مقاله مروری

روش‌شناسی و مقایسه‌ی ابزار جمع‌آوری پیمایش‌های انجام شده در سطح جمعیت، برای سنجش وضعیت اختلالات روانی در جمهوری اسلامی ایران

ریاضی اصفهانی سهند[۱]، عبدی ژاله[۲]، احمدنژاد الهام[۳]*

۱-متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲-دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استادیار، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۳-متخصص اپیدمیولوژی، استادیار، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران

***نویسنده مسئول:** آدرس پستی: تهران - خیابان بزرگمهر - پلاک ۷۰ - مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. شماره تلفن همراه: ۰۹۱۲۳۴۶۸۷۷۷، تلفن ثابت و دورنگار: ۶۲۹۲۱۲۸۶

آدرس پست الکترونیک: elhamahmadnezhad@gmail.com

دریافت: ۹۷/۱۰/۲۶ پذیرش: ۹۷/۱۲/۲۳

چکیده

سابقه و هدف: *در عصر توسعه‌ی پایدار، توجه به کیفیت و کمیت اطلاعات حوزه‌ی سلامت، برای طراحی مداخلات حائز اهمیت است. اختلالات روانی طی دهه‌ی اخیر، بار بالایی را در گزارش‌ها به خود اختصاص داده‌اند. لذا، توجه به وضعیت گردآوری اطلاعات این حوزه ضروری می‌نماید. مطالعه‌ی حاضر با هدف ارزیابی پیمایش‌های انجام شده پیرامون بررسی وضعیت اختلالات روانی در سطح جمعیت در کشور ایران انجام شد.*

روش بررسی: *در مطالعه‌ی مروری حاضر، اطلاعات مورد نیاز از گزارش‌ها و مقالات انتشار یافته‌ی مرتبط با پیمایش‌های انجام شده در سطح جمعیت به واسطه‌ی موتورهای جستجو و پایگاه‌های داده بین‌المللی و ملی به دو زبان فارسی و انگلیسی بازیابی شد. از میان موارد بازیابی شده، پیمایش‌های مرتبط با ارزیابی وضعیت سلامت روان در سطح جمعیت شناسایی شده و گروه هدف مورد مطالعه، ابزار مورد استفاده، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه، بررسی و مقایسه شدند.*

یافته‌ها: *در ایران تاکنون چهار پیمایش پیرامون ارزیابی اختلالات روانی در سطح جمعیت در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۰، ۱۳۹۰ و ۱۳۹٤ صورت گرفته است. این پیمایش‌ها در استفاده از ابزار و گروه‌های هدف متفاوت بوده و از میان آن‌ها، تنها دو پیمایش با یک‌دیگر مشابهت داشت.*

نتیجه‌گیری: *بر اساس نتایج، در حال حاضر ارزیابی تغییرات شاخص‌های اختلالات روان در جامعه با دشواری‌هایی همراه می‌باشد. انجام پیمایش‌های آینده با ابزاری واحد، ضروری به‌نظر می‌رسد.*

کلمات کلیدی: *سلامت روان، اهداف توسعه‌ی پایدار، پیمایش مبتنی بر جمعیت*

مقدمه

در میان بیماری‌های غیرواگیر، اختلالات روانی از اهمیت زیادی برخوردار است؛ به‌طوری‌که تخمین زده می‌شود در حال حاضر این اختلالات مسئول ۳۲,۴درصد از سال‌های زندگی همراه با ناتوانی[۱] و ۱۳,۰درصد از سال‌های از دست رفته زندگی به‌دلیل ناتوانی[۲] باشد (۱, ۲).

همچنین، براساس اهداف توسعه‌ی پایدار که از سال ۲۰۱۵ میلادی مطرح شده، سلامت جمعیت باید در تمام ابعاد به‌طور مرتب پایش و ارزیابی شود. کنترل بیماری‌های روانی نیز به‌عنوان یکی از اهداف توسعه‌ی پایدار در نظر گرفته شده است (۳).

اطلاع از وضعیت اختلالات روانی در کشور، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های غیرواگیر، برای طراحی و ارزیابی مداخلات ملی، بسیار حایز اهمیت است. روش‌های مختلفی برای ارزیابی وضعیت اختلالات روانی وجود دارد که بنابر نتایج مطالعات، یکی از مناسب‌ترین آن‌ها پیمایش‌های مبتنی‌بر جمعیت[۳] است (۴, ۵). در این روش، با استفاده از ابزار پرسش‌نامه یا مصاحبه، ابتلای افراد به اختلالات روانی پرسش می‌شود. به‌منظور رصد شاخص‌های سلامت روان در سطح جمعیت، استفاده از ابزاری استاندارد طی بازه‌های زمانی مختلف مناسب می‌نماید.

[1] Years Lived with Disability (YLDs)
[2] Disability-Adjusted Life-Years (DALYs)
[3] Population-based survey

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

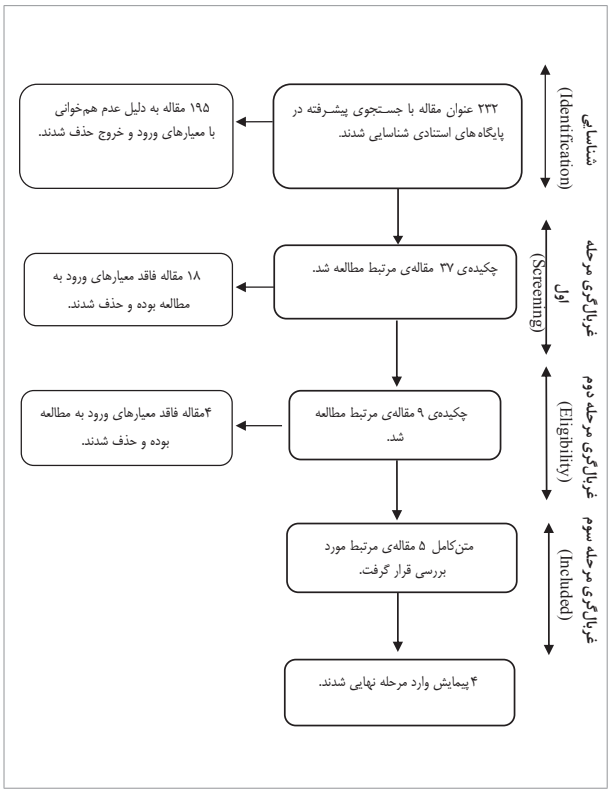
پرسش‌نامه‌ی Present State Exam (PSE) که در دهه ۸۰ میلادی طراحی شده، یکی از اولین ابزارهای سنجش اختلالات روانی در دنیا است که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است (۶). پیش از آن، از مصاحبه برای بررسی ابتلای افراد به اختلالات روانی استفاده می‌شد که درستی نتیجه‌ی آن تا حد زیادی به پرسش‌گر بستگی داشت. پس از ارائه‌ی PSE نیز ابزارها و پرسش‌نامه‌های متعددی برای ارزیابی اختلالات طراحی و مورد استفاده قرار گرفت (۷-۱۲). در ایران، اختلالات روانی رتبه‌ی دوم سال‌های از دست رفته‌ی زندگی به‌دلیل ناتوانی و رتبه نخست سال‌های زندگی همراه با ناتوانی در میان بیماری‌های غیرواگیر را دارا است(۱۳, ۱۴).

توجه به این ارقام، لزوم بررسی وضعیت سنجش آن‌ها را آشکار می‌کند. هم‌اکنون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به دنبال اجرایی کردن نظام مراقبت سلامت روان و طرح تحول سلامت، این موضوع را مورد توجه قرار داده است (۱۵). هدف از پژوهش حاضر، جمع‌بندی پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت به‌منظور سنجش شیوع اختلالات روانی در ایران و مقایسه‌ی پرسش‌نامه‌های به‌کار رفته بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک بررسی مروری است که جهت مطالعه‌ی مستندات و مقالات موجود با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب، در موتورهای جستجوگر scholar.google.com و google.com و پایگاه داده‌ای بین‌المللی PubMed، Scopus، ScienceDirect و Google Scholar و پایگاه داده‌ای ملی Iranmedex، Magiran و SID به دو زبان فارسی و انگلیسی در عنوان و چکیده انجام شد. کلمات کلیدی مورد استفاده در جدول ۱ نشان داده شده است. معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: مطالعاتی که برای سنجش اختلالات روانی، از یک روش مشاهده‌ای در جمعیت‌های سالم و به‌ظاهر سالم استفاده کرده بودند و مطالعاتی که به بررسی وضعیت سه اختلال روانی یا بیشتر پرداخته بودند. معیارهای خروج شامل موارد زیر بود: مطالعاتی که در سطح محلی (استان، شهرستان) انجام شده بود و نتایج آن‌ها قابل‌تعمیم به کل کشور نبود و نیز پیمایش‌هایی که اختصاصا برای بررسی وضعیت سلامت روان انجام نشده بودند.

بر اساس جستجوی اولیه، تعداد ۲۳۲ مقاله که طی سال‌های ۱۳۵۷ تا ۱۳۹۷ به چاپ رسیده بود، انتخاب شد. از میان مقالات، چکیده ۳۷ مورد بررسی قرار گرفت. سپس، ۹ مقاله به‌طور کامل بررسی شد و در نهایت، ۵ مقاله وارد فرآیند آنالیز گردید. سپس، جزئیات پیمایش‌هایی که این مقالات از آن‌ها استخراج شده بود شامل سال بررسی، سن جامعه آماری، حجم نمونه، ابزار مورد استفاده، گزارش روایی و پایایی ابزار، روش نمونه‌گیری و میزان شیوع اختلالات روانی بررسی و مقایسه شد. هدف مطالعه‌ی حاضر، ارزیابی نتایج بررسی‌ها نبود. بررسی مقالات توسط دو پژوهش‌گر به‌طور مستقل انجام شد و توسط نفر سوم ارزیابی نهایی گردید.



شکل ۱- فرآیند انتخاب مقالات و مستندات مورد بررسی در پایگاه داده‌ها

یافته‌ها

مرور مقالات انتخاب شده در مرحله‌ی نهایی نشان داد که تا کنون چهار پیمایش ارزیابی سلامت روان در سطح جمعیت ایران بر اساس معیارهای انتخاب شده مطالعه‌ی حاضر اجرا شده‌اند. در تمامی این چهار پیمایش، نمونه‌گیری در قالب یکی از روش‌های تصادفی انجام شده بود و نمونه‌ها معرف کشور بودند. همچنین، در همه‌ی آن‌ها روایی و پایایی ابزار مورد استفاده، تعیین و گزارش شده بود. خلاصه‌ی یافته‌های مهم این چهار پیمایش در جدول ۲ نشان داده شده است.

اولین پیمایش توسط نوربالا و همکاران در سال ۱۳۷۸ در قالب طرح ملی سلامت و بیماری با حجم نمونه ۳۵۰,۰۱۴ نفر انجام شد (۱۶). جامعه آماری این پیمایش افراد ۱۵ سال و بالاتر از میان خانوارهای ساکن کشور بودند و شیوع علائم روانی در آن‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ی ۲۸ سوالی سلامت عمومی GHQ-28[4] مورد بررسی قرار گرفته است. در پیمایش فوق، به‌منظور نمره‌گذاری پرسشنامه از شیوه‌ی سنتی استفاده شده

[4] General Health Questionnaire-28

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

که در آن گزینه‌ها به‌صورت «۰-۰-۱-۱» نمره‌گذاری و حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر ۲۸ بود. جهت سنجش روایی و پایایی پرسشنامه و همچنین تعیین نمره برش مناسب، پیمایش جداگانه‌ای با حجم نمونه ۸۷۹ نفر به روش مصاحبه‌ی بالینی روان‌پزشکی طبق ملاک‌های نسخه‌ی چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) انجام گرفته که نتایج آن نشان‌گر نمره برش ۶ بر اساس روش نمونه‌گیری انتخابی است (۱۷).

دومین پیمایش کشوری در سال ۱۳۸۰ توسط محمدی و همکاران انجام گرفته است(۱۸). جامعه آماری این پیمایش افراد ۱۸ سال و بالاتر بودند. در این پیمایش ۲۵,۱۸۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی منظم و خوشه‌ای از میان خانوارهای ساکن کشور انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه‌ی اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی (SADS)[5] بود که مجموعه‌ای از سوالات پیرامون صرع، زوال عقل، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات تجزیه‌ای و اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا (PTSD) براساس نسخه‌ی چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به آن اضافه شده و پرسشنامه نهایی حاوی ۹۰۴ سوال بود.

سومین پیمایش کشوری در سال ۱۳۹۰ توسط شریفی و همکاران روی ۷۸۸۶ نفر از جمعیت ۱۸ تا ۶۴ سال ساکن کشور که براساس نمونه‌گیری تصادفی سه مرحله‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد(۱۹, ۲۰). ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه‌ی تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)[6]، مقیاس ناتوانی شیهان، پرسشنامه‌ی طیف اختلالات خلقی (MDQ) و پرسشنامه‌های غربال‌گری خودکشی و پرخاش‌گری. همچنین، نیمی از نمونه‌ها به‌طور تصادفی به پرسشنامه‌ی غربالگری مصرف مواد و اختلالات جنسی و نیمی دیگر به پرسشنامه‌ی سلامت عمومی GHQ-28 با روش نمره‌گذاری لیکرت به‌صورت خودایفا پاسخ دادند. در روش لیکرت، گزینه‌ها به‌صورت «۰-۱-۲-۳» نمره‌گذاری شده، حداکثر نمره آزمودنی برای هر پرسشنامه برابر با ۸۴ بود. همچنین در پژوهش فوق، افرادی که در غربال‌گری اولیه از نظر روان‌پریشی (سایکوز) مشکوک تشخیص داده شدند، تحت مصاحبه تشخیصی ساختاریافته (SCID) به‌صورت تلفنی توسط روان‌پزشک قرارگرفتند.

پیمایش چهارم در سال ۱۳۹۳ توسط نوربالا و همکاران با حجم نمونه‌ی ۳۵,۸۱۳ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی روی افراد ۱۵ سال و بالاتر انجام گرفت (۲۱). ابزار مورد استفاده در این پیمایش، پرسشنامه‌ی سلامت عمومی GHQ-28 بود و در این پیمایش نیز مانند پیمایش سال ۱۳۷۸، نمره‌گذاری گزینه‌ها به صورت «۰-۰-۱-۱» بود و عدد ۶ به‌عنوان نمره برش در نظر گرفته شد.

بحث

هدف از بررسی حاضر، ارزیابی روش‌شناسی و ابزار سنجش پیمایش‌های انجام شده در سطح جمعیت برای تعیین وضعیت اختلالات روانی در ایران بود. تا پیش از سال ۱۳۷۸ پیمایشی با نتایج قابل تعمیم به کل کشور پیرامون ارزیابی وضعیت اختلالات روانی در ایران انجام نشده بود و پیمایش‌ها تنها محدود به یک جمعیت خاص بودند. پیمایش‌های محدود به جمعیت خاص را می‌توان براساس زمان انجام آن‌ها به دو دوره تقسیم نمود: دوره اول، پیمایش‌هایی که در طول یک دهه از سال ۱۳۴۱ تا ۱۳۵۰ در ایران انجام گرفته و دوره دوم، پیمایش‌هایی که از سال ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۸ در سطح کشور انجام گرفته‌اند (۲۲). این پیمایش‌ها علاوه بر آن‌که تنها یک جمعیت خاص را پوشش می‌دهند و نتایج آن‌ها قابل تعمیم به کل کشور نیست، از نظر ابزار مورد استفاده و روش انجام مطالعه نیز دارای اشکالاتی بودند. در بعضی نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی نبوده و در مواردی که نمونه‌گیری تصادفی بود، ویژگی‌های نمونه‌ی مورد بررسی، معرف ویژگی‌های جامعه هدف نبود و مهم‌تر از همه آن‌که در بسیاری از آن‌ها، روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی ابزارهای مورد استفاده بررسی یا گزارش نشده بود (۲۲, ۲۳).

سال‌های طولانی علی‌رغم اهمیت موضوع، توجه به این مقوله در سطح کشور بسیار اندک بوده و سپس، هم‌گام با افزایش توجه به سنجش این اختلالات در سطح جهان، این موضوع در ایران نیز مورد توجه قرار گرفت. از سال ۱۳۷۸ تا کنون چهار پیمایش با نتایج قابل‌تعمیم به کل کشور پیرامون شیوع اختلالات روانی انجام شده است. در این پیمایش‌ها، نتایج شیوع اختلالات روانی یک‌سان نبوده و ابزار مورد استفاده بر اساس مقاطع زمانی متفاوت است. در مقالات ذکر نشده که از نظر روش‌شناسی و ابزار، چرا روند یک‌سانی در پیمایش‌های ملی ارزیابی اختلالات روانی به‌کار گرفته نشده است. منطق انتخاب انواع ابزارها نیز تا کنون در مطالعه‌ای ارائه نشده است. همچنین، چگونگی وزن‌دهی به نمونه‌ها نیز در هیچ‌کدام از پیمایش‌ها ذکر نشده است.

با توجه به موارد مذکور، وجود تفاوت در نتایج به‌دست آمده در چهار پیمایش کشوری را علاوه‌بر تغییر در وضعیت اختلالات روانی در طول زمان، می‌توان به یکی از سه مورد زیر منتسب دانست: ۱. اختلاف در ابزارهای مورد استفاده برای تشخیص اختلالات روانی؛ ۲. اختلاف در دوره‌ی بررسی این اختلالات در پیمایش‌ها

[5] Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
[6] Composite International Diagnostic Interview

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

(یک ماه یا یک‌ساله‌ی اخیر)؛ ۳. اختلاف در جامعه آماری نمونه‌ها از نظر سن (۲۲). در این میان، به‌نظر می‌رسد اختلاف در ابزارها سهم بیشتری داشته باشد؛ به‌عنوان مثال، از آن‌جا که GHQ-28 یک ابزار غربال‌گری است، ممکن است رقم شیوع بیشتری را نسبت به ابزارهای تشخیصی مانند CIDI یا SADS گزارش کند؛ علاوه‌بر آن، با این که در پیمایش‌های توسط نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) و رحیمی و همکاران (۱۳۹۰) از پرسشنامه‌ی GHQ-28 استفاده شده، به‌دلیل تفاوت در روش نمره‌گذاری، مقایسه‌ی نتایج آن‌ها با یک‌دیگر با اشکالاتی هم‌راه است. از نظر دوره‌ی بررسی نیز، با توجه به آن‌که پرسشنامه‌ی GHQ-28 شیوع اختلالات در یک ماهه‌ی اخیر را می‌سنجد، ممکن است نسبت به ابزارهایی چون CIDI که شیوع در ۱۲ ماهه‌ی اخیر و SADS که شیوع در طول عمر را بررسی می‌کنند، مقدار پایین‌تری را نشان دهد.

نکته دیگر آن‌که، تاکنون در ایران پیمایش‌های تخصصی سلامت روان برای گروه بزرگ‌سالان طراحی و اجرا شده و پیمایش اختصاصی برای گروه زیر ۱۵ سال (کودکان و نوجوانان) انجام نشده است. اگرچه پیمایش‌های کاسپین برخی مشکلات سلامت روان را مورد سوال قرار داده‌اند (۲۴, ۲۵)، اما امکان محاسبه دقیق شیوع این اختلالات با استفاده از نتایج این پیمایش‌ها امری دشوار است و ضرورت دارد منطبق با مدل‌های بین‌المللی، این گروه نیز مورد توجه قرار گیرد(۲۶-۲۸).

نتیجه‌گیری

شاید نتوان از روی نتایج این پیمایش‌ها به‌طور دقیق درباره‌ی وضعیت اختلالات روانی و کاهش یا افزایش شیوع آن در کشور اظهار نظر کرد و یا با ارزیابی مداخلات، درباره‌ی موثر بودن آن‌ها در این حوزه براساس شواهد علمی نظر داد. در این بین شاید تنها نتایج دو پیمایش انجام شده توسط نوربالا و همکاران در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۹۰ به‌دلیل استفاده از ابزار واحد، قابل مقایسه با یک‌دیگر باشد که آن‌ها نیز به دلیل آن‌که تنها در دو نوبت و آن‌هم به‌صورت مقطعی انجام شده‌اند، برای تحلیل روند[7] مناسب نیستند. به‌همین دلیل، به‌نظر می‌رسد در حال حاضر مهم‌ترین اولویت برای کاربردی شدن نتایج پیمایش‌ها و جلوگیری از هدر رفت منابع استفاده از ابزاری واحد برای انجام پیمایش‌های کشوری باشد و پیمایش‌های آتی همگی با استفاده از این ابزار انجام شوند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت:

از آن‌جا که هر کدام از ابزارها و پرسشنامه‌ها نقاط قوت و ضعف ویژه‌ای دارند، لازم است وزارت بهداشت، به‌عنوان متولی اصلی سلامت، با معرفی یک ابزار و روش کار مناسب و استاندارد در حضور تمامی ذی‌نفعان یک‌بار برای همیشه تکلیف این موضوع را مشخص کند. در این زمینه پیش‌نهاد می‌شود برای انجام پیمایش‌های ملی کمابیش تخصصی سلامت روان، در محققین کشور ظرفیت‌سازی شود و با توجه به این‌که بحث پوشش موثر خدمات برای افراد مبتلا به اختلالات سلامت روان طی سال‌های اخیر به دنبال مطرح شدن موضوعاتی چون پوشش همگانی سلامت قوت گرفته، لازم است گروه‌هایی از متخصصین رشته‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی در ارتباط نزدیک با گروه‌های متدولوژیست تربیت شوند تا انجام پیمایش‌ها و پرداختن به جنبه‌های مختلف ارزیابی سلامت روان در سطح جمعیت مقدور گردد.

جدول ۱. کلمات کلیدی استفاده شده در جستجو

زبان	کلمات کلیدی				
فارسی	بروز OR شیوع	AND	اختلالات روانی OR اختلال روانی OR اختلالات روان OR اختلال روان OR اختلالات روان‌پزشکی OR اختلال روان‌پزشکی	AND	کشور OR ایران
انگلیسی	Prevalence OR Incidence	AND	Mental Health OR Mental disorder OR Mental disorders	AND	Iran

[7] Trend analysis

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول ۲. خلاصه‌ی نتایج پیمایش‌های انجام گرفته برای تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در ایران با نتایج قابل‌تعمیم به کل کشور

نام محققان	سال بررسی	سن جامعه‌ی آماری	حجم نمونه (نفر)	ابزار مورد استفاده	گزارش روایی و پایایی ابزار	روش نمونه‌گیری	سطح تخمین	شیوع اختلالات روانی (درصد)		
								زنان	مردان	کل
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	افراد ۱۵ سال به بالا	۳۵۰۱۴	پرسشنامه GHQ-28 با روش نمره‌گذاری سنتی براساس نقطه برش ۶	دارد	خوشه‌ای سیستماتیک تصادفی	استانی	۲۵/۹	۱۴/۹	۲۱
محمدی و همکاران	۱۳۸۰	افراد ۱۸ سال به بالا	۲۵۰۳۶	پرسشنامه‌ی اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی (SADS)	دارد	خوشه‌ای سیستماتیک تصادفی	استانی	۲۳/۴	۱۰/۸۶	۱۷/۱۰
شریفی و همکاران	۱۳۹۰	افراد ۱۸ تا ۶۴ ساله	۷۸۸۶	مصاحبه‌ی تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)	دارد	خوشه‌ای سیستماتیک تصادفی	استانی	۲۶/۵	۲۰/۸	۲۳/۶
نوربالا و همکاران	۱۳۹۳	افراد ۱۵ سال به بالا	۳۵۸۱۳	پرسشنامه‌ی GHQ-28 با روش نمره‌گذاری سنتی براساس نقطه برش ۶	دارد	خوشه‌ای سیستماتیک تصادفی	استانی	۲۷/۶	۱۹/۳	۲۳/۴

References

1- Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME.Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edn. Lancet; 2016: 1672-85.

2- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The lancet. 2013;382(9904):1575-86.

3- Thornicroft G, Patel V. Including mentalhealth among the new sustainable development goals. BMJ (Clinical research ed). 2014;349:g5189.

4- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Jama. 2004;291(21):2581-90.

5- Merikangas KR, He J-p, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2010;49(10):980-9.

6- Wing J, Cooper J, Sartorius N. The description and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the PSE and CATEGO system. London, UK: Cambridge University; 1974: 56-9.

7- Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. International journal of epidemiology. 2014;43(2):476-93.

8- Kessler RC, Üstün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). International journal of methods in psychiatric research. 2004;13(2):93-121.

9- Investigators EM, Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta psychiatrica scandinavica. 2004; 109(420):21-7.

10- Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. Journal of abnormal psychology. 2018;127(7):623.

11- Schmitz N, Kruse J, Heckrath C, Alberti L, Tress W. Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 1999;34(7):360-6.

12- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychological medicine. 1997;27(1):191-7.

13- Forouzanfar MH, Sepanlou SG, Shahraz S, BESc PN, Pourmalek F, Lozano R, et al. Evaluating causes of death and morbidity in Iran, global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. Archives of Iranian medicine. 2014;17(5):304.

14- Shahraz S, Forouzanfar MH, Sepanlou SG, BESc PN, Pourmalek F, Lozano R, et al. Population health and burden of disease profile of Iran among 20 countries in the region: from Afghanistan to Qatar and Lebanon. Archives of Iranian medicine. 2014;17(5):336.

15- Abdi Z, Majdzadeh R, Ahmadnezhad E. Developing a framework for the monitoring and evaluation of the Health Transformation Plan in the Islamic Republic of Iran: lessons

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

learned. East Mediterr Health J. 2018;24(x):xxx.(in press)
16- Noorbala A, Yazdi SB, Yasamy M, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. The British Journal of Psychiatry. 2004;184(1):70-3.
17- Noorbala A, Mohammad K, Bagheri Yazdi S, Yasamy M. A view of mental health in Iran. Tehran: Iranian Red-Crescent Society Publication; 2001: 8-11.
18- Mohammadi M-R, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2005;1(1):16.
19- Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian medicine. 2015;18(2):76-84.
20- Amin-Esmaeili M, Motevalian A, Rahimi-Movaghar A, Hajebi A, Sharifi V, Mojtabai R, et al. Bipolar features in major depressive disorder: Results from the Iranian mental health survey (IranMHS). Journal of Affective Disorders. 2018;241:319-24.
21- Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental Health Survey of the Iranian Adult Population in 2015. Archives of Iranian Medicine (AIM). 2017 ;20(3): 128-34.
22- Noorbala AA, Damari B, Riazi-Isfahani S. Evaluation of mental disorders incidence trend in Iran. Daneshvar. 2014; 112: 1 – 11.
23- Sharifi V, Mesgarpour B, Basirnia A, Amin-Esmaeeli M, Farhoudian A, Amini H, et al. Quality of Studies on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012;18(2):138-49.
24- Motlagh ME, Kelishadi R, Qorbani M, Keikha M, Ataie-Jafari A, Ardalan G, et al. Association of mental disorders and consultation with family members and friends in children and adolescents: The CASPIAN-IV study. International journal of preventive medicine. 2016;11(7): 39.
25- Haghighatdoost F, Kelishadi R, Qorbani M, Heshmat R, Motlagh ME, Ardalan G, et al. Family dinner frequency is inversely related to mental disorders and obesity in adolescents: The CASPIAN-III study. Archives of Iranian medicine. 2017;20(4):218-23.
26- Lawrence D, Hafekost J, Johnson SE, Saw S, Buckingham WJ, Sawyer MG, Ainley J, Zubrick SR. Key findings from the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2016 Sep;50(9):876-86.
27- Collishaw S. Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015;56(3):370-93.
28- Olfson M, Druss BG, Marcus SC. Trends in mental health care among children and adolescents. New England Journal of Medicine. 2015;372(21):2029-38.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Protocols for Population-Based Surveys Conducted to Assess the Prevalence of Mental Disorders in Islamic Republic of Iran

Sahand Riazi-Isfahani[1], Zhaleh Abdi[1], Elham Ahmadnezhad[1,*]

[1]*National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Background: In the age of sustainable development, paying attention to the quality and quantity of health information is important for designing interventions. The burden of mental disorders has been increasing over the last decade. Therefore, the development of information-gathering systems in this field is necessary. The aim of this study was to evaluate the status of population-based national surveys conducted to assess the status of mental disorders in Iran.

Methods: This is a review study. The data were obtained from published reports and articles on population-based surveys in international and national databases in both Persian and English. Surveys conducted to assess the status of mental disorders were retrieved and their target groups, used tools, sampling methods, and sample sizes were evaluated and compared.

Results: In Iran, four population-based surveys were conducted to assess the status of mental disorders in 1999, 2001, 2011, and 1394. These surveys were performed using different tools and target populations, and among these four surveys, only two studies were similar.

Conclusions: According to the results, evaluating the trends in mental disorders in society is currently associated with difficulties. Performing future surveys with similar tools is essential.

Keywords: Mental Health; Sustainable Development Goals; Population-Based National Survey

Please cite this article as follows:

Riazi-Isfahani S, Abdi Zh, Ahmadnezhad E. Protocols for Population-Based Surveys Conducted to Assess the Prevalence of Mental Disorders in Islamic Republic of Iran. Hakim Health Sys Res 2019; 22(1): 68- 74.

***Corresponding Author:** Assistant Professor, MD, Epidemiology Specialist, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, No. 70, Bozorgmehr Ave., Tehran, Iran. Tel/Fax: +98-2162921286, Email: elhamahmadnezhad@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]