık bakımı veren profesyonellerin obeziteye bağlı gelişecek sağlık sorunlarını bilmeleri ve obeziteyi önleyen stratejileri uygulamaları gerekmektedir. Toplumların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olabilmesi, geliştirebilmesi ve sürdürebilmesi için sağlık çalışanlarının görevi büyüktür (112). Aile hekimleri bireylere ailesine, içinde yaşadığı topluma ve kültürüne bağlı bir şekilde hayat boyunca koordine, sürekli ve kapsamlı bir bakım sunmaktadır. Bu nedenle aile hekimleri, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde en aktif rol alan hekimlerdendir. Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı olan her kişiye pozitif yaşam tarzı değişikliklerini önermesi gerekmektedir. Ayrıca kişilere periyodik sağlık muayenelerini yapıp hastalıkların erken tanısını sağlarlar. Bu nedenle, aile hekimlerinin sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleriyle ilgili bilgilerini artırması ve güncel tutması gerekir (113). Aşık ve Çakmak'ın (114) yapmış olduğu araştırmada beslenme eğitimiyle ilgili ilk danışmanlık hizmetleri aile hekimliğinde verilmelidir sonucu ortaya konmuştur. Sağlığı geliştirme danışmanlığının aile hekimlerince verilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bunun nedeniyse hastaların aile hekimlerini daha güvenilir sağlık bilgi kaynağı olarak görmelerinden kaynaklandığı bildirilmiştir (113). Yapılan bir çalışmada ASM çalışanlarının; kadınlarda emzirdiği dönemde obezite tespit ettiklerinde ilk önce kendilerinin hastaya beslenmeyle ilgili eğitim verdiği, sonrasında yetersiz kalındığını hissettiklerinde bir üst basamağa sevk ettikleri saptanmıştır (115).

Küresel hastalıkların yaklaşık %70'inden sorumlu olan BOH ile mücadele etmek için sağlık profesyonelleri tarafından yaşam tarzı değişikliklerinin teşvik edilmesi önem arz

etmektedir (116). Tip 2 diyabetes mellitus prevalansı hem dünyada hem de ülkemizde giderek artmaktadır (117). Uluslararası Diyabet Federasyonu Sekizinci Diyabet Atlası verilerinde; 2019'da dünya nüfusunun %9,3'ü yani 463 milyon kişinin diyabet tanısı vardır. Ülkemizde diyabetes mellitus prevalansının belirlenebilmesi amacıyla 1997 ve 2010'da Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP- 1 ve TURDEP-2) gerçekleştirilmiştir. Her iki çalışma karşılaştırıldığında geçen 12 yıl süresinde diyabetes mellitus %90 artış göstermiş olup %7,2'den %13,7'ye yükseldiği bulunmuştur (118, 119).

Metabolik sendrom, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskini artıran çeşitli metabolik faktörler olarak tanımlanır. Bozulmuş açlık glukozu ≥100 mg/dl, hipertansiyon (≥130/85 mm Hg), hipertrigliseridemi (>150 mg/dl), düşük HDL kolesterol (kadınlarda <50mg/dl, erkeklerde <40mg/dl), bel çevresi (kadınlarda ≥88 cm, erkeklerde ≥102 cm) kriterlerinden üçünün var olması halinde metabolik sendrom tanısı konmaktadır (120). Yapılan bir çalışmada %74,1 oranında metabolik sendrom tanı kriterleri yanlış olarak cevaplanmıştır. Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin ise %78,26'sı metabolik sendrom tanı kriterlerini doğru olarak cevapladı. İleride birinci basamak hekimi olarak görev alacak olan asistan hekimlerin toplumda giderek sık görülen bu tarz hastalıklar ile alakalı daha duyarlı ve farkında olmaları bu sonuca neden olmuş olabilir.

Hekimlerin bilgi sorularına verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde en yüksek bilinen soru %93,5 oranıyla geriatrik bir hastalık tablosu olan sarkopeninin tanımı olarak belirtilmiştir. Bunu %91,4 oranıyla besin alerjisi ataklarının önlenmesi için eliminasyon diyeti yapılması gerektiği bilgisi olarak saptanmıştır. En az bilinen soru ise %4,3 oranıyla etin fazla tüketiminin vücuttan kalsiyum atılımını artırtırdığına dair soru olduğu saptanmıştır. Hekimlerin çoğunluğunun vitaminler ile ilgili sorulara doğru yanıt verdiği görülmüştür. Vitaminler ile alakalı sorulara verdikleri nispeten yüksek oranda doğru cevaplara hastalarda son dönemde giderek artan besin takviyesi ilgisinin, birinci basamak hekimlerince çalışma ortamında görülmesi; beslenme-vitamin ilişkisi farkındalığının artırmasına neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada aile hekimliği asistanlık eğitimi içeriğinde olan rotasyonları alan hekimlerin bilgi sorularına verdikleri ortalama doğru yanıt sayıları almayanlara göre istatistiksel olarak daha düşük saptanmıştır. Bu durum rotasyon eğitimlerini almayan hekimlerin çoğunluğunun daha yakın zamanda mezun olan hekimlerden oluşması nedeniyle bilgilerin daha taze olması sonucu ortaya çıkmış olabilir. Ayrıca daha önce ASM ve

TSM’lerinde görev alan hekimlerin bilgi sorularına verdikleri ortalama doğru yanıt sayıları görev almayan hekimlerden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Bu durum da birinci basamakta mesleki deneyim ve tecrübelerin de beslenme bilgisi düzeyine pozitif etki ettiği düşünülebilir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görev almakta olan asistan hekimlerle yaptığımız; önlenebilir kronik hastalıkların giderek artan yükünü hafifletmek için birinci basamakta beslenme ile ilgili müdahaleler hakkında önleyici danışmanlık önündeki engellerin belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında multidisipliner ekip içerisinde diyetisyenin tanınması ve öneminin farkındalığının sağlanması amaçlanan bu çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Bu çalışmada asistan hekimlerin daha önce birinci basmakta görev almalarının beslenme bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt sayılarını artırdığı görülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğası gereği hastalara yaklaşımda bütüncül yaklaşımın önemi aşikardır. BU çalışma bir kez daha bütüncül yaklaşım ve ekip çalışmasının öneminin vurgulanması gerektiğini göstermektedir.
2. Bu çalışmada asistan hekimlerin büyük çoğunluğunun tıp fakültesi eğitimi esnasında beslenme dersi/eğitimi almadığı görülmüştür. Tıp fakültesi eğitimi müfredatına beslenme ile alakalı ders içeriklerinin eklenmesi veya ders sürelerinin artırılması birinci basamakta görev alacak hekimlerin beslenme bilgi düzeylerinin artırılmasına yardımcı olabilir.
3. Ayrıca uzmanlık eğitim tercihini aile hekimliğinden yana tercih eden asistan hekimlerin mezuniyet sonrası tıp fakültesi eğitim programı içeriğinde beslenme ile alakalı ders programlarının entegre edilmesi beslenme bilgi düzeylerini artıracağını düşündürmektedir.

4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi esnasında birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ulaşım ve iletişim koşullarının ilgililerce iyileştirilmesi ve artırılması ve hatta aynı hizmet biriminde çalışma koşullarının sağlanması bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetiminde kolaylık sağlayabilir.
5. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde yaşam tarzı değişikliklerini sağlamak önemlidir. Yeme alışkanlıkları müdahale olmaksızın zamanla çok az değişir. Bu nedenle iyi yapılandırılmış beslenme müdahalelerinin birinci basamak sağlık sunucularının bilgi içeriğinde yer alması bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetiminde fayda sağlayabilir.
6. Diyetisyenler, birinci basamak ekibinde kendi yerlerini almak ve korumak için çalışmaya devam etmelilerdir. Bireysel başarıların mesleğin de başarısı olacağı unutulmamalıdır.
7. Bu çalışma ülkemizde aile hekimliği asistan hekimlerinin beslenme, diyetisyen ve ekip çalışmasına karşı bilgi tutum ve davranışlarına yönelik yapılmış olan öncü çalışmalardan olup bu çalışma konusunda yapılacak yeni çalışmalara yol gösterici olabilir.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; önlenebilir kronik hastalıkların giderek artan yükünü hafifletmek için birinci basmakta beslenme ile ilgili müdahaleler hakkında önleyici danışmanlık önündeki engellerin belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında multidisipliner ekip içerisinde diyetisyenin tanınması ve öneminin farkındalığını sağlamaktır.

Çalışmamız 1 Şubat 2022 – Mayıs 2022 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ında görev alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 93 asistan hekim ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmada veriler; araştırmacılar tarafından hazırlanan, katılımcıların sosyodemografik bilgilerine yönelik sorular ve beslenme, diyetisyen ve ekip çalışması konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını tespit etmeyi amaçlayan sorulardan oluşan anket uygulanarak toplanmıştır.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin sadece 3'ü (%3,23) mesleki eğitimleri esnasında beslenme eğitimi aldığını ifade ettimiştir. Hekimlerin 35'i (%37,63) daha önce bir diyetisyen ile birlikte çalıştığını belirtmiştir. Katılımcıların sağlık ekibinde yer alacak diyetisyende olmasını istedikleri en önemli özellik 83 (89,35) kişi ile eğitimi yanıtı olmuştur. Medyada yer alıyor olması hiçbir katılımcı tarafından öncelikli tercih nedeni olarak belirtilmemiştir. Daha önce birinci basamak sağlık hizmetinde görev alan asistan hekimlerin beslenme bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt sayıları daha önce birinci basmak sağlık hizmeti deneyimi olmayan asistan hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Literatür tarandığında birinci basmak sağlık hizmetlerinde beslenme danışmanlığının diyetisyen tarafından verilmesinin önemli olduğunu ve hasta davranışını değiştirmede etkili olabileceğini gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışma gelecekte çoğunlukla birinci basmak

sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev alacak olan asistan hekimlerin bu noktada ileride diyetisyen ile birlikte çalışmaya hevesli olduğu görülmektedir.

Birinci basmak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde multidisipliner bir ekibin varlığı ve ekip içerisinde diyetisyenin varlığı beslenme ile alakalı konularda oldukça önemlidir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde güçlendirilmiş ve donanımlı bir ekip çalışması birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlıklı yürütülmesi için en doğru yaklaşım olacaktır.

Anahtar kelimeler: Beslenme, sağlık bilgisi, tutum, uygulama, tıp eğitimi

DETERMINATION OF THE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS OF TRAKYA UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE FAMILY MEDICINE RESEARCH ASSISTANT DOCTORS ABOUT NUTRITION AND DIETITIANS

SUMMARY

The aim of our study was to determine the barriers to preventive counseling about nutrition related interventions in primary care to alleviate the increasing burden of preventable chronic diseases, and to ensure the recognition and awareness of the importance of dietitians within the multidisciplinary team within the scope of preventive health services.

Our study was conducted between February 1, 2022 and May 1, 2022 using face-to-face interview technique with 93 resident physicians working in Trakya University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine and who agreed to participate in the study. In this cross-sectional and descriptive study, data were collected by applying a questionnaire prepared by the researchers, consisting of questions about the sociodemographic information of the participants and questions aiming to determine their knowledge, attitudes and behaviors about nutrition, dietitian and teamwork.

Only 3 (3.23%) of the resident physicians who participated in the study stated that they received nutrition education during their professional training. Thirty-five of the physicians (37.63%) stated that they had worked with a dietitian before. The most important feature that the participants wanted the dietitian to have in the health care team was education with 83 (89.35%) respondents. Being featured in the media was not stated as the primary reason for preference by any of the participants. The number of correct answers given to the

nutrition information questions by the resident physicians who had previously worked in primary health care was found to be significantly higher than the residents who had no previous primary health care experience ($p<0.001$).

When the literature is reviewed, there are studies showing that nutrition counseling by a dietitian in primary health care is important and may be effective in changing patient behavior. In our study, it was observed that physician assistants, who will mostly take part in primary health care services in the future, were eager to work with dietitians in the future.

The presence of a multidisciplinary team in primary health care services and the presence of a dietitian within the team is very important in nutrition-related issues. An empowered and well-equipped teamwork in the prevention of non-communicable diseases will be the best approach for the healthy execution of primary health care services.

Keywords: Nutrition, health knowledge, attitudes, practice, medical education

KAYNAKLAR

1. Çetin G, Sarper F. Tıp fakültesi birinci ve son sınıfa devam eden öğrencilerin beslenme bilgi ve alışkanlıkları üzerine bir araştırma. 21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum 2013;2(6):84-104.

2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013-2017.

3. Vicentini A, Liberatore L, Mastrocola D. Functional foods: trends and development of the global market. Ital J Food Sci 2016;28(2):338-51.

4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'ye özgü besin ve beslenme rehberi. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015.

5. Pekcan G. Food and nutrition policies: what's being done in Turkey. Public Health Nutr 2006;9(1A):158-62.

6. Özçelik Ö, Sürücüoğlu MS. Tıp doktorlarının beslenme bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi 2000;29(1):11-6.

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

8. Calder PC. Nutrition, immunity and COVID-19. BMJ Nutr Prev Health 2020;3(1):74-92.

9. Baysal A. Beslenme. Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 2019:457-8.

10. Yücel B. Sağlık çalışanlarının beslenme alışkanları ve beslenme bilgi düzeylerinin incelenmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü; 2015.

11. Alphan E. Hastalıklarda beslenme tedavisi. Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 2013:204-6.

12. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam. 1. baskı. Ankara: Klasmat Matbaacılık. 2008:21-2.

13. Baysal A. Sağlıklı beslenme: Uzmanların önerisi tüketicinin algılaması. Beslenme ve Diyet Dergisi 1998;27(2):1-4.

14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye beslenme rehberi 2015. 2. baskı. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019.

15. World Health Organization. Basıc documents. 49th ed. Geneva: World Health Organızation, 2020.

16. Kara F, Öztürk İ. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin karşılaştırmalı analizi (Benchmarking): Türkiye ve İspanya örneği. Batı Karadeniz Tıp Dergisi 2021;5(1):19-26.

17. Kart R. Sağlık çalışanlarının diyetisyenlere yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı; 2018.

18. Aslan Ş, Sünbül F, Güzel Ş. Mültecilerin Kilis sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi. JOHMAL 2018;1:48-58.

19. Altındağ Ö, Yıldız A. Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi 2020;10(1):157-84.

20. Tekingündüz S, Top M, Tengilimoğlu D, Karabulut E. Effect of organisational trust, job satisfaction, individual variables on the organisational commitment in healthcare services. Total Qual Manag Bus 2017;28(5-6):522-41

21. Akman E, Kopuz K. Katastrofik sağlık harcamalarında koruyucu sağlık hizmetlerinin rolü. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi 2021;1:1-14.

22. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı eylem planı 2015-2020. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015.

23. Avcı K, Çizmeci Şenel F. Sağlık hizmetleri akreditasyonu: faydası, önemi ve etkisi nedir?. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;4(2):221-34.

24. Tüzün HE, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yasam kalitesi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2003;11(2):3-7.

25. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;1(2):1-5.

26. World Health Organization. Integrated management of cardiovascular risk, cardiovascular disease programme. Geneva: World Health Organization, 2002.

27. Firth J, Ward PB, Stubbs B. Lifestyle psychiatry. Front psychiatry. 2019;10:597.

28. Peçanha T, Goessler KF, Roschel H, Gualano B. Social isolation during the COVID-19 pandemic can increase physical inactivity and the global burden of cardiovascular disease. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2020;318(6):1441-6.

29. Onat A, Keles İ, Çetinkaya A, Basar Ö, Yıldırım B, Erer B, Ceyhan K, Eryonucu B, Sansoy V. On yıllık TEKHARF çalısması verilerine göre Türk erişkinlerinde koroner kökenli ölüm ve olayların prevalansı. Türkiye Klinikleri Dergisi 2001;29(1):8-19.

30. Cao Q, Zhao H, Yao J, Liang Y. Anxiety and sleep quality in Chinese persons with a substance use disorder: a moderated mediation model of rumination and mindfulness. Curr Psychol 2021;40(6):2715-24.

31. Adriaanse MA, de Ridder DT, Evers C. Emotional eating: eating when emotional or emotional about eating?. Psychol Health 2011;26(1):23-39.

32. Rodríguez-Martín BC, Meule A. Food craving: new contributions on its assessment, moderators, and consequences. Front Psychol 2015;6:21.

33. Akdağ R. Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011), 2012 [Internet]. (Erişim tarihi: 14.06.2022) https://www.saglik.gov.tr/TR,11662/saglik-bakanligi-turkiye-saglikta-donusum-programi-degerlendirme-raporu-2003-2011.html

34. Sur Ünal Ü, Çifçili SS. Yaşlılıkta beslenme. Tamer İ (Editör). Aile Hekimliğinde Her Yönüyle Beslenme. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. s.31-6.

35- Yaşar Arıkan Z. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları: Dumlupınar Üniversitesi örneği (tez). Adana: Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Biyoloji Anabilim Dalı; 2015.

36. Dilber A, Dilber F. Koronavirüs (COVID-19) salgınının bireylerin beslenme alışkanlıkları üzerindeki etkisi: Karaman ili örneği. Journal of Tourism and Gastronomy Studies 2020;8(3):2144-62.

37. Çetin E. Yetişkin tüketicilerin besin tercihleri ve sağlıklı beslenmeye yönelik tutumları üzerine cinsiyet faktörünün etkisi (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 2007.

38. Branca F, Lartey A, Oenema S. Transforming the food system to fight non-communicable diseases. BMJ 2019;364:296.

39. American Diabetes Association. 5. lifestyle management: standards of medical care in diabetes-2019. Diabetes Care 2019;42 Suppl 1:46-60.

40. Khot U, Khot M, Bajzer C, Ellis S, Topol E. Prevalance of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. JAMA 2003;290(7):898-904.

41. Arıcı M, Çağlar Ş. Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar. Hacettepe Tıp Dergisi 2002;33(1):4-9.

42. Grubu E. Tuz tüketimi ve sağlık. Beslenme ve Diyet Dergisi 2016;44(3):194-5.

43 Türkiye'ye özgü besin ve beslenme rehberi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara; 2015.

44. Arıkan S, Perçinci NB. Karbonhidratların kronik hastalıklarla ilişkisi ve tıbbi beslenme tedavisindeki rolü. Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi 2021;2(2):36-50.

45. Bechthold A, Boeing H, Schwedhelm C. Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. Crit Rev Food Sci Nutr 2019;59(7):1071-90.

46. Harrison TR, Resnick WR, Thorn GW, Adams RD, Becson PB, Brounwald E, et al (Çev. Ed: Y Sağlıker). Harrison İç Hastalıkları Prensipleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. s.1386-92.

47. Mertens E, Markey O, Geleijnse JM, Lovegrove JA , Givens DI. Adherence to a healthy diet in relation to cardiovascular incidence and risk markers: evidence from the Caerphilly Prospective Study. Eur J Nutr 2018;57:1245-58.

48. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2014;7(2):98-108.

49. Ekim M. Hipertansiyon tedavisinde beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi. Bozok Tıp Dergisi 2018;8(2):80-5.

50. Sevil Ü, Bolsoy N. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(3):78-87.

51. Özçelik AÖ. Sağlık personelinin beslenme alışkanlıkları üzerinde bir araştırma. GIDA 2000;25(2).

52. Yardımcı H, Özçelik AÖ. Üniversite öğrencilerinin öğün düzenleri ve beslenme eğitiminin beslenme bilgisine etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi 2015;43(1):19-26.

53. Adams KM, Lindell KC, Kohlmeier M, Zeisel SH. Status of nutrition education in medical schools. Am J Clin Nutr 2006;83(4):941-4.

54. Zimmermann M, Kretchmer N. Isn't it time to teach nutrition to medical students?. Am J Clin Nutr 1993;58(6):828-9.

55. Winick M. Nutrition education in medical schools. Am J Clin Nutr 1993;58(6):825-7.

56. Weinsier RL, Boker JR, Morgan SL, Feldman EB, Moinuddin JF, Mamel JJ, et all. Cross-sectional study of nutrition knowledge and attitudes of medical students at three points in their medical training at 11 southeastern medical schools. Am J Clin Nutr 1988;48(1):1-6.

57. Avcu EÇ. Sağlıklı beslenme – neleri gözden kaçırıyoruz?. Klinik Tıp Bilimleri 2017;5(5): 31-4.

58. Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification. 2023 [Internet]. WHO. [cited 2022 June 16]. Available from: www.who.int/hrh/statistics/workforce_statistic

59. International standards for dietitians nutritionists. 2023 [Internet]. International Confederation Of Dietetic Associations (ICDA). [cited 2022 June 16]. Available from: http://www.İnternationaldietetics.Org/Downloads/International_DefinitionOfDietitian.Aspx

60. Pekcan AG. COVID-19 salgını: Diyetisyenlerin rolü ve rehberler. Beslenme ve Diyet Dergisi 2020;48(1):1-9.

61. Kutluay Merdol T. Danışman diyetisyen/beslenme ve diyet uzmanı olmanın dayanılmaz hafifliği. Beslenme ve Diyet Dergisi 2020;48(2):1-4.

62. Kutluay Merdol T, 30. yılımızda dünya diyetisyenliği. Beslenme ve Diyet Dergisi 1996;25(1):7-11.

63. Özer E. Diyabette tıbbi beslenme tedavisinin uygulanması ve diyetisyenin sorumlulukları. Beslenme ve Diyet Dergisi 2019;47(Özel Sayı):5-14.

64. Dietitians in Europe definition, profession and education. 2016 [Internet]. European Federation of the Associations of Dietitians. [cited 2022 June 18]. Available from: http://www.efad.org/media/1128/revised-definition-of-a-dietitian.pdf.

65. Position paper on the role of the dietitian in the management of obesity. 2011 [Internet]. European Federation of the Associations of Dietitians. [cited 2022 June 18]. Available from: http://efad.azurewebsites.net/media/1315/efad-position-paper-obesity-september-2011.pdf.

66. The role of European public health dietitians. 2021 [Internet]. European Federation of the Associations of Dietitians. [cited 2022 June 18]. Available from: https://www.efad.org/wp_content/uploads/2021/10/briefing_paper_on_role_of_european_ph_dietitian.pdf.

67. European academic and practitioner standards for dietetics. 2021 [Internet]. European Federation of the Associations of Dietitians. [cited 2022 June 18]. Available from: http://www.efad.org/reportsandpapers/12388/7/0/80.

68. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği. 2013 [Internet]. (Erişim tarihi: 20.06.2022) Resmi gazete tarihi: 25.01.2013 resmi gazete sayısı: 28539. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5.

69. WONCA global standards for postgraduate family medicine education. 2013 [Internet]. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (WONCA) Working Party on Education (WWPE). [cited 2022 June 20]. Available from: http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf.

70. Europe WONCA. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe; 2002.

71 Ünlüoğlu İ, Cebeci S, Konur M, Özdemir H, Özünal M, Sayalı E, ve ark. Aile hekimliği asistanlarının ve anabilim dallarının Türkiye'deki aile hekimliği uygulamaları ve uzmanlık eğitimleri ile ilgili düşünceleri. Ankara: TAHUD; 2008.

72. Politika Analizi Raporu: Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması. 2011 [Internet]. Hazine Müsteşarlığı. (Erişim tarihi:20.06.2022) https://docplayer.biz.tr/4079481-Politika-analizi-raporu-turkiye-de-aile-hekimligi-uygulamasi.html.

73. Tababet Uzmanlık Tüzüğü. 1973 [Internet]. (Erişim tarihi:21.06.2022) Resmi gazete tarihi: 18.04.1973 sayısı: 14511. https://srm.metu.edu.tr/tr/system/files/tababet-uzmanlik-tuzugu.pdf.

74 Yıkılkan H, Aypak C, Görpelioğlu S. Aile hekimliği Uzmanı olmak için öğrencilerin motivasyonları ve aile hekimi uzmanlarının iş doyumları: Literatür taraması. TJFMPC 2012;6(2):41.

75. Yardımcı Y, Akbıyık D, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye'de aile hekimliği uygulaması ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi. TJFMPC 2016;10(2):81-90.

76. Akdağ R, Aydın S, Buzgan T, Demirel H, Gündüz F. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ve temel sağlık hizmetleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2008.

77. Toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler yönetmeliği. 2015 [Internet]. (Erişim tarihi:21.06.2022) Resmi gazete tarihi: 05.02.2015 sayısı: 29258. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20507&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

78. Söyler S, Öztürk YE. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni bir uygulama: Sağlıklı hayat merkezlerinde hizmet sunumu, yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri. JEBPIR 2021;7(2):403-18.

79. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(2):70-8.

80. Gül AI, Özdemir T, Borekci E. Health anxiety levels in patients admitted to internal medicine outpatient clinic for several times. J Clin Anal Med 2016;7(4):437-9.

81. Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003. 2003 [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı. (Erişim tarihi:22.06.2022) http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html

82. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA. Williams LT. Effectiveness of dietetic consultations in primary health care: A systematic review of randomized controlled trials. J Acad Nutr Diet 2017;117(12):1942-62.

83. Wynn K, Trudeau JD, Taunton K, Gowans M, Scottan I. Nutrition in primary care: Current practices, attitudes, and barriers. Can Fam Physician 2010;56(3):109-16.

84. Nicholas LG, Pond CD, Roberts DCK. Dietitian–general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. Am J Clin Nutr 2003;77(4):1039-42.

85. Owen FK, Çelik ND. Yaşam boyu sağlıklı yaşam ve iyilik hali. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2018;10(4):440-53.

86. Corbin CB, Lindsey R, Welk G, Corbin WR. Concepts of fitness and wellness: A comprehensive lifestyle approach. Boston: McGraw-Hill; 2000. p.544.

87. Çekal N. Orta yaşlı ve yaşlı bireylerin beslenme bilgi düzeyleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008;1(1):14-28.

88. Shafer L, Gillespie A, Wilkins J. Position of the American Dietetic Association: Nutrition education for the public. J Am Diet Assoc 1996;96(11):1183-7.

89. World Health Organization. Primary health care: Report of the international conference on primary health care. Alma-Ata: World Health Organization, 6-12 1978.

90. Macinko J, Starfield B,Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. Health Serv Res 2003;38(3):831-65.

91. Powell KP, Chrıstıanson CA, Cogswell WA, Dave G, Verma A, Eubanks Shenrıch VC. Educational needs of primary care physicians regarding direct-to-consumer genetic testing. J Genet Couns 2012;21:469-78.

92. Ray S, Rajput-Ray M, Ball L, Crowley J, Laur C, Roy S, et al. Confidence and attitudes of doctors and dietitians towards nutrition care and nutrition advocacy for hospital patients in Kolkata, India. J Biomed Educ 2015;5:1-6.

93. Ulusoy H, Moroğlu TD. Hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. Pamukkale Tıp Dergisi 2009;2(2):55-61.

94. Ho ASL, Soh NL, Walter G, Touyz S. Comparison of nutrition knowledge among health professionals, patients with eating disorders and the general population. Nutr Diet 2011;68(4):267-72.

95. Bosi ATB, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). Appetite 2007;49(3):661-6.

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(2):337-43.

97. Basu M, Dhar G, Datta S, Chattopaddhyay S, Bagchi S, Pal R. Pattern and determinants of overweight and obesity among future physicians. Nepal J Epidemiology 2014;4(1):323-9.

98. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yıllığı 2012. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık; 2012. s.42s

99. Hamurcu P, Taş D. Sağlık çalışanlarında yeme farkındalığı düzeyinin belirlenmesi: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi örneği. Batı Karadeniz Tıp Dergisi 2022;6(1):96-105.

100. Ledingham IM, Harden RM. Twelve tips for setting up a clinical skills training facility. Med Teach 1998;20(6):503-8.

101. Üner S, Özvarış ŞB, Turan S, Arıöz U, Odabaşı O, Elçin M, ve ark. Ankara'da birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu hekimlerin birinci basamakta sunulan hizmetlere ilişkin özdeğerlendirmeleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2005;36:233-8.

102. Yarış F, Topbaş M, Çan G. Karadeniz Teknik Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. OMU Tıp Dergisi 2001;18(4):233-41.

103. Köksal S, Vehid S, Tunçkale A, Cerçel A, Erginöz E, Kaypmaz A, ve ark. The attitude of students of Cerrahpaşa School of Medicine on medical education and post graduated situation. Cerrahpaşa J Med 1999;30(4):251-8.

104. Özçelik AÖ., Sürücüoğlu MS. Survey on the nutrition knowledge level of Turkish physicians: Ankara as a sample. Pak J Nutr 2007;6(6):538-42.

105. Mazıcıoğlu M, Öztürk A. Üniversite 3. ve 4. sınıf öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2003;25(4):172-8.

106. 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(3):336-43.

107. Kızıltan G. Başkent üniversitesi yiyecek içecek işletmeciliği programına kayıtlı öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi ve beslenme durumuna beslenme eğitiminin etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi 2000;29(2):34-41.

108. Coppoolse HL, Seidell JC, Dijkstra SC. Impact of nutrition education on nutritional knowledge and intentions towards nutritional counselling in Dutch medical students: an intervention study. BMJ Open 2020;10(4):e034377.

109. Canpolat ES. Hastanemiz sağlık çalışanlarının aile hekimliğiyle ilgili bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin incelenmesi (tez). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2017.

110. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; 2010.

111. Korkmaz S. Hastanelerde doktor, hemşire ve ebelerin motivasyonunu etkileyen faktörler: bir uygulama (tez). Mersin: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; 2008.

112. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. Lancet 2015;385(9986):2521-33.

113. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N. Healthy lifestyle and family medicine. TJFMPC 2012;6(1):13-21.

114. Aşık Z, Çakmak T. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda obezite ve metabolik sendrom değerlendirmesi. TJTFP 2016;7(4):94-102.

115. Fallah F, Pourabbas A, Delpisheh A, Veisani Y, Shadnoush M. Effects of nutrition education on levels of nutritional awareness of pregnant women in Western Iran. Int J Endocrinol Metab 2013;11(3):175-8.

116. Carlos S, Rico-Campà A, de la Fuente-Arrillaga C, Echavarri M, Fernandez-Montero A, Gea A, et al. Do healthy doctors deliver better messages of health promotion to their patients?: Data from the SUN cohort study. Eur J Public Health 2020;30(3):438-44.

117. IDF Diabetes Atlas, 9th ed. 2019 [Internet]. International Diabetes Federation. [cited 2022 July 24]. Available from: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf

118. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. Ankara; 2020.

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

120. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Ankara; 2019.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hekimlerin mezuniyet sonrası çalışma süresi ortalaması.....20

Tablo 2. Hekimlerin ihtisas öncesi çalıştıkları kurumlara göre dağılımları (s=67).....21

Tablo 3. Hekimlerin beslenme eğitimine ilişkin durumlarının dağılımı……..……....21

Tablo 4. Hekimlerin diyetisyen ile çalışma deneyimlerine ilişkin dağılımları.....22

Tablo 5. Hekimlerin diyetisyen eğitimine ilişkin bilgilerinin dağılımı.....22

Tablo 6. Hekimlere göre diyetisyenin görev alması gereken kurumların dağılımı……...23

Tablo 7. Hekimlerin ekibinde diyetisyeni tercih nedeni öncelik dağılımı.....23

Tablo 8. Hekimlerin kendi kayıtlı nüfusuna düzenli aralıklarla beslenme eğitimi verilmesini istemeleri ile diyetisyene yönlendirdikleri hastalıkların karşılaştırılması.....24

Tablo 8. "Devam" Hekimlerin kendi kayıtlı nüfusuna düzenli aralıklarla beslenme eğitimi verilmesini istemeleri ile diyetisyene yönlendirdikleri hastalıkların karşılaştırılması.....25

Tablo 9. Hekimlere göre diyetisyen dışında beslenme eğitimi verilebilmesine ilişkin görüşlerinin dağılımı.....33

Tablo 10. Diyet kelimesinin hekimlerde yarattığı ilk altı çağrışımın dağılımı.....26

Tablo 11. Hekimlerin hastalarını beslenme konusunda bilgilendirme yeterlilik durumunun değerlendirilmesi.....27

Tablo 12. Hekimlerin genel beslenme ve tıbbi beslenme bilgi durumları.....28

Tablo 12. “Devam” Hekimlerin genel beslenme ve tıbbi beslenme bilgi durumları.....29

Tablo 13. Hekimlerin bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt oranları……..……29

Tablo 13. “Devam” Hekimlerin bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt oranları….……30

Tablo 14. Hekimlerin kendilerine göre hastalarına bireysel sağlıklı beslenme önerileri verebilme yeterlilikleri ile diyet kelimesinin çağrışımlarının karşılaştırması……...……31

Tablo 15. Hekimlerin tıbbi tedavide beslenme etkisine ilişkin tutum ve davranışları.....32

Tablo 15. “Devam” Hekimlerin tıbbi tedavide beslenme etkisine ilişkin tutum ve davranışları……33

Tablo 16. Toplam doğru sayısı ile bağımsız kategorik değişkenlerin karşılaştırılması.....34

Tablo 16. “Devam” Toplam doğru sayısı ile bağımsız kategorik değişkenlerin karşılaştırılması…….35

Tablo 16. “Devam” Toplam doğru sayısı ile bağımsız kategorik değişkenlerin karşılaştırılması…….36

Tablo 17. Toplam doğru sayısı ile bağımsız kategorik değişkenlerin karşılaştırılması.....36

ÖZGEÇMİŞ

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümünü başarıyla tamamlayarak 2016 yılında mezun oldum. 2020 yılında yüksek lisans eğitimime Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nda başladım.

EKLER

EK-1

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

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022/23	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi Doktorlarının Beslenme ve Diyetisyenlere İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Saptanması	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Aydan ERCAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:03/13		Tarih:14.02.2022
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Aydan ERCAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Gizem YAVUZ MESTANOĞLU'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 ödenilmediği koşullarda ve seri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına oyçoğunluğu ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgeci, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Adı/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi 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. Biyoistatistik A.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. Samaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi 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. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. 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	
Dr. Öğr. Üyesi Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇAHAKÇI Üye		T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye		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		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK-2

T.Ü TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ DOKTORLARININ BESLENME VE DİYETİSYENLERE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu anket Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı bitirme tezi kapsamında "Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Doktorlarının Beslenme ve Diyetisyenlere İlişkin Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Saptanması " amacıyla hazırlanmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup soruların tamamına samimi cevaplar vermeniz beklenmektedir. Yanıtlarınız çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır, başka kurum veya üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim. Dyt. Gizem YAVUZ MESTANOĞLU

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Cinsiyet: □Kadın □ Erkek

Yaş:

Boy uzunluğunuz (m):.....

Vücut Ağırlığınız (kg) :.....

5) Medeni Durumunuz: □ Evli □ Bekar □Diğer

6) Bitirdiğiniz tıp fakültesi ve mezuniyet yılınız :……

7) Bu kurumdaki çalışma süresi (ay ve yıl olarak) : …….

8) Rotasyon eğitimini tamamladığınız anabilim dalları:……..

…….

9)Daha önce çalıştığınız kurumları yazınız. (ASM/TSM,acil,112,başka bölüm asistanlığı gibi)……

10) Çalışma ortamınızdan genel olarak memnun musunuz?

□ Kesinlikle Hayır □ Hayır □Kararsızım □ Evet □ Kesinlikle Evet

11) a) Mesleki eğitiminiz süresince beslenme eğitimi/dersi aldınız mı?

□Almadım □Aldım* (Süre……...)

b) Aldı iseniz* dersi veren öğretim elemanının alanı :……..

c) Bu eğitim/dersin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

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

12) Beslenme eğitimi/dersi hekimlerin mesleki eğitimleri arasında yer almalı mıdır?

□ Hayır □ Evet □Kararsızım □Fikrim yok

13) Beslenme ile ilgili olarak aşağıdaki seçeneklerden size en fazla uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

☐ İlgilenmiyorum ☐ Beslenme alanına ilgim var ☐ Diyetetik Alanına ilgim var ☐ Hiç düşünmedim

14) Aşağıdaki seçeneklerden hangisi "Diyetisyen" unvanı alabilmek için gerekli eğitim süresidir?

☐ 2 yıl ön lisans ☐ Sağlık eğitimi üzerine 2 yıl eğitim ☐ 6 aylık özel kurs

☐ Lisans ☐ Lisans diploması üzerine 6 ay kurs ☐ 1 yıllık devlet kursu

15) Aşağıdaki kurumlardan hangilerinde diyetisyen görev **almalıdır**?(daire içine alınız, birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐☐Yataklı Tedavi Kurumları ☐☐Sağlıklı Yaşam Merkezleri ☐☐İl Sağlık Müdürlüğü

☐☐ Eğitim Kurumları ☐☐1. Basamak Sağlık Kuruluşları ☐☐Toplu Beslenme Hizmeti Sunan Kurumlar

16) a)Diyetisyen dışında sağlık çalışanlarının beslenme programları yapmasını, beslenme ve diyet önerileri vermesini uygun buluyor musunuz?

☐ Kesinlikle hayır □Hayır □Fikrim yok □ Evet □ Kesinlikle Evet

b) *Evet, ise Kimler? Yazınız……

c) Diyetisyen dışında sağlık çalışanı olmayan birinin beslenme programları yapmasını, beslenme ve diyet önerileri vermesini uygun buluyor musunuz?

□ Kesinlikle hayır □Hayır □Fikrim yok □ Evet □ Kesinlikle Evet

d) *Evet, ise Kimler? Yazınız……

17) a) Daha önce bir diyetisyenle birlikte çalıştınız mı?

□ Hayır □ Evet

b)Evet, ise hangi ortamda?

□ Öğrenci iken □ Daha önceki işimde □ Uzmanlık eğitim sırasında

c)Çalıştı iseniz bu deneyiminizi hasta faydası açısından nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok iyi □ İyi □ Orta □ Kötü □ Çok kötü

18) Sağlık ekibi ve ekip üyelerinin sahip olması gereken özelliklerini size göre önemlilik derecesine göre işaretleyiniz.
(1 – hiç önemsiz 2- önemsiz 3 – ne önemli ne önemsiz 4- önemli 5- çok önemli)

ÖZELLİKLER ↓ ÖNEMLİLİK→	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Hastanın tanıdan şifaya kadarki tüm sürecinde ekip üyeleri arasında bilgi akışı sağlanmalıdır.					
Tüm ekip üyelerinin desteklediği dikkatli kararlar verebilmelidir					
Ekip üyeleri arasında saygı ve güven olmalıdır.					
Ekip üyeleri anlaşmazlıkları yapıcı bir şekilde ifade edebilmelidir.					
Sağlık ekibinde tedavi süresince sorumluluk sadece hekime ait olmalıdır.					
Ekip üyeleri ekip amacını açıkça anlayabilmeli / amaç birliği olmalıdır.					
Tedavi/Takip sürecinde ekip üyeleri görüş/fikirlerini direk uygulayabilmelidir.					
Her sağlık ekibinin bir lideri olmalıdır.					

19) a) Aile Sağlığı Merkezleri ekip çalışmasında kimler olmalıdır (önem sırasına göre belirtiniz)?
□Hekim □ Hemşire □ Ebe
□Fizyoterapist □ Diyetisyen □ Acil tıp teknisyeni
□Diş Hekimi □ Tıbbı sekreter □Psikolog
□Sosyal hizmetler uzmanı □ Odyolog □ Diğer…….
b) Toplum Sağlığı Merkezleri ekip çalışmasında kimler olmalıdır (önem sırasına göre belirtiniz)?
□Hekim □ Hemşire □ Ebe
□Fizyoterapist □ Diyetisyen □ Acil tıp teknisyeni
□Diş Hekimi □ Tıbbı sekreter □Psikolog
□Sosyal hizmetler uzmanı □ Odyolog □ Diğer…….

20) Ekibinizde yer alacak diyetisyenin sizin için en önemli özellikleri nelerdir?3 tanesini önem sırasına göre işaretleyiniz.
□ Cinsiyeti □ Zayıflayan bir kişinin tavsiye etmesi
□ Eğitimi □Ücreti
□ Medyada yer alması □ Tanıdığım biri olması
□ Muayenehanesinin olması □ Fiziksel görünümü
□ Hastanede çalışması □Hekim arkadaşımın önerisi
□ Beslenme konusunda kitap yazmış olması □ Diğer

21) Diyet kelimesinin size ne ifade ettiğini işaretleyiniz. (önem sırası belirtilerek, birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

	Hastalık		Mutsuzluk		Zorunluluk		Ölçülü yemek
	Sağlık		Salata		Gereklilik		Tartı
	Aç kalmak		Beden algısı		Çeşitlilik		
	Zayıflama		Lezzet		Engel	Diğer…….	

22) Diyetisyenin çalışma ilkelerini göz önüne alarak aşağıdaki ifadeler için size en uygun seçeneği işaretleyiniz.
1. Kesinlikle Katılmıyorum **2.** Katılmıyorum **3.**Kararsızım **4.** Katılıyorum **5.** Kesinlikle katılmıyorum

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Hastalık aynı olsa da her hastanın diyeti kendine özeldir.					
Uygun beslenme desteği ile tıbbi tedavinin seyrini olumlu yönde değiştirir.					
Bulaşıcı olmayan kronik hastalarda yaşam tarzını düzeltmeden sadece medikal tedavi yeterlidir.					
Birinci basamak sağlık hizmetinde önleyici bir strateji olarak her hastanın beslenme öyküsü alınmalı ve değerlendirilmelidir.					
Medikal tedavi, tıbbi beslenme tedavi programına uygun olarak diyetisyen tarafından hazırlanmalıdır.					
Beslenme değerlendirmesi ve danışmanlık, tanı ve tedavi sürecinde olduğu gibi, her takip randevusunda tekrarlanmalıdır.					
Aile hekimi muayene ettiği **tüm** hastalarda beslenmenin **önemini** vurgulamalıdır.					
Aile sağlığı merkezinde her hastanın boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi ölçümleri kaydedilmeli ve izlenmelidir.					
Birinci basamakta beslenme danışmanlığı hastaların yaşam biçimini değiştirmede etkilidir.					
Hekim tıbbi tedavi planını hekim dışında hiçbir sağlık çalışını ile paylaşmamalıdır.					
Diyetisyene yönlendirilen her hastanın tıbbi bilgileri de yazılı olarak iletilmelidir.					
Daha sağlıklı bir yaşam tarzına doğru bir değişiklik, yaşamın her döneminde önemlidir.					
Aile hekimleri ile diyetisyenler arasında mesleki amaçları gerçekleştirme konusunda uyumlu bir iş birliği					

olmalıdır.					
Sadece kronik hastalık tanısı almış hastalar diyetisyene yönlendirilmelidir.					
Aile hekimlerinin kendisine bağlı nüfusta beslenmeye bağlı bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) riski olanları saptayarak kayıt altına alması beslenmeye bağlı bulaşıcı olmayan haslaıkların toplum üzerindeki yükünün belirlenmesi ve önlenmesinde büyük öneme sahiptir.					
Hekim tarafından gerçekleştirilen fizik muayene hastanın beslenme durumunun saptanmasında çok önemli bilgiler vermektedir.					
Sağlık hizmetlerinde tıbbi bilgi ve fikir iletişimi sadece hekimden hekime yapılmalıdır					
Beslenme durumunun saptanmasında sadece kan parametrelerine bakmak yeterlidir.					
Her aile sağlığı merkezinde en az bir tane diyetisyen yarı zamanlı/tam zamanlı görev almalıdır.					
Aile hekimi diyetisyen arasındaki bilgi akışı hastanın tedaviden faydasını olumlu yönde etkiler.					
Aile hekiminin bazı hastalıklar için uygulatabileceği önceden hazırlanmış beslenme listelerine sahip olması gerekmektedir.					
Diyetisyen hastaların beslenme sorunları ile ilgilenir ve çözüm yolu bulur .					
Diyetisyenler, hastalara diyetlerini uygulamaları için baskı uygularlar.					
Diyetisyenler hastaların beslenmeyle ilişkili tüm sorularını doğru biçimde cevaplayabilecek donanım ve bilgiye sahip olmalıdır.					
Diyetisyenler sadece obezite tedavisinde yetkindirler.					
Diyetisyenlik yalnızca kadınlara özgü bir meslektir.					
Diyetisyenler her zaman sağlıklı beslenirler.					
Bir Aile hekimi olarak çalıştığım merkezde hastalara beslenme danışmanlığı yapmak benim için zaman kaybıdır.					
Hastalığa özel diyet programı hazırlamak Aile hekimi olarak benim çalışma alanım dışındadır.					
Aile hekimi olarak, tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı beslenme ve diyet eğitimi almaları için diyetisyene yönlendiririm.					
Aile hekimi olarak tanı almış ve tedavisi planlanmış hastayı yönlendirebileceğim diyetisyenlere nasıl ulaşabileceğimi biliyorum.					
Kayıtlı nüfusuma düzenli aralıklarla bir beslenme eğitimi verilmesini isterim.					

23) Hastalarınızı beslenme konusunda bilgilendirebilme durumunuzu puanlayınız.
(1 çok yetersiz/ 2 / 3 / 4 / 5 çok yeterli)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Bireye özgü sağlıklı beslenme önerileri verebilme					
Öğün Planlamasında sağlıklı Tabak Modeli, besin grupları ve boyutlarının örneklerini bilme ve anlatabilme					
Fiziksel Aktivite önerileri verebilme					
Sağlık ve yaş durumlarına uygun sıvı tüketimi önerileri verebilme					
Orta derecede alkol tüketiminin tanımını yapabilme					
Besinler ile hiperlipidemi /hiperkolesterolemi ilişkisini açıklayabilme					
Yaşlı hastalarda beslenme riskini saptayabilme					
Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) günlük beslenme önerilerini aktarabilme					
Vitamin ve mineral gereksinimlerini değerlendirebilme					
Moda diyetler (detox, atkins, kan grubu, glisemik indeks vb.) ile ilgili doğru bilgiler verebilme					
özel diyet (vejetaryen, glutensiz, laktozsuz vb) önerileri yapabilme					
Kronik hastalıklarda, hastanın tıbbi beslenme tedavisini planlayabilme					
Gebelik ve laktasyon dönemi ile ilgili genel beslenme bilgisi verebilme					
Hastalarımın günlük enerji ve beslenme gereksinimlerine göre diyet önerileri yapabilme					
Beslenme için mevcut kılavuzları uygulayabilme					
Hastaları diyetle ilgili sorular sormaya teşvik edebilme					

24) Aşağıdaki durumlardan hangisi veya hangileri varlığında hastayı diyetisyene yönlendirirsiniz işaretleyiniz.

BKİ ≥25		Diare/ishal	
Ek gıdaya geçiş dönemi		Konstipasyon / kabızlık	
Beslenme konusunda fazla soru sorduğunda		Laktasyon dönemi	
Hastanın beklenmedik ağırlık kaybında		Gebelik	
BKİ<18		Hipertansiyon	
Gestasyonel diyabet		Böbrek hastalıkları	
Oral alımı yetersizliği		Besin alerjiler	

Yutma güçlüğü		Besin intoleransları	
Hiperlipidemi		Kalp hastalığı	
Yeme bozuklukları (Anoreksia Nervosa/ Bulumia Nervosa)		İnsülin direnci	
Kemoterapi tedavisine bağlı malnutrisyon durumunda		Karaciğer hastalığı	
Diabetüs Mellitus		Gastrit	
Demir eksikliği anemisinde		Reflü (GÖR)	
Diğer (açıklayınız)		Ülser	

Genel Beslenme ve Tıbbi beslenme bilgisi

Bu bölümde yer alan cümlelerle ilgili size en yakın durumun olduğu kutuyu işaretleyiniz.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
Yetersiz ve dengesiz beslenmenin en çarpıcı örneği obezitedir.			
Yalnızca yetersiz besin tüketimi değil besinlerin satın alınmasından tüketimine kadar olan süreçteki yanlış uygulamalar yetersiz besin ögeleri alımına sebep olur.			
Yağlar, yağda çözünen vitaminlerin kullanımı ve bazı hormonların yapımı için gerekli olduğundan fazla tüketilmesinde sakınca yoktur.			
Meyve suyu, meyvenin kendisinden daha faydalıdır.			
Çölyak hastaları canı çektiğinde az miktarda fırın simidi tüketebilir.			
Günlük önerilen 28 gr dan fazla posa alınması sakınca yaratmaz.			
Günlük diyette tüketilen yağ çeşidi, tüketilen yağ miktarı kadar önemlidir.			
Tahıllar ve kuru baklagiller önemli E vitamini kaynağıdır.			
Normal BKİ aralığı 18.5-24.9 kg/m2 dir.			
Birinci Basamak sağlık kuruluşunda fazla kilolu olmayan ve fazla kilo öyküsü bulunmayan bireyler ağırlık kazanımı açısından her iki yılda bir taranmalıdır.			
5-18 yaş çocuklarda WHO-MGRS büyüme eğrilerine göre 15. - 85. persentil arası normal kabul edilen aralıktır.			
DSÖ tarafından önerilen 1 bardak /gün alkol tüketimi için her alkollü içeceğin kendi kullanım bardağı ölçüsünü ifade edilmektedir.			
Sağlıklı bir gebelik için, gebelik boyunca normal ağırlık kazanımını toplam 4-8 kg arası kabul edilir.			
Düşük karbonhidrat alımı ürik asit düzeyini yükselterek ketozise neden olur.			
BKİ≥25 olan bireyler in kan değerleri normal ise sağlıklı kabul edilirler.			

1) Vejetaryen bireyler için hangi besin ögesinin eksikliğinden endişe duyulmaz?
   ☐ Kalsiyum ☐ C vitamini ☐ Demir ☐ Protein
2) Glisemik İndeks nedir?
   ☐ Besinlerde bulunan basit karbonhidrat miktarı. ☐ Kanda insülin-glikoz oranı.
   ☐ Besinin kan şekerini yükseltme hızı. ☐ Besinin tüketiminden sonra kan insülin düzeyi.
3) Hangi besinin fazla tüketimi vücuttan kalsiyum atımını arttırır?
   ☐ Et ☐ Çay ☐ Yeşil yapraklı sebzeler ☐ Turuncu meyveler
4) B12 vitamininin en zengin kaynağı aşağıdakilerden hangisidir?
   ☐ Tam Tahıllar ☐ Süt ürünleri ☐ Kırmızı et ☐ Kurubaklagiller
5) Hipoglisemi durumunda ağızdan basit şeker verilip tekrar ölçüm yapıldıktan sonra kan şekeri 70 mg ve üzerinde, klinik belirtiler azalmış ise hangisi verilmelidir?
   ☐ 1 bardak süt ☐ Sade poğaça
   ☐ 1 porsiyon taze meyve ☐ 2 adet kuru incir
6) Hipertansiyonu durdurmaya yönelik diyet yaklaşımlarının (DASH, AKDENİZ), orta derecede hipertansif hastalarda kan basıncı seviyelerini düşürdüğü klinik olarak gösterilmiştir. Aşağıdakilerden hangisi hipertansiyon hastalarına önerilmez?
   ☐ Diyetle sodyum alımını azaltmak
   ☐ Diyette lif alımını azaltmak
   ☐ Az yağlı süt ve süt ürünlerini tercih etmek
   ☐ Alkol kullanımını ılımlı tüketim ile sınırlandırmak
7) Tip 2 DM hastalarının kesinlikle tüketmemesi gereken yiyecekler aşağıdakilerden hangisidir?
   I.Kuru fasulye **II.** Yoğurtlu ıspanak **III.** Üzüm **IV.** Bulgur **V**. Patates
   ☐ Hepsi ☐ Hiçbirisi ☐ III, IV, V ☐ Yalnız III
8) DSÖ'ye göre günlük tüketimi önerilen ortalama sebze ve meyve miktarı aşağıdaki seçeneklerden hangisidir?
   ☐ 8-9 porsiyon ☐ 6-7 porsiyon
   ☐ 3-5 porsiyon ☐ 1-2 porsiyon
9) 5 gram tuz tüketen bir kişi ne kadar Na almış olur?
   ☐ 0,4 g ☐ 1g ☐ 2g ☐ 3 g
10) Çocukların beslenme durumunun değerlendirilmesinde aşağıdaki ölçütlerden hangileri kullanılır? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

□ Yaşa göre vücut ağırlığı □ Yaşa göre boy uzunluğu
□ Boya göre ağırlık □ Yaşa göre baş çevresi

11) Akut gastroenterit tedavisi alan bir hasta aşağıdaki besinlerden hangisini tüketmemelidir?
□ Mercimek Çorba □ Kabuksuz şeftali
□ Haşlanmış Yumurta □ Ayran

12) Pika sendromu için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
□ Yeme bozukluğu
□ Demir yetersizliğinin belirtisi
□ Kalsiyum yetersizliği
□ Sadece gebelikte görülür.

13) Aşağıdakilerden hangisi GE-SOL açılımıdır?
□ Glikoz SOLüsyonu □ Gastro-Enterit SOLüsyonu
□ Galaktoz- Elektrolit SOLüsyonu □ Glikoz Elektrolit SOLüsyonu

14) Aşağıdaki ekmek türlerinden hangisinin tüketiminde çinko, bakır, demir minerallerinin emilimleri daha kolaydır?
□ Yufka ekmeği □ Bazlama
□ Mısır ekmeği □ Mayalı tam buğday ekmeği

15) Aşağıdakilerden hangisi B12 vitamininin yetersizliğinde görülen bozukluklardandır?
□ Mide ağrısı □ Kas güçsüzlüğü
□ Deride yaralar □ Pernisiyöz anemi

16) Aşağıdaki besinlerin hangisinin 100 gramındaki früktoz miktarı en fazladır ?
□ Üzüm □ Bal
□ Şeftali □ Elma

17) Diş eti kanamaları aşağıdakileden hangisinde görülür?
□ Yetersiz D vitamini alımı
□ Yetersiz C vitamini alımı
□ Yetersiz Riboflavin alımı
□ Demir yetersizliği

18) Aşağıdakilerden hangisi metabolik sendromun tanı kriterlerinden değildir?
□ Bel çevresi: erkeklerde > 94 cm, kadınlarda> 80 cm
□ Açlık kan şekeri seviyesinin ≥ 110 mg/dL olması
□ Kan kolesterol seviyesinin < 200 mg/dL olması
□ Kan HDL kolesterol seviyesinin erkeklerde < 40 mg/dL, kadınlarda < 50 mg/dL olması

19) Fiziksel muayenede karşılaşılan tırnaklarda beyaz lekeler veya tırnakların yukarı kıvrılması (kaşık tırnak) hangi mineral yetersizliği için dikkat çekicidir?
□ Kalsiyum □ Demir
□ Fosfor □ Çinko

20) Hangi suda çözünen vitamin fazla alındığında toksisitesi görülebilir?
□ Pridoksin (B6) □ C vitamini
□ Kobalamin (B12) □ Tiamin (B1)

21) Obez bireylerde komorbiditeyi azaltmak önerilen vücut ağırlığı kaybı hangisidir?
□10 kg ağırlık kaybı □% 10 ağırlık kaybı
□İdeal vücut ağırlığı □BKİ < 25 kadar ağırlık kaybı

22) Geriatrik bir hastalık tablosu olan sarkopeni aşağıdakilerden hangisi olarak tanımlanır?
□ BKİ < 24 □ Kas kuvveti kaybı ve yağsız vücut ağırlığı azalması
□ B12 vitamini düşüklüğü □ Yemek kokusundan şikayet

23) Kan glikozunu yükselmesinde hangisi daha etkilidir?
□Kumpir □Kıymalı patates temeği
□Patates salatası □Patatesli gözleme

24) Besin alerjisi ataklarının önlenmesi için aşağıdakilerden hangisi yapılmalıdır ?
□ Antihistaminik kullanımı
□Besin pişirme yönteminde değişiklik
□Pişmiş tüketime yönelme
□Eliminasyon diyeti

25) Gebeliğin hangi aşamasında demir desteği gerekmektedir?
□Anne yeterince ağırlık kazanamadığında
□Gestasyonel DM tanısı aldığında
□Kan Htc değeri düştüğünde
□3. trimesterde