



Research Article

Effectiveness of Dynamic-Supportive Psychotherapy on Type 2 Diabetes Patients' Depression

Mahdi Nayyeri ¹, Alireza Rajaei ^{2,3}, Farahnaz Meschi ³, Sheyda Sodagar ³

¹ PhD Student, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

² Department of Psychology, Torbat -e - Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat -e - jam, Iran

³ Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

* **Corresponding author:** Alireza Rajaei, Department of Psychology, Torbat -e - Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat -e - jam, Iran. E-mail:rajaei.46@yahoo.com

DOI: [10.21859/nkjmd-110310](https://doi.org/10.21859/nkjmd-110310)

How to Cite this Article:

Nayyeri M, Rajaei A, Meschi F, Sodagar S. Effectiveness of Dynamic-Supportive Psychotherapy on Type 2 Diabetes Patients' Depression. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2019; **11**(3):72-77-. DOI: 10.21859/nkjmd-110310

Received: 05 Mar 2018

Accepted: 29 Oct 2018

Keywords:

Depression
Type 2 Diabetes
Dynamic-Supportive
Psychotherapy

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes was considered one of the major reasons for mortality. Depression disorder is one of the most common psychological difficulties in this patients that its creation can affected sickness prognosis. Present study was done with the aim of effectiveness of dynamic -supportive psychotherapy on type 2 diabetes patient's depression.

Methods: This study was done with the experimental simulation method with pretest and posttest design with control group in 1395. In this research, 20 person was present that having depression recognition from average type to intense type with the objective and voluntary approach were selected and with random replacement were replaced in experimental and control group. Dynamic -supportive group was under 15 psychotherapy session. The gathered information was analyzed with analysis covariance.

Results: Results showed that dynamic -supportive treatment in comparison to the control group has meaningful difference ($P < 0.001$) that's means it became effective in depression treatment.

Conclusions: In type 2 diabetes patients that for controlling their sickness have to use medicine, dynamic -supportive treatment could be good way for decrease the depression.



اثر بخشی روان درمانی پویشی - حمایتی بر کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲

مهدی نیری^۱، علیرضا رجایی^{۲*}، فرحناز مسچی^۳، شیدا سوداگر^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

^۳ استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

* نویسنده مسئول: علیرضا رجایی، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. ایمیل:

rajaei.46@yahoo.com

DOI: 10.21859/nkjs-110310

چکیده

مقدمه: دیابت نوع ۲ یکی از علل عمده مرگ و میر بشمار می‌رود. اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات روانشناختی در این بیماران است که بروز آن می‌تواند پیش‌آگهی بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان درمانی پویشی - حمایتی بر کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

روش کار: این مطالعه به روش شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۵ انجام شد. در این پژوهش ۲۰ نفر حضور داشتند که با تشخیص افسردگی از نوع متوسط تا شدید با روش نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل جای‌گزین شدند. گروه پویشی-حمایتی تحت ۱۵ جلسه روان درمانی قرار گرفتند. اطلاعات جمع‌آوری شده با تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان پویشی - حمایتی نسبت به گروه کنترل اختلاف معنی‌داری داشته ($P > 0/001$)، یعنی در درمان افسردگی مؤثر واقع شده است.

نتیجه‌گیری: در بیماران دیابتی نوع ۲ که مجبور به استفاده از دارو برای کنترل بیماری خود هستند، درمان پویشی - حمایتی می‌تواند روش مناسبی برای کاهش افسردگی باشد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۷

واژگان کلیدی:

افسردگی

دیابت نوع ۲

روان‌درمانی پویشی-حمایتی

مقدمه

بیشتر از افراد جامعه می‌باشد [۷]. در تحقیقات دو سه دهه اخیر نرخ شیوع افسردگی در بین بیماران دیابتی دو برابر افراد غیر دیابتی ذکر شده است [۸]. محققین در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده‌اند که وجود بیماریهای مزمن میزان شیوع افسردگی را در همه سنین افزایش می‌دهد [۹]. این نکته قابل توجه است که دو سوم این بیماران دیابتی، افسردگی‌شان تشخیص داده نشده و تحت درمان قرار نمی‌گیرد [۱۰]. علاوه بر شیوع افسردگی در مبتلایان به دیابت تحت تأثیر نوع بیماری (نوع یک و نوع دو) و کشورهای در حال توسعه قرار می‌گیرد [۱۱]. دیابت نوع ۱ که ۵ تا ۱۰ درصد موارد دیابت را شامل می‌شود سلول‌های بتا پانکراس که تولید انسولین را برعهده دارند، توسط یک واکنش اتوایمن تخریب شده‌اند و دیابت نوع ۲ که ۸۵ تا ۹۰ درصد مبتلایان را تشکیل می‌دهد مقاومت به انسولین و تخریب انسولین ترشحی وجود دارد [۱۲]. افسردگی و دیابت گاهی اوقات شرایط را برای بیمار بدتر می‌کنند. ابتدا دیابت ممکن است خطر افسردگی را افزایش دهد و حتی ممکن است به دو برابر برساند و افسردگی نیز ممکن است خطر دیابت نوع دو را افزایش دهد. پیشرفت عوارض باعث ایجاد افسردگی می‌شود و افسردگی انگیزه قبلی جهت درمان را از بیمار گرفته و باعث پیشرفت عوارض می‌شود [۱۳]. هنگامی که دیابت و افسردگی با هم جمع می‌شوند، به علت

دیابت از جمله شایع‌ترین بیماریهای غدد درون ریز جهان و از جمله کشور ما بحساب می‌آید. این بیماری در شمار شایع‌ترین بیماریهای مزمن و پیشرونده بحساب می‌آید که بر تولید انسولین و استفاده مؤثر از آن اثر مخربی دارد [۱]. هم‌اکنون پنجمین دلیل اصلی مرگ بشمار می‌رود و برطبق گزارشات سازمان جهانی دیابت تخمین زده شده که شیوع آن از ۳۳۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ به ۵۵۲ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد [۲]. بیش از سه چهارم این بیماران در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند [۳]. نکته قابل توجه دیگر این که در کشورهای در حال توسعه، اکثریت بالغین مبتلا به دیابت، بین سنین ۴۵ تا ۶۵ سالگی هستند، در حالی که در کشورهای پیشرفته، اکثریت بالغین مبتلا به دیابت را جمعیت ۶۵ سال به بالا تشکیل می‌دهند [۴]. بر طبق گزارش مرکز تحقیقات دیابت بالغ ۳ میلیون نفر در ایران به این بیماری مبتلا هستند [۵]. علاوه بر هزینه‌های محسوس در این بیماری، درد، اضطراب و افسردگی از جمله مواردی هستند که از کیفیت زندگی مبتلایان می‌کاهد که بخشی از این مشکلات با خود پویشی و درمان و تزریق انسولین مرتبط است [۶]. تحقیقات نشان می‌دهد که مشکلات روانی و اجتماعی ناتوان‌کننده‌ای چون احساس خستگی، کاهش انرژی، تحریک پذیری، عصبانیت، افسردگی و اضطراب در مبتلایان به دیابت

شهرهای تربت جام و مشهد حضور داشتند. محدوده سنی این افراد ۴۵ تا ۶۰ سال بود که حداقل به مدت ۲ سال درگیر این بیماری و طی چند ماه گذشته آسیب جدی را که منجر به افسردگی باشد را تجربه نکرده‌اند و دارای ملاکهای تحقیق بودند انتخاب و بعد از تشخیص افسردگی توسط مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) از نوع متوسط تا شدید، ۲۰ نفر به صورت هدفمند و در دسترس انتخاب و با روش جایگزینی تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. در جنسیت تعداد مردان و زنان تقریباً با هم برابر بودند (۹ زن و ۱۱ مرد). ملاک‌های ورود و خروج در این تحقیق شامل: ۱ - جهت شرکت در پژوهش رضایت کامل داشته باشند، ۲ - حداقل ۲ سال درگیر این بیماری باشند، ۳ - به بیماری مزمن دیگری نظیر: ایدز، هیپاتیت، سرطان، و بیماریهای مزمن دیگر مبتلا نباشد، ۴ - طی چند ماه گذشته آسیب جدی را که منجر به افسردگی باشد را تجربه نکرده باشند، ۵ - معتاد به مواد مخدر و الکل نباشد، بود. در ادامه روش درمانی پویشی - حمایتی در گروه آزمایش در طی ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا گردید و گروه کنترل هیچ یک از درمان‌ها را دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماندند تا پس از اتمام فرایند پژوهش درمان پویشی - حمایتی را دریافت کنند. جهت تعیین افسردگی بیماران دیابتی از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) لایویند و لایویند استفاده شده است. اعتبار بازآزمایی مقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۷۱ درصد برای افسردگی و ۰/۷۹ درصد برای اضطراب و ۰/۸۱ درصد برای استرس گزارش شده است [۲۴]. قابلیت اعتماد این مقیاس در ایران توسط صاحبی و اصغری از طریق همسانی درونی وروایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای همزمان آزمونهای افسردگی، اضطراب، زانگ و تنیدگی ادراک شده بررسی شد. در کل ضرایب قابلیت اعتماد و اعتبار به دست آمده بسیار رضایتبخش و در سطح $P < 0/001$ معنادار بود. همبستگیها بین زیر مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیر مقیاس اضطراب DASS با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیر مقیاس تنیدگی DASS با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۴۹ گزارش شده است [۲۵].

در پژوهش حاضر درمان پویشی - حمایتی در ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای صورت پذیرفت که به طور خلاصه این مدل درمانی به این شرح است؛ هدف درمان بر اساس یک برنامه روشن و صریح در گفتگو با بیمار اتفاق می افتد که دارای یک سازمان یافتگی بایک آغاز؛ وسط و یک پایان است. همچنین دیدن نقشه قبل از شروع درمان در یک فرایند همکاری منطقی حق بیمار بوده و این کار جهت ایجاد ثبات و بازسازی تعادل قبلی و پذیرش آسیب و برطرف کردن علائم صورت می‌گیرد. در این دیدگاه، از لحاظ علیتی هم بر وقایع بیرونی و هم بر رویدادهای درون روانی تاکید شده و طیفی از روان درمان تحلیلی تا حمایتی در دو سوی طیف را در برمیگیرد. بر اساس سطح عملکرد فعلی، مشکلات و مسائل درحال حاضر فرمول بندی درمان طرح ریزی می‌شود. در یک انتهای طیف مداخله‌های حمایتی بالا و مداخله‌های پویشی پایین است و در انتهای دیگر، مداخله‌های حمایتی پایین و تواتر مداخله‌های پویشی بالا است [۱۵]. تغییر در این درمان ناشی از یادگیری بوده و با پذیرش شروع می‌شود. همچنین تغییر کشف دلیل رفتار یا احساسات نبوده و به جای آن به افزایش عزت نفس و بهبود مهارت‌های سازگاری توجه می‌شود و روش تداعی آزاد بر خلاف دیگر روان درمانی‌های پویشی ممنوع می‌باشد. بیمارانی کاندیدای انتخاب هستند که دارای نشانه‌های

واکنش‌های رفتاری و فیزیولوژیکی بین دیابت افسردگی کنترل بیماری مشکلتر شده و خطر بیماریهای قلبی عروقی، رتینوپاتی دیابتی و کوری، نوروپاتی و سایر عوارض دیابت افزایش می‌یابد [۱۴].

در این پژوهش درمان پویشی - حمایتی (که از درمان‌های مبتنی بر روانکاوی است) بکار گرفته شده است. درمان پویشی - حمایتی برای دو منظور: ۱) کاهش علائم و ۲) بهبود عزت نفس، عملکرد خود و مهارت‌های انطباقی و در نتیجه بالا بردن کیفیت زندگی، به کار رفته است [۱۵]. خدابخشی کولایی و نویدیان بر روی ۲۴ بیمار دیابتی نوع ۲ روان درمانی حمایتی به شیوه گروهی انجام دادند و دریافتند که برنامه درمانی آنان موجب افزایش کیفیت زندگی و بهبود عوارض بیماری شده است. در طرح درمان تحقیق فوق مواردی چون آموزش باورهای معنوی، بالا بردن اعتماد به نفس و فنون آرام بخشی بکار گرفته شده بود [۱۶]. در مطالعه‌های دیگر ۵۱ بیمار دیابتی مبتلا به افسردگی عمده طی ۱۰ هفته تحت درمان شناختی رفتاری به همراه آموزش حمایتی قرار گرفتند. نتایج پس از درمان و ۶ ماه پس از درمان به عنوان پیگیری نشان داد که درمان شناختی رفتاری و آموزش حمایتی در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر واقع شده است [۱۷]. همچنین در تحقیقی با هدف مقایسه نفازدون؛ درمان شناختی رفتاری - تحلیلی و ترکیب آن با هم در درمان افسردگی مزمن بر روی ۶۸۱ بیمار این نتیجه بدست آمد که در اثر کوتاه مدت درمان دارویی مؤثر و در اثر درمان بلند مدت درمان روانشناختی و ترکیب هر دو درمان باهم مؤثر بوده‌اند [۱۸]. ریناد در یک کارآزمایی بالینی روی ۱۰۰ نوجوان دچار افسردگی، روان درمانیهای شناختی، خانواده و پویشی - حمایتی را انجام داد و دریافت که گروه درمان پویشی - حمایتی سریعتر به درمان پاسخ می‌دهند و در دوره پیگیری نیز به شرط اتمام کامل درمان پیامدهای بهتری نیز داشتند. ماینا و همکارانش نیز در پژوهشی بر روی بیماران دچار افسردگی به این نتیجه رسیدند که کسانی که به سمت طیف پویشی می‌روند و درمان را ادامه می‌دهند در دوره پیگیری نتایج بهتری را نشان می‌دهند [۱۵].

در همین راستا، روان درمانی‌های حمایتی به بیمار مبتلا به دیابت در جهت مواجهه با بحرانهای ناشی از مسائل اجتماعی و یا عوارض جسمی دیابت از طریق تکنیک‌های تقویت آرامبخشی، خودگویی عبارات مثبت، تصویر سازی مثبت، آگاه سازی، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفی، کمک کرده و موجب کاهش افسردگی در این بیماران می‌گردد [۱۹، ۲۰]. این شکل از درمان اغلب بهترین روش در دستیابی به بهبود دراز مدت با توجه به موارد مزمن می‌باشد و به نوبه خود بر تمام ابعاد زندگی تاثیرگذار است [۲۱]. در نهایت موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شود که متعاقب آن بسیاری از مشکلات درون فردی و میان فردی بیماران کاهش می‌یابد [۲۲، ۲۳].

از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی - حمایتی بر افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است که در دو گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا گردید. جامعه آماری این تحقیق بیماران دیابتی نوع ۲ هستند که در نیمه اول و دوم سال ۱۳۹۵ در مراکز کنترل دیابت و کلینیک‌ها

جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و همچنین به منظور رعایت پیش فرضهای تحلیل کوواریانس، تحلیل واریانس یک راه جهت همتا بودن سه گروه در خط پایه و آزمون F لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها مورد استفاده واقع شد. تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد، پس از حذف اثر پیش آزمون، مداخله روانشناختی درمان پویشی - حمایتی، تأثیر معناداری بر کاهش افسردگی بیماران دیابتی داشته است ($P \leq 0/001$).

بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی روان درمانی پویشی - حمایتی بر افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ صورت پذیرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان پویشی - حمایتی نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری را نشان داده و در بهبود مبتلایان به افسردگی موثر بوده است که این یافته با نتایج تحقیقات خدابخشی و نویدیان [۱۶]، لاتسمن و همکاران [۱۷]، کلر و همکاران [۱۸]، ریناد و همکاران [۱۵]، مانیا و همکاران [۱۵]، ساسکیا و همکاران [۲۸]، درین و همکاران [۲۹] همسو می‌باشد البته لازم به ذکر می‌باشد که این پژوهشها از نظر جامعه آماری و ابزار پژوهش با مطالعه ما تفاوت داشته‌اند.

نتایج این مطالعات و پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان‌های حمایتی بخصوص پویشی - حمایتی به علت بهره‌گیری از بیشتر دیدگاه‌های درمانی چه روانکاو و چه درمان‌های دیگر همچون شناختی، گشتالتی، مهارت‌های زندگی و حتی مددکاری عزت نفس بیماران را بالا و حس خودکارمدی را افزایش دهد. همچنین در بیماران دیابتی، مشکل عمده پیروی بیماران از درمان و رژیم‌های درمانی است. پیروی از درمان در نظر گرفتن دارو، رعایت رژیم غذایی، کنترل وزن و سایر تغییرات سبک زندگی است. در این بین عوامل متعددی بر پیروی از درمان تأثیر گذارند که یکی از آنان مشکلات روانشناختی بیماران دیابتی است که می‌تواند منجر به ناامیدی به زندگی و در تبع آن افسردگی باشد. بدین ترتیب یکی از نتایج این مشکل عدم پیروی کامل از توصیه‌های دارویی است.

از طرف دیگر فرد بیمار برای کاهش مشکلات روحی روانی می‌بایست به حداقل درمان آن بپردازد. در اینجاست که بحث داروهای ضد افسردگی به میان می‌آید و به علت اینکه اغلب داروهای ضد افسردگی عارضه چاق کنندگی را به همراه دارد و چاقی که خود یک از عوامل ابتلا به دیابت نوع ۲ بشمار می‌رود، تعارضی بین مصرف داروها و توصیه‌های رژیم‌های درمانی که تأکید بر کنترل وزن دارد بوجود می‌آورد. در نتیجه فرد بیمار احتمالاً درمان دارویی در کاهش و کنترل افسردگی را به نفع درمان دیابت رها می‌کند چرا که اجبار در مصرف داروهای ضد دیابت را دارد و در نتیجه دچار مشکلات روانشناختی و باعث به هم خوردن روابط اجتماعی و فردی خواهد شد و چه بسا که به اعتیاد و خودکشی بیانجامد. لذا در چنین بیمارانی توصیه اول بر درمان‌های غیر دارویی هم در کنترل دیابت و هم در کنترل سلامت در بعد روانشناختی است. بدین ترتیب مهمترین یافته پژوهش می‌تواند این باشد که درمان پویشی - حمایتی روش مناسبی جهت کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ می‌باشد.

شدید اختلال مانند روان پریش‌ها، بحران‌های حاد و بیماریهای مزمن جسمی باشند. مدت درمان و تناوب آن انعطاف پذیر بوده و می‌تواند یک تا دو جلسه در هفته و به مدت نیم تا یک ساعت باشد. فرایند درمان؛ ارزیابی، فرمولاسیون مورد، و تعیین هدف، خلاصه می‌شود. و در نهایت راهبردهای درمان به اختصار اینگونه اند: (۱) فرمول سازی مورد، (۲) تقویت و توسعه اتحاد درمانی قوی، (۳) کاهش اضطراب، (۴) نقش یک والد خوب را بازی کردن، (۵) بالابردن و تقویت عزت نفس (از طریق تشویق به کار و عادی کردن تجربه افکار، احساسات و رفتار)، (۶) مدیریت انتقال، (۷) احترام به دفاع، (۸) ارائه یک پایگاه امن و اطمینان بخش، (۹) رشد عقلانی سازی، (۱۰) اصلاح (یا همان بهبود بی حد و حصر) از طریق راه کارهای شناختی، (۱۱) مشاوره (یا همان ارائه نصیحت)، (۱۲) ارائه یک الگو برای سازگاری، (۱۳) به حداکثر رساندن سازوکارهای مقابله برای سازگاری بیشتر، (۱۴) اجازه تپویه احساسات، (۱۵) تمرین + پیش بینی، (۱۶) ایجاد ارتباطات، (۱۷) تمرکز بر اینجا و اکنون، (۱۸) آموزش به بیمار و خانواده، (۱۹) مدیریت محیط زیست [۲۶]. اجرای این نوع درمان به صورت گفت و شنودی و شامل بررسی تجارب جاری و گذشته، عکس العمل‌ها و احساسات بیمار است [۲۷].

در پایان، نتایج حاصل از پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس یک متغیری در برنامه نرم افزاری SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. همچنین به منظور رعایت پیش فرضهای تحلیل کوواریانس، تحلیل واریانس یک راه جهت همتا بودن سه گروه در خط پایه و آزمون F لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها مورد استفاده واقع شد.

یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر ۲۰ نفر بیمار دیابتی بود. از این تعداد، به تصادف، ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل جای‌گزين شدند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۴۵ تا ۶۰ سال بود. از این مقدار ۴۰٪ در دامنه سنی ۴۵ تا ۵۰، ۳۵٪ در دامنه سنی ۵۱ تا ۵۵ و ۲۵٪ در دامنه سنی بین ۵۶ تا ۶۰ قرار داشتند. در جنسیت تعداد مردان و زنان تقریباً با هم برابر بودند (۹ زن و ۱۱ مرد).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش و گروه کنترل

افسردگی	درمان پویشی-حمایتی	گروه کنترل
پیش آزمون	۱۶/۶ ± ۲/۲۷	۱۶/۵ ± ۲/۴۶
پس آزمون	۱۱/۷ ± ۲/۳۶	۱۶ ± ۲/۶۲

قبل از مداخله در پیش آزمون نمرات افسردگی در دو گروه میانگینی تقریباً مساوی داشتند ولی بعد از مداخله گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل میانگین نمرات افسردگی کاهش یافت در صورتیکه در گروه کنترل تغییری محسوس مشاهده نشد.

جدول ۲: تحلیل کوارانس اثربخشی درمان پویشی - حمایتی بر افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲

منابع تغییر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثربخشی درمان						
پیش آزمون	۲۳/۶۰۲	۱	۲۳/۶۰۲	۴/۵۳۴	۰/۰۴۸	۰/۲۱۱
گروه	۹۴/۴۹۵	۱	۹۴/۴۹۵	۱۸/۱۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶
خطا	۸۸/۴۹۸	۱۷	۵/۲۰۶			
کل	۲۰۴/۵۵۰	۱۹				

نتیجه گیری

در بیماران دیابتی نوع ۲ که مجبور به استفاده از دارو برای کنترل بیماری خود هستند، درمان پویشی - حمایتی می‌تواند روش مناسبی برای کاهش افسردگی باشد.

سپاسگزاری

از کلیه بیمارانی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و در اجرای آن ما را یاری نمودند، کمال قدردانی را داریم.

References

1. WHO. Diabetes: World Health Organization; 2011.
2. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;94(3):311-21. doi: 10.1016/j.diabres.2011.10.029 pmid: 22079683
3. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care.* 1998;21(9):1414-31. doi: 10.2337/diacare.21.9.1414 pmid: 9727886
4. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004;27(5):1047-53. doi: 10.2337/diacare.27.5.1047 pmid: 15111519
5. Center DR. [Diabetes and depression]. Tehran: Diabetes Research Center; 2011.
6. Kessing LV, Nilsson FM, Siersma V, Andersen PK. No increased risk of developing depression in diabetes compared to other chronic illness. *Diabetes Res Clin Pract.* 2003;62(2):113-21. doi: 10.1016/s0168-8227(03)00166-9
7. Afshar M, Isaac Hosseini M. [What is diabetes]. Tehran 2001.
8. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care.* 2001;24(6):1069-78. doi: 10.2337/diacare.24.6.1069 pmid: 11375373
9. Steele T. Hemodialysis patients and spouses: Matial sexual prolems, and depression. *J Nerv ment Dise.* 1976;7(8):236-342.
10. Katon WJ. The comorbidity of diabetes mellitus and depression. *Am J Med.* 2008;121(11 Suppl 2):S8-15. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.09.008 pmid: 18954592
11. Li C, Ford ES, Zhao G, Ahluwalia IB, Pearson WS, Mokdad AH. Prevalence and correlates of undiagnosed depression among U.S. adults with diabetes: the Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2006. *Diabetes Res Clin Pract.* 2009;83(2):268-79. doi: 10.1016/j.diabres.2008.11.006 pmid: 19111364
12. Sarshar N, Chamanzari H. [The Survey Of Complications In Thepatients Of Gonabad Diabete Clinic]. *Ofogh-E-Danesh.* 2003;9(1):62-9.
13. Epidemiology of Diabets. *Diabetes depress.* 2001;21(9).
14. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care.* 2000;23(7):934-42. doi: 10.2337/diacare.23.7.934 pmid: 10895843
15. Winston A, Rosenthal RN, Pinsker H. Learning supportive psychotherapy: An illustrated guide: American Psychiatric Pub; 2011.
16. Khodabakhshi Koolae A, Navidian A, Baiati Z, Rahmatzadeh M. Effectiveness of supportive psychotherapy on quality of life in patients with type2 diabetes. *J Diabetes Nurs.* 2015;3(3):31-41.
17. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 1998;129(8):613-21. doi: 10.7326/0003-4819-129-8-199810150-00005 pmid: 9786808
18. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med.* 2000;342(20):1462-70. doi: 10.1056/NEJM200005183422001 pmid: 10816183
19. Markowitz SM, Gonzalez JS, Wilkinson JL, Safren SA. A review of treating depression in diabetes: emerging findings. *Psychosomatics.* 2011;52(1):1-18. doi: 10.1016/j.psych.2010.11.007 pmid: 21300190
20. Petrak F, Baumeister H, Skinner TC, Brown A, Holt RIG. Depression and diabetes: treatment and health-care delivery. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3(6):472-85. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00045-5 pmid: 25995125
21. Crown S. Supportive psychotherapy: a contradiction in terms? *Br J Psychiatry.* 1988;152:266-9. doi: 10.1192/bjp.152.2.266 pmid: 3167345
22. Uco K, Acay A, Coskun KS, Alpaslan AH, Coban NF, Akkan G, et al. Evaluation anxiety, depression, and health-related quality of life in male and female patients with newly diagnosed type 2 diabetes. *Bull Clin Psychopharmacol.* 2015;25(1):S169-S70.
23. Kiadaliri AA, Najafi B, Mirmalek-Sani M. Quality of life in people with diabetes: a systematic review of studies in Iran. *J Diabetes Metab Disord.* 2013;12(1):54. doi: 10.1186/2251-6581-12-54 pmid: 24354933
24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u pmid: 7726811
25. Sahebi A, Asghari M, salari R. [Depression, Anxiety & Stress Scales (DASS - 21) for Iranian Population]. *J Iran Psychol* 2005;4(1).
26. Pinsker H, Rosenthal R, McCullough L. Dynamic supportive psychotherapy: American Psychological Association; 1991.
27. Misch DA. Basic strategies of dynamic supportive therapy. *Focus.* 2006;9(2):173-268.

28. de Maat S, Dekker J, Schoevers R, van Aalst G, Gijsbers-van Wijk C, Hendriksen M, et al. Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Depress Anxiety*. 2008;25(7):565-74. doi: 10.1002/da.20305 pmid: 17557313
29. Driessen E, Van HL, Schoevers RA, Cuijpers P, van Aalst G, Don FJ, et al. Cognitive Behavioral Therapy versus Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy in the outpatient treatment of depression: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2007;7:58. doi: 10.1186/1471-244X-7-58 pmid: 17963493