

Research Paper

Comparison of the Effectiveness of Resilience Training and Self-compassion Training on the General Health and Academic Burnout in Students with Depression Symptoms

Babak Noroozi<sup>1</sup>, Ozra Ghaffari Nouran<sup>\*2</sup>, Abbas Abolghasemi<sup>3</sup>, Tavakkol Mousazadeh<sup>2</sup>

1. Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

**Citation:** Noroozi B, Ghaffari Nouran O, Abolghasemi A, Mousazadeh T. Comparison of the effectiveness of resilience training and self-compassion training on the general health and academic burnout in students with depression symptoms. *J Child Ment Health*. 2021; 7 (4) :19-38.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-959-en.html>



CrossMark



doi [10.52547/jcmh.7.4.2](https://doi.org/10.52547/jcmh.7.4.2)  
20.1001.1.24233552.1399.7.4.2.0

ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**

Resilience,  
self-compassion,  
general health,  
academic burnout,  
depression

**Background and Purpose:** Depression as a common mental disorder can seriously damage the academic procedure and psychological state of the students. This study aimed to compare the effectiveness of resilience training and self-compassion training on the general health and academic burnout in students with depression symptoms.

**Method:** This study was a quasi-experimental research with pretest-posttest control group design. The population included all the male students studying at the first cycle of the secondary schools in Parsabad city (Ardabil province) in the academic year 2017-2018 (N= 2028). A sample of 60 students with depression symptoms was selected through multi-stage cluster sampling and randomly assigned to three groups (n=20). Data were collected by Depression Self-rating Scale (Birlleson, 1981), General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1979) and Academic Burnout Questionnaire (Breso', Salanova, & Schaufeli, 2007) and then analyzed by ANCOVA through using SPSS Version 20.

**Results:** Data analysis showed that both resilience and self-compassion training were effective in improving the components of general health and reducing the academic burnout in students with depression symptoms ( $P \leq 0.05$ ). Also, based on the follow-up test results, resilience training was more effective than self-compassion training in decreasing the academic exhaustion ( $P \leq 0.05$ ).

**Conclusion:** The results showed that both methods used in this study were effective in improving the general health and reducing the academic burnout. However, due to the increase of flexibility and optimism, resilience training was more effective in reducing the academic exhaustion.

Received: 2 Feb 2020

Accepted: 22 Nov 2020

Available: 9 Mar 2021

\* **Corresponding author:** Ozra Ghaffari Nouran, Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

E-mail: [O.ghaffari@iauardabil.ac.ir](mailto:O.ghaffari@iauardabil.ac.ir)

Tel: (+98) 4533728702

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



## Extended Abstract

### Introduction

Adolescence is considered a critical period, during which the individual is faced with different psychological injuries like depression (1). One of the factors influenced by depression is lifestyle which in its turn is associated with mental health (6). Research shows that depression is associated with lower levels of quality of life (QoL) (7). One of the problems in each academic system which may result in the wastage of human resource and huge amount of expenses is academic burnout (9). Burnout refers to tiredness resulting from academic demands (emotional exhaustion), having a pessimistic sense and lack of interest toward academic tasks (cynicism), and feeling of incompetency as a student (inefficacy) (10).

Other constructs related to academic burnout in positive psychology are resilience and self-compassion. Resilience is a dynamic process wherein individuals display positive adaptive behaviors in facing with experiences of adversity (15). Different researches show that resilience training can reduce burnout (18, 24, & 25). Self-compassion as the other construct of positive psychology involves three main components: self-kindness, common humanity, and mindfulness (26). Research suggests that self-compassion training can increase QoL (28) and emotional well-being (33) and decrease academic burnout (38). No previous study was found aiming to compare the effectiveness of resilience training and self-compassion training on adolescents with depression symptoms. Accordingly, present study was conducted to compare the effectiveness of resilience training and self-compassion training on QoL and academic burnout in students with depression symptoms.

### Method

This study was a quasi-experimental research with pretest-posttest control group design. The population included all the male students studying at the first cycle of the secondary schools in Parsabad city (Ardabil province) in the academic year 2017-2018 (N= 2028). A sample of 60 students with depression

symptoms was selected through multi-stage cluster sampling and randomly assigned to three groups (n=20). Data were collected by Depression Self-rating Scale (39), General Health Questionnaire (42) and Academic Burnout Questionnaire (47). Resilience training used in this research is based on the model of Henderson, Milstein, & Krovetz (24). Also, the self-compassion training was that designed by Gilbert in 2009, standardized and carried out on adolescents with depression disorder in Iran by Golpoor, Abolghasemi, Ahadi, & Narimani (28). After selecting the sample and assigning it to the groups, the participants, having been explained the research objectives, were asked to take part in the research. Firstly, all the three groups were asked to complete the General Health Questionnaire and the Academic Burnout Questionnaire. Then, the first and second experimental group received resilience training and self-compassion training, respectively; while the control group underwent no intervention. Training sessions in either of the methods included eight 90-min weekly group sessions, convened by the first author in the secondary schools of Parsabad city (Ardabil province). Upon completion of the training sessions, all the three groups underwent the post-test. Data were analyzed by Multivariate ANCOVA in SPSS-20.

### Results

Table 1-Eng. Shows the mean and standard deviation of the pre-test and post-test scores for any of the components of the research variables, including general health and academic burnout.

Results of table 1-Eng. Show a decrease in the mean score of all the components for both groups at the post-test phase compared to the pre-test stage. To investigate the effect of resilience and self-compassion on the components of general health, multivariate ANCOVA was used (It is worth mentioning that the assumptions of this test were studied and results showed that the assumptions were not violated at the level of 0.05). Results of Wilks' Lambda to determine the overall group effect on the components of general health showed that the overall group effect was significant ( $P < 0.001$ ).

**Table 1: Descriptive statistics of the components of general health and academic burnout based on the experimental and control groups**

Component	Phase	Control group		Resilience training		Self-compassion training	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Somatic symptoms	Pretest	7.95	4.36	10.25	5.57	8.75	3.09
	Posttest	6.10	1.02	4.80	1.01	5.05	1.10
Anxiety and insomnia	Pretest	9.75	2.88	10.65	2.64	9.80	2.24
	Posttest	11.05	1.64	9.45	2.31	7.35	1.31
Social dysfunction	Pretest	9.10	2.51	8.25	1.99	11.25	3.21
	Posttest	10.05	2.66	4.60	2.23	7.80	3.41
Depression	Pretest	12.30	2.87	11.70	3.89	10.65	2.23
	Posttest	11.60	2.26	7.55	1.73	8.60	1.98
Academic exhaustion	Pretest	14.65	3.36	13.15	2.37	14.70	4.43
	Posttest	14.10	1.55	8.65	1.60	11.70	2.18
Academic uninterested	Pretest	11.05	3.44	11.30	1.78	11.70	2.96
	Posttest	9.60	1.72	6.65	1.46	7.40	1.50
Academic inefficacy	Pretest	17.55	2.26	16.45	1.99	16.20	2.39
	Posttest	19.00	2.79	12.55	2.31	13.95	2.56

**Table 2: Results of multivariate ANCOVA and Bonferroni on the components of the general health**

Component	SS	df	MS	F	p	Bonferroni pairwise comparison		
						Resilience training and self-compassion training	Resilience training and waiting list	Self-compassion training and waiting list
Group Somatic symptoms	20.316	2	10.158	9.024	0.000	1	0.001	0.006
Group Anxiety and insomnia	84.683	2	42.342	14.338	0.000	0.136	0.005	0.000
Group Social dysfunction	213.181	2	106.591	14.608	0.000	0.122	0.000	0.018
Group Depression	154.992	2	77.496	20.416	0.000	1	0.000	0.000

Results of multivariate ANCOVA in table 2- Eng. show that there was a significant difference between the three groups in terms of somatic symptoms ( $F=9.024$ ,  $p=0.000$ ), anxiety and insomnia ( $F=14.338$ ,  $p=0.000$ ), social dysfunction ( $F=14.608$ ,  $p=0.000$ ) and depression ( $F=20.416$ ,  $p=0.000$ ). Results of Bonferroni pairwise comparison showed that both methods were effective compared to the control group ( $p<0.01$ ) and they were equally effective on the components of the general health.

To investigate the effect of resilience and self-compassion on the components of academic burnout, multivariate ANCOVA was used (It is worth mentioning that the assumptions of this test were studied and results showed that the assumptions were not violated at the level of 0.05). Results of Wilks' Lambda to determine the overall group effect on the components of the academic burnout showed that the overall group effect was significant ( $P<0.001$ ).

**Table 3: Results of multivariate ANCOVA and Bonferroni on the components of academic burnout**

Component	SS	df	MS	F	p	Bonferroni pairwise comparison		
						Resilience training and self-compassion training	Resilience training and waiting list	Self-compassion training and waiting list
Group Academic exhaustion	258.473	2	129.237	39.975	0.000	0.000	0.000	0.001
Group Academic uninterested	84.388	2	42.194	16.318	0.000	0.478	0.000	0.000
Group Academic inefficacy	405.359	2	202.680	29.504	0.000	0.296	0.000	0.000

Results of multivariate ANCOVA in table 3- Eng. show that there was a significant difference between the three groups in terms of academic exhaustion ( $F=39.975$ ,  $p=0.000$ ), academic uninterested

( $F=16.318$ ,  $p=0.000$ ), and academic inefficacy ( $F=29.504$ ,  $p=0.000$ ). Also, the results of Bonferroni pairwise comparison showed that although both interventions were effective ( $p<0.01$ ), resilience

training was more effective on academic exhaustion ( $p < 0.01$ ) compared to self-compassion training.

### Conclusion

This study aimed to investigate and compare the effectiveness of resilience training and self-compassion training on the general health and academic burnout in students with depression symptoms. Findings showed that resilience training improves the components of the general health and academic burnout. Results of this study coincide with Zamiri Nejad, Golzari, Borjali, Hojat and Akaberi (18) indicating the effectiveness of resilience training on the reduction of depression; Yaghoubi and Bakhtiari (24) indicating the effect of resilience training on the reduction of academic burnout and its components; and Lanz (25), suggesting the effectiveness of resilience training on the reduction of burnout in university students. In explaining these results, it can be said that resilience training reduces depression through decreasing the feeling of loneliness and hopelessness (18) and it reduces academic burnout through increasing the optimism (24).

Also, results of this study showed that self-compassion training can improve the components of general health and academic burnout. Findings are supported by Golpoor, Abolghasemi, Ahadi, & Narimani (28) indicating the effectiveness of self-compassion training on the improvement of quality of life and its components in depressed students; Bluth & Eisenlohr-Moul (33), indicating the effectiveness of self-compassion on the emotional well-being of adolescents; Karami, Sharifi, Nikkhah & Ghazanfari (38) implying the effectiveness of self-compassionate training on the reduction of academic burnout. To explain this study, it can be stated that self-

compassion improves the general health through self-kindness, common humanity, and mindfulness (28) and reduces the academic burnout (9). Results of comparing the effectiveness of resilience training and self-compassion training on the components of general health and academic burnout suggested that resilience training was more effective than self-compassion training in reducing the academic burnout. No previous study aiming to compare these two training methods was found. To explain this finding, it can be said that resilience training was more effective on reducing the academic burnout due to the increase of flexibility and optimism. The impossibility of implementing the follow-up stage was one of the limitations of the research. Finally, it is suggested that resilience training can be used by school counselors to decrease the academic burnout in students with depression symptoms.

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This article is extracted from the Ph.D. dissertation of the first author, which was approved under No. 11920705962013 in the Psychology Department, Ardabil Branch, Islamic Azad University with the proposal approval date of 03.03.2018. The permission for its being carried out on the participants was issued by Parsabad Education Administration in 2017. Ethical considerations like gaining the informed consent of the participants and the confidentiality were observed in this research.

**Funding:** This study was conducted as a Ph.D. thesis with no financial support.

**The role of each of the authors:** The first author was the senior author, the second and third ones were the supervisors and the fourth one was the advisor.

**Conflict of interest:** There is no conflict of interest in this study.

**Acknowledgments:** We would like to appreciate the supervisors, the advisor, the participants, and the authorities of Parsabad Education Administration (Ardabil province) as well as the educationists and school consultants.

## مقاله پژوهشی

## مقایسه اثربخشی آموزش‌های تاب‌آوری و شفقت به خود بر سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان با علائم افسردگی

بابک نوروزی<sup>۱</sup>، عدرا غفاری نوران<sup>۲\*</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۳</sup>، توکل موسی زاده<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

## چکیده

## مشخصات مقاله

<b>زمینه و هدف:</b> افسردگی به عنوان اختلال روانی رایج می‌تواند فرایند تحصیلی و روان‌شناختی دانش‌آموزان را با آسیب جدی مواجه کند.	<b>کلیدواژه‌ها:</b>
هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش‌های تاب‌آوری و شفقت به خود بر سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان با علائم افسردگی بود.	تاب‌آوری، شفقت به خود، سلامت عمومی، فرسودگی تحصیلی، افسردگی
<b>روش:</b> این پژوهش از نوع مطالعات شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه شهرستان پارس‌آباد (استان اردبیل) در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ (تعداد: ۲۰۲۸) بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از دانش‌آموزان با علائم افسردگی از جامعه مذکور بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و به طور تصادفی در سه گروه (هر گروه ۲۰ دانش‌آموز) جایدهی شدند. ابزارهای گردآوری داده‌های این پژوهش شامل مقیاس خودسنجی افسردگی (برلسون، ۱۹۸۱)، پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) و فرسودگی تحصیلی پرسو، سالانوا و شوافلی (۲۰۰۷) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در محیط نرم‌افزار SPSS-20 انجام شد.	
<b>یافته‌ها:</b> تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو روش آموزش‌های تاب‌آوری و شفقت به خود تأثیر معناداری در بهبود مؤلفه‌های سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان با علائم افسردگی داشتند ( $P \leq 0/05$ ). همچنین بر اساس نتایج حاصل از آزمون تعقیبی، آموزش تاب‌آوری نسبت به آموزش شفقت به خود، اثربخشی بیشتری در کاهش خستگی تحصیلی داشته است ( $P \leq 0/05$ ).	
<b>نتیجه‌گیری:</b> نتایج نشان داد که هر دو روش به کار گرفته شده در این مطالعه از کارایی لازم برای بهبود سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان برخوردارند. همچنین آموزش تاب‌آوری به دلیل افزایش انعطاف‌پذیری و خوش‌بینی، در کاهش خستگی تحصیلی، مؤثرتر بوده است.	دریافت شده: ۹۸/۱۱/۱۳ پذیرفته شده: ۹۹/۰۹/۰۲ منتشر شده: ۹۹/۱۲/۱۹

\* نویسنده مسئول: عدرا غفاری نوران، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

رایانامه: O.gaffari@iauardabil.ac.ir

تلفن: ۰۴۵-۳۳۷۲۸۷۰۲

## مقدمه

نوجوانی دوره‌ای بحرانی تلقی می‌شود که فرد در طی این دوره با آسیب‌های مختلف روان‌شناختی مانند افسردگی<sup>۱</sup> مواجه می‌شود (۱). از علائم بارز افسردگی می‌توان به خلق پایین، بی‌علاقگی نسبت به فعالیت‌های لذت‌بخش و جالب، کناره‌گیری اجتماعی، مشکلات خواب و خوراک، احساس گناه، و حرمت خود<sup>۲</sup> پایین اشاره کرد (۲). افسردگی در نوجوانی نه تنها با عملکرد تحصیلی، اجتماعی، و هیجانی فرد تداخل پیدا می‌کند، که یک عامل خطرآفرین برای غیبت از مدرسه و مصرف مواد است (۳). افسردگی با آسیب‌های اجتماعی و آموزشی ارتباط دارد و می‌تواند خودکشی، آسیب زدن به خود و فقدان سلامت جسمانی را پیش‌بینی کند (۴).

از جمله متغیرهایی که می‌تواند تحت تأثیر افسردگی قرار گیرد، کیفیت زندگی<sup>۳</sup> است. کیفیت زندگی مفهومی چندجانبه بوده که بسیاری از عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی، و خانوادگی در آن تأثیرگذار است. بر اساس تعریف سازمان سلامت جهانی<sup>۴</sup> از کیفیت زندگی، هرچه تصورات افراد از وضعیت زندگی‌شان مثبت‌تر و بهتر باشد، فرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار است و برعکس (۵). به منظور داشتن یک معیار عینی، مفهوم کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت مورد توجه قرار می‌گیرد؛ به طوری که کیفیت زندگی بر جنبه‌های مختلف زندگی تأثیر گذاشته و بیانگر وضعیت سلامتی افراد یک جامعه است (۶). افسردگی، کیفیت زندگی فرد را پایین می‌آورد و همچنین با افزایش کیفیت زندگی، میزان افسردگی کاهش می‌یابد (۷). افسردگی باعث کاهش عملکرد جسمانی، روانی، اجتماعی، و معنوی فرد شده و در نتیجه کاهش رضایت و کیفیت زندگی آنها را به دنبال دارد (۸). همچنین این اختلال روانی بر تفکر، هیجان، و رفتار فرد تأثیر منفی دارد و می‌تواند فرایند تحصیلی را با آسیب جدی مواجه کرده و موجب ایجاد مشکلات تحصیلی در دانش‌آموزان شود.

یکی از مسائل گریبان‌گیر نظام آموزشی در همه مقاطع تحصیلی که موجب هدر رفتن نیروی انسانی و هزینه‌های بسیار می‌شود، افسردگی

تحصیلی<sup>۵</sup> است (۹). فرسودگی تحصیلی در موقعیت‌های آموزشی به عنوان احساس خستگی نسبت به انجام تکالیف درسی و مطالعه (خستگی)، داشتن یک حس بدبینانه و بدون علاقه نسبت به مطالب درسی (بی‌علاقگی)، و احساس عدم شایستگی به عنوان یک دانش‌آموز (ناکارآمدی) تعریف می‌شود (۱۰). فرسودگی تحصیلی می‌تواند سطح انرژی لازم برای انجام وظایف شناختی همراه با یادگیری و همچنین امکان تمرکز روی منابع شناختی موجود را کاهش دهد (۱۱). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که بین فرسودگی با افسردگی، تنیدگی (۱۲) و افت تحصیلی، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (۱۳).

یکی از موضوعاتی که در دهه‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده و قصد آن ترمیم آسیب‌ها و در واقع بهینه کردن کیفیت زندگی بوده، روان‌شناسی مثبت‌گرا<sup>۶</sup> است (۱۴). از سازه‌های مهم روان‌شناسی مثبت‌گرا، تاب‌آوری<sup>۷</sup> است. تاب‌آوری یک فرایند پویا به شمار می‌رود که به موجب آن، افراد هنگام روبه‌رو شدن با سختی، رفتارهای مثبت سازش‌یافته‌تری از خود بروز می‌دهند؛ به عبارتی تاب‌آوری به مفهوم توانایی یا قدرت بازگشت به حالت یا موقعیت اولیه بعد از تغییرات شدید در وضعیت و شرایط از ابعاد مختلف است (۱۵). افرادی تاب‌آور محسوب می‌شوند که با وجود اینکه سازش‌یافتگی آنها در معرض تهدیدات شناخته شده قرار می‌گیرد، نتایج تحولی مثبتی به دست می‌آورند (۱۶). مطالعات نشان داده که بین تغییر در میزان تاب‌آوری و تغییر در نمره افسردگی نوجوانان همبستگی بالایی وجود دارد (۱۷) و افزایش تاب‌آوری موجب کاهش افسردگی می‌شود (۱۸). تاب‌آوری به طور معناداری می‌تواند کیفیت زندگی (۱۹) و تنظیم هیجان دانش‌آموزان را هنگام رویارویی با مشکلات و سختی‌ها پیش‌بینی کرده (۲۰) و تنیدگی ادراک شده را تعیین و تعدیل کند (۲۱ و ۲۲). بر اساس مطالعات انجام شده، تاب‌آوری رابطه منفی معناداری با فرسودگی تحصیلی دارد (۲۳) و موجب ایجاد هیجان پیشرفت و عملکرد تحصیلی بهتر می‌شود (۱۹). همچنین برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش تاب‌آوری باعث کاهش فرسودگی می‌شود (۲۴ و ۲۵).

1. Depression
2. Self esteem
3. Quality of life
4. World Health Organization

5. Academic burnout
6. Positive psychology
7. Resilience

آماري این پژوهش را دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه با علائم افسردگی شهر پارس‌آباد (استان اردبیل) در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش در دو مرحله شناسایی و انتخاب شدند. در مرحله اول ۲۲۶ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از جامعه آماری مذکور انتخاب شده‌اند. بدین ترتیب که، ابتدا از بین ۱۰ مدرسه پسرانه دوره اول متوسطه، ۴ مدرسه و از هر مدرسه ۲ کلاس (پایه هشتم و نهم) به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد تمام دانش‌آموزان کلاس‌های منتخب با استفاده از مقیاس خودسنجی افسردگی برلسون غربال‌گری شده و افراد دارای نمره ۱۵ و بالاتر شناسایی شدند. از میان دانش‌آموزان، ۸۲ نفر با علائم افسردگی بودند که از میان آنها، ۶۰ نفر بر اساس مصاحبه بالینی به عمل آمده از طرف پژوهشگر و ملاک‌های ورود، انتخاب و در گروه‌های مداخله تاب‌آوری، شفقت به خود، و گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر) به تصادف جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تحصیل در پایه هشتم و نهم، داشتن علائم افسردگی بر اساس نمره مقیاس خودسنجی افسردگی برلسون و مصاحبه بالینی، عدم مصرف دارو برای اختلالات روانی، نداشتن بیماری جسمانی خاص، و تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در جلسات آموزشی بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه (عدم همکاری) و دریافت مداخله روان‌پزشکی و روان‌شناختی به صورت همزمان (طبق گزارش فرد) بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه بدین شرح بود: گروه تاب‌آوری ۱۱ نفر (۱۸/۳ درصد) در پایه هشتم، ۹ نفر (۱۵ درصد) در پایه نهم؛ در گروه شفقت به خود ۱۲ نفر (۲۰ درصد) در پایه هشتم، ۸ نفر (۱۳/۳ درصد) در پایه نهم؛ در گروه گواه ۱۰ نفر (۱۶/۷ درصد) در پایه هشتم، ۱۰ نفر (۱۶/۷ درصد) در پایه نهم؛ و در کل ۳۳ نفر (۵۵ درصد) در پایه هشتم و ۲۷ نفر (۴۵ درصد) در پایه نهم قرار دارند. میانگین سنی و انحراف استاندارد به ترتیب برای گروه تاب‌آوری (۱۴/۶۵ و ۰/۶۷)، گروه شفقت به خود (۱۴/۸۰ و ۰/۷۷)، و گروه گواه (۱۴/۸۰ و ۰/۷۰) بود.

یکی دیگر از سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا، شفقت به خود<sup>۱</sup> است. شفقت به خود، شکل سالم خودپذیری بوده و مشتمل بر سه مؤلفه مهربانی با خود<sup>۲</sup>، وجه مشترک انسانی<sup>۳</sup>، و ذهن آگاهی<sup>۴</sup> است (۲۶). این ویژگی روانی به افراد این امکان را می‌دهد تا به جای ارزیابی کاذب نسبت به خود، دیدگاه بی‌طرفانه و دقیق داشته باشند (۲۷). ویژگی ممتاز شفقت به خود آن است که به سمت درد و رنج شخصی فرد جهت داده می‌شود (۲۸). مطالعات نشان داده‌اند که شفقت به خود با افسردگی نوجوانان رابطه معکوس (۲۹) و با کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد (۳۰) و پیش‌بینی‌کننده قوی برای کاهش افسردگی (۳۱)، افزایش سلامت روانی (۹) و رضایت از زندگی بوده (۳۵ - ۳۲) و آموزش آن می‌تواند کیفیت زندگی را افزایش دهد (۲۸ و ۳۶). شفقت به خود پیش‌بینی‌کننده مهم تنیدگی تحصیلی دانش‌آموزان است (۳۷). بین شفقت به خود و کاهش فرسودگی تحصیلی رابطه معناداری وجود دارد (۹) و آموزش شفقت به خود موجب کاهش فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان می‌شود (۳۸).

حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی و تحصیلی در نوجوانان با علائم افسردگی، به کارگیری آموزش روان‌شناختی مناسب برای این افراد از نظر نقش برجسته نوجوانان در تحول آینده کشور ضرورت دارد. با توجه به اینکه در مطالعات قبلی، پژوهشی با هدف مقایسه آموزش‌های تاب‌آوری و شفقت به خود در دانش‌آموزان با علائم افسردگی یافت نشد؛ بنابراین نتایج این مطالعه می‌تواند تلویحات نظری و عملی مهمی درباره مؤثرترین آموزش‌های حیطة سلامت روان دانش‌آموزان و کاهش مشکلات رفتاری و تحصیلی آنها داشته باشد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه و تعیین اثربخشی این دو شیوه مداخله بر بهبود سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان با علائم افسردگی انجام شد.

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** این پژوهش شبه‌تجربی<sup>۵</sup> با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه<sup>۶</sup> انجام شده است. جامعه

5. Quasi-experimental  
6. Pretest-posttest control group design

1. Self-compassion  
2. Self-kindness  
3. Common humanity  
4. Mindfulness

**(ب) ابزار**

۱. مقیاس خودسنجی افسردگی<sup>۱</sup>: این مقیاس در سال ۱۹۸۱ توسط برلسون طراحی شد (۳۹). این آزمون ۱۸ گویه دارد که بر اساس یک مقیاس لیکرت ۳ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. شیوه نمره‌گذاری به این صورت است که به گزینه هرگز نمره ۰، گاهی اوقات ۱ و بیش‌تر اوقات ۲ تعلق می‌گیرد. نمره‌گذاری در گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۶ وارونه است. دامنه نمره فرد از ۰ تا ۳۶ است. نمره بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده افسردگی است. پایایی پرسش‌نامه را برلسون، هادسون، بوچانان و وولف (۴۰) با روش بازآزمایی در نمونه‌های مستقل ۰/۸۰ به دست آورده‌اند. ضریب پایایی هر یک از گویه‌های فردی بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۵ بود (۴۰). مختارنیا، حبیبی، خلقی، محمدی و کلانتری (۴۱) برای بررسی اعتبار پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی بازآزمایی استفاده کردند. ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ۷۹۴ نفری ۰/۷۷ و ضریب بازآزمایی به مدت ده روز در نمونه ۵۰ نفری ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین این پژوهشگران نتایج به دست آمده از روایی ملاک همزمان، واگرا، و همگرا را رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند (۴۱). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>۲</sup>: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر طراحی شد (۴۲) که حاوی ۲۸ گویه است. خرده‌مقیاس‌های این ابزار عبارتند از: (۱) نشانه‌های جسمانی<sup>۳</sup>، (۲) اضطراب و بی‌خوابی<sup>۴</sup>، (۳) نارساکنش‌وری اجتماعی<sup>۵</sup>، و (۴) افسردگی<sup>۶</sup>. شیوه نمره‌گذاری بدین شکل است که به گزینه به هیچ وجه نمره ۰، در حد معمول نمره ۱، بیش از حد معمول نمره ۲، و خیلی بیشتر از حد معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. دامنه نمره فرد از ۰ تا ۸۴ است. در این پرسش‌نامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است (۴۳). گلدبرگ<sup>۷</sup> (۱۹۸۰) همبستگی نمرات سلامت عمومی و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلال‌ها را ۰/۸۰ گزارش کرد (نقل از ۴۴). در مطالعه‌ای که توسط برودیر، جین و برما انجام شد ضرایب همبستگی برای خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های

1. Depression Self-Rating Scale (DSRS)
2. General Health Questionnaire (GHQ)
3. Somatic symptoms
4. Anxiety and insomnia
5. Social dysfunction
6. Depression
7. Goldberg

جسمانی ۰/۶۷، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۱، اختلال عملکرد اجتماعی ۰/۵۹، و افسردگی ۰/۷۵ گزارش شد (۴۵). همچنین این پژوهشگر برای مطالعه روایی پرسش‌نامه از روش روایی همزمان و همبستگی خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره کل استفاده کرده است. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس<sup>۸</sup> (کراون و کریسب<sup>۹</sup>، ۱۹۶۶)، ضریب همبستگی ۰/۵۵ را نتیجه داده است. ضرایب همبستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ به دست آمده است. تقوی (۲۰۰۱) در ایران اعتبار این پرسش‌نامه را با سه روش بازآزمایی، تنصیف، و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، و ۰/۹۰ گزارش کرده است (نقل از ۴۶). ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

۳. پرسش‌نامه فرسودگی تحصیلی<sup>۱۰</sup>: این پرسش‌نامه توسط برسو، سالانووا و شاولی در سال ۲۰۰۷ تدوین شده است (۴۷) و ۱۵ گویه دارد که در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) درجه‌بندی شده است. به درجه کاملاً مخالف، نمره ۱ و به درجه کاملاً موافق، نمره ۵ داده می‌شود. دامنه نمره فرد از ۱۵ تا ۷۵ است. این پرسش‌نامه سه حیطه فرسودگی تحصیلی یعنی خستگی تحصیلی<sup>۱۱</sup> (۵ گویه)، بی‌علاقگی تحصیلی<sup>۱۲</sup> (۴ گویه)، و ناکارآمدی تحصیلی<sup>۱۳</sup> (۶ گویه) را می‌سنجد. نمره بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده فرسودگی تحصیلی است. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را سازندگان آن ۰/۷۰ برای خستگی هیجانی، ۰/۸۲ برای بی‌علاقگی تحصیلی، و ۰/۷۵ برای ناکارآمدی تحصیلی گزارش کرده‌اند. در ضمن روایی پرسش‌نامه را با روش تحلیل عامل تأییدی محاسبه کرده و آن را مطلوب گزارش کرده‌اند (نقل از ۴۸). نعیمی<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برای خستگی تحصیلی ۰/۷۹، بی‌علاقگی تحصیلی ۰/۸۲، و ناکارآمدی تحصیلی ۰/۷۵ محاسبه کرده است. او روایی این پرسش‌نامه را از طریق

8. Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q)
9. Crown & Crisp
10. Academic burnout questionnaire
11. Academic exhaustion
12. Academic uninterested
13. Academic inefficacy
14. Naami



ابوالقاسمی، احدی و نریمانی (۲۸) استاندارد شده و روی گروه نوجوانان با اختلال افسردگی به کار گرفته شده است. اصول پایه در آموزش شفقت به خود به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود. آموزش شفقت به خود موجب افزایش توان مقابله‌ای افراد با آشفتگی‌ها و تمایلات خودانتقادی می‌شود، قابلیت تشخیص چگونگی تعامل با دیگران را بالا می‌برد، و چگونگی سروکار داشتن با هیجانات را به روشی روشن فراهم می‌کند (۲۸).

لازم به ذکر است که هر دو مداخله در پژوهش حاضر توسط نویسنده نخست در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه و با استفاده از روش‌های تدریس سخنرانی، بارش مغزی<sup>۵</sup>، و بحث گروهی در مدارس شهر پارس‌آباد (استان اردبیل) اجرا شد. در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث مشخص می‌شد، مهارت‌های جدید به دانش‌آموزان آموزش داده شده و تکالیفی برای اجرا در فاصله بین جلسات معین می‌شد. همچنین دانش‌آموزان موظف بودند تکالیف تعیین شده در خانه را انجام داده و در هر جلسه، گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کنند و اگر نمی‌توانند زمانی را صرف انجام تکالیف کنند، بهتر است کلاس را ترک کنند. در جدول زیر محتوای جلسات آموزشی برای دو گروه آزمایش به اختصار ارائه شده است.

محاسبه همبستگی آن با پرسش‌نامه عوامل تنشگر دانشجویی<sup>۱</sup> (پولادی ری شهری<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵) به ترتیب برابر ۰/۳۸، ۰/۴۲ و ۰/۴۵ محاسبه کرده که در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی‌دار است (نقل از ۴۸). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

**ج) معرفی برنامه مداخله‌ای:** آموزش تاب‌آوری یکی از نوآوری‌ها در روان‌شناسی مثبت محسوب می‌شود. افراد با آموزش تاب‌آوری و به کارگیری تکنیک‌های آن یاد می‌گیرند تا احساس ناامیدی و تنهایی کمتری داشته و نسبت به زندگی چشم‌انداز مثبت و خوش‌بینی داشته باشند. آموزش تاب‌آوری باعث انعطاف‌پذیری، احساس اعتماد به خود، و کارآمدی شده و به افراد اجازه می‌دهد تا با موفقیت کشاکش‌های زندگی را پشت سر بگذارند و هنگام تجربه هیجانات منفی بتوانند سلامت روانی خود را حفظ کنند. در این پژوهش برنامه آموزش تاب‌آوری، برگرفته از مدل هندرسون، میلستین، کروتز<sup>۳</sup> و انستیتوی پژوهش است که در سال ۱۹۹۷ در ایالات متحده آمریکا به اجرا درآمد. چرخه تاب‌آوری در مدل هندرسون و همکاران عبارت بود از: طراحی و ارتباط‌سازی برای افزایش خوش‌بینی، فراگرفتن مهارت‌های زندگی، داشتن دل‌بستگی‌های مثبت، و... (۲۴).

همچنین از برنامه آموزش شفقت به خود گیلبرت<sup>۴</sup> به عنوان عامل مداخله بعدی در این مطالعه استفاده شد. این بسته آموزشی توسط گیلبرت در سال ۲۰۰۹ ساخته شده است که در ایران توسط گل‌پور،

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش تاب‌آوری و آموزش شفقت به خود

جلسه	آموزش تاب‌آوری هندرسون، میلستین، کروتز و انستیتوی پژوهش (۲۴)	آموزش شفقت به خود گیلبرت (۲۸)
۱	توضیح در مورد افسردگی، اثرات و پیامدهای آن، مفهوم‌سازی آموزش تاب‌آوری و ارزیابی افراد نمونه توسط پرسش‌نامه‌ها	توضیح درباره افسردگی، اثرات و پیامدهای آن، مفهوم‌سازی آموزش شفقت به خود، و ارزیابی توسط پرسش‌نامه‌ها
۲	آموزش خودآگاهی، انعطاف‌پذیری و منبع مهارگری درونی با هدف آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود، ایجاد ظرفیت برای تغییر، و اعتقاد به اینکه تقویت‌هایی که دریافت می‌کنند حاصل ویژگی‌های خود آنهاست.	آموزش همدلی: آموزش داده شد که چگونه امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.
۳	آموزش ارتباط مؤثر و پیوندجویی با هدف ارتقاء توانایی افراد در برقراری روابط اجتماعی و دوست‌یابی	آموزش بخشایش: پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.
۴	آموزش هدفمندی و خوش‌بینی با هدف آموزش هدفمند بودن و چگونگی برنامه‌ریزی برای دست‌یابی به اهداف و مثبت‌اندیشی و امیدواری نسبت به آینده.	آموزش پذیرش مسائل: پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط کشاکش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با معضلات مختلف

4. Gilbert self-compassion training  
5. Brain Storming

1. Students Stressors Questionnaire (SSQ)  
2. Pooladi Rayshahri  
3. Henderson, Milstein, Krovetz & Research Institute Resilience Training

آموزش حل مسئله، تصمیم‌گیری و مسئولیت‌پذیری با هدف آموزش مراحل پنج‌گانه حل مسئله، اتخاذ تصمیم‌های درست در زندگی و آشنایی با پیامدها و فواید مسئولیت‌پذیری.	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی؛ ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.
آموزش مهار هیجان‌ها با هدف مدیریت خشم، اضطراب و تنیدگی	آموزش ذهن‌آگاهی: ذهن‌آگاهی همراه با تمرین تنفس، واریسی و لمس بدن و تمرکز بر شیء آموزش داده شد.
آموزش حرمت خود و اعتماد به خود با هدف تقویت حرمت خود و اعتماد به خود	آموزش مسئولیت‌پذیری: مسئولیت‌پذیری در برابر تقصیرجویی خودانتقادگرانه، آموزش افکار و رفتار شفقت‌گر در مقابل انتقادگر
آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته، ارزیابی مجدد توسط پرسش‌نامه‌ها	آموزش و تمرین مهارت‌ها: مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته و ارزیابی مجدد توسط پرسش‌نامه‌ها

### یافته‌ها

برای آزمون اینکه آیا گروه‌ها از نظر توزیع پایه تحصیلی برابر هستند یا خیر، از آزمون مجذور خی  $\chi^2$  پیرسون استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر فراوانی پایه تحصیلی وجود ندارد ( $\chi^2 = 0/404$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0/817$ )؛ بدین مفهوم که این سه گروه از نظر متغیر پایه تحصیلی همتا هستند. میانگین سنی (سال) و انحراف استاندارد به ترتیب برای گروه تاب‌آوری (۱۴/۶۵ و ۰/۶۷)، گروه شفقت به خود (۱۴/۸۰ و ۰/۷۷)، و گروه گواه (۱۴/۸۰ و ۰/۷۰) به دست آمد. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه مقادیر سن سه گروه نشان داد تفاوت معناداری از نظر متغیر سن بین این سه گروه وجود ندارد ( $F = 0/295$ ,  $p = 0/745$ )؛ بدین مفهوم که این سه گروه از نظر متغیر سن همتا هستند. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون هر یک از خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش شامل سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی در دو گروه آزمایش و گروه گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

### د) روش اجرا: بعد از اخذ مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش، افراد

نمونه به شرحی که در بخش روش ارائه شد انتخاب و در سه گروه جایدهی شدند. ابتدا تمامی افراد نمونه در هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و در مرحله بعد دو گروه آموزش، مداخلات لازم را دریافت کردند و در نهایت از هر سه گروه، پس‌آزمون به عمل آمد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت دانش‌آموزان و اولیای آنها برای شرکت در مطالعه کسب و از تمامی مراحل مداخله آگاه شدند. به افراد گروه گواه نیز اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهش این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به افراد هر سه گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در پایان داده‌های به دست آمده در محیط نرم‌افزار SPSS-20 و با کمک آمار توصیفی و آزمون کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی به تفکیک گروه‌های پژوهش

مؤلفه	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
نشانه‌های جسمانی	پیش‌آزمون	تاب‌آوری	۱۰/۲۵	۵/۵۷	۰/۲۷۶	-۰/۰۲۷
		شفقت به خود	۸/۷۵	۳/۰۹	۰/۸۴۱	۱/۱۹۸
	پس‌آزمون	گواه	۷/۹۵	۴/۳۶	۱/۰۵۵	۱/۷۹۹
		تاب‌آوری	۴/۸۰	۱/۰۱	۰/۰۹۷	۰/۱۸۹
اضطراب و بی‌خوابی	پیش‌آزمون	شفقت به خود	۵/۰۵	۱/۱۰	-۰/۳۷۲	-۰/۵۵۱
		گواه	۶/۱۰	۱/۰۲	-۰/۲۱۸	-۰/۵۸۶
	پس‌آزمون	تاب‌آوری	۱۰/۶۵	۲/۶۴	۰/۴۴۱	-۰/۹۳۳
		شفقت به خود	۹/۸۰	۲/۲۴	۰/۸۷۲	۰/۴۰۶
		گواه	۹/۷۵	۲/۸۸	۰/۴۱۰	-۰/۵۸۰

۱/۶۲۷	۰/۰۷۱	۲/۳۱	۹/۴۵	تاب‌آوری	
-۰/۵۹۵	۰/۲۰۸	۱/۳۱	۷/۳۵	شفقت به خود	پس‌آزمون
-۰/۸۵۱	-۰/۰۸۸	۱/۶۴	۱۱/۰۵	گواه	
-۰/۷۶۴	۰/۱۹۰	۱/۹۹	۸/۲۵	تاب‌آوری	
۱/۳۲۹	۰/۴۷۰	۳/۲۱	۱۱/۲۵	شفقت به خود	پیش‌آزمون
-۰/۳۰۱	-۰/۰۱۵	۲/۵۱	۹/۱۰	گواه	
۰/۱۱۷	۰/۵۳۰	۲/۲۳	۴/۶۰	تاب‌آوری	نارساکنش‌وری اجتماعی
۰/۸۲۴	۰/۷۵۵	۳/۴۱	۷/۸۰	شفقت به خود	پس‌آزمون
-۰/۶۵۶	۰/۶۰۸	۲/۶۶	۱۰/۰۵	گواه	
۰/۴۵۵	۰/۹۴۰	۳/۸۹	۱۱/۷۰	تاب‌آوری	
-۰/۷۵۹	۰/۴۵۹	۲/۲۳	۱۰/۶۵	شفقت به خود	پیش‌آزمون
-۰/۰۲۴	-۰/۱۷۱	۲/۸۷	۱۲/۳۰	گواه	
۱/۶۶۲	-۰/۷۰۲	۱/۷۳	۷/۵۵	تاب‌آوری	افسردگی
-۱/۰۴۸	-۰/۰۵۲	۱/۹۸	۸/۶۰	شفقت به خود	پس‌آزمون
-۰/۹۱۰	۰/۰۰۷	۲/۲۶	۱۱/۶۰	گواه	
۰/۹۷۲	-۰/۹۶۴	۲/۳۷	۱۳/۱۵	تاب‌آوری	
۰/۰۰۰	۰/۳۳۲	۴/۴۳	۱۴/۷۰	شفقت به خود	پیش‌آزمون
-۰/۳۱۱	-۰/۶۶۱	۳/۳۶	۱۴/۶۵	گواه	
-۰/۱۶۹	۰/۳۸۴	۱/۶۰	۸/۶۵	تاب‌آوری	خستگی تحصیلی
-۱/۰۹۴	-۰/۲۸۴	۲/۱۸	۱۱/۷۰	شفقت به خود	پس‌آزمون
-۰/۲۵۸	-۰/۶۵۳	۱/۵۵	۱۴/۱۰	گواه	
-۰/۶۶۲	۰/۱۱۷	۱/۷۸	۱۱/۳۰	تاب‌آوری	
-۰/۲۰۳	-۰/۶۱۰	۲/۹۶	۱۱/۷۰	شفقت به خود	پیش‌آزمون
-۱/۳۰۸	-۰/۱۰۷	۳/۴۴	۱۱/۰۵	گواه	
-۱/۰۴۱	۰/۰۰۸	۱/۴۶	۶/۶۵	تاب‌آوری	بی‌علاقگی تحصیلی
۰/۴۱۰	۰/۶۸۱	۱/۵۰	۷/۴۰	شفقت به خود	پس‌آزمون
-۱/۳۰۸	-۰/۱۱۹	۱/۷۲	۹/۶۰	گواه	
-۱/۰۳۶	۰/۱۴۹	۱/۹۹	۱۶/۴۵	تاب‌آوری	
۰/۱۶۹	-۰/۰۸۴	۲/۳۹	۱۶/۲۰	شفقت به خود	پیش‌آزمون
-۰/۴۳۷	-۰/۰۱۲	۲/۲۶	۱۷/۵۵	گواه	
۰/۳۲۲	۰/۶۴۵	۲/۳۱	۱۲/۵۵	تاب‌آوری	ناکارآمدی تحصیلی
-۰/۸۰۲	-۰/۳۵۵	۲/۵۶	۱۳/۹۵	شفقت به خود	پس‌آزمون
۰/۲۰۹	-۰/۵۸۱	۲/۷۹	۱۹/۰۰	گواه	

سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی افراد نمونه از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفتند.

جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد و نتایج نشان داد که شاخص کجی و کشیدگی

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات تمام مؤلفه‌ها در هر دو گروه آموزشی، در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است. با توجه به اینکه در صورت متناقض شدن نتایج تحلیل نمره کل مقیاس با نمره خرده‌مقیاس‌ها، تبیین نتایج مشکل می‌شود؛ بنابراین فقط تحلیل خرده‌مقیاس‌ها ارائه شده است. برای بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری و شفقت به خود بر هر یک از خرده‌مقیاس‌های

همه سطوح پژوهش در دامنه ۲ و ۲- قرار داشت و این به معنای نرمال بودن داده‌ها است. به منظور بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه، از آزمون لوین<sup>۱</sup> استفاده شد. نتایج نشان از عدم معنی داری آزمون لوین برای همه سطوح در سطح ۰/۰۵ بوده است ( $P > 0/05$ )، بنابراین شرط همگنی واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون ام باکس، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) را مورد تأیید قرار داد ( $F = 0/589$ ،  $P = 0/740$ ،  $F = 3/722$ ،  $F = 3/722$ )، Box's M). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است ( $P < 0/05$ ). همچنین عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از فاصله ماهالانوبیس<sup>۲</sup> مورد بررسی قرار گرفت که داده پرت شناسایی نشد و صحت این فرضیه بررسی شد. علاوه بر این هم خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین جفت متغیرها بررسی شد و با توجه به اینکه تمامی ضرایب همبستگی بین جفت متغیرها در حد متوسط (۰/۳) تا ۰/۵ بود این فرضیه مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به حد متوسط ضرایب همبستگی می توان این نتیجه را گرفت که بین متغیرها همبستگی

خطی چندگانه وجود ندارد، بنابراین با توجه به آماره‌های چندمتغیری مربوطه و معنادار نبودن لامبدای ویلکز<sup>۳</sup> در سطح اطمینان ۹۵ درصد، مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم.

برای تعیین اثر کلی متغیر گروه بر مؤلفه‌های سلامت عمومی از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج نشان داد اثر کلی گروه معنادار است، زیرا  $F$  مربوط به آزمون لامبدای ویلکز با (۱۹/۰۳۷) و با درجه آزادی (۴) در سطح  $P < 0/001$  معنادار و اندازه اثر آن (۰/۶۰۴) است؛ یعنی بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه حداقل در یکی از مؤلفه‌های سلامت عمومی تفاوت معنی داری وجود دارد. برای تعیین اینکه این تأثیر کلی در کدام یک از مؤلفه‌های سلامت عمومی وجود دارد، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۳ ارائه شده است. اطلاعات مربوط به تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه از نظر مؤلفه‌های سلامت عمومی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، و افسردگی) در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین تفاوت بین گروهی در مؤلفه‌های سلامت عمومی

توان آماری	مجدور اتا	p	F	MS	df	SS	مؤلفه‌های کیفیت زندگی
۰/۸۸۸	۰/۲۶۳	۰/۰۱۰	۳/۱۵۷	۳/۵۵۴	۶	۲۱/۳۲۱	نشانه‌های جسمانی
۱	۰/۵۱۴	۰/۰۰۰	۹/۳۵۰	۲۷/۶۱۲	۶	۱۶۵/۶۷۲	اضطراب و بی‌خوابی
۱	۰/۴۸۵	۰/۰۰۰	۸/۳۲۱	۶۰/۷۱۱	۶	۳۶۴/۲۶۸	نارساکنش‌وری اجتماعی
۱	۰/۵۰۴	۰/۰۰۰	۸/۹۶۰	۳۴/۰۱۱	۶	۲۰۴/۰۶۶	افسردگی
۰/۹۶۷	۰/۲۵۴	۰/۰۰۰	۹/۰۲۴	۱۰/۱۵۸	۲	۲۰/۳۱۶	نشانه‌های جسمانی
۰/۹۹۸	۰/۳۵۱	۰/۰۰۰	۱۴/۳۳۸	۴۲/۳۴۲	۲	۸۴/۶۸۳	اضطراب و بی‌خوابی
۰/۹۹۸	۰/۳۵۵	۰/۰۰۰	۱۴/۶۰۸	۱۰۶/۵۹۱	۲	۲۱۳/۱۸۱	نارساکنش‌وری اجتماعی
۱	۰/۴۳۵	۰/۰۰۰	۲۰/۴۱۶	۷۷/۴۹۶	۲	۱۵۴/۹۹۲	افسردگی

همچنین میزان اندازه اثر در جدول ۳ نشان می‌دهد که عضویت گروهی، ۲۵/۴ درصد از تغییرات نشانه‌های جسمانی، ۳۵/۱ درصد از تغییرات اضطراب و بی‌خوابی، ۳۵/۵ درصد از تغییرات نارساکنش‌وری اجتماعی، و ۴۳/۵ درصد از تغییرات افسردگی را تبیین می‌کند. با توجه به این

با توجه به جدول ۳ آماره  $F$  برای مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی (۹/۰۲۴)، اضطراب و بی‌خوابی (۱۴/۳۳۸)، نارساکنش‌وری اجتماعی (۱۴/۶۰۸) و افسردگی (۲۰/۴۱۶) در سطح ۰/۰۰۰ معنادار است که نشان می‌دهد بین سه گروه در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.

3. Wilks' Lambda

1. Levene's Test  
2. Mahalanobis Distance

مؤلفه‌های فرسودگی تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد. برای تعیین اینکه این تأثیر کلی در کدام مؤلفه‌های فرسودگی تحصیلی وجود دارد، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۴ گزارش شده است. اطلاعات مربوط به تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه از نظر مؤلفه‌های فرسودگی تحصیلی (خستگی تحصیلی، بی‌علاقگی تحصیلی، و ناکارآمدی تحصیلی) در جدول ۴ ارائه شده است.

یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری و شفقت به خود موجب کاهش نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، و افسردگی دانش‌آموزان می‌شود.

برای تعیین اثر کلی متغیر گروه بر مؤلفه‌های فرسودگی تحصیلی از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج نشان داد اثر کلی گروه معنادار است، زیرا  $F$  مربوط به آزمون لامبدای ویلکز با  $(19/378)$  و با درجه آزادی  $(3)$  در سطح  $P < 0/001$  معنادار و اندازه اثر آن  $(0/528)$  است؛ یعنی بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه حداقل در یکی از

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای تعیین تفاوت بین گروهی در مؤلفه‌های فرسودگی تحصیلی

توان آماری	مجذور آتا	p	F	MS	df	SS	مؤلفه‌های فرسودگی تحصیلی
۱	۰/۶۳۹	۰/۰۰۰	۱۹/۰۷۹	۶۱/۶۸۱	۵	۳۰۸/۴۰۵	خستگی تحصیلی
۰/۹۹۸	۰/۴۰۴	۰/۰۰۰	۷/۳۱۴	۱۸/۹۱۱	۵	۹۴/۵۵۵	بی‌علاقگی تحصیلی
۱	۰/۵۵۵	۰/۰۰۰	۱۳/۴۹۰	۹۲/۶۷۴	۵	۴۶۳/۳۷۲	ناکارآمدی تحصیلی
۱	۰/۵۹۷	۰/۰۰۰	۳۹/۹۷۵	۱۲۹/۲۳۷	۲	۲۵۸/۴۷۳	خستگی تحصیلی
۰/۹۹۹	۰/۳۷۷	۰/۰۰۰	۱۶/۳۱۸	۴۲/۱۹۴	۲	۸۴/۳۸۸	بی‌علاقگی تحصیلی
۱	۰/۵۲۲	۰/۰۰۰	۲۹/۵۰۴	۲۰۲/۶۸۰	۲	۴۰۵/۳۵۹	ناکارآمدی تحصیلی

درصد از تغییرات ناکارآمدی تحصیلی را تبیین می‌کند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش تاب‌آوری و شفقت به خود موجب کاهش خستگی تحصیلی، بی‌علاقگی تحصیلی، و ناکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان می‌شود. در ادامه جهت مقایسه اثربخشی دو نوع مداخله بر متغیرهای وابسته، از نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی<sup>۱</sup> استفاده شده است که در جدول ۵ گزارش شده است.

با توجه به جدول ۴ آماره  $F$  برای مؤلفه‌های خستگی تحصیلی  $(39/975)$ ، بی‌علاقگی تحصیلی  $(16/318)$ ، و ناکارآمدی تحصیلی  $(29/504)$  در سطح  $0/000$  معنادار است که نشان می‌دهد بین سه گروه در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان اندازه اثر در جدول ۴ نشان می‌دهد که عضویت گروهی  $59/7$  درصد از تغییرات خستگی تحصیلی،  $37/7$  درصد از تغییرات بی‌علاقگی تحصیلی، و  $52/2$

جدول ۵: نتایج مقایسه زوجی مؤلفه‌های سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش

مؤلفه‌ها	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
نشانه‌های جسمانی	تاب‌آوری	شفقت به خود	۰/۳۸۷	۱
	تاب‌آوری	گواه	۰/۳۵۱	۰/۰۰۱
	شفقت به خود	گواه	۰/۳۷۶	۰/۰۰۶
اضطراب و بی‌خوابی	تاب‌آوری	شفقت به خود	۰/۶۲۷	۰/۱۳۶
	تاب‌آوری	گواه	۰/۵۶۹	۰/۰۰۵
	شفقت به خود	گواه	۰/۶۰۹	۰/۰۰۰
نارساکنش‌وری اجتماعی	تاب‌آوری	شفقت به خود	۰/۹۸۶	۰/۱۲۲
	تاب‌آوری	گواه	۰/۸۹۴	۰/۰۰۰
	شفقت به خود	گواه	۰/۹۵۷	۰/۰۱۸

۱	۰/۷۱۱	-۰/۵۶۵	شفقت به خود	تاب آوری	افسردگی
۰/۰۰۰	۰/۶۴۵	-۳/۸۲۳*	گواه		
۰/۰۰۰	۰/۶۹۰	-۳/۲۵۷*	گواه	شفقت به خود	

افسردگی آزمودنی‌ها داشته و به کاهش این مؤلفه‌ها در آزمودنی‌ها منجر شده است ولی تأثیر دو روش آموزشی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی یکسان بوده است. در جدول ۶، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو شیوه مداخله بر مؤلفه‌های فرسودگی تحصیلی گزارش شده است.

نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، و افسردگی، تفاوت بین دو گروه آزمایش با گروه گواه معنادار ( $P < 0/05$ ) ولی با همدیگر، غیرمعنی‌دار بوده است ( $P > 0/05$ )؛ بدین معنا که هر دو روش آموزش در مقایسه با گروه گواه، تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، و

جدول ۶: نتایج مقایسه زوجی مؤلفه‌های فرسودگی تحصیلی در گروه‌های آزمایش

مؤلفه‌ها	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
خستگی تحصیلی	شفقت به خود	-۲/۹۳۳*	۰/۵۸۰	۰/۰۰۰
	تاب آوری	گواه	۰/۵۹۰	۰/۰۰۰
	شفقت به خود	گواه	۰/۵۹۰	۰/۰۰۱
بی‌علاقگی تحصیلی	شفقت به خود	-۰/۷۴۰	۰/۵۱۸	۰/۴۷۸
	تاب آوری	گواه	۰/۵۲۸	۰/۰۰۰
	شفقت به خود	گواه	۰/۵۲۷	۰/۰۰۰
ناکارآمدی تحصیلی	شفقت به خود	-۱/۴۱۹	۰/۸۴۵	۰/۲۹۶
	تاب آوری	گواه	۰/۸۶۰	۰/۰۰۰
	شفقت به خود	گواه	۰/۸۵۹	۰/۰۰۰

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه و تعیین اثربخشی آموزش‌های تاب آوری و شفقت به خود بر سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی دانش آموزان با علائم افسردگی بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش تاب آوری موجب بهبود مؤلفه‌های سلامت عمومی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی، و افسردگی) و مؤلفه‌های فرسودگی تحصیلی (خستگی تحصیلی، بی‌علاقگی تحصیلی، و ناکارآمدی تحصیلی) در دانش آموزان با علائم افسردگی می‌شود. نتایج به دست آمده با نتیجه مطالعه ضمیری نژاد، گلزاری، برجعلی، حجت و اکابری (۱۸)، مبنی بر اثربخش بودن آموزش تاب آوری بر کاهش افسردگی دانشجویان دختر افسرده؛ مطالعه یعقوبی و بختیاری (۲۴)، مبنی بر تأثیر آموزش تاب آوری بر کاهش فرسودگی تحصیلی و مؤلفه‌های آن (خستگی تحصیلی، بی‌علاقگی تحصیلی، و ناکارآمدی تحصیلی) در

نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های خستگی تحصیلی، بی‌علاقگی تحصیلی، و ناکارآمدی تحصیلی، تفاوت بین دو گروه آزمایش با گروه گواه معنادار است ( $P < 0/05$ )؛ بدین معنا که هر دو روش آموزشی در مقایسه با گروه گواه، تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های خستگی تحصیلی، بی‌علاقگی تحصیلی، و ناکارآمدی تحصیلی آزمودنی‌ها داشته و به کاهش این مؤلفه‌ها در آزمودنی‌ها منجر شده است. همچنین تفاوت بین دو گروه آزمایش در مؤلفه خستگی تحصیلی، معنادار ( $P < 0/05$ ) ولی در مؤلفه‌های بی‌علاقگی تحصیلی و ناکارآمدی تحصیلی غیر معنادار بوده است ( $P > 0/05$ )؛ بدین معنا که آموزش تاب آوری در مقایسه با آموزش شفقت به خود، تأثیر بیشتری بر کاهش خستگی تحصیلی آزمودنی‌ها داشته است، اما در مؤلفه‌های بی‌علاقگی تحصیلی و ناکارآمدی تحصیلی، تأثیر دو روش آموزشی یکسان بوده است.

دانش‌آموزان دختر؛ و مطالعه لانز (۲۵) مبنی بر اثربخش بودن مداخله تاب‌آوری بر کاهش فرسودگی دانشجویان، همسو است.

در تبیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود سلامت عمومی می‌توان بیان کرد که تاب‌آوری با افزایش اعتماد به خود و باورهای مثبت و کاهش احساس تنهایی و ناامیدی باعث بهبود افسردگی می‌شود (۱۸). سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند؛ در نتیجه حوادث ناگوار کم‌اثر یا بی‌اثر شده، و سلامت روان حفظ می‌شود (۲۲).

در تبیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود فرسودگی تحصیلی می‌توان بیان کرد که تاب‌آوری به عنوان یک سپر محافظتی در برابر عوامل تنش‌آور عمل می‌کند و تأثیر عوامل ایجادکننده تنش را تعدیل می‌کند (۲۱). از آنجا که خوش‌بینی یکی از اصلی‌ترین ویژگی‌های افراد تاب‌آور است، در نتیجه این‌گونه افراد با وجود قرار گرفتن در محیط‌های پرخطر و آسیب‌زا مانند برگزاری امتحانات و انجام تکالیف سخت کلاسی، از نظر روانی آسیب نمی‌بینند و با مسائل و مشکلات زندگی، به دید مثبت و همراه با خوش‌بینی نگاه می‌کنند. به دلیل میزان بالای خوش‌بینی و باورهای مثبت در آنان پس از شکست‌هایی مانند گرفتن نمره پایین در یک آزمون، ناامید و دلسرد نشده و بر میزان تلاش‌های خود می‌افزایند؛ بنابراین می‌توان گفت آموزش تاب‌آوری به دانش‌آموزان باعث افزایش میزان تاب‌آوری و خوش‌بینی در آنان شده و در پی آن موجب کاهش خستگی تحصیلی و بی‌علاقگی تحصیلی می‌شود (۲۴). افراد تاب‌آور توانایی غلبه بر موقعیت‌های دشوار زندگی را دارند که همین موضوع باعث افزایش کارایی و کاهش فرسودگی تحصیلی آنها می‌شوند (۱۱).

همچنین نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش شفقت به خود موجب بهبود مؤلفه‌های سلامت عمومی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، و افسردگی) و مؤلفه‌های فرسودگی تحصیلی (خستگی تحصیلی، بی‌علاقگی تحصیلی، و ناکارآمدی تحصیلی) در دانش‌آموزان با علائم افسردگی می‌شود.

نتایج به دست آمده با نتیجه مطالعه گل‌پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی (۲۸)، مبنی بر اثربخش بودن آموزش شفقت به خود بر بهبود

افسردگی، کیفیت زندگی، و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان افسرده؛ مطالعه بلوث و ایزنلار-مول (۳۳)، مبنی بر اثربخش بودن آموزش شفقت به خود بر بهزیستی هیجانی نوجوانان؛ با بخشی از نتیجه مطالعه فراری و همکاران (۳۴)، مبنی بر اثربخش بودن مداخله شفقت به خود بر دامنه وسیعی از پیامدهای روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب؛ و مطالعه کرمی، شریفی، نیک‌خواه و غضنفری (۳۸) مبنی بر اثربخش بودن آموزش شفقت به خود بر کاهش فرسودگی تحصیلی، همسو است.

در تبیین اثربخشی آموزش شفقت به خود بر بهبود سلامت عمومی می‌توان بیان کرد که از طریق آموزش شفقت به خود به افراد کمک می‌شود تا قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار داده، فهم مهربانانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار داده در خود ایجاد کنند، و به صورت هوشیارانه احساسات و افکار خود را بپذیرند و تحمل بیشتری داشته باشند؛ در نتیجه این نوع آموزش موجب افزایش توان مقابله افراد افسرده با آشفتگی و تمایلات خودانتقادی می‌شود (۳۶). همچنین ارزیابی مهربانانه از خود، پذیرش خود را افزایش داده و کیفیت روابط بین‌فردی را بهتر می‌کند و میل افراد برای بهبودی و تحول مثبت را افزایش داده و توانایی آنها را برای مدیریت کردن زندگی بیشتر می‌کند و در نتیجه از این طریق می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی در افراد شود (۳۰). شفقت به خود به افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند که این موضوع به بهزیستی و کیفیت زندگی بهتر و در نتیجه سلامت عمومی بالاتر، منجر می‌شود (۲۸).

شفقت به خود باعث می‌شود افراد ترس کمتری از شکست داشته باشند و شایستگی خود را درک و ملاحظه کنند. بر اساس این مفهوم افرادی که شفقت به خود بالایی دارند شکست‌ها و کام‌نایافتگی‌هایی که خود علت آن هستند را می‌پذیرند و به این موضوع معتقدند که تمامی انسان‌ها نیز می‌توانند دچار لغزش و اشتباهات شوند؛ بنابراین افرادی که خودشفقت‌ورز هستند سلامت روانی بیشتری را نسبت به افرادی که خودشفقت‌ورزی کمتری دارند، تجربه می‌کنند (۳۸).

در تبیین اثربخشی آموزش شفقت به خود بر بهبود فرسودگی تحصیلی می‌توان بیان کرد شفقت به خود با افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش انتقاد از خود، به کاهش نشخوار فکری و کسب تعادل روانی افراد منجر می‌شود؛ بنابراین انعطاف‌پذیری در افکار و مهربانی با خود

موجب می‌شود که افراد نسبت به خود، قضاوتی واقع‌بینانه داشته باشند و نارسایی‌های عملکرد خود را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و تصمیمات مناسب را برای رفع آنها در نظر گیرند. از سوی دیگر شناسایی نقاط قوت آنها موجب ارتقای حرمت خود شده و در عملکرد بعدی آنها، اثر بسیار مثبت و فزاینده‌ای دارد. دانش‌آموزان با اتکا به این اطمینان روانی، می‌توانند بر اعمال و رفتار خود تمرکز بیشتری داشته و آن را به خوبی مدیریت کنند (۹).

توجه به مشترکات انسانی می‌تواند موجب ایجاد احساس هم‌سرنوشتی با دیگران شود و از قضاوت‌های تند و افراطی نسبت به خود که مختل‌کننده عملکرد مناسب است، جلوگیری کند. کاهش انزوای روانی باعث می‌شود که زمینه تعامل بیشتر با دیگران و کسب تجارب یادگیری متنوع برای افراد فراهم شده و برای پیشرفت تحصیلی خود به طور مستمر تلاش کنند و به یادگیرندگان خودراهر تبدیل شوند (۹). ذهن‌آگاهی به عنوان یکی از مؤلفه‌های شفقت به خود، می‌تواند از فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان افسرده بازدارد کند. آموزش ذهن‌آگاهی، با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حال و برگرداندن توجه بر نظام شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، باعث کاهش نگرانی، برانگیختگی فیزیولوژیک، و تنیدگی می‌شود (۳۷).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد گروه آموزش تاب‌آوری دارای میانگین خستگی تحصیلی کمتری در مقایسه با گروه آموزش شفقت به خود بود؛ بدین معنا که آموزش تاب‌آوری در کاهش خستگی تحصیلی نسبت به آموزش شفقت به خود، مؤثرتر بوده است. در پژوهش‌های پیشین، پژوهشی که با هدف مقایسه این دو روش آموزشی انجام شده باشد، یافت نشده است.

در تبیین اثربخشی بیشتر آموزش تاب‌آوری در مقایسه با آموزش شفقت به خود، بر کاهش خستگی تحصیلی می‌توان گفت از آنجا که دانش‌آموزان تاب‌آور، کمتر احساس ناامیدی می‌کنند و از این مهارت برخوردارند که به یک مشکل به عنوان مسئله‌ای که می‌تواند آن را کندو کاو کرده و تغییر دهند و در واقع یا به روش‌های دیگری آن را حل کنند، در نتیجه همین موضوع توان تحمل آنها در برابر مشکلات بیشتر شده و سبب بهبود انعطاف‌پذیری، چشم‌انداز مثبت، و خوش‌بینی آنها به زندگی می‌شود (۲۴). بنابراین تاب‌آوری در محیط آموزشی را می‌توان

به عنوان عامل ایجاد‌کننده موفقیت بسیار بالا در مدرسه و سایر موقعیت‌های زندگی با وجود مصائب و دشواری‌های محیطی دانست. دانش‌آموزان تاب‌آور با وجود موانع و مشکلات اجتماعی، فرهنگی، و اقتصادی در سطح بالایی موفق می‌شوند و کمتر نسبت به مدرسه و انجام فعالیت‌های مربوط به مدرسه، احساس خستگی می‌کنند. از این رو می‌توان گفت آموزش تاب‌آوری به دانش‌آموزان با فرسودگی تحصیلی می‌تواند میزان تاب‌آوری را در آنان افزایش دهد و با توجه به ویژگی‌هایی که برای افراد تاب‌آور ذکر شد، می‌توان انتظار داشت که خستگی تحصیلی در این افراد کاهش یابد.

به طور کلی بر اساس نتایج این مطالعه، آموزش‌های تاب‌آوری و شفقت به خود از کارایی لازم برای بهبود سلامت عمومی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان با علائم افسردگی برخوردارند. همچنین آموزش تاب‌آوری در مقایسه با آموزش شفقت به خود، در کاهش خستگی تحصیلی، مؤثرتر بوده است. فراهم نبودن شرایط برای اجرای مرحله پیگیری، تقویت اثر هاله‌ای مربوط به یکی بودن مداخله‌گر با پژوهشگر، و عدم بهره‌مندی از پویایی گروه در فرایند آموزش به دلیل شرایط خاص نوجوانان با علائم افسردگی، از محدودیت‌های این پژوهش بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی، جهت بررسی اثر ماندگاری این آموزش‌ها، دوره پیگیری نیز در نظر گرفته شود و مداخله توسط افرادی غیر از پژوهشگر انجام شود. در سطح به کار بسته یافته‌های این پژوهش برای مشاورانی که در مدارس فعالیت دارند، دارای اهمیت بالایی است. با توجه به اینکه آموزش تاب‌آوری در کاهش خستگی تحصیلی، نسبت به آموزش شفقت به خود، مؤثرتر بوده است، در نتیجه پیشنهاد می‌شود از این روش برای کاهش خستگی تحصیلی دانش‌آموزان با علائم افسردگی، توسط روان‌شناسان و مشاوران در مدارس استفاده شود.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده نخست در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل با کد ۱۱۹۲۰۷۰۵۹۶۲۰۱۳ و تاریخ تصویب پروپوزال ۱۳۹۶/۱۲/۱۲ است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی اداره آموزش و پرورش شهرستان پارس‌آباد در



سال ۱۳۹۶ صادر شده است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصل رازداری، و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شده است.

**حامی مالی:** این مطالعه بدون حامی مالی و در قالب رساله دکترا انجام شده است.

**نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده نخست این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم و سوم به عنوان استادان راهنما، و نویسنده چهارم به عنوان استاد مشاور این پژوهش، نقش داشتند.

**تضاد منافع:** این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته است.  
**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از استادان راهنما و مشاور این مطالعه، همکاری بسیار خوب افراد نمونه، مسئولان اداره آموزش و پرورش شهرستان پارس آباد (استان اردبیل)، و کادر اداری و مشاوران مدارس، تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

- Mohammadi R, Nahang AA, Hoseini MA. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on self-concept and psychological disorder of the students with depression symptoms. *J Child Ment Health*. 2020; 6(4): 108-118. [Persian] Doi: 10.29252/jcmh.6.4.11 [Link]
- Kube T, Glombiewski JA, Gall J, Touissant L, Gärtner T, Rief W. How to modify persisting negative expectations in major depression? An experimental study comparing three strategies to inhibit cognitive immunization against novel positive experiences. *J Affect Disord*. 2019; 250: 231-240. Doi: 10.1016/j.jad.2019.03.027 [Link]
- Verma N, Jain M, Roy P. Assessment of Magnitude and Grades of Depression among Adolescents in Raipur City, India. *Int. Res. J. Medical Sci*. 2014; 2(5): 10-13. [Link]
- Bevan Jones R, Thapar A, Stone Z, Thapar A, Jones I, Smith D, et al. Psychoeducational interventions in adolescent depression: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2018; 101(5): 804-816. Doi: 10.1016/j.pec.2017.10.015 [Link]
- Khorami Ghaziyani M, Abolghasemi A. The relationship between parental conflict resolution strategies and attachment styles with quality of life in adolescent girls with loneliness feeling. *J Child Ment Health*. 2020; 7(1): 1-14. [Persian] Doi: 10.29252/jcmh.7.1.2 [Link]
- Haraldstad K, Christophersen KA, Eide H, Natvig GK, Helseth S. Health related quality of life in children and adolescents: reliability and validity of the Norwegian version of KIDSCREEN-52 questionnaire, a cross sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48(5): 573-581. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.10.001 [Link]
- Barge-Schaapveld DQ, Nicolson NA, Berkhof J, Devries MW. Quality of life in depression: Daily life determinants and variability. *Psychiatry Res*. 1999; 88(3): 173-189. Doi: 10.1016/S0165-1781(99)00081-5 [Link]
- Valiyan AM, Sodani M, Shiralinia K, Khojasteh MR. The effectiveness of behavioral activation therapy in reduction of depression symptoms, cognitive-behavioral avoidance and quality of life in students. *Contemporary Psychology*. 2017; 12(1): 73-84. [Persian] [Link]
- Narimani M, Einy S, Tagavy R. Explaining students' academic burnout based on self-compassion and sense of coherence. *J Child Ment Health*. 2018; 5(1): 36-47. [Persian] [Link]
- Zhang Y, Gan Y, Cham H. Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students. A structural equation modeling analysis. *Pers Individ Dif*. 2007; 43(6): 1529-1540. Doi: 10.1016/j.paid.2007.04.010 [Link]
- Kamalpour S, Azizzadeh-Forouzi M, Tirgary B. A Study of the Relationship between Resilience and Academic Burnout in Nursing Students. *Strides in Development of Medical Education*. 2017; 13(5): 476-487. [Persian] [Link]
- Smeds MR, Janko MR, Allen S, Amankwah K, Arnell T, Ansari P, Balters M, Hess D, Ferguson E, Jackson P, Kimbrough MK. Burnout and its relationship with Perceived stress, Self-efficacy, Depression, Social support, and Programmatic factors in general surgery residents. *Am J Surg*. 2020; 219(6): 907-912. Doi: 10.1016/j.amjsurg.2019.07.004 [Link]
- Salmela-Aro K, Upadyaya K. Developmental trajectories of school burnout: Evidence from two longitudinal studies. *Learning and Individual Differences*. 2014; 36: 60-68. Doi:10.1016/j.lindif.2014.10.016 [Link]
- Park CL. Integrating positive psychology into health-related quality of life research. *Qual Life Res*. 2015; 24(7): 1645-1651. Doi: 10.1007/s11136-014-0889-z [Link]
- Reshadi H, Golpayegani F, Bayat B, Majdian V. Effectiveness of group play therapy on resilience and self-control strategies in children of divorced parents. *J Child Ment Health*. 2020; 6(4): 63-73. [Persian] Doi: 10.29252/jcmh.6.4.7 [Link]
- Walsh F. Family resilience: A developmental systems framework. *Eur J Dev Psychol*. 2016; 13(3): 313-324. Doi: 10.1080/17405629.2016.1154035 [Link]
- Deblinger E, Pollio E, Runyon MK, Steer RA. Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child abuse & Neglect*. 2017; 65: 132-139. Doi: 10.1016/j.chiabu.2016.12.014 [Link]
- Zamiri nejad S, Golzari M, Borjali A, Hojjat SK, Akaberi A. The comparison of effectiveness of group resilience training and group cognitive therapy on decreasing rate of depression in female students who live in dorm. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2012; 4(4): 631-638. [Persian] Doi: 10.29252/jnkums.4.4.631 [Link]
- Tang WK. Resilience and Self-Compassion Related with Achievement Emotions, Test Anxiety, Intolerance of Uncertainty, and Academic Achievement.

- Psychological Studies. 2019; 64(1): 92-102. Doi: 10.1007/s12646-019-00482-6 [Link]
20. Sünbül ZA, Güneri OY. The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2019; 139: 337-342. Doi: 10.1016/j.paid.2018.12.009 [Link]
21. García-León MÁ, Pérez-Mármol JM, Gonzalez-Pérez R, del Carmen García-Ríos M, Peralta-Ramírez MI. Relationship between resilience and stress: Perceived stress, stressful life events, HPA axis response during a stressful task and hair cortisol. *Physiol Behav*. 2019; 202: 87-93. Doi:10.1016/j.physbeh.2019.02.001 [Link]
22. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Aslaksen PM, Flaten MA. Resilience as a moderator of pain and stress. *J Psychosom Res*. 2006; 61(2): 213-219. Doi: 10. 1016/j. jpsychores. 2005. 12.007 [Link]
23. Kamalpour S, Azizzadeh-Forouzi M, Tirgary B. A Study of the Relationship between Resilience and Academic Burnout in Nursing Students. *Strides in Development of Medical Education*. 2017; 13(5):476-87. [Link]
24. Yaghoobi A, Bakhtyari M. The effect of resiliency training on burnout in high school female students. *Research in School and Virtual Learning*. 2016; 4(13): 45-56. [Persian] [Link]
25. Lanz JJ. Evidence-Based Resilience Intervention for Nursing Students: a Randomized Controlled. Pilot Trial. *Int J Appl Posit Psychol*. 2020; 5(3):217-230. Doi: 10.1007/s41042-020-00034-8 [Link]
26. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2010; 2(2): 85-101. Doi: 10.1080/15298860309032 [Link]
27. Petersen LE. Self-compassion and self-protection strategies: The impact of self-compassion on the use of self-handicapping and sandbagging. *Pers Individ Dif*. 2014; 56: 133-138. Doi: 10.1016/ j.paid. 2013. 08.036 [Link]
28. Golpour R, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. The effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on quality of life with depression disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 6(1): 53-64. [Persian] Doi: 10.22075/jcp.2017.2154 [Link]
29. Lathren C, Bluth K, Park J. Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Pers Individ Dif*. 2019; 143: 36-41. Doi: 10.1016/j. paid. 2019.02.008 [Link]
30. Homan KJ. Self-compassion and psychological well-being in older adults. *J Adult Dev*. 2016; 23(2): 111-119. Doi: 10.1007/s10804-016-9227-8 [Link]
31. Ross ND, Kaminski PL, Herrington R. From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: the roles of self-compassion and shame. *Child Abuse Negl*. 2019; 92: 32-42. Doi: 10.1016/j.chiabu.2019.03.016 [Link]
32. Mathad MD, Rajesh SK, Pradhan B. Spiritual well-being and its relationship with mindfulness, self-compassion and satisfaction with life in baccalaureate nursing students: a correlation study. *J Relig Health*. 2019; 58(2): 554-565. Doi: 10.1007/s10943-017-0532-8 [Link]
33. Bluth K, Eisenlohr-Moul TA. Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *J Adolesc*. 2017; 57: 108-118. Doi: 10.1016/j.adolescence.2017.04.001 [Link]
34. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: a meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*. 2019; 10(8): 1455-1473. Doi: 10.1007/s12671-019-01134-6 [Link]
35. Phillips WJ. Future-outlook mediates the association between self-compassion and well-being. *Pers Individ Dif*. 2018; 135: 143-148. Doi: 10.1016/J. PAID. 2018. 07.006 [Link]
36. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2006; 13(6): 353-379. Doi: 10.1002/cpp.507 [Link]
37. Hwang YS, Medvedev ON, Krägeloh C, Hand K, Noh JE, Singh NN. The role of dispositional mindfulness and self-compassion in educator stress. *Mindfulness*. 2019; 10(8): 1692-1702. Doi: 10.1007/s12671-019-01183-x [Link]
38. Karami R, sharifi T, Nikkhah M, Ghazanfari A. The Effect of Educating Cognitive Self-compassion on Academic Well-being. *SCI J Educ Strategy Med Sci*. 2018; 11(4): 17-22. [Persian] Doi: 10.29252 /edcb mj.11. 04.03 [Link]
39. Birlelson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *J Child Psychol Psychiatry*. 1981;

- 22(1): 73-88. Doi: 10.1111/j.1469-7610.1981.tb00533.x [\[Link\]](#)
40. Birlerson P, Hudson I, Buchanan DG, Wolff S. Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression Self-Rating Scale). *J Child Psychol Psychiatry*. 1987; 28(1): 43-60. Doi: 10.1111/j.1469-7610.1987.tb00651.x [\[Link\]](#)
41. Mokhtarnia I, Habibi M, Kholghi H, Mohammadi E, Kalantari F. The study of psychometric properties of the self-rating depression scale for children and adolescents. *Journal of Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2018; 7 (4): 1-22. [Persian] [\[Link\]](#)
42. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 9(1): 139-145. Doi: 10.1017/S0033291700021644 [\[Link\]](#)
43. Mahdavi M, Behpajooch A, Hasanzadeh S, Sajadi Anari SS. The effectiveness of hope therapy on promoting mental health and reducing academic burnout in high school students at risk for academic burn-out. *J Child Ment Health*. 2020; 7(1): 128-140. [Persian] Doi: 10.29252/jcmh. 7.1. 12 [\[Link\]](#)
44. Yekanizad A. Comparison mental health, social phobia and psychological distress of children under the care of the welfare organization and children under the care of the family. *J Child Ment Health*. 2018; 4(4): 140-151. [Persian] [\[Link\]](#)
45. Broadbear JT, Jin G, Bierma TJ. Critical thinking dispositions among undergraduate students during their introductory health education course. *Health Educ*. 2005; 37(1): 8-15. [\[Link\]](#)
46. Moosavi Nasab SMH, Taghavi M. Effect of stress appraisal and coping strategies on mental health. *Hormozgan Med J*. 2007; 11(1): 83-90. [Persian] [\[Link\]](#)
47. Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB. In search of the “third dimension” of burnout: Efficacy or inefficacy? *Applied Psychology*. 2007; 56 (3): 460-472. Doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00290.x [\[Link\]](#)
48. Ezatpour EE, Delkhosh V, Rahmani S, Ezatpour S. Investigate of the Relationship between Mental Health and Academic Burnout of Students at the Farhangian University. *Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry*. 2018; 5(4): 1-13. [Persian] Doi: 10.29252/shenakht.5.4.1 [\[Link\]](#)