



دوره ۴، شماره ۸، بهار سال ۹۹

رابطه بین تحت خدمات بیمه بودن با میزان پیگیری دوره بیماری در بین بیماران دیالیزی بیمارستان

شهید طالقانی شهرستان ارومیه

نسیم حانمی نوی^۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین تحت خدمات بیمه بودن با میزان پیگیری دوره بیماری در بین بیماران دیالیزی بیمارستان شهید طالقانی شهر ارومیه انجام گرفت. روش پژوهش داده‌ها از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه‌ای آماری را کلیه بیماران دیالیزی بیمارستان شهید طالقانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه آماری شامل ۶۰ نفر از بیماران دیالیزی تحت خدمات بیمه (۳۰ نفر) و بیماران دیالیزی بدون تحت خدمات بیمه (۳۰ نفر) بودند که بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش پرسشنامه محقق ساخته میزان پیگیری دوره بیماری بود. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد؛ که مقدار آن برابر بالای ۷۰٪ به دست آمد. همین طور از روایی محتوا به منظور آزمون روایی پرسشنامه استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه به تأیید متخصص مربوطه رسید. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی آزمون لون، کولموگروف اسمیرنوف، تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین دوره‌های میزان پیگیری در بین بیماران دیالیزی تحت خدمات بیمه بالاتر از بیماران دیالیزی بدون تحت خدمات بیمه است. هم چنین اندازه اثر دوره‌های پیگیری نیز نشان می‌دهد که ۱۷ درصد از تفاوت آزمودنی‌ها در یکماهه و این رقم در یک هفته، سهماهه، ششماهه و یکساله به ترتیب به ۱۳، ۱۲، ۱۰ و ۱۴ درصد می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: تحت خدمات بیمه، پیگیری دوره بیماری، دیالیزی.

بیان مسئله

بیمارانی که از بیماری‌های مزمنی نظیر نارسایی کلیه، رنج می‌برند، در زندگی خود دچار مشکلات زیادی هستند (مولستد^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). نارسایی کلیوی در سراسر دنیا یکی از مهم‌ترین مشکلات عمده سلامت عمومی و فردی است (سايان^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). بیماری کلیوی باعث می‌شود که فرد عملکرد طبیعی فعالیت‌های کلیه خود را از دست بدهد. نارسایی مرحله‌ای نهایی بیمار کلیه نیز یک بیماری مزمن پیش‌رونده و غیرقابل برگشت است که در آن کلیه‌ها دچار اختلال کشته به‌طوری که بدن دیگر قادر به برقراری اعمال متابولیکی و حفظ تعادل مایعات و الکتروولیت‌ها نیست و به دنبال این وضعیت بر تمام سیستم بدن تأثیرات مضری می‌گذارد (برونر و سودار، ۲۰۰۴). طبق گزارش مرکز مدیریت پیوند بیماری‌ها خاص وزارت بهداشت، کشور (۱۳۹۷) جمعیت بیماران دچار نارسایی کلیه در کشور ۳۲۰ نفر در هزار است که ۴۹ درصد از روش درمان پیوند و ۳۸ درصد از طریق همودیالیزه و ۳ درصد از طریق دیالیز صفاقی استفاده می‌کنند (عبدی و همکاران، ۱۳۹۷). از جمله عواملی زمینه‌ای بیماران دیالیزی عدم فعالیت‌های جسمانی، انقباضات عضلانی، مشکلات نظیر کاهش چشمگیر کارایی، عدم توانایی در انجام فعالیت‌ها،

^۱ مدیریت اجرایی گرایش بازاریابی و صادرات، دانشگاه ازاد واحد علوم تحقیقات (نویسنده مسئول) nasimhatami@gmail.com

^۲ - Molested S, Prescott L, Heaf J, Eidemak I

^۳ - Sayin A, Mutluay R, Sindel S.



خستگی، ضعف، نالمیدی از آینده، انزواج اجتماعی، عدم تحرک اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس در بین بیماران رواج می‌باید (استرید^۴، ۲۰۱۱). بیماری دیالیزی اثرات زیادی بر روی کیفیت زندگی خانوادگی و اجتماعی، موقعیت‌های شغلی افراد بیمار دارد (طبیبی و همکاران، ۱۳۸۹). افراد مبتلا به بیماری نارسایی کلیه در مراحل اولیه تحت درمان محافظتی قرار می‌گیرند ولی سرانجام برای حفظ زندگی دیالیزی با پیوند کلیه نیاز پیدا می‌کنند (توتونچیان، ۱۳۷۵). نارسایی کلیوی و درمان نکردن آن باعث ایجاد مشکلات عمدہ‌ای در فعالیت‌ها مفید و علائق بیمار می‌شود، وی را از دست‌یابی به بسیاری از فعالیت‌های زندگی منع می‌کند (تقی زاده افشار و همکاران، ۱۳۸۵). روند رو به رشد این بیماری در کشور نشان می‌دهد که توجه کردن به این بیماری و حمایت‌های بیمه درمانی در این گروه را دو چندان کرده است. یک از مهم‌ترین اقدامات در رسیدن به این اهداف افزایش تحت پوشش بیمه همگانی سلامت برای تمام این جمعیت می‌باشد (بچلر و همکاران^۵، ۲۰۰۵)؛ زیرا که این گروه بیماران با توجه به نوع بیماری که دارند، تا آخر عمرشان با بیماری نارسایی کلیه درگیر هستند و هم چون نیازمند است، که از نظر هزینه مالی، میزان اثرگذاری این بیماری بر کیفیت زندگی و خدمات رفاهی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (هونگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). که می‌توان با ارائه خدمات سلامت با کیفیت توأم با تأمین منابع مالی در جهت عدالت سلامت در این گروه کوشید (فرمن^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). وضعیت سلامت بیماران تحت دیالیز بر کیفت زندگی آنها اثر می‌گذارد. هزینه‌های سنگین پیوند کلیه و عدم اطمینان کامل از موفق بودن پیوند، هنوز تعداد زیادی از بیماران کلیوی تحت درمان مستمر با همودیالیز قرار دارند که طبیعتاً مشکلات گوناگون جسمانی، روانی و اجتماعی برای آنها به وجود می‌آید (آندرولی، ۲۰۰۲). بیمار تحت درمان با همودیالیز با هزینه‌های مختلف درمان و رفت و آمد به مراکز درمانی مواجه است که الزاماً از بودجه خانوار کسر می‌شود. در ضمن به، دلیل دیالیز مستمر موقعیت شغلی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری از این افراد دستخوش تغییر می‌شود. از آنجایی که معمولاً دریافت‌کنندگان کلیه نیز دوره‌های درمانی همودیالیز را طی نموده‌اند، از تأثیر آن بر کیفیت زندگی خود مصون نمانده‌اند نارسایی مزمن کلیوی و درمان‌های آن موجب بروز مشکلات عمدہ‌ای در فعالیت‌های مفید و علائق بیماری می‌شود که این مشکلات به‌طور معنی‌داری با کیفیت زندگی بیماران رابطه دارد (حریچی، ۱۳۸۴). در بسیاری از کشورهای جهان استراتژی‌های زیادی در دست‌یابی به این هدف پیشنهاد می‌شود نظیر راهکارهای انگیزشی برای بیمه (یارانه یا تخفیف مالیاتی)، رقابت مدیریت در بین بیمه‌ها و یا تجمیع بیماران استفاده می‌کنند (سنتر^۸ و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات در سایر کشورها نشان می‌دهد که پوشش خدمات بیمه بر افزایش بار مراجعه برای دریافت خدمات سلامت رابطه و جود دارد (کمیک پینتر^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). پوشش بیمه باعث می‌شود افزایش خدمات و بهره‌مندی از سلامت و بهبود سلامت افزایش یابد و میزان پیگیری بیمار از بیماری خود بیشتر شود (فرمن و همکاران، ۲۰۰۸). افرادی که بدون بیمه درمانی به طور معمول افراد با درآمد پایین‌تر، بیماران و دارای خطرات سلامتی بالاتری نسبت به افراد بیمه شده هستند. بنابراین آمدن این افراد زیر چتر بیمه می‌تواند رفتار آنها را در استفاده از خدمات و نحو درمان بهبود

⁴ - Stride⁵ - Buchmueller.⁶ - Hogan.⁷ - Freeman.⁸ - Centers.⁹ - Kemmick Pintor.



بخشید (اندرسون، دوبکین و گروس^{۱۰}، ۲۰۱۲). فعالیت‌های خود مراقبتی در بین بیماران دیالیزی نقش مهمی در سازگاری بیماری در فرایند درمان بیماری و کنترل بیماری دارد (ارون، تایلر و رنگ پینگ^{۱۱}، ۲۰۰۱). که می‌تواند در کاهش دفعات به بستری و طول مدت بستری در بیمارستان و کاهش هزینه‌های درمانی بیمار نقش مهمی ایفا کند (بروون و میرقا^{۱۲}، ۲۰۱۰). از این رو این پژوهش با هدف بررسی تحت خدمات بیمه بودن با میزان پیگیری دوره بیماری در بین بیماران دیالیزی است که آیا خدمات بیمه‌ای که به بیماران دیالیزی ارائه می‌شود بر روند پیگیری و درمان تأثیر دارد؟

مبانی نظری:

کلیه چیست؟

کلیه یکی از اندام‌های درونی بدن انسان و برخی دیگر از جانداران است. کلیه‌های انسان در فضای خلف صفاقی در سطح مهره‌های پایین سینه‌ای و مهره‌های بالای کمری قرار گرفته‌اند. وزن کلیه‌ی هر فرد بزرگ‌سال تقریباً ۱۵۰ گرم است (ابراهیم پور و حسن میرزایی، ۱۳۸۷). به طور معمول در هر فرد سالم دو کلیه وجود دارد که هر یک در یک طرف ستون مهره‌ها و زیر دندنهای تحتانی واقع شده‌اند. کلیه‌ها به رنگ قرمز متمایل به قهوه‌ای بوده و از نظر شکل شبیه لوبیا می‌باشند. هر کلیه به اندازه مشت بسته فرد است. اکثر اعضاء بدن برای عملکرد مطلوب وابسته به کلیه‌ها هستند. در نتیجه کلیه‌ها یکی از مهم‌ترین اعضای بدن انسان هستند (نجفی و همکاران، ۱۳۸۹).

وظایف کلیه‌ها

مهم‌ترین وظیفه کلیه‌ها برداشت مواد زائد از خون و بازگرداندن خون تصفیه شده به بدن می‌باشد. هر دقیقه حدود یک لیتر خون (یک‌پنجم خونی که توسط قلب پمپ می‌شود) از طریق سرخرگ کلیوی وارد کلیه‌ها می‌شود. پس از اینکه خون تصفیه شد خون تصفیه شده از طریق سیاهرگ‌های کلیوی به بدن باز می‌گردد. داخل هر کلیه متجاوز از یک میلیون واحد بسیار ریز عملکردی بنام نفرون وجود دارد. هر نفرون از یک صافی بسیار کوچک بنام کلافه گلومرول که به یک لوله کوچک (توبول) متصل است تشکیل می‌شود. آب و مواد زائد توسط این صافی از خون جدا می‌شوند و به داخل لوله‌های کوچک (توبول‌ها) جریان پیدا می‌کنند. قسمت عمدۀ این آب توسط لوله‌های کوچک باز جذب می‌شود و مواد زائد به صورت غلیظ وارد ادرار می‌شوند تا دفع گردد. ادرارهای جمع شده از لوله‌های کوچک وارد قسمت قیفی شکل بنام لگنچه کلیه شده و سپس از طریق لوله‌ای بنام میزنای وارد مثانه می‌شود. مثانه ادرار را تا زمانی که ادرار کنید نگهداری می‌کند. پس از مثانه ادرار از طریق لوله‌ای بنام میزراه از بدن خارج می‌شود. کلیه سالم به طور معمول یک تا ۲ لیتر ادرار در روز و بر اساس میزان مایعات دریافتی تولید می‌کند. کلیه سالم قابلیت افزایش فعالیت خود را دارد به طوری که اگر یک کلیه از دست رود کلیه دیگر بزرگ شده و کار در کلیه را انجام خواهد داد (آقایانی، حیدری و عقیقی، ۱۳۸۵).

نشانه‌های بیماری کلیوی

بیماری کلیوی معمولاً بی‌سر و صدا پیشرفت می‌کند و پیش از ایجاد هر گونه شکایت موجب تخریب قسمت عمدۀ ای از فعالیت و عملکرد کلیه می‌گردد. بنابراین افراد در معرض خطر پیشرفت بیماری کلیوی باید به طور مرتب مورد ارزیابی قرار گیرند. این افراد کسانی هستند که مبتلا به بیماری دیابت ملیتوس، پرفشاری خون، بیماری خود اینمی،

¹⁰ -Anderson M, Dobkin C, Gross T.

¹¹ - Orem, Taylor & Renpenning.

¹² - Browne, Merighi.



سن بالا، نژاد سیاه، سابقه خانوادگی بیماری کلیوی، سابقه نارسایی حاد کلیوی، حضور پروتئینوری، رسوب ادراری غیرطبیعی و نقصان ساختمانی مجرای ادراری می باشند (فوسی و همکاران، ۱۳۸۷). گاهی اوقات افراد با بیماری شدید کلیوی نیز بدون علامت می باشند. این موضوع اهمیت آزمایش خون یا آزمایش ادرار را در بررسی مشکلات کلیوی روشن می کند. به هر حال شکایات و علائم زیر می توانند نشانگر بیماری کلیوی باشند که در صورت وجود، انجام آزمایش ها و بررسی های بیشتر توصیه می شود. بعضی از علائمی که می توانند نشانگر بیماری کلیوی باشد عبارت اند از:

ضعف و خستگی، پرفشاری خون، ورم چشمها و دست یا پا، دفع ادرار خونی، تیره یا رنگ چای، بیشتر از یک بار در موقع خواب (شبادراری)، کاهش وزن (کاهش اشتها)، خارش سراسری پایدار، حساسیت به سرما، کم خونی، افزایش حساسیت به خونریزی، خشکی پوست، پوسته پوسته شدن پوست، احساس تهوع و استفراغ، زخم معده و خونریزی معده، تورم دور چشم و ... زمانی که کلیه ها نارسا شوند مواد زائد و مایعات در بدن تجمع پیدا کرده و شما نیاز به درمان دیالیز (برای تصفیه خون یا به وسیله ماشین یا از راه شکم و به صورت دیالیز صفاقی) یا پیوند کلیه دارید (حسن زاده و همکاران، ۱۳۸۵).

نارسایی مزمن کلیه

از دست دادن فعالیت و عملکرد کلیه در طی یک دوره زمانی کوتاه مدت کمتر از ۳ ماه را نارسایی حاد کلیوی گویند. نارسایی حاد کلیوی با درمان مناسب معمولاً قابل برگشت می باشد. کاهش غیر قابل برگشت عملکرد کلیه که بیش از ۳ ماه طول بکشد را نارسایی مزمن کلیه گویند و به مرحله ای پیشرفته ای آن که جهت ادامه ای حیات به دیالیز یا پیوند نیاز باشد را مرحله انتهایی بیماری کلیه گویند (فاسی و همکاران، ۲۰۰۸).

تشخیص

یافته های آزمایشگاهی می توانند در تشخیص بیماری کلیوی به ما کمک کند این یافته ها عبارت اند از: کاهش حجم ادرار، پروتئینوری، وجود WBC و کاست چربی پهن در آزمایش ادرار، آنمی، تعداد پلاکت های طبیعی، افزایش زمان خونریزی، اسیدوز پیشرونده و کاهش بیکربنات سرم، هیپر کلمی و طبیعی بودن پتاسیم، هیپر کالمی، کاهش کلسیم سرم، افزایش فسفات سرم و افزایش سطح اسید اوریک (تانا گو و مک آنج، ۱۳۸۸). با آزمایش خون و اندازه گیری میزان کراتینین و محاسبه کلیرانس کراتینین می باشد. همچنین سونوگرافی و سایر بررسی های پاراکلینیک به کمک می آید. در مبتلایان به نارسایی حاد کلیه وقتی که کلیرانس کراتینین کلیه به کمتر از ۲۰ - ۱۵ میلی لیتر در دقیقه کاهش می یابد درمان جایگزین کلیوی شروع می شود.

درمان

استفاده از یک روش دیالیز (همودیالیز یا دیالیز صفاقی) برای برقراری تعادل آب و الکترولیت های بدن و دفع سوموم از بدن ضروری می باشد. همچنین این بیماران نیاز به دریافت دارو نیز دارند. در صورتی که بیمار شرایط لازم برای پیوند کلیه را داشته باشد، در لیست انتظار پیوند قرار می گیرد. دیالیز فرایندی است که در تصفیه خون بیماران دچار نارسایی کلیه استفاده می شود. دیالیز به بیماران نارسایی مزمن کلیه این اجازه را می دهد که کمی در محدودیت غذایی خود آزادتر باشند (ابراهیم پور و حسن میرزا، ۱۳۸۷).

انواع دیالیز



۱- همودیالیز: همودیالیز شایع‌ترین روش درمان جایگزین کلیه در بیماران کلیوی می‌باشد. در این روش خون، از یک مسیر عروقی به درون دستگاه دیالیز پمپ می‌گردد. خون از درون صافی دیالیز گذشته و در سمت مقابل، مایع دیالیز که حاوی کلراید سدیم، بی‌کربنات و غلظت‌های مختلفی از پتاسیم است، حرکت می‌کند. به طور متوسط هر بیمار به ۴ ساعت دیالیز به صورت سه بار در هفته نیاز دارد (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۸۵).

۲- دیالیز صفاقی: یکی از شیوه‌های درمان جایگزینی کلیه است که تقریباً از دو دهه پیش به دلیل سهولت و مناسب بودن رواج فزاینده‌ای یافته است. در دیالیز صفاقی، غشای صفاق به عنوان یک صافی عمل می‌کند و نیاز به خروج خون از بدن نمی‌باشد. کلیه مراحل انجام دیالیز در منزل بیمار صورت می‌پذیرد و بیمار برای چکاپ ماهیانه به بخش دیالیز صفاقی مراجعه می‌کند (آقایانی و همکاران، ۱۳۸۵).

پیروی از درمان

پیروی از توصیه‌های درمانی، موضوعی است که از دیر باز در ارتباط میان بیماران و متخصصان بالینی مطرح بوده و عدم پیروی همواره یک مشکل مهم و چند وجهی در حوزه سلامت محسوب شده است. با این وجود در حدود چهار دهه است که پیروی به طور جدی مورد توجه قرار گرفته و در این مدت بخش عمده‌ای از افزایش مرگ و وفات بیماری در این بیماران همراه ادبیات سلامت به این موضوع اختصاص یافته است (مارتين، ۲۰۱۱^{۱۳}). بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی تنها حدود ۵۰٪ از افرادی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند به صورت کامل از نسخه‌های درمانی شان پیروی می‌کنند (ساندرز، ۲۰۱۳^{۱۴}). بیماری کلیوی مرحله انتهایی، نتیجه زوال پیشرونده در کارکرد کلیه در یک دوره زمانی طولانی است. عدم پیروی از درمان در بیماران کلیوی مرحله انتهایی بالا است. از طرفی، پیروی ضعیف اغلب به آزمایش‌های اضافی و غیر ضروری، تغییر در طرح درمان، تغییر یا تعدیل مقدار داروی تجویز شده و بسترهای شدن در بیمارستان منجر می‌شود که در نهایت افزایش هزینه مراقبت پزشکی را به همراه دارد (آدام، ۲۰۰۳^{۱۵}). پیروی از رژیم غذایی، دارویی و محدودیت مصرف مایعات در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی از اهمیت بسزایی برخوردار است. پیروی از رژیم درمانی بدین معنی است که کلیه رفتارهای بیمار (رژیم غذایی و مایعات، تغییرات در شیوه زندگی) در جهت توصیه‌های ارائه شده از سوی مراقبین بهداشتی- درمانی باشد (دنهایریتک و همکاران، ۲۰۰۷^{۱۶}). به منظور دستیابی به نتیجه درمانی مطلوب در بیماران تحت درمان با همودیالیز، پیروی از رژیم درمانی توسط بیمار الزامی است (رامبد و همکاران، ۱۳۸۹^{۱۷}). تبعیت از رژیم درمانی سبب کاهش میزان مرگ و میر و ناتوانی بیمار و عوارض ناشی از همودیالیز (گرفتگی عضلانی، اختلالات تغذیه‌ای و عفونت خون) خواهد شد (دنهایریتک و همکاران، ۲۰۰۷^{۱۸}). به علاوه پیروی از رژیم غذایی و محدودیت در مصرف مایعات سبب کاهش علائم و عوارض دارویی شده و با تبع در بهبود کیفیت زندگی بیماران و افزایش امید به زندگی آنها مؤثر خواهد بود (دوروس و همکاران، ۲۰۰۴^{۱۹}؛ به نقل از رامبد و همکاران، ۱۳۸۹^{۲۰}).

پیروی بیمار از رژیم درمانی تحت تأثیر عواملی از جمله باورهای شخصی، ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی و توانایی بیمار در تحمل عدم نوشیدن آب، علی رغم علاقه به مصرف آن قرار می‌گیرد. اگر چه پیروی از رژیم درمانی می‌تواند نقش مهمی در بهبود سطح سلامت و احساس خوب بودن بیماران تحت همودیالیز داشته باشد، اما میزان پیروی از

¹³ - Martino.

¹⁴ - Sanders

¹⁵ - Adham ML

¹⁶ - Denhaerynck.

¹⁷ - Durose



آن در این بیماران به شدت پایین است (رامبد و همکاران، ۱۳۸۹). روش‌هایی عینی برای اندازه‌گیری میزان پیروی از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به اورمی شناخته شده است. در یکی از این روش‌ها سطح نیتروژن اوره خون که دال بر میزان مصرف پروتئین است، سطح پتاسیم سرم که نشان دهنده میزان مصرف پتاسیم است و فسفات سرم که گویای میزان تبعیت بیمار از رژیم غذایی و دارویی می‌باشد و علاوه بر افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز که نشانه میزان مصرف مایعات است، مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار می‌گیرد پیروی بیمار از رژیم درمانی تحت تأثیر عواملی از جمله باورهای شخصی، ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی و توانایی بیمار در تحمل عدم نوشیدن آب، علی‌رغم علاقه به مصرف آن قرار می‌گیرد. اگرچه پیروی از رژیم درمانی می‌تواند نقش مهمی در بهبود سطح سلامت و احساس خوب بودن بیماران تحت همودیالیز داشته باشد، اما میزان پیروی از آن در این بیماران به شدت پایین است (رامبد و همکاران، ۱۳۸۹).

افزایش سطح فسفات سرم منجر به هیپرپاراتیروئیدیسم^{۱۸}، استئو دیستروفی^{۱۹} کلیوی، افزایش بیماری‌های عروق کرونر و افزایش مرگ و میر در بیماران خواهد شد. پژوهشگرها نشان داده‌اند که افزایش سطح سرمی فسفات به بیش از ۶,۵ میلی‌گرم در دسی لیتر می‌تواند خطر مرگ و میر افراد را افزایش دهد. عدم پیروی از رژیم غذایی حاوی پتاسیم نیز منجر به ایست قلبی و مرگ شده و زندگی بیمار را تهدید خواهد (دنهایرینک و همکاران، ۲۰۰۷). عدم پیروی از رژیم مایعات در این بیماران منجر به افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز و بروز عوارضی از جمله گرفتگی عضلاتی، کوتاهی تنفس، سرگیجه، اضطراب، نگرانی، تورم ریه (رامبد و همکاران، ۱۳۸۹)، نارسایی قلبی و افزایش شدید فشارخون می‌شود (دنهایریتک و همکاران، ۲۰۰۷). عدم پیروی از درمان در بیماران تحت همودیالیز شایع است. به طوری که حدود ۸۶٪ از بیماران بعضی از جنبه‌های رژیم درمانی را رعایت نمی‌کنند. محققین میزان این عدم پیروی را نزدیک به ۵۰٪ ذکر کرده‌اند. این در حالی است که میزان شیوع عدم پیروی از رژیم مایعات ۳۰-۷۴٪ گزارش شده است. تخمین زده شده است که میزان عدم پیروی از رژیم پتاسیم ۲۰-۳۹٪ و در مورد رژیم فسفات ۱۹-۵۷٪ می‌باشد (دنهایریتک و همکاران، ۲۰۰۷). عوامل مختلفی از جمله سطح اطلاعات بیمار در مورد رژیم غذایی، زبان، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، نگرش بیمار نسبت به درمان و تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند بر میزان پیروی از رژیم غذایی بیماران تحت همودیالیز اثر گذار باشد (رامبد و همکاران، ۱۳۹۰).

پیشینه پژوهش

مطالعه نوی مان^{۲۰} و همکاران (۲۰۱۰) که در بین بیماران دیالیزی شهر تورنتو کانادا نشان دادند که اکثریت بیماران دیالیزی از مشکلات مالی، خدمات درمانی و سطح کیفیت زندگی خود رنج می‌برند. که نیاز است از سوی دولت برنامه‌های حمایتی موردن‌توجه قرار گیرد. یافته‌های قاشی^{۲۱} (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که مراکز بهداشتی درمانی با پرداخت بخش مهمی از هزینه‌های بیماران فرایند بهبود درمان را بهبود می‌دهند. و بیماران تمایل بیشتری برای مراجعه به بیمارستان دارند. بیمه درمانی دولت به بخش نیمی از جامعه می‌تواند بر کیفیت درمان بیماران و میزان هزینه بسیاری از خانوار را کاهش دهد. یافته‌های پژوهش بچلو و همکاران (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که هزینه‌ها و مزایای مرتبط با گسترش پوشش بیمه درمانی بر میزان مراجعه بیمارستان تأثیر دارد. پوشش بیمه همچنین استفاده

¹⁸ - Hyperparathyroidism

¹⁹ - osteodystrophy

²⁰ - Nonoyama

²¹ - Ghosh.



از بستری مناسب برای مراجعه به بیمارستان است. پژوهش کمیک پینتر^{۲۲} و همکاران، (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که نابرابری‌های بیمه درمانی باعث می‌شود سلامت افراد به خطر بیفت و افرادی که تمکین درآمدی بیشتری دارند بیشتر به بیماری خود و پیگیری بیماری خود هستند.

یافته‌های عبدی و همکاران (۱۳۹۷) تحت عنوان وضعیت تأثیر بیمه پایه سلامت در بهره‌مندی از خدمات سرپایی ارائه شده توسط پژوهش نشان می‌دهد که بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی از پژوهشک، در تمام گروه‌های بیمه نشده کمتر است. بار مراجعه در افراد دارای بیمه، تقریباً دو برابر افراد بدون بیمه است که این رقم در افراد بیمه شده ۲۵/۴ و در افراد فاقد بیمه ۲/۶۱ است. لذا نداشتن بیمه پایه سلامت بار مراجعه سرپایی را تقریباً دو برابر کاهش داده است. بیرانوند و همکاران (۱۳۹۶) معتقدند که تأثیر سطح پوشش و عدالت توزیعی بر کارایی و اثربخشی طرح بیمه سلامت مورد تأیید و افرادی که تحت پوشش بیمه هستند تمایل بیشتری دارند که برای درمان بیماری خود به بیمارستان‌ها اقدام کنند. یافته‌های پژوهشی رمضانی و همکاران (۱۳۹۵) نشان می‌دهد که کیفیت زندگی ضعیف و نابسامانی در مورد بیماران همودیالیزی از شیوع قابل توجهی برخوردار است. مسلماً برنامه‌ریزی مناسب با مرکز بر مهتم‌ترین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند راهگشای درمان برای بیماران همودیالیزی باشد.

یافته‌های شاه قلیان و همکاران (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که بیماران تحت درمان با دیالیز با اختلالات روان‌شناختی متعددی دست به گریبان هستند، آموزش و اطلاع‌رسانی کافی به مددجویان در زمینه به کارگیری تکنیک‌های مناسب تطابق و سازگاری، برقراری روابط اجتماعی مناسب، ادامه حمایت اجتماعی و خانوادگی و تدوین سیاست‌های بهداشتی به منظور پیشگیری و ارائه خدمات و حمایت‌های لازم به این بیماران برای درمان بیماری کمک شایانی می‌کند. یافته‌های الماسی و نادری (۱۳۹۳) نشان می‌دهد که بیماران دیالیزی با ۳۰٪ هزینه‌ای کمرشکن مواجه‌اند. هم چنین، عواملی هم چون تعداد دفعات استفاده از خدمات دیالیز بیمارستان و افزایش تعداد افراد نیازمند مراقبت در خانوار از عوامل اصلی افزایش احتمال مواجهه با هزینه‌های فلاکتبار و افزایش شاخص ثروت، مرد بودن سرپرست خانوار، شاغل بودن سرپرست خانوار، بومی بودن خانوار و تحت پوشش بیمه اجباری و تکمیلی بودن خانوار باشد.

یافته‌های پژوهش امینی و همکاران (۱۳۹۱) نشان می‌دهد که عملکرد بیماران همودیالیز تحت درمان رابطه معکوسی با پیامدهای سلامتی نظریه هزینه مراقبت‌های بهداشتی و مرگ‌ومیر دارد. و یافته‌های رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که با مراقبت و پیگیری، از بیماران همودیالیزی تفاوت معنی‌داری در سطح کیفیت زندگی آنها ایجاد می‌شود، به طوری که اجرای این مدل مراقبتی، با افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی همراه خواهد بود. یافته‌های نریمانی (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که کیفیت زندگی اکثریت بیماران همودیالیزی در حد متوسط و بین ابعاد مختلف آن ارتباط وجود دارد و با شناخت و تلاش در جهت بهبود آنها می‌توان امتیاز کلی کیفیت زندگی این بیماران را ارتقا بخشید و بیماران زمانی به بیمارستان مراجعه می‌کنند که توان مالی و سطح زندگی مناسبی برخوردار باشند. یافته‌های پژوهش احمدی نشان داد که شاخص‌هایی چون دفعات بستری شدن، روند دفعات و بیزیت پژوهش، بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی مؤثر بوده است. هم چنین قوامی (۱۳۸۳) تحقیقی تحت عنوان بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام داد و نتایج آن نشان داد که اجرای مدل مراقبت پیگیر به مدت سه ماه بر کیفیت زندگی کلی این بیماران تأثیر مثبت داشته است. اثرات مهم پیگیری درمان باعث می‌شود که شناخت بیماری و ماهیت درمان، شناخت مشکلات بالفعل، و بالقوه بیماری، خصوصیات

^{۲۲} - Kemnick Pintor.



بیمار، پذیرش بیماری آثار آن به عنوان سایه بر زندگی بیماری، که هزینه های خانوار را به همراه دارد بر اینکه بیمار چند دفعه به بیمارستان مراجعه کند اثر دارد.

روش

تحقیق حاضر از نوع توصیفی با طرح علی - مقایسه ای یا پس رویدادی است. با توجه به ماهیت مسئله اصلی پژوهش پس رویدادی بهترین روشی است که بر مبنای آن می توان رابطه علی متغیرهای موردنظر را مورد بررسی قرار داد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران دیالیزی بیمارستان شهید طالقانی شهر ارومیه در محدوده زمانی از بهار ۱۳۹۷ تا تابستان ۱۳۹۴ به بیمارستان شهر ارومیه مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. در این تحقیق با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۶۰ نفر انتخاب شدند که ۳۰ نفر بیماران دیالیزی تحت خدمات بیمه (که طی شش ماه جهت معالجه خود به بیمارستان مراجعه کرده و دارای پرونده پزشکی در بیمارستان بودند) و تعداد افراد مقایسه نیز (بیماران دیالیزی غیر تحت خدمات بیمه) ۳۰ نفر بودند که این افراد از نظر ویژگی های جمعیت شناختی با گروه دیالیزی تحت خدمات بیمه بودن هم تا شدند. از جمله شرایط ورود نمونه های پژوهش، نداشتن اختلال زمینه ای روانی و مصرف نکردن هر نوع داروی روان پزشکی و همچنین حداقل سواد، داشتن پنجم ابتدایی بود. در این پژوهش از پرسشنامه محقق ساخته مدت زمان پیگیری دوره بیماری (یک هفته، یک ماهه، سه ماهه، شش ماهه) استفاده خواهد شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. که از آزمون های آماری لون و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته ها

بر اساس نتایج جدول ۱ از بررسی شاخص توصیفی مدت زمان پیگیری دوره بیماری در دو گروه مستقل تحت خدمات بیمه و بدون تحت خدمات بیمه مقدار میانگین یک هفته (۷/۹۶)، یک ماهه (۸/۲۳)، سه ماهه (۷/۶۰)، شش ماهه (۷/۲۳)، یک ساله (۸/۰۳) در گروه بیماران دیالیزی تحت خدمات بیمه بیشتر از بیماران دیالیزی که بدون تحت خدمات بیمه بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱. شاخص های توصیفی مدت زمان پیگیری دوره بیماری در دو گروه مستقل تحت خدمات بیمه و

بدون تحت خدمات بیمه

دوره بیماری	مدت زمان پیگیری	گروه ها	میانگین انحراف معیار
یک هفته	غیر تحت خدمات بیمه بودن	۶/۴۰	۱/۸۱
یک ماهه	تحت خدمات بیمه بودن	۷/۹۶	۲/۲۵
سه ماهه	غیر تحت خدمات بیمه بودن	۶/۳۰	۱/۷۶
شش ماهه	تحت خدمات بیمه بودن	۸/۲۳	۲/۴۱
یک ساله	غیر تحت خدمات بیمه بودن	۶/۰۶	۱/۶۵
بدون	تحت خدمات بیمه بودن	۷/۶۰	۲/۳۲
شش ماهه	غیر تحت خدمات بیمه بودن	۶/۳۰	۱/۸۲
بدون	تحت خدمات بیمه بودن	۷/۲۳	۲/۰۹



دوره ۴، شماره ۸، بهار سال ۹۹

۱/۸۵	۶/۵۶	غیر تحت خدمات بیمه بودن	یکساله
۲/۲۸	۸/۰۳	تحت خدمات بیمه بودن	

همچنان برای بررسی عادی بودن توزیع متغیر مدت زمان پیگیری دوره بیماری (یک هفته، یکماهه سه ماهه، شش ماهه، یکساله) از آزمون کولموگروف اسمیرونف استفاده شد. نتایج نشان داد تمام متغیرهای بررسی شده توزیع طبیعی دارند ($p < 0.05$). نتایج آزمون لون نشان داد واریانس متغیر مدت زمان پیگیری دوره بیماری بین گروهها همگن است ($F = 0.619, df1 = 3, df2 = 56, p = 0.598$) به دست آمده است.

جدول ۲ آزمون لوبن برای بررسی همسانی خطای واریانس

متغیر	F	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	سطح معناداری
مدت زمان پیگیری دوره بیماری	۰/۵۹۸	۳	۵۶	۰/۶۱۹

جدول ۳. تحلیل واریانس یک راهه بین آزمودنی جهت مقایسه مدت زمان پیگیری دوره بیماری در دو گروه مستقل تحت خدمات بیمه و بدون تحت خدمات بیمه

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری اندازه اثر
یک هفته	۳۶/۸۱	۱	۳۶/۸۱	۸/۸۱	۰/۰۰۴
	۵۶/۰۶	۱	۵۶/۰۶	۱۲/۵۲	۰/۰۰۱
	۳۵/۲۶	۱	۳۵/۲۶	۸/۶۲	۰/۰۰۵
	۱۳/۰۶	۱	۱۳/۰۶	۳/۳۸	۰/۰۰۹
	۳۲/۲۶		۳۲/۲۶	۷/۴۷	۰/۰۰۸
خطا	۲۴۲/۱۶۷	۵۸	۴/۱۷۵		
	۲۵۹/۶۶۷	۵۸	۴/۴۷۷		
	۲۳۷/۰۶۷	۵۸	۴/۰۸۷		
	۲۲۳/۶۶۷	۵۸	۴/۸۵۶		
	۲۵۰/۳۳	۵۸	۴/۳۱۶		
کل	۳۳۷۵/۰۰۰	۶۰			
	۳۴۸۴/۰۰۰	۶۰			
	۳۰۷۴/۰۰۰	۶۰			
	۳۰۷۵/۰۰۰	۶۰			
	۳۸۴/۰۰۰	۶۰			



بر اساس اطلاعات جدول ۳ با احتساب آلفای میزان شده بنفرونى (۰/۰۰۹) در همه مدت زمان های پیگیری دوره بیماری تفاوت معناداری بین گروه ها، وجود دارد؛ به طوری که اطلاعات جدول ۲ نیز نشان می دهد میانگین مدت زمان پیگیری دوره بیماری، بیماران دیالیزی تحت خدمات بیمه، بالاتر از بیماران دیالیزی که بدون تحت خدمات بیمه می باشد؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که مدت زمان پیگیری دوره بیماری در بیمارانی که تحت خدمات بیمه بیشتر از بیمارانی که بدون تحت خدمات بیمه است. اندازه اثر دوره های پیگیری نیز نشان می دهد که ۱۷ درصد از تفاوت آزمودنی ها در یک ماهه، از طریق انتساب به گروه ها، قابل تبیین است. این رقم در یک هفته سه ماهه، ششم ماهه و یک ساله به ترتیب به ۱۳، ۱۲، ۱۰ و ۱۴ درصد می رسد.

بحث و نتیجه گیری

بخش عظیمی از منابع خانوار بیماران دیالیزی صرف دریافت خدمات سلامت می شود که در کوتاه مدت و بلندمدت بر کیفیت زندگی خانوار بیماران دیالیزی اثرات منفی می گذارد. و بر میزان مراجعه به بیمارستان و پیگیری درمان اثر می گذارد. زیرا که این چنین هزینه خانوار را از دریافت سایر کالاها و خدمات چشم پوشی می کند. از این رو هدف اصلی این پژوهش ارزیابی خدمات بیمه بودن با میزان پیگیری دوره بیماری می باشد. اثرات بلندمدت هزینه های بیماران دیالیزی بدون خدمات بیمه باعث فروش و حراج دارایی ها، اتمام پس انداز و یا انباشت خانوار به همراه دارد. نتایج کلی نشان می دهد که داشتن بیمه پایه بر تعداد دفعات بار مراجعه بیماران برای دریافت خدمات بیشتر است. یافته های این پژوهش با یافته های نوی مان و همکاران (۲۰۱۰)، قاشی (۲۰۱۰)، بچلر و همکاران (۲۰۰۵)، کمیک پینترو و همکاران (۲۰۱۸)، عبدی و همکاران (۱۳۹۷)، بیرونوند و همکاران (۱۳۹۶)، رمضانی و همکاران (۱۳۹۵)، شاهقلیان و همکاران (۱۳۹۴)، الماسی و نادری (۱۳۹۳)، امینی و همکاران (۱۳۹۱)، رحیمی و همکاران (۱۳۸۵) هم سو می باشد. گرفتن هزینه های پرداختی از جیب خانوار بیماران دیالیزی باعث می شود که آنها را مراجعه به بیمارستان و دریافت خدمات سلامتی باز دارد. که همواره باید در محاسبات مربوط به برنامه ریزان سیاست گذاری خدمات سلامت مورد توجه قرار گیرد. نتیجه کلی می توان گفت که داشتن خدمات بیمه و بهره مندی افراد از دریافت خدمات بیشتر از کسانی است که بیمه خدمات ندارند. منجر به کاهش دفعات مراجعه کنندگان برای درمان بیماری خود است. هم چنین یافته های پژوهش نشان می دهد که ارائه خدمات بیمه در بین بیماران دیالیزی به دلیل اینکه مشکل روزمرگی دارند و روزانه در گیر این نوع بیماری هستند، آنها بیشتر ماهانه مراجعه می کنند. بیماران دیالیزی نیازمند این هستند که بتوانند از خدمات و پوشش بیمه برای کاهش هزینه های درمانی استفاده کنند. مسلمان بیمارانی که پشتونه مالی و خدماتی دارند بیشتر به فکر سلامتی خود هستند و میزان مراجعه آنها برای درمان بیشتر است. از این رو استفاده از خدمات بیمه می تواند به سلامت این گروه کمک کند و یک حمایت اجتماعی - اقتصادی به افرادی که دچار بیماری های مزمنی نظیر نارسایی کلیوی است، باشد. هر بار با مراجعه بیماران دیالیزی برای دریافت خدمات درمانی از بیمارستان احتمال مواجه خانوار با هزینه های مالی افزایش می یابد. زیرا هر باری که فرد دیالیزی به بیمارستان مراجعه کند میزان هزینه های بهداشتی خانوار بیشتر می شود و بار مالی بر روی دوش خانوار تحمیل می شود.

استفاده از بیمه درمانی خانوار می تواند اثرات منفی بر هزینه ها مالی خانواده بیماران دیالیزی را کاهش دهد. به طوری که خانوارهای که به بیمه های خدمات درمانی دسترسی دارند میزان هزینه آنها برای درمان بیماری کاهش می یابد و خانوارهای که بیمه درمانی ندارد تعداد دفعات مراجعه به بیمارستان کمتر است. از این رو می توان گفت که



دسترسی بیمار به مراقبت‌های بهداشتی را تضمین می‌کند. و خانواده‌های که تحت پوشش بیمه نیستند هزینه‌های ویزیت، پزشک دارو، آزمایش و هزینه‌های مستقیم دیالیزی و ... به طور مستقیم از جیب خود پرداخت می‌کنند و نتیجه اینکه دوباره و چندین دفعه به بیمارستان برای درمان بیماری خود مراجعه کند کمتر است.

مطابق با نتایج تعداد دفعات مراجعه با داشتن بیمه خدمات درمانی رابطه دارد و افرادی که دفعات استفاده از خدمات دیالیزی بیمارستان آنها افزایشی یابد که تحت پوشش بیمه هستند و احتمال اینکه بخش مهمی از هزینه درمان خود به وسیله بیمه درمانی تأمین کنند بیشتر و این خانوارها تمایل بیشتری نسبت به خانوارهای که بیمه درمانی ندارند بیشتر است.

حمایت‌های خدمات بیمه سلامت مشوق‌های هستند که از سوی دولت‌ها برای شهروند خود ارائه می‌کنند. دولت‌ها با دادن یارانه و خدمات درمانی بخش مهمی در حفظ سلامت افراد جامعه دارند. از این رو با کاهش خدمات بیمه می‌توان گفت افراد به دلیل مشکلات مالی کمتر به درمان بیماری خود می‌پردازند و میزان مراجعه و طول درمان هم کمتر است. از این رو با توجه به اینکه بیماری کلیوی در بین گروه‌های مختلف در کشور زیاد است پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران نظام سلامت به این گروه از بیمارهای مزمن از لحاظ خدمات بیمه سلامت توجه خاصی داشته باشند و در زمینه سلامت تعریفهای خاصی برای بیماران دیالیزی در نظر بگیرند. نظر به اینکه هزینه‌های خدمات درمانی بیماران دیالیزی زیاد است شامل هزینه، آزمایشگاه، تعداد دفعات مراجعه و دارو و نداشتن بیمه‌های خدمات درمانی پیشنهاد می‌شود که:

- فراهم آوردن امکانات بهداشتی و طرح پزشک خانواده برای بیماران دیالیزی که باعث ساماندهی نظام ارجاع و از سرگردانی بیماران و مراجعات مکرر آنها به مراکز مختلف جلوگیری می‌شود.

- تحت پوشش بیمه خدمات درمانی خانوارهای دارای بیماری دیالیزی و پرداخت یارانه به خانوار

- دولت ضمن با اتخاذ تمهیدات لازم برای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر، پوشش بیمه و مکانیزهای پیش پرداخت را گسترش دهد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه خانوارها و کادر درمانی بیمارستان شهید طالقانی شهرستان ارومیه که با قرار دادن وقت خود جهت انجام این کار پژوهشی محقق را یاری کرده‌اند صمیمانه سپاس‌گزاری می‌گردد.

منابع

ابراهیم پور، محبوبه و حسن میرزایی، بهار. (۱۳۸۷). بیماریهای دستگاه کلیه. چاپ اول. انتشارات احمدی فضلا، (۱۳۸۴) طراحی و ارزیابی مدل مراقبت پیگیر در کنترل بیماران مزمن عروق کرونر، پایان نامه دوره دکتری در رشته آموزش پرستاری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی.

آقایانی، کتابیون؛ حیدری، علیرضا و عقیقی، محمد. (۱۳۸۵). زندگی با نارسایی کلیه. چاپ اول. انتشارات تندیس آقایانی، کتابیون؛ حیدری، علیرضا و عقیقی، محمد. (۱۳۸۵). زندگی با نارسایی کلیه. چاپ اول. انتشارات تندیس امینی، زکیه؛ فاضل اصغر پور، اعظم؛ زراعتی، عباسعلی و اسماعیلی، حبیب الله (۱۳۹۱) تأثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر الگوی سازگاری «روی» بر فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران همودیالیزی، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴، ۲ (۱۲)؛ ۱۴۵ - ۱۵۴.

آندرولی، آ (۲۰۰۲) داروی ضروری برای بیماران کلیوی . ترجمه تیمورزاده، انتشارات. تهران



دوره ۴، شماره ۸، بهار سال ۹۹

برونر لیلان شولتس، سودارت لوریس اسمیت (۲۰۰۴) پرستاری بیماری کلیه داخلی _ جراح، ترجمه پوران سامی.
تهران انتشارات بشری.

بیرانوند، حسین؛ احمدی، علی اکبر؛ جوانمرد، مهدی؛ (۱۳۹۶) کارایی و اثربخشی برنامه بیمه سلامت همگانی از نظر سطح پوشش بیمه‌ای و عدالت توزیعی (مطالعه موردی در استان لرستان)، فصلنامه مطالعات مدیریت و کارآفرینی، دوره: ۳(۴) ۱۹۴ - ۲۰۷.

تاناگو، امیل ای. و مک آنیج، جک دبلیو. (۲۰۰۸). چکیده اورولوژی اسمیت. (ترجمه دکتر ابراهیم صفر زاده). انتشارات ارجمند، ۱۳۸۸.

تقی زاده افشاری، علی؛ قره‌آغاجی اصل، رسول؛ کاظم نژاد، انوشیروان (۱۳۸۵) بررسی تأثیر پیوند کلیه بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی ارومیه. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۱۷۵.(۳) ۱۷۰-۱۷۵.

توتونچیان، پرویز، (۱۳۷۵). گزارش عواض حاد حین کاتتر گذاری در رویدادهای اصلی جهت انجام همودیالیز در بیمارستان امام خمینی تهران، پایان نامه جهت دریافت دکتری پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

حریرچی محمد. (۱۳۸۴) مقایسه کیفیت زندگی در همودیالیز و بیماران پیوند کلیه. ۳(۲): ۱۱۷-۲۱.

حسن زاده، کمال الدین؛ بهلوی، ابوالفضل؛ هثیر، صمد؛ احمدی عصربدرا، یبدالله؛ و وقاری، سامان (۱۳۸۵). اشکال مختلف عملکرد جنسی در بیماران دیالیزی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۲۸(۲): ۴۸-۴۵.

رامبد، معصومه؛ پیروی، حمید ساربان، محمد تقی؛ و محبی نوبندگانی، زینت. (۱۳۸۹). پیروی از رژیم غذایی و مایعات در بیماران تحت همودیالیز. نشریه پرستاری ایران. ۲۳(۶۷): ۲۲-۱۴.

رحیمی، ابوالفضل؛ احمدی، فضل... و غلیاف، محمود (۱۳۸۵). بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی. مجله علوم پزشکی رازی؛ ۱۳(۵۲): ۱۲۳-۱۳۴.

رمضانی بدر، فرهاد؛ معینی، وحید؛ نعمتی خواه میثم؛ شیری قیداری، پروین؛ اخلاقی، مینا، تهرخانی، مهران (۱۳۹۵). بررسی کیفیت زندگی و برخی عوامل مرتبط با آن در بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی شهر زنجان. مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور؛ ۴(۱): ۵۷-۶۴.

شاهقلیان، ناهید؛ تاجداری، ستاره و نصیری؛ محمود (۱۳۹۴) تصویر ذهنی از جسم در بیماران تحت درمان با دیالیز، پژوهش پرستاری، ۱۰، ۳(۳۸): ۵۲-۵۰.

طیبی، علی، سلیمی، سید حسین؛ محمودی، حسین و تدریسی، سید داود (۱۳۸۹). مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۸(۵): ۴۶۱-۴۶۸.

عبدی، ژاله؛ حریرچی، ایرج؛ گوهری‌مهر، مهشاد؛ احمدنژاد، الهام؛ الوندی، رضوانه و عبدالعالکی، الهام (۱۳۹۷) وضعیت تأثیر بیمه پایه سلامت در بهره‌مندی از خدمات سرپایی ارائه شده توسط پزشک، فصلنامه بیمه سلامت، ۱(۳): ۶۷-۷۱.

فاسی، آنتونی و همکاران. (۲۰۰۸). اصول طب داخلی هاریسون بیماری‌های کلیه همراه با اطلس رنگی ترجمه بهار حسن میرزایی، محبوبه ابراهیم پور تحت نظارت محمدرضا گنجی). ویرایش هفدهم. نشر سماط - اندیشه رفیع، ۱۳۸۷.



فوسی؛ براون والد؛ کاسپر؛ هوسر؛ لانگو؛ جمسون و لوسکالزو. (۱۳۸۷). اصول طب داخلی هاریسون بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری. (ترجمه اکبر سیف، علی اصغر احمد راجی زیر نظر ایرج نجفی). انتشارات ارجمند قوامی هاله (۱۳۸۳)، تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس: ۲۵-۲۲.

الماسی، مجتبی و نادری، آمینه (۱۳۹۳) بررسی عوامل مؤثر بر هزینه‌های کمرشکن بیماران دیالیزی بیمارستان آیت الله طالقانی شهر ارومیه. تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی، ۵(۱) ۵۷-۶۴.

نجفی، ایرج؛ ارجمند، محسن و صراتی نوری، آیدین. (۱۳۸۹). مبانی طب داخلی سیسیل بیماری‌های کلیه. چاپ دوم. انتشارات ارجمند و نسل فردا.

نریمانی، کوروش (۱۳۸۵) بررسی کیفیت زندگی بیماران مرحله نهایی بیماری کلیوی تحت درمان با همودیالیز. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا. ۱۴؛ ۱۳۸۵(۲): ۲۶-۳۶.

Adham ML. (2003). Medication noncompliance in patients with chronic disease: Issues in dialysis and renal transplantation. *Am J Manag Care*. 9(2): 155-171.

Anderson M, Dobkin C, Gross T.(2012). The Effect of Health Insurance Coverage on the Use of Medical Services. *Am Econ J.4(1):1-27*. doi: 10.1257/pol.4.1.1.

Browne T, Merighi JR. (2010)Barriers to adult hemodialysis patients' self-management of oral medications. *American Journal of Kidney Diseases*. 56(3):547-557.

Buchmueller TC, Grumbach K, Kronick R, Kahn JG. (2005) The effect of health insurance on medical care utilization and implications for insurance expansion: a review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2005;62(1):3-30. doi: 10.1177/1077558704271718 pmid: 15643027

Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM(2001). Nursing: Concepts of Practice, 6th ed. St Louis, Mosby.

Centers for Disease C, Prevention(2009). Vital signs: health insurance coverage and health care utilization - United States, 2006-2009 and January-March. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(44):1448-54. pmid: 21063276.

Denhaerynck K., Manhaeve D., Dobbels F., Garzoni D., Nolte C., Geest D S. (2007). Prevalence and Consequences of Non-adherence to Hemodialysis Regimens. *Am J Critical Care*.16: 222-235.

Durose OC., Holdsworth M., Watson V., Przygrodzka F. (2004). Knowledge of Dietary Restrictions and the Medical Consequences of Noncompliance by Patients on Hemodialysis Are Not Predictive of Dietary Compliance. *J Am Diet Assoc*. 104: 35-41.

Freeman JD, Kadiyala S, Bell JF, Martin DP. (2008) The causal effect of health insurance on utilization and outcomes in adults: a systematic review of US studies. *Med Care*;46(10):1023-32. doi: 10.1097/MLR.0b013e318185 c913 pmid: 18815523.

Hajizadeh M, Nghiem H. (2011) Out Of Pocket Expenditure for Hospital Care in Iran: Who is at Risk of Incurring Catastrophic Payments. *I J H C F E*; 11(4): 1 -19.



- Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T(2018). Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Glob Health*.6(2):e152-e68. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30472-2 pmid: 29248365.
- Ghosh S.(2010) Catastrophic Payments and Impoverishment Due to Out Of Pocket Health Spending: The Effects of Recent Health Sector Reforms in India. A H P P Working Paper; 15(1): 1 -35
- Kemmick Pintor J, Chen J, Alcala HE, Langellier BA, McKenna RM, Roby DH, et al(2018). Insurance Coverage and Utilization Improve for Latino Youth but Disparities by Heritage Group Persist Following the ACA. *Med Care*;56(11):927-33. doi: 10.1097/MLR.0000000000000992 pmid: 30234767
- Molested S, Prescott L, Heaf J, Eidemak I. (2008)Assessment and Clinical Aspects of Health-Related Quality of Life In Dialysis Patients And Patients With Chronic Kidney Disease. *Nephron Clin Pract*;106(1):C24-C33.
- Martino, S. (2011). Motivational Interviewing to Engage Patients in Chronic Kidney Disease Management. *Blood Purif*. 31:77–81.
- Nonoyama ML, Brooks D, Ponikvar A, Vanita Jassal S, kontos P, Devins GM, et al(2010). Exercise program to enhance physical performance and quality of life of older hemodialysis patients: a feasibility study. *Int Urol Nephrol*.42(4):1125-30.
- Sayin A, Mutluay R, Sindel S. (2007) Quality Of Life In Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, And Transplantation Patients. *Transplant Proc*;39(10):3047-53.
- Stride M.(2011) Exercise and the patient with chronic kidney disease. *Br J Hosp Med*;72(4):200-4.
- Sanders, K A., Whited, A. & Martino, S. (2013). Motivational Interviewing for Patients with Chronic Kidney Disease. *Seminars in Dialysis*. 26(2):175–179.

**Relationship between insurance services and follow-up of disease course among dialysis patients in Shahid Taleghani Hospital in Urmia****Abstract**

The purpose of this study was to investigate the relationship between being under insurance services and the rate of follow-up of the disease among dialysis patients in Shahid Taleghani Hospital in Urmia. The research method was causal-comparative. The statistical population was all hemodialysis patients in Shahid Taleghani hospital in Urmia in 1398. The sample consisted of 60 hemodialysis patients (30 patients) and dialysis patients (30 patients) who were selected based on available sampling. The research instrument was a researcher-made questionnaire of disease follow-up. The reliability of the questionnaire was calculated using Cronbach's alpha method, which was above 70%. Content validity was also used to test the validity of the questionnaire for which the questionnaire was approved by the relevant expert. Descriptive statistics, mean and standard deviation, and inferential statistics of Leven test, Kolmogorov-Smirnov and covariance analysis were used for data analysis.

The results show that the mean follow-up rates among dialysis patients under insurance are higher than those without dialysis patients. The effect size also shows that 17% of the subjects had a difference of 13%, 12%, 10% and 14% in one week, three months, six months and one year, respectively.

Keywords: Under Insurance Services, Disease Tracking, Dialysis.