



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

MUAYENE VE İLİŞKİSEL EMPATİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLAMA ÇALIŞMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Murat ERZURUMLU

Antalya, 2023



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

MUAYENE VE İLİŞKİSEL EMPATİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLAMA ÇALIŞMASI

UZMANLIK TEZİ

DR. Murat ERZURUMLU

**Tez Danışmanı: Öğr. Gör. Dr. Hasan Hüseyin AVCI,
Prof. Dr. Melahat AKDENİZ**

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2023

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bana her aşamada yardımcı olan, bilgilerini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, iyi bir hekim olmam için bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği olan, tez çalışmamın her aşamasında destekleyen değerli hocalarım Prof. Dr. Melahat Akdeniz'e ve Öğr. Gör. Dr. Hasan Hüseyin AVCI'ya;

Uzmanlık eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen hekim arkadaşlarıma ve anabilim dalımızdaki kıymetli çalışma arkadaşlarım Mine KOCAGÖZ ve Arzu AYDEMİR'e;

Tecrübesi ve bilgileri ile tezimde ve eğitim sürecimde yanımda olan manevi ablam Öğr. Gör. Dr. Habibe ÖZÇELİK'e

Asistanlık sürecimde iyi ve kötü günde destekleri ve anlayışları ile bana yardımcı olan arkadaşlarım Dr. Özkan UYSAL'a, Dr. Sevim TORUN'a ve Dr. Zeynep TOPRAK AKSOY'a;

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her döneminde destekleri ve anlayışları ile her zaman daha iyisini yapmam için beni motive eden değerli insanlar annem Sevim PEYİŞ'e, babam Özcan PEYİŞ'e kardeşlerim Burak Can ÖZDEMİR'e ve Mehmet ERZURUMLU'ya

Yoğun asistanlık dönemimde maddi manevi destekleri ile iyi ve kötü günde yanımda olan arkadaşım Gülşen MENTEŞE'ye ve Merve ALTUN'a

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	v
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Empati Tanımı.....	5
2.2. Empatinin Basamakları.....	7
2.3. Empatiyi Etkileyen Faktörler	9
2.4. Empatinin Önemi.....	11
2.5. Sağlık Alanında Empatinin Etkileri.....	12
2.6. Sağlık Alanında Empati ve İletişim İlişkisi.....	12
2.7. Empatinin öğrenilebilirliği ve Empati eğitimi.....	15
2.8. Empati ile karışan kavramlar	18
2.9. Ölçek Uyarlama.....	20
2.10. Ölçek Uyarlama Adımları.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	24
3.4. Çalışmanın Uygulanma Şekli.....	26
3.5. Araştırmanın Etik İzni	26
3.6. CARE Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması.....	26
3.7. Verilerin Analizi.....	27
4. BULGULAR.....	29
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi.....	29
4.2. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	32
4.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	34
4.4. Güvenirlik Analizi Sonuçları	35
5. TARTIŞMA.....	42
5.1. Çalışmanın Güçlü Yönleri.....	44
5.2. Çalışmanın Zayıf Yönleri	45

6. SONUÇLAR.....	46
KAYNAKÇA.....	47
ÖZET	64
ABSTRACT.....	66
EKLER	68



SİMGELER VE KISALTMALAR

TDK:	Türk Dil Kurumu
SGIM:	Genel İç Hastalıkları Derneği
EEG:	Elektroensefalogram
EDA:	Elektrodermal Aktivite
fNIRS:	Fonksiyonel Yakın Kızılötesi Spektroskopisi
ACG:	Anterior Singulat Korteks
EQ:	Empati Ölçeği (Empathy Quotient)
JSE:	Jefferson Empati Ölçeği
IRI:	Kişilerarası Tepkisellik İndeksi
JSPPE:	Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy
SGIM	Amerikan Genel İç Hastalıkları Derneği
BEES	Balanced Emotional Empathy Scale
ECRS	Empathy Construct Rating Scale
JSPE	Jefferson Doktor Empati Ölçeği
CARE	Muayene ve İlişkisel Empati Ölçeği
BLESS	Barrett Lennard Empathy Subscale
RES	Reynold Empati Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
DFA	Doğrulamalı Faktör Analizi
χ^2/SS	Ki kare istatistiği
CFI	Karşılaştırmalı uyum indeksi
RMSEA	Yaklaşık hataların ortalama kare kökü
NNFI	Normlaştırılmamış uyum indeksi
SRMR	Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü

ÇİZELGELER DİZİNİ

Tablo 3.1	Doğrulamalı Faktör Analizi için kullanılan uyum indekslerine ait kesme noktaları	29
Tablo 4.1	Kapsam Geçerlilik İndeksi Sonuçları.....	30
Tablo 4.2	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	32
Tablo 4.3	Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı ve Bartlett küresellik testi sonuçları.....	33
Tablo 4.4	Ölçeğe ait açıklanan toplam varyans.....	35
Tablo 4.5	CARE Ölçeği'ne ait faktör yük değerleri.....	35
Tablo 4.6	CARE Ölçeği'ne ait doğrulamalı faktör analizi sonuçları.	36
Tablo 4.7	CARE Ölçeği'ne ait iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları sonuçları.....	38
Tablo 4.8	Madde Güvenirlik İstatistikleri.....	38
Tablo 4.9	CARE puanlarının hastanın cinsiyetine göre t-testi sonuçları.....	39
Tablo 4.10	CARE ölçeğinden alınan puanların katılımcının medeni durumuna göre ANOVA sonuçları.....	40
Tablo 4.11	CARE ölçeğinden alınan puanların katılımcıların eğitim durumuna göre ANOVA sonuçları.....	41
Tablo 4.12	CARE ölçeğinden alınan puanların katılımcıların gelir durumuna göre ANOVA sonuçları.....	42
Tablo 4.13	CARE ölçeğinden alınan puanların katılımcıların muayene sıklığına göre ANOVA sonuçları.....	42
Tablo 4.14	CARE puanlarının katılımcılarda kronik hastalık varlığına göre t-testi sonuçları.....	43
Tablo 4.15	CARE ölçeğinden alınan puanların yaş gruplarına göre ANOVA sonuçları.....	44
Tablo 4.16	CARE puanlarının katılımcıların evde birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre t-testi sonuçları.....	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1	Yamaç Birikinti Grafiği.....	34
Şekil 4.2	Doğrulayıcı faktör analizine ait yol diyagramı.....	37



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Literatürde empati farklı şekillerde tanımlanmıştır. Türk Dil Kurumu (TDK) empatinin kelime anlamını “Duygudaşlık” olarak tanımlamıştır. Genel İç Hastalıkları Derneği (SGİM) empatiyi “Bir başka kişinin duygusal durumunu, tecrübe etmeksizin anlayabilme” olarak tanımlamıştır (1). Klinisyenin “Tecrübe etmeksizin anlayabilmesi” empatinin sadece duygusal değil, aynı zamanda mantıksal bir davranış olduğunu göstermektedir (2). Hojat empatiyi “Hastaya yardım niyeti ile birlikte, hastayı anlamayı (hissetmek yerine) içeren, bu anlayışı iletişime dökebilme kapasitesi ile birlikte olan, baskın olarak bilişsel (algısal veya duygusal yerine) özellikte olan beceri.” olarak tanımlamıştır (3). Bu tanımda bahsedilen 4 anahtar tanım (bilişsel olmak, anlayışı içermek, iletişime dökülebilmek, yardım niyeti ile yapılmak) empati ile sempatinin ayrımında önemli yer oynamaktadır (4).

Sağlık alanında empati; hastanın bir kişi olarak iç dünyasını ve perspektifini anlamayı içeren bir bilişsel beceri ve bu anlayışı hasta ile iletişime çevirebilme kapasitesi olarak değerlendirilir (5). Hasta-hekim ilişkisinde empati, bir döngü olarak gerçekleşir. Bu döngü Barret-Lennard tarafından “Empatik döngü” olarak tanımlanmıştır (6). Bu döngüye göre hekim-hasta iletişimi 4 adımdan oluşmaktadır. Birinci adımında hasta deneyimlerini aktarır. Sonraki adım “Hekimin hasta ile empatik olarak etkileşimini, hasta ile aynı frekansı yakalamasını ve hastanın dünyasına girişini” içerir (7). İkinci adımı hekimin empatik geridönüş yapması izler. Dördüncü ve son adımda ise hastanın bu geri dönüşü alması, klinisyene geri bildirimi gerçekleşir. Bu adımı yeni bir döngünün başlaması izler (6).

Empati; hastanın bakış açısının daha iyi anlaşılabilmesi, tedavi sürecinde hasta ve hekim arasında paylaşılmış karar alınabilmesinin sağlanması, hastalığın daha geniş bir bakış açısından görülebilmesi açısından önemlidir (8,9). Sağlık çalışanlarında empatinin iyileştirilmesinin hasta bakım kalitesinde artış ile ilişkili olduğu görülmüştür (10). Empatik yaklaşım gösterilen hastalarda hasta memnuniyetinde artış olduğu izlenmiştir (10,11). Empatik tutumun etkileri sadece psikolojik ekseninde olmayıp fiziksel etkilerinin de görüldüğü bildirilmiştir. Bir

çalışmada hastalara empatik yaklaşımın plasebo etkisinin olduğu gösterilmiştir (12). Bir başka çalışmada ise empatik tutumla yaklaşılan diyabetli hastalarda kardiyovasküler olayda ve mortalitede düşüş (9) izlenmiştir. Empatik tutumun iyileştirilmesi ile hastaların ağrı düzeylerinde düşüş (13), olduğu gözlenmiştir. Empati ile yaklaşılan hastalarda, hekime duyulan saygı ve güvende artış olduğu bildirilmiştir (14,15).

Empatinin değerlendirilmesi için birçok yöntemden faydalanılmıştır. Empati sırasında merkezi ve otonom sinir sisteminde görülen değişimleri kaydetmek için Elektroensefalogram (EEG), elektrodermal aktivite (EDA), kalp hızı değişkenliği, fonksiyonel yakın-kızılötesi spektroskopisi (fNIRS) gibi yöntemler kullanılmıştır (16). Yapılan çalışmalarda özellikle medial prefrontal bölgenin (17) ve dorsolateral prefrontal bölgenin (18,19) empati davranışında anahtar rol oynadığı görülmüştür. Bir çok çalışma psikopati durumunda belirgin bir prefrontal bozukluk veya empati davranış bozukluğu etkisinin görüldüğünü göstermiştir (20). Prefrontal korteksin yanı sıra anterior singulat korteks (ACG) ve anterior insulanın da empatinin duygusal bileşeninde aktif rol oynadığı bilinmektedir (21).

Empatinin değerlendirilmesinde kullanılan bir diğer yöntem ise anket ve ölçeklerdir. Literatürde sağlık alanında empatiyi değerlendiren birçok ölçek tanımlanmıştır. Bu ölçekler uygulanma şekline göre kabaca sağlık uygulayıcının empati tutumunun kendisi tarafından değerlendirildiği, gözlemci tarafından değerlendirildiği ve hasta tarafından değerlendirildiği ölçekler şeklinde üçe ayrılabilir (22). Empati Ölçeği (EQ) (23), Jefferson Empati Ölçeği (JSE), Interpersonal Reactivity Index (IRI) (24) gibi ölçekler sağlık çalışanının empati düzeyini ölçen ölçeklerdir ve anket soruları sağlık çalışanı tarafından yanıtladığı için bir anlamda sağlık çalışanının kendi kendini değerlendirdiği ölçeklerdir. CARE ölçeği ve Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) (25) ölçekleri sağlık uygulayıcının empati tutumunun hasta tarafından değerlendirildiği ölçeklerdir.

Muayene ve İlişkisel Empati (Consultation and Relational Empathy (CARE)) ölçeği Mercer SW, Maxwell M, Heaney D and Watt GCM tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Ölçekten bundan sonra CARE ölçeği olarak bahsedilecektir. Bu ölçeğin amacı, “Hastaların sosyo-ekonomik temellerinden

bağımsız olarak anlamlı olan geniş bir empati tanımına dayalı bir muayene süreci ölçeği geliştirmek” olarak belirtilmiştir (26). CARE ölçeği daha çok birinci basamakta empatiyi ölçmek için geliştirilmiş olup diğer ölçeklerin çoğu birinci basamak yerine ikinci basamakta veya psikiyatrik değerlendirmede kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Buna ek olarak diğer ölçeklerde sağlık profesyonellerinin empati düzeyleri genellikle sağlık profesyonellerinin kendileri tarafından değerlendirilmektedir. Bu neden ile sağlık çalışanlarının empati konusunda aldıkları eğitimlerden etkilenme ve hastanın görüşlerini yansıtmama endişesi taşımaktadır (27). Bu nedenlerle CARE ölçeği geliştirilmiştir.

CARE ölçeği 10 sorudan oluşmakta olup cevaplandırması 5li likert şeklindedir. 10 sorunun cevabı “1-kötü, 5-mükemmel” olacak şekilde pozitif faktör puanlaması şeklinde olup negatif faktörlü soru bulunmamaktadır. Ölçek tek boyutludur. Sorular sırası ile “rahat hissettirme, öyküyü anlatmaya izin verme, öyküyü dinleme, endişeleri anlama, ilgi gösterme, pozitif tutum gösterme, açıklama, kontrolü almaya yardım etme, birlikte plan yapma” değerlerini ölçmektedir. Ölçek geliştirilmesi sırasında Reynold Empati Ölçeği (RES) ve Barret-Lennard Empati Ölçeği (BLESS) ile karşılaştırılmış olup her iki ölçek ile güçlü korelasyon gösterdiği görülmüştür (RES ile $r=0,85$, $n=10$ $p<0,001$; BLESS ile $r=0,84$ $n=10$ $p<0,001$)(26).

CARE ölçeğinin İsveççe (Cronbach’s alpha 0.975) (28), İspanyolca (29) (Cronbach’s alpha 0.953), İtalyanca (Cronbach’s alpha 0.962) (30), Portekizce (Cronbach’s alpha = 0.88) (31) gibi çeşitli dillere ve kültürlere göre çeviri ve uyarlama çalışmaları yapılmış olup yüksek güvenilirliğe sahiptir. Yapmış olduğumuz “Muayene Ve İlişkisel Empati Ölçeği`Nin Türkçe`Ye Uyarlama Çalışması” çalışması ile CARE ölçeğinin Türkçeye uyarlanması hedeflenmiştir.

Ölçeğin Türkçe diline uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması sırasında Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) (32) ve Uluslararası Test Komisyonu’nun (International Test Commision-ITC) (33) çeviri kılavuzundan faydalanılmıştır. Uyarlama adımları şu şekilde özetlenebilir:

a. Ölçeğin çevirisinin yapılması: İki veya daha fazla çevirmen tarafından ölçeğin çevrilmesi işlemidir. Bu aşamada çevirmenler ayrı ayrı ölçek çevirisini yaptıktan sonra çevirileri bir araya getirip ortak bir çeviri çıkana kadar fikir

alışverişinde bulunurlar.

b. Uzman Paneli: Bu aşamada her iki dile de hakim olan uzmanlar tarafından ölçek çevirisinin anlamsal ve kavramsal olarak uygunluğu denetlenir. Anlamsal ve kavramsal eşdeğerliliğin sağlanması amacı ile uzmanlar önerilerde bulunurlar.

c. Geri çeviri: Bu adımda değişik eğitim düzeyinde ve konu ile ilgili bilgisi olmayan hem hedef dili hem de orijinal dili konuşabilen kişiler tarafından ölçek hedef dilden orijinal dile geri çevrilir. Araştırmacı tarafından yapılacak ayarlamalar sonrası hedef kitleyi tanıyan uzmanlar tarafından ölçek tekrar gözden geçirilir.

d. Pilot uygulama: Bu aşamada hazırlanan ölçeğin hedef popülasyona uygun küçük bir gruba uygulanması söz konusudur. Katılımcıların maddeleri sesli olarak okuması ve maddelerin anlaşılabilirliği ve maddelerden anladıkları anlamlar hakkında yorum yapmaları istenir.

e. Son sürüm: Yapılan çalışmalar sonrası son sürüm elde edilmiş olur ve elde edilen son sürümün geçerlilik güvenilirlik çalışmaları için uygun son sürümü kullanıma hazırlanır.

f. Sonuçların yorumlanması: Son adımda elde edilen sonuçlar yorumlanır. Pilot uygulamaya katılan kişi sayısı, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, uzman paneli ve çeviri ekibi gibi veriler belgelendirilir.

Birçok çalışmada daha fazla katılımcının daha faydalı olacağı belirtilmekle birlikte 300 katılımcının yeterli olacağı belirtilmiştir (34–36). Comrey ve Lee kılavuzlarında katılımcı sayısını 50-çok zayıf, 100-zayıf, 200-orta, 300-iyi, 500-çok iyi, 1000-mükemmel olarak tanımlamıştır (37). Bununla birlikte her ölçek madde sayısı, boyut sayısı, faktör korelasyonu gibi değişkenler açısından birbirinden farklı olup daha az değişkenli olan ölçekler daha az katılımcı gerektirdiği kabul edilmektedir. Gorsuch ve arkadaşları madde sayısı/katılımcı sayısı oranının en fazla 1/5 veya 1/10 olması gerektiğini savunmuşlardır (38).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Empati Tanımı

Empati kelimesi köken olarak Yunanca'ya dayanmakta olup etimolojik olarak “em” eki (“..in içerisinde”) ve “pathia” kelimesinin (“hissetmek”) birleşmesi ile oluşmuştur (39). Etimolojik kökenine rağmen empati kelimesi Antik Yunanca'da “fiziksel sevgi”, “tutku” ve “tarafılık” gibi anlamlarda kullanılmış olup (40), bilimsel anlamda 19 ve 20. Yüzyılda kullanılan anlamından oldukça uzaktadır.

Modern anlamda empati tanımı ilk olarak Lipps tarafından Almanca bir kelime olan “Einfühlung” teriminin karşılığı olarak kullanılmıştır (41,42). Lipps'in öncesinde 1873 yılında Robert Vischer tarafından kullanılmış olsa da Vischer empati tanımını “İnsanların, kendilerini nesnelerin yerine koyması” şeklinde tanımlamıştır. Lipps ise “Einfühlung” tanımını insanların sadece cansız objeleri deneyimlemesi olarak değil, aynı zamanda diğer insanların mental durumlarını da anlaması anlamında kullanmıştır. Lipps'e göre Einfühlung'un tanımı “Bir insanın, kendisini karşısındaki bir nesneye yansıtmayı, kendini onun içinde hissetmesi ve bu yolla o nesneyi içine alarak/özümseyerek anlaması sürecidir.” şeklinde olmuştur (43). Einfühlung tanımının “Empathy” olarak İngilizceye çevrilmesi 1909 yılında Edward Titchener tarafından yapılmıştır (44).

Empati, Türk Dil Kurumu'na göre “Kişinin kendisini başka bir bilincin yerine koyarak söz konusu bilincin duygularını, isteklerini ve düşüncelerini, denemeksizin anlayabilmesi becerisidir. “Duygudaşlık”, “Eşduyum” anlamlarına gelmektedir (45). Genel İç Hastalıkları Derneği (SGİM) empatiyi “Bir başka kişinin duygusal durumunu, tecrübe etmeksizin anlayabilme” şeklinde tanımlamıştır (1).

Sağlık alanında empati temel hatlarıyla; hastanın bir kişi olarak iç dünyasını ve perspektifini anlamayı içeren bir bilişsel beceri ve bu anlayış hasta ile iletişime çevirebilme kapasitesi olarak değerlendirilir (5). Bununla birlikte empati için çok farklı kaynak ve araştırmacı tarafından farklı tanımlamalar yapılmıştır.

Adler empatiyi “Başkasının gözleriyle görme, başkasının kulaklarıyla işitme” olarak tanımlamıştır (46). Weiner ise empatiyi “Diğer bireyin

ayakkabılarını giyerek onun gereksinimlerini ve hissettiklerini anlama becerisi” olarak tanımlamıştır (47). Empatinin bir diğer tanımı ise “Bir insanın diğer insanın duygularını anlayabilmesi ve bunu paylaşma yeteneği” olarak tanımlanmaktadır. Empati kurma sürecinde kişi kendi fikirlerini ve doğrularını değil, empati kurduğu kişiyi anlamaya ve kişi ile birlikte hissetmeye başlamaktadır (48). Hojat’a göre ise empati “Hastaya yardım niyeti ile birlikte, hastayı anlamayı (hissetmek yerine) içeren, bu anlayışı iletişime dökebilme kapasitesi ile birlikte olan, baskın olarak bilişsel (algısal veya duygusal yerine) özellikte olan beceri.” olarak tanımlanmalıdır (3).

Dökmen ise empatiyi “Bir insanın, kendisini karşısındaki insanın yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması” olarak tanımlamıştır (49). Barrett-Lennard empatiyi “Bir başkasının iç dünyasıyla bağlantı kurma fikri” olarak tanımlamıştır (50). Aile Hekimliğinin öncülerinden olan McWhinney ise empatiyi “Karşıdaki kişinin deneyimlerine ortak olmak” olarak tanımlamaktadır. McWhinney; hekim için empatiyi, “Hasta olmanın nasıl bir şey olduğunu duyumsama kapasitesi” olarak özetlemiştir (51).

Empati tanımı içerisinde birçok boyutu barındırmaktadır. Empati boyutları arasında “perspektif alma”, “empatik ilgi”, “fantezi” ve “kişisel stres” gibi alt boyutlarının olduğu şeklinde yaklaşımlar mevcuttur (52). Örneğin Hoffmann empatinin bilişsel, duygusal ve güdüsel olarak üç boyut barındırdığını iddia etmiştir (53). Farklı kaynaklarda sanatın bir objesini anlamaya veya sanatsal bir metni anlamaya çalışılması şeklinde tanımlanan **estetik empati**; insanın daha önceden karşılaşmadığı bir deneyimi zihinsel olarak, etkili bir şekilde ve diğer insana sempati göstererek anlaması olarak tanımlanabilecek **iletişimsel empati**; davranışların iyi veya kötü sonuçlar verebileceğini hayal etme yeteneği olarak tanımlanan **etik empati** gibi farklı empati türleri de tanımlanmıştır(54).

Bununla birlikte günümüzde en çok kabul gören yaklaşım empatinin bilişsel ve duygusal olarak iki alt boyutunun olduğunu savunan yaklaşımdır (55). Duygusal empati bireyin, karşıdaki kişinin duygu durumu ile ilgilendiği otomatik ve bazen bilinç dışı olan bir süreci; bilişsel empati ise karşıdaki kişinin duygularının kişinin kendi bakış açısı ile anlaşılacağı bilinçli bir süreci tanımlamaktadır (56).

2.1.1. Duygusal Empati

Empatinin ana bileşeninden bir tanesi duygusal empatidir. Duygusal empati; karşıdaki kişinin duygu durumuna paralel olarak gerçekleşen, karşıdaki kişinin duygusal durumundan kaynaklanan duygusal bir tepkidir (56). Hoffmann duygusal empatiyi “kişinin kendi durumuna göre kendisinininkinden daha uygun bir duygusal tepki vermesi” şeklinde tanımlamıştır (53). Duygusal boyutun yokluğu durumunda empati; sadece bireyin, karşıdaki kişinin durumunu tespit etmesi olur (57,58). Dökmen'e göre karşıdaki kişinin düşündüklerini anlamak, onun rolüne girerek bilişsel olarak gerçekleşen bir süreçken; hissettiklerinin aynısını hissetmek duygusal bir süreçtir. Bu nedenle Dökmen, bilişsel empatiyi duygusal empatinin ön şartı olarak değerlendirmektedir (49).

2.1.2. Bilişsel Empati

Bilişsel empati kişinin karşıdaki kişiyi bilişsel olarak anlaması ve o kişinin bakış açısına sahip olması olarak özetlenebilir. Diğer bir deyişle bilişsel empati kişinin; karşısındaki kişinin bilme, anlama, inanma, tahmin etme gibi davranışlarını anlama ve tahmin etme becerisidir (59). Staub ise bilişsel empatiyi “Karşıdaki bireyin içsel durumu, düşünceleri, duyguları ve niyetinin bilişsel olarak farkında olunması” olarak açıklamaktadır (52,60). Bilişsel empatinin temel alındığı görüşlerde, empati kuramında duygular önemli olsa da empatinin temel bileşeninin düşünsel empati (affektif empati) olduğu savunulmaktadır (61)

2.2. Empatinin Basamakları

Dökmen'in tanımladığı sınıflamaya göre empati 3 basamakta gerçekleşmektedir (62,63). Bu basamaklar sen, ben, onlar basamağı olarak sıralanabilir.

- Onlar basamağında kişi, kendisinin ve karşıdaki kişinin duygu ve düşüncelerini dikkate almaz. Soruna yönelik olarak kendi duygu ve düşüncelerinden bahsetmez. Kişinin geri bildirimi ortamda bulunmayan kişilerin (toplumun) görüşlerini dile getirmektedir. Genellikle atasözleri ve deyimler kullanır.

- Ben basamağında kişi benmerkezci tepkiler verir. Kişi; karşıdaki kişinin duygu ve düşüncelerine odaklanmaya çalışmak yerine kendi duygu ve düşüncelerini yansıtır. Karşıdaki kişiyi eleştirme, akıl verme ve kişiyi sorunlarıyla baş başa bırakıp kendinden söz etme eğilimindedir.

- Sen basamağında kişi, kendini karşıdaki kişinin yerine koyar. Kendi ve toplumun bakış açısını bir kenara bırakarak karşıdaki kişinin bakış açısı ile bakmaya çalışır. Bu basamakta kurulan empatik ilişkiler diğer iki basamaktaki empatik ilişkilere oranla daha güçlüdür (48,51).

Dökmen bu üç temel basamağı kapsayacak şekilde on empati alt basamağı oluşturmuştur. Bu basamakları empati kalitesine göre en azdan en fazla olana doğru sıralamıştır (49). Bu basamaklar şu şekilde özetlenebilir:

1. Senin problemin karşısında başkaları ne düşünür, ne hisseder: Bu basamakta birey genellemeler kullanır. Karşıdaki kişinin durumuna ve sorunlarına karşı toplumun nasıl yaklaşacağını belirtmekte ve karşıdaki kişiye toplumsal değerler yönü ile eleştirilerde bulunmaktadır. Karşıdaki kişiyi örf, adet, genel ahlaki kurallar ile değerlendirir ve yargılar. Birey genellikle atasözleri, deyimler ve felsefi görüşlere başvurma eğilimindedir.

2. Eleştiri: Kişi, karşıdaki kişiyi kendi görüşleri, değerleri ve doğruları ile geliştirmekte ve yargılamaktadır.

3. Akıl verme: Kişi, karşıdaki kişiye ne yapması, nasıl yaklaşması ve ne düşünmesi gerektiği gibi yönlerde akıl verir. Bu yaklaşım karşıdaki kişide kendinin diğer kişiden daha aşağıdaymış gibi bir benlik algısına yol açacağından ilişkinin gelişmesi açısından zorluklar yaratacaktır (64).

4. Tanı koyma: Kişi; karşıdaki kişiye veya kişinin durumuna tanı koyma çabası içerisindedir. Örneğin “Sorunlarının kaynağı toplumsal baskılardır” veya “Bu tip şeyleri kendine fazla dert ediyorsun” gibi söylemler bu basamakta empati örnekleri arasında gösterilebilir. Bu tutum karşıdaki kişiyi yönlendirmekte ve yanlış yönlendirmelere neden olarak kişinin sorunun asıl kaynağından uzaklaşmasına neden olabilmektedir.

5. Bende de var: Kişi; kendisinin de karşıdaki kişi ile benzer durumda olduğunu söylemekte, kendisine ait olan sorunu anlatmaktadır.

6. Benim duygularım: Kişi; karşıdaki kişinin durumu hakkında kendi bireysel düşünce ve duygularını ifade etmektedir. Örneğin “Üzüldüm”, “Sevindim”, “Şaşırdım” demektir.

7. Destekleme: Kişi bu basamakta karşıdaki kişiyi haklı, haksız şeklinde yargılamaksızın sadece desteklemektedir. Kişi; karşıdaki kişiye güven verme, cesaretlendirme, karşıdaki kişiyi onaylama ve karşıdaki kişiye ilgili davranma halindedir. Bu iletişim türü karşıdaki kişinin duygu ve düşüncelerini ayrıntılandırmasını destekleyen gülümseme, onaylarcasına kafa sallama ve kibar biçimde gönül alınmasını içerir.

8. Soruna eğilme: Kişi; karşıdaki kişinin sorun ve durumunu irdeler, soruna ilişkin sorular sorar, sorunu kabul ettiğini karşıdaki kişiye tepki ve davranışları ile gösterir.

9. Tekrarlama: Kişi; karşıdaki kişinin durum ve sorununu kişinin kendi kelimelerini de kullanarak özetler. Karşıdaki kişinin duygularını yakalamak sureti ile karşıdaki kişiye yansıtır.

10. Derin duyguları anlama: Kişi; karşıdaki kişinin ifade edebildiği ve edemediği duygu ve düşüncelerini, kendisini karşıdaki kişinin yerine koymak sureti ile fark etmekte ve durumunu ifadelendirmektedir. Bu sırada kişi, karşıdaki kişinin dünyasını dikkate alır.

Dökmen bu basamaklardan 1. Basamağı “Onlar basamağı”; 2.,3.,4.,5., ve 6. Basamakları “Ben basamağı”; 7.,8.,9., ve 10. Basamakları ise “Sen basamağı” olarak ifade eder (49). Basamak seviyesi yükseldikçe empatik tepkinin kalite seviyesi de yükselmektedir. Fakat unutulmamalıdır ki gerçek anlamda empati sadece son 4 basamakta oluşmaktadır. Diğer basamaklar empati öncesi hazırlık basamağı olarak düşünülebilir.

2.3. Empatiyi Etkileyen Faktörler

Kişilerin empati kurma becerileri farklı faktörlerden etkilenmektedir. Kısaca özetlemek gerekirse bu faktörler şu şekilde sıralanabilir:

2.3.1. Yaş

Çocuklar üzerinde yapılan çalışmalarda yaşın artması ile empati düzeyi arasında olumlu bir ilişki gözlenmiştir (65). Maximiano-Barreto ve arkadaşları sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları sistematik derlemede ilerleyen yaşla birlikte empati düzeyinin arttığını saptamışlardır (66).

2.3.2. Cinsiyet

Empati üzerinde en etkili faktörlerden biri de cinsiyettir. Kadınların empatik düzeylerinin erkek cinsiyete göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (67,68). Fakat Löffler (69) ve Nanda (70); çalışmalarında cinsiyetler arasında görülen empati düzeyi farklılığının sadece kişilerin bildirdiği empati düzeylerinde olduğunu bildirmişlerdir. Benzer çalışmalar empati yerine sosyal becerileri ölçmek amacı ile yapıldığında cinsiyetler arası farkın ortadan kalktığı görülmüştür. Bu nedenle Löffler cinsiyetler arası bu farkın “Cinsiyet rolleri ve basmakalıp modeller” nedeni ile oluşmuş olabileceğini bildirmiştir (69).

Kadınların hemcinslerine karşı erkeklerin kadınlara gösterdiğine oranla daha yüksek empati düzeyi gösterebildikleri kanıtlanmıştır (56). Buna ek olarak kadınların duygusal empati kurma konusunda erkeklere oranla daha başarılı oldukları bildirilmiştir (65).

2.3.3. Sosyal İlişkiler

Aile sahibi olma, çocuk sahibi olma, ebeveyn ilişkileri gibi birçok durum empati düzeyini etkilemektedir. Ebeveynlerle olan iyi ilişkilerin, kişinin empati düzeyini yükselttiği gözlenmiştir (71). Çocuk ve/veya kardeş sahibi olmanın da empatiyi olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (72,73). Evli olan kişilerde bekar olanlara göre empati düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (72,73).

2.3.4. Kişilik Özellikleri

Araştırmacılar kişilik özelliklerinin temel olarak beş faktörle özetlenebileceğini bildirmiştir. Bu faktörler açıklık, vicdan, dışa dönüklük,

anlaşılabilirlik ve nörotizm olarak tanımlanmıştır (74). Tabi ki bu durum; tüm kişilik özelliklerinin sadece beş özelliğe indirilebileceğini göstermemekle birlikte bu beş faktörün insanların karakter özelliklerini en geniş anlamda ifade edebileceğini göstermektedir (75). Kişilik özelliği olarak vicdanlı olmak saldırgan davranışları engellediği, düşük nörotizmin ise sosyal davranışlarla ve endişeyle ilgili olduğu öne sürülmüştür (76,77). Okul öncesi çocuklarda utangaç olan çocuklarda; daha az utangaç olan çocuklara göre empatik tepki düzeyleri belirgin olarak düşük bulunmuştur (78). Oturmuş karakter özelliği, bir aktiviteye odaklanma kapasitesi olarak tanımlanmış olup (79) okul öncesi çocuklarda empati gelişimine olumlu etki göstermektedir (80).

Dominant bir davranışı yapma dürtüsünü engelleyip subdominant olan davranışı yapma becerisine engelleyici kontrol denmektedir (81). Subdominant kişilik özelliğine sahip olmak, yüksek empati becerisi ile ilişkili olarak bulunmuştur (82).

2.4.Empatinin Önemi

Toplumsal yaşamın gereği olarak insanlar arası iletişim günlük hayatta önemli bir yere sahiptir. Empati günlük hayatta prososyal davranışları artırır (83). Empati kurmanın kişinin kendisini iyi hissetmesi ile orantılı olduğu da gösterilmiştir (84). Empati günlük hayatta heyecan, heves gibi olumlu duyguların; iğrenme, korku ve öfke gibi duygulardan yaklaşık 3 katı daha sık yaşanması ile ilişkilendirilmiştir (85).

Empati kurulan kişiler değer gördüklerini hisseder. Empati kuran kişilerde, çevredeki kişilere yardım etme eğilimi daha sık görülür. Doğal bir sonuç olarak, empatik eğilimleri yüksek olan kişilerin çevreleri tarafından daha fazla sevildiği öne sürülmüştür (57). Empati sosyal hayata uyum açısından toplum hayatında önemli bir yer kaplar. Empati düzeyi yüksek bireylerin toplumla uyumlu yaşama ve sosyal duyarlılık konusunda daha başarılı oldukları görülmüştür (86). Empati düzeyi depresyon varlığıyla, saldırganlık davranışıyla, çocuk ihmal ve istismarı suçlarını işleme sıklığı ile ters orantılıdır (87).

Bununla birlikte empatinin tükenmişlik ve sosyal çekilme ile ilişkili olduğunu belirtenler de olmuştur (88). Bazı yazarlar ise empatinin ne olumlu ne de

olumsuz olduğunu, farklı fenomenolojisi ve sonuçları olduğunu, şefkat veya kişisel sıkıntı ile sonuçlandığını belirtmişlerdir (83).

2.5.Sağlık Alanında Empatinin Etkileri

Tıbbi literatürde empati, hastaya ve sağlık çalışanına bir çok fayda sağlayan, hümanist tıbbın temel değerlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (89). Hastalarını anlamaya çalışan, hastaları ile ilgilerini ve meraklarını paylaşan sağlık çalışanlarının bu davranışlarının, hasta ile olan ilişkilerinde pozitif etkilerinin olduğu gösterilmiştir (27). Örneğin yüksek empati düzeyine sahip hekimlerin, diyabetli hastalarda hastaların serum glikoz ve kolesterol düzeyleri üzerinde düşük empati düzeyine sahip hekimlere göre daha iyi kontrole sahip olduğu gösterilmiştir (90). Bir diğer çalışmada ise acil servis çıkışında hasta ile kurulan empatik ilişkinin hastaların yargı yoluna gitme oranını azalttığı görülmüştür (91). Hekimlerini empatik olarak tanımlayan influenza tanılı hastaların bağışıklık sistemlerinde objektif değişimler izlenmiş olup hastaların semptom şiddetinde ve süresinde azalma olduğu izlenmiştir (92). Empatinin diğer kişiler üzerindeki faydalı etkileri, sosyal etkileşimin, sosyal desteğin, sağlık bilişinin önemini vurgulayan nörobilişsel ve nörohesaplayıcı teorilerin birleştirilmesi sonucunda, beynin dünya hakkında hissettikleri ile sürekli tahminler yapan, kendini organize eden bir mekanizma olması ile açıklanmaktadır (93).

Bazı yazarlar minimal miktarda duygusal empatinin, hastaların sübjektif durumlarını anlamak için yeterli olduğunu savunmuşlardır (94). Tükenmişlik sendromuna yatkınlığı olan sağlık çalışanlarının negatif duyguları kontrol altında tutma ve kendi ile karşıdaki kişi arasındaki ayrımı korumada zorlanabildikleri belirtilmiştir (95,96). Bu nedenle empati ile sempati arasındaki ayrımın yapılması önemlidir.

2.6.Sağlık Alanında Empati ve İletişim İlişkisi

Sağlık hizmetlerinde önemli olan bir nokta hasta ile iletişimin sağlıklı olarak kurulabilmesidir. Sağlık okuryazarlığı, iletişimde büyük yer kaplamakla birlikte toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyi değişkendir. Sağlık ile ilgili olan bilgi

kaynakları (prospektüsler, onam formları, sigorta poliçeleri vb.) genellikle karmaşıktır (97). Her ne kadar hastalar sağlık bakım ortamında açıklanan durumları anladığını düşünse de, muayeneden hemen sonra hastalar, kendilerine verilen bilgilerin yarısı veya daha azını hatırlayabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olmayan hastalar, takip ve tedavi sonuçlarını etkileyebilecek düzeyde iletişim sorunları yaşayabilmektedir (98).

Hastaların takipleri ve tedavileri açısından bilinçli kararlar verebilmesi için var olan durum hakkındaki çeşitli yaklaşımlar, riskleri ve faydaları açısından anlayışa sahip olmaları gerekmektedir. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin hastaların değerlerini, sağlık inançlarını ve tercihlerini anlaması büyük önem arz etmektedir. Hekimlerin kullandığı terminoloji birçok hasta ile iletişimde engel olabilmektedir (99). Düşük sağlık okuryazarlığı oranları genellikle koruyucu sağlık hizmetinin etkin kullanılamaması, tedavi reddi, ilaç talimatlarını takip edememe ve kötü sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Bahsedilen bilgi ve becerileri düşük olan hasatlarda belirsizlik, gerginlik ve kaygı sıklıkla görülebilmektedir (100).

Empatinin etkin bir şekilde kullanılması hasta-hekim ilişkisinde birçok yarar sağlamaktadır. Hekimlerin, hastalıkları ile ilişkili olan semptom ve kaygılarını tanımlamaları için hastaları yüreklendirmeleri konusunda empatik yaklaşım faydalı olabilmektedir. Hastaların daha doğru tanı ve tedaviye götüren sağlık bilgilerini anlaması, tedavi sürecine hastaların daha sağlıklı şekilde katılmaları hususunda faydalı olduğu görülmüştür. Hastanın kaygı ve kötü duygularının yatıştırılması da empatik yaklaşımın diğer faydalarındandır (101).

Empatik iletişim sağlamak hastalar üzerinde birçok yol sayesinde daha olumlu sonuçlara yol açabilmektedir. Bu yollar Amerikan Kanseri Enstitüsü tarafından şu şekilde özetlenmiştir (102):

- Bakıma erişimi geliştirme: Sağlık çalışanları, hastalara sadece bir tetkik veya tedavi sonucunu paylaşmakla kalmayıp belirli sağlık hizmetlerinin nereden nasıl alınabileceği hakkında bilgi sağlayarak, sağlık profesyonelleri arasında işbirliğini kolaylaştırarak ve gerekli klinik ve toplum hizmetleri konusunda hastaya savunuculuk yaparak hastanın bakıma daha kolay erişimi konusunda yardımcı olabilirler (103,104).

•Hasta bilgisi ve ortak anlayışı geliştirme: Hastaların tıbbi bakım sırasında paylaşılmış karar verebilmesi için hastalıkları hakkında, tedavinin risk ve faydaları hakkında fikir sahibi olmaları gerekmektedir (105). Klinisyenler de hastanın sağlık hakkındaki değerlerini, fikirlerini ve inançlarını bilmek zorundadır. Fakat hekim ve hastaların hastalık ve sağlık konusunda bakış açıları her zaman aynı olmadığı için ortak anlayışı sağlamak her zaman çok kolay olmamaktadır (106). Bu nedenle hekimler, hem hekimin hem hastanın kendi değer ve tercihlerini yansıtabilmenin yanı sıra hasta ile empati kurarak hastanın bakış açısını anlayabilecek durumda olmalıdır (107).

•Terapötik dayanışmayı güçlendirmek: Terapötik dayanışma tanımında bahsedilen kitle; hasta, birçok sağlık profesyoneli, arkadaşlar, aile üyeleri ve bakım sağlayıcıları gibi geniş bir topluluktan oluşmaktadır (108). Bu dayanışma grubu iki temel sebepten dolayı terapötik olarak adlandırılmıştır. Bu sebeplerden ilki, hastanın iyi bir bakım alması hastanın duygusal iyilik halinin sağlanmasına yardımcı olmaktadır (109,110). Diğer sebep ise hastanın hekimine güvendiği durumlarda hastaların tedavi sürecine daha iyi uyum sağlaması, kararlarından daha memnun olması ve tedavi sürecine devamlılığının daha yüksek olması olarak özetlenebilir (111,112).

•Hastanın duygularını kontrol becerisini güçlendirme: Hastaların sağlıkları konusundaki endişeleri korku, öfke, endişe, üzüntü gibi negatif duygulara sebep olabilmekte ve bu durum duygusal iyilik halini ve hatta fiziksel sağlığı tehdit etmektedir (113). Hekimler sağlık ve tedavi konusunda açık bilgiler vererek, hastanın duygularını daha iyi anlayarak ve hastanın değer, özgüven, motivasyon ve umut gibi değerleri üzerinden iletişime geçerek hastalara yardımcı olabilmektedirler (114–116). Hekimler her zaman hastaların duygularını anlamakta başarılı olmadıkları için hastaya yardımcı olmakta zorluk yaşayabilmektedirler (117) veya hastalar kötü duygularını hekim-hasta ilişkisi içerisinde gizleme yolunu tercih edebilmektedirler (118). Bu durumlarda hekimler hasta ile tanı ve tedavi bilgilerini açıkça paylaşarak, hastayı dikkatli dinleyerek, hastanın duygu ve ifadelerini değerlendirerek ve empati kurarak hastaya yardımcı olabilirler (119–121).

- Aile desteğini ve sosyal desteği güçlendirme: Aile ve sosyal destek genel olarak klinik dışı bir kaynak olarak görülse de hekim-hasta ilişkisi sosyal destek üzerinde bazı etkilere sahip olabilir. Öncelikle hekim; iletişimi cesaretlendirme, övgü, tavsiye ve savunuculuk içeren yollarla hastaya sosyal bağlamda destek olabilmektedir (102). İkinci olarak hekimler hastaları var olan sosyal ilişkilerini güçlendirmek amacı ile destekleyebilir, destek toplulukları gibi yeni destek kaynaklarına yönlendirebilirler (122). Hekimler hatalı alışkanlıklara ve benzer kötü alışkanlıklara yönlendirebilen sosyal çevrenin negatif etkilerinden hastaları koruyucu rol oynayabilmektedir (123). Hekimlerin hastaya sosyal destek sağlayabilmesi, hasta ile empati kurarak hastayı daha iyi anlama ve hastanın ihtiyaçlarını anlayarak hastaya destek sağlamakla mümkün olmaktadır.

- Alınan kararların kalitesini yükseltme: Hastaların yaşam kalitesi, hekimlerle ortak alınan, klinik kanıtlara uygun, uygulanması mümkün olan kararlarla daha yüksek olma eğilimindedir (124,125). Hekimlerin karşılaştığı zorluklardan biri, birçok konuda klinik kanıt olmaması, belirsizlikler olması ve kararlı görüşlerin olmamasıdır (107). Diğer bir zorluk ise hastanın açısından görebilmektir. Risk ve faydaların ortak olarak anlaşılamadığı, hastanın hayat şartlarına ve değerlerine uygun olmayan ve uygulanamaz olan tedavi planları hastaların tedaviye daha az uyum sağlaması ile sonuçlanmaktadır (126).

Empati, iletişim için çok önemli bir enstrüman olmakla birlikte hastanın bakış açısının anlaşılması, hasta ile ortak karar verilmesi, hastanın tedavi uyumunun artırılması, hastanın daha az olumsuz duygu deneyimlemesi, daha fazla psikolojik iyilik hali deneyimlemesine yardımcı olmaktadır. Hasta merkezli yaklaşımın ve etkili iletişimin hastalarda daha düşük anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

2.7. Empatinin öğrenilebilirliği ve Empati eğitimi

Empati, kişinin kişilik özelliklerin üzerine deneyimlerinin, geçmiş hayat deneyimlerinin, hayal gücünün eklenmesi ile ortaya çıkmış bir süreç olarak değerlendirilmekte olup kişinin eğitim sürecinden, deneyimlerinden ve gelecek planlarından zamanla etkilenmekte ve gelişebilmektedir (127). Bazı çalışmalar

empatinin öğretilmeyeceğini, doğuştan geldiğini fakat geliştirilebilir veya azalabilir olduğunu; empatinin planlı bir davranış olmaktan ziyade iletişim sürecinde kendiliğinden geliştiğini bildirmiştir (127). Rogers ise empatinin bilinçli yapılan bir süreç olduğunu ve empati süreci içerisinde iletişim becerilerinin etkili olduğunu savunmuştur (128). Lam ve arkadaşları yaptıkları meta-analiz çalışmasında inceledikleri çalışmaların %93'ünde öğrenme ve empatinin bilişsel bileşeni ile ilgili olumlu (%86) sonuçlar elde etmişlerdir (129). Bu bulgular empatinin, kullanılan öğretim metodundan bağımsız olarak, öğretilabilir bir kavram olduğunu göstermektedir.

Empatinin sağlık hizmetlerinde etkileri kanıtlanmış olmakla birlikte hekimler klinik uygulamalarda genellikle empatiden yeterince faydalanamamaktadır (99). Tıp fakültesi öğrencilerinde eğitim süresi boyunca empati ve ahlaki gelişimin yetersiz kaldığını gösteren çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır (100,130–133).

Empati ve tıbbi beşeri bilimlere olan ilgi artmasına rağmen biyomedikal ve doğal bilimsel yaklaşım tıbbi eğitim alanında dominant bir rol oynamaktadır (134–136). Buna ek olarak bazı durumlarda (örneğin hasta vakaları oluşturulduğunda ve tartışıldığında) medikal eğitimin, hekimlerin kendilerinin ve hastalarının bakış açılarını ve deneyimlerini ihmal etmelerine izin verdiğini hatta bunu teşvik ettiğini gösteren çalışmalar da vardır (137). Aksini gösteren çalışmalar olsa da (138), empati düzeyindeki bu düşüş genellikle anlamlı olarak görülmüştür (139,140).

Araştırmacılar empati düzeyinin medikal eğitim alan kişilerin cinsiyet, yaş ve uzmanlık alanı tercihi gibi kişisel özellikleri ile değişiklik gösterebileceğini belirtmişlerdir (130,131,141). Araştırmacılar eğitimin, hasta ile geçirilen toplam sürenin ve klinik çevre durumunun empati üzerinde etkili olabileceğini belirtmiştir (100). Bununla birlikte empati eğitiminin tıp eğitimi alan öğrencilerde empati düzeyini anlamlı olarak yükselttiği gözlenmiştir (142). Batt-Rawden ve arkadaşları, sistematik derlemelerinde bazı empati eğitimi türlerinin tıp fakültesi öğrencilerinin empati düzeylerine etkilerini incelemişler ve hasta anlatımı ve yaratıcı sanatlar, yazma, drama, iletişim becerileri eğitimi, probleme dayalı öğrenme, meslekler arası beceri eğitimi, hasta görüşmeleri, deneyimsel öğrenme ve empati odaklı eğitim gibi

eğitim müdahalelerinin empatiyi sürdürmede ve geliştirmede etkili olabileceğini bulmuşlardır.

2.7.1. Hasta anlatımı ve yaratıcı sanatlar eğitimi

Hasta anlatımı, drama, şiir, kurgu, film gibi eğitim materyallerini içermektedir. Bu tip eğitim genellikle empatinin duygusal bileşenine yöneliktir. Bu alandaki çalışmalar genellikle hasta-hekim ilişkisinde hastanın bakış açısını anlatan kısa hikayeler ve kurgular üzerinden yapılmıştır (143). Muszkat ve arkadaşları kendi geliştirdikleri anketi kullanarak bu eğitim uygulanan kişilerde empati skorunun belirgin olarak arttığını göstermişlerdir (144). Shapiro ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) skorlarının arttığını fakat Empathy Construct Rating Scale (ECRS) skorlarında artış olmadığını gözlemlemiştir (143). Yazarlar BEES maddelerinin empatinin duygusal bileşenini ölçtüğünü, ECRS maddelerinin ise bilişsel empatiyi ölçtüğü sonucuna ulaşmıştır.

2.7.2. Yazım eğitimi

Bu eğitim tekniğinde tıp fakültesi öğrencilerinden hastalıklar hakkında kişisel deneyimleri konusunda veya hastaların bakış açısını anlatan kompozisyon yazmaları istenmiştir (145,146). Bu eğitimler sırasında yazarlar öğrencilerden “Kendi hastalıkları sırasında hissettikleri ve deneyimledikleri duyguları” veya “Hastaların kendi hastalıkları ve sonuçları hakkında duygusal ve sosyal bakış açıları” açısından yansıtıcı yazılar yazmalarını istemişlerdir. Sonuçların analizinde eğitimler sonrası öğrencilerin empatik puanlarında belirgin artış saptanmıştır.

2.7.3. Drama eğitimi

Lim ve arkadaşları empati eğitimi sırasında öğrencilere drama sanatını ve nasıl rol yapılacağını öğretmişlerdir. Empatinin bilişsel bileşenini hedef alan bu çalışmada katılımcıların rol yapma ve bu yolla empati gösterme becerisini artırmayı hedeflemişlerdir (147). Çalışmalarının sonucu olarak katılımcıların empati düzeyinde belirgin artış izlemişlerdir. Başka bir çalışmada ise Van Winkle ve arkadaşları yaşlanma sürecinde yaşanan zorlukları konu edinen bir workshop

aracılığıyla drama ile empati becerilerini artırmayı hedeflemiştir (148). Yazarlar workshop sonrası empati skorlarında belirgin artış saptamıştır.

2.7.4. İletişim becerileri eğitimi

Bu eğitimde katılımcıları iletişim becerileri üzerinden empati eğitimi hedeflenmiş olup empatinin daha öğretilabilir olarak değerlendirilen bilişsel bileşeni hedef alınmıştır. Bilişsel empatinin daha öğretilabilir olduğu, duygusal empatinin ise kişisel özellik olduğu bu yüzden öğretilmesinin güç olduğu öne sürülmüştür (149,150). Bombeke ve arkadaşları yaptıkları çalışmada küçük gruplar halinde katılımcılara interaktif katılımlı ve rol yapmayı da içeren bir eğitim yapmışlardır (151). Çalışmalarında katılımcılara uygulanmış olan Jefferson Hekim Empatisi Ölçeği skorlarında belirgin artış izlenmiştir. Fernández-Olano ve arkadaşları ise çalışmalarında katılımcılara rol yapma eğitimini, empatik sözler bulma koçluğunu, empatinin sözel ve sözsüz yansıtılmasını içeren bir eğitim kursu vermişlerdir. Çalışmacılar eğitim sonrası empati puanlarında belirgin artış izlemiştir. Bu durum empatinin eğitimsel stratejilerle geliştirebileceğini göstermektedir.

2.7.5. Empati eğitimi

Empatiyi artırma amaçlı hazırlanmış bir müfredata dayalı olan empati eğitimini kapsamaktadır. Bayne ve arkadaşları, iletişim becerilerini ve rol yapmayı kapsayan sürekli ve öğretici bir eğitim programı geliştirmişlerdir (151). Diğer eğitim yöntemleri arasında en başarılı bulunan eğitim yönteminin bu olduğu belirtilmiştir (142).

2.8. Empati ile karışan kavramlar

Empati hakkında üzerinde durulması gereken bir diğer konu ise nelerin empati olmadığıdır. Gerek empatinin dğrudan konu alınmadığı yazılarda (bilimsel yayınlarda, gazete ve dergi yayınlarında), gerekse günlük konuşma dilinde farklı kavramlar, empati gibi düşünülerek kullanılmaktadır. Bu kavramlardan birkaçı şu şekilde özetlenebilir:

2.8.1. Sempati ve Acıma

Empati ile karıştırılan kavramların başında sempati gelmektedir. Sempati, karşıdaki kişi ile benzer duygular hissetmek olarak tanımlanabilir (57,152). Bir diğer deyişle karşıdaki kişi ile birlikte üzmek, birlikte sevinmek denebilir (153). Sempati, kişinin kendi duyguları, hayat koşulları veya karşıdaki kişiye olan duyguları nedeni ile sahip olduğu hassasiyet olarak da tanımlanmıştır (154). Sempati ve empati, benzer temellere sahip olsa da kesinlikle farklı kavramlardır.

Sempati, kişilerarası iletişimde empatiye göre dezavantajları avantajlarından daha fazla olan bir kavram olup dikkatle ayırt edilmesi gerekmektedir. Sempati kavramında karşıdaki kişinin duygularını paylaşmak ve tanımlamak varken empati kurma aşamasında karşıdaki kişinin duygularını anlamaya çalışılmaktadır. Diğer bir deyişle duyguları paylaşmak empati için bir tuzakken sempati genellikle duygu paylaşımını içermektedir (155). Bu açıdan değerlendirildiğinde sempatinin empatiyi engelleyen bir kavram olduğu da öne sürülmüştür (152).

Acıma ise üzüntünün paylaşılması olarak tanımlanmış olup sempatinin bir türü olarak tanımlanmaktadır. Sempatinin tanımının doğası, acıma kavramına alt-üst ilişkisini eklemektedir. Kişi birine acıdığında o kişi için üzgün hissetmekle birlikte (bazen bilinçsiz olarak) kendini şanslı ve karşıdaki kişiye göre üstte hissedebilmektedir (156). Bu iki durum da empatide istenmeyen durumlardır.

2.8.2. Taklit ve Özdeşleşme

Taklit, kişinin bir kişiyi veya bir grup insanı bilinçli ve bilinçsiz olarak benzemeye çalışmak olarak tanımlanabilir. Taklit, temel öğrenme yeteneklerinden biri olup beceriler, alışkanlıklar, ilgi alanları, tavır, rol modelleri ve sosyal kültür gibi birçok alanda öğrenmenin temelini oluşturur (157). Özdeşleşme ise özellikle çocukluk döneminde sevilen veya nefret edilen kişinin model alınması ile karakterin oluşturulması şeklinde ilerleyen bir süreçtir. Bu süreç sırasında sevilen veya nefret edilen kişilerin bazı karakteristik özellikleri edinilir. Bu edinim karakter özelliklerine ekleme veya çıkarma olarak sağlanabilir (158). Adler'e göre empati ve özdeşleşme ilişkili kavramlar olsa da empati sürecinde taklit veya özdeşleşme olması beklenmez (46).

2.8.3. Hissetme

Empati ve sempati kavramları etimolojik kökenlerine bakıldığında hissetmeyi içermektedir. Lieber'e göre karşıdaki kişinin nasıl hissettiğini anlamının yolu hissetmekten geçmektedir (155). Fakat hissetmek empati kurma sürecinde tek başına yeterli değildir. Empati sürecinde sadece hissetmeden faydalanılması halinde empatiden ziyade sempati sonucu elde edilebilecektir. Empati sürecinde hissetme-düşünme ilişkisi kurulmalıdır.

2.8.4. Bakış Açısı Edinme

Bakış açısı edinme kavramı Johnson'a göre karşıdaki kişinin bilişsel veya duygusal tepkisini tahmin etmektir (159). Bu kavram aynı zamanda karşıdaki kişinin niyetini, düşüncelerini ve duygularını anlamayı da kapsar (160). Bu anlamda değerlendirildiğinde bakış açısı edinme, empatinin sadece bilişsel bileşenini temsil eder (161). Bakış açısı edinmek, empati için gerekli olan bilişsel altyapıyı hazırlar. Empatide, bakış açısı edinmeden farklı olarak, karşılıklı olma durumu mevcuttur. Farklı bir deyişle empatide diğer kişi ile duygusal ve bilişsel ilişki mevcuttur (162)

2.9. Ölçek Uyarlama

Çok uluslu ve çok kültürlü çalışmaların artması ile birlikte yapılandırılmış ve standardize olan ölçüm araçlarına olan ihtiyaç da giderek artmaktadır (163). Bir ölçüm aracının farklı dil ve kültürlerde kullanılabilmesi amacı ile sadece çevirinin yapılması yeterli olmayıp dilbilimsel içeriğin korunması ile kültürel uyarlanması gerektiği kabul edilmektedir (164,165). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Test Komisyonu (International Test Commission-ITC) yeni bilgiler ışığında ölçek uyarlaması sırasında uygulanması gereken işlemleri ayrıntılı şekilde tanımlamışlardır (33,166).

Uyarlanmış ölçek kullanımı zaman tasarrufu sağlamakla kalmaz, aynı zamanda toplanan verilerin genelleme yeteneğini artırır. Ölçüm yapılan toplumlar arası benzerlik ve farklılıkların da araştırılmasına olanak tanır (167,168).

Uyarlanmış ölçeklerin kullanımı çok kültürlü ve çok merkezli araştırmaların yapılmasına olanak tanır ve uluslararası işbirliğine katkı sağlar (163).

2.10. Ölçek Uyarlama Adımları

Literatürde kültürel uyarlama sürecinde uygulanması gereken adımlar bir diğerine çok benzer şekilde tarif edilmiştir. Uyarlama sürecinde takip edilmesi gereken adımlar DSÖ tarafından özetlenerek şu şekilde özetlenmiştir (32):

- Çeviri
- Semantik (anlamsal) açıklamalar
- Uzman paneli
- Geri çeviri
- Ön-test ve bilişsel inceleme
- Son sürüm
- Belgelendirme

2.10.1. Çeviri

Uyarlama sürecinin ilk adımı çeviri ile başlar. Çevirmen, ölçeğin orijinal dili ve kültürüne hakim olmalı, çevirmenin anadili hedef dil (çalışmamız için Türkçe) olmalıdır. İlk çeviri birbirinden bağımsız, çevirisi yapılan ölçek alanında bilgisi bulunan, önceden bilgilendirilmiş, anadili çeviri yapılan ölçeğin hedef dili olan en az iki kişi tarafından yapılmış olmalıdır (169). Mümkünse çevirmenlerin farklı ilgi ve yetenek alanlarından olması tercih edilir (165). Çevirmenlerin farklı ve bağımsız olması eşdeğer çeviri yapılamayan terimlerin doğru olarak çevrilmesinde ve nihai sürümde doğru ifade edilebilmesine yardımcı olur. Çeviri bitene kadar çevirmenlerin çalışma hakkında iletişim kurmaması önemlidir (169).

Çevirinin bitmesi ile versiyonları özetleme süreci başlar. Bu süreçte farklı çeviriler karşılaştırılarak anlamsal, deyimsel, kavramsal, dilsel ve bağlamsal farklar değerlendirilir (163). Bu işlem sırasında tüm maddeler ayrı ayrı değerlendirilerek çevirilerin fazla karmaşık veya fazla basit olup olmadığı değerlendirilir (168). Uygunsuz madde varlığında araştırmacılar ve çevirmenler bir araya gelerek görüş bildirir ve sorunu çözmeye çalışırlar.

2.10.2. Semantik Açıklamalar

Bu adım ölçek uyarlama çalışmasında önemli bir yer kaplamaktadır. Ölçekler geliştirildikleri dil ve kültürün özelliklerine uygun olarak tasarlanmaktadır. Bu nedenle orijinal metnin çok sadık olan çevirileri hedef dil ve kültüre her zaman çok uygun olmayacaktır (170). Kültürel uyarlama sürecinde orijinal metne sadakat ile akılcılık, akıcılık ve yazınsallık arasında denge kurulması önemlidir (171,172). Uyarlama yapılırken anadilde kullanılan terimin deyim, ima veya mecazi anlam taşıyıp taşımadığına dikkat edilmelidir.

2.10.3. Uzman Paneli

Bu adımda çevirideki yetersiz veya tutarsız ifade ve kavramları tespit etmek, tanımlamak ve çözmek amaçlanır. Bu süreçte uzmanlar kelimelerin her iki dilde eş anlamlara gelip gelmediğini, maddelerin kültürel olarak anlam değiştirip değiştirmediğini, maddelerin kültürel olarak hedef gruba uygunluğunu ve çeviri uygun bile olsa orijinali ile aynı kavramları sorgulayıp sorgulamadığını değerlendirirler (173). Bu aşamada uzman olan kişiler ilgili diller, kültürler, ölçek içeriği ve ölçek uyarlama yöntemlerine hâkim olmalıdır (174).

Yaygın pratikte araştırmacılar çeviri aşamalarını, ölçek orijinali ve çevirisini içeren açıklayıcı bir önsöz ile oluşturulmuş dosyayı sayıları 3-20 arasında değişen uzmanlara göndermektedir. Uzmanlar her maddeyi “uygun değil ve “çok uygun” arasında değişen 4 madde ile değerlendirmekte ve bu değerlendirmelerin uyum yüzdesi ile hesaplanan Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) hesaplanmaktadır (170). KGİ skorunda her bir maddenin %80 ve üzerinde 3 ve 4 puan alması KGİ skorunun iyi olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (170).

2.10.4. Geri Çeviri

Uzman panelinden geçen ölçeğin geri çevirisi ilk çeviride yer almayan, ölçek konusunda bilgisi olmayan bağımsız çevirmenler tarafından yapılır (164,175). Oluşturulan geri çevirinin orijinal metinle birebir tutması kural değildir (165). Çeviride olduğu gibi geri çeviride de önemli olan nokta dilsel eşdeğerlik yerine kavramsal ve kültürel eşdeğerlik olmalıdır (174).

Araştırmacılar oluşturulan geri çeviriler ile asıl ölçeği karşılaştırır. Küçük dilbilimsel farklar göz ardı edilebilirken anlam kaymaları yaratan tutarsızlıklara dikkat edilmelidir (164).

2.10.5. Pilot Uygulama

Bu aşamada hazırlanan ölçeğin 30-40 kişilik, ölçeğin hedef popülasyonuna özelliklerine uygun bir gruba uygulanması söz konusudur. Katılımcıların maddeleri yüksek sesle okuması istenir ve katılımcılardan her maddenin anlamı hakkında kısa bir açıklama yapması istenir (174).

2.10.6. Son Sürüm

Yukarıda anlatılan aşamaların geçilmesi ile son sürüm elde edilmiş olur.

2.10.7. Belgelendirme

Ölçek uyarlamanın bu son aşamasında ölçeğin geçerlik ve güvenirlik sonuçları, uzman panelinde bulunan kişilerin kim oldukları, pilot uygulamaya katılan kişilerin sayısı ve özellikleri raporlanmaktadır (176).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya başlamadan önce Consultation and Relational Empathy (CARE) adlı ölçeği geliştiren University of Edinburgh, College of Medicine and Veterinary Medicine, Deanery of Molecular, Genetic and Population Health Sciences biriminden Prof. Dr. Steward MERCER ile mail yolu aracılığıyla iletişime geçilmiş ve 14 Mart 2022 tarihinde çalışma için gerekli izin alınmıştır (EK-1). Sonrasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21/09/2022 tarihinde "KA EK-557" karar numarası ile çalışma izni alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm katılımcılar, çalışma uygulanması öncesinde araştırma yürütücüsü tarafından çalışmanın amacı ve niteliği hususunda bilgilendirilmiştir.

3.1.Araştırmanın Tipi

CARE ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması amaçlanmış olan bu çalışma; metodolojik bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Örneklemi

Çalışmamız Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 01/10/2022-01/12/2022 tarihleri arasında tetkik ve tedavi amacı ile başvuran, muayene görüşmesini tamamlamış ve 18 yaş üzeri olan bireylere uygulanmıştır. Çalışmaya;

- 18 yaş üzeri olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden,
- Muayene görüşmesini yapmış olan,
- Türkçe dilini bilen,
- İletişim kurabilen bireyler dâhil edilmiştir.

Uyarlama amacı ile yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılan metodolojik çalışmaların örneklem büyüklüğü hesaplanırken yaygın olarak benimsenen birkaç yöntem mevcuttur. En sık kullanılan yöntemlerden biri madde başına çalışmaya dâhil edilen kişi oranıdır (177–179). Hatcher ve Gorsuch (38),

minimum kişi/madde oranını 5:1 olarak önerirken Nunnally (180) 10:1 oranını önermiştir. Comrey ve Lee kılavuzlarında katılımcı sayısını 50-çok zayıf, 100-zayıf, 200-orta, 300-iyi, 500-çok iyi, 1000-mükemmel olarak tanımlamıştır (37).

CARE ölçeğinde 10 madde bulunmaktadır. Örneklem sayısı önerileri ışığında hedef örneklem büyüklüğü en az 300 katılımcı olarak planlanmıştır. 317 anket gönüllü katılım sağlayan bireylere uygulanmış olup uygunsuz doldurulmuş olan veya çalışmaya dahil olma şartlarını karşılamayan 17 anket eksik veri bulunması nedeni ile çalışma dışında bırakılmıştır. Analizler 300 anket üzerinden uygulanmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce 37 kişi üzerinde pilot uygulama yapılmıştır.

3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın veri kaynağı olarak “Muayene ve İlişkisel Empati Ölçeği”nin Türkçeye Uyarlama Çalışması” isimli anket formu kullanılmıştır (EK-2). Anketin ilk bölümü katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 8 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise 10 maddeden oluşan CARE ölçeğinin Türkçe versiyonundan oluşmaktadır.

3.3.1. Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu

Anketin birinci bölümü, literatür taranarak hazırlanmış olan 8 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde katılımcılara ait yaş, cinsiyet, medeni durum, hanede birlikte yaşayan kişi sayısı, eğitim durumu, gelir algısı, muayene sıklığı ve kronik hastalık varlığı gibi bilgiler sorgulanmıştır.

3.3.2. Muayene ve İlişkisel Empati Ölçeği (CARE)

CARE Ölçeği, Mercer ve arkadaşları tarafından 2000’li yılların başında geliştirilmiştir (26). CARE ölçeği geliştirildiği günden bugüne kadar Çince, Hırvatça, Felemenkçe, İsveççe, Portekizce, Hintçe, İspanyolca ve İtalyanca olmak üzere 9 dile çevirisi yapılmıştır (28–31,181–185). CARE ölçeği öncelikli olarak birinci basamak hekimliğinde kullanılmak üzere geliştirilmiş, iç tutarlılığı yüksek olan (Cronbach alfa: 0.93) bir ölçektir (26). CARE ölçeği, iyi psikometrik

özellikleri olan, kullanımı kolay olan, hastanın tek bir muayene görüşmesi sonrasında hekim empatisi hakkında kişisel görüşlerini değerlendirdiği 10 maddeden oluşan likert tipinde bir değerlendirme aracıdır (26,186). Her bir madde 0-geçerli değil, 1-kötü, 2-orta, 3-iyi, 4- çok iyi, 5-mükemmel olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçek skoru, tüm maddelerden alınan puanların toplanması şeklinde hesaplanmaktadır. Daha yüksek puanlar, hasta tarafından daha yüksek olarak algılanan hekim empatisine işaret etmektedir. Mercer ve arkadaşları, her bir anket için 2 adete kadar “Geçerli değil” yanıtı veya yanıtlanmamış madde bulunmasının, eksik veri bulunmaması ile benzer sonuçlar verdiğini belirtmiştir (186).

CARE ölçeğinin geliştirilmesi sırasında araştırmacılar ölçeğin halen mevcut olan Barrett-Lennard Empathy Subscale (BLESS) ve Reynold Empati Ölçeği (RES) ile ilişkisini incelemişlerdir. CARE ölçeği hem BLESS ($r=0.85$, $p<0.001$) hem de RES ile ($r=0.84$, $p<0.001$) yüksek derecede korelasyon sağladığı görülmüştür (26).

3.4. Çalışmanın Uygulanma Şekli

Araştırma amacı ile kullanılan anketler, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 01/10/2022-01/12/2022 tarihleri arasında başvuran, muayene edilmiş, 18 yaş üzeri bireylere araştırmacı gözetiminde uygulanmıştır. Bir anketin uygulama süresi ortalama olarak 5-8 dakikadır. Anket uygulanması öncesinde sözel bilgilendirme yapılmış, katılım onamı alınmış, aydınlatılmış onam metni beyan edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik İzni

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21/09/2022 tarihinde “KA EK-557” karar numarası ile çalışma izni alınmıştır.

3.6. CARE Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması

İlk adımda CARE ölçeği ana dili Türkçe olan ve İngilizceye hâkim olan 4 çevirmen tarafından kavramsal eşdeğerlilik gözetlenerek ve birbirinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir. Çeviriler kıyaslanarak her maddeyi en iyi şekilde açıklayan ortak bir çeviri taslağı oluşturulmuştur.

Sonrasında ilgili konuda uzman olan 5 kişinin görüşlerine başvurulmuş, uzmanların görüşleri arasındaki uyum yüzdesi ile KGİ hesaplanmıştır.

Uzman panelini takiben CARE ölçeğinin çevirisi iki farklı çevirmen tarafından bağımsız olarak İngilizce diline geri çevrilmiştir.

Geri çeviri sonrasında oluşturulan taslak sürüm, örnekleme uygun olarak seçilen 37 kişiye ön uygulama amacı ile uygulanmış, kişilerin her madde hakkında görüşleri alınmıştır.

Ön uygulama sırasında alınan yorum ve önerilerle gerekli düzenlemeler yapılarak CARE ölçeğinin Türkçe versiyonu olan “Muayene ve İlişkisel Empati” ölçeği elde edilmiştir.

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin analiz edilmeden önce puanlar Z puanlarına dönüştürülmüş ve tek yönlü uç değer taraması yapılmıştır. Uç değer taraması sonucunda, kesme puanı ± 3 ‘ün (187) dışında herhangi bir değer tespit edilmemiştir ve veri setinden hiçbir veri analiz dışı bırakılmamıştır. Ölçeğin yapı geçerliğine ilişkin kanıt elde etmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi SPSS 21 programı kullanılarak, doğrulayıcı faktör analizi Lisrel 8.7 programı kullanılarak yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları değerlendirilirken ki kare istatistiği (χ^2 , χ^2/ss), karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), yaklaşık hataların ortalama kare kökü (RMSEA), normlaştırılmamış uyum indeksi (NNFI), normlaştırılmamış uyum indeksi (NFI) ve Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü (SRMR) uyum indeksleri dikkate alınmıştır. Bu uyum indeksleri değerlendirilirken Tablo 3.1’deki kesme puanları kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi için kullanılan uyum indekslerine ait kesme noktaları

Uyum İndeksi	Kesme Noktası
χ^2/SS	≤ 3 = Mükemmel uyum (188)
CFI	≥ 0.90 İyi uyum(189)
	≥ 0.95 Mükemmel uyum (189)
RMSEA	≤ 0.05 Mükemmel uyum (187)
	≤ 0.08 İyi uyum (190)
	≤ 0.10 Zayıf uyum (191)
NNFI	≥ 0.90 İyi uyum (191)
	≥ 0.95 Mükemmel uyum (189)
SRMR	≤ 0.05 Mükemmel uyum (192)
	≤ 0.08 İyi uyum (189)
	≤ 0.10 Zayıf uyum (188)
Kısaltmalar: χ^2/SS : Ki kare istatistiği, CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi, RMSEA: Yaklaşık hataların ortalama kare kökü, NNFI: Normlaştırılmamış uyum indeksi, SRMR: Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü	

4. BULGULAR

Ölçek uyarlama sürecinde maddelerin çevirisine ve kapsam geçerliğine ilişkin uzman görüşleri değerlendirilmiştir. Maddelerin uygunluğuna ilişkin uzman görüşleri Davis tekniği ile incelenmiş, maddelere ait kapsam geçerlik indeksleri (KGİ) Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Eğer KGİ indeksi 0.80’den büyük ise madde kapsam geçerliği açısından yeterlidir. Düşük KGİ’ye sahip maddeler elimine edilir (193).

Tablo 4.1. Kapsam Geçerlilik İndeksi Sonuçları

Maddeler	KGİ
C1	1.00
C2	1.00
C3	1.00
C4	1.00
C5	1.00
C6	1.00
C7	1.00
C8	1.00
C9	1.00
C10	1.00

Sonuçlar değerlendirildiğinde tüm maddelere ait kapsam geçerlik indekslerinin 0.80’den büyük olduğu görülmüştür.

4.1. Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Araştırmaya dâhil edilen 300 katılımcının bazı demografik özellikleri Tablo 4.2’de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 39,88 (SS: 14,95) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %29,3’ü 18-30 yaş arası (n=88), %36,3’ü 31-43 yaş arası (n=109), %18,0’i 44-56 yaş arası (n=54), %16,3ü 57 yaş ve üzeridir (n=49).

Katılımcılar arasında kadınların çoğunluğu oluşturduğu (%58,7; n=176) görülmüştür. Medeni duruma bakıldığında evli olan katılımcıların (%65,7; n=197) çoğunlukta olduğu görülmekte olup bekâr katılımcıların %27,7'yi (n=83), boşanmış/dul olan katılımcıların %6,7'yi (n=20) oluşturduğu görülmektedir. İlkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan katılımcılar toplam popülasyonun %7,7'sini (n=23) oluşturmakta olup, ortaokul mezunu olan katılımcılar %23'ünü (n=32), lise mezunu olan katılımcılar %26,7'sini (n=80), üniversite düzeyinde ve üzeri eğitime sahip olan katılımcılar ise %55,0'ini (n=165) oluşturmaktadır. Katılımcılardan gelir durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde katılımcıların çoğunluğu (%76,7; n=230) gelir durumunu orta olarak değerlendirmiştir. Gelir düzeyini düşük olarak niteleyen katılımcılar popülasyonun %18,0'ini oluşturmakta olup gelir düzeyini yüksek olarak tanımlayan katılımcılar (%5,3; n=16) en küçük grubu oluşturmaktadır. Katılımcıların %18,7'si (n=56) muayene sıklığının yılda bir kez veya daha nadir, %48,0'i (n=144) yılda 2-6 kez, %16,3'ü (n=49) yılda 7-12 kez, %17'si (n=51) yılda 13 kez ve üzerinde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğu (%59,7; n=179) kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir. Evde birlikte yaşanan kişi sayısı sorulduğunda katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%81,3; n=244) hanede 1-4 kişi yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken		n	%
Cinsiyet	Kadın	176	58,7
	Erkek	124	41,3
Yaş	18-30	88	29,3
	31-43	109	36,3
	44-56	54	18,0
	57 ve üzeri	49	16,3
Medeni Durum	Bekar	83	27,7
	Evli	197	65,7
	Boşanmış/Dul	20	6,7
Eğitim Durumu	İlkokul ve Altı	23	7,7
	Ortaokul	32	10,7
	Lise	80	26,7
	Üniversite ve Üzeri	165	55,0
Gelir Durumu	Düşük	54	18,0
	Orta	230	76,7
	Yüksek	16	5,3
Muayene Sıklığı	Yılda 1 Kez veya Daha Az	56	18,7
	Yılda 2-6 Kez	144	48,0
	Yılda 7-12 Kez	49	16,3
	Yılda 13 Kez veya Daha Sık	51	17,0
Kronik Hastalık Varlığı	Var	121	40,3
	Yok	179	59,7
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	1-4 kişi	244	81,3
	5-10 kişi	56	18,7

4.2. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

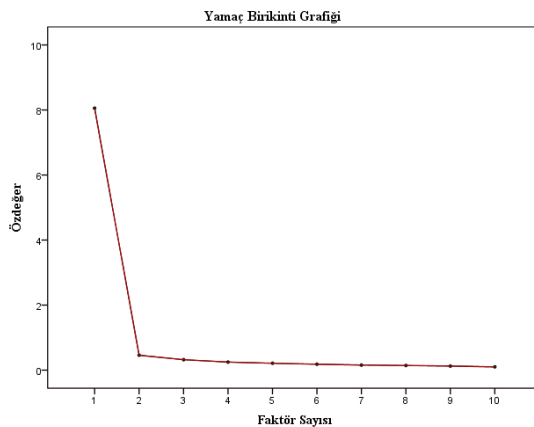
Açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmadan önce Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Küresellik testi yapılmış sonuçları Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı ve Bartlett küresellik testi sonuçları

		Test Değeri
Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Örneklem Ölçüm Değer Yeterliliği		0.954
Barlett Küresellik Testi	χ^2	3734.953
	SS	45
	p	0.000

Örneklem yeterliği için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0.954 olarak hesaplanmıştır. Bartlett Küresellik Testi sonuçları incelendiğinde de elde edilen ki-kare değerinin manidar olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 3734.953$, SS= 45, p=0.000). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, veri yapısının faktör analizine uygun olduğu kabul edilmiştir (194).

Temel eksenler analizi sonucunda öz değeri 1'den büyük olan 1 bileşen olduğu görülmüştür. Açıklanan toplam varyans, yamaç-birikinti grafiği (Şekil 4.1) incelenerek ölçeğin tek faktörlü yapısının ortaya çıktığı belirlenmiştir.



Şekil 4.1. Yamaç Birikinti Grafiği

Şekil 4.1’deki yamaç-birikinti grafiğinde eğride 1. noktadan sonra düzleşme ve bu noktadan sonraki faktörlerin varyansa sağladığı katkının küçük ve yaklaşık olarak aynı olduğu görülmektedir. Yapılan açımlayıcı faktör analizinde faktör yük değerleri için en düşük kesme puanı 0.32 olarak belirlenmiş (195), bu kabul düzeyinin altında olan hiçbir madde görülmemiştir. Elde edilen analizde belirlenen tek faktörün varyansa yaptığı katkı %78.42 olarak hesaplanmıştır. Tablo 4.4’te özdeğerler ve 3 faktörle açıklanan toplam varyansa ilişkin değerler verilmiştir.

Tablo 4.4. Ölçeğe ait açıklanan toplam varyans

Faktör	Başlangıç özdeğerler			Kare Yüklerin Çıkarma Toplamı		
	Total	Varyans yüzdesi	Kümülatif yüzdesi	Total	Varyans yüzdesi	Kümülatif yüzdesi
1	8.055	80.553	80.553	7.842	78.424	78.424

Faktör deseni ve faktör yük değerlerine ait sonuçlar değerlendirildiğinde CARE ölçeğindeki maddelere ait faktör yük değerlerinin 0.829 ile 0.931 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçeğe ait faktör deseni ve faktör yük değerlerine ait sonuçlar Tablo 4.5’te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. CARE Ölçeği’ne ait faktör yük değerleri

Maddeler	Faktör 1*
C1	0.931
C2	0.911
C3	0.907
C4	0.897
C5	0.890
C6	0.884
C7	0.883
C8	0.867
C9	0.850
C10	0.829

4.3.Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

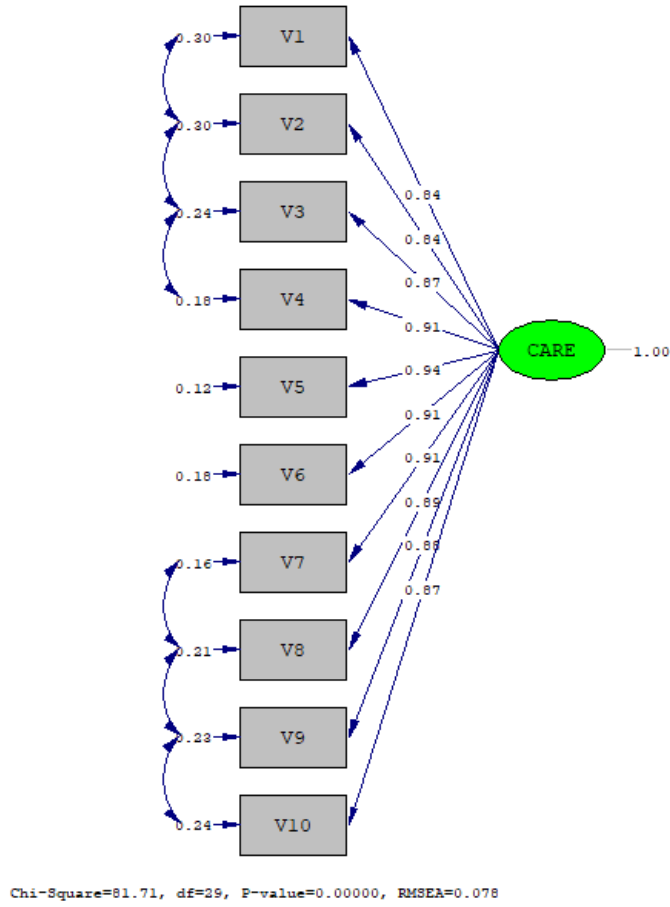
CARE Ölçeği'ne ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. CARE Ölçeği'ne ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları

	χ^2	SS	χ^2/SS	RMSEA	CFI	NFI	NNFI	SRMR
Model	81.71	29	2.82	0.078	0.99	0.99	0.99	0.016
Kısaltmalar: χ^2/SS : Ki kare istatistiği, CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi, RMSEA: Yaklaşık hataların ortalama kare kökü, NNFI: Normlaştırılmamış uyum indeksi, SRMR: Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü								

CARE Ölçeği'ne ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde T değerlerinin tümünün 2.56'yı aştığı ve bu değerlerin tümünün 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür. Hata varyansları incelendiğinde ise 0.90'ın üzerinde hata varyansı olan madde tespit edilmemiştir. Ölçekteki maddelerin faktör yüklerinin ise anlamlı ve 0.84-0.94 arasında olduğu belirlenmiştir.

Modifikasyon önerileri doğrultusunda 1. ve 2. Maddeler, 2. ve 3. Maddeler, 3. ve 4. Maddeler, 7. ve 8. Maddeler, 8. ve 9. Maddeler, 9. ve 10. Maddeler arasında toplam altı modifikasyon yapılmış ve modifikasyonların uyum değerlerine anlamlı düzeyde katkı sağladığı görülmüştür. Faktör analizi sonucunda elde edilen uyum indeksleri değerlendirildiğinde χ^2/SS oranının 3'ten küçük olduğu ve modelin mükemmel uyum gösterdiği söylenebilir. RMSEA değerinin 0.08'den küçük olduğu için iyi uyum, CFI, NFI ve NNFI değerinin 0.95'ten büyük olduğu için mükemmel uyum, SRMR değerinin ise 0.05'ten küçük olduğu için mükemmel uyum gösterdiği söylenebilir. Genel olarak değerlendirildiğinde, CARE Ölçeği'ne ait tek faktörlü yapının doğrulandığını söylemek mümkündür.



Şekil 4.2. Doğrulayıcı faktör analizine ait yol diyagramı

4.4. Güvenirlilik Analizi Sonuçları

Ölçeğin iç tutarlılık anlamında güvenirliliğini belirlemek için ise Cronbach Alpha ve McDonald Omega güvenirlilik katsayıları Jamovi (2022) programı kullanılarak hesaplanmıştır.

CARE ölçeğine ait güvenirlilik katsayıları incelendiğinde kabul düzeyi olarak belirlenen 0.70 (196) değerinin üzerinde olduğu ve ölçeğin iç tutarlılık anlamında güvenirliliği sağladığı belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. CARE Ölçeği'ne ait iç tutarlılık güvenirlilik katsayıları sonuçları

	$\bar{X}$	Standart Sapma	Cronbach α	McDonald ω
CARE	3.65	1.01	0.973	0.973

CARE ölçeği madde güvenirliğine ilişkin istatistik sonuçları Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Madde Güvenirlik İstatistikleri

			Madde çıkarıldığındaki güvenirlik sonuçları		
	$\bar{X}$	S0andart Sapma	Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu	Cronbach α	McDonald ω
C1	3.57	1.06	0.817	0.972	0.972
C2	3.76	1.02	0.838	0.971	0.971
C3	3.66	1.10	0.870	0.970	0.970
C4	3.64	1.15	0.893	0.969	0.970
C5	3.57	1.18	0.917	0.968	0.969
C6	3.49	1.20	0.884	0.970	0.970
C7	3.73	1.07	0.898	0.969	0.969
C8	3.70	1.15	0.877	0.970	0.970
C9	3.71	1.12	0.870	0.970	0.970
C10	3.63	1.18	0.855	0.971	0.971

CARE puan ortalamalarının hastaların cinsiyetine göre anlamlı şekilde farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar için t-testi ile analiz edilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.9’da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. CARE puanlarının hastanın cinsiyetine göre t-testi sonuçları

	Grup	N	$\bar{X}$	S	SS	t	p	Cohen d
CARE	Kadın	176	36.72	10.11	298	0.508	0.612	0.05
	Erkek	124	36.12	10.05				

Analiz sonuçlarına göre katılımcıların CARE ölçeğine verdikleri cevap puanlarının katılımcı cinsiyetine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı belirlenmiştir ($t_{(298)}=0.508$, $p=0.612$).

Araştırmaya dâhil edilen bireylerin CARE ölçeğine verdikleri cevap puanlarının medeni duruma göre grup ortalamalarının anlamlı şekilde farklılaşp

farklılaşmadığı tek faktörlü ANOVA ile kontrol edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. CARE ölçeğinden alınan puanların katılımcının medeni durumuna göre ANOVA sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SS	Kareler Ortalaması	F	p
CARE	Gruplar arası	106.972	2	53.486	0.525	0.592
	Gruplar içi	30269.815	297	101.919		
	Toplam	30376.787	299			

*Anova Testi

Elde edilen sonuçlarda bekâr bireylerin ortalamasının $\bar{X}=35.92\pm10.87$, Evli bireylerin ortalamasının $\bar{X}=36.49\pm9.79$ ve boşanmış/dul bireylerin ortalamasının $\bar{X}=38.50\pm9.65$ olduğu belirlenmiştir. Tek faktörlü ANOVA sonuçlarına göre ise çalışmaya dâhil edilen bireylerin CARE ölçeğine verdikleri cevapların toplam puanlarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($F_{(2,299)}=0.525$, $p=0.592$).

Araştırmaya dâhil edilen bireylerin CARE ölçeğine verdikleri cevapların toplam puanlarının katılımcıların eğitim durumuna göre grup ortalamalarının anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı tek faktörlü ANOVA ile kontrol edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Elde edilen sonuçlarda ilkökul ve altındaki bireylerin ortalamasının $\bar{X}=38.82\pm8.29$, ortaokul mezunu bireylerin ortalamasının $\bar{X}=38.06\pm7.05$ ve lise mezunu bireylerin ortalamasının $\bar{X}=35.58\pm10.11$ ve üniversite ve üzeri mezunu bireylerin ortalamasının $\bar{X}=36.26\pm10.75$ olduğu belirlenmiştir. Tek faktörlü ANOVA sonuçlarına göre ise çalışmaya dâhil edilen bireylerin CARE ölçeğine verdikleri cevapların toplam puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($F_{(3,299)}=0.911$, $p=0.436$).

Tablo 4.11. CARE ölçeğinden alınan puanların katılımcıların eğitim durumuna göre ANOVA sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SS	Kareler Ortalaması	F	p
CARE	Gruplar arası	277.953	3	92.651	0.911	0.436
	Gruplar içi	30098.834	296	101.685		
	Toplam	30376.787	299			

*ANOVA testi

Araştırmaya dâhil edilen bireylerin CARE ölçeğine verdikleri cevapların toplam puanlarının gelir durumuna göre grup ortalamalarının anlamlı şekilde farklılaşp farklılaşmadığı tek faktörlü ANOVA ile kontrol edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Elde edilen sonuçlarda düşük gelire sahip bireylerin ortalamasının $\bar{X}=37.68\pm11.18$, orta gelir düzeyine sahip bireylerin ortalamasının $\bar{X}=36.11\pm9.77$ ve yüksek gelire sahip bireylerin ortalamasının $\bar{X}=37.50\pm10.78$ olduğu belirlenmiştir. Tek faktörlü ANOVA sonuçlarına göre ise çalışmaya dâhil edilen bireylerin CARE ölçeğinde verdikleri cevapların toplam puanlarının gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($F_{(2,299)}=0.615$, $p=0.541$).

Tablo 4.12. CARE ölçeğinden alınan puanların katılımcıların gelir durumuna göre ANOVA sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
CARE	Gruplar arası	125.308	2	62.654	0.615	0.541
	Gruplar içi	30251.479	297	101.857		
	Toplam	30376.787	299			

*ANOVA testi

Araştırmaya dâhil edilen bireylerin CARE ölçeğine verdikleri cevapların toplam puanlarının, katılımcıların muayene sıklığına göre grup ortalamalarının anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı tek faktörlü ANOVA ile kontrol edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.13'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. CARE ölçeğinden alınan puanların katılımcıların muayene sıklığına göre ANOVA sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SS	Kareler Ortalaması	F	p
CARE	Gruplar arası	242.750	3	80.917	0.795	0.498
	Gruplar içi	30134.037	296	101.804		
	Toplam	30376.787	299			

*ANOVA testi

Elde edilen sonuçlarda yılda 1 kez veya daha az muayene olan bireylerin ortalamasının $\bar{X}=38.08\pm9.55$, yılda 2-6 kez muayene olan bireylerin ortalamasının $\bar{X}=35.68\pm10.31$ olduğu görülmüştür. Yılda 7-12 kez muayene olan bireylerin ortalamasının $\bar{X}=36.77\pm10.25$ ve yılda 13 kez ya da daha fazla muayene olan bireylerin ortalamasının $\bar{X}=36.64\pm10.25$ olduğu belirlenmiştir. Tek faktörlü ANOVA sonuçlarına göre ise çalışmaya dâhil edilen bireylerin CARE ölçeğine verdikleri cevapların toplam puanlarının muayene sıklığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($F_{(3,299)}=0.795$, $p=0.498$).

CARE puan ortalamalarının katılımcının kronik hastalığı olup olmamasına göre anlamlı şekilde farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar için t-testi ile analizi edilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre CARE puanlarının katılımcının kronik hastalığı olup olmamasına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı belirlenmiştir ($t_{(298)}=-0.843$, $p=0.400$).

Tablo 4.14. CARE puanlarının katılımcılarda kronik hastalık varlığına göre t-testi sonuçları

	Grup	N	$\bar{X}$	S	SS	t	p
CARE	Kronik hastalık var	121	35.87	9.74	298	-0.843	0.400
	Kronik hastalık yok	179	36.87	10.30			

Araştırmaya dâhil edilen bireylerin CARE ölçeğine verdikleri cevapların toplam puanlarının katılımcıların yaş gruplarına göre anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı tek faktörlü ANOVA ile kontrol edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Elde edilen sonuçlarda 18-30 yaş arası bireylerin ortalamasının $\bar{X}=36.43\pm10.29$; 31-43 yaş arası bireylerin ortalamasının $\bar{X}=36.12\pm10.56$; 44-56 yaş arası bireylerin ortalamasının $\bar{X}=36.07\pm10.35$ ve 57 yaş ve üzeri bireylerin ortalamasının $\bar{X}=37.75\pm8.30$ olduğu belirlenmiştir. Tek faktörlü ANOVA sonuçlarına göre ise çalışmaya dâhil edilen bireylerin CARE ölçeğinden aldıkları puanların katılımcıların muayene sıklığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($F_{(3,299)}=0.333$, $p=0.801$).

Tablo 4.15. CARE ölçeğinden alınan puanların yaş gruplarına göre ANOVA sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	SS	Kareler Ortalaması	F	P*
CARE	Gruplar arası	102.229	3	34.076	0.333	0.801
	Gruplar içi	30274.558	296	102.279		
	Toplam	30376.787	299			

* ANOVA testi

CARE puan ortalamalarının katılımcıların evde birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre anlamlı şekilde farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar için t-testi ile analizi edilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. CARE puanlarının katılımcıların evde birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre t-testi sonuçları

	Grup	N	$\bar{X}$	S	sd	t	p
CARE	1-4 kişi	244	36.52	10.21	298	0.184	0.854
	5 ve üzeri kişi	56	36.25	9.54			

Analiz sonuçlarına göre CARE puanlarının katılımcıların evde birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı belirlenmiştir ($t_{(298)}=0.184$, $p=0.854$).

5. TARTIŞMA

Empati literatürde tıbbın temel ilkelerinden biri olarak görülmesi nedeni ile tıbbi uygulamada önemli bir yere sahiptir (27). Sadece sağlık çalışanı empatisinin geliştirilmesi ile hastaların psikolojik ve fiziki sağlık durumlarının iyileştirilebilir olması, sağlık alanında empatinin önemini daha açık bir şekilde gözler önüne sermektedir (9–12). Bu açıdan bakıldığında empati değerlendirme araçlarının önemi açıkça görülebilmektedir.

Mercer ve arkadaşları (26) yaptıkları çalışmada hasta hekim ilişkisini ve muayene sürecini empati tanımı açısından hastaya sorulan sorular üzerinden değerlendiren bir ölçek geliştirmiş, geçerli ve güvenilir bulmuştur. Geliştirmiş oldukları CARE ölçeğinin, hastaların sosyoekonomik durumlarından etkilenmediğini belirtmişlerdir. Ölçek toplam 10 maddeden oluşmakta olup tek boyutlu yapıdadır.

Çalışmamızda 2004 yılında Stewart W. Mercer ve arkadaşları tarafından geliştirilen CARE ölçeğinin Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Bu çalışmada, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine 01/10/2022-01/12/2022 tarihleri arasında başvuran kişiler üzerinde 10 maddeden oluşan Muayene ve İlişkisel Empati Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir.

Türkçeye 4 bağımsız çevirmen tarafından uyarlaması yapılmış olan ölçeğin Türkçeye çevrilmiş olan maddeleri, çevirinin tamamlanması sonrasında araştırmacılar ve çevirmenler arasında görüş alışverişi yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır. Uyarlama işlemi yapılmış olan ölçek metni, kapsam geçerliliğinin araştırılması amacı ile beş aile hekimliği uzmanının bulunduğu uzman grubu tarafından değerlendirilmiştir. Alan uzmanlarının birbirlerinden bağımsız olarak görüşleri alınmış, Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) hesaplanmıştır. KGI hesaplanması sırasında Davis yöntemi kullanılmış olup uzman sayısı bu teknikte önerilen aralıktadır (193). Bu teknikte uzmanlardan her madde için 1-4 arası puanlama yapmaları istenmekte, uzman görüşlerine göre maddeler revize edilmektedir. Uzmanlar bu aşamada ölçüm aracını anlamsal, deyimisel, deneysel ve kavramsal eşdeğerlik olmak üzere 4 alanda değerlendirmektedir. Bu

değerlendirmeler dil ve kültürel eşdeğerlik ve adaptasyon açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızda tüm maddelere ait kapsam geçerlilik indekslerinin 0,80'den büyük olduğu görülmüştür. Bu nedenle ölçek maddelerinde çıkarma veya değişim yapılmamıştır.

Sonrasında bağımsız çevirmenler tarafından geri çevirisi yapılmış olan metnin her iki dilde mukayesesi yapılmış, araştırmacı ve danışman öğretim görevlisi tarafından incelenerek maddelerin konuya uygunluğu değerlendirilmiş olup pilot ölçek metni oluşturulmuştur. Pilot ölçek metni 37 kişi üzerinde uygulanmış, uygulama sırasında kişilerden ölçek maddeleri hakkında sözel geri bildirimler alınarak ölçeğe son hali verilmiştir.

Son hali verilen ölçek metni 01/10/2022-01/12/2022 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerinde muayene edilmiş olan 300 kişi üzerinde uygulanmıştır. Örneklem sayısı için madde sayısının 10 katının yeterli olacağını belirten yayınlar mevcuttur (38,180). Bununla birlikte 300 kişilik bir örneklem büyüklüğünü iyi olarak değerlendiren yayınlar da mevcuttur (33). Comrey ve Lee kılavuzlarında katılımcı sayısını 50-çok zayıf, 100-zayıf, 200-orta, 300-iyi, 500-çok iyi, 1000-mükemmel olarak tanımlamıştır (37). Ayrıca Muayene ve İlişkisel Empati ölçeği için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Küresellik Testi yapılmış, KMO değeri 0.954, Barlett Küresellik test sonucunda $p < 0,001$ olarak görülmüştür. Ölçek değerlendirilmesinde, örneklem sayısının faktör analizi için yeterli düzeyde olarak değerlendirilebilmesi için KMO değeri 0,60'ın üzerinde olması istenmiştir (194). Muayene ve İlişkisel Empati ölçeğimizde KMO değeri bu sınır değer üzerinde olup örneklem sayısının faktör analizi için yeterli büyüklükte olduğunu göstermektedir.

Orijinal CARE ölçeği on maddeden oluşan tek boyutlu bir yapıya sahiptir. Çalışmamızda da (orijinal versiyona ve diğer 9 dile olan çevirilerine benzer şekilde) temel eksenler analizi sonucunda öz değeri birden büyük olan bir yapı görülmüş olup toplam varyans ve yamaç birikinti grafiği incelendiğinde tek faktörlü bir yapı izlenmiştir. Özdeğer 7,842, kümülatif varyansa etkisi ise %78,42 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamıza ait yamaç birikinti grafiği Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Faktör deseni ve faktör yük değerlerine ait sonuçlar değerlendirildiğinde CARE ölçeğindeki maddelere ait faktör yük değerlerinin 0.829 ile 0.931 arasında

değiştigi belirlenmiş olup faktöre yeterli katkı sunma düzeyi olarak belirtilen 0,3'ten büyüktür. Bu nedenle ölçekten çıkarılan madde olmamıştır (197).

İç güvenilirlik konusunda orijinal ölçeğin Cronbach-Alpha değeri 0,92 olarak bulunmuşken (26) çalışmamızda Cronbach-Alpha değeri 0,973 olarak saptanmış olup kabul düzeyi olan 0,70 (196) değerinin çok üzerinde olduğu görülmektedir. Diğer dillere yapılan uyarlamalarda da benzer sonuçlar alınmıştır. Brezilya Portekizcesine yapılan uyarlamada Cronbach-Alpha değeri 0,88 (31), İsveççeye olan uyarlamada 0,975 (28), İspanyolcaya yapılan uyarlamada 0,953 (29), İtalyancaya olan uyarlamada 0,962 (30), Çinceye yapılan uyarlamada 0,968 (181), Japoncaya yapılan uyarlamada 0,984 (182), Hırvatçaya yapılan uyarlamada 0,77 (183), Felemenkçeye yapılan uyarlamada 0,974(184) olarak görülmüş olup çalışmamızla benzer sonuçlar vermektedir.

Ölçeklerin iç tutarlılıklarını değerlendirmek için madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Madde-toplam puan korelasyon katsayısı için en küçük değerin 0,2 olması istenmektedir (198). Çalışmamızda tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyon katsayısı >0,816 olması nedeni ile iç tutarlılığın yüksek olduğu söylenebilir.

Hastaya ait demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hastanın muayene sıklığı, hastanın kronik hastalık varlığı, evde birlikte yaşayan kişi sayısı) ile CARE ölçek puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, ayrı ayrı incelenmiş olan demografik özellikler ile CARE puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum CARE ölçek puanının hastanın sosyodemografik özelliklerinden etkilenmediğini göstermektedir.

Bu sonuçlar Muayene ve İlişkisel Empati Ölçeğinin Türkçe dili ve Türkiye kültürü için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu hipotezini desteklemektedir.

5.1. Çalışmanın Güçlü Yönleri

Bu çalışmamız ile hekim empatisini hastalara sorular sorarak değerlendirmeyi sağlayacak olan, Türk halkı ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı elde edilmiştir.

Araştırmamızda 300 katılımcı bulunmakta olup örneklem sayısı yeterlidir. Çalışmamızda uyarlama aşamalarından geçerlilik güvenilirlik çalışmalarına kadar

tüm aşamaların güncel uyarlama kılavuzlarına uygun şekilde uygulanmış olması çalışmamızın güçlü yanlarındanr. Ölçeğin geçerliliğini belirlemek amacı ile yapılan kapsamlı Açımlyıcı Faktör Analizi (AFA) ile birlikte kültürel uyarlama çalışmalarında yapılması önerilen Doğrulatoryıcı Faktör Analizinin (DFA) de yapılması çalışmamızın güçlü taraflarındandır.

5.2. Çalışmanın Zayıf Yönleri

Çalışma tek merkezli olarak gerçekleştirilmiş olup sadece 3. Basamak hastane şartlarında uygulanmıştır. Bu nedenle toplumun tümünü temsil etme konusunda kısıtlılığı mevcuttur. Test tekrar test yöntemi ile değerlendirilmemiş olması çalışmanın diğer zayıf yönlerindendir.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada Mercer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan CARE ölçeği Türkçe diline ve Türk kültürüne uyarlanmış, ölçüm aracının Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmış olup bu çalışmalar sonucunda CARE ölçeğinin Türkçe versiyonu olan Muayene ve İlişkisel Empati Ölçeğinin yüksek geçerlilik ve güvenirliğe sahip olduğu görülmüştür.

Yapmış olduğumuz çalışmada sosyodemografik özellikler ile ölçekten alınan toplam puan karşılaştırılmış olup hastaya ait sosyodemografik özelliklerin hekim hakkında sorulan ölçek sorularının toplam puanını anlamlı ölçüde etkilemediği görülmüştür. Ölçeğin hekim üzerinde değil hasta üzerinde uygulanıyor olması da ölçek toplam puanının hekimlerin aldığı empati eğitiminden etkilenmesinin önüne geçmektedir. Ölçek toplam puanının bahsedilen faktörlerden etkilenmiyor oluşu nedeni ile ölçüm aracının kullanımının empatinin daha objektif olarak değerlendirilmesi açısından faydalı olması beklenmektedir.

Empati kavramının sağlık alanındaki önemi düşünüldüğünde, hekim ve sağlık çalışanlarının empati penceresinden değerlendirilmesi ve geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu nedenle daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu duruma ek olarak çalışmamızda Muayene ve İlişkisel Empati Ölçeği sadece 3. Basamak koşullarında çalışılmış olup farklı bakım koşullarında daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Markakis K, Frankel R, Beckman H, Suchman A. Teaching empathy: it can be done. In: Annual Meeting of the Society of General Internal Medicine San Francisco, CA. 1999.
2. Halpern J. What is clinical empathy? J Gen Intern Med. 2003;18(8):670–4.
3. Hojat M. A Definition and Key Features of Empathy in Patient Care BT - Empathy in Health Professions Education and Patient Care. In: Hojat M, editor. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 71–81.
4. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. Adv Heal Sci Educ. 2018;23(5):899.
5. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. Med Educ. 2004;38(9):934–41.
6. Barrett-Lennard GT. The phases and focus of empathy. Br J Med Psychol. 1993;66(1):3–14.
7. Feijt MA, De Kort YAW, Westerink JWD, IJsselsteijn WA. Enhancing empathic interactions in mental health care: opportunities offered through social interaction technologies. Annu Rev Cybertherapy Telemed. 2018;16:25–31.
8. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. Soc Sci Med. 1998;47(10):1573–88.
9. Dambha-Miller H, Feldman AL, Kinmonth AL, Griffin SJ. Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients With Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study. Ann Fam Med. 2019;17(4):311–8.
10. Soltner C, Giquello JA, Monrigal-Martin C, Beydon L. Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. Br J Anaesth. 2011;106(5):680–6.
11. Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Mercer S. Randomised controlled trial

- of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. *Br J Gen Pract.* 2015;65(635):e351–6.
12. Di Blasi Z, Kleijnen J. Context effects: Powerful therapies or methodological bias? *Eval Heal Prof.* 2003;26(2):166–79.
 13. Chassany O, Boureau F, Liard F, Bertin P, Serrie A, Ferran P, et al. Effects of training on general practitioners' management of pain in osteoarthritis: A randomized multicenter study. *J Rheumatol.* 2006;33(9):1827–34.
 14. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The Doctor-Patient Relationship and Malpractice: Lessons From Plaintiff Depositions. *Arch Intern Med.* 1994;154(12):1365–70.
 15. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-Patient Communication: The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. *JAMA.* 1997;277(7):553–9.
 16. Balconi M, Vanutelli ME. Empathy in Negative and Positive Interpersonal Interactions. What is the Relationship Between Central (EEG, fNIRS) and Peripheral (Autonomic) Neurophysiological Responses? *Adv Cogn Psychol.* 2017;13(1):105.
 17. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J. Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: a lesion study. *Neuropsychologia.* 2007;45(13):3054–67.
 18. Balconi M, Bortolotti A. Detection of the facial expression of emotion and self-report measures in empathic situations are influenced by sensorimotor circuit inhibition by low-frequency rTMS. *Brain Stimul.* 2012;5(3):330–6.
 19. Rameson LT, Morelli SA, Lieberman MD. The neural correlates of empathy: experience, automaticity, and prosocial behavior. *J Cogn Neurosci.* 2012;24(1):235–45.
 20. Pera-Guardiola V, Contreras-Rodríguez O, Batalla I, Kosson D, Menchón JM, Pifarré J, et al. Brain Structural Correlates of Emotion Recognition in Psychopaths. *PLoS One.* 2016;11(5).
 21. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev.* 2004;3(2):71–100.
 22. Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine—A critical review.

- Patient Educ Couns. 2009;76(3):307–22.
23. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord*. 2004;34(2):163–75.
 24. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):113–26.
 25. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J*. 2007;48(1):81.
 26. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004;21(6):699–705.
 27. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52(Suppl):S9.
 28. Crosta Ahlform K, Bojner Horwitz E, Osika W. A Swedish version of the Consultation and Relational Empathy (CARE) measure. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(3):286–92.
 29. García Del Barrio L, Rodríguez-Díez C, Martín-Lanas R, Costa P, Costa MJ, Díez N. Reliability and validity of the Spanish (Spain) version of the consultation and relational empathy measure in primary care. *Fam Pract*. 2021;38(3):353–9.
 30. Natali F, Corradini L, Sconza C, Taylor P, Furlan R, Mercer SW, et al. Development of the Italian version of the Consultation and Relational Empathy (CARE) measure: translation, internal reliability, and construct validity in patients undergoing rehabilitation after total hip and knee arthroplasty. *Disabil Rehabil*. 2022;1–6.
 31. Manzoni ACT, Fagundes FRC, Fuhro FF, Cabral CMN. Translation, Cross-cultural Adaptation to Brazilian Portuguese, and Analysis of Measurement Properties of the Consultation and Relational Empathy Measure. *J Chiropr Med*. 2019;18(2):106–14.
 32. World Health Organisation. Process of translation and adaptation of

- instruments [Internet]. [Alıntı tarihi 2023 May 16]. Buradan erişilebilir: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/files/WHO Guidelines on Translation and Adaptation of Instruments.docx>
33. Bartram D, Berberoglu G, Grégoire J, Hambleton R, Muniz J, van de Vijver F. ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition). *Int J Test*. 2018;18(2):101–34.
 34. McCroskey JC, Young TJ. The Use and Abuse of Factor Analysis in Communication Research. *Hum Commun Res*. 1979;5(4):375–82.
 35. Henson RK, Roberts JK. Use of Exploratory Factor Analysis in Published Research: Common Errors and Some Comment on Improved Practice. <http://dx.doi.org/101177/0013164405282485>. 2016;66(3):393–416.
 36. Worthington RL, Whittaker TA. Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. <http://dx.doi.org/101177/0011000006288127>. 2016;34(6):806–38.
 37. Comrey AL, Lee HB. A First Course In Factor Analysis. In: A First Course In Factor Analysis. 2nd Ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1992. p. 217.
 38. Gorsuch RL. Factor Analysis. 711 Third Avenue, New York, NY: Routledge; 2014. 350 p.
 39. Ersoy EG, Köşger F. Empati: Tanımı Ve Önemi / Empathy: Definition And Its Importance. *Osmangazi J Med*. 2016;38.
 40. Lidell HG, Scott R. A Greek-English Lexicon. With a sup. JONES HS, editor. New York: Oxford University Press; 1996. 1305 p.
 41. Lipps T. Raumästhetik und geometrisch-optische Täuschungen. Leipzig: JA Barth; 1897.
 42. Hume D. A treatise of human nature. Courier Corporation; 2003.
 43. Montag C, Gallinat J, Heinz A. Theodor Lipps and the concept of empathy: 1851-1914. *Am J Psychiatry*. 2008;165(10):1261.
 44. B. W. Lectures on the Experimental Psychology of the Thought-Processes A Text-book of Psychology. *Nat* 1911 872181. 1911;87(2181):211–211.
 45. empati ne demek TDK Sözlük Anlamı [Internet]. [cited 2022 Mar 18]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>

46. Adler A. Psikolojik Aktivite. Çorakçı B, editor. İstanbul: Say Yayınları; 1993. 19–27 p.
47. Gülseren Ş. Eşduyum (Empati): Tanımı ve Kullanımı Üzerine Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatr Derg. 2001;12(2):133–45.
48. Özbek M. İnsan ilişkilerinde empatinin yeri ve önemi. In: Journal of Social Policy Conferences. 2005.
49. Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. 48th ed. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2012. 12–50 p.
50. Barrett-Lennard GT. The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. J Couns Psychol. 1981;28(2):91.
51. McWhinney IR, Freeman T. Aile Hekimliği Türkçe Üçüncü Baskı. 3. Baskı. Güldal D, editor. Adana; 2016. 173–201 p.
52. Eisenberg N, Strayer J. Empathy and its development. New York: Cambridge University Press; 1987. 107–118 p.
53. Hoffman ML. Empathy and Moral Development. Empathy Moral Dev. 2000;
54. Ickes WJ. Empathic Accuracy. New York: The Guilford Press; 1997. 45–52 p.
55. Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the Basic Empathy Scale. J Adolesc. 2006;29(4):589–611.
56. Smith A. Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. Psychol Rec. 2006;56(1):3–21.
57. Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. 20. Baskı. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 2003. 135–161 p.
58. Gladstein GA. Understanding empathy: Integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives. J Couns Psychol. 1983;30(4):467–82.
59. Smith A. The empathy imbalance hypothesis of autism: A theoretical approach to cognitive and emotional empathy in autistic development. Psychol Rec. 2009;59(2):273–94.
60. Eisenberg N, Fabes RA. Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. Motiv Emot. 1990;14(2):131–49.

61. Morgan DL. Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. *Qual Health Res.* 1993;3(1):112–21.
62. DEREBOY Ç, HARLAK H, GÜREL S, GEMALMAZ A, ESKİN M. Tıp eğitiminde eşduyumu öğretmek. *Türk Psikiyatr Derg.* 2005;16(2):83–9.
63. Dökmen Ü. Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2008. 70–135 p.
64. Ferhat Özbek M. İnsan İlişkilerinde Empatinin Yeri Ve Önemi. *Journal of Social Policy Conferences.* 2005; 0(49): 0-.
65. Ishaq A. Prosperity And Peace Through Art. *Unesco Obs J Multi-disciplinary Res Arts.* 2007;1(1).
66. Maximiano-Barreto MA, Fabrício DDM, Luchesi BM, Chagas MHN. Trends in Psychiatry and Psychotherapy Factors associated with levels of empathy among students and professionals in the health field: a systematic review. *APRS | CC-BY Trends Psychiatry Psychother.* 2020;42(2):207–15.
67. Toussaint L, Webb JR. Gender Differences in the Relationship Between Empathy and Forgiveness. *J Soc Psychol.* 2005;145(6):673.
68. Endresen IM, Olweus D. Self-reported empathy in Norwegian adolescents: Sex differences, age trends, and relationship to bullying. *Constr Destr Behav Implic Fam Sch Soc.* 2004;147–65.
69. Löffler CS, Greitemeyer T. Are women the more empathetic gender? The effects of gender role expectations. *Curr Psychol.* 2021;42(1):220–31.
70. Nanda S. Are there gender differences in empathy. *Psychol Berkeley.* 2013;32.
71. Padilla-Walker LM, Christensen KJ. Empathy and self-regulation as mediators between parenting and adolescents' prosocial behavior toward strangers, friends, and family. *J Res Adolesc.* 2011;21(3):545–51.
72. Park C, Lee YJ, Hong M, Jung CH, Synn Y, Kwack YS, et al. A Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *J Korean Med Sci.* 2016;31(4):590–7.
73. Wang C, Wu Q, Feng M, Wan Q, Wu X. International Nursing: Research on the Correlation Between Empathy and China's Big Five Personality Theory: Implications for Nursing Leaders. *Nurs Adm Q.* 2017;41(2):E1–10.

74. McCrae RR. The Five-Factor Model of Personality: Consensus and Controversy. In: *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. Cambridge University Press; 2020. p. 129–41.
75. Goldberg LR. Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. *Rev Personal Soc Psychol*. 1981;2(1):141–65.
76. Aluja A, García Ó, García LF. A comparative study of Zuckerman's three structural models for personality through the NEO-PI-R, ZKPQ-III-R, EPQ-RS and Goldberg's 50-bipolar adjectives. *Pers Individ Dif*. 2002;33(5):713–25.
77. Shiner R, Caspi A. Personality differences in childhood and adolescence: measurement, development, and consequences. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(1):2–32.
78. Bandstra NF, Chambers CT, McGrath PJ, Moore C. The behavioural expression of empathy to others' pain versus others' sadness in young children. *Pain*. 2011;152(5):1074–82.
79. Prior M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F. Does Shy-Inhibited Temperament in Childhood Lead to Anxiety Problems in Adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(4):461–8.
80. Diener ML, Kim DY. Maternal and child predictors of preschool children's social competence. *J Appl Dev Psychol*. 2004;25(1):3–24.
81. Rothbart M, Bates J. Handbook of Child Psychology. In: *Handbook of Child Psychology: vol 3 Social Emotional, and Personality Development (Fifth ed)*. 2007.
82. Valiente C, Eisenberg N, Fabes RA, Shepard SA, Cumberland A, Losoya SH. Prediction of Children's Empathy-Related Responding From Their Effortful Control and Parents' Expressivity. *Dev Psychol*. 2004;40(6):911–26.
83. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. *Curr Biol*. 2014;24(18):R875–8.
84. Depow GJ, Francis Z, Inzlicht M. The Experience of Empathy in Everyday Life. *Psychol Sci*. 2021;32(8):1198–213.

85. Zelenski JM, Larsen RJ. The Distribution of Basic Emotions in Everyday Life: A State and Trait Perspective from Experience Sampling Data. *J Res Pers.* 2000;34(2):178–97.
86. Chlopan BE, McCain ML, Carbonell JL, Hagen RL. Empathy: Review of available measures. *J Pers Soc Psychol.* 1985;48(3):635–53.
87. Brems C. Dimensionality of Empathy and Its Correlates. *J Psychol.* 1989;123:329–37.
88. Konrath SH, O'Brien EH, Hsing C. Changes in Dispositional Empathy in American College Students Over Time: A Meta-Analysis. *Personal Soc Psychol Rev.* 2011;15(2):180–98.
89. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med.* 2020;133(5):561–6.
90. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Acad Med.* 2011;86(3):359–64.
91. Smith DD, Kellar J, Walters EL, Reibling ET, Phan T, Green SM. Does emergency physician empathy reduce thoughts of litigation? A randomised trial. *Emerg Med J.* 2016;33(8):548–52.
92. Rakel DP, Hoefl TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med.* 2009;41(7):494–501.
93. Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci.* 2015;8.
94. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. 2020;
95. Gleichgerricht E, Decety J. Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. Zalla T, editor. *PLoS One.* 2013;8(4):e61526.
96. Gleichgerricht E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci.* 2014;8.

97. Eden O, Black I, MacKinlay G, Emery A. Communication with parents of children with cancer. *Palliat Med.* 1994;8(2):105–14.
98. Williams M V, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med.* 2002;34(5):383–9.
99. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009;74(3):295–301.
100. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. *J Gen Intern Med.* 2007;22(10):1434–8.
101. Chu CI, Tseng CCA. A survey of how patient-perceived empathy affects the relationship between health literacy and the understanding of information by orthopedic patients? *BMC Public Health.* 2013;13(1):155.
102. Epstein R, Jr RS. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. 2007;
103. Nelson A. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. *J Natl Med Assoc.* 2002;94(8):666–8.
104. Dohan D, Schrag D. Using navigators to improve care of underserved patients. *Cancer.* 2005;104(4):848–55.
105. Braddock III CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed Decision Making in Outpatient Practice. *JAMA.* 1999;282(24):2313.
106. Makoul G, Clayman ML, Lynch EB, Thompson JA. Four Concepts of Health in America: Results of National Surveys. *J Health Commun.* 2009;14(1):3–14.
107. Epstein RM. Communicating Evidence for Participatory Decision Making. *JAMA.* 2004;291(19):2359.
108. Boyle FM, Robinson E, Heinrich P, Dunn SM. Cancer: communicating in the team game. *ANZ J Surg.* 2004;74(6):477–81.
109. Henman MJ, Butow PN, Brown RF, Boyle F, Tattersall MHN. Lay constructions of decision-making in cancer. *Psychooncology.* 2002;11(4):295–306.
110. Salkeld G, Solomon M, Short L, Butow PN. A matter of trust - patient's

- views on decision-making in colorectal cancer. *Heal Expect.* 2004;7(2):104–14.
111. Nutting PA. Continuity of Primary Care: To Whom Does It Matter and When? *Ann Fam Med.* 2003;1(3):149–55.
 112. Kim SC, Kim S, Boren D. The Quality of Therapeutic Alliance between Patient and Provide Predicts General Satisfaction. *Mil Med.* 2008;173(1):85–90.
 113. Ryan H, Schofield P, Cockburn J, Butow P, Tattersall M, Turner J, et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005;14(1):7–15.
 114. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer.* 2003;88(5):658–65.
 115. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, Tani T, Okawa M, Buck R. The Relation Between Negative Emotional Suppression and Emotional Distress in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Health Commun.* 2005;18(3):201–15.
 116. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MHN, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol.* 2003;14(1):48–56.
 117. Levinson W. A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *JAMA.* 2000;284(8):1021.
 118. Street RL, Cauthen D, Buchwald E, Wiprud R. Patients' predispositions to discuss health issues affecting quality of life. *Fam Med.* 1995;27(10):663–70.
 119. Geiser F, Bijani J, Imbierowicz K, Conrad R, Liedtke R, Schild H, et al. Disclosing the Cancer Diagnosis: What Contributes to Patient Satisfaction? *Oncol Res Treat.* 2006;29(11):509–13.
 120. Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology.* 2007;16(6):573–81.
 121. Fujimori M, Parker PA, Akechi T, Sakano Y, Baile WF, Uchitomi Y.

- Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology*. 2007;16(7):617–25.
122. Street RL. Mediated consumer–provider communication in cancer care: the empowering potential of new technologies. *Patient Educ Couns*. 2003;50(1):99–104.
 123. Rice VH, Templin T, Fox DH, Jarosz P, Mullin M, Seiggreen M, et al. Social context variables as predictors of smoking cessation. *Tob Control*. 1996;5(4):280–5.
 124. Baker A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Vol. 323. British Medical Journal Publishing Group; 2001.
 125. Sepucha K, Ozanne E, Silvia K, Partridge A, Mulley AG. An approach to measuring the quality of breast cancer decisions. *Patient Educ Couns*. 2007;65(2):261–9.
 126. Gattellari M, Voigt KJ, Butow PN, Tattersall MHN. When the Treatment Goal Is Not Cure: Are Cancer Patients Equipped to Make Informed Decisions? *J Clin Oncol*. 2002;20(2):503–13.
 127. Buckman R, Tulsky JA, Rodin G. Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition? *Can Med Assoc J*. 2011;183(5):569–71.
 128. Rogers CR, Koch S. A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-centered Framework. McGraw-Hill; 1959. 184–256 p.
 129. Lam TCM, Kolomitro K, Alamparambil FC. Empathy training: Methods, evaluation practices, and validity. *J Multidiscip Eval*. 2011;7(16):162–200.
 130. DiLalla LF, Hull SK, Dorsey JK. Effect of Gender, Age, and Relevant Course Work on Attitudes Toward Empathy, Patient Spirituality, and Physician Wellness. *Teach Learn Med*. 2004;16(2):165–70.
 131. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is There Hardening of the Heart During Medical School? *Acad Med*. 2008;83(3):244–9.
 132. Spencer J. Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot? *Med Educ*. 2004;38(9):916–8.
 133. Akgün Ö, Akdeniz M, Kavukcu E, Avcı HH. Medical Students' Empathy

- Level Differences by Medical Year, Gender, and Specialty Interest in Akdeniz University. *J Med Educ Curric Dev*. 2020;7:238212052094065.
134. Foster W, Freeman E. Poetry in general practice education: perceptions of learners. *Fam Pract*. 2008;25(4):294–303.
 135. Draper C, Louw G. What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career. *Med Teach*. 2007;29(5):e100–7.
 136. Bertman S, Krant MJ. To know of suffering and the teaching of empathy. *Soc Sci Med*. 1977;11(11–13):639–44.
 137. Wahlqvist M, Mattsson B, Dahlgren G, Hartwig-Ericsson M, Henriques B, Hamark B, et al. Instrumental strategy: A stage in students' consultation skills training? Observations and reflections on students' communication in general practice consultations. *Scand J Prim Health Care*. 2005;23(3):164—170.
 138. Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK. Reports of the Decline of Empathy During Medical Education Are Greatly Exaggerated: A Reexamination of the Research. *Acad Med*. 2010;85(4):588–93.
 139. Sherman JJ, Cramer AP. Rebuttals to Critics of Studies of the Decline of Empathy. *Acad Med*. 2010;85(12):1813.
 140. Hojat M, Gonnella JS, Veloski J. Rebuttals to Critics of Studies of the Decline of Empathy. *Acad Med*. 2010;85(12):1812.
 141. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloski JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy. *Acad Med*. 2002;77(Supplement):S58–60.
 142. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching Empathy to Medical Students. *Acad Med*. 2013;88(8):1171–7.
 143. Shapiro J, Morrison E, Boker J. Teaching Empathy to First Year Medical Students: Evaluation of an Elective Literature and Medicine Course. *Educ Heal Chang Learn Pract*. 2004;17(1):73–84.
 144. Muszkat M, Yehuda A Ben, Moses S, Naparstek Y. Teaching empathy through poetry: a clinically based model. *Med Educ*. 2010;44(5):503–503.
 145. Shapiro J, Rucker L, Boker J, Lie D. Point-of-view writing: A method for

- increasing medical students' empathy, identification and expression of emotion, and insight. *Educ Heal Chang Learn Pract*. 2006;19(1):96–105.
146. DasGupta S, Charon R. Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy. *Acad Med*. 2004;79(4):351–6.
 147. Lim BT, Moriarty H, Huthwaite M. “Being-in-role”: A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Med Teach*. 2011;33(12):e663–9.
 148. Van Winkle LJ, Fjortoft N, Hojat M. Impact of a Workshop About Aging on the Empathy Scores of Pharmacy and Medical Students. *Am J Pharm Educ*. 2012;76(1):9.
 149. Bayne HB. Training Medical Students in Empathic Communication. *J Spec Gr Work*. 2011;36(4):316–29.
 150. Norfolk T, Birdi K, Walsh D. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Med Educ*. 2007;41(7):690–7.
 151. Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Hal G, et al. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns*. 2011;84(3):310–8.
 152. Stockley D. Empathetic Reconstruction in History and History Teaching. *Hist Theory*. 1983;22(4):50.
 153. Verducci S. A CONCEPTUAL HISTORY OF EMPATHY AND A QUESTION IT RAISES FOR MORAL EDUCATION. *Educ Theory*. 2000;50(1):63–80.
 154. Knight P. Empathy: Concept, Confusion and Consequences in a National Curriculum. *Oxford Rev Educ*. 1989;15(1):41–53.
 155. Lieber FW. The Legacy of Empathy: History of a Psychological Concept. Dissertation; 1995.
 156. Davis CM. What Is Empathy, and Can Empathy Be Taught? *Phys Ther*. 1990;70(11):707–11.
 157. Budak S. Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları; 2000. 46–50 p.
 158. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi: Doğum öncesinden ergenlik sonuna... 34.

- Baskı. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2012. 102–105 p.
159. Ford ME. The construct validity of egocentrism. *Psychol Bull.* 1979;86(6):1169–88.
 160. Stephan WG, Finlay K. The Role of Empathy in Improving Intergroup Relations. *J Soc Issues.* 1999;55(4):729–43.
 161. Zaki J. Moving beyond Stereotypes of Empathy. *Trends Cogn Sci.* 2017;21(2):59–60.
 162. Feshbach ND. Empathy in Children: Some Theoretical and Empirical Considerations. *Couns Psychol.* 1975;5(2):25–30.
 163. Nightingale F, Dergisi H, Çapık C, Gözümlü S, Aksayan S. Florence Nightingale Journal of Nursing Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber Intercultural Scale Adaptation Stages, Language and Culture Adaptation: Updated Guideline. *FNJN Florence Nightingale J Nurs.* 2018;26(3):199–210.
 164. Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo.* 2015;26(1):50.
 165. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures Contributors to this Document. *Inst Work Heal.* 2007;1.
 166. World Health Organisation. WHODAS 2.0 Translation Package [Internet]. Available from: [https://terrance.who.int/mediacentre/data/WHODAS/Guidelines/WHODAS 2.0 Translation guidelines.pdf](https://terrance.who.int/mediacentre/data/WHODAS/Guidelines/WHODAS%20Translation%20guidelines.pdf)
 167. Nilsson J, Gardulf A, Lepp M. Process of translation and adaptation of the Nurse Professional Competence (NPC) Scale. *J Nurs Educ Pract.* 2015;6(1).
 168. Borsa J, Damasio B, Bandeira D. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. *Paid (Ribeirão Preto).* 2012;22:10.
 169. Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo.* 2015;26(1):50.

170. Esin MN. Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. In: Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2014. p. 230.
171. Behr D, Scholz E. Questionnaire translation in cross-national survey research: On the types and value of annotations. *Methoden, Daten, Anal.* 2011;5(2):157–79.
172. Behr D. Translating questionnaires for cross-national surveys: A description of a genre and its particularities based on the ISO 17100 categorization of translator competences. *Transl Interpret.* 2018;10(2):5–20.
173. Callegaro Borsa J, Figueiredo B, Denise D, Bandeira R. Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. *Paid (Ribeirão Preto).* 2012;22(53):423–32.
174. International Test Commission (ITN). ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition). *Int J Test.* 2018;18(2):101–34.
175. Jesus LMT, Valente AR. Cross-cultural Adaptation of Health Assessment Instruments. 2016; Şuradan Ulaşılabılır: <http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/JesusValente2016.pdf>
176. Erkuş A. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Çalışmalarında Karşılaşılan Sorunlar. 2007;40.
177. Arafat SMY. Cross Cultural Adaptation & Psychometric Validation of Instruments: Step-wise Description. *Int J Psychiatry.* 2016;1(1).
178. Arafat SMY. Validation study can be a separate study design. *Int J Med Sci Public Heal.* 2016;5(11):2421.
179. Anthoine E, Moret L, Regnault A, Sébille V, Hardouin JB. Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12(1):2.
180. Thorndike RM. Book Review : Psychometric Theory (3rd ed.) by Jum Nunnally and Ira Bernstein New York: McGraw-Hill, 1994, xxiv + 752 pp. *Appl Psychol Meas.* 1995;19(3):303–5.
181. Fung CSC, Hua A, Tam L, Mercer SW. Reliability and validity of the Chinese version of the CARE Measure in a primary care setting in Hong Kong. *Fam Pract.* 2009;26(5):398–406.

182. Aomatsu M, Abe H, Abe K, Yasui H, Suzuki T, Sato J, et al. Validity and reliability of the Japanese version of the CARE Measure in a general medicine outpatient setting. *Fam Pract.* 2014;31(1):118–26.
183. Hanževački M, Jakovina T, Bajić Ž, Tomac A, Mercer S. Reliability and validity of the Croatian version of Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in primary care setting. *Croat Med J.* 2015;56(1):50–6.
184. van Dijk I, Scholten Meilink Lenferink N, Lucassen PLBJ, Mercer SW, van Weel C, olde Hartman TC, et al. Reliability and validity of the Dutch version of the Consultation and Relational Empathy Measure in primary care. *Fam Pract.* 2017;34(1):119–24.
185. Rajput S, Kumar A, Puranik M, Shanbhag N. Exploring the educational opportunity and implementation of CARE among dental students in India. *J Educ Health Promot.* 2020;9(1):249.
186. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 2007;7(1):24.
187. Raykov T, Marcoulides GA. *An Introduction to Applied Multivariate Analysis.* 1st Editio. New York: Routledge; 2008.
188. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*, 4th ed. Principles and practice of structural equation modeling, 4th ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2016. xvii, 534–xvii, 534. (Methodology in the social sciences.).
189. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model A Multidiscip J.* 1999;6(1):1–55.
190. Jöreskog KG, Sörbom D. *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language.* Scientific software international; 1993.
191. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics.* Vol. 6. Boston, MA: Pearson; 2013.
192. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research.* Confirmatory factor analysis for applied research. New York, NY, US: The Guilford Press; 2006. xiii, 475–xiii, 475.
193. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Appl*

- Nurs Res. 1992;5(4):194–7.
194. Sencan H. Sosyal ve davranissal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1. Baski. Ankara: Seçkin Yayınevi. 2005;384–6.
 195. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2014.
 196. Nunnally JC. Psychometric Theory. 3rd Editio. New York: Tata McGraw-Hill Education; 1994. (McGraw-Hill series in psychology).
 197. Murat Yaşlıoğlu M, Bilgisi Anahtar Sözcükler Y, Analizi Keşfedici Faktör Analizi Onaylayıcı Faktör Analizi Uygunluk Değerleri Düzeltme İndisleri F. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulamalı Faktör Analizlerinin Kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Derg. 2017;46:74–85.
 198. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol. 2007;60(1):34–42.

ÖZET

MUAYENE VE İLİŞKİSEL EMPATİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLAMA ÇALIŞMASI

Amaç: Çalışmanın amacı Muayene ve İlişkisel Empati Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olarak planlanmış olan bu çalışma metodolojik tipte bir çalışmadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama aşamasında ileri ve geri çeviri prosedürü uygulanmıştır. Gerekli izinler ve etik kurul izni alınmasını takiben ölçüm aracı bağımsız çevirmenler tarafından Türkçeye çevrilmiş, uzmanlar komite tarafından kapsam geçerliliği değerlendirilmiş, geri çevirisi yapılmasını takiben pilot uygulama yapılmış ve ölçeğe son hali verilmiştir. Takiben Akdeniz Üniversitesi Hastanesine başvuran 317 kişiye uygulanmıştır. Kapsam geçerliliği için Kapsam Geçerlilik İndeksi, iç güvenilirlik için Cronbach Alfa katsayısı, yapı geçerliliği için Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Açımlayıcı Faktör Analizi, tutarlılık açısından Madde Toplam Madde Korelasyonu, örneklem büyüklüğünün değerlendirilmesi amacı ile Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Küresellik Testi çalışmaları yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya dâhil edilen 300 kişinin yaş ortalaması $39,88 \pm 14,95$ yıl olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %29,3'ü 18-30 yaş arası (n=88), %36,3'ü 31-43 yaş arası (n=109), %18,0'i 44-56 yaş arası (n=54), %16,3ü 57 yaş ve üzeri (n=49) olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğunu kadınların (%58,7 n=176) oluşturduğu görülmüştür. Sonuçların KMO ve Barlett küresellik testi ile değerlendirilmesi sonucunda örneklem büyüklüğünün yeterli boyutta olduğu ve verilerin faktör analizi yapılmasına uygun olduğu görülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılık anlamında güvenilirliğini belirlemek için ise Cronbach Alpha (0,973) ve McDonald Omega güvenirlik katsayıları (0,973) hesaplanmış ve ölçeğin iç tutarlılık anlamında güvenilirliği sağlamış olduğu belirlenmiştir. Yapılan açımlayıcı faktör analizinde faktör yük değerleri için en düşük kesme puanı 0.32 olarak belirlenmiş, bu kabul düzeyinin altında olan hiçbir madde görülmemiştir. Temel eksenler analizi sonucunda öz değeri birden büyük olan bir yapı görülmüş olup toplam varyans ve

yamaç birikinti grafiği incelendiğinde tek faktörlü bir yapı izlenmiştir. Çalışmamızda tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyon katsayısı $>0,816$ olması nedeni ile iç tutarlılığın yüksek olduğu görülmüştür. Hastaya ait demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hastanın muayene sıklığı, hastanın kronik hastalık varlığı, evde birlikte yaşıyan kişi sayısı) ile Muayene ve İlişkisel Empati ölçek puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, ayrı ayrı incelenmiş olan demografik özellikler ile Muayene ve İlişkisel Empati puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sonuç: Mercer ve ark. tarafından geliştirilmiş olan CARE ölçüm aracının Türkçe uyarlaması yapılan ve Türkiye`deki geçerlilik ve güvenilirliği araştırılan bu araştırmada ölçüm aracının yüksek güvenilirlik ve yüksek geçerliliğe sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Empati, Geçerlilik, Güvenilirlik, Aile Hekimliği, CARE ölçeği

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to adapt the Consultation and Relational Empathy Scale into Turkish and to evaluate its validity and reliability.

Materials and Method: This study, designed as an adaptation, validity, and reliability study, employed a methodological approach. The scale was translated into Turkish using forward and backward translation procedures. After obtaining necessary permissions and ethics committee approval, independent translators translated the measurement tool into Turkish. Content validity was evaluated by a committee of experts, followed by a pilot study conducted after back translation. The scale was finalized and administered to 317 individuals admitted to Akdeniz University Hospital. Content validity was assessed using the Scope Validity Index, internal reliability was determined using Cronbach's Alpha coefficient, construct validity was evaluated through Confirmatory Factor Analysis and Exploratory Factor Analysis, and sample size was assessed using Item Total Item Correlation, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) coefficient, and Barlett's Sphericity Test.

Results: The average age of the 300 participants was 39.88 ± 14.95 years. 29.3% of the participants were between 18-30 years old ($n=88$), 36.3% were between 31-43 years old ($n=109$), 18.0% were between 44-56 years old ($n=54$), and 16.3% were 57 years old and above ($n=49$). The majority of the participants were women (58.7% $n=176$). As a result of the evaluation of the results with KMO and Barlett's test of sphericity, it was seen that the sample size was sufficient and the data were suitable for factor analysis. In order to determine the reliability of the scale in terms of internal consistency, Cronbach Alpha (0.973) and McDonald Omega reliability coefficients (0.973) were calculated and it was determined that the scale provided reliability in terms of internal consistency. Exploratory factor analysis indicated that all items met the minimum cutoff score of 0.32 for factor loading values. Principal axis analysis revealed a structure with an eigenvalue greater than one, and the total variance and slope accumulation graph supported a single-factor structure. Since the item-total score correlation coefficient of all items in our study was >0.816 , internal consistency was found to be high. No significant relationship was found between the demographic characteristics of the patients

(age, gender, marital status, educational status, income status, frequency of examination, presence of chronic disease, number of people living together at home) and the Consultation and Relational Empathy scale scores.

Conclusion: In this study, in which the Turkish adaptation of the CARE measurement tool developed by Mercer et al. and its validity and reliability in Turkey were investigated, it was concluded that the measurement tool has high reliability and high validity.

Keywords: Empathy, Validity, Reliability, Family Medicine, CARE scale



EKLER

Ek-1: CARE ölçek kullanım izni

“Kişisel veri koruma kapsamında açık erişime kapatılmıştır.”



Ek-2: “Muayene ve İlişkisel Empati Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlama Çalışması” isimli anket formu

Muayene ve İlişkisel Empati Ölçeği’nin Türkçe’ye Uyarlama Çalışması

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
 - a.Kadın
 - b. Erkek
3. Medeni Durumunuz:
 - a.Bekar
 - b. Evli
 - c. Boşanmış/Dul
4. Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı?
5. Eğitim Durumunuz:
 - a.İlkokul ve altı
 - b. Ortaokul
 - c. Lise
 - d.Üniversite ve üzeri
6. Gelir durumunuz:
 - a. Düşük
 - b. Orta
 - c. Yüksek
7. Muayene olma amacı ile herhangi bir sağlık kuruluşunu ziyaret sıklığınız:
 - a. Yılda 1 kez veya daha az
 - b. Yılda 2-6 kez
 - c. Yılda 7-12 kez
 - d. Yılda 13 kez veya daha sık
8. Kronik hastalığınız var mı?
 - a. var
 - b.yok

Lütfen bugünkü muayene ile ilgili aşağıdaki ifadeleri değerlendirin. Lütfen her ifade için bir kutucuğu işaretleyiniz ve her ifadeyi cevaplayınız.

HEKİMİNİZ NASILDI??	ÖTÜ	K	RTA	O	Yİ	İ	OK İYİ	Ç	ÜKEM-MEL	M	EÇERLİ	G
1. Kendinizi rahat hissettiniz mi? (Hekiminiz size karşı dostça ve sıcak mıydı? Soğuk veya kaba olmadan saygılı davrandı mı?)												
2. “Hikayenizi” anlatmanıza izin verdi mi? (Hekiminiz sizi rahatsız etmeden veya yönlendirmeden, hastalığınızı kendi cümlelerinizle ve tam olarak anlatmanız için yeterli zamanı tanıdı mı?)												
3. Sizi gerçekten dinledi mi? (Hekiminiz siz konuşurken bilgisayara veya notlara bakmadan, sizi yoğun dikkatle dinledi mi?)												
4. Sizinle bütüncül olarak ilgilendi mi? (Hekiminiz size sadece “sıradaki hasta” olarak davranmayıp, sağlık durumunuz ve hayatınızla ilgili ayrıntıları sordu/öğrendi mi?)												
5. Endişelerinizi tam olarak anladı mı? (Hekiminiz herhangi bir ayrıntıya takılmadan veya sizin için önemli kısımları göz ardı etmeden endişelerinizi tam olarak anladığını size iletmi mi?)												
6. İlgı ve şevkat gösterdi mi? (Hekiminiz size kayıtsız kalmadan veya sizden bağımsız olmaksızın, sizinle gerçekten ilgilenerek insani bağlamda iletişim kurdu mu?)												
7. Size karşı olumlu davrandı mı? (Hekiminiz size karşı olumlu bir yaklaşım gösterdi mi? Sorularınıza olumsuz bir tavır takınmaksızın dürüst bir şekilde yaklaştı mı?)												
8. Açık bir şekilde açıklama yaptı mı? (Hekiminiz size karşı belirsizlik oluşturmaksızın yeterli açıklamaları yaptı mı? Sorularınıza tam ve açık cevaplar verdi mi?)												
9. Sağlığınızla ilgili kontrolü almanıza yardımcı oldu mu? (Hekiminiz sağlığınızı iyileştirebilmeniz için neler yapabileceğinizi sizinle birlikte keşfetti mi? Size “bilgi dayatma” yerine sizi sağlığınızın kontrolünü alabilmeniz için sizi cesaretlendirdi mi?)												
10. Eylem planını sizinle birlikte yaptı mı? (Hekiminiz tedavi sürecindeki seçenekleri sizinle paylaştı mı? Hekiminiz sizin görüşlerinizi göz ardı etmeksizin kararlara sizin de istediğiniz kadar dahil olmanızı sağladı mı?)												