

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

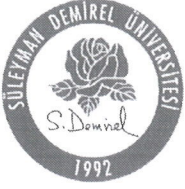
**TÜRKİYE’DE GÜVENİLİR HEKİM ALGISI: HEKİM VE
CİNSİYET STEREOTİPLERİ BAĞLAMINDA
KARŞILAŞTIRMALI BİR ARAŞTIRMA**

**Nurdan ORAL KARA
1240232001**

DOKTORA TEZİ

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Ömer Lütfi ANTALYALI**

Isparta 2018



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Nurdan ORAL KARA
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi /Sağlık Kurumlarında Yönetim Doktora Programı
Tez Başlığı	Hekim ve Sağlık Kurumlarına Güven: Hastanın Güven Olgusunu Anlamaya Yönelik Bir Araştırma
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	Türkiye'de Güvenilir Hekim Algısı : Hekim ve Cinsiyet Stereotipleri Bağlamında Karşılaştırmalı Bir Araştırma

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Doktora Tez Savunma Sınavında Jürimiz / / tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Doktora tezi için;

☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU²

ile aşağıdaki kararı almıştır.

- ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez **KABUL** edilmiştir.
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ**³ kararlaştırılmıştır.
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin **REDDEDİLMESİ**⁴ kararlaştırılmıştır.

TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Ömer Lütfi ANTALYALI/SDÜ	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. İlker Hüseyin ÇARIKÇI/SDÜ	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Ramazan ERDEM/SDÜ	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Ali Murat ALPARSLAN/MAKÜ	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZER/MAKÜ	

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 39-(4) Tezi hakkında DÜZELTME kararı verilen öğrenci sınav tarihinden itibaren en geç altı ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum " Türkiye’de Güvenilir Hekim Algısı: Hekim ve Cinsiyet Stereotipleri Bağlamında Karşılaştırmalı Bir Araştırma" adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.


Nurdan ORAL KARA
14.08.2018

ORAL KARA, Nurdan, Türkiye’de Güvenilir Hekim Algısı: Hekim ve Cinsiyet Stereotipleri Bağlamında Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Doktora Tezi, Isparta, 2018

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ömer Lütfi ANTALYALI

ÖZET

Hekim-hasta ilişkisinde güvenin merkezi rolü uzun zamandan beri bilinmektedir. Bir hekime yüksek güven, hasta memnuniyeti, tedaviye uyum, bakımın sürekliliği ve sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Her ne kadar bu ilişkiler hasta hekim ilişkisinde güvenin önemine işaret etse de, hekimlere olan güven algısını anlama konusunda yapılan çalışmalar yeterli sayıda değildir. Bireyin güven algısı, toplum yapısı, kültür, kişisel değerler ve kişinin bilişsel alt yapısındaki şemalara bağlı olarak belirlenmektedir. Bu bağlamda bireyin zihninde oluşan güvenilir hekim olgusunun şemaların oluşmasında etkisi olduğu bilinen stereotipler yoluyla şekillendiği ifade edilebilir.

Bu araştırma, hekim-hasta ilişkisinde temel değerlerden biri olan güven kavramını, güvenilir hekimi tanımlayan özelliklerin ortaya çıkarılması yoluyla incelemeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda Türkiye’deki hekim stereotipleri belirlenerek ortalama bir hekim hakkındaki genel algı tespit edilmeye çalışılmıştır. Daha sonra güvenilir bir hekimde aranılan özellikler (güvenilir hekim prototipleri) ortaya çıkarılarak, hekim stereotipleri ve iyi hekim, başarılı hekim ve tercih edilen hekim algıları ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca hekim stereotipleri ve güvenilir hekim prototipleri ile stereotiplerin oluşumunda önemli bir etken olan cinsiyet ile ilişkisi üzerinde durulmuştur. Bu sayede Türkiye’de hekim ve güvenilir hekimin karakteristik özelliklerinin, toplumun zihnindeki algısına ait bir çerçeve sunulmaya çalışılmıştır.

Araştırmada, sıfat listeleri tekniğinden biri olan Schein’in (1973) metodolojisinden yararlanılarak hekim özelliklerini içeren bir tanımlayıcı endeks geliştirilmiştir. Bu tanımlayıcı endeks, hekim, güvenilir hekim, iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve kadın, erkek başlıkları ile yedi farklı örneklem grubuna uygulanmıştır. Araştırma, Burdur il merkezinde yaşayan 2527 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonuçlarında, güvenilir hekimin işini dikkatle yaptığı işine özen gösterdiği, dikkatli ve işinde disiplinli olduğu, iyi bir dinleyici olup bilgi olarak donanımlı olduğu ayrıca anlayışlı, saygılı, başarılı, dürüst ve güvenilir algılandığı görülmüştür. Türkiye’de hekimlere ait stereotiplerin cinsiyet ile açıklanamadığı ancak güvenilir hekim prototipinin dışı algılandığı sonucuna ulaşılmıştır. Türkiye’de güvenilir hekimin aynı zamanda iyi ve başarılı olarak algılandığı ayrıca tercih edildiği görülmüştür.

Dışıl özelliklerin iletişimsel ve sosyal boyutlara atıf yapmaktadır. Yöneticiler ve hekimlerin güvenin artırılması için bu boyutları dikkate alarak gerekli çalışmaları yapması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Güven, hekime güven, hekim stereotipi, güvenilir hekim prototipi, kalıpyargı, cinsiyet stereotipleri



ORAL KARA, Nurdan, Trusted Physician Perceptions in Turkey: A Comparative Research in the Context of Physician and Gender Stereotypes, Ph.D. Thesis, Isparta, 2018

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Ömer Lütfi ANTALYALI
ABSTRACT

The central role of trust in the physician-patient relationship has been known for a long time. High trust to one's physician is associated with high patient satisfaction, treatment compliance, continuity of care and health outcomes. Although these associations point to the importance of trust in patient-physician relationship, studies on understanding the perception of trust in physicians are not sufficient. The individual's perception of trust depends on the structure of society, culture, personal values, and the cognitive subscale of the person. In this context, it can be expressed that the formation of a reliable physician in the mind of the individual is shaped through the stereotypes known to be influential in the formation of the schemas.

This research aims to investigate the concept of trust, which is one of the basic values in physician-patient relationship, by revealing the characteristics that define trusted physician. For this purpose, physicians' stereotypes in Turkey have been determined and tried to determine the general perception of an average physician. Then, the physician's stereotypes and the characteristics of a trusted physician (trusted physician's prototypes) , were compared with good physician, successful physician and preferred physician characteristics. In addition, physician stereotypes and trusted physician prototypes have been focused on the relationship with gender, which is an important factor in the formation of stereotypes. In this way, the characteristics of a trusted physicians and physicians in Turkey, has attempted to present a frame of perception in society's mind.

In the research, a descriptive index including physician characteristics was developed by using the methodology of Schein (1973), one of the adjective list techniques. This descriptive index was applied to seven different sample groups with physician, trusted physician, good physician, preferred physician, successful physician and female, male titles. The study was conducted with 2527 people living in Burdur province center.

The results of the research showed that a trusted physician was careful about his work and took care of his work, that he was careful and disciplined in his work, a good listener, equipped with information and also understanding, respectful, successful, honest and trustworthy. The stereotypes of physicians in Turkey, can not be explained by gender, but have concluded that trusted physician's prototype of the feminine perception. At the same time, in Turkey trusted physicians are perceived as good and successful and also preferred.

Feminine attributes refer to communicative and social dimensions. It is suggested that administrators and physicians should make necessary studies in order to increase their confidence by considering these dimensions.

Key Words: Trust, trust in physician, physician stereotype, trusted physician prototype, stereotype, sex stereotypes

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM GÜVEN KAVRAMI

1. GÜVEN.....	4
1.1. Güvenin Tanımı ve Güven ile Birlikte Kullanılan Kavramlar	6
1.2. Güvenin Temelleri ve Güven Türleri	12
1.2.1. Kişilerarası Güven	16
1.2.2. Sosyal Güven	17
2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÜVEN KAVRAMI.....	20
2.1. Hasta Hekim İlişkisi ve Güven Kavramı.....	22
2.2. Hekim Hasta İlişkisinde Güvenin Belirleyicileri	26
2.3. Hasta Hekim İlişkisinde Güvenin Boyutları	28
2.3.1. Hekimin Yeterliliğine Güven (Trust in Competence)	30
2.3.2. Hekimin Vekilliğine Güven (Trust in Physician Agency)	32
2.3.3. Hekimin Sır Tutacağına Dair Güven (Trust in Confidentiality)	34
2.3.4. Hekimin Bilgi Sağlama ve Alma Konusundaki Açıklığına Duyulan Güven (Trust in Disclosure)	35
2.3.5. Genel Güven (Global Trust)	37

İKİNCİ BÖLÜM STEROTİP KAVRAMI

1. STEREOTİP KAVRAMI	39
1.1. Sosyal Psikoloji Literatüründe Stereotipin Yeri, Özellikleri ve İlgili Kavramlar	45

1.2. Stereotipleme Süreci.....	50
1.3. Stereotiplere Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar.....	52
1.3.1. Psikodinamik/Güdüsel Yaklaşımlar	52
1.3.2. Sosyo-kültürel Yaklaşımlar	55
1.3.3. Bilişsel Yaklaşımlar	56
1.4. Stereotipleri Belirleme Yöntemleri	57
2. Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Cinsiyet Stereotipleri.....	62
2.1. Meslek Stereotipleri ve Kadın Erkek Ayrımcılığı.....	69
2.2. Sağlık Sektöründe Mesleki Stereotipler	74
2.3. Hekime Güven Kapsamında Stereotiplerin Yeri.....	77

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HEKİM VE SAĞLIK KURUMLARINA GÜVEN: HASTANIN GÜVEN OLGUSUNU ANLAMAYA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	81
2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	82
2.1. Evren ve Örneklem.....	83
2.2. Veri Toplama Aracı.....	86
2.3. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	90
2.3.1. Güvenilirlik ve Geçerlilik	91
2.4. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları	92
3. BULGULAR.....	92
3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	93
3.1.1. Cinsiyete Göre Katılımcı Oranları	94
3.1.2. Yaşa Göre Katılımcı Oranları	95
3.1.3. Medeni Duruma Göre Katılımcı Oranları.....	96
3.1.4. Mesleğe Göre Katılımcı Oranları	97
3.1.5. Çalışma Durumuna Göre Katılımcı Oranları.....	98
3.1.6. Gelir Durumuna Göre Katılımcı Oranları.....	99
3.1.7. Eğitim Durumuna Göre Katılımcı Oranları	100
3.2. Tanımlayıcı Endeks Maddelerinin Ortalamalarına Ait Bulgular	100
3.2.1. Kadın Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları	102
3.2.2. Erkek Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları	105

3.2.3. Hekim Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları	107
3.2.4. İyi Hekim Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları	109
3.2.5. Tercih Edilen Hekim Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları .	111
3.2.6. Başarılı Hekim Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları.....	113
3.2.7. Güvenilir Hekim Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları.....	115
3.3. Sınıf İçi Korelasyon (ICC) Bulguları	117
3.3.1. Cinsiyet Endekslerine Ait Sınıf İçi Korelasyon Bulguları.....	119
3.4. Tanımlayıcı Endeks Ortalamalarının Karşılaştırılması	124
4. TARTIŞMA VE SONUÇ	133
KAYNAKLAR	146
EKLER.....	179
ÖZGEÇMİŞ	181

KISALTMALAR

ICC : Intra-class Corelation (sınıf içi korelasyon)

OECD : İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı

STE : Schein Tanımlayıcı Endeksi

TDK : Türk Dil Kurumu

TİSK : Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

Vb. : Ve Benzeri

Vd. : Ve Diğerleri

TABLÖLAR

Tablo 3.1. Tanımlayıcı Endekslere Göre Ulaşılan Veri Oranları	85
Tablo3.2. Tanımlayıcı Endekslerin Cronbach'ın Alfa Değerleri.....	91
Tablo 3.3. Sosyo Demografik Değişkenler ve Tanımlamaları	93
Tablo 3.4. Cinsiyete Göre Katılımcı Oranları	94
Tablo 3.5. Yaş Göre Katılımcı Oranları	95
Tablo 3.6. Medeni Duruma Göre Katılımcı Oranları	96
Tablo 3.7. Mesleğe Göre Katılımcı Oranları	97
Tablo 3.8. Çalışma Durumuna Göre Katılımcı Oranları	98
Tablo 3.9. Gelir Durumuna Göre Katılımcı Oranları	99
Tablo 3.10. Eğitim Durumuna Göre Katılımcı Oranları	100
Tablo 3.11. Tüm Endekslerin ICC Bulguları	118
Tablo 3.12. Cinsiyet Endekslerinin (diğer endekslerle) ICC Bulguları	119
Tablo 3.13. Kadın Katılımcıların Cevaplarına Göre ICC Bulguları	120
Tablo 3.14. Erkek Katılımcıların Cevaplarına Göre ICC Bulguları.....	121
Tablo 3.15. 24 ve Altı Yaş Grubunun Cevaplarına Göre ICC Bulguları	122
Tablo 3.16. 25-41 Yaş Grubunun Cevaplarına Göre ICC Bulguları.....	123
Tablo 3.17. 42≤ Yaş Grubunun Cevaplarına Göre ICC Bulguları	123
Tablo 3.18. Güvenilir Hekim ile Diğer Tanımlayıcı Endekslerin Farklarına Ait Bulgular.....	125

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil.3.1. Kadın Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*	104
Şekil.3.2. Erkek Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*	106
Şekil.3.3. Hekim Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*	108
Şekil.3.4. İyi Hekim Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*	110
Şekil.3.5. Tercih Edilen Hekim Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*	112
Şekil.3.6. Başarılı Hekim Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*	114
Şekil.3.7. Güvenilir Hekim Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*	116

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde güven, gerek hasta gerekse sağlık hizmeti sunucuları ve politika sağlayıcılar açısından temel bir kavramdır. Hasta ve hekim arasındaki ilişkinin, bakım ve bakımın yapılabileceği bağlamı sağlayarak, tıbbi bakım sürecinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmiştir (Peabody, 1927). Bu doğrultuda, hastanın hekime güveni, hasta-hekim ilişkisinin önemli bir özelliği olarak gösterilmiştir (Leopold vd., 1996; Thom ve Campbell 1997). Bu bağlamda güven; hasta memnuniyeti, verilen bakımın sürekliliği, hastanın tedaviye bağlılığı gibi faktörleri etkilemekle birlikte, başta bireye fiziksel ve psikolojik olmak üzere fayda sağlamakta, sosyal açıdan da topluma katkıda bulunmaktadır.

Çok boyutlu bir yapısı olan güven kavramının doğasını anlamak oldukça karmaşıktır. Bu nedenle güven, literatürde ekonomi, sosyal psikoloji, psikoloji, felsefe, yönetim bilimleri gibi pek çok disiplinin araştırma konusu olmuştur. Ekonomistler piyasa ve örgütler üzerinden güven kavramını incelerken, felsefe alanında güveni anlamaya yönelik çalışmalar yapılmıştır. Psikoloji ve sosyal psikoloji alanında ise güvenin insan ilişkilerindeki boyutu ile toplumsal boyutu kapsamında anlamaya çalışılmıştır (Blomquist, 1997). Literatürün geneli incelendiğinde güven kavramının ortak bir tanımının yapılamadığı görülmektedir. Yani güven, tek bir disipline mal edilemeyecek kadar kapsamlı ve hayatın her noktasında var olan bir kavramdır.

Sağlık yönetimi alanında güven kavramının, sosyal psikoloji alanının sosyal nedenler ve psikoloji alanının kişisel etmenler boyutunda yaptığı tanımları içerdiği söylenebilir. Ayrıca sağlık örgütleri açısından yönetsel anlamda da güven kavramının incelendiği görülmektedir. Yani sağlık sistemi içinde kişilerarası güven (hasta-hekim), kuruma güven (hasta-sağlık kurumu), örgütsel güven (hekim-sağlık kurumu) ve sisteme güven (hasta-sağlık sistemi) boyutlarında incelenebilir. Bu araştırma kişilerarası güven kapsamında güveni incelemektedir.

Güvenle ilgili yapılan tanımlara bakıldığında risk ve belirsizliğin güvenin ön koşulu olduğu belirtilmektedir. Sağlık bakımı, belirsizliğin, risk düzeyinin ve bireyin sağlık profesyonellerine bağımlılığının en yüksek olduğu alanlardan biridir. Dolayısı ile sağlık hizmetinde güven, yeterliliğe güvenin yanında güvenilen kişinin bireyin çıkarlarını en iyi şekilde koruyacağına inanması ile ilgilidir. Ayrıca, dürüstlük, gizlilik, içtenlik, saygınlık gibi beklentilerin yanında teknik ve sosyal iletişim becerilerini de kapsamaktadır (Calnan ve Rowe, 2004; Hall vd., 2001; Mechanic ve Meyer, 2000).

Literatürde, sağlık bakım ilişkilerinde güvenin öncü rolüne sıklıkla vurgu yapılarak, hekim-hasta arasındaki güvenin nasıl inşa edildiği anlaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmalar güvenin varlığı, boyutları ve belirleyicilerini incelemek üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmada hekime güveni belirleyen özelliklerin detaylı bir içeriği çıkartılarak literatüre katkı yapılması hedeflenmektedir.

Sosyal psikolojide alanında yapılan çalışmalar toplumun bireyin bilişsel süreçlerine nasıl etki ettiğini açıklamaktadır. Sosyal bir varlık olan insanın bulunduğu toplum içinde geliştirdiği bilişsel yapısının güven algısını etkilediği bilinmektedir (Paerson ve Raeke, 2001:509). İnsanın karmaşık dünyayı algılamak için gerekli olan bilişsel bilgiyi yönetmek üzere, stereotiplerin etkili bir bilişsel strateji oluşturduğuna dair inanç mevcuttur (Fiske ve Nuberg, 1990). Stereotip kavramı kısaca, dışarıdaki dünyayı algılamak için zihinde oluşturulan resimler olarak tasvir edilmiştir (Asmore ve Delboca, 1981). Yani bireyler karşısındaki kişi ya da gruplar ile ilgili onların kişilik, tutum ve davranışları hakkında toplumda genel kabul görmüş izlenimleri varsayarak algılar ve değerlendirirler. Zihinsel bir kestirme yol olarak da kabul edilen stereotipler, oldukça çok miktarda bilgi ile uğraşan zihnin kısa sürede çıkarım yapmasına yardımcı olur. Ancak karşıdaki kişinin ya da grubun toplumdaki algısı ile ilgili bir olumsuz yargı varsa kişiyi önyargılı davranma ve ayrımcılık yapma yoluna da itebilir.

Çocukluk ve gençlik dönemlerinden itibaren toplumun kabul ettiği değerler, bireylerde stereotiplerin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Birey toplumdaki farklı düşünse de farkında olmadan toplum ile aynı kalıp yargılar ile düşünür. Örneğin, kadın ve erkek eşitliğine inanan bir genç araba tamircisini tasvir ederken erkek olduğunu varsayarak hareket edebilir.

Stereotip çalışmaları etnik ve ırk stereotipleri üzerine başlamış daha sonra cinsiyetten kaynaklı farklılıkların stereotip düşüncelerden kaynaklandığı üzerine yapılan çalışmalara yoğunlaşmıştır. Genel olarak en temel stereotip düşüncenin kadın ve erkek olmaktan kaynaklı farklılıklar olduğunu söylemek yanlış değildir. Toplumsal alanda iş bölümünden, meslek seçimine hatta okul başarısında bile cinsiyet rolü stereotiplerinin etkisi olduğu bilinmektedir. Bireyler sosyal rollerini yerine getirirken, kendi tercih ve isteklerine rağmen, toplumun kendilerinden beklediği ve onayladığı davranış biçimini yerine getirmeyi uygun bulurlar (Choi ve Hon, 2002). Toplumun öngördüğü şekilde hayatlarına, kişiliklerine ve davranışlarına yön verirler.

Neredeyse tüm kültürlerin erkek egemen yapısında olduğu ve erkekleri kadınlarda daha etken, daha yetkin, daha iddialı, daha rekabetçi algıladığı; kadınları ise daha edilgen, nazik, kibar, destekleyici, şefkatli ve sosyal tanımladığı görülmektedir. Kadınların ev işleri, çocuk bakımı ile ilgili işler temel görevi olarak görülürken, erkeklerin ise para kazanma ve çalışma misyonu vardır. Çalışma hayatının pek çok noktasında kadın sayısı artmış olsa da kadının ikincil rolü hâlâ değişmemiştir. Kadın hekimlerin diğer meslek gruplarındaki hemcinsileri gibi temel görevlerinden sorumlu olduklarını hissettikleri ve bu işleri birebir yapmasalar bile koordinasyonundan sorumlu olduklarını söyledikleri çalışmalara rastlanmaktadır. Ayrıca branş tercihlerinde kadın hekimlerin nöbeti olmayan branşları tercih ettikleri de bilinmektedir.

Hekimlik eski çağlardan bu yana erkek mesleği olarak görülmesine rağmen içinde pek çok kadının da çalıştığı bir gruptur. Cinsiyet stereotiplerinin meslek algıları

üzerindeki etkisinden yola çıkarak hekimlerin kadın veya erkek stereotipleri ile bir ilişkisi olup olmadığı bulunmak istenmiştir. Yine güvenilir bir hekimi tanımlarken hekimden beklenen kişilik, tutum ve davranış kalıpları ile ne kadar uyumlu olduğu da bir başka inceleme konusudur. Ayrıca kadın ve erkek stereotipleri ile güvenilir bir hekimin özellikleri arasındaki ilişki de hekimlerin hastaları ile ilişkisini geliştirmesinde katkı sağlayacak önemli bir ayrıntı olabilir.

Araştırma üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde güven kavramı, güvenin tanımı ve güven ile birlikte kullanılan kavramlar, güvenin temelleri ve güven türleri ve sağlık hizmetlerinde güven kavramları anlatılmıştır. İkinci bölümde stereotip kavramı detaylı olarak anlatılmış, toplumsal cinsiyet algısı ve cinsiyet stereotipleri başlığı altında da sağlık sektöründe cinsiyet stereotipleri ile hekime güven kapsamında stereotiplerin yerine yönelik bilgilere yer verilmiştir. Üçüncü bölümde, hekime güven kapsamında hekim stereotipleri ve cinsiyet stereotipleri ile güvenilir hekimin özelliklerinin ortaya çıkarılmasına yönelik uygulama kısmı yer almaktadır. Bu kısımda güvenilir hekimlerin özelliklerini tespit etmeye yönelik yapılan uygulamanın metodu, analizler ve bulgular mevcuttur. En son bölümde ise araştırma sonuçları ve tartışma bulunmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GÜVEN KAVRAMI

1. GÜVEN

Güven, tüm ilişkilerin ayrılmaz bir parçası olan çok boyutlu bir kavramdır. Günlük konuşmalarda güvene sıklıkla yer verilmekle birlikte, 'güven nedir?' diye sorulduğunda tanımı kolaylıkla yapılamamaktadır. Güven, insanın doğumundan başlayıp ailesi, çevresi, ülkesi ve dünya ile ilişkilerinde hep var olmuş bir kavramdır. Kısaca yaşamın var olduğu yerlerde güven her zaman karşımızda durmaktadır. Bir bebeğin annesinin göğsünde sakinleşmesi, vatandaşın devletine güvenmesi, bankaya yatırılan paranın değer kaybetmeyeceğine olan inanç, satın aldığımız malların sağlam olduğunu düşünmemiz gibi pek çok örnek içinde güveni barındırmaktadır. İnsan ilişkilerinin olduğu yani insanın yer aldığı her platformda güvenden bahsetmek mümkündür.

Tanıdık bir dünyada güvene ihtiyaç yoktur (Jalava, 2003:183). Çünkü etraf sembollerimiz, normlarımız, alışkanlıklarımız, rutinlerimizle tanıdığımız bir dünyadan oluştuğunda sistemin nasıl işleyeceğine dair bir öngörümüz vardır. Tanıdık dünya, dış dünyanın aşırı kompleksliği yanında süregelen şekilde anonimdir ve durgundur. Bu tanıdık dünyanın nispeten basit olduğu anlamına gelir (Jalava, 2006:16). Georg Simmel meşhur sözünde bu durumu şöyle ifade etmektedir *"Eksiksiz bilgiye sahip olmak güven ihtiyacını ortadan kaldırır, bilgiden tamamen yoksun olmaksızın güveni imkânsız hale getirir. Ayrıntılı pratik kararın güvene dayanmasını sağlamak için ne kadar bilme ve bilmeme miktarının kaynaşması gerektiği, tarihsel dönem, ilgi alanları ve bireyler tarafından belirlenir."* Bu nedenle, Simmel (1950:326) güveni, 'toplumdaki en önemli sentetik güçlerden' biri olarak tanımlamaktadır (Misztal,1996:50).

Güven, bir kişinin diğerinin onu hayal kırıklığına uğratma ihtimaline rağmen o davranışı seçmesi olarak tanımlanabilir (Luhmann, 1988:102). Güven kişinin zayıf hissettiği ve risk olduğunu varsaydığında ortaya çıkan bir durumdur. Modern dünyanın

koşullu risklerine kıyasla, risklerin doğal olduğu geleneksel dünyada kontrol ve sosyalleşme, sosyal gerçekliğin devamını sağlamak için yeterliydi (Jalava, 2003:174). Parson 'ın (1977) da belirttiği gibi, normların yanı sıra, toplumsal normlara dayandırılan aşinalık (bildik, tanıdık) sonucu oluşan güven biçimi sistemlerin sürekliliğinin yanı sıra bütünleşmeyi de garanti etmekteydi (Jalava, 2003:175). Aşinalık yaşamın kaçınılmaz bir olgusudur, ancak güven, belirli risk durumlarına yönelik bir beklenti veya bir sonuçtur (Luhmann, 1988:103). Aşinalığın geçmişle, güvenin gelecek ve risklerle ilgili olduğu söylenebilir. Güvene ihtiyaç duyulmasının ilk nedeni, toplumun gelişmesinin öngörülebilir değil, olağan dışı olduğudur. Kısacası, yaşadığımız çevre belirsizdir ve risklerle doludur.

Güven ilişkileri, bir tarafın (güvenenin) diğer tarafın (güvenilenin) yetkinliğine ilişkin olumlu beklentilere sahip olmaları ve çıkarları doğrultusunda çalışacakları şeklinde karakterize edilir (Groenewegen, 2006:4). Bir ilişkide güvenen risk üstlenir, istismar edilme olasılığını kabul eder, güvendiği kişinin kendi istediği ve önemli gördüğü davranışları göstereceğine yönelik iyimser bir beklentisi vardır (Brockner vd.,1997:558). Literatürde güven, sıklıkla risk ve belirsizlikle ilişkilendirilmektedir (Beck, 2011; Giddens, 2004; Coleman, 1990; Baier, 1986). Bu nedenle risk, belirsizlik, beklenti ve zarar görme ihtimali güven kavramının ön koşulları olarak ele alınmaktadır (Erdem, 2003:157). Luhmann'a (1979:5) göre güven sosyal dünyanın karmaşıklığını azaltan etkili bir iletişim aracıdır, o olmadan sosyal yaşam olanaksızdır, nerede güven varsa orada deneyimler ve eylemler için fırsatlar doğmaktadır (Ertong, 2011:23).

Güven hem kişisel ilişkilerin bir özelliği, hem de kişisel özellikleri içeren ama kişisel olmayan bir işleyişi anlatan durumdur (Değirmenci, 2009:8). Kişisel ilişkilerin bir özelliği olarak güven, öncelikle, sağlıklı bir kişilik gelişimi için temel oluşturan ve bu sebeple de Erikson ve takipçileri tarafından "temel güven" olarak adlandırılan psikolojik bir olgudur (Değirmenci,2009:9). Temel güven, dünyaya genel bir yönelim, çocukluğun erken aşamalarında oluşan tutumlar ve pratikler kümesidir. Hatta Erikson'a (1993) göre temel güven, kısmen kalıtımla geçmiş, içkin bir şey, insanın doğuştan sahip olduğu mizacın bir parçası bile olabilir (Solomon ve Flores, 2001:54). Ancak, soyut sistemlerin gelişimiyle kişinin tanımadığı insanlara duyduğu güven, toplumsal var oluş

için vazgeçilmez bir hale gelir. Bu türden kişiselleşmemiş güven, temel güvenden farklıdır (Giddens, 2004:33).

Güvenin doğasını anlamak karmaşık bir iştir, bu nedenle güven çeşitli disiplinlerin araştırma konusu olmuştur. Öncelikle sosyal bilimler alanında, ekonomi, sosyal psikoloji, psikoloji, felsefe, yönetim gibi farklı disiplinlerden kuramcılar ve araştırmacılar, güveni çeşitli yönleriyle anlamaya çalışmışlardır. Psikoloji ve sosyal psikoloji alanında güvenin kişisel etmenlerden mi yoksa sosyal nedenlerden mi kaynaklandığı konusunda yapılan tartışmalar, felsefe alanında güvenin doğasını anlamak üzerine yoğunlaşmıştır (Blomqvist, 1997:272-274). Ekonomistler ve piyasaya yönelik çalışmalar yapanlar ise örgütler boyutunda güveni vurgulamaktadır (Blomqvist, 1997:283). Her disiplin güven konusuna kendi açılarından yaklaşmış ve birbirlerinden beslenmişlerdir (Gambeta, 1988; Worchel, 1979; Lewincki ve Bunker, 1996). Yani, güven konusu tek bir disipline mal edilemeyecek kadar kapsamlı ve hayatın her noktasında var olan bir kavramdır. Güven tartışmaları ile ilgili detaylı bilgiye bir sonraki bölümde yer verilecektir.

1.1. Güvenin Tanımı ve Güven ile Birlikte Kullanılan Kavramlar

Bugün “güven” kavramı oldukça sık rastlanır bir biçimde kullanılmaktadır. Ekonomik krizlerin altında güven eksikliğinin yattığı, çalışanlarıyla ve müşterileriyle güven ilişkisi geliştiremeyen şirketlerin karlılığının düştüğü, siyasette yaşanan güven bunalımının ülkeyi etkilediği, kadın-erkek ilişkilerinde güven eksikliği gibi vurgular gündelik hayatta sıkça karşılaştığımız durumlardır (Ertong, 2011:17). Başka bir deyişle, 'aile, arkadaşlar, iş arkadaşları, hekimler, tüccarlar ve benzerleri' ile olan ilişkilerimizde bir güvene (veya güvensizliğe) sahibiz. Bununla birlikte, güvene ilişkin koşulların belirlenmesiyle ilgili olarak, güvenin nasıl işlediğini açıklamak ve güven ile inanç, umut ve inanç gibi ilişkili tutumlardan güveni ayırırken, farklı yorumların yapıldığı görülmektedir.

Yaşamın her alanında varolan, çok katmanlı ve geniş boyutlu bir kavram olan güven farklı disiplinlerin konusu olmuştur. Literatür incelendiğinde, görüş birliğine varılan bir tanımlamanın olmadığı, her bir disiplinin kendi bakış açısıyla ve farklı

boyutlarda değerlendirdiği çok sayıda güven tanımının olduğu görülmektedir. Yani, kavramın karmaşık yapısı nedeniyle net ve tek bir kuramsal yapı geliştirilememiştir (Lewis ve Weigert, 1985; Young ve Wilkinson, 1989).

Güven kavramı, sosyal bilimler ve psikoloji literatüründe uzun zamandır tartışılmaktadır (Deutch,1958; Blau,1964; Rotter,1967; Giffin,1967; Schlenker vd., 1973; Frost vd.,1978; Hake ve Schmid, 1981; Good, 1988). Psikoloji alanında güven, daha çok güvenen ve güvenilen kişinin kişilik özellikleri, inanç, beklenti ve değerleri ile açıklanmaya çalışılırken (Deutch, 1958; Rotter, 1967); sosyoloji ve sosyal psikoloji alanında güven, daha çok sosyal yönleri ile kişiler ve gruplar arası ilişkiler boyutunda (Blau, 1964) tartışılmıştır.

Güven, başkalarının eylemleri ve niyetleri ile ilgili olumlu bir beklenti hali olarak tanımlanabilir. Sabel'e (1982) göre güven, bir ilişkide bir tarafın, diğer tarafın onun zayıflığını istismar etmeyeceğinden emin olmasıdır. Bireysel risk alma davranışı (Coleman, 1990), işbirliği (Gambetta, 1988), sosyal karmaşıklığın azaltılması (Luhmann, 1979), düzen (Misztal, 1996), sosyal sermaye (Coleman, 1988, Putnam, 1995) ve benzeri kavramlar güven ile ilişkilendirilmiştir (Sztompka, 1999).

Türk Dil Kurumu güveni; korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu, itimat olarak tanımlamıştır. Güven çok yönlü bir kavramdır ve herhangi bir güven tanımı da bunu dikkate almalıdır. Güvenin çok yönlü yapısı ve tek bir güven tanımının tüm durumlar için uygun olmadığı gerçeği; teorik ve ampirik güven çalışmasında bulunan çok yönlü tanımları açıklayabilir. Güven, temel olarak bilişsel (akılcı ve araçsal yargılar temelinde) ve duygusal unsurları (etkileşim, empati ve başkalarıyla özdeşleşme yoluyla ortaya çıkan ilişki ve duygusal bağlara dayanan) içeren çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanmıştır (Gambetta, 1988; Lewicki ve Bunker 1996; Mayer vd., 1995; Gilson, 2003).

Güven ile ilgili yapılmış bazı tanımlar şunlardır:

Simmel (1964:379), güvenin, tüm sosyal ilişkilerin bağlı olduğu karşılıklı “sadakāt” üzerine kurulduğunu ve birine veya bir ilkeye inanıldığı takdirde ortaya çıktığını savunmaktadır. Böylece güven, sosyal etkileşimlerin, basit ve olumlu bir

temelde ilerlemesine izin verir, güven yokluğunda ise, gelecekte ortaya çıkabilecek muhtemel karmaşıklık, ilişkileri aksatacaktır (Simmel, 1978).

Barber'ın (1983) güveni genelleştirilmiş, itibari ve yeteneğe güven şeklinde üç yönü ile açıkladığı görülmektedir. *Genelleştirilmiş güven*, doğal ve ahlâki toplumsal düzenin devamlılığının ve yerine getirilmesinin beklentisi; *itibari güven*, karşılıklı etkileşim içindeki ortakların, sözleşmeye dayalı yükümlülüklerini ve sorumluluklarını yerine getireceği" beklentisi ve *yeteneğe güven*, 'sosyal ilişkiler ve sistemlerde bize katılanlardan teknik olarak yetkin rol performansının beklentisi' şeklinde açıklanabilir.

Rotter (1967:651) güveni, bir birey ya da grubun; karşı tarafın sözlü veya yazılı herhangi bir ifadesinin itimat edilir olduğuna dair genel bir beklentisi olarak tanımlamakta; benzer şekilde Garfinkel (1973), başkalarının, günlük hayatın beklentilerini veya kurallarını yerine getireceği inancı şeklinde tanımlamaktadır.

Lewis ve Weigert (1985a, 1985b), bilişsel, duyuşsal ve davranışsal boyutlarında güveni tanımlamıştır. *Bilişsel güven*, güvenilen bireylerin kişisel ve kurumsal nitelikleri ile ilgilidir. *Duyuşsal güven*, aktörler arasındaki güven ilişkisinde duygusal bir bağ ve duygusal bir yatırımı içerir. *Davranışsal güven* ise riskli bir eylem planını üstlenmeyi, bu eylemin içerdiği tüm kişilerin yetkin ve görevli davranacağına dair beklentiyi açıklamaktadır.

Luhmann (1979), sistem güvenine vurgu yaparak, genel güven ve kişisel güven boyutlarında tanımlama yapmaktadır. *Genel güven*, kişinin beklentilerine karşı hissettiği güven duygusu; *kişisel güven*, başka birinin rahatsız edici potansiyeline karşı, kişinin özgürlüğünü, kişiliğini koruyarak yaşayabileceği yönündeki genelleştirilmiş beklenti ve *sisteme güven* ise sosyal sistemler ve kurumlara güven şeklinde açıklanmıştır.

Fukuyama'ya (2005:26) göre güven ise, bir topluluk içinde, ortak paylaşılan normlara dayanan, o topluluğun diğer üyeleri tarafından düzenli, dürüst ve işbirliği davranışının ortaya çıkması beklentisidir.

Bu tanımlardan da görülebildiği gibi güven çok farklı bakış açılarıyla ele alınmaktadır. Ancak Whitener ve meslektaşları (1998:513), güven ilgili tanımların üç

özellik barındırdığını söylemektedir. Bunlardan birincisi, güvenilen tarafın iyi niyetli olacağına dair inanç ve beklenti; ikincisi, güvenen tarafın, karşı tarafın iyi niyetli olacağına dair inanç ve beklentilerini yerine getirmeleri konusunda bir güce sahip olmamasıdır. Birey karşıdakini etkileyemez, kontrol edemez. Üçüncü ve son olarak, güven bağımlılık içerir. Güvenen taraf karşısındaki tarafın eylemlerine bağımlı durumdadır.

Güven ile ilgili tanımlara bakıldığında bazı kavramların (itimat, itibar, emin olma, inanma gibi) güveni tanımlamak için güven ile birlikte ve hatta güven yerine sıklıkla kullanıldığını görülmektedir. Güven çalışmaları İngilizce literatürde 'trust and confidence' şeklinde iki farklı kavram ile tanımlanmaktadır. Her iki kelimenin de Türkçe ilk sözlük karşılığı 'güven'dir. Ancak Türkçe literatürde kabul gören karşılığı "trust", güven, "confidence" ise emin olma şeklindedir (Erdem ve Özen, 2003:54). Luhmann (2000:97), trust kavramını bireylerarası ilişkiye dayanan, bireylere duyulan güven; confidence kavramını ise sisteme yönelik güven olarak nitelendirmekte ve bu iki kavramın ayrımını şu şekilde yapmaktadır:

Her iki kavram da hayal kırıklığına uğrayabilecek beklentileri ifade eder. Normal olan emin olma durumudur. Beklentilerinizin hayal kırıklığına uğramayacağından eminsinizdir: politikacılar savaştan kaçınmaya çalışacaklar, arabalar aniden bozulmayacak veya yoldan çıkmayacak ve bir pazar öğleden sonra yürüyüş yaparken size çarpmayacaklardır. Şartlara bağlı olaylarla ilgili olarak beklenti oluşturmadan yaşayamazsınız ve hayal kırıklığı olasılığını ihmal etmeniz gerekir. Eğer bir durumun ihmali söz konusuysa başka ne yapılacağı bilinmediğindendir. Alternatif olarak, kalıcı bir belirsizlik içinde yaşamak ve yerine geçecek herhangi bir şey olmadan beklentilerimizden vazgeçmek gerekir. Eğer alternatifleri dikkate almıyorsak (her sabah silahsız olarak evden ayrılıyorsak) emin olma durumu yaşıyoruz demektir. Oysa, diğerlerinin eyleminden hayal kırıklığına uğrama olasılığına rağmen, bu eylemleri tercih ediyorsak, bir güven durumu tanımlıyoruz demektir. Güven ve emin olma arasındaki ayrım, tehlike ve riskleri anlayabilme kabiliyetimize bağlıdır. Kullanılmış bir araba satın alır ya da almazsınız; çocuğunuzu bir bebek bakıcısına gözetimsiz bırakabilir ya da bırakmazsınız. Güven, olası hasarın aradığınız avantajdan daha fazla olabileceği bir durumda mümkündür. Aksi takdirde, bu sadece akılcı bir hesaplama meselesidir ve yine de hareketinizi seçersiniz, çünkü riskler kabul edilebilir sınırlar içinde kalır. Güven, yalnızca kötü bir sonuç sizi pişman ettirirse gereklidir.

Luhmann, her iki kavramın da hayal kırıklığı yaratacak beklentilere işaret ettiğini belirterek, güvenin, emin olma durumunda farklı olduğunu savunmaktadır çünkü riskin var olduğu kabul edilerek, kişinin rolüne önceden karar verilmektedir. Örneklerden de anlaşılacağı gibi, emin olma (confidence) durumunda hayal kırıklığının nedenleri dışsal faktörlere dayandırılırken, güven (trust) durumunda ise kararlar, iç faktörlerle ilgilidir ve güven duyulduğu için pişman olunabilir (Erdem ve Özen, 2003:57). Sisteme yönelik emin olma durumu sistem güveni ya da kurumsallaştırılmış güven olarak nitelendirilmektedir (Jalava, 2001). Güven kişilerarası ilişkilerde yaşamsal iken; hukuki, ekonomik ve politik sistemlere katılım konusunda bireysel bir konu olmaktan çıkıp 'confidence' haline gelmektedir. Ancak trust ve confidence hali birbirinden her zaman kolaylıkla ayrılamayabilir. Luhmann (2000:97) bu ayrımı yaparken, iki durumun iç içe olduğunu, birbirine dönüşebildiğini ve birbirini tamamladığını vurgulamaktadır.

Luhmann (2000), sistem ile bireyler arasındaki ilişkilerin yoğun, karmaşık ve dinamik bir yapıda olduğunu ve bu durumda sistemden emin olmanın öneminin giderek arttığını belirtmektedir. Ancak sisteme yönelik güvenin, bireylerarası güvene göre kurulması daha kolay olsa da kontrolü daha zordur (Aktaran: Jalava, 2001).

Birisine güvenmek veya güvenilir olduğuna inanmak o kişinin kurulan ilişkide beklentilerin dışında davranmayacağına, en azından zarar vermeyeceğine olan inancı gösterir. Bu inanç karşılıklı ilişkilerin ya da sözleşmenin başlaması için ilk adımdır denilebilir. Bireyler arasında güveni tahsis etmek ya da bir kişinin güvenilir olduğundan emin olmak zordur. Karşı tarafın güvenilir olması arzu edilen bir durumdur ancak hiç bir zaman güvenilir olacakları konusunda emin olunamaz. Bu durum da içinde riski barındırır. Her insan kendinden sorumludur ve sadece kendisinin güvenilir olduğundan emin olabilir. Güvenilir davranışın sonucu ise itibarlı olmaktır (Değirmenci, 2009:21). İtibar kelimesi Latince’de itimat etmek anlamına gelen ‘reputance’den gelmektedir (Balmer, 1998: 970). İtibar, bir kişiye veya kuruma gösterilen saygı, sevgi ve hürmet anlamında kullanılan bir kavramdır (Marconi, 2001). İtibarlı olmak uzun vadede elde edilen bir değerdir. Kurulan ilişkilerde ya da sözleşmelerde beklenen davranışlar sergilendiğinde, tutarlı davranıldığında insanların gözünde güvenilir, saygın bir yer edinilebilir. Şayet bir kişiye duyulan itimat yaygınlaşırsa, bu kişi için güvenilir olma

sıfatı geçerli hale gelir. Güvenilir olan kişi, itimat edilen (mutemet) yani itibarlı (muteber) kişidir (Battal, 2001:12). Özellikle ticarete güvenilir olmak kelimesinin karşılığı muteber olmaktır. İtibar kazanmış kişi ve kurumlar ticaret hayatında iş yapılan, borç alınıp verilebilen, seneti, kefaleti kabul edilen kişilerdir. Dolayısı ile güvenilir olmanın sonucu itibar sahibi olmaktır ve aynı zamanda itibar ekonomik bir değerdir (Kadıbeşgil, 2006:118).

Güven ile birlikte kullanılan kavramlardan söz ederken güvensizlik kavramını da açıklamak yerinde olacaktır. Karşıt kavram olarak araştırmacılar güvensizliği, başkalarının güvenilen kişinin çıkarları doğrultusunda davranmayacakları, hatta potansiyel olarak zararlı davranışlarda bulunacakları (Govier,1994) ve bu bireylerden uygun ve sorumlu davranışların ortaya çıkmayacağı konusundaki beklenti olarak görmektedirler (Barber, 1983). Yapılan tanımlamalarda güvensizlik, güvenin tam tersiymiş gibi bir algı oluştursa da aslında güven ve güvensizlik içi içe geçmiş bir birini besleyen ve birbirinden beslenen farklı kavramlardır (Jalava, 2006:21), aynı zamanda güven ile işlevsel olarak eşdeğerdir (Luhmann, 1979:71). Hatta Luhmann (1979:91), güvensizliklerin önemli ölçüde gerekli olduğunu vurgulamakta ve bu işlevsel eşdeğerlik, karmaşıklığın azaltılmasının, olumsuz beklentiler (yani güvensizlik) yoluyla da mümkün olduğunu söylemektedir. Güvenmeyi seçmenin, karar vericiyi daha savunmasız hale getirdiği söylenebilir. Slomon ve Flores (2001:45), güvensizliği güvenin tam karşıtı olmayıp tıpkı paranın iki yüzü gibi, öteki yüzü olarak tanımlamıştır. Her ikisi de içinde diğerini barındırır. Güvensizliğin olmadığı toplam güveni, naiflik ve 'kör güven' olarak, güvenin olmadığı toplam güvensizliği ise paranoya hali olarak ifade etmişlerdir. Nitekim, belirli koşullar altında, güvensizlik zaten güvenden daha yararlı veya faydalı olabilir. Bununla birlikte, güven ve güvensizliği doğru bir şekilde tanımlamadan hangisinin daha önemli olduğunu ve ne zaman daha önemli olacağını söylemek zor olacaktır. Güvensizlik, yalnızca negatif sonuçlardan kaçınmaya izin verdiği için değil, diğer kişiler ve kurumlara olan genel güvensizlik yaygın hale geldiği için de ayrı bir araştırma konusu olarak ortaya çıkmaktadır.

1.2. Güvenin Temelleri ve Güven Türleri

Güven türleri ile ilgili geniş literatür çalışmalarına bakıldığında kendine güven, kişilerarası güven, örgütsel/kurumsal güven veya sosyal/toplumsal güven ekseninde birleşmektedir. Daha önce de bahsedildiği gibi farklı yazarlar tarafından yapılan açıklamaların çoğuna rağmen, güvenin güncel tanımları belli sayıda paylaşılan özelliklerin (hassasiyet, karşı tarafa ilişkin inançlar, vb.) düzenli olarak vurgulanmasına neden olmaktadır. Bu ortak noktalardan yola çıkarak, literatürde bir takım tipolojiler vurgulanarak, güven çeşitli yapılara ayrılmıştır (Rousseau vd.,1998:398-400). Yazarlar arasında bir fikir birliği yokmuş gibi görünse de, bu türlerin hepsinin birbirinden farklı olup olmadığı tartışmaya açıktır.

Güven türlerini açıklamaya çalışan bazı araştırmacılar, güvenin nasıl oluştuğunu incelemektense temel olarak güven türlerini esas alarak güveni tanımlamaya çalışmışlardır (Blomqvist, 1997:280). Bu doğrultuda, örgütsel güven literatüründe güven türleri, süreç tabanlı, karakteristik tabanlı ve kurumsal tabanlı güven (Zucker, 1986) ve bazı araştırmacılar tarafından da hesaba (caydırmaya) dayalı güven, ilişkisel güven ve kurum temelli güven şeklinde benimsenmiştir (Shapiro vd., 1992; Lewicki ve Bunker, 1996; Sheppard ve Tuchinsky, 1996; Rousseau vd., 1998).

Hesaba dayalı güven, rasyonel güven, stratejik güven, bilişsel güven, hesaplı güven ve sözleşmeye dayalı güven olarak farklı isimlerle de adlandırılabilir (Değirmenci, 2009:79). Genel olarak, bir tarafın başka birinin güvenilir olacağına inanmasına olanak tanıyan faydacı düşünceleri vurgular; çünkü bu güvenin ihlal edilmesi durumunda uygulanacak yaptırımların maliyeti, herhangi bir fırsatçı davranıştan elde edilecek kazançları aşar. İnsanlar istekli oldukları için değil, cezalandırılmaktan korktukları için söylediklerini yapmaktadır (Rousseau vd.,1998:398). Yaptırımların bir davranış kalıbını oluşturacağı ve işbirliğini teşvik edeceği söylenmekle birlikte bu güven türü ihlal gücünün en yüksek olduğu taraflar arasında düşük güven/güvensizlik niteliğine sahiptir (Rousseau vd.,1998:399).

İlişkisel güven, güvenen ve güvenilen arasındaki zamanla tekrarlanan etkileşimlerden kaynaklanmaktadır. İlişki sürecinde güven veren kişiye sunulan bilgiler,

ilişkisel güvenin temelini oluşturmaktadır. Güvenilen kişinin güvenilebilirliği, güvenenin niyetleri hakkında olumlu beklentilerini doğurmaktadır (Rousseau vd.,1998:399). Duygular taraflar arasındaki ilişkilerde rol oynar çünkü uzun süreli ve sık etkileşimler, kişilerin karşılıklı olarak dikkat ve ilgiye dayalı bağ kurmasına yol açar (McAllister, 1995). Bu nedenle araştırmacılar genellikle bu güven biçimini "duygusal güven" (McAllister, 1995) ve en geniş kapsamında "kimlik tabanlı güven" olarak adlandırmaktadırlar (Coleman, 1990).

Kurum temelli güven, hesap ve ilişkisel güveni formüle etmenin yollarını kolaylaştırır. Önceden planlanan caydırıcılar güveni teşvik edebilir, çünkü itibarın önemli olduğu bir kişinin güvenilir oluşu ilk etapta ilişkilerin oluşmasına izin verir. Kurumsal faktörler, kritik güven kütlesi için geniş destekler olarak davranabilir, bu da daha fazla risk alma ve güven davranışının devamlılığını sağlar (Rousseau vd.,1998:400). Bu destekler ekip çalışması kültürü biçiminde organizasyonel düzeyde veya toplumsal düzeyde, bireysel haklar ve mülkleri koruyan yasal sistemler gibi kültürel destekler yoluyla da olabilir.

Güven kavramını anlayabilmek için onun çok boyutlu yapısını iyi tahlil etmek gerekir. Güveni sosyolojik açıdan ele alan çalışmalar içinde farklı bilişsel, duyuşsal ve davranışsal unsurlar barındırmakta (Lewis ve Weigert, 1985:972) ve güven ilişkilerinin türlerini ayırt etmenin temelini oluşturmaktadır. Yapılan güven tanımlamalarına bakıldığında, kişinin algıları ve yaşam deneyimleri sonucu oluşan beklenti ve bir başkasının uzmanlığı, niyeti, eylemleri, sözleri ve genel özelliklerinin güvenilir olduğuna dair algılanan inanç ile ilişkilendirildiği görülmektedir (Clark ve Payne, 1997:207). Bu nedenle, güvenme kararının tecrübe, bilgi, şefkat ve saygı gibi nedenlere dayanıldığı iddia edilmektedir. Buna ek olarak, güven, çıktılarla ilgili bir dereceye kadar belirsizliği yansıtan bir duruma işaret eden bir davranış ya da davranışsal niyet olarak görülmüştür (Coleman, 1990; Deutsch, 1958; Giffin, 1967; Zand, 1972). Güven türleri, bir kişinin (veya nesne / sistemin) özellikleri ile ilgili inanç ve duygularıyla ilişkili olduğu düşünülen davranışları için bilişsel ve duygusal öncülleri temsil eder, ayrıca bireye yönelik davranışsal niyetlerine atıfta bulunan unsurları içerir. Güvenin objektif ögesi davranışla ilgili iken, subjektif ögesi davranışın bilişsel ve duyuşsal temelini oluşturur (Clark ve Payne, 1997: 207).

Güven kavramı, güvenilebilen, güvenilmez ve hakkında bir bilgi sahibi olunmayan kişi ve kurumlar arasında ayrım yapan bilişsel bir sürece sahiptir. Güven değerlendirmesi, algılara ve yaşam deneyimlerine dayanan sonuçlar hakkında bir beklenti sonucu elde edilen, kişilerin uzmanlıkları, niyetleri, eylemleri, sözleri ve genel nitelikleri hakkında bir algıdan kaynaklanan, diğerinin tecrübe ve bilgi güvenilirliği hakkında inanç olup şefkat ve saygı gibi gerekçeleri de içinde barındırır (Clark ve Payne, 1997:207). *Bilişsel güven*, diğer tarafla ilgili inançları ve bilgileri ifade eder. Bu bağlamda, birey kime neden ve hangi koşullar altında güveneceğini ve seçimlerini yaparken iyi nedenlere dayandırma motivasyonu ile diğerinin güvenilir olduğuna dair bir kanıt arar ve seçimlerini rasyonel bir şekilde yapmaya çalışır. Georg Simmel'in (1978) de *Paranın Felsefesi* eserinde belirttiği gibi, güven, toplam bilgi ve toplam cehalet arasında bir yerde olan, güvenilen nesneye bir miktar bilişsel aşinalık katmaktadır (aktaran: Lewis ve Weigert, 1985:970). Yani, her şeyi önceden tahmin edebilen bilge bir kişi için güven, hiçbir şeye ihtiyaç duymadan ve hatta imkân bırakmadan tam bir kesinlik ile oluşabilir. Öte yandan, mutlak cehalet durumunda, güvenmek için bir sebep bulunmaz. Örneğin "Bu işi bu kişi yapabilir" ifadesi ile teknik yeterliliğe duyulan güvenin bilişsel güveni tanımlayan en iyi örneklerden biri olduğunu söylemek mümkündür (Erdem, 2003:163).

Güvenin sadece bilişsel düşünce sürecinin ürünü olduğunu söylemek tek başına yeterli değildir. Sosyal bir çevrede yaşayan bireylerin karşılıklı ilişkileri güvenin sadece düşünerek değil, hissederek de yaşandığını göstermektedir (Erdem, 2003:164). Bireyler arası etkileşimler sonucu gelişen *duygusal güvende* karşılıklı ilişkiler söz konusudur. Duygusal güven, bireylerin birbirlerinin iyiliğini düşündüklerini gösteren ifade ve eylemlerden oluşan duygusal alanda yapılmaktadır. Bireyler arasındaki bağlardan oluşan güvende duygusal temeller de mevcuttur (Lewis ve Weigert, 1985:973). Özdeşleşme temelli güven olarak da açıklanan bu güven türü, karşı tarafın istek ve niyetlerine yönelik empatiye dayanmaktadır (Asunakutlu, 2002:4). İnsanlar, güven ilişkilerinde duygusal yatırımlar yapar, güven ilişkisi kuran tarafların refahı için gerçek özen ve endişeleri ifade ederler. Bu tür ilişkilerin içsel erdemine ve bu duyguların karşılıklı olarak paylaşıldığına inanırlar. Sonuçta, bireyleri birbirine bağlayan duygusal bağlar, güven için temel oluşturabilir (McAllister, 1995:26).

Teorik olarak farklı güven türlerinin varlığı sosyolojik açıdan anlaşılabilir. Bilişsel güvenin duygusal güvene karşı gücü ve önemi; sosyal ilişki, durum ve incelenen sistemin türüne bağlı olarak değişir (Lewis ve Weigert, 1985:972). Güven ilişkilerinin duygusal içeriği tanışıklığın yoğun olduğu birincil grup ilişkilerde oldukça yüksektir. İkincil gruplardaki güven ilişkilerinin oluşumunda daha kapsamlı ve sürekli olarak devam etmektedir. Sonuç olarak, tanışıklığın azaldığı daha fazla yapısal farklılaşma ile sosyal ilişki ağlarının arttığı günümüzde duygusal güvenden ziyade bilişsel güvene dayalı ilişkiler kurulmaktadır (Lewis ve Weigert, 1985:973). Luhmann (1979), bunu çoğunlukla kişisel veya kişiler arası güven üzerine kurulu bir toplumsal düzenden gelen küçük ve göreceli olarak farklılaşmamış toplumların, daha geniş bir toplumsal düzeni bulunan, modern ve karmaşık toplumları karakterize eden sistem güvenine doğru makro bir değişim olarak ifade etmektedir. Diğer taraftan, bireyler arası etkileşim sıklığı arttıkça bilişsel yapının duygusal güvene dönüşmesi de olasıdır.

Birçok kurum ve kişisel ilişkilerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de güven gereklidir. Sağlık hizmetlerinde duyulan güven, tıbbi durumların bilinmeyen yönleri ve riskleri ile daha etkin bir şekilde baş etmelerini sağlamakla birlikte uygun ve olumlu sağlık bakım sonuçlarının elde edilmesini sağlayan kaliteli bir sağlık ölçütü olarak kabul edilebilir (Thom vd., 2004). Tıbbi bakım süreçlerinde güvenin güçlü bir belirleyici olduğu (Hall vd., 2002) ve tıbbi ilişkilerde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (Hall vd., 2001). Güven, sağlık hizmetlerinde vazgeçilmez bir unsurdur ve sağlık hizmeti kullanıcılarının sistem hakkındaki görüşlerini etkilemekle birlikte, tek tip bir kavram değildir. Egede ve Ellis (2008) sağlık alanında güveni incelerken güvenin sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlık kurumları ve finansörler olmak üzere üç bölümü olduğunu belirtmiştir. Ancak literatürde çok farklı güven türleri incelenmiş olsa da genel olarak değerlendirildiğinde, tıbbi bakım durumları iki tür güveni içerir: Kişiler arası güven (hekim, hemşire, sağlık personeli gibi) ve sosyal güven (hastane veya sağlık planı gibi bir kurum gibi) (Mechanic, 1996). Bu nedenle çalışmada iki güven türünden bahsedilecektir.

1.2.1. Kişilerarası Güven

Kişilerarası güven alanında, sıkça belirtilen bir tanım, "başka kişilerin niyet ve davranışlarının olumlu beklentilerini temel alarak hassasiyetini kabul etme niyetini içeren bir psikolojik durum"dur (Rousseau vd., 1998:395).

Kişilerarası güvene ilişkin araştırmalardaki güncel eğilimlerden biri, farklı türdeki veya biçimdeki güven türlerini sınıflandırmaktır. En yaygın sınıflamalardan üçü, duygusal temelli güven, bilişsel temelli güven ve ahlâka dayalı güvendir (Lahno, 2001; McAllister, 1995; Olekalns ve Smith, 2009). *Duygusal temelli güven* duygulara dayanmaktadır (Lahno, 2001) ve güven unsurunun güvenin en iyi çıkarları doğrultusunda hareket edeceği, onlara iyilik edeceği, güvenene herhangi bir biçimde zarar vermeyeceğine dair olumlu beklentilere odaklanmaktadır (Möllering, 2008). *Bilişsel temelli güven* ise, daha önce de açıklandığı gibi rasyonel ve güvenenin, güven nesnesinin eylemlerinden yetkili olacağı, aynı zamanda şeffaf ve tutarlı olacağı yönündeki olumlu değerlendirmeye odaklanmaktadır. *Ahlâka dayalı güven* duygusal veya rasyonel olabilir ve güven unsurlarının ahlâki standartlarını, ilkelerini ve ahlâkını paylaştığı olumlu değerlendirme veya deneyime odaklanır (Lahno, 2001; Siegrist vd., 2007).

Kişilerarası güven türlerini belirlemek için Gergenhalgh ve Chapman (1997) tarafından yapılan deneysel araştırmalarda, kişiler arası ilişkilerde on sekiz farklı güven biçimi olduğu belirtilmektedir. (Aktaran: Değirmenci, 2009:72). Çalışmada, duygusal ilişkiler, arkadaşlık ilişkileri, tanıdık ve yakınlık ilişkilerini içeren farklı güven biçimlerine yer verilmiştir.

Sağlık hizmetleri profesyonellerden oluşan bir ekip ve destek personeli ile verilmektedir. Dolayısı ile çok boyutlu bir kişiler arası ilişkiler ağını da için de barındırmaktadır. Hastanın hastaneye ya da sağlık bakım hizmetini alacağı kuruma girdiği andan itibaren kurmuş olduğu ilişkiler, güven düzeylerini etkileyebilecektir. Martin ve meslektaşları (2013) hekimlerin hastalara karşı iletişim ve davranışlarının hasta güvenini etkilediğini bildirmişlerdir. İletişimin bu etkisinin hekim-hasta

etkileşimleri ile sınırlı olması muhtemel değildir, ancak diğer bakım ekibi üyeleri ile ilgili olması beklenebilir.

1.2.2. Sosyal Güven

Bilişsel ve duyuşsal özelliklere göre duyulan güven biçiminin, toplumun kültürel değerlerine bağlı olduğunu iddia eden görüşler mevcuttur. Topumlarda neyin iyi neyin kötü olduğuna ilişkin belirli bir kültür birikiminin oluşturduğu normlar, güvene bakış açısını da şekillendirebilir. Bir topluluk için sıradan hale gelmiş bir davranış kalıbı başka bir topluluk için kabul edilmez olabilir. Örneğin bir ülkede kayırmacılık ve liyakat ilkesinin ihlali olarak görülen bir davranış, diğerinde "memleketlisine yardım" olarak algılanabilmektedir. Armağan vermek ve kabul etmek bir bağlamda iş yaşamının ayrılmaz bir parçasıyken başka bir bağlamda büyük sorunlar yaratabilmektedir (Kitapçı, 2010:82). Örnekteki gibi, her topluluğun kültürel bir temeli vardır. Bu topluluklar kesin kurallar ve düzenlemeler ile değil, her üyenin özümlediği bir dizi etik alışkanlık ve karşılıklı ahlâki yükümlülükler doğrultusunda hareket ederler. Bu davranış kalıpları ve alışkanlıklar, topluluğun üyelerine birbirlerine güvenmeleri için zemin yaratır (Fukuyama, 2005:24). Topluluk eğiliminin yarattığı bu unsur, sosyal sermaye olarak tanımlanır. Fukuyama (2005), ekonomik refahın yaratılmasını ağırlıklı olarak sosyal sermaye ve toplum bireyleri arasındaki güven duygusunun yaygınlığına bağlamaktadır. Topluları yüksek güvenli ve düşük güvenli olarak ikiye ayıran Fukuyama, sosyal sermayenin güvene bağlı olduğu ve toplumda var olmak için sosyalleşmenin siyasi ve ekonomik hayattaki önemine vurgu yapmaktadır (Fukuyama, 2005:25).

Sosyal güvenin temelleri üzerinde bir inceleme yapıldığında, iki geniş düşünce okulu mevcuttur (Tecim, 2011:23). Birincisi, sosyal güvenin bireysel bir mülk olduğu ve bireysel özellikler (çekirdek kişilik özellikleri ya da sınıf, eğitim, gelir, yaş ve cinsiyet gibi bireysel sosyal ve demografik özellikler) ile ilişkili olduğunu varsayan bireysel teorilerdir. İkincisi, sosyal güvenin bireyler değil, toplumsal sistemlerin bir özelliği olduğunu öne sürmektedir. Bu görüşe göre, güven araştırması, yukarıdan aşağıya bir yaklaşım gerektirmekte, toplumların ve onların merkez kurumlarının sistemik veya ortaya çıkan özelliklerine odaklanmaktadır (Delhey ve Newton, 2003:94).

1950'lerde sosyal psikoloji alanında yapılan çalışmalar bireylerin temel kişilik özelliklerine odaklanmıştır (Erikson 1950; Allport 1961; Cattell 1965; Rosenberg 1956, 1957). Güven, erken çocukluk döneminde öğrenilir ve ilerleyen zamanda etkisini gösterir ancak önemli bir deneyimden sonra yavaş yavaş değişmeye eğilimlidir. Erikson'un (1984), sosyokültürel gelişim kuramına göre birey, önce güven ve güvensizlik kavramları ile karşılaşır. Burada ailenin fonksiyonu, özellikle de bebeklik döneminde annenin veya bakıcının davranış tarzı güven ve güvensizlik duygusunun temellerinin atılması açısından önemlidir. Breeman (2006:21), güven duygusunu olumlu beklentiler olarak tanımladığı çalışmasında güven hissinin beraberinde olumlu beklentileri de getirdiğini vurgulamaktadır. Güven ve olumlu beklenti, dünyaya karşı aynı genel eğilimin bir parçasıdır. Uslaner'e (1999:138) göre olumlu beklenti, genel güvene yol açar. Tersine, güvensiz kişiler, sosyal ve siyasi işbirliğine ilişkin olasılıklar konusunda kötümser ve karamsar kişiliğe sahip kişilerdir (Delhey ve Newton, 2003:95). Sosyal psikologlara göre sosyal güven, iyimserlik, işbirliğine olan inanç ve bireylerin farklılıklarını çözebilecekleri ve tatmin edici bir sosyal hayatı birlikte yaşayabileceklerine dair güveni de içine alan kişilik özelliklerinin bir parçasıdır.

Bireysel özelliklerin sosyal güven konusunda farklılık yarattığına dair yapılan çalışmalar mevcuttur. İnsanların sosyo-ekonomik durumu (Banfield 1958:110, Orren 1997; Newton 1999: 173; Whiteley 1999: 40-41), sosyal güveni etkilemekte, iş ve yaşam memnuniyeti ile öznel mutluluk düzeyinde farklılaştırmaktadır (Delhey ve Newton, 2003:95). Güvensizlik, sosyal statüsü, eğitim düzeyi ve geliri düşük gruplarda daha fazladır (Putnam, 2000: 138). Uslaner (1999:138), toplumların refah ölçümlerinde ekonomik koşulların güven ile ilişkili olduğunu ileri sürmekte, güvenin kişilik tiplerinin ve bireysel özelliklerin ekonomik yaşamın dışsal sonuçları ile yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır.

Sosyal güvenin kaynağına yönelik diğer bir yaklaşım ise, güveni, bireylerin temel kişilik özelliklerinden ziyade, güvene dayalı kültür ve toplumun özelliği olarak görmektedir. Yaşanılan toplumdan, tanıdıklardan ziyade yabancılara karşı duyulan güven 'genel güven' olarak değerlendirilir (Tecim, 2011:29). Bu yaklaşıma göre, insanların genel olarak çevresindeki insanlara güvenebileceğine dair inançları toplumun güvenilirliği hakkındaki algıları konusunda bilgi vermektedir (Putnam, 2000:138). Bu

haliyle güven kolektif bir özellik olarak görülür ve toplumun genel yapısı ile uyumludur (Tecim, 2011:28). Bu doğrultuda, Ulrich Beck (2011), içinde bulunduğumuz toplumu “risk toplumu” olarak isimlendirirken, Anthony Giddens’in (2004) “fırfarı dünya” olarak isimlendirerek tehlike, belirsizlik ve dolayısıyla güvenin azaldığı bir dünyada yaşadığımız konusunda fikirleri kesişmektedir (aktaran: Başak, 2010:59). Giddens (2008:159), modernleşme ile birlikte değişime uğrayan toplumların, geleneksel güven biçimlerinin de dönüştüğünü; küreselleşme ile birlikte soyut sistemlere güven durumunun ortaya çıktığını belirtmektedir. Örneğin, günümüzde satın aldığımız ürünlerin tabi olduğu gıda tüzüklerine, bankacılık sistemine ve bunları uygulayan kuruluşlara güven duyulmaktadır (Başak, 2010:60). Güven burada kişilere değil, soyut sistemlere yönelmiştir.

Sosyal araştırmalarda rapor edilen güven düzeyleri, katılımcıların yaşadığı toplumların güvenilirliğinin iyi bir göstergesidir. Güven puanları, toplum ve sosyal sistemler ile ilgili, içlerinde yaşayan kişilik tiplerinden çok daha fazla bilgi vermektedir (Putnam, 2000: 138). Tıpkı, toplumları düşük ve yüksek güvenli toplumlar olarak ikiye ayıran Fukuyama'nın (2005) "Güven: Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması" kitabında bahsettiği gibi, bireyler arasındaki güven duygusu, ekonomik refahın yaratılması için önemli bir ön koşuldur. Fukuyama (2005), yüksek güvenli toplumların ekonomik olarak da gelişmiş, demokratik olarak istikrarlı toplumlar olduğunu ayrıca çatışmaların uzlaşma ile çözülebildiği, hoşgörüli toplumlar olduğunu söylemektedir. Güven, toplumlarda doğal sosyalleşme sürecini artırır (Kramer,1999:581) ve güvenin varlığı sebebiyle doğal sosyalleşme sürecinin gerçekleşmesine olanak sağlar (Aktan ve Çoban, 2008:6). Güven kavramı ile en çok kullanılan kavramlardan biri olan sosyal sermaye, toplumların güven aracılığı ile ortaya çıkan ve bir araya gelmelerini sağlayan bir kavramdır (Fukuyama, 2005:25).

Sosyal sermaye, insanların ortak amaçları için gruplar ya da organizasyonlar halinde bir arada çalışabilme yeteneğidir (Fukuyama, 2005:26). Başka bir deyişle, bir grubun üyelerinin paylaştıkları ve bu bireylerin işbirliği yapmalarına imkân veren gayri resmi değerler ve normlar kümesi olarak tanımlanabilir (Fukuyama, 2005:34). Ancak sadece somutlaşmış normların herhangi bir kümesi sosyal sermayeyi oluşturmaz, onlar gruplarda işbirliğine yol açmalıdır ve bu yüzden sosyal sermaye karşılıklılık, güvenilir

görev performansı, taahhütleri yerine getirme, dürüstlük gibi geleneksel değerler ile ilgilidir. Bu doğrultuda hekimlerin eğitimin yanında önemle üzerinde durulan, çalışma normlarını oluşturan ve ahlâki değerlerini içeren hipokrat yemini, birliktelik ruhu oluşturan bir çeşit sosyal sermaye olarak değerlendirilebilir (Kitapçı, 2015:30).

Sosyal sermaye, topluluklara katılmayı, gönüllü olarak başkalarıyla düzenli ve yakın temasta bulunarak, güvenin karşılıklı iş birliği ve empati kurma, ortak çıkar ve ortak iyiliğin amaçlandığı sosyal grupların oluşmasına ve sürekliliğine katkı sağlamaktadır (Delhey ve Newton, 2003:97). Zira, Fukuyama'ya göre devletin sosyal sermayenin gelişiminde önemli bir rolü vardır ve eğitim yolu ile sosyal sermayenin oluşunu ve devrini sağlamaktadır (Kitapçı, 2015:32). Bu noktada devletin adalet ve hukukun üstünlüğü gibi değerlere bakış açısı, kayırmacılık, rüşvet vb. usulsüzlükler için genel duruşu önemlidir. Devletin gerek hukuksal boyutta gerekse ahlâki boyutta güvenilir bir yapı oluşturmaları temel görevlerinden biridir. Aksi halde, devlete ve kurumlara duyulan güvenin azalması kaçınılmaz olacaktır (Fukuyama, 2005:88). Bir suçun kurbanı olmuş veya televizyonda sürekli olarak suç hikayelerini izleyen birinin sadece yakın çevresine değil, bütün dünyaya karşı güvenini yitireceğini düşünmek son derece mantıklıdır.

Sonuç itibarıyla sosyal güven, bireyin bireyle, bireyin grupla, bireyin toplumla ve grubun toplumla ilişkisini içerir ve etkileşim düzeyini belirler. Putnam'ın (2000) söylediği gibi güven toplumları birbirine kaynaştıran harç vazifesi görmektir. Güvenin olmadığı ya da düşük olduğu toplumların kaynaşması, gelişmesi ve ilerlemesi düşünülemez. Sosyal sistem içerisinde oluşturulacak sosyal güven düzeyinin arttırmak bunun için gerekli kültürel altyapılar oluşturmak şarttır. Küreselleşen dünyada güvenin adım adım tahsis edilmesi ve güvenilir yapıların oluşturulması ve bu anlamda küresel ve toplumsal adımların atılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÜVEN KAVRAMI

Tıbbi ilişkilerde güvenin merkezi rolü (Mechanic, 1996; Pellegrino vd. 1991; Parsons, 1951; Peabody, 1927) tüm insan ilişkilerinde olduğu gibi hem içsel hem de araçsal gerekçelerle önemlidir (Carter 1989; Lagenpetz ve Akademi, 1992; Rhodes ve

Strain, 2000). Bu nedenle, güven kavramı gerek politika yapıcılar gerekse araştırmacıların gündeminde yer almaktadır. Güvenin korunması, güçlendirilmesi ve haklılaştırılması tıbbi etiğin (Carter, 1989; Pellegrino ve Thomasma, 1993; Rogers, 1994; Rhodes ve Strain, 2000), sağlık hizmetleri hukuku ve kamu politikasının da önemli hedefleri arasındadır (Mechanic ve Schlesinger, 1996; Mekanik, 1998).

Sağlık bakımı, belirsizliğin, risk düzeyinin ve bireyin sağlık profesyonellerine bağımlılığının yüksek olduğu, bilgi ve ilimin hayati önem taşıdığı bir alandır. Dolayısı ile sağlık hizmeti bağlamında güven, yeterliliğe (beceri ve bilgi) güvenin yanı sıra, güvenilen kişinin güvenenin çıkarlarını en iyi şekilde koruyup korumadığı ile ilgilidir (Calnan ve Rowe, 2004:3). Bir diğer unsur ise, dürüstlüğü, gizliliği, sevecenliği, saygınlığı (Hall vd., 2001; Mechanic ve Meyer, 2000) kapsamakta ayrıca teknik ve sosyal (iletişim) becerilerini içermektedir. Ayrıca güven, her biri kendi başına önemli olan, memnuniyet, iletişim, yetkinlik ve gizlilik gibi yardımcı özellikleri de içene alan, tedavi ilişkilerinin küresel bir özelliği olarak görülür (Hall vd., 2001:613). Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde güven ilişkileri, hastanın hem sağlık personeli ya da kuruluşunun yeterliliğine ilişkin olumlu beklentileri hem de çıkarları doğrultusunda en iyi şekilde çalışacaklarına olan inançları ile nitelenmektedir.

Küreselleşme ile birlikte artan belirsizlik ve tanıdıklığın azalması sonucu mevcut sosyal işbirliği ve katılımın dolayısı ile güvenin temellerinin erozyona uğratıldığına inanılmaktadır (Beck, 2011; Giddens, 2004). Maalesef, sağlık hizmetlerinde güvenin önemine rağmen yüksek güven düzeyine ulaşmak ve sürekliliğini sağlamak o kadar da kolay değildir hatta pek çok dinamiğin etkisiyle tehdit altında olduğu iddia edilebilir. Calnan ve Rowe (2008:2), Scambler ve Britten'ın (2001) çalışmalarından elde ettikleri özetle bu dinamikleri dört maddede açıklamışlardır:

- Bunlardan ilki tüketimin yükselişidir. Bu yükseliş düzenli örgütlenmeden düzensiz kapitalizme doğru kaymaya, sözde kültür alışverişini ve sağlık hizmetlerinin kullanılmasına nüfuz eden çoğulculuk kültürüne neden olmuştur.
- İkincisi biyomedikal de dahil olmak üzere bilimin postmodern kültüre doğru kaymasıyla ilgilidir. Eleştirel modern akıl yürütmenin mesleki uzmanlığın daha yaygın bir özelliği haline gelmesi gittikçe daha fazla önem arz etmektedir.

- Üçüncüsü modern tıbbın statüsünün azalmasına yönelik kaygıyla bağlantılıdır. Tıpta profesyonelleşme ve proletarizasyon süreci tartışması ve bunun sonucu olarak da, kültürel otoriteye ve hekimlerin klinik ve ekonomik özerkliğine yönelik tehditlere tanık olunmaktadır.
- Son olarak, sağlık hizmetlerinin pazarlanması ile finansal ve klinik kaygılar arasında doğrudan veya açık bir bağlantı kurulmaktadır; bu durum, hastalardan ziyade, örgütlerin menfaatine çalıştığı iddia edilen hekimlerin özgeci güdülerine ilişkin kuşkular doğurabilir.

Sağlık hizmetlerinde güven kavramı sağlık hizmet sunucuları, kurumlar ve sistem perspektifinde incelenebilir. Güvenin, öncülleri ve boyutları, kime ve neye güvenildiği ile ilgili net bir ayrım yapılamamakla birlikte her üç perspektif birbiri ile kesişen dinamik bir yapıdır. Yani, hastaların hekimlerine olan güveni, hekimlerin bağlı olduğu hastaneye ya da sağlık planına olan güvenlerini etkileyebilir, ayrıca kuruma duyulan güven, özellikle yeni kurulan ilişkilerde, bireysel güveni etkileyebilir (Mechanic ve Schlesinger, 1996; Buchanan, 2000). Benzer şekilde, sistem güveni de yeni ilişkileri etkilemektedir. Çünkü hasta yeni bir hekim ya da sağlık planı hakkında çok az bilgiye sahip oldukları durumda, hekim ve sağlık planlarını genel bir tutumla değerlendirme olasılıkları yüksektir (Mechanic, 1996).

Güvenin çok boyutlu ve karmaşık yapısı içerisinde bu araştırma, hastaların hekimi algılamasındaki güven unsurlarını incelemektedir. Bu nedenle kuruma ve sisteme yönelik güven kavramlarına detaylı yer verilmemiş, hasta hekim ilişkisi perspektifinde güven kavramı anlatılmıştır.

2.1. Hasta Hekim İlişkisi ve Güven Kavramı

Güven hasta hekim ilişkisinin vazgeçilmez bir unsurudur (Zhang, 2005:2). Güven, hem temel hem de dolaylı gerekçelerle öneme sahiptir (Thom vd., 2011:613). Güven tıpkı sevginin arkadaşlık ilişkilerinin niteliğini tanımladığı gibi hekim-hasta ilişkisinin de anlam, önem ve özünü veren temel tanımlayıcı bir özelliktir (Hall vd., 2001: 613). Risk ve belirsizliklerin fazlaca hissedildiği tıbbi bakım sürecinde güvenin önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Hastaların sağlık hizmet sunucularına duydukları güven tedaviyi kabul etmek, tedaviyi sürdürmek ve etkili bir tıbbi bakımın ön koşulları için gereklidir. Dolayısı ile dinamik bir yapı olan sağlık sisteminde hasta merkezli bir

yaklaşım temelinde geliştirilen politikaların önemli hedefleri arasında güvenin oluşturulması, korunması ve güçlendirilmesi yer almaktadır (Mechanic ve Schlesinger 1996; Mechanic, 1998).

Son otuz yılda, teknolojinin de etkisiyle tıbbi uygulamalar bazı önemli dönüşümler geçirmiştir. Hekimlerin geleneksel dönemlerdeki hastayı dokunarak muayene etme alışkanlıklarının yerini hastanın tahlilleri, raporları ve tomografi sonuçları gibi teknolojik tanı programları yardımıyla konulan teşhisler almıştır. Nitekim, bu gibi nedenlerle değişen hasta hekim ilişkisinde güven kavramı da dönüşerek, önemini korumaya devam etmektedir. Bilinçlenen, araştıran ve internet sayesinde doğru ya da yanlış bilgiye ulaşma olanağı artan hasta profili ile hastaların hizmet talepleri, hekim-hasta ilişkisinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu ilişkilerin bir bütün olarak hastalara, hekimlere ve sağlık kuruluşlarına sağladığı faydalar nedeniyle, güvenin sağlanması ve sürdürülmesinin önemli olduğuna inanılmaktadır. Hastanın güveninin sağlanmasının, tek başına oldukça önemli olup hatta hasta memnuniyeti, tedaviye bağlılık, tercih edilen tedavi sağlayıcısının sürekliliği ile sağlık sonuçları üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir (Hall vd., 2001:614).

Sağlık planlamasındaki değişimler, hasta haklarındaki gelişmeler, sağlık hizmeti sunan kurumların sayısındaki artış, aşırı uzmanlaşma, sağlık sigortaları gibi unsurlar hastaların sağlık bakımı tercihinde bulunurken daha duyarlı ve hassas davranmalarına neden olabilir. Hastaların hekimlerine olan güveni çoğunlukla kişisel deneyimlerine dayanıyor olsa da, dolaylı olarak sağlık planındaki veya sağlık sistemindeki diğer kurumlara olan güvenini de yansıtabilir. Sonuç olarak, hekime olan güven, sağlık planına olan güveni yansıtabilir veya bunun tersini de gösterebilir.

Sağlık bakım ilişkilerinde güvenin merkezi rolü pek çok araştırmacının ilgisini çekmiştir (Hall vd., 2001; Mechanic, 1996; Anderson ve Dedrick, 1990; Pellegrino, Veatch ve Langan, 1991; Parsons, 1951; Peabody, 1927). Ancak güvenin nasıl ölçüleceğine dair bir sistematik bir araç hemen geliştirilememiştir. Yaygın olarak kullanılan, ilk ölçek Anderson ve Dedrick (1990) tarafından geliştirilmiş, daha sonra Safran ve meslektaşları (1998) ile Kao ve meslektaşları (1998) da ölçek üzerinde

çalışmışlardır. Bu çalışmaların ardından, hastanın güvenini ölçmeye ve çeşitli güven unsurlarını tespit etmeye duyulan ihtiyaç konusunda farkındalık artmıştır.

Hekimlere, diğer bakım sağlayıcılarına ve sağlık kurumlarına güveni ölçen ölçekler, sağlık hizmetleri araştırmalarında ve sağlık hizmeti sunumunun yönetiminde büyük yarar sağlamaktadır. Güvenin ölçülmesi, tedavi ilişkilerinin temel özelliklerine ilişkin yeni kavrayışları ortaya çıkarabilir ve geliştirilmesine yardımcı olabilir. Güven araştırmaları, sağlık hizmetleri finansmanı ve organizasyonundaki çeşitli değişikliklerin etkisini değerlendirmek ayrıca hizmet sağlayıcıların ve sunucuların performansını izlemek için farklı bir araç olarak kullanılabilir (Hall vd., 2002:312).

Güven, başlı başına bir değer taşıyabilir. Ancak güvenin etkisini ve sonuçlarını değerlendirmek için bazı kanıtlara ihtiyaç vardır. Güven, sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından, tıbbi bakım deneyimleri ve değerlendirmelerinin anahtarı olarak tespit edilmiş; yüksek güven düzeyleri yüksek bakım kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (Calnan and Rowe, 2004:4). Bununla birlikte hasta memnuniyeti ile güven arasında da yüksek oranda bir ilişki bulunmaktadır (Thom vd., 1999; Safran vd., 1998). Ancak hasta memnuniyeti sağlık sunucusunun performansının değerlendirilmesinde kullanılan bir çıktı olup, güven ileriye dönük bir ilişkiye olan bağlılığı yansıtan hasta memnuniyetinden daha duyarlı bir performans göstergesidir (Thom vd., 2004).

Hasta hekim arasındaki tedavi sürecinde, güven terapötik¹ süreçlere aracılık eder; daha yüksek güven seviyeleri önerilen tedavinin kabulü (Altice vd., 2001; Collins

¹ Terapötik işbirliği, tedaviyi yürütmek üzere, hasta ve klinisyen arasında kurulan bir ortak çalışma ilişkisidir. Klinisyenin terapötik işbirliği kurma becerisi ise, sorunları / bulguları ayırt etme, tanıma ve en yararlı tedaviyi düşünme sürecine hastayı etkin olarak katabilme becerisi olarak basitçe tanımlanabilir. Terapötik işbirliği terimiyle kastedilen, terapötik süreçteki karşılıklı işbirliğidir. Teknik olarak, terapistin bu yetiye sahip olduğu varsayılır. Fakat hastanın buna karşılık verebilme yetisi ve bu konudaki istekliliği soru işaretlerine açıktır. Terapötik işbirliğinin iki bileşeni vardır: Gerçek ilişki ve çalışma işbirliği (Hartley 1995). Gerçek ilişki, terapi ortamının doğasında var olan eşitsizliğe rağmen, hasta ve klinisyenin gerçeklik ve doğruluk zemininde çarpık olmayan algılarıyla yaptıkları birlikte çalışmadır. Bu karşılıklı insan ilişkisi, kendine özgü sevgi, saygı ve güveni de içerir. Çalışma işbirliğine gelince, klinisyen ve hasta ikilisinin birlikte çalışma yeteneğini yansıtır ve ona bağımlıdır. Hastanın sorununu hafifletmek için bu iki insanın birlikte çalışmaya karar vermesi ile başlar. Başlangıçta, terapist hasta tarafından sıklıkla gizemli bir otorite olarak algılanır. İdeal olarak, bu duygunun yerini, belirlenmiş rol ve sorumluluklar içinde işbirliği yapan iki erişkin oldukları duygusu yer alır. Sorunların birlikte tanımlanması, terapistin amaçlarının ve uygulanacak yöntemlerin birlikte saptanması sürecinde, hasta tedavisine daha gerçekçi bir

vd., 2002; Dibben ve Lena, 2003; Hall vd., 2002; Jackson vd., 2004; McKneally ve Martin, 2000; Stapleton vd., 2002), düşük tedavi kaygısı (Caterinnicchio, 1979) ve tedaviye bağlılık (Lukoschek, 2003; Mosley-Williams vd., 2002; Safran vd., 1998; Thom vd., 2002) konularıyla ilişkilendirilmiştir (Calnan ve Rowe, 2004:5).

Hekim hasta ilişkisinde, hekimin iletişim yeteneği, yardımseverlik ve bakım motivasyonu gibi bazı duygusal nitelikleri hastaların güvenini büyük ölçüde artırabilir. Bu özellikle tıbbi bakımda çok önemlidir, güven her zaman nesnel değerlendirmeye geliştirilemez (Zhang, 2005:4). Çaresizlik duygusu veya hassasiyet, hastanın tıbbi bakım talep etmesine neden olabilir, ancak bu davranış kendi başına bir güven göstergesi değildir. Güven genellikle nihai sonuçlarla olduğu kadar motivasyon ve niyetlerle de ilişkilendirilir (Holmes and Rempel, 1989:189). Özellikle hayati tehlike içeren ve ciddi hastalıklarda hastalar; genellikle tıbbın gücüne abartılı bir inanç geliştirebilirler (Parsons, 1951:313). Bu beklenti, tedavi etkilerini veya iyileşme mekanizmalarını artırabilir. Bununla birlikte hastalar, hayal kırıklığına uğradığında ya da beklentilerinin karşılanmadığı durumlarda ihanet duygusu geliştirebilir ve tedavinin terapötik etkileri zayıf düşebilir (Mechanic, 1998:662).

Güven düzeyleri, hastaların sağlık sunucularına olan sadakati, hastaneleri ve tıbbi bakımı önerme istekleri ile de ilişkilendirilmiştir (Calnan ve Rowe, 2004:6). Güven düzeyi yüksek bir hastanın sunulan tedaviye güvenmesi ile sağlık sistemine olan genel güven düzeyi artarak, kamu tarafından finanse edilen hizmetleri daha uygun bir şekilde kullanması beklenebilir. Böylece farklı bir kurum ya da hekim veya alternatif bir tedavi aramaya gerek duymayacaktır. Dolayısı ile sağlık finansmanına olan yükünün artmasını engelleyecektir.

Sonuç olarak, hekimlerin ve yöneticilerin sağlık hizmetlerinde güven ilişkilerinin değişen doğasına hitap etmeleri ve cevap vermeleri gerekmektedir. Güven hekim ve hasta ilişkisinde her zaman temel bir kavram olmuş ve olmaya devam edecektir. Fakat değişim insanın ve dolayısı ile güvenin doğasında vardır. Bu ilişki değiştikçe, hem kişiler arası hem de kurumsal güvenin geliştirilmesi, sürdürülmesi ve

algı ve yapılan anlaşmaya sadık kalma konusunda daha ciddi bir kararlılık geliştirir (Doğanavşargil ve Vahip, 2003).

sürekli yapılandırılmasını sağlayarak, güvenin sağlayacağı yararlardan elde edilecek sonuçları maksimize etmek hedeflenmelidir. Hasta güvenini anlamaya yönelik yapılacak her çalışma, hekimlere ve sağlık sunucularına yeni bilgiler sağlayacaktır. Hasta güveninin varlığını inkar etmek yahut önemsememek, ekonomik, politik ve en önemlisi sağlık çıktıları açısından başarısız olmanın maliyetini de beraberinde getirebilir (Groenewegen, 2006:6).

2.2. Hekim Hasta İlişkisinde Güvenin Belirleyicileri

Geleneksel olarak, hastalar sağlık profesyonellerine yüksek düzeyde güven duymaktadır. Bu kişilerarası güven ilişkileri, bir hastanın hekim hakkındaki bilgileri ve hekim ile ilişkilerinin bir sonucu olarak geliştirilen bir tür kör, somutlaşmış güven şeklinde oluşmuştur (Groenewegen, 2006:4). Bu durum, hekimin profesyonel statüsüne ve devlet garantili refah hakkı olarak sunulan sağlık hizmetlerine bağlı olarak gelişmiş olabilir. Ancak, bununla birlikte tıbbi bakımın geleneksel yapısından uzaklaşması, toplumsal ve kültürel değişimler, hekimin yeterliliği ile ilgili inançlar, malpraktis ile ilgili davalardaki artış, ilaç şirketlerinin gayri ahlâki tutumları, araştıran ve bilinçlenen uzman hastaların artması gibi nedenler sonucu sağlık hizmeti sunucularına duyulan güven erozyona uğramış olabilir.

Sağlık sunumunda güvenin erozyonu ve sağlık politikasına etkisinin araştırıldığı bir çalışmada (Mechanic ve McAlpine, 2010), katılımcıların birinci basamak hekimlere yüksek güven düzeyine sahip olduğu ancak ileri bakım gerektiren durumlarda güven erozyonu meydana geldiği sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada (Mechanic ve McAlpine, 2010), güven erozyonuna neden olan faktörler hekimin yeterliliğine güvenin aşınması, çelişen bilgiler ve hileli faaliyetler olarak sıralanmıştır. Sağlık hizmetlerinde özelleşmenin de etkisiyle, hasta rolleri daha aktif ve tüketim odaklı olarak değişmektedir (Boyer ve Lutfey, 2010). Bu değişimin de etkisiyle hekim hasta ilişkisinde paternalistik ilişkiden uzaklaşmıştır (Timmermans ve Oh, 2010). Yapılan araştırmalardan da anlaşıldığı üzere hastalar ilk başta bahsedildiği gibi kör güven düzeyinde olmaktan uzaklaşmış daha sorgulayıcı ve talep edici konuma gelmiştir. Dolayısı ile hekim hasta ilişkilerinde güvenin belirleyicilerinin tespit edilmesi daha da önemli hale gelmiştir.

Güven ile ilgili yapılan araştırmalarda hasta ve hekimin ırk, din, gelir, cinsiyet ve yaş gibi çeşitli sosyo-demografik faktörlerin yanı sıra sigorta durumu gibi erişim olanaklarının güveni öngördüğü ancak zayıf ilişkili olduğu bulgularına ulaşılmıştır (Hall, vd.2001; Dovidio vd., 2008; Schnittker, 2004; Benjamins, 2006; Mascarenhas vd., 2006; Thom vd.,1999; Kao vd.,1998). Azınlık grup üyeleri üzerinde yapılan bir çalışmada, düşük güven düzeylerinin ortaya çıktığı (Dovidio vd., 2008; Brandon vd., 2005), bunun da hekim ile hasta arasındaki sosyal mesafeden kaynaklandığı vurgulanmıştır (Schnittker, 2004).

Hastaların ırksal farklılıklarının güven düzeyine etkisinin hekim davranışlarından (Strepanikova vd., 2006; Halbert vd., 2006) ve hastaların iletişim algılarından (Gordon vd., 2006) kaynaklandığı ile ilgili bulgular mevcuttur. Gordon ve meslektaşlarının (2006) Amerika'da yapmış oldukları çalışmada, hasta hekim iletişimi Afro-Amerikan hastalarca, beyazlara oranla daha zayıf algılanmış ve Afro-Amerikan hastalara göre hekimlerin daha az bilgilendirici, daha az destekleyici ve daha az işbirlikçi tavır sergiledikleri yönünde sonuçlara ulaşılmıştır. Afro-Amerikanların Amerika'da yoksul bir grup olduğu, ırksal ayrımcılığa maruz kaldıkları ile ilgili algıları düşünüldüğünde sosyo-ekonomik gücün de güven üzerinde dolaylı etkisi olduğu tartışılabilir. Amerika'da hekime ya da sağlık sistemine güven ile ilgili yapılan pek çok çalışmanın sonucunda ırksal ayrımcılık yaşayan grupların güven düzeyleri üzerinde etkisi olduğu görülmektedir (Gordon vd.,2006; Berrios-Rivera vd., 2006;Halbert vd.,2006; Armstrong vd., 2007; Ashton vd.,2003).

Kronik hastalık ile güvenin ilişkilendirildiği bir çalışmada, hasta-hekim ilişkisi (hekimin bilgilendirici olması, hekimin endişelere karşı duyarlı davranması, hasta merkezli olması gibi) ve sağlık sistemine güven ile hastalığın durumunun hekime güvenin belirleyicileri olduğunu göstermiştir (Berrios-Rivera vd., 2006). Birincil basamak sağlık hizmetlerine güvenin belirleyicilerinin araştırıldığı bir çalışmada ise, sosyo-demografik özelliklerin, hastanın sağlık düzeyinin ve sigorta özelliklerinin güveni etkilediği bulunmuş ancak sağlık bakımın sürekliliği, uygulamanın erişilebilirliği, sağlık bakımın düzenli bir hizmet sağlayıcı tarafından koordine edilmesi gibi sağlık hizmetinin özellikleri boyutunun daha belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır (O'Malley vd., 2004).

Çoğu çalışmada hekimin sosyo-demografik özelliklerinin hastanın güvenleri ile çok güçlü bir ilişkisi olmadığı söylenebilir (Kao vd., 1998a; Hall vd., 2001). Ancak hekimin iletişim ve kişiler arası becerileri tutarlı bir belirleyicidir (Thom, 1999; Keating vd., 2004). Hekim hasta ilişkisinin uzunluğu ya da toplam ziyaret sayısı güven ile ilişkili olsa da zayıf bir ilişki mevcuttur (Thom vd., 1999). Hekimin yeterli bilgi vermesi, tedavi süresince hastayı takip etmesi, hastayı dinlemesi, kararlara katılımını sağlaması ve uzun süreli tedavilerde hasta hekim ilişkilerinde güven daha yüksek olmaktadır (Keating vd., 2004: 1015-1020). Daha önce de vurgulandığı gibi güven, savunmasızlığı içerir ve insanlar, zarar olasılıkları önemli olduğunda temkinli davranırlar. Güven, tecrübe yoluyla tekrar tekrar oluşturulabilir ve bu, kısa vadeli tıbbi ilişkilerden çok uzun vadeli ilişkilerde güvenin önemini açıklar (Kao, 1998a; Kao, 1998b). Hastaların hekim seçiminde yeterli seçeneğe sahip olup olmadıkları ve hekimleri kişisel bir öneri veya uygunluk ile seçip seçmedikleri güvenin güçlü belirleyicilerindendir (Mechanic ve Meyer, 2000). Hekim seçiminde daha fazla seçenek ve kişisel tavsiyeyi takip etmek yüksek güven ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Türkiye'de sağlık sistemi bağlamında hekime güvenin araştırıldığı tez çalışmasında (Ertong, 2011), hastanın hekimine güven duyması, tedaviye uyum, hasta memnuniyeti ve sağlık durumunun iyiye doğru gitmesiyle ilişkilendirilmiştir. Hekime duyulan güvenin öncülleri daha çok hekimin yeterliliği, iletişim kurma becerileri, şefkat göstermesi ve mahremiyeti sağlamaları ile ilgili olduğu söylenmiştir.

Genel olarak yukarıda bahsi geçen çalışmalara bakıldığında hekime duyulan güvenin belirleyicilerinin öncelikle iletişim ile ilgili olduğu görülmektedir. Hastasına zaman ayıran, hastasını dinleyen, şefkatli ve güler yüzlü yaklaşan hekim daha güvenilir algılanmaktadır. Bunun dışında teknik ve profesyonel yeterlilik, tecrübe gibi belirleyiciler de önemlidir.

2.3. Hasta Hekim İlişkisinde Güvenin Boyutları

Güven, çok boyutlu bir kavramdır ve koşullar değiştikçe, boyutların yönleri ve önemi farklı olabilir. Bireylerin kişi ve kurumlara güvenleri genel olarak tespit edilse de güveni belirli boyutlar kapsamında değerlendirmek daha doğru olabilir.

Anderson ve Dedrick (1990:1092), hasta-hekim ilişkilerinde kişiler arası güvenin temel bir bileşen olduğunu kabul ederek hazırladıkları hekime güven ölçeğinde güveni üç temel boyutta incelemişler ve hekimin hastasının yararına davranacağına olan güven, hekimin bilgi ve becerisine güven, ve hekim ile hasta arasında bilgilerin gizliliği ve güvenilirliğine dair güven olarak boyutlandırmışlardır.

Mechanic (1998) kurumların ve profesyonellerin hastanın yararına olacağı beklentisi olarak hasta güvenini tartışmaktadır. Mechanic'e (1998:663) göre; (1) hastaların, hekimlerin yeterliliği hakkındaki beklentileri, (2) hekimlerin hastalarının refahı ile ne ölçüde ilgilendikleri, (3) karar vermede hekim kontrolü, (4) hekimlerin hastaların gizli bilgilerine yaklaşımı, (5) hekimlerin bilgi sağlama ve alma konusundaki açıklığı, hekime olan güveni etkileyen boyutlardır.

Goold (2002:79) ise güveni bir sosyolojik yapı olarak, insanların genelde iyi niyet, savunuculuk ve yeterlilik beklentileri ile açıklanmaktadır. *Beklenti veya varsayım güveni* diyebileceğimiz bu boyut, geçmiş tecrübeler ve diğer bilgi kaynakları ile başkasına güven duygusunun ileriye dönük varsayımlarını içermektedir. Hastanın ilk karşılaşmadaki eğilimi anlamına gelmektedir. Elbette, zamanla beklentilerin karşılanması, güvenilen kişinin bilgisi ve deneyimine olan inanç geliştikçe *deneyimsel güven* oluşur. İletişim açıkça saygıyı gösterir, hastanın motivasyon değerlendirmesinde ve paylaşılan değerleri belirlenmesine olarak tanır ve hasta hekim bağını artırır. Paylaşılan değerler duygusunu arttıran bir boyut olarak *özdeşleşmeye dayalı güven* boyutu ortaya çıkmaktadır. Goold (2002:79) iletişim boyutuna vurgu yaparak, zayıf iletişimin yapının her boyutunda güveni düşüreceğini ileri sürmektedir.

Jacops ve meslektaşları (2006:644-646) güvenin hastalar tarafından algılandığı şekliyle hekimlerin kişilerarası ve teknik yeterliliği tarafından belirlendiğini anlatmaktadır. Hekimlerde güvensizlik unsurlarını ise; kişilerarası ve teknik yeterlilik eksikliği, hekimlerin kâr arayışı, ayrımcılık yapılması, sağlık hizmeti alırken deneysel yaklaşıldığının düşünülmesi gibi nedenlerle açıklamışlardır.

Hall (2001:615) güveni savunmasızlıktan ayrılamaz bir unsur olduğunu, risk ne kadar büyükse, güven veya güvensizlik potansiyelinin arttığını vurgulayarak, güveni beş boyutta tanımlamıştır. Birincisi, bir hastanın zayıflığından yararlanmama veya hekimin

hastasına *sadakati* olarak açıklanabilir. İkincisi, hataları önleme ve en iyi ulaşılabilir sonuçları üretme anlamına gelen *yeterlilik*, boyutudur. Üçüncü boyut, *dürüstlük*'tür. Dürüstlük boyutu gerçeği söylemeyi ve kasıtlı yalanlardan kaçınmayı gerektirir. Sahtekârlık, yalanlar, yarım gerçekler veya sessizlikle aldatmayı içerebilir. Daha sonra, *gizlilik* veya hassas bilgilerin korunması ve nihayet bütünsel açıdan değerlendirme yapan *genel güven* boyutları ele alınmıştır. Bu güven unsurlarının her biri, sadece kişisel güven değil, aynı zamanda yapısal güven açısından giderek daha fazla önem kazanmaktadır; bu da, hastalarda paternalizmden tüketime gitme hareketi sürdükçe devam etmektedir (Heritage ve Maynard, 2006).

Hindistan'da yapılan bir çalışmada hekimle rahat hissetme, hekimin hasta ile kişisel olarak ilgilenmesi, davranışsal olarak yeterli bulunan hekim, sade ve zarafet sahibi (elegant) bir görünüme sahip hekim ve kültürel açıdan yetkili hekim olmak üzere beş ana kategori de güven kavramı incelenmiştir (Gopichandran ve Chetlapalli, 2013:1). Analizler sonucu hekime güven, "rahatlığa dayalı güven", "duygusal olarak güven", "kişisel güven", "nesnel güven" boyutlarına ayrılmıştır. Araştırmaya göre; rahatlığa dayalı hekime güvenen kesim ağırlıklı olarak daha yaşlı, kırsalda yaşayan, eğitim ve mesleki düzeyleri düşük kadınlardan oluşmaktadır. Kişisel katılımlara dayalı olarak güvenenler, daha yüksek eğitim seviyesine ve mesleklere sahip genç insanlardır. Eğitim düzeyi düşük olan kişiler duygusal değerlendirmeye dayalı olarak güven duymaktadır. Genç kadınların hekimin güvenilirliğini objektif olarak değerlendirmeleri daha olasıdır (Gopichandran ve Chetlapalli, 2013:4-6).

Tıbbi uygulamalardaki değişiklikler, kültürel farklılıklar, kişisel beklentiler, hastalık durumları, hekim hasta iletişimi, sağlık politikalarındaki değişim bu alanların her birinde önemli konuları gündeme getirmektedir. Literatürdeki çeşitli boyutlandırmalar olmakla birlikte aşağıdaki başlıklar altında hekime güven boyutları incelenmiştir.

2.3.1. Hekimin Yeterliliğine Güven

Genel olarak tıp eğitimi almanın yetenek, zeka ve azim gerektirdiği, hekim olmanın seçici bir durum olduğu ve mesleğe girişin ve lisansının yüksek standartları

olduğu konusunda fikir birliği mevcuttur. Bir çok farklı meslek grubuna göre rastlantısal olarak hekim olmak daha az karşılaşılan bir durumdur. Ancak son zamanlarda giderek artan malpraktis davaları, hekim hasta arasında yaşanan problemlerin medyada daha fazla yer alması, aşırı uzmanlaşma, tıp eğitimindeki sorunlar kişileri hekimlerin yetkinliğini sorgulamaya itmiş ve daha yetkin hekim arayışına sevk etmiştir.

Hastalar, hekimlerinin yüksek derecede yetkin olmalarını istemektedir. Ancak uzmanlar arasında bile hekimin tıbbi yeterliliğini değerlendirmek oldukça güçtür (Mechanic, 1998:664). Özellikle hekim tercihi yapma konusunda özgür olan hastalar, hekimlerin yeterliliğini teyit eden ipuçları ararlar. Ülkemizde hekim seçme davranışı genellikle tanıdık, akraba, komşu ve sağlık uzmanlarının tavsiyesi üzerine gerçekleşmektedir (Uludağ, 2011:84). Bu tür seçimler sırasında veya sonrasında farkındalığı yüksek hastalar, hekimin mezun olduğu fakülteye, uzmanlık dalına, hastaneye veya saygın kurumlara bağlı diğer göstergelere duyarlı olabilir (Mechanic, 1998:665). Daha bilgili ve meraklı olanlar, hekimin anlattıklarını, kendi bilgileri ile karşılaştırır veya bilgilerin geçerliliğini test eden sorular yöneltebilir.

Genel olarak yeterlilik, hekimlik mesleki ve teknik yetkinliklerini ve bakımın teknik yönlerini geliştiren kişilerarası iletişim becerilerini ifade eder (Williams, 2012:7). Ancak hekimin yeterliliği birincil derecede önem taşısa da hasta ve hekim arasındaki bilgi asimetrisi, hastanın hekimin tıbbi bilgi birikimi ve becerisini değerlendirmesine çok da imkân vermemektedir. Bu nedenle, güven tartışılırken, hekimin iletişim becerisi ön plana çıkmaktadır (Uludağ, 2011:5; Mechanic ve Meyer, 2000:662). Bu durum literatürde kişilerarası yetkinlik (interpersonal competence) olarak tanımlanmaktadır (Mechanic, 1998; Mechanic ve Meyer, 2000; Jacops vd., 2006; McMurphy, 2013).

Yetkinlik, sadece teknik işlevlerde bilgi, yargı ve beceri olmaktan fazlasını içerir. Aynı zamanda, hastanın rahat hissetmesine yardımcı olma becerisi gibi kişilerarası becerileri de içermekte, sadece ilgili semptomları değil, hastanın endişelerini de ortaya çıkarmak için hassas ve etkili bir görüşme, dikkatli bir şekilde dinleme hissi verme, duyarlı ve anlamlı geri bildirim sağlamayı da kapsamalıdır (Mechanic, 1998:665). İyi teknik yeterliliğe sahip hekimler ilgisizlik, acele etme, beceriksizlik ve

kaçınma hissi gösterebilir. Hastalar etkileşimin bu yönlerine duyarlıdır ve zayıf kişilerarası yetkinlik, hastanın hekimin genel yeterliliğine olan güveni zayıflatabilir, tıbbi tavsiyeleri izlemek istememekle sonuçlanabilir ve hekimlerini değiştirmeye sevk edebilir (Roter ve Hall, 1992: 132-146).

Thom ve Campbell (1997), odak grup çalışmasıyla hekim-hasta güven düzeyini etkileyebilecek faktörleri saptadıkları araştırmalarında, güveni teşvik eden beşi kişilerarası olmak üzere (hastaların bireysel deneyimlerini anlama, bakım verme, açık ve net iletişim kurma, ortaklık kurma ve hastaya karşı dürüst olma gibi) yedi kategoride hekim davranışı tespit etmiştir. Thom (2001), hekim-hasta güveni ilişkisinin gücü için bu faktörleri test ederken sonraki araştırmada, sağlayıcıların davranışlarının bazı yönlerinin artan hasta güvenine güçlü bir şekilde bağlı olduğunu bulmuştur. Ayrıca, Thom (2001), rahatlatıcı ve bakım veren bir tutum, gösterilen yetkinlik, teşvik etme eğilimi ve sağlık konularında net açıklamalar sunan hasta-hekim güveninin artışı ile ilişkilendirilmiştir.

Hastaların teknik yeterlilik konusundaki değerlendirmelerine gelince, genellikle hekimin deneyimi, titizliği ve bilgisine dikkat ederek teknik yeterliliğe atıfta bulundukları söylenebilir. Teknik yetkinlik, eğitim, akademik ve mesleki geçmiş, uzmanlık ve entelektüel kapasiteleri de içeren geniş bir yelpazede ifade edilmektedir. Teknik yeterliliğin değerlendirilmesi çoğu kez deneyimler ve hastaların hastalıklarının tedavi altında nasıl ilerlediğini hissettirdiklerine (daha iyiye gitmiyor, yanlış ilaç verdi, daha da kötü oldu, yanlış teşhis koydu; ya da daha olumlu: tanı koyabildi, nasıl yardımcı olacağını biliyor, doğru ilaç yazıyor) dayanmaktadır (Mechanic ve Meyer, 2000:663).

2.3.2. Hekimin Vekilliğine Güven

Günümüzde hasta hekim ilişkisi üzerinde durulan önemli konulardan biridir. Bu ilişkinin şekli hastanın memnuniyeti, algılanan sağlık bakımının kalitesi, tedaviye uyum, tedavinin başarısı, hekime güven gibi pek çok unsuru etkilemektedir (Karsavuran vd., 2011:186-188; Akkaş, 2012; Atilla vd., 2012:23-37). Ancak hasta hekim arasındaki bilgi asimetrisi nedeniyle hasta çoğunlukla edilgen, hekim karar verici durumdadır. Bu

durum literatürde *vekalet teorisi* olarak adlandırılan ilişki biçimini doğurmaktadır. Vekalet teorisi özetle asil ile vekil arasında yapılan asil vekil sözleşmeleri kapsamında ortaya çıkan asil vekil ilişkilerini temel alarak tarafların hak ve yükümlülük ihlalleri olarak yaşanan problemleri ve bu ilişkiden doğan maliyetleri ele almakta ve bu mekanizmayı anlamaya çalışarak sorunları azaltmayı hedeflemektedir (Çelik ve Bedük, 2014:44). Bu tanımlamaya göre hasta asil, hekim, hastanın çıkarlarını korumakla görevli bir vekil durumundadır. Kısıtlı bilgiye sahip ve savunmasız hasta, sağlığını, kendi ve bedeniyle ilgili alınacak kararlar için hekime vekalet vermektedir. Hasta-hekim ve hastanın çıkarlarının çatışması durumunda, hekimin kendi çıkarlarını değil hastanın çıkarlarını önceleyeceğine dair bir inancı içinde barındırır.

Hekimin vekilliği kavramı, tıbbi felsefe ve etik konusunda önemli bir tarihe sahiptir ve tıp mesleğinin kamusal meşruiyeti, hekimleri adanmış hasta savunucusu olarak algılamaya dayanmaktadır (Mechanic, 1998:667). Hekim hasta ilişkisinin her boyutunda önemli bir kavram olsa da özellikle ağır hastalık durumlarında ve hekime yüksek oranda bağımlı olunan durumlarda, hastalar için hekimlerin kendi vekilleri olduğuna ve çıkarlarını etkili bir şekilde temsil edeceklerine inanmaları gerekir.

Sağlık politikalarındaki değişimler sonucu sağlığın piyasalaştığı algısı, ilaç firmaları ile hekimlerin bahsi geçen ilişkiler, malpraktis davaları gibi etkenler hastaların hekimin sadakati konusunda şüpheli yaklaşımlarına neden olmaktadır. Hastaya karşı taahhüt ve hasta çıkarlarını savunma, Mechanic ve Meyer'in (2000) çalışmasında hastaların güven konseptlerinde ortak temalardır. Çalışmada hastaların hekimleri tanımladığı yaygın ifadeler arasında "savunucu", "vekil", "kendi gücü dahilindeki her şeyi yapar", "çıkartlarımı en iyi şekilde savunur", "hak yemez", "vazgeçmez", "hiçbir zaman çalışmayı bırakmaz" , "her zaman yanımdadır", "her zaman benim tarafımı tutar", "gerekirse kendini ateşe atar" gibi tanımlar yer almaktadır.

Hekimin vekilliği konusunu tartışırken, hekimlik mesleğinin temel ilkelerinden ve tıp etiğinden bahsetmekte yarar vardır. Tıp etiği, tıbbın ve sağlık alanındaki bilimsel ve pratik çalışmaların etik yönden değerlendirilmesi ve ahlâki ikilemlere bir çözüm bulunmasını hedefleyen disiplindir (Nişancı vd., 2009:2). Hekimin hasta ilişkisinin genel normlarını ve tıbbi uygulamalar çerçevesinde iyiyi kötüden, doğruyu yanlıştan

ayırarak temel ilkeleri belirlemek tıp etiğinin genel çerçevesini çizmektedir (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007:78; Aydın ve Ersoy, 1995:48). Genel konusu insan yaşamı olan tıp etiğinin literatürde benimsenen dört temel ilkesi bulunmaktadır (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007:79). Bunlar, yarar sağlama ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi, zarar vermeme ilkesi, adalet ilkesidir (Aydın ve Ersoy, 1995: 48-52).

Hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının var olma nedeni hastalardır. Bu nedenle hastalara yararlı olmak en bilinen ve en eski ilkedir ve bu ilke ile bağlantılı hastaya zarar vermekten kaçınma ilkesidir. Hatta tıp etiğinin ve hipokrat yeminin özü "*önce hastayı dikkate al*"dır (Williams, 2003-2006). Sağlık bakımı verilirken hastanın bilgilendirilmesi, hasta haklarına saygı duyulması ve hastaların kararlara katılımını sağlamayı içeren özerklik ilkesi aydınlatılmış onam kavramı ile açıklanabilir (Aydın ve Ersoy, 1995:50). Son olarak tıbbi kaynakların dürüstçe, hakça ve rasyonel dağıtılmasının yanı sıra kişilere adil davranmayı öngören adalet ilkesidir (Williams, 2003-2006).

Bu ilkeler doğrultusunda aslında hastaların hekimlerden beklentisi olması gerekenin ötesinde bir beklenti değildir. Hekimlik, hastaya iyi vekalet etmeyi gerektirir. Bu vekillik yukarıda da bahsedildiği gibi sadakat, dürüstlük, bakım, saygı ve çıkar çatışmalarından kaçınmayı içerir. Hastane yönetiminin maliyet, ilaç ve medikal şirketlerinin kâr ve sigorta kuruluşlarının harcamaları minimize etmeye odaklandığı, potansiyel çıkarların çatıştığı bir ortamda karar mercii durumundaki hekimin hasta yararına davranacağına olan inanç, hastanın hekime olan güvenini önemli ölçüde etkilemektedir (Anderson ve Dedrick, 1990; Thom vd., 1999; Safran vd., 1998; Kao vd.,1998). Güven duyan bireyler başkalarının davranışlarını izlemeye daha az ilgi gösteren ve daha az kuşku duyan kişilerdir.

2.3.3. Hekimin Sır Tutacağına Dair Güven

Potansiyel kişisel veya ekonomik zararlardan kaçınmak için hassas veya özel bilgilerin korunması ve uygun şekilde kullanılması anlamına gelir. Sağlık kayıtlarına yetkili erişimi ve bu kayıtların korunmasını ve hastanın sağlık bilgisinin uygun biçimde

ifşa edilmesini (Örneğin, hekimlerin kamusal alanda hasta koşullarını tartışmaları veya aile üyelerine açıklamaları gibi) içerir (Williams, 2012:7).

Hastalar hekime özel konularda açıklama yaparken, bu konuların açığa çıkmayacağı konusunda güvenmek isterler. Hekimlere söylediklerinin korunduğunu varsaydıklarında ve hissedilen güvene göre bilgiyi sansürleyebilirler. Hekimlerin bazı bulaşıcı hastalıkları, reşit olmayan kişilerin fiziksel olarak istismar edilmesini ve yakın tehlike altında olan kişilere yönelik tehditleri bildirmeleri yasalarca istenen istisnalar vardır. Fakat bunlar, bu ilkeyi güçlendiren açık istisnalardır.

Son yıllarda tıbbi gizliliğe verilen önemin arttığını göz önüne alındığında, endişelerin güven algısını etkileyebileceği beklenilebilir. Ancak, bazı araştırmalarda, güveni ölçmek için geliştirilen ölçeklerde sır saklama ile ilgili yanıtların diğer boyutlarla güçlü bir korelasyon olmadığı bulunmuştur (Thom vd., 1999; Mechanic ve Meyer 2000; Hall vd., 2002). Bununla birlikte, gizlilik, raporlarda, güven konusunda baskın bir konu olarak görünmese de çoğu hasta, kendi kişisel hekimlerinin güvenlerini sürdürdüğüne inanmaktadır.

Tıbbi gizlilik, ancak gizli kalması istenilen bir durum olduğunda daha fazla öneme sahiptir. Örneğin, gizlilik, bazı azınlık grupları, HIV veya cinsel yolla bulaşan hastalıklar ya da akıl hastalığı veya genetik koşulları olan hastalar için ciddi bir endişe kaynağı olabilir (Hall vd., 2001:623). Bu tür hastalıklar toplum tarafından çoğunlukla hoş karşılanmamakta, hasta bireyin damgalanmasına ve statü kaybına neden olmaktadır. Bu nedenle hastanın sağlık kuruluşuna başvurması, sağlık hizmeti almayı talep etmesi ve tedaviye devam etmesi için gizlilik önemli bir boyut olarak ortaya çıkmaktadır.

2.3.4. Hekimin Bilgi Sağlama ve Alma Konusundaki Açıklığına Duyulan Güven

Hasta kendisiyle ilgili kararları özgürce alabilme ve kendi kaderini belirleme hakkına sahiptir. Hekim hastayı kararının sonuçları hakkında aydınlatmakla yükümlüdür. Hastalar, hekimlerinin tedavi seçenekleri hakkında bilinçli kararlar vermek için gerekli bilgilerin onlarla paylaşılması, tedavinin başlaması, ilerlemesi ve memnuniyet açısından oldukça önemlidir. Günümüzde tıp etiğinin merkezi

kavramlarından biri olarak kabul edilen bu ilkeye aydınlatılmış onam da denmekte ve hasta hakları bildirgesinde aşağıdaki gibi açıklanmaktadır (Tıp Etiği El Kitabı, 2015:44);

Hasta kendisiyle ilgili kararları özgürce alabilme ve kendi kaderini belirleme hakkına sahiptir. Hekim hastayı kararının sonuçları hakkında aydınlatacaktır. Yeterli ve yetişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedavi işlemine onam verme ya da reddetme hakkına sahiptir. Hasta karar verebilmek için gerekli bilgiyi edinme hakkına sahiptir. Hasta herhangi bir test ya da işlemin amacını, sonuçların ne anlama gelebileceğini ve onam vermemesi durumunda neler olabileceğini açık biçimde anlamalıdır.

Tıpta paternalist yaklaşımın kabul gördüğü durumlarda, hekimin yapacaklarını hastaya iletmesi ve hastanın buna biat etmesi normal kabul edilir. Ancak günümüzde hastalar hekimlerden daha fazlasını talep etmektedirler. Hastalar sözlü ya da yazılı onam yoluyla hekimlere bedenlerine müdahale hakkını tanırlar (Turla vd., 2005:34). Sağlıklı bir onamdan bahsedilebilmesi için hekimin; tanı, tedavi, müdahale esnasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar, müdahalenin yarar ve sakıncaları gibi konularda ayrıntılı bilgilendirme yapması beklenir. Elbette bu bilgilendirmenin karşındaki kişinin anlayacağı dille yapılması gereklidir. Tıp biliminin terminolojisinden uzak yalın bir dil kullanılması, hastanın tanı, tedavi ve süreç ile ilgili tüm sorularının açık bir şekilde cevaplanması önemlidir. Bu noktada hekimin iletişim becerileri ve yaklaşımı ön plana çıkmaktadır.

Aydınlatılmış onam gereksinimi, hasta hekim iletişimindeki değişim, bilinçli hastaların sayısının artması, tedavi seçeneklerinin çeşitlenmesi, maliyetlerin artması gibi etkenlerden sonra daha da artmıştır. Atilla ve meslektaşlarının (2011) hekim-hasta iletişimi üzerine yapmış oldukları çalışmada hastaların çok azı paternalistik yaklaşımı benimsediklerini belirtmiştir. Ayrıca çalışmada, hekimlerin açık iletişim kurması, empatik yaklaşması, sorulan sorulara ayrıntılı cevaplar vermesi, tıbbi terminolojiyi kullanmamasının önemli olduğunu vurgulanmıştır (Atilla vd., 2011:33-34). Hekim hasta ile açık iletişim kurması, hastanın hekime güvenmesi ile doğru orantılıdır.

2.3.5. Genel Güven

Daha önce de bahsedildiği gibi güven, kişinin diğer tarafın faaliyetlerine karşı savunmasız olma isteğinin yanı sıra diğer tarafın kendisi için önemli olan bir eylemi gerçekleştireceği beklentisine dayanmaktadır. Burada tanımlanan diğer taraf, kişi, grup ya da kurum olarak etkileşim türüne göre şekillenebilir. Bireyin sosyal bir varlık olduğu düşünüldüğünde, her türlü eylem içinde bulunduğu toplum içinde gerçekleşmektedir. Eylemler, yapı tarafından gerçekleştirildiği gibi, yapı da eylem tarafından şekillendirilebilmektedir. Güven kavramına bu açıdan bakıldığında ifade ettiği anlam daha makro bir bakış açısı oluşturabilir. Bir anlamda güvenin, eyleme dahil olan ama daha da ötesi eylemler üstü bir yapısının da olduğu söylenebilir (Tecim, 2011:7).

Güvenin her bir boyutu ayrı öneme sahiptir, ancak boyutların birbirini ve bütünü etkileyebildiği gibi bütünsel açıdan güven algısı da her bir boyutun algılanması için önemli hale gelebilir. Tecim (2011), güven boyutları ve bu boyutlardan oluşan ilişkiler toplamının insan davranışlarına hakim olması durumunu genel sosyal güven olarak betimlemektedir. Bu durumu, "bütün, parçaların toplamından daha büyüktür" metaforu ile örneklendirmiştir (Tecim, 2011). Tüm güven biçimleri birleştiğinde ve toplumun geneli tarafından paylaşıldığında genel sosyal güven düzeyi de yükselmiş olacaktır. Başka bir deyişle genel olarak güven duygusu, bir toplumun düzenli ve dürüst davranışlara beklenti yaratacak şekilde, bir dizi ahlâki değeri paylaştığı zaman yükselir (Fukuyama, 2005:169). Fukuyama (2005:41-42), bu durumu şu şekilde açıklamaktadır:

Güvenin, üyelerinin ortaklaşa paylaştığı normlara dayalı, düzenli, dürüst ve işbirliği yönünde davranan bir toplumda ortaya çıkması beklenir. Bu normlar tanrı veya adalet gibi derin değerler hakkında olabilir. Fakat aynı zamanda, davranış kodları ve çalışma hayatına ilişkin standartlar gibi dünyevi konuları da ele alır. Örneğin bir doktorun bize bilinçli olarak bir zarar vermeyeceğine güveniriz. Çünkü doktorun tıp mesleğinin standartlarına ve Hipokrat yeminine bağlı kalacağını varsayırız.

Güven toplumsal sermayeyi ortaya çıkartan işbirliğine yönelik toplumsal normların önemli bir yan ürünüdür. Eğer insanların sözlerini yerine getireceklerine, karşılıklılık normlarına uyacaklarına ve çıkarıcı davranışlardan kaçınacaklarına güvenebilirlerse, işbirliği, sadakat, karşılıklı anlayış, hoşgörü, yardımseverlik, sosyal ahlâk, sosyal fedakarlık, ortak değer ve davranışları beraberinde getirerek kişileri ve

toplulukları birine bağlayan (Seyyar, 2007: 911-912) sosyal sermaye unsurlarını arttırarak genel güven düzeyinin de yükselmesine olanak sağlayabilecektir.

Güven, memnuniyet, iletişim yetkinliği ve mahremiyet gibi alt öğeleri kapsayan tedavi ilişkilerinin genel bir özelliği olarak görülmektedir; her biri kendi başına önemlidir (Hall vd., 2001). Genel güven ise, bu boyutların bir kısmının veya hepsinin öğelerini birleştiren toparlayıcı olma özelliği taşır (Hall, 2002:298).



İKİNCİ BÖLÜM

STEROTİP KAVRAMI

İnsan, dünyayı, daha çok da kendi türünü kategorize etmeye çok meraklı. Kendini, rengine/ırkına göre sınıflayıvermiş siyahlar, beyazlar diye; dünya görüşüne göre, mensup olduğu ülkeye göre, zenginlik düzeyine göre sınıflayıvermiş. Bir de kadınlar erkekler diye ayırmış kendini. Kastlar, mahalleler oluşturmuş, görünür görünmez sınırlar çizmiş kendisi ile yine kendisi arasına. Komşu iki mahalledeki iki grubun birbirlerinden çok farklı olduklarına, kadın ile erkeğin çok farklı olduklarına, ayrı ayrı, farklı farklı yaşamaları gerektiğine karar vermiş. Bazı açılardan bu ayrımlar işe yaramış olabilir; insanları, gelişmeye, sınıf atlamaya, uzlaşma yolları aramaya itmiş olabilir. Ama çokça da acı vermiş bütün bu sınırlar, bütün bu ayrımlar; âdeta bir ur olup, ukde olup insanlığın içine oturmuş. Bir insan ile diğer bir insan arasına çizilen sınır, etin üstünden bıçak geçmiş gibi, çağlar boyunca sızlayıp durur. (Dökmen, 2015)

1. STEREOTİP KAVRAMI

Türkçeye *kalıpyargı*, *basmakalıp yargı* (düşünce) ve *klişe* olarak çevrilen stereotip kelimesi Latince iki ayrı sözcüğün birleşmesinden oluşmuştur: Katılık anlamına gelen *stereos* ve iz anlamına gelen *tupos* (Harlak, 2000:42, Yapıcı, 2004:9). Stereotip kavramı sosyal psikoloji alanında tanımlanmadan önce 1700'lü yılların sonlarında ortaya çıkan, matbaacılık dilinde sabit metinlerin çoğaltılabildiği baskı sürecini tanımlamak için kullanılan bir yöntem olup (TDK Güncel Türkçe Sözlük), sonraki yıllarda “kalıcı tekrarlama ve değişmeyen ifade tarzı” olarak kullanılmaya başlanmıştır (Ashmore ve Del Boca, 1981:1). Psikiyatri bilimi "stereotip" yerine "stereotypy" kelimesini benimsemiştir ve bu terimi rutin, katı, yenilenen davranışlara işaret etmek için hâlâ kullanmaktadır. Bununla birlikte 20. yy'ın başlarında gazeteci Lippmann (1922) kamu oyunun nasıl oluştuğunu anlattığı "*Public Opinion*" isimli kitabında stereotip kavramını günümüzde sosyal bilimciler tarafından kabul edilen anlamında ilk kez kullanmıştır. Lippmann, kamu otoritesini şekillendirmede stereotipleri bireylerin çevre hakkında bilgi üretmesine yardımcı olan bilişsel yapılar olarak ifade etmiş, bu bilişsel yapıların nasıl kazanıldığı konusunu açıklamıştır. Bireyin

yaşadığı toplum bireyin algılama ve düşünme yeteneği için karmaşıktır. Bu karmaşık yapının anlaşılabilmesi için nesnelere/bireylere/olaylara içinde bulunulan kültür tarafından açıklık, anlaşılabilirlik, farklılık, tutarlılık gibi nitelikler yüklenmiştir (İmançer 2004: 128).

Lippmann'a (1922) göre, bireyler, bilimsel bir hipotez geliştirmek üzere yavaş ve çaba gerektiren süreçlerinin sonucu stereotip geliştirmemekte; bunun yerine, sıklıkla, dünyayı bilişsel olarak örgütleme biçimlerinin bir parçası olarak kültürel gruplarının geleneklerini kullanmaktadırlar.

İnsanlar bir toplum içinde doğar, büyür ve bu süreçte pek çok gruba üye olarak hayatlarını devam ettirmeye çalışırlar. Bireyin mensubu olduğu ve olmadığı çevreyi, sosyal kimliğinden kaynaklanan duygu ve düşüncelerle çeşitli kategorilere bölerek, onları olumlu veya olumsuz bir takım stereotiplerle algılama yoluna giderler (Yapıcı, 2004:1). Stereotiplerin başkalarının algıları ve temsilleri için temel oluşturması nedeniyle diğerlerine karşı bilgi, inanç ve beklentilerini şekillendirdiği düşünülmektedir (Hamilton ve Sherman, 1994:13). Bunlar geniş çapta incelenmiş (örneğin, Allport, 1954; Brewer, 1988; Fiske ve Neuberg, 1990; Hilton ve Von Hippel, 1996; Macrae ve Bodenhausen, 2000) ve çalışmaların büyük bir kısmı kişilerin üyeleri oldukları grupların basmakalıp yargıları üzerinde durulmuştur.

Genel olarak stereotipler, esasen söz konusu gruba üyeliğin sonucunda o gruba atfedilen varsayımlar (ör. nitelikler, davranışlar) olarak görülmektedir (Leyens vd., 1994; Stangor, 2000). Genellikle ortak bir kültürel geçmişe sahip kişiler tarafından paylaşılır (Hinton, 2000). Bazen eksik ve yanlış bilgiler içerdiği, bireyin kendi konumunu meşrulaştırmasına hizmet ettiği için sosyal gerçekliğin nesnel olarak algılanmasında yetersiz kalır (Yapıcı, 2004:11-12). Bu bağlamda söz konusu grup üyesinin davranış ve kişisel özellikleri aşırı derecede genellenir, yanlış yönlendirir, öngörülür ve sıklıkla çarpıtılabilir (Operario ve Fiske, 2004:121). Özellikle toplumsal cinsiyet ve ırk gruplarının daha sık ayrımcılığa maruz kaldığı görülmektedir (Quadflieg vd., 2011). Ancak stereotiplerin sadece ayrımcılık ve önyargıya neden olduğunu söylemek yanlış olur. Stereotiplerin aynı zamanda bilişsel bir kestirme yol olduğundan

ve dış dünyanın daha çabuk ve kolay anlamlandırılması için sağladığı faydasından da bahsetmek gerekir.

Karmaşık dünyayı kavramak için gerekli olan bilişsel bilgiyi yönetmek üzere, stereotiplerin etkili bir bilişsel strateji oluşturduğuna dair inanç mevcuttur (Fiske ve Nuberg, 1990). Pek çok kuramcı, stereotip oluşturma stereotip kullanıcısı için faydalı olduğunu, çünkü sosyal etkileşim sırasında işlenmesi gereken bilgi miktarının azaldığını (yani, stereotiplerin bir zihinsel kısayol olduğunu) ve bunun diğer görevler için bilişsel kaynakları serbest bıraktığını savunur (Örneğin, Lippman, 1922; Macrae vd., 1994a; Macrae vd., 1994b; Sherman vd., 1998).

Bilgiyi stereotip biçiminde saklama, algılayıcının bilgi, inanç ve gruba ilişkin beklentilerinden oluşan belirli bir grubun zihinsel temsilinin, grup dışı bir üyesini yargılamak için kullanabilir (Kunda ve Spencer, 2003). Motivasyonel olarak, bir stereotip, hedeflere hizmet eden bir “bilişsel araç” tır (Gilbert ve Hixon, 1991; Moskowitz, 2010; Moskowitz ve Li, 2011). Ayrıca, benlik saygısını sürdürmek için kullanılan ve bireyin kendini ve ait olduğu grubu olumlama konusunda yürüttüğü bir strateji olarak düşünülen stereotip, aynı zamanda etkili bir bilişsel önyargı seti, motivasyonel ihtiyaçlar ve sosyal öğrenme mekanizmalarıdır (Quadfleig vd., 2011). Örneğin, stereotipler, sosyal algılayıcının kullanabileceği sosyal bilgi zenginliğini azaltarak anlama hedeflerine yardımcı olabilir; bu nedenle, bu tür hedefler stereotiplerin ortaya çıkışını ve uygulanmasını destekleyebilir (Macrae vd. 1994c; Pendry ve Macrae, 1996; Kunda ve Spencer, 2003). Ancak, stereotipler, önyargı oluşumu sağlayıp, eşitlikçi davranma amacına ulaşmayı da engelleyebilir (Moskowitz, 2010; Kunda ve Spencer, 2003).

Stereotiplerin günlük hayattaki yerini ve kullanımını anlamak için aşağıdaki çok bilindik bulmacaya göz atmak yerinde olacaktır:

"Bir baba ve oğul arabayla yolculuğa çıkar ve yolda trafik kazası geçirirler. Baba olay yerinde hayatını kaybeder, fakat oğlu hayatta kalır ve hastaneye kaldırılır. Onu ameliyat için gelen cerrah, çocuğu görünce şok olur ve "Bu çocuğu ameliyat edemem, o benim oğlum!" der. Bu nasıl mümkün olabilir?

Bulmacanın çözümünde çoğunlukla "ama baba ölmüştü, o zaman ölen çocuğun üvey babası mıydı?" düşüncesi akla gelmektedir. Oysa cevap basittir. Cerrah, çocuğun annesidir. Ancak çoğunlukla basma kalıp düşünce ile cerrah erkek olarak kodlandığı için cevabın çocuğun annesi olacağı hemen akla gelmez. Bu bulmaca stereotiplerin bir grup ya da sosyal rol hakkında genel fikir setlerini içerdiğini göstermektedir (Eagly, 1987; Moskowitz, 2005).

Lippmann (1922:81), stereotipleri "kafamızdaki resim" olarak tanımlamıştır. Başkalarına karşı izlenimlerini oluştururken, insanlar zaten kafalarında bulunan basitleştirilmiş yansımalar ve resimlere güvenirler. Lippman, sanılanın aksine çoğunlukla önce görüp sonra tanımlamadığımızı aksine önce tanımlayıp sonra gördüğümüzü savunmaktadır (Lippmann,1922:81). Bu nedenle, ilk etapta cerrahlar erkektir ve bu nedenle 'çocuğu ameliyat edecek olan cerrah da çocuğun erkek ebeveyni olmalıdır' kısa yolunu kullanarak ölen babanın bir cerrah olarak çocuğu nasıl ameliyat edemeyeceğini söylediği kafamızı karıştırmakta, çoğunlukla annenin cerrah olabileceği ilk anda aklımıza gelmemektedir. Kafamızda ortak dünyaya ait bir fikir var ve farklı olan her şey bir açıklama gerektirir. İşte stereotipler bu ortak dünyaya ait oluşturmuş olduğumuz kısa yollardır.

Stereotip kavramının babası olarak görülen Lippmann, kitabını, "dışarıdaki dünya ve kafalarımızda bulunan resimler" arasında önemli bir ayrım olarak gördüğü konuları anlatmıştır (Ashmore ve Delboca, 1981:2). İnsanların dünyaya gerçekte olduğu gibi doğrudan müdahale etmediklerini, bunun yerine içsel temsiller oluşturduğunu vurgulamıştır. Bu içsel temsiller yani stereotiplerin gerçek temeli bireyin yaşadığı kültürel çevredir (Yapıcı, 2004:23). Birey dış dünyanın yarattığı karmaşayı anlamaya çalışırken, kültürün zaten tanımlamış olduğu şeyi seçerek, kalıplaşmış formda var olan şeyi algılamaya eğilimlidir (Ashmore ve Del Boca, 1981:2). Lippmann stereotiplerin kamuoyunu nasıl şekillendirdiğinden çok bilişsel olarak nasıl elde edildiğine dair önerilerde bulunmuştur. İlerleyen zamanlarda yapılan pek çok araştırma ve teorinin ana temalarında Lippmann'ın stereotipler üzerinde yapmış olduğu tartışmanın izlerine rastlanmaktadır (Ashmore ve Del Boca, 1981:3).

Lippmann kavramı sosyal bilimcilerle tanıştırırken, stereotiplerle ilgili ilk klasik ampirik çalışmayı 1933 yılında Katz ve Braly yürütmüştür (Katz ve Braly, 1933-1935; Leyens vd., 1994:128; Ashmore ve Del Boca, 1981:6). Amerika'da Princeton Üniversitesi öğrencilerine yapılan çalışmada 84 kişilik sıfatlar listesi verilmiş ve 10 farklı etnik grubun her birinin tipik özellikleri olan maddeleri belirtmeleri istenmiştir. Her bir grubun en sık yanıtlanan sıfatları o grubun stereotipi olarak tanımlanmıştır (Ashmore ve Del Boca, 1981:6). Sıfat listeleri yolu ile stereotiplerin ölçülmesi yöntemi ilk kez bu sayede literatürde yer bulmuştur. Katz ve Braly'ye (1933) göre, kişilerin çeşitli ırk gruplarındaki bireyleri tek tek tanımaları söz konusu olmayacağına göre, belirli gruplara yönelik görüş birliği Amerikan kültüründen çıkan stereotiplerden kaynaklanan önyargıları temsil etmektedir (Harlak, 2000:43). Bu sayede insan davranışları ve önyargılar ile stereotipler arasındaki bağlantılar incelenmeye başlanmıştır. Katz ve Braly'nin (1935) ilk çalışmalarının akabinde yaptığı çalışmalarında *"Irka Yönelik Önyargılar ve Irka Yönelik Sterotipler"* konusunu incelemiş ve sosyo-kültürel yaklaşımda stereotipler üzerinde uzlaşmaya varılmış özellikler kümesinden oluşan zihinsel temsiller olarak tanımlamış, önyargılar ve stereotiplerin eşdeğer olduğunu vurgulamıştır (Ashmore ve Del Boca, 1981:6; Aktan ve Sakallı, 2013:17). Çalışmada Princeton öğrencilerinin kendilerine benzer olan Amerikalılara ve İngilizlere olumlu sıfatları (örneğin zeki, çalışkan, bilimsel vb.), Türkler (örneğin, kavgacı, kindar, tutucu) ve zenciler (örneğin, batıl inançlı, cahil, miskin) gibi kendilerine uzak hissettikleri gruplara ise olumsuz vasıfları atfettikleri görülmüştür (Yapıcı, 2004:24). İnsanların sosyal gruplara (etnik köken gibi) yönelik önyargıları, sosyal grupların isimlerine duygusal tepkileri, gruplarla ilişkili tipik karakteristiklere olan inancı ve bu özelliklerin değerlendirmesini içeren, yüksek derecede tutarlılık gösteren genel bir stereotip kümesidir (Ashmore ve Del Boca, 1981:6; Beller ve Leerssen, 2007:298).

Katz ve Braly (1933) aynı yıl çalışmalarının devamı niteliğindeki ikinci araştırmalarında stereotiplerin davranış ve önyargı ile bağlantısını açıklamaya çalışmıştır. Bu çalışmanın ardından pek çok çalışmanın konusunun milletler ve ırklara yönelik önyargı ve davranışlarda stereotiplerin katı ve sabit olduğu, ayrıca algı ve bilişi bozduğu düşünülmüştür (Ashmore ve Delboca, 1981:7).

Katz ve Braly'nin çalışmaları ve bu çalışmalardan esinlenen çalışmalar (Gilbert,1951; Allport, 1935; Karlins vd.,1969) hem yöntem hem de stereotiplere betimsel yaklaşım anlamında benzerlik göstermiştir. Bu çalışmaları inceleyen araştırmacılar sonuçları genel olarak şöyle özetlemişlerdir:

1. İnsanlarda, geniş sosyal grupları, birkaç tane genel ve ortak niteliğe, yani stereotiplere dayanarak vasıflandırma eğilimi vardır (Yapıcı, 2004:25)
2. Stereotiplerin değişime karşı son derece dirençlidir. Bu değişim sosyal, politik ve ekonomik değişimler sonucu çok yavaş bir şekilde gerçekleşir (Harlak, 2000:48).
3. Stereotipler erken yaşlarda, stereotipleştirilen gruplar hakkında bilgi sahibi olmadan önce edinilir (Hogg ve Vaughan, 2014:71).
4. Gruplar arasında sosyal gerilimler ortaya çıktığında stereotiplerden daha fazla söz edildiği ve daha fazla aşağılayıcı ve düşmanca bir anlam kazandığı görülmektedir (Harlak, 2000:48).
5. Stereotipler doğru ya da yanlış değildir; daha çok, gruplar arasındaki tikel ilişkileri anlamlandırmaya hizmet etmektedir (Hogg ve Vaughan, 2014:71).

Katz ve Braly çizgisinde yapılan çalışmalar stereotiplerin durağanlık, tek biçimlilik, yaygınlık ve değişime dirençli olması gibi bazı özelliklerini ortaya koymada yeterli olduğu düşünülse de bunların kaynağını tespit etme hususunda pek bir açıklama yapamadığı konusunda eleştirilmektedir (Avigdor, 1979'dan aktaran Yapıcı, 2004:25). Bu eleştirilerden yola çıkarak stereotiplerin nasıl ortaya çıktığı, davranışsal ve sosyal sonuçlarının ne olduğuna dair çalışmalar yapılmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Stereotip çalışmalarının geçmişine bakıldığında 1930'lu yılları takip eden kırk yıl boyunca yapılan çalışmaların etnik ve ırk önyargılarını değerlendirmeye yönelik olarak Katz ve Braly etkileri ile devam ettiği söylenebilir (Ashmore ve Del Boca, 1981:7-9). Bu çalışmaların genel vurgusu stereotiplerden kaynaklı önyargı ve ayrımcılığın *sosyal bir problem* olduğu yönündedir. Özellikle 1970'li yıllarda bariz bir şekilde artan stereotip çalışmalarına rastlanmaktadır (detaylı bilgi için bakınız Ashmore ve Del Boca, 1981:14-15). 1970'lerde yapılan stereotip araştırmalarındaki bu artış, kadınların ve erkeklerin nasıl algılandığını inceleyen araştırmalara atfedilebilir.

Psikoloji alanındaki çalışmaların özetleri cinsiyet stereotipleri kapsamında değerlendirildiğinde, 1968 yılında Rosenkrantz ve meslektaşları tarafından sadece bir cinsiyet stereotipi çalışmasının ortaya çıktığı, on yıl sonra 1977'de, 159 çalışmanın “stereotipli tutumlar” altındaki girdilerinin % 78'i kadın ve erkeklerin kişisel özelliklerine ilişkin inançlarla ilgili olduğu ve 1977'ye gelindiğinde, stereotip çalışmalarının % 45'inin cinsiyetle ilgili olduğu görülmüştür. (Ashmore ve Del Boca, 1981:9). Günümüz açısından değerlendirildiğinde, cinsiyet ile ilgili stereotip çalışmalarının hâlâ göreceli olarak çok olduğunu söylemek mümkündür. Ancak çalışmaların sayısını veya oranını belirtebilecek bir sistematik ya da meta analiz çalışmasına rastlanmamıştır.

Toplumsal gruplarla ilgili stereotip çalışmaları yapılmış olsa da çalışmaların çoğunun ya ırk-etnik-ulusal gruplar ya da kadın ve erkeklerle ilgili olduğu söylenebilir. Irkçılık ve cinsiyetçilik toplumsal alanda yaygın görülen sosyal problemler olarak kabul edilmektedir. Özellikle son yıllarda yapılan stereotip çalışmaları cinsiyet algılarının toplumsal normları nasıl şekillendirdiğini anlamaya yönelik olarak artmıştır. Meslek stereotipleri, liderlik ve yöneticiliğe yönelik algılar, toplumsal cinsiyet çalışmaları, kadın ve erkek rolleri ve iş dünyasına yansımaları, kız ve erkek öğrencilerin ders başarıları ve algıları gibi pek çok çalışma farklı sosyoloji, psikoloji, sosyal psikoloji, antropoloji, yönetim gibi alanların konusu olmuş ve olmaya devam etmektedir.

1.1. Sosyal Psikoloji Literatüründe Stereotipin Yeri, Özellikleri ve İlgili Kavramlar

Sosyal psikoloji literatüründe stereotiplerin nerede ortaya çıktığı ve nasıl oluştuğu ile ilgili sürece bakıldığında sosyal etki, sosyal biliş, sosyal düşünce, kategorilendirme, sosyal şemalar, önyargı, ayrımcılık, tutum gibi pek çok kavramın içinde yer aldığı görülmektedir. Sosyal psikoloji insanın düşüncesi, duygu ve davranışlarının başkaları tarafından nasıl etkilendiğini ve başkalarını nasıl etkilediğini inceleyen bilimdir (Hogg ve Vaughan, 2014:60). Sosyal psikolojinin temelinde sosyal etki olarak adlandırılan olgu yatmaktadır (Aranson vd., 2012:30) ve sosyal bilişin toplumsal davranışları nasıl etkilediğini açıklanmaya çalışılmaktadır (Hogg ve Vaughan, 2014:60). *Sosyal etki* kavramı dar çerçevede birinin diğerini ikna etme çabası, etkilemek için çeşitli yollar denemesi gibi yorumlansa da aslında bu kavramın kapsamı

başkalarının davranışlarını değiştirme çabalarından daha geniştir. Yaşanılan toplum ve kültürel değerler ile kişinin çevresinde bulunan kişiler gibi pek çok unsur kişinin sadece davranışlarını değil, düşünce ve duygularını da etkiler. Sosyal psikoloji, antropoloji ve sosyolojiden farklı olarak insanların çevrelerini yorumlamaları sonucunda bu çevreden nasıl etkilendikleri ile ilgilenir. Sosyal psikologlara göre, sosyal dünyanın insanları nasıl etkilediğini anlamak için bu dünyanın nesnel özelliklerinden çok, kişilerin çevrelerini nasıl algıladığını, anladığını ve yorumladığını kavramak daha önemlidir (Aronson vd., 2012:32-33).

Başkalarına dair *izlenim oluşturma* ve kişileri algılama sosyal bilişin önemli yönlerinden birisidir. Stereotipler ise insanların grup üyeliği temelindeki kişilik, tutum ve davranışları hakkında genel kabul görmüş izlenimleri etkileyen varsayımlar olarak ortaya çıkmaktadır. İlk kez karşılaşılan insanlar belirli bir kategorinin üyesi (örneğin, cinsiyet, etnisite, meslek gibi) olmaları doğrultusunda değerlendirilmeye çalışılır. Bu durumda genellikle stereotipler devreye girer. İnsanların başkaları hakkında hüküm vermek için (kişinin sevecen, cimri, zeki, yardımsever olup olmaması gibi) stereotiple tutarlı bir izlenim oluşturma çabası sergilenir (Hogg ve Vaughan, 2014:65).

Sosyal biliş, insanların kendileri ve sosyal dünya ile ilgili düşünme şekilleri; yargı ve kararlara varırken sosyal bilgileri seçme, yorumlama, anımsama ve kullanma biçimleridir. Sosyal yargıya varmak için kullanılan sosyal biliş ya da sosyal düşünme süreci 'hızlı ve otomatik' ve 'kontrollü' olmak üzere iki biçimde değerlendirilebilir (Aronson vd., 2012:123; Hogg ve Vaughan, 2014:60). Gündelik hayatta her zaman kontrollü bir düşünme tarzı için zaman yoktur. Çoğu zaman insanlar hızlı ve otomatik düşünce yapısına başvurur ve bu süreçte *sosyal şemalardan* yararlanır. Şemalar, birçok konu hakkında daha önce edinilen bilgileri ve izlenimleri kapsar ve bu bilgiler sayesinde yeni girilen durumlarla ilgili davranışların belirlenmesine yardım eder. Örneğin, bir kütüphaneye gidildiğinde kütüphaneye ait bir şema bulunur. Bu şema orada neyin gerçekleşeceğine dair bir dizi varsayımdan ibarettir. İlk kez gidilen bir kütüphane olsa bile, orada nasıl davranılacağından kitapların nasıl seçilip alınabileceğine dair daha önceden edinilen izlenimler sonucu otomatik davranışlar gerçekleştirilir. Diyelim ki, kütüphanecinin memleketi öğrenildiğinde, bu durumda onun tutum ve davranışları hakkında bir dizi varsayım devreye girecektir. Bir toplumsal gruba dair şema, pek çok

kişi tarafından kabul görmüş ve paylaşılıyorsa, bir stereotiptir (Aronson vd, 2012:67). Kişi şemaları, rol şemaları, olay şemaları, nedensel şemalar, benlik şemaları gibi çeşitlere ayrılabilen şemalardan bahsedilebilir. Örneğın rol şemaları bir sosyal grup için herkesçe kabul edilen bir davranış ve özellik ise sosyal stereotipler olarak değerdendirilir.

şematik bilgiyi kullanmak için öncelikle kişi, olay veya durumu ayrı ayrı değıl, bir sınıflamaya ya da gruplamaya tabi tutarak yani kategoriye yerleştirerek değerdendirilmesi gerekir (Harlak, 2000:50). Bir kişi, bir olay ya da durum kategorize edildikten sonra zihnımızde bir şema belirir. *Kategorilendirme*, aynı gruba ait örneklerin algısal bir bütün oluşturacak şekilde temel olan özelliklerini vurgulayarak basit bir şekilde kodlanmasıdır (Harlak, 2000:50; Hogg ve Vaughan, 2014:69). Kategorilerin bilişsel temsillerini oluşturan, grup benzerliğının değerdendirilmesine ve kategori üyeliğine karar verilmesini sağlayan standartlar *prototip* olarak adlandırılmaktadır. Kategori içindeki örnekler birbirinden farklı oldukları için, kategoriler çok sayıda örneğre ait olan soyutlamalar yani prototipler üzerinde yoğunlaşan hatları belirsiz kümeler olarak düşünülebilir (Hogg ve Vaughan, 2014:70). Bazı araştırmalarda prototip ve diğrer soyutlama temelli modellerin, numune (örnek) tabanlı bir alternatif olduğunu savunulmuştur (Anderson ve Cole, 1990; Linville vd. 1989; Smith 1990; Smith ve Zárate, 1992). Örnek tabanlı modele göre, insanlar bazen yeni karşılaştıkları *şeyleri* kategorize etmek için soyut temsili olan prototipleri değıl de o grupla ilgili somut örnekleri kullanırlar. Örneğın, Afrikalıların 'iyi bir basketbol oyuncusudur' stereotipi Lippman'ın 'kafamızdaki resimler' tanımlamasında da olduğu gibi insanların zihninde belirli bireyler biçiminde (örneğın; Michael Jordan figürü) saklanabilmektedir (Hilton ve Hippel, 1996:242). Prototipler toplumsal grubun üyelerinin geneli tarafından aynı algılanıyorsa stereotipleşmiştir ancak her prototip temsil ettiğri grubun ortalama üyesini açıklamaz, kimi zaman aşırı uç bir üye de prototip olabilmektedir.

şemalar ve prototipler birbirlerine benzer ve sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılırlar. Bu kavramları ayırt etmek için nasıl organize edildiğrine bakmak gerekir. Prototipler, bir kategorinin görece karışık, organize edilmemiş, hatları belirsiz temsilleri olup şemalar ise özelliklerin ve bu özellikler arasındaki ilişkilerin oldukça organize

biçimde ve ayrıntılı olarak tanımlanmasıdır (Hogg ve Vaughan, 2014:71). Yukarıda da anlatıldığı gibi stereotipler sosyal grup üyelerinin yaygın olarak paylaşılan prototipik ve şemasal genellemeleridir.

Bilgiyi stereotip biçiminde saklamanın önyargı, ayrımcılığın ve gruplararası davranışların incelenmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Basmakalıpların önyargıya bağlanması, stereotip araştırma ve teorisini açıkça etkilemiştir. Önyargı sosyal bir sorun olarak kabul edilir. Dolayısı ile önyargılı olmak kötüdür ve dolaylı olarak stereotip düşünce kötüdür gibi bir yargıya neden olmuştur. Bireyler üye olduğu grubun diğer gruba göre üstün olduğuna inanma, bu nedenle diğer grupları olumsuz bir şekilde gösteren tasvirler oluşturma eğilimindedir. Bu görüşün bir temeli olarak, stereotipler zaman zaman tuhaf ya da patolojik fenomenler gibi özel olarak ele alınmış ve stereotipler üzerinde yapılan çalışmalar, psikoloji ve sosyolojideki temel araştırma ve teoriden ayrı bir şekilde ilerlemiştir (Ashmore ve Del Boca, 1981:10). Ancak ilerleyen zamanlarda yapılan çalışmalar stereotiplerin aslında sanıldığı gibi *kötü* olmadığı, kişilerin kestirimsel kısa yollara başvurmalarının bir çok amaca hizmet ettiği görülmüştür. Zira stereotipler, bireylerin ve grupların çeşitli ihtiyaçlarına, isteklerine, beklentilerine hizmet etmekte ve toplumsal bağlamda yer buldukları ölçüde yaygınlık kazanmaktadırlar.

Tajfel (1981:146) ise, *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology* isimli kitabında stereotipleri iki bireysel ve iki sosyal olmak üzere dört ayrı açıdan ele almış ve birbirleri ile etkileşimlerini incelemiştir. Stereotiplerin *bireysel açıdan* işlevleri *bilişsel* olarak ele alındığında, öncelikle bireyin sosyal çevrede karşılaştıkları karmaşa ile başa çıkmasının, *tam olarak farklılaştırılmış ve odaklanmış bir dünya algısı* yaratmasının stereotiplerle mümkün olacağını söylenebilir. İkinci olarak, kişilerin kendilerini bir grup veya kategori altında algılaması önemli psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılamalarına yardımcı olur (Kağıtçıbaşı, 2012:285), dünya ile bir anlamda başa çıkmayı sağlarlar. Kişiler kendilerini *değerli görmeyi* ve görece olumlu değerlendirmeye isteklidir (Harlak, 2000:61). Stereotipler bu değerlendirmenin yapılabilmesi, diğer gruplara göre olumlu ya da olumsuz nitelikler yüklenebilmesi açısından bir araç olarak kullanılır.

Stereotiplerin bireysel işlevlerinin yanında önemli *sosyal işlevleri* de bulunmaktadır. Stereotiplerin sosyal işlevleri, kişinin çevresinde farklı sosyal eylemleri sosyal nedensellik çerçevesinde açıklamasına yöneliktir (Tajfel,1981:155-156). Bunlardan biri *sosyal nedensellik* çerçevesinde sosyal olayları açıklamaya yöneliktir (Yapıcı, 2004:71; Harlak, 2000:61). Özellikle yaygın stres yaratan sosyal ya da sosyal olmayan olaylarda, hedef gruplara yönelik bakış açısının akılcı bir yaklaşımla ve *meşrulaştırılarak* değerlendirildiği söylenebilir (Leyens vd., 1994:139). Yani, bireyler işler yolunda gitmediğinde ya da zor zamanlar yaşadığında rekabet içinde oldukları dış grupları suçlama eğilimi gösterirler. Öte yandan mantıklı bir açıklama getirilemeyen durumlarda da kendilerini savunmak için, stereotipler meşru bir neden ortaya koymak üzere kullanılır (Aronson vd., 2012:792). *Günah keçisi yaratma* olarak da adlandırılan bu kavram, özellikle mutsuz durumdaki insanların saldırganlıklarını sevilmeyen, görünür ve görece güçsüz gruplara karşı yönelttiği ve bu şekilde düşünce ve davranışlarını rasyonalize etmeye çalıştıkları söylenebilir (Aronson vd., 2012:793). Nazilerin İkinci Dünya Savaşı'nda Yahudilere karşı tutumu örnek olarak verilebilir. Stereotiplerin diğer bir sosyal işlevi ise, sosyal gruplar arasındaki farklılıkların vurgulanması ve netleştirilmesi için kullanılan *sosyal farklılaşma* ile açıklanabilir (Tajfel, 1981:160). Sosyal farklılaşma, etnosentizmi desteklemekle birlikte (Tajfel, 1981:323), bir sosyal kimlik oluşturma yönünde katkı sağlamaktadır (Yapıcı, 2004:72). Bir gruba olan üyelik kişinin benliğini tanımlamasında yer alabilir. Prestijli, toplum içinde konumu yüksek gruplara üye olan kişi sırf bu gruplara üye olduğu için kendini diğer gruplara üye kişilerden daha üstün hissedecek ve benliğini besleyecektir (Kağıtçıbaşı, 2012:285). Yani, kişilerin ait oldukları grupların toplumdaki konumu o kişinin toplumdaki yerini de büyük ölçüde belirleyecektir.

Sonuç olarak, stereotipler, bilişsel tutumluluğun ve toplumsal belirsizliğin aza indirgenmesinin yanı sıra (Hogg, 2007), algılayıcının gelen bilgi yerine önceden saklanan bilgiye dayanmasına izin vererek bilgi işlemeyi kolaylaştırır. Örneğin, bazen stereotipleme algılayıcının taleplerini basitleştirmenin bir yolu olarak ortaya çıkar. Farklı sosyal roller (Eagly, 1995), grup çatışmaları (Robinson vd., 1995) ve güç dengelerindeki farklılıklar (Fiske, 1993) gibi çevresel faktörlere yanıt olarak aynı zamanda statükoyu haklı çıkarmanın bir yolu olarak (Jost ve Banaji, 1994; Sidanius, 1993) ya da sosyal kimlik ihtiyacına cevap olarak stereotipler ortaya çıkmaktadır (Hogg

ve Abrams, 1988). Dolayısı ile stereotipler neden ortaya çıkar sorusu söz konusu olduğunda, cevabın çoğu zaman içeriğe bağımlı işlevsellik kavramında olduğu söylenebilir (Hilton ve Hoppel, 1996:228-229).

1.2. Stereotipleme Süreci

İnsanlar neden kalıplaşmış düşüncelere sahiptir? Bu sorunun cevabını bulabilmek için yapılan çalışmalarda araştırmacılar; stereotiplerin yanlış bilişsel düşüncenin kaçınılmaz yan ürünleri midir, yoksa çok derin yerleşmiş kişilik ve motivasyonel değişkenlerden mi kaynaklanmaktadır; hayal kırıklığına uğrama ihtimaline karşı bir savunma mekanizması mı yoksa verilen bilgilerin ötesine geçme ihtiyacı mıdır; gelişimden kaynaklı edindiğimiz mirasın bir sonucu mu yoksa kültürümüzün bir ürünü müdür gibi pek çok tez ve anti tez üzerinde düşünülmüşlerdir (Hilton ve Hoppel, 1996:238).

Stereotipler, dünyayı tanımlamak üzere oluşturduğumuz bilgi işleme sistemimizi zorlayan oldukça çok miktarda bilgi ile uğraşırken bu bilgileri kısa sürede kullanabilmemize imkân sağlar. Stereotipler, kişilik, davranış ve görünüm gibi çeşitli özelliklere sahip olabilirler (Kawakami vd., 2002). Stereotipler erken çocukluk dönemlerinde görülebilir ve bir dizi etkiye maruz bırakarak gelişirler (Bigler ve Liben, 2006). Sosyal-öğrenme kuramları, stereotiplerin ebeveynlerinden (ya da bakan kişilerden) ve akranları tarafından çocuklara aktarılan bir çeşit kültürel miras olduğunu kabul etmektedir (Castelli vd., 2007). Bu bağlamda, toplumsal değerler açısından kadın ve erkek rolleri, erkek ve kız çocuklarının yetiştirilme tarzları, ailelerin erkek ve kız çocuklarından beklentileri, çocukların toplumsallaşma çabaları toplumun kalıpyargılarına uygun yetişmelerine olanak sağlamaktadır (Demir, 2016:37; Meydaneri, 2006:17). Televizyon ve diğer kitle iletişim araçları da stereotiplerin oluşumunda rol oynamaktadır. Gerbner (1959:269), yetiştirme kuramında, televizyonun sosyalleşmede, yaşamla ilgili bir şeyleri öğrenmede kapladığı konuma dikkat çekerek (Aktaran: Ercan ve Demir, 2015:127-144), televizyon ve kitle iletişim araçları yoluyla tutarlı ve tekrarlayan görüntülere sıklıkla maruz kalmanın bir sonucu olarak dünyayla ilgili algıların etkilendiğini belirtmektedir (Mastro vd., 2008). Erken yaşlardan itibaren zihinsel kısa bir kestirim olarak kalıplaşmış inançların tekrarlı ve tutarlı kullanımı,

çevrede bulunan kişi ile ilgili stereotipler arasında otomatik bir bağlantı yaratır (Bargh ve Chartrand, 1999; Devine, 1989). Basmakalıp olarak saklanan mesleki rol şemasının, televizyona ve gerçekliğe bakılarak geliştirildiği farklı araştırmalar (Wright vd., 1995) tarafından desteklenmektedir. Sonuç olarak, yapılan araştırmalar, stereotiplerin oluşumunun otomatik ve kaçınılmaz olarak kişi algısının sonucu olduğunu varsaymaktadır (Allport, 1954; Brewer, 1988; Devine, 1989; Fiske ve Neuberg, 1990; Tajfel, 1969).

Stereotiplerin nedenlerini *Kalıpyargı İçeriği Teorisi* ile açıklayan Fiske ve meslektaşları (Fiske vd., 2007; Fiske vd., 2002 ve Fiske vd., 1999) stereotiplerin içeriğinde, toplumdaki çeşitli gruplara yönelik kalıpyargıların özellikle sevecenlik (sıcakkanlılık veya sosyallik) ve yetkinlik (yeterlilik) boyutlarında kavramsallaştırılabileceğini önermektedir. Kalıpyargı içeriği modeliyle, stereotip çalışmalarında basmakalıp yargıların nereden kaynaklandığı, nasıl devam ettiği gibi sosyal yapısal kökenleri ile birlikte bu inanışların gerek duyuşsal gerekse davranışsal sonuçları hakkında literatüre bütünsel bir bakış açısı sunulmuştur (Aktan ve Sakallı, 2013:16). İnsanlar ait oldukları toplumsal grupları yüksek derecede '*sevecen ve yeterli (YSxYY)*' olarak olumlu şekilde ya da tam tersi düşük derecede '*sevecen ve yeterli (DSxDY)* (*ya da soğuk ve yetersiz*)' olarak olumsuz bir şekilde ya da karışık olarak '*yüksek sevecen ve düşük yeterli (YSxDY)*' ya da '*düşük sevecen ve yüksek yeterli (DSxYY)*' olarak algılayabilir (Cuddy vd.,2008:65-66).

Cuddy ve meslektaşları (2009), bahsi geçen dört farklı kalıpyargı kümesinin kişilerin bir kişinin onlara zarar verme arzusunun olup olmadığını belirlemesine izin verdiğini belirtmektedirler. Ayrıca bu kümelerin her biri bir duygu ile ilişkilidir. Örneğin, öğretmenler gibi gruplar toplumda “yüksek sevecen x yüksek yeterli” görülmekte ve insanlarda hayranlık uyandırmaktadırlar, ancak tinerci, dilenci gibi gruplar “düşük sevecen x düşük yeterli” algılanmakta ve bu gruplar hor görülmektedir (Aktan ve Sakallı, 2013:16). Karışık kalıpyargı içeriklerinde bir grup yetersiz ancak sıcakkanlı görüldüğünde bu gruba karşı hoş bakılsa da saygı gösterilmeyebilir (Kervyn vd. 2010, 155). Ev hanımları, yaşlılar, engelliler gibi gruplar yüksek sevecen ancak düşük yeterli algılanmakta ve bu gruplara karşı merhamet duygusu ağır basmaktadır. İş insanları, feministler, mühendisler gibi yüksek yeterli, düşük sevecen algılanan gruplara

karşı büyük çoğunlukla kıskançlık, haset etme gibi duygular hissedilmektedir (Aktan ve Sakallı, 2013:16; Cuddy vd., 2008:65-70).

1.3. Stereotiplere Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar

Stereotiplerin tanımlamaları ve yapılan araştırmalar incelendiğinde stereotiplerin psikodinamik, sosyo-kültürel ve bilişsel olmak üzere üç farklı yaklaşım ile ele alındığı görülmektedir (Ashmore ve Del Boca, 1981; Hamilton ve Sherman, 1994; Hortaçsu, 1998:240). Psikodinamik yaklaşım, stereotiplerin kullanımıyla ortaya çıkabilecek motivasyonel ve psikolojik faktörlerin önemini vurgulamaktadır. Freud'un psikanalitik kuramından yola çıkan bu yaklaşım, kişinin önyargılı ve kalıplaşmış tutumlarının, kişilik bütününe vazgeçilmez bir parçası olarak, kişinin iç çatışmasına karşı koruyucu bir görev yüklediğini açıklarken, erken çocukluk deneyiminin rolünü vurgulamaktadır (Kağıtçıbaşı, 2010:157). Sosyokültürel yaklaşım, sosyalleşme sürecinde farklı sosyal gruplara yönelik inanç ve tutumların nasıl öğrenildiğine, geliştiğine ve sürdürüleceğine odaklanır (Ashmore ve Del Boca, 1981). Bu yaklaşıma göre, kültürün ve sosyalleşmenin etkisi sonucu elde edilen bilgilerin bir parçası olan kalıpyargılar ve önyargılar öğrenilir ve çeşitli sosyalleşme süreçleri ve deneyimleri ile sürdürülür (Aktan ve Sakallı, 2013:17). Bilişsel yaklaşım ise, stereotipleri, algılayıcıların bir toplumun üyelerine ait bilgi ve inançlarının özetini içeren bilişsel yapılar olarak görmektedir. Kalıpyargıların nasıl geliştiğini, bilgi işlemeyi nasıl yönlendirdiğini ve kalıplaşmış grupların üyelerine yönelik algı ve tutumlarını nasıl etkilediğini araştırmaktadır (Hamilton ve Sherman, 1994; Duckitt, 1992).

1.3.1. Psikodinamik/Güdüsel Yaklaşımlar

Bu yaklaşıma göre, kişinin kalıpyargısı ve tutumu belirli bir gerekçe ile gelişir ve geliştirdiği yargı ya da tutum onun gereksinimlerini karşılar (Katz, 1960; Pratkanis vd., 1979'dan aktaran Kağıtçıbaşı, 2010:185). Bu yaklaşımın en bilinen ve gelişmesine katkı sağlayan örneği Adorno ve meslektaşlarının (Adorno vd., 1950) *Yetkeci (Otoriter) Kişilik* kuramıdır (Ashmore ve Del Boca, 1981:7; Hogg ve Vaughan, 2014:390). Bu kuramda kalıpyargılar, önyargı ile bağlantılı katı düşünceler olarak tanımlanmaktadır

(Aktan ve Sakallı, 2013:17). Bu doğrultuda, gruplararası negatif tutumlar, anti demokratik veya otoriter kişilik olarak adlandırılan belirli bir kişilik sendromuna dayandırılmaktadır (Ashmore ve Del Boca, 1981:7).

Adorno ve meslektaşlarına göre, otoriter kişilik tipleri, baskıcı aile yapısı ve fiziksel şiddet ile cezalandırma gibi nedenlerle katı bir kişilik oluştururlar ve her tür önyargıya daha yatkın olurlar (Augoustinos ve Walker, 1995:234-235). Hitler taraftarının davranışlarından yol çıkan araştırmada, ancak önyargılı kişiliklere sahip insanların önyargılı davranabileceği ve bu kişiler otoriteye itaat eden, katı, dogmatik, hoşgörüsüz, kalıpyargılarla düşünmeye meyilli olarak tanımlanmıştır (Yapıcı, 2004:33; Hogg ve Vaughan, 2014:390). Bu kişiler çocukluğundaki olumsuz deneyimlerin kişinin benliğinde oluşturduğu tahribattan (kendini değersiz hissetmesi) kurtulmak için, öncelikle bir savunma mekanizması kullanarak bilinçaltına "bastırma" ve daha sonra da "yansıtma" yoluyla başkasını hor görme yolunu seçerler (Kağıtçıbaşı, 2010:185). Yani kendini değil başkalarını hor görmeye başlarlar. Ancak bu hor gördükleri grup toplumun hor gördüğü, zayıf kişiler veya gruplardır (Hogg ve Vaughan, 2014:390). Bu önyargılı tutumu sayesinde kişi, yıpranmış olan egosunu tamir etme ve yükseltme gereksinimini karşılamış olmaktadır (Kağıtçıbaşı, 2010:185). Bununla birlikte, kişinin kendini ait hissettiği grup, diğer gruba (örneğin bir azınlık grubu) karşı olumsuz bir yargıya sahipse, kişi de grup normu benimseme, özdeşleşme ya da itaat mekanizmaları yoluyla uyum sağlayacak ve olumsuz yargıya sahip olacaktır. Bu kuram, özellikle saldırgan tutum ve davranışı meydana getiren stereotiplerin yakın ve uzak çevre etkileşimlerini incelemektedir (Kağıtçıbaşı, 2010:187; Yapıcı, 2004:34).

Adorno ve meslektaşlarının sadece muhafazakar ve sağ görüşte yürüttükleri araştırmaya bir eleştiri belki de bir katkı olarak Rokeach (1948,1960) "Open and Close Mind" adlı çalışmasında; hoşgörüsüzlüğün dogmatizm (darkafalılık) diye adlandırdığı daha genel bir sendrom olduğunu belirtmiştir. Dogmatik kişiler, otoriter kişilerle benzer şekilde inanç sistemlerini birbirinden yalıtarak, yeni bilgiler ışığında bile inancı değiştirmemekte ayak diremek ve mevcut inançlarının doğruluğunu teyit etmek için otoriteye müracaat etmektedirler. Dogmatizmin, otoriter kişilik yapısından farkı, bu özelliklerin sadece sağ kanatta yer alan insanlarla sınırlı olmadığı gerçeğidir (Hogg ve Vaughan, 2014:391). Rokeach (1960), kişilerarası çekicilik ve tutum değişimi ile ilgili

bulgulara yer verdiği araştırmasında, önyargıların temelinde, algılanan benzerlik ve farklılığın yattığını ileri sürmüştür. Bu noktada, insanların kendilerinden farklı olandan hoşlanmaması ve olumsuz tutum sergilemesinin altında kendinden farklı olandan çekinmesi ve savunucu bir davranış olarak önyargı geliştirdiği düşünülmektedir (Cüceloğlu, 2004:545).

Stereotiplerin ana kaynağı dogmatizmdir gibi bir genelleme yapılamamakla birlikte dogmatik kişilerin dünyayı daha katı düşünce kalıpları ile algıladıkları ve stereotipik düşünmeyi tercih ettikleri söylenebilir. Dolayısı ile tutum ve davranışlarında önyargılı olmasını sonucu ortaya çıkmaktadır (Leyens vd., 1994:56).

İnsanlar içgüdüsel olarak kendini olumlu değerlendirme isteğine sahiptir. Steele (1988) bu güdünün ortaya çıkma nedenlerini *kendini olumlama kuramı*nda açıklamıştır. Bu doğrultuda, kişiler kayırma güdüsüyle kendilerini yüceltirken diğer insanları ve grupları değersizleştirme yolunu seçerler. Böylece, kendini daha iyi hissetmekte, benlik saygısı yükselmektedir. Bu açıklamaya göre, toplumsal gruplara yönelik olumsuz kalıpyargılar kişilerin kendi gruplarını başka gruplarla kıyaslayıp daha değerli bulma isteğinden kaynaklanmaktadır (Hortaçsu, 1998:248).

İnsanlarda, gruplara ayrılma ve kendi grubunu diğer gruplardan daha üstün olarak algılama yönünde bir eğilim vardır (Demirtaş, 2003:124). Tajfel ve Turner'ın (1979) kalıpyargıların oluşmasına ilişkin geliştirmiş oldukları *Sosyal Kimlik Kuramı*na göre bu eğilimin temelinde insanların kendini olumlama istekleri olduğu bilinmektedir. Bu kurama göre, sosyal kategorilerin (ırk ya da mezhep gibi büyük gruplar, orta büyüklükteki gruplar ya da kulüpler gibi küçük gruplar) bireylere sosyal bir kimlik kazandırdığı düşüncesinden hareket eder. Bu sosyal kimlik, kişinin kim olduğuna dair bir tanımlama ve değerlendirme ile bu kimliğinin neyi gerektirdiğine ilişkin betimleme ve değerlendirmedir (Hogg ve Vaughann, 2014:415). Yani sosyal kimlikler sadece bireyi tanımlamaz, aynı zamanda bireyin gruplarına özgü davranış kalıpları ve özellikleri hakkında da fikir verir. Böylece kişi kendisinin iç grup ve dış grup algılamasını farklılaştırır, bir yandan da hem kendi grubuna hem de diğer gruba karşı kalıpyargılar oluşturur, böylece grubu ile benzer özelliklerde davranış kalıpları ile hareket etmeye başlar (Hortaçsu, 1998:249 ; Demirtaş, 2003:132). Sosyal kimlik

kuramı, sosyal kimlik ile kişisel kimliği ayırır. Bir birey, kişisel kimliğiyle hareket ettiğinde farklı davranıyor olabilir. Ancak, sosyal kimliği ile hareket ettiğinde, sosyal grup üyeleri ile ilişkilerini kalıpyargıları ile yeniden düzenleyecektir (Wetherell, 1996: 65).

İnsanlar sosyal yapı içinde mevcut ekonomik ve sosyal sistemin adil ve meşru olduğunu algılamakta farklılık göstermektedir. Sosyal kimlik kuramına göre birey kendisini olumlu tarafta görmek istemekte ancak düşük konumdaki bireylerin kendileri ve grupları ile ilgili olumsuz kalıpyargılarını açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Jost ve Banalji (1994), *Sistem Gerekçelendirme Kuramı*nda insanların adil ve meşru olarak yaşadıkları sosyal sistemi görmelerine olanak tanıyan statükoyu destekleyen kalıpyargıları nasıl yarattığını açıklamaya çalışır (Glick ve Fiske, 2001). Sistemi Gerekçelendirme Kuramı'na göre insanlar, sosyal eşitsizliklere rağmen mevcut yapının meşruluğunu savunma ve akla uydurma yönünde motivasyona sahiptir. Yani, toplumlarda egemen grupların, düşük statüdeki gruplara karşı oluşturdukları olumsuz kalıpyargıların düşük statüdeki grup tarafından da benimsendiği ve kabul edildiğini öne sürmektedir (Hortaçsu, 1998:251). Bu durum, toplumsal düzeni haklı çıkarma isteğinden kaynaklanmaktadır. Böylece, toplumda herkes tarafından kabul edilen kalıpyargılar, davranışları da etkileyerek var olan düzenin sürmesine olanak sağlamaktadır. Örneğin, yöneticilik pozisyonuna atanan erkek çalışma arkadaşını tebrik eden kadın çalışan, aynı eğitim ve yeteneğe sahip olsalar da toplumsal kalıpyargılar ile düşünüyorsa, yöneticilik için erkeklerin daha uygun olduğunu, zaten kendisinin ev işleri ve çocuklar gibi sorumlulukları bulunduğunu düşünerek bu kararı normal karşılayacaktır. Jost ve Banalji (1994), kalıpyargıların içeriklerinin gerçeği yansıtmaktan çok, kişilerin toplumsal konumlarını yansıttığını söylemektedir (Hortaçsu, 1998:251).

1.3.2. Sosyo-Kültürel Yaklaşımlar

Sosyo-kültürel yaklaşımda kalıpyargıların sosyalleşme ve kültürün etkisinde öğrenildiği ve geliştiği üzerinde durulur. Bu yaklaşıma göre, bireyler biçimlendirici yıllarında zaten kültür içinde tanımlanmış olan toplumsal stereotipleri ailesinden ve sosyal çevresindeki ilişki içinde bulunduğu kişilerden öğrenir ve kalıplaşmış şekilde

algılama eğilimi gösterirler (Ashmore ve Del Boca, 1981:3; Hamilton ve Sherman, 1994).

Kalıpyargılara sosyo-kültürel bakış Lippmann'ın "stereotiplerin kaynağı kültürel çevredir" şeklindeki açıklamasından sonra Katz ve Braly (1933,1935) tarafından millet ve ırk kalıpyargıları araştırmasında açık bir şekilde görülmektedir (Aktan, 2013:17; Yapıcı, 2004:23). Amerika'da yapılan söz konusu çalışmada üniversite öğrencilerine on millet ismi verilmiş ve diğer listedeki kişilik özelliklerini bu milletlere atamaları istenmiştir. Sonuçlara bakıldığında katılımcı öğrencilerin, çeşitli gruplar hakkında görüş birliği içinde olduğu görülmüştür. Bu millet ve ırk gruplarına yönelik kalıpyargılarının toplumsal önyargılardan kaynaklandığı savunulmuştur.

Kalıpyargıları grup oluşumu ve grup çatışması perspektifinden inceleyen Muzaffer Şerif ve meslektaşlarının (1949, 1954) bir dizi araştırmasında, grupların, rekabet ve engelleme koşullarında işlevsel ilişkiye girdiklerinde, dış gruplara karşı olumsuz tutum ve kalıpyargılar oluşturdıkları ve standartlaştırdıklarını belirlemişlerdir. Araştırma bulguları, rekabet halindeki grup ilişkilerinin iç grup dayanışmasını arttıracığı ve dış gruba karşı olumsuz kalıpyargılar sonucu sosyal mesafenin artacağı yönündedir. Her grubun kendi grubunu yücelttiği ve diğer grubu kötülediği görülmüş ve bu sayede grup üyeleri hem davranışlarını hem de kalıpyargılarını haklı göstermeye çalışmışlardır (Şerif ve Şerif, 1996:317). Deney küçük gruplar üzerinde yapıldığı için büyük sosyal gruplara genellenemeyeceği yönünde eleştirilmektedir, ancak gerek grupların oluşması gerekse kalıpyargıların ortaya çıkışı ve sürecini incelemesi bakımından önemli bir teorik çerçeve sunmaktadır (Yapıcı, 2004:47-48).

1.3.3. Bilişsel Yaklaşımlar

Bilişsel bakış açısının merkezinde, kişilerin, bilgi işleme sürecinde karmaşık sosyal dünyayı daha iyi yönetebilmek için kalıplaşmış bilgi yapıları ve inançları kullandığı vurgulanmaktadır (Dovido, 1999). Bu kalıplaşmış yapılar bilgi arama ve bilgi edinme süreçlerine rehberlik eder ve yeni bilgilerin yeniden nasıl kodlandığını, ayrıntılandırıldığını, temsil edildiğini ve geri getirildiğini etkiler. Bu da bireyin davranışları üzerinde kendini gösterebilir (Hamilton ve Sherman, 1994). Bilişsel

yaklaşımında, kalıpyargıların zihinde ne tür örneklemelerle temsil edildiği, yargıların nasıl bir yapıda bulunduğu gibi konulara odaklanılmıştır (Yzerbyt vd., 1997).

Hamilton ve Gifford (1976), stereotiplerin oluşmasını insanların bilgi-işlem süreçleri doğrultusunda *Yanılgsal İlişki Kuramı* (Chapman,1967) ile açıklamışlardır. Yanılgsal ilişki aslında aralarında ilişki bulunmayan iki olay arasında bir ilişki kurması ve bu ilişki düzeyini abartması şeklinde açıklanabilir (Hortaçsu, 1988:241). Bu ilişki bir olay ve sonuç arasında kurulduğunda önyargılı davranışların da oluşmasına neden olabilir. Bu kuram, algısal olarak yanlışlığın normal olarak işleyen bilişsel mekanizmalardan nasıl kaynaklanabileceğini gösterdikleri için önemlidir (Hogg ve Vaughann, 2014:87-88). Ayrıca, algılayıcının önceki inançları tarafından yönlendirildiğinde önyargılı bilgi işleme yoluyla basmakalıp inançların nasıl sürdürüldüğünü göstermektedir.

İnsanların sosyal dünyayı algımlarken, eksik olan bilgileri tamamlamak için kestirme yollar kullandıklarından daha önceki bölümlerde bahsedilmişti. Dolayısı ile algılamaya çalışılan kişi hakkında çok az bilgiye sahip olduğu durumlarda stereotip düşünceye başvurulup eksik olan bilgi var olan bilgi ile ilişkilendirilerek kullanılır. Bu durum *örtük kişilik kuramı* olarak adlandırılır (Aranson vd., 2012:197). Örneğin, nazik birinin aynı zamanda iyi kalpli olacağına, cimri birinin aksi olacağına inanılır. Bu düşünce yapısı yanlışlıklara, birisi hakkında yanlış varsayımlara ulaşılmasına neden olabilir. Hatta kullanılan yargı kişinin bulunduğu grup ile özdeşleştirilerek stereotip düşünmeye neden olabilir.

1.4. Stereotipleri Belirleme Yöntemleri

Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri verilerin hangi koşullarda toplandığı, nasıl işlendiği ile ilgili bir durum olup araştırma yapılacak olan konunun içeriğine, araştırmanın toplanacağı grubun özelliklerine göre değişebilmektedir. Farklı türden veriler farklı araştırma yöntemleri ile toplanabilir. Ayrıca aynı kuramsal kavramın farklı düzeylerde ve farklı veri türleri ile ölçülebildiğini de belirtmek gerekir (Hortaçsu, 2012:78).

Verilerin sayısallaştırıldığı, ölçüm metotlarının ve güvenilirliğinin test edilebildiği, bulguların genellenemediği bir yaklaşım olan nicel yöntemler ile bulguların sayısallaştırılmadan sözlü bir formda değerlendirildiği, derinlemesine araştırmalar yapılmasına imkân sağlayan nitel yöntemler sosyal bilimlerde araştırma dendiğinde akla gelen iki temel yaklaşımdır (Robson, 2015:23-24). Sosyal bilimlerde de araştırma yaparken 'neyi' 'niçin' ve 'nasıl' araştıracağım soruları doğrultusunda her iki yöntemin de sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir.

Stereotip, pek çok sosyal psikoloji konusu gibi soyut bir kavramdır. Doğrudan ölçülemez, ancak direkt veya dolaylı olarak sözel ifadeler yoluyla tespit edilebilir. Bu kavramı somut hale getiren bir veri setine ulaşmak için araştırmacılar farklı yöntemlere başvurmuşlardır. Kağıtçıbaşı (2010:133-134), stereotipleri tutumların bir türü olarak değerlendirmekte, tutumun davranış olarak dışavurum olduğunu ifade etmekte ve stereotiplerin tutumların ölçülmesi ile aynı doğrultuda ölçüldüğünü belirtmektedir. Stereotiplerin ölçüm yöntemleri değerlendirilirken tutumlar için kullanılan yöntemler üzerinden ifade edilmeye çalışılacaktır. Tutumların oluşumunda stereotiplerin yeri düşünüldüğünde bu kapsamda değerlendirmek yanlış olmayacaktır. Ancak stereotiplerin tutumlar gibi davranışa dönüşmüş bir yönü bulunmak zorunda değildir. Birey, bilişsel olarak stereotipik bir düşünce yapısına sahip olsa da bunu davranışa dönüştürmemiş olabilir. Bu açıdan tutum araştırmalarından ayrıldığı söylenebilir ve daha karmaşık olduğu iddia edilebilir.

Stereotipler, hem öz bildirim hem de kişinin davranışlarının değerlendirilmesi yoluyla ölçülebilir. Stereotiple ilgili çalışmaların başlangıcında kişilerin hedef grupla ilgili tepkilerinin gözlemlendiği ve bunların günlük dilde ne tür sıfatlar/sözcükler ile ifade edildiği bir liste (Brewer, 1984) ve yazılı metinlerde geçen ifadelerden hareketle stereotiplerin tanımlanmaya çalışıldığı görülmektedir (Harlak, 2000:119-120; Yapıcı, 2004:147). Stereotipleri doğrudan ölçmek kolay değildir. Doğrudan gözlemlemek de mümkün olmayabilir. Kişinin zihnindeki ortaya çıkarmanın en kolay yolu, kişilere soru sormaktır. Araştırılmak istenen stereotiple ilgili ön bilgi olmadığı ve bir liste oluşturulamadığı durumlarda öncelikle *açık uçlu sorular* ile hedef grubun tarif edilmesi istenmektedir (Hortaçsu, 1998:231). Böylece hedef grubu tarif eden bir dizi sözcük grubuna ulaşılır ki bu sözcükler kalıpyargının içeriğini oluşturur. Kalıpyargının içeriği

hakkında bilgi bulunduğu durumlarda ise bazı teknikler kullanılmaktadır. Thurstone'nun eşit görünen aralıklar metodu, Likert'in toplamalı sıralama metodu, Guttman'ın skalogramı (birikimli ölçekleme tekniği), Osgood'un anlamsal ayırım yöntemi en bilenen tutum ölçme teknikleridir (Hogg, 2014:191). Aslında tutumların ölçümü için geliştirilmiş olan bu tekniklerin bazılarının da stereotiplerin nicel yöntemler ile ölçülmesi için kullanıldığı görülmektedir.

Stereotiplerle ilgili ilk ciddi araştırmanın Katz ve Braly (1933) tarafından yapıldığı bilinmektedir (Ashmore ve Delboca, 1981:6). Princeton Üniversitesi lisans öğrencilerine uygulanan araştırmada, 84 maddeden oluşan sıfatlar listesi kullanılarak 10 farklı etnik grubun her birinin tipik özellikleri olan maddeleri belirtmeleri istenmiştir. Her etnik gruba en sık atanan sıfat maddesi, o gruba ait kalıpyargı olarak tanımlanmıştır ayrıca gazete ve dergilerden de araştırma sonuçlarını destekleyecek kanıtlar bulmuşlardır (Ashmore ve Delboca, 1981:6). Bu bağlantı ile stereotiplerin sosyokültürel ya da grup düzeyinde yaygın olarak kabul edildiğini göstermektedir. Katz ve Braly tarafından sunulan *sıfat kontrol listesi tekniği* ve toplam analiz (the aggregate analysis), 1933'ten beri yapılan stereotip çalışmalarının çoğuna model olmuştur.

Sıfat kontrol listesi tekniği oldukça sık kullanılmasına rağmen bazı eleştirilere maruz kalmaktadır (Devine ve Elliot, 1995'den aktaran Harlak, 2000:125). Bu eleştiriler, cevaplara verilen yönergenin eksikliği, cevaplayıcıların önyargı düzeyinin belirlenmemiş olması ve aynı liste kullanılarak yapılan devam araştırmalarında ifadelerin zaman aşımına uğramış olma olasılığı şeklindedir. Başka bir eleştiri ise, ifadelerin katılımcıların bilişsel repertuarında olup olmadığına bakılmaksızın işaretlenmeye zorlanmasının var olmayan bir stereotipin ortaya çıkma olasılığını arttırdığı yönündedir (Yapıcı, 2004:152). Bu nedenle listelerin araştırmanın niteliğine, konusuna ve uygulama yapılacak katılımcı grubuna göre açık uçlu ifadelerle elde edilen bir ön araştırma sonucu ortaya çıkartılmasının daha avantajlı olacağı ve olası riskleri azaltacağı savunulmaktadır (Hortaçsu, 2004:83-84; Yapıcı, 2004:151).

Sıfat kontrol listesi tekniğinden yola çıkarak stereotiplerin gücünün hesaplanması için çeşitli teknikler kullanılarak araştırmalar devam etmiştir. Bunlardan biri *yüzde tekniği*dir (Hortaçsu, 1998:232; Yapıcı, 2004:148). Sıfatların hangi grup için

hangi oranda geçerli ve ilgili gruplar için ne kadar karakterize olduğunu tespit etmeyi amaçlayan bu teknikte, hedef grubu temsil ettiği düşünülen sıfatın yüzde kaç oranında o grupta görüldüğünü yazmaları istenmektedir. Örneğin, "Kadınların yüzde kaç şefkatlidir?" sorusuna verilen %80 yanıtı ile sadece üzerinde uzlaşılan değil, aynı zamanda hedef grubu büyük oranda karakterize ettiği kabul edilen stereotipler tespit edilmiş olur.

Bir diğer yöntem ise *tanımlama oranı tekniği*dir. Bu yöntemde kişilere daha önceden belirlenmiş bir takım özellikler verilerek bu özelliklerin hedef grubu diğer insanlardan ne derece ayırt ettiği, özelliğin her iki grubun hangi oranında var olduğu sorularak hesaplanmaktadır (Hortaçsu, 1998:232). "Kadın ve erkeklerin ne kadar şefkatlidir?" gibi bir soru kullanıldığında "kadınların %80'i, erkeklerin %40'ı şefkatlidir." cevabı verilirse, bu durumda 80/40:2 oranında şefkatli olmak kadınları niteleyen bir stereotip olarak belirlenir (Hortaçsu, 1998:232; Yapıcı, 2004:148-149).

Stereotiplerin tespit edilmesine olanak sağlayan bir diğer teknik ise *Likert tipi ölçekler*dir (Hortaçsu, 2012:309-310; Yapıcı, 2004:149). Likert tipi ölçekler katılımcılardan her madde için 'katılıyorum-katılmıyorum', 'görüşüme uygun-görüşüme uygun değil' vb. boyutları arasında sıralı şekilde cevap verdikleri bir yöntemdir. *Prototiplerin ortaya çıkarılması* (Hortaçsu, 1998:232) ve hassas istatistiki hesaplamalara imkân vermesi nedeniyle araştırmalarda sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Likert ölçeklere örnek olarak gösterilebilecek yönetici stereotipleri ve başarılı yönetici prototipleri ile ilgili çalışmaları ile bilinen Schein'in (1973-1975) ölçeği, kadın erkek ve yönetici stereotiplerini tespit etmeyi ve başarılı (iyi) yönetici prototiplerinin tespit edilmesine olanak sağlamaktadır. Ayrıca, başarılı yönetici prototipinin eril ve dişil algılanması ile ilgili bağlantılar kurulmasına da izin vermektedir.

Stereotiplerin araştırılmaya başlanması ile öncelikle milletler ve ırklara yönelik önyargılar bağlamında çalışmalar yapılmıştır (Katz ve Braly, 1935; Allport, 1935; Gilbert, 1951; Tajfel, 1969-1970). Stereotiplerin cinsiyet bağlamında araştırmaya başlanması ile birlikte geliştirilen "Sex role questionnaire" bipolar (çift kutuplu) sıfatların (sınırlı-sınırlı değil) kullanıldığı yöntemler denenmiştir. Bipolar

derecelendirme ölçeklerinin kullanımı, stereotipleri değerlendirmek için kullanılan geleneksel sıfat listesi yönteminin iyileştirilmesini amaçlamıştır (Ashmore ve Delboca, 1981:9). Bipolar derecelendirme tekniklerinden biri olan Osgood'un anlamsal ayırım yönteminde (1957) birbirine zıt anlamlı (bipolar) sıfat çiftlerine göre değerlendirme yapılması istenmektedir (Örneğin, iyi-kötü, güzel-çirkin, mutlu-mutsuz) (Hortaçsu, 2012:311). Bu yöntem, katılımcılara bir tanımlama veya kavram sunarak (örneğin, akıl hastası) katılımcılardan bu etiketlerin çeşitli özelliklerle ne ölçüde ilişkili olduğunu değerlendirmelerini istemektedir. Kavramlar, bipolar sıfatlar ile 7 puanlık derecelendirme ölçeğiyle derecelendirilmektedir. Anlamsal ayırım yöntemi, stereotipleminin doğrudan ölçülmesini sağlar ve farklı kavramlara ve değerlendirme boyutlarına esnek bir şekilde uygulanabilir (Aromaa vd., 2011:21).

Stereotiplerin ortaya çıkarılması için belli gruplara ait kişilerin fotoğraflarının gösterildiği bazı araştırmalarda (Rice, 1926; Allport ve Kremer, 1946; Razzan, 1950; Allport ve Postman, 1992; Leyens vd., 1994) denekler grup üyeleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadan fotoğrafta gördükleri kişileri grup aidiyetleri doğrultusunda bir takım fikirler üretmiş hatta yargılamışlardır. Deneklerin fotoğraftaki kişiler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı, sadece grup aidiyetleri üzerinden değerlendirme yaptıkları bu teknik ile stereotiplerin algı ve yargılar üzerindeki etkisini ortaya koymada oldukça önemli bir yere sahiptir (Yapıcı, 2004:149).

Sosyal gruplar ile ilgili stereotiplerin gerçeği ne ölçüde yansıttıkları ve stereotipleri ölçmek için hangi tekniğin uygun olduğu bu alanda çalışan araştırmacılar tarafından tartışılan bir konudur (Harlak, 2000:117). Sosyal bir varlık olan insanın bilişsel dünyası, biyolojik, psikolojik ve sosyal yapılarına, yaşadığı ortama, zamana göre değişiklik gösterebilir. Ancak her ne kadar kişinin dünyaya ait düşünceleri tıpa tıp birbirinin aynısı değilse de bütün insanların dünyaya bakış açılarında müşterek taraflar vardır (Arslantürk, 2008:168). Metinde de bahsedildiği gibi, ortak kültüre sahip insanların benzer bilişsel dünyaları vardır. Bu nedenle bireyin ve grupların davranışlarını anlamak ve açıklamak için üyesi bulundukları kültürleri içinde değerlendirmek önemlidir. Bireylerin ruhsal durumlarının ve davranışlarının karmaşıklığı stereotiplerin ölçümünü zorlaştırırsa da en iyi yöntem diye bir şey yoktur,

araştırmanın amacını, kapsamını ve süreci göz önünde bulundurarak en uygun yöntemi seçmek önemlidir.

2. TOPLUMSAL CİNSİYET ALGISI VE CİNSİYET STEREOTİPLERİ

Toplumu gruplara ayıran en temel özellik belki de cinsiyettir. Cinsiyet en yalın ifade ile kadın ya da erkek olmaktır. Temelde biyolojik cinsiyet (sex) olarak ifade edilen kavram aslında daha geniş açıdan ele alındığında, bir cins üyesi (dişi ya da erkek) olmaktan kaynaklı olarak toplumsal normların kişiye yüklediği roller, beklentiler, davranış kalıpları gibi pek çok unsuru da içinde barındıran daha geniş özellikler kümesidir. Dolayısı cinsiyet kavramı sadece kadın (dişi) ve erkek üreme organlarına sahip olmaktan dolayı farklı olmayı açıklamamaktadır. Literatürde yapılan çalışmalar konuyu biyolojik özelliklerden kaynaklı olduğunda cinsiyet (sex) kavramı, toplumsal ve sosyokültürel bağlamda sonuçlarını 'toplumsal cinsiyet' (gender) kavramı ile açıklamışlardır (Dökmen, 2015:20-21). 'Toplumsal cinsiyet' (gender) kavramı, biyolojik cinsiyetten (sex) farklı bir kavram olarak ilk kez Robert Stoller (1968) tarafından ortaya atılmıştır (Segal ve Zellner, 1992:98), kavram Ann Oakley (1972) tarafından yayınlanan *Sex, Gender and Society* ile sosyoloji literatürüne kazandırılmıştır (Vatandaş, 2007: 31).

Toplumsal cinsiyet, kişinin demografik bir kategorisi olan biyolojik cinsiyetinin sonucu olarak toplumun, kültürün kadın ve erkek olmaya yükledikleri anlamları ve beklentileri ayrıca kişinin biyolojik yapısı ile ilişkili bulunan psikolojik özellikleri de içine alan kapsayıcı bir kavramdır (Dökmen, 2015:20-22). Bu kapsamda toplumun bireyden beklentisini etkileyen unsurların oluşumu, kadın ve erkeğin fiziksel özellikleri sonucu ortaya çıkmış özelliklerden ayrı değerlendirilemez. İlk çağlardan bu yana kadının çocuk doğurma, yetiştirme ve buna bağlı olarak ev işleri ile ilgili görevleri, erkeklerin de ev dışında yaşamı idame ettirmek üzere besin bulma, av yakalama, savunma işleri olduğu bilinmektedir. Oysa kadının çocuk doğurması biyolojik bir özelliğidir ancak çocuk bakımı kültürün ve toplumun kadına atfettiği bir görevdir (Kavuncu, 1987:8). Günümüz toplumlarında da kadının toplumsal rollerinde değişimler olsa da kadın hâlâ çocukların fiziksel bakımından ve ev işlerinden sorumlu kişi olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalar, cinsiyet rollerinde devam eden eşitsizliği

doğrulamakta, her ne kadar işler yavaşça artan eşitlik yönünde değişiyor olsa da (Deutsch, 1999, 2001) kadınlar daha fazla ebeveynlik ve ev işi yapmaya devam etmektedir (Biernat ve Wortman, 1991; Crosby, 1991; Deutsch ve Saxon, 1998; Kobrynowicz ve Biernat, 1997). Dünya genelinde birçok kültürde belki de hepsinde kadın meslek sahibi olsun ya da olmasın, çalışsın ya da çalışmasın ev işleri ile ilgili ana sorumluluk ona atfedilmiştir. Erkekler ise avcılık yapan ve topluluğu savunmada görevli algılanan güçlü karakterlerdir. Dolayısı ile erkekler daha saldırgan, kadınlar ise anaç olmanın getirdiği özellikle daha duygusaldır (Giddens, 2016:640). Bu örnekler biyolojik unsurların erkekler ve kadınlardaki davranış kalıplarını büyük ölçüde etkilediği yönündeki hipotezi doğrular nitelikte olsa da sosyologlar ve sosyal psikologlar kültürlerin kadın erkek davranışlarını ve beklentilerini etkilediğini söylemekte ve toplumsal cinsiyet rolü kavramına vurgu yapmaktadır (Giddens, 2016:639). Toplumsal cinsiyet rolleri kavramı, cinsiyet kalıpyargılarını ya da toplumun belirlediği cinsiyet farklılıklarını yansıtmak üzere kullanılır. Yani, toplumsal cinsiyet rolleri kadınlığın ve erkekliğin sosyal ortamlarda ifade ediliş şeklidir (Dökmen, 2015:29). Bir erkek için uygun olduğu düşünülen davranışlar erkeksi (maskülen), kadınlar için uygun olduğu düşünülen davranışlar ise kadınsı (feminen) cinsiyet rolleri olarak adlandırılmakla birlikte (Rice, 1996) bu rollerin durumsal olarak, cinsiyetten bağımsız bir şekilde bireylerin bulundukları ortama göre değiştiği de söylenebilir (Echabe ve Castro, 1999). Örneğin iş yerinde görevi gereği maskülen özellikler gösteren yönetici bir kadının özel yaşamında feminen özellikleri baskın bir rol tutumu sergilediği söylenebilir.

İnsanlar yaşamlarını sürdürürken çeşitli zamanlarda ve sosyal ortamlarda farklı rollere göre davranmak durumunda kalırlar. Toplumsal cinsiyet rolleri de bireyin en temel rollerini oluşturur. İnsanları birbirinden ayıran önemli bir kategori olarak kullanılan toplumsal cinsiyet, sosyalleşme sürecinde kişilerin “kadın” ya da “erkek” kimliklerini geliştirmelerine ve belirli sosyal rolleri ve kalıpyargıları öğrenmelerine yol açar (Sakallı, 2003:1). Cinsiyetle ilişkili stereotiplerin hüküm sürmesinin nedenlerinden biri rol dağılımının toplumsal cinsiyete göre yapılmış olmasıdır (Bem,1981). Toplumun kadın ve erkekte beklenenlerinden önce kız çocuk ve erkek çocuktan beklentileri daha bebeklik döneminde kendini göstermektedir. Bebeğin cinsiyetinin belli olmasından itibaren, ebeveynler ve çevresindeki insanlar bebekle ilgili davranış ve gelecek beklentilerini "aslan parçası oğlum, bir mühendis olacak" , "prenses kızım, (kadın için

en iyi meslek) öğretmen olsun yeter" gibi alışılmış cümleler kurarak dile getirir. Yani bebek daha doğmadan toplumun onlar için hazırlamış olduğu cinsiyet kalıplarına maruz kalır, cinsiyetin kültürel anlamlarını öğrenmeye ve davranış biçimlerini kazanmaya başlar. Toplumsallaşma sürecinde erkek ve kız çocukları kültürün cinsiyetlerine “uygun” bulunduğu ya da bulmadığını çeşitli nesneleri, etkinlikleri, oyunları, oyuncakları, renkleri, kıyafetleri, meslekleri ve hatta kişilik özelliklerini ayırt etmeyi öğrenirler.

Bireylerin cinsiyetlerine uygun duygu, tutum, davranış ve roller arasındaki farklılıkları ise toplumsal cinsiyet farklılıkları olarak ele alınır (Dökmen, 2015:24-29). Biyolojik cinsiyet farklılıkları doğuştan varolan özelliklerimizdir oysa toplumsal cinsiyet farklılıkları sosyalleşme sürecinde öğrenilen, insanlar arasında farklı bir cinsiyet grubuna dahil olmaktan kaynaklanan farklılıklardır ve bu farklılıklar bireyden bireye, toplumdan topluma hatta kuşaktan kuşağa değişebilir.

Bireyler sosyal rollerini yerine getirirken, kendi tercih ve isteklerine rağmen, toplumun kendilerinden beklediği ve onayladığı davranış biçimini yerine getirmeyi uygun bulurlar (Choi ve Hon, 2002: 233). Bu durumu açıklamak için 1981'de psikolog Sandra Bem tarafından cinsiyet şeması teorisi ortaya atılmış ve çocukların yaşadıkları kültürden erkek ve kadın rolleri hakkında bilgi aldıklarını iddia etmiştir. Teoriye göre, çocuklar davranışlarını, toplumsal gelişimin en erken aşamalarından itibaren kendi kültürlerinin toplumsal cinsiyet normlarıyla uyumlu hale getirmeye çalışmaktadır. Ayrıca, cinsiyet şeması benlik algısı ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle çocuklar "iyi kız" ya da "iyi erkek" olma arzusuyla cinsiyete uygun davranışlarda bulunurlar (Bem, 1983:604, Dökmen, 2015:30-31, Cüceloğlu, 2004:392). Bem'in (1981,1983) teorisi, anatominin cinsiyet gelişimine olan etkisi ile ilgili Freudyen psikoloji literatüre bir karşılık olarak doğmuş (Kavuncu, 1987:3-5), bir çocuğun bilişsel gelişiminin toplumsal etkiler ile birleştiğini, “erkek” ve “kadın” özellikleri belirleyen düşünce ve davranış kalıplarından (şema) büyük ölçüde etkilendiğini öne sürmüştür. Ayrıca, stereotipleşmeyi ve bu stereotiplerin toplumda neden ortaya çıktığı ve devam ettiğini açıklamaya çalışmaktadır. Örneğin, sosyal öğrenme sürecinde yemek pişiren annesini ve tamirat yapan babasını izleyen bir çocuk, görev paylaşımı ve yüklerini cinsiyet ile ilişkilendirmeye başlamaktadır (Vatandaş, 2007:35). Bu ilişki bir süre sonra kendi şeması haline gelir. Yemek hazırlamak dişil, tamirat işleri eril bir davranış olarak

algılanabilir. Bu durumda bir kız çocuğunun kendi benliği ile uyumlu hareket ederek yemek pişirme, erkek çocuğunun da tamirat işleri ile ilgilenme olasılığı daha yüksektir (Cüceloğlu, 2004:393; Vatandaş, 2007:34).

Bem (1981,1983), cinsiyet şemalarının erkek, kadın ve toplumu bir bütün olarak sınırladığını düşünmektedir. Bem'e (1983:603) göre cinsiyet pek çok diğer toplumsal kategoriye göre bilişsel önceliğe sahip olmuştur, çünkü kültür bunu böyle empoze etmiştir. Neredeyse tüm toplumlar geliştirmekte olan çocuğa cinsiyet hakkında öncelikle hazır bir şema sunar, ikincisi de erkek ve dişi arasındaki keskin çizginin, insan deneyiminin hemen her alanında yoğun ve kapsamlı bir şekilde ilgili olduğunu öğretirler. Erkek çocuklarının matematik, sayısal bilimler, teknolojik yenilikler vb. alanlarda kabiliyetli olduğu, kız çocuklarının matematiği beceremediği, sözel yetenek ve iletişim konusunda becerilerinin olduğuna dair genel bir inanış vardır (Stangor ve Schaller, 1996).

Erkekler ve kadınlar arasındaki davranışsal farklılıkların çoğunun cinsiyete ilişkin kültürel kalıpların (erkeklerin ve kadınların nasıl davranması gerektiği) ve bunun sonucu olarak gençlere öğretilen toplumsal rollerin sonucu olduğunu gösteren bir diğer teori ise Eagly'nin (1987) Sosyal Rol Teorisidir (Eagly ve Wood, 2012:462). Eagly (1987:9), biyoloji veya toplumun birey davranışlarını nasıl belirlediği sorusuyla yola çıkarak, cinsiyet rollerinin ya da sosyal rollerin, biyolojik etkilerden çok daha fazla içinde yaşadığımız toplum tarafından etkilendiğini belirlenmiştir. Sosyal Rol Kuramı, kültürel baskılardan ziyade cinsiyet farklılıklarına yapısal bir şekilde yaklaşmakta, bu yapısal baskılar (aile, örgütler ve topluluklar), erkeklerin ve kadınların farklı şekillerde davranmalarına neden olmaktadır (Dulin, 2007:105). Algı, insanların yalnızca cinsiyetlerine dayalı bir sosyal role sahip olmalarıdır. Bu kalıplaşmış cinsiyet rolleri, belirli bir grup ve sosyal konumdaki bireyler için geçerli olan sosyal normlar tarafından oluşturulur (Dulin, 2007:106). Başka bir deyişle, toplumsal cinsiyet rolleri erkek ve kadın rollerinin daha geniş bir tanımını kapsayan genel bir tanımdır. Aksine, sosyal roller daha çok aile ve iş yaşamındaki rollere özgüdür. Eagly (1987:31), sosyal rollerin davranışları bireyin cinsiyetine göre daha fazla yönlendirdiğini düşünmüştür. Başka bir deyişle, toplum genelinin kabullendiği kadınlarla ilgili beklentiler kadın cinsiyet rollerini ve erkekler hakkındaki beklentiler de erkek cinsiyet rolleri oluşturmuştur.

Şaşırtıcı bir şekilde, insanlar kendilerinden beklenenleri yapma eğilimindedir veya bu rollerin ima ettiği şekilde davranırlar ve sonuç olarak, erkekler ve kadınlar farklı beceriler öğrenir, böylece cinsiyet farklılıklarını sürdürürler (Dulin, 2007:105). Ayrıca, Eagly'nin Sosyal Rol Kuramı, toplumsal cinsiyet kalıplarının sosyal rollere bağlı olduğunu ve mevcut mesleki ve toplumsal eğilimleri yansıttığını belirtmektedir (Diekman ve Eagly 2000; Diekman ve Goodfriend 2006; Eagly ve Diekman 2003; Eagly vd., 2000). Bu bağlamda, değişen durumlarda insanlar toplumsal cinsiyet rollerini kişisel cinsiyet kimlikleri olarak içselleştirirler (Eagly ve Wood, 2012:463). Bu fikirlerden yola çıkarak, cinsiyet kimliğinin davranışlar için kişisel standartları olup olmadığına dair yapılan ampirik çalışmalarda (Witt ve Wood, 2010; Wood vd., 1997), erkeklerin ve kadınların kendi davranışlarını bu kimliklere karşılık gelecek şekilde düzenlediklerini göstermiştir.

Cinsiyete bağlı rollerin belli bir değerler sistemi oluşturmuş olduğundan bahsedilebilir ve bu değerler sistemi içerisinde kadının konumu düşük statüde algılanmakta ve hiyerarşik olarak erkeklerden düşük konumda olduğu düşünülmektedir (Sakallı ve Türkoğlu, 2016:101). Örneğin, toplumumuzda 'erkek gibi kadın' sözü övgü olarak nitelendirildiği halde, 'kadın gibi erkek' sözü genelde aşağılama ve küçümseme duygularını ifade eder (Cüceloğlu, 2011:226). Bununla birlikte, başarı ve başarısızlığın eylemi gerçekleştiren kişinin cinsiyetine bağlı olarak değerlendirildiği söylenebilir. Bir işte başarı sağlayan kişi erkekse bu onun yüksek yeteneğine ya da çabasına atfedilirken, işi yapan kadınsa bu şansa ya da işin kolay olmasına bağlanır (Hogg ve Vaughan, 2014:366). Kısacası, cinsiyetlerin davranış farklılıkları ve aynı cinsiyet mensuplarının benzer davranış kalıpları toplumsal cinsiyet rolü inancını yansıttığı ve bunun sonucunda da insanların yaşadıkları toplumdaki erkek ve kadınların oluşmuş olan kalıp yargılarla algılanmasıyla ilgilidir (Eagly ve Steffen, 1984; Eagly ve Wood, 2012: 459).

Toplumsal cinsiyet stereotiplerinin cinsiyet ile ilgisine ve bebeklik döneminde gelişip gelişmediğini anlamaya yönelik yapılan araştırmalarda (Fine, 2011:125-134), cinsiyet farklılıklarının bebeklerin özellikle ilk gelişim evresinde genel davranış kalıpları, seçtikleri oyuncaklar, tercih ettikleri oyunlar, renkler gibi konularda farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak bebeğin cinsiyetine bağlı olarak çevreden aldıkları uyaranların farklı olması (kıyafetler, renk seçimi, oyuncaklar, saçın şekli, hitap

etme biçimi, öngörülen meslekler gibi), sosyalleşme sürecinde aile, yakın akraba, komşu, akran, öğretmen, kitaplar, medya ve kitle iletişim araçlarından bebek ve çocuğa ulaşan sistematik bilgiler ve davranış kalıpları onların da benzer stereotip kalıplara sahip olmasına neden olmaktadır (Fine, 2011:132-134; Cüceloğlu, 2004:390). Bebeklerin yaklaşık iki yaş civarında kendi cinsiyetinin farkına vardığı ve çevresindekilerin de hangi cinsiyet grubundan olduğunu üç yaş döneminde algılayabildiğine dair bilgiler mevcuttur (Cüceloğlu, 2004:390-392; Kavuncu, 1987:1). Gözlem yeteneği ve deneyim yoluyla öğrenen bebekler, öncelikle anne ve babasını daha sonra yakın ve uzak çevresinde cinsiyet ayırımına yönelik roller ile ilgili bilgileri hafızasında tutmaya ve kullanmaya başlarlar. Miller ve meslektaşları (2006) anaokulu çocukları üzerinde yürüttükleri çalışmada, kızların en sık dış görünüşlerine göre tasvir edildiği (kızların saçları uzundur, güzeldir, elbise giyerler, süslüdür gibi kadınsı güzellik ideali ile ilgili vurgular), erkek çocukların ise daha çok yaptıkları faaliyetlere göre (sert, yaramaz, hareketli ve faal kişilik özellikleri ile ilgili vurgular) değerlendirildiği görülmüştür.

Nesilden nesile aktarılan kültürel geleneklerin ve normların bir parçası olarak stereotipler hakkında yapılan araştırmalarda, çocuklar ile ebeveynlerinin belirli gruplara yönelik stereotiplerinde yüksek korelasyon bulunmuş (Lambert ve Klineberg, 1967:592) aynı zamanda yakın çevrenin de büyük etkisi olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda, içinde bulunulan sosyal çevrenin sunduğu norm ve değerler ile davranış ve düşünce kalıplarından ve buna bağlı olarak çeşitli gruplara yönelik stereotip ve önyargılardan kişinin kendisini koruyabilmesi çok da mümkün değildir (Yapıcı, 2004:38). Bununla birlikte, stereotipleri benimseme düzeyinin kişiden kişiye değiştiğini de vurgulamak gerekir. Ayrıca küçük yaşlarda edinilen bir çok kalıpyargının sosyokültürel yapıdaki değişimler, kişisel tecrübeler ve farklı edinimler sonucu farklılaşabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (Fine, 2011:201-237).

Toplumsal cinsiyet rollerine uygun davranış geliştirmek sosyal kimlik kazanımının ve sosyal uyum sürecinin önemli bir parçasıdır. Ancak toplum kadın ve erkeğe aynı mesafede ve eşit yaklaşmamaktadır. Toplumsal cinsiyet kalıpyargıları her iki cinsiyet için de geçerli olmakla birlikte, erkeklere ait olduğu düşünülen özellik ve rollere daha olumlu değerler yüklenmekte, bu da kadınların değişik düzey ve biçimlerde ayrımcılığın hedefi olmalarına yol açmaktadır (Cuddy vd., 2004). Toplumsal cinsiyet

kalıpyargıları ya da diğ er bir değişle cinsiyetçilik (Sakall ı, 2003:2) ile ilgili yapılan araştırmaların çoğu kadınlara yönelik önyargı ve ayrımcılık üzerinde durmaktadır (Deaux ve LaFrance, 1998). Dünyadaki birçok toplumda erkeklerin daha güçlü benlikleri yansıtan ve istenir kalıpyargılarla ( rneğin, kuvvetli, kendine güvenli, korkusuz, bağımsız, akılcı) algılanarak; asker, mühendis, tüccar olmalarının beklenmesi, kadınların ise daha zayıf benlikleri yansıtan kalıpyargılarla ( rneğin, duygusal, bağımlı, pasif, kararsız, duyarlı, bakım veren) tanımlanarak, ev kad n ,  ğretmen, hemşire vb. olmalarının beklendiği görülmektedir (Sakall ı, 2003:3; Deaux, 1984; Dökmen, 2015:29; Ashmore ve Delboca, 1981:37; Fine, 2011:232). Bu toplumsal cinsiyet farklılıklarına ilişkin beklentiler, cinsiyet kalıpyargıları biçiminde toplumda yaygın kabul gören inançlara d n ş rl r ve sosyal davranışı büyük ölçüde biçimlendirirler.

Toplumsal cinsiyet stereotipleri üzerine yapılan araştırma sonuçları, erkeklerin daha fazla vasıf (yeterlilik) nitelikleri üzerinde durulduğu ve genellikle kadınlardan daha etken, daha yetkin, daha iddialı, daha rekabetçi olarak algılandığı, kadınların ise daha iletişimsel ve sosyal niteliklerine vurgu yapılarak, erkeklerden daha edilgen, daha nazik, kibar, destekleyici, şefkatlı, dışavurumcu ve sosyal olması gerektiğini düşünüldüğünü göstermektedir (Broverman vd., 1972; Williams ve Best, 1982, 1990; Carli ve Eagly, 1999; Diekman ve Eagly, 2000; Sczesny vd., 2004). Kadınların hakları ve rolleri ile ilgili tutumlar zaman içinde değişmiş gibi görünse de, kadın ve erkeklerin kalıplaşmış yargıları pek çok farklı kültürde sabit kalmıştır (Deaux ve Kite, 1993; Deaux ve LaFrance, 1998; Williams ve Best, 1990).

Toplumsal cinsiyet, kadın ve erkekler için önceden hazırlanmış senaryoların, rollerin ve farklı dünyaların kapısını açan anahtar niteliğinde değerlendirilebilir. Ancak ne kadar eşitlikçi yaklaşılırsa yaklaşılıs n gerçekte erkekler için hazırlanan dünya ile kadınlara sunulan dünya koşulları aynı değildir. Aslında ideal bir dünyada, çocuklar toplumsal cinsiyet yargıları olmayan bir toplumda yetişebilse, kalıpyargılardan ve cinsiyetleri çevreleyen toplumsal normların kısıtlamalarından uzak yalnızca kişisel tercihlerine dayanarak büyüyebilirler. Stereotiplerden gelen bu türden özgürlükler, çocukların kendi cinsiyetlerini çevreleyen toplumsal normların kısıtlamalarından yoksun olan kişisel tercihlerine dayanarak yalnızca davranışları sergilemelerine ve becerileri kazanmalarına izin verecektir (Bem 1983).

2.1. Meslek Stereotipleri ve Kadın Erkek Ayrımcılığı

Meslek, 'Belli bir eğitim ile kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş' olarak tanımlanmaktadır (TDK). Bireyin yaşamında mutlu olması, bir anlamda, kendi özelliklerine uygun, doyum sağlayacağı meslek seçmesine bağlıdır (Doğramacı, 2008'den aktaran: Tutkun ve Koç, 2008:263). Meslek ve iş kavramı sıklıkla aynı anlamda kullanılmaktadır. Ancak farklı kavramlardır. İş, bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlikler grubudur (TDK). Örneğin bir öğretmenin mesai saatlerinde yaptığı faaliyetler bir terzinin dükkanını açıp kapayınca kadar yaptığı faaliyetler iş olarak tanımlanır. Yani iş kişinin sahip olduğu mesleği icra etmesi, uygulamaya koymasıdır. Bir kimsenin mesleği olabilir, ama işi olmayabilir. Bir işin olması da bireyin mesleği olduğu anlamına gelmez. Günümüz dünyasında bir bireyin iş sahibi olması elbette önemlidir ancak meslek sahibi olması, sadece maddi ihtiyaçlarını değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını da doyuran bir kavramdır (Denizlioğlu, 2011:5-6).

Bireylerin yaşamları boyunca kendilerini mutlu ve verimli hissedecekleri bir meslekte çalışmaları, kendilerine ve potansiyellerine uygun bir mesleği seçmeleri ile mümkün olabilmektedir (Denizlioğlu, 2011:6). En basit tanımı ile meslek seçimi “meslek seçenekleri arasından bireyin kendine uygun birine yönelmesi” olarak ifade edilebilir (Kuzgun, 2000:4). Yanlış meslek tercihi, örgütsel ve bireysel olarak pek çok olumsuz sonuçlar yaratabilir. Dolayısı ile meslek tercihinin etkileyen öncülleri anlamak bireylerin meslek tercihlerinde ve seçmiş oldukları mesleklerdeki çıktıları açısından önemlidir. Bu noktada bireylerin düşünce yapısını etkileyen en temel öncüllerden biri stereotiplerdir. Hem cinsiyete dayalı yargılar hem de mesleklere özgü kalıplaşmış yargılar bireylerin meslek tercihlerinin önemli belirleyicilerinden biri olduğu düşünülmektedir (Borchert, 2002:21). Türkiye’de yürütülen bir çalışmada kız öğrencilerin, üniversite bölüm tercihlerinde, bölümün cinsiyetlerine uygunluğuna daha fazla önem verdikleri bulunmuş ve bu durumun toplumsal cinsiyet rolleri ile açıklanabileceğini belirtmiştir (Korkut Owen vd., 2014:796). Dolayısıyla farklı alanlarda başarılı ve mutlu olma olanakları olmasına rağmen bazı kızlar ve erkekler

bazen basmakalıp toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle o alanları seçmeyebilmektedirler (Korkut Owen vd., 2014:797).

Mesleki stereotipleme, “belirli bir mesleğe, bu meslekte çalışanlara ya da o mesleğe uygunluğuna ilişkin peşin bir kalıpyargısal tutum” olarak tanımlanmaktadır (Lipton vd., 1991:129). Lipton, cinsiyet ve kültürün, mesleki stereotiplerin oluşmasında oynadığı etkenleri vurgulamakta ayrıca potansiyel olarak iş başvurusu yapacak olan bireylerin mesleki stereotipler nedeniyle belirli işlere başvuru yapmaması ya da başvurularının kabul edilmemesi gibi olumsuzluklar ortaya çıkabileceğini öne sürmektedir (Sayed ve Özbilgin, 2015:144). Mesleki tercihleri etkileyen toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklı cinsiyet ayrımcılığının yanında, kariyer danışmanlığının yetersiz oluşu, rol modellerinin ve mentorların eksikliği, aile ve sosyal çevrenin destek vermemesi gibi nedenler sıralanabilir (Whitehead, 2001). Geçmişten bu yana fen ve matematik alanı eril bir yapıya sahiptir (Lederman, 2003). Matematiğe ilgi duyan kadınlar için de eril olan bir alanda var olmak çok kolay olmamıştır (Fine, 2011:71). Kadınlar mühendislik, fen ve matematik alanlarında mesleklerini icra ederken, ikincil, kıdemsiz, işten anlamaz, yetenekleri eksik, yetersiz gibi tanımlamalarla başa çıkmak zorunda kalmış, bir çoğu da kadınsı özelliklerden çok erkeksi yaklaşımlarla kendini var etmeye çalışmıştır (Fine, 2011:62-74). Kız öğrencilerin günümüzde yükseköğrenimin fen-matematik-mühendislik alanlarında eğitim alma eğilimlerinin erkek öğrencilere göre daha az olması kadınların tarih boyunca devam etmiş olan "alt, ikincil" durumu ile ilgilidir (Kahveci, 2016:29). Oysa OECD’nin Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Programı (PISA) sonuçlarına göre, erkekler matematikte kızlardan daha az bir farkla başarılı olmakta ve başarı farkı fen bilimlerinde daha da azalmaktadır (Polat ve Madra, 2018). Erkek öğrencilerinin matematik ve fen alanlarında başarılı olmalarının nedeni de yine toplumsal cinsiyet rollerinin erkek çocuklarının bu alanlarda daha iyi olduğu ile ilgili algısının sonucu olduğu düşünülebilir.

Meslek stereotiplerinin özünde toplumsal cinsiyet yansımasına (kadın işi, erkek işi olarak adlandırılan meslek gruplarına) sıkça rastlanıldığı, kültürle göre değişiklik gösterse de geleneksel pek çok meslek için bu bulgunun evrensel olduğu bilinmektedir (Cross ve Bagilhole, 2002:205-206). Toplumsal normlar ve stereotipler genellikle kadınların işgücünde belirli pozisyonlar için uygun olmadıklarını veya diğer mesleki

kategoriler için daha uygun olduklarını dikte eder. Mesleki cinsiyet ayrımını belirlemek üzere pek çok kapsamlı çalışma yapılmıştır. Meslekleri erkeksi ya da kadınsı olarak tanımlamak için belirli bir mesleğin içinde kadın ve erkek dağılımını değerlendirmek suretiyle mesleki cinsiyet tanımlamasını Oppenheimer'ın (1968) 'The Sex Labeling of Jobs' isimli araştırmasında yaptığı bilinmektedir (Aktaran: Shinar, 1975:99). Bu çalışmayı Shinar'ın (1975) üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet algılarının, mesleklere yönelik cinsiyet stereotiplerini kullanma eğilimlerini incelemek üzere yapmış olduğu çalışması izlemiştir. Shinar'ın çalışmaları, hâlâ mesleklerde toplumsal cinsiyet kalıplarını belirleyen kriter olarak görülmektedir (White vd., 1989). Shinar (1975), yüksek yeterlilik, rasyonellik ve iddialı olmayı gerektiren mesleklerin erkeksi olduğunu, bağımlılık, pasiflik, bakım ile ilgili ve kişilerarası ilişkilerle ilişkili olanların ise dişil olarak algılandığını öne sürmüştür. White ve meslektaşları (1998) benzer sonuçlara ulaşarak ve mesleki klişelerin üniversite öğrencileri arasında güçlü bir şekilde devam ettiğini göstermektedir.

Mesleklerde cinsiyet ayrımcılığı yaygın olup kalıcı bir inanç sistemini içinde barındırır ve bu inanç sisteminin değişimi de oldukça yavaştır (Fox ve Fox, 1986, Kalin ve Hodgins, 1984). Goffredson (1981), insanların toplumsal cinsiyet şemasına uymadıkları takdirde bir iş seçiminden vazgeçebileceklerini söylemektedir. Böylece, çalışma yaşamında giderek artan kadın nüfusunun, toplumsal baskılar ve kalıpyargılardan dolayı arzulanan bir kariyere erişmekten veya seçmekten vazgeçmesi/alıkonulması ile karşı karşıya kalabilir. Elbette, bu durum devam ettiği sürece, bireyler meslekleri toplumun kalıp yargıları ile algıladığı bir sistem olarak devam edecektir. Ancak, geleneksel olarak erkek egemen mesleklerde de kadın rol modellerinin sayısı arttıkça, çalışma yaşamında kendine yer edinmek isteyen ve eğitilmiş kadınlar kariyer seçimlerini yaparken kendilerini rahat hissetmeye başlayacaklardır (Heilman, 1979). Dahası, Krefting ve meslektaşları (1978), sektöre giren kadınların mesleki cinsiyet kalıplarının değişmesine yol açabileceğini böylece pek çok kalıpyargının nötr meslekler olarak değişebileceğini belirtmiştir.

Belirli iş veya mesleklere yönelik olarak kalıpyargılar özellikle cinsiyete ya da bir gruba (etnik gibi) yönelik olduğunda, bu tür kalıpyargıların hem işveren hem de çalışanlar açısından ayrımcı ve adaletsiz durumlara katkıda bulundukları

düşünülmektedir (Cejka ve Eagly, 1999; Correll, 2004; Hochschild, 1989; Kandola, 2009). Bu adaletsizliğin en belirgin yönü cinsiyet boyutunda ortaya çıkmakta olup OECD Ülkelerinin tamamında erkeklerin ortalama ücretleri kadınlara göre daha yüksek olduğu ve ortalama farkın %15 civarında olup bazı ülkelerde %20'yi geçtiği raporlanmıştır (TİSK, 2008:38). Kadın erkek arasındaki ücret eşitsizliğinin nedenlerinden biri, kadınların, kadınlara uygun olduğu düşünülen işlerde yoğunlaşmalarıdır (Turan, 2014:9).

OECD ülkelerinde ücrette cinsiyet eşitliği yönünde yasal düzenlemelerin olmasına karşın, kadınların daha az ücret gerektiren işlerde çalışmaları ve terfi imkânlarından erkekler kadar yararlanamamaları ve daha yüksek ücretlere ve yönetsel pozisyonlara daha az erişebilmesi gibi sorunlar yer almaktadır (TİSK, 2008:41). Eagly ve Wood'a (1982) göre kadınların düşük pozisyonlarda çalışması, kadını daha bağımlı ve edilgen olarak algılanmasına neden olan stereotip tutumlar ile ilgili olarak ortaya çıkan, erkek ve kadın arasındaki statü farkının bir sonucudur. Daha önce de belirtildiği gibi, erkekler daha yüksek statüde mesleki rollerle ilişkilidir ve kadınlar çocuk yetiştirme, yarı zamanlı, düşük statülü, bakım ve yetiştirme gibi sorumluluklarını içeren mesleki roller ve ayrıca aile içi yükümlülükleri ile ilişkilidir. Bu kalıpyargıların kadının başarısı, kariyer hedefleri üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (Sakallı, 2011:)

Dünya Ekonomik Forumu'nun 144 ülkeyi kapsayan 2017 Küresel Cinsiyet Uçurumu raporuna (The Global Gender Gap Report 2017) göre Türkiye, kadın erkek eşitliği açısından ekonomik katılım ve fırsat, eğitime erişim, sağlık ve yaşam ve politik güçlendirme kriterlerine göre, 131. sırada yer almaktadır. Rapor, kadınların işgücüne katılımı, benzer iş grupları için ücret eşitliği, kanun yapıcı ve üst düzey yönetici kadın oranı, mesleki ve teknik çalışan kadın sayısı, kadın okur yazarlık, öğretimin çeşitli düzeylerinde kadın okullaşma oranı, kadınlar için beklenen sağlıklı ömür değeri, parlamentoda milletvekili ve bakanlık düzeyindeki kadın sayısı gibi verilerin erkek verileri ile kıyaslanması sonucu oluşturulan bir endeksin sonuçlarına dayanmaktadır. Rapora göre Türkiye ekonomik katılım ve fırsat eşitliği açısından 128., sağlık ve yaşam eşitliği açısından 59., eğitime erişim açısından 101. ve politik güçlendirme eşitliği açısından 118. sırada yer almaktadır. Bu bulgular doğrultusunda, Türkiye'de kadının

çalışma hayatı ve siyasette temsil oranının oldukça düşük olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Türkiye politika yapıcılarının bu eşitsizliklerin ortadan kalkması için, TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu adı altında çalışmalarını sürdürmektedir. Ülkemizde, kadınların, gerek toplumsal cinsiyet rollerinin yarattığı baskılar, gerekse eğitim düzeyinin yetersizliği, kadın istihdamının belli mesleklerle sınırlı görülmesi gibi çeşitli nedenlerden ötürü kadın istihdamını önceleyen politikalar geliştirilmesine rağmen bu alanda hâlâ atılması gereken önemli adımlar olduğu bilinmektedir (Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu Yayınları No:12, 2013:3).

2014 yılı TÜİK verilerine göre eşit eğitim seviyesine sahip kadın ve erkek çalışanlar arasında erkekler lehine ücret farklılığı olduğu bulgularına yer verilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, Kazanç Yapısı Araştırması, 2014). Dünyaca ünlü danışmanlık firması PWC'nin Türkiye temsilcilüğince yapılan 'çalışma hayatında cinsiyet eşitliği' araştırması (Mart, 2018) bulgularına göre, araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin %54'ü kendi kurumlarında ücret eşitsizliği olmadığını düşünmektedir. Ancak araştırmaya göre, bir iş başvurusunda ya da iş görüşmesinde kadınlar erkeklerden iki katı fazla oranda ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmanın bir diğer önemli bulgularına göre erkekler çalışma yaşamında kadın oranının az olmasını, kadınların gönüllü olarak iş yaşamından çekilmeleri olarak yorumlamış, kadınlar ise aile ve çocuk bakımına yönelik destekleyici hizmetlerin yeterince sağlanamaması ile açıklamışlardır (Pwc, 2018:12). Bu bulgular doğrultusunda kadın istihdamının ve kadının kariyer imkânlarına ulaşmasının önünde toplumsal cinsiyet stereotipleri ve mesleki stereotiplerin yer aldığı söylenebilir (Eagly ve Steffen, 1984; Eagly ve Diekman, 2003; Eagly vd., 2000).

Küresel Cinsiyet Uçurumu Raporu (2017) bulgularına yeniden yer verecek olursak, kadınların erkeklerle eşit ücret almaları için 217 yıl, cinsiyet eşitliğinin sağlanması için de yaklaşık 100 yıl geçmesi gerekmektedir. Yapılan sosyal psikolojik araştırmalar kadın ve erkekler arasında çok az sayıda sistematik farklılıklar olduğunu göstermektedir. Cinsiyetler arası stereotiplerin, abartılan küçük farklılıklardan kaynaklandığını, genel olarak gerçekliği yansıtmaktan çok birer mit olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır (Hogg ve Vaughann, 2014:362). Bu noktada da stereotiplerin kadın lehine eşitliğinin sağlanması yönünde değişmesi önem arz etmektedir. Gençlerin

toplumsal cinsiyet rolüne ilişkin algıları ve yaşam değerlerini araştırmak üzere yapılan bir çalışmada ise erkeklerin geleneksel cinsiyet rollerine daha çok sahip olduğu ancak kadınların erkeklere oranla daha eşitlikçi bir yaklaşım ve rol sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır (Ögen ve Aytaç, 2013). Bununla birlikte, toplumsal cinsiyet rollerine yönelik etkinliklerin bireylerde farkındalık oluşturduğu, düşünce ve davranışlarını etkilediği yönünde çalışmalara rastlanmaktadır (Seçkin ve Kurnaz, 2015).

Türkiye’de ve dünyada üst düzey yönetim rolleri genellikle erkekler tarafından doldurulur ve kadınlar tarafından daha çok orta ve alt düzeyde yöneticilere rastlanır. Mesleki kalıpyargılar, dolaylı olarak, bu pozisyonlar için aranan kişinin türünü etkileyebilir. 'Think Manager Think Male' (Schein vd., 1996) yani yönetici düşünüldüğünde akla erkek figürünün gelmesinden yola çıkarak yapılmış çalışmalar, otomatik olarak yeterlilik, rasyonalite ve iddialı olmayı gerektiren yöneticilik pozisyonunu da erkekler ile ilişkilendirmektedir. Görünen o ki sadece işe başvuru ve kabul süreçlerinde değil, çalışma yaşamının içinde de mesleki cinsiyet stereotiplerinin etkisi devam etmektedir. Elbette, meslekler arasındaki ayrım olduğu ve bireylerin mesleklerini bu kapsamda algıladığı egemen bir yapı olarak devam ettikçe (Glick vd., 1995), işyerindeki etkisini ölçmek için cinsiyet stereotiplerine odaklanmak daha da önemli olacaktır. Örneğin çalışma yaşamında kadın sayısının artışı ve belirli sektörlerde kadın çalışanların daha fazla bulunması sonucu (büro yönetimi, satış temsilcisi vb.), mavi ve beyaz yaka kavramlarına ek olarak 'pembe yakalı çalışan' kavramı ortaya çıkmıştır. Pembe yaka, adı üstünde kadını temsil eden cinsiyet ayrımını net olarak ortaya koyan bir stereotiptir.

2.2. Sağlık Sektöründe Mesleki Stereotipler

Sağlık sektörü pek çok farklı alanda meslek grubunu içinde barındıran bir alandır. Bu meslek gruplarının bir çoğu yüksek eğitim ve yeterlilik gerektiren profesyonel mesleklerdir. Emek yoğun bir alan olan sağlık sektörü, hem kullanılan kaynaklar hem de emek gücünün büyüklüğü bakımından ekonominin en önde gelen sektörlerinden biridir (Belek, 2001:33). Kadın çalışan sayısının en yüksek olduğu sektörlerden biri olmakla birlikte, toplumsal cinsiyet yansımalarının hissedildiği bir alan olma özelliği de göstermektedir (Urhan ve Etiler, 2011:191-197). Türkiye’de de sağlık

sektörü dünyada olduğu gibi kadın iş gücünün en yoğun olduğu sektörlerin başında gelmektedir (İşkur, 2017:8; Urhan ve Etiler, 2011:193).

İşkur'un verilerine göre insan sağlığı ve sosyal hizmet alanında çalışanların %64,1'i kadınlardan, %35,9'u ise erkeklerden oluşmaktadır. Türkiye genelinde kadın çalışan oranı yüzde 25,2 iken İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmetler sektöründe ise kadın çalışan oranı yüzde 64,1 seviyesindedir (İşkur,2017:10). Kadın çalışanların daha fazla olduğu sektör bu açıdan diğer sektörlerden ayrılmaktadır. Aynı çalışmanın meslek grupları ve cinsiyete göre dağılımının yer aldığı tablo aşağıda verilmiştir (Tablo 2.1):

Tablo 2.1. Türkiye'de Meslek Grupları ve Cinsiyete Göre Çalışan Sayıları

MESLEK GRUPLARI	Kadın	Erkek	Toplam
PROFESYONEL MESLEK MENSUPLARI	70.421	41.925	112.346
TEKNİSYENLER, TEKNİKERLER VE YARDIMCI PROFESYONEL MESLEK MENSUPLARI	27.927	14.352	42.279
BÜRO HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN ELEMANLAR	32.877	9.016	41.893
NİTELİK GEREKTİRMEYEN MESLEKLER	15.181	9.121	24.301
HİZMET VE SATIŞ ELEMANLARI	14.622	6.741	21.364
TESİS VE MAKİNE OPERATÖRLERİ VE MONTAJCILAR	396	6.366	6.762
YÖNETİCİLER	2.639	3.510	6.149
SANATKÂRLAR VE İLGİLİ İŞLERDE ÇALIŞANLAR	232	913	1.145
NİTELİKLİ TARIM, ORMANCILIK VE SU ÜRÜNLERİ ÇALIŞANLARI	0	44	44
Genel Toplam	164.295	91.987	256.283

Kaynak: İPA 2017

Tablo2.1'e göre profesyonel meslek grupları en fazla sayıda istihdamı olan gruptur. Bu meslek grubu toplam sayının %43,8'ini oluşturmaktadır (İşkur, 2017:12). Profesyonel mesleklerde kadınların (n=70.421) erkeklerden (n=41.925) daha fazla bulunduğu ancak toplam sayı (n=112.346) üzerinden değerlendirildiğinde kadınların % 42,8'i ve erkeklerin % 45,5'inin bu grupta istihdam edildiği görülmektedir. Daha sonra en fazla istihdamı olan meslek grupları teknik meslekler ile büro hizmetleri olduğu görülmektedir. Bu gruplarda da kadın çalışan sayısı erkek çalışan sayısından fazladır. Tablo'daki en çarpıcı verilerden biri kadın ve erkek yöneticilerin sayısıdır. Neredeyse tüm gruplarda özellikle de istihdamı fazla olan gruplarda kadın sayısı erkek sayısından fazla olmasına karşın yöneticilik alanında kadınların daha az istihdam edildiği görülmektedir. Urhan ve Etiler'in (2011:198-201) çalışmalarında bahsedildiği gibi toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en belirgin şekilde ortaya çıktığı alan yönetim

kademesinde yer alan kadın oranının düşük olmasıdır, yani kadın yöneten değil, yönetilen; başkalarının istediklerini yerine getiren ikincil konumda yer almaktadır.

Profesyonel mesleklerde kadınların göreceli yüksek oranları olumlu, sevindirici bir durumdur. Ancak profesyonel mesleklerde kadın oranının yükselmesi o mesleklerin kendi alt dallarında cinsiyete dayalı bir ayrışmanın yaşanmadığı anlamına gelmemektedir (Toksöz, 2007:43). Özellikle sağlık alanında bu ayrışmayı görebilmek mümkündür. Kadına atfedilen rollerden olan bakım rolünün bir uzantısı olan hemşirelik mesleğinde kadın oranı erkeklerden daha fazladır (İşkur, 2017:13). Yükseköğretim bilgi yönetim sisteminin 2016-2017 yılı verilerine göre tıp bilimlerinde kız öğrencilerin oranının %49,73 ile neredeyse erkek öğrencilerle eşit olduğu ve yüksek lisans ve doktora düzeyinde bu oranın daha arttığı ve kadınların %56,52 oranında erkeklerden daha fazla yüksek ihtisas yaptığı görülmektedir (<https://istatistik.yok.gov.tr/>). Ancak bu olumlu tablonun yanında hekimlikteki ihtisas alanlarında cinsiyetçi bir ayrışma olduğu göze çarpmaktadır. Tıp mesleğini seçen kadınlarda da daha çok kadınca uzmanlık alanı diye tanımlanan alanlara yöneldiği, yönetici konumunda yer almadığı bilinmektedir. Bazı alanlarsa neredeyse erkek egemenliğinde olduğu, kadınlara daha az yer verildiği görülmektedir. Patoloji, Dermatoloji, Fizik Tedavi, Temel Tıp alanları ya da klinik öncesi olarak tanımlanan Biyokimya, Mikrobiyoloji gibi dallar kadın hekimlerce daha çok tercih edilirken; özellikle cerrahi dallarda (Genel Cerrahi, Beyin Cerrahisi, Ortopedi, Üroloji, Kulak Burun Boğaz (KBB), Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi gibi alanlar) erkek hekimlerin ağırlıklı olarak görev yaptığı gözlemlenmektedir (Kuzuca, 2007).

Türkiye'de uzman hekim istihdamının branşlara göre kadın ve erkek oranları ile ilgili bir istatistiğine erişilememiştir. Bu alanda yapılmış en geniş araştırma 2007 yılında İlknur Genç Kuzuca'nın "Türkiye'de Tıpta Uzmanlık ve Akademisyenlik Aşamalarında Cinsiyetçi Yaklaşımlar" isimli yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmada hekimlerin uzmanlık alanlarının çok net bir şekilde cinsiyet bakımından ayrıştığı bulgularına ulaşılmış olup bu sonuç Amerikan Medical Association 2001 verileri ile benzer özellikler göstermektedir (Kuzuca, 2007:33). Kuzuca, kadın hekimlerin yer aldığı uzmanlık alanlarının özelliklerini nöbeti olmayan veya daha az olan bölümler ile hasta ile birebir iletişimi olmayan, tanıya destek bölümler olarak tanımlamıştır. Araştırma

kapsamında ise cerrahi bilimlerde kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çok daha az yer aldığı, dahili bilimlerde ve temel tıp bilimlerinde ise kadınların daha fazla yer aldığı saptanmıştır.

Hekimlik mesleğinin tarih boyunca kutsal bir yönü hep olmuştur. İnsanların çaresizce şifa aradıkları ve bedenleri ile ilgili söz söyleme ve müdahale hakkını neredeyse tamamen hekime devrettikleri bir dönemde özellikle insan bedenine cerrahi operasyonlarla müdahale eden cerrahi hekimlik branşlarında hekime atfedilen kutsallık daha da belirgin hale gelmektedir (Akkaş, 2016:121). Kadın ve erkek hekimlerin uzmanlaştıkları alanlara atfedilen değerler düşünüldüğünde, erkek hekim oranının yüksek olduğu cerrahi branşların daha itibarlı algılandığı, temel tıp bilimlerinin görece daha az saygın olduğu bilinmektedir (Yılmaz, 2016:115). Dolayısı ile sağlık bakım karar sürecinde, bireylerin sağlık hizmeti sağlayıcılarını tercih ederken cinsiyete yönelik tercih yaptıkları düşünülebilir. Hastaların sosyal yaşamlarından edinmiş oldukları mesleki stereotiplerle bağlantılı olarak ortaya çıkan erkek ya da kadın hekim ile ilgili stereotiplerindeki farklılıklar hekime bakış açısının, yardım alma kararından başlayarak sağlık davranışlarını etkileme olasılığı yüksektir (Bogart vd., 2004:1050). Bireylerin sağlık hizmeti arama davranışlarında, sağlık hizmeti sağlayıcıları hakkındaki algıları, sağlık bakım etkileşimini, sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ve tedavi sürecine katılımlarını ve tedaviye bağlılıklarını etkileyebilir.

2.3. Hekime Güven Kapsamında Stereotiplerin Yeri

Güven olgusu çok geniş boyutlu bir kavram olup farklı disiplinler tarafından ele alınmıştır. Güven konusunda yapılan çalışmalarda en sık vurgulanan görüş kavramın tanımlanmasındaki güçlüktür. Bu nedenle gerek nitel gerekse nicel pek çok farklı yöntemle güven kavramı ölçülmeye çalışılmıştır. Daha önce de değinildiği gibi bireyler arası ilişkiler, grup davranışı, yönetsel etkinlik, sosyal ve politik istikrar ve farklı kültürleri anlama gibi birçok konuyu açıklamada güvenin anahtar bir kavram olduğu açıktır. Bu nedenle yapılan her çalışma güvenin anlaşılması için bir katkı sağlayacaktır.

Sağlık ve sağlık hizmetleri insanlığın varoluşundan bu yana her zaman önemli bir konumda yer almıştır. Sağlık ve hastalık kavramlarındaki değişim, modern tıptaki

gelişmeler ve alternatif tedavi seçeneklerinin artması, internetin de etkisiyle hastanın bilgiye ulaşmasındaki kolaylık gibi pek çok etkinin sonucu hastanın hekim seçiminde daha hassas davrandığı ayrıca hekim ile ilgili algısında da önemli değişiklikler olduğunu düşündürmektedir. Güven hasta-hekim etkileşimi, sergilenen yeterlilik ve empatinin kalitesi ile doğru orantılıdır ve Kuhlmann'ın (2006) da öne sürdüğü gibi, hekimin yeterliliklerine ve somutlaşmış uygulamalara olan güvenden uzaklaşan bir kayma var gibi görünmektedir.

Hastanın güven düzeylerini, gerek kurumsal gerek sistemsal olmak üzere farklı boyutlarda incelemenin önemli olduğu bilinmekle birlikte, bir hastanın hekime olan güven düzeyini etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması bu araştırmanın da temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırmamız hekime güven boyutu kapsamında sağlık hizmetlerinde güveni tartışacaktır. Literatür hekimlere ve sağlık sistemine yüksek düzeyde güvenin bireyler için daha iyi sağlık sonuçlarına eşit olduğunu göstermiştir. Ancak hekimin hangi özelliklerinin güveni yansıttığı veya güven ile ilişkili olduğu ile ilgili kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hangi sosyodemografik ve kişilik özelliklerin birey düzeyinde güveni öngördüğünü belirlemek, hastanın gözünden hekim stereotipini tanımlamak ve hekim ile ilgili tanımlanan iyi, başarılı, tercih edilen ve güvenilir hekim prototiplerinin genel özelliklerinin de ortaya çıkartılması yoluyla yapılacak tartışma sonucu literatüre katkı sağlanacağı ümit edilmektedir.

Sağlık kurumları, hekimler ve dolayısı ile sağlık sistemi açısından düşük güven seviyesi, daha az sağlık arama davranışı, hasta hekim arasında kötü iletişimin sonucu ortaya çıkan problemlerdeki artış, teşhis ve tedavinin doğruluğuna olan inancın azalması yoluyla alternatif hekim ve tedavi arayışı ve dolayısı ile sağlık sisteminin finansal açıdan etkilenmesine yol açan önemli bir olgudur. Yardım arama davranışının olmaması, tanı ve uygun tedavi eksikliği sonuçta hastalar açısından, kötü sağlık sonuçlarına yol açabilecektir. Bu doğrultuda güven kavramının önemine bir kez daha vurgu yaparak, hekimlerin hastaların gözünden nasıl tanımlandığının bilinmesi güven ile ilgili yeni tartışmaların yapılabilmesine olanak sağlayabilecektir.

Güvenilir hekimlerin özellikleri ele alınırken öncelikle ortalama bir hekimin özelliği olarak literatürde tanımlanmış ifadelerle yer vermek gerekmektedir. Bu

kapsamda stereotip kavramı ve prototip kavramı boyutunda hekimleri incelemenin araştırmaya yön vereceği düşünülmüştür. Literatürde ‘bir hekimde olması gereken temel özellikler’den bahsedildiğinde dürüst, güvenilir, nazik, işinde yetkin (mesleki hakimiyet), sorumluluk sahibi, sabırlı, meraklı, kişiliği düzgün, çalışkan gibi özelliklerinin ön plana çıktığı görülmektedir (Akkaş, 2016 ; Yılmaz, 2016; Katarzyna, 2013; Bogart, 1998). Bogart (1998,2001) hekimlerle ilgili stereotiplerin hastaların tedaviye tutunma, tedavi başarısı, sağlık yardımı arama davranışı ve kararlarını etkilediğini söylemektedir. Bogart (1998,2001) Amerika’da pozitif hekim stereotiplerini iyi eğitilmiş, nazik, mesleğinde yeterli, duyarlı, içten, kibar, arkadaş canlısı, kim olduğuna bakmadan herkese eşit muamele eden, sempatik ve negatif özellikler açısından ise karşısındakini küçümseyen, niteliksiz, kendini beğenmiş, zeki olmayan, soğuk, ayrımcı, hastalarından kendini üstün gören olmak üzere tanımlamıştır.

Ancak, hekimlik mesleğinin sadece kişilik karakteristikleri ile açıklanamayacağı ifade edilebilir. Sosyokültürel stereotiplerin ve değerlerin günümüzde kavramlar tanımlarken göz ardı edilmemesi gereken olgular arasında yer aldığı belirtilebilir. Örneğin, hekimlerin branş tercihlerinde kadın hekimlerin anestezi ve reanimasyon, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve deri ve zührevi hastalıkları branşlarına yöneldikleri, erkek hekimlerin ise genel cerrahi başta olmak üzere cerrahi tıp bilimlerine yöneldikleri görülmektedir (<http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-kadin-hekimler-neden-ve-hangi-branslari-seciyor-2-12-9107.html>). Araştırmalar kadın ve erkeğin toplumda öngörülen görevleri, iş ve ev yaşantısındaki sorumlulukları ve aynı zamanda kadına biçilen anne olma rolünün de yüklemiş olduğu görevler nedeniyle kadın hekimlerin branş seçiminde daha az nöbet tutulan, bedensel olarak daha az yorulacakları bölümlere yöneldiklerini göstermektedir. Dolayısı ile cerrahi birimlerde görev yapan hekimlerin çoğunun erkek olması ve bu branşların daha erkeksi görülmesi hekim stereotiplerine örnek oluşturmaktadır.

Yukarıda yapılan açıklamadan yola çıkarak hekim stereotipleri incelenirken kadın veya erkek olmanın ‘stereotip etkisi’nin olduğu incelenmeye değer bir özellik olduğu düşünülmektedir. Toplumda stereotiplere dayalı olarak, erkek ve kadınlara atfedilen özellikler çeşitli meslek gruplarının eril ve dişil olarak sınıflandırılmasını da etkilemektedir. Bu bağlamda da bireylerin iş tercihleri ve eğilimlerinin cinsiyet

stereotiplerine göre şekillendiği düşünülebilir. İkinci bölümde detaylı bir şekilde anlatıldığı gibi toplumsal alandaki işlerin ağırlıklı olarak eril veya dişil olarak belirtilmesi toplumsal cinsiyet rol stereotipleri olarak adlandırılır ve toplumlar yaygın olarak görülür. Erkek-kadın işlerinin bu stereotipsel temsil ve değerlemeleri istihdamda cinsiyet ayrımını yansıtmakta ve desteklemektedir (Gupta vd., 2009: 398-399).

Hekime güven ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında genellikle hastanın hekime veya sağlık kuruluşuna ne kadar güvendiğinin ölçüldüğü ve bu güven düzeyinin hastanın memnuniyeti, sağlık kuruluşunu tercihi ve sıklığı, hastanın tedaviye tutunma düzeyi ve benzeri konularla ilişkisinin incelendiği görülmekte ayrıca hekim hasta iletişimi ile güven arasında bağlantı olduğu belirtilmektedir. Araştırmada hastaların hekime karşı duydukları güvenin hekimin hangi özellikleri ile ilgili olduğunu yani güvenin hangi temel özelliklerden şekillendiğini ortaya çıkarmak suretiyle gerek güven literatürüne gerekse stereotip çalışmalarına katkı sağlanması istenmektedir.

Derose ve meslektaşları (2001), hastanın hekime güveninin, hasta-hekim ilişkisinin önemli bir bileşeni olduğunu ve genel hasta memnuniyetini öngördüğünü savundukları çalışmada, hasta-hekim ilişkisinin önemli bir yönünü açıklayan güven olgusunun hasta cinsiyeti ve hekim cinsiyeti ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çalışma bulgularına göre hastaya daha uzun zaman ayrılması, hasta ile daha etkili iletişim kurulması, kişinin önemsendiğini hissetmesi gibi nedenlerle kadın hekimlere erkek hekimlerden daha fazla güvenilmektedir. Ertong (2011), hastanın hekime duyduğu güven konusunda en önemli belirleyicileri, hekimin iletişim tarzı, aktif dinleme, duygusal destek sağlama, net bilgi verme, hastayı tedavi kararlarına dâhil etme, hastaların soru sormasına imkân verecek kadar onları dinleme olarak ifade etmektedir.

Stereotip çalışmalarında kadın ve erkek olmaktan kaynaklanan farklarını araştıran Schein ve Bem'in endekslerinde eril ve dişil olarak kodlanan kişilik özelliklerine bakıldığında hekime duyulan güven için öngörülen özelliklerin cinsiyet stereotipleri ile açıklanabileceğini akla getirmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HEKİME GÜVEN KAVRAMINI ANLAMAYA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Güven hekim-hasta ilişkisinde temel, merkezi bir bileşendir (Kao vd., 1998; Pearson ve Raeke, 2000; Boulware vd., 2003; Mainous vd., 2003; Cooper vd., 2005). Bu bağlamda araştırma, hastaların hekime karşı güven oluşumundaki temel değerlerin ne olduğunu tespit etmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda ‘Güvenilir bir hekimde aranan özellikler nelerdir?’ sorusuna cevap aranacaktır.

İnsanlar farklı mesleklerde çalışan bireylerin özellikleri hakkında çeşitli görüşlere sahiplerdir. Örneğin bir inşaat işçisi güçlü ve sağlam, bir gazeteci ise iyi bir iletişimci olarak algılanmaktadır (Glick vd., 1995:570). Bu algının temelinde, insanların mesleklere dair sosyal olarak öğrenilmiş ve kalıplaşmış yargıları yani stereotipler yer alır (Glick vd., 1995:566). Bu nedenle, araştırmanın amacına ulaşmak üzere öncelikle hekim stereotiplerini ortaya çıkararak, ortalama bir hekim hakkındaki genel yargılar tespit edilmeye çalışılacaktır. Daha sonra güvenilir bir hekimde aranan özellikler (güvenilir hekim prototipi) tespit edilecek, ayrıca hekimlerden bahsederken sıkça kullanılan; iyi hekim, başarılı hekim, tercih edilen hekim gibi kavramların güvenilir hekimden farklı algılanıp algılanmadığı da ölçülmeye çalışılacaktır.

Ayrıca araştırma kapsamında, cinsiyet algılarının meslek stereotiplerinin temelini oluşturduğu varsayıldığından kadın ve erkek stereotiplerinin hekim ve güvenilir hekim algısında da önemli bir rol oynadığı düşünülmüştür. Çalışma kadın, erkek ve hekim stereotiplerini ve güvenilir hekim, iyi hekim, tercih edilen hekim ve başarılı hekim prototiplerini ortaya çıkarmayı ayrıca bu stereotipler ile prototipler arasındaki olası ilişkiyi bulmayı amaçlamaktadır. Bu sayede, hekim ve güvenilir hekimin karakteristik özelliklerinin zihindeki algısına ait bir çerçeve sunulmaya çalışılacaktır.

Hekime güven, kişinin beyanı (örneğin, hekimlere genel olarak güvenirim), ölçekler, derinlemesine mülakat gibi çeşitli nitel ve nicel yöntemler yoluyla tespit edilebilir. Ancak güvenilir hekim özelliklerine ilişkin yaygın olarak paylaşılan ortak düşüncelerin ortaya çıkartılması ve yorumlanması, stereotip araştırması yoluyla sağlanabilir.

Hekimlerin toplum tarafından nasıl algılandığını, nasıl tanımlandığını belirlemek ayrıca toplumun bu algısının önemini ortaya koymak ve farkındalık oluşturmak istenmektedir. Bireylerin bilişsel süreçlerinin bir parçası olan stereotipler aracılığı ile bireylerin hekimlerin hangi özelliklerine göre güvenilir hekimi tanımladığını tespit etmek hatta hekim tercihlerinde bu özelliklerin ne kadar etkili olduğunu anlamak hem sağlık yöneticilerine hem de hekimlere önemli ipuçları verecektir. Bu araştırma, hekimlerin kendilerine hasta penceresinden bakabilmelerine imkân sağlayacaktır. Bu sayede araştırma, hekimler ve hastalar arasındaki ilişkileri kolaylaştırmaya yardımcı olabilir. Ayrıca, araştırmadan elde edilecek bulgularla, sağlık yönetimi alanında hem güven hem de stereotip literatürüne katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Araştırmanın amacına bağlı olarak aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır.

1. Ortalama bir hekimi tanımlayan karakteristik özellikler nelerdir?
2. Güvenilir hekimi tanımlayan karakteristik özellikler nelerdir?
3. Ortalama hekim algısı ile cinsiyet algısı arasında ilişki var mıdır?
4. Güvenilir hekim algısı ile cinsiyet algısı arasında ilişki var mıdır?

2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bireylerin hekim stereotipleri ile güvenilir hekim prototipleri nesnel bir şekilde ölçülüp, gruplar arası karşılaştırmalar ve istatistiksel teknikler yardımıyla sayısal verilerle açıklanacağı (Creswell, 2005) için pozitivist metodolojiye dayanan bu çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel bir çalışma tercih edilmemesinin nedeni, araştırmanın amacının değişkenleri ve kavramı açıklamak yerine bu değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlamak istemesidir. Nitel araştırma, katılımcıların görüşlerini, genel ve açık soruları ve bir problemin açıklamasını ya da araştırılmasını içerir.

Bu bağlamda, araştırmanın aynı anda farklı stereotip ve prototipleri ölçmesi ve farklı gruplar arasındaki ilişkiyi tespit etmek istemesinden dolayı Schein'in (1973) geliştirmiş olduğu yöntemden yararlanılmıştır. Schein tanımlayıcı endeksi (STE) toplumsal cinsiyet stereotipleri ve başarılı orta düzey yönetici özelliklerini tanımlamak için geliştirilmiştir (Schein, 1973). STE aslında yönetsel anlamda cinsiyet ve liderlik profillerinin algısını ölçmek için geliştirilmiş olup stereotip ve prototipleri tanımlamak için kullanılan karakteristik bir endekstir. Likert tipi ölçek sınıfında yer alan STE, hassas istatistiki hesaplamalara, aynı zamanda farklı veri setlerinden elde edilmiş sonuçların karşılaştırılmasına imkân sağlaması nedeniyle tercih edilmiştir.

Schein (1973), Schein Tanımlayıcı Endeksi geliştirirken literatürden elde ettiği (Brim, 1958; Bennett ve Cohen, 1959 ve Rosenkrantz vd., 1968) erkek ve kadınları tanımlayan maddelerin (sıfatlar) geniş bir listesini çıkartarak hangi sıfatların kadın ve erkeğe atfedildiğini tespit etmiştir. Yaptığı analizler sonucu 92 maddeye indirdiği endeksi aynı sıfat ve talimatlar ile kadın, erkek ve başarılı orta düzey yönetici başlıkları altında farklı katılımcılara sormuş ve başarılı orta düzey yöneticilerin özelliklerinin genel olarak erkek ve kadınlara atfedilen özellikler ile açıklanabileceğini bulmuştur (Schein, 1973; Schein, 1975; Schein, 1989).

Araştırmada Schein (1973) ile benzer metodoloji kullanılarak yeni bir endeks geliştirilmiş, hekimlerin ve güvenilir hekimlerin karakteristik özelliklerine yönelik tanımlamalar ve karşılaştırmalar yapılmıştır. Ayrıca, erkek ve kadın puanları arasındaki karşılaştırmalar ve bağımsız değişkenlerin kategorileri (cinsiyet, yaş, eğitim, meslek gibi) arasındaki puanların karşılaştırılmasına da yer verilmiştir.

2.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Burdur il merkezinde yaşayan bireyler oluşturmaktadır. 2017 yılı nüfus bilgilerine göre Burdur il merkezinde yaşayan hane halkı sayısı 81.559 kişidir (<http://burdurnufus.gov.tr/merkez-ve-ilce-nufus-sayilari-mahalle>).

Örnek büyüklüğü, belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklükleri tablosu (Altunışık vd., 2007:127) yardımıyla %95 güven düzeyi ve ± 5 hata payıyla 382

kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmanın 18 yaş üştü kişilere uygulanması uygun görölmüştür. Gerekli izinler Burdur Valiliği ve Burdur İl Emniyet Müdürlüğünden alınmıştır.

Araştırma planına göre, geliştirilen 115 maddelik betimsel endeks, maddeleri aynı kalmış ancak başlıkları "kadın", "erkek", "hekim", "güvenilir hekim", "tercih edilen hekim", "iyi hekim", "başarılı hekim" şeklinde değiştirilerek yedi farklı veri setinden oluşmuştur. Her bir katılımcından tek başlık için yanıt alınmıştır. Dolayısı ile yedi başlık için toplamda 2674 (382 kişi *7 başlık) kişiye ulaşılması gerekmektedir. Böylece her bir endeks başlığının kendi içinde evreni temsil etmesi hedeflenmiştir.

Veriler Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanması aşamasında saha çalışmasını yapmak üzere daha önce saha deneyimi olan anketörlerden hizmet satın alınmıştır. Saha çalışmasında toplamda 20 kişi bir kısmı gruplar halinde toplamda 16 farklı bölgede uygulama yaparak 2527 kişiye ulaşmıştır. Uygulama yapılacak bölgeler seçilirken, mahallelerin sosyoköltürel düzeyi dikkate alınmış, mahalle nüfusları da dikkate alınarak evren içerisindeki ağırlığı hesaplanmıştır. Böylece araştırmanın tek bir kesim ya da profilden yanıt alınmayacak şekilde dağılım göstermesi hedeflenmiştir.

Schein'in (1973) metodolojisinden yola çıkarak planlanan araştırmanın analizlerinin sağlıklı yapılabilmesi için toplanan verilerde kadın ve erkek sayılarının eşit veya yakın olması oldukça önemlidir. Bu nedenle veriler toplanırken her bir endeks başlığında yakın sayıda erkek katılımcı ve kadın katılımcı verisine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ön koşulun sağlanması için saha çalışanlarına gerekli açıklamalar yapılmıştır.

Saha çalışması esnasında, her saha çalışanına eşit şekilde yedi endeks formu verilmiştir. Yani tüm bölgelerde her bir endeks form için basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile veri toplanmıştır. Uygulama esnasında formların sırasıyla kullanılması söylenmiş böylece formların rassal olarak dağılımı sağlanmak istenmiştir.

Katılımcılardan yüz yüze görüşme tekniği ile yanıt alınmıştır. Uygulamaya geçilmeden önce endeks formunun başlığına göre gerekli açıklama yapılarak katılımcılar bilgilendirilmiştir.

Araştırmada 2588 katılımcıdan veri toplanmıştır. Tanımlayıcı endeks formu içerisine yerleştirilen 3 kontrol sorusuna verilen yanıtlara göre 56 katılımcının yanıtları niteliksiz olduğu 3 katılımcının yanıtları da cinsiyet belirtmemiş olması gerekçesi ile elenmiştir. Toplamda 2527 veri ile analizler gerçekleştirilmiştir. Neticede kadın endeksi için 355, erkek endeksi için 360, hekim endeksi için 369, iyi hekim endeksi için 371, tercih edilen hekim endeksi için 376, başarılı hekim endeksi için 330, güvenilir hekim endeksi için 366 yanıt ulaşılmıştır. Tablo3.1'de ulaşılmaması planlanan örneklem sayıları ile ulaşılan veri sayıları yer almaktadır.

Tablo 3.1 Tanımlayıcı Endekslere Göre Ulaşılan Veri Oranları

ENDEKS	KADIN		ERKEK		HEKİM		İYİ HEKİM		TERCİH E. HEKİM	BAŞARILI HEKİM		GÜVENİLİR HEKİM	
	N		N		N		N		N	N		N	
	P*	U**	P*	U**	P*	U**	P*	U**	P*	P*	U**	P*	U**
	382	355	382	360	382	369	382	371	382	376	382	330	366
%	100	93	100	94	100	97	100	97	100	98	100	86	96
Endeks toplam P*	2674												
Endeks Toplam U**	2527												
	Endeks Toplam %										100		
	Endeks Toplam %										95		

*Planlanan örneklem sayısı **Ulaşılan veri sayısı

Tüm endeksler için toplam olarak ulaşılmaması planlanan örneklem sayısı 2674 olup bu hedefe 2527 veri ile %95 oranında ulaşıldığı görülmektedir. Endeks başlıkları açısından değerlendirme yapıldığında kadın (%93), erkek (%94), hekim (%97), iyi hekim (%97), tercih edilen hekim (%98), güvenilir hekim (%96) endekslerine yüksek oranda veriye ulaşılmıştır. Yalnızca başarılı hekim (%86) endeksinde veri setinin planlanan örneklem sayısına oranla kısmen düşük olduğu görülmektedir. Bu farkın, elenen verilerin çoğunun başarılı hekim başlığı altında bulunmasından kaynaklandığı tespit edilmiş olup veri sayısının analiz yapmaya imkân sağlayacak büyüklükte olduğuna karar verilmiştir.

2.2. Veri Toplama Aracı

İkinci bölümde stereotipleri belirleme yöntemlerine ve sıfatların stereotipleri belirlemedeki rolüne detaylı olarak yer verilmişti. Bilindiği üzere sıfat kontrol listesi tekniği, cevaplara verilen yönergenin eksikliği, cevaplayıcıların önyargı düzeyinin belirlenmemiş olması ve aynı liste kullanılarak yapılan devam araştırmalarında ifadelerin zaman aşımına uğramış olma olasılığı şeklinde riskleri içermektedir. Bu nedenle listelerin araştırmanın niteliğine, konusuna ve uygulama yapılacak katılımcı grubuna göre açık uçlu ifadelerle elde edilen bir ön araştırma sonucu ortaya çıkartılmasının daha avantajlı olacağı ve olası riskleri azaltacağı savunulmaktadır (Hortaçsu, 2004: 83-84; Yapıcı, 2004:151). Bu sebeple, sıfat listelerinden oluşan Schein'in (1973) endeksinin hekim özelliklerini ortaya çıkarma açısından yetersiz olacağı düşünülmüş ve araştırmanın amacına uygun şekilde yeni bir tanımlayıcı endeks geliştirilmiştir.

Endeks geliştirme aşamasında Schein (1973), Bem (1981), Fiske (2007) gibi stereotip çalışmalarına öncülük etmiş araştırmacıların kaynaklarına başvurulmuştur. Schein'in (1973) endeks ifadelerinin Türkçe karşılıkları için Antalyalı ve Özkul'un (2017) çalışmasından, Bem'in (1981) ifadelerinin Türkçe karşılığı için Kavuncu'nun (1987) çalışmasından yararlanılmıştır. Ayrıca hekim stereotipi ile ilgili çalışmaları bulunan Bogart ve meslektaşları (2004) ile Katsena ve Dimdins'in (2013;2015) çalışmalarındaki hekim stereotipi ile ilgili sıfatlar listelenmiştir. Türkçe karşılığı bulunmayan çalışmalardaki ifadeler için (Bogart vd., 2004; Fiske; 2007; Katsena ve Dimdins, 2013) dil bilim uzmanlarına danışılmış ayrıca İngilizce karşılığı Schein ve Bem'in çalışmalarında aynı olan ifadeler ile karşılaştırılmıştır.

Daha sonra, nitel yöntemler ile "iyi bir hekimde bulunması gereken özellikler nelerdir?" sorusuna yanıt aramış kaynaklardan (Akkaş, 2016; Yılmaz, 2016) yararlanılarak hekime ait özellikler ile ilgili geniş bir sıfat listesi oluşturulmuştur. Buna ek olarak hekim ile ilgili herhangi bir maddenin gözden kaçmaması için farklı eğitim ve sosyokültürel düzeyde 35 kişiye "bir hekimi genel karakteristik özellikleri ile on (10) ifadeye nasıl tanımlarsınız?" şeklinde bir soru yöneltilmiş, yakın cevaplar alınmaya

başlandığı noktada sıfat listesinin doyuma ulaştığına kanaat getirilerek listeye son hali verilmiştir.

Kapsam geçerliliğinin sağlanabilmesi açısından uzman görüşüne başvurulmuştur. Süleyman Demirel Üniversitesi akademisyenlerinden oluşturulan uzman araştırmacı ekip tarafından sıralanan listedeki ifadeler önce ayrı ayrı incelenmiş ve daha sonra birlikte yapılan toplantılar ile aşağıdaki süreç izlenerek liste sadeleştirmiştir.

1. Aynı (eşanlamlı) ifadeler birleştirilmiştir.
2. Benzer ifadeler tek maddede yazılmış anlaşılabilirlik, ifade edilebilirlik yönünden en uygun olan ifadeye indirgenmiştir.
3. Liste oluşturulurken yararlanılan Schein (1973), Bem (1981) ve Fiske (2007) gibi kaynakların tam listesi öncelikle listeye eklenmiş. Daha sonra hekim ile ilgisi olmadığı düşünülen ifadeler listeden çıkartılmıştır.
4. İfadeler her kesimin anlayabileceği şekilde yeniden düzenlenmiş ve gerekli durumlarda ifadeyi tanımlayan ikinci bir ifade eklenmiştir.

Bu sayede, bir hekimin değerlendirilmesinde kullanılabilecek ifadeleri (gerek hekim stereotipleri gerekse hekim prototipleri) ortaya çıkarmak için Schein'ın (1973) yöntemine benzer yollar izlenerek listeye son hali verilmiştir.

Listenin uygulama yapılacak kesim tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını ölçmek ve Schein'ın yöntemi ile paralel bir şekilde çalışıp çalışmadığını kontrol etmek üzere ön saha çalışması yapılmıştır. Ön saha çalışması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde eğitim gören 140 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma, bir kaç farklı dersin öğretim elemanından izin alınarak ders öncesinde gerçekleştirilmiş, çalışmaya katılmak için gönüllü olan öğrenciler seçilmiştir. Öğrencilerden çalışmanın amacına uygun şekilde ifadelerin anlaşılabilirliği, benzer ifadelerin birleştirilmesi için geri dönüşler istenmiş, geri bildirimler doğrultusunda liste güncellenmiştir. Ayrıca hekimleri tanımlamaya yönelik eksik olduğunu düşündükleri herhangi bir madde olup olmadığı sorulmuş ancak listede yer alan maddeler dışında bir öneri gelmemiştir.

Ön çalışma sonucu maddelere yönelik öneriler doğrultusunda, ‘kibirli’ maddesine ek olarak ‘burnu büyük’, ‘insancıl’ maddesine ‘insana değer veren’, ‘duyarlı’ maddesine ‘ince düşünceli’, ‘düzenbaz’ maddesine ‘hilekar, sahtekar’, ‘ağırbaşlı’ maddesine ‘olgun’, ‘ikna edici’ maddesine ‘etkileyici’ açıklamaları eklenmiştir. Böylece listeye son hali verilerek kullanıma hazır hale getirilmiştir. Tanımlayıcı endeks maddeleri araştırmada kullanıldığı sıra ile ekler bölümünde verilmiştir.

Geliştirilen tanımlayıcı endeks 115 maddeden oluşmaktadır. 1 ile 5 arasında derecelendirmeye imkân sağlayan Likert tipi ölçek özelliğindedir. 1 hiç bulunmayan bir özelliği, 5 kesinlikle bulunan bir özelliği tanımlamaktadır. 3 ise ne var ne yok denilebilecek özellikler için verilmiştir. Tanımlayıcı endeksin başında yer alan, katılımcılara uygulamanın nasıl yapılacağına dair bilgilendirme Schein'in (1973) uygulamasında kullandığı açıklamaya sadık kalınarak hazırlanmıştır.

Araştırmada kadın, erkek ve hekim stereotipleri ile güvenilir hekim, iyi hekim, başarılı hekim ve tercih edilen hekim prototipleri ortaya çıkarılmak istenmektedir. Stereotip kavramı kişide bulunduğu düşünülen, var olan özellikler, prototip kavramı ise olması beklenen, arzulanan özelliklerin tespitine yöneliktir. Bu nedenle uygulayıcılara stereotip ve prototip grupları ile ilgili farklı açıklamalar sunulmuştur. Saha çalışması sırasında katılımcılara hekim yerine doktor ifadesinin kullanılması uygun görülmüştür. Halk arasında hekim kelimesinin fazla tercih edilmediği, hekimlerden bahsederken genellikle doktor ifadesinin tercih edildiği araştırmacı tarafından göreceli olarak tespit edilmiştir. Ancak literatürde doktor yerine hekim kullanımının daha yaygın olduğu görülmüş bu nedenle tez metni içerisinde hekim kavramı kullanılmıştır.

Stereotip (kadın, erkek ve hekim) ile ilgili hekime yönelik endeks açıklaması aşağıdaki gibidir (Kadın ve erkek endekslerinde de aynı açıklamalar konu başlığı değiştirilmek suretiyle katılımcılara yöneltilmiştir):

TANIMLAYICI ENDEKS (DOKTOR)

Aşağıda insanları tanımlamak için kullanılan bazı ifadeler göreceksiniz. Bu ifadeleri **DOKTORLARIN** genel ortalama özelliklerini düşünerek cevaplamayı istiyoruz. Cevap verirken kendinizi şöyle bir durumun içinde hayal edebilirsiniz: Bir insanla ilk defa karşılaşacaksınız ve hakkında bildiğiniz tek şey o kişinin herhangi bir doktor olduğu.

Lütfen bütün ifadeleri, **doktorları genel olarak düşündüğünüzde** ne ölçüde ortak bir özellik olup olmadığını düşünerek yanındaki boşluğa yanıtlayın. Yanıtlarınızı aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak veriniz.

- 1) DOKTORLARDA hiç olmayan bir özelliktir.
- 2) DOKTORLARDA az/bazen bulunan bir özelliktir.
- 3) DOKTORLARDA bu özellik kiminde var kiminde yok.
- 4) DOKTORLARDA genellikle bulunan bir özelliktir.
- 5) DOKTORLARDA kesinlikle bulunan bir özelliktir.

GENEL OLARAK DOKTORLARDA (özelligi)				
HİÇ BULUNMAZ	NADİREN BULUNUR	KİMİNDE VAR DERİM KİMİNDE YOK DERİM	GENELLİKLE BULUNUR	KESİNLİKLE BULUNUR
1	2	3	4	5

Örneğin:

Doktorların genel olarak "Girişken" olmadığını düşünüyorsanız düzeyine göre "1" veya "2" yazın.

Doktorların "Girişken" olması bir kısmında vardır bir kısmında yoktur dersiniz "3" yazın

Doktorların genel olarak "Girişken" olduğunu düşünüyorsanız düzeyine göre "4" veya "5" yazın.

LÜTFEN UNUTMAYIN: "Doğru" veya "yanlış" cevap yoktur. Sizin kanaatiniz bizim için önemlidir.

Araştırma bilimsel nitelik taşıdığından kişi bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Prototip (güvenilir, tercih edilen, başarılı, iyi) ile ilgili güvenilir hekime yönelik endeks açıklaması aşağıdaki gibidir (Tercih edilen hekim, iyi hekim ve başarılı hekim endekslerinde de aynı açıklamalar konu başlığı değiştirilmek suretiyle katılımcılara yöneltilmiştir):

TANIMLAYICI ENDEKS (GÜVENİLİR DOKTOR)

Aşağıda insanları tanımlamak için kullanılan bazı ifadeler göreceksiniz. Bu ifadeleri **GÜVENİLİR DOKTOR** olduğunu düşündüğünüz doktorların genel özelliklerini düşünerek cevaplamayı istiyoruz.

Lütfen bütün ifadeleri, **güvendiğiniz doktorların** ne ölçüde ortak bir özelliği olup olmadığını düşünerek yanındaki boşluğa yanıtlayın. Yanıtlarınızı aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak veriniz.

- 1) GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA hiç olmaması gereken bir özelliktir.
- 2) GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA nadiren bulunması gereken bir özelliktir.
- 3) GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA bu özelliğin bulunup bulunmaması önemli değil
- 4) GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA genellikle bulunması gereken bir özelliktir.
- 5) GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA kesinlikle bulunması gereken bir özelliktir.

GENEL OLARAK GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA (özelligi)				
HİÇ BULUNMAMALI	NADİREN BULUNABİLİR	OLUP OLMAMASI ÖNEMLİ DEĞİL	GENELLİKLE BULUNMALI	KESİNLİKLE BULUNMALI
1	2	3	4	5

Örneğin:

Güvendiğiniz doktorların genel olarak "Girişken" olmaması gerektiğini düşünüyorsanız düzeyine göre "1" veya "2" yazın.

Güvendiğiniz doktorların "Girişken" olması ya da olmaması önemli değilse "3" yazın

Güvendiğiniz doktorların genel olarak "Girişken" olması gerektiğini düşünüyorsanız düzeyine göre "4" veya "5" yazın.

LÜTFEN UNUTMAYIN: "Doğru" veya "yanlış" cevap yoktur. Sizin kanaatiniz bizim için önemlidir.

Araştırma bilimsel nitelik taşıdığından kişi bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Tanımlayıcı endeks formunda katılımcılara ait detaylı tanımlamaların yapılabilmesi için, katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, mesleği, çalışma durumu, gelir durumu ve eğitim düzeyi ile ilgili sorulara da yer verilmiştir.

2.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada veri toplama araçları ile elde edilen bilgiler SPSS 16 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz aşamasında tanımlayıcı analizler, fark analizleri ve sınıf içi korelasyon yöntemiyle ilişki analizlerine yer verilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliğinin test edilmesinde Alfa Katsayısından (Cronbach Alfa) yararlanılmıştır.

Araştırmada daha önce de bahsedildiği gibi 7 farklı veri seti bulunmaktadır. Bu veri setlerinin aralarında ne ölçüde ilişki olduğunu tespit etmek için Schein'in (1973) önerdiği sınıf içi korelasyon (intraclass correlation, ICC) katsayıları hesaplanmıştır. Bu hesaplamanın yapılması için aşağıdaki sıralama izlenmiştir.

1. Her bir madde (özellikler) bir satıra gelecek şekilde sıralanmıştır.
2. 115 madde için verilen yanıtların ortalamaları her bir endeks form için ayrı ayrı alınmıştır.
3. Her madde için verilen yanıtların ortalamaları 7 başlık (kadın, erkek, hekim, iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim) için sütunlara girilmiştir.
4. ICC katsayılarını hesaplamak için Koenig ve meslektaşlarının (2011) ile Antalyalı ve Özkul'un (2017) benzer araştırmalarında önerdiği tek yönlü (one-way), tekil değerlendiricili (single rater), rassal etkiler (random effects) metodu kullanılmıştır.
5. Analiz cinsiyet, yaş gibi alt gruplar için de tekrar edilmiştir.
6. ICC yöntemi ile elde edilen sınıf içi korelasyon katsayısı ile veri setleri arasındaki ilişki hesaplanabilmektedir (Schein, 1973). Rakamsal büyüklük ilişkinin daha fazla olduğu anlamına gelmektedir (Hayes, 1963:424).
7. Buna ek olarak Antalyalı ve Özkul'un (2017) çalışmalarında da kullandığı McGraw ve Wong'un (1966) farklı korelasyon katsayılarının arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için önerdiği Fisher'in Z testi kullanılmıştır.

Z değerinin -1,96 ile 1,96 arasında kalması durumunda farkın %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığına karar verilebilir.

2.3.1. Güvenilirlik ve Geçerlilik

Kullanılan ölçme aracı, alınan puanların istikrarlı ve tutarlı olması sonucunda güvenilir, ölçmeyi planladığı ölçütleri karşılaması durumunda geçerlidir (Creswel, 2005:162). Araştırmada güvenilirliği ölçmek üzere Cronbach'ın Alfa katsayısından yararlanılmıştır. Cronbach Alfa en yaygın kullanılan güvenilirlik ölçütlerinden biridir. Ayrıca ölçme araçlarının iç tutarlılığını sağlayıp sağlamadığını göstermektedir (Creswel, 2005). Araştırma kapsamında kullanılan 115 maddelik tanımlayıcı endeks formlarına ait Cronbach'ın Alfa değerleri Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Tanımlayıcı Endekslerin Cronbach'ın Alfa Değerleri

Endeks	Cronbach's Alfa
Kadın	0,948
Erkek	0,953
Hekim	0,959
İyi Hekim	0,935
Tercih E. Hekim	0,938
Başarılı Hekim	0,934
Güvenilir Hekim	0,914

Tanımlayıcı Endekslerin Cronbach'ın Alfa değerlerine bakıldığında yanıtların yüksek düzeyde tutarlı olduğu görülmektedir.

Tanımlayıcı endeks maddelerinin geçerlilik çalışmasında Schein'in (1973) kullandığı yöntemden farklı bir yol izlenmiştir. Schein (1973) cinsiyet stereotipleri ile liderlik özellikleri arasındaki ilişkiyi aradığı çalışmasında listedeki tüm maddeleri eril ve dişi özellikler olarak tanımlamış ve bu maddeler ile liderlik için verilen maddeleri sınıf içi korelasyon katsayıları ile karşılaştırmıştır. Her ne kadar Schein, endeksin geçerliliğini sağlamak için yürüttüğü pilot araştırmasında (1973) kadın-erkek arasında fark olan maddeleri endeks kapsamına almış olsa da, geniş örnekleme çalışmasında (1975) 28 endeks maddesinde kadın-erkek arasında fark çıkmamıştır.

Buna rağmen, endeksten herhangi bir madde çıkarmadan araştırmalarına devam etmeyi uygun görmüştür.

Bu araştırmada Schein (1973) metodolojisi kullanılsa da araştırmanın temel sorusu kadın ve erkek cinsiyet stereotiplerini araştırmak üzerine kurgulanmamıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda hekimi tanımlayan karakteristik özellikler ve bu özellikler ile ilişkili kavramlar ortaya çıkarılmak istenmiştir. Uzman ekip tarafından değerlendirilen liste ve devamında ön saha çalışmasında alınan geri bildirimler ile tanımlayıcı endeks formunun kapsam geçerliliği sağlanmıştır.

2.4. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları

Bu araştırma, Türkiye'de hekime güven kapsamında hekim stereotiplerinin tanımlanması ve literatürde sıklıkla vurgu yapılan cinsiyet stereotipleri ile ilişkisini anlamak için önemli bir ilk adım olabilir. Ancak araştırma için seçilen evrenin Türkiye'yi temsil ettiği iddia edilemez. Araştırma sonuçları genellenemez.

Çalışmanın ana varsayımı, seçilen yöntemin, araştırma amacı ile uyumlu olduğu ve ilgili araştırma sorularını doğru bir şekilde ölçtüğü yönündedir. Tercih edilen yöntemin işlevselliği daha önce yapılan benzer alt yapıdaki çalışmalarda kanıtlanmıştır (Brennervd., 1989; Schein ve Davidson, 1993; Schein vd., 1996; Zhu, 2008; Dorio, 2005).

3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde öncelikle katılımcıların genel profilini ortaya koyabilmek amacıyla sosyo-demografik özellikler ile ilgili frekans ve yüzde dağılımları verilecektir. Daha sonra tanımlayıcı endeks başlıklarına verilen yanıtların değerlendirmeleri yapılacak, en son olarak da araştırma soruları kapsamında endekslerin ilişki ve karşılaştırmalarına ait sonuçlar sunulacaktır.

3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, çalışma durumu, aylık gelir ve eğitim düzeyine göre bazı değişkenler oluşturulmuştur. Bu değişkenler ile ilgili açıklama Tablo 3.3'de verilmiştir.

Tablo 3.3 Sosyo Demografik Değişkenler ve Tanımlamaları

Değişken	Alt başlık sayısı	Tanımlar
Cinsiyet	2	Erkek, Kadın
Yaş	-	Açık uçlu soru
Medeni Durum	2	Evli, Evli Değil
Meslek	-	Açık uçlu soru
Çalışma Durumu	3	Evet, Hayır, Emekli
Aylık Gelir Düzeyi	9	750 tl ve altı, 751-1500 arası, 1501-2000 tl arası, 2001-3000 tl arası, 3001-4000 arası, 4001-6000 tl arası, 6001-10000 tl arası, 10001-15000 tl arası, 15001 tl ve üstü
Eğitim	7	Okuma yazma bilmiyor, İlkokul mezunu, Ortaöğretim mezunu, Lise mezunu, Önlisans Mezunu, Lisans mezunu, Yüksek lisans veya Doktora mezunu

Araştırmada katılımcıların genel profilini ortaya koymak üzere, Tablo 3.3'de yer alan sosyo-demografik değişkenlerle ilgili sorular yöneltilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi ve eğitim değişkenleri kapalı uçlu; yaş ve meslek değişkenleri ile ilgili kısım ise açık uçlu olarak sorulmuştur.

Katılımcıların açık uçlu şekilde beyan ettikleri yaşları tüm katılımcılar yaklaşık üç eşit gruba dağılacak şekilde ayrılarak, 24 yaş altı, 25-41 yaş aralığı ve 42 yaş üstü şeklinde sınıflandırılmıştır. Meslek sorusuna verilen yanıtların çok çeşitli olması ve mesleklerin çeşitlilik göstermesi nedeniyle Uluslararası Meslek Sınıflandırması (ISCO, 08) kapsamında yer alan İşkur'un meslek tanımlaması tablosundan yararlanılmıştır (<https://esube.iskur.gov.tr>). Ayrıca meslek olarak sınıflandırılmayan ancak veri setinde kayda değer bir ağırlığı olan öğrenci ve ev hanımları da bu kategoride verilmiştir. Bu durumda meslekler ile ilgili başlıklar "yöneticiler, profesyonel meslek grupları, teknikerler ve yardımcı meslek grupları, büro hizmetinde çalışanlar, hizmet ve satış

elemanları, nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünlerinde çalışanlar, sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar, tesis ve makine operatörleri ve montajcılar, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar, silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler, ev hanımı, öğrenci" şeklinde sınıflandırılmıştır. Endekslere göre katılımcıların frekansları ile ilgili bulgular aşağıdaki bölümde yer almaktadır.

3.1.1. Cinsiyete Göre Katılımcı Oranları

Tanımlayıcı endeks başlıkları altında yanıt veren katılımcıların cinsiyetlerine ait sayılar ve oranları Tablo 3.4 'de verilmiştir.

Tablo 3.4. Cinsiyete Göre Katılımcı Oranları

ENDEKS	KADIN		ERKEK		HEKİM		İYİ HEKİM		TERCİH E. HEKİM		BAŞARILI HEKİM		GÜVENİLİR HEKİM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Erkek	173	48,7	173	48,1	183	49,6	177	47,7	199	52,9	163	49,4	181	49,5
Kadın	182	51,3	187	51,9	186	50,4	194	52,3	177	47,1	167	50,6	185	50,5
Toplam	355	100	360	100	369	100	371	100	376	100	330	100	366	100

Tablo 3.4'e bakıldığında kadın katılımcı ve erkek katılımcı oranlarının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Zaten araştırmanın saha planı yapılırken göz önünde bulundurulmuş bir husus olduğu için kadın ve erkek katılımcı oranlarının yakın olması beklenen bir durumdur. Tablo incelendiğinde kadın endeksine %51,3 kadın, %48,7 erkek katılımcı yanıt vermiştir. Erkek endeksini %51,9 kadın, %48,1 erkek ; hekim endeksini %50,4 kadın, %49,6 erkek; iyi hekim endeksini %52,3 kadın, %47,7 erkek; tercih edilen hekim endeksini %47,1 kadın, %52,9 erkek; başarılı hekim endeksini, %50,6 kadın, %49,4 erkek; güvenilir hekim endeksini %50,5 kadın, %49,5 erkek yanıtlamıştır. Genel toplama bakıldığında kadın sayısı 1278 (%50,4) olup erkek sayısı ise 1249'dur (%49,4).

3.1.2. Yaşa Göre Katılımcı Oranları

Tablo 3.5 Yaşa Göre Katılımcı Oranları

ENDEKS	KADIN		ERKEK		HEKİM		İYİ HEKİM		TERCİH E. HEKİM		BAŞARILI HEKİM		GÜVENİLİR HEKİM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
24 yaş ve altı	116	32,7	123	34,2	114	30,9	129	34,8	118	31,4	106	32,1	119	32,5
25-41 yaş	137	38,6	145	40,3	110	29,8	126	34,0	121	32,2	105	31,8	122	33,3
42 yaş ve üstü	98	27,6	92	25,6	140	37,9	113	30,5	137	36,4	116	35,2	119	32,5
Toplam	351	98,9	360	100	364	98,6	368	99,2	376	100	327	99,1	360	98,4
Yanıtız	4	1,1	-	-	5	1,4	3	0,8	-	-	3	0,9	6	1,6

Katılımcıların yaş bilgisi açık uçlu şekilde alınmış olup, yaş dağılımına göre üç kategoride toplanmıştır. Yaş kategorisi oluşturulurken toplam katılımcı sayısı üçe bölünmüş böylece grupların yakın ağırlıklarda katılımcıya sahip olması sağlanmak istemiştir. Bu sayıya en yakın olabilecek şekilde 24 yaş ve altı, 25-41 yaş aralığı ve 42 yaş ve üstü şeklinde gruplandırılmıştır.

Kategori oluşturulmadan önce alınan verilere göre 18 yaş (n=76) ile 84 yaş (n=3) arasında katılımcılar bulunmaktadır. Genel toplamda 24 yaş ve altı 825 (%32,6) ; 25-41 yaşta 866 (%34,3) ve 42 yaş ve üzerinde 815 (%32,3) kişi bulunmaktadır. Tanımlayıcı endeks başlıklarında bakıldığında genel toplamın dağılımına yakın dağılımlarda yaş gruplarının bulunduğu görülmektedir. Katılımcı profilinde genç yaş grubunun biraz daha yoğun olduğu söylenebilir.

3.1.3. Medeni Duruma Göre Katılımcı Oranları

Tablo 3.6 Medeni Duruma Göre Katılımcı Oranları

ENDEKS	KADIN		ERKEK		HEKİM		İYİ HEKİM		TERCİH E. HEKİM		BAŞARILI HEKİM		GÜVENİLİR HEKİM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evli	179	50,4	178	49,4	206	55,8	195	52,6	202	53,7	187	56,7	208	56,8
Evli Değil	171	48,2	171	47,5	159	43,1	168	45,3	167	44,4	135	40,9	156	42,6
Toplam	350	98,6	349	96,9	365	98,9	363	97,8	369	98,1	322	97,6	364	99,5
Yanıtız	5	1,4	11	3,1	4	1,1	8	2,2	7	1,9	8	2,4	2	0,5

Katılımcıların medeni durumları evli ve evli değil şeklinde sorulmuştur. Katılımcılardan kadın endeksine yanıt verenlerin %50,4'ü, erkek endeksine yanıt verenlerin %49,4'ü, hekim endeksine yanıt verenlerin %55,8'i, iyi hekim endeksine yanıt verenlerin %52,6'sı, tercih edilen hekim endeksine yanıt verenlerin %53,7'si, başarılı hekim endeksine yanıt verenlerin %56,7'si, güvenilir hekim endeksine yanıt verenlerin %56,8'i evlidir.

3.1.4. Mesleğe Göre Katılımcı Oranları

Tablo 3.7 Mesleğe Göre Katılımcı Oranları

ENDEKS*	KADIN		ERKEK		HEKİM		İYİ HEKİM		TERCİH E. HEKİM		BAŞARILI HEKİM		GÜVENİLİR HEKİM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
M1	2	0,6	1	0,3	2	0,5	1	0,3	3	0,8	3	0,9	1	0,3
M2	75	21,1	59	16,4	67	18,2	75	20,2	65	17,3	65	19,7	104	28,4
M3	7	2,0	14	3,9	5	1,4	4	1,1	8	2,1	6	1,8	7	1,9
M4	16	4,5	19	5,3	30	8,1	23	6,2	12	3,2	12	3,6	33	9,0
M5	39	11,0	43	11,9	37	10,0	47	12,7	50	13,3	31	9,4	18	4,9
M6	0	0,0	1	0,3	3	0,8	1	0,3	2	0,5	1	0,3	1	0,3
M7	2	0,6	7	1,9	6	1,6	6	1,6	7	1,9	6	1,8	6	1,6
M8	2	0,6	3	0,8	3	0,8	3	0,8	3	0,8	1	0,3	1	0,3
M9	31	8,7	34	9,4	26	7,0	29	7,8	36	9,6	27	8,2	17	4,6
M10	2	0,6	3	0,8	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,6	2	0,5
M11	33	9,3	42	11,7	51	13,8	27	7,3	47	12,5	47	14,2	39	10,7
M12	104	29,3	94	26,1	101	27,4	109	29,4	109	29,0	82	24,8	105	28,7
Toplam	313	88,2	320	88,9	333	90,2	325	87,6	342	91,0	283	85,8	334	91,3
Yanıtız	42	11,8	40	11,1	36	9,8	46	12,4	34	9,0	47	14,2	32	8,7

* M1: Yöneticiler, M2: Profesyonel Meslek Grupları, M3: Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı meslek grupları, M4: Büro hizmetinde çalışan elemanlar, M5: Hizmet ve satış elemanları, M6: Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünlerinde çalışanlar, M7: sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar, M8: Tesis ve Makine operatörleri ve montajcılar, M9: nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar, M10: Silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler, M11: Ev hanımı, M12: Öğrenci

Tanımlayıcı endeks formlarında meslekler açık uçlu bir şekilde sorulmuştur. Meslek kategorileri oluştururken İşkur'un meslek sınıflandırmasından yararlanılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre, akademisyen, hekim, veteriner hekim, öğretmen, hemşire, eczacı, mühendis, sosyolog gibi lisans ve lisans üstü eğitim gerektiren meslek grupları profesyonel meslekler grubunda yer almaktadır. Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı meslek grupları radyoloji teknisyeni, lise ve ön lisans eğitimi almış hemşire yardımcısı, veteriner teknisyeni, ziraat teknisyeni, bilgisayar teknisyeni gibi meslek mensuplarıdır. Büro hizmetinde çalışan meslek grupları bankacı, ön muhasebe elemanı, kamu memuru, sekreter vb. meslek elemanlarıdır. Hizmet ve satış elemanlarının altında hizmet sektöründe faaliyet gösteren kuaför, bakkal, satış temsilcisi, garson, güzellik uzmanı gibi meslek grupları ile güvenlik görevlisi ve polis de yer almaktadır. Nitelikli

tarım, ormancılık ve su ürünlerinde çalışanlar çiftçilik ve hayvancılıkla uğraşan katılımcılardır. El becerisine dayalı olan meslekler mobilyacı, terzi, ressam gibi sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar kategorisine alınmıştır. Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar kategorisinde şoför, makine operatörü gibi meslek grupları yer almaktadır. Nitelik gerektirmeyen meslek gruplarında ise temizlik personeli, taşeron işçisi, inşaat işçisi, işçi gibi meslekler bulunmaktadır. Silahlı kuvvetler mensupları yine aynı isimli gruba kodlanmıştır. Öğrenci ve ev hanımı İşkur'un meslek kategorilerinden biri olmamasına rağmen meslek gruplandırılmalarının altında verilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür. Tablo genel olarak incelendiğinde sırasıyla öğrenci, profesyonel meslek grupları, hizmet ve satış elemanları, ev hanımları ve nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar kategorilerinde çalışan sayısı fazladır. Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünlerinde çalışanlar ile silahlı kuvvetlerde çalışanların sayıları yok denecek kadar azdır. Burdur ilinin genel yapısı düşünüldüğünde bu dağılımın evreni kısmen yansıttığı söylenebilir. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile yürütülen saha çalışması sırasında hedeflenildiği gibi pek çok farklı kesimden katılımcıya ulaşıldığı bu bulgular sonucunda söylenebilir.

3.1.5. Çalışma Durumuna Göre Katılımcı Oranları

Tablo 3.8 Çalışma Durumuna Göre Katılımcı Oranları

ENDEKS	KADIN		ERKEK		HEKİM		İYİ HEKİM		TERCİH E. HEKİM		BAŞARILI HEKİM		GÜVENİLİR HEKİM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Çalışıyor	176	49,6	172	47,8	173	46,9	188	50,7	174	46,3	149	45,2	186	50,8
Çalışmıyor	150	42,3	149	41,4	152	41,2	141	38,0	163	43,4	133	40,3	145	39,6
Emekli	26	7,3	35	9,7	44	11,9	37	10,0	36	9,6	46	13,9	34	9,3
Toplam	352	99,2	356	98,9	369	100	366	98,7	373	99,2	328	99,4	365	99,7
Yanıtız	3	0,8	4	1,1	0	0	5	1,3	3	0,8	2	0,6	1	0,3

Katılımcıların çalışma durumuna ait bulgularına göre, genel örneklem toplamında %48,2 (n=1218) oranında çalışan, %40,9 (n=1033) oranında çalışmayan ve %10,2 (n=258) oranında emekli bulunmaktadır.

3.1.6. Gelir Durumuna Göre Katılımcı Oranları

Tablo 3.9 Gelir Durumuna Göre Katılımcı Oranları

ENDEKS	KADIN		ERKEK		HEKİM		İYİ HEKİM		TERCİH E. HEKİM		BAŞARILI HEKİM		GÜVENİLİR HEKİM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
750 tl ve altı	9	2,5	8	2,2	5	1,4	13	3,5	7	1,9	8	2,4	9	2,5
751-1500 tl	28	7,9	22	6,1	32	8,7	29	7,8	49	13,0	30	9,1	31	8,5
1501-2000 tl	68	19,2	69	19,2	84	22,8	55	14,8	77	20,5	66	20,0	46	12,6
2001-3000 tl	74	20,8	51	14,2	64	17,3	72	19,4	85	22,6	61	18,5	53	14,5
3001-4000 tl	72	20,3	93	25,8	59	16,0	64	17,3	62	16,5	64	19,4	93	25,4
4001-6000 tl	58	16,3	68	18,9	55	14,9	75	20,2	52	13,8	54	16,4	74	20,2
6001-10000 tl	30	8,5	32	8,9	29	7,9	37	10,0	25	6,6	27	8,2	36	9,8
10001-15000	6	1,7	6	1,7	12	3,3	8	2,2	6	1,6	8	2,4	9	2,5
15001 ve üstü	3	0,8	2	0,6	7	1,9	3	0,8	7	1,9	1	0,3	8	2,2
Toplam	348	98,0	351	97,5	347	94,0	356	96,0	370	98,4	319	96,7	359	98,1
Yanıtız	7	2,0	9	2,5	22	6,0	15	4,0	6	1,6	11	3,3	7	1,9

Gelir durumuna göre katılımcıların dağılımı incelendiğinde 750 tl ve altı (%2,3; n=59), 751-1500 tl (%8,7;n=221) ile 10001-15000 tl (%2,2; n=55) ve 15001 tl ve üstü (%1,2; n=31) gelir düzeyinde kısmen daha az sayıda katılımcı bulunmaktadır. Diğer orta gelir gruplarında dağılım birbirine daha yakındır. Herhangi bir gelir grubunda yığılma bulunmamaktadır. Bu durumda örneklemin çok çeşitli gelir gruplarına dağılmış olduğu söylenebilir.

3.1.7. Eğitim Durumuna Göre Katılımcı Oranları

Tablo 3.10 Eğitim Durumuna Göre Katılımcı Oranları

ENDEKS	KADIN		ERKEK		HEKİM		İYİ HEKİM		TERCİH E. HEKİM		BAŞARILI HEKİM		GÜVENİLİR HEKİM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Okur-yazar değil	2	0,6	26	7,2	2	0,5	0	0,0	1	0,3	2	0,6	3	0,8
İlk okul	34	9,6	30	8,3	57	15,4	46	12,4	49	13,0	46	13,9	32	8,7
Ortaokul	34	9,6	145	40,3	25	6,8	29	7,8	38	10,1	26	7,9	20	5,5
Lise	138	38,9	35	9,7	130	35,2	141	38,0	159	42,3	116	35,2	146	39,9
Ön lisans	29	8,2	99	27,5	32	8,7	32	8,6	31	8,2	30	9,1	30	8,2
Lisans	97	27,3	17	4,7	98	26,6	98	26,4	77	20,5	81	24,5	105	28,7
Lisans üstü	15	4,2	352	97,8	22	6,0	18	4,9	19	5,1	19	5,8	29	7,9
Toplam	349	98,3	352	97,8	366	99,2	364	98,1	374	99,5	320	97,0	365	99,7
Yanıtız	6	1,7	8	2,2	3	0,8	7	1,9	2	0,5	10	3,0	1	0,3

Katılımcıların eğitim düzeyleri genel toplamda değerlendirildiğinde lise (%38,6;n=975) ve lisans (%25,9; n=655) düzeyinde daha fazla katılımcı olduğu görülmektedir. Okuma-yazma bilmeyen kişi sayısı 10'dur (%0,4). Lisans üstü eğitim düzeyinde 139 (%5,5) kişi bulunmaktadır.

3.2. Tanımlayıcı Endeks Maddelerinin² Ortalamalarına Ait Bulgular

115 tanımlayıcı endeks maddesini analiz etmeye başlamadan önce her grupta (genel olarak kadınlar, genel olarak erkekler, genel olarak hekimler, genel olarak iyi hekimler, genel olarak tercih edilen hekimler, genel olarak başarılı hekimler ve genel olarak güvenilir hekimler) ilgili olarak maddelere verilen ortalama değerler sunulacaktır.

Katılımcıların her yanıt 1 (hiç bulunmayan bir özellik/hiç bulunmaması gereken bir özellik) ile 5 (kesinlikle bulunan bir özellik/kesinlikle bulunması gereken bir özellik)

² Maddelerin ortalamalarına ait yapılacak açıklamalarda "madde" yerine "özellik" kelimesi tercih edilecektir.

arasında bir skalada derecelendirildiğinden, her madde ile ilişkili ortalama değeri ne kadar yüksek olursa, o maddenin tanımlayıcı endeks formundaki başlığı o derecede karakterize ettiği düşünülmektedir. 115 tanımlayıcı madde ilgili her bir formun cevapları, hedef grubun (genel olarak kadınlar, genel olarak erkekler, genel olarak hekimler, genel olarak iyi hekimler, genel olarak tercih edilen hekimler, genel olarak başarılı hekimler ve genel olarak güvenilir hekimler) her biri ile en çok ilişkilendirilen karakteristik özelliklerini belirlemek için ortalama değere göre en yüksekten düşüğe doğru sıralanmıştır.

Sonuçların yorumlanmasında bir standart oluşturabilmek amacıyla araştırmacı tarafından, 1 ile 5 değerleri beş eşit aralığa bölünerek çok yüksek, yüksek, orta, düşük ve çok düşük şeklinde derecelendirme kategorilerine ayrılmıştır. Yani çok düşük kategorisi ortalaması 1,0 ile 1,80 arasında yer alan özellikleri tanımlamaktadır. Aynı şekilde, düşük kategorisi ortalaması 1,80 ile 2,60; orta kategorisi 2,60 ile 3,40; yüksek kategorisi 3,40 ile 4,20 ve çok yüksek kategorisi 4,20 ile 5,0 arasında yer alan özellikleri tanımlamaktadır.

Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok yüksek	
1,0	1,80	2,60	3,40	4,20	5,0

Tanımlayıcı endeks maddelerine (özelliklerine) verilen cevapların ortalamaları bu derecelendirme kategorilerine göre gruplandırılarak yorumlanacaktır. Ancak maddelere verilen yanıtların daha sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesi ve yorumlanabilmesi için maddelerin alt sınırları ve üst sınırları da dikkate alınacaktır. Görsel olarak daha kolay anlaşılmasını ve daha detaylı bir yorum yapılabilmesini sağlamak üzere her bir tanımlayıcı endeks başlığı için 115 maddeye verilen yanıtların ortalamaları %95 güven düzeyinde alt sınır ve üst sınırları da dikkate alınarak bir grafik oluşturulmuştur. Alt sınır ve üst sınır kategoriler arasındaki olası bir kesişimi yorumlayabilmek için kullanılacaktır. Alt ve üst sınırın belirgin bir şekilde başka bir kategoride yer alması durumunda o maddeler tek bir kategori altında değerlendirilmeyecektir. Alt ve üst sınırlar grafikte çizgisel olarak sunulmuş olup değerler grafik üzerinde yer almamaktadır.

Grafikte her tanımlayıcı maddenin yanına parantez içinde sırasıyla ortalama değer ve standart sapma değerleri verilmiştir. İki veri grubunun aritmetik ortalamalarının eşit veya birbirine yakın olması durumunda veri gruplarında yer alan çok küçük ve çok büyük değerler verilerin dağılımını etkiler. Bu durumda merkezi yayılma ölçüsü olan standart sapma verilerin aritmetik ortalamaya göre nasıl bir yayılım gösterdiğini anlatmak için kullanılacaktır. Standart sapmanın büyük olması güven aralığının geniş olduğunun (grafikteki maddeyi gösteren çizgi uzunluğu daha büyük) ve grubun nispeten heterojen olduğunun, düşük olması ise güven aralığının dar olduğunun (grafikteki maddeyi gösteren çizgi uzunluğu daha küçük) ve grubun nispeten homojen olduğunun göstergesidir.

Grafiğin görsel sunumunu arttırmak ve anlaşılabilirliğini sağlamak üzere grafiğe çok yüksek, yüksek, orta, düşük ve çok düşük kategorilerini tanımlayıcı renkler eklenmiştir. Her bir endeks başlığı için ortalamalar hangi kategoride daha yoğunsa o kategoriye ait tanımlanmış renk daha fazladır. Bazı endekslerde çok yüksek ve çok düşük kategorileri aralıklarında ortalama değere rastlanmamakta dolayısı ile bu kategorilere ait renkler de grafikte yer almamaktadır. Kategorilere ait renk tanımlamaları çok yüksek, koyu mavi; yüksek, açık mavi; orta, beyaz; düşük, açık kırmızı ve çok düşük, kırmızı şeklindedir. Çok düşük ve düşük kategorisi bahsi geçen başlık (örneğin kadın) için karakterize olmayan stereotip özelliklerdir. Orta kategorisi stereotip olmayan özellikleri ifade etmektedir. Yani o başlığı ne karakterize eden ne de karakterize etmeyen bir özelliktir. Yüksek ve çok yüksek kategorisi o başlığı karakterize eden stereotip özellikleri vermektedir.

Her endeks için tanımlayıcı madde ortalamalarına ait tablolar başlıklar altında verilmiştir.

3.2.1. Kadın Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları

Kadın tanımlayıcı endeksi ortalama değerlerine ait grafik tablosu incelendiğinde, kadınların ilk sırada çok yüksek derecede meraklı ($\bar{x}=4,39$) ve ikinci sırada konuşkan ($\bar{x}=4,25$) olarak tanımlandıkları görülmektedir. Daha sonra sırasıyla, duygusal ($\bar{x}=4,13$), bakımlı ($\bar{x}=4,05$), ayrıntılara önem veren detaycı ($\bar{x}=4,03$), ikna edici

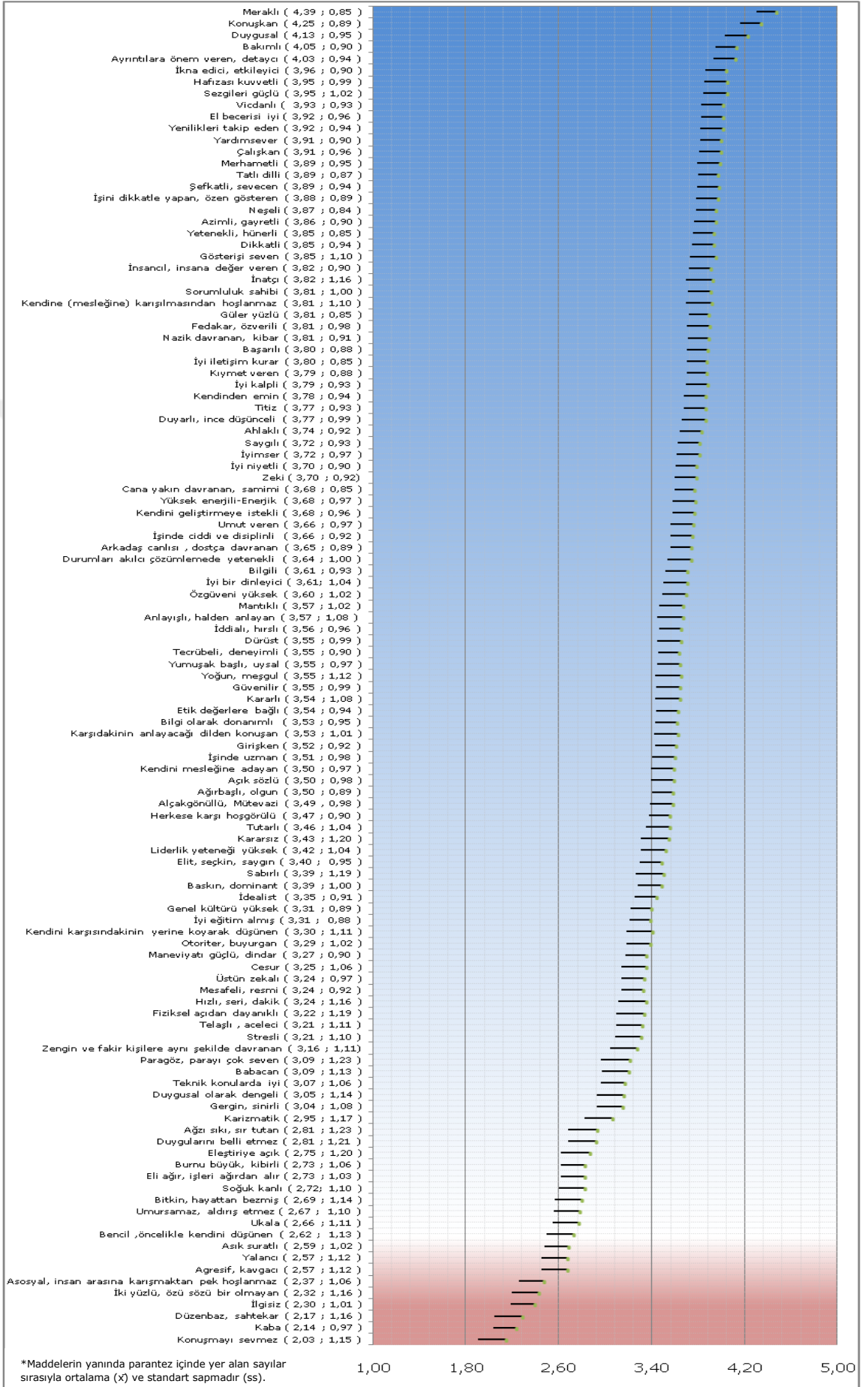
etkileyici ($\bar{x}=3,96$), hafızası kuvvetli ($\bar{x}=3,95$), sezgileri güçlü ($\bar{x}=3,95$), vicdanlı ($\bar{x}=3,93$), el becerisi iyi ($\bar{x}=3,92$) özellikleri yüksek düzeyde ilk on sırada yer almaktadır.

Madde ortalamalarının yüksek kategorisinde yoğunlaştığı göze çarpmaktadır. Orta kategoride kadını ne tanımlar ne tanımlamaz şeklinde ifade edilebilecek özelliklerden paragöz parayı çok seven ($\bar{x}=3,09$), babacan ($\bar{x}=3,09$), teknik konularda iyi ($\bar{x}=3,07$), duygusal olarak dengeli ($\bar{x}=3,05$), gergin sinirli ($\bar{x}=3,04$) ve karizmatik ($\bar{x}=2,95$) ortalaması 3'e en yakın olanlardır. Yani bu özellikler kadınların karakteristik özellikleri olarak algılanmamaktadır. Ortalama bir kadını ne karakterize eden ne de karakterize etmeyen bir özelliktir. Kısacası, bu maddeler bağlamında ortalama bir kadına ilişkin stereotip söz konusu değildir.

Düşük kategorisinde, agresif kavgacı ($\bar{x}=2,57$), asosyal insan arasında karışmaktan pek hoşlanmaz ($\bar{x}=2,37$), iki yüzlü özü sözü bir olmayan ($\bar{x}=2,32$), ilgisiz ($\bar{x}=2,30$), düzenbaz sahtekar ($\bar{x}=2,17$), kaba ($\bar{x}=2,14$), konuşmayı sevmez ($\bar{x}=2,03$) maddeleri yer almaktadır. Yani bu özellikler kadınlarda nadiren bulunur. Ortalama bir kadında bu özelliklerin olmadığına ilişkin toplumsal bir stereotip olduğu söylenebilir.

Çok düşük kategorisinde ise herhangi bir madde bulunmamaktadır.

Şekil.3.1 Kadın Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*



3.2.2. Erkek Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları

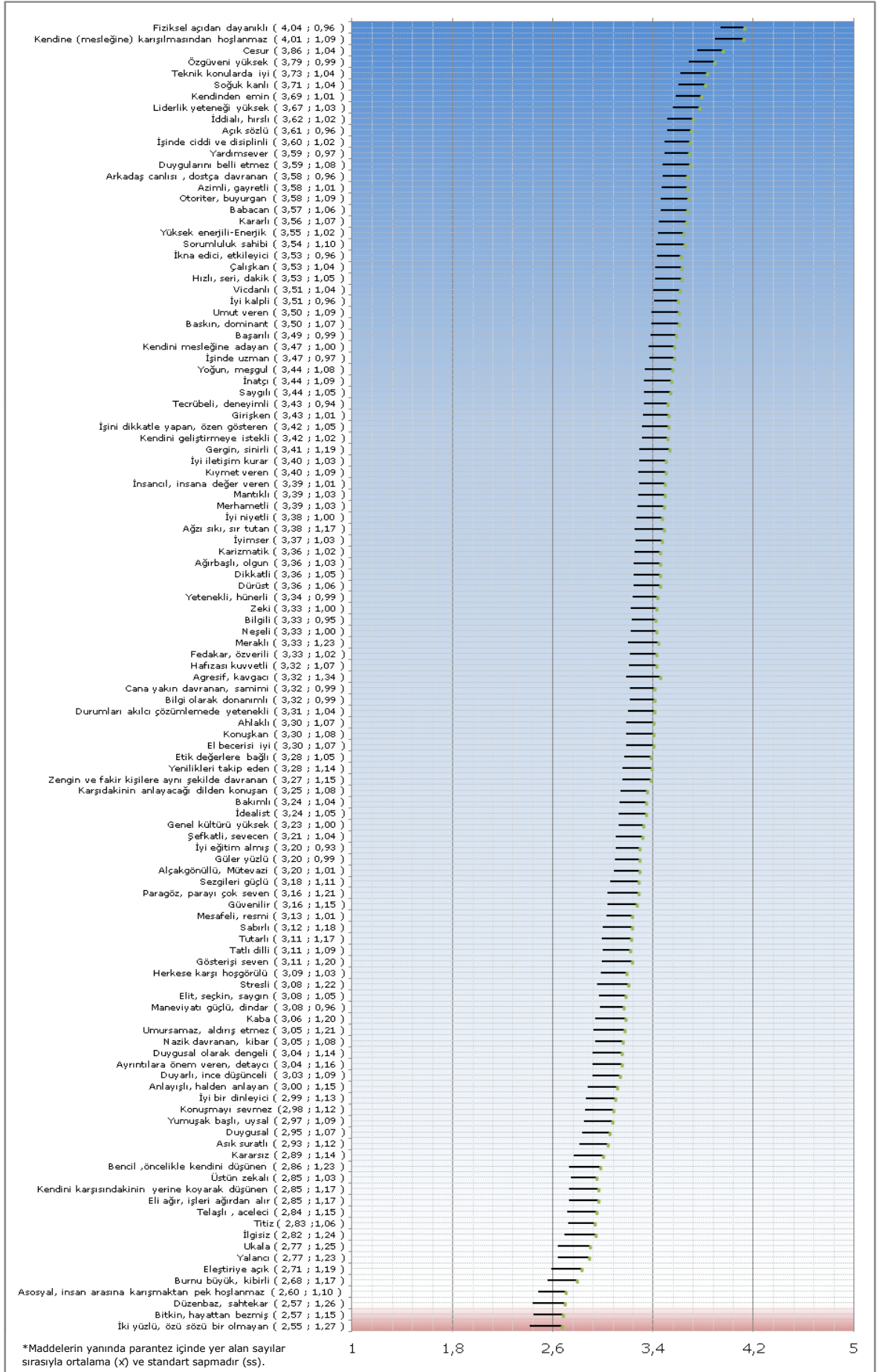
Erkek tanımlayıcı endeks maddelerine verilen cevaplar incelendiğinde, çok yüksek kategorisinde herhangi madde bulunmadığı görülmektedir. Madde ortalamaları en yüksek on madde sırasıyla fiziksel açıdan dayanıklı ($\bar{x}=4,04$), kendine (mesleğine) karışılmasından hoşlanmaz ($\bar{x}=4,01$), cesur ($\bar{x}=3,86$), özgüveni yüksek ($\bar{x}=3,79$), teknik konularda iyi ($\bar{x}=3,73$), soğukkanlı ($\bar{x}=3,71$), kendinden emin ($\bar{x}=3,69$), liderlik yeteneği yüksek ($\bar{x}=3,67$), iddialı hırslı ($\bar{x}=3,62$), açık sözlüdür ($\bar{x}=3,61$).

Madde ortalamalarının 3 ile 4 arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Orta kategoride erkeği ne tanımlar ne tanımlamaz şeklinde ifade edilebilecek maddelerden duyarlı ince düşünceli ($\bar{x}=3,03$), anlayışlı halden anlayan ($\bar{x}=3,00$), iyi bir dinleyici ($\bar{x}=2,99$), konuşmayı sevmez ($\bar{x}=2,98$) ve yumuşak başlı uysal ($\bar{x}=2,97$) ortalaması 3'e en yakın olanlardır. Yani bu özellikler erkeklerin karakteristik özellikleri olarak algılanmamaktadır. Bu maddeler bağlamında ortalama bir erkeğe ilişkin stereotip söz konusu değildir.

Erkekleri tanımlayan özellikler içinden en düşük ortalamaya sahip maddeler iki yüzlü özü sözü bir olmayan ($\bar{x}=2,55$, $ss=1,27$), bitkin hayattan bezmiş ($\bar{x}=2,57$, $ss=1,15$), düzenbaz sahtekar ($\bar{x}=2,57$, $ss=1,26$) ve asosyal insan arasında karışmaktan pek hoşlanmazdır ($\bar{x}=2,60$, $ss=1,10$). Bu maddelerin hem orta hem de düşük kategorilerinde kesiştiği görülmektedir. Yani bu özelliklerin ortalama bir erkekte olmadığına dair belirgin bir stereotip olduğu söylenemez.

Çok düşük kategorisinde ise herhangi bir madde bulunmamaktadır.

Şekil.3.2 Erkek Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*



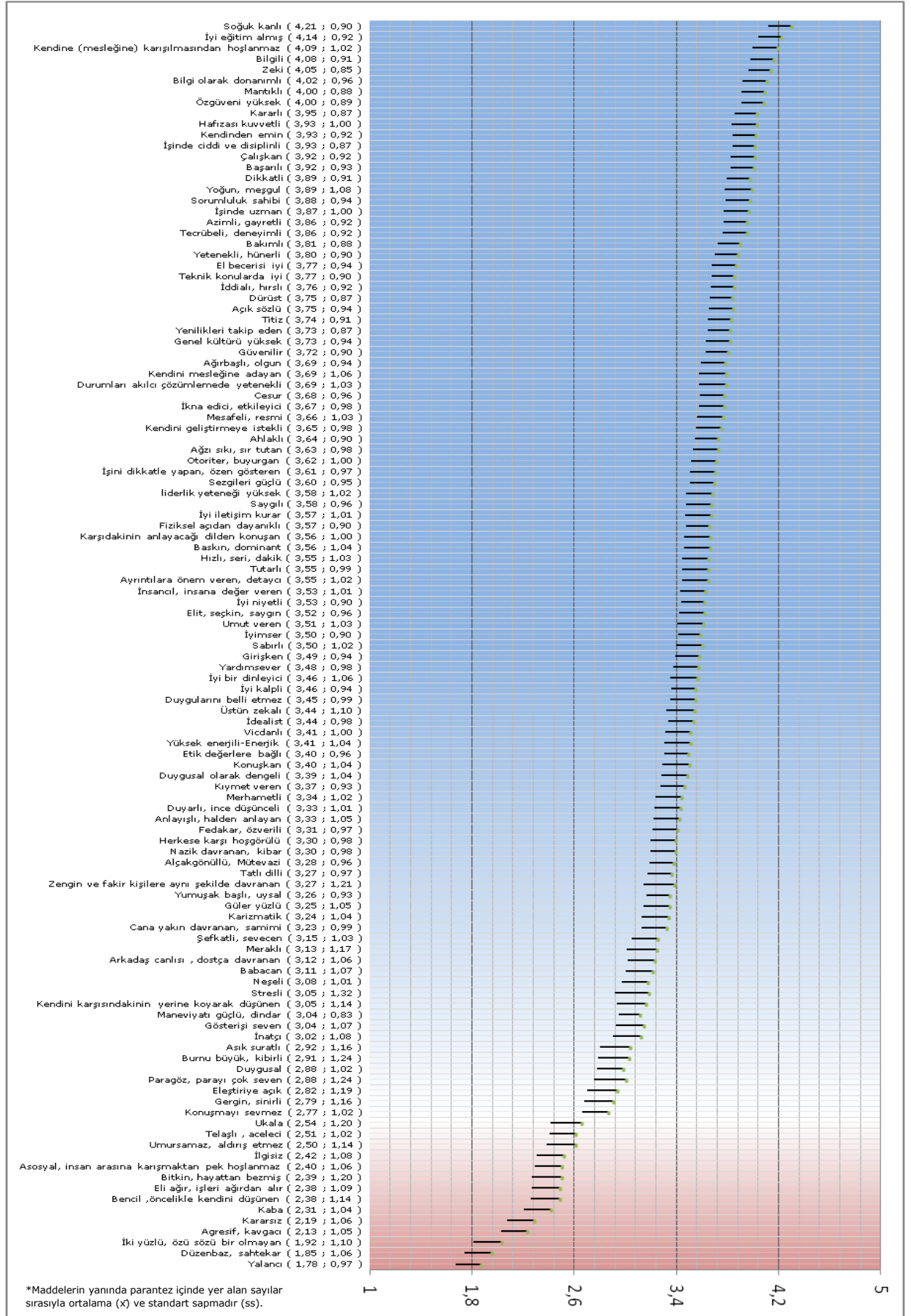
3.2.3. Hekim Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları

Hekim başlığında tanımlayıcı endeks ortalama değerlerine ait grafik tablosu incelendiğinde, hekimlerin ilk sırada çok yüksek ve yüksek kategorilerinin kesişim noktasında soğukkanlı ($\bar{x}=4,21$; $ss=0,90$) olarak tanımlandıkları görülmektedir. Daha sonra sırasıyla, kendine mesleğine karışılmasından hoşlanmaz ($\bar{x}=4,09$), bilgili ($\bar{x}=4,08$), zeki ($\bar{x}=4,05$), bilgi olarak donanımlı ($\bar{x}=4,02$), mantıklı ($\bar{x}=4,00$), özgüveni yüksek ($\bar{x}=4,00$), kararlı ($\bar{x}=3,95$) ve hafızası kuvvetli ($\bar{x}=3,93$) maddeleri yüksek düzeyde ilk on sırada yer almaktadır.

Madde ortalamalarının yüksek kategorisinde yoğunlaştığı ancak birçok maddenin alt ve üst değerlerinin orta kategori ile kesişimi olduğu göze çarpmaktadır. Orta kategoride ortalaması 3'e en yakın olan maddeler stresli ($\bar{x}=3,05$), kendini karşısındakinin yerine koyarak düşünen ($\bar{x}=3,05$), maneviyatı güçlü dindar ($\bar{x}=3,04$), gösterişi seven ($\bar{x}=3,04$) ve inatçı'dır ($\bar{x}=3,02$). Bu maddelerin bazı hekimleri tanımlarken bazı hekimleri tanımlamadığı söylenebilir. Yani, bu maddeler bağlamında ortalama bir hekime ilişkin stereotip söz konusu değildir.

Düşük kategorisinde, kaba ($\bar{x}=2,31$), kararsız ($\bar{x}=2,19$), agresif ve kavgacı ($\bar{x}=2,13$) değerleri en düşük ortalama yer alan üç maddedir. Çok düşük kategorisinde ise sadece yalancı ($\bar{x}=1,78$) maddesi yer almaktadır. Ortalama hekimde bu özelliklerin olmadığına ilişkin toplumsal bir stereotip olduğu söylenebilir.

Şekil.3.3 Hekim Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*



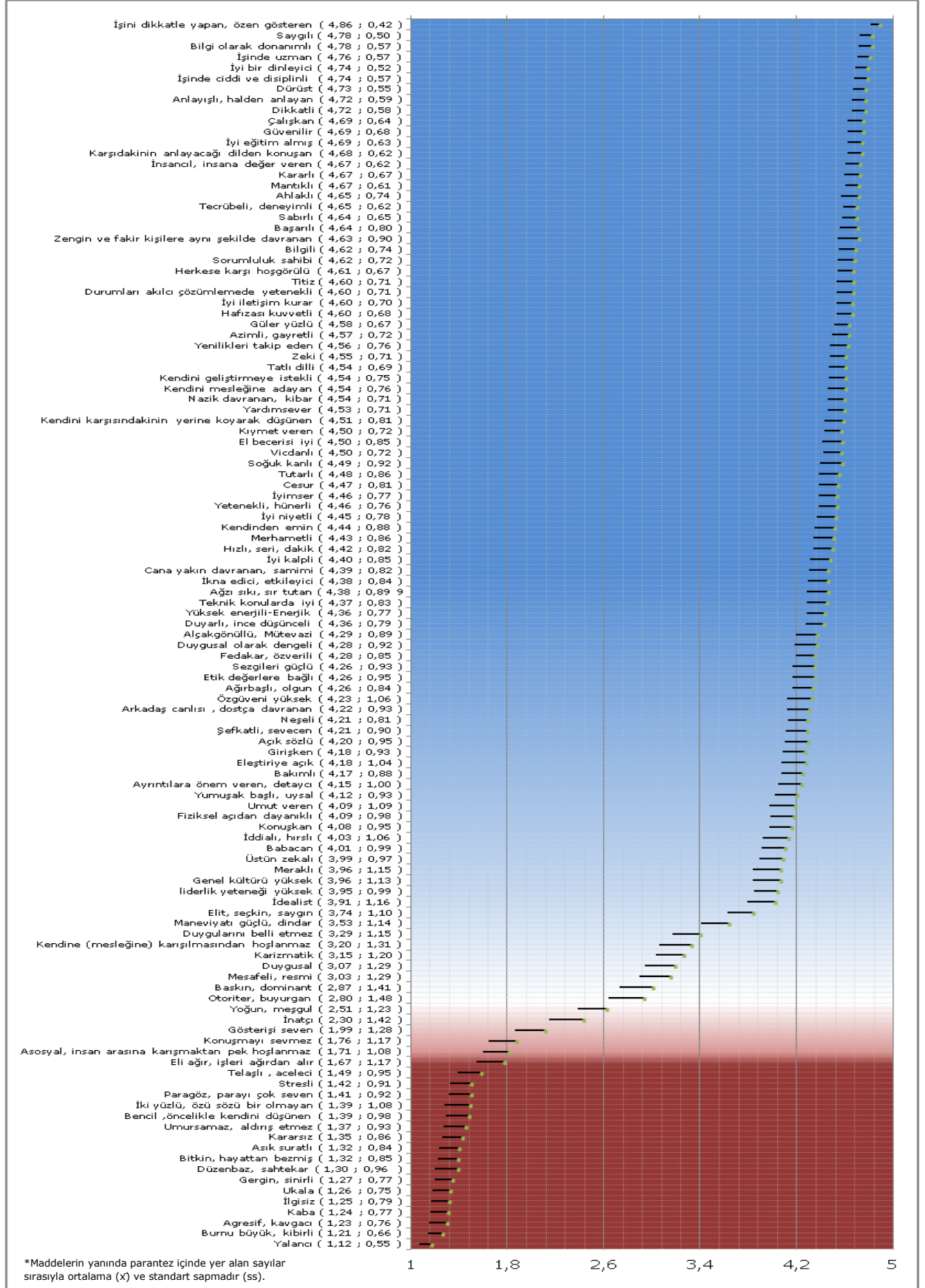
3.2.4. İyi Hekim Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları

İyi hekim tanımlayıcı endeks formuna verilen yanıtlarda ön plana çıkan ilk on madde işini dikkatle yapan özen gösteren ($\bar{x}=4,86$), saygılı ($\bar{x}=4,78$), bilgi olarak donanımlı ($\bar{x}=4,78$), işinde uzman ($\bar{x}=4,76$), iyi bir dinleyici ($\bar{x}=4,74$), işinde ciddi ve disiplinli ($\bar{x}=4,74$), dürüst ($\bar{x}=4,73$), anlayışlı halden anlayan ($\bar{x}=4,72$), dikkatli ($\bar{x}=4,72$), çalışkan'dır ($\bar{x}=4,69$). Maddelerin yoğun olarak çok yüksek ortalamaya sahip olduğu ve bir kısmının da yüksek kategorisi içerisinde yer aldığı görülmektedir. İyi bir hekim prototipini ortaya çıkarmak üzere bir nevi beklenti ölçüldüğü düşünülürse bu sonuç çok da şaşırtıcı değildir.

Çok yüksek kategorisinden sonra yüksek kategorisi ile bazı maddelerin kesiştiği gözlenmektedir. Herhangi bir özelliğin iyi hekimde olup olmaması önemli değil seçeneğine en yakın cevapların bulunduğu orta kategoride ise karizmatik ($\bar{x}=3,15$), duygusal ($\bar{x}=3,07$), mesafeli resmi ($\bar{x}=3,03$), baskın dominant ($\bar{x}=2,87$) ve otoriter buyurgan ($\bar{x}=2,80$) maddeleri yer almaktadır. Yani bu özellikler bir hekimin “iyi” veya “iyi değil” olarak algılanmasında belirleyici değildir.

Düşük kategorisinde sadece inatçı ($\bar{x}=2,30$) ve gösterişi seven ($\bar{x}=1,99$) özellikleri bulunmakta ve daha sonra keskin bir geçiş ile çok düşük ortalamalarda yanıtların yoğunlaştığı görülmektedir. En düşük beş ortalama negatif çağrışım yapan yalancı ($\bar{x}=1,12$), burnu büyük kibirli ($\bar{x}=1,21$), agresif kavgacı ($\bar{x}=1,23$), kaba ($\bar{x}=1,24$) ve ilgisiz ($\bar{x}=1,25$) maddeleridir. Bu özelliklerin iyi bir hekimde olması arzulanmamaktadır.

Şekil.3.4 İyi Hekim Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*



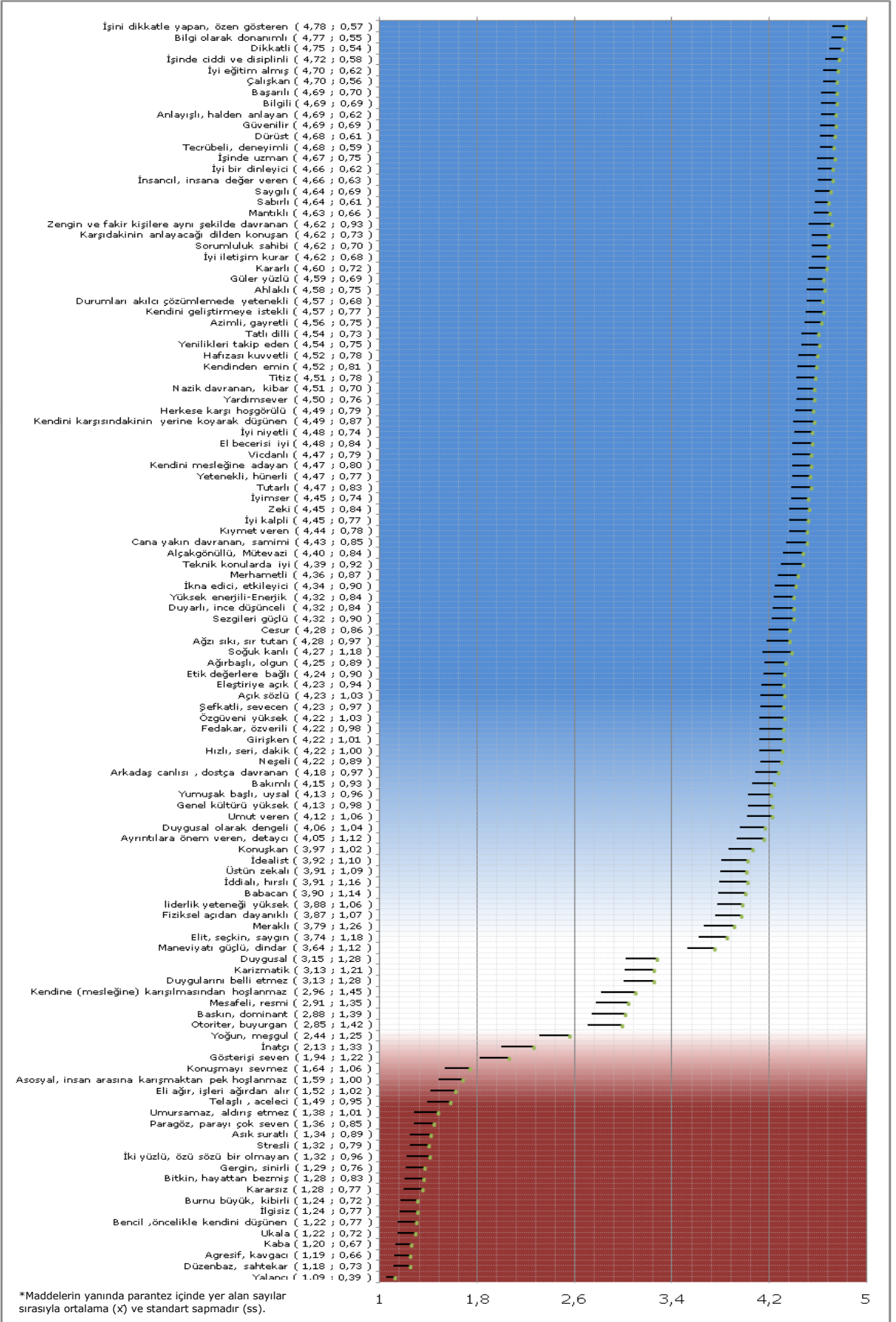
3.2.5. Tercih Edilen Hekim Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları

Tercih edilen hekim tanımlayıcı endeks formuna verilen yanıtlarda ön plana çıkan ilk on madde işini dikkatle yapan özen gösteren ($\bar{x}=4,78$), bilgi olarak donanımlı ($\bar{x}=4,77$), dikkatli ($\bar{x}=4,75$), işinde ciddi ve disiplinli ($\bar{x}=4,72$), iyi eğitim almış ($\bar{x}=4,70$), çalışkan ($\bar{x}=4,70$), başarılı ($\bar{x}=4,69$), bilgili ($\bar{x}=4,69$), anlayışlı halden anlayan ($\bar{x}=4,69$), güvenilir'dir ($\bar{x}=4,69$). İyi bir hekim endeksinde olduğu gibi maddelerin yoğun olarak çok yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Çok yüksek kategorisinden sonra maddelerin bir kısmının yüksek kategorisi ile kesiştiği gözlenmektedir. Orta kategoride ise ortalaması 3'e en yakın karizmatik ($\bar{x}=3,13$), duygularını belli etmez ($\bar{x}=3,13$), kendine mesleğine karışılmasından hoşlanmaz ($\bar{x}=2,96$), mesafeli resmi ($\bar{x}=2,91$) ve baskın dominant ($\bar{x}=2,88$) maddeleridir. Yani bu özellikler bir hekimin tercih edilmesinde veya edilmemesinde belirleyici değildir.

Düşük kategorisinde yoğun meşgul ($\bar{x}=2,44$), inatçı ($\bar{x}=2,13$) ve gösterişi seven ($\bar{x}=1,94$) maddeleri yer almaktadır. Çok düşük kategorisinde yanıtların yeniden yoğunlaştığı görülmektedir. En düşük beş ortalama negatif çağrışım yapan yalancı ($\bar{x}=1,09$), düzenbaz sahtekar ($\bar{x}=1,18$), agresif kavgacı ($\bar{x}=1,19$), kaba ($\bar{x}=1,20$) ve ukala ($\bar{x}=1,22$) maddeleridir. Tercih edilen bir hekimde bu özelliklerin bulunması arzulanamamaktadır.

Şekil.3.5 Tercih Edilen Hekim Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*



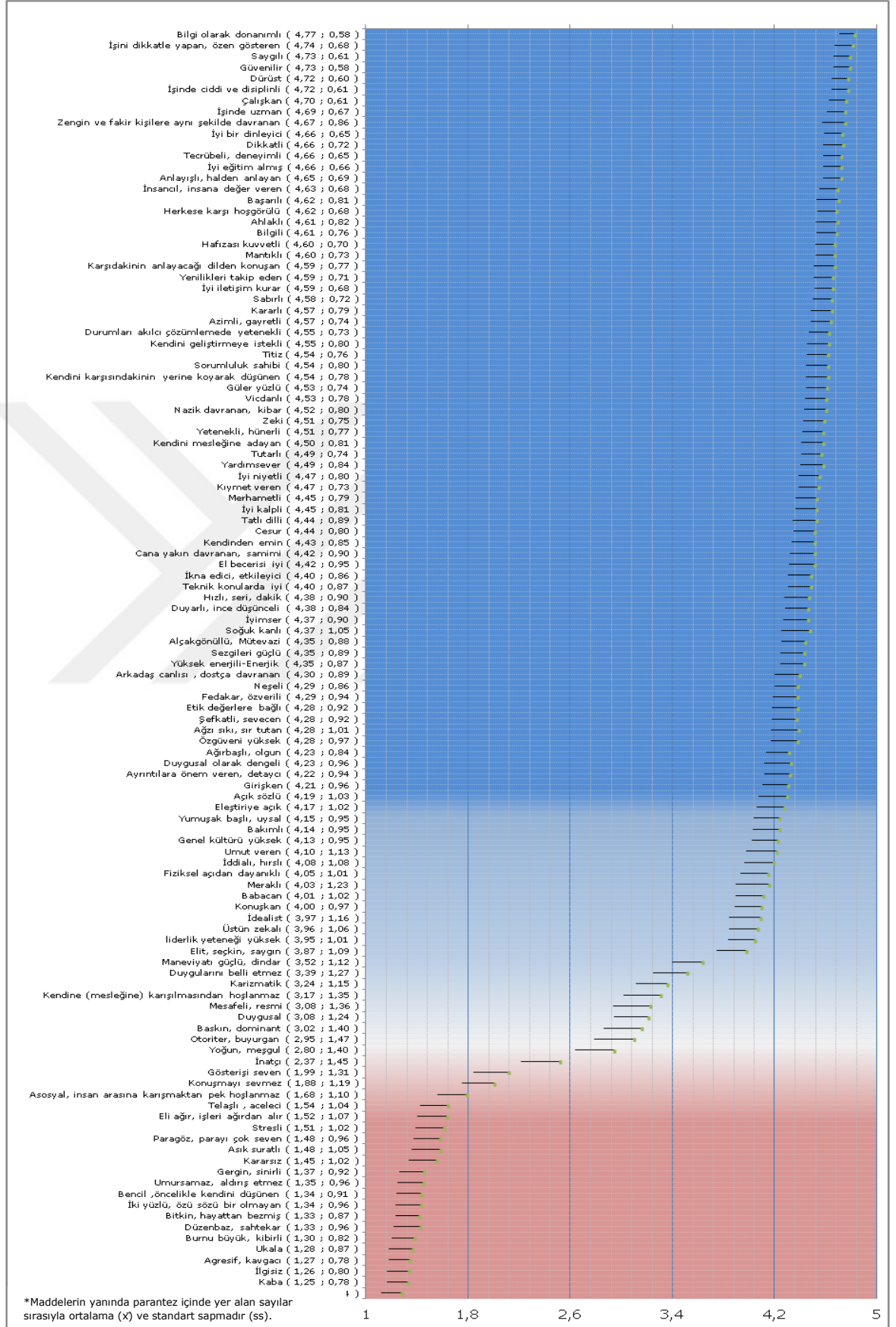
3.2.6. Başarılı Hekim Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları

Başarılı hekim tanımlayıcı endeks formuna verilen yanıtlarda ön plana çıkan ilk on madde bilgi olarak donanımlı ($\bar{x}=4,77$), işini dikkatle yapan özen gösteren ($\bar{x}=4,74$), saygılı ($\bar{x}=4,73$), güvenilir ($\bar{x}=4,73$), dürüst ($\bar{x}=4,72$), işinde ciddi ve disiplinli ($\bar{x}=4,72$), çalışkan ($\bar{x}=4,70$), işinde uzman ($\bar{x}=4,69$), zengin ve fakir kişilere aynı şekilde davranan ($\bar{x}=4,67$), iyi bir dinleyicidir ($\bar{x}=4,66$). Maddelerin yoğun olarak çok yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Çok yüksek kategorisinden sonra maddelerin bir kısmının yüksek kategorisi ile kesiştiği gözlenmektedir. Orta kategoride ise ortalaması 3'e en yakın karizmatik ($\bar{x}=3,13$), duygularını belli etmez ($\bar{x}=3,13$), kendine mesleğine karışılmasından hoşlanmaz ($\bar{x}=2,96$), mesafeli resmi ($\bar{x}=2,91$) ve baskın dominant ($\bar{x}=2,88$) maddeleridir. Yani bu özellikler bir hekimin “başarılı” veya “başarılı değil” olarak algılanmasında belirleyici değildir.

Düşük kategorisinde sadece inatçı ($\bar{x}=2,37$), gösterişi seven ($\bar{x}=1,99$) maddeleri bulunmakta ve daha sonra yanıtların çok düşük ortalamalarda yeniden yoğunlaştığı görülmektedir. En düşük beş ortalama yalancı ($\bar{x}=1,21$), kaba ($\bar{x}=1,25$), ilgisiz ($\bar{x}=1,26$), agresif kavgacı ($\bar{x}=1,27$), ve ukala ($\bar{x}=1,28$) maddeleridir. Bu maddeler başarılı bir hekimde bulunması arzulanmayan maddelerdir.

Şekil.3.6 Başarılı Hekim Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*



3.2.7. Güvenilir Hekim Tanımlayıcı Endeks Maddeleri Ortalama Bulguları

Güvenilir hekim tanımlayıcı endeks formuna verilen yanıtlarda ön plana çıkan ilk on madde işini dikkatle yapan özen gösteren ($\bar{x}=4,84$), dikkatli ($\bar{x}=4,76$), işinde ciddi ve disiplinli ($\bar{x}=4,76$), bilgi olarak donanımlı ($\bar{x}=4,76$), anlayışlı halden anlayan ($\bar{x}=4,75$), saygılı ($\bar{x}=4,73$), başarılı ($\bar{x}=4,73$), dürüst ($\bar{x}=4,73$), güvenilir ($\bar{x}=4,73$) ve ahlâklıdır ($\bar{x}=4,70$).

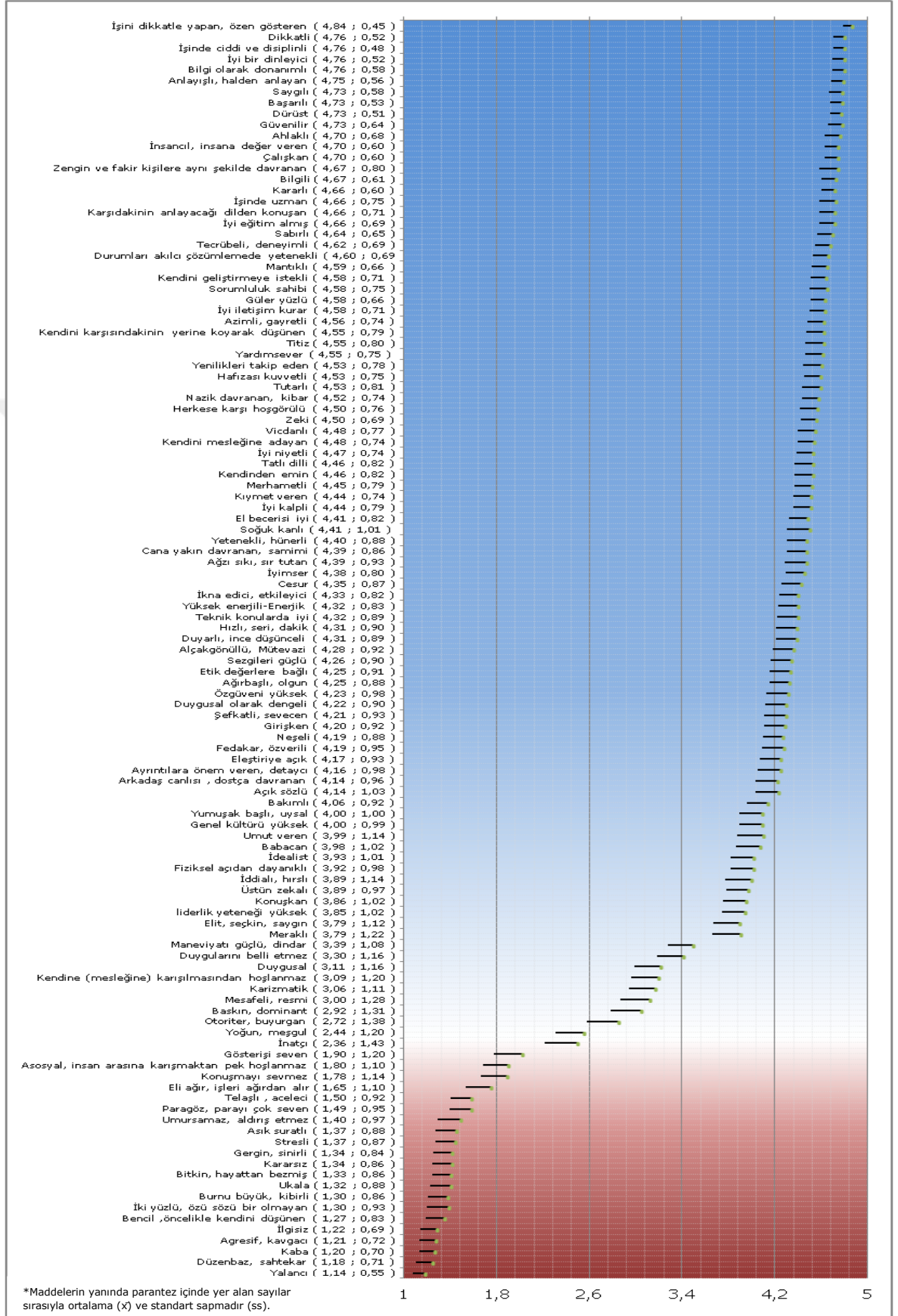
Maddelerin diğer prototip ölçen endeksler ile benzer şekilde yoğun olarak çok yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Bu maddelerin genellikle pozitif çağrışım yapan maddeler olması ve güvenilir hekim prototipi için beklentiyi ortaya koyduğu anlamına gelmektedir.

Yüksek kategorisinde bakımlı ($\bar{x}=4,06$), yumuşak başlı uysal ($\bar{x}=4,00$), genel kültürü yüksek ($\bar{x}=4,00$), umut veren ($\bar{x}=3,99$), babacan ($\bar{x}=3,98$) ve idealist ($\bar{x}=3,93$) maddelerinin üst sıralarda yer aldığı görülmektedir.

Orta kategoride ise duygusal ($\bar{x}=3,11$), kendine (mesleğine) karışılmasından hoşlanmaz ($\bar{x}=3,09$), karizmatik ($\bar{x}=3,06$) ve mesafeli resmi ($\bar{x}=3,00$) maddeleri yer almaktadır. Yani bu özellikler bir hekimin “güvenilir” veya “güvenilir değil” olarak algılanmasında belirleyici değildir.

Düşük kategorisinde sadece yoğun meşgul ($\bar{x}=2,44$) ile inatçı ($\bar{x}=2,36$) maddeleri bulunmaktadır. Çok düşük kategorisinde negatif anlam çağrıştıran ifadelerin yoğunlaştığı görülmektedir. En düşük beş özellik ortalama yalancı ($\bar{x}=1,14$), düzenbaz sahtekar ($\bar{x}=1,18$), kaba ($\bar{x}=1,20$), agresif kavgacı ($\bar{x}=1,21$), ilgisiz ($\bar{x}=1,22$) ve bencil öncelikle kendini düşünen ($\bar{x}=1,27$). Bu özelliklerin güvenilir hekimde bulunması arzulanamamaktadır.

Şekil.3.7 Güvenilir Hekim Tanımlayıcı Endeks Formu Madde Ortalamaları Grafiği*



Tanımlayıcı endeks maddeleri oluşturulurken hekimi tanımlayan özellikler ortaya çıkarılmıştır. Dolayısı ile kadın ve erkek tanımlayıcı endeks maddelerine verilen cevaplar hekim ile ilgili özellikler ile sınırlandırılmıştır. Bu özelliklerin içinde hangilerinin kadını ve erkeği daha fazla ya da daha az tanımladığı ortaya çıkarılmıştır. Elbette araştırma konusu kadın ve erkek ile ilgili stereotipler olsaydı farklı tanımlayıcı özellikler ile kadın ve erkek tarif edilebilirdi. Ancak araştırmanın amacı hekime ve güvenilir hekime yönelik tanımlayıcı özelliklerin ortaya çıkarılması olduğu için bu özelliklerin aynı zamanda cinsiyet stereotipleri ile tanımlanıp tanımlanmayacağının anlaşılması açısından önemlidir.

Hekim stereotiplerinin araştırıldığı bulgularda, özelliklerin yüksek ve orta kategoride yoğunlaştığı ilgili bölümde söylenmişti. Prototiplerin araştırıldığı bulgularda ise, özelliklerin daha yoğun olarak çok yüksek kategorisinde yer aldığı gözlenmiştir. Bu fark; veri toplama aşamasında stereotip ölçümü için "ortalama bir hekimde bulunduğunu düşündüğünüz maddeler nelerdir?", prototip ölçümü için de "genel olarak iyi/tercih edilen/başarılı/güvenilir hekimde bulunması önemli olan maddeler nelerdir?" şeklinde yöneltilen soru kalıplarından kaynaklanmaktadır. Bu sayede elde edilen sonuçların karşılaştırması algılanan ortalama bir hekim stereotipleri ile arzulanan hekim prototipleri arasında karşılaştırma yapılmasına imkân sağlamaktadır. İlerleyen bölümlerde endekslerin ilişkileri ve karşılaştırmalarına yönelik istatistiki bulgular sunulacaktır.

3.3. Sınıf İçi Korelasyon (ICC) Bulguları

Tanımlayıcı endeks formlarının (kadın, erkek, hekim, iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim) arasında ne ölçüde ilişki olduğunu tespit etmek için Schein'in (1973, 1975, 1989) önerdiği sınıf içi korelasyon (ICC) katsayıları kullanılmıştır. Sınıf içi korelasyon katsayılarının nasıl hesaplandığına veri analizinin anlatıldığı bölümde değinilmişti.

Katılımcıların, çalışmanın tanımlayıcı endeks formlarının farklı versiyonlarını rastgele bir şekilde yanıtlamaları nedeniyle farklı veri setleri oluşmuştur. Hays (1963:424), ICC'nin "aynı kategorideki gözlemlerin birbiriyle ilişkili olduğunu veya

ortalamada farklı kategorilerdeki gözlemlerden daha fazla olma eğiliminde olduğunu” ifade etmek için kullanılabileceğini belirtmiştir. Araştırmada, kategorileri tanımlayıcı endeks formlarının başlıkları oluşturmaktadır. Her bir başlık için katılımcıların ortalama puanlarını ayrı ayrı hesaplanır ve bu ortalamalar arasında karşılaştırma yapılır. Örneğin, hekim endeksine (stereotip) verilen yanıtlar ile güvenilir hekim (prototip) arasındaki benzerlik derecesi, ortalamalar ile 115 tanımlayıcı maddenin sınıf içi korelasyonu hesaplanarak belirlenir. Sınıf içi korelasyon katsayısının değeri ne kadar büyükse, aynı kategorideki maddeler, farklı kategorilerdeki maddelerle daha benzerdir (Hays, 1963:424). Negatif bir sınıf içi korelasyon katsayısı mümkündür. Negatif bir katsayı, gruplar arasındaki değişimin gruplar içindeki değişimden daha az olduğunu gösterir (Hays, 1963:424).

Tablo 3.11 Tüm Endekslerin ICC Bulguları

Endeks (115 Madde)	Kadın	Erkek	hekim	İyi	Tercih	Başarılı	Güvenilir
Kadın	1						
Erkek	0,350**	1					
hekim	0,620**	0,573**	1				
İyi	0,444**	0,159*	0,524**	1			
Tercih	0,453**	0,166*	0,531**	0,998**	1		
Başarılı	0,452**	0,161*	0,532**	0,998**	0,997**	1	
Güvenilir	0,449**	0,165*	0,533**	0,998**	0,998**	0,997**	1

*p<0,05, **p<0,01

Araştırmada kullanılan tanımlayıcı endeks formlarının (115 madde için) sınıf içi korelasyon (ICC) bulgularına göre iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim arasında yüksek derecede ilişki olduğu görülmektedir. Bu bulgulara göre katılımcıların iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim tanımlamalarının neredeyse aynı olduğu şeklinde bir yorum yapılabilir. Hekim tanımlayıcı endeksinin iyi hekim ($p<0,01$; $r'=0,524$), tercih edilen hekim ($p<0,01$; $r'=0,531$), başarılı hekim ($p<0,01$; $r'=0,532$) ve güvenilir hekim ($p<0,01$; $r'=0,533$) ile orta düzeyde ilişkisi olduğu gözlenmiştir.

Hekim stereotipi ile kadın stereotipi ($p<0,01$; $r'=0,620$) ve erkek stereotipi ($p<0,01$; $0,573$) arasında kadın stereotipinde kısmen daha yüksek ancak orta düzeyde ilişki mevcuttur. Hekim prototipleri (iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim) ile kadın stereotipleri arasında orta düzeyde ($p<0,01$) bir ilişki görülürken, erkek stereotipleri ile düşük ilişki mevcuttur ($p<0,05$). Her ne kadar Schein (1973) hesapladığı katsayıları yorumlarken Hays'ın (1963:424) rakamsal büyüklüğün ilişkinin daha fazla olduğu anlamına geleceği açıklamasına atıf yaparak herhangi ekstra bir analize ihtiyaç duymamış olsa da bu araştırmada McGraw ve Wong'un (1996) farklı korelasyon katsayıları arasında anlamlı fark olup olmadığını test etmek için önerdiği Fisher'ın Z testi kullanılmıştır. Z değerinin -1,96 ile +1,96 arasında kalması durumunda farkın %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılır. Z değeri $\pm 1,96$ ile $\pm 2,58$ arasında bir değer alıyorsa %95 güven düzeyinde anlamlı, $\pm 2,58$ 'den yüksek değer alıyorsa %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu sonucu çıkarılır. Kadın ve erkek stereotipleri ile diğer endeks formları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını ya da ne düzeyde bir fark olduğunu yorumlayabilmek için aşağıdaki tabloda Z değerleri hesaplanmıştır.

3.3.1. Cinsiyet Endekslerine Ait Sınıf İçi Korelasyon Bulguları

İlk analiz (yukarıda açıklandığı gibi), genel olarak tüm endekslerin arasındaki ICC bulgularını vermektedir. Tüm katılımcılardan alınan veriler doğrultusunda kadın stereotipi ve erkek stereotipinin hekim stereotipleri ve prototipleri ile benzerlik derecesini açıklamak üzere Fisher'ın Z değerlerinin hesaplandığı tablo aşağıdadır.

Tablo 3.12 Cinsiyet Endekslerinin (diğer endekslerle) ICC Bulguları

Endeks (115 Madde)	Hekim	İyi Hekim	Tercih E. Hekim	Başarılı Hekim	Güvenilir Hekim
Kadın Endeksi	0,620**	0,444**	0,453**	0,452**	0,449**
Erkek Endeksi	0,573**	0,159*	0,166*	0,161*	0,165*
z	0,55	2,37*	2,40*	2,43*	2,37*

* $p<0,05$, ** $p<0,01$

Katılımcıların tümünün yanıtlarına göre ortalama hekim stereotipleri ile hem kadın stereotipleri hem de erkek stereotipleri arasında orta düzeyde bir korelasyon söz

konusudur ($p<0,01$). Yani Türkiye’de ortalama bir hekim belli ölçüde hem eril hem de dişil algılanmaktadır. Katsayılar arasındaki fark değerlendiğinde hekim stereotipleri açısından %95 güven düzeyinde anlamlı bir fark söz konusu değildir ($z=0,55$; $p>0,05$).

Hekim prototiplerinde (iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim) ise ortalama hekim stereotiplerinden farklı bir durum gözlenmektedir. Erkek stereotipleri ile hekim prototipleri arasında oldukça düşük düzeyde bir ilişki söz konusudur ($p<0,05$). Bununla beraber hekim prototiplerinin (iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim) tamamında kadın stereotipleri ile orta düzeyde bir korelasyon söz konusudur ($p<0,01$). Hekim prototiplerinin cinsiyet stereotipleri ile korelasyon katsayıları karşılaştırıldığına %95 güven düzeyinde anlamlı bir fark mevcuttur (iyi hekim $z=2,37$; tercih edilen hekim $z=2,40$; başarılı hekim $z=2,43$; güvenilir hekim $z=2,37$). Yani “iyi hekim”, “tercih edilen hekim”, “başarılı hekim” ve “güvenilir hekim” daha dişil algılanmaktadır.

Özetle; Türkiye’de ortalama bir hekimin daha eril veya daha dişil algılandığı söylenemez. Bununla beraber toplumun daha dişil özellikler taşıyan hekimleri daha başarılı, iyi, güvenilir bulduğu ve tercih ettiği söylenebilir.

3.3.1.1. Cinsiyet Endekslerinin Katılımcı Cinsiyetine Göre ICC bulguları

Bilindiği üzere bireyin cinsiyeti stereotip ve prototip algısında farklılık oluşturabilir. Araştırmada katılımcıların cinsiyetine göre kadın erkek stereotipleri ile hekim stereotipleri ve prototipleri arasında fark olup olmadığını ya da varsa ne düzeyde fark olduğunu anlamak üzere ICC bulgularına bakılmıştır. Tablo 3.13 kadınlardan alınan verilere göre ICC bulgularını, Tablo 3.14 ise erkeklerden alınan verilere göre ICC bulgularını vermektedir.

Tablo 3.13 Kadın Katılımcıların Cevaplarına Göre ICC Bulguları

Endeks (115 Madde)	Hekim	İyi Hekim	Tercih E. Hekim	Başarılı Hekim	Güvenilir Hekim
Kadın Endeksi	0,655**	0,564**	0,573**	0,572**	0,570**
Erkek Endeksi	0,202*	-0,078	-0,073	-0,084	-0,079
z	4,33**	5,36**	5,43**	5,50**	5,44**

* $p<0,05$, ** $p<0,01$

Kadın katılımcılara göre ortalama hekim stereotipleri ile kadın stereotipleri arasında orta düzeyde ($p<0,01$), erkek stereotipleri arasında düşük düzeyde bir korelasyon söz konusudur ($p<0,01$). Yani kadınlara göre Türkiye’de ortalama bir hekim belli ölçüde eril algılanmakla birlikte daha çok dişil algılanmaktadır. Bu algılar arasında %99 güven düzeyinde anlamlı fark olduğu görülmektedir ($z=4,33$). Türkiye’de kadınlar ortalama bir hekimi daha dişil algılamaktadır.

Hekim prototiplerinde daha da belirgin bulgular söz konusudur. İyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim prototiplerinin tamamında kadın stereotipleri ile orta düzeyde bir korelasyon söz konusu iken ($p<0,01$) bahsi geçen prototiplerin erkek stereotipleri ile anlamlı bir korelasyonu bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eril ve dişil algılarını gösteren korelasyon katsayılarının hekim stereotipleri ve prototiplerinin karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgulara göre tüm başlıklarda %99 güven düzeyinde anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (hekim $z=4,33$; iyi hekim $z=5,36$; tercih edilen hekim $z=5,43$; başarılı hekim $z=5,50$; güvenilir hekim $z=5,44$). Bu bulgular doğrultusunda kadınların iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim özelliklerini neredeyse hiç eril algılamadıkları hatta yüksek düzeyde dişil algıladıkları görülmektedir ($p<0,01$). Kadınların dişil özellikler taşıyan hekimleri daha başarılı, iyi, güvenilir bulduğu ve tercih ettiği söylenebilir.

Erkek katılımcıların yanıtlarına göre yapılan değerlendirmeler ise şu şekildedir.

Tablo 3.14 Erkek Katılımcıların Cevaplarına Göre ICC Bulguları

Endeks (115 Madde)	Hekim	İyi Hekim	Tercih E. Hekim	Başarılı Hekim	Güvenilir Hekim
Kadın Endeksi	0,514**	0,288**	0,298**	0,296**	0,296**
Erkek Endeksi	0,780**	0,421**	0,423**	0,433**	0,430**
z	3,57	1,14	1,08	1,19	1,16

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Erkek katılımcılara göre ortalama hekim stereotipleri ile kadın stereotipleri arasında orta düzeyde ($p<0,01$), erkek stereotipleri arasında yüksek düzeyde bir korelasyon söz konusudur ($p<0,01$ Katsayılar arasındaki fark %99 güven düzeyinde anlamlıdır ($z=3,57$). Yani erkekler ortalama bir hekimi daha eril algılamaktadır.

Erkek katılımcılara göre hekim prototiplerinin (iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim) eril ve dişil algılamalarına bakıldığında kadın stereotipleri ile düşük düzeyde bir korelasyon görülmektedir ($p<0,01$). Erkek stereotiplerinin ise bahsi geçen prototipler ile orta düzeyde anlamlı bir korelasyonu bulunmaktadır ($p<0,01$). Erkek stereotipleri, kadın stereotiplerine kıyasla hekim prototipleri (iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim) ile daha yüksek korelasyon sonuçlarına sahip olsa da, bu katsayılar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Erkeklerin “iyi”, “tercih edilen”, “başarılı” ve “güvenilir” bir hekimi daha eril veya daha dişil algıladığı söylenemez ($p>0,05$).

3.3.1.2. Cinsiyet Endekslerinin Katılımcı Yaş Gruplarına Göre ICC bulguları

Yaş gruplarının stereotip ve prototip algılamalarında farklılık göstereceği düşünülebilir. Araştırmada katılımcıların yaşına göre kadın erkek stereotipleri ile hekim stereotipleri ve prototipleri arasında fark olup olmadığını ya da varsa ne düzeyde fark olduğunu anlamak üzere ICC bulgularına bakılmıştır. Sırasıyla 24 ve altı yaş, 25-41 yaş ve 42 ve üstü yaş grubundan alınan verilere göre ICC bulguları sunulmuştur.

Tablo 3.15. 24 ve Altı Yaş Grubunun Cevaplarına Göre ICC Bulguları

Endeks (115 Madde)	Hekim	İyi Hekim	Tercih E. Hekim	Başarılı Hekim	Güvenilir Hekim
Kadın Endeksi	0,489**	0,347**	0,376**	0,377**	0,358**
Erkek Endeksi	0,459**	0,058	0,079	0,068	0,064
z	0,03	2,27*	2,37*	2,46*	2,32*

* $p<0,05$, ** $p<0,01$

24 ve altı yaş grubu³ için elde edilen sonuçlara göre, hem kadın stereotipi ($r'=0,489$) hem de erkek stereotipi ($r'=0,459$) ile hekim stereotipi arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,01$) Bu korelasyon katsayıları arasında %95 güven düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=0,03$). 24 yaş altı grubun ortalama bir hekimi daha eril veya daha dişil algıladığı söylenemez.

³ 24 ve altı yaş grubunda 825 katılımcı bulunmaktadır. Bu katılımcılardan 355'i erkek, 470'i kadındır.

Hekim prototipleri ile kadın stereotipleri arasında orta düzeye yakın anlamlı bir ilişki varken ($p<0,01$), erkek stereotipleri ile %95 güven düzeyine anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Korelasyon katsayıları arasında %95 güven düzeyinde anlamlı bir fark mevcuttur ($z=2,27$, $z=2,37$, $z=2,46$, $z=2,32$). 24 yaş altı grubun nispeten dişil özellikler taşıyan hekimleri daha başarılı, iyi, güvenilir bulduğu ve tercih ettiği söylenebilir.

Tablo 3.16. 25-41 Yaş Grubunun Cevaplarına Göre ICC Bulguları

Endeks (115 Madde)	Hekim	İyi Hekim	Tercih E. Hekim	Başarılı Hekim	Güvenilir Hekim
Kadın Endeksi	0,509**	0,435**	0,448**	0,434**	0,446**
Erkek Endeksi	0,596**	0,140	0,139	0,134	0,147
z	0,94	2,43*	2,56*	2,37*	2,48*

* $p<0,05$, ** $p<0,01$

25-41 yaş grubu⁴ için elde edilen sonuçlara göre, hem kadın stereotipi ($r'=0,509$) hem de erkek stereotipi ($r'=0,596$) ile hekim stereotipi arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,01$). Ancak kadın ve erkek stereotiplerinin korelasyon katsayıları arasında %95 güven düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=0,94$).

24 ve altı yaş grubu ile benzer şekilde hekim prototipleri ile kadın stereotipleri arasında orta düzeye yakın anlamlı bir ilişki varken ($p<0,01$), erkek stereotipleri ile %95 güven düzeyine anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Korelasyon katsayıları arasında %95 güven düzeyinde anlamlı bir fark mevcuttur ($z=2,43$, $z=2,56$, $z=2,37$, $z=2,48$).

Tüm bulgular incelendiğinde 24 ve altı yaş grubuna göre ICC katsayılarında bir artış olduğu gözlenmektedir.

Tablo 3.17 42 ve Üzeri Yaş Grubunun Cevaplarına Göre ICC Bulguları

Endeks (115 Madde)	Hekim	İyi Hekim	Tercih E. Hekim	Başarılı Hekim	Güvenilir Hekim
Kadın Endeksi	0,707**	0,539**	0,534**	0,536**	0,542**
Erkek Endeksi	0,634**	0,311**	0,313**	0,309**	0,319**
z	1,0	2,10*	2,03*	2,09*	2,07*

* $p<0,05$, ** $p<0,01$

⁴ 25-41 yaş grubunda 866 katılımcı bulunmaktadır. Bu katılımcılardan 431'i erkek, 435'i kadındır.

42 ve üzeri yaş grubu⁵ için elde edilen sonuçlara göre, hem kadın stereotipi ($r'=0,707$) hem de erkek stereotipi ($r'=0,634$) ile hekim stereotipleri arasında yükseğe yakın bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,01$). Diğer iki yaş grubuna göre korelasyon katsayılarının artmaya devam ettiği gözlenmektedir. Ancak yine de kadın ve erkek stereotiplerinin hekim stereotipleri ile korelasyon katsayıları arasında %95 güven düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=1,0$).

Diğer yaş grupları ile benzer şekilde hekim prototipleri ile kadın stereotipleri arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). Ancak diğer iki yaş grubundan farklı olarak erkek stereotipleri ile düşük düzeyde anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir ($p<0,01$). Bu korelasyon katsayıları arasında %95 güven düzeyinde anlamlı bir fark mevcuttur ($z=2,10$, $z=2,03$, $z=2,09$, $z=2,07$). 42 yaş üzeri grubun da daha dişil özellikler taşıyan hekimleri daha başarılı, iyi, güvenilir bulduğu ve tercih ettiği söylenebilir.

Tüm yaş grupları ile ilgili ICC tabloları genel olarak değerlendirildiğinde korelasyon kat sayılarının tüm başlıklarda giderek arttığı görülmektedir. Ancak en bariz artış en yüksek yaş grubu olan 42 yaş ve üstünde görülmüştür. Yani yaş arttıkça kadın, erkek, hekim stereotipleri ve hekim prototipleri arasındaki ilişkilerin arttığı söylenebilir.

3.4. Tanımlayıcı Endeks Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı endeks formlarının her biri için elde edilen madde ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığına ilişkin analiz bağımsız örneklem t-testi ile yapılmıştır.

Araştırmanın, güvenilir bir hekimde aranan özellikleri tespit etmeye yönelik amacı doğrultusunda sadece güvenilir hekim endeksinin madde ortalamalarının diğer endekslerden farkını ortaya koyan bulgulara yer verilmiştir (Tablo 3.4).

Tablo 3.4.'de güvenilir hekim endeksine verilen yanıtlar, ortalaması en yüksek olan maddeden en düşüğe doğru sıralanmış ve yan sütunlarda güvenilir hekime ait

⁵ 42 ve üzeri yaş grubunda 815 katılımcı bulunmaktadır. Bu katılımcılardan 456'i erkek, 359'u kadındır.

madde ortalamaları ile standart sapmalara yer verilmiştir. Diğer endekslerin fark analizine ait bulguları sırasıyla kadın, erkek, hekim, iyi hekim, başarılı hekim ve tercih edilen hekim ile ilgili sütunlarda verilmiştir. Diğer endeks başlıkları altındaki bulgular bağımsız örneklem *t* testi sonuçlarına ait *t-değeri* ve *ortalamalar arası farklardır*. Hesaplanan *t* değerlerinin $\pm 1,96$ 'dan büyük olması 0,05 düzeyinde; $\pm 2,58$ 'den büyük olması ise 0,01 düzeyinde anlamlı olduğunu göstermektedir (Kline, 2005).

Tablo 3.18 *Güvenilir Hekim ile Diğer Tanımlayıcı Endekslerin Farklarına Ait Bulgular*

Endeks Başlıkları	Güvenilir H. (a)		Kadın (b)		Erkek (c)		Hekim (d)		İyi H. (e)		Tercih E. H. (f)		Başarılı H. (g)	
Endeks Maddeleri	$\bar{x}$	ss	t	(a-b)	t	(a-c)	t	(a-d)	t	(a-e)	t	(a-f)	t	(a-g)
İşini dikkatle yapan, özen gösteren	4,84	0,45	18,18	0,95	23,69	1,42	22,00	1,23	-0,74	-0,02	1,51	0,06	2,17	0,09
Dikkatli	4,76	0,52	16,21	0,91	22,97	1,41	15,93	0,88	1,05	0,04	0,32	0,01	2,08	0,10
İşinde ciddi ve disiplinli	4,76	0,48	20,10	1,10	19,74	1,16	16,02	0,83	0,47	0,02	0,92	0,04	1,07	0,04
İyi bir dinleyici	4,76	0,52	18,91	1,15	27,26	1,77	21,13	1,30	0,41	0,02	2,19	0,09	2,11	0,09
Bilgi olarak donanımlı	4,76	0,58	21,11	1,23	23,95	1,44	12,68	0,74	-0,46	-0,02	-0,22	-0,01	-0,29	-0,01
Anlayışlı, halden anlayan	4,75	0,56	18,47	1,18	26,07	1,75	22,86	1,42	0,62	0,03	1,26	0,05	1,94	0,09
Saygılı	4,73	0,58	17,63	1,01	20,73	1,30	19,87	1,16	-1,10	-0,04	1,96	0,09	0,10	0,00
Başarılı	4,73	0,53	17,26	0,93	21,22	1,25	14,57	0,82	1,92	0,10	0,90	0,04	2,26	0,12
Dürüst	4,73	0,51	20,22	1,18	22,45	1,38	18,62	0,98	0,12	0,00	1,18	0,05	0,34	0,01
Güvenilir	4,73	0,64	19,25	1,19	22,90	1,58	17,61	1,01	0,87	0,04	0,89	0,04	0,04	0,00
Ahlâklı	4,70	0,68	16,06	0,96	21,22	1,40	18,07	1,06	1,02	0,05	2,24	0,12	1,58	0,09
İnsancıl, insana değer veren	4,70	0,60	15,50	0,88	21,18	1,31	19,08	1,17	0,65	0,03	0,82	0,04	1,49	0,07
Çalışkan	4,70	0,60	13,37	0,79	18,65	1,17	13,53	0,78	0,15	0,01	-0,06	0,00	0,05	0,00
Zengin ve fakir kişilere aynı şekilde davranan	4,67	0,80	21,01	1,51	19,14	1,40	18,59	1,41	0,70	0,04	0,82	0,05	0,13	0,01
Bilgili	4,67	0,61	18,06	1,06	22,62	1,34	10,40	0,60	0,99	0,05	-0,46	-0,02	1,15	0,06
Kararlı	4,66	0,60	17,33	1,12	17,20	1,10	13,04	0,72	-0,10	0,00	1,29	0,06	1,78	0,09
İşinde uzman	4,66	0,75	17,82	1,15	18,48	1,19	12,13	0,79	-2,08	-0,10	-0,16	-0,01	-0,49	-0,03
Karşıdakinin anlayacağı dilden konuşan	4,66	0,71	17,42	1,13	20,81	1,41	17,05	1,09	-0,53	-0,03	0,68	0,04	1,15	0,06
İyi eğitim almış	4,66	0,69	22,93	1,35	23,92	1,45	8,70	0,52	-0,71	-0,03	-1,02	-0,05	-0,04	0,00
Sabırlı	4,64	0,65	17,50	1,25	21,54	1,52	18,03	1,14	-0,04	0,00	0,08	0,00	1,16	0,06
Tecrübeli, deneyimli	4,62	0,69	17,90	1,07	19,49	1,20	12,76	0,76	-0,50	-0,02	-1,23	-0,06	-0,68	-0,03
Durumları akılcı çözümlenmede yetenekli	4,60	0,69	15,03	0,96	19,71	1,29	14,16	0,92	-0,05	0,00	0,53	0,03	0,93	0,05
Mantıklı	4,59	0,66	16,03	1,02	18,77	1,20	10,29	0,59	-1,56	-0,07	-0,83	-0,04	-0,13	-0,01
Kendini geliştirmeye istekli	4,58	0,71	14,37	0,90	17,83	1,16	14,70	0,93	0,77	0,04	0,17	0,01	0,66	0,04
Sorumluluk sahibi	4,58	0,75	11,69	0,77	14,92	1,04	11,16	0,70	-0,65	-0,04	-0,76	-0,04	0,72	0,04
Güler yüzlü	4,58	0,66	13,70	0,77	22,18	1,38	20,62	1,33	-0,01	0,00	-0,12	-0,01	0,86	0,05
İyi iletişim kurar	4,58	0,71	13,36	0,78	17,99	1,18	15,57	1,00	-0,51	-0,03	-0,85	-0,04	-0,22	-0,01

Endeks Başlıkları	Güvenilir H.		Kadın		Erkek		Hekim		İyi H.		Tercih E. H.		Başarılı H.	
	(a)		(b)		(c)		(d)		(e)		(f)		(g)	
Endeks Maddeleri	$\bar{x}$	ss	t	(a-b)	t	(a-c)	t	(a-d)	t	(a-e)	t	(a-f)	t	(a-g)
Azimli, gayretli	4,56	0,74	11,24	0,69	14,92	0,98	11,20	0,69	-0,16	-0,01	-0,12	-0,01	-0,17	-0,01
Kendini karşısındaki yerine koyarak düşünen	4,55	0,79	17,56	1,26	23,03	1,70	20,81	1,51	0,67	0,04	1,07	0,07	0,31	0,02
Titiz	4,55	0,80	12,07	0,78	24,60	1,72	12,79	0,81	-0,93	-0,05	0,80	0,05	0,21	0,01
Yardımsıver	4,55	0,75	10,32	0,63	14,90	0,95	16,66	1,07	0,24	0,01	0,89	0,05	0,87	0,05
Yenilikleri takip eden	4,53	0,78	9,48	0,61	17,40	1,26	13,09	0,80	-0,44	-0,03	-0,13	-0,01	-0,97	-0,06
Hafızası kuvvetli	4,53	0,75	8,79	0,58	17,64	1,21	9,10	0,60	-1,29	-0,07	0,11	0,01	-1,32	-0,07
Tutarlı	4,53	0,81	15,45	1,07	18,95	1,41	14,60	0,98	0,80	0,05	1,01	0,06	0,54	0,03
Nazik davranan, kıbar	4,52	0,74	11,52	0,71	21,34	1,47	19,03	1,22	-0,37	-0,02	0,21	0,01	-0,13	-0,01
Herkese karşı hoşgörölü	4,50	0,76	16,61	1,03	21,05	1,41	18,59	1,20	-2,18	-0,11	0,14	0,01	-2,11	-0,12
Zeki	4,50	0,69	13,34	0,80	18,32	1,17	7,78	0,45	-0,92	-0,05	0,89	0,05	-0,22	-0,01
Vicdanlı	4,48	0,77	8,69	0,55	14,33	0,97	16,19	1,07	-0,32	-0,02	0,18	0,01	-0,74	-0,04
Kendini mesleğine adayan	4,48	0,74	15,27	0,98	15,45	1,01	11,79	0,79	-1,08	-0,06	0,18	0,01	-0,37	-0,02
İyi niyetli	4,47	0,74	12,53	0,77	16,84	1,09	15,48	0,94	0,35	0,02	-0,21	-0,01	-0,05	0,00
Tatlı dilli	4,46	0,82	9,08	0,57	18,86	1,35	17,99	1,19	-1,43	-0,08	-1,37	-0,08	0,30	0,02
Kendinden emin	4,46	0,82	10,32	0,68	11,28	0,77	8,12	0,52	0,31	0,02	-1,00	-0,06	0,46	0,03
Merhametli	4,45	0,79	8,54	0,56	15,58	1,06	16,46	1,11	0,32	0,02	1,54	0,09	-0,01	0,00
Kıymet veren	4,44	0,74	10,71	0,65	15,17	1,05	17,20	1,07	-1,14	-0,06	0,02	0,00	-0,48	-0,03
İyi kalpli	4,44	0,79	10,13	0,65	14,26	0,93	15,37	0,99	0,68	0,04	-0,07	0,00	-0,15	-0,01
El becerisi iyi	4,41	0,82	7,37	0,49	15,76	1,12	9,83	0,64	-1,49	-0,09	-1,09	-0,07	-0,13	-0,01
Soğuk kanlı	4,41	1,01	21,47	1,69	9,17	0,70	2,78	0,20	-1,14	-0,08	1,76	0,14	0,55	0,04
Yetenekli, hünerli	4,40	0,88	8,43	0,55	15,13	1,05	9,09	0,60	-1,11	-0,07	-1,18	-0,07	-1,74	-0,11
Cana yakın davranan, samimi	4,39	0,86	11,08	0,71	15,61	1,08	16,94	1,16	0,09	0,01	-0,55	-0,03	-0,46	-0,03
Ağzı sıkı, sır tutan	4,39	0,93	19,44	1,58	12,92	1,01	10,79	0,76	0,13	0,01	1,54	0,11	1,43	0,10
İyimser	4,38	0,80	10,08	0,66	14,82	1,01	14,02	0,88	-1,40	-0,08	-1,28	-0,07	0,20	0,01
Cesur	4,35	0,87	15,26	1,10	6,94	0,49	9,90	0,67	-1,89	-0,12	1,03	0,07	-1,36	-0,09
İkna edici, etkileyici	4,33	0,82	5,82	0,37	12,03	0,80	9,84	0,66	-0,85	-0,05	-0,07	0,00	-1,09	-0,07
Yüksek enerjili-Enerjik	4,32	0,83	9,52	0,64	11,24	0,78	13,17	0,91	-0,66	-0,04	-0,03	0,00	-0,36	-0,02
Teknik konularda iyi	4,32	0,89	17,15	1,25	8,22	0,59	8,33	0,55	-0,87	-0,06	-1,08	-0,07	-1,24	-0,08
Hızlı, seri, dakik	4,31	0,90	13,87	1,07	10,80	0,78	10,58	0,76	-1,80	-0,11	1,30	0,09	-1,02	-0,07
Duyarlı, ince düşünceli	4,31	0,89	7,75	0,54	17,35	1,28	13,93	0,98	-0,76	-0,05	-0,16	-0,01	-1,02	-0,07
Alçakgönüllü, Mütevazı	4,28	0,92	11,17	0,79	15,14	1,08	14,32	0,99	-0,15	-0,01	-1,82	-0,12	-1,07	-0,07
Sezgileri güçlü	4,26	0,90	4,39	0,31	14,52	1,08	9,70	0,66	-0,03	0,00	-0,82	-0,05	-1,23	-0,08
Etik değerlere bağlı	4,25	0,91	10,34	0,71	13,31	0,97	12,26	0,85	-0,15	-0,01	0,14	0,01	-0,48	-0,03
Ağırbaşlı, olgun	4,25	0,88	11,42	0,75	12,54	0,89	8,27	0,56	-0,16	-0,01	-0,10	-0,01	0,24	0,02
Özgüveni yüksek	4,23	0,98	8,45	0,63	5,95	0,44	3,28	0,23	0,00	0,00	0,05	0,00	-0,70	-0,05
Duygusal olarak dengeli	4,22	0,90	15,29	1,17	15,44	1,18	11,53	0,83	-0,96	-0,06	2,13	0,15	-0,16	-0,01

Endeks Başlıkları	Güvenilir H.		Kadın		Erkek		Hekim		İyi H.		Tercih E. H.		Başarılı H.	
	(a)		(b)		(c)		(d)		(e)		(f)		(g)	
Endeks Maddeleri	$\bar{x}$	ss	t	(a-b)	t	(a-c)	t	(a-d)	t	(a-e)	t	(a-f)	t	(a-g)
Şefkatli, sevecen	4,21	0,93	4,65	0,32	13,60	1,00	14,57	1,06	0,04	0,00	-0,23	-0,02	-1,02	-0,07
Girişken	4,20	0,92	9,89	0,68	10,86	0,78	10,35	0,71	0,32	0,02	-0,22	-0,02	-0,10	-0,01
Neşeli	4,19	0,88	5,05	0,32	12,41	0,87	16,03	1,12	-0,26	-0,02	-0,33	-0,02	-1,52	-0,10
Fedakar, özverili	4,19	0,95	5,32	0,38	11,82	0,87	12,38	0,88	-1,30	-0,09	-0,42	-0,03	-1,34	-0,10
Eleştiriye açık	4,17	0,93	17,78	1,42	18,32	1,45	17,07	1,35	-0,19	-0,01	-0,94	-0,06	-0,04	0,00
Ayrıntılara önem veren, detaycı	4,16	0,98	1,83	0,13	14,05	1,12	8,28	0,61	0,15	0,01	1,44	0,11	-0,86	-0,06
Arkadaş canlısı , dostça davranan	4,14	0,96	7,03	0,49	7,84	0,56	13,61	1,01	-1,18	-0,08	-0,58	-0,04	-2,33	-0,16
Açık sözlü	4,14	1,03	8,55	0,64	7,18	0,53	5,31	0,39	-0,90	-0,07	-1,22	-0,09	-0,66	-0,05
Bakımlı	4,06	0,92	0,14	0,01	11,14	0,81	3,71	0,25	-1,69	-0,11	-1,42	-0,10	-1,15	-0,08
Yumuşak başlı, uysal	4,00	1,00	6,17	0,45	13,36	1,04	10,42	0,74	-1,59	-0,11	-1,73	-0,12	-1,92	-0,14
Genel kültürü yüksek	4,00	0,99	9,82	0,69	10,47	0,77	3,83	0,27	0,58	0,05	-1,73	-0,12	-1,73	-0,13
Umut veren	3,99	1,14	4,17	0,33	5,94	0,49	6,02	0,48	-1,15	-0,09	-1,58	-0,13	-1,26	-0,11
Babacan	3,98	1,02	11,00	0,89	5,21	0,40	11,21	0,86	-0,48	-0,04	0,96	0,08	-0,43	-0,03
İdealist	3,93	1,01	7,98	0,57	9,00	0,69	6,69	0,49	0,19	0,02	0,11	0,01	-0,53	-0,04
Fiziksel açıdan dayanıklı	3,92	0,98	8,72	0,71	-1,56	-0,11	5,05	0,35	-2,29	-0,17	0,75	0,06	-1,61	-0,12
İddialı, hırslı	3,89	1,14	4,21	0,33	3,42	0,27	1,69	0,13	-1,71	-0,14	-0,19	-0,02	-2,23	-0,19
Üstün zekalı	3,89	0,97	8,94	0,65	13,92	1,03	5,87	0,45	-1,54	-0,11	-0,36	-0,03	-0,98	-0,08
Konuşkan	3,86	1,02	-5,52	-0,40	7,18	0,56	6,04	0,46	-2,99	-0,22	-1,43	-0,11	-1,87	-0,14
liderlik yeteneği yüksek	3,85	1,02	5,64	0,43	2,36	0,18	3,58	0,27	-1,33	-0,10	-0,40	-0,03	-1,24	-0,10
Elit, seçkin, saygın	3,79	1,12	5,07	0,39	8,83	0,71	3,47	0,27	0,62	0,05	0,56	0,05	-0,92	-0,08
Meraklı	3,79	1,22	-7,66	-0,60	5,09	0,46	7,44	0,66	-1,95	-0,17	-0,06	-0,01	-2,62	-0,24
Maneviyatı güçlü, dindar	3,39	1,08	1,65	0,12	4,16	0,32	4,95	0,35	-1,66	-0,14	-3,11	-0,25	-1,56	-0,13
Duygularını belli etmez	3,30	1,16	5,63	0,50	-3,45	-0,29	-1,85	-0,15	0,14	0,01	1,93	0,17	-0,92	-0,08
Duygusal	3,11	1,16	-12,94	-1,02	1,96	0,16	2,80	0,23	0,40	0,04	-0,47	-0,04	0,30	0,03
Kendine (mesleğine) karışılmasından hoşlanmaz	3,09	1,20	-8,39	-0,72	-10,83	-0,92	-12,26	-1,01	-1,21	-0,11	1,27	0,12	-0,85	-0,08
Karizmatik	3,06	1,11	1,37	0,12	-3,75	-0,30	-2,18	-0,17	-1,07	-0,09	-0,82	-0,07	-2,06	-0,18
Mesafeli, resmi	3,00	1,28	-2,88	-0,24	-1,59	-0,14	-7,79	-0,67	-0,37	-0,04	0,88	0,09	-0,87	-0,09
Baskın, dominant	2,92	1,31	-5,37	-0,47	-6,53	-0,58	-7,38	-0,64	0,47	0,05	0,41	0,04	-0,95	-0,10
Otoriter, buyurgan	2,72	1,38	-6,26	-0,57	-9,27	-0,86	-10,06	-0,90	-0,73	-0,08	-1,31	-0,14	-2,13	-0,23
Yoğun, meşgul	2,44	1,20	-12,79	-1,11	-11,88	-1,01	-17,22	-1,45	-0,81	-0,07	-0,05	0,00	-3,64	-0,36
İnatçı	2,36	1,43	-14,94	-1,45	-11,36	-1,08	-6,97	-0,65	0,64	0,07	2,27	0,23	-0,09	-0,01
Gösterişi seven	1,90	1,20	-22,69	-1,94	-13,62	-1,21	-13,51	-1,13	-0,99	-0,09	-0,45	-0,04	-0,88	-0,08
Asosyal, insan arasına karışmaktan pek hoşlanmaz	1,80	1,10	-7,06	-0,57	-9,74	-0,80	-7,50	-0,60	1,14	0,09	2,79	0,22	1,44	0,12
Konuşmayı sevmez	1,78	1,14	-2,93	-0,25	-14,27	-1,20	-12,38	-0,99	0,22	0,02	1,77	0,14	-1,17	-0,10
Eli ağır, işleri ağırdan alır	1,65	1,10	-13,53	-1,08	-14,24	-1,20	-9,03	-0,73	-0,22	-0,02	1,65	0,13	1,53	0,13
Telaşlı , aceleci	1,50	0,92	-22,55	-1,71	-17,29	-1,34	-14,14	-1,02	0,10	0,01	0,12	0,01	-0,57	-0,04

Endeks Başlıkları	Güvenilir H.		Kadın		Erkek		Hekim		İyi H.		Tercih E. H.		Başarılı H.	
	(a)		(b)		(c)		(d)		(e)		(f)		(g)	
Endeks Maddeleri	$\bar{x}$	ss	t	(a-b)	t	(a-c)	t	(a-d)	t	(a-e)	t	(a-f)	t	(a-g)
Paragöz, parayı çok seven	1,49	0,95	-19,57	-1,60	-20,67	-1,67	-16,99	-1,39	1,17	0,08	1,99	0,13	0,11	0,01
Umursamaz, aldırış etmez	1,40	0,97	-16,51	-1,28	-20,34	-1,66	-14,11	-1,11	0,41	0,03	0,18	0,01	0,57	0,04
Asık suratlı	1,37	0,88	-17,18	-1,22	-20,88	-1,56	-20,39	-1,56	0,71	0,05	0,43	0,03	-1,50	-0,11
Stresli	1,37	0,87	-24,83	-1,84	-21,73	-1,71	-20,40	-1,69	-0,75	-0,05	0,68	0,04	-1,95	-0,14
Gergin, sinirli	1,34	0,84	-23,60	-1,70	-27,02	-2,07	-19,43	-1,45	1,12	0,07	0,83	0,05	-0,38	-0,03
Kararsız	1,34	0,86	-27,02	-2,09	-20,70	-1,55	-11,94	-0,85	-0,27	-0,02	0,99	0,06	-1,57	-0,11
Bitkin, hayattan bezmiş	1,33	0,86	-18,05	-1,36	-16,39	-1,24	-13,76	-1,06	0,24	0,02	0,74	0,05	-0,04	0,00
Ukala	1,32	0,88	-18,04	-1,34	-18,17	-1,45	-15,75	-1,22	1,05	0,06	1,68	0,10	0,62	0,04
Burnu büyük, kibirli	1,30	0,86	-19,98	-1,43	-18,15	-1,38	-20,46	-1,61	1,61	0,09	0,96	0,06	0,01	0,00
İki yüzlü, özü sözü bir olmayan	1,30	0,93	-13,01	-1,02	-15,15	-1,25	-8,30	-0,63	-1,29	-0,10	-0,27	-0,02	-0,54	-0,04
Bencil, öncelikle kendini düşünen	1,27	0,83	-18,20	-1,34	-20,43	-1,58	-14,98	-1,10	-1,71	-0,11	0,85	0,05	-1,05	-0,07
İlgisiz	1,22	0,69	-16,84	-1,08	-21,55	-1,60	-17,96	-1,20	-0,54	-0,03	-0,34	-0,02	-0,69	-0,04
Agresif, kavgacı	1,21	0,72	-19,38	-1,36	-26,42	-2,11	-13,87	-0,92	-0,39	-0,02	0,42	0,02	-1,04	-0,06
Kaba	1,20	0,70	-14,91	-0,94	-25,52	-1,86	-16,92	-1,11	-0,59	-0,03	0,11	0,01	-0,83	-0,05
Düzenbaz, sahtekar	1,18	0,71	-13,89	-0,99	-18,32	-1,39	-10,10	-0,67	-1,91	-0,12	-0,01	0,00	-2,32	-0,15
Yalancı	1,14	0,55	-21,86	-1,43	-23,13	-1,63	-10,98	-0,64	0,31	0,01	1,32	0,05	-1,42	-0,07

Tablo 3.18 incelendiğinde iyi, tercih edilen ve başarılı hekimlere verilen yanıtlar ile güvenilir hekim arasında birkaç madde hariç, % 95 güven düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Anlamlı fark çıkan maddeler incelendiğinde *t* değerlerinin $\pm 1,96$ 'ya çok yakın olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın çok küçük olduğu görülebilir. Örneğin en büyük farkın olduğu yoğun meşgul maddesinde güvenilir hekim ortalaması 2,44 başarılı hekim ortalaması ise 2,80'dir ($p<0,05$). Her iki endekste de orta değer altında puanlama yapıldığı anlaşılmaktadır. Dolayısı ile analizden anlamlı fark çıkmış olsa bile araştırmanın genel kurgusu için de detaylı bir yorum yapılamamaktadır.

Tablo 3.18'de göze çarpan bir diğer bulgu kadın, erkek ve hekimlere verilen yanıtlar ile güvenilir hekim arasında neredeyse tüm maddelerde anlamlı farkın bulunmasıdır ($p<0,01$). Anlamlı fark bulunmayan maddelerin kadın için ayrıntılara önem veren detaycı ($t=1,83$), bakımlı ($t=0,14$), maneviyatı güçlü dindar ($t=1,65$) ve karizmatik ($t=1,37$) özellikleri olduğu görülmektedir. Erkek endeksinde fiziksel açıdan dayanıklı ($t=1,56$), mesafeli resmi ($t=-1,59$) özellikleridir. Hekim endeksinde ise iddialı

ve hırslı ($t=1,69$) ile duygularını belli etmez ($t=-1,85$) özelliklerinin güvenilir hekimden farklı algılandığı görülmektedir. Bu durumda hem güvenilir hekimler hem de ortalama hekimler iddialı ve hırslı algılanmakta ayrıca duygularını belli etmedikleri düşünülmektedir.

Daha detaylı bir açıklama yapabilmek için güvenilir hekimde ortalamaları en yüksek ile en düşük on özellik üzerinden farklar yorumlanacaktır. Ayrıca göze çarpan özellikler arasındaki farklılara da yer verilecektir.

Bir hekimin güvenilir algılanması için *işini dikkatle yapması işine özen göstermesi* insanların en çok önem verdikleri özelliktir ($\bar{x}=4,84$, $ss=0,45$). Bu özellik hem kadın endeksinde ($t=18,18$) hem de erkek endeksinde ($t=23,69$) %99 güven düzeyinde farklıdır. t değerlerine bakıldığında kadınlara verilen puanların erkeklere verilen puanlardan daha fazla güvenilir hekime yaklaştığı görülmektedir. Ortalama bir hekim işini dikkatle yapan özen gösteren özelliği açısından (bkz. grafik tabloları) yüksek kategorisinde yer almaktadır. Güvenilir hekim beklentisi çok yüksek kategorisindedir. Yani toplum ortalama bir hekimin işini yüksek düzeyde dikkatle yaptığı ve özen gösterdiğini düşünmektedir ama güvenilir bir hekimden daha yüksek beklenti içerisindedir.

Dikkatli maddesi güvenilir bir hekim için önemli görülen ikinci sıradaki özelliktir ($\bar{x}=4,76$, $ss=0,52$). Bu özellik kadın endeksinde ($t=16,21$) de erkek endeksine ($t=23,69$) %99 güven düzeyinde farklıdır. Kadınlara verilen puanların erkeklere verilen puanlardan daha fazla güvenilir hekime yaklaştığı görülmektedir. Ortalama bir hekim yüksek kategorisinde dikkatli algılanırken güvenilir hekim çok yüksek kategorisindedir. Bu durumda ortalama bir hekimin dikkatli olduğu düşünülmekte güvenilir bir hekimden ise daha dikkatli olması beklenmektedir.

Güvenilir bir hekimin *işinde ciddi ve disiplinli* olması çok yüksek düzeyde beklenilmektedir ($\bar{x}=4,76$, $ss=0,48$). Kadın endeksine verilen cevaplar ($t=20,10$) ile erkek endeksine verilen cevapların ($t=19,74$) çok yakın olduğu görülmektedir. Ortalama bir hekim yüksek düzeyde işinde ciddi ve disiplinli algılanırken güvenilir hekimin çok yüksek düzeyde işinde ciddi ve disiplinli olması beklenmektedir.

Güvenilir hekimin *iyi bir dinleyici* olması çok yüksek düzeyde beklenen bir özelliktir ($\bar{x}=4,76$, $ss=0,52$). Kadınların ($t=18,91$) güvenilir hekime erkeklerden ($t=27,26$) daha yakın düzeyde iyi bir dinleyici olduğu görülmektedir. Ancak her ikisinin de güvenilir bir hekim arasında anlamlı fark yoktur. Ortalama bir hekimin nerdeyse orta düzeye yakın iyi bir dinleyici olarak algılandığı görülmektedir ($\bar{x}=3,46$).

Bilgi olarak donanımlı olma güvenilir bir hekimde çok yüksek düzeyde beklenen bir özelliktir ($\bar{x}=4,76$, $ss=0,52$). Erkeklerin ($t=23,95$) ortalaması kadınlardan ($t=21,11$) kısmen daha fazla güvenilir hekime yaklaşmaktadır. Ortalama bir hekimin yüksek düzeyde bilgi olarak donanımlı algılandığı görülmektedir ($\bar{x}=4,02$).

Güvenilir bir hekimin *anlayışlı olması halden anlaması* yüksek düzeyde önemli bir özelliktir ($\bar{x}=4,75$, $ss=0,56$). Kadınların ($t=18,47$) ortalamasının erkeklerden ($t=26,07$) daha fazla güvenilir hekime yaklaştığı görülmektedir. Ortalama bir hekimin orta düzeyde anlayışlı olduğu ve halden anladığı düşünülmektedir ($\bar{x}=3,33$).

Güvenilir bir hekimin *saygılı* davranması yüksek düzeyde önemli bir özelliktir ($\bar{x}=4,73$, $ss=0,58$). Kadınların ($t=17,63$) ortalaması güvenilir hekime erkeklerden ($t=20,73$) daha yakındır. Ortalama bir hekimin yüksek düzeyde anlayışlı olduğu ve halden anladığı düşünülmektedir ($\bar{x}=3,58$).

Güvenilir hekimler yüksek düzeyde *başarılı* algılanmaktadır ($\bar{x}=4,73$, $ss=0,53$). Kadınların ($t=17,63$) ortalamasının güvenilir hekim ile erkeklerden ($t=20,73$) daha yakın olduğu gözlenmektedir. Ortalama bir hekimin yüksek düzeyde başarılı algılandığı görülmektedir ($\bar{x}=3,92$).

Güvenilir hekimlerin yüksek düzeyde *dürüst* olması beklenmektedir ($\bar{x}=4,73$, $ss=0,51$). Kadın endeksine verilen cevaplar ($t=20,22$) ile erkek endeksine verilen cevapların ($t=22,45$) yakın olduğu görülmektedir. Ortalama bir hekimin yüksek düzeyde dürüst algılandığı görülmektedir ($\bar{x}=3,75$).

Onuncu maddenin güvenilir özelliği olduğu görülmektedir ($\bar{x}=4,73$, $ss=0,64$). Kadınların ortalamasının ($t=19,25$) güvenilir hekime erkeklerden ($t=22,90$) daha yakın

olduğu görülmektedir. Ortalama bir hekimin yüksek düzeyde güvenilir olarak tanımlanmaktadır ($\bar{x}=3,72$).

Güvenilir hekimi tanımlayan en yüksek ortalamaya sahip diğer on özellik ise sırasıyla, ahlâklı ($\bar{x}=4,70$), insancıl insana değer veren ($\bar{x}=4,70$), çalışkan ($\bar{x}=4,70$), zengin ve fakir kişilere aynı davranan ($\bar{x}=4,67$), bilgili ($\bar{x}=4,67$), kararlı ($\bar{x}=4,66$), işinde uzman ($\bar{x}=4,66$), karşısındakinin anlayacağı dilden konuşan ($\bar{x}=4,66$), iyi eğitim almış ($\bar{x}=4,66$) ve sabırlıdır ($\bar{x}=4,64$).

Güvenilir bir hekimde kesinlikle istenmeyen özellik *yalancı* olmasıdır ($\bar{x}=1,14$). Güvenilir bir hekim, çok düşük düzeyde yalancı olarak algılanmaktadır. Ayrıca hem kadın hem de erkekler düşük düzeyde yalancı olarak algılandığında, kadınların ortalamalarının erkeklere göre daha düşük olduğu görülmektedir ($\bar{x}=2,57$, $t=-21,86$; $\bar{x}=2,77$, $t=-23,13$). Ortalama bir hekimin çok düşük düzeyde yalancı olarak algılandığı görülmektedir ($\bar{x}=1,78$).

Güvenilir bir hekimde olması istenmeyen bir diğer özellik *düzenbaz ve sahtekar* olmasıdır ($\bar{x}=1,14$). Güvenilir hekim çok düşük düzeyde düzenbaz ve sahtekar olarak algılanmaktadır. Hem kadınların hem de erkeklerin düşük düzeyde düzenbaz ve sahtekar algılandığı görülmekte ancak kadınların ortalamaları erkeklerden daha düşüktür ($\bar{x}=2,17$, $t=-13,89$; $\bar{x}=2,57$, $t=-18,32$). Ortalama bir hekimin çok düşük düzeyde düzenbaz ve sahtekar olduğu düşünülmektedir ($\bar{x}=1,85$).

Güvenilir bir hekimin *kaba* olması istenmeyen bir özelliktir ($\bar{x}=1,20$). Güvenilir hekim çok düşük düzeyde kaba algılanmaktadır. Kadınların ($\bar{x}=2,17$) ortalamalarının erkeklerden ($\bar{x}=2,57$) daha düşük olduğu görülmektedir. Kadınların ortalaması güvenilir hekime daha yakındır ($t=-13,89$, $t=-18,32$). Ortalama bir hekimin düşük düzeyde kaba olduğu düşünülmektedir ($\bar{x}=2,31$).

Güvenilir bir hekimin *agresif ve kavgacı* olması istenmemektedir ($\bar{x}=1,21$). Kadınlar ($\bar{x}=2,57$) düşük düzeyde agresif ve kavgacı algılanırken, erkeklerin ($\bar{x}=3,32$) yüksek düzeye yakın algılandıkları görülmektedir ($t=-19,38$, $t=-26,42$). Ortalama bir hekimin düşük düzeyde agresif ve kavgacı olduğu düşünülmektedir ($\bar{x}=2,13$).

Güvenilir bir hekimin *ilgisiz* olması istenmemektedir ($\bar{x}=1,22$). İlgisiz olmak kadınlarda daha düşük bir özellikken ($\bar{x}=2,30$), erkeklerde kısmen daha yüksek bir özelliktir ($\bar{x}=2,82$). Ortalama bir hekimin düşük düzeyde ilgisiz olduğu düşünülmektedir ($\bar{x}=2,42$).

Güvenilir bir hekimin *bencil* olması ve öncelikle kendisini düşünmesi beklenmemektedir ($\bar{x}=1,27$). Kadınların orta düzeye yakın bencil algılandıkları ($\bar{x}=2,62$), erkeklerin ise düşük düzeyde bencil algılandıkları görülmektedir ($\bar{x}=2,86$). Ortalama bir hekimin ise düşük düzeyde bencil olduğu ve öncelikle kendisini düşündüğü algılanmaktadır ($\bar{x}=2,42$).

Güvenilir bir hekimin *iki yüzlü* olması özü sözünün bir olmaması istenilen bir durum değildir ($\bar{x}=1,30$). Güvenilir bir hekim, çok düşük düzeyde iki yüzlü algılanmaktadır. Ayrıca hem kadın hem de erkekler düşük düzeyde iki yüzlü algılsa da, kadınların ortalamalarının erkekler göre daha düşük olduğu görülmektedir ($\bar{x}=2,32$, $t=-13,01$; $\bar{x}=2,55$, $t=-15,15$). Ortalama bir hekimin ise çok düşük düzeye yakın iki yüzlü algılanmaktadır ($\bar{x}=1,92$).

Güvenilir bir hekimin *burnu büyük kibirli* olması istenmemektedir ($\bar{x}=1,30$). Hem kadın hem de erkekler düşük düzeyde kibirli algılsa da, erkeklerin ortalamalarının kadınlara göre daha düşük olduğu görülmektedir ($\bar{x}=2,68$, $t=-18,15$; $\bar{x}=2,73$, $t=-19,98$). Ortalama bir hekimin ise orta düzeyde burnu büyük kibirli algılandığı görülmektedir ($\bar{x}=2,91$).

Ukala olmak güvenilir bir hekimde istenmeyen bir özelliktir ($\bar{x}=1,32$). Ukala olmak kadınlarda daha düşük bir özellikken ($\bar{x}=2,66$), erkeklerde kısmen daha yüksek bir özelliktir ($\bar{x}=2,77$). Ortalama bir hekimin orta düzeye yakın ukala olduğu düşünülmektedir ($\bar{x}=2,42$).

Güvenilir bir hekimin *bitkin*, hayattan bezmiş olması istenmeyen bir durumdur ($\bar{x}=1,33$). Hayattan bezmiş olmak erkeklerde daha düşük bir özellikken ($\bar{x}=2,57$), kadınlarda kısmen daha yüksek bir özelliktir ($\bar{x}=2,69$). Ortalama bir hekimin düşük düzeyde bitkin, hayattan bezmiş olduğu düşünülmektedir ($\bar{x}=2,39$).

Güvenilir bir hekimde olması istenmeyen en düşük ortalama sahip diğer on özellik ise sırasıyla, kararsız ($\bar{x}=1,34$), gergin sınırlı ($\bar{x}=1,34$), stresli ($\bar{x}=1,37$), asık suratlı ($\bar{x}=1,37$), umursamaz aldırış etmez ($\bar{x}=1,40$), paragöz parayı çok seven ($\bar{x}=1,49$), telaşlı aceleci ($\bar{x}=1,50$), eli ağır işleri ağırdan alır ($\bar{x}=1,65$), konuşmayı sevmez ($\bar{x}=1,78$) ve asosyal insanlar arasına karışmaktan hoşlanmazdır ($\bar{x}=1,80$).

Genel olarak güvenilir hekim özellikleri değerlendirildiğinde tanımlayıcı endeks maddelerinin pozitif anlamlı özelliklerin yüksek, negatif anlamlı özelliklerin ise düşük ortalamalara sahip olduğu görülmektedir. Toplumun ortalama bir hekimi değerlendirirken güvenilir hekim ile benzer şekilde genellikle pozitif anlamlı özelliklerin daha yüksek, negatif anlamlı özelliklerin ise daha düşük ortalama sahip olduğu görülmektedir.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmanın amacı, güvenilir bir hekimde aranan temel özellikleri ortaya çıkarmaktır. Türkiye'de hastanın hekime duyduğu güven konusu çeşitli çalışmalarca incelenmiş olsa da hekim stereotiplerine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hekimin ve güvenilir hekimin karakteristik özelliklerinin açıklandığı ilk çalışma olması açısından önemlidir. Bu bölümde çalışmanın ana bulguları, kısıtlılıkları, hekimi ve güvenilir hekimi tanımlayan karakteristik özelliklere yönelik çıkarımlar ve gelecekteki araştırmalar için öneriler tartışılmaktadır.

Araştırma Türkiye'deki hekim ve güvenilir hekim algısı ile ilgili fikir sahibi olmak üzere Burdur il merkezinde yürütülmüştür. Sonuçların Türkiye evrenine genellenememesi araştırmanın bir sınırlılığı sayılabilir. Ancak Burdur'un çeşitli illerden gelen üniversite öğrencilerine ve kamu personeline ev sahipliği yaptığı düşünülürse Türkiye'deki hekim ve güvenilir hekim algısını temsil edebilecek sonuçlara ulaşılmasına imkân tanıyacaktır. Bu nedenle bazı açıklamalarda metnin daha anlaşılır olmasını sağlamak üzere Türkiye'de hekimlere ait yargılar şeklinde sunulacaktır.

Stereotip ve prototip endeksleri yoluyla incelenen güvenilir hekim profiline ait bulguların en dikkate değer sonucu, Türkiye'de hekimlere ait stereotiplerin cinsiyet ile

açıklanamadığı ancak güvenilir hekim prototipinin dışıl algılandığı yönündedir. Bu sonuç Derose ve meslektaşlarının (2010) bulguları ile bağlantılıdır. Derose ve meslektaşları (2010:222) özellikle kadın hekim tarafından sağlık hizmeti almanın kadın hastalar arasında daha fazla memnuniyetle ilişkili olduğunu, buna karşılık hekim cinsiyetinin erkek hastaların memnuniyeti ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Çok değişkenli analizlerde tek başına hasta cinsiyetinin memnuniyeti öngörmediğini ancak kadınların erkek hastalara kıyasla hekimlerine biraz daha az güvendikleri tespit edilmiştir. Bu bulgu, erkek ve kadın hastalar arasında hekim memnuniyeti ve özellikle de hekim cinsiyetinin rolü ile ilişkili olan bir farkı göstermektedir. Hasta memnuniyeti ile hekime güven göstergeleri arasındaki ilişki göz önünde alındığında (Thom ve Ribisi, 1999), hastaların kadın hekimlerden memnun olmaları ile bu araştırmanın sonucunda güvenilir hekimin dışıl özellikler taşıdığı bulgusu çok da şaşırtıcı değildir.

Tıpta yetenek ve beceriye sahip olmak dışında, toplumda hangi bireylerin bu alanda hizmet vereceğine dair ön kanı vardır. Her ne kadar değişiyor olsa da örneğin hekimlik mesleği erkeklerle hemşirelik mesleği kadınlarla ilişkilendirilmiştir. Ancak çeşitli özelliklerde hekimlerin var olduğu düşünülürse bazı özelliklerin diğerlerinden daha doğal ve kabul edilebilir görüldüğü bilinmektedir. Cinsiyet bu özelliklerden biridir (Hughes, 1945:354). Hughes (1945), cinsiyet kategorisinin farklı dil, iletişim, görünüş gibi stereotiplerinde derinlemesine şekillendiğini, aynı zamanda tutum ve beklenen davranışlarla da ilgili olduğunu söylemektedir. Yani bireyler hekimi, hekimin davranışları ve görünüşü gibi kalıp yargılarla algılamak bu kalıp yargılar bireyin tutumunu ve algısını etkilemektedir.

Türkiye'de hekim stereotipi, (ilk on özellik) soğuk kanlı, iyi eğitim almış, kendine ve mesleğine karışılmasından hoşlanmaz, bilgili, zeki, bilgi olarak donanımlı, mantıklı, özgüveni yüksek, kararlı ve hafızası kuvvetli şeklinde algılanmaktadır (daha fazlası için bkz. Şekil 3.3). Bu özellikler hekimin yeterliliğine güven boyutu altında anlatılan özellikleri akla getirmektedir. Genel olarak yeterlilik, hekimin mesleki ve teknik yetenekleri ile bakım sırasında hasta ile arasındaki kişilerarası becerilerin de ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar Bogart'ın (2001:576) hekim stereotiplerini yeterlilik ve sevecenlik (sıcakkanlılık veya sosyallik) kavramları ile açıklaması ile benzerlik göstermektedir. Bogart (2001), hem pozitif hem de olumsuz

özellikler açısından stereotipleri kavramsallaştıran sosyal psikolojik araştırmaları takiben (Fiske ve ark., 1999; Judd ve Park, 1993; Park ve Judd, 1990), hekim stereotiplerinin çelişik duygularla oluştuğu hipotezini öne sürmüştür. Fiske ve meslektaşlarının (1999), sosyal stereotiplerin genellikle yetkinlik ve sevecenlik (sıcakkanlılık veya sosyallik) boyutları doğrultusunda değiştiğini öne sürmüşlerdir. Daha yüksek statü grupları yeterlilikte yüksek ve sevecenlikte düşük olarak algılanmaktadır ve düşük statü grupları yeterlilikte düşük ve sevecenlikte yüksek olarak algılanmaktadır. Böylelikle, hekimler gibi yüksek-statü gruplarına saygı gösterilebilir, ancak sevilmebilir. Hekimler yetkin ve eğitilmiş ama samimiyetsiz ve soğuk algılanabilirler. Bu doğrultuda araştırmanın, hekimin teknik ve mesleki olarak yeterli bulunduğu izlemi yaratan ilk on stereotip maddesi, hekime güveni açıklamakta yetersiz olabilir. Zira hekim stereotipleri ile güvenilir hekim prototipleri arasındaki ilişkinin sorgulandığı ICC bulgularında yüksek düzeyde ilişkiye rastlanmamıştır, ilişki orta düzeydedir. Yapılan fark analizlerinde de hekim stereotipleri ile güvenilir hekim prototipi arasında anlamlı bir fark gözlenmiştir. Yani hekime güveni açıklayan özellikler ile hekim algısı arasında fark vardır (Tablo 3.18)

Araştırmada hekim stereotipleri ile kadın stereotipleri arasında, erkek stereotiplerine nazaran daha yüksek ilişki gözlenmektedir (Tablo 3.11). İlk başta hekim özelliklerinin dişil özellikler ile, eril özelliklere oranla daha fazla benzediği akla gelse de bu farkın hekim özelliklerini eril ya da dişil olarak açıklayacak yeterlilikte olmadığı görülmektedir (Tablo 3.12). Türkiye'de ortalama bir hekim belli bir ölçüde hem eril hem de dişil algılanmaktadır. Literatürde hekimliğin erkek mesleği olarak algılandığına dair çalışmalar mevcuttur (Wilborn ve Kee, 2010; Liben vd. 2001-2002; Diekman ve Eagly, 2000; Wootton, 1997; White vd., 1989). Türkiye'de de sağlık sektörünün feminize bir yapısı olduğundan bahsedilse de (Urhan ve Etiler, 2011), hekimliğin erkek mesleği olarak algılandığına dair saptamalar yapılmıştır (Orhan ve Yücel, 2017). Ancak bu çalışmalar hekimliği meslek kategorisi olarak ele almış ancak karakteristik özelliklerini açıklama bakımından yetersiz kalmıştır. Araştırmanın "Ortalama bir hekim algısı ile cinsiyet algısı arasında ilişki var mı?" sorusu için, literatürde bahsi geçen çalışmaların hekimlik mesleğini erkek mesleği olarak tanımlamasından feyz alınmıştır. Erkek mesleği olarak tanımlanan bir grubun da eril özellikler ile açıklanması beklenmiş ancak

araştırma sonucunda ortalama bir hekimin eril özelliklerinin çok da baskın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3.12).

Hekimleri tanımlarken bireyin cinsiyetinin bir etkisinin olup olmadığı da araştırmada ayrıca incelenmiştir (Tablo 3.13). Kadın katılımcılara göre ortalama hekim stereotipleri ile kadın stereotipleri arasında orta düzeyde, erkek stereotipleri arasında düşük düzeyde bir korelasyon gözlenmektedir. Yani kadınlar hekimleri belli ölçüde eril algılamakla birlikte daha çok dişil algılamaktadırlar. Bu algılar arasında %99 güven düzeyinde anlamlı fark bulunmaktadır. Bu durumda, Türkiye'de kadınların hekimleri daha dişil algıladıkları söylenebilir.

Erkek katılımcılara göre ortalama bir hekim ile kadın arasında orta düzeyde, erkek arasında ise yüksek düzeyde bir korelasyon mevcuttur. Katsayılar arasında %99 düzeyinde anlamlı bir fark bulunmaktadır. Erkekler hekimleri, kadınlar gibi hem eril hem de dişil özellikleri ile algılamaktadır. Ancak yüksek düzeyde eril algıladıkları söylenebilir. Yani, Türkiye'de erkekler hekimleri büyük ölçüde eril algılamaktadır.

Tüm katılımcıların verilerine göre yapılan analizde ortalama bir hekimin ne eril ne de dişil algılandığı söylenemezken, katılımcıların hekimi kendi cinsiyetinin stereotip özelliklerine göre algılıyor oluşu, stereotiplerin bireyin cinsiyetine göre değişebildiği bilgisine yeni bir katkı yapmaktadır. Literatürde lider ve yönetici stereotipleri üzerine yapılan çalışmalarda lider ve yöneticilerin algılanmasında kadın ve erkek katılımcılar arasında fark olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Schein,1973,1975,1994; Shein vd., 1989; Brenner vd., 1989; Shein ve Mueller, 1992; Orser, 1994; Fullagar vd., 2003; Gormon, 2005; Duehr ve Bono, 2006; Paris ve Dacker, 2012). Ayrıca meslek stereotipleri ile ilgili yapılan çalışmalarda da kadınların dezavantajlı oldukları gruplar için kendi lehlerine yanıt verdiklerini gösteren araştırmalar mevcuttur (Heilman vd., 1989). Stereotipin kendi grubunu yüceltme işlevinin bu sonuçları açıklayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, cinsiyete yönelik farklılıkların ve aynı cinsiyet mensuplarının benzerliklerinin toplumsal cinsiyet rolü inancını yansıttığı ve bunun sonucunda da insanların yaşadıkları toplumu bu açılardan farklı algılanmasıyla ilgilidir (Eagly ve Steffen, 1984; Eagly ve Wood, 2012: 459).

Katılımcıların yaş gruplarına göre verilen cevapların analizi sonucu, en genç yaş grubu olan 24 yaş ve altı katılımcılar hekim stereotiplerini, kadın ve erkek stereotipleri arasında orta düzeye yakın bir ilişki olsa da, neredeyse aynı düzeyde eril ve dişil algılamaktadırlar. 25 ve 41 yaş arasındaki katılımcıların verdikleri cevaplara göre 24 yaş ve altı grubu ile benzer şekilde ortalama hekim stereotipleri, eril ve dişil özellikler açısından orta düzeyde bir ilişki mevcuttur. Ama bu ilişki katsayıları arasında anlamlı bir fark mevcut değildir. Diğer yaş gruplarından farklı olarak ortalama hekim stereotipi ile kadın stereotipleri ve erkek stereotipleri arasında yükseğe yakın bir ilişki mevcuttur. Diğer yaş grupları ile benzer olarak 42 yaş ve üzeri yaş grubu için hekim stereotipleri ile kadın ve erkek stereotipleri arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Tüm yaş gruplarında hekimin eril ve dişil özelliklerle tanımlanmadığı görülmektedir. Ancak ilişkiyi açıklayan katsayıların her yaş grubunda biraz daha arttığı görülmektedir. Yani yaş değişkeni ile hekim stereotiplerinin tanımlanması arasında bir ilişki olduğu/olabileceği söylenebilir.

Hekimi tanımlayan karakteristik özelliklerden sonra güvenilir bir hekimi tanımlayan karakteristik özellikler nelerdir sorusunun yanıtına gelince; işini dikkatle yapan özen gösteren, dikkatli, işinde ciddi ve disiplinli, iyi bir dinleyici, bilgi olarak donanımlı, anlayışlı halden anlayan, saygılı, başarılı, dürüst, güvenilir özelliklerinin ön plana çıktığı görülmektedir (Tablo 3.18).

Halk arasında hekimden bahsederken sık sık iyi hekim, başarılı bir hekim gibi tanımlamaların kullanıldığı ve tercih edilen bir hekim için de belirli kriterlerin olduğu bilinmektedir. İnsanların iyi ve başarılı olan hekime güvendiği ayrıca güvenilir bulduğu hekimi de tercih ettiğini düşünmek çok da mantıksız değildir. Ancak iyi, başarılı ve tercih edilen hekimlerin aynı zamanda da güvenilir algılandığını söylemek için yeterli değildir. Araştırma planlanırken bu üç kavramın güvenilir bir hekimle yakın ilişki içinde olabileceği düşünülmüş ve aralarındaki ilişki ortaya çıkarılmak istenmiştir. İyi hekim, başarılı hekim, tercih edilen hekim prototiplerinin neredeyse güvenilir hekimle aynı algılandığı bulunmuştur (Tablo 3.11). Bu bulgular doğrultusunda Türkiye'de güvenilir hekimin aynı zamanda iyi ve başarılı olarak algılandığı ayrıca tercih edildiği söylenebilir. Benzer bir yorum yapılacak olursa; iyi, başarılı ve tercih edilen hekimler güvenilir algılanmaktadır.

Araştırmanın iyi, başarılı ve tercih edilen hekimin güvenilir algılandığı bulgusu literatürdeki çalışmalarla benzer sonuçlara ulaştığı görülmüş ancak bu kavramların güven ile yakın ilişkisinin ortaya çıkarılması noktasında literatüre yeni bir katkı sağlanmıştır.

Mechanic ve Meyer'in (2000) çalışmasında hastaların genellikle hekimin tecrübesini, titizliğini ve bilgisini belirterek teknik yeterliliği açıkladıkları ve bu yeterliliği göstermek için eğitim, kimlik bilgisi, uzmanlık ve entelektüel kapasitelerini de içeren geniş bir kelime dizisi kullandıklarını vurgulanmıştır. Teknik yeterliliğe yapılan vurgulardan biri de iyi hekim (good doctor, fine doctor) tanımlamasıdır. Hekimin belirli davranışlara atıfta bulunduklarında, her zaman ileriye düşünen, daha yeni bilgiye sahip olan, güncel kalan, yeni çalışmalara devam eden hekimler için iyi hekim tanımlamasını kullandıkları görülmektedir (Mechanic ve Meyer, 2000: 663). Hall ve meslektaşları (2001), Chomphoosang (2013), Schee ve meslektaşları (2007) da hekimin iyi olarak tanımlarken güvenin teknik yeterlilik boyutuna atıf yapmaktadır. Bazı araştırmalar da teknik yeterlilik algısını sağlık bakımının iyi verildiğine dair algı ile değerlendirerek hastanın hekime güvenini incelemişlerdir (Gampa, 2010; Lane ve Lindquist, 1988; Stewart, 1995). Teknik yeterlilik boyutu hekime duyulan güvenin önemli boyutlarından biridir. Dolayısı ile hastanın hekimi "iyi" algılaması hekime güven için önemli bir koşuldur.

İyi bir hekim aynı zamanda başarılı mıdır? Bu sorunun cevabı kısmen evet kısmen hayır olarak verilebilir. Hekimlere tavsiye özelliği taşıyan bazı kitaplar incelendiğinde *good doctor* kavramının daha çok etik açıdan davranışlara atıf yaptığı ve hekimliğin vicdani boyutu ile değerlendirildiği görülmektedir (Drane, 1995; PArk, 2010; Lerner, 2014). *Successful doctor* kavramının içinde de etikten ve vicdani boyuttan bahsedilse de daha çok tıp alanındaki becerilerin geliştirilmesine yönelik tavsiyeler içerdiği görülmektedir (Barge, 1993; Hazlewood, 2015, Zaslove, 2003; Malpani ve Malpani, 2005). Yöneticilik stereotipleri ile ilgili yapılan çalışmalarda benzer şekilde bir kavram karmaşası olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda *good manager* (Powell ve Butterfield, 1979-1989 gibi) kavramı tercih edilirken, bazı çalışmaların *successful manager* kavramını kullandıkları görülmektedir (Schein, 1973-1975-1989; Heilman vd., 1989 gibi). Görünen o ki iyi ve başarılı kavramları araştırma sonuçlarında olduğu gibi,

birbiri yerine kullanılabilir. Araştırma bulguları, ileride yapılacak stereotip çalışmalarında iyi ya da başarılı kavramlarının kullanımının bir fark yaratmayacağı bir biri yerine kullanılabileceğini de söyleyerek literatürdeki bu karmaşaya bir nebze de olsa yanıt vermiştir.

Literatürde hekim tercihi ile güven arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında hastaların bir hekimi seçmede yeterli seçeneğe sahip olup olmadıklarının ve hastaların hangi hekimi seçtikleri (kişisel öneri ve uygunluk) ile ilgili karşılaştırmaları içerdiği görülmektedir (Kao vd., 1998a-1998b, Thom vd., 1999; Hall vd., 2002; Safran vd., 1998; Wholey ve Sommers, 2001). Hall ve meslektaşları (2002), sağlık hizmeti sağlayıcılarının tercihinin sağlayıcıya olan güvenin güçlü bir belirleyicisi olduğunu vurgulamaktadır. Mechanic ve Meyer (2000) ise hastaların hekim seçiminde yeterli seçeneğe sahip olup olmadıkları ve hekimleri kişisel bir öneri veya uygunluk ile seçip seçmediklerinin güvenin güçlü belirleyicilerinden olduğunu vurgulamaktadır. Yani insanlar tavsiye üzerine gittikleri ve tercih aşamasında seçim yapma/değerlendirme şansları olduğunda hekimlere güvenmektedirler. Araştırmanın sonuçları, güvenilir hekim ile tercih edilen hekimin neredeyse aynı algılandığı bulgusuna tekrar atıf yaparsak, hangi özelliklerin hekim tercihinde ön plana çıktığı hakkında da literatüre katkı yapmaktadır.

Türkiye'de hekimlere ait stereotiplerin cinsiyet ile açıklanamadığı ancak güvenilir hekim prototipinin dışıl algılandığı bulgusundan yukarıda bahsedilmişti (Tablo 3.12). Endeksler arasındaki ilişkiyi inceleyen ICC bulgularına göre, erkek stereotipleri ile hekim prototipleri (iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim) arasında oldukça düşük düzeyde bir ilişki varken, hekim prototiplerinin tamamında kadın stereotipleri ile orta düzeyde bir ilişki mevcuttur. Her bir prototipin erkek ve kadın stereotipleri ile arasındaki katsayılar incelendiğinde, %95 güven düzeyinde anlamlı bir fark mevcuttur. Yani iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim daha dışıl algılanmaktadır. Özetle; Türkiye'de toplumun daha dışıl özellikler taşıyan hekimleri daha başarılı, iyi, güvenilir bulduğu ve tercih ettiği söylenebilir.

Katılımcıların cinsiyetinin hekim prototiplerini (iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim) algılamada bir etkisinin olup olmadığına yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre; kadın katılımcılar hekim prototiplerini daha dışıl algıırken, erkek stereotipleri ile anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 3.13). Kadınların iyi hekim, tercih edilen hekim, başarılı hekim ve güvenilir hekim özelliklerini neredeyse hiç eril algılamadıkları hatta yüksek düzeyde dışıl algıladıkları görülmektedir. Kadınların dışıl özellikler taşıyan hekimleri daha başarılı, iyi, güvenilir bulduğu ve tercih ettiği söylenebilir.

Erkek katılımcılara göre ise kadın katılımcıların yanıtlarından farklı bir sonuç mevcuttur (Tablo 3.14). Erkekler hekim prototiplerini erkek stereotipleri ile daha yüksek düzeyde ilişkilendirmiştir. Kadın stereotipleri ile de düşük düzeyde bir ilişki görülmektedir. Ancak katsayılar arasında Fisher'ın z testi sonuçlarına göre anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yani erkeklere göre hekim prototiplerinin daha eril veya daha dışıl olduğu söylenemez.

Cinsiyet değişkenine göre, Türkiye'de kadınlar dışıl özellikleri baskın olan hekimleri güvenilir hekim olarak algıırken, erkekler için eril ya da dışıl özellikler güvenilir hekimi algılamada anlamlı bir fark yaratmamaktadır. Bu sonuç toplumsal cinsiyet kuramları ile açıklanabilir. Yani, kadınların daha iletişimsel ve sosyal niteliklerine vurgu yapıldığı, erkeklerden daha edilgen, daha nazik, kibar, destekleyici, şefkatli, dışavurumcu ve sosyal algılandığı bilinmektedir (Broverman vd., 1972; Williams ve Best, 1982,1990; Carli ve Eagly, 1999; Diekman ve Eagly, 2000; Sczesny vd., 2004). Bu durumda kadınların, bir hekimde kendilerini tanımlayan özellikler gördüğünde o hekimi daha güvenilir algılayacağı yönünde bir ipucu vermektedir. Araştırma sonuçları güvenilir hekim özelliklerinin bahsi geçen iletişimsel ve sosyal niteliklerle uyumlu olduğunu da göstermektedir.

Tablo 3.18'de güvenilir hekim özelliklerinin diğer endeks başlıkları ile madde bazında farklarına ait bulgulara yer verilmiştir. İyi, başarılı ve tercih edilen hekimlerle ilgili algının güvenilir hekim ile yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği bilinmektedir. Bu bulguyu ispatlayan sonuçlara rastlanmıştır. Güvenilir hekim ile iyi, başarılı ve tercih edilen hekim maddelerine verilen yanıtlar arasında bir kaç özellik dışında anlamlı bir

fark bulunmamaktadır. Yani madde bazında değerlendirildiğinde de güvenilir hekim ve diğer prototip başlıkları aynı algılanmaktadır. Anlamli fark çıkan özelliklerin çok küçük farklar olduğu görülmüş olup, değerlendirmeye alınmamıştır. Sonuç olarak bu bulgular daha önceki analizlere katkı yapmakta ve sonuçlara ait yargıları güçlendirmektedir. Bu doğrultuda bir hekim için iyi, başarılı tanımlaması yapılıyorsa ya da tercih ediliyorsa aynı zamanda o hekime güvenildiğini de gösterebilir.

Güvenilir bir hekimin erkek ve kadın özellikleri ile arasında birkaç madde hariç neredeyse tüm maddelerde anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 3.18). Bu sonuçlara göre ilk intiba güvenilir hekimlerin özellikleri ile kadın, erkek özelliklerinin benzemediği yönündedir. Oysa ICC korelasyonuna göre güvenilir hekimin dişil algılandığı ile ilgili bulgunun açıklanabilmesi için daha detaylı bir inceleme yapılması gerekmektedir. Sadece fark testi yapılmış olsaydı, güvenilir hekimlerin dişil algılandığını söylemek yanlış olurdu. Ama ICC sonuçlarının neden dişil özellikler ile güvenilir hekim özelliklerini ilişkilendirdiği yönündeki bulguyu açıklamak için *t değerlerine* ve *ortalamalar arasındaki farklara* bakarak bir çıkarım yapılabilir. Karşılaştırma yapılan maddenin, kadın ve erkek endeksinde hangisinin *t değeri* düşük ise güvenilir hekim ile arasındaki fark daha düşüktür.

Araştırma sonuçlarında güvenilir hekimin dişil özelliklerle tanımlandığı bulgusu kadın hekimlere daha fazla güvenildiği anlamına gelmemektedir. Bu sonuç kadınlarda algılanan özelliklerin güvenilir hekimlerde de algılandığı, güvenilir hekimlerin kadınlara daha yakın özellikleri olduğu anlamına gelmektedir.

Güvenilir hekim prototipini tanımlayan ilk on özellik, işini dikkatle yapan özen gösteren, dikkatli, işinde ciddi ve disiplinli, iyi bir dinleyici, bilgi olarak donanımlı, anlayışlı halden anlayan, saygılı, başarılı, dürüst ve güvenilirdir (daha fazlası için bkz. Şekil 3.7). Bu maddeler katılımcıların güvendiği hekimlerde kesinlikle bulunmasını istedikleri özelliklerdir. Bu özelliklerin erkek ve kadın endekslerinde anlamlı fark gösterdiği ancak *işini dikkatle yapan özen gösteren, dikkatli, iyi bir dinleyici, anlayışlı halden anlayan, saygılı, başarılı* ve *güvenilir* özelliklerinin; kadın ile güvenilir hekim arasındaki farkın, erkek ile güvenilir hekim arasındaki farktan daha düşük olduğu görülmektedir. *İşinde ciddi ve disiplinli, bilgi olarak donanımlı* özelliklerinde ise erkek

ile güvenilir hekim arasındaki fark kadına göre daha azdır. Yani kadınların işini dikkatle yaptığı işine özen gösterdiği, dikkatli olduğu, iyi bir dinleyici olduğu, anlayışlı olduğu ve halden anladığı, saygılı, başarılı ve güvenilir olduğu yönünde güvenilir bir hekime erkeklerden daha çok benzemektedir.

Yalancı, düzenbaz sahtekar, kaba, agresif kavgacı, ilgisiz, bencil öncelikle kendini düşünen, iki yüzlü özü sözü bir olmayan, burnu büyük kibirli, ukala ve bitkin hayattan bezmiş özellikleri ise güvenilir hekimlerde hiç olmaması gerektiği düşünülen on maddedir. En düşük ortalama sahip bu on özelliğin hepsinde kadınlar ile güvenilir hekim arasında erkeklere göre daha az fark vardır. Yani kadınlar erkeklerden daha düşük düzeyde yalancı, düzenbaz sahtekar, kaba, agresif kavgacı, ilgisiz, bencil öncelikle kendini düşünen, iki yüzlü özü sözü bir olmayan, burnu büyük kibirli, ukala ve bitkin hayattan bezmiş algılanmaktadırlar. Güvenilir bir hekimde ise bahsi geçen bu on özelliğin olmaması beklenmektedir. Dolayısı ile Türkiye'de kadınlar güvenilir hekime erkeklerden daha fazla benzemektedirler.

Genel olarak tüm maddeler bazında Tablo 3.18 incelendiğinde kadın bulgularında güvenilir hekim ile anlamlı farkın erkeklere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu değerlendirme ICC sonuçlarını açıklamakta ve desteklemektedir. Güvenilir hekim ile kadın arasında daha yakın ortalama sahip olan özelliklerin sevecenlik ve iletişim boyutunda değerlendirilebileceği düşündürmektedir (Fiske vd., 2002; Cuddy vd., 2008). Bu sonuçlar literatürde erkeklerin vasıf yani yeterlilik nitelikleri ile kadınların ise sevecen yani iletişimsel niteliklerle değerlendirildiği toplumsal cinsiyet yaklaşımları ile ilgili yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Cuddy vd., 2008; Fiske vd., 1999-2002-2007, Kervyn vd., 2010; Carli ve Eagly, 1999; Diekmann ve Eagly, 2000).

Stereotip ölçmek için endeks soruların ortalama bir *kadın/erkek/hekim* nasıl algılanıyor *iyi/başarılı/tercih/güvenilir* hekimlerin nasıl olması isteniyor şeklinde yöneltildiğini tekrar hatırlatmak gerekirse, ortalamalar arasında çıkan bu farkların algılanan kadın/erkek/hekim ile beklentilerin yansıtıldığı güvenilir hekim prototiplerinden kaynaklandığı söylenebilir. Kısacası, toplum hekimi güvenilir hekimden farklı algılamaktadır.

Genel olarak özetlenecek olursa, Türkiye'de hekimler soğukkanlı, iyi eğitim almış, mesleğine karışılmasından hoşlanmayan, bilgili, zeki, bilgi açısından donanımlı, özgüveni yüksek, kararlı ve hafızası kuvvetli kişiler olarak algılanmaktadır. Aynı zamanda hekimlerin yalancı, sahtekar, iki yüzlü, kavgacı, karasız, kaba, bencil, eli ağır, bitkin ve asosyal olmadıkları düşünülmektedir. İlk on özellik hekimleri karakterize eden stereotipler, sonraki on özelliğin ise hekim ile karakterize edilmeyen stereotiplerdir. Hekim sterotipleri ile ilgili literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, hekim sterotiplerinin iyi eğitim almış, nazik, duyarlı, arkadaş canlısı, cana yakın davranan samimi, dürüst, soğukkanlı, çalışkan, zeki, yetenekli, iyi kalpli, zengin ve fakir kişi ayrımı yapmayan ve kibirli özellikleri ile tanımlandığı görülmektedir (Ryan ve Bogart, 1997; Bogart, 1998; Bogart, 2001; Bogart vd., 2003). Türkiye'de hekimlerin diğer ülkelerdeki hekimlerle ile benzer stereotiplere sahip olduğu söylenebilir. Hekim algısının genel bir stereotip olduğu ancak uluslararası düzeyde karşılaştırmaların yapılabilmesi için yeterince çalışmanın olmadığı görülmektedir.

Bu araştırmada güvenilir hekim ile ilgili özellikler ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Literatürde güven prototiplerini ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Türkiye'de hekime güveni ölçmek üzere yapılan az sayıda çalışmada hekimle kurulan güven ilişkisinin belirleyicileri başlığı altında; hastayla sağlıklı bir iletişim kurabilen, mesleki anlamda tecrübe kazanmış, teşhis ve tedavide başarılı olan, hastaya güler yüzlü ve sıcak davranan, hastayı bilgilendiren, hasta mahremiyetine özen gösteren hekimlere hastaların daha fazla güven duydukları bulunmuştur (Yılmaz, 2005; Ertaş, 2007; Ertong, 2011; Uludağ, 2011; Atilla vd., 2012; Koç, 2014; Gülcemal, 2015). Araştırma sonuçlarının Türkiye'de hekime güvenin belirleyicileri ile ilgili bulgularla benzer sonuçlara ulaştığı görülmektedir. Hekim tercihinde cinsiyetin önemi üzerine yapılan bir araştırmada ise erkek hekimleri seçenlerin hekimin mesleki deneyimine ve teknik yeterliliğine güvendiklerini, kadın hekimleri tercih edenlerin ise hekimin hastalara daha yakın davranmaları ve empati duymaları gibi insancıl muameleyle açıklamıştır (Cevrioğlu vd., 2004).

Güven kavramının hem hekim hasta ilişkisi hem de sağlık hizmetlerinin sağlanması aşamasında önemli bir rolü bulunmaktadır (Leopold vd., 1996; Thom vd., 1999; Calnan ve Rowe, 2008). Bir hekime güvenmek, hasta-hekim iletişimi, sağlık

hizmetlerinden memnuniyet, tıbbi tedaviye bağlılık, sağlık hizmetlerinden yararlanma niyeti, tıbbi bakımın sürekliliği de olmak üzere birçok faktörde iyileştirmelerle ilişkilendirilmiştir (Doescher vd., 2000; Thom vd., 2004; Rowof ve Kressin, 2007). Hastaların hekime daha fazla güven duyması ise hekimin danışmanlığı, davranışları ve hastanın hekimi algılaması ile ilişkili bulunmuştur (Fiscella vd., 2004; Rawaf ve Kressin, 2007). Güven birinin diğerini yetkin, sorumlu, yardımsever, ince düşünceli ve ahlâklı olarak görmesi şeklinde tanımlanabilir (Mechanic, 1996). Güven ayrıca, sorumluluk, gizlilik ve güvenilirlik gibi diğer boyutları da içerir (Crawley, 2001; Hall vd. 2002). Hekime güven kapsamında güvenilir hekimin algılanan özelliklerinin ortaya çıkartılması üzerine yapılan bu araştırma; Türkiye'de toplumun zihnindeki hekim algısının anlaşılmasına olanak sağlamaktadır.

Bireylerin hekime duyduğu güven bilişsel şemalara dayanan, karmaşık ve çok boyutlu bir inşadır (Paerson ve Raeke, 2001:509). Yapıların ve ilişkilerin kırılmasını azaltan, boşluğu dolduran bir çimento olarak güvenin tesis edilmesi, belirsizliğin ve öngörülemezliğin gittikçe arttığı günümüzde pek çok sorunun çözümü olarak sunulmaktadır (Ertong, 2011:4). Güvenilir bir hekim ile ilgili kişilerin zihinlerinde oluşan şema; stereotipler yoluyla, kişilerin hekime karşı geliştirecekleri güven duygusunun alt yapısını oluşturmak için zemin hazırlayacaktır. Güven kavramının güncel etki sahası ve somut kazanımları itibarıyla, sosyoloji, sosyal psikoloji ve ekonominin temel parametrelerinden biri haline gelmiştir. Sosyal psikoloji alanında güven tanımlanırken stereotiplerin yer aldığı bilişsel süreçlere önem verilmiştir. Bir kişiye/gruba/kuruma neden ve hangi durumlarda güvenilmesi gerektiği tartışıldığında, güven ile stereotip kavramının keşiştiği görülmektedir (Cüceloğlu, 1994:26). Araştırmada güven kavramı, güvenen tarafın algıları çerçevesinde değerlendirildiği için stereotiplerle açıklamaktadır.

Güven, Baier'in (1986) tanımladığı gibi birinin diğerine karşı kabul edilebilir bir savunmasızlığını içerir. Hasta da sağlık bakımında hekim karşısında savunmasızdır. Bu nedenle hasta, hekimin güvenilir bilgi sağlayacağı ve hastanın en iyi çıkarları doğrultusunda hareket edeceğine inanmak veya emin olmak ister (Mechanic ve Schlesinger, 1996; Balint ve Shelton 1996; Leopold vd., 1996). Sağlık kurumlarında güven, daha düşük işlem maliyetleri ile ilişkilendirilmiştir (Creed ve Miles 1996). Bu

tür maliyetler, hastanın kendini güvenceye almak için ek testler istemesi, belirsizliği azaltmak için birden fazla hekime başvurusu gibi maliyetleri içerebilir. Hekime duyulan güvenin artması sağlık kurumlarına da bu açıdan fayda sağlayacaktır.

Literatürde hasta güveninin ölçülebilir olduğunu ve hasta güvenini artırabilecek spesifik hekim davranışları olabileceğini göstermektedir. Hekime olan güveninin artırılması yönünde deneysel çalışmalara rastlanmaktadır. Thom (2001), hangi hekim davranışlarının ve özelliklerinin hangi bağlamlarda önemli olduğunu belirlenmesi ve bu davranışların geliştirilmesi için etkili bir öğretim sistemi geliştirilebileceğini söylemektedir. Hastalar güveni anlamakta, değer vermekte ve bu güveni azaltan ya da geliştiren spesifik hekim eylemlerini tanımlamaktadırlar (Thom ve Campbell, 1997). Hastanın güvenini artırmak için bir müdahalede bulunmak tıbbi bakım üzerindeki etkileri için önemli bir araç sağlayabilir.

Hekime olan hasta güveninin sağladığı yararlar bilinirken, Türkiye'de son zamanlarda medyada yeralan şiddet olayları, malpraktis davaları gibi konulardan dolayı güvenin erozyona uğradığı düşünülmektedir. Araştırmanın sonuçlarından da anlaşılabileceği gibi Türkiye'de hastalar hekimi güvenilir hekimden farklı tanımlamaktadırlar. Genel olarak hekim algısı çok da karamsar değildir. Hastalar Türkiye'deki hekimlerin pozitif özelliklerini negatif özelliklerden daha fazla olduğunu düşünmektedirler. Ancak yine de fark analizlerinde de görüldüğü üzere bir hekime güvenmek için daha fazlasına ihtiyaç vardır. Güvenilir hekimin özelliklerinin belirlendiği bu çalışmada hastaların hekime güven duymasında önemli olan kavramlar da ortaya çıkmıştır. Hekimlerin ve sağlık hizmeti sunucularının hekim ve güvenilir hekim algısındaki bu farklardan yola çıkarak bir iyileştirme sürecine girmeleri hasta-hekim ilişkisinde güveni maksimize edilebilir.

KAYNAKLAR

- Adorno, T.W., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D., Sanford, N. (1950). The Authoritarian Personality. Harper & Brothers: Newyork.
- Akkaş, E. (2012) Vekalet Teorisi Çerçevesinde Hasta-Hekim İlişkileri Üzerine Bir Çalışma: Isparta İl Merkezi Hastaneleri Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Akkaş, E., (2016). Türkiye’de Hekimlik Mesleğinin Kültürel Belirleyicileri üzerine Nitel Bir Çalışma. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta
- Aktan, C.C. ve Çoban, H. (2008) Bir Sosyal Sermaye Olarak Güven, Pazarlama ve İletişim Kültürü Dergisi, 26, 1-13.
- Aktan, T., Sakallı, N. (2013) Kalıpyargı İçeriği Modeline Sosyal Bağlamsal Bir Yaklaşım: Bağlam İçinde Kalıpyargı İçerikleri, Türk Psikoloji Yazıları, Haziran , 16 (31), 15-31.
- Allport G. ve Postman L. (1992). “Söylenti veya Fısıltı Gazetesinin Temel Psikolojisi”, Ü. Oskay (Ed.), (157-183), Kitle Haberleşmesi Teorilerine Giriş, İstanbul: Der Yayınları.
- Allport, G. (1954). The Nature of Prejudice. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Allport, G. W. (1961) Pattern and Growth in Personality, New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Allport, G. W. ve Kramer, B. M. (1946). “Some Roots of Prejudice”, Journal of Psychology, 22, 9-39.
- Allport, G.W. (1935) Attitudes. In C. Murchison (ed.), A handbook of social psychology. Worcester, MA: Clark University Press, pp. 798-844.
- Altice, F. L., Mostashari, F., and Friedland, G. H. (2001). Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 28, 47-58.
- Anderson, L., and R.F. Dedrick. (1990) Development of the Trust in Physician Scale: A Measure to Assess Interpersonal Trust in Patient Physician Relationships. Psychological Reports 67:1091–100.

- Anderson, S.M. and Cole, S.W. (1990) Do I know you? The role of significant others in general social perception. *J Pers Soc Psychol.* Sep;59(3):384-99.
- Antalyalı, Ö.L ve Özkul, A.S. (2017). “Fakülte ve Meslek Yüksekokullarında Başarılı Girişimci Algısı ve Cinsiyet Rolü Stereotipleri İle İlişkisi”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9 (21), 1-23.
- Aranson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M., (2012) Sosyal Psikoloji, (Çev:Okhan Gündüz), Kanüs Yayınları, İstanbul.
- Armstrong, K., Ravenell, K. L., McMurphy, S., and Putt, M. (2007). Racial/ethnic differences in physician distrust in the United States. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1283-1289.
- Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J et al. (2011). Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry*;11:52.
- Aronson, Elliot., Wilson, Timothy D. ve Akert, Robin M. (2012). Sosyal Psikoloji. Çev: Okhan Gündüz. 7.Baskı, İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Ashmore, R. D. and Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. In D. L. Hamilton (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (pp. 1-35). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ashton, C. M., Haidet, P., Paterniti, D. A., Collins, T. C., Gordon, H. S., O’Malley, K., et al. (2003). Racial and ethnic disparities in the use of health services: Bias, preferences or poor communication? *Journal of General Internal Medicine*, 18(2), 146-152.
- Aslantürk, E., (2008). Sınıf Öğretmenlerinin ve Sınıf Öğretmeni Adaylarının Okuma İlgisi ve Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Asunakutlu, T. (2002) Örgütsel Güvenin oluşturulmasına İlişkin Unsurlar ve Bir Değerlendirme, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Güz, Sayı 9,
- Atilla, G., Oksay, A., Erdem, R. (2012) Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, vol/II, 43, 23-37.
- Atilla, G., Oksay, A., Erdem, R. (2012). Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma, İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 2, 43:23-37.
- Augoustinos, M., Walker, I., (1995), *Social Cognition*, Sage: London.

- Avigdor, R. (1979) Etude exp  rimentale de la g  n  se des st  r  otypes. (Traduction de J. Deschamps), (pp. 87-100), Paris:Mouton.
- Ayd  n, E. ve Ersoy, N. (1995), T  p Etiği   lkeleri, T Klin J Med Ethics 1995, 2-3:48-52
- Baier, A. (1986), Trust and Antitrust, Ethics, 96, 231-260.
- Balint, J. & Shelton, W. (1996) A new model of the patient-physician relationship. JAMA 275(11):887-891.
- Balmer , J. M. T.(1998) Corporate identity and the advent of corporate marketing, Journal of Marketing Management, vol.14 (8) , 963-996.
- Banfield, E. C. (1958) The Moral Basis of a Backward Society, Glencoe: Free Press.
- Barber, B. 1983. The logic and limits of trust. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Barge, F. H. (1993), Are You the Doctor, Doctor?: The Philosophy of Successful Practice, Barge Chiropractic Publishing, Incorporated.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. American Psychologist, 54(7), 462-479. doi:10.1037/0003-066X.54.7.462
- Ba  ak, S. (2010) G  ven ağbağları, sosyal Sermaye ve Toplumsal Cinsiyet, Gazi   niversitesi   ktisadi ve   dari Bilimler Fak  ltesi Dergisi , vol. 12(1), 27-56.
- Battal, A. (2001) G  ven Kurumu nitelendirilmesi I  şığında Bankaların Hukuki Sorumluluğu, Doğentlik Tezi, Gazi   niversitesi, Ankara.
- Beck, U. (2011) Risk Toplumu, (  ev. K.   zdoğan, B. Doğan),   thaki Yayınları,   stanbul.
- Belek   . (2001) Sosyal Devletin   k      ve Sağlığın Ekonomi Politiği,   stanbul: Sorun Yayınları.
- Beller M. and Leerssen J.T. (2007) Imagology: The Cultural Construction and Literary Representation of National Characters: a Critical Survey, Amsterdam-Newyork, Rodopi
- Bem, S. L. (1983). Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-aschematic children in a gender-schematic society. Signs, 8, 598  616
- Bem, S.L. (1981) Bem Sex-Role Inventory. Professional manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc.

- Benjamins, M. R. (2006) Religious influence on trust in physicians and the health care system. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36, 69-83.
- Bennett, E. M., & Cohen, L. R. (1959) Men and women: Personality patterns and contrasts. *Genetic Psychology Monographs*, 59, 101-155.
- Berrios-Rivera, J. P., Street, R. L., Garcia Popa-Lisseanu, M. G., Kallen, M. A., Richardson, M. N., Janssen, N. M., et al. (2006). Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care and Research*, 55(3), 385-393.
- Biernat, M. and Wortman, C. B. (1991). Sharing of home responsibilities between professionally employed women and their husbands. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 844-860.
- Bigler, R. S. and Liben, L. S. (2006). A developmental intergroup theory of social stereotypes and prejudice. *Advances in Child Development and Behaviour*, 34, 39-89. doi: 10.1016/S0065-2407(06)80004-2
- Blau, P. M. (1964) *Exchange and Power in Social Life*. Wiley, New York.
- Blomqvist, K. (1997). The Many Faces of Trust, *Scandinavian Journal of Management*, 13 (1997), pp. 271-286
- Bogart, L. M. (1998). The relationship of stereotypes about helpers to help-seeking judgments, preferences, and behaviors. *Person. Soc. Psychol. Bull.* 24: 1264–1275.
- Bogart, L. M. (2001). Relationship of stereotypic beliefs about physicians to health care-relevant behaviors and cognitions among African American women. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 573-586.
- Bogart, L. M., Bird, S. T., Walt, L. C., Delahanty, D. L. and Figler, J. L. (2004). Association of stereotypes about physicians to health care satisfaction, help-seeking behavior, and adherence to treatment. *Social Science and Medicine*, 58(6), 1049–1058. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00277-6.
- Bogart, L. M., Catz, S. L., Kelly, J. A., and Benotsch, E.G. (2001). Factors influencing physicians' judgments of adherence and treatment decisions for patients with HIV disease. *Med. Decis. Making* 21: 28–36.
- Bogart, L. M., Kelly, J. A., Catz, S. L., and Sosman, J. M. (2000). The impact of medical and nonmedical factors on physician decision-making for HIV/AIDS antiretroviral treatment. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol.* 23: 396–404.

- Borchert, M. (2002) Career Choice Factors of High School Students, Master of Science Degree, The Graduate College University of Wisconsin-Stout.
- Boulware, E. L., Ratner, L. E., Cooper, L. A., Sosa, J. A., LaVeist, T. A., & Powe, N. R. (2002). Understanding disparities in donor behaviour: Race and gender differences in willingness to donate blood and cadaveric organs. *Medical Care*, 40, 85-95.
- Boyer C. A. & Lutfey, K. E. (2010). Examining critical health policy issues within and beyond the clinical encounter: Patient-Provider relationships and help-seeking behaviors. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 80-93.
- Brandon, D. T., Isaac, L. A., LaVeist, T. A. (2005) The legacy of Tuskegee and trust in medical care: Is Tuskegee responsible for race differences in mistrust of medical care? *Journal of the National Medical Association*, 97, 951-956.
- Breeman, G. E. (2006) Cultivating Trust: How Do Public Policies Become Trusted, Dept. of Public Administration, Faculty of Social and Behavioural Sciences, Leiden University
- Brenner, O. C., Tomkiewicz, J., & Schein, V. E. (1989). The relationship between sex-role stereotypes and requisite management characteristics revised. *Academy of Management Journal*, 32,662-669.
- Brewer, M. B. (1988) A dual process model of impression formation. In T. K. Srull and R. S. Wyer (Eds.), *A dual process model of impression formation* (pp. 1-36). Hillsdale, NJ,England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Brim, O. G. (1958). Family structure and sex-role learning by children: A further analysis of Helen Koch's data. *Sociometry*, 21, 1-16.
- Brockner J., Siegel P.A., Daly J.P., Tyler T., Martin Ch., (1997), When Trust Matters: The Moderating Effect of Outcome Favorability, *Administrative Science Quarterly*, vol. 42, 558-583.
- Broverman, I., Vogel, S., Broverman, D., Clarkson, F. and Rosenkrantz, P. (1972). Sex-role stereotypes: A current appraisal. *Journal of Social Issues*, 28, 59-78.
- Buchanan A. (2000). Trust in Managed Care Organizations, *Kennedy Institute of Ethics Journal* 10(3): 189-212.
- Calnan, M. and Rowe, R. (2004) Trust in health care: An agenda for future research, The Nuffield Trust, London.
- Calnan, M., Rowe, R. (2004) Trust in Health care: An Agenda for Future Research, Nuffield Trust Seminar 17th November 2004, Nutfield, London.

- Calnan, M., Rowe, R. (2004) *Trust Matters in Health Care*, Open University Press, McGraw-Hill Education , Berkshire, England.
- Carli, L. L. and Eagly, A. H. (1999). Gender effects on social influence and emergent leadership. In G. N. Powell (Ed.), *Handbook of gender and work* (pp. 203-222). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Carter, M.A. 1989. *Ethical Analysis of Trust in Therapeutic Relationships*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Castelli, L., Carraro, L., Tomelleri, S. and Amari, A. (2007). White children's alignment to the perceived racial attitudes of the parents: Closer to the mother than the father. *British Journal of Developmental Psychology*, 25(3), 353-357.
- Caterinicchio, R.P. (1979). Testing plausible path models of interpersonal trust in patient-physician treatment relationships. *Soc Sci and Med* 13: 81-99.
- Cattell, R. B. (1965). *The Scientific Analysis of Personality*, Baltimore: Penguin Books. Rosenberg 1956, 1957).
- Cejka, M. A. and Eagly, A. H. (1999). Gender-stereotypic images of occupations correspond to the sex segregation of employment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 413–423.
- Cevrioğlu, A.S., Oğur, P. Ellidokuz, H., Bayram, F. Özyürek, P., Yücebilgin, A. (2004) Does Gender Affect Patient's Physician Choice During The Antenatal Follow-Up? , *The Medical Journal of Kocatepe*, 5: 35- 40.
- Chapman, L. J. 1967. Illusory correlation in observational reports. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 6: 151–155.
- Choi, Y. and Hon, L.C. (2002) The Influence Of Gender Composition In Powerful Positions On Public Relations Practitioners' Gender Related Perceptions. *Journal Of Public Relations Research*, 14(3): 229-263.
- Chomphoosang, P. (2013) *Trust Management of Social Network in Health Care*, Master of Science Thesis, Purdue University Indianapolis, Indiana.
- Clark, M. C. and Payne, R. L. (1997) The nature and structure of workers' trust in management. *Journal of Organizational Behavior*, 18: 205-224.
- Coleman, J. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Coleman, James S. (1988) Social Capital in the Creation of Human Capital, *American Journal of Sociology* 94: S95-S120

- Collins, T., Clark, J., Petersen, L. and Kressin, N. (2002) Racial differences in how patients perceive physician communication regarding cardiac testing. *Med Care*, 40 (1), 127-134.
- Cooper, L. A., Beach, M. C., Johnson, R. L., & Inui, T. S. (2005). Delving below the surface: Understanding how race and ethnicity influence relationships in healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S1), S21-S27.
- Correll, S. J. (2004). Constraints into preferences: Gender, status and emerging career aspirations. *American Sociological Review*, 69, 93–113.
- Crawley, L.M. (2001) African-American participation in clinical trials: situating trust and trustworthiness. *J Natl Med Assoc*;93:S14–7.
- Creed, W. E. D. and R. Miles. 1996. "Trust in Organizations. A Conceptual Framework Linking Organizational Forms, Managerial Philosophies, and the Opportunity Cost of Control," In *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*, ed. R. M. Kramer and T. R. Tyler, 16–39. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2005). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (2nd edition). United States of America: Sage Publications.
- Crosby, F. J. (1991). *Juggling: The unexpected advantages of balancing career and home for women and their families*. New York: The Free Press.
- Cross, S. and Bagilhole, B. (2002) Girls' Jobs for the Boys? Men, Masculinity and Non-Traditional Occupations, *Gender, Work and Organizations*, Vol. 9(2), April.
- Cuddy, A. C., Fiske, S. T., Kwan, V. Y., Glick, P., Demoulin, S., Leyens, J. and Ziegler, R. (2009). Stereotype content model across cultures: Towards universal similarities and some differences. *British Journal Of Social Psychology*, 48(1), 1-33.
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T. and Glick, P. (2004). When professionals become mothers, warmth doesn't cut the ice. *Journal of Social Issues*, 60, 701–718.
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T. and Glick, P. (2008). Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The stereotype content model and the BIAS map. In M. P. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology*, Vol. 40, pp. 61-149.
- Cüceloğlu, D. (2004). *İnsan Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*, Remzi kitapevi.
- Cüceloğlu, D. (2011). *Yeniden İnsan İnsana*, Remzi Kitapevi, İstanbul.

- Çelik N. ve Bedük, A. (2014) Vekalet Teorisi Yaklaşımı ile İşlem Maliyeti Arasındaki İlişki, *Sakarya İktisat Dergisi*, 43-67.
- Deaux, K. (1984). From individual differences, to social categories: Analysis of a decade's research on gender. *American Psychologist*, 39, 105-1
- Deaux, K. and Kite, M. E. (1993). Gender stereotypes. In F. Denmark and M. Paludi (Eds.), *Handbook on the psychology of women* (pp. 107-139). Westport, CT: Greenwood Press.
- Deaux, K. and LaFrance, M. (1998). Gender. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, and G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th Ed.) (pp. 788-827). New York: McGraw-Hill.
- Değirmenci, P. (2009). Kişilerarası İlişkilerde, Örgütte, Toplumda Güven ve İşverenlerin Güvene Bakışını Anlamaya Yönelik Bir Araştırma, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Delhey, J. ve Newton, K. (2003). Who Trusts? The Origins of Social Trust in Seven Societies, *European Societies*, Vol. 5(2), 93-137.
- Delhey, J., Newton, K. (2003) Who Trusts?: The Origins of social trust in Seven Societies., *European Societies*, 5-2, 93-137.
- Demir, M.A. (2016). 8. Sınıf Öğrencilerinde Rastlanan kalıpyargılar ve Kalıpyargıların Kaynakları: Aydın İli Örneği, Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Eğitimi Anabilim Dalı, Muğla.
- Demirtaş, H.A. (2003). Sosyal kimlik kuramı temel kavram ve varsayımlar. *İletişim Araştırmaları*, 1(1), 123-144.
- Denizlioğlu, E., (2011). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Eğitim Öncesi ve sonrası Meslek Seçim Kriterlerinin Karşılaştırması ve Emirdağ Meslek Yüksekokulu Uygulaması, Tezsiz Yüksek lisans Bitirme Projesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Deroose, K. P., Hays, R. D., & McCaffrey, D. F. (2001). Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? *J. Gen Intern Med*, 76,218-226.
- Deutch, M. (1958) Trust and suspicion. *Journal of Conflict Resolution* 2, 265-279.
- Deutsch, F. M. (1999). *Halving it all: How equally shared parenting works*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Deutsch, F. M. (2001). Equally shared parenting. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 25-28
- Deutsch, F. M. and Saxon, S. E. (1998). The double standard of praise and criticism for mothers and fathers. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 665-683.
- Deutsch, M. (1958). Trust and suspicion. *Journal of Conflict Resolution*, 2, 265-279.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 5-18.
- Devine, P. G., & Elliot, A. J. (1995). Are racial stereotypes really fading? The Princeton trilogy revisited. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 1139–1150. Durkheim.
- Dibben, M. and Lean, M. (2003). Achieving compliance in chronic illness management: Illustrations of trust relationships between physicians and nutrition clinic patients. *Health Risk and Society*, 5 (3), 241-59.
- Diekmann, A. B. and Eagly, A. H. (2000). Stereotypes as dynamic constructs: Women and men of the past, present, and future. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1171-1188.
- Diekmann, A. B. and Eagly, A. H. (2000). Stereotypes as dynamic constructs: Women and men of the past, present, and future. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1171-1188.
- Diekmann, A. B. and Goodfriend, W. (2006). Rolling with the changes: A role congruity perspective on gender norms. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 369–383
- Doescher, M.P., Saver, B.G., Franks, P. and Fiscella K. (2000). Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Arch Fam Med*;9:1156–63
- Doğanavşargil, Ö. ve Vahip, I. (2003). Terapötik İşbirliği Neden Önemli? *Psikiyatrik Yakınması Olmayan Bir Aile İçi Şiddet Olgusu*, *Klinik Psikiyatri*, 6:165-169.
- Dorio, J. M., (2005) The impact of gender-role stereotypes and the sex-typing of the professor job on performance evaluations in higher education, Graduate Theses and Dissertations. <http://scholarcommons.usf.edu/etd/2858>
- Dovidio, J. F. (1999). Stereotyping. In R. A. Wilson & F. C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopaedia of the cognitive sciences* (pp. 804–806). Cambridge, MA: MIT Press.

- Dovidio, J. F., Penner, L. A., Albrecht, T. L., Norton, W. E., Gaertner, S. L., Shelton, J. N. (2008). Disparities and distrust: The implications of psychological processes for understanding racial disparities in health and healthcare. *Social Science and Medicine*, 67, 478-486.
- Dökmen, Z.Y., (2015). *Toplumsal Cinsiyet, Remzi Kitapevi*, İstanbul.
- Drane, J. F. (1995). *Becoming a good doctor: The place of virtue and character in medical ethics* (2nd ed.). Kansas City: Sheed & Ward.
- Duckitt J. (1992). *The Social Psychology of Prejudice*. Praeger: New York.
- Duehr, E.E. and Bono, J.E. (2006), “Men, women, and managers: are stereotypes finally changing?”, *Personnel Psychology*, Vol. 59 No. 4, pp. 815-46.
- Dulin, A.M. (2007). A lesson on Social Role Theory: An Example of Human Behaviour in The Social Environment Theory, *Advances in Social Work*, (1), 104-112.
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Eagly, A. H. (1995). The science and politics of comparing women and men, *American Psychologist*, 50:145–58
- Eagly, A. H. and Diekmann, A. B. (2003). The malleability of sex differences in response to changing social roles. In L. G. Aspinwall and U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 103–115). Washington, DC: American Psychological Association
- Eagly, A. H. and Steffen, V. J. (1984). Gender stereotypes stem from the distribution of women and men into social roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 735-754.
- Eagly, A. H., Wood, W. and Diekmann, A. B. (2000). Social role theory of gender differences and similarities: A current appraisal. In T. Eckes and H. M. Trautner (Eds.), *The developmental social psychology of gender* (pp. 123–174). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Eagly, A.H. and Wood, W. (2012). Social Role Theory, *Handbook of Theories of Social Psychology*, January, 458-476.
- Echabe, A. E. and Castro, J. L. (1999). The impact of context on gender social identities, *European Journal of Social Psychology*, 29, 287-304.

- Egede, L.E., Ellis C. (2008) The effects of depression on diabetes knowledge, diabetes self-management, and perceived control in indigent patients with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther*, 10(3):213–219.
- Ercan, E.E. ve Demir, F.N. (2015). Yetiştirme Kuramı: Anadolu Üniversitesi Fen Fakültesi'nde Araştırma, Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, Vol.3(1), 127-144.
- Erdem, F. (2003) Örgütsel Yaşamda Güven, Ferda Erdem (Ed.), Sosyal Bilimlerde Güven, Vadi Yayınları, Ankara.
- Erdem, F. ve Özen, J. (2003). Niklas Luhmann'ın Tanıdıklık, Emin Olma ve Güven Ayrımı, Ferda Erdem (Ed.), Sosyal Bilimlerde Güven, Vadi Yayınları, Ankara.
- Erikson, E. (1993). *Identity and the Life Cycle*, W. W. Norton and Company
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton
- Ertaş, E. (2007) Doktor Hasta İlişkisinde Güven Sorunu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Van.
- Ertong, G. (2011). Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
- Fagot, B. I., and Leinbach, M. D. (1993). Gender-role development in egalitarian and traditional families. *Sex Roles*, 32, 513–526.
- Fine, B. (2011). Sosyal Sermaye Sosyal Bilime Karşı, Bin Yılın Eşiğinde Ekonomi Politik ve Sosyal Bilimler, (Çev:Ayşegül Kars), 1. Basım, Şubat, Yordam Kitap: 121, Pasifik Ofset.
- Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, et al. (2004) Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care*;42:1049–55
- Fiske, S. T. (1993). Controlling other people: The impact of power on stereotyping, *American Psychologist*, 48, 621-628.
- Fiske, S. T. and Neuberg, S. L. (1990). A continuum of impression formation, from category based to individuating processes: Influences of information and motivation on attention and interpretation. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 23, pp. 1-74). San Diego, CA: Academic Press.

- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C. and Glick, P. (2007). Universal dimensions of social cognition: Warmth and competence. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 77–83.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P. and Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878–902.
- Fiske, S. T., Xu, J., Cuddy, A. C. and Glick, P. (1999). (Dis)respecting versus (dis)liking: Status and interdependence predict ambivalent stereotypes of competence and warmth. *Journal of Social Issues*, 55, 473-491.
- Fox, B. and Fox, J. (1986). Women in the labour market, 1931-1981: Exclusion and competition. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 23, 1-21.
- Frost, T., Stimpson, D. V. and Maughan, M. R. C. (1978) Some correlates of trust. *The Journal of Psychology* 99. 103-108.
- Fukuyama, F. (2005). *Güven/Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması*, (Çev. A. Buğdaycı), İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Fullagar, C., Sumer, H. C., Slick, R., & Sverke M. (2003). Managerial sex-role stereotyping: A cross-cultural analysis. *International Journal of Cross Cultural Management*, 3,93–107.
- Gambetta, D. (1988). *Trust: Making and breaking cooperative relations*. New York: Basil Blackwell.
- Gampa, V. (2010). *Trust in the Doctor-Patient Relationship*, A Senior Honors Thesis, The Ohio State University, Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for Graduation with Research Distinction in Philosophy in the Undergraduate Colleges of The Ohio State University, Columbus, Ohio, United States, 4-5.
- Garfinkel, H. H. 1973. A conception of, and experiments with 'trust' as a condition of stable concerted actions. In O. J. Hawey (Ed.), *Motivation and social interaction: Cognitive determinants*. New York: Ronald Press.
- Gerbner, G., (1959). *Education and The Challenge of Mass Culture*, *AV Communication Review*. Vol: 7, Page: 264-278.
- Giddens, A. (2004). *Modernliğin Sonuçları*, (Çev. Ersin Kuşdil). İstanbul: Ayrıntı.
- Giddens, A. (2016). *Sosyoloji*, C. Güzel ve H. Özel (Yay. Haz.), İstanbul: Kırmızı Yayınları

- Giffin, K. (1967) The contribution of studies of source credibility to a theory of interpersonal trust in the communication process. *Psychological Bulletin* 68, 104-120.
- Giffin, K. (1967). The contribution of studies of source credibility to a theory of interpersonal trust in the communication process. *Psychological Bulletin*, 68, 104-120.
- Gilbert, D. T. and Hixon, J. G. (1991). The trouble of thinking: Activation and application of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 509–517. doi:10.1037/0022-3514.60.4.509
- Gilbert, G.M. (1951). Stereotype persistence and change among college students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 46. 245-252.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56, 1453-1468.
- Glick, P. & Fiske, S. T. (2001). Ambivalent sexism. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 33, pp. 115–188). Thousand Oaks, CA: Academic Press.
- Glick, P., Wilk, K., & Perreault, M. (1995). Images of occupations: Components of gender and status in occupational stereotypes. *Sex Roles*, 32, 565– 582.
- Glick, P., Wilk, K., ve Perreault, M. (1995). “Images of Occupations: Compenents of Gender and Status in Occupational Stereotypes”, *Sex Roles*, 32, 565-582.
- Good, D. (1988) Individuals, interpersonal relations and trust. In *Trust -- Making and Breaking Relationships*. ed. D Gambetta, pp. 31-48. Basil Blackwell, Oxford.
- Goold, S.D. (2002). Trust, Distrust and Trustworthiness. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 79-81.
- Gopichandran, V. ve Chetlapalli S.K. (2013). Factors influencing trust in doctors: A community segmentation strategy for quality improvement in healthcare, *BMJ Open*.2013;3(12):4115.
- Gordon, H. S., Street, R. L., Sharf, B. F., Kelly, P. A. and Soucek, J. (2006) Racial differences in trust and lung cancer patients’ perceptions of physicians’ communication. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 904-909.
- Gorman, E.H. (2005). Gender Stereotypes, Same-Gender Preferences, and Organizational Variation in the Hiring of Women: Evidence from Law Firms, *American Sociological Review*, 70-4:702-728.

- Govier, T. 1994. Is it a jungle out there? Trust, distrust, and the construction of social reality. *Dialogue*, 33: 237-252.
- Groenewegen, P. (2006). Trust relations in health care: the new agenda, *European Journal of Public Health*, vol. 16 (1), 3-4.
- Gupta, V., Turban, D. B., Wasti, A. S., & Sikdar, A. (2009). The role of gender stereotypes in perceptions of entrepreneurs and intentions to become an entrepreneur, *Entrepreneurship Theory and Practice*, 33(2), 397-417.
- Gülcemal, E. (2015) Hekim-Hasta İlişkisinde Güven Faktörünün İncelenmesi: Isparta İli Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Hake, D. F. and Schmid, T. L. (1981) Acquisition and maintenance of trusting behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior* 35, 109-124.
- Halbert, C. H., Armstrong, K., Gandy, O. H., and Shaker, L. (2006). Racial differences in trust in health care providers. *Archives of Internal Medicine*, 166(8), 896-901.
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E. and Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health Services Research*, 37(5), 1419-1439.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B. Y. and Mishra, A., (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Quarterly*, 79(4), 613-639.
- Hall, M. A., Zheng, B., Dugan, E., Camacho, F., Kidd, K. E., Mishra, A. (2002). Measuring patients' trust in their primary care providers. *Medical Care Research and Review*, 59, 293-318.
- Hall, M., Dugan, E., Zheng, B. and Mishra, A. (2001). "Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?", *Millbank Quarterly*, Vol. 79 No. 4, pp. 613-39
- Hall, M., Zheng, B., Dugan, E., Camacho, F., Kidd, K., Mishra, A. and Balkrishnan, R. (2002). Measuring patient's trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev*, 59 (3), 293-318.
- Hall, MA, Camacho, F., Dugan, E., Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health Serv Res*;37:1419–39.

- Hamilton, D. L. and Sherman, J. W. (1994). Stereotypes. In R. S. Wyer, Jr., and T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (2nd ed., Vol. 2, pp. 1-68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hamilton, D. L., & Gifford, R. K. (1976). Illusory correlation in interpersonal perception: A cognitive basis of stereotypic judgments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12, 392-407.
- Harlak, H. (2000). *Önyargılar: Psikososyal Bir İnceleme*, İstanbul: Sistem.
- Heilman, M. E. (1979). High school students' occupational interest as a function of projected sex ratios in male dominated occupations. *Journal of Applied Psychology*, 43, 22-34.
- Heilman, M. E., Block, C. J., Martell, R. F., & Simon, M. C. (1989). Has anything changed? Current characterizations of men, women, and managers. *Journal of Applied Psychology*, 74, 935-942.
- Heilman, M. E., Block, C. J., Martell, R. F., & Simon, M. C. (1989). Has anything changed? Current characterizations of men, women, and managers. *Journal of Applied Psychology*, 74, 935-942.
- Heritage, J. and Maynard, D.W. (2006) Problems and Prospects in the Study of Physician- Patient Interaction: 30 Years of Research. *Annual Review of Sociology*, 351-374.
- Hilton, J. L. and von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47, 237-271.
- Hinton, P. R. (2000). *Stereotypes, cognition and culture*. New York, NY, US: Psychology Press.
- Hochschild, A. R. (1989). *The second shift: Working parents and the revolution at home*. New York: Viking.
- Hogg, M. A. (2007). Social psychology of leadership. In A. W. Kruglanski and E. T. Higgins (Eds.), *Social psychology. Handbook of basic principles* (2nd Ed.) (pp. 716-733). New York: The Guilford Press.
- Hogg, M. A. and Abrams, D. (1988). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. London: Routledge.
- Hogg, M.A. ve Vaughan, G.M. (2014). *Sosyal Psikoloji*, (Çev: Aydın Gelmez, İbrahim Yıldız), Ütopya Yayınevi
- Holmes, J. G. and Rempel, J. K. (1989) Trust in close relationships. In C. Hendrick (Ed.), *Close relationships*: 187-220. Newbury Park, CA: Sage.

- Hortaçsu, N. (1998). Grup içi ve gruplar arası süreçler. İmge Kitapevi, Ankara.
- Hughes, E. C. (1945). Contradictions and dilemmas. *The American Journal of Sociology*, 50, 353–359.
- Jackson, L.A., Putnam, W., Twohig, P.L., Burge, F.I., Nichol, K. and Cox, J.L. (2004) What has trust got to do with it? Cardiac risk reduction and family physicians' discussions of evidence-based recommendations, *Health Risk and Society*, 6, 3, 239-55.
- Jacobs, E.A., Rolle, I., Ferrans, C.E., Whitaker, E.E., Warnecke, R.B. (2006). Understanding African Americans' Views of the Trustworthiness of Physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 642-7
- Jalava, J. (2001). Trust or Confidence? Comparing Luhmann's and Giddens's Views of Trust. Paper presented at the 5th Conference of the European Sociological Association, 'Visions and Divisions', August 28 - September 1, 2001, Helsinki, Finland.
- Jalava, J. (2006). Trust as a Decision: The Problems and Functions of Trust in Luhmannian System Theory. University of Helsinki Department of Social Policy Research Reports 1: 1-236.
- Jalava, J., (2003). From Norms to Trust, *European Journal of Social Theory*, 6:2, 173-190.
- Jost, J. T. and Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 33, 1–27.
- Judd, C. M., & Park, B. (1993). Definition and assessment of accuracy in social stereotypes. *Psychological Review*, 100(1), 109-128. doi:10.1037/0033-295X.100.1.109.
- Kadıbeşegil, S. (2006). İtibar Yönetimi, Mediacat Yayıncılık, İstanbul.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2012). Günümüzde İnsan ve İnsanlar: Sosyal Psikolojiye Giriş, İstanbul, Evrim Yayınevi.
- Kahveci, A. (2016). Fen ve Mühendislik Alanlarında Kariyer: Eğitim Sürecinde Kız Öğrenciler ve Çokdilli/Çokkültürlü Öğrencilerin Deneyimleri Eğitim Fakültesi Dergisi 29 (1), 25-73.
- Kalin, R. and Hodgins, D. (1984). Sex Bias in judgements of occupational suitability. *Canadian journal of Behavioral Science*, 16, 331

- Kandola, B. (2009). *The Value of Difference: Eliminating bias in organizations*, UK:Oxford, Pearn Kandola Publishing
- Kao, A. C., Green, D. C., Zaslavski, A. M., Koplan, J. P., Cleary, P. D. (1998b). The relationship between method of physician payment and patient trust. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1708-1714.
- Kao, A., Green, D.C., Davis, N.A. and Koplan, J.P. (1998a.). Patients' Trust in Their Physician: Development and Assessment of a Physician Trust Scale. Unpublished manuscript.
- Karlins, M., Coffman, T. L. and Walters, G. (1969) On the fading of social stereotypes: Studies in three generations of college students. *Journal of Personality and Social Psychology*. 13: 1-16.
- Karsavuran, S., Siddika, K. ve Saadet, A., (2011), Hasta Hekim İletişiminde Güven : Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt14, Sayı 2.
- Katarzyna, K. (2013). The Impact Of Trust and Stereotypes on the Type of Doctor-Patient Relationship a study on Polish Health Care Market, *Proceedings of 2013 International Conference on Technology Innovation and Industrial Management* 29-31 May 2013, Phuket, Thailand.
- Katsena, L., & Dimdins, G. (2013). Gender and age group differences in stereotypes about mental health care providers. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4, 185-190.
- Katz, D. and Braly, K. W. (1933). Racial stereotypes of 100 college students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28, 280–290.
- Katz, D. and Braly, K. W. (1935). Racial prejudice and racial stereotypes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 30, 175-193.
- Kavuncu, A. N. (1987). Bem Cinsiyet Rolü Envanterini Türk toplumuna uyarlama çalışmaları [The study of adaptation of Bem Sex Role Inventory to Turkish]. Unpublished master's thesis, Hacettepe University, Ankara, Turkey
- Kawakami, K., Young, H. and Dovidio, J. F. (2002). Automatic stereotyping: Category, trait, and behavioral activations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(1), 3-15.
- Keating, N., Gandhi, T. K., Orav, J. , Bates, D. W. Ayanian, J. Z. (2004) Patient Characteristics and Experiences Associated with Trust in Specialist Physicians. *Internal Medicine*, 164: 1015-1020.

- Kervyn, N., Yzerbyt, V. and Judd, C.M. (2010). Compensation between warmth and competence: Antecedents and consequences of a negative relation between the two fundamental dimensions of social perception. *European Review of Social Psychology*, 21, 155-187.
- Kimmel, M. S. (2004). *The Gendered Society*. New York: Oxford University Pres.
- Kitapçı, İ. (2010). Vergi Etiği ve Kamu Etiği İlişkisi: etik Algılamalar Açısından Bir Değerlendirme, *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, Vol.2 (2), 81-88.
- Kobrynowicz, D. and Biernat, M. (1997). Decoding subjective evaluations: How stereotypes provide shifting standards. *Journal of Experimental Social Psychology*, 33, 579-601.
- Korkut Owen, F., Kelecioğlu, H. and Owen, D. W. (2014). Cinsiyetlere göre üniversitelerdeki onbir yıllık eğilim: Kariyer danışmanlığı için doğurgular. *International Journal of Human Sciences*, 11(1), 794-813. doi: 10.14687/ijhs.v11i1.2845
- Kramer, R. (1999). Trust and distrust in organisations: Emerging perspectives, enduring questions. *Annual Review of Psychology* 50, 569–598.
- Krefting, L. A., Berger, P. K. and Wallace, Jr., M. J. (1978). The contribution of sex distribution, job content, and occupational classification to job sex typing: Two studies. *Journal of Vocational Behavior*, 13, 181-191.
- Kuhlmann, E., 2006. Traces of doubt and sources of trust. *Health professions in an uncertain society. Current sociology*, 54, 607–620.
- Kunda, Z. and Spencer, S. J. (2003). When do stereotypes come to mind and when do they color judgment? A goal-based theoretical framework for stereotype activation and application. *Psychological Bulletin*, 129, 522–544. doi:10.1037/0033-2909.129.4.522
- Kuzgun, Y. (2000). *Meslek Danışmanlığı Kuramlar ve Uygulamalar*, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. , Ankara
- Kuzuca, İ. (2007). *Türkiye’de Tıpta Uzmanlık ve Akademisyenlik Aşamalarında Cinsiyetçi Yaklaşımlar*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Lagenspetz, O., and A. Akademi. 1992. Legitimacy and Trust. *Philosophical Investigations* 15:1–21.
- Lahno, B. (2001). On the emotional character of trust. *Ethical Theory and Moral Practice*, 4, 171-189.

- Lambert, W.E. and Klineberg, O., (1967). *Children's Views of Foreign People: A Cross National Study*, Irvington Publishers.
- Lane, P., Lindquist, J. (1988) Hospital choice: a summary of the key empirical and hypothetical findings of the 1980s., *Journal of health care marketing*, 8-4:5-20.
- Lederman, M. (2003). Gender/InEquity in science education: A response. *Journal of Research in Science Teaching*, 40(6), 604-606.
- Leopold, N, Cooper J, Clancy C. (1996). Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract*;42:129–37.
- Lerner, B.H. (2014). *The Good Doctor: A Father, a Son, and the Evolution of Medical Ethics*, Beacon Press.
- Lewincki, R.J. and Bunker, B.B. (1996). Developing and maintaining trust in work relationships. In R. M. Kramer and T. R. Tyler (Eds.), *Trust in organizations: Frontiers of theory and research*: 114-139. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lewis J.D. ve Weigert, A. (1985). Trust as a Social Reality, *Social Forces*, 63(4), 967-985.
- Leyens, J., Yzerbyt, V. ve Schadron, G. (1994). *Stereotypes, Social Cognition and Social Explanation*, London: Sage.
- Leyens, J.-Ph., Yzerbyt, V. and Schadron, G. (1994). Stereotypes, social cognition, and social explanation. London: Sage.
- Leyens, J.-Ph., Yzerbyt, V., & Schadron, G. (1994). Stereotypes, social cognition, and social explanation. London: Sage.
- Liben, L. S., Bigler, R. S., & Krogh, H. R. (2001). Pink and blue collar jobs: Children's judgments of job status and job aspirations in relation to gender of worker. *Journal of Experimental Child Psychology*, 79, 346–363.
- Liben, L. S., Bigler, R. S., & Krogh, H. R. (2002). Language at work: Children's gendered interpretations of occupational titles. *Child Development*, 73, 810–828.
- Linville, P. W., Fischer, G. W. and Salovey, P. (1989). Perceived distribution of the characteristics of in-group and out-group members: Empirical evidence and a computer simulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 165- 188.

Lippmann, W. (1922). Public opinion.

<<http://wps.pearsoncustom.com/wps/media/objects/2429/2487430/pdfs/lippmann.pdf>>

Lipton, J. P., O'Connor, M., Terry, C., and Bellamy, E. (1991). Neutral job titles and occupational stereotypes: When legal and psychological realities conflict. *The Journal of Psychology*, 125, 129-151

Luhmann, N. (2000). 'Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives', in Gambetta, Diego (ed.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, electronic edition, Department of Sociology, University of Oxford, chapter 6, pp. 94-107, <<http://www.sociology.ox.ac.uk/papers/luhmann94-107.pdf>>

Luhmann, N. 1988. Familiarity, confidence, trust: Problems and alternatives. In D. G. Gambetta (Ed.), *Trust*: 94-107. New York: Basil Blackwell.

Luhmann, N., (1979). *Trust and Power*. Chichester: Wiley

Lukoschek P. (2003). African Americans' beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: a qualitative study. *J Health Care for the Poor and Underserved* 14; 4: 566-587.

Macrae, C. N. and Bodenhausen, G. V. (2000). Social cognition: Thinking categorically about others. *Annual Review of Psychology*, 51, 93-120.

Macrae, C. N., Bodenhausen, G. V., Milne, A. B. and Jetten, J. (1994c). Out of mind but back in sight: Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 808-817. doi:10.1037//0022-3514.67.5.808

Macrae, C. N., Milne, A. B. and Bodenhausen, G. V. (1994a). Stereotypes as energy-saving devices: A peek inside the cognitive toolbox. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 37-47.

Macrae, C. N., Stangor, C. and Milne, A. B. (1994b). Activating social stereotypes: A functional analysis. *Journal of Experimental Social Psychology*, 30, 370-389.

Mainous, A.G., Kerse, N., Brock, C.D., Hughes, K., Pruitt, C. (2003) Doctors Developing Patient Trust: Perspectives from the United States and New Zealand, *New Zealand Family Physician*, 5:336-341.

Malpani, A., Malpani, A. (2005), Successful medical practice: winning strategies for doctors, PTN Communications.

- Marconi, J. (2001). Reputation marketing. Building and sustaining your organization's greatest asset. Black lick OH, USA: McGraw-Hill Companies, American Marketing Association.
- Martin KD Roter DL Beach MC Carson KA Cooper LA . (2013). Physician communication behaviors and trust among black and white patients with hypertension. *Med Care*, 51:151–157.
- Mascarenhas, O. A., Cardozo, L. J., Afonso, N. M., Siddique, M., Steinberg, J., Lepczyk, M., Aranha, A.N. (2006). Hypothesized predictors of patient-physician trust and distrust in the elderly: Implications for health and disease management. *Clinical Interventions in Aging*, 1, 175-188.
- Mastro, D. E., Behm-Morawitz, E. and Kopacz, M. A., (2008), Exposure to television portrayals of Latinos: The implications of aversive racism and social identity theory, *Human Communication Research*, 34(1), 1-27.
- Mayer, R. C., Davis, J. H., ve Schoorman, F. D. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust. *Academy of Management Review*, 20 (3), 709-734.
- McAllister, D. J. (1995). “Affect and Cognition Based Trust As Foundations of Interpersonal Cooperation
- McAllister, D. J. (1995). Affect and cognition based trust as foundation for interpersonal co-operation in organizations. *Academy of Management Journal*, 38, 24-59. Olekalns and Smith, 2009)
- McAllister, D. J. (1997). The second face of trust: Reflections on the dark side of interpersonal trust in organizations. *Research on Negotiation in Organizations* 6, 87-111.
- McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, 1(1), 30-46.
- McKneally, M. F. and Martin, D. K. (2000). An entrustment model of consent for surgical treatment of life-threatening illness: Perspective of patients requiring esophagectomy. *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 129, 264-269.
- McMurphy, S. (2013). Trust, distrust, and trustworthiness in argumentation: Virtues and fallacies, OSSA Conference Archive. 113 erişim: <<http://scholar.uwindsor.ca/ossaarchive/OSSA10/papersandcommentaries/113>>
- Mechanic D, Schlesinger M. (1996). The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA*, 275:1693–7

- Mechanic, D. (1996). Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Q*;74:171–89
- Mechanic, D. (1996). Changing Medical Organization and the Erosion of Trust. *Milbank Quarterly* 74:171–89.
- Mechanic, D. (1996). Changing Medical Organization and the Erosion of Trust, *Milbank Quarterly*, 74 (2), 171–189.
- Mechanic, D. (1996). Changing Medical Organizations and the Erosion of Trust, *Milbank Quarterly* 74(2): 171-89.
- Mechanic, D. (1998). The functions and limitations of trust in the provision of medical care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23, 661-686.
- Mechanic, D. (1998). The Functions and Limitations of Trust in the Provision of Medical Care, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 23 (4): 660-86.
- Mechanic, D. and Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine*, 51: 657-668
- Mechanic, D. and Schlesinger, M. (1996). The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 275 No. 21, pp. 1693-7
- Mechanic, D., and Meyer, S. (2000). Concepts of Trust among Patients with Serious Illness. *Social Science & Medicine* 51:657–68.
- Mechanic, D., McAlpine, D. (2010). Sociology of Health Care Reform: Building on Research and Analysis to Improve Health Care, *Journal of Health and Social Behavior*, 51: 147-159.
- Meydaneri, Y. (2006). Sosyolojik açıdan kadınlarla ilgili kalıp yargılar (Kırıkkale Örneği),Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Miller, C.F., Trautner, H.M. and Ruble, D.N. (2006). The role of gender stereotypes in children's preferences and behavior. In L. Balter and C.S. Tamis-LeMonda (eds), *Child Psychology: A Handbook of Contemporary Issues*, 2nd Edition, pp. 293–323. New York: Psychology Press.
- Mishra, A. 1996. Organisational responses to crisis: the centrality of trust., pp. 261-287 in *Trust in Organisations: Frontiers of theory and research*, London: Sage.
- Misztal, B. A. (1996). *Trust in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press.

- Moskowitz, B. G. (2005). *Social cognition: Understanding the self and others*. New York: The Guilford Press.
- Moskowitz, G. B. (2010). On the control over stereotype activation and stereotype inhibition. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 140–158. doi:10.1111/j.1751- 9004.2009.00251.x
- Moskowitz, G. B. and Li, P. (2011). Egalitarian goals trigger stereotype inhibition: A proactive form of stereotype control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47, 103–116. doi:10.1016/j.jesp.2010.08.014
- Mosley-Williams A, Lumley MA, Gillis M. (2002). Barriers to treatment adherence among African American and white women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism* 47; 6: 630- 638.
- Möllering, G. (2001). The Nature of Trust: From Georg Simmel to a Theory of Expectation, Interpretation and Suspension, *Sociology*, vol. 35(2): 403–20.
- Möllering, G. (2008). Forward. In J. Brownlie, A. Greene, and A. Howson (Eds.). *Researching Trust and Health* (pp. vii-x). New York, NY: Routledge.
- Newton, K., (1999). Social capital and democracy in modern Europe, in Jan van Deth, Marco Maraffi, Ken Newton and Paul Whiteley (eds) *Social Capital and European Democracy*, London: Routledge, pp. 3–24. Whiteley 1999: 40-41),
- Nişancı, Y., Nazlı, N., Özkan, M., Özcan, M. (2009) Türk Kardiyoloji Derneği etik Klavuzu, *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37:3.
- O'Malley, A. S., Sheppard, V. B., Schwartz, M., & Mandelblatt, J. (2004). The role of trust in use of preventative services among low-income African-American women. *Preventative Medicine*, 38, 777-785.
- O'Malley, K. J., Collins, T. C., Haidet, P. M., Johnson, M. L., Kallen, M., Sharf, B. F., et al. (2003). Patients' Attitudes Concerning Trust (PACT Study). Houston Center for Quality Care and Utilization Studies.
- Oakley, A. (2000)., *Experiments in Knowing* , Cambridge:Polity
- Olekalns, M. & P.L. Smith (2009). Mutually dependent: Power, trust, affect and the use of deception in negotiation. *Journal of Business Ethics*, 85, 347-365.
- Operario, D., & Fiske, S. T. (2004). Stereotypes: Content, Structures, Processes, and Context. In M. B. Brewer & M. Hewstone (Eds.), *Perspectives on social psychology*. *Social cognition* (pp. 120-141). Malden, : Blackwell Publishing.

- Operario, D., and Fiske, S. T. (2004). Stereotypes: Content, structures, processes, and context. In M. B. Brewer and M. Hewstone (Eds.), *Social cognition* (pp. 120- 141). Oxford, UK: Blackwell.
- Oppenheimer, V. K. The sex labeling of jobs. *Industrial Relations*, 1968, 7, 219-234.
- Orhan, B., Yücel, Ö.R. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunumuna Cinsiyet Açısından Bakış, *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1-1:53-59.
- Orren, G. (1997). “Fall from Grace: The Public's Loss of Faith in Government.” Pp. 77-107 in *Why People Don't Trust Government*, edited by J.S Nye, Jr., P.D. Zelikow, D.C. King. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Orser, B. (1994). Sex role stereotypes and requisite management characteristics: An international perspective. *Women in Management Review*, 19(4), 11-19.
- Osgood, C., Suci, G. J., and Tannenbaum, P. (1957). “The Measurement of Meaning.” University of Illinois Press, Urbana, IL.
- Öngen, B. ve Aytaç, S. (2013). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşam değerleri ilişkisi. *Sosyoloji Konferanslar*, 48, 1-18.
- Paris, L.D., Decker, D.L. (2012) "Sex role stereotypes: does business education make a difference?", *Gender in Management: An International Journal*, 27-1:36-50, <https://doi.org/10.1108/17542411211199264>
- Park, B., & Judd, C. M. (1990). Measures and models of perceived group variability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 173-191. doi:10.1037/0022-3514.59.2.173.
- Park, S.R. (2010). *The Good Doctor: Bringing Healing to the Hopeless*, InterVarsity Press.
- Parsons T. (1951). *The social system*. London .Routledge and Kegan paul
- Parsons, T. (1977). *Social Systems and the Evolution of Action Theory*. New York: Free Press.
- Peabody, F.W. (1927) *The Care of the Patient*. *Journal of the American Medical Association* 88(12):877–82.
- Pearson, S. D. & Raeke, L. H. (2000). Patients’ trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 509-513.

- Pellegrino, E.D., and D.C. Thomasma. 1993. Fidelity to Trust. In *The Virtues in Medicine*, eds. E.C. Pellegrino and D.C. Thomasma, 65–78. New York: Oxford University Press.
- Pellegrino, E.D., Veatch R.M., and Langan J.P. (1991). *Ethics, Trust, and the Professions: Philosophical and Cultural Aspects*. Washington, D.C., Georgetown University Press.
- Pendry, L. F., and Macrae, N. M. (1994). Stereotypes and mental life: The case of the motivated by thwarted tactician. *Journal of Experimental Social Psychology*, 30, 303– 325. doi:10.1006/jesp.1994.1015
- Powell, G. N., & Butterfield, D. A. 1979. The “good manager”: Masculine or androgynous? *Academy of Management Journal*, 22: 395-403.
- Powell, G. N., & Butterfield, D. A. 1989. The “good manager”: Did androgyny fare better in the 1980s? *Group & Organization Studies*, 14: 216-233.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, New York: Simon and Schuster.
- Putnam, Robert D. (1995) *Bowling Alone: America’s Declining Social Capital*, *Journal of Democracy* 6:65-78.
- PwC, (2018), Çalışma Hayatında Cinsiyet Eşitliği Araştırması <https://www.pwc.com.tr/tr/Hizmetlerimiz/insan-yonetimi-ve-organizasyon-danismanligi/yayinlar/calisma-hayatinda-cinsiyet-esitligi/pwc-calisma-hayatinda-cinsiyet-esitligi-arastirmasi.pdf> (erişim: 01.03.2018)
- Quadflieg, S., Turk, D. J., Waiter, G. D., Mitchell, J. P., Jenkins, A. C., and Macrae, C. N. (2009). Exploring the neural correlates of social stereotyping. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 21(8), 1560-1570.
- Rawaf, M.M. and Kressin, N.R. (2007). Exploring racial and sociodemographic trends in physician behavior, physician trust and their association with blood pressure control. *J Natl Med Assoc*;99:1248–54.
- Razzan, G. (1950). “Ethnic Dislikes an Stereotypes”, *Journal of Abnormal Social Psychology*, 45, 7-27.
- Rhodes, R., and J.J. Strain. 2000. *Trust and Transforming Medical Institutions*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 9:205–17.
- Rice, F. P. (1996). *Intimate Relationships, Marriages, and Families* (3. baskı). California: Mayfield Publishing.

- Rice, S. A. (1926) " Stereotypes." A source of error in judging human character. J. Person. Res., 5, 267-276.
- Robinson, R.J., Keltner, D., Ward, A., and Ross, L. (1995). Actual versus assumed differences in construal: realism in intergroup perception and conflict, *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 404- 17.
- Rogers, D.E. 1994. On Trust: A Basic Building Block for Healing Doctor-Patient Interactions. *Journal of the Royal Society of Medicine* 87:2–5.
- Rokeach, M. (1948). Generalized mental rigidity as a factor in ethnocentrism. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 43(3), 259-278.
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. Oxford, England: Basic Books.
- Rosenberg, M. (1956). Misanthropy and Political Ideology, *American Sociological Review*, 21:690-695.
- Rosenkrantz, P., Vogel, S., Bee, H., Broverman, I. and Broverman, D.M. (1968), "Sex role stereotypes and self-concepts in college students", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 32 No. 3, pp. 287-295.
- Roter, D. L. and J. A. Hall. (1992). *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors*. Westport, CT: Auburn.
- Rotter, J. B. (1967) A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality* 35, 651-665.
- Rotter, J. B. 1971. Generalized expectancies for interpersonal trust. *American Psychologist*, 35: 1-7.
- Rousseau,D. M., Sitkin, S.B., Burt, R.S. and Camerer, C. (1998). Not so different after all : a cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review*, 23, 393-404.
- Sabel, C. F. (1993). Studied Trust: Building New Forms of Cooperation in a Volatile Economy. *Human Relations*, 46(9), 1133-1170.
- Sabel, C. F., 1982, *Work and Politics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Safran, D., M. Kosinski, A.R. Tarlov, (1998) The Primary Care Assessment Survey: Tests of Data Quality and Measurement Performance. *Medical Care* 36:728–39.
- Safran, D.G., Taira, D.A., Rogers, W.H. et al (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 47, 3, 213-220.

- Sakallı, N. ve Türkoğlu, B., (2016) Günümüz Türkiye’inde Cinsiyet Kalıpyargıları: Kadın Kimdir? Erkek Kimdir?, I. Sosyal Psikoloji Kongresi, Başkent Üniversitesi.
- Sakallı-Uğurlu, N. (2003). Cinsiyetçilik: Kadınlara ve Erkeklerle İlişkin Tutumlar ve Çelişik Duygulu Cinsiyetçilik Kuramı. Türk Psikoloji Yazıları, 6 (11-12), 3.Bem,1981
- Sayed, J. and Ozbilgin, M. (2015) Managing Diversity and Inclusion an International Perspective. Los Angeles: SAGE publications.
- Schee E., Braun B., Calnan M., Schnee M., Groenewegen P.P. (2007) Public trust in health care: a comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. Health Policy, 81(1):56–67.
- Schein V. (1975). “Relationships Between Sex Role Stereotypes and Requisite Management Characteristics Among Female Manager”, Journal of Organizational Behavior ,60 (3), 340-344.
- Schein V.E., Mueller R.(1992). “Sex Role Stereotyping and Requisite Management Characteristics: A Cross Cultural Look”, Journal of Organizational Behavior,13, 439-447.
- Schein, V. E. (1973). “The Relationship Between Sex Role Stereotypes and Requisite Management Characteristics”, Journal of Applied Psychology, 57(2), 95-100.
- Schein, V. E. (2001). “A Global Look at Psychological Barriers to Women’s Progress in Management”, Journal of Social Issues, 57(4), 675-688.
- Schein, V. E., & Davidson, M. (1993). Think manager think male. Management Development Review, 6(3), 24-28.
- Schein, V. E., Mueller, R., Jacobson, C. (1989). “The Relationship Between Sex Role Stereotypes and Requisite Management Characteristics Among College Students”, Sex Roles, 20, 103-110.
- Schein, V. E., Mueller, R., Lituchy, T. ve Liu, J. (1996). “Think Manager – Think Male: A Global Phenomenon?”, Journal of Organizational Behavior, 17, 33-41.
- Schein, V. E., Mueller, R., Lituchy, T., & Liu, J. (1996). Think manager think male: A global phenomenon? Journal of Organisational Behaviour, 17(1), 33.
- Schelmatic, T. (2013). Where are America’s women engineers? erişim:15.02.2018. <http://news.thomasnet.com/IMT/2013/02/19/where-are-americas-women-engineers/>

- Schlenker, B. R., Helm, B. and Tedeschi, J. T. (1973) The effects of personality and situational variables on behavioral trust. *Journal of Personality and Social Psychology* 25, 419-427.
- Schnittker, J. (2004). Social distance in the clinical encounter: Interactional and sociodemographic foundations for mistrust in physicians. *Social Psychology Quarterly*, 67, 217-234.
- Sczesny, S, Bosak J, Neff D, Schyns B. (2004). Gender stereotypes and the attribution of leadership traits: A cross-cultural comparison. *Sex Roles*, 51, 631–645.
- Seçgin, F. ve Kurnaz, Ş. (2015). Sosyal bilgiler dersinde toplumsal cinsiyet etkinliklerinin öğrencilerin algı ve tutumlarına etkisi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, Ekim, 24-38.
- Segal, A., and Zellner, W. (1992). Corporate women. *Business Week* (June S), 74.
- Seyyar, A., (2007), İnsan ve Toplum Bilimleri Terimleri Ansiklopedik Sosyal Bilimler Sözlüğü, Değişim Yayınları, İstanbul.
- Shapiro, D., Sheppard, B. H., & Cheraskin, L. (1992). Business on a handshake. *Negotiation Journal*, 8, 365-377.
- Sheppard, B. H., & Sherman, D. M. (1998). The grammars of trust: A model and general implications. *Academy of Management*, 23, 422-437.
- Sherman, J. W., Lee, A. L., Bessenoff, G. R. and Frost, L. A. (1998). Stereotype efficiency reconsidered: Encoding flexibility under cognitive load. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 589-606.
- Shinar, E. (1975). Sexual Stereotypes of Occupations, *Journal of Vocational Behavior*, 7, 99-111.
- Sidanius, J. (1993). The psychology of group conflict and the dynamics of oppression: a social dominance perspective, In *Explorations in Political Psychology*, ed. S Iyengar, WJ McGuire, pp. 183–219, Durham, NC: Duke Univ. Press
- Siegrist, M., Earle, T. C. and Gutscher, H. (2007). *Trust in Cooperative Risk Management*. London: Earthscan.
- Simmel, G. (1950). *The Sociology of Georg Simmel*. K.H. Wolff (trans., ed. and intr.). New York: Free Press.
- Simmel, G. 1964. *The sociology of Georg Simmel* (K. H. Wolff, trans.). New York: Free Press.

- Smith, C. (2001). "Trust and confidence: possibilities for social work in 'high modernity'", *British Journal of Social work*, vol. 31, pp. 287-305
- Smith, E. R. and Zárate, M. A. (1992). Exemplar-based model of social judgment. *Psychological Review*, 99, 3-21.
- Smith, E.R. (1990). Content and process specificity in the effects of prior experiences. See Srull and Wyer 1990, pp. 1–59.
- Solomon, R.C. ve Flores, F. (2001). İş Dünyasında, Politikada, İlişkilerde ve Yaşamda Güven Yaratmak, (Çev. Ahmet Kardam), Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası, İstanbul.
- Stangor, C. (2000). *Stereotypes and prejudice: Essential readings*. New York, NY, US: Psychology Press.
- Stangor, C. and Schaller, M. (1996). Stereotypes as individual and collective representations. C. N. Macrae, C. Stangor ve M. Hewstone, (Ed.), *Stereotypes and stereotyping içinde* (3-37). New York: Guilford Press.
- Stapleton, H, Kirkham, M. and Thomas, G. (2002). Qualitative study of evidence-based leaflets in maternity care. *BMJ* 324: 639.
- Steele, C. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21, pp. 181–227). San Diego, CA: Academic Press.
- Stewart M.A., (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes: a review, *CMAJ*, 152: 1423-1433.
- Strepanikova, I., Mollborn, S., Cook, K. S., Thom, D. H., Kramer, R. M. (2006). Patients' race, ethnicity, language, and trust in a physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 390-405.
- Sztompka, P. (1999). *Trust: a Sociological Theory*. Cambridge University Press.
- Şerif, M. ve Şerif, C. W. (1996). *Sosyal Psikolojiye Giriş I*, M. Atakay, A. Yavuz, (çev.) İstanbul: Sosyal Yayınlar.
- Tajfel, H. (1969). Cognitive aspects of prejudice. *Journal of Social Issues*, 25, 79–97. doi:10.1111/j.1540-4560.1969.tb00620.x
- Tajfel, H. (1969). Cognitive aspects of prejudice. *Journal of Social Issues*, 25, 79- 97.
- Tajfel, H. (1972). Social categorization. In S. Moscovici (Ed.), *Introduction a la Psychologie Sociale*. Paris: Larousse.

- Tajfel, H. (1981). Human groups and social categories. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tajfel, H., & Turner, J. (1979). An Integrative Theory of Intergroup conflict. In W. G Austin & S. Worchel (Eds.) The Social Psychology of intergroup conflict, Monterey, Calif.: Brooks/Cole Pub.Co.
- TDK güncel türkçe sözlük
- Tecim, E. (2011). Sosyal Güven, Sosyal Sermaye ve Dindarlık Çalışması. Konya: Çizgi Yayınları.
- Thom D.H. and Campbell B. (1997) Patient–Physician Trust: an Exploratory Study. Journal of Family Practice 44, 169–176.
- Thom, D. (2001). Physician behaviors that predict patient trust, J Fam Pract, 50:323–8
- Thom, D. H., Hall, M. A., and Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients’ trust in physicians when assessing quality of care. Health Affairs, 23(4), 124-132.
- Thom, D. H., Hall, M. A., ve Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients’ trust in physicians when assessing quality of care. Health Affairs, 23(4), 124-132.
- Thom, D. H., Ribisl, K. M., Stewart, A. L., ve Luke, D. A. (1999). Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. The Stanford trust study physicians. Medical Care, 37,510-517
- Thom, D. H., Wong, S. T., Guzman, D., Wu, A., Penko, J., Miaskowski, C., et al. (2011). Physician trust in the patient: development and validation of a new measure. The Annals of Family Medicine, vol.9,148-154.
- Thom, D.H., Hall MA, Pawlson LG. (2004). Measuring patients’ trust in physicians when assessing quality of care. Health Affairs;23:124–32
- Thom, D.H., Kravitz RL, Bell RA, Krupat E and Azari R (2002) Patient trust in the physician: relationship to patient requests. Fam Pract 19: 476-483.
- Thom, D.H., Ribisl K.M., Stewart, AL, Luke DA. (1999). Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. The Stanford trust study physicians. Med Care;37:510–7
- Timmermans, S. & Oh H. (2010). The continued social transformation of the medical profession. Journal of Health and Social Behavior, 51, 94-106.
- Toksöz, G. (2007). Türkiye’de Kadın İstihdamının Durumu, ILO, Ankara.
- Turan, K. (2014). Halkla İlişkiler Eğitimi Gören Üniversite Öğrencilerinin Kadınların Halkla İlişkiler alanında Yönetici Olmalarına İlişkin Tutumları: Cinsiyet ve

- Cinsiyet Rolü Yöneliminin Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Yüksek lisans programı, Ankara.
- Turla, A., Karaarslan, B., Kocakaya, M., Pekşen, Y., (2005) Hastalara Yeterince Aydınlatma Yapılıp-Yapılmadığı ve Onam Alınması Durumunun Saptanması, Türkiye Klinikleri J Foren Med, 2:33-38.
- Tutkun, Ö. ve Koç, M., (2008). Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences, vol: 41, no: 1, 255-273
- Türk Kardiyo Derneği Arş - Arch Turk Soc Cardiol (2009) (TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ ETİK KILAVUZU TKD Etik Kılavuz Hazırlama Kurulu: Prof. Dr. Yılmaz Nişancı, Prof. Dr. Nasih Nazlı, Doç. Dr. Mehmet Özkan, Prof. Dr. Mustafa Özcan Gözden geçiren: Prof. Dr. Yılmaz Nişancı) 37 Suppl 3
- Uludağ, A. (2011). Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Urhan B ve N. Etiler. (2011). Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. Çalışma ve Toplum. 29:191-215.
- Uslaner, E. (1997). Faith, hope, and charity: Social capital, trust, and collective action: University of Maryland--College Park manuscript.
- Uslaner, E. (1999). Democracy and social capital. Cambridge.
- Vatandaş, C.(2007). Toplumsal Cinsiyet ve Cinsiyet Rollerinin Algılanışı, Sosyoloji Konferansları, Sayı:35, 29-56.
- Wetherell, M. (1996). Identities, Groups and Social Issues.Buckingham: Open University Press.
- White, M. J., Kruczek, T.A., Brown, M.T., White, G.B. (1989). Occupational sex stereotypes among college students, J Vocat Behav., Jun, 34,(3):289-298.
- Whitehead, C. L. (2001). Women in nontraditional career and technical education. In M. S. Plakhotnik, S. M. Nielsen, and D. M. Pane (Eds.), Proceedings of the Tenth Annual College of Education and GSN Research Conference (pp. 226-231).
- Whiteley, Paul F. (1999) 'The origins of social capital', in Jan van Deth, Marco Maraffi, Ken Newton and Paul Whiteley (eds) Social Capital and European Democracy, London: Routledge, pp. 25-44.

- Whitener, E. M., Brodt, S.E., Korsgaard, M.A. and Werner, J.M. (1998). Managers as initiators of trust : an exchange relationship framework for understanding managerial trustworthy behavior. *Academy of Management Review*, vol. 23, 513- 530.
- Wholey, D.R., and A.R. Sommers. (2001). The Effect of Preferences, Choices, Markets, and Managed Care on Satisfaction with Choice and Trust. Working paper. Erişim: <http://www.hsr.umn.edu/mcc/Research/Papers.asp>.
- Wilborn, M.P., Kee, D.W. (2010). Henry the Nurse is a Doctor Too: Implicitly Examining Children's Gender Stereotypes for Male and Female Occupational Roles, *Sex Roles* (2010) 62:670–683 DOI 10.1007/s11199-010-9773-7.
- Williams R J. (2006) Dünya Hekimler Birliği. Tıp Etiği Elkitabı. (Çev: Civaner M.), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Williams, H.W. (2012). The Trust in Health Care Organizations by Health Sciences Students, Doctoral Project, Health Administration in the College of Health Professions, The faculty of the Medical University of South Carolina.
- Williams, J. E. and Best, D. L. (1990). *Measuring sex stereotypes: A multination study*. Beverly Hills, California: Sage.
- Williams, J. E., and Best, D. L. (1982). *Measuring sex stereotypes: A thirty-nation study*. Newbury Park, CA: Sage.
- Williams, R J. (2006). Dünya Hekimler Birliği: Tıp Etiği El kitabı. (Çev: M. Murat Civaner), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Witt, M.G. and Wood, W. (2010) Self-regulation of behavior in everyday life. *Sex Roles*, 62, 635–646. doi: 10.1007/s11199-010-9761-y.
- Wood, W., Christensen, P.N., Hebl, M.R. and Rothgerber, H. (1997) Conformity to sex-typed norms, affect, and the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 523–535.
- Wootton, B.H.. (1997). Gender differences in occupational employment, *Monthly Labor Review* April, 15-24.
- Worchel, P., (1979), Trust and distrust. in W. G. Austin and S. Worchel (Ed.), *The social psychology of intergroup relations*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Wright, J. C., Huston, A. C., Truglio, R., Fitch, M., Smith, E. and Piemyat, S. (1995). Occupational portrayals on television: Children's role schemata, career

aspirations, and perceptions of reality, *Child development*, 66(6), 1706-1718.

Yapıcı, A. (2004). *Din Kimlik ve Ön Yargı: Biz ve Onlar*, Karahan Kitapevi, Seyhan-Adana.

Yıldırım, G. ve Kadioğlu S., (2007). Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 29 (2): 7-12

Yılmaz, A. A. (2005). “Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi” Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Ünitesinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, 20, 24.

Yılmaz, N., (2016). *Tıpta Uzmanlaşma Üzerine Nitel Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

Young, L. C. and Wilkinson, I. F. (1989) The role of trust and co-operation in marketing channels: a preliminary study. *European Journal of Marketing* 23, 109-122.

Yzerbyt, V. Y., Rocher, S. J. ve Schadron, G. (1997). Stereotypes as explanations: A subjective essentialistic view of group perception. R. Spears, P. Oakes, N. Ellemers ve A. Haslam, (Ed.), *The psychology of stereotyping and group life içinde* (20-50). Oxford: Basil Blackwell.

Zand, D. E. (1972). Trust and managerial problem solving. *Administrative Science Quarterly*, 17, 229-239.

Zaslove, M.O. (2003). *The Successful Physician: A Productivity Handbook for Practitioners*, Jones & Bartlett Learning.

Zhang, W. (2005). *Hospital Quality and Patient Trust in Care for Colorectal Cancer*, Doctorate Thesis, Doctor of Philosophy in the subject of Health Policy, Harvard University Cambridge, Massachusetts.

Zhu, D. (2008) *Managerial Sex Role Stereotyping among Chinese Students in New Zealand*, Master Thesis, Degree of Master of Commerce and Management, Lincoln University, New Zealand.

Zucker, L. G. 1986. The production of trust: Institutional sources of economic structure, 1840-1920. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior*, vol. 8: 53-111. Greenwich, CT: JAI Press.



EKLER

TANIMLAYICI ENDEKS (KADIN)

Aşağıda insanları tanımlamak için kullanılan bazı ifadeler göreceksiniz. Bu ifadeleri **KADINLARIN genel ortalama özelliklerini** düşünerek cevaplamayı istiyoruz. Cevap verirken kendinizi şöyle bir durumun içinde hayal edebilirsiniz: Bir insanla ilk defa karşılaşacaksınız ve hakkında bildiğiniz tek şey o kişinin **yetişkin bir kadın** olduğu.

Lütfen bütün ifadeleri, **kadınları genel olarak düşündüğünüzde** ne ölçüde ortak bir özellik olup olmadığını düşünerek yanındaki boşluğa yanıtlayın. Yanıtlarınızı aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak veriniz.

- 1) KADINLARDA hiç olmayan bir özelliktir.
- 2) KADINLARDA az/bazen bulunan bir özelliktir.
- 3) KADINLARDA bu özellik kiminde var kiminde yok.
- 4) KADINLARDA genellikle bulunan bir özelliktir.
- 5) KADINLARDA kesinlikle bulunan bir özelliktir.

GENEL OLARAK KADINLARDA (özelligi)				
HİÇ BULUNMAZ	NADİREN BULUNUR	KİMİNDE VAR DERİM KİMİNDE YOK DERİM	GENELLİKLE BULUNUR	KESİNLİKLE BULUNUR
1	2	3	4	5

Örneğin:

Kadınların genel olarak "Girişken" olmadığını düşünüyorsanız düzeyine göre "1" veya "2" yazın.

Kadınların "Girişken" olması bir kısmında vardır bir kısmında yoktur dersiniz "3" yazın

Kadınların genel olarak "Girişken" olduğunu düşünüyorsanız düzeyine göre "4" veya "5" yazın.

LÜTFEN UNUTMAYIN: "**Doğru**" veya "**yanlış**" cevap yoktur. Sizin kanaatiniz bizim için önemlidir.

Araştırma bilimsel nitelik taşıdığından kişi bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Arş. Gör. Nurdan ORAL KARA (nurdankarasdu@gmail.com) ve Yrd. Doç. Dr. Ömer Lütfi ANTALYALI

1) Meraklı	()	26) Yalancı	()
2) Tutarlı	()	27) Ağırbaşlı, olgun	()
3) Soğuk kanlı	()	28) Zeki	()
4) Anlayışlı, halden anlayan	()	29) Maneviyatı güçlü, dindar	()
5) Ahlaklı	()	30) liderlik yeteneği yüksek	()
6) Asık suratlı	()	31) Dikkatli	()
7) Elit, seçkin, saygın	()	32) Güler yüzlü	()
8) Babacan	()	33) Tecrübeli, deneyimli	()
9) Burnu büyük, kibirli	()	34) Konuşkan	()
10) Cana yakın davranan, samimi	()	35) Umut veren	()
11) Titiz	()	36) Kendini mesleğine adan	()
12) İyi bir dinleyici	()	37) İkna edici, etkileyici	()
13) İşini dikkatle yapan, özen gösteren	()	38) Durumları akılcı çözümlemede yetenekli	()
14) Saygılı	()	39) Yoğun, meşgul	()
15) Herkese karşı hoşgörülü	()	40) Kararsız	()
16) Cesur	()	41) Şefkatli, sevecen	()
17) Arkadaş canlısı , dostça davranan	()	42) Neşeli	()
18) Nazik davranan, kibar	()	43) Zengin ve fakir kişilere aynı şekilde davranan	()
19) Duygusal olarak dengeli	()	44) Karşısındaki anlayacağı dilden konuşan	()
20) Hafızası kuvvetli	()	45) Bakımlı	()
21) Kendine (mesleğine) karışılmasından hoşlanmaz	()	46) İnsancıl, insana değer veren	()
22) Üstün zekalı	()	47) İyimser	()
23) Kaba	()	48) Umursamaz, aldırmaz	()
24) Girişken	()	49) Alçakgönüllü, Mütevazı	()
25) Agresif, kavgacı	()	50) Tatlı dilli	()

51)	Dürüst	()
52)	İşinde ciddi ve disiplinli	()
53)	Kıymet veren	()
54)	Eleştiriye açık	()
55)	Gösterişi seven	()
56)	Güvenilir	()
57)	Kendini karşısındakinin yerine koyarak düşünen	()
58)	İlgisiz	()
59)	İdealist	()
60)	İyi niyetli	()
61)	Mesafeli, resmi	()
62)	Ayrıntılara önem veren, detaycı	()
63)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()
64)	Hızlı, seri, dakik	()
65)	Sezgileri güçlü	()
66)	Yüksek enerjili-Enerjik	()
67)	Etik değerlere bağlı	()
68)	Merhametli	()
69)	Eli ağır, işleri ağırdan alır	()
70)	Fedakar, özverili	()
71)	Yenilikleri takip eden	()
72)	Çalışkan	()
73)	Bilgi olarak donanımlı	()
74)	Sabırlı	()
75)	Ağzı sıkı, sır tutan	()
76)	Soğuk kanlı	()
77)	İddialı, hırslı	()
78)	İşinde uzman	()
79)	Ukala	()
80)	Telaşlı , aceleci	()
81)	Teknik konularda iyi	()
82)	Karizmatik	()
83)	Yetenekli, hünerli	()
84)	Yumuşak başlı, uysal	()

85)	Kararlı	()
86)	Gergin, sinirli	()
87)	Açık sözlü	()
88)	Duygularını belli etmez	()
89)	İyi iletişim kurar	()
90)	Otoriter, buyurgan	()
91)	Özgüveni yüksek	()
92)	Duygusal	()
93)	Bitkin, hayattan bezmiş	()
94)	Stresli	()
95)	Sorumluluk sahibi	()
96)	El becerisi iyi	()
97)	Baskın, dominant	()
98)	Duyarlı, ince düşünceli	()
99)	Vicdanlı	()
100)	Yardımsever	()
101)	Başarılı	()
102)	Düzenbaz, sahtekar	()
103)	Genel kültürü yüksek	()
104)	İki yüzlü, özü sözü bir olmayan	()
105)	Bilgili	()
106)	Mantıklı	()
107)	İyi eğitim almış	()
108)	Bencil ,öncelikle kendini düşünen	()
109)	Konuşmayı sevmez	()
110)	Liderlik yeteneği yüksek	()
111)	Kendini geliştirmeye istekli	()
112)	İyi kalpli	()
113)	Asosyal, insan arasına karışmaktan pek hoşlanmaz	()
114)	Paragöz, parayı çok seven	()
115)	Kendinden emin	()
116)	İnatçı	()
117)	Azimli, gayretli	()
118)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()

Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın

Yaşınız:

Medeni Durumuz: ☐ Evli ☐ Evli Değil

Mesleğiniz:

Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır () Emekliyim

Ailenin toplam geliri (Aylık): () 750 tl ve altı () 751- 1500 tl arası () 1501-2000 tl arası () 2001-3000 tl arası
() 3001-4000 tl arası () 4001-6000 tl arası () 6001-10000 tl arası () 10.001-15.000 tl arası () 15.001 tl ve üstü

Eğitim Düzeyiniz: ☐ Okuma-yazma bilmiyor ☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul(İlköğretim 8yıllık) Mezunu
☐ Lise Mezunu ☐ Ön Lisans Mezunu ☐ Lisans Mezunu ☐ Yüksek Lisans veya Doktora Mezunu

Anket bitti. Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederiz.

TANIMLAYICI ENDEKS (ERKEK)

Aşağıda insanları tanımlamak için kullanılan bazı ifadeler göreceksiniz. Bu ifadeleri **ERKEKLERİN genel ortalama özelliklerini** düşünerek cevaplamayı istiyoruz. Cevap verirken kendinizi şöyle bir durumun içinde hayal edebilirsiniz: Bir insanla ilk defa karşılaşacaksınız ve hakkında bildiğiniz tek şey o kişinin **yetişkin bir erkek** olduğu.

Lütfen bütün ifadeleri, **erkekleri genel olarak düşündüğünüzde** ne ölçüde ortak bir özellik olup olmadığını düşünerek yanındaki boşluğa yanıtlayın. Yanıtlarınızı aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak veriniz.

- 1) ERKEKLERDE hiç olmayan bir özelliktir.
- 2) ERKEKLERDE az/bazen bulunan bir özelliktir.
- 3) ERKEKLERDE bu özellik kiminde var kiminde yok.
- 4) ERKEKLERDE genellikle bulunan bir özelliktir.
- 5) ERKEKLERDE kesinlikle bulunan bir özelliktir.

GENEL OLARAK ERKEKLERDE (özelligi)				
HİÇ BULUNMAZ	NADİREN BULUNUR	KİMİNDE VAR DERİM KİMİNDE YOK DERİM	GENELLİKLE BULUNUR	KESİNLİKLE BULUNUR
1	2	3	4	5

Örneğin:

Erkeklerin genel olarak "Girişken" olmadığını düşünüyorsanız düzeyine göre "1" veya "2" yazın.

Erkeklerin "Girişken" olması bir kısmında vardır bir kısmında yoktur dersiniz "3" yazın

Erkeklerin genel olarak "Girişken" olduğunu düşünüyorsanız düzeyine göre "4" veya "5" yazın.

LÜTFEN UNUTMAYIN: "Doğru" veya "yanlış" cevap yoktur. Sizin kanaatiniz bizim için önemlidir.

Araştırma bilimsel nitelik taşıdığından kişi bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Arş. Gör. Nurdan ORAL KARA (nurdankarasdu@gmail.com) ve Yrd. Doç. Dr. Ömer Lütfi ANTALYALI

1) Meraklı	()	26) Yalancı	()
2) Tutarlı	()	27) Ağırbaşlı, olgun	()
3) Soğuk kanlı	()	28) Zeki	()
4) Anlayışlı, halden anlayan	()	29) Maneviyatı güçlü, dindar	()
5) Ahlaklı	()	30) Liderlik yeteneği yüksek	()
6) Asık suratlı	()	31) Dikkatli	()
7) Elit, seçkin, saygın	()	32) Güler yüzlü	()
8) Babacan	()	33) Tecrübeli, deneyimli	()
9) Burnu büyük, kibirli	()	34) Konuşkan	()
10) Cana yakın davranan, samimi	()	35) Umut veren	()
11) Titiz	()	36) Kendini mesleğine adanmış	()
12) İyi bir dinleyici	()	37) İkna edici, etkileyici	()
13) İşini dikkatle yapan, özen gösteren	()	38) Durumları akılcı çözümlemede yetenekli	()
14) Saygılı	()	39) Yoğun, meşgul	()
15) Herkese karşı hoşgörülü	()	40) Kararsız	()
16) Cesur	()	41) Şefkatli, sevecen	()
17) Arkadaş canlısı , dostça davranan	()	42) Neşeli	()
18) Nazik davranan, kibar	()	43) Zengin ve fakir kişilere aynı şekilde davranan	()
19) Duygusal olarak dengeli	()	44) Karşısındaki anlayacağı dilden konuşan	()
20) Hafızası kuvvetli	()	45) Bakımlı	()
21) Kendine (mesleğine) karışılmasından hoşlanmaz	()	46) İnsancıl, insana değer veren	()
22) Üstün zekalı	()	47) İyimser	()
23) Kaba	()	48) Umursamaz, aldırış etmez	()
24) Girişken	()	49) Alçakgönüllü, Mütevazı	()
25) Agresif, kavgacı	()	50) Tatlı dilli	()

51)	Dürüst	()
52)	İşinde ciddi ve disiplinli	()
53)	Kıymet veren	()
54)	Eleştiriye açık	()
55)	Gösterişi seven	()
56)	Güvenilir	()
57)	Kendini karşısındakinin yerine koyarak düşünen	()
58)	İlgisiz	()
59)	İdealist	()
60)	İyi niyetli	()
61)	Mesafeli, resmi	()
62)	Ayrıntılara önem veren, detaycı	()
63)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()
64)	Hızlı, seri, dakik	()
65)	Sezgileri güçlü	()
66)	Yüksek enerjili-Enerjik	()
67)	Etik değerlere bağlı	()
68)	Merhametli	()
69)	Eli ağır, işleri ağırdan alır	()
70)	Fedakar, özverili	()
71)	Yenilikleri takip eden	()
72)	Çalışkan	()
73)	Bilgi olarak donanımlı	()
74)	Sabırlı	()
75)	Ağzı sıkı, sır tutan	()
76)	Soğuk kanlı	()
77)	İddialı, hırslı	()
78)	İşinde uzman	()
79)	Ukala	()
80)	Telaşlı , aceleci	()
81)	Teknik konularda iyi	()
82)	Karizmatik	()
83)	Yetenekli, hünerli	()
84)	Yumuşak başlı, uysal	()

85)	Kararlı	()
86)	Gergin, sinirli	()
87)	Açık sözlü	()
88)	Duygularını belli etmez	()
89)	İyi iletişim kurar	()
90)	Otoriter, buyurgan	()
91)	Özgüveni yüksek	()
92)	Duygusal	()
93)	Bitkin, hayattan bezmiş	()
94)	Stresli	()
95)	Sorumluluk sahibi	()
96)	El becerisi iyi	()
97)	Baskın, dominant	()
98)	Duyarlı, ince düşünceli	()
99)	Vicdanlı	()
100)	Yardımsaver	()
101)	Başarılı	()
102)	Düzenbaz, sahtekar	()
103)	Genel kültürü yüksek	()
104)	İki yüzlü, özü sözü bir olmayan	()
105)	Bilgili	()
106)	Mantıklı	()
107)	İyi eğitim almış	()
108)	Bencil ,öncelikle kendini düşünen	()
109)	Konuşmayı sevmez	()
110)	Liderlik yeteneği yüksek	()
111)	Kendini geliştirmeye istekli	()
112)	İyi kalpli	()
113)	Asosyal, insan arasına karışmaktan pek hoşlanmaz	()
114)	Paragöz, parayı çok seven	()
115)	Kendinden emin	()
116)	İnatçı	()
117)	Azimli, gayretli	()
118)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()

Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın

Yaşınız:

Medeni Durumuz: ☐ Evli ☐ Evli Değil

Mesleğiniz:

Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır () Emekliyim

Ailenin toplam geliri (Aylık): () 750 tl ve altı () 751- 1500 tl arası () 1501-2000 tl arası () 2001-3000 tl arası
() 3001-4000 tl arası () 4001-6000 tl arası () 6001-10000 tl arası () 10.001-15.000 tl arası () 15.001 tl ve üstü

Eğitim Düzeyiniz: ☐ Okuma-yazma bilmiyor ☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul(İlköğretim 8yıllık) Mezunu
☐ Lise Mezunu ☐ Ön Lisans Mezunu ☐ Lisans Mezunu ☐ Yüksek Lisans veya Doktora Mezunu

Anket bitti. Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederiz.

TANIMLAYICI ENDEKS (DOKTOR)

Aşağıda insanları tanımlamak için kullanılan bazı ifadeler göreceksiniz. Bu ifadeleri **DOKTORLARIN genel ortalama özelliklerini** düşünerek cevaplamanızı istiyoruz. Cevap verirken kendinizi şöyle bir durumun içinde hayal edebilirsiniz: Bir insanla ilk defa karşılaşacaksınız ve hakkında bildiğiniz tek şey o kişinin **herhangi bir doktor** olduğu.

Lütfen bütün ifadeleri, **doktorları genel olarak düşündüğünüzde** ne ölçüde ortak bir özellik olup olmadığını düşünerek yanındaki boşluğa yanıtlayın. Yanıtlarınızı aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak veriniz.

- 1) DOKTORLARDA hiç olmayan bir özelliktir.
- 2) DOKTORLARDA az/bazen bulunan bir özelliktir.
- 3) DOKTORLARDA bu özellik kiminde var kiminde yok.
- 4) DOKTORLARDA genellikle bulunan bir özelliktir.
- 5) DOKTORLARDA kesinlikle bulunan bir özelliktir.

GENEL OLARAK DOKTORLARDA (özellığı)				
HİÇ BULUNMAZ	NADİREN BULUNUR	KİMİNDE VAR DERİM KİMİNDE YOK DERİM	GENELLİKLE BULUNUR	KESİNLİKLE BULUNUR
1	2	3	4	5

Örneğin:

Doktorların genel olarak "Girişken" olmadığını düşünüyorsanız düzeyine göre "1" veya "2" yazın.

Doktorların "Girişken" olması bir kısmında vardır bir kısmında yoktur dersiniz "3" yazın

Doktorların genel olarak "Girişken" olduğunu düşünüyorsanız düzeyine göre "4" veya "5" yazın.

LÜTFEN UNUTMAYIN: "**Doğru**" veya "**yanlış**" cevap yoktur. Sizin kanaatiniz bizim için önemlidir.

Araştırma bilimsel nitelik taşıdığından kişi bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Arş. Gör. Nurdan ORAL KARA (nurdankarasdu@gmail.com) ve Yrd. Doç. Dr. Ömer Lütfi ANTALYALI

1) Meraklı	()	26) Yalancı	()
2) Tutarlı	()	27) Ağırbaşlı, olgun	()
3) Soğuk kanlı	()	28) Zeki	()
4) Anlayışlı, halden anlayan	()	29) Maneviyatı güçlü, dindar	()
5) Ahlaklı	()	30) liderlik yeteneği yüksek	()
6) Asık suratlı	()	31) Dikkatli	()
7) Elit, seçkin, saygın	()	32) Güler yüzlü	()
8) Babacan	()	33) Tecrübeli, deneyimli	()
9) Burnu büyük, kibirli	()	34) Konuşkan	()
10) Cana yakın davranan, samimi	()	35) Umut veren	()
11) Titiz	()	36) Kendini mesleğine adayan	()
12) İyi bir dinleyici	()	37) İkna edici, etkileyici	()
13) İşini dikkatle yapan, özen gösteren	()	38) Durumları akılcı çözümlemede yetenekli	()
14) Saygılı	()	39) Yoğun, meşgul	()
15) Herkese karşı hoşgörülü	()	40) Kararsız	()
16) Cesur	()	41) Şefkatli, sevecen	()
17) Arkadaş canlısı , dostça davranan	()	42) Neşeli	()
18) Nazik davranan, kibar	()	43) Zengin ve fakir kişilere aynı şekilde davranan	()
19) Duygusal olarak dengeli	()	44) Karşısındaki anlayacağı dilden konuşan	()
20) Hafızası kuvvetli	()	45) Bakımlı	()
21) Kendine (mesleğine) karışılmasından hoşlanmaz	()	46) İnsancıl, insana değer veren	()
22) Üstün zekalı	()	47) İyimser	()
23) Kaba	()	48) Umursamaz, alırsız etmez	()
24) Girişken	()	49) Alçakgönüllü, Mütevazî	()
25) Agresif, kavgacı	()	50) Tatlı dilli	()

51)	Dürüst	()
52)	İşinde ciddi ve disiplinli	()
53)	Kıymet veren	()
54)	Eleştiriye açık	()
55)	Gösterişi seven	()
56)	Güvenilir	()
57)	Kendini karşısındakinin yerine koyarak düşünen	()
58)	İlgisiz	()
59)	İdealist	()
60)	İyi niyetli	()
61)	Mesafeli, resmi	()
62)	Ayrıntılara önem veren, detaycı	()
63)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()
64)	Hızlı, seri, dakik	()
65)	Sezgileri güçlü	()
66)	Yüksek enerjili-Enerjik	()
67)	Etik değerlere bağlı	()
68)	Merhametli	()
69)	Eli ağır, işleri ağırdan alır	()
70)	Fedakar, özverili	()
71)	Yenilikleri takip eden	()
72)	Çalışkan	()
73)	Bilgi olarak donanımlı	()
74)	Sabırlı	()
75)	Ağız sıkı, sır tutan	()
76)	Soğuk kanlı	()
77)	İddialı, hırslı	()
78)	İşinde uzman	()
79)	Ukala	()
80)	Telaşlı , aceleci	()
81)	Teknik konularda iyi	()
82)	Karizmatik	()
83)	Yetenekli, hünerli	()
84)	Yumuşak başlı, uysal	()

85)	Kararlı	()
86)	Gergin, sinirli	()
87)	Açık sözlü	()
88)	Duygularını belli etmez	()
89)	İyi iletişim kurar	()
90)	Otoriter, buyurgan	()
91)	Özgüveni yüksek	()
92)	Duygusal	()
93)	Bitkin, hayattan bezmiş	()
94)	Stresli	()
95)	Sorumluluk sahibi	()
96)	El becerisi iyi	()
97)	Baskın, dominant	()
98)	Duyarlı, ince düşünceli	()
99)	Vicdanlı	()
100)	Yardımsever	()
101)	Başarılı	()
102)	Düzenbaz, sahtekar	()
103)	Genel kültürü yüksek	()
104)	İki yüzlü, özü sözü bir olmayan	()
105)	Bilgili	()
106)	Mantıklı	()
107)	İyi eğitim almış	()
108)	Bencil ,öncelikle kendini düşünen	()
109)	Konuşmayı sevmez	()
110)	Liderlik yeteneği yüksek	()
111)	Kendini geliştirmeye istekli	()
112)	İyi kalpli	()
113)	Asosyal, insan arasına karışmaktan pek hoşlanmaz	()
114)	Paragöz, parayı çok seven	()
115)	Kendinden emin	()
116)	İnatçı	()
117)	Azimli, gayretli	()
118)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()

Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın

Yaşınız:

Medeni Durumuz: ☐ Evli ☐ Evli Değil

Mesleğiniz:

Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır () Emekliyim

Ailenin toplam geliri (Aylık): () 750 tl ve altı () 751- 1500 tl arası () 1501-2000 tl arası () 2001-3000 tl arası

() 3001-4000 tl arası () 4001-6000 tl arası () 6001-10000 tl arası () 10.001-15.000 tl arası () 15.001 tl ve üstü

Eğitim Düzeyiniz: ☐ Okuma-yazma bilmiyor ☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul(İlköğretim 8yıllık) Mezunu

☐ Lise Mezunu

☐ Ön Lisans Mezunu

☐ Lisans Mezunu

☐ Yüksek Lisans veya Doktora Mezunu

TANIMLAYICI ENDEKS (GÜVENİLİR DOKTOR)

Aşağıda insanları tanımlamak için kullanılan bazı ifadeler göreceksiniz. Bu ifadeleri **GÜVENİLİR DOKTOR** olduğunu düşündüğünüz doktorların genel özelliklerini düşünerek cevaplamanızı istiyoruz.

Lütfen bütün ifadeleri, **güvendiğiniz doktorların** ne ölçüde ortak bir özelliği olup olmadığını düşünerek yanındaki boşluğa yanıtlayın. Yanıtlarınızı aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak veriniz.

- 1) GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA hiç olmaması gereken bir özelliktir.
- 2) GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA nadiren bulunması gereken bir özelliktir.
- 3) GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA bu özelliğin bulunup bulunmaması önemli değil
- 4) GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA genellikle bulunması gereken bir özelliktir.
- 5) GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA kesinlikle bulunması gereken bir özelliktir.

GENEL OLARAK GÜVENDİĞİM DOKTORLARDA (özelligi)				
HİÇ BULUNMAMALI	NADİREN BULUNABİLİR	OLUP OLMAMASI ÖNEMLİ DEĞİL	GENELLİKLE BULUNMALI	KESİNLİKLE BULUNMALI
1	2	3	4	5

Örneğin:

Güvendiğiniz doktorların genel olarak "Girişken" olmaması gerektiğini düşünüyorsanız düzeyine göre "1" veya "2" yazın.

Güvendiğiniz doktorların "Girişken" olması ya da olmaması önemli değilse "3" yazın

Güvendiğiniz doktorların genel olarak "Girişken" olması gerektiğini düşünüyorsanız düzeyine göre "4" veya "5" yazın.

LÜTFEN UNUTMAYIN: "**Doğru**" veya "**yanlış**" cevap yoktur. Sizin kanaatiniz bizim için önemlidir.

Araştırma bilimsel nitelik taşıdığından kişi bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Arş. Gör. Nurdan ORAL KARA (nurdankarasdu@gmail.com) ve Yrd. Doç. Dr. Ömer Lütfi ANTALYALI

1) Meraklı	()	26) Yalancı	()
2) Tutarlı	()	27) Ağırbaşlı, olgun	()
3) Soğuk kanlı	()	28) Zeki	()
4) Anlayışlı, halden anlayan	()	29) Maneviyatı güçlü, dindar	()
5) Ahlaklı	()	30) Liderlik yeteneği yüksek	()
6) Asık suratlı	()	31) Dikkatli	()
7) Elit, seçkin, saygın	()	32) Güler yüzlü	()
8) Babacan	()	33) Tecrübeli, deneyimli	()
9) Burnu büyük, kibirli	()	34) Konuşkan	()
10) Cana yakın davranan, samimi	()	35) Umut veren	()
11) Titiz	()	36) Kendini mesleğine adanmış	()
12) İyi bir dinleyici	()	37) İkna edici, etkileyici	()
13) İşini dikkatle yapan, özen gösteren	()	38) Durumları akılcı çözümlemede yetenekli	()
14) Saygılı	()	39) Yoğun, meşgul	()
15) Herkese karşı hoşgörülü	()	40) Kararsız	()
16) Cesur	()	41) Şefkatli, sevecen	()
17) Arkadaş canlısı , dostça davranan	()	42) Neşeli	()
18) Nazik davranan, kibar	()	43) Zengin ve fakir kişilere aynı şekilde davranan	()
19) Duygusal olarak dengeli	()	44) Karşıdakinin anlayacağı dilden konuşan	()
20) Hafızası kuvvetli	()	45) Bakımlı	()
21) Kendine (mesleğine) karışılmasından hoşlanmaz	()	46) İnsancıl, insana değer veren	()
22) Üstün zekalı	()	47) İyimser	()
23) Kaba	()	48) Umursamaz, aldırmaz etmez	()
24) Girişken	()	49) Alçakgönüllü, Mütevazî	()
25) Agresif, kavgacı	()	50) Tatlı dilli	()

51)	Dürüst	()
52)	İşinde ciddi ve disiplinli	()
53)	Kıymet veren	()
54)	Eleştiriye açık	()
55)	Gösterişi seven	()
56)	Güvenilir	()
57)	Kendini karşısındakinin yerine koyarak düşünen	()
58)	İlgisiz	()
59)	İdealist	()
60)	İyi niyetli	()
61)	Mesafeli, resmi	()
62)	Ayrıntılara önem veren, detaycı	()
63)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()
64)	Hızlı, seri, dakik	()
65)	Sezgileri güçlü	()
66)	Yüksek enerjili-Enerjik	()
67)	Etik değerlere bağlı	()
68)	Merhametli	()
69)	Eli ağır, işleri ağırdan alır	()
70)	Fedakar, özverili	()
71)	Yenilikleri takip eden	()
72)	Çalışkan	()
73)	Bilgi olarak donanımlı	()
74)	Sabırlı	()
75)	Ağzı sıkı, sır tutan	()
76)	Soğuk kanlı	()
77)	İddialı, hırslı	()
78)	İşinde uzman	()
79)	Ukala	()
80)	Telaşlı , aceleci	()
81)	Teknik konularda iyi	()
82)	Karizmatik	()
83)	Yetenekli, hünerli	()
84)	Yumuşak başlı, uysal	()

85)	Kararlı	()
86)	Gergin, sinirli	()
87)	Açık sözlü	()
88)	Duygularını belli etmez	()
89)	İyi iletişim kurar	()
90)	Otoriter, buyurgan	()
91)	Özgüveni yüksek	()
92)	Duygusal	()
93)	Bitkin, hayattan bezmiş	()
94)	Stresli	()
95)	Sorumluluk sahibi	()
96)	El becerisi iyi	()
97)	Baskın, dominant	()
98)	Duyarlı, ince düşünceli	()
99)	Vicdanlı	()
100)	Yardımsever	()
101)	Başarılı	()
102)	Düzenbaz, sahtekar	()
103)	Genel kültürü yüksek	()
104)	İki yüzlü, özü sözü bir olmayan	()
105)	Bilgili	()
106)	Mantıklı	()
107)	İyi eğitim almış	()
108)	Bencil ,öncelikle kendini düşünen	()
109)	Konuşmayı sevmez	()
110)	Liderlik yeteneği yüksek	()
111)	Kendini geliştirmeye istekli	()
112)	İyi kalpli	()
113)	Asosyal, insan arasına karışmaktan pek hoşlanmaz	()
114)	Paragöz, parayı çok seven	()
115)	Kendinden emin	()
116)	İnatçı	()
117)	Azimli, gayretli	()
118)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()

Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın

Yaşınız:

Medeni Durumuz: ☐ Evli ☐ Evli Değil

Mesleğiniz:

Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır () Emekliyim

Ailenin toplam geliri (Aylık): () 750 tl ve altı () 751- 1500 tl arası () 1501-2000 tl arası () 2001-3000 tl arası
() 3001-4000 tl arası () 4001-6000 tl arası () 6001-10000 tl arası () 10.001-15.000 tl arası () 15.001 tl ve üstü

Eğitim Düzeyiniz: ☐ Okuma-yazma bilmiyor ☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul(İlköğretim 8yıllık) Mezunu
☐ Lise Mezunu ☐ Ön Lisans Mezunu ☐ Lisans Mezunu ☐ Yüksek Lisans veya Doktora Mezunu

TANIMLAYICI ENDEKS (BAŞARILI DOKTOR)

Aşağıda insanları tanımlamak için kullanılan bazı ifadeler göreceksiniz. Bu ifadeleri **BAŞARILI DOKTOR** olduğunuzu düşündüğünüz doktorların genel özelliklerini düşünerek cevaplamanızı istiyoruz.

Lütfen bütün ifadeleri, **başarılı olduğunuzu düşündüğünüz doktorların** ne ölçüde ortak bir özelliği olup olmadığını düşünerek yanındaki boşluğa yanıtlayın. Yanıtlarınızı aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak veriniz.

- 1) BAŞARILI BULDUĞUM DOKTORLARDA hiç olmaması gereken bir özelliktir.
- 2) BAŞARILI BULDUĞUM DOKTORLARDA nadiren bulunması gereken bir özelliktir.
- 3) BAŞARILI BULDUĞUM DOKTORLARDA bu özelliğin bulunup bulunmaması önemli değil.
- 4) BAŞARILI BULDUĞUM DOKTORLARDA genellikle bulunması gereken bir özelliktir.
- 5) BAŞARILI BULDUĞUM DOKTORLARDA kesinlikle bulunması gereken bir özelliktir.

GENEL OLARAK BAŞARILI BULDUĞUM DOKTORLARDA (özellığı)				
HİÇ BULUNMAMALI	NADİREN BULUNABİLİR	OLUP OLMAMASI ÖNEMLİ DEĞİL	GENELLİKLE BULUNMALI	KESİNLİKLE BULUNMALI
1	2	3	4	5

Örn.

Başarılı bulduğunuz doktorların genel olarak "Girişken" olmaması gerektiğini düşünüyorsanız düzeyine göre "1" veya "2" yazın.

Başarılı bulduğunuz doktorların "Girişken" olması ya da olmaması önemli değilse "3" yazın

Başarılı bulduğunuz doktorların genel olarak "Girişken" olması gerektiğini düşünüyorsanız düzeyine göre "4" veya "5" yazın.

LÜTFEN UNUTMAYIN: "**Doğru**" veya "**yanlış**" cevap yoktur. Sizin kanaatiniz bizim için önemlidir.

Araştırma bilimsel nitelik taşıdığından kişi bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Arş. Gör. Nurdan ORAL KARA (nurdankarasdu@gmail.com) ve Yrd. Doç. Dr. Ömer Lütfi ANTALYALI

1)	Meraklı	()
2)	Tutarlı	()
3)	Soğuk kanlı	()
4)	Anlayışlı, halden anlayan	()
5)	Ahlaklı	()
6)	Asık suratlı	()
7)	Elit, seçkin, saygın	()
8)	Babacan	()
9)	Burnu büyük, kibirli	()
10)	Cana yakın davranan, samimi	()
11)	Titiz	()
12)	İyi bir dinleyici	()
13)	İşini dikkatle yapan, özen gösteren	()
14)	Saygılı	()
15)	Herkese karşı hoşgörülü	()
16)	Cesur	()
17)	Arkadaş canlısı , dostça davranan	()
18)	Nazik davranan, kibar	()
19)	Duygusal olarak dengeli	()
20)	Hafızası kuvvetli	()
21)	Kendine (mesleğine) karışılmasından hoşlanmaz	()
22)	Üstün zekalı	()
23)	Kaba	()
24)	Girişken	()
25)	Agresif, kavgacı	()

26)	Yalancı	()
27)	Ağırbaşlı, olgun	()
28)	Zeki	()
29)	Maneviyatı güçlü, dindar	()
30)	İliderlik yeteneği yüksek	()
31)	Dikkatli	()
32)	Güler yüzlü	()
33)	Tecrübeli, deneyimli	()
34)	Konuşkan	()
35)	Umut veren	()
36)	Kendini mesleğine adan	()
37)	İkna edici, etkileyici	()
38)	Durumları akılcı çözümlemede yetenekli	()
39)	Yoğun, meşgul	()
40)	Kararsız	()
41)	Şefkatli, sevecen	()
42)	Neşeli	()
43)	Zengin ve fakir kişilere aynı şekilde davranan	()
44)	Karşıdakinin anlayacağı dilden konuşan	()
45)	Bakımlı	()
46)	İnsancıl, insana değer veren	()
47)	İyimser	()
48)	Umursamaz, aldırmaz etmez	()
49)	Alçakgönüllü, Mütevazı	()
50)	Tatlı dilli	()

51)	Dürüst	()
52)	İşinde ciddi ve disiplinli	()
53)	Kıymet veren	()
54)	Eleştiriye açık	()
55)	Gösterişi seven	()
56)	Güvenilir	()
57)	Kendini karşısındakinin yerine koyarak düşünen	()
58)	İlgisiz	()
59)	İdealist	()
60)	İyi niyetli	()
61)	Mesafeli, resmi	()
62)	Ayrıntılara önem veren, detaycı	()
63)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()
64)	Hızlı, seri, dakik	()
65)	Sezgileri güçlü	()
66)	Yüksek enerjili-Enerjik	()
67)	Etik değerlere bağlı	()
68)	Merhametli	()
69)	Eli ağır, işleri ağırdan alır	()
70)	Fedakar, özverili	()
71)	Yenilikleri takip eden	()
72)	Çalışkan	()
73)	Bilgi olarak donanımlı	()
74)	Sabırlı	()
75)	Ağzı sıkı, sır tutan	()
76)	Soğuk kanlı	()
77)	İddialı, hırslı	()
78)	İşinde uzman	()
79)	Ukala	()
80)	Telaşlı , aceleci	()
81)	Teknik konularda iyi	()
82)	Karizmatik	()
83)	Yetenekli, hünerli	()
84)	Yumuşak başlı, uysal	()

85)	Kararlı	()
86)	Gergin, sinirli	()
87)	Açık sözlü	()
88)	Duygularını belli etmez	()
89)	İyi iletişim kurar	()
90)	Otoriter, buyurgan	()
91)	Özgüveni yüksek	()
92)	Duygusal	()
93)	Bitkin, hayattan bezmiş	()
94)	Stresli	()
95)	Sorumluluk sahibi	()
96)	El becerisi iyi	()
97)	Baskın, dominant	()
98)	Duyarlı, ince düşünceli	()
99)	Vicdanlı	()
100)	Yardımsever	()
101)	Başarılı	()
102)	Düzenbaz, sahtekar	()
103)	Genel kültürü yüksek	()
104)	İki yüzlü, özü sözü bir olmayan	()
105)	Bilgili	()
106)	Mantıklı	()
107)	İyi eğitim almış	()
108)	Bencil ,öncelikle kendini düşünen	()
109)	Konuşmayı sevmez	()
110)	Liderlik yeteneği yüksek	()
111)	Kendini geliştirmeye istekli	()
112)	İyi kalpli	()
113)	Asosyal, insan arasına karışmaktan pek hoşlanmaz	()
114)	Paragöz, parayı çok seven	()
115)	Kendinden emin	()
116)	İnatçı	()
117)	Azimli, gayretli	()
118)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()

Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın

Yaşınız:

Medeni Durumuz: ☐ Evli ☐ Evli Değil

Mesleğiniz:

Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır () Emekliyim

Ailenin toplam geliri (Aylık): () 750 tl ve altı () 751- 1500 tl arası () 1501-2000 tl arası () 2001-3000 tl arası
() 3001-4000 tl arası () 4001-6000 tl arası () 6001-10000 tl arası () 10.001-15.000 tl arası () 15.001 tl ve üstü

Eğitim Düzeyiniz: ☐ Okuma-yazma bilmiyor ☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul(İlköğretim 8yıllık) Mezunu
☐ Lise Mezunu ☐ Ön Lisans Mezunu ☐ Lisans Mezunu ☐ Yüksek Lisans veya Doktora Mezunu

Anket bitti. Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederiz.

TANIMLAYICI ENDEKS (İYİ DOKTOR)

Aşağıda insanları tanımlamak için kullanılan bazı ifadeler göreceksiniz. Bu ifadeleri İYİ DOKTOR olduğunuzu düşündüğünüz doktorların genel özelliklerini düşünerek cevaplamayı istiyoruz.

Lütfen bütün ifadeleri, iyi doktorların ne ölçüde ortak bir özelliği olup olmadığını düşünerek yanındaki boşluğa yanıtlayın. Yanıtlarınızı aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak veriniz.

- 1) İYİ DOKTOR dediğim doktorlarda hiç olmaması gereken bir özelliktir.
- 2) İYİ DOKTOR dediğim doktorlarda nadiren bulunması gereken bir özelliktir.
- 3) İYİ DOKTOR dediğim doktorlarda bu özelliğin bulunup bulunmaması önemli değil
- 4) İYİ DOKTOR dediğim doktorlarda genellikle bulunması gereken bir özelliktir.
- 5) İYİ DOKTOR dediğim doktorlarda kesinlikle bulunması gereken bir özelliktir.

GENEL OLARAK İYİ DOKTORLARDA (özelligi)				
HİÇ BULUNMAMALI	NADİREN BULUNABİLİR	OLUP OLMAMASI ÖNEMLİ DEĞİL	GENELLİKLE BULUNMALI	KESİNLİKLE BULUNMALI
1	2	3	4	5

Örneğin:

İyi doktor olduğunuzu düşündüğünüz doktorların genel olarak "Girişken" olmaması gerektiğini düşünüyorsanız düzeyine göre "1" veya "2" yazın.

İyi doktor olduğunuzu düşündüğünüz doktorların "Girişken" olması ya da olmaması önemli değilse "3" yazın.

İyi doktor olduğunuzu düşündüğünüz doktorların genel olarak "Girişken" olması gerektiğini düşünüyorsanız düzeyine göre "4" veya "5" yazın.

LÜTFEN UNUTMAYIN: "Doğru" veya "yanlış" cevap yoktur. Sizin kanaatiniz bizim için önemlidir.

Araştırma bilimsel nitelik taşıdığından kişi bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Arş. Gör. Nurdan ORAL KARA (nurdankarasdu@gmail.com) ve Yrd. Doç. Dr. Ömer Lütfi ANTALYALI

1) Meraklı	()	26) Yalancı	()
2) Tutarlı	()	27) Ağırbaşlı, olgun	()
3) Soğuk kanlı	()	28) Zeki	()
4) Anlayışlı, halden anlayan	()	29) Maneviyatı güçlü, dindar	()
5) Ahlaklı	()	30) liderlik yeteneği yüksek	()
6) Asık suratlı	()	31) Dikkatli	()
7) Elit, seçkin, saygın	()	32) Güler yüzlü	()
8) Babacan	()	33) Tecrübeli, deneyimli	()
9) Burnu büyük, kibirli	()	34) Konuşkan	()
10) Cana yakın davranan, samimi	()	35) Umut veren	()
11) Titiz	()	36) Kendini mesleğine adan	()
12) İyi bir dinleyici	()	37) İkna edici, etkileyici	()
13) İşini dikkatle yapan, özen gösteren	()	38) Durumları akılcı çözümlemede yetenekli	()
14) Saygılı	()	39) Yoğun, meşgul	()
15) Herkese karşı hoşgörülü	()	40) Kararsız	()
16) Cesur	()	41) Şefkatli, sevecen	()
17) Arkadaş canlısı , dostça davranan	()	42) Neşeli	()
18) Nazik davranan, kibar	()	43) Zengin ve fakir kişilere aynı şekilde davranan	()
19) Duygusal olarak dengeli	()	44) Karşıdakinin anlayacağı dilden konuşan	()
20) Hafızası kuvvetli	()	45) Bakımlı	()
21) Kendine (mesleğine) karışılmasından hoşlanmaz	()	46) İnsancıl, insana değer veren	()
22) Üstün zekalı	()	47) İyimser	()
23) Kaba	()	48) Umursamaz, aldırış etmez	()
24) Girişken	()	49) Alçakgönüllü, Mütevazı	()

51)	Dürüst	()
52)	İşinde ciddi ve disiplinli	()
53)	Kıymet veren	()
54)	Eleştiriye açık	()
55)	Gösterişi seven	()
56)	Güvenilir	()
57)	Kendini karşısındakinin yerine koyarak düşünen	()
58)	İlgisiz	()
59)	İdealist	()
60)	İyi niyetli	()
61)	Mesafeli, resmi	()
62)	Ayrıntılara önem veren, detaycı	()
63)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()
64)	Hızlı, seri, dakik	()
65)	Sezgileri güçlü	()
66)	Yüksek enerjili-Enerjik	()
67)	Etik değerlere bağlı	()
68)	Merhametli	()
69)	Eli ağır, işleri ağırdan alır	()
70)	Fedakar, özverili	()
71)	Yenilikleri takip eden	()
72)	Çalışkan	()
73)	Bilgi olarak donanımlı	()
74)	Sabırlı	()
75)	Ağzı sıkı, sır tutan	()
76)	Soğuk kanlı	()
77)	İddialı, hırslı	()
78)	İşinde uzman	()
79)	Ukala	()
80)	Telaşlı , aceleci	()
81)	Teknik konularda iyi	()
82)	Karizmatik	()
83)	Yetenekli, hünerli	()
84)	Yumuşak başlı, uysal	()

85)	Kararlı	()
86)	Gergin, sinirli	()
87)	Açık sözlü	()
88)	Duygularını belli etmez	()
89)	İyi iletişim kurar	()
90)	Otoriter, buyurgan	()
91)	Özgüveni yüksek	()
92)	Duygusal	()
93)	Bitkin, hayattan bezmiş	()
94)	Stresli	()
95)	Sorumluluk sahibi	()
96)	El becerisi iyi	()
97)	Baskın, dominant	()
98)	Duyarlı, ince düşünceli	()
99)	Vicdanlı	()
100)	Yardımsever	()
101)	Başarılı	()
102)	Düzenbaz, sahtekar	()
103)	Genel kültürü yüksek	()
104)	İki yüzlü, özü sözü bir olmayan	()
105)	Bilgili	()
106)	Mantıklı	()
107)	İyi eğitim almış	()
108)	Bencil ,öncelikle kendini düşünen	()
109)	Konuşmayı sevmez	()
110)	Liderlik yeteneği yüksek	()
111)	Kendini geliştirmeye istekli	()
112)	İyi kalpli	()
113)	Asosyal, insan arasına karışmaktan pek hoşlanmaz	()
114)	Paragöz, parayı çok seven	()
115)	Kendinden emin	()
116)	İnatçı	()
117)	Azimli, gayretli	()
118)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()

Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın

Yaşınız:

Medeni Durumuz: ☐ Evli ☐ Evli Değil

Mesleğiniz:

Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır () Emekliyim

Ailenin toplam geliri (Aylık): () 750 tl ve altı () 751- 1500 tl arası () 1501-2000 tl arası () 2001-3000 tl arası
() 3001-4000 tl arası () 4001-6000 tl arası () 6001-10000 tl arası () 10.001-15.000 tl arası () 15.001 tl ve üstü

Eğitim Düzeyiniz: ☐ Okuma-yazma bilmiyor ☐ İlkokul Mezun ☐ Ortaokul(İlköğretim 8yıllık) Mezun ☐ Lise Mezun ☐ Ön Lisans Mezun ☐ Lisans Mezun ☐ Yüksek Lisans veya Doktora Mezun

Anket bitti. Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederiz.

TANIMLAYICI ENDEKS (TERCİH EDİLEN DOKTOR)

Aşağıda insanları tanımlamak için kullanılan bazı ifadeler göreceksiniz. Bu ifadeleri **TERCİH ETTİĞİNİZ DOKTORLARIN** genel özelliklerini düşünerek cevaplamayı istiyoruz.

Lütfen bütün ifadeleri, **tercih ettiğiniz doktorların** ne ölçüde ortak bir özelliği olup olmadığını düşünerek yanındaki boşluğa yanıtlayın. Yanıtlarınızı aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak veriniz.

- 1) TERCİH ETTİĞİM DOKTORLARDA hiç olmaması gereken bir özelliktir.
- 2) TERCİH ETTİĞİM DOKTORLARDA nadiren bulunması gereken bir özelliktir..
- 3) TERCİH ETTİĞİM DOKTORLARDA bu özelliğin bulunup bulunmaması önemli değil
- 4) TERCİH ETTİĞİM DOKTORLARDA genellikle bulunması gereken bir özelliktir.
- 5) TERCİH ETTİĞİM DOKTORLARDA kesinlikle bulunması gereken bir özelliktir.

GENEL OLARAK TERCİH ETTİĞİM DOKTORLARDA (özelligi)				
HİÇ BULUNMAMALI	NADİREN BULUNABİLİR	OLUP OLMAMASI ÖNEMLİ DEĞİL	GENELLİKLE BULUNMALI	KESİNLİKLE BULUNMALI
1	2	3	4	5

Örneğin:

Tercih ettiğiniz doktorların genel olarak "Girişken" olmaması gerektiğini düşünüyorsanız düzeyine göre "1" veya "2" yazın.

Tercih ettiğiniz doktorların "Girişken" olması ya da olmaması önemli değilse "3" yazın.

Tercih ettiğiniz doktorların genel olarak "Girişken" olması gerektiğini düşünüyorsanız düzeyine göre "4" veya "5" yazın.

LÜTFEN UNUTMAYIN: "**Doğru**" veya "**yanlış**" cevap yoktur. Sizin kanaatiniz bizim için önemlidir.

Araştırma bilimsel nitelik taşıdığından kişi bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Arş. Gör. Nurdan ORAL KARA (nurdankarasdu@gmail.com) ve Yrd. Doç. Dr. Ömer Lütfi ANTALYALI

1) Meraklı	()	26) Yalancı	()
2) Tutarlı	()	27) Ağırbaşlı, olgun	()
3) Soğuk kanlı	()	28) Zeki	()
4) Anlayışlı, halden anlayan	()	29) Maneviyatı güçlü, dindar	()
5) Ahlaklı	()	30) liderlik yeteneği yüksek	()
6) Asık suratlı	()	31) Dikkatli	()
7) Elit, seçkin, saygın	()	32) Güler yüzlü	()
8) Babacan	()	33) Tecrübeli, deneyimli	()
9) Burnu büyük, kibirli	()	34) Konuşkan	()
10) Cana yakın davranan, samimi	()	35) Umut veren	()
11) Titiz	()	36) Kendini mesleğine adan	()
12) İyi bir dinleyici	()	37) İkna edici, etkileyici	()
13) İşini dikkatle yapan, özen gösteren	()	38) Durumları akılcı çözümlemede yetenekli	()
14) Saygılı	()	39) Yoğun, meşgul	()
15) Herkese karşı hoşgörülü	()	40) Kararsız	()
16) Cesur	()	41) Şefkatli, sevecen	()
17) Arkadaş canlısı , dostça davranan	()	42) Neşeli	()
18) Nazik davranan, kibar	()	43) Zengin ve fakir kişilere aynı şekilde davranan	()
19) Duygusal olarak dengeli	()	44) Karşıdakinin anlayacağı dilden konuşan	()
20) Hafızası kuvvetli	()	45) Bakımlı	()
21) Kendine (mesleğine) karışılmasından hoşlanmaz	()	46) İnsancıl, insana değer veren	()
22) Üstün zekalı	()	47) İyimser	()
23) Kaba	()	48) Umursamaz, aldırmaz etmez	()
24) Girişken	()	49) Alçakgönüllü, Mütevazı	()
25) Agresif, kavgacı	()	50) Tatlı dilli	()

51)	Dürüst	()
52)	İşinde ciddi ve disiplinli	()
53)	Kıymet veren	()
54)	Eleştiriye açık	()
55)	Gösterişi seven	()
56)	Güvenilir	()
57)	Kendini karşısındakinin yerine koyarak düşünen	()
58)	İlgisiz	()
59)	İdealist	()
60)	İyi niyetli	()
61)	Mesafeli, resmi	()
62)	Ayrıntılara önem veren, detaycı	()
63)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()
64)	Hızlı, seri, dakik	()
65)	Sezgileri güçlü	()
66)	Yüksek enerjili-Enerjik	()
67)	Etik değerlere bağlı	()
68)	Merhametli	()
69)	Eli ağır, işleri ağırdan alır	()
70)	Fedakar, özverili	()
71)	Yenilikleri takip eden	()
72)	Çalışkan	()
73)	Bilgi olarak donanımlı	()
74)	Sabırlı	()
75)	Ağız sıkı, sır tutan	()
76)	Soğuk kanlı	()
77)	İddialı, hırslı	()
78)	İşinde uzman	()
79)	Ukala	()
80)	Telaşlı , aceleci	()
81)	Teknik konularda iyi	()
82)	Karizmatik	()
83)	Yetenekli, hünerli	()
84)	Yumuşak başlı, uysal	()

85)	Kararlı	()
86)	Gergin, sinirli	()
87)	Açık sözlü	()
88)	Duygularını belli etmez	()
89)	İyi iletişim kurar	()
90)	Otoriter, buyurgan	()
91)	Özgüveni yüksek	()
92)	Duygusal	()
93)	Bitkin, hayattan bezmiş	()
94)	Stresli	()
95)	Sorumluluk sahibi	()
96)	El becerisi iyi	()
97)	Baskın, dominant	()
98)	Duyarlı, ince düşünceli	()
99)	Vicdanlı	()
100)	Yardımsaver	()
101)	Başarılı	()
102)	Düzenbaz, sahtekar	()
103)	Genel kültürü yüksek	()
104)	İki yüzlü, özü sözü bir olmayan	()
105)	Bilgili	()
106)	Mantıklı	()
107)	İyi eğitim almış	()
108)	Bencil ,öncelikle kendini düşünen	()
109)	Konuşmayı sevmez	()
110)	Liderlik yeteneği yüksek	()
111)	Kendini geliştirmeye istekli	()
112)	İyi kalpli	()
113)	Asosyal, insan arasına karışmaktan pek hoşlanmaz	()
114)	Paragöz, parayı çok seven	()
115)	Kendinden emin	()
116)	İnatçı	()
117)	Azimli, gayretli	()
118)	Fiziksel açıdan dayanıklı	()

Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın

Yaşınız:

Medeni Durumuz: ☐ Evli ☐ Evli Değil

Mesleğiniz:

Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır () Emekliyim

Ailenin toplam geliri (Aylık): () 750 tl ve altı () 751- 1500 tl arası () 1501-2000 tl arası () 2001-3000 tl arası

() 3001-4000 tl arası () 4001-6000 tl arası () 6001-10000 tl arası () 10.001-15.000 tl arası () 15.001 tl ve üstü

Eğitim Düzeyiniz: ☐ Okuma-yazma bilmiyor ☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul(İlköğretim 8yıllık) Mezunu

☐ Lise Mezunu ☐ Ön Lisans Mezunu ☐ Lisans Mezunu ☐ Yüksek Lisans veya Doktora Mezunu

Anket bitti. Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederiz.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Nurdan ORAL KARA

Doğum Yeri ve Yılı: Eskişehir, 1981

Medeni Hali: Evli

Yabancı Dili: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Lisans: Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü (1999-2003)

Yüksek Lisans: Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı (2009-2012)

İş Deneyimi:

1. Medikal Firma İşletmeciliği, Eskişehir, 2005-2010
2. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ÖYP Araştırma Görevlisi, 2010-2012.
3. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ÖYP Araştırma Görevlisi (35. Madde görevlendirmesi), 2012-2017.
4. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Araştırma Görevlisi, 2018-devam ediyor.

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar:

1. Alkan A.,Oral Kara N.,Güneş, H. (2017), Yönetimde İnfomalite Buz Dağının Görünmeyen Yüzü, (Ed. Ramazan Erdem) içinde: Informal Çatışma Yönetim Şekilleri
2. Şahin,D., Oral Kara N. (2018). Mıknatıs Hastane Kavramı ve Gelişimi, 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4285953)
3. Oral Kara N ,Üzümcü F., Saygın Avşar T. (2017). A Study on the Relationship Between Charismatic and Servant Leadership Perceptions of Employees Working in Health Care Services. 1.International 11.Health and Hospital Administration Conference, 68-68. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3973113)
4. Yiğit A., Oral Kara N., (2017). Hastanelerde İlaç Yönetim Sistemi Satın Alımı: SWOT Analizi. 1.Uluslararası 11.Health and Hospital Administration Conference, 145-145. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3973131)

5. Oral Kara N., Yeşilaydın G., Hancıoğlu Y., (2017). A Study on Graduate Thesis about Competition in Turkey. 2. Cogress on International Economic and Administrative Perspectives: Sustainable Global Competition (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3799349)
6. Yiğit V., Oral Kara N., (2017). An Reasearch on Public Hospital Unions in Turkey via the Scope of Mintzberg'xxs Professional Bureaucracy Organization Structure. AGP Humanities and Social Sciences Conference, Barcelona, Spain (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3973003)
7. Saygın Avşar T., Oral Kara N.,(2017). Frankenstein of Modern Medicine: A pharmaceutical sector assesment. AGP Humanities and Social Sciences Conference (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3972942)
8. Alkan A., Oral Kara N., Güneş H., (2017). YÖNETİMDE İNFORMALİTE- Buz Dağının Görünmeyen Yüzü, Bölüm adı:(İnformal Çatışma Yönetim Şekilleri), BETA, Editör:Ramazan Erdem, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 352, ISBN:6052420539, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 3973039)