

فرا تحلیل اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب (پژوهش‌های منتشر شده در ایران بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵)

زهرا سادات حسینی^۱، مجید یوسفی افراشته^{۲*}، ذکراه مروتی^۳

مقاله مروری

مقدمه: افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی محسوب می‌شوند، بنابراین لازم است تا در جهت ارتقای روش‌های درمانی میزان اثربخشی درمان‌های گوناگون مورد مطالعه قرار بگیرد. از این رو پژوهش حاضر، با هدف بررسی فراتحلیل میزان اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب بر اساس تحقیقات صورت گرفته در ایران بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵ صورت گرفته است.

روش بررسی: در این پژوهش از روش فراتحلیل استفاده گردید و پس از بررسی تعداد زیادی از مقالات و پژوهش‌های صورت گرفته، با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی مثل SID، Magiran، Civilica، Rigest، Noormags و Ensani.ir ۳۸ مطالعه انتخاب گردید. هم‌چنین در جهت رعایت ملاک‌های ورود و استخراج اطلاعات مربوط به هر مطالعه از چک لیست استفاده شد و در نهایت ۵۹ اندازه اثر گزارش گردید. تحلیل‌های آماری مربوطه با استفاده از نرم افزار فراتحلیل جامع (CMA-2) صورت گرفته است.

نتایج: یافته‌های حاصل نشان داد که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معنی‌دار در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ بر افسردگی و اضطراب موثر بوده است و اندازه اثر ترکیبی حاصل برای افسردگی و اضطراب بر حسب مقیاس هم بستگی به ترتیب ۰/۵۷۴ و ۰/۶۰۷، بر حسب مقیاس تفاوت میانگین‌های استاندارد ۱/۴۲۷ و ۱/۵۵۴ و بر حسب مشخصه g هجز نیز ۱/۳۸۹ و ۱/۵۱۱ گزارش شد. هم‌چنین بررسی متغیر جنسیت به عنوان متغیر تعدیل‌کننده نیز عدم معنی‌داری تفاوت مشاهده شده را نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتیجه این فراتحلیل نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با استفاده از تکنیک‌هایی چون توجه بر زمان حال و پذیرش بدون قضاوت هیجان‌ها در بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب به‌طور معنی‌دار و با اندازه اثر بالا موثر است.

واژه‌های کلیدی: فراتحلیل، ذهن آگاهی، افسردگی، اضطراب

ارجاع: حسینی زهرا سادات، یوسفی افراشته مجید، مروتی ذکراه. فراتحلیل اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب (پژوهش‌های منتشر شده در ایران بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵). مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۷؛ ۲۶ (۸): ۶۴۶-۶۱.

مقدمه

افسردگی و اضطراب از شایع ترین و ناتوان کننده ترین اختلال های روان شناختی محسوب می شوند (۱). طبق گزارش های سازمان جهانی بهداشت (۲) افسردگی یکی از مهم ترین اختلالات خلقی (Mood Disorder) است و حداقل ۳۵۰ میلیون نفر از افراد جهان از افسردگی رنج می برند. درصد شیوع آن در طی یک سال بین ۴ تا ۱۱ درصد گزارش شده است (۳). هم چنین این اختلال در مقایسه با اکثر بیماری ها و اختلال های فیزیکی، هزینه سنگین و سرسام آوری را بر جوامع گوناگون متحمل می کند و پیش بینی می شود که افسردگی در سال ۲۰۳۰ عامل اصلی ناتوانی در جهان شناخته شود (۴،۲). مطالعات متعددی بر این موضوع که افسردگی یک مشکل جدی در سلامت و بهداشت عمومی جوانان است بسیار تأکید کرده اند و پژوهش های زیادی را به آن اختصاص داده اند (۷،۵). هم چنین نتایج تحقیقات صورت گرفته، نشان می دهند که این اختلال با پیشرفت بیماری هایی چون، بیماری عروق کرونر (۸)، دیابت نوع دو (۹) و زوال عقل (۱۰) مرتبط است. افسردگی بر جنبه های هیجانی، رفتاری، شناختی و فیزیکی فرد تأثیر می گذارد و افراد افسرده، تجارب هیجانی مانند غمگینی، ناامیدی، بی انگیزگی، عدم علاقه به کارها و عدم لذت را تجربه می کنند و نشانه های رفتاری چون، آهستگی گفتار و رفتار، خستگی و کم تحرکی روانی حرکتی، نشانه های شناختی چون، احساس پوچی، باورهای بدبینانه، ناتوانی تمرکز و تصمیم گیری و کاهش حافظه و نشانه های فیزیولوژیکی مانند، کاهش یا افزایش اشتها و وزن، کم خوابی یا پر خوابی، کاهش برانگیختگی جنسی را نشان می دهند و در سطح روابط اجتماعی نیز افسردگی، کارکردهای بین فردی و اجتماعی فرد را مختل می کند (۱۱).

اضطراب نیز مانند افسردگی در جوامع گوناگون از شیوع بالایی برخوردار است و برخی از پژوهش های جهانی، درصد شیوع آن را در بازه زمانی یک سال و در طول یک عمر به ترتیب ۱۰/۶٪ و ۱۶/۶٪ تخمین زده اند (۱۲) و طبق برآوردهای صورت گرفته در کشور ایالت متحده امریکا، سالانه هزینه ای

بیش از ۴۲ میلیون دلار به اختلال اضطراب اختصاص می یابد (۱۳) لازم به ذکر است که اضطراب به عنوان قوی ترین عامل خطر ساز بیماری افسردگی شناخته شده است (۱۴). طبق تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)، اضطراب نوعی احساس ترس و ناراحتی بی دلیل و به نوعی پیش بینی تهدید آینده است و بیشتر با تنش عضلانی و گوش به زنگی به هنگام آماده شدن برای خطر و هشدارها با رفتارهای اجتنابی ارتباط دارد.

با توجه به شیوع بالا و میزان ناتوایی و هزینه های سنگین اقتصادی که همراه با افسردگی و اضطراب بر افراد و جامعه تحمیل می شود (۱۷-۱۵)، شناخت علل ایجاد این دو اختلال و درمان آن ها از اهمیت ویژه ای برخوردار است. پژوهش گران این شاخه، در سبب شناسی این دو اختلال عوامل مختلفی چون وراثت، زیست شناختی، عوامل روانی و اجتماعی را مطرح نموده اند و در راستای آن و در حوزه درمان نیز موفق شده اند تا شیوه های درمانی متعددی ارائه دهند.

یکی از درمان های جدید در حوزه افسردگی و اضطراب درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی است (۱۸،۱۹) که جزء درمان های موج سوم طبقه بندی می شوند. ذهن آگاهی نشأت گرفته از سنت بودا می باشد (۲۰) و در کل فرایند شناختی است که طی آن فرد ذهن آگاه، هدایت توجه خود را برعهده دارد و روی احساسات و رویدادهایی که در لحظه حال در درون خود و جهان اطرافش رخ می دهد متمرکز می شود و قادر خواهد بود واقعیت های درونی و بیرونی را بدون تحریف درک نماید و با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجان ها و تجربه ها مثبت و منفی مواجهه شود (۲۳،۲۱). به طور کلی می توان گفت، ذهن آگاهی بر مبنای دو اصل بنیادی آگاهی و توجه به زمان حال و پذیرش بدون قضاوت حالت های هیجانی پایه گذاری شده است (۲۴،۲۵،۲۱).

استفاده درمانی از ذهن آگاهی توسط کابات-زین (Kabat-zinn) در سال ۱۹۷۹ مطرح شد و در حال حاضر نیز در عنوان ها و پروتکل های مختلفی مانند کاهش استرس بر مبنای ذهن آگاهی (Mindfulness Based Stress Reduction) (۲۶)،

شناخت درمانی بر مبنای ذهن آگاهی (Mindfulness Based Cognitive Therapy) (۱۸)، آموزش یکپارچه سازی ذهن و بدن (Integrative mind-body training) (۲۷) و توسط درمان گرهای آموزش دیده برای درمان به کار گرفته می شود. این درمان در شرایط مختلف و برای افراد سالم و بیمار کاربرد دارد و تحقیقات از اثر مثبت آن در بسیاری از مسائل چون، مدیریت استرس (۲۸)، کاهش نشانه های افسردگی (۲۹) و اضطراب (۲۹) حمایت نموده اند. در روند درمان افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب بر اساس پروتکل درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی به بیمار آموزش داده می شود تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده نماید و آن ها را وقایع ساده ذهنی بدانند که می آیند و می روند.

بررسی اثربخشی این روش درمانی بر ناهنجاری های بسیار شایع اضطراب و افسردگی طی پژوهش های گسترده ای در سطح ایران (۳۰-۳۳) مورد مطالعه قرار گرفته است، اما با تمام پژوهش های صورت گرفته هنوز هم اطلاعات ضد و نقیض زیادی وجود دارد و در پی آن برای حل این مشکل و رفع ابهام های موجود تحقیقات بیشتری انجام می گیرد و خروجی آن، تولید حجم بسیار زیاد اطلاعات خواهد بود، اطلاعاتی که به دلیل به کارگیری جامعه، نمونه، موقعیت ها، ابزارهای سنجش، طرح های آزمایشی و تحقیقی متفاوت بسیار پراکنده و نابسامان خواهد بود و محقق را در نتیجه گیری و مقایسه یافته ها دچار مشکل می کند (۳۴)، بنابراین به نظر می رسد استفاده و به کارگیری روشی چون فراتحلیل که انسجام و یکپارچگی نتایج را ممکن می سازد بسیار مفید خواهد بود (۳۵) و به روشن سازی میزان واقعی تأثیر درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب کمک بزرگی خواهد نمود. بنابراین، با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر نیز بر آن است تا با استفاده از الگوی پژوهشی فراتحلیل، میزان اثرگذاری مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب را برپایه تحقیقات صورت گرفته در ایران بین سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار دهد.

روش بررسی

در این پژوهش با توجه به هدف مورد نظر روش فراتحلیل به کار گرفته شده است. فراتحلیل با ترکیب و تلفیق یافته های کمی حاصل از تحقیقات گذشته و با استفاده از شاخص اندازه

اثر سازماندهی و ایجاد یکپارچگی نتایج پراکنده را عملی می نماید (۳۵).

با توجه به موضوع مطالعه، جامعه آماری پژوهش را تمامی پژوهش های انجام شده توسط دستگاه های اجرایی و محققین حوزه درمان افسردگی و اضطراب با استفاده از رویکرد و مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی که تا زمان انجام پژوهش حاضر در مجلات علمی و پژوهشی کشور ایران به چاپ رسیده است، تشکیل می دهد. برای یافتن پژوهش های مورد نظر، با استفاده از کلید واژه های افسردگی، اضطراب و ذهن آگاهی از منابع پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و بانک اطلاعات نشریات کشور استفاده شده است و پس از انتخاب پژوهش های مناسب به صورت اینترنتی (پایگاه های اطلاعاتی مثل SID، Magiran، Civolica، Ricest، Noormags، Ensani.ir و google) اطلاعات لازم جمع آوری گردید.

ملاک های ورود به پژوهش حاضر، طرح آزمایشی کامل، شبه آزمایشی یا نیمه آزمایشی، اجرا در نمونه بزرگ سال، استفاده از پیش آزمون، استفاده از گروه کنترل با آزمودنی های مشابه با گروه آزمایش، داشتن دست کم ۸ آزمودنی در هر گروه، گزارش اندازه اثر یا اطلاعات لازم برای محاسبه آن، چاپ یا ارائه اثر، بین سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵ مطالعه نمونه های ایرانی، گزارش در مجلات، همایش ها یا پایان نامه های دانشگاه های ایرانی و ملاک های خروج نمونه های پژوهش نیز، استفاده از ابزار پژوهش نامعتبر (محقق ساخته یا عدم بررسی و گزارش روایی و اعتبار) یا غیر کمی (مصاحبه یا مشاهده) و مشخص نکردن شیوه اجرایی برای اطمینان از روش درمانی به کار رفته، در نظر گرفته شد.

برای جمع آوری اطلاعات لازم و انتخاب مقاله های پژوهشی، پایان نامه ها و همایش هایی که حداقل ملاک های تحقیق به روش فراتحلیل را تأمین می کنند از چک لیست تحلیل محتوا استفاده گردیده است. این چک لیست شامل مولفه هایی چون، مشخصات پژوهش گران، سال و محل اجرای پژوهش، ابزارهای به کار گرفته شده، حجم و جنسیت نمونه ها، تعیین متغیر

نتایج

تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش به منظور بررسی میزان تأثیر مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر دو ناپهنجاری اضطراب و افسردگی به روش فراتحلیل صورت گرفته است و طبق توضیحات گفته شده، تعداد ۳۸ پژوهش که شرایط مطلوب جهت محاسبه اندازه اثر را داشتند، انتخاب گردیده و مشخصات و اندازه اثرهای حاصل از آن‌ها در (جدول ۱) گزارش گردید. لازم به ذکر است که ۵۹ اندازه اثر حاصل از پژوهش‌های فوق، در دو مقیاس تفاوت میانگین‌های استاندارد (d) و هم بستگی (r) گزارش شده است.

در پژوهش حاضر، نمونه و تحقیقات گزینش شده، مطالعاتی واقعی هستند، به عبارت دیگر، توزیعی از اندازه‌های اثر وجود خواهد داشت، بنابراین برای ترکیب اندازه اثرها در این فراتحلیل از مدل اثرات تصادفی استفاده خواهد شد، چراکه در مدل‌های اثرات تصادفی فرض بر آن است که تفاوت‌های اندازه‌های اثر میان مطالعات، فقط ناشی از خطای نمونه‌برداری به‌تنهایی نیست بلکه ناشی از عامل‌های دیگری چون، خطای اندازه‌گیری و تفاوت‌های ذاتی بین مطالعات می باشد (۳۵).

وابسته و اندازه اثر آزمون انجام شده، می‌باشد. بر این اساس در ابتدا ۵۲ مقاله که در زمینه اثربخشی مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب در سطح کشور انجام و منتشر شده بود، جمع‌آوری گردید و در نهایت پس از بررسی‌های ذکر شده، تعداد ۳۸ مقاله که از اعتبار علمی برخوردار بوده و از لحاظ روش شناختی نیز مورد تأیید قرار گرفتند، انتخاب شدند.

تجزیه و تحلیل آماری

برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش‌های گزینش شده از نرم افزار جامع فراتحلیل (CMA2) استفاده گردید. در این راستا اطلاعات مفید و مرتبط با هر پژوهش با استفاده از کدگذاری در نرم افزار وارد شد و در نهایت تجزیه و تحلیل با استفاده از تکنیک محاسبه اندازه اثر صورت گرفت، بنابراین اندازه اثر هر پژوهش جداگانه محاسبه گردید و در جهت هدف مطالعه حاضر مورد تحلیل قرار گرفت. هم‌چنین، برای بررسی سوگیری انتشار از روش نمودار کیفی، برای تعیین تعداد پژوهش‌های گم شده از آزمون N ایمن از خطا و برای بررسی متغییر تعدیل‌کننده از آزمون ناهم‌گونی استفاده شده است.

جدول ۱: پژوهش‌های مطالعه شده به همراه اندازه اثر تکی

| ردیف | پژوهش | سال | نوع ناپهنجار | d | r |
|------|---|------|--------------|--------|-------|
| ۱ | شریفی ساکی، آخته، علی‌پور، فهیمی‌فر، تقدسی، کریمی و نجفی (۳۶) | ۱۳۹۴ | اضطراب | ۱۲/۷۳۷ | ۰/۹۸۸ |
| ۲ | جهانگیرپور، موسوی، خسروجاوید، سالاری و رضایی (۳۷) | ۱۳۹۲ | اضطراب حالت | ۱/۳۸۴ | ۰/۵۶۹ |
| ۳ | جهانگیرپور، موسوی، خسروجاوید، سالاری و رضایی (۳۷) | ۱۳۹۲ | اضطراب صفت | ۱/۳۵۳ | ۰/۵۶۰ |
| ۴ | مرادیانی گیزه رود، میردربکوند، حسینی رمقانی و مهرابی (۳۸) | ۱۳۹۵ | اضطراب | ۰/۳۵۱ | ۰/۱۷۳ |
| ۵ | محمدی، میردربکوند و عزیزی (۳۰) | ۱۳۹۴ | اضطراب | ۰/۶۴۲ | ۰/۳۰۵ |
| ۶ | عبدالقادری، کافی، صابری و آریاپوران (۳۹) | ۱۳۹۲ | اضطراب | ۰/۶۴۷ | ۰/۳۰۸ |
| ۷ | والا، رزمنده، رامبد، نسلی اصفهانی و قدسی قاسم آبادی (۴۰) | ۱۳۹۴ | اضطراب | ۲/۶۷۰ | ۰/۸۰۰ |
| ۸ | حبیبی و حناسابزاد (۴۱) | ۱۳۹۳ | اضطراب | ۰/۸۸۵ | ۰/۴۰۴ |
| ۹ | آقا یوسفی، اورکی، زارع و ایمانی (۴۲) | ۱۳۹۲ | اضطراب | ۴/۲۷۳ | ۰/۹۰۶ |
| ۱۰ | نادری، پرهون، حسنی و صناعی (۳۲) | ۱۳۹۴ | اضطراب | ۲/۰۹۶ | ۰/۷۲۳ |
| ۱۱ | آزاد مرزآبادی، مقتدائی و آریاپوران (۴۳) | ۱۳۹۲ | اضطراب | ۱/۴۴۵ | ۰/۵۸۶ |
| ۱۲ | نریمانی، آریاپور، ابوالقاسمی و احدی (۴۴) | ۱۳۸۹ | اضطراب | ۲/۹۸۶ | ۰/۸۳۱ |

اثر بخشی درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب

| | | | | | |
|-------|-------|-----------------|------|---|----|
| ۰/۸۰۵ | ۲/۷۱۶ | اضطراب | ۱۳۹۳ | کاظمیان (۴۵) | ۱۳ |
| ۰/۳۳۲ | ۰/۷۰۳ | اضطراب | ۱۳۹۳ | شریفی درآمدی (۴۶) | ۱۴ |
| ۰/۶۳۹ | ۱/۶۶۰ | اضطراب | ۱۳۹۰ | داقی، کوشکی، جمالی و صالحی (۴۷) | ۱۵ |
| ۰/۹۶۰ | ۶/۸۹۲ | اضطراب | ۱۳۹۴ | فیضه، دباغی و گودرزی (۴۸) | ۱۶ |
| ۰/۷۵۶ | ۲/۳۰۸ | اضطراب | ۱۳۹۲ | بختیاری، نشاط دوست، عابدی و صادقی (۴۹) | ۱۷ |
| ۰/۸۸۷ | ۳/۸۳۸ | اضطراب | ۱۳۹۳ | قمری کیوی، نادر، سواری و اسمعیلی (۵۰) | ۱۸ |
| ۰/۱۴۷ | ۰/۲۹۸ | اضطراب | ۱۳۹۵ | عسگری، رادمهر، محمدی و جهانگیر (۵۱) | ۱۹ |
| ۰/۷۹۱ | ۲/۵۸۹ | اضطراب | ۱۳۹۴ | داداشعلی و رحمتی (۵۲) | ۲۰ |
| ۰/۸۵۲ | ۳/۲۵۹ | اضطراب | ۱۳۹۱ | کاظمی (۵۳) | ۲۱ |
| ۰/۴۴۶ | ۰/۹۹۶ | اضطراب | ۱۳۹۴ | مهدوی، یزدان بخش و شریفی (۵۴) | ۲۲ |
| ۰/۲۶۴ | ۰/۵۴۸ | اضطراب اشکاء | ۱۳۹۴ | صیدی، نادری، عسگری، احدی و مهرابی زاده (۳۱) | ۲۳ |
| ۰/۱۹۰ | ۰/۳۸۷ | اضطراب نماز | ۱۳۹۴ | صیدی، نادری، عسگری، احدی و مهرابی زاده (۳۱) | ۲۴ |
| ۰/۵۲۹ | ۱/۲۴۷ | افسردگی | ۱۳۸۷ | کاویانی، حاتمی و شفیق آبادی (۵۵) | ۲۵ |
| ۰/۳۸۲ | ۰/۸۲۶ | افسردگی | ۱۳۹۲ | جهانگیرپور، موسوی، خسروجاوید، سالاری و رضایی (۳۷) | ۲۶ |
| ۰/۸۰۴ | ۲/۷۰۴ | افسردگی | ۱۳۸۹ | آذرگون و کجباف (۵۶) | ۲۷ |
| ۰/۲۷۳ | ۰/۵۶۸ | افسردگی | ۱۳۹۵ | مرادیانی گیزه رود، میردریکوند، حسینی رمقانی و مهرابی (۳۸) | ۲۸ |
| ۰/۶۷۴ | ۱/۸۲۶ | افسردگی | ۱۳۹۴ | نادری، پرهون، نوری، محمدخانی و تقی زاده (۵۷) | ۲۹ |
| ۰/۱۴۲ | ۰/۲۸۶ | افسردگی | ۱۳۹۴ | صیدی، نادری، عسگری، احدی و مهرابی زاده (۳۱) | ۳۰ |
| ۰/۲۹۶ | ۰/۶۲۰ | افسردگی | ۱۳۹۴ | محمدی، میردریکوند و عزیزی (۳۰) | ۳۱ |
| ۰/۵۰۱ | ۱/۱۵۸ | افسردگی | ۱۳۹۲ | عبدالقادری، کافی، صابری و آریاپوران (۳۹) | ۳۲ |
| ۰/۵۴۵ | ۱/۲۹۹ | افسردگی | ۱۳۹۴ | والا، رزمنده، رامبد، نسلی اصفهانی و قدسی قاسم آبادی (۴۰) | ۳۳ |
| ۰/۴۵۴ | ۱/۰۱۹ | افسردگی | ۱۳۹۱ | نریمانی، آریاپور، ابوالقاسمی و احدی (۴۴) | ۳۴ |
| ۰/۷۸۷ | ۲/۵۵۴ | افسردگی | ۱۳۹۴ | ستارپور، احمدی، صادق زاده (۵۸) | ۳۵ |
| ۰/۵۰۷ | ۱/۱۷۵ | افسردگی | ۱۳۹۴ | تیموری، رضانی و محبوب (۵۹) | ۳۶ |
| ۰/۷۱۰ | ۲/۰۱۶ | افسردگی | ۱۳۹۳ | خالقی پور و زرگر (۶۰) | ۳۷ |
| ۰/۴۶۱ | ۱/۰۳۸ | افسردگی | ۱۳۹۵ | حمیدیان، امیدی، پور ابوالقاسمی، نظیری و موسوی نسب (۶۱) | ۳۸ |
| ۰/۲۷۸ | ۰/۵۷۹ | افسردگی | ۱۳۹۴ | مهدوی، یزدان بخش و شریفی (۵۴) | ۳۹ |
| ۰/۵۲۹ | ۱/۲۴۷ | افسردگی | ۱۳۸۷ | کاویانی، حاتمی و جواهری (۳۳) | ۴۰ |
| ۰/۶۷۰ | ۱/۸۰۷ | افسردگی | ۱۳۹۴ | داداشعلی و رحمتی (۵۲) | ۴۱ |
| ۰/۶۳۳ | ۱/۶۳۸ | افسردگی | ۱۳۹۱ | طالبی زاده، شاهمیر و جعفری فرد (۶۲) | ۴۲ |
| ۰/۸۹۹ | ۴/۰۹۷ | افسردگی | ۱۳۹۲ | آقا یوسفی، اورکی، زارع و ایمانی (۴۳) | ۴۳ |
| ۰/۷۰۱ | ۱/۹۶۴ | افسردگی | ۱۳۹۴ | نادری، پرهون، حسنی و صناعی (۳۲) | ۴۴ |

زهرا سادات حسینی و همکاران

| | | | | | |
|-------|-------|---------|------|--|----|
| ۰/۹۰۸ | ۴/۳۲۲ | افسردگی | ۱۳۹۱ | کاظمی (۵۴) | ۴۵ |
| ۰/۲۲۳ | ۰/۴۵۷ | افسردگی | ۱۳۹۲ | آزاد مرزآبادی، مقتدائی و آریاپوران (۴۳) | ۴۶ |
| ۰/۵۹۲ | ۱/۴۷۰ | افسردگی | ۱۳۸۹ | نریمانی، آریاپور، ابوالقاسمی و احدی (۴۴) | ۴۷ |
| ۰/۸۵۴ | ۳/۲۸۳ | افسردگی | ۱۳۹۴ | شیرین‌زاده دستگیری، بشلیده، حمید، مرعشی و هاشمی شیخ شبانی (۶۳) | ۴۸ |
| ۰/۶۲۳ | ۱/۵۹۴ | افسردگی | ۱۳۹۵ | مهری نژاد و رمضان ساعتچی (۶۴) | ۴۹ |
| ۰/۶۱۳ | ۱/۵۵۲ | افسردگی | ۱۳۹۳ | کاظمیان (۴۵) | ۵۰ |
| ۰/۳۰۲ | ۰/۶۳۷ | افسردگی | ۱۳۹۳ | شریفی درآمدی (۴۶) | ۵۱ |
| ۰/۲۳۷ | ۰/۴۸۸ | افسردگی | ۱۳۹۲ | بختیاری و عابدی (۶۵) | ۵۲ |
| ۰/۹۶۵ | ۷/۳۷ | افسردگی | ۱۳۹۴ | فیضه، دباغی و گودرزی (۴۸) | ۵۳ |
| ۰/۷۱۴ | ۲/۰۸۹ | افسردگی | ۱۳۹۱ | معصومیان، گلزاری، شعیری و مومن‌زاده (۶۶) | ۵۴ |
| ۰/۲۶۶ | ۰/۵۵۱ | افسردگی | ۱۳۹۵ | قدم پور، عزیزی و محمدی (۶۷) | ۵۵ |
| ۰/۹۰۲ | ۴/۱۹۱ | افسردگی | ۱۳۹۲ | فرهادی، موحدی، کریمی‌نژاد و موحدی (۶۸) | ۵۶ |
| ۰/۸۶۸ | ۳/۴۸۹ | افسردگی | ۱۳۹۳ | قمری کیوی، نادر، سواری و اسمعیلی (۵۰) | ۵۷ |
| ۰/۲۵۱ | ۰/۵۱۹ | افسردگی | ۱۳۹۵ | عسکری، رادمهر، محمدی و جهانگیر (۴۸) | ۵۸ |
| ۰/۹۵۱ | ۶/۱۶۴ | افسردگی | ۱۳۹۳ | حبیبی و حناساب‌زاد (۴۱) | ۵۹ |

ذهن آگاهی بر هر دو نابهنجاری افسردگی و اضطراب در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ موثر بوده‌اند. هم چنین، در جدول فوق علاوه بر بررسی معنی داری اندازه اثر ترکیبی بر حسب مقیاس هم بستگی (۲)، میزان و حد پایین و بالای آن نیز به احتمال ۹۵ درصد گزارش شده است. مشخص است که اندازه اثر ترکیبی درمان ذهن آگاهی بر اضطراب (۰/۶۰۷) نسبت به افسردگی (۰/۵۷۴) بیشتر است. اما نتیجه آزمون همگونی اندازه اثر Q نشان داد که تفاوت در اندازه اثر ترکیبی دو نابهنجاری افسردگی و اضطراب از لحاظ آماری معنی دار نیست. مقدار Q در این مقایسه، ۰/۲۱۳ به دست آمده است که با درجه آزادی ۱ در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی دار نیست. برای بررسی و ارزیابی اندازه اثر ترکیبی درمان های موثر بر ذهن آگاهی بر دو نابهنجاری افسردگی و اضطراب به تفکیک جنسیت در جدول ۵ ارائه شده است

به این منظور در جدول ۳ شاخص همگونی پس از گروه بندی پژوهش ها بر حسب نوع نابهنجاری افسردگی و اضطراب نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می شود، طبق جدول ۳، پس از گروه بندی پژوهش های اولیه به دو زیرگروه افسردگی و اضطراب، مقدار Q از ۲۶۴/۵۵ به مقادیر کمتر ۱۳۱/۸۰۴ برای زیرگروه افسردگی و ۱۱۴/۰۵ برای زیرگروه اضطراب کاهش پیدا کرده است، به عبارت دیگر نتایج مقالات همگون شده است. اما با توجه به معنی دار بودن شاخص ناهمگونی Q، مشخص است که، هم چنان پژوهش های مطالعه شده دچار ناهمگونی در یافته ها هستند. این ناهمگونی می تواند ناشی از وجود متغیرهای تعدیل کننده باشد. نتیجه تحلیل اندازه اثر ترکیبی بر حسب نوع نابهنجاری در جدول ۴ نشان داده شده است. طبق جدول ۴ مشخص است که درمان های مبتنی بر

جدول ۳: شاخص های همگونی برای دو ناهنجاری

| نوع ناهنجاری | Q | درجه آزادی | سطح معنی داری | مجدوری |
|--------------|---------|------------|---------------|--------|
| افسردگی | ۱۳۱/۸۰۴ | ۳۰ | P<۰/۰۵ | ۸۲/۴۶۴ |
| اضطراب | ۱۱۴/۰۵ | ۲۰ | P<۰/۰۵ | ۷۷/۲۳۹ |

جدول ۴: اندازه اثر ترکیبی مدل تصادفی درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب

| روش | تعداد اندازه اثر | اندازه اثر ترکیبی | فاصله اطمینان ۹۵٪ | | مقدار Z | سطح معنی داری |
|---------|------------------|-------------------|-------------------|---------|---------|---------------|
| | | | حد پایین | حد بالا | | |
| افسردگی | ۳۱ | ۰/۵۷۴ | ۰/۴۷۵ | ۰/۶۵۹ | ۹/۳۴۶ | P<۰/۰۵ |
| اضطراب | ۲۱ | ۰/۶۰۷ | ۰/۴۹۱ | ۰/۷۰۲ | ۸/۲۷۲ | P<۰/۰۵ |
| کل | ۵۲ | ۰/۵۸۸ | ۰/۵۱۴ | ۰/۶۵۳ | ۱۲/۴۷۲ | P<۰/۰۵ |

جدول ۵: اندازه اثر ترکیبی مدل تصادفی درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب به تفکیک جنسیت

| جنسیت | تعداد اندازه اثر | اندازه اثر ترکیبی | فاصله اطمینان ۹۵٪ | | مقدار Z |
|-------|------------------|-------------------|-------------------|---------|---------|
| | | | حد پایین | حد بالا | |
| زن | ۱۴ | ۰/۵۶۶ | ۰/۴۴۵ | ۰/۵۱۳ | ۷/۶۸۳* |
| مرد | ۳ | ۰/۶۴۸ | ۰/۳۹۲ | ۰/۵۳۸ | ۴/۲۳۴* |
| کل | ۱۷ | ۰/۵۸۱ | ۰/۴۷۴ | ۰/۵۷۹ | ۸/۷۴۸* |

* سطح معنی دار کمتر از ۰/۰۵

تحقیقات گوناگون تأثیرگذاری آن‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد، اما آن‌چه بهتر است مورد توجه قرار بگیرد بررسی میزان تأثیرگذاری و موفقیت پروتکل‌های درمانی است. به این منظور، پژوهش حاضر با هدف فراتحلیل اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر دو ناهنجاری افسردگی و اضطراب صورت گرفت و در این راستا ۳۸ تحقیق که از شرایط مطلوب جهت محاسبه اندازه اثر برخوردار بود انتخاب و در نهایت ۵۹ اندازه اثر محاسبه گردید. از سوی دیگر، به دلیل استفاده از تحقیقات واقعی، برای محاسبه اندازه اثر ترکیبی از مدل اثرات تصادفی استفاده شد.

یافته‌های حاصل نشان داد که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معنی‌دار در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ بر افسردگی و اضطراب موثر بوده است و اندازه اثر ترکیبی حاصل برای افسردگی و اضطراب بر حسب مقیاس همبستگی به ترتیب ۰/۵۷۴ و ۰/۶۰۷، بر حسب مقیاس تفاوت میانگین‌های

با توجه به جدول ۵ مشخص است که اندازه اثر ترکیبی در هر دو جنسیت در هر دو ناهنجاری افسردگی و اضطراب معنی‌دار می‌باشد. هم‌چنین برای مقایسه میزان اثر ترکیبی در دو جنسیت ذکر شده در هر دو ناهنجاری ذکر شده از آزمون همگونی اندازه اثر Q بین گروهی استفاده گردید. مقدار Q برای مقایسه دو گروه مردان و زنان در دو ناهنجاری افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۴۱۹ و ۰/۲۴۳ محاسبه گردید که هر دو مقدار با درجه آزادی ۱ در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار نبود. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که میزان اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب در دو گروه زنان و مردان تفاوت محسوس و معنی‌داری نداشته است.

نتیجه گیری

درمان‌گران در جهت بهبود وضعیت افسردگی و اضطراب افراد جامعه از روش‌های درمانی مختلفی استفاده می‌کنند و در

پس از بررسی اطلاعات حاضر در چک لیست، جنسیت آزمودنی‌ها به‌عنوان تنها متغیر میانجی مورد مطالعه قرار گرفت و در نهایت تحلیل یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری در میزان تأثیرگذاری مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر دو ناهنجاری فوق بر مبنای تفاوت جنسیتی وجود ندارد. نتیجه این فراتحلیل با نتیجه فراتحلیل هافمن Hofmann و همکاران (۲۹) نسبتاً هم‌خوان می‌باشد.

پژوهش فراتحلیل هافمن و همکاران، بر روی ۳۹ تحقیق صورت گرفته است و هدف از انجام آن مطالعه میزان اثرگذاری مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و اضطراب طیف گسترده‌ای از اختلال‌ها و ناهنجاری‌هایی چون، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال خلقی، سرطان، درد و دیگر مشکلات پزشکی و روان پزشکی بوده است. اندازه اثر مربوط به کل نمونه، برای بهبود علائم افسردگی و اضطراب بر حسب مشخصه *g* هجز به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۶۳ گزارش شده است. هم‌چنین پژوهش گر با استفاده از تعریف پارامتر نوع اختلال و بیماری هدف به‌عنوان متغیر میانجی، اندازه اثر درمان فوق را به‌صورت جداگانه برای اختلال‌های گوناگون محاسبه نموده است و بر این اساس اندازه اثر درمان فوق به منظور بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۷ گزارش گردیده است که اندازه اثر بالایی محسوب می‌گردد، بنابراین محققین در پژوهش فوق درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی را در جامعه بیماران بالینی، امیدوارکننده توصیف نموده‌اند (۲۹).

هم‌چنین کلاینین یوباس Klainin-Yobas (۶۹) نیز پژوهش فراتحلیل دیگری را در راستای بررسی مداخلات ذهن-آگاهی بر بهبود نشانه‌های افسردگی در جامعه بیماران روانی انجام داده است. وی در این تحقیق از ۳۹ پژوهش به‌عنوان نمونه پژوهشی استفاده کرده است و در نهایت ۱۰۵ اندازه اثر گزارش داده است. دامنه اندازه اثر درون‌گروهی این فراتحلیل ۰/۵۶-۲/۰۹ (متوسط اندازه اثر، ۰/۶، در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۴۰-۰/۸۰) و دامنه اندازه اثر بین‌گروهی ۰/۱۱-۰/۶۵ (متوسط اندازه اثر ۱/۰۵، در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۸۵-

استاندارد ۱/۴۲۷ و ۱/۵۵۴ و بر حسب مشخصه *g* هجز نیز ۱/۳۸۹ و ۱/۵۱۱ گزارش شد. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که ذهن آگاهی با به‌کارگیری ارکانی چون آگاهی، توجه به زمان حال و پذیرش بدون قضاوت حالت‌های هیجانی (۲۴، ۲۵). در بهبود علائم افسردگی و اضطراب مفید خواهد بود. به عبارت دیگر، افراد ذهن آگاه قادر خواهند بود با هدایت توجه و متمرکز شدن بر احساسات و رویدادهایی که در درون خود و جهان اطرافشان رخ می‌دهد، واقعیت‌های درونی و بیرونی را بدون تحریف درک کنند و با دامنه گسترده‌ای از هیجان‌ها و تجربه‌های مثبت و منفی مواجه شوند (۲۳، ۲۲). که در پی آن کاهش معنی‌دار نشانه‌های افسردگی و اضطراب ممکن خواهد شد. دیگر یافته حاصل از پژوهش، با استفاده از آزمون همگونی اندازه اثر *Q* بین گروهی نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده در اندازه اثر ترکیبی افسردگی و اضطراب در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که میزان بالاتر اندازه اثر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب نسبت به افسردگی از نظر آماری قابل توجه و معنی‌دار نمی‌باشد. از سوی دیگر آزمون *Q*، نشان داد که همگونی بین پژوهش‌های نمونه اولیه پایین می‌باشد. این ناهمگونی مشاهده شده می‌تواند ناشی از عوامل گوناگونی چون، نوع مداخله درمانی (کاهش استرس بر مبنای ذهن آگاهی، شناخت درمانی بر مبنای ذهن آگاهی، آموزش یکپارچه سازی ذهن و بدن و ...)، نوع اختلال و بیماری هدف، سطح مهارت و تسلط درمان گر، گروه سنی آزمودنی‌ها، جنسیت آزمودنی‌ها، طول مدت درمان و ... باشد.

بنابراین بررسی هر کدام از این متغیرها به منظور مطالعه منشأ این ناهمگونی و به‌کارگیری بهینه روش درمانی فوق در بهبود وضعیت افسردگی و اضطراب افراد گوناگون بسیار مفید خواهد بود. اما از یک سو به دلیل تنوع بسیار زیاد دامنه پژوهش‌ها و از سوی دیگر ناقص بودن اطلاعات گزارش شده در مطالعات انتشار یافته داخل کشور امکان بررسی اکثر پارامترهای ذکر شده در پژوهش حاضر مقدور نبوده است و

۱/۲۶) گزارش شده است. وی در پژوهش فوق با توجه به مقدار اندازه اثر بین گروهی محاسبه شده چنین نتیجه می گیرد که مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری در کاهش علائم افسردگی موثر بوده است و با مطالعه متغیر تعدیل کننده نوع مداخله، مواجهه مبتنی بر درمان شناختی با اندازه اثر ۲/۰۹ را به عنوان موثرترین مداخله معرفی می نماید. هم چنین در این پژوهش گزارش شده است که اندازه اثر مداخلات درمانی با طول جلسات مداخله به طور معنی داری مرتبط است (۷۰). بنابراین می توان نتیجه گرفت که ذهن آگاهی با میزان اثربخشی بالا در بهبود علائم افسردگی و اضطراب نقشی بسیار مهم ایفا می کند. یافته های حاصل از این فراتحلیل می تواند به این صورت تبیین گردد که افراد مبتلا به افسردگی تمایل به تعمیم افراطی و یادآوری رویدادها به روش کلی و مبهم دارند، هم چنین چنین افرادی تمایل بالایی نیز به نشخوار فکری دارند. بنابراین به نظر می رسد که ذهن آگاهی می تواند به افراد کمک نماید تا بدون هیچ قضاوتی بر لحظه حال تمرکز کنند، کنترل افراطی خود را بر موقعیت رها نمایند و به جای رویکرد (در کاهش علائم افسردگی موثر عمل نمایند (۲۱). در تبیین نتایج مربوط به اضطراب نیز می توان گفت آموزش تکنیک های فوق می تواند در رویارویی افراد

با شرایط و موقعیت های اضطراب آور کمک کننده باشد. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، چه به لحاظ نظری و چه به لحاظ بالینی می تواند مورد استفاده کلیه دست اندرکاران حیطه بهداشت روان کشور قرار گیرد، به عبارت دیگر محققین و درمانگران حوزه اضطراب و افسردگی می توانند با توجه دوچندان به درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی، در شناسایی پارامترهای اثر بخش درمانی و افزایش کارآمدی مداخلات ذکر شده نقش بسیار مفیدی ایفا نمایند. هم چنین لازم به ذکر است که پژوهش حاضر نیز با محدودیت های گوناگونی چون عدم دسترسی به مطالعات انتشار نیافته، عدم گزارش آماره های ضروری جهت محاسبه اندازه اثر مداخلات، عدم انتشار اطلاعات لازم جهت مطالعه متغیرهای میانجی و ... روبرو بوده است که از یک سو منجر به بروز خطا و سوگیری و از سوی دیگر منجر به تحلیل ناقص یافته ها شده است. بنابراین پیشنهاد می شود تا پژوهشگران و محققین اطلاعات ضروری و نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه های خود را به صورت کامل گزارش کنند تا پژوهشگران حوزه فراتحلیل بتوانند با استفاده از آن داده ها تحلیل هایی جامع و کارآمد ارائه نمایند

تعارض در منافع: هیچ گونه تعارض در منافع از طرف نویسندگان اعلام نشده است.

References:

- 1-Vos T. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. The Lancet 2015; 386(9995): 743.
- 2-World Health Organization. *Depression: a global crisis*. Geneva WHO Press; 2012.
- 3-Alonso J, Lépine JP. *Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. J Clin Psychiatry 2007; 68: 3-9.
- 4-Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. *Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode*. BMC Med 2011; 9(1): 90.
- 5- He B, Fan J, Liu N, Li H, Wang Y, Williams J, et al. *Depression risk of 'left-behind children' in rural China*. Psychiatry Res 2012; 200(2): 306-12.

- 6-Merikangas KH, Jian-ping He, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli SH, Case B, et al. *Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A)*. J Am Acad Child & Adolesc Psychiatry 2011; 50(1): 32-45.
- 7-Thapar PA, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. *Depression in adolescence*. Lancet 2012; 379(9820): 1056-67.
- 8-Nemeroff CB, Goldschmidt-Clermont PJ. *Goldschmidt-Clermont, Heartache and heartbreak the link between depression and cardiovascular disease*. Nat Rev Cardiol 2012; 9(9): 526-39.
- 9-Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K, et al. *Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis*. Diabetologia 2010; 53(12): 2480-6.
- 10- Byers AL, Yaffe K. *Depression and risk of developing dementia*. Nature Rev Neurol 2011; 7(6): 323-31.
- 11- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- 12- Kessler RC, Wai Tat Chiu AM, Olga Demler. *Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of general psychiatry 2005; 62(6): 617-27.
- 13- Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR. *The economic burden of anxiety disorders in the 1990s*. Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health 1999; 60(7): 427-35.
- 14- Meier SM, Petersen L, Manuel Mattheisen, Ole Mors, Preben B Mortensen, et al. *Secondary depression in severe anxiety disorders: a population-based cohort study in Denmark*. The Lancet Psychiatry 2015; 2(6): 515-23.
- 15- Murphy JM, Horton NJ, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. *Anxiety and depression: a 40 year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004; 109(5): 355-75.
- 16- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacology 2011; 21(9): 655-79.
- 17- Buist-Bouwman MA, De Graaf R, Vollebergh WA, Alonso J, Bruffaerts R, Ormel J, et al. *Functional disability of mental disorders and comparison with physical disorders: a study among the general population of six European countries*. Acta Psychiatr Scand 2006; 113(6): 492-500.
- 18- Segal ZV, Williams M, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications; 2018.
- 19- Maxwell L, Duff E. *Mindfulness: An Effective Prescription for Depression and Anxiety*. The J Nurse Practitioners 2016; 12(6): 403-09.

- 20- Kabat-Zinn J. *Indra's net at work: The mainstreaming of Dharma practice in society* 2000; 225-49.
- 21- Kabat Zinn J. *Mindfulness based interventions in context: past, present, and future*. Clin psychology: Sci practice 2003; 10(2): 144-56.
- 22- Baer RA, Smith GT, Allen KB. *Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*. Assessment 2004; 11(3): 191-206.
- 23- Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. *Addressing fundamental questions about mindfulness*. Psychological Inquiry 2007; 18(4): 272-81.
- 24- Brown KW, Ryan RM. *The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being*. J personality and social psychology 2003; 84(4): 822-48.
- 25- Teper R, Segal ZV, Inzlicht M. *Inzlicht, Inside the mindful mind how mindfulness enhances emotion regulation through improvements in executive control*. Current Directions in Psychological Sci 2013; 22(6): 449-54.
- 26- Kabat-Zinn J. *An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results*. General hospital psychiatry 1982; 4(1): 33-47.
- 27- Tang YY, Yang L, Leve LD, Harold GT. *Improving executive function and its neurobiological mechanisms through a mindfulness based intervention: Advances within the field of developmental neuroscience*. Child Dev perspect 2012; 6(4): 361-66.
- 28- Chiesa A, Serretti A. *Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis*. J Alternative Complementary Med 2009; 15(5): 593-600.
- 29- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. *The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review*. J Consult Clin psychol 2010; 78(2): 169-83.
- 30- Mohamadi J, Mir Drikvand F, Azizi A. *Efficacy of Mindfulness on Anxiety and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome*. J Mazandaran Uni Med Sci 2015. 25(130): 52-61. [Persian]
- 31- Seidi P, Naderi F, Asgary P, Ahadi H. *The efficiency of Mindfulness Based Biofeedback Therapy on depression, anxiety and HbA1c in patients with type 1 diabetes*. J Kermanshah Uni Med Sci (J Kermanshah Univ Med Sci) 2016; 19(7): 403-12. [Persian]
- 32- Naderi Y, Parhon H, Hasani J, Sanaei H. *The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy (MBSR) on cognitive emotion regulation strategies and anxiety and depression rate in Patients with major depressive disorder*. Thoughts and Behavior in Clinical Psychol. 2015; 9(35): 17-26. [Persian]
- 33- Kaviani H, Hatami N, Javaheri F. *Mindfulness-based Cognitive therapy (MBCT) decreases automatic thoughts and dysfunctional attitudes* 2008. [Persian]

- 34- Hooman HA. Handbook on meta-analysis in scientific research. Tehran: samt; 2012. [Persian]
- 35- Howitt D, Cramer D. Introduction to statistics in psychology. Pearson Education; 2005.
- 36- Sharifi- Shaki, Sharifi- Shaki SH , Aakhte M, Alipor A, Fahimi-Far A, Taghadosi M, Karimi R, et al. *The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing anxiety and meta-worry in women with recurrent miscarriages*. Feyz 2015; 19(4): 334-40. [Persian]
- 37- Jahangirpour M, Musavi V, Khosrojauid M , Salari A, Rezaei S. *The effectiveness of group mindfulness training on depression, hostility and anxiety in individuals with coronary heart disease*. Urmia Med J 2013; 24(9): 730-39. [Persian]
- 38- Moradiyani Gizeh Rod S, Drikvand FA, Hosseini Ramaghani N, Mehrabi M. *The Effectiveness of Mindfulness-based Parenting Training on Anxiety, Depression and Aggression of Mothers with Children Suffering from Oppositional Defiant Disorder*. Armaghane danesh 2016; 21(6): 576-90. [Persian]
- 39- Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A , Aryapouran S. *The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and cognitive behavior therapy (CBT) on decreasing pain, depression and anxiety of patients with chronic low back pain*. JSSU 2014; 21(6): 795-807. [Persian]
- 40- Vala M, Razmandeh R, Rambol K, Nasli Esfahani E, Ghodsi Ghasemabadi R. *Mindfulness-based Stress Reduction Group Training on Depression, Anxiety, Stress, Self-confidence and Hemoglobin A1c in Young Women with Type 2 Diabetes*. Iran J Endocrinology Metabol 2016; 17(5): 382-90. [Persian]
- 41- Habibi M, Hanasabzadeh M. *The Effectiveness of Mindfulness based Art Therapy on Depression, Anxiety, Stress and Quality of Life among Postmenopausal Women*. Iranian J Ageing 2014; 9(1): 22-31. [Persian]
- 42- Aghayousef AR, Oraki M, Zare M, Imani S. *Mindfulness and Addiction: The Effectiveness of Mindfulness in Decreasing Stress, Anxiety, and Depression in Addicts*. J Behavior Thought 2013; 7(27): 27-36. [Persian]
- 43- Azadmarzabadi E, Hashemi Zadeh SM. *The effectiveness of mindfulness training on psychological symptoms in veterans with post-traumatic stress disorder*. International J Behavior Sci 2014; 9(4): 228-36. [Persian]
- 44- Narimani M, Ariapouran S, Abolghasemi A, Ahadi B. *The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in chemical weapon victims*. J Clin Psychol 2011; 2(4): 61-71. [Persian]
- 45- Kazemian S. *The Effect of Mindfulness Based Cognitive Therapy on General Health of Volunteer Addicts*. Res Cognitive Behav Sci 2014; 4(1): 181-92. [Persian]
- 46- Sharifi Daramadi P. *Effect of Mindfulness-Based Therapy on Depression, Anxiety and Rumination in Adul*. Clinical Psychology Studies 2014; 4(14): 99-118. [Persian]
- 47- Akbari H, Koshki SH, Jamali, M, Salehi M. *The effectiveness of mindfulness-based stress reduction intervention (MBSR) on Symptoms of*

- stress and anxiety in heart patients, follow-up 60 days. Scientific Journal Management System 2011; 7(29): 1-25. [Persian]
- 48- Feizeh A, Dabaghi P, Goudarzi P. *The efficacy of mindfulness-based stress reduction training in the stress, anxiety, depression and psychological well-being of military personnel.* J military Psychology 2015; 6(21): 5-14. [Persian]
- 49- bakhtiari A, neshatdoost H, abedi A, sadeghi M. *Effectiveness of Group Therapy Based on Detached Mindfulness Meta-cognitive Model on Hypertension-suffering Female Patients' Hypertension and Anxiety.* Clinical Psychology & Personality 2013; 2(8): 47-62. [Persian]
- 50- Qamari H, Nader M, Savari H. *Effectiveness of the cognitive behavior therapy and mindfulness in crack abuser's mental health.* Social health and addiction 2014; 1(4): 47-62. [Persian]
- 51- Askari M, Radmehr H, Mohammadi H, Jahangir AH. *The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Increasing the Quality of Life and Reducing Psychological Symptoms in Patients with Multiple Sclerosis.* J Isfahan Med Sch 2017; 34(410): 1487-95. [Persian]
- 52- Dadashali S, Rahmati S. *Effectiveness of Sahaja-Yoga Mindfulness Exercises on the Reduction of Depression, Anxiety and Stress in Women.* Res Psychological Health 2015; 9(3): 55-64. [Persian]
- 53- Kazemi AS. *The Effectiveness Of Training Mindfulness Based Cognitive Strategies In The Reduction Of The Symptoms Of Secondary Traumatic Secondary Traumatic Stress Disorder (S.T.S.D) And Psychological Problems Of Spouses Of Individuals With Post Traumatic Stress disorder (PTSD).* Andish Va Raftar (Applied Psychology) 2012; 6(23): 31-42. [Persian]
- 54- Mahdavi A, Yazdanbakhsh K, Sharifi M. *The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Psychological Symptoms, Meta-Worry and Thought Fusion of Multiple Sclerosis Patients.* Ann Mil Health Sci Res 2016; 14(1): 16-21. [Persian]
- 55- Kaviani H, Hatami N, Shafieabadi AE. *The impact of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life in non-clinically depressed people.* Advances in Cognitive Sci 2009. [Persian]
- 56- Azargoon H, Kajbaf M, moulavi H, Abedi MR. *The effect of mindfulness training on the dysfunctional attitude and automatic thinking of depressed students of Isfahan University.* J Psychol 2010; 14(1): 79-94. [Persian]
- 57- Naderi Y, Parhoon H, Nouri R, Mohammadkhani SH, Taghizade M. *Effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on depression symptoms and emotional schema in women with major depressive disorder.* J Kermanshah Uni Med Sci 2015; 19(4): 181-90. [Persian]
- 58- Sattarpour F, Ahmadi E, Sadegzadeh S. *Effect of mindfulness training on reduction of depressive symptoms among students.* J Gorgan Uni Med Sci 2015; 17(3): 81-8. [Persian]
- 59- Taimory S, Ramezani F, Mahjoob N. *The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Cognitive Therapy in Reducing Depression and*

- Obsessive Rumination among Women under Methadone Treatment.* Res on Addiction 2015; 9(34): 145-59. [Persian]
- 60- Khaleghipour Sh, Zargar F. *Effect of Mindfulness-based cognitive therapy on depression and life expectancy in mothers of children with Intellectual disabilities.* J Res Behave Sci 2014; 12(2): 45-55. [Persian]
- 61- Hamidian S, Omidi A, Mousavinasab SM, Naziri G. *The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on severity of depression and anger in dysthymic patients.* Psychological Studies 2016; 12(3): 83-102. [Persian]
- 62- Talebi ZM, Shahmir E, Jafari FS. *Effectiveness Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Decrease of Depression and Maniac Symptoms of Individuals Diagnosed with Bipolar Disorder.* andishe va raftar 2013; 7(26): 17-26. [Persian]
- 63- Shirinzadeh-Dastgiri S, Beshlide K, Hamid N, Marashi A, Hashemi-Sheykhshabani, E. *The Study of the Effectiveness of Mindfulness -Based Cognitive Therapy on Rumination, Depression and Executive Functions in Depressed Patients.* J Clin Psychol 2015; 7(3): 37-48. [Persian]
- 64- Mehri Nejad SA, Saatchi R. *Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression, Anger and Emotion Regulation of Veterans' Spouses.* Quarterly of Iranian J War & Public Health 2016; 8(3): 141-48. [Persian]
- 65- Bakhtiari A, Abedi A. *Effectiveness of group therapy based on metacognitive model of detached mindfulness on postpartum depression.* J Appl Psychology 2012; 2(22) : 9-24. [Persian]
- 66- Masumian S, Golzari M, Sharifi MR, Momenzadeh S. *The effect of mindfulness-based stress reduction on the rate of depression in patients with chronic low back pain.* Anesthesiology and Pain Official Journal of ISRAPM 2013; 3(2): 82-7. [Persian]
- 67- Ghadam Pour E, Azizi A, Mohamad J. *The Efficacy of Detached Mindfulness in Meta-Cognitive Therapy on Postpartum Depression.* J Nur Edu 2017; 5(5): 17-22. [Persian]
- 68- Farhadi A, Movahedi Y, Kariminajadm K, Movahedi M. *The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease.* Iran J Cardiovascular Nur 2014; 2(4): 14-6. [Persian]
- 69- Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. *Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis.* Int J nursing studies 2012; 49(1): 109-21
- 70- Ghorbanizadeh V, Nangir T. *Practical Guide meta-analysis software CMA2.* Tehran: Jameshenasan; 2009. [Persian]

Meta-analysis of the effectiveness of mindfulness-based treatments for depression and anxiety (research studies in Iran from 1380 to 1395)

Zahra sadat Hoseyni¹, Majid Yousefi Afrashteh^{*2}, Zekrollah Morovati³

Review Article

Introduction: Depression and anxiety are the most common psychiatric disorders. Therefore, it is necessary to evaluate the effectiveness of various therapies in order to improve the therapeutic methods. In this regard, this research aimed to examine the effectiveness of mindfulness-based treatments on depression and anxiety, based on research studies in Iran from 1380 to 1395.

Methods: Meta-analysis method was employed in this research and a total of 38 publications were selected after a careful study of large number of articles and research studies by using databases such as SID, Magiran, Irandoc, Civilica, Rigest, Noormags and Ensani.ir. Moreover, a checklist was used to check inclusion criteria and extracted data from each study and finally 59 effect sizes were reported. The comprehensive meta analysis software (CMA-2) was used to analyze the collected data.

Results: The results showed that mindfulness-based treatments had been effective for depression and anxiety at significant level less than 0.05. The size of the combined effect for depression and anxiety in terms of scale correlation were reported 0.574 and 0.607, in terms of scale standardized mean difference 1.427 and 1.554 and in terms of scale Hedge's g 1.389 and 1.511, respectively. In addition, study of gender as a moderating variable has not shown significant difference.

Conclusion: The results of this meta-analysis showed that mindfulness-based therapies by using techniques such as paying attention to the present time and accepting without judgment emotions significantly and with high effect size improved the symptoms of depression and anxiety.

Keywords: Meta-analysis, Mindfulness, Depression, Anxiety.

Citation: Hoseyni ZS, Yousefi Afrashteh M, Morovati Z. **Meta-analysis of the effectiveness of mindfulness-based treatments for depression and anxiety (research studies in Iran from 1380 to 1395).** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2018; 26(8): 646-61

¹Department of psychology, University of Zanjan, Iran

²Department of psychology, University of Zanjan, Iran

³Department of psychology, University of Zanjan, Iran

*Corresponding author: Tel: 09187123796, email: yousefi@znu.ac.ir