فصلنامه رویکردهای پژوهشی نو در علوم مدیریت

شماره ۱۷،
دوره اول،
سال سوم،
بهار ۱۳۹۹،
صص ۶۹-۸۷

# رابطه بین تحت خدمات بیمه بودن با میزان پیگیری دوره بیماری در بین بیماران دیالیزی بیمارستان شهید طالقانی شهرستان ارومیه

نسیم حاتمی 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 تائید 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.

۱ – فارغ التحصیل کارشناسی ارشد، مدیریت اجرایی گرایش بازاریابی و صادرات، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده مسئول) Nasimhatami98@gmail.com

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

**بیان مسئله**

بیمارانی که از بیماری‌های مزمنی نظیر نارسایی کلیه، رنج می‌برند، در زندگی خود دچار مشکلات زیادی هستند (مولستد[1] و همکاران،۲۰۰۸). نارسایی کلیوی در سراسر دنیا یکی از مهم‌ترین مشکلات عمده سلامت عمومی و فردی است (سایان[2] 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 الکترولیت‌ها 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، خستگی، ضعف، ناامیدی از آینده، انزوای اجتماعی، عدم تحرک اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس در بین بیماران رواج می‌یابد (استرید[3]،۲۰۱۱). بیماری دیالیزی اثرات زیادی بر روی کیفیت زندگی خانوادگی و اجتماعی، موقعیت‌های شغلی افراد بیمار دارد (طیبی 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 عمده‌ای در فعالیت‌ها مفید و علایق 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،[4] 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[5]و همکاران، ۲۰۱۸). که می‌توان با ارائه خدمات سلامت با کیفیت توام با تأمین منابع مالی در جهت عدالت سلامت در این گروه کوشید (فرمن[6]و همکاران،

[1] - Molested S, Prescott L, Heaf J, Eidemak I
[2] - Sayin A, Mutluay R, Sindel S.
[3] - Stride
[4] - Buchmueller.
[5] - Hogan.
[6] - Freeman.

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

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 عمدهای در فعالیت‌های مفید و علایق 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[1]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[2]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 بخشد (اندرسون، دوبکین و گروس[3] 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[4] 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[5] 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؟

[1] - Centers.
[2] - Kemmick Pintor.
[3] -Anderson M, Dobkin C, Gross T.
[4] - Orem, Taylor & Renpenning.
[5] - Browne, Merighi.

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

## 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 دنده‌های 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 (توبول ها) جریان پیدا می‌کنند. قسمت عمده این آب توسط لوله‌های کوچک باز جذب می‌شود و مواد زائد به‌صورت غلیظ وارد ادرار می‌شوند تا دفع گردند. 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 به‌طور 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).

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

## نشانه‌های بیماری کلیوی

بیماری کلیوی معمولاً بی‌سر و صدا پیشرفت می‌کند و پیش از ایجاد هر گونه شکایت موجب تخریب قسمت عمده‌ای از فعالیت و عملکرد کلیه می‌گردد. بنابراین افراد در معرض خطر پیشرفت بیماری کلیوی باید به‌طور مرتب مورد ارزیابی قرار گیرند. این افراد کسانی هستند که مبتلا به بیماری دیابت ملیتوس، پرفشاری خون، بیماری خود ایمنی، سن بالا، نژاد سیاه، سابقه‌ی خانوادگی بیماری کلیوی، سابقه نارسایی حاد کلیوی، حضور پروتئینوری، رسوب ادراری غیرطبیعی و نقائص ساختمانی مجرای ادراری می‌باشند (فوسی و همکاران، ۱۳۸۷). گاهی اوقات افراد با بیماری شدید کلیوی نیز بدون علامت می‌باشند. این موضوع اهمیت آزمایش خون یا آزمایش ادرار را در بررسی مشکلات کلیوی روشن می‌کند. به هر حال شکایات و علائم زیر می‌توانند نشانگر بیماری کلیوی باشند که در صورت وجود، انجام آزمایش‌ها و بررسی‌های بیشتر توصیه می‌شود. بعضی از علائمی که می‌تواند نشانگر بیماری کلیوی باشد عبارت‌اند 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، کم‌خونی، 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 کلیه‌ها 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 (حسن‌زاده 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 نارسائی حاد کلیوی گویند. نارسائی حاد کلیوی با درمان مناسب معمولاً قابل برگشت می‌باشد. کاهش غیر قابل برگشت عملکرد کلیه که بیش از ۳ ماه طول بکشد را نارسایی مزمن کلیه گویند و به مرحله‌ی پیشرفته‌ی آن که جهت ادامه‌ی حیات به دیالیز یا پیوند نیاز باشد را مرحله انتهایی بیماری کلیه گویند (فاسی و همکاران، ۲۰۰۸).

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

## تشخیص

یافته‌های آزمایشگاهی می‌تواند در تشخیص بیماری کلیوی به ما کمک کند این یافته‌ها عبارت‌اند از: کاهش حجم ادرار، پروتئینوری، وجود WBC و کاست چربی پهن در آزمایش ادرار، آنمی، تعداد پلاکت‌های طبیعی، افزایش زمان خونروی، اسیدوز پیشرونده و کاهش بیکربنات سرم، هیپر کلرمی و طبیعی بودن پتاسیم، هیپر کالمی، کاهش کلسیم سرم، افزایش فسفات سرم و افزایش سطح اسید اوریک (تانا گو و مک آنیچ، ۱۳۸۸). با آزمایش خون و اندازه‌گیری میزان کراتینین و محاسبه کلیرانس کراتینین می‌باشد. همچنین سونوگرافی و سایر بررسی‌های پاراکلینیک به کمک می‌آید. در مبتلایان به نارسایی حاد کلیه وقتی که کلیرانس کراتینین کلیه به کمتر از ۲۰ – ۱۵ میلی لیتر در دقیقه کاهش می‌یابد درمان جایگزین کلیوی شروع می‌شود.

## درمان

استفاده از یک روش دیالیز (همودیالیز یا دیالیز صفاقی) برای برقراری تعادل آب و الکترولیت‌های بدن و دفع سموم از بدن ضروری می‌باشد. 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 می‌گیرد. دیالیز فرایندی است که در تصفیه خون بیماران دچار نارسایی کلیه استفاده می‌شود. دیالیز به بیماران نارسایی مزمن کلیه این اجازه را می‌دهد که کمی در محدودیت غذایی خود آزادتر باشند (ابراهیم پور و حسن میرزایی، 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. به‌طور 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

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

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 وخامت بیماری در این بیماران همراه ادبیات سلامت به این موضوع اختصاص یافته است (مارتین[1] ۲۰۱۱). بر اساس بر آورد سازمان بهداشت جهانی تنها حدود ۵۰٪ از افرادی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند به صورت کامل از نسخه‌های درمانی شان پیروی می‌کنند (ساندرز[2]۲۰۱۳). 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 بستری شدن در بیمارستان منجر می‌شود که در نهایت افزایش هزینه مراقبت پزشکی را به همراه دارد (آدام[3] ۲۰۰۳). 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[4]و همکاران، ۲۰۰۷). 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). تبعیت از رژیم درمانی سبب کاهش میزان مرگ‌ومیر و ناتوانی بیمار و عوارض ناشی از همودیالیز (گرفتگی عضلانی، اختلالات تغذیه‌ای و عفونت خون) خواهد شد (دتهایریتک و همکاران، ۲۰۰۷). 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[5]و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از رامبد و همکاران،۱۳۸۹).

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

[1] - Martino.
[2] - Sanders
[3] - Adham ML
[4] - Denhaerynck.
[5] - Durose

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

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). 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، علی رغم 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[1] استئو دیستروفی[2]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 (دتهایریتک 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).

[1] - Hyperparathyroidism
[2] - osteodysthrophy

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

## پیشینه پژوهش

مطالعه نونی مان[1] 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 موردتوجه قرار گیرد. یافته‌های قاشی[2] (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 بچلر 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 از بستری مناسب برای مراجعه به بیمارستان است. پژوهش کمیک پینتر[3] و همکاران، (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که نابرابری‌های بیمه درمانی باعث می‌شود سلامت افراد به خطر بیفتد 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 ارائه‌شده توسط پزشک نشان می‌دهد که بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی از پزشک، 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 بیمه‌شده 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 تائید 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 قابل‌توجهی برخوردار است. مسلماً برنامه‌ریزی مناسب با تمرکز بر مهم‌ترین 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٪

[1] - Nonoyama
[2] - Ghosh.
[3] - Kemmick Pintor.

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

هزینه‌ای کمرشکن مواجه‌اند. هم چنین، عواملی هم چون تعداد دفعات استفاده از خدمات دیالیزی 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 نظیر 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 ویزیت پزشک، 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 بیمار، پذیرش بیماری آثار آن به عنوان سایه بر زندگی بیماری، که هزینه‌های 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 – مقایسه‌ای یا پس رویدادی است. با توجه به ماهیت مسئله اصلی پژوهش پس رویدادی بهترین روشی است که بر مبنای آن می‌توان 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 نمونه‌گیری 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 ویژگی‌های جمعیت شناختی با گروه دیالیزی تحت خدمات بیمه بودن

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

همتا شدند. از جمله شرایط ورود نمونه‌های پژوهش، نداشتن اختلال زمینه‌ای روانی و مصرف نکردن هر نوع داروی روان‌پزشکی و همچنین حداقل سواد، داشتن پنجم ابتدایی بود. در این پژوهش از پرسشنامه محقق ساخته مدت‌زمان پیگیری دوره بیماری (یک هفته، یک‌ماهه، سه‌ماهه، شش‌ماهه) استفاده خواهد شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه‌وتحلیل شدند. که از آزمون‌های آماری لون و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

**یافته‌ها**

بر اساس نتایج جدول ۱ از بررسی شاخص توصیفی مدت‌زمان پیگیری دوره بیماری در دو گروه مستقل تحت خدمات بیمه و بدون تحت خدمات بیمه مقادیر میانگین یک هفته (۷/۹۶)، یک‌ماهه (۸/۲۳)، سه‌ماهه (۷/۶۰)، شش‌ماهه (۷/۲۳)، یک‌ساله (۸/۰۳) در گروه بیماران دیالیزی تحت خدمات بیمه بیشتر از بیماران دیالیزی که بدون تحت خدمات بیمه بود (جدول شماره ۱).

**جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مدت‌زمان پیگیری دوره بیماری در دو گروه مستقل تحت خدمات بیمه و بودن تحت خدمات بیمه**

| مدت‌زمان پیگیری دوره بیماری | گروه‌ها | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|---|
| **یک هفته** | غیر تحت خدمات بیمه بودن | ۶/۴۰ | ۱/۸۱ |
| | تحت خدمات بیمه بودن | ۷/۹۶ | ۲/۲۵ |
| **یک‌ماهه** | غیر تحت خدمات بیمه بودن | ۶/۳۰ | ۱/۷۶ |
| | تحت خدمات بیمه بودن | ۸/۲۳ | ۲/۴۱ |
| **سه‌ماهه** | غیر تحت خدمات بیمه بودن | ۶/۰۶ | ۱/۶۵ |
| | تحت خدمات بیمه بودن | ۷/۶۰ | ۲/۳۲ |
| **شش‌ماهه** | غیر تحت خدمات بیمه بودن | ۶/۳۰ | ۱/۸۲ |
| | تحت خدمات بیمه بودن | ۷/۲۳ | ۲/۰۹ |
| | غیر تحت خدمات بیمه بودن | ۶/۵۶ | ۱/۸۵ |

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| **یک‌ساله** | تحت خدمات بیمه بودن | ۸/۰۳ | ۲/۲۸ |

هم‌چنین برای بررسی عادی بودن توزیع متغیر مدت‌زمان پیگیری دوره بیماری (یک هفته، یک‌ماهه سه‌ماهه، شش‌ماهه، یک‌ساله) از آزمون کولموگروف اسمیرونف استفاده شد. نتایج نشان داد تمام متغیرهای بررسی‌شده توزیع طبیعی دارند (p> ۰/۰۵). نتایج آزمون لون نشان داد واریانس متغیر مدت‌زمان پیگیری دوره بیماری بین گروه‌ها همگن است (F=.۵۹۸، df1 =۳، df2= ۵۶ p= ۰/۶۱۹) به‌دست‌آمده است.

**جدول ۲. آزمون لوین برای بررسی همسانی خطای واریانس**

| متغیر | F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|
| **مدت‌زمان پیگیری دوره بیماری** | ۰/۵۹۸ | ۳ | ۵۶ | ۰/۶۱۹ |

**جدول ۳. تحلیل واریانس یک‌راهه بین آزمودنی جهت مقایسه مدت‌زمان پیگیری دوره بیماری در دو گروه مستقل تحت خدمات بیمه و بدون تحت خدمات بیمه**

| منبع تغییر | متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | یک هفته | ۳۶/۸۱ | ۱ | ۳۶/۸۱ | ۸/۸۱ | ۰/۰۰۴ | ۰/۱۳۲ |
| | یک‌ماهه | ۵۶/۰۶ | ۱ | ۵۶/۰۶ | ۱۲/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۷۸ |
| | سه‌ماهه | ۳۵/۲۶ | ۱ | ۳۵/۲۶ | ۸/۶۲ | ۰/۰۰۵ | ۰/۱۲۹ |
| | شش‌ماهه | ۱۳/۰۶ | ۱ | ۱۳/۰۶ | ۳/۳۸ | ۰/۰۰۹ | ۰/۱۰۵ |
| | یک‌ساله | ۳۲/۲۶ | | ۳۲/۲۶ | ۷/۴۷ | ۰/۰۰۸ | ۰/۱۱۴ |
| خطا | یک هفته | ۲۴۲/۱۶۷ | ۵۸ | ۴/۱۷۵ | | | |
| | یک‌ماهه | ۲۵۹/۶۶۷ | ۵۸ | ۴/۴۷۷ | | | |
| | سه‌ماهه | ۲۳۷/۰۶۷ | ۵۸ | ۴/۰۸۷ | | | |
| | شش‌ماهه | ۲۲۳/۶۶۷ | ۵۸ | ۴/۸۵۶ | | | |
| | یک‌ساله | ۲۵۰/۳۳ | ۵۸ | ۴/۳۱۶ | | | |

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| کل | یک هفته | ۳۳۷۵/۰۰۰ | ۶۰ |
| | یک‌ماهه | ۳۴۸۴/۰۰۰ | ۶۰ |
| | سه‌ماهه | ۳۰۷۴/۰۰۰ | ۶۰ |
| | شش‌ماهه | ۳۰۷۵/۰۰۰ | ۶۰ |
| | یک‌ساله | ۳۸۴/۰۰۰ | ۶۰ |

بر اساس اطلاعات جدول ۳ با احتساب آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۰۹) در همه مدت‌زمان‌های پیگیری دوره بیماری تفاوت معناداری بین گروه‌ها، وجود دارد؛ به‌طوری‌که اطلاعات جدول ۲ نیز نشان می‌دهد میانگین مدت‌زمان پیگیری دوره بیماری، بیماران دیالیزی تحت خدمات بیمه، بالاتر از بیماران دیالیزی که بدون تحت خدمات بیمه می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدت‌زمان پیگیری دوره بیماری در بیمارانی که تحت خدمات بیمه بیشتر از بیمارانی که بدون تحت خدمات بیمه است. اندازه اثر دوره‌های پیگیری نیز نشان می‌دهد که ۱۷ درصد از تفاوت آزمودنی‌ها در یک‌ماهه، از طریق انتساب به گروه‌ها، قابل تبیین است. این رقم در یک هفته سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله به ترتیب به ۱۳، ۱۲، ۱۰ و ۱۴ درصد می‌رسد.

## بحث و نتیجه‌گیری

بخش عظیمی از منابع خانوار بیماران دیالیزی صرف دریافت خدمات سلامت می‌شود که در کوتاه مدت و بلندمدت بر کیفیت زندگی خانوار بیماران دیالیزی اثرات منفی می‌گذارد. و بر میزان مراجعه به بیمارستان و پیگیری درمان اثر می‌گذارد. زیرا که این چنین هزینه خانوار را از دریافت سایر کالاها و خدمات چشم‌پوشی می‌کند. از این رو هدف اصلی این پژوهش ارزیابی خدمات بیمه بودن با میزان پیگیری دوره بیماری می‌باشد. اثرات بلندمدت هزینه‌های بیماران دیالیزی بدون خدمات بیمه باعث فروش و حراج دارایی‌ها، اتمام پس‌انداز و یا انباشت خانوار به همراه دارد. نتایج کلی نشان می‌دهد که داشتن بیمه پایه بر تعداد دفعات بار مراجعه بیمارتان برای دریافت خدمات بیشتر است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های نونی مان و همکاران (۲۰۱۰)، قاشی (۲۰۱۰)، بچلر و همکاران (۲۰۰۵)، کمیک پینترو همکاران، (۲۰۱۸)، عبدی و همکاران (۱۳۹۷)، بیرانوند 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 می‌باشد. گرفتن هزینه‌های پرداختی از جیب

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

خانوار بیماران دیالیزی باعث می‌شود که آنها را مراجعه به بیمارستان و دریافت خدمات سلامتی باز دارد. که همواره باید در محاسبات مربوط به برنامه ریزان سیاست‌گذاری خدمات سلامت مورد توجه قرار گیرد. نتیجه کلی می‌توان گفت که داشتن خدمات بیمه و بهره‌مندی افراد از دریافت خدمات بیشتر از کسانی است که بیمه خدمات ندارند. منجر به کاهش دفعات مراجعه‌کنندگان برای درمان بیماری خود است. هم‌چنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ارائه خدمات بیمه در بین بیماران دیالیزی به دلیل اینکه مشکل روزمرگی دارند و روزانه درگیر این نوع بیماری هستند، آنها بیشتر ماهانه مراجعه می‌کنند. بیماران دیالیزی نیازمند این هستند که بتوانند از خدمات و پوشش بیمه برای کاهش هزینه‌های درمانی استفاده کنند. مسلماً بیمارانی که پشتوانه 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 می‌تواند به سلامت این گروه کمک کند و یک حمایت اجتماعی _ اقتصادی به افرادی که دچار بیماری‌های مزمنی نظیر نارسایی کلیوی است، باشد. هر بار با مراجعه بیماران دیالیزی برای دریافت خدمات درمانی از بیمارستان احتمال مواجه خانوار با هزینه‌های مالی افزایش می‌یابد. زیرا هر باری که فرد دیالیزی به بیمارستان مراجعه کند میزان هزینه‌های بهداشتی خانوار بیشتر می‌شود و بار مالی بر روی دوش خانوار تحمیل می‌شود.

استفاده از بیمه درمانی خانوار می‌تواند اثرات منفی بر هزینه‌ها مالی خانواده بیماران دیالیزی را کاهش دهد. به طوری که خانوارهای که به بیمه‌های خدمات درمانی دسترسی دارند میزان هزینه آنها برای درمان بیماری کاهش می‌یابد و خانوارهای که بیمه درمانی ندارد تعداد دفعات مراجعه به بیمارستان کمتر است. از این رو می‌توان 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 خودپرداخت 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

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

تعرفه‌های 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.

## منابع


ابراهیم پور، محبوبه و حسن میرزایی، بهار. (۱۳۸۷). بیماریهای دستگاه کلیه. چاپ اول. انتشارات

احمـــدی فضـــلا، (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، کتایون؛ حیدری، علیرضا و عقیقی، محمد. (۱۳۸۵). زندگی با نارسایی کلیه. چاپ اول. انتشارات تندیس

آقایانی، کتایون؛ 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 اله (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

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


[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

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 آنیچ، 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 مراکز درمانی ارومیه. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۱۷ (۳).۱۷۵-۱۸۰.

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؛ بهلولی، ابوالفضل؛ هژیر، صمد؛ احمدی عصربدر، یدالله؛ 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)؛ ۱۴ – ۲۲.

رحیمی، ابوالفضل؛ احمدی، فضل‌ا... 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).۵۲-۶۰.

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 عبدالمالکی، الهام (۱۳۹۷) وضعیت تأثیر بیمه پایه سلامت در بهره‌مندی از خدمات سرپایی ارائه‌شده توسط پزشک، فصلنامه بیمه سلامت، ۱ (۳):۶۷-۷۱

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

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

فوسی؛ براون والد؛ کاسپر؛ هوسر؛ لانگو؛ جمسون و لوسکالزو. (۱۳۸۷). اصول طب داخلی هاریسون بیماری های 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 اله طالقانی شهر ارومیه. تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی، ۵ (۱).۵۷-۶۴.

نجفی، ایرج؛ ارجمند، محسن و صراطی 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. ۱۳۸۵; ۱۴ (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

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., Przygrodzkz 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.

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

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.

Ghosh S.(2010) Catastrophic Payments and Impoverishment Due to Out Of Pocket Health Spending: The Effects of Recent Health Sectore Reforms in India. A H P P Working Paper; 15(1): 1 -35

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.

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.0000000000000 992 pmid: 30234767

Martino, S. (2011). Motivational Interviewing to Engage Patients in Chronic Kidney Disease Management. *Blood Purif*. 31:77–81.

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.

Nonoyama ML, Brooks D, Ponikvar A, Vanita Jassal S, kontos P, Devins GM, et al(2010). Exercise program to inhance physical performance and quality of life of older hemodialysis patients: a feasibility study. Int Urol Nephrol.42(4):1125-30.

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

Sanders, K A., Whited, A. & Martino, S. (2013). Motivational Interviewing for Patients with Chronic Kidney Disease. *Seminars in Dialysis*. 26(2):175–179.

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.

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]

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

**Nasim Hatami Novi**

MA Graduated, Marketing and Export Department, Executive Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran (Author in charge)
(Nasimhatami98@gmail.com)

## 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 Levon 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.

[ Downloaded from mail.jnraims.ir on 2026-11-18 ]