



تدوین بسته بیمه‌ای خدمات توانبخشی عضلات کف لگن پس از زایمان به منظور کاهش هزینه‌های جراحی در درازمدت

مریم غمخور^۱ MA، مهدی رضایی^۲ MD، محمد عفت پناه^۳ MD، علیرضا نمازی شبستری^۴ MD، PhD، لیلا غمخور^۵ PhD

^۱ گروه مامایی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران

^۲ گروه ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

^۴ گروه روانپزشکی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۵ گروه سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: لیلا غمخور، پست الکترونیک: lghamkhar@yahoo.com

Citation: Ghamkhar M, Rezaee M, Effatpanah M, Namazi Shabestari A, Ghamkhar L. Developing an insurance package for pelvic floor muscle rehabilitation services after childbirth in order to reduce surgery costs in the long term. Iran J Health Insur. 2023;6(1):73-6.

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۳/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۲

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۸

سردبیر محترم:

می‌توان عفونت‌های قارچی و میکروبی، بوی نامطبوع، حساسیت پوستی و اختلالات خواب را نام برد [۵]. ایجاد نم و بوی نامطبوع ادرار بر روابط خانوادگی و اجتماعی تأثیرگذار است و باعث جدایی و انزوای اجتماعی بیمار می‌شود، ضمن اینکه در توانایی زن برای شرکت در فعالیت‌های ورزشی، تفریحی، خرید، فعالیت‌های جنسی و به طور کلی انواع کارهای معمول و روزانه اختلال ایجاد می‌کند [۷] که همین مسئله منجر به افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، پوکی استخوان و... نیز می‌شود.

بی‌اختیاری ادرار را می‌توان به صورت کیفی با توجه به توضیحات بیمار طبقه‌بندی کرد. دسته‌بندی علائم بی‌اختیاری ادرار شامل موارد زیر است:

* بی‌اختیاری ادرار استرسی (SUI): نشت غیرارادی ادرار که به دنبال زور زدن، عطسه یا سرفه است.

* بی‌اختیاری ادرار فوریتی (UII): نشت غیرارادی ادرار همراه با فوریت که یک میل شدید ناگهانی برای دفع ادرار است که به تاخیر انداختن آن دشوار است.

* بی‌اختیاری ادرار ترکیبی (MUI): وقتی شکایات SUI و UII همزمان وجود داشته باشند [۸].

بی‌اختیاری ادرار، یک بیماری اورولوژیکی شایع در بین زنان است [۱]. از منظر اقتصادی، این بیماری به عنوان یکی از بیماری‌های پرهزینه شناخته شده است [۲]. در ایالات متحده، سالانه ۲۰ میلیارد دلار برای درمان بی‌اختیاری ادرار هزینه می‌شود و تقریباً بین ۵۰ تا ۱۰۰۰ دلار برای هر فرد در سال گزارش شده است [۳]. هزینه‌های مدیریت بی‌اختیاری به دلیل افزایش تعداد جراحی‌ها، افزایش شیوع بی‌اختیاری استرسی و تمایل بیماران به بهبود کیفیت زندگی خود با انجام عمل جراحی افزایش یافته است [۴].

سازمان بهداشت جهانی بی‌اختیاری ادرار را یکی از اولویت‌های حوزه سلامت معرفی کرده است، زیرا بر ابعاد مختلف زندگی بیمار (اجتماعی، جسمی و روانی) تأثیرگذار است [۵]. از آثار منفی روانی بی‌اختیاری ادرار می‌توان به اضطراب، نگرانی، ناامیدی، تنش و استرس، کج خلقی، کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس اشاره کرد [۵]. شیوع افسردگی در بین زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد و اضطراب ۵۶ درصد گزارش شده است [۶]. از پیامدهای جسمی بی‌اختیاری ادرار نیز

روش‌های متفاوتی برای درمان این عارضه، از درمان‌های محافظه‌کارانه تا جراحی، پیشنهاد شده است. چنانچه درمان‌های محافظه‌کارانه جواب ندهد و یا بیمار دیر برای درمان مراجعه کند عمل جراحی گزینه جایگزین برای درمان خواهد بود. هزینه درمان بیمار در صورت نیاز به عمل جراحی شامل هزینه و خدمات پزشکی (جراح، متخصص بیهوشی)، هزینه تخت-روز بستری، هزینه‌های آزمایشگاهی، تجهیزات، دارو و سایر هزینه‌های مرتبط است. هزینه جراحی باتوجه به روش جراحی انتخابی، به‌عنوان مثال استفاده روش‌های اسلینگ، اورتروپکسی باز یا لاپاروسکوپی، کولپوسپانسیون، سوسپانسیون سوزنی و کولپورافی قدامی و هزینه‌های بیهوشی احتمالاً بسته به مدت زمان عمل، انتخاب مسیر جراحی و نوع بیهوشی (یعنی منطقه‌ای یا عمومی) متفاوت خواهد بود. در برخی بیماران نیز به علت عوارض جراحی همانند خونریزی، احتباس ادرار و یا عوارض مرتبط به تکنیک جراحی همانند جابه‌جایی یا خارج شدن اسلینگ نیاز به جراحی دیگری است که همین امر منجر به افزایش مضاعف هزینه‌های درمان می‌شود [۱۵]. این در صورتی است که میزان بهبودی گزارش شده در جراحی‌ها بین ۲۳ تا ۹۶ درصد است [۱۵].

با توجه به اینکه جراحی با خطرات همراه آن احتمالاً برای همه بیماران مناسب نیست اخیراً علاقه به درمان‌های محافظه‌کارانه بیشتر شده است [۱۵]. یکی از روش‌های محافظه‌کارانه‌ای که به‌طور چشمگیری در کاهش شیوع بی‌اختیاری ادرار در دوران پس از زایمان پیشنهاد شده، توانبخشی عضلات کف لگن در دوران نفاس (۶ هفته ابتدایی پس از زایمان) است. دوره نفاس پس از زایمان، یک دوره حیاتی برای توانبخشی مادر است [۱۶]. مراقبت‌های توانبخشی کف لگن مجموعه‌ای از درمان‌های بازآموزی برای بیماران مبتلا به کاهش عملکرد عضلات کف لگن پس از زایمان است که به‌طور مؤثر می‌تواند عضلات آسیب دیده کف لگن را ترمیم کند مضاف بر اینکه روشی بسیار کم‌هزینه است [۱۷]. مزایای توانبخشی زودهنگام پس از زایمان طبق نتایج مطالعات شامل:

- ۱- کاهش بروز بی‌اختیاری ادرار و افتادگی اندام‌های رحمی.
- ۲- افزایش رضایت جنسی.

طبقه‌بندی دیگر بی‌اختیاری بر اساس علت عملکردی آن است که نیاز به اندازه‌گیری همزمان فشار مثانه و رکتوم به همراه مشاهده از دست دادن ادرار در طول پر شدن مثانه دارد. این آزمایش بالینی تهاجمی (سیستومتري پرکننده) نیاز به سوندگذاری مثانه دارد و به همین دلیل عموماً زمانی انجام می‌شود که طبقه‌بندی دقیق‌تری مورد نیاز باشد. این تست، بی‌اختیاری استرسی یورودینامیک (USI) ناشی از ضعف خروجی مثانه را از بی‌اختیاری بیش‌فعالی دترسور (DO) که به دلیل انقباض غیرارادی عضله مثانه است متمایز می‌کند.

* بی‌اختیاری استرسی یورودینامیکی (USI): نشئت غیرارادی ادرار در حین افزایش فشار شکمی در غیاب انقباض دترسور.
 * بی‌اختیاری بیش‌فعالی دترسور (DO): نشئت ادرار به دلیل انقباض غیرارادی عضله دترسور [۸].

زایمان، خصوصاً زایمان طبیعی، یکی از مهم‌ترین عواملی است که منجر به بی‌اختیاری ادرار در زنان می‌شود. میزان شیوع بی‌اختیاری ادرار در زایمان طبیعی ۵۸ درصد و در سزارین ۴۳ درصد گزارش شده است [۹]. زایمان طبیعی منجر به آسیب مکانیکی عضلات کف لگن می‌شود. پارگی پرینه و برش جانبی در حین زایمان می‌تواند سبب آسیب عضلات کف لگن، عصب و کاهش قدرت عضلات مذکور شود [۱۰]. عوامل دیگری همچون بزرگ بودن جنین، روند طولانی زایمان و تجهیزات مورد استفاده در حین زایمان نیز می‌توانند منجر به آسیب بافت‌های کف لگن و اطراف شوند [۷]. شیوع بی‌اختیاری ادرار پس از زایمان بین ۴۵ تا ۵۵ درصد گزارش شده است [۱۱]. تقریباً ۳۸ تا ۶۱ درصد زنان پس از اولین بارداری خود دچار بی‌اختیاری ادرار می‌شوند که در نیمی از آنها تا ۸ هفته پس از زایمان و در تقریباً ۳۵ درصد از آنها تا ۲ ماه پس از زایمان همچنان بی‌اختیاری وجود دارد [۱۲]. تقریباً ۷۳ درصد از زنانی که از بی‌اختیاری ادرار پس از زایمان رنج می‌برند تا ۶ سال پس از زایمان همچنان علائم بی‌اختیاری را گزارش می‌کنند [۱۳]. نتایج یک مطالعه مروری نشان می‌دهد که میزان شیوع کلی بی‌اختیاری ادرار در زنان ایرانی ۴۶ درصد، بی‌اختیاری استرسی ادرار ۳۴ درصد، فوریتی ۱۹ درصد و بی‌اختیاری ترکیبی ۲۴ درصد است [۱۴].

توانبخشی عضلات کف لگن پس از زایمان و نیز بی میلی بیماران به درمان های جراحی به علت بالا بودن هزینه های جراحی و عوارض آن، سبب شده تا بیماران سال ها با مشکلات و عوارض بی اختیاری زندگی کنند و از یک زندگی با کیفیت محروم باشند. بدین جهت پیشنهاد می شود بسته خدمات توانبخشی پس از زایمان تدوین شود، خرید راهبردی آن توسط شورای عالی بیمه صورت بگیرد و تمام مراکز زنان و زایمان مکلف به اجرای آن باشند.

تأییدیه اخلاقی: موردی برای گزارش وجود ندارد.
سهیم نویسندگان: همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه و تدوین این مقاله داشتند.
تعارض منافع: نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را اعلام نکردند.
منابع مالی: این مقاله از هیچ گونه منابع مالی برخوردار نبوده است.

References

1. Leroy L, Lopes MH. Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(2):346-53. doi: [10.1590/S0104-11692012000200018](https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200018).
2. Quiboeuf E, Saurel-Cubizolles MJ, Fritel X. Trends in urinary incontinence in women between 4 and 24 months postpartum in the EDEN cohort. *BJOG* 2016;123(7):1222-8. doi: [10.1111/1471-0528.13545](https://doi.org/10.1111/1471-0528.13545).
3. Subak LL, Brubaker L, Chai TC, Creasman JM, Diokno AC, Goode PS, et al. High costs of urinary incontinence among women electing surgery to treat stress incontinence. *Obstet. Gynecol*. 2008;111(4):899-907. doi: [10.1097/AOG.0b013e31816a1e12](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31816a1e12).
4. Lowder JL, Barker MA, Ferzandi T, Gardiner H, Hall EF, Nihira M, et al. Developing an advanced alternative payment model for stress urinary incontinence. *Urogynecology*. 2021;27(4):217-22. doi: [10.1097/SPV.0000000000000997](https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000997).
5. Agarwal BK, Agarwal N. Urinary incontinence: prevalence, risk factors, impact on quality of life and treatment seeking behaviour among middle aged women. *Int Surg J*. 2017;4(6):1953-8. doi: [10.18203/2349-2902.isj20172131](https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20172131).
6. Bilgic D, Beji NK, Ozbas A, Cavdar İ, Yalcin O. Approaches to cope with stress and depression in individuals with urinary incontinence. *Gynecol Obstet Investig*. 2016;82(2):181-7. doi: [10.1159/000446955](https://doi.org/10.1159/000446955).
7. Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D. Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and

۳- بهبودی قابل توجه احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی.

۴- بهبود کیفیت زندگی است [۱۸].

چنانچه این توانبخشی در زمان مناسب خود انجام نگیرد، در درازمدت زنان ناچار به انجام اعمال جراحی با خطر و هزینه بالا برای کاهش و یا بهبود علائم هستند. در مدل مبتنی بر نرخ درمان، کم هزینه ترین روش درمانی با بیشترین تأثیر، مداخله در سبک زندگی و به دنبال آن بازآموزی عضلات کف لگن با یا بدون بیوفیدبک است و پرهزینه ترین روش با تأثیر کمتر، تغییر سبک زندگی و به دنبال آن عمل جراحی است [۱۸]. به عنوان مثال هزینه جراحی بی اختیاری ادرار در سال ۱۹۹۷ در امریکا تقریباً ۱۰۳۲ میلیون دلار بوده و در سال ۲۰۰۶ این هزینه تقریباً دو برابر رشد داشته است. پیش بینی می شود با توجه به افزایش این اختلال در سال های جاری، میزان هزینه جراحی رشد فزاینده ای داشته باشد [۱۹].

تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم، پاسخگویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه های سلامت، ۳ هدف اصلی نظام سلامت بیمه است. نظام سلامت ایران طی ۳ دهه گذشته شاهد اصلاحاتی برای توسعه پوشش خدمات سلامت و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، آموزش و کاهش پرداخت از جیب مردم بوده است [۲۰]. توزیع عادلانه امکانات و تسهیلات بهداشتی درمانی یکی از نیازهای اصلی افزایش سطح بهره مندی جامعه از شاخص سلامت عمومی است. بنابراین دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی-درمانی برای همه مردم در یک جامعه، موجب ارتقای سطح سلامت و ایجاد فرصت برابر در بین افراد جامعه در هر منطقه جغرافیایی می شود. به دلیل اینکه بخش عظیمی از بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت مربوط به صندوق روستایی است و بخش زیادی از زاد و ولد نیز مربوط به روستا نشینان است، باید آموزش های مراقبتی بهداشتی پس از زایمان به عنوان یک اصول درمانی مهم و ضروری خصوصاً برای این عده از افراد در نظر گرفته شود.

رشد بالای عارضه بی اختیاری ادرار در بین زنان پس از زایمان نیازمند ملاحظات بیشتری است. نادیده گرفته شدن اهمیت

- functional status in women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(1):80-7. doi: [10.1067/mob.2002.124839](https://doi.org/10.1067/mob.2002.124839).
8. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3:17042. doi: [10.1038/nrdp.2017.42](https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.42).
 9. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG.* 2000;107(12):1460-70. doi: [10.1111/j.1471-0528.2000.tb11669.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11669.x).
 10. Ghorat F, Jafarzadeh Esfehiani R, Sharifzadeh M, Tabarraei Y, Aghahosseini SS. Effect of vaginal delivery and cesarean section on early pelvic floor dysfunction in primiparas. *J Prev Med Chin Peoples Liberat Army.* 2017;9(3):3991-6. doi: [10.19082/3991](https://doi.org/10.19082/3991).
 11. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community base epidemiological survey of the female urinary incontinence: The Norwegian EPICONT study. *J Clin Epidemiol.* 2000;53:1150-7. doi: [10.1016/S0895-4356\(00\)00232-8](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(00)00232-8).
 12. Wilson PD, Herbison RM, Herbison JP. Obstetric practice, and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996;103(2):154-61. doi: [10.1111/j.1471-0528.1996.tb09668.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1996.tb09668.x).
 - 13) Lin K-L, Chou S-H, Long C-Y. Effect of Er:YAG laser for women with stress urinary incontinence. *Biomed Res Int.* 2019;2019 7915813. doi: [10.1155/2019/7915813](https://doi.org/10.1155/2019/7915813).
 14. Rashidi F, Hajian S, Darvish S, Alavi Majd H. Investigating the prevalence of urinary incontinence in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.* 2019;21(12):94-102.
 15. Sanavi S. Treatment of Urinary Incontinence in Women: A Challenge between Conservative and Surgical Therapy. *J Socialomics.* 2011;1:e101. doi: [10.4172/2167-0358.1000e101](https://doi.org/10.4172/2167-0358.1000e101).
 16. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenat Med.* 2010;4(2):22-5.
 17. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2019;30(11):1849-55. doi: [10.1007/s00192-019-04019-3](https://doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3).
 18. Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess.* 2010;14(40):1-188. doi: [10.3310/hta14400](https://doi.org/10.3310/hta14400).
 19. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond).* 2013;9(3):265-77. doi: [10.2217/WHE.13.17](https://doi.org/10.2217/WHE.13.17).
 20. Mosadeghrad AM. Rethinking Health reforms in Iran: letter to the editor. *Tehran Univ Med J.* 2020;78(7):473-4. [Persian]