



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ ÇOCUK HASTALARA
YÖNELİK AÇIK VE ÖRTÜK
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Saadet Sevde KURTAY

Antalya,2025



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ ÇOCUK HASTALARA
YÖNELİK AÇIK VE ÖRTÜK
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Saadet Sevde KURTAY

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya,2025

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, meslek etiğine özeni ve özverili çalışması ile bize örnek olan, hekimliğin sadece hasta muayene etmek olmadığını öğreten, tecrübeleriyle yolumu aydınlatan değerli hocalarım Prof. Dr. Melahat Akdeniz'e ve tez sürecimde ve uzmanlık eğitimimde bilgi ve tecrübeleriyle desteklerini esirgemeyen, değerli hocam, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin Avcı'ya, tez sürecim boyunca katkılarından dolayı Doç. Dr. Mehmet Özen'e, Doç. Dr. Remziye Eke'ye, sağlık bilimleri fakültesinden Doç. Dr. Dilek Kocabaş'a, Tıp Tarihi ve Etik AD'dan Doç. Dr. Mustafa Levent Özgönül'e, tıp fakültesi eğitimimde iyi hekim olmam için bende emeği olan Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki tüm hocalarıma,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda birlikte çalıştığım hekim arkadaşlarıma, Anabilim Dalında çalışma arkadaşlarım Mine Kocagöz ve Arzu Aydemir'e ve ek olarak çalıştığım ortamda uzmanlığım sürecinde her türlü maddi ve manevi desteğini esirgemeyen Emine Çiğdem Toktaş'a ve Hacer Gültekin'e,

Her daim yanımda olan, tıp eğitimim boyunca desteklerini hep hissettiğim, her kararında destekçim olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem Fatma Kurtay'a, babam Mustafa Kurtay'a,

En içten duygularımla teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Aile Hekimliğinin Tanımı ve Kapsamı.....	3
2.1.1.Çekirdek Yeterlilikler ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri	4
2.1.2.Aile Hekimlerinin Çocuk Hastalara Yönelik Rolü	7
2.2.Tutum Kavramı	8
2.2.1.Tutumun Oluşum Süreci ve Etkileyen Faktörler	9
2.2.2.Sağlık Hizmetlerinde Tutumun Önemi	10
2.3.Açık Tutumlar	12
2.3.1.Ölçüm Tasarımına İlişkin İlkeler	14
2.4.Örtük Tutumlar	15
2.4.1.Örtük Tutum Ölçüm Yaklaşımları	15
2.4.2.ÖÇT'nin Yapısı, Uygulama ve Puanlama	16
2.5.Açık–Örtük Tutum Arası İlişki	17
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	18
3.1.Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	18
3.2.Veritoplama Süreci.....	19
3.3.Verilerin Analizi	22
3.3.1.Açık Tutum Anketinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri	22
4.BULGULAR.....	26

4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	26
4.2.Açık Tutum Anket verileri ve Örtük Çağrışım Testi.....	29
4.3.Sosyodemografik Veriler ile ÖÇT-D skoru ve Açık Tutum Testi İlişkisi	38
4.4.ÖÇT-D skoru ve Açık Tutum Testi İlişkisi	42
5.TARTIŞMA	43
6.SONUÇLAR.....	53
7.ÖZET.....	55
8.ABSTRACT.....	56
9.KAYNAKLAR.....	57
10.EKLER	68

SİMGELER VE KISALTMALAR

WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
Örn.	Örneğin
ÖÇT	Örtük Çağrışım Testi
IAT	Implicit Association Test
GNAT	Go/No-Go Association Task
AMP	Affect Misattribution Procedure
AHU	Aile Hekimliği Uzmanlığı
SAHU	Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı
AÜTF	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
AEAH	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
AŞH	Antalya Şehir Hastanesi
ORT	Ortalama
SS	Standart sapma
Min	Minimum
Maks	Maksimum

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1 WONCA ağacı.....	5
Şekil 3.1 ÖÇT’de kullanılan pediatrik ve erişkin hastaya dair görseller	20
Şekil 4.1 Katılımcıların cinsiyet ve medeni durumu.....	26
Şekil 4.2 Katılımcıların çocuk sayısı	26
Şekil 4.3 Katılımcıların çalıştığı kurum	27
Şekil 4.4 Katılımcıların kadroları ve rotasyon durumları	28
Şekil 4.5 Açık tutum anketinin 1. İfadesine yanıtların dağılımı	30
Şekil 4.6 Açık tutum anketinin 2. İfadesine yanıtların dağılımı	31
Şekil 4.7 Açık tutum anketinin 3. İfadesine yanıtların dağılımı	31
Şekil 4.8 Açık tutum anketinin 4. İfadesine yanıtların dağılımı	32
Şekil 4.9 Açık tutum anketinin 5. İfadesine yanıtların dağılımı	32
Şekil 4.10 Açık tutum anketinin 6. İfadesine yanıtların dağılımı.....	33
Şekil 4.11 Açık tutum anketinin 7. İfadesine yanıtların dağılımı.....	34
Şekil 4.12 Açık tutum anketinin 8. İfadesine yanıtların dağılımı.....	35
Şekil 4.13 Açık tutum anketinin 9. ifadesine yanıtların dağılımı.....	35

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1 ÖÇT’de kullanılan kelimeler	20
Çizelge 3.2 D skor aralıklarının (D) örtük tutum gücü	21
Çizelge 3.3 AFA varimax faktör yükleri ve DFA standardize faktör yükleri	25
Çizelge 4.1 Katılımcıların sosyodemografik ve eğitim verileri n=150.....	29
Çizelge 4.2 Açık tutum anketi skorları	37
Çizelge 4.3 Katılımcıların ÖÇT-D skorları ve tutum düzeyleri.....	37
Çizelge 4.4 Sosyodemografik veriler, ÖÇT-D skoru ve açık tutum testi ilişkisi ..	38
Çizelge 4.5 Sosyodemografik veriler, açık tutum faktör puanları ilişkisi.....	39
Çizelge 4.6 Diğer sosyodemografik veriler, ÖÇT-D ve açık tutum testi ilişkisi ..	41
Çizelge 4.7 ÖÇT-D skoru ve Açık Tutum Testi skorları arasındaki ilişki.....	42

1. GİRİŞ

Aile hekimliği; cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum veya hastalık ayrımı gözetmeksizin tüm bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlayan, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve palyatif hizmetleri kapsayan bir tıp disiplini (1). Birinci basamakta görev yapan aile hekimleri, hastalarla ilk temas noktasında yer alır, kişiye özgü sağlık bakımını koordine eder ve gerektiğinde diğer uzmanlık alanlarıyla iş birliği içinde çalışır. Dünya Aile Hekimliği Örgütü (WONCA) tarafından tanımlanan altı çekirdek yeterlilik alanı (birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün sorun çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum odaklı yaklaşım ve bütüncül yaklaşım) aile hekimliği uygulamalarının temelini oluşturur (2).

Çocuk sağlığı, aile hekimliği hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlam çocuk izlemleri, aşılama, tarama programları, erken tanı ve tedavi, aile hekimliği pratiğinde merkezi öneme sahiptir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülke nüfusunun yaklaşık dörtte birini çocuklar oluşturmaktadır (3). Bu nedenle, aile hekimlerinin doğumdan itibaren çocukların sağlıklı gelişimini desteklemesi, olası sağlık sorunlarını erken fark etmesi ve gerekli yönlendirmeleri yapması kritik bir halk sağlığı görevidir. Ancak çeşitli nedenlerle —pandemi koşulları, sosyoekonomik engeller, coğrafî erişim sorunları— sağlam çocuk izlem oranlarında düşüş yaşanabilmektedir (4).

Aile hekimlerinin çocuk hastalara yaklaşımında mesleki bilgi kadar, bireysel tutumlar da hizmet kalitesini etkileyebilmektedir. Tutum; duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenlerin etkileşimiyle oluşur ve hem bilinçli hem de bilinçdışı düzeyde ortaya çıkabilir. Açık tutumlar, bireyin farkında olduğu, değerlendirme süzgecinden geçirerek ifade ettiği tutumlardır. Ancak sosyal beğenirlik eğilimi, değerlendirilme kaygısı veya öz-sansür gibi faktörler nedeniyle, açık tutum her zaman gerçek eğilimleri yansıtmayabilir. Örtük tutumlar ise bilinçli kontrolün dışında, otomatik olarak ortaya çıkan eğilimlerdir ve birey farkında olmasa bile davranışlarını etkileyebilir (5)

Açık ve örtük tutum arasındaki fark, özellikle hassas konular veya sosyal normlarla ilişkili alanlarda belirginleşir. Çocuk hastalara yönelik hizmette de benzer bir durum söz konusu olabilir. Bir hekim, açıkça çocuklara eşit ve olumlu yaklaşım sergilediğini ifade etse bile, örtük düzeydeki önyargı veya farklılaşan tepkiler, hasta-hekim ilişkisini ve sağlık hizmetinin kalitesini etkileyebilir. Bu nedenle her iki tutumun birlikte değerlendirilmesi, olası tutarsızlıkların ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi açısından önemlidir (6–8).

Örtük tutumları ölçmede en yaygın kullanılan araçlardan biri, Örtük Çağrışım Testi (ÖÇT)'dir. ÖÇT, katılımcının kelime veya görselleri olumlu/olumsuz çağrışımlarla eşleştirme hızını ölçerek, iki kavram arasındaki otomatik ilişki gücünü ortaya koymaktadır (9,10). Açık ölçümler ise öz-bildirim esaslı ölçeklerle yapılır. Her iki yöntemin bir arada kullanılması, bireyin hem bilinçli hem de bilinçdışı düzeydeki tutumlarının bütüncül değerlendirilmesini sağlamaktadır (11,12).

Bu çalışma, Antalya ilinde üç farklı kurumda görev yapan aile hekimliği asistanlarının çocuk hastalara yönelik açık ve örtük tutumlarını incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışmada, çocuk hasta deneyimi olan gönüllülerde hem öz-bildirim ölçekleriyle açık tutumlar hem de ÖÇT ile örtük tutumlar değerlendirilecek; elde edilen bulgular, demografik değişkenler ve mesleki deneyimle ilişkilendirilecektir. Böylece aile hekimliği asistanlarının çocuk hastalara yaklaşımındaki bilinçli ve bilinçdışı eğilimler ortaya konularak, eğitim ve hizmet planlamasında kullanılabilecek kanıta dayalı veriler sağlanması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Kapsamı

Aile hekimliği, bireylerin yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kültürel farklılık veya sağlık durumu gözetilmeksizin kapsamlı, sürekli ve koordineli sağlık hizmetine erişimini sağlayan bir tıp disiplini. 2023 yılı WONCA Europe tanımına göre, hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakım süreçlerini birinci basamakta, kişi merkezli ve toplum odaklı yaklaşımla yürüten, tüm yaş gruplarına hizmet veren bir uzmanlıktır (2).

Aile hekimleri, sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturur. Bu konum, bireylere kolay ulaşılabilir, sürekli ve bütüncül bakım sunulmasını sağlar. Hizmetler, biyopsiko-sosyal model çerçevesinde planlanır; bireyin sağlık durumu yalnızca biyolojik değil, sosyal, psikolojik ve çevresel bağlamda da değerlendirilir. Birinci basamakta görev yapan aile hekimleri, akut ve kronik hastalıkların yönetimi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, tarama programları, aşılamalar ve hasta eğitimi gibi geniş bir hizmet yelpazesi sunar. Gerektiğinde diğer tıp disiplinleri ile koordinasyon sağlayarak sevk zincirini yönetir ve hastasının savunucusu olurlar (2).

Türkiye’de aile hekimliği uzmanlığı, Tıpta Uzmanlık Sınavı’nda başarılı olan hekimlerin tıp fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dallarında veya eğitim ve araştırma hastanelerinde yürütülen üç yıllık uzmanlık programını tamamlamalarıyla kazanılır. Uzmanlık eğitimi süresince pediatri, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, psikiyatri gibi farklı alanlarda yapılan rotasyonlar, aile hekiminin her yaş grubuna yönelik kapsamlı sağlık hizmeti sunma yetkinliğini güçlendirir (13).

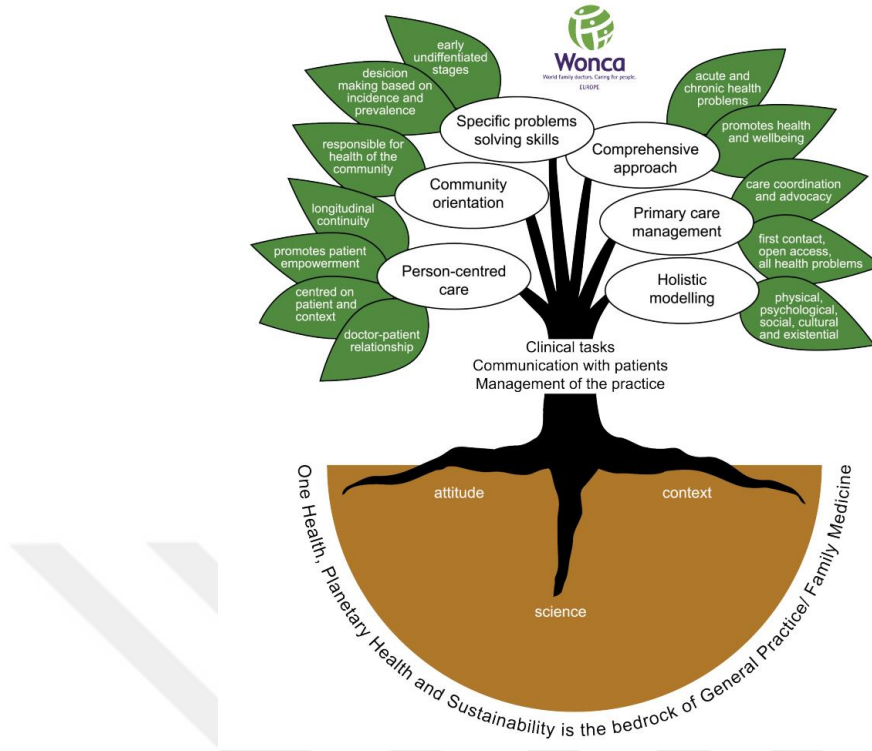
Dünya genelinde aile hekimliği, nüfus sağlığı göstergelerinin iyileştirilmesinde belirleyici bir unsur olarak kabul edilmektedir. Örneğin 2015 yılında yapılan bir çalışmada Belçika’da aile hekimi başına düşen hasta sayısı 600

civarındayken Türkiye’de bu sayı ortalama 3500’dür. Çoğu Avrupa ülkesinde 1600 ve üzerinde olmadığına genel uygulamaların daha sürdürülebilir olduğu belirtilmiştir (14) Bu durum günlük hasta yükünü yükseltmekte ve özellikle çocuklar gibi özel ilgi gerektiren gruplara ayrılacak zamanı kısıtlayabilmektedir.

2.1.1. Çekirdek Yeterlilikler ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Aile hekimliği, uluslararası düzeyde tanımlanmış ve kabul görmüş çekirdek yeterlilikler çerçevesinde uygulanır. WONCA Europe tarafından güncellenen 2023 tanımına göre bu çekirdek yeterlilikler (Şekil 2.1) aile hekiminin her yaş grubuna, her sağlık durumuna ve her yaşam evresine etkin hizmet sunabilmesi için gerekli bilgi, beceri ve tutumların bütününe ifade eder. Yeterlilikler altı ana başlık altında toplanır:

1. Birinci Basamak Yönetimi,
2. Kişi Merkezli Bakım,
3. Özgün Sorun Çözme Becerileri,
4. Kapsamlı Yaklaşım,
5. Toplum Yönelimli Yaklaşım,
6. Bütüncül Yaklaşım Modeli (2).



Şekil 2.1 WONCA ağacı

Kaynak: *The European Definition of General Practice / Family medicine Wonca Europe 2023 Edition.*

Birinci Basamak Yönetimi, aile hekiminin sağlık sistemiyle ilk temas noktasında hastayı değerlendirme, tanı koyma, tedavi başlatma, takip ve gerektiğinde sevk etme sorumluluğunu tanımlar. Çocuk sağlığı bağlamında bu yeterlilik şunları kapsamaktadır:

1. Koruyucu sağlık hizmetleri (yenidoğan döneminden itibaren çocukların büyüme-gelişme takibinin düzenli yapılması, aşı takviminin eksiksiz uygulanması ve takibi, beslenme danışmalığı, kazalardan korunma eğitimi)
2. Erken tanı ve tarama programları (yenidoğan taramaları, işitme taraması, görme taraması, psikomotor gelişim değerlendirmeleri gibi)
3. Hastalık yönetimi
4. İzlem, takip (sağlam çocuk izlemi, okul çağı çocuklarının izlemi, ergen izlemi)
5. Aile ve çocuk eğitimi

Kısaca doğumdan ergenlik dönemine kadar çocuğun sağlıklı büyümesini ve gelişimini güvence altına almak için koruyucu, tedavi edici, takip edici ve gerektiğinde sevk edici hizmetlerin tümünü kapsar.

Kişi Merkezli Bakım, aile hekiminin yalnızca hastalığı değil, hastayı merkeze alan, güven ilişkisine dayalı ve ortak karar verme sürecini destekleyen bir bakım anlayışıdır. Çocuk hastalarda bu yeterlilik, hekim-aile-çocuk üçgeninde sağlıklı iletişim kurmayı, ailenin kültürel değerleri ve sosyoekonomik koşullarını dikkate almayı gerektirir. Özellikle gelişimsel değerlendirmeler, beslenme danışmanlığı ve psikososyal destek alanlarında bu yaklaşım öne çıkar.

Özgün Sorun Çözme Becerileri, aile hekiminin tanı (özellikle ayrışmamış hastalık ve tanıda insidans ve prevalansa dayalı karar verme) ve tedavi sürecinde, çocuk hastalıklarının yaşa özgü semptom ve bulgularını doğru değerlendirmesini içerir. Çocuk hastalar, fizyolojik ve patolojik süreçlerde yetişkinlerden farklı özellikler gösterdiğinden, bu beceri erken tanı, uygun tedavi ve komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Kapsamlı Yaklaşım, aile hekiminin akut ve kronik hastalıkların yönetimini eş zamanlı olarak yürütebilmesini ifade eder. Hem koruyucu sağlık hizmetlerinin (aşılama, tarama programları) hem de tedavi edici hizmetlerin (enfeksiyon yönetimi, kronik hastalık takibi) entegre şekilde sunulması anlamına gelir.

Toplum Yönelimli Yaklaşım, çocuk sağlığının yalnızca bireysel düzeyde değil, toplumsal bağlamda da ele alınmasını gerektirir. Aile hekimi, görev yaptığı bölgedeki çocuk sağlığına yönelik riskleri (beslenme yetersizlikleri, bulaşıcı hastalıklar, çevresel faktörler) tanımlayarak bu risklere karşı önleyici stratejiler geliştirir.

Bütüncül Yaklaşım Modeli, sağlık hizmetlerinde biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel boyutların tümünü göz önünde bulundurur. Çocuk sağlığı açısından bu model, aile içi ilişkiler, ebeveynlik biçimleri, okul ortamı ve çevresel koşullar gibi unsurları sağlık değerlendirmesinin bir parçası haline getirir.

Birinci basamakta çocuk sağlığı hizmetleri, yalnızca tıbbi bilgi ve beceri değil, aynı zamanda bu çekirdek yeterlilikler doğrultusunda şekillenen profesyonel tutum ve iletişim becerilerini de gerektirir.

2.1.2. Aile Hekimlerinin Çocuk Hastalara Yönelik Rolü

Türkiye’de aile hekimliği sistemi, 24 Kasım 2004’te kabul edilen ve 9 Aralık 2004’te Resmî Gazete ’de yayımlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile hukuki çerçevesi belirlenmiş (15); 2005’ten itibaren pilot illerde uygulanmaya başlanmış ve 2010 yılı sonunda ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır (16). Bu sistemde aile hekimleri, yaş ve cinsiyet ayrımı yapmaksızın kayıtlı nüfusun tümüne sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde çocuk sağlığı hizmetleri; doğumdan itibaren büyüme-gelişme izlemleri, bağışıklama, beslenme danışmanlığı, gelişimsel taramalar ve çocuk hastalıklarının tanı-tedavisi şeklinde tanımlanmıştır (17).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2024 verilerine göre ülke nüfusunun %26’sı 0–17 yaş grubundadır (3). Bu oran, Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamasının belirgin şekilde üzerindedir (18). Yüksek çocuk nüfus oranı, aile hekimlerinin hizmet önceliklerinde pediatrik izlemleri öne çıkarmaktadır. Aile hekimleri, yenidoğan döneminden itibaren her çocuk için periyodik sağlık kontrolleri yaparlar, yaşa uygun aşılama programını uygularlar, olası riskleri erken saptarlar ve gerektiğinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirirler.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde aile hekimleri çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonunda, acil pediatri, sosyal pediatri ve çocukluk hastalıkları konularında deneyim edinirler. Bu eğitim süreci, çocuk hastalıklarının klinik yönetimi, aşılama programları, büyüme-gelişme değerlendirmeleri, beslenme sorunlarının yönetimi ve çocuk istismarı–ihmalinin tanınması gibi alanlarda yetkinlik kazandırır. Aile hekimleri, çocuk sağlığı hizmetlerinde koruyucu sağlık uygulamalarının birincil sorumlusudur. Sağlam çocuk izlemleri, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, kronik hastalıkların erken tanısı, gelişimsel geriliklerin tespiti ve ailelere sağlık eğitimi verilmesi bu sorumlulukların temel bileşenlerini oluşturur. Ayrıca, çocuk istismarı veya ihmali şüphesi durumunda gerekli hukuki ve idari süreçleri başlatma yükümlülüğü bulunmaktadır. Türkiye’de birinci basamak düzeyinde sunulan çocuk sağlığı hizmetlerinin etkinliği, aile hekimlerinin bilgi, beceri ve tutumları ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, çocuk

hastalara yönelik hizmetlerin kalitesini artırmaya yönelik stratejilerde aile hekimlerinin eğitim programlarının güçlendirilmesi, hizmet yükünün dengelenmesi ve izlem sürelerinin iyileştirilmesi temel unsurlar olarak görülmektedir (13,17).

2.2. Tutum Kavramı

Tutum, bireyin bir “psikolojik nesne”ye (kişi, grup, durum, kavram) yönelik değerlendirmesini yansıtan eğilim olup duygu (affekt), biliş (inanç/düşünce) ve davranışsal eğilim boyutlarından oluşur. Klasik tanımlarda tutum; belirli bir nesneye ilişkin olumlu–olumsuz değerlendirme yapma eğilimi (bilişsel içerik ve şema), bu değerlendirmeye eşlik eden duygulanımlar (duygusal bileşen) ve o nesneye yaklaşma–kaçınma gibi davranışsal hazırlıkla (eğilim) birlikte açıklanır (19,20) Sosyal psikolojide tutumun doğrudan gözlenemeyen, fakat davranıştan ve öz-bildirimden çıkarılan bir yapı olduğu; dolayısıyla ölçümde birden fazla yöntemin (öz-bildirim/ölçekler, performans-temelli görevler, fizyolojik göstergeler) birlikte düşünülmesi gerektiği vurgulanmaktadır (21–23)

- Bilişsel bileşen: Nesneye ilişkin inançlar, imgeler ve çıkarımlar. Örn. “Aile hekimleri büyüme–gelişme izlemlerinde kritik rol oynar” gibi şematik bilgi (24).
- Duygusal bileşen: Nesneye yönelik hisler/duygulanım. Örn. “Çocuk istismarı şüphesiyle karşılaşınca yoğun kaygı ve koruma isteği” (25).
- Davranışsal eğilim: Yaklaşma–kaçınma ve eylem hazır oluşu. Örn. “Gelişimsel gecikme şüphesinde tarama ölçeği uygulama ve yönlendirme” (23).

Ayrı ayrı tanımlansa da bu üç boyut pratikte iç içedir. Bir aile hekiminin çocuk hastaya ilişkin şematik bilgisi (biliş), çocuk ve ebeveynle kurduğu iletişimdeki duygu tonu (affekt) ve seçtiği klinik–toplumsal eylemler (davranış) aynı tutumsal sistemin parçalarıdır. Literatür, bu bileşenler arası uyumsuzlukların (örn. olumlu açık beyan, olumsuz davranışsal eğilim) sosyal istenirlik, farkındalık sınırları veya durumsal baskı ile ilişkili olabildiğini göstermektedir (26).

Tarihçe açısından tutum kavramı, erken sosyal psikoloji dönemlerinde “zihinsel hazır oluş” (attitude as a mental set) ve “değerlendirme eğilimi” ekseninde tanımlanmış; 20. yüzyıl ortalarından itibaren çok boyutlu (biliş–duygu–davranış) modele evrilmiştir. Bu evrim, ölçüm yaklaşımlarına da yansımış; tek kanallı öz-bildirimlerden, çok yöntemli ve çok alanlı değerlendirmelere geçişi hızlandırmıştır (19).

2.2.1. Tutumun Oluşum Süreci ve Etkileyen Faktörler

Tutumlar, öğrenme süreçleri ve toplumsal deneyimlerin ürünü olarak şekillenir; açık (bilinçli) ve örtük (otomatik) düzeylerde birikim gösterir. Oluşumu açıklamada öne çıkan mekanizmalar:

- Erken yaşantılar ve deneyim birikimi: Çocukluk/ergenlik dönemindeki tekrar eden temaslar, bakıcı ilişkileri, sağlık sistemiyle karşılaşmalar ve rol modeller, ileride oluşacak otomatik eğilimlerin temelini atar. Erken dönemdeki duyuşsal deneyimler, örtük değerlendirmeleri güçle etkiler (27).
- Kültürel kalıpyargılar ve sosyal aktarım: Toplumsal normlar, mesleki alt kültürler ve medya temsilleri; bir gruba (örn. belli yaş grubu çocuklar, engellilik, ruhsal hastalık) yönelik şematik çağrışımları besler. Kalıpyargılar, açık beyanlar olumlu görünse bile örtük düzeyde kaçınma/olumsuz çağrışım üretebilir (28,29).
- Bilişsel uyum/ tutarlılık arayışı: Birey, değerleri ve benlik imgeleriyle uyumlu inanç–duygu–davranış örüntüsü kurma eğilimindedir. Çelişki durumlarında (ör. “her çocuğa eşit hizmet” değeri ile yoğun iş yükünde kısalan görüşme süreleri) tutumlarda savunucu yeniden değerlendirme veya otomatikleşmiş kestirme tepkiler (heuristics) görülebilir (30,31).
- Durumsal/örgütsel koşullar: İş yükü, süre baskısı, vaka zorluğu, multidisipliner destek ve geri bildirim kültürü; tutumların ifade biçimini (özellikle davranışsal eğilimi) etkiler. Süre kısıtı, otomatik–örtük tepkilerin davranışa yansıma olasılığını artırabilir (32).

Örneğin aile sağılığı merkezinde sık görülen “aşı reddi” temasları, bilişsel bileşende güçlü bir kanıta-dayalı şema oluştursa da duygusal bileşende gerilim, davranışsal bileşende iletişimde kısılma/kaçınma eğilimi üretebilir. Gelişimsel gecikme şüphesiyle gelen çocukta, ebeveynin sosyoekonomik güçlüklerine dair kültürel şemalar sevk kararının zamanlamasını ve danışmanlık kapsamını etkileyebilir (33,34).

Tarihsel çizgide, tutum oluşumunu tek kanal (bilişsel inançlar) üzerinden açıklayan yaklaşımlardan, duyuşsal öğrenme, örtük bellek ve otomatik çağrışım ağlarını içeren çoklu sistem modellerine geçiş olmuştur. Güncel kuramlar, açık ve örtük süreçlerin bağlantılı ama farklı bilişsel–nörobiyolojik sistemlere yaslandığını ve bu nedenle ölçümlerin farklı sonuçlar verebilmesini beklenir kılmaktadır (35).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Tutumun Önemi

Sağlık hizmetlerinde tutum; klinik karar, iletişim dili, hasta–hekim ilişkisi, sevk/zaman yönetimi ve hizmet kapsamını doğrudan etkilemektedir. Birinci basamakta çocuk sağılığı özelinde yaşa özgü semptomları yorumlarken şemalar (biliş) ve eşlik eden duygulanım, “izlem mi–hemen sevk mi” gibi karar eşiğini etkileyebilir. Otomatik kaçınma çağrışımları, zorlayıcı ailelerle iletişimde etkileşimi kısıltabilmektedir (36). Kayıtlı çocuk nüfusun yüksekliği ve süre baskısı; hekim tutumunu, izlem sıklığı, danışmanlığın derinliği ve aileye ayrılan zamanın dağılımı belirleyici hale gelebilmektedir (37). Açık beyanlarda nötr veya olumlu görünse bile, örtük düzeydeki çağrışımlar bazı alt gruplar (örn. göçmen çocuklar, kronik hastalığı olan çocuklar) için daha kısa görüşme, daha az girişim veya geciken yönlendirme gibi sonuçlar doğurabilmektedir (36,37).

Literatürde, açık ve örtük tutumların zayıf uyum gösterebildiği; profesyonellerin açık ölçekte daha olumlu, örtük ölçekte ise olumsuz yakın otomatik çağrışımlar sergileyebildiği raporlanmıştır (38). Ruh sağılığı alanında yapılan çalışmalarda profesyoneller ile öğrenciler arasında açık tutumlarda farklılıklar gözlenirken, örtük tutumların çoğu kez benzer seyrettiği; açık–örtük

korelasyonların düşük olduğu bildirilmiştir (39). Sağlık profesyonellerinin kendi mesleğine veya hasta gruplarına ilişkin tutumlarını inceleyen araştırmalarda da açık/örtük ayrışmalar ve örtük düzeyde olumsuzla yakın çağrışımalar dikkat çekmiştir (40). Yalnızca öz-bildirim ölçeklerine dayanmak, sosyal beğenirlik ve değerlendirilme kaygısı nedeniyle gerçek eğilime yaklaşmayı zorlaştırabilir. Bu nedenle sağlık alanında tutum araştırmalarında ikili yaklaşım (açık + örtük) önerilir; öz-bildirim ölçekleri ile birlikte performans-temelli görevlerin (tepki süresine dayalı testler gibi) kullanımı, tutum sisteminin hem bilinçli hem otomatik bileşenlerine erişim sağlamaktadır (38).

Çocuk sağlığı hizmetlerinde bu çift yönlü değerlendirme; iletişimde gerilim, belirli aile profillerine yaklaşım farklılıkları, tarama/izlem yoğunluğunda değişkenlik gibi pratik alanları görünür kılar. Birinci basamak eğitiminde, açık tutumları geliştiren bilgi-farkındalık programlarının yanına; örtük çağrışımaları hedefleyen yapılandırılmış temas, geri bildirim ve yansıtıcı uygulamaların eklenmesi, hizmet kalitesi ve eşitlik hedefleriyle uyumludur (41,42).

Çocuk hastalara yönelik sağlık hizmetleri, yetişkinlere kıyasla daha karmaşık ve çok boyutlu bir iletişim süreci gerektirir. Çocukluk dönemi hızlı biyolojik gelişimin yanı sıra bilişsel, duygusal ve sosyal becerilerin şekillendiği kritik bir evredir. Bu süreçte sağlık çalışanlarının tutumları yalnızca çocuğun tedaviye uyumunu değil, aynı zamanda uzun vadeli sağlık davranışlarını, hastane deneyimlerine ilişkin algısını ve sağlık sistemine olan güvenini de etkiler (43).

Çocuk hastalarla çalışan hekimlerin etkileşimleri yalnızca çocuk ile sınırlı kalmaz. Ebeveynler ve bakım verenler de iletişim sürecinin doğal aktörleri olarak devreye girer. Bu çoklu etkileşimde empati, sabır, saygı ve duyarlılık gibi açık tutumlar öne çıkar. Yapılan araştırmalar olumlu tutum sergileyen sağlık çalışanlarının çocuk hastaların kaygısını azalttığını, ebeveynlerin memnuniyetini artırdığını ve tedaviye uyumu kolaylaştırdığını göstermiştir (44,45).

Sağlık çalışanlarının farkında olmadan taşıdığı örtük tutumlar da çocuk hastalara yönelik davranışlarını şekillendirebilmektedir. Çocuk hastaların tedavi süreçlerini “zaman alıcı” veya “zorlayıcı” olarak algılayan hekimler farkında olmadan daha mesafeli veya sabırsız bir yaklaşım sergileyebilmektedir. Bu durum yoğun iş yükü, nöbet düzeni, tükenmişlik ya da mesleki deneyim eksikliği olan

ortamlarda daha belirgin hale gelir (46,47). Literatür, bilinçdışı önyargıların hasta memnuniyetini, tedaviye katılımı ve klinik sonuçları olumsuz etkileyebildiğini ortaya koymuştur (48,49).

2.3. Açık Tutumlar

Açık tutum, bireyin bir nesne/olay/gruba ilişkin bilinçli, sözel olarak ifade edilebilir değerlendirme eğilimidir. Üç boyut birlikte düşünülür: biliş (inanç/şema), duygu (affekt) ve davranışsal eğilim (yaklaşma–kaçınma hazırlığı). Ölçüm, doğrudan beyana dayandığı için birey ne düşündüğünü “bilerek” ve “seçerek” rapor eder (50–52). Açık tutum–davranış ilişkisini açıklamada sık kullanılan yaklaşımlar arasında planlı davranış çerçevesi (niyet aracılığı), MODE modeli (Motivation–Opportunity as Determinants; motivasyon ve fırsat koşulları altında otomatik–kontrollü tepkilerin ağırlık kazanması) ve meta-bilişsel modeller (tutum gücü, tutum metasının davranışa etkisi) yer alır. Açık ve örtük sistemlerin ilişkili ama ayrışabilir olduğu; aralarındaki ilişkinin bağlama, ölçüm türüne ve bireysel/motivas-yonel etmenlere göre değiştiği gösterilmiştir; literatür, iki sistem arasındaki korelasyonların çoğu zaman düşük–orta düzeydedir (38).

Aile hekimliği pratiğinde açık tutum, hekimlerin çocuk hastaya dair ifade edilebilir kanaatlerini (ör. “sağlam çocuk izlemi önceliklidir”, “gelişimsel tarama aksatılmamalı”), bu kanaatlere eşlik eden duyusal tonu (örn. koruma, kaygı, sabır), ve eylem eğilimini (örn. ölçek uygulama, yönlendirme, danışmanlık derinliği) kapsar. Açık tutumun olumlu ve tutum gücü yüksek olduğunda davranışa yansımaları beklenir; ancak örgütsel yük, süre baskısı ve vaka niteliği gibi fırsat değişkenleri bu yansımaları zayıflatabilir (53).

Açık tutumlar öz-bildirim temelli araçlarla ölçülür: Likert/semantik farklılık ölçekleri, senaryo/vinyet temelli formlar, yapılandırılmış anket ve görüşmeler (54). Uygulama kolaylığı, kapsamlı içerik geliştirme olanağı ve boyutsal analiz (örn. iletişim, mesleki sorumluluk, çocuk haklarına duyarlılık, öz-yeterlik) güçlü yanlarıdır. Ancak iki kritik sınırlılık öne çıkar;

- Sosyal beğenirlik ve değerlendirilme kaygısı: Katılımcılar ölçeğin amacını sezebilir ve “toplumsal olarak kabul gören” cevabı üretme eğilimi gösterebilirler; bu durum açık ölçümlerin iç geçerliliğini düşürür.
- İçgörü ve raporlama sınırları: Kişi farkında olmadığı veya ifade etmek istemediği eğilimleri açık beyanla yansıtamaz; bu nedenle hassas konularda açık tutumlar “olması beklenen”e, örtük tutumlar ise “otomatikleşmiş”e yakınsama gösterebilir (29,55).

Açık tutumların davranışı öngörmesi; motivasyon (önem, kişisel bağlılık) ve fırsat (zaman, bilişsel kaynak) varlığında güçlenir. Motivasyonun yüksek, fırsatın yeterli olduğu klinik temaslarda hekim beyanı ile klinik eylem yakınsama gösterebilir; ancak süre baskısı, yüksek hasta yoğunluğu ve belirsizliğin arttığı durumlarda otomatik süreçlerin ağırlığı artar, ayırışma büyür. Ölçekle beyan edilen olumlu açık tutumlara karşın, davranış düzeyinde kısalma, gecikme veya yönlendirme eğiliminin yükselmesi gibi örüntüler görülebilir (56,57).

Ruh sağlığı ve bağımlılık alanındaki çalışmalar, profesyonellerin açık beyanlarının görece olumlu olmasına rağmen klinik pratikte mesafe koyma, iletişimde sınırlama, yardım arayışına ket vurma gibi sonuçların raporlandığını göstermiştir; açık beyan ile gerçek etkileşim arasındaki bu fark, bakımın kalitesini ve hasta sonuçlarını etkiler. Sağlık çalışanlarının olumsuz açık tutumları, tedaviye istek ve doyumunu azaltabilmekte; iletişim ve terapötik ittifakı zayıflatabilmekte, bu da eğitim ve hizmet içi programlarda tutum hedefli içeriklerin gerekliliğine işaret etmektedir.

Aile hekimliğinde çocuk hastalara yönelik açık tutumların birden çok boyutu vardır.

- Klinik öncelik ve zaman ayırma: Sağlam çocuk izlemi, düzenli büyüme–gelişim takibi, yaşa özgü taramalar ve aşıların “yüksek öncelik” olarak görülmesi; görüşme süresinin planlanması, gerektiğinde izlem sıklaştırma (58),
- İletişim ve aile iş birliği: Ebeveynle ortak karar verme, anlaşılır dil ve güven inşası; risk iletişimi, beslenme ve gelişim danışmanlığında sabır ve açıklık (59),

- Çocuk hakları ve koruyucu sağlık: Çocuğun üstün yararı, istismar/ihmal belirtilerine duyarlılık, güvenli yönlendirme ve kayıt sürekliliğine değer atfetme (60),
- Öz-yeterlik ve profesyonel rol algısı: Yaşa özgü klinik farklılıkları yönetebilme inancı; tarama/ölçek uygulamaya ve gerektiğinde sevke isteklilik (61).

Bu boyutlarda yüksek ve tutarlı açık tutum puanları, aşı ve izlem tamlığı, gelişimsel sorunların erken yakalanması ve aile eğitiminin niteliğiyle ilişkili bulunabilir. Ancak yalnızca açık ölçümlere dayanmak, sosyal istenirlik ve örtük süreçler nedeniyle gerçek davranışa dair eksik bir tablo sunar; bu nedenle açık ölçümlerin, performans-temelli ölçümlerle (örn. hız/latans temelli görevler) birlikte kullanılması önerilmektedir (38,55).

2.3.1. Ölçüm Tasarımına İlişkin İlkeler

Açık tutum araçlarının içerik geçerliliği için hedef bağlam (çocuk hasta–birinci basamak) spesifik göstergeler gereklidir; iletişim, danışmanlık derinliği, izlem önceliği, yönlendirme eşiği gibi alanlar ayrı alt boyutlar olarak tanımlanmalıdır (62). Yanıt yanlılıklarını azaltmak üzere

- Nötr ifade ve denge: Olumlu/olumsuz ifadelerin dengesi, ters maddelerle onay eğiliminin (acquiescence) kontrolü,
- Vinyet kullanımı: Gerçekçi klinik senaryolarla niyet–eğilim tutarlılığının güçlendirilmesi,
- Gizlilik ve anonimlik vurgusu: Sosyal beğenirlik etkisini azaltmak için yöntemsel güvence ve talimatlar (52,54).

Açık–örtük ilişkisinin değerlendirilmesi için çok yöntemli tasarımlar (multi-trait multi-method; MTMM) önerilir; aynı yapının farklı yöntemlerle korelasyonları yakınsak geçerliliği, davranış göstergeleriyle ilişkiler ise yordayıcı geçerliliği destekler (63).

2.4. Örtük Tutumlar

Örtük tutum, bireyin bir nesne/olay/gruba ilişkin otomatik, hızlı, çoğu kez niyet dışı işleyen ve bilinçli denetimi sınırlı değerlendirme eğilimidir. Değerlendirme, uzun süreli bellekteki çağrışım ağlarının etkinleşmesiyle milisaniye düzeyinde ortaya çıkar; kişi bu eğilimin kaynağına ve ifade biçimine her zaman nüfuz edemez (64). Açık-örtük ayrımı, çift süreçli (dual-process) yaklaşımlarla açıklanır: kontrollü-yavaş süreçler (açık tutum) ile otomatik-hızlı süreçler (örtük tutum) ilişkili fakat ayrışabilir mekanizmalar olarak tanımlanır (65).

Açık tutumlar olumlu seyrederken örtük düzeyde nötr/olumsuz çağrışımların varlığını koruyabildiği, buna karşılık örtük olumlu çağrışımların açık beyana hemen yansımayabildiği sık rapor edilir. Bu ayrışma, özellikle sosyal açıdan duyarlı alanlarda belirgindir (66).

2.4.1. Örtük Tutum Ölçüm Yaklaşımları

Örtük ölçümler, tepki süresi ve performans temelli görevlerle, katılımcıya ölçüm amacını sezdirme riskini en aza indirgeyerek otomatik çağrışımları yakalar: Değerlendirici önceliklendirme (evaluative priming): Hedef uyaranın kısa süreli sunumunu izleyen olumlu/olumsuz kelimenin sınıflaması için geçen süre ölçülür (65).

Affect Misattribution Procedure (AMP): Kısa süre gösterilen hedef uyaranın duygusu, ardından sunulan belirsiz hedefe “bulaşır”; katılımcı ikinci uyaranın hoş/nahoş yargısını bildirir (65).

GNAT (Go/No-Go Association Task): Hedef ve nitelik kategorilerinin eşleştiği denemelerde “git”, eşleşmediğinde “dur” tepkileriyle ayırt edicilik ölçülür (67).

Örtük Çağrışım Testi (ÖÇT): Hedef kategoriler (ör. Çocuk vs. Yetişkin) ile nitelik kategorileri (ör. İyi vs. Kötü) eşleştirilir; uyumlu ve uyumsuz bloklardaki tepki süreleri ve hata oranları arasındaki farktan D-skoru hesaplanır (9).

2.4.2. ÖÇT'nin Yapısı, Uygulama ve Puanlama

Deney akışı: Klasik ÖÇT 7 bloktan oluşur. Hedef kategoriler (Çocuk/Yetişkin) ve nitelikler (İyi/Kötü) sol-sağ tuşlarla sınıflanır.

Blok 1–2: Tekil sınıflama (alıştırma); hedef ve nitelik kategorileri ayrı ayrı tanıtılır.

Blok 3–4 (Uyumlu): Örn. Çocuk + İyi aynı tuş; Yetişkin + Kötü karşı tuş.

Blok 5: Hedef kategorilerin tuş yerleri tersine çevrilir (alıştırma).

Blok 6–7 (Uyumsuz): Örn. Çocuk + Kötü aynı tuş; Yetişkin + İyi karşı tuş.

Uyaran seti: Her bir kategori için eşit sayıda ve ön test edilmiş görsel/kelime; kelime uzunluğu, sıklık ve görsel karmaşıklık dengesi; yaş, cinsiyet, etnisite gibi karıştırıcıların kontrolü gerekir.

Talimat ve geri bildirim: Doğruluk vurgusu korunurken hız teşvik edilir; hatalarda kısa görsel uyarı (örn. kırmızı “X”) ve hız-doğruluk dengesi öğretilir (9).

Veri temizleme ve D-skoru: Aşırı uç tepkiler (örn. <300 ms veya >10.000 ms) elenir; toplam hata oranı çok yüksek denekler çalışma dışı bırakılabilir (68). D-skoru, uyumsuz ve uyumlu blokların ortalama tepki süreleri farkının, deneme içi varyansa bölünmesiyle standartlaştırılır; hata denemeleri için ceza latansı eklenir (ör. doğru RT + 600 ms).

$D>0$: Uyumlu koşulda daha hızlı performans (örn. Çocuk–İyi çağrışımı Yetişkin–İyiden güçlü). $D<0$: Ters yön (9).

Sipariş etkisi: Uyumlu/uyumsuz blok sırası dengelenir.

Aşinalık/salıntı (salience) asimetrileri: Kategori salınımı ve uyarıcı tanınırlığı dengelenir; yanlılık riskine karşı eşdeğer frekans ve görsel–dilsel özellikler kullanılır (69).

Hız-doğruluk değiş tokuşu: Talimatta ve geri bildirimde dengelenir; yanlış yanıt cezaları uygulanır (70).

➤ SC-IAT ve diğer varyantlar

SC-IAT (Single-Category Implicit Association Test): Tek bir hedef kategoriye (örn. Çocuk) ilişkin olumlu/olumsuz çağrışımın gücünü ölçer; karşıt kategori seçiminin güç olduğu durumlarda tercih edilir (71,72).

BIAT (Brief IAT): Kısa uygulama süresiyle saha çalışmalarında zaman kısıtını hafifletir (73).

GNAT/AMP/Priming: IAT'ye göre farklı hata yapıları ve duyarlılık profilleri sunar; yakınsak geçerlilik için birden fazla yöntemin bir arada kullanılması önerilir (65,74,75).

2.5. Açık-Örtük Tutum Arası İlişki

Açık ve örtük tutumlar aynı yapının farklı yüzleri gibi düşünülebilir; aralarındaki korelasyon bağlama, ölçüm aracına ve bireysel/örgütsel koşullara göre değişir. Yakınsama olasılığı; güçlü kişisel önem atfı, düşük sosyal beğenirlik baskısı, yeterli süre ve bilişsel kaynak varlığında artar. Ayırışma olasılığı; süre baskısı, zorlayıcı vaka niteliği, belirsizlik, dikkat kısıtı, yüksek sosyal istenirlik ve “amaç sezme” durumlarında yükselir. Bu koşullarda davranış üzerinde otomatik süreçlerin ağırlığı artar. Bireysel özellikler: Yürütücü işlevler, bilişsel yansıtma eğilimi, motivasyon ve önyargıyı kontrol etme isteği ölçütleri, açık-örtük uyumun derecesini etkileyebilir (76).

Açık ölçüm-örtük ölçüm ilişkisine dair meta-analizler, bu iki yöntemin aynı yapıyı yalnızca kısmen paylaştığını; bağlamsal ve yöntemsel etmenlerin korelasyonu sınırladığını göstermiştir (ör. ÖÇT-öz-bildirim korelasyonları). Açık tutum puanları ile gerçek davranış arasındaki ayırışmanın, özellikle sosyal açıdan duyarlı alanlarda arttığı; katılımcıların niyet/düşünce düzeyindeki beyanlarının, davranış anındaki otomatik süreçler ile her zaman örtüşmediği vurgulanır (29,77).

Birinci basamak uygulamalarında süre kısıtı ve yüksek hasta yoğunluğu, davranış anında otomatik tepkilerin açığa çıkma olasılığını artırır; bu nedenle ikili ölçüm (açık + örtük) yaklaşımı, “ifade edilebilir kanaat” ile “hızlı/otomatik çağrışımın” birlikte değerlendirilmesini sağlayabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu tanımlayıcı, kesitsel çalışma; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak planlandı ve Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.03.2025 tarih ve TBAEK-317 sayılı kararı ile “çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığı” onayı alınarak gerçekleştirildi (Ek-1).

3.1. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya, Antalya ilinde üç farklı kurumda (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Şehir Hastanesi) görev yapan Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma görevlileri dahil edildi (n=150).

Katılımcıların çalışmaya alınma kriterleri;

- Aile Hekimliği araştırma görevlisi olmak,
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek.

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Katılımcının çalışmaya gönüllü olarak katılmak istememesi,
- ÖÇT uygulaması sırasında hız esasına dayalı ölçüm kuralı gereği, 10 saniyeden uzun süren deneme yanıtlarının tespit edilmesi.

Açık ve örtük tutum puanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson korelasyon testi esas alınarak güç analizi yapılmıştır. G*Power 3.1.9.7 programı ile yapılan analizde etki büyüklüğü 0,30, anlamlılık düzeyi 0,05 ve güç 0,95 olarak belirlenmiştir. Bu hesaplama göre minimum gerekli örneklem büyüklüğü 138 kişi bulunmuştur.

3.2. Veri Toplama Süreci

Çalışmanın amacı, kapsamı ve prosedürü gönüllülere detaylı şekilde açıklanmış; ardından bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı. Nicel veri toplama süreci üç aşamalıydı:

- Örtük Tutum Ölçümü (Örtük Çağrışım Testi):

Katılımcılara tek tek sessiz ve dikkat dağıtıcı unsurlardan arındırılmış bir görüşme odasına alınarak bireysel Bilgisayar Tabanlı Örtük Çağrışım Testi (ÖÇT) uygulanmıştır (10). Ölçüm, Inquisit 5 (Millisecond Software®) yazılımı aracılığıyla bireysel bilgisayarda standart koşullarda gerçekleştirilmiştir.

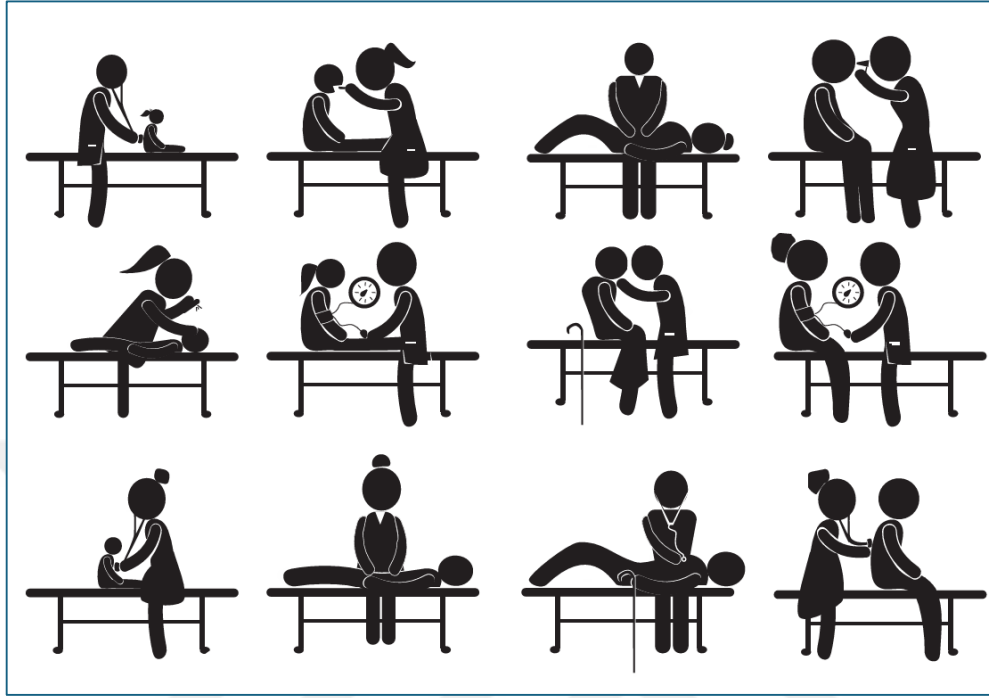
ÖÇT, katılımcıların “çocuk” ve “yetişkin” hedef kavramlarına yönelik olumlu veya olumsuz çağrışımalarını tepki süreleri üzerinden ölçmek üzere yapılandırılmıştır. Testte, “hedef kavramlar” (çocuk, yetişkin) ile “nitelik kategorileri” (olumlu, olumsuz) eşleştirilerek bloklar hâlinde sunulan görevler aracılığıyla otomatik tepkiler ölçülmüştür. Katılımcılardan belirlenen kategorilere ait görsel ve sözel uyaranlara, belirli tuşlarla hızlı ve doğru biçimde yanıt vermeleri istenmiştir.

Test 7 bloktan oluşmaktadır:

- **Blok 1 (alıştırma):** Hedef kavramlara (çocuk/yetişkin) ait görsellerin tanımlanması
- **Blok 2 (alıştırma):** Nitelik kategorilerine (olumlu/olumsuz sözcükler) ait tepkiler
- **Blok 3 ve 4 (birleşik bloklar):** Hedef kavram ve nitelik birlikte sunulur: örneğin “çocuk + olumlu” ve “yetişkin + olumsuz” aynı tuşa atanır
- **Blok 5:** Hedef kavramların tuş yerleşimleri değiştirilir
- **Blok 6 ve 7:** Yeni eşleşmeye göre “çocuk + olumsuz” ve “yetişkin + olumlu” kombinasyonları test edilir

Görsel materyaller, çocuk ve yetişkin bireyleri temsil eden yüz fotoğraflarından seçilmiş, cinsiyet dengesi ve kültürel uygunluk esas alınarak araştırma ekibinde yer alan üç öğretim görevlisi tarafından değerlendirilmiştir. Nitelik sözcükleri ise Türkçede geçerliliği bilinen olumlu ve olumsuz çağrışım

kelimeleri arasından seçilmiştir. Görsel materyaller grafiker tarafından özgün tasarlanmıştır. Kelime ve görseller Şekil 3.1 ve Çizelge 3.1’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1 ÖÇT’de kullanılan pediatrik ve erişkin hastaya dair görseller

Çizelge 3.1 ÖÇT’de kullanılan kelimeler

Kategori			
Olumlu		Olumsuz	
Muhteşem	Zevk	Üzücü	Korkunç
Mükemmel	Güzel	Acı verici	Ağrılı
Neşeli	Şanslı	Berbat	Fena
Sevimli	Harika	Aşağılayıcı	Çirkin

Test sırasında her bir eşleşme için tepki süresi (milisaniye cinsinden) ve doğruluk kaydedilmiştir. Aykırı değerleri önlemek amacıyla 300 ms’den kısa ve 10.000 ms’den uzun tepkiler analiz dışı bırakılmış, %10’dan fazla hata içeren oturumlar da geçersiz kabul edilmiştir.

Inquisit yazılımı sonucunda elde edilen ham veriler, Greenwald ve ark.(9) tarafından geliştirilen algoritmaya göre işlenerek D-skorlarına dönüştürülmüştür. Bu hesaplama, tutarsız eşleştirmelerle (örneğin çocuk + olumsuz) tutarlı eşleştirmeler (çocuk + olumlu) arasındaki ortalama tepki sürelerinin standart

sapma ile normalize edilmesiyle elde edilmektedir. Her bir katılımcının D-skoru, tepki süresine dayalı algoritmayla hesaplanır. Bu algoritma, tutarsız eşleşmelerle (çocuk + kötü) tutarlı eşleşmeler (çocuk + iyi) arasındaki tepki süresi farkını standart sapma ile normalize ederek bir örtük tutum değeri üretmektedir. D-skorları genellikle -1 ile +1 arasında değer alır. D skor aralıklarının mutlak değeri ($|D|$) olarak tanımlanması Çizelge 3.2’de gösterilmiştir (9). Çalışmamızdaki pozitif D-skorları çocuklara yönelik olumlu örtük tutumu, negatif D-skorları ise erişkinlere yönelik olumlu örtük tutumu göstermektedir.

Çizelge 3.2 D skor aralıklarının ($|D|$) örtük tutum gücü

$ D $ -Skor Aralığı	Örtük Tutum Gücü
$0,00 \leq D < 0,15$	Tercih yok ya da çok zayıf
$\pm 0,15 \leq D < 0,35$	Hafif (zayıf)
$\pm 0,35 \leq D < 0,65$	Orta düzeyde
$ D \geq 0,65$	Güçlü

- Açık Tutum Anketi

Açık tutumu değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen 9 maddelik, 5’li Likert tipi bir anket uygulanmıştır. Bu ankette, çocuk hastalara yönelik mesleki tutum, yeterlilik algısı, eğitimsel deneyim ve tercih davranışlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. Katılımcılar her maddeye “kesinlikle katılmıyorum=1” ile “kesinlikle katılıyorum=5” olmak üzere 1’den 5’e kadar puanlama yapmıştır. Toplam anket ve faktör analizine göre gruplanmış puan ortalamaları hesaplanmıştır. Daha yüksek skorlar çocuk hastalara yönelik daha olumlu açık tutumu göstermektedir.

- Sosyodemografik Bilgi Formu:

Son aşamada katılımcılara yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sağlığı rotasyonu deneyimi gibi bilgileri içeren sosyodemografik veri formu uygulanmıştır.

Verilerin gizliliği sağlanmış, her katılımcıya anonim bir sıra numarası verilerek tüm uygulamalar bu numara üzerinden yürütülmüştür. Tüm süreç boyunca gönüllülere müdahale edilmemiş, sadece talimat verilmiştir.

3.3.Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin analizi, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0 (Armonk, NY: IBM Corp.) ve R programlama dili (sürüm 4.5.1, R Core Team, 2025) lavaan paketi kullanılarak gerçekleştirildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi; ayrıca basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) katsayılarının ± 2 aralığında olması normal dağılım kriteri olarak kabul edildi.

Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, medyan ve minimum–maksimum değerleri ile sunuldu.

Açık tutum anketinde yorum yönü negatif olan ifadeler belirlenerek ters kodlanmıştır. Bu kapsamda, 1,2,4,5 ve 9 numaralı maddeler ters çevrilerek puanlamaya dahil edildi.

Açık tutum ölçeğinin kriter geçerliği kapsamında, anketten elde edilen iki alt faktör puanı ile örtük tutum D-skoru arasındaki ilişkiler değerlendirildi. Değişkenlerin dağılım özelliklerine bağlı olarak ilişki analizinde Pearson korelasyon katsayısı veya Spearman sıra korelasyon katsayısı kullanıldı.

Ayrık gruplar geçerliği kapsamında; katılımcıların cinsiyet, yaş gibi sosyodemografik değişkenlerine göre açık ve örtük tutum skorları karşılaştırıldı. Normal dağılım gösteren iki grup arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi, dağılımın normal olmadığı durumlarda ise Mann–Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Ki-kare testi, hücrelerde beklenen sıklıkların %20'sinden fazlasının 5'in altında olması durumunda ise Fisher's Exact Test tercih edildi.

Anlamlılık düzeyi tüm analizlerde $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Bulgular %95 güven aralığı ile raporlandı.

3.3.1. Açık Tutum Anketinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

Verilerin faktör analizine uygunluğunu belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçütü ve Bartlett küresellik testi uygulandı. Elde edilen KMO

değeri 0,805 olup örneklem yeterliliğinin iyi düzeyde olduğunu gösterdi. Bartlett testi anlamlıydı ($\chi^2=516,13$; $sd=66$; $p<0,001$).

Faktör yapısını incelemek amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis, EFA) gerçekleştirilmiştir. Analizde Extraction yöntemi olarak Principal Component Analysis (PCA), rotasyon yöntemi olarak Varimax (Kaiser Normalization ile) kullanılmıştır. Eigen değeri 1'in üzerinde olan bileşenler dikkate alınmış ve 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bu yapı Scree Plot grafiği ile de görsel olarak doğrulanmıştır. Toplam açıklanan varyans %56,29 olup; 1. faktör %33,97, 2. faktör %23,29 oranında varyansı açıklamaktadır. Rotasyon sonrası elde edilen faktör yükleri incelenmiş, 0,30'un altındaki yükler tablodan çıkarılmış ve maddeler en yüksek yüke sahip oldukları faktöre atanmıştır (Çizelge 3.3).

Maddelerin içerik bütünlüğü ve anlam bağlamı da göz önünde bulundurularak aşağıdaki sınıflandırma yapılmıştır:

Faktör 1: Çocuk Hastaya Yaklaşım Tutumu

➤ Madde 1, 2, 3, 4, 5, 9

• Faktör 2: Eğitim algısı

➤ Madde 6,7,8

Ölçeğin iki faktörlü yapısı Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) ile test edilmiştir. Analizlerde DWLS (Diagonally Weighted Least Squares) kestiricisi kullanılmıştır. Modelin uyum indeksleri incelendiğinde $\chi^2 (26) = 61,97$, $p < 0,001$, CFI = 0,976, TLI = 0,967, GFI = 0,981, AGFI = 0,948, SRMR = 0,078 olarak bulunmuştur. RMSEA değeri 0,096 (90% GA [0,066–0,127]) olup kabul edilebilir sınırın bir miktar üzerinde olsa da düşük serbestlik dereceli modellerde görülebilen bu durumun modelin genel uyumunu bozmadığı değerlendirilmektedir. CFI, TLI, GFI ve AGFI değerlerinin tamamı iyi uyum düzeyindedir.

Standardize edilmiş faktör yükleri Faktör 1 için 0,44 ile 0,88, Faktör 2 için 0,60 ile 0,96 arasında değişmektedir. Tüm maddelerin faktör yükleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Faktörler arasındaki korelasyon 0,585 olup orta düzeyde pozitif ilişki göstermektedir.

Güvenirlilik analizinde Faktör 1 için Cronbach alfa 0,79 (ordinal alfa 0,82), Faktör 2 için Cronbach alfa 0,74 (ordinal alfa 0,78) olarak hesaplanmış ve her iki faktörün de iç tutarlılık düzeyleri kabul edilebilir bulunmuştur. Faktör 1 ve 2 için elde edilen Alpha değerleri ölçeğin iki faktörlü yapısının incelenen örnekleme geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu faktörlere ait toplam puanlar oluşturularak istatistiksel analizlerde kullanıldı.

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) sonucunda elde edilen Varimax rotasyonlu faktör yükleri ile Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) sonucunda elde edilen standartlaştırılmış faktör yükleri karşılaştırıldığında, genel olarak benzer bir dağılım gözlenmiştir. Her iki analizde de maddeler, teorik olarak ait oldukları faktör altında anlamlı ve kabul edilebilir yük değerleri göstermiştir ($\geq 0,30$) (Çizelge 3.3). AFA sonuçlarında bazı maddeler (ör. Madde 8) iki faktöre birden yüklenirken, DFA'da bu maddeler yalnızca modelde tanımlanan faktör altında yüksek yük değerine sahip olmuştur. Bu durum, DFA'nın önceden belirlenmiş faktör yapısını doğrulama amacıyla çalışmasından kaynaklanmaktadır. Yük değerleri arasında küçük farklılıklar olmakla birlikte, her iki yöntemde de tüm maddelerin yükleri 0,40'ın üzerinde olup, ölçeğin iki faktörlü yapısını desteklemektedir.

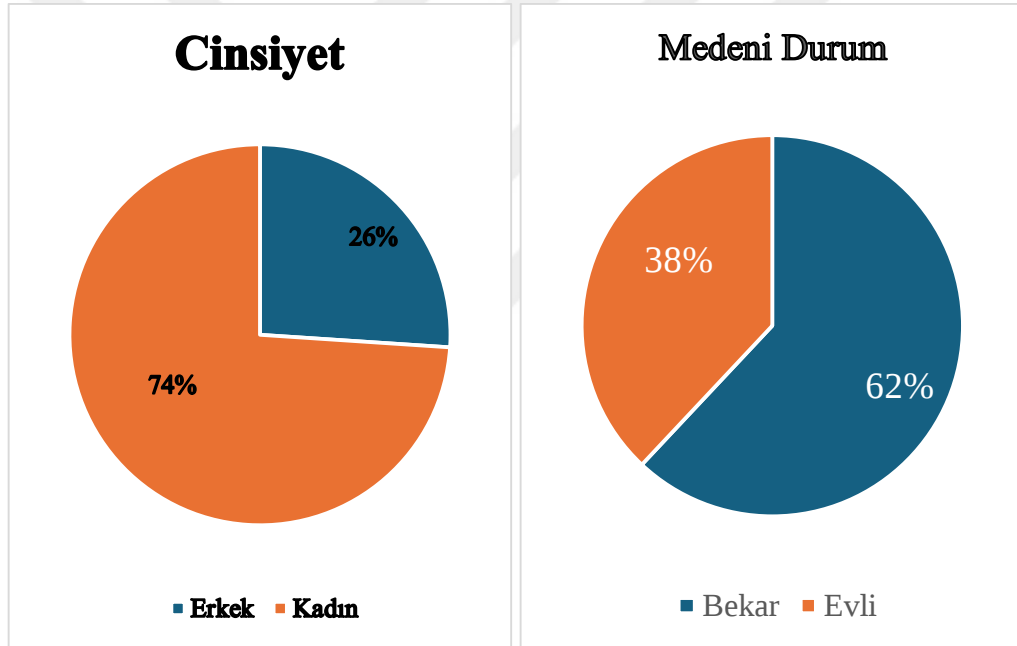
Çizelge 3.3 AFA varimax faktör yükleri ve DFA standardize faktör yükleri

Madde	Faktör 1		Faktör 2	
	AFA	DFA	AFA	DFA
1.Çalıştığım kurumda çocuk hastaları muayene etmeyi tercih etmem.	0,653	0,652		
2. Çocuk hastalara bakmak benim için zorlayıcıdır.	0,780	0,876		
3. Çocuk hastalarla çalışmayı keyifli buluyorum.	0,641	0,692	0,317	
4. Aile hekimliği uzmanlığının çocuk hastalardan daha çok yetişkin hasta yönelimli bir uzmanlık dalı olduğunu düşünüyorum.	0,705	0,529		
5. Çocuk hastaları muayene ve tedavi ederken zarar vermekten endişelenirim.	0,582	0,440		
6. Uzmanlık eğitimi sırasında, Çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonunda verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünüyorum.			0,869	0,601
7. Tıp Fakültesi eğitiminde verilen Çocuk sağlığı ve hastalıkları eğitiminin yeterli olduğunu düşünüyorum			0,794	0,662
8. Kendimi çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda yeterince donanımlı hissediyorum.	0,445		0,681	0,965
9. Yetişkin hastalara bakmayı çocuk hastalara göre daha çok tercih ederim.	0,750	0,741		
Not: Faktör yükleri $\geq 0,30$ olacak şekilde gösterilmiştir.				

4. BULGULAR

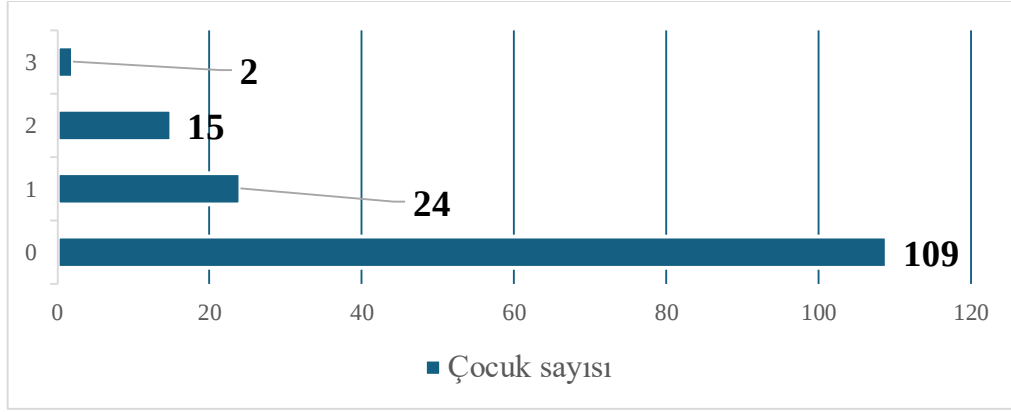
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Bu çalışmaya toplam 150 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Katılımcıların %58,7'si kadın (n=88), %41,3'ü erkekti (n=62). Medeni durumlarına göre dağılım incelendiğinde, bireylerin %62'sinin bekar (n=93), %38'inin evli (n=57) olduğu görüldü (Şekil 4.1).



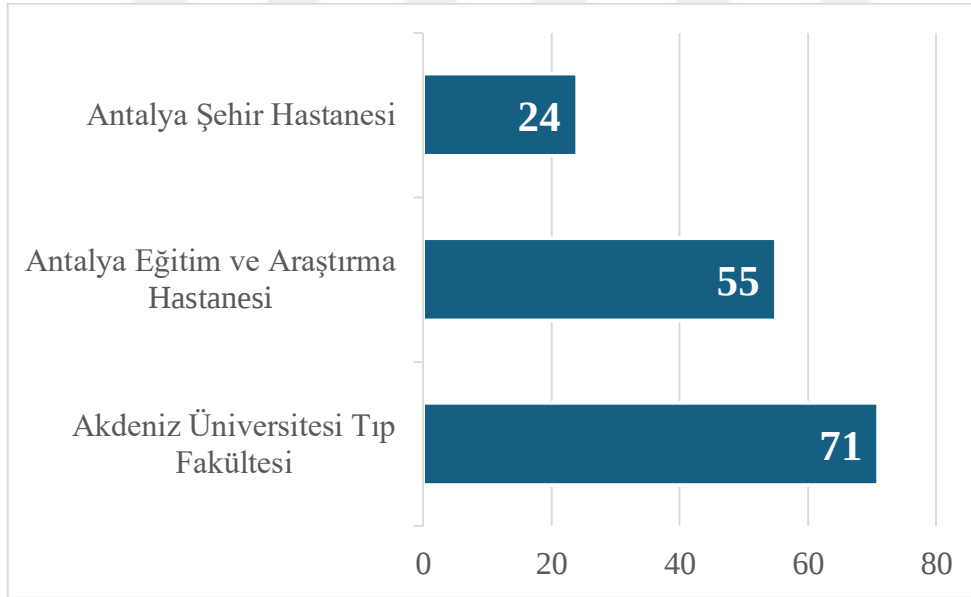
Şekil 4.1 Katılımcıların cinsiyet ve medeni durumu

Katılımcıların %72,7'sinin çocuğu bulunmamaktadır (n=109); çocuk sahibi olanların ise çoğunlukla bir çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Şekil 4.2'de katılımcıların çocuk sayısı verilmiştir.



Şekil 4.3’de katılımcıların çocuk sayısı

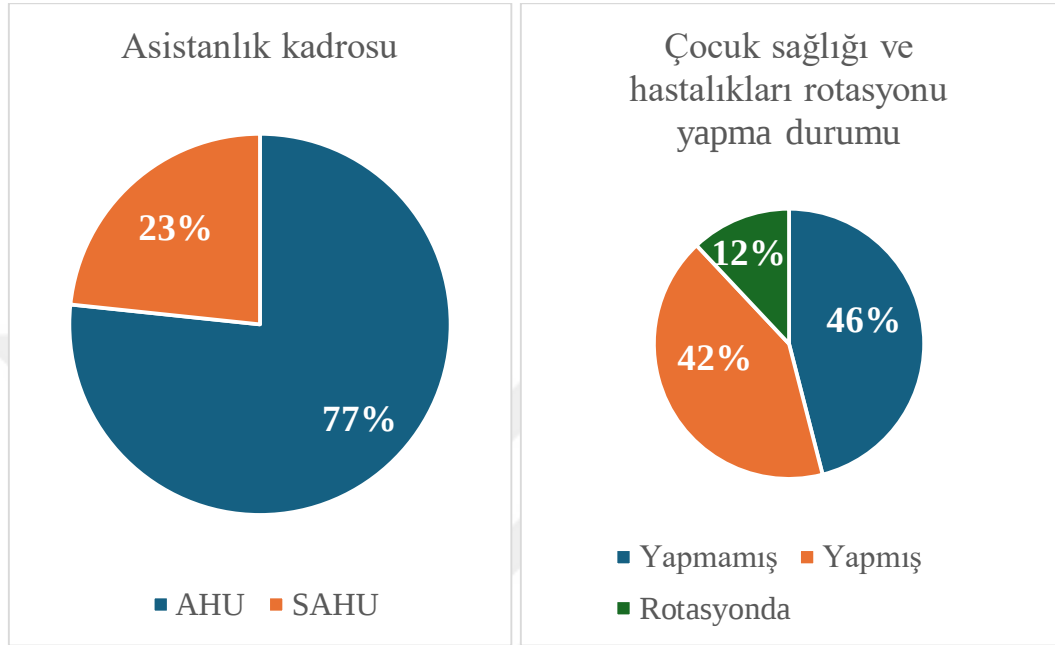
Asistanların çalıştıkları kurumlar açısından değerlendirildiğinde, en fazla katılımın Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden (n=71, %47,3) olduğu; bunu Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n=55, %36,7) ve Antalya Şehir Hastanesi (n=24, %16,0) takip etmektedir (Şekil 4.4).



Şekil 4.4 Katılımcıların çalıştığı kurum

Kadro durumuna göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %76,7’si Aile Hekimliği Uzmanı (AHU) kadrosundayken, %23,3’ü Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanı (SAHU) statüsündedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonuna katılım

durumları incelendiğinde, asistanların %42,0'si bu rotasyonu tamamlamış, %12,0'si halen rotasyondayken, %46,0'sı henüz bu rotasyona katılmamıştır (Şekil 4.5).



Şekil 4.5 Katılımcıların kadroları ve rotasyon durumları

Katılımcıların yaş ortalaması $30,97 \pm 6,56$ yıl olup, yaşlar 24 ile 56 arasında değişmektedir. En genç katılımcı 24, en yaşlı katılımcı 56 yaşındadır. Katılımcılar ortalama $2,48 \pm 1,27$ kardeşe sahiptir. Tıp fakültesi mezuniyet yılı ortalaması $2018,45 \pm 6,22$ yıl olup, en erken mezuniyet yılı 1991, en geç yıl ise 2024 olarak bildirilmiştir. Asistanlık eğitiminde ortalama yıl $2,30 \pm 1,28$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik ve eğitim verileri Çizelge 4.1'de gösterilmiştir.

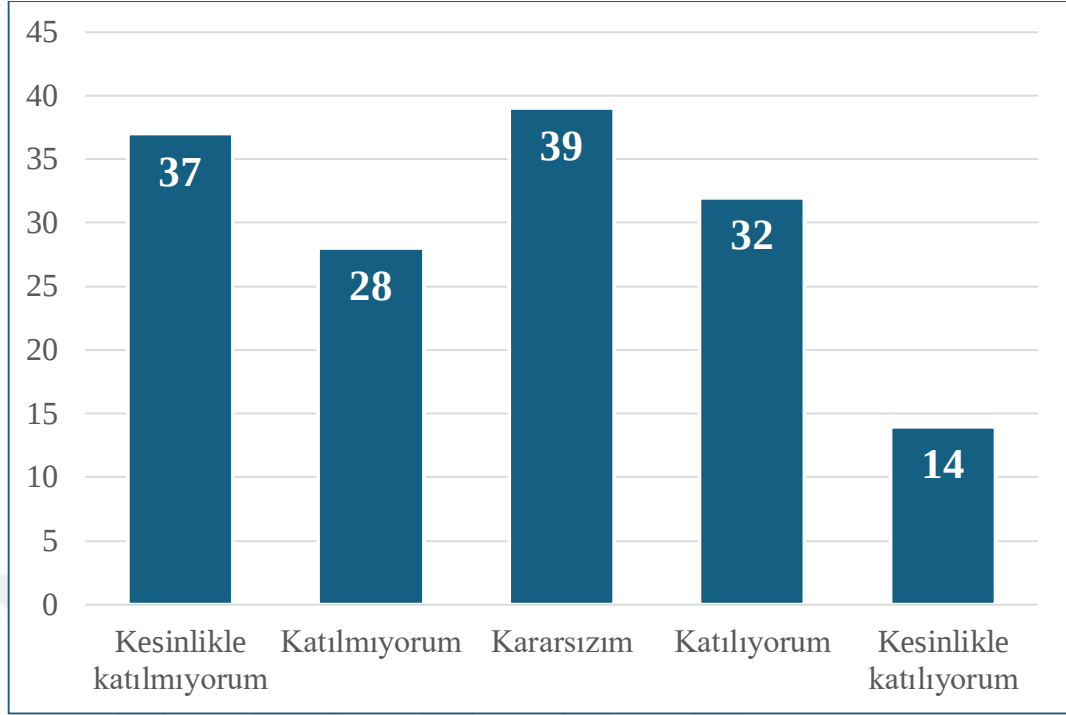
Çizelge 4.1 Katılımcıların sosyodemografik ve eğitim verileri n=150

		n	%
Cinsiyet	Kadın	88	58,7
	Erkek	62	41,3
Medeni durum	Bekar	93	62
	Evli	57	38
Çocuk sayısı	Yok	109	72,7
	1	24	16
	2	15	10
	3	2	1,3
Çalıştığı kurum	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi	71	47,3
	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	55	36,7
	Antalya Şehir Hastanesi	24	16
Asistanlık kadrosu	Aile hekimliği uzmanı (AHU)	115	76,7
	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanı (SAHU)	35	23,3
Çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonu yapma durumu	Henüz yapmamış	69	46
	Daha önce yapmış	63	42
	Rotasyon yapmakta	18	12
Değişkenler	Yaş	30,97±6,56	24/56
	Kardeş sayısı	2,48±1,27	0/10
	Çocuk sayısı	0,4±0,72	0/3
	Tıp fakültesi mezuniyet yılı	2018,45±6,22	1991/2024
	Asistanlık eğitimindeki süre (yıl)	2,3±1,28	1/6

4.2. Açık Tutum Anket verileri ve Örtük Çağrışım Testi

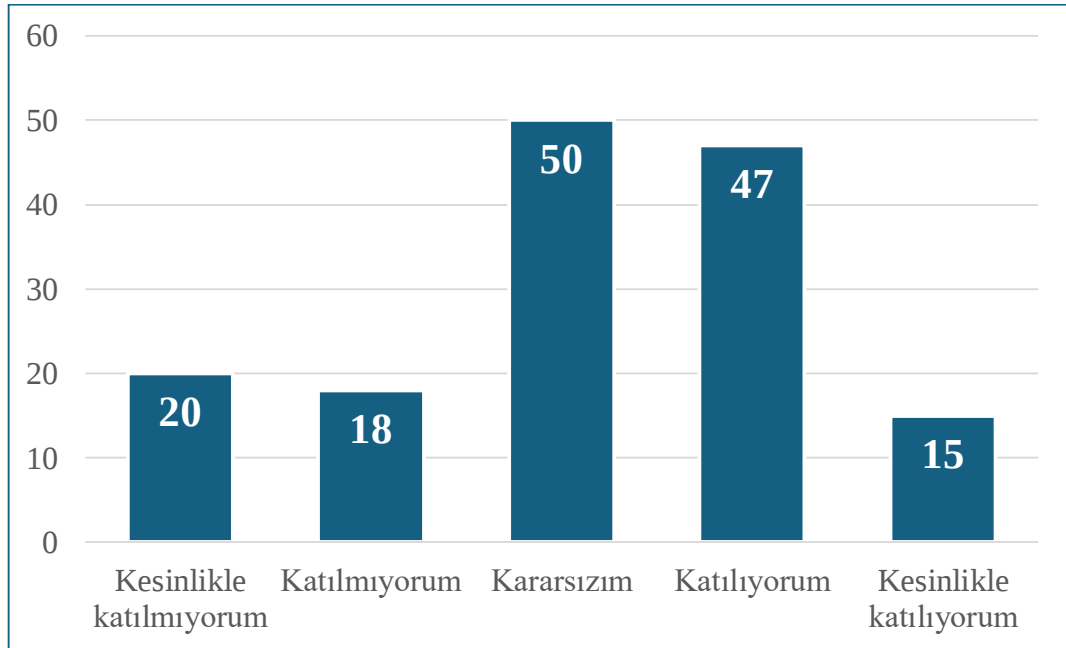
Katılımcıların açık tutum anketine verdikleri cevapların dağılımı aşağıda belirtilmiştir.

Katılımcılar Açık tutum anketinin 1. önermesi “Çalıştığım kurumda çocuk hastaları muayene etmeyi tercih etmem” ifadesine, katılımcıların %24,7’si (n=37) “kesinlikle katılmıyorum”, %18,7’si (n=28) “katılmıyorum”, %26’sı (n=39) “kararsızım”, %21,3’ü (n=32) “katılıyorum”, %9,3’ü (n=14) ise “kesinlikle katılıyorum” şeklinde yanıt verdi (Şekil 4.6).



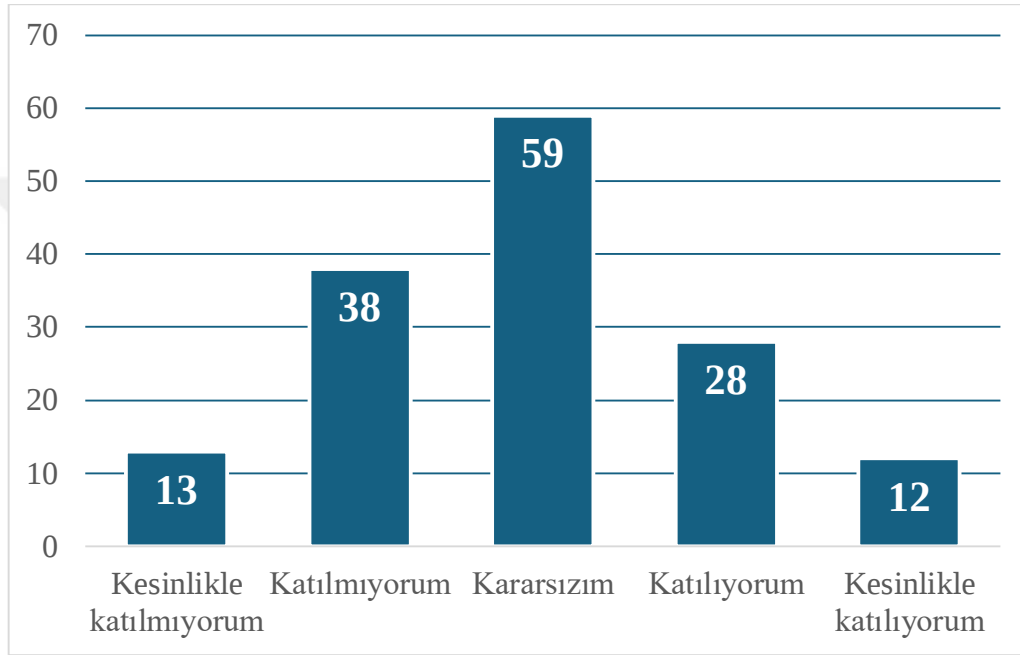
Şekil 4.6 Açık tutum anketinin 1. İfadesine yanıtların dağılımı

Katılımcılar Açık tutum anketinin 2. önermesi “Çocuk hastalara bakmak benim için zorlayıcıdır” ifadesine, katılımcıların %13,3’ü (n=20) “kesinlikle katılmıyorum”, %12’si (n=18) “katılmıyorum”, %33,3’ü (n=50) “kararsızım”, %31,3’ü (n=47) “katılıyorum”, %10’u (n=15) ise “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdi (Şekil 4.7).



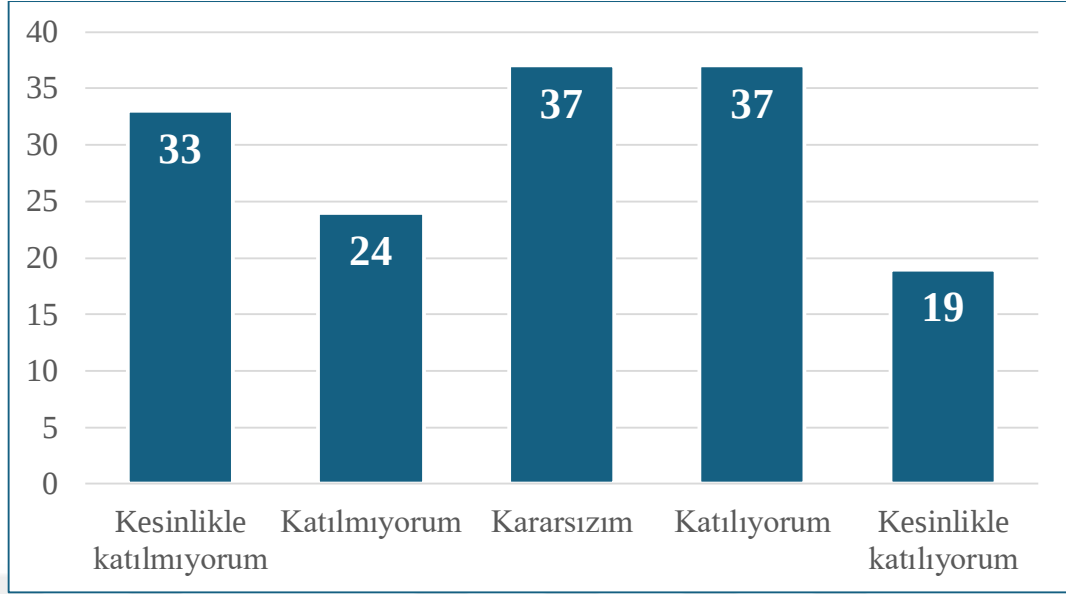
Şekil 4.7 Açık tutum anketinin 2. İfadesine yanıtların dağılımı

Katılımcılar Açık tutum anketinin 3. önermesi “Çocuk hastalarla çalışmayı keyifli buluyorum” ifadesine, katılımcıların %8,7’si (n=13) “kesinlikle katılmıyorum”, %25,3’ü (n=38) “katılmıyorum”, %39,3’ü (n=59) “kararsızım”, %18,7’si (n=28) “katılıyorum”, %8’i (n=12) ise “kesinlikle katılıyorum” şeklinde yanıt verdi (Şekil 4.8).



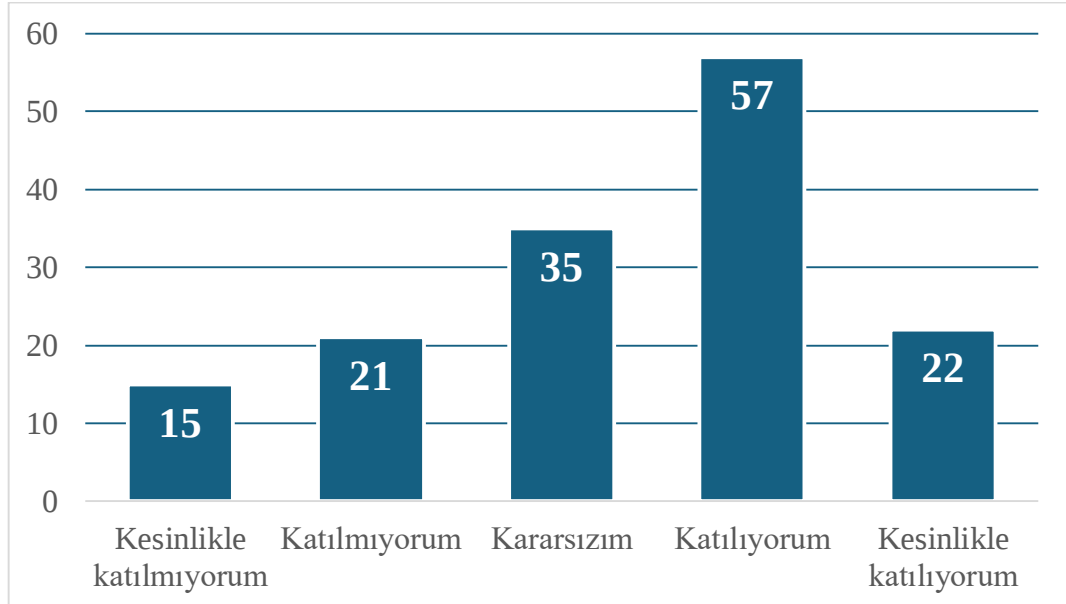
Şekil 4.8 Açık tutum anketinin 3. İfadesine yanıtların dağılımı

Katılımcılar Açık tutum anketinin 4. önermesi “Aile hekimliği uzmanlığının çocuk hastalardan daha çok yetişkin hasta yönelimli bir uzmanlık dalı olduğunu düşünüyorum” ifadesine, katılımcıların %22’si (n=33) “kesinlikle katılmıyorum”, %16’sı (n=24) “katılmıyorum”, %24,7’si (n=37) “kararsızım”, %24,7’si (n=37) “katılıyorum”, %12,7’si (n=19) ise “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdi (Şekil 4.9).



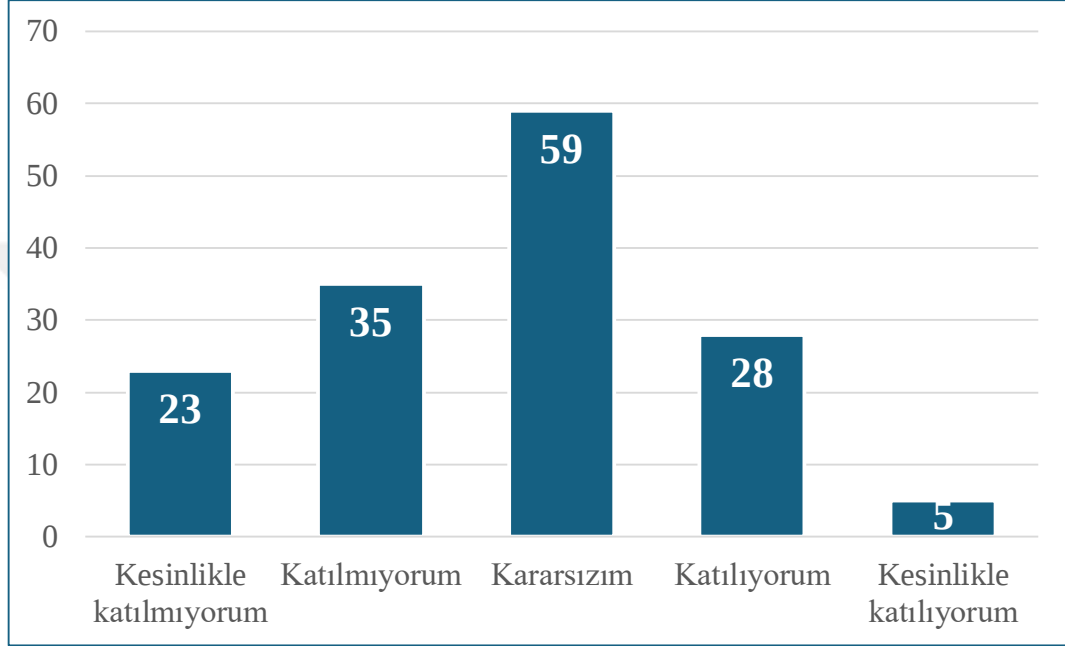
Şekil 4.9 Açık tutum anketinin 4. İfadesine yanıtların dağılımı

Katılımcılar Açık tutum anketinin 5. önermesine “Çocuk hastaları muayene ve tedavi ederken zarar vermekten endişelenirim” ifadesine, katılımcıların %10’u (n=15) “kesinlikle katılmıyorum”, %14’ü (n=21) “katılmıyorum”, %23,3’ü (n=35) “kararsızım”, %38’i (n=57) “katılıyorum”, %14,7’si (n=22) ise “kesinlikle katılıyorum” şeklinde yanıt verdi (Şekil 4.10).



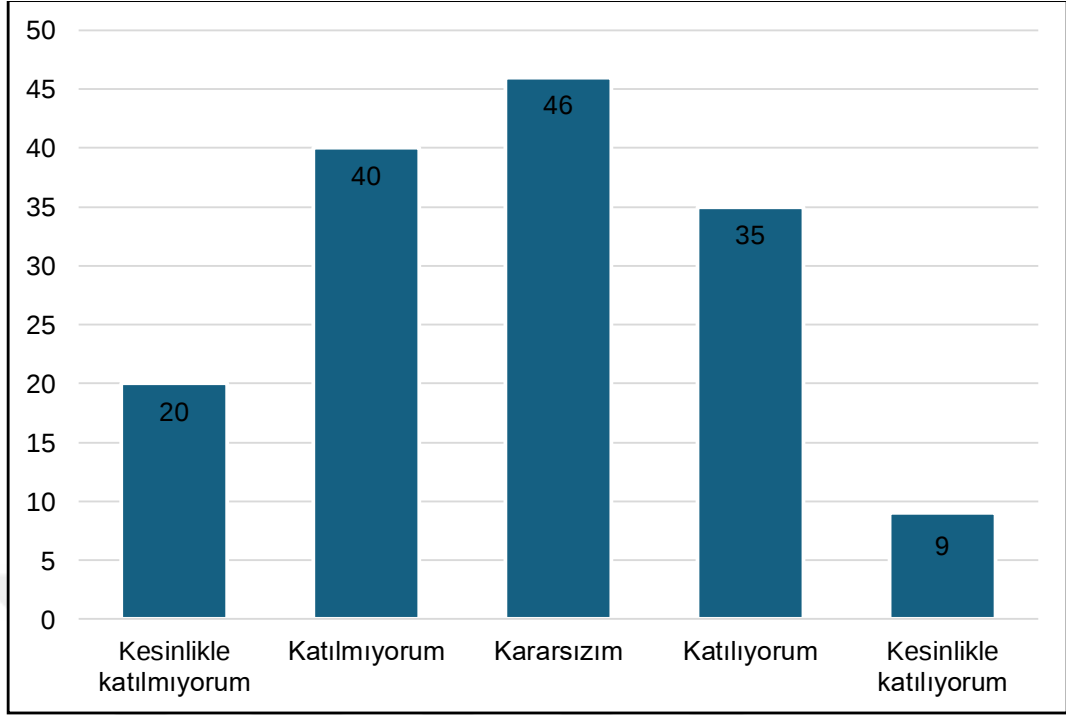
Şekil 4.10 Açık tutum anketinin 5. İfadesine yanıtların dağılımı

Katılımcılar Açık tutum anketinin 6. önermesine “Uzmanlık eğitimi sırasında, çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonunda verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünüyorum” ifadesine, katılımcıların %15,3’ü (n=23) “kesinlikle katılmıyorum”, %23,3’ü (n=35) “katılmıyorum”, %39,3’ü (n=59) “kararsızım”, %18,7’si (n=28) “katılıyorum”, %3,3’ü (n=5) ise “kesinlikle katılıyorum” şeklinde yanıt verdi (Şekil 4.11).



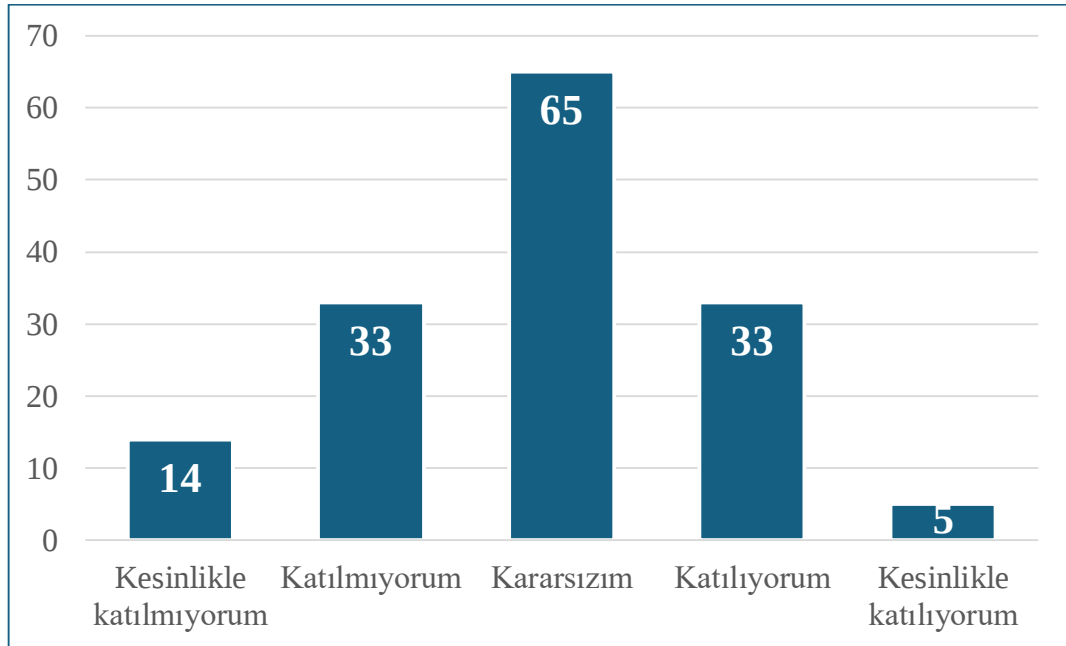
Şekil 4.11 Açık tutum anketinin 6. İfadesine yanıtların dağılımı

Katılımcılar Açık tutum anketinin 7. önermesine “Tıp fakültesi eğitiminde verilen çocuk sağlığı ve hastalıkları eğitiminin yeterli olduğunu düşünüyorum” ifadesine, katılımcıların %13,3’ü (n=20) “kesinlikle katılmıyorum”, %26,7’si (n=40) “katılmıyorum”, %30,7’si (n=46) “kararsızım”, %23,3’ü (n=35) “katılıyorum”, %6’sı (n=9) ise “kesinlikle katılıyorum” şeklinde yanıt verdi (Şekil 4.12).



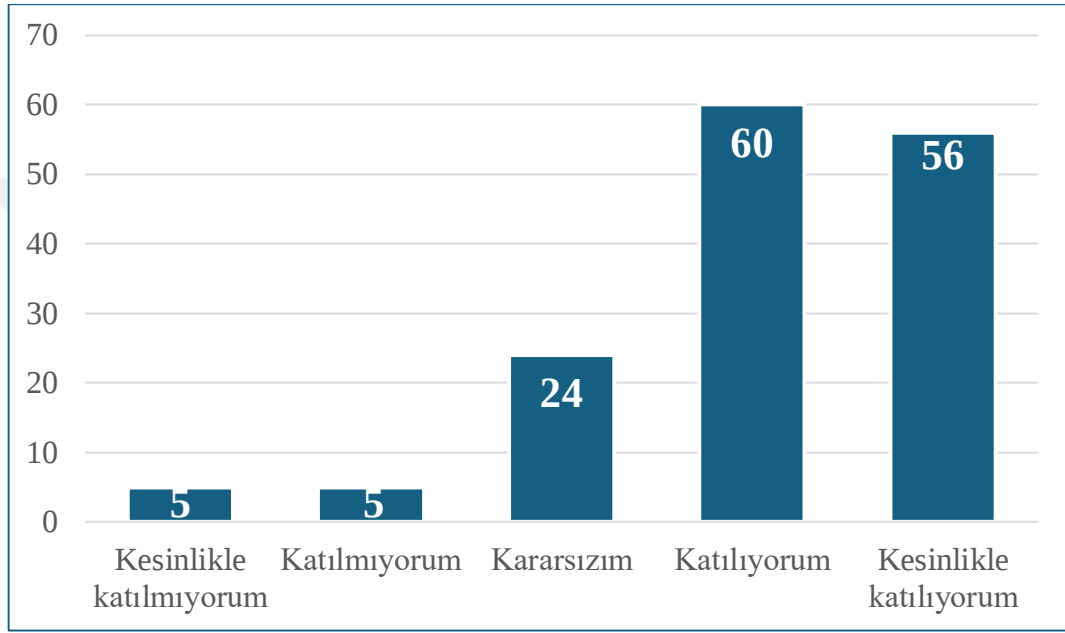
Şekil 4.12 Açık tutum anketinin 7. İfadesine yanıtların dağılımı

Katılımcılar Açık tutum anketinin 8. önermesine “Kendimi çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda yeterince donanımlı hissediyorum” ifadesine, katılımcıların %9,3’ü (n=14) “kesinlikle katılmıyorum”, %22’si (n=33) “katılmıyorum”, %43,3’ü (n=65) “kararsızım”, %22’si (n=33) “katılıyorum”, %3,3’ü (n=5) ise “kesinlikle katılıyorum” şeklinde yanıt verdi (Şekil 4.12).



Şekil 4.13 Açık tutum anketinin 8. İfadesine yanıtların dağılımı

Katılımcılar Açık tutum anketinin 9. önermesine “Yetişkin hastalara bakmayı çocuk hastalara göre daha çok tercih ederim” ifadesine, katılımcıların %3,3’ü (n=5) “kesinlikle katılmıyorum”, %3,3’ü (n=5) “katılmıyorum”, %16’sı (n=24) “kararsızım”, %40’ı (n=60) “katılıyorum”, %37,3’ü (n=56) ise “kesinlikle katılıyorum” şeklinde yanıt verdi ().



Şekil 4.14 Açık tutum anketinin 9. ifadesine yanıtların dağılımı

Kararsızlar dahil edilmediğinde;

1. “Çalıştığım kurumda çocuk hastaları muayene etmeyi tercih etmem” ifadesine, %58,6’sı (65/111) katılmadığını, %41,4’ü (46/111) katıldığını belirtmiştir.
2. “Çocuk hastalara bakmak benim için zorlayıcıdır” ifadesine, %38,0’i (38/100) katılmadığını, %62,0’sı (62/100) katıldığını belirtmiştir.
3. “Çocuk hastalarla çalışmayı keyifli buluyorum” ifadesine, %56,0’sı (51/91) katılmadığını, %44,0’ı (40/91) katıldığını belirtmiştir.
4. “Aile hekimliği uzmanlığının çocuk hastalardan daha çok yetişkin hasta yönelimli bir uzmanlık dalı olduğunu düşünüyorum” ifadesine, %50,4’ü (57/113) katılmadığını, %49,6’sı (56/113) katıldığını belirtmiştir.

5. “Çocuk hastaları muayene ve tedavi ederken zarar vermekten endişelenirim” ifadesine, %31,3’ü (36/115) katılmadığını, %68,7’si (79/115) katıldığını belirtmiştir.
6. “Uzmanlık eğitimi sırasında, Çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonunda verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünüyorum” ifadesine, %63,7’si (58/91) katılmadığını, %36,3’ü (33/91) katıldığını belirtmiştir.
7. “Tıp Fakültesi eğitiminde verilen Çocuk sağlığı ve hastalıkları eğitiminin yeterli olduğunu düşünüyorum” ifadesine, %57,7’si (60/104) katılmadığını, %42,3’ü (44/104) katıldığını belirtmiştir.
8. “Kendimi çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda yeterince donanımlı hissediyorum” ifadesine, %55,3’ü (47/85) katılmadığını, %44,7’si (38/85) katıldığını belirtmiştir.
9. “Yetişkin hastalara bakmayı çocuk hastalara göre daha çok tercih ederim” ifadesine, %7,9’u (10/126) katılmadığını, %92,1’i (116/126) katıldığını belirtmiştir.

Katılımcıların açık tutum anketine verdikleri yanıtlar ile faktör analizi ile belirlenen 2 alt başlıkta değerlendirilerek hesaplandığında aldıkları skorlar çizelgede belirtilmiştir. Çocuk hastaya yaklaşım tutumu (faktör 1) anketin 1,2,3,4,5,9. yanıtlarını, eğitim algısı (faktör 2) anketin 6,7,8. yanıtlarını içermektedir. Açık tutum düzeylerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Çizelge 4.2’de sunulmuştur. Açık tutum anketinden elde edilen toplam puanların ortalaması 2,78 (ss = 0,62) olarak bulunmuştur. Medyan değer 2,75 olup, puanlar 1,33 ile 4,50 arasında değişmektedir.

Toplam açık tutum puanının çarpıklık (skewness) değeri 0,353 ve basıklık (kurtosis) değeri -0,113’tür. Bu değerlerin -1 ile +1 arasında olması, dağılımın simetrik ve basıklık açısından olağan sınırlar içinde olduğunu göstermektedir. Dağılımın normalliği, Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda $p = 0,054$ ve Shapiro-Wilk testi sonucunda $p = 0,102$ olarak bulunmuş; her iki testte de anlamlılık düzeyinin üzerinde kalan bu değerler, verilerin istatistiksel olarak normal dağıldığını göstermektedir. Faktör 1 için çarpıklık (skewness) 0,593, basıklık (kurtosis) -0,155; Faktör 2 için ise çarpıklık -0,085, basıklık -0,191 olarak hesaplanmış ancak Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk her iki

parametre için de $p < 0,05$ görülmüş olup faktör 1 ve 2 verilerinin normal dağıldığı kabul edilmiştir.

Çizelge 4.2 Açık tutum anketi skorları

		Ort±SS	Min/Maks
Açık tutum anketi total skor		2,78±0,62	1,33/4,5
Çocuk hastaya yaklaşım tutumu	Faktör 1	2,8±0,82	1,33/5
Eğitim algısı	Faktör 2	2,8±0,85	1/5

Katılımcıların Örtük Çağrışım Testi (ÖÇT) D-skorlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Çizelge 4.3'te sunulmuştur. ÖÇT'nin nihai D-skoru ortalaması -0,24 ($S_s=0,43$) olup, medyan değeri -0,225 olarak bulunmuştur. Katılımcıların D-skorları -1,28 ile +1,01 arasında değişmekte, çarpıklık (skewness) değeri 0,275 ve basıklık (kurtosis) değeri 0,309'dur. Bu değerlerin -1 ila +1 aralığında olması, dağılımın normal dağılıma yakın olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak Kolmogorov-Smirnov ($p = 0,200$) ve Shapiro-Wilk ($p = 0,322$) normallik testleri de istatistiksel olarak anlamlı çıkmamış, bu da verilerin normal dağılım varsayımını sağladığını göstermektedir.

Çizelge 4.3 Katılımcıların ÖÇT-D skorları ve tutum düzeyleri

		Ort±SS	Min/Maks
ÖÇT D skoru		-0,24±0,43	-1,28 /1,01
D skor grupları	Örtük Tutum düzeyi	n	%
Çocuk hastalara yönelik olumsuz örtük tutum		114	76
$D \leq -0,65$	Güçlü	22	14,7
$-0,65 < D \leq -0,35$	Orta düzey	36	24
$-0,35 < D \leq -0,15$	Hafif	32	21,3

$-0,15 < D \leq 0$	Yok ya da çok zayıf	24	16
Çocuk hastalara yönelik olumlu örtük tutum		36	24
$0,00 \leq D < 0,15$	Yok ya da çok zayıf	9	6
$0,15 \leq D < 0,35$	Hafif	13	8,7
$0,35 \leq D < 0,65$	Orta düzey	9	6
$D \geq 0,65$	Güçlü	5	3,3

Katılımcıların %76'sı erişkin hastalara yönelik olumlu örtük tutum gösterirken; %24'ü çocuk hastalara yönelik olumlu örtük tutum gösterdi.

Katılımcıların ÖÇT-D skoru ortalaması $-0,24 \pm 0,43$ 'tür. Negatif değerlerin daha çok erişkin hastalara yönelik olumlu örtük tutumu, pozitif değerlerin daha çok çocuk hastalara yönelik olumlu örtük tutumu gösterdiği. (karşı gruba kıyasla) göz önüne alındığında; katılımcıların daha çok çocuk hastalara karşı olumsuz örtük tutuma sahip olduğu görüldü.

4.3. Sosyodemografik Veriler ile ÖÇT-D skoru ve Açık Tutum Testi İlişkisi

Cinsiyet, medeni durum, asistanlık kadrosu, çalıştığı kurum ve rotasyon alma durumu ile ilgili veriler ile ÖÇT-D skoru ve Açık Tutum Testine dair ilişki Çizelge 4.4 ve Çizelge 4.5'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.4 Sosyodemografik veriler, ÖÇT-D skoru ve açık tutum testi ilişkisi

Değişken	D-Skoru (ort $\pm$ ss)	p	Açık Tutum (ort $\pm$ ss)	P
Cinsiyet				
Erkek	$-0,204 \pm 0,45$	*0,455	$2,89 \pm 0,76$	*0,089

Kadın	-0,258 ± 0,42		2,70 ± 0,50	
Medeni durum				
Evli	-0,259 ± 0,40	*0,595	2,98 ± 0,72	*0,004
Bekar	-0,222 ± 0,45		2,66 ± 0,52	
Asistanlık kadrosu				
AHU	-0,239 ± 0,422	*0,904	2,67 ± 0,55	*<0,001
SAHU	-0,228 ± 0,461		3,14 ± 0,71	
Çalıştığı kurum				
AÜTF	-0,265 ± 0,419	**0,745	2,91 ± 0,66	**0,037
AEAH	-0,212 ± 0,442		2,71 ± 0,55	
AŞH	-0,207 ± 0,446		2,56 ± 0,59	
Çocuk hastalıkları ve sağlığı stajının yapılma durumu				
Hayır	-0,186 ± 0,395	**0,152	2,69 ± 0,63	**0,162
Evet	-0,243 ± 0,481		2,89 ± 0,64	
Devam ediyor	-0,406 ± 0,327		2,74 ± 0,47	
Not: * Student-T test, ** One-way ANOVA.				

Çizelge 4.5 Sosyodemografik veriler, açık tutum faktör puanları ilişkisi

Değişken	Faktör 1 (ort±ss)	p	Faktör 2 (ort±ss)	P
Cinsiyet				
Erkek	2,99 ± 0,99	0,026	2,94 ± 0,81	0,112
Kadın	2,66 ± 0,64		2,71 ± 0,86	
Medeni durum				
Evli	3,07 ± 0,90	0,003	2,93 ± 0,97	0,181
Bekar	2,63 ± 0,72		2,73 ± 0,76	
Asistanlık kadrosu				
AHU	2,68 ± 0,71	0,006	2,67 ± 0,83	<0,001
SAHU	3,20 ± 1,01		3,25 ± 0,74	
Çalıştığı kurum				
AÜTF	2,99 ± 0,85	0,021	2,84 ± 0,85	0,040

AEAH	2,60 ± 0,78		2,93 ± 0,77	
AŞH	2,69 ± 0,71		2,42 ± 0,93	
Çocuk hastalıkları ve sağlığı stajının yapılma durumu				
Hayır	2,70 ± 0,78	0,203	2,71 ± 0,80	0,314
Evet	2,94 ± 0,89		2,84 ± 0,90	
Devam ediyor	2,68 ± 0,66		3,04 ± 0,83	
Not: * Student-T test, ** One-way ANOVA.				

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde D-skoru ve açık tutum toplam puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,455$ ve $p = 0,089$). Ancak Faktör 1 puanlarının erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0,026$). Faktör 2 puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur ($p = 0,112$).

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde D-skorları benzer bulunmuş ($p = 0,595$), ancak evli katılımcıların açık tutum toplam puanları ($p = 0,004$) ve Faktör 1 puanları ($p = 0,003$) bekar katılımcılara göre anlamlı derecede yüksektir. Faktör 2 puanlarında medeni duruma göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0,181$).

Asistanlık kadrosu değişkeni incelendiğinde D-skoru açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır ($p = 0,904$). Ancak SAHU grubunun açık tutum toplam puanları ($p < 0,001$), Faktör 1 puanları ($p = 0,006$) ve Faktör 2 puanları ($p < 0,001$), AHU grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Çalışılan kurum değişkenine göre D-skorlarında anlamlı fark bulunmamış ($p = 0,745$), buna karşın açık tutum toplam puanları ($p = 0,037$), Faktör 1 ($p = 0,021$) ve Faktör 2 ($p = 0,040$) puanları açısından anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bonferroni çoklu karşılaştırmalarında; Bonferroni çoklu karşılaştırmalarına göre, Faktör 1 skorları AÜTF grubunda AEAH grubuna göre daha yüksektir ($p=0,022$). Ayrıca Faktör 2 skorları AEAH grubunda Antalya Şehir Hastanesi grubuna göre daha yüksektir ($p=0,037$). Açık tutum toplam skorları için ise fark hangi gruplardan kaynaklandığı belirlenememekle birlikte, tanımlayıcı istatistiklerde AÜTF grubunun ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonu değişkeni incelendiğinde, D-skoru ($p = 0,152$), açık tutum toplam puanı ($p = 0,162$), Faktör 1 ($p = 0,203$) ve Faktör 2 ($p = 0,314$) puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Yaş, kardeş sayısı, çocuk sayısı, mezuniyet yılı ve asistanlık süresi ile ilgili veriler ile ÖÇT-D skoru ve Açık Tutum Testine dair ilişki

Çizelge 4.6’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.6 Diğer sosyodemografik veriler, ÖÇT-D ve açık tutum testi ilişkisi

Değişken	D-Skoru (rho, p)	Açık Tutum (rho, p)	Faktör 1 (rho, p)	Faktör 2 (rho, p)
Yaş	-0,007; p=0,932	0,331; p<0,001	0,245; p=0,003	0,275; p=0,001
Kardeş sayısı	-0,002; p=0,978	0,187; p=0,022	0,180; p=0,027	0,021; p=0,800
Çocuk sayısı	-0,021; p=0,802	0,264; p=0,001	0,190; p=0,020	0,231; p=0,005
Tıp fakültesi mezuniyet yılı	-0,011; p=0,890	-0,311; p<0,001	-0,241; p=0,003	-0,211; p=0,009
Asistanlık eğitimindeki süre (yıl)	-0,122; p=0,136	0,259; p=0,001	0,189; p=0,021	0,210; p=0,010
Not: Spearman rho korelasyonu (Korelasyon gücü;rho: 0,00–0,10 çok zayıf, 0,10–0,29 zayıf, 0,30–0,49 orta, 0,50–0,69 güçlü, 0,70+ çok güçlü.)				

Yaş ile açık tutum toplam puanı, Faktör 1 ve Faktör 2 puanları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır (rho = 0,331; p <0,001, rho = 0,245; p = 0,003 ve rho = 0,275; p = 0,001). Buna göre yaş arttıkça açık tutum puanlarının ve faktör puanlarının arttığı görülmüştür. Benzer şekilde kardeş sayısı ile açık tutum toplam puanı (rho = 0,187; p = 0,022) ve Faktör 1 puanı (rho = 0,180; p = 0,027) arasında da pozitif ilişkiler bulunmuş, ancak Faktör 2 puanı ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çocuk sayısı ile açık tutum toplam puanı (rho = 0,264; p = 0,001), Faktör 1 (rho = 0,190; p = 0,020) ve Faktör 2 puanları (rho = 0,231; p = 0,005) arasında da pozitif ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre kardeş ve çocuk sayısı arttıkça açık tutum ve faktör puanlarının arttığı görülmektedir. Yaş, kardeş sayısı ve çocuk sayısı ile ÖÇT D-skoru arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p> 0,05).

Tıp fakültesi mezuniyet yılı ile açık tutum toplam puanı (rho = -0,311; p <0,001), Faktör 1 (rho = -0,241; p = 0,003) ve Faktör 2 puanları (rho = -0,211; p = 0,009) arasında negatif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Mezuniyet yılı ilerledikçe (mezuniyet süresi kısaldıkça) bu puanların azaldığı; daha eski mezunların ise daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Asistanlık eğitim süresi

ile açık tutum toplam puanı ($\rho = 0,259$; $p = 0,001$), Faktör 1 ($\rho = 0,189$; $p = 0,021$) ve Faktör 2 puanları ($\rho = 0,210$; $p = 0,010$) arasında ise pozitif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Asistanlık süresi uzadıkça açık tutum puanlarının ve faktör puanlarının arttığı görülmüştür. Mezuniyet yılı ve asistanlık süresi ile ÖÇT D-skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

4.4. ÖÇT-D skoru ve Açık Tutum Testi İlişkisi

Katılımcıların ÖÇT-D skoru ve Açık Tutum Testi skorları arasındaki ilişki Çizelge 4.7’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.7 ÖÇT-D skoru ve Açık Tutum Testi skorları arasındaki ilişki

Değişken	Açık Tutum (r, p)	Faktör 1 (ρ , p)	Faktör 2 (ρ , p)
D-Skoru	$r:0,058$; $p=0,484^*$	$0,103$; $p=0,208^{**}$	$-0,033$; $p=0,688^{**}$
* Pearson korelasyonu, ** Spearman korelasyonu			
	Açık Tutum (ort $\pm$ ss)	Faktör 1 (ort $\pm$ ss)	Faktör 2 (ort $\pm$ ss)
D-Skoru grupları			
D>0 Çocuklara olumlu örtük tutum grubu (n=36)	$2,86\pm0,70$	$2,98\pm0,98$	$2,72\pm0,83$
D<0 Çocuklara olumsuz örtük tutum grubu (n=114)	$2,76\pm0,60$	$2,74\pm0,76$	$2,83\pm0,86$
p*	0,395	0,183	0,506
*Student-T test			

D-skoru ile açık tutum toplam skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=0,058$; $p=0,484$). Benzer şekilde D-skoru ile Faktör 1 (çocuk hastaya yaklaşım tutumu) ($\rho=0,103$; $p=0,208$) ve Faktör 2 (eğitim algısı) ($\rho=-0,033$; $p=0,688$) skorları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

D-skoru gruplarına göre açık tutum ve faktör skorları karşılaştırıldığında, çocuklara olumlu örtük tutuma sahip olan grubun (D>0) açık tutum ortalama skorları ($2,86\pm0,70$) çocuklara olumsuz örtük tutuma sahip olan gruba (D<0) kıyasla daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,395$). Benzer şekilde Faktör 1 ($p=0,183$) ve Faktör 2 ($p=0,506$) skorlarında da D-skoru grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

5. TARTIŞMA

Çocuk hastalara yönelik tutumlar, aile hekimliği pratiğinde hizmetin niteliğini doğrudan etkileyen; eğitimsel, bireysel ve sistemik unsurların kesişiminde şekillenen karmaşık bir alanı temsil etmektedir. Bu çalışma, aile hekimliği asistanlarının çocuk hasta yaklaşımındaki açık ve örtük tutumlarını eş zamanlı olarak değerlendirerek, mesleki deneyim, demografik özellikler ve eğitimsel süreçlerle ilişkili dinamikleri ortaya koymayı hedeflemiştir.

Çalışmamızda aile hekimliği asistanlarının çocuk hastalara yönelik açık tutum puanı ortalama $2,78 \pm 0,62$ olup, tutumların genel olarak orta alt düzeyde seyrettiği görülmüştür. Bu durum, çocuk hastalara karşı yaklaşımda belirgin bir gönüllülük veya istek düzeyinin tüm örneklemde yaygın olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca, örtük tutumları ölçen ÖÇT skoru ortalaması $-0,24 \pm 0,43$ olup; katılımcıların %76'sının çocuklara yönelik örtük düzeyde olumsuz, %24'ünün ise olumlu tutum sergilediği belirlenmiştir. Çalışmamızda açık tutum toplam skoru ile örtük tutum skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p = 0,484$). Bu bulgular açık tutumlarda orta düzey bir kararsızlık ya da mesafeli yaklaşımın eşlik ettiği ve örtük düzeyde yetişkin hasta lehine güçlü bir yanlılık ile değerlendirilebilir.

Derbyshire ve Keay (78) hemşirelerin engelli bireylere yönelik açık tutumlarının olumlu olduğunu, ancak örtük düzeyde olumsuz önyargılar taşıdıklarını bildirmiştir. Bu durum, bizim çalışmamızda gözlenen çocuk hastalara karşı açık ve örtük tutumlar arasındaki uyumsuzlukla benzerlik göstermektedir.

VanPuymbrouck ve ark. (48) tarafından yapılan çalışmada, sağlık profesyonelleri açık ölçümlerde tarafsız görünse de örtük düzeyde engelli olmayan bireylere anlamlı şekilde eğilim göstermiştir. Açık ve örtük tutumlar arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Friedman (79) çalışmasında, engelli bireylerle çalışan uzmanların hem açık hem örtük düzeyde engelli olmayan bireyleri tercih ettiği görülmüştür. Bu yaygın eğilim, hizmet sunumunda fark edilmeyen ayrımcılık riskine işaret etmektedir.

Halvorson ve ark. (80) pediatri alanında çalışan sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğunun örtük düzeyde kilo temelli yanlışlık taşıdığını ve bu tutumların klinik kararları etkileyebileceğini vurgulamıştır. Bu bulgu, özellikle çocuk hasta grubunda örtük önyargıların önemine dikkat çekmektedir.

Duffy ve ark. (81) beyaz tıp öğrencilerinin örtük ırksal önyargılarının siyah çocuklara daha az tedavi önerilmesine ve daha kısa açıklamalara yol açtığını göstermiştir. Robstad ve ark. (40), yoğun bakım hemşirelerinin obez hastaları örtük düzeyde olumsuz değerlendirdiğini, açık tutumlarının ise daha nötr kaldığını belirtmiştir. Sabin ve ark. (37) hekimlerin güçlü örtük kilo önyargılarına sahip olduğunu, ancak bu tutumların tedavi kararlarına doğrudan yansımadığını ortaya koymuştur. Turner (82), pediatri alanındaki sağlık çalışanlarında hem açık hem de örtük düzeyde kilo önyargıları olduğunu ve bu önyargıların deneyim süresiyle ilişkili bulunduğunu bildirmiştir. Puumala ve ark. (83) acil servis çalışanlarının %84'ünün örtük düzeyde beyaz çocukları tercih ettiğini, açık önyargı düzeyinin ise daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızın bulgusu bireylerin açık tutumlarının sosyal beklentiler, eğitsel normlar ya da mesleki roller üzerinden şekillenebileceğini düşündürmektedir. Buna karşın örtük tutumların daha çok erken dönem deneyimler, kişisel yargılar ve alışılmış klinik pratiklerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Açık ve örtük tutumların birbirinden bağımsız hareket edebileceği, özellikle sağlık profesyonelleri gibi sosyal açıdan kabul gören tutumları sergileme baskısı hissedebilecek gruplarda daha da belirgin hale gelebileceği görülmektedir. Bu nedenle, yalnızca açık tutumlara dayalı değerlendirmeler, hizmet sunumundaki gerçek yönelimleri tam olarak yansıtmayabilir. Çalışmamızda örtük düzeyde çocuk hasta karşıtı bir yanlışlığın baskın olması, farkında olunmayan ancak klinik kararlara etki edebilecek örtük tutumların hizmet niteliği üzerindeki olası etkilerine dikkat çekmektedir.

Açık tutum anketinin 1. maddesi olan “Çalıştığım kurumda çocuk hastaları muayene etmeyi tercih etmem” ifadesine katılımcıların %58,6'sı katılmadığını beyan etmiştir. Açık tutum anketinin 5. maddesinde yer alan “Çocuk hastaları muayene ederken zarar vermekten endişelenirim” ifadesine ise %68,7'si katıldığını belirtmiştir. Benzer şekilde 9. maddede yer alan “Yetişkin hastalara

bakmayı çocuk hastalara göre daha çok tercih ederim” ifadesine ise katılanların oranı %92,1 gibi oldukça yüksek bir düzeydedir. Bu yanıtlar birlikte değerlendirildiğinde, çocuk hastalara yönelik açık bir kaçınma gözlenmemekle birlikte, muayene sürecine dair yoğun bir endişe ve yetişkin hasta yönelimi olduğu anlaşılmaktadır. Çocuk hastaların klinik sürecinin daha fazla dikkat ve deneyim gerektirmesi ve özellikle zarar verme kaygısının bu kadar yaygın ifade edilmesi, öz yeterlik algısının düşük olabileceğine işaret etmektedir.

Coimbra ve Noakes (84) sağlık çalışanlarının özellikle çocuk ve ergenlerde zarar verme davranışlarıyla çalışırken yüksek kaygı ve çekingenlik yaşadığını bildirmiştir. Bu bulgu, çocuk muayenesinde zarar vermekten endişe duyulmasıyla örtüşmektedir. Carter ve ark. (85) öz yeterlik arttıkça çocuk hastalara yönelik olumsuz tutumların azaldığını ve yaş ile eğitim düzeyinin bu süreçte belirleyici olduğunu göstermiştir.

Örtük tutum skorunun genel olarak olumsuz yönde olması (D skoru ortalaması -0,24), sözel olarak direnç gösterilmese de hekimlerin çocuk hastalara karşı çekingen ve mesafeli bir yaklaşım sergilediklerini desteklemektedir. Bu durum; eğitim içeriği, deneyim eksikliği ya da hasta profilinin yoğunluğu gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Çalışmada uygulanan açık tutum anketi, yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda iki faktörlü bir yapıya ayrılmış; bu yapı doğrulayıcı faktör analizi ile de desteklenmiştir. Birinci faktör “çocuk hastaya yaklaşım” teması altında toplanan maddeleri, ikinci faktör ise “eğitim algısı” ile ilgili tutumları kapsamaktadır. Her iki faktörün iç tutarlılığı yeterli düzeyde bulunmuş, faktörler arası korelasyon da anlamlı saptanmıştır. Bu bulgu, açık tutumun homojen olmaktan ziyade, birbiriyle ilişkili ancak farklı içerik boyutlarına sahip olduğunu göstermektedir.

Faktör 1 (çocuk hastaya yaklaşım) ile çeşitli demografik değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Erkek katılımcılarda, evli bireylerde, SAHU kadrosunda olanlarda ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde görev yapanlarda Faktör 1 puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanı sıra yaş, asistanlık süresi, kardeş sayısı ve çocuk sahibi olma gibi değişkenlerle pozitif korelasyon gösteren Faktör 1 puanları; mezuniyet yılı ile negatif ilişki göstermiştir. Bu durum, yaş ve deneyim arttıkça çocuk hastaya

yönelik yaklaşım tutumunun da olumlu yönde geliştiğini düşündürmektedir. Eğitim sürecindeki ilerleme ve yaşam deneyimi, çocuk hastayla kurulan ilişkinin daha güvenli, rahat ve tercihe yönelik olmasını destekliyor olabilir. Ayrıca çocuk sahibi olan bireylerin çocuk hastalara karşı empati düzeylerinin artmış olması da bu bulguyu açıklayabilir.

Faktör 2 (eğitim algısı) ise, genel olarak bireylerin tıp fakültesi ve uzmanlık eğitiminde çocuk sağlığına dair aldığı eğitimi yeterli bulup bulmadıklarıyla ilgilidir. Bu faktörde en belirgin fark SAHU kadrosu lehine ve kurumlar arasında AEAH lehine saptanmıştır. Ayrıca yaş, çocuk sayısı ve asistanlık yılı gibi deneyimi arttıran değişkenlerle pozitif; mezuniyet yılıyla ise negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Faktör 2'nin eğitimsel donanımı ve algılanan yeterliliği yansıttığı düşünüldüğünde, deneyim süresiyle birlikte eğitim algısının olumluya evrilmesi beklenen bir durumdur. Ancak bu gelişim, tek başına fakülte veya rotasyon eğitiminden ziyade, zamanla kazanılan deneyimle ilişkili olabilir.

Bogetz ve ark. (86) özel gereksinimli çocuklarla çalışmaya yönelik verilen eğitimin pediatri asistanlarında öz yeterliliği artırıp kaygıyı azalttığını ortaya koymuştur. Welsh J. ve ark.'nın (87) Brief Training in Patient-Centered Counseling çalışması, kısa süreli danışmanlık eğitimlerinin bile çocuk sağlığı alanında öz yeterliliği ve güveni artırabildiğini göstermiştir.

Aile hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada pediatrik bilgi düzeyi ile öz yeterlik algısı arasında zayıf ilişki bulunduğu gösterilmiştir. Bu durum, algılanan yeterlilik ile gerçek yeterlilik arasındaki ayrışmayı düşündürmektedir (88).

Pediatri asistanları üzerinde yapılan bir çalışmada da örtük önyargıların açık tutumlarla uyumsuz olduğu ve bu uyumsuzluğun eğitim eksiklikleriyle ilişkili olabileceği bildirilmiştir (89).

Bu bulgular, açık tutumun yapısal olarak iki farklı ancak ilişkili boyutta değerlendirilmesi gerektiğini ve tutum düzeyinin sadece bireysel eğilimlere değil; aynı zamanda eğitim, kurumsal yapı, mesleki deneyim ve yaşam koşulları gibi birçok değişkene bağlı olarak şekillendiğini ortaya koymaktadır.

Sosyodemografik veriler ile tutum ilişkisine yönelik bulgular içinde cinsiyet değişkeni değerlendirildiğinde, katılımcıların örtük tutum (D-skor) ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,455$). Benzer

şekilde açık tutum toplam puanları da kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir ($p = 0,089$). Bu bulgu, cinsiyetin genel tutum düzeyleri üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığını ortaya koymaktadır. Ancak, alt boyut analizi yapıldığında “Faktör 1: Çocuk hastaya yaklaşım” alt başlığında erkek katılımcıların puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p = 0,026$). Bu durum, erkek asistanların çocuk hastaya yaklaşım konusundaki öznel değerlendirmelerinin daha olumlu veya daha istekli olduğunu gösterebilir.

Literatürde kadın hekimlerin çocuk hastalara daha duyarlı olduğu ya da pediatri rotasyonlarında daha yüksek empati düzeyi gösterdiği gibi sonuçlara rastlansa da bu farklılığın bazen açık beyanlarda tersine dönebileceği ifade edilmektedir. Nitekim bazı çalışmalar, kadın hekimlerin hasta güvenliğine dair daha fazla kaygı duyduklarını ve bu nedenle çocuk hastalara yaklaşımda daha temkinli veya eleştirel olabildiklerini göstermiştir. Rochat (90) empati gelişimini nörobilimsel ve gelişimsel açıdan inceleyerek kadınlarda empati eğiliminin yaşam boyu daha güçlü olduğunu, bunun hem biyolojik hem de sosyalizasyon süreçleriyle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Burton ve Nkwo (91) kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek empati ve kaygı düzeyleri bildirdiklerini; ayrıca kadınlarda kaygı arttıkça empatinin düştüğünü, erkeklerde ise bu ilişkinin anlamlı olmadığını göstermiştir.

Medeni durum ele alındığında evli bireylerin açık tutum toplam puanları, bekar bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,004$). Aynı şekilde, “Faktör 1: Çocuk hastaya yaklaşım” alt boyutunda da evli bireylerin puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p = 0,003$). Buna karşılık, “Faktör 2: Eğitim algısı” açısından medeni durum ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p = 0,181$). Örtük tutum puanları (D-skor) açısından ise evli ve bekar bireyler arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p = 0,595$). Buna göre evli bireylerin çocuk hastalara yönelik açık tutumlarının daha olumlu olduğu görülmektedir.

Literatürde ebeveyn olmanın veya çocuk sahibi olmanın çocuklara yönelik empatik yaklaşımı ve klinik motivasyonu artırabileceği belirtilmektedir. Mutlu ve ark. (92), pediatrik endokrinoloji asistanlarında yaş, kıdem ve çocuk sahibi olmanın öz yeterlik ve tutumları belirleyen önemli faktörler olduğunu bildirmiştir.

Albokhari ve ark. (93), Suudi Arabistan’da yürüttükleri çalışmada evli ve çocuk sahibi hekimlerin hastalara yönelik daha olumlu tutumlar sergilediğini bildirmiştir. Dabby ve ark. (94) Kanada’da psikiyatristler üzerinde yaptıkları çalışmada açık ve örtük tutumların yaş, cinsiyet ve medeni durum gibi demografik değişkenlerden bağımsız hareket edebileceğini göstermiştir. Çalışmamızda örtük tutum puanlarının medeni durumdan etkilenmemesi bu bulguyla paralellik göstermektedir. Steiner ve ark. (95), hekimlerin tutumlarının yaş, deneyim ve medeni durum gibi değişkenlerle bağlantılı olduğunu, ancak açık ve örtük boyutların farklı yönlerde seyredebileceğini vurgulamıştır.

Her ne kadar çalışmamızda çocuk sahibi olma verisi ayrı bir değişken olarak değerlendirilmiş olsa da evli bireylerin genel yaşam deneyiminin, sorumluluk düzeylerinin veya çocuklarla daha fazla temas etmiş olmalarının açık tutumlarını olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir. Ancak örtük tutum düzeylerinde medeni durumla anlamlı bir ilişki saptanmamış olması, bu farkın daha çok bilinçli farkındalığa dayalı açık tutumlarla sınırlı olduğunu ve içsel tutumlara yansımadığını düşündürmektedir.

Asistanlık kadrosu açık tutum skorları açısından anlamlı farklılık göstermektedir. SAHU (Sağlık Bakanlığı kadrosundaki asistan hekimler), AHU (üniversite kadrosundaki asistan hekimler) grubuna kıyasla açık tutum toplam puanlarında anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır ($p < 0,001$). Benzer şekilde, bu fark her iki alt boyutta da anlamlı bulunmuştur: “Faktör 1: Çocuk hastaya yaklaşım” ($p = 0,006$) ve “Faktör 2: Eğitim algısı” ($p < 0,001$). Buna karşılık, örtük tutum (D-skor) açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,904$). Bu bulgu, SAHU kadrosundaki asistanların çocuk hastalara yönelik daha olumlu açık tutumlara sahip olduğunu göstermektedir. Açık tutumların, çalışılan kurumun yapısı, hasta yoğunluğu ve hizmet sunum modeliyle ilişkili olarak şekillenebileceği düşünülebilir. SAHU asistanlarının sahada birinci basamak hekimliğini aktif olarak yapması, mesleki tecrübe ve çocuk hastalara temas sıklığının daha fazla olması, daha uzun hekimlik süresi bu farkın olası nedenlerinden olabilir. Çalışma hayatı boyunca çocuk hastalarla daha fazla karşılaşmak, zaman içinde bu hasta grubuna yönelik kaygının azalmasına ve tutumların olumlu yönde gelişmesine katkı sağlayabilir. Oldfield ve ark. (96)

birinci basamakta yapılandırılmış iki yeni asistanlık programını incelemiş ve sahada deneyim kazanan asistanların toplum temelli tutum ve liderlik becerilerinde anlamlı gelişim gösterdiğini ortaya koymuştur. Wild ve ark. (97), Almanya’da genel pratisyenlik asistanlarının tutumlarını incelemiş ve ofis (birinci basamak) temelli eğitim alanların tutumlarının, hastane temelli eğitim alanlardan farklılaştığını göstermiştir. Örtük tutum puanlarında bir fark saptanmamış olması, açık tutumlar üzerinde etkili olan faktörlerin bilişsel ve çevresel düzeyde kalabildiğini; daha derin düzeyde içselleşmiş örtük tutumları ise aynı ölçüde dönüştürmediğini düşündürmektedir.

Fitzgerald ve ark. (98) hekimlerin örtük önyargılarının uzmanlık alanı ve deneyimle farklılaştığını, açık tutumlarda ise yaş ve mesleki süreçle olumlu yönde değişim görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu sonuç, çalışmamızda yaş ve asistanlık süresi arttıkça çocuk hastaya yaklaşımın daha olumlu hale geldiğini desteklemektedir.

Katılımcıların görev yaptıkları kuruma göre açık tutum puanlarında anlamlı farklılık vardır ($p = 0,037$). Alt boyut düzeyinde incelendiğinde, “Faktör 1: Çocuk hastaya yaklaşım” puanı AÜTF grubunda AEAH grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek ($p = 0,021$); “Faktör 2: Eğitim algısı” puanı ise AEAH grubunda AŞH grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir ($p = 0,040$). Buna karşılık, örtük tutum (D-skor) açısından kurumlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,745$). Kurumların eğitim anlayışlarının hasta profili ve hizmet sunum modellerinin açık tutumlar üzerinde etkisi olduğu görülmektedir. AÜTF'deki katılımcıların, çocuk hastalara yaklaşım açısından daha olumlu tutuma sahip olması; üniversite hastanelerinde akademik çerçevenin, öğretim üyelerinin rehberliğinin ve eğitime ayrılan zamanın daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Buna karşılık, AEAH grubundaki katılımcıların eğitim sürecini daha yeterli algılaması, rotasyonların yapılandırılması ve eğitici-öğrenci etkileşiminin sahaya daha yakın yürütülmesi ile ilişkili olabilir. Farklı kurumlarda çalışan hekimlerin eğitsel deneyimleri, çocuk hastalarla karşılaşma sıklıkları ve rotasyon kalitesi açısından farklılık göstermesi bu sonuçların temel nedenlerinden biri olarak düşünülebilir. Aynı zamanda, kurumsal kültür ve çocuk hasta hizmetlerinin sunum biçimi de bu tutumların oluşmasında belirleyici rol oynayabilir. Kuruma

göre örtük tutumlarda anlamlı fark görülmemesi, bu değişkenin daha kişisel ya da daha erken yaşantılara dayalı öğrenmelerle şekillendiğini düşündürmektedir. Bu durum, açık tutumların mesleki deneyimlerle değişebilirken, örtük tutumların daha dirençli kaldığını göstermektedir.

Katılımcıların çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonu yapmış olup olmamasına göre açık tutum toplam puanı, Faktör 1 (çocuk hastaya yaklaşım) ve Faktör 2 (eğitim algısı) puanları arasında ve örtük tutum puanları (D-skor) açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bu sonuç, çocuk sağlığı rotasyonunun varlığının tek başına tutumları değiştirmede yeterli olmayabileceğini düşündürmektedir. Rotasyonların süresi, içeriği, eğitici kalitesi ve bireysel deneyimlerin çeşitliliği gibi değişkenler, rotasyonun etkisini belirlemede kritik öneme sahiptir. Sadece rotasyonun varlığı değil, bu sürecin nasıl yürütüldüğü, ne düzeyde geri bildirim alındığı ve çocuk hastalarla etkileşim sıklığı gibi faktörler, tutumlar üzerinde daha belirleyici olabilir. Katılımcıların eğitim süreci boyunca çocuk sağlığına ilişkin kazandıkları deneyimlerin çoğunlukla rotasyon dışı ortamlardan ya da kişisel motivasyonlarla edinildiğini gösterebilir. Özellikle örtük tutumların, daha erken yaşantılardan ve sosyal öğrenmeden beslendiği düşünüldüğünde, kısa süreli bir rotasyonun bu tür yerleşik tutumları dönüştürmede etkisiz kalabileceği öngörülebilir. Rotasyonların tutum gelişimine katkısını artırmak için daha yapılandırılmış, amaca yönelik, izleme ve değerlendirme içeren eğitim programları geliştirilebilir. Hine ve ark. (99) gelişimsel-davranışsal pediatri rotasyonlarını incelemiş ve rotasyonun süresi ile niteliğinin, asistanların öz yeterlik algısı ve kaygı düzeyleri üzerinde belirleyici olduğunu göstermiştir. von Gunten ve ark. (100) hospis rotasyonuna katılan birinci basamak asistanlarının bilgi, beceri, tutum ve klinik uygulamalarında belirgin iyileşme gösterdiğini bildirmiştir. Çalışma, yapılandırılmış rotasyon deneyimlerinin hekimlerin öz yeterlik algısını ve hasta bakımına yönelik olumlu tutumlarını güçlendirdiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda çocuk sağlığı rotasyonunun tek başına fark yaratmamasına karşın rotasyonun nasıl yapılandırıldığının tutumlar üzerinde etkisi olabileceğini desteklemektedir. Manning ve ark. (101), eğitim programlarının çocuk hastalara yönelik bilgi ve tutumlarda anlamlı iyileşme sağladığını ortaya koymuştur.

Niemitz ve ark. (102), çocuk ve ailelere yönelik hasta eğitim programlarının hekimlerin öz yeterlik algısını da güçlendirdiğini göstermiştir. Hastane genelinde uygulanan bir iletişim eğitimi programında hekimlerin öz yeterlik ve olumlu hasta tutumlarının arttığı bildirilmiştir (103).

Çalışmada açık tutum puanı ve her iki faktörle (Faktör 1: çocuk hastaya yaklaşım; Faktör 2: eğitim algısı) bazı sürekli değişkenler arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Buna karşın örtük tutum puanları (D-skor) ile hiçbir sürekli değişken arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Açık tutum puanı ile yaş ($r = 0,331$; $p < 0,001$), kardeş sayısı ($r = 0,187$; $p = 0,022$), çocuk sayısı ($r = 0,264$; $p = 0,001$), asistanlık süresi ($r = 0,259$; $p = 0,001$) ve mezuniyet yılı ($r = -0,311$; $p < 0,001$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgular, yaşla birlikte ve mesleki deneyim arttıkça açık tutumların olumlu yönde geliştiğini göstermektedir. Mezuniyet yılı ile negatif korelasyon ise daha eski mezunların daha olumlu tutuma sahip olduğunu, yeni mezunların ise görece daha düşük açık tutum skorlarına sahip olduğunu ortaya koymuştur.

Faktör 1 ile yaş ($r = 0,245$; $p = 0,003$), kardeş sayısı ($r = 0,180$; $p = 0,027$), çocuk sayısı ($r = 0,190$; $p = 0,020$), asistanlık süresi ($r = 0,189$; $p = 0,021$) ve mezuniyet yılı ($r = -0,241$; $p = 0,003$) arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Benzer şekilde, Faktör 2 ile yaş ($r = 0,275$; $p = 0,001$), çocuk sayısı ($r = 0,231$; $p = 0,005$), asistanlık süresi ($r = 0,210$; $p = 0,010$) ve mezuniyet yılı ($r = -0,211$; $p = 0,009$) anlamlı ilişkilidir. Ancak Faktör 2 ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bu veriler değerlendirildiğinde, çocuk sahibi olmanın ve yaşla birlikte gelen mesleki olgunluğun, açık tutum düzeylerinde artışla ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca, daha erken mezun olan hekimlerde hem genel açık tutum hem de faktör puanlarının daha yüksek olması, yıllar içerisinde tıp eğitiminin ve sağlık sistemi koşullarının çocuk hasta bakımı konusundaki eğilimleri değiştirmiş olabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, örtük tutumun bu değişkenlerle ilişkili olmaması, örtük tutumların kişisel ve çevresel faktörlerden ziyade daha erken dönem yaşantılar ve toplumsal normlardan kaynaklanabileceğini

göstermektedir. Bu durum, örtük tutumların açık tutumlara kıyasla daha dirençli ve dönüşümü zor yapılar olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır.

Çalışmada, açık tutum puanı ile örtük tutum puanı (D-skoru) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0,058$; $p = 0,484$). Benzer şekilde, faktör düzeyinde yapılan analizlerde de Faktör 1 (çocuk hastaya yaklaşım) ve Faktör 2 (eğitim algısı) ile D-skorları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p = 0,208$ ve $p = 0,688$). Öte yandan, örtük tutumu çocuk lehine olan ($D > 0$) bireylerin açık tutum puanları daha yüksek olmakla birlikte bu fark da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p = 0,395$).

Bu sonuç, açık ve örtük tutumların birbirinden bağımsız ya da farklı dinamikler üzerinden şekillendiğini göstermektedir. Literatürde örtük tutumların daha çok bireyin farkında olmadığı bilişsel şemalar ve içselleştirilmiş sosyal öğrenme süreçleri ile oluştuğu, açık tutumların ise daha bilinçli değerlendirmelere dayandığı vurgulanmaktadır (9,104). Bu ayrışma, özellikle sağlık çalışanları gibi sosyal kabulün yüksek olduğu meslek gruplarında örtük tutumların açık tutumlarla çelişebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun (%76) çocuklara yönelik örtük olarak olumsuz tutuma sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, bireylerin bilinçli farkındalıklarının dışında gelişen örtük tutum örüntülerinin, açık tutumlarla çelişebileceğini göstermektedir. Açık tutum puanlarının genel olarak ortalamanın altında bulunması da bu tabloyu desteklemektedir. Sonuç olarak, çalışmamızda açık ve örtük tutumlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, literatürde de bildirilen sonuçlarla paralellik göstermekte ve örtük tutumların farkında olunmadığında klinik kararlar üzerinde potansiyel olumsuz etkiler yaratabileceğine işaret etmektedir (36).

Bu çerçevede, açık ve örtük tutumlar arasında ilişki olmaması durumu, eğitim planlamalarında yalnızca bilişsel düzeyde (açık tutuma yönelik) değil, aynı zamanda yapısal ve davranışsal dönüşümü hedefleyen (örtük tutumlara yönelik) stratejilere de ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır (105,106).

6. SONUÇLAR

Bu çalışma, aile hekimliği asistanlarının çocuk hastalara yönelik açık ve örtük tutumlarını eş zamanlı değerlendiren ilk çalışmalardan biri olarak, tutumların çok katmanlı yapısına ve farklı değişkenlerle olan ilişkilerine ışık tutmaktadır. Elde edilen bulgular, çocuk hasta hizmetine yönelik açık tutumların genel olarak orta alt düzeyde seyrettiğini; örtük düzeyde ise yetişkin hasta lehine belirgin bir yanlılık olduğunu göstermektedir. Katılımcıların %76'sı örtük olarak çocuklara yönelik olumsuz tutuma sahipken, açık tutum puanlarının ortalama düzeyin altında kalması, çocuk hasta yaklaşımının klinik pratikte daha kırılğan ve değişken bir alan olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma açık ve örtük tutumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı; bu da tutumların yalnızca sözel ifadeler ya da bilinçli değerlendirmeler üzerinden değil, aynı zamanda farkında olunmayan, daha derin öğrenme süreçleriyle şekillendiğini göstermiştir. Çocuk hastaları muayene etmeyi doğrudan reddetmeyen katılımcılar, yine de zarar verme endişesi taşımakta ve yüksek oranda yetişkin hastaları tercih etmektedir. Bu durum, çocuk hastalarla çalışmanın getirdiği belirsizlik, sorumluluk ve yetersizlik algısının açık tutumlara yansıyan temkinli yaklaşım ile değerlendirilebileceğini göstermektedir.

Açık tutumların alt boyutları olan "çocuk hastaya yaklaşım" ve "eğitim algısı", farklı demografik ve mesleki değişkenlerle anlamlı ilişkiler göstermiştir. Yaş, asistanlık süresi, çocuk sahibi olma gibi deneyim göstergeleri arttıkça açık tutumlar olumluya yönelmekte; buna karşılık örtük tutumlar daha durağan ve dirençli bir yapı sergilemektedir. Ayrıca SAHU kadrosunda olanlar, evli bireyler ve çocuk sahibi katılımcılar daha olumlu açık tutum puanlarına sahiptir. Kurumsal farklılıkların da açık tutum düzeylerine etkili olduğu gözlenmiş; üniversite hastanelerinde çocuk hastaya yaklaşım puanları daha yüksek, eğitim araştırma hastanelerinde ise eğitim algısı daha olumlu bulunmuştur.

Çocuk sağlığı rotasyonunun varlığı, açık ya da örtük tutumlar üzerinde anlamlı bir fark yaratmamış; bu da eğitimin yalnızca yapısal olarak değil, niteliği ve uygulama biçimiyle değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, açık tutumların bazı sürekli değişkenlerle (yaş, çocuk sayısı, mezuniyet yılı vb.) ilişkili olması, zaman içinde gelişen mesleki olgunluğun tutumları

şekillendirdiğine işaret etmektedir. Örtük tutumların ise hiçbir sosyodemografik ya da mesleki değişkenle ilişkili olmaması, bu yapıların daha derin, kişisel ve çevresel geçmiş deneyimlerle şekillendiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, çocuk hastalara yönelik tutumların geliştirilmesi için yalnızca bilgi aktarımına dayalı klasik eğitim modelleri yeterli görünmemektedir. Aile hekimliği eğitim programlarında, çocuk sağlığına ilişkin tutumları güçlendirecek, uygulamaya ve geri bildirimine dayalı içeriklerin artırılması gerekmektedir. Aynı zamanda, örtük tutumları fark etmeye yönelik öz değerlendirme araçlarının ve farkındalık temelli yaklaşımların kullanılması, klinik kararları etkileyebilecek bilinçdışı eğilimlerin dönüşümüne katkı sağlayabilir. Bu bütüncül yaklaşım, çocuk hastalara sunulan sağlık hizmetinin niteliğini artırmada önemli bir adım olacaktır.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Aile hekimliği asistanlarının çocuk hastalara yönelik açık (bilinçli) ve örtük (bilinçdışı) tutumlarını eş zamanlı değerlendirmek ve bu tutumların demografik, mesleki ve eğitimsel değişkenlerle ilişkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı–kesitsel çalışma, Antalya’da üç kurumda görev yapan aile hekimliği araştırma görevlileri (n=150) ile yürütüldü (Etik onay: 27.03.2025, TBAEK-317). Açık tutumlar, 9 maddelik 5’li Likert ölçekli anket ile; örtük tutumlar, bilgisayar tabanlı Örtük Çağrışım Testi ile değerlendirildi. Ölçek faktör analizi sonucunda “çocuk hastaya yaklaşım” ve “eğitim algısı” alt boyutlarına ayrıldı. Katılımcıların sosyodemografik verileri ile ilişkisi değerlendirildi.

Bulgular: Açık tutum ortalama puanı $2,78 \pm 0,62$ olup orta-alt düzeydeydi. Örtük Çağrışım Testi ortalaması $-0,24 \pm 0,43$, katılımcıların %76’sında yetişkin hasta lehine örtük yanlılık gösterdi. Açık ve örtük tutumlar arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,484$). Açık tutum puanları; yaş, asistanlık süresi, çocuk sahibi olma ve mezuniyet yılı ile anlamlı ilişkiliydi. Evli olanlar, Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı kadrosundakiler ve çocuk sahibi olanlarda açık tutum puanları daha yüksek bulundu. Kurumlara göre, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde “çocuk hastaya yaklaşım”, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde “eğitim algısı” puanları daha yüksek saptandı. Çocuk sağlığı rotasyonu, açık veya örtük tutumlarda fark yaratmadı. Örtük tutum puanları, hiçbir demografik ya da mesleki değişkenle ilişkili bulunmadı.

Sonuç: Aile hekimliği asistanlarının çocuk hastalara yönelik açık tutumları orta düzeyde, örtük tutumları ise yetişkin hasta lehine yanlıdır. Açık tutumlar demografik ve mesleki özelliklerle olumluya yönelirken, örtük tutumlar daha dirençli ve bağımsız kalmaktadır. Eğitim programlarında uygulama ve farkındalık temelli içeriklere ağırlık verilmesi, açık tutumların güçlendirilmesi ve örtük tutumların fark edilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, çocuk hasta tutumu, örtük tutum.

8. ABSTRACT

Introduction and Aim: This study aimed to simultaneously evaluate the explicit (conscious) and implicit (unconscious) attitudes of family medicine residents toward pediatric patients and to determine their relationship with demographic, professional, and educational variables.

Materials and Methods: This descriptive–cross-sectional study was conducted with family medicine residents working in three institutions in Antalya (n=150). Explicit attitudes were assessed using a 9-item Likert-scale questionnaire, while implicit attitudes were evaluated with a computer-based Implicit Association Test (IAT). Associations with participants' sociodemographic data were examined.

Results: The mean explicit attitude score was 2.78 ± 0.62 , indicating a moderate–low level. The mean IAT score was -0.24 ± 0.43 , showing an implicit bias in favor of adult patients in 76% of participants. No significant correlation was found between explicit and implicit attitudes ($p=0.484$). Explicit attitude scores were significantly associated with age, residency duration, having children, and year of graduation. Higher explicit attitude scores were observed in married residents, those in the Contracted Family Medicine Residency Program (Ministry of Health cadre), and those with children. According to institution, “approach to pediatric patients” scores were higher at Akdeniz University Faculty of Medicine, whereas “perception of education” scores were higher at Antalya Training and Research Hospital. Pediatric rotation did not affect either explicit or implicit attitudes. Implicit attitude scores were not associated with any demographic or professional variables.

Conclusion: Family medicine residents demonstrated moderate explicit attitudes and an implicit bias favoring adult patients toward pediatric care. While explicit attitudes tended to improve with demographic and professional factors, implicit attitudes remained resistant and independent. Emphasizing practice- and awareness-based content in educational programs may strengthen explicit attitudes and promote recognition of implicit biases.

Keywords: Family medicine, pediatric patient attitudes, implicit attitudes.

9. KAYNAKLAR

1. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2007;27(3):412–8.
2. WONCA Europe 2023 Edition. The European Definition of General Practice/Family Medicine [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
3. TÜİK. İstatistiklerle Çocuk. 2024 [cited 2025 Aug 14]; Available from: https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istcocuk_2024.pdf
4. Özceylan G, Kolcu G. Covid-19'un Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkileri. Akademisyen Kitabevi; 2022. s.49.
5. Eagly AH, Chaiken S. The Advantages of an Inclusive Definition of Attitude. Soc Cogn. 2007;25(5):582–602.
6. Devos T. Implicit attitudes 101: Theoretical and empirical insights. In: Crano W, Prislin R, editors. Attitudes and attitude change. 2008. p. 61–84.
7. Fazio RH, Olson MA. Implicit Measures in Social Cognition Research: Their Meaning and Use. Annu Rev Psychol. 2003;54(1):297–327.
8. Korkmaz L. Tutumlarımızın Ne Kadar Farkındayız? Örtük Tutumlar ve Örtük Ölçüm Yöntemleri. Türk Psikoloji Yazıları. 2017; 20:109–27.
9. Greenwald AG, Nosek BA, Banaji MR. Understanding and using the Implicit Association Test: I. An improved scoring algorithm. J Pers Soc Psychol. 2003;85(2):197–216.
10. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JLK. Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. J Pers Soc Psychol. 1998;74(6):1464–80.
11. Friesse M, Bluemke M, Wänke M. Predicting Voting Behavior with Implicit Attitude Measures. Exp Psychol. 2007;54(4):247–55.
12. Verhulst B, Lodge M. Reaction Time Measures in Implicit Attitudes Research. In: Political Science Research Methods in Action. London: Palgrave Macmillan UK; 2013. p. 64–92.

13. TUKMOS Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı [Internet]. 2019 [cited 2025 Aug 16]. Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf>
14. McCarthy M. Sustainable general practice: Looking across Europe. Vol. 66, British Journal of General Practice. 2016; 66 (642): 36
15. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun [Internet]. 2004 [cited 2025 Aug 16]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041209.htm#1>
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Aile Hekimliği [Internet]. [cited 2025 Aug 16]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tr-aile-hekimligi.html>
17. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [Internet]. [cited 2025 Aug 16]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
18. Eurostat. Population structure indicators at national level [Internet]. [cited 2025 Aug 16]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjanind/default/table
19. Wolf LJ, Haddock G, Maio GR. Attitudes. In: Oxford Research Encyclopedia of Psychology. Oxford University Press; 2020. S 353-372.
20. Chaiken S. Attitude Formation: Function and Structure. In: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. Elsevier; 2001. p. 899–905.
21. Haddock G, Zanna MP. Cognition, Affect, and the Prediction of Social Attitudes. Eur Rev Soc Psychol. 1999;10(1):75–99.
22. Chakravarti D, Eagly AH, Chaiken S. The Psychology of Attitudes. Journal of Marketing Research. 1997;34(2):298.
23. Ostrom TM. The relationship between the affective, behavioral, and cognitive components of attitude. J Exp Soc Psychol. 1969 Jan;5(1):12–30.

24. Kruglanski AW. Attitudes as Knowledge Structures. In: Lay Epistemics and Human Knowledge. Boston, MA: Springer US; 1989. p. 111–41.
25. Greenwald AG. What cognitive representations underlie social attitudes? Bull Psychon Soc. 1990 Sep 5;28(3):254–60.
26. Haddock G, Zanna MP. Cognition, Affect, and the Prediction of Social Attitudes. Eur Rev Soc Psychol. 1999;10(1):75–99.
27. Baron AS. Constraints on the Development of Implicit Intergroup Attitudes. Child Dev Perspect. 2015;9(1):50–4.
28. Fan X. Relation between workplace stereotypes, explicit attitudes and implicit attitudes. SHS Web of Conferences. 2023; 180:03010.
29. Kurdi B, Seitchik AE, Axt JR, Carroll TJ, Karapetyan A, Kaushik N, et al. Relationship between the Implicit Association Test and intergroup behavior: A meta-analysis. American Psychologist. 2019;74(5):569–86.
30. Spence A, Townsend E. Spontaneous evaluations: Similarities and differences between the affect heuristic and implicit attitudes. Cogn Emot. 2008;22(1):83–93.
31. Payne BK, Govorun O, Arbuckle NL. Automatic attitudes and alcohol: Does implicit liking predict drinking? Cogn Emot. 2008 Feb;22(2):238–71.
32. Dasgupta N. Implicit Attitudes and Beliefs Adapt to Situations. In 2013. p. 233–79.
33. Pérez EO. Implicit Attitudes in Public Opinion. In: Political Science. Oxford University Press; 2017.
34. Yu J. A Review on the Implicit Attitude from the Perspective of Gender Stereotypes, Addictive Behaviors, and Public Satisfaction with Medical Services. Journal of Education, Humanities and Social Sciences. 2024; 45:273–7.
35. Smith SM. Review of Implicit measures of attitudes. Can Psychol. 2008;49(2):177–8.
36. Hall WJ, Chapman M V., Lee KM, Merino YM, Thomas TW, Payne BK, et al. Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. Am J Public Health. 2015;105(12): e60–76.

37. Sabin JA, Moore K, Noonan C, Lallemand O, Buchwald D. Clinicians' Implicit and Explicit Attitudes about Weight and Race and Treatment Approaches to Overweight for American Indian Children. *Childhood Obesity*. 2015;11(4):456–65.
38. Gawronski B, Bodenhausen G V. Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychol Bull*. 2006;132(5):692–731.
39. Kopera M, Suszek H, Bonar E, Myszkka M, Gmaj B, Ilgen M, et al. Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Ment Health J*. 2015;51(5).
40. Robstad N, Westergren T, Siebler F, Söderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. *J Adv Nurs*. 2019;75(12):3631–37
41. Keefe B. Attitudes Toward Aging: Educational Interventions for Medical Students. *Innov Aging*. 2023;7(Supplement_1):805–805.
42. Virgolino A, Santos O, Burnay-Bastos D, Miranda AC, Vaz-Carneiro A. Promoting relationship-centred care skills and attitudes: study protocol for the development and effectiveness assessment of a training program for health professionals. *The Psychologist: Practice & Research Journal*. 2022;5(2). s:4-6.
43. Ezumah N, Manzano A, Ezenwaka U, Obi U, Ensor T, Etiaba E, et al. Role of trust in sustaining provision and uptake of maternal and child healthcare: Evidence from a national programme in Nigeria. *Soc Sci Med*. 2022; 293:114644.
44. Mehta P, Steinberg EA, Kelly SL, Buchanan C, Rawlinson AR. Medication adherence among adolescent solid-organ transplant recipients: A survey of healthcare providers. *Pediatr Transplant*. 2017;21(7):e13018.
45. Dennis Drotar D. Collaborative decision-making and promoting treatment adherence in pediatric chronic illness. *Patient Intell*. 2010;2:1-7.
46. Broliar SM, Moore M, Thompson HJ, Whiteside LK, Mink RB, Wainwright MS, et al. A Qualitative Study Exploring Factors Associated

- with Provider Adherence to Severe Pediatric Traumatic Brain Injury Guidelines. *J Neurotrauma*. 2016 Aug 15;33(16):1554–60.
47. Skeens MA, Gerhardt CA, Bajwa R, Akard TF. Toward a better understanding: An exploration of provider perceptions in pediatric hematopoietic stem cell transplant adherence. *Pediatr Transplant*. 2020; 24(6). e13786.
 48. Van Dam HA, Van Der Horst F, Van Den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: Effects on patient self-care and outcomes- A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2003;51(1):17–28.
 49. Aremu TO, Oluwole OE, Adeyinka KO, Schommer JC. Medication Adherence and Compliance: Recipe for Improving Patient Outcomes. *Pharmacy*. 2022;10(5):106.
 50. Hagger MS, Cheung MWL, Ajzen I, Hamilton K. Perceived behavioral control moderating effects in the theory of planned behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*. 2022;41(2):155–67.
 51. Kumar R, Karabenick SA, Burgoon JN. Teachers’ implicit attitudes, explicit beliefs, and the mediating role of respect and cultural responsibility on mastery and performance-focused instructional practices. *J Educ Psychol*. 2015;107(2):533–45.
 52. Sheeran P, Conner M, Norman P. Can the theory of planned behavior explain patterns of health behavior change? *Health Psychology*. 2001;20(1):12–9.
 53. Gagné C, Godin G. The Theory of Planned Behavior: Some Measurement Issues Concerning Belief-Based Variables. *J Appl Soc Psychol*. 2000;30(10):2173–93.
 54. Courneya KS, Conner M, Rhodes RE. Effects of different measurement scales on the variability and predictive validity of the “two-component” model of the theory of planned behavior in the exercise domain. *Psychol Health*. 2006;21(5):557–70.

55. Ledesma RD, Tosi JD, Díaz-Lázaro CM, Poó FM. Predicting road safety behavior with implicit attitudes and the Theory of Planned Behavior. *J Safety Res.* 2018; 66:187–94.
56. Byrne A. Mental workload as a key factor in clinical decision making. *Advances in Health Sciences Education.* 2013;18(3):537–45.
57. Paindian VP, Logeshwaran S, Lakshmi S. Cognitive Load and Emotional Regulation in High-Stakes Clinical Decision-Making: Insights from Surgery and Dentistry. *International Journal For Multidisciplinary Research.* 2025;7(5):1-7.
58. Dumitrescu AL, Wagle M, Dogaru BC, Manolescu B. Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral health behaviors: the impact of attitudes, knowledge, and current behavior. *J Oral Sci.* 2011;53(3):369–77.
59. Levin A. Parents, Primary Care Providers Need to Close Communication Gap. *Psychiatr News.* 2009;44(1):4–20.
60. Weidner NJ, Meyer MJ. Palliative Care for the Pediatrician. In: *Pain in Children.* Totowa, NJ: Humana Press; 2008. p. 221–31.
61. Wang D, Liu C, Zhang X. Do Physicians' Attitudes towards Patient-Centered Communication Promote Physicians' Intention and Behavior of Involving Patients in Medical Decisions? *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17):6393.
62. Gagné C, Godin G. The Theory of Planned Behavior: Some Measurement Issues Concerning Belief-Based Variables. *J Appl Soc Psychol.* 2000;30(10):2173–93.
63. Bar-Anan Y, Vianello M. A multi-method multi-trait test of the dual-attitude perspective. *J Exp Psychol Gen.* 2018;147(8):1264–72.
64. Pantos A. Implicitness, automaticity, and consciousness in language attitudes research. *Linguistics Vanguard.* 2019;5(Suppl 1):20180007.
65. Goodall CE. An Overview of Implicit Measures of Attitudes: Methods, Mechanisms, Strengths, and Limitations. *Commun Methods Meas.* 2011;5(3):203–22.

66. Sturge-Apple ML, Rogge RD, Skibo MA, Peltz JS, Suor JH. A dual-process approach to the role of mother's implicit and explicit attitudes toward their child in parenting models. *Dev Psychol.* 2015;51(3):289–300.
67. Nadarevic L, Erdfelder E. Cognitive processes in implicit attitude tasks: An experimental validation of the Trip Model. *Eur J Soc Psychol.* 2011;41(2):254–68.
68. Richetin J, Costantini G, Perugini M, Schönbrodt F. Should We Stop Looking for a Better Scoring Algorithm for Handling Implicit Association Test Data? Test of the Role of Errors, Extreme Latencies Treatment, Scoring Formula, and Practice Trials on Reliability and Validity. *PLoS One.* 2015;10(6): e0129601.
69. Wrzus C, Egloff B, Riediger M. Using implicit association tests in age-heterogeneous samples: The importance of cognitive abilities and quad model processes. *Psychol Aging.* 2017;32(5):432–46.
70. Glashouwer KA, Smulders FTY, de Jong PJ, Roefs A, Wiers RWHJ. Measuring automatic associations: Validation of algorithms for the Implicit Association Test (IAT) in a laboratory setting. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2013;44(1):105–13.
71. Axt J, Buttrick N, Feng RY. A Comparative Investigation of the Predictive Validity of Four Indirect Measures of Bias and Prejudice. *Pers Soc Psychol Bull.* 2024;50(6):871–88.
72. Bar-Anan Y, Nosek BA. A comparative investigation of seven implicit measures of social cognition [Internet]. Rochester (NY): Social Science Research Network; 2012 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://ssrn.com/abstract=2074556>.
73. Bar-Anan Y, Nosek BA. A comparative investigation of seven indirect attitude measures. *Behav Res Methods.* 2014;46(3):668–88.
74. Payne K, Lundberg K. The Affect Misattribution Procedure: Ten Years of Evidence on Reliability, Validity, and Mechanisms. *Soc Personal Psychol Compass.* 2014;8(12):672–86.

75. Boldero JM, Rawlings D, Haslam N. Convergence between GNAT-assessed implicit and explicit personality. *Eur J Pers.* 2007;21(3):341–58.
76. Huntsinger JR, Sinclair S, Clore GL. Affective regulation of implicitly measured stereotypes and attitudes: Automatic and controlled processes. *J Exp Soc Psychol.* 2009;45(3):560–6.
77. Godin G, Kok G. The Theory of Planned Behavior: A Review of its Applications to Health-Related Behaviors. *American Journal of Health Promotion.* 1996;11(2):87–98.
78. Derbyshire DW, Keay T. “But what do you really think?” Nurses’ contrasting explicit and implicit attitudes towards people with disabilities using the implicit association test. *J Clin Nurs.* 2024;33(11):4342–53.
79. Friedman C. Explicit and implicit: Ableism of disability professionals. *Disabil Health J.* 2023;16(4):101482.
80. Halvorson EE, Curley T, Wright M, Skelton JA. Weight Bias in Pediatric Inpatient Care. *Acad Pediatr.* 2019;19(7):780–6.
81. Duffy CMC, Bú E Do, Pereira CR, Madeira F, Hagiwara N. Healthcare providers’ psychological investment in clinical recommendations: Investigating the role of implicit racial attitudes. *Soc Sci Med.* 2024; 362:117435.
82. Turner SL. Pediatric healthcare professionals’ attitudes and beliefs about weight stigma: A descriptive study. *J Pediatr Nurs.* 2024; 75:64–71.
83. Puumala SE, Burgess KM, Kharbanda AB, Zook HG, Castille DM, Pickner WJ, et al. The Role of Bias by Emergency Department Providers in Care for American Indian Children. *Med Care.* 2016;54(6):562–9.
84. Ribeiro Coimbra LR, Noakes A. A systematic review into healthcare professionals’ attitudes towards self-harm in children and young people and its impact on care provision. *Journal of Child Health Care.* 2022;26(2):290–306.
85. Carter T, Latif A, Callaghan P, Manning JC. An exploration of predictors of children’s nurses’ attitudes, knowledge, confidence and clinical behavioural

- intentions towards children and young people who self-harm. *J Clin Nurs*. 2018;27(13–14):2836–46.
86. Bogetz JF, Gabhart JM, Rassbach CE, Sanders LM, Mendoza FS, Bergman DA et al. Outcomes of a Randomized Controlled Educational Intervention to Train Pediatric Residents on Caring for Children With Special Health Care Needs. *Clin Pediatr (Phila)*. 2015;54(7):659–66.
 87. Welsh JA, Nelson JM, Walsh S, Sealer H, Palmer W, Vos MB. Brief Training in Patient-Centered Counseling for Healthy Weight Management Increases Counseling Self-efficacy and Goal Setting Among Pediatric Primary Care Providers. *Clin Pediatr (Phila)*. 2015;54(5):425–9.
 88. Markosian C, Baghdassarian A, Best AM, Ghazaryan H, Antonyan L, Libaridian L. Self-efficacy and knowledge in pediatrics among family medicine physicians in Armenia: A survey study. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(9):5369–74.
 89. Barber Doucet H, Ward VL, Johnson TJ, Lee LK. Implicit Bias and Caring for Diverse Populations: Pediatric Trainee Attitudes and Gaps in Training. *Clin Pediatr (Phila)*. 2021;60(9–10):408–17.
 90. Rochat MJ. Sex and gender differences in the development of empathy. *J Neurosci Res*. 2023;101(5):718–29.
 91. Burton L, Nkwo C. Gender Differences in the Relationship between State and Trait Anxiety and Empathy. *Current Psychology*. 2022;41(12):8368–73.
 92. Mutlu GY, Eren E, Eviz E, Gokce T, Sakarya S, Hatun S. The attitudes, experiences, and self-competencies of pediatric endocrinology fellows and attending physicians regarding diabetes technology: the Turkey experience. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*. 2022;35(5):611–6.
 93. Albokhari A, Hamza A, Alwadai M, Aladallah AS, Hashim S, Alharthi A, et al. The Effect of Marital Status and Children on Physician's Attitude Towards Psychotropic Medications. *ASEAN Journal of Psychiatry*. 2024;25(01):1–12.
 94. Dabby L, Tranulis C, Kirmayer LJ. Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Psychiatrists toward People with Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2015;60(10):451–9.

95. Steiner ABQ, Jacinto AF, Citero V de A. Idosos com demência: conhecimentos e atitudes dos médicos nas unidades de saúde. *Rev Saude Publica*. 2020; 54:137.
96. Oldfield BJ, Clark BW, Mix MC, Shaw KC, Serwint JR, Desai S V., et al. Two Novel Urban Health Primary Care Residency Tracks That Focus On Community-Level Structural Vulnerabilities. *J Gen Intern Med*. 2018;33(12):2250–5.
97. Wild D, Linden K, Welchowski T, Dehnen D, Weltermann B. Attitudes of German GP trainees regarding add-on training programs differ if in office or hospital training phase. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):205.
98. FitzGerald C, Mumenthaler C, Berner D, Schindler M, Brosch T, Hurst S. How is physicians’ implicit prejudice against the obese and mentally ill moderated by specialty and experience? *BMC Med Ethics*. 2022;23(1):86.
99. Hine JF, Wagner L, Goode R, Rodrigues V, Taylor JL, Weitlauf A, et al. Enhancing developmental–behavioral pediatric rotations by teaching residents how to evaluate autism in primary care. *Autism*. 2021;25(5):1492–6.
100. von Gunten CF, Mullan PB, Nelesen R, Garman K, McNeal H, Savoia M, et al. Primary Care Residents Improve Knowledge, Skills, Attitudes, and Practice After a Clinical Curriculum With a Hospice. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2017;34(8):713–20.
101. Manning JC, Latif A, Carter T, Cooper J, Horsley A, Armstrong M, et al. ‘Our Care through Our Eyes’: a mixed-methods, evaluative study of a service-user, co-produced education programme to improve inpatient care of children and young people admitted following self-harm. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009680.
102. Niemitz M, Schrader M, Carlens J, Hengst M, Eismann C, Goldbeck L, et al. Patient education for children with interstitial lung diseases and their caregivers: A pilot study. *Patient Educ Couns*. 2019;102(6):1131–9.
103. Saslaw M, Sirota DR, Jones DP, Rosenbaum M, Kaplan S. Effects of a hospital-wide physician communication skills training workshop on self-efficacy, attitudes and behavior. *Patient Exp J*. 2017;4(3):48–54.

104. VanPuymbrouck L, Friedman C, Feldner H. Explicit and implicit disability attitudes of healthcare providers. *Rehabil Psychol.* 2020;65(2):101–12.
105. Vela MB, Erondur AI, Smith NA, Peek ME, Woodruff JN, Chin MH. Eliminating Explicit and Implicit Biases in Health Care: Evidence and Research Needs. *Annu Rev Public Health.* 2022;43(1):477–501.
106. Khatri U, Zeidan A, LaRiviere M, Sanchez S, Weaver L, Lynn J, et al. An Evaluation of Implicit Bias Training in Graduate Medical Education. *MedEdPublish.* 2019; 8:109.



10. EKLER

Ek-1 Etik Kurul Onayı

Kişisel verilerin korunması nedenli etik kurul onayı fotoğrafı kaldırılmıştır.



Ek-2 Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk Hastalara Yönelik Açık ve Örtük Tutumlarının İncelenmesi Anket Formu-1

Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk Hastalara Yönelik Açık ve Örtük Tutumlarının İncelenmesi Anket Formu

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu çalışma aile hekimliği asistanlarının çocuk hastalara yönelik açık ve örtük tutumlarını incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışmada, verdiğiniz bilgiler ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkkı işaretleyerek yanıtlayınız.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Örtük tutum form numarası":.....

** : yapılacak Örtük Çağrışım Testi ile eşleştirilecektir

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: Kadın ☐ Erkek ☐

3. Kaç kardeşsiniz?.....

4. Medeni Durum: Evli ☐ Bekar ☐

5. Çocuğunuz varsa çocuk sayısı:.....

6. Çalıştığınız kurum: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi ☐

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi ☐ ☐ ☐

Antalya Şehir Hastanesi ☐

7. Tıp fakültesinden mezuniyet yılınız:.....

8. Asistanlık kadrosu: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanı(SAHU): ☐

Aile Hekimliği Uzmanı (AHU): ☐

9. Asistanlık eğitiminde kaçınıcı yılınız:

1. Yıl ☐ 2. Yıl ☐ 3. Yıl ☐ 4. Yıl ☐ 5. Yıl ☐ 6. Yıl ☐

10. Çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonu yapma durumunuz? :

Evet yaptım ☐

Hayır, henüz yapmadım ☐

Çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyondayım, henüz tamamlamadım ☐

Ek-3 Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk Hastalara Yönelik Açık ve Örtük

Tutumlarının İncelenmesi Anket Formu-2

Lütfen aşağıdaki sorulara sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Çalıştığım kurumda çocuk hastaları muayene etmeyi tercih <u>etmem</u> .					
2. Çocuk hastalara bakmak benim için zorlayıcıdır.					
3. Çocuk hastalarla çalışmayı keyifli buluyorum.					
4. Aile hekimliği uzmanlığının çocuk hastalardan daha çok yetişkin hasta yönelimli bir uzmanlık dalı olduğunu düşünüyorum.					
5. Çocuk hastaları muayene ve tedavi ederken zarar vermekten endişelenirim.					
6. Uzmanlık eğitimi sırasında, Çocuk sağlığı ve hastalıkları rotasyonunda verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünüyorum.					
7. Tıp Fakültesi eğitiminde verilen Çocuk sağlığı ve hastalıkları eğitiminin yeterli olduğunu düşünüyorum.					
8. Kendimi çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda yeterince donanımlı hissediyorum.					
9. Yetişkin hastalara bakmayı çocuk hastalara göre daha çok tercih ederim.					