SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.2/ 2026;13(2):249-266
DOI: 10.22034/13.2.249
https://shenakht.muk.ac.ir/

Original Article

Development and Evaluation of the Effectiveness of a Unified Transdiagnostic Treatment Protocol on Psychological Well-Being and Academic Resilience of Gifted Adolescents Vulnerable to Emotional and Behavioral Disorders

Soroush Ranjbar[1], Sogand Ghasemzadeh[2*], Gholamali Afrooz[3], Bagher Ghabari Bonab[4]

1. Ph.D., Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
3. Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
4. Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Article History:

Received: November 25, 2025
Revised: June 22, 2026
Accepted: June 29, 2026

***Corresponding author:** Sogand Ghasemzadeh. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

E-mail: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

Abstract

Background and Aim: Despite their superior cognitive capabilities, the susceptibility of gifted adolescents to emotional and behavioral difficulties has been a focus of researchers' attention in recent years. The present study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a unified transdiagnostic treatment protocol on psychological well-being and academic resilience in gifted adolescents vulnerable to emotional and behavioral disorders.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted using a pretest–posttest design, a control group, and a follow-up phase. The statistical population consisted of all gifted female adolescents studying in upper secondary schools in Marivan, Kurdistan Province, Iran, during the 2023-24 academic year. Using purposive sampling, 30 students from Marivan's gifted school who met the inclusion criteria were selected as the study sample. The participants were randomly assigned to either the experimental group (n=15) or the control group (n=15). Research instruments included the Samuels Academic Resilience Questionnaire (2004), Ryff's Psychological Well-Being Questionnaire (1989), the fifth edition of the Tehran–Stanford–Binet Intelligence Scale by Afrooz and Kamkari (2006), and the Achenbach and Rescorla (2001) Experience-Based Assessment System. Data were analyzed using repeated-measures ANOVA.

Results: The results indicated that the developed unified transdiagnostic treatment protocol had significant effects on academic resilience and all its components, as well as on psychological well-being and its components, except for personal growth and purpose in life ($P < 0/05$).

Conclusion: Based on the obtained findings, it is recommended that specialists, therapists, and educators utilize this program to empower gifted adolescents and enhance their resilience and psychological well-being, particularly those at risk of emotional and behavioral difficulties.

Keywords: Emotional and Behavioral problems, Gifted Adolescents, Psychological well-being, Resilience, Unified transdiagnostic approach

Please cite this article as follows: Ranjbar S, Ghasemzadeh S, Afrooz Gh, Ghabari Bonab, B. Development and Evaluation of the Effectiveness of a Unified Transdiagnostic Treatment Protocol on Psychological Well-Being and Academic Resilience of Gifted Adolescents Vulnerable to Emotional and Behavioral Disorders. SJPP. 2026;13(2):249-266.

Copyright © 2026 The Author(s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. All rights reserved by the authors. This is an open-access article that may be read, downloaded, copied, distributed, printed, searched, and linked to the full text for lawful purposes, provided that the original authors and source are properly acknowledged.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۴۰۵، صفحات: ۲۴۹-۲۶۶
DOI: 10.22034/13.2.249
https://sjku.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی

تدوین و بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری تحصیلی نوجوانان تیزهوش آسیب‌پذیر دربرابر اختلالات هیجانی و رفتاری

سروش رنجبر[۱]، سوگند قاسم‌زاده[۲*]، غلامعلی افروز[۳]، باقر غباری بناب[۴]

۱. دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳. استاد ممتازگروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۴. استاد تمام گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: باوجود توانمندی‌های شناختی سطح بالا آسیب‌پذیری نوجوانان تیزهوش در سال‌های اخیر دربرابر مشکلات هیجانی و رفتاری مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف تدوین و بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری نوجوانان تیزهوش آسیب‌پذیر دربرابر اختلالات هیجانی و رفتاری انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، گروه کنترل و یک مرحلهٔ پیگیری بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را تمامی نوجوانان تیزهوش دختر مشغول به تحصیل در مقطع متوسطهٔ دوم در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ استان کردستان، شهرستان مریوان تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر از نوجوانان مشغول به تحصیل در مدرسهٔ استعداد درخشان شهرستان مریوان براساس ملاک‌های ورود به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. گروه نمونه در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارش تصادفی شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامهٔ تاب‌آوری تحصیلی ساموئلز (۲۰۰۴)، پرسش‌نامهٔ بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹)، هوش‌آزمای تهران استنفورد- بینه افروز و کامکاری (۱۳۸۵)، نظام سنجش مبتنی‌بر تجربهٔ آشنباخ و رسکولار (۲۰۰۱) بود. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصیِ تدوین‌شده بر تاب‌آوری و تمام مؤلفه‌های آن و بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (به‌جز رشد شخصی، هدفمندی در زندگی) اثربخش بود ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود متخصصان، درمانگران و معلمان از این برنامه با هدف توانمندسازی و افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان تیزهوش در معرض مشکلات هیجانی و رفتاری استفاده نمایند.

واژگان کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، مشکلات هیجانی و رفتاری، نوجوانان تیزهوش

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۴
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۸

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول:** سوگند قاسم‌زاده، دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

ایمیل: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

استناد: رنجبر، سروش؛ قاسم‌زاده، سوگند؛ افروز، غلامعلی؛ غباری بناب، باقر. تدوین و بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری تحصیلی نوجوانان تیزهوش آسیب‌پذیر دربرابر اختلالات هیجانی و رفتاری. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، تیر و خرداد ۱۴۰۵؛۱۳(۲):۲۴۹-۲۶۶.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

مقدمه

دورهٔ نوجوانی به‌عنوان یکی از حساس‌ترین و چالش‌برانگیزترین و درعین‌حال سرنوشت‌سازترین مراحل رشد انسان به‌شمار می‌رود؛ دوره‌ای که با تحولات گسترده و بنیادین در سطوح زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه است. تغییرات زیستی- عصبی، شکل‌گیری هویت همراه با تکامل شناختی مغز در دورهٔ نوجوانی، زمینه‌ساز بروز چالش‌های مختلفی در نوجوانان می‌شود (کاسی[1] و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوانی را می‌توان دوره‌ای گذار از کودکی به بزرگسالی دانست که هم‌زمان با رشد توانمندی‌های شناختی، زمینهٔ آسیب‌پذیری روانی نیز افزایش پیدا می‌کند. در این میان، یکی از گروه‌هایی که در دوران نوجوانی همواره فشارها، چالش‌ها و مشکلات فراوانی را تجربه می‌کنند، نوجوانان تیزهوش[2] هستند. نوجوان تیزهوش به نوجوانی گفته می‌شود که هوش‌بهر وی ۱۳۰ به بالا باشد که در حدود ۲ انحراف‌معیار بالاتر از میانگین در نظر گرفته می‌شود که در حوزه‌های مختلف تحصیلی، هنری، رهبری و ... عملکرد بالاتری از خود نشان می‌دهند(ازدمیر[3] و همکاران، ۲۰۲۴).

نوجوانان تیزهوش، باوجود سطح توانمندی‌های شناختی بالا در زمینه‌های مختلف، با چالش‌ها و فشارهای روان‌شناختی قابل‌توجهی مواجه هستند که می‌تواند سلامت روان و انگیزه‌های آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند انتظارات بیش‌ازحد والدین، معلمان و نوجوانان تیزهوش از خودشان، همراه با نیازهای ویژهٔ آموزشی و فشارهای تحصیلی، آن‌ها را در معرض مشکلات هیجانی و رفتاری[4] قرار داده است(لی و اندرسون[5]، ۲۰۲۴). برمبنای تقسیم‌بندی آخنباخ[6] (۲۰۰۱) مشکلات هیجانی و رفتاری به دو دستهٔ مشکلات هیجانی و رفتاری درون‌نمود[7] و برون‌نمود[8] تقسیم‌بندی می‌شوند. مشکلات درون‌نمود به الگوهایی از رفتار اشاره دارد که شامل افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری، کاهش عزت‌نفس و تجربه هیجانی منفی می‌شوند؛ درمقابل، مشکلات برون‌نمود نمایانگر رفتارهای پرخاشگرانه، هنجارشکن و تحریک‌پذیر است که معمولاً به صورت آشکار بروز می‌یابند (زانتی[9] و همکاران،۲۰۲۴). در همین راستا الروسان[10] و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی نشان دادند تیزهوشان طیف وسیعی از مشکلات هیجانی و رفتاری درون‌نمود (اضطراب، افسردگی و...) و برون‌نمود (پرخاشگری، رفتارهای هنجارشکن و...) را تجربه می‌کنند. به‌طور کلی، نوجوانان تیزهوش، به‌رغم توانمندی‌های شناختی برجسته، به‌دلیل ویژگی‌های روان‌شناختی منحصربه‌فرد و سطح انتظارات فردی و اجتماعی از آن‌ها، همواره در معرض چالش‌های هیجانی و رفتاری قرار دارند که می‌تواند عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و سلامت روان آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار دهد؛ بنابراین، لازم است ابعاد مختلف ویژگی‌ها و نیازهای هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی نوجوانان تیزهوش واکاوی، متغیرهایی توانمندساز شناسایی و برنامه‌های مداخله‌ای با هدفِ افزایش سلامت روان و کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان تیزهوش تدوین و اجرا شوند.

یکی از متغیرها که در ارتقای سطح سلامت روان، انگیزش و پیشرفت تحصیلی نوجوانان تیزهوش نقش بسیار مهمی دارد، تاب‌آوری تحصیلی[11] است. تاب‌آوری تحصیلی به توانایی فرد در انطباق و مقابلهٔ مؤثر با چالش‌ها، فشارها و ناکامی‌های مرتبط با موضوعات تحصیلی و آموزشی اشاره دارد (کلوتسی[12]، ۲۰۲۵). نتایج پژوهش‌های مختلف در سال‌های اخیر همواره اهمیت و اثربخشی تاب‌آوری تحصیلی بر موفقیت تحصیلی، سازگاری آموزشی و کیفیت زندگی روانی-اجتماعی نوجوانان را نشان داده‌اند (قاسمی و میری، ۱۴۰۲). نوجوانانی که از سطح تاب‌آوری تحصیلی بالاتری برخوردار هستند معمولاً در مواجهه با استرس‌های آموزشی، ارزیابی‌های مکرر، رقابت‌های تحصیلی و انتظارات بالای والدین و معلمان، واکنش‌های سازگارانه‌تری نشان می‌دهند، از ثبات هیجانی بیشتری برخوردار بوده و تمرکز خود را در مسیر دستیابی به اهداف تحصیلی حفظ می‌کنند (لی[13] و همکاران، ۲۰۲۴). به‌طور کلی، شواهد علمی نشان داده‌اند که تاب‌آوری تحصیلی رابطه‌ای مثبت و مستقیم با عملکرد تحصیلی، رضایت از زندگی و احساس خودکارآمدی تحصیلی دارد (لی و همکاران، ۲۰۲۴). برخورداری از سطح بالای تاب‌آوری تحصیلی می‌تواند به آنان کمک کند تا با حفظ سلامت روان، عملکرد تحصیلی خود را به شکلی پایدار و اثربخش ادامه دهند و دربرابر فشارهای بیرونی و درونی از تعادل روانی بیشتری برخوردار باشند (آکگویل[14]، ۲۰۲۲). باوجود اهمیت و نقش تاب‌آوری تحصیلی، پژوهش‌های اندکی به طراحی و ارزیابی مداخلات روان‌شناختی با هدف افزایش تاب‌آوری تحصیلی در نوجوانان تیزهوشان پرداخته‌اند؛ لذا لازم و ضروری است برنامه‌های مداخله‌ای ویژه‌ای با هدف افزایش تاب‌آوری تحصیلی نوجوانان تیزهوش طراحی و اجرا شود.

از دیگر متغیرهای تأثیرگذار در فرایند تحصیلی و پیش‌بینی‌کننده سلامت روان نوجوانان تیزهوش، بهزیستی

[1] Cassey et al.
[2] Gifted Adolescents
[3] Özdemir et al.
[4] Emotional and behavioral problems
[5] Lee & Anderson
[6] Achenbach
[7] Internalizing
[8] Externalizing
[9] Zanetti et al.
[10] Al-Rousan et al.
[11] Academic Resilience
[12] Klutsey et al.
[13] Li et al.
[14] Akgül

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

روان‌شناختی[1] است. بهزیستی روان‌شناختی، حالت پویایی ذهنی و هیجانی است که به پذیرش خود، رشد شخصی، معنا و هدفمندی در زندگی، رضایت از زندگی و توانمندی مقابله مؤثر با چالش‌های زندگی اشاره دارد (دهاناباکیام و سارث[2]، ۲۰۲۳). بهزیستی روان‌شناختی در چهارچوب نظری مدل ریف (۲۰۰۲)، از شش مؤلفهٔ اساسی شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی و هدفمندی در زندگی تشکیل می‌شود. تحقق این مؤلفه‌ها کمک می‌کند تا افراد در مواجهه با فشارهای محیطی و درونی، احساس معنا، کارآمدی و رضایت را حفظ نمایند (صدیقی[3] و همکاران، ۲۰۲۴). نوجوانی که از بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری برخوردار هستند به‌طور مشخص در حفظ انگیزه، تمرکز و پشتکار موردنیاز برای موفقیت تحصیلی، عملکرد پایین‌تری را از خود نشان می‌دهند (پارکر[4] و همکاران، ۲۰۲۲). نوجوانان تیزهوش در طول فرایند تحصیل، فشارهای تحصیلی و چالش‌های هیجانی و رفتاری مانند اضطراب و افسردگی، کمال‌گرایی افراطی، انزوا و ناکامی‌ها و شکست‌های متعدی را تجربه می‌کنند. این در حالی است که تجربهٔ چالش‌ها و فشارهای تحصیلی می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات هیجانی و رفتاری و کاهش سطح سلامت روان نوجوانان شود (استیر[5] و همکاران، ۲۰۲۳). در چنین شرایطی بهزیستی روان‌شناختی، به‌عنوان یک عامل محافظتی، نقش حیاتی در پیشگیری از آسیب‌های روانی و تقویت تاب‌آوری هیجانی و تحصیلی ایفا می‌کند. بهزیستی روان‌شناختی ازطریق افزایش خودکارآمدی، تعادل عاطفی، خودپذیری، و تقویت راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، نوجوانان را قادر می‌سازد تا از ظرفیت‌های شناختی و هیجانی خود به شکل مؤثرتری بهره بگیرند و دربرابر فشارهای تحصیلی و هیجانی انعطاف‌پذیری بیشتری نشان دهند (کروسس[6]، ۲۰۲۴)؛ با توجه به اینکه نوجوانان تیزهوش فشارها و چالش‌های تحصیلی و هیجانی فراوانی را تجربه می‌کنند، تقویت بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند به آن‌ها کمک کند تعادل عاطفی و شناختی خود را حفظ کنند و در مواجهه با چالش‌ها و فشارها سازگارانه‌تر مقابله نمایند؛ لذا لازم و ضروری است برنامه‌های مداخله‌ای با هدف افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان تیزهوش طراحی و اجرا شوند.

یکی از برنامه‌های درمانی، که اثربخشی آن در پژوهش‌های سال‌های اخیر نشان‌داده‌شده، پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی[7] است. پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی، درمانی چندبعدی است که توسط بارلو[8] و همکاران(۲۰۱۱) طراحی شده و بر هستهٔ اصلی و مشترک مشکلات هیجانی و رفتاری متمرکز است. به‌طور کلی، منطق زیربنایی درمان‌های فراتشخیصی این است که اشتراکات زیربنایی میان اختلال‌های روانی بیشتر از تفاوت‌ها است. درمان فراتشخیصی بر پایه نظریه‌های شناختی-رفتاری و در پاسخ به محدودیت‌های آن طراحی شده (بارلو و همکاران،۲۰۱۸؛ ترجمهٔ قاسم‌زاده و سالک ابراهیمی، ۱۳۹۸) که بر علائم مشترک اختلال‌ها متمرکز است. همچنین پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی در مقابل درمان‌های اختصاصی اختلال‌محور طراحی و تدوین شده است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). این پروتکل با درنظرگرفتنِ تنظیم هیجان، به‌عنوان یکی از عوامل بنیادین در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی، تلاش می‌کند مهارت‌های لازم برای شناسایی، پذیرش و تعدیل هیجان‌ها را تقویت کند. تنظیم هیجان یکی از مهارت‌های اساسی روان‌شناختی است که نقشی تعیین‌کننده در سلامت روان، رشد فردی و سازگاری اجتماعی دارد. همچنین پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بر ماهیت سازگار و عملکرد هیجان‌ها تأکید دارد و عمدتاً تلاش می‌کند راهبردهای ناسازگارانهٔ تنظیم هیجان‌ها را شناسایی و اصلاح کند و زمینه را برای پردازش مناسب و به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه فراهم نماید (هاجیستاوروپولوس[9]، ۲۰۲۲). پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند مداخلات مبتنی‌بر تنظیم هیجان می‌توانند، ازطریق کاهش اجتناب هیجانی و افزایش آگاهی هیجانی، باعث بهبود پایدار در عملکرد هیجانی شوند (موراوتز[10] و همکاران، ۲۰۲۵). تنظیم هیجان با کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش تاب‌آوری، بهبود عملکرد تحصیلی و ارتقای کیفیت روابط بین‌فردی ارتباط مستقیم دارد (لی و همکاران، ۲۰۲۵؛ هوآی[11] و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین پژوهش‌ها نشان‌دهندهٔ پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی در مقایسه با درمان‌های دیگر مانند درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان، اثرِ بیشتری دارد (موسوی و همکاران، ۱۴۰۲). ازطرف‌دیگر، پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی برخلاف روش‌های درمانی سنتی که صرفاً بر علائم مشخص اختلال‌ها تمرکز دارند، با نگاهی کلی‌تر، اختلال‌های روانی را به‌صورت یکپارچه می‌بینند و مداخلات خود را بر هسته‌های اصلی و مشترک اختلال‌ها، متمرکز می‌کند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). به‌طور کلی، پژوهش‌های مختلف اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بر کاهش استرس (شهریاری و همکاران، ۱۴۰۱؛ گارسیا-لوپز[12] و همکاران،۲۰۲۴)، اضطراب (هلاکویی و همکاران، ۱۴۰۱؛ علوی و همکاران، ۱۴۰۱؛ شهریاری و همکاران، ۱۴۰۰)، افسردگی (کلاه زری و همکاران، ۱۴۰۲؛ قاسم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰؛ نیک دانش و همکاران،

[1] Psychological Well-being
[2] Dhanabhakyam & Sarath
[3] Siddiqui et al.
[4] Parker et al.
[5] Steare et al.
[6] Cross et al.
[7] Unified Transdiagnostic Treatment Protocol
[8] Barlow et al.
[9] Hadjistavropoulos
[10] Morawetz et al.
[11] Huai et al.
[12] García-Lopez et al.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

۲۰۲۵)، نشانه‌های مشکلات هیجانی و رفتاری (شوفله[1] و همکاران، ۲۰۲۴) و افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی (جوادی و همکاران، ۲۰۲۴؛ شریفی و همکاران، ۲۰۲۳)، بهبود کارکردهای بین‌فردی، تنظیم هیجان (علوی و همکاران، ۱۴۰۱؛ قاسم‌زاده و همکاران، ۲۰۲۲؛ مهردادفر[2] و همکاران، ۲۰۲۳)، بهزیستی روان‌شناختی (جیمز اورنگا[3]، ۲۰۲۴) را نشان داده‌اند. به‌طور کلی، اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بر کاهش نشانه‌های اختلال هیجانی ازجمله اضطراب و افسردگی، بهبود تنظیم هیجان و افزایش تاب‌آوری نوجوانان نشان داده شده است (آنتونوا کامبلو[4] و همکاران، ۲۰۲۴).

باوجود اینکه اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی در پژوهش‌های مختلف نشان‌داده‌شده است اما عمدتاً پژوهش‌ها بر گروه بزرگسالان یا نوجوانانِ دارای اختلال‌های روانی خاص انجام شده است (فارچیونه[5] و همکاران، ۲۰۲۴) و نوجوانان تیزهوش، به‌ویژه در بافت فرهنگی و اجتماعی ایران، کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. در همین راستا پان[6] و همکاران (۲۰۲۴) بر انجام پژوهش‌هایی با هدف بومی‌سازی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی در جوامع و گروه‌های مختلف تأکید نمودند. نوجوانان تیزهوش معمولاً از ظرفیت بالایی در تفکر انتزاعی، پردازش شناختی پیچیده و حساسیت‌های هیجانی برخوردار هستند اما درعین‌حال، سطح بالای کمال‌گرایی، حساسیت به انتقاد، اضطراب عملکرد و نوسانات هیجانی، آنان را دربرابر مشکلات هیجانی و رفتاری آسیب‌پذیرتر ساخته است (شوفله و همکاران، ۲۰۲۴)؛ بنابراین، ضروری است پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی با هدف توجه و تمرکز بیشتر بر ویژگی‌ها و نیازهای منحصربه‌فرد آن‌ها، با رویکردی اختصاصی برای نوجوانان تیزهوش بازتدوین و یکپارچه‌سازی شود. در نسخهٔ بازتدوین‌شدهٔ پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بیشتر بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان، بازسازی شناختی، خودپذیری، افزایش تحمل ناکامی و آگاهی هیجانی تأکید شده تا مهارت‌های تنظیمی و شناختی متناسب با سطح رشد ذهنی و هیجانی نوجوانان تیزهوش افزایش یابد. ساختار جلسات پروتکل برمبنای تلفیقی از رویکرد شناختی-رفتاری بک[7] (۲۰۱۱)، مدل فرایندی تنظیم هیجان گراس[8] (۱۹۹۸)، درمان پذیرش و تعهد (هیز[9] و همکاران، ۲۰۱۲) و مهارت‌های تحمل پریشانی در درمان رفتار دیالکتیکی (لاینهان[10]، ۲۰۱۵) تدوین شده است. توالی جلسات به‌گونه‌ای طراحی شد که ابتدا آگاهی هیجانی و شناخت تجربه‌های هیجانی تقویت شود، سپس الگوهای شناختی و هیجانی ناکارآمد شناسایی شده و در ادامه مهارت‌های تنظیم هیجان، بازسازی شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آموزش داده شوند. در مراحل اولیه، جلسات بر آگاهی هیجانی و بدنی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی متمرکز است. در ادامه، چرخه‌های شناختی و خطاهای شناختی بررسی شده و سپس راهبردهای تنظیم هیجان و بازسازی شناختی آموزش داده می‌شود. همچنین مهارت‌های تحمل ناکامی و تنظیم برانگیختگی فیزیولوژیک و درنهایت، مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آموزش داده می‌شود. دو جلسه نیز به مداخلات خانواده‌محور اختصاص دارد. هدف از بازتدوین این پروتکل، تلفیق اصول درمان فراتشخیصی با نیازهای رشدی و تحصیلی تیزهوشان و فراهم‌سازی بستری برای ارتقای تاب‌آوری تحصیلی و بهزیستی روان‌شناختی آنان بود. در پروتکل بازتدوین‌شده تلاش شد ابتدا تجربه‌های زیسته نوجوانان تیزهوش مورد واکاوی و بازنمایی قرار گیرد و سپس براساس تجربه‌های زیستهٔ آن‌ها محتوای پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده مورد بازبینی و اصلاح شود. افزون‌بر ویژگی‌های و نیازهای ویژهٔ نوجوانان تیزهوش در بافت فرهنگی، اجتماعی و آموزشی ایران، نوجوانان تیزهوش معمولاً در معرض فشارهای شدید تحصیلی، رقابت‌های مداوم، انتظارات بالای والدین و ارزیابی‌های مبتنی‌بر عملکرد قرار دارند که می‌توانند آن‌ها را در معرض آسیب مشکلات هیجانی و رفتاری قرار دهد لذا در بازتدوین پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی زمینه‌های فرهنگی، تحصیلی و هیجانی نوجوانان تیزهوش ایرانی در نظر گرفته شد. همچنین یکی از محدودیت‌های پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی عدم توجه جامع به تعاملات خانوادگی و فردمحوربودنِ آن بود. پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی یک درمان متمرکز بر فرد است که به پیشگیری سیستماتیک از مشکلات هیجانی و رفتاری در سطح خانواده توجه چندانی ندارد. ازاین‌رو، در پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بازتدوین‌شده مشارکت فعال خانواده در طول دورهٔ اجرای مداخله افزایش پیدا کرد و جلساتی به‌طور مستقیم برای والدین اختصاص یافت.

مداخله‌های درمانی خانواده‌محور، با هدف تقویت مهارت‌های فرزندپروری، بهبود روابط والد–کودک و ارتقای توانمندی‌های مقابله‌ای والدین طراحی می‌شوند و می‌توانند اثرات مثبتی بر سازگاری هیجانی و رفتاری داشته باشند (جانسن[11] و همکاران، ۲۰۲۵). نظریه‌های مختلفی بر اهمیت و نقش خانواده در فرایند درمان تأکید نموده‌اند. یکی از مهم‌ترین نظریه‌هایی که بر نقش و اهمیت طراحی برنامه‌های درمانی خانواده‌محور تأکید دارد، نظریهٔ سیستم‌های خانوادگی است. برمبنای این نظریه خانواده یک

[1] Schaeuffele et al.
[2] Mehrdadfar et al.
[3] Jiménez-Orenga et al.
[4] Antuña-Camblor et al.
[5] Farchione et al.
[6] Pan et al.
[7] Beck
[8] Gross
[9] Hayes et al.
[10] Linehan
[11] Janssen et al.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

سیستم پویا و تعاملی در نظر گرفته می‌شود که رفتار و وضعیت هر فرد در خانواده بر عملکرد سایر اعضای خانواده تأثیرگذار است (کالاتراوا[1] و همکاران، ۲۰۲۲). برنامه‌های خانواده‌محور با تمرکز بر تقویت مهارت‌های حل مسئله و مدیریت تعارض، از اعضا در مواجهه با بحران‌ها و فشارهای روانی زندگی حمایت می‌کند و درنهایت، سلامت روان کل خانواده را ارتقا می‌دهند. به‌طور کلی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند عملکرد و روابط درون خانواده می‌تواند طیف وسیعی از مشکلات هیجانی و رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود را در نوجوانان تیزهوش پیش‌بینی کند (زانتی[2] و همکاران، ۲۰۲۴)؛ لذا توجه به ساختار و کیفیت روابط خانوادگی و طراحی مداخلات درمانی مبتنی‌بر خانواده اهمیت ویژه‌ای در پیشگیری و کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری دارد؛ بنابراین، توجه و تمرکز برنامه‌های مداخله‌ای بر خانواده امری بسیار ضروری است بر همین اساس پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی، با تأکید بر نقش فعال و پویا و حمایتی خانواده، بازتدوین شد. پروتکل تدوین‌شده در این پژوهش، باوجود بهره‌گیری از اصول درمان فراتشخیصی، در چندین جنبه با نسخه‌های موجود تفاوت دارد. این پروتکل به‌صورت اختصاصی برای نوجوانان تیزهوش طراحی شده و در تدوین آن ویژگی‌های شناختی، هیجانی و تحصیلی این گروه مورد توجه قرار گرفته است. همچنین مؤلفه‌های مرتبط با تنظیم هیجان، آگاهی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی متناسب با نیازها و ویژگی‌های نوجوانان تیزهوش بازطراحی شده‌اند. افزون‌براین، برخلاف نسخه‌های کلاسیک که عمدتاً بر مداخلهٔ فردی تمرکز دارند، در این پروتکل نقش والدین و تعاملات خانوادگی به‌عنوان بخشی از فرایند مداخله در نظر گرفته شده است. بومی‌سازی فرهنگی و انطباق با بافت آموزشی و اجتماعی نوجوانان تیزهوش ایرانی نیز از دیگر ویژگی‌های متمایزکنندهٔ این پروتکل به‌شمار می‌رود.

با توجه به مطالب بیان‌شده می‌توان نتیجه گرفت نوجوانان تیزهوش ضمن برخورداری از توانمندی‌های شناختی و بهرهٔ هوشی بالا با توجه به سطح انتظارات، فشارها و چالش‌های تحصیلی و ویژگی‌های هیجانی، اجتماعی و روانی منحصربه‌فرد در معرض مشکلات هیجانی و رفتاری قرار دارند؛ لذا لازم و ضروری است برنامه‌های مداخلاتی ویژه‌ای که به‌طور هم‌زمان بر کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری و ارتقای متغیرهای توانمندساز تمرکز داشته باشند، طراحی و اجرا شوند. اگرچه پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی (نسخه نوجوان) به‌عنوان یکی از رویکردهای درمانی نوین اثربخشی قابل‌توجهی بر کاهش مشکلات هیجانی نشان داده است، اما با محدودیت‌هایی نیز همراه است؛ لذا با توجه به محدودیت‌های پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی لازم و ضروری است این پروتکلِ یکپارچهٔ درمانِ فراتشخیصیِ تدوین‌شدهٔ درمانی بومی‌سازی و بازتدوین شود. بازتدوین پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی برای نوجوانان تیزهوش اقدامی هدفمند در جهت انطباق مداخلات درمانی مبتنی‌بر شواهد با ویژگی‌های شناختی، هیجانی و فرهنگی این گروه است. بازتدوین و بومی‌سازی این پروتکل می‌تواند به توسعهٔ برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات آموزشی مؤثر کمک کند و درنهایت، باعث ارتقای سلامت روان و سازگاری هیجانی نوجوانان تیزهوش در نظام آموزشی کشور شود. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدفِ تدوین و بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری نوجوانان تیزهوش آسیب‌پذیر دربرابر اختلالات هیجانی و رفتاری انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل و یک مرحلهٔ پیگیری (۳ ماه) بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دختران نوجوانان تیزهوش مشغول به تحصیل متوسطهٔ دوم در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ در استان کردستان، شهرستان مریوان بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدرسهٔ استعداد درخشان شهرستان مریوان براساس ملاک‌های ورود به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی پاور[3] و با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۵، سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸ تعیین شد. در مرحلهٔ اولیهٔ غربالگری، ۱۵۰ دانش‌آموز دختر تیزهوش شرکت کردند. از میان آن‌ها ۴۲ نفر نمرهٔ T بین ۶۰ تا ۶۳ در مقیاس خودگزارش‌دهی آشنباخ کسب کردند و ۳۴ نفر به‌صورت تصادفی به‌عنوان گروه نمونه برای پژوهش انتخاب شدند. در طول اجرای پژوهش، ۲ نفر از گروه آزمایش کنارگیری (عدم تمایل و رضایت) و به‌منظور تعادل، ۲ نفر از گروه کنترل نیز از مطالعه کنار گذاشته شدند. درنهایت، ۳۰ نفر به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تحصیل دانش‌آموزان در مقطع متوسطهٔ دوم در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲، بهرهٔ هوشی کلی ۱۳۰ به بالا براساس مقیاس تهران استفورد- بینه، قرارگرفتن در طبقهٔ مرزی مشکلات هیجانی و رفتاری براساس نمرات T مقیاس آشنباخ (بین ۶۰ تا ۶۳) در غربالگری اولیه، داشتنِ رضایت‌نامهٔ کتبی برای مشارکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل دریافت هرگونه برنامه مداخله‌ای هم‌زمان در طول پژوهش و دو جلسه غیبت در طول اجرای مداخله بودند. گروه آزمایش برنامهٔ مداخله را دریافت و گروه کنترل هیچ برنامه‌ای دریافت ننمودند. شایان ذکر است پس از اجرای پژوهش به‌جهت رعایت اخلاق پژوهشی برنامهٔ مداخله‌ای برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

[1] Calatrava et al.
[2] Zanetti et al.
[3] G*Power

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

ابزارها

پرسش‌نامۀ تاب‌آوری تحصیلی[1]

پرسش‌نامۀ تاب‌آوری تحصیلی توسط ساموئلز (۲۰۰۳) طراحی شده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۹ سؤال است که آزمودنی باید پاسخ‌های خود را روی یک مقیاس ۵درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) درجه‌بندی کند. این مقیاس دارای سه بعد مهارت‌های ارتباطی[2]، مسئله‌محور[3] و مثبت‌نگری[4] و جهت‌گیری آینده[5] است. دامنۀ نمرات بین ۲۹ و ۱۴۵ قرار دارد. نمرۀ بالا نشانگر تاب‌آوری تحصیلی بالا و نمرۀ پایین نشان‌دهندۀ تاب‌آوری تحصیلی پایین فرد است. ساموئلز (۲۰۰۳) پایایی نسخۀ ۴۰سؤالی پرسش‌نامه را محاسبه نمود. وی جهت برآورد این پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد و ضریب آلفای کرونباخ آن را حدود ۰/۸۹ برآورد نمود. در ایران سلطان‌نژاد و همکاران (۱۳۹۳) به بررسی مشخصات روان‌سنجی پرسش‌نامه پرداختند. برای برآورد پایایی پرسش‌نامه ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج نشان داد این ابزار از همسانی درونی قابل‌قبولی برخوردار است و آلفای کرونباخ عامل‌ها در نمونۀ دانش‌آموزان بین تا ۰/۶۳ ۰/۷۷ و در نمونۀ دانشجویان بین تا ۰/۶۲ ۰/۷۶ است که نشان می‌دهد این ابزار در نمونه ایرانی پایایی و همسانی درونی بالایی دارد. میزان پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد. این ابزار به‌منظور سنجش تاب‌آوری توسط نوجوانان تیزهوش استفاده شده است.

پرسش‌نامۀ بهزیستی روان‌شناختی[6]

پرسش‌نامۀ بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف (۲۰۰۲) طراحی شده است که در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و فرم کوتاه آن تدوین شد. فرم کوتاه پرسش‌نامۀ بهزیستی روان‌شناختی ریف (۲۰۰۲) دارای ۱۸ سؤال و ۶ عامل است که عبارت‌اند از: استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، عامل ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود. نمرۀ کلی بهزیستی روان‌شناختی با جمع‌کردنِ نمرات ۶ عامل دیگر به‌دست می‌آید. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت ۶درجه‌ای است که کاملاً موافقم نمرۀ (۱) و کاملاً مخالفم نمرۀ (۶) می‌گیرد و نمرۀ بالاتر نشان‌دهندۀ بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. ریف و سینگر (۲۰۰۲) هم‌بستگی این آزمون را با مقیاس ۸۴سؤالیِ این پرسش‌نامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. در ایران خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطۀ مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال را به‌ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۳، ۰/۷۳، و ۰/۷۲ به‌دست آوردند. همچنین این پژوهشگران آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش نمودند. میزان پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد. این ابزار به‌منظور سنجش بهزیستی روان‌شناختی توسط نوجوانان تیزهوش استفاده شده است.

تست هوش‌آزمای تهران استنفورد - بینه[7]

نسخۀ پنجم هوش‌آزمای تهران استنفورد - بینه توسط افروز و کامکاری (۱۳۸۵) استانداردسازی شد. این ابزار برای افراد ۲ تا ۸۵ساله تهیه شده و دارای ۱۰ خرده‌آزمون است. میانگین هر خرده‌آزمون ۱۰ و انحراف‌معیار آن ۳ است و دو حیطۀ کلامی و غیرکلامی را می‌سنجد. در حیطه‌های کلامی و غیرکلامی پنج خرده‌آزمونِ دانش، استدلال سیال، استدلال کمّی، پردازش دیداری فضایی و حافظۀ فعال وجود دارد. این ابزار ۸ هوش‌بهر مستقل شامل هوش‌بهر دانش، استدلال سیال، استدلال کمّی، پردازش دیداری-فضایی، حافظۀ فعال کلامی و غیرکلامی و هوش‌بهر کلی دارد. همچنین این آزمون علاوه‌بر هوش‌بهرهای بیان‌شده می‌تواند نمره‌های حساس به تغییر و نمره‌های مرتبط با خواندن و محاسبه را نشان دهد. نتایج پژوهش‌ها نشان‌دهندۀ اعتبار و تجانس درونی زیاد این آزمون است و ضرایب اعتباری ۰/۸۴ و ۰/۸۹ برای خرده‌آزمون‌های ده‌گانه به‌دست آمده است (افروز و کامکاری، ۱۳۸۵). میزان اعتبار این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به‌دست آمد. این ابزار به‌منظور سنجش هوش توسط نوجوانان استفاده شده است.

مقیاس خودگزارش دهی آشنباخ[8]

نظام سنجش مبتنی‌بر تجربه توسط آشنباخ و رسکولار (۲۰۰۱) ساخته و در دامنۀ سنی ۱۱-۱۸ استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه دارای ۱۱۲ سؤال است و به‌صورت طیف لیکرت ۳درجه‌ای درست نیست(۰)، تاحدی یا گاهی درست است (۱) و کاملاً یا غالباً درست است (۲) نمره‌گذاری می‌شود. مدت‌زمان پاسخ‌دهی این پرسش‌نامه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه است. این پرسش‌نامه به‌طور کلی اختلال‌ها را در دو دستۀ درون‌نمود (گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، اضطراب و افسردگی) و برون‌نمود (رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگری) تقسیم‌بندی می‌کند. به‌طور کلی، براساس نمرات به‌دست‌آمده، آزمودنی‌ها در سه طبقۀ بالینی، مرزی و نرمال دسته‌بندی می‌شوند. همسانی درونی این پرسش‌نامه در دانش‌آموزان شهر تهران با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ به‌دست آمد (درون‌نمود: ۰/۸۷، برون‌نمود: ۸۶ /۰ و مشکلات کلی: ۰/۸۵) همچنین اعتبار محتوایی و روایی ملاکی این فرم نیز تأیید شد (مینایی، ۱۳۸۶).

[1] Academic Resilience Inventory
[2] Communication Skills
[3] Problem-Focused
[4] Positive Thinking
[5] Future Orientation
[6] Psychological Well-Being Test
[7] Tehran-Stanford-Binet
[8] Youth Self-Report

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

همچنین کاکابرایی و همکاران (۱۳۸۶) میزان اعتبار این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ و میزان اعتبار دونیمه‌کردن را ۰/۸۲ به‌دست آوردند. میزان اعتبار این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به‌دست آمد. این ابزار به‌منظور سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری توسط نوجوانان استفاده شده است.

پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی

پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی در قالب ۱۲ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای توسط رنجبر و همکاران (۱۴۰۳) طی هفت گام بازتدوین شد (جدول ۱). هدف غاییِ پروتکلِ تدوین‌شده افزایش توانمندی‌های فردی و خانوادگی در مدیریت و تنظیم هیجانات، به‌ویژه هیجانات منفی و ناسازگارانه است. پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده مبتنی‌بر این فرض است که مشکلات هیجانی-رفتاری ریشه در فرایندهای شناختی و ارزیابی‌های نادرست هیجانات دارند و با تمرکز بر شناخت و تغییر چرخه‌های شناختی و هیجانی، اصلاح ارزیابی‌های ناسازگارانه و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان، تلاش می‌کند بهبود کارکرد هیجانی افراد و به‌تبع آن کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان تیزهوش را در بستر خانواده فراهم آورد.

جدول ۱. برنامهٔ جلسات آموزش پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
اول	معارفه و آشنایی	معارفه و برقراری ارتباط، آشنایی با اهداف و ساختار محتوای جلسات، شناخت کلی مشکلات هیجانی و رفتاری	نوشتن فهرستی از موقعیت‌های هیجانی روزانه و احساسات مربوطه با همکاری خانواده
دوم	شناخت هیجان‌ها	آشنایی و شناخت هیجان‌ها، آشنایی با اجزای تجارب هیجان و چرخه‌های هیجانی	تکمیل نمودار چرخهٔ هیجانی در طول هفته با نظارت والدین
سوم	چرخه‌های شناختی	شناخت چرخه‌های شناختی، افکار و باورهای ناکارآمد و خطاهای شناختی	نوشتن نمونه‌هایی از افکار ناکارآمد و تلاش برای تغییر آن‌ها با همراهی خانواده
چهارم	بازشناسی	بازشناسی هیجان‌ها، بازارزیابی و ردیابی تجارب هیجانی، آموزش مدل (ARC) سابقه، پاسخ‌ها و نتایج	تکمیل فرم چرخهٔ هیجانی برای موقعیت‌های روزانه با نظارت والدین
پنجم	چرخه‌ها و الگوها	شناخت الگوهای پاسخ‌دهی هیجانی و رفتاری، بررسی عوامل زمینه‌ای و نگهدارندهٔ چرخه‌ها و الگوها	نوشتن نمونه‌هایی از چرخه‌های هیجانی و رفتاری خود با مشورت والدین
ششم	ارزیابی مجدد	واکاوی و ارزیابی تجارب هیجانی و رفتاری، شناسایی افکار و وضعیت فیزیولوژیک، ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها	ثبت واکنش‌های بدنی در مواجهه با هیجانات مختلف و تمرین تنفس با کمک والدین
هفتم	ارزیابی ناسازگارانه	ارزیابی‌های ناسازگارانه و سازگارانه از تجارب هیجانی و رفتاری، آموزش اصلاح ارزیابی‌های ناسازگارانه	نوشتن تله‌های فکری و تلاش برای جایگزین‌سازی با افکار منعطف با همکاری والدین
هشتم	آگاهی بدنی	بررسی واکنش‌های جنگ‌وگریز، مهارت اسکن بدنی، آگاهی از وضعیت کلی بدنی در مواجهه‌های هیجانی و رفتاری	ثبت وضعیت‌های فیزیولوژیکی در مواجهه با هیجانات مختلف با همکاری والدین
نهم	افکار منعطف	آشنایی با افکار منعطف، شناسایی تفسیرها، تله‌های فکری و راهبردهای هیجانی ناسازگارانهٔ همراه	نوشتن خلاصه‌ای از تغییرات شخصی و برنامه‌ریزی برای تثبیت مهارت‌ها بعد از پایان جلسات
دهم	آموزش والدین	آموزش شناخت هیجان‌ها، راهبردهای هیجانی و رفتاری ناسازگارانه و سازگارانه به والدین	تمرین تکنیک‌های مواجههٔ والدین با هیجانات فرزندان در موقعیت‌های واقعی
یازدهم	آموزش والدین	آموزش اصول مواجهه و درک هیجان‌ها، اصلاح روش‌های فرزندپروری، شناخت افکار ناکارآمد و خطاهای شناختی به والدین	تمرین تکنیک‌های مواجهه والدین با هیجانات فرزندان در موقعیت‌های واقعی
دوازدهم	مرور و خاتمه	مرور کلی مفاهیم جلسات و ارزیابی و بررسی تغییرات	نوشتن برنامهٔ شخصی برای ادامهٔ تمرینات و نظارت والدین بر پیشرفت فرزندان

مراحل اجرای پژوهش

در مرحلهٔ اول با مراجعه به آموزش و پرورش، مدارس جهت انتخاب گروه نمونه مشخص شدند. پس از مشخص‌شدن مدارس و هماهنگی با مسئولین، گروه نمونه با درنظرگرفتن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ابتدا مقیاس خودگزارش‌دهی آشنباخ (نسخهٔ خودسنجی) و تست هوش اجرا شد و نوجوانان تیزهوش در

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

معرض مشکلات هیجانی و رفتاری به‌عنوان گروه نمونه مشخص شدند. در مرحلهٔ بعد پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی با توجه به مبانی نظری و نیازسنجی از گروه نمونه طی هفت گام شامل ۱: بررسی پیشینه و مبانی نظری برنامه، ۲: نیازسنجی، ۳: تهیهٔ طرح درس و محتوای پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده، ۴: اجرای برنامهٔ آموزشی در مطالعه مقدماتی، ۵: بازنگری، ۶: نهایی‌سازی برنامهٔ آموزشی، ۷: تعیین روایی برنامهٔ آموزشی تدوین شد. به‌منظور بررسی روایی محتوایی، یک نسخه از پروتکل مداخله‌ای تدوین‌شده، همراه چک‌لیستی که هدف آن بررسی تناسب نظری و مصداق‌های رفتاری تهیه‌شده بود، در اختیار ۸ نفر از متخصصان (روان‌شناسان کودک و نوجوان، مشاوران تحصیلی و اساتید دانشگاه باتجربه در حوزهٔ روان‌شناسی بالینی و آموزش تیزهوشان) قرار گرفت تا میزان تناسب هر یک از جلسات برنامهٔ آموزشی را در مقیاس اندازه‌گیری مشخص نمایند. سپس به‌منظور بررسی و تأیید روایی محتوایی برنامهٔ تنظیم هیجان خانواده‌محور، روایی محتوایی هر جلسه با استفاده از شاخص روایی محتوایی[1] با هدفِ بررسی تناسب نظری، شفافیت محتوا، جامعیت مؤلفه‌ها و انطباق مصداق‌های رفتاری با اهداف هر جلسه توسط هشت نفر از متخصصان مورد بررسی قرار گرفت. معیارهای انتخاب متخصصان شامل داشتنِ مدرک دکتری تخصصی در حوزهٔ روان‌شناسی، حداقل ۵ سال سابقهٔ فعالیت بالینی، آموزشی، پژوهشی در حوزهٔ تیزهوشان و مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان و تمایل به مشارکت در ارزیابی علمی پروتکل بود. متخصصان، محتوای جلسات را ازنظر ضرورت، تناسب، وضوح و انطباق با اهداف برنامه ارزیابی کردند. پس از جمع‌آوری نظرات و پیشنهادهای اصلاح شامل افزایش شفافیت اهداف آموزشی، بهبود توالی ارائهٔ مطالب و انطباق بیشتر تمرین‌های خانگی با اهداف هر جلسه اعمال شد و نسخهٔ نهایی پروتکل، پس از تأیید مجدد متخصصان، برای اجرا آماده گردید. برای بررسی کمّی روایی محتوا، از شاخص نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد. نتایج نشان داد مقادیر نسبت روایی محتوا در تمامی جلسات بالاتر از ۰/۷۲ و مقادیر بالاتر از ۰/۸۰ بود. براساس ملاک‌های لاوشه (۱۹۷۵) و نظر هشت متخصص، تمامی جلسات از روایی محتوایی مطلوب برخوردار بودند؛ بنابراین، برنامهٔ تنظیم هیجان خانواده‌محور از اعتبار محتوایی قابل‌قبولی برای اجرا برخوردار است. در مرحلهٔ بعد با استفاده از ابزارهای پژوهش از گروه نمونه (آزمایش و کنترل) پیش‌آزمون گرفته شد. در مرحلهٔ بعد پروتکل مداخله‌ای تدوین‌شده توسط پژوهشگران برای گروه آزمایش اجرا گردید (شایان ذکر است ۱۰ جلسه مربوط به نوجوانان و ۲ جلسهٔ پایانی مربوط به والدین بود). پس از اجرای پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده از گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون گرفته شد. درنهایت، پس از سه ماه مجدداً از گروه آزمایش و کنترل جهت سنجش در مرحلهٔ پیگیری با استفاده از ابزارهای پژوهش آزمون گرفته شد. پس از اتمام پژوهش، گروه کنترل نیز مداخله را با رعایت اصول پژوهش اخلاقی دریافت کردند.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، اصل محرمانگی اطلاعات در تمام مراحل، اطلاع در مورد نحوه و مراحل اجرای پژوهش، حق انتخاب شرکت‌کنندگان برای ادامه و یا انصراف از شرکت در پژوهش و قرارگرفتن گروه گواه در لیست انتظار رعایت گردید.

روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر[2] در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۸ استفاده شد. در بخش تحلیل داده‌ها، با توجه به طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و وجود اندازه‌گیری‌های تکراری، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شد. این روش امکان بررسی تغییرات درون‌گروهی و تفاوت بین گروه‌ها را به‌طور هم‌زمان فراهم می‌سازد.

نتایج

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سن گروه مداخله برابر با ۱۶/۷۸ و گروه کنترل برابر با ۱۶/۳۹بود و میانگین بهرهٔ هوشی گروه مداخله ۱۳۱/۶۷ و گروه کنترل ۱۳۰/۶۰ بود. در جدول ۲ آماره‌های توصیفی تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک گروه و زمان ارائه شده است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن آمده است که سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ به‌معنای تأیید این پیش‌فرض است.

[1] Content Validity Index (CVI)

[2] Repeated Measures Analysis of Variance

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی به‌تفکیک گروه و زمان به‌همراه آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	مؤلفه	زمان	گروه آزمایش			گروه کنترل		
			میانگین	انحراف استاندارد	مقدار p	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار P
تاب‌آوری	مهارت ارتباطی	پیش‌آزمون	۲۷/۶۷	۳/۱۳	۰/۱۷۷	۲۸/۲۰	۲/۴۸	۰/۴۲۹
		پس‌آزمون	۳۰/۷۳	۴/۱۱	۰/۳۳۵	۲۸/۰۷	۲/۳۱	۰/۷۸۱
		پیگیری	۳۰/۲۰	۴/۰۲	۰/۵۴۷	۲۸/۴۰	۲/۸۰	۰/۵۰۸
	جهت‌گیری آینده	پیش‌آزمون	۲۲/۱۳	۲/۵۶	۰/۹۵۶	۲۳/۲۰	۲/۹۶	۰/۲۲۱
		پس‌آزمون	۲۴/۲۷	۲/۶۳	۰/۶۱۴	۲۳/۲۷	۲/۴۹	۰/۴۵۳
		پیگیری	۲۴/۰۷	۲/۲۸	۰/۶۴۲	۲۲/۹۳	۲/۶۳	۰/۸۲۹
	مسئله‌محور و مثبت‌نگری	پیش‌آزمون	۱۴/۳۳	۱/۶۳	۰/۱۱۹	۱۳/۳۳	۱/۴۰	۰/۱۹۰
		پس‌آزمون	۱۶/۶۰	۱/۷۲	۰/۲۰۳	۱۳/۳۳	۱/۴۵	۰/۰۶۰
		پیگیری	۱۶/۸۰	۱/۹۴	۰/۱۳۱	۱۳/۶۰	۱/۶۸	۰/۳۴۴
	تاب‌آوری کل	پیش‌آزمون	۶۴/۱۳	۵/۱۵	۰/۲۹۲	۶۴/۷۳	۳/۷۱	۰/۹۲۱
		پس‌آزمون	۷۱/۶۰	۵/۳۳	۰/۶۵۳	۶۴/۶۷	۳/۴۸	۰/۸۹۷
		پیگیری	۷۱/۰۷	۴/۷۳	۰/۲۵۳	۶۴/۹۳	۳/۹۷	۰/۷۸۳
بهزیستی روان‌شناختی	استقلال	پیش‌آزمون	۷/۸۰	۲/۳۷	۰/۰۶۹	۷/۶۰	۳/۰۷	۰/۱۲۴
		پس‌آزمون	۱۰/۰۷	۲/۴۹	۰/۰۶۰	۷/۹۳	۲/۲۲	۰/۲۸۶
		پیگیری	۱۰/۸۷	۲/۲۳	۰/۰۷۴	۷/۶۷	۲/۱۳	۰/۱۰۱
	تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۷/۹۳	۱/۷۵	۰/۲۱۷	۹/۱۳	۳/۳۶	۰/۰۸۴
		پس‌آزمون	۸/۶۷	۱/۵۴	۰/۴۷۰	۹/۶۰	۲/۵۹	۰/۱۲۶
		پیگیری	۸/۵۳	۱/۴۶	۰/۲۲۰	۹/۶۷	۲/۵۵	۰/۱۳۹
	رشد شخصی	پیش‌آزمون	۶/۹۳	۱/۴۹	۰/۵۰۴	۷/۹۳	۲/۹۴	۰/۱۰۶
		پس‌آزمون	۸/۰۷	۱/۶۲	۰/۸۴۸	۷/۷۳	۲/۲۵	۰/۱۵۱
		پیگیری	۸/۵۳	۱/۹۶	۰/۶۷۳	۷/۸۷	۲/۲۳	۰/۱۸۳
	ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۸/۳۳	۲/۳۲	۰/۳۴۴	۶/۸۰	۱/۲۷	۰/۱۲۱
		پس‌آزمون	۱۰/۴۷	۲/۳۳	۰/۴۰۲	۷/۶۷	۱/۳۵	۰/۰۹۳
		پیگیری	۱۰/۴۰	۲/۲۳	۰/۴۶۰	۷/۵۳	۱/۲۵	۰/۰۶۸
	هدفمندی در زندگی	پیش‌آزمون	۷/۸۰	۲/۴۳	۰/۰۷۲	۷/۶۰	۲/۹۷	۰/۰۳۱
		پس‌آزمون	۸/۴۷	۱/۶۹	۰/۴۴۵	۸/۱۳	۲/۰۳	۰/۳۳۰
		پیگیری	۸/۳۳	۱/۶۳	۰/۴۴۵	۸/۴۷	۲/۰۰	۰/۰۷۹
	پذیرش خود	پیش‌آزمون	۸/۴۰	۲/۱۰	۰/۱۰۳	۷/۶۷	۲/۴۴	۰/۴۱۸
		پس‌آزمون	۱۰/۴۰	۲/۰۳	۰/۰۸۶	۸/۳۳	۲/۰۶	۰/۱۴۲
		پیگیری	۱۰/۶۷	۱/۸۸	۰/۰۸۸	۸/۵۳	۱/۹۶	۰/۲۵۳
	بهزیستی روان‌شناختی کل	پیش‌آزمون	۴۷/۲۰	۵/۶۷	۰/۶۵۷	۴۶/۷۳	۶/۶۷	۰/۸۱۲
		پس‌آزمون	۵۶/۱۳	۴/۲۲	۰/۹۸۷	۴۹/۴۰	۴/۸۵	۰/۶۹۵
		پیگیری	۵۷/۳۳	۴/۳۰	۰/۹۷۸	۴۹/۷۳	۴/۵۱	۰/۶۸۶

نتایج جدول ۲ نشان داد میانگین نمرات کل تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در گروه مداخله در پس‌آزمون و مرحلهٔ پیگیری در مقایسه با نمرهٔ پیش‌آزمون افزایشی بود. همچنین میانگین نمرات کل بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های استقلال، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود در گروه مداخله در پس‌آزمون و مرحلهٔ پیگیری در مقایسه با نمرهٔ پیش‌آزمون افزایشی بود اما مولفه‌های تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی تغییر قابل‌توجهی نداشت. میانگین تاب‌آوری در گروه مداخله در پیش‌آزمون برابر با ۶۴/۱۳ بود که در پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب به ۷۱/۶۰ و ۷۱/۰۷ رسید و افزایش داشت. میانگین بهزیستی شناختی در گروه مداخله در پیش‌آزمون برابر با ۴۷/۲۰ بود که در پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب به ۵۶/۱۳ و ۵۷/۳۳ رسید و افزایش داشت.

جهت مقایسهٔ گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای مداخله از

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های آماری (نرمال‌بودن، همگنی شیب‌های رگرسیونی، همگنی واریانس‌ها و همگنی کوواریانس‌های خطا) بررسی شد. برای این هدف ابتدا نرمال‌بودن توزیع با شاپیرو - ویلک، همگنی واریانس با آزمون لوین و برابری رابطهٔ بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته با آزمون همگنی شیب‌های رگرسیونی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مربوط به آزمون شاپیرو – ویلک در جدول ۳ نشان داد متغیرهای پژوهش در گروه مداخله و گروه کنترل دارای توزیع نرمال بودند؛ بنابراین فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات برقرار است. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد سطح معنی‌داری برای تمامی متغیرها بیشتر از مقدار ۰/۰۵ بود و مفروضهٔ همگنی موردتأیید قرار گرفت (P>۰/۰۵). نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی ازطریق بررسی اثر تعاملی نشان داد بین گروه و پیش‌آزمون متغیرها رد می‌شود و درنتیجه، شیب‌های رگرسیونی در تمامی موارد همگن بودند و این مفروضه موردتأیید قرار گرفت. مفروضهٔ همگنی کوواریانس‌های خطا با آزمون کورویت موچلی انجام شد که برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۰۱ بود (P>۰/۰۰۱) اما برای چهار متغیر تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و بهزیستی روان‌شناختی (کل) کمتر از مقدار ۰/۰۰۱ بود و درنتیجه، برای این چهار متغیر از تصحیح گرینهاوس-گیسر برای درجهٔ آزادی استفاده شد.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر به‌منظور سنجش اثر مداخله بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	مؤلفه	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P	η_p^2
تاب‌آوری	مهارت ارتباطی	زمان	۴۰/۲۹	۲	۲۰/۱۴	۱۴/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۹
		زمان و گروه	۴۱/۰۹	۲	۲۰/۵۴	۱۵/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۳
		خطا	۷۵/۲۹	۵۶	۱/۳۴			
	جهت‌گیری آینده	زمان	۱۹/۷۶	۲	۹/۸۸	۹/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۶
		زمان و گروه	۲۲/۸۲	۲	۱۱/۴۱	۱۱/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
		خطا	۵۷/۴۲	۵۶	۱/۰۳			
	مسئله‌محور و مثبت‌نگری	زمان	۳۲/۰۷	۲۱	۶/۰۳	۱۱/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۰
		زمان و گروه	۲۴/۹۶	۲	۱۲/۴۸	۹/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۰
		خطا	۷۴/۹۸	۵۶	۱/۳۴			
	تاب‌آوری کل	زمان	۲۶۴/۲۹	۲	۱۳۲/۱۴	۴۵/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۰
		زمان و گروه	۲۵۶/۸۲	۲	۱۲۸/۴۱	۴۴/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
		خطا	۱۶۲/۲۲	۵۶	۲/۹۰			
بهزیستی روان‌شناختی	استقلال	زمان	۴۲/۱۶	۲	۲۱/۰۸	۲۳/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۸
		زمان و گروه	۳۴/۶۹	۲	۱۷/۳۴	۱۹/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۰
		خطا	۴۹/۸۲	۵۶	۰/۸۹			
	تسلط بر محیط	زمان	۶/۸۲	۱/۳۳	۵/۱۴	۳/۲۴	۰/۰۶۹	۰/۱۰۴
		زمان و گروه	۰/۲۹	۱/۳۳	۰/۲۲	۰/۱۴	۰/۷۸۳	۰/۰۰۵
		خطا	۵۸/۸۹	۳۷/۱۵	۱/۵۹			
	رشد شخصی	زمان	۸/۹۶	۲	۴/۴۸	۴/۷۶	۰/۰۱۲	۰/۱۴۵
		زمان و گروه	۱۱/۶۷	۲	۵/۸۳	۶/۲۰	۰/۰۰۴	۰/۱۸۱
		خطا	۵۲/۷۱	۵۶	۰/۹۴			
	ارتباط مثبت با دیگران	زمان	۴۲/۲۰	۲	۲۱/۱۰	۲۴/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۴
		زمان و گروه	۸/۴۷	۲	۴/۲۳	۴/۸۷	۰/۰۱۱	۰/۱۴۸
		خطا	۴۸/۶۷	۵۶	۰/۸۷			
		زمان	۸/۶۰	۱/۱۷	۷/۳۸	۳/۰۴	۰/۰۸۵	۰/۰۹۸

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

هدفمندی در زندگی	زمان و گروه	۰/۸۷	۲	۰/۴۳	۰/۳۱	۰/۷۳۷	۰/۰۱۱
	خطا	۷۹/۲۰	۵۶	۱/۴۱			
پذیرش خود	زمان	۴۲/۸۷	۱/۰۹	۳۹/۴۲	۲۱/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۸
	زمان و گروه	۹/۳۶	۱/۰۹	۸/۶۰	۴/۷۵	۰/۰۳۴	۰/۱۴۵
	خطا	۵۵/۱۱	۵۶	۰/۹۸			
بهزیستی روان‌شناختی کل	زمان	۷۷۳/۴۹	۱/۲۸	۶۰۴/۴۰	۵۵/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۳
	زمان و گروه	۲۲۷/۲۷	۱/۲۸	۱۷۷/۵۹	۱۶/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۶
	خطا	۳۹۳/۲۴	۳۵/۸۳	۱۰/۹۷			

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۳ نشان داد اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده بر نمرهٔ کل تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی تأیید شد (P<۰/۰۵). سطح معنی‌داری اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه کمتر از ۰/۰۵ بود. با توجه به اینکه اثر تعاملی زمان و گروه به‌عنوان مهم‌ترین اثر تلقی می‌شود. بر این اساس مداخله بر نمرهٔ کل تاب‌آوری و هر سه مؤلفهٔ مهارت ارتباطی، جهت‌گیری آینده و مسئله‌محور و مثبت‌نگری تأیید شد. همچنین اثربخشی مداخله درمان فراتشخیصی بر نمرهٔ کل بهزیستی روان‌شناختی و چهار مؤلفهٔ استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود تأیید شد (P<۰/۰۵). مطابق یافته‌ها اثربخشی مداخله فقط بر دو مؤلفهٔ تسلط بر محیط و هدفمندی در زندگی تأیید نشد. شاخص مجذور اتای جزئی برای تاب‌آوری برابر با ۰/۶۱۳ و برای بهزیستی روان شناختی برابر با ۰/۳۶۶ بود که نشان از اثربخشی قابل‌اعتنا و قوی بود و نشان داد مداخله درمان فراتشخیصی به میزان ۶۱/۳ درصد بر تغییرات تاب‌آوری و به‌میزان ۳۶/۶ درصد برتغییرات بهزیستی روان شناختی اثربخش بود. در بین مؤلفه‌های تاب‌آوری بالاتری اندازهٔ اثر را مؤلفهٔ مهارت ارتباطی با مقدار ۰/۳۵۳ داشت و در بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بالاترین اندازهٔ اثر را مؤلفهٔ استقلال با اندازهٔ اثر ۰/۴۱۰ داشت.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ نشان داد باتوجه به میانگین‌های تعدیل‌شده (میانگین پس‌آزمون با کنترل نمرهٔ پیش‌آزمون) می‌توان استنباط کرد میانگین تاب‌آوری در زمان پس‌آزمون در گروه مداخله به‌میزان ۷/۴۴ بالاتر از گروه کنترل بود و نشان داد درمان فراتشخیصی موجب افزایش تاب‌آوری در شرکت‌کنندگان شد. همچنین میانگین تاب‌آوری در زمان پیگیری در گروه مداخله به‌میزان ۶/۶۰ بالاتر از گروه کنترل بود. با توجه به اینکه میانگین زمان پیگیری به‌طور معناداری بالاتر از پیش‌آزمون بود و همچنین بین زمان پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت. ماندگاری اثر مداخلهٔ درمان فراتشخیصی بر تاب‌آوری تأیید شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور مقایسهٔ زوجی میانگین متغیرها در گروه‌ها

متغیر	مؤلفه	مرحلهٔ A	مرحلهٔ B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	P
تاب‌آوری	مهارت ارتباطی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۱۹	۰/۶۸۷	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۳۶	۰/۶۸۴	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۸۱	۰/۴۶۲	۰/۰۹۰
	جهت‌گیری آینده	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۸۶	۰/۴۷۹	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۸۹	۰/۵۶۴	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۸	۰/۴۲۹	۰/۵۲۰
	مسئله‌محور و مثبت‌نگری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۷۵	۰/۵۴۴	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۶۹	۰/۶۴۴	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۵	۰/۷۸۴	۰/۲۳۵
	تاب‌آوری کل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۴۴	۰/۸۸۶	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۶۰	۰/۹۹۱	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۶	۰/۸۱۵	۰/۹۴۶
	استقلال	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۸	۰/۴۳۸	<۰/۰۰۱

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

		پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۰۷	۰/۴۴۶	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴۵	۰/۴۱۳	۰/۰۰۲
	تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۱۳	۰/۴۳۸	۰/۷۷۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۶	۰/۵۴۶	۰/۴۱۰
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۱	۰/۳۳۱	۰/۳۶۵
	رشد شخصی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۰۰	۰/۴۵۳	۰/۰۳۵
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۳۳	۰/۵۳۸	۰/۰۲۰
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۶	۰/۳۸۰	۰/۳۵۹
بهزیستی روان‌شناختی	ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۸۰	۰/۵۸۹	۰/۰۰۵
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۹۳	۰/۵۶۶	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۷	۰/۱۸۰	۰/۱۵۱
	هدفمندی در زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۲۴	۰/۴۹۱	۰/۶۳۴
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۲	۰/۵۲۱	۰/۶۷۷
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۴	۰/۲۴۷	۰/۰۸۹
	پذیرش خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۶۳	۰/۵۷۲	۰/۰۰۸
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۶۹	۰/۵۰۴	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۴	۰/۱۶۹	۰/۱۷۴
	بهزیستی روان‌شناختی کل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۴۹	۱/۱۷۱	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۷/۳۷	۱/۱۹۰	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۱/۶۵	۰/۸۴۹	۰/۰۶۲

بحث

هدف از پژوهش حاضر تدوین پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی و بررسی اثربخشی آن بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان تیزهوش در معرض آسیب مشکلات هیجانی و رفتاری بود. نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده بر تاب‌آوری تحصیلی و بهزیستی روان‌شناسی نوجوانان تیزهوش در معرض آسیب مشکلات هیجانی و رفتاری بود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش قاسمی و میر (۱۴۰۲)، کروسس (۲۰۲۴)، شارما و سینگ (۲۰۲۴)، شفله و همکاران (۲۰۲۴)، و جیمز-اورنگا و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده مبنی‌بر اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده بر تاب‌آوری تحصیلی می‌توان گفت پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده به نوجوانان تیزهوش کمک می‌کند ارتباط میان افکار، هیجان‌ها و پیامدهای رفتاری خود را در موقعیت‌های چالش‌برانگیز شناسایی و بازسازی کنند. طی این فرایند نوجوانان تیزهوش می‌آموزند ابتدا با افزایش آگاهی، افکار و هیجان‌های خود را بدون قضاوت پذیرش و با ارزیابی مجدد شناختی، معنای متفاوتی به موقعیت‌های چالش‌برانگیز و استرس‌زا بدهند. پژوهش‌های نشان داده‌اند ارزیابی مجدد شناختی ازطریق کاهش شدت هیجان‌های منفی و ایجاد چشم‌اندازی واقع‌بینانه‌تر، تاب‌آوری را در مواجهه با موقعیت‌های دشوار تقویت می‌کند (ستور و همکاران، ۲۰۲۴). ارزیابی مجدد شناختی با تعدیل برداشت‌های اولیه و ایجاد چهارچوب شناختی متعادل‌تر توان فرد در تنظیم هیجان در مواجهه با شرایط تنش‌زا را افزایش می‌دهد. این راهبرد برای نوجوانان تیزهوش اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا ظرفیت بالای پردازش شناختی آنان، هرچند امکان تحلیل عمیق‌تر مسائل را فراهم می‌کند، هم‌زمان آنان را در معرض ارزیابی‌های پیچیده و اضطراب‌زا قرار می‌دهد. بر همین اساس، آموزش راهبردهای ارزیابی مجدد شناختی نقش کلیدی در تقویت تاب‌آوری و پیشگیری از پیامدهای منفی روان‌شناختی در این گروه ایفا می‌کند. پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده با تمرکز بر آموزش شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، پذیرش غیرقضاوتی و به‌کارگیری راهبردهای مؤثر مدیریت هیجان‌ها، زمینهٔ تقویت خودتنظیمی هیجانی را فراهم می‌کند. خودتنظیمی هیجانی، با شناسایی و مدیریت هدفمند هیجان‌ها، سطح واکنش‌های هیجانی شدید را تعدیل و مدیریت می‌کند که نقش بسیار مهمی در تقویت تاب‌آوری دارد (آکرن و همکاران، ۲۰۲۵). یافته‌های به‌دست‌آمده را می‌توان در چهارچوب مدل‌های فراتشخیصی تنظیم هیجان تبیین کرد. براساس این رویکردها سازوکارهای مشترک در اختلال‌های هیجانی همچون اجتناب تجربه‌ای، سوگیری‌های شناختی و ضعف در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش کلیدی در تداوم مشکلات هیجانی دارند. بنابراین، مداخلاتی که بر اصلاح این فرایندهای بنیادین تمرکز دارند، می‌توانند به‌طور هم‌زمان موجب بهبود تنظیم هیجان و افزایش توانایی مقابله‌ای فرد در مواجهه با فشارهای تحصیلی و هیجانی شوند؛ بنابراین، آموزش و تمرین راهبردهای

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

خودتنظیمی هیجانی نقشِ محوری در افزایش تاب‌آوری نوجوانان تیزهوش و کاهش آسیب‌پذیری آن‌ها در مواجهه با فشارهای محیطی دارد. همچنین پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده بر ارتقای توانایی حل مسئله در نوجوانان تیزهوش بر مواجهه با مشکلات هیجانی و رفتاری متمرکز است. در این راستا، تکالیف گروهی و فردی طراحی شده که نوجوانان را در مواجهه با مسائل چالش‌برانگیز قرار می‌دهد و مهارت تحلیل افکار، ارزیابی موقعیت و انتخاب راه‌حل‌های مناسب را آموزش می‌دهد. این رویکرد سبب می‌شود نوجوانان در شرایط دشوار، پاسخ‌های سازگارانه‌تری ارائه کنند و تاب‌آوری آن‌ها در مواجهه با استرس و موقعیت‌های هیجانی افزایش یابد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد آموزش مهارت حل مسئله، علاوه‌بر کاهش رفتارهای تکانشی، عملکرد هیجانی و اجتماعی نوجوانان را نیز بهبود می‌بخشد (پورسلی و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین اگرچه اندازهٔ اثر گزارش‌شده برای تاب‌آوری ازنظر آماری در سطح قابل‌توجهی قرار دارد، اما اهمیت این یافته تنها به معناداری آماری محدود نمی‌شود و باید از منظر بالینی نیز تفسیر گردد. از دیدگاه کاربردی، این میزان بهبود می‌تواند نشان‌دهندهٔ افزایش توان نوجوانان در مواجههٔ مؤثر با فشارهای تحصیلی، مدیریت هیجان‌های منفی و بازگشت سریع‌تر به تعادل روان‌شناختی پس از تجربهٔ موقعیت‌های استرس‌زا باشد. به‌بیان دیگر، حتی تغییرات متوسط در تاب‌آوری در دورهٔ نوجوانی می‌تواند نقش مهمی در کاهش آسیب‌پذیری روانی و افزایش عملکرد تحصیلی و اجتماعی ایفا کند در مداخلات مبتنی‌بر تنظیم هیجان، اندازهٔ اثرهای متوسط تا بالا معمولاً ازنظر بالینی معنادار تلقی می‌شوند، زیرا این تغییرات در سطح فرایندهای زیربنایی شناختی–هیجانی رخ می‌دهند و قابلیت تعمیم به موقعیت‌های واقعی زندگی را دارند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بهبود مشاهده‌شده در تاب‌آوری علاوه‌بر معناداری آماری، ازنظر کارکردی نیز واجد اهمیت بالینی است.

ازطرف‌دیگر، یکی از وجوه افتراق پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده در مقایسه با درمان فراتشخیصی و شناختی-رفتاری، خانواده‌محوربودنِ آن بود. حضور فعال والدین در طول فرایند درمان و شکل‌گیری روابط مثبت والدین با فرزندان با فراهم‌سازی احساس امنیت روانی، ارائهٔ فرصت برای تمرین، تقویت خودتنظیمی هیجانی و افزایش ظرفیت در مدیریت هیجانات پیچیده، تاب‌آوری نوجوانان تیزهوش را تقویت می‌کند (جیمز-اورنگا و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده، با توجه ویژگی‌ها، نیازها و تجربه‌های زیستهٔ روانی و هیجانی خاص نوجوانان تیزهوش تدوین و بومی‌سازی شده است. در همین راستا تکالیف و فعالیت‌ها به‌گونه‌ای طراحی شدند که تحلیل چندبعدی موقعیت‌ها، بازشناسی هیجان‌ها و به‌کارگیری راهبردهای خلاقانه در حل مسئله را متناسب با ظرفیت شناختی و هیجانی در جلسات درمانی در نظر بگیرد. درنظرگرفتن ویژگی‌ها، نیازها و تجربه‌های زیستهٔ روانی و هیجانی خاص نوجوانان تیزهوش، زمینه را برای به‌کارگیری مؤثر راهبردهایی مانند خودتنظیمی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی و مدیریت هیجان‌ها را برای نوجوانان فراهم می‌کند که به‌تبع آن باعث افزایش سطح تاب‌آوری در مواجهه با فشارها و چالش‌ها می‌شد؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده بر افزایش تاب‌آوری نوجوانان تیزهوش در معرض مشکلات هیجانی و روانی اثربخش بود.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده مبنی‌بر اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده بر بهزیستی روان‌شناختی می‌توان بیان نمود پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده با طراحی تمرین‌های عملی مانند آموزش حل تعارض، ارتباط مؤثر با والدین و همسالان، همکاری در فعالیت‌های گروهی و بازخوردهای خانوادگی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و تعاملات بین‌فردی نوجوانان تیزهوش متمرکز است. ازلحاظِ نظری، بهزیستی روان‌شناختی یک سازهٔ چندبعدی و پویاست که تحت‌تأثیر تعامل میان فرایندهای شناختی، هیجانی و بین‌فردی شکل می‌گیرد. در این میان، تنظیم هیجان و سبک‌های ارزیابی شناختی از مهم‌ترین پیش‌بین‌های آن محسوب می‌شوند، به‌گونه‌ای که بهبود در این فرایندها می‌تواند باعث ارتقای بهزیستی شود.

نوجوانان تیزهوش در طی جلسات مختلف با فراگیری مهارت‌های ارتباط مؤثر، درک عمیق‌تری از روابط بین‌فردی پیدا می‌کنند و توانایی ایجاد و حفظ روابط سازگارانه، حمایتی و همدلانه در آن‌ها افزایش یابد. افزایش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی در نوجوانان تیزهوش، علاوه‌بر اثرات مثبت مستقیم بر کیفیت روابط بین‌فردی، با افزایش توانایی حل تعارض، تقویت همدلی و تعامل مؤثر با والدین و همسالان، زمینه‌ساز ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آنان می‌شود (بیرل و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده خودآگاهی هیجانی شامل آشناکردن آن‌ها با هیجان‌ها و نمودهای فیزیولوژیک مرتبط با هر هیجان را در نوجوانان تیزهوش افزایش می‌دهد.

نوجوانان در طول جلسات با نمودهای فیزیولوژیک مرتبط با هر هیجان به‌طور کامل آشنا می‌شوند و در موقعیت‌های مختلف می‌توانند هیجان‌های خود را شناسایی و واکنش‌های تکانشی خود را مدیریت کنند. در همین راستا نتایج پژوهش تیسوجیموتو و همکاران (۲۰۲۴) نشان می‌دهد هیجان‌های مثبت و بهره‌گیری از راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه، نقش مؤثری در تقویت بهزیستی روان‌شناختی دارند. ازطرف‌دیگر، بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان یک مفهوم چندبعدی شامل ابعاد هیجانی و شناختی در نظر گرفته می‌شود. بر همین اساس پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده، علاوه‌بر جنبه‌های هیجانی، ابعاد شناختی را نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار مورد توجه قرارداد. این پروتکل با آموزش نظام‌مند حل مسئله شامل تعریف دقیق مسئله،

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

تولید گزینه‌ها، ارزیابی پیامدها، تصمیم‌گیری و بازبینی، به نوجوانان تیزهوش کمک می‌کند مسائل را به‌صورت دقیق و عینی ارزیابی نمایند و چالش‌ها و مشکلات را به‌صورت مسائل قابل‌حل در نظر بگیرند. این فرایند به تقویت مؤلفه‌های «تسلط بر محیط»، «خودمختاری» و «رشد شخصی» در بهزیستی روان‌شناختی می‌انجامد.

در همین راستا جوانا و همکاران (۲۰۲۳) نشان داده‌اند ارزیابی مثبت و استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، با افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد. علاوه‌براین، پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده، ارزیابی مجدد را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی تنظیم هیجان را به نوجوانان آموزش می‌دهد. آموزش راهبردهای سازگارانهٔ تنظیم هیجان و استفاده از ارزیابی مجدد به‌جای سرکوب هیجان‌ها، تأثیر بسزایی در افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان دارد (اصلانی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین باوجود اینکه اندازهٔ اثر به‌دست‌آمده برای بهزیستی روان‌شناختی ازنظر آماری معنادار است، اما تفسیر این یافته‌ها از منظر بالینی نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. بهزیستی روان‌شناختی یک سازهٔ چندبعدی و مرتبط با کیفیت کلی زندگی است، بنابراین حتی تغییرات نسبتاً کوچک در آن می‌تواند پیامدهای مهمی در حوزه‌های مختلف زندگی فرد ازجمله انگیزش، کیفیت روابط بین‌فردی و احساس رضایت از زندگی داشته باشد. از این منظر، بهبود مشاهده‌شده در این پژوهش می‌تواند نشان‌دهندهٔ افزایش توان نوجوانان در تجربهٔ هیجانات مثبت، ارتقای احساس کنترل بر زندگی و بهبود عملکرد در تعاملات اجتماعی باشد. درنتیجه، اندازهٔ اثر گزارش‌شده نه‌تنها بیانگر تغییر آماری، بلکه نشان‌دهندهٔ تغییرات معنادار در کارکرد روان‌شناختی و کیفیت زندگی نوجوانان تیزهوش است. عدم اثربخشی معنادار مداخله بر مؤلفه‌های «تسلط بر محیط» و «هدفمندی در زندگی» را می‌توان به ماهیت نسبتاً پایدار و رشدی این ابعاد نسبت داد. این مؤلفه‌ها بیش از آنکه تحت‌تأثیر تغییرات کوتاه‌مدت هیجانی باشند، با باورهای هسته‌ای، نظام ارزشی و فرایندهای رشد هویتی مرتبط‌اند و معمولاً نیازمند مداخلات بلندمدت‌تر و مبتنی‌بر معنا هستند. همچنین در دورهٔ نوجوانی، این سازه‌ها هنوز در حال شکل‌گیری هستند و تحت‌تأثیر عوامل محیطی و رشدی قرار دارند. درنتیجه، مداخلات کوتاه‌مدت مبتنی‌بر تنظیم هیجان بیشتر بر ابعاد هیجانی و بین‌فردی بهزیستی اثرگذار بوده و تأثیر مستقیم کمتری بر این مؤلفه‌ها دارند.

پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده با هدف قراردادنِ مؤلفه‌های اصلی و اساسی مشکلات هیجانی و رفتاری به نوجوانان تیزهوش در معرض مشکلات هیجانی و رفتاری کمک کرد که نشانه‌های مشکلات هیجانی و رفتاری در آن‌ها کاهش پیدا کند و از این طریق سطح بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها افزایش یابد. همچنین پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده با آموزش تمرکز بر اکنون و هشیاری در لحظه به نوجوانان تیزهوش در معرض مشکلات هیجانی و رفتاری کمک کرد بدون هرگونه قضاوتی افکار و هیجان‌های خود را درک و پذیرش نمایند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین راهبردهای تنظیم هیجان و پذیرش هیجان‌ها با بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان رابطهٔ مستقیم وجود دارد (شارف و همکاران، ۲۰۲۴). ازطرف‌دیگر، یکی از ویژگی‌های بسیار مهم پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده، خانواده‌محوربودنِ آن است. این پروتکل، خانواده را به‌عنوان یک عنصر هسته‌ای و فعال در فرایند درمان مدنظر قرار داده و با تأکید بر جایگاه خانواده و مشارکت والدین در جلسات، زمینهٔ بازسازی هیجان‌های والدین و ارتقای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه را فراهم می‌سازد. حضور والدین در جلسات آموزشی باعث کسب مهارت‌های لازم توسط آن‌ها شد و والدین را قادر ساخت تا در محیط خانه نقش تسهیل‌گر را ایفا کنند. به‌طور کلی، شواهد پژوهشی نشان می‌دهند رویکردهای خانواده‌محور در مقایسه با رویکردهایی که تنها بر کودکان و نوجوانان متمرکز هستند، از اثربخشی بیشتری برخوردارند (وان و همکاران، ۲۰۲۵).

درنهایت، نتایج مرحلهٔ پیگیری سه‌ماهه و آزمون بونفرونی نشان داد در بسیاری از متغیرهای پژوهش، تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد. این یافته بیانگر حفظ نسبی اثرات مداخله در طول زمان است. به‌عبارت دیگر، تغییرات ایجادشده در متغیرهای مورد بررسی صرفاً کوتاه‌مدت نبوده و تا حدی در دورهٔ پیگیری تداوم یافته است. این پایداری نسبی را می‌توان به ماهیت مهارت‌محور پروتکل بازتدوین‌شده نسبت داد، چراکه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان، بازسازی شناختی و تکالیف تمرینی در طول جلسات، زمینه را برای درونی‌سازی مهارت‌ها و به‌کارگیری آن‌ها در موقعیت‌های واقعی زندگی فراهم ساخته است. همچنین مشارکت فعال والدین در فرایند درمان و تکالیف مشترک خانوادگی می‌تواند به‌عنوان عاملی تقویت‌کننده در حفظ و تداوم اثرات مداخله در محیط طبیعی زندگی نوجوانان عمل کرده باشد. بااین‌حال، شایان ذکر است که این پایداری در همهٔ متغیرها یکسان نبوده و تفسیر نتایج باید با درنظرگرفتنِ این تفاوت‌ها صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده بر افزایش تاب‌آوری تحصیلی و و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان تیزهوش در معرض مشکلات هیجانی و روانی اثربخش بود. پژوهش حاضر مانند هر پژوهشی با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر و تعمیم نتایج آن باید موردتوجه قرارداد. یکی از محدودیت‌های اصلی این پژوهش، حجم نمونهٔ نسبتاً محدود است؛ به‌طوری که هر گروه تنها شامل ۱۵ نفر

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

بود. این موضوع می‌تواند توان آماری مطالعه را تحت‌تأثیر قرار دهد و قابلیت تعمیم نتایج را محدود سازد. ازاین‌رو، تفسیر یافته‌ها باید بااحتیاط صورت گیرد و پژوهش‌های آتی با حجم نمونهٔ بزرگ‌تر برای تأیید نتایج پیشنهاد می‌شود. محدودیت دیگر این بود که داده‌های پژوهش ازطریق ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شده‌اند که ممکن است تحت‌تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی و مطلوبیت اجتماعی قرار گیرند؛ ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی از روش‌های ترکیبی شامل مصاحبه، مشاهده و ارزیابی بالینی نیز بهره گیرند. دوم آنکه نمونهٔ پژوهش از نوجوانان تیزهوش یک منطقهٔ جغرافیایی خاص با تنوع محدود فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی انتخاب شده و تنها شامل دختران یک گروه قومیتی خاص بوده است که تعمیم یافته‌ها به سایر مناطق جغرافیایی، گروه‌های سنی، جنسیتی و قومیتی را با احتیاط مواجه می‌سازد؛ لذا پیشنهاد می‌شود پروتکل تدوین‌شده در پژوهش‌های آتی بر روی پسران و نوجوانان با قومیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف اجرا گردد. سوم آنکه برخی متغیرهای مداخله‌گر احتمالی نظیر ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های فرزندپروری و وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده به‌صورت مستقل کنترل نشده‌اند که این موضوع می‌تواند بر تفسیر دقیق نتایج تأثیرگذار باشد و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی این متغیرها را مدنظر قرار دهند؛ لذا پیشنهاد می‌شود پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی تدوین‌شده بر روی پسران و نوجوانان تیزهوش با قومیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برای بررسی اثرات بلندمدت، اثربخشی این پروتکل در بازه‌های زمانی مختلف، ازجمله شش ماه و یک سال پس از مداخله، سنجیده شود تا پایداری تغییرات مورد ارزیابی قرار گیرد. علاوه‌براین، بررسی تجربهٔ زیستهٔ نوجوانان، والدین و معلمان تیزهوش نیز برای شناسایی بهتر مشکلات و چالش‌های آنان پیشنهاد می‌شود. در بُعد کاربردی، اجرای این پروتکل در مدارس تیزهوشان، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای والدین جهت بهبود تعاملات و مدیریت هیجان، طراحی برنامه‌های مشاوره مدرسه‌محور و پیشگیری، و ارائهٔ حمایت‌های اجتماعی و روانی به خانواده‌ها ازجمله پیشنهادهای مهم است.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

تضاد منافع

در پژوهش حاضر هیچ گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

مقالهٔ حاضر مستخرج از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران است و از سوی کمیتهٔ ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی در دانشگاه تهران بررسی و با شناسهٔ اخلاق IR.UT.PSYEDU.REC.1402.072 تصویب شده است.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در نگارش و اجرای پژوهش حاضر مشارکت و نسخه نهایی را تایید نموده اند.

حمایت مالی

هیچ گونه حمایت مالی از سوی موسسه یا سازمانی وجود ندارد.

REFERENCES

1. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2001.[DOI: 10.1007/978-0-387-79948-31529]
2. Akeren İ, Çelik E, Yayla İE, Özgöl M. The effect of self-regulation on the need for psychological help through happiness, resilience, problem solving, self-efficacy, and adjustment: A parallel mediation study in adolescent groups. Children (Basel). 2025;12(4):445. [DOI: 10.3390/children12040445]
3. Akgül G. Resilience among gifted students: Are they prone to anxiety during pandemic? Scand Child Adolesc Psychiatr Psychol. 2022;10(1):153-162. [DOI; 10.2478/sjcapp-2022-0016]
4. Al-Rousan AH, Ayasrah MN, Khasawneh MAS. Network analysis of internalizing and externalizing symptoms in Arab gifted children: A cross-sectional study. Psychiatr Q. 2025;96(1):117-132. [DOI; 10.1007/s11126-025-10112-2]
5. Alavi Z, Ghasemzadeh S, Arjmandnia AA, Lavasani MG, Vakili S. The effectiveness of unified protocol for transdiagnostic treatment on emotion regulation in anxious pupils and parenting methods of their mothers. Psychol Stud. 2022;18(2):21-4.[DOI; 10.22051/psy.2022.39074.2563]
6. Alavi Z, Ghasemzadeh S, Arjmandnia AA, Lavasani M, Vakili S. The effectiveness of the unified transdiagnostic treatment protocol on the social skills of students with anxiety disorders and the self-efficacy of their mothers. Appl Psychol Res. 2022;13(3):225-241. [DOI; 10.22059/japr.2022.330196.643986]
7. Afrooz G, Kamkari K. Principles of psychometrics and intelligence testing. Tehran: University of Tehran Press; 2006. Link
8. Aslani H, Alivandi Vafa M, Panahali A. Comparing the efficacy of teaching cognitive, metacognitive and emotion regulation strategies on goal orientation of male students with low academic performance. Psychol Sci. 2023;22(131):95-116. [DOI; 10.52547/JPS.22.131.2263]
9. Antuña-Camblor M, García-López LJ, García-López A. Emotion regulation processes and clinical outcomes: A systematic review. Clin Psychol Psychother. 2024;31(1):29-39. [DOI; 10.1002/cpp.2997]
10. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione TJ, Boisseau CL, Allen LB, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011. [DOI; 10.1002/wps.20748
11. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press; 2011. [DOI; 10.1002/wps.20748.]
12. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011. [link]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

13. Birrell L, Werner-Seidler A, Davidson L, Andrews JL, Slade T. Social connection as a key target for youth mental health. Ment Health Prev. 2025;37(1):20-39. [DOI: 10.1016/j.mhp.2025.200395]
14. Calatrava M, Martins MV, Schweer-Collins M, Duch-Ceballos C, Rodríguez-González M. Differentiation of self: A scoping review of Bowen Family Systems Theory's core construct. Clin Psychol Rev. 2022;91(1):102-121. [DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102101]
15. Casey BJ, Cohen AO, Galvan A. The beautiful adolescent brain: An evolutionary developmental perspective. Ann N Y Acad Sci. 2025;154(1):58-74. [DOI; 10.1111/nyas.15314]
16. Cross TL. The psychological well-being of students with gifts and talents: From amelioration to education. Gift Child Today. 2024;47(2):146-150. [DOI; 10.1177/10762175231223766]
17. Dhanabhakyam M, Sarath M. Psychological wellbeing: A systematic literature review. Adv Res Sci Commun Technol. 2023;8(3):345-360. [DOI; 10.48175/IJARSCT-8345]
18. Farchione TJ, Long LJ, Spencer-Laitt D, Moreno-Villamizar JD, Barlow DH. State of the science: The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Behav Res Ther. 2024;176(1):10-44. [DOI; 10.1016/j.beth.2024.04.007]
19. García-Lopez LJ, Jimenez-Vazquez D, Muela-Martinez JA, Piqueras JA, Espinosa-Fernandez L, Canals-Sans J, et al. Effectiveness of a transdiagnostic indicated preventive intervention for adolescents at high risk for anxiety and depressive disorders. Curr Psychol. 2024;43(2):15484-15498. [DOI; 10.1007/s12144-023-04978-4]
20. Ghasemzadeh S, Naghsh Z, Gholami Fesharaki M, Shafiee E. The effectiveness of a transdiagnostic treatment program on anxiety, depression and stress in female adolescents with premenstrual syndrome and their mothers' quality of life. Public Health. 2021;19(2):185-198.[Link]
21. Ghasemzadeh S, Naghsh Z, Gholami Fesharaki M. The effectiveness of a transdiagnostic treatment program on clinical symptoms and emotion regulation in girls adolescents with premenstrual syndrome. Public Health. 2022;51(6):1381-1388. [Link]
22. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Gen Psychol. 1998;2(3):271-299. [DOI: 10.1037/1089-2680.2.3.271]
23. Hadjistavropoulos HD, Peynenburg V, Thiessen DL, Nugent M, Karin E, Staples L. Utilization, patient characteristics, and longitudinal improvements among patients from a provincially funded transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioural therapy program: Observational study of trends over 6 years. Psychiatry. 2022;67(2):192-206. [DOI: 10.1177/07067437211006873]
24. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012. [Link]
25. Huai P, Liu P, Wang X, Wang Y, Yang H, Yan M, et al. The relationship between interpersonal emotional regulation and psychological resilience in nursing undergraduates: A cross-sectional study and network analysis. Front Psychol. 2025;16:21-32.[DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1546042]
26. Janssen BM, Mathijssen JJP, Van Bakel HJA. Enduring outcomes of family-focused youth care: A systematic review of child, parent and family functioning after care and at follow-up. Child Youth Care Forum. 2025;54(3):787-815. [DOI: 10.1007/s10566-024-09837-1]
27. Javadi V, Ahmadi F, Salek Ebrahimi L, Dadashi M, Mousavi SE. Internet-based UP-A intervention on treatment of stress, anxiety, depression, and psychological flexibility among adolescents with sub-clinical diagnosis of emotional disorders during the COVID-19 pandemic: A clinical trial. BMC Psychol. 2024;12:526.[DOI: 10.1186/s40359-024-01952-4]
28. Jiménez-Orenga N, Díaz-García A, García-Palacios A, Bretón-López J. Effectiveness of a blended group transdiagnostic treatment for emotional disorders: Study protocol for a randomized controlled trial. Internet Interv. 2024;37:100761. [DOI; 10.1016/j.invent.2024.100761]
29. Joanna B, David W, Diahann G, Elizabeth M, Herbert W, Marsh RP. Students' emotion regulation and school-related well-being: Longitudinal models juxtaposing between and within person perspectives. Educ Psychol. 2023;115(7):932-950. [DOI; 10.1037/edu0000800]
30. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clin Psychol Sci Pract. 2003;10(2):144-156. [DOI; 10.1093/clipsy.bpg016]
31. Kakabarayi K, Habibi-Asgarabadi M, Fadaei Z. Standardization of the Achenbach behavioral problems scale (YSR): The 11-18-year-old self-report form in secondary school students. Psychol Health Res. 2007;4(1):59-67. [Link]
32. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shekarri O. Factor structure and psychometric properties of the 18-item short form of the Ryff Psychological Well-Being Scale in male and female university students. Thought Behav Clin Psychol. 2014;8(32):27-36. [Link]
33. Kolah-Zari S, Mohammadi A, Rezaei F. The efficacy of integrated transdiagnostic treatment in reducing worry, anxiety, depressive, and emotional regulation in patients with generalized anxiety disorder. Psychol Psychiatry. 2023;10(5):58-72. [Link]
34. Lee S, Anderson M. Identifying dimensions of social withdrawal in academically gifted youth. Adolesc Youth Psychol Stud. 2024;5(2):149-157. [Link]
35. Linehan MM. DBT skills training manual. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2015. [Link]
36. Li K, Wang H, Siu OL, et al. How and when resilience can boost student academic performance: A weekly diary study on the roles of self-regulation behaviors, grit, and social support. Happiness Stud. 2024;25(1):36. [DOI; 10.1007/s10902-024-00749-]
37. Li Y, Zheng P. Trait resilience protects against social anxiety in college students through emotion regulation and coping strategies. Sci Rep. 2025;15(3):28-43. [DOI; 10.1038/s41598-025-13674-0]
38. Mehrdadfar M, Ghasemzadeh S, Ghobari Bonab B, Hasanzadeh S. Effect of online unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders on emotion perception of school-aged children with cochlear implant. Aud Vestib Res. 2023;32(2):128-136. [DOI; 10.18502/avr.v32i2.12183]
39. Mehrdadfar M, Ghasemzadeh S, Ghobari Bonab B, Hasanzadeh S. Effectiveness of unified protocols for online transdiagnostic treatment on social-emotional skills and parent-child interaction in school-aged children with cochlear implants. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2023;167(2):1-9. [DOI; 10.1016/j.ijporl.2023.111490]
40. Minaei A. Examination of the factorial invariance of syndrome items of the Achenbach Self-Report Questionnaire. Except Child Q. 2007;7(1):45-60. [Link]
41. Morawetz C, Hemetsberger FJ, Laird AR, Kohn N. Advances in transdiagnostic models of emotion regulation and psychopathology. Neurosci Biobehav Rev. 2025;168(2):45-60. [DOI; 10.1016/j.neubiorev.2024.105960]
42. Mousavi SE, Ahmadi G, Javadi V, Salek Ebrahimi L, Ghasemzadeh S. Comparison of the effectiveness of Unified Transdiagnostic therapy and cognitive-behavioral therapy on emotion regulation and life quality of child laborers. Res Clin Psychol Couns. 2024;13(2):143-160. [DOI; 10.22067/tpccp.2024.80641.1446]
43. Mousavi SF, Afrooz G, Arjmandnia AA, Ghobari-Bonab B. The effectiveness of family-based play therapy on parent-child relationships in children with attention deficit disorder. Rooyesh. 2023;12(5):1-10. [Link]
44. Nikdanesh M, Ashuri A, Gharraee B, Farahani H. Investigating the pattern of transdiagnostic related to emotion regulation of adolescents with high-risk behavior and effectiveness of integrated transdiagnostic protocol on reduction of their anxiety, depression, and emotional dysregulation. J Educ Health Promot. 2025;14(1):83-100. [DOI; 10.4103/jehp.jehp_203_24]
45. Özdemir A, Sipahi Y, Bahar AK. The past, present, and future of research on mathematical giftedness: A bibliometric analysis. Gift Child Q. 2024;68(3):206-225. [DOI; 10.1177/00169862241244717]
46. Pan MR, Liu XY, Gao X, Fu ZF, Liu L, Li HM, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

adolescents in China: A pilot study. Behav Ther. 2025;56(1):145-161. [DOI; 10.1016/j.beth.2024.05.003]
47. Parker JDA, Saklofske DH, Keefer KV. Emotional intelligence and academic success in high-ability students. Educ Psychol Rev. 2022;34(2):145-160. [DOI: 10.1177/0261429416668872]
48. Porcelli SE, Koch MK, Mendle J. Impulsivity and adolescent relationships: Negative urgency predicts interpersonal problems in youth. J Appl Dev Psychol. 2023;88:101584.[DOI: 10.1016/j.appdev.2023.101584]
49. Ryff CD, Singer B. From social structure to biology. In: Handbook of positive psychology. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 63-73. [Link]
50. Samuels WE. Development of a non-intellective measure of academic success: Towards the quantification of resilience [thesis]. Arlington, TX: University of Texas at Arlington; 2004. [Link]
51. Schaeuffele C, Meine LE, Schulz A, et al. A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. Nat Hum Behav. 2024;8(3):493-509. [DOI; 10.1038/s41562-023-01787-3]
52. Scharf N, Benita M, Benish-Weisman M. Emotion regulation styles and adolescent adjustment following a COVID-19 lockdown. Stress Health. 2024;40(1). [DOI; 10.1002/smi.3274]
53. Sharma P, Singh P. Translating theoretical insights into an emotion regulation flexibility intervention: Assessing effectiveness. Cogn Emot. 2024;21(5):1-22. [DOI; 10.1080/02699931.2024.2413366]
54. Sharifi S, Ghasemzadeh S, Naghsh Z. The effectiveness of unified protocols for transdiagnostic treatment on increasing the emotional, social, and educational adjustment of bilingual adolescent female students. Behav Sci (Basel). 2023;17(1):24-31. [DOI; 10.30491/IJBS.2023.378347.1887]
55. Siddiqui MO, Ali S, Yasmeen R, Shuja E, Siddiqui S, Habib MF. The impact of psychological well-being on academic performance among undergraduate dental students. J Pak Med Assoc. 2024;74(12):2122-2126. [DOI; 10.47391/jpma.11163]
56. Steare T, Gutiérrez Muñoz C, Sullivan A, Lewis G. The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. J Affect Disord. 2023;339(1):302-317. [DOI; 10.1016/j.jad.2023.07.028]
57. Stover AD, Shulkin J, Lac A, Rapp T. A meta-analysis of cognitive reappraisal and personal resilience. Clin Psychol Rev. 2024;110(1):102-128. [DOI; 10.1016/j.cpr.2024.102428]
58. Tsujimoto M, Saito T, Matsuzaki Y, Kawashima R. Role of positive and negative emotion regulation in well-being and health: The interplay between positive and negative emotion regulation abilities is linked to mental and physical health. Happiness Stud. 2024;25(1):1-20. [DOI; 10.1007/s10902-024-00714-1]
59. van Eijk NL, Gilissen R, Creemers D, Schweren LJS, van Ballegooijen W. Comparative effectiveness of individual, group, family and combined therapy formats on suicidality: A meta-analysis. Clin Psychol Psychother. 2025;32(4):70-112. [DOI; 10.1002/cpp.70112]
60. Zanetti MA, Trombetta T, Rollè L, Marinoni C. Family functioning and internalizing and externalizing problems in gifted children. Investig Health Psychol Educ. 2024;14(5):71-81. [DOI; 10.3390/ejihpe14050077.]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]