مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد
دوره بیستم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۴
صفحه: ۱۳۵۹- ۱۳۴۸

Journal of Medical Education and Development
Vol. 20, No. 4, Winter 2026
Pages: 1348– 1359

ارتباط بین سطح تفکر تأملی و همدلی با بیمار در دانشجویان پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

شکیبا قائدرحمتی[۱]، عاطفه ذبیحی زرولی[۲]، علی مراد حیدری گرجی[۳*]، مرتضی دارابی نیا[۴]، اکرم ژیانی فرد[۵]

چکیده

مقدمه: تفکر تأملی (یا بازاندیشی) و همدلی از مفاهیم بنیادین آموزش پزشکی هستند. بازاندیشی شامل مجموعه‌ای از فعالیت‌های ذهنی و نگرشی جهت کسب بینش و درک جدید است و همدلی نیز تلاش برای درک افکار و احساسات دیگران است. مطالعه کنونی به بررسی ارتباط بین سطح تفکر تأملی و همدلی با بیمار در دانشجویان پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی مازندران پرداخت.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بر روی دانشجویان کارورز و کارآموز دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد تفکر تأملی کمبر و همدلی جفرسون گردآوری و با آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و من‌ویتنی تحلیل شدند.

نتایج: در مجموع ۳۵۰ پرسشنامه تکمیل شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نمرات تفکر تأملی (بازاندیشی) دانشجویان اینترن و استاجر اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت (P = ۰/۹۹). مقایسه نمره همدلی دانشجویان به تفکیک مقطع نشان داد که اختلاف معنی‌دار آماری بین نمرات دانشجویان کارورز و کارآموز وجود داشت و کارآموزان در مقایسه با کارورزان نمره همدلی بیشتری داشتند (P < ۰/۰۳). نتایج نشان داد که همبستگی مثبت معنی‌داری بین همدلی با بیمار و بازاندیشی در میان دانشجویان پزشکی وجود داشت (r= ۰/۱۲۱، P = ۰/۲).

نتیجه‌گیری: مطابق مطالعه کنونی بین سطح همدلی و ظرفیت بازاندیشی در دانشجویان پزشکی عمومی همبستگی معنی‌داری وجود دارد. بنابراین، برنامه‌ریزی برای ایجاد فرصت‌های آموزشی مربوط به تقویت مهارت بازاندیشی از مقاطع پایه، می‌تواند به ارتقای همدلی دانشجویان با بیماران کمک کند.

کلیدواژه‌ها: بازاندیشی، همدلی، پزشکی، دانشجو

۱- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲- استادیار، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳- دانشیار، مرکز توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۴- دانشیار، گروه معارف، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۵- کاندیدای دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۸۹۱۱۱۲۴۵۰۸۶+ پست الکترونیکی: *alifar_2004@yahoo.com*

تاریخ دریافت: ۱۹ / ۰۸ / ۱۴۰۴ تاریخ بازبینی: ۰۷ / ۱۰ / ۱۴۰۴ تاریخ پذیرش: ۳۰ / ۱۱ / ۱۴۰۴

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

مقدمه

بازاندیشی و همدلی از مؤلفه‌های مهم و ضروری در حرفه‌های علوم پزشکی هستند که نیاز است در توسعه کوریکولوم‌های علوم پزشکی به عنوان یک عنصر آموزشی مهم و حیاتی دیده شود. بازاندیشی به معنای بازگشت به عقب، مرور و بازبینی آموخته‌ها با هدف تجزیه، تحلیل یا تفسیر آنهاست. آن فرآیندی قابل کنترل است که باید از شیوه های نوین و متنوع آموزشی برای ارتقا و تقویت آن استفاده کرد (۱) و بخش مهمی از این آموزش بر عهده اساتید و مربیان است. لذا آشنایی اساتید با مفهوم بازاندیشی و روش‌های کارآمد آموزش خلاقانه آن همواره مورد تأکید منابع بوده است. از سویی دیگر، تربیت دانش آموختگان مجهز به مهارت بازاندیشی در علوم پزشکی ضروری است تا دانشجویان علاوه بر کسب دانش و مهارت های بالینی، توانایی حل مسائل، تفکر انتقادی و استدلال بالینی را داشته باشند و با کمک بازاندیشی، تداوم یادگیری مادام‌العمر خود را تضمین کنند (۲).

لذا امروزه در بسیاری از کشورها مفهوم "بازاندیشی"، همگام با به‌کارگیری روش‌های آموزشی تعاملی و نوین مورد تأکید قرار می‌گیرد تا زمینه تربیت متخصصانی شایسته و کارآمد را فراهم سازد. تحقیقات و شواهد تجربی مربوط به بازاندیشی حاکی از طیف گسترده‌ای از رویکردهای روان‌شناختی در این حوزه می‌باشد که آن را به پدیده‌ای پیچیده تبدیل کرده است و نمی‌توان آن را یک مفهوم واحد دانست (۳). مطالعات نیز نشان داده است افرادی که در زمینه تفکر تأملی و بازاندیشی توانمندی بیشتری دارند در مواجهه با یک پرسش یا مسئله زمان بیشتری را برای یافتن راه حل اختصاص می‌دهند و تلاش می‌کنند، در مورد آن به دقت فکر کرده و راه‌حلی معقول و شایسته پیدا کنند. در نتیجه تقویت مهارت بازاندیشی می‌تواند افراد را به سمتی هدایت کند تا در مواجهه با هر سؤال بارها فکر کرده و اثرات ناشی از تصمیمات خود را با دقت بررسی کنند (۴). علاوه بر آن، توسعه و تقویت بازاندیشی در فراگیران علوم پزشکی به آن‌ها کمک می‌کند تا در موقعیت‌های بالینی مختلف، تجربیات ارزشمندی جمع‌آوری کنند و با کسب و بسط دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های پزشکی، یادگیری خود را در حوزه‌های مختلف نظیر دانش و مهارت بالینی، حل مسئله، مهارت ارتباطی و بین فردی تقویت کنند (۵).

این موضوع در نظریه‌های آموزشی نیز مورد تأکید قرار گرفته است. به عنوان مثال مطابق مدل تفکر تأملی شاوون، بازاندیشی منجر به ترکیب دانش و فعالیت حرفه‌ای می شود و به عنوان یک فرایند شناختی-تجربی روی عملکرد آینده فرد، توسعه هویت حرفه‌ای، جنبه‌های عاطفی تجربه و توانایی درک دیگران تأثیر می‌گذارد (۶). یا در نظریه یادگیری تحول‌آفرین مزیرو نیز بازاندیشی منجر به بسط و دگرگونی باورها، احساسات و تصمیم‌ها می‌شود. در نتیجه با تغییر چارچوب‌های ذهنی و بازسازی باورهای فردی منجر به اصلاح رفتار حرفه‌ای در حوزه‌های مختلف می شود (۷). یکی از این حوزه‌ها، حوزه مهارت ارتباطی و ارتباطات بین فردی است که مطابق این دو نظریه با تقویت بازاندیشی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. به عبارتی دیگر، بازاندیشی در باعث رشد خودآگاهی هیجانی و خودتنظیمی می شود که خود از عوامل بنیادین همدلی با بیمار هستند (۸). علاوه بر آن در مطالعات نیز نشان داده شد که مداخلات مربوط به تقویت بازاندیشی، منجر به افزایش معنادار سطح همدلی با بیمار نیز گردید (۹). به عنوان مثال مطالعه نلسون و همکاران نشان داد که فعالیت‌های تامل محور جهت دانشجویان سال آخر پزشکی مانند نوشتن بازاندیشانه، افزایش معنادار سطح همدلی را به دنبال داشته است (۱۰). مطالعه ایمپراتو و استرانو-پاول نیز نشان داد که شرکت در دوره‌های بازاندیشانه منجر به بهبود توانایی همدلی دانشجویان پزشکی سال سوم شد (۱۱). لذا براساس تئوری‌های موجود و شواهد موجود می‌توان به ارتباط بین تفکر تأملی و همدلی با بیمار پی برد.

همدلی نیز از واژه یونانی **Empathieia** به معنای "محبت" یا توانایی احساس و درک احساسات دیگران می‌باشد، طوری که

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

گویی آن احساسات از آن خود آن‌ها است. همدلی سنگ بنای ارتباط پزشک با بیمارش است و نقش مهمی در ایجاد ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار دارد لذا پایه و اساس فعالیت‌های یک پزشک است (۱۲). علاوه بر آن، همدلی منجر به رضایتمندی و خرسندی در پزشک و بیمار می‌شود. این احساس بر کیفیت و کمیت اطلاعات دریافتی از بیمار و تشخیص صحیح پزشک تأثیر دارد. همدلی ضعیف نیز ممکن است به نتایج ضعیف عملکرد پزشکی، خشونت علیه پزشک و درک منفی نسبت به سیستم مراقبت‌های بهداشتی شود (۱۳).

یافته‌های مطالعات متعدد نیز نشان داد که پزشکانی که همدلی بیشتری با بیمار دارند در گرفتن شرح حال، انجام معاینات پزشکی، برنامه‌ریزی درمانی و جلب مشارکت و رضایت بیمار، موفق‌تر هستند. ضمن آنکه می‌توانند در بیماران برای پیگیری دستورات پزشکی و موفقیت نتایج درمانی انگیزه ایجاد کنند (۱۴). به عنوان مثال مطالعه وانگ و همکاران نشان داد ارتباط مثبت بین همدلی پزشکان اورژانس و رضایت فوری بیمار وجود دارد و به طور کلی نمرات همدلی بالاتر با رضایت بالاتر بیمار مرتبط بود (۱۵). بنابراین همدلی به عنوان یک مفهوم چند بعدی شامل دو مؤلفه شناختی و مؤلفه احساسی است. حوزه شناختی آن توانایی درک تجربیات و احساسات بیماران است و حوزه عاطفی آن مربوط به پیوند عاطفی با تجربیات و احساسات آنهاست. علیرغم مطالعات متعدد در مورد تغییرات در همدلی در داخل و خارج از کشور، نتایج اغلب متناقض هستند و مطابق منابع نیاز است تا مطالعات این حوزه ارتقا یابد (۱۶،۱۷).

با توجه به مطالب گفته شده در خصوص اهمیت «بازاندیشی» و «همدلی» در ارتباط پزشک و بیمار و همچنین ارتباط بین این دو مفهوم کلیدی براساس نظریه‌های خودتنظیمی، یادگیری تحول‌آفرین میزرو، مدل تفکر تأملی شاوون و مقالات موجود (۱۱, ۱۰)، مطابق بررسی محققین مطالعه کنونی ارتباط میان آن‌ها در پژوهش مستقلی جهت دانشجویان گروه پزشکی مورد بررسی قرار نگرفته است. این موضوع ضرورت بررسی مفصل و دقیق در زمینه تأثیر بازاندیشی در آموزش کارآمد و توجه به حس همدلی میان پزشک و بیمار را نشان می‌دهد. در صورت وجود ارتباط میان این دو موضوع ، آگاهی بخشی به اساتید و مدرسین حوزه‌ی بهداشت و درمان و تغییر در شیوه‌ی آموزش دانشجویان پزشکی نیازمند توجه و اهتمام بیشتری خواهد بود.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی (توصیفی- تحلیلی) در بین دانشجویان پزشکی عمومی دانشکده پزشکی ساری در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ انجام شد. نمونه‌گیری با استفاده از فرمول کوکران و به روش تصادفی ساده از طریق اختصاص کد به شرکت‌کنندگان و انتخاب آن‌ها به روش قرعه‌کشی صورت گرفت. در مجموع ۳۵۰ کارورز و کارآموز وارد مطالعه شدند. معیار ورود شامل دانشجویان کارورز و کارآموز دانشکده پزشکی ساری دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که حداقل یک نیمسال کارآموزی یا کارورزی را گذرانده بودند و عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه و مهمان و انتقالی بودن دانشجویان از سایر دانشگاه‌ها به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. جهت اجرای مطالعه، پس از تصویب پروپوزال و کسب کد اخلاق و مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، طی هماهنگی با دانشکده پزشکی ساری اطلاعات نمونه مورد مطالعه دریافت گردید. سپس با توجه به اینکه نمونه‌های مورد مطالعه دانشجویان کارآموز و کارورز بودند که در مراکز آموزشی درمانی مشغول گذراندن ساعات آموزشی خود بودند، یکی از محققین (دانشجو) به‌صورت حضوری در مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران حاضر شد و بعد از توضیح در مورد اهداف مطالعه و کسب رضایت از شرکت‌کنندگان، پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار آن‌ها قرار داده شد و توسط آن‌ها تکمیل گردید.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌های استاندارد تفکر تأملی کمبر و همدلی جفرسون (نسخه پزشک) بود که بخش اول آن شامل سؤالاتی در مورد ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی) بود. پرسشنامه استاندارد مقیاس تفکر تأملی در سال ۲۰۰۰ توسط کمبر و همکاران به‌منظور ارزیابی تفکر تأملی یادگیرندگان ساخته شد. در بررسی تحلیل عاملی گویه‌های تفکر تأملی، کمبر و همکاران چهار عامل را برای این مقیاس مشخص کردند که هر عامل را چهار عبارت می‌سنجد. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: عمل عادتی، فهمیدن، تأمل و تفکر انتقادی. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی و دارای ۱۶ عبارت است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات آن را مشخص سازد. برای به دست آوردن نمره هر زیر مقیاس کافی است امتیاز همه عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر را با هم جمع کرد. شیوه نمره‌گذاری گزینه‌ها در مقیاس تفکر تأملی بدین شرح بود (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم= ۴، کاملاً موافقم= ۵). در مطالعه کمبر و همکاران روایی و ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت که برای عمل عادتی ۶۲٪ ، فهمیدن ۷۵٪ ، تأمل ۶۳٪ و تامل انتقادی ۶۷٪ به دست آمد. روایی و پایایی پرسشنامه در ایران نیز توسط کدیور و همکاران (۱۳۹۲) تائید شد و ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و عوامل آن بین ۶۳٪ تا ۷۶٪ به دست آمد و نشان داد که مقیاس تفکر تأملی از اعتبار قابل قبول و رضایت بخشی برخوردار است.

پرسشنامه همدلی جفرسون نیز مشتمل بر ۲۰ سؤال در زمینه همدلی دانشجویان پزشکی با بیمار و دارای ۳ خرده مقیاس : اتخاذ دیدگاه (۱۰ سؤال)، مراقبت همدلانه (۷ سؤال) و خود را به جای بیمار نهادن (۲ سؤال) است. هم چنین این مقیاس داری ۱۰ آیتم منفی است که به‌صورت معکوس نمره دهی می شود. هر گویه بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت نمره دهی می شود. نمرات سؤالات در هر عامل جمع می‌شود تا نمره هر عامل و نمره کل به دست آید و نمره‌ی قابل کسب در محدوده ۲۰-۱۴۰ قرار می‌گیرد. در این مقیاس نمره بیشتر همدلی بیشتری را نشان می‌دهد. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش شریعتی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۸۸ درصد و ضریب پایایی ۹۴ درصد گزارش شده است.

داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد **SPSS16** شد و با توجه به اینکه نتایج آزمون شاپیروویلک عدم نرمال بودن توزیع داده‌ها را نشان داد لذا از آزمون‌های ناپارامتریک برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

در مجموع ۳۵۰ کارآموز و کارورز پزشکی (۱۰۰٪) پرسشنامه را تکمیل کردند. بیشتر شرکت‌کنندگان کارآموز (۵۱,۴٪)، خانم (۵۰,۶٪) و مجرد (۷۱,۷٪) بودند. بازه سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه بین ۲۰ الی ۲۶ سال با میانگین ۱/۱۹±۲۳/۸۱ سال بود. در جدول‌های ۴-۱ و ۴-۲ اطلاعات شرکت‌کنندگان در مطالعه آورده شده است. (جدول ۱)

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

CC BY-NC 4.0

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

ویژگی		فراوانی	درصد
مقطع تحصیلی	کارآموز	۱۸۰	۵۱/۴
	کارورز	۱۷۰	۴۸/۶
جنسیت	زن	۱۷۷	۵۰/۶
	مرد	۱۷۳	۴۹/۴
وضعیت تأهل	مجرد	۲۵۱	۷۱/۷
	متأهل	۹۹	۲۸/۳
سن	۲۲>	۱۳	۳,۷
	۲۲-۲۴	۲۲۹	۶۵,۴
	۲۴<	۱۰۸	۳۰,۹

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره تفکر تأملی دانشجویان برابر ۵,۸۵± ۵۶,۸۸ و میانه برابر ۵۷ بود. کمترین نمره‌ی تفکر تأملی برابر ۳۰ و بیشترین آن برابر ۸۰ بود. میانگین نمره‌ی تفکر تأملی در مقطع کارآموزی برابر ۶/۳۳ ± ۵۶/۷۵ و در مقطع کارورزی برابر ۵/۳۰ ± ۵۷/۰۲ بود. میانگین نمره تفکر تأملی در بین دانشجویان مؤنث برابر ۵,۶۷ ± ۵۶,۸۸ و مذکر برابر ۶,۰۴±۵۶,۸۹ بود. نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که بین نمرات تفکر تأملی دانشجویان اینترن و استاجر اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت (**P=./۹۹**). همچنین بین نمرات تفکر تأملی دانشجویان مذکر و مؤنث اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت (**P=./۵۷**). (جدول ۲)

جدول ۲. مقایسه نمره تفکر تأملی و زیر مؤلفه‌های آن براساس مقطع تحصیلی

خصوصیت	مقطع تحصیلی	میانگین	انحراف معیار	P
عمل عادتی	کارآموز	۱۴/۱۲	۲/۹۰	۰/۴۱
	کارورز	۱۴/۳۵	۲/۷۵	
فهمیدن	کارآموز	۱۵/۶۰	۳/۱۰	۰/۲۶
	کارورز	۱۶/۴۸	۲/۹۵	
تامل	کارآموز	۱۴/۸۰	۳/۲۵	۰/۵۳
	کارورز	۱۴/۹۵	۳/۰۵	
تامل انتقادی	کارآموز	۱۲/۴۴	۲/۶۵	۰/۳۶
	کارورز	۱۲/۷۸	۲/۸۵	

بررسی میانگین نمره همدلی و زیر مؤلفه‌های آن نشان داد که کمترین نمره‌ی مشاهده شده برابر ۳۱ و بیشترین برابر ۱۳۲ بود. میانگین نمره‌ی همدلی شرکت‌کنندگان برابر ۲۳/۲۷ ± ۸۷/۲۰ بود. میانگین نمره‌ی همدلی در مقطع کارآموزی برابر ۲۴/۴۷ ± ۸۹/۶۶ و در مقطع کارورزی برابر ۲۱/۶۹ ± ۸۴/۵۹ بود. نتایج آزمون من ویتنی در خصوص مقایسه نمره همدلی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

دانشجویان به تفکیک مقطع نشان داد که اختلاف معنی‌دار آماری بین نمرات دانشجویان کارورز و کارآموز وجود داشت و کارآموزان در مقایسه با کارورزان نمره همدلی بیشتری داشتند (**P**<۰/۰۳). در خرده مقیاس‌های مورد بررسی تنها نمره‌ی اتخاذ دیدگاه بود که در میان کارآموزان و کارورزان تفاوت معنی‌داری نشان داد و به‌طور معنی‌داری در کارآموزان بیشتر بود (**P**=۰/۰۰۹). در حالی که نمره‌ی خرده مقیاس نمره مراقبت همدلانه (**P**=۰,۴۸۵) و خود را به جای بیمار نهادن (**P**=۰,۳۲۱) در دو گروه کارآموز و کارورز تفاوت معنی‌داری از نظر آماری نداشت. همچنین تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که براساس جنسیت نیز اختلاف معنی‌دار آماری در نمره همدلی دانشجویان و زیر مؤلفه‌های آن وجود نداشت (**P**>۰,۰۵). (جدول ۳)

جدول ۳. مقایسه نمره همدلی و زیر مؤلفه‌های آن براساس مقطع تحصیلی

خصوصیت	مقطع تحصیلی	میانگین	انحراف معیار	P
همدلی	کارآموز	۸۹/۶۶	۲۴/۴۷	۰/۰۴۱
	کارورز	۸۴/۵۹	۲۱/۶۹	
اتخاذ دیدگاه	کارآموز	۴۶/۳۰	۱۶/۴۰	۰/۰۲۸
	کارورز	۴۲/۴۸	۱۵/۹۰	
مراقبت همدلانه	کارآموز	۳۵/۱۲	۱۳/۱۶	۰/۴۸۸
	کارورز	۳۴/۱۳	۱۳/۴۲	
خود را به جای بیمار نهادن	کارآموز	۸/۳۶	۱۳/۶۵	۰/۳۴۲
	کارورز	۷/۹۸	۰/۲۸۱	

در جدول ۴ همبستگی و ارتباط بین سطح تفکر تأملی با همدلی و خرده مقیاس‌های آن نشان داده شد. نتایج نشان داد که به طور معنی‌داری همبستگی بین همدلی با بیمار و بازاندیشی در میان دانشجویان پزشکی مشاهده می‌شود. (**r**= ۰,۲, **P**=۰,۱۲۱) اما این همبستگی نمره‌ای کمتر از ۰/۱۲ است به معنای اینکه همبستگی بسیار پایینی دارند. همچنین مطابق جدول ذیل در بین زیر مقیاس‌های همدلی، اتخاذ دیدگاه همدلانه با تفکر تأملی همبستگی مثبت معنی‌داری داشت(**r**= ۰,۱۳۵, **P**=۰,۰۱۱). (جدول ۴)

جدول ۴: بررسی ارتباط بین سطح تفکر تأملی و همدلی با بیمار در دانشجویان کارورز و کارآموز

خصوصیت	نمره همدلی جفرسون	اتخاذ دیدگاه	مراقبت همدلانه	خود را به جای بیمار نهادن
نمره تفکر تأملی	r:۰,۱۲۱ P:۰,۰۲	r:۰,۱۳۵ P:۰,۰۱	r:۰,۰۶۱ P:۰,۲۵	r:۰,۰۵٤ P:۰,۳۱

بحث

هدف از مطالعه کنونی بررسی ارتباط سطح همدلی و توانایی تفکر تأملی در بین دانشجویان پزشکی بود. نتایج مطالعه نشان داد که بین نمرات تفکر تأملی دانشجویان اینترن و استاجر اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت. همچنین در خرده مقیاس‌های همدلی نمره‌ی اتخاذ دیدگاه، تفاوت معنی‌دار آماری بین کارآموزان و کارورزان داشت و به‌طور معنی‌داری در کارآموزان بیشتر بود. مطابق یافته‌های مطالعه کنونی،

CC BY-NC 4.0
[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

همبستگی مثبت معنی‌داری بین همدلی با بیمار و بازاندیشی در میان دانشجویان پزشکی وجود داشت.

به طور کلی مرور بر متون و بررسی مطالعات پیشین در مورد ارتباط بین همدلی و تفکر تأملی نشان داد که مطالعات مربوط به این حوزه محدود می‌باشد و در اکثر مطالعات داخلی و خارجی هر یک از متغیرهای همدلی و بازاندیشی به تنهایی یا در ارتباط با سایر متغیرها مورد پژوهش قرار گرفتند که یافته‌های آن گاها هم‌راستا و گاهی هم در تضاد با مطالعه کنونی بوده است. یکی از دلایل این تفاوت می‌تواند ناشی از جمعیت مورد مطالعه باشد.

در مطالعه جوایرمن[۲] و همکاران در دانشجویان کالج واشنگتن نشان داده است که افزایش بازاندیشی با دیدگاه و نگرانی همدلانه به‌طور مثبت مرتبط است و توصیه شده است تا تحقیقات بیشتری در آینده برای روشن‌تر کردن این همبستگی صورت گیرد (۱۸). مطالعه نلسون و همکاران نیز نشان داد که یادداشت‌های بازاندیشانه منجر به افزایش معنادار سطح همدلی با بیمار در دانشجویان پزشکی سال آخر شد (۱۰).

علاوه بر آن، یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات همدلی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بالاتر از سطح متوسط بود و بالاترین میزان آن مربوط به زیر مقیاس اتخاذ دیدگاه همدلانه بود. در مطالعه کریمی و همکاران نیز بالاترین میزان همدلی در زیر مقیاس اتخاذ دیدگاه ۶/۸۰ ± ۴۰/۰۱ حاصل شده است (۱۹). نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های شریعت و همکاران که بر روی ۲۵۱ نفر از دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران با هدف تعیین میزان همدلی دستیاران تخصصی رشته‌های بالینی با استفاده از پرسشنامه همدلی جفرسون همسو است (۲۰)، ولی با نتایج مطالعه هاشمی پور و همکاران همخوانی نداشت (**P**=۰/۰۳) (۲۱). این امر می‌تواند ناشی از عوامل متعددی نظیر تفاوت نسل‌های آموزشی فراگیران، رویکردهای آموزشی و میزان توجه دانشگاه‌ها به توسعه همدلی در دانشجویان باشد.

از جمله یافته‌های مطالعه کنونی، عدم تفاوت معنی‌دار آماری در نمرات همدلی یا بازاندیشی براساس جنسیت یا مقطع بود. به‌طوری که بین نمرات تفکر تأملی دانشجویان مذکر و مؤنث اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت. لذا پرورش همدلی از جمله اهداف آموزش پزشکی است که مورد تائید سازمان‌های حرفه‌ای پزشکی قرار گرفته است. به عنوان مثال، پروژه اهداف دانشکده‌های پزشکی انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا شامل غنی‌سازی همدلی در میان اهداف آموزشی دانشکده‌های پزشکی است (۲۲). در مطالعه ناروائز[۳] و همکاران نیز تفاوتی بین میزان همدلی در دو جنس مشاهده نکردند (۲۳) که هم‌راستا با مطالعه کنونی است.

اما مطالعه کوئین و همکاران تفاوت‌های جنسیتی در نمرات همدلی گزارش کرده‌اند و میزان همدلی به طور قابل توجهی در خانم‌ها بیشتر از آقایان گزارش شده است (۲۴). در مطالعه جاوید و همکاران نیز اختلاف معناداری بین نمرات همدلی دو جنس وجود داشت (۲۵). ضمن آنکه در نمره بازاندیشی مطالعه‌ی کنونی نیز، بین جنسیت‌ها به‌طور آماری تفاوت معنی‌داری نداشت. که با مطالعات لوکا و همکاران[۴] و همچنین تریکو و همکاران[۵] هم‌راستا است (۲۷- ۲۶). دلیل این امر می‌تواند ناشی از ویژگی‌های روانشناسی دو جنس باشد که براساس آن میزان همدلی در زنان بیشتر از مردان بوده و خانم‌ها بیشتر به سیگنال‌های احساسی پاسخ می‌دهند. ضمن آنکه مطابق مطالعات، درمانگرهای خانم وقت بیشتری برای مراقبت از بیماران می‌گذارند (۲۸).

مقایسه نمره همدلی دانشجویان به تفکیک مقطع نشان داد که اختلاف معنی‌دار آماری بین نمرات دانشجویان کارورز و کارآموز وجود داشت و کارآموزان در مقایسه با کارورزان نمره همدلی بیشتری داشتند که هم‌راستا با نتایج مطالعه رفعتی و

[2] Joireman

[3] Narvaez
[4] Loka et al.
[5] Tricio et al.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

همکاران است. این مطلب بیانگر فاصله گرفتن تدریجی از وضعیت دانشجویی و تمرکز بیشتر به انجام تکنیک صرف در ارائه خدمات می‌باشد که منجر به کم‌رنگ شدن برقراری ارتباط با بیمار و نهایتاً منجر به کاهش همدلی می‌گردد. نتایج مطالعه رفعتی و همکاران با یافته‌های ما همخوانی داشت (۲۹). لذا لزوم توجه به این مسئله در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و قرار دادن آن به عنوان یک تم طولی در کوریکولوم دوره پررنگ می شود. به عنوان مثال در یک مقاله مروری توسط جونز[6] و همکاران، سطح بالای همدلی در میان دندان‌پزشکان با اجرای طرح‌های درمانی توافق شده گزارش شد که نتیجه آن با پایبندی بیشتر به درمان، افزایش رضایت بیماران و کاهش اضطراب بیماران مرتبط بوده است (۳۰).

یکی دیگر از دلایل این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از ابزار، ماهیت رشته و مکان مطالعه باشد. بررسی مطالعات موجود نشان داد که جهت اندازه‌گیری سطح همدلی از ابزارهای متعددی استفاده شده است. شایع‌ترین ابزار، پرسشنامه همدلی جفرسون می‌باشد که به بسیاری از زبان‌ها ترجمه و روانسنجی شده است (۳۱, ۳۲). همچنین برای اندازه‌گیری ظرفیت بازاندیشی، در این مطالعه پرسشنامه تفکر تأملی کمبر را انتخاب کردیم که به‌طور خاص برای دانشجویان پزشکی توسعه داده و اعتبارسنجی شده است.

سطح بالای مشارکت در جمعیت منتخب مطالعه جاری (۱۰۰٪) می‌تواند به‌عنوان یکی از نقاط قوت اصلی این مطالعه در نظر گرفته شود. جمعیت ما نمونه‌ای نماینده از دانشجویان سال ۴ الی ۷ دانشکده پزشکی دانشگاه علوم‌پزشکی فراهم می‌کند. مشارکت داوطلبانه بود و هر دانشجویی که مایل به شرکت بود، همه شرکت‌کنندگان به تمام سؤالات پاسخ دادند و نیازی به حذف هیچ‌یک از آن‌ها از تحلیل به دلیل داده‌های ناقص نبود. با این حال، جامعه پژوهش محدود به دانشجویان پزشکی بود که این امر تعمیم نتایج به سایر دانشجویان علوم پزشکی را با احتیاط همراه می‌کند، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش با موضوع فوق در گروه‌های مختلف انجام شود. یکی دیگر از محدودیت این پژوهش را می‌توان مقطعی بودن و استفاده از طرح همبستگی برای نشان دادن رابطه بین متغیرها دانست. مطالعه‌ی فوق تنها به‌صورت مقطعی انجام شد و پیشنهاد می‌شود به‌صورت سری زمانی نیز انجام گردد به‌گونه‌ای که نمرات دو متغیر مطالعه از ابتدای مقطع بالینی تا انتهای مقطع بالین مورد ارزیابی قرار گیرد. ازاین‌رو جهت وضوح بیشتر رابطه بین متغیرها طراحی مطالعات طولی برای یافتن تغییرات میزان همدلی دانشجویان پزشکی در مدت تحصیل در دوره بالینی توصیه می‌گردد همچنین با مطالعات وسیع‌تر در دانش آموختگان پزشکی سطح کشور و مشاهده رفتار آن‌ها با بیماران امکان تعمیم‌پذیری نتایج فراهم گردد. پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعات به بررسی جنبه عاطفی همدلی و ناراحتی شخصی در بین دانشجویان دیگر رشته‌های علوم پزشکی و دستیاران پزشکی پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی مطالعه کنونی نشان داد که همبستگی مثبتی بین همدلی و بازاندیشی وجود داشت. لذا به عنوان فرصتی مناسب برای برنامه‌ریزی آموزشی دانشجویان پزشکی کشور است تا در مرحله علوم پایه با اجرای دوره‌های مناسب نسبت به ارتقا و آموزش بازاندیشی در دانشجویان کمک کنیم و بدین ترتیب زمینه را برای رشد همدلی در دانشجویان فراهم کنیم. ضمن آنکه ارتقای بازاندیشی در کوریکولوم دوره پزشکی عمومی در قالب توجه به مفاهیمی نظیر یادگیری مادام‌العمر مورد توجه قرار گرفته است.

همچنین نکته قابل توجه دیگر پایین‌تر بودن نمره همدلی در دانشجویان کارورزی نسبت به کارآموزی می‌باشد که در تضاد با انتظارات موجود می‌باشد. زیرا ما انتظار داریم با بالاتر رفتن مقطع پزشکی و افزایش مواجهه با بیمار و تجربیات فراگیران، نمره همدلی در آن‌ها ارتقا یابد تا فراگیران برای طبابت مستقل آماده شوند. یکی از دلایل این امر می‌تواند مربوط به شفاف نبودن کوریکولوم دوره پزشکی عمومی در این زمینه و مشخص

[6] Jones

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]
CC BY-NC 4.0

نبودن جایگاه آموزش مفاهیمی نظیر همدلی در قالب تم طولی در آن باشد. با این حال نیاز به بررسی دقیق‌تر در جمعیت بیشتری دارد تا سیاست‌گذاری مناسبی جهت مداخلات آموزشی صورت گیرد. در این راستا انجام پژوهش‌های کیفی و بررسی نظرات و تجربیات فراگیران و اساتید و همچنین بیماران کمک‌کننده خواهد بود.

مشارکت نویسندگان

نگارش پروپوزال و ارائه ایده (ع. ذبیحی ززولی، ش. قائدرحمتی، ع. حیدری گرجی، م.دارابی نیا)؛ تکمیل پرسشنامه ها و جمع اوری داده (ش. قائدرحمتی)؛ تجزیه و تحلیل داده ها (ش.قائدرحمتی، ع.حیدری گرجی)؛ نگارش مقاله و انجام اصلاحات داوری (ا.ژیانی فرد، ع.ذبیحی)، مطالعه و تایید نهایی متن مقاله (تمامی نویسندگان)

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه مشارکت‌کنندگان و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که اجرای این مطالعه را ممکن ساختند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی برای انتشار مقاله ندارند.

حمایت مالی

مطالعه تحت حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران اجرا شد.

ملاحظات اخلاقی

تمامی اصول اخلاقی در این مقاله در نظر گرفته شده است. شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند و می‌توانستند هر زمان که بخواهند مطالعه را ترک کنند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت. از شرکت‌کنندگان رضایت نامه کتبی گرفته شده است. اصول **APA** و کنوانسیون هلسینکی نیز رعایت شد. این مطالعه مورد تائید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد IR.MAZUMS.REC.1402.17968 است.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

References

1. Nelson S.W, Germann C, Yudkowsky R, Pare B, Wendell L, Blackie M, et.al. ***Changing behavior and promoting clinical empathy through a patient experience curriculum for health profession students.*** AEM Educ Train. 2024; 8(6): e11048.
2. Ekelin M, Kvist LJ, Persson EK. ***Midwifery competence: Content in midwifery students' daily written reflections on clinical practice.*** Midwifery. 2016; 32: 7–13.
3.Nguyen QD, Fernandez N, Karsenti T, Charlin B. ***What is reflection? A conceptual analysis of major definitions and a proposal of a five-component model.*** J Med Educ. 2014; 48(12): 1176–89.
4.Sandars J. ***The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44.*** Med Teach. 2009; 31(8): 685–95.
5.Ménard L, Ratnapalan S. ***Teaching moment: reflection in medicine: models and application.*** Can Fam Physician. 2013; 59(1): 105–7, e57–9.
6. Price N, Jowsey T, Weller J. ***Reflecting on insight and insights into reflection: a systematic review of insight and reflection in post graduate medical education.*** ANZ J Surg. 2023; 93(11): 2589-2599.
7. Rojo J, Ramjan L, George A, Hunt L, Heaton L, Kaur A, Salamonson Y. ***Applying Mezirow's Transformative Learning Theory into nursing and health professional education programs: A scoping review.*** Teach Learn Nurs. 2023; 18(1): 63-71.
8. Samarasekera D. D, Lee S. S, Yeo J. H, Yeo S. P, Ponnamperuma G. E***mpathy in health professions education: what works, gaps and areas for improvement.*** J Med Educ. 2023; 57(1): 86-101.
9. Paloniemi E, Mikkola I, Vatjus R, Jokelainen J, Timonen M, Hagnäs M. ***Measures of empathy and the capacity for self-reflection in dental and medical students.*** BMC Med Educ. 2021;21(1):114.
10. Nelson S.W, Germann C, Yudkowsky R, Pare B, Wendell L, Blacki, M, Hirshfield L.E. ***Changing behavior and promoting clinical empathy through a patient experience curriculum for health profession students.*** AEM Educ Train. 2024; 8(6): e11048.
11. Imperato A, Strano-Paul L. ***Impact of Reflection on Empathy and Emotional Intelligence in Third-Year Medical Students.*** Acad Psychiatry. 2021; 45: 350–353.
12.Marathe Abha, Archana S. ***Empathetic reflection: reflecting with emotion.*** Reflective Pract. 2021; 22(4)566-574.
13.Winter R, Leanage N, Roberts N, Norman R. I, Howick J. E***xperiences of empathy training in healthcare: a systematic review of qualitative studies.*** Patient Educ Couns. 2022; 105(10): 3017-3037.
14.Brown M. E, MacLellan A, Laughey W, Omer U, Himmi G, LeBon T, Finn G.M. ***Can stoic training develop medical student empathy and resilience? A mixed-methods study.*** BMC Med Educ. 2022; *22*(1): 340.
15. Wang H, Kline JA, Jackson BE, Laureano-Phillips J, Robinson RD, Cowden CD, d'Etienne JP, Arze SE, Zenarosa NR. ***Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction.*** PLoS One. 2018; 13(9): e0204113.
16. Yu CC, Tan L, LE MK, Tang B, Liaw SY, Tierney T, Ho YY, Lim BEE, Lim D, Ng R, Chia SC, Low JA. ***The development of empathy in the healthcare setting: a qualitative approach.*** BMC Med Educ. 2022; 22(1): 245.
17. Jami P.Y, Walker D. I, Mansouri B. ***Interaction of empathy and culture: a review.*** Curr Psychol. 2024; 43(4): 2965-2980.
18.Joireman JA, III LP, Hammersla J. ***Empathy and the self-absorption paradox: Support for the distinction between self-rumination and self-reflection.*** Self and Identity. 2002; 1(1): 53–65.
19.Karimi FZ, Zarifnejad G, Abdolahi M, Ali Taghipour A. ***Surveying the factor structure and reliability of the Persian version of the Jefferson scale of physician empathy-health care provider student version (JSE-HPS).*** Journal of Hayat 2015;21(3):5–14. [Persian]
20.Shariat SV, Kaykhavoni A. ***Empathy in medical residents at Iran University of Medical Sciences.*** Iranian journal of psychiatry and clinical psychology 2010;16(3): 248–56. [Persian]
21.Hashempor M, Karami M. V***alidity and reliability of the Persian version of JSPE-HP questionnaire (Jefferson scale of physician empathy-health professionals version).*** Journal of Kerman University of medical sciences 2012; 19(6): 201–11. [Persian]
22.Assing Hvidt E, Ulsø A, Thorngreen CV, Søndergaard J, Andersen CM. ***Empathy as a learning objective in medical education: using phenomenology of learning theory to explore medical students' learning processes.*** BMC Med Educ. 2022; 22(1): 628.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

23.Narváez VD, Palacio LA, Caro SE, Silva MG, Castillo JA, Bilbao JL, et al. ***Empathic orientation among medical students from three universities in Barranquilla, Colombia and one university in the Dominican Republic.*** Arch Argent Pediatr. 2014; 112(1): 41–9.
24.Quince TA, Kinnersley P, Hales J, da Silva A, Moriarty H, Thiemann P, et al. ***Empathy among undergraduate medical students: A multi-centre cross-sectional comparison of students beginning and approaching the end of their course.*** BMC Med Educ. 2016; 16:1–10.
25. Javaeed A, Rasheed A, AbdulManzoor A, Tul- Ain Q, Raphael D.C, Ghauri S. Kh. ***Empathy scores amongst undergraduate medical students and its correlation to their academic performance.*** J Adv Med Educ Prof. 2022; 10(2): 99-104.
26.Loka SR, Doshi D, Kulkarni S, Baldava P, Adepu S. ***Effect of reflective thinking on academic performance among undergraduate dental students.*** J Educ Health Promot. 2019; 8(1): 184.
27.Tricio J, Woolford M, Escudier M. ***Dental students' reflective habits: is there a relation with their academic achievements?.*** Eur J Dent Educ. 2015; 19(2): 113–21.
28.Sadeghiye H, Aghababaei N, Hatami J, Bonaraki AK. ***Comparing situational and dispositional empathy, considering the role of gender.*** Social Psychology Research. 2011; 1(2): 1–18. [Persian]
29. Rafati S, Rejeh N, Davati A, Foroutani F. ***Empathic attitudes in medical students: using of the Jefferson Scale of Empathy.*** Med Ethics J. 2016; 10(36): 25–34.
30.Jones L, Huggins T. ***Empathy in the dentist-patient relationship: review and application.*** NZ Dent J. 2014; 110(3): 98–104.
31. Brett JD, Becerra R, Maybery MT, Preece DA. ***The Psychometric Assessment of Empathy: Development and Validation of the Perth Empathy Scale.*** Assess. 2023; 30(4): 1140-1156.
32. Lima FFD, Osório FDL. ***Empathy: assessment instruments and psychometric quality–a systematic literature review with a meta-analysis of the past ten years.*** Front Psychol. 2021; 12:781346.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

CC BY-NC 4.0

The Relationship Between the Level of Reflective Thinking and Empathy with Patients Among Medical Students at Mazandaran University of Medical Sciences

Ghaed Rahmati Sh (MD) [1], Zabihi Zazoly A (Phd) [2], Heidari Gorji A.M (Phd)*[3], Darabinia M (Phd)[4], Zhianifard A (Phd)[5]

[1] School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences.
[2]Assistant Professor, Center for Educational Research in Medical Sciences (CERMS), Department of Medical Education, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
[3]Associate Professor, Educational Development Center (EDC), Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
[4]Associate Professor, Department of Islamic Thought, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences.
[5] Ph.D. candidate of Medical Education, Center for Educational Research in Medical Sciences (CERMS), Department of Medical Education, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 10 Nov 2025 ***Revised:*** 28 Dec 2025 ***Accepted:*** 19 Feb 2026

Abstract

Introduction: Reflective thinking and empathy are basic concepts in medical education. Reflection includes a set of mental and attitudinal activities to gain new insight and understanding. Empathy is also an attempt to understand the thoughts and feelings of others. Therefore, this study aimed to investigate the relationship between the level of reflective thinking and empathy with patients among medical students at Mazandaran University of Medical Sciences.

Method: This cross-sectional (descriptive-analytical) study was conducted during the 2022-2023 academic year among stajers and interns of Mazandaran University of Medical Sciences. Data were collected using the standardized Cambridge Reflective Thinking Questionnaire and the Jefferson Scale of Empathy (Physician version) and were analyzed using Pearson's correlation and the Mann–Whitney test.

Results: A total of 350 questionnaires were completed by 180 stajers and 170 interns. Data analysis revealed no statistically significant difference in reflective thinking scores between interns and externs (P= 0.99). Comparison of empathy scores by educational level showed a statistically significant difference between interns and externs, with externs having significantly higher empathy scores than interns (P< 0.03). The results indicated a significant positive correlation between empathy with patients and reflective thinking among the medical students (r= 0.121, P= 0.02).

Conclusion: According to the current study, there is a significant correlation between the level of empathy and reflective thinking capacity in medical students. Consequently, planning for educational opportunities to enhance reflective thinking skills from the basic sciences level onward can contribute to promoting students' empathy with patients.

Keywords: Reflective Thinking, Empathy, Medical, Student

This paper should be cited as:

Ghaed Rahmati Sh, Zabihi Zazoly A, Heidari Gorji A. M, Darabinia M, Zhianifard A. ***The Relationship Between the Level of Reflective Thinking and Empathy with Patients Among Medical Students at Mazandaran University of Medical Sciences.*** J. Med Edu Dev 2026; 20(4): 1348- 1359.

**** Corresponding Author: Tel: +98 9111245086, Email: alifar_2004@yahoo.com***

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i4.21727]

CC BY-NC 4.0