

تنظیم خانواده

کتاب راهنمای جهانی برای ارائه‌دهندگان 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 هایپکینز
دانشکده بهداشت عمومی بلومبرگ
مرکز برنامه‌های ارتباطی
پروژه INFO

سازمان بهداشت جهانی
دپارتمان
تحقیق و بهداشت باروری

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

به نام 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 صدری‌مهر
- سیمین صیدی
- مهین کمالی‌فرد
- عزیزه فرشباق خلیلی
- دکتر سکینه محمدعلیزاده چرندابی
- جمیله ملکوتی
- فریبا هامونی
- پریسا یآوری‌کیا
- شهلا همتزاده*

ویراستاران متن فارسی:

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

با نظارت:

- دکتر سکینه محمدعلیزاده چرندابی

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 وسایل جلوگیری از حاملگی استفاده نمی‌کنند. علل متعددی برای این نیاز برآورده نشده وجود دارند که عبارتند از: امکانات ارائه خدمت و وسایل 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 روش‌ها را دریافت نکرده یا روش مناسب‌تر برای خود را دریافت نکرده‌اند، به طور صحیح در زمینه آثار جانبی آماده نشده‌اند و یا وسایل ضدبارداری آنها به اتمام رسیده و امکان تهیه بموقع وسایل را نداشته‌اند. این افراد اکنون 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 مراقبتهای تنظیم خانواده و سایر مراقبت‌های 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 تامین حق تصمیم‌گیری برای خویشتن آن‌ها اساسی می‌باشد.

این کتاب چگونه می‌تواند کمک کند؟ از طریق توانمند کردن ارایه دهندگان خدمات بهداشتی برای ارایه مراقبتهای 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 منعکس‌کننده توافق جمعی دانشمندان از سازمان‌های رهبری‌کننده 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 جمعی در تدوین کتابی مبتنی بر شواهد با این عمق و وسعت، موفقیت 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 متحد، اعضاء کنسرسیوم اجرای بهترین عملکردها (Implementing Best Practices Consortium) و بسیاری از سازمانهای دیگر - به خاطر پذیرش این کتاب و فراهم کردن حمایت مالی برای طیف وسیعی از نمایندگیهای دولتی و سایر شرکای توسعه‌ای جهت پخش این کتاب به ارایه دهندگان خدمات بهداشتی سراسر دنیا تشکر می‌کند. این تلاش‌های دسته‌جمعی 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

رهنمودهای 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 راهنما می‌تواند به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در کمک به مراجعین جهت انتخاب روش تنظیم خانواده، حمایت از استفاده موثر، و حل مشکلات مراجعین یاری نماید. مدیران و مدرسین نیز می‌توانند از این کتاب استفاده نمایند.

اگر چه این کتاب راهنما، 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 ارائه اغلب 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 فرصت‌های متعددی را برای انتخاب، شروع و تعویض روشهای تنظیم خانواده به طور مناسب برای افراد تعریف نموده و توضیح می‌دهد.

۲. روشهای تنظیم خانواده موقعی 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 دهندگان 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 رهنمودها و اطلاعات مورد نیاز ارائه‌دهندگان برای حمایت از استفاده موثر و مستمر روشهای جلوگیری از حاملگی را ارائه 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 ارائه دهنده خدمات ممکن است بخواهند 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 راهنما 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 مقتخر 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 ارائه دهندگان 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

قابل توجه خوانندگان گرامی

امروزه ارتقای کیفیت خدمات نگرانی عمده بحثهای بین‌المللی در زمینه تنظیم خانواده و مراقبتهای بهداشتی باروری می‌باشد. هدف اصلی از ارتقای کیفیت خدمات، حفاظت از حقوق مراجع‌کنندگان، ترغیب بیشتر افراد نیازمند جهت مراجعه و دریافت خدمات، و افزایش اثربخشی خدمات ارائه شده می‌باشد. این موارد همگی می‌توانند میزان حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده را که یک معضل عمده جهانی و مللی می‌باشد، بطور چشمگیری کاهش دهد و در تامین حقوق افراد در زمینه داشتن توانایی تولید مثل و آزادی جهت تصمیم‌گیری برای داشتن یا نداشتن فرزند، زمان بچهدار 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 بهداشتی باروری را تا سال ۲۰۱۵ فراهم 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 بهداشتی باروری در مراکز بهداشتی یک منطقه شهری در ایران - با تاکید بر تنظیم خانواده" به نگارش درآورم. در طی دوران تحصیل به اهمیت بهره‌گیری از این کتاب بسیار ارزشمند در ارتقای کیفیت خدمات، قبل 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 اعضای گروه که دارای مدرک دکترای تخصصی در بهداشتی باروری یا کارشناسی ارشد مامایی و سابقه تدریس درس تنظیم خانواده می‌باشند، ترجمه شد. متون ترجمه شده توسط خانمها شهلا همت زاده و ریحانه ایوان بقا ویرایش اولیه گردید. اینجانب نیز مجدداً 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 قلم؛ 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 رفرانس 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 شدیم در وهله اول آن را بصورت on line در سایت دانشکده منتشر نماییم. جهت سهولت بهره‌برداری، 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):

<http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/remindersheets/msword.shtml>. همچنین

جهت سهولت دسترسی به متن انگلیسی کتاب، هر قسمت به آدرس وب انگلیسی اصلی آن نیز لینک شده است.

علاوه بر توصیه به مطالعه و بکارگیری شخصی اطلاعات این کتاب بسیار باارزش، 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 آنجائیکه "تنها متن بی‌غلط، نامه نانوخته است!"، با وجود نهایت توجهی 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 ۳۴۷-۵۱۷۴۵ و یا آدرس الکترونیکی smoalch@yahoo.com با ما در میان گذارده و در جهت اصلاح اشتباهات ما را یاری فرمایید.

سکینه محمدعلیزاده

دکترای تخصصی بهداشت باروری و

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تشکر و قدردانی

دانشکده بهداشت عمومی دانشگاه جان هاپکینز در بلومبرگ نویسندگان اصلی از نظر فنی بودند و همراه با Vera Zlidar، Ushma Upadhyay و Robert Lande از پروژه INFO، مرکز برنامه‌های ارتباطی در 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 همراهی نمودند. سایر مشارکت‌کنندگان در تحقیق و نوشتار از پروژه INFO شامل Fonda Kingsley، Sarah O'Hara، Hilary Schwandt، Ruwaida، Vidya Setty، Salem Indu، Mahua Mandal، Catherine Richey، Deepa Ramchandran و Adhikary می‌باشند.

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

از تخصص افراد ذیل در طی نشست‌های تخصصی در بالتیمور 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 فوق‌العاده‌ای در تهیه این کتاب داشته‌اند: مرکز فعالیتهای توسعه و جمعیت، EngenderHealth، بهداشت خانواده بین‌المللی (Family Health International)، انستیتو بهداشت باروری دانشگاه جورج‌تاون (Georgetown)، JHPIEGO، مدیریت علوم بهداشتی (Management Sciences for Health)، شورای جمعیت (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 جمعی بر روی محتوای مطالب از نظر فنی مشارکت نمودند. مشارکت کنندگان شامل افراد زیر بودند: Christopher، Julia، Ann Blouse، Yemane Berhane، Mags Beksinska، 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 Dlodlu، Barbara Kinzie Deller، d'Arcangues، Pio Iván، Patricia Gómez، Kamlesh Giri، Claudia Garcia-Moreno، Ron Freziers، Helena von، Theresa Hatzell، Robert Hamilton، Vera Halpern، Gómez Sánchez، Deborah Kowal، Adrienne Kols، Robert Johnson، Carol Joanis، John Howson، Herten، 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، Fatiha Terki، Maryanne Stone-Jimenez، Kay Stone، Jeff Spieler، Sokal، Tim Williams و Peter Weis، Mary Nell Wegner، Lee Warner، Vickery.

ارائه دهندگان تنظیم خانواده در بنگلادش، برزیل، چین، غنا، هند، اندونزی، کنیا، پاکستان، فلیپین 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، Enriqueito Lu، Huezو Wu Shangchun و Bulbul Sood، Shalita

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

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

شابک (ISBN) کتاب انگلیسی ۰-۹۷۸۸۵۶۳-۰-۴ و ۰-۹۷۸۸۵۶۳-۰-۹ و ۱۳:۹۷۸-۰-۹۷۸۸۵۶۳-۰-۱۰

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

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)، دایره بهداشت جهانی GH/PRH/PEC تحت گرانت شماره: 00-00003-02-00-GPH-A منتشر شده است. نظرات بیان شده در این کتاب نظرات نویسندگان بوده و الزاما دیدگاه‌های USAID، دانشگاه جان هاپکینز و یا سازمان بهداشت جهانی را منعکس نمی‌کند.

چگونگی ریفرنس دادن به ترجمه فارسی این کتاب (پیشنهادی):

دپارتمان تحقیق و بهداشت باروری سازمان بهداشت جهانی و دانشکده بهداشت عمومی/مرکز برنامه‌های ارتباطی جان هاپکینز بلومبرگ، پروژه INFO. تنظیم خانواده: کتاب راهنمای جهانی برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی. ترجمه گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با نظارت سکینه محمدعلیزاده چرنابی، ۱۳۸۸. قابل دانلود از:

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

چه مطلب جدیدی در این کتاب راهنما وجود دارد؟

این کتاب راهنمای جدید در مورد روشهای تنظیم خانواده و موضوعات مربوط به آن، در نوع خودش اولین است: از طریق يك فرآیند سازمان یافته و مشارکتی متخصصان از سراسر دنیا در مورد رهنمودهای 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 راهنما 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 ارتباطی دانشکده بهداشت عمومی 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، رهنمودها در موارد نیاز تجدید نظر شده و شکافها از بین رفته‌اند. این کتاب رهنمودهای ارائه شده توسط 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 گردهمایی 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، رهنمودهای جدیدی را که در گردهمایی فوق ارائه شدند، نشان می‌دهد. موارد به روز شده عبارتند از:

- در زنی که از روش تزریقی مدروکسی پروژسترون استات (DMPA) استفاده می‌کند، تأخیر در تزریق بعدی تا ۴ هفته قابل چشم پوشی است. یعنی نیازی برای کنترل حاملگی قبل از تزریق وجود ندارد. موعد تزریق بعدی را باید برای ۳ ماه دیگر تعیین کرد. (در رهنمودهای قبلی مدت تأخیر تا ۲ هفته قابل چشم پوشی بود.) برای آمپولهای حاوی نورائسترون انانتات (NET-EN) رهنمود قبلی یعنی مدت قابل قبول تأخیر تا ۲ هفته پا برجاست. (به ص ۷۱ مراجعه کنید.)
- زنان دچار هیپاتیت 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 صرفاً پروژستینی 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 بادیهی آنتی فسفولیپید آنها مثبت (یا نامشخص) است نباید از روشهای هورمونی ترکیبی استفاده کنند (MEC 4) و معمولاً نباید از روشهای صرفاً پروژستینی استفاده کنند (MEC 3).
 - b) زنانی که دچار ترومبوسیتوپنی شدید هستند معمولاً نباید از روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی 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 ریفامپیسین یا ریفاوتین مصرف می‌کنند معمولاً می‌توانند از روشهای کاشتیمی (ایمپلنتها) استفاده کنند. (به ص ۳۲۲ مراجعه کنید.)
- زنان دچار AIDS که تحت درمان با داروهای مهارکننده پروتئاز تقویت شده با ریتوناویر (ritonavir- boosted protease inhibitors) ، گروهی از داروهای ضد رتروویروسی (ARV) ، هستند معمولاً نباید از روشهای هورمونی ترکیبی یا قرصهای صرفاً پروژستینی 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 صرفاً پروژستینی، ایمپلنتها و سایر روشها 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

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

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 دهندگان 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@jhucpp.org

برای سفارش از طریق فاکس: +۱ ۴۱۰ ۶۵۹-۶۲۶۶

برای سفارش از طریق تلفن: +۱ ۴۱۰ ۶۵۹-۶۳۱۵

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 می‌پذیرند 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 تناسلی 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@jhucpp.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، اسامی محصولات متعلق به شرکتها با حرف اولیه بزرگ کلمه (در متن انگلیسی) قابل تشخیص می‌باشند.

ناشران همه احتیاطهای معقول را برای مستند نمودن اطلاعات آورده شده در این کتاب اتخاذ کرده‌اند. باوجوداین، 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 راهنما 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 می‌باشند.

دو دستورالعمل اصلی اول شامل توصیه‌هایی برای سیاست‌گذاران و مدیران برنامه فراهم می‌کنند که می‌توان از آنها برای ایجاد یا به روز کردن رهنمودهای ملی و سیاستهای برنامه‌ای استفاده نمود. معیارهای مقبولیت 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، رهنمودهایی 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 رهنمودها، حاصل کار نشستهای گروههای کاری تخصصی می‌باشد که توسط WHO برگزار گردید.

دستورالعمل اصلی سوم، ابزار تصمیم‌گیری برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات تنظیم خانواده، رهنمودهای دو پایه اساسی اول را در هم ادغام کرده و منعکس کننده شواهدی برای چگونگی برخورد بهتر با نیازهای دریافت‌کنندگان 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 ویزیت‌های بعدی نیز کمک‌کننده است.

دستورالعمل اصلی چهارم، تنظیم خانواده: کتاب راهنمای جهانی برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، اطلاعات فنی را به منظور کمک به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در ارائه مناسب و موثر روشهای تنظیم خانواده فراهم می‌کند. این کتاب راهنما، به عنوان راهنمای مرجع کامل، در مورد ۲۰ روش تنظیم خانواده رهنمودهای خاصی ارائه داده و به بسیاری از نیازهای مختلف ارائه‌دهندگان خدمات، از اصلاح باورهای نادرست تا مدیریت آثار جانبی، پاسخ می‌دهد. همانند ابزار تصمیم‌گیری، این کتاب راهنما رهنمودهای 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.html

قابل دستیابی است. همچنین کتاب راهنما از طریق وب سایت پروژه INFO در

<http://www.fphandbook.org> قابل دستیابی است. اطلاعات به روز در مورد این کتاب راهنما 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 قدردانی
ix	چه مطلب جدیدی در این کتاب راهنما وجود دارد
xi	چگونگی تهیه نسخه‌های بیشتری از این کتاب (نسخه انگلیسی)
xiii	چهار دستورالعمل اصلی سازمان بهداشت جهانی در مورد تنظیم خانواده
	فصل‌ها
۱	فصل ۱: قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری
۲۵	فصل ۲: قرص‌های صرفاً پروژستینی
۴۵	فصل ۳: قرص‌های فوریتی پیشگیری از بارداری
۵۹	فصل ۴: روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی
۷۹	فصل ۵: روشهای تزریقی ماهیانه
۹۷	فصل ۶: برچسب‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری
۱۰۱	فصل ۷: حلقه‌های ترکیبی واژینال
۱۰۵	فصل ۸: روشهای کاشتنی پیشگیری از بارداری (ایمپلنتها)
۱۲۵	فصل ۹: وسیله داخل رحمی حاوی مس (IUD) حاوی مس
۱۴۹	فصل ۱۰: وسیله داخل رحمی لونورژسترلی
۱۵۷	فصل ۱۱: عقیم سازی زنانه
۱۷۵	فصل ۱۲: وازکتومی
۱۹۱	فصل ۱۳: کاندوم‌های مردانه
۲۰۳	فصل ۱۴: کاندوم‌های زنانه
۲۱۵	فصل ۱۵: مواد اسپرمکش و دیافراگم‌ها
۲۳۱	فصل ۱۶: کلاهک‌های سرویکس (فقط نکات اساسی)
۲۳۳	فصل ۱۷: روش‌های مبتنی بر آگاهی از زمان باروری
۲۴۹	فصل ۱۸: نزدیکی منقطع (فقط نکات اساسی)
۲۵۱	فصل ۱۹: روش‌های قطع قاعدگی ناشی از شیردهی
	فصل ۲۰: ارایه خدمت به گروه‌های مختلف
۲۶۱	نوجوانان
۲۶۴	مردان
۲۶۵	زنایی که در نزدیک به یائسگی هستند
۲۶۹	فصل ۲۱: عفونت‌های آمیزشی، از جمله HIV
۲۸۱	فصل ۲۲: سلامت مادر و نوزاد
	فصل ۲۳: مسایل مربوط به بهداشت باروری
۲۸۹	تنظیم خانواده در مراقبت‌های بعد از سقط
۲۹۱	خشونت علیه زنان
۲۹۵	ناباروری
	فصل ۲۴: ارایه روشهای تنظیم خانواده
۲۹۷	اهمیت پروسیجرهای انتخابی برای ارایه روشهای تنظیم خانواده
۲۹۸	مشاوره موفق
۳۰۰	چه کسانی خدمات تنظیم خانواده را ارایه می‌دهند
۳۰۲	جلوگیری از عفونت در درمانگاه
۳۰۶	مدیریت تدارک وسایل و فرآورده‌های پیشگیری از بارداری
	ضمائم
۳۰۹	پیوست A- اثربخشی روشهای تنظیم خانواده
۳۱۱	پیوست B- علائم و نشانه‌های وضعیتهای جدی سلامت
۳۱۳	پیوست C- وضعیتهای طبی که حاملگی را پرخطر می‌سازند
۳۱۵	پیوست D- معیارهای مقبولیت طبی برای استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری
۳۲۷	واژه‌نامه
۳۴۱	روش کار

ابزارها و راهنماهای کار

مقایسه روشهای پیشگیری از بارداری	
۳۵۱	مقایسه قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری
۳۵۲	مقایسه آمپولهای تزریقی
۳۵۳	مقایسه روشهای کاشتنی
۳۵۴	مقایسه کاندومها
۳۵۵	مقایسه IUDها
۳۵۷	استفاده صحیح از کاندوم مردانه
۳۵۹	آناتومی زنانه و سیکل قاعدگی
۳۶۳	آناتومی مردانه
۳۶۵	تشخیص سرردهای میگرنی و اوراها
۳۶۷	گزینه‌های بیشتر برای ارزیابی از نظر حاملگی
۳۶۹	چک لیست حاملگی
۳۷۱	اگر مصرف قرصها را فراموش کردید
۳۷۳	مقایسه اثربخشی روشهای تنظیم خانواده

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 می‌باشند.
- این قرصها (Combined oral contraceptives, COCs) همچنین "قرص"، قرصهای ترکیبی با دوز کم، OCPها، COCها 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 استفاده‌کننده در طی سال اول استفاده از COCها رخ می‌دهد. یعنی از هر ۱۰۰ زن استفاده‌کننده از COCها، ۹۲ نفر حامله نخواهند شد.
 - در صورتی که هیچگونه اشتباهی در مصرف قرصها رخ ندهد، از هر ۱۰۰ زن استفاده‌کننده از COCها در طی سال اول، کمتر از یک نفر (۳ نفر از ۱۰۰۰ زن) حامله خواهند شد.
- بازگشت قدرت باروری بعد از قطع COCها: بدون تأخیر
حفاظت در مقابل بیماریهای آمیزشی (STIها): محافظتی ایجاد نمی‌کند.



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
- تهوع
- حساسیت پستان
- تغییر وزن (به سؤال ۶، ص ۲۱ مراجعه کنید)
- تغییرات خلقی
- آکنه (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 صورتی که 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 سیستیک التهابی لگن
- ممکن است در برابر موارد زیر محافظت کننده باشند:

- کیستهای تخمدان
- کم‌خونی فقر آهن

موارد زیر را کاهش می‌دهند:

- دردهای کرامپی قاعدگی
- مشکلات مربوط به خونریزی قاعدگی
- درد زمان تخمک‌گذاری
- رویش موهای زاید در صورت یا بدن
- نشانه‌های سندرم 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)

فوق‌العاده نادر:

- سکتة مغزی
- حمله قلبی

به قسمت واقعیت‌هایی در مورد قرصهای 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)

قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری:

- در بدن 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 نازایی در زنان نمی‌شوند.
- سبب نواقص جنینی یا چندقلویی نمی‌شوند.
- رفتار جنسی زنان را تغییر نمی‌دهند.
- در معده تجمع نمی‌یابند. قرص هر روز در آن روز تجزیه می‌شود.
- سبب از بین رفتن حاملگی موجود نمی‌شوند.

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 سرطانهایی تشخیص داده شده در سایر زنان در مرحله کمتر پیشرفت هستند.
 - بطور واضح مشخص نیست که آیا این یافته‌ها با تشخیص زودتر سرطانهایی موجود پستان در بین مصرفکنندگان COC یا از طریق اثر بیولوژیک COCها روی سرطان پستان قابل توجیه است.

سرطان دهانه رحم

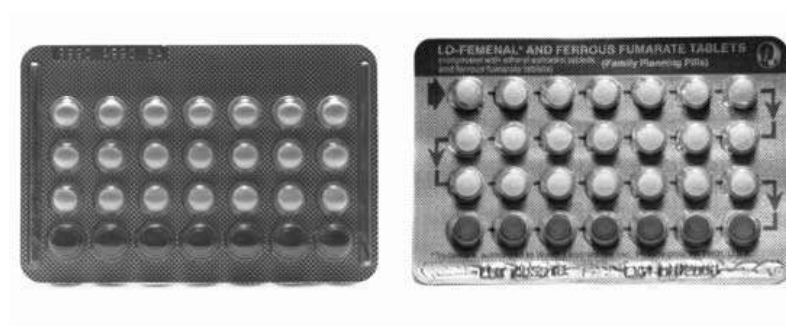
- سرطان دهانه رحم بوسیله انواع خاصی از ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) ایجاد می‌شود. HPV عفونت آمیزشی شایعی هست که معمولاً خودبه‌خود بدون درمان از بین می‌رود، اما برخی مواقع مقاوم باقی می‌ماند.
- بنظر می‌رسد که مصرف COCها به مدت ۵ سال یا بیشتر سبب تسریع تبدیل عفونت مقاوم HPV به سرطان دهانه رحم می‌شود. تصور می‌شود که تعداد موارد سرطانهایی 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 کمخونی هستند یا در گذشته دچار کمخونی بوده‌اند.
 - دارای وریدهای واریسی هستند.
 - آلوده به HIV هستند، چه تحت درمان ضدتروویروسی 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 شرطی که بطور منطقی از عدم حاملگی مطمئن باشد (به چک لیست حاملگی، در ص ۳۶۹ مراجعه کنید).



قرصهای ترکیبی پیشگیری از بارداری

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

انجام معاینات و آزمایشها ضرورتی ندارند. در صورت پاسخ "خیر" به همه سؤالات، 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 سؤالات همچنین برای برجسب (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- هرکدام اول پیش بیاید- 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 غیر معمولی زرد هستند [علائم یرقان])؟ آیا تاکنون طی مصرف COCها دچار یرقان شده‌اید؟

خیر بلی در صورت گزارش بیماری کبدی جدی فعال (یرقان، هپاتیت فعال، 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 کمک 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. کمک 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 ۹۹-۱۵۹/۹۰-۱۴۰ 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 پیشنیان بدهید یا در صورتی که ترجیح بدهد، کمک 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. کمک 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. کمک 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. کمک 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، کمک کنید تا روش فاقد هورمون را انتخاب کند.

(ادامه در صفحه بعدی)

* روشهای پیشنیان 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 تأثیر هستند. در صورت امکان، به او کاندوم بدهید.

۹. آیا سرطان پستان دارید یا قبلاً داشته‌اید؟

خیر بلی به اوCOCها 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 تشدید می‌شوند.

خیر بلی در صورتی که او در هر سنی اورای میگرنی داشت، به اوCOCها را ارائه نکنید. کمک کنید تا یک روش بدون استروژن انتخاب کند. در صورتی که 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 صورتی که از باربیتوراتها، کاربامازپین، لاموتریژین، اکسی‌کاربازپین، فنی‌توئین، پریمیدون، توپیرامات، ریفامپیسین یا ریفابوتین مصرف می‌کند، به اوCOCها را ارائه نکنید. این داروها اثر COCها را کاهش می‌دهند. به او کمک کنید روش دیگری، بجز قرصهای صرفاً پروژستینی را انتخاب کند. در صورت مصرف لاموتریژین، 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، سیگار کشیدن، 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 صرفاً پروژستینی، انتخاب کند.

همچنین زنان در صورتی که 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 آثار جانبی روشی که مراجعه کننده 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 ویژه

معمولاً، 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 یا قابل قبول برای زن نباشد، فرد ماهر ارائه‌کننده 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.

- غیر شیرده 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 میلی‌متر جیوه یا دیاستولیک بین ۹۰ و ۹۹ میلی‌متر جیوه)
- 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 پرقان 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، پریمیدون، توپیرامات، ریفامپیسین، ریفابوتین، یا ریتوناویر یا مهارکننده‌های پروتئاز تقویت‌شده با ریتوناویر. یک روش پشتیبان نیز باید مورد استفاده قرار گیرد زیرا این داروها اثر COC‌ها را کاهش می‌دهند.
- مصرف لاموتریژین. روشهای هورمونی ترکیبی ممکن است باعث کاهش اثر لاموتریژین 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 همراه با COCها از کاندوم نیز استفاده کنند. در صورت استفاده مستمر و صحیح، کاندومها به پیشگیری از انتقال HIV و سایر موارد STIها کمک می-کنند. استفاده از کاندومها همچنین حفاظت ضدبارداری برای زنان تحت درمان با ARV را افزایش می-دهند. 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 شرطی‌که 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	<ul style="list-style-type: none">• 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 نبودن زن ندارید، به او COCها را بدهید و بگویید که مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند.)• در صورت تعویض روش از IUD، می‌تواند مصرف COCها را بلافاصله شروع کند. (به قسمت IUD مسی، تعویض روش از IUD به روش دیگر، ص ۱۴۱ مراجعه کنید).
تعویض روش از یک روش هورمونی	<ul style="list-style-type: none">• 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 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، اسپرم‌کشاها، و نزدیکی منقطع می‌باشد. به او بگویید که اسپرم-کشاها و نزدیکی منقطع روشهای پیشگیری از بارداری با کمترین تأثیر هستند. در صورت امکان، به او کاندوم بدهید.

وضعیت زن

زمان شروع

-
- به او COC ها 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.
 - بیشتر از ۶ ماه بعد از زایمان
-
- در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف COC ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خود اطمینان حاصل نمود، شروع کند. استفاده از یک روش پیشگیری نیز در ۷ روز اول مصرف قرصها ضروری است (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن فرد، COC ها را حالا 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 قاعدگی توصیه شده است، مصرف COC ها را شروع کند (به صفحه قبلی مراجعه کنید).
-
- COC ها را به او بدهید و توصیه کنید مصرف آنها را ۶ هفته بعد از زایمان شروع کند.
 - یک روش پیشگیری 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.
-
- بیشتر از ۶ هفته بعد از زایمان
-
- در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف COC ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خود اطمینان حاصل نمود، شروع کند. استفاده از یک روش پیشگیری نیز در ۷ روز اول مصرف قرصها ضروری خواهد بود. (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن زن، COC ها را به او بدهید و توصیه کنید مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند).
 - در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعدگی توصیه شده است، مصرف COC ها را شروع کند (به صفحه قبلی مراجعه کنید).
-
- او می‌تواند مصرف COC ها را 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 پیشگیری نیست.
 - عدم شیردهی
-
- بیشتر از ۴ هفته بعد از زایمان
-
- بیشتر از ۴ هفته بعد از زایمان
-
- در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف COC ها را در هر زمانی که بطور منطقی از عدم حاملگی خود اطمینان حاصل نمود، شروع کند. استفاده از یک روش پیشگیری نیز طی ۷ روز اول مصرف قرصها ضروری خواهد بود. (در صورت عدم امکان حصول اطمینان منطقی از حامله نبودن زن، COC ها را حالا به او بدهید و توصیه کنید مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند).
 - در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعدگی توصیه شده است، مصرف COC ها را شروع کند (به ص ۱۰ مراجعه کنید).
-

وضعیت زن زمان شروع

عدم وجود خونریزی ماهیانه (غیرمرتبط با زایمان یا شیردهی)

- 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.

بعد از سقط خود به خود یا القایی

- 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 بدهید و توصیه کنید مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند).

بعد از مصرف قرصهای ضدبارداری اورژانسی (ECP‌ها)

- او می‌تواند مصرف COC‌ها را 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.

† در مناطقی که انجام ملاقات شش هفته بعد از زایمان بطور روتین توصیه شده و فرصتهای دیگر برای دریافت روشهای پیشگیری از بارداری محدود هستند، برخی از ارائه دهندگان 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.

شایعترین آثار جانبی را بیان کنید.

- در ماههای اول زمان خونریزی قابل پیش بینی نخواهد شد (خونریزی نامنظم). سپس به شکل خونریزیهای ماهیانه خفیف‌تر، کوتاه‌تر و منظم‌تر خواهند شد.

- سردرد، حساسیت پستانها، تغییر وزن و سایر آثار جانبی را توضیح دهید.

در باره آثار جانبی توضیح دهید.

- آثار جانبی نشانه بیماری نمی باشند.

- اکثر آثار جانبی معمولاً در ماههای اولیه پس از مصرف کاهش یافته و یا قطع می‌شوند.

- این آثار گرچه شایعند، ولی برخی زنان فاقد آن هستند.

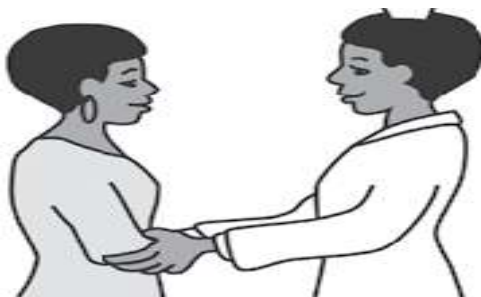
توضیح دهید که در صورت بروز آثار جانبی چه کار کند.

- به مصرف COC‌ها ادامه دهید. جا انداختن قرصها خطر حاملگی را در پی دارد و می‌تواند سبب تشدید برخی از آثار جانبی شود.

- خوردن قرصها هر روز در زمان معین به کاهش خونریزی نامنظم و به یاد داشتن مصرف قرص کمک می‌کند.

- برای کاهش تهوع، قرصها را همراه با غذا یا هنگام خواب میل کنید.

- می‌تواند هر زمان که آثار جانبی او را ناراحت کرد برای دریافت کمک مراجعه 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 را 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 فلش‌های روی بسته‌بندی را دنبال کند.

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



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

مصرف قرص در يك 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 يك 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 دیر هنگام با خطر حاملگی همراه است.

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 کننده

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.

جبران فراموشی مصرف قرصهای حاوی ۳۵-۳۰ میکروگرم استروژن*

پیام کلیدی	<ul style="list-style-type: none">• 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).
مصرف یک یا دو قرص را فراموش کرده یا بسته جدید را یک یا دو روز دیرتر آغاز کرده‌اید؟	<ul style="list-style-type: none">• قرص هورمونی را هر چه سریعتر مصرف کنید.• خطر حاملگی وجود ندارد یا خیلی کم است.
مصرف ۳ قرص یا بیشتر را در هفته اول یا دوم فراموش کرده‌اید؟ بسته جدید را سه روز دیرتر آغاز کرده‌اید؟	<ul style="list-style-type: none">• 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).
مصرف ۳ قرص یا بیشتر را در هفته سوم فراموش کرده‌اید؟	<ul style="list-style-type: none">• 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.• مصرف 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).
مصرف قرص غیرهورمونی را فراموش کرده‌اید؟ (۷ قرص آخر از بسته ۲۸ تایی)	<ul style="list-style-type: none">• قرص(های) فراموش شده غیرهورمونی را دور بیاندازید.• به مصرف روزانه COCها ادامه دهید و بسته جدید را طبق معمول آغاز کنید.
اسهال یا استفراغ شدید	<ul style="list-style-type: none">• 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.
<p>* 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 ۳۵-۳۰ میکروگرمی پیروی کنند.</p>	

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 عمده‌ای در وضعیت سلامتی او رخ داده است یا زمانی که فکر می‌کند حمله 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 بلافاصله در پی مراقبتهای طبی از ماما، پرستار یا پزشک برآید. به احتمال قوی روش پیشگیری از بارداری علت این مشکل و 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 سالیانه 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 (مراجعی 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 سوال کنید. به او هر اطلاعاتی را که نیاز دارد بدهید (به اداره مشکلات در ص بعد مراجعه کنید).
۳. بپرسید که آیا بخاطر سپردن مصرف قرص برای او مشکل است؟ اگر چنین باشد با او در مورد راههای بخاطر-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)- بدهید. طوری برنامه-ریزی کنید که قبل از اتمام قرصها مراجعه 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) سوال کنید. برای مشکلات جدید سلامت که نیازمند تغییر روش هستند به ص ۱۸ مراجعه کنید.
۷. از مصرف‌کنندگان طولانی مدت قرص در مورد تغییرات عمده زندگی که نیازهای آنها را تحت تأثیر قرار داده، مخصوصاً برنامه‌ریزی برای بچه دار شدن و خطر STI/HIV سوال کنید. به طور مناسب پیگیری کنید.

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 نباشند.

- مشکلات همراه با آثار جانبی، رضایت زنان از مصرف COCها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این مسائل در خور توجه ارائه‌دهندگان 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 خواهند 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 (NSAIDها) استفاده کند. NSAIDها سبب بهبود نسبی خونریزیهای نامنظم همراه با روشهای کاشتتی و روشهای تزریقی صرفاً 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 مدنظر 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 آلودگی 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 نابارور نشده است و خون در بدن او جمع نمی‌شود (بعضی از زنان از فقدان خونریزی ماهیانه خوشحال هم می‌شوند).
- از او سؤال 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 (مصرف 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 یا 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 دستورالعمل 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:
 - آسپرین ۳۲۵-۶۵۰ میلی‌گرم، ایبوپروفن 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 مدنظر قرار دهید (به مصرف طولانی و مداوم COCها در ص ۲۰ مراجعه کنید).
- هر سردردی که تشدید یابد یا با تکرر بیشتر در حین مصرف COCها رخ دهد، باید بررسی شود.

تهوع و گیجی (خواب آلودگی)

- 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 مدنظر 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، ایبوپروفن ۲۰۰-۴۰۰ میلی‌گرم، پاراستامول ۱۰۰۰-۳۲۵ میلی‌گرم و یا سایر داروهای ضد درد 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) دچار تغییرات خلقی می‌شوند. برای این افراد مصرف طولانی قرص را در نظر داشته باشید (به قسمت مصرف طولانی و مداوم COC ها در ص ۲۰ مراجعه کنید).
- در مورد 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 آوريد.
- زنان دچار 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 COC ها 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 COC ها با ترکیب متفاوت بدهید. 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 واژینال با علت نامشخص (که بیاتگر احتمال وجود مشکل طبی غیرمرتبط با روش جلوگیری است)، یا خونریزی شدید یا طولانی مدت

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

شروع درمان با داروهای ضد تشنج، ریفامپیسین، ریفابوتین یا ریتوناویر

- باربیتوراتها، کاربامازپین، اکسی‌کاربازپین، فنیتوئین، پیریمیدون، توپیرامات، لاموتریژین، ریفامپیسین، ریفابوتین و ریتوناویر ممکن است تأثیر COC ها را کم کنند. استفاده از روشهای هورمونی ترکیبی، از جمله

قرصهای ترکیبی و تزریقات ماهیانه، ممکن است تاثیر لاموتریژین 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 او را در ص ۳۶۵ مراجعه کنید).

- بدون توجه به سن، زنی که در حین مصرف COCها سردرد میگرنی با یا بدون او را 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 باز خواهد 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.

وضعیت‌های 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 صفرا). به قسمت علائم و نشانه‌های وضعیت‌های 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).

مصرف طولانی (extended) و مداوم (continuous) COC ها

برخی از مصرف‌کنندگان COC ها 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 COC ها 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 COC ها را بطور دلخواه برنامه‌ریزی می‌کنند.

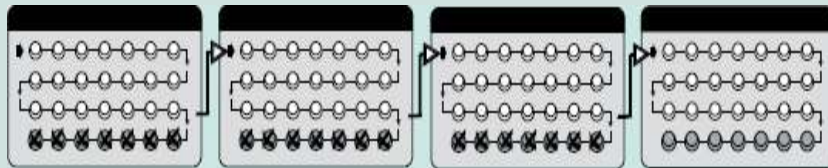
مزایای استفاده طولانی و مداوم

- زنان با این روش فقط چهار بار در سال خونریزی می‌کنند یا اصلاً خونریزی نمی‌کنند.
- از تعداد دفعات حالاتی چون سردرد، سندرم پیش از قاعدگی، 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 COC ها مصرف نکرده‌اند.
- نیاز به فراهم کردن داروی بیشتری - ۱۵ تا ۱۷ بسته بجای ۱۳ بسته در سال- است.

دستورالعمل استفاده طولانی



- آخرین هفته مصرف قرص (قرصهای غیرهورمونی) را در سه دوره (سه بسته) رد کنید (مصرف نکنید). مصرف‌کنندگان بسته‌های ۲۱ تایی 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 (مصرف‌کنندگان بسته‌های ۲۱ تایی 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 (مصرف‌کنندگان بسته‌های ۲۱ تایی قبل از شروع بسته جدید ۷ روز صبر کنند).

دستورالعمل استفاده مداوم

هر روز یک قرص هورمونی را تا زمانی که مایل می‌باشید 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 می کشد که پس از قطع مصرف قرص COCها زنی حامله شود؟

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

۴. آیا COCها سبب سقط می شوند؟

خیر. مطالعات روی COCها نشان داده اند که آنها سبب از دست رفتن حاملگی نمی شوند. از این قرصها نباید برای سقط استفاده کرد. آنها چنین اثری ندارند.

۵. آیا COCها سبب نقایص مادرزادی می شوند؟ اگر زنی اتفاقاً COCها را در حین حاملگی مصرف کند، جنین آسیب می بیند؟

خیر. شواهد کافی نشان می دهد که COCها سبب نقایص مادرزادی نمی شوند و اگر زن حین مصرف قرص حامله شده باشد یا در حین حاملگی بطور اتفاقی قرص خورده باشد، آسیبی به جنین نمی رسد.

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

خیر. کاهش و افزایش وزن اکثر زنان بعلت مصرف قرص نیست. تغییر وزن بطور طبیعی با تغییر شرایط زندگی و افزایش سن رخ می دهد. چون تغییرات وزن خیلی شایع هستند، بسیاری از زنان فکر می کنند این افزایش یا کاهش وزن ناشی از COCها است. با این حال، مطالعات نشان داده اند که COCها در کل وزن را تحت تأثیر قرار نمی دهند. تعداد کمی از زنان تغییر ناگهانی در وزن را با مصرف COCها تجربه می کنند. این تغییرات پس از قطع مصرف COCها بحالت قبلی برمی گردد. معلوم نیست چرا زنان چنین پاسخی به COCها می دهند.

۷. آیا COCها خلق زنان و میل جنسی شان را تغییر می دهند؟

معمولاً خیر. برخی مصرف کنندگان COCها چنین شکایتی را ابراز می کنند. با این حال، اکثریت مصرف کنندگان COCها چنین تغییراتی را گزارش نمی کنند و بعضی بهبودی در خلق و میل جنسی خود را ابراز می کنند. اظهار نظر در مورد اینکه تغییرات خلقی یا تمایلات جنسی بعلت مصرف COCها است یا نه بسیار مشکل است. ارائه دهندگان خدمات می توانند به مراجعه کنندگان در این زمینه کمک کنند (به تغییرات خلقی و میل جنسی در ص ۱۸ مراجعه کنید). هیچ یافته ای موجود نیست که نشان دهد COCها رفتار جنسی زنان را تحت تأثیر قرار می دهند.

۸. اگر از یک مراقب در مورد COC ها و سرطان پستان سؤال شد، چه پاسخ دهد؟

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

۹. آیا COC ها را 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. COC ها را نباید به زنان بعنوان تست حاملگی داد چون نتایج درستی بدست نمی‌آید.

۱۰. آیا باید زنان قبل از شروع مصرف COC ها و یا در ویزیت‌های پیگیری معاینه لگنی شوند؟

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

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

بله. COC ها برای زنان دارای وریدهای واریسی بی‌خطر هستند. وریدهای واریسی عروق خونی متسع 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 COC ها مصرف کند.

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

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

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

زنان سیگاری جوانتر از ۳۵ سال می‌توانند از COC ها 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 COC ها 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 COC ها را بدهید به خانه ببرد و به او آموزش دهید طی پنج روز اول شروع قاعدگی مصرف قرص را آغاز کند. تا آن زمان او باید از روش پشتیبان استفاده کند.

۱۵. آیا از COC ها می توان بعنوان قرص فوریتی پیشگیری از بارداری (ECP ها) استفاده کرد؟

بله. باید هر چه سریعتر و نهایتاً تا پنج روز بعد از رابطه جنسی محافظت نشده از COC ها به عنوان ECP ها 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 تک مرحله‌ای (منوفازیک)، دومرحله‌ای (بی‌فازیک) و سه‌مرحله‌ای (تری‌فازیک) چیست؟

در قرصهای منوفازیک میزان استروژن و پروژستین در همه قرصها یکسان است. در قرصهای بی-فازیک 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 (متفاوت از ده تای اولیه) از استروژن 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 COC ها را هر روز سر وقت معینی مصرف کنند؟

بله. به دو دلیل. برخی آثار جانبی را می‌توان با مصرف COC ها 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 بخاطر سپاری 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 متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- روزانه یک قرص مصرف نمایید. بین بسته‌ها فاصله ندهید.
- برای زنان شیرده و کودکان 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 قاعدگی 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 متقاضی بدهد تا بعداً، زمانی که خونریزی ماهیانه‌اش آغاز شد، استفاده از آنها را شروع نماید.

قرصهای صرفاً پروژستینی چه قرصهایی هستند؟

- قرصهایی حاوی مقادیر بسیار کم پروژستین مشابه هورمون پروژسترون طبیعی بدن زن هستند.
- حاوی استروژن نیستند، بنابراین طی شیردهی و در زمانی که قادر به استفاده از روشهای حاوی استروژن نباشند، می‌توان استفاده نمود. قرصهای صرفاً پروژستینی (POPها، Progestin only pills) بنامهای "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 تخمک می‌شوند)
 - مختل نمودن سیکل قاعدگی، شامل جلوگیری از آزاد شدن تخمک 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 استفاده‌کننده از POPها، ۹۹ نفر حامله نخواهند شد.

- در صورت مصرف روزانه قرصها، از هر ۱۰۰ زن استفاده‌کننده 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 استفاده‌کننده از POPها، ۹۰ تا ۹۷ نفر حامله نخواهند شد.

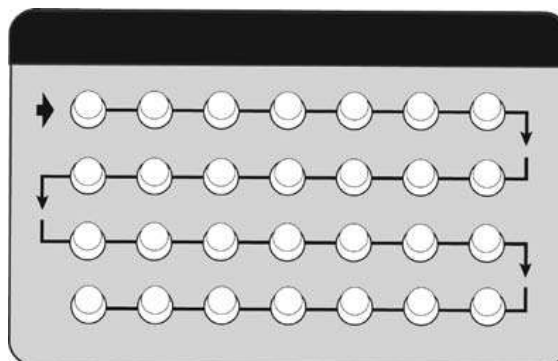
- در صورت مصرف روزانه قرصها در یک زمان معین، از هر ۱۰۰ زن استفاده‌کننده از POPها، کمتر از یک نفر (۹ در ۱۰۰۰ زن) در طی سال اول حامله خواهد شد.

بازگشت باروری بعد از قطع POPها: تأخیر وجود ندارد

حفاظت 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.

- سردرد
- سرگیجه
- تغییرات خلقی
- حساسیت پستان
- درد شکمی
- تهوع
- سایر تغییرات فیزیکی احتمالی:

- در زنان غیرشیرده، فولیکولهای تخمدانی 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 ۴۱ مراجعه کنید)

قرصهای صرفاً پروژستینی:

- 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 شیرمادرخوار 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 ضد رتروویروسی 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 شرطی که بطور منطقی از عدم حاملگی خویش مطمئن باشد (به قسمت چک لیست حاملگی، ص ۳۶۹ مراجعه کنید)



قرصهای صرفاً پروژستینی

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

انجام معاینه‌ها و آزمایشها ضرورتی ندارند. در صورت پاسخ "خیر" به همه سؤالات، فرد در صورت تمایل می‌تواند استفاده از POPها را شروع کند. در صورتی‌که پاسخ به سؤالی "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 بدهید و به او بگویید که چه زمانی مصرف آنها را شروع کند (به قسمت شیردهی کامل یا تقریباً 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 غیر معمولی زرد هستند [علامت یرقان])؟

خیر بلی در صورت گزارش بیماری کبدی جدی فعال (یرقان، 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، پریمیدون، توپیرامات، 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 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 ویژه

معمولاً 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 نباشند، 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 اغلب 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، پریمیدون، توپیرامات، ریفامپیسین، ریفابوتین، یا ریتوناویر یا مهارکننده‌های پروتئاز تقویت شده با ریتوناویر. یک روش پشتیبان نیز باید مورد استفاده قرار گیرد زیرا این داروها 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) می‌توانند 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، کاندومها به پیشگیری از انتقال HIV و سایر موارد STIها کمک می‌کنند. استفاده از کاندومها همچنین حفاظت ضدبارداری برای زنان تحت درمان با ARV را افزایش می‌دهند. برخی داروهای ARV 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 صرفاً 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	<ul style="list-style-type: none">در صورتی که از زایمان او کمتر از ۶ هفته گذشته باشد، به او POPها را بدهید و بگویید مصرف آنها را ۶ هفته بعد از زایمان شروع کند.در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند مصرف POPها را در هر زمانی بین هفته ششم و ماه ششم شروع کند. نیازی به استفاده از یک روش پشتیبان نیست.در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعدگی توصیه شده است، مصرف POPها را شروع کند (به ص ۳۲ مراجعه کنید).
بیش از ۶ ماه بعد از زایمان	<ul style="list-style-type: none">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 حالا به او بدهید و توصیه کنید مصرف آنها را در طی خونریزی ماهیانه بعدی خود شروع کند.)در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعدگی توصیه شده است، مصرف POPها را شروع کند (به ص ۳۲ مراجعه کنید).
شیردهی نسبی	<ul style="list-style-type: none">POPها را به او بدهید و توصیه کنید مصرف آنها را ۶ هفته بعد از زایمان شروع کند.روش پشتیبانی را نیز به او بدهید تا در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه پیش از هفته ششم بعد از زایمان تا این زمان از آن استفاده کند.
بیش از ۶ هفته بعد از زایمان	<ul style="list-style-type: none">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 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.)در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانند آنچه برای زنان دارای سیکلهای قاعدگی توصیه شده است، مصرف POPها را شروع کند (به صفحه بعدی مراجعه کنید).

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 خویش 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 بدهید 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 خویش 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 بدهید 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 مسمی، 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 خویش اطمینان حاصل نمود، شروع کند. استفاده از یک روش پشتیبان نیز در ۲ روز اول مصرف قرصها ضروری است.

● **بعد از سقط خود به خود یا 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 می‌تواند 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.)

● **بعد از قرصهای فوریتی پیشگیری از بارداری (ECPها)** 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

* روشهای پشتیبان شامل اجتناب از نزدیکی، کاندوم مردانه یا زنانه، مواد اسپرم‌کش و نزدیکی منقطع می‌باشند. به او بگویید که اسپرم‌کشها و نزدیکی منقطع کم اثرترین روشهای ضدبارداری می‌باشند. در صورت امکان، به او کاندوم بدهید.

† در مناطقی که انجام ملاقاتی شش هفته بعد از زایمان توصیه شده و فرصتهای دیگر برای دریافت روشهای ضدبارداریها محدود می‌باشد، برخی ارائه‌دهندگان خدمات و برنامه‌ها ممکن است در طی ملاقات هفته ششم، در صورتی که خونریزی ماهیانه زن بازگشت نکرده باشد، بدون شواهد دیگری در زمینه حامله نبودن او، اجازه شروع POPها را به زن بدهند.

توصیه‌هایی در مورد آثار جانبی

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

● **شایعترین 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 علانی 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 دهید که در موارد بروز آثار جانبی چه باید کرد
- مصرف POPها را ادامه دهید. 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 بدهید.
 - هر چند بسته که امکان داشته باشد به مراجعه کننده بدهید حتی به اندازه مصرف مصرف یکساله (۱۳ بسته)
۲. در مورد بسته بندی قرصها به او توضیح دهید.
 - نوع بسته بندی، ۲۸ تایی یا ۳۵ تایی، را به مراجعه کننده نشان بدهید.
 - توضیح دهید که تمامی قرصهای POP یک رنگ بوده و همگی دارای هورمون جلوگیری از بارداری هستند.
 - نشان دهید 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 دهید.
 - هر روز يك قرص مصرف کند- تا بسته قرصها خالی شود.
 - در مورد اهمیت مصرف يك 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 بخاطر سپاری مصرف قرص مفید واقع می‌شود.

- وقتی مراجعه‌کننده مصرف يك بسته را به پایان رساند، فردا باید بلافاصله مصرف اولین قرص از بسته جدید را شروع کند.
 - شروع مصرف بموقع بسته بعدی بسیار مهم است. شروع دیر هنگام با خطر حاملگی همراه است.
- ۴. شروع بسته بندی جدید را توضیح دهید.**
-
- گاهی ممکن است مراجعه کننده در مواردی مانند فراموشی قرص نیاز به استفاده از روش پشتیبان داشته باشد.
 - روشهای پشتیبان شامل اجتناب از نزدیکی، کاندوم مردانه یا زنانه، اسپرم-کشتها، و نزدیکی منقطع می‌باشد. به او بگویید که اسپرم‌کشتها و نزدیکی منقطع روشهای پیشگیری از بارداری با کمترین تأثیر هستند. در صورت امکان، به او کاندوم بدهید.
- ۵. ارائه روش پشتیبان و توضیح نحوه استفاده آن**
-
- 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.
- ۶. به مراجعه کننده توضیح دهید که اثر بخشی قرص با قطع شیردهی کاهش می‌یابد.**

حمایت از مصرف کننده

اداره موارد فراموشی قرص



فراموشی یا تأخیر در مصرف قرص با آسانی رخ می‌دهد. مصرف کنندگان POP باید بدانند که در موارد فراموشی مصرف قرص چه کار کنند. اگر زنی قرص را با تأخیر ۳ ساعت یا بیشتر (تأخیر ۱۲ ساعت یا بیشتر در مورد POPهای حاوی ۷۵ میلی‌گرم دزوجسترل (desogestrel) مصرف کند یا مصرف یک قرص را فراموش کرده باید از دستورالعمل زیر پیروی کند. در زنان شیرده خطر حاملگی بدنبال فراموشی يك قرص بستگی به بازگشت یا عدم 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 دارید؟

- 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 بخواهند می‌توانند مراجعه کنند به عنوان مثال: اگر دچار مشکلی شد، سؤالی دارد یا خواستار استفاده از روش دیگری هست؛ تغییر عمده‌ای 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 بلافاصله به ماما، پرستار یا پزشک برای دریافت مراقبتهای 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 روشی 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 فرصتی است که به هر سؤالی 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 سؤال کنید. از او بپرسید که آیا سؤالی یا مطلبی دارد که بخواهد در مورد آن صحبت کند.
۲. مخصوصاً در مورد نگرانی او از تغییرات خونریزی سؤال کنید. هرگونه اطلاعات یا کمک مورد نیاز را ارائه کنید (به اداره مشکلات در ص ۳۸ مراجعه کنید).

۳. بپرسید که آیا در بخاطر سپردن مصرف روزانه قرص مشکلی دارد؟ اگر چنین باشد با او در مورد راههای بخاطر سپردن مصرف قرص، چگونگی جبران قرصهای فراموش شده، ECPها یا انتخاب روش دیگر صحبت کنید.
۱. در صورت امکان به او بسته های قرص بیشتری بدهید- به اندازه مصرف یکسال (۱۳-۱۱ بسته). طوری برنامه ریزی 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 عمده زندگی که نیازهای او را تحت تأثیر قرار می دهند، بخصوص برنامه ریزی 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 را تحت تأثیر قرار می دهند. ارائه دهندگان خدمات باید به این مشکلات توجه کنند. اگر مراجعه کننده وجود آثار جانبی یا مشکلات را گزارش می کند، به نگرانی های او گوش فرا دهید، 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 دیگری بدهید.
- 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 غیر قابل 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 دچار خونریزی نامنظم هستند.
- سایر علل احتمالی خونریزی های نامنظم عبارتند از:
 - اسهال یا استفراغ
 - مصرف 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 بهبود 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 متفاوتی 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 دچار 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 کمک به پیشگیری از کم خونی توصیه کنید قرص آهن مصرف کند و به اهمیت مصرف غذاهای حاوی آهن از قبیل گوشت و ماکیان (جگر مرغ و گوشت گوساله)، ماهی، سبزیجات 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 ۱۰۰۰-۳۲۵ میلی‌گرم یا سایر داروهای تسکین بخش استفاده کند.

• هر سردردی که تشدید یابد یا با تکرر بیشتر در حین 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.

در زنان شیرده:

- به قسمت بهداشت مادر و نوزاد، پستان دردناک 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 ۲۰۰-۴۰۰ میلی گرم، پاراستامول ۱۰۰۰-۳۲۵ میلی گرم و یا سایر مسکن‌ها را 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 شکم می‌شوند. بخصوص به وجود سایر علائم و نشانه‌های حاملگی نابه‌جا توجه کنید. حاملگی نابه‌جا نادر بوده اما ممکن است بسیار مهلک باشد (به سوال ۱۲ در ص ۴۳ مراجعه کنید).
- مراحل اولیه حاملگی نابجا ممکن است بدون علامت بوده، یا داری علائم خفیفی باشد، اما در نهایت این علائم تشدید می‌یابند. ترکیب این علائم و نشانه‌ها باید شک شما را به حاملگی نابه‌جا افزایش دهد.
- درد و حساسیت غیرمعمول شکم.
- خونریزی و اژینال 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 شکم 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 خواهند 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 ریتوناویر

- باربیتوراتها، کاربامازپین، اکسی‌کاربازپین، فنی‌توئین، پیریمیدون، توپیرامات، لاموتریقین، ریفامپیسین، ریفابوتین و ریتوناویر ممکن است تاثیر POPها را کم کند. در صورت نیاز به مصرف طولانی مدت این داروها، 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 داروها 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.
- تا زمانیکه سلامتی او ارزیابی شود، به او روش پشتیبان ارائه کنید.
- اگر قبلاً تحت مراقبت قرار نگرفته است برای تشخیص و درمان ارجاع دهید.

بیماری قلبی ناشی از انسداد یا باریک شدن 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 روش غیرهورمونی انتخاب کند.
- اگر قبلاً تحت مراقبت قرار نگرفته است، برای تشخیص و درمان ارجاع دهید.

شک به حاملگی

- او را از نظر حاملگی، بخصوص حاملگی نابه‌جا 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 (بجز 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 (برعکس، هفت قرص آخر در بسته های ۲۸ تایی قرصهای ترکیبی فاقد هورمون هستند).

۷. آیا مهم است که زنان POPها را 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 حاوی ۷۵ میلی‌گرم دزوجسترل (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 بخاطر 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 کاشتنتی افزایشی را در میزان سرطان نشان نداده‌اند. هورمون موجود در روشهای کاشتنتی 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؟

معمولاً 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. ارائه‌دهندگان 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 تخمدانی باشد چه باید کرد؟

اکثر کیستهای تخمدانی کیست واقعی نیستند، بلکه ساختاری پر شده از مایع در تخمدان (فولیکولها) هستند که به رشد خود بیش از حد معمول در يك 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، پیچ خوردگی پیدا کنند و یا بترکند. 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. برعکس، POPها خطر حاملگی نابجا را کاهش می‌دهند. حاملگی نابجا 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 بدنبال شکست POPها نابه‌جا نیستند. حاملگی نابه‌جا هنوز هم کشنده است و ارائه دهنده خدمات باید از احتمال حاملگی نابه‌جا در صورت شکست POPها آگاه باشد.

قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی

Emergency Contraceptive pills

نکات کلیدی برای متقاضیان 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 خانواده 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 - هورمونهایی مشابه پروژسترون و استروژن طبیعی در بدن زنان- هستند.
- قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPها) 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 تخمدانها (تخمک‌گذاری) عمل می‌کنند. در صورتیکه زنی قبلاً باردار بوده باشد قرصها اثر نمی‌کنند. (به سوال یک در ص ۵۳ مراجعه کنید).

از چه قرص‌هایی می‌توان به عنوان ECPها استفاده کرد؟

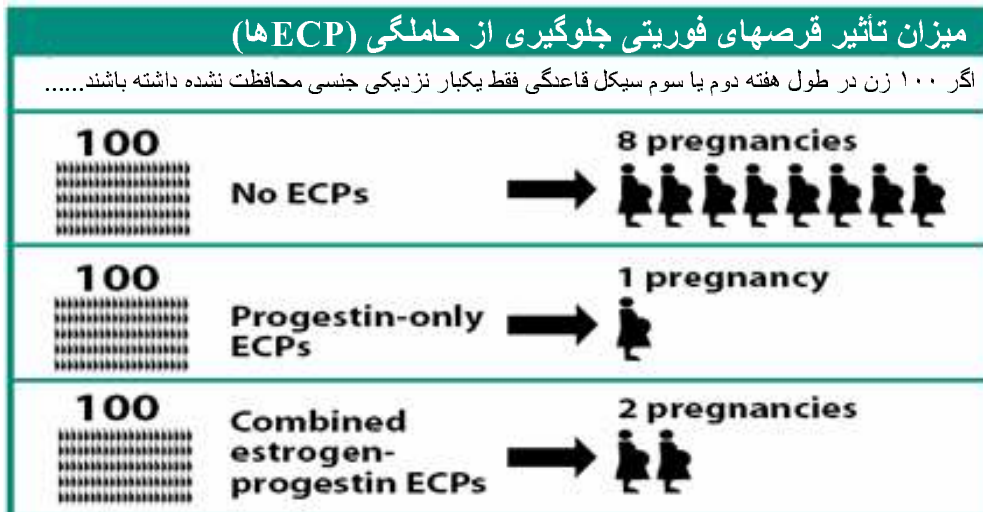
- فرآورده خاص ECP که حاوی پروژستین لوونورژسترل است.
- فرآورده خاص ECP که حاوی استروژن و لوونورژسترل است.
- قرصهای صرفاً پروژستینی که حاوی لوونورژسترل یا نورژسترل هستند.
- قرصهای خوراکی ترکیبی جلوگیری از حاملگی که حاوی استروژن و پروژستین- لوونورژسترل، نورژسترل یا نوراتیدرون (نوراتیسترون نیز نامیده می‌شوند)- 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 ECP های صرفاً پروژستینی استفاده کنند، احتمالاً یک نفر حامله خواهد شد.
- اگر همه آن ۱۰۰ زن از ECP های استروژن- پروژستینی استفاده کنند، احتمالاً دو نفر حامله خواهند شد.



بازگشت باروری پس از مصرف ECP ها: امکان حاملگی در زنان بلافاصله پس از مصرف ECP ها وجود دارد. مصرف ECP ها 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 ECP ها (حتی روز بعد از مصرف قرص) جلوگیری نمی‌کنند. برای تداوم جلوگیری از حاملگی، زنان باید بلافاصله روش دیگری را آغاز کنند (به قسمت برنامه‌ریزی روشی تداوم‌دار برای جلوگیری از حاملگی در ص ۵۰ مراجعه کنید).

اثر محافظتی در برابر بیماریهای آمیزشی (STI ها): 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 ECP ها
 - آغاز خونریزی ماهیانه زودتر یا دیرتر از موعد مقرر
- در هفته اول پس از مصرف ECP ها:

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

• استفراغ*

* زنانی که ECP با ترکیب صرفاً پروژستینی استفاده می‌کنند در مقایسه با زنانی که از ECP با ترکیب استروژن و پروژستینی استفاده می‌کنند، کمتر دچار تهوع و استفراغ می‌شوند.

فواید شناخته شده سلامت

- کمک به محافظت در برابر:
- خطرهای ناشی از حاملگی

خطرهای شناخته شده سلامت

ندارد

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 خطر آفرین 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 در موارد خطاهای استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی یا عدم استفاده از روش جلوگیری کاهش می‌دهند.
- می‌توانند در دسترس داشته باشند و در مواقع 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 بدلائل 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 را 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 مواقع مورد نیاز نگه دارد. در صورتی که زنان قرصها را از قبل داشته باشند، احتمال استفاده از آن در مواقع نیاز بیشتر خواهد بود. همچنین در دسترس داشتن ECPها زنان را قادر می‌سازد تا بلافاصله 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 موقعیتهای متعددی مناسب هستند.

زنان 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 ترکیب قرص و مقدار آن در صفحه ۵۴ مراجعه کنید.

نوع قرص	مقدار کلی قرص مورد نیاز
فرآورده اختصاصی صرفاً لئونورژسترلی	• ۱/۵ میلی‌گرم لئونورژسترل در یک دوز واحد.*
فرآورده اختصاصی استروژن - پروژستین	• ۰/۱ میلی‌گرم اتینیل استرادیول + ۰/۵ میلی‌گرم لئونورژسترل. • ۱۲ ساعت بعد همان مقدار تکرار شود.
قرصهای صرفاً پروژستینی حاوی لئونورژسترل یا نورژسترل	• قرصهای لئونورژسترل: ۱/۵ میلی‌گرم لئونورژسترل در یک دوز واحد • قرصهای نورژسترل: ۳ میلی‌گرم نورژسترل در یک دوز واحد
روشهای ترکیبی خوراکی (استروژن - پروژستین) حاوی لئونورژسترل، نورژسترل، یا نوراتیندرول	• قرصهای استروژن و لئونورژسترل: ۰/۱ میلی‌گرم اتینیل استرادیول + ۰/۵ میلی‌گرم لئونورژسترل. ۱۲ ساعت بعد همان مقدار تکرار شود. • قرصهای استروژن و نورژسترل: ۰/۱ میلی‌گرم اتینیل استرادیول + ۱ میلی‌گرم نورژسترل. ۱۲ ساعت بعد همان مقدار تکرار شود. • قرصهای استروژن و نوراتیندرول: ۰/۱ میلی‌گرم اتینیل استرادیول + ۲ میلی‌گرم نوراتیندرول. ۱۲ ساعت بعد همان مقدار تکرار شود.

* بطور جایگزین، می‌توان ۰/۷۵ میلی‌گرم لئونورژسترل را بلافاصله 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 را توضیح دهید.
 - تهوع، درد شکم، احتمالاً سایر علائم خونریزی خفیف یا تغییر در زمان خونریزی ماهیانه
 - آثار جانبی علائم بیماری نیستند.
-
- ۳. توضیح دهید در صورت بروز آثار جانبی چه اقدامی بکنند.
 - 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 ضدتهوع نظیر ۵۰ میلی‌گرم (Meclizine, Bonine, Antivert, Agyrax, Postafene) نیم تا یک ساعت قبل از خوردن ECPها 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 ضدتهوع، به همانگونه که در بالا گفته شد، استفاده کند).
 - اگر استفراغ ادامه یابد، می‌تواند دوز تکراری را با قرار دادن 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 روش تداوم‌داری را برای جلوگیری از حاملگی آغاز کند.
 - در صورت امکان، ECPهای بیشتری بدهید تا برای موارد نیاز در آینده به منزل برسد.
 - به قسمت برنامه‌ریزی روش 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 روشی تداوم‌دار برای جلوگیری از حاملگی

۱. به او توضیح دهید که آن ECPها در نزدیکهای بعدی، حتی در روز بعد، از حاملگی جلوگیری نمی‌کنند. با او در مورد نیاز به استفاده از روش 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 روش 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 روش دیگری استفاده کند یا اگر سؤال یا مشکلی داشت مراجعه کند.

۳. در صورت امکان به او ECP های بیشتری بدهید تا در آینده در موارد نزدیکی جنسی محافظت نشده استفاده کند.

زمان شروع روشهای جلوگیری از بارداری بعد از مصرف ECP ها

روش	زمان شروع
<p>قرصهای ترکیبی جلوگیری از حاملگی، قرصهای صرفاً پروژستینی، برچسبهای ترکیبی و حلقه‌های ترکیبی واژینال</p>	<ul style="list-style-type: none"> می‌توان روز بعد از قطع ECP ها 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"> - استفاده‌کننده جدید باید بسته جدیدی از قرص یا حلقه جدیدی را شروع کند. - استفاده کننده مداومی که به علت اشتباه در مصرف نیاز به ECP ها داشته می‌تواند از جایی که مانده است ادامه دهد. برچسب جلوگیری از حاملگی: <ul style="list-style-type: none"> - همه مصرف کنندگان باید از برچسب جدیدی استفاده کنند. استفاده از یک روش پشتیبان نیز در ۷ روز اول مصرف روش مربوطه ضروری است.
<p>روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی</p>	<ul style="list-style-type: none"> می‌تواند در همان روز استفاده از ECP ها 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 بایستی در صورت وجود علائم و نشانه‌های دیگر حاملگی، غیر از قطع خونریزی قاعدگی، مراجعه کند (به علائم و نشانه‌های شایع حاملگی در ص ۳۶۸ مراجعه کنید).
<p>روشهای تزریقی ماهیانه</p>	<ul style="list-style-type: none"> می‌تواند در همان روز استفاده از ECP ها روشهای تزریقی ماهیانه را شروع کند. نیازی نیست برای تزریق تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی خویش منتظر بماند. استفاده از یک روش پشتیبان در ۷ روز اول بعد از تزریق ضروری است.
<p>روشهای کاشتنی</p>	<ul style="list-style-type: none"> بعد از اینکه خونریزی ماهیانه‌اش بازگشت. به او یک روش پشتیبان یا قرصهای ضدبارداری خوراکی بدهید تا از روز بعد از استفاده از ECP ها تا شروع خونریزی ماهیانه استفاده کند.
<p>وسیله داخل رحمی IUD های حاوی مس یا هورمونی</p>	<ul style="list-style-type: none"> از IUD حاوی مس می‌توان بعنوان روش جلوگیری فوری 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 ECP ها از جاگذاری IUD استفاده کند IUD را می‌توان در همان روز مصرف ECP ها جایگذاری نمود. نیازی به روش پشتیبان نیست.

روش	زمان شروع
کاندوم‌های مردانه یا زنانه، مواد اسپرم کش، دیافراگم‌ها، کلاهک دهانه رحم و نزدیکی منقطع	• بلافاصله
روش‌های مبتنی بر آگاهی از زمان 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 خویش به او یک روش پشتیبان یا قرص جلوگیری از حاملگی بدهید.

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

كمك 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 تاخیر 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 سؤال 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 ۵-۷ 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 حاملگی اش ECPها استفاده کند، جنین بخطر خواهد افتاد؟
خیر. مدارک نشان می‌دهند که استفاده از ECPها سبب ناهنجاری جنین نمی‌شود. عبارتی 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 بلافاصله شروع کنند. چون ECPها تخمک‌گذاری در برخی از زنان را بتأخیر می‌اندازند، ممکن است بلافاصله 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 بلافاصله 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-لوانورژسترول، نورژسترول، نوراتینرون- 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 بی‌خطر 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 ۲-۵ قرص در هر دوز در دو دوز با فاصله ۱۲ ساعته 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 بی‌خطر هستند؟ آیا زنان تحت درمان با ضدتروویروسها (ARV) می‌توانند بطور بی‌خطر از ECPها استفاده کنند؟
بلی. زنان آلوده به HIV، مبتلا به ایدز و زنان تحت درمان با ضدتروویروسها می‌توانند بطور بی‌خطری از ECPها استفاده کنند.
۷. آیا ECPها برای نوجوانان بی‌خطر هستند؟
بلی. یک مطالعه در مورد استفاده ECPها در بین دختران ۱۳-۱۶ ساله آن را بی‌خطر 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 شانس زیادی دارد که حاملگی نابهجا داشته باشد؟

خیر. تاکنون هیچ مدرکی که نشان دهد ECPها میزان حاملگی نابهجا 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 نابهجا را بدنبال شکست 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 بعبارت دیگر تأثیری بر استفاده از روش ضدبارداری نمی‌گذارد؟

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

- زنانی که ECPها در دسترس داشته‌اند در مقایسه با زنانی که بایستی در پی تهیه آن می‌بوده‌اند، بدنبال روابط جنسی حفاظت نشده زودتر از ECPها استفاده کردند. استفاده زودتر ECPها احتمال تأثیر را زیاد می‌کند.
- زنانی که ECPها از قبل 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 روش های 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 خورده می شود	تعداد قرصهایی که در ابتدا خورده می شود	نام های رایج	ترکیبات	هورمون و نوع قرص
صرفاً پروژستینی				
۰	۱	Escapel Escapelle, Emkit Plus, Postinor 1, Postinor2 Unidosis, Pozato Uni	۱/۰ mg levonorgestrel	پروژستینی ویژه ECPها
۰	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	
۰	۵،**	Microlut, Microlut 35, Microval, Mikro-30, Norgeston, Nortrel	۰/۰۳ mg Levonoeegesterol	قرص های صرفاً پروژستینی
۰	۴،**	Neogest, Norgeal	۰/۰۳۷۵ mg Levonorgestrel	
۰	۴،**	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 ECPها

تعداد قرصهایی که در طی ۱۲ ساعت بعدی خورده می‌شود	تعداد قرصهایی که در ابتدا خورده می‌شود	اسامی رایج	ترکیبات	هورمون و نوع قرص
۵	۵	Anulette 20, April, Femexin, Loette, Loette-28, Loette, Suave, Microgynon, Suave, Miranova, Norvetal 20	۰/۰۲mg ethinylesteradiol ۰/۱ mg Levonorgestrel	قرصهای خوراکی 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, Norvetal, Nouvelle Duo, Ologyn-micro, Primafem, R-den, Riget, Rigevidon 21, Rigevidon, Seif, Sexcon, Stediril 30, Suginor	۰/۰۳mg ethinylesteradiol ۰/۱۵ mg Levonorgestrel	

تعداد قرصهایی که در طی ۱۲ ساعت بعدی خورده می‌شود	تعداد قرصهایی که در ابتدا خورده می‌شود	اسامی رایج	ترکیبات	هورمون 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	۰/۰۵mg ethinylesteradiol ۰/۰۲۵ mg Levonorgestrel	روشهای خوراکی ترکیبی (استروژن-پروژستینی) (ادامه)
۲	۲	Gravistat, Gravistat 125	۰/۰۵mg ethinylesteradiol ۰/۱۲۵ mg Levonorgestrel	
۴	۴	Minisiston, Trust Pills	۰/۰۳mg ethinylesteradiol ۰/۱۲۵ mg Levonorgestrel	
۴	۴	Lo-Femenal, 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) (Progestin Only Injectables)

نکات کلیدی برای ارائه‌دهندگان خدمات و مراجعه‌کنندگان

- تغییرات خونریزی قاعدگی 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 دیپو (DMPA) و هر دو ماه برای NET-EN برای ایجاد بیشترین تأثیر، مهم است.
- تزریق را می‌توان تا چهار هفته دیرتر برای دیپو (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.
- افزایش 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 دیپو مدروکسی 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، و لذا 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"، دیپو، دیپوپروورا، مژسترون و پتوژن نیز نامیده می‌شود.
 - NET-EN بنامهای نور اتیندرون انانتات، نوریسترات، و سینجستال (syngestal) نیز نامیده می‌شود. (برای تمایز بین DMPA و NET-EN 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 تخمک‌گذاری 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.

- براساس استفاده معمول، حدود ۳ حاملگی در ۱۰۰ زن در طی سال اول استفاده از POIها. این بدین معنی است که از هر ۱۰۰ زن استفاده‌کننده از POIها، ۹۷ نفر حامله نخواهند شد.
- در صورت تزریقات در زمان مقرر، از هر ۱۰۰ زن استفاده‌کننده 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 سؤال 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 استفاده‌کنندگان 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 مصرف‌کنندگان NET-EN در ۶ ماه اول، روزهای خونریزی کمتر است و بعد از یکسال مصرف، احتمال قطع خونریزی ماهیانه نسبت به DMPA کمتر است.

- افزایش وزن (به سؤال 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 سؤال ۱۰، 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

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 کم‌خونی داسی شکل در زنان مبتلا به کم‌خونی داسی شکل
- نشانه‌های آندومتریوز (درد لگنی، خونریزی نامنظم)

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 پرئود 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 DMPA 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 (۱۰۴mg بجای ۱۵۰ 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 ساب کیو پروورا (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 ضد رتروویروسی 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).

معیار های مقبولیت طبی برای استفاده از

روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی

سؤالات زیر را در مورد وضعیتهای شناخته شده طبی از مراجعه کننده پرسید.

انجام معاینات و آزمایشها ضرورتی ندارند. در صورت پاسخ "خیر" به کلیه سئوالات، او می تواند در صورت تمایل، مصرف POIها را شروع کند. در صورتیکه پاسخ به سئوالی "بلی" باشد، از دستورات مربوطه پیروی نمایید. در برخی موارد او هنوز امکان شروع به استفاده از POIها را دارد.

۱. آیا شما به کودک زیر شش هفته شیر می دهید؟

خیر بلی شش هفته بعد از زایمان می تواند 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 غیر معمولی زرد هستند [علائم یرقان])؟

خیر بلی در صورت گزارش بیماری فعال جدی کبدی (یرقان، هیپاتیت فعال، سیروز شدید، تومور کبدی) POIها را به او ارائه نکنید. در انتخاب یک روش غیر هورمونی 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 نمایید.

۴. آیا شما دیابت به مدت بیش از ۲۰ سال داشته یا دچار آسیب شریانی، بینایی، کلیه ها یا سیستم عصبی ناشی از دیابت می باشید؟

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

۵. آیا هرگز دچار سکته مغزی، لخته خون در ساق پاها یا ریه ها، حمله قلبی یا سایر مشکلات جدی قلبی شده اید؟

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 ننمایید در انتخاب یک روش دیگر - یک روش فاقد استروژن به او کمک نمایید. در صورتیکه او وجود فعلی لخته خون در وریدهای عمقی ساق پاها یا ریه ها (نه لخته های سطحی) را گزارش کند و تحت درمان داروی ضد انعقادی نباشد، به او کمک کنید یک روش بدون هورمون را انتخاب کنید.

۶. آیا خونریزی غیرمعمول دارید؟

خیر بلی 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 کاشتتی، 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 قبلاً داشته‌اید؟

خیر بلی به او POIها را تجویز نکنید. به او کمک کنید یک روش غیر هورمونی 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 بلی به او POIها را ارائه نکنید. به او کمک نمایید یک روش دیگر - روش فاقد استروژن انتخاب نماید.

مطمئن 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 خلی 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، ترومبوسیتوپنی تشدید یابد.

روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی برای زنان دچار HIV

- زنان آلوده به HIV، مبتلا به ایدز، یا تحت درمان با ضد‌تروویروسها (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 قاعدگی یا تعویض روش از یک روش غیرهورمونی	<p>در هر زمانی از ماه</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. در صورت تعویض روش از IUD، او می‌تواند مصرف POIها را بلافاصله شروع نماید (به قسمت IUD حاوی مسی، تعویض روش از IUD به روش دیگر، در ص ۱۴۱ مراجعه کنید).
تعویض روش از یک روش هورمونی	<ul style="list-style-type: none"> 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. 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.
شیردهی کامل یا تقریباً کامل	<ul style="list-style-type: none"> اگر کمتر از ۶ هفته قبل زایمان کرده است اولین تزریق را تا حداقل ۶ هفته بعد از زایمان به تاخیر بیندازید.
کمتر از ۶ ماه پس از زایمان	<ul style="list-style-type: none"> 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. در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانطور که برای زنان دارای سیکل های قاعدگی توصیه شده است، تزریق POIها را شروع نماید (به صفحه قبلی مراجعه کنید).
بیش از ۶ ماه پس از زایمان	<ul style="list-style-type: none"> 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 قاعدگی توصیه شده است، مصرف POIها را شروع نماید (به صفحه قبلی مراجعه کنید).

شیردهی نسبی

- کمتر از ۶ هفته پس از زایمان
- اولین تزریق را تا حداقل ۶ هفته بعد از زایمان به تأخیر بیندازید.
- بیش از ۶ هفته بعد 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 پیش‌تیبیان در ۷ روز اول مصرف POIها نیز ضروری است.[†]
- در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانطور که برای زنان دارای سیکل‌های قاعدگی 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 پیش‌تیبیان نیست.
- بیش از ۴ هفته پس از زایمان
- 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.[†] استفاده از یک روش پیش‌تیبیان در ۷ روز اول مصرف POIها نیز ضروری است.
- در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، او می‌تواند همانطور که برای زنان دارای سیکل‌های قاعدگی 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 پیش‌تیبیان 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 پیش‌تیبیان 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 پیش‌تیبیان در ۷ روز اول مصرف POIها نیز ضروری است.

- پس از مصرف قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPs)
- او می‌تواند مصرف POIها را در همان روز مصرف ECPها یا در صورت تمایل در عرض ۷ روز بعد از شروع خونریزی ماهیانه بعدی شروع نماید. استفاده از یک روش پیش‌تیبیان 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 پیش‌تیبیان 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 بدهید.

† در مناطقی که انجام ملاقات ۶ هفته پس از زایمان بطور روتین توصیه شده و فرصتهای 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.

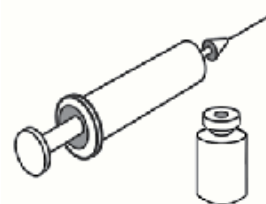
توصیه‌هایی در مورد آثار جانبی

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.

- **شایعترین اثرات جانبی را توضیح دهید**
 - در ماههای اول خونریزی نامنظم، طولانی مدت و مکرر وجود دارد و سپس خونریزی ماهیانه قطع می‌شود.
 - افزایش وزن (در حدود ۱-۲ کیلوگرم در سال)، سردرد، سرگیجه و احتمالاً سایر اثرات جانبی.
- **در باره این اثرات جانبی بطور کامل توضیح دهید**
 - اثرات جانبی علانمی از بیماری نیستند.
 - شایع هستند، اما برخی از زنان این علانم را ندارند. هر زمان که آثار جانبی او را آزار دهند برای دریافت کمک مراجعه کند.

ارائه روش تزریقی

- **۱. یک دوز از روش تزریقی، سوزن و سرنگ را تهیه کنید**
 - DMPA: ۱۵۰Mg برای تزریق به داخل عضله (تزریق داخل عضلانی). NET-ET: ۲۰۰mg برای تزریق عضلانی.
 - در صورت امکان از ویال تک دوز استفاده نمایید. تاریخ انقضاء را کنترل کنید. اگر از یک ویال بازی که حاوی چند دوز می‌باشد استفاده می‌نمایید، کنترل کنید که ویال نشسته نمی‌کند.
 - DMPA: یک سرنگ ۲ میلی‌لیتر و یک سوزن عضلانی با شماره ۲۱-۲۳
 - NET-ET: یک سرنگ ۲ یا ۵ میلی‌لیتر و یک سوزن عضلانی با شماره ۱۹. از یک سوزن ظریف با شماره ۲۱-۲۳ نیز می‌توان استفاده کرد.
 - در صورت امکان برای هر تزریق از یک سرنگ و سوزن جدید یکبار قابل مصرف (auto-disable) استفاده نمایید (در طول تاریخ انقضای مذکور و بدون هر نوع آسیبی به بسته)
- **۲. بشوید**
 - در صورت امکان دستها را با آب و صابون بشوید.
 - اگر محل تزریق کثیف است با آب و صابون بشوید. نیازی به تمیز کردن محل با محلول ضد عفونی کننده نیست.



- **۳. ویال را آماده کنید**
 - برای DMPA: ویال را به آرامی تکان دهید.
 - 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 و نتر و گلو تنال)، قسمت فوقانی بازو (عضله دلتوئید) یا باسن‌ها (عضله گلوتئال، 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 برنده، بگذارید.
- از سرنگ‌ها و سرسوزن‌ها دوباره استفاده نکنید. آنها باید بعد از یکبار مصرف دور انداخته شوند. ضد عفونی کردن آنها باعث شکل خاصشان خیلی مشکل است. لذا استفاده مجدد سبب انتقال بیماری‌های HIV و هیپاتیت 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.
- نام مواد تزریقی را به مراجعہ کننده بگویید و در مورد زمان تزریق بعدی به توافق برسید.

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

به مراجعہ 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 عمده‌ای در وضعیت سلامتی‌اش 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 بگوید که از چه روشی استفاده می‌کند.

برنامه‌ریزی برای تزریق بعدی

۱. در مورد زمان تزریق بعدی، هر سه ماه (۱۳ هفته) برای دیپو (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 بموقع بیاید. در مورد DMPA این امکان وجود دارد که او چهار هفته دیرتر بیاید. در مورد NET-EN این امکان وجود دارد که او دو هفته دیرتر بیاید. اما باز هم می‌تواند تزریق بعدی را دریافت کند. در مورد هر دو، DMPA یا NET-EN، این امکان وجود دارد که او دو هفته زودتر بیاید.
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 ECPها استفاده کند. (به ECPها 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، سؤال 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 عمده زندگی که نیازهای آنها را تحت تأثیر قرار داده، مخصوصاً برنامه‌ریزی برای بچه دار شدن و خطر STI/HIV 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 ECPها 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 NET-EN 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 نخواهند داشت. بنابراین توصیه به مراجعه طی خونریزی ماهیانه بعدی به این معنی است که تزریق بعد ممکن است بطور غیرضروری به تأخیر افتد 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 دهندگان 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 کند.

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

- به او اطمینان مجدد دهید 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 مفنامیک اسید ۲ بار در روز بعد از وعده غذایی به مدت ۵ روز یا ۴۰ میلی‌گرم 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 یادآور شوید که خوردن غذاهای حاوی آهن، نظیر گوشت قرمز و ماکیان (خصوصاً گوشت گاو و جگر مرغ)، ماهی، سبزیجات برگ سبز و حبوبات (لوبیاهای، 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 دلایل 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 تکرار 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 سؤال 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 یافت نشود برای تشخیص آسانتر، تزریقات بعدی را انجام ندهید تا بررسی و درمان شرایط موجود، روش انتخابی دیگری (بجز 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 پاها یا ریه‌ها، حمله قلبی، سرطان پستان، یا آسیب ناشی از دیابت به شریانها، بینایی، کلیه‌ها، یا سیستم عصبی مرکزی)، به علائم و نشانه‌های وضعیت‌های جدی سلامت در ص ۳۱۱ مراجعه کنید.

- تزریق بعدی را انجام ندهید.
- تازمانی 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 شده‌ای برای جنینی که همراه با استفاده از روشهای تزریقی در مادر حاملگی اتفاق 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 آلوده 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، می‌تواند 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 ۲-۱ 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 ۲-۱ کیلوگرم در سال دچار افزایش وزن می‌شوند. در ضمن، بعضی از استفاده کننده‌گان 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 DMPA و NET-EN 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 DMPA و NET-EN سبب ناباروری زنان می‌شوند؟

خیر، این روش ممکن است بازگشت باروری را پس از قطع تزریق به تأخیر بیندازد، 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 قاعدگی شده باشد. بعضی از زنان ممکن است مجبور باشند تا بازگشت الگوی طبیعی خونریزی چند ماه منتظر بمانند.

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

زمانی که استفاده از DMPA را قطع می‌کنند، در مقایسه با زمانی 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. زمانی که استفاده از NET-EN را قطع می‌کنند در مقایسه با زمانی 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 تخمک 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 صرفاً پروژستینی جلوگیری از حاملگی نظیر قرصهای صرفاً پروژستینی و روشهای کاشتینی باشد.

۹. آیا زنان می‌توانند روش تزریقی صرفاً 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 دریافت‌کنندگان خدمات، تغییر ماده تزریقی، نام آن و برنامه تزریق اطلاع داده شود.

۱۰. DMPA 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 مجدداً افزایش می‌یابد. تراکم استخوانی زمانی که مصرف DMPA را قطع کرده‌اند ۲ تا ۳ سال بعد مشابه زمانی 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 نقایص 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 صرفاً پروژستینی سبب نقایص مادرزادی نخواهند شد، به عبارت دیگر اگر یک زن در حین استفاده از این روش حامله باشد، یا به طور تصادفی تزریق را در حین بارداری شروع کند، آسیب نخواهد دید.

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

معمولاً 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 تحت 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.

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.
- بموقع 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 مدروکسی پروژسترون استات (MPA)/استرادیول سیپیونات و همچنین در مورد نوراتیندرون انانتات (NET-EN)/استرادیول والرات کاربرد دارد. این اطلاعات ممکن است همچنین برای ترکیبات قدیمی‌تر نیز که کمتر شناخته شده‌اند، کاربرد داشته باشد.
- MPA/استرادیول سیپیونات تحت نام تجاری سیکلوفم (Ciclofem)، سایکلو فمینا (Ciclofemina)، سیکلوفم (Cyclofem)، سایکلو پروورا (CycloProvera)، فمینه‌نا (Feminena)، لونا (Lunella)، لونی (Lunelle)، نووافم (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 عمده از طریق جلوگیری از آزاد شدن تخمک از تخمدان (تخمک‌گذاری) عمل می‌کند.

تأثیر بیشتر



تأثیر کمتر

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 تولدها 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 ترکیبی 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 تفاوتی در آثار کبدی وجود داشته باشند (به سؤال ۲ در صفحه ۹۴ مراجعه کنید).

اصلاح باورهای 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 نازایی زن نمی‌شود.
- سبب یائسگی زودرس نمی‌شوند.
- منجر به بروز نقایص مادرزادی یا چندقلویی 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 سؤالات زیر را در مورد شرایط شناخته شده طبی بپرسید. اگر به همه سؤالات پاسخ "خیر" بدهد در صورت تمایل، می‌تواند از روشهای تزریقی ماهیانه استفاده کند. اگر پاسخ به سؤالی "بلی" باشد، از دستورالعمل 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 بیاید) 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 نکنید. 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 کنید.
- 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 صرفاً پروژستینی را نیز ارائه نکنید.

(خواندن یکبار فشار خون در محدوده ۹۹-۱۰۹/۹۰-۱۴۰ میلیمتر جیوه برای تشخیص فشار خون بالا کافی نیست. تا زمانی که بتواند برای کنترل مجدد فشار خون مراجعه کند، به او روش پشتیبان بدهید 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 [اعلام یرقان])؟

خیر بلی در صورت گزارش بیماری کبدی جدی فعال (یرقان، هیپاتیت فعال، سیروز شدید، تومور کبدی) به او روشهای تزریقی ماهیانه را ارائه نکنید. کمک کنید تا یک روش غیرهورمونی انتخاب کند. (در صورت ابتلا به سیروز خفیف یا بیماری کیسه صفرا 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 صرفاً 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 اسپرم‌کش و روش منقطع از کم‌اثرترین روشهای جلوگیری از حاملگی هستند. در صورت امکان به او کاندوم بدهید.

۸. آیا سرطان پستان دارید یا قبلاً داشته‌اید؟

خیر بلی 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 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 شده‌اید (سردرد های میگرنی)؟ چنین سردردهایی اغلب با نور و صدا و حرکت تشدید می‌شوند.

خیر بلی 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 بلی 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، سیگار کشیدن، 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 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 لاموتریژین بعنوان داروی ضد تشنج مصرف می‌کنید؟

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

در صورت گزارش موتاسیون ترومبوژنیک یا لوپوس با آنتی‌بادی‌های آنتی‌فسفولیپیدی (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 مراجعه‌کننده، 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 ۱۴۰ و ۱۵۹ میلیمتر جیوه یا دیاستول بین ۹۰ تا ۹۹ 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 فشار خون 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 چند گانه 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 آلوده به HIV

- زنان آلوده 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	<ul style="list-style-type: none">در هر زمانی از ماهدر صورت شروع طی ۷ روز اول بعد از شروع خونریزی قاعدگی ماهیانه، نیازی به استفاده از روش پشتیبان وجود ندارد.در صورتی که بیش از ۷ روز از شروع خونریزی قاعدگی ماهیانه می‌گذرد، می‌تواند تزریق را در هر زمانی که به طور منطقی از عدم حاملگی خویش 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 بلافاصله انجام دهد (به IUD حاوی مس، تعویض روش از IUD به روش دیگر در صفحه ۱۴۱ مراجعه کنید).
تعویض روش از یک روش هورمونی	<ul style="list-style-type: none">بلافاصله، 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.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.
شیردهی کامل یا تقریباً کامل کمتر از ۶ ماه پس از زایمان*	<ul style="list-style-type: none">اولین تزریق او را تا ۶ ماه پس از زایمان یا زمانی که غذای اصلی کودک شیر مادر نباشد، هر کدام اول پیش بیاید، به تأخیر بیندازید.
بیش از ۶ ماه بعد از زایمان	<ul style="list-style-type: none">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.

کمتر از ۶ هفته بعد از زایمان	• اولین 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. • در صورت بازگشت خونریزی قاعدگی، فرد می‌تواند روش تزریقی را طبق دستور توصیه شده برای زنان دارای سیکل قاعدگی شروع کند.
عدم شیردهی کمتر از ۴ هفته بعد از زایمان	• فرد می‌تواند روش تزریقی را در هر زمان بین روزهای ۲۸-۲۱ بعد از زایمان شروع کند. نیازی به استفاده از روش پشتیبان وجود ندارد.
بیش 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. • در صورت بازگشت خونریزی ماهیانه، فرد می‌تواند روش تزریقی را طبق دستور توصیه شده برای زنان دارای سیکل قاعدگی 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 سقط القایی یا خودبخود	• 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.
بعد از مصرف ECPها	• او می‌تواند روش تزریقی را در همان روز مصرف ECPها شروع کند. ضرورتی برای انتظار تا خونریزی ماهیانه بعدی برای انجام تزریق وجود ندارد. استفاده از روش پشتیبان تا ۷ روز پس از تزریق ضروری است.

در مناطقی که انجام ملاقات 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 برنامه ها 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 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 مهمترین کمک به زن نیازمند به ادامه استفاده از روش جلوگیری باشد.

شایعترین آثار جانبی را بیان نمایید.

- خونریزی کم و با مدت زمان کوتاه، خونریزی نامنظم و فواصل زیاد خونریزی.

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

در باره آثار جانبی توضیح دهید.

- آثار جانبی علائمی از بیماری نیستند.

- معمولاً طی چند ماه اول بعد از شروع تزریق کمتر شده و یا قطع می‌شود.

- 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

- ۱. یک دوز از ماده تزریقی، سوزن و سرنگ را آماده کنید. ۲۵ میلی گرم MPA / استرادیول سیپیونات یا ۵۰ میلی گرم NET-EN / استرادیول والرات، سوزن تزریق داخل عضلانی و سرنگ ۲ یا ۵ میلی‌لیتر (NET-EN) / استرادیول والرات، برخی مواقع در سرنگهای از قبل پر شده در دسترس می‌باشند)

- 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.



- ۲. شستشو دهید. 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.

- ۳. ویال را آماده کنید. MPA / استرادیول سیپیونات: به آرامی ویال را تکان دهید.

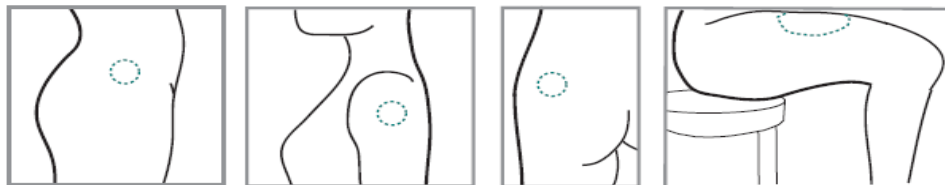
- NET-EN / استرادیول والرات: تکان دادن ویال ضرورتی ندارد.

- پاک کردن سر ویال با ماده ضد عفونی کننده ضرورتی ندارد.

- اگر ویال سرد باشد، قبل از تزریق تا درجه حرارت پوست گرم نمایید.

- ۴. سرنگ را پر 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 پر شده باشد این گام را حذف کنید).

- ۵. ترکیب را تزریق کنید. سوزن استریل را بطور عمیق در هیپ (عضله و نتر و گلوئتال)، قسمت فوقانی بازو (عضله دلتونید)، باسن (عضله گلوئتال، قسمت خارجی فوقانی)، یا قسمت خارجی (قدامی) 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 طریق 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 بدهید
- 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 سؤالی داشته باشد یا بخواهد از روش دیگری استفاده کند، یا تغییر عمده‌ای 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 بدنبال 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 داشته باشد، تا زمانی که بتواند تزریق بعدی را دریافت کند می‌تواند از ECPها استفاده کند (به قسمت ECPها در ص ۴۵ مراجعه کنید).

کمک به مصرف کنندگان مداوم

ویزیت‌های 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 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 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 عمده 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 ECP 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 را ندارد 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 راحلهای 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 دهندگان 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 ادیت می‌کند)

- به او اطمینان مجدد دهید که بسیاری از زنان استفاده کننده از روش تزریقی ماهیانه دچار خونریزی نامنظم می‌شوند. این مسئله مضر نیست و معمولاً پس از چند ماه کاهش می‌یابد یا قطع می‌شود.
- برای بهبود نسبی کوتاه مدت، او می‌تواند از ۸۰۰ میلی گرم ایبوپروفن 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 صرفاً 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 غیر مرتبط با روش را مد نظر قرار دهید (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 صرفاً 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 (لوبیاهای، 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 میلی‌گرم)، ایبوپروفن (۴۰۰ - ۲۰۰ میلی‌گرم) پاراستامول (۱۰۰۰ - ۳۲۵ میلی‌گرم) یا سایر تسکین دهنده‌های درد استفاده کند.
- هر سردردی که در طول مدت استفاده از روش تزریقی تشدید 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 میلی‌گرم)، ایبوپروفن (۴۰۰ - ۲۰۰ میلی‌گرم)، پاراستامول (۱۰۰۰ - ۳۲۵ میلی‌گرم) 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 عفونتهای آمیزشی یا بیماریهای التهابی لگن باشد، فرد می‌تواند در طی درمان به مصرف روشهای تزریقی ماهیانه ادامه دهد.

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

- بدون در نظر گرفتن سن او، زنی که دچار سردرد میگرنی همراه با او را 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، کلیه ها یا سیستم عصبی مرکزی) به علائم 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).

- 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.
- مصرف ریتوناویر یا مهارکننده‌های پروتئاز تقویت شده با ریتوناویر ممکن است اثر روشهای تزریقی ماهیانه را کاهش دهند. او می‌تواند از روشهای تزریقی پروژستینی تنها، ایمپلانتها، LNG-IUD یا هر روش غیرهورمونی استفاده کند.

پرسشها و پاسخها در مورد روشهای تزریقی ماهیانه

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

تفاوت عمده بین آمپولهای تزریقی ماهیانه و DMPA یا NET-EN 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 DMPA و NET-EN خونریزیها منظم‌تر 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 نقایص 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 نقایص 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 نخواهند شد.



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

خیر. بسیاری از ارائه دهندگان 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 بر اساس 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 به 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 صرفاً 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 تأثیر 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 رگ‌های 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 تاخیر در باروری مجدد وجود داشته باشد. اما زنان قادر خواهند بود همانند گذشته 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 زمانی که از سایر روش‌ها استفاده می‌کنند، حامله می‌شوند. این بدین 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 دهندگان خدمات می‌توانند اقدامات بیشتری را برای ارزیابی از نظر حاملگی انجام دهند (به ص ۳۶۷ مراجعه کنید).

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.
- Evra و Ortho Evra نیز نامیده می‌شود.
- به طور عمده با مهار آزاد شدن تخمک 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 بدست 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 قرصهای ترکیبی جلوگیری از حاملگی است. (به قسمت میزان تأثیر قرصهای 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 پیش بینی 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

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• توضیح دهید که او باید پوشش بسته برچسب را در امتداد لبه پاره کند.• سپس باید برچسب را خارج کند و پوشش پشتی آن را بدون تماس با سطح چسبیده بردارد. | <p>نحوه باز کردن پوشش برچسب و لایه پشتی آن را توضیح دهید</p> |
| <ul style="list-style-type: none">• توضیح دهید که او می‌تواند برچسب را روی قسمت فوقانی خارجی بازو، پشت، معده، شکم و هر جایی که تمیز و خشک باشد بچسباند، اما روی پستانها نباید چسبانده شود.• او باید قسمت چسبیده 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.• برچسب حتی در حین کار، ورزش، شنا و استحمام در محل خود باقی می‌ماند. | <p>به او نشان دهید که برچسب را کجا و چگونه به کار برد</p> |
| <ul style="list-style-type: none">• او باید برچسب تازه را در روز مشخص از هر هفته تعویض کند. به عنوان مثال اگر اولین برچسب را روز یکشنبه چسبانده است همه برچسبها را باید روز یکشنبه بچسباند.• توضیح دهید که برای جلوگیری از تحریک نباید برچسب تازه را در محل برچسب قبلی چسباند. | <p>باید برچسب را هر هفته تا ۳ هفته پشت سر هم تعویض کند.</p> |
| <ul style="list-style-type: none">• احتمالاً در این هفته خونریزی ماهیانه وجود خواهد داشت. | <p>نباید در هفته چهارم از برچسب استفاده کند.</p> |
| <ul style="list-style-type: none">• هرگز نباید به مدت بیش از ۷ روز استفاده از برچسب را قطع کند. در صورت قطع بیش از ۷ روز، خطر حاملگی وجود دارد. | <p>بعد از هفته بدون استفاده از برچسب باید برچسب تازه‌ای به کار برد.</p> |

حمایت از مصرف کننده

دستورالعمل برای موارد برداشت یا جایگزینی دیر هنگام

-
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• هر چه سریعتر يك برچسب تازه به کار برید.• این روز از هفته را به عنوان روز جدید تعویض برچسب یادداشت کنید.• در هفت روز اول مصرف برچسب از يك روش پشتیبان استفاده کنید.• 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). | <ul style="list-style-type: none">• آیا استفاده از برچسب تازه در شروع هر دوره برچسب (طی هفته اول) را فراموش کرده‌اید؟ |
| <ul style="list-style-type: none">• در صورت تأخیر مصرف ۱ تا ۲ روز (تا ۴۸ ساعت):<ul style="list-style-type: none">- 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):<ul style="list-style-type: none">- دوره فعلی استفاده از برچسب را قطع کنید و بلافاصله دوره چهار هفته‌ای جدیدی را با استفاده از يك 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. | <ul style="list-style-type: none">• آیا تعویض برچسب را در وسط دوره استفاده (طی هفته ۲ یا ۳) فراموش کرده‌اید؟ |
| <ul style="list-style-type: none">• برچسب را بردارید.• دوره بعدی را در روز معمول تعویض برچسب شروع نمایید.• نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست. | <ul style="list-style-type: none">• آیا برداشت برچسب را در انتهای دوره استفاده از برچسب (هفته چهارم) فراموش کرده‌اید؟ |
-

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 برید.
- 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 عمده با جلوگیری از آزاد شدن تخمک از تخمدان (تخمک‌گذاری) عمل می‌کند.

میزان تأثیر آن چقدر است؟

تأثیر بیشتر



تأثیر کمتر

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 آزمایشی‌های بالینی حلقه واژینال پیشنهاد می‌کند که این روش ممکن است نسبت به قرص‌های 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.

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 شناخته‌شده سلامت

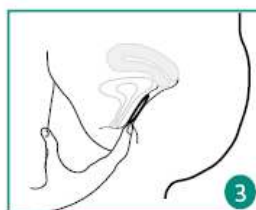
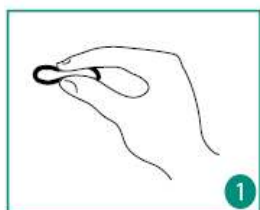
مطالعات طولانی مدت حلقه واژینال محدود هستند، اما پژوهشگران پیش بینی می‌کنند که فواید و خطرهای سلامت آن مشابه قرص‌های ضد بارداری خوراکی ترکیبی باشند. (به قسمت قرص‌های ضد بارداری خوراکی ترکیبی، فواید و خطرهای سلامت در صفحه ۳ مراجعه کنید.)

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 دهید.
- او می‌تواند راحت‌ترین وضعیت، به عنوان مثال ایستاده در حالی 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 دهید که حلقه باید به مدت ۳ هفته در محل باقی بماند.
- او باید حلقه را بصورت شبانه روزی 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 حداکثر 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 بلافاصله جاگذاری کند.

حمایت از استفاده‌کننده

دستورالعمل برای موارد برداشت یا جایگزینی دیر هنگام

- آیا در خلال هفته اول یا دوم، حلقه به مدت بیش از ۳ ساعت خارج از واژن بوده است؟
- حلقه را هر چه سریعتر در محل قرار دهید. از یک روش پشتیبان برای مدت ۷ روز استفاده کنید.

- آیا در خلال هفته سوم، حلقه به مدت بیش از ۳ ساعت خارج از واژن بوده است؟
- سیکل فعلی را قطع کرده، حلقه را دور ببندازد.
- 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.

(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).

- آیا بیش از ۷ روز تا جاگذاری حلقه جدید فاصله ایجاد شده است؟ یا حلقه را بیش از ۴ هفته داخل واژن حفظ کرده‌اید؟
- 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 ۴۵ مراجعه کنید).

* 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 بدهید.

روشهای کاشتنی جلوگیری از حاملگی (Implants)

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- روشهای کاشتنی (ایمپلنتها) بصورت کپسولها یا میله‌های کوچک قابل انعطافی هستند که زیر پوست قست 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 تنهایی 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 (جدل): ۲ میله، بمدت ۵ سال مؤثر است.
 - Implanon (ایمپلنن): ۱ میله، به مدت ۳ سال مؤثر است. مطالعات برای بررسی امکان تأثیر ۴ ساله آنها در حال انجام می‌باشد.
 - Norplant (نورپلنت): ۶ کپسول، مدت اثر ذکر شده در برچسب آنها ۵ سال می‌باشد. (مطالعات وسیع نشان داده‌اند که تا ۷ سال مؤثر هستند).
 - Sinoplant (سینوپلنت): ۲ میله، بمدت ۵ سال مؤثر است.
- مکانیسم اثر بطور عمده عبارت است از:
 - افزایش غلظت موکوس سرویکس (که مانع رسیدن اسپرم به تخمک می‌شود).
 - ایجاد اختلال در سیکل قاعدگی، شامل جلوگیری از آزاد شدن تخمک از تخمدان (تخمک گذاری).

میزان تاثیر آنها چقدر است؟

یکی از مؤثرین و طولانی اثرین روشها هستند:



- کمتر از يك حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از ایمپلنت در طی سال اول (۵ نفر از هر ۱۰۰۰۰ زن). یعنی از هر ۱۰۰۰۰ زن استفاده کننده از ایمپلنتها ۹۹۵ نفر حامله نخواهند شد.
- بعد از سال اول استفاده خطر کم حاملگی باقی می ماند که در طول مدت استفاده از ایمپلنتها این خطر ادامه دارد.
 - در مدت ۵ سال استفاده از Jadelle: حدود يك حاملگی در صد زن
 - در مدت ۳ سال استفاده از Implanon: کمتر از يك در صد زن (يك 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 می یابد:
 - در زنانی که وزن آنها ۸۰ kg یا بیشتر است، Jadelle و نورپلنت بعد از ۴ سال استفاده کمتر موثر می باشد.
 - در زنانی با وزن ۷۹-۷۰ kg نورپلنت بعد از ۵ سال استفاده تأثیر کمتری خواهد داشت.
 - این استفاده کننده ها 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.

حفاظت در مقابل بیماریهای آمیزشی (STIها): محافظتی ایجاد نمی کند.

چرا برخی زنان می گویند که ایمپلنتها را دوست دارند؟

- پس از جاگذاری نیازی به دخالت مصرف کننده وجود ندارد.
- بصورت بسیار موثر از حاملگی جلوگیری می کنند.
- 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: پس از حدود يك سال:

- خونریزی خفیف‌تر و خونریزی با روزهای کمتر
- خونریزی نامنظم که بیش از ۸ روز طول می‌کشد
- خونریزی با دفعات کم
- فقدان خونریزی ماهیانه
- خونریزی خفیف‌تر و خونریزی با روزهای کمتر
- خونریزی نامنظم که بیش از ۸ روز طول می‌کشد
- خونریزی نامنظم
- خونریزی با دفعات کم

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 تخمدانی

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

خطرهای شناخته شده سلامت

وجود ندارد

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 بندرت اتفاق می‌افتد)

نادر:

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

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

ایمپلنتها:

- 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 جابه‌جا نمی‌شوند.
- خطر حاملگی نابه‌جا را 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 ایمپلنتها 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 سقط‌القایمی یا خود به خود یا حاملگی نابه‌جا 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 ضدتروویروسی 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)



ایمپلنتها

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

۱. آیا به کودک کمتر از ۶ هفته شیر می‌دهید؟

خیر بلی او می‌تواند بلافاصله 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 غیر معمولی زرد هستند؟ [علائم یرقان])

خیر بلی در صورتیکه او بیماری فعال جدی کبدی (یرقان، هیپاتیت فعال، سیروز شدید، تومور کبدی) را گزارش کند. ایمپلنتها را به او ارائه نکنید. کمک کنید یک روش غیر هورمونی 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 غیر سطحی) را در حال حاضر گزارش کند، ایمپلنتها را ارائه نکنید. به او کمک کنید یک روش غیر هورمونی انتخاب کند.

۳. آیا دچار خونریزی غیر معمول 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

معمولاً هر زنی که یکی از شرایط زیر را دارد نباید از ایمپلنتها استفاده کند. با وجود این، در شرایط خاص وقتی سایر روشهای مناسبتر در دسترس نیستند یا برای او قابل قبول نیستند، ارائه 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 ضدتروویروسی (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 زمان شروع

● **برقرار بودن سیکل‌های قاعدگی یا تعویض روش از يك روش غیرهورمونی**
در صورت شروع روش طی ۷ روز اول پس از شروع خونریزی ماهیانه (۵ روز برای Implanon). نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.

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

● **تعویض روش از يك روش هورمونی**
بلافاصله، در صورتیکه بطور صحیح و مستمر از يك 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.

● 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 بیاورد.

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

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

● **بیش 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.

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

شیردهی نسبی

کمتر از ۶ هفته پس از زایمان	• جاگذاری را حداقل تا ۶ هفته پس از زایمان به تأخیر بیندازید.
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 ایملنتها 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 ایملنتها را جاگذاری کرد.
عدم شیردهی کمتر از ۴ هفته پس از زایمان	• ایملنتها را می‌توان در هر زمان جاگذاری نمود. نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست.
بیش از ۴ هفته پس از زایمان	• در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، می‌توان هر زمان که بطور منطقی از عدم بارداری اطمینان حاصل شد، ایملنتها 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 ایملنتها را جاگذاری کرد.
عدم خونریزی ماهیانه (بدون ارتباط با زایمان یا شیردهی)	• ایملنتها 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.
بعد از سقط القایی یا خودبخود	• بلافاصله در صورت جاگذاری ایملنتها 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 ایملنتها را جاگذاری کرد. استفاده از روش پشتیبان در ۷ روز پس از جاگذاری ضروری است.
پس از مصرف قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPs)	• ایملنتها 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 بدهید تا از روز بعد از اتمام مصرف ECPها شروع کرده و تا زمان جاگذاری ایملنتها استفاده کند.

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

† در مناطقی که انجام ملاقاتی شش هفته بعد از زایمان توصیه شده و فرصتهای دیگر برای دریافت روشهای ضدبارداری محدود می‌باشد، برخی ارائه‌دهندگان خدمات و برنامه‌ها ممکن است در طی ملاقات هفته ششم، در صورتی که خونریزی ماهیانه زن بازگشت نکرده باشد، بدون وجود شواهد دیگری در زمینه حامله نبودن او، ایملنتها 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 ایمپلنتها انجام شود. مشاوره در مورد تغییرات خونریزی ممکن است مهمترین کمکی باشد که زن برای تداوم روش نیاز دارد.

-
- شایعترین آثار جانبی را توضیح دهید**
- 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 خونریزی
 - سردرد، درد شکم، حساسیت پستان و احتمالاً سایر آثار جانبی
-
- در باره آثار جانبی بطور کامل توضیح دهید.**
- آثار جانبی علایم 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 دهند، 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 نظارت مستقیم دارد. بنابراین، توضیح زیر خلاصه‌ای از روش جاگذاری بوده و شامل جزئیات کار نمی‌باشد.

جاگذاری ایمپلنتها معمولاً 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).



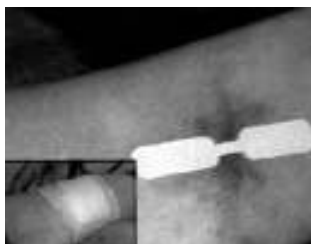
۳. ارائه دهنده خدمات، برش کوچکی در پوست ناحیه داخل قسمت فوقانی بازو ایجاد می‌کند.



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 بانداژ 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

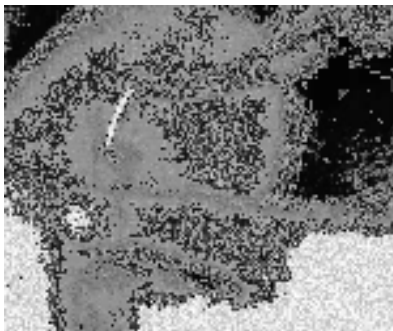
نکته مهم: زمانیکه زن به هر علت، شخصی یا طبی، خواهان خارج کردن ایمپلنتها است، ارائه دهنندگان خدمات نباید از این کار امتناع کنند یا آن را به تأخیر بیندازند. همه کارکنان بهداشتی باید درک کنند و بپذیرند که زن نباید برای تداوم مصرف ایمپلنتها تحت فشار یا زور قرار گیرد.

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.

دادن آموزش های خاص

- بازو را خشك نگه دارید
زن باید محل جاگذاری را به مدت ۴ روز خشك نگه دارد. او می‌تواند باند یا گاز کشی را بعد از ۲ روز و باند چسبی را بعد از ۵ روز در بیاورد.
- انتظار دردناکی، کبودی را داشته باشید
بعد از از 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.
- طول مدت محافظت از بارداری
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
- خارج کردن ایمپلنتها قبل از پایان اثربخشی آنها
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 عمده‌ای در وضعیت سلامتی او رخ داده است؛ یا زمانی که فکر می‌کند حامله است. همچنین اگر:

مراجعه‌کننده 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.

مراجعه‌کننده 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 بلافاصله در پی مراقبتهای 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 مصرف‌کنندگان مداوم

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

1. در مورد چگونگی روش و رضایت او از این روش سؤال کنید. از او بپرسید که آیا سؤال یا موردی برای بحث دارد.
2. 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).
3. از مراجعه‌کننده‌ای که به مدت طولانی از ایمپلنتها 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).
4. از مراجعه‌کننده‌ای که به مدت طولانی از ایمپلنتها استفاده می‌کند در مورد تغییرات عمده زندگی که نیازهای آنها را تحت تأثیر قرار داده، مخصوصاً برنامه‌ریزی برای بچه دار شدن و خطر STI/HIV، سؤال کنید. مطابق نیاز پیگیری کنید.
5. در صورت امکان، مراجعه‌کننده‌ای را که از Jadelle یا Norplant استفاده می‌کند وزن کنید. اگر وزن او تا حدی تغییر کرده است که بر مدت اثربخشی ایمپلنتها تأثیر می‌گذارد، تاریخ کارت یادآور او را تغییر دهید یا کارت جدیدی با تاریخ مناسب ارائه کنید (به سوال ۹ مراجعه کنید).
6. در صورت تمایل او به حفظ ایمپلنتها و عدم وجود شرایط طبی جدید ممانعت‌کننده، به او یادآوری کنید که تا چه مدت ایمپلنتها از حاملگی او جلوگیری خواهند 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 ایمپلنتها تأثیر می‌گذارند. آنها سزاوار توجه ارائه‌کننده 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 دهید 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 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 استفاده کند.
- اگر این داروها به بهبود 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 لونورژسترول 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 دهید (به قسمت خونریزیهای واژینال با علت نامشخص مراجعه کنید).

فقدان خونریزی ماهیانه

- به او اطمینان مجدد دهید که در بعضی از زنان خونریزی ماهیانه حین مصرف ایمپلنتها قطع می‌شود. این حالت مضر نیست از دست دادن خون به صورت ماهیانه الزامی 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 دهید 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 جهت 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 میلی‌گرم 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 غذاهای حاوی آهن از قبیل گوشت و ماکیان (مخصوصاً 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 دهید (به قسمت خونریزیهای واژینال با علت نامشخص مراجعه کنید).

سردرد معمولی (غیرمیگرنی)

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

درد خفیف شکم

- اسپرین (mg) ۳۲۵-۶۵۰، ایبوپروفن (mg) ۲۰۰-۴۰۰، پاراستامول (mg) ۱۰۰۰-۳۲۵ 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 بهبود می‌یابد.
- 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 پر تحرک و زمان خواب نیز می‌شود).
- از کمپرس سرد یا گرم استفاده کنید.
- اسپرین (mg) ۳۲۵-۶۵۰، ایبوپروفن (mg) ۲۰۰-۴۰۰، پاراستامول (mg) ۱۰۰۰-۳۲۵ 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 فشار دادن محل به مدت چند روز اجتناب کند.
- اسپرین (mg) ۳۲۵-۶۵۰، ایبوپروفن (mg) ۲۰۰-۴۰۰، پاراستامول (mg) ۱۰۰۰-۳۲۵ یا مسکن دیگری به او بدهید.

عفونت محل جاگذاری (قرمز، 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.
- آنتی‌بیوتیک 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 يك چند ایمپلنت 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، کپسول یا میله دفع شده را از طریق برش جدید مجاور کپسول 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 تخمدانی بزرگ شده)

- 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 ۷ مراجعه کنید).
- در مراحل اولیه حاملگی نا به جا ممکن است نشانه‌های وجود نداشته و یا خفیف باشد اما سرانجام تشدید خواهند یافت. وجود توام این علائم یا نشانه‌ها باید شک به حاملگی نابجا را افزایش دهند.
 - درد یا حساسیت غیر معمول شکم.
 - خونریزی غیر طبیعی 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، بلافاصله برای تشخیص و مراقبت فوری ارجاع دهید. (برای دستیابی به اطلاعات بیشتر در مورد حاملگی‌های نابجا، به قسمت عقیم-سازی زنانه و اداره حاملگی نابجا مراجعه کنید).
- درد شکم ممکن است به علت مشکلات دیگر مانند فولیکولها یا کیستهای تخمدانی بزرگ شده باشد.
 - يك زن می‌تواند استفاده از ایمپلنتها را در طول ارزیابی ادامه دهد.

- نیازی به درمان فولیکولها یا کیستهای تخمدانی 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 می‌کنند)

- ارجاع کنید یا با گرفتن تاریخچه و معاینه لگنی ارزیابی نمایید. بطور مناسب تشخیص داده و درمان کنید.
- در صورتیکه هیچ علتی برای خونریزی یافت 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.

سر درد میگرنی (به شناسایی سر درد میگرنی و علایم پیش رس مراجعه کنید)

- در صورتیکه زن سر درد میگرنی بدون او را دارد، می‌تواند استفاده از ایمپلنتها را در صورت تمایل ادامه دهد.
- در صورتیکه او را می‌گرنی وجود دارد ایمپلنتها را خارج کنید. به او کمک کنید که يك روش غیر هورمونی انتخاب کند.

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.
- تا زمانیکه شرایط او ارزیابی شود به او يك 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 ایسکمیک 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 يك 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 اتفاق افتاده است، وجود ندارد (به سؤال 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 سؤالی داشته باشند می‌توانند مراجعه کنند.

۲. آیا می‌توان ایمپلنتها را بطور دائمی در بازوی زن نگهداشت؟

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؟

زنانیکه مصرف ایمپلنتها را قطع می‌کنند 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 خودبخود 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. بندرت 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 کننده ایمپلنت در حال خروج را می‌بیند 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. برعکس، 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 ۱۰۰۰۰۰ 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 ۱۰۰۰۰۰ زن در سال است. در مواقع 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 باشند. 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؟

معمولاً 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 تأثیر 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 Jadelle یا Norplant برای کسب حداکثر اثر جلوگیری از حاملگی باید ایمپلنت خود را زودتر تعویض کنند. در مطالعاتی در مورد ایمپلنت نوع Norplant میزان حاملگی بین زنانی با وزن ۷۹-۷۰ کیلوگرم، 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 کیلوگرم و بیشتر که از ایمپلنت نوع Jadelle یا Norplant استفاده می‌کردند 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 تأثیر آن را در طی مدت تایید شده برای استفاده از این نوع ایمپلنت کاهش دهد.

۱۰. در صورت وجود کیست تخمدانی در استفاده کنندگان ایمپلنت چه باید کرد؟

اکثر کیستها، کیستهای حقیقی نیستند بلکه در واقع ساختارهای پر از مایع در تخمدان (فولیکولها) هستند که در يك چرخه قاعدگی بیش از حد معمول به رشد ادامه داده‌اند. این کیستها ممکن است سبب درد خفیف شکم شوند اما در صورتی که بطور غیر عادی 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 Norplant هستند (به قسمت مقایسه ایمپلنتها در ص ۳۵۳ 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 دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند به آسانی Norplant را به Jadelle تغییر دهند. آنها جاگذاری و خارج کردن آسانتر Jadelle را ترجیح می‌دهند.

۱۲. آیا يك زن می‌تواند بلافاصله پس از جاگذاری ایمپلنتها شروع بکار کند؟

بله. يك زن بلافاصله پس از ترك 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 سؤالات 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 عمده وسیله داخل رحمی TCu-۳۸۰A را توضیح می‌دهد (برای وسیله داخل رحمی لونورژسترلی، 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 بلافاصله 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 عمده از طریق ایجاد تغییر شیمیایی سبب آسیب اسپرم و تخمک قبل از رسیدن آنها بهم می‌شود.

میزان تأثیر آنها چقدر است؟

تأثیر بیشتر



تأثیر کمتر

یکی از روش‌های بسیار مؤثر و طولانی اثر است:

- کمتر از یک حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از IUD (۸-۶ 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 TCu-۳۸۰A به مدت ۱۲ سال مؤثر است. با وجود این برای TCu-۳۸۰A برچسب مصرف تا ۱۰ سال زده شده است. ارائه دهنده‌ای که آموزش خاصی در این زمینه دیده 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 مدیریت مشکلات در صفحه ۱۴۲ مراجعه کنید).

بعضی از مصرف کنندگان موارد زیر را گزارش می‌کنند:

- تغییرات در الگوهای خونریزی (مخصوصاً در ۳-۶ ماه اول) شامل:
 - خونریزی شدید و طولانی مدت ماهیانه
 - خونریزی نامنظم
- درد و کرامپ زیاد حین خونریزی ماهیانه

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)

خطرهای شناخته شده سلامت

کمتر شایع:

- در صورتی که زن قبل از استفاده از IUD دچار کم خونی باشد، آن را تشدید 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.

عوارض

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 درك 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 مغز حرکت نمی‌کنند.
- در طول نزدیکی جنسی سبب ناراحتی یا درد زن نمی‌شوند.
- خطر حاملگی خارج از رحم را بطور اساسی کاهش می‌دهند.

چرا برخی 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؟

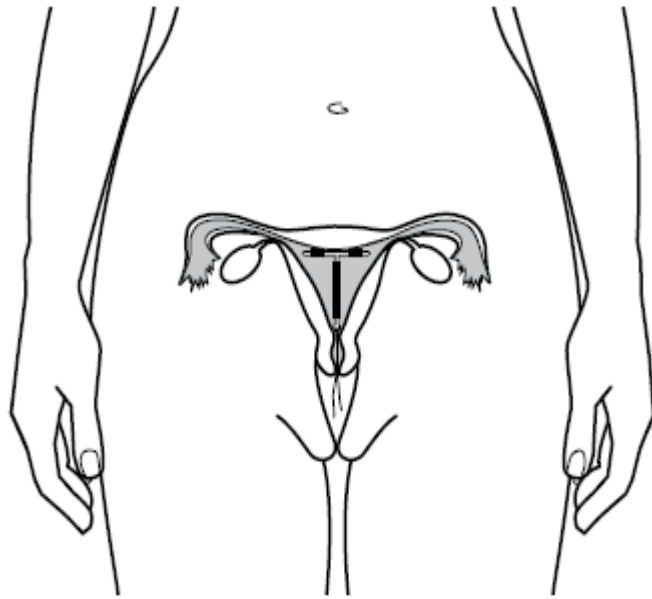
سالم و مناسب تقریباً برای همه زنان

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.
- کار جسمی 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 ضد رتروویروسها 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



IUDهای حاوی مس

سؤالات زیر را در مورد شرایط شناخته شده طبی از مراجعه کننده بپرسید. اگر به تمام سؤالات پاسخ "خیر" بدهد، می‌تواند در صورت تمایل از IUD استفاده کند. اگر به سؤالی پاسخ بله دهد دستورالعمل مربوطه را دنبال کنید. در بعضی موارد او هنوز هم می‌تواند از IUD استفاده کند. این سؤالات برای IUD لونورژسترون نیز کاربرد دارد. (به صفحه ۱۴۹ مراجعه کنید).

۱. آیا بیشتر از ۴۸ ساعت و کمتر از ۴ هفته قبل زایمان کرده‌اید؟

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 شده‌اید؟

خیر بلی اگر او در حال حاضر در ۶ هفته اول بعد از زایمان دچار عفونت اعضای تناسلی (عفونت نفاسی) است یا دچار عفونت رحم مربوط به سقط (سقط عفونی) است، IUD گذاری نکنید. اگر او قبلاً تحت مراقبت قرار نگرفته است، درمان کنید یا ارجاع دهید. به او کمک کنید تا روش دیگری را انتخاب کند و یا یک روش پشتیبان پیشنهاد نمایید. بعد از درمان از نظر استفاده از IUD مجدداً ارزیابی نمایید.

۳. آیا دچار خونریزی غیرطبیعی وائینال هستید؟

خیر بلی اگر خونریزی غیرطبیعی وائینال 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 ایمپلنت‌ها) 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 تخمدان، بیماری تروفوبلاستیک حاملگی، یا سل لگنی IUD نگذارید. اگر قبلاً 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 ضدتروویروسی 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 زنی 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 سؤالات چک لیست حاملگی را از او بپرسید (به صفحه ۳۶۹ مراجعه کنید). اگر او به سؤالی 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 بگویند که مواد اسپرم‌کش و روش منقطع کم‌اثرترین روشهای جلوگیری از بارداری هستند. در صورت امکان، به او کاندوم بدهید.

برای طبقه‌بندی کامل به معیارهای مقبولیت 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 مراجعه‌کننده 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

معمولاً هر زنی که هر یک از شرایط فهرست شده در زیر را داشته باشد نباید IUD گذاری کند. با وجود این در وضعیتهای خاص، زمانی‌که سایر روشهای مناسب‌تر در دسترس و یا مورد قبول زن نیستند، ارائه‌کننده 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) تروفوبلاستیک حاملگی
- سرطان فعلی تخمدان
- 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

حین معاینه لگنی پرسیدن سؤالات زیر از خودتان کمک می‌کند تا علائم وضعیتهایی را که جاگذاری IUD را ممنوع خواهد کرد بررسی نمایید. اگر پاسخ به تمام سؤالات خیر هست مراجعه کننده می‌تواند از IUD استفاده کند. اگر پاسخ به یک سؤال، بله هست IUD را نگذارید.

برای سؤالات 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 سرویکس در قسمت تحتانی شکم احساس درد وجود دارد؟

خیر بلی احتمال PID وجود دارد.

۳. آیا حساسیت در رحم، تخمدانها 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 سرویکس 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 رتروویروسی (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 غیر قابل دسترس هستند. بدون وجود علائم 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 مبنایی برای قضاوت در مورد خطر فردی نیستند).

مجموعه سؤالات همگانی که تعیین کند آیا زنی در خطر فردی خیلی بالای سوزاک و کلامیدیا هست یا خیر وجود ندارد. به جای پرسیدن سؤالات، ارائه دهندگان خدمات می‌توانند با زن در مورد رفتارهای شخصی و موقعیت‌های موجود در جامعه خود که احتمال تماس زنان را با عفونت‌های آمیزشی بیشتر می‌کند، 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 STI 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 دهنده 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 حول 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:

- شریک جنسی او نشانه‌های STI مثل خروج چرک از آلت، درد یا سوزش در حین ادرار کردن، 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.

همه این موقعیتهای در صورتی که زن یا شریک جنسی او بطور مستمر و صحیح از کاندوم استفاده کنند خطر کمتری ایجاد می‌کنند

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 مراجعه 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 منفی 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 مراجعه خواهد کرد، به دقت از نظر عفونت کنترل خواهد شد و اگر نیاز باشد بلافاصله درمان خواهد شد. او باید از مراجعه کننده بخواهد در صورتی که دچار تب و درد قسمت تحتانی شکم یا ترشحات غیرطبیعی واژینال یا هر دو شد، بلافاصله مراجعه 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).

موقعیت زن	زمان شروع
برقرار بودن سیکل‌های قاعدگی	در هر زمان از ماه <ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• بلافاصله، در صورتی‌که 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	<ul style="list-style-type: none">• 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 کمتر از ۶ ماه پس از زایمان	<ul style="list-style-type: none">• 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 قاعدگی می‌توان IUD را جاگذاری کرد.
بیش از ۶ ماه پس از زایمان	<ul style="list-style-type: none">• در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، در صورتی‌که 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 قاعدگی می‌توان IUD را جاگذاری کرد.
شیردهی نسبی یا عدم شیردهی (یا بیشتر از ۴ هفته پس از زایمان)	<ul style="list-style-type: none">• در صورت عدم بازگشت خونریزی ماهیانه، در صورتی‌که 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 قاعدگی می‌توان IUD را جاگذاری کرد.

<ul style="list-style-type: none"> • هر زمانی که بتوان تعیین کرد که حامله نیست. نیازی به روش پشتیبان نیست. 	<p>عدم وجود خونریزی ماهیانه (بدون ارتباط با زایمان یا شیردهی)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • بلافاصله، 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 ماهه اول یا دوم می‌گذرد و عفونتی وجود ندارد، هر زمانی که با اطمینان بدانند 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 حداقل تا ۴ هفته پس از سقط به تأخیر اندازید. 	<p>بعد از سقط خود به خودی یا القایی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در عرض ۵ روز بعد از نزدیکی جنسی محافظت نشده • زمانی که بتوان زمان تخمک‌گذاری را تخمین 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. 	<p>برای جلوگیری فوری از حاملگی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • می‌توان IUD را در همان روز که زن از ECPها استفاده می‌کند جاگذاری کرد. نیازی به روش پشتیبان نیست. 	<p>بعد از مصرف قرصهای جلوگیری فوری از حاملگی (ECPs)</p>

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 برید.
- از وسایل گندزدایی شده در سطح بالا (high-level disinfected) یا استریل استفاده کنید. گندزدایی در سطح بالا را با جوشاندن، بخار دادن یا خیساندن وسایل در ماده شیمیایی گندزدا انجام 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 فوقانی 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 ضد عفونی کنید.
 - مراقب باشید هیسترومتر یا IUD با دیواره‌های واژن یا تیغه‌های اسپکولوم تماس پیدا نکنند.
 - 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.

• **درمورد شایعترین عوارض جانبی توضیح دهید.** تغییرات در الگوی خونریزی او:

- خونریزی ماهیانه طولانی و شدید
- خونریزی نامنظم
- احساس کرامپ و درد بیشتر در طی خونریزی ماهیانه

• **در باره این اثرات جانبی توضیح دهید**

- 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 دهند می‌تواند برای دریافت کمک مراجعه کند.

- روش جاگذاری را توضیح دهید.
 - قبل از جاگذاری IUD با فرد صحبت کنید.
 - به او اسپیکولوم، 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 قبل از جاگذاری IUD، از قرص ایبوپروفن (۶۰۰ - ۲۰۰ mg)، پاراستامول (۱۰۰۰-۳۲۵ mg) یا سایر ضددردها استفاده کرد. به او اسپرین 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 بپراند، 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 کند. یادگیری جاگذاری IUD نیاز به آموزش و تمرین تحت نظارت مستقیم دارد. بنابراین توضیح زیر مختصر بوده و جزئیات را آموزش نمی‌دهد.

۱. برای ارزیابی واجد شرایط بودن زن برای IUD گذاری ارائه دهنده خدمات باید یک معاینه لگنی را طرح ریزی کند به سوالات 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 اسپیکولوم بگذارد.

۲. او باید واژن و سرویکس را با یک ماده ضد عفونی کننده مناسب تمیز کند.

۳. او به آرامی تناکولوم را از میان اسپیکولوم وارد می‌کند و فقط تا حدی که دهانه رحم و رحم را ثابت نگه دارد، تناکولوم را به آرامی می‌بندد.

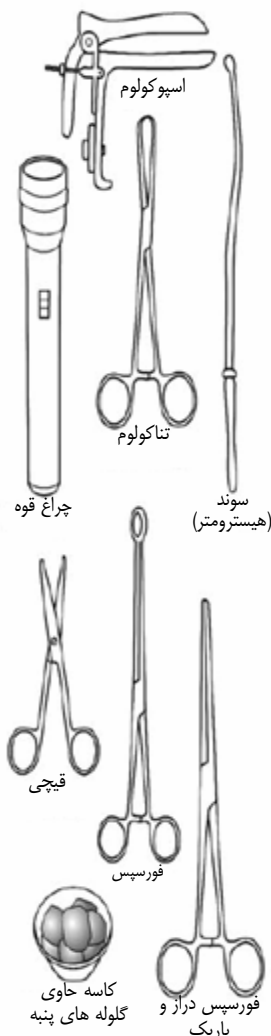
۴. به آرامی هسیترومتر را از سرویکس برای اندازه گیری عمق رحم و وضعیت آن از دهانه رحم عبور می‌دهد.

۵. در حالی که هنوز بسته استریل باز نشده است IUD را بداخل وسیله جاگذاری می‌گذارد.

۶. به آرامی و ملایمت IUD را وارد می‌کند و وسیله جاگذاری را خارج می‌کند.

۷. نخای IUD را طوری می‌برد که حدود ۳ سانتی متر از دهانه رحم آویزان باشد.

۸. بعد از جاگذاری، زن تا وقتی که احساس آمادگی برای لباس پوشیدن نکند روی تخت معاینه دراز می‌کشد.



حمایت از مصرف کننده

دادن آموزشهای خاص

- منتظر کرامپ یا درد باشید
- تا چند روز بعد از جاگذاری IUD درد یا کرامپ انتظار می‌رود.
- در صورت نیاز ایبوپروفن (۶۰۰-۲۰۰mg)، پاراستامول (۱۰۰mg-۳۲۵) یا سایر ضد دردها را پیشنهاد کنید.
- همچنین ممکن است مقداری لکه‌بینی یا خونریزی بلافاصله بعد از جاگذاری IUD ایجاد شود. این حالت ممکن است ۳ الی 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 سؤال ۱۰ ص ۱۴۷ مراجعه کنید).
- مدت زمان پیشگیری از حاملگی
- 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:
 - 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. باوجوداین، 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. مثلاً: اگر دچار مشکلی شد، سوالی دارد یا خواستار استفاده از روش دیگری است؛ تغییر عمده‌ای 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 افزایش‌یافته یا شدید در قسمت تحتانی شکم، درد در حین نزدیکی جنسی، ترشحات غیرطبیعی واژینال، تب، لرز، تهوع یا استفراغ) 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 بلافاصله در پی مراقبت‌های 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 استفاده‌کنندگان 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 سوالی 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 علائم زیر را دارد:
 - افزایش یا تشدید درد شکم یا درد در زمان نزدیکی جنسی یا ادرار کردن.
 - ترشحات غیرطبیعی واژینال
 - تب یا لرز
 - علائم یا نشانه‌های حاملگی (به صفحه ۳۶۸ علائم 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
 - IUD 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 عمده 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 اسپکومی 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 وقفه وی در مقابل حاملگی کمک می کنند.

تغییر روش به	زمان شروع
قرصهای خوراکی ترکیبی (COCها)، قرصهای صرفاً پروژستینی (POPها)، روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی، روشهای تزریقی ماهیانه، برچسبهای ترکیبی، حلقه های ترکیبی واژینال، یا ایمپلنتها	<ul style="list-style-type: none">• 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.• اگر روش را بعد از ۷ روز اول خونریزی ماهیانه (برای COCها و POPها ۵ روز اول خونریزی ماهیانه) آغاز کرده است، در این مدت نزدیکی جنسی نیز داشته است، روش هورمونی را اکنون شروع کنید. توصیه می شود IUD را تا خونریزی ماهیانه بعدی نگهدارید.• 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، می توان 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.
کاندومهای مردانه و زنانه، مواد اسپرم کش، دیافراگمها، کلاهکهای سرویکس، یا روش منقطع	<ul style="list-style-type: none">• بعد از خارج کردن IUD در هر بار نزدیکی جنسی باید استفاده شوند.
روشهای مبتنی بر آگاهی از باروری	<ul style="list-style-type: none">• بلافاصله بعد از خارج کردن IUD
عقیم سازی زنانه	<ul style="list-style-type: none">• در صورت انجام عقیم سازی در ۷ روز اول خونریزی ماهیانه، IUD را خارج کنید و عقیم سازی را انجام دهید. نیازی به استفاده از روش پشتیبان وجود ندارد.• در صورت انجام عقیم سازی بعد از ۷ روز اول خونریزی ماهیانه، عقیم سازی را انجام دهید. می توان 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.
واژکتومی	<ul style="list-style-type: none">• در هر زمان• زن می تواند برای جلوگیری از حاملگی، IUD را تا ۳ ماه بعد از واژکتومی همسرش، تا زمان برقراری تأثیر کامل واژکتومی، 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 دهید، توصیه‌هایی بکنید و در صورت نیاز درمان کنید.
- در صورت تمایل وی یا در صورتی که نتوان بر مشکلات فائق 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 دچار 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):
 - ترانکزامیک اسید (Tranexamic Acid) (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 کنید که مصرف غذاهای 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 دچار 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 NSAID ها 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 دچار 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 (۳۲۵-۶۵۰ mg) ، ایبوپروفن (۲۰۰-۴۰۰ mg) ، پاراستامول (۳۲۵-۱۰۰۰ mg) 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 دچار 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 جدیدی 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، IUD ممکن است منجر به کم خونی شود.
- به استفاده‌کنندگان IUD که هر یک از علائم و نشانه‌های زیر را دارند توجه خاصی داشته باشید:
 - رنگ پریدگی قسمت داخلی پلکها یا بستر ناخنها، پوست رنگ پریده، خستگی یا ضعف، سرگیجه، بیقراری و کج خلقی، سردرد، وزوز گوشها، زخم زبان و ناخنها شکنده.
 - 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 بگویند 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 ۳ cm از دهانه رحم به بیرون آویزان شوند).

درد شدید قسمت تحتانی شکم (شک به بیماری التهابی لگن PID)

- بعضی از علائم و نشانه‌های معمول PID غالباً همراه با سایر وضعیتهای 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 امکان‌پذیر 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 فواصل 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 ارتجاعی [rebound] شکم).
- PID را درمان کنید و یا فوراً جهت درمان ارجاع دهید.
- بعثت عواقب خطرناک PID ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی باید تمام موارد مشکوک، براساس علائم و نشانه‌های بالا، را درمان کنند. درمان هرچه زودتر باید شروع شود. در صورتیکه بلافاصله آنتی‌بیوتیکهای مناسب تجویز شوند درمان در پیشگیری از عوارض طولانی مدت خیلی مؤثر است.
- 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.
- در صورت تمایل زن به حفظ IUD، نیازی به خروج آن وجود ندارد اگر تمایل به خارج کردن IUD دارد، بعد از شروع درمان آنتی‌بیوتیکی 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)

- 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).
- در مراحل اولیه حاملگی خارج از رحم ممکن است نشانه‌ای وجود نداشته باشد و یا خفیف باشد اما در نهایت تشدید خواهد یافت ترکیبی از علائم یا نشانه‌های زیر می‌توانند شک به حاملگی خارج از رحم را افزایش دهند:
 - درد غیر عادی یا حساسیت شکم
 - خونریزی غیر عادی واژینال یا عدم وجود خونریزی ماهیانه – مخصوصاً اگر این وضعیت تغییری از الگوی طبیعی خونریزی باشد.
 - احساس سبکی در سر یا سرگیجه
 - غش
- در صورت شک به حاملگی خارج از رحم یا سایر وضعیت‌های جدی سلامت، بلافاصله 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).
- اگر نشانه‌ها یا علائم 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 (پرفوراسیون)

- 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 علائم حیاتی (فشار 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 علائم 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 سوال 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.

ناپدید شدن نخ‌ها (احتمال وقوع حاملگی، سوراخ شدن رحم یا خروج IUD وجود دارد)

- از مراجعه کننده موارد زیر را بپرسید:
 - 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 ناپدید شدن نخ‌ها شده است از روش پشتیبان استفاده کرده است.
- کار را همیشه با یک روش بی‌خطر و ساده و با ملایمت شروع کنید. نخ‌های IUD را در کانال سرویکس با استفاده از پنس جستجو کنید. در نیمی از موارد نخ‌های ناپدید شده IUD در داخل مجرای سرویکس یافت می‌شوند.
- اگر نخ‌های IUD در مجرای سرویکس یافت نشدند 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 در سه 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 بلافاصله مراجعه کند.
- اگر نخ IUD در کانال 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 تنهایی 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 اتفاق افتد بیشترین احتمال وقوع در ۲۰ روز اول پس از جاگذاری IUD است. تخمین زده می‌شود که در گروهی از دریافت کنندگان خدمات جائیکه 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 حداکثر 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 IUD خطر 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 زانی 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 زانی 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 اشتباه در حین جاگذاری است. اگر این موضوع در عرض ۶ هفته یا بیشتر بعد از جاگذاری مشخص شود و یا اگر سبب بروز نشانه‌هایی در هر زمان شود، خروج IUD بطریق لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی 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 متفاوت کمتر است. همچنین در طی دوره استراحت امکان حاملگی وجود دارد.

۸. آیا بطور روتین قبل از جاگذاری IUD باید آنتی بیوتیک تجویز کرد؟

معمولاً خیر. جدیدترین تحقیقات انجام شده توصیه می‌کنند در منطقه‌ای که STI‌ها شایع نیست، خطر PID همراه با تجویز آنتی بیوتیک یا بدون آن کم است. در صورتیکه سؤالات 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 بیوتیک در نظر گرفته شود.

۹. آیا باید IUD فقط در طول دوره خونریزی ماهیانه زن جاگذاری شود؟

خیر. برای زنی که دارای سیکلهای قاعدگی است IUD را می‌توان در هر زمانی از سیکل قاعدگی 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 علائم 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 بلافاصله 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. برعکس، 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 ۱۰/۰۰۰ 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 ۱۰/۰۰۰ زن در سال است.

در موارد نادری که IUD با شکست مواجه شده و حاملگی رخ می‌دهد، در هر ۱۰۰ حاملگی ۸-۶ مورد خارج از رحم هستند. بنابراین، اکثریت عمده 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 از رحم وجود دارد.

وسیله داخل رحمی حاوی لوونورژسترل (LNG-IUD)

فقط نکات اساسی

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- حفاظت طولانی مدت از بارداری. بسیار مؤثر تا ۵ سال، برگشت‌پذیری فوری قدرت باروری.
- ارائه دهندگانی 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 فواصل بیشتر یا نامنظم است.

LNG-IUD چیست؟

- LNG-IUD وسیله پلاستیکی T شکلی است که هر روز به طور مداوم مقدار کمی لوونورژسترل آزاد می‌کند. (لوونورژسترل 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 لوونورژسترل، IUD - LNG یا IUD هورمونی نیز نامیده می‌شود.
- تحت نام Mirena در بازار عرضه می‌شود.
- به طور عمده با مهار رشد لایه داخلی رحمی (آندومتر) 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 ۹۹۸ زن از هر ۱۰۰۰ زن استفاده کننده از LNG - IUD حامله نخواهند 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 تخمدانی

خطرهای شناخته شده سلامت

- ندارد

فواید شناخته شده سلامت

کمک به حفاظت در مقابل:

- خطرهای ناشی از بارداری

- کم خونی فقر آهن

کمک احتمالی به حفاظت در مقابل:

- بیماری التهابی لگنی

- کرامپ‌های قاعدگی

- نشانه‌های آندومتر یوز (درد لگنی، خونریزی نامنظم)

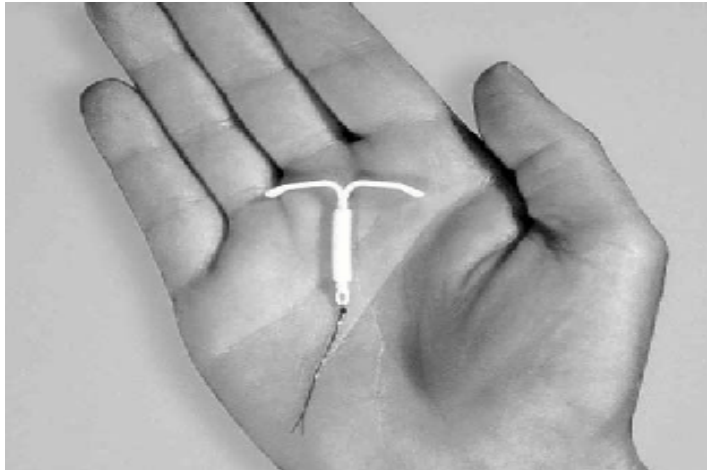
عوارض

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 نادر که زن همراه با LNG-IUD حامله می‌شود.



چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از IUD لونورژسترلی استفاده کنند؟

بی‌خطر و مناسب، تقریباً برای همه زنان

تقریباً همه زنان می‌توانند به طور بی‌خطر و مؤثر از IUD - LNG استفاده کنند.

معیارهای مقبولیت طبی برای

IUDهای لونورژسترلی

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 پرسید. اگر او به همه سوالات این قسمت و سوالات مربوط به IUD های مسی، پاسخ "خیر" بدهد، در صورتیکه بخواهد می‌توان LNG- 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 کرده‌اید؟

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 پاها یا ریه‌هایتان دارید؟

خیر بلی در صورتیکه او وجود فعلی لخته خون (بجز لخته های 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؟ [علامت 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 آثار جانبی روشی 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

معمولاً، 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 ریه‌ها
- 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).

وضعیت زن	زمان شروع
داشتن سیکل‌های قاعدگی یا تعویض از یک روش غیرهورمونی	<p>در هر زمانی از ماه</p> <ul style="list-style-type: none">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 هورمونی	<ul style="list-style-type: none">بلافاصله، در صورتی که از روش هورمونی 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 قاعدگی 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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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 قاعدگی انجام داد.

وضعیت زن	زمان شروع
شیردهی نسبی یا عدم شیردهی کمتر از ۴ هفته بعد از زایمان	<ul style="list-style-type: none"> • جاگذاری LNG-IUD را تا حداقل ۴ هفته پس از زایمان به تعویق بیندازید. • 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 پشתיبان در ۷ روز اول پس از جاگذاری ضروری است. • در صورت برقراری مجدد خونریزی ماهیانه، می‌توان جاگذاری LNG-IUD را طبق توصیه مربوط به زنان دارای سیکل قاعدگی انجام داد.
فقدان خونریزی ماهیانه (بدون ارتباط با زایمان یا شیردهی)	<ul style="list-style-type: none"> • در هر زمان در صورتی که بتوانید عدم حاملگی او را مشخص کنید. استفاده از روش پشתיبان طی ۷ روز اول پس از جاگذاری ضروری است.
پس از سقط خود بخود یا سقط انتخابی	<ul style="list-style-type: none"> • بلافاصله، 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 پشתיبان وجود ندارد. • در صورتی که بیش از ۷ روز از سقط سه ماهه اول یا دوم می‌گذرد 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 پشתיبان در ۷ روز اول پس از جاگذاری IUD ضروری است. • 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. • جاگذاری LNG-IUD بعد از سقط سه ماهه دوم، نیاز به آموزش ویژه‌ای دارد. اگر دوره آموزش ویژه را نگذرانده‌اید، جاگذاری IUD را تا حداقل ۴ هفته پس از سقط به تعویق بیندازید.
پس از مصرف قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPها)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 پشתיبان، یا قرص خوراکی جلوگیری از حاملگی بدهید تا روز بعد از مصرف ECPها شروع کرده و تا جاگذاری LNG-IUD ادامه دهد.

* روش‌های پشתיبان 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 بدهید.

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.

- تغییرات در الگوهای خونریزی:
 - فقدان خونریزی ماهیانه، میزان خونریزی کمتر، مدت کمتر خونریزی، خونریزی با فواصل بیشتر یا نامنظم.
- آکنه، 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 مادام‌العمر، دائمی و بسیار مؤثر برای جلوگیری از حاملگی در نظر 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 نمی‌خواهند فرزند بیشتری داشته باشند.
- 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 یا مسدود شوند.
 - لاپاراسکوپیک 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 اسپرم را ملاقات کنند.

میزان تأثیر



- یکی از مؤثرترین روش‌هاست، اما خطر شکست خیلی کمی دارد.
- 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 ۱۰ سال استفاده: حدود ۲ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن (۱۹-۱۸ 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 معمولا 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 فوق‌العاده 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 فوق‌العاده 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 آیه زخم را دربردارد. عوارض جانبی خطرناک غیرشایع هستند. مرگ در اثر انجام این عمل یا بیهوشی فوق‌العاده 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 پاسنها 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.
- بلافاصله بعد از زایمان (در طی ۷ روز اول)
- شیرده هستند.
- آلوده به ویروس HIV هستند. بدون توجه به اینکه تحت درمان ضد‌رتروویروسی 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 ۱۶۵ 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 یادآوری 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 سؤالات زیر را پرسید. اگر او به همه سؤالات پاسخ "خیر" داد، فرآیند عقیم‌سازی در یک مرکز روتین بدون درنگ قابل انجام است. اگر پاسخ سؤالی "بلی" است. دستورالعمل‌هایی 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 مورد نیاز 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 مسائلی 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 بیندازید.
- 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 تروما) 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

- سرطانه‌های لگن (در بعضی از موارد ممکن است درمان بیماری زن را عقیم سازد)
- بیماری بدخیم تروفوبلاستیک
- اگر هر یک از شرایط زیر را داشته باشد انجام 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، سکنه 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 سکنه مغزی یا بیماریهای قلبی بدون عوارض
- اگر زن هر یک از موارد زیر را داشته باشد عقیم‌سازی زنانه را به «تعویق» بباندازید.
- 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 وضعیت از وضعیتهایی که خطر افزایش بیماری قلبی یا سکنه 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 ۱۰-۱۲ g/dl)
- بیماری کم خونی داسی شکل
- کم خونی ارثی (تالاسمی)
- بیماری کلیه

- فتق دیافراگمی
- سوء تغذیه شدید (آیا او بی نهایت لاغر است؟)
- چاقی (آیا او بی نهایت اضافه وزن دارد؟)
- تمایل به جراحی انتخابی شکمی در زمان انجام عقیم‌سازی
- افسردگی
- سن کم
- لوپوس بدون عوارض
- اگر او هریک از موارد زیر را داشت عقیم‌سازی زنانه را به تعویق اندازید.
- بیماری علامت دار کیسه صفرا
- هپاتیت فعال ویروسی
- کم خونی شدید فقر آهن (هموگلوبین زیر 7 gr/dl)
- بیماریهای ریه (برونشیت یا پنومونی)
- عفونت سیستمیک یا گاستروانتریت قابل توجه
- عفونت پوست شکم
- انجام جراحی شکمی به علل اورژانسی یا به علت عفونت، یا جراحی وسیع با بستری و بیحرکتی طولانی مدت
- اگر یکی از موارد زیر را داشته باشد، اقدامات خاص را در مورد او به کار ببرید.
- سیروز شدید کبدی
- پرکاری تیروئید
- اختلالات انعقادی (خون لخته نمی‌شود)
- بیماری مزمن ریه (آسم، برونشیت، آمفیژم، عفونت ریه)
- سل لگنی
- لوپوس با آنتی‌بادیهای آنتی‌فسفولیپید مثبت (یا نامعلوم)، با ترومبوسیتوپنی شدید یا روی درمان داروهای ساپرس‌کننده ایمنی

عقیم‌سازی زنانه برای زنان آلوده به HIV

- زنانی که آلوده به HIV هستند، AIDS دارند یا تحت درمان با داروهای ضد رتروویروسی 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	<p>هر زمانی در طی ۷ روز بعد از شروع خونریزی ماهیانه. نیازی به استفاده از روش دیگر قبل از انجام روش نیست.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>اگر او روش IUD را به این روش تغییر می‌دهد بلافاصله می‌توان عقیم‌سازی را انجام داد. (به قسمت IUD حاوی مس، تعویض از IUD به روش دیگر در صفحه ۱۴۱ مراجعه کنید).</p>
فقدان خونریزی ماهیانه	<p>هر زمان که بطور منطقی از عدم حاملگی اطمینان داشته باشد.</p>
بعد از زایمان	<p>اگر از قبل انتخاب آگاهانه و داوطلبانه داشته باشد، بلافاصله بعد از زایمان یا در عرض ۷ روز بعد از زایمان.</p> <p>۶ هفته بعد از زایمان یا بعد از آن، در صورت اطمینان منطقی از عدم حاملگی</p>
بعد از سقط خود به خودی یا القایی	<p>در صورت انتخاب آگاهانه و داوطلبانه از قبل، تا ۴۸ ساعت بعد از سقط بدون عارضه</p>

- 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 بدهید تا از روز بعد از مصرف ECPها شروع و تا زمانیکه عمل قابل انجام باشد از آن استفاده کند.



اطمینان از انتخاب آگاهانه

نکته مهم: مشاور صمیمی که به نگرانیهای زن گوش داده و به پرسشهای 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

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 دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند به متقاضی 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.

بر رسیدن سؤالات زیر می‌تواند کمک کننده باشد. ارائه دهنده خدمات باید بپرسد:

- آیا می‌خواهی در آینده فرزندان بیشتری داشته باشی؟
 - 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 همسران را از دست بدهید و دوباره ازدواج کنید؟
 - آیا همسران متمایل به داشتن فرزند بیشتر در آینده می‌باشد؟
- افرادی که نمی‌توانند به این سؤالات 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 بلافاصله 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 تصمیم‌گیری قبل از زایمان برای اجتناب از پشیمانی کمک کننده است.

تصمیم‌گیری درباره عقیم شدن تنها متعلق به خود متقاضی 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 تصمیم‌گیری کند. ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده موظف هستند در مورد اینکه تصمیم‌گیری برای انجام یا عدم انجام عقیم‌سازی توسط خود 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 اتفاقی می‌افتد. بیانات زیر ممکن است به توضیح روش به او کمک کند. آموزش انجام عمل عقیم‌سازی زنانه نیاز به تمرین و یادگیری تحت نظارت 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 لاپاراتومی

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 مویی پوبیس تزریق می‌شود.
۴. ارائه دهنده برش عمودی کوچکی (۵-۲ 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 بانداژ 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.

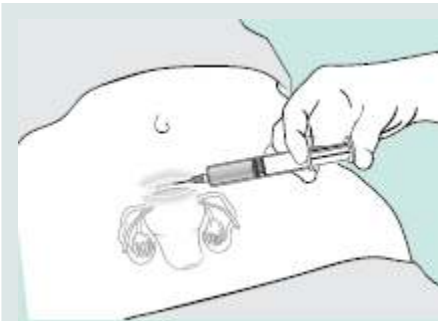


روش لاپاراسکوپی

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 می‌کشد.
۵. ارائه دهنده برش کوچکی (در حدود یک سانتی متر) در محل بی‌حس شده داده و لاپاراسکوپ را وارد می‌کند. لاپاراسکوپ 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 لاپاراسکوپ (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 (الکتروکواگولیشن) مسدود می‌شود.
۸. سپس ارائه دهنده وسیله و لاپاراسکوپ را خارج کرده، گاز یا هوا را از شکم زن تخلیه می‌کند. برش را بخیه زده، با بانداژ چسبیده می‌پوشاند.
۹. به زن آموزشی در مورد مراقبت بعد از ترک بیمارستان داده می‌شود (به توضیح مراقبت 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 یا 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 دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند از قبل به زن توضیح دهند که بیدار ماندن در طول انجام روش برای او بی‌خطرتر است. در طی جراحی، ارائه دهندگان می‌توانند با زن صحبت کنند و در صورت نیاز به او اطمینان بدهند.

از آرامبخشها 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

- قبل از انجام، زن باید
- تا زمان انجام عمل از روش دیگر جلوگیری از حاملگی استفاده کند.
- تا ۸ ساعت قبل از عمل چیزی نخورد. می‌تواند تا ۲ ساعت قبل از عمل مایعات صاف‌شده 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.

- بعد از انجام روش زن باید
- تا دو روز استراحت کند. از کارهای سنگین و بلند کردن اجسام سنگین تا یک هفته اجتناب کند.
- 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.



- در زمینه شایعترین مشکلات چه باید بکند.
- 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 ایبوپروفن (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.
- 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.
- 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 سؤال یا مشکلی داشته باشد یا فکر کند حمله است (تعداد بسیار کمی از موارد عقیم سازی دچار شکست شده و زن حامله می شود).

همچنین اگر:

- در محل عمل خونریزی، درد، چرک، گرمی و تورم یا قرمزی وجود دارد که برطرف نشده یا بدتر می شود.
 - تب بالا داشته باشد (بیش از 38°C یا 101°F)
 - در ۴ هفته اول و بخصوص هفته اول دچار ضعف، احساس سبکی مقاوم سر و یا سرگیجه شدید شود.
- توصیه های عمومی سلامت: هر فردی که به طور ناگهانی احساس کند مشکل مهمی در مورد سلامتی او وجود دارد باید فوراً برای دریافت مراقبت های 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 می کند.

کمک به استفاده کننده ها

مدیریت مشکلات

مشکلاتی که به عنوان عوارض گزارش می شوند.

- مشکلات بر رضایت زنان از عقیم سازی زنانه تأثیر می گذارند. آنها شایسته توجه ارائه دهنده خدمات بهداشتی هستند. اگر مراجعه کننده عوارض عقیم سازی زنانه را گزارش می کند به نگرانی های او گوش فرا دهید و درمان مقتضی را انجام دهید.

عفونت محل پرش (قرمزی، گرمی، درد، چرک)

- محل عفونت را با آب و صابون یا ماده ضد عفونی کننده پاک کنید.
- به مدت ۷ تا ۱۰ روز آنتی بیوتیک خوراکی بدهید.
- از او بخواهید که اگر بعد از اتمام آنتی بیوتیکها عفونت رفع نشد بازگردد.

آبسه (توده چرکی زیر پوست که در اثر عفونت ایجاد می شود)

- محل را با محلول ضد عفونی پاک کنید.
- محل را برش دهید و آبسه را درناژ کنید.
- زخم را درمان کنید.
- به مدت ۷ تا ۱۰ روز آنتی بیوتیک خوراکی بدهید.
- از او بخواهید اگر بعد از اتمام آنتی بیوتیکها 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 سؤال 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 تشدید می‌یابند. ترکیبی از علائم و نشانه‌های زیر شک به حاملگی خارج از رحم را افزایش می‌دهند.
 - درد یا حساسیت غیر عادی شکم
 - خونریزی غیر طبیعی واژینال یا فقدان خونریزی ماهیانه بخصوص اگر این حالت تغییر 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 از 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 لگنی 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 عمده 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 برمی‌گردد. 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 برمی‌گردد متوجه خونریزی شدید ماهیانه شود. با وجود این توجه داشته باشید 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 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 تمایل 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 حین 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؟

معمولاً 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 جزیی حاملگی وجود دارد: حدود ۵ نفر از هر ۱۰۰۰ زن طی یک سال بعد از عمل حامله می‌شوند. خطر جزیی 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؟

معمولاً خیر. عقیم‌سازی یک روش دائمی در نظر گرفته می‌شود. افرادی که تمایل به فرزند بیشتر دارند، باید روش دیگری برای تنظیم خانواده انتخاب کنند. جراحی برای بازگشت قدرت باروری در تعداد معدودی 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 وازکتومی در مردان؟

هر زوجی باید خودشان تصمیم بگیرند که کدام روش برای آنها بهتر است. هر دو روش روشی مؤثر، بی‌خطر و دائمی برای زوجهایی هستند که می‌دانند فرزند بیشتری نخواهند خواست. به طور ایده‌آل یک زوج باید هر دو روش را در نظر بگیرد. اگر هر دو روش برای آنها قابل قبول است، وازکتومی بهتر است چون ساده‌تر، آسانتر، کم‌خطرتر و کم‌هزینه‌تر از عقیم‌سازی زنانه است.

۹. آیا روش عقیم‌سازی زنانه آسیب رسان است؟

بله، خیلی کم. زنان برای ایجاد بی‌دردی تحت بی‌حسی موضعی قرار می‌گیرند و به جز موارد خاص، بی‌درد می‌مانند. زن می‌تواند حرکت رحم و لوله‌های رحمی را توسط مراقب احساس کند. این حالت می‌تواند ناراحت کننده باشد. اگر تکنسین ماهر بیهوشی یا متخصص بیهوشی و تجهیزات مناسب در دسترس باشند، بیهوشی عمومی برای زنانی که از درد وحشت 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 دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند در زمینه تصمیم‌گیری 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 باروری‌اش 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. برعکس 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 مواقع 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 انجام اقدامات خاص:

- مینی لاپاراتومی 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.
- لاپاراسکوپی 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 روشها 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. Essure وسیله فترمانندی 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 بدخل وسیله رشد می‌کند و بطور دائمی لوله‌های رحمی را مسدود می‌کند بنابراین 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.
- ارائه‌دهنده خدمات از طریق ایجاد سوراخ یا برش کوچکی روی اسکروتوم، دو لوله‌ای را که اسپرم را به آلت تناسلی منتقل می‌کنند (مجرای وازدفران) پیدا کرده، آنها را با گره زدن و بریدن یا با استفاده از گرما یا الکتروسیسینه (کوتر) می‌بندد.
- روش عقیم‌سازی مردانه و روش جراحی مردانه جلوگیری از حاملگی نیز نامیده می‌شود.
- از طریق مسدود کردن مجرای وازدفران و حذف اسپرم از مایع منی عمل می‌کند. مایع منی انزال می‌شود، اما قدرت بارور کردن ندارد.

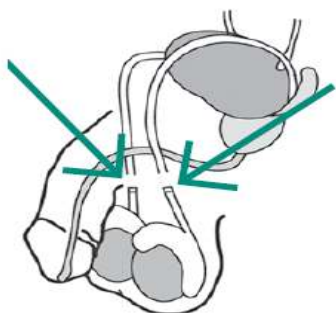
میزان اثربخشی

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.



- وازکتومی در طول ۳ ماه بعد از انجام روش کاملاً مؤثر نیست.



- بعضی از موارد حاملگی در طول سال اول ایجاد می‌شوند، چون زوجین در ۳ ماه اول و قبل از اثر بخشی کامل وازکتومی از کاندوم یا روش دیگر جلوگیری از حاملگی به طور مداوم و صحیح استفاده نمی‌کنند.

- خطر حامله شدن پس از سال اول انجام وازکتومی تا زمان 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 وازکتومی شده است حامله شود ممکن است:

- زوجین در طول ۳ ماه اول وازکتومی، بطور مداوم از روش دیگری استفاده نکرده‌اند.

- ارائه دهنده خدمات، روش را صحیح انجام نداده است.

- انتهایهای بریده شده مجاری وازدفران دوباره به هم وصل شده‌اند.

قدرت باروری معمولاً بازگشت ناپذیر است، چون وازکتومی 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 وازکتومی، جراحی اتصال مجدد لوله‌ها اغلب منجر به حاملگی نمی‌شود (به پرسش ۷ در ص ۱۸۷ مراجعه کنید).

حفاظت در مقابل بیماریهای آمیزشی (STIs): اثری ندارد.

چرا بعضی از مردان وازکتومی را دوست دارند.

- بی‌خطر، دائمی و راحت است.
- آثار 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 وازکتومی در ص ۱۸۲ مراجعه کنید).

نادر:

خونریزی زیر پوستی که ممکن است سبب ادم یا کیبودی (هماتوم) شود.

اصلاح باورهای نادرست (به پرسشها و پاسخها در ص ۱۸۶ نیز مراجعه کنید).

وازکتومی:

- بیضه‌ها خارج نمی‌شوند. در وازکتومی، لوله‌های منتقل‌کننده 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 وازکتومی است.
- سبب چاقی مرد یا لاغری، ضعف و کاهش حجم عضلات او نمی‌شود.
- سبب هیچ‌گونه بیماری در مراحل بعدی زندگی نمی‌شود.
- از انتقال بیماریهای آمیزشی، از جمله HIV، جلوگیری نمی‌کند.

چه کسانی می‌توانند تحت وازکتومی قرار گیرند.

برای همه مردان بی‌خطر است

در صورت انجام مشاوره مناسب و اظهار رضایت آگاهانه، هر مردی می‌تواند به طور بی‌خطر تحت وازکتومی قرار گیرد، از جمله مردانی که:

- فرزندی ندارند یا فرزندان کمی دارند.
- ازدواج نکرده‌اند.
- اجازه همسر ندارند.
- جوان هستند.
- دچار بیماری کم‌خونی داسی‌شکل هستند.
- در معرض خطر زیاد آلودگی 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 وازکتومی 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 وازکتومی 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 بعدها از نظر وجود اسپرم بررسی کرد.



معیارهای مقبولیت طبی برای

وازکتومی

همه مردان می‌توانند تحت وازکتومی قرار بگیرند. هیچ شرایط طبی مانع استفاده از این روش نمی‌شود. این چک لیست در مورد شرایط شناخته شده طبی از فرد سؤال می‌کند که ممکن است زمان، مکان یا روش انجام وازکتومی را محدود کند. از مراجعه کننده سؤالات زیر را بپرسید. اگر به همه سؤالات پاسخ خیر بدهد، آنگاه می‌توان وازکتومی را در يك مركز روتین و بدون تعویق انجام داد. اگر به یکی از سؤالات 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 يك مركز روتین، اما با اتخاذ اقدامات و احتیاط‌های بیشتر با توجه به شرایط انجام داد.
- تعویق یعنی وازکتومی را به وقت دیگر موکول کنید. این شرایط باید قبل از انجام وازکتومی، درمان یا اصلاح شوند. تا زمان قابل اجرا بودن وازکتومی، روش دیگری به او ارائه دهید.
- خاص یعنی باید اقدامات خاصی انجام شوند تا وازکتومی 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 بر روی آلت تناسلی یا اسکروتوم دارید؟ در صورت داشتن، چه مشکلاتی؟

خیر بلی اگر هر يك از شرایط زیر را دارد احتیاط کنید.

- سابقه آسیب به اسکروتوم
- ادم اسکروتوم ناشی از وریدها یا غشاهای متورم در طناب اسپرماتیک یا بیضه‌ها (واریکوسل وسیع یا هیدروسل)
- عدم نزول بیضه‌ها – یکطرفه (واکتومی فقط در طرف سالم انجام می‌شود، سپس اگر ۳ ماه بعد در مایع منی اسپرم وجود داشته باشد، واکتومی در طرف دیگر نیز باید انجام شود).

➤ اگر هر يك از شرایط زیر را دارد واکتومی 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 يك از شرایط زیر را دارد اقدامات خاص را انجام دهید:
- فتق مغبنی. (در صورت امکان، ارائه دهنده خدمات می‌تواند همزمان با ترمیم فتق، واکتومی را نیز انجام دهد. در صورتیکه امکان پذیر نباشد، ابتدا باید فتق ترمیم شود).
- عدم نزول بیضه‌ها – دو طرفه

۲. آیا دچار وضعیتهای یا عفونتهای دیگری هستید؟ اگر چنین است، چه وضعیت یا عفونتی؟

خیر بلی اگر هر يك از شرایط زیر را دارد احتیاط کنید:

- دیابت
- افسردگی
- سن پایین
- اگر هر يك از شرایط زیر را دارد واکتومی را به تعویق بیندازید:
- عفونت سیستمیک یا گوارشی
- فیلاریازیس یا الفانتیازیس
- اگر هر يك از شرایط زیر را دارد، اقدامات خاص انجام دهید.
- AIDS (به واکتومی برای مردان دچار HIV در قسمت زیر مراجعه کنید).
- خون لخته نمی‌شود (اختلالات انعقادی).
- لوپوس با ترومبوسیتوپنی 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 ضدتروویروسی هستند می‌توانند به طور بی‌خطر وازکتومی شوند. برای انجام وازکتومی در مردان دچار AIDS اقدامات خاص مورد نیاز است.
- وازکتومی از انتقال HIV جلوگیری نمی‌کند.
- این مردان را به استفاده از کاندوم علاوه بر وازکتومی تشویق کنید. کاندومها اگر به طور مستمر و صحیح بکار روند، از انتقال HIV و سایر موارد STI جلوگیری می‌کنند.
- هیچ‌کس 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 پشیمانی باشد (به عقیم سازی زنانه، چون عقیم سازی دائمی است، در ص ۱۶۵ مراجعه کنید). دخالت دادن شریک جنسی در مشاوره ممکن است مفید باشد، اما ضروری نیست.

نکات کلیدی برای متقاضیان 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 وازکتومی، مراجعه کننده باید نکات زیر را بداند:

۱. روشهای موقت جلوگیری از حاملگی نیز در دسترس هستند.
۲. وازکتومی 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 موفقیت 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 وازکتومی

دستیابی به مجاری: وازکتومی بدون تیغ جراحی

تکنیک بدون تیغ جراحی، روش توصیه شده‌ای است برای دستیابی به هر دو لوله در اسکروتوم (مجاری وازدفران) که اسپرم را از راه آلت تناسلی منتقل می‌کند. این روش در دنیا، روش استاندارد است.

تفاوتهای 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:

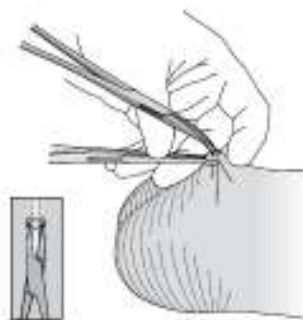
- درد و کبودی کمتر و بهبود سریعتر
- عفونت کمتر و تجمع کمتر خون در بافت (هماتوم)
- زمان کلی وازکتومی در مواردی که روش بدون تیغ جراحی، توسط فرد ماهر انجام شود، کوتاهتر خواهد بود.
- هر دو روش بدون تیغ جراحی و روش رایج همراه با برش سریع، بی‌خطر و مؤثر هستند.

بستن مجاری وازدفران

در اغلب موارد وازکتومی، 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 الکتروسیته یا حرارت در انتهای هر لوله (کوتر کردن)، میزان شکست در مقایسه حتی کمتر از روش بستن و بریدن است. احتمال شکست وازکتومی را می‌توان با پوشاندن لبه بریده شده مجاری پس از بستن و کوتر کردن آنها با لایه نازکی از بافت اطراف مجرا (قرار دادن در بین فاسیا) بیشتر کاهش داد. در صورت وجود امکانات و گذراندن دوره خاص، کوتر کردن و یا قرار دادن در زیر فاسیا توصیه می‌شود. بستن مجرا با کلیپس توصیه نمی‌شود چون خطر حاملگی بیشتر است.

انجام عمل وازکتومی

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 دربر ندارد.

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 اسکروتوم انجام می‌گیرد. مرد در طول انجام عمل هوشیار است.
۳. ارائه دهنده خدمات، پوست اسکروتوم را لمس می‌کند تا مجاری وازدفران دو لوله در اسکروتوم 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 اسکروتوم 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 دهندگان خدمات پس از خارج کردن لوله‌ها آنها را بریده یک یا هر دو سر لوله را با نخ می‌بندند. بعضی‌ها 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 یا برچسب پوشانده می‌شود، یا ممکن است برش را با بخیه پوشانند.
۷. آموزشهای لازم در مورد مراقبت بعد از ترك 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. ابتدا باید با كمك بایستد و به مدت ۳۰-۱۵ دقیقه استراحت کند. معمولاً در عرض يك ساعت می‌تواند محل را ترك کند.

حمایت از مصرف کننده

توضیح مراقبت از خود در وازکتومی

<ul style="list-style-type: none"> • برای مراجعه به مرکز لباس تمیز و گشاد بپوشد. 	<p>قبل از انجام روش، مرد باید</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 نگهدارد. 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 وازکتومی از کاندوم یا سایر روشهای مؤثر تنظیم خانواده استفاده کند (توصیه جایگزین قبلی که شامل عدم نزدیکی تا ۲۰ بار انزال بود قابلیت اطمینان کمتری در مقایسه با انتظار به مدت ۳ ماه پس از وازکتومی دارد و اکنون توصیه نمی‌شود). 	<p>بعد از انجام روش، مرد باید</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • احساس ناراحتی در اسکروتوم معمولاً ۲-۳ روز طول می‌کشد. توصیه کنید از ایبوپروفن (۲۰۰-۴۰۰ میلی گرم)، پاراستامول (۱۰۰۰-۳۲۵ میلی گرم)، یا سایر داروهای ضد درد استفاده کند. او نباید از آسپرین استفاده کند چون مدت لخته شدن را طولانی می‌کند. 	<p>در مورد مشکلات بسیار شایع چه اقدامی باید انجام دهد.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 وازکتومی امتناع کرد. 	<p>در مورد ملاقات بعد برنامه ریزی کنید.</p>

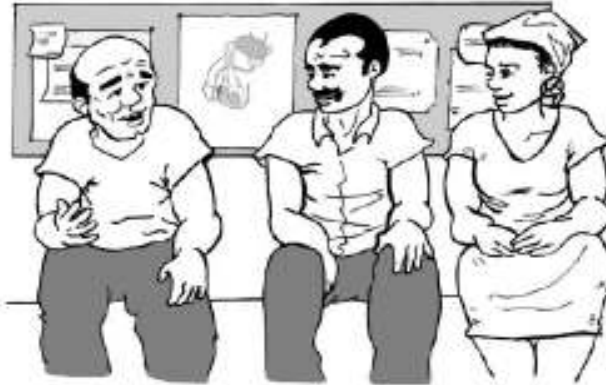
هر زمان که خواستید مراجعه کنید: دلایل مراجعه مجدد

به هر يك 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 وازکتومی دچار شکست می‌شوند و همسر آنها حامله می‌شود).

همچنین اگر:

- دچار خونریزی، درد، ترشح چرکی، احساس گرما، تورم یا سرخی در ناحیه تناسلی 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 سلامتی‌اش 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.



كمك به مصرف کنندگان

مدیریت مشکلات

مشکلاتی که به عنوان عوارض گزارش می‌شوند

مشکلات بر رضایت مرد از وازکتومی تأثیر می‌گذارند و در خور توجه ارائه دهنده خدمات هستند. اگر مراجعه کننده وجود عوارض ناشی از وازکتومی 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 پرش (سرخ، احساس گرما، درد، ترشح چرکی)

- محل عفونی را با آب و صابون یا مواد ضد عفونی کننده تمیز کنید.
- به مدت ۱۰-۷ 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 مجدداً مراجعه کند.

آپسه (توده چرکی زیر پوست که در اثر عفونت ایجاد می‌شود)

- محل را با محلول ضد عفونی پاک کنید.

- محل را برش دهید و آبنه را درناژ کنید.
 - زخم را درمان کنید.
 - به مدت ۷ تا ۱۰ روز آنتی‌بیوتیک خوراکی 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 اسکروتوم را با شورت یا شلوار نرم یا وسیله محافظ ورزشی بالا نگهدارد.
- به او توصیه کنید اسکروتوم را در آب گرم فرو برد.
- توصیه کنید از اسپرین (۳۲۵-۶۵۰ میلی گرم)، ایبوپروفن (۲۰۰-۴۰۰ میلی گرم)، پاراستامول (۱۰۰۰ - ۳۲۵ میلی گرم) یا سایر داروهای ضد درد استفاده کند.
- در صورت شك به عفونت، آنتی بیوتیک 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 وازکتومی



۱. آیا وازکتومی سبب از بین رفتن قدرت جنسی مرد می‌شود؟ آیا وازکتومی او را لاغر یا چاق می‌کند؟

خیر. احساس و ظاهر مرد پس از وازکتومی، 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 انزال مایع منی نیز همانند قبل خواهد بود. او می‌تواند همانند گذشته کار کند و به علت وازکتومی دچار افزایش وزن نخواهد شد.

۲. آیا به علت وازکتومی فرد دچار درد طولانی مدت خواهد شد؟

بعضی از مردان وجود درد مزمن یا احساس ناراحتی در اسکر وتوم یا بیضه‌ها را گزارش می‌کنند که ممکن است ۵-۱ 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 اسکر وتوم یا بیضه‌ها به مدت بیش از ۳ سال را داشتند. با وجود این، در گروهی مشابه از مردانی که وازکتومی نشده بودند، ۲٪ درد مشابهی را گزارش کردند. تعداد کمی از مردان دچار درد شدید اظهار می‌کنند که از وازکتومی پشیمان شده‌اند. علت درد ناشناخته است، ممکن است ناشی از فشار نشت اسپرم از مجاری وازدفرانی باشد که به درستی مسدود نشده‌اند، یا ناشی از آسیب عصبی باشد. درمان شامل بالا نگهداشتن اسکر وتوم و استفاده از داروهای ضد درد 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 وازکتومی درد را تسکین می‌دهد. درد شدید طولانی مدت بدنبال وازکتومی شایع نیست، اما به همه مردانی که تصمیم به وازکتومی دارند باید این مورد را توضیح داد.

۳. آیا پس از وازکتومی، 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 وازکتومی اعتماد می‌کنند.

۴. آیا کنترل شروع اثر وازکتومی ممکن است؟

بله، ارائه دهنده خدمات می‌تواند نمونه مایع منی را در زیر میکروسکوپ از نظر وجود اسپرم بررسی کند. اگر هیچ اسپرم متحرکی دیده نشود، اثر وازکتومی آغاز شده است. آزمایش مایع منی ۳ ماه پس از وازکتومی توصیه می‌شود، اما اجباری نیست.

اگر در یک نمونه تازه، کمتر از یک اسپرم غیر متحرک در هر میدان میکروسکوپی با بزرگنمایی ۱۰ دیده شود (کمتر از ۱۰۰۰/۰۰۰ اسپرم در میلی لیتر) مرد می‌تواند به وازکتومی 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 وازکتومی مورد نیاز باشد.

۵. در صورت حامله شدن شریک جنسی او چه باید کرد؟

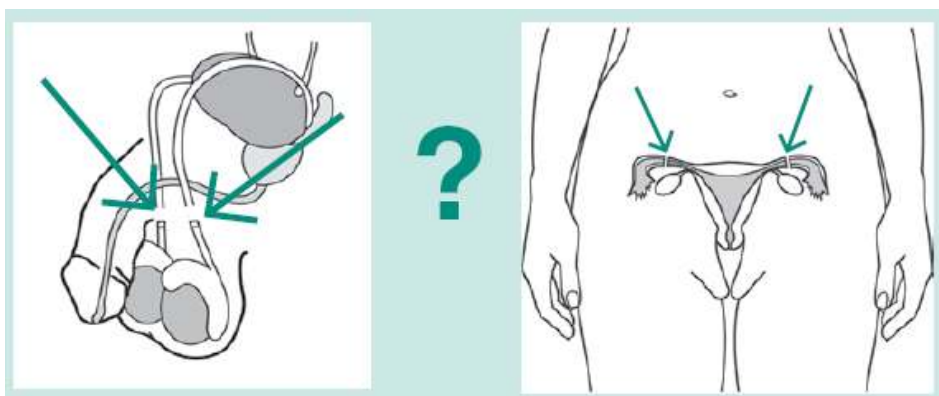
هر مردی که تحت وازکتومی قرار می‌گیرد باید بداند که گاهی وازکتومی دچار شکست می‌شود و شریک جنسی مرد حامله می‌شود. او نباید در صورت حامله شدن شریک جنسی به عدم وفاداری او شک کند. در صورت حاملگی شریک جنسی در ۳ ماه اول بعد از وازکتومی به او یادآوری کنید که باید در ۳ ماه اول، از روش دیگری استفاده می‌کردند. در صورت امکان توصیه کنید آزمایش اسپرم انجام دهد و اگر اسپرم یافت شد، وازکتومی را تکرار کند.

۶. آیا تأثیر وازکتومی پس از مدتی از بین می‌رود؟

معمولاً خیر. وازکتومی دائمی در نظر گرفته می‌شود. با وجود این در موارد نادر، لوله‌هایی که اسپرم را منتقل می‌کنند دوباره رشد می‌کنند و مرد نیاز به تکرار وازکتومی خواهد داشت.

۷. آیا در صورت تمایل مجدد مرد به داشتن فرزند می‌توان وازکتومی را بازگشت داد؟

معمولاً خیر. وازکتومی 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 وازکتومی در تعداد کمی از مردان مقدور است و اغلب این عمل سبب برگشت قدرت باروری نمی‌شود. روش بازگرداندن وازکتومی مشکل و پرهزینه است و یافتن افرادی که قادر به انجام چنین جراحی باشند سخت است. بنابراین، وازکتومی را باید غیر قابل برگشت در نظر گرفت.



۸. کدام روش بهتر است؟ وازکتومی یا عقیم‌سازی 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، بی‌خطر و دائمی هستند. به طور ایده‌آل یک زوج باید هر دو روش را مد نظر قرار دهند، اگر هر دو روش برای آنها قابل قبول باشد، وازکتومی ارجح خواهد بود چون، ساده‌تر، آسانتر و ایمن‌تر است و در مقایسه با عقیم‌سازی زنانه هزینه کمتری دارد.

۹. چگونه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند در تصمیم‌گیری در مورد وازکتومی به مرد کمک کنند؟

باید اطلاعات واضح و متعادلی را در مورد وازکتومی و سایر روشهای تنظیم خانواده ارائه کنند و به او در مورد تصمیم‌گیری دقیق کمک کنند. در باره احساس او در مورد داشتن فرزند بیشتر و پایان قدرت باروری‌اش 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 آگاهانه را دوباره مرور کنید. تا مطمئن شوید مرد روش انجام وازکتومی را کاملاً درک کرده است (به ص ۱۸۱ مراجعه کنید).

۱۰. آیا وازکتومی فقط منحصر به سن خاص یا تعداد مشخص فرزندان است؟

خیر. محدودیتهایی برای امتناع از عمل وازکتومی به علت سن، تعداد فرزندان زنده یا وضعیت ازدواج او وجود ندارد. ارائه‌دهندگان خدمات نباید قوانین سفت و سختی را در مورد سن، تعداد فرزندان، سن کوچکترین فرزند یا وضعیت ازدواج تحمیل کنند. هر مرد باید اجازه تصمیم‌گیری در مورد خودش از قبیل تمایل به داشتن فرزند بیشتر یا تمایل به وازکتومی 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 بیضه ها یا سرطان پروستات یا بیماری قلبی را افزایش نمی‌دهد.

۱۲. آیا در مردی که وازکتومی شده است احتمال آلودگی یا ابتلاء به بیمارهای 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 مجهز انجام دهند. بشرطی که درمانها، تجهیزات و وسایل اساسی قابل دسترس باشند.

کاندوم‌های مردانه (Male Condoms)

در این فصل کاندوم‌های لاتکس مردانه توضیح داده می‌شود. کاندوم‌های زنانه، که معمولاً پلاستیکی هستند و در داخل واژن جاگذاری می‌شوند در بعضی مناطق در دسترس هستند (به کاندوم‌های زنانه در ص ۲۰۳ و مقایسه کاندومها در ص ۳۵۴ مراجعه کنید).

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- کاندوم‌های مردانه به محافظت در برابر عفونت‌های آمیزشی، از جمله HIV کمک می‌کنند. کاندوم تنها روش جلوگیری از حاملگی است که هم در برابر حاملگی و هم در برابر عفونت‌های آمیزشی، فرد را محافظت می‌کند.
- برای کسب بیشترین تأثیر، استفاده صحیح از آن در هر نزدیکی جنسی ضروری است.
- نیاز به همکاری هم زن و هم مرد وجود دارد. صحبت در باره استفاده از کاندوم قبل از نزدیکی جنسی شانس استفاده از آن افزایش می‌دهد.
- در بعضی از مردان ممکن است حس جنسی را کاهش دهد. گاهی اوقات بحث بین زوجین به حل مشکل کمک می‌کند.

کاندوم‌های مردانه چه هستند؟

- پوششها یا روکشهایی هستند که بر روی آلت نعوظ یافته مرد کشیده می‌شوند.
- اسامی بسیار متنوعی دارند. به اسامی لاستیک، بارانی، چتر، جلد و جلوگیری کننده نامیده می‌شوند.
- اغلب از لاستیک لاتکس نازک ساخته می‌شوند.
- با تشکیل مانعی که اسپرم را خارج واژن نگه می‌دارد، از حاملگی جلوگیری می‌کند. همچنین مانع آلوده شدن شریک جنسی با عفونت‌های موجود در مایع منی، آلت یا واژن می‌شوند.

میزان تأثیر آن چقدر است؟

تأثیر بیشتر



میزان اثربخشی آنها بستگی به استفاده کننده دارد: در صورتیکه کاندوم در هر نزدیکی جنسی استفاده نشود خطر حاملگی و عفونت آمیزشی (STI) در بیشترین حد است. تعداد موارد حاملگی یا عفونت به علت استفاده نادرست، لغزش یا پاره شدن آن بسیار کم است.

محافظت در برابر حاملگی:

- طبق استفاده معمول، در سال اول استفاده حدود ۱۵ حاملگی در ۱۰۰ زنی که شریک جنسی آنها از کاندوم مردانه استفاده کرده‌اند، اتفاق می‌افتد. این بدان معنی است که از هر ۱۰۰ زنی که شریک جنسی‌شان از کاندوم مردانه استفاده کرده‌اند ۸۵ نفر حامله نخواهند شد.
- در صورت استفاده صحیح در هر عمل جنسی، طی سال اول استفاده از هر ۱۰۰ زنی که شریک جنسی آنها از کاندوم مردانه استفاده کرده‌اند حدود ۲ نفر حامله می‌شوند.

تأثیر کمتر

بازگشت باروری پس از قطع استفاده از کاندوم: بدون تأخیر

حفاظت در مقابل HIV و سایر STI ها:

- در صورت استفاده صحیح در هر نزدیکی جنسی، کاندوم مردانه بطور چشمگیری خطر آلودگی با HIV را کاهش می‌دهد.
- در صورت استفاده صحیح و مستمر، کاندوم از ۹۵-۸۰ درصد موارد انتقال HIV که در صورت عدم استفاده از کاندوم اتفاق می‌افتد، جلوگیری می‌کند (به سوال ۲ درص ۲۰۰ مراجعه کنید).
- در صورت استفاده مستمر و صحیح، کاندوم خطر ابتلاء به بسیاری از موارد STI ها را کاهش می‌دهد.
- در برابر مواردی از STI ها که از طریق ترشحات منتشر می‌شوند، مانند HIV، سوزاک و کلامیدیا بخوبی محافظت می‌کند.
- همچنین در برابر مواردی از STI ها که از طریق تماس پوست به پوست منتشر می‌شوند مانند هرپس و ویروس پاپیلومای انسانی محافظت می‌کند.

آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی

ندارد

فواید شناخته شده سلامت

کمک به حفاظت در مقابل:

- خطرهای ناشی از حاملگی
- STI ها از جمله HIV
- ممکن است در برابر موارد زیر محافظت کند:
- شرایطی که در اثر STI ها ایجاد می‌شوند:
 - عود بیماریهای التهابی لگن و درد مزمن لگن
 - سرطان دهانه رحم
 - ناباروری (مرد و زن)

خطرهای شناخته شده سلامت

بسیار نادر:

- واکنشهای شدید آلرژیک (در بین افرادی که به لاتکس حساسیت دارند).

چرا بعضی از زنان و مردان می‌گویند که کاندوم را دوست دارند؟

- آثار جانبی هورمونی ندارند.
- به عنوان روش موقت یا پشتیبان قابل استفاده است.
- بدون مراجعه به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی قابل استفاده است.
- در اکثر جاها فروخته می‌شود و بطور کلی به راحتی قابل دستیابی است.
- به حفاظت هم در برابر حاملگی و هم در برابر STI ها از جمله HIV کمک می‌کند.

مطرح نمودن استفاده از کاندوم



برای بعضی از زنان صحبت با شریک جنسی در مورد تمایل او برای استفاده از کاندوم مشکل است.

بعضی دیگر در متقاعد کردن شریک جنسی برای استفاده از کاندوم در هر بار نزدیکی جنسی مشکل دارند. مردان دلایل مختلفی را برای عدم استفاده از کاندوم مطرح می‌کنند. بعضی از آنها تأثیری را که کاندوم در کاهش حس جنسی آنها دارد نمی‌پسندند. گاهی اوقات دلایل مردان بر اساس شایعات یا درک نادرست استوار است. دانستن حقایق، زنان را در پاسخگویی به اعتراضات شریک جنسی‌شان یاری خواهد کرد (به قسمت اصلاح موارد درک نادرست مراجعه کنید).

صحبت در ابتدا می‌تواند مفید باشد. زنانی که قبل از شروع نزدیکی جنسی با شریک جنسی خود در باره استفاده از کاندوم صحبت می‌کنند، شانس استفاده از کاندوم را افزایش می‌دهند. زنان می‌توانند با توجه به شرایط و شریک جنسی، رویکردهایی را که فکر می‌کنند بهترین هستند، امتحان کنند. بعضی از نکاتی که در موقعیتهای متفاوت متقاعد کننده بوده‌اند عبارتند از:

- تأکید بر استفاده از کاندوم بیشتر برای جلوگیری از حاملگی تا محافظت از STIها
 - تأکید بر نگرانی نسبت به همدیگر - به عنوان مثال: "افراد بسیاری در جامعه مبتلا به عفونت HIV هستند بنابراین باید مواظب باشیم."
 - بکارگیری عبارت قاطع به عنوان مثال: "من نمی‌توانم با شما نزدیکی داشته باشم مگر اینکه از کاندوم استفاده کنید."
 - پیشنهاد کنید در صورت در دسترس بودن از کاندوم زنانه استفاده کنید. بعضی از مردان آنها را بر کاندوم‌های مردانه ترجیح می‌دهند.
 - در زنان باردار، در مورد خطرهایی که در اثر STIها برای جنین وجود دارد بحث کنید و تأکید نمایید چگونه کاندوم جنین را در برابر این موارد محافظت می‌کند.
- همچنین زن می‌تواند پیشنهاد کند تا شریک جنسی وی یا هر دو با هم برای مشاوره در مورد اهمیت استفاده از کاندوم به کلینیک مراجعه کنند.

اصلاح موارد درک نادرست (به پرسشها و پاسخها در ص ۲۰۰ نیز مراجعه کنید)

کاندوم‌های مردانه:

- مردان را نازا، و یا از نظر جنسی ناتوان یا ضعیف نمی‌کنند.
- قدرت جنسی مردان را کاهش نمی‌دهند.
- در بدن زن مفقود نمی‌شوند.

- منافذی ندارند که HIV بتواند از آنها عبور کند.
- در اثر HIV صدمه نمی‌بینند.
- به علت جلوگیری از ورود مایع منی یا اسپرم به داخل بدن زن، سبب بروز بیماری در زن نمی‌شوند.
- به علت پس زدن اسپرم سبب بروز بیماری در مردان نمی‌شوند.
- زوجهای ازدواج کرده نیز از آنها استفاده می‌کنند. فقط برای استفاده در روابط جنسی خارج از محدوده ازدواج نیستند.

چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از کاندوم مردانه استفاده کنند

معیارهای مقبولیت طبی برای

کاندوم‌های مردانه

همه مردان و زنان می‌توانند بدون خطر از کاندوم‌های مردانه استفاده کنند، به جز افرادی که:

- واکنش حساسیتی شدید به لاستیک لاتکس دارند.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حساسیت به لاتکس، به قسمت سوزش خفیف در واژن یا اطراف آن یا در آلت تناسلی یا واکنش حساسیتی خفیف به کاندوم در ص ۱۹۹، واکنش حساسیتی شدید به کاندوم در ص ۱۹۹ و پرسش ۱۱ در ص ۲۰۲ مراجعه کنید.

ارائه کاندوم‌های مردانه

زمان شروع

- هر زمان که مراجعه کننده بخواهد.

توضیح نحوه استفاده

نکته مهم: هر زمان که امکان داشته باشد، نحوه پوشیدن کاندوم را به مراجعه کنندگان نشان دهید. برای شرح دادن در صورت دسترسی از یک مدل آلت، یا چیز دیگری مانند موز استفاده کنید.

۵ مرحله اساسی کاربرد کاندوم مردانه را توضیح دهید.

مراحل اساسی	جزئیات مهم
۱. برای هر بار نزدیکی جنسی از یک کاندوم جدید استفاده کنید	<ul style="list-style-type: none"> • بسته بندی کاندوم را کنترل کنید در صورت صدمه دیدن یا پاره شدن بسته بندی از آن استفاده نکنید. از کاربرد کاندومی که تاریخ انقضاء آن گذشته اجتناب کنید فقط زمانی آن را بکار برید که کاندوم تازه‌تری در دسترس ندارید. • بسته بندی را با دقت باز کنید. از ناخن، دندان یا هر چیزی که ممکن است به کاندوم صدمه بزند، استفاده نکنید.





• برای بیشترین حفاظت، کاندوم را قبل از هر گونه تماس آلت با دستگاه تناسلی، دهان یا مقعد بپوشید.

۲. قبل از هر تماس فیزیکی کاندوم را طوری بر روی نوک آلت نعوظ یافته قرار دهید که قسمت لوله شده آن به سمت بیرون قرار بگیرد.



• قسمت لوله شده کاندوم باید براحتی باز شود. اعمال نیروی زیاد ممکن است سبب پاره شدن آن در موقع استفاده شود.

۳. قسمت لوله شده کاندوم را تا پایه آلت نعوظ یافته باز کنید

• اگر قسمت لوله شده کاندوم براحتی باز نشد، ممکن است وارونه، صدمه دیده یا کهنه باشد.

• اگر کاندوم برعکس پوشیده شده است و کاندوم دیگری در دسترس نیست، آن را برگردانید و سپس آن را به طرف آلت باز کنید.

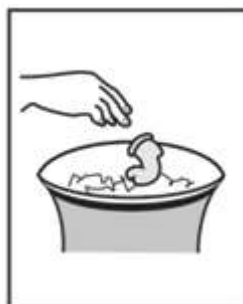


• آلت را عقب بکشید.

• کاندوم را به حالت سر دادن خارج کنید. از ریختن منی از داخل آن به بیرون جلوگیری کنید.

• اگر دوباره نزدیکی جنسی دارید یا از یک عمل جنسی به عمل دیگری تغییر می‌دهید، از کاندوم جدیدی استفاده کنید.

۴. بلافاصله پس از انزال لبه کاندوم را در جا گرفته و در حالیکه آلت هنوز حالت نعوظ دارد آلت را عقب بکشید.



• کاندوم را داخل بسته بندی آن بپیچید و آنرا در ظرف آشغال یا چاه توالت بیندازید. کاندوم را داخل توالت سیفون‌دار نیندازید چون ممکن است مشکلاتی در لوله کشی پدید آورند.

۵. کاندوم استفاده شده را به روش بی‌خطر دور بیندازید.

حمایت از استفاده کنندگان

- اطمینان حاصل کنید که مراجعه کننده نحوه صحیح استفاده را فهمیده است
- از او سؤال کنید تا زمان مراجعه بعدی، چه تعداد کاندوم نیاز خواهند داشت
- اهمیت استفاده از کاندوم در هر فعالیت جنسی را توضیح دهید
- فقط يك بار مقاربت محافظت نشده می‌تواند منجر به حاملگی، آلوده شدن به STIها یا هر دو شود.
- اگر در يك فعالیت جنسی کاندوم استفاده نکردید، سعی کنید در نزدیکی بعدی استفاده کنید. انجام يك یا دو بار اشتباه به این معنی نیست که در آینده در استفاده از کاندوم بی‌توجهی کنید.
- در مورد قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPها) توضیح دهید
- توضیح دهید که مصرف ECPها در مواردی که اشتباهی در مصرف کاندوم پیش آمده، از قبیل عدم استفاده از آن، در جلوگیری از حاملگی مفید است. (به ECPها در ص ۴۵ مراجعه کنید).
- در صورت در دسترس بودن به او ECPها بدهید.
- در مورد روشهای صحبت در خصوص استفاده از کاندوم بحث کنید.
- درباره مهارتها و فنون گفتگو با شريك جنسی در خصوص استفاده از کاندوم بحث نمایید (به قسمت مطرح کردن استفاده از کاندوم در ص ۱۹۳ مراجعه کنید).

مواد لزج کننده برای کاندومهای لاتکسی

مواد لزج کننده در جلوگیری از پاره شدن کاندوم مفید هستند. سه طریق برای لزج کردن کاندوم وجود دارد- ترشحات طبیعی واژن، افزودن ماده لزج کننده یا استفاده از کاندومهای حاوی ماده لزج کننده.

گاهی اوقات ماده لزج کننده گلیسیرینی یا سیلیکونی که برای استفاده با کاندومهای لاتکسی بی-خطر هستند، در دسترس می‌باشند. آب تمیز یا بزاق نیز بعنوان ماده لزج کننده قابل استفاده هستند. ماده لزج کننده باید در سطح خارجی کاندوم، داخل واژن یا مقعد به کار برده شود. ماده لزج کننده نباید روی آلت قرار گیرد زیرا ممکن است موجب سر خوردن و خارج شدن کاندوم شود. قرار دادن يك یا دو قطره از ماده لزج کننده در داخل کاندوم قبل از باز کردن آن روی آلت، حس جنسی را در بعضی از مردان افزایش می‌دهد با وجود این قرار دادن مقدار بیشتری از ماده لزج کننده در داخل کاندوم ممکن است سبب سر خوردن و خروج آن شود.

از فرآورده‌های روغنی بعنوان ماده لزج کننده در کاندومهای لاتکسی استفاده نکنید. این مواد به لاتکس صدمه می‌زنند. مواردیکه نباید به عنوان لزج کننده بکار برده شوند شامل: هر نوع روغن (آشپزی، روغن کودک، نارگیل، معدنی)، ژلهای حاصل از مواد نفتی، لوسیونها، کرمهای سرما، کره، کره کاکائو و مارگارین است.

استفاده کنندگان کاندوم چه کارهایی را نباید انجام دهند

بعضی از اعمال سبب افزایش خطر پاره شدن کاندوم می‌شوند و باید از آنها اجتناب کرد.

- نباید از ابتدا تاب کاندوم باز شده، سپس روی آلت کشیده شود.
- نباید از مواد لزج با پایه روغنی استفاده کرد چون به کاندوم صدمه می‌زنند.
- از کاندومی که رنگ آن غیریکنواخت یا تغییر کرده است، استفاده نکنید.
- از کاندومی که احساس می‌کنید شکننده، خشک یا خیلی چسبناک است استفاده نکنید.
- از کاندوم دوباره استفاده نکنید.
- نزدیکی جنسی خشک (dry sex) نداشته باشید.

همچنین از یک کاندوم مشترک در مواقعی که چند نزدیکی جنسی نفوذی متفاوت از قبیل تغییر از نزدیکی رکتال به نزدیکی واژینال انجام می‌دهید استفاده نکنید. این عمل ممکن است باکتریها را انتقال داده، سبب عفونت شود.

« هر زمان که بخواهید مراجعه کنید»: دلایل مراجعه مجدد

به مراجعه کننده اطمینان دهید که هر زمان که بخواهد می‌تواند مراجعه کند. به عنوان مثال، اگر مشکلی یا سوالی داشته باشد یا بخواهد از روش دیگری استفاده کند یا اگر فکر کند که احتمالاً حامله است همچنین اگر:

- مراجعه کننده در استفاده صحیح از کاندوم یا در هر بار نزدیکی جنسی مشکل دارد.
- مراجعه کننده علائم یا نشانه‌های واکنش‌های حساسیتی شدید به کاندوم‌های لاتکسی را داشته باشد. (به قسمت واکنش‌های حساسیتی شدید به کاندوم در ص ۱۹۹ مراجعه کنید).
- زنی که اخیراً نزدیکی محافظت نشده داشته و می‌خواهد از حاملگی جلوگیری کند، او ممکن است بتواند از قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی استفاده کند (به قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی در ص ۴۵ مراجعه کنید).

كمك به مصرف کنندگان مداوم

۱. از او درباره چگونگی انجام روش و رضایت آنها سؤال کنید. پرسید که آیا سؤال یا موضوعی برای بحث و گفتگو دارد.
۲. بخصوص در مورد وجود هر گونه مشکل در ارتباط با مصرف صحیح کاندوم در هر بار نزدیکی سؤال کنید. هر گونه اطلاعات و کمکی را که نیاز دارند به آنها ارائه کنید.
۳. کاندوم بیشتری به آنها بدهید و تشویق کنید قبل از تمام شدن آنها، برای دریافت کاندوم مراجعه کنند. یادآوری کنید که از چه جاهای دیگری می‌توانند کاندوم تهیه کنند.
۴. از مصرف‌کنندگان طولانی مدت در مورد تغییرات عمده که ممکن است بر نیازهای او تأثیر بگذارند، مخصوصاً در باره تصمیم آنها برای بچه‌دار شدن، و خطر STI ها و HIV سؤال کنید. در صورت نیاز پیگیری لازم را بعمل آورید.

مدیریت مشکلات

مشکلات مربوط به مصرف

ممکن است ناشی از روش باشند یا ارتباطی به آن نداشته باشند.

- مشکلات مربوط به کاندوم، بر رضایت مصرف کنندگان و کاربرد روش تأثیر می‌گذارد.
- ارائه دهندگان خدمات باید به این موارد توجه کنند. در صورت گزارش هر گونه مشکل از طرف مصرف کنندگان به نگرانیهای او گوش فرا دهید و توصیه لازم را به او بکنید.
- در صورت تمایل وی یا در صورتی که نتوان بر مشکلات فایق آمد، به او در انتخاب روش دیگر جلوگیری از بارداری کمک کنید. مگر اینکه کاندوم برای محافظت از بیماریهای آمیزشی از جمله HIV ضروری باشد.

اگر کاندوم پاره شود، از روی آلت سر بخورد یا استفاده نشود

- در چنین مواردی ECPها به جلوگیری از بارداری کمک می‌کنند. (به قسمت قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی در ص ۴۵ مراجعه کنید). اگر مردی متوجه پارگی یا سر خوردن کاندوم شد باید به شریک جنسی خود اطلاع دهد، به این ترتیب او می‌تواند در صورت تمایل از ECPها استفاده کند.
- در صورت پاره شدن، سر خوردن یا عدم استفاده از کاندوم، برای کاهش خطر آلودگی با STIها نمی‌توان اقدامی انجام داد (پریش ۷ در ص ۲۰۱ مراجعه کنید). اگر دریافت کننده خدمات پس از نزدیکی محافظت نشده دچار علائم و نشانه‌های STIها شود، بررسی کنید یا ارجاع دهید.
- در صورت گزارش پاره شدن یا سر خوردن کاندوم اقدامات زیر را انجام دهید:
 - از او بخواهید نحوه باز کردن بسته کاندوم و پوشیدن آن را با استفاده از مدل آلت یا چیز دیگر نشان دهد. اشتباهات را اصلاح کنید.
 - در مورد استفاده از مواد لغزنده سؤال کنید. استفاده از ماده لزج کننده نامناسب یا با مقادیر کم، خطر پاره شدن را افزایش می‌دهد (به مواد لزج کننده برای کاندومهای لاتکس در ص ۱۹۶ مراجعه کنید). استفاده از مقدار زیاد ماده لزج کننده سبب سر خوردن و خارج شدن کاندوم می‌شود.
 - بپرسید که مرد چه زمانی آلت خود را خارج می‌کند. صبر کردن طولانی پیش از خارج کردن، پس از زمانی که حالت نعوظ شروع به فروکش کردن کند، احتمال سر خوردن را بیشتر می‌کند.

مشکلات پوشیدن کاندوم

- از او بخواهید با بکارگیری مدل آلت یا چیز دیگری، نحوه پوشیدن کاندوم را نشان دهد. اشتباهات را اصلاح کنید.

مشکل متقاعد کردن شریک جنسی برای استفاده از کاندوم یا عدم امکان استفاده از کاندوم در هر مقاربت

- درباره روشهای صحبت با شریک جنسی در مورد کاندوم (به قسمت مطرح کردن استفاده از کاندوم در ص ۱۹۶ مراجعه کنید) و همچنین دلایل منطقی محافظت دوگانه آن (به قسمت انتخاب استراتژی محافظت دوگانه در ص ۲۷۳ مراجعه کنید) بحث کنید.
- استفاده از کاندوم را همراه با موارد زیر پیشنهاد کنید:
 - سایر روشهای موثر جلوگیری از حاملگی برای محافظت بهتر در مقابل بارداری
 - اگر خطر STIها وجود ندارد، استفاده از روش مبتنی بر آگاهی از زمان باروری و استفاده از کاندوم فقط در زمان تخمک گذاری (به روش مبتنی بر آگاهی از زمان باروری در ص ۲۳۳ مراجعه کنید).

- مخصوصاً اگر زنی یا شریک جنسی او در معرض خطر STIها قرار دارند، در طی بررسی مشکل به تداوم استفاده از کاندوم تشویق کنید. اگر هیچ یک از شرکای جنسی عفونت نداشته باشند، وفاداری متقابل در روابط جنسی، بدون نیاز به استفاده از کاندوم، در مقابل STIها محافظت می‌کند اما از حاملگی جلوگیری نمی‌کند.

تحریک خفیف در اطراف یا داخل واژن یا آلت یا واکنش حساسیتی خفیف به کاندوم (خارش، قرمزی، بثورات یا تورم دستگاه تناسلی کثاله ران یا رانها در طی استفاده یا بعد از استفاده از کاندوم)

- توصیه کنید نوع دیگری از کاندوم را امتحان کنید. ممکن است بعضی از افراد به نوعی از کاندومها نسبت به انواع دیگر حساسیت بیشتری داشته باشند.
- توصیه کنید برای کاهش سایشی که ممکن است سبب تحریک شود، روی کاندوم ماده لزج کننده یا آب استفاده کند.
- در صورت تداوم نشانه‌ها، از نظر احتمال عفونت واژن یا عفونت‌های آمیزشی ارزیابی مناسب کرده یا ارجاع دهید.
- اگر علی‌رغم عدم وجود عفونت تحریک پذیری ادامه دارد یا تکرار می‌شود امکان دارد به لاتکس حساسیت داشته باشد.
- اگر در معرض خطر STIها مانند HIV نباشد، به او کمک کنید روش دیگری را انتخاب کند.
- اگر زن یا شریک جنسی او در معرض خطر STIها باشند، پیشنهاد کنید در صورت دسترسی از کاندوم زنانه یا کاندوم پلاستیکی مردانه استفاده کنند. در صورت عدم دسترسی تاکید کنید علی‌رغم عدم راحتی به استفاده از کاندوم لاتکسی ادامه دهند. به او بگویید در صورت بروز نشانه‌های شدید استفاده از کاندوم لاتکسی را قطع کند. (به واکنش شدید حساسیتی به کاندوم در قسمت بعد مراجعه کنید).
- اگر هیچ یک از شرکای جنسی عفونتی نداشته باشد، وفاداری متقابل در روابط جنسی بدون نیاز به استفاده از کاندوم در مقابل STIها محافظت می‌کند اما از حاملگی جلوگیری نمی‌کند.

مشکلات جدیدی که ممکن است مستلزم تغییر روش باشند

ممکن است ناشی از روش باشند یا ارتباطی به آن نداشته باشند.

زن از میکونازول یا اکونازول (برای درمان عفونتهای واژینال) استفاده می‌کند

- زن نباید موقع مصرف میکونازول یا اکونازول واژینال به کاندومهای لاتکسی اعتماد کند. این مواد می‌توانند به لاتکس صدمه بزنند (درمان خوراکی سبب آسیب کاندوم نمی‌شود).
- او باید از کاندوم زنانه یا کاندومهای پلاستیکی مردانه یا روش دیگر جلوگیری از حاملگی استفاده کند یا تا کامل شدن درمان از نزدیکی جنسی خودداری کند.

واکنش شدید حساسیتی به کاندوم (کهیر یا بثورات در بیشتر قسمتهای بدن، سرگیجه، تنفس مشکل یا از دست دادن هوشیاری در طی یا بعد از استفاده از کاندوم). به علائم و نشانه‌های شرایط جدی سلامت در ص ۳۱۱ مراجعه کنید.

- به زن بگویید استفاده از کاندوم لاتکسی را قطع کند.
- در صورت نیاز او را برای مراقبت ارجاع دهید. واکنش شدید حساسیتی به لاتکس ممکن است منجر به شوک آنافیلاکتیک مرگبار شود. به او کمک کنید تا روش دیگری را انتخاب کند.
- اگر زن یا شریک جنسی او نتوانند از خطر STIها اجتناب کنند، توصیه کنید در صورت دسترسی از کاندوم زنانه یا کاندوم پلاستیکی استفاده کنند. اگر هیچیک از شرکای جنسی عفونت نداشته باشند، وفاداری متقابل در روابط جنسی بدون نیاز به استفاده از کاندوم، از آنها در مقابل STIها محافظت می‌کند اما از حاملگی جلوگیری نمی‌کند.

پرسشها و پاسخها درباره کاندوم‌های مردانه

۱. آیا کاندوم‌ها در جلوگیری از حاملگی مؤثر هستند؟

بله، کاندوم‌های مردانه مؤثرند، اما فقط به شرطی که به درستی و در هر نزدیکی جنسی استفاده شوند. در صورت استفاده مستمر و صحیح فقط ۲ مورد از هر صد زنی که شریک جنسی آنها از کاندوم استفاده می‌کنند در طول اولین سال استفاده باردار می‌شوند. با وجود این بسیاری از مردم از کاندوم در هر نزدیکی جنسی استفاده نمی‌کنند یا بدرستی آن را بکار نمی‌برند. این مسئله سبب کاهش محافظت از حاملگی می‌شود.

۲. میزان محافظت کاندومها در مقابل عفونت HIV چقدر است؟

بطور متوسط در صورت استفاده صحیح و مستمر در هر نزدیکی جنسی، کاندومها به میزان ۸۰٪ تا ۹۵٪ در محافظت افراد از عفونت HIV مؤثرند. یعنی استفاده از کاندوم ۸۰٪ تا ۹۵٪ از انتقال مواردی از HIV که بدون استفاده از کاندوم اتفاق می‌افتد، جلوگیری می‌کند (این بدان معنی نیست که ۵ تا ۲۰ درصد از مصرف کنندگان کاندوم با HIV آلوده خواهند شد).

به عنوان مثال در بین ۱۰۰۰۰ زن غیرآلوده‌ای که شریک جنسی آنها آلوده به HIV باشند، اگر هر زوج فقط یکبار مقاربت واژینال داشته و در معرض عوامل خطر اضافی دیگری برای عفونت نباشند، بطور متوسط:

اگر همه آن ۱۰۰۰۰ نفر کاندوم بکار نبرده باشند، احتمال دارد حدود ۱۰ زن به HIV آلوده شوند.

اگر همه آن ۱۰۰۰۰ نفر که از کاندوم بدرستی استفاده کرده باشند، احتمال دارد ۱ یا ۲ زن به HIV آلوده شوند.

خطر مبتلا شدن فردی که در معرض HIV قرار گرفته به میزان زیادی متغیر است. این خطر در بین سایر عوامل به موارد زیر بستگی دارد:

مرحله عفونت HIV در شریک جنسی (در مراحل اولیه و انتهایی احتمال آلودگی بیشتر است)، ابتلای فرد در معرض HIV به سایر موارد STIها (استعداد ابتلا را افزایش می‌دهد)، وضعیت ختنه مرد (احتمال آلودگی مردان ختنه نشده به HIV بیشتر است) و حاملگی (در زنان حامله خطر آلودگی به عفونت بیشتر است). بطور متوسط زنانی که در معرض HIV قرار می‌گیرند دو برابر مردان در خطر آلودگی هستند.

۳. آیا استفاده غیرمستمر از کاندوم، محافظتی در مقابل STIها از جمله HIV ایجاد می‌کند؟

برای کسب بهترین اثر محافظتی، کاندوم باید در هر نزدیکی جنسی استفاده شود. گرچه در بعضی موارد، استفاده غیرمستمر نیز می‌تواند محافظت کننده باشد. به عنوان مثال اگر فرد، شریک جنسی منظم و وفادار داشته باشد و یک بار نزدیکی جنسی خارج از این رابطه داشته باشد، استفاده از کاندوم در این مورد می‌تواند بسیار محافظت کننده باشد. اگر چه برای افرادی که بطور مکرر در معرض STIها از جمله HIV قرار دارند، استفاده غیرمستمر از کاندوم محافظت محدودی را تأمین خواهد کرد.

۴. آیا استفاده از کاندوم در مقاربت رکتال خطر انتقال STIها را کاهش می‌دهد؟

بله، STIها در طی هر نوع عمل جنسی که آلت وارد هر قسمتی از بدن فرد دیگری می‌شود (دخول) می‌تواند از فردی به فرد دیگر منتقل شود. بعضی از اعمال جنسی خطرناکتر هستند به عنوان مثال خطر آلودگی در افرادی که پذیرنده مقاربت محافظت نشده مقعدی هستند ۵ برابر افرادی است که پذیرنده مقاربت محافظت نشده واژینال هستند. در صورت استفاده از کاندوم‌های لاتکس در نزدیکی مقعدی استفاده از مواد لزوج کننده با پایه آب یا سیلیکون برای جلوگیری از پارگی آن ضروری است.

۵. آیا کاندومهای پلاستیکی (صناعی) در پیشگیری از STIها از جمله HIV مؤثر هستند؟

بله. انتظار می‌رود کاندوم‌های پلاستیکی به همان اندازه کاندوم‌های لاتکسی محافظت ایجاد کنند، اما مطالعه کامل انجام نشده است. اداره غذا و داروی ایالات متحده توصیه می‌کند در صورتی از کاندوم‌های پلاستیکی

برای محافظت از بیماریهای آمیزشی، از جمله HIV، استفاده شود که فرد نتواند از کاندومهای لاتکسی استفاده کند. با وجود این کاندومهای ساخته شده از پوست حیوانات مثل پوست بره (که کاندومهای پوستی طبیعی نیز نامیده می‌شود) در جلوگیری از STIها از جمله HIV مؤثر نیستند.

۶. آیا اغلب کاندومها در طی نزدیکی جنسی پاره شده یا به بیرون سر می‌خورند؟

خیر. بطور متوسط حدود ۲٪ کاندومها در طی نزدیکی جنسی پاره شده، یا بطور کامل سرخورده و خارج می‌شوند، که عمدتاً به علت استفاده نادرست است. کاندومهایی که بطور صحیح استفاده می‌شوند، بندرت پاره می‌شوند. در چند مطالعه‌ای که میزان پاره شدن کاندومها بالا بود، اکثر موارد پارگی در تعداد کمی از مصرف کنندگان در کل مطالعه گزارش شده بود. مطالعات دیگری نیز پیشنهاد کردند در حالیکه اکثر مردم کاندوم را بطور صحیح بکار می‌برند، تعداد کمی از افراد از کاندوم بطور مستمر، بطور نادرست استفاده می‌کنند که منجر به پاره شدن یا سر خوردن می‌شود. بنابراین آموزش روش صحیح باز کردن، پوشیدن و درآوردن کاندوم (به استفاده صحیح از کاندوم مردانه در ص ۳۵۷ مراجعه کنید) و همچنین اجتناب از انجام اعمالی که خطر پارگی را افزایش می‌دهند (به مواردی که مصرف کنندگان کاندوم نباید انجام دهد، در ص ۲۰۵ مراجعه کنید) حائز اهمیت است.

۷. در صورت سر خوردن یا پاره شدن کاندوم در طی نزدیکی جنسی، مردان و زنان برای کاهش خطر حاملگی و انتقال STIها چه باید بکنند؟

در صورت سر خوردن یا پاره شدن کاندوم مصرف قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی، خطر حاملگی را کاهش می‌دهد (به قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی در ص ۴۵ مراجعه کنید). با وجود این در مورد کاهش خطر STIها، به استثنای HIV، نمی‌توان کاری انجام داد. شستن آلت در این مورد کمکی زیادی نمی‌کند. دوش و ژینال تأثیر زیادی در جلوگیری از حاملگی ندارد و خطر ابتلا به STIها از جمله HIV و بیماریهای التهابی لگن را افزایش می‌دهد. در صورت قطعی بودن تماس با HIV درمان با داروهای ضد رتروویروسی (پروویلاکسی پس از تماس)، در صورت در دسترس بودن، خطر انتقال HIV را کاهش می‌دهد. در صورت قطعی بودن تماس با سایر بیماریهای آمیزشی، ارائه دهنده خدمات می‌تواند بطور فرضی برای آن بیماری درمان را شروع کند یعنی مراجعه کننده را با فرض وجود آن بیماری درمان کند.

۸. آیا یک مرد می‌تواند برای محافظت بیشتر به طور همزمان دو یا سه کاندوم بپوشد؟

شواهد کمی درباره مزایای استفاده از ۲ یا چند کاندوم وجود دارد. معمولاً بعلت نگرانی از ساییده شدن کاندومها به هم و افزایش خطر پارگی، چنین پیشنهادی نمی‌شود. گرچه در یک مطالعه مصرف کنندگان کاندوم گزارش کردند که در موارد کاربرد همزمان دو کاندوم در مقایسه با یک کاندوم، پارگی کمتری رخ داده بود.

۹. آیا کاندومها باعث ناتوانی در ایجاد نعوظ می‌شوند؟

خیر. برای اغلب مردان این مشکل اتفاق نخواهد افتاد. ناتوانی علل زیادی دارد. بعضی از علل فیزیکی و بعضی احساسی هستند. خود کاندومها سبب ناتوانی در نعوظ نمی‌شوند. با وجود این، تعداد کمی از مردان ممکن است طی استفاده از کاندوم در حفظ نعوظ مشکل داشته باشند. سایر مردان، بخصوص مردان مسن-تر، به علت کمتر شدن حس جنسی ناشی از کاندوم، ممکن است در حفظ نعوظ مشکل داشته باشند. بکار بردن ماده لزج کننده بیشتر ممکن است در افزایش حس جنسی این مردان مفید باشد.

۱۰. آیا از کاندومها اغلب در روابط تصادفی یا افرادی که به خاطر پول رابطه جنسی برقرار می‌کنند استفاده می‌شود؟

خیر. اگر چه تعداد زیادی شرکای جنسی در روابط تصادفی، برای محافظت در مقابل بیماریهای آمیزشی از کاندوم استفاده می‌کنند، زوجهای ازدواج کرده در سراسر دنیا از کاندوم به خاطر اثر آن در جلوگیری از

حاملگی نیز استفاده می‌کنند. به عنوان مثال، در ژاپن ۴۲٪ زوجهای ازدواج کرده از کاندوم استفاده می‌کنند که بیشتر از سایر روشهای تنظیم خانواده است.

۱.۱. آیا حساسیت به کاندوم لاتکس شایع است؟

خیر. در جمعیت عمومی حساسیت به لاتکس شایع نیست، و گزارش واکنش‌های حساسیتی خفیف به کاندوم نیز بسیار نادر است. واکنش‌های حساسیتی شدید به کاندوم فوق‌العاده نادر است.

افرادی که نسبت به دستکش‌ها یا بادکنک‌های لاستیکی واکنش حساسیتی دارند ممکن است به کاندومهای لاتکس نیز چنین واکنشی را نشان دهند. واکنش خفیف شامل سرخی، خارش، بثورات یا ادم پوستی در محل تماس با لاستیک لاتکس است. واکنش شدید شامل کهیر یا بثورات در اکثر نقاط بدن، سرگیجه، تنفس مشکل یا از دست دادن هوشیاری بعد از تماس با لاتکس است. هم زنان و مردان ممکن است به لاتکس و کاندومهای لاتکس حساسیت داشته باشند.

کاندوم‌های زنانه (Female Condoms)

در این فصل کاندوم‌های پلاستیکی زنانه (صناعی) توضیح داده می‌شود.

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- کاندوم‌های زنانه در جلوگیری از عفونت‌های آمیزشی، از جمله HIV، مؤثر هستند. کاندوم‌ها تنها روش‌های جلوگیری از حاملگی هستند که می‌توانند هم از حاملگی و هم از عفونت‌های آمیزشی جلوگیری کنند.
- برای کسب بیشترین تأثیر، مستلزم استفاده صحیح در هر بار نزدیکی جنسی است.
- زن می‌تواند آغازگر استفاده از کاندوم زنانه باشد، اما همکاری شریک جنسی نیز در این روش ضروری است.
- ممکن است نیاز به کمی تمرین داشته باشد. جاگذاری و خارج کردن کاندوم زنانه از واژن با تمرین و کسب تجربه راحت‌تر می‌شود.

کاندوم‌های زنانه چه روشهایی هستند؟

- پوشش یا لایه‌ای که بطور شل در داخل واژن زن قرار می‌گیرند و از ورقه پلاستیکی نازک، نرم و شفاف ساخته شده است.
- دارای حلقه‌های قابل خم شدن در هر دو انتها هستند.
- حلقه موجود در انتهای بسته به جاگذاری کاندوم کمک می‌کند.
- حلقه موجود در انتهای باز قسمتی از کاندوم را در خارج واژن نگه می‌دارد.
- اسامی مارکهای مختلف عبارتند از Femidom، Care، FC، کاندوم زنانه، Femy، Dominique، Reality و Protective، Myfemy.
- سطح داخلی و خارجی آن با ماده نرم‌کننده سیلیکونی نرم و لیز شده است.
- کاندوم‌های زنانه لاتکسی ممکن است در بعضی از کشورها در دسترس باشند.
- با تشکیل مانعی که اسپرم را در خارج از واژن نگه می‌دارد، از حاملگی جلوگیری می‌کند. همچنین از آلوده شدن شریک جنسی با عفونتهای موجود در مایع منی یا روی آلت یا در واژن جلوگیری می‌کند.

میزان اثربخشی:

میزان اثربخشی آن بستگی به استفاده کننده دارد: در صورتی که کاندوم‌های زنانه با هر نزدیکی جنسی استفاده نشوند، خطر حاملگی یا عفونت آمیزشی (STI) بیشتر می‌شود. میزان حاملگی یا عفونت در اثر استفاده نادرست، سر خوردن یا پارگی کاندوم کم است.

جلوگیری از حاملگی:

- در موارد استفاده معمول، حدود ۲۱ حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از کاندوم زنانه طی سال اول اتفاق می‌افتد. یعنی ۷۹ زن از ۱۰۰ زن استفاده کننده از کاندوم زنانه حامله نخواهند شد.
- در صورتی که در هر رابطه جنسی بطور صحیح استفاده شود، حدود ۵ حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از آن طی سال اول دیده می‌شود.

بازگشت باروری بعد از قطع استفاده از کاندوم زنانه: بدون تأخیر

پیشگیری از HIV و سایر موارد STI ها:

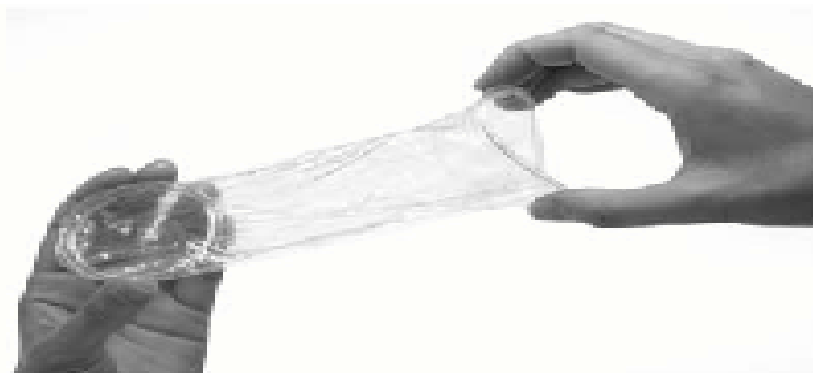
- کاندوم‌های زنانه در صورت استفاده صحیح در هر نزدیکی جنسی خطر عفونت با STI ها، از جمله HIV، را کاهش می‌دهند.

چرا بعضی از زنان کاندوم‌های زنانه را دوست دارند؟

- زنان می‌توانند آغازگر استفاده از این روش باشند.
- بافت نرم و مرطوبی دارند که در مقایسه با کاندوم‌های لاتکس مردانه در طول رابطه جنسی احساس طبیعی‌تری ایجاد می‌کنند.
- هم در جلوگیری از حاملگی و هم STI ها از جمله HIV کمک می‌کنند.
- در بعضی از زنان، حلقه خارجی آنها تحریک جنسی را افزایش می‌دهد.
- می‌توان بدون ملاقات با ارائه دهندگان خدمات بهداشتی از آنها استفاده کرد.

چرا بعضی از مردان کاندوم‌های زنانه را دوست دارند؟

- می‌توان قبل از آغاز رابطه جنسی جاگذاری کرد، بنابراین نیازی به قطع رابطه جنسی ندارد.
- مانند کاندوم‌های مردانه سفت و محکم نیستند.
- احساس جنسی را مانند کاندوم‌های مردانه کم نمی‌کند.
- نیازی به خارج کردن بلافاصله بعد از انزال وجود ندارد.



آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی

ندارد

خطرهای شناخته شده سلامت

ندارد

فواید شناخته شده سلامت

در برابر موارد زیر نقش محافظتی دارد:

- خطرهای ناشی از حاملگی
- STIها، از جمله HIV

اصلاح باورهای نادرست (به پرسشها و پاسخهای صفحه ۲۱۱ نیز مراجعه کنید).

کاندومهای زنانه:

- در داخل بدن زن مفقود نمی‌شود.
- استفاده از آنها سخت نیست، اما مستلزم آموزش استفاده صحیح است.
- سوراخی ندارد که HIV بتواند از آنها عبور کند.
- زوج‌های ازدواج کرده از آنها استفاده می‌کنند. فقط برای استفاده در موارد روابط خارج از ازدواج نیست.
- بعلت ممانعت از ورود مایع منی یا اسپرم به داخل بدن زن، سبب بیماری در زن نمی‌شوند.

چه کسانی می‌توانند از کاندومهای زنانه استفاده کنند؟

معیارهای مقبولیت طبی برای

کاندومهای زنانه

تمام زنان می‌توانند از کاندومهای زنانه پلاستیکی استفاده کنند. هیچ وضعیت طبی برای منع استفاده از این روش وجود ندارد.

(برای اطلاع از معیارهای مقبولیت برای کاندومهای زنانه لاتکسی، به معیارهای مقبولیت طبی برای کاندومهای مردانه در صفحه ۱۹۴ مراجعه کنید. برای اطلاع از مراقبت از زنانی که به لاتکس حساسیت دارند به کاندومهای مردانه، تحریک خفیف در داخل یا اطراف واژن و آلت یا واکنش حساسیتی خفیف به کاندوم، صفحه ۱۹۹، و واکنش حساسیتی شدید به کاندوم در صفحه ۱۹۹ مراجعه کنید).

ارائه کاندوم‌های زنانه

زمان شروع

- هر زمانی که بخواهد.

توضیح چگونگی استفاده

نکته مهم: هر زمان که ممکن باشد، به او نشان دهید که چگونه کاندوم زنانه را جاگذاری کند. از یک مدل یا عکس، در صورت دسترسی، یا از دست‌هایتان برای توضیح استفاده کنید. می‌توانید با یک دست مجرای شبیه واژن ایجاد کنید و چگونگی جاگذاری کاندوم زنانه را با دست دیگری نشان دهید.

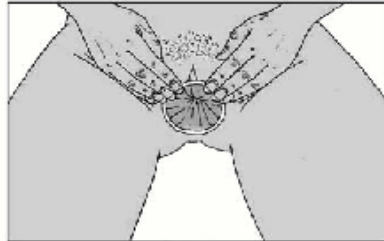
۵ گام اساسی استفاده از کاندوم زنانه را شرح دهید.

گامهای اساسی	جزئیات مهم
۱. در هر نزدیکی جنسی از یک کاندوم جدید زنانه استفاده کنید.	• بسته کاندوم را بررسی کنید اگر آسیب دیده یا پاره باشد استفاده نکنید. از مصرف کاندوم‌های تاریخ گذشته اجتناب کنید. فقط در صورتی که کاندوم‌های جدید در دسترس نباشند از آن استفاده کنید.
۲. قبل از هرگونه تماس فیزیکی کاندوم را در داخل واژن قرار دهید.	• در صورت امکان، قبل از جاگذاری کاندوم دست‌های خود را با صابون ملایم و آب تمیز بشویید.
۳. قبل از هرگونه تماس فیزیکی کاندوم را در داخل واژن قرار دهید.	• می‌توان حداکثر ۸ ساعت قبل از نزدیکی جنسی کاندوم را جاگذاری کرد. برای کسب بیشترین اثر حفاظتی، کاندوم را قبل از تماس آلت مرد با واژن جاگذاری کنید.
	• وضعیت راحتی را برای جاگذاری انتخاب کنید. چمباتمه زده، روی یک ساق پا، نشسته یا خوابیده به پشت.
	• کناره‌های کاندوم زنانه را به همدیگر بمالید تا ماده نرم کننده بطور یکنواخت پخش شود.
	• حلقه انتهای بسته را محکم از دو طرف گرفته و به هم فشار دهید تا دراز و باریک شود.
	• با دست دیگر لب‌های خارجی دستگاه تناسلی را از هم جدا کنید و موقعیت ورودی واژن را تعیین کنید.
	• حلقه داخلی را با آرامی تا جایی که بالا می‌رود بداخل واژن فشار دهید. یک انگشت خود را داخل کاندوم نمایید تا با فشار آن کاندوم در جای خود قرارگیرد. حدود ۲-۳ سانتی‌متر از کاندوم و حلقه خارجی در بیرون واژن باقی می‌ماند.



۳. مطمئن شوید که آلت وارد کاندوم شده و در داخل کاندوم باقی می‌ماند.

- مرد یا زن باید به دقت سر آلت را به داخل کاندوم راهنمایی کنند نه بین کاندوم و دیواره واژن. اگر آلت خارج از کاندوم وارد شود باید آنرا عقب کشیده و دوباره سعی شود.
- اگر کاندوم در حین نزدیکی جنسی، تصادفاً بیرون از واژن کشیده شده یا به داخل واژن فشرده شده است، به جای خود برگردانید.



۴. بعد از اینکه مرد آلت را بیرون کشید، حلقه بیرونی کاندوم را گرفته و پیچانده و به آرامی آنرا از واژن بیرون بکشید.

خارج کردن کاندوم زنانه بلافاصله بعد از نزدیکی جنسی ضروری نیست.



• برای جلوگیری از پخش شدن مایع منی کاندوم را قبل از برخاستن خارج کنید.

• اگر زوجین رابطه جنسی مجدد داشته باشند باید از یک کاندوم جدید استفاده کنند.

• استفاده مجدد از کاندوم‌های زنانه توصیه نمی‌شود (به سؤال ۵ در صفحه ۲۱۱ مراجعه کنید).

۵. بیرون انداختن بی-خطر کاندوم‌های مصرف شده

- کاندوم را در بسته‌بندی خود قرار داده، و آن را در سطل آشغال یا چاه توالت (latrine) بیندازید. کاندوم را داخل مجرای توالت سیفون‌دار نیندازید چون ممکن است سبب مسدود شدن آن شود.



حمایت از مصرف کننده

- مطمئن شوید که دریافت کننده خدمات، روش استفاده صحیح را آموخته است.
- از او بخواهید ۵ گام اساسی در استفاده از کاندوم زنانه را در حالیکه کاندوم در دستش است، شرح دهد.
- در صورت وجود مدل، او می‌تواند جاگذاری و خارج کردن کاندوم را روی مدل تمرین کند.
- تعداد بیشتری کاندوم و در صورت دسترسی، ماده نرم‌کننده به او بدهید.
- به او بگویید در صورت نیاز از کجا می‌تواند کاندوم زنانه را خریداری کند.
- توضیح دهید که چرا استفاده از کاندوم در هر نزدیکی جنسی مهم است.
- فقط یک بار نزدیکی جنسی محافظت نشده می‌تواند منجر به حاملگی یا STIها یا هر دو شود.
- اگر در یک بار نزدیکی جنسی از کاندوم استفاده نشده است، سعی کنید در نزدیکی بعدی از آن استفاده کنید. یک یا دو مرتبه اشتباه به این معنی نیست که استفاده از کاندوم در دفعه بعدی اهمیت ندارد.
- در مورد قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPها) توضیح دهید.
- در مورد استفاده از ECPها در مواردی از قبیل اشتباه در استفاده از کاندوم شامل عدم استفاده از کاندوم برای کمک به جلوگیری از حاملگی توضیح دهید. (به قسمت قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی در صفحه ۴۵ مراجعه کنید).
- در مورد راههای صحبت در باره استفاده از کاندوم بحث کنید. (به مطرح کردن استفاده از کاندوم، در صفحه ۱۹۳ مراجعه کنید).

مواد نرم کننده برای کاندوم‌های زنانه

کاندوم‌های زنانه پلاستیکی با ماده نرم کننده سیلیکونی نرم شده‌اند. برخلاف اغلب کاندوم‌های مردانه که از جنس لاتکس هستند، کاندوم‌های پلاستیکی را می‌توان با هر نوع ماده نرم کننده بر پایه آب، سیلیکون یا روغن مورد استفاده قرار داد.

داخل بعضی از کاندوم‌های زنانه ماده نرم کننده اضافی وجود دارد. در بعضی از مراکز امکان فراهم کردن ماده نرم کننده بیشتری وجود دارد. در صورت نیاز به نرم کننده بیشتر، زن می‌تواند از آب تمیز، آب دهان (بزاغ) یا هر روغن یا لوسیون یا نرم کننده ساخته شده از گلیسرین یا سیلیکون استفاده کند.

نکات مهم برای استفاده کنندگان جدید

- به استفاده کننده جدید توصیه کنید که جاگذاری و خارج کردن کاندوم را قبل از نزدیکی جنسی بعدی تمرین کند. به او اطمینان دهید که استفاده صحیح با تمرین آسانتر می‌شود. ممکن است تا زمان احساس راحتی در استفاده از کاندوم زنانه، چندین مرتبه نیاز باشد که زن از آن استفاده کند.
- توصیه کنید زن در وضعیتهای مختلف جاگذاری کاندوم را انجام دهد تا راحت‌ترین وضعیت را پیدا کند.
- کاندوم زنانه لغزنده است. بعضی از زنان، بخصوص در دفعات اولیه جاگذاری، احساس می‌کنند که اگر جاگذاری آهسته صورت گیرد راحت‌تر است.
- اگر زن از روش دیگری به کاندوم زنانه تغییر روش داده باشد، توصیه کنید روش قبلی را تا زمانی که بتواند از کاندوم زنانه با اطمینان استفاده کند، ادامه دهد.

"هر زمان که خواستید مراجعه کنید": دلایل مراجعه مجدد

به او اطمینان دهید که هر زمان بخواهد می‌تواند مراجعه کند. به عنوان مثال اگر مشکل یا سوالی دارد یا می‌خواهد از روش دیگری استفاده کند؛ هرگونه تغییر عمده‌ای در وضعیت سلامت او ایجاد شده است؛ یا تصور می‌کند که احتمالاً حامله است.

همچنین اگر:

- در استفاده صحیح یا مداوم (در هر بار نزدیکی جنسی) از کاندوم زنانه مشکل دارد.
- اخیراً رابطه جنسی محافظت نشده داشته و می‌خواهد از حاملگی جلوگیری کند. ممکن است بتواند به از ECP ها استفاده کند (به قسمت قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی در صفحه ۴۵ مراجعه کنید).

کمک به استفاده کنندگان مداوم

۱. از او در مورد نحوه استفاده از روش و رضایت او از آن سؤال کنید. از او بپرسید آیا سؤال یا مطلبی برای بحث کردن وجود دارد؟
۲. مخصوصاً از او بپرسید آیا او در استفاده صحیح و مداوم در هر بار نزدیکی از کاندوم‌های زنانه مشکلی دارد؟ هرگونه اطلاعات یا کمک مورد نیاز را ارائه کنید (به قسمت اداره مشکلات در صفحه ۲۱۰ مراجعه کنید).
۳. تعداد بیشتری کاندوم زنانه به او بدهید و او را تشویق کنید قبل از تمام شدن آنها برای دریافت مقادیر بیشتر برگردد. جاهای دیگری را که می‌تواند کاندوم‌های زنانه را تهیه کند به او یادآوری کنید.
۴. از مصرف کنندگان طولانی مدت در مورد تغییرات عمده زندگی که ممکن است براحتیاجات آنها تأثیر بگذارد، مخصوصاً برنامه‌ریزی برای داشتن فرزندان بیشتر و خطر STI ها، از جمله HIV، سؤال کنید. مطابق نیاز پیگیری کنید.

مدیریت مشکلات

مشکلات مربوط به استفاده

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

- مشکلات همراه با کاندوم‌ها بر رضایت افراد و استفاده آنها از روش تأثیر می‌گذارد. این مشکلات نیازمند نظارت ارائه دهنده هستند. اگر زن هر مشکلی اظهار کند به نگرانی‌های او گوش داده، توصیه‌های لازم را ارائه 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. مگر اینکه کاندوم برای محافظت از بیماری‌های آمیزشی از جمله HIV ضروری باشد.

مشکل در جاگذاری کاندوم زنانه

- از او درباره چگونگی جاگذاری کاندوم زنانه سؤال کنید. در صورت دسترسی به مدل، از او بخواهید نحوه جاگذاری را روی مدل نشان دهد و اجازه دهید که با مدل تمرین کند. اگر مدل در دسترس نبود، توصیه کنید نحوه مصرف را با دستهای خود نشان دهد.

حلقه داخلی ناراحت کننده یا دردناک است

- به او توصیه کنید کاندوم را دوباره جاگذاری کند یا تغییر محل دهد تا حلقه داخلی بالاتر رفته و پشت استخوان پوبیس قرار گیرد و از مسیر خارج شود.

کاندوم حین نزدیکی ایجاد صدا می‌کند

- توصیه کنید ماده نرم کننده بیشتری به سطح داخلی کاندوم یا روی آلت بمالد.

کاندوم سرخورده است، استفاده نشده است یا بطور نادرست استفاده شده است

- ECP‌ها می‌توانند به جلوگیری از حاملگی کمک کنند (به قسمت قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی در صفحه ۴۵ مراجعه کنید).
- در صورت پارگی یا خارج شدن کاندوم یا عدم استفاده از آن، برای کاهش خطر نمی‌توان کاری انجام داد (به کاندوم‌های مردانه سوال ۷ در صفحه ۲۰۱ مراجعه کنید). اگر زن بعد از یک نزدیکی جنسی محافظت نشده دچار علائم و نشانه‌های STI‌ها شود، او را ارجاع دهید.
- اگر زن خارج شدن کاندوم را گزارش کند، ممکن است کاندوم زنانه را بطور نادرست جاگذاری کرده است. از او بخواهید نحوه جاگذاری را با استفاده از مدل یا دستها نشان دهد. اشتباهات او را اصلاح کنید.

مشکل در متقاعد کردن شریک جنسی برای استفاده از کاندوم یا عدم امکان استفاده در هر نزدیکی

- درباره راه‌های گفتگو با شریک جنسی و درمورد اهمیت استفاده از کاندوم در جلوگیری از حاملگی و STI‌ها بحث کنید (به کاندوم‌های مردانه، مشکل در متقاعد کردن شریک جنسی برای استفاده از کاندوم، یا عدم امکان اینکه قادر به استفاده از کاندوم در هر نزدیکی به صفحه ۹۸ مراجعه کنید).

ایجاد تحریک خفیف در داخل یا اطراف واژن یا آلت (خارش، قرمزی یا بثورات)

- معمولاً بدون درمان خود به خود از بین می‌رود.
- توصیه کنید برای کاهش اصطکاک که ممکن است سبب تحریک شود، از ماده نرم کننده در داخل کاندوم یا روی آلت استفاده کنید.
- در صورت تداوم علائم، از نظر عفونت احتمالی واژن یا STI‌ها ارزیابی کرده، درمان مناسب را انجام دهید.
- اگر عفونتی وجود نداشته باشد، به او کمک کنید روش دیگری را انتخاب کند، مگر اینکه در معرض خطر STI‌ها از جمله HIV باشد.
- به افرادی که در معرض خطر STI‌ها از جمله HIV هستند، پیشنهاد کنید که از کاندوم‌های مردانه استفاده کنند. اگر امکان استفاده از کاندوم‌های مردانه وجود ندارد، تشویق کنید علی‌رغم احساس ناراحتی استفاده از کاندوم‌های زنانه را ادامه دهد.
- اگر هیچکدام از شرکای جنسی عفونت نداشته باشند، وفاداری متقابل در روابط جنسی، بدون نیاز به استفاده از کاندوم، در مقابل STI‌ها محافظت می‌کند اما از حاملگی جلوگیری نمی‌کند.

شک به حاملگی

- از نظر حاملگی ارزیابی کنید.
- زنان می‌توانند در طی حاملگی بطور بی‌خطر برای تداوم جلوگیری از STI‌ها از کاندوم‌های زنانه استفاده کنند.

پرسشها و پاسخها در مورد کاندوم‌های زنانه

۱. آیا استفاده از کاندوم‌های زنانه مشکل است؟
خیر. اما نیاز به تمرین و تحمل دارد (به نکاتی برای استفاده کنندگان جدید در صفحه ۲۰۹ مراجعه کنید).
۲. آیا کاندوم‌های زنانه بطور موثر می‌توانند هم از حاملگی و هم از STI‌ها از جمله HIV جلوگیری کنند؟
بله. کاندوم‌های زنانه اگر بطور صحیح و مستمر استفاده شوند، می‌توانند هم از حاملگی و هم از STI‌ها از جمله HIV جلوگیری کنند. باوجود این، بسیاری از مردم از کاندوم‌های زنانه در هر بار نزدیکی جنسی استفاده نمی‌کنند یا بطور نادرست استفاده می‌کنند. این امر اثر آنها در جلوگیری از حاملگی و STI‌ها را کاهش می‌دهد.
۳. آیا بطور همزمان می‌توان هم از کاندوم زنانه و هم مردانه استفاده کرد؟
خیر. کاندوم‌های زنانه و مردانه نباید بطور همزمان با یکدیگر بکار روند این مسئله می‌تواند سبب اصطکاک شود که منجر به سر خوردن یا پارگی کاندوم‌ها می‌شود.
۴. بهترین روش برای اطمینان از اینکه آلت به داخل کاندوم رفته و خارج آن نیست چه روشی است؟
برای اجتناب از استفاده نادرست فرد باید آلت را با دقت وارد کرده و درون حلقه خارجی کاندوم قرار دهد اگر آلت بین دیواره واژن و کاندوم قرار گیرد فرد باید نزدیکی را قطع کرده، دوباره سعی کند.
۵. آیا کاندوم‌های زنانه را می‌توان بیش از یکبار استفاده کرد؟
استفاده مجدد از کاندوم‌ها پیشنهاد نمی‌شود. بخاطر اینکه کاندوم‌های زنانه بطور کافی در بعضی مناطق در دسترس نیستند و تعدادی از مصرف کنندگان دوباره از آن‌ها استفاده می‌کنند، سازمان بهداشت جهانی دستورالعملی را برای ضد عفونی و شستشوی کاندوم‌های زنانه برای استفاده مجدد تدوین کرده است. این دستورالعملها از نظر کارایی و ایمنی آزموده شده‌اند. در صورتیکه کاندوم زنانه در دسترس محدود باشد، در برخی از برنامه‌ها این دستورالعملها برای استفاده مجدد ارائه شده‌اند.
۶. آیا کاندوم زنانه را می‌توان حین خونریزی ماهیانه بکار برد؟
زن می‌تواند کاندوم زنانه را در طی خونریزی ماهیانه‌اش استفاده کند. با این حال، نمی‌توان از کاندوم زنانه همزمان با تامپون استفاده کرد. تامپون باید قبل از جایگذاری کاندوم زنانه برداشته شود.
۷. آیا کاندوم‌های زنانه از نظر راحتی خیلی بزرگ نیستند؟
خیر. کاندوم‌های زنانه همان طول کاندوم‌های مردانه را دارند اما گشادترند. آن‌ها خیلی قابل انعطاف بوده و به شکل و حالت واژن می‌باشند. کاندوم‌های زنانه بدقت طراحی شده و برای هر زنی با هر اندازه از واژن و هر مردی و با هر اندازه آلت امتحان شده‌اند.
۸. آیا کاندوم زنانه در داخل بدن زن مفقود می‌شود؟
خیر. کاندوم زنانه در بدن زن باقی می‌ماند تا او خود آن را خارج کند. کاندوم زنانه نمی‌تواند از طریق سرویکس به داخل رحم برود چون بزرگ است.

۹. آیا کاندوم زنانه را می‌توان در وضعیت‌های (positions) مختلف جنسی مورد استفاده قرار داد؟
بله. کاندوم زنانه می‌تواند در هر وضعیت جنسی استفاده شود.

۱۰. چرا کاندوم‌های زنانه گرانتر از کاندوم‌های مردانه هستند؟

در سال ۲۰۰۶، قیمت عمده کاندوم‌های زنانه هر عدد ۰/۶۶ دلار آمریکا (US\$) بود، در حالیکه قیمت هر عدد کاندوم مردانه فقط ۰/۰۳ دلار آمریکا بود. علت آن این است که قیمت ماده پلی‌اورتان بیشتر از لاتکس بود و همچنین چون کاندوم‌های زنانه خیلی کمتر تولید می‌شوند. برای کمک به کاهش قیمت، کاندوم‌های زنانه لاتکسی توسعه یافته‌اند. قیمت عمده کاندوم‌های زنانه لاتکسی جدید هر عدد حدود ۰/۲۲ US\$ است. انتظار می‌رود که برنامه‌ها این کاندوم‌ها را بیشتر خریداری نموده و بطور گسترده‌تر آنها را توزیع نمایند.

مواد اسپرمکش و دیافراگم‌ها

مواد اسپرمکش (Spermicides)

نکات کلیدی برای متقاضیان و دریافت کنندگان خدمات

- مواد اسپرمکش مدت کوتاهی قبل از نزدیکی جنسی در عمق واژن قرار داده می‌شوند.
- برای اثربخشی بیشتر، مستلزم استفاده صحیح در هر عمل جنسی هستند.
- یکی از کم اثرترین روش‌های جلوگیری از بارداری می‌باشند.
- می‌توان آنها را به عنوان روش اولیه یا روش پشتیبان مورد استفاده قرار داد.

مواد اسپرمکش چه موادی هستند؟

- مواد اسپرمکش موادی هستند که قبل از نزدیکی جنسی در عمق واژن نزدیک سرویکس قرار می‌گیرند.
 - نانوکسی نول-۹ پرمصرف‌ترین ماده اسپرمکش است.
 - سایر موارد شامل بنزالکونیوم کلراید، کلر هگزیدین، منفیگول، اکتوکسینول-۹ و سدیم دوکوسیت است.
- بصورت قرص‌های کف‌کننده (foaming tablets)، شیاف‌های ذوب‌شونده یا کف‌کننده، قوطی‌های حاوی کف فشرده، ورقه‌های ذوب‌شونده (melting films)، ژل و کرم در دسترس هستند.
 - ژل‌ها، کرم‌ها و کف موجود در قوطی‌ها را می‌توان به تنهایی، یا همراه دیافراگم یا کاندومها استفاده کرد.
 - ورقه‌ها، شیاف‌ها، قرص‌های کف‌کننده یا شیاف‌های کف‌کننده را می‌توان به تنهایی یا همراه با کاندومها استفاده کرد.
- مکانیسم اثر آنها شکستن غشاء اسپرم‌ها، کشتن اسپرم‌ها یا کاهش حرکات آنهاست. این امر مانع ملاقات اسپرم با تخمک می‌شود.



میزان اثربخشی

میزان اثربخشی بستگی به مصرف کننده دارد. در صورت عدم استفاده مرتب مواد اسپرمکش در هر بار رابطه جنسی، بیشترین خطر حاملگی وجود دارد.

- یکی از روش‌های تنظیم خانواده با کمترین اثر بخشی است.
- در مصرف رایج، حدود ۲۹ مورد حاملگی در صد زن استفاده کننده از مواد اسپرمکش در سال اول رخ می‌دهد. یعنی از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از مواد اسپرمکش ۷۱ نفر حامله نخواهند شد.
- در صورت استفاده صحیح در هر رابطه جنسی، حدود ۱۸ مورد حاملگی در هر ۱۰۰ زن استفاده کننده در سال اول رخ می‌دهد.

بازگشت باروری بعد از قطع مصرف مواد اسپرمکش: تأخیری وجود ندارد.

محافظت در برابر STIها: اثر محافظتی ندارد. استفاده مکرر از نانوکسینول - ۹ ممکن است خطر آلودگی با HIV را افزایش دهد (به سؤال ۳ در صفحه ۲۲۹ مراجعه کنید).

آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی (به اداره مشکلات در صفحه ۲۲۶ مراجعه کنید).

تعدادی از استفاده کنندگان موارد زیر را گزارش می‌کنند:

- ایجاد تحریک در داخل یا اطراف واژن یا آلت
- سایر تغییرات فیزیکی احتمالی:
- ضایعات واژینال

خطرهای شناخته شده سلامت

غیرشایع:

- عفونت دستگاه ادراری مخصوصاً وقتی که از مواد اسپرمکش روزانه ۲ بار یا بیشتر استفاده شود.

نادر:

- استفاده مکرر از نانوکسی نول-۹ ممکنست خطر آلودگی با HIV را افزایش دهد (به سؤال ۳ در صفحه ۲۲۹ مراجعه کنید)

فواید شناخته شده سلامت

کمک به حفاظت در مقابل:

- خطرهای ناشی از حاملگی



اصلاح باورهای نادرست (به پرسشها و پاسخها در صفحه ۲۲۹ نیز مراجعه کنید)

مواد اسپرمکش:

- ترشحات واژینال را کاهش نمی‌دهند و یا طی رابطه جنسی سبب خونریزی در زنان نمی‌شوند.
- سبب سرطان دهانه رحم یا نقص‌های مادرزادی نمی‌شوند.
- در برابر STIها اثر محافظتی ندارند.
- میل جنسی زنان یا مردان را تغییر نمی‌دهند و در اکثر مردان لذت جنسی را کاهش نمی‌دهند.
- خونریزی ماهیانه زنان را قطع نمی‌کنند.

چرا بعضی از زنان می‌گویند که مواد اسپرمکش را دوست دارند.

- توسط خود زن کنترل می‌شوند.
- آثار جانبی هورمونی ندارند.
- لغزندگی واژن را افزایش می‌دهند.
- می‌توان بدون ملاقات با ارائه دهنده خدمات از آن استفاده کرد.
- می‌توان قبل از شروع نزدیکی استفاده کرد، بنابراین نیاز به قطع رابطه جنسی ندارند.

چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از مواد اسپرمکش استفاده کنند.

ایمن و مناسب برای اکثر زنان

معیارهای مقبولیت طبی برای

مواد اسپرمکش

تمام زنان می‌توانند بدون خطر از مواد اسپرمکش استفاده کنند بجز زنانی که:

- در معرض خطر بالای آلودگی با HIV هستند.
- آلوده به HIV هستند.
- ایدز دارند.

ارائه مواد اسپرمکش

زمان شروع

- هر زمان که متقاضی خدمات بخواهد.

توضیح نحوه استفاده از مواد اسپرمکش

-
- مواد اسپرمکش را ارائه کنید
 - هر قدر که امکان داشته باشد مواد اسپرمکش به او بدهید. حتی در صورت امکان ذخیره یکساله را به او ارائه کنید.

نحوه جاگذاری مواد اسپرمکش بداخل واژن را توضیح دهید.

۱. تاریخ انقضای را چک کنید و از کاربرد مواد اسپرمکش تاریخ گذشته اجتناب کنید.
۲. در صورت امکان با آب تمیز و صابون ملایم دستها را بشویید.
۳. کف یا کرم: قوطی کف را محکم تکان دهید. ماده اسپرمکش را از قوطی یا لوله بداخل اپلیکاتور پلاستیکی فشار دهید. اپلیکاتور را در عمق واژن نزدیک دهانه رحم وارد کنید و پیستون را فشار دهید.
۴. قرصها، شیافها، ژلها: مواد اسپرمکش را با استفاده از اپلیکاتور یا بوسیله انگشتان در عمق واژن نزدیک دهانه رحم وارد کنید.
۵. ورقهها: ورقه را از وسط تا کرده، بوسیله انگشتان خشک وارد واژن کنید (در غیر این صورت ورقه به انگشتان شما خواهد چسبید نه به دهانه رحم).

زمان جاگذاری مواد اسپرمکش به داخل واژن را توضیح دهید.

- کف یا کرم: هر زمانی کمتر از یک ساعت قبل از رابطه جنسی
- قرصها، ژلها، شیافها، ورقه: با توجه به نوع آن ده دقیقه تا یک ساعت قبل از رابطه جنسی

در مورد داشتن روابط جنسی متعدد توضیح دهید.

- قبل از هر رابطه جنسی مجدداً از مواد اسپرمکش استفاده کنید.

بعد از رابطه جنسی واژن را شستشو ندهید (از دوش واژینال استفاده نکنید).

- شستشو (دوش واژینال) پیشنهاد نمی‌شود چون در این صورت مواد اسپرمکش شسته خواهند شد و همچنین خطر عفونتهای آمیزشی را افزایش می‌دهد.

اگر مجبور به شستشو هستید، حداقل تا ۶ ساعت بعد از رابطه جنسی صبر کنید.

- اگر مجبور به شستشو هستید، حداقل تا ۶ ساعت بعد از رابطه جنسی صبر کنید.

حمایت از مصرف کنندگان مواد اسپرم‌کش

مطمئن شوید که متقاضی خدمات استفاده صحیح را یاد گرفته است.

- از او بخواهید چگونگی و زمان جاگذاری مواد اسپرم‌کش را تکرار کند.

شایعترین آثار جانبی را توضیح دهید.

- خارش و تحریک پذیری اطراف یا داخل واژن یا روی آلت

در مورد قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPs) توضیح دهید.

- در مورد استفاده از ECPها در موارد عدم مصرف مواد اسپرم‌کش یا عدم استفاده مناسب از آن توضیح دهید (به قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی در صفحه ۴۵ مراجعه کنید). در صورت امکان به او ECPها را بدهید.

دیافراگم‌ها (Diaphragms)

نکات کلیدی برای متقاضیان و دریافت کنندگان خدمات

- دیافراگم قبل از رابطه جنسی در عمق واژن قرار داده می‌شود. سرویکس را می‌پوشاند. ماده اسپرم‌کش مورد استفاده همراه آن اثر آن را در جلوگیری از حاملگی افزایش می‌دهد.
- قبل از شروع مصرف، معاینه لگنی لازم است. ارائه دهنده خدمات باید دیافراگم با اندازه مناسب را انتخاب کند.
- برای بیشترین اثربخشی، مستلزم استفاده صحیح در هر رابطه جنسی است.

دیافراگم چیست؟

- کاپ نرم از جنس لاتکس است که دهانه رحم را می‌پوشاند. دیافراگم‌های پلاستیکی نیز در دسترس هستند.
- لبه دیافراگم حاوی فنر سفت و قابل انعطافی است که دیافراگم را در جای خود نگه می‌دارد.
- برای افزایش اثربخشی همراه با کرم، ژل یا موادکف کننده اسپرم‌کش استفاده می‌شود.
- در اندازه‌های مختلف موجود است و مستلزم تعیین اندازه مناسب توسط ارائه دهنده آموزش دیده است.
- مکانیسم اثر آن ممانعت از ورود اسپرم به داخل دهانه رحم است. مواد اسپرم‌کش اسپرم را کشته یا آن را ناتوان می‌کنند. هر دو مورد از ملاقات اسپرم با تخمک جلوگیری می‌کنند.

میزان اثربخشی آن چقدر است؟



میزان اثربخشی بستگی به استفاده کننده دارد: زمانی که دیافراگم همراه مواد اسپرمکش در هر رابطه جنسی استفاده نشود، بیشترین خطر حاملگی وجود دارد.

- در مصرف رایج حدود ۱۶ حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از دیافراگم همراه مواد اسپرمکش در سال اول دیده می‌شود یعنی از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از دیافراگم ۸۴ نفر حامله نخواهد شد.
- در صورتی که در هر نزدیکی جنسی به طور صحیح استفاده شود، ۶ حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از دیافراگم همراه با مواد اسپرمکش در سال اول دیده می‌شود.

بازگشت باروری بعد از قطع استفاده از دیافراگم: بدون تأخیر

محافظت در برابر STI ها: ممکن است تا حدودی اثر محافظتی در برابر موارد خاص STI ایجاد کند، اما نباید برای جلوگیری از STI به آن اطمینان کرد (به سؤال ۸ در صفحه ۲۳۰ مراجعه کنید).

آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی (به اداره مشکلات در صفحه ۲۲۶ مراجعه کنید)

تعدادی از استفاده کنندگان موارد زیر را گزارش می‌کنند:

- تحریک در داخل اطراف واژن یا آلت
- سایر تغییرات فیزیکی احتمالی
- ضایعات واژن

فواید شناخته شده سلامت

کمک به محافظت در مقابل:

- خطرهای ناشی از حاملگی
- کمک احتمالی به محافظت در مقابل:
- STI های خاص (کلامیدیا، گونوره، بیماری التهابی لگن و تریکومونیاژیس)
- موارد پیش سرطانی و سرطان دهانه رحم

خطرهای سلامت شناخته شده

شایع تا غیرشایع:

- عفونت دستگاه ادراری

غیرشایع:

- واژینوز باکتریایی
- کاندیدیازیس

نادر:

- استفاده مکرر از نانوکسی نول- ۹ ممکن است خطر آلودگی با HIV را افزایش دهد (به سؤال ۳ در صفحه ۲۲۹ مراجعه کنید)

فوق العاده نادر:

- سندرم شوک توکسیک

اصلاح باورهای نادرست (همچنین به قسمت پرسشها و پاسخها در صفحه ۲۲۹ مراجعه کنید).

دیافراگمها:

- بر احساس جنسی تأثیر ندارند. تعداد کمی از مردان اظهار می‌کنند دیافراگم را طی رابطه جنسی احساس می‌کنند، اما اکثر آنها احساس نمی‌کنند.
- نمی‌توانند از دهانه رحم عبور کنند. به داخل رحم وارد نمی‌شوند یا در بدن زن گم نمی‌شوند.
- سبب سرطان دهانه رحم نمی‌شوند.

چرا بعضی از زنان می‌گویند که دیافراگم را دوست دارند.

- توسط خود زن کنترل می‌شود.
- آثار جانبی هورمونی ندارد.
- می‌توان قبل از رابطه جنسی جاگذاری کرد، بنابراین نیاز به قطع رابطه جنسی ندارند.

چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از دیافراگمها استفاده کنند؟

ایمن و مناسب تقریباً برای همه زنان

تقریباً همه زنان می‌توانند بطور سالم و مؤثر از دیافراگم استفاده کنند.

معیارهای مقبولیت طبی برای

دیافراگمها

از او سؤالات زیر را در مورد وضعیت‌های شناخته شده طبی بپرسید.

نیازی به انجام معاینات و آزمایشها وجود ندارد. اگر وی به تمام سؤالات پاسخ «خیر» دهد، در صورت تمایل می‌تواند استفاده از دیافراگم را شروع کند. اگر به سؤالی پاسخ «بلی» بدهد، دستورالعمل مربوطه را دنبال کنید در بعضی از موارد هنوز می‌تواند استفاده از دیافراگم را شروع کند. این سؤالات در مورد کلاهک دهانه رحم نیز کاربرد دارند (به صفحه ۲۳۲ مراجعه کنید).

۱. آیا اخیراً زایمان یا سقط عمدی یا خودبه‌خود سه ماهه دوم داشته‌اید؟ اگر بلی، چه موقع؟

خیر بلی دیافراگم نباید تا ۶ هفته بعد از زایمان یا سقط‌های سه ماهه دوم، یعنی تا زمانیکه رحم و دهانه رحم به اندازه طبیعی خود بازگردد، استفاده شود. تا آن موقع یک روش پشتیبان* برای استفاده ارائه دهید.

* روش‌های پشتیبان شامل پرهیز، کاندوم‌های زنانه و مردانه، مواد اسپرم‌کش و روش منقطع هستند. به او بگویند که مواد اسپرم‌کش و روش منقطع، روشهای جلوگیری با حداقل کارایی هستند. در صورت امکان به او کاندوم بدهید.

معیارهای مقبولیت طبی برای دیافراگم‌ها (ادامه)

۲. آیا به لاستیک لاتکس حساسیت دارید؟

خیر بلی او نباید از دیافراگم لاتکسی استفاده کند. او می‌تواند از دیافراگم پلاستیکی استفاده کند.

۳. آیا آلوده به عفونت HIV یا ایدز هستید؟ آیا شما فکر می‌کنید در معرض خطر ابتلا به عفونت HIV قرار دارید؟ (در مورد آنچه که زن را در معرض خطر عفونت HIV قرار می‌دهند بحث کنید. [به قسمت عفونت‌های آمیزشی، از جمله HIV، چه کسی در معرض خطر است؟ در صفحه ۲۷۰ مراجعه کنید]. به عنوان مثال، شریک جنسی او HIV دارد).

خیر بلی دیافراگم را ارائه نکنید. برای محافظت در برابر HIV توصیه کنید از کاندوم به تنهایی یا همراه با یک روش دیگر استفاده کند.

برای طبقه بندی کامل، به معیارهای مقبولیت طبی برای استفاده از روشهای جلوگیری از حاملگی در صفحه ۳۱۵ مراجعه کنید. مطمئن باشید که فواید و خطرهای سلامت و آثار جانبی روشی را که قرار است استفاده کند توضیح داده‌اید. همچنین هر وضعیتی که مربوط به زن بوده و استفاده از روش را برای او غیرقابل توصیه می‌کند خاطر نشان کنید.

استفاده از قضاوت بالینی در موارد خاص استفاده از دیافراگم

معمولاً زنانی که هر کدام از وضعیت‌های فهرست شده در زیر را دارند نباید از دیافراگم استفاده کنند. با وجود این، در شرایط خاص، وقتی سایر روشها در دسترس یا قابل قبول برای زن نیستند، ارائه دهنده ماهر خدمات که قادر به ارزیابی دقیق وضعیت و موقعیت خاص زن است، ممکن است تصمیم بگیرد که او می‌تواند از دیافراگم همراه با مواد اسپرم کش استفاده کند. ارائه دهنده خدمات باید شدت وضعیت زن را بررسی کرده و در اغلب شرایط امکان دسترسی او به پیگیری را ارزیابی کند.

- سابقه سندرم شوک توکسیک
- حساسیت به لاتکس، بخصوص اگر حساسیت خفیف وجود دارد (به تحریک خفیف در داخل یا اطراف واژن یا آلت یا واکنش حساسیتی خفیف به کاندوم در صفحه ۱۹۹ مراجعه کنید).
- عفونت HIV یا AIDS

ارائه دیافراگم‌ها

زمان شروع

موقعیت زن	زمان شروع
هر زمان	در هر زمان
	<ul style="list-style-type: none">• اگر او در کمتر از ۶ هفته گذشته زایمان ترم یا سقط خود به خودی یا القا شده در سه ماهه دوم داشته است، در صورت نیاز یک روش پیش‌تیبیان به او ارائه کنید، تا ۶ هفته سپری شود.
توصیه ویژه برای زنانی که قبلاً از روش دیگری استفاده می‌کردند.	<ul style="list-style-type: none">• پیشنهاد کنید سعی کند برای مدتی در حالیکه هنوز از روش دیگر استفاده می‌کند، از دیافراگم نیز استفاده کند. با این کار او می‌تواند اطمینان پیدا کند که می‌تواند به طور صحیح از دیافراگم استفاده کند.

توضیح روش تعیین اندازه مناسب

یادگیری تعیین اندازه مناسب دیافراگم در زنان به آموزش و تمرین نیاز دارد. توضیح زیر خلاصه بوده و جزئیات را آموزش نمی‌دهد.

۱. ارائه دهنده خدمات از روش‌های مناسب جلوگیری از عفونت استفاده می‌کند. (به قسمت جلوگیری از عفونت در درمانگاه در صفحه ۳۰۲ مراجعه کنید).
 ۲. زن همانند وضعیت معاینه لگنی دراز می‌کشد.
 ۳. ارائه دهنده خدمات وضعیت‌هایی را که ممکن است استفاده از دیافراگم را برای زن غیرممکن سازد، مانند پرولاپس رحم، کنترل می‌کند.
 ۴. او انگشتان شست و میانی خود را برای تعیین اندازه صحیح دیافراگم به داخل واژن وارد می‌کند.
 ۵. او دیافراگم مناسب ویژه‌ای، طوری که دهانه رحم را ببوشاند، را به داخل واژن زن وارد می‌کند. سپس موقعیت دهانه رحم را بررسی کرده و اطمینان می‌یابد که دیافراگم بطور مناسب در محل قرار گرفته و به راحتی بیرون نمی‌آید.
 ۶. ارائه دهنده خدمات، دیافراگم با اندازه مناسب و مقادیر زیادی از مواد اسپرم‌کش جهت استفاده با آن را به زن می‌دهد و به او روش استفاده صحیح را می‌آموزد (به توضیح نحوه استفاده از دیافراگم در صفحه ۲۲۴ مراجعه کنید).
- با استفاده از دیافراگم با اندازه مناسب، زن نباید چیزی را در داخل واژن خود، حتی در زمان راه رفتن یا طی رابطه جنسی، احساس کند.

توضیح نحوه استفاده از دیافراگم

نکته مهم: هر زمان که امکان داشته باشد، محل استخوان پوبیس و دهانه رحم را با یک مدل یا عکس به زن نشان دهید. توضیح دهید که دیافراگم پشت استخوان پوبیس قرار گرفته و دهانه رحم را می‌پوشاند.

۵ گام اساسی برای استفاده از دیافراگم را توضیح دهید.

گام‌های اساسی	جزئیات مهم
۱. یک قاشق پر از کرم، ژل یا کف اسپرم‌کش را به داخل و اطراف لبه‌های دیافراگم بریزید.	<ul style="list-style-type: none"> در صورت امکان دست‌ها را با صابون ملایم و آب تمیز شستشو دهید. دیافراگم را از نظر وجود سوراخ، ترک‌خوردگی یا پارگی با گرفتن آن جلوی نور کنترل کنید. تاریخ انقضای مصرف ماده اسپرم‌کش را کنترل کرده، از مصرف مواد اسپرم‌کش تاریخ گذشته اجتناب کنید. دیافراگم را کمتر از ۶ ساعت قبل از نزدیکی جنسی جاگذاری کنید.
۲. دو لبه دیافراگم را به طرف هم فشار دهید و تا جایی که امکان دارد به داخل واژن فرو برید.	<ul style="list-style-type: none"> حالتی را انتخاب کنید که برای جاگذاری راحت‌تر باشد - چمباتمه زدن، بالا آوردن یک ران، نشستن یا دراز کشیدن.
۳. دیافراگم را لمس کنید تا مطمئن شوید دهانه رحم را پوشانده است.	<ul style="list-style-type: none"> از وسط سقف دیافراگم، دهانه رحم مانند نوک بینی لمس می‌شود. اگر با دیافراگم احساس ناراحتی می‌کنید، آن را خارج کرده، دوباره جاگذاری کنید.
	
۴. دیافراگم را حداقل تا ۶ ساعت بعد از رابطه جنسی در محل حفظ کنید.	<ul style="list-style-type: none"> دیافراگم را حداقل تا ۶ ساعت بعد از رابطه جنسی در محل حفظ کنید، اما آن را بیشتر از ۲۴ ساعت در محل باقی نگذارید. باقی ماندن دیافراگم در جای خود بیشتر از یک روز خطر سندرم شوک توکسیک را افزایش داده، همچنین سبب ترشحات بد بوی واژن می‌شود (بعد از برداشتن دیافراگم بو و ترشحات خود به خود از بین می‌روند). در نزدیکیهای متعدد جنسی، قبل از هر بار نزدیکی اطمینان یابید که دیافراگم در محل صحیح خود قرار دارد و مجدداً از ماده اسپرم‌کش بر روی دیافراگم استفاده کنید.

- ۵. برای برداشتن دیافراگم انگشت خود را به آرامی به زیر لبه دیافراگم فرو برید تا دیافراگم پائین کشیده شده و بیرون بیاید.
- در صورت امکان، دست‌ها را با صابون ملایم و آب تمیز بشویید.
- یک انگشت را داخل واژن وارد کنید تا لبه دیافراگم را احساس کنید.
- با آرامی انگشت خود را زیر لبه دیافراگم برده و دیافراگم را پائین کشیده و خارج کنید. مراقب باشید دیافراگم را با ناخن پاره نکنید.
- بعد از هر بار استفاده دیافراگم را با صابون ملایم و آب تمیز شسته و خشک کنید.

حمایت از مصرف کنندگان دیافراگم

- اطمینان یابید که مصرف کننده، نحوه مصرف صحیح را فهمیده است. از او بخواهید نحوه جاگذاری و خارج کردن دیافراگم و زمان آن را تکرار کند.
- توضیح دهید که با گذشت زمان، استفاده از دیافراگم راحت‌تر خواهد شد. با تکرار بیشتر جاگذاری و خارج کردن دیافراگم، استفاده از آن آسانتر خواهد شد.
- شایعترین آثار جانبی را توضیح دهید. خارش و تحریک در داخل یا اطراف واژن یا آلت تناسلی (پنیس)
- در مورد قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECP) توضیح دهید. در مورد استفاده از ECP در صورت خارج شدن دیافراگم از محل خود یا استفاده نامناسب از آن توضیح دهید (به قسمت قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی مراجعه کنید). در صورت امکان به او ECPها را بدهید.
- در مورد تعویض دیافراگم توضیح دهید. در صورتی که دیافراگم نازک شده، سوراخ در آن ایجاد شده یا سفت شود نباید از آن استفاده کرد و باید تعویض شود. او باید هر ۲ سال دیافراگم جدید دریافت کند.

نکات مهم برای مصرف کنندگان مواد اسپرمکش یا دیافراگم همراه با مواد اسپرمکش

- در صورت امکان مواد اسپرمکش باید در جای خنک و خشک دور از نور خورشید نگهداری شوند. شیاف‌ها ممکن است در هوای گرم ذوب شوند. قرص‌های کف کننده اگر خشک نگه داشته شوند، در هوای گرم ذوب نمی‌شوند.
- در صورت امکان دیافراگم باید در جای خشک و خنک نگهداری شود.
- اگر او اخیراً سابقه زایمان یا سقط خود به خود یا القایی سه ماهه دوم داشته باشد، نیاز به دیافراگم با اندازه مناسب جدیدی دارد.

"هر زمان که خواستید مراجعه کنید": دلایل مراجعه مجدد

به هر یک از دریافت کنندگان خدمات اطمینان دهید که هر وقت بخواهند می‌توانند مراجعه کنند. به عنوان مثال، اگر مشکلات یا سوالاتی دارند یا می‌خواهند از روش دیگری استفاده کنند؛ تغییر عمده‌ای در وضعیت سلامتی شان ایجاد شده است یا احتمال می‌دهند که حامله هستند.

توصیه عمومی سلامت: هر فردی که ناگهان احساس کند مشکل مهمی در ارتباط با سلامتی او وجود دارد باید بلافاصله در پی دریافت مراقبت طبی توسط یک پرستار یا پزشک باشد. به احتمال زیاد روش جلوگیری که او استفاده می‌کند سبب این وضعیت نشده، اما او باید به پرستار یا پزشک بگوید که از چه روشی استفاده می‌کند.

کمک به مصرف کنندگان مداوم

۱. در مورد نحوه استفاده و رضایت او از روش سؤال کنید. از او بپرسید سؤال یا موردی برای بحث دارد؟
۲. مخصوصاً در مورد وجود مشکل در مصرف صحیح و نیز در هر بار نزدیکی جنسی سؤال کنید. به او هر گونه اطلاعات یا کمک مورد نیاز را ارائه کنید (به اداره مشکلات در صفحه بعدی مراجعه کنید).
۳. به او مواد اسپرم کش بیشتری بدهید و او را تشویق کنید تا قبل از تمام شدن آن برای دریافت مجدد مراجعه کند. یادآوری کنید که در صورت نیاز از کجا می‌تواند مواد اسپرم‌کش بیشتری تهیه کند.
۴. از مصرف کننده طولانی مدت بپرسید که آیا از زمان آخرین ملاقات مشکل جدیدی در مورد سلامتی او وجود داشته است؟ با مشکلات بطور مناسب برخورد کنید. به قسمت مشکلات جدید سلامت که ممکن است مستلزم تعویض روش باشند، صفحه ۲۲۸، مراجعه کنید.
۵. از مصرف کننده طولانی مدت در مورد تغییرات عمده زندگی که ممکن است بر نیازهای او تأثیر بگذارد، مخصوصاً برنامه ریزی برای بچه‌دار شدن و خطر STI / HIV، سؤال کنید. طبق نیاز پیگیری کنید.

اداره مشکلات

مشکلاتی که به عنوان آثار جانبی یا مشکلات همراه با استفاده گزارش می‌شوند.

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

- آثار جانبی یا مشکلات همراه با مواد اسپرم‌کش یا دیافراگم‌ها بر رضایت زن و استفاده از روش تأثیر می‌گذارد. ارائه دهندگان خدمات باید به این مشکلات توجه کنند. اگر زن آثار جانبی یا مشکلات را گزارش کند به نگرانی‌های او گوش فرا دهید، به او آگاهی داده، توصیه‌های لازم را انجام دهید و در صورت امکان 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.

مشکلات جاگذاری یا خارج کردن دیافراگم

- توصیه‌های مربوط به جاگذاری و خارج کردن دیافراگم را ارائه کنید. از او بخواهید دیافراگم را در درمانگاه جاگذاری کرده و خارج کند. پس از جاگذاری او، قرارگیری آن را در محل کنترل کنید. هر اشتباهی را اصلاح کنید.

ناراحتی یا درد همراه با استفاده از دیافراگم

- دیافراگم خیلی بزرگ ممکن است سبب ناراحتی شود. از نظر تناسب اندازه آن را کنترل کنید.
 - اگر دیافراگم خیلی بزرگ است، دیافراگم کوچکتر مناسبی انتخاب کنید.
 - اگر اندازه دیافراگم مناسب به نظر می‌رسد و انواع مختلف دیافراگم در دسترس هستند، از دیافراگم نوع دیگری استفاده کنید.
- از او بخواهید دیافراگم را در درمانگاه جاگذاری کرده، سپس خارج کند. محل دیافراگم را پس از جاگذاری آن توسط زن، کنترل کنید. مطابق نیاز توصیه‌های بیشتری به او بکنید.

- از نظر وجود ضایعات در واژن کنترل کنید:
- در صورت وجود ضایعات یا زخم در واژن به او پیشنهاد کنید بطور موقت از روش دیگری استفاده کند (کاندومها یا روشهای خوراکی جلوگیری از حاملگی) و این روشها را به او ارائه کنید.
- از نظر عفونت واژن یا عفونتهای آمیزشی (STIها) ارزیابی کنید. بطور مناسب درمان کرده یا برای درمان ارجاع دهید.
- در صورت استفاده از روش دیگر، ضایعات خود به خود رفع خواهند شد.

تحریک در داخل یا اطراف واژن یا آلت مرد (زن یا شریک جنسی او دچار خارش، بثورات یا تحریکی هستند که به مدت یک روز یا بیشتر طول می‌کشد).

- در صورت عدم وجود عفونت توصیه کنید از انواع دیگر مواد اسپرم کش استفاده کند.
- از نظر عفونت واژن یا عفونتهای آمیزشی ارزیابی کنید و بطور مناسب درمان کرده یا برای درمان ارجاع دهید.

عفونت دستگاه ادراری (سوزش یا درد حین دفع ادرار، تکرر ادرار در حجم کم، وجود خون در ادرار، کمردرد)

- با کوتریموکسازول ۲۴۰mg خوراکی یک بار در روز به مدت ۳ روز یا تری متوپریم ۱۰۰mg خوراکی یکبار در روز به مدت ۳ روز یا نیتروفورانتوئین ۵۰mg خوراکی دوبار در روز به مدت ۳ روز درمان کنید.
- اگر عفونت راجعه وجود داشته باشد، استفاده از دیافراگم کوچکتر مناسبی را امتحان کنید.

واژینوز باکتریال (ترشح غیرطبیعی سفید یا خاکستری با بوی نامطلوب که ممکن است سبب سوزش هنگام دفع ادرار و/یا خارش اطراف واژن نیز شود)

- با ۲ گرم مترونیدازول خوراکی به صورت تک دوز یا ۵۰۰-۴۰۰mg مترونیدازول خوراکی دو بار در روز به مدت ۷ روز درمان کنید.

کاندیدیاژیس (ترشح غیرطبیعی سفید که ممکن است آبکی یا غلیظ و تکه تکه باشد، همچنین ممکن است موجب سوزش ادرار و/یا قرمزی و خارش اطراف واژن شود).

- با ۱۵۰mg فلوکونازول خوراکی به صورت تک دوز، ۲۰۰mg شیاف واژینال میکونازول یک بار در روز به مدت سه روز، یا ۱۰۰mg قرص واژینال کلوتریمازول ۲ بار در روز به مدت سه روز درمان کنید.
- شیافهای میکونازول روغنی هستند و ممکن است سبب تضعیف دیافراگم لاتکسی شوند. زنانی که از میکونازول واژینال استفاده می‌کنند، نباید در طول درمان از دیافراگم یا کاندوم لاتکسی استفاده کنند. آنها می‌توانند تا پایان درمان از کاندومهای پلاستیکی زنانه یا مردانه یا روش دیگر استفاده کنند (درمان خوراکی سبب تضعیف لاتکس نمی‌شود).

شک به حاملگی

- از نظر حاملگی ارزیابی کنید.
- هیچ خطر شناخته شده‌ای برای جنینی که در خلال استفاده از مواد اسپرم‌کش بارور شده است، وجود ندارد.

مشکلات جدیدی که ممکن است مستلزم تعویض روش باشند.

ممکن است به علت استفاده از روش باشند یا ارتباطی با آن نداشته باشند.

عقونتهای راجعه دستگاه ادراری یا عقونتهای واژینال (از قبیل واژینوز باکتریال یا کاندیدیازیس)

- دیافراگم مناسب کوچکتری را امتحان کنید.

حساسیت به لاتکس (قرمزی، خارش، بثورات و /یا ادم دستگاه تناسلی، کشاله ران یا رانها [واکنش خفیف]؛ یا کهیر یا بثورات در اکثر قسمت های بدن، سرگیجه، تنفس مشکل، از دست دادن هوشیاری [واکنش شدید])

- به او توصیه کنید که استفاده از دیافراگم لاتکسی را قطع کند. در صورت امکان دیافراگم پلاستیکی به او بدهید، یا کمک کنید که روش دیگری، به جز کاندوم لاتکسی، انتخاب کند.

سندروم شوک سمی (تب بالای ناگهانی، بثورات بدنی، استفراغ، اسهال، سرگیجه، گلو درد و درد عضلانی) به علایم و نشانه های وضعیتهای خطرناک سلامت در صفحه ۳۱۳ مراجعه کنید.

- مراجعه کننده را درمان نموده یا برای تشخیص و درمان فوری ارجاع دهید. سندرم شوک سمی ممکن است کشنده باشد.
- به او توصیه کنید که استفاده از دیافراگم را قطع کند. در انتخاب روش دیگری، به جز کلاهک دهانه رحم، به او کمک کنید.

پرسشها و پاسخها در باره مواد اسپرمکش و دیافراگمها

۱. آیا مواد اسپرمکش سبب ناهنجاریهای جنینی می شوند؟ آیا اگر زن حامله به طور اتفاقی از مواد اسپرمکش استفاده کند، جنین آسیب می بیند؟

خیر. شواهد خوب نشان می دهند که مواد اسپرمکش موجب ناهنجاریهای جنینی نمی شوند یا به عبارت دیگر، اگر زن در حین استفاده از مواد اسپرمکش حامله شود یا به طور تصادفی در حین حاملگی از مواد اسپرمکش استفاده کند، جنین آسیب نمی بیند.

۲. آیا مواد اسپرمکش سرطانزا هستند؟

خیر. مواد اسپرمکش سرطانزا نیستند.

۳. آیا مواد اسپرمکش خطر آلودگی با HIV را افزایش می دهند؟

در زنانی که از نانوکسیپول -۹ چند بار در روز استفاده می کنند، خطر آلودگی با HIV ممکن است افزایش یابد. مواد اسپرمکش می توانند سبب التهاب واژن شوند که این امر ممکن است سبب ایجاد زخمهای کوچک در واژن یا دستگاه تناسلی خارجی شود. این زخمها احتمال آلودگی فرد با HIV را افزایش می دهند. مطالعاتی که نشان دهنده افزایش خطر HIV همراه با مصرف مواد اسپرمکش هستند، شامل زنانی بوده اند که روزانه بطور مکرر از مواد اسپرمکش استفاده می کرده اند. زنانی که نزدیکی متعدد جنسی روزانه دارند، باید از روش دیگری برای جلوگیری از حاملگی استفاده کنند. با وجود این، یک مطالعه در زنانی که به طور متوسط سه بار در هفته از نانوکسیپول -۹ استفاده می کردند، نشان داد که خطر عفونت با HIV در این افراد نسبت به زنانی که از مواد اسپرمکش استفاده نمی کردند، افزایش نداشت.

۴. آیا استفاده از دیافراگم برای زنان ناراحت کننده است؟

خیر. اگر اندازه دیافراگم مناسب بوده و به طور صحیح جاگذاری شود، ناراحت کننده نیست. زن و شریک جنسی او معمولاً در طی رابطه جنسی، دیافراگم را احساس نمی‌کنند. ارائه دهنده خدمات برای هر زن دیافراگم با اندازه مناسبی را انتخاب می‌کند، بطوریکه دیافراگم مناسب او بوده و او را اذیت نمی‌کند. اگر دیافراگم ناراحت‌کننده باشد، زن باید برای کنترل مناسب بودن اندازه دیافراگم و اطمینان یافتن از جاگذاری و خارج‌سازی صحیح دیافراگم مراجعه کند.

۵. اگر زن دیافراگم را بدون استفاده از مواد اسپرم‌کش به کار ببرد، آیا باز هم از حاملگی جلوگیری می‌کند؟

شواهد کافی برای اطمینان از این مسئله وجود ندارند. مطالعات محدود نشان داده‌اند که میزان حاملگی در استفاده‌کنندگان از دیافراگم بدون مصرف مواد اسپرم‌کش زیاد می‌باشد. بنابراین، استفاده از دیافراگم بدون مواد اسپرم‌کش توصیه نمی‌شود.

۶. آیا زن می‌تواند دیافراگم را در تمام روز در واژن نگهدارد؟

بله. اگر چه انجام چنین کاری توصیه نمی‌شود. اگر زن نتواند کمی قبل از رابطه جنسی دیافراگم را جاگذاری کند می‌تواند آن را در تمام روز در واژن نگه دارد. با وجود این، او نباید دیافراگم را بیشتر از ۲۴ ساعت در محل خود نگه دارد. این کار سبب افزایش خطر سندرم شوک سمی می‌شود.

۷. آیا زنان می‌توانند همراه با دیافراگم از مواد نرم کننده استفاده کنند؟

بله. در صورتی که دیافراگم از جنس لاتکس باشد، فقط می‌توان از نرم‌کننده‌هایی با ماده پایه آب یا سیلیکون استفاده کرد. از نرم‌کننده‌های روغنی به علت آسیب به لاتکس نمی‌توان استفاده کرد. موادی که نباید همراه با دیافراگم لاتکس استفاده کرد، شامل هر گونه روغن (آشپزی، بچه، نارگیل، معدنی)، ژل پترولی، لوسیون‌ها، کلد کرم‌ها، کره، کره کاکائو و مارگارین است. نرم‌کننده‌های روغنی سبب آسیب دیافراگم پلاستیکی نمی‌شوند. معمولاً مواد اسپرم‌کش، نرم‌کنندگی کافی برای استفاده‌کنندگان دیافراگم فراهم می‌کنند.

۸. آیا دیافراگم‌ها از زنان در برابر STI‌ها، از جمله HIV، محافظت می‌کنند؟

تحقیقات حاکی از آن هستند که دیافراگم تا حدودی از فرد در برابر عفونت‌های سرویکس مثل سوزاک و کلامیدیا محافظت می‌کند. در برخی از مطالعات نیز دریافته‌اند که استفاده از دیافراگم ممکن است از فرد در برابر بیماری‌های التهابی لگن و تریکومونیا نیز محافظت کند. مطالعات ارزیابی اثر محافظتی دیافراگم در برابر HIV در حال انجام هستند. در حال حاضر فقط کاندوم زنانه و مردانه جهت محافظت از HIV و سایر موارد STI‌ها پیشنهاد می‌شوند.

۹. اسفنج واژینال (vaginal sponge) چیست و میزان تأثیر آن چقدر است؟

اسفنج واژینال از جنس پلاستیک بوده و حاوی مواد اسپرم‌کش است. با آب مرطوب شده، در واژن طوری جاگذاری می‌شود که در مقابل دهانه رحم قرار بگیرد. هر اسفنج را فقط یک بار می‌توان به کار برد. اسفنج به طور گسترده قابل دسترس نیست.

اثر بخشی آن بستگی به استفاده‌کننده دارد: زمانی که زن در هر رابطه جنسی از اسفنج استفاده نکند، بیشترین خطر حاملگی وجود دارد.

زنانی که سابقه زایمان دارند:

- در استفاده رایج، یکی از کم‌اثرترین روش‌ها است.
- در استفاده رایج، حدود ۳۲ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده‌کننده از اسفنج در طی سال اول مشاهده می‌شود.

- در صورت استفاده صحیح از اسفنج در هر رابطه جنسی، حدود ۲۰ حاملگی در ۱۰۰ زن در طی سال اول دیده می‌شود.

برای زنانی که سابقه زایمان ندارند، مؤثرتر است:

- در استفاده رایج، حدود ۱۶ حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از اسفنج در طی سال اول دیده می‌شود.
- در صورت استفاده صحیح در هر رابطه جنسی، حدود ۹ حاملگی در ۱۰۰ زن در طی سال اول استفاده دیده می‌شود.

کلاهک دهانه رحم (Cervical Caps)

فقط نکات اساسی

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه دهندگان خدمات

- کلاهک دهانه رحم قبل از برقراری رابطه جنسی در عمق واژن قرار داده می‌شود. این وسیله روی دهانه رحم را می‌پوشاند.
- برای کسب بیشترین اثربخشی، مستلزم استفاده صحیح در هر رابطه جنسی است.
- برای افزایش اثربخشی، این وسیله همراه مواد اسپرم‌کش استفاده می‌شود.

کلاهک دهانه رحم چیست؟

- کلاهکی پلاستیکی، نرم و گود که به راحتی دهانه رحم را می‌پوشاند.
- در اندازه‌های مختلف وجود دارد، برای تعیین اندازه مناسب به فرد دوره دیده نیاز هست.
- مکانیسم اثر کلاهک دهانه رحم جلوگیری از ورود اسپرم به داخل دهانه رحم است و مواد اسپرم‌کش سبب از بین رفتن یا ناتوانی اسپرم می‌شوند. هر دو مورد فوق مانع رسیدن اسپرم به تخمک می‌شوند.

میزان تأثیر

میزان تأثیر آن بستگی به فرد استفاده کننده دارد: در مواردی که کلاهک دهانه رحم همراه با مواد اسپرم‌کش در هر رابطه جنسی استفاده نشود، بیشترین خطر حاملگی وجود دارد.



زنان با سابقه زایمان

در استفاده رایج یکی از کم اثرترین روش‌ها است.

- در استفاده رایج، حدود ۳۲ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از کلاهک همراه با مواد اسپرم‌کش در طول یک سال دیده می‌شود. یعنی، از هر صد زن استفاده کننده از این روش ۶۸ نفر حامله نمی‌شوند.
- در صورت استفاده صحیح در هر رابطه جنسی، حدود ۲۰ حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از کلاهک دهانه رحم در طول یک سال دیده می‌شود.

برای زنانی که سابقه زایمان ندارند مؤثرتر است:

- در صورت استفاده رایج، حدود ۱۶ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از کلاهک دهانه رحم همراه با مواد اسپرم‌کش در سال اول دیده می‌شود. یعنی از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از کلاهک دهانه رحم، ۸۴ نفر حامله نخواهند شد.
- در صورت استفاده صحیح در هر رابطه جنسی حدود ۹ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از کلاهک دهانه رحم در طول یک سال دیده می‌شود.

بازگشت باروری بعد از قطع استفاده از کلاهک دهانه رحم: بدون تأخیر

محافظت در برابر بیماری‌های آمیزشی: اثر محافظتی ندارد.

عوارض جانبی، فواید و خطرهای سلامت

مشابه دیافراگم‌ها است (به قسمت دیافراگم‌ها، آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت در صفحه ۲۲۰ مراجعه کنید).

معیارهای مقبولیت طبی برای

کلاهک‌های دهانه رحم

سؤالات مربوط به معیارهای مقبولیت طبی برای دیافراگم‌ها را از او بپرسید (به صفحه ۲۲۱ مراجعه کنید). همچنین سؤالات زیر را که در باره وضعیت‌های شناخته شده طبی هستند، بپرسید. انجام معاینات و آزمایش‌ها ضروری نیست. اگر پاسخ او به تمام سؤالات زیر و سؤالات مربوط به دیافراگم‌ها "خیر" بود، فرد می‌تواند در صورت تمایل، استفاده از کلاهک دهانه رحم را آغاز کند. اگر او به سؤالی پاسخ "بله" بدهد، دستورالعمل مربوطه را دنبال کنید. در بعضی موارد او هنوز می‌تواند استفاده از کلاهک دهانه رحم را شروع کند.

۱. آیا شما تا به حال به علت تغییرات پیش سرطانی دهانه رحم (نئوپلازی داخل اپی‌تلیال دهانه رحم (CIN) یا سرطان دهانه رحم درمان شده‌اید یا قرار است تحت درمان قرار بگیرید؟
 خیر بلی کلاهک دهانه رحم را ارائه نکنید.

برای طبقه بندی کامل به صفحه ۳۱۵، معیارهای مقبولیت طبی برای استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی مراجعه کنید. مطمئن باشید فواید و خطرات سلامت و آثار جانبی روشی را که زن استفاده خواهد کرد توضیح داده‌اید. همچنین هر وضعیتی که مربوط به زن بوده و استفاده از روش را برای او غیر قابل توصیه می‌کند، را خاطر نشان کنید.

ارائه کلاهک‌های دهانه رحم

ارائه کلاهک‌های دهانه رحم مشابه ارائه دیافراگم (به صفحه ۲۲۳ مراجعه کنید) و حمایت از استفاده کنندگان دیافراگم (به صفحه ۲۲۵ مراجعه کنید) است. تفاوت‌ها شامل موارد زیر هستند:



جاگذاری

- یک سوم کلاهک را با کرم، ژل یا کف اسپرم‌کش پر کنید.
- لبه کلاهک را به اطراف دهانه رحم فشار دهید تا کاملاً روی آن را بپوشاند، با فشار ملایم روی ناحیه گنبدی کلاهک ایجاد مکش نموده، دهانه رحم را توسط کلاهک مسدود کنید.
- کلاهک دهانه رحم را هر زمان حداکثر تا ۴۲ ساعت قبل از برقراری رابطه جنسی جاگذاری کنید.

خارج کردن کلاهک دهانه رحم

- کلاهک دهانه رحم را حداقل ۶ ساعت بعد از آخرین انزال شریک جنسی خارج کنید، اما در کل (با در نظر گرفتن زمان جاگذاری قبل از نزدیکی) نباید بیشتر از ۴۸ ساعت کلاهک را در واژن باقی بگذارید.
- نگهداشتن کلاهک بیشتر از ۴۸ ساعت از زمان جاگذاری سبب افزایش خطر سندرم شوک سمی شده، می‌تواند سبب ایجاد بوی بد و ترشحات واژینال شود.
- حلقه کلاهک را به یک طرف خم نماند تا از دهانه رحم جدا شود، سپس به آرامی کلاهک را بطرف پائین کشیده و از واژن خارج کنید.

روشهای مبتنی بر آگاهی از زمان باروری (Fertility Awareness Methods)

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- روشهای مبتنی بر آگاهی از زمان باروری مستلزم همکاری شریک جنسی هستند.
- زوجین باید متعهد باشند که در روزهایی که قابلیت باروری وجود دارد از روش دیگری استفاده کرده و یا از نزدیکی خودداری کنند.
- زن باید از تغییرات بدن خود آگاه باشد یا حساب روزهای مربوط به سیکل قاعدگی خود را، بر اساس قواعد مربوط به هر روش خاصی، نگه داشته باشد.
- هیچگونه آثار جانبی یا خطرهای سلامتی ندارد.

روشهای مبتنی بر آگاهی از زمان باروری چه روشهایی هستند؟

- آگاهی از باروری به این معنی است که زن بداند چگونه می‌تواند بفهمد که قابلیت باروری او چه زمانی از سیکل قاعدگی وی شروع و چه زمانی خاتمه می‌یابد (زمان باروری زمانی است که او می‌تواند حامله شود).
- گاهی تحت عنوان پرهیز دوره‌ای یا روش طبیعی تنظیم خانواده نامیده می‌شود.
- زن می‌تواند از روشهای متعدد، به تنهایی یا چند روش با هم، برای تعیین زمان شروع و خاتمه قابلیت باروری خود استفاده کند.
- روشهای محاسبه تقویمی (Calendar-based methods)، شامل نگهداشتن حساب روزهای سیکل قاعدگی برای تعیین ابتدا و انتهای روزهای باروری است.
- مثالها: روش روزهای استاندارد (Standard Days Method) و روش ریتم تقویمی (Calendar Rhythm Method).
- روشهای مبتنی بر نشانه‌ها (Symptom-based methods) وابسته به مشاهده علائم باروری هستند.
- ترشحات دهانه رحم: زمانی که زن ترشحات دهانه رحم را می‌بیند یا احساس می‌کند، ممکن است در دوره باروری باشد. او ممکن است فقط احساس رطوبت کم در واژن بکند.
- درجه حرارت پایه بدن (BBT): درجه حرارت زمان استراحت در بدن زنان بعد از آزاد شدن تخمک (تخمک‌گذاری) به میزان کمی افزایش می‌یابد. در این زمان، احتمال حاملگی وجود دارد. درجه حرارت بدن او تا شروع دوره خونریزی ماهیانه بعدی او بالا می‌ماند.
- مثالها: روش دو روزه، روش درجه حرارت پایه بدن، روش تخمک‌گذاری (تحت عنوان روش بیلینگز [Billings method] یا روش موکوس دهانه رحم نیز گفته می‌شود) و روش نشانه‌ای - حرارتی.
- بطور اولیه از طریق کمک به زن در دانستن اینکه چه زمانی احتمال حامله شدن وجود دارد، عمل می‌کند. زوجین با خودداری از نزدیکی حفاظت نشده در طول این روزهای باروری - معمولاً با خودداری از نزدیکی

یا استفاده از کاندوم یا دیافراگم - می‌توانند از حاملگی جلوگیری کنند. بعضی از زوجین طی این روزها از مواد اسپرم کش یا روش نزدیکی منقطع استفاده می‌کنند، اما این روشها از کم اثرترین روشها هستند.

میزان تأثیر

میزان تأثیر بستگی به استفاده کننده از روش دارد: زمانی که زوجین در روزهای باروری بدون استفاده از روش دیگر نزدیکی داشته باشند، بیشترین خطر حاملگی وجود دارد.



- در استفاده رایج، حدود ۲۵ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از روش خودداری دوره‌ای رخ می‌دهد (نحوه تعیین زمان باروری این زنان نامعلوم است. میزان حاملگی در استفاده رایج بطور جداگانه برای اکثر روشهای مبتنی بر آگاهی از روزهای باروری در دسترس نیست). یعنی از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از پرهیز دوره‌ای ۷۵ نفر حامله نمی‌شوند. استفاده از بعضی از روشهای جدیدتر مبتنی بر آگاهی از زمان باروری آسانتر هستند، بنابراین تأثیر بیشتری نیز دارند (به ص ۲۴۷، سؤال ۳ مراجعه کنید)
- میزان حاملگی در استفاده مستمر و صحیح انواع مختلف این روشها متفاوت است (به جدول زیر مراجعه کنید).
- به طور کلی، خودداری از نزدیکی در خلال روزهای باروری مؤثرتر از استفاده از سایر روشها در این زمان است.

میزان حاملگی با استفاده صحیح و مستمر و خودداری از نزدیکی در روزهای باروری

روش	حاملگی در ۱۰۰ زن در طول سال اول
روشهای تقویمی	
روش روزهای استاندارد	۵
روش ریتم تقویمی	۹
روشهای مبتنی بر نشانه‌ها	
روش دو روزه	۴
روش درجه حرارت پایه بدن (BBT)	۱
روش تخمک گذاری	۳
روش نشانه‌های - حرارتی	۲

بازگشت قدرت باروری پس از قطع استفاده از روشهای مبتنی بر آگاهی از زمان باروری: بدون تأخیر

محافظت در برابر عفونتهای آمیزشی: بدون اثر محافظتی

آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی:

آثار جانبی ندارد.

فواید شناخته شده سلامت

کمک به محافظت در مقابل:

خطرهای ناشی از حاملگی

خطرهای شناخته شده سلامت:
خطری ندارد.

چرا بعضی از زنان اظهار می‌کنند روشهای جلوگیری مبتنی بر آگاهی از زمان باروری را دوست دارند؟

- آثار جانبی ندارند.
- مستلزم هیچگونه پروسیجری نبوده و معمولاً استفاده از هیچ وسیله‌ای مورد نیاز نمی‌باشد.
- به زنان کمک می‌کنند در مورد بدن خود و باروری آگاهی پیدا کنند.
- بعضی از زوجین می‌توانند با استفاده از این روش‌ها پایبندی به عادات فرهنگی و قوانین مذهبی خود در مورد جلوگیری از حاملگی را حفظ کنند.
- هم زنانی که خواهان حاملگی هستند و هم زنانی که خواهان جلوگیری از حاملگی هستند می‌توانند با این روش روزهای باروری را تعیین کنند.

اصلاح باورهای نادرست (به پرسشها و پاسخها، در ص ۲۴۷ مراجعه کنید).

روشهای مبتنی بر آگاهی از زمان باروری:



- در صورت استفاده صحیح و مستمر می‌تواند بسیار مؤثر باشد.
- مستلزم تحصیلات یا آموزش پیشرفته نیستند.
- برای مردانی که از نزدیکی جنسی خودداری می‌کنند، ضرری ندارد.
- در مواقعی که زوجین در مورد زمان باروری دچار اشتباه می‌شوند، از قبیل این تصور که باروری در طول خونریزی ماهیانه اتفاق می‌افتد، تأثیری بر جلوگیری از بارداری ندارند.

روشهای جلوگیری مبتنی بر آگاهی از زمان باروری برای زنان آلوده به HIV

- زنانی که آلوده به HIV هستند، AIDS دارند یا تحت درمان ضد رتروویروسی (ARV) هستند، بدون هیچگونه خطری می‌توانند از روشهای جلوگیری مبتنی بر آگاهی از زمان باروری استفاده کنند.
- به این زنان تأکید نمایید همزمان با استفاده از این روشها از کاندوم نیز استفاده نمایند. کاندومها، در صورت استفاده صحیح و مستمر، می‌توانند از انتقال HIV و سایر عفونتهای آمیزشی جلوگیری کنند. کاندومها همچنین در زنانی که تحت درمان ضد رتروویروسی هستند محافظت بیشتری در برابر حاملگی فراهم می‌کنند.

چه کسانی می‌توانند از روش‌های تقویمی استفاده کنند.

معیارهای مقبولیت طبی برای

روش‌های تقویمی

همه زنان می‌توانند از روش‌های تقویمی استفاده کنند. هیچ منع طبی برای استفاده از این روش‌ها وجود ندارد، اما بعضی از شرایط استفاده مؤثر از این روش‌ها را مشکل‌تر می‌کنند.

احتیاط به این معنی است که ممکن است مشاوره تخصصی یا بیشتری برای اطمینان از استفاده صحیح از این روش‌ها مورد نیاز باشد.

تعویق به این معنی است که استفاده از یک روش خاص مبتنی بر آگاهی از زمان باروری باید تا زمانی که شرایط ارزیابی و اصلاح نشده‌اند به تعویق بیفتد. تا زمانی که زن بتواند استفاده از روش تقویمی را آغاز کند روش دیگری را به او ارائه کنید.

در شرایط زیر روش‌های تقویمی را با احتیاط استفاده کنید:

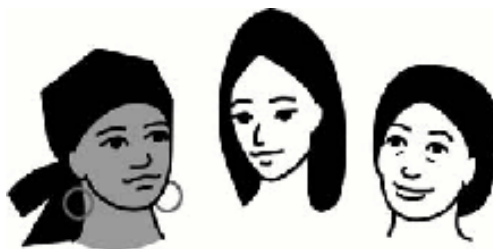
- دوره‌های قاعدگی تازه شروع شده یا به علت سن بالا به دفعات کمتر رخ داده یا قطع شده‌اند (بی‌نظمی-های سیکل قاعدگی در زنان جوان، در چند سال اول پس از اولین خونریزی ماهیانه و در زنان سنین بالاتر، که به سن یائسگی نزدیک می‌شوند، معمول است. تشخیص زمان باروری در این افراد ممکن است مشکل باشد.)

در شرایط زیر آغاز استفاده از روش‌های تقویمی را به تعویق بیندازید:

- زنی که اخیراً زایمان کرده یا شیر می‌دهد (تا زمانی که فرد حداقل سه دوره قاعدگی داشته و سیکل‌های او دوباره منظم شوند، به تعویق بیندازید. در طول چند ماه پس از بازگشت دوره‌های منظم قاعدگی با احتیاط استفاده نمائید).
- زنی که اخیراً سقط خود به خود یا القایی داشته است (تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی به تعویق بیندازید).
- خونریزی‌های نامنظم واژینال

در شرایط زیر استفاده از روش‌های تقویمی را به تعویق انداخته یا با احتیاط استفاده کنید:

- هنگام استفاده از داروهای روان گردان مثل داروهای ضد اضطراب (به استثنای بنزودیازپین‌ها)، داروهای ضد افسردگی (مهارکننده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین [SSRI]، داروهای سه حلقه-ای یا چهار حلقه‌ای)، استفاده طولانی مدت از آنتی‌بیوتیک‌های خاص یا استفاده طولانی از هر گونه داروی ضد التهاب غیر استروئیدی (مثل آسپرین، ایبوپروفن، یا پاراستامول). این داروها ممکن است تخمک‌گذاری را به تعویق بیندازند.



ارائه روشهای تقویمی

زمان شروع

پس از آموزش، زن یا زوج معمولاً می‌توانند استفاده از روش‌های تقویمی را در هر زمانی شروع کنند. به افرادی که نمی‌توانند استفاده از این روش را بلافاصله آغاز کنند تا زمان امکان شروع استفاده از روشهای تقویمی، روش دیگری ارائه کنید.

موقعیت زن	زمان شروع
وجود دوره‌های منظم قاعدگی	<p>هر زمانی از ماه</p> <ul style="list-style-type: none"> نیازی به انتظار تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی وجود ندارد.
فقدان خونریزی ماهیانه	<ul style="list-style-type: none"> استفاده از روشهای تقویمی را تا برقراری مجدد خونریزیهای ماهیانه به تعویق بیندازید.
پس از زایمان (با یا بدون شیردهی)	<ul style="list-style-type: none"> روش روزهای استاندارد را تا زمانی که زن سه دوره قاعدگی داشته و آخرین دوره قاعدگی او ۲۶-۳۲ روز طول بکشد به تعویق بیندازید. بازگشت دوره‌های منظم قاعدگی در زنان شیرده دیرتر از زنان غیرشیرده صورت می‌گیرد.
پس از سقط خود به خود یا القایی	<ul style="list-style-type: none"> روش روزهای استاندارد را تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی زن به تعویق بیندازید، او زمانی می‌تواند استفاده از این روش را شروع کند که هیچگونه خونریزی به علت آسیب دستگاه تناسلی نداشته باشد.
تغییر روش از یک روش هورمونی	<ul style="list-style-type: none"> روش روزهای استاندارد را تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی زن به تعویق بیندازید. اگر تغییر از روشهای تزریقی است، روش روزهای استاندارد را حداقل تا موعد تزریق بعدی به تعویق انداخته و سپس استفاده از آن را در زمان شروع خونریزی ماهیانه بعدی وی آغاز کنید.
پس از استفاده از روشهای فوریتی جلوگیری از حاملگی	<ul style="list-style-type: none"> روش روزهای استاندارد را تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی به تعویق بیندازید.

آموزش نحوه استفاده از روش‌های تقویمی

روش روزهای استاندارد

نکته مهم: زنی می‌تواند از روش روزهای استاندارد استفاده کند که طول اکثر دوره‌های قاعدگی او ۲۶-۳۲ روز باشد. در صورتی که بیشتر از دو دوره قاعدگی در یک سال اخیر کوتاهتر یا بلندتر از این مدت باشد، روش روزهای استاندارد تأثیر کمتری خواهند داشت و او بهتر است روش دیگری انتخاب کند.

حساب روزهای دوره قاعدگی را نگهدارید. زن با تعیین روز اول خونریزی قاعدگی به عنوان روز اول، حساب روزهای سیکل قاعدگی را نگه می‌دارد.

• در روزهای ۱۹-۸ از رابطه جنسی محافظت نشده اجتناب کنید.

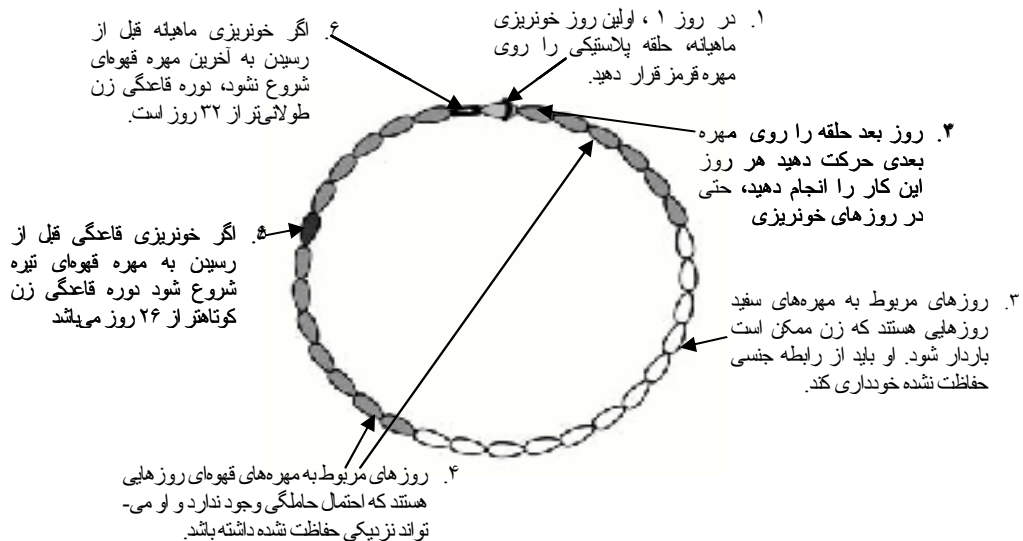
• روز ۸ الی ۱۹ هر دوره برای تمام استفاده کنندگان از روش روزهای استاندارد به عنوان روزهای باروری در نظر گرفته می‌شود.

• زوج در طول روزهای ۸ تا ۱۹ از رابطه جنسی اجتناب نموده یا از کاندوم یا دیافراگم استفاده می‌کنند. آنها می‌توانند از روش منقطع یا مواد اسپرم‌کش نیز استفاده کنند، اما این روش‌ها تأثیر کمتری دارند.

• زوجین می‌توانند در تمامی روزهای دیگر دوره - روز ۱ تا ۷ در ابتدای دوره و از روز ۲۰ تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی- رابطه جنسی محافظت نشده داشته باشد.

• در صورت نیاز از وسایل کمک حافظه استفاده کنید.

زوجین می‌توانند از تسبیح دوره‌ای (Cyclebeads)، زنجیره‌ای از مهره‌هایی که با استفاده از رنگ‌های گوناگون شده‌اند و روزهای باروری و غیرباروری یک دوره را نشان می‌دهند استفاده کنند یا در تقویم علامت بزنند و یا از سایر وسایل کمک حافظه استفاده کنند.



● **حساب روزهای دوره قاعدگی را نگه دارید.**
 قبل از اعتماد به این روش، زن باید تعداد روزهای هر دوره قاعدگی را حداقل به مدت ۶ ماه ثبت کند. روز اول خونریزی ماهیانه همیشه روز ۱ محسوب می‌شود.

● **زمان باروری را تخمین بزنید.**
 زن عدد ۱۸ را از کوتاهترین دوره قاعدگی کم می‌کند. این روز اولین روز احتمالی زمان باروری است. سپس عدد ۱۱ را از طولانی‌ترین دوره قاعدگی اش کم می‌کند. این روز آخرین روز احتمالی زمان باروری او است.

● **در طول دوره باروری از رابطه جنسی محافظت نشده خودداری کنید.**
 زوج در طول دوره باوری از نزدیکی جنسی خودداری نموده، یا از کاندوم یا دیافراگم استفاده می‌کنند. آن‌ها می‌توانند از روش منقطع یا مواد اسپرم‌کش نیز استفاده کنند، اما این روشها تأثیر کمتری دارند.

● **محاسبات را ماهیانه روزآمد کنید.**
 او هر ماه با استفاده از ۶ دوره قاعدگی اخیر این محاسبات را مجدداً انجام می‌دهد.

مثال:

- اگر کوتاهترین دوره قاعدگی ۶ دوره اخیر او ۲۷ روز است، $27 - 18 = 9$

او خودداری از نزدیکی محافظت نشده را از روز ۹ آغاز می‌کند.

- اگر طولانی‌ترین دوره قاعدگی ۶ دوره اخیر او ۳۱ روز است، $31 - 11 = 20$

او می‌تواند دوباره از روز ۲۱، نزدیکی جنسی محافظت نشده داشته باشد.

- بنابراین او باید از روز ۹ تا ۲۰ دوره قاعدگی از رابطه جنسی محافظت نشده خودداری کند.

... از رابطه جنسی خودداری نموده و یا از روش

دیگری در روزهای ۹-۲۰ استفاده کنید.



اگر ۶ دوره قاعدگی اخیر ۲۷-۳۱ روز باشد....

چه کسانی می‌توانند از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها استفاده کنند؟

معیارهای مقبولیت طبی برای

روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها

همه زنان می‌توانند از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها استفاده کنند. هیچ منع طبی برای استفاده از این روش‌ها وجود ندارد، اما بعضی از شرایط، استفاده مؤثر از این روش‌ها را مشکل‌تر می‌کنند.

احتیاط به این معنی است که ممکن است مشاوره تخصصی بیشتری برای اطمینان از استفاده صحیح از روش مورد نیاز باشد.

تعویق به این معنی است که استفاده از یک روش خاص مبتنی بر آگاهی از زمان باروری باید تا زمان بررسی و اصلاح شرایط به تعویق بیفتد. تا زمانی که زن بتواند استفاده از روش مبتنی بر نشانه‌ها را آغاز کند روش دیگری به او ارائه کنید.

در شرایط زیر از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها با احتیاط استفاده کنید:

- اخیراً سقط خود به خود یا القایی داشته است.
- دوره‌های قاعدگی به تازگی شروع شده، یا به علت سن بالا به دفعات کمتر بوده یا قطع شده‌اند (بی-نظمی‌های قاعدگی در زنان جوان در نخستین سال‌های بعد از اولین خونریزی ماهیانه و در زنان سنین بالاتر که به سن یائسگی نزدیک می‌شوند معمول است).
- شرایط مزمنی که دمای بدن را افزایش می‌دهند (برای روش‌های نشانه‌ای- حرارتی و درجه حرارت پایه بدن).

در شرایط زیر آغاز استفاده از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها را به تعویق بیندازید:

- زنی که اخیراً زایمان کرده یا شیر می‌دهد (تا برقراری مجدد ترشحات طبیعی به تعویق بیندازید- معمولاً حداقل ۶ ماه پس از زایمان در زنان شیرده و پس از ۴ هفته در زنان غیرشیرده (به مدت چند ماه پس از برقراری مجدد دوره‌های منظم با احتیاط استفاده کنید).
- شرایط حادی که دمای بدن را افزایش دهد (برای روش‌های نشانه‌ای - حرارتی و درجه حرارت پایه بدن)
- خونریزی نامنظم واژینال
- ترشحات غیرطبیعی واژینال

در شرایط زیر روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها را با احتیاط استفاده کرده یا استفاده از آن را به تعویق بیندازید:

- استفاده از داروهای روان‌گردان مثل داروهای ضداضطراب (غیر از بنزودیازپین‌ها)، داروهای ضدافسردگی (مهارکننده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین [SSRI]، داروهای سه حلقه‌ای یا چهار حلقه‌ای) و ضد سایکوز (شامل کلرپرومازین، تیوریدازین، هالوپریدول، ریسپردون، کلوزاپین یا لیتیموم)، استفاده طولانی مدت از آنتی‌بیوتیک‌های مخصوص، هر داروی ضدالتهاب غیراستروئیدی (مثل آسپرین، ایبوپروفن یا پاراستامول)، یا آنتی‌هیستامین‌ها. این داروها ممکن است ترشحات دهانه رحم را تحت تأثیر قرار داده، دمای بدن را افزایش داده، یا تخمک‌گذاری را به تعویق بیندازند.

ارائه روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها

زمان شروع

پس از آموزش، زن یا زوج معمولاً می‌توانند استفاده از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها را در هر زمانی شروع کنند.

زنانی که از روش هورمونی استفاده نمی‌کنند، می‌توانند پایش علائم باروری خود را قبل از شروع استفاده از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها تمرین کنند. به زنانی که نمی‌توانند استفاده از این روش‌ها را بلافاصله شروع کنند تا زمان امکان آغاز روش، روش دیگری ارائه کنید.

وضعیت زن	زمان شروع
وجود دوره های منظم قاعدگی	هر زمانی از ماه
	<ul style="list-style-type: none">نیازی به انتظار تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی وجود ندارد.
فقدان خونریزی ماهیانه	<ul style="list-style-type: none">استفاده از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها را تا برقراری مجدد خونریزی ماهیانه به تعویق بیندازید.
پس از زایمان (با یا بدون شیردهی)	<ul style="list-style-type: none">او می‌تواند به محض شروع ترشحات طبیعی از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها استفاده کند.برقراری مجدد ترشحات طبیعی در زنان شیرده دیرتر از زنان غیرشیرده صورت می‌گیرد.
بعد از سقط خود به خود یا القایی	<ul style="list-style-type: none">در صورتی که شواهدی از ترشحات عفونی یا خونریزی ناشی از آسیب دستگاه تناسلی وجود نداشته باشد، زن می‌تواند بلافاصله پس از سقط، استفاده از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها را با مشاوره و حمایت خاص شروع کند.
تغییر از روش هورمونی	<ul style="list-style-type: none">او می‌تواند استفاده از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها را پس از قطع روش هورمونی، در دوره قاعدگی بعدی شروع کند.
بعد از استفاده از روش‌های فوری جلویگیری از حاملگی	<ul style="list-style-type: none">او می‌تواند به محض برقراری مجدد ترشحات طبیعی استفاده از روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها را شروع کند.

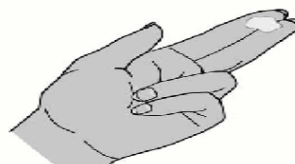
آموزش نحوه استفاده از روشهای مبتنی بر نشانه‌ها

روش دو روزه

نکته مهم: اگر زنی عفونت واژینال داشته باشد و یا موکوس دهانه رحم او به علل دیگری تغییر پیدا کند، استفاده از روش دو روزه مشکل خواهد بود.

ترشحات را کنترل کنید

- زن ترشحات دهانه رحم را هر روز عصر یا هر صبح بر روی انگشتان، لباس زیر، دستمال کاغذی، یا با احساس آن در واژن و یا اطراف واژن بررسی می‌کند.
- به محض اینکه متوجه هر گونه ترشحات از هر نوع، رنگ، یا قوام شد، همان روز و روز بعد، را به عنوان زمان باروری در نظر می‌گیرد.



در روزهای باروری از نزدیکی جنسی پرهیزید یا از روش دیگری استفاده کنید.

- در روز مشاهده ترشحات و روز بعد زوج از رابطه جنسی پرهیز کرده یا از کاندوم یا دیافراگم استفاده می‌کند.

زوج همچنین می‌تواند از روش منقطع یا مواد اسپرمکش استفاده کند، اما این روش‌ها کمترین اثر بخشی را دارند.

نزدیکی جنسی را بعد از دو روز خشک و بدون ترشح، از سر بگیرید.

- زوج می‌تواند بعد از این که زن دو روز بدون ترشح بود (روزهایی که هیچ نوع ترشحات دهانه رحم وجود ندارد) نزدیکی جنسی محافظت نشده را از سر بگیرد.

روش درجه حرارت پایه بدن (BBT)

نکته مهم: اگر زن تب داشته باشد یا سایر تغییرات در درجه حرارت بدن وجود داشته باشد استفاده از روش BBT مشکل خواهد بود.

درجه حرارت بدن را هر روز اندازه‌گیری کنید.

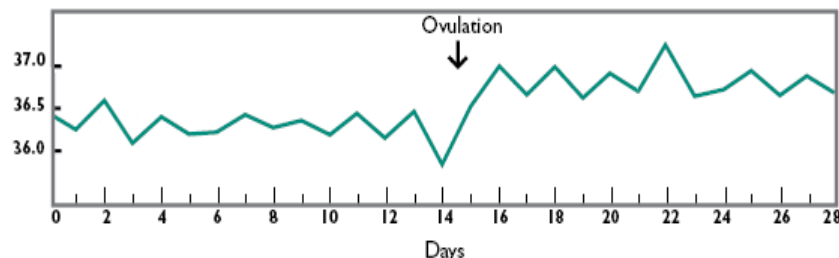
- زن درجه حرارت بدن خود را هر روز صبح در زمان مشخص قبل از خروج از بستر و قبل از خوردن چیزی اندازه‌گیری می‌کند.
- او درجه حرارت بدن خود را روی یک نمودار مخصوص رسم می‌کند.

- درجه حرارت بدن او بلافاصله بعد از تخمک‌گذاری (معمولاً حدود اواسط سیکل قاعدگی) افزایش مختصری می‌یابد، $0/2$ تا $0/5$ درجه سانتیگراد ($0/4$ تا 1 درجه فارنهایت).

تا ۳ روز بعد از افزایش درجه حرارت بدن از نزدیکی جنسی پرهیز کرده، یا از روش دیگری استفاده کنید.

از اولین روز خونریزی ماهیانه تا ۳ روز پس از افزایش درجه حرارت بدن از حد معمول زن، زوج از نزدیکی جنسی پرهیز کرده یا از کاندوم یا دیافراگم استفاده می‌کند. آنها می‌توانند از روش منقطع یا مواد اسپرمکش نیز استفاده کنند، اما این روش‌ها اثر کمتری را دارند.

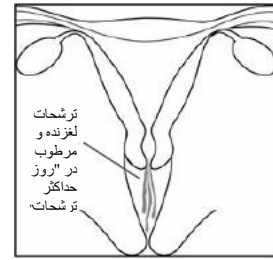
- نزدیکی جنسی حفاظت نشده را تا زمان شروع خونریزی ماهیانه بعدی از سر بگیرید.
- زمانی که درجه حرارت بدن زن از حد پایه افزایش یافت و تا ۳ روز بالا باقی ماند، تخمک‌گذاری انجام شده و دوره باروری سپری شده است.
- زوج می‌تواند از روز چهارم تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی نزدیکی جنسی محافظت نشده را از سر بگیرد.



روش تخمک گذاری

- نکته مهم:** اگر زن عفونت واژینال داشته باشد یا موکوس دهانه رحم او به علل دیگری تغییر پیدا کند استفاده از این روش مشکل خواهد بود.
- ترشحات دهانه رحم را هر روز بررسی کنید. زن هر روز ترشحات دهانه رحم خود را بر روی انگشتان، لباس زیر یا دستمال کاغذی، یا با احساس آن در واژن یا اطراف واژن بررسی می‌کند.
 - از نزدیکی جنسی محافظت نشده در روزهای خونریزی زیاد ماهیانه اجتناب کنید. تخمک‌گذاری ممکن است در اوایل دوره، در روزهای آخر خونریزی ماهیانه اتفاق بیفتد و خونریزی زیاد، مشاهده موکوس دهانه رحم را دشوار کند.
 - رابطه جنسی محافظت نشده را تا شروع ترشحات دهانه رحم از سر بگیرید. از انتهای خونریزی ماهیانه تا شروع ترشحات زوج می‌توانند رابطه جنسی محافظت نشده باشند، اما نه به صورت دو روز متوالی (اجتناب از نزدیکی جنسی در روز دوم فرصتی برای ناپدید شدن مایع منی و مشاهده ترشحات دهانه رحم است).
 - توصیه می‌شود که نزدیکی جنسی عصرها پس از اینکه زن حداقل چند ساعتی در حالت ایستاده بوده و قادر به کنترل موکوس دهانه رحم بوده است، صورت بگیرد.

از شروع ترشحات تا ۴ روز پس از روز "حداکثر ترشحات" از نزدیکی جنسی محافظت نشده بپرهیزید.

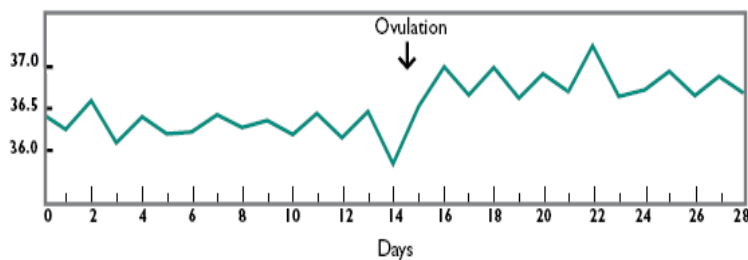


- به محض اینکه زن متوجه هر گونه ترشحات شد، خود را مستعد باروری محسوب نموده و از رابطه جنسی محافظت نشده خودداری می‌کند.
- او ترشحات دهانه رحم خود را هر روز بررسی می‌کند. ترشحات یک "روز حداکثر (peak day)" را دارند- آخرین روزی که ترشحات روشن، لغزنده، کشدار و مرطوب هستند. او زمانی متوجه می‌شود این روز سپری شده است که در روز بعد، ترشحات او چسبنده یا خشک بوده یا اصلاً ترشحاتی وجود نداشته باشد. او تا سه روز بعد از آن "روز حداکثر" خودش را مستعد باروری دانسته و از نزدیکی جنسی محافظت نشده خودداری می‌کند.

- رابطه جنسی محافظت نشده را از سر بگیری.
- زوج می‌تواند از روز چهارم بعد از حداکثر ترشحات تا شروع خونریزی ماهیانه بعدی، نزدیکی جنسی محافظت نشده داشته باشد.

روش نشانه‌ای - حرارتی (درجه حرارت پایه بدن + ترشحات دهانه رحم + سایر علائم باروری)

- از رابطه جنسی محافظت نشده در روزهای باروری بپرهیزید.
- استفاده کنندگان از این روش روزهای باروری و غیرباروری خود را با تلفیق روش BBT و روش تخمک گذاری مشخص می‌کنند.
- زنان ممکن است زمان باروری را با سایر علائم مثل حساسیت پستان و درد تخمک گذاری (درد زیر شکم یا کرامپ زمان تخمک‌گذاری) نیز مشخص کنند.
- زوج از روز اول خونریزی ماهیانه تا روز چهارم پس از حداکثر ترشحات دهانه رحم یا سه روز کامل پس از افزایش دمای پایه بدن (BBT)، هر کدام که دیرتر اتفاق بیفتد، از نزدیکی محافظت نشده خودداری می‌کند.
- بعضی از زنانی که از این روش استفاده می‌کنند از روز پایان خونریزی ماهیانه تا شروع ترشحات، اما نه در دو روز متوالی، نزدیکی جنسی محافظت نشده دارند.



حمایت از استفاده کننده

"هر زمان که خواستید مراجعه کنید": دلایل مراجعه مجدد

هیچ وبزیت روتین بعدی نیاز نیست. ارائه دهندگان خدمات باید زن یا زوج را دعوت کنند که در صورت نیاز به کمک بیشتر، چندین بار در دوره‌های اول قاعدگی مراجعه کنند.

به هر مراجعه کننده‌ای اطمینان دهید هر زمان که بخواهد می‌تواند مراجعه کند - به عنوان مثال در صورت داشتن مشکل، سؤال یا درخواست استفاده از روش دیگر؛ زمانی که تغییری عمده در وضعیت سلامتی داشته باشد یا فکر کند احتمالاً حامله است. همچنین اگر:

- در تعیین روزهای باروری‌اش دچار مشکل باشد.
- در خودداری از نزدیکی جنسی یا استفاده از سایر روش‌های جلوگیری در روزهای باروری دچار مشکل باشد. به عنوان مثال در صورت عدم همکاری شریک جنسی.

کمک به استفاده کنندگان مداوم

کمک به استفاده کنندگان در هر ملاقات

۱. از آنها در مورد نحوه استفاده از روش و رضایت آنها سؤال کنید. و بپرسید که آیا سوال یا هر موردی که نیاز به بحث داشته باشد، وجود دارد؟
۲. مخصوصاً در رابطه با وجود هر گونه مشکل در تشخیص روزهای باروری یا مشکل در پرهیز از نزدیکی محافظت نشده جنسی در روزهای باروری سؤال کنید.
۳. استفاده صحیح زوج از روش را کنترل کنید. مشاهدات یا نوشته‌های مربوط به علایم باروری را مرور کنید و در صورت نیاز برای ملاقات بعدی برنامه‌ریزی کنید.
۴. از مصرف کنندگان طولانی مدت در مورد وجود هر گونه مشکل جدید در مورد سلامتی از زمان آخرین وبزیت، سؤال کنید. در رابطه با مشکلات راهنمایی مناسب را ارائه دهید.
۵. از مصرف کنندگان طولانی مدت در مورد تغییرات عمده زندگی که ممکن است نیازهای آنها را تحت تأثیر قرار دهند - بخصوص برنامه ریزی برای داشتن فرزند و خطر HIV/STI - سؤال کنید. طبق نیاز پیگیری کنید.

اداره مشکلات

مشکلات مربوط به استفاده

- مشکلات مربوط به روش‌های مبتنی بر آگاهی از زمان باروری، رضایت زنان و استفاده از روش را تحت تأثیر قرار می‌دهند. آنها مستلزم توجه ارائه دهنده خدمات هستند. اگر او مشکلی داشته باشد به نگرانی‌های او گوش فرا داده و توصیه‌های لازم را به او بکنید.
- 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.

ناتوانی در پرهیز از نزدیکی جنسی در دوره باروری

- در رابطه با مشکل، آشکارا با زوج صحبت نموده و به آن‌ها کمک نمایید که احساس راحتی نموده و خجالت نکشند.
- در رابطه با امکان استفاده از کاندوم، دیافراگم، روش منقطع، مواد اسپرمکش یا تماس جنسی بدون نزدیکی واژینال در طول روزهای باروری بحث کنید.
- اگر او طی ۵ روز گذشته نزدیکی جنسی محافظت نشده داشته باشد می‌تواند از ECPs استفاده نماید (به قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی در ص ۴۵ مراجعه کنید).

روش‌های تقویمی

دوره‌های قاعدگی خارج از محدوده ۲۶-۳۲ روز برای استفاده از روش روزهای استاندارد

- اگر در طی ۱۲ ماه اخیر دو یا بیش از دو دوره قاعدگی زن خارج از محدوده ۲۶-۳۲ روز باشد، به او پیشنهاد کنید بجای این روش از روش ریتم تقویمی یا روش مبتنی بر نشانه‌ها استفاده کند.

دوره‌های بسیار نامنظم قاعدگی بین استفاده کنندگان از روشهای تقویمی

- به او پیشنهاد نمایید که به جای روش تقویمی از روش مبتنی بر نشانه‌ها استفاده کند.

روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها

مشکل در تشخیص انواع ترشحات دهانه رحم در روش تخمک‌گذاری

- با او مشاوره کرده، به او در یادگیری تفسیر انواع ترشحات دهانه رحم کمک کنید.
- به او پیشنهاد کنید از روش دو روزه که مستلزم شناخت تفاوت انواع ترشحات دهانه رحم نیست، استفاده کند.

مشکل در تشخیص وجود ترشحات برای روش تخمک‌گذاری یا روش دو روزه

- در مورد چگونگی تشخیص ترشحات، راهنمایی بیشتری بکنید.
- به او پیشنهاد کنید که به جای روش‌های فوق از روش تقویمی استفاده کند.

پرسشها و پاسخها در مورد روش‌های مبتنی بر آگاهی از زمان باروری

۱. آیا فقط زوجین تحصیل کرده می‌توانند از روش‌های مبتنی بر آگاهی از روزهای باروری استفاده کنند؟

خیر. زوجینی که تحصیلات کمی داشته و یا هیچ گونه تحصیلات رسمی ندارند نیز می‌توانند از این روش-ها به طور مؤثر استفاده کنند و استفاده می‌کنند. زوجین باید انگیزه قوی داشته، روش را به خوبی آموخته و از رابطه جنسی محافظت نشده در روزهای باروری پرهیز کنند.

۲. آیا روش‌های مبتنی بر آگاهی از روزهای باروری قابل اعتماد هستند؟

برای اکثر زوجین این روشها اطلاعات قابل اعتمادی در مورد روزهای باروریشان فراهم می‌کنند. اگر زوجین در روزهای باروری زن از نزدیکی و ژنیتال خودداری کرده و یا از کاندوم یا دیافراگم استفاده کنند، این روشها می‌توانند بسیار مؤثر باشند. استفاده از روش منقطع و یا مواد اسپرمکش در طول روزهای باروری اثربخشی کمتری دارد.

۳. چه مطالب جدیدی در رابطه با روش‌های جدید مبتنی بر آگاهی از زمان باروری، یعنی روش روزهای استاندارد و روش دو روزه، وجود دارد؟

استفاده صحیح از این روش‌های جدید آسانتر از روش‌های قدیمی است. بنابراین می‌توانند برای اکثر زوجین مقبول بوده و تأثیر بیشتری داشته باشند. با وجود این، آن‌ها مثل روش‌های قدیمی بوده، با روش مشابه زمان باروری زن را تعیین می‌کنند - در روش روزهای استاندارد با نگهداشتن حساب روزهای دوره قاعدگی و در روش دو روزه با ترشحات دهانه رحم. با این حال، مطالعات کمی در مورد این روش-ها موجود است. یک کارآزمایی بالینی نشان داد که در زنانی که دوره قاعدگی آن‌ها ۲۶ الی ۳۲ روز بود در استفاده رایج از روش دو روزه، ۱۲ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن در سال اول استفاده از روش دیده شد.

کارآزمایی بالینی دیگری مربوط به روش دو روزه نشان داد که در استفاده رایج از این روش ۱۴ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن در سال اول استفاده دیده شد. این میزان‌ها براساس افرادی است که در مطالعه باقی ماندند. زنانی که ترشحات دهانه رحم را در هر دوره قاعدگی کمتر از ۵ روز یا بیشتر از ۱۴ روز تشخیص دادند، از مطالعه خارج شدند.

۴. احتمال حاملگی در زنی که در طول خونریزی ماهیانه رابطه جنسی داشته باشد چقدر است؟

در طول خونریزی ماهیانه احتمال حاملگی کم است، اما صفر نیست. خونریزی نه از حاملگی جلوگیری می‌کند و نه آن را تسهیل می‌کند. در روزهای اول خونریزی قاعدگی احتمال حاملگی در پایین‌ترین حد می‌باشد. به عنوان مثال در روز دوم سیکل (اولین روز خونریزی روز ۱ در نظر گرفته می‌شود) احتمال حاملگی بسیار کم است (کمتر از ۱ درصد). با گذشت روزها، احتمال حاملگی نیز افزایش می‌یابد، چه خونریزی وجود داشته یا نداشته باشد. خطر حاملگی تا زمان تخم‌گذاری افزایش می‌یابد. از روز بعد از تخم‌گذاری، خطر حاملگی به طور مداوم کاهش می‌یابد. در استفاده از برخی از روش‌های مبتنی بر آگاهی از زمان باروری که وابسته به ترشحات دهانه رحم هستند، توصیه می‌شود از نزدیکی جنسی محافظت نشده در طول خونریزی ماهیانه خودداری شود، چون در طول خونریزی، ترشحات دهانه رحم قابل تشخیص نبوده، خطر تخم‌گذاری در این زمان هر چند کم است، اما وجود دارد.

۵. چند روز پرهیز یا استفاده از سایر روش‌ها برای هر کدام از روش‌های مبتنی بر آگاهی از زمان باروری نیاز است؟

تعداد این روزها براساس طول دوره قاعدگی زن متفاوت است. میانگین تعداد روزهایی که زن، بارور محسوب می‌شود - و نیاز به پرهیز از نزدیکی یا استفاده از سایر روش‌ها وجود دارد - با هر روش به شرح زیر است: روش روزهای استاندارد ۱۲ روز؛ روش دو روزه ۱۳ روز؛ روش نشانه‌ای - حرارتی ۱۷ روز و روش تخم‌گذاری ۱۸ روز.

نزدیکی منقطع (Withdrawal)

فقط نکات اساسی

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- در هر موقعیتی همیشه در دسترس است. از این روش می‌توان به عنوان روش اولیه یا روش پشتیبان استفاده کرد.
- استفاده از این روش نیاز به هیچ وسیله نداشته و مراجعه به کلینیک یا داروخانه لازم نمی‌باشد.
- یکی از کم‌اثرترین روش‌ها در جلوگیری از حاملگی است. با وجود این، بعضی از مردان از این روش به طور مؤثر استفاده می‌کنند. حفاظت بیشتری در برابر حاملگی در مقایسه با عدم استفاده از هیچ روش دیگر ایجاد می‌کند.
- باعث افزایش درگیر شدن مرد در پیشگیری از بارداری و ارتقای ارتباط زوجین می‌شود.

نزدیکی منقطع چیست؟

- مرد آلت خود را از واژن شریک جنسی خود بیرون کشیده، خارج از واژن انزال می‌کند، مایع منی را دور از دستگاه تناسلی خارجی زن تخلیه می‌کند.
- این روش، به عنوان قطع مقاربت و بیرون کشیدن نیز شناخته شده است.
- عملکرد این روش دور نگه داشتن اسپرم از بدن زن است.

میزان تأثیر



میزان تأثیر این روش بستگی به استفاده کننده دارد: هرگاه مرد نتواند در هر رابطه جنسی آلت تناسلی خود را قبل از انزال از واژن بیرون بکشد، بیشترین خطر حاملگی وجود دارد.

- در استفاده رایج، یکی از روش‌های بسیار کم اثر جلوگیری از حاملگی است.
- در استفاده رایج از این روش، حدود ۲۷ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن که شریک جنسی آنها از روش منقطع استفاده می‌کنند طی سال اول دیده می‌شود. یعنی ۷۳ نفر از ۱۰۰ زن که شریک جنسی آن‌ها از روش منقطع استفاده می‌کنند، حامله نخواهند شد.
- در صورت استفاده صحیح در هر رابطه جنسی، حدود ۴ مورد حاملگی در ۱۰۰ زن که شریک جنسی آن‌ها از روش منقطع استفاده می‌کنند طی سال اول دیده می‌شود.

بازگشت باروری بعد از قطع استفاده از روش منقطع: بدون تأخیر.

محافظت در برابر عفونت‌های آمیزشی: بدون اثر محافظتی

آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

ندارد

چه کسانی می‌توانند و چه کسانی نمی‌توانند از روش منقطع استفاده کنند.

معیارهای مقبولیت طبی برای

نزدیکی منقطع

تمام مردان می‌توانند از روش منقطع استفاده کنند. هیچ شرایط طبی مانع استفاده از آن نمی‌شود.

استفاده از روش منقطع

- در هر زمانی می‌توان از این روش استفاده کرد.

توضیح نحوه استفاده

- زمانی که مرد احساس می‌کند انزال نزدیک است. او باید آلت تناسلی خود را از واژن زن بیرون کشیده، خارج از واژن انزال کند و مایع منی را دور از دستگاه تناسلی خارجی زن بریزد.
- اگر مرد اخیراً انزال نموده قبل از نزدیکی جنسی باید ادرار کرده و نوک آلت خود را پاک کند تا اسپرم‌های باقیمانده خارج شوند.

توصیه‌هایی در مورد نحوه استفاده

- یادگیری استفاده مناسب ممکن است نیاز به زمان داشته باشد.
- روشهای دیگر با میزان محافظت بیشتر در برابر حاملگی در دسترس می‌باشند.
- برخی از مردان ممکن است در استفاده از روش منقطع مشکل داشته باشند.
- مردانی که بطور مستمر نمی‌توانند زمان نزدیک شدن به انزال را احساس کنند.
- مردانی که انزال زودرس دارند.
- می‌توان از قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPs) استفاده کرد.
- چگونه استفاده از ECP را در مواردی که مرد قبل از خارج کردن آلت، انزال کرده است، توضیح دهید (به قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی در صفحه ۴۵ مراجعه کنید). در صورت امکان به زوج ECPs بدهید.

روش قطع قاعدگی ناشی از شیردهی (Lactational Amenorrhea Method, LAM)

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- یک روش تنظیم خانواده بر اساس شیردهی است. روش جلوگیری از حاملگی را برای مادر و بهترین نوع تغذیه را برای نوزاد فراهم می‌کند.
- تا ۶ ماه پس از زایمان می‌تواند مؤثر باشد، به شرطی که خونریزی ماهیانه مجدداً برقرار نشده و زن بطور کامل و یا تقریباً کامل با پستان شیر بدهد.
- مستلزم شیردهی مکرر در طی روز و شب است: تقریباً کل تغذیه نوزاد باید با شیر مادر باشد.
- فرصتی را برای ارائه یک روش مداوم برای زن بوجود می‌آورد که او بتواند آن را پس از ۶ ماه ادامه دهد.

روش قطع قاعدگی (آمنوره) ناشی از شیردهی چه روشی است؟

- یک روش موقت تنظیم خانواده بر اساس اثر طبیعی شیردهی بر باروری است ("Lactational" یعنی ناشی از شیردهی). "آمنوره" به معنی فقدان خونریزی ماهیانه است.
- روش قطع قاعدگی در اثر شیردهی (LAM)، مستلزم ۳ شرط است. هر سه شرط باید وجود داشته باشند:
 - خونریزی ماهیانه مادر مجدداً برقرار نشده باشد.
 - کودک بطور کامل یا تقریباً کامل با شیر مادر تغذیه شود و این تغذیه بطور مکرر در طول روز و شب انجام گیرد.
 - سن کودک، کمتر از ۶ ماه باشد.
- تغذیه پستانی کامل شامل هم تغذیه انحصاری با شیرمادر (کودک غیر از شیرمادر، مایعات یا غذای دیگری، حتی آب، دریافت نمی‌کند) و هم تغذیه تقریباً انحصاری با شیرمادر (کودک گاهی علاوه بر شیرمادر، ویتامین‌ها، آب، آبمیوه یا سایر مواد مغذی را دریافت می‌کند) است.
- تغذیه تقریباً کامل با شیرمادر، یعنی کودک علاوه بر شیرمادر، گاهی مایعات یا غذای دیگر دریافت می‌کند، اما قسمت اعظم (بیش از سه چهارم) غذای کودک با شیر مادر تامین می‌شود.
- بطور اولیه از طریق جلوگیری از آزاد شدن تخمک‌ها از تخمدان‌ها (تخمک‌گذاری) عمل می‌کند. شیردهی مکرر بطور گذرا از آزاد شدن هورمونهای طبیعی که سبب تخمک‌گذاری می‌شوند، جلوگیری می‌کند.

میزان تأثیر

تأثیر بیشتر



تأثیر کمتر

میزان اثربخشی بستگی به استفاده کننده دارد: بیشترین خطر حاملگی زمانی است که یک زن نتواند به طور کامل یا تقریباً کامل کودک را با شیر خود تغذیه کند.

- در استفاده رایج، از هر صد زن استفاده کننده از LAM در شش ماه اول پس از زایمان، تقریباً دو مورد حاملگی وجود دارد. یعنی ۹۸ نفر از هر ۱۰۰ زن استفاده کننده از LAM حامله نخواهند شد.
- در صورت استفاده صحیح، کمتر از یک مورد حاملگی در ۱۰۰ زن استفاده کننده از LAM در شش ماه اول پس از زایمان وجود دارد.

بازگشت باروری پس از قطع LAM: به میزان تداوم شیردهی زن بستگی دارد.

محافظت در برابر بیماری‌های آمیزشی: اثر محافظتی ندارد.

آثار جانبی، فواید و خطرهای سلامت

آثار جانبی

آثار جانبی ندارد. هرگونه مشکلی، مشابه مشکلات سایر زنان شیرده است.

خطرهای شناخته شده سلامت

خطری ندارد.

فواید شناخته شده سلامت

- کمک به حفاظت در مقابل:
- خطرهای ناشی از حاملگی تشویق کننده:
- بهترین الگوی شیردهی همراه با فواید سلامتی برای مادر و نوزاد

اصلاح پاورهای نادرست (به پرسشها و پاسخها در ص ۲۵۹ نیز مراجعه کنید).

روش آمنوره شیردهی:

- در صورتی که هر سه معیار LAM وجود داشته باشند بسیار مؤثر است.
- در زنان چاق و لاغر به یک میزان مؤثر است.
- زنانی که تغذیه معمولی دارند می‌توانند از آن استفاده کنند. تغذیه خاصی مورد نیاز نمی‌باشد.
- می‌توان به مدت ۶ ماه کامل بدون نیاز به مکملهای غذایی استفاده کرد. شیر مادر می‌تواند به تنهایی در ۶ ماه اول زندگی نیاز تغذیه‌ای کودک را بطور کامل تامین کند. در واقع، شیرمادر غذای ایده‌آل برای این زمان در زندگی کودک است.
- می‌توان به مدت ۶ ماه بدون نگرانی از قطع شیر مادر از آن استفاده کرد. تولید شیرمادر در طول ۶ ماه اول و بعد از آن در پاسخ به مکیدن کودک یا دوشیدن شیر توسط مادر ادامه می‌یابد.

چرا بعضی از زنان به روش آمنوره شیردهی اظهار علاقه می-کنند؟

- روشی طبیعی برای تنظیم خانواده است.
- با حمایت از شیردهی ایده‌آل، فراهم کننده فواید سلامتی برای مادر و نوزاد می‌باشد.
- هزینه‌ی مستقیمی برای تنظیم خانواده یا تغذیه نوزاد ندارد.

چه کسانی می‌توانند از روش آمنوره شیردهی استفاده کنند.

معیارهای مقبولیت طبی برای

روش آمنوره شیردهی

همه زنان شیرده می‌توانند به آسانی و بدون خطر، از LAM استفاده کنند. اما زنی که شرایط زیر را دارد، ممکن است بخواهد سایر روش‌های جلوگیری از حاملگی را مد نظر قرار دهد:

- عفونت HIV، شامل AIDS، را دارد (به روش آمنوره شیردهی برای زنان آلوده به HIV در صفحه ۲۵۳ مراجعه کنید).
- در طول شیردهی از داروهای خاصی استفاده می‌کند (شامل داروهای روان گردان، رزپین، ارگوتامین، آنتی‌متابولیت‌ها، سایکلواسپورین، دوزهای بالایی از کورتیکواستروئیدها، برومو-کریپتین، داروهای رادیواکتیو، لیتیوم و داروهای خاص ضد انعقاد).
- نوزاد دچار شرایطی است که تغذیه از راه پستان را مشکل می‌کند (از جمله نوزادانی که نسبت به سن حاملگی کوچک هستند یا نوزادانی که قبل از موعد به دنیا آمده‌اند و نیاز به مراقبت‌های ویژه دارند، قادر به هضم غذا بطور طبیعی نیستند، یا دچار بدشکلی دهان، چانه، یا کام هستند).

روش آموخته شیردهی برای زنان آلوده به HIV

- زنانی که به HIV آلوده شده‌اند یا AIDS دارند، می‌توانند از LAM استفاده کنند. شیردادن وضعیت آنها را بدتر نخواهد کرد. با وجود این، احتمال دارد مادرانی که HIV دارند، آن را از طریق شیردهی به کودک خود منتقل کنند. اگر شیردهی بطور معمول انجام شود، ۱۰ الی ۲۰ نفر از هر ۱۰۰ کودکی که از طریق شیر مادر آلوده به HIV تغذیه می‌شوند، علاوه بر مواردی که قبلاً در طول حاملگی و یا زایمان آلوده شده‌اند، از طریق شیر به HIV آلوده خواهند شد. احتمال انتقال HIV از طریق شیر مادر، در میان مادرانی که بیماری پیشرفته دارند یا افرادی که به تازگی آلوده شده‌اند، بیشتر است.
- زنانی که داروهای ضد رتروویروسی (ARV) مصرف می‌کنند می‌توانند از LAM استفاده کنند. در واقع، درمان با داروهای ضد رتروویروسی در طول اولین هفته‌های شیردهی ممکن است خطر انتقال HIV از طریق شیر مادر را کاهش دهد.
- تغذیه جایگزین، خطری از نظر انتقال HIV ندارد. اگر و فقط اگر، تغذیه جایگزین قابل قبول، امکان‌پذیر، قابل تهیه (از نظر هزینه)، قابل تداوم و سالم (بی‌خطر) باشد، برای شش ماه اول پس از تولد توصیه می‌شود. در صورتی که تغذیه جایگزین موجود این ۵ معیار را نداشته باشد، تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول ایمن‌ترین راه برای تغذیه نوزاد و سازگار با LAM است. (برای راهنمایی در مورد تغذیه نوزادان مادرانی که HIV دارند، به قسمت بهداشت مادر و نوزاد و جلوگیری از انتقال HIV از مادر به نوزاد در صفحه ۲۸۶ مراجعه کنید).
- یک استراتژی برای ایمن‌تر کردن شیردهی، دوشیدن شیرمادر و حرارت دادن آن است. در مورد زنانی که از LAM استفاده می‌کنند دوشیدن شیرمادر ممکن است در مقایسه با تغذیه از پستان، اثر کمتری در جلوگیری از حاملگی داشته باشد.
- به زنان آلوده به HIV تاکید کنید که همراه با LAM از کاندوم نیز استفاده کنند. کاندوم در صورت استفاده صحیح و مستمر به جلوگیری از انتقال HIV و سایر موارد عفونتهای آمیزشی کمک می‌کند.

ارائه روش آمنوره شیردهی

زمان شروع

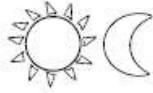
موقعیت زن	زمان شروع
در عرض ۶ ماه پس از زایمان	<ul style="list-style-type: none">تغذیه با شیر مادر را بلافاصله (در عرض یک ساعت) یا بعد از تولد نوزاد هر چه زودتر که ممکن باشد، شروع کنید. در روزهای اولیه پس از زایمان، مایع مایل به زردی که در پستان مادر تولید می‌شود (colostrum) حاوی مواد خیلی مهم برای سلامتی نوزاد است.
	<ul style="list-style-type: none">در هر زمانی، در صورتی که زن به طور کامل یا تقریباً کامل نوزاد را از زمان تولد با شیر خود تغذیه کرده و خونریزی ماهیانه او مجدداً برقرار نشده است.



زن چه زمانی می‌تواند از LAM استفاده کند؟

زن شیرده، می‌تواند از LAM برای فاصله‌گذاری تا زایمان بعدی و به عنوان یک روش انتقالی به سایر روشهای جلوگیری از حاملگی استفاده کند. در صورتیکه او هر ۳ معیار لازم برای استفاده از LAM را داشته باشد، می‌تواند LAM را در هر زمانی شروع کند.

از مادر، ۳ سوال زیر را پرسید:



۲. آیا در کنار شیر خود بطور مرتب کودک را با سایر غذاها تغذیه می‌کنید، یا در طول شب یا روز به مدت طولانی او را با شیر خود تغذیه نمی‌کنید؟



۱. آیا خونریزی ماهیانه شما مجدداً برقرار شده است؟



۳. آیا سن نوزاد شما بالای ۶ ماه است؟

اما در صورتی که پاسخی که پاسخی به هر یک از این پرسش‌ها «بله» باشد.....
احتمال حاملگی او افزایش می‌یابد. به او توصیه کنید که شروع به استفاده از یک روش دیگر تنظیم خانواده بکند و به منظور سلامتی کودک، تغذیه پستانی را ادامه دهد.

در صورتی که پاسخی به همه این پرسش‌ها «خیر» باشد.....
او می‌تواند LAM را به کار ببرد. در این صورت فقط ۲ درصد احتمال حاملگی وجود دارد. زن ممکن است در هر زمانی روش دیگری را برای تنظیم خانواده انتخاب کند، اما تا زمانیکه کودک او کمتر از ۶ ماهگی است، ترجیحاً نباید از روشهای حاوی استروژن استفاده کند. روشهای استروژنی، شامل قرصهای خوراکی ترکیبی جلوگیری از حاملگی، روشهای تزریقی ماهیانه، برچسب ترکیبی و حلقه ترکیبی واژینال می‌باشند.

توضیح نحوه استفاده

- بطور مکرر با شیر خود تغذیه کنید
الگوی مطلوب شیردهی عبارتست از تغذیه بر اساس تقاضا (یعنی، هر زمان که کودک بخواهد به او غذا داده شود) و حداقل ۱۰ تا ۱۲ بار در روز در اولین هفته‌های پس از زایمان و سپس ۸ الی ۱۰ بار در روز، شامل حداقل یکبار در شب در ماههای اول.
- فاصله دو نوبت شیردهی در طول روز نباید بیش از ۴ ساعت و در شب نباید بیش از ۶ ساعت باشد.
- برخی از نوزادان ممکن است تمایل به ۸ الی ۱۰ بار تغذیه در طول روز نداشته باشند و ممکن است بخواهند در طول شب بخوابند. این نوزادان اغلب نیاز به تحریک ملایم برای شیر خوردن مکرر دارند.
- غذای کمکی را از ۶ ماهگی شروع می‌کند
او باید تغذیه کمکی علاوه بر شیرخود را از ۶ ماهگی شروع کند. در این سن، شیر مادر به تنهایی نمی‌تواند نیازهای غذایی کودک در حال رشد را تأمین کند.
- برای ملاقات پیگیری برنامه ریزی کنید
برای ملاقات بعدی در زمانیکه معیارهای LAM هنوز وجود دارند برنامه‌ریزی کنید، بنابراین او می‌تواند روش دیگری را انتخاب کرده و به حفاظت از خطر حاملگی ادامه دهد.
- در صورت امکان، اکنون به او کاندوم یا قرص‌های صرفاً پروژستینی بدهید. در صورتیکه کودک به طور کامل یا تقریباً کامل با شیر مادر تغذیه نشود، خونریزی ماهیانه زن مجدداً برقرار شود یا کودک به ۶ ماهگی برسد، زن می‌تواند قبل از زمانی که بتواند برای دریافت روش دیگری مراجعه کند، استفاده از آنها را آغاز کند. برای استفاده از روش دیگر بدنبال این روش برنامه‌ریزی کنید. هر گونه وسایل مورد نیاز را در این مراجعه به او ارائه کنید.



حمایت از استفاده کننده

«هر زمان که خواستید مراجعه کنید»: دلایل مراجعه

به او اطمینان دهید هر زمان که بخواهد می‌تواند مراجعه کند. به عنوان مثال: اگر مشکلات یا سؤالاتی دارد، و یا تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؛ دچار تغییر عمده در وضعیت سلامت خود شده است؛ یا فکر می‌کند که ممکن است حامله باشد. همچنین اگر:

- یک یا چند مورد از سه معیار LAM در او وجود ندارد، بنابراین نمی‌تواند به LAM اطمینان کند.

کمک به استفاده کنندگان مداوم

کمک به دریافت کنندگان خدمات برای تغییر به روش مداوم

۱. زن می‌تواند هنگامی که از LAM استفاده می‌کند هر زمان که بخواهد روش دیگری انتخاب کند. در صورتی که هنوز هم هر سه معیار LAM وجود داشته باشد بطور منطقی می‌توان اطمینان داشت که زن حامله نیست. او می‌تواند بدون نیاز به تست حاملگی، آزمایش یا ارزیابی، روش جدید را شروع کند.
۲. برای ادامه جلوگیری از حاملگی، به محض اینکه هر یک از ۳ معیار LAM از بین رفت، زن باید روش خود را تغییر دهد.
۳. به او کمک کنید قبل از نیاز، روش دیگری را انتخاب کند، در صورت ادامه شیردهی، او می‌تواند از بین روشهای متعدد هورمونی یا غیرهورمونی روشی را انتخاب کند، این امر به مدت زمان سپری شده از زایمان بستگی دارد (به قسمت بهداشت مادر و نوزاد، زودترین زمانی که یک زن می‌تواند بعد از زایمان یک روش تنظیم خانواده را شروع کند، در صفحه ۲۸۵ مراجعه کنید).



مدیریت مشکلات

مشکلات مربوط به استفاده

- مشکلات همراه با شیردهی یا LAM، بر رضایت زنان و استفاده از روش اثر می‌گذارند. در صورت گزارش هر گونه مشکلی توسط زن، به نگرانیهای او گوش فرا داده و توصیه‌های لازم را به او بدهید و در صورت امکان، 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.
- در مورد مشکلات مربوط به شیردهی، به قسمت بهداشت مادر و نوزاد، مدیریت مشکلات مربوط به شیردهی در صفحه ۲۸۷ مراجعه کنید.

پرسشها و پاسخهای مربوط به روش آمنوره شیردهی

۱. آیا LAM روش مؤثری برای تنظیم خانواده است؟

بله. در صورتیکه خونریزی ماهانه زن برقرار نشده باشد و او شیردهی کامل یا تقریباً کامل داشته باشد و سن نوزاد کمتر از ۶ ماه باشد، روش بسیار مؤثری است.

۲. مادر چه زمانی باید تغذیه کمکی را در کنار شیردهی شروع کند؟

به طور ایده‌آل، زمانی که کودک ۶ ماهه شد. شیر مادر باید در کنار غذای کمکی، بخش عمده رژیم غذایی کودک را تا دو سالگی یا بیشتر تشکیل دهد.

۳. آیا زنانی که خارج از منزل کار می‌کنند، می‌توانند از LAM استفاده کنند؟

بله. زنانی که می‌توانند نوزاد خود را در محیط کار یا نزدیک آن نگهدارند و بطور مکرر به فرزند خود شیر دهند تا زمانی که هر سه معیار LAM را داشته باشند، می‌توانند از LAM استفاده کنند.

زنانی که از نوزادشان دور هستند، در صورتی می‌توانند از LAM استفاده کنند که فواصل شیردهی کمتر از ۴ ساعت باشد. همچنین زنان می‌توانند حداقل هر چهار ساعت شیر خود را بدوشند، البته ممکن است میزان حاملگی در زنانی که از نوزادشان دور هستند کمی بیشتر باشد. مطالعه‌ای که استفاده از LAM را در میان زنان کارمند بررسی کرد، میزان حاملگی را ۵ مورد در هر ۱۰۰ زن در طول ۶ ماه اول پس از زایمان برآورد نمود، در مقایسه با حدود دو مورد در هر ۱۰۰ زن، که بطور رایج از LAM استفاده می‌کنند.

۴. زنی که در حین استفاده از LAM، متوجه شود HIV دارد چه باید بکند؟ آیا او می‌تواند شیردهی و استفاده از LAM را ادامه دهد؟

در صورتیکه زنی اخیراً با HIV آلوده شده باشد، خطر انتقال آن از طریق شیردهی در مقایسه با زمانی که قبلاً آلوده شده باشد خیلی بیشتر است، چون میزان HIV در بدن او زیاد است. با وجود این توصیه‌های مربوط به شیردهی همانند سایر زنان آلوده به HIV است. در صورتی که تغذیه جایگزین قابل قبول، قابل دسترس، قابل تهیه (از نظر هزینه)، قابل تداوم و ایمن باشد، باید با او در مورد اینکه در صورت تغذیه جایگزین، نوزاد او خطر آلودگی با HIV از طریق شیر مادر را نخواهد داشت، مشاوره کرد. در صورتی که تغذیه جایگزین ۵ معیار فوق را نداشته باشند، او باید نوزاد را منحصراً در طول ۶ ماه اول با شیر خود تغذیه کند، بنابراین، می‌تواند LAM را ادامه دهد. در صورت تمایل به قطع شیردهی، باید در عرض ۲ روز تا ۳ هفته شیردهی را بطور کامل قطع کند. پس از ۶ ماه، شیر مادر از نظر غذایی به تنهایی برای تغذیه کودک کافی نیست و باید روش خود را از LAM به سایر روشهای جلوگیری از حاملگی تغییر دهد (به قسمت آمنوره شیردهی برای زنان آلوده به HIV، در صفحه ۲۵۴ نیز مراجعه کنید).

خدمت به گروه‌های مختلف

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

نوجوانان

- جوانان مجرد و متأهل ممکن است نیازهای بهداشتی جنسی و تولید مثلی متفاوتی داشته باشند. همه روشهای تنظیم خانواده، برای افراد جوان، ایمن و بدون خطر هستند.

مردان

- ارائه اطلاعات صحیح به مردان در تصمیم‌گیری بهتر در مورد سلامت خود و شریک جنسی‌شان کمک می‌کند. زمانی که زوجین با هم در مورد تنظیم خانواده صحبت می‌کنند، با احتمال بیشتر طوری برنامه‌ریزی می‌کنند که بتوانند آن را انجام دهند.

زنانی که نزدیک یائسگی هستند

- برای اطمینان از عدم حاملگی، زن باید روش تنظیم خانواده را تا زمانی که به مدت ۱۲ ماه متوالی خونریزی ماهیانه نداشته باشد، به کار برد.

نوجوانان

افراد جوان ممکن است نه تنها برای جلوگیری از حاملگی، بلکه جهت مشاوره در مورد تغییرات فیزیکی، روابط جنسی، ارتباطات، خانواده و مشکلات رشد به ارائه‌دهندگان خدمات تنظیم خانواده مراجعه کنند. نیازهای آنها به موقعیت خاص آنها بستگی دارد. بعضی از آنها مجرد بوده و فعالیت جنسی دارند، بعضی‌ها فعالیت جنسی ندارند، در حالی که بعضی‌ها قبلاً ازدواج کرده‌اند و بعضی‌ها صاحب فرزند هستند. سن، به خودی خود تفاوت زیادی به وجود می‌آورد، چون افراد جوان در طول سالهای جوانی بسرعت رشد می‌کنند. این تفاوتها، کسب آگاهی در مورد هر مراجعه‌کننده، درک علت مراجعه، مشاوره مناسب و ارائه خدمات بر طبق نیاز آنها را با اهمیت می‌سازد.

خدمات را همراه با مراقبت و احترام ارائه دهید

افراد جوان بدون توجه به سن‌شان، شایسته مراقبت همراه با احترام و بدون قضاوت هستند. نگرش‌های انتقادی و رفتار غیر دوستانه، افراد جوان را از مراقبت‌های مورد نیاز آنها محروم می‌کند. مشاوره و ارائه خدمات، افراد جوان را به داشتن رابطه جنسی تشویق نمی‌کند، بلکه به آنها کمک می‌کند تا از سلامت خود محافظت کنند.



برای ایجاد مراکز دوستدار جوانان می‌توانید موارد زیر را انجام دهید:

- به جوانان نشان دهید که از کار کردن با آنها لذت می‌برید.
- در مکانهای خصوصی، جاییکه فرد دیگری نتواند شما را ببیند یا سخنان شما را بشنود، مشاوره کنید. از محرمانه بودن مطمئن شده و او را از محرمانه بودن مطمئن سازید.
- به دقت گوش فرا داده و سؤالات باز از او بپرسید مانند: «چه طور می‌توانم به شما کمک کنم؟» و «شما چه سؤالاتی دارید؟»
- به زبان ساده صحبت کنید و از کاربرد اصطلاحات پزشکی اجتناب کنید.
- اصطلاحاتی را به کار ببرید که مناسب افراد جوان باشد. از اصطلاحاتی مانند «تنظیم خانواده» که در مورد افراد ازدواج نکرده نامربوط است، اجتناب کنید.
- در صورت تمایل افراد، شرکای جنسی آنها را نیز پذیرفته و در مشاوره شرکت دهید.
- سعی کنید مطمئن شوید که انتخاب‌های یک زن جوان اختیاری بوده، از طرف شریک جنسی یا خانواده او تحمیل نشده‌اند. مخصوصاً اگر او برای داشتن رابطه جنسی تحت فشار قرار بگیرد، به او کمک کنید در مورد آنچه که می‌تواند برای مقاومت و کاهش آن فشار گفته یا انجام دهد فکر کند. مهارت‌هایی را برای مذاکره در مورد استفاده از کاندوم تمرین کنید.
- با حالت بدون قضاوت صحبت کنید (مثلاً، بگویید «شما می‌توانید» به جای اینکه بگویید «شما باید»). حتی اگر آنچه را که شخص جوان می‌گوید یا انجام می‌دهد مورد پسند شما نباشد از او انتقاد نکنید به او کمک کنید تا تصمیم‌هایی را بگیرد که بیشترین علاقه را به آنها دارد.
- وقتی را برای شناسایی و پاسخدهی کامل به سؤالات، ترسها و اصلاح اطلاعات نادرست در باره رابطه جنسی، بیماریهای آمیزشی (STIS) و روشهای تنظیم خانواده اختصاص دهید. تعداد زیادی از جوانان می‌خواهند اطمینان یابند که تغییرات در بدن و احساسات آنها طبیعی هستند. آمادگی کافی برای پاسخ به سؤالات رایج در مورد بلوغ، خونریزی ماهیانه، استمناء، انزال شبانه، و بهداشت تناسلی داشته باشید.

همه روش‌های تنظیم خانواده، برای افراد جوان بی‌خطر و سالم هستند

- افراد جوان می‌توانند از همه روشهای تنظیم خانواده بطور بی‌خطر استفاده کنند.
- اغلب، زنان جوان در مقایسه با زنان سنین بالاتر تحمل کمتری در مورد آثار جانبی دارند. با وجود این با مشاوره می‌توانند از آنچه که باید انتظار داشته باشند آگاهی یابند و با احتمال کمتری روش مصرفی خود را قطع خواهند کرد.
 - شرکای جنسی جوانان مجرد ممکن است در مقایسه با افراد سنین بالاتر بیشتر باشند و بنابراین ممکن است با خطر بیشتر STI‌ها مواجه شوند. توجه به خطر STI و چگونگی کاهش آن بخش مهمی از مشاوره است.
- در رابطه با بعضی از روشهای تنظیم خانواده، ملاحظات خاصی برای افراد جوان وجود دارد (برای راهنمایی کامل به فصول مربوط به روش‌های تنظیم خانواده مراجعه کنید).

روشهای هورمونی جلوگیری از حاملگی (قرصهای خوراکی، روشهای تزریقی، برچسب ترکیبی، حلقه ترکیبی واژینال و ایمپلنتها)

- روشهای تزریقی و حلقه ترکیبی واژینال را می‌توان بدون اطلاع دیگران به کار برد.
- بعضی از زنان جوان، مخصوصاً مصرف مرتب قرصها را مشکل می‌دانند.

فرصتهای فوریتی جلوگیری از حاملگی (ECPها)

- زنان جوان، در مقایسه با زنان با سنین بالاتر ممکن است کنترل کمتری در مورد داشتن نزدیکی و جلوگیری از حاملگی داشته باشند. آنها ممکن است اغلب به ECPها به دفعات بیشتری احتیاج داشته باشند.
- به زنان جوان از قبل ECPها را برای استفاده در صورت نیاز ارائه کنید. او می‌تواند ECPها را هر زمان که رابطه جنسی محافظت نشده دارد، از جمله رابطه جنسی برخلاف میل او یا زمانی که اشتباه در استفاده از روش تنظیم خانواده صورت گرفته، استفاده کند.

عقیم سازی زنانه و واژکتومی

- با احتیاط زیادی ارائه کنید. افراد جوان و افرادی که فرزند کمتری دارند و یا فاقد فرزند هستند از جمله افرادی هستند که بالاترین احتمال پشیمان شدن از عقیم سازی را دارند.

کاندومهای زنانه و مردانه

- در مقابل STIها و حاملگی، که بسیاری از افراد جوان به آن نیاز دارند، محافظت می‌کنند.
- به راحتی قابل دسترس هستند و برای روابط جنسی گاه و بیگاه، قابل تهیه و راحت هستند.
- مردان جوان ممکن است در استفاده صحیح از کاندومها، در مقایسه با مردان سنین بالاتر، کمتر موفق باشند. آنها ممکن است برای استفاده از کاندوم نیاز به تمرین داشته باشند.

وسیله داخلی رحم (IUDهای حاوی مس و هورمونی)

- احتمال دفع IUD در بین زنانی که سابقه زایمان ندارند، به علت کوچک بودن رحم بیشتر است.

دیافراگمها، مواد اسپرمکش و کلاهک دهانه رحم

- گرچه از کم‌اثرترین روشها هستند، زنان جوان می‌توانند استفاده از این روشها را کنترل کنند و طبق نیاز استفاده نمایند.

روشهای مبتنی بر آگاهی از زمان باروری

- تا زمان منظم شدن سیکلهای قاعدگی، زن جوان باید از روشهای مبتنی بر آگاهی از زمان باروری با احتیاط استفاده کند.
- در دسترس بودن یک روش پشتیبان یا ECPها برای استفاده در موارد شکست در خودداری از نزدیکی ضروری است.

روش نزدیکی منقطع (عقب کشیدن)

- مستلزم این است که مرد بداند چه زمانی در نزدیکی زمان انزال قرار دارد، بنابراین او می‌تواند به موقع، عقب بکشد. این روش ممکن است برای بعضی از مردان جوان مشکل باشد.
- یکی از کم‌اثرترین روشها در جلوگیری از حاملگی است، اما ممکن است تنها روش موجود و همیشه در دسترس برای بعضی از افراد جوان باشد.

مردان

حامیان مهم، مراجعه کنندگان مهم

برای ارائه دهندگان بهداشتی، مردان به دو دلیل، مهم هستند. اول اینکه، آنها بر زنان تأثیر می‌گذارند. بعضی از مردان به بهداشت باروری شریک جنسی خود اهمیت می‌دهند و آنها را حمایت می‌کنند. بعضی دیگر، در مسیر آنها قرار گرفته، یا برای آنها تصمیم می‌گیرند. بنابراین نگرش مردان می‌تواند تعیین‌کننده امکان انجام رفتارهای سالم توسط زنان باشد. در بعضی از شرایط، از قبیل اجتناب از عفونت HIV و یا گرفتن سریع کمک در اورژانسهای مامایی، اعمال مرد می‌تواند تعیین‌کننده ادامه حیات یا مرگ زن باشد.

مردان، همچنین به عنوان مراجعه کنندگان نیز مهم هستند. برخی روش‌های عمده تنظیم خانواده - کاندومهای مردانه و ازکومی - توسط مردان استفاده می‌شوند. مردان نیز نیازها و نگرانیهای مربوط به سلامت جنسی و باروری خاص خود، به خصوص در ارتباط با عفونت‌های آمیزشی (STIs)، دارند که شایسته توجه سیستم مراقبت بهداشتی و ارائه دهندگان خدمات است.

راههای مختلف کمک به مردان

ارائه دهندگان خدمات می‌توانند به مردان چه به عنوان حامی زنان و چه به عنوان یک مراجعه کننده، خدمات ارائه نموده و از آنها حمایت کنند.

زوجین را تشویق به صحبت کنید

زوجینی که در مورد تنظیم خانواده - با کمک ارائه دهندگان خدمات یا بدون آن - با یکدیگر بحث می‌کنند با احتمال بیشتری برنامه‌هایی می‌ریزند که می‌توانند اجرا کنند. ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند:

- در باره نحوه صحبت مردان و زنان با شریک جنسی خود در مورد رابطه جنسی، تنظیم خانواده و STIها راهنماییهای لازم را ارائه دهند.
- آنها را تشویق به تصمیم‌گیری مشترک در باره موضوعات سلامت جنسی و تناسلی بکنند.
- زنان را تشویق کرده و از آنها دعوت کنند شرکای جنسی خود را برای مشاوره، تصمیم‌گیری و مراقبت مشترک به درمانگاه بیاورند.
- به زنان پیشنهاد کنند برای شرکای جنسی خود در مورد خدمات بهداشتی مردان صحبت کنند. در صورت موجود بودن، مواد آموزشی را به آنها بدهید تا به خانه ببرند.



اطلاعات صحیح ارائه دهید



به منظور اظهار نظر و اتخاذ تصمیمات آگاهانه، مردان نیازمند اطلاعات صحیح و اصلاح موارد درک نادرست هستند. موضوعات مهم برای مردان عبارتند از:

- روشهای تنظیم خانواده، اعم از زنانه و مردانه از جمله ایمنی و اثر بخشی آنها.
- STIها، شامل HIV/AIDS، چگونگی انتقال و عدم انتقال آنها، علائم و نشانه‌ها، آزمایش و درمان.
- فواید انتظار قبل از حاملگی مجدد تا ۲ سالگی کوچکترین فرزند.
- آناتومی و عملکرد جنسی و تولید مثلی مردان و زنان.
- حاملگی و زایمان سالم و بی خطر.

خدمات را ارائه دهید، یا ارجاع دهید

خدمات مهمی که اغلب مردان طالب آنها هستند شامل موارد زیر است:

- کاندومها، وازکتومی و مشاوره در باره سایر روشها.
- مشاوره و کمک در زمینه مشکلات جنسی.
- مشاوره، آزمایش و درمان STI/HIV.
- مشاوره در مورد ناباروری (به صفحه ۲۹۴ را مراجعه کنید).
- غربالگری سرطان پروستات، بیضه و آلت تناسلی.

همانند زنان، مردان نیز در همه سنین، مجرد و یا متأهل، نیازهای بهداشت جنسی و تولید مثلی مخصوص خود را دارند. آنها شایسته دریافت خدمات با کیفیت خوب و مشاوره محترمانه، حمایتی و بدون قضاوت هستند.

زنانی که در نزدیک به یائسگی هستند

یک زن، زمانی به یائسگی می‌رسد که تخمدانهای او، تخمک‌گذاری را قطع می‌کنند. چون پس از یائسگی خونریزی ماهیانه رخ نمی‌دهد، یک زن زمانی بارور محسوب نمی‌شود که به مدت ۱۲ ماه متوالی دیگر خونریزی ماهیانه نداشته باشد. یائسگی معمولاً بین ۴۵ تا ۵۵ سالگی روی می‌دهد. حدود نیمی از زنان تا سن ۵۰ سالگی یائسه می‌شوند. ۹۶ درصد زنان تا سن ۵۵ سالگی یائسه می‌شوند.

تا زمانی که یائسگی قطعی شود در صورتی که شرایط منع طبی وجود نداشته باشد، زن می‌تواند برای جلوگیری از حاملگی از همه روشها استفاده کند. سن، به تنهایی، محدودیتی برای استفاده زن از روشهای تنظیم خانواده ایجاد نمی‌کند.

ملاحظات خاص در باره انتخاب روش

در موارد کمک به زنان نزدیک یائسگی در انتخاب یک روش، به موارد زیر توجه کنید:

روش‌های هورمونی ترکیبی (فرصهای ترکیبی [COCها]، روشهای تزریقی ماهیانه، برچسب ترکیبی، حلقه ترکیبی واژینال)

- زنان ۳۵ ساله یا بیشتر که سیگار می‌کشند، (بدون توجه به مقدار مصرف سیگار)، نباید از COCها، برچسب ترکیبی یا حلقه واژینال استفاده کنند.
- زنان ۳۵ ساله یا بیشتر که روزانه ۱۵ عدد سیگار یا بیشتر می‌کشند نباید از روشهای تزریقی ماهیانه استفاده کنند.
- زنان ۳۵ ساله یا بیشتر، در صورتی که سردردهای میگرن داشته باشند (همراه با اورای میگرنی یا بدون آن) نباید از COCها، روشهای تزریقی ماهیانه، برچسب ترکیبی یا حلقه ترکیبی واژینال استفاده کنند.

روش‌های صرفاً پروژستینی (فرصهای صرفاً پروژستینی، روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی، ایمپلنتها)

- انتخابی مناسب برای زنانی است که نمی‌توانند روش‌های حاوی استروژن را به کار ببرند.
- DPMA در طول استفاده، تراکم مواد معدنی استخوان را به میزان جزئی کاهش می‌دهد. معلوم نیست که آیا این کاهش تراکم استخوان، خطر شکستگی استخوان را پس از یائسگی افزایش می‌دهد یا خیر.

قرص‌های فوریتی جلوگیری از حاملگی

- زنان می‌توانند در هر سنی از این قرصها استفاده کنند از جمله زنانی که نمی‌توانند روش‌های هورمونی را به طور مداوم به کار برند.

عقیم‌سازی زنانه و وازکتومی

- ممکن است انتخاب مناسبی برای زنان سنین بالاتر و شرکای جنسی آنها باشد که می‌دانند تمایل به داشتن فرزند دیگر نخواهند داشت.
- در زنان سنین بالاتر احتمال وجود شرایطی که مستلزم تعویق، ارجاع، یا احتیاط برای عقیم‌سازی زنانه باشد، بیشتر است.

کاندومهای زنانه و مردانه، دیافراگم‌ها، مواد اسپرم‌کش، کلاهک دهانه رحم و نزدیکی منقطع (عقب کشیدن)

- با توجه به کاهش قدرت باروری در سنین پیش از یائسگی زنان محافظت خوبی را در برابر حاملگی فراهم می‌کند.
- برای زنانی که ممکن است گاه و بیگاه رابطه جنسی داشته باشند قابل توصیه و راحت است.

وسيله داخل رحمی (IUDهای حاوی مس و هورمونی)

- میزان دفع IUD، با افزایش سن زنان کاهش می‌یابد و در بین زنان بالای ۴۰ سال، کمترین میزان دفع وجود دارد.
- جاگذاری IUD به علت تنگ شدن کانال دهانه رحم ممکن است مشکل‌تر باشد.

روش‌های مبتنی بر آگاهی از زمان باروری

- فقدان خونریزیهای منظم قبل از یائسگی، استفاده مطمئن از این روشها را مشکل‌تر می‌کند.



زنان چه زمانی می‌توانند استفاده از روش تنظیم خانواده را قطع کنند؟

چون در زمان قبل از یائسگی، خونریزی بطور ماهیانه رخ نمی‌دهد، برای زنی، که به نظر می‌رسد خونریزی او متوقف شده است دانستن اینکه چه زمان استفاده از روش ضد بارداری را قطع کند، مشکل است. بنابراین، استفاده از روش تنظیم خانواده به مدت ۱۲ ماه پس از آخرین خونریزی توصیه می‌شود چون امکان خونریزی دوباره وجود دارد.

روش‌های هورمونی، بر خونریزی تأثیر می‌کنند، بنابراین آگاهی از یائسگی زمانی که از این روشها استفاده می‌کنند مشکل است. پس از قطع یک روش هورمونی، او می‌تواند از روش غیرهورمونی استفاده کند. در صورتی که به مدت ۱۲ ماه متوالی خونریزی نداشته باشد، نیازی به جلوگیری از حاملگی ندارد.

IUDهای حاوی مس را می‌توان تا پس از یائسگی در رحم نگه داشته و ۱۲ ماه پس از آخرین خونریزی ماهیانه خارج کرد.

تسکین نشانه‌های یائسگی

زنان قبل، حین و بعد از یائسگی دچار آثار بالینی زیر می‌شوند:

گر گرفتگی، تعریق بیش از حد، مشکل در نگه داشتن ادرار، خشکی واژن که می‌تواند سبب نزدیکی جنسی دردناک شود و مشکلات خواب.

ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند روشهایی را برای کاهش بعضی از این نشانه‌ها پیشنهاد و ارائه کنند:

- تنفس عمیق از دیافراگم ممکن است سبب تسریع در رفع گرگرفتگی شود. زن همچنین می‌تواند مصرف غذاهای حاوی سویا یا مصرف روزانه ۸۰۰ میلی گرم ویتامین E را امتحان کند.
- غذاهای غنی از کلسیم (مانند لبنیات، لوبیا و ماهی) مصرف کنید و برای کمک به آهسته کردن کاهش تراکم استخوان که همراه یائسگی ایجاد می‌شود، به فعالیت فیزیکی متوسط بپردازید.
- در صورت تداوم خشکی واژن و ایجاد تحریک و سوزش از مواد نرم کننده یا مرطوب کننده می‌توان استفاده نمود. در صورتی که خشکی واژن مشکل ساز باشد، طی نزدیکی جنسی از مواد نرم کننده تجاری، آب یا بزاق به عنوان نرم کننده استفاده کنید.

بیماریهای آمیزشی، از جمله HIV

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- افرادی که دچار بیماریهای آمیزشی (STIها) از جمله HIV هستند، می‌توانند اکثر روشهای تنظیم خانواده را بدون خطر و به طور موثر به کار برند.
- کاندومهای زنانه و مردانه می‌توانند از STIها جلوگیری کنند، بشرطی که به صورت مستمر و صحیح بکار روند.
- STIها را می‌توان به روشهای دیگر نیز کاهش داد- با محدود کردن تعداد شرکای جنسی، خودداری از نزدیکی جنسی و وجود روابط همراه با وفاداری متقابل با یک شریک جنسی غیرآلوده.
- بعضی از موارد STIها در زنان، علامت یا نشانه‌ای ندارند. اگر زن گمان کند شریک جنسی او احتمالاً STI_s دارد، باید به دنبال دریافت مراقبت باشد.
- بعضی از موارد STIها قابل درمان هستند. STI هر چه سریعتر درمان شود احتمال بروز عوارض طولانی مدت مانند ناباروری یا درد مزمن کمتر می‌شود.
- در اکثر موارد، ترشحات واژینال ناشی از عفونتهای غیرآمیزشی هستند.

ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده می‌توانند با روشهای مختلف به مراجعه کنندگان خود در جلوگیری از STIها از جمله آلودگی با HIV، کمک کنند. مدیران برنامه و ارائه دهندگان خدمات می‌توانند رویکردهایی انتخاب بکنند که با نیازهای مراجعه کنندگان، نحوه آموزش و منابع در دسترس آنها و دسترسی به خدمات از طریق ارجاع هماهنگی داشته باشند.

بیماری‌های آمیزشی چه بیماریهایی هستند؟

باکتریها و ویروس‌هایی که از طریق تماس جنسی انتشار می‌یابند سبب STIها می‌شوند. عفونت‌ها را می‌توان در مایعات بدن مثل منی، روی پوست اندام‌های تناسلی و فضای اطراف آنها و همچنین در دهان، گلو و رکتوم یافت.

برخی از موارد STIها بدون علامت هستند. برخی دیگر ممکن است موجب ناراحتی یا درد شوند. بعضی از موارد STIها در صورت عدم درمان سبب بیماری التهابی لگن، ناباروری، درد مزمن لگن و سرطان دهانه رحم می‌شوند. HIV در طول زمان سیستم ایمنی را مهار می‌کند. بعضی از موارد STIها می‌توانند به میزان زیادی خطر آلودگی با HIV را نیز افزایش دهند. انتشار STI در یک جامعه در نتیجه رابطه جنسی یک فرد آلوده با فرد غیرآلوده صورت می‌گیرد. هر چه تعداد شرکای جنسی فرد بیشتر باشد، خطر آلودگی وی با STI یا انتقال آن بیشتر می‌شود.

چه کسی در معرض خطر است؟

بسیاری از زنانی که در پی دریافت خدمات مربوط به تنظیم خانواده هستند – زنانی که روابط پایدار، همراه با وفاداری متقابل و طولانی مدت دارند – با خطر پایین آلودگی با STI مواجه هستند. با وجود این بعضی از آنها ممکن است در معرض خطر بالای STI قرار داشته باشند، یا در حال حاضر دچار STI باشند. افرادی که ممکن است از بحث STI سود بیشتری ببرند، شامل افرادی هستند که: شریک جنسی ثابتی ندارند، مراجعین مجرد و هر فرد مجرد یا متأهل که در مورد STI یا HIV اظهار نگرانی می‌کند یا شریک جنسی او ممکن است شرکای جنسی دیگری داشته باشد.

خطر آلودگی با STI، از جمله HIV، به رفتار یک فرد، رفتار شریک یا شرکای جنسی او و میزان رواج این بیماری‌ها در جامعه بستگی دارد. با اطلاع از نوع رفتارهای جنسی رایج در منطقه و نوع STI رایج، ارائه دهنده خدمات بهداشتی بهتر می‌تواند به مراجعین در ارزیابی خطر مربوط به خودشان کمک کند. اطلاع از خطر فردی HIV یا سایر موارد STI به افراد در تصمیم‌گیری در مورد این که چگونه از خود و دیگران محافظت کنند، کمک می‌کند. زنان اغلب بهترین قضاوت کننده در مورد خطر STI در مورد خودشان هستند، مخصوصاً وقتی بدانند که چه رفتارها و موقعیتهایی خطر را افزایش می‌دهند.

رفتارهای جنسی که خطر مواجهه با STI را افزایش می‌دهند شامل موارد زیر است:

- رابطه جنسی با فردی که نشانه‌هایی از STI را دارد.
 - یک شریک جنسی که اخیراً موردی از STI در او تشخیص داده شده یا تحت درمان قرار گرفته است.
 - رابطه جنسی با بیش از یک فرد - هر چه تعداد شرکای جنسی بیشتر باشد، خطر نیز افزایش می‌یابد.
 - رابطه جنسی با فردی که با دیگران رابطه جنسی دارد و همیشه از کاندوم استفاده نمی‌کند.
 - در مناطقی که تعداد زیادی از مردم جامعه آلوده به STI هستند، رابطه جنسی بدون استفاده از کاندوم ممکن است تقریباً با هر شریک جنسی جدیدی نیز خطرناک باشد.
- در موقعیتهای خاص، احتمال اینکه افراد شرکای جنسی خود را بیشتر تغییر دهند، شریک جنسی زیاد داشته باشند یا شریک جنسی آنها خود شرکای جنسی دیگری داشته باشد، بالاتر است. که همه این گونه رفتارها، خطر انتقال STI را افزایش می‌دهند. این افراد عبارتند از:
- افرادی که به خاطر پول، غذا، هدایا، پناهگاه و یا مساعدت رابطه جنسی دارند.
 - به خاطر کار کردن به مناطق دیگر می‌روند یا برای کارکردن زیاد سفر می‌کنند، مثل رانندگی کامیون.
 - رابطه جنسی بلند مدت و ثابتی ندارند، مانند روابط بین جوانان و بزرگسالان جوانی که فعالیت جنسی دارند.
 - شرکای جنسی این افراد هستند.

چه چیزی موجب STI می‌شود؟

انواع مختلف ارگانسیم‌ها سبب STI می‌شوند. مواردی از STI که ناشی از باکتریها هستند، به طور کلی قابل درمان هستند، اما مواردی از STI که ناشی از ویروس هستند، به طور کلی قابل درمان نیستند، گرچه می‌توان نشانه‌های آنها را درمان نموده یا تسکین داد.

قابلیت درمان دارد؟	انتقال از راه تماس غیر جنسی	انتقال جنسی	نوع	STI
بله	ندارد	رابطه جنسی از راه واژن، مقعد و دهان	باکتریایی	شانکروئید
بله	از مادر به جنین طی حاملگی	رابطه جنسی از طریق واژن و مقعد - بندرت از طریق اندامهای تناسلی به دهان	باکتریایی	کلامیدیا
بله	از مادر به کودک طی حاملگی	رابطه جنسی از راه واژن و مقعد یا تماس بین اندامهای تناسلی و دهان	باکتریایی	سوزاک (گونوره)
خیر	در خون، از مادر به کودک در طول زایمان و یا از طریق شیر مادر	رابطه جنسی از راه واژن و مقعد و یا از آلت تناسلی مرد به دهان	ویروسی	هپاتیت B
خیر	از مادر به کودک طی حاملگی یا زایمان	تماس دهانی یا تماس اندام تناسلی با زخم، شامل رابطه جنسی واژینال و مقعدی و همچنین تماس اندام تناسلی با محل بدون زخم	ویروسی	Herpes هرپس
خیر	در خون، از مادر به کودک طی حاملگی یا زایمان یا از طریق شیر مادر	رابطه جنسی از راه واژن و مقعد، خیلی بندرت از طریق رابطه جنسی از راه دهان	ویروسی	HIV
خیر	از مادر به کودک طی زایمان	تماس پوست به پوست یا تماس اندامهای تناسلی یا تماس بین دهان و اندامهای تناسلی	ویروسی	ویروس پاپیلوم انسانی (HPV)
بله	از مادر به کودک طی حاملگی یا زایمان	تماس دهانی یا اندام تناسلی با زخم، شامل رابطه جنسی از راه واژن و مقعد	باکتریایی	سیفلیس
بله	از مادر به کودک طی زایمان	رابطه جنسی از راه واژن، مقعد و دهان	انگلی	تریکومونیاژیس

اطلاعات بیشتر در مورد HIV و AIDS

- HIV ویروسی است که سبب سندروم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) می‌شوند. HIV به آرامی به سیستم ایمنی بدن آسیب می‌رساند و قدرت آن را برای مبارزه با سایر بیماری‌ها کاهش می‌دهد.
- افراد آلوده به HIV، می‌توانند سال‌های زیادی بدون هر گونه علائم و نشانه‌هایی از بیماری و عفونت زندگی کنند و در نهایت دچار AIDS می‌شوند- شرایطی که در آن سیستم ایمنی بدن تخریب می‌شود و قادر به مبارزه با عفونت‌ها و بیماری‌های خاص که بعنوان بیماری‌های فرصت‌طلب مشهور هستند، نخواهد بود.
- برای آلودگی با HIV یا AIDS درمانی وجود ندارد، اما درمان ضدروویروسی (ARV) می‌تواند پیشرفت بیماری را کند نموده، سلامت افرادی را که دچار AIDS هستند ارتقا بخشد، و طول عمر را

افزایش دهد. ARV ها همچنین می‌توانند انتقال بیماری از مادر به کودک را در حین زایمان کاهش دهند. عفونتهای فرصت طلب نیز قابل درمان هستند.

- ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده می‌توانند با تلاش در جهت جلوگیری و درمان HIV/AIDS، بخصوص در کشورهایی که تعداد زیادی از مردم آلوده HIV هستند، از طریق موارد زیر کمک کنند:
 - مشاوره در مورد راههای کاهش خطر آلودگی به عفونت (به صفحه ۲۷۳ به قسمت انتخاب استراتژی حفاظت دوگانه مراجعه کنید).
 - مراجعین را برای مشاوره و انجام آزمون HIV و برای مراقبت و درمان HIV، در صورت عدم ارائه چنین خدماتی در درمانگاه، ارجاع دهید.

نشانه‌های بیماریهای آمیزشی

شناسایی زود هنگام STI همیشه ممکن نیست. به عنوان مثال، کلامیدیا (Chlamydia) و گنوره (gonorrhoea) اغلب علائم و نشانه‌های قابل توجهی در زنان ندارند. با وجود این شناسایی زود هنگام، بمنظور اجتناب از انتقال عفونت و جلوگیری از پیامدهای خطرناک و طولانی مدت سلامت مهم است. برای کمک به شناسایی و تشخیص زود هنگام STI، ارائه دهنده خدمات بهداشتی می‌تواند:

- بپرسد که آیا مراجعه کننده و یا شریک جنسی او، زخم تناسلی یا ترشحات غیرمعمول دارد یا خیر.
- در حین معاینه لگنی یا دستگاه تناسلی به دلایل دیگر، علائم STI را جستجو کند.
- بداند که چگونه با فردی که احتمالاً دچار STI است مشاوره کند.
- در صورت وجود علائم یا نشانه‌ها، بلافاصله تشخیص داده و درمان کند، یا برای دریافت مراقبت مناسب ارجاع دهد.
- به مراجعین توصیه کند به زخمهای دستگاه تناسلی، زگیل یا ترشحات غیرمعمول در خود یا در شریک جنسی خود دقت کند.

علائم و نشانه‌های رایجی که ممکن است دلالت بر STI داشته باشند از جمله:

نشانه‌ها	علت احتمالی
ترشح چرکی، یا قطرات روشن یا متمایل به سبز از آلت تناسلی مرد	بطور شایع: کلامیدیا، گنوره گاهی اوقات: تریکومونیازیس
خونریزی غیرطبیعی واژینال یا خونریزی پس از رابطه جنسی	کلامیدیا، گنوره، بیماری التهابی لگنی
سوزش یا درد هنگام ادرار کردن	کلامیدیا، گنوره، هرپس
درد قسمت تحتانی شکم یا درد در هنگام رابطه جنسی	کلامیدیا، گنوره، بیماری التهابی لگنی
بیضه‌های متورم و/یا دردناک	کلامیدیا، گنوره
خارش یا سوزش در نواحی تناسلی	بطور شایع: تریکومونیازیس گاهی اوقات: هرپس
تاول یا زخم روی اندامهای تناسلی، مقعد، نواحی مجاور یا دهان	هرپس، سیفلیس، شانکروئید
زگیل بر روی اندامهای تناسلی، مقعد یا نواحی مجاور	ویروس پاپیلوم انسانی
ترشحات غیرطبیعی واژینال - تغییرات در ترشحات طبیعی واژینال از لحاظ رنگ، غلظت، مقدار یا بو	با شیوع بیشتر: واژینوز باکتریال، کاندیدیاز (موارد غیر STI)؛ به عفونت‌های رایج و معمول واژینال که اغلب با عفونت‌های آمیزشی اشتباه گرفته می‌شوند، در قسمت زیر مراجعه کنید) بطور شایع: تریکومونیازیس گاهی اوقات: کلامیدیا، گنوره

عفونت‌های رایج واژینال که اغلب با عفونت‌های آمیزشی اشتباه گرفته می‌شوند

شایعترین عفونت‌های رایج واژینال آمیزشی نیستند. بلکه، معمولاً به علت رشد بیش از حد ارگانیزم‌هایی ایجاد می‌شوند که بطور طبیعی در واژن وجود دارند. عفونت‌های رایج غیرآمیزشی دستگاه تناسلی شامل واژینوزیس باکتریال و کاندیدیازیس (عفونت مخمّری یا برفک نیز نامیده می‌شوند) هستند.

- در اکثر مناطق، این عفونتها شایعتر از انواع STI هستند. محققان تخمین می‌زنند که در هر زمانی ۲۵-۵ درصد زنان دچار واژینوزیس باکتریال و ۱۵-۵ درصد آنها دچار کاندیدیازیس هستند.
 - ترشحات واژینال ناشی از این عفونت‌ها ممکن است شبیه ترشحات ناشی از بعضی از موارد STIها مانند تریکومونیاژیس باشند. اطمینان دادن به مراجعینی که چنین نشانه‌هایی را دارند در مورد اینکه آنها ممکن است دچار STI نباشند، مهم است. بویژه در مواردی که نشانه‌های دیگری ندارند و در معرض خطر پایین STI هستند.
 - واژینوزیس باکتریال و تریکومونیاژیس را می‌توان با آنتی‌بیوتیک‌هایی مثل مترونیدازول درمان کرد. کاندیدیازیس را می‌توان با داروهای ضد قارچی مانند فلوکونازول درمان کرد. واژینوزیس باکتریال در صورت عدم درمان می‌تواند منجر به عوارض مربوط به حاملگی شود و کاندیدیازیس می‌تواند در طول زایمان به نوزاد منتقل شود.
- شستن قسمت خارجی اندام تناسلی با صابون غیرمعطر و آب تمیز و عدم استفاده از دوش واژینال، شوینده‌ها، پاک‌کننده‌ها و ضد عفونی‌کننده‌ها و یا تمیزکننده‌های واژینال یا مواد خشک‌کننده اقدامات بهداشتی مناسبی هستند. این اقدامات به جلوگیری از عفونت واژینال در زنان نیز کمک می‌کنند.

جلوگیری از عفونت‌های آمیزشی

استراتژی‌های اساسی برای جلوگیری از STIها، شامل اجتناب از تماس یا کاهش احتمال تماس است. ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده می‌توانند مراجعین را در مورد اینکه چگونه می‌توانند خود را هم از انواع STI، از جمله HIV و هم از حاملگی حفاظت کنند صحبت کنند (حفاظت دوگانه).

انتخاب استراتژی حفاظت دوگانه

هر مراجعه کننده تنظیم خانواده، حتی آنان که مطمئن هستند که با هیچ خطری مواجه نیستند، نیاز به تفکر در مورد جلوگیری از انواع STIها، از جمله HIV، دارد. ارائه دهنده خدمات می‌تواند موقعیتهایی را که فرد را در برابر خطر STIها، از جمله HIV قرار می‌دهد، مطرح نماید (به قسمت چه کسی در معرض خطر است؟ در صفحه ۲۷۰ مراجعه کنید). مراجعین می‌توانند در مورد اینکه آیا این موقعیتهای پرخطر در زندگی شخصی آنها پیش می‌آید فکر کنند. اگر چنین باشد، می‌توانند ۵ استراتژی حفاظت دوگانه را مد نظر قرار دهند.

یک فرد، ممکن است در موقعیتهای مختلف، استراتژیهای متفاوتی را بکار برد. یک زوج، ممکن است در زمانهای متفاوت، استراتژیهای متفاوتی را بکار گیرند. بهترین استراتژی آن است که یک شخص قادر باشد در موقعیتی که با آن مواجه می‌شود، بطور مؤثر عمل کند (حفاظت دوگانه الزاماً به معنی استفاده از کاندوم‌ها همراه با سایر روشهای تنظیم خانواده نیست).

استراتژی اول: کاندوم زنانه یا مردانه را بطور صحیح در هر نزدیکی جنسی بکار ببرید.

- یک روش در برابر هم حاملگی و هم STIها از جمله HIV محافظت می‌کند.

استراتژی دوم: از کاندوم‌ها بطور صحیح و مستمر همراه با یک روش تنظیم خانواده دیگری استفاده کنید.

- روش تنظیم خانواده دیگری که همراه با کاندوم مورد استفاده قرار می‌گیرد، اثر

محافظتی بیشتری در برابر حاملگی ایجاد می‌کند، بویژه در مواردی که کاندوم مورد استفاده قرار نگیرد و یا بطور نادرست استفاده شود.

- برای زنانی که می‌خواهند جلوگیری مطمئنی از حاملگی داشته باشند اما همیشه نمی‌توانند روی شریک جنسی خود در استفاده از کاندوم حساب کنند، احتمالاً انتخاب مناسبی است.

استراتژی سوم: در صورتی که هر دو شریک جنسی بدانند که آلوده نیستند، از هر یک از روشهای تنظیم خانواده برای جلوگیری از حاملگی استفاده کنند و به رابطه همراه با وفاداری دوجانبه پایبند باشند.

- اغلب مراجعین تنظیم خانواده در این گروه قرار خواهند گرفت، بنابراین در مقابل STIها، از جمله HIV، محافظت می‌شوند.

- به همکاری و اعتماد بین شرکای جنسی بستگی دارد.

استراتژیهای دیگری که شامل استفاده از روشهای جلوگیری از حاملگی نمی‌شوند عبارتند از:

استراتژی چهارم: فقط درگیر روابط جنسی سالمتری باشید که در آن دخول جنسی صورت نمی‌گیرد یا از تماس مایع منی و مایعات واژینال با اندام تناسلی یکدیگر جلوگیری می‌شود.

- به همکاری، اعتماد و کنترل فرد بر روی خود بستگی دارد.
- در صورتی که این استراتژی، اولین استراتژی انتخابی فرد باشد، بهتر است برای موارد وجود احتمالی نزدیکی جنسی، کاندوم در دسترس باشد.

استراتژی پنجم: از نزدیکی جنسی خودداری کنید یا آن را به تعویق بیندازید (یا اجتناب از نزدیکی جنسی در مواردی که ممکن است مخاطره‌آمیز باشد یا خودداری از نزدیکی برای مدت طولانی‌تر)

- در صورتیکه این استراتژی، اولین استراتژی انتخابی فرد باشد، بهتر است برای مواردی که نزدیکی جنسی وجود خواهد داشت کاندوم در دسترس باشد.
- این استراتژی، در مواردی که کاندوم موجود نیست همیشه قابل دسترس است.

بسیاری از مراجعین برای موفقیت در اجرای استراتژی حفاظت دوگانه، نیاز به راهنمایی و کمک خواهند داشت. به عنوان مثال، ممکن است آنها در زمینه آمادگی برای صحبت با شریک جنسی خود در مورد محافظت در برابر STI، آموزش در مورد نحوه استفاده از کاندومها یا سایر روشها و نیز موارد عملی از قبیل محل دریافت وسایل و محل نگهداری آنها نیاز به کمک داشته باشند. اگر بتوانید در موارد فوق کمک کنید، به او پیشنهاد کمک کنید. در صورتیکه نمی‌توانید، او را به فردی که می‌تواند مشاوره و مهارت‌پروری بیشتری از قبیل بازی نقشها (role playing) جهت تمرین مذاکره در مورد استفاده از کاندوم ارائه دهد، ارجاع کنید.

روشهای جلوگیری از حاملگی برای مراجعین دچار STIها، HIV و AIDS:

افرادی که دچار HIV، STI، AIDS یا تحت درمان ضدتروویروسی (ARV) هستند، می‌توانند بدون خطر، استفاده از اکثر روشهای جلوگیری از حاملگی را شروع کرده و ادامه دهند. با وجود این، محدودیتهای کمی وجود دارند. به جدول زیر مراجعه کنید (همچنین هر فصل تنظیم خانواده اطلاعات و توجهات بیشتری را برای مراجعین دچار HIV و AIDS، از جمله افرادی که داروهای ضدتروویروسی مصرف می‌کنند، ارائه می‌کند). بطور کلی، روشهای جلوگیری از حاملگی و داروهای ضدتروویروسی تداخلی با یکدیگر ندارند. یک نوع ARV، که بطور وسیع مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، ممکن است سبب کاهش تأثیر برخی روشهای هورمونی جلوگیری از حاملگی شود.

ملاحظات خاص تنظیم خانواده برای مراجعینی که دچار STIها، HIV و AIDS یا تحت درمان ضدتروویروسی هستند.

روش	آلوده به STI	AIDS یا HIV	تحت درمان ضدتروویروسی (ARV)
وسيله داخلي رحمی (IUDهای حاوی مس یا هورمونی)	IUD را در رحم زنانی که از نظر فردی در معرض خطر بالای گونوره و کلامیدیا قرار دارند یا در حال حاضر دچار گونوره، کلامیدیا، سرویسیت چرکی یا PID هستند، جاگذاری نکنید (زنی که IUD دارد و با گونوره یا کلامیدیا آلوده می‌شود یا دچار PID می‌شود می‌تواند بدون خطر استفاده از IUD را حین درمان و بعد از آن ادامه دهد).	زنی که HIV دارد می‌تواند از، IUD استفاده کند. زنی که AIDS دارد نباید برای او IUD گذاشت، مگر اینکه تحت درمان ضدتروویروسی بوده و از نظر بالینی، وضعیت مناسبی داشته باشد. (زنی که در حال استفاده از IUD، دچار AIDS شود، می‌تواند بدون خطر استفاده از IUD را ادامه دهد).	در صورتی که وضعیت او از نظر بالینی مساعد نباشد، IUD را جاگذاری نکنید.
عقیم‌سازی زنانه	در صورت وجود گونوره، کلامیدیا، سرویسیت چرکی یا PID تا درمان و بهبودی کامل عقیم‌سازی را به تعویق بیندازید.	زنان آلوده به HIV، مبتلا به AIDS و یا تحت درمان ضدتروویروسی می‌توانند به طور بی‌خطر تحت عقیم‌سازی قرار گیرند. انجام عقیم‌سازی در زنان مبتلا به ایدز مستلزم اقدامات خاصی است. در صورت وجود بیماری فعلی مربوط به AIDS انجام عمل را به تعویق بیندازید.	زنان آلوده به HIV، مبتلا به AIDS و یا تحت درمان ضدتروویروسی می‌توانند به طور بی‌خطر تحت عقیم‌سازی قرار گیرند. انجام وازکتومی در مردان مبتلا به ایدز مستلزم اقدامات خاصی است. در صورت وجود بیماری فعلی مربوط به AIDS انجام عمل را به تعویق بیندازید.
واژکتومی	در صورت وجود عفونت پوستی اسکروتوم، STI فعال، ادم، حساسیت نوک آلت، مجاری اسپرم یا بیضه‌ها عقیم‌سازی را تا درمان و بهبودی کامل به تعویق بیندازید.	مردان آلوده به HIV، مبتلا به AIDS و یا تحت درمان ضدتروویروسی می‌توانند به طور ایمن تحت وازکتومی قرار گیرند. انجام وازکتومی در مردان مبتلا به ایدز مستلزم اقدامات خاصی است. در صورت وجود بیماری فعلی مربوط به AIDS انجام عمل را به تعویق بیندازید.	مردان آلوده به HIV، مبتلا به AIDS و یا تحت درمان ضدتروویروسی می‌توانند به طور ایمن تحت وازکتومی قرار گیرند. انجام وازکتومی در مردان مبتلا به ایدز مستلزم اقدامات خاصی است. در صورت وجود بیماری فعلی مربوط به AIDS انجام عمل را به تعویق بیندازید.

<p>نیاید از مواد اسپرم‌کش استفاده کنند.</p>	<p>در صورتی که در معرض خطر بالای ابتلا به HIV، آلوده به HIV و یا مبتلا به AIDS باشند، نیاید از مواد اسپرم‌کش استفاده کنند.</p>	<p>می‌توانند به طور بی-خطر از مواد اسپرم‌کش استفاده کنند.</p>	<p>مواد اسپرم‌کش از جمله زمانی که همراه دیافراگم یا کلاهک سرویکال استفاده شوند.</p>
<p>در صورتی که درمان ARV او شامل مهارکننده پروتئاز تقویت‌شده با ریتوناویر باشد، وی معمولاً نیاید از ضدبارداری‌های ترکیبی خوراکی، قرصهای صرفاً پروستینی، روشهای تزریقی ماهیانه، برچسب یا حلقه استفاده کند. این نوع ARV ممکن است تاثیر این روشها را کاهش دهند. وی می‌تواند از روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی یا ایمپلنتها استفاده کند.</p> <p>زنانی که درمان ARV آنها شامل مهارکننده پروتئاز تقویت‌شده با ریتوناویر نباشد، می‌توانند از هر نوع روش هورمونی استفاده کنند.</p>	<p>می‌توانند به طور بی‌خطر از هر نوع روش هورمونی استفاده کنند مگر اینکه تحت درمان با مهارکننده پروتئاز تقویت‌شده با ریتوناویر باشند. ستون راست را ملاحظه نمایید.</p>	<p>می‌توانند به طور بی-خطر از هر نوع روش هورمونی استفاده کنند</p>	<p>روشهای هورمونی (ضدبارداریهای ترکیبی خوراکی، قرصهای صرفاً پروستینی، روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی، روشهای تزریقی ماهیانه، برچسب، حلقه و ایمپلنتها)</p>

سرطان دهانه رحم

سرطان دهانه رحم چیست؟

سرطان دهانه رحم ناشی از عدم کنترل و عدم درمان رشد سلول‌ها غیر طبیعی در دهانه رحم است. یک نوع عفونت آمیزشی، ویروس پاپیلوم انسانی (HPV)، سبب رشد و گسترش چنین سلول‌هایی می‌شوند.

HPV در پوست دستگاه تناسلی، مایع منی و همچنین بافت واژن، دهانه رحم و دهان یافت می‌شود. بطور عمده از طریق تماس پوست با پوست منتقل می‌شود، نزدیکی واژینال، مقعدی و دهانی نیز می‌توانند سبب گسترش HPV شوند.

بیش از ۵۰ نوع HPV می‌توانند دهانه رحم را آلوده کنند. شش نوع از آن‌ها علت تقریباً تمامی سرطانهای دهانه رحم به شمار می‌آیند. بقیه انواع HPV سبب ایجاد زگیل تناسلی می‌شوند.

تخمین زده می‌شود ۵۰٪ الی ۸۰٪ زنانی که از لحاظ جنسی فعال می‌باشند، در طول زندگی خود حداقل یکبار با HPV آلوده می‌شوند. در اغلب موارد، آلودگی HPV خود به خود برطرف می‌شود. باوجوداین، در بعضی مواقع HPV باقی مانده، سبب رشد سلولهای پیش سرطانی شده که می‌تواند به سرطان تبدیل می‌شود. در کل کمتر از ۵٪ از زنان دچار آلودگی مقاوم HPV مبتلا به سرطان می‌شوند.

وقوع سرطان دهانه رحم ۱۰ الی ۲۰ سال طول می‌کشد، پس فرصت طولانی برای تشخیص و درمان مرحله پیش سرطانی قبل از تبدیل آن به سرطان وجود دارد. غربالگری سرطان دهانه رحم نیز چنین هدفی را دنبال می‌کند.

چه کسانی در معرض بیشترین خطر قرار دارند؟

بعضی از عوامل احتمال آلودگی با HPV را در زنان افزایش می‌دهند. بعضی دیگر منجر به پیشرفت سریعتر عفونت HPV به سمت سرطان دهانه رحم می‌شوند. غربالگری بخصوص در زنانی که هر کدام از خصوصیات زیر را داشته باشد مفید خواهد بود:

- شروع فعالیت جنسی قبل از ۱۸ سالگی
- داشتن شرکای متعدد جنسی فعلی یا قبلی
- داشتن شریک جنسی که فعلاً یا قبلاً شرکای جنسی متعددی داشته یا دارد.
- زایمانهای متعدد (هر چه تعداد زایمان بیشتر باشد احتمال خطر بیشتر است)
- داشتن سیستم ایمنی ضعیف (شامل زنان آلوده به AIDS/HIV)
- سیگاری بودن
- سوزاندن چوب در داخل منزل (مثلاً برای آشپزی)
- ابتلا به سایر بیماریهای آمیزشی
- استفاده از روشهای ترکیبی خوراکی جلوگیری از حاملگی به مدت بیشتر از ۵ سال

غربالگری و درمان

غربالگری سرطان دهانه رحم ساده، سریع و بطور کلی بدون درد است. اسمیر پاپانیکولا

«Pap» شامل خراشیدن تعداد کمی سلول از سرویکس و ارزیابی آنها زیر میکروسکوپ است. در صورت وجود یافته غیرطبیعی، زن باید برای دریافت نتایج و درمان به تسهیلات مراجعه کند.

قبل از تبدیل سلولهای پیش سرطانی به سرطانی می‌توان آنها را با پروبی که با یخ خشک پر شده است، منجمد کرد (کرایوتراپی) یا با استفاده از سیم حلقوی داغ آن محل را برید و خارج کرد (عمل برش جراحی الکتریکی حلقوی [LEEP]). انجماد در موارد رشد گسترده‌تر تأثیر کمتری دارد، اما LEEP به الکتریسیته و آموزش دقیق‌تر نیاز دارد. هیچ کدام از روشهای درمانی فوق نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند.

درمان سرطان دهانه رحم شامل جراحی یا رادیوتراپی و گاهی همراه با شیمی درمانی است.

رویکردهای جدید نویدبخش برای غربالگری و پیشگیری

جایگزین دیگری برای اسمیر پاپانیکولا تحت بررسی است. در این روش دهانه رحم به سرکه یا محلول یدی لوگل که سلولهای غیرطبیعی را قابل مشاهده می‌کنند، آغشته می‌شود. این امر امکان درمان فوری را در صورت نیاز ممکن می‌سازد.

در سال ۲۰۰۶ اتحادیه اروپایی و اداره غذا و داروی ایالات متحده، اولین واکسن که بر ضدسرطان دهانه رحم، مرحله ضایعات پیش سرطانی و زگیلهای تناسلی می‌باشد، تصویب کرد. واکسن در مقابل آلودگی با ۴ نوع HPV که عامل ۷۰٪ تمامی سرطانهای دهانه رحم و حدوداً ۹۰٪ تمامی زگیلهای تناسلی است، محافظت می‌کند. استفاده از آن در زنان ۹ تا ۲۶ ساله تأیید شده است.

پرسشها و پاسخها در مورد عفونت‌های آمیزشی، از جمله HIV

۱. آیا ابتلاء به نوع دیگری از STI در صورت مواجهه با HIV خطر آلودگی را افزایش می‌دهد؟

بله. بخصوص عفونت‌های خاص مثل شانکروید و سیفلیس، که سبب زخم در دستگاه تناسلی می‌شوند، احتمال ابتلا به HIV را در افرادی که در معرض HIV قرار دارند بالا می‌برد. سایر موارد STI نیز می‌توانند خطر آلودگی با HIV را افزایش دهند.

۲. آیا استفاده گاه و بیگاه از کاندوم محافظتی در مقابل STI‌ها، از جمله HIV، ایجاد می‌کند؟

برای کسب بهترین اثر پیشگیری، باید در همه نزدیکی‌های جنسی از کاندوم استفاده کرد. با وجود این در بعضی موارد استفاده گاه و بیگاه می‌تواند اثر محافظتی داشته باشد. به عنوان مثال، اگر فردی فقط یک شریک جنسی وفادار دارد و یک بار خارج از این رابطه، نزدیکی جنسی داشته باشد، استفاده از کاندوم در این مورد بسیار محافظتی خواهد بود. برای افرادی که بطور مکرر در معرض STI، از جمله HIV، قرار دارند استفاده گاه و بیگاه از کاندوم اثر محافظتی محدودی ایجاد خواهد کرد.

۳. چه کسانی در معرض خطر بیشتر STI قرار دارند- مردان یا زنان؟

احتمال آلودگی در زنانی که در معرض STI هستند به علت عوامل بیولوژیک بیشتر از مردان است. در مقایسه با مردان ناحیه بیشتری از بدن زنان (دهانه رحم و واژن) در معرض عفونت بوده، ممکن است در حین نزدیکی خراشهای کوچکی در واژن ایجاد شوند و ورود عفونت را تسهیل کنند.

۴. آیا HIV می‌تواند از طریق در آغوش کشیدن، دست دادن و نیش پشه منتقل شود؟

HIV از طریق تماسهای عادی منتقل نمی‌شود. این موارد شامل بوسیدن با دهان بسته، در آغوش کشیدن، دست دادن، استفاده مشترک از غذا، لباس و یا صندلی توالت است. ویروس نمی‌تواند به مدت طولانی خارج از بدن انسان زنده بماند. نیش پشه نیز نمی‌تواند HIV را منتقل کند.

۵. آیا شایعاتی که در رابطه با آلوده بودن کاندومها به HIV وجود دارد، صحت دارند؟

خیر، این شایعات غلط هستند. بعضی از کاندومها با ماده‌ای مرطوب یا پودر مانند، مانند مواد اسپرم‌کش یا نشاسته نرت آغشته شده‌اند، اما این مواد برای ایجاد لغزندگی و آسان‌تر کردن نزدیکی استفاده شده‌اند.

۶. آیا نزدیکی با فرد باکره، شخص مبتلا به STI از جمله HIV را درمان می‌کند؟

خیر. این عمل فقط کسی را که تا به حال نزدیکی جنسی نداشته، در معرض خطر عفونت قرار می‌دهد.

۷. آیا شستن آلت و واژن بعد از مقاربت خطر آلودگی به STI را کاهش می‌دهد؟

رعایت بهداشت تناسلی مهم بوده، عمل مناسبی است. با وجود این، هیچ مدرکی دال بر این که شستن دستگاه تناسلی از آلودگی به STI جلوگیری می‌کند، وجود ندارد. در حقیقت دوش واژن خطر ابتلا به STI از جمله HIV و بیماری التهابی لگن را در زنان افزایش می‌دهد. در صورت اطمینان از تماس با HIV، درمان با داروهای ضد رتروویروس (پیشگیری بعد از تماس)، در مناطقی که در دسترس باشد، به کاهش انتقال HIV کمک می‌کند. در صورت اطمینان از تماس با سایر STI‌ها، می‌توان درمان فرضی برای آن STI‌ها بعمل آورد یعنی فرد را مشابه افراد آلوده تحت درمان قرار داد.

۸. آیا حاملگی سبب افزایش خطر آلودگی با HIV می‌شود؟

شواهد موجود نشانگر نتایج متناقض در مورد اینکه آیا حاملگی خطر آلودگی زن در معرض HIV به عفونت را افزایش می‌دهد، می‌باشند. اگر زن در حین حاملگی آلوده شده باشد خطر انتقال آن به جنین در حین حاملگی، زایمان و تولد بچه، به علت وجود مقادیر زیاد ویروس در خون مادر، در بالاترین حد خواهد بود. بنابراین، مهم است که زن حامله خود را در برابر HIV و سایر موارد STI از طریق استفاده از کاندوم و وفاداری دوجانبه و یا خودداری از نزدیکی جنسی حفاظت نماید. اگر زن حامله‌ای تصور کند که ممکن است آلوده به HIV باشد باید تست HIV انجام دهد. ممکن است منابعی برای کمک به جلوگیری از انتقال HIV به کودک در طی حاملگی، زایمان و تولد نوزاد، در دسترس باشند.

۹. آیا حاملگی برای زنان آلوده به HIV یا AIDS و کودک آنها خطر ویژه‌ای است؟

حاملگی وضعیت زن را بدتر نمی‌کند. با وجود این، آلودگی به HIV یا ابتلاء به AIDS ممکن است بعضی از خطرهای سلامتی را در حاملگی افزایش دهد و ممکن است بر سلامت کودک نیز تأثیر بگذارد. زنان دچار HIV در معرض خطر بیشتر وقوع کم‌خونی و عفونت بعد از زایمان واژینال یا سزارین قرار دارند. میزان خطر به عواملی مانند سلامت زن در طول حاملگی، تغذیه او و مراقبت‌های طبی که دریافت می‌کند، بستگی دارد. همچنین اگر آلودگی با HIV به سمت AIDS پیشرفت کند این خطرها بیشتر می‌شوند. علاوه بر این، زنان آلوده به HIV یا AIDS در معرض خطر بیشتری برای زایمان زودرس، مرده زایی و نوزادان با وزن کم (L.B.W) هستند.

۱۰. آیا استفاده از روش‌های هورمونی جلوگیری از حاملگی، خطر آلودگی به HIV را افزایش می‌دهد؟

بهترین شواهد موجود اطمینان بخش هستند. مطالعات اخیر در بین مراجعین تنظیم خانواده در اوگاندا و زیمبابوه و مطالعه‌ای در زنان آفریقای جنوبی نشان داد که استفاده کنندگان از NET-EN، DMPA و یا قرص‌های ترکیبی جلوگیری از حاملگی، بیشتر از زنانی که از روش‌های غیرهورمونی استفاده می‌کردند، در معرض خطر آلودگی HIV قرار نداشتند. استفاده از روش‌های هورمونی برای زنانی که در معرض خطر ابتلا به HIV یا سایر موارد STIها قرار دارند، محدودیتی ندارد.

۱۱. کاندوم‌ها به چه میزان به حفاظت در برابر HIV کمک می‌کنند؟

زمانی که کاندوم‌ها به طور صحیح و در هر نزدیکی جنسی استفاده شوند، به طور متوسط ۸۰ تا ۹۵ درصد در محافظت افراد در برابر HIV مؤثر هستند.

یعنی استفاده از کاندوم از ۸۰ تا ۹۵ درصد موارد انتقال HIV که در موارد بدون استفاده از کاندوم روی می‌دهند، جلوگیری می‌کند (این بدین معنی نیست که ۵ تا ۲۰ درصد استفاده کنندگان از کاندوم آلوده به HIV خواهند شد).

به عنوان مثال در میان ۱۰۰۰۰ زن غیرآلوده که شریک جنسی آنها HIV دارد، اگر هر زوج فقط یکبار نزدیکی واژینال داشته باشد و هیچ عامل خطر دیگری وجود نداشته باشد، به طور متوسط:

- اگر همه آن ۱۰۰۰۰ نفر از کاندوم استفاده نکنند، احتمال دارد ۱۰ زن با HIV آلوده شوند.
- اگر همه آن ۱۰۰۰۰ نفر به طور صحیح از کاندوم استفاده بکنند، احتمال دارد ۱ یا ۲ زن با HIV آلوده شوند.

احتمال ابتلاء به HIV برای افراد در معرض HIV به میزان زیادی متغیر است. این احتمال به عواملی همچون مرحله آلودگی شریک جنسی به HIV (مراحل ابتدایی و انتهایی عفونی‌تر هستند)، در معرض STI بودن (فرد را به ابتلاء مستعدتر می‌کند)، ختنه مردان (مردان ختنه نشده احتمال آلودگی بیشتری دارند) و حاملگی (زنان حامله احتمالاً در معرض خطر بیشتری برای عفونت هستند) بستگی دارد. به طور متوسط خطر ابتلاء زنان در معرض خطر دو برابر مردان است.

سلامت مادر و نوزاد

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

- قبل از تصمیم‌گیری برای بارداری مجدد، حداقل تا دو سالگی کوچکترین فرزند صبر کنید. فاصله‌گذاری بین زایمانها برای سلامت مادر و کودک خوب است.
- اولین ویزیت مراقبت دوران بارداری را طی ۱۲ هفته اول حاملگی انجام دهید.
- برای تنظیم خانواده بعد از زایمان، از قبل برنامه‌ریزی کنید.
- برای تولد کودک آماده باشید. برای زایمان طبیعی و همچنین موارد اورژانسی برنامه‌ریزی داشته باشید.
- برای داشتن کودک سالمتر او را با شیر مادر تغذیه کنید.

بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی با زنانی که قصد حاملگی دارند یا حامله هستند و یا در آینده نزدیک زایمان خواهند کرد، در ارتباط هستند. آنها می‌توانند در برنامه‌ریزی حاملگی، جلوگیری از حاملگی بعد از زایمان، آمادگی برای تولد کودک و مراقبت از کودک به زنان کمک کنند.

برنامه‌ریزی برای حاملگی

زنی که تمایل به داشتن فرزند دارد می‌تواند توصیه‌های زیر را در مورد آمادگی برای حاملگی و زایمان سالم و داشتن فرزند سالم بکار برد:

- بهتر است قبل از قطع استفاده از روش جلوگیری از حاملگی حداقل تا ۲ سال بعد از زایمان صبر کند.
- حداقل سه ماه قبل از قطع استفاده از روش جلوگیری از حاملگی به منظور بارداری، زن باید رژیم غذایی متناسبی داشته باشد و آن را در طی بارداری نیز ادامه دهد. اسیدفولیک و آهن بخصوص مهم هستند.
- اسید فولیک در غذاهایی مانند سبزیجات (لوبیا، باقلا، عدس و نخود)، مرکبات، تمامی حبوبات و سبزیجات برگ سبز یافت می‌شود. قرص‌های اسیدفولیک در دسترس هستند.
- آهن در غذاهایی مانند گوشت، ماکیان، ماهی، سبزیجات برگ سبز و سایر سبزیجات یافت می‌شود. قرص‌های آهن در دسترس هستند.
- اگر زنی مبتلا به عفونت آمیزشی (STI) از جمله HIV باشد یا در معرض خطر آن قرار گرفته باشد، درمان احتمال آلودگی جنین را کاهش می‌دهد. اگر زنی تصور کند در معرض آلودگی قرار گرفته یا احتمالاً آلوده شده است باید در صورت امکان آزمایش شود.

در طول حاملگی



اولین ویزیت مراقبت دوران بارداری باید در مراحل اولیه بارداری و ترجیحاً در ۱۲ هفته اول انجام شود. برای اکثر زنان ۴ بار ویزیت طی حاملگی مناسب است با وجود این زمانی که دچار شرایط خاص سلامت یا عوارض حاملگی هستند ممکن است به ملاقات‌های بیشتری نیاز داشته باشند. مراقبت دوران بارداری را انجام دهید یا برای مراقبت ارجاع دهید.

ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری

- با زنان در مورد تغذیه مناسب و استفاده از غذاهای حاوی آهن، فولات، ویتامین A، کلسیم و ید و پرهیز از سیگار، الکل و انواع داروها (به جز داروهایی که توسط مراقب بهداشتی توصیه می‌شود)، مشاوره کنید.
- به زنان حامله در جهت حفاظت در برابر عفونتها یاری کنید.
- اگر او در معرض خطر STIها است. استفاده از کاندوم یا خودداری از نزدیکی را طی حاملگی توصیه کنید (به عفونت‌های آمیزشی از جمله HIV در صفحه ۲۶۹ مراجعه کنید).
- اطمینان یابید که زنان حامله در برابر کزاز واکسینه شده‌اند.
- اگر آلودگی با کرم قلابدار رایج است، برای پیشگیری یا درمان کم خونی، درمان ضدکرم انگلی (antihelminthic) را بعد از سه ماهه اول انجام دهید.
- به زنان حامله جهت محافظت کودکانشان در برابر عفونت کمک کنید.
- تست سیفیلیس را در صورت امکان در مراحل اولیه بارداری انجام داده، در صورت نیاز درمان کنید.
- مشاوره و آزمایش در مورد HIV را پیشنهاد کنید.
- زنان حامله مستعد ابتلا به مالاریا هستند. در مناطقی که مالاریا گسترش دارد، بدون در نظر گرفتن اینکه مالاریا تشخیص داده شده یا نه، برای پیشگیری یا درمان مؤثر آن، برای همه زنان حامله پشه بندهای آغشته به حشره‌کش ارائه کنید (درمان فرضی). زنان حامله را از نظر مالاریا پایش کنید و در صورت تشخیص، سریعاً درمان کنید.

برنامه‌ریزی برای تنظیم خانواده بعد از زایمان

- به زنان حامله و مادران تازه زایمان کرده در تصمیم‌گیری برای نحوه جلوگیری از حاملگی بعد از زایمان کمک کنید. بهتر است مشاوره تنظیم خانواده طی مراقبت‌های دوران بارداری شروع شود.
- عدم حاملگی مجدد حداقل تا ۲ سالگی کودک، برای کودک بهترین و برای مادر نیز خوب است.
 - زنی که شیردهی کامل یا نسبتاً کامل ندارد احتمال حاملگی وی از ۴ الی ۶ هفته بعد از زایمان وجود دارد.
 - زنی که شیردهی کامل یا نسبتاً کامل دارد احتمال حاملگی وی از شش ماه بعد از زایمان وجود دارد (به قسمت روش آمنوره شیردهی در ص ۲۵۱ مراجعه کنید).
 - برای کسب بیشترین محافظت، زن نباید برای شروع روش جلوگیری از حاملگی تا برقراری مجدد خونریزی ماهیانه صبر کند، بلکه باید هرچه زودتر که راهنما اجازه می‌دهد استفاده از آن را شروع کند. (به صفحه ۲۸۵ زودترین زمانیکه زن می‌تواند بعد از زایمان روش تنظیم خانواده را شروع کند، مراجعه کنید).

آمادگی برای زایمان و عوارض آن

عوارض بالقوه مرگبار در ۱۵٪ حاملگی‌ها ایجاد می‌شوند. تمامی این زنان به مراقبت فوری نیاز دارند. بیشتر عوارض قابل پیش بینی نیستند، اما ارائه دهندگان خدمات می‌توانند به زنان و خانواده آنها در آمادگی برای مقابله با این عوارض کمک کنند.

- به زن کمک کنید تا از مراقبت فرد ماهر (Skilled attendance) در هنگام زایمان برخوردار شود و از آگاهی زنان از نحوه تماس با فرد ماهر در امر زایمان با شروع علائم اولیه زایمان اطمینان حاصل کنید.
- علائم خطر در طول حاملگی و زایمان را به زنان و خانواده آنها توضیح دهید (به قسمت علائم خطر در طول حاملگی و زایمان مراجعه کنید).



- به زن و خانواده او برای برنامه ریزی در مورد نحوه دستیابی به مراقبت‌های اورژانس در موارد بروز عوارض کمک کنید: او کجا خواهد رفت؟ چه کسی او را به آنجا خواهد برد؟ از چه وسیله نقلیه‌ای استفاده خواهد شد؟ چگونه هزینه پزشکی را پرداخت خواهد کرد؟ آیا در آنجا افرادی برای اهدا خون وجود دارند؟

علائم خطر طی حاملگی و زایمان

در صورت بروز موارد زیر، خانواده باید برنامه موارد اورژانس را دنبال نموده، فوراً زن را تحت مراقبت‌های ویژه قرار دهند.

- | | |
|--|-------------------|
| • تب (38°C یا 101°F و یا بیشتر) | • فشار خون بالا |
| • ترشحات بدبوی واژینال | • خونریزی واژینال |
| • سردرد شدید / تاری دید | • تنفس مشکل |
| • کاهش یا عدم وجود حرکات جنین | • تشنج، غش |
| • نشست مایع سبز یا قهوه‌ای از واژن | • درد شدید شکم |

بعد از تولد کودک

- برنامه ویزیت‌های تنظیم خانواده را با برنامه ایمن سازی کودک مطابقت دهید.
- شیردهی کامل از سه جهت دارای ارزش است. پیشرفت قابل ملاحظه در سلامتی و بقای کودک، سلامتی بیشتر برای مادر و جلوگیری موقت از حاملگی. هنوز هم هر نوع شیردهی بهتر از عدم شیردهی است (به جز مواردی که زن HIV دارد). به قسمت پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک در صفحه ۲۸۶ مراجعه کنید.

راهکارهایی برای شیردهی بهتر

۱. شیردهی را هرچه زودتر طی یک ساعت پس از زایمان شروع کنید.
 - انقباضات رحمی را که به جلوگیری از خونریزی شدید کمک می‌کند، تحریک می‌کند.
 - به برقراری زودتر مکیدن نوزاد که تولید شیر را تحریک می‌کند، کمک می‌کند.
 - کلسیتروم، شیر زرد رنگی که در روزهای اول بعد از تولد تولید می‌شود، حاوی مواد مغذی مهم برای کودک بوده، ایمنی را از مادر به جنین منتقل می‌کند.
 - از خطرهای تغذیه کودک با مایعات و غذاهای آلوده پیشگیری می‌کند.
۲. شیردهی کامل یا تقریباً کامل را تا شش ماه ادامه دهید.
 - شیر مادر به تنهایی تا شش ماه اول زندگی می‌تواند کودک را بطور کامل تغذیه کند.
۳. در شش ماهگی غذاهای دیگری را به شیر مادر اضافه کنید.
 - کودک بعد از شش ماهگی علاوه بر شیر مادر به غذاهای متنوع احتیاج دارد.
 - قبل از هر بار تغذیه با غذاهای دیگر، کودک را با شیر مادر تغذیه کنید.
 - شیردهی را می‌توان و باید طی سال دوم زندگی کودک یا بیشتر از آن ادامه داد.

زودترین زمانی که زن بعد از تولد کودک می‌تواند استفاده از روش تنظیم خانواده را شروع کند.

روش تنظیم خانواده	شیردهی کامل یا تقریباً کامل	شیردهی نسبی یا عدم شیردهی
روش آمنوره شیردهی	بلافاصله	غیر قابل استفاده
واژکتومی	بلافاصله یا طی حاملگی همسر*	
کاندوم‌های زنانه یا مردانه	بلافاصله	
مواد اسپرم‌کش		
IUD مسی	در طی ۴۸ ساعت، در غیر این صورت تا ۴ هفته بعد از زایمان منتظر شوید	
عقیم سازی زنانه	در طی ۷ روز، در غیر این صورت تا ۶ هفته بعد از زایمان منتظر شوید	
IUD لوونورژسترول	۴ هفته بعد از زایمان	
دیافراگم	۶ هفته بعد از زایمان	
روش مبتنی بر آگاهی از روزهای باروری	پس از بازگشت ترشحات طبیعی شروع کنید (برای روش‌های مبتنی بر نشانه‌ها) یا باید سه سیکل منظم قاعدگی وجود داشته باشد (برای روشهای تقویمی). این زمان برای زنانی که شیر می‌دهند دیرتر از زنانی که شیر نمی‌دهند شروع خواهد شد.	
قرص‌های صرفاً پروژستینی	۶ هفته بعد از زایمان [†]	در صورت عدم شیردهی بلافاصله [†]
روش تزریقی صرفاً پروژستینی		در صورت شیردهی نسبی ۶ هفته بعد از زایمان [†]
ایمپلنت		
قرصهای خوراکی ترکیبی	۶ ماه بعد از زایمان [†]	در صورت عدم شیردهی ۲۱ روز بعد از زایمان [†]
روش تزریقی ماهیانه		در صورت شیردهی نسبی ۶ هفته بعد از زایمان [†]
برچسب‌های ترکیبی		
حلقه ترکیبی واژینال		

* اگر مردی در طی شش ماه اول بارداری همسرش، واژکتومی کند، اثر مطلوب جلوگیری از حاملگی آن تا زمان زایمان همسرش، حاصل خواهد شد.

[†] استفاده زودتر توصیه نمی‌شود مگر اینکه روش‌های مناسب دیگری قابل دسترس و یا قابل قبول نباشد.

پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک

زن آلوده به HIV می‌تواند HIV را طی حاملگی، زایمان یا شیردهی به کودک منتقل کند. اقدامات درمانی ضدترتروویروسی (پروفیلاکسی) مادر در طی حاملگی و مرحله اول زایمان می‌تواند خطر آلودگی کودک را طی رشد داخل رحمی یا زایمان کاهش دهد. درمان ضدترتروویروسی خود مادر، در مواردی که برای سلامت خود مادر مورد نیاز باشد، ممکن است خطر انتقال HIV از طریق شیر مادر را کاهش دهد.

ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده چگونه می‌توانند به پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک کمک کنند؟

- به زنان در پیشگیری از آلودگی به HIV کمک کنید (به قسمت عفونت‌های آمیزشی، از جمله HIV، پیشگیری از عفونت‌های آمیزشی در ص ۲۷۳ مراجعه کنید).
- از حاملگی‌های ناخواسته جلوگیری کنید: به زنانی که تمایل به داشتن فرزند ندارند در انتخاب روشی که بتوانند بطور مؤثر استفاده کنند، کمک کنید.
- مشاوره و آزمایش HIV را ارائه دهید: در صورت امکان، به همه زنان حامله مشاوره و آزمایش HIV را ارائه دهید و یا آنها را به مراکز انجام آزمایش HIV ارجاع دهید. در این صورت می‌توانند از وضعیت HIV خود مطلع شوند.
- ارجاع دهید: در صورت دسترسی به مراکز پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک، زنان آلوده را که حامله هستند و یا قصد حامله شدن را دارند به این مراکز ارجاع دهید.
- مادر را به تغذیه مناسب شیرخوار تشویق کنید: برای کاهش خطر انتقال HIV، با زنان آلوده به HIV در مورد روشهای سالمتر تغذیه نوزاد مشاوره نموده، به آنها کمک کنید برنامه تغذیه‌ای طراحی نمایند. در صورت امکان، آنها را در مشاوره به اشخاص آموزش دیده در تغذیه کودک ارجاع دهید.
- باید با زن آلوده به HIV برای انتخاب مناسبترین روش تغذیه مناسب شیرخوار مشاوره کرد. اگر تغذیه جایگزین قابل قبول، امکان پذیر، قابل استطاعت (مالی) و قابل تداوم و سالم باشد، باید از تغذیه با شیر خود خودداری کند.
- اگر تغذیه جایگزین دارای شرایط فوق نباشد، زن آلوده به HIV باید در شش ماه اولیه، نوزاد را منحصراً از شیر خود تغذیه کند، تغذیه ترکیبی - دادن شیر مادر و سایر مایعات و غذاها به کودک- خطرناکتر از تغذیه انحصاری با شیر مادر می‌باشد.
- برای کاهش بیشتر خطر انتقال، زمانی که مادران آلوده به HIV غذا را جایگزین شیر مادر می‌کنند، باید از تغذیه ترکیبی طولانی مدت پرهیز کنند. قطع شیردهی در یک دوره ۲ روز الی ۳ هفته- ای انتقال HIV را به حداقل می‌رساند.
- برای از بین بردن HIV در شیر مادر، قبل از دادن شیر به کودک آن را دوشیده، گرم کنید. شیر را تا درجه جوش در داخل ظرف کوچکی گرم کرده سپس بگذارید سرد شود، یا این که ظرف حاوی شیر را داخل آب سرد، که شیر را سریعتر خنک می‌کند، قرار دهید.
- زنان شیرده آلوده به HIV باید تغذیه کافی و پستان‌های سالمی داشته باشند. عفونت مجاری شیری پستان (ماستیت)، تجمع چرک در زیر پوست (آبسه پستان) و ترک نوک پستان خطر انتقال HIV را افزایش می‌دهند. در صورت بروز مشکل، ارائه مراقبت فوری و مناسب مهم است. (به نوک پستان زخمی یا ترک خورده، در صفحه ۲۸۸ مراجعه کنید).

اداره مشکلات مربوط به شیردهی

در صورتی که زن هر یک از مشکلات رایج زیر را گزارش کند به نگرانی‌های او گوش فرا داده و توصیه‌های لازم را به او بدهید.

بچه شیر کافی دریافت نمی‌کند

- به او اطمینان دهید که اغلب زنان شیر کافی برای تغذیه کودکشان تولید می‌کنند.
- در صورتی که نوزاد در ماه بیش از ۵۰۰ گرم افزایش وزن دارد، وزن او دو هفته بعد از تولد بیشتر از وزن زمان تولد است یا در روز بیشتر از شش بار ادرار می‌کند به مادر اطمینان دهید که کودک او شیر کافی دریافت می‌کند.
- به او بگویید برای افزایش تولید شیر هر دو ساعت کودک را شیر دهد.
- به او توصیه کنید در صورتی که سن کودک کمتر از شش ماه است، دادن هر نوع غذای تکمیلی یا مایعات را کاهش دهد.

پستان‌های دردناک

- در صورتی که پستان‌های او پر، سفت و دردناک باشند ممکن است دچار احتقان پستان باشد. اگر یک پستان توده سفتی داشته باشد، ممکن است دچار انسداد مجرای شیر باشد. پستان‌های احتقان یافته یا دچار انسداد مجاری ممکن است به پستان‌های عفونی قرمز و حساس تبدیل شود. پستان‌های عفونی را طبق دستورالعمل-های درمانگاه با آنتی‌بیوتیک درمان کنید، برای تسریع بهبودی توصیه کنید:
 - شیردهی را بطور مکرر ادامه دهد.
 - پستان‌ها را قبل و هنگام شیردهی ماساژ دهد.
 - از کمپرس گرم روی پستان استفاده کند.
 - از وضعیت‌های متفاوت شیردهی استفاده کند.
 - از تماس مناسب کودک با پستان اطمینان حاصل کند.
 - قبل از شیردهی کمی از شیر را بدوشد.

زخم یا شقاق نوک پستان

- در صورتی که دچار ترک نوک پستان باشد می‌تواند شیردهی را ادامه دهد. به او اطمینان دهید ترکها سریعاً بهبود خواهند یافت.
- برای کمک به التیام نوک پستانها موارد زیر را توصیه کنید:
 - بعد از شیردهی قطراتی از شیر را به نوک پستان مالیده و در معرض هوا خشک کند.
 - برای قطع مکیدن کودک بعد از شیردهی، از یک انگشت برای جدا کردن کودک از پستان استفاده کنید.
 - منتظر پر شدن پستان برای شیردهی نباشد و در صورت پر بودن پستان ابتدا مقداری از آن را بدوشد.
- در مورد تماس مناسب و نحوه کنترل علائم عدم تماس مناسب به مادر آموزش دهید.
- به او آموزش دهید نوک پستان‌ها را روزانه یکبار و فقط با آب، تمیز کرده، از مصرف صابونها و محلولهای حاوی الکل اجتناب کند.
- نوک پستانهای مادر و دهان و سرین‌های کودک را از نظر علائم عفونت قارچی (برفک) معاینه کنید.

مسائل مربوط به بهداشت باروری

نکات کلیدی برای متقاضیان و ارائه‌دهندگان خدمات

مراقبت بعد از سقط

- باروری با سرعت و طی چند هفته بعد از سقط برمی‌گردد. زنان باید برای جلوگیری از حاملگی ناخواسته بلافاصله بعد از سقط یکی از روشهای تنظیم خانواده را شروع کنند.

خشونت علیه زنان

- زن در بروز خشونت مقصر نیست. این امر مسئله بسیار شایعی است. منابع محلی ممکن است برای کمک در دسترس باشد.

ناباروری

- اغلب می‌توان از ناباروری پیشگیری نمود. پیشگیری از عفونتهای آمیزشی و دریافت درمان فوری برای این عفونتها و سایر عفونتهای دستگاه تناسلی می‌تواند خطر ناباروری را کاهش دهد.

تنظیم خانواده در مراقبت بعد از سقط

زنانی که اخیراً تحت درمان عوارض بعد از سقط بوده‌اند، نیازمند دسترسی آسان و فوری به خدمات تنظیم خانواده هستند. در صورتی که چنین خدماتی با مراقبت‌های بعد از سقط ادغام شده‌اند، بلافاصله بعد از سقط یا زمان کوتاهی بعد از آن ارائه شوند، احتمال استفاده زنان از روش جلوگیری از حاملگی در مواقع وجود خطر حاملگی ناخواسته بیشتر می‌شود.

به زنان برای دستیابی به تنظیم خانواده کمک کنید

با دلسوزی مشاوره کنید

زنی که دچار عوارض بعد از سقط است، به حمایت نیاز دارد. زنی که در معرض خطر مضاعف حاملگی و سقط عمدی غیرسالم قرار داد به کمک و حمایت خاص نیاز دارد. مشاوره مناسب برای زنی که اخیراً تحت درمان عوارض بعد از سقط بوده است حمایت فراهم می‌آورد. مخصوصاً:

- سعی کنید آنچه را که بر او گذشته، کاملاً درک کنید.
- او را با احترام و بدون قضاوت و انتقاد درمان کنید.
- خلوت و محرمانه بودن اسرار را برای او تأمین کنید.
- از او بپرسید آیا تمایل دارد کسی که مورد اعتماد او هست، موقع مشاوره حضور داشته باشد.

اطلاعات مهم را ارائه کنید

زن باید پس از دریافت مراقبت‌های بعد از سقط در مورد مسائل مهمی تصمیم بگیرد. برای تصمیم‌گیری در مورد سلامتی و باروری خویش، او به دانستن موارد زیر نیاز دارد:

- باروری مجدد به سرعت برقرار می‌شود- در عرض دو هفته پس از سقط سه ماهه اول و ۴ هفته پس از سقط سه ماهه دوم - بنابراین او تقریباً بلافاصله نیازمند محافظت در برابر بارداری است.
 - او می‌تواند از میان روشهای مختلف تنظیم خانواده که می‌تواند بلافاصله شروع کند، یک روش را انتخاب کند (به قسمت زمان شروع روشهای تنظیم خانواده مراجعه کنید). روشهایی که نباید بلافاصله بعد از زایمان استفاده شوند، بعد از درمان عوارض سقط، خطر خاصی برای زنان ندارند.
 - زن می‌تواند قبل از انتخاب روش جلوگیری از حاملگی برای استفاده مداوم صبر کند، اما در صورتی که در این مدت نزدیکی جنسی داشته باشد، باید از یک روش پشتیبان* استفاده کند. اگر زنی نمی‌خواهد در این زمان از روش‌های جلوگیری از حاملگی استفاده کند، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند اطلاعاتی را درباره روشهای قابل دسترس و مکان‌های دستیابی به آنها به او ارائه دهند. همچنین آنها می‌توانند کاندوم، قرصهای خوراکی یا روشهای فوریتی جلوگیری از حاملگی را نیز به آنها بدهند تا برای استفاده بعدی به خانه ببرند.
 - برای پیشگیری از عفونت نباید تا قطع کامل خونریزی - حدود ۵ الی ۷ روز - نزدیکی داشته باشد. در صورتی که تحت درمان عفونت یا آسیب دهانه رحم یا واژن قرار دارد، باید تا بهبودی کامل نزدیکی نکند.
 - اگر زن بلافاصله تمایل به حاملگی مجدد دارد، او را تشویق کنید تا صبر کند. انتظار به مدت حداقل ۶ ماه می‌تواند احتمال وزن کم موقع تولد، زایمان قبل از موعد و کم خونی مادر را کاهش دهد. زنی که تحت مراقبتهای پس از سقط قرار دارد ممکن است به سایر خدمات بهداشت باروری نیاز داشته باشد. مخصوصاً ارائه دهنده خدمات سلامتی می‌تواند به او کمک کند تا وضعیت خود را از نظر اینکه در معرض خطر بیماری آمیزشی بوده است، ارزیابی کند.
- * روش‌های پشتیبان شامل خودداری از نزدیکی، کاندوم مردانه یا زنانه، مواد اسپرمکش و نزدیکی منقطع است. در صورتی که زن ضایعه واژینال یا دهانه رحمی نداشته باشد، می‌تواند از مواد اسپرمکش استفاده کند. به او بگویید که مواد اسپرمکش و نزدیکی منقطع کم اثرترین روش‌ها در جلوگیری از حاملگی هستند.



زمان شروع روش‌های جلوگیری از حاملگی

- فرصه‌های خوراکی جلوگیری از حاملگی، قرصهای صرفاً پروژستینی، روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی و روشهای تزریقی ماهیانه، برچسب‌های ترکیبی، ایمپلنت، کاندوم مردانه، کاندوم زنانه و نزدیکی منقطع را می‌توان بلافاصله، حتی در صورت آسیب به دستگاه تناسلی یا وجود عفونت احتمالی یا تأیید شده، شروع کرد.
- IUDها، عقیم‌سازی زنانه و روشهای مبتنی بر آگاهی از روزهای باروری را می‌توان زمانی که احتمال عفونت رد شده یا درمان شده باشد، شروع کرد.
- استفاده از IUDها، حلقه‌های ترکیبی واژینال، مواد اسپرم‌کش، دیافراگم، کلاهک دهانه رحم، عقیم‌سازی زنانه و روشهای مبتنی بر آگاهی از روزهای باروری را می‌توان بعد از بهبودی آسیب دستگاه تناسلی شروع کرد.

ملاحظات ویژه:

- جاگذاری IUD بلافاصله بعد از سقط سه ماهه دوم باید توسط افرادی که دوره آموزشی ویژه آن را گذرانده‌اند انجام شود.
 - در مورد عقیم‌سازی زنانه باید قبلاً تصمیم‌گیری شود و نباید این تصمیم‌گیری در مواقعی که زن آرام بخش دریافت کرده است یا استرس یا درد دارد انجام شود. به دقت با زن مشاوره نموده و اطمینان حاصل کنید که همه روش‌های قابل دسترس قابل بازگشت را یادآوری کرده‌اید. (به قسمت عقیم‌سازی زنانه در صفحه ۱۶۵ مراجعه کنید).
 - حلقه ترکیبی واژینال، مواد اسپرم‌کش، دیافراگم و کلاهک دهانه رحم را می‌توان بلافاصله، حتی در مواردی که پر فوراسیون بدون عارضه رحم وجود دارد، به کار برد.
 - دیافراگم: پس از سقط بدون عارضه سه ماهه اول باید اندازه دیافراگم مجدداً تعیین شود. پس از سقط خود به خود یا القایی بدون عارضه سه ماهه دوم استفاده از آن باید ۶ هفته به تأخیر افتد تا رحم به اندازه طبیعی برگردد. سپس اندازه دیافراگم مجدداً تعیین شده، استفاده شود.
- روش‌های مبتنی بر آگاهی از روزهای باروری: زن در صورتی می‌تواند از روشهای مبتنی بر نشانه‌ها استفاده کند که هیچ نوع ترشح ناشی از عفونت یا خونریزی ناشی از آسیب دستگاه تناسلی نداشته باشد. در صورتی که دچار خونریزی ناشی از آسیب دستگاه تناسلی نباشد، می‌تواند استفاده از روش تقویمی را از سیکل قاعدگی بعدی شروع کند.

خشونت علیه زنان

هر فرد ارائه دهنده خدمات تنظیم خانواده ممکن است با زنان بسیاری مواجه شود که تحت خشونت قرار گرفته‌اند. خشونت علیه زنان در همه جا شایع بوده، در بعضی جاها بسیار شایع است. در مطالعه اخیر در ۱۰ کشور، ۱ نفر از هر ۱۰ زن تا ۷ نفر از هر ۱۰ زن خشونت فیزیکی یا جنسی را طی زندگی خود گزارش کردند. خشونت فیزیکی شامل طیف گسترده‌ای از رفتارها، از جمله ضربه زدن، سیلی زدن، لگد زدن، است. خشونت جنسی شامل تماس جنسی ناخواسته، نزدیکی اجباری و نزدیکی با زور (تجاوز) است. خشونت علیه زنان ممکن است حالت روانی نیز داشته باشد مانند رفتار کنترل‌گرانه، تهدید، تحقیر، جدا ساختن زن از خانواده و دوستان و محدود کردن او در دسترسی به امکانات مورد نیاز.

زنانی که تحت خشونت قرار گرفته‌اند، نیازهای سلامتی خاصی دارند که بسیاری از آنها در رابطه با بهداشت جنسی و باروری هستند. خشونت می‌تواند منجر به طیفی از مشکلات سلامتی، شامل جراحات، حاملگی ناخواسته و عفونت‌های آمیزشی (STIها) از جمله HIV، کاهش میل جنسی، نزدیکی دردناک و درد مزمن لگنی شود. برای بعضی زنان خشونت ممکن است طی حاملگی شروع شده یا تشدید شود و جنین را نیز در معرض خطر قرار دهد. علاوه بر این خشونت مرد یا تهدید او ممکن است زن را از حق تصمیم‌گیری فردی برای

استفاده از روش تنظیم خانواده یا انتخاب نوع روش محروم کند. بنابراین، ارائه دهندگان خدمات بهداشت باروری ممکن است بیشتر از ارائه دهندگان سایر مراقبت‌های بهداشتی در بین مراجعین معمول خود با زنانی مواجه شوند که تحت بد رفتاری قرار گرفته‌اند.

ارائه دهندگان خدمات چه اقداماتی می‌توانند انجام دهند؟

۱. به زنان کمک کنید احساس خوش آمد و امنیت داشته باشند و بتوانند آزادانه صحبت کنند

به زنان کمک کنید براحتی و آزادانه در باره مسائل شخصی، از جمله خشونت، صحبت کنند. به زن اطمینان دهید که ملاقات آنها محرمانه خواهد بود. فرصت‌هایی را برای زنان ایجاد کنید تا خشونت را مطرح کنند، مانند پرسیدن از نگرش شریک جنسی درباره استفاده از تنظیم خانواده، پرسش از این که آیا او مشکلاتی را در استفاده از تنظیم خانواده پیش‌بینی می‌کند، پرسش از این که آیا هیچ چیز دیگری وجود دارد که او بخواهد درباره آن صحبت نماید.

۲. زمانی که به خشونت مشکوک شدید از زنان در رابطه با بد رفتاری سؤال کنید.

در حالی که بیشتر زنان بیان نمی‌کنند که مورد بد رفتاری قرار گرفته‌اند، بسیاری از آنان اگر در رابطه با خشونت مورد سؤال قرار گیرند، درباره آن صحبت می‌کنند. پرسش در مورد خشونت از همه مراجعین کنندگان زمانی توصیه می‌شود که افراد مهارت کافی در مشاوره درباره خشونت را داشته باشند در مورد خصوصی و محرمانه بودن مسئله اطمینان خاطر ایجاد کنند و منابع کافی قابل دسترس برای پاسخگویی مناسب به همه موارد شناخته شده خشونت وجود داشته باشد. تا آن زمان، ارائه دهندگان خدمات می‌توانند هر موقع به سوء رفتار شک کردند درباره آن سؤال کنند. به این ترتیب، امکانات برای کسانی که نیاز فوری به مراقبت دارند متمرکز می‌شوند.

در مورد وجود نشانه‌ها، جراحات و علائمی که نشان دهنده خشونت می‌باشند آگاه باشید. زمانی که افسردگی، اضطراب، سردردهای مزمن، درد لگنی یا دردهای مبهم معده در طی زمان یا بعد از درمان بهبود نیافته‌اند، ارائه دهندگان خدمات باید به وجود خشونت شک کنند. علامت دیگر خشونت، ممکن است این مسئله باشد که اظهار نحوه ایجاد جراحت توسط معاینه‌کننده با نوع جراحت او تطابق نداشته باشد. طی حاملگی در صورت وجود هر نوع جراحت، بخصوص در شکم یا پستانها، به خشونت شک کنید.

بعضی از نکات برای مطرح کردن موضوع خشونت:



- برای افزایش اعتماد، در رابطه با علت پرسش‌هایتان توضیح دهید. چون می‌خواهید به او کمک کنید.
- از زبانی استفاده کنید که برای شما راحت بوده و بهترین تناسب را با شیوه خود داشته باشد.
- زمانی که شریک جنسی زن حضور دارد یا نمی‌توانید به طور خصوصی با او صحبت کنید، چنین سؤالاتی را از او نپرسید.
- می‌توانید بگویید "خشونت خانگی مشکل رایج جامعه ما است بنابراین ما از مراجعین خود در مورد بد رفتاری سؤال می‌کنیم".
- می‌توانید سؤالاتی از این قبیل انجام دهید:
 - نشانه‌های شما ممکن است ناشی از استرس باشد. آیا شما و شریک جنسی‌تان زیاد دعوا می‌کنید؟ آیا شما هرگز آسیب دیده‌اید؟
 - آیا شریک جنسی شما هرگز زمانی که شما مایل نمی‌باشید درخواست رابطه جنسی می‌کند؟ در چنین مواقعی چه اتفاقی می‌افتد؟
 - آیا شما از شریک جنسی‌تان می‌ترسید؟

۳. به شیوه غیرقضاوتی، حساس و حمایتی مشاوره کنید.

برای زنان قرار گرفته تحت رفتار خشونت آمیز، مشاوره خدمت مهمی است. مشاوره در باره خشونت باید متناسب با وضعیت خاص زن طرح ریزی شود. ممکن است زنان در مراحل مختلف تمایل برای درخواست تغییر باشند. این مسئله ممکن است بر این امر که آیا زن کمک را قبول خواهد کرد و چگونگی آن مؤثر باشد. بعضی از زنان آمادگی لازم برای صحبت با ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درباره وضعیت خودشان را ندارند. مشاوره برای اطمینان از این که زن مورد خشونت قرار گرفته است یا نه، نمی‌باشد، بلکه نکته اساسی رسیدگی به موضوع توأم با مهربانی است و اینکه به او یقین دهید که می‌خواهید از او مراقبت کنید.

- اگر زن حاضر به گفتگو در باره خشونت نیست، به او اطمینان دهید که در مواقع نیاز شما در دسترس هستید. گزینه‌ها و امکاناتی را که در صورت درخواست او در دسترس هستند، توضیح دهید.
- اگر می‌خواهد درباره تجربه خشونت با شما صحبت کند، می‌توانید:
- در مورد محرمانه بودن مطالب به او اطمینان داده، وضعیت زن را محرمانه نگهدارید. فقط به کسانی بگویید که لازم است بدانند (مثل کارکنان امنیتی) و این کار را فقط با اجازه زن انجام دهید.
- به تجربه او اعتراف کنید. به سخنان او گوش فرا دهید، پیشنهاد حمایت بکنید، از داوری پرهیز کنید. به توانایی و حقوق او برای انتخابهای شخصی‌اش در زندگی احترام بگذارید.
- سعی کنید احساس احتمالی خجالت و خودسرزندی را در زن از بین ببرید "هیچ کس مستحق ضرب و شتم نیست" "شما مستحق بد رفتاری نیستید، شما مقصر نیستید".
- به او توضیح دهید که خشونت یک مسئله رایج است: "این مسئله برای بسیاری از زنان رخ می‌دهد." "شما تنها نیستید و می‌توان به شما کمک کرد".
- به او توضیح دهید: "که خشونت خود به خود متوقف نمی‌شود،" "بد رفتاری ادامه دارد و اغلب تشدید شده و به دفعات بیشتر اتفاق می‌افتد."

۴. از نظر قرارگیری زن در معرض خطر فوری ارزیابی کرده، برای برنامه‌ریزی وی در جهت تأمین ایمنی کمک کرده، او را به منابع تأمین رفاه اجتماعی ارجاع دهید.

اگر زن در معرض خطر فوری قرار دارد، به او در توجه به انجام اقدامات از جوانب مختلف کمک کنید. در صورت عدم قرارگیری در معرض خطر فوری برای برنامه‌ریزی طولانی به او کمک کنید.

- به او کمک کنید موقعیت فعلی خود را ارزیابی کند.
- "آیا شریک جنسی شما اکنون در مرکز بهداشتی است؟"
- "آیا در حال حاضر شما یا فرزندانتان در معرض خطر هستید؟"
- "آیا برای رفتن به خانه احساس امنیت می‌کنید؟"
- "آیا دوست یا فامیلی برای کمک به شما در مورد وضع حاضر در محل زندگیتان وجود دارد؟"
- به او کمک کنید در صورت تکرار خشونت از خود و فرزندانش محافظت کند. به او پیشنهاد کنید یک کیف حاوی مدارک مهم و لباس آماده نگهدارد تا در صورت نیاز سریعاً منزل را ترک کند. به او پیشنهاد کنید به کودکان آموزش دهد با چه اشاره‌ای در صورت بروز خطر از همسایه‌ها کمک بخواهند.
- لیستی از منابع و مراکز در دسترس برای کمک به قربانیان بد رفتاری، شامل پلیس، خدمات مشاوره‌ای و سازمان‌های زنان که حمایت‌های عاطفی، قانونی و حتی مالی ارائه می‌دهند، تهیه کرده، آن را به روز نمایید. یک نسخه از لیست فوق را به زن بدهید.

۵. مراقبت مناسب را ارائه دهید. مراقبت و مشاوره خود را طبق شرایط زن تطبیق دهید.

- هر نوع جراحت را درمان کنید یا مراقب باشید که حتماً زن درمان لازم را بگیرد.
- خطر بروز حاملگی را بررسی کرده، روش فوریتی جلوگیری از حاملگی را در صورت مناسب بودن و درخواست او ارائه دهید.

- روش فوریتی جلوگیری از حاملگی را برای استفاده بعدی ارائه دهید. (به روش فوریتی جلوگیری از حاملگی در صفحه ۴۵ مراجعه کنید).
- در صورت درخواست زن، به او روشی ارائه دهید که بدون اطلاع شریک جنسی بتواند از آن استفاده نماید (مانند روشهای تزریقی).
- به او کمک کنید در باره امکان استفاده ایمن از کاندوم بدون وجود خطر خشونت بعدی فکر کند.
- در موارد تجاوز:

- هر نمونه‌ای را که ممکن است به عنوان مدرک و سند استفاده شود جمع‌آوری کنید. (مانند لباس پاره و یا آلوده، مو یا لکه‌های خون یا مایع منی)
- برای تشخیص و درمان HIV و STI اقدام کرده و یا ارجاع دهید. بعضی از زنان ممکن است به طور مکرر به چنین خدماتی نیاز داشته باشند.
- در صورت دسترسی، درمان پیشگیری از HIV بعد از تماس و درمان فرضی سوزاک، کلامیدیا، سیفیلیس و سایر موارد STI رایج محلی را انجام دهید.

۶. شرایط زن را مستند سازید:

به دقت نشانه‌ها یا جراحات زن، علت ایجاد جراحات و سابقه بدرفتاری با او را مستند سازید. مشخصات فرد آزار دهنده، رابطه‌اش با قربانی و سایر جزئیات در باره او را به وضوح ثبت کنید. این یادداشت‌ها برای پیگیری پزشکی بعدی و عملکرد قانونی مفید خواهند بود.



ناباروری

ناباروری چیست؟

ناباروری ناتوانی در بچه‌دار شدن است. اگر چه اغلب در این رابطه زن سرزنش می‌شود، ناباروری هم در زن و هم در مرد روی می‌دهد. به طور متوسط از هر ده زوج یکی نابارور هستند. به زوجی نابارور گفته می‌شود که پس از ۱۲ ماه نزدیکی محافظت نشده، حاملگی رخ ندهد. یک زوج ممکن است بدون توجه به این که زن سابقه حاملگی داشته یا نه، نابارور باشند.

از بین زوجینی که هیچ مشکل باروری نداشته باشند، ۸۵ درصد زنان در طول یک سال باردار خواهند شد. به طور متوسط، حاملگی پس از ۳ الی ۶ ماه نزدیکی محافظت نشده روی می‌دهد. با وجود این مدت به میزان زیادی متغیر است.

از دست رفتن بارداری نیز نوع دیگری از ناباروری است: زن ممکن است حامله شود، اما سقط یا مرده‌زایی مانع تولد نوزاد زنده می‌شود.

علل ناباروری چیست؟

عوامل یا شرایط متعددی قدرت باروری را کاهش می‌دهند، مانند:

- بیماری‌های عفونی (عفونت‌های آمیزشی [STIها] از جمله HIV، سایر عفونت‌های دستگاه تناسلی، ابتلاء مردان به اورپیون بعد از بلوغ).
- مشکلات آناتومیک، اندوکراین، ژنتیک یا سیستم ایمنی.
- سن بالا
- پروسیجرهای طبی که عفونت را به دستگاه تناسلی فوقانی زن منتقل می‌کنند.

STIها علت عمده ناباروری هستند. گونوره و کلامیدیای درمان نشده می‌توانند لوله‌های رحمی، رحم و تخمدان‌ها را آلوده کنند. این مسئله به عنوان بیماری التهابی لگن (PID) شناخته می‌شود. PID بالینی دردناک بوده، اما گاهی هیچ نشانه‌ای نداشته، و تشخیص داده نمی‌شود (PID خاموش). گونوره و کلامیدیا با ایجاد اسکار بر روی لوله‌های رحمی، مسیر مهاجرت تخمک در داخل لوله برای ملاقات با اسپرم را مسدود می‌کنند. گونوره و کلامیدیای درمان نشده در مردان ممکن است منجر به اسکار و انسداد مجرای اسپرم (اپیدیدیم) و حالب شود (به [آناتومی زنانه در صفحه ۳۵۹ و آناتومی مردانه در صفحه ۳۶۳](#) مراجعه کنید).

علل دیگر ناباروری مردان شامل ناتوانی طبیعی در تولید اسپرم یا تولید میزان ناکافی اسپرم برای باروری هستند، با شیوع کمتر، اسپرم‌ها شکل غیرطبیعی دارند و قبل از رسیدن به تخمک می‌میرند. در بین زنان ناتوانی طبیعی برای حاملگی معمولاً ناشی از انسداد لوله‌های رحمی یا ناتوانی در تخمک گذاری است.

باروری به سن نیز بستگی دارد و با افزایش سن زن، قدرت باروری او در طول زمان بطور طبیعی کاهش می‌یابد. شواهد موجود حاکی از آن است که مردان نیز بطور مشابه با افزایش سن اسپرم‌هایی تولید می‌کنند که قدرت کمتری در بارور کردن تخمک دارند.

عفونت‌های پس از زایمان و پس از سقط نیز می‌توانند سبب PID شوند که ممکن است منجر به نازایی گردد. این امر زمانی روی می‌دهد که تجهیزات جراحی مصرفی برای پروسیجرهای طبی به طور مناسب ضد عفونی و استریل نشده باشند. در صورتیکه طی یک پروسیجر طبی عفونت از دستگاه تناسلی تحتانی به دستگاه تناسلی فوقانی منتقل شود، زن ممکن است دچار PID گردد.

پیشگیری از ناباروری

ناباروری معمولاً قابل پیشگیری است. ارائه دهندگان خدمات می‌توانند:

- در رابطه با پیشگیری از STI با مراجعین مشاوره کنند. (به قسمت عفونت‌های آمیزشی، از جمله HIV، پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی در ص ۲۷۳ مراجعه کنید). تشویق کنید به محض شک به ابتلا به STI یا تماس با آن در صدد درمان باشند.
- مراجعینی را که دچار علائم و نشانه‌های STI و PID بالینی هستند درمان کرده یا ارجاع دهید. (به قسمت بیماری‌های آمیزشی از جمله HIV، نشانه‌های بیماری‌های آمیزشی در ص ۲۷۲ مراجعه کنید). درمان این عفونت‌ها به حفظ قدرت باروری کمک می‌کند.
- در اجرای روش‌های طبی مانند IUD گذاری، که وسایل از واژن به داخل رحم عبور داده می‌شوند با انجام اقدامات مناسب جلوگیری از عفونت از ایجاد عفونت جلوگیری کنند (به پیشگیری از عفونت در درمانگاه در صفحه ۳۰۲ مراجعه کنید).

روش‌های جلوگیری از حاملگی سبب ناباروری نمی‌شوند

در اکثر روش‌های جلوگیری از حاملگی پس از قطع استفاده، تأخیری در بازگشت باروری وجود ندارد. بازگشت باروری پس از قطع استفاده از روش‌های تزریقی، کمی طولانی‌تر از سایر روش‌ها است. (به روش‌های تزریقی صرفاً پروژستینی، سؤال ۶ و ۷، در صفحه ۷۵ و روش‌های تزریقی ماهیانه، سؤال ۱۰ و ۱۱، در صفحه ۹۵ مراجعه کنید). با وجود این، در همان زمان اگر افزایش سن را نیز مد نظر قرار دهیم باروری زنانی که از روش‌های تزریقی استفاده کرده‌اند به میزان قبل از استفاده از این روش است.

در میان زنانی که در حال حاضر دچار سوزاک یا کلامیدیا می‌باشند، IUD گذاری، خطر بیماری التهابی لگن را در ۲۰ روز اول بعد از جاگذاری به میزان جزئی افزایش می‌دهد. تاکنون تحقیقات نشان نداده‌اند که احتمال نازایی در استفاده‌کنندگان قبلی IUD، از سایر زنان بیشتر است (به IUD حاوی مس، سؤال ۴، در صفحه ۱۴۷ مراجعه کنید).

مشاوره با مراجعینی که مشکلات باروری دارند

- در صورت امکان با هر دو شریک جنسی در کنار هم مشاوره کنید. مردان اکثراً زنان را به علت ناباروری سرزنش می‌کنند. در حالیکه ممکن است خودشان مسئول ناباروری باشند. به زوج‌ها بگویید:
- یک مرد نیز به اندازه یک زن می‌تواند مشکلات ناباروری داشته باشد. ممکن است امکان یافتن فرد مسئول ناباروری و علت ناباروری وجود نداشته باشد.
 - قبل از این که نگران ناباروری باشید، باید حداقل ۱۲ ماه برای باردار شدن تلاش کنید.
 - زمان حداکثر باروری در سیکل یک زن، موقع آزاد شدن تخمک از تخمدان و چند روز قبل از آن است. (به قسمت سیکل قاعدگی، در صفحه ۳۶۲ مراجعه کنید). به آنها پیشنهاد کنید، باید در این مدت نزدیکی داشته باشند. روش‌های پیشگیری مبتنی بر آگاهی از زمان باروری می‌توانند برای شناسایی زمان حداکثر باروری در هر سیکل به زوجها کمک کنند (به روش‌های پیشگیری مبتنی بر آگاهی از زمان باروری در صفحه ۲۳۳ مراجعه کنید). در صورت تمایل زوجین به اجرای این روش، آموزش داده و یا آنها را ارجاع دهید.
 - اگر بعد از یک سال، پیشنهادات فوق مؤثر واقع نشد، در صورت امکان هر دو شریک جنسی را برای بررسی ارجاع دهید. زوج ممکن است فرزند خواندگی را نیز مد نظر داشته باشند.

ارائه خدمات تنظیم خانواده

اهمیت پروسیجرهای انتخابی برای ارائه روشهای تنظیم خانواده

گروه A: در تمامی موقعیتها برای استفاده سالم و موثر از روش پیشگیری از بارداری اساسی و ضروری است.
 گروه B: به استفاده سالم و موثر کمک اساسی می‌کند. با وجود این، اگر معاینات و آزمایشها قابل اجرا نباشند، باید خطر عدم اجرای پروسیجر در مقابل فواید دسترسی به روش پیشگیری از بارداری سنجیده شود.
 گروه C: به استفاده سالم و موثر از روش پیشگیری از بارداری کمک اساسی نمی‌کند.

واکنش	عقیم سازی زنانه	مواد اسپرم کش	دیافراگم و کلاهک دهانه رحم	کاندومهای مردانه و زنانه	وسایل داخل رحمی (IUD)	روشهای کاشتی (ایمپلنتها)	روشهای تزریقی صرفاً پروژستینی	قرصهای صرفاً پروژستینی	روشهای تزریقی ماهیانه	قرصهای خوراکی ترکیبی	موقعیت خاص
NA	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	معاینه پستان توسط ارائه دهنده خدمات
A	A	C	A	C	A	C	C	C	C	C	معاینه لگن / دستگاه تناسلی
NA	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	غربالگری سرطان دهانه رحم
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	تستهای رایج آزمایشگاهی
C	B	C	C	C	B	C	C	C	C	C	آزمایش هموگلوبین
C	C	C [†]	C [†]	C	A*	C	C	C	C	C	ارزیابی خطر بیماریهای آمیزشی: شرح حال پزشکی و معاینات فیزیکی
C	C	C [†]	C [†]	C	B*	C	C	C	C	C	غربالگری HIV/ STI: تستهای آزمایشگاهی
[§] C	A	C	C	C	C	‡	‡	‡	‡	‡	غربالگری فشار خون

طبقه‌بندی معاینات و آزمایشات در قسمت زیر شامل افرادی است که سالم در نظر گرفته می‌شوند. در مورد افرادی که شرایط شناخته شده طبی یا شرایط خاص دیگری دارند به قسمت معیارهای مقبولیت طبی برای استفاده از روشهای جلوگیری در ص ۳۰۵ مراجعه کنید.

موقعیت خاص

‡ مطلوب است، اما در مناطقی که خطرهای ناشی از حاملگی زیاد بوده و روشهای هورمونی جزو محدود روشهایی می‌باشند که بطور گسترده در دسترس هستند، زنان را نباید منحصرأ به علت اینکه امکان اندازمگیری فشار خون آنها وجود ندارد، از استفاده از روشهای هورمونی منع کرد.

§ برای پروسیجرهایی که فقط با بی‌حسی موضعی انجام می‌شوند.

† زنانی که از نظر عفونت HIV یا AIDS در معرض خطر بالایی قرار دارند نباید از مواد اسپرم کش استفاده کنند. استفاده از دیافراگم و کلاهک‌های دهانه رحم همراه با مواد اسپرم‌کش معمولاً به چنین زنانی پیشنهاد نمی‌شود، مگر اینکه سایر روشهای مناسب در دسترس نبوده یا قابل قبول نباشند.

NA = کاربرد نیست.

* اگر در زنی احتمال تماس فردی با گونوره (سوزاک) یا کلامیدیا بالا باشد، معمولاً نباید برای او IUD گذاشته شود، مگر اینکه سایر روشها در دسترس نبوده یا قابل قبول نباشند. اگر فردی در حال حاضر دچار سرویسیت چرکی، گونوره یا کلامیدیا است، نباید برای او IUD گذاشته شود تا این وضعیت برطرف شده و از نظر سایر جنبه‌های طبی نیز حائز شرایط باشد.

مشاوره موفق

مشاوره خوب به متقاضیان خدمات کمک می‌کند تا روش مناسب تنظیم خانواده را انتخاب کرده و استفاده کنند. متقاضیان متفاوت هستند، موقعیتهای متفاوتی داشته و نیازهای کمکی مختلفی دارند. بهترین مشاوره آن است که مطابق با شرایط و نیازهای انفرادی هر متقاضی باشد.

نوع متقاضی	وظایف معمول مشاوره
افرادی که مجدداً مراجعه کرده و مشکلی ندارند	<ul style="list-style-type: none"> • فرآورده‌های (supplies) بیشتری ارائه کنید یا پیگیری روتین را انجام دهید. • بطور دوستانه در مورد رضایت و نظر او در مورد روش سؤال کنید.
افرادی که در مراجعه مجدد، مشکلی را ابراز می‌کنند	<ul style="list-style-type: none"> • مشکل او را درک کرده و به حل آن کمک کنید. آیا مشکل در زمینه اثرات جانبی، مشکل استفاده از روش، عدم همکاری شریک جنسی یا مشکل دیگری است.
متقاضی جدیدی که روشی را مدنظر دارد	<ul style="list-style-type: none"> • کنترل کنید که آیا درک متقاضی درست هست؟ • اگر برای فرد این روش مقبولیت طبی دارد، از انتخاب او حمایت کنید. • با او در مورد نحوه استفاده از روش و نحوه سازش با آثار جانبی بحث کنید.
متقاضی جدیدی که هیچ روشی مدنظر ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • درباره موقعیت و برنامه‌های متقاضی و آنچه که برای او اهمیت دارد، بحث کنید. • به او کمک کنید روشهایی را که ممکن است برایش مناسب باشند، در نظر بگیرد. در صورت نیاز، در تصمیم‌گیری نهایی به او کمک کنید. • از انتخاب او حمایت کنید، نحوه استفاده را آموزش داده، در باره نحوه سازش با آثار جانبی بحث کنید.

به متقاضیان، در صورت نیاز، فرصت کافی برای تصمیم‌گیری بدهید. اغلب مراجعه‌کنندگان مجدد بدون مشکل بوده و نیاز به مشاوره مختصری دارند. افرادی که با مشکل باز می‌گردند و نیز مراجعه‌کنندگان جدیدی که هیچ روشی مدنظر ندارند، بیشترین زمان را جهت مشاوره نیاز دارند، اما معمولاً تعداد چنین افرادی کم است.

نکات مهم در مشاوره موفق

- به هر فرد احترام گذاشته و کمک کنید احساس راحتی کند.
- او را به توضیح دادن نیازها، ابراز نگرانیها و پرسیدن سؤالات تشویق کنید.
- اجازه دهید آرزوها و نیازهای او بحث را هدایت کنند.
- نسبت به نیازهایی همچون محافظت در برابر بیماریهای آمیزشی، از جمله HIV، هشیار باشید و برای چنین افرادی حمایت لازم جهت استفاده از کاندوم را فراهم کنید.
- بدقت گوش فرا دهید. گوش فرا دادن به اندازه ارائه اطلاعات صحیح، مهم است.
- فقط اطلاعات و آموزشهای کلیدی را ارائه دهید. از کلماتی که برای او آشنا هستند استفاده کنید.
- به تصمیم آگاهانه متقاضی احترام گذاشته، از آن حمایت کنید.
- هر گونه آثار جانبی را در صورت وجود مطرح کنید و نگرانیهای متقاضی را جدی بگیرید.

- کنترل کنید آیا آنچه را که باید متقاضی درک می‌کرد، درک کرده است.
 - از او دعوت کنید هر زمان و به هر دلیلی که بخواهد مراجعه کند.
- مشاوره وقتی موفق بوده است که:
- مراجعین احساس کنند کمکی را که می‌خواستند دریافت کرده‌اند.
 - بدانند که چه باید بکنند و درباره قدرت انجام آن احساس اطمینان کنند.
 - احساس کنند مورد احترام و قدردانی قرار گرفته‌اند.
 - به هنگام نیاز مراجعه کنند.
 - و مهمترین نکته، مراجعین روش خود را بطور موثر و با رضایت بکار برند.

ابزار مشاوره قابل دسترس از سازمان جهانی بهداشت و طرح INFO

ابزار تصمیم‌گیری برای متقاضیان و ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده، که یکی دیگری از چهار راهنمای پایه‌ای و اساسی تنظیم خانواده، منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت است، به متقاضیان و ارائه دهندگان خدمات در مورد انتخاب و یادگیری روشهای تنظیم خانواده در جلسات مشاوره کمک می‌کند. این ابزار فلیپ-چارتی به سبک شماتیک است که برای هر نوع متقاضی ذکر شده در جدول مشاوره موفق، کمک متناسبی ارائه می‌کند. اطلاعات کلیدی این کتاب راهنما را می‌توان در *ابزار تصمیم‌گیری یافت*؛ و به صورتی نوشته شده‌اند که ممکن است برای مشاوره مفید باشد.

برای مشاهده ابزار تصمیم‌گیری و دریافت آن از اینترنت به سایت زیر مراجعه کنید.

http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/counselling.html

برای دریافت نمونه‌ای از نسخه چاپی به آدرس زیر نامه بنویسید.

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

یا به سایت <http://www.infoforhealth.org/pubs/dmt/> مراجعه کنید و یا به orders@jhuccp.org پیام e-mail بفرستید.

چه کسانی خدمات تنظیم خانواده را ارائه می‌دهند؟

افراد مختلف زیادی می‌توانند نحوه آگاهی دادن و توصیه به مردم در مورد تنظیم خانواده را یاد گرفته و روشهای تنظیم خانواده را ارائه کنند. کشورها و برنامه‌ها دستورالعملهای متفاوتی در مورد اینکه چه کسانی کدام روش را و در کجا می‌توانند ارائه کنند، دارند. برخی از آنان قوانینی دارند که بسته به شروع روش جدید توسط فرد یا ادامه روش متفاوت است. در اکثر کشورها عموماً افراد زیر خدمات تنظیم خانواده را ارائه می‌دهند:

- پرستاران، پرستار ماماها، پرستاران مهارتی (Nurse-practitioner)
- کمک پرستار ماماها
- ماماها
- پزشکان، از جمله متخصصان زنان و مامایی
- دستیاران پزشکی
- داروسازها، دستیاران داروسازها، شیمییدانها
- ارائه دهندگان خدمات بهداشتی اولیه، ارائه دهندگان خدمات بهداشت جامع
- کارکنان بهداشت جامعه محور سلامت و اعضاء جامعه که بعنوان توزیع کنندگان جامعه محور عمل می‌کنند.
- عاملین سنتی زایمان که آموزشهای اختصاصی دیده‌اند.
- مغازه دارها و فروشندگان
- داوطلبان، استفاده‌کنندگان با تجربه روشهای تنظیم خانواده، آموزش دهندگان از گروه همسان (Peer Educators) و رهبران جامعه

آموزشهای ویژه به کلیه این افراد کمک می‌کند که به وظیفه خود در ارائه تنظیم خانواده بهتر عمل کنند. آموزش باید شامل مهارت در اطلاع رسانی و مشاوره با مراجعه کننده در مورد انتخاب و کاربرد روشهای خاص و نیز آموزش مهارت‌های تکنیکی اختصاصی مانند نحوه تزریق یا جاگذاری IUD باشد. چک لیستها از راههای گوناگون، از قبیل غربالگری مراجعین از نظر معیارهای مقبولیت طبی، اطمینان حاصل کردن از اینکه همه گامهای یک فرآیند (مانند پیشگیری از عفونت) انجام می‌شوند و اطمینان یافتن از کیفیت خوب خدمات، به بسیاری از ارائه دهندگان خدمات و مدیران کمک می‌کنند.

روش چه کسی می‌تواند ارائه دهد؟

روشهای خوراکی، برچسبهای ترکیبی، حلقه-های ترکیبی وازینال	• کلیه ارائه دهندگان دوره دیده، از جمله افرادی با آموزش اختصاصی مختصر
قرصهای فوریتی جلوگیری از حاملگی	• کلیه ارائه دهندگان خدمات
روشهای تزریقی ماهیانه و صرفاً پروژستینی	• هر فردی که برای انجام تزریقات و بکار بردن مناسب سرسوزنها و سرنگها، از جمله دفع صحیح آنها، آموزش دیده است.

روش	چه کسی می تواند ارائه دهد؟
ایمپلنتها	<ul style="list-style-type: none"> هر فردی که دوره آموزشی پروسیجرهای طبی و نحوه جاگذاری ایمپلنتهای خاص رایج را فرا گرفته است، از جمله پزشکان، پرستاران، پرستار ماماها، پرستاران بالینی، ماماها، دستیاران پزشک
وسایل داخل رحمی (IUDهای حاوی مس و IUDهای هورمونی)	<ul style="list-style-type: none"> هر فردی که دوره آموزش پروسیجرهای طبی و آموزشهای اختصاصی غربالگری، جاگذاری و خارج کردن IUD را فرا گرفته است از جمله پزشکان، پرستاران، پرستار ماماها و ماماها و پرستاران بالینی، دستیاران پزشکی و دانشجویان پزشکی. آموزش جاگذاری IUD حاوی مس با IUD هورمونی متفاوت است. در برخی کشورها، داروسازها IUD را می‌فروشند و زنان IUD را به فرد ارائه دهنده خدمات بهداشتی می‌دهند تا آنرا جاگذاری کند.
عقیم سازی زنانه	<ul style="list-style-type: none"> هر فردی که دوره آموزش مخصوص این عمل را گذرانده باشد، از جمله پزشکان عمومی، پزشکان متخصص (مانند متخصصان زنان و جراحان)، دستیاران پزشک یا دانشجویان پزشکی (تحت نظارت). لاپاراسکوپی توسط جراحان باتجربه‌ای که دوره آموزش خاص گذرانده‌اند، بهتر انجام می‌شود.
واکتومی	<ul style="list-style-type: none"> هر فردی که دوره آموزش مخصوص این عمل را گذرانده باشد، از جمله پزشکان، پرستار ماماها، پرستاران بالینی (practitioner)، ماماها، دستیاران پزشک
کاندومهای مردانه و زنانه و مواد اسپرم کش	<ul style="list-style-type: none"> همه ارائه دهندگان خدمات
دیافراگم و کلاهک دهانه رحم	<ul style="list-style-type: none"> هر فردی که در زمینه انجام معاینات لگنی و انتخاب اندازه مناسب دیافراگم یا کلاهک دهانه رحم دوره آموزشی خاصی گذرانده است.
روشهای مبتنی بر آگاهی از زمان باروری	<ul style="list-style-type: none"> هر فردی که برای آموزش روش آگاهی از زمان باروری دوره آموزشی خاصی گذرانده است. استفاده کنندگان با تجربه این روشها اغلب بهترین آموزش دهنده‌ها هستند.
نزدیکی منقطع، روش آمنوره شیردهی	<ul style="list-style-type: none"> این روشها نیاز به فرد ارائه دهنده خدمات ندارند. با وجود این، ارائه دهندگان حمایتگر و آگاه خدمات بهداشتی می‌توانند به مراجعین در استفاده مؤثرتر از این روشها کمک کنند.

پیشگیری از عفونت در درمانگاه

روشهای پیشگیری از عفونت ساده، مؤثر و ارزان هستند. میکروبیهای مهم عفونت‌زا در درمانگاه شامل باکتریها (از قبیل استافیلوکوکها)، ویروسها (بخصوص HIV و هپاتیت B)، قارچها و انگلها هستند. ارگانسیمهای عفونت‌زا در درمانگاه در خون، مایعات بدن توأم با خون آشکار یا در بافت یافت می‌شوند (مدفوع، ترشحات بینی، بزاق، خلط، عرق، اشک، ادرار و استفراغ بطور بالقوه، عفونی در نظر گرفته نمی‌شوند، مگر اینکه حاوی خون باشند). ارگانسیمها می‌توانند از طریق غشاهای مخاطی یا پوست صدمه دیده مانند بریدگیها، خراشها یا توسط سوراخ شدن با سوزنهای مصرف شده و سایر زخمهای سوراخ شده، عبور کنند. در صورتیکه دفع زباله بهداشتی نباشد یا کارکنان قبل از ترک درمانگاه دستهایشان را بخوبی نشویند، ارگانسیمهای عفونت‌زا می‌توانند از درمانگاه به جامعه انتقال یابند.

قوانین اساسی در پیشگیری از عفونت

این قوانین احتیاطهای عمومی را برای پیشگیری از عفونتها در درمانگاههای تنظیم خانواده به کار می‌بندند.

- **دستها را بشویید**
شستن دستها ممکن است مهمترین روش منفرد پیشگیری از عفونت باشد.
- دستها را قبل و بعد از معاینه یا درمان هر مراجعه‌کننده بشویید (در صورتیکه فرد نیاز به معاینه یا درمان نداشته باشد، شستن دستها ضرورت ندارد).
- آب تمیز و صابون ساده بکار برید. دستها را حداقل ۱۰ تا ۱۵ ثانیه مالش دهید از شستن بین انگشتان و زیر ناخنها اطمینان حاصل کنید. دستها را پس از تماس با وسایل و چیزهای دیگر آلوده یا تماس با غشاهای مخاطی بدن، خون یا سایر مایعات بدن بشویید. قبل از پوشیدن و بعد از درآوردن دستکش و هر وقت که دستها کثیف شدند، آنها را بشویید. وقتی به سرکار رسیدید، بعد از رفتن به توالت و موقع ترک محل کار دستها را بشویید. با دستمال کاغذی یا پارچه یا حوله خشک تمیز که فرد دیگری از آن استفاده نمی‌کند یا خشک کن بادی دستها را خشک کنید.



- **وسایلی را که مجدداً استفاده خواهند شد، آماده کنید**
وسایلی را که با غشاهای مخاطی سالم یا پوست صدمه دیده تماس دارند، ضدعفونی در سطح بالا یا استریل نمایید.
- **وسایلی را که با بافت زیر پوست تماس دارند، استریل کنید.** (به ۴ گام آماده‌سازی تجهیزات در ص ۳۰۵ مراجعه کنید)

<p>● برای هر پروسیجری که خطر تماس با خون، سایر مایعات بدن، غشاهای مخاطی، پوست صدمه دیده، اشیاء آلوده، سطوح کثیف یا ضایعات وجود دارد، دستکش بپوشید. برای اجرای پروسیجرهای جراحی مثل جاگذاری ایمپلنتها دستکش جراحی بپوشید. در اجرای پروسیجرهایی که تماس با غشاهای مخاطی سالم وجود دارد، از دستکشهای یکبار مصرف معاینه برای جلوگیری از تماس با مایعات بدن استفاده کنید. موقع انجام تزریقات پوشیدن دستکش لزومی ندارد.</p> <p>● در بین انجام چند پروسیجر بر روی یک نفر و یا روی افراد متعدد دستکشها را تعویض کنید.</p> <p>● تجهیزات یا سطوح تمیز را با دستکشهای کثیف یا دستان برهنه لمس نکنید.</p> <p>● دستها را قبل از پوشیدن دستکش بشویید. بجای تعویض دستکش، دستهای دستکش دار را نشویید. دستکشها جایگزین شستن دست نیستند.</p> <p>● موقع تمیز کردن وسایل و تجهیزات آلوده، دست زدن به مواد دفعی، پاک کردن خون یا مایعات بدنی ریخته شده دستکش کاری تمیز بپوشید.</p>	<p>دستکش بپوشید</p>
<p>● برای اکثر روشهای تنظیم خانواده (بجز عقیم سازی زنانه و IUD) نیازی به انجام معاینات لگنی وجود ندارد (به اهمیت پروسیجرهای انتخابی برای ارائه روشهای تنظیم خانواده در ص ۲۹۷ مراجعه کنید). معاینات لگنی فقط باید در مواقعی انجام شوند که دلیلی مانند شک به عفونتهای آمیزشی وجود دارد، زمانی که معاینه می‌تواند در تشخیص و درمان کمک کننده باشد.</p>	<p>معاینات لگنی را فقط در موارد نیاز انجام دهید</p>
<p>● سرنگها و سرسوزنهای خود غیرقابل استفاده شونده سالم‌تر و قابل اعتمادتر از سرنگها و سرسوزنهای استاندارد یکبار مصرف هستند و سرنگها و سرسوزنهای یک بار مصرف، سالمتر از سرنگها و سرسوزنهای قابل استفاده مجدد قابل استریل کردن هستند. سرنگها و سرسوزنهای قابل استفاده مجدد را فقط زمانی می‌توان بکار برد که وسایل یکبار مصرف تزریق در دسترس نباشد و برنامه‌ها بتوانند کیفیت استریل کردن را ثبت کنند.</p> <p>● نیازی به تمیز کردن پوست قبل از تزریق وجود ندارد، مگر اینکه پوست کثیف باشد. در صورت کثیف بودن، پوست را با آب و صابون شسته و با حوله تمیز خشک کنید. پاک کردن با ماده ضد عفونی کننده سود بیشتری ندارد.</p>	<p>برای تزریقات از سرنگها و سرسوزنهای جدید خود غیرقابل استفاده شونده (auto –disable) استفاده کنید.</p>
<p>● پس از معاینه هر مراجعه کننده، تخت معاینه، روی نیمکت و سایر سطوح مورد تماس با پوست سالم را با محلول کلرین ۰/۵٪ پاک کنید.</p>	<p>سطوح را با محلول کلرین پاک کنید.</p>

تجهیزات و لوازم یکبار مصرف را بطور مناسب و بی‌خطر دفع کنید.

• در زمان تماس با زباله‌ها از تجهیزات محافظتی شخصی- عینک، ماسک، پیش بند و کفشهای رو بسته محافظتی- استفاده کنید .

• سوزنها و سرنگهای یکبار مصرف نباید دوباره استفاده شوند. سوزنها را از سرنگ جدا نکنید. سرسوزنهای استفاده شده نباید شکسته یا کج شوند یا مجدداً روکش‌شان گذاشته شود. سوزنها و سرنگها را بلافاصله بعد از استفاده برای از بین بردن در ظروف حمل مقاوم به سوراخ شدن قرار دهید (اگر سوزنها و سرنگها سوزانده نخواهند شد، قبل از قرار دادن در ظروف مقاوم در برابر سوراخ شدن باید برای رفع آلودگی با محلول کلرین ۰/۵٪ شستشو داده شوند). ظروف مقاوم در برابر سوراخ شدن مخصوص اشیاء هر زمانی که سه چهارم آنها پر شده باید مهر و موم شده، یا سوزانده و خاکستر شوند، یا بطور عمیق دفن گردند.



• پانسمانها و سایر ضایعات آلوده جامد باید در کیسه‌های پلاستیکی جمع‌آوری شده، در طی ۲ روز سوزانده شده، در گودال عمیق دفن گردند. ضایعات مایع باید به داخل فاضلاب یا توالت سیفون دار ریخته شوند و یا داخل گودال عمیق ریخته شده و دفن گردند.

• ظرفهای حمل ضایعات را با مواد ضدعفونی کننده تمیز کرده، با آب آبکشی کنید.

• دستکشهای کار را هر وقت که کثیف شدند، درآورده و تمیز کنید. حداقل یکبار در روز آنها را تمیز کنید.

• دستها را قبل و بعد از دفع وسایل آلوده و ضایعات بشویید.

رختها را بشویید

• رختها (به عنوان مثال ملافه‌ها، کلاهها، گانها و پوششهای جراحی) را با دست یا ماشین بشویید و با ماشین خشک کن یا در معرض هوای معمولی خشک کنید. موقع دست زدن به رختهای آلوده، دستکش بپوشید. رختها را از بدن خود دور نگه داشته، آنها را تکان ندهید.

خطر کم عفونت HIV در درمانگاه

ارائه دهندگان خدمات بهداشتی ممکن است از طریق فرو رفتن سوزن، غشاهای مخاطی یا پوست صدمه دیده در معرض خطر HIV قرار گیرند، اما خطر عفونت کم است.

• فرو رفتن سوزن یا بریدگی‌ها سبب اکثر موارد عفونت در محلهای ارائه خدمات بهداشتی هستند. میانگین خطر عفونت با HIV بعد از فرو رفتن سوزنی که در معرض خون آلوده به HIV قرار گرفته است، ۳ مورد عفونت به ازای ۱۰۰۰ مورد فرو رفتن سوزن است.

• تخمین زده می‌شود که خطر عفونت پس از تماس چشم، بینی یا دهان با خون آلوده به HIV حدود ۱ مورد عفونت به ازای ۱۰۰۰ مورد تماس باشد.

پیروی از احتیاطهای عمومی، بهترین راه اجتناب ارائه دهندگان خدمات بهداشتی از تماس با HIV و سایر عفونتهای ناشی از مایعات در محیط کار است.

پیشگیری از عفونت را تبدیل به عادت کنید



ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی باید در رابطه با هر مراجعه کننده در نظر بگیرد که "چه نوع پیشگیری از عفونت مورد نیاز است؟" هر مراجعه کننده یا ارائه دهنده خدمات ممکن است مبتلا به عفونتی باشد که خود نمی‌داند و علائم واضحی نیز ندارد. پیشگیری از عفونت علامت خوب بودن مراقبت بهداشتی است که می‌تواند سبب جلب مراجعین شود. برای بعضی از مراجعین، پاکیزگی یکی از نشانه‌های مهم کیفیت کار است.

چهار گام آماده سازی وسایل

- ۱) عمل گندزدایی (Decontamination) را به منظور کشتن ارگانیس‌های بیماری‌زا مانند HIV و هپاتیت B و بی‌خطرتر کردن وسایل، دستکشها و سایر اشیا برای افرادی که آنها را تمیز می‌کنند، انجام دهید. آنها را به مدت ۱۰ دقیقه داخل محلول ۰/۵٪ کلرین قرار دهید. سپس در آب تمیز سرد غوطه‌ور نمایید یا بلافاصله تمیز کنید.
- ۲) به منظور پاک کردن مایعات بدن، بافت و آلودگی، وسایل را تمیز کنید. با برس آغشته به صابون مایع یا ماده ضدعفونی کننده و آب شسته یا بسابید. از بکارگیری صابونهای قالبی یا پودر صابون اجتناب کنید چون ممکن است روی وسایل باقی بمانند. با آب شسته و خشک کنید. موقع تمیز کردن از دستکش کار، وسایل محافظت شخصی- عینک محافظ، ماسک، پیش‌بند و کفشهای رو بسته- استفاده نمایید.
- ۳) ضدعفونی سطح بالا (high level disinfection) انجام دهید یا استریل نمایید.
 - ضدعفونی سطح بالا از طریق جوشاندن، بخار دادن، یا با مواد شیمیایی باعث کشته شدن تمامی ارگانیس‌های عفونت‌زا به جز برخی باکتریهای اندوسپور (فرم نهفته و مقاوم باکتری) می‌شود. وسایل و تجهیزاتی را که با غشاهای مخاطی سالم یا پوست صدمه دیده تماس دارند مانند اسپیکولوم و ژینال، سوندهای رحمی و دستکشهایی که با آنها معاینه لگنی انجام شده است در سطح بالا ضدعفونی کنید.
 - عمل استریل کردن را به منظور کشتن تمامی ارگانیس‌های عفونت‌زا شامل باکتریهای اندوسپور، با استفاده از اتوکلاو با فشار بالای بخار، فور با حرارت خشک، مواد شیمیایی یا تابش اشعه انجام دهید. وسایلی از قبیل بیستوری یا سوزنها را که با بافت زیر پوست تماس می‌یابند، استریل کنید. اگر استریل کردن ممکن یا عملی نباشد (به عنوان مثال، برای دستگاه لاپاراسکوپ)، این وسایل باید با در سطح بالا ضدعفونی شوند.
- ۴) وسایل و فرآورده‌ها را بگونه‌ای انبار کنید که در مقابل آلوده شدن محافظت شوند. این وسایل باید در محفظه استریل یا ضدعفونی شده در سطح بالا و در محل تمیز و دور از محل شلوغی درمانگاه نگهداری شوند. همچنین وسایل مورد استفاده برای استریل کردن و وسایل و مواد ضدعفونی کننده سطح بالا باید در مقابل آلودگی محافظت شوند.

مدیریت تدارک وسایل و فراورده‌های پیشگیری از بارداری

کیفیت خوب مراقبت‌های بهداشتی باروری مستلزم تداوم تهیه بموقع فراورده‌های پیشگیری از بارداری و سایر اجناس است. ارائه دهندگان خدمات تنظیم خانواده مهمترین حلقه ارتباطی در زنجیره انتقال فراورده‌های جلوگیری از حاملگی از کارخانه به دریافت کننده خدمات می‌باشند.

گزارشها و سفارشهای دقیق و بموقع ارائه دهندگان به مدیران زنجیره تدارکات کمک می‌کند تا محصولات مورد نیاز، میزان خرید و محل توزیع آنها را تعیین کنند. کارکنان درمانگاه وظیفه خود را با اداره صحیح موجودی روشهای جلوگیری از حاملگی، ثبت و گزارش دقیق آنچه که به افراد ارائه کرده‌اند و درخواست فوری فراورده‌های جدید انجام می‌دهند. در برخی از تسهیلات، یکی از اعضاء کارکنان موظف است همه وظایف پشتیبانی را انجام دهد. در سایر مراکز تسهیلاتی، کارکنان مختلف درمانگاه ممکن است در موارد نیاز به واحد پشتیبانی کمک کنند. در هر دو نوع سیستم تدارکاتی، جهت اطمینان از دسترسی بموقع به فراورده‌های مورد نیاز، کارکنان درمانگاهها باید با مدیریت تدارکات آشنا باشند و با آن کار کنند.

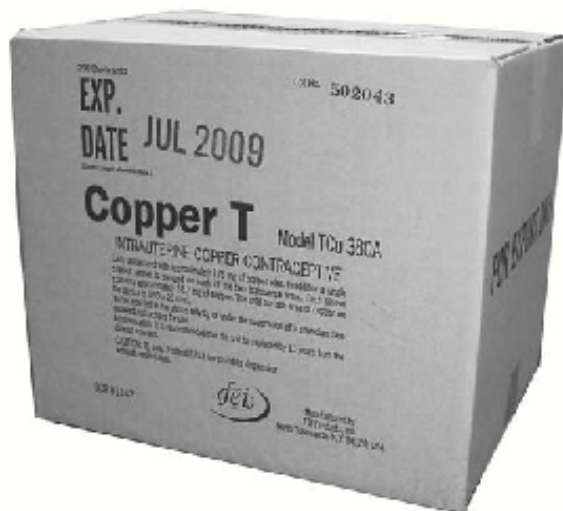
مسئولیت‌های پشتیبانی در درمانگاه

هر زنجیره تدارکات بر اساس روشهای خاصی عمل می‌کند که ویژه همان محیط است اما مسئولیت‌های اصلی کارکنان درمانگاه در مورد تدارکات پیشگیری از بارداری بطور عمده شامل فعالیت‌های رایج زیر است:

روزانه

- تعداد و نوع روشهای جلوگیری از حاملگی را که در بین مراجعین توزیع شده‌اند با استفاده از فرم‌های مناسب ثبت ردیابی کنید (معمولا "ثبت روزانه فعالیت" نامیده می‌شوند).
- شرایط مناسب ذخیره‌سازی را برای همه فراورده‌ها فراهم سازید: تمیز، خشک، دور از نور مستقیم خورشید و گرمای شدید.
- روشهای جلوگیری از حاملگی را با مدیریت "اولین تاریخ انقضاء، اولین مورد ارائه شده" به مراجعین ارائه دهید «اولین انقضاء، اولین ارائه (First Expiry, Frist Out)» یا FEFO نشان می‌دهد که فراورده‌هایی با زودترین برچسب تاریخ انقضاء اولین تولیداتی هستند که تحویل گرفته شده یا توزیع می‌شوند. FEFO، ابتدا ذخایر قدیمی‌تر را بر اساس تاریخ انقضاء عرضه کرده و از به هدر رفتن آنها جلوگیری می‌کند.





به طور مرتب (ماهانه یا هر سه ماه با توجه به سیستم پشتیبانی)

- مقادیری را که از هر کدام از روشها در درمانگاه موجود می‌باشد، را شمرده و مقادیر مورد نیاز جهت سفارش دادن را تعیین کنید (اغلب توسط مسئول داروخانه درمانگاه انجام می‌شود). این زمان فرصت مناسبی برای بازرسی فرآورده‌ها، بررسی مشکلاتی از قبیل آسیب به جعبه‌ها و بسته‌بندیها، باز بودن بسته‌های IUD یا روشهای کاشتنی یا تغییر رنگ کاندومها می‌باشد.
- با عاملین توزیع در جامعه که تحت نظارت کارکنان درمانگاه هستند، کار کنید. گزارشات مصرف آنها را مرور کرده، در تکمیل فرمهای درخواست به آنها کمک کنید. فرآورده‌های جلوگیری از حاملگی را بر اساس درخواست به عاملین توزیع در جامعه ارائه کنید.
- گزارشها و درخواستهای خود را در فرمهای مناسب گزارش یا درخواست به هماهنگ کننده برنامه‌های تنظیم خانواده یا متصدی فرآورده‌های بهداشتی (معمولاً در سطح شهرستان) ارائه کنید. مقادیر درخواست باید در حدی باشد که موجودی را در حد نیازهای مورد انتظار تا زمان دریافت سفارش بعدی برآورده کند (قبلاً باید برنامه‌ای برای درخواستهای اورژانسی یا قرض گرفتن فرآورده‌ها از تسهیلات همسایه تهیه شود تا در صورت افزایش ناگهانی تقاضا یا احتمال اتمام موجودی یا اتلاف مقادیر زیادی از فرآورده‌ها به عنوان مثال در صورت سیل گرفتن انبار) بتوان آنها را جایگزین کرد.
- فرآورده‌های درخواستی تنظیم خانواده را از مسئول داروخانه درمانگاه یا سایر افراد حائز شرایط در زنجیره تدارکات دریافت کنید. رسیده‌ها باید در مقابل موارد درخواستی کنترل شوند.

