

Original Article

Open Access

Status of Self-Direct Learning among Dentistry Students of Guilan University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study

Maryam Basirat^{1,2,3} , Parisa Dabaghchian⁴ , Rasoul Tabari-Khomeiran^{5*} 

1. Department of Oral and Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
2. Medical Education Research Center, Education Development Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
3. Dental Sciences Research Center, School of Dentistry, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
4. School of Dentistry, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
5. Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 2025/02/07

Accepted: 2025/07/07

Keywords:

Learning, Cues
Self-Control
Self-Directed Learning
Self-Management
Students, Dental

***Corresponding author:**

Rasoul Tabari, Department of
Medical Surgical Nursing,
School of Nursing and
Midwifery, Guilan University of
Medical Sciences, Rasht, Iran
rasooltabari@gmail.com

**ABSTRACT**

Introduction: Self-directed learning is a continuous and meaningful process in learning that was demonstrated by individual behaviour and learner consciously accept responsibility for her/his decisions. The increasing production of information and technological advancements have caused the lifespan of medical knowledge to be short. The future world does not need illiterate or uneducated people to do repetitive tasks so, The need for self-directed learning and metacognitive strategies in medical students is essential. The present study was conducted to determine the status of self-directed learning in dental students of Guilan, Iran.

Methods: This cross-sectional and descriptive study was conducted using the full-scale census method on 147 dental students after the basic sciences course at the International Campus of Guilan University of Medical Sciences. Data were collected using the Persian version of the Fisher Self-Learning Questionnaire. After collection, data were analyzed using the Chi-square, Mann-Whitney U, Independent t-test, Spearman and Pearson correlation coefficient. P-values of <0.05 were considered statistically significant.

Results: The mean age of the participants in this study was 25.5±3.7 years. The mean scores of self-control, self-management, willingness to learn, and self-directedness were 59.9±5.88 (out of 75), 43.1±5.01 (out of 60), 48.9±5.87 (out of 65), and 151±14.07 (out of 200), respectively. Moreover, there was no statistically significant relationship between any of the variables (i.e., age, gender, basic science scores, and diploma score) and the self-directed learning score, as well as the score of any of the areas of self-control, self-management, and willingness to learn (P>0.05).

Conclusion: In this study, about 33% of dental students had a good level of self-direction, and the rest were at an average level, and only 16% of them were in the good self-control group. Given the importance of these concepts in learning process, instructional designers in universities need to organize necessary programmes to strengthen self-directed learning of students.

How to Cite This Article: Basirat M, Dabaghchian P, Tabari-Khomeiran R. Status of Self-Direct Learning among Dentistry Students of Guilan University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study. *Res Med Edu*. 2026;17 (4):29-37.

 [10.22034/RMEGUMS.17.4.4](https://doi.org/10.22034/RMEGUMS.17.4.4)

Copyright © 2026 Research In Medical Education, and Guilan University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.
License (<https://creativecommons.org/mission/by-nc/4.0/>)

وضعیت یادگیری خودراهربر در دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان: یک مطالعه مقطعی

مریم بصیرت^{۱،۲،۳}، پرینا دباغچیان^۴، رسول تبری خمیران^{۵*}

۱. گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲. مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۳. مرکز تحقیقات علوم دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۴. دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۵. گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخچه:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۶

کلیدواژه‌ها:

دانشجویان دندانپزشکی

خودکنترلی

خودمدیریتی

محرک‌های یادگیری

یادگیری خودراهربر

*نویسنده مسئول:

رسول تبری خمیران، گروه

پرستاری داخلی جراحی، دانشکده

پرستاری و مامایی رشت، دانشگاه

علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

rasooltabari@gmail.com

چکیده

مقدمه: یادگیری خودراهربر یک فرآیند مداوم و هدفمند در امر یادگیری می‌باشد که به وسیله‌ی فعالیت‌های رفتاری فرد مشخص می‌شود و یادگیرنده، آگاهانه مسئولیت تصمیمات خود را می‌پذیرد. تولید فزاینده اطلاعات و پیشرفت تکنولوژی سبب گردیده است که عمر دانش پزشکی کم باشد. دنیای آینده به افراد کم‌سواد یا بی‌سواد نیاز ندارد که کارهای تکراری انجام دهند. نیاز به یادگیری خودراهربر و راهبردهای فراشناختی در دانشجویان علوم پزشکی، امری ضروری است. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت یادگیری خودراهربر در دانشجویان دندانپزشکی گیلان انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش تحلیلی مقطعی به روش تمام شماری بر روی ۱۴۷ دانشجوی دندانپزشکی بعد از مقطع علوم پایه پردیس بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۴۰۰ انجام شد. داده‌ها با استفاده از نسخه فارسی پرسش‌نامه هنجارسنجی شده آمادگی یادگیری خودراهربر فیشر (Fisher)، جمع‌آوری و با آزمون کای اسکوئر، آزمون من-ویتنی، آزمون t نمونه‌های مستقل، ضریب همبستگی اسپیرمن، ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مقادیر $P < 0.05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن دانشجویان شرکت‌کننده در این مطالعه ۲۵/۵ سال با انحراف معیار ۳/۷ سال بود. میانگین نمره خودکنترلی $59/9 \pm 5/88$ از ۷۵، نمره خودمدیریتی $43/1 \pm 5/01$ از ۶۰، نمره رغبت در یادگیری $48/9 \pm 5/87$ از ۶۵ و نمره خودراهربری $151 \pm 14/07$ از ۲۰۰ بود. همچنین ارتباط آماری معناداری بین هیچ یک از متغیرهای سن، جنسیت، نمرات علوم پایه، نمره دیپلم با نمره یادگیری خودراهربر و نمره زیرحیطه‌های آن شامل؛ خودکنترلی، خودمدیریتی و رغبت در یادگیری دیده نشد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: در این پژوهش حدود ۳۳ درصد از دانشجویان دندانپزشکی دارای سطح خودراهربری خوب و بقیه در سطح متوسط بودند. فقط ۱۶ درصد از آن‌ها در سطح خوب خودکنترلی قرار داشتند. با توجه به اهمیت این مفاهیم در فرآیندهای یادگیری دانشجویان، لازم است مسئولین آموزشی دانشگاه‌ها تمهیدات و برنامه‌ریزی‌های لازم جهت تقویت یادگیری خودراهربر در دانشجویان را به عمل آورند.

مقدمه

موضوع یادگیری خودراهربر برای اولین بار توسط نولز (Knowles) در سال ۱۹۷۵ بیان شد (۱). نولز، یادگیری خودراهربر را به‌عنوان فرآیندی تعریف کرد که در آن افراد برای شناسایی اهداف، منابع و مطالب مورد نیاز برای یادگیری، انتخاب و اجرای راهبردهای مناسب و همچنین

ارزیابی برآیندهای یادگیری خود با یا بدون کمک دیگران وارد عمل شده و ابتکار عمل را در دست می‌گیرند و در نهایت پیامدهای آن را مورد ارزشیابی قرار می‌دهند (۲). این نوع یادگیری یک فرآیند مداوم و هدفمند است که به وسیله‌ی فعالیت‌های رفتاری فرد مشخص می‌شود و یادگیرنده،

آگاهانه مسئولیت تصمیمات خود را می‌پذیرد (۳). بدین ترتیب یادگیرندگان خودراهبر، مسئول فرآیند یادگیری خود هستند (۳-۵). مجهز بودن دانشجو به توانایی‌های یادگیری خودراهبر باعث مبدل شدن وی به یک یادگیرنده مادام‌العمر می‌شود چرا که نیازهای یادگیری خود را تشخیص داده و به سمت برطرف کردن آن پیش می‌روند. خودراهبری در یادگیری باعث می‌شود دانشجویان موانع تحصیلی را به عنوان چالش در نظر بگیرند و برخورد موفقیت‌آمیزی با چالش‌ها داشته باشند (۶). علاوه بر آن به نظر می‌رسد در آینده نزدیک تکنولوژی دیجیتال و هوش مصنوعی تاثیر قابل توجهی در یادگیری خودراهبر ایفا کند (۷،۸). با توجه به ضرورت آمادگی دانشجویان برای یادگیری مادام‌العمر، نظریه یادگیری خودراهبر به‌طور روزافزون در آموزش پزشکی به عنوان یک الزام مطرح می‌شود. به بیان تافلر (Toffler)، "دنیای آینده به افراد کم‌سواد یا بی‌سواد نیاز ندارد که کارهای تکراری انجام دهند" (۹). از این رو، مفهوم یادگیری مادام‌العمر به‌عنوان یکی از کلیدهای ورود به قرن بیست و یکم تلقی شده است. همچنین، در محیط‌های آموزشی و سازمانی، به‌طور جدی بر اهمیت یادگیری خودراهبر تاکید گردیده و ارزش آن به‌عنوان یک مهارت لازم برای آموزش و کار در قرن بیست و یک مورد توجه قرار گرفته است.

در فرآیند یادگیری خودراهبر بر نقش مهم انگیزه و اراده فراگیران در شروع و ادامه تلاش‌هایشان صحنه گذاشته شده است. انگیزه، افراد را به تداوم بخشیدن به سمت تصمیم‌گیری سوق می‌دهد و اراده، باعث تداوم بخشیدن به انجام تکلیف تا پایان و تامین اهداف می‌شود (۱۰،۱۱). روان‌شناسان ضرورت توجه به انگیزش در تعلیم و تربیت را به‌دلیل ارتباط موثر آن با یادگیری جدید مهارت‌ها، راهبردها و رفتارها مورد تاکید قرار داده‌اند. پافشاری بر انجام تکالیف دشوار و سخت‌کوشی از جمله رفتارهایی هستند که انگیزش تحصیلی را نشان می‌دهند (۱۲). از دیگر ویژگی‌های یادگیرندگان خودراهبر، خودمدیریتی است. یعنی یادگیرندگان خودراهبر، قادر به تشخیص موارد مورد نیاز خود در طی فرآیند یادگیری، ایجاد اهداف یادگیری، کنترل زمان و انرژی خود برای یادگیری و ترتیب‌دهی بازخوردهای کاری هستند. همچنین یکی دیگر از ویژگی‌های این افراد خودکنترلی است، یعنی یادگیرندگان خودراهبر افراد کاملاً مستقلی هستند که قادر به تجزیه و تحلیل، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی فعالیت‌های یادگیری

به شکل مستقل می‌باشند.

یادگیری خودراهبر یکی از ارکان اصلی توان حل مساله است و در ایجاد صلاحیت بالینی در پزشکان و دندانپزشکان فارغ‌التحصیل نقش عمده‌ای دارد. آگاهی اساتید از سطح یادگیری خودراهبر دانشجویان به آن‌ها این امکان را می‌دهد که طراحی آموزشی خود را منطبق با میزان آمادگی خودراهبر دانشجویان انجام داده و مناسب‌ترین راهبرد تدریس را انتخاب کنند (۱۳).

برای ایجاد یادگیری با انگیزه بیشتر و عمیق‌تر همراه با ماندگاری بیشتر، دانشجویان باید مهارت‌های یادگیری خودراهبر را بیاموزند و همچنین این مهارت‌ها به دانشجویان در کسب دانش، مهارت و نگرش‌های منحصر به فرد در رشد شخصی و حرفه‌ای کمک شایانی خواهد کرد. بنابراین، این مسئله باید یکی از اهداف نهایی کوریکولوم‌های آموزشی باشد (۱۴).

تولید فرآیندهای اطلاعات و پیشرفت تکنولوژی سبب گردیده است که عمر دانش پزشکی کم باشد. به عبارت دیگر بخش زیادی از آنچه که دانشجویان شاخه‌های مختلف علوم پزشکی در دانشکده‌ها می‌آموزند در هنگام حضور در محیط واقعی کار، قدیمی و منسوخ می‌شوند. در چنین شرایطی به جای انتقال مجموعه‌ای از اطلاعات به دانشجویان باید آن‌ها را به فراگیران مادام‌العمر تبدیل نمود. در این راستا، تدریس از سبک معلم-محور به دانشجومحور که در آن به دانشجو اجازه مشارکت فعال در تجارب یادگیری داده می‌شود تغییر می‌یابد و با تبدیل دانشجویان به یادگیرندگانی فعال، یادگیری عمیق را پرورش داده و ظرفیت خود هدایتی و ابتکار دانشجویان را بالا برده و درنهایت باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و شانس موفقیت آن‌ها می‌شود (۱۵).

بنابراین از مهم‌ترین مزایای یادگیری خودراهبر، افزایش قدرت انتخاب، اعتمادبه‌نفس، انگیزش و توسعه مهارت‌های یادگیری مادام‌العمر می‌باشد. لذا، فراگیران از دانش خود برای کشف منابع در دسترس و انجام قضاوت آگاهانه برای حل مسائل سود می‌برند (۲، ۱۶، ۱۷).

این مطالعه با هدف تعیین وضعیت یادگیری خودراهبر دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان (واحد پردیس بین‌الملل) انجام شده است.

روش‌ها

پژوهش حاضر، به صورت تحلیلی مقطعی و به روش تمام-شماری بر روی ۱۴۷ نفر از ۱۵۰ دانشجوی رشته دندانپزشکی

پردیس بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی گیلان در مقطع پس از علوم پایه، در بازه زمانی فروردین تا بهمن ماه ۱۳۹۸ انجام شد. سه نفر از دانشجویان تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند بنابراین تعداد ۱۴۷ نفر به مطالعه وارد شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تحصیل در رشته دندانپزشکی در دانشکده پردیس بین‌الملل انزلی در مقطع پس از علوم پایه و رضایت داشتن برای شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل دانشجویانی بود که سابقه شرکت در کارگاه آموزشی خودراهبر یا مبتنی بر حل مسئله داشتند و یا پرسش‌نامه‌ها را به شکل ناقص پر کرده بودند.

در این مطالعه، داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه هنجارسنجی شده آمادگی یادگیری خودراهبر فیشر (Fisher's Self-Directed Learning Questionnaire) جمع‌آوری شدند. مقیاس فیشر در ایران توسط نادری و همکاران (۹) هنجارسنجی شده است. این پرسش‌نامه با دامنه نمره کل ۴۰ تا ۲۰۰، دارای ۴۰ گویه با طیف لیکرت پنج درجه‌ای، کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱ است که میزان آمادگی یادگیری خودراهبر را در سه حیطه خودکنترلی (۱۵ گویه)، خود مدیریت (۱۲ گویه) و رغبت به یادگیری (۱۳ گویه) مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۲). در این پرسش‌نامه، میزان نمره خودراهبری به سه دسته ضعیف (۹۳-۴۰)، متوسط (۱۴۷-۹۴) و خوب (۲۰۰-۱۴۸)، میزان نمره خودکنترلی به سه دسته ضعیف (۳۵-۱۵)، متوسط (۵۵-۳۶) و خوب (۷۵-۵۶)، میزان نمره خود مدیریت به سه دسته ضعیف (۱۲-۲۸)، متوسط (۴۴-۲۹) و خوب (۶۰-۴۵) و همچنین میزان نمره رغبت به یادگیری نیز، به سه دسته ضعیف (۳۰-۱۳)، متوسط (۴۷-۳۱) و خوب (۶۵-۴۸) طبقه بندی شده است (۲).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار IBM SPSS Statistics نسخه ۲۳ انجام شد. در این راستا، از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد، کمینه، بیشینه) و استنباطی شامل آزمون کای اسکوتر، آزمون من-ویتنی، آزمون t نمونه‌های مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. مقادیر $P < 0.05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این تحقیق ۱۴۷ دانشجوی دندانپزشکی مشارکت داشتند. ۴۹ درصد دانشجویان مرد و ۵۱ درصد زن بودند. حداکثر سن دانشجویان ۳۹ سال و حداقل ۲۲ سال با میانگین ۲۵/۵ با انحراف معیار ۳/۷ سال بود. ۸۵/۷ درصد افراد معدل دیپلم بین ۱۷/۵ تا ۲۰ داشتند و ۵۵/۱ درصد افراد نمره‌ی علوم پایه بین ۱۰۹ تا ۱۳۴ داشتند (جدول ۱).

میانگین امتیاز خودکنترلی شرکت‌کنندگان ۵۹/۹ از ۷۵، خودمدیریتی ۴۳/۱ از ۶۰ و رغبت به یادگیری ۴۸/۹ از ۶۵ بود. همچنین میزان میانگین نمره خودراهبری ۱۵۱ از ۲۰۰ بود (جدول ۲). ۳۲/۷ درصد افراد از لحاظ خودراهبری در گروه متوسط و ۶۷/۳ درصد در گروه خودراهبری خوب قرار داشتند. ۸۴/۴ درصد افراد از لحاظ خودکنترلی در گروه متوسط و ۱۵/۶ درصد در گروه خودکنترلی خوب قرار داشتند. ۴۰/۱ درصد افراد از لحاظ خودمدیریتی در گروه متوسط و ۵۹/۹ درصد در گروه خوب قرار داشتند. ۴۰/۱ درصد افراد از لحاظ رغبت در یادگیری در گروه متوسط و ۵۹/۹ درصد در گروه خوب قرار داشتند.

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان دندانپزشکی گیلان بر حسب معدل دیپلم و نمره علوم پایه

متغیرها	زیر گروه‌ها	فراوانی	درصد
نمره دیپلم	۱۲-۱۴/۶	۲	۲
	۱۴/۱۷-۷/۴	۱۸	۱۲/۲
	۱۷/۵-۲۰	۱۲۶	۸۵/۷
نمره علوم پایه	۱۰۸-۸۰	۵۴	۳۶/۷
	۱۳۴-۱۰۹	۸۱	۵۵/۱
	۱۶۱-۱۳۵	۱۲	۸/۲

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی امتیازات دانشجویان دندانپزشکی گیلان در یادگیری خودراهبر و زیر مجموعه‌های مربوط به آن (خودکنترلی، خودمدیریتی، رغبت به یادگیری)

دامنه امتیاز	حداکثر	حداقل	میانگین	انحراف معیار
خودکنترلی	۷۵-۱۵	۷۱	۵۹/۹	۵/۸۸
خودمدیریتی	۶۰-۱۲	۵۳	۴۳/۱	۵/۰۱
رغبت به یادگیری	۶۵-۱۳	۶۲	۴۸/۹	۵/۸۷
خودراهبری	۲۰۰-۴۰	۱۸۲	۱۵۱/۹۹	۱۴/۰۷

میانگین نمره خودراهبری دانشجویان $151/99 \pm 14/07$ بود. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی امتیازات دانشجویان دندانپزشکی گیلان در یادگیری خودراهبر و زیرمجموعه‌های مربوط به آن (خودکنترلی، خودمدیریتی، رغبت به یادگیری) در جدول ۲ نشان داده شده است. ۳۲/۷ درصد افراد از لحاظ خودراهبری در گروه متوسط و ۶۷/۳ درصد در گروه خودراهبری خوب قرار داشتند. ۸۴/۴ درصد افراد از لحاظ خودکنترلی در گروه متوسط و ۱۵/۶ درصد در گروه خودکنترلی خوب قرار داشتند. ۴۰/۱ درصد افراد از لحاظ خودمدیریتی در گروه متوسط و ۵۹/۹ درصد در گروه خوب قرار داشتند. ۴۰/۱ درصد افراد از لحاظ رغبت در یادگیری در گروه متوسط و ۵۹/۹ درصد در گروه خوب قرار داشتند.

جهت بررسی ارتباط متغیر کمی سن و هریک از متغیرهای نمره‌ی خودکنترلی، نمره‌ی خودمدیریتی، نمره‌ی رغبت به یادگیری و نمره‌ی خودراهبری از آزمون اسپیرمن با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد. بر این اساس، ارتباط آماری معناداری بین متغیر کمی سن با هیچکدام از متغیرهای نمره‌ی خودکنترلی ($r = -0/020$, $P = 0/810$), خودمدیریتی ($r = 0/001$, $P = 0/995$), رغبت به یادگیری ($r = -0/040$, $P = 0/631$) و خودراهبری ($r = -0/025$, $P = 0/764$) مشاهده نشد.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk)، در خصوص وضعیت توزیع داده‌ها در چهار متغیر خودکنترلی، خودمدیریتی، رغبت به یادگیری و خودراهبری نشان داد توزیع داده‌ها در دو متغیر خودکنترلی و خودمدیریتی نرمال نیست. بر این اساس و مطابق با نتیجه آزمون من-ویتنی (Mann-Whitney U) اختلاف آماری معناداری در نمرات حیطة‌های خودکنترلی ($z = -1/194$, $P = 0/232$) و خودمدیریتی ($z = -0/041$, $P = 0/967$) دانشجویان پسر و دختر مشاهده نمی‌شود. همچنین با توجه به توزیع نرمال

داده‌ها در دو متغیر رغبت به یادگیری و خودراهبری نتایج آزمون t نمونه‌های مستقل (Independent Samples T-Test) نشان داد؛ اختلاف نمره دانشجویان پسر و دختر در متغیرهای رغبت به یادگیری ($t = 0/444$, $P = 0/658$) و خودراهبری ($t = -0/111$, $P = 0/912$) از لحاظ آماری معنادار نیست. همچنین ارتباط آماری معناداری بین متغیر نمره علوم پایه با هیچکدام از متغیرهای خودکنترلی ($r = -0/043$, $P = 0/604$), خودمدیریتی ($r = -0/052$, $P = 0/532$), رغبت به یادگیری ($r = -0/066$, $P = 0/430$) و خودراهبری ($r = -0/064$, $P = 0/441$) مشاهده نشد.

جهت بررسی ارتباط بین دو متغیر کمی نمره‌ی دیپلم با هر یک از متغیرهای نمره‌ی خودکنترلی، خودمدیریتی، رغبت به یادگیری و خودراهبری از آزمون اسپیرمن با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد. بر این اساس، ارتباط آماری معناداری بین متغیر کمی نمره‌ی دیپلم با هیچکدام از متغیرهای نمره‌ی خودکنترلی ($r = 0/066$, $P = 0/447$), خودمدیریتی ($r = 0/095$, $P = 0/272$), رغبت در یادگیری ($r = 0/083$, $P = 0/337$) و خودراهبری ($r = 0/028$, $P = 0/764$) مشاهده نشد.

بحث

تولید فزاینده دانش، اطلاعات و پیشرفت تکنولوژی سبب شده است عمر دانش و اطلاعات علوم پزشکی بسیار کوتاه باشد. لذا، برای چیره شدن بر این شرایط به جهت انتقال مجموعه‌ای از دانش و اطلاعات به دانشجویان، باید آن‌ها را تبدیل به فراگیرانی مادام‌العمر کرد (۴). بنابراین، در دهه اخیر رشد و توسعه مهارت‌های یادگیری خودراهبر، به یکی از اهداف بنیادین آموزش گروه‌های علوم پزشکی تبدیل شده است. یک یادگیرنده با سطح بالای خودراهبری ابتکارعمل دارد و مسئولیت یادگیری خود را می‌پذیرد. در مطالعه‌ی حاضر، میانگین نمره یادگیری خودراهبر در

دانشجویان دندانپزشکی حدود ۱۵۰ بود و حدود ۷۰ درصد از دانشجویان دندانپزشکی در سطح خوب یادگیری خودراهبری قرار داشتند که با مطالعات اودال (Avdal) و همکاران (۱۸)، کادورین (Cadorin) و همکاران (۱۹)، شوکار (Shokar) و همکاران (۲۰)، نادى و همکاران (۹) که نمره یادگیری خودراهبر به ترتیب در دانشجویان پرستاری ترکیه (۲۰)، پرسنل حرفه مراقبت سلامت ایتالیا (۱۹)، دانشجویان تگزاس (۲۰)، دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی اصفهان (۹) خوب گزارش کرده بودند؛ همخوانی دارد. هر چند میانگین نمره کسب شده در این مطالعه کمی کمتر از مطالعات ذکر شده می باشد. در مطالعه حاضر همانند مطالعه اودال (Avdal) و همکاران (۱۸) و نادى و همکاران (۹)، از پرسشنامه یادگیری خودراهبر فیشر استفاده شده است. در مطالعه‌ی کادورین (Cadorin) و همکاران (۱۹) و در مطالعه‌ی شوکار و همکاران (۲۰)، از پرسشنامه‌های خودراهبر دیگری استفاده گردیده است. با توجه به اینکه نمره‌دهی و رتبه‌بندی در پرسشنامه‌های مختلف کمی متفاوت می‌باشد، به‌نظر می‌رسد عدم تطابق کامل نتایج مطالعات یاد شده با این پژوهش تحت تاثیر تفاوت در جمعیت مورد مطالعه، ابزار مورد استفاده، شرایط محل تحصیل، سبک مطالعه دانشجویان، شیوه‌های ارزشیابی، تدریس اساتید و عوامل فرهنگی گوناگون باشد. درعین حال، در توضیح این اختلاف می‌توان به تفاوت در روش‌ها و امکانات آموزشی، تفاوت‌های فرهنگی، تمایل به فردگرایی در برابر جمع‌گرایی و نقش استاد یا مربی نیز اشاره کرد.

همچنین می‌توان استنباط کرد که برنامه درسی سنتی و استادمحور که روش غالب در اکثر دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران است برای تبدیل فراگیران به یادگیرندگان خودراهبر و مادام‌العمر جوابگو نیست و همچنین محیط یادگیری مطلوبی برای تبدیل فراگیران به یادگیرنده خودراهبر و مادام‌العمر وجود ندارد. علاوه بر آن به دلیل محیط رقابتی در کلاس‌های درس، امکان یادگیری مشارکتی کمتری برای دانشجویان وجود دارد. بروکفیلد (Brookfield) معتقد است؛ به رغم ماهیت خودمختار فراگیران خودراهبر، آن‌ها نیاز به تعامل با همکلاسی و فراگیران به منظور تغییر اطلاعات موجود دارند (۲۱). یکی از اصول کلیدی یادگیری آن است که اگر فهم اولیه یادگیرندگان با دیگران به اشتراک گذاشته نشود، ممکن است آنها نتوانند به اطلاعات و مفاهیم جدید دست پیدا کنند (۱۱). پالوف و پرات (Pratt & Palloff)، در این رابطه بیان کرده‌اند؛ کلید فرآیند یادگیری، تعاملات یادگیرنده-یادگیرنده، یادگیرنده-استاد و

مشارکت در یادگیری است که نتیجه تعاملات است. جامعه یادگیری از طریق مشارکت در خلق دانش شکل می‌گیرد و این مشارکت سبب موفقیت در نتایج یادگیری می‌شود. بنابراین، مهم‌ترین عاملی که می‌توان مورد توجه قرار داد، لزوم توجه بیشتر به محیط یادگیری در دانشگاه است که بر تقویت یادگیری خودراهبر دانشجویان موثر است (۲۲).

نتایج حاصل از مطالعه نادى و همکاران نشان داد دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی اصفهان دارای آمادگی یادگیری خودراهبر بالایی بودند (۹). نتایج مطالعه نوتانگل (Nothnagle) و همکاران نیز نشان داد دانشجویان سال آخر رزیدنتی دارای اعتماد به نفس و آمادگی پایینی برای مدیریت یادگیری خود به خصوص در موقعیت‌های بالینی بودند (۲۳). تاگاوا (Tagawa) گزارش کرد که دانشجویان پزشکی تمایل به یادگیری سطحی داشته و کمتر درگیر فرآیند یادگیری مبتنی بر حل مسئله و یادگیری خودمحور می‌شوند (۲۴). همچنین صفوی و همکاران، آمادگی یادگیری خودراهبر تقریباً یک سوم دانشجویان پرستاری اصفهان را در سطح بالا و یک سوم در سطح پایین گزارش کردند (۲۵) در مطالعه یوان و همکاران نیز، ۶۲/۳ درصد دانشجویان پرستاری چینی از نظر یادگیری خودراهبر در سطح بالا و ۳۷/۷ درصد آن‌ها در سطح پایین قرار داشتند (۲۶). با توجه به اینکه در یک جامعه ناهمگون سبک‌های یادگیری دانشجویان متفاوت است می‌توان انتظار داشت که از لحاظ یادگیری خودراهبر یکسان نباشند.

میانگین میزان نمره‌ی خودکنترلی دانشجویان مورد مطالعه حدود ۶۰ از ۷۵، خود مدیریتی حدود ۴۵ از ۶۰ و رغبت به یادگیری حدود ۵۰ از ۶۵ بود، که با مطالعات صادقی و همکاران (۲۷)، بهروزی و همکاران (۲۸)، صفوی و همکاران (۲۵) مطابقت دارد ولی با مطالعه نگهبان و همکاران (۲) مطابقت ندارد. همان طور که پیش‌تر ذکر شد می‌توان این اختلاف را به شرایط محل تحصیل، سبک مطالعه دانشجویان، شیوه‌های ارزشیابی و تدریس اساتید و عوامل فرهنگی گوناگون نسبت داد.

در رابطه با سن، در مطالعه حاضر بین یادگیری خودراهبر و سن دانشجویان دندانپزشکی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت، که با مطالعه نعیمی و همکاران (۱۳) و مطالعه‌ی صادقی و همکاران (۲۷) که در دانشجویان پزشکی تهران انجام شده است همسو می‌باشد، ولی با مطالعه یوان (Yuan) و همکاران (۲۶) و کادورین (Cadorin) و همکاران (۱۹) که به ترتیب در دانشجویان پرستاری چینی و پرسنل حرفه‌ای

مراقبت سلامتی در ایتالیا انجام شده است، مطابقت ندارد. با توجه به آن که شرکت کنندگان در این مطالعه در گروه سنی ۲۲ تا ۳۹ سال قرار داشتند، انتظار می‌رفت که با افزایش سن، میزان آمادگی یادگیری خودراهبر به‌طور معنادار، افزایش یابد. تا به امروز، نتایج متضاد تحقیقات در ارتباط با میزان آمادگی یادگیری خودراهبر و سن، حل نشده باقی مانده است. دلایل زیادی ممکن است در ناهمخوانی نتایج تحقیقات دخالت داشته باشند؛ مهم‌ترین دلیلی که برای این امر می‌توان ذکر کرد، دو واقعیت علمی است. اول آن که سبک‌های یادگیری متفاوت در دانشجویان می‌تواند نتایج مطالعه‌ها را متناقض کند. دوم آن که شیوه یادگیری به مرور برای هر فرد به‌صورت عادت درمی‌آید و برای تغییر آن احساس نیاز و زمان زیادی لازم است. به‌علاوه تفاوت در رشته تحصیلی شرکت کنندگان (کارشناسی، کارشناسی‌ارشد، پزشکی عمومی) در این مطالعه با مطالعات دیگر وجود داشت (۲۹-۳۱).

در رابطه با جنسیت، در این مطالعه رابطه‌ی آماری معناداری بین وضعیت یادگیری خودراهبر دانشجویان با جنسیت افراد مورد مطالعه وجود نداشت، که با یافته‌های مطالعه‌ی نگهبان و همکاران (۲) مطابقت داشت ولی با یافته‌های مطالعه‌ی صادقی و همکاران (۲۷)، نعیمی و همکاران (۱۳) مطابقت نداشت. در مطالعه‌ی صادقی، دانشجویان دختر، درمقایسه با دانشجویان پسر، خودکنترلی و رغبت برای یادگیری بالاتری از خود نشان دادند. درحالی‌که دانشجویان پسر سرزندگی تحصیلی بالاتری نسبت به دانشجویان دختر داشتند (۲۷). در مطالعه‌ی نعیمی و همکاران (۱۳)، دانشجویان پسر نسبت به دانشجویان دختر نمره‌ی خودمدیریتی و خودراهبری بهتری نشان دادند. این عدم تطابق می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و اقلیمی باشد. البته به نظر می‌رسد که اغلب دانشجویان قبل از ورود به دانشگاه به‌صورت فراگیران مادام‌العمر تربیت نشده‌اند و افزایش استقلال و خودمختاری در ارتباط با آن‌ها در قالب برنامه‌های درسی و مدیریت کلاسی میسر نیست و حتی به دلیل این که در دانشگاه معلم را به‌عنوان راهنما و تعیین کننده فعالیت‌های یادگیری خود از دست بدهند، دچار اضطراب می‌شوند.

در رابطه با معدل دیپلم و نمره‌ی علوم پایه، در این مطالعه رابطه‌ی آماری معناداری بین وضعیت یادگیری خودراهبر دانشجویان با معدل دیپلم و همچنین نمره‌ی علوم پایه وجود نداشت که با نتایج مطالعه نگهبان و همکاران (۲) و صادقی و همکاران (۲۷) مطابقت دارد. ولی نتایج مطالعه‌ی نادری و همکاران (۹) با نتایج مطالعه‌ی حاضر تطابق ندارد. نتایج

مطالعه نادری نشان داد آمادگی برای خودراهبری در یادگیری با معدل رابطه مستقیم و با نمره علوم پایه رابطه منفی دارد. البته جمعیت هدف و حجم نمونه در دو مطالعه متفاوت است (۹). لازم به ذکر است که در ایران دانشجویان برای پشت سر گذاشتن سد کنکور و قبولی در رشته‌ی دلخواه فشار زیادی را متحمل می‌شوند و حتی نمره‌ی دیپلم هم در سال‌های اخیر در قبولی آن‌ها موثر بوده است. آن‌ها در انواع کلاس‌های کنکور شرکت نموده و حتی به اجبار والدین خود درس می‌خوانند تا در رشته‌ی مورد قبول والدین پذیرفته شوند. در صورتی که یادگیرنده خودراهبر کسی است که از یادگیری لذت می‌برد، موانع را پشت سر می‌گذارند و هدف مناسب را تدوین می‌کند. نیاز به بررسی بیشتر در این زمینه و همچنین بررسی سبک‌های یادگیری و روش‌های ارزشیابی وجود دارد. با توجه به نقش سبک‌های یادگیری در وضعیت یادگیری خودراهبر، پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده بررسی یادگیری خودراهبر با سنجش سبک‌های یادگیری همراه باشد.

نتیجه‌گیری

بر طبق یافته‌های این مطالعه حدود ۳۳ درصد از دانشجویان دندانپزشکی از نظر نمره خودراهبری در سطح متوسط و مابقی در سطح خوب قرار داشتند. در حیطه خودکنترلی فقط حدود ۱۶ درصد دانشجویان در سطح خوب قرار داشتند. ارتباط آماری معناداری بین نمره خودراهبری و هیچ یک از متغیرهای سن، جنس، نمره علوم پایه و نمره دیپلم وجود نداشت. برای این که دانشگاه‌ها بتوانند در دنیای درحال تحول کنونی نقش خود را به درستی ایفا کنند و پاسخگوی نیازها و چالش‌های گوناگون باشند، لازم است با ایجاد انگیزه در دانشجویان و ایجاد تغییراتی در کریکولوم آموزشی، اهداف آموزشی را به سمت رویکرد آموزش دانشجویان محور و کسب آمادگی یادگیری خودراهبر در دانشجویان، سوق دهند. بنابراین، توصیه می‌شود کارگاه‌هایی در جهت کسب این مهارت‌ها برای دانشجویان دندانپزشکی برگزار شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاقی پژوهش

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه پریسا دباغچیان با کد اخلاق IR.GUMS.REC.1398.304 می‌باشد.

حمایت مالی

این مطالعه از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی و طراحی مطالعه: مریم بصیرت، رسول تبری؛ جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها: پریسا دباغچیان، مریم بصیرت، رسول تبری؛ تهیه پیش‌نویس دست‌نوشته: پریسا دباغچیان، مریم بصیرت؛ تحلیل آماری: رسول تبری؛ نظارت بر مطالعه: مریم بصیرت، رسول تبری

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

استفاده از هوش مصنوعی در فرایند نگارش

نویسندگان اعلام می‌دارند که در فرایند نگارش این مقاله از هیچ‌گونه فناوری‌های هوش مصنوعی برای تولید محتوا، ایده، تجزیه و تحلیل و سایر موارد استفاده نشده است.

قدردانی

از دانشجویان دندانپزشکی گیلان و معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Linder PL. An analysis of self-directed learning of first-year, first-generation college students [Dissertation]. University of South Florida; 2013. [Link]
2. Negahban T, Ansari A, Allah Tavakkoli M, Shahabinejad M, Heidari Sh. Assessment of students' self-directed learning readiness in Rafsanjan university of medical sciences in 2012: An approach to assess the effectiveness of higher education. J Med Educ Dev 2014;8(4):47-54.[Persian] [Link]
3. Long HB, Agyekum SK. Guglielmino's self-directed learning readiness scale: A validation study. Higher Educ 1983;12(1):77-87. [DOI: 10.1007/BF00140273]
4. Piskurich GM. Preparing e-learners for self-directed learning 2003:2-18. [Link]
5. Karimi R, Arendt CS, Cawley P, Buhler AV, Elbarbry F, Roberts SC. Learning bridge: curricular integration of didactic and experiential education. Am J Pharm Educ 2010;74(3):48. [DOI: 10.5688/aj740348]
6. Huang M-h. Factors influencing self-directed learning readiness amongst Taiwanese nursing students, PhD thesis. Queensland University of Technology; 2008. [Link]
7. Chasokela D, Mangena N. The future of learning in the digital age. Insights Into International Higher Education Leadership and The Skills Gap: IGI Global; 2025: 471-500. [DOI: 10.4018/979-8-3693-3443-0.ch018]
8. Muthmainnah M, Busrah B, Darmawati B, Al Yakin A, Bayram E, Alnoor A, et al. Innovative teaching materials for banking and financial learners using the artificial general internet of things (AGIoT). In book: Shaping Cutting-Edge Technologies and Applications for Digital Banking and Financial Services; 2025. [DOI:10.4324/9781003501947-26]
9. Nadi MA, Yousefy A, Changiz T. Medical and dentistry students' perceptions of self directed learning and its relationship with personal traits. Strides Dev Med Educ 2012; 8(2): 173-181.[Persian] [Link]
10. Knowles MS. Self-directed learning: A guide for learners and teachers;1975. [Link]
11. Yousefy A, Gordanshekan M. A Review on development of Self-directed learning. Iran J Med Educ 2011;10(5):776-8.[Persian] [Link]
12. Yousefy A, Gordanshekan M. The relationship between self-directed learning and school motivation in medical students of isfahan university of medical sciences. Iran J Med Educ 2015;14(12):1066-1073.[Persian] [Link]
13. Naeimi L, Bigdeli S, Soltani Arabshahi K. Level of self-directed learning readiness in medical students. Educ Strategy Med Sci 2012; 5(3): 177-181.[Persian] [Link]
14. Ghomi M, Moslemi Z, Mohammadi SD. The relationship between metacognitive strategies with self-directed learning among students of Qom university of medical sciences. Educ Strategy Med Sci 2016;9(4):248-259.[Persian] [Link]
15. Junaid SM, Jamil B, Aurangzeb U, Shah S, Nadeem N. Perceptions and practices of dental

- faculty members of Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan regarding smartphones as an adjunct teaching tool. BMC Med Educ 2025; 25(1):73. [DOI: 10.1186/s12909-025-06696-9]
16. Liu C-M, Hsu M-H, Ng MY, Yu C-H. Digital integration in dental education :A novel self-directed learning model using intraoral scanners for tooth preparation training. J Dent Sci 2025;20(1):639-645. [DOI: 10.1016/j.jds.2024.10.030]
 17. Nasseripour M, Agouropoulos A, Van Harten MT, Correia M, Sabri N, Rollman A. Current state of professionalism curriculum in oral health education. Eur J Dent Educ 2025;29(1):92-103. [DOI: 10.1111/eje.13048]
 18. Avdal EÜ. The effect of self-directed learning abilities of student nurses on success in Turkey. Nurse Educ Today 2013;33(8):838-841. [DOI: 10.1016/j.nedt.2012.02.006]
 19. Cadorin L, Suter N, Dante A, Williamson SN, Devetti A, Palese A. Self-directed learning competence assessment within different healthcare professionals and amongst students in Italy. Nurse Educ Pract 2012;12(3):153-8. [DOI: 10.1016/j.nepr.2011.10.013]
 20. Shokar GS, Shokar NK, Romero CM, Bulik RJ. Self-directed learning: looking at outcomes with medical students. Fam Med 2002; 34(3):197-200. [Link]
 21. Ghobadi K, Haddadi S, Dadashzade S. Achievement goals prioritization of nursing and midwifery students and its relationship with self-directed learning. Educ Strategy Med Sci 2015;8(4):223-229.[Persian] [Link]
 22. Palloff RM ,Pratt K, Stockley D. Building learning communities in cyberspace: Effective strategies for the online classroom. Canada J Higher Educ 2001;31(3):175-178. [Link]
 23. Nothnagle M, Goldman R, Quirk M, Reis S. Promoting self-directed learning skills in residency: a case study in program development. Acad Med 2010;85(12):1874-1879. [DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181fa02a4]
 24. Tagawa M. Physician self-directed learning and education. Kaohsiung J Med Sci. 2008;24(7):380-385. [DOI: 10.1016/S1607-551X(08)70136-0]
 25. Safavi M, Shooshtari S, Mahmoodi M, Yarmohammadian MH. Self-directed learning readiness and learning styles among nursing students of Isfahan university of medical sciences. Iran J Med Educ 2010;10(1):27-36.[Persian] [Link]
 26. Yuan HB, Williams BA, Fang JB, Pang D. Chinese baccalaureate nursing students' readiness for self-directed learning. Nurse Educ Today 2012;32(4):427-431. [DOI: 10.1016/j.nedt.2011.03.005]
 27. Sadeghi M, Khalili Geshnigani Z. The role of self-directed learning on predicting academic buoyancy in students of Lorestan university of medical sciences. Res Med Edu 2016; 8 (2) :9-17.[Persian] [DOI: 10.18869/acadpub.rme.8.2.9]
 28. Moon SY, Yang NY. A study on the relationship of self-directed learning with job satisfaction and organizational commitment of nurses. Korean Study Inf Serv Sys 2007;13(4):473-480. [Link]
 29. Young LE, Paterson BL. Teaching nursing: Developing a student-centered learning environment. Lippincott Williams & Wilkins; 2007. [Link]
 30. Deshpande H. Textbook of High Risk Pregnancy. JP Medical Ltd; 2011. [Link]
 31. Shaffer I. Elementary teachers' perceptions and experiences in the learner-centered instructional setting: Capella University; 2016. [Link]