Volume 23, Issue 3 (May- June 2024)

**PAYESH**

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

# The prevalence and factors related to healthcare avoidance among women in reproductive age during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study

Zahra Behboodi Moghadam[1], Masoumeh Namazi[1*], Shima Haghani[2], Zahra Mollaesmaeili[3]

1 Department of midwifery and reproductive health, School of nursing and midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of biostatistics, Nursing and midwifery care research center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. B.S. of midwifery, Labor ward, Baharlou hospital, Tehran, Iran

Received: 13 February 2024
Accepted for publication: 31 July 2024
[EPub a head of print-8 May 2024]
Payesh: 2024; 23(3): 429- 439

## Abstract

**Objective (s):** The widespread prevalence of corona disease in the world caused a wide range of people to avoid referring to healthcare centers due to the fear of the disease. Therefore, the present study was conducted to investigate the prevalence and factors related to healthcare avoidance among women of reproductive age during the COVID-19 pandemic

**Methods**: This cross-sectional (descriptive) study was performed on 250 women of reproductive age in Tehran city in 2022. Available sampling was done among women who had documents in health care centers of Tehran University of Medical Sciences. Inclusion criteria included being married, age 15-45 years, ability to read and write, ability to use virtual media, and exclusion criteria included failure to fully answer the questionnaires. Data collection tools included a demographic information questionnaire and a DASS-21 questionnaire.

**Results:** The overall prevalence of healthcare avoidance during the COVID pandemic was 17.36%, which contains: the rate of avoiding going to the doctor (27.6%), surgery (14%), Pap smear (14.8%), ultrasound and mammography (18%) and laboratory tests (12.4%). Factors related to healthcare avoidance included lower level of education among women and their spouses, unfavorable health status, history of infertility, history of chronic diseases, higher levels of stress, anxiety, and depression, and being worried about contracting the coronavirus.

**Conclusion**: Overall 17.36% of Iranian women had avoided visiting health care during the covid pandemic, and the highest rate was related to avoiding visiting physicians. These findings suggest the need for public education, especially people at risk, to timely visit health centers in order to prevent adverse consequences.

**Keywords:** Healthcare, pandemic, COVID-19, women

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]

[*] Corresponding author: School of nursing and midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: Mnamazi@sina.tums.ac.ir

سال بیست و سوم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۴۰۳

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

# بررسی شیوع و عوامل مرتبط با اجتناب از مراقبت های بهداشتی در زنان سنین باروری در دوران پاندمی کووید-۱۹ : یک مطالعه مقطعی

**زهرا بهبودی مقدم[۱]، معصومه نمازی[۱*]، شیما حقانی[۲]، زهرا ملااسماعیلی[۳]**

۱. گروه مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. بخش زایمان بیمارستان بهارلو، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۹
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۹ اردیبهشت ۱۴۰۳]
نشریه پایش: ۴۳۹- ۴۲۹ :(۳)۲۳؛ ۱۴۰۳

## چکیده

**مقدمه**: شیوع گسترده بیماری کرونا در دنیا موجب شد که طیف وسیعی از افراد به دلیل ترس از ابتلا به بیماری از مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی خودداری نمایند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع و عوامل مرتبط با اجتناب زنان سنین باروری از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی کووید ۱۹ انجام شد.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی (توصیفی) بود که در سال ۱۴۰۱ در شهر تهران بر روی ۲۵۰ نفر از زنان واقع در سنین باروری انجام شد. نمونه گیری به روش در دسترس و از بین زنانی که در مراکز بهداشتی – درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران دارای پرونده بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل متاهل بودن، سن۴۵-۱۵ سال، توانایی خواندن و نوشتن، توانایی استفاده از رسانه های مجازی و معیارخروج شامل عدم پاسخگویی کامل به سوالات پرسشنامه ها بود. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه DASS-21 بودند.

**یافته ها:** شیوع کلی اجتناب از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی کووید، ۱۷/۳۶٪ بوده است که میزان اجتناب از مراجعه به پزشک(۲۷/۶٪) ، اعمال جراحی (۱۴٪)، انجام پاپ اسمیر(۱۴/۸٪)، انجام سونوگرافی و ماموگرافی (۱۸٪) و انجام تست های آزمایشگاهی (۱۲/۴٪) بود. عوامل مرتبط با اجتناب از مراقبت های بهداشتی شامل سطح تحصیلات پایین تر افراد و همسرانشان، وضعیت سلامتی نامطلوب، دارا بودن سابقه نازایی، سابقه ابتلا به بیماری های مزمن، دارابودن سطوح بالاتر استرس، اضطراب و افسردگی و نگرانی بالا از ابتلا به کرونا بودند.

**نتیجه گیری:** در این مطالعه ۱۷/۳۶٪ از زنان ایرانی در طی پاندمی کووید از مراقبت های بهداشتی اجتناب کرده بودند که بیشترین میزان، مربوط به اجتناب از مراجعه به پزشک بود. این نتایج لزوم آموزش همگانی به خصوص برای افراد در معرض خطر را برای مراجعه بموقع به مراکز بهداشتی به منظور جلوگیری از بروز پیامدهای ناگوار نشان می دهد.

**کلیدواژه ها:** مراقبت بهداشتی، پاندمی، کووید۱۹، زنان

**کد اخلاق:** IR.TUMS.FNM.REC.1400.205

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی و سلامت باروری
E-mail: Mnamazi@sina.tums.ac.ir



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]

## مقدمه

پاندمی کرونا نخستین بار در شهر ووهان چین دیده شد و سازمان بهداشت جهانی در ۳۱ مارس ۲۰۲۰ بصورت رسمی شیوع پاندمی کرونا را تایید نمود[۱]. این ویروس بسرعت در چین گسترش یافت و طی چند ماه به کشورهای دیگر نیز سرایت کرد. چنانچه در زمان کوتاهی در شرق و جنوب شرق، جنوب، غرب آسیا، اروپا، قاره امریکا و حتی استرالیا با شیوع این بیماری روبرو شدند. ایران نیز از جمله کشورهای غرب آسیاست که با این بیماری درگیر شد[۲].

دامنه شدت بیماری از بدون علامت تا موارد شدید متغیر بوده و نرخ مرگ و میر کلی در بین موارد تشخیص داده شده حدود ۲ درصد است. عامل بیماری زا یک بتا کرونا ویروس بوده که مشابه با عامل سارس (نشانگان تنفسی حاد) و مرس (نشانگان تنفسی خاورمیانه) است[۳]. رایج ترین علایم بیماری شامل تب و تنگی نفس هستند. همچنین آبریزش بینی، عطسه، گلو درد، سردرد و علایم گوارشی شامل تهوع، اسهال و استفراغ از دیگر علایم شایع این بیماری هستند[۴].

شیوع گسترده بیماری کرونا در دنیا موجب شد که تمرکز اصلی خدمات بهداشتی-درمانی بر روی مراقبت و درمان اورژانسی بیماران کرونایی معطوف گردد و مراقبت های پیشگیرانه و مشاوره ای نادیده گرفته شوند[۵]. در نتیجه تعداد مراقبت های بهداشتی- درمانی پیشگیرانه و مشاوره ای و ارجاع به بیمارستان در زمینه بیماری های مزمن همچون کانسر، بیماری های قلبی-عروقی و بیماری های روانی بطور قابل توجهی کاهش یافت[۶، ۵]. در طی پاندمی کرونا مردم به علت اینکه بیماری خود را غیر مهم تلقی می کنند و یا از ترس ابتلا به کرونا، از مراجعه به پزشک خودداری می کنند. اگرچه علایم برخی از بیماری ها خود محدودشونده هستند، اما عدم مراجعه بموقع می تواند آسیب ها و صدمات جدی به سلامت افراد وارد نماید. بعنوان مثال بی توجهی به علایم بیماری های قلبی-عروقی یا سکته های مغزی می تواند منجر به آسیب های جدی و گاه مرگ افراد شود[۶-۸]. تاکنون مطالعات محدودی در رابطه با شیوع و عوامل مرتبط با اجتناب از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی کووید-۱۹ انجام شده است و میزان شیوع اجتناب از مراقبت های بهداشتی در کشورهای مختلف، متفاوت گزارش شده است. بطور مثال در مطالعه ای که در امریکا بر روی افراد بالای ۱۸ سال در سال ۲۰۲۰ انجام شده، نشان داد ۴ درصد از افراد از مراجعه به مراکز بهداشتی خودداری کرده بودند و علل عدم مراجعه افراد شامل جنس مونث، نداشتن بیمه درمانی، سنین ۴۴-۲۵ سال، نژاد سیاه پوست و عدم ابتلا به بیماری های خاص بود[۸]. در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۲۰ درکشور هلند بر روی افراد بالای ۵۵ سال انجام شده شیوع اجتناب از مراقبت های بهداشتی ۲۰ درصد بود و عواملی همچون افزایش سن، جنسیت مونث، تحصیلات پایین، بیکاری، ترس از ابتلا به کرونا، سیگار کشیدن، اضطراب و افسردگی با عدم مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی در طی پاندمی کرونا مرتبط بودند[۶].

همانگونه که از نتایج مطالعات مشخص است یکی از عوامل مرتبط با عدم مراجعه افراد به مراکز بهداشتی -درمانی در طی پاندمی کرونا، جنسیت مونث است، حال آنکه تاکنون مطالعه ای بطور خاص بر روی زنان انجام نشده است. این درحالی است که زنان پیش قراولان حفظ سلامت و توسعه جامعه بوده و نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند. بنابراین پرداختن به موضوع سلامت آنان می‌تواند نقش مهمی در توسعه جامعه ایفا نماید[۹].

به همین دلیل هدف از مطالعه حاضر، به دست آوردن اطلاعاتی از علل عدم مراجعه افراد و بطور خاص زنان ایرانی واقع در سنین باروری به مراکز بهداشتی- درمانی است تا از بروز آسیب های جدی به سلامت افراد در حال حاضر و همچنین در طی پاندمی ها ، بلایای طبیعی و بحران های آینده پیشگیری نمود. لذا محققان بر آن شدند تا مطالعه ای با هدف بررسی شیوع و عوامل مرتبط با اجتناب زنان سنین باروری از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی کووید ۱۹ به انجام رسانند تا از نتایج این پژوهش بتوان در جهت برنامه ریزی برای ارتقای سلامت بانوان استفاده نمود.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی (توصیفی) بود که در فروردین ماه تا تیرماه سال۱۴۰۱درشهر تهران انجام شد. پس از اخذ مجوز اخلاق به شماره از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران ودریافت مجوزهای لازم نمونه گیری آغاز شد. برای محاسبه حجم نمونه، مقدار P، معادل ۳۰ درصد و مقدار Z برابر با ۱/۹۶ و دقت (d) معادل ۵ درصد در نظر گرفته شدند و با احتساب ۱۰ درصد ریزش، حجم نمونه ۲۵۰ نفر تخمین زده شد. نمونه گیری به روش در دسترس و از بین زنانی که در مراکز بهداشتی – درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران دارای پرونده بودند، انجام شد. بدین صورت که پژوهشگر با مراجعه به مراکز بهداشتی- درمانی واقع در شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران به بررسی پرونده



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]

های افراد تحت پوشش این مراکز پرداخت و افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش را انتخاب و با استفاده از شماره تلفن ثبت شده در پرونده، با آنان تماس گرفت و ضمن توضیح اهداف پژوهش و کسب اجازه و رضایت، لینک پرسشنامه را از طریق رسانه های مجازی ( واتساپ، تلگرام، ایتا، بله) برای آنان فرستاد و درخواست نمود که پرسشنامه ها را تکمیل نمایند. معیارهای ورود به مطالعه شامل متاهل بودن، واقع بودن در سنین باروری(۴۵-۱۵ سال)، توانایی خواندن و نوشتن، توانایی استفاده از رسانه های مجازی و معیارخروج شامل عدم پاسخگویی کامل به سوالات پرسشنامه ها بودند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه DASS-21 جهت سنجش اضطراب، استرس و افسردگی می باشند.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی متشکل از ۲۱ سوال و شامل سن فرد و همسر، سطح تحصیلات فرد و همسر، شغل فرد و همسر، وضعیت اقتصادی، تعداد فرندان، سابقه نازایی، سابقه سقط، وضعیت سلامتی فرد، مصرف سیگار، میزان نگرانی از ابتلا به کرونا، سابقه ابتلا به بیماری های مزمن، سابقه تزریق واکسن کرونا، وضعیت بیمه درمانی، اجتناب از مراجعه به پزشک بعلت ترس از ابتلا به کرونا، اجتناب از انجام اعمال جراحی، اجتناب از انجام پاپ اسمیر، اجتناب از انجام سونوگرافی یا ماموگرافی و اجتناب از انجام تست های آزمایشگاهی بود. تعیین روایی پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، به شیوه روایی صوری و محتوی و پایایی آن به شیوه آزمون-بازآزمون انجام شد. به منظور سنجش روایی صوری و محتوی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی مامایی و سلامت باروری قرار داده شد و نظرات اصلاحی ایشان در پرسشنامه اعمال گردید. جهت سنجش پایایی به شیوه آزمون-بازآزمایی عمل گردید. به این منظور پرسشنامه به فاصله دو هفته و در دو نوبت در اختیار ۳۰ نفر از نمونه های پژوهش قرار گرفت . پایایی کل پرسشنامه بر اساس ثبات نسبی ۰/۹۹ و همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه گردید.

پرسشنامه DASS-21 در سال ۱۹۹۵ توسط لویبوند و لویبوند طراحی شد[۱۰].

این پرسشنامه توانایی شناسایی و غربالگری نشانه های اضطراب، افسردگی و استرس را دارد. نحوه پاسخ دهی به این پرسشنامه در طیف لیکرت چهارگزینه ای است. دامنه پاسخ ها از «هیچ وقت» تا «همیشه» متغیر است. برای گزینه «هیچ وقت» نمره صفر، برای گزینه «کمی» نمره یک، برای گزینه«گاهی» نمره دو و برای گزینه «همیشه» نمره سه اختصاص می یابد. به این دلیل که این پرسشنامه، شکل کوتاه شده پرسشنامه ۴۲ گویه ای است، در پایان محاسبه نمرات، نمره نهایی هر کدام از خرده مقیاس ها دو برابر می شود. در این پرسشنامه هر یک از خرده مقیاس ها از هفت ماده تشکیل شده اند به شکلی که زیر مقیاس افسردگی شامل ۷ گویه ۳،۵،۱۰،۱۳،۱۶،۱۷،۲۱ است، زیر مقیاس استرس شامل ۷ عبارت ۱،۶،۸،۱۱،۱۲،۱۴،۱۸ است و خرده مقیاس اضطراب شامل ۷ عبارت ۲،۴،۷،۹،۱۵،۱۹و ۲۰ است. در این پرسشنامه، برای زیر مقیاس افسردگی، نمره بین ۹-۰ نرمال، نمره بین ۱۲-۱۰ خفیف، نمره بین ۲۰-۱۳متوسط، نمره بین ۲۷-۲۱شدید و بالای ۲۸ خیلی شدید در نظر گرفته شده است. برای زیر مقیاس اضطراب،۷-۰ نرمال، ۹-۸ خفیف، ۱۴-۱۰ متوسط، ۱۹-۱۵ شدید و بالاتر از ۲۰ خیلی شدید در نظرگرفته شده است و در نهایت برای زیر مقیاس استرس نمره ۱۴-۰ نرمال، ۱۸-۱۵خفیف، ۲۵-۱۹ متوسط، ۳۳-۲۶ شدید و بالاتر از ۳۴ خیلی شدید به حساب می آید[۱۰].

روایی این پرسشنامه در مطالعه سامانی و جوکار محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ آن برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ٪۸۵،٪۷۵ و ٪۸۷ گزارش شد و ضرایب باز آزمایی٪۸۱ ، ۷۸ ٪ و ٪۸۰ گزارش شد که قابل قبول است[۱۱]. همچنین در مطالعه صاحبی و همکاران، همسانی درونی مقیاس های DASS با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و این نتایج به دست آمد: مقیاس افسردگی ۰/۷۷، مقیاس اضطراب ۰/۷۹ و مقیاس استرس ۰/۷۸. اعتبار این پرسشنامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی و اعتبار ملاکی بررسی شد. در کل ضرایب قابلیت اعتماد و اعتبار بسیار رضایت بخش و در سطح p<۰/۰۰۱ معنادار بود[۱۲].

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش قبل از توزیع پرسشنامه، توضیحات لازم درباره چگونگی انجام مطالعه و نحوه پاسخگویی سوالات به نمونه ها داده و تاکید شد که از حق کناره گیری از انجام تحقیق و عدم پاسخدهی به سوالات برخوردار هستند. به تمامی افراد اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات بصورت محرمانه و بدون نام خواهد بود. پس از جمع آوری اطلاعات ، تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و آمار توصیفی و استنباطی(تی مستقل، آزمون کای دو و تست دقیق فیشر) انجام شد. سطح معناداری برای آزمون های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]

**یافته ها**

لینک پرسشنامه بصورت برخط در اختیار ۲۷۵ نفر از افراد قرار گرفت و ۲۵۰ نفر از افراد ( ۹۰/۹درصد) اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نمودند. میانگین سنی زنان شرکت کننده در پژوهش۷/۸۳± ۳۶/۱۸ سال و میانگین سنی همسران آنان۱۰/۰۸± ۴۰/۷۹ سال بود. اغلب شرکت کنندگان در پژوهش و همسرانشان دارای تحصیلات دیپلم، شاغل، دارای وضعیت اقتصادی متوسط، دارای دو فرزند، فاقد سابقه سقط و نازایی، دارا بودن وضعیت سلامتی متوسط طبق ارزیابی فرد، فاقد سابقه مصرف سیگار، فاقد سابقه ابتلا به بیماری های مزمن و تحت پوشش بیمه درمانی بودند. همچنین ۴۸/۸درصد شرکت کنندگان به درجاتی( از خفیف تا شدید) از ابتلا به کرونا ابراز نگرانی می کردند. اغلب آنان حداقل سه مرتبه واکسن کرونا را تزریق کرده بودند. بر اساس پرسشنامه DASS-21، اغلب شرکت کنندگان دارای سطح نرمال استرس، اضطراب و افسردگی بودند. سایر مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش، در جدول شماره ۱ آورده شده است .طبق نتایج مطالعه حاضر، شیوع کلی اجتناب از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی کووید، ۱۷/۳۶ درصد بوده است که میزان اجتناب از مراجعه به پزشک ۲۷/۶ درصد، اجتناب از اعمال جراحی ۱۴ درصد، اجتناب از انجام پاپ اسمیر ۱۴/۸ درصد، اجتناب از انجام سونوگرافی و ماموگرافی ۱۸ درصد و اجتناب از انجام آزمایش های کلینیکی ۱۲/۴ درصد بوده است. در نمودار شماره ۱ میزان شیوع اجتناب از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی کووید-۱۹ شامل خودداری از مراجعه به پزشک، انجام اعمال جراحی، انجام تست پاپ اسمیر، انجام سونوگرافی و ماموگرافی و انجام آزمایش های کلینیکی آورده شده است.

در جدول شماره ۲ عوامل مرتبط با اجتناب از مراقبت های بهداشتی نمایش داده شده است. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون کای اسکوئر و تست دقیق فیشر انجام شده است. عوامل مرتبط با اجتناب از مراجعه به پزشک شامل میزان تحصیلات پایین فرد و همسرش، دارا بودن سابقه نازایی و سابقه ابتلا به بیماری های مزمن بودند ($p<۰/۰۵$). متغیرهای مرتبط با اجتناب از انجام اعمال جراحی و پاپ اسمیر شامل تحصیلات پایین و سابقه نازایی، متغیرهای مرتبط با اجتناب از انجام ماموگرافی و سونوگرافی شامل تحصیلات پایین فرد و همسرش و وضعیت سلامتی نامطلوب ($p<۰/۰۵$) و متغیرهای مرتبط با اجتناب از انجام آزمایش های کلینیکی شامل تحصیلات پایین فرد و همسرش بودند($p<۰/۰۵$). همچنین نگرانی از ابتلا به کرونا و استرس، اضطراب و افسردگی بصورت مستقیم با اجتناب از همه انواع ذکر شده مراقبت های بهداشتی مرتبط بوند($p<۰/۰۵$).

**جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش**

| متغیر | تعداد | درصد |
|---|---|---|
| تحصیلات | | |
| دیپلم | ۸۲ | ۳۲/۸ |
| کاردانی و کارشناسی | ۹۵ | ۳۸ |
| کارشناسی ارشد | ۳۵ | ۱۴ |
| دکتری | ۳۸ | ۱۵/۲ |
| تحصیلات همسر | | |
| دیپلم | ۹۶ | ۳۸/۴ |
| کاردانی و کارشناسی | ۹۱ | ۳۶/۴ |
| کارشناسی ارشد | ۳۸ | ۱۵/۲ |
| دکتری | ۲۵ | ۱۰ |
| شغل | | |
| خانه دار | ۱۱۱ | ۴۴/۴ |
| شاغل | ۱۳۹ | ۵۵/۶ |
| شغل همسر | | |
| بیکار | ۲۱ | ۸/۴ |
| شاغل | ۲۱۴ | ۸۵/۶ |
| بازنشسته | ۱۵ | ۶ |
| وضعیت اقتصادی | | |
| ضعیف | ۱۵ | ۶ |
| متوسط | ۱۸۶ | ۷۴/۴ |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]

| | | |
|---|---|---|
| خوب | ۴۹ | ۱۹/۶ |
| تعداد فرزندان | | |
| صفر | ۶۵ | ۲۶ |
| یک | ۷۶ | ۳۰/۴ |
| دو | ۸۳ | ۳۳/۲ |
| سه و بیشتر | ۲۶ | ۱۰/۴ |
| سابقه نازایی (دارد) | ۲۴ | ۹/۶ |
| سابقه سقط( دارد) | ۶۰ | ۲۴ |
| وضعیت سلامتی | | |
| خوب | ۷۴ | ۲۹/۶ |
| متوسط | ۱۴۲ | ۵۶/۸ |
| ضعیف | ۳۴ | ۱۳/۶ |
| سابقه مصرف سیگار | | |
| ندارد | ۲۲۴ | ۸۹/۶ |
| گاهی اوقات | ۲۰ | ۸ |
| اغلب اوقات | ۲ | ۰/۸ |
| همیشه | ۴ | ۱/۶ |
| نگرانی از ابتلا به کووید-۱۹ | | |
| اصلا | ۱۲۸ | ۵۱/۲ |
| گاهی اوقات | ۹۳ | ۳۷/۲ |
| اغلب اوقات | ۲۲ | ۸/۸ |
| همیشه | ۷ | ۲/۸ |
| سابقه ابتلا به بیماری های مزمن( دارد) | ۹۶ | ۳۸/۴ |
| بیمه درمانی(دارد) | ۲۲۵ | ۹۰ |
| سابقه انجام واکسیناسیون کووید-۱۹ | | |
| تزریق نکرده | ۲۱ | ۸/۴ |
| یک مرتبه | ۱۷ | ۶/۸ |
| دو مرتبه | ۸۲ | ۳۲/۸ |
| سه مرتبه و بیشتر | ۱۳۰ | ۵۲ |
| نمره استرس بر اساس پرسشنامه DASS-21 | | |
| نرمال | ۱۷۸ | ۷۱/۲ |
| خفیف | ۴۲ | ۱۶/۸ |
| متوسط | ۱۹ | ۷/۶ |
| شدید | ۱۰ | ۴ |
| خیلی شدید | ۱ | ۰/۴ |
| نمره اضطراب بر اساس پرسشنامه DASS-21 | | |
| نرمال | ۱۵۱ | ۶۰/۴ |
| خفیف | ۳۳ | ۱۳/۲ |
| متوسط | ۵۲ | ۲۰/۸ |
| شدید | ۶ | ۲/۴ |
| خیلی شدید | ۸ | ۳/۲ |
| نمره افسردگی بر اساس پرسشنامه DASS-21 | | |
| نرمال | ۱۶۳ | ۶۵/۲ |
| خفیف | ۳۸ | ۱۵/۲ |
| متوسط | ۳۷ | ۱۴/۸ |
| شدید | ۶ | ۲/۴ |
| خیلی شدید | ۶ | ۲/۴ |

**جدول ۲: عوامل مرتبط با اجتناب از مراقبت های بهداشتی**

| **نوع اجتناب از مراقبت بهداشتی و متغیرهای مرتبط** | **value** | **p-value** |
|---|---|---|
| **اجتناب از مراجعه به پزشک** | | |
| تحصیلات* | ۸/۸۵۶ | ۰/۰۳۱ |
| تحصیلات همسر* | ۱۲/۸۱۸ | ۰/۰۰۵ |
| شغل | ۰/۲۱۷ | ۰/۶۴۱ |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]

| | | |
|---|---|---|
| شغل همسر | ۲/۶۸۶ | ۰/۲۶۱ |
| وضعیت اقتصادی | ۳/۰۵۹ | ۰/۲۱۷ |
| تعداد فرزندان | ۳/۹۱۶ | ۰/۲۷۱ |
| سابقه نازایی* | ۴/۴۱۷ | ۰/۰۳۶ |
| سابقه سقط | ۰/۶۵۳ | ۰/۴۱۹ |
| وضعیت سلامتی | ۵/۷۲۶ | ۰/۰۵۷ |
| انجام واکسیناسون کووید-۱۹ | ۱/۰۷۲ | ۰/۷۸۴ |
| داشتن بیمه درمانی | ۰/۸۰۳ | ۰/۳۷۰ |
| سابقه بیماری های مزمن* | ۴/۲۰۶ | ۰/۰۴۰ |
| نگرانی از ابتلا به کرونا* | ۱۲/۸۱۸ | ۰/۰۰۵ |
| استرس* | ۲/۴۱۷ | ۰/۰۳۰ |
| اضطراب* | ۴/۱۱۳ | ۰/۰۱۱ |
| افسردگی* | ۳/۷۱۷ | ۰/۰۲۱ |
| **اجتناب از انجام اعمال جراحی** | | |
| تحصیلات* | ۵/۲۱۵ | ۰/۰۲۲ |
| تحصیلات همسر | ۲/۳۳۳ | ۰/۱۲۷ |
| شغل | ۰/۰۳۹ | ۰/۸۴۳ |
| شغل همسر | ۰/۳۱۰ | ۰/۵۷۷ |
| وضعیت اقتصادی | ۰/۶۴۳ | ۰/۲۱۴ |
| تعداد فرزندان | ۰/۳۶۴ | ۰/۵۴۶ |
| سابقه نازایی* | ۸/۲۰۹ | ۰/۰۰۴ |
| سابقه سقط | ۰/۰۲۹ | ۰/۸۶۵ |
| وضعیت سلامتی | ۲/۳۷۴ | ۰/۱۲۳ |
| انجام واکسیناسون کووید-۱۹ | ۱/۸۹۰ | ۰/۱۶۹ |
| داشتن بیمه درمانی | ۰/۰۹۲ | ۰/۷۶۲ |
| نگرانی از ابتلا به کرونا* | ۵/۲۲۵ | ۰/۰۱۲ |
| سابقه بیماری های مزمن | ۲/۴۰۵ | ۰/۱۲۱ |
| استرس* | ۶/۱۱۰ | ۰/۰۰۰ |
| اضطراب* | ۵/۲۰۱ | ۰/۰۱۳ |
| افسردگی* | ۴/۴۵۶ | ۰/۰۳۵ |
| **اجتناب از انجام پاپ اسمیر** | | |
| تحصیلات* | ۶/۴۳۲ | ۰/۰۱۱ |
| تحصیلات همسر | ۰/۹۰۸ | ۰/۳۴۱ |
| شغل | ۰/۲۶۱ | ۰/۶۰۹ |
| شغل همسر | ۰/۱۷۴ | ۰/۶۷۷ |
| وضعیت اقتصادی | ۰/۵۱۵ | ۰/۴۷۳ |
| تعداد فرزندان | ۰/۹۷۶ | ۰/۳۲۳ |
| سابقه نازایی* | ۴/۳۲۸ | ۰/۰۳۷ |
| سابقه سقط | ۰/۰۰۲ | ۰/۹۶۰ |
| وضعیت سلامتی | ۰/۷۳۸ | ۰/۳۹۰ |
| انجام واکسیناسون کووید-۱۹ | ۱/۵۸۷ | ۰/۲۰۸ |
| داشتن بیمه درمانی | ۱/۸۵۷ | ۰/۱۷۳ |
| سابقه بیماری های مزمن | ۰/۸۲۴ | ۰/۳۶۴ |
| نگرانی از ابتلا به کرونا* | ۶/۴۳۲ | ۰/۰۱۱ |
| استرس* | ۴/۳۲۸ | ۰/۰۳۱ |
| اضطراب* | ۵/۶۷۸ | ۰/۰۲۶ |
| افسردگی* | ۶/۳۲۱ | ۰/۰۱۱ |
| **اجتناب از انجام ماموگرافی و سونوگرافی** | | |
| تحصیلات* | ۱۳/۱۸۲ | ۰/۰۰۱ |
| تحصیلات همسر* | ۶/۸۸۲ | ۰/۰۰۹ |
| شغل | ۰/۹۷۱ | ۰/۳۲۴ |
| شغل همسر | ۰/۱۵۹ | ۰/۶۹۰ |
| وضعیت اقتصادی | ۰/۴۰۲ | ۰/۵۲۶ |
| تعداد فرزندان | ۲/۶۷۶ | ۰/۱۰۲ |

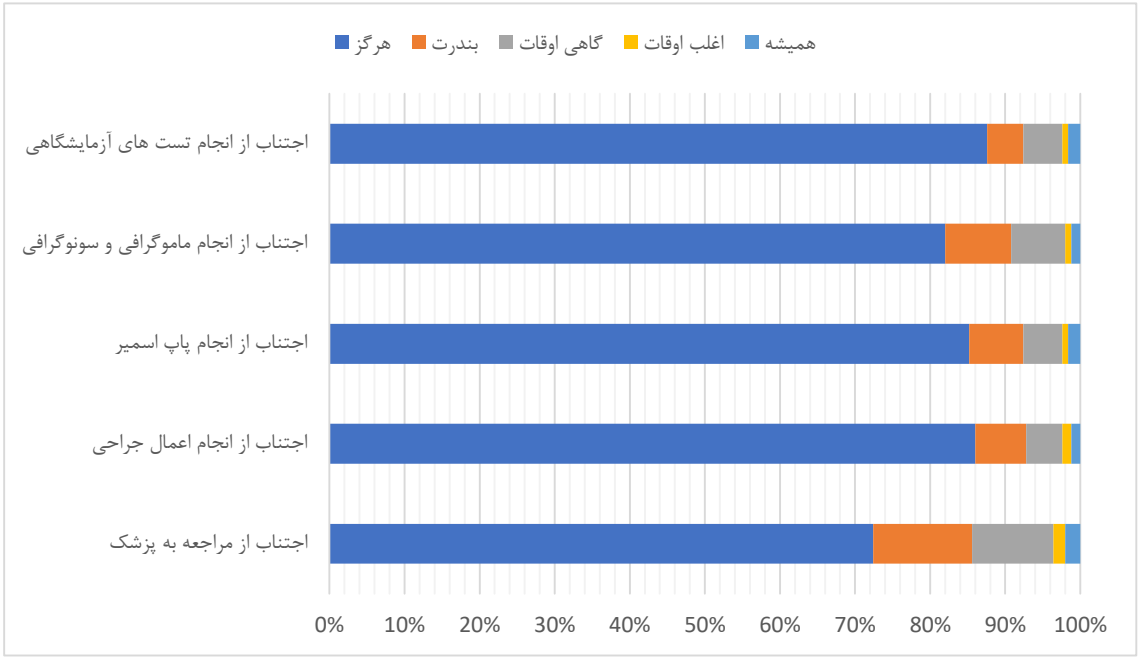


[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]

| | | |
|---|---|---|
| سابقه نازایی | ۲/۲۳۴ | ۰/۱۳۵ |
| سابقه سقط | ۰/۰۰۶ | ۰/۹۳۹ |
| وضعیت سلامتی* | ۰/۹۵۹ | ۰/۰۰۳ |
| انجام واکسیناسون کووید-۱۹ | ۰/۱۵۸ | ۰/۶۹۱ |
| داشتن بیمه درمانی | ۰/۰۷۵ | ۰/۷۸۴ |
| سابقه بیماری های مزمن | ۰/۶۶۰ | ۰/۴۱۷ |
| نگرانی از ابتلا به کرونا* | ۶/۷۸۲ | ۰/۰۰۵ |
| استرس* | ۱۱/۱۸۲ | ۰/۰۰۲ |
| اضطراب* | ۵/۷۸۱ | ۰/۰۰۱ |
| افسردگی* | ۴/۵۲۱ | ۰/۰۰۳ |
| **اجتناب از انجام آزمایش های کلینیکی** | | |
| تحصیلات* | ۱۷/۳۲۶ | ۰/۰۰۱ |
| تحصیلات همسر* | ۱۱/۳۲۶ | ۰/۰۰۱ |
| شغل | ۲/۱۰۵ | ۰/۱۴۷ |
| شغل همسر | ۰/۷۷۸ | ۰/۳۷۸ |
| وضعیت اقتصادی | ۳/۵۳۴ | ۰/۰۶۰ |
| تعداد فرزندان | ۳/۶۹۷ | ۰/۰۵۵ |
| سابقه نازایی* | ۳/۸۶۵ | ۰/۰۴۹ |
| سابقه سقط | ۰/۰۶۳ | ۰/۸۰۲ |
| وضعیت سلامتی | ۱/۴۷۳ | ۰/۲۲۵ |
| انجام واکسیناسون کووید-۱۹ | ۰/۰۲۸ | ۰/۸۶۷ |
| داشتن بیمه درمانی | ۰/۳۳۰ | ۰/۵۶۶ |
| سابقه بیماری های مزمن | ۱/۳۱۶ | ۰/۲۵۱ |
| نگرانی از ابتلا به کرونا* | ۴/۵۲۹ | ۰/۰۱۷ |
| استرس* | ۸/۳۲۶ | ۰/۰۴۰ |
| اضطراب* | ۱۲/۶۵۴ | ۰/۰۱۵ |
| افسردگی* | ۱۳/۴۳۶ | ۰/۰۲۲ |

* رابطه آماری معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵




**نمودار ۱: شیوع اجتناب از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی کووید-۱۹**



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]

## بحث و نتیجه گیری

شیوع کلی اجتناب از مراقبت های بهداشتی در مطالعه حاضر ۱۷/۳۶ درصد به دست آمد که این میزان درکشورهای مختلف، متفاوت گزارش شده است. این تفاوت ها می تواند به دلیل سیستم های بهداشتی مختلف در سطح کشورهای جهان و همچنین انجام مطالعه در بازه های زمانی مختلف در طی پاندمی کرونا باشد. در مطالعه ای که توسط Splinter و همکاران در سال ۲۰۲۰ بر روی۸۷۳۲ نفر در هلند انجام شد، میزان اجتناب از مراقبت های بهداشتی ۲۰/۲ درصد گزارش گردید که همسو با نتایج مطالعه ماست (۶). همچنین در مطالعه ای که Lu و همکاران در سال ۲۰۲۰ بر روی ۴۳۹۵ نفر از افراد بالای ۱۸ سال در امریکا انجام شد میزان اجتناب از مراقبت های بهداشتی ۲۱درصد گزارش گردید[۱۳]. در مطالعه دیگری که توسط Islam و همکاران در سال ۲۰۲۲ در استرالیا انجام شد در بین ۱۱۱۰ نفر از شرکت کنندگان در این پژوهش، میزان اجتناب از مراقبت های بهداشتی ۳۹/۶ درصد گزارش گردید که این میزان مشابه با مطالعه قبلی در دوران قبل از کووید-۱۹ در استرالیا بود که میزان اجتناب را ۴۱/۴ درصد گزارش کرده بود که تفاوت آماری معنی دار در اجتناب از مراقبت های بهداشتی در دوره انتشار پاندمی در مقایسه با قبل از آن مشاهده نشد. نویسندگان علت این امر را مدیریت خوب پاندمی کووید در این کشور می دانند که حتی در طی دوران اوج ابتلا به بیماری نیز، میزان انتقال در جامعه در حد بسیار پایین گزارش شد[۱۴]. در مطالعه ای که توسط Lee و همکاران در سال ۲۰۲۱ در کره جنوبی بر روی ۱۰۰۰ نفر زن و مرد انجام شده میزان اجتناب از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی کرونا ۷۳/۲ درصد گزارش شده که بالاتر از میزانی است که در مطالعه ما به دست آمده است. این در حالی است که در طی پاندمی کرونا دولت کروه جنوبی نه تنها از مراجعه افراد به بیمارستان ها جلوگیری بعمل نیاورد ، بلکه افراد را تشویق می نمود در صورت ضرورت حتما به بیمارستان مراجعه نمایند. نویسندگان این مقاله اظهار می کنند که علت احتمالی اجتناب بالای مردم از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی کرونا مربوط به تجربه قبلی انان از ابتلا به ویروس تنفسی خاورمیانه MERS میباشد که عمدتا از طریق مراجعه افراد به بیمارستان ها انتقال پیدا می کرد حال آنکه اغلب موارد ابتلا به کووید از طریق تماس های جامعه بوده است[۷]. طبق نتایج مطالعه حاضر، عوامل مرتبط با اجتناب از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی کووید-۱۹، شامل سطح تحصیلات پایین تر افراد و همسرانشان، وضعیت سلامتی نامطلوب، سابقه نازایی، سابقه ابتلا به بیماری های مزمن، استرس، اضطراب، افسردگی و نگرانی از ابتلا به کرونا بودند($p<0/05$). نتایج این مطالعه همسو با مطالعه Splinter و همکاران و مطالعه Islam و همکاران است که متغیرهای مرتبط با عدم مراجعه افراد شامل جنسیت مونث، تحصیلات پایین، بیکاری، وضعیت سلامتی نامطلوب، سیگار کشیدن، ترس از ابتلا به کرونا، سابقه ابتلا به بیماری های مزمن و افسردگی، استرس و اضطراب بودند. طبق نتایج این مطالعات، درصد زیادی از افراد با سابقه ابتلا به بیماری های مزمن از مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی خودداری کرده بودند که این امر می تواند نگران کننده باشد زیرا عدم مراجعه این افراد می تواند سبب بروز عوارض حاد بیماری و صدمات جبران ناپذیر بر سلامت آنان و حتی مرگ شود. علت احتمالی این امر، ترس از ابتلابه کرونا در صورت مراجعه و عدم توانایی جسمی برای تحمل عوارض کرونا است [۱۳، ۱۴]. همچنین در مطالعه Lee و همکاران متغیرهای جمعیت شناختی مانند جنسیت، سن، وضع اقتصادی و محل سکونت افراد با اجتناب از مراقبت های بهداشتی مرتبط بودند. زنان، افراد مسن تر، وضعیت اقتصادی ضعیف و افراد ساکن در مناطقی که شیوع بالاتر کرونا را داشتند بیش از سایرین از مراجعه به مراکز بهداشتی و بیمارستانها خودداری کرده بودند. در بین متغیرهای جمعیت شناختی، سکونت در مناطق آلوده همچون شهرهای Daegu و Gyeongbuk بیشترین ارتباط را با اجتناب از مراقبت های بهداشتی داشتند. وجه تمایز این مطالعه با مطالعه ما نمونه گیری از شهرهای مختلف کره جنوبی و زنان و مردان است که در مطالعه ما نمونه گیری فقط در بین زنان سنین باروری واقع در شهر تهران انجام شده است[۷].

در مطالعه دیگری که در کشور پرتغال انجام شد متغیرهای مرتبط با اجتناب از مراقبت های بهداشتی شامل جنسیت مونث، عدم اطمینان از موثر بودن اقدامات درمانی، از دست دادن درآمد به دلیل شیوع کرونا، احساس نگرانی، اضطراب و اندوه به دلیل محدودیت های اجتماعی اجرا شده در طی پاندمی بود[۱۵]. در بین اکثر مطالعات، جنسیت مونث بیش از جنسیت مذکر از مراقبت های بهداشتی اجتناب کرده بودند به همین دلیل مطالعه حاضر در بین زنان واقع در سنین باروری انجام شد. علت این امر می تواند این باشد که زنان بیش از مردان قادر به ابراز نگرانی در مواقع بروز



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]

پاندمی ها هستند و بنابراین میزان درک خطر در آنان بیشتر بوده و فاصله اجتماعی را بیشتر رعایت می کنند همچنین تفاوت در ساز و کارهای زیستی - اجتماعی بین دو جنسیت مرد و زن سبب می شود زنان بیشتر خود را مستعد ابتلا به بیماری بدانند و همین امر سبب اجتناب آنان از دریافت مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی ها می شود[۱۸-۱۶]. استرس و اضطراب عامل مهم دیگری است که در اغلب مطالعات با اجتناب از دریافت مراقبت های بهداشتی همراه بوده است همچنان که نتایج مطالعه حاضر نیز این امر را به اثبات رساند. اخبار منشر شده از طریق رسانه های اجتماعی در خصوص تعداد مبتلایان به بیماری نقش قابل توجهی در افزایش استرس و نگرانی افراد در طی پاندمی ها دارند و سبب اجتناب بیشتر افراد از مراقبت های بهداشتی می شوند[۱۹].

یکی از نگرانی های مهم در خصوص اجتناب از مراقبت های بهداشتی در طی پاندمی ها، افراد دارای بیماری های مزمن و صعب العلاج هستند. جورج و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که بیش از نیمی از مبتلایان به بیماری های رماتیسمی خود ایمنی از ویزیت های پزشکی خودداری کرده بودند و اغلب آنان به دلیل ترس از ابتلا به کرونا از دریافت داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی خودداری کرده بودند که این امر در افراد با وضع اجتماعی-اقتصادی نامطلوب و عدم دسترسی به خدمات پزشکی از راه دور شایع تر بود[۲۰]. در طی پاندمی ها دولت ها وظیفه ارایه خدمات درمانی مطلوب و ایمن به مردم جامعه را بعهده دارند. همچنین بایستی به مردم در رابطه با میزان انتقال بیماری در صورت مراجعه به مراکز بهداشتی- درمانی اطلاعات صحیح داده شود و عواقب نامطلوب ناشی از عدم مراجعه بموقع، شامل تاخیر در تشخیص و درمان بیماری ها و افزایش ناخوشی و مرگ و میر گوشزد گردد. استفاده از پزشکی از راه دور راهکار مناسب دیگری است که بایستی در نظر گرفته شود. از نقاط قوت این مطالعه انجام آن برای نخستین بار در ایران و استخراج داده ها به شکل خودگزارش دهی توسط افراد به جای استفاده از ارقام و اطلاعات بهداشتی ثبت شده بود. نتایج این پژوهش می تواند مورد استفاده سیاستگذاران بهداشتی قرار گیرد تا در مواقع بروز پاندمی ها بتوان با آموزش همگانی و بخصوص جمعیت در معرض خطر از عدم مراجعه بموقع افراد و بروز حوادث و پیشامدهای ناگوار آتی پیشگیری نمود.

از جمله محدودیت های مطالعه حاضر، نمونه گیری به روش برخط و تنها در شهر تهران بود که بعلت پاندمی کووید انجام نمونه گیری بشکل حضوری راغیرممکن می ساخت. بنابراین افرادی که دسترسی به اینترنت یا رسانه های اجتماعی بر خط را نداشتند، قادر به مشارکت در پژوهش حاضر نبودند. بدلیل اینکه نمونه گیری تنها در شهر تهران انجام شده، ممکن است شیوع کلی اجتناب از مراقبت های بهداشتی در کشور ایران کمتر یا بیشتر از این مقدار باشد که لازم است پژوهش های بیشتری در سطح کشور انجام پذیرد. همچنین مطالعه حاضر از نوع مقطعی بوده و قادر به ارایه الگوی عدم مراجعه افراد در بازه های زمانی متفاوت نبوده است. پیشنهاد می شود مطالعات با حجم نمونه بیشتر و با مقایسه جمعیت مردان و زنان در سایر شهرهای ایران انجام پذیرد.

در این مطالعه ۱۷/۳۶٪ از زنان ایرانی در طی پاندمی کووید از مراقبت های بهداشتی اجتناب کرده بودند که بیشترین میزان، مربوط به اجتناب از مراجعه به پزشک بود. دارابودن سطح تحصیلات پایین، وضعیت سلامتی نامطلوب و ابتلا به بیماری های مزمن، استرس، اضطراب و افسردگی از جمله عوامل مرتبط با اجتناب از مراقبت های بهداشتی بودند. این نتایج لزوم آموزش همگانی به خصوص برای افراد در معرض خطر را برای مراجعه بموقع به مراکز بهداشتی بمنظور جلوگیری از بروز پیامدهای ناگوار نشان می دهد.

## سهم نویسندگان

زهرا بهبودی مقدم: طراحی پژوهش و نظارت بر انجام پژوهش
معصومه نمازی: طراحی پژوهش و نگارش مقاله
شیما حقانی: تحلیل کمی داده ها
زهرا ملااسماعیلی: جمع آوری داده ها

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت های پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران ابراز نموده و از نمونه های شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان قدردانی می نمایند.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]

## منابع

1. Kenny G, Mallon P. Covid19-clinical presentation and therapeutic considerations biophysical research. Biochemical and Biophysical Research Communications 2021; 538:125-131
2. Riou J, Althaus CL. Pattern of early human-to-human transmission of Wuhan 2019 novel coronavirus (2019-nCoV), December 2019 to January 2020. Eurosurveillance 2020;25: 61-79
3. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. New England Journal of Medicine 2020; 382: 727–33
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet 2020; 395:497-506
5. Bryson WJ. Long-term health-related quality of life concerns related to the COVID-19 pandemic: a call to action. Quality of Life Research 2021;30:643-5
6. Splinter MJ, Velek P, Ikram MK, Kieboom BC, Peeters RP, Bindels PJ, Ikram MA, Wolters FJ, Leening MJ, de Schepper EI, Licher S. Prevalence and determinants of healthcare avoidance during the COVID-19 pandemic: A population-based cross-sectional study. PLoS Medicine 2021;18:e1003854
7. Lee M, You M. Avoidance of healthcare utilization in South Korea during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021;18:4363
8. Czeisler MÉ, Marynak K, Clarke KE, Salah Z, Shakya I, Thierry JM, Ali N, McMillan H, Wiley JF, Weaver MD, Czeisler CA. Delay or avoidance of medical care because of COVID-19–related concerns—United States, June 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report 2020; 69:1250-7
9. Rezaee N, Salsali M, Jahantigh M. Identification of women's health dimensions: a review on qualitative studies. Iranian Journal of Nursing Research 2015; 10:118-30 [in Persian]
10. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. 2th Edition, Psychology Foundation: Sydney,1995
11. Samani S, Jokar M. Validity of short form depression, anxiety and stress scale. Shiraz Journal of Social and Health Science 2007; 52:65-77 [in Persian]
12. Sahebi A, Asghari M, Salar R. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian Population. Journal of Iranian Psychology 2005;1: 36-54 [in Persian]
13. Lu P, Kong D, Shelley M. Health. Risk perception, preventive behavior, and medical care avoidance among American older adults during the COVID-19 pandemic. Journal of Aging and Health 2021;33:577-84
14. Islam MI, Freeman J, Chadwick V, Martiniuk A. Healthcare avoidance before and during the COVID-19 pandemic among Australian Youth: a longitudinal study. In Healthcare 2022;1: 261
15. Soares P, Leite A, Esteves S, Gama A, Laires PA, Moniz M. Factors associated with the patient's decision to avoid healthcare during the COVID-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021;18:13239
16. Lau JT. Griffiths S. Choi KC. Tsui H. Avoidance behaviors and negative psychological responses in the general population in the initial stage of the H1N1 pandemic in Hong Kong. BMC Infectious Diseases 2010;10:1-13
17. Ibuka Y. Chapman GB. Meyers LA. Li M. Galvani A. The dynamics of risk perceptions and precautionary behavior in response to 2009 (H1N1) pandemic influenza. BMC Infectious Diseases 2010;10:1-11
18. Dresse MT, Stoor JP, San Sebastian M, Nilsson L. Prevalence and factors associated with healthcare avoidance during the COVID-19 pandemic among the Sámi in Sweden: the SámiHET study. International Journal of Circumpolar Health 2023;82:2213909
19. Arnetz BB, Goetz C, VanSchagen J, Baer W, Smith S, Arnetz J. Patient-reported factors associated with avoidance of in-person care during the COVID-19 pandemic: results from a national survey. Plos One 2022;17:e0272609
20. George MD, Venkatachalam S, Banerjee S, Baker JF, Merkel PA, Gavigan K. Concerns, healthcare use, and treatment interruptions in patients with common autoimmune rheumatic diseases during the COVID-19 pandemic. The Journal of Rheumatology 2021;48:603-7

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.3.429 ]