مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و ششم، شماره هشت، آبان ۱۳۹۷
تاریخ دریافت:۱۳۹۶/۸/۲۸
تاریخ پذیرش:۱۳۹۶/۱۲/۱۹

فراتحلیل اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب (پژوهش های منتشر شده در ایران بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵)

زهرا سادات حسینی[۱]، مجید یوسفی افراشته*[۲]، ذکراله مروتی[۳]

مقاله مروری

مقدمه: افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین اختلال‌های روان شناختی 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 پایگاه های اطلاعاتی مثل SID، Magiran، Irandoc، Civilica، Ricest، Noormags و Ensani.ir ۳۸ مطالعه انتخاب گردید. هم چنین 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. هم چنین بررسی متغیر جنسیت به عنوان متغیر تعدیل کننده 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 معنی دار و با اندازه اثر بالا موثر است.

واژه‌های کلیدی: فراتحلیل، ذهن آگاهی، افسردگی، اضطراب

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

۱،۲،۳- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، ایران
*(نویسنده مسئول)؛تلفن: ۰۹۱۸۷۱۲۳۷۹۶، پست الکترونیکی: yousefi@znu.ac.ir،کدپستی:۶۵۱۴۹۲۵۸۱۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

مقدمه

افسردگی و اضطراب از شایع ترین و ناتوان کننده ترین اختلال های روان شناختی محسوب می شوند (۱). طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت (۲) افسردگی یکی از مهم ترین اختلالات خلقی (Mood Disorder) است و حداقل ۳۵۰ میلون 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 بیماری‌ها و اختلال‌های فیزیکی، هزینه‌سنگین و سرسام‌آوری را بر جوامع گوناگون متحمل می کند و پیش‌بینی 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 کرده‌اند و پژوهش‌های زیادی را به آن اختصاص داده‌اند (۷،۵). هم چنین نتایج تحقیقات صورت گرفته، نشان می‌دهند که این اختلال با پیشرفت بیماری‌هایی 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 تاثیر می گذارد و افراد افسرده، تجارب هیجانی مانند غمگینی، ناامیدی، بی‌انگیزگی، عدم علاقه به کارها و عدم لذت را تجربه می‌کنند و نشانه‌های رفتاری چون، آهستگی گفتار و رفتار، خستگی و کم تحرکی روانی حرکتی، نشانه‌های 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 پرخوابی، 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 می‌یابد (۱۳) لازم به‌ذکر است که اضطراب به‌عنوان قوی‌ترین عامل خطرساز 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 آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهش گران این شاخه، در سبب شناسی این دو اختلال عوامل مختلفی چون وراثت، زیست‌شناختی، عوامل روانی و اجتماعی را مطرح نموده‌اند و در راستای آن و در حوزه درمان نیز موفق شده‌اند تا شیوه‌های درمانی متعددی ارائه دهند.

یکی از درمان های جدید در حوزه افسردگی و اضطراب درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی است (۱۸،۱۹) که جزء درمان‌های موج سوم طبقه‌بندی می‌شوند. ذهن آگاهی نشأت گرفته از سنت بودا می‌باشد (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 واقعیت‌های درونی و بیرونی را بدون تحریف درک نماید و با دامنه گسترده‌ای از تفکّرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها مثبت و منفی مواجهه شود (۲۱،۲۳). به‌طور کلی می‌توان گفت، ذهن آگاهی بر مبنای دو اصل بنیادی آگاهی و توجه به زمان حال و پذیرش بدون قضاوت حالت‌های هیجانی پایه‌گذاری شده است (۲۱،۲۴،۲۵).

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

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

شناخت درمانی بر مبنای ذهن آگاهی(Mindfullness Based Cognitive Therapy) (۱۸)، آموزش یکپارچه سازی ذهن و بدن (Integrative mind-body training) (۲۷) و توسط درمان گرهای آموزش دیده برای درمان به‌کار گرفته می‌شود. 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 نموده‌اند. در روند درمان افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب بر اساس پروتکل درمان های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیمار آموزش داده می‌شود تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده نماید و آن‌ها را وقایع ساده ذهنی بدانند که می‌آیند و می‌روند.

بررسی اثربخشی این روش درمانی بر نابهنجاری های بسیار شایع اضطراب و افسرگی طی پژوهش های گسترده ای در سطح ایران (۳۳-۳۰) 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 می‌گیرد و خروجی آن، تولید حجم بسیار زیاد اطلاعات خواهد بود، اطلاعاتی که به‌دلیل به‌کارگیری جامعه، نمونه، موقعیت‌ها، ابزارهای سنجش، طرح‌های آزمایشی و تحقیقی متفاوت بسیار پراکنده و نابسامان خواهد بود و محقق را در نتیجه‌گیری و مقایسه یافته‌ها دچار مشکل می کند (۳۴)، بنابراین به نظر می‌رسد استفاده و بکارگیری روشی چون فراتحلیل که انسجام و یکپارچگی نتایج را ممکن می‌سازد بسیار مفید خواهد بود (۳۵) و به روشن سازی میزان واقعی تأثیر درمان‌های 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 سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار دهد.

روش بررسی

در این پژوهش با توجه به هدف مورد نظر روش فراتحلیل به‌کار 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 پژوهش‌های انجام شده توسط دستگاه‌های اجرایی و محققین حوزه درمان افسردگی و اضطراب با استفاده از رویکرد و مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی که تا زمان انجام پژوهش حاضر در مجلات علمی و پژوهشی کشور ایران به چاپ رسیده است، تشکیل می‌دهد. برای یافتن پژوهش‌های مورد نظر، با استفاده از کلید واژه‌های 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، Irandoc، Civilica، Ricest، Noormags، Ensani.ir و google) اطلاعات لازم جمع آوری گردید.

ملاک‌های 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 آزمودنی‌های 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 نمونه‌های ایرانی، گزارش در مجلات، همایش‌ها یا پایان نامه‌های دانشگاه‌های ایرانی و ملاک‌های خروج نمونه‌های 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 مقاله‌های پژوهشی، پایان‌نامه‌ها و همایش‌هایی که حداقل ملاک‌های تحقیق به روش فراتحلیل را تأمین می‌کنند از چک لیست تحلیل محتوا استفاده گردیده است. این چک لیست شامل مولفه‌هایی چون، مشخصات پژوهش گران، سال و محل اجرای پژوهش، ابزارهای به‌کار گرفته شده، حجم و جنسیت نمونه‌ها، تعیین متغیر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

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 بررسی های 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 پژوهش های 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. هم چنین، برای بررسی سوگیری انتشار از روش نمودار قیفی، برای تعیین تعداد پژوهش‌های گم شده از آزمون N ایمن از خطا و برای بررسی متغییر تعدیل‌کننده از آزمون ناهم‌گونی استفاده شده است.

نتایج

تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش به منظور بررسی میزان تأثیر مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر دو نابهنجاری 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).

جدول ۱: پژوهش های مطالعه شده به همراه اندازه اثر تکی

ردیف	پژوهش	سال	نوع نابهنجار	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، میردریکوند، حسینی رمقانی و مهرابی (۳۸)	۱۳۹۵	اضطراب	۰/۳۵۱	۰/۱۷۳
۵	محمدی، میردریکوند 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

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

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

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

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

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. همان‌طور که مشاهده می شود، طبق جدول ۳، پس از گروه‌بندی پژوهش‌های 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 ناهمگونیQ، مشخص است که، هم چنان پژوهش‌های مطالعه شده دچار ناهمگونی در یافته ها هستند. این ناهمگونی می‌تواند ناشی از وجود متغیرهای تعدیل کننده باشد. نتیجه تحلیل اندازه اثر ترکیبی برحسب نوع نابهنجاری در جدول ۴ نشان داده شده است. طبق جدول ۴ مشخص است که درمان‌های مبتنی بر 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 (r)، 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 معنی‌دار نیست. مقدار Q در این مقایسه، ۰/۲۱۳ به دست آمده است که با درجه آزادی ۱ در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار 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

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

جدول ۳: شاخص های همگونی برای دو نابهنجاری

نوع نابهنجاری	Q	درجه آزادی	سطح معنی داری	مجذورI
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 درمان‌های 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 درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب به تفکیک جنسیت

روش	تعداد اندازه اثر		اندازه اثر ترکیبی		فاصله اطمینان ۹۵٪				مقدار z	
					حد پایین		حد بالا			
جنسیت	افسردگی	اضطراب	افسردگی	اضطراب	افسردگی	اضطراب	افسردگی	اضطراب	افسردگی	اضطراب
زن	۱۴	۸	۰/۵۶۶	۰/۶۷۷	۰/۴۴۵	۰/۵۱۳	۰/۶۶۷	۰/۷۹۳	۷/۶۸۳*	۶/۲۸*
مرد	۳	۵	۰/۶۴۸	۰/۷۳۰	۰/۳۹۲	۰/۵۳۸	۰/۸۱۰	۰/۸۵۰	۴/۲۳۴*	۵/۵۶۶*
کل	۱۷	۱۳	۰/۵۸۱	۰/۶۹۸	۰/۴۷۴	۰/۵۷۹	۰/۶۷۱	۰/۷۸۸	۸/۷۴۸*	۸/۳۸*

* سطح معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵

با توجه به جدول ۵ مشخص است که اندازه اثر ترکیبی در هر دو جنسیت در هر دو نابهنجاری افسردگی و اضطراب معنی‌دار می‌باشد. هم چنین برای مقایسه میزان اثر ترکیبی در دو جنسیت ذکر شده در هر دو نابهنجاری ذکر شده از آزمون همگونی اندازه اثر Q بین گروهی استفاده گردید. مقدار Q برای مقایسه دو گروه مردان و زنان در دو نابهنجاری 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 معنی دار 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 معنی داری نداشته است.

نتیجه گیری

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

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

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 (۲۵،۲۴). 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 (۲۲،۲۳)، 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 معنی دار نمی‌باشد، بنابراین می‌توان چنین نتیجه گیری نمود که میزان بالاتر اندازه اثر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 برمبنای 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 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 نابهنجاری فوق بر مبنای تفات جنسیتی وجود ندارد. نتیجه این فراتحلیل با نتیجه فراتحلیل هافمنHofmann و همکاران (۲۹) نسبتاً هم خوان 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. هم چنین پژوهش گر با استفاده از تعریف پارامتر نوع اختلال و بیماری هدف به عنوان 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).

هم چنین 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 به عنوان نمونه پژوهشی استفاده کرده است و در نهایت ۱۰۵ اندازه اثر گزارش داده است. دامنه اندازه اثر درون‌گروهی این فراتحلیل ۲/۰۹-۰/۵۶ (متوسط اندازه اثر، ۰/۶، در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۴۰-۰/۸۰) و دامنه اندازه اثر بین گروهی ۰/۱۱-۰/۶۵ (متوسط اندازه اثر۱/۰۵، در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۸۵-

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

۱/۲۶) گزارش شده است. وی در پژوهش فوق با توجه به مقدار اندازه اثر بین گروهی محاسبه شده چنین نتیجه می‌گیرد که مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معنی‌داری 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 به‌عنوان موثرترین مداخله معرفی می‌نماید. هم چنین در این پژوهش گزارش شده است که اندازه اثر مداخلات درمانی با طول جلسات مداخله به‌طور معنی‌داری مرتبط است (۷۰). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ذهن آگاهی با میزان اثربخشی بالا در بهبود علائم افسردگی و اضطراب نقشی بسیار مهم ایفا می‌کند. یافته‌های حاصل از این فراتحلیل می‌تواند 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 به‌نظر می‌رسد که ذهن آگاهی می‌تواند به افراد کمک نماید تا بدون هیچ قضاوتی بر لحظه حال تمرکز کنند، کنترل افراطی خود را بر موقعیت رها نمایند و به‌جای رویکرد (در کاهش علائم افسردگی موثر عمل نمایند (۲۱). در تبیین نتایج مربوط به اضطراب نیز می‌توان گفت آموزش تکنیک‌های فوق می‌تواند در رویارویی افراد با شرایط و موقعیت‌های اضطراب‌آور کمک کننده باشد.

نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، چه به لحاظ نظری و چه به لحاظ بالینی می‌تواند مورد استفاده کلیه دست‌اندرکاران حیطه بهداشت روان کشور قرار گیرد، به عبارت دیگر محققین و درمانگران حوزه اضطراب و افسردگی می‌توانند با توجه دوچندان به درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، در شناسایی پارامترهای اثر بخش درمانی و افزایش کارامدی مداخلات ذکرشده نقش بسیار مفیدی ایفا نمایند. هم چنین لازم به ذکر است که پژوهش حاضر نیز با محدویت‌های گوناگونی چون عدم دسترسی به مطالعات انتشار نیافته، عدم گزارش آماره‌های 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 وسوگیری و از سوی دیگر منجر به تحلیل ناقص یافته‌ها شده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا پژوهشگران و محققین اطلاعات ضروری و نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه‌های خود را به‌صورت کامل گزارش کنند تا پژوهشگران حوزه فراتحلیل بتوانند با استفاده از آن داده‌ها تحلیل‌هایی جامع و کارامد 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.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

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.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

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]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

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, Khosrojavid 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***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

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 inwomen 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***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

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]

.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]

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

Zahra sadat Hoseyni[1], Majid Yousefi Afrashteh[*2], Zekrollah Morovati[3]

Review Article

Introdution: 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, Ricest, 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

[1]Department of psychology, University of Zanjan, Iran

[2]Department of psychology, University of Zanjan, Iran

[3]Department of psychology, University of Zanjan, Iran

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

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237]