

اثربخشی آموزش خطاهای شناختی به شیوهی فلسفه برای کودکان و نوجوانان بر خطاهای شناختی، تندرستی و میزان قند خون کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک

معصومه اکبری^۱، عماد اشرفی^{۲*}، اسد الله رجب^۳

چکیده

مقدمه: دیابت نوع یک، بیماری مزمنی است که کودکان و نوجوانان با وجود داشتن اطلاعات کافی در مورد انواع مراقبت‌ها از خود (تغذیه، زدن انسولین، ورزش و ...) توان مراقبت مناسب از خود را ندارند. مراقبت نکردن از خود مانند هر رفتاری می‌تواند متأثر از شیوهی تفکر باشد و شیوهی آموزش فلسفه می‌تواند آموزشی مناسب برای تغییر تفکر باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش خطاهای شناختی به شیوهی آموزش فلسفه برای کودکان و نوجوانان بر افزایش تندرستی و کاهش خطاهای شناختی و میزان قندخون کودکان و نوجوانان دارای دیابت نوع یک است.

روش‌ها: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل (لیست انتظار) است. نمونه‌ی پژوهش حاضر شامل ۲۲ نفر از کودکان و نوجوانان انجمن دیابت ایران بودند که به مقیاس‌های خطاهای شناختی کودکان و نوجوانان کوپین و همکاران (CDS)، پرسشنامه تندرستی (WHO-5) و میزان قند خون (A1C) پاسخ دادند. برای آزمون فرضیه از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس معنادار بود. به دنبال آن تفاوت خطاهای شناختی ($F(1,17)=9/01, P=0/008$) و تندرستی ($F(1,17)=7/4, P=0/01$) در دو گروه معنادار بود ولی میزان قند خون ($F(1,17)=0/01, P=0/8$) معنادار نگردید.

نتیجه‌گیری: آموزش خطاهای شناختی به شیوهی فلسفه برای کودکان و نوجوانان باعث رشد استدلال، تفکر منطقی کودکان و نوجوانان می‌شود و به آنها کمک می‌کند تا در شرایط ناکامی، استرس و اضطراب از خود مراقبت کنند و تندرستی هیجانی‌شان بهبود یابد. اگرچه به نظر می‌رسد برای تأثیر روی قند خون، مدت زمان بیشتری لازم است.

واژگان کلیدی: خطاهای شناختی، فلسفه برای کودکان و نوجوانان، تندرستی، دیابت نوع یک

۱- گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد، واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران

۲- گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

۳- انجمن دیابت ایران

* **نشانی:** تهران، بلوار اشرفی اصفهانی، نرسیده به پل اتوبان همت، خیابان شهید قموشی، خیابان بهار، دانشگاه علم و فرهنگ. کدپستی:

۱۶۶۱۹۶۸۱۵۹ تلفن: ۰۲۱۴۴۲۱۸۱۷۱ نمایر: ۰۴۴۲۱۴۷۵۰، پست الکترونیک: ashrafi@usc.ac.ir

مقدمه

دیابت ملیتوس، یک بیماری روانی-تنی و مزمن است [۱] که به عنوان یک اپیدمی در هزاره‌ی سوم مطرح شده است. به دلایل متعدد، توجه و تمرکز سیستم بهداشتی - درمانی جهان به این بیماری معطوف شده است که عبارتند از شیوع بیماری، میزان عوارض، مرگ و میر ناشی از بیماری، و هزینه‌های بسیار هنگفت آن [۲]. افسردگی، اضطراب، ترس، استرس [۳] و پریشانی هیجانی خاص دیابت [۴] در بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت، فرایند کنترل قند خون را مختل ساخته و موجب کاهش پیروی بیمار از رژیم درمانی، مراقبت از خود، افزایش عوارض بیماری و کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود. بیماری دیابت عوارض ناتوان کننده، سیر مزمن و شیوعی رو به افزایش داشته است [۵]. میزان شیوع جهانی دیابت طی چند دهه‌ی گذشته به نحو چشم گیری افزایش یافته است و از حدود ۳۰ میلیون مورد در سال ۱۹۸۵، به ۲۸۵ میلیون مورد در سال ۲۰۱۰ رسیده است. اگر وضع به همین منوال ادامه پیدا کند، براساس پیش‌بینی فدراسیون بین المللی دیابت تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۴۳۸ میلیون نفر به دیابت مبتلا خواهند شد [۶].

سابقه‌ی ارثی و خانوادگی در شروع دیابت مهم است؛ ولی شروع ناگهانی اغلب با یک استرس هیجانی در ارتباط است که تعادل حیاتی در افراد مستعد این بیماری را بر هم می‌زند. عوامل روانشناختی مؤثر عبارتند از عواملی که احساسات ناکامی، تنهایی و غمگینی را بر می‌انگیزند [۷]. بیماران مبتلا به دیابت معمولاً برای کنترل دیابت خود رژیم‌های غذایی را رعایت می‌کنند، ولی هنگام افسردگی یا غمگینی، استرس و اضطراب اغلب برای تزریق انسولین مقاومت کرده [۸، ۷] و به پرخوری و پرنوشی خود تخریبی دست می‌زنند که موجب می‌شود دیابت از کنترل خارج شود [۷]. به عبارت دیگر افسردگی خود باعث تشدید دیابت می‌شود و بنابراین پیش آگهی دیابت را بدتر می‌کند. نتایج مطالعات مختلف [۱۲-۹] نشان می‌دهد که افسردگی و دیابت اغلب با هم اتفاق می‌افتند. میزان شیوع افسردگی در بیماران دیابتی به صورت واضح بیشتر از جمعیت عادی است و در بررسی‌های مختلف میزان آن را تا دو برابر افراد عادی اعلام کرده‌اند. افسردگی در این گروه بیماران می‌تواند روی پیش آگهی دیابت تأثیر قابل توجهی بگذارد و برخی مطالعات [۸] نشان داده اند که عدم تشخیص و عدم درمان افسردگی در این گروه از

بیماران پیش آگهی بیماران را بدتر کرده و کیفیت زندگی این بیماران را پایین تر آورده است.

افسردگی می‌تواند با استفاده از توانایی‌ها و قدرت تفکر و استدلال برطرف شود، طوری که آرون بک افسردگی را نوعی اختلال تفکر می‌داند تا اختلال خلق [۱۳]. برنامه‌ی فلسفه برای کودکان و نوجوانان در واقع یک اجتماع پژوهشی است که اعضا به صورت دایره‌ای طوری که همه‌ی افراد یکدیگر را ببینند و توانایی ارتباط برقرار کردن با یکدیگر را داشته باشند، نشسته و با یکدیگر در مورد موضوعی که تسهیلگر طرح بحث آن را بیشتر طراحی کرده (در این پژوهش خطاهای شناختی) با یکدیگر گفت و گو می‌کنند. در این بین با توجه به مهارت‌هایی که تسهیلگر برای اجرا و مدیریت فرآیند گفت و گو آموزش دیده است شرایط گفت و گو را تسهیل کرده و در فرآیند گفت و گو و تفکر اجتماعی، اعضای گروه مهارت‌هایی را از جمله شیوه‌های صحیح تفکر، انواع تفکر، استدلال کردن، دلیل آوردن و تشخیص مغالطات را آموزش می‌بینند [۱۴]. در واقع لیمن بنیان گذار برنامه‌ی فلسفه برای کودکان و نوجوانان هدف اصلی برنامه فلسفه برای کودکان و نوجوانان را بر مبنای بهبود توانایی تعقل، پرورش خلاقیت، رشد فردی و میان فردی و پرورش توانایی مفهوم یابی از تجربه می‌داند [۱۵]. از آنجا به گفته‌ی آرون بک افسردگی نوعی اختلال تفکر است و برنامه‌ی فلسفه برای کودکان و نوجوانان می‌تواند در فرآیند آموزش، شیوه‌ی تفکر و استدلال را بهبود بخشد؛ می‌تواند در خطاهای شناختی و تعدیل آن نیز نقش به‌سزایی بگذارد.

از طرف دیگر قابل ذکر است که درمان‌های شناختی رفتاری و آموزش خطاهای شناختی بر باور و تفسیر افراد از رویدادها اثر می‌گذارد و همچنین خطاهای شناختی از نوع تفکر و استدلال افراد منشأ می‌گیرد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری که بر نوع تفکر، احساس و رفتار تأکید دارد، می‌تواند شادکامی و سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت را افزایش دهد [۱۶]. همچنین پژوهش‌ها [۱۷، ۱۸] نشان می‌دهند روش‌های آموزش و درمان گروهی روانی اجتماعی بر کنترل بیماری دیابت مؤثر است و باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی و کاهش استرس‌های ناشی از این بیماری می‌گردد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش خطاهای شناختی به شیوه آموزش فلسفه برای کودکان و نوجوانان بر

SPSS21 شد و پس از غربالگری و بررسی پیش فرضها، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس خطاهای شناختی کودکان و نوجوانان (CDS)^۲

این مقیاس توسط Dozois, Covin و Ogniewicz (۲۰۱۱) طراحی شده است. این مقیاس ۲۰ عبارتی جهت سنجش سوگیری شناختی کودکان و نوجوانان ۱۹-۱۱ ساله طراحی شده است و ۱۰ خطای فکری (همه یا هیچ، فیلتر ذهنی، ذهن خوانی، پیشگویی آینده، نتیجه گیری احساسی، برچسب زدن، تعمیم، شخصی سازی، بایدها و ندیدن مثبتها) را می سنجد. هر زیرمقیاس (هر خطای شناختی) حاوی دو عبارت در مقیاس ۷ درجه ای اندازه گیری شده و نمره هر خطا از مجموع نمرات در حیطه شخصی و اجتماعی کسب می شود، به عبارتی نمره هر فرد در هر خطا در طیف ۰ تا ۱۴ است که نمره بالاتر از ۷ نشانگر خطای بیشتر است. Covin و همکاران (۲۰۱۱) همسانی درونی ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آوردند. اعتبار همزمان این ابزار با پرسشنامه های اضطراب و افسردگی مطلوب گزارش گردید. میزان آلفای کرونباخ مقیاس در مطالعه پورشریفی و همکاران ۰/۹۷ به دست آمد [۱۹].

شاخص تندرستی (WHO-5)

شاخص تندرستی هیجانی در سال ۱۹۹۹ به وسیله سازمان جهانی بهداشت، برای ارزیابی وضعیت روانی نوجوانان مبتلا به دیابت، تهیه شده است. شاخص تندرستی دارای پنج عبارت است که پاسخ دهندگان در یک مقیاس لیکرت شش درجه ای سطوح تندرستی هیجانی خود را گزارش می دهند [۲۰]. به منظور به دست آوردن نمره کل، نمره عبارت ها را با هم جمع و ضربدر ۴ می کنیم. نمره آزمودنی ها در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است. به میزانی که افراد نمره بالاتری در این آزمون خودگزارشی به دست آورند، از تندرستی بهتری برخوردارند. نمره کمتر از ۵۰ یک شاخص^۳ اختلال تندرستی به حساب می آید [۲۱]. با توجه به اختصار شاخص تندرستی قابلیت اعتماد و اعتبار خوبی دارد [۲۰]. آلفای کرونباخ تست تندرستی هیجانی

کاهش خطاهای شناختی و میزان قند خون و افزایش تندرستی در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک بود.

روش ها

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع دو گروهی آزمایش و کنترل با پیش آزمون و پس آزمون است که گروه کنترل از نوع لیست انتظار است. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک هستند که در انجمن دیابت ایران پرونده تشکیل داده و عضو هستند. گروه نمونه اولیه شامل ۲۶ نفر (که بر مبنای محدودیت انجمن برای روزهای آموزشی در دو گروه قرار گرفتند) بود که تا پایان جلسات آموزشی ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل باقی ماندند. همچنین از آنجا که نمونه پژوهش حاضر از طریق اطلاع رسانی و پذیرش آنها برای شرکت در پژوهش به دست آمد، روش نمونه گیری داوطلبانه است. ملاک های ورود، سن ۱۱ تا ۱۷ سال و پذیرش شرکت در تمامی جلسات توسط والدین و کودکان، و ملاک خروج داشتن غیبت بیش از دو جلسه بود. افراد هر دو گروه در جلسه اول پرسشنامه های پژوهش را پاسخ دادند و میزان قند سه ماهه خون آنها دریافت شد. سپس جلسات آموزشی گروه آزمایش به مدت ۶ هفته اجرا شد. در شیوه آموزشی برنامه فلسفه برای کودک و نوجوان یا اصطلاحاً اجتماع پژوهشی دو بعد محتوا و فرآیند وجود دارد. منظور از محتوا همان طرح بحث و انتخاب محرک ارائه شده در ابتدای کلاس است که محرک ها (یا منابع آموزشی)^۱ در جدول ۱ آورده شده است. منظور از فرآیند، روند گفت و گو و تصحیح فرآیند گفت و گو است که توسط تسهیلگر صورت گرفته و کودکان و نوجوانان در این فرآیند مهارت هایی از جمله خوب گوش کردن به دیگری، احترام گذاشتن به یکدیگر، استدلال کردن و استفاده از انواع تفکر (مانند تفکر نقادانه، مراقبتی و...)، توانایی خلاصه کردن و منظور خود را در یک جمله گفتن را در عمل می آموزند. در پایان دوره آموزشی مجدداً افراد باقی مانده در هر گروه به پرسشنامه ها پاسخ دادند و میزان قند خون سه ماهی آنها دریافت شد. داده های به دست آمده وارد نرم افزار

¹ resources

² Measuring Cognitive Errors: Initial Development of the Cognitive Distortions Scale (CDS)

³ indicator

در پژوهش Karreman و Vingerhoest ۸۴/ و در پژوهش بیگدلی و همکاران ۸۳/۰ به دست آمد [۲۲،۲۳].
 قند خون (AIC): آزمایش هموگلوبین A1C، میانگین سه ماه گذشته میزان قند موجود در خون افراد است که در آزمایشگاه گرفته شده است.

جدول ۱- خلاصه‌ی محتوای جلسات

جلسات	خطای شناختی کار شده	محرک انتخاب شده
جلسه‌ی اول	پیش آزمون	-
جلسه‌ی دوم	تفکر همه یا هیچ	انیمیشن پسرک و هدیه‌اش
جلسه‌ی سوم	نتیجه‌گیری احساسی	کتاب داستان بدون متن دزد و تخم مرغ [۲۴]
جلسه‌ی چهارم	تعمیم بیش از اندازه	داستان زوئه احساس خوبی ندارد [۲۵]
جلسه‌ی پنجم	ذهن خوانی	داستان من عمه کتی را نمی بوسم [۲۶]
جلسه‌ی ششم	کوچک نمایی	داستان سارا و مینا [۲۷]
جلسه‌ی هفتم	پیش گویی آینده	داستان کرم عصبانیت [۲۶]
جلسه‌ی هشتم	مروری بر خطاهای شناختی کار شده در جلسات قبل	داستان هنر امیلی [۲۸]
	پس آزمون	-

یافته‌ها

مدت بیماری افراد گروه نمونه ۶/۴ و ۲/۹ سال است. در کل افراد نمونه تنها یک نفر از افراد نمونه به بیماری مزمن دیگری مبتلا بود. جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را در هر دو گروه نشان می‌دهد.

میانگین و انحراف معیار سن افراد نمونه در کل ۱۳/۴ و ۱/۹ بود. جنسیت آزمودنی‌ها در دو گروه آموزش و کنترل ۱۳ نفر پسر و ۹ نفر دختر بودند. به‌طور کلی میانگین و انحراف معیار طول

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات خطاهای شناختی، تندرستی و به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	آموزش		کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
خطاهای شناختی	۶/۸ ± ۱/۹	۶/۰۲ ± ۱/۳	۶/۶ ± ۲/۷	۷/۳ ± ۳/۱
تندرستی	۶۹/۶ ± ۱۶/۴	۶۴/۸ ± ۸/۳	۵۶/۰ ± ۲۴/۴	۴۸/۵ ± ۱۷/۰۹
AIC	۸/۳ ± ۱/۳	۸/۴ ± ۱/۵	۸/۵ ± ۱/۶	۸/۷ ± ۱/۷

$Z=0/9$ ، $P=0/5$: AIC و $Z=0/9$ ، همگن بودن واریانس‌ها با استفاده از آزمون Levene (خطاهای شناختی: $F=0/2$ ، $P=0/6$ ، تندرستی: $F=0/7$ ، $P=0/4$ و AIC: $F=0/02$ ، $P=0/8$)، رعایت فرض خطی بودن داده‌ها بین متغیرهای کمکی و وابسته و همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس با استفاده از آزمون Box $F=1/2$ ، $P=0/2$) استفاده گردید. نتایج آزمون Shapiro-Wilk برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبود.

جهت بررسی معنی‌داری این تفاوت‌ها، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کواریانس، باید از رعایت پیش فرض‌های این آزمون که شامل نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن داده‌ها و همگنی ماتریس‌های واریانس و کواریانس است، اطمینان حاصل کرد. در پژوهش حاضر با توجه به نرمال بودن داده‌ها از آزمون Shapiro-Wilk (خطاهای شناختی: $Z=0/9$ ، $P=0/5$ ، تندرستی: $Z=0/9$ ، $P=0/4$ ،

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بود. نتایج آزمون Levene نیز نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش بین دو گروه با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت. بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود. براساس نتایج آزمون Wilks Lambda اثر کلی گروه معنی‌دار بود

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بود. نتایج آزمون Levene نیز نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش بین دو گروه با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت. بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود. براساس نتایج آزمون Wilks Lambda اثر کلی گروه معنی‌دار بود

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای خطاهای شناختی، تندرستی و AIC

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	مجذورات
خطاهای شناختی	گروه	۱	۱۳/۴	۹/۰۱	۰/۰۰۸	۰/۳
	خطا	۱۷	۱/۴			
تندرستی	گروه	۱	۸۳۱/۶	۷/۴	۰/۰۱۴	۰/۳
	خطا	۱۷	۱۱۲/۰۵			
AIC	گروه	۱	۰/۰۰۹	۰/۰۱	۰/۸	۰/۰۰۱
	خطا	۱۷	۰/۴			

مؤلفه‌های آن [۳۱]، افزایش تفکر انتقادی و مؤلفه‌های آن [۳۲]، افزایش تفکر منطقی و مهارت‌های استدلالی و درک بیشتر از خود و جهان پیرامون [۳۳]، افزایش رشد قضاوت اخلاقی [۳۴]، افزایش خودآگاهی [۳۵]، افزایش خودکارآمدی و خوش‌بینی [۳۶]، افزایش انگیزه و فعال‌تر شدن [۳۷] می‌شود، است. به‌علاوه خشم و مؤلفه‌های آن که به خاطر ناکامی در خودابراگری و فقدان کفایت در قوه‌ی استدلال است نیز کاهش می‌یابد [۳۸]. در حلقه‌ی کندوکاو کودکان و نوجوانان در حین اینکه با هم تفکر و گفت‌وگو و با استدلال با هم موافقت و مخالفت می‌کنند هر فردی می‌تواند تا انتهای جلسه نظر خود را تصحیح کند یا نظر خود را داشته باشد و این حاکی از استقلال داشتن کودکان و نوجوانان و احترام به استقلالشان در روند جلسات است. این شیوه باعث افزایش انگیزه و فعالیت می‌شود که در تندرستی هیجانی آنها بسیار حائز اهمیت است، زیرا افراد مبتلا به دیابت نوع یک بیش از حد منفعل هستند [۷]. این فضای دوستانه و تفکر برانگیز که در آن گوش دادن به سخن کودکان ارزش محسوب می‌شود و منجر به ارتقای قدرت استدلال و داوری می‌شود، می‌تواند در پیشگیری از پرخاشگری بسیار کارساز باشد. با تقویت تفکر استدلالی و منطقی کودک از طریق گفت‌وگوهای جمعی، می‌توان میزان پرخاشگری را در کودکان و نوجوانان مهار کرد [۳۹]. از طرف دیگر چون افکار ما انسان‌ها

نتایج مربوط به مقایسه پس‌آزمون‌های دو گروه نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در خطاهای شناختی و تندرستی وجود داشت و میانگین نمرات گروه آزمایش در این ابعاد به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر اثر بخشی آموزش خطاهای شناختی به‌شیوه‌ی آموزش فلسفه برای کودکان و نوجوانان بر خطاهای شناختی، تندرستی و AIC در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش خطاهای شناختی همان‌طور که فرض شده بود باعث کاهش خطاهای شناختی و افزایش میزان تندرستی در افراد مبتلا به دیابت نوع یک شرکت‌کننده در جلسات آموزشی می‌شود ولی این آموزش بر میزان قند خون سه ماهه‌ی کودکان و نوجوانان مؤثر نبود. در آموزش فلسفه برای کودکان و نوجوانان مهارت‌های زیستن، فکر کردن، ابعاد مختلف فلسفی شدن ذهن، زیر سؤال بردن و ارزش‌سنجی افکار جدا از منبع آنها مورد توجه می‌گیرد [۲۹] و آدمی را برای برخورد با چالش‌های زندگی توانمند می‌سازد [۳۰]. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پیشین که حاکی از این است که شیوه‌ی آموزش فلسفه برای کودکان و نوجوانان باعث افزایش توانایی حل مسئله، حل مسئله اجتماعی و

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل استفاده از ابزارهای خودسنجی در پژوهش، محدودیت در دامنه‌ی سنی افراد نمونه و جامعه‌ی معدود انجمن دیابت ایران بود. می‌توان در پژوهش‌های آتی دامنه‌های سنی دیگر کودکان و سایر بیماری‌های مزمن را نیز مورد بررسی قرار داد. به‌علاوه ابعاد بیشتری از زندگی واقعی کودکان و نوجوانان را با این روش آموزش داد. همان‌طور که ذکر شد دیابت بیماری پیش رونده‌ای است که نیازمند مراقبت‌های چند جانبه‌ایست که اگر مراقبت‌های لازم برایش صورت نگیرد، به مرور کیفیت زندگی و تندرستی افراد مبتلا به خود را کاهش می‌دهد [۴۳]. بنابراین کیفیت زندگی تحت تأثیر الزام‌های درمانی روزمره است و از طرف دیگر رفتارهای پیشگیرانه، مراقبت و مراقبت از خود با کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی دارد [۴۴]. از طرف دیگر نتایج پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که مداخلات آموزش در روند کنترل دیابت نوع یک بسیار به کودکان و نوجوانان مبتلا کمک می‌کند، خصوصاً در ارتقاء سطح خودمراقبتی [۴۵]. در نتیجه آنچه گفته شد توانایی‌های مراقبت از خود و انجام رفتارهایی که فرد از خود مراقبت کند بسیار اهمیت دارد که آموزش فلسفه برای کودکان و نوجوانان می‌تواند شیوه‌ی آموزشی مناسبی برای آموزش به کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک باشد.

زیر منشأ رفتارهای مان است شیوه‌ی تفکر و استدلال‌مان اهمیت به‌سزایی دارد. بهترین شیوه برای آموزش خطاهای فکری آموزشی است که مستقیماً برای آموزش تفکر و آموزش استدلال قوی بنیان‌گذاری شده باشد. برنامه‌ی فلسفه برای کودک هدف شناختی بسیار روشنی دارد، و آن وادار کردن ذهن به عمل است. این کار از طریق چالش‌ها، تفکر اصولی و تعامل ساختاری در حلقه انجام می‌شود. تجربه جهانی و شواهد در بیش از ۵۰ کشور جهان نشان می‌دهد که فلسفه برای کودکان به رشد مهارت‌های تفکر در کودکان و نوجوانان کمک کرده است [۴۰].

یافته‌های پژوهش نشان داد این آموزش موجب کاهش قند خون کودکان و نوجوانان دیابت نوع یک نشد و با پژوهش‌های پیشین که بر محتوای سبک زندگی سالم [۴۱]، و مداخلات شناختی رفتاری برای ارتقای سطح خودکارآمدی در کنترل دیابت نوجوانان [۴۲] هم‌راستا نبود. از آنجا که در پژوهش حاضر به طور مستقیم بر سبک زندگی سالم کار نشد و به شیوه‌ی آموزش فلسفه برای کودکان و نوجوانان، خطاهای شناختی به کودکان و نوجوانان آموزش داده شد، میان میزان قند خون سه ماهه‌ی کودکان و نوجوانان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوتی مشاهده نشد. ممکن است اگر تعداد جلسات بیشتر باشد و با این شیوه‌ی آموزشی روی مؤلفه‌های سبک زندگی سالم و مؤلفه‌های آن به مدت زمان بیشتری کار شود تفاوت معناداری مشاهده شود.

مآخذ

1. Safavi M, Samadi N & Mahmoodi M. Effect of quality of life improvement on type 2 diabetes patients' self-esteem. *Saudi Med Journal* 2011; 32(9):797-801.
2. دوستی ایرانی، مهری؛ اباذری، پروانه؛ بابایی، سیما؛ شاهقلیان، ناهید. تسهیل‌کننده‌های پایبندی به رژیم درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: یک مطالعه پدیدارشناسی. *مجله‌ی غدد درون ریز و متابولیسم ایران* ۱۳۸۸، ۱۱(۳): ۲۵۷-۲۶۴.
3. Sarafino EP, Smith TW. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, ninth edition. United States: *John Wiley & Sons*; 2017.
4. Strandberg RB, Graue M, Wentzel-Larsen T, Peyrot M, Rokne B. Relationships of diabetes-specific emotional distress, depression, anxiety, and overall well-being with HbA1c in adult persons with type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* 2014; 77(3):174-179.
5. غفارزادگان، رضوان؛ مسرور رودسری، دریا دخت؛ پرویزی، سرور؛ خمسه، محمدابراهیم؛ حقانی، حمید. بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه‌ی پژوهشکده‌ی علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی* ۱۳۹۲، ۱۲(۵): ۴۸۹-۴۹۵.
6. لونگو، دن؛ فوسی، آنتونی؛ دنیس، کاسپر؛ هوسر، استفان؛ جمسون، لاری؛ لوسکالزو، جوزف. *اصول طب داخلی هاریسون (بیماری‌های غدد درون ریز و متابولیسم)*. ترجمه‌ی عبدالحسین ستوده‌نیا و محمد حسین عصاره. تهران: ارجمند، ۱۳۹۰. ص ۲۵۰، ۲۵۲.
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan and shaddock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral*

- Science/Clinical Psychiatry, eleventh edition. New York: Wolters Kluwer; 2015.
۸. وری نژاد، غلامحسین؛ بوستانی، حاتم؛ نعمت پور، سرور؛ بهروزیان، فروزان. مقایسه افسردگی بیماران دیابتی و افراد غیر دیابتی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور* ۱۳۸۵، ۱(۵): ۳۸۵-۳۹۱.
9. Lloyd CE, Nouwen A, Sartorius N, Ahmed HU, Alvarez A, Bahendeka S & et al. Education and psychological aspects prevalence and correlates of depressive disorders in people with type 2 diabetes: results from the International Prevalence and Treatment of Diabetes and Depression (INTERPET-DD) study, a collaborative study carried out in 14 countries. *Diabetes Medicine* 2018; 35(6): 760-769.
10. Schmitt A, Reimer A, Hermanns N, Kulzer B, Ehrmann D, Krichbaum M & et al. (2017). Depression is linked to hyperglycaemia via suboptimal diabetes self-management: A cross-sectional mediation analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2017; 94: 17-23.
11. Joseph JJ, Golden SH. Cortisol dysregulation: the bidirectional link between stress, depression, and type 2 diabetes mellitus. *ANNALS of the New York academy of sciences* 2017; 1391(1): 20-34.
12. Anderson R. The Prevalence of comorbid Depression in Adults with Diabetes. *American Diabetes Association* 2001; 24(6): 1069-1078.
13. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press 1987.
۱۴. یاری دهنوی، مراد. مجموعه آموزش مربی فلسفه برای کودکان و نوجوانان (جلد یک)، درآمدی بر برنامه‌ی فلسفه برای کودکان. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی ۱۳۹۴.
15. Lipman M. *Thinking in education, 2th edition, cambridge*: Cambridge University Press 2003.
۱۶. رزگر، فاطمه؛ عاشوری، احمد؛ اصغری پور، نگار؛ عاقبتی، اسما. مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده با بیماران بدون اختلالات روانپزشکی در شهر اصفهان. *مجله‌ی تحقیقات علوم رفتاری* ۱۳۸۶؛ ۵(۲): ۹۹-۱۰۶.
17. Sabourin BC, Vallis TM, Currie S. Development and Pilot-Testing of a Brief Psychosocial Group Intervention Protocol for Type 2 Diabetes Self-Management. *Canadian Journal of Diabetes* 2011; 35(3): 285-294.
۱۸. زارع، حسین. تأثیر مداخله گروهی روانی اجتماعی بر شاخص‌های بهزیستی جسمی و روانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه‌ی شناخت اجتماعی* ۱۳۹۱؛ ۱(۲): ۴۱-۵۲.
۱۹. اقبالی، حسین؛ پورشریفی، حمید؛ احدی، حسن؛ عشایری، حسین. سوگیری شناختی، حساسیت اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در مدل نشانه‌های اضطراب کودکان مقطع ابتدایی: مدل یابی معدلات ساختاری. *فصلنامه‌ی روانشناسی مدرسه*، زیرچاپ.
20. Wit M, Pouwer F, Gemke R, Waal H, Snoek F. Validation of the WHO-5 Well-being Index(WHO-5) in Adolescents with Type 1 Diabetes. Copyright *American Diabetes Association* 2007; 30(3): 2003-2006
21. Hendrie C, Halliday JA, Bowden JP, Colman PG, Cohen N, Jenkins A, Speight J. Severe hypoglycaemia and its association with Psychological well-being in Australian adults with type 1 diabetes attending specialist tertiary clinics. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2014; 103(3): 430-436.
22. Karreman A, Vingerhoest AdJ. Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual differences* 2012; 53(7): 821-826.
۲۳. بیگدلی، ایمان ا...، نجفی، محمود، رستمی، مریم. رابطه سبک‌های دلبستگی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله‌ی ایرانی آموزش در علوم پزشکی* ۱۳۹۲؛ ۱۳(۹): ۷۲۱-۷۲۹.
۲۴. رودریگس، بثاتریس. *داستان‌های بدون متن (دزد مرغ)*. تهران: بصیرت (کتاب‌های ستاره کوچولو)، ۱۳۸۹.
۲۵. لابه، برژیت. *من و دنیای درونم (فلسفه به زبان ساده)*. ترجمه مرجان حجازی فر. تهران: آسمان خیال، ۱۳۹۶.
۲۶. تسلر، الیزابت و کولخ، بریگیت. *من و دنیای احساساتم (داستانهایی درباره‌ی ترس و شجاعت، عصبانیت و آرامش و...)*. ترجمه ملیحه شکوهی. تهران: آسمان خیال، ۱۳۹۵.
۲۷. ناجی، سعید. *داستان‌هایی برای کودکان و فلسفه، جلد اول (مقطع ابتدایی پایه اول تا پنجم)*. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، ۱۳۹۴.
۲۸. کتلناتو، پیتر. *هنر امیلی (ویژه‌ی کلاس‌های آموزشی فلسفه برای کودکان)*. ترجمه حسام سبحانی طهرانی و فرزانه شهرتاش. تهران: شهرتاش، ۱۳۹۱.
۲۹. رمضان، معصومه. *بررسی برنامه‌ی درسی فلسفه برای کودکان در راستای توجه به ابعاد مختلف ذهنیت فلسفی. تفکر و کودک*. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی ۱۳۸۹؛ ۱(۱): ۲۱-۳۵.

۳۰. نقدعلی، محسن؛ پناهی، زهرا. ارتباط اجتماع پژوهشی در برنامه‌ی فلسفه برای کودکان با روش‌های تدریس فعال و مشارکتی. *مجله کودک و تفکر، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی* ۱۳۹۳؛ ۵(۹): ۶۳-۳۹.
۳۱. هدایتی، مهنوش و ماه زاده، حامد. فلسفه برای کودکان و مهارت حل مسئله اجتماعی. *مجله علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز* ۱۳۹۵؛ ۲۳(۱): ۲۹-۵۴.
۳۲. قمری گیوی، حسین؛ خالق خواه، علی، رضایی شریف، علی و زادخوست، فاطمه. تأثیر برنامه‌ی آموزش فلسفه برای کودکان بر مهارتهای معناداری، ابهام، هماهنگی در پرورش تفکر انتقادی دانش آموزان. *فصلنامه فلسفه و کودک* ۱۳۹۳؛ ۵ و ۶: ۱۰۴-۸۷.
۳۳. عسگری، محمدی؛ دیناروند، حسن و ترکشوند، محمدرضا. تأثیر آموزش فلسفه برای کودکان بر تفکر منطقی دانش آموزان دختر و پسر سوم راهنمایی منطقه سامن. *فصلنامه روانشناسی تربیتی* ۱۳۹۴؛ ۱۱(۳۵): ۲۵-۴۰.
۳۴. مرعشی، سید منصور، صفایی مقدم و خزایی، پروین. بررسی تأثیر اجرای برنامه آموزش فلسفه برای کودکان به روش اجتماع پژوهشی بر رشد قضاوت اخلاقی دانش آموزان پایه پنجم ابتدایی شهر اهواز. *مجله تفکر و کودک، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی* ۱۳۸۹؛ ۱۱(۱): ۸۳-۱۰۲.
۳۵. جهانی، رضا و اکبری، احمد. تأثیر فلسفه برای کودکان به مثابه فرایند بر خودآگاهی کودکان (مطالعه موردی: دانش آموزان پایه ششم منطقه جلگه رخ). *فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی* ۱۳۹۴؛ ۱(۱): ۵۸-۶۶.
۳۶. نوروزی، رضا علی و عابدی، منیره. تأثیر اجرای برنامه‌ی بومی شده‌ی فلسفه برای کودکان بر افزایش خودکارآمدی، شادی و خوشبینی دانش آموزان دختر سال اول دوره‌ی متوسطه. *مجله فلسفه و کودک* ۱۳۹۳؛ ۵ و ۶: ۱۲۰-۱۰۵.
۳۷. عظمت مدار، فاطمه. بررسی تأثیر برنامه فلسفه برای کودکان بر افزایش انگیزه‌ی پیشرفت دانش آموزان. *مجله فلسفه و کودک* ۱۳۹۴؛ ۱۰: ۷۰-۵۷.
۳۸. تجلی نیا، امیر و کریمی، روح الله کریمی. بررسی تأثیر اجرای برنامه‌ی فلسفه برای کودکان در کاهش و مهار خشم دانش آموزان پسر پایه‌ی اول مقطع متوسطه‌ی شهر تهران. *مجله تفکر و کودک پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی* ۱۳۹۳؛ ۵(۹): ۶۳-۳۹.
۳۹. نوری نژاد و همکاران، هدایتی، مهنوش. فلسفه برای کودکان و کنترل پرخاشگری. *مجله تفکر و کودک، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی* ۱۳۹۰؛ ۲(۳): ۱۰۹-۱۳۴.
40. Haynes J. *Children as philosophers: Learning Through Enquiry and Dialogue in the Primary Classroom*, 2nd Edition. London: Routledge 2008.
۴۱. غضنفری، متین و فلاح یخدانی، محمد حسین. اثربخشی سبک زندگی سالم با رویکرد شناختی رفتاری بر کنترل قند خون مبتلایان به دیابت نوع دو. *کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی* ۱۳۹۴.
۴۲. نجمی، بدرالدین؛ احدی، حسن؛ دلاور، علی و هاشمی پور، مهین. اثربخشی درمان روانشناختی چند جنبه‌ای در بهبود پایبندی به درمان پزشکی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. *مجله علوم رفتاری* ۱۳۸۶؛ ۵(۲): ۱۲۷-۱۳۸.
43. Clark, M. Lifestyle self-management in Patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*. 2002; 6 (6): 182-187.
44. Hall PA, Rodin GM, Vallis TM, Perkins BA. The consequences of anxious temperament for disease detection, self-management behavior, and quality of life in Type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; 67(4): 297-305.
45. Lange K, Swift P, Pankowska E, Danne T. Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric Diabetes* 2014; 15 (20): 77-85.

EFFECTIVENESS OF INSTRUCT COGNITIVE ERRORS IN THE WAY OF PHILOSOPHY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS, IN COGNITIVE ERRORS, WELL-BEING AND BLOOD SUGAR LEVELS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TYPE I DIABETES

Masoumeh Akbari¹, Emad Ashrafi^{2*}, Asadollah Rajab³

1. Department of Science in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Azad University, Tehran, Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran

3. Iranian Diabetes Association

ABSTRACT

Background: Type 1 diabetes is a chronic disease that children and adolescents do not have the ability to care for themselves, despite having enough information about their self-care (nutrition, insulin, exercise, etc.). Self-care, such as any behavior, can be influenced by the way of thinking, and the philosophy teaching method can be a suitable educational tool for changing thinking. The purpose of this study was to determine the effectiveness of teaching cognitive errors by philosophy for children on increasing the Well-being and reducing the cognitive errors and the level of glucose in children and adolescents with type 1 diabetes.

Methods: The research method was quasi-experiment with pre-test post-test control group (waiting list) design. The sample included 22 children and adolescents of the Iranian Diabetes Association who responded to the cognitive errors scale of children and adolescents Quinn et al., Well-being Questionnaire (WHO-5) and blood glucose (A1C). To test the hypotheses, MANCOVA was used.

Results: The result of MANCOVA was significant. Subsequently, there were significant differences between cognitive errors ($F(17,1) = 9/01, P = 0/008$) and Well-being ($F(17,1) = 7/4, P = 0/01$) between two groups, but the level of blood glucose ($F(17,1) = 0/01, P = 0/8$) was not significant.

Conclusion: Learning cognitive errors in the philosophy for children and adolescents leads to the growth of reasoning, the rational thinking of children and adolescents, and helps them to take care of themselves in conditions of failure, stress and anxiety, and improves their emotional well-being. However, it seems that it takes longer to effect on blood glucose.

Keywords: Cognitive Errors, Philosophy for Children and Adolescents, Well-Being, Type I Diabetes

*Tehran. Ashrafi Esfahani Boulevard. Not reached the Hemmat highway. Shahid Ghomoushi Avenue. Bahar Street .Science and Culture University. Phone number: 009821544214750. ZIP code: 1461968151. Fax: 44214750. Email address: ashrafi@usc.ac.ir