مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هجدهم، شماره ۸، مرداد ۱۳۹۵، صفحه ۷۲-۶۷

تأثیر بیمه درمان تکمیلی بر کیفیت زندگی خانوار

زینب حاجی‌تبار (MSc)[۱]، امیر اشکان نصیری‌پور (PhD)[۲]*، محمدعلی جهانی (PhD)[۳]

۱- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال
۲-گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات
۳-مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثربر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۴/۱۲/۲، اصلاح: ۹۴/۱۲/۱۲، پذیرش: ۹۵/۳/۱۲

خلاصه

سابقه و هدف: ماهیت بیمه مشارکت در خسارت و جایگزین نمودن اطمینان به جای عدم اطمینان است، بنابراین بیمه به عنوان یک روش مقابله با خطر پاسخی به شرایط نامطمئن و پر مخاطره است. لذا این مطالعه به منظور بررسی تأثیر بیمه درمان تکمیلی بر میزان کیفیت زندگی خانوار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۸۰خانوار ۱۳۹۳ در شهرستان بابل در دو گروه تحت پوشش بیمه های درمان تکمیلی و عدم پوشش بیمه تکمیلی انجام شد. کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-BRE در دو گروه بررسی و مورد مقایسه قرار گرفت. دامنه امتیاز از ۱۲۰-۲۴ می باشد. نمره ۶۰ و کمتر از آن کیفیت زندگی پایین و بالاتر از ۶۰ برای کیفیت زندگی بالا در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه دارای بیمه تکمیلی ۱۰/۷۷±۸۶/۷۵ و در افراد بدون بیمه تکمیلی برابر ۱۳/۴۳±۶۸/۰۷ بوده است (p<۰/۰۰۱). از بین ۲۵۴ خانواده ای که سطح بالایی از کیفیت زندگی را تجربه می کردند، ۲۴۲ نفر آن ها بیمه تکمیلی داشتند. در حالی که از ۱۲۶ خانواری که کیفیت زندگی پایینی داشته اند، ۶۴ نفر آنها بیمه تکمیلی نداشته اند (p<۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که دارا بودن بیمه تکمیلی در افزایش سطح کیفیت زندگی خانوار مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: بیمه درمان تکمیلی، کیفیت زندگی، شاخص سلامت.

مقدمه

در سطح جهان ارایه خدمات برای ارایه دهندگان خدمات در حال تغییر است (۲و۱) و برای گیرندگان خدمت هم بیمه یک نیاز و احتیاج است و هرچه تمدن توسعه می‌یابد به علت خطرات و ریسک‌های جدیدی که حیات و آرامش انسانها را تهدید می‌کند، نقش بیمه در تأمین آینده افراد، آرامش خاطر اجتماع، توسعه اقتصادی، اجتماعی و رفاه بشری آشکارتر می‌شود (۳). ماهیت بیمه مشارکت در خسارت و جایگزین نمودن اطمینان به جای عدم اطمینان است، بنابراین بیمه به عنوان یک روش مقابله با خطر پاسخی به شرایط نامطمئن و پر مخاطره است (۴). کیفیت زندگی،مفهوم گسترده‌ای است که خودارزیابی سلامت و تندرستی فرد را مطرح می‌کند که می‌تواند درک کلی از سلامت و تندرستی افراد را فراهم آورد (۵). سلامتی حق اساسی هر انسان و یک هدف اجتماعی است (۶) و تمام دولت‌ها موظف به تأمین سلامت افراد می‌باشند (۷). اگرچه تلاش های زیادی در خصوص تعریف، اندازه‌گیری و تمایز مفاهیم سلامتی و کیفیت زندگی صورت پذیرفته است، اما هنوز هم این مفاهیم به جای یکدیگر در مطالعات مربوط به سلامت و کیفیت زندگی استفاده می‌گردند (۸). کیفیت زندگی از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری آن در تحقیقات مختلف سلامتی، لازم و ضروری می‌باشد (۹). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ کیفیت زندگی را تصورات افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف،استانداردها و نگرانی های آنها تعریف می‌کند(۸). وجود نابرابری گسترده در توزیع درآمد به بروز فقر و افزایش دامنه آن منجرمی شود. از ابتدای قرن بیستم تا اواسط آن، توجه بیشتر اقتصاددانان کشورهای جهان به افزایش نرخ رشد اقتصادی معطوف شده بود ولی ازنیمه دوم به بعد، به ویژه از دهه ۱۹۷۰ با ملاحظه افزایش شکاف درآمدی میان فقرا و ثروتمندان و همچنین تحول درآگاهی عمومی برافزایش کیفیت زندگی تاکید شده است و توسعه بیمه های درمان باعث کاهش نابرابری درآمدها می شوند (۱۰). بیمه درمان تکمیلی نقش کلیدی دربعداقتصادی وسلامتی افراد دارا بوده و موجب افزایش سطح کیفیت زندگی و ایفای نقش‌های اجتماعی فرد می شود (۱۱). Bittoni و همکاران در مطالعه خود بیان نمودند که نبود بیمه درمان تکمیلی موجب کاهش دسترسی به مراقبت های بهداشتی می شود که خود موجب کاهش بازدهی سلامت افراد می گردد. این امر به نوبه خود می‌تواند کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی را دچار اختلال و رکود کند(۱۲). همچنین Penson و همکاران دریافتند که در خانواده‌های بدون داشتن بیمه درمانی، اثرات روانی بیماری و هزینه های آن بر خانواده و همچنین مشکلات اقتصادی-اجتماعی موجود در پایین بودن کیفیت زندگی نقش بسزایی دارند(۱۳). با توجه به این که بیمه‌های درمان تکمیلی با توزیع احتمالی خسارت بین افراد بیمه شده، هزینه‌های بیماری را بین تعداد زیادی

▣ این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد زینب حاجی تبار دانشجوی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه آزاد واحد تهران شمال می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر امیراشکان نصیری پور
آدرس: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده علوم پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. تلفن: ۰۲۱-۴۴۸۶۹۷۰۱
E-mail: nasiripour@srbiau.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.8.9.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.8.67]

از افراد تقسیم کرده و علاوه برکاهش بار هزینه‌های بیماران، اطمینان خاطر را برای کلیه بیمه‌شدگان به ارمغان آورده و رفاه بیشتری نصیب جامعه می‌کند(۱۴)، این مطالعه به منظور بررسی تأثیر بیمه درمان تکمیلی بر میزان کیفیت زندگی در خانوارهای شهرستان بابل در سال۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی به روش نمونه گیری از نوع تصادفی ساده و براساس جدول کرجسی و مورگان، بر روی ۳۸۰ خانوار در شهرستان بابل انجام شد. پس از هماهنگی با مدیریت سازمانهای بیمه و کسب اطلاعات در مورد خانوارهای شهرستان بابل پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگیWHOQOL-BREF در اختیار خانوارهای مورد مطالعه قرار گرفت. نمونه ها بر اساس داشتن و نداشتن بیمه تکمیلی در دو گروه فرد و زوج قرار گرفتند. اطلاعات در مورد کیفیت زندگی دو گروه با استفاده از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی-WHOQOL BREF، ۲۶سؤالی (شامل ۲۴ سؤال اختصاصی و ۲ سؤال عمومی) که پایایی و روایی پرسشنامه در مطالعه Nejat و همکاران مورد تائید قرار گرفته، جمع آوری شد (۱۵). قبل از تکمیل پرسشنامه توضیحات کافی به سرپرست خانوار داده شده و رضایت ایشان اخذ گردید. پرسشنامهWHOQOL-BREF دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط است. بطوری که به آیتم خیلی زیاد نمره ۵، زیاد نمره ۴، گزینه متوسط نمره ۳ و به گزینه کم و اصلاً، نمره۲و ۱ داده شد. دامنه امتیازها بین ۱۲۰-۲۴ بود. کسانی که نمره پرسشنامه آنها کمتر و مساوی ۶۰ بود،کیفیت زندگی پایین و افرادی که نمره بیشتر از ۶۰ گرفتند، کیفیت زندگی بالایی داشتند. پس از ورود داده‌ها در نرم افزار SPSS V22 با استفاده از آزمون آماری Mann–Whitney U test و رگرسیون لجستیک داده ها تجزیه و تحلیل شد و $p\leq ۰۵/۰$ معنی دارد در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی ۳۸۰ سرپرست خانواده برابر با ۵۶/۳۹±۴۴/۹ در محدوده ۷۲-۲۲ سال می باشد (جدول ۱). در بررسی مقایسه ابعاد متفاوت کیفیت زندگی، میانگین تمام ابعاد کیفیت زندگی در افراد با بیمه تکمیلی بیشتر از افراد بدون بیمه تکمیلی بود که از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($p<۰۰۱/۰$) (جدول ۲). میانگین کیفیت زندگی در افراد شرکت کننده که بیمه تکمیلی داشتند برابر با ۷۵/۸۶±۷۷/۱۰ و در افراد بدون بیمه تکمیلی برابر با ۰۷/۶۸±۴۳/۱۳ بوده که به طور معنی داری در افراد با بیمه تکمیلی بیشتر بود ($p<۰۰۱/۰$). از بین ۲۵۴ خانواده ای که سطح بالایی از کیفیت زندگی را تجربه می کنند، ۲۴۲ نفر آن ها بیمه تکمیلی داشته اند، در حالی که از ۱۲۶ خانواری که کیفیت زندگی پایینی دارند، ۶۴ نفر آنها بیمه تکمیلی ندارند و این ارتباط از نظر آماری معنی دار بوده است ($p<۰۰۱/۰$)(جدول ۳). در تحلیل چند متغیره رگرسیون لجستیک مدل Forward Stepwise LR مشخص گردید، در افرادی که بیمه تکمیلی نداشته اند کیفیت زندگی ۸۷ برابر پایین‌تر از افرادی بوده که بیمه تکمیلی داشته اند ($p=۰/۰۱$)(جدول ۴).

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک خانوارهای مورد مطالعه دارای بیمه‌ی پایه شهرستان بابل،۱۳۹۳

متغیر	فراوانی(درصد)
گروه سنی(سال)	
کمتر از ۳۰ سال	۷۰(۱۸/۴)
۳۱-۴۰	۱۵۱(۳۹/۷)
۴۱-۵۰	۱۱۴(۳۰/۰)
۵۱-۶۰	۳۲(۸/۴)
بیشتر از ۶۱ سال	۱۳(۳/۴)
جنسیت	
مرد	۲۹۴(۷۷/۴)
زن	۸۶(۲۲/۶)
سطح تحصیلات	
بی سواد	۲۲(۵/۸)
زیر دیپلم	۴۷(۱۲/۴)
دیپلم	۸۰(۲۱/۱)
فوق دیپلم	۵۲(۱۳/۷)
لیسانس	۱۳۰(۳۴/۲)
فوق لیسانس و بالاتر	۴۹(۱۲/۹)
شغل	
آزاد	۷۰(۱۸/۴)
کارمند	۱۵۶(۴۱/۱)
کارگر	۴۶(۱۲/۱)
مهندس	۲۳(۶/۱)
پزشک	۲۷(۷/۱)
پرستار	۲۳(۶/۱)
خانه دار	۲۴(۶/۳)
کشاورز	۱۱(۲/۹)
بیمه تکمیلی	
دارد	۲۵۴(۶۶/۸)
ندارد	۱۲۶(۳۳/۲)

جدول ۲. مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی در افراد با بیمه تکمیلی و بدون بیمه تکمیلی شهرستان بابل،۱۳۹۳

بیمه تکمیلی / متغیر	دارد Mean±SD	ندارد Mean±SD	P-value
سلامت جسمانی	۷۳/۲۱±۸۳/۳	۵۲/۱۷±۰۶/۴	<۰۰۰۱/۰
سلامت اجتماعی	۶۲/۱۰±۶۹/۱	۵۹/۸±۹۱/۱	<۰۰۰۱/۰
سلامت روانی	۸۰/۲۰±۷۳/۲	۶۰/۱۵±۸۷/۳	<۰۰۰۱/۰
سلامت محیط	۶۶/۲۶±۱۵/۴	۰۶/۲۱±۱۰/۴	<۰۰۰۱/۰

جدول ۳. بررسی سطح کیفیت زندگی به تفکیک بیمه درخانوارهای مورد مطالعه شهرستان بابل،۱۳۹۳

سطح کیفیت زندگی / بیمه تکمیلی	دارد تعداد(درصد)	ندارد تعداد(درصد)
بالا	۲۴۲(۶/۷۹)	۶۲(۴/۲۰)
پایین	۱۲(۸/۱۵)	۶۴(۲/۸۴)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.8.9.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.8.67]

جدول ۴. رگرسیون لجستیک مدل Forward Stepwise LR خانوارهای مورد مطالعه دارای بیمه شهرستان بابل،۱۳۹۳

متغیر	نسبت شانس	CI-95%	P-value
گروه سنی(سال)			
کمتر از ۳۰	۱	۱	
۳۱-۴۰	۵۱/۰	۱۵/۰-۱۷/۱	۲۸/۰
۴۱-۵۰	۴۸/۰	۱۴/۰-۶۵/۱	۲۴/۰
۵۱-۶۰	۳۶/۰	۰۸/۰-۶۶/۱	۱۹/۰
بیشتر از ۶۱	۰۱/۰	۰۰۱/۰-۱۹/۰	۰۰۲/۰
سطح تحصیلات			
بی سواد	۱	۱	
زیر دیپلم	۹/۱۵	۵۸/۱-۹۸/۱۶۰	۰۱/۰
دیپلم	۹/۵۴	۳۰/۵-۲/۵۷۰	۰۰۱/۰
فوق دیپلم	۶/۱۰۰	۱۶/۷-۳/۱۴۱۲	۰۰۱/۰
لیسانس	۳/۱۹۸	۱۵/۱۳-۶/۲۹۸۸	<۰۰۰۱/۰
فوق لیسانس و بالاتر	-	-	۹۹/۰
شغل			
آزاد	۱	۱	
کارمند	۰۷/۰	۰۰۴/۰-۵۷/۱	۰۹/۰
کارگر	۰۸/۱	۳۷/۰-۱۶/۳	۸۷/۰
مهندس	-	-	۹۹/۰
پزشک	۰۸/۰	-	۹۹/۰
پرستار	۰۱/۰	۰۰۱/۰-۴۴/۰	۰۱/۰
خانه دار	۲/۰	۰۵/۰-۷۶/۰	۰۱/۰
کشاورز	۶/۷	۹۵/۰-۳/۶۱	۰۶/۰
بیمه تکمیلی			
دارد	۱	۱	
ندارد	۰/۱۲۶	۰۰۲/۰-۴۳/۰	۰۱/۰

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، افزایش کیفیت زندگی خانوار شهرستان بابل در افرادی که بیمه درمانی تکمیلی دارند، مشاهده شده است. در مطالعه Syme و همکاران مشخص شد که داشتن بیمه و وضعیت اقتصادی مناسب خانواده ها در پایین آمدن میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌ها و افزایش رفاه اجتماعی آنان ارتباط مستقیم دارد(۱۶).

Adler و همکاران و Conlisk و همکاران در مطالعات خود ابراز داشتند که بیماران مبتلا به انواع سرطان که بیمه تکمیلی نداشته اند، میزان دسترسی کمتری به خدمات غربالگری، تشخیص و درمان به موقع داشته و روند زندگی آنها تحت تاثیر این موضوع قرار گرفته است که موجب پایین آمدن کیفیت زندگی آنها می شود (۱۸و۱۷). باید در نظر داشت که بسیاری از بیماری ها و بدخیمی به عوامل مختلفی مانند خصوصیات دموگرافیک، شرایط اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران بستگی دارد. لذا افزایش کیفیت زندگی به خودی خود می تواند پیشگیری کننده نیز باشد. این امر برای پزشکان، پژوهشگران و برنامه ریزان دولتی بسیار حائز اهمیت خواهد بود(۱۹).

Imai و همکاران در مطالعه خود دریافتند که استفاده از بیمه تکمیلی تاثیر شگرفی بر کیفیت زندگی مردم دارد. زیرا که بیمه می تواند یکی از راه‌های ارائه تسهیلات و خدمات برای خانوارها باشد که در هنگام بروز مشکلات و حوادث و بیماری ها بتواند نقش موثری داشته باشد وخانوارها می توانند از بیمه به عنوان تکیه گاه مناسبی استفاده نمایند و از این طریق موجب ارتقاء ابعاد مختلف کیفیت زندگی شوند(۲۰). Christine Lin و همکاران متوجه شدند خانواده هایی که از بیمه تکمیلی استفاده می کنند از آرامش و رضایت بیشتری برخوردارند که در نهایت کیفیت زندگی آنها بالا می رود(۲۱). با توجه به گسترش امکانات و تکنولوژی های جدید درمانی و افزایش روز افزون هزینه های پزشکی و هزینه های کمرشکن برای خانوارها به نظر می رسد که بیمه تکمیلی موجب رفع نگرانی‌های جدی خانوار می گردد و عرضه گسترده آن موجب ارتقا و سطح رفاه اجتماعی می شود.

یافته‌های پژوهش ما نشان داد، خانواده هایی که از بیمه درمانی تکمیلی استفاده می‌کنند، تمام ابعاد کیفیت زندگی آنها به مراتب بیشتر است. بنابراین با عنایت به این که بیمه درمانی تکمیلی بر ارتقای کیفیت سلامت خانوار تأثیر موثری دارد، می‌توان با برنامه ریزی مناسب و افزایش میزان دسترسی، اطمینان فکری گیرندگان خدمت را ارتقاء داد. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به همکاری کم بعضی از خانوارها در تکمیل پرسشنامه و دقت و حوصله کم در پاسخ به پرسشنامه اشاره نمود که منجر به حذف نمونه ها و انتخاب نمونه های جدید شده است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان کودکان امیرکلا دانشگاه علوم پزشکی بابل و سرکار خانم فائزه آقاجانپور پرسنل آن واحد و همه کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.8.9.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.8.67]

The Effect of Supplemental Health Insurance on Family Quality of Life

Z. Hajitabar (MSc)[1], A.A. Nasiripour (PhD)*[2], M.A. Jahani (PhD)[3]

1.Islamic Azad University, Teheran north Branch, Theran, I.R.Iran.
2.Department of Health Care Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, I.R.Iran
3.Research Center of Social Determinants of Health, Institute of Health, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 18(8); Aug 2016; PP: 67-72
Received: Feb 21th 2016, Revised: Mar 2th 2016, Accepted: Jun 1st 2016.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The essence of insurance is compensating damages and replacing uncertainty with peace of mind; and insurance, as a way of dealing with risk, is a response to insecure and risky situations. This study was carried out to investigate the effect of supplemental health insurance on family quality of life.

METHODS: This cross-sectional study was carried out in 2014-2015 (Hijri year 1393) using 380 families of Babol city (Mazandaran Province, Iran) in two groups; those benefiting from supplemental health insurance and those without supplemental health insurance. Quality of life (QOL) was studied and compared between the two groups using WHOQOL-BREF questionnaire. The score range was between 24 and 120. Scores lower than 60 were considered as low quality of life and scores higher than 60 were considered as high quality of life.

FINDINGS: Mean quality of life score for the group with supplemental health insurance was 86.75±10.77 while it was 68.07±13.43 for the people without supplemental health insurance ($p<0.001$). Out of 254 families that experienced high quality of life, 242 individuals had supplemental health insurance, whereas out of 126 families that experienced low quality of life, 64 individuals did not have supplemental health insurance ($p<0.001$).

CONCLUSION: Results of the study demonstrated that having supplemental health insurance enhances the quality of life.

KEY WORDS: *Supplemental health insurance, Quality of life (QOL), Health index*.

Please cite this article as follows:

Hajitabar Z, Nasiripour AA, Jahani MA. The Effect of Supplemental Health Insurance on Family Quality of Life. J Babol Univ Med Sci. 2016;18(8):67-72.

* **Corresponding author: A.A. Nasiripour (PhD)**
Address: Department of Health Services, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, I.R.Iran.
Tel: +98 21 44869701.
E-mail: nasiripour@srbiau.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.8.9.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.8.67]

References

1.Niazi Sh , Jahani MA, Mahmoodi Gh. Evaluation of human resources in the hospitals affiliated to babol university of medical sciences and social security of qaemshahr city based on the standards of the iranian ministry of health. J Babol Univ Med Sci. 2016;18(2):56-63.[In Persian]

2.Nasiripour AA, Tabibi S, Raeisi P, Jahani MA. Designing a model for hospital services globalization in iran. J Babol Univ Med Sci. 2010;12(1):86-94.[In Persian]

3.Dolan P, Kavetsos G, Tsuchiya A. Sick but satisfied: the impact of life and health satisfaction on choice between health scenarios. J Health Econ. 2013;32(4):708-14.

4.Wang Z, Zhang Y, Xiong F, Li H, Ding Y, Gao Y, et al. Association between medical insurance type and survival in patients undergoing peritoneal dialysis. BMC Nephrol. 2015;16(33):1-7.

5.Puthoopparambil SJ, Bjerneld M, Kallestal C. Quality of life among immigrants in Swedish immigration detention centres: a cross-sectional questionnaire study. Glob Health Act. 2015;8:28321.

6.Fang K, Shia BC, Ma S. Health insurance coverage, medical expenditure and coping strategy: evidence from Taiwan. BMC Health Servic Res. 2012;12(442):1-8.

7.Datobar H AS, Khafri S, Jahani M A, Naderi R. Patient's satisfaction of emergency department affiliated hospital of babol university of medical sciences in 2013-14. J Babol Univ Med Sci. 2016;18(4):56-62. [In Persian]

8.Donovan JL, Frankel SJ, Eyles JD. Assessing the need for health status measures. J Epidemiol Community Health. 1993;47(2):158-62.

9.King C. Overview of Quality of Life and Controversial Issues. 2nd. King C, Hinds P, Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2003. p. 29-42.

10.Cohen WA, Homel P, Patel NP. Does time affect patient satisfaction and health-related quality of life after reduction mammoplasty? Eplasty. 2016;21(7):16.

11.Zusman SP, Kushnir D, Natapov L, Goldsmith R, Dichtiar R. Oral health-related quality of life in the elderly in israel results from the national health and nutrition survey of the elderly 2005-2006. Oral Health Prev Dent. 2016;14(2):117-23.

12.Bittoni MA, Wexler R, Spees CK, Clinton SK, Taylor CA. Lack of private health insurance is associated with higher mortality from cancer and other chronic diseases, poor diet quality, and inflammatory biomarkers in the United States. Preventive Medicine. 2015;81:420-6.

13.Penson DF, Stoddard ML, Pasta DJ, Lubeck DP, Flanders SC, Litwin MS. The association between socioeconomic status, health insurance coverage, and quality of life in men with prostate cancer. J Clin Epidemiol. 2001;54(4):350-8.

14.Sender J. Africa's Economic Performance: Limitations of the Current Consensus. J Econ Perspectiv 1999;13(3):89-114.

15.Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. J School Pub Health Institute Pub Health Res. 2006;4(4):1-12.[In Persian]

16.Syme SL, Berkman LF. Social class, susceptibility and sickness. Am J Epidemiol. 1976;104(1):1-8.

17.Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, Folkman S, Syme SL. Socioeconomic inequalities in health. J Am Med Associat.1993;269(24):3140-5.

18.Conlisk EA, Lengerich EJ, Demark-Wahnefried W, Schildkraut JM, Aldrich TE. Prostate cancer: demographic and behavioral correlates of stage at diagnosis among blacks and whites in north carolina. Urology. 1999;53(6):1194-9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.8.9.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.8.67]

19.Alghnam S, Schneider EB, Castillo RC. Insurance status and health-related quality-of-life disparities after trauma: results from a nationally representative survey in the US. Qual Life Res. 2016;25(4):987-95.

20.Imai H, Fujii Y, Fukuda Y, Nakao H, Yahata Y. Health-related quality of life and beneficiaries of long-term care insurance in Japan. Health Policy. 2008;85(3):349-55.

21.Christine Lin C-W, Haas M, Moseley AM, Herbert RD, Refshauge KM. Cost and utilisation of healthcare resources during rehabilitation after ankle fracture are not linked to health insurance, income, gender, or pain: an observational study. Aus J Physiother. 2008;54(3):201-8.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.8.9.7]
[DOI: 10.22088/jbums.18.8.67]