



تنظیم خانواده

کتاب راهنمای جهانی برای ارائه‌دهنگان خدمات بهداشتی

راهنمای مبتنی بر شواهد تدوین شده توسط همکاری
مشارکتی جهانی



یک راهنمای اصلی سازمان بهداشت جهانی در مورد تنظیم خانواده

تجدید نظر بعدی برنامه‌ریزی شده: ۲۰۱۲

جان هاپکینز
دانشکده بهداشت عمومی بلومبرگ
مرکز برنامه‌های ارتباطی
پروژه INFO

سازمان بهداشت جهانی
دیپارتمان
تحقیق و بهداشت باروری

آژانس توسعه بین‌الملل ایالات متحده
واحد بهداشت خانواده
اداره جمعیت و بهداشت باروری

برنام خداوند جان و خرد

نام کتاب:

تنظیم خانواده: کتاب راهنمای جهانی برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی

مترجمین:

گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، به ترتیب حروف الفبا شامل:

- ریحانه ایوان بقا
- سهیلا بانی
- شیرین حسنپور
- نیلوفر ستارزاده
- مهناز شهنازی
- فهیمه صحتی شفائی
- فرناز صدری مهر
- سیمین صیدی
- مهین کمالی فرد
- عزیزه فرشبات خلیلی
- دکتر سکینه محمدعلیزاده چرندابی
- جمیله ملکوتی
- فربیا هامونی
- پریسا یاوری کیا
- * - شهلا همتزاده

ویراستاران متن فارسی:

- دکتر سکینه محمدعلیزاده چرندابی
- شهلا همتزاده
- ریحانه ایوان بقا

با نظرات:

- دکتر سکینه محمدعلیزاده چرندابی

* عضو گروه مامایی دانشگاه آزاد تبریز

پیشگفتار

از طرف سازمان بهداشت جهانی

وظیفه تنظیم خانواده به اتمام نرسیده است. علی‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر در چند دهه‌ی اخیر، بیش از ۱۲۰ میلیون زن در سراسر دنیا با وجود اینکه خواهان جلوگیری از حاملگی هستند، ولی خود و شرکای جنسی آنها از وسائل جلوگیری از حاملگی استفاده نمی‌کنند. علی‌متعددی برای این نیاز برآورده نشده وجود دارند که عبارتند از: امکانات ارائه خدمت و وسائل پیشگیری هنوز در همه جا در دسترس نیستند یا انتخاب‌ها محدود هستند. ترس از عدم مقبولیت اجتماعی یا مخالفت شریک جنسی موانع قوی را ایجاد می‌نماید. نگرانی‌های مربوط به عوارض جانبی و سلامتی مانع استفاده برخی افراد می‌شود، سایر افراد معلومات کافی در مورد روشهای تنظیم خانواده و نحوه مصرف آنها ندارند. این افراد اکنون نیازمند کمک هستند.

میلیون‌ها نفر دیگر با وجود استفاده از روشهای تنظیم خانواده برای جلوگیری از حاملگی، به دلایل مختلف دچار شکست می‌شوند. آن‌ها ممکن است آموزش‌های واضح در مورد نحوه صحیح استفاده از روشن‌ها را دریافت نکرده یا روش مناسب‌تر برای خود را دریافت نکرده‌اند، به طور صحیح در زمینه آثار جانبی آماده نشده‌اند و یا وسائل ضدبارداری آنها به اتمام رسیده و امکان تهیه بموقع وسائل نیاز به کمک بیشتری دارند.

به علاوه، وظیفه تنظیم خانواده هرگز پایان نخواهد یافت. در ۵ سال آینده حدود ۶۰ میلیون دختر و پسر به بلوغ جنسی خواهند رسید. نسل به نسل، همیشه افرادی وجود خواهند داشت که نیازمند مراقبتهاي تنظيم خانواده و سایر مراقبتهاي بهداشتی می‌باشند.

در حالی که چالش‌های اخیر در راستای سلامت در سراسر دنیا زیاد و جدی هستند، نیاز به کنترل باروری خویشتن بیش از سایر موضوعات سلامت در زندگی بیشتر افراد احساس می‌شود. این امر برای رفاه مردم، بخصوص زنان، بسیار مهم بوده و برای تأمین حق تصمیم‌گیری برای خویشتن آن‌ها اساسی می‌باشد.

این کتاب چگونه می‌تواند کمک کند؟ از طریق توانمند کردن ارایه دهنده‌گان خدمات بهداشتی برای ارایه مراقبتهاي بهتر به افراد بیشتر. این کتاب به روشی آسان و به سهولت قابل استفاده، شواهد علمی را به رهنمودهای عملی استفاده از همه روش‌های اصلی جلوگیری از حاملگی برمی‌گرداند. این راهنما منعکس کننده توافق جمعی دانشمندان از سازمان‌های رهبری کننده سلامت در سراسر دنیا می‌باشد. با در دسترس داشتن این کتاب، ارایه دهنده خدمات بهداشتی می‌تواند با اطمینان به مراجعین دارای نیازهای بسیار متفاوت ارائه خدمت نموده و با دانش کافی طیف وسیعی از روشهای تنظیم خانواده را پیشنهاد نماید.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) از همکاری بسیاری از افراد در سراسر دنیا که منجر به تدوین این کتاب شده است، قدردانی می‌نماید. چنین همکاری با توافق جمیع در تدوین کتابی مبتنی بر شواهد با این عمق و وسعت، موقوفیت بسیار بزرگی است. WHO از دانشکده بهداشت عمومی/مرکز برنامه‌های ارتباطات دانشگاه جان هاپکینز در بلومبرگ برای همکاری ارزشمند آنها در تهیه این کتاب تشکر ویژه دارد. WHO همچنین از تعهد و توجه بسیاری از سازمانها - نمایندگی‌های ملل متعدد، اعضاء کنسرسیویوم اجرای بهترین عملکردها Practices Consortium)(Implementing Best کتاب و فراهم کردن حمایت مالی برای طیف وسیعی از نمایندگی‌های دولتی و سایر شرکای توسعه‌ای جهت پخش این کتاب به ارایه دهنده خدمات بهداشتی سراسر دنیا تشکر می‌کند. این تلاش‌های دست‌جمعی نشان می‌دهد که وظیفه ارتقاء سلامت جهانی در دست افراد شایسته‌ای است.

Paul F.A Van Look, MD PhD FRCOG

رئیس بخش تحقیق و بهداشت باروری، سازمان بهداشت جهانی

از طرف آژانس توسعه بین‌الملل ایالات متحده

رهنودهای عملی روزآمد این کتاب راهنمای جدید به ارتقای کیفیت خدمات تنظیم خانواده و به حداکثر رساندن دسترسی افراد به این خدمات کمک خواهد کرد. این کتاب راهنمایی تواند به ارایه دهنگان خدمات بهداشتی در کمک به مراجعین جهت انتخاب روش تنظیم خانواده، حمایت از استفاده موثر، و حل مشکلات مراجعین پاری نماید. مدیران و مدرسین نیز می‌توانند از این کتاب استفاده نمایند.

اگر چه این کتاب راهنمای م موضوعات زیادی را پوشش می‌دهد، چهار موضوع کلی آن عبارتند از:

۱. تقریباً هر فردی می‌تواند به طور بی‌خطر از تقریباً همه روشها استفاده کند و ارایه غالب روشها معمولاً پیچیده و مشکل نیست. بنابراین، روش‌ها را می‌توان به طور گسترده در دسترس قرار داده و ارائه نمود، حتی در مناطقی که منابع مراقبت بهداشتی کاملاً محدود هستند. این کتاب فرسته‌های متعددی را برای انتخاب، شروع و تعویض روش‌های تنظیم خانواده به طور مناسب برای افراد تعریف نموده و توضیح می‌دهد.

۲. روش‌های تنظیم خانواده موقعي که به طور مناسب ارائه شوند، می‌توانند موثر باشند. برای کسب بیشترین تأثیر برخی روش‌ها، مانند قرص‌ها و کاندوم‌ها، عملکرد وظیفه شناسانه خود استفاده کننده ضروری می‌باشد. کمک و حمایت ارائه دهنگان خدمات بهداشتی، به عنوان مثال بحث در مورد آثار جانبی احتمالی شایع، اغلب می‌تواند باعث بهبود عملکرد استفاده‌کنندگان شود. بعضی از روش‌ها، مانند عقیم سازی یا IUD گذاری، نیازمند این هستند که ارائه دهنده خدمات بهداشتی پروسیجر را به طور صحیح انجام دهد. آموزش در مورد اجرای پروسیجرها در این کتاب بسیار مختصر بوده، این کتاب رهنودها و اطلاعات مورد نیاز ارائه‌دهنگان برای حمایت از استفاده موثر و مستمر روش‌های جلوگیری از حاملگی را ارایه می‌کند.

۳. مراجعین جدید معمولاً در موقع مراجعه به مراکز خدماتی روشی را از قبل در نظر دارند و این روش معمولاً بهترین انتخاب برای آنها است. از میان طیف گسترده روش‌های جلوگیری که فرد می‌تواند به طور بی‌خطر استفاده کند، اهداف و ترجیحات مراجعه کننده باید تعیین کننده تصمیمات در مورد تنظیم خانواده باشد. برای یافتن و استفاده از مناسبترین روش، مراجعه کننده به اطلاعات خوب و در اغلب موارد، کمک فکری در مورد انتخاب بهترین روش نیاز دارد. این کتاب فراهم آورنده اطلاعاتی می‌باشد که مراجعه کننده و ارایه دهنده خدمات ممکن است بخواهد با همدیگر در نظر بگیرند.

۴. بسیاری از مصرف کنندگان مداوم نیاز به حمایت کمی داشته و دسترسی آسان برای آنها نقش کلیدی دارد. برای مددجویانی که در حال استفاده از روشی بوده و با مشکلات و نگرانی‌هایی مواجه هستند، کمک و حمایت نقش اساسی را دارد. این کتاب راهنمای توصیه‌های مشاوره‌ای و درمانی برای چنین مصرف کنندگانی را فراهم می‌کند.

با همکاری سازمان بهداشت جهانی و بسیاری از سازمان‌ها، متخصصان متعددی جهت تدوین این کتاب با همدیگر کار کردند. آژانس توسعه بین‌المللی ایالات متحده مفتخر است که توانسته است از کار سازمان‌های مشارکت کننده متعدد و نشر این کتاب حمایت نموده و همچنین در توسعه محتوای آن مشارکت نماید. همراه با ارایه دهنگان خدمات تنظیم خانواده که از این کتاب استفاده می‌نمایند، ما همه تلاش می‌کنیم تا دنیا را به مکانی بهتر تبدیل کنیم.

James D. Shelton, MD
صاحب‌نظر ارشد در پزشکی، اداره جمعیت و
بهداشت باروری
واحد بهداشت جهانی
آژانس توسعه بین‌الملل ایالات متحده

به نام خداوند جان و خرد

قابل توجه خوانندگان گرامی

امروزه ارتقای کیفیت خدمات نگرانی عمده بحثهای بین‌المللی در زمینه تنظیم خانواده و مراقبتهای بهداشت باروری می‌باشد. هدف اصلی از ارتقای کیفیت خدمات، حفاظت از حقوق مراجعتکنندگان، ترغیب بیشتر افراد نیازمند جهت مراجعته و دریافت خدمات، و افزایش اثربخشی خدمات ارائه شده می‌باشد. این موارد همگی می‌توانند میزان حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده را که یک معضل عمدۀ جهانی و ملی می‌باشد، بطور چشمگیری کاهش دهد و در تامین حقوق افراد در زمینه داشتن نوانی تولید مثل و آزادی جهت تصمیمگیری برای داشتن یا نداشتن فرزند، زمان بچادر شدن و تعداد فرزندان نقش بسزایی داشته باشند. این حقوق طی بیانیه کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره، سال ۱۹۹۴ میلادی توسط نمایندگان رسمی ۱۷۹ کشور، از جمله ایران، به تصویب رسیده و این کشورها متعهد شده‌اند دسترسی همگانی به خدمات بهداشت باروری را تا سال ۲۰۱۵ فرآهم نمایند.

اهمیت ارتقای کیفیت خدمات و علاقه شدید شخصی به فعالیت در این زمینه، اینجانب را بر آن داشت که طی دوره تحصیل در مقطع PhD بر این موضوع متمرکز شده و پایان‌نامه دکترای تخصصی خویش را در دانشگاه کارولینسکای سوئد تحت عنوان "کیفیت خدمات بهداشت باروری در مراکز بهداشتی یک منطقه شهری در ایران - با تأکید بر تنظیم خانواده" به نگارش درآورم. در طی دوران تحصیل به اهمیت بهره‌گیری از این کتاب بسیار ارزشمند در ارتقای کیفیت خدمات، قل از انتشار رسمی آن، پی برده و انتشار آن را تعقیب نمودم. این کتاب آخرین (چهارمین) کتاب از سری کتابهایی می‌باشد که با هدایت سازمان بهداشت جهانی و با تلاش دسته جمعی تعداد کثیری از صاحبنظران و محققین برجسته از سراسر دنیا با بهره‌گیری از آخرین شواهد علمی موجود، جهت کمک به ارتقای کیفیت خدمات تدوین شده و دربرگیرنده نکات کلیدی سه کتاب منتشر شده قبلی است.

پس از انتشار on line اصل این کتاب، پیشنهاد ترجمه گروهی آن و فراهم‌سازی امکان دسترسی آسان به ترجمه کتاب برای کلیه علاقمندان، بویژه کارکنان خدمات بهداشتی اولیه، از طریق انتشار on line آن، که به رایگان قابل دانلود کردن باشد، برای همکاران خویش در گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مطرح نمودم که مورد استقبال گرم همگی این عزیزان قرار گرفت. پس از اخذ مجوز رسمی از سازمان بهداشت جهانی و دانشکده بهداشت عمومی دانشگاه جان هاپکینز در بلومبرگ امریکا و همچنین انجام هماهنگی‌های لازم با معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، کار ترجمه کتاب منتشر شده سال ۲۰۰۷ میلادی شروع گردید.

در ابتدا هر قسمت از کتاب توسط دو نفر از اعضاي گروه که دارای مدرک دکترای تخصصی در بهداشت باروری یا کارشناسی ارشد مامایی و سابقه تدریس درس تنظیم خانواده می‌باشند، ترجمه شد. متن ترجمه شده توسط خانمها شهلا همت زاده و ریحانه ایوان بقا ویرایش اولیه گردید. اینجانب نیز مجددا آنها را بازبینی و کلمه به کلمه با متن اصلی کتاب مطابقت نمودم. در نهایت هر قسمت از کتاب توسط یکی از مترجمین بازبینی مجدد گردید.

پس از ترجمه و ویرایش اولیه کتاب، متوجه انتشار چاپ سال ۲۰۰۸ این کتاب با مختصری تغییرات در چاپ قبلی آن شده و قبل از انتشار ترجمه، این تغییرات را نیز در متن ترجمه شده اعمال نمودیم. از ویژگیهای خاص این ترجمه منطبق بودن صفحه‌آرایی؛ از جمله جدول بندی، رنگ و اندازه فلم؛ با متن کتاب منتشر شده در سال ۲۰۰۸ می‌باشد. در متن چاپ ۲۰۰۷ کتاب در موارد رفرانس دادن به قسمتهای دیگر کتاب به صفحه مربوطه

نیز اشاره شده بود که در چاپ سال ۲۰۰۸ اشاره به شماره صفحات حذف شده است. در ترجمه حاضر ذکر صفحات در دادن رفرنس حفظ شده ولی شماره صفحات با توجه به صفحه‌آرایی چاپ ۲۰۰۸ تغییر یافته است.

اگر چه در نظر داریم این کتاب را بصورت چاپی نیز در اختیار علاقمندان قرار دهیم ولی با توجه هدف اولیه ذکر شده در فوق، بر آن شدید در وله اول آن را بصورت on line در سایت دانشکده منتشر نماییم. جهت سهولت به مردمداری، در صفحه وب ترجمه این کتاب لینک به کل کتاب و همچنین به قسمتهای مختلف کتاب بطور جداگانه ایجاد شده است (با الگو گرفتن از صفحه وب اصل کتاب).

جهت سهولت دسترسی به متن انگلیسی کتاب، هر قسمت به آدرس وب انگلیسی اصلی آن نیز لینک شده است.
<http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/remindersheets/msword.shtml>

علاوه بر توصیه به مطالعه و بکارگیری شخصی اطلاعات این کتاب بسیار بالرزش، از خوانندگان گرامی خواهشمند است مطالعه و بکارگیری آن را به کلیه دوستان و همکاران خویش نیز توصیه نمایند. امید است با بکارگیری اطلاعات این کتاب بتوانیم با ارتقای کیفیت خدمات ارائه داده شده، و کمک به انتخاب آگاهانه و استفاده صحیح از روش‌های مناسب پیشگیری از بارداری گام موثری در ارتقای سلامت جامعه، به ویژه زنان، برداریم.

از آنجاییکه "نتها متن بی‌غلط، نامه نانوشته است!"، با وجود نهایت توجیهی که در ترجمه و ویرایش آن بکار رفته است، بیشک اشتباهاتی در متن ترجمه وجود دارد. خواهشمندیم نظرات و پیشنهادات خود را از طریق آدرس: تبریز، انتهای شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، صندوق پستی ۵۱۷۴۵-۳۴۷ و یا آدرس الکترونیکی smoalch@yahoo.com با ما در میان گذارده و در جهت اصلاح اشتباهات ما را یاری فرمایید.

سکینه محمد علیزاده
دکترای تخصصی بهداشت باروری و
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تشکر و قدردانی

Robert Lande و Ushma Upadhyay، مرکز برنامه‌های ارتباطی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز از پروژه INFO و Ward Rinehart از پروژه INFO و Sarah Johnson از سازمان بهداشت جهانی، که همچنین به عنوان ویراستار نیز خدمت نموده‌اند، روند تدوین این کتاب را هنما را رهبری نمودند. سایر مشارکتکنندگان در تحقیق و نوشتار از پروژه INFO شامل Hilary Schwandt، Sarah O'Hara، Fonda Kingsley، Ruwaida، Mahua Mandal، Catherine Richy، Deepa Ramchandran، Vidya Setty، Salem Indu، Adhikary می‌باشند.

مشاوران فنی کلیدی کل این کتاب شامل Herbert، Enriquito Lu، Roy Jacobstein، Robert Hatcher، Robert، Anna Glasier، Kathryn Curtis و Irina Jacobson، Peterson، Marcel و Paul Van Look، James Shelton، Herbert Peterson، Roy Jacobstein، Hatcher مرور نهایی این کتاب از نظر فنی را انجام دادند. Vekemans

از تخصص افراد ذیل در طی نشست‌های تخصصی در بالاتیمور در اکتبر ۲۰۰۴، در ژنو در ژوئن ۲۰۰۵ یا هر دو استفاده گردید: Miriam Chipimo، Luis Bahamondes، Marcos Arevalo، Yasmin Ahmed، Mohammad، Soledad Diaz، Juan Diaz، Kathryn Curtis، Maria del Carmen Cravioto، Robert Hatcher، Ezzeldin Othman Hassan، John Guillebaud، Anna Glasier، Eslami Pisake، Enriquito Lu، Roy Jacobstein، Carlos Huezo، Douglas Huber، Mihai Horga، Herbert، Isaiah Ndong، Olav Meirik، Trent MacKay، Pamela Lynam، Lumbiganon، Markku Seppala، Lois Schaefer، Roberto Rivera، Robert Rice، John Pile، Peterson، Wu و Marcel Vekemans، James Trussell، Markus Steiner، Bulbul Sood، James Shelton، Shangchun.

مشارکت کنندگان کلیدی این کتاب، که در بالا لیست گردیدند، بیان نمودند که هیچگونه اشتراک یا تضاد منافعی ندارند.

سازمان‌های زیر همکاری فنی فوق العاده‌ای در تهیه این کتاب داشته‌اند: مرکز فعالیتهای توسعه و جمعیت، EngenderHealth، بهداشت خانواده بین‌المللی (Family Health International)، انسیتو بهداشت باروری دانشگاه جورجتاون (Georgetown)، JHPIEGO، مدیریت علوم بهداشتی (Management Sciences for Health)، شورای جمعیت آفریقایی (Population Council) و آژانس توسعه بین‌الملل ایالات متحده.

از مشارکت تخصصی بسیاری دیگر در زمینه موضوعات خاص استفاده شد و آنان در ایجاد یک توافق جمیعی بر روی محتوای مطالب از نظر فنی مشارکت نمودند. مشارکت کنندگان شامل افراد زیر بودند: Christopher，Julia，Ann Blouse، Mags Bekinska، Mark Barone، Armstrong，Nathalie，Débora Bossemeyer، Annette Bongiovanni، Paul Blumenthal، Bluestone، Samuel Clark، Kathryn Church، Venkatraman Chandra-Mouli، Ward Cates، Broutet，Catherine، Johannes van Dam، Kelly Culwell، Vanessa Cullins، Carmela Cordero، Paul Feldblum، Mary Drake، Sibongile Dladlu، Barbara Kinzie Deller، d'Arcangues，Pio Iván، Patricia Gómez، Kamlesh Giri، Claudia Garcia-Moreno، Ron Frezieres，Helena von， Theresa Hatzell، Robert Hamilton، Vera Halpern، Gómez Sánchez، Deborah Kowal، Adrienne Kols، Robert Johnson، Carol Joanis، John Howson، Hertzen، Noel McIntosh، Matthews Mathai، Luann Martin، Anne MacGregor، Jan Kumar Nuriye، Francis Ndowa، Ruchira Tabassum Naved، Kavita Nanda، Manisha Mehta Joseph، Sharon Rudy، Mandy Rose، Heidi Reynolds، Elizabeth Raymond، Ortayli Judith، George Schmid، Harshad Sanghvi، Julia Samuelson، Dana Samu، Ruminjo David، Jenni Smit، Irving Sivin، Nono Simelela، Jacqueline Sherris، Senderowitz Kathleen، Fatih Terki، Maryanne Stone-Jimenez، Kay Stone، Jeff Spieler، Sokal Tim Williams و Peter Weis، Mary Nell Wegner، Lee Warner، Vickery.

ارائه دهنگان تنظیم خانواده در بنگلادش، برباد، چین، غنا، هند، اندونزی، کنیا، پاکستان، فیلیپین و زامبیا نظراتی را در مورد پیش‌نویس جلد و فصلهای کتاب در جلساتی که توسط افراد زیر سازماندهی شده بودند، ارائه داده‌اند:

Carlos ‘Juan Diaz ‘Sharmila Das ‘Miriam Chipimo ‘Ekta Chandra ‘Yasmin Ahmed
Nina ‘Sarbani Sen ‘Mary Segall ‘Samson Radeny ‘Isaiah Ndong ‘Enriquito Lu ‘Huezo
Wu Shangchun ‘Bulbul Sood ‘Shalita

Mark Beisser، John Fiege، Linda Sadler، Rafael Avila و Linda Sadler صفحه‌آرایی کتاب را انجام دادند. Rafael Avila، Linda Sadler، کارکنان پروگرافیک و John Fiege جلد و طرح اولیه را تدوین کردند. Robert Jacoby و Vera Zlidar، Ushma Upadhyay عکسها و تصاویر را تنظیم کرده است. Heather Johnson، Tre Turner، Mandy Liberto و Roslyn Suite-Parham مدیریت چاپ و توزیع کتاب را بر عهده داشتند.

© ۲۰۰۷، ۲۰۰۸ سازمان بهداشت جهانی و دانشکده بهداشت عمومی/ مرکز برنامه‌های ارتباطی (CCP) دانشگاه جان هاپکینز
بلو مریگ

شابک (ISBN) کتاب انگلیسی ۰-۹۷۸۸۵۶۳-۰-۹۷۸-۰-۹۷۸۸۵۶۳۰۰۰۱۲ و ۰-۹۷۸-۰-۹۷۸۸۵۶۳-۰-۹۷۸۸۵۶۳-۰-۹

چگونگی ریفرنس دادن به چاپ انگلیسی این کتاب (بشنوهادی):

World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers.(2008 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2008.

این کتاب با حمایت آژانس توسعه بین‌الملل ایالات متحده (USAID)، دایرہ بهداشت جهانی GH/PRH/PEC تحت گران特 شماره: ۰۰-۰۲-۰۰۰۰۳-۰۰-A-00-GPH منتشر شده است. نظرات بیان شده در این کتاب نظرات نویسنده‌گان بوده و الزاماً دیدگاه‌های USAID، دانشگاه حامی نیستند و یا بازمان بهداشت جهانی، را منعکس ننمی‌کند.

حکونگے، بفرنس دادن به تر حمه فارسی، ابن کتاب (بیشنہادی):

دیپارتمان تحقیق و بهداشت باروی سازمان بهداشت جهانی و دانشکده بهداشت عمومی/مرکز برنامه‌های ارتباطی جان هاپکینز ببلومبرگ، پروره INFO. تنظیم خانواده: کتاب راهنمای جهانی برای ارائه‌دهنگان خدمات بهداشتی. ترجمه گروه مامایی دانشگاه علوم بیشک، تدبیر ناظر سکونتی محمدعلیزاده حد زاده، ۱۳۸۸، قابلاً، دانله داد.

<http://nursing.tbzmed.ac.ir/links/talif/Family%20Planning/home.html>

چه مطلب جدیدی در این کتاب راهنمای وجود دارد؟

این کتاب راهنمای جدید در مورد روشهای تنظیم خانواده و موضوعات مربوط به آن، در نوع خودش اولین است: از طریق یک فرآیند سازمان یافته و مشارکتی متخصصان از سراسر دنیا در مورد رهنماهی عملی که بهترین شواهد علمی موجود را منعکس می‌کند، به توافق رسیده‌اند. سازمان بهداشت جهانی (WHO) این فرآیند را گردآوری کرده است. تعداد زیادی از سازمانهای اصلی تخصصی و سازمانهای کمک‌کننده از نظر فنی این راهنمای را تایید کرده و پذیرفته‌اند.

این کتاب به عنوان منبع مرجع سریع برای کارکنان مراقبت بهداشتی در تمام سطوح محسوب می‌شود و به عنوان جانشینی برای کتاب «مبانی روشهای پیشگیری از بارداری» که اولین بار در سال ۱۹۹۷ توسط مرکز برنامه‌های ارتقای دانشگاه علومی دانشگاه جان هاپکینز بلومبرگ چاپ شد، می‌باشد. این کتاب از نظر چارچوب و سازمان‌دهی شبیه کتاب راهنمای قبلی است. با این حال، تمام محتوای کتاب قبلی، بررسی مجدد شده، شواهد جدید جمع آوری شده، رهنماهها در موارد نیاز تجدید نظر شده و شکافها از بین رفته‌اند. این کتاب رهنماههای ارائه شده WHO را در مورد تنظیم خانواده منعکس می‌کند. در ضمن، سطح پوشش موضوعی این کتاب گسترده‌تر از کتاب قبلی می‌باشد: این کتاب به سایر نیازهای مراجعین که در جریان ارائه روشهای تنظیم خانواده مطرح می‌شود، نیز بطور خلاصه پاسخ فراهم می‌آورد.

تازه‌های حاصل از گرد همایی گروه کاری WHO در سال ۲۰۰۸

WHO برای پاسخگویی به سوالات مربوط به معیارهای مقبولیت طبی و توصیه‌های عملی انتخابی در آوریل ۲۰۰۸ گروه کاری متشکل از متخصصان را تشکیل داد. چاپ ۲۰۰۸ کتاب راهنمای جهانی، رهنماههای جدیدی را که در گرد همایی فوق ارائه شدند، نشان می‌دهد. موارد به روز شده عبارتند از:

- در زنی که از روش تزریقی مدروكسی پروژسترون استات (DMPA) استفاده می‌کند، تأخیر در تزریق بعدی تا ۴ هفته قابل چشم پوشی است. یعنی نیازی برای کنترل حاملگی قابل از تزریق وجود ندارد. موعد تزریق بعدی را باید برای ۳ ماه دیگر تعیین کرد. (در رهنماههای قبلی مدت تأخیر تا ۲ هفته قابل چشم پوشی بود). برای آمپولهای حاوی نوراتیسترون انانتات (NET-EN) رهنماه قابل یعنی مدت قابل قبول تأخیر تا ۲ هفته پا بر جاست. (به ص ۷۱ مراجعه کنید).
- زنان دچار هپاتیت مزمن یا سیروز خفیف کبدی می‌توانند از همه روشهای جلوگیری از حاملگی استفاده کنند (گروه ۱ MEC). (به ص ۳۲۱ مراجعه کنید).
- زنان دچار ترومبوز ورید عمقی که تحت درمان داروهای ضدانعقاد هستند معمولاً می‌توانند از روشهای صرف‌اپروژستینی استفاده کنند (MEC 2) (اما نمی‌توانند از روشهای هورمونی ترکیبی استفاده کنند (MEC 4)).
- زنان دچار لوپوس اریتماتوی سیستمیک معمولاً می‌توانند از همه روشهای جلوگیری از حاملگی استفاده کنند؛ به جز افرادی که دارای شرایط زیر باشند:
 - (a) زنانی که آنتی بادیهای آنتی فسفولیپید آنها مثبت (یا نامشخص) است نباید از روشهای هورمونی ترکیبی استفاده کنند (MEC 4) و معمولاً نباید از روشهای صرف‌اپروژستینی استفاده کنند (MEC 3).
 - (b) زنانی که دچار ترومبوسیتوپنی شدید هستند معمولاً نباید از روشهای تزریقی صرف‌اپروژستینی و IUD حاوی مس استفاده کنند (MEC 3). (به ص ۳۱۸ مراجعه کنید).
- زنانی که تحت درمان دارویی برای تشنج هستند یا به علت سل یا سایر علل ریفارمیپسین یا ریفابوتین مصرف می‌کنند معمولاً می‌توانند از روشهای کاشتمی (ایمپلنتها) استفاده کنند. (به ص ۳۲۲ مراجعه کنید).
- زنان دچار AIDS که تحت درمان با داروهای مهارکننده پروتئاز تقویت شده با ریتناویر (-ritonavir) یا boosted protease inhibitors، گروهی از داروهای ضد رتروویروسی (ARV)، هستند معمولاً نباید از روشهای هورمونی ترکیبی یا قرصهای صرف‌اپروژستینی استفاده کنند (MEC 3). این داروهای ضد رتروویروسی ممکن است اثر بخشی روش جلوگیری از حاملگی را کاهش دهند. این زنان می‌توانند از روشهای تزریقی صرف‌اپروژستینی، ایمپلنتها و سایر روشهای استفاده کنند. زنانی که از سایر گروههای دارویی ARV استفاده می‌کنند می‌توانند از همه روشهای هورمونی استفاده کنند. (به ص ۳۲۰ مراجعه کنید).

اطلاعات و رهنمودهای جدید

صفحه	
۴	قرصهای ترکیبی خوراکی COC ها
۲۰	واقعیتهایی در مورد COC ها و سرطان صرف مداوم و طولانی COC ها
۴۸	قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی ECP ها
۵۱	رنمود جدید در مورد صرف ECP ها تا پنج روز پس از رابطه جنسی حفاظت نشده
۵۴	رنمودهای جدید در مورد ارائه روشاهی جلوگیری از بارداری پس از استفاده از ECP ها لیست به روز شده قرصهای خوراکی جلوگیری از حاملگی که می توان به عنوان ECP ها استفاده کرد
۵۹	روشهای تزریقی صرفا پروژستینی NET-EN و همچنین DMPA می باشد
۶۲	اطلاعات جدید در مورد DMPA زیر جلدی
۷۱	رنمودهای جدید در مورد مدیریت تزریقهای با تأخیر
۷۶	تحقیقات جدید در مورد دانسته استخوانی و DMPA روشهای کاشتی (ایمپلنتها)
۱۰۵	شامل Jadelle و Implanon و همچنین نورپلنت می شود
۱۰۶	رنمود جدید در مورد طول مدت استفاده در زنان چاقتر
۱۲۹	وسیله داخل رحمی حاوی مس
۱۳۱	چک لیست سوالات جدید در مورد AIDS، درمان ضد ویروسی و عفونتهای آمیزشی (STIs)
۱۳۲	سوالات غربالگری مربوط به معاینات لگنی قبل از گذاشتن IUD
۱۴۲	رنمود جدید در مورد ارزیابی خطر STI برای استفاده کنندگان بالقوه IUD
۱۸۴	وازکتومی
۱۸۲	موثرترین نکنیکهای وازکتومی
۱۸۴	رنمود جدید در مورد اینکه یک مرد چه زمانی می تواند بر وازکتومی خود اطمینان کند کاندوم های مردانه
۱۹۴	معیارهای جدید در مورد واکنش شدید حساسیتی به لاتکس
۱۹۸	رنمود تجدید نظر شده در مورد اینکه اگر کاندوم پاره شود، از آلت تناسلی خارج شود و یا مورد استفاده قرار نگرفت، چه باید کرد
۱۹۹	رنمودهای جدید در مورد مددجویانی که حساسیت خفیف یا شدید به کاندوم دارند
۲۳۳	روشهای مبتنی بر آگاهی از باروری
۲۵۴	شامل روشهای جدید روزهای استاندارد و دو روزه می باشد
۲۷۵	روش قطع قاعده ای در شیردهی (LAM)
۲۸۰	رنمود تجدید نظر شده در مورد استفاده از LAM برای خانمهای آلوده به HIV عفونتهای آمیزشی از جمله HIV
	جلوگیری از حاملگی در مراجعین مبتلا به STI ها، HIV، AIDS یا تحت درمان ضدرتروویروسی
	اطلاعات جدید در مورد روشهای هورمونی جلوگیری از بارداری و خطر HIV

چگونگی تهیه نسخه‌های بیشتری از این کتاب (نسخه انگلیسی)

پروژه INFO در دانشکده بهداشت عمومی/مرکز برنامه‌های ارتباطی دانشگاه جان هاپکینز بلومبرگ نسخه‌هایی از کتاب تنظیم خانواده: کتاب راهنمای جهانی برای ارائه دهنده خدمات بهداشتی را برای خوانندگان کشورهای در حال توسعه بطور رایگان ارائه می‌دهد. سایر افراد برای کسب اطلاعات بیشتر لطفاً با پروژه INFO تماس بگیرند. برای سفارش، لطفاً نام، آدرس پستی، آدرس ایمیل و شماره تلفن خود را بفرستید.

برای سفارش از طریق e-mail: orders@jhuccp.org

برای سفارش از طریق فاکس: +1 410 659-6266

برای سفارش از طریق تلفن: +1 410 659-6315

برای سفارش از طریق وب: [Http://www.fphandbook.org](http://www.fphandbook.org)

برای سفارش از طریق پست:

Orders, INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA

درخواست برای ترجمه گردآوری و اقتباس یا چاپ جدید: ناشران، چاپ درخواست جدید، ترجمه یا اقتباس را می‌پنیرند و به عبارت دیگر به منظور اطلاع رسانی به مراقبین بهداشتی، دریافت کنندگان خدمات عمومی و مردم و بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی مربوط به روابط جنسی و تنشی م موضوعات را دوباره چاپ می‌کنند تحقیق و پرسش باید به آدرس زیر فرستاده شود:

WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (fax: +41 22 791 48 06; e-mail: permissions@who.int) and the INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA (fax: +1 410 659-6266; e-mail: mailto:orders@jhuccp.org).

رد مسئولیت: ذکر نام شرکتهای خاص و یا محصولات تولید کنندگان خاص دلالت بر این ندارد که سازمان بهداشت جهانی، دانشگاه جان هاپکینز و یا آژانس توسعه بین‌الملل ایالات متحده آنها را تأیید می‌کند یا آنها را نسبت به سایر محصولات مشابه ذکر نشده در این کتاب ترجیح می‌دهد. به استثنای موارد اشتباهی، اسمی محصولات متعلق به شرکتها با حرف اولیه بزرگ کلمه (در متن انگلیسی) قابل تشخیص می‌باشد.

ناشران همه احتیاط‌های معقول را برای مستند نمودن اطلاعات آورده شده در این کتاب اتخاذ کرده‌اند. باوجود این، هیچ تعهدی در قبال مطالبی که بطور صریح یا ضمنی در این کتاب منتشر شده است، وجود ندارد. مسئولیت تفسیر و استفاده از این اطلاعات بر عهده خواننده است. در هیچ رویدادی، ناشران مسئول خسارت ناشی از استفاده از آن نیستند.

چهار دستورالعمل اصلی سازمان بهداشت جهانی در مورد تنظیم خانواده

این کتاب راهنمای یکی از دستورالعملهای اصلی سازمان بهداشت جهانی (WHO) در مورد تنظیم خانواده است. این چهار دستورالعمل همراه با هم، حمایت‌کننده تدارک و استفاده و بی‌خطر از روش‌های تنظیم خانواده می‌باشد.

دو دستورالعمل اصلی اول شامل توصیه‌هایی برای سیاست گذاران و مدیران برنامه فراهم می‌کنند که می‌توان از آنها برای ایجاد یا به روز کردن رهنماههای ملی و سیاستهای برنامه‌ای استفاده نمود. معیارهای مقبیریت طبی برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (چاپ سوم، ۲۰۰۴) در مورد اینکه آیا افراد با وضعیتهای طبی خاص می‌توانند بطور بی‌خطر و موثر از روش‌های خاص پیشگیری از بارداری استفاده نمایند، رهنماههایی را فراهم می‌آورد. توصیه‌های عملی انتخابی برای استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (چاپ دوم، ۲۰۰۵) به سوالات ویژه در مورد چگونگی استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری پاسخ می‌دهد. هر دو مجموعه این رهنماههای حاصل کار نشستهای گروههای کاری تخصصی می‌باشد که توسط WHO برگزار گردید.

دستورالعمل اصلی سوم، ابزار تصمیم‌گیری برای متقاضیان و ارائه‌دهنگان خدمات تنظیم خانواده، رهنماههای دو پایه اساسی اول را در هم ادغام کرده و معکس کننده شواهدی برای چگونگی برخورد بهتر با نیازهای دریافت کنندگان خدمات تنظیم خانواده می‌باشد. انتظار می‌رود این ابزار در طی مشاوره‌های تنظیم خانواده بکار برده شود. این ابزار از طریق فرایند سازمان یافته، ضمن در نظر گرفتن نیازهای فردی متقاضیان، متقاضی و ارائه‌دهنده خدمت را هدایت نموده و انتخاب و استفاده از روش تنظیم خانواده را تسهیل می‌کند. این ابزار تصمیم‌گیری، در هدایت ویژتهای بعدی نیز کمک کننده است.

دستورالعمل اصلی چهارم، تنظیم خانواده: کتاب راهنمای جهانی برای ارائه دهنگان خدمات بهداشتی، اطلاعات فنی را به منظور کمک به ارائه‌دهنگان خدمات بهداشتی در ارائه مناسب و موثر روش‌های تنظیم خانواده فراهم می‌کند. این کتاب راهنمای، به عنوان راهنمای مرجع کامل، در مورد ۲۰ روش تنظیم خانواده رهنماههای خاصی ارائه داده و به بسیاری از نیازهای مختلف ارائه‌دهنگان خدمات، از اصلاح باورهای نادرست تا مدیریت آثار جانبی، پاسخ می‌دهد. همانند ابزار تصمیم‌گیری، این کتاب راهنمای رهنماههای دو پایه اساسی اول را در هم ادغام می‌کند. این کتاب موضوعات بهداشتی مرتبطی که ممکن است در متن تنظیم خانواده به وجود آید، را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد.

این چهار دستورالعمل اصلی در وب سایت WHO:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.htm قابل دستیابی است. همچنین کتاب راهنمای از طریق وب سایت پروژه INFO در <http://www.fphandbook.org> قابل دستیابی است. اطلاعات به روز در مورد این کتاب راهنمای و اخبار مربوط به ترجمه آن در این وب سایت‌ها ارائه می‌شوند. برای کسب اطلاعات مربوط به درخواست نسخه‌های چاپی به صفحه قبلی مراجعه نمایید.

فهرست مطالب

iii	پیشگفتار
vii	تشکر و فردا
ix	چه مطلب جدیدی در این کتاب راهنمای وجود دارد
xi	چگونگی تهیه نسخه های بیشتری از این کتاب (نسخه انگلیسی)
xiii	چهار دستورالعمل اصلی سازمان بهداشت جهانی در مورد تنظیم خانواده
فصل ها	
1	فصل ۱: قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری
۲۵	فصل ۲: قرص های صرفاً پروژستینی
۴۵	فصل ۳: قرص های فوریتی پیشگیری از بارداری
۵۹	فصل ۴: روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی
۷۹	فصل ۵: روشهای تزریقی ماهیانه
۹۷	فصل ۶: برچسب های ترکیبی پیشگیری از بارداری
۱۰۱	فصل ۷: حلقه های ترکیبی واژنیا
۱۰۵	فصل ۸: روشهای کاشتی پیشگیری از بارداری (ایمپلنتها)
۱۲۰	فصل ۹: وسیله داخل رحمی حاوی مس (IUD) حاوی مس
۱۴۹	فصل ۱۰: وسیله داخل رحمی لوونورژسترلی
۱۵۷	فصل ۱۱: عقیم سازی زنانه
۱۷۵	فصل ۱۲: وازنکتومی
۱۹۱	فصل ۱۳: کاندوم های مردانه
۲۰۳	فصل ۱۴: کاندوم های زنانه
۲۱۵	فصل ۱۵: مواد اسپرمکش و دیافراگمها
۲۲۱	فصل ۱۶: کلاهک های سرویکس (فقط نکات اساسی)
۲۲۳	فصل ۱۷: روشهای مبتنی بر آگاهی از زمان باروری
۲۴۹	فصل ۱۸: نزدیکی منقطع (فقط نکات اساسی)
۲۵۱	فصل ۱۹: روشهای قطع قاعده‌گی ناشی از شیردهی
فصل ۲۰: ارایه خدمت به گروههای مختلف	
۲۶۱	نوجوانان
۲۶۴	مردان
۲۶۵	زنانی که در نزدیک به یائسگی هستند
۲۶۹	فصل ۲۱: عفونت های آمیزشی، از جمله HIV
۲۸۱	فصل ۲۲: سلامت مادر و نوزاد
۲۸۹	فصل ۲۳: مسایل مربوط به بهداشت باروری
تنظیم خانواده در مراقبت های بعد از سقط	
۲۹۱	خشنوت علیه زنان
۲۹۵	ناباروری
فصل ۴: ارایه روشهای تنظیم خانواده	
۲۹۷	اهمیت پروسیجر های انتخابی برای ارایه روشهای تنظیم خانواده
۲۹۸	مشاوره موفق
۳۰۰	چه کسانی خدمات تنظیم خانواده را ارایه می دهند
۳۰۲	حلوگیری از عفونت در درمانگاه
۳۰۶	مدیریت تدارک وسایل و فرآورده های پیشگیری از بارداری
ضمایم	
۳۰۹	پیوست A- اثربخشی روشهای تنظیم خانواده
۳۱۱	پیوست B- علائم و نشانه های وضعیتهای جدی سلامت
۳۱۳	پیوست C- وضعیتهای طبی که حاملگی را پرخطر می سازند
۳۱۵	پیوست D- معیار های مقبولیت طبی برای استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری
۳۲۷	واژه نامه
۳۴۱	روش کار

ابزارها و راهنمایی کار

مقایسه روشهای پیشگیری از بارداری

۳۵۱	.....	مقایسه قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری
۳۵۲	.....	مقایسه آمپول های تزریقی
۳۵۳	.....	مقایسه روشهای کاشتی
۳۵۴	.....	مقایسه کاندومها
۳۵۵	.....	مقایسه IUD ها
۳۵۷	.....	استفاده صحیح از کاندوم مردانه
۳۵۹	.....	آناتومی زنانه و سیکل قاعدگی
۳۶۳	.....	آناتومی مردانه
۳۶۵	.....	تشخیص سردردهای میگرنی و اوراها
۳۶۷	.....	گزینه های بیشتر برای ارزیابی از نظر حاملگی
۳۶۹	.....	چک لیست حاملگی
۳۷۱	.....	اگر مصرف قرص ها را فراموش کردید
۳۷۳	.....	مقایسه اثربخشی روشهای تنظیم خانواده

فصل ۱

قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری (Combined Oral Contraceptives)

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

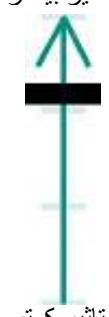
- روزانه یک قرص مصرف کنید. به منظور کسب بیشترین میزان تأثیر زن باید قرصها را روزانه مصرف کرده و بسته جدید قرصها را به موقع شروع کند.
- تغییرات خونریزی شایع بوده اما بی‌ضرر هستند. معمولاً در چند ماه اول خونریزی نامنظم وجود دارد و سپس خونریزی کمتر و منظم‌تر می‌شود.
- قرص فراموش شده را هر چه سریعتر مصرف کنید. فراموشی قرصها خطر حاملگی دارد و ممکن است بعضی از آثار جانبی را تشدید کند.
- قرصها را می‌توان در هر زمانی به زنان داد تا بعداً شروع کنند. در صورت عدم امکان رد حاملگی، می‌توان قرصها را به او داد تا بعداً، زمانی که خونریزی ماهیانه شروع شد، استفاده از آنها را آغاز کند.

قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری چه قرصهایی هستند؟

- قرصهایی هستند که حاوی مقادیر کم دو هورمون- یک پروژستین و یک استروژن- مشابه پروژسترون و استروژن طبیعی بدن زنان می‌باشد.
- این قرصها (Combined oral contraceptives, COCs) همچنین "قرص"، قرصهای ترکیبی با دوز کم، COC‌ها، OCP‌ها نیز نامیده می‌شوند.
- بطور اولیه از طریق جلوگیری از آزاد شدن تخمکها از تخمدانها (تخمک‌گذاری) عمل می‌کنند.

میزان تأثیر آنها چقدر است؟

- میزان تأثیر آنها بستگی به مصرف‌کننده دارد: بیشترین خطر حاملگی زمانی است که زن بسته جدید قرص را ۳ یا بیش از ۳ روز دیرتر شروع کند، یا مصرف ۳ قرص یا بیشتر را نزدیک به ابتدا یا انتهای بسته فراموش کند.
- مطابق مصرف متداول قرصها، حدود ۸ حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده در طی سال اول استفاده از COC‌ها رخ می‌دهد. یعنی از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از COC‌ها، ۹۲ نفر حامله نخواهند شد.
 - در صورتی که هیچگونه اشتیاهی در مصرف قرصها رخ ندهد، از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از COC‌ها در طی سال اول، کمتر از یک نفر (۳ نفر از ۱۰۰۰ زن) حامله خواهد شد.
 - بازگشت قدرت باروری بعد از قطع COC‌ها: بدون تأخیر حفاظت در مقابل بیماریهای آمیزشی (STI‌ها). محافظتی ایجاد نمی‌کند.



تأثیر کمتر

آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی (به قسمت مدیریت مشکلات، ص ۱۶ مراجعه کنید)

برخی از مصرف‌کنندگان موارد زیر را گزارش می‌کنند:

- تغییرات در الگوهای خونریزی شامل:

- کاهش میزان و مدت خونریزی

- خونریزی نامنظم

- کاهش دفعات خونریزی

- قطع خونریزی ماهیانه

سردرد •

سرگیجه •

نهوع •

حساسیت پستان •

تغییر وزن (به سوال ۶، ص ۲۱ مراجعه کنید) •

تغییرات خلقی •

آنکه (ممکن است بهبود یابد یا تشدید شود، اما معمولاً بهبود می‌یابد) •

سایر تغییرات بالینی احتمالی:

- فشار خون به میزان کمی (چند میلی‌مترجیوه) افزایش می‌یابد. در صورتی‌که افزایش فشار خون مربوط به مصرف COC‌ها باشد، پس از قطع استفاده از COC‌ها، بسرعت کاهش می‌یابد.

چرا برخی زنان می‌گویند که قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری را دوست دارند؟

• تحت کنترل خود زن هستند.

• در هر زمانی بدون کمک فرد ارائه‌دهنده می‌توان قطع کرد.

• تداخلی با روابط جنسی ندارند.

فواید شناخته شده سلامت

به محافظت در برابر موارد زیر کمک می‌کنند:

- خطرهای ناشی از حاملگی
- سرطان لایه داخلی رحم (سرطان آندومتر)
- سرطان تخمدان

بیماری سیستمیک التهابی لگن

ممکن است در برابر موارد زیر محافظت کننده باشند:

- کیستهای تخمدان
- کمخونی فقر آهن

موارد زیر را کاهش می‌دهند:

- دردهای کرامپی قاعده‌گی
- مشکلات مربوط به خونریزی قاعده‌گی
- درد زمان تخمک‌گذاری

رویش موهای زاید در صورت یا بدن

- نشانه‌های سندروم تخمدان پلی‌کیستیک (خونریزی نامنظم، آکنه، رویش موی زاید در صورت یا بدن)
- نشانه‌های آندومتریوز (درد لگنی، خونریزی نامنظم)

خطرهای شناخته شده سلامت

خیلی نادر:

- تشکیل لخته خون در وریدهای عمقی ساق پاها یا ریه‌ها (ترومبوز ورید عمقی یا آمبولی ریه)

فوق العاده نادر:

- سکته مغزی
- حمله قلبی

به قسمت واقعیت‌هایی در مورد فرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری و سرطان، در ص ۴ نیز مراجعه کنید.

اصلاح موارد درک نادرست (به قسمت پرسشها و پاسخها، در ص ۲۱ نیز مراجعه کنید)

فرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری:

- در بدنه زن ذخیره نمی‌شوند. نیازی به قطع مصرف COC‌ها (استراحت) وجود ندارد.
- بدون توجه به اینکه زن در آن روز رابطه جنسی داشته یا نداشته باشد، باید روزانه مصرف شوند.
- سبب نازابی در زنان نمی‌شوند.
- سبب نواقص جنینی یا چندقولویی نمی‌شوند.
- رفتار جنسی زنان را تغییر نمی‌دهند.
- در معده تجمع نمی‌یابند. فرصن هر روز در آن روز تجزیه می‌شود.
- سبب از بین رقتن حاملگی موجود نمی‌شوند.

واعیتهایی در مورد قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری و سرطان

سرطان تخمدان و آندومتر

- استفاده از COC‌ها به محافظت مصرف‌کنندگان در مقابل ۲ نوع سرطان- سرطان تخمدانها و سرطان لایه داخلی رحم (سرطان آندومتر) کمک می‌کنند.
- این اثر حفاظتی به مدت ۱۵ سال یا بیشتر پس از قطع مصرف قرصها ادامه می‌یابد.

سرطان پستان

- تفسیر یافته‌های حاصل از تحقیق در مورد COC‌ها و سرطان پستان مشکل است:
 - مطالعات نشان داده‌اند که خطر سرطان پستان در زنانی که بیش از ۱۰ سال پیش از COC‌ها استفاده کرده‌اند، مشابه زنانی هست که هرگز از COC‌ها استفاده نکرده‌اند. در مقابل، احتمال تشخیص سرطان پستان در مصرف‌کنندگان فعلی COC‌ها و زنانی که طی ۱۰ سال اخیر از COC‌ها استفاده کرده‌اند، کمی بیشتر است.
 - موارد تشخیص داده شده سرطان پستان در مصرف‌کنندگان فعلی یا قبلی COC‌ها در مقایسه با سرطانهای تشخیص داده شده در سایر زنان در مرحله کمتر پیشرفته‌ستند.
 - بطور واضح مشخص نیست که آیا این یافته‌ها با تشخیص زودتر سرطانهای موجود پستان در بین مصرف‌کنندگان COC یا از طریق اثر بیولوژیک COC‌ها روی سرطان پستان قابل توجیه است.

سرطان دهانه رحم

- سرطان دهانه رحم بوسیله انواع خاصی از ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) ایجاد می‌شود. HPV عفونت آمیزشی شایعی هست که معمولاً خودبه‌خود بدون درمان از بین می‌رود، اما برخی مواقع مقاوم باقی می‌ماند.
- بنظر می‌رسد که مصرف COC‌ها به مدت ۵ سال یا بیشتر سبب تسریع تبدیل عفونت مقاوم HPV به سرطان دهانه رحم می‌شود. تصور می‌شود که تعداد موارد سرطانهای دهانه رحم مرتبط با مصرف COC‌ها خیلی کم باشد.
- در صورت دسترسی به روشهای غربالگری سرطان دهانه رحم، ارائه‌دهندگان می‌توانند به مصرف‌کنندگان COC‌ها، و تمام زنان دیگر توصیه کنند که هر ۳ سال (یا طبق توصیه و رهنمودهای ملی) برای تشخیص هر گونه تغییر پیش‌سرطانی دهانه رحم، که قابل درمان می‌باشند، مورد غربالگری قرار گیرند. عوامل شناخته شده افزایش خطر سرطان دهانه رحم شامل تعداد زیاد فرزندان و سیگار کشیدن است (به قسمت سرطان دهانه رحم در ص ۲۷۷ مراجعه کنید).

چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری استفاده کنند

ایمن (بی‌خطر) و مناسب تقریباً برای همه زنان

تقریباً همه زنان می‌توانند بدون خطر و بطور مؤثر از COC‌ها استفاده کنند، از جمله زنانی که:

- صاحب فرزند یا فاقد آن هستند.
- ازدواج نکرده‌اند.
- در هر سنی که باشند، از جمله نوجوانان و زنان بالای ۴۰ سال.
- اخیراً سقط خودبخود یا القایی داشته‌اند.
- سیگاری هستند، اگر زیر ۳۵ سال باشند.
- در حال حاضر دچار کم خونی هستند یا در گذشته دچار کم خونی بوده‌اند.
- دارای وریدهای واریسی هستند.
- آلوده به HIV هستند، چه تحت درمان ضدتروروپروسی باشند یا نباشند (به قسمت قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری برای زنان دچار HIV، در ص ۱۰ مراجعه کنید).

زنان می‌توانند شروع به استفاده از COC‌ها کنند:

- بدون معاینه لگنی
- بدون انجام هر گونه آزمایش خون یا سایر آزمایش‌های روتین آزمایشگاهی
- بدون غربالگری سرطان دهانه رحم
- بدون معاینه پستان
- حتی زمانی که زن خونریزی ماهیانه ندارد، به شرطی‌که بطور منطقی از عدم حاملگی مطمئن باشد (به چک لیست حاملگی، در ص ۳۶۹ مراجعه کنید).



قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری

از مراجعه‌کننده سوالات زیر را در مورد وضعیتهای شناخته شده طبی بپرسید.

انجام معاینات و آزمایشها ضرورتی ندارند. در صورت پاسخ "خیر" به همه سوالات، فرد در صورت تمایل می‌تواند استفاده از COC‌ها را شروع کند. در صورتیکه پاسخ به سؤالی "بلی" باشد، از دستورات مربوطه پیروی کنید. در برخی موارد باز هم امکان شروع مصرف COC‌ها وجود دارد. این سوالات همچنین برای برچسب (patch) ترکیبی (به ص ۹۷ مراجعه کنید) و حلقه واژینال ترکیبی نیز کاربرد دارد.

۱. آیا به کودک زیر ۶ ماه شیر می‌دهید؟

خیر بلی

• در صورت شیردهی کامل یا تقریباً کامل: COC‌ها را به او بدهید و بگویید که مصرف آنها را ۶ ماه بعد از زایمان یا زمانی که دیگر شیر مادر غذای اصلی کودک نیست. هر کدام اول پیش بباید- شروع کند (به قسمت شیردهی کامل یا تقریباً کامل، ص ۱۱ مراجعه کنید).

• در صورت شیردهی نسبی: شش هفته بعد از زایمان می‌تواند مصرف COC‌ها را شروع کند (به قسمت شیردهی نسبی، در ص ۱۱ مراجعه کنید).

۲. آیا کودک زیر ۳ هفته‌ای دارید که به او شیر خود را نمی‌دهید؟

خیر بلی COC‌ها را به او بدهید و بگویید که مصرف آنها را ۳ هفته بعد از زایمان شروع کند (به قسمت عدم شیردهی، در ص ۱۱ مراجعه کنید).

۳. آیا سیگار می‌کشید؟

خیر بلی در صورت داشتن ۳۵ سال سن یا بیشتر، به او COC‌ها ندهید. او را تشویق کنید مصرف سیگار را ترک کند و کمک کنید روش دیگری را انتخاب کند.

۴. آیا دچار سیروز کبدی، عفونت کبدی یا تومور کبدی هستید؟ (آیا چشمها یا پوست او بطور غیرمعمولی زرد هستند [علامت یرقان])؟ آیا تاکنون طی مصرف COC‌ها دچار یرقان شده‌اید؟

خیر بلی در صورت گزارش بیماری کبدی جدی فعل (یرقان، هپاتیت فعل، سیروز شدید، تومور کبدی) یا داشتن یرقان در طی استفاده از COC‌ها، به او COC‌ها را ندهید. کمک کنید تا یک روش غیرهورمونی انتخاب کند. (در صورتی که تنها با مصرف قبلی COC دچار یرقان شده باشد، می‌تواند از روشهای تزریقی ماهیانه استفاده کند).

۵. آیا فشار خون شما بالا است؟

□ خیر بلی در صورت عدم امکان کنترل فشار خون و گزارش نمودن خود فرد در مورد داشتن سابقه فشار خون بالا، یا اگر تحت درمان فشار خون بالا می‌باشد، به او COC‌ها را ندهید. او را برای کنترل فشار خون ارجاع دهید یا همک کنید تا یک روش فاقد استروژن را انتخاب کند. در صورت امکان، فشار خون فرد را کنترل کنید:

- در صورتی که فشار خون او زیر ۱۴۰/۹۰ باشد، به او COC‌ها را بدهید.
- در صورتی که فشار خون سیستولیک ۱۴۰ یا بیشتر، یا دیاستولیک ۹۰ یا بیشتر باشد، به او COC‌ها را ندهید. همک کنید تا یک روش فاقد استروژن انتخاب کند. در صورتی که فشار خون سیستولیک او ۱۶۰ یا بیشتر یا دیاستولیک او ۱۰۰ یا بیشتر باشد، روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی را نیز ارائه ندهید.

(خواندن یکبار فشار خون در محدوده ۱۴۰-۱۵۹/۹۰-۹۹ میلیمتر جیوه برای تشخیص فشار خون بالا کافی نیست. تا زمانی که امکان بازگشت برای کنترل مجدد فشار خون را داشته باشد، به او روش پشتیبان بدھید یا در صورتی که ترجیح بدهد، همک کنید تا روش دیگری را، حالا انتخاب کند. در صورت پایین بودن فشار خون در کنترل بعدی، می‌تواند از COC‌ها استفاده کند.)

۶. آیا دچار دیابت به مدت بیش از ۲۰ سال یا آسیب ناشی از دیابت به شریانها، بینایی، کلیه‌ها یا سیستم عصبی هستید؟

□ خیر بلی به او COC‌ها را ارائه ندهید. همک کنید تا یک روش فاقد استروژن، بجز تزریقی‌های پروژستینی تنها، را انتخاب کند.

۷. آیا در حال حاضر دچار بیماری کیسه صفرا یا تحت درمان دارویی برای بیماری کیسه صفرا هستید؟

□ خیر بلی به او COC‌ها را ارائه ندهید. همک کنید تا روش دیگری را، به جز برچسب ترکیبی یا حلقه ترکیبی واژینال، انتخاب کند.

۸. آیا تا به حال دچار سکته مغزی، لخته خون در ساق پاها یا ریه‌ها، حمله قلبی یا سایر مشکلات جدی قلبی شده‌اید؟

□ خیر بلی در صورتی که او حمله قلبی، بیماری قلبی مربوط به انسداد یا تنگی شریانها، یا سکته مغزی را گزارش کند، به او COC‌ها ندهید. همک کنید تا روش فاقد استروژن، بجز روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی، را انتخاب کند. در صورتی که او وجود فعلی لخته خون در وریدهای عمقی ساق پاها یا ریه‌ها (نه لخته‌های سطحی) را گزارش کند، همک کنید تا روش فاقد هورمون را انتخاب کند.

(ادامه در صفحه بعدی)

* روشهای پشتیبان شامل اجتناب از نزدیکی، کاندوم مردانه یا زنانه، مواد اسپرمکش، و نزدیکی منقطع هستند. به او بگویید که مواد اسپرمکش و نزدیکی منقطع روشهای پیشگیری از بارداری با کمترین میزان تاثیر هستند. در صورت امکان، به او کاندوم بدھید.

۹. آیا سرطان پستان دارید یا قبلًا داشته‌اید؟

خیر بلی به او COC‌ها را ارائه نکنید. کمک کنید تا یک روش فاقد هورمون انتخاب کند.

۱۰. آیا گاهی اوقات احساس وجود منطقه نورانی فقدان بینایی در چشم قبل از سردرد خیلی شدید (اورای میگرنی) داشته‌اید؟ آیا دچار سردرد شدید ضرباندار، اغلب در یک طرف سر که ممکن است چند ساعت تا چند روز ادامه داشته و گاهی سبب تهوع و استفراغ شود (سردردهای میگرنی) شده‌اید؟ چنین سردردهایی اغلب با نور، صدا و حرکت تشید می‌شوند.

خیر بلی در صورتی‌که او در هر سنی اورای میگرنی داشت، به او COC‌ها را ارائه نکنید. کمک کنید تا یک روش بدون استروژن انتخاب کند. در صورتی‌که زیر ۳۵ سال است و سردرد میگرنی بدون اورا دارد، می‌تواند از COC‌ها استفاده کند (به قسمت تشخیص سردردهای میگرنی و اورا در ص ۳۶۵ مراجعه کنید).

۱۱. آیا داروی ضد تشنج مصرف می‌کنید؟ آیا ریفامپیسین یا ریفابوتین برای سل یا سایر بیماریها مصرف می‌کنید؟

خیر بلی در صورتی‌که از باربیتورات‌ها، کاربامازپین، لاموتریزین، اکسیکاربازپین، فنی‌توئین، پریمیدون، توپیرامات، ریفامپیسین یا ریفابوتین مصرف می‌کند، به او COC‌ها را ارائه نکنید. این داروها اثر COC‌ها را کاهش می‌دهند. به او کمک کنید روش دیگری، بجز قرصهای صرف‌پردازی را انتخاب کند. در صورت مصرف لاموتریزین، به او کمک کنید یک روش غیراستروژنی را انتخاب کند.

۱۲. آیا قصد انجام عمل جراحی بزرگی دارید، که مانع راه رفتن شما به مدت یک هفته یا بیشتر خواهد شد؟

خیر بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، او می‌تواند COC‌ها را دو هفته بعد از عمل جراحی شروع کند. تا زمان امکان شروع استفاده از COC‌ها، او باید از یک روش پشتیبان استفاده کند.

۱۳. آیا شما دارای چند وضعیت از وضعیتهایی مثل سن بالا، سیگارکشیدن، فشار خون بالا یا دیابت هستید که امکان ابتلاء به بیماری قلبی (بیماری شریان کرونر) یا سکته مغزی را در شما افزایش می‌دهند؟

خیر بلی به او COC‌ها را ندهید. کمک کنید تا یک روش فاقد استروژن، بجز روش‌های تزریقی صرف‌پردازی را انتخاب کند.

همچنین زنان در صورتی‌که داشتن موتاسیون ترومبوژنی یا لوپوس مثبت (یا نامشخص) با آنتی‌بادیهای آنتی-فسفولیپیدی را گزارش کنند، نباید از COC‌ها استفاده کنند. برای طبقه‌بندی کامل، به قسمت معیارهای مقبولیت طبی برای استفاده از روش‌های ضدبارداری، ص ۳۱۵ مراجعه کنید. مطمئن باشید توضیحات کافی را در مورد فواید و خطرهای سلامت و اثار جانبی روشی که مراجعه کننده استفاده خواهد کرد، به او داده‌اید. همچنین هر وضعیتی را که سبب غرقابی توصیه بودن روش می‌شود، در صورت مربوط بودن به مراجعه کننده، به او خاطر نشان کنید.

استفاده از قضاوت بالینی در موارد ویژه

معمولًا، زنی با هر یک از شرایط لیست شده در زیر نباید از COC‌ها استفاده نماید. با وجود این، در شرایط ویژه، وقتی سایر روش‌های مناسبتر در دسترس نباشد، فرد ماهر از اینکه خدمت، که قادر به بررسی دقیق شرایط ویژه زن باشد، ممکن است تصمیم بگیرد که وی می‌تواند از COC‌ها استفاده نماید. مراقب لازم است شدت وضعیت زن و در اغلب وضعیتها، اینکه آیا او دسترسی به پیگیری دارد یا نه را در نظر بگیرد.

- غیرشیرده و کمتر از سه هفته بعد از زایمان
- شیردهی اولیه بین ۶ هفته و ۶ ماه بعد از زایمان
- سن ۳۵ سال یا بالاتر و کشیدن سیگار کمتر از ۱۵ نخ در روز
- فشار خون بالا (فشار خون سیستولیک بین ۱۴۰ و ۱۵۹ میلیمترجیوه یا دیاستولیک بین ۹۰ و ۹۹ میلیمترجیوه)
- فشار خون بالای کنترل شده، جایی که امکان ادامه کنترل فشار خون وجود دارد.
- سابقه فشار خون بالا، جایی که امکان اندازه‌گیری فشار خون وجود ندارد (شامل فشار خون مربوط به حاملگی).
- سابقه یرقان در طی استفاده از COC‌ها در گذشته
- بیماری کیسه صفرا (بیماری فعلی یا درمان شده با داروها)
- سن ۳۵ سال یا بالاتر و داشتن سردردهای بدون اورا
- سن زیر ۳۵ سال و داشتن سردردهای میگرنی بدون اورا که در طی استفاده از COC‌ها ایجاد شده یا تشدید شده باشند.
- داشتن سابقه سرطان پستان بیش از ۵ سال پیش که عود نکرده باشد.
- دیابت به مدت بیش از ۲۰ سال یا آسیب به شریانها، بینایی، کلیه‌ها یا سیستم عصبی ناشی از دیابت
- عوامل خطر چندگانه برای بیماری شریانی قلبی-عروقی مثل سن بالا، سیگار کشیدن، دیابت، و فشار خون بالا
- مصرف باربیتورات‌ها، کاربامازپین، اکسیکاربازپین، فنیتوئین، پرمیدون، توپیرامات، ریفامپیسین، ریفابوتین، یا ریتوناویر یا مهارکننده‌های پرونتاز تقویت‌شده با ریتوناویر. یک روش پشتیبان نیز باید مورد استفاده قرار گیرد زیرا این داروها اثر COC‌ها را کاهش می‌دهند.
- مصرف لاموتریزین. روش‌های هورمونی ترکیبی ممکن است باعث کاهش اثر لاموتریزین شود.

قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری برای زنان آلوده به HIV

- زنان آلوده به HIV، مبتلا به ایدز، یا تحت درمان با ضد رتروویروسها (ARV) می-توانند به طور بی خطر از COC‌ها استفاده کنند.
- به این زنان تأکید نمایید که هرماه با COC‌ها از کاندوم نیز استفاده کنند. در صورت استفاده مستمر و صحیح، کاندومها به پیشگیری از انتقال HIV و سایر موارد STI کمک می‌کنند. استفاده از کاندومها همچنین حفاظت ضدبارداری برای زنان تحت درمان با ARV را افزایش می‌دهند. برخی داروهای ARV اثر COC‌ها را ممکن است کاهش دهند (به قسمت معیارهای مقبولیت طبی، ضمیمه D مراجعه کنید).

ارائه قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری

زمان شروع

نکته مهم: زن می‌تواند در هر زمانی که می‌خواهد شروع به استفاده از COC‌ها کند به شرطی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش مطمئن باشد. برای اطمینان منطقی از عدم حامله بودن زن، از چک لیست حاملگی استفاده کنید (به ص ۳۶۹ مراجعه کنید). همچنین می‌توان در هر زمانی COC‌ها را به زن داد و به او گفت که چه زمانی مصرف آنها را آغاز کند.

وضعیت زن	زمان شروع
داشتن سیکلهای قاعدگی یا تعویض روش از یک روش غیرهورمونی	در هر زمانی از ماه
• در صورت شروع نمودن در طی ۵ روز بعد از شروع خونریزی قاعدگی ماهیانه، نیازی به استفاده از روش پشتیبان نمی‌باشد.	
• در صورت گذشتن بیش از ۵ روز از شروع خونریزی ماهیانه، می‌تواند در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش مطمئن باشد، COC‌ها را شروع کند. لازم است در مدت ۷ روز اول مصرف قرصها از یک روش پشتیبان نیز استفاده کند. (اگر اطمینان منطقی از حامله بودن زن ندارید، به او COC‌ها را بدھید و بگویید که مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند).	در هر زمانی از ماه
• در صورت تعویض روش از IUD، می‌تواند مصرف COC‌ها را بلافصله شروع کند. (به قسمت IUD مسی، تعویض روش از IUD به روش دیگر، ص ۱۴۱ مراجعه کنید).	
تعویض روش از یک روش هورمونی	• بلافصله، در صورتی که او از روش هورمونی بطور مستمر و صحیح استفاده می‌کرده است یا اگر از طریق دیگری اطمینان منطقی حاصل شود که او حامله نیست. نیازی به منتظر شدن برای خونریزی ماهیانه بعدی وجود ندارد. نیازی به روش پشتیبان نیست.
• در صورت تعویض از روشهای تزریقی، می‌تواند مصرف COC‌ها را زمانی که باید تزریق بعدی انجام می‌شود، شروع کند. نیازی به روش پشتیبان نیست.	

* روشهای پشتیبان شامل اجتناب از نزدیکی، کاندوم مردانه یا زنانه، اسپرمکشها، و نزدیکی منقطع می‌باشد. به او بگویید که اسپرم-کشها و نزدیکی منقطع روشهای پیشگیری از بارداری با کمترین تأثیر هستند. در صورت امکان، به او کاندوم بدھید.

وضعیت زن زمان شروع

- شیردهی کامل یا تقریباً کامل • به او COC‌ها را بدهید و بگویید مصرف آنها را ۶ ماه بعد از زایمان یا زمانی که شیر مادر دیگر غذای اصلی شیرخوار نباشد. هر کدام اول پیش بیاید- شروع کند.
- بیش از ۶ ماه بعد از زایمان • در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف COC‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خود اطمینان حاصل نمود، شروع کند. استفاده از یک روش پشتیبان نیز در ۷ روز اول مصرف قرصها ضروری است (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن فرد، COC‌ها را حالاً به او بدهید و توصیه کنید مصرف آنها را طی خونریزی ماهیانه بعدی شروع کند).
- در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است، مصرف COC‌ها را شروع کند (به صفحه قلی مراجعه کنید).
- شیردهی نسبی • COC‌ها را به او بدهید و توصیه کنید مصرف آنها را ۶ هفته بعد از زایمان شروع کند.
- یک روش پشتیبان نیز به او بدهید تا در صورتی که خونریزی ماهیانه قبل از ۶ هفته بعد از زایمان آغاز شود، تا هفته ششم بعد از زایمان از آن استفاده کند.
- بیش از ۶ هفته بعد از زایمان • در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف COC‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خود اطمینان حاصل نمود، شروع کند.^۱ استفاده از یک روش پشتیبان نیز در ۷ روز اول مصرف قرصها ضروری خواهد بود. (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن زن، COC‌ها را به او بدهید و توصیه کنید مصرف آنها را طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند).
- در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است، مصرف COC‌ها را شروع کند (به صفحه قلی مراجعه کنید).
- عدم شیردهی • او می‌تواند مصرف COC‌ها در هر زمانی بین روزهای ۲۸-۲۱ شروع کند. قرصها را در هر زمانی برای شروع در طی این هفت روز به او بدهید. نیازی به روش پشتیبان نیست.
- بیش از ۴ هفته بعد از زایمان • در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف COC‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خود اطمینان حاصل نمود، شروع کند.^۱ استفاده از یک روش پشتیبان نیز طی ۷ روز اول مصرف قرصها ضروری خواهد بود. (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن زن، COC‌ها را حالاً به او بدهید و توصیه کنید مصرف آنها را طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند).
- در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است، مصرف COC‌ها را شروع کند (به ص ۱۰ مراجعه کنید).

وضعیت زن

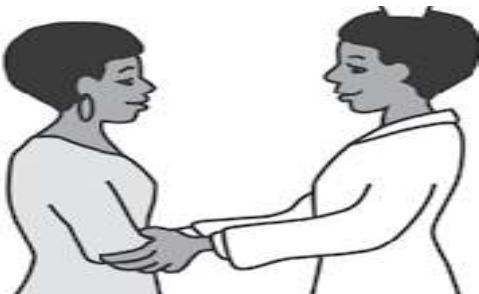
<ul style="list-style-type: none"> او می‌تواند مصرف COC‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خود اطمینان حاصل نمود، شروع کند. استفاده از یک روش پشتیبان نیز به مدت ۷ روز اول مصرف قرصها ضروری خواهد کرد. بلافاصله، در صورت شروع قرص در طی ۷ روز اول پس از سقط سه ماهه اول یا دوم، نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست. در صورت گذشتن بیش از ۷ روز پس از سقط سه ماهه اول یا دوم، او می‌تواند مصرف COC‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خود اطمینان حاصل نمود، شروع کند. استفاده از یک روش پشتیبان نیز به مدت ۷ روز اول مصرف قرصها ضروری خواهد بود. (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن فرد، COC‌ها را حالا به او بدھید و توصیه کنید مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند). او می‌تواند مصرف COC‌ها روز بعد از اتمام مصرف ECP‌ها شروع کند. برای شروع COC‌ها نیازی نیست که تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی منتظر بماند. - استفاده کننده جدید COC باید بسته جدیدی از قرص را شروع کند. - استفاده کننده مداومی که به علت اشتباه در مصرف قرص نیاز به ECP‌ها داشته است، می‌تواند مصرف بسته قبلی را، از جایی که باقیمانده است، ادامه دهد. - این زنان باید از یک روش پشتیبان نیز در ۷ روز اول مصرف قرصها استفاده کنند. 	عدم وجود خونریزی ماهیانه (غیرمرتب بازآیان یا شیردهی) بعد از سقط خود به خود یا القایی بعد از مصرف قرصهای ضدبارداری اورژانسی (ها) ECP
--	--

^۱ در مناطقی که انجام ملاقات شش هفته بعد از زایمان بطور روتین توصیه شده و فرستهای دیگر برای دریافت روشهای پیشگیری از بارداری محدود هستند، برخی از ارائه‌دهندگان خدمات و برنامه‌ها ممکن است در طی ملاقات هفته ششم، در صورتی که خونریزی ماهیانه زن بازگشت نکرده باشد، بدون وجود شواهد دیگری دال بر عدم حاملگی او، COC‌ها را ارائه کنند.

توصیه‌هایی در مورد آثار جانبی

نکته مهم: مشاوره کامل و جامع در زمینه تغییر الگوی خونریزی و سایر آثار جانبی بخش مهمی از ارائه روش است. مشاوره در مورد تغییرات خونریزی شاید مهمترین کمکی است که یک زن برای ادامه روش احتیاج دارد.

<ul style="list-style-type: none"> در ماههای اول زمان خونریزی قابل پیش بینی نخواهد شد (خونریزی نامنظم). سپس به شکل خونریزیهای ماهیانه خفیفتر، کوتاه‌تر و منظمتر خواهد شد. سردرد، حساسیت پستانها، تغییر وزن و سایر آثار جانبی را توضیح دهد. 	شايعترین آثار جانبی را بیان کنید.
<ul style="list-style-type: none"> آثار جانبی نشانه بیماری نمی‌باشد. 	در باره آثار جانبی توضیح دهد.
<ul style="list-style-type: none"> اکثر آثار جانبی معمولاً در ماههای اولیه پس از مصرف کاهش یافته و یا قطع می-شوند. 	در باره آثار جانبی توضیح دهد.
<ul style="list-style-type: none"> این آثار گرچه شایعند، ولی برخی زنان فاقد آن هستند. 	توضیح دهد که در صورت بروز آثار جانبی چه کار کند.
<ul style="list-style-type: none"> به مصرف COC‌ها ادامه دهد. جا انداختن قرصها خطر حاملگی را در پی دارد و می‌تواند سبب تشدید برخی از آثار جانبی شود. 	توضیح دهد که در صورت بروز آثار جانبی چه کار کند.
<ul style="list-style-type: none"> خوردن قرصها هر روز در زمان معین به کاهش خونریزی نامنظم و به یاد داشتن مصرف قرص کمک می‌کند. 	توضیح دهد که در صورت بروز آثار جانبی چه کار کند.
<ul style="list-style-type: none"> برای کاهش تهوع، قرصها را همراه با غذا یا هنگام خواب میل کنید. 	توضیح دهد که در صورت بروز آثار جانبی چه کار کند.
<ul style="list-style-type: none"> می‌تواند هر زمان که آثار جانبی او را ناراحت کرد برای دریافت کمک مراجعه کند. 	توضیح دهد که در صورت بروز آثار جانبی چه کار کند.



توضیح نحوه استفاده از روش

۱. قرصها را به او بدهید.
- هر چند بسته که امکان داشته باشد به او بدهید حتی به اندازه مصرف یکساله (۱۳ بسته).

۲. بسته بندی قرصها به او توضیح دهید.
- نوع بسته بندی، ۲۱ تایی یا ۲۸ تایی، را به او نشان دهید. در نوع ۲۸ تایی، اشاره کنید که ۷ قرص آخر بسته‌های ۲۸ تایی که رنگ دیگری دارند فاقد هورمون هستند.

- نشان دهید که چگونه اولین قرص را مصرف کند و چگونه برای مصرف بقیه قرصها مسیر یا فلاش‌های روی بسته‌بندی را دنبال کند.



۳. آموزش‌های کلیدی را به او ارائه دهید.
- روزانه یک قرص مصرف کنید. تا بسته قرصها تمام شود.

در مورد اهمیت مصرف روزانه قرص صحبت کنید. مرتبه کردن مصرف قرص با فعالیتهای روزانه مانند شستن دندانها می‌تواند در به خاطر سپاری مصرف قرص کمک کند.

صرف قرص در یک زمان معین از روز در به خاطر سپاری مصرف قرص مفید واقع می‌شود. این کار می‌تواند به کاهش بعضی عوارض جانبی کمک کند.

۴. شروع بسته جدید را توضیح دهید.
- بسته بندی ۲۸ تایی: وقتی مراجعه کننده مصرف یک بسته را به پایان رساند، فردا باید مصرف اولین قرص از بسته جدید را شروع کند.

- بسته بندی ۲۱ تایی: پس از مصرف آخرین قرص مراجعه کننده باید به مدت ۷ روز صبر کند - نه بیشتر - و سپس اولین قرص از بسته جدید را آغاز کند.

- شروع مصرف به موقع بسته بعدی بسیار مهم است. شروع دیرهنگام با خطر حاملگی همراست.

۵. روش پشتیبان را ارائه کنید و نحوه استفاده از آن را توضیح دهید.
- گاهی مراجعه کننده ممکن است در مواردی مانند فراموشی قرص به استفاده از روش پشتیبان نیاز داشته باشد.

- روشهای پشتیبان شامل پرهیز، کاندوم زنانه و مردانه، مواد اسپرمکش و روش منقطع می‌باشند. به مراجعه‌کننده بگویید که مواد اسپرمکش و روش منقطع کم-اثرترین روش پیشگیری از بارداری هستند. در صورت امکان به او کاندوم بدهید.

حمایت از مصرف کنندۀ اداره موارد فراموشی قرص

فراموشی یا تاخیر در مصرف قرص به آسانی رخ می‌دهد. مصرف‌کنندگان COC باید بدانند که به هنگام فراموشی مصرف قرص چه کار کنند. اگر زنی مصرف یک یا چند قرص را فراموش کند، بایستی از دستورالعمل زیر پیروی کند. از بروشور داخل بسته برای توضیح به مراجعه کننده استفاده نمایید.

جبان فراموشی مصرف قرصهای حاوی ۳۰-۳۵ میکروگرم استتروژن*

پیام کلیدی

- قرص فراموش شده هورمونی را هر چه سریعتر مصرف کنید.

- به مصرف بقیه قرصها مطابق معمول ادامه دهید (ممکن است دو قرص را یکجا بخورد یا در یک روز دو قرص مصرف کند).

- قرص هورمونی را هر چه سریعتر مصرف کنید.
- خطر حاملگی وجود ندارد یا خیلی کم است.

صرف یک یا دو قرص را
فراموش کرده یا بسته جدید
را یک یا دو روز دیرتر آغاز
کرده‌اید؟

- قرص هورمونی را هر چه سریعتر مصرف کنید.
- از یک روش پشتیبان برای ۷ روز بعدی استفاده کنید.
- اگر زن در پنج روز اخیر رابطه جنسی داشته است از ECP‌ها نیز استفاده کند (به بخش قرصهای فوریتی پیشگیری از بارداری در ص ۴۵ مراجعه کنید).

صرف ۳ قرص یا بیشتر را
در هفته اول یا دوم فراموش
کرده‌اید؟ بسته جدید را سه
روز دیرتر آغاز کرده‌اید؟

- قرص هورمونی را هر چه سریعتر مصرف کنید.
- تمامی قرصهای هورمونی بسته را تمام کنید. هفت قرص غیرهورمونی را از بسته‌های ۲۸ تایی دور بیاندازید.
- صرف قرصها از بسته جدید را روز بعد شروع کنید.
- از یک روش پشتیبان برای هفت روز بعد استفاده کنید.
- اگر در پنج روز اخیر رابطه جنسی داشته‌اید از ECP‌ها استفاده کنید (به قسمت قرصهای فوریتی پیشگیری از بارداری در ص ۴۵ مراجعه کنید).

صرف ۳ قرص یا بیشتر را
در هفته سوم فراموش کرده‌
اید؟

- قرص(های) فراموش شده غیرهورمونی را دور بیاندازید.
- به مصرف روزانه COC‌ها ادامه دهید و بسته جدید را طبق معمول آغاز کنید.

صرف قرص غیرهورمونی
را فراموش کرده‌اید؟ (۷
قرص آخر از بسته ۲۸ تایی)

- اگر در عرض ۲ ساعت پس از خوردن قرص استفراغ کند، باید هر چه سریعتر قرص دیگری مصرف کرده، قرصهای بعدی را بطور معمول استفاده کند.
- اگر به مدت ۲ روز یا بیشتر اسهال و استفراغ داشت، از دستورالعمل فراموشی ۱ یا ۲ قرص در قسمت بالا پیروی کند.

اسهال یا استفراغ شدید

* در صورت فراموشی یک قرص حاوی ۲۰ میکروگرم و کمتر استروژن، زن باید از همان دستورالعمل قرصهای ۳۵ میکروگرمی تبعیت کند. زنانی که دو یا چند قرص را فراموش کرده‌اند، باید از دستورالعمل مربوط به فراموشی ۳ قرص یا بیشتر قرصهای ۳۵ میکروگرمی پیروی کنند.

هر زمان خواستید مراجعه کنید: دلایل مراجعه مجدد

به همه مراجعه‌کنندگان اطمینان دهد که هر زمان پذیرای آنان هستید. مثلاً: اگر چار مشکلی شد، سوالی دارد یا خواستار استفاده از روش دیگری است، تغییر عمدہ‌ای در وضعیت سلامتی او رخ داده است یا زمانی که فکر می‌کند حامله است. همچنین اگر:

- قرصهایش را گم کرده است یا بسته جدید را با تأخیر بیش از سه روز شروع کرده است و در این فاصله رابطه جنسی برقرار کرده است. او ممکن است مایل به استفاده از ECP‌ها باشد (قرصهای فوریتی پیشگیری از بارداری ص ۴۵ را ببینید).

توصیه‌های عمومی سلامت: هر کس ناگهان احساس کند مشکلی جدی در مورد سلامتی او رخ داده است باید بلافضله در پی مراقبتهای طبی از ماما، پرستار یا پزشک برآید. به احتمال قوی روش پیشگیری از بارداری علت این مشکل وضعیت نیست اما او باید به ماما، پرستار یا پزشک بگوید که از چه روشی استفاده می‌کند.

برنامه‌ریزی برای ملاقات بعدی

۱. او را تشویق کنید که قبل از پایان قرصها برای دریافت قرص مراجعه کند.
۲. ویزیت سالانه توصیه می‌شود.
۳. برای بعضی از زنان مراجعه سه ماه پس از شروع مصرف COC مفید واقع می‌شود. این زمان فرصتی است که به هر سوالی پاسخ داده شده، به حل مشکلات کمک کرده و روش استفاده صحیح ارزیابی شود.

کمک به مراجعین تکراری (مراجعینی که در حال استفاده از یک روش ویژه جلوگیری از بارداری می‌باشند)

۱. در مورد نحوه استفاده و رضایت او از روش سوال کنید. از او بپرسید که آیا سوالی یا مطلبی دارد که بخواهد در مورد آن صحبت کند؟
۲. مخصوصاً در مورد نگرانی وی در زمینه تغییرات خونریزی سؤال کنید. به او هر اطلاعاتی را که نیاز دارد بدھید (به اداره مشکلات در ص بعد مراجعه کنید).
۳. بپرسید که آیا بخارتر سپردن مصرف قرص برای او مشکل است؟ اگر چنین باشد با او در مورد راههای بخارتر-سپاری مصرف قرص، چگونگی جبران قرصهای فراموش شده، روش‌های فوریتی پیشگیری از بارداری یا انتخاب روش دیگر صحبت کنید.
۴. در صورت امکان به او بسته‌های قرص بیشتری - به اندازه مصرف یکسال (۱۳ بسته) - بدھید. طوری برنامه‌ریزی کنید که قبل از اتمام قرصها مراجعت کند.
۵. در صورت امکان سالانه فشارخون او را کنترل کنید (به معیارهای مقبولیت طبی، سوال ۵ در ص ۷ مراجعه کنید).
۶. از مصرف‌کنندگان طولانی مدت قرص در مورد مشکلات اخیر سلامت (از زمان آخرین ویزیت) سؤال کنید. برای مشکلات جدید سلامت که نیازمند تغییر روش هستند به ص ۱۸ مراجعه کنید.
۷. از مصرف‌کنندگان طولانی مدت قرص در مورد تغییرات عده زندگی که نیازهای آنها را تحت تأثیر قرار داده، مخصوصاً برنامه ریزی برای بچه دار شدن و خطر HIV/STI سؤال کنید. به طور مناسب پیگیری کنید.



اداره هر گونه مشکل

مشکلاتی که بعنوان آثار جانبی یا مشکلات همراه با مصرف قرص گزارش می‌شوند

این مشکلات ممکن است مربوط به روش جلوگیری باشند یا ارتباطی به آن نداشته باشند.

- مشکلات همراه با آثار جانبی، رضایت زنان از مصرف COC‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این مسائل در خور توجه ارائه‌دهنگان خدمات است. اگر مراجعه‌کننده آثار جانبی را گزارش و یا مشکلی را بیان می‌کند، به نگرانیهای او گوش فرا دهید، به او توصیه‌هایی بکنید و در صورت نیاز او را درمان کنید.
- او را تشویق کنید که مصرف روزانه قرصها را علیرغم آثار جانبی ادامه دهد. فراموشی قرصها ممکن است خطر حاملگی را در پی داشته و بعضی آثار جانبی را وخیم‌تر کند.
- بسیاری از آثار جانبی چند ماه بعد از مصرف قرصها فروکش خواهد کرد. در زنانی که آثار جانبی پایدار دارند در صورت امکان بمدت سه ماه از قرصهای پیشگیری با ترکیب دیگری استفاده کنید.
- در صورت تمایل وی، حالا، یا در صورتی که نتوان بر مشکلات فایق آمد، به او در انتخاب روش دیگر جلوگیری از بارداری کمک کنید.

قرصهای فراموش شده

به قسمت اداره قرصهای فراموش شده در ص ۱۴ مراجعه کنید.

خونریزی نامنظم (خونریزی در زمان‌های غیرطبیعی که او را آزار دهد)

- به او اطمینان دهید که بسیاری از مصرف کنندگان COC‌ها دچار خونریزی نامنظم می‌شوند. این حالت زیان‌آور نبوده، معمولاً بعد از چند ماه اول مصرف کاهش یافته یا متوقف می‌شود.
- سایر علل احتمالی خونریزی نامنظم عبارتند از:
 - فراموشی قرص
 - مصرف قرص در زمانهای متفاوت از روز
 - اسهال یا استفراغ
 - مصرف داروهای ضدتشنج یا ریفامپیسین (به قسمت شروع درمان با داروهای ضدتشنج یا ریفامپیسین در ص ۲۰ مراجعه کنید).

برای کاهش خونریزیهای نامنظم:

- تأکید کنید قرصها را هر روز در زمان معین مصرف کند.
- به او آموزش دهید که قرصهای فراموش شده، از جمله موارد مربوط به اسهال و استفراغ، را بطور مناسب جبران کند (به قسمت اداره قرصهای فراموش شده در ص ۱۴ مراجعه کنید).
- برای تسکین نسبی علائم در کوتاه مدت، او می‌تواند از زمان شروع خونریزی نامنظم از ایبوپروفن ۸۰۰ میلی گرم سه بار در روز پس از غذا به مدت ۵ روز یا سایر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAID) استفاده کند. NSAID‌ها سبب بهبود نسبی خونریزیهای نامنظم همراه با روشاهی کاشتنی و روشاهی تزریقی صرفًا پروژستینی و IUD‌ها می‌گردند. این داروها در مورد COC‌ها نیز ممکن است مفید واقع شوند.
- اگر قرصها را به مدت بیش از چند ماه مصرف کرده و NSAID‌ها مؤثر واقع نشوند، در صورت امکان به او قرص ترکیبی با فرمولاسیون متفاوت بدهید. از او بخواهید که این قرصها را حداقل به مدت ۳ ماه مصرف کند.

- اگر خونریزی نامنظم ادامه یابد یا چند ماه پس از خونریزی ماهیانه طبیعی یا قطع خونریزی ماهیانه شروع شود، یا شک کنید خونریزی نامنظم علت دیگری دارد، علل زمینه‌ای غیرمرتبط با مصرف قرصها را در متنظر قرار دهید (به قسمت خونریزیهای واژینال با علت نامشخص در صفحه بعد مراجعه کنید).

فقدان خونریزی ماهیانه

- از او بپرسید که آیا خونریزی دارد یا خیر؟ (او ممکن است خونریزی بسیار خفیفی در حد لکه بینی و آلوگی لباس زیر را داشته باشد که آن را به حساب خونریزی ماهیانه نگذارد). اگر جواب مثبت بود به او اطمینان بدهید.
- به او اطمینان بدهید که در برخی از مصرف‌کنندگان COC‌ها خونریزی ماهیانه متوقف می‌شود و این حالت زیان‌آور نیست. نیازی نیست که او هر ماه خون از دست بدهد. این حالت شبیه فقدان خونریزی در دوره حاملگی است و او نایاب‌رور نشده است و خون در بدن او جمع نمی‌شود (بعضی از زنان از فقدان خونریزی ماهیانه خوشحال هم می‌شوند).
- از او سوال کنید که آیا هر روز قرص مصرف می‌کرده است؟ اگر جواب مثبت باشد او را مطمئن کنید که احتمال حاملگی برای او وجود ندارد و می‌تواند به مصرف قرص مانند گذشته ادامه دهد.
- آیا در بسته‌های ۲۱ تایی، ۷ روز استراحت بین دو بسته را رد کرده (بین بسته‌ها فاصله‌ای نگذاشته) و یا در قرصهای ۲۸ تایی، ۷ قرص غیرهورمونی را رد کرده (صرف نکرده) است؟ اگر چنین باشد به او اطمینان دهید که حامله نیست و می‌تواند به مصرف قرص ادامه دهد.
- اگر قرصهای هورمونی را فراموش کرده یا بسته جدید را دیر شروع کرده است:
 - می‌تواند به مصرف COC‌ها ادامه دهد.
 - به زنی که مصرف ۳ قرص با بیشتر را فراموش کرده، یا بسته جدید را ۳ روز یا بیشتر از ۳ روز دیرتر آغاز کرده است بگوئید که اگر علائم و نشانه‌های اولیه حاملگی را احساس کرد مجدداً مراجعه کند (به ص ۳۶۸ برای علائم و نشانه‌های شایع حاملگی مراجعه کنید).
 - به قسمت دستور العمل چگونگی جبران قرصهای فراموش شده در ص ۱۴ مراجعه کنید.

سردردهای معمولی (غیرمیگرنی)

- موارد زیر (یکی در هر زمان، نه با هم) را امتحان کنید:
 - آسپیرین ۳۲۵-۶۵۰ میلیگرم، ایبوپرو芬 ۲۰۰-۴۰۰ میلیگرم، پاراستامول ۱۰۰۰-۳۲۵ میلیگرم و یا سایر داروهای تسکین‌بخش.
 - برخی از زنان در هفته‌ای که قرص غیرهورمونی را مصرف می‌کنند سردرد دارند. در این حالت، مصرف طولانی (extended) قرص را متنظر قرار دهید (به مصرف طولانی و مداوم COC‌ها در ص ۲۰ مراجعه کنید).
- هر سردردی که تشدید یابد یا با تکرار بیشتر در بین مصرف COC‌ها رخ دهد، باید بررسی شود.

تهوع و گیجی (خواب آلوگی)

- برای رفع تهوع استفاده از COC‌ها در زمان خواب یا همراه با غذا را توصیه کنید.
اگر علائم ادامه داشت:
 - درمانهای در دسترس محلی را متنظر قرار دهید.
 - اگر تهوع در آغاز مصرف بسته جدید رخ دهد، استفاده طولانی را در نظر بگیرید (به قسمت مصرف طولانی و مداوم COC‌ها در ص ۲۰ مراجعه کنید)

حساسیت پستانها

- استفاده از سینه‌بندهای محافظتی (از جمله، به هنگام خواب و فعالیت شدید) را توصیه کنید.
- از کمپرس سرد یا گرم استفاده کنید.
- آسپیرین ۳۲۵-۶۵۰ میلی‌گرم، ایبوپرو芬 ۴۰۰-۲۰۰ میلی‌گرم، پاراستامول ۱۰۰۰-۳۲۵ میلی‌گرم و یا سایر داروهای ضددرد را پیشنهاد کنید.
- درمانهای در دسترس محلی را مدنظر قرار دهید.

تغییر وزن

- رژیم غذایی او را بررسی کرده، مشاوره مناسب را انجام دهید.

تغییرات خلقی و تغییر در میل جنسی

- بعضی از زنان در هفته‌ای که قرص هورمونی نمی‌خورند (هفت روزی که قرص هورمونی مصرف نمی‌کنند) چار تغییرات خلقی می‌شوند. برای این افراد مصرف طولانی قرص را در نظر داشته باشید (به قسمت مصرف طولانی و مدام COC‌ها در ص ۲۰ مراجعه کنید).
- درمورد تغییرات زندگی که ممکن است خلق یا میل جنسی او را تحت تأثیر قرار دهد، از قبیل تغییر در روابط با شریک جنسی، سوال کنید. حمایت مناسب از او به عمل آورید.
- زنان چار تغییرات خلقی جدی مانند افسردگی شدید را برای مراقبت بیشتر ارجاع دهید.
- درمانهای در دسترس محلی را مدنظر قرار دهید.

آکنه

- آکنه معمولاً با استفاده از COC‌ها بهبود می‌یابد. در گروه اندکی از زنان آکنه تشدید می‌یابد.
- اگر بیش از چند ماه از مصرف قرصها سپری شد و آکنه‌ها پایدار باقی ماندند، در صورت امکان به او COC‌ها با ترکیب متقابل بدھید. از او بخواهید که قرصهای جدید را حداقل به مدت سه ماه مصرف کند.
- درمانهای در دسترس محلی را مدنظر داشته باشید.

مشکلات جدیدی که ممکن است نیاز به تغییر روش داشته باشید

این موارد ممکن است مرتبط یا غیرمرتبط با روش پیشگیری مورد استفاده باشد.

خونریزی و اژینال با علت نامشخص (که بیانگر احتمال وجود مشکل طبی غیرمرتبط با روش جلوگیری است)، یا خونریزی شدید یا طولانی مدت

- بر اساس شرح حال و معاینه لگی ارجاع یا ارزیابی کنید. بطور مناسبی تشخیص داده و درمان کنید.
- زن می‌تواند در حین ارزیابی وضعیت به مصرف COC‌ها ادامه دهد.
- اگر خونریزی به علت عفونتهای آمیزشی یا بیماری التهابی لگن رخ داده باشد می‌تواند به مصرف COC‌ها در حین درمان ادامه دهد.

شروع درمان با داروهای ضدتشنج، ریفامپیسین، ریفابوتین یا ریتوناویر

- باربیتوراتها، کاربامازپین، اکسی‌کاربازپین، فنی‌توئین، پیریمیدون، توپیرامات، لاموتربیزین، ریفامپیسین، ریفابوتین و ریتوناویر ممکن است تأثیر COC‌ها را کم کند. استفاده از روش‌های هورمونی ترکیبی، از جمله

قرصهای ترکیبی و تزریقات ماهیانه، ممکن است تاثیر لاموتریزین را کم کند. در صورت نیاز به مصرف طولانی مدت این داروها فرد می‌تواند از روش دیگری مانند روش‌های تزریقی ماهیانه، روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی، یا IUD مسی یا هورمونی (LNG IUD) استفاده کند.

- اگر این داروها را به مدت کوتاهی مصرف می‌کند، برای افزایش حفاظت در مقابل حاملگی وی می‌تواند از روش پشتیبان به همراه COC‌ها استفاده کند.

سردرد میگرنی (به قسمت شناسایی سردرد میگرنی و اورا در ص ۳۶۵ مراجعه کنید.)

- بدون توجه به سن، زنی که در حین مصرف COC‌ها سردرد میگرنی با یا بدون اورا در وی ایجاد شود و یا سردردهای میگرنی وی تشدید شود باید استفاده از COC‌ها را قطع کند.
- به او کمک کنید تا یک روش جلوگیری از بارداری بدون استروژن انتخاب کند.

شرایطی که زن را از راه رفتن به مدت یک هفته یا بیشتر بازخواهد داشت

- اگر زن عمل جراحی بزرگی داشته یا ساق پایش گچ گرفته شده است یا به هر دلیل دیگری قادر به حرکت برای چند هفته نخواهد بود، باید:
 - به پزشک اطلاع دهد که از COC‌ها مصرف می‌کند.
 - مصرف COC‌ها را قطع کند و از یک روش پشتیبان طی این مدت استفاده کند.
 - مصرف COC‌ها را ۲ هفته پس از شروع مجدد حرکت از سر بگیرد.

وضعیتها خاص جدی سلامت (شک به بیماری قلبی یا بیماری جدی کبدی، فشارخون بالا، لخته شدن خون در وریدهای عمقی پا یا ریه‌ها، سکته مغزی، سرطان پستان، آسیب ناشی از دیابت به شریانها، بینایی، کلیه و سیستم عصبی، یا بیماری کیسه صفراء). به قسمت علائم و نشانه‌های وضعیتها جدی سلامت در ص ۳۱۱ مراجعه کنید.

- به او بگوئید مصرف قرص را قطع کند.
- تا زمان ارزیابی وضعیت وی، به او روش پشتیبان بدهید.
- در صورتی که تاکنون تحت مراقبت نبوده است، برای تشخیص یا مراقبت او را ارجاع دهید.

شک به حاملگی

- از نظر حاملگی بررسی کنید.
- در صورت تأیید حاملگی به او بگوئید مصرف قرص را قطع کند.
- هیچ خطر شناخته شده‌ای برای جنینی که مادر او در حین حاملگی COC مصرف کرده باشد، وجود ندارد (به سوال ۵ در ص ۲۱ مراجعه کنید).

صرف طولانی (continuous) و مداوم (extended) ها

برخی از مصرفکنندگان COC‌ها از چرخه معمول سه هفته استفاده و یک هفته استراحت تبعیت نمی‌کنند. آنان قرصهای هورمونی را به مدت ۱۲ هفته بدون وقفه استفاده و سپس یک هفته را با قرصهای غیرهورمونی سپری می‌کنند. به این حالت مصرف طولانی گفته می‌شود. سایر زنان قرصهای هورمونی را بدون وقفه استفاده می‌کنند به این حالت مصرف مداوم گفته می‌شود. قرصهای منوفازیک برای این موارد توصیه می‌شوند (به سوال ۱۶ در ص ۲۳ مراجعه کنید).

اگر به زنان آموزش‌های لازم داده شود آنها به آسانی روش‌های مختلف مصرف COC‌ها را اداره می‌کنند. برای تعداد زیادی از زنان ارزشمند است کنترل نمایند که چه زمانی خونریزی ماهیانه داشته باشند یا اصلاً نداشته باشند و براساس آن استفاده از COC‌ها را بطور دلخواه برنامهریزی می‌کنند.

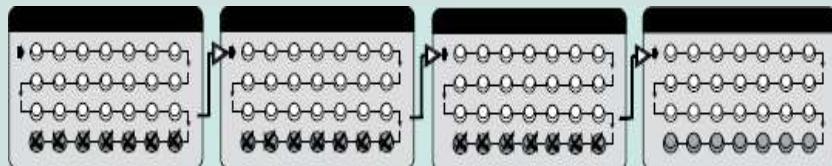
مزایای استفاده طولانی و مداوم

- زنان با این روش فقط چهار بار در سال خونریزی می‌کنند یا اصلاً خونریزی نمی‌کنند.
- از تعداد دفعات حالتی چون سردرد، سندروم پیش از قاعده‌گی، تغییرات خلقی و خونریزی شدید و دردناک در هفته‌ای که قرص مصرف نمی‌کنند، کاسته می‌شود.

معایب استفاده طولانی و مداوم:

- خونریزی نامنظم ممکن است تا ۶ ماه اول استفاده ادامه یابد بویژه در زنانی که قبلاً قرص COC‌ها مصرف نکرده‌اند.
- نیاز به فراهم کردن داروی بیشتری - ۱۵ تا ۱۷ بسته بدای بجای ۱۳ بسته در سال- است.

دستورالعمل استفاده طولانی



- آخرین هفته مصرف قرص (قرصهای غیرهورمونی) را در سه دوره (سه بسته) رد کنید (صرف نکنید). مصرفکنندگان بسته‌های ۲۱ تابی یک هفته انتظار بین بسته‌ها را در سه دوره حذف کنند. نیازی به استفاده از روش پشتیبان در طی این مدت نیست.
- تمامی قرصهای چهار هفته‌ای بسته چهارم را مصرف کنید (صرفکنندگان بسته‌های ۲۱ تابی نیز تمامی قرصهای بسته چهارم را مصرف کنند). منتظر مقداری خونریزی در طی این هفته چهارم باشید.
- بسته جدید قرصها را فردای اتمام بسته چهارم آغاز کنید (صرفکنندگان بسته‌های ۲۱ تابی قبل از شروع بسته جدید ۷ روز صبر کنند).

دستورالعمل استفاده مداوم

هر روز یک قرص هورمونی را تا زمانی که مایل می‌باشد مصرف کنید. اگر خونریزی نامنظم آزاردهنده رخ داد، مصرف قرص را به مدت ۳-۴ روز متوقف و سپس مصرف مداوم قرصهای هورمونی را از سر بگیرید.

پرسشها و پاسخها در مورد قرصهای خوراکی ترکیبی

۱. آیا زنان به دوره استراحت پس از مصرف COC‌ها نیازمند هستند؟

خیر. هیچ شواهدی دال بر اینکه استراحت پس از مصرف COC‌ها سودمند باشد در دسترس نیست. در واقع استراحت پس از مصرف COC‌ها می‌تواند منجر به حاملگی ناخواسته گردد. COC‌ها را می‌توان سالیان دراز بدون وقفه استفاده کرد.

۲. اگر زنی به مدت طولانی COC‌ها مصرف کند، پس از قطع مصرف در برابر حاملگی محافظت خواهد شد؟

خیر. زنان تنها در مدتی که قرص را بطور منظم مصرف می‌کنند، از حاملگی مصون هستند.

۳. چه مدت طول می‌کشد که پس از قطع مصرف قرص COC‌ها زنی حامله شود؟

زنایکه مصرف COC‌ها را قطع می‌کنند بلافصله می‌توانند حامله شوند. COC‌ها سبب تأخیر در بازگشت باروری زن پس از قطع روش نمی‌شوند. الگوی خونریزی قبل از مصرف قرص معمولاً پس از قطع مصرف بازمی‌گردد. برخی از زنان ممکن است مجبور شوند چند ماه صبر کنند تا الگوی خونریزی-شان بحالت طبیعی برگردد.

۴. آیا COC‌ها سبب سقط می‌شوند؟

خیر. مطالعات روی COC‌ها نشان داده‌اند که آنها سبب از دست رفتن حاملگی نمی‌شوند. از این قرصها نباید برای سقط استفاده کرد. آنها چنین اثری ندارند.

۵. آیا COC‌ها سبب نقایص مادرزادی می‌شوند؟ اگر زنی اتفاقاً COC‌ها را در حین حاملگی مصرف کند، چنین آسیب می‌بیند؟

خیر. شواهد کافی نشان می‌دهد که COC‌ها سبب نقایص مادرزادی نمی‌شوند و اگر زن حین مصرف قرص حامله شده باشد یا در حین حاملگی بطور اتفاقی قرص خورده باشد، آسیبی به چنین نمی‌رسد.

۶. آیا COC‌ها سبب کاهش یا افزایش شدید وزن در زنان می‌شوند؟

خیر. کاهش و افزایش وزن اکثر زنان بعلت مصرف قرص نیست. تغییر وزن بطور طبیعی با تغییر شرایط زندگی و افزایش سن رخ می‌دهد. چون تغییرات وزن خیلی شایع هستند، بسیاری از زنان فکر می‌کنند این افزایش یا کاهش وزن ناشی از COC‌ها است. با این حال، مطالعات نشان داده‌اند که COC‌ها در کل وزن را تحت تأثیر قرار نمی‌دهند. تعداد کمی از زنان تغییر ناگهانی در وزن را با مصرف COC‌ها تجربه می‌کنند. این تغییرات پس از قطع مصرف COC‌ها بحالت قبلی برگردند. معلوم نیست چرا زنان چنین پاسخی به COC‌ها می‌دهند.

۷. آیا COC‌ها خلق زنان و میل جنسی‌شان را تغییر می‌دهند؟

معمولًا خیر. برخی مصرف‌کنندگان COC‌ها چنین شکایتی را ابراز می‌کنند. با این حال، اکثريت مصرف‌کنندگان COC‌ها چنین تغییراتی را گزارش نمی‌کنند و بعضی بهبودی در خلق و میل جنسی خود را ابراز می‌کنند. اظهار نظر در مورد اینکه تغییرات خلقی یا تمایلات جنسی بعلت مصرف COC‌ها است یا نه بسیار مشکل است. ارائه‌دهندگان خدمات می‌توانند به مراجعه‌کنندگان در این زمینه کمک کنند (به تغییرات خلقی و میل جنسی در ص ۱۸ مراجعه کنید). هیچ یافته‌ای موجود نیست که نشان دهد COC‌ها رفتار جنسی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

۸. اگر از یک مراقب در مورد COC‌ها و سرطان پستان سوال شد، چه پاسخ دهد؟

ارائه دهنگان خدمات باید به مراجعه کننده بگویند که هم زنان مصرف کننده COC‌ها و هم سایر زنان ممکن است به سرطان پستان مبتلا شوند. مطالعات علمی افزایش جزیی در سرطان پستان را در مصرف کننگان COC‌ها، بخصوص در مصرف کننگان ده سال اخیر، نسبت به سایر زنان نشان داده‌اند. داشتمندان نمی‌دانند که آیا واقعاً مصرف COC‌ها علت افزایش جزیی سرطان پستان هستند یا نه. ممکن است سرطان پستان قبل از مصرف قرص وجود داشته است و در این مراجعه کننگان زودتر تشخیص داده شده است (به قسمت واقعیت‌هایی در مورد قرص‌های خوراکی ترکیبی در ص ۴ مراجعه کنید).

۹. آیا COC‌ها می‌توان بعنوان تست حاملگی بکار برد؟

خیر. زنان با مصرف چندین قرص COC یا یک بسته کامل دچار خونریزی واژینال (خونریزی محرومیت از هورمون) می‌شوند اما مطالعات نشان داده‌اند که این عمل نمی‌تواند با دقت کافی زن حامله و غیرحامله را از هم تمیز دهد. بنابراین، دادن COC به زنان و بروز یا عدم بروز خونریزی بعنوان روش تشخیص حاملگی توصیه نمی‌شود. COC‌ها را نباید به زنان بعنوان تست حاملگی داد چون نتایج درستی بدست نمی‌آید.

۱۰. آیا باید زنان قبل از شروع مصرف COC‌ها و یا در ویزیت‌های پیگیری معاينه لگنی شوند؟

خیر. بجای آن با سوالات صحیح می‌توان مطمئن شد که مراجعه کننده حامله نیست (به قسمت چک لیست حاملگی در ص ۳۶۹ مراجعه کنید). هیچ وضعیتی که با معاينه لگنی قابل تشخیص باشد، مغایر استفاده از COC‌ها نیست.

۱۱. آیا زنان دارای وریدهای واریسی می‌توانند از COC‌ها استفاده کنند؟

بله. COC‌ها برای زنان دارای وریدهای واریسی بی‌خطر هستند. وریدهای واریسی عروق خونی متسعی هستند که به سطح پوست نزدیک هستند. آنها خطرناک نیستند، لخته خون نیستند و جزو رگهای عمقی هم نیستند که لخته شدن خون در آنها خطرناک باشد (ترومبوز عروق عمقی). زنی که در حال حاضر یا در گذشته دچار ترومبوز وریدهای عمقی شده باشد، نباید COC‌ها مصرف کند.

۱۲. آیا یک زن می‌تواند از COC‌ها در تمام طول زندگی استفاده کند؟

بله. سن حداقل یا حداکثری برای مصرف COC‌ها وجود ندارد. COC‌ها می‌تواند روش مطلوب برای یک زن از اولین قاعده‌گی تا زمان یائسگی اش باشد. (به قسمت زنان نزدیک به یائسگی در ص ۲۶۵ مراجعه کنید)

۱۳. آیا زنان سیگاری می‌توانند بدون خطر از COC‌ها استفاده کنند؟

زنان سیگاری جوانتر از ۳۵ سال می‌توانند از COC‌ها با دوز پایین استفاده کنند. زنان سیگاری ۳۵ ساله و بالاتر باید روشی فاقد استروژن را انتخاب کنند و یا اگر کمتر از ۱۵ نخ در روز سیگار می‌کشند از تزریقات ماهیانه استفاده کنند. زنان مسن‌تر سیگاری که مایل به استفاده از قرص می‌باشند می‌توانند از قرص‌های پروژستینی تنها استفاده کنند. به تمامی زنان سیگاری باید تاکید نمود سیگار را ترک کنند.

۱۴. زمانی که زنی تمایل به استفاده از COC‌ها دارد و طبق چک لیست اطمینان منطقی از عدم حاملگی او وجود ندارد، چه باید کرد؟

اگر تست حاملگی در دسترس نباشد به مراجعه کننده COC‌ها را بدھید به خانه ببرد و به او آموخت دهید طی پنج روز اول شروع قاعده‌گی مصرف قرص را آغاز کند. تا آن زمان او باید از روش پشتیبان استفاده کند.

۱۵. آیا از COC‌ها می‌توان عنوان قرص فوریتی پیشگیری از بارداری (ECP‌ها) استفاده کرد؟

بله. باید هر چه سریعتر و نهایتاً تا پنج روز بعد از رابطه جنسی محافظت نشده از COC‌ها به عنوان ECP‌ها استفاده شود (به قسمت قرصهای فوریتی پیشگیری از بارداری، فرمولاسیون و مقدار دارو در ص ۵۶ مراجعه کنید). با این حال، قرصهای صرفاً پروژستینی موثرتر بوده، آثار جانبی کمتری از قبیل تهوع و ناراحتی معده ایجاد می‌کند.

۱۶. تفاوت بین قرصهای تکمرحله‌ای (منوفازیک)، دومرحله‌ای (بی‌فازیک) و سه‌مرحله‌ای (تری‌فازیک) چیست؟

در قرصهای منوفازیک میزان استروژون و پروژستین در همه قرصها یکسان است. در قرصهای بی‌فازیک و تری‌فازیک مقدار استروژن و پروژستین در قرصها متفاوت است. در قرصهای دومرحله‌ای ده قرص اولیه دارای دوز یکسان بوده و ۱۱ تای بعدی دارای میزان دوز یکسان دیگری (متناولت از ده تای اولیه) از استروژون و پروژستین هستند. در قرصهای تری‌فازیک ۷ قرص اولیه دارای دوز یکسان، ۷ قرص بعدی دوز یکسان دیگر داشته و ۷ تای آخر نیز دارای دوز یکسان دیگری از هورمونها هستند. تمامی این قرصها به روش مشابهی مانع حاملگی می‌شوند.

۱۷. آیا مهم است که زنان COC‌ها را هر روز سروقت معینی مصرف کنند؟

بله. به دو دلیل. برخی آثار جانبی را می‌توان با مصرف COC‌ها در زمان معینی از روز کاهش داد. همچنین مصرف قرص در زمان معین به مراجعه کننده کمک می‌کند که قرصها را به یاد داشته و به طور مستمر استفاده کند. ارتباط دادن مصرف قرص با فعالیت‌های روزانه در باخترسپاری مصرف قرص کمک می‌کند.

قرصهای صرفاً پروژستینی (Progestin Only Pills)

این فصل بر قرصهای پروژستینی برای زنان شیرده متمرکز است. زنان غیرشیرده نیز می‌توانند از قرصهای صرفاً پروژستینی استفاده کنند. به رهنمودهای متفاوت برای زنان غیرشیرده نیز اشاره‌ای شده است.

نکات کلیدی برای مقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- روزانه یک قرص مصرف نمایید. بین بسته‌ها فاصله ندهید.
- برای زنان شیرده و کوکان آنها خطری ندارد. قرصهای صرفاً پروژستینی تاثیری بر تولید شیر ندارند.
- اثر شیردهی در پیشگیری از بارداری را افزایش می‌دهند. همراه با شیردهی، اثر مناسبی را در پیشگیری از بارداری ایجاد می‌کنند.
- تغییرات در خونریزی قاعده‌گی شایع بوده اما بی‌ضرر هستند. معمولاً این قرصها مدت قطع خونریزی ماهیانه در زنان شیرده را طولانی‌تر می‌کنند. در زنان دارای خونریزی ماهیانه، خونریزی مکرر یا نامنظم شایع است.
- قرصها را می‌توان در هر زمانی به زن داد تا بعداً شروع نماید. در صورت عدم امکان رد حاملگی در فرد، ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند قرصها را به مقاضی بدهد تا بعداً، زمانی که خونریزی ماهیانه‌اش آغاز شد، استفاده از آنها را شروع نماید.

قرصهای صرفاً پروژستینی چه قرصهایی هستند؟

- قرصهای حاوی مقادیر بسیار کم پروژستین مشابه هورمون پروژسترون طبیعی بدن زن هستند.
- حاوی استروژن نیستند، بنابراین طی شیردهی و در زنانی که قادر به استفاده از روشهای حاوی استروژن نباشند، می‌توان استفاده نمود. قرصهای صرفاً پروژستینی (POP) ها Progestin only pills، "مینی‌پیل" و قرصهای پروژستینی پیشگیری از بارداری نیز نامیده می‌شوند.
- بطور اولیه از طرق زیر عمل می‌کنند:
 - ضخیم نمودن موکوس دهانه رحم (از این طریق مانع ملاقات اسپرم با تخمرک می‌شوند)
 - مختل نمودن سیکل قاعدگی، شامل جلوگیری از آزاد شدن تخمرک از تخمدانها (تخمک‌گذاری)

میزان تأثیر آنها چقدر است؟

میزان تأثیر آنها بستگی به استفاده‌کننده دارد: در زنان دارای خونریزی ماهیانه، در صورت تأخیر در مصرف قرصها یا فراموشی کامل آنها خطر حاملگی در بالاترین میزان هست.



زنان شیرده:

- بر اساس استفاده معمول از قرصها، حدود ۱ حاملگی در ۱۰۰ زن طی سال اول استفاده از POP‌ها رخ می‌دهد. یعنی از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از POP‌ها، ۹۹ نفر حامله نخواهد شد.

- در صورت مصرف روزانه قرصها، از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از POP‌ها، کمتر از یک نفر (۳ در ۱۰۰۰ زن) در طی سال اول حامله خواهد شد.

در زنان غیرشیرده تأثیر کمتری دارد:

- بر اساس استفاده معمول از قرصها، حدود ۳ تا ۱۰ حاملگی در ۱۰۰ زن در طی سال اول استفاده از POP‌ها رخ می‌دهد. یعنی از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از POP‌ها، ۹۷ نفر حامله نخواهد شد.

- در صورت مصرف روزانه قرصها در یک زمان معین، از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از POP‌ها، کمتر از یک نفر (۹ در ۱۰۰۰ زن) در طی سال اول حامله خواهد شد.

بازگشت باروری بعد از قطع POP‌ها: تأخیر وجود ندارد

حافظت در مقابل بیماریهای آمیزشی (STI‌ها): محافظتی ایجاد نمی‌کند.

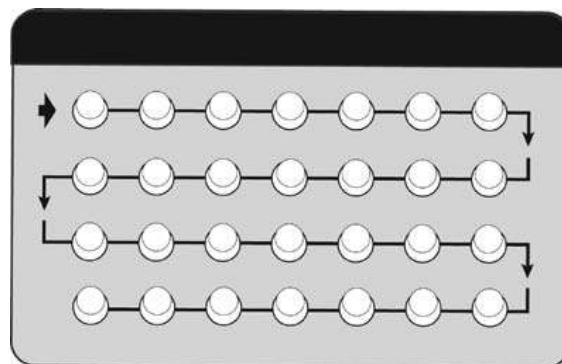
چرا برخی زنان می‌گویند که قرصهای صرفاً پروژستینی را دوست دارند؟

در طی شیردهی می‌توان استفاده نمود.

در هر زمانی بدون کمک مراقب بهداشتی می‌توان قطع کرد.

تداخلی با روابط جنسی ندارند.

تحت کنترل خود زن هستند.



آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی (به قسمت چگونگی اداره مشکلات در ص ۳۸ مراجعه کنید.)

برخی از استفاده‌کنندگان آثار زیر را گزارش می‌کنند:

- تغییرات در الگوهای خونریزی شامل:

- برای زنان شیرده، تاخیر طولانی‌تر در بازگشت خونریزی ماهیانه بعد از زایمان (طولانی نمودن دوره آمنوره بعد از زایمان)

- خونریزی مکرر

- خونریزی نامنظم

- کاهش دفعات خونریزی

- خونریزی طولانی مدت

- قطع خونریزی ماهیانه

شیردهی نیز بر الگوهای خونریزی زن مؤثر است.

• سرد رد

• سرگیجه

• تغییرات خلقی

• حساسیت پستان

• درد شکمی

• تهوع

سایر تغییرات فیزیکی احتمالی:

- در زنان غیرشیرده، فولیکولهای تخدمانی بزرگ شده

خطرهای شناخته شده سلامت

- خطری ندارد

فواید شناخته شده سلامت

کمک به محافظت در مقابل:

- خطرات ناشی از حاملگی

اصلاح موارد درک نادرست (به قسمت پرسشها و پاسخها درص ۱۴ مراجعه کنید)

قرصهای صرف‌اپروژستینی :

• سبب خشک شدن شیر مادر شیرده نمی‌شوند.

• باید روزانه مصرف شوند، بدون توجه به اینکه زن در آن روز رابطه جنسی داشته یا نداشته باشد.

• سبب نازایی در زنان نمی‌شوند.

• سبب اسهال در کودکان شیر مادر خوار نمی‌شوند.

• احتمال حاملگی نابجا را کاهش می‌دهند.

چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از قرصهای صرفاً پروژستینی استفاده کنند

تقریباً برای همه زنان مناسب و بی‌خطر است

تقریباً همه زنان می‌توانند بدون خطر و بطور موثر از POP‌ها استفاده کنند، از جمله زنانی که:

- شیرده هستند (از هفته ششم بعد از زایمان می‌توان شروع نمود)
- فرزند دارند یا فاقد فرزند هستند.
- ازدواج نکرده‌اند.
- در هر سنی که باشند، از جمله نوجوانان و زنان بالای ۴۰ سال.
- اخیراً سقط خودبخود یا القایی یا حاملگی نابجا داشته‌اند.
- سیگاری هستند، بدون توجه به سن و تعداد نخهای کشیده شده سیگار.
- در حال حاضر دچار کم‌خونی هستند یا در گذشته دچار کم‌خونی بوده‌اند.
- دارای وریدهای واریسی هستند.
- آلوده به HIV هستند، چه تحت درمان ضدترورویروسی باشند یا نباشند (به قسمت قرصهای صرفاً پروژستینی برای زنان آلوده به HIV در ص ۳۰ مراجعه کنید)

زنان می‌توانند شروع به استفاده از POP‌ها کنند:

- بدون معاینه لگنی
- بدون انجام هر گونه آزمایش خون یا سایر آزمونهای روتین آزمایشگاهی
- بدون غربالگری سرطان دهانه رحم
- بدون معاینه پستان
- حتی در زمانی که زن خونریزی ماهیانه ندارد، به شرطی‌که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش مطمئن باشد (به قسمت چک لیست حاملگی، ص ۳۶۹ مراجعه کنید)



قرصهای صرف‌آ پروژستینی

از مراجعه کننده سوالات زیر را در مورد وضعیتهای شناخته شده طبی بپرسید.

انجام معاینه‌ها و آزمایشها ضرورتی ندارند. در صورت پاسخ "خیر" به همه سوالات، فرد در صورت تمایل می‌تواند استفاده از POP‌ها را شروع کند. در صورتی‌که پاسخ به سوالی "بلی" باشد، از دستورات مربوطه پیروی کنید. در برخی موارد باز هم امکان شروع استفاده از POP‌ها وجود دارد.

۱. آیا به کودک زیر شش هفته شیر می‌دهید؟

خیر بلی فرد شش هفته بعد از زایمان می‌تواند شروع به استفاده از POP‌ها کند. به فرد POP‌ها را حالا بدھید و به او بگویید که چه زمانی مصرف آنها را شروع کند (به قسمت شیردهی کامل یا نفریباً کامل یا شیردهی نسبی، ص ۳۱ مراجعه کنید).

۲. آیا دچار سیروز کبدی، عفونت کبدی یا تومور کبدی هستید؟ (آیا چشمان یا پوست او بطور غیرمعمولی زرد هستند [علائم یرقان]؟)

خیر بلی در صورت گزارش بیماری کبدی جدی فعال (يرقان، هپاتیت فعال، سیروز شدید، تومور کبدی) به او POP‌ها را ارائه ندهید. کمک کنید تا یک روش فاقد هورمون را انتخاب کند.

۳. آیا در حال حاضر مشکل جدی با لخته خونی در ساق پاها یا ریه‌ها دارید؟

خیر بلی در صورت گزارش وجود فعلی لخته خونی (نه لخته‌های سطحی) و عدم دریافت درمان ضدانعقادی به او POP‌ها را ارائه نکنید. کمک کنید تا یک روش فاقد هورمون را انتخاب کند.

۴. آیا داروی ضد تشنج مصرف می‌کنید؟ آیا ریفامپیسین یا ریفابوتین برای سل یا سایر بیماریها مصرف می‌کنید؟

خیر بلی در صورتی‌که او باربیتوراتها، کاربامازپین، اکسیکاربازپین، فنیتوئین، پرمیدون، توبیرامات، ریفامپیسین یا ریفابوتین مصرف می‌کند، به او POP‌ها را ارائه ندهید. این داروها اثر POP‌ها را کاهش می‌دهند. کمک کنید تا روش دیگری، بجز قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری را انتخاب کند.

۵. آیا سرطان پستان دارید یا قبلاً دچار آن بوده‌اید؟

خیر بلی به او POP‌ها را ارائه نکنید. کمک کنید تا یک روش فاقد هورمون را انتخاب کند. مطمئن باشید تمام توضیحات لازم را در مورد فواید و خطرهای سلامت و اثار جانبی روشی که مراجعه کننده استفاده خواهد کرد، به او داده‌اید. همچنین به همه شرایطی که سبب غیرقابل توصیه بودن روشن می‌شوند، در صورت مربوط بودن به مراجعه کننده، اشاره کنید.

استفاده از قضاوت بالینی در موارد ویژه

معمولًا زنی که هر یک از شرایط لیست شده در زیر را دارد، نباید از POPها استفاده کند. با وجود این، در شرایط ویژه، وقتی سایر روش‌های مناسب‌تر در دسترس یا قابل قبول برای زن نباشد، فرد ماهر ارائه کننده خدمات که قادر به بررسی دقیق وضعیت و شرایط زن باشد، ممکن است تصمیم بگیرد که او می‌تواند از POPها استفاده نماید. ارائه دهنده ماهر لازم است شدت وضعیت زن و در غالب وضعیتها، اینکه آیا او دسترسی به پیگیری دارد یا نه را در نظر بگیرد.

- شیرده و کمتر از ۶ هفته بعد از زایمان
- وجود لخته خونی در وریدهای عمقی ساق پاها یا ریه‌ها
- سابقه ابتلاء به سرطان پستان بیش از ۵ سال پیش که عود نکرده است.
- وجود تومور، بیماری، یا عفونت شدید کبدی
- مصرف باربیتوراتها، کاربامازپین، اکسیکاربازپین، فنیتوئین، پرمیدون، توپیرامات، ریفامیپسین، ریفلابوتین، یا ریتوناویر یا مهارکننده‌های پروتئاز تقویت شده با ریتوناویر. یک روش پشتیبان نیز باید مورد استفاده قرار گیرد زیرا این داروهای اثر POPها را کاهش می‌دهند.

قرصهای صرفاً پروژستینی برای زنان آلوده به HIV

- زنان آلوده به HIV، مبتلا به ایدز، یا تحت درمان با ضد رتروویروسها (ARV) می-توانند به طور بی‌خطر از POPها استفاده کنند.
- به این زنان تأکید نمایید که همراه با POPها از کاندوم نیز استفاده کنند. در صورت استفاده مستمر و صحیح، کاندوها به پیشگیری از انتقال HIV و سایر موارد STI کمک می‌کنند. استفاده از کاندوها همچنین حفاظت ضدبارداری برای زنان تحت درمان با ARV را افزایش می‌دهند. برخی داروهای اثر POPها را ممکن است کاهش دهند (به قسمت معیارهای مقبولیت طبی، ضمیمه D مراجعه کنید).
- برای عملکرد مناسب برای زنان آلوده به HIV، به قسمت بهداشت مادر و نوزاد، پیشگیری از انتقال HIV از مادر به نوزاد مراجعه کنید.



ارائه قرصهای صرف‌آ پروژستینی

زمان شروع

نکته مهم: زن می‌تواند در هر زمانی که بخواهد مصرف POP‌ها را آغاز کند به شرطی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش مطمئن باشد. جهت اطمینان منطقی از عدم حامله بودن زن، از چکلیست حاملگی استفاده کنید (به ص ۳۶۹ مراجعه کنید). همچنین می‌توان در هر زمانی POP‌ها را به زن داد و به او گفت که چه زمانی مصرف آنها را آغاز کند.

وضعیت زن	زمان شروع
شیردهی کامل یا تقریباً کامل	
• در صورتی که از زایمان او کمتر از ۶ هفته گذشته باشد، به او POP‌ها را بدھید و بگویید مصرف آنها را ۶ هفته بعد از زایمان شروع کند.	کمتر از ۶ ماه بعد از زایمان
• در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است، مصرف POP‌ها را شروع کند (به ص ۳۲ مراجعه کنید).	
• در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف POP‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش اطمینان حاصل نمود، شروع کند. استفاده از یک روش پشتیبان طی ۲ روز اول مصرف قرصها ضروری است. (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن فرد، POP‌ها را حالاً به او بدھید و توصیه کنید مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند).	بیش از ۶ ماه بعد از زایمان
• در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است، مصرف POP‌ها را شروع کند (به ص ۳۲ مراجعه کنید).	
شیردهی نسبی	
• POP‌ها را به او بدھید و توصیه کنید مصرف آنها را ۶ هفته بعد از زایمان شروع کند.	کمتر از ۶ هفته بعد از زایمان
• روش پشتیبانی را نیز به او بدھید تا در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه پیش از هفته ششم بعد از زایمان تا این زمان از آن استفاده کند.	
• در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف POP‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش اطمینان حاصل نمود، شروع کند. ^۱ استفاده از یک روش پشتیبان نیز طی ۲ روز اول مصرف قرصها ضروری است. (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن فرد، POP‌ها را به او داده و توصیه کنید مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند).	بیش از ۶ هفته بعد از زایمان
• در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است، مصرف POP‌ها را شروع کند (به صفحه بعدی مراجعه کنید).	

وضعیت زن

زمان شروع

عدم شیردهی

کمتر از ۴ هفته بعد از زایمان

- او میتواند مصرف POP‌ها را در هر زمانی شروع کند. نیازی به روش پشتیبان نیست.

بیش از ۴ هفته بعد از زایمان

- در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او میتواند مصرف POP‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خوبیش اطمینان حاصل نمود، شروع کند.^۱ از یک روش پشتیبان نیز طی ۲ روز اول مصرف قرصها استفاده کند. (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن فرد، POP‌ها را حالا به او بدهد و توصیه کنید مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند).

- در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او میتواند مصرف POP‌ها را همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعدگی توصیه شده است، شروع کند (به صفحه بعدی مراجعه کنید).

تعویض روش از یک روش هورمونی

- بلافاصله، در صورتیکه او از روش هورمونی بطور مستمر و صحیح استفاده میکرده است یا اگر از طریق دیگری اطمینان منطقی حاصل شود که او حامله نمیباشد. نیازی به منتظر شدن برای خونریزی ماهیانه بعدی او نمیباشد. نیازی به روش پشتیبان نمیباشد.

- در صورت تعویض از روشهای تزریقی، او میتواند مصرف POP‌ها را زمانی که باید تزریق بعدی انجام میگرفت، شروع کند. نیازی به روش پشتیبان نمیباشد.

برقرار بودن سیکلهای قاعدگی یا تعویض روش از یک روش غیرهورمونی

- در هر زمانی از ماه
- در صورت شروع نمودن در طی ۵ روز اول بعد از آغاز خونریزی ماهیانه، نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.

- در صورتی که بیش از ۵ روز از آغاز خونریزی ماهیانه گذشته باشد او میتواند در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خوبیش مطمئن باشد، POP‌ها را شروع کند. استفاده از یک روش پشتیبان^{*} نیز در ۲ روز اول مصرف قرصها ضروری است (اگر اطمینان منطقی از حامله نبودن زن ندارید، به او POP‌ها را بدهد و بگویید که مصرف آنها را در طی خونریزی قاعدگی بعدی شروع کند).

- در صورت تعویض روش از IUD، او میتواند مصرف POP‌ها را بلافاصله شروع کند. (به قسمت IUD مسی، تعویض روش از IUD به روش دیگر، ص ۱۴۱ مراجعه کنید).

عدم وجود خونریزی ماهیانه (بدون ارتباط با زایمان یا شیردهی)

- او میتواند مصرف POP‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خوبیش اطمینان حاصل نمود، شروع کند. استفاده از یک روش پشتیبان نیز در ۲ روز اول مصرف قرصها ضروری است.

وضعیت زن

زمان شروع

- بعد از سقط خود به خود^{با القائی} ● بلافاصله، در صورت شروع در طی ۷ روز اول پس از سقط سه ماهه اول یا دوم، نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.
- در صورت گذشتن بیش از ۷ روز پس از سقط سه ماهه اول یا دوم، او می-تواند مصرف POP‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش اطمینان حاصل نمود، شروع کند. او لازم خواهد داشت که از یک روش پشتیبان به مدت ۲ روز اول مصرف قرصها نیز استفاده کند. (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن فرد، POP‌ها را حالا به او داده و توصیه کنید مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند.)
- او می‌تواند مصرف POP‌ها را روز بعد از اتمام مصرف ECP‌ها شروع کند. جهت شروع POP‌ها نیازی نیست که او تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی خویش منتظر بماند.
- استفاده کننده جدید POP‌ها باید بسته جدیدی از قرص را شروع کند.
- استفاده کننده مداومی که به علت اشتباه در مصرف قرص نیاز به ECP‌ها داشته است، می‌تواند مصرف بسته قبلی را از جایی که باقیمانده است، ادامه دهد.
- استفاده از یک روش پشتیبان نیز در ۲ روز اول مصرف قرصها ضروری است

بعد از قرصهای فوریتی پیشگیری از بارداری (ECP‌ها)

- * روشهای پشتیبان شامل اجتناب از نزدیکی، کاندوم مردانه یا زنانه، مواد اسپرمکش و نزدیکی منقطع می‌باشد. به او بگویید که اسperm-کشها و نزدیکی منقطع کم اثرترین روشهای ضدبارداری می‌باشد. در صورت امکان، به او کاندوم بدھید.
- † در مناطقی که انجام ملاقاتی شش هفته بعد از زایمان توکلی شده و فرستهای دیگر برای دریافت روشهای ضدبارداریها محدود می‌باشد، برخی از آنده‌هندگان خدمات و برنامه‌ها ممکن است در طی ملاقات هفته ششم، در صورتی که خونریزی ماهیانه زن بازگشت نمکرده باشد، بدون شواهد دیگری در زمینه حامله نبودن او، اجازه شروع POP‌ها را به زن بدھند.

توصیه‌هایی در مورد آثار جانبی

نکته مهم: مشاوره کامل در مورد تغییرات در خونریزی و سایر آثار جانبی قسمت مهمی از ارائه روش می-باشد. مشاوره در مورد تغییرات در خونریزی ممکن است مهمترین کمکی باشد که زن جهت حفظ استفاده از روش نیاز دارد.

- **شايعترین آثار جانبی را توضیح دهید** ● زنان شیرده بطور طبیعی چندین ماه پس از زایمان خونریزی ماهیانه ندارند. POP‌ها این دوره زمانی را طولانی می‌کنند.
- زنان غیرشیرده ممکن است در چند ماه اول خونریزی مکرر یا نامنظم داشته و بدنبال آن خونریزی منظم یا خونریزی نامنظم مداوم داشته باشند.
- سردرد، سرگیجه، حساسیت پستان، و احتمالاً سایر آثار جانبی.
- **در باره این آثار جانبی توضیح دهید** ● آثار جانبی علائمی از بیماری نیستند.
- معمولاً طی چند ماه اول استفاده از POP‌ها کمتر شده یا قطع می‌شوند. با وجود این، تغییرات خونریزی معمولاً باقی می‌مانند.
- شایع هستند، اما برخی از زنان دچار این آثار نمی‌شوند.

- توضیح دهد که در موارد بروز آثار جانبی چه باید کرد
- مصرف POP‌ها را ادامه دهد. مصرف نکردن قرصها خطر حاملگی را در پی دارد.
- جهت پیشگیری از تهوع، قرصها را همراه غذا یا در زمان خواب میل کنید.
- هر زمان که آثار جانبی او را ناراحت کند، می‌تواند جهت دریافت کمک مراجعه کند.



توضیح نحوه استفاده از روش

- ۱. قرصها را به او مصرف مصرف یکساله (۱۳ بسته) بدهد.
▪ هر چند بسته که امکان داشته باشد به مراجعه کننده بدهید حتی به اندازه بسته.
- ۲. در مورد بسته بندی نوع بسته بندی، ۲۸ تایی یا ۳۵ تایی، را به مراجعه کننده نشان بدهید.
▪ توضیح بدهید که تمامی قرصهای POP یکرنگ بوده و همگی دارای هورمون جلوگیری از بارداری هستند.
- نشان دهد که چگونه اولین قرص را مصرف کند و چگونه برای مصرف بقیه قرصها مسیر یا فلش‌های روی بسته بندی را دنبال کند.
- ۳. آموزش‌های کلیدی را به مراجعه کننده ارائه دهد.
 - هر روز یک قرص مصرف کند. تا بسته قرصها خالی شود.
 - در مورد اهمیت مصرف یک قرص در روز صحبت کنید. مرتبط کردن مصرف قرص با فعالیتهای روزانه مانند شستن دندانها می‌تواند در به خاطر سپاری مصرف قرص کمک کند.
 - مصرف قرص در زمان معینی از روز در بخار سپاری مصرف قرص مفید واقع می‌شود.



۴. شروع بسته بندی جديد را توضیح دهید.

- وقتی مراجعه‌کننده مصرف یک بسته را به پایان رساند، فردا باید بلافاصله مصرف اولین قرص از بسته جدید را شروع کند.
- شروع مصرف بموضع بسته بعدی بسیار مهم است. شروع دیر هنگام با خطر حاملگی همراه است.

۵. ارائه روش پشتیبان و توضیح نحوه استفاده آن

- گاهی ممکن است مراجعه‌کننده در مواردی مانند فراموشی قرص نیاز به استفاده از روش پشتیبان داشته باشد.
- روشهای پشتیبان شامل اجتناب از نزدیکی، کاندوم مردانه یا زنانه، اسپرم-کشها، و نزدیکی منقطع می‌باشد. به او بگویید که اسپرم‌کشها و نزدیکی منقطع روشهای پیشگیری از بارداری با کمترین تأثیر هستند. در صورت امکان، به او کاندوم بدھید.

۶. به مراجعه کننده توضیح دهید که اثربخشی قرص با قطع شیردهی کاهش می‌یابد.

- بدون محافظت اضافی بوسیله شیردهی، قرصهای POP به اندازه سایر قرصهای هورمونی موثر نیستند.
- پس از قطع شیردهی اگر مادر راضی باشد، می‌تواند به مصرف قرص ادامه دهد و یا اینکه برای دریافت روش دیگری مراجعه کند.

حمایت از مصرف کننده

اداره موارد فراموشی قرص



فراموشی یا تأخیر در مصرف قرص باسانی رخ می‌دهد. مصرف کنندگان POP باید بدانند که در موارد فراموشی مصرف قرص چه کار کنند. اگر زنی قرص را با تأخیر ۳ ساعت با بیشتر (تأخر ۱۲ ساعت با بیشتر در مورد POP‌های حاوی ۷۵ میلی‌گرم دزو جسترل (desogestrel) مصرف کند یا مصرف یک قرص را فراموش کرده باید از دستورالعمل زیر پیروی کند. در زنان شیرده خطر حاملگی بدنیال فراموشی یک قرص بستگی به بازگشت خونریزی ماهیانه دارد.

جبران مصرف قرصهای POP فراموش شده

پیام کلیدی

- قرص فراموش شده را هر چه سریعتر مصرف کنید.
- به مصرف روزانه بقیه قرصها طبق معمول ادامه دهید (او ممکن است دو قرص را یکجا بخورد یا دو قرص را در یک روز مصرف کند).

آیا خونریزی ماهیانه منظم دارد؟

- در صورتی که جواب مثبت است او باید از یک روش پشتیبان نیز به مدت ۲ روز بعدی استفاده کند.

- در صورتی که در پنج روز اخیر رابطه جنسی داشته است، می‌تواند از قرصهای فوریتی پیشگیری از بارداری استفاده کند (به قسمت قرصهای فوریتی پیشگیری از بارداری مراجعه کنید).

اسهال یا استفراغ شدید

- اگر در عرض ۲ ساعت پس از مصرف قرص استفراغ کند، باید هر چه سریعتر قرص دیگری را از همان بسته مصرف کند و سپس قرصهای بعدی را طبق معمول استفاده نماید.

- در صورت تداوم استفراغ یا اسهال از دستورالعمل جبران قرصهای فراموش شده (در قسمت بالا) پیروی کند.

"هر موقع خواستید مراجعه کنید": علل مراجعه مجدد

به همه مراجعه کنندگان اطمینان دهید که هر زمان بخواهد می‌توانند مراجعه کنند به عنوان مثال: اگر دچار مشکلی شد، سوالی دارد یا خواستار استفاده از روش دیگری هست؛ تغییر عمدہای در وضعیت سلامتی او رخ داده است؛ یا زمانی که فکر می‌کند حامله هست. همچنین اگر:

- شیردهی را قطع کرده است و می‌خواهد از روش دیگری استفاده کند.
- برای زنی که خونریزی منظم ماهیانه دارد: اگر او قرص را بیش از سه ساعت دیر مصرف کرده یا مصرف یک قرص را به کلی فراموش کرده و رابطه جنسی داشته است. ممکن است متمایل به استفاده از ECP‌ها باشد (ECP‌ها در ص ۴۵ مراجعه کنید).

توصیه‌های عمومی سلامت: هر زنی که ناگهان احساس کند مشکلی جدی در سلامتی او رخ داده است باید بلافضله به ماما، پرستار یا پزشک برای دریافت مراقبتهاي طبی مراجعه کند. به احتمال قوی روش پیشگیری از بارداری علت این مشکل نیست، اما باید به ماما، پرستار یا پزشک بگوید که از چه روشهای استفاده می‌کند.

برنامه‌ریزی برای ملاقات بعدی

۱. زن را تشویق کنید که قبل از پایان قرصها برای دریافت قرص مراجعه کند.
۲. تماس با زن سه ماه بعد از مصرف POP توصیه می‌شود. این زمان فرستی است که به هر سوالی پاسخ داده شود، به حل مشکلات کمک کرده و مصرف صحیح قرص ارزیابی شود.

کمک به مراجعین تکراری

۱. در مورد نحوه استفاده و رضایت او از روش سوال کنید. از او بپرسید که آیا سوالی یا مطلبی دارد که بخواهد در مورد آن صحبت کند.
۲. مخصوصاً در مورد نگرانی او از تغییرات خونریزی سوال کنید. هرگونه اطلاعات یا کمک مورد نیاز را ارائه کنید (به اداره مشکلات در ص ۳۸ مراجعه کنید).

۳. بپرسید که آیا در باخاطر سپردن مصرف روزانه قرص مشکلی دارد؟ اگر چنین باشد با او در مورد راههای باخاطر سپردن مصرف قرص، چگونگی جبران قرصهای فراموش شده، ECP‌ها یا انتخاب روش دیگر صحبت کنید.
۱. در صورت امکان به او بسته‌های قرص بیشتری بدهید- به اندازه مصرف یکسال (۱۱-۱۳ بسته). طوری برنامهریزی کنید که قبل از اتمام قرصها مراجعه کند.
۲. از مصرف کننده طولانی مدت سؤال کنید که آیا از زمان آخرین ملاقات دچار مشکل جدیدی در مورد سلامتی شده است. در مورد مشکلات، راهنمایی مناسب را انجام دهید. برای مشکلات جدیدی که ممکن است نیاز به تغییر روش را ایجاب کند، به ص ۴۰ مراجعه کنید.
۳. از مصرف کننده طولانی مدت قرصها در مورد تغییرات عده زندگی که نیازهای او را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بخصوص برنامهریزی برای حاملگی و خطر STI/HIV سؤال کنید. به طور مناسب پیگیری کنید.



اداره هر گونه مشکل

مشکلاتی که بعنوان آثار جانبی یا مشکلات همراه با مصرف قرص گزارش می شوند

این مشکلات ممکن است مربوط به روش پیشگیری باشند یا ارتباطی به آن نداشته باشند.

- مشکلات مربوط به آثار جانبی، رضایت زنان را از مصرف POPها تحت تأثیر قرار می دهد. ارائه دهنده خدمات باید به این مشکلات توجه کند. اگر مراجعه کننده وجود آثار جانبی یا مشکلات را گزارش می کند، به نگرانی های او گوش فرا دهد، به او توصیه هایی بکنید و در صورت نیاز او را درمان کنید.
- او را تشویق کنید که مصرف روزانه قرصها را علی رغم آثار جانبی ادامه دهد. فراموشی قرصها، خطر حاملگی را در پی دارد.
- بسیاری از آثار جانبی پس از گذشت چند ماه از مصرف قرصها کاهش می یابند. در زنانی که آثار جانبی پایدار هستند در صورت امکان به مدت حداقل سه ماه قرصهای POP با ترکیب دیگر بدھید.
- در صورت تمایل وی یا در صورتی که نتوان بر مشکلات فایق آمد، به او در انتخاب روش دیگر جلوگیری از بارداری کمک کنید.

فقدان خونریزی ماهیانه

- در زنان شیرده:
 - به او اطمینان دهید که این حالت در طی شیردهی طبیعی است.
- در زنان غیرشیرده:
 - به او اطمینان دهید که در بعضی از مصرف کنندگان POPها خونریزی ماهیانه قطع می شود و این حالت مضر نیست. دفع ماهیانه خون ضرورتی ندارد، این حالت شبیه فقدان خونریزی ماهیانه در دوران بارداری است. او نابارور نیست و خون در داخل بدن او جمع نمی شود (بعضی از زنان از رهایی از خونریزی ماهیانه شاد می شوند).

خونریزی نامنظم (خونریزی در زمانهای غیرقابل انتظار که مراجعه کننده را آزار می دهد)

- به او اطمینان دهید که بسیاری از مصرف کنندگان POPها خونریزی نامنظم دارند، چه شیرده باشند یا نباشند. شیردهی خود نیز سبب خونریزی نامنظم می شود. این حالت مضر نیست و معمولاً بعد از ماههای اول مصرف کاهش یافته یا متوقف می شود. با این حال، بعضی از زنان در تمام دوره مصرف POPها چار خونریزی نامنظم هستند.
 - سایر علل احتمالی خونریزی های نامنظم عبارتند از :
 - اسهال یا استفراغ
 - صرف داروهای ضد تشنج و ریفامپیسین (به شروع درمان با داروهای ضد تشنج یا ریفامپیسین در ص ۴۰ مراجعه کنید).
 - برای کاهش خونریزی نامنظم :
- به او آموزش دهید که قرصهای فراموش شده، از جمله در موارد اسهال و استفراغ، را به طور مناسب جبران نماید (به مدیریت قرصهای فراموش شده در ص ۳۵ مراجعه کنید).
- برای تسکین نسبی کوتاه مدت او می تواند از ایبوپروفن ۸۰۰ میلی گرم سه بار در روز پس از غذا به مدت ۵ روز، یا سایر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDها) استفاده کند. مصرف این داروها را همزمان با شروع خونریزی نامنظم شروع کند. NSAIDها سبب بهود برخی خونریزی های نامنظم

ناشی از روش‌های کاشتنی، روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی و IUD‌ها می‌شوند و ممکن است در مصرف کنندگان POP‌ها نیز مفید واقع شوند.

- اگر او قرصها را به مدت بیش از چند ماه مصرف کرده است و NSAID‌ها موثر واقع نشوند. در صورت امکان به او ترکیب منقاوتی از POP را ارائه کنید. از او بخواهید که این قرصها را حداقل به مدت ۳ ماه مصرف کند.

• اگر خونریزی نامنظم ادامه یابد یا چند ماه پس از خونریزی ماهیانه طبیعی یا قطع خونریزی ماهیانه شروع شود، یا شک کنید خونریزی نامنظم علت دیگری دارد، علل زمینه‌ای غیرمرتبط با مصرف قرصها را در مدنظر قرار دهید (به قسمت خونریزیهای واژینال با علت نامشخص در ص ۴۰ مراجعه کنید).

خونریزی شدید یا طول کشیده (دو برابر خونریزی معمول یا طولانی تر از ۸ روز)

• به او اطمینان دهید که بعضی از مصرف کنندگان POP‌ها چار خونریزی شدید یا طولانی مدت می‌شوند. این حالت معمولاً خطرناک نبوده و در عرض چند ماه کمتر شده یا قطع می‌شود.

• برای تسکین نسبی در کوتاه مدت او می‌تواند همزمان با شروع خونریزی شدید از NSAID‌ها استفاده کند. از همان روش‌های درمانی توصیه شده برای درمان خونریزی نامنظم استفاده کنید (به صفحه قبل مراجعه کنید).

• برای کملک به پیشگیری از کم خونی توصیه کنید قرص آهن مصرف کند و به اهمیت مصرف غذاهای حاوی آهن از قبیل گوشت و ماسکین (جگر مرغ و گوشت گوساله)، ماهی، سیزیجات برگ سبز و حبوبات (لوبیا، لوبیای CURD، عدس و بقولات) اشاره کنید.

• اگر خونریزی شدید و طولانی ادامه داشته یا چند ماه پس از خونریزی ماهیانه طبیعی یا قطع خونریزی ماهیانه شروع شود، یا شک کنید خونریزی نامنظم علت دیگری دارد، علل زمینه‌ای غیرمرتبط با مصرف قرصها را در مدنظر قرار دهید (به قسمت خونریزیهای واژینال با علت نامشخص در صفحه بعد مراجعه کنید).

قرصهای فراموش شده

• به مدیریت فراموشی قرصها در ص ۳۵ مراجعه کنید.

سردردهای معمولی (غیرمیگرنی)

• توصیه کنید از آسپیرین ۳۲۵-۶۵۰ میلی گرم، ایبوپروفن ۲۰۰-۴۰۰ میلی گرم، پاراستامول ۱۰۰۰ میلی گرم یا سایر داروهای تسکین بخش استفاده کند.

• هر سردردی که تشدید یابد یا با تکرار بیشتر در هین مصرف POP‌ها ایجاد شود باید بررسی گردد.

تغییرات خلقی و تغییر در میل جنسی

• درباره تغییرات زندگی که ممکن است خلق یا میل جنسی او را تحت تأثیر قرار دهد، از قبیل تغییر در روابط با شریک جنسی، سوال کنید. حمایت لازم را از او بکنید.

• بعضی از زنان در سال بعد از تولد فرزندشان دچار افسردگی می‌شوند. این حالت ارتباطی با POP‌ها ندارد. زنانی که دچار تغییرات خلقی شدید از قبیل افسردگی شدید (ماژور) هستند باید برای مراقبت ارجاع داده شوند.

• درمانهای محلی در دسترس را مد نظر قرار دهید.

حساسیت پستان

در زنان شیرده:

- به قسمت بهداشت مادر و نوزاد، پستان دردنگ ص ۲۸۷ مراجعه کنید.

در زنان غیرشیرده:

- استفاده از سینه‌بندهای محافظتی را (از جمله به هنگام خواب و فعالیت شدید) توصیه کنید.

از کمپرس سرد یا گرم استفاده کنید.

- استفاده از آسپیرین ۳۲۵-۶۵۰ میلی گرم، ایبوپروفن ۴۰۰-۲۰۰ میلی گرم، پاراستامول ۱۰۰۰-۳۲۵ میلی گرم و یا سایر مسکن‌هارا توصیه کنید.

درمانهای محلی در دسترس را مد نظر قرار دهید.

درد شدید زیر شکم (شک به حاملگی نابهجا یا فولیکولها یا کیست‌های بزرگ‌شده تخمدان)

- شرایط زیادی سبب درد شدید شک می‌شوند. بخصوص به وجود سایر علائم و نشانه‌های حاملگی نابهجا توجه کنید. حاملگی نابهجا نادر بوده اما ممکن است بسیار مهلک باشد (به سؤال ۱۲ در ص ۴۳ مراجعه کنید).

- مراحل اولیه حاملگی نابهجا ممکن است بدون علامت بوده، یا داری علایم خفیی باشد، اما در نهایت این علایم تشدید می‌یابند. ترکیب این علائم و نشانه‌ها باید شک شمارا به حاملگی نابهجا افزایش دهد.

- درد و حساسیت غیرمعمول شکم.

- خونریزی واژینال غیرعادی یا قطع خونریزی ماهیانه، بخصوص اگر متفاوت از الگوی خونریزی طبیعی او باشد.

- احساس سبکی سر یا خواب آلودگی

- غش کردن

- اگر شک به حاملگی نابهجا یا سایر مشکلات مهم سلامتی وجود داشته باشد بلافاصله او را برای تشخیص و مراقبت فوری ارجاع کنید (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حاملگی نابهجا به قسمت عقیم سازی زنانه، مدیریت حاملگی نابهجا، ص ۱۷۰ مراجعه کنید).

- ممکن است علت درد شک مربوط به فولیکولها یا کیست‌های بزرگ شده تخمدانی باشد.

- او می‌تواند به مصرف قرص‌های POP در طول مدت ارزیابی و درمان ادامه دهد.

- نیازی به درمان فولیکولها یا کیست‌های بزرگ شده تخمدانی وجود ندارد، مگر اینکه بطور غیرطبیعی بزرگ شده باشند، پیچ خورده باشند، یا ترکیده باشند. به او اطمینان دهید که آنها خودبخود از بین خواهد رفت. برای اطمینان از رفع مشکل، در صورت امکان طی شش هفته مجدداً او را ملاقات کنید.

تهوع یا خواب آلودگی

- برای رفع تهوع توصیه کنید POP‌ها را هنگام خواب یا همراه غذا مصرف کند.

- در صورت تداوم علائم، درمانهای محلی در دسترس را مد نظر قرار دهید.

مشکلات جدیدی که ممکن است نیاز به تغییر روش داشته باشند.

ممکن است مربوط به روش جلوگیری باشد یا ارتباطی به آن نداشته باشد.

خونریزی واژینال با علت نامشخص (که بیانگر احتمال وجود مشکل طبی است غیرمرتبط با روش جلوگیری است)

- با توجه به شرح حال و معاینه لگن او را ارجاع داده یا ارزیابی کنید. بطور مناسب تشخیص دهید و درمان کنید.
- او می‌تواند به مصرف POP‌ها در طول مدت ارزیابی ادامه دهد.
- اگر خونریزی به علت عفونتهای آمیزشی یا بیماری التهابی لگنی است، می‌تواند به مصرف قرص POP‌ها در طول مدت درمان ادامه دهد.

شروع درمان با داروهای ضدتشنج، ریفامپیسین، ریفابوتین یا ریتوناوبر

- باربیتوراتها، کاربامازپین، اکسیکاربازپین، فنیتوئین، پریمیدون، توپیرامات، لاموتريقین، ریفامپیسین، ریفابوتین و ریتوناوبر ممکن است تاثیر POP‌ها را کم کند. در صورت نیاز به مصرف طولانی مدت این داروهای می‌تواند از روش دیگری مانند روشهای تزریقی ماهیانه، روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی، یا IUD مسی یا هورمونی (LNG IUD) استفاده کند.
- در صورت مصرف کوتاه مدت این داروهای می‌تواند از روش پشتیبان همراه با POP‌ها استفاده کند.

سردرد میگرنی (به قسمت تشخیص سردردهای میگرنی، ص ۳۶۵ مراجعه کنید)

- اگر دچار سردرد میگرنی بدون اورا است، در صورت تمایل می‌تواند به مصرف POP‌ها ادامه دهد.
- اگر اورای میگرنی دارد به او کمک کنید روش غیرهورمونی انتخاب کند.

وضعیتهای خاص جدی سلامت (شک به وجود لخته در وریدهای عمقی پاها یا ریه‌ها، بیماری کبدی یا سرطان پستان) به قسمت علائم و نشانه‌های وضعیتهای جدی سلامت در ص ۳۱۱ مراجعه کنید.

- به او بگویید مصرف POP‌ها را قطع کند.
- تازمانیکه سلامتی او ارزیابی شود، به او روش پشتیبان ارائه کنید.
- اگر قبل از مراقبت قرار نگرفته است برای تشخیص و درمان ارجاع دهید.

بیماری قلبی ناشی از انسداد یا باریک شدگی شریانها (بیماری ایسکمیک قلبی) یا سکته مغزی

- زنی که یکی از این شرایط را داشته باشد می‌تواند بدون خطر استفاده از POP‌ها را آغاز کند. با این حال، اگر این حالات بعد از شروع مصرف POP‌ها آغاز شود، او باید استفاده از POP‌ها را قطع کند و به او کمک کنید یک روش غیرهورمونی انتخاب کند.
- اگر قبل از مراقبت قرار نگرفته است، برای تشخیص و درمان ارجاع دهید.

شک به حاملگی

- او را از نظر حاملگی، بخصوص حاملگی نایه‌جا ارزیابی کنید.
- به او بگویید در صورت تأیید حاملگی مصرف POP‌ها را قطع کند.
- هیچ خطر شناخته شده‌ای برای جنین‌هایی که مادر همراه مصرف قرص حامله شده است وجود ندارد (به سوال ۳ در ص ۴۲ مراجعه کنید).

پرسش‌ها و پاسخ‌ها در مورد قرص‌های صرفاً پروژستینی



۱. آیا زنان شیرده می‌توانند بدون خطر از POP‌ها استفاده کنند؟

بله. این روش انتخاب مناسبی برای مادران شیرده است. POP‌ها هم برای مادر و هم برای کودک بی‌خطر هستند می‌توان مصرف آنها را شش هفته پس از زایمان آغاز کرد. این قرصها تأثیری بر میزان تولید شیر مادر ندارند.

۲. زن پس از قطع شیردهی چه باید بکند؟ آیا می‌تواند به مصرف POP‌ها ادامه دهد؟

در صورت رضایت از مصرف POP‌ها فرد می‌تواند پس از قطع شیردهی نیز به مصرف آن ادامه دهد. با این حال، در مقایسه با زمان شیردهی محافظت کمتری در مقابل حاملگی دارد. او می‌تواند در صورت تمایل از روش دیگری استفاده کند.

۳. آیا POP‌ها سبب نقایص مادرزادی می‌شوند؟ اگر زن حین حاملگی بطور اتفاقی POP‌ها را مصرف کند، آیا جنین آسیب می‌بیند؟

خیر. شواهد کافی نشان می‌دهد که POP‌ها سبب نقایص مادرزادی نمی‌شوند و اگر زنی همراه مصرف قرص حامله شده باشد یا در حین حاملگی بطور اتفاقی POP‌ها را خورده باشد آسیبی به جنین نمی‌رسد.

۴. حاملگی چه مدت پس از قطع POP‌ها رخ می‌دهد؟

زنانیکه مصرف POP‌ها را قطع می‌کنند به همان سرعت مصرف کنندگان روش‌های غیرهورمونی حامله می‌شوند. POP‌ها سبب تأخیر در بازگشت باروری زن پس از قطع روش نمی‌شوند. معمولاً پس از قطع مصرف POP‌ها الگوی خونریزی قبل از مصرف آن دوباره برقرار می‌شود. برخی از زنان ممکن است مجبور شوند چند ماه صبر کنند تا الگوی طبیعی خونریزی دوباره برقرار شود.

۵. اگر زنی حین مصرف POP‌ها خونریزی ماهیانه نداشته باشد، آیا به معنی حامله بودن او است؟

احتمالاً خیر، مخصوصاً اگر شیر می‌دهد. اگر او قرصها را بطور روزانه مصرف کرده است احتمالاً حامله نیست و می‌تواند به مصرف قرص ادامه دهد. اگر هنوز هم نگران حاملگی است، در صورت دسترسی می‌توان تست حاملگی را پیشنهاد کرد یا برای انجام تست ارجاع داد. اگر فقدان خونریزی ماهیانه او را آزار می‌دهد ممکن است تغییر روش به سایر روشها (جز روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی) مفید باشد.

۶. آیا POP‌ها باید روزانه مصرف شوند؟

بله. همه قرصهای موجود در بسته POP‌ها دارای هورمون جلوگیری از بارداری هستند. اگر زنی هر روز قرص نخورد - بویژه اگر شیر نمی‌دهد - ممکن است حامله شود (بر عکس، هفت قرص آخر در بسته های ۲۸ تایی قرصهای ترکیبی فاقد هورمون هستند).

۷. آیا مهم است که زنان POP‌ها روزانه در وقت معینی مصرف کنند؟

بله، به دو دلیل. POP‌ها دارای هورمون کمی هستند و تأخیر بیش از سه ساعت در مصرف قرص (بیش از ۱۲ ساعت با POP‌های حلوی ۷۵ میلی‌گرم دزوچسترل desogestrel) سبب کاهش تأثیر آن در زنان غیرشیرده می‌شود (شیردهی محافظت بیشتری را در برابر حاملگی ایجاد می‌کند، لذا تأخیر در مصرف قرصها در این زنان با خطر کمتر حاملگی همراه است). همچنین مصرف روزانه قرص در زمان معین به یادآوری مصرف مستمر قرص کمک می‌کند. ارتباط دادن مصرف قرص با فعالیتهای روزانه نیز در باختر سپردن مصرف قرص کمک می‌کند.

۸. آیا POP‌ها سرطان زا هستند؟

خیر. مطالعات وسیع کمی در زمینه POP‌ها و سرطان وجود دارند، اما مطالعات کوچک‌تر انجام شده در زمینه POP‌ها اطمینان بخش هستند. مطالعات وسیع در مورد روش‌های کاشتنی افزایشی را در میزان سرطان نشان نداده‌اند. هورمون موجود در روش‌های کاشتنی مشابه POP‌ها بوده و در سالهای اولیه کاشت میزان هورمون آن دو برابر POP‌ها است.

۹. آیا می‌توان پس از نزدیکی جنسی محافظت نشده از POP‌ها بعنوان قرص فوریتی پیشگیری از بارداری (ECP) استفاده کرد؟

بله. باید هر چه سریعتر (دیرتر از پنج روز پس از نزدیکی جنسی محافظت نشده نباشد) از POP‌ها استفاده شود. (به قسمت قرصهای فوریتی پیشگیری از بارداری، ترکیب قرص و دوز آن در ص ۵۴ مراجعه کنید). بسته به نوع POP، او باید ۴۰ تا ۵۰ قرص بخورد. این تعداد قرص بنظر زیاد می‌رسد اما بی‌خطر است. چون میزان هورمون کمی در این قرصها وجود دارد.

۱۰. آیا POP‌ها خلق زنان و میل جنسی آنها را تغییر می‌دهند؟

معمولًا خیر. بعضی از مصرف کنندگان POP این شکایت را ابراز می‌کنند. با این حال اکثر مصرف کنندگان POP‌ها چنین تغییراتی را گزارش نمی‌کنند و بعضی از آنها بهبودی در خلق و میل جنسی خود را ابراز می‌کنند. اظهار نظر در مورد این که تغییرات خلقی یا تمایلات جنسی مربوط به مصرف POP‌ها است مشکل است. ارائه‌هندگان خدمات می‌توانند در این زمینه به زنان کمک کنند. (به تغییرات خلقی و میل جنسی در ص ۳۸ مراجعه کنید). هیچ یافته‌ای موجود نیست که نشان دهد POP‌ها رفتار جنسی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

۱۱. اگر مصرف کننده POP دارای کیست تخدمانی باشد چه باید کرد؟

اکثر کیستهای تخدمانی کیست واقعی نیستند، بلکه ساختاری پر شده از مایع در تخدمان (فولیکولها) هستند که به رشد خود بیش از حد معمول در یک سیکل قاعدگی ادامه داده‌اند. این کیست‌ها ممکن است درد خفیفی در شکم ایجاد کنند، اما نیاز به درمان خاصی ندارند، مگر اینکه بطور غیر عادی بزرگ شوند، پسچ خورده‌گی پیدا کنند و یا بتراکند. این فولیکول‌ها معمولاً بدون درمان از بین می‌روند (به قسمت درد شدید قسمت تحتانی شکم در ص ۴۰ مراجعه کنید).

۱۲. آیا POP‌ها خطر حاملگی نابهجا را افزایش می‌دهند؟

خیر. بر عکس، POP‌ها خطر حاملگی نابهجا را کاهش می‌دهند. حاملگی نابهجا بین مصرف کنندگان POP‌ها نادر و ۴۸ مورد در ۱۰۰۰۰ زن در سال است. این میزان در زنان امریکایی که از روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند، ۶۵ مورد در ۱۰۰۰۰ زن در سال است.

در موارد غیرشایع که POP‌ها شکست خورده، زن حامله می‌شود از این حاملگیها به ازای هر ۱۰۰ حاملگی، ۵-۱۰ مورد نابهجا است. بنابراین، اکثر حاملگی‌ها بدبند شکست POP‌ها نابهجا نیستند. حاملگی نابهجا هنوز هم کشنه است و ارائه دهنده خدمات باید از احتمال حاملگی نابهجا در صورت شکست POP‌ها آگاه باشد.

فصل ۳

قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی Emergency Contraceptive pills

نکات کلیدی برای مقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی در صورتیکه تا ۵ روز پس از نزدیکی محافظت نشده مصرف شوند به جلوگیری از بارداری کمک می‌کنند. این قرصها هر چه زودتر مصرف شوند، بهتر است.
- سبب از بین رفتن حاملگی فعلی نمی‌شوند.
- برای همه زنها بی‌خطر هستند. حتی برای زنانی که نمی‌توانند از روشهای تداومدار (ongoing) هورمونی جلوگیری از حاملگی استفاده کنند.
- موقعیتی را فراهم می‌آورند تا زنان استفاده از یک روش تداومدار تنظیم خاتواده را شروع کنند.
- گزینه‌های متعددی به عنوان قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی قابل استفاده هستند. فرآورده‌های اختصاصی، قرصهای صرفاً پروژستینی، قرصهای خوراکی ترکیبی جلوگیری از حاملگی همه می‌توانند به عنوان روشهای فوریتی جلوگیری از حاملگی عمل کنند.

قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی چه قرصهایی هستند؟

- قرصهایی هستند که حاوی فقط پروژستین یا یک پروژستین و یک استروژن با هم - هورمونهای مشابه پروژسترون و استروژن طبیعی در بدن زنان- هستند.
- قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECP)‌ها گاهی "قرصهای صبح روز بعد" یا روشهای جلوگیری پس از نزدیکی جنسی نامیده می‌شوند.
- عمدتاً از طریق جلوگیری یا به تأخیر انداختن آزاد شدن تخمک از تخمانها (تخمکگذاری) عمل می‌کنند. در صورتیکه زنی قبل باردار بوده باشد قرصها اثر نمی‌کنند. (به سوال یک در ص ۵۳ مراجعه کنید).

از چه قرصهایی می‌توان به عنوان ECP‌ها استفاده کرد؟

- فرآورده خاص ECP که حاوی پروژستین لوونورژسترول است.
- فرآورده خاص ECP که حاوی استروژن و لوونورژسترول است.
- قرصهای صرفاً پروژستینی که حاوی لوونورژسترول یا نورژسترول هستند.
- قرصهای خوراکی ترکیبی جلوگیری از حاملگی که حاوی استروژن و پروژستین- لوونورژسترول، نورژسترول یا نوراتیسترون (نوراتیسترون نیز نامیده می‌شوند)- هستند.

ECP‌ها چه زمانی باید مصرف شوند؟

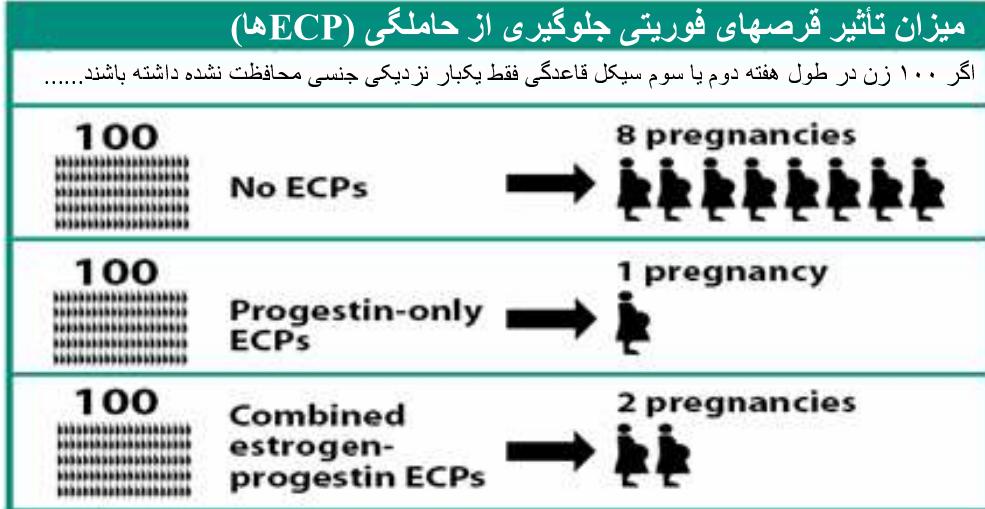
- هر چه سریعتر پس از نزدیکی جنسی محافظت نشده. هر چه ECP‌ها زودتر مصرف شوند، به میزان بیشتر از حاملگی جلوگیری می‌کنند.
- در صورتی می‌توانند از حاملگی جلوگیری کنند که در فاصله زمانی تا ۵ روز پس از نزدیکی جنسی محافظت نشده مصرف شوند.

میزان اثر آنها چقدر است؟

- از هر ۱۰۰ زنی که در طی هفته دوم یا سوم سیکل قاعدگی بدون جلوگیری از حاملگی فقط یکبار نزدیکی جنسی بدون استفاده از روش ضدبارداری داشته باشند، ۸ نفر احتمالاً حامله خواهند شد.
- اگر همه آن ۱۰۰ زن از ECP‌های صرفاً پروژستینی استفاده کنند، احتمالاً یک نفر حامله خواهد شد.
- اگر همه آن ۱۰۰ زن از ECP‌های استروژن-پروژستینی استفاده کنند، احتمالاً دو نفر حامله خواهند شد.

میزان تأثیر قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECP‌ها)

اگر ۱۰۰ زن در طول هفته دوم یا سوم سیکل قاعدگی فقط یکبار نزدیکی جنسی محافظت نشده داشته باشند.....



بازگشت باروری پس از مصرف ECP‌ها: امکان حاملگی در زنان بلافصله پس از مصرف ECP‌ها وجود دارد. مصرف ECP‌ها فقط از حاملگی ناشی از نزدیکی جنسی که در ۵ روز گذشته انجام شده جلوگیری می‌کند. این قرصها از حاملگی بدنبال نزدیکی جنسی پس از مصرف ECP‌ها (حتی روز بعد از مصرف قرص) جلوگیری نمی‌کنند. برای تداوم جلوگیری از حاملگی، زنان باید بلافصله روش دیگری را آغاز کنند (به قسمت برنامه‌ریزی روشنی تداومدار برای جلوگیری از حاملگی در ص ۵۰ مراجعه کنید).

اثر محافظتی روبرابر بیماریهای آمیزشی (STI‌ها): بی اثر است.

آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامتی

آثار جانبی (به مدیریت مشکلات در ص ۵۲ مراجعه کنید)

بعضی از مصرفکنندگان آثار زیر را گزارش می‌کنند:

- تغییر الگوی خونریزی شامل:

- خونریزی نامنظم خفیف به مدت ۱-۲ روز بعد از مصرف ECP‌ها

- آغاز خونریزی ماهیانه زودتر یا دیرتر از موعد مقرر

در هفته اول پس از مصرف ECP‌ها:

- نهوع*
- درد شکمی
- خستگی
- سردرد
- حساسیت پستان
- سرگیجه

• استفراج*

* زنانی که ECP با ترکیب صرف پروژستینی استفاده می‌کنند در مقایسه با زنانی که از ECP با ترکیب استروژن و پروژستینی استفاده می‌کنند، کمتر نجار تهوع و استفراج می‌شوند.

خطرهای شناخته شده سلامت

ندارد

فوائد شناخته شده سلامت

کمک به محافظت در برابر:

• خطرهای ناشی از حاملگی

اصلاح باورهای نادرست (به پرسشها و پاسخها در ص ۵۳ مراجعه کنید.)

قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی:

• سبب سقط نمی‌شوند.

• در صورت وقوع حاملگی سبب نقایص مادرزادی نمی‌شوند.

• خطری برای سلامتی زن ندارند.

• انجام فعالیت‌های خطرآفرین جنسی را افزایش نمی‌دهند.

• سبب نازایی زنان نمی‌شوند.

چرا بعضی از زنان اظهار می‌کنند که قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی را دوست دارند.

• شانس دوباره‌ای را در جلوگیری از حاملگی فراهم می‌کنند.

• توسط خود زن کنترل می‌شوند.

• اقدام به سقط را درموارد خطاهای استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی یا عدم

استفاده از روش جلوگیری کاھش می‌دهند.

• می‌توانند در دسترس داشته باشند و در موضع اورژانسی استفاده کنند.

چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی استفاده کنند؟

ایمن (بی‌خطر) و مناسب برای تقریباً همه زنان

انجام آزمایشها و معاینات برای مصرف ECP‌ها ضرورتی ندارند. این قرصها ممکن است بدلایل دیگر نیز مفید باشند، بخصوص در صورتیکه عمل جنسی با اعمال زور صورت گرفته باشد (به قسمت خشونت علیه زنان، ارائه مراقبت مناسب در ص ۲۹۱ مراجعه کنید).

معیارهای مقبولیت طبی برای

قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی

همه زنان می‌توانند از ECP‌ها بطور بی‌خطر و مؤثر استفاده کنند، از جمله زنانی که نمی‌توانند از روش‌های تداومدار هورمونی جلوگیری از حاملگی استفاده کنند. به علت ماهیت کوتاه مدت مصرف آنها، شرایط خاص طبی که مصرف ECP‌ها برای زنان غیرایمن سازد، وجود ندارد.

ارائه قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECP‌ها)

ECP‌ها ممکن است در شرایط مختلفی مورد نیاز باشند، بنابراین در صورت امکان ECP‌ها را در اختیار همه زنانی که خواهان دریافت آن قبل از زمان مورد نیاز (in advance) هستند، قرار دهید. زن می‌تواند قرصها را برای موقع مورد نیاز نگه دارد. در صورتی که زنان قرصها را از قبل داشته باشند، احتمال استفاده از آن در موقع نیاز بیشتر خواهد بود. همچنین در دسترس داشتن ECP‌ها زنان را قادر می‌سازد تا بلافارسله پس از نزدیکی جنسی محافظت نشده آنها را مصرف کنند.

چه زمانی مصرف شوند؟

در هر زمانی در طی ۵ روز پس از نزدیکی جنسی محافظت نشده، ECP‌ها هر چه زودتر مصرف شوند، مؤثرتر هستند.

ECP‌ها در موقعیتهاي متعددی مناسب هستند.



- زن می‌توانند ECP‌ها را هر زمانی که نگرانی در مورد باردار شدن دارند، استفاده کنند. به عنوان مثال پس از:
- نزدیکی جنسی با اعمال زور (تجاوز)
 - هر نزدیکی محافظت نشده
 - خطاهای استفاده از روشهای جلوگیری از حاملگی
 - کاندوم به طور نامناسب استفاده شده، سرخورده یا پاره شده است.
 - استفاده نادرست زوجین از روش مبتنی بر آگاهی از باروری (به عنوان مثال در خودداری از نزدیکی یا استفاده از روش دیگر در طی روزهای باروری ناموفق بوده باشند).
 - در هنگام نزدیکی منقطع، مرد در پس کشیدن ارادی قبل از انزال ناموفق بوده باشد.
 - زن مصرف ۳ یا بیش از ۳ قرص ترکیبی جلوگیری از حاملگی را فراموش کرده یا بسته جدید را ۳ یا بیش از ۳ روز دیرتر شروع کرده باشد.
 - IUD از محل خود خارج شده باشد.
 - زن بیش از دو هفته برای تزریق مجدد روش تزریقی صرفاً پروژستینی و یا بیش از ۷ روز برای تزریق مجدد روش تزریقی ماهیانه تأخیر داشته باشد.

اطلاعات مربوط به دوز ECP ها

برای فرآورده‌های اختصاصی و تعداد قرصهایی که ارائه می‌شوند، به ترتیب قرص و مقدار آن در صفحه ۵۴ مراجعه کنید.

نوع قرص	مقدار کلی قرص مورد نیاز
فرآورده اختصاصی صرفاً لونورژسترنی	* ۱/۵ میلیگرم لونورژسترن در یک دوز واحد.
فرآورده اختصاصی استروژن - پروژستین	۰/۱ میلیگرم اتینیل استرادیول + ۰/۵ میلیگرم لونورژسترن. ۱۲ ساعت بعد همان مقدار تکرار شود.
قرصهای لونورژسترن: ۱/۵ میلیگرم لونورژسترن در یک دوز واحد	قرصهای لونورژسترن: ۱/۵ میلیگرم لونورژسترن در یک دوز واحد
روشهای ترکیبی خوارکی (استروژن - پروژستین) حاوی لونورژسترن، نورژسترن، یا نوراتیندرون	قرصهای استروژن و لونورژسترن: ۰/۱ میلیگرم اتینیل استرادیول + ۰/۵ میلیگرم لونورژسترن. ۱۲ ساعت بعد همان مقدار تکرار شود.
قرصهای استروژن و نورژسترن: ۰/۱ میلیگرم اتینیل استرادیول + ۱ میلیگرم نورژسترون. ۱۲ ساعت بعد همان مقدار تکرار شود.	قرصهای استروژن و نوراتیندرون: ۰/۰ میلیگرم اتینیل استرادیول + ۲ میلیگرم نوراتیندرون. ۱۲ ساعت بعد همان مقدار تکرار شود.

* بطور جایگزین، می‌توان ۰/۷۵ میلیگرم لونورژسترن را بلافصله ارائه کرد و ۱۲ ساعت بعد همان مقدار دارو را تکرار کرد. مصرف رژیم تک دوز آسانتر از رژیم دو دوز است و به همان میزان موثر است.

ارائه قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی

-
- ۱. قرصها را ارائه کنید
 - زن می‌تواند آنها را به یکباره مصرف کند.
 - اگر او از رژیم دو دوزی استفاده می‌کند، به او بگویید دوز بعدی را ۱۲ ساعت بعد مصرف کند.
 - ۲. آثار جانبی بسیار شایع
 - تهوع، درد شکم، احتمالاً سایر علائم خونریزی خفیف یا تغییر در زمان خونریزی ماهیانه آثار جانبی علائم بیماری نیستند.
 - ۳. توضیح دهد در صورت
 - تهوع:
 - مصرف روتین داروهای ضد تهوع توصیه نمی‌شود.
 - زنانی که طی مصرف قبلی ECP‌ها یا در مصرف اولین دوز رژیم دو دوزی دچار تهوع شده باشند، می‌توانند از داروی ضد تهوع نظری Agyrax, Antivert, Bonine) Meclizine ۵۰ میلی‌گرم استفاده کنند.
 - استفراغ:
 - اگر زن طی ۲ ساعت پس از مصرف ECP‌ها استفراغ کند، باید همان مقدار را دوباره مصرف کند. (او می‌تواند همراه با این دوز تکراری از داروی ضد تهوع، به همانگونه که در بالا گفته شد، استفاده کند).
 - اگر استفراغ ادامه یابد، می‌تواند دوز تکراری را با قراردادن قرص‌ها در قسمت بالای واژن مصرف کند. در صورتی که استفراغ بیش از ۲ ساعت پس از مصرف ECP‌ها رخ داد، نیازی به مصرف قرص‌های اضافی ندارد.
 - ۴. ECP‌های بیشتری به او بدهید و کمک کنید
 - در صورت امکان، ECP‌های بیشتری بدهید تا برای موارد نیاز در آینده به منزل ببرد.
 - به قسمت برنامهریزی روشن تداومدار برای جلوگیری از حاملگی در قسمت زیر مراجعه کنید.
-

”هر زمان که خواستید مراجعه کنید“ علل مراجعه مجدد

به طور معمول نیازی به مراجعه مجدد وجود ندارد. با وجود این به دریافت کننده خدمات اطمینان بدهید که هر زمان خواست می‌تواند مراجعه کند و همچنین در صورتیکه فکر کند احتمالاً باردار است، بخصوص اگر خونریزی ماهیانه نداشته یا خونریزی ماهیانه بعدی وی بیشتر از یک هفته به تأخیر افتاده باشد.

برنامهریزی روشن تداومدار برای جلوگیری از حاملگی

- ۱. به او توضیح دهد که آن ECP‌ها در نزدیکیهای بعدی، حتی در روز بعد، از حاملگی جلوگیری نمی‌کنند. با او در مورد نیاز به استفاده از روشن تداومدار برای جلوگیری از حاملگی و انتخاب آن، و اگر در معرض خطر STI‌ها از جمله HIV باشد، در مورد چگونگی محافظت در برابر آن بحث کنید (به قسمت عفونتهای آمیزشی از جمله HIV در ص ۲۶۹ مراجعه کنید).
- ۲. اگر نمی‌خواهد اکنون یک روشن جلوگیری از حاملگی را شروع کند، کاندوم یا قرصهای خوراکی جلوگیری از حاملگی به او بدهید و از او بخواهید چنانچه تغییر عقیده داد از آنها استفاده کند. از او دعوت کنید در آینده هر زمانی که بخواهد از روشن دیگری استفاده کند یا اگر سوال یا مشکلی داشت مراجعه کند.

۳. در صورت امکان به او ECP‌های بیشتری بدھید تا در آینده در موارد نزدیکی جنسی محافظت نشده استفاده کند.

زمان شروع روش‌های جلوگیری از بارداری بعد از مصرف ECP‌ها

روش	زمان شروع
قرصهای ترکیبی جلوگیری از حاملگی، قرصهای صرف پروژستینی، برچسبهای ترکیبی و حلقه‌های ترکیبی واژینال	<ul style="list-style-type: none">می‌توان روز بعد از قطع ECP‌ها شروع کرد. نیازی نیست که تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی منتظر بماند.قرص خوراکی جلوگیری از حاملگی و حلقه واژینال:<ul style="list-style-type: none">- استفاده کننده جدید باید بسته جدیدی از قرص یا حلقه جدیدی را شروع کند.- استفاده کننده مداومی که به علت اشتباہ در مصرف نیاز به ECP‌ها داشته می‌تواند از جایی که مانده است ادامه دهد.بر چسب جلوگیری از حاملگی:<ul style="list-style-type: none">- همه مصرف کنندگان باید از بر چسب جدیدی استفاده کنند.
روشهای تزریقی صرف پروژستینی	<ul style="list-style-type: none">استفاده از یک روش پشتیبان نیز در ۷ روز اول مصرف روش مربوطه ضروری است.
روشهای تزریقی ماهیانه	<ul style="list-style-type: none">می‌تواند در همان روز استفاده از ECP‌ها یا در صورت تمایل طی ۷ روز اول بعد از شروع خونریزی ماهیانه بعدی شروع کند. بعد از تزریق، استفاده از یک روش پشتیبان به مدت ۷ روز ضروری است. او باقیتی در صورت وجود علائم و نشانه‌های دیگر حاملگی، غیر از قطع خونریزی قاعده‌گی، مراجعه کند (به علائم و نشانه‌های شایع حاملگی در ص ۳۶۸ مراجعه کنید).
روشهای کاشتنی	<ul style="list-style-type: none">بعد از اینکه خونریزی ماهیانه‌اش بازگشت. به او یک روش پشتیبان یا قرصهای ضدبارداری خوراکی بدھید تا از روز بعد از استفاده از ECP‌ها تا شروع خونریزی ماهیانه استفاده کند.
وسیله داخل رحمی IUD‌های حاوی مس یا هورمونی	<ul style="list-style-type: none">از IUD حاوی مس می‌توان بعنوان روش جلوگیری فوریتی از حاملگی استفاده کرد. این انتخابی مناسبی است برای زنی که می‌خواهد از IUD به عنوان روش طولانی مدت ضدبارداری استفاده کند. به قسمت IUD حاوی مس به صفحه ۱۲۵ مراجعه کنید.در صورتیکه زن تصمیم بگیرد بعد از استفاده از ECP‌ها از جاگذاری IUD استفاده کند IUD را می‌توان در همان روز مصرف ECP‌ها جایگذاری نمود. نیازی به روش پشتیبان نیست.

روش

زمان شروع

- کاندوم‌های مردانه یا زنانه، مواد اسپرم کش، دیافراگم‌ها، کلاهک دهانه رحم و نزدیکی منقطع
- بلافصله

روشهای مبتنی بر آگاهی از زمان
با زن بارداری

- روش روزهای استاندارد: همزمان با شروع خونریزی ماهیانه بعدی زن
- روش‌های مبنی بر نشانه‌ها: زمانی که ترشحات طبیعی زن مجدداً شروع شده است.
- تا زمان شروع استفاده از روش انتخابی خوبیش به او یک روش پشتیبان یا فرمان‌گیری از حاملگی بدهد.

* روشهای پشتیبان شامل پرهیز از روابط جنسی، کاندوم مردانه یا زنانه، اسپرم‌کشها و نزدیکی منقطع می‌باشد. به او بگوئید که مواد اسپرم کش و نزدیکی منقطع روشهای ضدبارداری با کمترین تأثیر می‌باشند. در صورت امکان به او کاندوم بدهد.

کمک به مصرف کنندگان

مدیریت مشکلات

مشکلات گزارش شده به عنوان آثار جانبی یا شکست روش

- ممکن است مربوط به روش باشد یا ارتباطی با آن نداشته باشد.

خونریزی نامنظم خفیف

- خونریزی نامنظم بعلت استفاده از ECP‌ها بدون درمان قطع خواهد شد.
- به زن اطمینان دهید که این علامتی از بیماری یا حاملگی نیست.

تغییر زمان خونریزی ماهیانه بعدی یا شک به حاملگی



- خونریزی ماهیانه ممکن است زودتر از زمان انتظار شروع شود که این علامتی از یک بیماری یا حاملگی نیست.
- بعد از استفاده از ECP‌ها، در صورت تأخیر به مدت بیش از یک هفته در زمان شروع خونریزی ماهیانه مورد انتظار بعدی زن، حاملگی را بررسی نمایید. در صورتیکه استفاده از ECP‌ها نتواند مانع حاملگی شود، خطرهای شناخته شده‌ای نسبت به جنین کاشته شده در داخل رحم وجود ندارد. (به سوال ۲ در ص ۵۳ مراجعه کنید).

پرسشها و پاسخهای مربوط به استفاده از ECP‌ها

۱. آیا استفاده از ECP‌ها سبب از بین رفتن حاملگی موجود می‌شود؟

خیر. در صورت حامله بودن زن ECP‌ها تأثیری ندارند. زمانیکه قبل از تخمک‌گذاری استفاده شود، استفاده از ECP‌ها مانع آزاد شدن تخمک از تخمدان شده یا آزاد شدن آن را تا ۷-۵ روز به تأخیر می‌اندازد. تا آن موقع هر اسپرمی که در دستگاه تولید مثل زن بوده خواهد مرد چون اسپرم تنها تا ۵ روز زنده خواهد ماند.

۲. آیا استفاده از ECP‌ها سبب ناهنجاری جنین می‌شود؟ آیا در صورتیکه زن بطور تصادفی با وجود حاملگی‌اش ECP‌ها استفاده کند، جنین بخطر خواهد افتاد؟

خیر. مدارک نشان می‌دهند که استفاده از ECP‌ها سبب ناهنجاری جنین نمی‌شود. بعارتی دیگر در صورتیکه زن قبلاً حامله بوده و ECP‌ها را استفاده کرده یا در صورتیکه ECP‌ها در پیشگیری از بارداری شکست بخورند، جنین بخطر نخواهد افتاد.

۳. تا چه مدت ECP‌ها در مقابل حاملگی از یک زن محافظت می‌کنند؟

زنانی که ECP‌ها استفاده می‌کنند بایستی درک کنند که آنها در صورت داشتن روابط جنسی حامله خواهند شد مگر اینکه روش ضدبارداری دیگری را بلافصله شروع کنند. چون ECP‌ها تخمک‌گذاری در برخی از زنان را بتأخیر می‌اندازند، ممکن است بلافصله بعد از استفاده ECP‌ها احتمال بارور شدن در بالاترین باشد. در صورت تمایل زن به تداوم محافظت در مقابل حاملگی، او باید روش ضدبارداری دیگری را بلافصله شروع نماید.

۴. چه نوع قرص ضدبارداری خوراکی را می‌توان بعنوان ECP‌ها استفاده کرد؟

اکثر قرص‌های ضدبارداری ترکیبی (استروژنی و پروژستینی) خوراکی و قرص‌های صرفاً پروژستینی را می‌توان بعنوان ECP‌ها استفاده کرد. هر قرصی که حاوی هورمون‌های مورد استفاده در ضدبارداری فوریتی-لوونورژسترون، نوراتیندرون، بوده یا این پروژستین‌ها بهمراه استروژن (اتینیل استرادیول) باشد را می‌توان استفاده کرد. (برای مثال‌های چه نوع قرص ضدبارداری را می‌توان بعنوان ECP‌ها استفاده کرد به قسمت ترکیبات و مقدار قرصها در ص ۵۵ مشاهده نمایید).

۵. آیا استفاده از قرص‌های صرفاً پروژستینی به مقدار ۴۰-۵۰ عدد بعنوان ECP‌ها بخطر است؟

بلی. قرص‌های صرفاً پروژستینی حاوی مقادیر بسیار کمی از هورمونها می‌باشند. لذا لازم است که قرص‌های زیادی را جهت بدست آوردن مقدار کلی ECP‌ها استفاده کرد. در مقابل، مقدار دوز مورد نیاز ECP‌ها با ضدبارداری ترکیبی (استروژنی و پروژستینی) خوراکی معمولاً تنها ۵-۲ دوز در دو دوز با فاصله ۱۲ ساعت می‌باشد. زنان نبایستی بعنوان ECP‌ها ۴۰-۵۰ عدد قرص‌های ضدبارداری ترکیبی (استروژنی و پروژستینی) خوراکی را استفاده کنند.

۶. آیا ECP‌ها برای زنان آلوده به HIV و مبتلا به ایدز بخطر هستند؟ آیا زنان تحت درمان با ضدتروروپروسها (ARV) می‌توانند بطور بخطر از ECP‌ها استفاده کنند؟

بلی. زنان آلوده به HIV، مبتلا به ایدز و زنان تحت درمان با ضدتروروپروسها می‌توانند بطور بخطری از ECP‌ها استفاده کنند.

۷. آیا ECP‌ها برای نوجوانان بخطر هستند؟

بلی. یک مطالعه در مورد استفاده ECP‌ها در بین دختران ۱۳-۱۶ ساله آن را بخطر اعلام کرده است. بعلاوه، همه شرکت‌کنندگان در تحقیق قادر به استفاده صحیح از ECP‌ها بودند.

۸. آیا زنی که نمی‌تواند از قرص‌های ترکیبی خوراکی (استروژنی و پروژستینی) یا قرص‌های صرفاً پروژستینی بعنوان روش تداومدار جلوگیری استفاده نماید، هنوز بدون خطر می‌تواند از ECP‌ها استفاده نماید؟

بلی. به این دلیل که درمان ECP‌ها خیلی مختصر است.

۹. در صورتیکه ECP‌ها در پیشگیری از بارداری شکست بخورد، آیا زن شاتس زیادی دارد که حاملگی نابهجه داشته باشد؟

خیر. تاکنون هیچ مدرکی که نشان دهد ECP‌ها میزان حاملگی نابهجه را افزایش می‌دهند، وجود ندارد. مطالعات انجام گرفته در سراسر دنیا، از جمله اداره غذا و داروی ایالات متحده، در مورد ECP‌های صرفاً پروژستینی، افزایش میزان حاملگی نابهجه را بدبناشکست ECP‌ها در مقایسه با کل حاملگی‌ها نشان نمی‌دهند.

۱۰. چرا باید به زنان قبل از نیاز آنان ECP‌ها داد؟ آیا این سبب تشویق آنها به عدم استفاده از ضدبارداریها نشده یا بعارت دیگر تاثیری بر استفاده از روش ضدبارداری نمی‌گذارد؟

خیر. مطالعات در مورد زنانی که از قبل به آنها ECP‌ها داده شده است، این یافته‌هارا نشان داده‌اند:

- زنانی که ECP‌ها در دسترس داشته‌اند در مقایسه با زنانی که بایستی در پی تهیه آن می‌بوده‌اند، بدبناشکست روابط جنسی حفاظت نشده زودتر از ECP‌ها استفاده کردند. استفاده زودتر ECP‌ها احتمال تأثیر را زیاد می‌کند.
- زنانی که ECP‌ها از قبیل به آنها داده شده بود در مقایسه با زنانی که باید در پی دریافت آن از یک ارائه‌دهنده خدمت می‌بودند، تمایل زیادی به استفاده از ECP‌ها داشتند.
- این زنان استفاده از سایر روش‌های ضدبارداری را همانند زمان قبل از دریافت ECP‌ها قبل از زمان مورد نیاز ادامه می‌دادند.

۱۱. آیا زنان بهتر است ECP‌ها را بعنوان روش‌های ضدبارداری منظم استفاده کنند؟

خیر. تقریباً همه روش‌های ضدبارداری دیگر در پیشگیری از بارداری مؤثرتر از ECP‌ها هستند. احتمال حاملگی ناخواسته در زنی که بطور منظم از ECP‌ها بعنوان روش ضدبارداری استفاده کند، نسبت به زنی که از روش ضدبارداری دیگری بطور منظم استفاده می‌کند، بالاتر است. هنوز هم زنانی که از روش‌های ضدبارداری دیگری استفاده می‌کنند بایستی در مورد ECP‌ها و چگونگی دریافت آنها در صورت نیاز، برای مثال در صورتیکه کاندوم پاره شود یا یک زن سه قرص یا بیشتر از قرص‌های ضدبارداری ترکیبی خوراکی را فراموش کند، اطلاعات کافی داشته باشند.

پرسشها و پاسخهای مربوط به استفاده از ECP‌ها
ترکیبات و مقدار قرص

تعداد قرصهایی که در طی ۱۲ ساعت بعدی �ورده می شود	تعداد قرصهایی که در ابتدا خورده می شود	نام‌های رایج	ترکیبات	هرمون و نوع قرص
صرف‌اپروژستینی				
.	۱	Escapel Escapelle, Emkit Plus, Postinor 1, Postinor2 Unidosis, Pozato Uni	۱/۵ mg levonorgestrel	
.	۲	An Ting, Diad, E Pills, EC, ECee2, ECP, Emkit, norgestrel Estinor, Evitarem, Glanique, Hui Ting, Imediat-N, Lenor 72, Madonna, Minipil 2, NorLevo, Pilem, Pill 72, Plan B, Poslov, Post-Day, Postinor, Postinor-2, Postinor Duo, Pozato, PPMS, Pregnon, Pronta, Tace, Vermagest, Vika, Yu-Ting	۰/۷۵ mg levonorgestrel	پروژستینی ویژه ECP
.	۵۰ **	Microlut, Microlut 35, Microval, Mikro-30, Norgeston, Nortrel	۰/۰۳ mg Levonoegesterol	قرص‌های صرف‌اپروژستینی
.	۴۰ **	Neogest, Norgeal	۰/۰۳۷۵ mg Levonorgestrel	
.	۴۰ **	Minicon, Ovrette	۰/۰۷۵ mg norgestrel	
استروژن و پروژستین				
۲	۲	Fertilan, Preven, Tetragynon	۰/۰۵ mg ethinylesteradiol ۰/۰۲۵ mg Levonorgestrel	استروژن و پروژستین ویژه ECP

تعداد قرصهایی که در طی ساعت بعدی خورده می شود	تعداد قرصهایی که در ابتدا خورده میشود	اسامی رایج	ترکیبات	هرمون و نوع قرص
۵	۵	Anulette 20, April, Femexin, Loette, Loette-28, Loette, Suave, Microgynon, Suave, Miranova, Norveta 20	.۰۰۲ mg ethinylesteradiol .۱ mg Levonorgestrel	قرصهای خوارکی ترکیبی (استروژن-پروژستینی) پیشگیری از بارداری
۴	۴	Anna, Anovulatorios Microdosis, Anulette, Anulette CD, Anulit, Ciclo 21, Ciclon, Combination 3, Confiance, Contraceptive L.D., Eugynon 30ED, Famila-28, Gestrelan, Innova CD, Lady, Levonorgestrel Pill, Lo-Gentrol, Lorsax, Mala-D, Microfemin, Microfemin CD, Microgest, Microgest ED, Microgynon, Microgynon-28, Microgynon-30, Microgynon 30 ED, Microgynon CD, Microgynon ED, Microgynon ED 28, Microsoft CD, Microvlar, Minidril, Minigynon, Minigynon 30, Minivlar, Mithuri, Nociclin, Nordet, Nordette, Nordette, 150/30, Nordette-21, Nordette-28, Norgylene, Norveta, Novelle Duo, Ologyn-micro, Primafem, R-den, Riget, Rigevidon 21, Rigevidon, Seif, Sexcon, Stediril 30, Suginor	.۰۰۳ mg ethinylesteradiol .۱۵ mg Levonorgestrel	

تعداد قرصهایی که در طی ۱۲ ساعت بعدی خورده می‌شود	تعداد قرصهایی که در ابتدا خورده می‌شود	اسامی رایج	ترکیبات	هرمون و نوع قرص
۲	۲	Anfertil, Contraceptive H.D., Control, D-Norginor, Denoval, Denoval-Wyeth, Duoluton, Duoluton L, vanor, FMP, Gravistat 250, Neogynon, Neogynon CD, Neovlar, Neogynon 50, Noral, Nordiol, Nordiol 21, Normanor, Ologyn, Ovidon, Primlovar, Stediril-D	۰/۰۵ mg ethinylesteradiol ۰/۰۲۵ mg Levonorgestrel	روشهای خوراکی ترکیبی استروژن-پروژستینی (ادامه)
۲	۲	Gravistat, Gravistat 125	۰/۰۵ mg ethinylesteradiol ۰/۱۲۵ mg Levonorgestrel	
۴	۴	Minisiston, Trust Pills	۰/۰۳ mg ethinylesteradiol ۰/۱۲۵ mg Levonorgestrel	
۴	۴	Lo-Feminal, Lo/Ovral	۰/۰۳ mg ethinylesteradiol ۰/۳ mg norgestrel	
۲	۲	Perle LD	۰/۰۵ mg ethinylesteradiol ۰/۵ mg norgestrel	

** تعداد زیادی قرص، اما بی‌خطر. به سؤال ۵ در ص ۵۳ را مراجعه کنید.

Sources: The Emergency Contraception Website, the International Planned Parenthood Federation Directory of Hormonal Contraceptives, and the International Consortium for Emergency Contraception

روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی (POI‌ها) (Progesterin Only Injectables)

نکات کلیدی برای ارائه‌دهنگان خدمات و مراجعه کنندگان

- تغییرات خونریزی قاعده‌گی شایع اما بی‌خطر هستند. معمولاً POI‌ها طی چند ماه اول سبب خونریزی نامنظم می‌شوند، اما در ماههای بعد آمنوره ایجاد می‌شود.
- برای تزریقات بطور منظم مراجعه کنید. مراجعه هر سه ماه (۱۳ هفته) برای دپو (DMPA) و هر دو ماه برای NET-EN برای ایجاد بیشترین تاثیر، مهم است.
- تزریق را می‌توان تا چهار هفته دیرتر برای دپو (DMPA) و تا دو هفته دیرتر برای NET-EN انجام داد. استفاده‌کننده از این روش حتی در صورت وجود تأخیر بیشتر نیز باید مراجعه کند.
- افراش تدریجی وزن شایع است.
- بازگشت قدرت باروری اغلب به تأخیر می‌افتد. در مقایسه با سایر روش‌های جلوگیری بطور متوسط مدت زمان بازگشت قدرت باروری پس از قطع POI‌ها بیشتر است.

روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی چه ترکیباتی هستند؟

- روشهای تزریقی دپو مدروكسی پروژسترون استات (DMPA) و نوراتیندرون انانتات NET-EN هر کدام حاوی یک نوع پروژستین مشابه پروژسترون طبیعی بدن زن هستند (روشهای تزریقی ترکیبی حاوی هم استروژن و هم پروژستین هستند، به قسمت روشهای تزریقی ماهیانه در ص ۷۹ مراجعه کنید).
- حاوی استروژن نیستند، ولذا طی شیردهی و در زنانی که نباید از روشهای حاوی استروژن استفاده کنند، می‌توان استفاده نمود.

- DMPA، پرمصرف‌ترین روش تزریقی صرفاً پروژستینی، بنامهای "تزریق (the shot)"، "فرو کردن (the jab)"، "تزریق ویژه"، دپو، دپوپورو، مژسترون و پتوژن نیز نامیده می‌شود.
- NET-EN بنامهای نور اتیندرون انانتات، نوریسترات، و سینجستال (syngestal) نیز نامیده می‌شود. برای تمایز بین NET-EN و DMPA به قسمت مقایسه روشهای تزریقی در ص ۳۵۲ مراجعه کنید.



- این آمپولها بصورت عضلانی تزریق می‌شوند، سپس هورمون به آهستگی در جریان خون آزاد می‌شود.
- ترکیب متفاوتی از DMPA نیز وجود دارد که بصورت زیر جلدی تزریق می‌شود. (به ترکیب جدید DMPA، در ص ۶۲ مراجعه کنید).
- عمدتاً با مهار تخمکننده عمل می‌کنند.

میزان تأثیر



- میزان تأثیر آنها به تزریقات منظم بستگی دارد: در زنی که یک تزریق را به کلی فراموش کند، بیشترین خطر حاملگی وجود دارد.
- بر اساس استفاده معمول، حدود ۳ حاملگی در ۱۰۰ زن در طی سال اول استفاده از POI‌ها. این بدین معنی است که از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از POI‌ها، ۹۷ نفر حامله نخواهند شد.
- در صورت تزریقات در زمان مقرر، از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از POI‌ها، کمتر از یک نفر (۳ در ۱۰۰۰ زن) در طی سال اول حامله خواهد شد.

بازگشت قدرت باروری بعد از قطع POI‌ها: بطور متوسط در مقایسه با سایر روش‌های جلوگیری از بارداری، بازگشت قدرت باروری بعد از قطع DMPA ۴ ماه و بعد از قطع NET-EN یک ماه دیرتر صورت می‌گیرد (به سوال ۷، در ص ۷۵ مراجعه کنید).

محافظت در مقابل بیماریهای آمیزشی (STIs): هیچ اثر محافظتی ندارد.

آثار جانبی، فواید سلامت و خطرهای سلامت

اثرات جانبی (به مدیریت مشکلات، در ص ۷۲ مراجعه کنید.)

برخی از استفاده کنندگان موارد زیر را گزارش می‌کنند:

- تغییرات در الگوهای خونریزی همراه با DMPA شامل:
 - در ۳ ماه اول:
 - خونریزی نامنظم
 - خونریزی طولانی مدت
 - در طی یک سال:
 - قطع خونریزی ماهیانه
 - کاهش دفعات خونریزی
 - خونریزی نامنظم

NET-EN در مقایسه با DMPA تأثیر کمتری در الگوهای خونریزی دارد. در مصرف کنندگان NET-EN در ۶ ماه اول، روزهای خونریزی کمتر است و بعد از یک سال مصرف، احتمال قطع خونریزی ماهیانه نسبت به DMPA کمتر است.

- افزایش وزن (به سوال ۴، در ص ۷۵ مراجعه کنید).

سردرد

سرگیجه

نفخ و ناراحتی شکمی

تغییرات خلقی



- کاهش میل جنسی
- سایر تغییرات بالینی احتمالی:
- کاهش تراکم استخوان (به سوال ۱، در ص ۷۶ مراجعه کنید).

چرا برخی زنان می‌گویند که روش تزریقی صرفاً پروژستینی را دوست دارند؟

- نیازی به انجام عمل روزانه نیست.
- تداخلی با روابط جنسی ندارند.
- خصوصی هستند: فرد دیگری نمی‌تواند بگوید که زن از روش جلوگیری از حاملگی استفاده می‌کند.
- سبب قطع خونریزی ماهیانه می‌شود (در اکثر زنان).
- به افزایش وزن زنان کمک می‌کند.

خطرهای شناخته شده سلامت

خطری ندارد

فواید شناخته شده سلامت

DMPA

کمک به محافظت در مقابل:

• خطرهای ناشی از حاملگی

• سرطان لایه داخلی رحم (سرطان آندومتر)

• فیبرومهای رحمی

کمک احتمالی به محافظت در مقابل:

• التهاب لگنی علامت‌دار

• کم‌خونی فقر آهن

موارد زیر را کاهش می‌دهد:

• حمله‌های کم خونی داسی شکل در زنان مبتلا به کم

خونی داسی شکل

• نشانه‌های آندومتریوز (درد لگنی، خونریزی نامنظم)

خطری ندارد

NET- EN

کمک به محافظت در مقابل:

• کم‌خونی فقر آهن

NET-EN ممکن است بسیاری از فواید سلامت مربوط به **DMPA** را داشته باشد، اما این لیست تنها شامل آنهایی هست که شواهد تحقیقاتی قابل دسترسی در آن زمینه‌ها وجود دارد.

اصلاح موارد درک نادرست (به قسمت پرسشها و پاسخها در ص ۷۵ مراجعه کنید)
روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی:

- سبب قطع خونریزی ماهیانه می‌شوند، اما مضر نیستند این وضعیت شبیه قطع پریود در زمان حاملگی است. خون در رحم زن تجمع نمی‌یابد.
- سبب از بین رفتن حاملگی موجود نمی‌شوند.
- سبب نازایی زنان نمی‌شوند.

ترکیب جدید DMPA

ترکیب جدید DMPA بطور اختصاصی برای تزریق زیرجلدی ساخته شده است. این ترکیب جدید باید بطور زیرجلدی تزریق شود. در صورتی که غیر از روش زیرجلدی تزریق شود، بطور کامل تأثیر نخواهد داشت. (همانطور که داخل عضلانی نباید بصورت زیرجلدی تزریق شود).

دوز هورمونی ترکیب جدید زیرجلدی (DMPA-SC) ۳۰٪ کمتر از مقدار آن در DMPA برای تزریق عضلانی است (۱۵۰ mg بجای ۱۰۴ mg)، لذا ممکن است آثار جانبی (مانند افزایش وزن) به میزان کمتری ایجاد کند. میزان اثر جلوگیری از حاملگی آنها مشابه است. همانند مصرف کنندگان DMPA، مصرف کنندگان DMPA-SC نیز هر سه ماه یکبار تزریق می‌کنند.

DMPA-SC در سرنگ‌های از قبل پر شده، شامل سیستم یکبار مصرف یونیجکت (uniject) در دسترس خواهند بود. این سرنگ‌های از قبل پر شده دارای سرسوزن‌های مخصوص کوتاهی هستند که جهت تزریق زیرجلدی ساخته شده‌اند. با این سرنگ‌ها زنان می‌توانند خودشان DMPA را تزریق کنند. DMPA-SC از طریق اداره دارو و غذای ایالات متحده در دسامبر ۲۰۰۴ تحت نام دپو ساپ کیو پروفورا (depo-subQprovera 104) به تصویب رسیده است. از آن زمان به بعد در انگلستان نیز به تصویب رسیده است.



چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی استفاده کنند؟

بی‌خطر و مناسب تقریباً برای همه زنان

تقریباً همه زنان می‌توانند بدون خطر و مؤثر از POI‌ها استفاده کنند، از جمله زنانی که:

- فرزند دارند یا بدون فرزند هستند
- ازدواج نکرده‌اند.
- در هر سنی، شامل نوجوانان و زنان بالای ۴۰ سال
- اخیراً سقط القایی یا سقط خودبخودی داشته‌اند.
- سیگاری، بدون توجه به سن و تعداد نخهای کشیده شده سیگار
- شیرده هستند (۶ هفته بعد از زایمان می‌توان آغاز نمود).
- آلوده به HIV هستند، چه تحت درمان ضدترورویروسی باشند یا نباشند (به روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی برای زنان دچار HIV درص ۶۶ مراجعه کنید).

زنان می‌توانند مصرف POI‌ها را با توجه به موارد زیر آغاز کنند:

- بدون معاینه لگنی
- بدون انجام هر گونه آزمایش خون یا سایر تستهای روتین آزمایشگاهی
- بدون غربالگری سرطان دهانه رحم
- بدون معاینه پستان
- حتی در هر زمان دیگری غیر از زمان خونریزی ماهیانه زن، در صورتی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش مطمئن باشد (به چک لیست حاملگی، در ص ۳۶۹ مراجعه کنید).

معیارهای مقبولیت طبی برای استفاده از
روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی

سؤالات زیر را در مورد وضعیتهاي شناخته شده طبی از مراجعه کننده بپرسید.
انجام معاینات و آزمایشها ضرورتی ندارند. در صورت پاسخ "خیر" به کلیه سئوالات، او می‌تواند در صورت تمایل، مصرف POI‌ها را شروع کند. در صورتیکه پاسخ به سئوالی "بلی" باشد، از دستورات مربوطه پیروی نماید. در برخی موارد او هنوز امکان شروع به استفاده از POI‌ها را دارد.

۱. آیا شما به کودک زیر شش هفته شیر می‌دهید؟
 خیر بلی شش هفته بعد از زایمان می‌تواند مصرف POI‌ها را شروع کند. (به شیردهی کامل یا تقریباً کامل یا شیردهی نسبی، در ص ۶۷ مراجعه کنید).

۲. آیا دچار سیروز شدید کبدی، عفونت کبدی یا تومور کبدی هستید؟ (آیا چشمان یا پوست او بطور غیرمعمول زرد هستند [علائم یرقان])؟
 خیر بلی در صورت گزارش بیماری فعال کبدی (برقان، هپاتیت فعال، سیروز شدید، تومور کبدی) POI‌ها را به او ارائه نکنید. در انتخاب یک روش غیرهورمونی به او کمک کنید.

۳. آیا فشار خون شما زیاد است؟
 خیر بلی در صورت عدم امکان کنترل فشار خون و گزارش خود فرد در مورد داشتن سابقه فشار خون زیاد، به او POI‌ها را تجویز کنید.
در صورت امکان فشار خون فرد را کنترل کنید:

- اگر در حال حاضر او تحت درمان افزایش فشار خون است و فشار خون بطور مناسبی کنترل شده است، یا در صورتیکه فشار خون زیر ۱۶۰/۱۰۰ باشد، POI‌ها را به او ارائه کنید.
- در صورتیکه فشار خون سیستولیک او ۱۶۰ یا بالاتر یا دیاستولیک او ۱۰۰ یا بالاتر باشد، به او POI‌ها را تجویز نکنید. در انتخاب یک روش دیگر - یک روش فاقد استروژن به او کمک نماید.

۴. آیا شما دیابت به مدت بیش از ۲۰ سال داشته یا دچار آسیب شریانی، بینایی، کلیه‌ها یا سیستم عصبی ناشی از دیابت می‌باشید؟
 خیر بلی به او POI‌ها را ارائه نکنید در انتخاب یک روش دیگر - یک روش فاقد استروژن به او کمک نماید.

۵. آیا هرگز دچار سکته مغزی، لخته خون در ساق پاهای یا ریه‌ها، حمله قلبی یا سایر مشکلات جدی قلبی شده‌اید؟
 خیر بلی در صورتیکه او حمله قلبی، بیماری قلبی مربوط به انسداد یا تنگی شریانها یا سکته مغزی را گزارش نماید، به او POI‌ها را تجویز ننماید در انتخاب یک روش دیگر - یک روش فاقد استروژن به او کمک نماید. در صورتیکه او وجود فعلی لخته خون در وریدهای عمقی ساق پاهای یا ریه‌ها (نه لخته‌های سطحی) را گزارش کند و تحت درمان داروی ضدانعقادی نباشد، به او کمک کنید یک روش بدون هورمون را انتخاب کنید.

۶. آیا خونریزی غیرمعمول دارید؟

خیر بله در صورتیکه زن خونریزی واژینال با علت نامشخص دارد که احتمال حاملگی یا وضعیت پزشکی زمینه‌ای را مطرح می‌کند، تجویز POI‌ها تشخیص و پایش هر نوع درمان را پیچیده می‌کند. به او کمک نمایید تا روشی را برای استفاده در زمان ارزیابی و درمان انتخاب نماید (غیر از روش‌های کاشتنی، IUD هورمونی یا IUD حاوی مس). بعد از درمان او را برای استفاده از POI‌ها مجدداً ارزیابی نمایید.

۷. آیا شما سرطان پستان دارید یا قبلًا داشته‌اید؟

خیر بله به او POI‌ها را تجویز نکنید. به او کمک کنید یک روش غیرهورمونی انتخاب کند.

۸. آیا دارای چند تا از وضعیتهایی که احتمال بیماری قلبی (بیماری عروق کرونر) یا سکته مغزی را افزایش می‌دهند (مانند فشار خون بالا و دیابت)، هستید؟

خیر بله به او POI‌ها را ارائه نکنید. به او کمک نمایید یک روش دیگر- روش فاقد استروژن انتخاب نماید.

طمئن باشید توضیحات کافی در مورد فواید و خطرهای سلامتی و آثار جانبی روشی که او استفاده خواهد کرد، داده‌اید. همچنین هر وضعیتی را که سبب غیرقابل توصیه شدن روش می‌شود، در صورت مرتبط بودن به مراجعه‌کننده، خاطر نشان کنید.

استفاده از قضاوت بالینی در موارد خاص

معمولاً، هر زنی که از شرایط فهرست شده در زیر دارد نباید از POI‌ها استفاده کند. با وجود این، تحت شرایط خاص، وقتی سایر روش‌های مناسبتر در دسترس نیستند یا قابل قبول برای زن نیستند، یک ارائه کننده ماهر خدمات بهداشتی که قادر به بررسی دقیق وضعیت و موقعیت زن باشد، ممکن است تصمیم بگیرد که او می‌تواند از POI‌ها استفاده نماید. ارائه‌دهنده خدمات لازم است شدت وضعیت زن و در اغلب وضعیتها، چگونگی دسترسی او به پیگیری را در نظر بگیرد.

- شیرده و کمتر از ۶ هفته بعد از زایمان
- فشار خیلی بالا (فشار خون سیستولیک ۱۶۰ یا بالاتر یا دیاستولیک ۱۰۰ یا بالاتر)
- وجود لخته خون در حال حاضر در وریدهای عمقی ساق پاها یا ریه‌ها
- داشتن سابقه بیماری قلبی یا بیماری قلبی فعلی مربوط به انسداد یا تنگی شریانها (بیماری ایسکمیک قلبی)
- سابقه سکته مغزی
- وجود عوامل خطر چندگانه برای بیماری شریانی قلبی-عروقی مانند دیابت یا فشار خون بالا
- خونریزی واژینال با علت نامشخص قبل از ارزیابی از نظر احتمال وجود شرایط جدی زمینه‌ای
- سابقه سرطان پستان بیش از ۵ سال قبل که عود نکرده باشد
- دیابت به مدت بیش از ۲۰ سال یا آسیبهای شریانی، بینایی، کلیه‌ها یا سیستم عصبی ناشی از دیابت
- بیماری شدید کبدی، عفونت، یا تومور
- لوپوس اریتروماتوزیس سیستمیک با آنتی‌بادیهای آنتی‌فسفولیپید مثبت (یا ناشناخته) یا در صورتی که با مصرف روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی، ترموبوسیتوپنی تشديد یابد.

روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی برای زنان دچار HIV

- زنان آلووده به HIV، مبتلا به ایدز، یا تحت درمان با ضدترورویروسها (ARV) می‌توانند بطور بی‌خطر از POI‌ها استفاده کنند.
- این زنان را تشویق کنید همراه با POI‌ها از کاندوم نیز استفاده کنند. کاندومها در صورت مصرف مداوم و صحیح، به پیشگیری از انتقال HIV و سایر STI‌ها (عفونتهای آمیزشی) کمک می‌کنند.

ارائه روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی

زمان شروع

نکته مهم: زن می‌تواند هر زمان که بخواهد مصرف POI‌ها را شروع کند به شرط اینکه بطور منطقی از عدم حاملگی خویش مطمئن باشد. جهت اطمینان از حامله نبودن او، از چک لیست حاملگی استفاده نمایید (به ص ۳۶۹ مراجعه کنید).

وضعیت زن	زمان شروع
برقرار بودن سیکلهای قاعده‌گی یا تعویض روش از یک روش غیرهورمونی	در هر زمانی از ماه در صورت شروع روش طی ۷ روز اول بعد از شروع خونریزی ماهیانه، نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست. اگر بیش از ۷ روز از شروع خونریزی ماهیانه می‌گذرد، او می‌تواند در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش مطمئن شد، POI‌ها را شروع نماید. استفاده از یک روش پشتیبان [*] نیز ۷ روز اول بعد از تزریق ضروری است.
تعویض روش از یک روش هورمونی	در صورت تعویض روش از IUD، او می‌تواند مصرف POI‌ها را بلافصله شروع نماید (به قسمت IUD حاوی مسی، تعویض روش از IUD به روش دیگر، در ص ۱۴۱ مراجعه کنید).
شیردهی کامل یا تقریباً کامل	بلافاصله، در صورتی که او از روش هورمونی بطور مداوم و صحیح استفاده می‌کرده است یا اگر از طریق دیگری اطمینان حاصل شود که او حامله نمی‌باشد. نیازی به منتظر شدن برای خونریزی ماهیانه بعدی او نیست. نیازی به روش پشتیبان وجود ندارد.
کمتراز ۶ ماه پس از زایمان	در صورت تعویض از روش‌های تزریقی، او می‌تواند مصرف روش تزریقی جدید را زمانی که باید تزریق بعدی انجام می‌گرفت، شروع نماید. نیازی به روش پشتیبان نمی‌باشد.
بیش از ۶ ماه پس از زایمان	اگر کمتراز ۶ هفته قبل زایمان کرده است اولین تزریق را تا حداقل ۶ هفته بعد از زایمان به تأخیر بیندازید. در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف POI‌ها را در هر زمانی بین ۶ هفته و ۶ ماه شروع نماید. نیازی به استفاده از یک روش پشتیبان نیست.
زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است، تزریق POI‌ها را شروع نماید (به صفحه قبلی مراجعه کنید).	در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانطور که برای زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است، تزریق POI‌ها را شروع نماید (به صفحه قبلی مراجعه کنید).
در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف POI‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش اطمینان حاصل نمود، شروع نماید. از یک روش پشتیبان نیز در ۷ روز اول، تزریق POI‌ها ضروری است.	در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانطور که برای زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است، مصرف POI‌ها را شروع نماید (به صفحه قبلی مراجعه کنید).

شیردهی نسبی

- اولین تزریق را تا حداقل ۶ هفته بعد از زایمان به تأخیر بیندازید.

بیش از ۶ هفته پس از زایمان

در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند POI‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش اطمینان حاصل نمود، شروع نماید. استفاده از یک روش پشتیبان در ۷ روز اول مصرف POI‌ها نیز ضروری است.^۱

در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانطور که برای زنان دارای سیکل‌های قاعده‌گی توصیه شده است، مصرف POI‌ها را شروع نماید (به صفحه قبلی مراجعه کنید).

عدم شیردهی

کمتر از ۴ هفته پس از زایمان

او می‌تواند POI‌ها را در هر زمانی شروع نماید. نیازی به روش پشتیبان نیست.

در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف POI‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش اطمینان حاصل نمود، شروع نماید.^۱ استفاده از یک روش پشتیبان در ۷ روز اول مصرف POI‌ها نیز ضروری است.

در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانطور که برای زنان دارای سیکل‌های قاعده‌گی توصیه شده است، مصرف POI‌ها را شروع نماید (به ص ۶۸ مراجعه کنید).

عدم وجود خونریزی ماهیانه (بدون ارتباط با زایمان یا شیردهی)

او می‌تواند مصرف POI‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش اطمینان حاصل نمود، شروع نماید. استفاده از یک روش پشتیبان در ۷ روز اول مصرف POI‌ها نیز ضروری است.

پس از سقط القایی یا خود به خود

بلافاصله در صورت شروع در طی ۷ روز پس از سقط سه ماهه اول یا دوم، نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.

در صورتی که بیش از ۷ روز از سقط سه ماهه اول یا دوم می‌گذرد، او می‌تواند مصرف POI‌ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش اطمینان حاصل نمود، شروع نماید. استفاده از یک روش پشتیبان در ۷ روز اول مصرف POI‌ها نیز ضروری است.

پس از مصرف فرصلهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPS)

او می‌تواند مصرف POI‌ها را در همان روز مصرف ECP‌ها پا در صورت تمایل در عرض ۷ روز بعد از شروع خونریزی ماهیانه بعدی شروع نماید. استفاده از یک روش پشتیبان در ۷ روز اول مصرف تزریق نیز ضروری است. او باید در صورت وجود علائم و نشانه‌های دیگر حاملگی، غیر از قطع خونریزی ماهیانه، مراجعه نماید (به ص ۳۶۸ برای علائم و نشانه‌های شایع حاملگی مراجعه کنید).

* روش‌های پشتیبان شامل خودداری از نزدیکی، کاندوم‌های مردانه و زنانه، اسپرمکش‌ها و نزدیکی منقطع هستند. به او بگویید که اسپرمکش‌ها و نزدیکی منقطع روش‌های جلوگیری از حاملگی با کمترین تأثیر هستند. در صورت امکان، به او کاندوم بدهد.

^۱ در مناطقی که انجام ملاقات ۶ هفته پس از زایمان بطور روتین توصیه شده و فرستهای دیگر برای دریافت روش‌های جلوگیری از بارداری محدود هستند، بعضی از ارائه‌کنندگان خدمات و برنامه‌ها، ممکن است اولین تزریق را بدون شواهد بیشتری که بر عدم حاملگی زن دلالت داشته باشند، حتی اگر خونریزی ماهیانه هنوز برقرار نشده باشد، طی ویزیت هفته ششم بعد از زایمان انجام دهند.

توصیه‌هایی در مورد آثار جانبی

مهم: مشاوره کامل در مورد تغییرات خونریزی و سایر اثرات جانبی باید قبل از ارائه روش انجام شود. مشاوره در مورد تغییرات در خونریزی ممکن است مهمترین کمکی باشد که زن برای تداوم مصرف روش نیاز دارد.

در ماههای اول خونریزی نامنظم، طولانی مدت و مکرر وجود دارد و سپس خونریزی ماهیانه قطع می‌شود.

- شایعترین اثرات جانبی را توضیح دهید

افزایش وزن (در حدود ۱-۲ کیلوگرم در سال)، سردرد، سرگیجه و احتمالاً سایر اثرات جانبی.

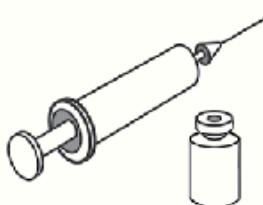
- اثرات جانبی علائمی از بیماری نیستند.

شایع هستند، اما برخی از زنان این علائم را ندارند. هر زمان که آثار جانبی او را آزار دهنده براي دریافت کمک مراجعه کند.

- در پاره این اثرات جانبی بطور کامل توضیح دهید

ارائه روش تزریقی

۱. یک دوز از روش تزریقی، سوزن و سرنگ را تهیه کنید



Mg:DMPA ۱۵۰ برای تزریق به داخل عضله (تزریق داخل عضلانی). NET-ET: ۲۰۰ mg برای تزریق عضلانی

- در صورت امکان از ویال تک دوز استفاده نمایید. تاریخ انقضای

را کنترل کنید. اگر از یک ویال بازی که حاوی چند دوز می-

باشند استفاده نمایید، کنترل کنید که ویال نشت نمی‌کند.

DMPA: یک سرنگ ۲ میلیلیتر و یک سوزن عضلانی با شماره ۲۱-۲۳

- باشند استفاده نمایید، کنترل کنید که ویال نشت نمی‌کند.

NET-ET: یک سرنگ ۲ یا ۵ میلیلیتر و یک سوزن عضلانی با شماره ۱۹. از یک سوزن ظرفی با شماره ۲۳-۲۱ نیز می‌توان استفاده کرد.

- در صورت امکان برای هر تزریق از یک سرنگ و سوزن جدید

پکار قابل مصرف (auto-disable) استفاده نمایید (در طول تاریخ انقضای مذکور و بدون هر نوع آسیبی به بسته)

- در صورت امکان دسته را با آب و صابون بشویید.

اگر محل تزریق کثیف است با آب و صابون بشویید. نیازی به تمیز کردن محل با محلول ضد عفونی کننده نیست.

۲. بشویید

برای DMPA: ویال را به آرامی تکان دهید.

۳. ویال را آماده کنید

NET-ET: تکان دادن ویال لازم نیست.

-

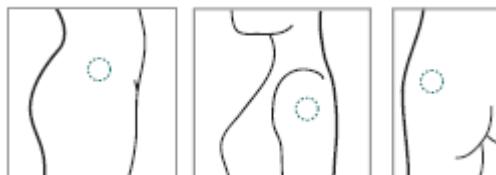
نیازی به تمیز کردن سر ویال با ضد عفونی کننده نیست.

-

در صورتیکه ویال سرد است آنرا قبل از تزریق تا حد دمای بدن گرم کنید.

۵. ترکیب را تزریق نمایید

- سوزن را به داخل سر ویال فرو کنید و سرنگ را با مقدار مناسب پر کنید.
- سوزن استریل را بطور عمیق بداخل ران (عضله ونترو-گلوتئال، قسمت فوقانی بازو (عضله دلتونید) یا باسن‌ها (عضله گلتوتال، قسمت فوقانی خارجی) هر کدام را که زن ترجیح دهد وارد کنید. محتویات سرنگ را تزریق نمایید
- محل تزریق را ماساژ ندهید.



۶. سرنگ‌ها و سرسوزن‌ها را بطور بی‌خطر از بین ببرید.

- قبل از از بین بردن سرسوزن‌ها، سرپوش آنها را دوباره نگذاشته، خم نکرده و یا نشکنید.
- آنها را در نگه دارنده‌های مقاوم به سوراخ شدن، ویژه وسایل تیز و برندۀ، بگذارید.
- از سرنگ‌ها و سرسوزن‌ها دوباره استفاده نکنید. آنها باید بعد از یکبار مصرف دور از ادخنه شوند. ضد عفونی کردن آنها بعلت شکل خاصشان خیلی مشکل است. لذا استفاده مجدد سبب انتقال بیماریهای HIV و هپاتیت می‌شود.
- در صورتیکه از سرنگ‌ها و سرسوزن‌های چند بار مصرف استفاده می‌کنید باید دوباره بعد از هر بار مصرف استریل شوند. (به پیشگیری از عفونت در درمانگاه در ص ۳۰۲ مراجعه کنید).



حمایت از استفاده کننده

- آموزش‌های خاص را به او بگویید که محل تزریق را ماساژ ندهد.
او بدهید
- نام مواد تزریقی را به مراجعه کننده بگویید و در مورد زمان تزریق بعدی به توافق برسید.

"در هر زمانی مراجعه کنید": دلایل بازگشت قبل از زمان تزریق بعدی

به مراجعه کننده اطمینان دهید که هر زمانی که بخواهد می‌تواند مراجعه کند به عنوان مثال در صورتیکه مشکل خاص یا سوالی دارد، یا روش دیگری می‌خواهد، تغییر عده‌ای در وضعیت سلامتی اش ایجاد شده است، یا فکر می‌کند که حامله است.

توصیه‌های عمومی سلامت: هر فردی که بطور ناگهانی احساس مشکلی جدی در مورد سلامتی خود بکند باید فوراً در جستجوی دریافت کمک طبی از یک ماما، پرستار یا پزشک باشد احتمالاً جلوگیری از حاملگی سبب ایجاد این وضعیت نشده است، اما باید به ماما، پرستار یا پزشک بگویید که از چه روشی استفاده می‌کند.

برنامه‌ریزی برای تزریق بعدی

۱. در مورد زمان تزریق بعدی، هر سه ماه (۱۳ هفته) برای دپو (DMPA) یا هر دو ماه (۸ هفته) برای NET-EN، به توافق برسید. در مورد یادآوری زمان تزریق بعدی، احتمالاً با ارتباط دادن آن زمان به یک تعطیلی یا هر حادثه دیگر، بحث کنید.
۲. از او بخواهید که بموضع بیاید. در مورد DMPA این امکان وجود دارد که او چهار هفته دیرتر بباید. در مورد NET-EN این امکان وجود دارد که او دو هفته دیرتر بباید. اما باز هم می‌تواند تزریق بعدی را دریافت کند. در مورد هر دو، NET-EN یا DMPA، این امکان وجود دارد که او دو هفته زودتر بباید.
۳. او باید هر قدر هم تأخیر داشته باشد برای تزریق مجدد مراجعه کند. اگر برای DMPA بیش از ۴ هفته و برای NET-EN بیش از ۲ هفته تأخیر داشته باشد، باید از نزدیکی خودداری کند یا از کاندوم، مواد اسپرم-کش، یا نزدیکی منقطع استفاده کند تا زمانی که تزریق بعدی را انجام دهد. همچنین، در صورت داشتن رابطه جنسی بدون استفاده از روشهای ضدبارداری دیگر طی ۵ روز اخیر، می‌تواند از ECP ها استفاده کند. (به ECP ها در ص ۴۵ مراجعه کنید).

کمک به مراجعین تکراری ملاقاتهای تزریق را تکرار کنید.

۱. در مورد روش ارائه شده و رضایت او از این روش سؤال کنید. از او بپرسید که آیا سؤال یا موردی برای بحث دارد؟
۲. مخصوصاً در مورد نگرانی او از تغییرات خونریزی سؤال کنید. هر گونه اطلاعات یا کمک مورد نیاز را به او ارائه کنید (به قسمت مدیریت، در صفحه بعد مراجعه کنید).
۳. تزریق را انجام دهید. تزریق را می‌توان برای DMPA تا ۴ هفته دیرتر و برای NET-EN تا ۲ هفته دیرتر انجام داد.
۴. برای تزریق بعدی برنامه‌ریزی کنید. در مورد تاریخ تزریق بعدی (۳ ماه یا ۱۳ هفته برای DMPA و ۲ ماه برای NET-EN) به توافق برسید. به او یادآوری کنید سعی کند به موقع مراجعه کند اما در صورت تأخیر، هر قدر هم تأخیر داشته باشد، باید مراجعه کند.
۵. در صورت امکان هر سال، فشار خون او را کنترل کنید (به معیارهای مقبولیت طبی، سوال ۳، در صفحه ۶۴ مراجعه کنید).
۶. از زنی که به مدت طولانی از این روش استفاده می‌کند در مورد وجود مشکلات جدید سلامت سؤال کنید و با آن مشکلات بطور مناسب برخورد کنید. در مورد مشکلات جدید سلامت که ممکن است نیاز به تعویض روش وجود داشته باشد، به صفحه ۷۴ مراجعه کنید.
۷. از مصرف کنندگان طولانی‌مدت در مورد تغییرات عده زندگی که نیازهای آنها را تحت تأثیر قرار داده، مخصوصاً برنامه‌ریزی برای بچه دار شدن و خطر HIV/STI سؤال کنید. به طور مناسب پیگیری کنید.

مدیریت تزریقاتی که به تأخیر افتاده‌اند.

- اگر تأخیر برای تزریق بعدی DMPA کمتر از ۴ هفته و برای تزریق بعدی NET-EN کمتر از ۲ هفته است، می‌تواند تزریق بعدی را دریافت کند. نیازی به انجام آزمایش، ارزیابی یا استفاده از روش پشتیبان وجود ندارد.
- در صورت تأخیر بیش از ۴ هفته برای DMPA و بیش از ۲ هفته برای NET-EN می‌تواند تزریق بعدی را دریافت کند اگر:
 - از ۲ هفته بعد از موعد مقرر برای تزریق نزدیکی جنسی نداشته است، یا
 - از یک روش پشتیبان استفاده کرده است یا از دو هفته بعد از موعد مقرر برای تزریق، بعد از هر بار نزدیکی جنسی محافظت نشده از ECP ها استفاده کرده است، یا
 - شیردهی کامل یا نسبتاً کامل دارد و کمتر از ۶ ماه قبل زایمان کرده است.
- طی ۷ روز اول بعد از تزریق نیاز به روش پشتیبان خواهد داشت.

- اگر بیش از ۴ هفته برای دریافت DMPA و بیش از ۲ هفته برای EN-NET تأخیر داشته و معیارهای فوق را ندارد، می‌توان برای اطمینان منطقی از عدم حاملگی او، اقدامات بیشتری انجام داد (به قسمت اقدامات بیشتر برای ارزیابی از نظر حاملگی در ص ۳۶۷ مراجعه کنید). این اقدامات مفید هستند چون اغلب زنانی که از روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی استفاده می‌کنند، حداقل به مدت چند ماه حتی پس از قطع روش، خونریزی ماهیانه نخواهد داشت. بنابراین توصیه به مراجعه طی خونریزی ماهیانه بعدی به این معنی است که تزریق بعد ممکن است بطور غیرضروری به تأخیر افتاد و احتمالاً او بدون محافظت در برابر بارداری خواهد بود.
- در مورد علت تأخیر او و راه حل‌های آن بحث کنید. اگر بازگشت به موقع مشکل است، در مورد استفاده از یک روش پشتیبان در صورت تأخیر برای تزریق بعدی، مصرف ECP‌ها یا انتخاب روش دیگر صحبت کنید.

مدیریت مشکلات

- مشکلاتی که به عنوان آثار جانبی گزارش شده‌اند**
- ممکن است مربوط به روش باشد یا ارتباطی به آن نداشته باشد.
 - مشکلات مربوط به آثار جانبی بر رضایت زنان و استفاده از روش‌های تزریقی تأثیر می‌گذارند. ارائه دهنده‌گان خدمات باید به این مشکلات توجه کنند. اگر زن آثار جانبی را گزارش کند به نگرانیهای او گوش فرا دهید، توصیه‌های لازم را انجام دهید و در صورت لزوم درمان کنید.
 - در صورت تمایل وی، حالا، یا در صورتی که نتوان بر مشکلات فایق آمد، به او در انتخاب روش دیگر جلوگیری از بارداری کمک کنید.

فقدان خونریزی ماهیانه

- به او اطمینان مجدد دهید که اغلب زنانی که از روش تزریقی صرفاً پروژستینی استفاده می‌کنند در طول زمان خونریزی ماهیانه آنها قطع می‌شود که مضر نیست. دفع ماهیانه خون ضرورتی ندارد. این حالت مشابه قطع خونریزی ماهیانه طی بارداری است. او نازا نیست. خون در داخل بدن او تجمع نمی‌یابد. (تعدادی از زنان خوشحال می‌شوند که از خونریزی ماهیانه خلاص شده‌اند).
- اگر قطع خونریزی ماهیانه او را ناراحت می‌کند، ممکن است بخواهد روش تزریقی را در صورت امکان تعویض کنید.

خونریزی نامنظم (خونریزی در زمان غیرمنتظره که سبب ناراحتی او می‌شود)

- به او اطمینان مجدد بدهید بسیاری از زنانیکه از روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی استفاده می‌کنند دچار خونریزی نامنظم می‌شوند این حالت مضر نیست و معمولاً بعد از چند ماه اول مصرف کم شده یا قطع می‌شود.
- برای تسکین نسبی کوتاه مدت می‌تواند ۵۰۰ میلی گرم مفامیک اسید ۲ بار در روز بعد از وعده غذایی به مدت ۵ روز یا ۴ میلی گرم valdecoxib روزانه به مدت ۵ روز، همزمان با آغاز خونریزی نامنظم مصرف کند.
- اگر خونریزی نامنظم ادامه یابد یا پس از چند ماه خونریزی طبیعی ماهیانه یا قطع خونریزی ماهیانه شروع شود، یا شما شک کنید که ممکن است به دلایل دیگر مشکلی وجود داشته باشد شرایط زمینه‌ای غیرمرتبط با روش جلوگیری از حاملگی را مد نظر قرار دهید. (به قسمت خونریزی واژینال با علت نامشخص در ص ۷۴ مراجعه کنید).

افزایش وزن

- رژیم غذایی او را مرور کنید و طبق نیاز مشاوره کنید.

نفخ و ناراحتی شکمی

- درمان‌های در دسترس محلی را مد نظر قرار دهید.

خونریزی شدید یا طولانی مدت (۲ برابر حالت معمول یا طولانی تر از ۸ روز)

- به او اطمینان مجدد دهید که بعضی از زنانی که از روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی استفاده می‌کنند، دچار خونریزی زیاد یا طولانی مدت می‌شوند. این حالت مضر نیست و معمولاً بعد از چند ماه کمتر شده یا قطع می‌شود.
- برای تسکین نسبی کوتاه مدت او می‌تواند داروهای زیر (در هر زمانی یکی، نه با هم) را همزمان با شروع خونریزی شدید استفاده کند.
 - ۵۰۰ میلی‌گرم مفنامیک اسید، دو بار در روز به مدت ۵ روز
 - ۴۰ میلی‌گرم valdecoxib روزانه به مدت ۵ روز
 - ۵۰ میکروگرم اتینیل استرادیول روزانه به مدت ۲۱ روز
- اگر خونریزی سبب تهدید سلامت او شود یا اگر زن خواستار تغییر روش باشد، در انتخاب روش دیگر به او کمک کنید. در ضمن، می‌تواند از یکی از داروهای توضیح داده شده فوق برای کاهش خونریزی استفاده کند.
- برای کمک به پیشگیری از کم خونی، به او توصیه کنید قرص آهن مصرف کند و پادآور شوید که خوردن غذاهای حاوی آهن، نظیر گوشت قرمز و مکیان (خصوصاً گوشت گاو و جگر مرغ)، ماهی، سبزیجات برگ سبز و حبوبات (لوبیاها، عدس، لپه و نخود) مهم است.
- اگر خونریزی شدید یا طولانی مدت ادامه یابد یا بعد از چند ماه خونریزی طبیعی یا عدم خونریزی ماهیانه شروع شود، یا شما شک کنید که ممکن است به دلیل دیگری مشکلی وجود داشته باشد، شرایط زمینه‌ای غیرمرتبط با روش جلوگیری از حاملگی را مدنظر قرار دهید. (به قسمت خونریزی واژینال با علت نامشخص در صفحه بعد مراجعه کنید).

سردردهای معمولی (غیرمیگرنی)

- پیشنهاد کنید از آسپرین (۶۵۰-۳۲۵ میلی‌گرم)، ایبوپروفن (۴۰۰-۲۰۰ میلی‌گرم)، پاراستامول (۱۰۰۰-۳۲۵ میلی‌گرم) یا مسکن دیگری استفاده کند. هرگونه سردردی که طی استفاده از روش‌های تزریقی تشدید شود یا با تکرر بیشتر رخ دهد، باید ارزیابی شود.

تغییرات خلق یا تغییرات میل جنسی

- در مورد تغییراتی در زندگی که می‌توانند در خلق یا میل جنسی او تأثیر بگذارند، از جمله تغییرات ارتباط او با شریک جنسی سوال کنید، حمایت مناسب را از او انجام دهید.
- مراجعه‌کنندگانی که تغییر خلق جدی نظیر افسردگی شدید دارند، باید برای مراقبت ارجاع داده شوند.
- درمان‌های در دسترس محلی را مد نظر قرار دهید.

سرگیجه

- درمان‌های در دسترس محلی را در نظر بگیرید.

مشکلات جدیدی که ممکن است نیاز به تعویض روش شوند.

ممکن است ناشی از روش جلوگیری باشد یا به آن ارتباطی نداشته باشد.

سردردهای میگرنی (به قسمت تشخیص سردردها و اورای میگرنی در صفحه ۳۶۵ مراجعه کنید)

- اگر دچار سردرد میگرنی بدون اورا هست، میتواند در صورت تمایل به استفاده از روش ادامه دهد.
- اگر او اورای میگرنی دارد، تزریق را انجام ندهید. در انتخاب یک روش بدون هورمون به او کمک کنید.

خونریزی واژینال با علت نامشخص (که بیانگر احتمال وجود مشکل طبی غیرمرتبط با روش جلوگیری است)

- او را ارجاع دهید یا با گرفتن شرح حال و معاینه لگنی ارزیابی کنید، بطور مناسب تشخیص داده و درمان کنید.
- در صورتیکه علتی برای خونریزی یافته نشود برای تشخیص آسانتر، تزریقات بعدی را انجام ندهید تا بررسی و درمان شرایط موجود، روش انتخابی دیگری (جز روشهای کاشتنی یا IUD مسی یا هورمونی) را ارائه کنید.
- اگر خونریزی ناشی از عفونتهای آمیزشی یا بیماری التهابی لگنی باشد، میتواند به استفاده از روش تزریقی صرفاً پروژستینی در طی درمان ادامه دهد.

وضعیتهای خاص جدی سلامت (شک به انسداد یا تنگی شریانها، بیماری کبدی، افزایش شدید فشار خون، لخته شدن خون در وریدهای عمقی پاهای یا ریه ها، حمله قلبی، سرطان پستان، یا آسیب ناشی از دیابت به شریانها، بینایی، کلیه ها، یا سیستم عصبی مرکزی)، به علائم و نشانه های وضعیتهای جدی سلامت در ص ۳۱ مراجعه کنید.

- تزریق بعدی را انجام ندهید.
- تا زمانی که وضعیت ارزیابی شود، یک روش پشتیبان به او بدهید.
- اگر تاکنون تحت مراقبت نبوده است، برای تشخیص و درمان ارجاع دهید.

شک به حاملگی

- او را از نظر حاملگی ارزیابی کنید.
- در صورت تأیید حاملگی تزریق را قطع کنید.
- هیچ خطر شناخته شده ای برای جنینی که همراه با استفاده از روشهای تزریقی در مادر حاملگی انفاق افتاده است وجود ندارد (به سؤال ۱۱، در ص ۷۶ مراجعه کنید).

پرسشها و پاسخها در مورد روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی

۱. آیا زنانی که در معرض عفونتهای آمیزشی (STIs) هستند می‌توانند از روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی استفاده کنند؟

بله. زنان در معرض خطر STI‌ها می‌توانند از این روش استفاده کنند. مطالعات محدود موجود نشان داده‌اند که در زنان استفاده کننده از DMPA احتمال ابتلا به کلامیدیا بیشتر از زنانی است که روش‌های هورمونی استفاده نمی‌کنند. علت این تفاوت مشخص نیست مطالعات موجود اندکی در مورد ارتباط استفاده از NET-EN و STI‌ها وجود دارند. مشابه هر فرد دیگر در معرض خطر STI‌ها، باید به افرادی که از روش تزریقی استفاده می‌کنند و در معرض خطر STI‌ها هستند توصیه شود در هر بار نزدیکی جنسی از کاندوم استفاده کنند. استفاده مستمر و صحیح از کاندوم خطر آلوه شدن را در صورتیکه در معرض خطر STI‌ها باشد، کاهش می‌دهد.

۲. آیا فقدان خونریزی ماهیانه در حین استفاده از روش تزریقی به معنی بارداری است؟

احتمالاً خیر، بخصوص اگر فرد شیرده باشد. احتمالاً اغلب زنان استفاده کننده از روش تزریقی صرفاً پروژستینی دچار خونریزی ماهیانه نخواهند شد. اگر او تزریقات را به موقع انجام دهد، احتمالاً حامله نیست و می‌تواند تزریقات بعدی را انجام دهد. اگر باز هم پس از اطمینان دادن به او در مورد عدم حاملگی نگران است، می‌توانید در صورت امکان انجام تست بارداری را به او پیشنهاد کنید یا او را برای انجام تست ارجاع دهید. اگر عدم خونریزی ماهیانه او را ناراحت می‌کند، تعویض روش ممکن است کمک کننده باشد.

۳. آیا زنان شیرده می‌توانند بطور بی‌خطر از این روش استفاده کنند؟

بله. این روش انتخاب خوبی برای زنان شیردهی است که تمایل به استفاده از روش هورمونی دارند. تزریقات صرفاً پروژستینی، که می‌توان از هفته ۶ بعد از زایمان شروع نمود، هم برای مادر و هم برای کودک بی‌خطر بوده و تولید شیر را تحت تأثیر قرار نمی‌دهند.

۴. میزان افزایش وزن زنان در حین استفاده از این روش چقدر است؟

زنان در زمان استفاده از DMPA بطور متوسط ۱-۲ کیلوگرم در سال دچار افزایش وزن می‌شوند. مقداری از افزایش وزن، ممکن است مربوط به افزایش معمول وزن با افزایش سن باشد. بعضی از زنان، بخصوص جوانان چاق، بیش از ۱-۲ کیلوگرم در سال دچار افزایش وزن می‌شوند. در ضمن، بعضی از استفاده کنندگان از روش تزریقی پروژستینی دچار کاهش وزن می‌شوند، یا تغییرات چشمگیری در وزن خود ندارند. بویژه زنان آسیایی در حین استفاده از DMPA دچار افزایش وزن نمی‌شوند.

۵. آیا NET-EN و DMPA سبب سقط می‌شوند؟

خیر. تحقیقات بر روی روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی نشان داده‌اند که این روش سبب از دست رفتن حاملگی فعلی نمی‌شود. اینها نباید برای انجام سقط بکار روند چون سبب سقط نخواهد شد.

۶. آیا NET-EN و DMPA سبب ناباروری زنان می‌شوند؟

خیر، این روش ممکن است بازگشت باروری را پس از قطع تزریق به تأخیر بیاندازد، اما زن با گذشت زمان طبق گذشته قادر به حاملگی خواهد بود، گرچه با افزایش سن قدرت باروری زنان کاهش می‌یابد. الگوی خونریزی قبل از تزریق نیز در عرض چند ماه پس از آخرین تزریق دوباره برقرار می‌شود، حتی اگر در طول مدت تزریق دچار قطع قاعده‌گی شده باشد. بعضی از زنان ممکن است مجبور باشند تا بازگشت الگوی طبیعی خونریزی چند ماه منتظر بمانند.

۷. پس از قطع NET-EN و DMPA چه مدت طول می‌کشد تا حاملگی رخ دهد؟

زنانی که استفاده از DMPA را قطع می‌کنند، در مقایسه با زنانی که از سایر روشها استفاده می‌کنند، بطور متوسط حدود ۴ ماه طولانی‌تر منتظر می‌مانند تا باردار شوند این بدین معنی است که آنها به طور متوسط ۱۰ ماه بعد از آخرین تزریق، باردار می‌شوند. زنانی که استفاده از NET-EN را قطع می‌کنند در مقایسه با زنانی که از سایر روشها استفاده می‌کنند، بطور متوسط حدود یک ماه طولانی‌تر یا ۶ ماه پس از آخرین تزریق برای حامله شدن منتظر می‌مانند. این مدت‌ها بطور متوسط هستند. اگر زنی ۱۲ ماه پس از قطع روش حامله نشود، نباید نگران شود. مدت استفاده از این روش ارتباطی با مدت فاصله حاملگی از قطع روش ندارد. پس از قطع تزریق ممکن است قبل از بازگشت خونریزی ماهیانه تحملک گذاری ایجاد شود، بنابراین احتمال حاملگی وجود دارد. اگر او تمایل به ادامه جلوگیری از حاملگی دارد، قبل از بازگشت خونریزی ماهیانه باید روش دیگری را شروع نماید.

۸. آیا DMPA سرطان‌زا است؟

مطالعات زیادی نشان می‌دهند که DMPA سرطان‌زا نیست. استفاده از DMPA به حفاظت علیه سرطان لایه داخلی رحم (سرطان آندومتر) کمک می‌کند. یافته‌های حاصل از مطالعات محدود بر روی مصرف DMPA و سرطان پستان مشابه یافته‌های حاصل از تحقیق با قرصهای خوراکی جلوگیری از حاملگی است. احتمال تشخیص سرطان پستان در DMPA در حین مصرف DMPA یا طی ۱۰ سال پس از قطع مصرف، به میزان اندکی بیشتر است. مشخص نیست که این یافته‌ها با تشخیص زودتر سرطان پستان در میان استفاده کنندگان از DMPA یا با تأثیر بیولوژیک DMPA بر سرطان پستان قابل توجیه باشد.

مطالعات اندک موجود در زمینه استفاده از DMPA و سرطان سرویکس نشان می‌دهند که ممکن است افزایش جزئی خطر سرطان سرویکس در میان زنان استفاده کننده از DMPA به مدت ۵ سال یا بیشتر وجود داشته باشد. با وجود این، سرطان سرویکس فقط به علت مصرف DMPA ایجاد نمی‌شود، بلکه ناشی از عفونت مقاوم با پاپیلوما ویروس انسانی است. اطلاعات اندکی در مورد NET-EN در دسترس هستند گمان می‌رود میزان خطر این روش نیز همانند DMPA و سایر روش‌های صرفًا پروژستینی جلوگیری از حاملگی نظیر قرصهای صرفًا پروژستینی و روش‌های کاشتنی باشد.

۹. آیا زنان می‌توانند روش تزریقی صرفًا پروژستینی را به سایر روش‌های تزریقی تغییر دهند؟

تغییر ماده تزریقی بی‌خطر است و اثر آن را کاهش نمی‌دهد. اگر تغییر ماده تزریقی به علت کمبود آمپولهای موجود، الزامی است، تزریق ماده جدید باید همزمان با موعد مقرر تزریق بعدی ماده قبلی انجام شود. باید به دریافت کنندگان خدمات، تغییر ماده تزریقی، نام آن و برنامه تزریق اطلاع داده شود.

۱۰. چه تأثیری بر تراکم استخوان دارد؟

DMPA تراکم استخوان را کاهش می‌دهد، با وجود این تحقیقات افزایش احتمال شکستگی را در مصرف کنندگان DMPA در هیچ سنی نشان نداده‌اند. وقتی مصرف DMPA قطع می‌شود، تراکم استخوانی زنان در سنین تولید مثلی مجدد افزایش می‌یابد. تراکم استخوانی زنانی که مصرف DMPA را قطع کرده‌اند ۲ تا ۳ سال بعد مشابه زنانی است که از DMPA استفاده نکرده‌اند. مشخص نیست که آیا کاهش تراکم استخوان در جوانان از رسیدن توده استخوانی آنها به حد نهایی (peak) بالقوه جلوگیری می‌کند یا نه؟ هیچ داده‌ای در مورد NET-EN و کاهش تراکم استخوان در دسترس نیست، اما گمان می‌رود تأثیر آن مشابه اثر DMPA باشد.

۱۱. آیا این روش سبب نفایص مادرزادی می‌شود؟ آیا در صورتیکه یک زن به طور تصادفی از این روش در حین بارداری استفاده کند، جنین آسیب خواهد دید؟

خیر، شواهد معتبر نشان می‌دهند که روش‌های تزریقی صرفًا پروژستینی سبب نفایص مادرزادی نخواهند شد، به عبارت دیگر اگر یک زن در حین استفاده از این روش حامله باشد، یا به طور تصادفی تزریقات را در حین بارداری شروع کند، آسیب نخواهد دید.

۱۲. آیا روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی خلق زنان یا میل جنسی آنها را تغییر می‌دهند؟

معمولًا خیر. بعضی از زنانی که از این روش استفاده می‌کنند، این شکایات را گزارش می‌کنند. با وجود این، اکثر زنانی که از این روش استفاده می‌کنند چنین تغییراتی را گزارش نمی‌کنند. اظهار نظر در مورد اینکه آیا چنین تغییراتی به علت استفاده از این روش است یا علت دیگری دارد مشکل است. ارائه‌دهندگان خدمات می‌توانند به زنان دارای این مشکلات کمک کنند (به تغییرات خلق یا تغییرات میل جنسی در صفحه ۷۳ مراجعه کنید). هیچ مدرکی وجود ندارد نشان دهد روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی رفتار جنسی زنان را تجت تأثیر قرار می‌دهند.

۱۳. در صورتی که زنی برای تزریق بعدی دیر مراجعه کند، چه باید کرد؟

در سال ۲۰۰۸ WHO رهنمودش در این زمینه را بر اساس یافته‌های جدید تحقیقی تجدید نظر نمود. رهنمود جدید توصیه می‌کند که در صورت تاخیر تا ۴ هفته، بدون نیاز به شواهدی دال بر عدم حاملگی، می‌توان DMPA را داد. در مورد NET-EN، اگر او تا ۲ هفته دیر کرده است، بدون نیاز به شواهد بیشتری که نشان دهد او باردار نیست، تزریق بعدی را می‌توان انجام داد. به هر حال، بعضی از زنان حتی دیرتر از این برای تزریق بعدی مراجعه می‌کنند. در این موارد ارائه‌دهندگان خدمات می‌توانند برای بررسی از نظر حاملگی اقدامات بیشتری انجام دهند (به ص ۳۶۷ مراجعه کنید). بدون در نظر گرفتن اینکه زن دیرتر مراجعه کرده یا نه، طبق معمول تزریق بعدی برای DMPA را برای ۳ ماه بعد و برای NET-EN را برای ۲ ماه بعد باید برنامهریزی نمود.

فصل ۵

روشهای تزریق ماهیانه (Monthly Injectables)

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- تغییرات خونریزی شایع، اما بی‌خطر هستند. بطور معمول به صورت خونریزی خفیفتر، مدت خونریزی کوتاهتر یا خونریزی نامنظم و به دفعات کمتر می‌باشند.
- موقع مراجعه کنید. مراجعه هر چهار هفته برای کسب حداکثر اثر بخشی مهم است.
- تزریق بعدی را می‌توان ۷ روز زودتر یا دیرتر انجام داد. متقاضی حتی در صورت تأخیر بیش از ۷ روز هم باید مراجعه کند.

روشهای تزریقی ماهیانه چه روشهایی هستند؟

- روشهای تزریقی ماهیانه حاوی دو هورمون - استروژن و پروژستین - همانند هورمونهای طبیعی استروژن و پروژسترون در بدن زنان هستند. (روشهای خوراکی ترکیبی جلوگیری از حاملگی نیز حاوی این دو هورمون هستند)
- روشهای تزریقی ترکیبی جلوگیری از حاملگی، CIC‌ها و آمپول نیز نامیده می‌شوند.
- اطلاعات این بخش در مورد مdroکسی پروژسترون استات (MPA)/استرادیول سیبیونات و همچنین در مورد نوراتینیدرون انانثات (NET-EN) /استرادیول والرات کاربرد دارد. این اطلاعات ممکن است همچنین برای ترکیبات قدیمی‌تر نیز که کمتر شناخته شده‌اند، کاربرد داشته باشد.
- /استرادیول سیبیونات تحت نام تجاری سیکلوفم (Ciclofem)، سایکلو فمینا (Cyclofem) ، سایکلو فمینا (CycloProvera) ، فمینهنا (Feminena) ، لونلا (Lunelle)، لونلی (Lunella)، نووا Fem (Novafem) و سایر نامها به بازار عرضه شده است. NET-EN/ استرادیول والرات تحت نام تجاری مسی‌جینا (Mesigyna) و نوری‌جینون (Norigynon) به بازار عرضه شده است.
- بطور عمدۀ از طریق جلوگیری از آزاد شدن تخمک از تخمن (تخمک‌گذاری) عمل می‌کند.

تأثیر بیشتر



میزان تأثیر آن چقدر است؟

- میزان تأثیر به مراجعه سر موقع بستگی دارد: زمانیکه زن برای تزریق بعدی با تأخیر مراجعه کند یا یک تزریق را فراموش کند، بیشترین خطر حاملگی وجود دارد.
- در استفاده معمول، حدود ۳ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن طی سال اول استفاده از روشهای تزریقی ماهیانه ایجاد می‌شود. یعنی از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از این روش، ۹۷ نفر حامله نخواهند شد.
 - در صورت تزریق به موقع، کمتر از ۱ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن طی یکسال استفاده از روشهای تزریقی رخ می‌دهد (۵ مورد در ۱۰۰۰ زن).

بازگشت باروری بعد از قطع تزریق: بطور متوسط در حدود یک ماه بیشتر از سایر روشها طول می‌کشد (به سوال ۲ در صفحه ۹۴ مراجعه کنید).
محافظت در مقابل بیماریهای آمیزشی: اثر محافظتی ندارد.

چرا بعضی از زنان اظهار می‌کنند که استفاده از روش‌های تزریقی ماهیانه را دوست دارند

- نیاز به استفاده روزانه ندارند.
- خصوصی هستند: هیچ فرد دیگری از استفاده زن از روش جلوگیری مطلع نمی‌شود.
- تزریق را می‌توان هر زمان قطع کرد.
- برای فاصله گذاری بین تولدات مناسب هستند.



آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی (به مدیریت مشکلات در صفحه ۹۱ مراجعه کنید)
بعضی از استفاده‌کنندگان موارد زیر را گزارش می‌کنند:

- تغییر در الگوهای خونریزی ماهیانه شامل:
 - کاهش میزان و مدت خونریزی
 - خونریزی نامنظم
 - کاهش دفعات خونریزی
 - خونریزی طول کشیده
 - قطع خونریزی‌های ماهیانه
- افزایش وزن
- سردرد
- سرگیجه
- حساسیت پستان

فواید و خطرهای شناخته شده سلامت

مطالعات طولانی مدت درباره روش‌های تزریقی ماهیانه محدود هستند اما محققان معتقدند فواید و خطرهای سلامتی مشابه روش‌های تزریقی خوراکی جلوگیری از حاملگی هستند (به روش‌های خوراکی ترکیبی جلوگیری از حاملگی، فواید و خطرهای سلامتی در صفحه ۳ مراجعه کنید). با وجود این ممکن است تقاضهایی در آثار کبدی وجود داشته باشند (به سوال ۲ در صفحه ۹۴ مراجعه کنید).

اصلاح پاورهای نادرست (به پرسشها و پاسخها در صفحه ۹۴ مراجعه کنید).

روش‌های تزریقی ماهیانه:

• می‌توانند خونریزی ماهیانه را قطع کنند، اما این امر مضر نمی‌باشد. این مسئله مشابه فقدان خونریزی طی حاملگی است. خون در داخل بدن زن تجمع نمی‌یابد.



• در مرحله آزمایشی مطالعه نیستند. آژانس‌های دولتی استفاده از آنها را تأیید کرده‌اند.

• منجر به نازابی زن نمی‌شود.

• سبب یائسگی زودرس نمی‌شوند.

• منجر به بروز نقایص مادرزادی یا چند قلوبی نمی‌شوند.

• سبب خارش نمی‌شوند.

• رفتار جنسی زنان را تغییر نمی‌دهند.

چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از روش‌های تزریقی ماهیانه استفاده کنند؟

ایمن و مناسب تقریباً برای همه زنان

تقریباً همه زنان می‌توانند از روش‌های تزریقی ماهیانه بطور ایمن و مؤثر استفاده کنند، از جمله زنانی که:

• دارای فرزند یا بدون فرزند هستند.

• ازدواج نکرده‌اند.

• در هر سنی هستند، شامل نوجوان و زنان بالای ۴۰ سال

• اخیراً سقط کرده باشند.

• روزانه به هر تعداد سیگار می‌کشند و سن کمتر از ۳۵ سال دارند.

• روزانه کمتر از ۱۵ نخ سیگار می‌کشند و سن بالای ۳۵ سال دارند.

• دچار کم خونی هستند یا در گذشته دچار کم خونی بوده‌اند.

• وریدهای واریسی دارند.

آلوده به HIV هستند صرف نظر از اینکه تحت درمان ضدویروسی هستند یا خیر (به روش‌های تزریقی ماهیانه برای زنان دچار HIV، در ص ۸۵ مراجعه کنید).

زنان می‌توانند استفاده از روش‌های تزریقی ماهیانه را شروع کنند:

- بدون معاینه لگنی
- بدون هیچگونه آزمایش خون یا تستهای آزمایشگاهی روتین
- بدون غربالگری سرطان سرویکس
- بدون معاینه پستان
- حتی زمانی که زن در زمان خونریزی ماهیانه نباشد، در صورتیکه به طور منطقی از عدم حاملگی اطمینان داشته باشد. (به چک لیست حاملگی، ص ۳۶۹ مراجعه کنید).

معیارهای مقبولیت طبی برای استفاده از

روش‌های تزریقی ماهیانه

از فرد سوالات زیر را در مورد شرایط شناخته شده طبی بپرسید. اگر به همه سوالات پاسخ "خیر" بدهد در صورت تمایل، می‌تواند از روش‌های تزریقی ماهیانه استفاده کند. اگر پاسخ به سؤالی "بلی" باشد، از دستور العمل زیر پیروی کنید. در بعضی موارد هنوز هم امکان شروع روش‌های تزریقی ماهیانه وجود دارد.

۱. آیا به کودک زیر ۶ ماه شیر می‌دهید؟

خیر بلی

- در صورتی که شیردهی کامل یا تقریباً کامل باشد: شش ماه بعد از زایمان یا زمانی که شیر مادر غذای اصلی کودک نیست (هر کدام که اول پیش بباید) می‌تواند تزریق را شروع کند. (به شیردهی کامل یا تقریباً کامل در ص ۸۶ مراجعه کنید).

- در صورتی که شیردهی نسبی باشد: می‌تواند تزریق را در ۶ هفته بعد از زایمان شروع کند. (به قسمت شیردهی نسبی در ص ۸۶ مراجعه کنید).

۲. آیا کودک کمتر از ۳ هفته دارید که شیر خود را به او نمی‌دهید؟

خیر بلی او می‌تواند تزریق ماهیانه را ۳ هفته بعد از زایمان شروع کند. (به عدم شیردهی در ص ۸۷ مراجعه کنید).

۳. آیا روزانه ۱۵ نخ یا بیشتر سیگار می‌کشید؟

خیر بلی اگر سن او ۳۵ سال یا بیشتر است و روزانه بیش از ۱۵ نخ سیگار می‌کشد نمی‌تواند از روش‌های تزریقی ماهیانه استفاده کند. تشویق کنید سیگار را ترک کند و به او کمک کنید از روش دیگری استفاده کند.

۴. آیا دچار فشار خون بالا هستید؟

□ خیر بلی در صورت عدم امکان کنترل فشار خون و گزارش خود فرد مبنی بر داشتن سابقه فشار خون بالا یا اگر فرد تحت درمان فشار خون بالا باشد، روش‌های تزریقی ماهیانه را ارائه نکند. در صورت امکان، او را برای کنترل فشار خون ارجاع دهید یا به او کمک کنید یک روش بدون استروژن انتخاب کند.

در صورت امکان فشار خون او را کنترل کنید:

- اگر فشار خون او کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه باشد، روش تزریقی را ارائه نکند.
- اگر فشار خون سیستول او ۱۴۰ میلیمتر جیوه یا بالاتر یا فشار خون دیاستول ۹۰ یا بالاتر باشد، روش‌های تزریقی ماهیانه را ارائه نکنید. به او کمک کنید تا روش بدون استروژن انتخاب کند. در صورتیکه فشار خون سیستول او ۱۶۰ یا بالاتر یا فشار خون دیاستول او ۱۰۰ یا بالاتر باشد، روش‌های تزریقی صرفًا پروژستینی را نیز ارائه نکنید.

(خواندن یکبار فشار خون در محدوده ۹۹-۱۵۹/۹۰-۱۴۰ میلیمتر جیوه برای تشخیص فشار خون بالا کافی نیست. تازمانی که بتواند برای کنترل مجدد فشار خون مراجعه کند، به او روش پشتیبان بدھید یا در صورت ترجیح به او کمک کنید روش دیگری انتخاب کند. اگر فشار خون در کنترل بعدی زیر ۱۴۰/۹۰ باشد، امکان استفاده از روش‌های تزریقی ماهیانه وجود دارد.)

۵. آیا دچار سیروز شدید کبدی، عفونت کبدی یا تومور کبدی هستید؟ (آیا چشمها یا پوست او بطور غیرمعمولی زرد هستند [علام یرقان])؟

□ خیر بلی در صورت گزارش بیماری کبدی جدی فعل (یرقان، هپاتیت فعل، سیروز شدید، تومور کبدی) به او روش‌های تزریقی ماهیانه را ارائه نکنید. کمک کنید تا یک روش غیرهورمونی انتخاب کند. (در صورت ابتلاء به سیروز خفیف یا بیماری کیسه صفراء می‌تواند از روش‌های تزریقی ماهیانه استفاده کند.)

۶. آیا به مدت بیش از ۲۰ سال دچار دیابت یا آسیب ناشی از دیابت به شریانها، بینایی، کلیه‌ها یا سیستم عصبی هستید؟

□ خیر بلی روش تزریقی ماهیانه را ارائه نکنید. به او در انتخاب یک روش بدون استروژن، بجز روش‌های تزریقی صرفًا پروژسترونی، کمک کنید.

۷. آیا تاکنون دچار سکته مغزی، لخته شدن خون در ساق پاها یا ریه‌ها، حمله قلبی یا سایر مشکلات جدی قلبی شده‌اید؟

□ خیر بلی در صورتیکه حمله قلبی، بیماری قلبی ناشی از انسداد یا تنگی شریانها، یا سکته مغزی را گزارش کند، به او روش‌های تزریقی ماهیانه را ارائه نکنید. به او کمک کنید یک روش بدون استروژن، بجز روش‌های تزریقی پروژستینی، انتخاب کند. اگر وجود فعلی لخته خون در عروق عمقی ساق پا یا ریه (نه لخته‌های سطحی) را گزارش کند، به او کمک کنید روش غیرهورمونی انتخاب کند.

روش‌های پشتیبان شامل خودداری از نزدیکی، کاندومهای زنانه و مردانه، مواد اسپرم کش و روش منقطع است. به او بگویید مواد اسپرم کش و روش منقطع از کم اثرترین روش‌های جلوگیری از حاملگی هستند. در صورت امکان به او کاندوم بدهید.

۸. آیا سرطان پستان دارید یا قبلًا داشته‌اید؟

خیر بله روشهای تزریقی ماهیانه را ارائه نکنید. کمک کنید یک روش بدون هورمون انتخاب کند.

۹. آیا گاهی اوقات منطقه نورانی از فقدان بینایی در چشم قبل از شروع سردرد خیلی شدید (اورای میگرنی) داشته‌اید؟ آیا چهار سردرد شدید ضرباندار، اغلب در یک طرف سر، که ممکن است چند ساعت تا چند روز ادامه داشته و گاهی سبب تهوع و استفراغ شود شده‌اید (سردرد های میگرنی)؟ چنین سردردهایی اغلب با نور و صدا و حرکت تشدید می‌شوند.

خیر بله در صورتیکه در هر سنی اورای میگرنی داشته باشد، روشهای تزریقی ماهیانه را ارائه نکنید. به او کمک کنید یک روش بدون استروژن انتخاب کند. در صورتیکه او زیر ۳۵ سال بوده و سردرد میگرنی بدون اورا دارد، می‌تواند از روشهای تزریقی ماهیانه استفاده کند (به قسمت تشخیص سردردها و اورای میگرنی در ص ۳۶۵ مراجعه کنید).

۱۰. آیا قصد انجام جراحی بزرگی دارید که مانع راه رفتن شما به مدت یک هفته یا بیشتر خواهد شد؟

خیر بله در اینصورت، وی می‌تواند استفاده از روشهای تزریقی ماهیانه را ۲ هفته بعد از جراحی شروع کند. تا زمان استفاده از روشهای تزریقی ماهیانه، باید از روش پشتیبان استفاده کند.

۱۱. آیا شما دارای چند وضعیت از وضعیتهایی مثل سن بالا، سیگارکشیدن، فشار خون بالا یا دیابت هستید که امکان ابتلاء به بیماری قلبی (بیماری شریان کرونر) یا سکته مغزی را در شما افزایش می‌دهند؟

خیر بله روش تزریق ماهیانه را ارائه نکنید. به او کمک کنید یک روش بدون استروژن، بجز روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی، را انتخاب کند.

۱۲. آیا شما لاموتریزین بعنوان داروی ضدتشنج مصرف می‌کنید؟

خیر بله به او روش تزریقی ماهیانه را ارائه نکنید. روش تزریقی ماهیانه اثر لاموتریزین را کاهش می‌دهند. به او کمک کنید یک روش فاقد استروژنی را انتخاب کند.

در صورت گزارش موتاسیون ترومبوژنیک یا لوپوس با آنتی‌بادی‌های آنتی‌فسفوکلیپیدی (یا ناشناخته) نیز زنان نباید از روشهای تزریقی ماهیانه استفاده کنند. برای طبقه‌بندی کامل، به قسمت معیارهای مقبولیت طبی برای استفاده از روشهای ضدبارداری، ص ۳۱۵ مراجعه کنید. مطمئن باشید توضیحات کافی را در مورد فواید و خطرهای سلامت و آثار جانبی روشی که مراجعه‌کننده استفاده خواهد کرد، به او داده‌اید. همچنین هر وضعیتی را که سبب غیرقابل توصیه بودن روش می‌شود، در صورت مربوط بودن به مراجعه کننده، به او خاطر نشان کنید.

استفاده از قضاوت بالینی در موارد خاص

معمولاً، زنی که یکی از شرایط لیست شده در زیر را دارد نباید از روش‌های تزریقی ماهیانه استفاده کند. با وجود این در شرایط خاص، وقتی سایر روش‌های مناسبتر قابل دسترسی نبوده یا قابل قبول برای زن نباشند، فرد ماهر در ارائه خدمات بهداشتی که قادر به بررسی دقیق موقعیت خاص زن باشد، ممکن است تصمیم بگیرد که او می‌تواند از روش‌های تزریقی ماهیانه استفاده کند. او باید شدت وضعیت زن و در اغلب شرایط، امکان دسترسی او به پیگیری را در نظر بگیرد.

- غیرشیرده و کمتر از ۳ هفته بعد از زایمان
- شیردهی اولیه بین ۶ هفته تا ۶ ماه بعد از زایمان
- سن بالای ۳۵ و کشیدن بیشتر از ۱۵ نخ سیگار در روز
- فشار خون بالا (فشار خون سیستول بین ۹۰ تا ۹۹ میلیمتر جیوه یا دیاستول بین ۱۴۰ و ۱۵۹ میلیمتر جیوه)
- فشار خون بالای کنترل شده، جایی که امکان ادامه کنترل فشار خون وجود دارد.
- سابقه فشار خون بالا، جایی که امکان اندازه گیری فشارخون وجود ندارد (شامل فشارخون مربوط به حاملگی)
- سیروز شدید، عفونت یا تومور کبدی
- سن بالای ۳۵ و داشتن سردردهای میگرنی بدون اورای
- سن زیر ۳۵ سال و داشتن سردردهای میگرنی که طی استفاده از روش‌های تزریقی ماهیانه ایجاد یا تشدید شده باشند.
- سابقه سرطان پستان بیش از ۵ سال پیش که عود نکرده است.
- دیابت به مدت بیش از ۲۰ سال یا آسیب ناشی از دیابت به شریانها، بینایی، کلیه‌ها یا سیستم عصبی
- عوامل خطر چندگانه برای بیماری شریانی قلبی عروقی مانند: سن زیاد، سیگار کشیدن، دیابت و فشار خون بالا
- مصرف لاموتریزین، روش‌های تزریقی ماهیانه ممکن است تاثیر لاموتریزین را کاهش دهند.
- مصرف ریتوناویر یا مهارکننده‌های پروتئاز تقویت شده با ریتوناویر. یک روش پشتیبان نیز باید مورد استفاده قرار گیرد زیرا این داروها اثر CIC‌ها را کاهش می‌دهند.

روش‌های تزریقی ماهیانه برای زنان آلووده به HIV

- زنان آلووده به HIV، مبتلا به ایدز، یا تحت درمان با آنتی ویروس (ARV) می‌توانند بطور بی‌خطر از روش‌های تزریقی ماهیانه استفاده کنند.
- این زنان را تشویق کنید که همراه با روش‌های تزریقی ماهیانه از کاندوم نیز استفاده کنند. در صورت استفاده مستمر و صحیح، کاندومها به جلوگیری از انتقال HIV و سایر STI‌ها کمک می‌کنند.

ارائه روش‌های تزریقی ماهیانه

زمان شروع

نکته مهم: زنان می‌توانند در هر زمانی که تمایل داشته باشند استفاده از روشهای تزریقی را آغاز کنند، به شرط اینکه به طور منطقی از عدم حاملگی خود مطمئن باشند. برای اطمینان منطقی از عدم حاملگی زن، از چک لیست حاملگی استفاده کنید (به صفحه ۳۶۹ مراجعه کنید).

وضعیت زن	زمان شروع
برقرار بودن سیکل‌های قاعدگی یا تعویض روش از یک روش غیرهورمونی	در هر زمانی از ماه
• در صورت شروع طی ۷ روز اول بعد از شروع خونریزی قاعدگی ماهیانه، نیازی به استفاده از روش پشتیبان وجود ندارد.	در صورت شروع طی ۷ روز از شروع خونریزی قاعدگی ماهیانه می‌گذرد، می‌تواند تزریق را در هر زمانی که به طور منطقی از عدم حاملگی خوبیش مطمئن شد، انجام دهد. در اینصورت، استفاده از روش پشتیبان طی ۷ روز بعد از تزریق ضروری است.
• در صورت تعویض روش از IUD می‌تواند تزریق را بلافصله انجام دهد (به IUD حاوی مس، تعویض روش از IUD به روش دیگر در صفحه ۱۴۱ مراجعه کنید).	در صورت تعویض از سایر روش‌های تزریقی، او می‌تواند تزریق روش تزریقی جدید را در زمان مقرر تزریق بعدی روش قبلی انجام دهد. نیازی به روش پشتیبان نیست.
تعویض روش از یک روش هورمونی	• بلافصله، در صورتی که از روش هورمونی به طور مستمر و صحیح استفاده می‌کرده است یا اگر از طریق دیگری اطمینان منطقی حاصل شود که حامله نیست. نیازی جهت منتظر شدن برای شروع خونریزی ماهیانه بعدی نیست. نیازی به روش پشتیبان نیست.
شیردهی کامل یا تقریباً کامل کمتر از ۶ ماه پس از زایمان*	• اولین تزریق او راتا ۶ ماه پس از زایمان یا زمانی که غذای اصلی کودک شیر مادر نباشد، هر کدام اول پیش بباید، به تأخیر بیندازید.
بیش از ۶ ماه بعد از زایمان	• در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، می‌تواند تزریق را هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی مطمئن شد، شروع بکند. در اینصورت استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز اول پس از تزریق ضروری است.
• در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه فرد می‌تواند تزریق ماهیانه را طبق دستور توصیه شده برای زنان دارای سیکل قاعدگی شروع کند.	در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه فرد می‌تواند تزریق ماهیانه را طبق دستور توصیه شده برای زنان دارای سیکل قاعدگی شروع کند.

شیردهی نسبی

- | | |
|--|---|
| کمتر از ۶ هفته بعد از زایمان | اوین تزریق او را حداقل تا ۶ هفته بعد از زایمان به تعویق بیندازید. |
| بیش از ۶ هفته بعد از زایمان | در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، فرد می‌تواند روش تزریقی را هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش مطمئن شد، شروع کند. استفاده از روش پشتیبان برای ۷ روز اول بعد از تزریق ضروری است. |
| کمتر از ۴ هفته بعد از زایمان | در صورت بازگشت خونریزی قاعده‌گی، فرد می‌تواند روش تزریقی را طبق دستور توصیه شده برای زنان دارای سیکل قاعده‌گی شروع کند. |
| عدم شیردهی | فرد می‌تواند روش تزریقی را در هر زمان بین روزهای ۲۱-۲۸ بعد از زایمان شروع کند. نیازی به استفاده از روش پشتیبان وجود ندارد. |
| کمتر از ۴ هفته بعد از زایمان | در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، فرد می‌تواند روش تزریقی را در هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی مطمئن شد، شروع کند. او نیازی به استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز اول بعد از تزریق وجود ندارد. |
| بعد از سقط القایی یا خودبخود | در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، فرد می‌تواند روش تزریقی را طبق دستور توصیه شده برای زنان دارای سیکل قاعده‌گی شروع کند. (به ص ۸۶ مراجعه کنید) |
| فقدان خونریزی ماهیانه (بدون ارتباط با زایمان و شیردهی) | او می‌تواند هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی مطمئن شد استفاده از روش تزریقی را آغاز کند. استفاده از روش پشتیبان تا ۷ روز بعد از تزریق ضروری است. |
| بعد از مصرف ECP ها | بلافاصله، در صورتی که زمان شروع در عرض ۷ روز پس از سقط سه ماهه اول یا دوم باشد، نیازی به روش پشتیبان وجود ندارد. در صورتیکه بیش از ۷ روز پس از سقط سه ماهه اول یا دوم گذشته باشد، او می‌تواند تزریق را هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی مطمئن شد، انجام دهد. استفاده از روش پشتیبان طی ۷ روز اول بعد از تزریق ضروری است. |

در مناطقی که انجام ملاقاتات ۶ هفته پس از زایمان بطور روتین توصیه شده و فرصت‌های دیگر برای دریافت روش‌های جلوگیری از بارداری محدود هستند، بعضی از ارائه کنندگان خدمات و برنامه‌ها ممکن است اوین تزریق را بدون شواهد بیشتری که بر عدم حاملگی زن دلالت داشته باشند، حتی اگر خونریزی ماهیانه هنوز برقرار نشده باشد، طی ویزیت ۶ هفته اول بعد از زایمان انجام دهند.

توصیه‌هایی در مورد آثار جانبی

نکته مهم: باید قبل از تزریق، مشاوره کامل در مورد تغییرات خونریزی و سایر آثار جانبی انجام شود. مشاوره در مورد تغییرات خونریزی شاید مهترین کمک به زن نیازمند به ادامه استفاده از روش جلوگیری باشد.

شایعترین آثار جانبی را بیان • خونریزی کم و با مدت زمان کوتاه، خونریزی نامنظم و فوائل زیاد خونریزی.
نمایید.

• افزایش وزن، سردرد، سرگیجه، حساسیت پستان و احتمالاً سایر آثار جانبی

در باره آثار جانبی توضیح • آثار جانبی علائمی از بیماری نیستند.
دهد.
• معمولاً طی چند ماه اول بعد از شروع تزریق کمتر شده و یا قطع می-
شود.

• شایع هستند اما در بعضی از زنان ممکن است ایجاد نشود.
• زن می‌تواند در صورتیکه آثار جانبی او را ناراحت کنند برای دریافت
کمک مراجعه کند.

ارائه روش تزریقی

• ۲۵ میلی گرم MPA / استرادیول سیبیونات یا ۵۰ میلی گرم NET-EN / استرادیول والرات، سوزن تزریق داخل عضلانی و سرنگ ۲ یا ۵ میلی لیتر (NET-EN) / استرادیول والرات، برخی موقع در سرنگهای از قبل پر شده در دسترس می‌باشد)

۱. یک دوز از ماده تزریقی، سوزن و سرنگ را آماده کنید.



در صورت دسترسی، برای هر تزریق یک سرنگ و سوزن یکبار مصرف از نوع جدید (auto-disable) (با تاریخ مصرف معین و خراب نشده) استفاده کنید.

-

• در صورت امکان دستها را با آب و صابون بشویید.
• اگر محل تزریق کثیف باشد با آب و صابون بشویید.
• نیازی به پاک کردن محل با ماده ضد عفونی کننده نمی‌باشد.

۲. شستشو دهد

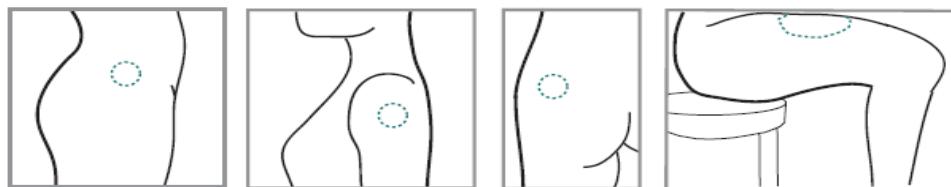
• MPA / استرادیول سیبیونات: به آرامی ویال را تکان دهد.
• NET-EN / استرادیول والرات: تکان دادن ویال ضرورتی ندارد.
• پاک کردن سر ویال با ماده ضد عفونی کننده ضرورتی ندارد.
• اگر ویال سرد باشد، قبل از تزریق تا درجه حرارت پوست گرم نمایید.

۳. ویال را آماده کنید.

• سوزن استریل را وارد سر ویال کنید و سرنگ را با مقدار معین دارو پر کنید (در صورتی که سرنگ از قبل با ماده تزریق پرشده باشد این گام را حذف کنید).

۴. سرنگ را پر کنید

۵. ترکیب را تزریق کنید.
- سوزن استریل را بطور عمیق در هیپ (عضله ونتروگلوتال)، قسمت فوقانی بازو (عضله دلتونید)، باسن (عضله گلوتال، قسمت خارجی فوقانی)، یا قسمت خارجی (قدمی) ران، هر کدام که زن ترجیح می‌دهد، وارد بکنید. محتوی سرنگ را تزریق کنید.
 - محل تزریق را ماساژ ندهید.



۶. دفع سرنگها و سوزنهای یکبار مصرف به طرق بی‌خطر
- سوزن‌ها را قبل از دفع نشکنید، خم نکنید و روکش سرسوزن را روی آن نگذارید.
 - آنها را در ظرف مخصوص جمع‌آوری وسایل نوک تیز قرار دهید.
 - از سوزن‌ها و سرنگ‌های یکبار مصرف، دوباره استفاده نکنید. این وسایل باید بعد از یک بار استفاده از بین بروند. به علت شکل خاص، ضدعفونی کردن آنها بسیار مشکل است. بنابراین استفاده مجدد ممکن است سبب انتقال بیماری‌هایی مانند HIV و هپاتیت شود.
 - اگر از سوزن و سرنگ‌های چند بار مصرف استفاده می‌کنید، باید آنها را بعد از هر بار استفاده دوباره استریل کنید (به قسمت جلوگیری از عفونت در درمانگاه در ص ۳۰۲ مراجعه کنید).



حمایت از مصرف کننده

- آموزش‌های خاص بدھید
- به او بگویید محل تزریق را ماساژ ندهد.
 - نام ماده تزریق را به او بگویید و در خصوص تاریخ تزریق بعدی که حدود ۴ هفته بعد است، به توافق برسید.

"هر زمان که خواستید مراجعه کنید": علل مراجعه مجدد قبل از موعد تزریق بعدی به هر مراجعه کننده اطمینان دهید در هر زمان که بخواهد می‌تواند مراجعه کند، به عنوان مثال اگر او مشکلی یا سوالی داشته باشد یا بخواهد از روش دیگری استفاده کند، یا تغییر عده‌های در سلامتی او ایجاد شده باشد یا فکر کند ممکن است حامله باشد.

توصیه‌های کلی سلامت: هر فردی که به طور ناگهانی احساس کند سلامتی او بطور جدی در خطر است باید فوراً بدنیال دریافت مراقبت طبی از طریق پرستار یا پزشک باشد. به احتمال زیاد روش جلوگیری از حاملگی او علت این وضعیت نیست، اما او باید به پرستار یا پزشک بگوید که از چه روشی استفاده می‌کند.

برنامه‌ریزی برای تزریق بعدی



۱. در خصوص تاریخ مراجعه بعدی در ۴ هفته بعد به توافق برسید.
۲. از او بخواهید سعی کند به موقع مراجعه کند. اگر ۷ روز زودتر یا دیرتر مراجعه کند باز هم می‌تواند تزریق بعدی را دریافت کند.
۳. او باید برای تزریق بعدی مراجعه کند، مهم نیست چقدر تأخیر دارد. اما اگر بیش از ۷ روز تأخیر داشته باشد باید از نزدیکی جنسی اجتناب کرده یا از کاندوم، ماده اسپرمکش و روش منقطع استفاده کند. همچنین، اگر بیش از ۷ روز تأخیر داشته و طی ۵ روز اخیر نزدیکی جنسی محافظت نشده باشد، تا زمانی که بتواند تزریق بعدی را دریافت کند می‌تواند از ECP‌ها استفاده کند (به قسمت ECP‌ها در ص ۴ مراجعه کنید).

کمک به مصرف کنندگان مداوم ویژیت‌های تزریق را تکرار کنید.



۱. از او در مورد روش ارائه شده و رضایت او از این روش سؤال کنید. از او بپرسید که آیا سؤال یا موردي برای بحث دارد.
۲. مخصوصاً در مورد نگرانی او از تغییرات خونریزی سؤال کنید. هر گونه اطلاعات یا کمک مورد نیاز را به او ارائه کنید (به قسمت اداره مشکلات، در صفحه بعد مراجعه کنید).
۳. تزریق را انجام دهید. تزریق را می‌توان تا ۷ روز زودتر یا دیرتر انجام داد.
۴. برای تزریق بعدی برنامه‌ریزی کنید. در مورد تاریخ تزریق بعدی (در ۴ هفته بعد) به توافق برسید. به او خاطر نشان کنید سعی کند که سر وقت مراجعه کند اما اگر تأخیر داشت، مدت تأخیر مهم نیست و حتماً مراجعه کند.
۵. هر یک سال یا در همین حدود، فشار خون او را در صورت امکان کنترل کنید (به معیارهای مقبولیت طبی، سوال ۵ مراجعه کنید).
۶. از زنی که به مدت طولانی از این روش استفاده می‌کند در مورد وجود مشکلات جدید سلامت سؤال کنید. با مشکلات جدید بطور مناسب برخورد کنید. در مورد مشکلات جدید سلامت که ممکن است نیاز به تعویض روش وجود داشته باشد، به صفحه ۹۳ مراجعه کنید.
۷. از مصرف کننده مداوم در مورد تغییرات عمدۀ زندگی که بر نیازهای او اثر می‌گذارد- بخصوص اینکه آیا تصمیم دارد صاحب فرزند شود و در مورد خطر STI/HIV- سؤال کنید. بطور مناسب پیگیری کنید.

مدیریت موارد تأخیر در تزریق

- اگر تأخیر برای تزریق مجدد کمتر از ۷ روز است، فرد می‌تواند تزریق بعدی را دریافت کند. انجام آزمایش، ارزیابی یا استفاده از روش‌های پشتیبان ضرورتی ندارد.
- اگر تأخیر برای تزریق مجدد بیش از ۷ روز باشد، تزریق بعدی را در صورتی می‌تواند دریافت کند که:
 - ۷ روز بعد از این موعد تزریق، نزدیکی جنسی نداشته باشد، یا
 - از ۷ روز پس از موعد تزریق، بعد از هر نزدیکی جنسی محافظت نشده از روش پشتیبان یا ECP‌ها استفاده کرده باشد.
- در طول ۷ روز پس از تزریق استفاده از روش پشتیبان ضروری است.
- اگر تأخیر بیش از ۷ روز است و زن معیارهای فوق راندارد می‌توان با انجام اقدامات بیشتر از عدم حاملگی او اطمینان منطقی حاصل کرد (به اقدامات بیشتر برای ارزیابی حاملگی در صفحه ۳۶۷ مراجعه کنید)
- در رابطه با علت تأخیر و رامحلهای ممکن بحث کنید. اگر مراجعه به موقع غالباً مشکل است در مورد استفاده از یک روش پشتیبان در موارد تأخیر در مراجعه برای تزریق بعدی، مصرف ECP‌ها یا انتخاب روش دیگر بحث کنید.

مدیریت مشکلات

- مشکلاتی که به عنوان اثرات جانبی یا عوارض گزارش می‌شوند:
- ممکن است مربوط به روش جلوگیری باشند یا ارتباطی به آن نداشته باشند.
 - مشکلات همراه با آثار جانبی بر میزان رضایت زن و استفاده از روش‌های تزریقی تاثیر می‌گذارد. ارائه دهنده خدمات باید به این مشکلات توجه کنند. در صورتی که زن هر گونه آثار جانبی را گزارش کند، به نگرانی‌های او گوش دهید یا با او مشاوره کنید و در صورت لزوم درمان کنید.
 - در صورت تمایل وی، حالا، یا در صورتی که نتوان بر مشکلات فایق آمد، به او در انتخاب روش دیگر جلوگیری از بارداری کمک کنید.

خونریزی نامنظم (خونریزی در زمانی غیر قابل انتظار که دریافت کننده خدمات را اذیت می‌کند)

- به او اطمینان مجدد دهید که سیاری از زنان استفاده کننده از روش تزریقی ماهیانه دچار خونریزی نامنظم می‌شوند. این مسئله مضر نیست و معمولاً پس از چند ماه کاهش می‌باید یا قطع می‌شود.
- برای بهبود نسبی کوتاه مدت، او می‌تواند از ۸۰۰ میلی گرم ابیوپروفن ۳ بار در روز بعد از هر وعده غذایی به مدت ۵ روز یا سایر NSAID‌ها همزمان با آغاز خونریزی نامنظم استفاده کند. NSAID‌ها سبب تسکین نسبی خونریزی نامنظم ناشی از ایمپلنتها، روش‌های تزریقی صرفًا پروژستینی و IUD‌ها می‌شوند و ممکن است در روش‌های تزریقی ماهیانه نیز مؤثر باشند.
- اگر خونریزی نامنظم ادامه داشته باشد یا چند ماه بعد از خونریزی منظم ماهیانه یا فقدان خونریزی ماهیانه شروع شود یا شما شک کنید که ممکن است مشکل دیگری وجود داشته باشد شرایط زمینه‌ای غیرمرتبط با روش را مد نظر قراردهید (به خونریزی واژینال با علت نامشخص در صفحه ۹۳ مراجعه کنید).

خونریزی شدید یا طولانی مدت (دو برابر مقدار معمول یا بیش از ۸ روز)

- به او اطمینان دهید که بسیاری از زنان استفاده کننده از روشهای تزریقی ماهیانه دچار خونریزی شدید یا طولانی مدت می‌شوند. این مسئله به طور کلی مضر نیست و معمولاً بعد از چند ماه کاهش می‌یابد یا قطع می‌شود.
- برای تسکین نسبی کوتاه مدت او می‌تواند ۸۰۰ میلی گرم ایبوپروفن یا سایر NSAID‌ها، ۳ بار در روز بعد از غذا به مدت ۵ روز همزمان با آغاز خونریزی شدید استفاده کند. NSAID‌ها خونریزی‌های شدید ناشی از ایمپلنتها، روشهای تزریقی صرف پروژستینی و IUD‌ها را تا حدودی کاهش می‌دهند و ممکن است برای خونریزی‌های شدید ناشی از روشهای تزریقی ماهیانه نیز موثر باشند.
- برای کمک به جلوگیری از کم خونی، توصیه کنید از قرص‌های آهن استفاده کند و به او بگویید که از غذاهای حاوی آهن از قبیل، گوشت قرمز و ماکیان (خصوصاً گوشت گاو و جگر مرغ)، ماهی، سبزیجات برگ سبز و حبوبات (لوبیاها، عدس، لپه و نخود) استفاده کند.
- اگر خونریزی شدید یا طولانی مدت ادامه یابد یا بعد از چند ماه خونریزی ماهیانه، آغاز شود، یا شما شک کنید مشکل دیگری وجود داشته باشد، شرایط زمینه‌ای غیرمرتبط با روش را مد نظر قرار دهید (به قسمت خونریزی واژینال با علت نامشخص در صفحه بعد مراجعه کنید).

فقدان خونریزی ماهیانه

- به او اطمینان دهید که در بعضی از زنان استفاده کننده از روشهای تزریقی ماهیانه، خونریزی ماهیانه قطع می‌شود. این مسئله مضر نیست. از دست دادن خون در هر ماه الزامی نیست. این وضعیت مشابه فقدان خونریزی ماهیانه طی حاملگی است. او نازا نمی‌شود و خون در بدن او تجمع نمی‌یابد (بعضی از زنان به علت رهایی از خونریزی ماهیانه خوشحال هم می‌شوند).

افزایش وزن

- رژیم غذایی او را مرور کنید و طبق نیاز مشاوره کنید.

سردردهای معمولی (غیرمیگرنی)

- پیشنهاد کنید از آسپرین (۶۵۰ - ۳۲۵ میلی گرم)، ایبوپروفن (۴۰۰ - ۲۰۰ میلی گرم) پاراستامول (۱۰۰۰ - ۳۲۵ میلی گرم) یا سایر تسکین دهنده‌های درد استفاده کند.
- هر سردردی که در طول مدت استفاده از روش تزریقی تشید یابد یا با تکرار بیشتر ایجاد شود، باید ارزیابی شود.

حساسیت پستان‌ها

- توصیه کنید که از سینه‌بندهای محافظ (از جمله در طی فعالیتهای شدید و زمان خواب) استفاده نماید.
- از کمپرس گرم یا سرد استفاده کند.
- پیشنهاد کنید از آسپرین (۶۵۰ - ۳۲۵ میلی گرم)، ایبوپروفن (۴۰۰ - ۲۰۰ میلی گرم)، پاراستامول (۱۰۰۰ - ۳۲۵ میلی گرم) یا سایر تسکین دهنده‌های درد استفاده کند.

سرگیجه

- درمان‌های موجود محلی را در نظر بگیرید.

مشکلات جدیدی که ممکن است نیاز به تعویض روش داشته باشد.

ممکن است ناشی از روش پیشگیری باشد یا ارتباطی به آن نداشته باشد.

خونریزی واژینال با علت نامشخص (که وجود شرایط طبی غیرمرتبط با روش جلوگیری را مطرح می‌کند).

- او را ارجاع دهید یا با توجه به شرح حال و معاینه لگنی ارزیابی کنید. تشخیص و درمان مناسب را انجام دهید.
- فرد می‌تواند در حین ارزیابی وضعیت، به مصرف روشهای تزریقی ماهیانه ادامه دهد.
- اگر خونریزی ناشی از عفونتها آمیزشی یا بیماریهای التهابی لگن باشد، فرد می‌تواند در طی درمان به مصرف روشهای تزریقی ماهیانه ادامه دهد.

سردردهای میگرنی (به قسمت تشخیص سردردهای میگرنی، صفحه ۳۶۵ مراجعه کنید).

- بدون در نظر گرفتن سن او، زنی که دچار سردرد میگرنی همراه با اورا یا بدون آن می‌شود، یا سردرد میگرنی او در زمان استفاده از روش تزریقی تشدید می‌یابد، باید استفاده از روش تزریقی را قطع کند.
- در انتخاب یک روش بدون استروژن به او کمک کنید.

وضعیت‌هایی که او را به مدت یک هفته یا بیشتر از راه رفتن باز خواهد داشت.

- اگر جراحی وسیعی داشته است، یا پای او گچ گرفته شده است، یا به هر علت دیگری به مدت چند هفته قادر به حرکت نیست او باید:
 - به پزشک خود بگوید که از روشهای تزریقی ماهیانه استفاده می‌کند.
 - در صورت امکان تزریق را یک ماه قبل از عمل جراحی قطع کند و در طول این دوره از یک روش پشتیبان استفاده کند.
 - استفاده از روشهای تزریقی ماهیانه را دو هفته بعد از امکان حرکت دوباره آغاز کند.

شرایط خاص جدی سلامت (شک به بیماری قلبی یا کبدی، فشار خون بالا، وجود لخته خون در وریدهای عمقی ساق پاها یا ریه‌ها، حمله قلبی آسیب ناشی از دیابت به شریانها، بینایی، کلیه‌ها یا سیستم عصبی مرکزی) به عالیم و نشانه‌های شرایط جدی سلامت در ص ۳۱۱ مراجعه کنید.)

- آمپول‌های بعدی را تزریق نکنید.
- تا زمان ارزیابی وضعیت او، روش پشتیبان به او بدهید.
- در صورتی که قبلاً تحت مراقبت نبوده است، برای تشخیص و مراقبت ارجاع دهید.

شک به حاملگی

- از نظر حاملگی او را ارزیابی کنید.
- در صورت تأیید حاملگی تزریق را متوقف کنید.
- خطرهای شناخته شده‌ای برای جنین در صورت وقوع حاملگی حین استفاده از روشهای تزریقی وجود ندارد (به سوال ۳، در ص ۹۴ مراجعه کنید).

شروع درمان با لاموتریزین یا ریتوناویر

- استفاده از روش‌های هورمونی ترکیبی، از جمله تزریقات ماهیانه، ممکن است تاثیر لاموتریزین را کم کند.
- به او کمک کنید یک روش فاقد استروژنی انتخاب نماید مگر اینکه او بتواند داروی دیگری غیر از لاموتریزین برای درمان استفاده کند.
- صرف ریتوناویر یا مهارکننده‌های پروتئاز تقویت شده با ریتوناویر ممکن است اثر روش‌های تزریقی ماهیانه را کاهش دهد. او می‌تواند از روش‌های تزریقی پروژستینی تنها، ایمپلانتها، LNG-IUD یا هر روش غیر هورمونی استفاده کند.

پرسشها و پاسخها در مورد روش‌های تزریقی ماهیانه

۱. تفاوت آمپولهای تزریقی ماهیانه با NET-EN یا DMPA چیست؟

تفاوت عمدۀ بین آمپولهای تزریقی ماهیانه و NET-EN با DMPA در این است که آمپول تزریقی ماهیانه حاوی استروژن و پروژستین است که آن را به روش ترکیبی تبدیل می‌کند. در مقابل، DMPA و NET-EN فقط حاوی پروژسترون هستند. همچنین آمپول‌های تزریقی ماهیانه، پروژستین کمتری دارند. این تفاوت‌ها باعث می‌شوند که در مقایسه با NET-EN و DMPA خونریزی‌ها منظomer و اختلال خونریزی کمتر باشند. آمپولهای تزریقی ماهیانه نیاز به تزریق ماهیانه دارند در حالی که NET-EN هر ۲ ماه و DMPA هر سه ماه تزریق می‌شود.

۲. آیا عملکرد آمپولهای تزریقی ماهیانه مشابه قرص‌های ترکیبی خوراکی جلوگیری از حاملگی است؟

تا حدود زیادی، بلی. آمپولهای تزریقی ماهیانه (که روش‌های تزریقی ترکیبی جلوگیری از حاملگی نیز نامیده می‌شوند) مشابه روش‌های ترکیبی خوراکی جلوگیری از حاملگی (COC‌ها) هستند. مطالعات طولانی مدت اندکی بر روی آمپولهای تزریقی ماهیانه انجام گرفته‌اند. اما محققان معتقدند اغلب یافته‌ها درباره COC‌ها، در مورد آمپولهای تزریقی ماهیانه نیز کاربرد دارند. با وجود این، آمپولهای تزریقی ماهیانه ابتدا از کبد عبور نمی‌کنند، چون مانند COC‌ها بصورت خوراکی مصرف نمی‌شوند. مطالعات کوتاه مدت نشان داده‌اند که آمپولهای تزریقی ماهیانه در مقایسه با COC‌ها آثار کمتری بر روی فشار خون، انعقاد خون، تجزیه مواد چرب (متابولیسم چربی) و عملکرد کبد دارند. مطالعات طولانی مدت در زمینه خطرها و فواید سلامتی مربوط به آمپولهای تزریقی ماهیانه در دست انجام می‌باشند.

۳. آیا آمپولهای تزریقی ماهیانه منجر به نقايس تولد می‌شوند؟ اگر زنی بطور تصادفی از آمپولهای تزریقی ماهیانه حین حاملگی استفاده کند آیا جنین صدمه خواهد دید؟

خیر. شواهد خوبی از مطالعات بر روی سایر روش‌های هورمونی نشان داده‌اند که روش‌های هورمونی جلوگیری از حاملگی منجر به نقايس تولد نمی‌شوند و از طرف دیگر در صورتیکه زن حین استفاده از آمپولهای تزریقی حامله شده باشد یا به طور تصادفی در حین حاملگی استفاده از این روش را آغاز کند نیز سبب آسیب جنین نمی‌شوند.

۴. آیا آمپولهای تزریقی ماهیانه منجر به سقط می‌شوند؟

خیر. تحقیقات بر روی روش‌های ترکیبی جلوگیری از حاملگی نشان می‌دهند که این روش سبب از بین رفتن حاملگی موجود نمی‌شوند. از این روش نباید برای سقط استفاده کرد چون سبب سقط نخواهد شد.



۵. آیا زمان تزریق بعدی باید بر اساس زمان شروع خونریزی ماهیانه تعیین شود؟

خیر. بسیاری از ارائه دهنگان خدمات بهداشتی تصور می‌کنند که تزریق بعدی فقط باید زمانی انجام شود که خونریزی ماهیانه بعدی شروع شده باشد. با وجود این، زمان خونریزی نباید هدایتگر برنامه تزریق باشد. زنان باید تزریق را هر ۴ هفته دریافت کنند. تعیین زمان تزریق بعدی نباید براساس خونریزی ماهیانه او باشد.

۶. آیا می‌توان از آمپولهای تزریقی ماهیانه برای ایجاد خونریزی ماهیانه استفاده کرد؟

خیر. ممکن است زن دچار مقداری خونریزی واژینال (خونریزی ناشی از قطع) در نتیجه تزریق شود، اما هیچگونه شواهدی مبنی بر اینکه تزریق یک دوز آمپول تزریقی ماهیانه در زنی که خونریزی نامنظم دارد منجر به شروع خونریزی ماهیانه بعدی وی یکماه بعد از تزریق شود، وجود ندارد. همچنین، آمپولهای تزریقی ماهیانه منجر به سقط در زن حامله نمی‌شوند.

۷. آیا زنان سیگاری می‌توانند از آمپولهای تزریقی ماهیانه به طور ایمن استفاده کنند؟

زنان با سن کمتر از ۳۵ سال که هر تعداد سیگار می‌کشند و زنان دارای سن ۳۵ سال یا بیشتر که روزانه کمتر از ۱۵ نخ سیگار می‌کشند، می‌توانند بدون خطر از روش تزریقی ماهیانه استفاده کنند (در مقابل، زنان ۳۵ سال و بالاتر با هر تعداد مصرف روزانه سیگار، نباید از قرص‌های خوراکی جلوگیری استفاده کنند). زنان ۳۵ سال یا بیشتر که بیش از ۱۵ نخ سیگار در روز مصرف می‌کنند می‌توانند از یک روش بدون استروژن، مانند آمپول تزریقی صرفًا پروژستینی، در صورت در دسترس بودن استفاده کنند. همه زنانی که سیگار می‌کشند باید تشویق به ترک سیگار شوند.

۸. آیا آمپولهای تزریقی ماهیانه، خلق زنان یا تمایلات جنسی آنان را تغییر می‌دهند؟

بطور کلی خیر. بعضی از زنان مصرف کننده آمپولهای تزریقی ماهیانه این شکایات را گزارش می‌کنند. با وجود این، اکثریت بالای زنانی که از آمپولهای تزریقی ماهیانه استفاده می‌کنند، این تغییرات را بیان نمی‌کنند و بعضی هر دو را گزارش می‌کنند. اظهار نظر در مورد اینکه بگوییم آیا این تغییرات ناشی از آمپولهای تزریقی است یا علل دیگری دارد مشکل است. شواهدی از تاثیر آمپولهای تزریقی ماهیانه بر رفتار جنسی زنان در دست نیست.

۹. آیا زنان دارای وریدهای واریسی می‌توانند از آمپولهای تزریقی استفاده نمایند؟

بله. آمپولهای تزریقی ماهیانه برای زنان مبتلا به واریسهای وریدی بی‌خطر هستند. وریدهای واریسی رگ-های خونی گشاد نزدیک سطح پوست هستند. آنها خطرناک نیستند. زنی که دچار ترومبوز ورید عمقی بوده یا سابقه آن را دارد نباید از روش تزریقی ماهیانه استفاده کند.

۱۰. آیا آمپولهای تزریقی ماهیانه زن را نازا می‌کنند؟

خیر. ممکن است بعد از توقف روشهای تزریقی ماهیانه تأخیر در باروری مجدد وجود داشته باشد. اما زنان قادر خواهند بود همانند گشته حامله شوند، اگر چه با افزایش سن قدرت باروری کاهش می‌یابد. الگوی خونریزی ماهیانه‌ای که زن قبل از استفاده از آمپولهای تزریقی ماهیانه داشته است معمولاً چند ماه پس از آخرین تزریق برگشت می‌کند. برخی از زنان ممکن است تا برگشت الگوی خونریزی معمول خود مجبور باشند چند ماه صبر نمایند.

۱۱. چه مدت طول می‌کشد تا بعد از قطع استفاده از آمپولهای تزریقی ماهیانه، حاملگی ایجاد شود؟

زنانی که استفاده از آمپولهای تزریقی ماهیانه را قطع می‌کنند به طور متوسط حدوداً یک ماه دیرتر از زنانی که از سایر روش‌ها استفاده می‌کنند، حامله می‌شوند. این بین معنی است که این زنان به طور متوسط ۵ ماه بعد از آخرین تزریق حامله می‌شوند. این مدت زمان متوسط است. زنان اگر حتی تا ۱۲ ماه بعد از قطع استفاده حامله نشوند نباید نگران شوند. پس از قطع آمپولهای تزریقی ماهیانه ممکن است قبل از بازگشت خونریزی ماهیانه، تخمک‌گذاری انجام شود، لذا امکان باردار شدن وجود دارد. اگر او بخواهد به جلوگیری از حاملگی ادامه دهد، باید قبل از برگشت خونریزی ماهیانه شروع به استفاده از روش دیگری کند.

۱۲. در صورت تأخیر در مراجعه برای تزریق بعدی چه باید کرد؟

راهنمای فعلی WHO، در صورت تأخیر تا ۷ روز انجام تزریق بعدی را بدون نیاز به وجود شواهد بیشتر مبنی بر عدم حاملگی زن توصیه می‌کند. با وجود این، بعضی از زنان در مراجعه برای تزریق بعدی تأخیر بیشتری دارند. در صورتی که برای تکرار تزریق بیشتر از ۷ روز تأخیر وجود داشته باشد، ارائه دهنده خدمات می‌توانند اقدامات بیشتری را برای ارزیابی از نظر حاملگی انجام دهند (به ص ۳۶۷ مراجعه کنید).

فصل ۶

برچسب ترکیبی جلوگیری از حاملگی (Combined Patch)

فقط نکات اساسی

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- فقط نیاز به چسباندن برچسب کوچک هست. به طور شبانه روزی به بدن چسبانده می‌شود. تا ۳ هفته هر هفته یک برچسب جدید چسبانده می‌شود و سپس یک هفته از برچسب استفاده نمی‌شود.
- برای کسب بیشترین تأثیر، برچسب‌ها را به موقع جایگزین کنید.
- تغییرات خونریزی شایع بوده، اما مضر نیستند. معمولاً خونریزی نامنظم در چند ماه اول وجود داشته و سپس خونریزی کمتر و منظم‌تر می‌شود.



برچسب ترکیبی جلوگیری از حاملگی چه می‌باشد؟

- یک پلاستیک مربع شکل نازک، کوچک و قابل انعطاف است که به بدن چسبانده می‌شود به طور مداوم دو هورمون - پروژستین و استروژن (مشابه هورمون‌های طبیعی پروژسترون و استروژن در بدن زن) - را به طور مستقیم از طریق پوست به داخل جریان خون آزاد می‌کند.
- تا ۳ هفته هر هفته یک برچسب تازه چسبانده می‌شود، سپس در هفته چهارم از برچسب استفاده نمی‌شود. در طی هفته چهارم خونریزی ماهیانه ایجاد خواهد شد.
- Ortho Evra و Evra نیز نامیده می‌شود.
- به طور عده با مهار آزاد شدن تخم از تخمدانها (تخمک‌گذاری) عمل می‌کند.

میزان تأثیر آن چقدر است؟

میزان تأثیر به مصرف کننده بستگی دارد: بیشترین خطر حاملگی زمانی وجود دارد که زن در تعویض برچسب تأخیر کند.

- برچسب ترکیبی جلوگیری از حاملگی روش جدیدی است و تحقیق در مورد میزان تأثیر آن محدود است. میزان تأثیر بست آمده از کارآزمایی‌های بالینی برچسب نشان می‌دهد که میزان تأثیر آن، هم در ضمن استفاده معمول و هم در صورت استفاده مستمر و صحیح، بیشتر از فرجهای ترکیبی جلوگیری از حاملگی است. (به قسمت میزان تأثیر فرجهای ترکیبی جلوگیری از حاملگی، صفحه ۱، مراجعه کنید)
- میزان حاملگی ممکن است در میان زنان با وزن ۹۰ کیلو گرم یا بیشتر کمی زیاد باشد.

بازگشت قدرت باروری بعد از قطع مصرف برچسب: بدون تأخیر

محافظت در برابر بیماری‌های آمیزشی: محافظتی ایجاد نمی‌کند.

آثار جانبی، فواید سلامت و خطرهای سلامت

آثار جانبی

- بعضی از مصرف کنندگان موارد زیر را گزارش می‌کنند:
- بروز بثورات و تحریک پوست در محل چسباندن برچسب
 - تغییرات در خونریزی ماهیانه
 - کاهش مقدار و مدت خونریزی
 - خونریزی نامنظم
 - خونریزی طولانی مدت
 - عدم خونریزی ماهیانه
 - سردرد
 - تهوع
 - استفراغ
 - حساسیت و درد پستان
 - درد شکم
 - نشانه‌های آنفلوآنزا / عفونت دستگاه تنفسی فوقانی
 - تحریک، سرخی، التهاب واژن (واژینیت)



فواید و خطرهای شناخته شده سلامت

مطالعات طولانی مدت در مورد برچسب ترکیبی جلوگیری از حاملگی محدود هستند، اما پژوهشگران پیش‌بینی می‌کنند که فواید و خطرهای آن مشابه قرصهای ترکیبی جلوگیری از حاملگی باشند. (به قسمت قرصهای ترکیبی جلوگیری از حاملگی، فواید و خطرهای سلامت در صفحه ۳ مراجعه کنید).

معیار مقبولیت طبی (به صفحه ۶ مراجعه کنید)، رهنمودهای زمان شروع (به صفحه ۱۰ مراجعه کنید) و کمک به مصرف کنندگان مداوم (به صفحه ۱۶ مراجعه کنید) برای برچسبهای ترکیبی مشابه قرصهای ترکیبی جلوگیری از حاملگی هستند.

ارائه برچسب ترکیبی جلوگیری از حاملگی

توضیح نحوه مصرف

- | | |
|--|--|
| • توضیح دهید که او باید پوشش بسته برچسب را در امتداد لبه پاره کند. | نحوه باز کردن پوشش برچسب و لایه پشتی آن را توضیح دهید |
| • سپس باید برچسب را خارج کند و پوشش پشتی آن را بدون تماس با سطح چسبانده بردارد. | به او نشان دهید که برچسب را کجا و چگونه به کار برد |
| • توضیح دهید که او میتواند برچسب را روی قسمت فوقانی خارجی بازو، پشت، معده، شکم و هر جایی که تمیز و خشک باشد چسباند، اما روی پستانها نباید چسبانده شود. | باشد برچسب را هر هفته تا ۳ هفته پشت سر هم تعویض کند. |
| • او باید قسمت چسبنده حاوی دارو را به مدت ۱۰ ثانیه روی پوست فشار دهد. او باید انگشتش را در امتداد لبه برچسب بکشد تا مطمئن شود که چسبیده است. | ناید در هفته چهارم از برچسب استفاده کند. |
| • برچسب حتی در حین کار، ورزش، شنا و استحمام در محل خود باقی میماند. | بعد از هفته بدون استفاده از برچسب باید برچسب تازه‌ای به کار برد. |

حمایت از مصرف کننده

دستورالعمل برای موارد برداشت یا جایگزینی دیر هنگام

-
- هر چه سریعتر یک برچسب تازه به کار برد.
 - همچنین اگر استفاده از برچسب تازه ۳ روز یا بیشتر به تأخیر افتاده است (برچسب ۱۰ روز یا بیشتر در محل باقی مانده است) و او رابطه جنسی محافظت نشده در ۵ روز گذشته داشته است، استفاده از ECP‌ها را توصیه کنید (به قسمت ECPs، صفحه ۴۵ مراجعه کنید).
 - در صورت تأخیر مصرف ۱ تا ۲ روز (تا ۴۸ ساعت):
 - به محض یادآوری از برچسب تازه‌ای استفاده کنید.
 - همان روز را روز تعویض برچسب در نظر بگیرید.
 - نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.
 - در صورت تأخیر بیش از ۲ روز (بیشتر از ۴۸ ساعت):
 - دوره فعلی استفاده از برچسب را قطع کنید و بلافاصله دوره چهار هفته‌ای جدیدی را با استفاده از یک برچسب تازه شروع کنید.
 - این روز هفته را به عنوان روز جدید تعویض برچسب یادداشت کنید.
 - به مدت ۷ روز از یک روش پشتیبان استفاده کنید.
 - برچسب را بردارید.
 - دوره بعدی را در روز معمول تعویض برچسب شروع نمایید.
 - نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.
-

حلقه ترکیبی واژینال (Combined Vaginal Ring)

فقط نکات اساسی

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- نیاز به نگهداری یک حلقه نرم در واژن وجود دارد. حلقه بصورت شبانه روزی به مدت ۳ هفته در محل باقی می‌ماند و به مدت یک هفته از حلقه استفاده نمی‌شود.
- برای کسب بیشترین میزان تأثیر هر حلقه جدید را به موقع به کار ببرید.
- تغییرات خونریزی شایع بوده، اما مضر نیستند. معمولاً خونریزی نامنظم در چند ماه اول وجود دارد و سپس خونریزی کمتر و منظم تر می‌شود.

حلقه ترکیبی واژینال چیست؟

- حلقه نرمی است که در واژن قرار می‌گیرد.
- به طور مداوم ۲ هورمون – یک پروژستین و یک استروژن (همانند هورمونهای پروژسترون و استروژن طبیعی) از داخل حلقه به بدن زن آزاد می‌کند. هورمونها از طریق دیواره واژن بطور مستقیم به داخل جریان خون جذب می‌شوند.
- حلقه به مدت ۳ هفته در محل می‌ماند سپس در هفته چهارم برداشته می‌شود. در خلال هفته چهارم زن خونریزی ماهیانه خواهد داشت.
- همچنین NuvaRing نیز نامیده می‌شود.
- بطور عمدی با جلوگیری از آزاد شدن تخمک از تخدمان (تخمک‌گذاری) عمل می‌کند.

میزان تأثیر آن چقدر است؟

میزان تأثیر به مصرف کننده بستگی دارد: خطر حاملگی زمانی که زن در شروع به استفاده از یک حلقه جدید تأخیر می‌کند، زیاد است.

حلقه ترکیبی واژینال روش جدیدی است، و تحقیق در مورد میزان تأثیر آن محدود است. کار آزمایی‌های بالینی حلقه واژینال پیشنهاد می‌کند که این روش ممکن است نسبت به فرصلهای خوراکی ترکیبی، هم در موارد مصرف معمول و هم در موارد مصرف مستمر و صحیح مؤثرتر باشد. (به قسمت میزان تأثیر قرصهای خوراکی ترکیبی، در صفحه ۱ مراجعه کنید).

بازگشت قدرت باروری بعد از قطع استفاده از حلقه: بدون تأخیر

محافظت در برابر بیماریهای آمیزشی: محافظتی ایجاد نمی‌کند.

تأثیر بیشتر



تأثیر کمتر

آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی

بعضی از مصرف کنندگان موارد زیر را گزارش می‌کنند:



- تغییرات در خونریزی ماهیانه شامل:
 - کاهش مقدار و مدت خونریزی
 - خونریزی نامنظم
 - افزایش فواصل خونریزی
 - خونریزی طولانی مدت
 - عدم خونریزی ماهیانه
- سردرد
- تحریک، سرخی، یا التهاب واژن (واژینیت)
- ترشحات سفید واژینال

فواید و خطرهای شناخته شده سلامت

مطالعات طولانی مدت حلقه واژینال محدود هستند، اما پژوهشگران پیش بینی می‌کنند که فواید و خطرهای سلامت آن مشابه قرصهای ضد بارداری خوراکی ترکیبی باشند. (به قسمت قرصهای ضد بارداری خوراکی ترکیبی، فواید و خطرهای سلامت در صفحه ۳ مراجعه کنید).

معیارهای مقبولیت طبی (به صفحه ۶ مراجعه کنید)، رهنمودهای زمان شروع (به صفحه ۱۰ مراجعه کنید) و کمک به مصرف کنندگان مداوم (به صفحه ۱۶ مراجعه کنید) برای حلقه‌های ترکیبی مشابه قرصهای ترکیبی جلوگیری از حاملگی هستند.

ارائه حلقه ترکیبی واژینال

توضیح نحوه استفاده:

- نحوه جاگذاری حلقه را توضیح دهد.
 - او می‌تواند راحت‌ترین وضعیت، به عنوان مثال ایستاده در حالتی که یک پا بالا باشد، چمباتمه زده، یا دراز کشیده، را انتخاب کند.

- او باید دو طرف حلقه را به هم فشار دهد و حلقه تا شده را به آرامی و به طور کامل داخل واژن قرار دهد.

- موقعیت دقیق مهم نیست اما جاگذاری عمیق به باقی ماندن آن در محل کمک می‌کند و کمتر احتمال دارد که زن آن را احساس کند. ماهیچه‌های واژن بطور طبیعی حلقه را در محل نگه می‌دارند.



- توضیح دهد که حلقه باید به مدت ۳ هفته در محل نگهدارد.
- فرد می‌تواند حلقه را در پایان سومین هفته خارج کند و آن را در ظرف آشغال بیندازد.

- باید حلقه را در هفته چهارم خارج کند
برای خارج کردن حلقه باید انگشت سبابه خود را به شکل قلاب وارد حلقه کند، یا حلقه را بین انگشتان سبابه و میانی فشار دهد و آن را بیرون بکشد.
 - در این هفته احتمالاً دچار خونریزی ماهیانه خواهد شد.
 - در صورتیکه فراموش کند و حلقه به مدت ۴ هفته باقی بماند اقدام خاصی نیاز نیست.

- تا هفته چهارم نباید حلقه را حداقل بیش از ۳ ساعت خارج کند
حلقه را می‌توان در زمان نزدیکی یا به منظور تمیز کردن یا سایر علل خارج کرد، گرچه خارج کردن آن الزامی نیست.
 - در صورتیکه حلقه خودبهخود خارج شود باید آن را با آب تمیز بشوید و بلا فاصله جاگذاری کند.

حمایت از استفاده‌کننده

دستورالعمل برای موارد پرداشت یا جایگزینی دیر هنگام

- حلقه را هر چه سریعتر در محل قرار دهید. از یک روش پشتیبان برای مدت ۷ روز استفاده کنید.

آیا در خلال هفته اول یا دوم، حلقه به مدت بیش از ۳ ساعت خارج از واژن بوده است؟

- سیکل فعلی را قطع کرده، حلقه را دور بیندازد.
بلافاصله سیکل جدیدی شروع کنید، حلقه جدیدی جاگذاری کرده و حلقه را به مدت ۳ هفته در محل نگهدارید. به مدت ۷ روز از روش پشتیبان^{*} استفاده کنید.

آیا در خلال هفته سوم، حلقه به مدت بیش از ۳ ساعت خارج از واژن بوده است؟

(اگر در طول ۷ روز گذشته حلقه به طور مستمر و صحیح در محل نگه داشته شده است، می‌توانید اقدام دیگری انجام دهید: حلقه را در محل جاگذاری نکنید و ۷ روز بعدی را بدون حلقه سپری کنید. سپس حلقه جدیدی جاگذاری کرده، سیکل جدیدی شروع کنید و حلقه را به مدت ۳ هفته در محل نگهدارید. در ۷ روز اول استفاده از حلقه جدید از روش پشتیبان استفاده کنید).

- بلافاصله حلقه جدیدی جاگذاری کرده، دوره جدید ۴ هفته‌ای را شروع کنید. به مدت ۷ روز از روش پشتیبان استفاده کنید.
اگر حلقه جدید را با تأخیر ۳ روز یا بیشتر جاگذاری کرده (حلقه به مدت ۱۰ روز یا بیشتر خارج شده است) و طی ۵ روز گذشته نزدیکی محافظت نشده داشته‌اید، از روش فوریتی جلوگیری از حاملگی استفاده کنید (به قسمت قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی در ص ۵ مراجعه کنید).

آیا بیش از ۷ روز تا جاگذاری حلقه جدید بلافاصله ایجاد شده است؟ یا حلقه را بیش از ۴ هفته داخل واژن حفظ کرده‌اید؟

* روش پشتیبان شامل خودداری از نزدیکی، کاندوم زنانه و مردانه، مواد اسپرم کش و روش منقطع است. به او بگویید مواد اسپرم کش و روش منقطع از کم‌اثرترین روشهای جلوگیری از حاملگی هستند. در صورت امکان به او کاندوم بدھید.

فصل ۸

روشهای کاشتی جلوگیری از حاملگی (Implants)

نکات کلیدی برای متلاصیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- روشهای کاشتی (ایمپلنتها) بصورت کپسولها یا میله‌های کوچک قابل انعطافی هستند که زیر پوست قسمت فوقانی بازو جاگذاری می‌شوند.
- بمدت طولانی در مقابل حاملگی محافظت ایجاد می‌کنند. بسته به نوع ایمپلنت به مدت ۳-۷ سال بسیار مؤثر بوده و به سرعت قابل برگشت هستند.
- جاگذاری و خارج نمودن آن باید توسط ارائه دهنده‌ای که آموزش خاصی در این زمینه دیده انجام شود. خود زن به تنها یابنی نمی‌تواند استفاده از ایمپلنتها را شروع یا قطع نماید.
- پس از جاگذاری ایمپلنت نیاز کمی به مداخله فرد دریافت کننده خدمت وجود دارد.
- تغییرات در خونریزی شایع بوده، اما مضر نیستند. معمولاً در طول سال اول، خونریزی نامنظم طولانی وجود داشته و سپس خونریزی خفیفتر، منظمتر یا با تکرار کمتر رخ می‌دهد.

ایمپلنتها چه روشهایی هستند؟

- کپسولها یا میله‌های پلاستیکی کوچکی در اندازه چوب کبریت هستند که پروژستین شبیه پروژسترون طبیعی در بدن زن آزاد می‌کنند.
- ارائه‌دهنده‌ای که آموزش خاصی در این زمینه دیده است برای جاگذاری ایمپلنتها در زیر پوست قسمت فوقانی بازوی زن، جراحی کوچکی انجام می‌دهد.
- حاوی استروژن نیستند، لذا در زمان شیردهی و نیز در زنانی که منع مصرف استروژن دارند قابل استفاده هستند.
- انواع مختلف ایمپلنتها:
 - (Jadelle): ۲ میله، بمدت ۵ سال مؤثر است.
 - (Implanon): ۱ میله، به مدت ۳ سال مؤثر است. مطالعات برای بررسی امکان تأثیر ۴ ساله آنها در حال انجام می‌باشد.
 - (Norplant): ۶ کپسول، مدت اثر ذکر شده در برچسب آنها ۵ سال می‌باشد. (مطالعات وسیع نشان داده‌اند که تا ۷ سال مؤثر هستند).
 - (Sinoplant): ۲ میله، بمدت ۵ سال مؤثر است.
- مکانیسم اثر بطور عده عبارت است از:
 - افزایش غلظت موکوس سرویکس (که مانع رسیدن اسپرم به تخمه می‌شود).
 - ایجاد اختلال در سیکل قاعدگی، شامل جلوگیری از آزاد شدن تخمه از تخمن (تخمه گذاری).

میزان تأثیر آنها چقدر است؟

بکی از مؤثرین و طولانی اثربین روشهای هستند:



- کمتر از یک حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از ایمپلنت در طی سال اول (۵ نفر از هر ۱۰۰۰ زن). یعنی از هر ۱۰۰۰ زن استفاده کننده از ایمپلنتها ۹۹۵ نفر حامله نخواهند شد.
- بعد از سال اول استفاده خطر کم حاملگی باقی می‌ماند که در طول مدت استفاده از ایمپلنتها این خطر ادامه دارد.
- در مدت ۵ سال استفاده از Jadelle: حدود یک حاملگی در صد زن
- در مدت ۳ سال استفاده از Implanon: کمتر از یک در صد زن (یک در هزار زن)
- در مدت ۷ سال استفاده از Norplant: حدود ۲ حاملگی در هر ۱۰۰ زن
- میزان اثر ایمپلنتهای Jadelle و Norplant در زنانی که وزنشان بیشتر است زودتر کاهش می‌یابد:
- در زنانی که وزن آنها ۸۰ kg یا بیشتر است، Jadelle و نورپلنت بعد از ۴ سال استفاده کمتر موثر می‌باشد.
- در زنانی با وزن ۷۹-۷۰ kg نورپلنت بعد از ۵ سال استفاده تأثیر کمتری خواهد داشت.
- این استفاده‌کننده‌ها ممکن است تمایل به تعویض زودتر از موعد ایمپلنتها داشته باشند. (به سوال ۹ در ص ۱۲۴ مراجعه کنید).

بازگشت باروری بعد از خارج کردن ایمپلنت‌ها: تأخیری وجود ندارد.

حفظاظت در مقابل بیماریهای آمیزشی (STI‌ها): محافظتی ایجاد نمی‌کند.

چرا برخی زنان می‌گویند که ایمپلنت‌ها را دوست دارند؟

- پس از جاگذاری نیازی به دخالت مصرف کننده وجود ندارد.
- بصورت بسیار موثر از حاملگی جلوگیری می‌کنند.
- طولانی اثر هستند.
- با رابطه جنسی تداخلی ندارند.

آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی (به قسمت اداره مشکلات مراجعه کنید)

برخی از مصرف کنندگان موارد زیر را گزارش می‌کنند:

تغییرات در الگوی خونریزی شامل:

در چندین ماه اول:

- خونریزی خفیفتر و خونریزی با روزهای کمتر
 - خونریزی نامنظم که بیش از ۸ روز طول می‌کشد
 - خونریزی با دفعات کم
 - فقدان خونریزی ماهیانه
- پس از حدود یک سال:
- خونریزی خفیفتر و خونریزی با روزهای کمتر
 - خونریزی نامنظم که بیش از ۸ روز طول می‌کشد
 - خونریزی با دفعات کم
 - فقدان خونریزی ماهیانه

در استفاده کنندگان Implanon احتمال کاهش دفعات خونریزی یا قطع خونریزی ماهیانه نسبت به خونریزی نامنظم با طول مدت بیش از ۸ روز بیشتر است.

- سردرد
 - درد شکمی
 - آکنه (می‌تواند سبب بهبود یا تشدید شود)
 - تغییر وزن
 - حساسیت پستان
 - گیجی
 - تغییرات خلقی
 - تهوع
- سایر تغییرات احتمالی بالینی
- فولیکولهای بزرگ شده تخدمانی

خطرهای شناخته شده سلامت

وجود ندارد

فواید شناخته شده سلامت

در موارد زیر اثر محافظتی دارد:

- خطرهای ناشی از حاملگی
 - بیماری علامت دار التهاب لگن
- ممکن است در برابر عوامل زیر اثر محافظتی داشته باشند:
- کم خونی فقر آهن

عوارض

کمتر شایع:

- عفونت در محل جاگذاری (اغلب عفونتها در ۲ ماه اول بعد از جاگذاری اتفاق می‌افتد)
- مشکل در خارج کردن (در صورتیکه بطور صحیح جاگذاری شده باشد و فرد مهارت لازم را در خارج کردن آن داشته باشد بدرست اتفاق می‌افتد)

نادر:

- دفع ایمپلنت (دفع اغلب در ۴ ماه اول بعد از جاگذاری اتفاق می‌افتد).

اصلاح موارد درک نادرست (به پرسشها و پاسخها در ص ۱۲۳ مراجعه کنید)

ایمپلنتهای:

- تأثیر آنها به محض خارج کردن قطع می‌شود. هورمونهای آنها در بدن زن باقی نمی‌مانند.
- ممکن است سبب قطع خونریزی ماهیانه شوند اما این اثر مضر نیست. این اثر مشابه قطع خونریزی ماهیانه در طول حاملگی است. خون در بدن زن تجمع نمی‌یابد.
- سبب نازایی زن نمی‌شوند.
- به سایر قسمتهای بدن جایه‌جا نمی‌شوند.
- خطر حاملگی نابهجارا به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهند.



چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از ایمپلنت‌ها استفاده کنند

بدون خطر و مناسب برای تقریباً همه زنان

تقریباً همه زنان می‌توانند از ایمپلنتهای بدون خطر و بطور مؤثر استفاده نمایند، از جمله زنانی که:

- فرزند دارند یا فاقد فرزند هستند
- ازدواج نکرده‌اند.
- در هر سنی، شامل نوجوانان و زنان با سن بالاتر از ۴۰ سال
- زنانی که اخیراً سقط القایی یا خود به خود یا حاملگی نابجا داشته‌اند.
- سیگاری هستند بدون توجه به سن زن یا تعداد سیگار مصرفی

- زنان شیرده (در صورتی که ۶ هفته از زایمان گذشته باشد).
 - مبتلا به کم خونی هستند یا سابقه ابتلا به کم خونی دارند.
 - وریدهای واریسی دارند.
 - آلوده به HIV بوده چه تحت درمان ضدتروروپریوسی باشند یا نباشند (به قسمت ایمپلنتها برای زنان آلوده به HIV مراجعه کنید)
- زنان در شرایط زیر می‌توانند استفاده از ایمپلنتها را آغاز کنند:
- بدون معاینه لگنی
 - بدون انجام هر گونه آزمایش خون یا سایر تستهای روتین آزمایشگاهی
 - بدون غربالگری سرطان دهانه رحم
 - بدون معاینه پستان
 - حتی غیر از زمان خونریزی ماهیانه، در صورتی که بطور منطقی از عدم وجود حاملگی مطمئن باشند.
 - (به قسمت چک لیست حاملگی، ص ۳۶۹ مراجعه کنید)



از مراجعه کننده سوالات زیر را در مورد وضعیتهای شناخته شده طبی بپرسید. انجام معاینه‌ها و آزمایشها ضرورتی ندارند. در صورت پاسخ "خیر" به همه سوالات، فرد در صورت تمایل می‌تواند اقدام به جاگذاری ایمپلنتها کند. در صورتیکه پاسخ به سوالی "بلی" باشد، از دستورات مربوطه پیروی کنید. در برخی موارد هنوز هم امکان شروع استفاده از این روش وجود دارد.

۱. آیا په کوونک کمتر از ۶ هفته شیر می‌دهید؟

خیر بلی او می‌تواند بلافضله ۶ هفته پس از زایمان استفاده از ایمپلنتها را آغاز کند (به قسمت شیردهی کامل، تقریباً کامل یا شیردهی نسبی مراجعه کنید)

۱. آیا دچار سیروز شدید کبدی، عفونت کبدی یا تومور کبدی هستید؟ (آیا چشمان یا پوست او بطور غیرمعمولی زرد هستد؟ [علائم برقان])

خیر بلی در صورتیکه او بیماری فعال جدی کبدی (برقان، هپاتیت فعال، سیروز شدید، تومور کبدی) را گزارش کند. ایمپلنتها را به او ارائه نکنید. کمک کنید یک روش غیرهورمونی انتخاب کند.

۲. آیا در حال حاضر دچار مشکل جدی مربوط به وجود لخته خون در ساق پاها یا ریه‌هایتان هستید؟

خیر بلی اگر او وجود لخته خون (لخته‌های غیرسطحی) را در حال حاضر گزارش کند، ایمپلنتها را ارائه نکنید. به او کمک کنید یک روش غیرهورمونی انتخاب کند.

۳. آیا دچار خونریزی غیرمعمول واژینال هستید؟

خیر بلی در صورتیکه خونریزی واژینال با علت ناشناخته دارد که احتمال حاملگی یا وجود شرایط زمینه‌ای طبی را مطرح می‌کند، ایمپلنتها تشخیص و ارزیابی هر نوع درمان را مشکل‌تر می‌کنند. به او کمک کنید که یک روش جلوگیری از حاملگی دیگری (غیر از روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی یا IUD هورمونی یا حاوی مس) را جهت استفاده در ضمن ارزیابی و درمان انتخاب کند. بعد از درمان از نظر امکان استفاده از ایمپلنتها مجدداً ارزیابی کنید.

۴. آیا سرطان پستان دارید یا قبلاً داشتید؟

خیر بلی ایمپلنتها را ارائه نکنید. به او کمک کنید که یک روش بدون هورمون انتخاب کند.

مطمئن باشید تمام توضیحات لازم را در مورد فواید و خطرهای سلامت و آثار جانبی روشی که مراجعه کننده استفاده خواهد کرد، به او داده‌اید. همچنین به همه شرایطی که سبب غیرقابل توصیه بودن روش می‌شوند، در صورت مربوط بودن به مراجعه کننده، اشاره کنید.

استفاده از قضاوت بالینی در موارد خاص

معمولًا هر زنی که یکی از شرایط زیر را دارد نباید از ایمپلنتها استفاده کند. با وجود این، در شرایط خاص و قوی سایر روش‌های مناسب‌تر دردسترس نیستند یا برای او قابل قبول نیستند، ارانه کننده دوره دیده ماهری که قادر به بررسی دقیق وضعیت و موقعیت زن باشد، ممکن است تصمیم بگیرد که او می‌تواند از ایمپلنتها استفاده کند. در اغلب شرایط لازم است شدت وضعیت زن و چگونگی دسترسی او به پیگیری را در نظر بگیرد.

- شیرده و فاصله کمتر از ۶ هفته بعد از زایمان
- وجود لخته خون در حال حاضر در وریدهای عمقی ساق پاها یا ریه‌ها
- خونریزی واژینال با علت ناشناخته قبل از ارزیابی از نظر احتمال وجود شرایط جدی زمینه‌ای
- سابقه سرطان پستان که بیش از ۵ سال است که عود نکرده است
- بیماری شدید، عفونت یا تومور کبدی

ایمپلنتها برای زنان آلوده به HIV

- زنانی که آلوده به HIV هستند، AIDS دارند یا تحت درمان ضدترورویروسی (ARV) هستند می‌توانند بدون خطر از ایمپلنتها استفاده کنند.
- این زنان را به استفاده از کاندوم همراه با ایمپلنت تشویق کنید. استفاده مستمر و صحیح از کاندوم به پیشگیری از انتقال HIV و سایر بیماریهای آمیزشی کمک می‌کند.

ارائه ایمپلنتها

زمان شروع

نکته مهم: هر زن می‌تواند استفاده از ایمپلنتها را هر زمان که بخواهد شروع کند، به شرط اینکه بطور منطقی از عدم حاملگی خویش مطمئن باشد. برای اطمینان منطقی از عدم حاملگی از چک لیست حاملگی استفاده کنید (به ص ۳۶۹ مراجعه کنید).

موقعیت زن

در صورت شروع روش طی ۷ روز اول پس از شروع خونریزی ماهیانه (۵ روز برای Implanon). نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.

برقرار بودن سیکلهای قاعده‌گی یا تعویض روش از یک روش غیرهورمونی

اگر بیش از ۷ روز از شروع خونریزی ماهیانه (بیش از ۵ روز برای Implanon) می‌گذرد، هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان حاصل کند، می‌تواند به جاگذاری ایمپلنتها اقدام کند. در ۷ روز اول پس از جاگذاری باید از روش پشتیبان* استفاده کند.

در صورت تعویض روش از IUD بلافصله می‌تواند به جاگذاری ایمپلنتها اقدام کند. (به قسمت IUD حاوی مس، تعویض روش از IUD به روش دیگر در ص ۱۴۱ مراجعه کنید).

بلافاصله، در صورتیکه بطور صحیح و مستمر از یک روش هورمونی استفاده کرده باشد. در غیر اینصورت، اگر به طور منطقی از عدم بارداری اطمینان حاصل کند، نیازی به منتظر بودن برای خونریزی ماهیانه بعدی نیست. نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.

تعویض روش از یک روش هورمونی

در صورت تعویض روش از روش‌های تزریقی می‌تواند در زمان تزریق بعدی به جاگذاری ایمپلنتها اقدام کند. نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.

شیردهی کامل یا تقریباً کامل
کمتر از ۶ ماه پس از زایمان

اگر کمتر از ۶ هفته قبل زایمان کرده است، جاگذاری را باید حداقل تا ۶ هفته پس از زایمان به تأخیر بیاندازد.

در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، ایمپلنتها را می‌توان در هر زمانی ما بين ۶ هفته و ۶ ماه بعد از زایمان جاگذاری نمود. نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.

شیردهی کامل یا تقریباً کامل
کمتر از ۶ ماه پس از زایمان

در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه می‌توان ایمپلنتها را همانطور که برای زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است جاگذاری کرد.

شیردهی کامل یا تقریباً کامل
کمتر از ۶ ماه پس از زایمان

در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان وجود داشته باشد، می‌توان ایمپلنتها را جاگذاری نمود. استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز اول جاگذاری ضروری است.

بیش از ۶ ماه پس از زایمان

در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه می‌توان همانطور که برای زنان دارای سیکلهای قاعده‌گی توصیه شده است ایمپلنتها را جاگذاری کرد.

شیردهی نسبی

- جاگذاری را حداقل تا ۶ هفته پس از زایمان به تأخیر بیاندازید.

بیش از ۶ هفته پس از زایمان

در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان وجود داشته باشد می‌توان ایمپلنتها را جاگذاری کرد. استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز اول جاگذاری ضروری است.

در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، می‌توان همانطور که برای زنان دارای سیکلهای قاعدگی توصیه شده است ایمپلنتها را جاگذاری کرد.

- ایمپلنتها را می‌توان در هر زمان جاگذاری نمود. نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.

عدم شیردهی

کمتر از ۴ هفته پس از زایمان

در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، می‌توان هر زمان که بطور منطقی از عدم بارداری اطمینان حاصل شد، ایمپلنتها را جاگذاری کرد. استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز اول جاگذاری ضروری است.

در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه می‌توان همانطور که برای زنان دارای سیکلهای قاعدگی توصیه شده است ایمپلنتها را جاگذاری کرد.

- ایمپلنتها را در هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان حاصل شد، می‌توان جاگذاری کرد. استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز اول جاگذاری ضروری است.

بیش از ۴ هفته پس از زایمان

عدم خونریزی ماهیانه (بدون ارتباط با زایمان یا شیردهی)

بلافاصله، در صورت جاگذاری ایمپلنتها طی ۷ روز پس از سقط سه ماهه اول یا دوم نیازی به استفاده از روش پشتیبان وجود ندارد.

در صورتیکه بیش از ۷ روز از سقط سه ماهه اول یا دوم بگذرد، هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان حاصل شد، می‌توان ایمپلنتها را جاگذاری کرد. استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز پس از جاگذاری ضروری است.

بعد از سقط القایی یا خودبخود

ایمپلنتها را طی ۷ روز پس از شروع خونریزی ماهیانه بعدی (برای Implanon ۵ روز) یا هر زمان دیگری که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان حاصل شد، می‌توان جاگذاری کرد. به او یک روش پشتیبان یا قرصهای خوراکی جلوگیری از حاملگی بدھید تا از روز بعد از اتمام مصرف ECP‌ها شروع کرده و تا زمان جاگذاری ایمپلنتها استفاده کند.

پس از مصرف قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPs)

* روش پشتیبان شامل اجتناب از نزدیکی جنسی، کاندوم زنانه و مردانه، مواد اسپرم کش و روش منقطع است. به او بگوئید که مواد اسپرم کش و روش منقطع کمترین تأثیر را در جلوگیری از حاملگی دارند. در صورت امکان به او کاندوم بدھید.

† در مناطقی که انجام ملاقاتی شش هفته بعد از زایمان توصیه شده و فرستهای دیگر برای دریافت روشهای ضدبارداری محدود می‌باشد، برخی ازانده‌هندگان خدمات و برنامه‌ها ممکن است در طی ملاقات هفته ششم، در صورتیکه خونریزی ماهیانه زن بازگشت نکرده باشد، بدون وجود شواهد دیگری در زمینه حامله نبودن او، ایمپلنتها را جاگذاری کنند.

دادن توصیه‌هایی در مورد اثرات جانبی

نکته مهم: مشاوره کامل در مورد تغییرات خونریزی و سایر آثار جانبی باید قبل از جاگذاری ایمپلانتها انجام شود. مشاوره در مورد تغییرات خونریزی ممکن است مهمترین کمکی باشد که زن برای تداوم روش نیاز دارد.

- | شایعترین آثار جانبی را توضیح دهد. | توضیح دهد. |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• تغییر در الگوی خونریزی- در طی سال اول، خونریزی نامنظم که هر بار بیش از ۸ روز طول می‌کشد.- در ماههای بعد، خونریزی منظم، با دفعات کم، یا قطع کامل خونریزیسردرد، درد شکم، حساسیت پستان و احتمالاً سایر آثار جانبی | <ul style="list-style-type: none">• آثار جانبی علیم بیماری نیستند.• اغلب آثار جانبی معمولاً طی سال اول کاهش یافته یا از بین می‌روند.• شایع هستند، اما بعضی از زنان این علائم را ندارند.• هر زمان که آثار جانبی او را آزار دهدن، می‌تواند برای دریافت کمک مراجعه کند. |

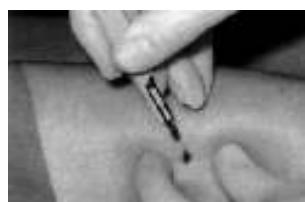


جاگذاری ایمپلنتها

توضیح روش جاگذاری Norplant و Jadelle

زنی که ایمپلنتها را انتخاب کرده است، لازم است از مراحل جاگذاری مطلع شود. توضیح زیر می‌تواند در شرح روش به او کمک کند. یادگیری جاگذاری و خارج نمودن ایمپلنتها نیاز به آموزش و تمرین تحت نظرارت مستقیم دارد. بنابراین، توضیح زیر خلاصه‌ای از روش جاگذاری بوده و شامل جزئیات کار نمی‌باشد.

جاگذاری ایمپلنتها عموماً فقط چند دقیقه طول می‌کشد اما بسته به مهارت فرد ارائه دهنده، بعضی اوقات ممکن است طولانی‌تر شود. عوارض مربوط نادر هستند و به مهارت ارائه دهنده خدمات بستگی دارند. (Implanon) با یک اپلیکاتور مخصوص شبیه سرنگ جاگذاری می‌شود. برای جاگذاری آن نیاز به ایجاد برش نیست).



۳. ارائه دهنده خدمات، برش کوچکی در پوست ناحیه داخل قسمت فوقانی بازو و ایجاد می‌کند.



۴. ارائه دهنده، ایمپلنتها را درست زیر پوست جاگذاری می‌کند. زن ممکن است تا حدودی احساس فشار یا کشش داشته باشد.



۱. ارائه دهنده از روش مناسب جلوگیری از عفونت استفاده می‌کند.



۵. بعد از اینکه همه ایمپلنتها جاگذاری شدند، ارائه دهنده محل برش را با باندаж چسبنده می‌بندد. نیازی به بخیه زدن نیست. محل برش با یک پارچه خشک پوشانده می‌شود و بازو با گاز پانسمان می‌شود.



۲. برای پیشگیری از درد حین جاگذاری ایمپلنتها، بیحسی موضعی از طریق تزریق زیر جلدی در محل جاگذاری انجام می‌شود. این تزریق ممکن است کمی دردناک باشد. دریافت کننده خدمت در سراسر انجام روش کاملاً بیدار است.

خارج کردن ایمپلنتها

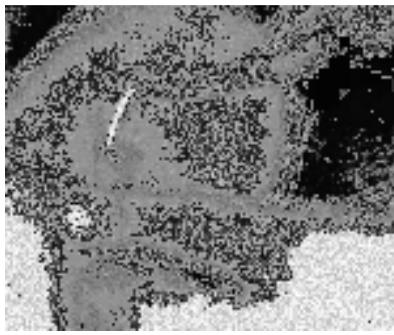
نکته مهم: زمانیکه زن به هر علت، شخصی یا طبی، خواهان خارج کردن ایمپلنتها است، ارائه دهنگان خدمات نباید از این کار امتناع کنند یا آن را به تأخیر بیاندازند. همه کارکنان بهداشتی باید درک کنند و پیغیرند که زن نباید برای تداوم مصرف ایمپلنتها تحت فشار یا زور قرار گیرد.

توضیح روش خارج کردن

لازم است هر مصرف کننده‌ای از وقایع حین خارج کردن ایمپلنتها اطلاع داشته باشد. توضیح زیر می‌تواند در شرح روش به او کمک کند. روشی که برای خارج کردن استفاده می‌شود، برای همه انواع ایمپلنتها یکسان است.

۱- ارائه دهنده از روش مناسب جلوگیری از عفونت استفاده می‌کند.

۲- برای پیشگیری از درد حین خارج کردن ایمپلنتها، بیحسی موضعی با تزریق زیرجلدی در بازو ایجاد می‌شود. این تزریق ممکن است کمی دردناک باشد. او در طول انجام روش کاملاً بیدار می‌ماند.



۴. ارائه دهنده از ابزاری برای بیرون کشیدن هر یک از ایمپلنتها از یک ابزار استفاده می‌کند. زن ممکن است در طول انجام روش و چند روز پس از آن احساس کشیدگی، درد خفیف یا زخمی بودن داشته باشد.

۳. ارائه دهنده خدمات بهداشتی برش کوچکی در پوست ناحیه داخلی قسمت فوقانی بازو، نزدیک محل جاگذاری ایجاد می‌کند.

۵. ارائه دهنده محل برش را با یک باند چسبنده می‌بندد. بخیه لازم نیست. برای ایجاد فشار ملایم و کاهش تورم ممکن است بر روی باند چسبنده یک باند کشی به مدت ۲ یا ۳ روز قرار داده شود.

در صورتیکه زن ایمپلنت‌های جدیدی را درخواست کند، این ایمپلنتها در بالا یا پایین محل ایمپلنت‌های قبلی یا در بازوی دیگر او جاگذاری می‌شوند.

حمایت از استفاده کننده

دادن آموزش های خاص

- زن باید محل جاگذاری را به مدت ۴ روز خشک نگه دارد . او می تواند باند یا گاز کشی را بعد از ۲ روز و باند چسبی را بعد از ۵ روز دربیاورد.

- بعد از این بین رفتن بی حسی، بازوی او ممکن است به مدت چند روز دردناک باشد. همچنین امکان وجود تورم و کبودی در محل جاگذاری وجود دارد. این عارضه شایع است و بدون درمان از بین خواهد رفت.

- در مورد چگونگی یادآوری تاریخ مراجعه مجدد بحث کنید.
- در صورت امکان به هر زن اطلاعات زیر را با نوشتن بر روی کارت یادآوری، مشابه آنچه در زیر نشان داده شده، ارائه کنید و توضیح دهید.
- نوع ایمپلنتی که دارد
 - تاریخ جاگذاری
 - ماه و سالی که در آن زمان ایمپلنتها باید خارج شده یا تعویض گردند.
 - محل مراجعه در صورت وجود مشکل یا سؤال در مورد ایمپلنتها
- قبل از اینکه اثربخشی ایمپلنتها از بین برود، مجدداً مراجعه کنید یا با فرد دیگر ارائه دهنده خدمات (برای خارج کردن، یا در صورت تمایل برای تعویض ایمپلنت) ملاقات کنید.

کارت یاد آور ایمپلنت

نام مراجعه کننده :

نوع ایمپلنت:

تاریخ جاگذاری:

خروج یا تعویض در : ماه: سال:

در صورت وجود هر گونه مشکل یا سؤال مراجعه کنید به:

”هر زمان خواستید مراجعه کنید“: دلایل مراجعه مجدد

به همه مراجعه‌کنندگان اطمینان دهید که هر زمان پذیرای آنان هستید. مثلاً: اگر دچار مشکلی شد، سوالی دارد یا خواستار استفاده از روش دیگری است؛ تغییر عده‌ای در وضعیت سلامتی او رخ داده است؛ یا زمانی که فکر می‌کند حامله است. همچنین اگر:

مراجعه کننده احساس درد، گرمی، چرک یا قرمزی در محل جاگذاری دارد که بدتر می‌شود یا از بین نمی‌رود یا اگر ببیند که یکی از میله‌ها در حال خارج شدن است.

مراجعه کننده افزایش وزن زیادی پیدا کرده است. این تغییر ممکن است سبب کاهش طول مدت زمان اثربخشی ایمپلنت شود.

توصیه‌های عمومی سلامت: هر کس ناگهان احساس کند مشکلی جدی در مورد سلامتی او رخ داده است باید بلافضلله در بی مرافقتهای طبی از ماما، پرستار یا پزشک برآید. به احتمال قوی روش جلوگیری از حاملگی علت این مشکل و وضعیت نیست اما او باید به ماما، پرستار یا پزشک بگوید که از چه روشی استفاده می‌کند.

کمک به مصرف کنندگان مداوم

نکته مهم: تا زمان خارج کردن ایمپلنتهای نیازی به ملاقات روتین نیست. با وجود این باید از او دعوت کرد که هر زمان بخواهد می‌تواند مراجعه کند.

۱. در مورد چگونگی روش و رضایت او از این روش سؤال کنید. از او بپرسید که آیا سؤال یا موردی برای بحث دارد.

۲. مخصوصاً در مورد نگرانی او از تغییرات خونریزی سؤال کنید. هر گونه اطلاعات یا کمک مورد نیاز را به او ارائه دهید (به قسمت مدیریت مشکلات مراجعه کنید).

۳. از مراجعه کننده‌ای که به مدت طولانی از ایمپلنتهای استفاده می‌کند بپرسید که آیا از زمان آخرین ملاقات، مشکل جدیدی در مورد سلامتی خود داشته است. در مورد مشکلات بطور مناسب توضیح دهید. (به قسمت مشکلات جدید سلامتی که ممکن است نیاز به تغییر روش وجود داشته باشد، مراجعه کنید).

۴. از مراجعه کننده‌ای که به مدت طولانی از ایمپلنتهای استفاده می‌کند در مورد تغییرات عده زندگی که نیازهای آنها را تحت تأثیر قرار داده، مخصوصاً برنامه‌ریزی برای بچه دار شدن و خطر STI/HIV، سؤال از مطابق نیاز پیگیری کنید.

۵. در صورت امکان، مراجعه کننده‌ای را که از Norplant یا Jadelle استفاده می‌کند وزن کنید. اگر وزن او تا حدی تغییر کرده است که بر مدت اثربخشی ایمپلنهای تأثیر می‌گذارد، تاریخ کارت یادآور او را تغییر دهید یا کارت جدیدی با تاریخ مناسب ارائه کنید (به سوال ۹ مراجعه کنید).

۶. در صورت تمایل او به حفظ ایمپلنهای عدم وجود شرایط طبی جدید ممانعت کننده، به او یادآوری کنید که تا چه مدت ایمپلنهای از حاملگی او جلوگیری خواهد کرد.

مدیریت مشکلات

مشکلاتی که به عنوان آثار جانبی و یا عوارض گزارش می‌شوند.

ممکن است مربوط به روش مورد استفاده باشند یا نباشند.

• مشکلات همراه با اثرات جانبی و عوارض بر میزان رضایت زن و در نتیجه بر استفاده از ایمپلنهای تأثیر می‌گذارند. آنها سزاوار توجه ارائه کننده خدمات هستند. اگر او هر گونه اثرات جانبی یا عوارض را گزارش کند به نگرانی‌های او گوش دهید. با او مشاوره کنید و در صورت لزوم درمان نمایید.

- در صورت تمایل وی، حالا، یا در صورتی که نتوان بر مشکلات فایق آمد، به او در انتخاب روش دیگر جلوگیری از بارداری کمک کنید.

خونریزی نامنظم (خونریزی در زمان غیرمنتظره که سبب ناراحتی او می‌شود).

- به مراجعه کننده دوباره اطمینان دهد که اغلب زنانی که از ایمپلنتها استفاده می‌کنند دچار خونریزی نامنظم می‌شوند، این مسئله مضر نیست و معمولاً پس از سال اول مصرف کمتر یا قطع می‌شوند.
- برای تسکین نسبی عالم در کوتاه مدت، او می‌تواند از زمان شروع خونریزی نامنظم از ایبوپروفن ۸۰۰ میلی گرم سه بار در روز پس از غذا به مدت ۵ روز استفاده کند.
- اگر این داروها به بهود وضعیت او کمک نکنند، موارد زیر را امتحان کند (در هر زمان یکی، نه با هم)، زمان شروع همزمان با آغاز خونریزی نامنظم است.
- قرصهای خوراکی ترکیبی جلوگیری از حاملگی که حاوی پروژستین لونورژسترون هستند. از او بخواهید که روزانه یک قرص به مدت ۲۱ روز مصرف کند.
- اتینیل استرادیول ۵۰ میلی گرم روزانه به مدت ۲۱ روز
- اگر خونریزی نامنظم ادامه یابد یا چند ماه پس از خونریزی ماهیانه طبیعی یا قطع خونریزی ماهیانه شروع شود، یا شک کنید خونریزی نامنظم علت دیگری دارد، علل زمینه‌ای غیرمرتبط با روش ضدبارداری مورد استفاده را مدنظر قرار دهد (به قسمت خونریزیهای واژینال با علت نامشخص مراجعه کنید).

فقدان خونریزی ماهیانه

- به او اطمینان مجدد دهد که در بعضی از زنان خونریزی ماهیانه حین مصرف ایمپلنتها قطع می‌شود. این حالت مضر نیست از دست دادن خون به صورت ماهیانه الزاماً نیست، این حالت مشابه قطع خونریزی ماهیانه طی حاملگی است. او نازا نیست. خون در داخل بدن او تجمع نمی‌یابد (بعضی از زنان خوشحال می‌شوند که از خونریزی ماهیانه خلاص شده‌اند).

خونریزی شدید یا طولانی مدت (دو برابر حالت معمول یا طولانی تر از ۸ روز)

- به مراجعه کننده اطمینان مجدد دهد که تعدادی از زنان استفاده کننده از ایمپلنتها دچار خونریزی شدید یا طولانی مدت می‌شوند. این حالت بطور کلی مضر نیست و معمولاً پس از چند ماه کاهش می‌یابد یا قطع می‌شود.
- مراجعه کننده تسکین نسبی کوتاه مدت می‌تواند از درمانهای ذکر شده برای خونریزی نامنظم استفاده کند. شروع مصرف دارو همزمان با آغاز خونریزی شدید است. قرصهای خوراکی ترکیبی جلوگیری از حاملگی که حاوی ۵۰ میلی گرم اتینیل استرادیول هستند ممکن است نسبت به قرصهایی که دوز کمتری دارند تأثیر بیشتری داشته باشند.
- برای پیشگیری از کم خونی به او پیشنهاد کنید قرص آهن مصرف کند و اهمیت خوردن غذایی حاوی آهن از قبیل گوشت و ماقیان (محصولاً کبد مرغ و گوشت گاو)، ماهی، سبزیجات برگ سبز و حبوبات (لوبیا، عدس، نخود) را به او یادآوری کنید.
- اگر خونریزی نامنظم ادامه یابد یا چند ماه پس از خونریزی ماهیانه طبیعی یا قطع خونریزی ماهیانه شروع شود، یا شک کنید خونریزی نامنظم علت دیگری دارد، علل زمینه‌ای غیرمرتبط با روش ضدبارداری مورد استفاده را مدنظر قرار دهد (به قسمت خونریزیهای واژینال با علت نامشخص مراجعه کنید).

سردرد معمولی (غیرمیگرنی)

- آسپرین (۳۲۵-۶۵۰ mg)، ایبوپروفن (۴۰۰-۲۰۰ mg)، پاراستامول (۱۰۰۰-۳۲۵ mg) یا مسكن دیگری را پیشنهاد کنید.
- هر گونه سردردی که طی استفاده از ایمپلنتها بدتر شده یا با تکرار بیشتر اتفاق بیافتد، باید ارزیابی شود.

درد خفیف شکم

- آسپرین (۳۲۵-۶۵۰ mg)، ایبوپروفن (۴۰۰-۲۰۰ mg)، پاراستامول (۱۰۰۰-۴۰۰ mg) یا مسکن دیگری را پیشنهاد کنید.
- درمانهای محلی در دسترس را مد نظر قرار دهید.

آکنه

- در صورتیکه زن به علت آکنه می‌خواهد استفاده از ایمپلنتها را قطع کند، او می‌تواند روش خود را به قرصهای خوراکی ترکیبی جلوگیری از حاملگی تغییر دهد. در اکثر زنان با مصرف قرصهای خوراکی ترکیبی آکنه بمبود می‌باشد.
- درمانهای محلی در دسترس را مد نظر قرار دهید.

تغییر وزن

- رژیم غذایی را مرور کنید و در صورت لزوم مشاوره کنید.

حساسیت پستان

- به او توصیه کنید که سینه بند حمایت کننده بپوشد (شامل زمان فعالیت پرتحرک و زمان خواب نیز می‌شود).
- از کمپرس سرد یا گرم استفاده کنید.
- آسپرین (۳۲۵-۶۵۰ mg)، ایبوپروفن (۴۰۰-۲۰۰ mg)، پاراستامول (۱۰۰۰-۴۰۰ mg) یا مسکن دیگری را پیشنهاد کنید.
- درمانهای محلی در دسترس را مد نظر قرار دهید.

تغییرات خلقی یا تغییرات در میل جنسی

- در مورد تغییراتی در زندگی که می‌تواند در خلق یا میل جنسی او اثر گذار باشند، از جمله تغییرات ارتباط او با شریک جنسی سؤال کنید. حمایت مناسب برای او انجام دهید.
- مراجعه کننده‌ای که تغییرات جدی خلقی مثل افسردگی شدید دارد باید برای مراقبت ارجاع داده شود.
- درمانهای محلی در دسترس را مد نظر قرار دهید.

تهوع یا سرگیجه

- درمانهای محلی در دسترس را مد نظر قرار دهید.

درد پس از جاگذاری یا خارج نمودن

- برای درد پس از جاگذاری، باند یا گاز روی بازوی زن را بررسی کنید که خیلی محکم نباشد.
- باند جدیدی روی بازوی او بگذارید و به او توصیه کنید که از فشاردادن محل به مدت چند روز اجتناب کند.
- آسپرین (۳۲۵-۶۵۰ mg)، ایبوپروفن (۴۰۰-۲۰۰ mg)، پاراستامول (۱۰۰۰-۴۰۰ mg) یا مسکن دیگری به او بدهید.

عفونت محل جاگذاری (فرمز، گرمی، درد، چرک)

- ایمپلنتها را خارج نکنید.

- محل عفونت را با آب و صابون یا مواد ضد عفونی کننده تمیز کنید.
- آنتی بیوتیک خوراکی به مدت ۷ تا ۱۰ روز تجویز کنید.
- از او بخواهید پس از مصرف همه آنتی بیوتیک‌ها در صورت عدم رفع عفونت مراجعه کند. در صورتیکه عفونت رفع نشده باشد، ایمپلنتها را خارج کنید یا برای خارج کردن ارجاع دهید.
- عفونت اغلب سبب دفع کامل یا نسبی می‌شود. از او بخواهید که در صورت مشاهده خارج شدن یکی از ایمپلنتها مراجعه کند.

آبسه (تجمع چرک در زیر پوست به دلیل عفونت)

- محل را با مواد ضد عفونی کننده تمیز کنید.
- آبسه را برش داده و تخلیه کنید.
- زخم را درمان کنید.
- آنتی بیوتیک خوراکی به مدت ۷ تا ۱۰ روز تجویز کنید.
- از او بخواهید پس از مصرف همه آنتی بیوتیک‌ها در صورت احساس گرمی، قرمزی، درد یا خروج ترشحات از زخم مراجعه کند. در صورت وجود عفونت به هنگام مراجعه ایمپلنتها را خارج کنید یا او را جهت خارج کردن ارجاع دهید.

دفع (زمانیکه یا چند ایمپلانت در حال خارج شدن از بازو باشد)

- به ندرت رخ می‌دهد معمولاً در چندماه اول جاگذاری یا به علت عفونت اتفاق می‌افتد.
- در صورتیکه عفونت وجود نداشته باشد، کیسول یا میله دفع شده را از طریق برش جدید مجاور کیسول یا میله‌های دیگر مجدداً جاگذاری کنید یا برای این کار او را ارجاع دهید.

درد شدید در قسمت تحتانی شکم (شک به حاملگی خارج از رحمی، کیست یا فولیکول تخدانی بزرگ شده)

- شرایط زیادی می‌توانند سبب درد شکمی شوند. مخصوصاً در مورد علایم و نشانه‌های حاملگی خارج رحمی هشیار باشید. حاملگی خارج از رحم نادر بوده ولی می‌تواند تهدید کننده زندگی باشد (به سؤال ۷ مراجعه کنید).
- در مراحل اولیه حاملگی نا به جا ممکن است نشانه‌ای وجود نداشته و یا خفیف باشد اما سرانجام تشدید خواهد یافت. وجود توام این علایم یا نشانه‌ها باید شک به حاملگی نابهجا افزایش دهد.
- درد یا حساسیت غیرمعمول شکم.
- خونریزی غیرطبیعی واژینال یا فقدان خونریزی ماهیانه - مخصوصاً در صورتیکه این حالت تغییر از الگوی طبیعی خونریزی زن باشد.
- سبکی سر یا سرگیجه
- غش
- در صورت شک به حاملگی خارج از رحم یا سایر وضعیت‌های جدی سلامت، بلافصله برای تشخیص و مرافقیت فوری ارجاع دهید. (برای دستیابی به اطلاعات بیشتر در مورد حاملگی‌های نابهجا، به قسمت عقیم‌سازی زنانه و اداره حاملگی نابهجا مراجعه کنید).
- درد شکم ممکن است به علت مشکلات دیگر مانند فولیکولها یا کیستهای تخدانی بزرگ شده باشد.
- یک زن می‌تواند استفاده از ایمپلنتها را در طول ارزیابی ادامه دهد.

- نیازی به درمان فولیکولها یا کیستهای تخمداری بزرگ شده وجود ندارد. مگر اینکه بطور غیرعادی بزرگ شوند، پیچ خورده، یا پاره شوند. به او اطمینان دهید که آنها معمولاً خودبخود از بین میروند، از رفع مشکل اطمینان حاصل کنید. در صورت امکان مددجو را ۶ هفته بعد مجدداً ملاقات کنید.

مشکلات جدیدی که ممکن است تعویض روش را الزامی کنند.

ممکن است مربوط به روش مورد استفاده بوده یا ارتباطی به آن نداشته باشند.

خونریزی واژینال با علت نامشخص (که احتمال وجود وضعیت طبی غیرمرتبط با روش را مطرح میکند)

- ارجاع کنید یا با گرفتن تاریخچه و معاینه لگنی ارزیابی نمایید. بطور مناسب تشخیص داده و درمان کنید.
- در صورتیکه هیچ علتی برای خونریزی یافته نشود، ایمپلنتها را برای تشخیص آسانتر خارج کنید.
- روش انتخابی دیگری را برای او ارائه کنید تا شرایط موجود ارزیابی و درمان شود (غیر از روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی یا IUD هورمونی یا حاوی مس).
- اگر خونریزی در اثر عفونت آمیزشی یا بیماری التهابی لگن ایجاد شده باشد، میتواند استفاده از ایمپلنتها را در طول درمان ادامه دهد.

سردرد میگرنی (به شناسایی سردرد میگرنی و علایم پیش رس مراجعه کنید)

- در صورتیکه زن سردرد میگرنی بدون اورا دارد، میتواند استفاده از ایمپلنتها را در صورت تمایل ادامه دهد.
- در صورتیکه اورای میگرنی وجود دارد ایمپلنتها را خارج کنید. به او کمک کنید که یک روش غیر هورمونی انتخاب کنید.

شرایط جدی خاص سلامت (احتمال لخته شدن خون در وریدهای عمقی ساق پاها یا ریه‌ها، بیماری کبدی، یا سرطان پستان). به علایم و نشانه‌های جدی شرایط سلامتی در ص ۳۱۱ مراجعه کنید.

- ایمپلنتها را خارج کنید یا جهت خارج نمودن ارجاع دهید.
- تازمانیکه شرایط او ارزیابی شود به او یک روش پشتیبان ارائه دهید.
- در صورتیکه قبلاً تحت مراقبت نبوده است، برای تشخیص و مراقبت ارجاع دهید.

بیماری قلبی ناشی از تنگی یا انسداد شریانها (بیماری ابسکمیک قلبی) یا سکته مغزی

- در صورتیکه قبلاً تحت مراقبت نبوده است برای تشخیص و مراقبت ارجاع کنید.
- زنی که واجد یکی از این شرایط باشد، میتواند بدون خطر استفاده از ایمپلنتها را شروع کند. با وجود این، اگر شرایط در حین مصرف ایمپلنتها ایجاد شوند:
 - ایمپلنتها را خارج کنید یا برای خارج نمودن ارجاع کنید.
 - به او کمک کنید که یک روش غیر هورمونی انتخاب کند.
 - در صورتیکه قبلاً تحت مراقبت نبوده است، برای تشخیص و مراقبت ارجاع دهید.

شک به حاملگی

- از نظر حاملگی بخصوص حاملگی خارج رحمی ارزیابی کنید.
- در صورت تمایل زن به ادامه حاملگی، ایمپلنتها را خارج کنید یا جهت خارج نمودن ارجاع دهید.
- هیچ خطر شناخته شده‌ای برای جنینی که همراه با استفاده از ایمپلنتها در مادر حاملگی انفاق اف cade است، وجود ندارد (به سوال ۵ در صفحه بعد مراجعه کنید).

پرسشها و پاسخها در مورد ایمپلنتها

۱. آیا ملاقاتهای پیشگیری برای مصرف کنندگان ایمپلنتها لازم است؟

خیر. ملاقاتهای روتین دوره‌ای برای مصرف کنندگان ایمپلنتها ضروری نیست. ملاقاتهای سالانه ممکن است برای سایر مراقبتهای پیشگیری کننده مفید باشند اما برای ایمپلنتها ضروری نیستند. البته زنان هر زمان که سوالی داشته باشند می‌توانند مراجعت کنند.

۲. آیا می‌توان ایمپلنتها را بطور دائمی در بازوی زن نگهداری کرد؟

بطور کلی باقی ماندن ایمپلنتها در محل خود پس از پایان عمر مؤثرشان توصیه نمی‌شود. ایمپلنتها خودشان خطرناک نیستند اما با کاهش مقادیر هورمونی آنها اثربخشی آنها کم و کمتر شود.

۳. آیا ایمپلنتها سبب ایجاد سرطان می‌شوند؟

خیر. مطالعات خطر افزایش هیچ نوع سرطان را با استفاده از ایمپلنتها نشان نداده‌اند.

۴. حاملگی چه مدت پس از خارج نمودن ایمپلنتها اتفاق می‌افتد؟

زناییکه مصرف ایمپلنتها را قطع می‌توانند به سرعت افرادی که روشهای غیرهورمونی را قطع می‌کنند، حامله شوند. ایمپلنتها پس از خارج شدن، بازگشت باروری زن را به تأخیر نمی‌اندازند. معمولاً الگوی خونریزی قبل از استفاده از ایمپلنتها بعد از خارج نمودن آنها دوباره برقرار می‌شود. در بعضی از زنان ممکن است برقراری الگوی معمول خونریزی تا چند ماه طول بکشد.

۵. آیا ایمپلنتها منجر به ناهنجاری جنینی می‌شوند؟ در صورتی که زن بطور تصادفی با وجود ایمپلنتها حامله شود، آیا جنین دچار آسیب می‌شود؟

خیر. شواهد محکم نشان می‌دهند که ایمپلنتها منجر به ناهنجاری جنینی نمی‌شوند و در صورتی که زن در حین مصرف ایمپلنتها حامله شود یا ایمپلنتها بطور تصادفی در زمان حاملگی جاگذاری شوند، آسیبی به جنین نمی‌رسد.

۶. آیا ایمپلنتها در بدن جابجا می‌شوند یا خودبخد از بازو خارج می‌شوند؟

خیر. کاشتنی‌ها در بدن زن نمی‌توانند به اطراف حرکت کنند آنها در محل جاگذاری شده باقی می‌مانند تا اینکه آنها را خارج نمایند. بذرگتر یک میله ممکن است شروع به بیرون آمدن بکند که اغلب در ۴ ماه اول بعد از جاگذاری رخ می‌دهد. این حالت معمولاً به دلیل جاگذاری نامناسب یا به علت عفونت محل جاگذاری اتفاق می‌افتد. در این موارد مصرف کنندگان ایمپلنت در حال خروج را می‌بینند بعضی از زنان ممکن است دچار تغییر ناگهانی در الگوی خونریزی شوند. در صورتی که او متوجه خروج میله شود باید استفاده از یک روش پشتیبان را شروع کرده و فوراً به درمانگاه مراجعه کند.

۷. آیا ایمپلنتها خطر حاملگی نابجا را افزایش می‌دهند؟

خیر. بر عکس، ایمپلنتها خطر حاملگی نابجا را به میزان زیادی کاهش می‌دهند. حاملگی نابجا در میان مصرف کنندگان ایمپلنت فوق العاده نادر است. میزان حاملگی نابجا در بین زنان استفاده کننده از ایمپلنتها ۶ مورد در ۱۰۰۰۰ زن در سال است. در ایالات متحده میزان حاملگی نابجا در بین زنانی که از هیچ روش جلوگیری از حاملگی استفاده نمی‌کنند، ۶۵۰ مورد در ۱۰۰۰۰ زن در سال است. در موقع بسیار نادر که این روش شکست خورده و حاملگی اتفاق می‌افتد، ۱۰ تا ۱۷ مورد از هر ۱۰۰ حاملگی ایجاد شده نابجا هستند. بنابراین اکثر حاملگی‌هایی که در اثر شکست ایمپلنتها ایجاد می‌شوند نابجا نیستند. هنوز هم حاملگی نابجا می‌تواند تهدید کننده حیات باشد. بنابراین ارائه دهنده خدمات بهداشتی باید آگاه باشد که در صورت شکست این روش احتمال حاملگی نابجا وجود دارد.

۸. آیا ایمپلنتها خلق یا میل جنسی زن را تغییر می‌دهند؟

معمولًا خیر. بعضی از زنانی که از ایمپلنتها استفاده می‌کنند از این تغییرات شکایت می‌کنند. با وجود این اکثر زنانی که از ایمپلنتها استفاده می‌کنند چنین تغییراتی را گزارش نمی‌کنند و حتی بعضی از آنها اظهار می‌کنند که هم خلق و هم میل جنسی آنها بهبود یافته است. اظهار نظر در مورد اینکه آیا چنین تغییراتی در اثر ایمپلنتها است یا به دلایل دیگر، مشکل است. شواهدی مبنی بر تاثیر ایمپلنتها بر رفتار جنسی زنان وجود ندارد.

۹. آیا زنان سنگین وزن باید از مصرف ایمپلنتها اجتناب کنند؟

خیر، با وجود این زنان باید بدانند در صورت استفاده از Norplant یا Jadelle برای کسب حداقل اثر جلوگیری از حاملگی باید ایمپلنت خود را زودتر تعویض کنند. در مطالعاتی در مورد ایمپلنت نوع Norplant میزان حاملگی بین زنانی با وزن ۷۰-۷۹ کیلو گرم، ۲ مورد در ۱۰۰ زن در سال ششم استفاده بود. چنین زنانی در صورت تمایل به ادامه روش باید بعد از ۵ سال، ایمپلنت خود را تعویض کنند. در بین زنان دارای وزن ۸۰ کیلو گرم و بیشتر که از ایمپلنت نوع Norplant یا Jadelle استفاده می‌کرند میزان حاملگی ۶ مورد در ۱۰۰ زن در سال پنجم استفاده بود. این زنان باید ایمپلنتها را پس از ۴ سال تعویض کنند. مطالعات روی Implanon نشان نداده‌اند وزن بالا تاثیر آن را در طی مدت تایید شده برای استفاده از این نوع ایمپلنت کاهش دهد.

۱۰. در صورت وجود کیست تخدمانی در استفاده کنندگان ایمپلنت چه باید کرد؟

اکثر کیستها، کیستهای حقیقی نیستند بلکه در واقع ساختارهای پر از مایع در تخدمان (فولیکولها) هستند که در یک چرخه قاعده‌گی بیش از حد معمول به رشد ادامه داده‌اند. این کیستها ممکن است سبب درد خفیف شکم شوند اما در صورتی که بطور غیرعادی بزرگ شده، پیچ خورده یا پاره شوند نیاز به درمان دارند. این فولیکولها معمولاً بدون درمان از بین می‌روند (به قسمت درد شدید قسمت تحتانی شکم در ص ۱۲۱ مراجعه کنید).

۱۱. چه زمانی ایمپلنتهای Norplant دیگر در دسترس نخواهند بود؟

کارخانه سازنده ایمپلنتهای نوع Norplant را تا سال ۲۰۱۱ تولید خواهد کرد و انتظار می‌رود Norplant را با محصول جدیدتر یعنی Jadelle جایگزین کند. ایمپلنت نوع Jadelle مشابه Jadelle هستند (به قسمت مقایسه ایمپلنتها در ص ۳۵۲ مراجعه کنید). جاگذاری و خارج کردن Jadelle آسانتر و سریعتر است چون در مقایسه با ۶ عدد کپسول Norplant ، تنها ۲ کپسول دارد. مطالعه‌ای نشان داده که ارائه دهنده خدمات بهداشتی می‌تواند به اسانی Norplant را به Jadelle تغییر دهد. آنها جاگذاری و خارج کردن آسانتر Jadelle را ترجیح می‌دهند.

۱۲. آیا یک زن می‌تواند بلافاصله پس از جاگذاری ایمپلنت‌ها شروع بکار کند؟

بلی. یک زن بلافاصله پس از ترک درمانگاه می‌تواند کارهای معمول خود را انجام دهد به شرط اینکه محل جاگذاری را تحت فشار قرار ندهد یا مرطوب نکند.

۱۳. آیا زن باید قبل از جاگذاری ایمپلنت تحت معاینه لگنی قرار گیرد؟

خیر. به جای معاینه لگنی، پرسیدن سوالات مناسب به ارائه دهنده خدمات بهداشتی کمک می‌کند تا بطور منطقی از عدم حاملگی او اطمینان حاصل کند (به چک لیست حاملگی در ص ۳۶۹ مراجعه کنید). هیچ وضعیت قابل تشخیص از طریق معاینه لگنی استفاده از ایمپلنتها را رد نمی‌کند.

وسیله داخل رحمی (IUD) حاوی مس Copper-Bearing Intrauterine Device

این فصل بطور عمدۀ وسیله داخل رحمی A TCu-۳۸۰ را توضیح می‌دهد (برای وسیله داخل رحمی لوونورژسترلی، صفحه ۱۴۹ مراجعه کنید).

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- جلوگیری طولانی مدت از حاملگی. نشان داده شده که به مدت ۱۲ سال بسیار مؤثر باشد و بلافضلۀ پس از خارج کردن این اثر قابل بازگشت است.
- جاگذاری آن در رحم توسط ارائه دهنده‌ای که آموزش خاصی در این زمینه دیده است انجام می‌شود.
- پس از جاگذاری IUD نیاز کمی به مداخله فرد وجود دارد.
- تغییرات خونریزی شایع هستند. معمولاً خونریزی طولانی و شدیدتر و درد یا کرامپ‌های زیاد در طول خونریزی ماهیانه، مخصوصاً در ۳-۶ ماه اول، ایجاد می‌شود.

وسیله داخل رحمی چیست؟

- وسیله داخل رحمی (IUD) حاوی مس، یک قالب پلاستیکی قابل انعطاف کوچک حاوی بازو‌های مسی یا سیم مسی دور آن است. ارائه دهنده‌ای که آموزش خاصی در این زمینه دیده از طریق واژن و دهانه رحم آن را داخل رحم زن قرار می‌دهد.
- تقریباً همه انواع IUD حاوی یک یا دو نخ هستند که به آنها بسته شده است. نخ‌ها از دهانه رحم به داخل واژن آویزان می‌شوند.
- بطور عمدۀ از طریق ایجاد تغییر شیمیایی سبب آسیب اسperm و تخمک قبل از رسیدن آنها بهم می‌شود.

میزان تأثیر آنها چقدر است؟

یکی از روش‌های بسیار مؤثر و طولانی اثراست:

- 
- کمتر از یک حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از IUD (۶-۸ مورد در هر ۱۰۰۰ زن) در سال اول ایجاد می‌شود. این بدین معنی است که از هر ۱۰۰۰ زن استفاده کننده از IUD ۹۹۲ تا ۹۹۴ نفر حامله نخواهد شد.
- بعد از سال اول مصرف، خطر کمی از حاملگی وجود دارد و این میزان تا زمانی که از IUD استفاده می‌شود پا بر جاست.
- طی ۱۰ سال استفاده از IUD : حدود ۲ حاملگی در ۱۰۰ زن
- مطالعات نشان داده‌اند که A TCu-۳۸۰ به مدت ۱۲ سال مؤثر است. با وجود این برای A TCu-۳۸۰ برچسب مصرف تا ۱۰ سال زده شده است. ارائه دهنگان خدمات باید رهنمودهای برنامه را در مورد زمان خارج کردن IUD اجرا کنند.

بازگشت قدرت باروری بعد از برداشتن *IUD*: تأخیری وجود ندارد.
محافظت در برابر بیماریهای آمیزشی (*STIs*): محافظتی ایجاد نمی‌کند.

آثار جانبی، فواید سلامت، خطرهای سلامت و عوارض

آثار جانبی (به میریت مشکلات در صفحه ۱۴۲ مراجعه کنید).

بعضی از مصرف کنندگان موارد زیر را گزارش می‌کنند:

- تغییرات در الگوهای خونریزی (خصوصاً در ۳-۶ ماه اول) شامل:
 - خونریزی شدید و طولانی مدت ماهیانه
 - خونریزی نامنظم
- درد و کرامپ زیاد هنین خونریزی ماهیانه

خطرهای شناخته شده سلامت

کمتر شایع:

- در صورتی که زن قبل از استفاده از *IUD* دچار کم خونی باشد، آن را تشید می‌کند، چون سبب افزایش خونریزی ماهیانه می‌شود.
- نادر: در صورتی که زن در زمان *IUD* گذاری دچار کلامیدیا یا سوزاک باشد ممکن است سبب بیماری التهابی لگن (PID) شود.

فواید شناخته شده سلامت

کمک به حفاظت در مقابل:

- خطرهای ناشی از حاملگی

کمک احتمالی به حفاظت در مقابل:

- سرطان لایه داخلی رحم (سرطان آندومتر)

عارض

نادر:

- سوراخ شدن دیواره رحم توسط *IUD* یا وسیله جاگذاری *IUD*. معمولاً بدون درمان بهبود می‌یابد.
- سقط، زایمان زودرس، یا عفونت در موارد نادری که زن با وجود *IUD* در محل خود حامله می‌شود.

اصلاح موارد درگ نادرست (به قسمت پرسشها و پاسخها در ص ۱۴۶ نیز مراجعه کنید).

وسایل داخل رحمی:

- بندرت منجر به PID می‌شوند.
- خطر ابتلا به عفونتهای آمیزشی از جمله HIV را افزایش نمی‌دهند.
- پس از خارج کردن *IUD* در صورت حامله شدن، خطر سقط خودبه‌خود را افزایش نمی‌دهند.
- سبب نازایی زنان نمی‌شوند.
- سبب نواقص زمان تولد نمی‌شوند.
- سبب سرطان نمی‌شوند.
- به سمت قلب یا معز حرکت نمی‌کنند.
- در طول نزدیکی جنسی سبب ناراحتی یا درد زن نمی‌شوند.
- خطر حاملگی خارج از رحم را بطور اساسی کاهش می‌دهند.

چرا پرخی زنان می‌گویند که IUD را دوست دارند؟

- بطور خیلی مؤثر از حاملگی پیشگیری می‌کند.
- مصرف آن طولانی مدت است.
- بعد از جاگذاری IUD هزینه‌های بعدی را ندارد.
- پس از جاگذاری IUD نیازی به مداخله مصرف کننده وجود ندارد.



چه کسانی می‌توانند از IUD حاوی مس استفاده کنند و چه کسانی نمی‌توانند؟

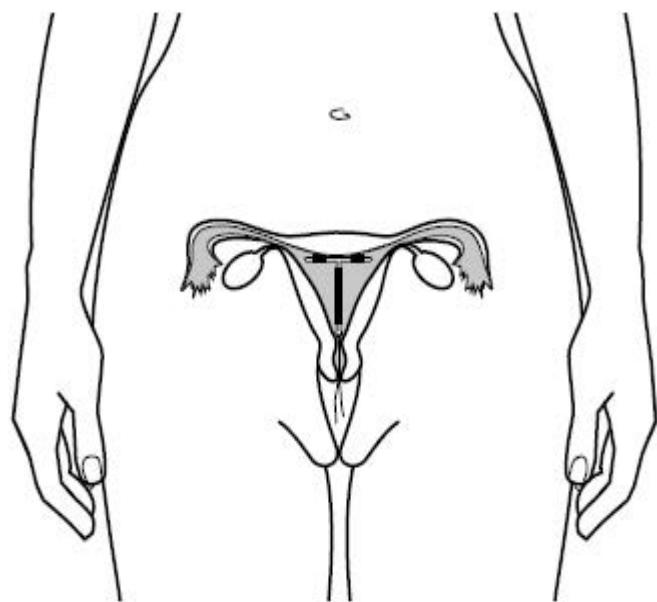
سلام و مناسب تقریباً برای همه زنان

بیشتر زنان می‌توانند از IUD بطور سالم و مؤثر استفاده کنند از جمله زنانی که:

- فرزند دارند یا بدون فرزند هستند.
- ازدواج نکرده‌اند.
- در هر سنی هستند، شامل نوجوانان و زنان بالای ۴۰ سال.
- اخیراً سقط القایی یا خودبه‌خودی داشته‌اند (اگر شواهدی از عفونت وجود نداشته باشد).
- در مرحله شیردهی هستند.
- کارجسمی سختی دارند.
- سابقه حاملگی خارج از رحمی دارند.
- سابقه بیماری التهابی لگن دارند.
- دچار عفونت‌های واژینال هستند.
- مبتلا به کم‌خونی هستند.
- آلوده به HIV هستند یا تحت درمان ضدترزوپریوسها بوده و وضعیت عمومی آنها خوب است (به قسمت IUD‌ها برای زنان آلوده به HIV در صفحه ۱۳۲ مراجعه کنید).

زنان با توجه به موارد زیر می‌توانند استفاده از IUD‌ها را شروع کنند.

- بدون آزمایش از نظر بیماریهای آمیزشی
- بدون آزمایش از نظر HIV
- بدون انجام آزمایشهای خونی یا سایر تستهای روتین آزمایشگاهی
- بدون غربالگری سرطان دهانه رحم
- بدون معاینه پستان



IUD های حاوی مس

سوالات زیر را در مورد شرایط شناخته شده طبی از مراجعه کننده بپرسید. اگر به تمام سوالات پاسخ "خیر" بدهد، می‌تواند در صورت تمایل از IUD استفاده کند. اگر به سؤالی پاسخ بله دهد دستور العمل مربوطه را دنبال کنید. در بعضی موارد او هنوز هم می‌تواند از IUD استفاده کند. این سوالات برای IUD لونورژسترونل نیز کاربرد دارد. (به صفحه ۱۴۹ مراجعه کنید).

۱. آیا بیشتر از ۴۸ ساعت و کمتر از ۴ هفته قبل زایمان کردید؟

خیر بلی جاگذاری IUD را تا ۴ هفته یا بیشتر بعد از زایمان به تأخیر بیاندازید (به قسمت بلافاصله بعد از زایمان در صفحه ۱۴۰ مراجعه کنید).

۲. آیا به دنبال زایمان یا سقط دچار عفونت شده اید؟

خیر بلی اگر او در حال حاضر در ۶ هفته اول بعد از زایمان دچار عفونت اعضاً تناسلی (عفونت نفاسی) است یا دچار عفونت رحم مربوط به سقط (سقط عفونی) است، IUD گذاری نکنید. اگر او قبل از تحت مراقبت قرار نگرفته است، درمان کنید یا ارجاع دهید. به او کمک کنید تا روش دیگری را انتخاب کند و یا یک روش پیشنهاد نمائید. بعد از درمان از نظر استفاده از IUD مجدداً ارزیابی نمائید.

۳. آیا دچار خونریزی غیرطبیعی واژینال هستید؟

خیر بلی اگر خونریزی غیرطبیعی واژینال دارد که احتمال حاملگی یا وضعیت طبی زمینه‌ای را مطرح می‌کند، استفاده از IUD می‌تواند تشخیص و کنترل هر نوع درمانی را مشکل سازد. به او کمک کنید در مدت زمانی که ارزیابی و درمان می‌شود، روش دیگری (غیر از IUD هورمونی، روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی یا ایمپلانت‌ها) را انتخاب کند. بعد از درمان برای استفاده از IUD مجدداً ارزیابی شود.

۴. آیا دچار شرایط و مشکلات مربوط به زنان (شرایط یا مشکلات مامایی یا زنان)، از قبیل سرطان دستگاه تناسلی یا سل لگنی هستید؟ اگر چنین است چه مشکلی دارید؟

خیر بلی در صورت وجود سرطان شناخته شده اخیر در دهانه رحم، آندومتر یا تخدمان، بیماری تروفیک‌پلاستیک حاملگی، یا سل لگنی IUD نگذارید. اگر قبل از تحت مراقبت قرار نگرفته است، درمان کنید یا ارجاع دهید. به او کمک کنید تا روش دیگری را انتخاب نماید. در مورد سل لگنی، بعد از درمان از نظر استفاده از IUD مجدداً ارزیابی کنید.

۵. آیا شما ایدز دارید؟

خیر بلی اگر او ایدز دارد IUD نگذارید مگر اینکه تحت درمان ضدترورویروسی بوده و وضعیت بالینی خوبی داشته باشد. اگر او آلوده به HIV است ولی ایدز ندارد، می‌تواند از IUD استفاده کند. اگر زنی که IUD دارد به ایدز مبتلا شود می‌تواند به استفاده از IUD ادامه دهد. (به مبحث IUD برای زنان آلوده به HIV در صفحه ۱۳۲ مراجعه کنید).

۶. بررسی کنید که آیا او از نظر فردی در معرض خطر بالای ابتلا به سوزاک یا کلامیدیا هست؟

خیر بلی زنانی که از نظر فردی در معرض خطر بالای ابتلا به سوزاک یا کلامیدیا هستند، نباید IUD بگذارند. (به بررسی زنان از نظر خطر عفونتهای آمیزشی در صفحه ۱۳۲ مراجعه کنید).

۷. از نظر احتمال حاملگی ارزیابی کنید؟

□ خیر □ بلی سوالات چک لیست حاملگی را از او بپرسید (به صفحه ۳۶۹ مراجعه کنید). اگر او به سوالی پاسخ بله داد، می‌تواند IUD بگذارد (به زمان شروع در صفحه ۱۳۴ مراجعه کنید).

* روش‌های پشتیبان شامل پرهیز از روابط جنسی، کاندوم‌های زنانه و مردانه، مواد اسپرمکش و روش منقطع هستند. به او بگوئید که مواد اسپرمکش و روش منقطع کمترین روش‌های جلوگیری از بارداری هستند. در صورت امکان، به او کاندوم بدھید.

برای طبقه‌بندی کامل به معیارهای مقیولیت طبی برای استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی در صفحه ۳۱۵ مراجعه کنید. مطمئن باشید توضیح کافی در مورد فواید و خطرهای سلامت و اثرات جانبی روشی که مراجعه کننده استفاده خواهد کرد، به وی داده‌اید. همچنین به شرایطی که روش را غیرقابل توصیه می‌کند، در صورتی که به او مربوط باشد، اشاره کنید.

استفاده از قضاوت بالینی در موارد خاص

معمولًا هر زنی که هر یک از شرایط فهرست شده در زیر را داشته باشد نباید IUD گذاری کند. با وجود این در وضعیتها خاص، زمانی که سایر روش‌های مناسب‌تر در دسترس و یا مورد قبول زن نیستند، ارائه کننده ماهر که می‌تواند دقیقاً شرایط و موقعیت خاص زن را بررسی کند، ممکن است تصمیم بگیرد که او می‌تواند از IUD استفاده کند. ارائه دهنده باید شدت وضعیت زن و در اغلب موارد امکان دسترسی او به پیگیری را مدنظر قرار دهد.

- بین فاصله زمانی ۴۸ ساعت تا ۴ هفته بعد از زمان زایمان قرار دارد.
- بیماری غیرسرطانی (خوش خیم) تروفولاستیک حاملگی
- سرطان فعلی تحملان
- در زمان جاگذاری IUD از نظر فردی در معرض خطر بالایی برای ابتلا به سوزاک یا کلامیدیا قرار دارد.
- مبتلا به ایدز هست و تحت درمان ضد رتروویروسی نبوده و از نظر بالینی وضعیت خوبی دارد.
- مبتلا به لوپوس سیستمیک همراه با ترومبوسیتوپنی شدید هست.

سؤالات غربالگری برای معاینه لگنی قبل از جاگذاری IUD

حين معاینه لگنی پرسیدن سوالات زیر از خودتان کمک می‌کند تا علائم و ضعیتهایی را که جاگذاری IUD را ممنوع خواهد کرد بررسی نمایید. اگر پاسخ به تمام سوالات خیر هست مراجعته کننده می‌تواند از IUD استفاده کند. اگر پاسخ به یک سوال، بله هست IUD را نگذارید.

برای سوالات یک تا پنج اگر پاسخ بله هست برای تشخیص و درمان مناسب ارجاع دهید. به او کمک کنید روش دیگری را انتخاب و اگر با هر خطرابتلا به عفونتهای آمیزشی (STIs) مواجه هست، در مورد استفاده از کاندوم با او مشاوره کنید. در صورت امکان به او کاندوم دهید. اگر بیماری آمیزشی یا بیماری التهابی لگن (PID) تأیید شود و او هنوز تمایل به استفاده از IUD دارد به محض اتمام درمان در صورتی که در معرض خطر عفونت مجدد نباشد، ممکن است IUD گذاشته شود.

۱. آیا هر نوع زخمی روی فرج، واژن یا دهانه رحم وجود دارد؟

خیر بلی احتمال بیماری آمیزشی وجود دارد.

۲. آیا هنگام حرکت دادن سروویکس در قسمت تحتانی شکم احساس درد وجود دارد؟

خیر بلی احتمال PID وجود دارد.

۳. آیا حساسیت در رحم، تخدمانها یا لوله‌های رحمی (حساسیت آندکسها) وجود دارد؟

خیر بلی احتمال PID وجود دارد.

۴. آیا ترشحات چرکی دهانه رحم وجود دارد؟

خیر بلی احتمال STI یا PID وجود دارد.

۵. آیا دهانه رحم در زمان تماس به راحتی خونریزی می‌کند؟

خیر بلی احتمال STI یا سرطان سروویکس وجود دارد.

۶. آیا اختلال آناتومیکی در حفره رحم وجود دارد که مانع جاگذاری صحیح IUD شود؟

خیر بلی اگر یک اختلال آناتومیکی باعث تغییر شکل حفره رحم شده باشد، ممکن است جاگذاری مناسب IUD امکان پذیر نباشد. به او کمک کنید روش دیگری را انتخاب نماید.

۷. آیا تعیین اندازه و موقعیت رحم برای شما مقدور نیست؟

خیر بلی تعیین اندازه و موقعیت رحم قبل از جاگذاری IUD برای اطمینان از قرارگیری IUD در محل مناسب و کاهش خطر سوراخ شدن مهم است. اگر نتوانستید موقعیت رحم را تعیین کنید، IUD را نگذارید. به او کمک تا روش دیگری را انتخاب نماید.

دستگاه داخل رحمی برای زنان آلوده به HIV

- در زنانی که در معرض خطر HIV یا آلوده به آن هستند می‌توان IUD را بطور بی‌خطر جاگذاری کرد.
- در زنانی که AIDS داشته، تحت درمان ضد رتروپریوسی (ARV) بوده و از نظر بالینی وضعیت خوبی دارند. می‌توان IUD را بطور بی‌خطر جاگذاری کرد.
- در زنانی که AIDS دارند اما تحت درمان ARV نیستند و یا کسانی که شرایط بالینی مناسبی ندارند، نمی‌توان از IUD استفاده کرد.
- اگر در زنی که IUD دارد، ایدز بروز کند نیازی به خارج کردن IUD نیست.
- زنانی که از IUD استفاده می‌کنند و دچار AIDS هستند باید از نظر بیماری التهابی لگن کنترل شوند.
- این زنان را تشویق کنید تا از کاندوم همراه با IUD استفاده کنند. استفاده مستمر و صحیح از کاندوم‌ها به پیشگیری از انتقال HIV و سایر بیماریهای آمیزشی کمک می‌کند.

بررسی زنان از نظر خطر عفونتهای آمیزشی

زنی که در حال حاضر سوزاک یا کلامیدیا دارد نمی‌تواند از IUD استفاده کند. وجود بیماریهای آمیزشی در زمان جاگذاری IUD ممکن است خطر بیماری التهابی لگن را افزایش دهد. با وجود این تشخیص بالینی بیماریهای آمیزشی ممکن است مشکل باشد و تست‌های آزمایشگاهی قابل اطمینان وقت گیر، گران و اغلب غیرقابل دسترس هستند. بدون وجود علامت یا نشانه‌های بالینی و بدون تست‌های آزمایشگاهی، تنها اندیکاسیونی که ممکن است زن احتمال ابتلای قبلی به بیماریهای آمیزشی داشته باشد این است که رفتار او یا موقعیتش او را در خطر فردی بسیار بالای عفونت قرار می‌دهد اگر این خطر برای یک زن خیلی بالا باشد بطور کلی نباید برای او IUD گذاشته شود*. (میزانهای شیوع منطقه‌ای بیماریهای آمیزشی مبنای برای قضاوت در مورد خطر فردی نیستند).

مجموعه سوالات همگانی که تبیین کند آیا زنی در خطر فردی خیلی بالای سوزاک و کلامیدیا هست یا خیر وجود ندارد. به جای پرسیدن سوالات، ارائه دهنگان خدمات می‌توانند با زن در مورد رفتارهای شخصی و موقعیت‌های موجود در جامعه خود که احتمال تماس زنان را با عفونتهای آمیزشی بیشتر می‌کنند، بحث کنند. اقداماتی که باید انجام شوند:

۱. به او بگوئید زنی که در معرض خطر خیلی زیاد ابتلا به STI‌ها هست، معمولاً نباید برای او IUD گذاشته شود.

* در مقابل، اگر موقعیت فعلی استفاده کننده IUD تغییر کند و او خود را در معرض خطر فردی خیلی بالای سوزاک یا کلامیدیا یابد، می‌تواند IUD خود را حفظ نماید.

۲. از زن بخواهید که خطر فردی خودش را در نظر بگیرد و در مورد اینکه آیا ممکن است داشته باشد، فکر کند. غالباً یک زن بهترین داور خطر خودش است. او مجبور نیست در مورد رفتار خود و یا رفتار شریک جنسی خود به ارائه دهنده خدمات چیزی بگوید. ارائه دهنگان خدمات می‌توانند در مورد موقعیت‌های خطرناکی که ممکن است زن را در خطر فردی خیلی بالا قرار دهند توضیح دهند. او می‌تواند در مورد اینکه آیا چنین موقعیت‌هایی اخیراً برای وی رخ داده است یا نه فکر کند (در ۳ ماه گذشته یا حوال و حوش آن). اگر چنین است او ممکن است در حال حاضر دچار STI باشد و بخواهد روشی غیر از IUD انتخاب نماید.

موقعیت‌های احتمالاً خطرناک عبارتند از:

همه این موقعیت‌ها در صورتی که زن یا شریک جنسی او بطور مستمر و صحیح از کاتوم استفاده کنند خطر کمتری ایجاد می‌کنند

- شریک جنسی او نشانه‌های STI مثل خروج چرک از آلت، درد یا سوزش در حین ادرارکردن، یا زخم باز در ناحیه تناسلی داشته باشد.
- زن یا شریک جنسی او اخیراً STI تشخیص داده شده داشته‌اند.
- او اخیراً بیش از یک شریک جنسی داشته است.
- زن یک شریک جنسی داشته که او شرکای جنسی دیگری اخیراً داشته است.

همچنین ارائه دهنده خدمات می‌تواند سایر موقعیت‌های خطرناک محلی را توضیح دهد.

۳. از او بپرسید که آیا تصور می‌کند کاندید خوبی برای IUD است و یا دوست دارد از سایر روش‌های جلوگیری از حاملگی استفاده کند. اگر بعد از در نظر گرفتن خطر فردی خود فکر می‌کند که کاندید خوبی برای IUD است برای او IUD بگذارید. اگر او می‌خواهد از سایر روشها استفاده کند یا اگر شما دلیل محکمی دارید که مراجعت کننده در خطر فردی خیلی بالایی از عفونت است به او کمک نمائید تا روش دیگری را انتخاب نماید.

توجه: اگر در حالیکه در معرض خطر فردی خیلی بالایی از سوزاک و کلامیدیا هست، هنوز تمایل به استفاده از IUD دارد و آزمایش‌های قابل اطمینان در دسترس هستند و نتیجه آزمایش او منفي است می‌تواند از IUD استفاده کند. زنی که نتیجه آزمایش او مثبت است به محض اتمام درمان اگر در زمان جاگذاری در معرض خطر عفونت مجدد نباشد، می‌تواند از IUD استفاده کند.

در شرایط خاص، اگر سایر روش‌های مناسبتر در دسترس نبوده و یا قابل قبول نیستند، ارائه دهنده خدمات بهداشتی که می‌تواند دقیقاً شرایط و موقعیت خاص زن را با دقت بررسی کرده و تصمیم بگیرد زنی که در معرض خطر فردی بالا قرار دارد می‌تواند از IUD استفاده کند. حتی اگر آزمایش STI در دسترس نباشد (بسته به شرایط محیطی، مراقب ممکن است درمان او را با دوز کامل درمانی از آنتی‌بیوتیکهای مؤثر بر هر دو بیماری سوزاک و کلامیدیا در نظر بگیرد و IUD را بعد از اتمام درمان جاگذاری کند). با یا بدون دریافت درمان احتمالی بدون توجه به اینکه او تحت درمان فرضی است ارائه دهنده خدمات باید مطمئن شود که زن برای ویزیت مجدد مراجعت خواهد کرد، به دقت از نظر عفونت کنترل خواهد شد و اگر نیاز باشد بلافارسله درمان خواهد شد. او باید از مراجعت کننده بخواهد در صورتی که دچار تب و درد قسمت تحتانی شکم یا ترشحات غیرطبیعی واژینال یا هر دو شد، بلافارسله مراجعته کند.

ارائه وسیله داخل رحمی

زمان شروع

نکته مهم: در موارد زیادی زن می‌تواند استفاده از IUD را هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان داشته باشد شروع کند. برای اینکه بطور منطقی از عدم حاملگی او مطمئن شوید از چک لیست حاملگی استفاده کنید (به صفحه ۳۶۹ مراجعه کنید).

موقعيت زن	زمان شروع	قادعگی
بلا فاصله	در هر زمان از ماه	پرقرابودن سیکلهاي
	اگر او استفاده از IUD را در عرض ۱۲ روز بعد از شروع خونریزی ماهیانه آغاز می‌کند، نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.	•
	اگر بیش از ۱۲ روز از شروع خونریزی ماهیانه می‌گذرد، هر زمانی که بطور منطقی مطمئن باشد که حامله نیست، می‌توان جاگذاری IUD را انجام داد. نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.	•
تعویض از روش دیگر	بلافاصله، در صورتی که از آن روش بطور صحیح و مستمر استفاده می‌کرده است و یا از طریق دیگری اطمینان منطقی حاصل شود که وی باردار نیست. نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.	•
	در صورت تعویض روش از روشهای تزریقی، می‌تواند در زمان تزریق بعدی به جاگذاری IUD اقدام کند. نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.	•
بلافاصله بعد از زایمان	هر زمان در عرض ۴۸ ساعت بعد از زایمان (به فرد ارائه دهنده‌ای که آموزش ویژه‌ای در زمینه جاگذاری IUD پس از زایمان دیده نیاز هست).	•
	اگر بیش از ۴۸ ساعت از زایمان گذشته است، جاگذاری IUD را تا ۴ هفته یا بیشتر پس از زایمان به تأخیر بیندازید.	•
شیردهی کامل یا تقریباً کامل	در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، هر زمانی بین ۴ هفته و ۶ ماه پس از زایمان می‌توان برای او IUD جاگذاری کرد.	•
	در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، همانند توصیه برای زنان دارای دوره‌های قاعده‌گی می‌توان IUD را جاگذاری کرد.	•
بیش از ۶ ماه پس از زایمان	در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، در صورتی که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان حاصل شود، می‌توان IUD را جاگذاری کرد. نیازی به روش پشتیبان نیست.	•
	در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، همانند توصیه برای زنان دارای دوره‌های قاعده‌گی می‌توان IUD را جاگذاری کرد.	•
شیردهی نسبی یا عدم شیردهی (یا بیشتر از ۴ هفته پس از زایمان)	در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، در صورتی که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان حاصل شود، می‌توان IUD را جاگذاری کرد. نیازی به روش پشتیبان نیست.	•
	در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، همانند توصیه برای زنان با دوره‌های قاعده‌گی می‌توان IUD را جاگذاری کرد.	•

**عدم وجود خونریزی
ماهیانه (بدون ارتباط با
زایمان یا شیردهی)**

- هر زمانی که بتوان تعیین کرد که حامله نیست. نیازی به روش پشتیبان نیست.

**بعد از سقط خود به خودی
یا القایی**

- بلافضله، اگر IUD در عرض ۱۲ روز پس از سقط ۳ ماهه اول یا دوم گذاشته می‌شود و عفونتی وجود ندارد. نیازی به روش پشتیبان نیست.
- اگر بیش از ۱۲ روز از سقط ۳ ماه اول یا دوم می‌گذرد و عفونتی وجود ندارد، هر زمانی که با اطمینان بداند که حامله نیست می‌توان IUD را جاگذاری کرد. نیازی به روش پشتیبان نیست.
- اگر عفونت وجود دارد او را درمان کنید یا ارجاع دهید و به مدد جو کمک کنید تا روش دیگری را انتخاب نماید. اگر او هنوز خواهان IUD است پس از بهبود کامل عفونت می‌توان IUD را جاگذاری کرد.
- جاگذاری IUD پس از سقط سه ماهه دوم نیاز به آموزش خاصی دارد. اگر ارائه دهنده خدمات این دوره آموزشی را نگذرانده است، جاگذاری را حافظل تا ۴ هفته پس از سقط به تأخیر اندازید.

**برای جلوگیری فوریتی از
حاملگی**

- در عرض ۵ روز بعد از نزدیکی جنسی محافظت نشده زمانی که بتوان زمان تخمک‌گذاری را تاخیین زد، زن می‌تواند تا ۵ روز بعد از تخمک‌گذاری از IUD استفاده کند. گاهی این زمان ممکن است بیش از ۵ روز بعد از نزدیکی جنسی محافظت نشده باشد.

**بعد از مصرف قرصهای
جلوگیری فوریتی از
حاملگی (ECPs)**

- می‌توان IUD را در همان روز که زن از ECP‌ها استفاده می‌کند جاگذاری کرد. نیازی به روش پشتیبان نیست.

پیشگیری از عفونت در زمان جاگذاری IUD

تکنیک جاگذاری مناسب به پیشگیری از بسیاری از مشکلات از قبیل عفونت، دفع و سوراخ شدن کمک می‌کند.



- روشهای مناسب پیشگیری کننده از عفونت را بکار ببرید.

از وسایل گندزدایی شده در سطح بالا (high-level disinfected) یا استریل استفاده کنید. گندزدایی در سطح بالا با جوشاندن، بخاردادن یا خیساندن وسایل در ماده شیمیایی گندزدا آنجام دهید.

از یک IUD استریل تازه که همراه با وسیله جاگذاری اش بسته‌بندی شده است استفاده کنید.

بهترین تکنیک جاگذاری IUD، روش بدون لمس (no-touch) است. در این روش، IUD آماده شده یا هیسترومتر نباید با سطوح غیراستریل مانند دستها، اسپکولوم، واژن و قسمت فوکانی میز تماس پیدا کنند. روش بدون لمس شامل موارد زیر است:

- برای اجتناب از تماس با IUD، آن را زمانی که هنوز داخل بسته بندی استریل است داخل وسیله جاگذاری قرار دهید.
- دهانه رحم را قبل از جاگذاری IUD بطور کامل ضدعفونی کنید.
- مراقب باشید هیسترومتر یا IUD با دیواره‌های واژن یا تیغه‌های اسپکولوم تماس پیدا نکند.
- هیسترومتر و IUD آماده شده را فقط یکبار از دهانه رحم عبور دهید.

توصیه‌هایی در مورد آثار جانبی

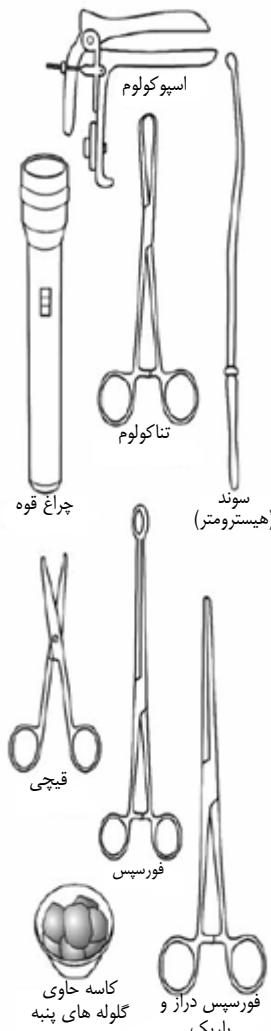
نکته مهم: مشاوره دقیق در مورد تغییرات خونریزی باید قبل از جاگذاری IUD انجام شود. مشاوره در مورد تغییرات خونریزی ممکن است مهمترین کمکی باشد که زن جهت تداوم استفاده از روش جلوگیری فعلی خود نیاز دارد.

-
- | | |
|-------------------------------|---|
| در مورد شایعترین عوارض | <ul style="list-style-type: none">• تغییرات در الگوی خونریزی او:- خونریزی ماهیانه طولانی و شدید- خونریزی نامنظم- احساس کرامپ و درد بیشتر در طی خونریزی ماهیانه |
|-------------------------------|---|

-
- | | |
|--------------------------------|---|
| در پاره این اثرات جانبی | <ul style="list-style-type: none">• تغییرات خونریزی علائمی از بیماری نیستند.• معمولاً بعد از چند ماه اول بعد از جاگذاری کاهش می‌یابند.• هر زمان که آثار جانبی او را آزار دهنده می‌تواند برای دریافت کمک مراجعه کند. |
|--------------------------------|---|

جاگذاری IUD

- روش جاگذاری را توضیح دهید.
- به او اسپکولوم، تناکولوم، IUD و وسیله جاگذاری را در داخل بسته بندی-اش نشان دهید.
 - به او بگویید طی جاگذاری IUD احساس ناراحتی یا کرامپ خفیفی خواهد داشت که طبیعی است.
 - از او بخواهید که هر موقع احساس ناراحتی یا درد داشت به شما بگوید.
 - می‌توان برای کاهش درد و کرامپ ۳۰ دقیقه قبلاً از جاگذاری IUD، از فرص ایبوپروفن (۶۰۰ - ۲۰۰ mg)، پاراستامول (۱۰۰۰-۳۲۵ mg) یا سایر ضددردها استفاده کرد. به او آسپرین ندهید، چون انعقاد خون را آهسته می‌کند.
- با او در طی انجام روش صحبت کنید.
- مرحله به مرحله به او بگوئید چه اتفاقی می‌افتد و به او اطمینان دهید.
 - به او قبل از مرحله‌ای که ایجاد درد می‌کند یا ممکن است او را از جا پیراند، هشدار دهید.
 - هر چند لحظه یکبار از او بپرسید که آیا احساس درد می‌کند.



شرح روش جاگذاری

زنی که IUD را انتخاب می‌کند لازم است بداند در طی جاگذاری IUD چه اتفاقی می‌افتد. توضیح زیر می‌تواند به شرح این روش به او کمک کنند. پادگیری جاگذاری IUD نیاز به آموزش و تمرین تحت نظارت مستقیم دارد. بنابراین توضیح زیر مختصر بوده و جزئیات را آموزش نمی‌دهد.

- برای ارزیابی واحد شرایط بودن زن برای IUD گذاری ارائه دهنده خدمات باید یک معاینه لگنی را طرح ریزی کند به سؤالات غربالگری برای معاینه لگن قبل از جاگذاری IUD در صفحه ۱۳۱ مراجعه کنید. او باید نخست معاینه دو دستی انجام دهد و سپس برای مشاهده دهانه رحم اسپکولوم بگذارد.
- او باید واژن و سرویکس را با یک ماده ضد عفونی کننده مناسب تمیز کند.
- او به آرامی تناکولوم را از میان اسپکولوم وارد می‌کند و فقط تا حدی که دهانه رحم و رحم را ثابت نگه دارد، تناکولوم را به آرامی می‌بندد.
- به آرامی هسیترومتر را از سرویکس برای اندازه گیری عمق رحم و وضعیت آن از دهانه رحم عبور می‌دهد.
- در حالی که هنوز بسته استریل باز نشده است IUD را بداخل وسیله جاگذاری می‌گذارد.
- به آرامی و ملایمت IUD را وارد می‌کند و وسیله جاگذاری را خارج می‌کند.
- نخهای IUD را طوری می‌برد که حدود ۳ سانتی متر از دهانه رحم آویزان باشد.
- بعد از جاگذاری، زن تا وقتی که احساس آمادگی برای لباس پوشیدن بکند روی تخت معاینه دراز می‌کشد.

حمایت از مصرف کننده

دادن آموزش‌های خاص

منتظر کرامپ یا درد باشد	• تا چند روز بعد از جاگذاری IUD درد یا کرامپ انتظار می‌رود.
	• در صورت نیاز ایبوپروفن (۲۰۰-۶۰۰mg)، پاراستامول (۱۰۰-۳۲۵mg) یا سایر ضد دردها را پیشنهاد کنید.
	• همچنین ممکن است مقداری لکه‌بینی یا خونریزی بالافاصله بعد از جاگذاری IUD ایجاد شود. این حالت ممکن است ۳ تا ۶ ماه طول بکشد.
او می‌تواند نخ‌ها را کنترل کند.	• برای اطمینان از اینکه IUD هنوز در جایش است، اگر بخواهد می‌تواند هر چند وقت یکبار نخ IUD را بخصوص در چند ماه اول و بعد از خونریزی ماهیانه کنترل کند (به سوال ۱۴۷ ص ۱۰۱ مراجعه کنید).
مدت زمان پیشگیری از حاملگی	<ul style="list-style-type: none">در مورد اینکه چگونه زمان مراجعه را یادآوری کند با او صحبت کنید.در صورت امکان اطلاعات زیر را بصورت نوشته شده بر روی یک کارت یادآوری مانند کارت زیر به او داده و توضیح دهید:
	<ul style="list-style-type: none">- نوع IUD که دارد- زمان جاگذاری IUD- ماه و سالی که IUD باید خارج یا تعویض شود- اگر مشکل یا سوالی درباره IUD داشته باشد باید به کجا مراجعه کند.

کارت یادآور IUD

نام مراجعه کننده:

نوع IUD:

تاریخ جاگذاری:

IUD را خارج یا تعویض کنید: سال: ماه:

در صورت وجود هرگونه مشکل یا سوال مراجعه کنید به:

ویزیت پیگیری

- یک ویزیت پیگیری بعد از اولین خونریزی ماهیانه یا ۳ تا ۶ هفته بعد از جاگذاری IUD توصیه می‌شود. با وجوداین، صرفاً به علت مشکل یا غیرممکن بودن پیگیری نباید زنی را از استفاده از IUD محروم نمود.

”هر زمان خواستید مراجعه کنید“؛ دلایل مراجعه مجدد

به همه مراجعه‌کنندگان اطمینان دهید که هر زمان پذیرای آنان هستید. مثلًا: اگر چار مشکلی شد، سوالی دارد یا خواستار استفاده از روش دیگری است؛ تغییر عدهای در وضعیت سلامتی او رخ داده است؛ یا زمانی که فکر می‌کند حامله است. همچنین اگر:

- فکر کند که IUD در جای خود نیست برای مثال او:
 - احساس می‌کند که نخ‌ها ناپدید شده‌اند.
 - احساس می‌کند که قسمت سفت پلاستیکی IUD تا حدودی بیرون آمده است.
- نشانه‌هایی از بیماری التهابی لگن داشته باشد (درد افزایش‌یابنده یا شدید در قسمت تحتانی شکم، درد در حین نزدیکی جنسی، ترشحات غیرطبیعی واژینال، تب، لرز، تهوع یا استقراغ) مخصوصاً در ۲۰ روز اول بعد از جاگذاری.
- فکر می‌کند که شاید حامله باشد.

توصیه‌های عمومی سلامت: هر کس ناگهان احساس کند مشکلی جدی در مورد سلامتی او رخ داده است باید بلاfaciale در پی مراقبتهای طبی از ماما، پرستار یا پزشک برازد. به احتمال قوی روش جلوگیری از حاملگی علت این مشکل و وضعیت نیست اما او باید به ماما، پرستار یا پزشک بگوید که از چه روشی استفاده می‌کند.

کمک به استفاده کنندگان مداوم

ملاقات پیگیری بعد از جاگذاری (۳ تا ۶ هفته بعد از جاگذاری)

۱. در مورد سازگاری او با روش و رضایت او سؤال کنید. از او بپرسید آیا سؤالی یا موردی برای بحث وجود دارد.
۲. مخصوصاً در مورد اینکه آیا از تغییرات خونریزی نگران است، سؤال کنید. به او هر گونه اطلاعات یا کمک لازم را ارائه کنید. (به مدیریت مشکلات در صفحه ۱۴۲ مراجعه کنید.)
۳. از او بپرسید که آیا علایم زیر را دارد:
 - افزایش یا تشدید درد شکم یا درد در زمان نزدیکی جنسی یا ادرار کردن.
 - ترشحات غیرطبیعی واژینال
 - تب یا لرز
 - علایم یا نشانه‌های حاملگی (به صفحه ۳۶۸ علایم و نشانه‌های شایع مراجعه کنید).
 - قادر به لمس نخ (در صورت بررسی آنها) نباشد.
 - قسمت پلاستیکی سفت IUD تا حدودی بیرون آمده باشد.
۴. نیاز به انجام معاینه لگنی روتین در ویزیت پیگیری نیست. با وجود این شاید در بعضی جاها و برخی افراد، معاینه مناسب باشد. مخصوصاً اگر پاسخهای او، شما را به موارد زیر مشکوک کند معاینه لگنی انجام دهید:
 - بیماری آمیزشی یا بیماری التهابی لگن
 - بطور کامل یا نسبی خارج شده باشد.

در هر ویزیت

۱. از او در مورد سازگاری اش با روش و تغییرات خونریزی سؤال کنید (به ویزیت پیگیری بعد از جاگذاری IUD موارد ۱ و ۲ در صفحه قبل مراجعه کنید).
۲. از فردی که بصورت طولانی مدت از این روش استفاده می‌کند از مشکلات جدید در مورد سلامتی او سؤال کنید و بطور مناسب او را راهنمایی کنید. ممکن است تعویض روش برای مشکلات جدید در سلامتی ضرورت داشته باشد.
۳. از فردی که بصورت طولانی مدت از این روش استفاده می‌کند درباره تغییرات عده زندگی که ممکن است بر نیازهای او مؤثر باشند، مخصوصاً برنامه‌هایی برای داشتن فرزند و خطر HIV یا بیماری آمیزشی، سؤال کنید. مطابق نیاز پیگیری کنید.
۴. به او یادآوری کنید که تا چه مدت دیگر IUD از حاملگی جلوگیری خواهد کرد.

خارج کردن IUD

- نکته مهم:** زمانی که زنی بهر دلیلی، شخصی یا طبی، خواهان خارج کردن IUD خود است، ارائه کننده خدمات بهداشتی نباید از چنین کاری امتناع کند یا آن را به تأخیر بیاندازد. همه کارکنان باید درک نموده و موافقت نمایند که او را نباید برای ادامه استفاده از IUD تحت فشار یا زور قرار داد.
- اگر تحمل آثار جانبی برای زنی مشکل است ابتدا در مورد مشکلی که دارد بحث کنید (به مدیریت مشکلات در ص ۱۴۲ مراجعه کنید) دقت کنید که آیا او ترجیح می‌دهد مشکل خود را حل کند یا می‌خواهد IUD فوراً خارج شود.

خارج کردن IUD معمولاً آسان می‌باشد. می‌توان آن را در هر زمانی از ماه انجام داد. در زمان خونریزی ماهیانه، زمانی که دهانه رحم بطور طبیعی نرم می‌باشد، خارج کردن IUD ممکن است آسانتر باشد. در موارد پارگی رحم یا در صورت مشکل بودن خارج کردن، زن را به پزشک باتجربه‌ای که می‌تواند با استفاده از تکنیک مناسب IUD را خارج نماید، ارجاع دهید.

توضیح روش خارج کردن

- پیش از خارج کردن IUD توضیح دهید در طی خارج کردن چه اتفاقی خواهد افتاد.
۱. ارائه‌دهنده جهت مشاهده دهانه رحم و IUD اسپیکلومی را وارد کرده و بدقت دهانه رحم و واژن را با یک محلول ضد عفونی، مثل بتادین، تمیز می‌کند.
 ۲. از زن می‌خواهد که نفسهای آرام و عمیق کشیده و خود را شل کند. زن در صورت احساس درد در طی انجام این کار باید اطلاع دهد.
 ۳. با استفاده از فورسپس باریک، ارائه‌دهنده نخهای IUD را بآرامی و به آهستگی می‌کشد تا IUD بطور کامل از دهانه رحم خارج شود.

تغییر روش از IUD به روش دیگر

زمانی که مراجعه کننده روش جلوگیری از حاملگی خود را از IUD حاوی مس یا IUD هورمونی به روشی دیگر تغییر دهد دستورالعملهای زیر در تامین حفاظت بدون ایجاد وقهه‌ی در مقابل حاملگی کمک می‌کنند.

تغییر روش به	زمان شروع
فرصهای خوراکی ترکیبی (COCها)، فرصهای صرف پروژستینی (POPها)، روشهای تزریقی صرف پروژستینی، روشهای تزریقی ماهیانه، برچسبهای ترکیبی، حلقه‌های ترکیبی واژینال، یا ایمپلنتها	در صورت شروع در ۷ روز اول خونریزی ماهیانه (برای COCها و POPها ۵ روز اول خونریزی ماهیانه)، روش هورمونی را شروع کنید و IUD را خارج سازید. نیازی به استفاده از روش پشتیبان وجود ندارد.
کاندومهای مردانه و زنانه، مواد اسپرم کش، دیافراگمهای کلاهکهای سرویکس، یا روش منقطع	اگر روش را بعد از ۷ روز اول خونریزی ماهیانه (برای COCها و POPها ۵ روز اول خونریزی ماهیانه) آغاز کرده است و در این مدت نزدیکی جنسی نداشته است، می‌توان IUD را تا خونریزی ماهیانه بعدی نگهداشت، یا IUD را خارج کرد و به مدت ۷ روز (برای POPها ۲ روز) از روش پشتیبان استفاده نمود.
بلافاصله بعد از خارج کردن IUD روشی مبتتنی بر آگاهی از باروری	بعد از خارج کردن IUD در هر بار نزدیکی جنسی باید استفاده شوند.
عقیمسازی زنانه	در صورت انجام عقیم سازی در ۷ روز اول خونریزی ماهیانه، IUD را خارج کنید و عقیم سازی را انجام دهید. می‌توان IUD را تا ویزیت پیگیری بعدی از روش پشتیبان وجود ندارد.
وازکتومی	در صورت انجام عقیم سازی بعد از ۷ روز اول خونریزی ماهیانه، عقیم سازی را انجام دهید. می‌توان IUD را تا ویزیت پیگیری بعدی یا خونریزی ماهیانه بعدی نگهداشت. در صورتی که امکان ویزیت پیگیری وجود ندارد، IUD را در زمان عقیم سازی خارج کنید. نیازی به روش پشتیبان وجود ندارد.
در هر زمان	زن می‌تواند برای جلوگیری از حاملگی، IUD را تا ۳ ماه بعد از وازکتومی همسرش، تا زمان برقراری تأثیر کامل وازکتومی، نگهدارد.

مدیریت مشکلات

- مشکلاتی که به عنوان آثار جانبی یا عوارض گزارش می‌شوند.
- ممکن است ناشی از روش باشند یا ارتباطی با آن نداشته باشند.
- مشکلاتی که به صورت آثار جانبی یا عوارض بروز می‌کنند بر رضایت زن از IUD و استفاده از آن تأثیر می‌کنند. ارائه کننده روش باید به این موارد توجه داشته باشد. در صورت گزارش آثار جانبی یا عوارض، به نگرانیهای او گوش فرا دهد، توصیه‌هایی بکنید و در صورت نیاز درمان کنید.
- در صورت تمایل وی یا در صورتی که نتوان بر مشکلات فایق آمد، به او در انتخاب روش دیگر جلوگیری از بارداری کمک کنید.

خونریزی شدید یا طولانی مدت (بیش از حد معمول یا بیش از ۸ روز)

- به او اطمینان دهید که بسیاری از زنان دارای IUD چار خونریزی شدید یا طولانی می‌شوند. عموماً این مورد مضر نیست و معمولاً چند ماه پس از IUD گذاری کاهش می‌یابد یا قطع می‌شود.
- برای بهبود نسبی در کوتاه مدت می‌تواند موارد زیر را امتحان کند (در هر بار یک مورد مصرف شود):
 - ترانکرامیک اسید Acid Tranexamic (۱۵۰۰ mg) ۳ بار در روز به مدت ۳ روز و سپس ۱۰۰۰ mg یکبار در روز به مدت ۲ روز که با آغاز خونریزی شدید مصرف می‌شود.
 - داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) از قبیل ایبوپروفن (۴۰۰ mg) یا ایندومتاسین (۲۵ mg) دو بار در روز بعد از غذا به مدت ۵ روز، که با آغاز خونریزی شدید مصرف می‌شوند. سایر NSAIDs ها به جز آسپرین نیز ممکن است سبب بهبود خونریزی شدید یا طولانی شوند.
- در صورت امکان به او قرص آهن ارائه کنید و تأکید که مصرف غذای حاوی آهن مهم است (به قسمت کم خونی احتمالی در صفحه ۱۴۳ مراجعه کنید).
- در صورت تداوم خونریزی شدید یا طولانی مدت یا شروع آن چند ماه پس از داشتن خونریزیهای ماهیانه طبیعی یا به مدت طولانی بعد از IUD گذاری، یا اگر شک کنید که به دلایل دیگر مشکلی وجود دارد، به شرایط زمینه‌ای غیرمرتبط با روش جلوگیری توجه کنید (به قسمت خونریزی واژینال با علت نامشخص در صفحه ۱۴۵ مراجعه کنید).

خونریزی نامنظم (خونریزی در زمانهای غیرطبیعی که سبب ناراحتی زن می‌شود)

- به او اطمینان دهید که بسیاری از زنان دارای IUD چار خونریزی نامنظم می‌شوند. این مورد مضر نیست و معمولاً چند ماه پس از IUD گذاری کاهش می‌یابد یا قطع می‌شود.
- او برای تسکین نسبی در کوتاه مدت می‌تواند از NSAIDها از قبیل ایبوپروفن (۴۰۰ میلی گرم) یا ایندومتاسین (۲۵ میلی گرم) دو بار در روز به مدت ۵ روز استفاده کند. زمان شروع قرصها همزمان با آغاز خونریزی نامنظم است.
- در صورتی که خونریزی نامنظم ادامه یابد و یا چند ماه پس از خونریزی طبیعی شروع شود، یا شما شک کنید که به دلایل دیگر مشکلی وجود دارد، به شرایط زمینه‌ای غیرمرتبط با روش جلوگیری توجه کنید (به قسمت خونریزی واژینال با علت نامشخص در صفحه ۱۴۵ مراجعه کنید).

کرامپ و درد

- ممکن است در روز اول یا دوم بعد از جاگذاری IUD چار کرامپ و درد شود.
- توضیح دهید که در ۳-۶ ماه اول استفاده از IUD و بخصوص در طول خونریزی ماهیانه کرامپ شایع است. بطور کلی این عارضه مضر نیست و معمولاً با گذشت زمان کاهش می‌یابد.

- استفاده از آسپرین (mg ۳۲۵-۶۵۰)، ایبوپروفن (mg ۴۰۰-۶۰۰)، پاراستامول (mg ۱۰۰۰-۳۲۵) یا سایر تسکین‌دهنده‌ها را پیشنهاد کنید. اگر خونریزی شدید یا طولانی نیز دارد، به علت امکان افزایش خونریزی نباید آسپرین مصرف کند.

- اگر کرامپ مداوم بوده و غیر از زمان خونریزی ماهیانه اتفاق افتد، از نظر شرایط زمینه‌ای سلامت ارزیابی کنید و درمان کرده یا ارجاع دهید.
- اگر هیچ شرایط زمینه‌ای یافت نشد و کرامپ شدید است، در مورد خارج کردن IUD صحبت کنید.
- اگر IUD خارج شده چهار تغییر شکل شده است یا اگر خارج کردن آن مشکل بود نشان می‌دهد که IUD از محل مناسب خود جابه‌جا شده بود. به او توضیح دهید که می‌توان IUD جدید گذاشت که کرامپ کمتری ایجاد کند.

کم خونی احتمالی

- اگر ذخایر خونی آهن زن قبل از جاگذاری کم باشد و IUD سبب خونریزی شدید ماهیانه شود، ممکن است منجر به کم خونی شود.
- به استفاده کنندگان IUD که هر یک از علائم و نشانه‌های زیر را دارند توجه خاصی داشته باشد:

 - رنگ پریدگی قسمت داخلی پلکها یا بستر ناخنها، پوست رنگ پریده، خستگی یا ضعف، سرگیجه، بیقراری و کج خلقی، سردرد، وزوز گوشها، رخ زبان و ناخنها شکننده.
 - اگر امکان آزمایش خون وجود دارد، هموگلوبین کمتر از ۹ گرم در دسی لیتر یا هماتوکریت کمتر از ۳۰ در صورت امکان به او قرص آهن تجویز کنید.

- به او بگوئید که غذاهای حاوی آهن، مانند گوشت و ماکیان (خصوصاً گوشت گاو و جگر مرغ)، ماهی، سبزیجات برگ و سبز و حبوبات (لوبیا، لوبیا سبز، عدس و نخود فرنگی) مهم است.

شریک جنسی می‌تواند نخ IUD را حین فعالیت جنسی احساس کند

- توضیح دهید که این مسئله بعضی اوقات که نخها خیلی کوتاه بریده می‌شوند اتفاق می‌افتد.
- اگر احساس نخها شریک جنسی را ناراحت می‌کند اقدامات قابل انجام زیر را توضیح دهید.
- نخها را می‌توان کوتاهتر برید در این صورت نخها از مجاری دهانه رحم خارج نمی‌شوند. شریک جنسی او نخها را احساس نخواهد کرد، اما زن دیگر قادر به کنترل نخهای IUD خود نخواهد بود.
- اگر زن خواهان کنترل نخهای IUD خود است می‌توان IUD را خارج کرد و IUD جدیدی جاگذاری نمود (برای جلوگیری از ناراحتی، نخ‌ها باید طوری بریده شوند که ۳cm از دهانه رحم به بیرون اوریزان شوند).

درد شدید قسمت تحتانی شکم (شک به بیماری التهابی لگن (PID)

- بعضی از علائم و نشانه‌های معمول PID غالباً همراه با سایر وضعیتهاش شکمی، مانند حاملگی خارج از رحم نیز ایجاد می‌شوند. اگر حاملگی خارج از رحم رد شود از نظر PID بررسی کنید.
- در صورت امکان معاینات شکمی و لگنی را انجام دهید (به علائم و نشانه‌های شرایط خطرناک سلامت در ص ۳۱۱ از نظر علائم مربوط به معاینه لگن که PID را تأیید می‌کند، مراجعه کنید).
- اگر معاینه لگن امکان پذیر نیست و او ترکیبی از علائم و نشانه‌های زیر را همراه با درد قسمت تحتانی شکم دارد به PID شک کنید.
- ترشحات واژینال غیرطبیعی

- تب یا لرز

- درد در طی نزدیکی جنسی یا ادرار کردن

- خونریزی بعد از نزدیکی جنسی یا در فوacial خونریزیهای ماهیانه

- تهوع و استفراغ

- وجود توده حساس لگنی

- احساس درد هنگامی که شکم به آرامی فشرده می‌شود (حساسیت مستقیم شکمی) و یا زمانی که به آرامی فشرده شده و سپس به ناگهان رها می‌شود (حساسیت ارجاعی [rebound] شکم).

PID را درمان کنید یا فوراً جهت درمان ارجاع دهید.

bullet بعلت عواقب خطرناک PID ارائه دهنگان خدمات بهداشتی باید تمام موارد مشکوک، براساس علائم و نشانه‌های بالا، را درمان کنند. درمان هرچه زودتر باید شروع شود. در صورتیکه بلافضله آنتی بیوتیکهای مناسب تجویز شوند درمان در پیشگیری از عوارض طولانی مدت خیلی مؤثر است.

bullet از نظر سوزاک، کلامیدیا و عفونتهای باکتریایی بی‌هوایی درمان کنید. با مراجعه کننده در مورد استفاده از کاندوم مشاوره کنید و در صورت امکان به او کاندوم بدهید.

bullet در صورت تمایل زن به حفظ IUD، نیازی به خروج آن وجود ندارد اگر تمایل به خارج کردن IUD دارد، بعد از شروع درمان آنتی بیوتیکی IUD را خارج کنید (اگر IUD قرار است خارج شود، به قسمت تعویض روش از IUD به سایر روشها در ص ۱۴۱ مراجعه کنید).

درد شدید قسمت تحتانی شکم (شک به حاملگی خارج از رحم)

bullet شرایط زیادی می‌توانند سبب درد شکمی شوند. مخصوصاً در مورد علائم و نشانه‌های حاملگی خارج رحمی هشیار باشید. حاملگی خارج از رحم نادر بوده ولی می‌تواند تهدید کننده زندگی باشد (به سؤال ۱۱ در ص ۱۴۸ مراجعه کنید).

bullet در مراحل اولیه حاملگی خارج از رحم ممکن است نشانه‌های وجود نداشته باشد و یا خفیف باشد اما در نهایت تشذید خواهد یافت ترکیبی از علائم یا نشانه‌های زیر می‌توانند شک به حاملگی خارج از رحم را افزایش دهند:

- درد غیرعادی یا حساسیت شکم

- خونریزی غیرعادی واژینال یا عدم وجود خونریزی ماهیانه - مخصوصاً اگر این وضعیت تغییری از الگوی طبیعی خونریزی باشد.

- احساس سبکی در سر یا سرگیجه

- غش

bullet در صورت شک به حاملگی خارج از رحم یا سایر وضعیت‌های جدی سلامت، بلافضله برای تشخیص و مراقبت فوری ارجاع دهید. (برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد حاملگی خارج از رحم به عقیم سازی زنانه، اداره حاملگی خارج از رحم مراجعه کنید).

bullet اگر نشانه‌ها یا علایم شکمی فوق وجود نداشتند، او را از نظر بیماری التهابی لگن بررسی کنید (به قسمت درد شدید در قسمت تحتانی شکم در ص ۱۴۳ مراجعه کنید).

شک به سوراخ شدن رحم (پروفوراسیون)

bullet اگر در زمان جاگذاری IUD و یا اندازه‌گیری رحم با هیسترومتر به سوراخ شدن رحم مشکوک شدید، عمل را متوقف کنید (و اگر IUD را جاگذاری کرده‌اید خارج کنید) مراجعه کننده را در کلینیک تحت نظر قرار دهید.

- برای ساعت اول زن را در حالت استراحت در بستر نگهدارید و علیم حیاتی (فسار خون، نبض، تنفس و درجه حرارت) او را هر ۵-۱۰ دقیقه کنترل نمایید.
- اگر بعد از یک ساعت وضعیت زن ثابت باقی بماند از نظر علیم خونریزی داخل شکمی مانند هماتوکریت یا هموگلوبین پایین (در صورت امکان) و علائم حیاتی او را کنترل کنید و تا چند ساعت دیگر نیز او را تحت نظر قرار دهید. اگر هیچ علامت یا نشانه‌ای ندارد می‌توان او را به منزل فرستاد. اما تا ۲ هفته باید از نزدیکی جنسی خودداری کند. به او کمک کنید تا روش دیگری انتخاب کند.
- اگر او نبض سریع و افت فشار خون دارد، یا درد جدید یا تشدید درد را در اطراف رحم اظهار می‌کند او را به سطح بالاتر مراقبت ارجاع دهید.
- اگر در عرض ۶ هفته پس از جاگذاری IUD یا دیرتر به سوراخ شدن رحم مشکوک شدید که سبب بروز نشانه‌هایی می‌شوند او را جهت ارزیابی به پزشک ماهر در خارج کردن چنین IUD هایی ارجاع دهید. (به سؤال ۶، ص ۱۴۷ مراجعه کنید).

IUD بطور نسبی خارج شده است (دفع نسبی)

- اگر IUD بطور نسبی خارج شده است آن را خارج کنید. با مراجعه کننده در مورد اینکه آیا IUD دیگری می‌خواهد یا تمایل به استفاده از روش دیگری دارد مشاوره کنید. اگر IUD دیگری می‌خواهد می‌توان هر زمان جاگذاری نمود، اما باید بطور منطقی مطمئن شد که او حامله نیست. اگر تمایل به ادامه استفاده از IUD ندارد، کمک کنید تا روش دیگری را انتخاب کند.

IUD بطور کامل خارج شده است (خروج کامل)

- اگر مراجعه کننده گزارش دهد که IUD خارج شده است با او در مورد اینکه آیا IUD دیگری می‌خواهد یا تمایل به استفاده از روش دیگری دارد مشاوره کنید. اگر IUD دیگری می‌خواهد، در صورت اطمینان منطقی از حامله نبودن او می‌توان IUD را در هر زمانی جاگذاری کرد.
- اگر در مورد خروج IUD شک وجود دارد و مراجعه کننده نمی‌داند که آیا IUD خارج شده است یا نه، برای ارزیابی جابه‌جا شدن IUD بداخل شکم برای انجام رادیوگرافی یا سونوگرافی ارجاع دهید. در این فاصله به او یک روش پشتیبان ارائه کنید.

نایپدید شدن نخ‌ها (احتمال وقوع حاملگی، سوراخ شدن رحم یا خروج IUD وجود دارد)

- از مراجعه کننده موارد زیر را پیرسید:
- آیا او دیده که IUD دفع شده و چه زمانی.
- آخرین زمان لمس نخ‌ها چه زمانی بود.
- آخرین خونریزی ماهیانه او چه زمانی بوده است.
- آیا او نشانه‌ای از حاملگی دارد.
- آیا از زمانی که متوجه نایپدید شدن نخها شده است از روش پشتیبان استفاده کرده است.
- کار را همیشه با یک روش بی خطر و ساده و با ملایمت شروع کنید. نخ‌های IUD را در کانال سرویکس با استفاده از پنس جستجو کنید. در نیمی از موارد نخ‌های نایپدید شده IUD در داخل مجرای سرویکس یافت می‌شوند.
- اگر نخهای IUD در مجرای سرویکس یافت نشند یا به داخل رحم جابه‌جا شده‌اند و یا بدون اینکه زن متوجه شود IUD دفع شده است. قبل از انجام هرگونه اقدام تهاجمی از عدم حاملگی او اطمینان حاصل کنید برای ارزیابی او را ارجاع دهید. در موارد دفع IUD به او روش پشتیبان ارائه کنید.

مشکلات جدیدی که ممکن است مستلزم تعویض روش باشد

این ممکن است به روش مورد استفاده مربوط باشد یا ارتباطی به آن نداشته باشد.

خونریزی واژینال با علت ناشناخته (احتمال وجود شرایط طبی بدون ارتباط با روش مورد استفاده را مطرح می‌کند)

- او را ارجاع دهید یا با استفاده از شرح حال یا معاینه لگنی ارزیابی کنید. بطور مناسب تشخیص داده و درمان کنید.
- در طول مدت ارزیابی وی می‌تواند به استفاده از IUD ادامه دهد.
- در صورتی که علت خونریزی، بیماریهای آمیزشی یا بیماری التهابی لگن باشد می‌تواند به استفاده از IUD ادامه دهد.

شک به حاملگی

- او را از نظر حاملگی، از جمله حاملگی خارج از رحم بررسی کنید.
- به او توضیح دهید که باقی ماندن IUD در داخل رحم در طول حاملگی، خطر زایمان زودرس یا سقط خود به خود از جمله سقط عفونی درسه ماه اول یا دوم را افزایش می‌دهد که این موارد می‌توانند زندگی را تهدید کنند.
- اگر زن تمایل به ادامه حاملگی ندارد با او مطابق دستورالعملهای برنامه مشاوره کنید.
- اگر تمایل به ادامه حاملگی دارد:
 - به او توصیه کنید بهتر است IUD خارج شود.
 - خطرهای حاملگی همراه با IUD در رحم را برای او توضیح دهید. خارج کردن هرچه سریعتر IUD این خطرهای را کاهش می‌دهد، گرچه خود خارج کردن IUD با خطر نسبی سقط خود به خود همراه است.
 - اگر او موافق خارج کردن IUD باشد به آرامی IUD را خارج کنید یا برای خارج کردن IUD ارجاع دهید.
 - به او توضیح دهید که اگر علائمی از سقط و یا سقط عفونی (خونریزی واژینال، ترشحات غیرطبیعی واژن، یا تب) داشته باشد سریعاً مراجعه کند.
 - اگر تمایل به حفظ IUD دارد حاملگی او باید دقیقاً توسط یک ماما، پرستار یا پزشک به دقت کنترل شود. اگر علائمی از نظر سقط عفونی در او ظاهر شد باید بلا فاصله مراجعه کند.
- اگر نخ IUD در کanal سرویکال یافت نشد و امکان خارج کردن IUD بطور بی‌خطر نبود، در صورت امکان زن را، جهت تعیین اینکه آیا هنوز IUD در رحم قرار دارد، برای انجام سونوگرافی ارجاع دهید. در صورت وجود IUD در رحم یا در صورت عدم دسترسی به سونوگرافی، حاملگی را باید بطور دقیق کنترل نمود. زن باید به محض بروز هر گونه علائم سقط عفونی فوراً جهت دریافت مراقبت مراجعه کند.

پرسشها و پاسخهایی در مورد وسیله داخل رحمی

۱. آیا IUD سبب بیماری التهابی لگن (PID) می‌شود؟

IUD به تنها یعنی نمی‌تواند سبب PID شود. سوزاک و کلامیدیا علل مستقیم اولیه PID هستند. با وجود این جاگذاری IUD در زنان مبتلا به سوزاک یا کلامیدیا ممکن است منجر به PID شود. این مسئله اغلب اتفاق

نمی‌افتد و اگر انفاق افتاد بیشترین احتمال وقوع در ۲۰ روز اول پس از جاگذاری IUD است. تخمین زده می‌شود که در گروهی از دریافت کنندگان خدمات جاییکه بیماریهای آمیزشی شایع بوده و سوالات غربالگری نیمی از این موارد را شناسایی کند، ممکن است PID از هر ۶۶۶ مورد جاگذاری IUD در یک مورد (یا کمتر از ۲۰ مورد در ۱۰۰۰) ایجاد شود. (به قسمت ارزیابی زنان از نظر خطر بیماریهای آمیزشی در ص ۱۳۲ مراجعه کنید).

۲. آیا زنان جوان و زنان سنین بالا می‌توانند از IUD استفاده کنند؟

بله. محدوده حداقل و حداقل سنی برای استفاده از IUD وجود ندارد، بعد از وقوع یائسگی IUD بهتر است در عرض ۱۲ ماه بعد از آخرین خونریزی ماهیانه خارج شود.

۳. اگر فردی که در حال حاضر از IUD استفاده می‌کند، دچار بیماریهای آمیزشی (STI) شد یا در معرض خطر بالای ابتلاء به بیماریهای آمیزشی قرار گرفت، باید IUD او خارج شود؟

خیر. اگر زنی پس از جاگذاری IUD دچار عفونت آمیزشی شود به علت وجود PID در او افزایش نمی‌یابد. او می‌تواند در حین درمان بیماری آمیزشی IUD خود را حفظ کند. خارج کردن IUD سودی ندارد و ممکن است او را در معرض خطر حاملگی ناخواسته قرار دهد. با او در مورد استفاده از کاندوم و سایر روش‌های جلوگیری از ابتلاء به بیماری آمیزشی در آینده مشاوره کنید.

۴. آیا IUD زنان را نازا می‌کند؟

زنی که از IUD استفاده می‌کند پس از خارج کردن IUD به همان سرعت زنانی که از هیچ روش استفاده نمی‌کنند می‌تواند حامله شود. گرچه امکان حاملگی با افزایش سن کاهش می‌یابد. مطالعات دارای نتایج قابل اطمینان نشان داده‌اند که در زنانی که از IUD استفاده می‌کنند خطر افزایش ناباروری وجود ندارد. با وجود این، همراه با یا بدون وجود IUD، اگر زنی دچار PID شده و درمان نکند احتمال ناباروری وجود دارد.

۵. آیا زنی که هنوز بچه دار نشده است می‌تواند از IUD استفاده کند؟

زنی که تاکنون بچه‌ای ندارد عموماً می‌تواند از IUD استفاده کند اما باید توجه کند که احتمال دفع IUD زیاد است چون رحم او ممکن است کوچکتر از رحم زنی باشد که قبل زایمان کرده است.

۶. آیا IUD می‌تواند از رحم زن به سایر قسمتهای بدن او مانند قلب یا مغز او منتقل شود؟

IUD هرگز به قلب، مغز، یا سایر بخش‌های بدن در خارج از شکم منتقل نمی‌شود. IUD بطور طبیعی در داخل رحم مانند یک دانه در پوسته می‌ماند. بندرت IUD از طریق دیواره رحم وارد شکم می‌شود و این حالت اغلب به علت اشتیاه در حین جاگذاری است. اگر این موضوع در عرض ۶ هفته یا بیشتر بعد از جاگذاری مشخص شود یا اگر سبب بروز نشانه‌هایی در هر زمان شود، خروج IUD بطریق لایپراسکوپی یا لایپراتومی ضروری است. با وجود این، معمولاً IUD خارج از محل طبیعی خود هیچ مشکلی ایجاد نمی‌کند و باید در محل خود رها شود. او باید از روش دیگری برای جلوگیری از حاملگی استفاده کند.

۷. آیا بعد از استفاده چندساله از IUD و یا بعد از رسیدن زمان خروج آن، دوره استراحت وجود دارد؟

خیر. دوره استراحت ضروری نیست و ممکن است مضر باشد. در موارد خارج کردن IUD قبلی و جاگذاری همزمان IUD جدید خطر عفونت نسبت به انجام این اعمال در دو جلسه مقاومت کمتر است. همچنین در طی دوره استراحت امکان حاملگی وجود دارد.

۸. آیا بطور روتین قبل از جاگذاری IUD باید آنتی بیوپتیک تجویز کرد؟

معمولًا خیر. جدیدترین تحقیقات انجام شده توصیه می‌کنند در منطقه‌ای که STI‌ها شایع نیست، خطر PID همراه با تجویز آنتی بیوپتیک یا بدون آن کم است. در صورتیکه سوالات مناسبی برای غربالگری از نظر خطر STI پرسیده شوند و جاگذاری IUD با روش‌های مناسب پیشگیری از عفونت (شامل تکنیک‌های جاگذاری بدون لمس) انجام شود، خطر عفونت کم است. با وجود این، در مناطقی که بیماریهای آمیزشی شایع و غربالگری آن محدود است باید تجویز آنتی بیوپتیک در نظر گرفته شود.

۹. آیا باید IUD فقط در طول دوره خونریزی ماهیانه زن جاگذاری شود؟

خیر. برای زنی که دارای سیکلهای فاعدگی است IUD را می‌توان در هر زمانی از سیکل فاعدگی جاگذاری کرد، به شرط اینکه به طور منطقی از حامله نبودن زن اطمینان حاصل کرد. جاگذاری IUD در طول خونریزی ماهیانه ممکن است زمان مناسبی باشد چون او احتمالاً حامله نیست و جاگذاری IUD ممکن است آسانتر باشد. با وجود این مشاهده علایم عفونت در زمان خونریزی براحتی زمان غیر خونریزی نیست.

۱۰. آیا بعلت اینکه زن نمی‌خواهد نخهای IUD را کنترل کند باید از استفاده از IUD منع شود؟

خیر. به علت اینکه زن تمایلی به کنترل نخ‌ها ندارد نباید وی را از استفاده از IUD منع نمود. اهمیت کنترل نخهای IUD بیش از حد نیاز مورد تأکید قرار گرفته است. خارج شدن IUD معمول نیست و خارج شدن آن بدون اینکه زن متوجه شود نادر است.

احتمال خارج شدن IUD در طول چند ماه اول بعد از جاگذاری، در حین خونریزی ماهیانه، در زنانی که بلافضلله بعد از زایمان یا سقط سه ماهه دوم IUD گذاشته اند و نیز در زنانیکه هرگز حامله نشده‌اند بیشتر است. زن در صورتی که بخواهد اطمینان مجدد حاصل کند که IUD هنوز در محل خودش است می‌تواند نخهای آن را کنترل کند یا اگر زن نمی‌خواهد نخهای IUD را خودش کنترل کند می‌تواند در ماههای اول و طی خونریزی ماهیانه دقت نماید تا در صورت دفع IUD آن را ببیند.

۱۱. آیا IUD‌ها خطر حاملگی خارج از رحم را افزایش می‌دهند؟

خیر. بر عکس، IUD‌ها عموماً خطر حاملگی خارج از رحم را کاهش می‌دهند. حاملگی خارج از رحم در میان مصرف کنندگان IUD نادر است میزان حاملگی خارج از رحم در میان زنان دارای IUD، ۱۲ مورد در هر ۱۰۰۰ زن در سال است. میزان حاملگی خارج از رحم در ایالات متحده در زنانی که از هیچ روش جلوگیری از حاملگی استفاده نمی‌کنند، ۶۵ مورد در ۱۰۰۰ زن در سال است.

در موارد نادری که IUD با شکست مواجه شده و حاملگی رخ می‌دهد، در هر ۱۰۰ حاملگی ۶-۸ مورد خارج از رحم هستند. بنابراین، اکثریت عده حاملگی‌ها بعد از شکست IUD خارج از رحم نیستند. هنوز هم حاملگی خارج از رحم می‌تواند تهدید کننده زندگی باشد، بنابراین ارائه‌دهنده خدمات باید آگاه باشد که در صورت شکست IUD امکان حاملگی خارج رحم وجود دارد.

وسیله داخل رحمی حاوی لوونورژستrel (LNG-IUD)

فقط نکات اساسی

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- حافظت طولانی مدت از بارداری. بسیار مؤثر تا ۵ سال، برگشت‌پذیری فوری قدرت باروری.
- ارائه دهنگانی که دوره‌های خاص را گذرانده‌اند، آن را در رحم جاگذاری می‌کنند.
- پس از جاگذاری LNG-IUD، توجهات خیلی کمی از طرف متقاضی لازم می‌باشد.
- تغییرات خونریزی شایع بوده اما مضر نیستند. معمولاً، میزان خونریزی کمتر و مدت آن کوتاه‌تر است یا خونریزی با فوacial بیشتر یا نامنظم است.

LNG-IUD چیست؟

- LNG-IUD وسیله پلاستیکی T شکلی است که هر روز به طور مداوم مقدار کمی لوونورژستrel آزاد می‌کند. (لوونورژستrel پروژستینی است که به طور گسترده در ایمپلنتها و قرص‌های خوراکی جلوگیری از حاملگی بکار رفته است).
- ارائه دهنده خدمات بهداشتی که دوره خاصی را گذرانده است، IUD را از طریق واژن و سرویکس وارد رحم می‌کند.
- این وسیله سیستم داخل رحمی آزاد کننده لوونورژستrel، IUD - LNG یا IUD هورمونی نیز نامیده می‌شود.
- تحت نام Mirena در بازار عرضه می‌شود.
- به طور عمده با مهار رشد لایه داخلی رحمی (اندومنتر) عمل می‌نماید.

میزان تاثیر آن چقدر است؟

از روشهای بسیار مؤثر و طولانی اثر است:



- کمتر از یک مورد حاملگی طی سال اول در ۱۰۰ زن استفاده کننده از - LNG IUD ۲ مورد در ۱۰۰۰ زن وجود دارد. این بدین معنی است که ۹۸٪ زن از هر ۱۰۰۰ زن استفاده کننده از - IUD - LNG حامله خواهد شد.
- خطر کمی از نظر حاملگی بعد از سال اول استفاده وجود دارد و این خطر تا زمانی که زن از LNG - IUD استفاده می‌کند، تداوم می‌یابد.
- طی ۵ سال استفاده از LNG - IUD: کمتر از یک مورد حاملگی در ۱۰۰ زن رخ می‌دهد (۵ تا ۸ مورد در ۱۰۰۰ زن).
- استفاده از آن برای ۵ سال مورد تأیید قرار گرفته است.

بازگشت باروری پس از خارج کردن LNG - IUD: بدون تأخیر حفاظت علیه عفونت‌های آمیزشی (STIs): بدون تأثیر

آثار جانبی، فواید سلامتی و خطرهای سلامتی و عوارض

آثار جانبی

بعضی از استفاده کنندگان آثار زیر را گزارش می‌کنند:

- تغییرات در الگوهای خونریزی شامل:
 - میزان خونریزی کمتر و مدت خونریزی کمتر
 - خونریزی با فواصل بیشتر
 - خونریزی نامنظم
 - عدم خونریزی ماهیانه
 - خونریزی طولانی مدت
- آکنه
- سردرد
- حساسیت یا درد پستان
- تهوع
- افزایش وزن
- سرگیجه
- تغییرات خلقی
- سایر عوارض جسمی احتمالی
- کیست‌های تخدمانی

خطرهای شناخته شده سلامت

- ندارد

فواید شناخته شده سلامت

کمک به حفاظت در مقابل:

- خطرهای ناشی از بارداری
- کم خونی فقر آهن
- کم احتمالی به حفاظت در مقابل:
 - بیماری التهابی لگنی
 - کرامپ‌های قاعده‌گی
 - نشانه‌های آندومتریوز (درد لگنی، خونریزی نامنظم)

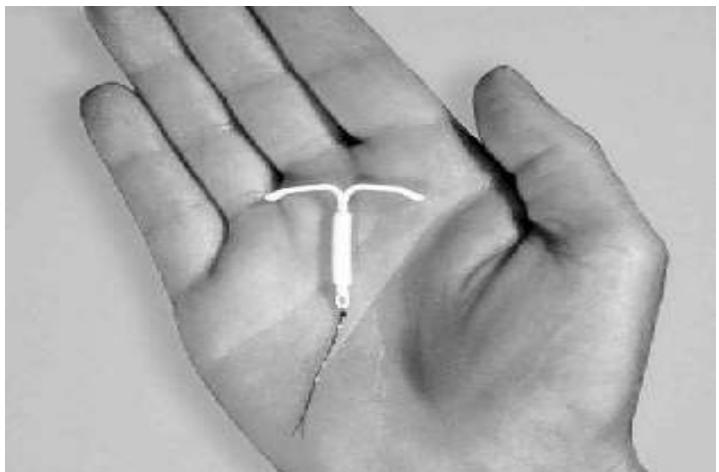
عارض

نادر:

- سوراخ شدن دیواره رحم به وسیله LNG-IUD یا وسیله‌ای که برای جاگذاری آن استفاده می‌شود. معمولاً بدون درمان بهبود می‌یابد.

خیلی نادر:

- سقط، زایمان زودرس، یا عفونت در موارد بسیار نادری که زن همراه با LNG-IUD حامله می‌شود.



چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از IUD لونورژسترولی استفاده کنند؟ بی‌خطر و مناسب، تقریباً برای همه زنان

تقریباً همه زنان می‌توانند به طور بی‌خطر و مؤثر از LNG - IUD استفاده کنند.

معیارهای مقبولیت طبی برای

IUD‌های لونورژسترولی

از مراجعه کننده سوالات مربوط به معیارهای مقبولیت طبی IUD‌های مسی را پرسید (به صفحه ۲۹ مراجعه کنید). همچنین سوالات زیر را در مورد شرایط طبی شناخته شده بپرسید. اگر او به همه سوالات این قسمت و سوالات مربوط به IUD‌های مسی، پاسخ "خیر" بدهد، در صورتیکه بخواهد می‌توان IUD را جاگذاری کرد. در صورتیکه پاسخ به سوالی "بلی" باشد، از دستورات مربوطه پیروی کنید. در برخی موارد، او هنوز می‌تواند از LNG-IUD استفاده کند.

۱. آیا شما کمتر از ۴ هفته قبل زایمان کردید؟

خیر بلی می‌توان LNG-IUD را ۴ هفته پس از زایمان برای او جاگذاری کرد (به زمان شروع در صفحه بعد مراجعه کنید).

۲. آیا شما در حال حاضر لخته خونی در وریدهای عمقی ساق پاهایا ریه‌هایتان دارید؟

خیر بلی در صورتیکه او وجود فعلی لخته خون (جز لخته‌های سطحی) را گزارش کند، به او در انتخاب یک روش بدون هورمون کمک کنید.

۳. آیا دچار سیروز شدید کبدی، عفونت کبدی یا تومور کبدی هستید؟ (آیا چشم‌ها یا پوست او به طور غیرمعمول زرد هستند؟ [علام یرقان])

خیر بلی اگر بیماری فعال جدی کبدی (یرقان، هپاتیت فعال، سیروز شدید، تومور کبدی) را گزارش کند، LNG-IUD را ارائه نکنید. به او در انتخاب یک روش بدون هورمون کمک کنید.

۴. آیا دچار سرطان پستان هستید یا تا به حال دچار آن بوده‌اید؟

□ خیر □ بله LNG-IUD را جاگذاری نکنید و به او در انتخاب یک روش بدون هورمون کمک کنید.

برای طبقه بندی کامل، به معیارهای مقبولیت طبی برای استفاده از روش‌های جلوگیری در صفحه ۳۱۵ مراجعه کنید. مطمئن شوید اطلاعات کافی در مورد فواید و خطرهای سلامتی و اثار جانبی روشنی که استفاده خواهد کرد، به او داده‌اید. همچنین هر وضعیتی را که سبب غیرقابل توصیه شدن روش می‌شود، در صورت مرتبط بودن به او، خاطر نشان کنید.

استفاده از قضاوت بالینی در موارد ویژه

معمولًا، زنی که هر یک از شرایط زیر را دارد نباید از LNG-IUD استفاده کند. با وجود این، در شرایط ویژه، وقتی سایر روش‌های مناسبتر در دسترس، یا قابل قبول برای زن نیستند، ارائه دهنده دوره دیده خدمات که قادر به بررسی دقیق وضعیت و موقعیت زن باشد، ممکن است تصمیم بگیرد که او می‌تواند از LNG-IUD استفاده نماید. او باید شدت وضعیت زن و در اغلب وضعیت‌ها، این مورد را که آیا او دسترسی به پیگیری دارد یا خیر در نظر بگیرد.

- کمتر از ۴ هفته بعد از زایمان
 - وجود لخته خونی فعلی در وریدهای عمقی ساق پاها یا ریمه‌ها
 - سابقه ابتلا به سرطان پستان در بیش از ۵ سال قبل که عود نکرده باشد.
 - بیماری شدید کبدی، عفونت یا تومور کبدی
- همچنین به قسمت IUD حاوی مس، استفاده از قضاوت بالینی در موارد خاص در ص ۱۳۰ مراجعه کنید.

ارائه IUD لونورژسترلی

زمان شروع

نکته مهم: در بسیاری از موارد زن می‌تواند هر زمانی که بخواهد شروع به استفاده از LNG-IUD کند به شرط اینکه به طور منطقی از عدم حاملگی خود مطمئن باشد. برای اطمینان منطقی از عدم حاملگی زن، از چک لیست حاملگی استفاده کنید (به صفحه ۳۶۹ مراجعه کنید).

زمان شروع

وضعیت زن

داشتن سیکل‌های قاعده‌گی یا

تعویض از یک روش

غیرهormونی

- در هر زمانی از ماه
- در صورت شروع روش در خلال ۷ روز بعد از شروع خونریزی ماهیانه، نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.
- در صورت گذشتن بیش از ۷ روز از شروع خونریزی ماهیانه، او می‌تواند هر زمان که به طور منطقی از عدم حاملگی مطمئن شد، از LNG-IUD استفاده کند. استفاده از روش پشتیبان* در ۷ روز اول پس از جاگذاری ضروری است.

تغییر از یک روش هormونی

•

بلافاصله، در صورتی که از روش هormونی به طور مستمر و صحیح استفاده کرده است یا اگر از طریق دیگری از عدم حاملگی اطمینان منطقی حاصل شود. نیازی به منتظر شدن برای خونریزی قاعده‌گی ماهیانه بعدی وجود ندارد. نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.

- در صورت تغییر از روش‌های تزریقی، می‌توان جاگذاری LNG-IUD را در زمان موعد تزریق بعدی انجام داد. استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز اول جاگذاری IUD ضروری است.

شیردهی کامل یا تقریباً کامل
کمتر از ۶ ماه بعد از زایمان

•

- در صورتی که او کمتر از ۴ هفته قبل زایمان کرده است، جاگذاری IUD را حداقل تا ۴ هفته پس از زایمان به تعویق بیندازید.
- در صورت عدم برقراری مجدد خونریزی ماهیانه، می‌توان جاگذاری LNG-IUD را در هر زمان بین ۴ هفته تا ۶ ماه انجام داد. نیازی به استفاده از روش پشتیبان وجود ندارد.

بیش از شش ماه بعد از زایمان

•

- در صورت عدم برقراری مجدد خونریزی ماهیانه می‌توان جاگذاری LNG-IUD را در هر زمان که بتوان به طور منطقی از عدم حاملگی اطمینان حاصل کرد انجام داد. استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز اول پس از جاگذاری IUD ضروری است.
- در صورت برقراری مجدد خونریزی ماهیانه می‌توان جاگذاری LNG-IUD را طبق توصیه مربوط به زنان دارای سیکل قاعده‌گی انجام داد.

زمان شروع	وضعیت زن
<ul style="list-style-type: none"> • جاگذاری LNG-IUD را تا حداقل ۴ هفته پس از زایمان به تعویق بیندازید. <p>در صورت عدم برقراری مجدد خونریزی ماهیانه، می‌توان در صورت اطمینان از عدم حاملگی جاگذاری LNG-IUD را در هر زمانی انجام داد. استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز اول پس از جاگذاری ضروری است.</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت برقراری مجدد خونریزی ماهیانه، می‌توان جاگذاری LNG-IUD را طبق توصیه مربوط به زنان دارای سیکل قاعدگی انجام داد. 	شیردهی نسبی یا عدم شیردهی کمتر از ۴ هفته بعد از زایمان
<ul style="list-style-type: none"> • در هر زمان در صورتی که بتوانند عدم حاملگی او را مشخص کنند. استفاده از روش پشتیبان طی ۷ روز اول پس از جاگذاری ضروری است. 	فقدان خونریزی ماهیانه (بدون ارتباط با زایمان یا شیردهی)
<ul style="list-style-type: none"> • بلاfacile، در صورتی که جاگذاری LNG-IUD طی ۷ روز بعد از سقط سه ماهه اول یا دوم انجام شود و در صورتی که هیچ عفونتی نداشته باشد. نیازی به روش پشتیبان وجود ندارد. <p>در صورتی که بیش از ۷ روز از سقط سه ماهه اول یا دوم می-گذرد و عفونتی وجود ندارد، می‌توان جاگذاری LNG-IUD را هر زمان که به طور منطقی از عدم حاملگی فرد اطمینان حاصل شد، انجام داد. استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز اول پس از جاگذاری IUD ضروری است.</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود عفونت درمان کرده یا ارجاع دهید و به او در انتخاب روشی دیگر کمک کنید. اگر او هنوز تمایل به استفاده از LNG-IUD دارد، بعد از درمان کامل عفونت، می‌توان جاگذاری را انجام داد. <p>جاگذاری LNG-IUD بعد از سقط سه ماهه دوم، نیاز به آموزش ویژه‌ای دارد. اگر دوره آموزش ویژه را نکرده‌اید، جاگذاری IUD را تا حداقل ۴ هفته پس از سقط به تعویق بیندازید.</p>	پس از سقط خود بخود یا سقط انتخابی
<p>LNG-IUD را می‌توان طی ۷ روز پس از شروع خونریزی ماهیانه بعدی یا هر زمان دیگری که به طور منطقی از عدم حاملگی او اطمینان حاصل شد، جاگذاری کرد. به او یک روش پشتیبان، یا قرص خوارکی جلوگیری از حاملگی بدھید تا روز بعد از مصرف ECP‌ها شروع کرده و تا جاگذاری LNG-IUD ادامه دهد.</p>	پس از مصرف قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECP‌ها)

* روش‌های پشتیبان شامل پرهیز از روابط جنسی، کاندوم‌های زنانه و مردانه، مواد اسپرمکش و روش منقطع هستند. به او بگویند که مواد اسپرمکش و روش منقطع کم‌اثرترین روش‌های جلوگیری از بارداری هستند. در صورت امکان به او کاندوم بدھید.

دادن توصیه‌هایی در مورد آثار جانبی

نکته مهم: قبل از جاگذاری IUD باید مشاوره کاملی در باره تغییرات خونریزی انجام گیرد. مشاوره در باره تغییرات خونریزی ممکن است مهم‌ترین کمکی باشد که زن برای تداوم روش به آن نیاز دارد.

شایعترین آثار جانبی را بیان کنید.

- فقدان خونریزی ماهیانه، میزان خونریزی کمتر، مدت کمتر خونریزی، خونریزی با فوacial بیشتر یا نامنظم.

• آنکه، سردرد، حساسیت و درد پستان، و سایر عوارض جانبی احتمالی

در باره این آثار جانبی

توضیح دهید

• تغییرات خونریزی معمولاً علائم بیماری نیستند.
• این تغییرات معمولاً پس از چند ماه اول جاگذاری IUD کمتر می‌شوند.
• در صورتی که آثار جانبی او را اذیت کردند، او می‌تواند برای دریافت کمک مراجعه کند.

عقیم‌سازی زنانه (Female Sterilization)

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- دائمی: روش مدام‌العمر، دائمی و بسیار مؤثر برای جلوگیری از حاملگی درنظر گرفته می‌شود. برگشت باروری معمولاً غیرممکن است.
- مستلزم انجام معاینات بالینی و جراحی است. این روش توسط فردی که دوره آموزشی خاصی را گذرانده است انجام می‌شود.
- بدون عوارض جانبی طولانی مدت است.

عقیم‌سازی زنانه چیست؟

- یک روش جلوگیری دائمی برای زنانی است که نمی‌خواهد فرزند بیشتری داشته باشد.
- دو رویکرد جراحی خاصی که اغلب استفاده می‌شوند عبارتند از:
 - مینی لاپاراتومی با ایجاد برش کوچکی در شکم انجام می‌شود. لوله‌های رحمی به محل برش آورده می‌شوند تا بریده پا مسدود شوند.
 - لاپاراسکوپی یعنی وارد کردن یک لوله باریک بلند حاوی یک عدسی از طریق برش جراحی کوچک به داخل شکم. این لاپاراسکوپ امکان رویت و بستن یا بریدن لوله‌های رحمی را در شکم برای پزشک فراهم می‌کند.
- همچنین با اسامی عقیم‌سازی لوله‌ای، بستن لوله‌ها، روش جلوگیری از حاملگی با جراحی داوطلبانه، توبکتومی، بستن دو لوله، گره زدن لوله‌ها، minilap و عمل جراحی نیز بیان می‌شوند.
- چون لوله‌های فالوپ بریده یا مسدود شده‌اند، تخمک‌های آزاد شده از تخمدان نمی‌توانند به طرف پایین لوله حرکت کنند و لذا نمی‌توانند اسperm را ملاقات کنند.

میزان تأثیر

یکی از مؤثرترین روش‌های است، اما خطر شکست خیلی کمی دارد.



تأثیر بیشتر
تأثیر کمتر

- کمتر از ۱ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن (۵ در ۱۰۰۰) در سال اول بعد از عمل عقیم‌سازی روی می‌دهد. یعنی ۹۹۵ نفر از ۱۰۰۰ زنی که از عقیم‌سازی زنانه استفاده می‌کنند، حامله نخواهند شد.
- خطر کم حاملگی بعد از سال اول تا یائسگی نیز باقی می‌ماند.
- طی مدت ۰۱ سال استفاده: حدود ۲ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن (۱۸-۱۹ مورد در هر ۱۰۰۰ زن)
- اختلافات جزئی در آمار به این بستگی دارد که لوله‌ها با چه روشی بسته شده‌اند، اما بطور کلی میزان حاملگی در همه روش‌ها کم است. یکی از مؤثرترین تکنیک‌ها، بریدن و گره زدن انتهای بریده شده لوله‌های فالوپ بعد از زایمان (بستن لوله بعد از زایمان) است.

چون معمولاً عقیم‌سازی قابل بازگشت یا قابل توقف نیست، باروری بازگشت نمی‌کند. این روش باید دائمی در نظر گرفته شود. جراحی برای بازگشت قدرت باروری مشکل و گران است و در هر منطقه‌ای قابل دسترسی نیست. انجام جراحی برای بازگشت قدرت باروری نیز اغلب منجر به حاملگی نمی‌شود (به سؤال ۷ صفحه ۱۷۲ مراجعه کنید).

محافظت در برابر بیماریهای آمیزشی (STIs): اثر محافظتی ندارد.

آثار جانبی، فواید سلامتی، خطرهای سلامتی و عوارض

آثار جانبی

ندارد

خطرهای شناخته شده سلامت

ناشایع تا فوق العاده نادر:

- عوارض جراحی و بیهوشی (به قسمت پایین مراجعه کنید).

فواید شناخته شده سلامت

به محافظت در برابر موارد زیر کمک می‌کنند:

- خطرهای ناشی از حاملگی
 - بیماری‌های التهابی لگن (PID)
- شاید اثر محافظتی در برابر موارد زیر داشته باشند.
- سرطان تخمدان

عوارض جراحی (به قسمت مدیریت مشکلات در صفحه ۱۶۹ مراجعه کنید).

عوارض ناشایع تا فوق العاده نادر:

- عقیم‌سازی زنانه روش بی‌خطری برای جلوگیری از حاملگی است. با وجود این، مستلزم جراحی و بیهوشی یا بی‌حسی است که خطرهایی مانند عفونت یا آبسه زخم را دربردارد. عوارض جانبی خطرناک غیرشایع هستند. مرگ در اثر انجام این عمل یا بیهوشی فوق العاده نادر است.

خطر عوارض با انجام بی‌حسی موضعی به میزان قابل توجهی کمتر از جراحی با انجام بیهوشی عمومی است. در صورتی که جراحی با استفاده از تکنیکهای مناسب و در محل مناسب انجام شود، میزان عوارض به حداقل می‌رسد.

اصلاح موارد درک نادرست (همچنین به پرسشها و پاسخها در صفحه ۱۷۱ مراجعه کنید).

عقیم‌سازی زنانه:

- زنان را ضعیف نمی‌کند.
- سبب درد طولانی مدت در پشت، رحم یا شکم نمی‌شود.
- رحم زن خارج نمی‌شود و منجر به نیاز به خارج کردن آن هم نمی‌شود.
- عدم تعادل هورمونی ایجاد نمی‌کند.
- سبب خونریزی شدید یا نامنظم ماهیانه یا تغییر در سیکلهای ماهیانه نمی‌شود.
- تغییری در وزن، اشتها، یا ظاهر فرد ایجاد نمی‌کند.
- تغییری در رفتار جنسی یا میل جنسی زنان ایجاد نمی‌کند.
- میزان حاملگی خارج از رحم را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد.

چه کسانی می‌توانند از روش عقیمسازی زنانه استفاده کنند؟

بی‌خطر برای همه زنان

با مشاوره مناسب و کسب رضایت آگاهانه هر زنی می‌تواند از روش عقیمسازی زنانه بصورت بی‌خطر استفاده کند، از جمله زنانی که:

- فرزند ندارند یا دارای فرزند کم هستند.
- ازدواج نکرده‌اند.
- اجازه همسر را ندارند.
- جوان هستند.
- بلافضله بعد از زایمان (در طی ۷ روز اول)
- شیرده هستند.

آلوده به ویروس HIV هستند. بدون توجه به اینکه تحت درمان ضدترورویروسی هستند یا خیر. (به قسمت عقیمسازی زنانه برای زنان آلوده به HIV در صفحه ۱۷۱ مراجعه کنید).

در بعضی از این موقعیتها، مشاوره دقیق ویژه برای اطمینان از اینکه زن از تصمیم خود پشیمان نخواهد شد، بسیار مهم است. (به قسمت چون عقیمسازی یک روش دائمی است در صفحه ۶۵ مراجعه کنید). زنان به توجه به شرایط زیر می‌توانند از روش عقیمسازی زنانه استفاده کنند:

- بدون هیچگونه آزمایش‌های خونی یا تست‌های رایج آزمایشگاهی
- بدون غربالگری سرطان دهانه رحم
- حتی وقتی زن در زمان مراجعه خونریزی ماهیانه ندارد، به شرطی که بطور منطقی از عدم حاملگی او اطمینان حاصل شود. (به چک لیست حاملگی در صفحه ۳۶۹ مراجعه کنید).

چرا بعضی زنان اظهار می‌کنند که عقیمسازی زنانه را دوست دارند.

- اثرات جانبی ندارد.
- نیازی به نگرانی مجدد درباره جلوگیری از حاملگی ندارد.
- استفاده از آن آسان است نیازی به مداخله یا پادآوری ندارد.



عقیمسازی زنانه

همه زنان می‌توانند از روش عقیمسازی زنانه استفاده کنند. هیچ وضعیت خاص طبی برای منع عمل عقیم‌سازی زنانه وجود ندارد. در این چک لیست از وضعیتهای خاص طبی شناخته شده که ممکن است زمان، مکان یا نحوه انجام عقیمسازی زنانه را محدود کنند پرسیده می‌شود. از مراجعه کننده سوالات زیر را پرسید. اگر او به همه سوالات پاسخ "خیر" داد، فرایند عقیمسازی در یک مرکز روتین بدون درنگ قابل انجام است. اگر پاسخ سوالی "بلی" است، دستورالعملهای را که توصیه به احتیاط، تعویق یا اقدامات خاص می‌کند دنبال کنید.

در چک لیست زیر:

- «احتیاط» به معنی این است که این عمل در یک مرکز روتین نیز قابل اجراست اما بسته به وضعیت با آمادگی و احتیاط بیشتری انجام شود.
- «تعویق» به معنی تعویق انداختن عمل عقیمسازی زنانه است. این وضعیتها باید قبل از انجام عمل عقیم‌سازی زنانه درمان شده یا برطرف شوند. تا زمان قابل اجرا بودن این عمل، به او روش دیگری برای جلوگیری از حاملگی ارائه کنید.
- «خاص» به معنی اقدامات خاصی است که باید انجام شوند تا این عمل در مرکزی که دارای جراح و کادر با تجربه، تجهیزات بیهوشی عمومی و سایر حمایتهای پشتیبانی طبی است، انجام شود. این وضعیتها مستلزم قدرت تصمیمگیری در مورد مناسبترین روش عقیمسازی و داروهای بیهوشی/بیحسی موردنیاز است. به او تا زمان قابل اجرا بودن این روش، روش دیگری برای جلوگیری از حاملگی ارائه کنید.

۱. آیا شما در حال حاضر یا قبلاً مسائل یا مشکلات مربوط به زنان یا مامایی مثل عفونت یا سرطان داشته‌اید؟ اگر چنین است، چه مشکلاتی؟

خیر بلی اگر او هر یک موارد زیر را داشته باشد احتیاط کنید.

- سابقه بیماریهای التهابی لگن از زمان آخرین حاملگی
- سرطان پستان
- فیبرومهای رحمی
- سابقه جراحی شکمی یا لگنی
- اگر زن یکی از موارد زیر را داشته باشد عمل عقیمسازی زنانه را به تعویق بیاندازید.
- حاملگی فعلی
- روزهای ۷ تا ۴۲ بعد از زایمان
- ۴۲ روز اول بعد از زایمان به دنبال حاملگی با پره اکلامپسی شدید یا اکلامپسی
- داشتن عوارض جدی به دنبال زایمان یا سقط (مثل عفونت، خونریزی یا ترومما) به استثنای سوراخ شدن یا پارگی رحم (خاص؛ به قسمت پایین مراجعه کنید).
- جمع شدن مقدار زیادی خون در رحم
- خونریزی رحمی با علت نامشخص که وجود یک مشکل طبی زمینه‌ای را مطرح می‌کند.
- بیماری التهابی لگن
- سرویست چرکی، کلامیدیا یا گونوره

- سرطانهای لگن (در بعضی از موارد ممکن است درمان بیماری زن را عقیم سازد)
- بیماری بدخیم تروفولاستیک
- اگر هر یک از شرایط زیر را داشته باشد اقدامات خاص ضروری است:
- AIDS (به عقیمسازی زنانه برای زنان آلوده به HIV در ص ۱۶۳ مراجعه کنید.)
- آندومتریت
- فتق (دیواره شکم یا ناف)
- سوراخ شدن یا پارگی رحم به دنبال زایمان یا سقط

۲. آیا دچار شرایط قلبی عروقی مثل مشکلات قلبی، سکته مغزی، فشار خون بالا یا عوارض دیابت هستید؟ اگر چنین است، چه مشکلی دارید؟

خیر بلی اگر زن یکی از شرایط زیر را دارد «احتیاط» کنید:

- فشار خون بالای کنترل شده
- فشار خون بالای خفیف (۱۴۰/۹۰ تا ۱۵۹/۹۹ میلیمتر جیوه)
- سابقه سکته مغزی یا بیماریهای قلبی بدون عوارض
- اگر زن هر یک از موارد زیر را داشته باشد عقیمسازی زنانه را به «تعویق» بیاندازید.
- بیماری قلبی بعلت انسداد یا تنگی شریانها
- وجود لخته خون در عروق عمقی پاها یا ریهها
- اگر او هریک از شرایط زیر را داشته باشد، اقدامات خاصی را در مورد او بکار ببرید.
- وجود چند وضعیتی از وضعیتهایی که خطر افزایش بیماری قلبی یا سکته مغزی را افزایش می‌دهند مانند سن زیاد، سیگار کشیدن، فشارخون بالا یا دیابت.
- فشار خون بالای شدید یا متوسط (۱۶۰/۱۰۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر)
- دیابت به مدت بیش از ۲۰ سال یا آسیب ناشی از دیابت به شریانها، بینایی، کلیه‌ها یا سیستم عصبی
- بیماری عارضه دار دریچه قلبی

۳. آیا شما دچار بیماری یا شرایط طول کشیده دیگری هستید؟ اگر چنین است چه مشکلی دارید؟

خیر بلی اگر زن یکی از شرایط زیر را دارد «احتیاط» کنید:

- صرع
- دیابت بدون آسیب به شریانها، بینایی، کلیه‌ها یا سیستم عصبی
- کم کاری تیروئید
- سیروز خفیف کبدی، تومورهای کبدی (آیا چشم‌ها یا پوست او به طور غیرمعمول زرد رنگ است؟) یا شیستوزومیازیس همراه با فیبروز کبدی
- کم خونی متوسط فقر آهن (هموگلوبین ۷-۱۰ g/dl)
- بیماری کم خونی داسی شکل
- کم خونی ارثی (تالاسمی)
- بیماری کلیه

<p>• فتق دیافراگمی</p> <p>• سوء تغذیه شدید (آیا او بی نهایت لاغر است؟)</p> <p>• چاقی (آیا او بی نهایت اضافه وزن دارد؟)</p> <p>• تمایل به جراحی انتخابی شکمی در زمان انجام عقیمسازی</p> <p>• افسردگی</p> <p>• سن کم</p> <p>• لوپوس بدون عوارض</p> <p>► اگر او هریک از موارد زیر را داشت عقیمسازی زنانه را به تعویق اندازد.</p> <p>• بیماری علامت دار کیسه صفرا</p> <p>• هپاتیت فعال و پرورسی</p> <p>• کم خونی شدید فقر آهن (هموگلوبین زیر ۷ gr/dl)</p> <p>• بیماریهای ریه (برونشیت یا پنومونی)</p> <p>• عفونت سیستمیک یا گاسترو انتریت قابل توجه</p> <p>• عفونت پوست شکم</p> <p>• انجام جراحی شکمی به علل اورژانسی یا به علت عفونت، یا جراحی وسیع با بسترهای و بحرکتی طولانی مدت</p> <p>► اگر یکی از موارد زیر را داشته باشد، اقدامات خاص را در مورد او به کار ببرید.</p> <p>• سیروز شدید کبدی</p> <p>• پرکاری تیروئید</p> <p>• اختلالات انعقادی (خون لخته نمی‌شود)</p> <p>• بیماری مزمن ریه (آسم، برونشیت، آمفیزیم، عفونت ریه)</p> <p>• سل لگنی</p> <p>• لوپوس با آنتی‌بادیهای آنتی‌فسفو‌لیپید مثبت (یا نامعلوم)، با ترومبوسیتوپنی شدید یا روی درمان داروهای ساپرس کننده اینمی</p>
--

عقیمسازی زنانه برای زنان آلوده به HIV

- زنانی که آلوده به HIV هستند، AIDS دارند یا تحت درمان با داروهای ضدتروروپریوسی هستند، می‌توانند از روش عقیمسازی زنانه استفاده کنند. برای انجام عمل عقیمسازی در زنان آلوده به HIV باید اقدامات خاص اعمال شود.
- زنان را تشویق کنید علاوه بر عمل عقیمسازی زنانه از کاندوم نیز استفاده کنند. کاندوم در صورت استفاده صحیح و مستمر به پیشگیری از انتقال HIV و سایر عفونتهای آمیزشی (STIs) کمک می‌کند.
- نباید فردی را برای انجام عقیمسازی زنانه تحت فشار گذاشت یا به زور قانع کرد. این مورد شامل زنان آلوده به HIV هم می‌شود.

ارائه روش عقیمسازی زنانه

زمان انجام عمل

نکته مهم: اگر علت طبی برای تعویق وجود نداشته باشد، و بطور منطقی از عدم حاملگی او اطمینان حاصل شود، هر زمان که بخواهد می‌توان عقیمسازی زنانه را انجام داد. برای اطمینان منطقی از عدم حاملگی او از چک لیست حاملگی استفاده کنید (به صفحه ۳۶۹ مراجعه کنید).

وضعیت زن زمان انجام روش

دارای سیکل قاعدگی یا تعویض از روش دیگر	هر زمانی در ماه
• هر زمانی در طی ۷ روز بعد از شروع خونریزی ماهیانه. نیازی به استفاده از روش دیگر قبل از انجام روش نیست.	هر زمانی در طی ماه
• اگر بیش از ۷ روز از شروع خونریزی ماهیانه گذشته باشد، زن به شرطی می‌تواند از عمل عقیمسازی زنانه استفاده کند که به طور منطقی از عدم حاملگی اطمینان داشته باشد.	هر زمانی در ماه
• اگر او روش قرصهای خوراکی جلوگیری از حاملگی را به این روش تغییر می‌دهد، می‌تواند قرصهایش را تا زمان تمام شدن بسته ادامه دهد تا سیکل منظمی داشته باشد.	هر زمانی در ماه
• اگر او روش IUD را به این روش تغییر می‌دهد بلافصله می‌توان عقیمسازی را انجام داد. (به قسمت IUD حاوی مس، تعویض از IUD به روش دیگر در صفحه ۱۴۱ مراجعه کنید).	هر زمانی در ماه
فقدان خونریزی ماهیانه	هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان داشته باشد.
• بعد از زایمان	اگر از قبل انتخاب آگاهانه و داوطلبانه داشته باشد، بلافصله بعد از زایمان یا در عرض ۷ روز بعد از زایمان.
• ۶ هفته بعد از زایمان یا بعد از آن، در صورت اطمینان منطقی از عدم حاملگی	در صورت انتخاب آگاهانه و داوطلبانه از قبل، تا ۴۸ ساعت بعد از سقط بدون عارضه
بعد از سقط خود به خودی یا القایی	بعد از سقط خود به خودی یا القایی

بعد از استفاده از قرصهای

فوریتی جلوگیری از
حاملگی (ECP‌ها)

- در عرض ۷ روز بعد از شروع خونریزی ماهیانه بعدی یا هر زمان که بتوان بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان حاصل کرد، می‌توان عقیم‌سازی را انجام داد. به وی یک روش پشتیبان یا روش ضدبارداری خوراکی بدھید تا از روز بعد از مصرف ECP‌ها شروع و تاز مانیکه عمل قابل انجام باشد از آن استفاده کند.



اطمینان از انتخاب آگاهانه

نکته مهم: مشاور صمیمی که به نگرانیهای زن گوش داده و به پرسشها ای او پاسخ داده و اطلاعات واضح و عملی در مورد روش بخصوص دائمی بودن آن، به زن داده، به او کمک می‌کند انتخاب آگاهانه‌ای داشته باشد و استفاده کننده موفق و رضایتمندی بوده و بعداً دچار پشیمانی نشود (به قسمت چون عقیم‌سازی دائمی است در ص ۱۶۵ مراجعه کنید). شرکت دادن همسر او در مشاوره مفید است، اما ضروری نیست.

۶ نکته مهم در رضایت آگاهانه

مشاوره باید تمام ۶ نکته لازم برای رضایت آگاهانه را پوشش دهد. در بعضی از برنامه‌ها مراجعه کننده و مشاور همچنین باید یک فرم رضایت آگاهانه را امضا کنند. برای گرفتن رضایت آگاهانه برای عقیم‌سازی باید نکات زیر برای متقاضی تفهیم شود:

۱. روش‌های موقت جلوگیری از حاملگی نیز در دسترس متقاضی هستند.

۲. عقیم‌سازی داوطلبانه یک روش جراحی است.

۳. این روش فواید و خطرهای ویژه‌ای دارد (هم خطرها و هم فواید، هر دو، باید با روش قابل فهم برای متقاضی توضیح داده شوند).

۴. در صورت موفقیت آمیز بودن، این روش از حاملگی و داشتن فرزند بیشتر ممانعت خواهد کرد.

۵. این روش یک روش دائمی در نظر گرفته می‌شود و احتمالاً غیرقابل بازگشت است.

۶. متقاضی تا قبل از انجام جراحی هر زمان که بخواهد می‌تواند از انجام عمل صرف نظر کند (بدون از دست دادن حق استفاده از خدمات طبی، بهداشتی یا سایر خدمات یا منافع).

چون عقیمسازی یک روش دائمی است

زن یا مردی که تصمیم دارد از روش عقیمسازی استفاده کند، باید خوب فکر کند که: آیا در آینده ممکن است تمایل به داشتن فرزندان بیشتری داشته باشم؟ ارائه دهنده خدمات بهداشتی می‌توانند به مقاضی کمک کنند که درباره این سؤال فکر کرده و یک انتخاب آگاهانه داشته باشد. در صورت پاسخ "بله، من ممکن است تمایل به داشتن فرزندان بیشتری داشته باشم" سایر روشهای تنظیم خانواده انتخاب‌های بهتری خواهند بود.

پرسیدن سوالات زیر می‌تواند کمک کننده باشد. ارائه دهنده خدمات باید بپرسد:

آیا می‌خواهی در آینده فرزندان بیشتری داشته باشید؟ •

- اگر خیر، آیا شما فکر می‌کنید در آینده ممکن است نظرتان را تغییر دهید؟ چه چیزی ممکن است نظرتان را عوض کند؟ به عنوان مثال فرض کنید که یکی از فرزندان شما بمیرد؟ •
- تصور کنید همسرتان را از دست بدھید و دوباره ازدواج کنید؟ •
- آیا همسرتان متمایل به داشتن فرزند بیشتر در آینده می‌باشد؟ •

افرادی که نمی‌توانند به این سوالات پاسخ دهند ممکن است نیازمند تشویق برای تفکر بیشتر در زمینه تصمیم‌شان برای عقیمسازی باشند.

بطور کلی افراد زیر در آینده بیشتر از تصمیم‌شان پشیمان خواهند شد:

هیچ یک از این موارد مانع عقیمسازی نیستند، اما ارائه دهنده خدمات باید از انتخاب آگاهانه و با تفکر کافی افراد با این مشخصات اطمینان ویژه‌ای حاصل کند

- جوان هستند. •
- فرزندی ندارند یا فرزندان کمی دارند. •
- فرزندشان را اخیراً از دست داده‌اند. •
- ازدواج نکرده‌اند. •
- مشکلات خانوادگی دارند. •
- شریک جنسی شان مخالف عقیمسازی است. •

همچنین برای یک زن بی‌خطرترین و بهترین زمان عقیمسازی داوطلبانه بلافصله بعد از زایمان یا سقط است، اما زنی که در این زمان عقیم می‌شود ممکن است در آینده بیشتر از دیگران پشیمان شود. اگر چه مشاوره کامل در حین حاملگی و تصمیم گیری قبل از زایمان برای اجتناب از پشیمانی کمک کننده است.

تصمیم گیری درباره عقیم شدن تنها متعلق به خود مقاضی است.

یک زن یا مرد ممکن است درباره تصمیم خود با شریک جنسی یا سایرین مشاوره کند و دیدگاههای آنها را در نظر بگیرد، اما شریک جنسی، سایر اعضای خانواده، ارائه دهنده خدمات بهداشتی، راهنمای جامعه یا هیچ فرد دیگری نمی‌تواند بجای زن در این زمینه تصمیم گیری کند. ارائه دهنده خدمات تنظیم خانواده موظف هستند در مورد اینکه تصمیم گیری برای انجام یا عدم انجام عقیمسازی توسط زن گرفته شده و تحت اصرار و اجبار فرد دیگری نبوده است، اطمینان حاصل کنند.

انجام عمل عقیمسازی

شرح روش

زنی که روش عقیمسازی را انتخاب کرده است لازم است بداند در طی انجام عمل چه انفاقی می‌افتد. بیانات زیر ممکن است به توضیح روش به او کمک کند. آموزش انجام عمل عقیمسازی زنانه نیاز به تمرین و یادگیری تحت نظرت مستقیم دارد. بنابراین، این توضیح خلاصه بوده و شامل جزئیات عمل را نمی‌باشد.

توضیح زیر برای اعمالی است که بیش از ۶ هفته بعد از زایمان تحت انجام می‌گیرند. روشی که تا ۷ روز پس از زایمان انجام می‌شود کمی متفاوت است.

روش مینی لپاراتومی

۱. ارائه دهنده در تمام مراحل از روشهای مناسب پیشگیری کننده از عفونت استفاده می‌کند. (به پیشگیری از عفونت در درمانگاه در صفحه ۳۰۲ مراجعه کنید).
۲. ارائه دهنده معاینه بالینی و معاینه لگنی انجام می‌دهد. معاینه لگنی برای بررسی شرایط و قابلیت تحرک رحم است.
۳. معمولاً برای ایجاد آرامش، زن آرامبخش ضعیف (خوراکی یا وریدی) دریافت می‌کند. زن در طول عمل بیدار است. بی‌حسی موضعی در بالای خط رویش موبی پویس تزریق می‌شود.
۴. ارائه دهنده برش عمودی کوچکی (۲-۵ سانتی متر) در محل بی‌حس شده می‌دهد این کار معمولاً درد خفیفی ایجاد می‌کند. (برای زنانی که اخیراً زایمان کرده‌اند، برش بصورت افقی در پایین ناف داده می‌شود).
۵. سپس وسیله مخصوصی (بالا آورنده رحم) را از واژن و از میان سرویکس و داخل رحم برای بالا آوردن هر دو لوله رحمی وارد می‌کند در این حالت لوله‌ها به محل برش نزدیکتر می‌شوند. این کار ممکن است ناراحتی کمی ایجاد کند.
۶. هر لوله گره زده شده و بریده می‌شوند یا با گیره یا حلقه بسته می‌شود.
۷. سپس محل برش را بخیه می‌زنند و روی آن را با یک بانداز چسبنده می‌پوشانند.
۸. به زن آموزش‌هایی در مورد مراقبت بعد از مرخص شدن از بیمارستان داده می‌شود. (به قسمت توضیح مراقبت از خود در عقیمسازی زنانه صفحه ۱۶۸ مراجعه کنید). او معمولاً بعد از چند ساعت می‌تواند بیمارستان را ترک کند.



روش لپاراسکوپی

۱. فرد ارائه دهنده در تمام مراحل، از روشهای مناسب پیشگیری کننده از عفونت استفاده می‌کند. (به پیشگیری از عفونت در درمانگاه در صفحه ۳۰۲ مراجعه کنید).
۲. ارائه دهنده معاینه بالینی و معاینه لگنی را انجام می‌دهد. معاینه لگنی برای بررسی شرایط و قابلیت تحرک رحم است.
۳. زن معمولاً برای آرامش یک آرامبخش ضعیف (خوراکی یا وریدی) دریافت می‌کند، او در طول عمل بیدار است. بی‌حسی موضعی زیر ناف او تزریق می‌شود.
۴. سپس سوزن مخصوص را بداخل شکم زن وارد کرده و از طریق سوزن، شکم را با گاز یا هوا پر می‌کند. این اقدام، دیواره شکم را از روی اعضای لگن به طرف بالا می‌کشاند.
۵. ارائه دهنده برش کوچکی (در حدود یک سانتی متر) در محل بی‌حس شده داده و لپاراسکوپ را وارد می‌کند. لپاراسکوپ لوله باریکی است که حاوی چند عدسی است. او از طریق عدسی‌ها می‌تواند داخل بدن را ببیند و دو لوله رحمی را پیدا کند.

۶. سپس از میان لایپار اسکوپ (یا گاهی از میان برش دوم) وسیله‌ای را برای بستن لوله‌های رحمی وارد می‌کند.

۷. هر لوله با یک گیره یا حلقه بسته می‌شود، یا با وسیله الکتریکی رایج (الکتروکو اگولیشن) مسدود می‌شود.

۸. سپس ارائه دهنده وسیله و لایپار اسکوپ را خارج کرده، گاز یا هوا را از شکم زن تخلیه می‌کند. برش را بخیه زده، با باندаж چسبنده می‌پوشاند.

۹. به زن آموز شهابی در مورد مرافقت بعد از ترک بیمارستان داده می‌شود (به توضیح مرافقت از خود در عقیمسازی زنانه صفحه ۱۶۸ مراجعه کنید). زن معمولاً بعد از چند ساعت می‌تواند بیمارستان را ترک کند.

بی‌حسی موضعی برای عقیمسازی زنانه بهترین روش است.



بی‌حسی موضعی که همراه با یا بدون استفاده از آرامبخش ضعیف انجام می‌شود، به بیهوشی عمومی ترجیح داده می‌شود. بی‌حسی موضعی:

- در مقایسه با بیهوشی عمومی، بیحسی نخاعی با اپیدورال خطر کمتری دارد.
- به زن این امکان را می‌دهد که بیمارستان یا درمانگاه را زودتر ترک بکند.
- بهبودی سریعتر است.
- امکان انجام عقیمسازی زنانه را در مراکز تسهیلاتی بیشتر فراهم می‌کند.

عقیمسازی تحت بی‌حسی موضعی زمانی قابل اجراست که یکی از اعضای تیم جراحی برای انجام بی‌دردی آموزش دیده است و جراح نیز برای انجام بی‌حسی موضعی آموزش دیده است.

تیم جراحی باید برای مدیریت موارد اورژانس آموزش دیده باشند و در تسهیلات نیز، تجهیزات و داروهای اساسی برای مدیریت موارد اورژانس موجود باشند.

ارائه دهنگان خدمات بهداشتی می‌توانند از قبل به زن توضیح دهنده که بیدار ماندن در طول انجام روش برای او بی‌خطرتر است. در طی جراحی، ارائه دهنگان می‌توانند با زن صحبت کنند و در صورت نیاز به او اطمینان بدهند.

از آرامبختها و داروهای بیحس کننده مختلفی ممکن است استفاده شود. مقدار ماده بیحسی با توجه به وزن بدن بیمار تنظیم می‌شود. باید از مصرف آرامبخش به مقدار زیاد خودداری شود، چون توانایی بیمار را برای هوشیار ماندن کاهش داده و می‌تواند تنفس او را آهسته‌تر یا متوقف کند.

در بعضی موارد ممکن است بیهوشی عمومی مورد نیاز باشد. برای درک شرایط طبی که نیاز به اجرای اقدامات خاص دارند و این اقدامات ممکن است شامل بیهوشی عمومی باشند. (به قسمت معیارهای مقبولیت طبی برای عقیمسازی زنانه در ص ۱۶۰ مراجعه کنید.)

حمایت از مصرف کننده

توضیح مراقبت از خود در عقیم‌سازی زنانه

- | | |
|---|--|
| • تا زمان انجام عمل از روش دیگر جلوگیری از حاملگی استفاده کند. | قبل از انجام، زن باید |
| • تا ۸ ساعت قبل از عمل چیزی نخورد. می‌تواند تا ۲ ساعت قبل از عمل مایعات صاف شده بنوشد. | |
| • از ۲۴ ساعت قبل از جراحی از مصرف هر نوع دارو اجتناب کند، مگر به او گفته شود که دارویی را مصرف کند. | |
| • در صورت امکان، لباسهای تمیز و با گشادی مناسب برای تسهیلات سلامتی بپوشد. | |
| • لاک ناخن نداشته باشد و از جواهرات استفاده نکند. | |
| • در صورت امکان، یک نفر از بستگان یا دوستانش را برای کمک به او برای رفتن به منزل بعد از انجام روش با خود بیاورد. | |
| • تا دو روز استراحت کند. از کارهای سنگین و بلند کردن اجسام سنگین تا یک هفته اجتناب کند. | بعد از انجام روش زن باید |
| • به مدت ۱ تا ۲ روز محل برش را تمیز و خشک نگه دارد. |  |
| • از مالش محل عمل تا یک هفته اجتناب کند. | |
| • حداقل تا یک هفته از نزدیکی جنسی اجتناب کند. در صورت تداوم درد بیشتر از یک هفته، تا زمان برطرف شدن درد از نزدیکی اجتناب کند. | |

زن ممکن است بعد از انجام عمل، دچار درد و تورم خفیف شکم شود. این حالت معمولاً در عرض چند روز از بین می‌رود. استفاده از ایبوپرو芬 (۲۰۰-۴۰۰ mg)، پاراستامول (۳۲۵-۱۰۰۰ mg) یا سایر ضد دردها را پیشنهاد کنید. او نباید آسپرین که تشکیل لخته خون را آهسته می‌کند مصرف نماید. استفاده از تسکین دهنده‌های قویتر بندرت مورد نیاز است. اگر لاپاراسکوپی شده است، ممکن است تا چند روز درد شانه یا احساس نفخ داشته باشد.

- | | |
|---|--------------------------|
| • برای ویزیت پیگیری برنامه ریزی کنید. | در زمینه شایعترین مشکلات |
| • پیگیری در عرض ۷ روز یا حداقل ۲ هفته قویاً توصیه می‌شود. با وجود این نباید صرفاً به علت مشکل یا غیرممکن بودن پیگیری از انجام روش عقیم‌سازی برای زن خودداری کرد. | چه باید بکند. |
| • ارائه دهنده خدمات بهداشتی محل برش را کنترل کرده، هر علامتی از عفونت را بررسی کرده و بخیه‌ها را درمی‌آورد. این عمل می‌تواند در کلینیک، منزل مراجعه کننده (به عنوان مثال توسط پیراپزشکی که آموزش ویژه دیده است) یا سایر مراکز بهداشتی انجام گیرد. | |

”هر زمان که نیاز باشد مراجعه کنید“: دلایل مراجعه مجدد

به او اطمینان دهید که هر زمان نیاز داشت می تواند مراجعه کند - به عنوان مثال اگر سوال یا مشکلی داشته باشد یا فکر کند حامله است (تعداد بسیار کمی از موارد عقیم‌سازی دچار شکست شده و زن حامله می‌شود).

همچنین اگر:

- در محل عمل خونریزی، درد، چرک، گرمی و تورم یا قرمزی وجود دارد که بر طرف نشده یا بدتر می‌شود.
 - تب بالا داشته باشد (بیش از ۳۸°C یا ۱۰۱°F).
 - در ۴ هفته اول و بخصوص هفته اول دچار ضعف، احساس سبکی مقاوم سر و یا سرگیجه شدید شود.
- توصیه‌های عمومی سلامت: هر فردی که به طور ناگهانی احساس کند مشکل مهمی در مورد سلامتی او وجود دارد باید فوراً برای دریافت مراقبتها طبی به پرستار یا پزشک مراجعه کند به احتمال زیاد ممکن است روش جلوگیری از حاملگی این شرایط را ایجاد نکرده باشد اما او باید به پرستار یا پزشک بگوید که از چه روشی استفاده می‌کند.

کمک به استفاده کننده‌ها مدیریت مشکلات

مشکلاتی که به عنوان عوارض گزارش می‌شوند.

- مشکلات بر رضایت زنان از عقیم‌سازی زنانه تأثیر می‌گذارند. آنها شایسته توجه ارائه دهنده خدمات بهداشتی هستند. اگر مراجعه کننده عوارض عقیم‌سازی زنانه را گزارش می‌کند به نگرانیهای او گوش فرا دهید و درمان مقتضی را انجام دهید.

عفونت محل برش (قرمزی، گرمی، درد، چرک)

- محل عفونت را با آب و صابون یا ماده ضد عفونی کننده پاک کنید.
- به مدت ۷ تا ۱۰ روز آنتی‌بیوتیک خوراکی بدهید.
- از او بخواهید که اگر بعد از اتمام آنتی‌بیوتیک‌ها عفونت رفع نشد بازگردد.

آبسه (توده چرکی زیر پوست که در اثر عفونت ایجاد می‌شود)

- محل را با محلول ضد عفونی پاک کنید.
- محل را برش دهید و آبسه را درناز کنید.
- زخم را درمان کنید.
- به مدت ۷ تا ۱۰ روز آنتی‌بیوتیک خوراکی بدهید.
- از او بخواهید اگر بعد از اتمام آنتی‌بیوتیک‌ها گرمی، قرمزی، درد یا ترشحات زخم وجود داشتند، مجدداً مراجعه کند.

درد شدید قسمت تحتانی پایین شکم (شک به حاملگی خارج از رحم)

- به مدیریت حاملگی خارج از رحمی در قسمت زیر مراجعه کنید.

شک به حاملگی

- بررسی از نظر حاملگی، از جمله حاملگی خارج از رحم

مدیریت حاملگی خارج از رحم

- حاملگی خارج از رحم به هر حاملگی که خارج از حفره رحمی ایجاد شود گفته می‌شود. تشخیص زود هنگام مهم است. حاملگی خارج از رحم نادر است اما می‌تواند کشنده باشد (به سوال ۱۱ در صفحه ۱۷۲ مراجعه کنید).
- در مراحل اولیه حاملگی خارج از رحم ممکن است نشانه‌ای وجود نداشته باشد یا خفیف باشد. اما در نهایت این نشانه‌ها نشید می‌باشند. ترکیبی از علائم و نشانه‌های زیر شک به حاملگی خارج از رحم را افزایش می‌دهند.
 - درد یا حساسیت غیرعادی شکم
 - خونریزی غیرطبیعی واژینال یا فقدان خونریزی ماهیانه بخصوص اگر این حالت تغییری از الگوی معمول خونریزی ماهیانه‌اش باشد.
 - احساس سبکی سر یا سرگیجه
 - از دست دادن موقت هشیاری (Fainting)
- حاملگی خارج از رحم پاره شده: درد تیز یا خنجری ناگهانی در قسمت تحتانی شکم که گاهی یکطرفه بوده و گاهی در سراسر بدن پخش می‌شود، احتمال حاملگی خارج از رحم پاره شده (زمانی که لوله فالوپ به علت حاملگی پاره می‌شود) را مطرح می‌کند. ممکن است به علت فشار ناشی از خونی که از حاملگی خارج رحم پاره شده به دیافراگم وارد می‌شود درد شانه راست ایجاد شود. معمولاً بعد از چند ساعت شکم خیلی سفت شده و زن به شوک می‌رود.
- مراقبت: حاملگی خارج از رحم از شرایط اورژانسی نیازمند جراحی فوری است. در صورت شک به حاملگی خارج از رحم اگر امکانات جراحی فوری موجود هستند معاینه لکنی انجام دهید در غیر این صورت فوراً او را ارجاع دهید و یا به مرکزی که تشخیص قطعی و مراقبت جراحی مقدور است منتقل کنید.

پرسشها و پاسخها در مورد عقیمسازی زنانه

۱. آیا عقیمسازی خونریزی‌های ماهیانه زن را تغییر داده یا متوقف می‌کند؟

خیر. بیشتر تحقیقات نشانگر عدم تغییرات عده در الگوی خونریزی ماهیانه بعد از عقیمسازی زنانه هستند. اگر زنی قبل از عقیمسازی از روش هورمونی یا IUD استفاده می‌کرد، الگوی خونریزی ماهیانه او به حالت قبل از مصرف این روشها بر می‌گردد. به عنوان مثال زنی که روش خود را از قرص‌های خوراکی ترکیبی به روش عقیمسازی زنانه تغییر داده است، ممکن است هنگامیکه خونریزی ماهیانه آنها به الگوی طبیعی بر می‌گردد متوجه خونریزی شدید ماهیانه شود. با وجود این توجه داشته باشد که نظم خونریزی ماهیانه زن معمولاً با نزدیک شدن به زمان یائسگی کمتر می‌شود.

۲. آیا با روش عقیمسازی زنانه، میل جنسی زن کم می‌شود یا این روش زن را چاق می‌کند؟

خیر. بعد از عقیمسازی ظاهر و احساس زنان مانند قبل می‌باشد. زن مثل سابق می‌تواند روابط جنسی داشته باشد. ممکن است او از نزدیکی جنسی احساس لذت بیشتری بکند. زیرا دیگر نگران حامله شدن نیست. بعد از عقیمسازی دچار افزایش وزن نخواهد شد.

۳. آیا روش عقیمسازی فقط به زنانی که تعداد خاصی فرزند دارند یا به سن خاصی رسیده‌اند یا ازدواج کرده‌اند، توصیه می‌شود؟

خیر. توجیهی وجود ندارد که به علت سن، تعداد فرزند زنده یا وضعیت ازدواج از انجام عمل عقیمسازی برای زن اجتناب کنیم. ارائه دهنده خدمات بهداشتی نباید قوانین سختی را در زمینه سن، تعداد فرزندان، سن آخرین فرزند یا وضعیت ازدواج اعمال کند. به هر زن باید اجازه داد که خود تصمیم بگیرد آیا تعداد فرزند بیشتری می‌خواهد یا تمايل به عقیمسازی دارد یا نه؟

۴. آیا استفاده از بیهوشی عمومی برای ارائه دهنده خدمات یا زن آسانتر نیست؟ چرا بی‌حسی موضعی به کار می‌رود؟

خطر بی‌حسی موضعی کمتر است. خطر بیهوشی عمومی از خود عمل عقیمسازی بیشتر است. با استفاده صحیح از بی‌حسی موضعی، منبع بزرگ خطر یعنی بیهوشی عمومی حذف می‌شود. همچنین بعد از بیهوشی عمومی، زن معمولاً احساس تهوع می‌کند. این حالت بعد از بی‌حسی موضعی ایجاد نمی‌شود.

با وجود این زمانی که از آرام بخشها همراه بی‌حسی موضعی استفاده می‌شود، ارائه دهنده خدمات باید مراقب عدم افزایش مقدار داروی آرامبخش باشد. همچنین آنها باید در طول انجام عمل عقیمسازی به نرمی عمل کرده و حين عمل با او صحبت کنند. این اقدام به آرامش زن کمک می‌کند. در بسیاری از زنان، مخصوصاً در کنار مشاوره خوب و ارائه دهنده ماهر می‌توان استفاده از آرام بخشها را حذف کرد.

۵. آیا زنی که از روش عقیمسازی استفاده می‌کند هنوز هم باید نگران حاملگی باشد؟

معمولًا خیر. روش عقیمسازی زنانه در جلوگیری از حاملگی بسیار مؤثر بوده و به عنوان روش دائمی در نظر گرفته می‌شود. با وجود این ۱۰۰٪ مؤثر نیست. در زنانی که عقیم شده‌اند خطر جزی حاملگی وجود دارد: حدود ۵ نفر از هر ۱۰۰۰ زن طی یک سال بعد از عمل حامله می‌شوند. خطر جزی حاملگی از پایان سال اول تا زمان یائسگی نیز وجود دارد.

۶. حاملگی بعد از عقیمسازی نادر است اما چرا در کل اتفاق می‌افتد؟

اغلب به این علت است که زن قبل از عقیمسازی حامله بوده است. در بعضی از موارد سوراخی در لوله رحمی ایجاد می‌شود. همچنین اگر ارائه دهنده خدمات، محل اشتباهی را به جای لوله برش داده باشد، حاملگی رخ می‌دهد.

۷. اگر زن تصمیم بگیرد که دوباره صاحب فرزند شود آیا عقیمسازی بازگشت پذیر است؟

معمولًا خیر. عقیمسازی یک روش دائمی در نظر گرفته می‌شود. افرادی که تمایل به فرزند بیشتر دارند، با بد روشن دیگری برای تنظیم خانواده انتخاب کنند. جراحی برای بازگشت قدرت باروری در تعداد محدودی از زنان که لوله‌های رحمی کافی برایشان باقی گذاشته شده است امکان پذیر است. حتی در بین این زنان نیز عمل بازگشت اغلب منجر به حاملگی آنها نمی‌شود. انجام عمل بازگشت مشکل و گران است و افرادی که قادر به انجام چنین عملی باشند به سختی پیدا می‌شوند و اگر حاملگی بعد از عمل اتصال مجدد اتفاق افتد بیشتر از حالت معمول منجر به حاملگی خارج رحمی خواهد شد. بنابراین عقیمسازی باید غیرقابل بازگشت در نظر گرفته شود.

۸. آیا بهتر است عقیمسازی در زنان صورت بگیرد یا واژکتومی در مردان؟

هر زوجی باید خودشان تصمیم بگیرند که کدام روش برای آنها بهتر است. هر دو روش روشی مؤثر، بی‌خطرو دائمی برای زوجهایی هستند که می‌دانند فرزند بیشتری نخواهند خواست. به طور ایده‌آل بک زوج باید هر دو روش را در نظر بگیرد. اگر هر دو روش برای آنها قابل قبول است، واژکتومی بهتر است چون ساده‌تر، آسانتر، کم خطرتر و کم هزینه‌تر از عقیمسازی زنانه است.

۹. آیا روش عقیمسازی زنانه آسیب رسان است؟

بلی، خیلی کم. زنان برای ایجاد بی دردی تحت بی‌حسی موضعی قرار می‌گیرند و به جز موارد خاص، بی‌دار می‌مانند. زن می‌تواند حرکت رحم و لوله‌های رحمی را توسط مراقب احساس کند. این حالت می‌تواند ناراحت کننده باشد. اگر نکنسین ماهر بیهوشی یا متخصص بیهوشی و تجهیزات مناسب در دسترس باشند، بیهوشی عمومی برای زنانی که از درد و حشت دارند، ممکن است انتخاب شود. ممکن است زن به مدت چند روز یا حتی چند هفته بعد از جراحی احساس درد و ضعف کند، اما به زودی قدرت خود را باز خواهد یافت.

۱۰. چگونه ارائه دهنگان خدمات بهداشتی می‌توانند در زمینه تصمیم گیری زن برای عقیمسازی زنانه کمک کنند؟

اطلاعات واضح و متعادلی درباره عقیمسازی زنانه و سایر روش‌های تنظیم خانواده ارائه کنید و به او کمک کنید در مورد همه جوانب تصمیم خود بطور کامل فکر کند. در مورد احساسات او درباره داشتن فرزند و پایان قدرت باروری اش بطور کامل بحث کنید به عنوان مثال، او می‌تواند به زن کمک کند که فکر کند چه احساسی خواهد داشت اگر تغییری در زندگی‌اش ایجاد شود. مثلاً شریک جنسی‌اش عوض شود یا یکی از بچه‌هایش بمیرد. ۶ نکته فرم رضایت آگاهانه را مرور کنید تا مطمئن شوید که زن روش عقیمسازی را کاملاً درک کرده است (به صفحه ۱۶۴ مراجعه کنید).

۱۱. آیا عقیمسازی زنانه خطر حاملگی خارج از رحم را زیاد می‌کند؟

خیر. بر عکس عقیمسازی زنانه خطر حاملگی خارج از رحم را به میزان زیاد کاهش می‌دهد. حاملگی خارج از رحم در میان زنانی که عقیم شده‌اند بسیار نادر است. میزان وقوع حاملگی خارج از رحم در زنان پس از عقیمسازی زنانه ۶ مورد در ۱۰/۰۰۰ زن در سال است. میزان وقوع حاملگی خارج از رحمی در ایالات متحده بین زنانی که از هیچ روش جلوگیری از حاملگی استفاده نمی‌کنند، ۶۵ مورد در ۱۰/۰۰۰ زن در سال است. در موقع شکست عقیمسازی و بروز حاملگی، ۳۳ مورد از هر ۱۰۰ حاملگی (۱ مورد در ۳ حاملگی) خارج از رحم خواهد بود. بنابراین اغلب حاملگی‌ها بعد از شکست عقیمسازی ناموفق، خارج از رحم نیستند. هنوز حاملگی خارج از رحم می‌تواند زندگی زنان را تهدید کند بنابراین مراقب بهداشتی باید آگاه باشد که در صورت شکست عقیمسازی زنانه احتمال حاملگی خارج از رحم وجود دارد.

۱۲. در چه مکانهایی می‌توان عقیم‌سازی زنانه را انجام داد؟

در صورت عدم وجود وضعیتهای طبی مستلزم اندامات خاص:

- مینی لپارا تو می را می‌توان در مراکز مادر و کودک و تسهیلات پایه سلامت، جایی که جراحی قابل اجرا باشد، انجام داد. این مراکز شامل تسهیلات موقت و دائمی هستند که می‌توانند زن را در موارد اورژانس به مراکز درمانی مجهزتر ارجاع دهند.
- لپاراسکوپی نیازمند مرکز مجهزتری است، جایی که روش به طور منظم انجام می‌شود و متخصص بیهوشی در دسترس است.

۱۳. روشهای ترانس سرویکال در عقیم‌سازی چه روشهایی هستند؟

این روشهای شامل روشهای جدیدی برای دستیابی به لوله‌های رحمی از طریق واژن و رحم هستند. وسیله‌ای به نام Essure در بعضی از کشورها در دسترس است. وسیله فنر مانندی است که متخصصی که دوره آموزشی خاصی گذرانده است، با استفاده از یک وسیله (مانند هیستروسکوپ) آن را از طریق واژن وارد رحم، سپس هر یک از لوله‌ها می‌کند. در طول ۳ ماه از انجام این روش بافت اسکار داخل وسیله رشد می‌کند و بطور دائمی لوله‌های رحمی را مسدود می‌کند بنابر این اسپرم نمی‌تواند از میان آن عبور کرده و تخمک را بارور کند. با وجود این امکان استفاده از Essure در مراکزی که منابع کمی دارند، به علت گران بودن و پیچیدگی دستگاه نمایان کننده مورد نیاز برای جاگذاری Essure، به این زودی احتمالاً وجود نخواهد داشت.

وازکتومی (Vasectomy)

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- دائمی. به منظور ارائه روش مادام‌العمر، دائمی و بسیار مؤثر برای جلوگیری از حاملگی در نظر گرفته شده است. بازگشت معمولاً غیرممکن است.
- شامل روش ساده و بی‌خطر جراحی است.
- شروع تأثیر ۳ ماه طول می‌کشد. مرد یا همسر او باید به مدت ۳ ماه بعد از وازکتومی از کاندوم یا روش دیگر جلوگیری از حاملگی استفاده کند.
- تأثیر بر عملکرد جنسی مرد ندارد.

وازکتومی (Vasectomy) چیست؟

- روش دائمی جلوگیری از حاملگی برای مردانی است که تمایل به داشتن فرزند بیشتر ندارند.
- ارائه دهنده خدمات از طریق ایجاد سوراخ یا برش کوچکی روی اسکروتونم، دو لوله‌ای را که اسپرم را به آلت تناسلی منتقل می‌کنند (مجرای واژدفران) پیدا کرده، آنها را با گره زدن و بریدن یا با استفاده از گرما یا الکتریسیته (کوتر) می‌بندد.
- روش عقیم سازی مردانه و روش جراحی مردانه جلوگیری از حاملگی نیز نامیده می‌شود.
- از طریق مسدود کردن مجرای واژدفران و حذف اسپرم از مایع منی عمل می‌کند. مایع منی انزال می‌شود، اما قدرت بارور کردن ندارد.

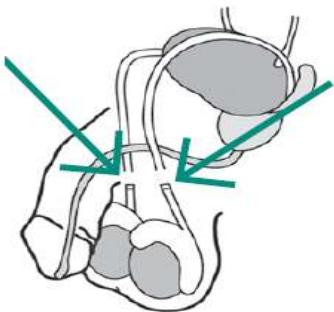
میزان اثربخشی

از روش‌های بسیار مؤثر است، اما خطر شکست بسیار کمی نیز وجود دارد:



- در مناطقی که امکان آزمایش مایع منی از نظر وجود اسپرم، ۳ ماه بعد از وازکتومی وجود ندارد، میزان حاملگی ۲-۳ مورد در ۱۰۰ زن در طول سال اول پس از وازکتومی است. یعنی ۹۷ تا ۹۸ زن از ۱۰۰ زنی که همسرانشان وازکتومی شده است، حامله نخواهند شد.
- در مناطقی که امکان آزمایش مایع منی پس از وازکتومی وجود دارد، کمتر از ۱ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن (۲ مورد در هر ۱۰۰۰ زن) در طول سال اول بعد از وازکتومی رخ می‌دهد. یعنی ۹۹۸ نفر از ۱۰۰۰ زنی که همسرانشان وازکتومی شده است حامله نخواهند شد.

- واژکتومی در طول ۳ ماه بعد از انجام روش کاملاً موثر نیست.



- بعضی از موارد حاملگی در طول سال اول ایجاد می‌شوند، چون زوجین در ۳ ماه اول و قبل از اثربخشی کامل واژکتومی از کاندوم یا روش دیگر جلوگیری از حاملگی به طور مداوم و صحیح استفاده نمی‌کنند.

- خطر حامله شدن پس از سال اول انجام واژکتومی تازمان یائسگی شریک جنسی به میزان کم باقی می‌ماند.

- در طول ۳ سال از شروع: حدود ۴ مورد حاملگی در هر ۱۰۰ زن

- اگر شریک جنسی مردی که واژکتومی شده است حامله شود ممکن است:

- زوجین در طول ۳ ماه اول واژکتومی، بطور مداوم از روش دیگری استفاده نکرده‌اند.

- ارائه دهنده خدمات، روش را صحیح انجام نداده است.

- انتهاهای بریده شده مجاری واژدفران دوباره به هم وصل شده‌اند.

قدرت باروری معمولاً بازگشت ناپذیر است، چون واژکتومی را معمولاً نمی‌توان متوقف کرد یا دوباره ارتباط برقرار کرد. این روش باید دائمی در نظر گرفته شود. جراحی اتصال مجدد لوله‌ها مشکل و پرهزینه بوده و در هر منطقه‌ای قابل دسترس نیست. پس از انجام واژکتومی، جراحی اتصال مجدد لوله‌ها اغلب منجر به حاملگی نمی‌شود (به پرسش ۷ در ص ۱۸۷ مراجعه کنید).

حافظت در مقابل بیماریهای آمیزشی (STIs) : اثری ندارد.

چرا بعضی از مردان واژکتومی را دوست دارند.

• بی‌خطر، دائمی و راحت است.

• اثار جانبی و عوارض کمتری در مقایسه با بسیاری از روش‌های زنانه دارد.

• مرد مسئولیت جلوگیری از حاملگی را به عهده می‌گیرد. این مسئولیت را از زن سلب می‌کند.

• احساس لذت و دفعات نزدیکی جنسی را افزایش می‌دهد.

اثرات جانبی، فواید و خطرهای سلامت و عوارض

اثرات جانبی، فواید و خطرهای شناخته شده سلامت

وجود ندارد.

عوارض (به مدیریت مشکلات در ص ۱۸۵ نیز مراجعه کنید)

غیرشایع تا نادر:

- درد شدید اسکروتوم یا بیضه که ماهها یا سالها طول می‌کشد (به پرسش ۲ در ص ۱۸۶ مراجعه کنید).

غیرشایع تا بسیار نادر:

- عفونت محل برش یا قسمت داخلی برش (با استفاده از تکنیک رایج برش بسیار نادر است؛ به تکنیکهای واژکتومی در ص ۱۸۲ مراجعه کنید).

نادر:

خونریزی زیر پوستی که ممکن است سبب ادم یا کبودی (هماتوم) شود.

اصلاح باورهای نادرست (به پرسشها و پاسخها در ص ۱۸۶ نیز مراجعه کنید).

واژکتومی:

- بیضه‌ها خارج نمی‌شوند. در واژکتومی، لوله‌های منتقل کننده اسپرم از بیضه‌ها مسدود می‌شوند. بیضه‌ها در محل باقی می‌مانند.
- میل جنسی را کاهش نمی‌دهد.
- بر عملکرد جنسی تأثیری ندارد.
- حالت سفت شدن آلت تناسلی مرد، زمان آن و انزال همانند حالت قبل از واژکتومی است.
- سبب چاقی مرد یا لاغری، ضعف و کاهش حجم عضلات او نمی‌شود.
- سبب هیچ گونه بیماری در مراحل بعدی زندگی نمی‌شود.
- از انتقال بیماریهای آمیزشی، از جمله HIV، جلوگیری نمی‌کند.

چه کسانی می‌توانند تحت واژکتومی قرار گیرند.

برای همه مردان بی خطر است

در صورت انجام مشاوره مناسب و اظهار رضایت آگاهانه، هر مردی می‌تواند به طور بی خطر تحت واژکتومی قرار گیرد، از جمله مردانی که:

- فرزنندی ندارند یا فرزندان کمی دارند.
- ازدواج نکرده‌اند.
- اجازه همسر ندارند.
- جوان هستند.
- دچار بیماری کم خونی داسی شکل هستند.
- در معرض خطر زیاد آلوگی با HIV یا سایر موارد STI قرار دارند.
- آلوده به HIV هستند، بدون توجه به اینکه تحت درمان ضد رتروویروسی قرار دارند یا خیر (به قسمت واژکتومی برای مردان دچار HIV در ص ۱۸۰ مراجعه کنید).

در بعضی از این شرایط، مشاوره دقیق بخصوص برای اطمینان از اینکه مرد بعداً احساس تأسف و پشیمانی نخواهد کرد مهم است (به قسمت عقیم سازی زنانه، چون عقیم سازی دائمی است، در ص ۱۶۵ مراجعه کنید).

مردان می‌توانند واژکتومی را در شرایط زیر انجام دهند.

- بدون هیچگونه آزمایش خون یا تستهای روتین آزمایشگاهی
- بدون اندازه گیری فشارخون
- بدون آزمایش هموگلوبین
- بدون کنترل کلسترول خون یا عملکرد کبد
- حتی اگر نتوان مایع منی را بعد از نظر وجود اسپرم بررسی کرد.



معیارهای مقبولیت طبی برای واژکتومی

همه مردان می‌توانند تحت واژکتومی قرار بگیرند. هیچ شرایط طبی مانع استفاده از این روش نمی‌شود. این چک لیست در مورد شرایط شناخته شده طبی از فرد سوال می‌کند که ممکن است زمان، مکان یا روش انجام واژکتومی را محدود کند. از مراجعه کننده سوالات زیر را پرسید. اگر به همه سوالات پاسخ خیر بدهد، آنگاه می‌توان واژکتومی را در یک مرکز روتین و بدون تعویق انجام داد. اگر به یکی از سوالات جواب مثبت بدهد، دستورالعملهای زیر را که توصیه به احتیاط، تعویق یا اقدامات خاص می‌کند، دنبال کنید.

در چک لیست زیر:

- احتیاط به این معنی است که روش را می‌توان در یک مرکز روتین، اما با اتخاذ اقدامات و احتیاط‌های بیشتر با توجه به شرایط انجام داد.
- تعویق یعنی واژکتومی را به وقت دیگر موکول کنید. این شرایط باید قبل از انجام واژکتومی، درمان یا اصلاح شوند. تا زمان قابل اجرا بودن واژکتومی، روش دیگری به او ارائه دهید.
- خاص یعنی باید اقدامات خاصی انجام شوند تا واژکتومی در مرکزی که از جراح و کادر ماهر، تجهیزات انجام بیهوشی عمومی و سایر حمایتهای پشتیبان طبی برخوردار است انجام شود. در این شرایط، تصمیم گیری در مورد مناسبترین روش و رژیم دارویی بیهوشی عمومی نیز ضروری است. به مراجعه کننده تا زمان قابل اجرا بودن روش، روش پشتیبان ارائه کنید.

۱. آیا مشکلی در ارتباط با اندام تناسلی از قبیل وجود عفونت، ادم، زخم یا توده بروی آلت تناسلی یا اسکروتوم دارد؟ در صورت داشتن، چه مشکلاتی؟

خیر بلی اگر هر یک از شرایط زیر را دارد احتیاط کنید.

سابقه آسیب به اسکروتوم

ادم اسکروتوم ناشی از وریدها یا غشاها متوتر در طناب اسپرماتیک یا بیضه‌ها (واریکوسل وسیع یا هیدروسل)

عدم نزول بیضه‌ها – یکطرفه (وازکتومی فقط در طرف سالم انجام می‌شود، سپس اگر ۳ ماه بعد در مایع منی اسپرم وجود داشته باشد، وازکتومی در طرف دیگر نیز باید انجام شود).

► اگر هر یک از شرایط زیر را دارد وازکتومی را به تعویق بیندازید:

بیماری فعال آمیزشی

وجود ادم یا سفتی (التهاب) در نوک آلت تناسلی، مجاری اسپرم (اپیدیدیم) یا بیضه‌ها

عفونت پوست اسکروتوم یا وجود توده در آن

► اگر هر یک از شرایط زیر را دارد اقدامات خاص را انجام دهید:

فتق مغبni. (در صورت امکان، ارائه دهنده خدمات می‌تواند همزمان با ترمیم فتق، وازکتومی را نیز انجام دهد. در صورتیکه امکان پذیر نباشد، ابتدا باید فتق ترمیم شود).

عدم نزول بیضه‌ها – دو طرفه

۲. آیا دچار وضعیتها یا عفونتهای دیگری هستید؟ اگر چنین است، چه وضعیت یا عفونتی؟

خیر بلی اگر هر یک از شرایط زیر را دارد احتیاط کنید:

دیابت

افسردگی

سن پایین

► اگر هر یک از شرایط زیر را دارد وازکتومی را به تعویق بیندازید:

عفونت سیستمیک یا گوارشی

فیلاریازیس یا الفانتیازیس

► اگر هر یک از شرایط زیر را دارد، اقدامات خاص انجام بدهید.

AIDS (به وازکتومی برای مردان دچار HIV در قسمت زیر مراجعه کنید).

خون لخته نمی‌شود (اختلالات انعقادی).

لوپوس با نزومبوسیتوپنی شدید

* روش پشتیبان شامل پرهیز، کاندومهای مردانه و زنانه، مواد اسپرم کش و روش منقطع است. به او بگوید مواد اسپرمکش و روش منقطع کمترین تأثیر را در جلوگیری از حاملگی دارند. در صورت امکان به او کاندوم بدهید.

وازکتومی برای مردان آلوده به HIV

- مردانی که آلوده به HIV هستند، AIDS دارند یا تحت درمان ضدتروروپریوسی هستند می‌توانند به طور بی‌خطر وازکتومی شوند. برای انجام وازکتومی در مردان دچار اقدامات خاص مورد نیاز است.
- وازکتومی از انتقال HIV جلوگیری نمی‌کند.
- این مردان را به استفاده از کاندوم علاوه بر وازکتومی تشویق کنید. کاندوها اگر به طور مستمر و صحیح بکار روند، از انتقال HIV و سایر موارد STI جلوگیری می‌کنند.
- هیچ کس را نباید برای انجام وازکتومی وادار کرد یا تحت فشار قرار داد و این امر شامل مردان دچار HIV نیز می‌شود.

ارائه وازکتومی

وازکتومی چه زمانی باید انجام شود

- هر زمان که مرد تقاضا کند (اگر هیچ علت طبی برای تعویق وجود نداشته باشد).



اطمینان از انتخاب آگاهانه

نکته مهم: مشاور صمیمی که به نگرانیهای مرد گوش فرا می‌دهد، به پرسش‌های او پاسخ می‌دهد و اطلاعات واضح و عملی در مورد روش، بخصوص دائمی بودن آن، به او می‌دهد، به او کمک خواهد کرد انتخاب آگاهانه انجام دهد و استفاده کننده‌ای موفق و راضی و بدون احساس پسیمانی باشد (به عقیم سازی زنانه، چون عقیم سازی دائمی است، در ص ۱۶۵ مراجعه کنید). دلالت دادن شریک جنسی در مشاوره ممکن است مفید باشد، اما ضروری نیست.

نکات کلیدی برای مقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

مشاور باید ۶ نکته رضایت آگاهانه را پوشش دهد. در بعضی از برنامه‌ها مراجعه کننده و مشاور فرم رضایت کتبی امضاء می‌کنند. برای ارائه رضایت آگاهانه برای واژکتومی، مراجعه کننده باید نکات زیر را بداند:

۱. روش‌های موقت جلوگیری از حاملگی نیز در دسترس هستند.
۲. واژکتومی داوطلبانه، روشی جراحی است.
۳. همانند فواید روش، خطرهای خاصی نیز در ارتباط با روش وجود دارند (هم خطرها و هم فواید را باید به نحوی که برای مرد قابل درک باشد توضیح داد).
۴. این روش در صورت موقتی آمیز بودن، مانع صاحب فرزند شدن فرد می‌شود.
۵. این روش دائمی در نظر گرفته می‌شود و احتمالاً غیر قابل بازگشت خواهد بود.
۶. قبل از انجام عمل، فرد می‌تواند در هر زمانی، از تصمیم خود منصرف شود (بدون از دست دادن حقوق خود در مورد سایر خدمات یا منافع طبی یا بهداشتی).

تکنیکهای واژکتومی

دستیابی به مجاری: واژکتومی بدون تیغ جراحی

تکنیک بدون تیغ جراحی، روش توصیه شده‌ای است برای دستیابی به هر دو لوله در اسکروتوم (مجاری واژدفران) که اسپرم را از راه آلت تناسلی منتقل می‌کند. این روش در دنیا، روش استانداردی است.

نقاطهای آن با روشهای رایج دارای برش:

- به جای ۱ یا ۲ برش روی اسکروتوم فقط یک سوراخ کوچک ایجاد می‌شود.
- نیازی به بخیه برای بستن پوست وجود ندارد.
- روش خاص بیحسی فقط مستلزم یکبار تزریق به جای ۲ یا چند بار است.

مزایا:

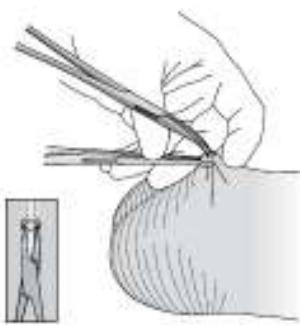
- درد و کبودی کمتر و بهبود سریعتر
- عفونت کمتر و تجمع کمتر خون در بافت (هماتوم)
- زمان کلی واژکتومی در مواردی که روش بدون تیغ جراحی، توسط فرد ماهر انجام شود، کوتاه‌تر خواهد بود.
- هر دو روش بدون تیغ جراحی و روش رایج همراه با برش سریع، بی‌خطر و مؤثر هستند.

بستن مجاری واژدفران

در اغلب موارد واژکتومی، بستن و برش لوله انجام می‌شود. این روش مستلزم برش و خارج کردن قطعه کوتاهی از هر لوله و سپس بستن هر دو سر بریده لوله است. این روش میزان شکست کمی دارد. در صورت استفاده از الکتریسیته یا حرارت در انتهای هر لوله (کوتر کردن)، میزان شکست در مقایسه حتی کمتر از روش بستن و بریدن است. احتمال شکست واژکتومی را می‌توان با پوشاندن لبه بریده شده مجاری پس از بستن و کوتر کردن آنها با لایه نازکی از بافت اطراف مجرأ (قراردادن در بین فاسیا) بیشتر کاهش داد. در صورت وجود امکانات و گذراندن دوره خاص، کوتر کردن و یا قراردادن در زیر فاسیا توصیه می‌شود. بستن مجرأ با کلیپس توصیه نمی‌شود چون خطر حاملگی بیشتر است.

انجام عمل و ازکتومی

توضیح عمل



مردی که وازکتومی را انتخاب کرده است باید بداند در طول انجام روش چه اتفاقی خواهد افتاد. مطالب زیر، روش را به او توضیح می‌دهند. یادگیری انجام وازکتومی نیازمند آموزش و تمرین تحت نظارت مستقیم است. بنابراین، توضیحات زیر خلاصه‌ای از روش کار بوده و جزئیات کار را دربرندارد.

۱. ارائه دهنده خدمات، در تمامی مراحل، روش مناسب جلوگیری از عفونت را به کار می‌برد (به قسمت جلوگیری از عفونت در درمانگاه در ص ۳۱۲ مراجعه کنید).
۲. برای جلوگیری از درد، تزریق بی‌حسی موضعی در قسمت اسکروتونم انجام می‌گیرد. مرد در طول انجام عمل هوشیار است.
۳. ارائه دهنده خدمات، پوست اسکروتونم را لمس می‌کند تا مجاری وازدفران دو لوله در اسکروتونم که اسپرم را منتقل می‌کنند، را پیدا کند.
۴. ارائه دهنده خدمات سوراخ یا برشی روی پوست ایجاد می‌کند.
 - در وازکتومی بدون تیغ، فرد لوله‌ها را با پنس مخصوص می‌گیرد و بوسیله تیغ مخصوص جراحی سوراخی در پوست قسمت میانی اسکروتونم ایجاد می‌کند.
 - در روش رایج، فرد ۱ یا ۲ برش کوچک با تیغ روی پوست ایجاد می‌کند.
۵. ارائه دهنده خدمات، حلقه کوچکی از هر لوله را از سوراخ یا برش بیرون می‌کشد. اغلب ارائه دهنده خدمات پس از خارج کردن لوله‌ها آنها را بریده یک یا هر دو سر لوله را با ناخ می‌بندند. بعضی ها سر لوله را با الکتریسیته یا حرارت می‌بندند. آنها ممکن است انتهای مجاری را با لایه نازکی از بافت اطراف لوله بپوشانند (به قسمت تکنیکهای وازکتومی، در صفحه قبل مراجعه کنید).
۶. سوراخ با برچسب پوشانده می‌شود، یا ممکن است برش را با بخیه پوشاند.
۷. آموزشای لازم در مورد مراقبت بعد از ترک درمانگاه یا بیمارستان به مرد داده می‌شود (به توضیح مراقبت از خود در وازکتومی در ص ۱۸۴ مراجعه کنید). او ممکن است پس از انجام وازکتومی، احساس ضعف مختصر بکند. ایندا باید با کمک بایستد و به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه استراحت کند. معمولاً در عرض یک ساعت می‌تواند محل را ترک کند.

حمایت از مصرف کننده

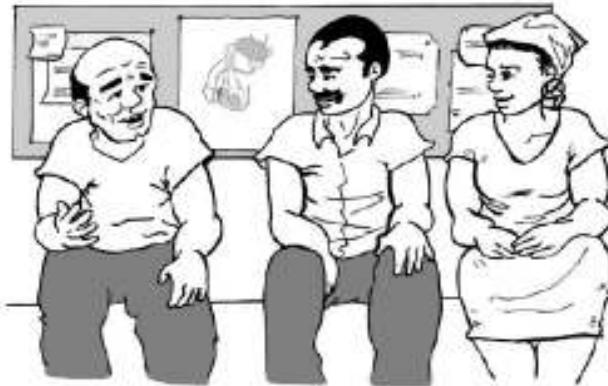
توضیح مراقبت از خود در واژکتومی

<ul style="list-style-type: none"> ● برای مراجعه به مرکز لباس تمیز و گشاد بپوشد. ● در صورت امکان به مدت ۲ روز استراحت کند. ● در صورت امکان، در ۴ ساعت اول از کمپرس سرد روی اسکروتوم استفاده کند، این کار ممکن است درد و خونریزی را کاهش دهد. او کمی احساس ناراحتی، تورم و کبودی در محل خواهد کرد. این موارد باید در عرض ۲-۳ روز رفع شوند. ● برای کمک به حمایت از اسکروتوم باید به مدت ۲-۳ روز شلوار یا شورت نرم و راحتی بپوشد. ● محل سوراخ یا برش را به مدت ۲-۳ روز تمیز و خشک نگهاردن. او می‌تواند برای پاک کردن محل از حوله استفاده کند اما نباید محل را در آب فرو برد. ● حداقل به مدت ۲-۳ روز نزدیکی نداشته باشد. ● به مدت ۳ ماه پس از واژکتومی از کاندولوم یا سایر روش‌های مؤثر تنظیم خانواده استفاده کند (توصیه جایگزین قلبی که شامل عدم نزدیکی تا ۲۰ بار انزال بود قابلیت اطمینان‌کمندی در مقایسه با انتظار به مدت ۳ ماه پس از واژکتومی دارد و اکنون توصیه نمی‌شود). 	<p>قبل از انجام روش، مرد باید</p> <ul style="list-style-type: none"> ● بعد از انجام روش، مرد باید 
<ul style="list-style-type: none"> ● احساس ناراحتی در اسکروتوم معمولاً ۲-۳ روز طول می‌کشد. توصیه کنید از ایبوپروفن (۴۰۰-۶۰۰ میلی گرم)، پاراستامول (۳۲۵-۱۰۰۰ میلی گرم)، یا سایر داروهای ضددرد استفاده کند. او نباید از آسپرین استفاده کند چون مدت لخته شدن را طولانی می‌کند. ● در صورت امکان انجام آزمایش، از او بخواهید ۳ ماه بعد برای انجام آزمایش مراجعه کند (به سوال ۴ در ص ۱۸۶ مراجعه کنید). ● با وجود این، نباید به علت اینکه ملاقات بعدی مشکل یا غیر ممکن خواهد بود، از انجام واژکتومی امتناع کرد. 	<p>در مورد مشکلات بسیار شایع چه اقدامی باید انجام دهد.</p> <p>در مورد ملاقات بعد برنامه ریزی کنید.</p>
	هر زمان که خواستید مراجعه کنید: دلایل مراجعه مجدد

به هر یک از مراجعه کنندگان اطمینان دهید هر زمان که بخواهند می‌توانند مراجعه کنند. به عنوان مثال، اگر مشکل یا سوالی دارند، یا شریک جنسی شان فکر می‌کند حامله است. (موارد کمی از واژکتومی دچار شکست می‌شوند و همسر آنها حامله می‌شود).
همچنین اگر:

- دچار خونریزی، درد، ترشح چرکی، احساس گرمایی، تورم یا سرخی در ناحیه تناслی شود که رفته رفته تشدید یابد یا بهبود پیدا نکند.

توصیه عمومی سلامت: هر فردی که بطور ناگهانی احساس کند مشکل جدی در رابطه با سلامتی اش وجود دارد، باید بلافاصله در پی دریافت مراقبت طبی از پرستار یا پزشک برآید. به احتمال قوی، روش جلوگیری از حاملگی، علت این وضعیت نیست، اما او باید به پرستار یا پزشک بگوید که از چه روشی استفاده می‌کند.



کمک به مصرف کنندگان مدیریت مشکلات

مشکلاتی که به عنوان عوارض گزارش می‌شوند

مشکلات بر رضایت مرد از واژکتومی تأثیر می‌گذارند و در خور توجه ارائه دهنده خدمات هستند. اگر مراجعه کننده وجود عوارض ناشی از واژکتومی را گزارش می‌کند، به نگرانیهای او گوش فرا دهید و در صورت امکان درمان کنید.

خونریزی یا وجود لخته خون پس از انجام روش

- به او اطمینان دهید خونریزی خفیف و لخته‌های کوچک غیر عفونی معمولاً بدون درمان در عرض دو هفته رفع می‌شوند.
- لخته‌های بزرگ ممکن است نیاز به تخلیه جراحی داشته باشند.
- لخته‌های عفونی مستلزم مصرف آنتی بیوتیک و بستری در بیمارستان هستند.

عفونت محل ایجاد سوراخ یا برش (سرخی، احساس گرما، درد، ترشح چركی)

- محل عفونی را با آب و صابون یا مواد ضد عفونی کننده تمیز کنید.
- به مدت ۷-۱۰ روز آنتی بیوتیک خوراکی بدهید.
- از او بخواهید پس از اتمام آنتی بیوتیک، در صورت احساس گرما در محل، سرخی، درد یا ترشح از زخم مجددًا مراجعه کند.

آبسه (توده چركی زیر پوست که در اثر عفونت ایجاد می‌شود)

- محل را با محلول ضد عفونی پاک کنید.

- محل را برش دهید و آب سه را در نماز کنید.
- زخم را درمان کنید.
- به مدت ۷ تا ۱۰ روز آنتی‌بیوتیک خوارکی بدهید.
- از او بخواهید اگر بعد از اتمام آنتی‌بیوتیک‌ها گرمی، قرمزی و درد یا ترشحات زخم وجود داشت، مجدداً مراجعه کند.

وجود درد به مدت چند ماه

- به او توصیه کنید اسکروتونم را با شورت یا شلوار نرم یا وسیله محافظ ورزشی بالا نگهارد.
- به او توصیه کنید اسکروتونم را در آب گرم فرو برد.
- توصیه کنید از آسپرین (۳۲۵-۶۵۰ میلی گرم)، ابیوپروفن (۴۰۰-۲۰۰ میلی گرم)، پاراستامول (۱۰۰۰-۳۲۵ میلی گرم) یا سایر داروهای ضد درد استفاده کند.
- در صورت شک به عفونت، آنتی‌بیوتیک بدهید.
- در صورت وجود درد مقاوم و عدم تحمل فرد، برای مراقبت بیشتر، ارجاع دهید (به سؤال ۲ در صفحه بعد مراجعه کنید).

پرسشها و پاسخها در مورد واژکتومی



۱. آیا واژکتومی سبب از بین رفتن قدرت جنسی مرد می‌شود؟ آیا واژکتومی او را لاغر یا چاق می‌کند؟

خیر. احساس و ظاهر مرد پس از واژکتومی، همانند قبل از عمل است. او می‌تواند همانند قبل از عمل روابط جنسی داشته باشد. حالت سفتی آلت و طول مدت آن همانند قبل از عمل خواهد بود و اanzaل مایع منی نیز همانند قبل خواهد بود. او می‌تواند همانند گذشته کار کند و به علت واژکتومی دچار افزایش وزن نخواهد شد.

۲. آیا به علت واژکتومی فرد دچار درد طولانی مدت خواهد شد؟

بعضی از مردان وجود درد مزمن یا احساس ناراحتی در اسکروتونم یا بیضه‌ها را گزارش می‌کنند که ممکن است ۱-۵ سال طول بکشد. در بررسی گسترده بر روی چندین هزار مرد، کمتر از ۱% آنان درد مستلزم درمان جراحی را گزارش نمودند. در مطالعات کوچکتر، روی حدود ۲۰۰ مرد، حدود ۶% درد شدید در قسمت اسکروتونم یا بیضه‌ها به مدت بیش از ۳ سال را داشتند. با وجود این، در گروهی مشابه از مردانی که واژکتومی نشده بودند، ۲% درد مشابهی را گزارش کردند. تعداد کمی از مردان دچار درد شدید اظهار می‌کنند که از واژکتومی پشیمان شده‌اند. علت درد ناشناخته است، ممکن است ناشی از فشار نشست اسپرم از مجاری و از دفرانی باشد که به درستی مسدود نشده‌اند، یا ناشی از آسیب عصبی باشد. درمان شامل بالا نگهداشتن اسکروتونم و استفاده از داروهای ضددرد است. می‌توان برای بی حس کردن اعصاب بیضه‌ها، ماده بی حسی به طناب اسپرماتیک تزریق کرد. بعضی از ارائه دهندگان خدمات گزارش می‌کنند که جراحی برای برداشتن محل درد یا بازگرداندن واژکتومی درد را تسکین می‌دهد. درد شدید طولانی مدت بدنیان واژکتومی شایع نیست، اما به همه مردانی که تصمیم به واژکتومی دارند باید این مورد را توضیح داد.

۳. آیا پس از واژکتومی، مرد باید از روش دیگر تنظیم خانواده نیز استفاده کند؟

بله، به مدت ۳ ماه، اگر شریک جنسی او از روش‌های تنظیم خانواده استفاده می‌کند، باید در طول این مدت به مصرف آن ادامه دهد. عدم استفاده از سایر روش‌های تنظیم خانواده در این مدت علت اصلی حاملگی در بین زوجهایی است که به واژکتومی اعتماد می‌کنند.

۴. آیا کنترل شروع اثر واژکتومی ممکن است؟

بله، ارائه دهندگان خدمات می‌توانند نمونه مایع منی را در زیر میکروسکوپ از نظر وجود اسپرم بررسی کند. اگر هیچ اسپرم متحرکی دیده نشود، اثر واژکتومی آغاز شده است. آزمایش مایع منی ۳ ماه پس از واژکتومی توصیه می‌شود، اما اجباری نیست.

اگر در یک نمونه تازه، کمتر از یک اسپرم غیرمتحرک در هر میدان میکروسکوپی با بزرگنمایی ۱۰ دیده شود (کمتر از ۱۰۰۰۰۰۰ اسپرم در میلی لیتر) مرد می‌تواند به واژکتومی اطمینان کرده، استفاده از روش پشتیبان را قطع کند. اگر مایع منی حاوی اسپرم‌های متحرک بیشتری باشد، باید روش پشتیبان را ادامه دهد و هر ماه برای آزمایش مایع منی به درمانگاه مراجعه کند. اگر باز هم اسپرم متحرک در آزمایش دیده شود، ممکن است تکرار واژکتومی مورد نیاز باشد.

۵. در صورت حامله شدن شریک جنسی او چه باید کرد؟

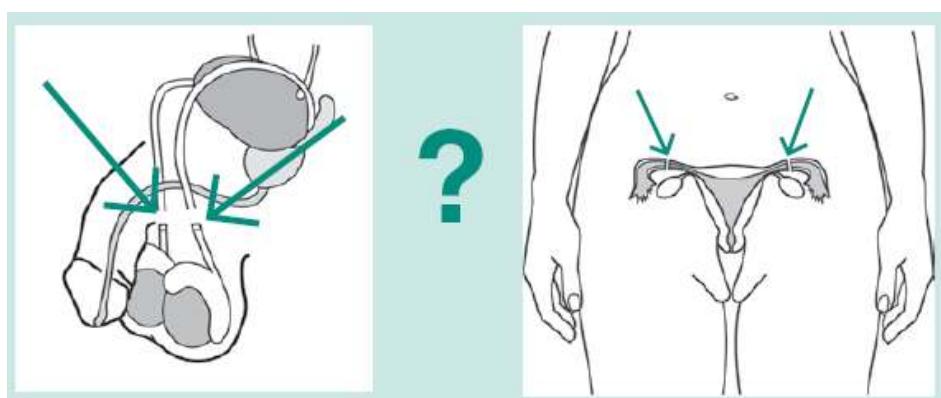
هر مردی که تحت واژکتومی قرار می‌گیرد باید بداند که گاهی واژکتومی دچار شکست می‌شود و شریک جنسی مرد حامله می‌شود. او نباید در صورت حامله شدن شریک جنسی به عدم وفاداری او شک کند. در صورت حاملگی شریک جنسی در ۳ ماه اول بعد از واژکتومی به او یادآوری کنید که باید در ۳ ماه اول، از روش دیگری استفاده می‌کردد. در صورت امکان توصیه کنید آزمایش اسپرم انجام دهد و اگر اسپرم یافتد، واژکتومی را تکرار کند.

۶. آیا تأثیر وازنکتومی پس از مدتی از بین می‌رود؟

معمولًا خیر. وازنکتومی دائمی در نظر گرفته می‌شود. با وجود این در موارد نادر، لوله هایی که اسپرم را منتقل می‌کنند دوباره رشد می‌کنند و مرد نیاز به تکرار وازنکتومی خواهد داشت.

۷. آیا در صورت تمایل مجدد مرد به داشتن فرزند می‌توان وازنکتومی را بازگشت داد؟

معمولًا خیر. وازنکتومی دائمی در نظر گرفته می‌شود. افرادی که ممکن است تمایل به داشتن فرزند بیشتری داشته باشند بهتر است روش دیگری را برای تنظیم خانواده انتخاب کنند. جراحی برگشت وازنکتومی در تعداد کمی از مردان مقور است و اغلب این عمل سبب برگشت قدرت باروری نمی‌شود. روش بازگرداندن وازنکتومی مشکل و پرهزینه است و یافتن افرادی که قادر به انجام چنین جراحی باشند سخت است. بنابراین، وازنکتومی را باید غیر قابل برگشت در نظر گرفت.



۸. کدام روش بهتر است؟ وازنکتومی یا عقیم سازی زنانه؟

هر زوج باید خودش در مورد اینکه کدام روش برای آنها بهتر است تصمیم بگیرند. در زوجی که دیگر تمایل به فرزند بیشتر ندارند هر دو روش بسیار مؤثر، بی خطر و دائمی هستند. به طور ایدهآل یک زوج باید هر دو روش را مدنظر قرار دهنده، اگر هر دو روش برای آنها قابل قبول باشد، وازنکتومی ارجح خواهد بود چون، ساده‌تر، آسانتر و ایمن‌تر است و در مقایسه با عقیم سازی زنانه هزینه کمتری دارد.

۹. چگونه ارائه دهنگان خدمات بهداشتی می‌توانند در تصمیم گیری در مورد وازنکتومی به مرد کمک کنند؟

باید اطلاعات واضح و متعادلی را در مورد وازنکتومی و سایر روش‌های تنظیم خانواده ارائه کنند و به او در مورد تصمیم گیری دقیق کمک کنند. در باره احساس او در مورد داشتن فرزند بیشتر و پایان قدرت باروری اش صحبت کنید. به عنوان مثال او می‌تواند به مرد کمک کند فکر کند عکس العمل او در مقابل تغییرات احتمالی زندگی از قبیل تغییر شریک جنسی یا مرگ فرزندش چه خواهد بود. ۶ نکته مشاوره اگاهانه را دوباره مرور کنید. تا مطمئن شوید مرد روش انجام وازنکتومی را کاملاً درک کرده است (به ص ۱۸۱ مراجعه کنید).

۱۰. آیا وازنکتومی فقط منحصر به سن خاص یا تعداد مشخص فرزندان است؟

خیر. محدودیتهایی برای امتناع از عمل وازنکتومی به علت سن، تعداد فرزندان زنده یا وضعیت ازدواج او وجود ندارد. ارائه دهنگان خدمات نباید قوانین سفت و سختی را در مورد سن، تعداد فرزندان، سن کوچکترین فرزند یا وضعیت ازدواج تحمیل کنند. هر مرد باید اجازه تصمیم گیری در مورد خودش از قبیل تمایل به داشتن فرزند بیشتر یا تمایل به وازنکتومی داشته باشد.

۱۱. آیا وازکتومی خطر سرطان یا بیماریهای قلبی را در آینده افزایش می‌دهد؟

خیر. شواهد بدست آمده از تحقیقات گسترده نشان می‌دهند که وازکتومی خطر سرطان بیضه‌ها یا سرطان پروستات یا بیماری قلبی را افزایش نمی‌دهد.

۱۲. آیا در مردی که وازکتومی شده است احتمال آلودگی یا ابتلاء به بیماری آمیزشی (STIs) از جمله HIV وجود دارد؟

بله. وازکتومی در مقابل STIs از جمله HIV اثر محافظتی ندارد. همه مردان در معرض خطر STIs از جمله HIV بدون توجه به انجام وازکتومی، باید برای حفاظت خود و شریک جنسی شان از آلودگی از کاندوم استفاده کنند.

۱۳. وازکتومی را کجا می‌توان انجام داد؟

اگر شرایط طبی مستلزم اقدامات خاص وجود نداشته باشد وازکتومی را می‌توان در تمام مراکز تسهیلات بهداشتی از جمله مراکز ارائه خدمات بهداشتی، درمانگاه‌های تنظیم خانواده و مطب پزشکان خصوصی انجام داد. در مناطقی که سرویسهای وازکتومی در دسترس نیستند تیمهای سیار می‌توانند وازکتومی و معاینات پیگیری را در تسهیلات و نیز ماشینهای مجهر انجام دهند بشرطی که درمانها، تجهیزات و وسایل اساسی قابل دسترس باشند.

