



توجيهات سريرية تركز على المستفيدين والمستفيدات

للعناية الصحية الجنسية والإنجابية

العوز المناعي البشري (HIV) طب النساء صحة
اجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات المرفق تقديم المشورة منع الحمل
عدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) طب النساء صحة
جنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات
مشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز المناعي

شكر وعرفان

الجهات المشاركة

د/ كيلي كولويل – استشاري

إلياس جيرما – موظف لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

كلير هولويل – موظفة لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

يوهسين هوانغ – موظف لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

د/ إميلي جاكسون – استشاري

أليس جانفريين – موظفة لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

ناتالي كاب – موظفة لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

بترا لير – موظفة لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

دانيال مكارنتي – موظف لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

سارة أونيانغو – من موظفي الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

شرينا باثل – موظفة لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

د/ فيراج باثل – استشاري

جولي نافيت – موظفة لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

شادي توفيق – استشاري

سيري ويندوه – موظف لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

ريبكا ويلكينز – موظفة لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

الترجمة: وورلد أكسنت

تصميم: سُو مكدونالد

المراجعون

فارون أناند

كالبانا أباتي

ألفارو بيرميغو

ميليسا كوكروفت

مانويله هيرويتس

ناتالي كاب

نسرين أورياخيل

مارتا رويو

مراجعو/أعضاء الهيئة الاستشارية الطبية الدولية (IMAP)

بروفيسور أولادابو ألي لاديو

د/ إيان أسكو

د/ فرانس دوناي

بروفيسور كريستينا جيمزيل دانييلسون

بروفيسور مايك مبيزفو

جانيت مايرز

بروفيسور هيكتان نجان

د/ رافايلا شياقون

تمهيد

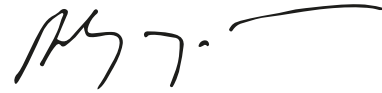
من الضروري وجود نهج شامل للتعامل مع الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية لضمان تعزيز الرفاه الجنسي والإنجابي والاستقلال الجسدي. ويجب أن تكون السلسلة الكاملة للرعاية متاحة في جميع مراحل دورة حياة الإنسان. ولا تقتصر الصحة الجنسية والإنجابية على الوقاية من الأمراض وعلاجها فحسب، بل تشمل تعزيز التمتع بحياة صحية وجنسية مرضية والقدرة على الإنجاب الصحي. وهذا يعني عدم الاقتصار على توفير وسائل منع الحمل والإجهاض وعلاج العدوى المنقولة جنسيًا بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وإدماج الصحة الجنسية، والرعاية الإنجابية المعززة، والاعتراف بمدى حرية التعبير بين الجنسين.

ويجري تطوير استراتيجية جديدة للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) للفترة 2022 – 2028 لتوجيه العمل الجماعي للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) وجمعياته الأعضاء. وتعطي الأولوية للرعاية التي تركز على الشخص وتوصي بتعزيز الاستثمارات في الرعاية الذاتية ونماذج تقديم الرعاية الصحية الجديدة التي تتكيف مع احتياجات المستفيدين والمستفيدات من الخدمات في ظروف وسياقات مختلفة، ولا سيما الوصول إلى الفئات المستبعدة والمهمشة.

ويبدو أنه قد آن الأوان لإطلاق هذه التوجيهات العيادية التي تركز على المستفيدين والمستفيدات من الخدمات. فهي تعمل على تزويد موظفي الرعاية الصحية بتوصيات لتعزيز الإدارة العيادية، بما في ذلك المعالجة والوقاية، بناءً على أدلة علمية سليمة.

وبفضل شبكته العالمية التي تضم أكثر من 40,000 نقطة لتقديم الرعاية الصحية وصوت قوي في مجال المناصرة وكسب التأيد، فإن الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) يتمتع بوضع فريد يمكنه من جمع الأدلة التي تدعم الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. وبغض النظر عن ذلك، أنا أعلم أن مراجعة التوجيهات العيادية مشروع ضخم، يتضمن تحديد الأسئلة والموضوعات الرئيسية، واستخلاص الأدلة والتوفيق بينها، وتقييم جودة الأدلة والتوصيات الحالية الواردة من الهيئات الدولية (مثل منظمة الصحة العالمية)، وتقييم صلتها وأهميتها للسياقات التي نعمل فيها. ونشكر كل من ساهم في ذلك.

وخالص شكري وتقديري لموظفي الرعاية الصحية أو مديري البرامج لحرصهم على قراءة هذه التوجيهات - لأن عملهم اليومي يمكنهم من المساهمة بشكل مباشر في بناء عالم يتمتع فيه الناس. على تنوعهم، بالحرية في اتخاذ قرارات بشأن حياتهم الجنسية ورفاههم. **أشكركم.**



د/ ألفارو بيرميجو

المدير العام للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)

4	الجزء 1: نظرة عامة وقضايا شاملة
6	الفصل 1: النهج والمبادئ التوجيهية
15	الجزء 2: الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية
16	الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة)
58	الفصل 3: تقديم المشورة
79	الفصل 4: منع الحمل
165	الفصل 5: رعاية الإجهاض
193	الفصل 6: العدوى المنقولة جنسياً
250	الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
284	الفصل 8: طب النساء وخدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأخرى
318	الفصل 9: صحة الأم
367	الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
389	الفصل 11: تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية

قديم المشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) جنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات المرفق تقديم المشورة منع
منقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) طب النساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف القا
الإنسانية متطلبات المرفق تقديم المشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيرو
نساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) النوع الاجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات

الجزء 1: نظرة عامة وقضايا شاملة

قديم المشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) جنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات المرفق تقديم المشورة منع
منقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) طب النساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف القا
الإنسانية متطلبات المرفق تقديم المشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيرو
نساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) النوع الاجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات
قديم المشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) جنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات المرفق تقديم المشورة منع
منقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) طب النساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف القا
الإنسانية متطلبات المرفق تقديم المشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيرو
نساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) النوع الاجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات

الفصل 1: النُهج والمبادئ التوجيهية

7	1. جودة الرعاية
7	1.1 مقدمة
7	2.1 القيم والمبادئ التوجيهية
11	3.1 العناصر الرئيسية والمكونات الأساسية
13	2. حزمة الرعاية الصحية الأساسية المتكاملة
13	1.2 الخلفية
14	3. المراجع
14	1.3 الموارد

1. جودة الرعاية

1.1 مقدمة

إن الوصول إلى مستوى جيد من الرعاية التي تركز على المستفيد(ة) وتقوم على إعمال الحقوق لجميع الناس أمر بالغ الأهمية لتقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وتطبيق برامجها.

ويقدم إطار جودة الرعاية [1] في الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) توجيهات لضمان جودة الرعاية في تقديم الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية التي يقدمها كل من الجمعيات الأعضاء بالاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) وشركاؤه. ويدعم هذا الإطار قيم اتحاد الـ IPPF ومبادئه التوجيهية، ويحدد العناصر والمكونات الرئيسية الضرورية لضمان جودة الرعاية. ويشتمل على ميثاق اتحاد الـ IPPF لحقوق المستفيدين والمستفيدات من الخدمات واحتياجات مقدمي هذه الخدمات. وهذا يتطلب أن تقوم كل الجمعيات الأعضاء بما يلي:

- ضمان إعمال حقوق المستفيدين والمستفيدات من الخدمات في الحصول على معلومات دقيقة ومحدثة: سهولة الوصول إلى الرعاية الصحية: اختيار الرعاية الصحية وطرقها: الخصوصية والأمان والراحة والكرامة عند تلقي الرعاية الصحية: السرية: استمرارية الرعاية الصحية: والحق بالتعبير عن الرأي.
- ضمان حصول مقدمي خدمات الرعاية الصحية على التعليم والتدريب المستمر: معلومات دقيقة وحديثة: بنية تحتية قوية لتوفير رعاية صحية عالية الجودة: التوجيه والدعم من المديرين والمشرفين: والدعم والاحترام والتشجيع.

بالإضافة إلى ذلك، لدى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) معايير ومبادئ يجب على كل الجمعيات الأعضاء التابعة لاتحاد الـ IPPF دعمها وتعزيزها لتكون جزءًا من الاتحاد. بما في ذلك التقييم الشامل لممارسات جودة الرعاية في كل جمعية منها [2]. وهذه التوجيهات العيادية الجديدة تركز على المستفيد(ة) وتُعد تحديثًا لتوجيهات اتحاد الـ IPPF السابقة التي نُشرت في عام 2004 – توجيهات تقديم الخدمات الطبية [3].

2.1 القيم والمبادئ التوجيهية

1.2.1 نهج يركز على المستفيد(ة)

المستفيدون والمستفيدات من الخدمات هم محور نهج الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) في جودة الرعاية ولديهم الحق في الحصول على الرعاية الصحية بأعلى جودة. وينبغي تمكين المستفيدين والمستفيدات من الخدمات ليتخذوا قرارات بشأن صحتهم ورفاههم، وقرارات بشأن الرعاية وطرق المعالجة التي يختارونها ويتلقونها. وتمكينهم من الوصول إلى النظام الصحي.

يُقصد بالنهج الذي يركز على المستفيد(ة) أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على دراية باحتياجات المستفيدين والمستفيدات من الخدمات وأن يتمكنوا من إعمال حقوقهم واحترامها. وهذا يشمل توفير خيارات الرعاية الصحية ونماذج الرعاية ذات الصلة باحتياجات الفرد وتفضيلاته ومعيوشه: على سبيل المثال، عن طريق توفير خيارات الرعاية من خلال التدخلات الصحية الرقمية أو تقديم الدعم اللازم للرعاية الذاتية والتفاعل القائم على الإحترام مع المستفيدين والمستفيدات من الخدمات وتوفير معلومات دقيقة. وينبغي أن يضمن المديرين والمشرفون أيضًا إعمال حقوق المستفيدين والمستفيدات من الخدمات، وتلبية احتياجات مقدمي الرعاية الصحية.

وينبغي أن توفر نقاط تقديم الرعاية الصحية المعلومات والتنوع للجميع. بغض النظر عن العمر أو الجنس أو النوع أو الحالة الاجتماعية أو القدرة على السداد أو الأصل الإثني أو المعتقدات السياسية والدينية أو الإعاقة أو التوجه الجنسي، أو أي خصائص أخرى.

2.2.1 نهج قائم على الحقوق

يستند هذا النهج القائم على الحقوق إلى العديد من المعاهدات والإعلانات العالمية. بناءً على الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948 [4]. الذي يشمل الحق في الصحة، والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام 1994، الذي يعترف: "بحق جميع الأفراد والأزواج الأساسي في اتخاذ قرار حر ومسؤول بشأن تحديد عدد أطفالهم والفترات الفاصلة بين الولادات وموعد الحمل. وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، وحققهم في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية" [5]. فإن التعريف المتكامل الحالي للحقوق والصحة الجنسية والإنجابية هو أن: "الصحة الجنسية والإنجابية حالة من الرفاه الجسدي والعاطفي والعقلي والاجتماعي في ما يتعلق بجميع جوانب النشاط الجنسي والإنجاب. وليس مجرد غياب المرض أو الخلل الوظيفي أو العجز. لذلك، ينبغي أن يكون هناك نهج إيجابي للتعامل مع الجنسية والإنجاب يعترف بدور العلاقات الجنسية الممتعة والثقة والتواصل في تعزيز احترام الذات والرفاه العام. بحق لجميع الأفراد اتخاذ قرارات للتحكم في أجسامهم والوصول إلى خدمات تدعم هذا الحق" [6].

والمستفيدات من الخدمات من الوصول إلى خيار الرعاية الصحية في حالة اتخاذ خيار آخر.

عند البحث عن خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، ينبغي منح المستفيدين والمستفيدات من الخدمات حرية الاختيار من بين الوسائل أو طرق المعالجة كلما أمكن ذلك، كالاختيار من بين وسائل الإجهاض أو منع الحمل مثلاً. ينبغي أن تساعد برامج الصحة الجنسية والإنجابية الأفراد في ممارسة حريتهم في الاختيار الحر والمستنير من خلال توفير مجموعة كافية من وسائل منع الحمل والاختيار من بين وسائل الإجهاض الجراحي والدوائي. ينبغي أن يكون المستفيدون والمستفيدات من الخدمات قادرين على الحصول على الوسيلة التي قرروا استخدامها - بشرط عدم وجود موانع لاستخدامها - بدون أحكام مسبقة أو الشعور بالوصمة.

تتغير طريقة فهم المستفيدين والمستفيدات من الخدمات لفكرة القبول والملاءمة حسب ظروفهم. لذلك، يشمل الحق في الاختيار أيضاً قرارات المستفيدة بشأن تبديل الوسيلة أو التوقف عنها. واعتماد المعالجة الوقائية قبل التعرض لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، أو متابعة الرعاية الإنجابية المعززة، على سبيل المثال.

يحق للمستفيدين والمستفيدات من الخدمات، بقدر ما يسمح التطبيق العملي بذلك، اختيار المكان الذي يتوجهون إليه/يتوجهن إليه للحصول على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، ونوع مقدم خدمات الرعاية الصحية الذي يشعرون براحة أكبر معه. قد يتضمن اختيار المكان الذي يتوجهون إليه اختيار الموقع الجغرافي أو اختيار نموذج تقديم الرعاية الصحية (على سبيل المثال، الرعاية المجتمعية، أو الصيدلية، أو الرعاية الصحية عن بُعد، أو الرعاية المنزلية، أو المستشفى، أو المركز الصحي، أو عيادة الصحة الجنسية والإنجابية). ينبغي أن يرحب مقدمو الخدمات الحكومية وغير الحكومية والقطاع الخاص بإنشاء مرافق بديلة للرعاية الصحية.

الحق في السلامة: للمستفيدين والمستفيدات من الخدمات الحق في الحماية من الحمل غير المقصود والمرض والعنف الجنسي. وعند تلقي خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، يتضمن هذا الحق ما يلي:

- على الرغم من أن الفوائد الصحية لمنع الحمل تفوق أي مخاطر عمومًا، للمستفيدين والمستفيدات من الخدمات الحق في الحماية من أي تأثير سلبي محتمل على صحتهم/صحتهم الجسدية والعقلية.
- نظرًا لأن حالات الحمل غير المقصود قد تمثل خطرًا على الصحة، فإن حق المستفيدة في السلامة يشمل أيضًا الحق في رعاية آمنة وفعالة للإجهاض ومنع الحمل.
- عندما يتلقى المستفيدون والمستفيدات خدمات الرعاية الصحية، يحق لهم/لهن أيضًا الحماية من المخاطر الصحية الأخرى التي لا تتعلق بأي وسيلة من وسائل منع الحمل (مثل الحماية من إمكانية الإصابة بعدوى بسبب استخدام أدوات ملوثة).

من خلال وضع كرامة الفرد واحتياجاته في قلب تصميم خدمات الرعاية الصحية وتقديم خدمات الرعاية الصحية وتنفيذها ومراقبتها وتقييمها. يهدف الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) إلى ضمان احترام وحماية وإعمال حقوق الإنسان المكفولة لكل فرد وتوفير الحماية الكاملة والمجانية والمستنيرة لها، واختيار خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بطريقة مستنيرة.

في ما يلي حقوق المستفيدين والمستفيدات من الخدمات:

الحق في المعلومات: لجميع الأفراد الحق في معرفة مزايا ومدى توافر خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية لأنفسهم ولأسرهم. كما يحق لهم معرفة الأماكن التي يمكنهم فيها الحصول على المعلومات وخدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وكيفية الوصول إليها. ينبغي أن توضح جميع برامج الصحة الجنسية والإنجابية المعلومات اللازمة عن الصحة الجنسية والإنجابية، ليس في مواقع تقديم الرعاية الصحية فقط، ولكن على مستوى المجتمع المحلي أيضًا.

الحق في الوصول: لجميع الأفراد الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بغض النظر عن العرق أو الجنس أو هوية النوع أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو العمر أو المعتقدات الدينية أو السياسية أو الانتماء أو الإعاقة، أو أي خصائص أخرى قد تجعل الأفراد عرضة لخطر التمييز. يتطلب إعمال هذا الحق ضمان الوصول عن طريق مختلف مقدمي الرعاية الصحية وكذلك أنظمة تقديم خدمات الرعاية الصحية.

ينبغي أن تتخذ برامج الصحة الجنسية والإنجابية الخطوات اللازمة لضمان وصول الرعاية الصحية إلى جميع الأفراد المحتاجين إليها، وخصوصًا الذين لا يمكنهم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بسهولة. ينبغي التركيز بشكل خاص على الشباب والفئات السكانية المحرومة من الخدمات والمهمشة مثل العاملين والعاملات في مجال الجنس، والرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال، ومتعاطي المخدرات، والفئات السكانية المتنوعة جنسيًا، وذوي الإعاقة والمسجونين.

الحق في الاختيار: للأفراد والأزواج الحق في أن يقرروا بحرية إذا كانوا يريدون الإنجاب بما في ذلك وسائل منع الحمل التي يريدون استخدامها وقرار عدم الحمل. يشمل احترام اختيارات المستفيدين والمستفيدات من الخدمات جميع خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية طوال دورة حياة المستفيدة (ة) كاملةً، ويشمل القرارات التي تكون فيها الموافقة المستنيرة أمرًا بالغ الأهمية (على سبيل المثال، اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، واعتماد المعالجة الوقائية قبل أو بعد التعرض لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، ووسائل منع الحمل، ورعاية الإجهاض). ينبغي تقديم المعلومات والتوعية بدون تحيز وتمكين المستفيدين والمستفيدات من الخدمات من اتخاذ خيارات وقرارات مستنيرة وحرية في ما يتعلق بخصوصيتهم ووسائل الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى بطريقة غير قسرية، بدون تحفيز أو تثبيط للمستفيدين والمستفيدات من الخدمات أو مقدمي الرعاية الصحية، وبدون حرمان المستفيدين

- المناقشات المتعلقة بالحالة التي تُعقد بحضور المستفيد(ة) (لا سيما في مرافق التدريب) ينبغي أن يشارك/تشارك فيها المستفيد(ة) و/أو تقرر بها.

الحق في السرية: ينبغي أن يتأكد المستفيدون والمستفيدات من الخدمات من أن المعلومات أو التفاصيل التي يقدمونها عن الرعاية الصحية التي يتلقونها لن يطلع عليها أي طرف ثالث إلا بموافقتهم. يخضع الحق في السرية للحماية بموجب قسم أبقراط. لذلك ينبغي إجراء خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وفقاً للمتطلبات القانونية المحلية ووفقاً للقيم الأخلاقية.

قد يتسبب انتهاك السرية في نبذ المجتمع للمستفيد/للمستفيدة من الخدمات، أو التأثير سلباً على العلاقة القائمة مع المستفيد(ة). أو يؤدي إلى التعرض للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع من الشريك، أو الزوج، أو أحد أفراد الأسرة، أو يعرض المستفيد(ة) لخطر المضايقات من الشرطة في الدول التي تجرم التوجه الجنسي و/أو الحصول على بعض خدمات الرعاية الصحية. قد يضعف أيضاً ثقة المجتمع بالموظفين القيمين على برنامج تقديم الرعاية الصحية. وفقاً لمبدأ السرية، ينبغي أن يمتنع مقدمو الرعاية الصحية عن الحديث عن المستفيدين والمستفيدات من الخدمات بالاسم أو بحضرة مستفيدين ومستفيدات آخرين. ينبغي عدم الحديث مع المستفيدين والمستفيدات من الخدمات خارج مرافق الرعاية الصحية، بعد الانتهاء من استخدام سجلات المستفيدين والمستفيدات من الخدمات ينبغي غلقها وحفظها في مكانها فوراً. وبالمثل، ينبغي تقييد إمكانية الوصول إلى سجلات المستفيدين والمستفيدات من الخدمات.

الحق في الكرامة: يحق للمستفيدين والمستفيدات من الخدمات أن يعاملوا بأدب، ولطف، ومراعاة لمشاعرهم، واهتمام، مع الاحترام الكامل لكرامتهم بغض النظر عن مستوى تعليمهم، ووضعهم الاجتماعي، وعرقهم، وأصولهم الاثنية، وحالتهم الاجتماعية، وهوية نوعهم الاجتماعي، وتوجههم الجنسي، أو أي خصائص أخرى تعرضهم للتمييز أو للخطر. اعترافاً بهذا الحق، ينبغي أن يضع مقدمو الرعاية الصحية أي تحيزات شخصية جانباً أثناء تقديم خدمات الرعاية الصحية.

الحق في الراحة: يحق للمستفيدين والمستفيدات من الخدمات الشعور بالراحة عند تلقي الرعاية. يرتبط هذا الحق ارتباطاً وثيقاً بجاهزية وتنظيم مرافق تقديم الرعاية الصحية (على سبيل المثال، ينبغي توفير التهوية المناسبة بمرافق الرعاية الصحية والمحافظة على نظافتها وتجهيزها بالإضاءة والمقاعد والمراحيض الكافية). ينبغي أن يقضي المستفيدين والمستفيدات من الخدمات فترة زمنية معقولة في المبنى حتى الانتهاء من تلقي الرعاية المطلوبة. ينبغي تقديم الرعاية في بيئة تراعي قيم المجتمع وخصائصه ومتطلباته الثقافية.

تتعلق السلامة بتوفير خدمات الرعاية ذات الجودة، بما في ذلك جاهزية مرفق تقديم الرعاية الصحية نفسه، والكفاءة الفنية لمقدمي الرعاية الصحية، ويشمل ضمان حق المستفيدين والمستفيدات من الخدمات في السلامة مساعدة المستفيد/المستفيدة من الخدمات في اتخاذ خيارات مستنيرة بشأن خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، والكشف عن موانع الاستعمال، واستخدام التقنيات المناسبة لتقديم الرعاية، وتقديم المشورة للمستفيد(ة) من الخدمات بشأن استخدام وسائل منع الحمل وطرق المعالجة والرعاية الصحية الإنجابية، وضمان استمرار المتابعة الجيدة. ينبغي أن تكون مرافق تقديم الرعاية الصحية، والمواد والأدوات اللازمة لها، بحالة جيدة وكافية لتوفير الرعاية الآمنة. ينبغي توفير طرق المعالجة المناسبة لأي مضاعفات أو آثار جانبية خطيرة، وإذا كانت المعالجة غير متاحة في أي مرفق من مرافق الرعاية الصحية، ينبغي إحالة المستفيد/المستفيدة من الخدمات إلى مرفق آخر.

تشمل السلامة أيضاً توفير الرعاية الصحية في بيئة خالية من التمييز أو التحرش/الإساءة، أو غيرها من السلوكيات الضارة من مقدمي الخدمة أو الموظفين أو المستفيدين والمستفيدات من الخدمات الآخرين [7]. لجميع الأفراد الحق في الحماية من جميع أشكال الضرر والإهمال والاستغلال، بغض النظر عن العمر أو الجنس أو العرق أو التوجه الجنسي أو هوية النوع الاجتماعي أو الاثنية/الأصل أو الدين أو حالة الشراكة أو الحمل أو الحالة سواء أب أو أم أو الإعاقة أو الصحة أو أي وضع شخصي آخر مماثل.

الحق في الخصوصية: للمستفيدين والمستفيدات من الخدمات الحق في مناقشة احتياجاتهم أو مخاوفهم في بيئة تراعي الخصوصية. ينبغي أن يعرف المستفيدين والمستفيدات من الخدمات أن محادثتهم مع مقدم(ة) المشورة أو مقدم(ة) الرعاية الصحية تراعي خصوصيتهم.

عندما يخضع المستفيد/المستفيدة من الخدمات لفحص جسدي، ينبغي إجراؤه في بيئة تحترم حقه/حقها في الخصوصية الجسدية. يشمل حق المستفيد(ة) في الخصوصية أيضاً الجوانب التالية المتعلقة بجودة الرعاية:

- عند تلقي المشورة أو الخضوع لفحص جسدي، يحق للمستفيد/للمستفيدة من الخدمات أن يعرف/تعرف دور كل فرد في الغرفة (مثل الأفراد الذين يخضعون للتدريب، والمدرسين، والباحثين، إلخ). إذا كان وجود أفراد يخضعون للتدريب ضرورياً، ينبغي الحصول على إذن مسبق من المستفيد/المستفيدة من الخدمات.
- للمستفيد(ة) من الخدمات الحق في معرفة نوع الفحص الجسدي الذي سيتم إجراؤه مسبقاً. يحق للمستفيد(ة) من الخدمات أيضاً رفض أي فحص إذا لم يشعر/تشعر بالراحة تجاهه أو أن يطلب/تطلب قيام مقدم رعاية صحية آخر بإجراء هذا الفحص.

ينبغي أن تكون الرعاية الصحية واللغة المستخدمة في توضيح الرعاية شاملةً لجميع الأنواع بما فيها النساء والفتيات، وحاملات حاملات صفات الجنسين، والمتحولين والمتحولات جنسيًا، والأشخاص الذين لديهم هويات جنسانية أخرى أو هويات غير ثنائية. يدرك الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) أن اللاتي لديهن القدرة على الحمل قد لا يُظهرن أنهم نساء أو فتيات، وفي هذا السياق، تتطلب الرعاية الصحية الميسرة والشاملة اعترافًا صريحًا بذلك. في ما يتعلق بالرعاية الصحية للأم، ومنع الحمل، ورعاية الإجهاض، ينبغي أن تكون الرعاية الصحية شاملة لكل من لديهن القدرة على الحمل. الهدف من هذه التوجيهات السريية التي تركز على المستفيد(ة) هو تحقيق الشمول بين الجنسين؛ ومع ذلك، لأغراض تفسير اللغة المستخدمة، فإن مصطلح "النساء والفتيات" الذي يُستخدم في بعض الأحيان يشير إلى كل من لديهن القدرة على الحمل.

4.2.1 نهج تحويلي بين الجنسين

الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) ملتزم بتحقيق المساواة بين الجنسين، لأنها حق من حقوق الإنسان؛ وتمكين النساء والفتيات، وترتبط ارتباطًا وثيقًا بالحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. يدمج الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) نهجًا تحويليًا بين الجنسين في تقديم الرعاية الصحية، ما يضمن تقديم الرعاية الصحية لكل امرأة وفتاة بطريقة تعزز صنع القرار والتحكم في حياتهن. وبالتالي تحدي الأعراف والأدوار والقوالب النمطية بين الجنسين التي توصم استقلالية المرأة الإنجابية. يسعى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) إلى التأكد من أن التغلب على العنف الجنسي والعنف القائم على اختلاف النوع الاجتماعي عنصر أساسي في البرامج الشاملة والمتكاملة. وهذا يشمل الفحص وتقديم المشورة للرعاية الصحية المتعلقة بالعنف الجنسي والعنف القائم على اختلاف النوع (انظر الفصل 3: تقديم المشورة والفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي لمزيد من التفاصيل).

5.2.1 نهج يركز على الشباب والشابات

الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) ملتزم بضمان الاعتراف باحتياجات المراهقين والشباب، واحترامها، والوفاء بها. يمكن تحقيق ذلك من خلال دمج نهج يركز على الشباب والشابات على جميع مستويات المنظمة ودعم القيادة الشبابية داخل وخارج الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF). يعزز النهج الذي يركز على الشباب والشابات الحقوق الجنسية والإنجابية باعتبارها من حقوق الإنسان. تعزز برامج الشباب فهم الاحترام والإنصاف والتعبير الجنسي والتحرر من الوصم بالعار والتمييز. ليس فقط بين الشباب، ولكن بين والديهم وغيرهم من البالغين والمجتمعات التي يعيشون فيها. تعزز هذه القيم سوف يمكن الشباب من اتخاذ إجراءات تضمن رفاهيتهم وسعادتهم. فضلاً عن إظهار التكافل مع الذين/اللاتي تُنتهك حقوقهم/حقوقهن. لهذا النهج آثار على طريقة تصميم وتنفيذ برامج تقديم الرعاية الصحية [8].

الحق في الاستمرارية: للمستفيدين والمستفيدات من الخدمات الحق في تلقي رعاية للصحة الجنسية والإنجابية والإمدادات اللازمة، مثل وسائل منع الحمل، حسب الضرورة. ينبغي عدم وقف خدمات الرعاية المقدمة لأي مستفيد/مستفيدة من الخدمات ما لم يتخذ مقدم(ة) الرعاية الصحية والمستفيد(ة) قرارًا مشتركًا بإيقافها. ينبغي ألا يتوقف وصول المستفيدين والمستفيدات إلى خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى على استمرارهم/استمرارهن في استخدام وسائل منع الحمل (أو خيار رعاية آخر) أو عدم الاستمرار فيها. للمستفيد(ة) من الخدمات الحق في طلب نقل سجله السريي إلى مرفق عيادي آخر، واستجابة لهذا الطلب، ينبغي إرسال السجل السريي، أو نسخة منه، إلى ذلك المرفق أو تسليمه إلى المستفيد/المستفيدة من الخدمات. تُعد الإحالة والمتابعة من الجوانب المهمة لحق المستفيد(ة) في استمرار الرعاية.

الحق في إبداء الرأي: للمستفيدين والمستفيدات من الخدمات التعبير بحرية عن آرائهم/آرائهن بشأن الرعاية الصحية التي يتلقونها/يتلقينها. ينبغي النظر بشكل إيجابي إلى آراء المستفيدين والمستفيدات من الخدمات حول جودة الرعاية، سواء كانت في شكل شكر أو شكوى. وكذلك اقتراحاتهم/اقتراحاتهن لإجراء تغييرات في توفير الرعاية، ومراعاتها في الجهود الجارية لتطوير البرامج الكفيلة بمتابعة الرعاية الصحية وتقييمها وتحسينها.

ينبغي على أي برنامج جديد أو مرفق لتقديم الرعاية الصحية أن يشمل، على نحو مثالي، المستفيدين والمستفيدات من الخدمات في مرحلة التخطيط. ويكمن الهدف في تلبية احتياجات المستفيدين والمستفيدات من الخدمات المحتملين وتفضيلاتهم/تفضيلاتهن بطرق مناسبة ومقبولة لهم/لهن.

ينبغي أن يقوم مديرو البرامج ومقدمو الرعاية الصحية بإعمال جميع حقوق المستفيدين والمستفيدات من الخدمات. يرتبط هذا الهدف ارتباطًا مباشرًا بتوافر المعلومات والرعاية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وجودتها.

3.2.1 الشمولية

يجب أن يحصل جميع الأفراد الذين قد يحتاجون إلى الرعاية الصحية على الرعاية التي تراعي احتياجاتهم الفريدة، بغض النظر عن الاختلافات الظاهرة أو غير الظاهرة. من المرجح أن تكون هناك عوائق لمنع بعض الفئات دون غيرها من الحصول على الرعاية أو لحرمانهم من الرعاية، على سبيل المثال، الأشخاص ذوي الإعاقات، والعاملين والعاملات في مجال الجنس، والمتحولين والمتحولات جنسيًا وغير ثنائيي الجنس، والشباب. ينبغي بذل كل الجهود لتصميم الرعاية الصحية ونماذج الرعاية للتصدي للعوائق التي تحول دون وصول هذه الفئات إلى الرعاية بشكل مباشر.

3.1 العناصر الرئيسية والمكونات الأساسية

العناصر الرئيسية والمكونات الأساسية لإطار جودة الرعاية في الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) [1] يوفر مناهج عملية لضمان تلبية احتياجات المستفيد(ة) من خلال رعاية الصحة الجنسية والإنجابية.

1.3.1 بيئة آمنة وسرية

من الضروري ضمان وجود بيئة آمنة وسرية لتوفير رعاية ذات جودة للصحة الجنسية والإنجابية. ينبغي أن تهدف برامج الصحة الجنسية والإنجابية إلى إنشاء نقاط آمنة لتقديم الرعاية الصحية يستطيع فيها المستفيدون والمستفيدات من الخدمات تلقي الرعاية، والتعبير عن أنفسهم بكل وضوح، بدون خوف من الشعور بعدم الراحة أو عدم الترحيب أو التحدي بسبب الجنس أو العرق أو الاثنية أو التوجه الجنسي أو هوية النوع الاجتماعي أو التعبير أو الخلفية الثقافية أو العمر أو القدرة الجسدية أو العقلية. ينبغي الاعتراف باحترام الأفراد لذاتهم وكرامتهم ومشاعرهم واحترام ذلك.

ينبغي إنشاء نقاط تقديم الرعاية الصحية في مواقع مناسبة وآمنة لكل من المستفيدين والمستفيدات من الخدمات ومقدمي الرعاية الصحية، بالإضافة إلى ذلك، ينبغي ضمان احترام الخصوصية والسرية في هذه المرافق. ينبغي أن تكون مساحة نقطة تقديم الرعاية الصحية كافية وجاهزتها مناسبة لفئة خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية المقدمة. ينبغي أيضاً الحفاظ على معلومات وبيانات المستفيد(ة) والالتزام بسريتها (أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة) لمزيد من التفاصيل).

2.3.1 الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة

ينبغي توفير مجموعة كبيرة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في نقطة تقديم الرعاية الصحية لتلبية احتياجات المستفيدين والمستفيدات من الخدمات. تشمل حزمة الرعاية الصحية التي ينصح بها الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) نظام إحالة قوي وآليات للتعبير عن الآراء (أنظر القسم 2) وتضمن أن يتلقى المستفيد(ة) رعاية صحية متكاملة وشاملة، ويفضل أن يكون ذلك في مكان واحد [9].

يجب أن يوفر مقدمو الخدمة معلومات مفهومة ودقيقة طبياً وشاملة عن خدمات الرعاية الصحية المتاحة. ينبغي تقديم الرعاية الصحية وفقاً لمعايير وبروتوكولات تقديم الرعاية الصحية الدقيقة والحديثة و/أو أفضل الممارسات والمبادئ التوجيهية المتفق عليها على المستوى الوطني.

3.3.1 الإدارة الجيدة للرعاية الصحية

تجمع الإدارة الجيدة للرعاية الصحية بين الكفاءة المهنية والاهتمام والرعاية الشخصية المتميزة. يجب أن تكون الرعاية متوافقة مع احتياجات ومتطلبات المستفيدين والمستفيدات منها، بما في ذلك المتابعة، والإحالة الآمنة والموثوقة لتلقي خدمات الرعاية الصحية غير المتاحة من نقاط تقديم الخدمات الأخرى.

ينبغي تجهيز الأنظمة (مثل الموظفين والمعدات وإمدادات الأدوية) بالموارد الكافية وتوزيعها بكميات كافية لتمكين تقديم الرعاية الصحية بمستويات مناسبة وذات جودة. علاوة على ذلك، ينبغي أن تكون البيانات التي تم جمعها دقيقة وكاملة وتوضح التحسينات أو التغييرات اللازمة في تقديم خدمات الرعاية الصحية. هذا يشمل التخطيط الواضح والتنفيذ والمراقبة والتقييم والإدارة الفعالة للموظفين والدخل والتمويل والمعدات والإمدادات والوقت.

4.3.1 اختيار موظفين يتمتعون بالاحترام والمهارات العالية

يتطلب ضمان جودة الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين والمستفيدات منها تجهيز نقاط تقديم الرعاية الصحية بعدد مناسب من الموظفين اللازمين لدعم المهام المدرجة التي يحددها مستوى توفير الرعاية الصحية.

يجب أن يلتزم جميع الموظفين (بمن فيهم مقدمو الرعاية الصحية وموظفو الدعم) برسالة اتحاد الـ IPPF وقيمه الأساسية. يجب أن يتسموا بالاحترام وعدم إصدار الأحكام المسبقة على جميع المستفيدين والمستفيدات من الخدمات، بما في ذلك الشباب والفئات المهمشة الأخرى.

ينبغي أن يتلقى مقدمو الرعاية الصحية الدعم، في شكل تدريب وتوجيه وإرشاد وإشراف وتحفيز، لتوفير مجموعة واسعة من خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية ذات الجودة، بما في ذلك مجموعة متنوعة من وسائل منع الحمل. يجب أن يتمتعوا بالمهارات الفنية والشخصية لتقديم هذه الرعاية وتلبية احتياجات جميع المستفيدين والمستفيدات منها. ينبغي تدريب مقدمي الرعاية الصحية على توفير الرعاية الصحية الملائمة للشباب وأن يكونوا داعمين لحقوق الشباب وغيرهم من الفئات المهمشة والمحرومة من الخدمات، مثل المتحولين جنسياً والمصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والإيدز. يجب أن يشعر مقدمو الرعاية الصحية بالراحة في تقديم الرعاية الصحية للشباب غير المتزوجين والفئات المهمشة الأخرى. ينبغي أن يكونوا مرتاحين أيضاً لتقديم مجموعة كاملة من خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية بما في ذلك رعاية الإجهاض، بغض النظر عن المعتقدات الشخصية أو الدينية.

الأسرة (IPPF). يستطيع أي شخص الإبلاغ عن المخاوف، بما في ذلك المستفيدون والمستفيدات من الخدمات أو عامة الناس أو العاملون أو المتطوعون لدى أمانة اتحاد الـ IPPF أو الجمعيات الأعضاء، إلخ، من خلال آلية SafeReport [10].

من الضروري أيضًا وضع آليات للتقييم تستخدم فيها بيانات الأداء وتستند إلى آراء مقدمي الرعاية الصحية وملاحظاتهم للتمكن من إجراء التحسينات، بما في ذلك الإبلاغ عن الحوادث السلبية وآليات التعلم، عبر أنظمة الحوكمة السريية عمومًا. تضمن المشاركة المجتمعية إستجابة الرعاية الصحية لاحتياجات المجتمع، مما يعزز ضمان الجودة وإجراء التحسينات، وسرعة التخطيط والبرامج، ويخلق الطلب والتمكين، ويعزز الحقوق.

8.3.1 تلبية احتياجات مقدمي الرعاية الصحية

يجب أيضًا تلبية احتياجات مقدمي الرعاية الصحية، لتجعل حقوق المستفيدين والمستفيدات من الخدمات حقيقة واقعة، وإلا فقد يستحيل على مقدمي الرعاية الصحية تقديم دعم حقيقي لحقوق المستفيدين والمستفيدات من الخدمات. تشمل احتياجات مقدمي الرعاية الصحية تقديم التدريب والمعلومات والتوجيه والبنية التحتية والإمدادات المناسبة والاحترام والتقدير والتشجيع والردود والتعليقات والتعبير عن الذات. يحتاج مقدمو الرعاية الصحية أيضًا للاطمئنان إلى أن البيئة التي يعملون فيها مهما كانت ظروفها - بدءًا من المجتمع إلى موقع تقديم الرعاية الصحية السريية الأكثر شمولاً - هي جزء من مجتمع وشبكة دعم أوسع نطاقًا.

ونظرًا لأن مقدمي الرعاية الصحية يعملون بلا كلل، غالبًا في بيئات قانونية واقتصادية واجتماعية صعبة، فقد يكونون عرضة لخطر المضايقات وسوء المعاملة والتمييز والوصم بالعار لأنهم يقدمون الرعاية الصحية للمستفيدين والمستفيدات منها. هذا ينطبق خصوصًا على من يقدمون الرعاية الصحية التي تتعرض للوصم، مثل رعاية الإجهاض، أو يعملون مع الفئات المهمشة مثل العاملين والعاملات في مجال الجنس. يجب أن يتمتع مقدمو الرعاية الصحية وموظفو العيادات بحماية حقهم في السلامة والكرامة والرفاهية ليتمكنوا من تأدية عملهم. هذا يعني توفير بيئة عمل آمنة وضمان تطبيق سياسات وإجراءات تدرأ المخاطر وتخففها، ولمساعدة مقدمي الرعاية الصحية ودعمهم عند الحاجة.

ينبغي أن يكون الموظفون قادرين على مراجعة أداء العيادة بشكل مشترك وإجراء التغييرات والتحسينات عند الضرورة. يجب أن يكونوا قادرين أيضًا على تقييم أدائهم، جزئيًا بناءً على ردود الفعل بشأن كفاءتهم وموقفهم وفقًا لتقييم المستفيدين والمستفيدات من الخدمات والموظفين. من الضروري معرفة آراء جميع المشاركين في نظام تقديم الرعاية الصحية، بما في ذلك المديرين والمشرفين والزلاء والمستفيدين والمستفيدات من الخدمات.

5.3.1 نظام أمن لإدارة سلسلة التوريد

تحتاج نقاط تقديم الرعاية الصحية إلى إدارة فعالة لسلسلة التوريد لضمان استمرار توريد كميات كافية من السلع الطبية ذات الجودة. ينبغي أن تضمن سلسلة التوريد حصول المستفيد(ة) على المنتج المناسب (أي مجموعة المنتجات اللازمة لتلبية الاحتياجات المتنوعة للمستخدمين)، بالكميات المناسبة وفي الوقت المناسب (منتجات ذات جودة عالية وسليمة وغير منتهية الصلاحية)، في المكان المناسب وفي الوقت المناسب بالتكلفة المناسبة (بما في ذلك تكلفة السلع والتكاليف غير المباشرة مثل النقل، وفقدان الدخل، إلخ).

6.3.1 الموارد المالية الكافية

يجب توفير الموارد الكافية لتقديم خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية عالية الجودة بشكل فعال، ومنها توفير الفريق المؤهل، بالتدريب المناسب، والبنية التحتية الجيدة، والمعدات المناسبة، والسلع المناسبة. يجب وضع توقعات لهذه الموارد وتخطيطها وإدارتها باستخدام بيانات الرعاية الصحية ونهج القيمة مقابل المال، بهدف ضمان الاستدامة المالية لنقاط تقديم الرعاية الصحية لفترة معقولة.

يمكن قياس الصحة المالية والاستدامة بقياس معدلات توافر الموارد المالية الكافية لضمان استمرار تقديم الرعاية الصحية، والتي يمكن تقييمها بنفاد المخزون، وزيادة صافي الإيرادات (كفاية الإيرادات لتغطية النفقات)، وتنوع مصادر التمويل لمواجهة حالات الطوارئ في حالة تأثر تدفق التمويل سلبيًا بأية أحداث.

7.3.1 فعالية نظام التواصل وإدارة الردود والتعليقات

يجب أن تركز نقاط تقديم الرعاية الصحية على المستفيد(ة) وينبغي تجهيزها بأنظمة جيدة للمراقبة والتقييم، حتى يتمكن/تتمكن فيها المستفيد(ة) والمجتمع من القيام بدور نشط في تحقيق وضمان تقديم خدمات الرعاية بأعلى مستويات الجودة وتحسينها باستمرار. وفقًا لذلك، ينبغي تطبيق آلية لتلقي ردود وتعليقات المستفيدين والمستفيدات من الخدمات في نقطة تقديم الرعاية الصحية وداخل المجتمع، والاستجابة لها في الوقت المناسب وبطريقة ملائمة، في الاتحاد الدولي لتنظيم

2. حزمة الرعاية الصحية الأساسية المتكاملة

1.2 الخلفية

الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) ملتزم بتقديم رعاية صحية جنسية وإنجابية شاملة ومتكاملة وذات جودة لجميع المستفيدين/المستفيدات من الخدمات. ينبغي أن تتناول حزمة الرعاية الصحية الحد الأدنى من احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للفئات السكانية التي التزم الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) بخدمتها. تضع حزمة الرعاية للمستفيد(ة) في قلب خدمات الرعاية الصحية وتضمن تقديم رعاية صحية متكاملة ذات جودة للجميع.

يعكس نطاق خدمات الرعاية الصحية المدرجة فيها التزام الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) بضمان الوصول الشامل إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، وفقاً للنهج الشامل لدورة الحياة، الذي يؤكد على استمرارية الصحة الجنسية والإنجابية، في إطار نهج قائم على الحقوق. يمكن استخدام حزمة الرعاية الصحية كإطار لدعم تحقيق الأهداف التنظيمية للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) وأهدافه البرامجية.

تم تصميم هذه التوجيهات السريية على المستفيد(ة) لتقديم حزمة من الخدمات الأساسية المخصصة للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. يستطيع مقدمو الرعاية الصحية وغيرهم من مستخدمي المبادئ التوجيهية الرجوع إلى الفصول ذات الصلة للمزيد من المعلومات العامة وتوجيهات تقديم الرعاية الصحية بشأن العناصر الأساسية التي تقوم عليها الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، مع الاستفادة من الروابط والمراجع ذات الصلة لدعم توفير الرعاية الشاملة والمتكاملة.

يمكن أن تكون حزمة الرعاية الصحية الأساسية بمثابة مقدمة لتعزيز التكامل بين الخدمات الصحية وخدمات الدعم الأخرى، ما يقلل تفويت فرص الرعاية. على سبيل المثال، إذا طلبت المستفيدة خدمة رعاية الإجهاض، فربما مارست المستفيدة الجنس بدون حماية وتعرضت للإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، أو تعرضت للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. قد تكون فرصة جيدة لتقديم رعاية صحية إضافية، ما يضمن حصول المستفيد/المستفيدة من الخدمات على الرعاية المطلوبة كاملة في زيارة واحدة.

ولا يعود توفير حزمة من خدمات الرعاية الصحية المتكاملة بالفائدة على الفرد فقط من خلال ضمان وصوله إلى مجموعة واسعة من خدمات الرعاية، ولكنه يساهم أيضاً في تعزيز النظام الصحي:

- **إطار يركز على المستفيد/المستفيدة من الخدمات لتوفير الرعاية الصحية.** يشجع الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) تقديم الرعاية الصحية التي تركز على المستفيد(ة) من خلال تلبية احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية الأكثر إلحاحاً للفرد، مما يؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للمستفيد(ة) من الخدمات من خلال نهج شامل لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
- **إطار لتحديد أولويات الموارد.** إن تحديد خدمات الرعاية الصحية الأساسية يمكن الجمعيات الأعضاء من إعطاء الأولوية لمجموعة شاملة من خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية.
- **إطار للبرامج.** توفر الرعاية الصحية المتكاملة، على المستوى العالمي والإقليمي، إطاراً لأمانة الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) لتحديد أولوياتها الفنية، ما يعزز الدعم الفعال والملموس داخل الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF).
- **إطار لتطوير النظم.** يمكن استخدام الرعاية الصحية المتكاملة كإطار لتطوير النظم وتحسينها، بما في ذلك نظم معلومات الإدارة الصحية، وإدارة سلسلة التوريد، وجودة الرعاية، وقياس الأداء والحوكمة لدعم تعزيز تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المتكاملة.

1.3 الموارد

الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة [موقع الويب]. مقاييس ومسؤولية العضوية في الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF). متاح على: <https://www.ippf.org/resource/ippf-membership-standards-responsibilities>. تم الوصول بتاريخ 19 أبريل 2022.

3. المراجع

- [1] الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. إطار جودة الرعاية 2015. لندن: IPPF. 2015. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/Quality_of_care_framework_2015.pdf. تم الوصول بتاريخ 7 فبراير 2022.
- [2] الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. معايير العضوية ومسؤولياتها في الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF). مايو 2014. متاح على: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2018-02/IPPF%20Standards%20and%20Responsibilities%20of%20Membership%20May%202014.pdf>. تم الوصول بتاريخ 7 فبراير 2022.
- [3] الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. المبادئ التوجيهية لتقديم الخدمات الطبية: في مجال خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. الطبعة الثالثة. لندن: IPPF. 2004. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_medical_and_service_delivery_guidelines_english.pdf. تم الوصول بتاريخ 7 فبراير 2022.
- [4] الأمم المتحدة. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. متاح على: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. تم الوصول بتاريخ 7 فبراير 2022.
- [5] الأمم المتحدة. تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. القاهرة، 13-5 سبتمبر، 1994. نيويورك: الأمم المتحدة. 1995. متاح على: <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=A/CONF.171/13/Rev.1&Lang=E>. تم الوصول بتاريخ 7 فبراير 2022.
- [6] Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet. 2018;391(10140):2642–2692.
- [7] الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. الحماية (الأطفال والبالغون المستضعفون). متاح على: <https://www.ippf.org/sites/default/files/Policy%201-17%20SAFEGUARDING%20CHILDREN%20AND%20VULNERABLE%20ADULTS.pdf>. تم الوصول بتاريخ 24 فبراير 2022.
- [8] الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. الشباب في الصميم. رؤية وخطة لوضع الشباب في صميم تنفيذ الإطار الاستراتيجي للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF). 2017. متاح على: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2018-08/Young-people-at-the-centre-May17.pdf>. تم الوصول بتاريخ 7 فبراير 2022.
- [9] الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة [موقع الويب]. تقديم الخدمات المتكاملة. متاح على: <https://www.ippf.org/our-approach/integrated-service-delivery>. تم الوصول بتاريخ 7 فبراير 2022.
- [10] الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. خدمة SafeReport. متاح على: <https://secure.ethicspoint.eu/domain/media/en/gui/107397/index.html>. تم الوصول بتاريخ 7 فبراير 2022.

الفصل 2:

متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة)

المحتويات

18	1. مقدمة
18	2. متطلبات مرافق الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية الشاملة
18	1.2 البنية التحتية للعيادة
20	2.2 إدارة سلسلة التوريد
21	3.2 تمويل المرفق الصحي
21	4.2 كفاءة القوى العاملة في القطاع الصحي
21	5.2 الوقاية من العدوى ومكافحتها
21	6.2 آليات تحسين الجودة
22	7.2 الإحالات والشراكات المجتمعية والروابط
22	3. التاريخ الصحي
22	1.3 العناصر الواجب إدراجها في التاريخ الصحي
22	2.3 تقنيات التواصل للحصول على التاريخ الجنسي

24	4. الفحص الجسدي
26	1.4 الفحص العام
26	2.4 فحص البطن
26	3.4 فحص أمراض النساء
28	4.4 الفحص السريري للثدي
29	5.4 فحص الأعضاء التناسلية الذكرية للمستفيدين
31	5. المراجع
31	1.5 الموارد
33	الملاحق
33	الملحق 1: ملخص متطلبات العيادة للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة
37	الملحق 2: الأدوية الأساسية والمعدات والإمدادات اللازمة للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية
37	الرعاية الشاملة لحالات الإجهاض
39	الوقاية من سرطان عنق الرحم، والكشف عنه ومعالجته
42	الإدارة العيادية للاغتصاب
44	وسائل تنظيم الأسرة
49	قائمة بالأدوية ومعدات الولادة الآمنة، وإمدادات الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC) والرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC)
50	العدوى المنقولة جنسياً بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
52	الربط البوقي (إعقام الإناث): المعدات وإمدادات الطوارئ
55	قطع القناة الدافقة (إعقام الذكور): المعدات وإمدادات الطوارئ

1. مقدمة

يقدم هذا الفصل توجيهات بشأن متطلبات إنشاء مرافق الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة (بما في ذلك التصميم والبنية التحتية) وكيفية تسجيل التاريخ الصحي للمستفيد(ة) من الخدمات وإجراء الفحوصات الجسدية. يتقاطع هذا الفصل مع عدة فصول. بما فيها الفصل 3: تقديم المشورة، والفصل 8: طب النساء وخدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأخرى، والفصل 11: تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية.

1.2 البنية التحتية للعيادة

من الضروري النظر في البنية التحتية والتصميم عند إنشاء عيادة ثابتة للصحة الجنسية والإنجابية أو عند دمج الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في المرافق القائمة. سوف يتوقف تحديد المساحة المطلوبة على نوع الرعاية الصحية التي تُقدّم، وعلى المستفيدين والمستفيدات من خدماتها. وخطط التوسيع أو تقديم خدمات جديدة في المستقبل.

1.1.2 الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية

يشمل تقديم الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة تقديم المشورة بشأن الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية، ورعاية الإجهاض، وصحة الأم والوليد، ومنع الحمل، والوقاية من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وخدمات الاستجابة، وفحص وعلاج العدوى المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وفحص وعلاج سرطان عنق الرحم، والفحوصات المخبرية والرعاية الطبية العامة للنساء لجميع الفئات السكانية. ومع ذلك، قد يختلف مستوى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية ويعتمد على مستوى المرفق المعين. يمكن توفير الحد الأدنى من المعايير في معظم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC) بشكل عام في عيادات الصحة الأولية التي تتراوح مساحتها من 700 إلى 1,500 قدم² (65 إلى 139 م²). في حين أنه بالنسبة إلى الرعاية الصحية لوسائل منع الحمل الدائمة، يمكن توفير رعاية الإجهاض في الأسبوع الـ 13 أو بعده، والرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) في عيادة تتراوح مساحتها من 1,500 إلى 2000 قدم² (139 إلى 186 م²). ويتضمن الملحق 1 ملخصاً للمتطلبات الخاصة بمرفق الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة.

ما هي متطلبات المرفق والتوجيهات السريرية للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية؟

- للحصول على توجيهات مفصلة، يجب على مديري البرامج ومقدمي الرعاية الصحية في الخطوط الأمامية الرجوع إلى الفصل 11: تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية وأدوات التوجيه المتنوعة:
- حزمة الخدمات الأساسية الدنيا (MISP) للصحة الجنسية والإنجابية في حالات الطوارئ [1]
- الدليل الميداني المشترك بين الوكالات للصحة الإنجابية في السياقات الإنسانية [2]
- مجموعات مستلزمات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات [3]
- مجموعة أدوات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والمراهقات (ASRH) في السياقات الإنسانية [4]
- أدوات تقييم عملية حزمة الخدمات الأساسية الدنيا (MISP) [5]
- حاسبة مجموعات مستلزمات الصحة الإنجابية [6]

2. متطلبات مرافق الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة

لضمان استدامة الرعاية الصحية وجودتها والإقبال عليها، ينبغي أن يستوفي مديرو البرامج/العيادات المتطلبات القياسية لمرافق الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في ما يتعلق بالآتي: البنية التحتية للعيادة (القسم 1.2): إدارة سلسلة التوريد (القسم 2.2): تمويل المرافق الصحية (القسم 3.2): كفاءة القوى العاملة في

2.1.2 الموقع

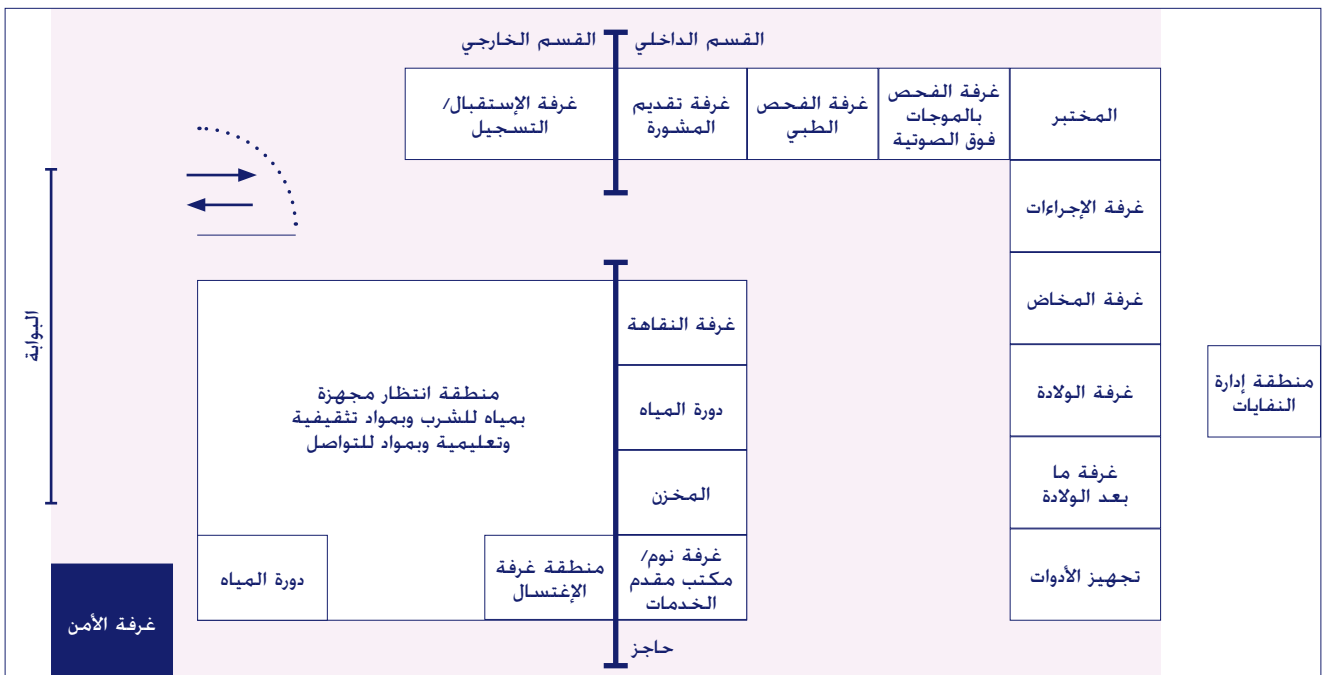
من إعاقات مختلفة أو إعاقات جسدية (أنظر الخانة 1: سهولة الوصول إلى البنية التحتية للعيادة والمعلومات – الصفحة التالية). ينبغي أن يشتمل تصميم العيادة على قسم خارجي وداخلي للمساعدة في ضمان السلامة والخصوصية والسرية والوقاية من العدوى. ينبغي أن يكون مسار حركة المستفيدين والمستفيدات في اتجاه واحد حتى لا يضطر المستفيدون والمستفيدات للرجوع إلى منطقة الانتظار إلا عند الخروج من العيادة. يُفضل تخصيص مخرج منفصل إذا كانت العيادة تقدم خدمات رعاية الإجهاض و/أو خدمات الرعاية الصحية للشباب والمهمشين. يُفضل توفير غرف منفصلة للإجراءات والنقاهاة للمستفيدات الحوامل وأثناء المخاض. والمستفيدات من الإجهاض. والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. والمستفيدات اللاتي يسعين إلى الإعقام الدائم. ينبغي تكييف تصميم المرفق الموضح في الشكل 1 بناءً على المستوى المحدد للمرفق ونية توسيع نطاق الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المتكاملة. يوضح الشكل 1 القسمين الرئيسيين لمرافق الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الثابتة. يشمل القسم الخارجي مناطق محددة للاستقبال/التسجيل، الانتظار، دورات المياه، محطة لغسل اليدين. يشمل القسم الداخلي غرف تقديم المشورة والفحص والمختبر والأشعة فوق الصوتية وغرفة النقاهاة ودورة مياه للمستفيدين/للمستفيدات. الحاجز/الجدار الفاصل بين القسمين الخارجي والداخلي في المرفق هو أفضل مكان لضمان الخصوصية السمعية والبصرية ومنع الحركة غير الضرورية إلى القسم الداخلي من العيادة (أنظر الملحق 1).

عند اختيار الموقع، ينبغي أن يكون الوصول إلى العيادة سهلاً. وأن تكون العيادة في موقع آمن بمنأى عن العوامل البيئية مثل تلوث الهواء/الماء الشديد والمناطق المعرضة للكوارث الطبيعية، وعلى مسافة قريبة من مواقع الإحالة. ينبغي أن تكون العيادة قريبة من وسائل النقل العام. ويُفضل أن تكون على بُعد أقل من 20 دقيقة سيرًا على الأقدام من أقرب محطة حافلات أو محطة قطار، أو وسائل النقل العام الأخرى. ينبغي أن تكون ساعات عمل العيادة مريحة للجميع – خاصة للذين يسافرون لمسافات بعيدة والفئات المهمشة. كالأشخاص ذوي الإعاقة – مع تحديد ساعات عمل معينة للعيادة. ينبغي أن تكون العيادة آمنة لكل من المستفيدين والمستفيدات من الخدمات ومقدمي الرعاية الصحية خلال ساعات عمل العيادة. وينبغي أن تتوفر تدابير أمنية لمنع الأشخاص غير المرغوب فيهم من دخول العيادة وحفاظًا على المستفيدين والمستفيدات لينتقلوا داخلها بسهولة وأمان.

3.1.2 البنية التحتية والتصميم

يجب أن تعكس البنية التحتية للعيادة وتصميمها توفير خدمات الرعاية الصحية الحالية والمستقبلية واحتياجات المستفيدين والمستفيدات من خدماتها وسلامتهم. ينبغي تجهيز البنية التحتية للعيادة بإمكانية الوصول إلى إمدادات المياه والكهرباء التي يمكن الاعتماد عليها وأن تكون متاحة لجميع المستفيدين والمستفيدات من الخدمات، بما في ذلك الأشخاص الذين يعانون

الشكل 1. مثال على أفضل الطرق لإنشاء مرفق الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية



الخانة 1: سهولة الوصول إلى البنية التحتية للعيادة والمعلومات

المداخل/الأبواب

- شارع مرصوف
- لافتات سهلة ومفهومة
- علامات اللمس
- باب واسع للمشاة عند البوابة
- أماكن انتظار مخصصة لذوي الإعاقة

تقسيم المرفق

- مساحة معقولة للمرفق
- ممر أسمنتي
- عدم وجود عوائق تمنع التنقل بين أقسام المرفق
- علامات التوجيه
- علامات باللمس على الأرضيات لتوجيه ذوي الإعاقة البصرية
- شبكة الصرف الصحي
- منحدرات مطابقة للمعايير الدولية
- سلالم مطابقة للمعايير الدولية
- مقابض ودرازين للدعم على السلالم والمنحدرات
- علامات اللمس في أسفل السلالم والمنحدرات وفي أعلاها
- ترتيب الأثاث بشكل لا يعيق الحركة
- طاولة الاستقبال على ارتفاع مناسب
- أرضية السلالم غير زلقة

غرف قسم العيادات الخارجية

- خزانات آمنة بأبواب محكمة
- مسارات مخصصة لمساعدة مستخدمي الكراسي المتحركة في التحرك بحرية
- باب باتساع معقول
- عدم وجود اختلاف في مناسيب الغرف والمنحدرات
- المعدات حديثة وقابلة للتعديل (مثل أسرة الفحص وتقديم الخدمات)
- سهولة الوصول إلى الأسرة
- سهولة الوصول إلى المعلومات
- التهوية الجيدة
- حمام ودورات مياه
- ممرات أسمنتية إلى المراحيض
- دورة مياه مخصصة لذوي الإعاقة
- المراحيض لها مقاعد
- المقابض والدرازين كافية وفي الموضع المناسب لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية ومستخدمي الكراسي المتحركة من استخدام المراحيض
- المراحيض مجهز بحوض

العلامات الإرشادية واضحة ومفهومة

- العلامات والمعلومات بصيغة مفهومة
- الإضاءة جيدة

التواصل

- موظف التواصل يجيد لغة الإشارة

2.2 إدارة سلسلة التوريد

الأساسية لمدة 3 أشهر لجميع خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المقدمة في المرفق. لضمان توريد الأدوية والمعدات ذات الجودة، وتوزيعها، واستخدامها، ينبغي أن يختارها مديرو المرافق الصحية بناءً على قوائم الأدوية والمعدات الأساسية على المستوى الوطني و/أو المعايير الدولية للتأهيل المسبق التي وضعتها منظمة الصحة العالمية (WHO)/صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA [9]. يجب إدراج هذه الأدوات والأدوية بشكل روتيني في أنظمة التخطيط، وميزانية التوريد، والتوزيع، والإدارة. يوضح الملحق 2 الأدوية الأساسية والمعدات والإمدادات اللازمة للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الموضحة. أنظر القسم 1.5: موارد أدوات الإرشاد والتوجيه المتعلقة بإدارة سلسلة التوريد.

يتطلب تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية توافر الإمدادات والمعدات والبنية التحتية، تركز إدارة سلسلة التوريد على تمكين الأشخاص من الوصول إلى إمدادات ثابتة من الأدوية الأساسية والمواد الاستهلاكية. تتطلب سلسلة التوريد العملية توافر الأدوية المناسبة بالكمية المناسبة للمستفيدين/ للمستفيدات المستحقين لها في الوقت المناسب وبجالة مناسبة (الجودة)، وبالسعر المناسب (بأكثر الطرق الممكنة) فعالية وسلامة وأقلها تكلفة. نتيجة لذلك، تتكون مهام إدارة سلسلة التوريد الأساسية من اختيار المنتج، والنقوعات/القياس الكمي، والتوريد، والتخزين، وإدارة المخزون، والنقل، وإعادة الإمداد، وخدمة المستفيدين والمستفيدات، من أهم المؤشرات ضمان توافر المخزون، ويُفضل توفير إمدادات المعدات والسلع والأدوية

3.2 تمويل المرفق الصحي

يجب أن تتضمن ميزانيات المرافق الصحية الأموال الكافية لتغطية أنواع التكاليف التالية: تكاليف الإدارة والمعدات والأدوية والإمدادات اللازمة لتوفير خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية والوقاية من العدوى ومكافحتها؛ معدات الحماية الشخصية؛ بنود الميزانية التي تتعلق بإجراء تعديلات معقولة تخص ذوي الإعاقة؛ ساعات العمل؛ الأنشطة المجتمعية وأنشطة أصحاب المصلحة الخاصة بالتوعية وبرامج التدريب والإشراف؛ عمليات ترقية البنية التحتية؛ حفظ السجلات؛ والمراقبة والتقييم. ينبغي أن يحدّد مديرو المرافق الصحية توقعاتهم للميزانية السنوية وأن يقوموا بإجراء تقييمات وتحليلات فصلية للمرافق الصحية للاستفادة منها في إدخال أي تعديلات ضرورية على الميزانية.

4.2 كفاءة القوى العاملة في القطاع الصحي

تتكوّن القوى العاملة الصحية، داخل النظام الصحي، من موظفي الدعم ومقدمي الرعاية الصحية من جميع الكوادر والعاملين والعاملات في قطاع الصحة المجتمعية. يجب أن تعكس القوى العاملة الصحية، حيثما أمكن، تنوع الفئات السكانية المحلية، بما في ذلك الفئات ذات التمثيل الضعيف مثل الأشخاص ذوي الإعاقة. ينبغي تدريب جميع الموظفين والموظفات العاملين في المرفق الصحي على الإجراءات العملية السريرية الموحدة في المرفق والالتزام بتوجيهات تقديم الرعاية الصحية. يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية مدربين ومؤهلين من الناحية الفنية وأن يستخدموا التقنيات السريرية المناسبة لتوفير رعاية ذات جودة للصحة الجنسية والإنجابية. يجب تدريب العاملين والعاملات بالصحة المجتمعية وتأكيد كفاءتهم في توفير المعلومات القائمة على الأدلة، وتوفير الرعاية الصحية الأساسية (التي تعتمد على السياق القانوني)، والإحالات على طول سلسلة الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية ورعاية صحة الأم وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين والمراهقات. يجب تدريب موظفي وموظفات الدعم داخل المرفق الصحي على توفير بيئة مرحّبة وآمنة، حتى عند القيام بالمهام الإدارية، والوقاية من العدوى ومكافحتها، والتدابير الأمنية، والتمويل، وإدارة سلسلة التوريد. في حال وجود فجوات في الكفاءة، ينبغي أن تتلقى القوى العاملة الصحية تدريبات لتطويرهم وضمان الحفاظ على أصحاب الكفاءات وذوي المهارات والمعرفة والمواقف الأساسية في توفير خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية ذات الجودة، فضلاً عن ذلك، ينبغي أن يتأكد مديرو العيادات من أن القوى العاملة الصحية تتلقى تحديثات دورية تعزز مهاراتهم.

5.2 الوقاية من العدوى ومكافحتها

يجب تدريب جميع الموظفين والموظفات، العياديين وغير العياديين، على تطبيق الاحتياطات العامة للوقاية من العدوى ومكافحتها. يجب بذل هذه الجهود في كل حالة وتعزيزها بشكل أكبر في حالات تفشي الأمراض والأوبئة التي تهدد الصحة العامة بسبب تعرض مقدمي الرعاية الصحية للدم وسوائل الجسم والجروح الجلدية والأغشية المخاطية. يجب اتخاذ احتياطات الوقاية من العدوى، بغض النظر عن حالة العدوى أو تشخيص المستفيد(ة)، للحد من مخاطر انتقال المرض للمستفيدين/للمستفيدات من الخدمات ومقدمي الرعاية الصحية في المرفق الصحي. ينبغي توفير بروتوكولات الوقاية من العدوى ومكافحتها ومواد التوعية والتعليم والتواصل وعرضها بوضوح وتطبيقها. إذا تعرض الموظفون والموظفات لأي سوائل جسدية، ينبغي اتباع إجراءات التعرض المهني كما هو موضح في الإجراءات العملية الموحدة للمرفق الصحي. من العناصر الأساسية للوقاية من العدوى ومكافحتها غسل اليدين، والالتزام بحواجز الحماية الشخصية، واستخدام تقنية التعقيم، ونظافة المرفق، وإدارة النفايات الملوثة، واتباع معايير المناولة السليمة ومعالجة الأدوات والمواد الحادة. أنظر [القسم 1.5: موارد لأدوات التوجيه المتعلقة بالوقاية من العدوى ومكافحتها](#).

6.2 آليات تحسين الجودة

ينبغي أن يتأكد مديرو البرامج والعيادات من فعالية نظامها الصحي وتطبيق المساواة وتعزيز الكفاءة والجودة من خلال تنفيذ آليات منهجية لتحسين الجودة على المستوى الفردي والتنظيمي لتقديم خدمات الرعاية الصحية. الهدف الأساسي من تحسين الجودة هو تحسين مستوى الرعاية وتعزيز سلامة المستفيد(ة) من خلال التعلم غير التأديبي. يجب تخطيط جميع أنشطة تحسين الجودة بشكل منهجي ودمجها في عمليات تشغيل المرفق من خلال تطبيق مؤشرات بسيطة، مع الالتزام بالجوانب الأخلاقية في تنفيذها. على أن تتسم بالتشاركية وتعزز الشفافية بين الموظفين والموظفات والمستفيدين والمستفيدات من الخدمات وأصحاب المصلحة في المجتمع. وتدعو الحاجة إلى جمع البيانات بانتظام وتحليل السجلات الصحية للمستفيد(ة) من الخدمات، والتي تُجمع يدوياً أو إلكترونياً من خلال نظام معلومات إدارة العيادة، وإحصاءات الرعاية الصحية لتحسين معايير الجودة في تقديم خدمات الرعاية الصحية أو الحفاظ عليها. هذا قد يشمل إضفاء الطابع المؤسسي على نظام الإبلاغ عن البيانات لإدخال البيانات المتعلقة بجميع خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، والمعدات، والأدوية، والإمدادات؛ الإشراف الداعم والتوجيه؛ مراجعة وتحليل جميع إحصاءات وسياسات خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية من خلال مراجعات السجلات؛ القائمة المرجعية لنظام معلومات إدارة المستفيدين والمستفيدات من الخدمات؛ أدوات التقييم

3. التاريخ الصحي

بالإضافة إلى تقديم المشورة للمستفيدين/للمستفيدات من الخدمات، يُعد تسجيل التاريخ الصحي بالتفصيل عنصراً مهماً في العلاقة بين المستفيد(ة) ومقدم خدمات الرعاية الصحية. قد تكون الموضوعات التي تُناقش أثناء تقديم المشورة مهمة في تسجيل التاريخ الصحي. تنطبق المبادئ والتوجيهات الأساسية القائمة على الحقوق الواردة في [الفصل 3: تقديم المشورة على جميع مقدمي الرعاية الصحية الذين يسجلون التاريخ الصحي للمستفيد\(ة\) من الخدمات.](#)

1.3 العناصر الواجب إدراجها في التاريخ الصحي

بعد الترحيب بالمستفيد(ة) في المرفق والتعريف بمقدم الخدمة، فإن تسجيل التاريخ الصحي هو الخطوة التالية في العلاقة بين المستفيد(ة) ومقدم الرعاية الصحية ويؤكد الأسباب الكامنة وراء إجراء الفحوصات الجسدية اللاحقة والقرارات المتعلقة بالاختبارات التشخيصية وخيارات خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. يوضح [الجدول 1](#) (الصفحة التالية) العناصر الواجب إدراجها عند تسجيل التاريخ الصحي للمساعدة في تحديد عوامل الخطورة وتقييمها. [أنظر الفصل 3: تقديم المشورة للحصول على تفاصيل حول تقديم المشورة التي تركز على المستفيد\(ة\) والموافقة المستنيرة.](#) بما في ذلك الحفاظ على السرية والخصوصية. ينبغي أن يجيب المستفيدون/المستفيدات من الخدمات فقط على الأسئلة التي يشعرون بالارتياح لها.

2.3 تقنيات التواصل للحصول على التاريخ الجنسي

ينبغي أن يحافظ مقدمو الرعاية الصحية على التواصل الإيجابي وبدون أحكام مسبقة عند إعداد الأسئلة حول التاريخ الجنسي للمستفيد(ة) من الخدمات. التفاعل بين مقدم الرعاية الصحية والمستفيد(ة) منها هو عملية تواصل في اتجاهين. ويورد هذا القسم تقنيات التواصل خطوة بخطوة لمقدمي الرعاية الصحية الذين يستفسرون عن التاريخ الجنسي للمستفيد(ة) من الخدمات. إذا كان في غرفة الفحص شخص آخر مرافق للمستفيد(ة) من الخدمات، يجب على مقدم الرعاية الصحية التأكد من موافقة المستفيد(ة) على بقاء هذا الشخص في الغرفة عند مناقشة الأمور المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية.

1. التمهيد للأسئلة عن التاريخ الجنسي. قبل أن يطرح مقدم الرعاية الصحية أي أسئلة عن التاريخ الجنسي، ينبغي أن يُعلم المستفيد(ة) بأن الأسئلة المتعلقة بالتاريخ الجنسي تُطرح على جميع المستفيدين والمستفيدات من الخدمات ضمن خدمات الرعاية الروتينية. لا تُطرح الأسئلة إلا إذا كانت ذات صلة بالرعاية

الذاتي: الملاحظات باستخدام القوائم المرجعية، وأدوات التدقيق العيادي، ومراجعات الحالات، والأحداث السلبية الخطيرة، وعمليات التدقيق في الحوادث وشبكة الوقوع؛ المقابلات الشخصية عند خروج المستفيدين والمستفيدات من الخدمات؛ آراء الموظفين والموظفات وكذلك جميع أفراد المجتمع (بما في ذلك الشباب والأشخاص ذوي الإعاقة)؛ وأدوات تقييم ونشر خدمات الرعاية الصحية. ينبغي أن تسمح البيانات المجمعة بإمكانية التصنيف حسب الفئات المهمشة (مثل العمر، وحالة الإعاقة، وحالة الهجرة). يوفر إطار جودة الرعاية في الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) توجيهات مفصلة بشأن أطر ومؤشرات تحسين جودة الصحة الجنسية والإنجابية [10]. [أنظر القسم 1.5: موارد للحصول على معلومات أخرى تتعلق بجودة الرعاية.](#)

7.2 الإحالات والشراكات المجتمعية والروابط

تعمل الشراكات بين المرافق الصحية والمجتمع المحلي في مختلف القطاعات على تحسين جودة تقديم الرعاية الصحية. بما في ذلك الإحالات وسلوكيات البحث عن الصحة الجنسية والإنجابية للأفراد في المجتمع. يجب وضع ترتيب مسبق لمواقع نقاط الإحالة (مثل المرافق ذات المستوى الأعلى، ومراكز إعادة التأهيل)، وكذلك بروتوكولات مسار الإحالة، وإقرارها، وعرضها بوضوح وإبلاغ جميع الموظفين والموظفات والعاملين والعاملات الصحيين المجتمعيين بها. يؤدي الموظفون والموظفات في المرافق الصحية دوراً مهماً كقادة محليين في مجتمعاتهم ويؤدي العاملون الصحيون المجتمعيون دوراً مهماً في بناء الروابط بين أفراد المجتمع والمرافق المحلية ومنظمات المجتمع المدني (مثل المجموعات النسائية ومجموعات الشباب) والخدمات الاجتماعية. تساعد هذه الشراكات معاً في تمكين الأفراد من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية ومساعدة الأشخاص في معرفة العلامات والأعراض للوصول إلى الرعاية في الوقت المناسب. [أنظر الفصل 3: تقديم المشورة للحصول على توجيهات بشأن توفير بيئة تمكينية في جميع مراحل سلسلة الرعاية.](#)

الجدول 1: العناصر الواجب إدراجها في التاريخ الصحي

الفئة	المعلومات الواجب توثيقها
البيانات الشخصية	الإسم والعمر وهوية النوع الاجتماعي والعرق والدين واللغة والمهنة والمستوى التعليمي وبيانات الاتصال، إذا كان/كانت المستفيد(ة) لا ي/توانع في ذكرها وتداولها
التاريخ الاجتماعي	- وضع الشريك (متزوج، أعزب) - بيئة الأسرة - العنف أو الإكراه - تعاطي الكحول والمخدرات في الماضي والحاضر - تقييم الأداء [11] - المشكلات الاجتماعية الأخرى التي قد تتأثر بها الرعاية
الأدوية والحساسية	- الأدوية اليومية، مثل فيتامينات ما قبل الولادة، والأدوية غير الستيرويدية المضادة للالتهابات، ومضادات السل، ومضادات الصرع، والأدوية المضادة للفيروسات القهقرية - إستخدام العلاجات العشبية وتفاصيل استخدامها (الجرعة والطريقة والمواعيد) - أي حساسية معروفة للأدوية
التاريخ الصحي	- الأمراض المعدية مثل السل والملاريا ومرض فيروس زيكا ومرض فيروس الإيبولا - الأمراض غير المعدية/المزمنة: داء السكري، إرتفاع ضغط الدم، أمراض القلب، إضطرابات تخثر الدم، أمراض الكبد - السرطانات: سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان البروستات - مشكلات علم النفس العصبي: القلق والإكتئاب واضطرابات الأكل واضطرابات النوم والتعاطي (الكحول والمخدرات) - تاريخ تعاطي التبغ، بما في ذلك عدد السجائر التي تُدخن يومياً - مشاكل المسالك البولية والجهاز الهضمي والجهاز العضلي الهيكلي والغدد الصماء والجلد - تفاصيل عن دخول المستشفى من قبل (السبب، التاريخ، الموقع)
التاريخ الجراحي	نوع الجراحة وتاريخها وموقعها
تاريخ خدمات طب النساء	- أول موعد لآخر دورة شهرية ونمط الدورة الشهرية، ونمط النزيف، والإفرازات - عدد المواليد الأحياء والأموات ومرات الإسقاط والإجهاض - تاريخ استخدام وسائل منع الحمل واستخدامها الحالي - الأعراض الحالية والتشخيص السابق للعدوى المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV) - السل الحوضي - الأهلية لإجراء كشف أو علاج معين
التاريخ الجنسي	- وضع العلاقة والشراكات الجنسية المتزامنة - الخطورة الفردية للإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV)

4. الفحص الجسدي

نستعين بتاريخ المستفيد(ة) في إجراء الفحص الجسدي وينبغي أن يبدأ بالفحص السريري الروتيني العام. قد تشمل عناصر الفحص الجسدي الفحص العام (القسم 1.4)، وفحص البطن (القسم 2.4)، والفحص للكشف عن أمراض النساء (القسم 3.4)، وفحص الثدي (القسم 4.4)، وفحص الأعضاء التناسلية الذكرية (القسم 5.4).

في ما يلي نقاط رئيسية ينبغي إدراجها في الفحص الجسدي:

- الحصول على موافقة المستفيد(ة) قبل الشروع في أي مرحلة من مراحل الفحص. راجع الفصل 3: تقديم المشورة بشأن توجيهات القبول المستنير/الموافقة المستنيرة.
- لخص جميع إجراءات الفحص ليفهمها المستفيد(ة) واستخدم وسائل المساعدة التوضيحية حسب الحاجة. تأكد من أن وقت المستفيد(ة) يسمح بفهم ما يدور وطرح الأسئلة.
- تأكد من اتباع بروتوكولات الوقاية من العدوى ومكافحتها في الفحوصات الجسدية، بما في ذلك غسل اليدين في بداية كل فحص وفي نهايته.
- أخبر المستفيد(ة) أن الفحص (الفحوصات) يمكن أن يتوقف متى شاء، وأكد أن المستفيد(ة) هو/هي المتحكم/المتحكممة في رعايته/تها الصحية.
- اضبط وضعية المستفيد(ة) بشكل صحيح، أو اطلب منه/ها ضبط وضعيته/تها عند إجراء كل فحص. اسأل ذوي الإعاقة إذا كانوا بحاجة إلى المساعدة في ضبط وضعتهم وتأكد من فهمهم إجراءات الفحص. إذا لزم الأمر.
- اشرح كل خطوة من خطوات الفحص على سبيل المثال "سوف أضع المنظار خارج المهبل، وستشعرين به. أخبريني بماذا تشعرين. سوف أقوم الآن بإدخال المنظار في المهبل".
- اكشف أجزاء الجسم ذات الصلة فقط للحفاظ على كرامة المستفيد(ة) قدر الإمكان.
- اشكر المستفيد(ة) في نهاية الفحص وساعدها/ها على الرجوع إلى وضعية مريحة.
- أعطي المستفيد(ة) بعض الخصوصية عند ارتداء ملابسه/ها مرة أخرى قبل مناقشة نتائج الفحص.
- قدم الإحالات المناسبة، حسب النتائج المستخلصة من التاريخ الصحي والفحص الجسدي، وبموافقة المستفيد(ة) المستنيرة. اطلب من المستفيد(ة) التوقيع على استمارة المعلومات التوضيحية.

الصحية للمستفيد(ة) من الخدمات، للتوصل إلى تشخيص دقيق وضمان توفير العلاج الأكثر فعالية. يمكن أن تبدأها بعبارة مثل: "أود أن أتحدث معك عن صحتك الجنسية. أنا أتحدث مع جميع المستفيدين والمستفيدات عن صحتهم الجنسية لأنها جزء مهم جدًا من الصحة العامة. سوف يبقى كل ما تقول/لين سريًا. هل لديك أي أسئلة قبل أن نبدأ؟"

2. أجب عن أسئلة المستفيد(ة). قد ي/تشعر المستفيد(ة)

بالتردد وعدم التأكد من أهمية هذه الأسئلة لصحته/تها. ينبغي أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية بطمأنة المستفيد(ة) أن معلوماتهم ستبقى سرية وبدء عملية إزالة الوصم عن الأمور الجنسية والصحة الجنسية. ينبغي أن يفهم مقدمو الخدمة أيضًا أن المستفيد(ة) قد ي/ترفض استكمال التاريخ الجنسي وينبغي عدم إجباره/ها على الإجابة عن أي أسئلة. في هذه المرحلة، يستطيع مقدم الرعاية الصحية أن يسأل عما إذا كان المستفيد(ة) ي/تفضل التحدث إلى شخص من نفس النوع الاجتماعي. في ما يلي بعض العبارات التي تزيل الوصم عن المحادثة:

- "نطرح هذه الأسئلة على الجميع لأنه من الشائع أن تتغير السلوكيات الجنسية ويتغير الشركاء بمرور الوقت."
- "بعض المستفيدين والمستفيدات من الخدمات لديهم مخاوف بشأن صحتهم الجنسية، لذلك أريد التأكد من أنني أفهم أسئلتك أو مخاوفك ومن تقديم أي معلومات قد تحتاجها/تحتاجينها."
- "كما تعلم/تعلمين، يمكن أن يؤدي النشاط الجنسي بدون حماية (مثل الواقي الجنسي) إلى الإصابة بالعدوى المنقولة جنسيًا. هذه الأنواع من الأمراض شائعة جدًا وغالبًا لا توجد طريقة لمعرفة ما إذا كنت مصابًا أو مصابة بها بدون اختبار. إذا لم نكتشف هذه الأمراض ونعالجها، فقد تعرضك لخطر الإصابة بمشكلات طويلة المدى."
- "هذه محادثة عن طرق حماية نفسك من مخاطر الحمل غير المرغوب فيه، أو العدوى المنقولة جنسيًا بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، أو غيرها من الأشياء التي قد تقلقك. هذه أيضًا فرصة للتحدث عن المشكلات، أو التغييرات، التي حدثت في رغبتك الجنسية وفي أدائك."

3. اطلع سؤالا للفحص الأولي عن النشاط الجنسي

واتبع إجراءات الفحص الموضح في الشكل 2 (الصفحة التالية). يساعد فحص السلوكيات الجنسية للمستفيد(ة) من الخدمات وطبيعة علاقته/تها في معرفة ما إذا كان ينبغي إجراء تقييم إضافي للمخاطر ونوع الإحالات الخاصة بالصحة العامة والصحة النفسية والخدمات الاجتماعية التي قد تكون مطلوبة. للحصول على توجيهات بشأن إجراء المزيد من تقييمات المخاطر، أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا والفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

الشكل 2: أسئلة أساسية عن الصحة الجنسية لطرحها على البالغين والبالغات والمراهقين والمراهقات

البالغون والبالغات

اسأل مرة واحدة على الأقل وقيم بإجراء التحديث عند اللزوم. قد نجد مرونة بين هوية النوع الاجتماعي والتوجه الجنسي

1. ماذا تعتبر/تعتبرين نفسك؟
 - أ. من المثليين أو المثليات
 - ب. مستقيم(ة) أم مغاير(ة) الجنس
 - ج. مشتبه(ة) الجنسيين
 - د. غير ذلك (حدد/ي من فضلك)
 - هـ. لا أعرف
2. ما هو نوعك الجنسي الحالي؟
 - أ. ذكر
 - ب. أنثى
 - ج. رجل متحول جنسيًا
 - د. امرأة متحوّلة جنسيًا
 - هـ. لا ذكر ولا أنثى حصريًا (على سبيل المثال، غير ثنائي(ة) أو غير متوافق(ة) غير ذلك (حدد/ي من فضلك)
 - و. أرفض الإجابة
3. ما هو الجنس الذي تم تحديده لك عند الولادة؟
 - أ. ذكر
 - ب. أنثى
 - ج. أرفض الإجابة

اسأل على الأقل سنويًا

هل كنت نشيط(ة) جنسيًا في أي وقت مضى؟

هل كنت نشيط(ة) جنسيًا في العام الماضي؟

لا

نعم

← ما أنواع الجنس التي تمارسها/تمارسينها (فموي، مهبل، شرجي، أخرى)؟

← هل تمارس/تمارسين مع رجال، أم مع نساء، أم مع كل منهما، أم مع نوع اجتماعي آخر؟

لا

تابع التاريخ الصحي

بالنسبة إليك هل تغير الجنس؟ إذا كان الأمر كذلك، كيف؟

إسأل البالغين والبالغات الأكبر سنًا

نصائح لإجراء المحادثة

- تأكد من السرية وأكد على أن هذا الأمر روتيني مع جميع المرضى
- اطرّح أسئلة مفتوحة، على سبيل المثال، "هل لديك أي مخاوف أو أسئلة جنسية ترغب/ترغبين في مناقشتها؟"
- لا تصدر أحكامًا تعسفية (شفهية أو غير شفهية)

المراهقون والمراهقات

إذا سبق للمراهق(ة) ممارسة الجنس، اسأل عن الآتي

- ✓ عدد شركاء العمر
- ✓ عدد الشركاء في العام الماضي
- ✓ نوع شركائك (رجال، نساء، كلاهما، أو هوية جنسية أخرى)
- ✓ أنواع الجنس (مهبل، فموي، شرجي، غير ذلك)
- ✓ استخدام الحماية (الواقي الذكري ووسيلة منع الحمل)
- ✓ الإكراه أو الاغتصاب

إستعد لإجراء مقابلة التاريخ الجنسي

- ✓ إشرح لأحد الوالدين أو مقدم الرعاية أنك تقضي جزءًا من كل زيارة مع المراهق(ة) بمفرده.
- ✓ اجعل مريضك يشعر بالأطمئنان. تأكد من السرية إلا إذا كان المراهق(ة) ي/تنوي إحداث ضرر أو الإبلاغ عن تعرضه/ها للاعتداء. اعرف قوانين بلدك التي تتعلق بموافقة القاصر(ة) وخصوصية المريض(ة).
- ✓ أدمج الأسئلة الأربعة الأساسية الخاصة بالصحة الجنسية في التاريخ النفسي الاجتماعي عمومًا.
- ✓ ابدأ بموضوعات أقل حساسية، مثل المدرسة أو الأنشطة، قبل التطرق إلى موضوعات أكثر حساسية، مثل المخدرات والحياة الجنسية.
- ✓ اسأل أسئلة مفتوحة، وليس أسئلة مغلقة، لتيسير المحادثة بشكل أفضل.
- ✓ استمع إلى نقاط القوة والسلوكيات الإيجابية واغتنم فرصة الثناء كلما كان جديرًا بالثناء.

اسأل على الأقل سنويًا

1. ما هي الأسئلة التي لديك عن جسمك و/أو الجنس؟
2. تحدث لجسمك تغيرات كثيرة في فترة المراهقة، ومع أن هذا الأمر طبيعي، فقد يكون محيرًا أيضًا. يشعر بعض المرضى كأنهم أكثر ميلًا لأن يكونوا ذكورًا أو إناثًا، أو حتى لشئ آخر، بينما يتغير جسمهم بطريقة أخرى. كيف كان شعورك نحو هذا الأمر؟
3. بعض المرضى في عمرك يستكشفون علاقات جديدة، من الذي تجد/تجدين نفسك منجذبًا(ة) إليه؟ (أو، يمكنك أن تسأل مثلًا، "كيف تصف توجهك الجنسي؟")
4. هل مارست الجنس مع شخص من قبل؟ أعني بكلمة "الجنس" الجنس المهبل أو الفموي أو الشرجي. (إذا تم إثبات حدوث النشاط الجنسي بالفعل، فاسأل عن ممارسة الجنس في العام الماضي).

1.4 الفحص العام

يشمل الفحص الصحي العام:

- العلامات الحيوية التي تشمل النبض وضغط الدم، ووزن الجسم، والطول، ومؤشر كتلة الجسم، ودرجة الحرارة، وفي حالة الضرورة السريرية، أصوات القلب، ومعدل التنفس، وأصوات التنفس.
- الحالة العامة مثل البنية الجسدية والمشية والوضعية وطريقة الكلام.
- علامات الإعاقة الجسدية أو الحسية.
- علامات الضعف والخمول وفقر الدم أو سوء التغذية.
- علامات أو دلائل العنف الجسدي.
- وجود شحوب، يرقان، دوالي في الساق، تورم الكاحلين، تصبغ الجلد غير الطبيعي وعلاماته.
- وجود تضخم أو ألم في الكبد أو الطحال أو الكلى وأي كتلة أخرى في البطن (مثل الرحم الحامل).
- استبعاد احتمال تضخم الغدة الدرقية: جس الغدد الليمفاوية العنقية وفوق الترقوة: التحقق من وجود عقد لمفاوية أربية.

2.4 فحص البطن

في ما يلي الخطوات الأربع لفحص البطن. أطلب من المستفيدة الاستلقاء على ظهرها مع عدم تقاطع الساقين ووضع الذراعين جانبها وبدء التقييم من خلال:

1. المعاينة

تحقق من وجود ندبات في البطن، وتحديدًا شق البطن على الخط الناصف، وندبة شق فانيستيل (إجراء أمراض النساء/التوليد)، واستئصال الزائدة الدودية (الحفرة الحرقفية اليمنى). تحقق من وجود انتفاخ في البطن أو الكتل وأسبابها المحتملة – العوامل الخمسة F: السوائل، الدهون، الجنين، ريج البطن، البراز. تحقق من وجود توزيع غير طبيعي في شعر الجسم.

2. الجس

جس أي كتلة أو تضخم في الرحم، مع ملاحظة الحجم والشكل وما إذا كان هناك أي ألم. راقب وجه المستفيدة بحثًا عن علامات الألم والوجع واسأل عما إذا كانت تعاني من الألم عند إجراء جس (جس عميق وخفيف) لكل ربع من البطن والأربية اليمنى واليسرى بحثًا عن علامات تضخم الغدد.

3. الدق

دق على حدود الكبد والطحال للتأكد من عدم وجود تضخم، وعند الاشتباه، وقيّم مستوى السائل الحر في تجويف البطن.

4. الفحص بالسماعة

بالنسبة إلى انتفاخ البطن والاشتباه بانسداد الأمعاء، إفحص بالسماعة "الرنين" أو تأكد من عدم وجود صوت للأمعاء.

3.4 فحص أمراض النساء

يشمل فحص أمراض النساء معرفة التاريخ الطبي للمستفيدة وفحص أعضائها التناسلية. يشمل فحص أمراض النساء فحص الأعضاء التناسلية الخارجية، والفحص بالمنظار، والفحص اليدوي للحوض، وتقييم كتل المبيض. لا يلزم إجراء جميع عناصر فحص أمراض النساء، بل يجب الإكتفاء بالعناصر المشار إليها حسب تاريخ المستفيدة(ة) والأعراض والعلامات ونتائج الفحص العام. تقدم [الخانة 2](#) معلومات عن فحص المستفيدة والمستفيدات ذوي الإعاقات الجسدية.

1.3.4 فحص الأعضاء التناسلية الخارجية

يشمل ذلك فحص الشفرين والقلفة والبظر وفتحة مجرى البول والعجان وفتحة الشرج. إفحص الفرج بحثًا عن ندوب من جراحة سابقة (مثل بضع الفرج وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية)؛ العدوى المنقولة جنسيًا مثل الهريس التناسلي، فيروس الورم الحليمي البشري (الثآليل)، إلخ؛ إفرازات/نزيف غير طبيعي؛ ضمور (بعد انقطاع الطمث)؛ الكتل (مثل كيس بارثولين)؛ الدوالي (دوالي الأوردة)؛ وتوزيع الشعر بشكل غير طبيعي. جس الفرج للتأكد من عدم وجود ألم و/أو كتل، خاصة حول غدد بارثولين. إذا كان هناك تاريخ من الإصابة بتدلي أعضاء الحوض أو سلس البول، فاطلب من المستفيدة السعال ومنانتها ممتلئة للتأكد من وجود أو عدم وجود فتق في المثانة أو المستقيم أو تسرب بول. تستطيع المستفيدة أيضًا تغيير وضعيتها إلى الوقوف لتقييم علامات التدلي بشكل أدق.

2.3.4 الفحص بالمنظار

يساعد الفحص بالمنظار مقدمي الرعاية الصحية في مراقبة جدران المهبل وعنق الرحم. ينبغي أن يستخدم مقدمو الخدمة منظارًا بحجم مناسب، المنظار الكبير مثلاً للمستفيدة ذات الولادات المتعددة التي تعاني من ارتخاء جدران المهبل والمنظار الضيق للمستفيدة التي لم تسبق لها الولادة. الأدوات الأكثر استخدامًا هي منظار Cusco أو Graves أو منظار Sims. إذا دعت الضرورة السريرية إلى إجراء فحص بالمنظار لمستفيدة بدون نشاط جنسي مطلقًا، فيجب استخدام منظار صغير الحجم، وينبغي إبلاغ المستفيدة بأن غشاء البكارة من المحتمل أن يتلف. ينبغي استخدام مادة مزلفة قابلة للذوبان في الماء للمساعدة في إدخال المنظار، عاب

3.3.4 الفحص اليدوي للحوض

يساعد الفحص اليدوي مقدم الرعاية الصحية لمعرفة مستويات شعور المستفيدة بالألم والراحة، وحالة الحمل، وعمر الحمل، ووجود العدوى، والتشوهات التشريحية، ووضع الرحم. باستثناء المستفيدات بعد الولادة، يجب إجراء الفحص اليدوي للحوض لكل المستفيدات قبل إدخال أي أدوات في الرحم. لذلك، ينبغي أن تخضع المستفيدة التي تطلب تركيب لولب رحمي أو عازل أو إعدام جراحي أو إجهاض جراحي لإجراء فحص يدوي من قبل مقدم الرعاية الصحية الذي يقوم بالإجراء. علاوة على ذلك، ينبغي دائمًا إجراء فحص الحوض اليدوي في حالة وجود أعراض الحوض مثل النزيف المهبل غير الطبيعي، أو الأعراض البولية، أو تورم البطن، أو آلام أسفل البطن أو الشعور بعدم الراحة، أو الألم أثناء ممارسة الجنس (أنظر الفصل 8: طب النساء وخدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأخرى، القسم 3). ينبغي أن يوثق مقدمو الرعاية الصحية الخصائص المختلفة للرحم، وتحديدًا الحجم (حجم الكمثرى تقريبًا لدى المستفيدة السليمة)، والشكل (قد يتشوه بسبب الكتل مثل الأورام الليفية)، والموضع (منقلب للأمام أو منقلب للخلف)، وخصائص السطح (أملس أو عقدي)، والشعور بالألم أثناء الجس أو إبلام حركة عنق الرحم (إن وجدت).

4.3.4 تقييم كتل المبيض

من الصعب التفريق بين كتل المبيض الحميدة والخبيثة في الفحص السريري وحده. قم بجس كل قبو مهبل جانبي للكشف عن أي كتل غير طبيعية أو إبلام وتقييم أي كتل موجودة من حيث حجمها وقوامها وموضعها وحركتها. قد يزداد الاشتباه في الإصابة بسرطان متقدم في حالة وجود أعراض وعلامات أخرى مثل عسر الهضم، والتضخم وانتفاخ البطن، أو فقدان الوزن. خاصة في حالة انقطاع الطمث عن المستفيدة. في هذه الحالات، قد يكون من الصعب جس ملحقات الرحم عن طريق الفحص المهبل بسبب حجم السائل البريتوني. قم بإجراء فحص الموجات فوق الصوتية أو إحالة المستفيدة إلى هذا الفحص في حالة الاشتباه في إصابة المبيض بأي مرض.

لا يتم فحص المستقيم المهبل بشكل روتيني ولكن قد يلزم إجراؤه إذا كانت المستفيدة تعاني من أعراض و/أو علامات وجود ورم في الحوض أو سرطان عنق الرحم المتقدم أو انتباز بطانة الرحم. أدخل إصبع السبابة في المهبل والإصبع الأوسط لنفس اليد في المستقيم، وقم بجس الأربطة الرحمية العجزية والحاجز المستقيمي المهبل للتحقق من عدم وجود عقد أو تفرقات أخرى.

عنق الرحم والقناة المهبلي بحثًا عن الأجسام الغريبة، والغضون، والإفرازات (مع ملاحظة اللون والمقدار والقوام والرائحة) والكتل البارزة. إفحص عنق الرحم بحثًا عن وجود شتر خارجي، أو تقرح، أو نتوءات، أو دم، أو زوائد لحمية، أو سرطان، أو نزيف تماس. إذا لزم الأمر، (على سبيل المثال، عند الاشتباه في إصابة المستفيدة بالتهاب في الحوض أو بأحد أنواع العدوى المنقولة جنسيًا أو في حال كانت معرضة بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بالعدوى المنقولة جنسيًا)، خذ مسحة لباطن عنق الرحم لاستخدامها في التشخيص.

الخانة 2: فحص المستفيدين والمستفيدات ذوي الإعاقات الجسدية

- إذا كانت العيادة لا توفر أسرة يسهل الوصول إليها أو كانت المستفيدة تشعر براحة أكبر في الاستلقاء على الأرض، افحصها على أرضية العيادة بعد التأكد من نظافتها وشعورها بالراحة عليها. لإجراء الفحص على الأرض، ارفع المستفيدة عن الأرضية قليلًا بوضع قطعة قماش مطوية أسفل الورك، ولف مقبض المنظار لأعلى (ليفتح بسهولة).
- قد تعاني المصابات في النخاع الشوكي أو بشلل دماغي من تصلب في العضلات أثناء الفحص. وقد يحدث هذا إذا كانت في وضعية غير مريحة، أو إذا تم إدخال منظار أو أي أداة أخرى بدون مراعاة العناية الواجبة. أضبط الوضعية ثم ضع برفق.
- تابع ببطء أثناء الفحص واطلب من المستفيدة أن تخبرك عند شعورها بتشنجات أو ألم بسبب الفحص.
- لا تدلك ولا تفرك العضلات المتشنجة لأن ذلك قد يؤدي إلى شد وتضيق.
- لمساعدة المستفيدة على الاسترخاء، أطلب منها ممارسة الضغط [النت] لأسفل منطقة المقعدة. قد يساعد التنفس بعمق مع كل دفعة في شعور المستفيدة بالاسترخاء.
- خلل المنعكسات اللاإرادي هو حالة طبية طارئة وشائعة بين المصابين والمصابات في الحبل الشوكي. تحدث ذروة ارتفاع ضغط الدم المفاجئة بسبب رد فعل للألم محتمل لا يمكن الشعور به بسبب تلف عصبي. للوقاية من خلل المنعكسات، إحرص على تجنب الفحص فوق أسطح صلبة أو باردة، ودرجة الحرارة الباردة في غرفة الفحص، والضغط الشديد على منطقة العجان أثناء الفحص. خاصة أثناء استخدام المنظار.

4.4 الفحص السريري للثدي

تعتبر فحوصات الثدي السريرية طريقة منخفضة التكلفة للكشف عن أي شذوذ يشير إلى وجود سرطان الثدي. ينبغي إجراء فحوصات الثدي السريرية مرة واحدة في السنة عند معاناة المستفيدة من أعراض أو مخاوف بسبب الثدي ابتداءً من سن 25. ينبغي أن يجري مقدمو الرعاية الصحية هذا الفحص بمعاينة الثديين بصريًا والمقارنة بينهما ثم جس كل ثدي على حدة. وفقًا للخطوات الثلاث الموضحة أدناه.

1. المعاينة

أطلب من المستفيدة الاستلقاء أو الجلوس متكئة بزاوية 45 درجة. إفحص الثديين بصريًا في نفس الوقت (أنظر الجدول 2 - الصفحة التالية).

2. الجس

تتضمن عملية الجس فحص كل ثدي على حدة والعقد الليمفاوية الإبطية وفوق الترقوة. ينبغي التأكد من أن المساحة الكاملة لكل ثدي التي يجري فحصها هي المنطقة المستطيلة التي تحدّها الترقوة (من الأعلى) والقص (من الوسط) وخط حزام حمالة الصدر (من الأسفل) وخط منتصف الإبط (من اليسار واليمين) مع "ذيل" يمتد إلى الإبط. ويجب فحصه أيضًا. تقع العقد الليمفاوية الإبطية في منطقة مثلثة الشكل. فمتها في الفجوة الضيقة بين الضلع الأول والأوعية الإبطية.

نصائح لإجراء فحص الثدي

بالنسبة إلى المستفيدات ذوات الثدي الكبير أو المتدلي، تُستخدم الأوضاع التالية للمساعدة في الفحص:

- لفحص الثدي من الجانب الأيمن، تنقلب المستفيدة على الورك الأيسر وتبقى كتفها في وضع مسطح على الأريكة ويدها اليمنى على جبينها؛ بهذه الطريقة، يصبح الجزء الجانبي للثدي مسطحًا ويسهل فحصه. كرّر نفس الشيء في الجانب الآخر لفحص الثدي من الجانب الأيسر
- لفحص الثدي الإنسي الأيمن، تستطيع المستفيدة أن تستلقي على ظهرها وترفع كوعها الأيمن لأعلى حتى يصبح في مستوى كتفها. اكرّر نفس الشيء مع الكوع الأيسر لفحص الثدي الإنسي الأيسر

أ. مراحل فحص الثدي:

- وضعية المستفيدة: أطلب من المستفيدة الاستلقاء أو الجلوس مائلة للخلف بزاوية 45 درجة. أطلب من المستفيدة وضع يدها اليمنى خلف رأسها لفحص الثدي الأيمن والعكس صحيح للثدي الأيسر.
- استخدم تقنية الأصابع الثلاثة لجس الثدي باستخدام باطن الأصابع الثلاثة الوسطى (وليس أطراف الأصابع)؛ يمكن استخدام

الجدول 2: ما يجب ملاحظته في المعاينة البصرية

حجم الثديين وشكلهما	يختلف حجم الثدي وشكله في المستفيدات الصحيحات. ومن الشائع أن يكون أحد الثديين أكبر من الآخر. يجب توثيق علامات عدم التناسق في حجم الثديين أو محيطهما
تغير اللون	قد يكون علامة على حدوث تقرح وشيك
التغيرات الجلدية	قد تشير الكتل والتغيرات الجلدية المصاحبة لها (مثل الإلتهاب والتقرح وانكماش الجلد) إلى أمراض خطيرة كالسرطان
التنقير الواضح	ظهور الجلد كأنه "قشر برتقال" علامة على وجود وزمة جلدية سببها انسداد الأوعية الليمفاوية. وقد يكون سببها وجود خلايا سرطانية أو عدوى أو علاج إشعاعي
الحلمتان والهالة	وجود أي تغيرات في الحلمة أو الهالة غير مرتبطة بالسّمات الخلقية، مثل الحلمات المقلوبة أو المنكمشة؛ الإفرازات غير الطبيعية (لونها حليبي أو أصفر مخضر أو سميكة/لزجة، مسحة رمادية وخضراء)؛ كتل الحلمة ونتوءاتها (بثور، خراج، سرطانة قنوية لابدة)؛ تغيرات في نسيج الجلد ولونه (غير مرتبطة بالحمل)؛ ألم (غير مرتبط بالحمل ولا الدورة الشهرية)
الالتصاق	تُستخدم الحركة في إبراز الكتل الدقيقة في الثدي. يظهر الالتصاق الجلدي بشكل أوضح عندما ترفع المستفيدة ذراعيها فوق رأسها. يتأكد وجود التصاق بجدار الصدر عند ضغط المستفيدة بيديها على وركيها لشد العضلات الصدرية. اشرح الطريقة للمستفيدة واطلب منها التطبيق

الفحص الذاتي للثدي

شجّع المستفيدات اللاتي في سن الإنجاب على إجراء الفحص الذاتي للثدي مرة واحدة على الأقل في الشهر لمراقبة أي تغييرات في ملمس الثدي وشكله. ومتى يجب زيارة مقدم الرعاية الصحية. وفر لهن معلومات عن الفحص الذاتي للثدي، ومواد للتوعية، ونشرة للتواصل ومطويات تتضمن تعليمات الفحص الذاتي. إسأل المستفيدة إن كان لديها أسئلة أخرى. أنظر الفصل 8: طب النساء وخدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأخرى، الملحق 5 لمعرفة خطوات إجراء الفحص الذاتي للثدي

5.4 فحص الأعضاء التناسلية الذكرية للمستفيدين

تتكوّن الأعضاء التناسلية الذكرية من القضيب والخصيتين والحبلى المنوي والبربخ وكيس الصفن والعجان وغدة البروستات. يتضمن الفحص الجسدي إجراء فحص بصري وجس لهذه الأعضاء، والشرح إذا لزم الأمر على أساس التاريخ الصحي للمستفيد والفحص العام. ينبغي التعامل مع الفحوصات الجسدية بشكل طبيعى كإجراء أساسي للحفاظ على صحة المراهقين/المراهقات وبالغين/البالغات. وينبغي تعليم المستفيدين والمستفيدات كيفية إجراء الفحص الذاتي لأعضائهم التناسلية.

يشمل الفحص العام العلامات الحيوية والمظهر العام مع التركيز على وزن المستفيد وعلامات فقر الدم أو الأمراض الأخرى. وصحة الجلد. وخاصة التقرحات الجلدية والجُدَرَات الظاهرة على القضيب والخصيتين وكيس الصفن والعجان أو حولهم. قبل بدء الفحص الجسدي، ينبغي أن يغسل مقدمو الرعاية الصحية أيديهم والتأكد من أنها دافئة، لأن الخصيتين قد تتراجعان بفعل البرودة.

متى وكيف يتم إجراء الفحص الشرجي بالإصبع

يلزم إجراء الفحص الشرجي بالإصبع للبروستات إذا كان المستفيد يعاني من:

- التبول (التكرار، الإلحاح، التقاطر بعد التبول، أو فرط نشاط المثانة)
- دم في البول أو القذف، آلام العظام/آلام أسفل الظهر، وأو ضعف الانتصاب يمكن أن يصاحبه فقدان الوزن وأو الخمول

الذين لدى المستفيدات ذوات الثدي الكبير، ينبغي أن يختار مقدم الرعاية الصحية طريقة واحدة من طرق الجس الثلاثة الموضحة أدناه والتي يشعرون بثقة أكبر عند استخدامها وأن يتأكدوا من أنهم قاموا بفحص شامل لجميع المواضع المهمة:

- نمط التشريط العمودي: يبدأ الجس في ركن واحد من أركان منطقة الثدي، وذلك في كل ثدي منهما، وتحرك عمودياً لأعلى ولأسفل بين الترقوة وخط حزام حمالة الصدر، وانتقل في المنطقة بأكملها حتى يتم جس أنسجة الثدي كلها، بما في ذلك الذيل الإبطي. يمكن تنويع ضغط الحركة الدائرية الصغيرة بين ثلاثة مستويات: خفيف للطبقة السطحية، ومعتدل للطبقة الوسطى، وقوي للطبقات العميقة.
- نمط الدوائر متحدة المركز: قم بإجراء الجس بشكل حلزوني. مع التحرك من الحلمة إلى الخارج.
- نمط الخطوط الشعاعية: قم بالجس في شكل خطوط تتحرك من الحلمة إلى الخارج. وكأنها بطول عقارب وجه الساعة أو أشعة عجلة الدراجة.

ب. خطوات فحص العقد اللمفاوية الإبطية وفوق الترقوة:

- بعد التأكد من استرخاء العضلات الصدرية للمستفيدة، إبدأ بإجراء جس العقد اللمفاوية. يستطيع مقدم الخدمة أن يمسك كوع المستفيدة (الكوع الأيمن في يده اليمنى عند فحص الثدي الأيمن، والعكس صحيح للثدي الأيسر) لرفع الوزن عن ذراعها أثناء إجراء الجس بيده الأخرى أو تستطيع المستفيدة أن تريح يدها على كتف مقدم الخدمة.
- ينبغي أن يضع مقدم الخدمة يده في الإبط وإجراء الجس كما يفعل في حالة الثدي (باستخدام تقنية الأصابع الثلاثة، بحركة دوائر صغيرة)، والتحريك صعوداً من قاعدة الإبط وإجراء عملية الجس على طول جدار الصدر الجانبي.
- تأكد من تغطية منطقة الإبط بالكامل وادفع أطراف الأصابع للأعلى وللداخل لجس قمة الإبط.
- يستطيع مقدم الخدمة فحص الحفرات فوق الترقوة من أمام المستفيدة عن طريق وضع أصابعه فيها (الجانبي الأول، ثم الآخر)، والتحريك في دوائر صغيرة لمحاولة التأكد من وجود أي عقد ليمفاوية متضخمة.

3. الوثائق

باستخدام نظام الساعة، قم بتوثيق الموضع الذي يسبب أي مخاوف أو به خلل، والمسافة من الهالة، وحجم الكتلة.

خطوات إجراء الفحص الشرجي بالإصبع:

1. إلبس القفازات.
2. أطلب من المستشفى الاستلقاء على جانبه الأيسر مع رفع ركبته إلى الصدر.
3. مد إصبع السبابة أولاً، واضغط على خط منتصف فتحة الشرج. ثم أدخل الإصبع في فتحة الشرج.
4. حرك الإصبع في اتجاه عقارب الساعة وعكس اتجاه عقارب الساعة وقم بإجراء تقييم منتظم لأي كتل أو براز منحشر.
5. تقع غدة البروستات في المقدمة - تحقق من حجمها ونعومتها وأخدود خط الوسط.

6. تحقق من عدم وجود دم على القفاز.

يطلب مقدم الرعاية الصحية من المستشفى أن يسعل للتحقق من عدم وجود فتق أو ورم. بالنسبة إلى الفتق، تحقق من عدم وجود ضعف في جدار البطن بين كيس الصفن والأمعاء. بالنسبة إلى الأورام، ينبغي أن يتحقق مقدم الخدمة من عدم وجود نتوءات في جميع أعضاء الجسم والخصيتين.

ينبغي توثيق المخاوف الطبية و/أو علامات الخلل أو التشوهات المكتشفة أثناء الفحوصات الجسدية والعامة والتاريخ الصحي. وعند اللزوم، ينبغي معالجة المستفيدين والمستفيدات أو إحالتهم إلى خدمة الرعاية المتخصصة.

متى يفكر مقدمو الرعاية الصحية في إجراء الاختبارات التشخيصية؟

يمكن إجراء الاختبارات التالية بناءً على عوامل الخطورة الفردية التي يتم تحديدها أثناء جلسة تقديم المشورة وانطلاقاً من واقع تاريخ المستشفى(ة): ونتائج الفحص الجسدي. والموارد المتاحة:

- اختبار الحمل إذا كان الحمل غير مؤكد
 - الموجات فوق الصوتية التشخيصية، إذا لزم الأمر. لتأكيد موعد الحمل أو مكان الحمل
 - الهيموجلوبين أو الهيماتوكريت للاشتباه في فقر الدم
 - الاختبار الريصي (Rh). حيث يتوفر الغلوبولين المناعي للعامل الريصي للمستفيدين والمستفيدات الذين تبين أنهم سلبو العامل الريصي Rh
 - اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)/تقديم المشورة بشأنه
 - الكشف عن العدوى المنقولة جنسياً (يُجرى عادةً أثناء فحص الحوض)
 - الكشف عن سرطان عنق الرحم (يُجرى عادةً أثناء فحص الحوض)
 - تحليل السائل المنوي لإجراء قطع القناة الدافقة بدون مشروط
 - الفحوصات المخبرية الأخرى بحسب التاريخ الصحي (مثل اختبارات وظائف الكلى أو الكبد)
- ملاحظة: الفحوصات المخبرية الروتينية والموجات فوق الصوتية ليست من المتطلبات الأساسية لرعاية الإجهاض

5. المراجع

- [1] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. Minimum Initial Service Package (MISP) Resources. متاح على: <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-resources>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- [2] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. متاح على: <https://iawgfieldmanual.com/manual>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- [3] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. Inter-Agency Reproductive Health Kits 6th edition – Manual. متاح على: <https://iawg.net/resources/inter-agency-reproductive-health-kits-6th-edition-manual>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- [4] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. مجموعة أدوات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والمراهقات (ASRH) في السياقات الإنسانية: طبعة 2020. متاح على: <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- [5] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. Minimum Initial Service Package (MISP) Process Evaluation Tools (تمت المراجعة 2022). متاح على: <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-process-evaluation-tools-revised-2022>. تم الوصول بتاريخ 9 يونيو 2022.
- [6] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. Reproductive Health Kits (RH Kits) Calculator. 2016. متاح على: <https://iawg.net/resources/rh-kits-calculator>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- [7] المنظمة الدولية لتوحيد المقاييس. المنظمة الدولية لتوحيد المقاييس والصحة. جنيف: المنظمة الدولية لتوحيد المقاييس: 2019. متاح على: <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100343.pdf>. تم الوصول بتاريخ 20 أكتوبر 2021.
- [8] Sightsavers [موقع الويب]. Accessibility standards and audit pack. متاح على: <https://www.sightsavers.org/disability/health/accessibility-standards/>. تم الوصول بتاريخ 20 أكتوبر 2021.
- [9] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. World Health Organization Prequalification. متاح على: <https://extranet.who.int/pqweb/>. تم الوصول بتاريخ 1 مارس 2022.

- [10] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. إطار جودة الرعاية. 2015. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة: 2016. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/Quality_of_care_framework_2015.pdf. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- [11] Washington Group on Disability Statistics. The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS). 19 مارس 2020. متاح على: https://www.washingtongroup.org/fileadmin/uploads/wg/Documents/Questions/Washington_Group_Questionnaire_1_-_WG_Short_Set_on_Functioning.pdf. تم الوصول بتاريخ 20 أكتوبر 2021.

1.5 الموارد

إدارة سلسلة التوريد

- PATH. منظمة الصحة العالمية. صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA). Essential Medicines for Reproductive Health: Guiding Principles for Their Inclusion on National Medicines Lists. Seattle: PATH; 2006. <https://www.unfpa.org/publications/essential-medicines-reproductive-health>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- Ipas. Medical Abortion Supply Guidance Tool. 2021. متاح على: <https://www.ipas.org/resource/ma-en/>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- Ipas. MVA Calculator. 2020. متاح على: <https://www.ipas.org/resource/mva-calculator/>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.

الوقاية من العدوى ومكافحتها

- Ipas. Processing the Ipas MVA Plus Aspirator and Ipas Easy Grip Cannulae. 2019. متاح على: <https://www.ipas.org/resource/processing-the-ipas-mva-plus-aspirator-and-ipas-easygrip-cannulae/>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- منظمة الصحة العالمية. Infection Prevention and Control. Guidance to Action Tools. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2021. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341107/9789289055437-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- Training Resource Package for Family Planning [موقع الويب]. وحدات تدريبية. متاح على: <https://www.fptraining.org/training>. تم الوصول بتاريخ 9 يونيو 2022.
- منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. صحائف الوقائع: مخلفات الرعاية الصحية. فبراير 2018. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.

منظمة الصحة العالمية. Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities
الصحة العالمية/منظمة الصحة للبلدان الأمريكية:
2016. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250232/9789241549851-eng.pdf?sequence=1>
تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.

جودة الرعاية

الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. Data for Impact [موقع الويب].
Family Planning and Reproductive Health Indicators Database
متاح على: <https://www.data4impactproject.org/prh-family-planning-and-reproductive-health-indicators-database/>
تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.

الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. Data for Impact [موقع الويب].
تنظيم الأسرة. متاح على: <https://www.data4impactproject.org/prh/family-planning/>
تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.

Kumar J. How Does Quality of Care Relate to a Rights-based Approach to Family Planning Programs? New York: Population Council; 2015. متاح على: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH_QOC-RightsBasedFP_wp1.pdf
تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.

الملاحق

الملحق 1: ملخص متطلبات العيادة للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة

هذا الجدول مكمل للشكل 1 ويقدم نظرة عامة موجزة عن كل نوع من أنواع الغرف، بما في ذلك متطلبات الحجم وتركيبات المرافق العامة والمعدات والإمدادات.

الإمدادات	المعدات	التركيبات والأثاث	*الحجم	منطقة الخدمات الخارجية
• مواد التسجيل • ماء صالح للشرب • صحف ومجلات • ملصقات وكتيبات للإعلام والتثقيف (IEC) والتواصل • لوحات إرشادية • خريطة العيادة	• شاشة عرض ومعدات لمواد الإعلام والتثقيف (IEC) والتواصل السمعية والبصرية • رفوف أو حوامل عرض لمواد الإعلام والتعلم والتواصل الورقية (IEC) • كمبيوتر/حاسوب طابعة	• منطقة انتظار واسعة وجيدة التهوية ومسقوفة - مسقوفة بنسبة 60 في المائة كراسي أو مقاعد تسع ما لا يقل عن 10 مستفيدين ومستفيدات معًا • مكتب استقبال مع كرسي • خزانة للملفات	م ² 22-11	مناطق الإستقبال وتسجيل المستفيدين والمستفيدات والانتظار
• صابون غسيل • منظف • ورق للمرحاض • الماشعف الصحية • مستوعبات للنفايات العامة	• لا يوجد	• تركيبات المرحاض • حوض مرؤد بحنفية	م ² 8-6	دورات المياه
• صابون غسيل	• لا يوجد	• حوض مرؤد بحنفية	م ² 6	منطقة الإغتسال
الإمدادات	المعدات	التركيبات والأثاث	*الحجم	منطقة الخدمات الداخلية
• وسائل تنظيم الأسرة (واقبات جنسية وحبوب بما في ذلك وسائل منع الحمل الطارئة) • ملصقات وألواح ورقية عن مختلف موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية • مناديل	• نماذج لمنع الحمل. رخم مثلاً • عيّنات من وسائل تنظيم الأسرة • عيّنة الشفط اليدوي بالتخلية (MVA)	• مكتب صغير وثلاثة كراسي • خزانة أو دولاب تخزين صغير	م ² 11-6	حجرة الإستشارة/تقديم المشورة

الإمدادات	المعدات	التركيبات والأثاث	الحجم*	منطقة الخدمات الداخلية
- قفازات جراحية وجيدة الاستعمال - شاش وقطن طبي معقم - مطهر كحولي لليدين - مطهرات - وسائل تنظيم الأسرة - حبوب الإجهاض الدوائي - مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs)	- جهاز قياس ضغط الدم - سماعة الطبيب، ترمومتر (مقياس الحرارة) - ضوء للتركيز - أدوات الفحص - علبة الجراحة - تروولي (حامل متحرك)	- مكتب صغير وثلاثة كراسي - طاولة الفحص - حوض بحفنية (لفصل اليدين)	14-6 م ²	غرفة الفحص والحقن (الكشوفات والفحوصات الجسدية)
- قفازات جراحية وجيدة الاستعمال - شاش وقطن طبي معقم - مطهر كحولي لليدين - مطهرات - أدوية الطوارئ (أنظر الملحق 2) - أدوات معقمة	- ضوء للتركيز - عدد 2 تروولي للأدوات - واحد لأدوات الإجراءات، وواحد للعلب الجراحية التي تخزن أدوات معقمة إضافية وحامل الطوارئ - علبة جراحة واحدة أو علبتان أو ثلاث علب - مجموعة الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) والكانيولا ونوايج معدات فحص الحمل (أنظر الملحق 2) - مجموعة معدات إدخال الغرسة وإزالتها (أنظر الملحق 2) - مجموعة معدات تركيب اللولب الرحمي (IUD) وإزالته (أنظر الملحق 2) - معدات الطوارئ (أنظر الملحق 2) - أوعية وحوايط نفايات	- طاولة الإجراءات - مقعد لمقدم الرعاية الصحية - مسند قدم للمستفيد(ة) من الخدمة - الوسائل المساعدة التوضيحية معلقة على الجدران	19-11 م ²	غرفة مخصصة للإجراءات البسيطة (وسائل منع الحمل طويلة المفعول والقابلة للانعكاس (LARC)، الشفط اليدوي بالتخلية (MVA)، الفحص البصري بضمض الأسيتيك (VIA)، إلخ)
- ماء صالح للشرب - مواد الإعلام والتثقيف والتواصل (IEC)	- جهاز قياس ضغط الدم - سماعة الطبيب - ترمومتر قياس الحرارة	- أسرة أو كراسي استرخاء كافية للسماح بوقت كافٍ لنفاثة كل مستفيد(ة) - حواجز فاصلة للخصوصية - طاولة صغيرة وكرسي عدد 2	28-11 م ²	غرفة النفاثة (الإجهاض الدوائي، المستفيدات من الشفط اليدوي بالتخلية (MVA))

الإمدادات	المعدات	التركيبات والأثاث	الحجم*	منطقة الخدمات الداخلية
• ماء صالح للشرب • مواد الإعلام والتثقيف والتواصل (IEC) • فوط صحية نظيفة • منشفة نظيفة • أنظر الملحق 2	• ترمومتر قياس الحرارة • أوتوكلاف (معقم) • أدوات العلامات الحيوية • دوبلر (جهاز التخطيط فوق الصوتي) • طقم الولادة (انظر الملحق 2)	• سرير، طاولة، مسند قدم لمقدم الرعاية الصحية الأولية، ضوء للتركيز، الوسائل المساعدة التوضيحية معلاقة على الجدران	23-17 م ²	غرف المخاض والولادة
• ماء صالح للشرب • مواد الإعلام والتثقيف والتواصل (IEC)	• جهاز قياس ضغط الدم • سماعة الطبيب • ترمومتر قياس الحرارة	• أسرة أو كرسي استرخاء كافية للسماح بوقت كافٍ لفحافة كل مستفيد(ة) • حواجز فاصلة للخصوصية • طاولة صغيرة وكرسي عدد 2	28-11 م ²	غرفة نقاهة للمستفيدات في حالات المخاض والولادة
• ماء صالح للشرب • مواد الإعلام والتثقيف والتواصل (IEC)	• جهاز قياس ضغط الدم • عريتان ثرولي للأدوات (مثل غرفة الإجراءات تمامًا) • علبة جراحة واحدة أو علبتان • معدات وأدوات الربط البقي وقطع القناة الدافقة بدون مشروط (أنظر الملحق 2) • معدات الطوارئ (مثل غرفة الإجراءات تمامًا)	• طاولة عمليات • مسند قدم لمقدم الرعاية الصحية الأولية • ضوء للتركيز • الوسائل المساعدة التوضيحية معلاقة على الجدران	23-17 م ²	غرفة عمليات صغيرة (إذا لزم الأمر للربط البقي و/أو قطع القناة الدافقة بدون مشروط)
• ماء صالح للشرب • مواد الإعلام والتثقيف والتواصل (IEC)	• جهاز قياس ضغط الدم • سماعة الطبيب • ترمومتر قياس الحرارة	• أسرة أو كرسي استرخاء كافية للسماح بوقت كافٍ لفحافة كل مستفيد(ة) • حواجز فاصلة للخصوصية • طاولة صغيرة وكرسي عدد 2	28-11 م ²	غرفة النقاهة (الوسائل الدائمة)
• منظم • مطهرات: محلول/مسحوق تبييض • فرش للحك والتنظيف	• أوتوكلاف (معقم) • علب الجراحة • أوعية للتنظيف • معدات لتجفيف الأدوات والبياضات	• طاولة عدد 2 • دولاب عدد 2 لتخزين الأدوات النظيفة والمعقمة • ماء جاري	11-6 م ²	منطقة / غرفة تجهيز الأدوات



الإمدادات	المعدات	التركيبات والأثاث	الحجم*	منطقة الخدمات الداخلية
- الإمدادات الطبية - وسائل تنظيم الأسرة - المعدات الاحتياطية - الإمدادات غير السريرية	لا يوجد	- رفوف - دولاب بقل	19-7 م ²	التخزين (جيد التهوية)
- صابون غسيل - منظفات - ورق للمرحاض - المنادف الصحية - مستويات للنفايات العامة والطبية	لا يوجد	- تركيبات المرحاض - حوض مرؤد بحفنية	6-8 م ²	دورات مياه للمستفيدين (يسهل الوصول إليها في فترة النقاهة)
لا يوجد	لا يوجد	مواد الإعلام والنشيف والتواصل (IEC) الخاصة بالحقوق والصحة الجنسية والإنجابية معروضة على الجدران	2-7 م ²	الممرات
- البروتوكولات السريرية، والتوجيهات الخاصة بتقديم الرعاية الصحية وخدمات الإحالة - أدلة تدريبية وأدوات تعليمية	لا يوجد	- من 4 إلى 6 كراسي - طاولة واحدة صغيرة - سرير عدد 2 - خزانة	7-14 م ²	غرفة الموظفين والموظفات
- البروتوكولات السريرية، والتوجيهات الخاصة بتقديم الرعاية الصحية وخدمات الإحالة - أدلة تدريبية وأدوات تعليمية	كمبيوتر/حاسوب وطابعة	- مكتب - كراسي عدد 3 - دولاب واحد للملفات	9-14 م ²	غرفة دعم المشرف/العيادة

الأخصائيات: IEC: الإعلام والنشيف والتواصل: MVA: الشفط اليدوي بالخلية، NSAIDS: مضادات الالتهاب غير الستيرويدية: LARC: وسائل منع الحمل طويلة المفعول والقبالة للانعكاس: V/A: المعاينة البصرية بحوض الاستيتك.

* 1 متر مربع = 10.764 قدم مربع.

الملحق 2: الأدوية الأساسية والمعدات والإمدادات اللازمة للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية

الرعاية الشاملة لحالات الإجهاض

تقدم هذه الجداول لمديري العيادات ومقدمي الرعاية الصحية المدربين على الإجهاض قائمة شاملة بالأدوية الأساسية والمعدات والإمدادات اللازمة لتقديم رعاية الإجهاض ذات الجودة قبل الحمل وبعده بـ 13 أسبوعًا.

المرفق	المعدات/الإمدادات/الأدوية	الأدوية
• منطقة خاصة لتقديم المشورة (الأفضل توفير خصوصية بصرية وسمعية) • ينبغي تجهيز الحمامات بمراحيض تستطيع جميع المستفيدات من رعاية الإجهاض الوصول إليها بسهولة • محطات لغسل اليدين* • مياه صالحة للشرب/أكواب • إمكانية الإحالة/النقل في حالات الطوارئ • غرفة الإجراءات (الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) فقط) • منطقة النقاها (الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) فقط) • خزانة للأدوات الحادة* • صناديق ملونة لفصل النفايات • مقعد لغرفة الفحص/الإجراءات • خزائن بأقفال للأدوية • إمكانية الإحالة/النقل في حالات الطوارئ • سجل للخدمات المقدمة • إستمارة الموافقة على رعاية الإجهاض ومنع الحمل • إستمارة الإحالة • الكتيبات والمواد التثقيفية للمستفيدين/للمستفيدات البالغين والأصغر سنًا) • وسائل مساعدة توضيحية في تقديم خدمة رعاية الإجهاض الشاملة: بطاقة نظام الإجهاض الدوائي، لوحة جدارية لتجهيز الأدوات*، توجيهات إمدادات الإجهاض الدوائي/الشفط اليدوي بالتخلية (MVA)، قرص الإجهاض الدوائي، إلخ. • وسائل المساعدة في تقديم المشورة حول منع الحمل بعد الإجهاض، مخطط فعالية وسائل منع الحمل، قرص معايير الأهلية الطبية (MEC)، إلخ. • بروتوكول وتوجيهات تقديم الخدمات السريرية ومسارات الإحالة	• وسائل منع الحمل المتاحة، بما في ذلك اللولب (IUD)/النظام داخل الرحم (IUS)، والغرسات • جهاز قياس ضغط الدم • ترمومتر قياس الحرارة • سماعة الطبيب • الفوط الصحية • المظهرات* • توللي الأدوات، حامل الأدوات، علب/حاويات لتخزين عبوات الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) المعقمة بالأوتوكلاف (بالمعقم)*، أطباق كلوية (كبيرة ومتوسطة)، حنجود • طاولة فحص الحوض • مصباح لفحوصات الحوض • غطاء/فرش لتغطية أرجل المستفيدة إمدادات المختبر • (إختياري) الموجات فوق الصوتية وملحقاتها • (إختياري) اختبارات البول β-hCG وأكواب البول • (حسب الدولة) اختبار الريزوس Rh ومضاد الغلوبولين المناعي D • غير مطلوب لرعاية الإجهاض ولكنه إختياري في حالة توفير اختبارات الصحة الوقائية الأخرى: الكشف عن سرطان عنق الرحم، واختبار العدوى المنقولة جنسيًا، واختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وكشف الإصابة بفقر الدم، والتحصينات	• الميفبريستون، حسب التوافر، أو العبوات المجمعة • ميزوبروستول • المضادات الحيوية (المعالجة الوقائية والجبرعات العلاجية) • أدوية الآثار الجانبية (مثل الأدوية المضادة للغثيان) • الأدوية المسكنة للألم • مضادات الإلتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) • الأدوية المخدرة/مزيلات القلق وأدوية الانعكاس

تابع

الجراحة	إدارة المضاعفات	تجهيز الأدوات
الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) • ملقط خطافي لا رضحي أو مخلاب • ملقط إسفنجي/حلقي (فورستر) • شاش • بيتادين (بوفيدون اليود) وكوب* • شفاطة Ipas MVA Plus • كانيولا Ipas EasyGrip • مناظير ذاتية التثبيت بأحجام مختلفة • موسعات دينيستون أو برات • حاوية لمنتجات الحمل، مصباح، حوض شفاف، غربال • دلو بسائل النقع* • إمدادات الإحصار حول عنق الرحم والمخدر الموضعي • سرنجة 10-20 مل، إبرة قياس 21-23 لا تقل عن 3 سم (1 بوصة) ليدوكابين 1.0 في المائة عملية التوسيع والإخلاء • حامل أدوات من الفولاذ المقاوم للصدأ غير مثقب • حامل أدوات من الفولاذ المقاوم للصدأ بدون غطاء • منظار المهبل - كلوبفر • خطاف بزواية لا رضحي • كانيولا Ipas EasyGrip • مجموعة من موسعات برات وإيباس دينيستون • ملقط إمساك الإسفنج • ملقط بيرير Bierer مقاس 13 بوصة صغير وكبير منحني قليلاً • ملقط صوفر Sophor لتفريغ الرحم 11 بوصة صغير وكبير، منحني قليلاً • ملقط صوفر Sophor أوفوم • الإحصار حول عنق الرحم، مخدر موضعي، إبرة، سرنجة • شفاطة Ipas MVA Plus • مطهر • 60 سم مكعب قسطرة فولي • مكحت Cheshire فراغي طبي مستقيم، 14 مم • الإمدادات المطلوبة: • كحول أو بوفيدون يود • قفازات (معقمة أو نظيفة) • سرنجتان 5 مل • إبرة العمود الفقري قياس 22 وحامل الإبرة • ديجوكسين 1.0-1.5 مغ • شاش 4x4 • ضمادة صغيرة أو ضمادة لاصقة (إختياري)	الطوارئ • جهاز مراقبة جلوكوز الدم • مع أشربة الاختبار • بطانية • أدوات التقييم/العلامات الحيوية • كما هو مذكور تحت التقييم السريري • معدات إدخال الكانيولا الوريدي - مجموعة كانيولات كبيرة التجويف (أحجام 16-22)، سرنجات، محلول ملحي، شريط لاصق، ضمادة تثبيت الكانيولا، عاصبة، صندوق الأدوات الحادة • حجم أسطوانة الأكسجين D/E مع قناع لا يعيد التنفس (مع خزان أكسجين) أو طقم أكسجين محمول • قناع الجيب • مقياس التأكسج النبضي المحمول • مجموعات التشريب الوريدي • سرنجات (2، 5، 10 مل) • إبر - مقاس 21 • قفازات نظيفة ومعقمة - مقاسات مختلفة* • عبوة شاش معقم • قسطرة بول (فولي) وكيس (قسطرة حجم كبير) • مقص كبير • رباط كريب • السوائل الوريدية - محلول ملحي عادي (0.9٪)، محلول رينجر اللاكتيكي • ماء معقم للحقن/شطف وريدي • حقن محلول جلوكوز مفرط التوتر، 25٪، 50٪ • حقن أدريالين، 1:1000 • حقن أتروبين، 1 مغ/مل • جهاز إستنشاق سالبوتامول • حقن كلورفينيرامين • حقن أوكسيتوسين • حقن المضادات الحيوية (وريد/عضل) • حقن ذوفان الكزاز/ترياق الكزاز • أقراص الأسبرين (81 مغ)	• حواجز الحماية الشخصية (لتجهيز الأدوات: قفازات شديدة التحمل، وأغطية للأحذية العادية/للأحذية ذات الرقبة، ووسيلة حماية للوجه، وثوب/مريال؛ للإجراء/للفحص: قفازات نظيفة ومعقمة، ثوب/مريال، أغطية أحذية عادية/برقبة، وسيلة حماية للعين)* • ملقط معقم (اختياري) • 3 دلاء (سائل نقع، تطهير عالي المستوى (HLD)، معقم، سائل شطف)* • فرشاة صغيرة* • ماء الصنبور، ماء معقم أو مغلي، منظف، تطهير عالي المستوى (HLD 0.5 في المائة كلور) أو معقم (غلوتارالدهيد)* • إذا كان التطهير عالي المستوى (HLD) بالماء المغلي، وعاء معدني كبير ومصدر للحرارة في حالة التعقيم بالأوتوكلاف (المعقم)، الورق أو الكتان أو الأوتوكلاف (المعقم) • حاويات بأغطية لتخزين الأدوات*

* العناصر المميزة علامة النجمة مطلوبة للوقاية من العدوى.

الاختصارات: MVA، الشفط اليدوي بالإخلاء؛ MA، الإجهاض الدوائي؛ MEC، معايير الأهلية الطبية؛ IUD، اللولب الرحمي؛ IUS، نظام داخل الرحم؛ STI، العدوى المنقولة جنسياً؛ POC، منتجات الحمل؛ D&E، التوسيع والإخلاء؛ IV، في الوريد؛ IM، في العضل؛ HLD، تطهير عالي المستوى.

المصدر: مقبوس من Ipas. Woman-Centered, Comprehensive Abortion Care Reference Manual. Chapel Hill, NC: Ipas; 2013
Edelman A, Kapp N. Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks' gestation ('second trimester'). Chapel Hill, NC: Ipas; 2018
الإنحد الدولي لتنظيم الأسرة، الرعاية الشاملة لحالات الإجهاض، المبادئ التوجيهية والأدوات. لندن: الإنحد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)، 2021.
متاح على: <https://ippfmaforum.org/2021/10/06/abortion-care-guidelines/>. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2022.

الوقاية من سرطان عنق الرحم، والكشف عنه ومعالجته

يقدم هذا الجدول لمديري العيادات ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المديرين قائمة شاملة بالأدوية الأساسية والمعدات والإمدادات اللازمة للوقاية من سرطان عنق الرحم وإجراءات الكشف عنه ومعالجته في المرافق الصحية الأولية.

الإجراء	فئة الأجهزة الطبية	المعدات	الملحقات/الأجهزة/البرامج/المستهلكات/الأجهزة ذات الاستخدام الواحد
لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)	معدات الحماية الشخصية		قفازات، فحص، غير معقمة، تستخدم مرة واحدة (مقاسات مختلفة)
	الأجهزة ذات الاستخدام الواحد/المستهلكات/الإمدادات الطبية		صندوق سلامة للسرنجات/الإبر المستعملة: قطن طبي، لفة 500 غم؛ سرنجات غير معقمة، تعطيل ذاتي (سعات مختلفة)
الفحص للكشف عن أمراض النساء وإجراءاته ⁺	المعدات الطبية	- مصدر ضوء ساطع - جدول فحص أمراض النساء/معالجتها	
	الأدوات	- ملقط أنسجة-طويل - ملقط شبرون Cheron - حوامل إبر طويلة - ملقط خزعة - بالمقراض لعنق الرحم - ملقط حلقي - كماشات لمباعدة الجدران الجانبية للمهبل - منظار المهبل، قابل لإعادة الاستعمال	- ضمادة، شاش، معقم وغير معقم، يستخدم مرة واحدة - حاوية العينة - محقنة ماصة بطرف مستدق/كبيرة - خافض اللسان، يستخدم مرة واحدة (ملوق خشبي أو بلاستيكي) - غطاء ورقي لطاولة الفحص
	ملابس ومعدات الحماية الشخصية	---	قفازات، فحص، غير معقمة، تستخدم مرة واحدة (مقاسات مختلفة)
محاليل وكواشف	---	---	- فورمالين 10 في المائة، أو كواشف تثبيت الأنسجة، فوسفات داريء - هلام مزلق - معجون مونسل Monsel - محلول ملحي - يود لوغول، زجاجة/محلول حمض الأسيتيك 3-5 في المائة 0.5 في المائة من محلول الكلور لتطهير الأدوات
غير ذلك	---	---	- وعاء للماء الدافئ - كيس للإمدادات الملوثة للتخلص منها

تابع

⁺ ينبغي مراعاة الأجهزة المدرجة في هذا الإجراء بالإضافة إلى المعدات المدرجة للإجراءات التالية: تنظير المهبل، والعلاج بالتبريد، والمعاينة البصرية باستخدام حمض أسيتيك، وكشط باطن عنق الرحم، ومسحة عنق الرحم.

تابع

الإجراء	فئة الأجهزة الطبية	المعدات	الملحقات/الأجهزة/البرامج/المستهلكات/الأجهزة ذات الاستخدام الواحد
تنظير المهبل	المعدات الطبية	منظار المهبل	---
العلاج بالتبريد	المعدات الطبية	- وحدة الجراحة الباردة مع إدراج كافة القطع والملحقات - منظار المهبل	مسبار زنادة قبضة المقبض، ماسك، مدخل أسطوانة الغاز، مقبض شد، مقياس ضغط يبين ضغط الأسطوانة، مخرج كاتم الصوت، طرف مسبار أنبوب نقل الغاز
اختبار بابانيكولاو Papanicolaou (مسحة عنق الرحم)	الأدوات	منظار المهبل، قابل لإعادة الاستعمال	مخدر موضعي، سرنجات
	ملابس ومعدات الحماية الشخصية	---	قفازات، فحص، غير معقمة، تستخدم مرة واحدة (مقاسات مختلفة)
	الأجهزة ذات الاستخدام الواحد/المستهلكات/الإمدادات الطبية	---	- حاوية تجميد للشرائح المجهرية أو حاوية سائل للشرائح المجهرية (أنبوب يحتوي على محلول حفظ خاص) - خافض اللسان، يستخدم مرة واحدة (ملوق خشبي أو بلاستيكي) - فرشاة خلوية لعنق الرحم أو مكشطة خلوية لعنق الرحم (اختياري) - غطاء ورقي لطاولة الفحص
	محاليل وكواشف	---	0.5 في المائة من محلول الكلور لتطهير الأدوات - رذاذ مثبت أو محلول لمسحة عنق الرحم (في حالة استخدام الشرائح)
	غير ذلك	---	- وعاء للماء الدافئ - أكياس للإمدادات الملوثة للتخلص منها

تابع

تابع

الإجراء	فئة الأجهزة الطبية	المعدات	الملحقات/الأجهزة/البرامج/المستهلكات/ الأجهزة ذات الاستخدام الواحد
المعاينة البصرية بـحمض الأسيتيك (VIA)	الأدوات	منظار المهبل، قابل لإعادة الاستعمال	---
	الأجهزة ذات الاستخدام الواحد/ المستهلكات/ الإمدادات الطبية	---	• غطاء ورقي لطاولة الفحص • محقنة ماصة بطرف مستدق/كبيرة
	ملابس ومعدات الحماية الشخصية	---	• قفازات، فحص، غير معقمة، تستخدم مرة واحدة (مقاسات مختلفة)
	محاليل وكواشف	---	• يود لوغول، زجاجة/محلول حمض الأسيتيك 3-5 في المائة • 0.5 في المائة من محلول الكلور لتطهير الأدوات
	غير ذلك	---	• وعاء للماء الدافئ • أكياس للإمدادات الملوثة للتخلص منها

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، قائمة منظمة الصحة العالمية للأجهزة الطبية ذات الأولوية لإدارة السرطان، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2017.
الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO، متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255262>، تم الوصول بتاريخ 10 سبتمبر 2021.

الإدارة العيادية للاغتصاب

يوضح هذا الجدول لمديري العيادات والبرامج ومقدمي الرعاية الصحية المدربين أهمية البنية التحتية المطلوبة لتقديم خدمات رعاية صحية آمنة وعالية الجودة للناجيات من الاغتصاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية ومراكز الرعاية من المستوى الثالث.

الأثاث/التجهيز	الإمدادات
• غرفة استشارة نظيفة وهادئة وملائمة للأطفال ويسهل الوصول إليها مع إمكانية الوصول المباشر إلى المرحاض أو دورة المياه. ولها باب أو ستارة أو حاجز لخصوصية النظر • طاولة الفحص • ضوء. يفضل أن يكون مركزاً (قد يشكل استخدام الكشف خطر على الأطفال) • عدسة مكبرة (أو منظار المهبلي). إمكانية الوصول إلى الأوتوكلاف (المعقم) لتعقيم المعدات • الوصول إلى مرافق المختبر/المجهر مع فني مدرب • ميزان وجدول قياس الطول للأطفال	• توافر المناظير⁺⁺ (بأحجام للبالغين والبالغات فقط) • شريط قياس لقياس حجم الكدمات والتمزقات وما إلى ذلك.⁺⁺ • سرنجات/إبر⁺⁺ (نوع الفراشة للأطفال) وأنابيب لتجميع الدم • إمدادات الاحتياطات الشاملة (قفازات، صندوق للتخلص الآمن من المواد الملوثة والحادة، صابون)⁺⁺ • معدات الإنعاش⁺⁺ • أدوات طبية معقمة (طقم) لإصلاح التمزقات ومواد الخياطة⁺⁺ • خافض اللسان (لفحص لجيم الفم والإصابة الفموية) • غطاء (ثوب، قماش، ملاعة) لتغطية الناجية أثناء الفحص⁺⁺ • ملابس بديلة عن الملابس التي تم تمزيقها أو أخذها كدليل • الإمدادات الصحية (فوط صحية أو وحيدة الاستعمال)⁺⁺ • اختبارات الحمل • قرص حساب الحمل لتحديد عمر الحمل • الإمدادات الإضافية التي قد تلزم لجمع/توثيق الأدلة الجنائية: • مشط لتجميع المواد الغريبة في شعر العانة • مسحات لها رؤوس قطنية/محاقن/كمادات شاش لجمع العينات • شرائح زجاجية لتحضير الحوامل الرطبة و/أو الجافة (للحيوانات المنوية) • حاويات المختبر لنقل المسحات والألواح الورقية لجمع المخلفات أثناء خلع ملابس الناجيات • أكياس ورقية لجمع الأدلة • شريط ورقي لإغلاق العبوات/الأكياس بإحكام ووضع العلامات عليها

تابع

⁺⁺ تشير إلى الحد الأدنى من متطلبات فحص وعلاج الناجي/الناجية من الاغتصاب.

تابع

الإمدادات الإدارية	أدوية بجرعات مناسبة للعمر
• التاريخ الصحي المتاح واستمارة الفحص بما في ذلك الرسم البياني مع الصور التوضيحية⁺⁺ • الشهادة الطبية/الإستمارات الطبية القانونية • دليل الإحالة • الوسائل المساعدة بلغة مقدم الخدمة (مثل خوارزمية الرعاية/العلاج، مخطط الإحالة) • إستمارات القبول⁺⁺ • كتيّبات توضيحية عن رعاية ما بعد الإغتصاب (لِلناجِي/لِلناجِيَة) • مكان آمن وبقفل لحفظ الملفات والحفاظ على سرية السجلات، أو كمبيوتر محمي بكلمة مرور للملفات الإلكترونية⁺⁺	• لعلاج العدوى المنقولة جنسياً (STIs) حسب بروتوكول الدولة⁺⁺ • للمعالجة الوقائية بعد التعرض (PEP) عند انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV)⁺⁺ • حبوب منع الحمل الطارئة⁺⁺ و/أو الجهاز داخل الرحم (IUD) • غلوبولين الكزاز المناعي ذوفان الكزاز⁺⁺ • لقاح الإلتهاب الكبدي بي⁺⁺ • مسكّن الألم⁺⁺ (مثل الباراسيتامول) • مزيلات القلق (مثل ديازيبام) • مهدئ للأطفال (مثل ديازيبام) • مخدّر موضعي للإستخدام عند التقطيب⁺⁺ • مضادات حيوية للعناية بالجروح⁺⁺

⁺⁺ تشير إلى الحد الأدنى من متطلبات فحص وعلاج الناجي/الناجية من الإغتصاب.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، الإدارة العيادية للناجيات من الإغتصاب وعنف الشريك الحميم: وضع بروتوكولات لاستخدامها في السياقات الإنسانية. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2020. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331535>. تم الوصول بتاريخ 9 يونيو 2022.

وسائل تنظيم الأسرة

تقدم هذه الجداول قوائم بالأدوية الأساسية، والمعدات، ومعلومات الإمدادات اللازمة لإنشاء مرافق للوسائل قصيرة المفعول، والوسائل طويلة المفعول القابلة للعكس، ووسائل الإعقام.

1. وسائل قصيرة المفعول

الإمدادات	السلع الطبية	الأثاث الضروري، المعدات والإمدادات
- في حالة حقنة منع الحمل DMPA - قطن - سرنجة - قوارير DMPA تحتوي على معلق مائي معقم: 150 ملغ لكل مل - الإبر قياس 22 × 1.5 بوصة (4 سم) طول، أو 3.5 سم SafetyGlide™ - سرنجة 5 مل	- الواقيات الذكرية - الواقيات الأنثوية - منع الحمل الطارئ - حبوب منع الحمل الفموية (POC, COC) - قارورة DMPA (حقن بروجستوجين فقط (POI)) - DMPA POI (NET-EN) - حقنة مركبة (CIC)	- سرير الفحص - مسند قدم - جهاز قياس ضغط الدم - سماعة الطبيب - ميزان - كراسي - طاولة - خزانة/دولاب تخزين - حاويات للتخلص من النفايات العناصر الإدارية - السجل - مواد الإعلام والتثقيف والتواصل - الوسائل المساعدة - إستمارات القبول - البروتوكولات السريرية/الإجراءات - العملية الموحدة - ورقة بيانات المستفيد(ة) - مخطط معالجة الأدوات

2. غرسة

المعدات والأثاث الضروريين	المعدات (العدد بين الأقواس = الكمية)	الإمدادات
• سرير الفحص • مسند قدم • جهاز قياس ضغط الدم • سماعة الطبيب • ميزان • كراسي • طاولة • خزانة/دولاب تخزين • حاويات للتخلص من النفايات	التركيب • (1) كوب/جفنة/حُنجود • إختياري: (1) ملقط، ماسك الإسفنج، مستقيم، 5.5 بوصة (14 سم) للتنظيف الإزالة • (1) كوب/جفنة/حُنجود • (1) مشرط بمقبض مناسب أو مشرط وحيد الاستعمال بمقبض • (1) ملقط، ناموسية، مستقيم، 5 بوصات (12.7 سم) • (1) ملقط، ناموسية، منحنى، 5 بوصات (12.7 سم) أدوات إضافية لإزالة الغرسات الصعبة: عبارة عن غرسات يتم إدخالها بعمق وغرسات غير محسوسة باستخدام تقنية U المعدلة • (1) طبق كلوي • (1) ملقط شرياني قياسي 5.5 بوصة (14 سم) • (1) غير حاد مستقيم ومعدل لقطع القناة الدافقة • ملقط 12.5 سم (يُعرف أيضًا باسم "U clamp" أو مشبك NSV حلقي أو "Norgasp" بقطر 2.2 مم)	• مطهر لليدين ذو أساس كحولي وصابون وماء أو صابون مطهر وماء (لنظافة اليدين) • منشفة صغيرة (لتجفيف اليدين في حالة استخدام الماء والصابون) • قفازات معقمة (خالية من المسحوق) • قفازات الفحص مطلوبة فقط لـ Nexplanon و Implanon • بوفيدون اليود (يُفضل كمطهر) • إسفنجات شاش معقمة • مخدّر موضعي مثل ليدوكاين (بدون إبينفرين، 1 في المائة أو 2 في المائة) • ماء مقطر لتخفيف الليدوكاين (في حالة استخدام 2 في المائة من الليدوكاين) • سرنجة 5 مل بإبرة 1.5 بوصة (4 سم) قياس 21 • شفرة مشرط عدد 11 بمقبض أو مشرط وحيد الاستخدام عدد 11 بمقبض • شريط لاصق • ضمادة ذراع (للضغط على الشق) • غطاء صغير معقم (لإراحة ذراع المستفيد(ة) عليه) (60 سم مربع) • غطاء معقم بفتحة (60 سم مربع) • مواد لتعبئة الأدوات (أغطية أو مواد تستخدم مرة واحدة) • صندوق أمان

المصدر: EngenderHealth. الأثاث الضروري والمعدات والأدوات والإمدادات الاستهلاكية اللازمة لتوفير وسائل منع الحمل طويلة الأمد والقابلة للعكس. 2017. متاح على: https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf. تم الوصول بتاريخ 21 أبريل 2022.

3. اللولب الرحمي

المعدات والأثاث الضروريين	المعدات (العدد بين الأقواس = الكمية)	الإمدادات
• سرير الفحص (Gynae) – لها ركاب ومفرش ماكنتوش أو مطاطي) • مسند قدم • مصدر ضوء • طاولة مساعدة • كراسي • طاولة • خزانة/دولاب تخزين • حاويات للتخلص من النفايات	التركيب المؤجل • (1) كوب/جفنة/حُنجود • (1) ملقط. خطاف رحمي شرودر-براون Schroeder-Braun. بوصة 9.75 (24.8 سم) • (1) مجس سيمز للرحم. 13 بوصة (33 سم) • (1) مقص. خيط. Mayo-Clinic أو Littauer. منحنى. بوصة 6.75 (17.1 سم) • (1) منظار (Graves أو أي منظار ذاتي التثبيت). مهبطي. Graves. متوسط (1.38 بوصة [3.5 سم] × 4 بوصات [10.2 سم]) التركيب بعد الولادة • (1) ملقط حلقي 9.5 بوصات (24.1 سم) • (1) ملقط كيلي Kelly للمشيمة 12 بوصة (30 سم) • (1) منظار (Graves أو أي منظار ذاتي التثبيت) سيمز. أو أي مهبطي الإزالة • (1) كوب/جفنة/حُنجود • (1) ملقط. إسفنجة. فورستر Foerster. مستقيم. 9.5 بوصات (24.1 سم) • (1) منظار مهبطي. Graves. متوسط (1.38 بوصة [3.5 سم] × 4 بوصات [10.2 سم]) • (1) ملقط. ضمادة الرحم بوزمان Bozeman. مستقيم. 10.5 بوصات (26.7 سم) • (1) ملقط إزالة جهاز داخل الرحم (IUD). فك التمساح. 8 بوصات • (1) ملقاط خيط جهاز داخل الرحم (IUD)	• كوب/جفنة/حُنجود • جهاز داخل الرحم (IUD) (LNG-IUS أو Multiload أو TCU 380A) • مطهر لليدين ذو أساس كحولي وصابون وماء أو صابون مطهر وماء (لنظافة اليدين) • منشفة صغيرة (لتجفيف اليدين في حالة استخدام الماء والصابون) • قفازات الفحص • بوفيدون اليود (يُفضل كمطهر) • إسفنجات شاش معقمة • أغطية (لتغطية فخذ المستفيدة ومنطقة العانة ووضعها تحت الأرداف) • أغطية (لتعبئة الأدوات) • فوطة صحية

المصدر: EngenderHealth. الأثاث الضروري والمعدات والأدوات والإمدادات الاستهلاكية اللازمة لتوفير وسائل منع الحمل طويلة الأمد والقابلة للعكس. 2017. متاح على: https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf. تم الوصول بتاريخ 21 أبريل 2022.

4. الربط البوقي (إعقام الإناث)

المعدات والأثاث الضروريين	الأدوات (العدد بين الأقواس = الكمية)	الإمدادات
غرفة الإجراءات الأولية • سرير الفحص • مصدر ضوء • طاولة مساعدة • جهاز قياس ضغط الدم • سماعة الطبيب • ميزان • ترمومتر قياس الحرارة • طاولة وكراسي • خزانة/دولاب تخزين • حاويات للتخلص من النفايات • منطقة الإجراء/غرفة العمليات • طاولة العمليات (مع وسائل مساعدة للاستلقاء) • مسند قدم • مصدر الضوء (مصباح العمليات) • طاولة مساعدة (التخدير) • عربات ترولي للأدوات • جهاز قياس ضغط الدم • سماعة الطبيب • حامل الطوارئ • حامل IV • حاوية للتخلص من النفايات	أدوات للباطنة • (1) كوب/جفنة/حُنجود • (1) ملقط. إسفننج. فورستر Foerster. • مستقيم، 9.5 بوصة (24.1 سم) • (1) ملقط. ضمادة. نوع قياسي. • 5 بوصة (12.7 سم) • (1) ملقط. أنسجة. نوع دقيق. • 5.5 بوصة (14 سم) • (2) ملقط. شرياني. كيلي Kelly. • مستقيم، 5.5 بوصة (14 سم) • (2) ملقط. معوي. آليس Allis. دقيق. • (5 × 6 أسنان) 6 بوصة (15.2 سم) • (2) ملقط. معوي. baby Babcock. • مقاس 5.5 بوصة (14 سم) • (1) ماسك إبرة. Mayo Hegar. • قياس 7 بوصة (17.8 سم) • (2) مبادئ ريتشاردسون-إيستمان Richardson-Eastman. • صغير أو (مجموعة واحدة - قطعتان) مبادئ آر-ني-ني Army-Navy. بطرفين • (1) مقص. لوز. Metzenbaum. 7 بوصة (17.8 سم) • (1) مقص. عمليات. مايو Mayo. • منحنى. 6.75 بوصة (17.1 سم) • (1) مشرط. مقبض. عدد 3. مدرج بالسنتيمتر • (1) خطاف. بوقي. Ramathibodi أدوات للمهبل • (1) كوب/جفنة/حُنجود • (1) ملقط. إسفننج. فورستر Foerster. • منحنى. 9.5 بوصة (24.1 سم) • (1) منظار. مهبلي. Graves. • متوسط (1.38 بوصة [3.5 سم] × 4 بوصة [10.2 سم]) أو (1) مبادئ جاكسون Jackson المهبلي (شفرة عميقة) 1.5 بوصة (3.8 سم) × 3 بوصة (7.6 سم) • (1) ملقط. خطاف رحمي شرودر-براون Schroeder-Braun. • 9.75 بوصة (24.8 سم) • (1) رافعة. Ramathibodi. للرحم إمدادات ومعدات الطوارئ¹	إمدادات إدارة الألم • مخدر موضعي مثل ليدوكاين (بدون إبينفرين، 1 في المائة أو 2 في المائة) • ماء مقطر لتخفيف الليدوكاين (في حالة استخدام 2 في المائة) • سرنجة 10-20 مل بإبرة 1.5 بوصة (4 سم) قياس 21 • أدوية إدارة الألم • مهدئات مثل ديازيبام أو ميدازولام أو بروميثازين • مسكنات مثل ديكلوفيناك أو إيبوبروفين • مسكنات مخدرة مثل فينتانيل أو بنتازوسين أو ميبيريدين (بيثيدين) أو نالوفين إمدادات الإجراءات الجراحية • شفرة مشرط • خيط قابل للإمتصاص (على إبرة لا رضحية) إمدادات الوقاية من العدوى • صابون وماء ومطهر لليدين • أساس كحولي أو صابون مطهر وماء • منشفة معقمة صغيرة • قفازات معقمة • يود • إسفنجات شاش معقمة • شريط لاصق جراحي • أغشية جراحية معقمة (4 أغشية أو غطاء واحد مثقب لتغطية المستفيد) • أثواب معقمة للجراح(ة) • ومساعد(ة) الجراح(ة) • غطاء للرأس وقناع للوجه • ثوب المستفيد(ة) • غطاء لتغطية طاولة الجراحة • أغشية (لتعبئة الأدوات) • صندوق أمان

¹ للحصول على قائمة بإمدادات ومعدات الطوارئ اللازمة للربط البوقي، انظر الجدول الخاص بالربط البوقي.

المصدر: EngenderHealth. الأثاث الضروري والمعدات والأدوات والإمدادات الاستهلاكية اللازمة لتوفير وسائل منع الحمل طويلة الأمد والقابلة للعكس. 2017. متاح على: https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf. تم الوصول بتاريخ 21 أبريل 2022.

5. قطع القناة الدافقة بدون مشروط (إعقام الذكور)

المعدات والأثاث الضروريين	الأدوات (العدد بين الأقواس = الكمية)	الإمدادات
• سرير الفحص • طاولة مساعدة • جهاز قياس ضغط الدم • سماعة الطبيب • ترمومتر قياس الحرارة • ميزان • مسند قدم • مصدر ضوء • كراسي • طاولة • دولايب تخزين • حاوية للتخلص من النفايات • حامل الطوارئ • حامل IV	• (1) كوب/جفنة/حُنجود • (1) ملقط، ماسك الإسفنجة. • مستقيم، 5.5 بوصة (14 سم) • (1) مقص، خيط، Mayo Clinic • أو Littauer مستقيم، 5.5 بوصة (14 سم) • (1) مشبك NSV الحلقي (ملقط). • 4 مم • (1) ملقط تشريح NSV	• صابون عادي (أو صابون مطهر) • مناشف معقمة للأيدي • ماء جاري • مطهر لليدين كأساس كحولي • محلول مطهر (يود) • قفازات الفحص • قفازات معقمة • شاش معقم • أغطية جراحية معقمة • غطاء واحد مثقب • ثوب معقم للجراح(ة) • غطاء رأس • قناع للوجه • حذاء بربطة طويلة • ثوب المستفيد(ة) • خيط جراحي كرومي أو قطن أو حرير غير قابل للامتصاص • محلول ليدوكاين (قوة 2 في المائة) • سرنجة 5 مل أو 10 مل بإبرة (مقاس 21) • بطاقة للتخلص من النفايات • صندوق أمان • مسكنات • شريط لاصق • أدوية الطوارئ الأساسية
العناصر الإدارية • السجل • مواد الإعلام والتثقيف والتواصل • الوسائل المساعدة • إستمارة القبول • البروتوكولات السريرية/الإجراءات العملية الموحدة • ورقة بيانات المستفيد(ة) • مخطط معالجة الأدوات	إمدادات ومعدات الطوارئ¹	

¹ للحصول على قائمة بأدوية ومعدات الطوارئ، والإمدادات اللازمة لقطع القناة الدافقة، أنظر الجدول الخاص بقطع القناة الدافقة.

المصدر: EngenderHealth. الأثاث الضروري والمعدات والأدوات والإمدادات الاستهلاكية اللازمة لتوفير وسائل منع الحمل طويلة الأمد والفاعلة للعكس. 2017. متاح على: https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf. تم الوصول بتاريخ 21 أبريل 2022.

قائمة بالأدوية ومعدات الولادة الآمنة، وإمدادات الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC) والرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC)

أ. الرعاية الصحية الأولية لمستوى الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC)

المعدات والإمدادات العامة	الإمدادات في غرفة الولادة	الأدوية/الحقن/القطرات
• مصدر إمداد بالكهرباء • ماء نظيف • منظف كحولي لليدين وصابون • مطهر • أوتوكلاف (مقام) • قفازات نظيفة • سماعة الطبيب • ترمومتر قياس الحرارة • جهاز قياس ضغط الدم • مخطط الولادة • منظار الجنين/دوبلر • إستمارات الإحالة والقبول • الوسائل المساعدة • مواد الإعلام والتثقيف والتواصل • إجراءات العملية الموحدة/البروتوكولات العيادية • صندوق أمان	• آلة شفط • مستخرج المخاط • قناع وحقيبة حديثي الولادة • مكثف/أسطوانة أوكسجين • ميزان للرضع • إبرة/سرنجة • شريط فحص البول • مقص شفرة معقمة • مشبك/رباط الحبل السري • فوط صحية نظيفة للأم • منشفة نظيفة • شافط فراغي، بيرد Bird، يدوي، طقم كامل • اللولب الرحمي • طقم الولادة: أكياس بلاستيكية، ملاءات، مناشف، قفازات معقمة، مقص، مشابك الحبل السري 2x، معدات الحماية الشخصية (قناع وغطاء شخصي) • طقم إصلاح العجان	• كيس السوائل الوريدية • حقن أوكسيتوسين • حقن سلفات ماغنيسيوم • مضادات حيوية للأم • مضادات حيوية للرضع • خافضات ضغط الدم • ميزوبروستول للرعاية بعد الإجهاض

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، دليل تنفيذ القائمة المرجعية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الولادة المأمونة: تحسين نوعية الولادة في المرافق للأمهات والمواليد، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2015. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/199177>. تم الوصول بتاريخ 10 سبتمبر 2021؛ مجموعة العمل المشتركة بين الوكالات المعنية بالصحة الإنجابية في الأزمات. Inter-Agency Reproductive Health Kits 6th Edition – Manual. متاح على: <https://iawg.net/resources/inter-agency-reproductive-health-kits-6th-edition-manual>. تم الوصول بتاريخ 1 أكتوبر 2021.

ب. إجراء الولادة القيصرية ونقل الدم وتقديم الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) في مستشفيات/مراكز المستوى الثالث

تتطلب جميع الإمدادات الأساسية والأدوية المذكورة أعلاه وما يلي:

- أجهزة نقل الدم
- أجهزة الولادة القيصرية
- مجموعة تقطيع الجنين

العدوى المنقولة جنسياً بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

تقدم هذه الجداول لمديري العيادات ومقدمي الرعاية الصحية المدربين قائمة شاملة بالأدوية الأساسية والمعدات والإمدادات اللازمة للكشف عن العدوى المنقولة جنسياً (STIs). وإدارة المتلازمات وتدبير الوقاية وتقديم الرعاية الصحية في حالة الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً/فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في مراكز الصحة الأولية.

المعدات: العيادة الخارجية	المعدات: الصيدلية	المعدات والفحوصات: المختبر	المبادئ التوجيهية وأدوات الإعلام والتثقيف والتواصل (IEC)
- أسيرة الفحص - كراسي للمرضى - طاوولات للأطباء - آلة قراءة الأشعة السينية - ميزان/آلة وزن - مقياس الطول - شريط قياس لقياس محيط الرأس - ترمومتر قياس الحرارة - سماعة الطبيب - مصباح - مقص طبي - مجموعة معدات الأذن/ الأنف/الحلق - منظار العين - مطرقة أوتار - دولاب تخزين السجلات الطبية - سجلات/إستمارات طلبات الفحص المتخصصة - كيس أمبو Ambu للتنهوية	- حوامل عد حبوب الدواء - دولاب بقفل - حوامل توزيع الأدوية - حاويات ومغلفات وحقائب لصرف الأدوية - مخطط المبرّدات ودرجة الحرارة - تكييف الهواء و/أو مراوح - معاطف بيضاء - قفازات، أقنعة للوجه	- كرسي بضع الوريد - مرحاض مخصص لجمع البراز والبول - مساحة لاستخلاص البلغم - فحص سريع للأجسام المضادة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) - صورة دم كاملة - فحص وظائف الكبد - أمصال التهاب الكبد باء وجيم. - وظائف الكلى والالكتروليتات - فحص مجهري لمسحة البلغم - إختبار الحمل - تعداد الكريات البيضاء من نوع سي دي 4 CD4 - فحوصات العدوى المنقولة جنسياً (STI) (الزهري وعدوى مجرى البول وعنق الرحم والمهبل) - توفير مجموعة المعالجة الوقائية بعد التعرض (PEP) للموظفين والموظفات والمستفيدين والمستفيدات	- توجيهات وزارة الصحة الوطنية بشأن رعاية المصابين والمصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وعلاجهم - الإجراءات العملية الموحدة (SOPs). ومخططات توضيحية للمرضى، والوسائل المساعدة لإدارة فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وتقديم المشورة للالتزام بها وبخدمات الرعاية الإنجابية المساعدة المتاحة للبالغين والأطفال المستفيدين والمستفيدات - تتضمن ملفات طب الأطفال مخططات لمتابعة النمو - توفير مخططات الجرعات للأطفال المرضى (أدوية العدوى الانتهازية (OI) وأدوية الرعاية الإنجابية المساعدة) - الإجراءات العملية الموحدة (SOPs) للسيطرة على العدوى - سجلات صرف يومية وشهرية ونماذج تقارير حالة المخزون - دليل إجراءات جمع العينات بطريقة سليمة (الدم، والبلغم، ومسحة المهبل، ومسحة الإحليل، وسوائل الجسم، والبول والبراز) متوفر في منطقة استقبال العينات - مواد الإعلام والتثقيف والتواصل الخاصة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI)/فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لجميع الفئات العمرية والأنواع الاجتماعية وما إلى ذلك. - مواد تقديم المشورة

تابع

تابع

أدوية الطوارئ	صرف الإمدادات الصيدلانية (مضادات الفيروسات القهقرية (ARV) وأدوية العدوى الانتهازية (OI))	الأدوية العامة وأدوية العدوى الانتهازية (OI)
• أدريالين • مضادات الهيستامين • هيدروكورتيزون • أكسجين	• ديكلوفيناك 50 مجم • سيميتيدين 300 مجم • باراسيتامول 500 مجم/كوداين 30 مجم • مورفين عن طريق الفم • باراسيتامول 120 مجم/5 مل 60 مل • لوراتادين • كلوتريمازول 1 في المائة • هيدروكورتيزون 1 في المائة • فيتامين ب6 250 مغ • أقراص وشراب متعدد الفيتامينات • لوبيراميد • ايبوبروفين 200 مجم أقراص أدوية الخط الأول من مضادات الفيروسات القهقرية (ARV) للمستفيدين/للمستفيدات البالغين والبالغات والأطفال إذا أمكن • زيدوفودين • لاميفودين • ستافودين • نيفيرابين • ايفافيرينز أدوية الخط الثاني من مضادات الفيروسات القهقرية (ARV) للمستفيدين/للمستفيدات البالغين والبالغات والأطفال إذا أمكن • أباكافير • ديدانوزين • تينوفوفير • نلفينايفير • كالتيرا	• اسيكلوفير 200 مجم • سيفترياكسون 1 جم • أزيثروميسين 500 مجم • دوكسيسيسكلين 100 مجم • سيفالكسين 500 مجم • أموكسيسيلين 500 مجم • البنسلين، بنزاثين 2.4 MU • شراب كو-تريموكسازول • كو-تريموكسازول 480 مجم و 960 مجم أقراص • سيبروفلووكساسين 500 مجم • دابسون 100 مجم • ميترونيدازول 250 مجم • اريثروميسين 500 مجم • ايتراكونازول 200 مجم أقراص • ميبندازول 100 مجم • فلوكونازول 150 مجم أقراص • شراب فلوكونازول 2 مجم/مل- 100 مل • بريمبيران 10 مجم أقراص • بريمبيران 10 مجم/2 مل حقن • بروميثازين • حمض الفوليك • جل ميكونازول • محلول بنزوات البنزيل

المختصرات: IEC، الإعلام والتنقيف والتواصل: STI، العدوى المنقولة جنسياً: PEP، المعالجة الوقائية بعد التعرض: MoH، وزارة الصحة: SOPs، الإجراءات العملية الموحدة: OI، عدوى انتهازية: ARV، مضاد للفيروسات القهقرية.

المصدر: مقتبس من FHI 360، HIV Clinical Care and Treatment (Outpatient) Facility QA/QI checklist documents/HIV%20Clinical%20Care%20and%20Treatment%20%28Outpatient%29%20Facility%20QA/QI%20Checklist.pdf، تم الوصول بتاريخ 21 أبريل 2022.

الربط البوقي (إعقام الإناث): المعدات وإمدادات الطوارئ

إعطاء الأدوية وجرعاتها	الأدوية الأساسية ودواعي استعمالها
إنخفاض ضغط الدم: 2-16 ميكروغرام في الوريد؛ ثم 0.05-0.3 ميكروغرام/كغ/دقيقة (أخلط 4 مجم في 500 مل: 1 مل = 8 ميكروغرام/مل) الربو الحاد والتأق: 0.3-0.5 مجم (0.3-0.5 مل من محلول 1000:1) حقن تحت الجلد كل 10-20 دقيقة، حسب الحاجة عدم انتظام ضربات القلب: 1 مجم بلعة وريدية (10 مل من محلول 10,000:1) يليها 20 مل محلول ملحي كل 3-5 دقائق (في حالة توفر 1000:1 فقط، خفف 1 مل من الأدرينالين في 10 مل من المحلول الملحي العادي) تحذير — لا يُستخدم محلول 1000:1 في التعاطي الوريدي أبدًا. (تأكد من التخفيف 10,000:1)	إبينفرين (أدرينالين) دواعي الإستعمال: • إنخفاض ضغط الدم • الربو الحاد • فرط الحساسية • عدم انتظام ضربات القلب (الرجفان البطيني؛ التسارع البطيني عديم النبض؛ توقف الانقباض؛ نشاط كهربائي عديم النبض)
5-6 مجم/كجم وريدي خلال 20 دقيقة؛ ثم 0.5-0.7 مجم/كجم/ساعة	أمينوفيلين (في حالة عدم توفر ألبوتيرول وتيربوتالين) دواعي الإستعمال: • الربو الحاد • فرط الحساسية مع ضيق التنفس
التفاعل الوعائي المبهمي: 0.4-0.6 مجم عن طريق الوريد توقف الإنقباض والنشاط الكهربائي عديم النبض: 1.0 مجم بلعة وريدية؛ كرر حسب الحاجة كل 3-5 دقائق، بحد أقصى 0.04 مجم/كجم	أتروبين دواعي الإستعمال: • الإستجابة الوعائية المبهمية • توقف الإنقباض • النشاط الكهربائي عديم النبض
5-10 مجم (0.15-0.25 مجم/كجم) وريدي بمعدل 5 مجم كل 5 دقائق؛ يمكن التكرار كل 10-15 دقيقة، مع المراقبة الدقيقة لعدم تجاوز الجرعة القصوى 30 مجم. يمكن التكرار خلال 2-4 ساعات. لا تتجاوز الجرعة ملحوظة: في حالة صعوبة بدء الحقن الوريدي، أعط 10-20 مغ في الشرج، باستخدام سرنجة	ديازيبام دواعي الإستعمال: • حدوث النوبات
50 مجم في الوريد أو العضل كل 6-8 ساعات (في حالة فرط الحساسية الشديدة، يعطى 100 مجم في الوريد في البداية)	ديفينهيدرامين دواعي الإستعمال: • فرط الحساسية

تابع

تابع

إعطاء الأدوية وجرعاتها	الأدوية الأساسية ودواعي استعمالها
15-10 مجم في الوريد أو 50-25 مجم في العضل	ايفيردين (في حالة استخدام التخدير النخاعي/ فوق الجافية) دواعي الإستعمال: • انخفاض ضغط الدم بعد التخدير النخاعي/ فوق الجافية
250 مجم في الوريد: كرر كل 4-6 ساعات حسب الحاجة. قد يلزم إعطاء جرعات أعلى لإدارة الصدمة	هيدروكورتيزون دواعي الإستعمال: • الربو الحاد • فرط الحساسية
0.5-2.0 مجم في الوريد أو العضل تعطى بزيادة 0.5 مجم حتى بلوغ الجرعة الإجمالية إلى 3-4 مجم. تعاد الجرعة خلال ساعة إلى ساعتين. حسب الحاجة	فيسوستيغمين (في حالة عدم توافر فلومازينيل) دواعي الإستعمال: • خمود الجهاز التنفسي بسبب بنزوديازيبينات (ديازيبام) في حالة عدم توافر فلومازينيل • جرعة أتروبين زائدة • إستجابة كيتامين
25 مجم أو 50 مجم. عضلي عميق قبل الجراحة أو بعد الجراحة يضيف إلى التأثير المهدئ للعقاقير المخدرة. في حالة إعطائه مع ميبيردين. قلل الجرعة بنسبة 25-50 في المائة	بروميثازين • التقيؤ والغثيان • مهدئ قبل التخدير • مضاد الهيستامين
الأدوية الإضافية (الأدوية المرغوبة لرفع مستوى السلامة)	
إعطاء 3 مل بالبخاخ (ترذيز 0.83 مجم/مل: 3 مل/أمبولة) كل 20 دقيقة لـ 3-6 جرعات، ثم كل 4-6 ساعات. حسب الحاجة	ألبوتيرول (أو تيربوتالين) دواعي الإستعمال: • الربو الحاد • فرط الحساسية مع ضيق التنفس.
0.2 مجم (2 مل) في الوريد خلال 30 ثانية: كرر كل 1 دقيقة حتى وصول الجرعة الإجمالية 3 مجم (15 مل) ملحوظة: إذا لم يؤد هذا العلاج إلى التغلب على الخمود التنفسي. فمن غير المرجح أن يكون سبب الخمود هو الجرعة الزائدة من بنزوديازيبين (ديازيبام). في حالة حدوث استجابة جزئية، قم بإعطاء جرعات إضافية مقدار كل منها 0.5 مجم. بدون تجاوز الجرعة القصوى 5 مجم	فلومازينيل (يفضل على فيزوستيغمين) دواعي الإستعمال: • خمود الجهاز التنفسي بسبب بنزوديازيبينات (ديازيبام)

تابع

تابع

معدات الطوارئ	الإمدادات الأساسية
• جهاز إنعاش الطوارئ أو جهاز إنعاش يدوي (حقيبة أمبو Ambu) • قناع للوجه • خزان أكسجين مع صمام تخفيض الضغط، وأنباب • مقياس التدفق وحلقة الأكسجين والأنبوب • آلة شفط مع أنبوب ومصيدتين • قسطنطرات غير مرنة (حجم 18 Fr) • قسطنطرة شفط مرنة • مسالك هواء عن طريق الفم (مقاس 90 مم و 100 مم) • مسالك هواء أنفية بلعومية، (مقاس 28 و 30) • عاصبة • قسطنطرة فولي Foley للمثانة (مقاس 16 أو 18) • وكيس صرف • جهاز ضغط الدم (سماعة الطبيب، مقياس ضغط الدم) • كشفاف (مصباح كهربائي) • وعاء للتقيؤ • بطانية	• أكسجين • سوائل وريدية (محلول ملحي عادي و 5 في المائة دكستروز في الماء) • مجموعات الحقن مع إبر عيار كبير (قياس 14-16) وأنباب • شريط لاصق • إسفنجات شاش • مطهرات لتنظيف الجلد • مزلق للتنبيب الأنفي البلعومي • سرنجات وإبر (تحت الجلد)

المصدر: Tubal Ligation Handout #17: Emergency Supplies and Equipment [موقع الويب] Training Resource Package for Family Planning. متاح على: <https://www.fptraining.org/training/19/downloads>. تم الوصول بتاريخ 9 يونيو 2022.

قطع القناة الدافقة (إعقام الذكور): المعدات وإمدادات الطوارئ

قائمة الأدوية

إعطاء الأدوية وجرعاتها	الأدوية الأساسية ودواعي استعمالها
إنخفاض ضغط الدم: 2-16 ميكروغرام في الوريد؛ ثم 0.05-0.3 ميكروغرام/كغ/دقيقة (أخلط 4 مجم في 500 مل؛ 1 مل = 8 ميكروغرام/مل) الربو الحاد والتأق: 0.3-0.5 مجم (0.3-0.5 مل من محلول 1000:1) حقن تحت الجلد كل 10-20 دقيقة، حسب الحاجة عدم انتظام ضربات القلب: 1 مجم بلعة وريدية (10 مل من محلول 10,000:1) يليها 20 مل محلول ملحي كل 3-5 دقائق. (في حالة توفر 1000:1 فقط. خفف 1 مل من الأدرينالين في 10 مل من المحلول الملحي العادي) تحذير — لا يُستخدم محلول 1000:1 في الحقن الوريدي أبداً (تأكد من التخفيف 10,000:1)	إبينفرين (أدرينالين) دواعي الإستعمال: • إنخفاض ضغط الدم • الربو الحاد • فرط الحساسية • عدم انتظام ضربات القلب (الرجفان البطيني؛ التسارع البطيني عديم النبض؛ توقف الانقباض؛ نشاط كهربائي عديم النبض)
5-6 مجم/كجم وريدي خلال 20 دقيقة؛ ثم 0.5-0.7 مجم/كجم/ساعة	أمينوفيلين (في حالة عدم توفر ألبوتيرول وتيربوتالين) دواعي الإستعمال: • الربو الحاد • فرط الحساسية مع ضيق التنفس
التفاعل الوعائي المبهمي: 0.4-0.6 مجم عن طريق الوريد توقف الإنقباض والنشاط الكهربائي عديم النبض: 1.0 مجم بلعة وريدية؛ كرر حسب الحاجة كل 3-5 دقائق. بحد أقصى 0.04 مجم/كجم	أتروبين دواعي الإستعمال: • الإستجابة الوعائية المبهمية • توقف الإنقباض • النشاط الكهربائي عديم النبض
5-10 مجم (0.15-0.25 مجم/كجم) وريدي بمعدل 5 مجم كل 5 دقائق؛ يمكن التكرار كل 10-15 دقيقة. مع المراقبة الدقيقة لعدم تجاوز الجرعة القصوى 30 مجم. يمكن التكرار خلال 2-4 ساعات. لا تتجاوز الجرعة. ملحوظة: في حالة صعوبة بدء الحقن الوريدي. أعط 20-10 مغ في الشرج، باستخدام سرنجة	ديازيبام دواعي الإستعمال: • حدوث النوبات
50 مجم في الوريد أو العضل كل 6-8 ساعات (في حالة فرط الحساسية الشديدة، يعطى 100 مجم في الوريد في البداية)	ديفينهيدرامين دواعي الإستعمال: • فرط الحساسية

تابع

تابع

إعطاء الأدوية وجرعاتها	الأدوية الأساسية ودواعي استعمالها
250 مجم في الوريد: كرر كل 4-6 ساعات حسب الحاجة. قد يلزم إعطاء جرعات أعلى لإدارة الصدمة	هيدروكورتيزون دواعي الإستعمال: الربو الحاد فرط الحساسية
0.5-2.0 مجم في الوريد أو العضل تعطى بزيادة 0.5 مجم حتى بلوغ الجرعة الإجمالية إلى 3-4 مجم. تعاد الجرعة خلال ساعة إلى ساعتين، حسب الحاجة	فيسوستيغمين (في حالة عدم توافر فلومازينيل) دواعي الإستعمال: خمود الجهاز التنفسي بسبب بنزوديازيبينات (ديازيبام) في حالة عدم توافر فلومازينيل جرعة أتروبين زائدة إستجابة كيتامين
25 مجم أو 50 مجم. عضلي عميق قبل أو بعد الجراحة ملحوظة: يضيف إلى التأثير المهدئ للعقاقير المخدرة. في حالة إعطائه مع ميبيريدين، قلل الجرعة بنسبة 50-25 في المائة	بروميثازين التقيؤ والغثيان مهدئ قبل التخدير مضاد الهيستامين
الأدوية الإضافية (الأدوية المرغوبة لرفع مستوى السلامة)	
إعطاء 3 مل بالبخاخ (ترذيد 0.83 مجم/مل؛ 3 مل/أمبولة) كل 20 دقيقة لـ 3-6 جرعات، ثم كل 4-6 ساعات، بحسب الحاجة	ألبوتيرول (أو تيربوتالين) دواعي الإستعمال: الربو الحاد فرط الحساسية مع ضيق التنفس
0.2 مجم (2 مل) في الوريد خلال 30 ثانية؛ كرر كل 1 دقيقة حتى بلوغ الجرعة الإجمالية 3 مجم (15 مل). ملحوظة: لا نرجح زيادة جرعة بنزوديازيبين في حالة عدم الإستجابة لهذا العلاج. في حالة حدوث إستجابة جزئية، قم بإعطاء جرعات إضافية مقدار كل منها 0.5 مجم. بدون تجاوز الجرعة القصوى 5 مجم	فلومازينيل (يُفضل على فيزوستيغمين) دواعي الإستعمال: خمود الجهاز التنفسي بسبب بنزوديازيبينات (ديازيبام)

تابع

تابع

الإمدادات الأساسية	
• حقيبة أمبو Ambu • أكسجين • سوائل وريدية (محلول ملحي عادي و 5 في المائة دكستروز في الماء) • مجموعات الحقن مع إبر عيار كبير (قياس 14-16) وأنابيب/عاصبة • شريط لاصق • إسفنجات شاش • مطهرات لتنظيف الجلد • سرنجات وإبر (تحت الجلد)	
معدات الطوارئ	المعدات الأساسية
معدات اختيارية (في حالة وجود أفراد مدربين على استخدامها) • منظار الحنجرة، مع مصباح احتياطي وبطارية احتياطية • أنابيب القصبة الهوائية • مقياس التأكسج النبضي • جهاز مخطط كهربية القلب (ECG) مزود بأقطاب • مزبل الرجفان • جهاز التخدير بالاستنشاق العام	• جهاز إنعاش الطوارئ أو جهاز إنعاش يدوي (حقيبة أمبو Ambu) • قناع للوجه • خزان أكسجين مع صمام تخفيض الضغط. • وأنابيب مقياس التدفق وحلقة الأكسجين والأنبوب • آلة شفط مع أنبوب ومصيدتين • قسطرات غير مرنة (حجم Fr 18) • قسطرة شفط مرنة • مسالك هواء عن طريق الفم (مقاس 90 مم و 100 مم) • مسالك هواء أنفية بلعومية. (مقاس 28 و 30) • عاصبة • قسطرة فولي Foley للمثانة (مقاس 16 أو 18) • وكيس صرف • جهاز ضغط الدم (سماعة الطبيب). • مقياس ضغط الدم • كشاف (مصباح كهربائي) • وعاء للتقيؤ • بطانية

المصدر: Training Resource Package for Family Planning [موقع الويب] Vasectomy Handout #16: List of Emergency Equipment, Drugs, and Supplies. متاح على: <https://www.fptraining.org/training/6/downloads>. تم الوصول بتاريخ 9 يونيو 2022.

الفصل 3:

تقديم المشورة

1. مقدمة	60
1.1 ما المقصود بتقديم المشورة؟	60
2. تقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية	60
1.2 تقديم المشورة المتكاملة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية	60
2.2 من يستطيع تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية؟	62
3.2 حقوق المستفيدين والمستفيدات: مبادئ تقديم المشورة	62
4.2 مهارات التواصل في تقديم المشورة	66
5.2 إطار تقديم المشورة: REDI	66
3. النوع الاجتماعي وديناميات السلطة في تقديم المشورة	67
4. تقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والحياة الجنسية	68
1.4 تقديم المشورة في الحياة الجنسية	68
2.4 موضوعات لتقديم المشورة في قضايا الصحة الجنسية والحياة الجنسية	69
5. بيئة تمكينية أو معينة	71
1.5 تعزيز المرفق الصحي	71
2.5 إشراك المجتمع	72



73	6. نماذج تقديم الرعاية الصحية لتقديم المشورة
73	1.6 تقديم المشورة في العلاقات
74	2.6 تقديم المشورة الجماعية
74	3.6 التدخلات الرقمية: تقديم المشورة عبر الهاتف والإنترنت
76	7. المراجع
78	1.7 الموارد

المختصرات

HIV	فيروس العوز المناعي البشري
LGBTI	مجتمع الميم
SGBV	العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
STI	العدوى المنقولة جنسياً
WHO	منظمة الصحة العالمية

1. مقدمة

هذا الفصل يساعد أهل الاختصاص المدربين داخل النظام الصحي وخارجه في تعزيز معرفتهم ومهاراتهم والمواقف اللازمة لتقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية التي تركز على المستفيد(ة) وتساعد المستفيدين والمستفيدات على اتخاذ قرارات طوعية ومستنيرة. يُعد تقديم المشورة من المقومات الشاملة في الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، وهي مهمة للغاية للأشخاص في سن الإنجاب وخاصة الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 عامًا). في السياقات التنموية والإنسانية أيضًا، ينبغي تطبيق توجيهات تقديم المشورة الواردة في هذا الفصل على جميع خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المتاحة في هذه التوجيهات السريرية التي تركز على المستفيد(ة).

2. تقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية

تقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية المتكاملة بجودة عالية يتضمن قيام مقدمي الرعاية الصحية بتطبيق مجموعة متكاملة من المهارات والمعارف والمبادئ الأساسية لتقديم المشورة والعمليات التي توضع في سياق البيئة المحلية للمستفيد(ة) من الخدمات واحتياجات التواصل الشخصي مع المستفيدين والمستفيدات من الخدمات [2]. يقدم القسم 2 تفاصيل كل عنصر من هذه العناصر الأساسية ويقدم الشكل 1 (الصفحة التالية) نظرة عامة منهجية لتقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

1.2 تقديم المشورة المتكاملة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية

في السياقات التنموية والإنسانية، من الضروري الاعتراف بأن تقديم المشورة بعد بمثابة مدخل لتحديد احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية غير الملباة والتي قد تكون لها عواقب قد تهدد الحياة [3]. ينبغي تكييف تقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية مع السياق المحلي، ومراعاة احتياجات المجتمع والحوافز المعقدة (مثل الحوافز الهيكلية والاجتماعية والثقافية والتقليدية والمتعلقة بالإعاقة والدينية والروحية) وتأثيرها على قدرة المستفيد(ة) على الوصول إلى الرعاية.

أما في مجال الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، فإن تقديم المشورة المتكاملة ينطوي على دمج قضايا مختلفة في جلسة مشورة واحدة لضمان الحصول على رؤية شاملة. وهذا بدوره يسمح للمستفيد(ة) بتقييم احتياجاته/ها من الصحة الجنسية والإنجابية وإدارة حياته/ها الجنسية [4].

1.1 ما المقصود بتقديم المشورة؟

تقديم المشورة عبارة عن تبادل المعلومات بناءً على تقييم احتياجات المستفيد(ة) واختياراته(ها) المفضلة وأسلوب حياته/ها لدعم اتخاذ القرار. وفقًا لنوايا المستفيد(ة)، تستند أساسيات تقديم المشورة إلى الاختيار المستنير وبدون إكراه؛ ومعلومات محايدة ومفهومة وقائمة على الأدلة؛ وعملية صنع القرار بطريقة تعاونية وسرية تضمن الجودة والاحترام وتقديم الرعاية في الوقت المناسب وحفظ الكرامة [1].

تُقدم المشورة وفقًا لنهج يقوم على الحقوق ويركز على المستفيد(ة) ويضمن احترام حقوق المستفيد(ة) (أنظر القسم 3.2) والمساواة في علاقة القوة التي تجمع بين المستفيد(ة) ومقدم المشورة (أنظر القسم 3).

تقديم المشورة يدعم المستفيدين والمستفيدات في ما يلي:

- تقييم وفهم أوضاعهم بشكل أكثر وضوحًا.
- تحديد مجموعة من الخيارات والأهداف لتحسين أوضاعهم.
- اتخاذ القرارات عن معرفة، وبطريقة تناسب قيمهم ومشاعرهم واحتياجاتهم الطرفية وحقوقهم، وإعطاء موافقتهم المستنيرة.
- الشعور بالقدرة على إدارة أوضاعهم، واكتساب الأهلية، والتصرف بناءً على قراراتهم.
- تطوير مهارات مثل القدرة على التحدث عن الجنس مع الشريك.

- تهيئة المستفيدة للحمل والوالدية
- مساعدة المستفيدة على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الرضاعة الطبيعية
- مساعدة المستفيدة على اتخاذ قرار بشأن إكمال/عدم إكمال حملها
- مساعدة الناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (SGBV) في الحصول على الأدوات التي يحتاجنها لمواجهة الصدمات التي يتعرضن لها.
- مناقشة أي قضايا تتعلق بالحياة الجنسية والعلاقات الجنسية، بما في ذلك التوجه الجنسي، وهوية النوع الاجتماعي والتعبير، والرعاية الجنسية، والعقم، وانقطاع الطمث، وضعف الانتصاب، وغيرها من المشكلات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية
- التعرف على الأعراف والقوانين والحقوق في مجتمعهم وكيفية الالتزام بها في خدمات الرعاية الصحية المقدمة
- توفير الحالات للخدمات العيادية والاجتماعية في المجتمع المحلي
- في مجالات الصحة الجنسية والإنجابية، يمكن استخدام تقديم المشورة المتكاملة للأغراض التالية:
- مساعدة المستفيدة(ة) على توضيح احتياجاتها/ها ورغباتها/تها في استخدام وسائل تنظيم الأسرة
- مساعدة المستفيدة(ة) على اتخاذ قرارات مستنيرة واختيارات حرة من وسائل تنظيم الأسرة
- مساعدة المستفيدة(ة) في معرفة المزيد عن وسيلة تنظيم الأسرة التي يختارها
- مساعدة المستفيدة(ة) على فهم كيفية الاستخدام الصحيح لوسيلة تنظيم الأسرة التي اختارها/تها
- مساعدة المستفيدة(ة) في التغلب على مخاوفه/فها واتخاذ القرارات المناسبة في حالة ظهور تحديات
- المساعدة في التغلب على المخاوف بشأن العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

الشكل 1: نظرة تخطيطية عامة لعملية تقديم المشورة



2.2 من يستطيع تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية؟

في العديد من المواقع، قد لا يكون هناك مقدم مشورة متخصص بصفة رسمية. ومع ذلك، وفقاً للسياسات المتبعة في كل دولة، يستطيع العديد من مقدمي الخدمات تقديم المشورة مثل مسؤولي الصحة العامة المديرين والأطباء والأخصائيين الاجتماعيين أو العاملين في المجتمع المحلي [5].

كل من لديهم الدافع لتقديم المشورة من المرجح أن يكونوا من المختصين المتعاطفين والمهتمين بهذا الشأن الذين يمتازون بالخصائص التالية:

- الالتزام بتطبيق وتعزيز مبادئ الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية الواردة في القسم 3.2.
- مهارات (لفظية وغير لفظية) جيدة في التواصل كما هو موضح في القسم 4.2.
- تمكنوا من استكشاف القيم والمعتقدات والمواقف الشخصية التي تتعلق بجميع جوانب الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية، ويستطيعون تقديم خدمات المشورة التي تركز على المستفيد(ة) ومنها:

- عدم إصدار أحكام مسبقة
- معرفة ذاتهم وعدم فرض قيمهم الشخصية على المستفيدين والمستفيدات
- أن يتسموا بالاحترام والتعاطف والدفع وحسن القبول
- الشغف والالتزام بحقوق المستفيدين والمستفيدات ورفاههم
- الصدق والاستعداد للتعلم من أخطائهم باستمرار
- حسن تقديرهم لمشاعر الأفراد والإحساس بقيمتهم وثقافتهم وأساليب حياتهم المختلفة

3.2 حقوق المستفيدين والمستفيدات: مبادئ تقديم المشورة

تستند معايير تقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية إلى مبادئ قائمة على الحقوق، ونوضحها في ما يلي. كما هو الحال مع التوجيهات الأخرى الواردة في هذا الفصل، يجب على مقدمي المشورة وضع سياق لتطبيق هذه التوصيات والتأكد من إعمال هذه المبادئ عند تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات بشأن مسائل معينة تتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية. وبالمثل، ينبغي تسهيل سبل وصول جميع الفئات إلى المرفق، بما في ذلك الشباب وذوي الإعاقة بمختلف أنواعها. وأن يكون المرفق مؤهلاً لتقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المتنوعة لضمان إمكانية وصول الأشخاص إلى مجموعة مختارة من خيارات الرعاية للاختيار من بينها وتلقي خدمات الرعاية المتكاملة التي يحتاجون إليها. (أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة) للحصول على توجيهات مفصلة بشأن متطلبات تشغيل مرفق الصحة الجنسية والإنجابية). وللاطلاع على تفاصيل معايير حقوق الإنسان في ما يتعلق بتنفيذ برنامج مبادئ تقديم المشورة الواردة في الجدول 1 (الصفحة التالية) يمكنكم الرجوع إلى جودة الرعاية المرتبطة بالمعلومات والخدمات الخاصة بمنع الحمل استناداً إلى معايير حقوق الإنسان: قائمة مرجعية لمقدمي الرعاية الصحية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (WHO) [6].

مهم!

لأغراض هذا الفصل، يمكن المبادلة بين مصطلح "مقدمي الرعاية الصحية" ومصطلح "مقدمي المشورة" ويشتمل هذان المصطلحان على مجموعة متنوعة من المهن التي يمكن تدريب أصحابها على تقديم المشورة

الجدول 1: مبادئ تقديم المشورة في الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية

المبادئ	تطبيقها في تقديم المشورة
المبدأ 1: عدم التمييز	يحق لجميع الأشخاص أن يعاملوا على قدم المساواة بغض النظر عن العمر، والنوع، والعرق، والتوجه الجنسي، وهوية النوع الاجتماعي، واللون، والدين، واللغة، والحالة الاجتماعية، وحالة اللجوء، سواء كانوا ناجين أو ناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (SGBV) و/أو لديهم إعاقة. ينبغي ألا تختلف خدمات تقديم المشورة من حيث جودتها بسبب خصائص المستفيدين والمستفيدات، بما في ذلك مكان الإقامة أو العمر أو الحالة الصحية أو حالة التأمين أو تعاطي المخدرات أو العمل في مجال الجنس [6]. وبالتالي، يجب أن يتلقى كل مستفيد أو مستفيدة مستوى لائقاً من الرعاية وأن يعامل بكرامة.
المبدأ 2: توافر المعلومات والخدمات	ينبغي تجهيز مرافق الرعاية الصحية ومنصات تقديم المشورة الرقمية والمجتمعات المحلية بعدد كافٍ من مقدمي المشورة المدربين (أن يكون مقدمو المشورة من أنواع اجتماعية مختلفة، إن أمكن) لتوفير التعليم وتبادل المعلومات وتدخلات تقديم المشورة. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي توفير المعلومات، والتعليم، ومواد التواصل المناسبة للعمر والسياق، والمراعية للنوع الاجتماعي، وتيسيرها للأشخاص ذوي الإعاقة (على سبيل المثال، توفيرها بتنسيقات مختلفة مثل طريقة برايل للمكفوفين)، مع ضمان السرية [7].
المبدأ 3: تسهيل الوصول إلى المعلومات والخدمات	يتم تقديم خدمات المشورة من خلال منصات متخصصة عن بُعد أو في بيئة مادية يسهل الوصول إليها وفي نطاق جغرافي معقول يضمن السرية وإمكانية إجراء أنشطة التعليم وتبادل المعلومات وتقديم المشورة. كما هو الحال في المرفق، في المنزل، عبر الإنترنت، عبر الهاتف، في المجتمع المحلي، إلخ. ينبغي أن تنسجم أنشطة تقديم المشورة بالعدالة في تلبية احتياجات مختلف الفئات في المجتمع، وخاصة الفئات المهمشة مثل المراهقين والمراهقات والأشخاص ذوي الإعاقة. ينبغي تحديد مواعيد مناسبة لتقديم خدمات المشورة، بغض النظر عن الموقع أو المنصات المستخدمة عن بُعد [7]. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي ضمان توافر وسائل النقل اللائقة للأشخاص ذوي الإعاقة، خصوصاً في أوقات الأزمات. من الضروري ضمان سلامة وصول الفئات المهمشة من مرافق الخدمات وإليها وخاصة في سياقات الأزمات الإنسانية.
المبدأ 4: تقديم المعلومات والخدمات بمستوى مقبول	ينبغي أن يكون مقدم المشورة ودوداً ولطيفاً ومرحباً، ويساعد في إضفاء هذه الروح على جلسة تقديم المشورة. من الأمثلة على ذلك توفير مساحة منفصلة لتقديم المشورة للمراهقين والمراهقات [8]. ينبغي أن يتجنب مقدم المشورة إغراق المستفيد أو المستفيدة بالمعلومات، وينبغي أن يصمم جلسة تقديم المشورة بطريقة تلائم احتياجات المستفيد أو المستفيدة، وأن يستخدم الوسائل المرئية لتسهيل المناقشات، مثل الألواح الورقية، وملصقات الصحة الجنسية والإنجابية والتشريحية، أو نماذج توضح منطقة الحوض. ينبغي عرض الملصقات والنصوص بلغة سهلة وصور مبسطة، وينبغي أن تكون مفهومة لفئة متنوعة من المستفيدين والمستفيدات من ذوي الاحتياجات المختلفة (مثل الأشخاص الذين يعانون من إعاقات لغوية أو إعاقات أخرى).

المبادئ	تطبيقها في تقديم المشورة
المبدأ 5: الجودة	يجب أن تكون معلومات ومهارات مقدم المشورة محدثة في ما يتعلق بجودة تقديم المشورة. وأيضاً في المعلومات القائمة على الأدلة المطلوبة لتقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات حول موضوعات وخدمات واتجاهات معينة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. وكذلك بشأن التغييرات التي ظهرت في احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية في منطقتهم. [9]. يجب ألا يسمح مقدم المشورة بأن تتأثر مسؤولياته المهنية سلباً بقيمه الشخصية وبالتالي تمنع ممارسة المستفيدين والمستفيدات لحقوقهم في حرية الاختيار واتخاذ القرار بدون إكراه وعن علم ودراية [10]. يحدد مقدم المشورة مسارات الإحالة مع الجهات التي تقدم الخدمات الصحية والمجتمعية الأخرى في ما يتعلق بأمور الصحة الجنسية والإنجابية في منطقتهم. بما في ذلك رعاية الإجهاض ومنع الحمل والوقاية من العدوى المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). والدعم و/أو رعاية الناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي [9]. يسجل مقدم المشورة المعلومات اللازمة حول استمارات جمع البيانات (أي السجلات، وملفات الحالات، والرضا المستنير، واستمارات التصريح بالمعلومات) [11]. لضمان تقديم المشورة ذات الجودة. ينبغي أن يقوم مديرو المرافق الصحية أو منصات تقديم المشورة الصحية الرقمية بتقييم المرشحين والموظفين وفقاً لمستوى معرفتهم بمجال تقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية ومهارات التواصل. وضمان التدريب المستمر. والإشراف الداعم، والتحديثات السريرية في الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.
المبدأ 6: اتخاذ القرارات المستنيرة	يجب معاملة المستفيدين والمستفيدات باحترام ووعي. يجب على مقدمي المشورة الامتناع عن الإكراه وتجنب التلاعب بالمستفيد أو بالمستفيدة وحمله على قبول ما يعتقدون أنه الأفضل له؛ هذا ينطبق بشكل خاص على المراهقين والمراهقات والأشخاص ذوي الإعاقة. يوفر مقدم المشورة الدعم اللازم للمستفيدين والمستفيدات ويعطيهم معلومات كاملة (مثل خيارات الإجراءات/الوسائل والعمليات والأعراض والآثار الجانبية، إلخ) بتنسيق سهل وأسلوب ميسر يمكنهم فهمه حتى يتمكنوا من اتخاذ القرار المستنير. على سبيل المثال. استخدام مترجم لغة إشارة و/أو استخدام لغة سهلة ومفهومة للتأكد من قدرة جميع المستفيدين والمستفيدات على اتخاذ القرار عن علم. انظر إطار المعلومات (الصفحة التالية) للحصول على توجيهات مفصلة بشأن إجراءات الموافقة/القبول [11].
المبدأ 7: الخصوصية والسرية	يوفر مقدم المشورة الحماية اللازمة للمعلومات الطبية ويحافظ عليها من الإفشاء بها بدون تصريح. ويحترم كرامة المستفيد(ة). ويضمن الخصوصية والسرية [12، 13]. يجب التصريح للمستفيد(ة) بوضوح أن الحوار وجميع الإجراءات السرية وعملية المتابعة سوف تبقى سرية ما لم ي/ترغب في إخبار أي طرف آخر بها. ينبغي إبلاغ المستفيد(ة) بأي حدود مقررّة للسرية (مثل التقارير الإلزامية التي تفرضها الدولة) قبل بدء الاستشارة أو الفحص. يتأكد مقدم المشورة من إجراء الجلسة في بيئة آمنة تضمن الخصوصية وعدم استماع الآخرين. حفاظاً على السرية. ينبغي أن يسأل مقدم المشورة دائماً إذا كان المستفيد أو المستفيدة يريد شخصاً داعماً له (مثل قريب أو شريك أو صديق أو مترجم لغة الإشارة، إلخ) في غرفة تقديم المشورة أو غرفة الإجراءات. في حالة اختيار شخص داعم آخر. يجب أن يلتزم بالسرية (على سبيل المثال. أن يوقع على إقرار مكتوب للالتزام بالسرية). ينبغي ألا يخبر مقدم المشورة الآخرين بما قاله المستفيدون والمستفيدات وينبغي أن يحتفظ بسجلات المستفيدين والمستفيدات في مكان آمن لضمان إدارة البيانات بطريقة سليمة وآمنة [5].
المبدأ 8: المشاركة	التواصل الجيد يبني علاقة جيدة مع المستفيد(ة) ويعزز شعوره/ها بالثقة ويشجعه/ها على المشاركة طوال جلسة تقديم المشورة [12]. يتم ترتيب غرفة تقديم المشورة بطريقة تعزز التواصل بين المستفيد(ة) ومقدم المشورة وتضمن السرية والخصوصية. هذا يسهل مناقشة عوامل الخطورة. بما في ذلك النشاط الجنسي والعلاقات الجنسية والسلوك الجنسي. هذا يساعد المستفيدين والمستفيدات في تحديد الحلول التي تناسب أوضاعهم وتنفيذها [13].
المبدأ 9: المساءلة	يتحمل مقدم المشورة مسؤوليته عن احترام حقوق كل مستفيد(ة) عند تقديم المعلومات. والتعليم. والمشورة بشأن قضايا الصحة الجنسية والإنجابية. تُعد استمارات تعليقات المستفيدين والمستفيدات/استطلاعات رضاهم السرية من الطرق العديدة التي يستطيع مقدمو المشورة تطبيقها للمساعدة في تحسين جودة تقديم المشورة [14].

عملية الموافقة المستنيرة والطوعية/الرضا المستنير والطوعي

يجب أن يعرف مقدمو المشورة إجراءات الحصول على الموافقة الطوعية والمستنيرة من المستفيد(ة) للمشاركة في الرعاية السريرية/العيادية.

1. تحديد قدرة المستفيد أو المستفيدة على فهم واتخاذ قرار بشأن رعايته السريرية/العيادية بناءً على المعلومات المقدمة، بدون تحريض أو إكراه أو تمييز.

أ. كن على دراية بالسن القانوني للموافقة في الدولة المعنية، وذلك مع ضرورة الاعتراف "بأنه يحق للأطفال، حسب قدراتهم المتطورة، الحصول على المشورة أو النصيحة والمعلومات السرية بدون موافقة والديهم أو الأوصياء القانونيين" [6]. إذا كان المستفيد أو المستفيدة دون السن القانوني لتقديم الموافقة على الرعاية السريرية/العيادية، فضع في اعتبارك أنه في "الحالات التي يكون فيها ذلك في مصلحة الطفل(ة) أو المراهق(ة)، ينبغي الحصول على الموافقة المستنيرة من ذلك الطفل أو تلك الطفلة أو المراهق(ة)" [6].

ب. يحق للأشخاص ذوي الإعاقة الاعتراف بهم بصفتهم الشخصية لاتخاذ قرارات بشأن حياتهم الجنسية والإنجابية. في حين أن الأطر القانونية قد تختلف، ينبغي إبلاغ الأشخاص ذوي الإعاقة وطلب موافقتهم في جميع السيناريوهات من خلال تحديد وإدماج آليات الدعم وإدخال التعديلات المعقولة في صنع القرار [15]. أنظر إطار المعلومات (أدناه) الذي يحتوي على اقتراحات عملية للحصول على موافقة مستنيرة من الأشخاص ذوي الإعاقة.

2. الحصول على القبول والموافقة وتوثيقهما.

- بمجرد حصول المستفيدين والمستفيدات على التوعية والمشورة، والتأكد من أنهم مؤهلون للحصول على رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، والإجابة على جميع أسئلتهم، واتخاذهم خياراً طوعياً وعن علم لتلقي رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، يجب أن يطلب منهم مقدم الخدمة التوقيع على وثيقة الموافقة/القبول.
- ب. يجب إبلاغ المستفيدين والمستفيدات أنه يمكنهم إلغاء موافقتهم في أي وقت وأن مقدم الخدمة يجب أن يحترم قراراتهم.
- ت. الموافقة الشفوية مطلوبة في حالة عدم القدرة على تقديم موافقة خطية من خلال منصات الصحة الرقمية.
- ث. في بعض السيناريوهات، مثل تقديم المشورة للمهاجرين واللاجئين والمجتمعات العرقية، يجب توفير ترجمة مناسبة وسرية للحصول على الموافقة.
- ج. الموافقة غير مطلوبة إذا كان المستفيد أو المستفيدة فاقداً(ة) للوعي وي/تحتاج إلى رعاية تنقذ حياته/ها.

اقتراحات عملية للحصول على موافقة مستنيرة من الأشخاص ذوي الإعاقة [16]

عند تقديم الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة، فإن أهل الممارسة الذين يسعون للحصول على الموافقة مستنيرة:

- يفترضون أن جميع الأشخاص ذوي الإعاقة لديهم القدرة على الموافقة على الخدمات المقدمة. ما لم يتبين خلاف ذلك، ينبغي ألا يفترض مقدمو الرعاية الصحية أن المستفيد(ة) المعاق(ة) لا ي/تستطيع إعطاء موافقته/ها على تلقي الرعاية الصحية. هذا صحيح بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون من جميع أنواع الإعاقات، بما في ذلك الإعاقات الذهنية أو الإدراكية. اتبع

توجيهات التواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة وتحديث مباشرة إلى المستفيد(ة). حتى لو كان/نت برفقة أحد أفراد الأسرة أو مقدم الرعاية.

- اعلم أن القدرة على الموافقة هي مفهوم مرن وتشير إلى القدرة على الموافقة على تلقي رعاية صحية معينة في وقت معين. بمعنى آخر، قد تتغير القدرة بمرور الوقت وقد لا تكون هي نفسها في جميع أنواع القرارات. يجب أن يتعامل مقدمو الرعاية الصحية مع عملية طلب الموافقة المستنيرة على أنها مناقشة مستمرة مع المستفيد(ة)، وليست حدثاً يتيماً.

تابع

اقتراحات عملية للحصول على موافقة مستنيرة للأشخاص ذوي الإعاقة [16] تابع

للعمل مع المستفيدين والمستفيدات ومناقشة القرارات بالتفصيل، للتأكد من أنهم يفهمون ما يوافقون عليه.

4. تذكر أن المستفيدين والمستفيدات الذين يفتقرون إلى القدرة على الموافقة لهم الحق في الحصول على المعلومات ويجب أن يشاركوا في صنع القرار. ينبغي أن يقدم مقدمو الرعاية الصحية دائماً المعلومات اللازمة وأن يستمعوا إلى المستفيدين والمستفيدات ويشرحوا كيف اتخذت القرارات ولماذا.

3. انتبه جيداً لطريقة توصيل المعلومات. لكي يعطي المستفيد أو المستفيدة موافقته/ها المستنيرة، يجب أن ي/تفهم المعلومات التي تستند إليها تلك الموافقة وكيف يتم توصيل المعلومات إليه. قد يكون من المفيد للمستفيدين والمستفيدات أن يتخذوا قرارات مهمة بمجرد التفكير في خطوات بسيطة. مثل التحدث عن أهدافهم المتعلقة بالرعاية الصحية، والإجراءات التي سيتم اتخاذها، والإجراءات التي سيحتاجون إلى اتخاذها، وما إلى ذلك. يجب أن يأخذ مقدمو الخدمة الوقت الكافي

4.2 مهارات التواصل في تقديم المشورة

لدعم المستفيد(ة) في عملية صنع القرار طوعياً وعن علم، يحتاج مقدم المشورة إلى مهارات فعالة للتواصل اللفظي وغير اللفظي تساعد في [11]:

- **بناء علاقة قوية:** استخدم لغة ودودة ومرحبة وغير قائمة على إصدار الأحكام (عدم افتراض نوع المستفيد(ة) واستخدام لغة محايدة بين الجنسين). استخدم مهارات الشعور الانعكاسي من خلال إعادة الصياغة وإبداء التعاطف والتعبير عن فهمك لما ي/تقول المستفيد(ة) واستماعك له/ها، وأخيراً، تطرق بلطف إلى موضوع الحياة الجنسية والسرية.
- **استخلاص المعلومات:** اطرح أسئلة مفتوحة وتمرن على الاستماع المتفاعل ومهارات إعادة الصياغة لتقييم احتياجات المستفيد(ة) واستكشاف المخاطر والتأكد من وجود تفاهم بين الطرفين.
- **توفير المعلومات:** قدم المعلومات اللازمة عن الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية القائمة على الأدلة بطريقة متدرجة وبلغه ي/تستطيع المستفيد(ة) فهمها. هذا يشجع المستفيد(ة) على التفكير في سياق صحته/ها الجنسية وتحديد أهداف معينة للتغيير إذا لزم الأمر.

ينبغي أن يستخدم مقدمو الرعاية الصحية أيضاً لغة شاملة بعيدة عن الوصم:

- سوف تختلف الكلمات التي يختارها مقدمو الخدمات لاستخدامها أو عدم استخدامها وفقاً للفروق الثقافية والفئة العمرية والتفضيلات الشخصية (على سبيل المثال، استخدم لغة محايدة بين الجنسين بعيداً عن الوصم واسأل المستفيد(ة) عن الطريقة التي ي/تود مخاطبته/ها بها) [17]. علاوة على ذلك، ينبغي أن يستخدم مقدمو الخدمات لغة تراعي المشاعر وغير تمييزية عند التعامل مع الفئات المهمشة مثل الأشخاص ذوي الإعاقة (على سبيل المثال، عدم استخدام كلمة "المعاق")

أو "المعوق"، واستبدالها بعبارة الشخص الذي يعاني من صعوبات في المشي). يجب أن يكون مقدمو الخدمات قادرين على تطوير لغة ملائمة للحديث عن الجنس والحياة الجنسية تكون مريحة ومناسبة للسياق الذي يعملون فيه.

- يمكن أن تساهم لغة الجسد والرسائل الشفهية البسيطة في وصم النشاط الجنسي البشري أو عدم وصمه. ينبغي أن يختار مقدمو الخدمات كلمات ونبرة صوت تتعامل مع قضايا الحياة الجنسية والعلاقات الجنسية بعيداً عن الشعو بالعار أو الوصم.
- ينبغي توخي الحذر عند استخدام مصطلحات مثل "طبيعي" / "غير طبيعي" و "المتاجرة بالجنس"، ينبغي تجنب تعبيرات مثل "الانحلال" و "الانغماس في الأنشطة الجنسية" و "الجنس قبل الزواج" أو "خارج إطار الزواج".
- ينبغي أن يقوم مقدمو الخدمات باحتواء جميع الأشخاص الذين يسعون إلى الحصول على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. ينبغي أن يقروا ويحترموا التجارب الصعبة التي مر بها كل مستفيد(ة). بما في ذلك العنف الجنسي والإجهاض.

5.2 إطار تقديم المشورة: REDI

يورد القسم 3.2 والقسم 4.2 المبادئ ومهارات التواصل التي ينبغي أن يلتزم بها مقدمو الخدمات عند تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات. تعني كلمة REDI، بناء العلاقات والاستكشاف واتخاذ القرار وتنفيذ القرار، وتعد من العمليات الفعالة في تقديم المشورة التي تركز على المستفيد(ة) وتتكون من أربع خطوات، والهدف منها مساعدة المستفيدين والمستفيدات الجدد والسابقين على اتخاذ قرارات طوعية ومستنيرة تناسب وضعهم وظروفهم الاجتماعية واحتياجاتهم الشاملة من الصحة الجنسية والإنجابية [12].

مهم! لا تؤذ أحداً!

توفير الرعاية المستنيرة للناجين والناجيات

ينبغي أن يكون مقدمو المشورة على علم بانتشار العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (SGBV) في سياقاتهم وأن يكونوا مراعيين لشعور الناجين والناجيات بسبب تجاربهم السابقة. تشجع منظمة الصحة العالمية مقدمي الرعاية الصحية على إثارة موضوع العنف والسلامة مع المستفيدين والمستفيدات الذين لديهم إصابات واضحة أو يمرضون بظروف يشتبه في ارتباطها بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. ومع ذلك، إذا لم يفصح المستفيدون والمستفيدات، ينبغي أن لا يضغط عليهم مقدمو الخدمات للقيام بذلك، ولكن يجب احترام رغباتهم، وإبلاغهم بخدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المتاحة وتوفير الحالات اللازمة وزيارات المتابعة حسب الحاجة. تذكر أن النساء والفتيات بينما يتأثرن في الغالب بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، يؤثر العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي أيضاً على الرجال والفتيان والأشخاص الذين ينتمون إلى مجتمع الميم (LGBTI) والأشخاص ذوي الإعاقة. تشير الأبحاث إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص الذين ينتمون إلى مجتمع الميم (LGBTI) أكثر عرضة لخطر مواجهة أي نوع من أنواع العنف أو العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. النساء والفتيات والفتيان ذوو الإعاقة أكثر عرضة بواقع 10 مرات لمواجهة العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في حياتهم [18].

أنظر الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي للحصول على توجيهات مفصلة حول تقديم المشورة للناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

مهم!

ينبغي عدم النظر بتاتا إلى الأشخاص ذوي التوجهات الجنسية المتنوعة، والهويات والتعبيرات الجندرية، والخصائص الجنسية من منظور مرضي في سياق التثقيف الجنساني أو تقديم المشورة أو برامج الرعاية والحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. أنظر القسم 1.4 و 2.4 للحصول على توجيهات بشأن التقليل من الوصم والتمييز ضد مجتمعات الميم (LGBTI).

3. النوع الاجتماعي وديناميات السلطة في تقديم المشورة

من المهم تجنب القوالب النمطية بين الجنسين التي تعوق عملية تقديم المشورة. ينبغي أن يتبع مقدم الخدمة نهجاً يركز على المستفيد(ة). يلتزم النهج القائم على الحقوق والأدلة في تقديم المشورة بتسهيل المساواة والسيطرة الشخصية بين المرأة والرجل. ومعالجة الوصم والتمييز في ما يتعلق بالإعاقة والتوجه الجنسي.

مهم!

لا يُنظر إلى المراهقين والمراهقات والأشخاص ذوي الإعاقة غالباً على أنهم أفراد لهم الحق في التمتع بحياتهم الجنسية واتخاذ قرارات بشأن صحتهم الجنسية أو توجههم وتعبيرهم الجنسي. بالإضافة إلى ذلك، يتم في بعض الأحيان تجاهل الحياة الجنسية لكبار السن أو وصمها، لكن النشاط الجنسي يمكن أن يظل جانباً مهماً من جوانب الصحة والرفاه طوال حياة الشخص. من المهم أن يتبنى مقدمو المشورة تطبيق نظرتهم الإيجابية للجنس، ونظرتهم النقدية للجنس، ويتأملون ذاتياً في مفاهيمهم الخاطئة والأحكام المسبقة، وأن يضمنوا حصول هذه الفئات السكانية على رعاية ذات جودة.

1.4 تقديم المشورة في الحياة الجنسية

وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية للحياة الجنسية، فإن العديد من العوامل البيولوجية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والبيئية والدينية والسياقية تؤثر على السلوك الجنسي للناس وعلاقاتهم ومشاعرهم وتوجهاتهم ورغباتهم ومواقفهم. كما أن تجارب كل شخص وتعبيراته عن حياته الجنسية فريدة من نوعها. هناك قضايا يحتاج مقدمو الخدمة إلى الوعي بها عند مناقشة الحياة الجنسية والتنوع الجنسي والجنساني والعلاقات الجنسية والعلاقة بين الصحة الجنسية والإنجابية (مثل استخدام وسائل تنظيم الأسرة) والصعوبات الجنسية مع المستفيدين والمستفيدات.

تساهم الرفاهية الجنسية بشكل كبير في جودة الحياة ويمكنها أن تؤثر بشكل إيجابي على الجنس الآمن والعلاقات الإيجابية. ومع ذلك، قد يشعر المستفيدون والمستفيدات، في كثير من الأحيان تجاه الرسائل السلبية والمتضاربة حول الحياة الجنسية، بالارتباك والخجل من أجسادهم، وعدم الإحساس بالأمان بشأن حياتهم الجنسية، وعدم القدرة على ممارسة حقوقهم الجنسية والإنجابية. على سبيل المثال، معايير النوع الاجتماعي، والتجيز الجنسي، والتمييز ضد المسنين، ورهاب المثلية الجنسية، ورهاب التحول الجنسي، والتمييز ضد المعاقين، والأشكال الأخرى من التحيزات والصور النمطية تحد من نمو الناس وفرصهم في التعبير الجنسي. لا سيما للشباب والأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص ذوي التوجهات المتنوعة والهويات الجندرية والتعبيرات والخصائص الجنسية.

لتقديم المشورة بشكل فعال حول الحياة الجنسية والرفاهية الجنسية، بما في ذلك المتعة الجنسية، يحتاج مقدمو الخدمة إلى فهم سياق الحياة الجنسية، وبنبغي دائماً الاعتراف بتنوع النشاط الجنسي للناس وتقديره والإشادة به في عملية تقديم المشورة.

4. تقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والحياة الجنسية

الحياة الجنسية جزء مهم من حياة الإنسان. إن الافتقار إلى التواصل المفتوح والصادق بشأن الجنس والحياة الجنسية يعني أنه قد يكون من الصعب على الأفراد والمجتمعات الحصول على معلومات دقيقة ودعم في القضايا المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. قد يكون الحديث عن الجنس والحياة الجنسية أمراً صعباً لكل من مقدمي المشورة والمستفيدين والمستفيدات.

يستطيع مقدمو المشورة أن يؤديوا دوراً مهماً في إنشاء مساحات آمنة للمستفيدين والمستفيدات لاستكشاف الجوانب الإيجابية والصعبة من توجهاتهم الجنسية، وبناء ثقة أكبر في علاقاتهم الجنسية وشعورهم بذواتهم الجنسية.

في إطار التزامهم بالحقوق والصحة الجنسية والإنجابية، وتقليل الوصمة، وزيادة الاعتراف بالحياة الجنسية كجانب إيجابي من حياة الإنسان، يستطيع مقدمو الخدمات تطبيق الآتي:

- **الإيجابية تجاه الجنس:** يتفهم مقدم المشورة التأثير الإيجابي للجنس والحياة الجنسية على حياة الإنسان، ويدعم المستفيدين والمستفيدات في الحصول على علاقات جنسية ممتعة وعادلة وآمنة، و/أو أن يكونوا سعداء بحياتهم الجنسية.
- **انتقاد الجنس:** مقدم المشورة قادر على تحديد ما يرى المجتمع أنه "طبيعي" / "غير طبيعي" و "جيد" / "سيئ" في الحياة الجنسية والعلاقات الجنسية والتفكير في ذلك بطريقة نقدية، ويدرك الذين لديهم القدرة على تصنيف الحياة الجنسية بهذه الطريقة.
- **الانخراط في التأمل الذاتي:** مقدم المشورة قادر على التفكير في القيم والخبرات الشخصية: المواقف الشخصية أو "القواعد" المتعلقة بالحياة الجنسية أو الجنس أو الزواج أو الواقي الجنسي أو المواد الإباحية أو المتعة الجنسية أو النشاط الجنسي الأنثوي أو العلاقات الجنسية المثلية: هو الذي يقر هذه القواعد وماذا يحدث لمن لا يلتزم بها: كيف يستطيع مقدم الخدمة استكشاف الاحتمالات مع المستفيد(ة) للعيش وفقاً لأنواع مختلفة من القواعد.

من المهم أن يكون مقدمو الخدمات على دراية بالجوانب القانونية المتعلقة بالتوجه الجنسي. هذا يساعدهم على إثارة موضوع التوجه الجنسي مع المستفيدين والمستفيدات.

ينبغي ألا يفترض مقدمو الخدمة أبدًا أنهم يعرفون التوجه الجنسي للمستفيدين والمستفيدات وأن يستخدموا دائمًا لغة محايدة بين الجنسين وشاملة. أنظر الفصل 1: التُّهَج والمبادئ التوجيهية لمزيد من التفاصيل عن الشمولية واللغة المحايدة بين الجنسين.

2.2.4 المخاوف الجنسية

العوامل السلبية المختلفة يمكنها أن تضر بالعلاقة الجنسية. تبدأ من المشكلات الجسدية والعاطفية وصولًا إلى التبعية والتجارب الجنسية السابقة وصعوبات التواصل. من خلال سؤال المستفيدين والمستفيدات عن المشكلات التي تعيق وتحفز المداعبة الجنسية والمتعة بالنسبة إليهم، فإن تقديم المشورة يدعم المستفيدين والمستفيدات في موازنة هذه المشكلات وتحديد أين توجد الإمكانية اللازمة لزيادة التجارب الإيجابية المحفزة والتغلب على التجارب السلبية.

لا توجد مجموعة موحدة من الأسئلة في جلسة المشورة لدعم المستفيدين والمستفيدات وتعزيز ثقتهم في حياتهم الجنسية. ومع ذلك، هناك بعض الأسئلة الاستكشافية البسيطة التي يستطيع مقدمو المشورة محاولة استخدامها لفتح محادثات حول الجنس والحياة الجنسية وإثارة النقاش حول الاستمتاع الجنسي والمتعة والشعور بعدم الراحة والألم.

توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن "التواصل الموجز المتعلق بالجنسانية" [20] تشجع مقدمي الخدمات على استكشاف وتناول موضوع الجنسانية في جلسات تقديم المشورة من خلال:

- **الاهتمام:** إقامة علاقة طيبة مع المستفيد(ة). بينما يتم تشكيل طريقة التواصل الموجز المتعلق بالجنسانية حول سياق واحتياجات المستفيد(ة). هناك بعض الأسئلة النموذجية التي يستطيع مقدمو الرعاية الصحية استخدامها بطريقة مناسبة اجتماعيًا لبدء الحديث عن موضوع الصحة الجنسية، مثل "هل لديك أي أسئلة أو مخاوف بشأن الأمور الجنسية؟"
- **التجارب:** طرح أسئلة تفتح محادثة حول الصحة الجنسية والجنسانية، مثل "ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟"، "هل تسير حياتك الجنسية كما تتمنى/تتمنين؟"، أو "ما هو شعورك في علاقاتك الجنسية؟"
- **إضفاء الطابع الشخصي:** تحديد المخاوف أو الصعوبات أو أوجه الخلل أو الاضطرابات الجنسية وديناميكيات أي تفاعل بينها، مثل "ما الصعوبات التي تواجهها في استخدام الواقي الجنسي؟"، "بعض الأفراد الذين واجهوا تحديًا خاصًا (مثل السرطان وارتفاع ضغط الدم والسكري وانقطاع الطمث والإعاقة وعلاج الإيدز - أيًا كان ما ي/تواجهه المستفيد(ة) يخبروني أنهم عانوا من صعوبات جنسية، فماذا عنك؟"

تشمل الحياة الجنسية مجموعة من التجارب الجسدية والعاطفية التي يمكن أن يتمتع بها الفرد في ما يتعلق بالتعبير الجنسي في مراحل مميزة من حياته. هذا يشمل تجارب الألم والغضب والقلق والملل وخيبة الأمل. بالإضافة إلى تجارب الرغبة والمتعة والسرور. يمكن أن تكون الممارسات الجنسية والعلاقات الجنسية مؤلمة أو ممتعة، تؤدي إلى الشعور باللذة أو عدم الشعور باللذة. غير مريحة، أو مرضية، تعزز الشعور بالتمكن - وأحيانًا ذلك كله في نفس الوقت. كل هذه الجوانب تحتاج إلى مراعاتها أو فهمها في عملية تقديم المشورة.

يؤدي تقديم المشورة في الحياة الجنسية إلى استكشاف العلاقة بين ما تعنيه الحياة الجنسية للفرد وما تعنيه لعلاقات المستفيدين والمستفيدات. ويمكن أن يساعد في استكشاف المخاوف والعقبات التي يواجهونها في تأكيد أنفسهم [13].

2.4 موضوعات لتقديم المشورة في قضايا الصحة الجنسية والحياة الجنسية

نتناول في الأقسام التالية وصفًا توضيحيًا لموضوعات النشاط الجنسي والعلاقات الجنسية، والاعتبارات الخاصة التي قد يناقشها مقدم المشورة مع المستفيدين والمستفيدات أثناء جلسات تقديم المشورة.

1.2.4 التنوع الجنسي

التنوع الجنسي مصطلح يجسد جميع الخصائص المتعلقة بالتوجهات الجنسية المتنوعة، والهويات الجندرية والتعبير عنها. والخصائص الجنسية [19].

في العديد من السياقات، يتعرض المستفيدون والمستفيدات ذوو التنوع الجنسي والجنساني من الاضطهاد والتمييز والوصم. يمكن أن يؤثر التوجه الجنسي أو العلاقات الجنسية المثلية على الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية المكفولة للمستفيد(ة)، والرفاه الجنسي، والرغبة في التحدث مع مقدمي الخدمات.

يتمتع الأشخاص ثنائيو الجنس بخصائص جنسية خارجية أو داخلية تجسد التنوع الواسع للجنس البيولوجي في البشر. توضح ثنائية الجنس أن التقسيم إلى ذكور وإناث لا يناسب جميع الأجسام.

ينبغي تقديم الدعم اللازم لكل من المتحولين جنسيًا وثنائيي الجنس من الشباب والبالغين لاتخاذ قرارات مستقلة بشأن أجسادهم وتلقي المعلومات والإرشادات المناسبة من مقدمي الخدمات حول العمليات الجراحية أو العلاجات الهرمونية.

ينبغي أن يفكر مقدمو الخدمات في مستوى شعورهم بالارتياح وقيمهم عند العمل مع المستفيدين والمستفيدات الذين تختلف توجهاتهم الجنسية وهويتهم الجندرية وتعبيرهم عن توجهاتهم، وأن يحرصوا على عدم فرض قيمهم على المستفيدين والمستفيدات.

3.2.4 المتعة الجنسية والعلاقات الجنسية

قد يختلف معنى المتعة الجنسية حسب المستفيد(ة) ويمكن أن يشعر بها الفرد وحده أو يشارك غيره في الشعور بها.

يمكن أن يساعد التركيز على التجارب الجنسية الإيجابية والمتعة في فتح نقاشات تؤدي إلى الحديث عن السلوكيات الجنسية الأكثر أمانًا وتعزيز مهارات التفاوض. علاوة على ذلك، قد يؤدي التواصل الجيد مع الشركاء بشأن التفضيلات الجنسية وتجربة المتعة الجنسية نتيجة لذلك إلى زيادة الثقة بالنفس واحترام الذات، مما قد يعزز بدوره القدرة على اتخاذ قرارات قوية بشأن ممارسة الجنس الآمن والعلاقات العادلة.

قد تشمل بعض نقاط المناقشة التي يجب تغطيتها في تقديم المشورة بشأن المتعة الجنسية والعلاقات الجنسية ما يلي:

- الرضا/الاستمتاع الجسدي والنفسي
- الرضا/الاستمتاع الجسدي والنفسي في لقاءات المستفيد(ة) الجنسية
- الأمور التي تجعل العلاقات الجنسية أكثر أو أقل متعة

تقرير المصير

- قدرة المستفيد(ة) على اختيار اللقاء الجنسي بحرية
- إجباره/ها على الدخول في علاقة جنسية

الرضا

- تحديات للوصول إلى اتفاقات بالتراضي بشأن ما ي/تريد/ها لا ي/تريد المستفيد(ة) فعله مع الشركاء الجنسيين

الأمان

- الأمور التي تجعل المستفيدين والمستفيدات يشعرون بالأمان/بعدم الأمان في علاقاتهم الجنسية
- ما هي أكثر طرق الحماية شيوعًا
- المواقف التي ي/تشعر فيها المستفيد(ة) بمزيد من الأمان/قلة الأمان
- تحديات الحصول على علاقات جنسية آمنة

الخصوصية

- ما هي التحديات الرئيسية لضمان الخصوصية
- عوامل خارجة عن سيطرة المستفيد(ة) للحصول على الخصوصية في اللقاءات الجنسية

الثقة

- ما هي العوامل التي تحد من الطرق التي ي/تعبّر بها المستفيد(ة) عن نفسه أثناء هذه اللقاءات
- هل هناك شيء ي/تشعر المستفيد(ة) بأنه يقيده/ها (مثل الإعاقة، شكل الجسد)؛ دور الشريك في شعور المستفيد(ة) بزيادة أو بضعف الثقة

التواصل/التفاوض

- قدرة المستفيد(ة) على التحدث مع الشريك (الشركاء) عن مبتغاه من اللقاء الجنسي
- القدرة على اقتراح استكشاف أشياء جديدة

4.2.4 الضعف الجنسي

ينبغي أن يناقش مقدمو الخدمات الضعف الجنسي، والأسباب المحتملة والعلاج، وأن يشجعوا المستفيدين والمستفيدات على طلب الدعم عند الضرورة. أكثر نوعين من أنواع الضعف الجنسي شيوعًا يعاني منهما الأفراد هما:

صعوبة الوصول إلى النشوة

- قد يكون هذا مصدر قلق للأفراد من جميع الأعمار. في الدراسات الاستقصائية حول نشوة الجماع، تشير التقارير إلى أن النساء يجدن صعوبة أكبر في الوصول إلى النشوة الجنسية مقارنة بالرجال. ومع ذلك، قد يكون كل من جودة النشوة وموعد الشعور بها مشكلة للأفراد من جميع الأنواع الاجتماعية.

- يستطيع مقدمو الخدمات مناقشة المتعة وأهمية الشعور بالنشوة: هل ي/تعتقد المستفيد(ة) أن ممارسة الجنس ينبغي بالضرورة أن تتضمن الشعور بالنشوة؟ هل تظل ممتعة/مرضية بالرغم من عدم حدوثها؟

- لا يمكن الوصول إلى النشوة الجنسية ببساطة في الغالب كما قد يبدو من الأفلام/التلفزيون والمواد الإباحية. على سبيل المثال، تجد العديد من النساء أنه من الصعب أو المستحيل الوصول إلى النشوة الجنسية أثناء ممارسة الجنس عن طريق الإيلاج فقط (القضيب في المهبل) ومن المرجح أن يطلبن تحفيز البظر. قد يكون من المفيد التحدث عن البنية الداخلية للبظر وعدد النهايات العصبية في الجزء الخارجي من البظر مقارنة بالقناة المهبليّة.

- في بعض الأحيان، قد يؤدي الضغط للوصول إلى النشوة الجنسية أثناء ممارسة الجنس إلى تفاقم المشكلة ويؤدي إلى الشعور بالفشل. يستطيع مقدمو الخدمة التحدث إلى المستفيدين والمستفيدات حول ما يجعلهم يشعرون بالارتياح، وكيف يمكنهم بدء ممارسة الجنس (بمفردهم أو مع شريك) الذي لا يركز على النشوة الجنسية كهدف، ولكن على المتعة/العلاقة الحميمة.

5. بيئة تمكينية أو معينة

قد ينطوي تقديم المشورة على إبعاءات سلبية في بعض المجتمعات بسبب الشعور بالحر من الجنسية والحقوق والصحة الجنسية والإنجابية ووصفها بالعار. من المهم أن يشعر المستفيدون والمستفيدات الحاليون والمحتملون بالدعم والترحيب بهم عند طلب الرعاية التي يحتاجونها لإدارة حياتهم الإنجابية.

ينبغي أن يؤدي مقدمو المشورة دورهم في التصدي لمشكلات المراهقين والمراهقات الصحية: شمول الإعاقه: تنوع التوجهات الجنسية: الهويات والتعبيرات الجندرية، والخصائص الجنسية: والقضايا الاجتماعية في المجتمع. غالبًا ما يحظى مقدمو المشورة بتقدير واحترام كبيرين، ويمكنهم قيادة المناقشات حول عدم المساواة والممارسات الضارة وغيرها من قضايا الصحة الجنسية والإنجابية الحساسة والمثيرة للجدل في بعض الأحيان.

يتضمن توفير بيئة تمكينية لتقديم المشورة إتباع نهج متعدد القطاعات/أصحاب المصلحة يربط بين المرافق الصحية والهيئات الحكومية المحلية والمدارس والمنظمات التي يقودها الشباب ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقه وأفراد الأسرة والقادة الدينيين وقادة المجتمع [23.22.8]. وبالمثل، فإن تعزيز الدعم داخل المرافق الصحية والمجتمعات يؤدي إلى تحسين مسارات الإحالة على طول سلسلة الرعاية المستمرة ويخلق بيئة تمكّن الأفراد من تطوير سلوكيات إيجابية تعزز الصحة الجنسية والإنجابية [24].

1.5 تعزيز المرفق الصحي

لكي يقدم المرفق الصحي الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية عالية الجودة لجميع الفئات السكانية، يجب الالتزام في تقديم المشورة بالمبادئ التسعة القائمة على الحقوق (أنظر الجدول 1) ويجب أن تفي بمتطلبات المرفق الموضحة في الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة). تؤثر بيئة المرفق وخصائصه على قرار المستفيد(ة) بالسعي للحصول على المعلومات والمشورة والرعاية والتردد على المرفق [11.5].

الشعور بالألم أثناء الجماع

- قد يحدث الألم أثناء ممارسة الجنس بسبب الحالة الذهنية للشخص، أو مشاكل في العلاقة، أو الأدوية، أو الحالات الطبية/الأمراض النسائية والجراحية، أو بسبب الشريك أو الضغط الجنسي غير المرغوب [21].
 - ينبغي ألا يشعر أحد بالضغط لممارسة الجنس بالرغم من عدم الاستمتاع به أو ممارسة الجنس بالرغم من الشعور بالألم. أنظر الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي للحصول على توجيهات حول تقديم المشورة للناجين والناجيات من العنف الجنسي ومسارات الإحالة.
 - اكتشف ما ي/تعنيه المستفيد(ة) بالجنس. هل ي/تقصد ممارسة الجنس مع الإيلاج؟ إذا كان الأمر كذلك، تحدث عن طرق بديلة لتقديم المتعة والشعور بها، ومدى أهمية ممارسة هذا النوع من الجنس بالنسبة إليهم.
 - قد يكون سبب الشعور بالألم في المهبل هو وجود عدوى أو تشنج مهلي أو تهيج ناتج عن استخدام مستحضرات التجميل. قد يكون سبب الشعور بالألم في الحوض وجود مرض التهابي في الحوض أو انتباز بطانة الرحم أو الأورام الليفية. من المهم طرح الأسئلة للتأكد من سبب الألم.
 - قد يكون الألم بسبب قلة الإثارة، وقد يكون الجنس مع الإيلاج مؤلمًا لمن يمارسونه لأول مرة، أو لمن يعانون من جفاف المهبل بعد انقطاع الطمث. من المهم التحدث عن القبول والاستمتاع بالإضافة إلى التزليق - الطبيعي والاصطناعي.
 - قد يلعب استخدام وسائل منع الحمل والواقى الجنسي دورًا كبيرًا في مدى الراحة الجسدية التي يشعر بها الشخص عند ممارسة الجنس الإيلاجي: ينبغي أن يتحدث مقدمو الخدمة عن الوسيلة التي تستخدمها المستفيدة وعن شعورها بها.
- ينبغي أن يفكر مقدمو خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية التفكير بإحالة المستفيدات اللاتي يعانين من عجز جنسي شديد بسبب صعوبات للمستفيدات والشركاء إلى أخصائي يحتاج مقدمو الخدمة إلى معرفة الجهات التي يمكنهم إحالة المستفيدين والمستفيدات إليها للحصول على رعاية جديرة بالثقة وإيجابية من الناحية الجنسية وغير متحيزة.

للحصول على الرعاية الصحية والإفصاح عن بياناته/تها لإتمام إجراءات الإحالة.

يوضح الجدول 2 استراتيجيات المشاركة المجتمعية التي تغلب على الحواجز المركبة التي يواجهها الأفراد وتساعد في تحفيز السلوكيات الإيجابية ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية. تقوم هذه الاستراتيجيات على الحقوق وهي مصممة ليتم تنفيذها في البيئات غير الرسمية والرسمية على حد سواء، بما في ذلك سياقات الأزمات الإنسانية، وهي قابلة للتكيف لتلبية احتياجات المشاركين والمشاركات والفئات الأكثر تهميشًا.

2.5 إشراك المجتمع

في بعض السياقات، قد تكون هذه هي المرة الأولى التي يتم فيها البدء في تقديم التوعية بالحقوق والصحة الجنسية والإنجابية وتقديم المعلومات والمشورة بشأنها، وبالتالي فمن الضروري بناء الثقة مع أفراد المجتمع. تقديم المعلومات والتوعية قبل تقديم المشورة يبني الثقة، ويجعل التفاعل بين مقدم الخدمة والمستفيد(ة) أكثر فعالية، ويوفر الوقت في جلسات تقديم المشورة التي تعزز التعلم لأن المستفيد(ة) ي/تنلقى المعلومات والتوعية التي تلبي احتياجاته/تها الخاصة. في المقابل، ي/تسعر المستفيد(ة) بالتمكن من تقديم موافقته/تها المستنيرة

الجدول 2:

استراتيجيات المشاركة المجتمعية لتحفيز السلوكيات الإيجابية ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية

الإستراتيجية	
إشراك القادة الدينيين والمنظمات النسائية المجتمعية؛ الشباب؛ الأفراد الذين لديهم توجهات جنسية وهويات جنسية متنوعة وخصائص جنسية؛ والأفراد ذوي الإعاقة	العمل مع قادة المجتمع أمر بالغ الأهمية للتصدي للمعلومات غير الدقيقة وتبديد أي خرافات أو مفاهيم خاطئة قد تكون لدى المجتمع حول الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية وتقديم المشورة. المشاركة الهادفة مع المنظمات المجتمعية التي تمثل المرأة؛ الشباب؛ الأفراد الذين لديهم توجهات جنسية وهويات جنسية وهويات جنسية متنوعة وخصائص جنسية؛ والأفراد ذوي الإعاقة تزيد الوصمة عن الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية لهذه الفئات، وتقدم فرصة للحوار المباشر والإحالة إلى خدمات الرعاية الصحية
المشاركة الجماعية الشاملة (CGE) [25] وتقديم المعلومات الجماعية (GIG)	لا تقتصر المشاركة الجماعية الشاملة (CGE) وتقديم المعلومات الجماعية (GIG) على مجرد الوصول إلى صناع القرار والقادة، أو الوصول إلى فئات معينة من الأفراد لتعزيز الحوار المفتوح وفهم الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. ينبغي أن يقدم الميسر معلومات ومواد واضحة إلى مجتمعات معينة. بخلاف تقديم المشورة الجماعية، لا تنحصر المشاركة الجماعية الشاملة (CGE) وتقديم المعلومات الجماعية (GIG) في نطاق السرية، لذلك من المهم أن يتحدث المشاركون والمشاركات عن القضايا بطريقة عامة ولا يكشفوا عن المعلومات الشخصية. يعتمد الحجم المثالي للفئة المستهدفة على موقعها والوقت المتاح لها. ولكن بشكل عام ينبغي اغتنام فرصة المناقشة إذا تراوح عدد أفراد الفئة المستهدفة بين 10 و 15 فردًا. تصبح هذه الأنشطة الجماعية فعالة للغاية عند إشراك الرجال والفتيان والمجتمعات المهمشة. للحصول على توجيهات إضافية بشأن نهج المشاركة الجماعية الشاملة (CGE)، يرجى الرجوع إلى قائمة الموارد في القسم 1.7

تابع

تابع

الإستراتيجية	
توضيح القيم وتحويل المواقف (VCAT) [10]	يساعد نهج توضيح القيم وتحويل المواقف (VCAT) المشاركين والمشاركات على التفكير في تجاربهم الشخصية والقوى الدافعة في مجتمعاتهم التي تساعد في تشكيل مواقفهم ومعتقداتهم بشأن الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. تهدف ورش العمل المخصصة لتوضيح القيم وتحويل المواقف (VCAT) إلى استكشاف هذه القضايا بعمق وهي مصممة لتحدي المفاهيم التي يتصورها المشاركون والمشاركات حقيقة وتمهيد الطريق لقبول ودعم الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. يستطيع الميسرون المدربون المعنيون بنهج توضيح القيم وتحويل المواقف (VCAT) إجراء ورش عمل مستقلة لنهج توضيح القيم وتحويل المواقف (VCAT) أو دمج أنشطة VCAT في مبادرات المشاركة المجتمعية الأخرى. علاوة على ذلك، يمكن إجراء ورش عمل VCAT مع فئات مجتمعية مختلفة حول مختلف قضايا الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية في مواقع مناسبة للمشاركين والمشاركات. للحصول على معلومات عن الحزم التدريبية الخاصة بنهج توضيح القيم وتحويل المواقف (VCAT)، يُرجى العودة إلى قائمة الموارد في القسم 1.7.
التثقيف الجنسي الشامل (CSE) [26]	التثقيف الجنسي الشامل هو نهج للمشاركة المجتمعية قائم على الأدلة يُقدم للأطفال والمراهقين والمراهقات والشباب. يعرف الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) التثقيف الجنسي الشامل (CSE) بأنه عبارة عن "عملية تعلم شاملة وتطورية ومناسبة للعمر وذات صلة بالسياق والثقافة ودقيقة علمياً وترتكز على رؤية لحقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين والإيجابية الجنسية والمواطنة التي تهدف إلى تمكين المراهقين والمراهقات والشباب". التثقيف الجنسي الشامل يمكنهم من "تحسين وحماية صحتهم ورفاههم وكرامتهم؛ ودعمهم في تطوير مهارات التفكير النقدي والمواطنة والعلاقات المتساوية والصحة والإيجابية". للحصول على توجيهات إضافية بشأن التثقيف الجنسي الشامل، يُرجى الرجوع إلى قائمة الموارد في القسم 1.7.

6. نماذج تقديم الرعاية الصحية لتقديم المشورة

في ظل تعرض النظم الصحية لضغوط بسبب الأوبئة والأزمات الإنسانية و/أو الموارد المالية والبشرية المحدودة، يصبح الوصول العادل إلى المعلومات وتقديم المشورة ذات الجودة أمراً نادراً [27]. تعد الصحة الرقمية وتقديم المشورة الجماعية من النهج المبتكرة لتوسيع نطاق الوصول خارج إطار النظام الصحي الرسمي للأفراد الذين يرغبون في ممارسة الرعاية الذاتية، وللغئات المهمشة والمحرومة من الخدمات الذين يواجهون عوائق معقدة تمنعهم من الوصول إلى المشورة الجيدة [27، 28].

يستعرض هذا الفصل مناقشة تفصيلية لأفضل ممارسات تقديم المشورة الشخصية وجهاً لوجه. يمكن أيضاً الإستعانة بجميع المفاهيم المتعلقة بتقديم المشورة الواردة في هذا الفصل وتكييفها مع نماذج تقديم المشورة الإضافية الموضحة في الأقسام التالية.

1.6 تقديم المشورة في العلاقات

كثيراً ما يواجه مقدمو المشورة أسئلة وصعوبات، لا يرتبط الكثير منها مباشرة بالصحة الجنسية والإنجابية أو الجنسية، مثل الصعوبات في العلاقات والزواج (مثل المهر، والزواج المبكر والفسري، والمسائل المالية والأسرية)، والصحة النفسية في صفوف المراهقين والمراهقات، أو الصعوبات والخلافات بين الأبناء وأولياء الأمور.

مهم! ينبغي إدراج نهج متعدد الجوانب في برامج الصحة الجنسية والإنجابية والرعاية الصحية

ينبغي أن يتمتع الأفراد من جميع الهويات والظروف والإحتياجات بنفس حقوق الصحة الجنسية والإنجابية كسائر الأفراد الآخرين. وهذا يشمل مراعاة ديانة الأفراد، والأصل القومي والعرق، والعمر، والإعاقة، والتوجه الجنسي. تأكد من أن جميع برامج الصحة الجنسية والإنجابية والرعاية الصحية على طول سلسلة الرعاية متجذرة في نهج قائم على الحقوق وقائم على الأدلة (أنظر الجدول 1).

مهم!

إذا كان الوالدان أو أحد الشريكين يتمتع بقدر كبير من المعرفة والفهم، ينبغي أن لا يؤثر ذلك سلباً على قدرة الطفل أو الشريك الآخر على اتخاذ القرار. تحدد توجيهات الموافقة/القبول الواردة في القسم 3.2 البروتوكول الذي يجب على أهل الممارسة الالتزام به في تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات. بالنسبة إلى الأزواج الذين يتمتعون بالتواصل الإيجابي والاحترام المتبادل، يستطيع مقدم المشورة أن يشجع التواصل بين الزوجين واتخاذ القرارات بشكل مشترك.

قد يتعلق العديد من المخاوف بالأعراف السائدة بين الجنسين أو الأمور الاجتماعية أو الأمور الاقتصادية التي تخص المستفيدين والمستفيدات سواء كانوا أفراداً أو أزواجاً أو أطفالاً أو آباءً أو أمهات. كثيراً ما تحتاج هذه المشكلات إلى استثمار طويل الأجل، ولا يمكن معالجتها بسرعة في جلسة واحدة أو جلستين، وقد يحتاج المستفيدون والمستفيدات إلى إحالتهم للحصول على رعاية أكثر تخصصاً.

سوف يكون لمقدمي المشورة في بعض الأحيان دور تفاوضي يحتاج إلى متطلبات محددة للعمل مع الأزواج أو مع الآباء والأطفال، مثل:

- التأكد من أن كل شخص يمكنه المناقشة بحرية، بدون أن يشعر بأنه عرضة لأحكام مسبقة أو للتمييز، وأن المناقشة لا تخضع لهيمنة شخص آخر.
- مساعدة المستفيدين والمستفيدات على التجاوب مع المشاعر، مثل الشعور بالخيانة، والتضييق عليهم، وعدم الانصات إليهم، والتخفيف من أي اختلال في توازن القوى.
- التأكد من عدم وجود شكل من أشكال الإكراه أو التهديد أو العنف يحرّم الفرد من حقه في الاستقلال الجسدي والسلامة. ينبغي أن يقدم مقدم المشورة لمحة عامة عن ما يمكن توقعه في جلسة تقديم المشورة المشتركة وتوثيق الموافقة الكاملة لكل طرف على تقديم المشورة بشكل منفصل.

2.6 تقديم المشورة الجماعية

توفر جلسة تقديم المشورة الجماعية مساحة للأفراد تمكّنهم من تقييم واستكشاف احتياجاتهم وخياراتهم الشاملة من الصحة الجنسية والإنجابية واتخاذ قرارات مستنيرة بشأن الظروف التي تؤثر على حياتهم [26]. في خلال جلسة تقديم المشورة الجماعية، يبني مقدم المشورة علاقة تواصلية، ويوجه استكشاف القضايا المتعلقة بالأمراض و/أو منع الحمل، وخيارات الحد من مخاطر العدوى المنقولة جنسياً (بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)) والأمراض الأخرى، وغيرها من المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية على مدى عدة جلسات.

تُقدم المشورة الجماعية بخصوصية وسرية. تمامًا كما لو كانت في جلسة مشورة فردية. يمكن عقد هذه الجلسات داخل المرفق الصحي أو مكان آمن يسهل الوصول إليه. تجري جلسة تقديم المشورة الجماعية بين مقدم مشورة مدرب ومجموعة صغيرة من الأفراد (حوالي 10 أفراد عادة) يشعرون بالراحة في التحدث معاً.

يمكن تقديم المشورة الجماعية حول موضوع معين من موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية أو بشأن فئات مهمشة محددة (مثل المراهقين والشباب والمتعاضدين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (SGBV) والأشخاص ذوي الإعاقة) وتتكون من منهجيات التعلم التي تمهد السبيل لتمكين أفراد المجموعة من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن احتياجاتهم من الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة. قد تشمل أساليب التحوار كلمات طيبة لفتح الحوار وتمارين لبناء الثقة، والحديث عن التجارب والخبرات، والمناقشة فقط، وتنمية المهارات، وحل المشكلات [29].

3.6 التدخلات الرقمية: تقديم المشورة عبر الهاتف والإنترنت

تُقدم المشورة عبر الهاتف والخطوط الساخنة منذ عقود، وأثبتت فعاليتها في أوقات الجوائح والأزمات، وخاصة للمراهقين والمراهقات والشباب والأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الحركة.

يُعرف تقديم المشورة عبر الإنترنت أيضًا باسم تقديم المشورة الإلكترونية، والعلاج الإلكتروني، وتقديم المشورة بالوسائل السيبرانية، وتقديم المشورة عن بُعد. يمكن تقديم المشورة عبر الإنترنت من خلال رسائل البريد الإلكتروني أو مؤتمرات الفيديو أو خدمات الهاتف عبر الإنترنت أو الدردشة عبر الإنترنت.

في حين أن تقديم المشورة عبر الهاتف والإنترنت له محاسن ومساوئ (انظر الجدول 3 - الصفحة التالية)، ينبغي أن يكون الهدف من هذه التدخلات تقديم المشورة للفئات والأفراد المهمشين لتوسيع نطاق التغطية والتواصل وتحفيز الطلب عليها [30]. ينبغي أن تكون هذه التدخلات الصحية الرقمية مكّلة للنهج المتبعة في تقديم المشورة وتبادل المعلومات غير الرقمية وتجنب تفاقم أوجه الخلل التي تؤدي إلى حرمان الناس من الوصول إلى التكنولوجيا [30].

الجدول 3: محاسن ومساوئ تقديم المشورة عبر الهاتف والإنترنت

المحاسن	المساوئ
- لا تعترف بالحدود الجغرافية، ومفيدة في وقت الأوبئة خصوصاً. - لا حاجة لإجراء ترتيبات أخرى لتحديد المواعيد (مثل رعاية الأطفال، والحصول على إجازة من العمل، وما إلى ذلك). - تقديم المشورة عبر الإنترنت يمكن المستفيد أو المستفيدة من عدم الكشف عن هويته، وهو أمر يفضل العديد من المستفيدين والمستفيدات - فقد يشعرون بحرية أكبر واستعداد للإفصاح عن مشكلاتهم مقارنة بالتعامل وجهاً لوجه. - هي الحل الأفضل لمن يجدون صعوبة في السفر أو يعانون من صعوبات في الحركة أو يعيشون في مناطق نائية يصعب الوصول إليها. - تعد طريقة فعالة للوصول إلى المشورة التي ربما لم تكن متاحة من قبل للشخص المعني. - تمنع الوصم المرتبط بحضور جلسة المشورة شخصياً. - يمكن الوصول إليها في أي وقت - تقدّم العديد من خدمات تقديم المشورة عبر الإنترنت على مدار 24 ساعة. - الالتزام بنفس المعايير الأخلاقية ومعايير السرية المكفولة في تقديم المشورة وجهاً لوجه. - عادة لا توجد ضرورة للالتزام بمواعيد محددة للمشورة، على الرغم من أن بعض خدمات تقديم المشورة عبر الإنترنت قد تتطلب تحديد مواعيد مسبقاً. - هناك حرص في معظم خدمات تقديم المشورة عبر الإنترنت على الرد على أي رسائل بريد إلكتروني خلال 24-48 ساعة. - تعطي المستفيد أو المستفيدة المزيد من الوقت، يستطيع المستفيد أو المستفيدة إرسال بريد إلكتروني أو أسئلة عبر منتدى النقاشات؛ ويصبح لديه/ها الوقت الكافي للتفكير وترقب إجابة مقدم المشورة ونصيحته؛ لديهم أيضاً الوقت الكافي لطرح الأسئلة. - أقل تكلفة من زيارة مقدم المشورة وجهاً لوجه. - التعبير عن المخاوف بكتابتها في رسالة البريد الإلكتروني يساعد المستفيد(ة) على التفكير في ما ي/تقول، وكيفية صياغته وما إلى ذلك، وهذا جزء مهم من عملية تقديم المشورة.	- غير متاحة لمن لا يستطيعون الوصول إلى المنصات الرقمية أو منصات التواصل عن بعد. - التواصل غير اللفظي جزء مهم من تقديم المشورة. هناك حد أدنى من التواصل غير اللفظي بين المستفيد(ة) ومقدم المشورة. قد لا يستطيع مقدم المشورة التقاط ملحوظات معينة كان من الممكن أن يلتقطها في التواصل وجهاً لوجه. علاوة على ذلك، قد لا يرى المستفيد(ة) كيف يتجاوب معه/ها مقدم المشورة، مما قد يسبب الارتباك. - قد تحدث أثناء تقديم المشورة عبر الهاتف والإنترنت مشكلات في الاتصال (الإنترنت، واستقبال الهاتف) أو مشكلات لضعاف السمع، وهذا يمثل صعوبة فعلية. - يمكن أن يؤدي ضعف الاتصال أو انقطاع الاتصال بالإنترنت إلى تأخير العلاج والردود ورسائل البريد الإلكتروني، مما قد يؤثر على المستفيد(ة) - ينبغي أن يتفق مقدم المشورة مع المستفيد(ة) على ما يجب عليهما فعله في هذه الحالة. - هناك مشكلات أمنية محتملة إذا تم اختراق جهاز الكمبيوتر/الهاتف المحمول الخاص بالمستفيد(ة) أو مقدم المشورة، وبالتالي قد تتعرض السرية للخطر. - في حالة تقديم المشورة عبر الإنترنت، لا ي/تحصل المستفيد(ة) على الرد الفوري الذي قد ي/تريده دائماً. - كما هو الحال في أي اتصال، قد يحدث سوء فهم أو سوء تواصل. قد يعتقد مقدم المشورة أن موضوعاً معيناً أكثر أهمية للمستفيد(ة)، في حين أن هناك موضوع آخر أكثر أهمية في الواقع. قد يسيء المستفيد أو المستفيدة أيضاً فهم ما يقوله مقدم المشورة. - يحتاج تقديم المشورة عبر الإنترنت أن يكون لدى المستفيد(ة) ومقدم الخدمة مهارات ومعرفة بالكمبيوتر/معرفة رقمية ويمكنهما التعبير عن آرائهما كتابة (في حالة استخدام رسائل البريد الإلكتروني وغرف الدردشة). - تقديم المشورة عبر الإنترنت والهاتف غير مناسب دائماً للمستفيدين والمستفيدات الذين يعانون من ظروف معقدة أو خطيرة (مثل الإعاقة). - ينبغي أن يلتزم مقدمو المشورة عبر الإنترنت أو عبر الهاتف بنفس المبادئ التوجيهية الأخلاقية التي يلتزم بها غيرهم في نفس البلد، لكنها قد تختلف عن المبادئ التوجيهية في بلد المستفيد(ة). على سبيل المثال، قد يكون المستفيد أو المستفيدة في الدولة "أ"، ومقدم المشورة في الدولة "ب"، حيث تسود مبادئ توجيهية أو معايير أخلاقية مختلفة.



7. المراجع

- [1] Ali M, Tran NT. Defining counselling in contraceptive information and services: outcomes from an expert think tank. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(2):79–81.
- [2] منظمة الصحة العالمية. Counselling for maternal and newborn health care: A handbook for building skills. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2013. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44016> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [3] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. متاح على: <https://iawgfieldmanual.com/> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [4] IPPF SARO, TARSHI. Training Manual on Integrated Counselling: Sexual and Reproductive Health Rights for All. 2014. متاح على: <https://www.tarshi.net/index.asp?pid=34> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [5] قسم الصحة الإنجابية والبحوث التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO/RHR) و Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. تنظيم الأسرة: الكتيب العالمي لمقدمي الخدمة (تحديث 2018). بالتييمور وجنيف: مركز برامج الاتصال (CCP) ومنظمة الصحة العالمية. 2018. متاح على: <https://fp handbook.org/> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [6] منظمة الصحة العالمية. جودة الرعاية المرتبطة بالمعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة. استناداً إلى معايير حقوق الإنسان: قائمة مرجعية لمقدمي الرعاية الصحية. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2014. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512091> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [7] Kumar J. How Does Quality of Care Relate to a Rights-based Approach to Family Planning Programs? السكان: 2014. متاح على: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH_QOC-RightsBasedFP_wp1.pdf تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [8] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. مجموعة أدوات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والمراهقات (ASRH) في السياقات الإنسانية: طبعة 2020. متاح على: <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [9] منظمة الصحة العالمية. Quality of care in the provision of sexual and reproductive health services. Evidence from a WHO research initiative. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2011. متاح على: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44343/9789241501897_eng.pdf تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [10] Ipas. Abortion Attitude Transformation: A values clarification toolkit for humanitarian audiences. Ipas: Chapel Hill, NC; 2018. متاح على: <https://www.ipas.org/resource/abortion-attitude-transformation-a-values-clarification-toolkit-for-humanitarian-audiences/> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [11] Training Resource Package for Family Planning [موقع الويب]. Family planning counselling. متاح على: <https://www.fptraining.org/training/8/> تم الوصول بتاريخ 13 يونيو 2022.
- [12] REDI: A Client-Centered Counseling. EngenderHealth Framework إطار مشورة يتمحور حول المستفيد والمستفيدة. واشنطن العاصمة: EngenderHealth; 2018. متاح على: https://www.engenderhealth.org/wp-content/uploads/2021/12/REDI_Trainers_Manual_Parts-1-2-3.pdf تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [13] الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. الاتحاد العالمي للصحة الجنسية. إعمال! Guidance document for the implementation of young people's sexual rights. 2016. متاح على: <https://www.ippf.org/resource/fulfil-guidance-document-implementation-young-peoples-sexual-rights-ippf-was> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [14] Williams T, Schutt-Ainé J, Cuca Y. Measuring Family Planning Service Quality Through Client Satisfaction Exit Interviews. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2000;26(2):63–71. متاح على: <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2000/measuring-family-planning-service-quality-through-client-satisfaction-exit> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [15] United Nations Population Division. مفوضية السكان والتنمية. الدورة الرابعة والخمسون (2021). متاح على: <https://www.un.org/development/desa/pd/events/commission-population-and-development-fifty-fourth-session> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [16] مفوضية النساء اللاجئات. مفوضية الإنقاذ الدولية. بناء القدرات لإدماج الإعاقة ضمن برامج مكافحة العنف القائم على النوع الاجتماعي في السياقات الإنسانية. نيويورك: WRC; 2015. متاح على: <https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/GBV-Disability-Toolkit-English.pdf> تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.



- [17] Providing inclusive .National LGBT Health Education Center services and care for LGBT people: A guide for health care staff. متاح على: <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/Providing-Inclusive-Services-and-Care-for-LGBT-People.pdf>. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [18] Inter-Agency Standing Committee. Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery. 2015. متاح على: https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2015/09/2015-IASC-Gender-based-Violence-Guidelines_lo-res.pdf. تم الوصول بتاريخ 1 أبريل 2022.
- [19] منتدى آسيا والمحيط الهادئ، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. Promoting and Protecting Human Rights in relation to Sexual Orientation, Gender Identity and Sex Characteristics: A Manual for National Human Rights Institutions. سيدني وبانكوك: منتدى آسيا والمحيط الهادئ وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي: 2016. متاح على: <https://www.refworld.org/pdfid/58c2b57f4.pdf>. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [20] منظمة الصحة العالمية. Brief Sexuality-Related Communication. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2015. متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf?sequence=1. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [21] American College of Obstetricians and Gynecologists. FAQs: When sex is painful. متاح على: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/when-sex-is-painful>. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [22] منظمة الصحة العالمية. Integrating stakeholder and community engagement in quality of care initiatives for maternal, newborn and child health. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2020. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240006317>. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [23] الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. إطار الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة للتثقيف الجنسي الشامل (CSE). لندن: الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة: 2010. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [24] منظمة الصحة العالمية. صندوق الأمم المتحدة للسكان. Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2015. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/174112>. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [25] High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). Community engagement: changing norms to improve sexual and reproductive health. واشنطن العاصمة: الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID): 2016. متاح على: <http://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-group-engagement>. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [26] Deliver + Enable Toolkit: الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. Scaling-up comprehensive sexuality education (CSE). لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF): 2017. متاح على: <https://www.ippf.org/resource/deliverenable-toolkit-scaling-comprehensive-sexuality-education-cse>. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [27] منظمة الصحة العالمية. المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن تدخلات الرعاية الذاتية المعنية بالصحة والرفاه. مراجعة 2022. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2022. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>. تم الوصول بتاريخ 14 يوليو 2022.
- [28] Chattu VK, Lopes CA, Javed S, Yaya S. Fulfilling the promise of digital health interventions (DHI) to promote women's sexual, reproductive and mental health in the aftermath of COVID-19. Reprod Health. 2021;18(1):112.
- [29] Turner K, Wegs C, Randall-David B. Effective training in reproductive health: Course design and delivery. Trainer's Manual. Chapel Hill, NC: Ipas; 2003, 2011. متاح على: https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/09/Effective-training-in-reproductive-health-Training-Manual-EFFTRAIN-E12_lr.pdf. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.
- [30] WHO guideline: recommendations. منظمة الصحة العالمية. on digital interventions for health system strengthening. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2019. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>. تم الوصول بتاريخ 9 أغسطس 2021.



1.7 الموارد

Population Council. إستراتيجية تقديم المشورة المتوازنة الإضافية: مجموعة أدوات لمقدمي خدمات تنظيم الأسرة الذين يعملون في أماكن ينتشر فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)/العدوى المنقولة جنسياً (STI) بمعدلات عالية (الإصدار الثالث). 2015. متاح على: <https://www.popcouncil.org/research/the-balanced-counseling-strategy-plus-a-toolkit-for-family-planning-service>

منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. Engaging men, addressing harmful masculinities to improve sexual and reproductive health and rights. 26 سبتمبر 2019. متاح على: <https://www.who.int/news/item/26-09-2019-engaging-men-addressing-harmful-masculinities-to-improve-sexual-and-reproductive-health-and-rights>

منظمة الصحة العالمية. FAQ on health and sexual diversity: An introduction to key concepts. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255340>

منظمة الصحة العالمية. HIV and Adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2013. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506168>

منظمة الصحة العالمية. A guide to family planning for community health workers and their clients. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2012. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44882>

منظمة الصحة العالمية. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. Information and Knowledge for Optimal Health (INFO). Decision-making tool for family planning clients and providers. بالتيمور، ماريلاند. INFO وجنيف. منظمة الصحة العالمية; 2005. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9241593229>

منظمة الصحة العالمية. صندوق الأمم المتحدة للسكان. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2009. متاح على: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf

بالإضافة إلى قائمة المراجع. تقدم القائمة التالية المزيد من الأدوات والموارد التي تركز على تقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية القائمة على الحقوق، التي تركز على المستفيد(ة).

EngenderHealth. صندوق الأمم المتحدة للسكان. Engaging men in sexual and reproductive health and rights, including family planning. 2017. متاح على: <https://www.unfpa.org/resources/engaging-men-sexual-and-reproductive-health-and-rights-including-family-planning>

Global Health Media [موقع الويب]. Reproductive, maternal, and newborn health training videos. متاح على: <https://globalhealthmedia.org/>

Ipas. Access for everybody: Disability inclusion in abortion and contraceptive care. Chapel Hill, NC: Ipas; 2018. متاح على: <https://www.ipas.org/resource/access-for-everybody-disability-inclusion-in-abortion-and-contraceptive-care-guide/>

الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. التثقيف الجنسي الشامل للفئة العمرية من 10 إلى 14 سنة. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF); 2021. متاح على: <https://www.ippf.org/resource/cse-activity-guide-10-14-years-old>

Maternal and Child Survival Program. Adolescent age and life-stage assessment and counseling tools. ديسمبر 2016. متاح على: https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2017/03/Adolescent%20Age%20and%20Lifestage%20Toolkit%20and%20Counseling%20Cards%20_3_2017.pdf

Pathfinder International. Cue cards for counseling adolescents on contraception. 2016. متاح على: <https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/12/Adolescent-Contraception-Cue-Cards.pdf>

Pathfinder International. Cue cards for counseling adults on contraception. 2016. <https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/12/Adult-Contraception-Cue-Cards.pdf>

الفصل 4: منع الحمل

81	1. مقدمة
81	2. تقديم المشورة لتوفير وسائل منع الحمل واستخدامها
82	1.2 اختيار وسيلة منع الحمل
84	2.2 توفير الوسيلة المفضلة
85	3.2 تقديم المشورة للمستفيدات العائدات
85	4.2 تقديم المشورة للفئات الخاصة
87	3. وسائل منع الحمل طويلة المفعول والقابلة للعكس
87	1.3 غرسات البروجستين فقط
90	2.3 منع الحمل داخل الرحم
96	4. وسائل منع الحمل الدائمة
96	1.4 إعقام الإناث
100	2.4 قطع القناة الدافقة
103	5. وسائل منع الحمل قصيرة المفعول والقابلة للعكس
103	1.5 وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة
110	2.5 وسائل منع الحمل التي تُعطى بالحقن بالبروجستين فقط
115	3.5 حبوب البروجستين فقط



6 وسائل منع الحمل الحائلة	118
1.6 الواقيات الجنسية (خارجية للذكور) و (داخلية للإناث)	118
2.6 الحاجز المهبل وأغطية عنق الرحم	121
3.6 المبيد المنوي	125
7. وسائل منع الحمل السلوكية	126
1.7 طريقة انقطاع الحيض بسبب الرضاعة الطبيعية	126
2.7 طرق الوعي بفترة الخصوبة	128
3.7 الإنسحاب (الجماع الناقص)	132
8. وسائل منع الحمل الطارئة	133
1.8 تقديم المشورة للمستفيدة: حبوب منع الحمل الطارئة واللولب الرحمي لمنع الحمل الطارئ*	133
9. ابتكارات رقمية للوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة/منع الحمل	136
10. المراجع	137
11. الملاحق	139
الملحق 1: الأهلية الطبية للأجهزة الرحمية والوسائل الهرمونية والإعقام	139
الملحق 2: مقارنة وسائل منع الحمل حسب فعاليتها النموذجية	149
الملحق 3: تقييم وجود الحمل - متى تُستخدم القائمة المرجعية للتحقق من وجود الحمل ومتى يُستخدم اختبار الحمل	150
الملحق 4: إدخال الغرسة أحادية القضيب	153
الملحق 5: إدخال غرسة ثنائية القضيب	154
الملحق 6: إزالة الغرسة الموحدة	155
الملحق 7: خطوات تركيب اللولب الرحمي والوسائل المساعدة في هذه العملية	156
الملحق 8: ماذا تفعل المستفيدة إذا نسيت تناول حبوب منع الحمل	164



1. مقدمة

وسائل منع الحمل لها فوائد صحية واضحة. الوقاية من الحمل غير المرغوب تقلل معدلات اعتلال ووفيات الأمهات والرضع، وتزيد من التحصيل العلمي، وتقلل من الفقر، وتدعم الأفراد للتحكم في حياتهم الجنسية، وصحتهم، وإنجابهم [1]. تقدم بعض وسائل منع الحمل أيضًا فوائد صحية مباشرة من خلال معالجة بعض الحالات الطبية وتقليل خطر الإصابة ببعض أنواع السرطان. ومع ذلك، لا تزال الحاجة غير الملباة إلى وسائل منع الحمل مرتفعة في العديد من الأماكن، خصوصًا بالنسبة إلى الفئات السكانية المهمشة مثل الشباب، والذين يعيشون في مناطق جغرافية يصعب الوصول إليها، والمنتقلين والأشخاص المشردين داخليًا، والمصابين والمصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وذوي الإعاقات، أو الذين يعيشون في فقر، وغيرهم من الفئات المحرومة من الخدمات [2].

الوصول في الوقت المناسب وبأسعار معقولة إلى المعلومات والرعاية الصحية الجنسية والإنجابية عالية الجودة، التي تُقدم بطريقة تضمن اتخاذ قرارات مستنيرة، وتحترم الكرامة والاستقلالية والخصوصية والسرية، وتراعي احتياجات الأفراد ووجهات نظرهم، يُعد من مقومات نهج الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) في تلبية احتياجات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية لجميع الأفراد. إنشاء الهياكل التي تمكّن جميع الأفراد من الوصول إلى وسائل منع الحمل عالية الجودة والقائمة على الحقوق يؤدي إلى عواقب بعيدة المدى يتعدى تأثيرها فوائد الرفاه الشخصي. ويتضمن هذا الفصل معلومات دقيقة ومحدثة وقائمة على الأدلة بشأن تقديم المشورة بشأن منع الحمل ووسائل تنظيم الأسرة لدعم مقدمي الرعاية الصحية في تقديم رعاية منع الحمل عالية الجودة التي تركز على المستفيد(ة).

2. تقديم المشورة لتوفير وسائل منع الحمل واستخدامها

يُعد تقديم المشورة في وسائل منع الحمل الفعالة من العناصر التي يقوم عليها تقديم المشورة المتكاملة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. أنظر الفصل 3: تقديم المشورة للحصول على معلومات محددة بشأن استراتيجيات واستشارات الصحة الجنسية والإنجابية المتكاملة لتقديم المشورة بطريقة تحترم استقلالية الفرد وحقوقه. تقدم [الخانة 1](#) (الصفحة التالية) قائمة بأدوات تقديم المشورة بشأن وسائل منع الحمل الموصى بها لمقدمي الرعاية الصحية ومقدمي المشورة.

من خلال إجراء تقييم شامل لاحتياجات المستفيد(ة) وصحته/ها الجنسية والإنجابية، يستطيع مقدمو المشورة تحديد السبب الرئيسي لزيارة المستفيد(ة) وتحديد خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأخرى التي قد يستفيد منها المستفيد(ة). قد يستحيل تقديم كل خدمات الرعاية المطلوبة في زيارة واحدة، وقد

المختصرات

BMI	مؤشر كتلة الجسم
CHC	وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة
CIC	وسائل منع الحمل المركبة التي تُعطى بالحقن
COC	وسائل منع الحمل المركبة الفموية
COC-ECP	حبوب منع الحمل الطارئ الفموية المركبة
DMPA	حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات
EC	منع الحمل الطارئ
ECP	حبوب منع الحمل الطارئ
ETG	إيتونوجيستريل
IPPF	الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة
IUD	اللؤلؤ الرحمي
IUD-EC	اللؤلؤ النحاسي لمنع الحمل الطارئ
LAM	طريقة انقطاع الحيض بسبب الرضاعة الطبيعية
LNG	ليفونورجيسريل
LNG-ECP	حبوب منع الحمل الطارئ ليفونورجيسريل
LNG-IUD	اللؤلؤ الهرموني ليفونورجيسريل
NET	نورثيسترون
NET-EN	نورثيسترون إينانات
NSAIDs	الأدوية غير الستيرويدية المضادة للالتهابات
PID	مرض التهاب الحوض
POI	وسائل منع الحمل التي تُعطى بالحقن بالبروجستين فقط
STI	العدوى المنقولة جنسيًا
UPA-ECP	حبوب منع الحمل الطارئة أسيتات أوليبريستال
WHO	منظمة الصحة العالمية

يلزم القيام بعدة زيارات أخرى. في هذه الحالة، من المهم التعامل مع السبب الرئيسي لزيارة المستفيد(ة). ينبغي عدم التأخر في تقديم الرعاية الصحية للعدوى المنقولة جنسيًا (STIs) بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والرعاية الصحية الوقائية ورعاية الإجهاض ورعاية ما بعد الولادة وخدمات الرعاية الصحية الأخرى وعدم وضع حواجز تحول دون توفير رعاية منع الحمل.



1.2 اختيار وسيلة منع الحمل

ينبغي تدوين التاريخ الطبي الكامل لكل مستفيدة لتحديد موانع استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل، ولمعرفة إذا كانت المستفيدة ستستفيد من أي من مزايا طرق معينة غير متصلة بمنع الحمل. أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيدة (للاطلاع على التوجيهات الخاصة بتحديد المعلومات التي ينبغي جمعها وإدراجها في التاريخ الطبي. سوف تحتاج معظم المستفيدات إلى عدد قليل من الفحوصات أو التحاليل المخبرية، وربما لن يحتجنها. قبل البدء في استخدام وسيلة منع الحمل، وتعرض الأقسام التي تتناول وسائل منع الحمل في هذا الفصل توجيهات حول الفحوصات الضرورية قبل البدء في استخدام الوسيلة المناسبة والفوائد الناتجة من استخدامها وغير المتصلة بمنع الحمل. وتنبع التوصيات بشكل أساسي حول الوسائل التي تستطيع المستفيدات استخدامها بأمان، تحديداً اللاتي لديهن خصائص جسمية أو يعانين من حالات طبية معينة، أو اللاتي يتعاطين أدوية معينة، من معايير الأهلية الطبية لاستخدام وسائل منع الحمل (Medical Eligibility Criteria for Contraception Use) الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (WHO) [4] (أنظر الملحق 1).

ينبغي أن يقوم مقدمو الخدمات بتوضيح نية الحمل لدى المستفيدة وأهدافها الإنجابية المستقبلية، إذا كانت معروفة. القيام بطرح بعض الأسئلة الرئيسية (أنظر الخانة 2: أسئلة مفيدة في تقديم مشورة وسائل منع الحمل التي تركز على المستفيدة - الصفحة التالية) يمنح المستفيدة فرصة للتعبير عن موقفها من الإنجاب، وإذا كانت تريد منع الحمل، لاستكشاف مدى حرصها وحساسها لهذا الأمر. ينبغي أن يدرك مقدمو الخدمات أن بعض المستفيدات قد لا يرغبن في إنجاب الأطفال، وقد تكون لبعضهن رغبات متناقضة في الحمل (في نفس الوقت لديهن درجة معينة من الرغبة في الحمل، ودرجة معينة من الرغبة في منع الحمل) [5].

ويتيح سؤال المستفيدة عن تجربتها السابقة مع وسائل منع الحمل لمقدمي الخدمات نظرة أعمق لتأثيرات وسائل منع الحمل وأثارها الجانبية التي تتقبلها المستفيدة والتي لا تتقبلها. بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي لم يستخدمن وسائل منع الحمل مطلقاً، فإن السؤال عن تجارب أفراد الأسرة أو الأصدقاء مع وسائل منع الحمل المعينة، أو ما قد سمعن به حول وسيلة معينة، ربما يزود مقدمي الخدمات بمعلومات قيّمة حول الوسائل التي تشعر المستفيدة بالارتياح لها بالفعل، وما إذا كانت المستفيدة لديها أي معلومات خاطئة أو مفاهيم مغلوطة عن هذه الوسائل.

ويساعد السؤال عن تفضيلات المستفيدة لوسائل منع الحمل، مثل رغبتها في استمرار النزيف الشهري بانتظام أو حاجتها لعدم الكشف عن وسيلتها المفضلة للوالدين أو الشريك، مقدم الخدمة على دعم المستفيدة في اتخاذ خيار منع الحمل الذي يناسب احتياجاتها الخاصة.

الهدف من تقديم المشورة بشأن وسائل منع الحمل هو دعم المستفيدة لتحديد واستخدام أنسب وسيلة لمنع الحمل، بناءً على وضعها وقيمها وأولوياتها الشخصية التي تخص حالتها. يزداد شعور المستفيدة بالرضا واستمرارها في استخدام وسائل منع الحمل إذا تم توفير المعلومات اللازمة حول وسائل منع الحمل والرعاية مع الإقرار باحتياجات المستفيدة وتفضيلاتها واحترام خصوصيتها واستقلاليتها واتخاذها للقرارات المستنيرة [3].

ينبغي أن يتضمن تقديم المشورة بخصوص وسائل منع الحمل مراعاة جميع وسائل منع الحمل المتاحة، وإجراء تقييم موجز لتحديد الوسائل الآمنة التي تستطيع المستفيدة استخدامها، وتقديم المشورة لدعم المستفيدة في اختيار وسيلة مناسبة واستخدامها بشكل صحيح ومتسق، وتوفير الوسيلة - يُفضل أن يتم ذلك في المقر نفسه ولكن عن طريق الإحالة إذا لزم الأمر (أنظر الخانة 1).

الخانة 1: أدوات يوصى بها عند تقديم المشورة في وسائل منع الحمل

يتوفر عدد من الأدوات لدعم مقدمي الرعاية الصحية ومقدمي المشورة لتقديم المشورة بشأن وسائل منع الحمل بطريقة ذات جودة وقائمة على الحقوق وتركز على المستفيدات:

- بطاقات منع الحمل الإرشادية (Pathfinder International, 2016):
<https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/12/Adult-Contraception-Cue-Cards.pdf>
- للبالغين والبالغات:
<https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/12/Adolescent-Contraception-Cue-Cards.pdf>
- للمراهقين والمراهقات:
<https://www.popcouncil.org/research/the-balanced-counseling-strategy-plus-a-toolkit-for-family-planning-service>
- إستراتيجية تقديم المشورة المتوازنة الإضافية: مجموعة أدوات لمقدمي خدمات تنظيم الأسرة الذين يعملون في أماكن ينتشر فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)/العدوى المنقولة جنسياً (STI) بمعدلات عالية (الإصدار الثالث). (مجلس السكان، 2015):
<https://www.popcouncil.org/research/the-balanced-counseling-strategy-plus-a-toolkit-for-family-planning-service>
- A guide to family planning for community health workers and their clients (منظمة الصحة العالمية، 2012):
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44882>



الخانة 2: أسئلة مفيدة حول تقديم المشورة بشأن وسائل منع الحمل التي تركز على المستفيدة

- توضيح نية الحمل لدى المستفيدة وأهدافها الإنجابية المستقبلية:
- هل لديك أطفال حالياً؟
- برأيك، هل ستكون لديك رغبة في الإنجاب (إنجاب المزيد من الأطفال) في مرحلة ما؟ إذا كانت الإجابة بنعم، برأيك، ما هو الوقت المناسب لذلك؟
- ما أهمية منع الحمل بالنسبة إليك حتى ذلك الحين؟
- تقييم مستوى الوعي والتجارب السابقة في منع الحمل:
- إذا كنت تستخدمين وسيلة/وسائل لمنع الحمل حالياً، ما هي؟
- ما هي وسيلة (وسائل) منع الحمل التي استخدمتها في الماضي؟
- هل استخدمت وسائل منع الحمل الطارئة من قبل؟
- ما الذي أعجبك أو لم يعجبك في الوسائل التي جربتتها؟
- ما هي الوسائل التي سمعت عنها؟ ما الذي يعجبك أو لا يعجبك في هذه الوسائل؟
- ما هي الوسائل التي استخدمها أفراد عائلتك أو صديقاتك؟ ما الذي يعجبهن أو لا يعجبهن في هذه الوسائل؟
- تقييم تفضيلات وسائل منع الحمل:
- هل تفكرين في وسيلة معينة اليوم؟
- ما الذي يعجبك في هذه الوسيلة؟
- ما مدى سهولة أو صعوبة تناول حبوب منع الحمل كل يوم/وضع لصقة كل أسبوع/استبدال حلقة مهبلية كل شهر/استخدام وسيلة في كل جماع/العودة إلى المركز الصحي لتعاطي الحقن؟
- ما أهمية انتظام الدورة الشهرية بالنسبة إليك؟ هل تريدين أن تكون الدورة الشهرية أخف حدة/أن يقل عدد مرات حدوثها/أن تنقطع تماماً؟
- ما رأيك في تعاطي هرمونات لمنع الحمل؟
- ما رأيك في وجود شيء في جسمك لمنع الحمل؟
- هل يؤيد شريكك استخدامك لوسائل منع الحمل؟
- هل تفضلين مراعاة خصوصيتك في استخدام وسائل منع الحمل؟

المصدر: مقتبس من Cason and Aiken [5] ومنظمة الصحة العالمية [6].

- ينبغي أن يقوم مقدمو الخدمات بتنقيف المستفيدات وتوعيتهن بشأن وسائل منع الحمل التي يمكنهن استخدامها بأمان بناءً على أهليتهن الطبية ومساعدة المستفيدة على التفكير في هذه الوسائل في إطار الأهداف الإنجابية للمستفيدة وتفضيلاتها بالنسبة إلى وسائل منع الحمل.
- عند توعية المستفيدات بشأن الوسائل التي يمكنهن استخدامها بأمان، ينبغي تقديم معلومات واضحة بشأن مميزات الوسائل التالية لمساعدة المستفيدات في اتخاذ قراراتهن المستنيرة [7]:
- محاسن وسيلة منع الحمل ومساوئها.
- استخدام وسيلة منع الحمل بطريقة صحيحة، من الاعتبارات المهمة التي قد تساعد المستفيدة في اختيار الوسيلة المناسبة طريقة استخدامها، وعدد مرات استخدامها، وخيار الدورة الممتدة أو استخدام الدورة المستمرة، والحاجة إلى منتج/جرعات إضافية وعدد مرات تكرارها.
- مدى فعالية وسيلة منع الحمل. نشجع مقدمي الخدمات على تقديم معلومات حول وسائل منع الحمل القابلة للعكس باستخدام نهج الفعالية المتدرجة، وتقديم المعلومات حول أكثر الطرق فعالية أولاً (أنظر الملحق 2). المعلومات الواردة في هذا الفصل مرتبة حسب فعالية الوسيلة.
- فوائد غير متعلقة بمنع الحمل. مع أن الوعي بهذه الفوائد ليس المحدد الرئيسي لاختيار الوسيلة بشكل عام، فإنه قد يساعد المستفيدات في الاختيار من بين الوسائل ويشجعهن على استخدام الوسيلة بطريقة متسقة وصحيحة.
- الآثار الجانبية الشائعة. نظراً لانتشار المفاهيم الخاطئة حول وسائل منع الحمل، فمن المهم أن تبدأ بالإشارة إلى أن الآثار الجانبية لا تعاني منها معظم المستفيدات.
- عودة الخصوبة بعد التوقف عن وسيلة منع الحمل.
- الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV). يجب إبلاغ المستفيدات أن الواقي الجنسي هو الوحيد الذي يوفر الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs) وفيروس العوز المناعي البشري (HIV).



2.2 توفير الوسيلة المفضلة

ينبغي أن ينصح مقدمو الخدمة المستفيدة بالبداية في استخدام وسيلة منع الحمل فوراً، وعدم انتظار الدورة التالية، إذا تأكدوا بدرجة معقولة من عدم حمل المستفيدة (أنظر الخانة 3). أنظر الملحق 3 للحصول على معلومات حول كيفية استبعاد احتمال وجود الحمل قبل البدء في استخدام وسيلة منع الحمل المفضلة.

تأكد من أن المستفيدة تفهم كيفية الاستخدام الصحيح للوسيلة التي اختارتها. ينبغي أن يساعد مقدمو الخدمات

المستفيدة على توقع الأسباب التي قد تؤدي إلى صعوبة استخدام الوسيلة بشكل صحيح (مثل عدم نسيان تناول قرص منع الحمل كل يوم) ومساعدتها على إيجاد أفضل الطرق للتعامل مع هذه المواقف.

راجع الآثار الجانبية الشائعة للوسيلة وكيفية التعامل معها. قد يؤدي توفير المعلومات الكافية حول الآثار الجانبية إلى تقليل مخاوف المستفيدة إذا تعرضت للآثار الجانبية. من المفيد إبلاغ المستفيدة بأن بعض الآثار الجانبية قد تتحسن أو تختفي بمرور الوقت.

راجع أسباب العودة للمتابعة الفورية، بما في ذلك العلامات التحذيرية للتأثيرات الضارة النادرة والخطيرة التي قد ترتبط بالوسيلة، والجهة التي تلجأ إليها للمتابعة الفورية إذا لزم الأمر.

قدّم معلومات دقيقة عن عودة الخصوبة بعد إيقاف الوسيلة، خاصة بالنسبة إلى الوسائل التي قد تتأخر فيها استعادة الخصوبة.

راجع الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، الحماية المزدوجة (الحماية من الحمل والعدوى المنقولة جنسياً (STIs)) مهمة للمعرضات لخطر الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs). يمكن تحقيق الحماية المزدوجة بالاستخدام الصحيح والمتسق للوسائل الجنسية في كل ممارسة جنسية لمنع انتقال العدوى بالإضافة إلى أنها وسيلة أخرى من وسائل منع الحمل.

الخانة 3: كيفية التأكد بدرجة معقولة من عدم حمل المستفيدة

- يستطيع مقدم الخدمة التأكد بدرجة معقولة من عدم حمل المستفيدة إذا لم تظهر عليها علامات أو أعراض الحمل وثبت وجود المعايير التالية. المستفيدة:
- في خلال 7 أيام بعد بداية الدورة الشهرية المعتادة
- لم يحدث جماع منذ آخر دورة شهرية معتادة
- كانت تستخدم وسيلة من وسائل منع الحمل بطريقة صحيحة ومنتظمة
- في خلال 7 أيام بعد الإجهاض التلقائي أو المحرض
- في خلال 4 أسابيع بعد الولادة
- ترضع رضاعة طبيعية كاملة أو شبه كاملة، وانقطع الطمث، وأقل من 6 أشهر بعد الولادة

أعط كل مستفيدة ورقة بها معلومات مطبوعة عن الوسيلة المختارة بلغتها المفضلة وبأسلوب يناسب مستواها في القراءة، بما في ذلك المواد المصورة للمستفيدات اللاتي لا يجدن القراءة ولا الكتابة. هذه المواد مهمة وخصوصاً بالنسبة إلى الوسائل العازلة، والوسائل السلوكية، والوسائل القصيرة المفعول التي تتحكم فيها المستفيدة مثل الحبوب، أو اللصقات، أو الحلقات، أو الحقن الذاتية، والتي تعتمد على الاستخدام الصحيح الذي يحقق فعاليتها. ينبغي أن يشجع مقدمو الخدمة على طرح الأسئلة والتأكد على فهم المستفيدة للمعلومات المقدمة.

يجب توفير أو وصف أكبر عدد ممكن من دورات حبوب منع الحمل، أو اللصقات، أو الحلقات، أو حقن منع الحمل التي يتم تناولها ذاتياً. لتقليل عدد المرات التي يتعين فيها على

المستفيدة التردد على مرفق الرعاية الصحية. يجب توفير الواقيات الجنسية لجميع المستفيدة والمستفيدات ممن يحتاجون إلى الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). إذا أمكن، يجب تقديم حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) مسبقاً، أو وصفه طبية بوسيلة من وسائل منع الحمل الطارئ (ECP). لجميع المستفيدات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل السلوكية، أو العازلة أو القابلة للعكس على المدى القصير، رتب مع المستفيدة (ة) مواعيد الرجوع للحصول على المستلزمات الإضافية عند الحاجة.

إذا كانت وسيلة منع الحمل التي ي/تفضلها المستفيدة (ة) غير متوفرة في المرفق الصحي أو في نفس اليوم، ينبغي إحالة المستفيدة (ة) إلى مكان قريب للحصول منه على الوسيلة المفضلة. قم بتوفير وسيلة مؤقتة يمكن استخدامها حتى تتوفر الوسيلة المفضلة.

وضح متى ينبغي أن ي/تعود المستفيدة (ة) من أجل المتابعة، إذا لزم الأمر. يمكنكم الاطلاع على توجيهات بشأن المتابعة في الأقسام التي تتناول الوسائل في هذا الفصل. المتابعة الروتينية غير ضرورية بعد البدء في استخدام معظم وسائل منع الحمل؛ ومع ذلك، ينبغي دعوة المستفيدة والمستفيدات للعودة في أي وقت إذا كانت لديهم أسئلة إضافية، أو تعرضوا لآثار جانبية غير مقبولة، أو عند الرغبة في إيقاف الوسيلة، أو الرغبة في اختيار وسيلة أخرى. شجّع المستفيدة على الاستمرار في استخدام وسيلتها حتى يأتي موعد عودتها، إن أمكن. لتتمكن من اختيار وسيلة جديدة بدون المخاطرة بحدوث حمل غير مرغوب. سوف تحتاج بعض المستفيدات إلى تجربة وسائل عديدة إلى أن يجدن أنسب الوسائل لهن. قد يكون من المفيد طمأننة المستفيدة بأنها ستحصل على دعم جيد إذا أرادت تغيير الوسيلة.



3.2 تقديم المشورة للمستفيدات العائدات

توفر زيارات المتابعة لمقدمي الخدمة فرصة لبناء علاقة جيدة مع المستفيدة من خلال تعميق المودة والثقة، مساعدة المستفيدات على تنظيم أسرهن طوال حياتهن الإنجابية عملية مستمرة. بغض النظر عن سبب عودة المستفيدة، تُعد الزيارات اللاحقة فرصة مهمة من أجل:

- دعم المستفيدات في قرارهن بتنظيم أسرهن وحياتهن الإنجابية
- مناقشة أي مشاكل يواجهنها مع وسائل منع الحمل التي يستخدمنها
- أجب عن أي أسئلة لهن
- استكشف التغييرات في حالتهم الصحية أو حياتهن، التي قد تشير إلى الحاجة إلى إعادة النظر في اختيارهن لوسيلة منع الحمل
- قم بتلبية احتياجاتهن الجنسية أو الإنجابية أو الصحية العامة بغض النظر عن سبب زيارة المستفيدة، ينبغي مراجعة ما يلي مع أي مستفيدة عائدة تستخدم وسائل منع الحمل:
- مراجعة السجل الطبي للمستفيدة والتفاصيل الرئيسية في تاريخها الإنجابي.
- إسأل عن التغييرات في حالتها الصحية أو حياتها، بما في ذلك أي مرض أو أدوية جديدة.
- اسألها عن رأيها في الوسيلة وعن أية مخاوف أو أسئلة لديها.
- قم بتصحيح أي أخطاء تقلل فعالية الوسيلة المستخدمة.
- إذا أبلغت المستفيدة عن وجود مشاكل في الوسيلة، يجب عليك تقييم طبيعة المشكلة وبحث الحلول الممكنة.
- تقييم الآثار الجانبية وتقديم اقتراحات التعامل معها والعلاج عند الضرورة. التأكد إذا كانت المستفيدة تريد الاستمرار في استخدام الوسيلة.
- إذا توقفت المستفيدة عن الوسيلة، فاطلب من المستفيدة توضيح السبب وقدم طريقة التعامل أو العلاج المناسب، مثل تقديم مشورة ما قبل الحمل إذا كانت ترغب في الحمل، أو إعادة إمدادها بالمستلزمات إذا لزم الأمر. أو مناقشتها في الوسائل البديلة إذا كانت الوسيلة التي اختارتها غير مقبولة.
- تأكد من حصول المستفيدة على السلع الطبية الإضافية، بما في ذلك حبوب منع الحمل الطارئ (ECs) والواقى الجنسي، والفحص المناسب إذا لزم الأمر.
- راجع الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI) والحماية المزدوجة، إذا لزم الأمر.

4.2 تقديم المشورة للفئات الخاصة

1.4.2 المراهقون والمراهقات

الدول ملزمة بموجب قانون حقوق الإنسان بتوفير الرعاية الصحية عند استخدام وسائل منع الحمل للمراهقين والمراهقات، وضمان حصولهم على وسائل منع الحمل معقولة التكلفة والأمنه والفعالة [8]. هناك أسباب عديدة، بما في ذلك القوانين والسياسات التقييدية، والأعراف والتقاليد الثقافية، وعدم الرغبة في الاعتراف بالحياة الجنسية للمراهقين والمراهقات، تجعل المراهقين والمراهقات - وخصوصاً المراهقين والمراهقات غير المتزوجين و/أو المراهقات عديمة الولادة - يواجهون حواجز تمنعهم من الوصول إلى معلومات دقيقة وغير متحيزة عن وسائل منع الحمل والرعاية التي تلي احتياجاتهم. كثيراً ما يفتقر المراهقون والمراهقات إلى المعرفة الضرورية ووسائل النقل والأموال التي تمكنهم من الوصول إلى الرعاية الصحية حتى عندما تكون الخيارات متاحة، ومع ذلك، فإن الحمل المبكر بين المراهقات، سواء كان مقصوداً أو غير مقصود، له عواقب صحية واجتماعية مهمة. تعد مضاعفات الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية للوفاة على مستوى العالم بين الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 عاماً، وتحدث حوالي 3.9 مليون حالة إجهاض غير آمن بين الفتيات في هذا العمر كل عام [9].

المراهقون والمراهقات فئة غير متجانسة، واحتياجاتهم من وسائل منع الحمل متنوعة ومتطورة [10]. تُعد المشورة بشأن وسائل منع الحمل الملائمة للمراهقين والمراهقات، لا سيما عند تقديمها في بيئة آمنة، فرصة لدعم الشباب في بناء معارفهم ومهاراتهم، وتحديد احتياجاتهم الشخصية والجنسية والإنجابية، وتنمية تقديرهم لأنفسهم باتخاذ قرارات مستقلة ومستنيرة. ينبغي أن يراعي مقدمو الخدمات أيضاً القضايا الاجتماعية والسلوكية الرئيسية التي تؤثر على المراهقين والمراهقات وقد تؤثر على اختيارهم واستخدامهم لوسائل منع الحمل، مثل أنماط الممارسة الجنسية المتفرقة، والحاجة إلى إخفاء النشاط الجنسي واستخدام وسائل منع الحمل، وعدم تحمل الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل، وخطر الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري [11].

والمراهقون والمراهقات مؤهلون طبيياً لاستخدام جميع وسائل منع الحمل. والعمر وحده لا يحد من قدرتهم على استخدام أي وسيلة من الوسائل بأمان ونجاح. ليس من الضروري أن يتزوج المستفيدون/ المستفيدات المراهقون/المراهقات أو الشباب أو أن يسبق لهم الإنجاب قبل استخدام وسائل منع الحمل بأمان. التوسع في اختيار الوسائل يمكن أن يؤدي إلى زيادة الإقبال على وسائل منع الحمل، والرضا بها، والاستمرار في استخدامها [11].



2.4.2 الأشخاص ذوو الإعاقة

يتعايش حوالي 15 في المائة من سكان العالم مع إعاقات، ويواجه 2 إلى 4 في المائة صعوبات في مزاولة أنشطة الحياة اليومية العادية [12]. يجب أن يحصل ذوو الإعاقة على إمكانية الوصول إلى جميع أشكال الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية كجزء من حقهم العام في الزواج وتكوين أسرة والاحتفاظ بخصوصيتهم [13]. كثيرًا ما يفشل مقدمو الرعاية الصحية في تقديم الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية لذوي الإعاقة، بناءً على التصور الخاطئ الشائع بأنهم ليسوا نشطين جنسيًا [14]. قد يتطلب توفير وسائل منع الحمل لذوي الإعاقة تقييم خصائص وسائل منع الحمل المختلفة في إطار إعاقاتهم، بالإضافة إلى مراعاة تفضيلات المستفيد(ة) نفسه/ها. عندما تكون طبيعة الإعاقة سببًا في صعوبة تمييز إرادة الفرد وتفضيلاته، ينبغي تنفيذ عملية الدعم في اتخاذ القرار وتتم فيها مشاركة الأفراد الذين ي/ثق بهم المستفيد(ة) ذو/ذات الإعاقة، والمحكمين الشخصيين، وغيرهم من الأفراد الداعمين بشكل مشترك في الوصول إلى قرار يتوافق مع إرادة وتفضيلات المستفيد(ة) [13]. بالنظر إلى تاريخ الإعدام غير الطوعي للأفراد ذوي الإعاقة، من المهم بشكل خاص التأكد من أن القرارات المتعلقة بالإعدام تتم بموافقة المستفيد(ة) الكاملة وغير القسرية ومستنيرة، إما بمفرده/ها أو مع وجود دعم، والنظر في الوسائل البديلة، مثل الوسائل الطويلة المفعول [11.4].



3. وسائل منع الحمل طويلة المفعول وال قابلة للعكس

1.3 غرسات البروجستين فقط

1.1.3 تقديم المشورة للمستفيدة: الغرسات

ما هي؟

- أنابيب بلاستيكية صغيرة ومرنة بها هرمونات يضعها مقدم خدمات مدرب تحت الجلد في الذراع العلوي. وذلك بإجراء قصير يتم داخل المرفق الصحي
- تنقسم إلى أنواع عديدة:
- الغرسات الثنائية التي تحتوي على ليفونورجيستريل (LNG):
 - ليفوبلانت (Sino-Implant II): فعالة لمدة 4 سنوات
 - Jadelle: فعالة لمدة 5 سنوات؛ تُستبدل بعد 4 سنوات للمستفيدات اللاتي يبلغ وزنهن 80 كغم أو أكثر
- الغرسة الأحادية التي تحتوي على إيتونوجيستريل (ETG):
 - Implanon/Nexplanon*: فعالة لمدة 5 سنوات [3, 15, 16]

ما مدى فعاليتها؟

- إطلاق جرعة منخفضة ومتسقة من هرمون البروجستين الذي يمنع الإباضة ويغلظ مخاط عنق الرحم لمنع الحيوانات المنوية من دخول الرحم

ما مدى فعاليتها؟

- الغرسات من أكثر وسائل منع الحمل فعالية (أنظر الملحق 2)
- معدل الفشل: 0.1 في المائة
- تنخفض فعالية غرسات LNG بعد 4 سنوات لدى المستفيدة التي يبلغ وزنها 80 كغم أو أكثر

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل:

- قد تساعد في الحماية من فقر الدم
- قد ينخفض نزيف الحيض الشهري. وربما تنقطع الدورة الشهرية تمامًا لدى بعض المستفيدات
- قد تقل تقلصات الدورة الشهرية

المحاسن:

- فعاليتها عالية في منع الحمل القابل للعكس
- لا يلزم اتخاذ أي إجراء من جانب المستفيدة. ولا يلزم إعادة إمدادها بالسلع الطبية
- لا تتعارض مع ممارسة الجنس
- قائمة بذاتها
- خالية من الإستروجين: إستخدامها آمن للمستفيدات اللاتي يرضعن رضاعة طبيعية أو اللاتي لا يستطعن تعاطي الإستروجين
- يمكن تركيبه بعد الولادة أو بعد الإجهاض مباشرة
- لا علاقة لتركيبها أو إزالتها بالمنطقة التناسلية

المساوئ:

- لا يوفر الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- تعتمد على مقدم الخدمات: يجب أن تذهب المستفيدة إلى مركز لتركيب الغرسة وإزالتها



الآثار الجانبية:

- تغيرات في أنماط نزيف الدورة الشهرية:
- تعاني معظم المستفيدات في البداية من وجود بقع غير معتادة أو نزيف خفيف إلى معتدل لفترة طويلة
- في وقت لاحق، من المرجح أن يكون النزيف أخف، أو أقل تكرارًا، أو يتوقف تمامًا
- صداع
- دوخة
- غثيان
- حب الشباب
- تبدل الحالة المزاجية
- تضخم بُصيلات المبيض

المخاطر:

- صعوبة إزالتها
- حدوث عدوى في موضع تركيبها
- نبذ الغرسة
- في حالة حدوث حمل، وهي حالة نادرة، أثناء استخدام الغرسات، فمن المرجح أن يكون الحمل خارج الرحم
- نادر للغاية: انتقال الغرسة إلى مكان آخر في الجسم إذا كان تركيبها بشكل غير صحيح

عودة الخصوبة بعد إزالتها: بدون تأخير

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- لا يحدث ضرر للمستفيدة بسبب توقف حدوث الدورة الشهرية عند استخدام هذه الوسيلة
- لا تسبب العقم، لا تبقى الهرمونات في الجسم بعد إزالة الغرسة
- لا تزيد الخطورة المطلقة بسبب حدوث الحمل خارج الرحم
- تستطيع المراهقات والمستفيدات اللاتي لم يسبق لهن الحمل استخدامه بأمان

* فعالية Nexplanon المسجلة حاليًا لمدة 3 سنوات مع أن البيانات تؤكد أن فعاليتها لمدة 5 سنوات.

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

2.1.3 تركيب الغرسات

من التخدير الموضعي، شجّع المستفيدة على طرح أي أسئلة لديها لتبديد أي شكوك أو تصحيح سوء الفهم لديها في ما يتعلق بإجراء التركيب أو الوسيلة، إذا لزم الأمر، ينبغي أن توقع المستفيدة على نموذج الموافقة المستنيرة لتركيب الغرسة بعد هذه المناقشة.

2.2.1.3 مبادئ تركيب الغرسة بفعالية وأمان

- ينبغي أن يتم تركيب الغرسات على أيدي متخصصين في تقديم الرعاية الصحية مدربين على هذه الإجراءات.
- تأكد من توافر جميع المعدات الضرورية وتعقيمها بشكل مناسب أو تطهيرها بمستوى عالٍ قبل البدء (أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيدة(ة)).
- طبق الإجراءات السليمة للوقاية من العدوى

تستطيع معظم المستفيدات استخدام الغرسات بأمان، بما في ذلك اللواتي يرضعن رضاعة طبيعية واللاتي لا يستطعن تناول الإستروجين (أنظر الملحق 1). الفحص الجسدي غير مطلوب قبل تركيب الغرسة ولا يلزم إجراء فحوصات مختبرية. أنظر الملحق 3 للحصول على معلومات حول كيفية استبعاد احتمال وجود الحمل قبل البدء في استخدام الوسيلة.

1.2.1.3 تقديم المشورة قبل تركيبها

قبل تركيبها، تأكد من مراجعة المعلومات الواردة في القسم 1.1.3 ومن فهم المستفيدة لها. راجع مع المستفيدة ما ينبغي أن تتوقعه أثناء القيام بإجراء تركيب الغرسة وأسأل إذا كانت تعاني الحساسية



4.1.3 الرعاية أثناء المتابعة الروتينية

لا يلزم إجراء زيارة للمتابعة الروتينية بعد تركيب الغرسة. ينبغي تشجيع المستفيدة على العودة في أي وقت لطرح أسئلتها أو مناقشة مخاوفها أو التغيير إلى وسيلة مختلفة أو إزالة الغرسة. يمكن توفير خدمة المتابعة المتكررة للمستفيدات اللاتي يعانين من حالات طبية معيّنة. أنظر القسم 3.2: تقديم المشورة للمستفيدات العائدات لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة للمستفيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل. ينبغي نصح المستفيدة بالعودة للمتابعة في حال تلقت تشخيصًا جديدًا أو بدأت في تعاطي دواء جديد قد يؤثر على استخدامها للغرسة، مثل مضادات التشنج أو مضادات الفيروسات القهقرية أو الأدوية المضادة للميكروبات.

5.1.3 الآثار الجانبية

ينبغي مراجعة الآثار الجانبية الشائعة بعد تركيب الغرسة وأثناء استخدامها مع المستفيدة ومناقشة استراتيجيات التعامل معها.

- من الشائع حدوث تغيّرات في أنماط النزف الشهري، خاصة خلال السنة الأولى من استخدام الغرسة. ويقلّ تقديم المشورة بدقة للمستفيدات اللاتي يبدأن استخدام الغرسات عدد المستفيدات اللاتي يتوقفن عن هذه الوسيلة بسبب حدوث تغيرات في أنماط النزف. قد يكون النزف غير منتظم، أو أخف، أو أقل تواترًا، أو قد يكون شديدًا أو لفترة طويلة. يتوقف النزف تمامًا لدى بعض المستفيدات. إذا وجدت المستفيدة أن النزف يمثل مشكلة لها، فقم بتجربة الأدوية المضادة للالتهابات غير الستيرويدية (NSAIDs) (علاج من 5 إلى 7 أيام) أو العلاج الهرموني بجرعة منخفضة من وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COC) أو الإستروجين (علاج من 10 إلى 20 يومًا إذا كانت مؤهلة صحياً لذلك) لأنها قد تكون مفيدة. التغيّرات التي تحدث في النزف ليست ضارة بشكل عام. ومع ذلك، يمكن متابعة تقييم حالة المستفيدة إذا استمرت المشكلة، أو إذا كان النزف غزيرًا جدًا، أو كان هناك سبب للشك في وجود خطأ ما.
- يمكن السيطرة على الصداع باستخدام مضادات الإلتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) أو الباراسيتامول.
- من الآثار الجانبية الأقل شيوعًا الدوخة والغثيان وزيادة الوزن وحب الشباب وتغيرات الحالة المزاجية.

6.1.3 علامات تحذيرية

أطلب من المستفيدة العودة في أقرب وقت ممكن للتقييم إذا عانت من الآتي:

- ألم أو حرارة أو صديد أو احمرار في موضع التركيب وخصوصًا إذا ازداد الألم سوءًا أو لم يزل
- خروج الغرسة من الذراع، أو عدم الإحساس بها
- حدوث نزيف مهبطي غزير بشكل غير عادي

- قبل وأثناء الإجراء، أخبر المستفيدة بما سيحدث أثناء الإجراء وشجّعها على طرح ما لديها من أسئلة والحديث عنا تشعر به. إشرح للمستفيدة أنها قد تشعر بعدم الارتياح أثناء إجراء بعض الخطوات.

- يجب تركيب الغرسات تحت الجلد مباشرة لتقليل مستوى الخطورة والصعوبة عند إزالتها أو المضاعفات الأخرى التي ترتبط بإدخالها بعمق.

3.2.1.3 إجراء التركيب

للحصول على توجيهات مفصلة حول تركيبها، بما في ذلك قائمة بالمعدات الضرورية، أنظر الملحق 4 (الأدوات المساعدة): تركيب الغرسة الأحادية والملحق 5 (الأدوات المساعدة): تركيب الغرسة الثنائية).

- عادة، يتم تركيب الغرسة في الذراع غير المسيطرة للمستفيدة.
- تُستخدم أجهزة تركيب الغرسة مرة واحدة فقط.
- تأني مستلزمات الغرسة من الشركة المصنعة مصحوبة بتعليمات محددة للتركيب السليم.

3.1.3 تعليمات للمستفيدة بعد الإجراء

بعد تركيب الغرسة بنجاح، ينبغي إبلاغ المستفيدة بما يلي:

- بعد زوال تأثير التخدير الموضعي، قد تشعر المستفيدة بعدم الارتياح في مكان التركيب. قد يظهر تورم أو كدمات في مكان التركيب. وهذا شائع وسوف يتحسن بدون علاج.
- يجب المحافظة على جفاف مكان التركيب لمدة 4 أيام. تستطيع المستفيدة إزالة الشاش بعد يومين، والضمادة اللاصقة والشريط الجراحي بعد 3 إلى 5 أيام.
- ينبغي استخدام وسيلة منع الحمل الاحتياطية إذا لزم الأمر.
- ينبغي أن تقوم المستفيدة بإبلاغ مقدم الخدمة إذا بدأت في تناول الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية أو الأدوية المضادة للتشنجات. في حين لا توجد خطورة من تفاعل هذه الأدوية مع الغرسات، فإنها قد تقلل من فعالية الغرسات.

ينبغي تزويد المستفيدة بنسخة مكتوبة من المعلومات التالية:

- إسم ونوع الغرسة التي تم تركيبها.
- تاريخ التركيب وشهر/سنة إزالتها الذي/التي يُنصح به/بها.
- إسم وعنوان ورقم هاتف المركز الصحي التي يمكنها العودة إليه للمتابعة/الإزالة.



- عدم حدوث نزيف الحيض خلال 6 أسابيع من انتهاء فترة الحيض السابقة
- آلام شديدة في البطن أو الحوض
- يرقان
- ضيق في التنفس أو ألم في الصدر
- في حالة وجود خراج، إفتح (شق) وصرف الخراج. عالج الجرح.
- صف مضادات حيوية عن طريق الفم لمدة 7 إلى 10 أيام.
- ينبغي أن تعود المستفيدة بعد انتهائها من المضادات الحيوية.
- في حالة عدم التخلص من العدوى، قم بإزالة الغرسة أو قم بإحالة المستفيدة لإزالتها.

8.1.3 إزالة الغرسة

- ينبغي إزالة الغرسة بناءً على طلب المستفيدة في حالة وجود دواعٍ طبية لإزالتها، أو عند انتهاء العمر الافتراضي لفعاليتها.
- بعد إزالة الغرسة في نهاية عمرها الافتراضي، يمكن تركيب غرسة جديدة للمستفيدة من خلال شق الإزالة.
- إذا كانت الغرسة غير محسوسة، فقم بإحالة المستفيدة للخضوع لفحص الأشعة المناسب لتحديد موقع الغرسة وإلى مقدم خدمات مدرب على إزالة الغرسات العميقة.
- للحصول على توجيهات مفصلة عن الإزالة، بما في ذلك قائمة المعدات اللازمة، أنظر الملحق 6: إزالة الغرسة النموذجية.

7.1.3 المضاعفات

1.7.1.3 خروج الغرسة

- قم بإزالة القضيب في حالة خروج جزء منه، وتخلص منه.
- في حالة عدم وجود عدوى، يمكن إدخال قضيب جديد من خلال شق جديد. في حالة الغرسة ذات القضيبين، يمكن إدخال القضيب البديل بجوار القضيب المتبقي.

2.7.1.3 ظهور عدوى أو خراج في موضع التركيب

- ليس من الضروري إزالة الغرسة.
- قم بتنظيف المنطقة المصابة بمطهر.

2.3 منع الحمل داخل الرحم

1.2.3 تقديم المشورة للمستفيدة: اللولب (IUD)

ما هو؟

- إطار بلاستيكي صغير ومرن على شكل حرف "T" يقوم مقدم خدمات مدرب بإدخاله في الرحم بإجراء قصير داخل المرفق الصحي
- ينقسم اللولب (IUD) إلى نوعين:
 - غير هرموني: عبارة عن لولب نحاسي يمكن أن يبقى في مكانه لمدة تصل إلى 12 سنة، حسب الموديل المستخدم
 - الهرموني: لولب ليفونورجيستريل (LNG-IUD):
 - اللولب الهرموني LNG-IUD جرعة 13.5 ملغ يمكن أن يبقى في مكانه لمدة تصل إلى 3 سنوات
 - اللولب الهرموني LNG-IUD جرعة 52 ملغ يمكن أن يبقى في مكانه لمدة تصل إلى 7 سنوات [17,16]

كيف تتم العملية؟

- اللولب النحاسي: يؤثر النحاس بشكل أساسي على قدرة الحيوانات المنوية وحركتها، مما يمنع الإخصاب.
- يمنع الإخصاب، ولا يسبب الإجهاض
- اللولب الهرموني LNG-IUD: الهرمونات التي يطلقها اللولب (IUD) تغلظ مخاط عنق الرحم وتمنع دخول الحيوانات المنوية في الرحم. يمنع الإخصاب، ولا يسبب الإجهاض

ما مدى فعاليته؟

- يُعد اللولب (IUD) من أكثر وسائل منع الحمل فعالية (أنظر الملحق 2)
- معدل الفشل: من 0.5 إلى 0.8 في المائة



فوائد غير متعلقة بمنع الحمل:

- قد يقلل خطر الإصابة بسرطان بطانة الرحم والمبيض
- قد يقلل اللولب النحاسي من خطر الإصابة بأورام عنق الرحم المتقدمة مقارنةً باللولب الهرموني LNG-IUD [18]
- اللولب الهرموني LNG-IUD: بالنسبة إلى معظم المستفيدات، يقل نزيف الدورة الشهرية وقد يشعرون بتحسين في تقلصات الدورة الشهرية. وربما تنقطع الدورة الشهرية تمامًا لدى بعض المستفيدات
- لولب LNG-IUD: يحسن أعراض انتباز بطانة الرحم

المحاسن:

- فعاليتها عالية في منع الحمل القابل للعكس
- لا يلزم اتخاذ أي إجراء من جانب المستفيدة. ولا يلزم إعادة إمدادها بالسلع الطبية
- لا تتعارض مع ممارسة الجنس
- استخدامه يعزز الشعور بالخصوصية
- خالي من الإستروجين: يمكن أن تستخدمه المستفيدات اللاتي يرضعن رضاعة طبيعية أو اللاتي لا يستطعن تعاطي الإستروجين بأمان
- يمكن تركيبه بعد الولادة أو بعد الإجهاض مباشرة
- اللولب النحاسي واللولب الهرموني LNG-IUD جرعة 52 ملغ: يمكن استخدامهما كوسيلة لمنع الحمل الطارئ بفعالية عالية [19]
- اللولب النحاسي واللولب الهرموني LNG-IUD جرعة 52 ملغ: لا حاجة لوجود وسيلة احتياطية لمنع الحمل [20]

المساوئ:

- لا يوفر الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- قد تشعر بعض المستفيدات بعدم الراحة عند التركيب
- يعتمد على مقدم الخدمات: يجب أن تذهب المستفيدة إلى مركز لتركيب اللولب وإزالته

الآثار الجانبية:

- من الشائع حدوث تغيرات في النزيف:
 - اللولب النحاسي: الدورة الشهرية أشد غزارة وشعور متكرر بالتقلصات
 - اللولب الهرموني LNG-IUD: من الممكن أن يخف النزيف، أو أن تقل أيام النزيف، أو يحدث انقطاع في الطمث، أو يحدث نزيف شديد ولمدة طويلة
- اللولب الهرموني LNG-IUD: إيلام الثدي، حب الشباب
- قد يشعر الشريك بخيوط اللولب أثناء ممارسة الجنس المهبلية

المخاطر:

- من المضاعفات النادرة حدوث انثقاب في الرحم عند التركيب (أقل من امرأة واحدة من أصل كل 1000 امرأة)
- خروج اللولب (امرأة واحدة من أصل كل 20 امرأة خلال 5 سنوات) تزداد الخطورة في الأشهر الثلاثة الأولى بعد التركيب، مباشرة بعد إجراء الإجهاض بعد مرور 13 أسبوعاً من الحمل، وخلال 4 أسابيع بعد الولادة
- التهاب الحوض (1.6 لكل 1000 امرأة-سنوات الاستخدام)
- في حالة حدوث حمل، وهي حالة نادرة، أثناء استخدام اللولب، فمن المرجح أن يكون الحمل خارج الرحم

عودة الخصوبة عند إزالته: بدون تأخير



تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- لا يسبب الإجهاض
- لا يزيد خطورة الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- عدم الشعور به عادة أثناء ممارسة الجنس
- التركيب الصحيح يضمن عدم خروجه من الرحم
- لا تزيد الخطورة المطلقة بسبب حدوث الحمل خارج الرحم
- تستطيع المراهقات والمستفيدات اللاتي لم يسبق لهن الحمل استخدامه بأمان
- لا يحدث ضرر للمستفيدة بسبب توقف حدوث الدورة الشهرية عند استخدام اللولب الهرموني LNG-IUD

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

2.2.3 تركيب اللولب IUD

تستطيع معظم المستفيدات استخدام وسائل منع الحمل داخل الرحم بأمان. بمن فيهن المراهقات، والمستفيدات اللاتي لم يسبق لهن الحمل، أو يرضعن رضاعة طبيعية، أو سبق لهن الإجهاض منذ وقت قريب، أو الإسقاط، أو الولادة، أو لديهن تاريخ من الحمل خارج الرحم أو التهاب في الحوض (PID)، أو عدوى في المهبل أو فقر دم، والمصابات بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) الخفيفة أو بدون أعراض. بغض النظر عما إذا كن يخضعن للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية أم لا (أنظر الملحق 1).

يمكن تركيب اللولب في أي وقت إذا تم التأكد بدرجة معقولة من أن المستفيدة ليست حاملاً. يمكن تركيب اللولب النحاسي أو اللولب الهرموني LNG-IUD جرعة 52 ملغ في أي وقت إذا كانت نتيجة فحص البول لكشف الحمل في نفس اليوم سلبية [23.22.21]. يُعتبر اللولب النحاسي واللولب الهرموني LNG-IUD جرعة 52 ملغ من الوسائل الفعالة للغاية في منع الحمل الطارئ ويمكن تركيبه خلال 5 أيام من بعد ممارسة الجنس المهبل بدون حماية لهذا الغرض [19]. أنظر الملحق 3 للحصول على معلومات حول كيفية استبعاد احتمال وجود الحمل قبل البدء في استخدام الوسيلة.

الفحص الجسدي الكامل غير مطلوب قبل تركيب اللولب. ومع ذلك، من الضروري إجراء معاينة بالمنظار لعنق الرحم وفحص يدوي للحوض لتقييم حجم الرحم وموضعه وكشف أي تشوهات في عنق الرحم أو في الرحم قد تشير إلى وجود عدوى أو تحول دون التركيب.

- بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي تظهر عليهن علامات الإصابة بمرض التهابي في الحوض (PID) أو التهاب صديدي بعنق الرحم أو عدوى الكلاميديا أو السيلان المعروفة، ينبغي تأجيل تركيب اللولب حتى الانتهاء من علاج العدوى المنقولة جنسياً (STI).
- ينبغي أن يستخدم وسيلة مؤقتة لمنع الحمل حتى يستطيعن تركيب اللولب.

- المستفيدات اللاتي لا تظهر عليهن أعراض، إذا كانت لديهن عوامل خطورة الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs)، ينبغي فحصهن لكشف إصابتهن بالكلاميديا والسيلان في وقت تركيب

اللولب. لا ضرورة لتأجيل التركيب حتى ظهور نتائج الفحص. ولا ضرورة لمضادات حيوية وقائية. قد يؤدي تركيب اللولب إلى زيادة خطر الإصابة بمرض التهابي في الحوض بعد التركيب مباشرة. ولكن تشير الدلائل إلى أن هذه الخطورة منخفضة [24]. إذا تبين أن نتائج الفحص إيجابية، ينبغي معالجة المستفيدات بالمضادات الحيوية المناسبة مع وجود لولب في مكانه؛ لا ضرورة لإزالة اللولب.

1.2.2.3 تقديم المشورة قبل التركيب

قبل تركيب اللولب، تأكد من مراجعة المعلومات الواردة في القسم 1.2.3 ومن فهم المستفيدة لها. راجع مع المستفيدة ما ينبغي أن تتوقعه أثناء القيام بإجراء تركيب اللولب. شجّع المستفيدة على طرح أي أسئلة لديها لإنهاء أي شكوك أو تصحيح سوء الفهم لديها في ما يتعلق بإجراء التركيب أو الوسيلة. إذا لزم الأمر، ينبغي أن توقع المستفيدة على نموذج الموافقة المستنيرة لتركيب اللولب بعد هذه المناقشة.

2.2.2.3 مبادئ تركيب اللولب IUD بفعالية وأمان

- ينبغي أن يقوم بتركيب اللولب IUD متخصصون في تقديم الخدمات الصحية مدربين على هذه الإجراءات. التركيب الفوري والمبكر بعد الولادة يتطلب تدريباً خاصاً على هذه المهارات.
- تأكد من توافر جميع المعدات الضرورية وتعليمها بشكل مناسب أو تطهيرها بمستوى عالٍ قبل البدء (أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيدة(ة)). ينبغي أن يكون اللولب IUD في عبوته الأصلية السليمة مع أداة التركيب.
- طبق الإجراءات السليمة للوقاية من العدوى
- قبل وأثناء الإجراء، أخبر المستفيدة بما سيحدث أثناء الإجراء وشجّعها على طرح ما لديها من أسئلة والحديث عما تشعر به. إشرح للمستفيدة أنها قد تشعر بعدم الارتياح أثناء إجراء بعض الخطوات.



4.2.3 الرعاية أثناء المتابعة الروتينية

ينبغي إبلاغ المستفيدة بأن المتابعة الروتينية ليست ضرورية بشكل عام إذا تم تركيب اللولب IUD بدون تعقيدات؛ ومع ذلك، يمكنها أن تعود بعد فترة الحيض التالية أو مرور 3 إلى 6 أسابيع بعد التركيب إذا أرادت تقييم حالتها والتأكد من موضع اللولب IUD. ينبغي تشجيع المستفيدة على العودة في أي وقت لمناقشة الآثار الجانبية أو أي مخاوف أخرى لديها. أو تغيير الوسيلة. أو إذا حان وقت إزالة الوسيلة أو استبدالها. يمكن توفير خدمة المتابعة المتكررة للمستفيدات اللاتي يعانين من حالات طبية معينة.

في حالة عودة المستفيدات اللاتي يستخدمن اللولب IUD لأي سبب من الأسباب، ينبغي أن يقوم مقدمو الخدمة بتقييم مدى رضاهن عن اللولب IUD. والاستفسار عن أي مخاوف لديهن تتعلق بالوسيلة، وتقييم أي تغييرات في الحالة الصحية العامة، والنظر في إجراء فحص للتحقق من وجود خيوط اللولب IUD. أنظر [القسم 3.2](#): تقديم المشورة للمستفيدات العائدات لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة للمستفيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل.

5.2.3 الآثار الجانبية

ينبغي مراجعة الآثار الجانبية الشائعة بعد تركيب اللولب IUD وأثناء استخدامه مع المستفيدة ومناقشة استراتيجيات التعامل معها.

- قد يحدث تشنج في الرحم بعد تركيب اللولب IUD بأيام. تستطيع المستفيدة تناول الأدوية المسكنة للألم ووضع وسادة حرارية أو زجاجة ماء ساخن على أسفل البطن لتخفيف شعورها بالانزعاج. إذا لم يتحسن الشعور بالألم أو أصبح شديدًا، ينبغي أن تعود المستفيدة لإجراء تقييم لحالتها.
- قد يحدث تبقع ونزيف خفيف وإفرازات مهبلية بعد تركيب اللولب IUD. إذا كان النزيف غزيرًا، أو كانت الإفرازات كريهة الرائحة أو مصحوبة بالألم في الحوض أو حمى، ينبغي أن تعود المستفيدة لتقييم حالتها.
- من الشائع حدوث تغيرات في فترات الحيض، ويتوقع حدوثها في بعض الحالات، بعد تركيب اللولب IUD.
- بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي يستخدمن اللولب النحاسي (IUD)، فإن النزيف غير المتوقع أو التبقع الخفيف، بالإضافة إلى النزيف الغزير أو المطول، أمر شائع في خلال الأشهر الثلاثة إلى الستة الأولى من استخدام اللولب IUD. وهو غير ضار ويتحسن بشكل عام. قد تعاني المستفيدة من تقلصات متكررة وقت الدورة الشهرية.
- بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي يستخدمن اللولب الهرموني LNG-IUD، فمن المتوقع حدوث نزيف خفيف أو ظهور تبقع غير متوقع في خلال الأشهر الثلاثة إلى الستة الأولى من الاستخدام. بمرور الوقت، ينخفض النزيف

- لا يُنصح باستخدام المضادات الحيوية الوقائية لتركيب اللولب IUD.

- في حين أنه لا يوصى به للاستخدام الروتيني، فإن الإحصار حول عنق الرحم يمكنه تخفيف الألم أثناء تركيب اللولب IUD. خاصة بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي لم تسبق لهن الولادة أو اللاتي يحتجن إلى توسيع عنق الرحم لإجراء التركيب. يسبب الإحصار حول عنق الرحم في حد ذاته بعض الألم لمعظم المستفيدات [25، 26].

- لا يوجد دليل يؤكد الاستخدام الروتيني للميزوبروستول لتسهيل التركيب أو تخفيف الألم أثناء تركيب اللولب IUD. تعمل مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) على تخفيف الألم بعد تركيب اللولب IUD. قد يساعد التخدير الموضعي (على سبيل المثال 10 في المائة من رذاذ ليدوكاين وكريم ليدوكاين / بربلوكاين) في تخفيف الألم المرتبط بتركيب اللولب [27]. قد يكون من المفيد أيضًا دعم المستفيدة بالتحدث إليها أثناء تنفيذ الإجراء ووجود زجاجة ماء ساخن لتشنجات الرحم.

ويتضمن الملحق 7 خطوات حول كيفية تحميل وتركيب الأجهزة داخل الرحم والوسائل المساعدة لتركيب اللولب النحاسي T380A واللولب الهرموني LNG IUD.

3.2.3 تعليمات للمستفيدة بعد الإجراء

ينبغي تزويد المستفيدة بنسخة مكتوبة من المعلومات التالية:

- اسم ونوع اللولب IUD الذي تم تركيبه.
- تاريخ التركيب والتاريخ الذي يوصى به للإزالة.
- إسم وعنوان ورقم هاتف المركز الصحي التي يمكنها العودة إليه للمتابعة.
- ينبغي أن يشرح مقدمو الخدمة للمستفيدة أنها قد تشعر بخيوط اللولب IUD في المهبل بالقرب من عنق الرحم، وأن شريكها قد يشعر بهذه الخيوط أثناء ممارسة الجنس المهبلي. أعرض على المستفيدة تعليمها كيفية التحقق من وجود خيوط اللولب IUD. إذا كانت حريصة على التحقق منها. إشرح لها أن هذه الخيوط يمكن تقصيرها إذا كانت مزعجة. نظرًا لأن معظم حالات خروج اللولب IUD من مكانه تحدث خلال الأسابيع الستة الأولى بعد التركيب، أو خلال فترة الحيض، فقد ترغب المستفيدة في التحقق من وجود الخيوط فور انتهاء الفترة الأولى بعد التركيب للتأكد من بقاء اللولب IUD داخل الرحم. تستطيع المستفيدة التحقق من الخيوط إذا شعرت بالألم أو تقلصات غير عادية خلال فترة الحيض. أو تجدد شعورها بالانزعاج من ممارسة الجنس المهبلي. وإذا كان لديها أي سبب للاعتقاد بأن اللولب IUD قد تحرك، وبشكل دوري إذا أرادت الاطمئنان.



- إذا كانت حالة المستفيدة مستقرة، فيمكن عودتها إلى المنزل بعد 2 إلى 6 ساعات من المراقبة مع إعطائها تعليمات للمتابعة ومناقشة العلامات التحذيرية التي تستدعي طلب الرعاية الفورية. طمئن المستفيدة أن الانتقاب عادة ما يشفى بدون علاج واعرض عليها وسيلة مؤقتة لمنع الحمل.

2.7.2.3 خروج الجهاز

- تأكد من عدم وجود حمل.
- حاول تحديد مكان اللولب IUD عن طريق فحص الحوض والتصوير بالموجات فوق الصوتية أو الأشعة السينية، إذا لزم الأمر.
- في حالة التأكد من الخروج الكامل، أدخل لولب جديد IUD وفقًا للإرشادات أعلاه أو أعرض تقديم وسيلة أخرى لمنع الحمل حسب تفضيلات المستفيدة.
- في حالة التأكد من الخروج الجزئي، قم بإزالة اللولب IUD ثم قم بتركيب لولب جديد IUD وفقًا للإرشادات أعلاه أو قم بتقديم وسيلة أخرى لمنع الحمل حسب تفضيلات المستفيدة.
- إذا كان اللولب IUD خارج تجويف الرحم (في تجويف الحوض/البطن)، فقم بإحالة المستفيدة إلى جهة مناسبة للتعامل مع الحالة. أعرض عليها وسيلة مؤقتة لمنع الحمل.
- في جميع الحالات، قم بتقييم الحاجة إلى وسيلة من وسائل منع الحمل الطارئ.

3.7.2.3 فقدان الخيوط

- قم بإجراء فحص بالمنظار للتأكد من وجود الخيوط في قناة عنق الرحم. قد يساعدك استخدام فرشاة خلوية في باطن عنق الرحم لتحديد مكان الخيوط، وإذا وجدت، إسحبها برفق.
- إذا لم تكن الخيوط في عنق الرحم، فقم بوجود الحمل.
- إذا تبين وجوده، فحاول تحديد مكان اللولب IUD بالموجات فوق الصوتية، أو في حالة وجود حمل، بالأشعة السينية.
- إذا كان اللولب IUD داخل الرحم بشكل صحيح، لا داعي لاتخاذ أي إجراء آخر.
- في حالة خروج اللولب IUD، أنظر القسم 2.7.2.3: خروج اللولب.
- إذا كان اللولب IUD خارج تجويف الرحم (في تجويف الحوض/البطن)، فقم بإحالة المستفيدة إلى جهة مناسبة للتعامل مع الحالة. اعرض عليها وسيلة مؤقتة لمنع الحمل ومنع الحمل الطارئ، عند اللزوم.

- عمومًا مع استمرار استخدام اللولب الهرموني LNG-IUD، ويعاني العديد من المستفيدات من نزيف خفيف فقط أو انقطاع الطمث.
- نادرًا ما يشعر الشريك الجنسي للمستفيدة بخيوط اللولب IUD أثناء ممارسة الجنس المهبلي. أبلغ المستفيدة بأنها تستطيع العودة لتقصير خيوط اللولب IUD إذا أرادت ذلك.

6.2.3 علامات تحذيرية

أطلب من المستفيدة العودة للتقييم الفوري إذا واجهت أيًا مما يلي، مما قد يشير إلى حدوث مضاعفات بعد انتهاء الإجراء:

- الحمى أو القشعريرة
 - إيلام أو ألم في الحوض
 - رائحة كريهة أو إفرازات مهبلية صديدية
 - نزيف غزير
- أطلب من المستفيدة العودة في أقرب وقت ممكن للتقييم إذا كانت:

- تعتقد أن اللولب IUD قد خرج أو تشعر بالجزء الصلب منه
- لا تشعر بخيوط اللولب IUD
- تعتقد أنها حامل

7.2.3 المضاعفات

1.7.2.3 انتقاب الرحم

من المضاعفات النادرة لتركيب اللولب IUD انتقاب الرحم. ينبغي الاشتباه في حدوث الانتقاب عند دخول أي أداة في الرحم أكثر من المطلوب، أو عندما تعاني المستفيدة من ألم مفاجئ أو نزيف أثناء الإجراء. قد يحدث الانتقاب بدون أعراض، وفي هذه الحالة يمكن التعرف عليه عند المتابعة إذا كانت خيوط اللولب IUD غير مرئية أو في حالة حدوث حمل.

عند التأكد من حدوث انتقاب في وقت التركيب:

- أوقف الإجراء فورًا. قم بإزالة جميع الأدوات. قم بإزالة اللولب IUD باستخدام أداة الإدخال أو، إذا تم تركيبه بالفعل، عن طريق سحب الخيوط.
- يجب مراقبة المستفيدة لمدة ساعتين على الأقل مع متابعة متكررة للحالة والعلامات الحيوية.
- إذا كانت العلامات الحيوية غير مستقرة، أو إذا تدهورت حالة المستفيدة بأي شكل من الأشكال، فابدأ في عملية الاستقرار أو الإنعاش والنقل على الفور إلى مرفق مناسب للتعامل مع الحالة.



4.7.2.3 الحمل مع وجود اللولب IUD في مكانه

- قم بتقييم احتمال وجود حمل خارج الرحم (أنظر الفصل 9: صحة الأم، القسم 1.3.4).
- أخبر المستفيدة بأنها معرضة لمخاطر الإجهاض التلقائي بمستوى عالٍ، بما في ذلك الإجهاض الإنتاني، والولادة المبكرة إذا تُرك اللولب IUD في مكانه. إزالة اللولب IUD يقلل هذه المخاطر، ولكن ليس تمامًا.
- إذا كانت المستفيدة لا ترغب في استمرار الحمل، قدم لها المشورة في ما يتعلق بخيارات الحمل وقم بإحالتها إلى الجهة المناسبة (أنظر الفصل 5: رعاية الإجهاض).
- إذا أرادت المستفيدة استمرار الحمل، وكانت خيوط اللولب IUD مرئية أو يمكن استعادتها بأمان من قناة عنق الرحم، فأخبرها أن الأفضل إزالة اللولب IUD. قم بإزالة اللولب IUD عن طريق سحب الخيوط برفق.
- سواء تم الاحتفاظ باللولب IUD أو تمت إزالته، إنصح المستفيدة بطلب الرعاية على الفور إذا كانت تعاني من نزيف حاد، أو تقلصات، أو ألم، أو إفرازات مهبلية غير طبيعية، أو حمى. قم بإحالة المستفيدة للحصول على رعاية ما قبل الولادة.
- إذا أرادت المستفيدة استمرار الحمل، وكانت خيوط اللولب IUD غير مرئية أو لا يمكن استعادتها بأمان، فكر في تحديد مكان اللولب IUD بالموجات فوق الصوتية. في حالة عدم توفر تقنية التصوير بالموجات فوق الصوتية، أو إذا كان اللولب IUD داخل الرحم، إنصح المستفيدة بطلب الرعاية على الفور إذا كانت تعاني من نزيف حاد، أو تقلصات، أو ألم، أو إفرازات مهبلية غير طبيعية، أو حمى. قم بإحالة المستفيدة للحصول على رعاية ما قبل الولادة.

8.2.3 إزالة اللولب IUD

- ينبغي إزالة اللولب IUD بناءً على طلب المستفيدة في حالة وجود دواعٍ طبية لإزالته، أو عند انتهاء العمر الافتراضي لفعاليته. ليس من الضروري إزالة اللولب IUD في حالة تشخيص إصابة المستفيدة بمرض التهابي في الحوض (PID). يمكن بدء العلاج مع وجود اللولب IUD في مكانه (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا).
- نظرًا لأن الحيوانات المنوية المتبقية في الجهاز التناسلي يمكنها أن تؤدي نظريًا إلى الإخصاب بعد إزالة اللولب IUD، ينبغي إبلاغ المستفيدات اللاتي يرغبن في إزالة اللولب IUD والتغيير إلى وسيلة أخرى لمنع الحمل بالامتناع عن ممارسة الجنس المهبلية أو استخدام الواقي الجنسي لمدة 7 أيام قبل إزالة اللولب IUD، أو العودة لإزالته في خلال 5 أيام من بداية الدورة الشهرية.
- يمكن تركيب اللولب IUD جديد في وقت إزالة القديم للمستفيدات اللاتي يرغبن مواصلة استخدام وسائل منع الحمل داخل الرحم. ينبغي إبلاغهن بالامتناع عن ممارسة الجنس المهبلية أو استخدام الواقي الجنسي لمدة 7 أيام قبل إجراء الإزالة وإعادة التركيب في حالة تعذر تركيب لولب جديد IUD.



4. وسائل منع الحمل الدائمة

1.4 إعدام الإناث

1.1.4 تقديم المشورة للمستفيدات: إعدام الإناث

ماذا يعني؟

- وسيلة جراحية لمنع الحمل الدائم للمستفيدات ذوات التشريح الأنثوي اللاتي لا يردن إنجاب المزيد من الأطفال أو اللاتي لا يردن الإنجاب أصلاً
- في ما يلي الإجراءات الجراحية الأكثر شيوعاً:
- الشق البطني المصغر: إجراء شق صغير (من 2 إلى 5 سم) في البطن. يتم التقاط قناتي فالوب إلى الشق ثم قطعهما أو ربطهما أو غلقهما بمشابك أو حلقات. يمكن السيطرة على الألم بالتخدير الموضعي أو التخدير الخفيف أو التسكين في العادة.
- تنظير البطن: يتم إجراء شق صغير (1 سم) في البطن وإدخال كاميرا طويلة ورفيعة تسمى منظار البطن في تجويف البطن. بعد تصوير قناتي فالوب باستخدام منظار البطن. يقوم مقدم الخدمة بإزالة أو سد الأنبوبين بمشابك أو حلقات. الأمر الذي يتطلب عادةً إحداث شق صغير آخر. يمكن السيطرة على الألم بالتخدير الموضعي أو التخدير الخفيف أو التسكين في العادة.
- يمكن أيضاً إجراء إعدام الإناث في نفس وقت إجراء عملية جراحية أخرى، مثل الولادة القيصرية
- يُطلق عليه أيضاً الربط البوقي، أو الربط البوقي الثنائي، أو ربط الأنابيب، أو استئصال الأنبوب، أو شق البطن الصغير

كيف تتم العملية؟

- تجرى العملية عن طريق سد قناتي فالوب أو قطعهما أو ربطهما أو إزالتها، مما يعوق التقاء البويضة والحيوانات المنوية ويمنع الإخصاب

ما مدى الفعالية؟

- يُعد الإعدام من أكثر وسائل منع الحمل فعالية (أنظر الملحق 2)
- معدل الفشل: 0.5 بالمائة

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل:

- قد يساعد في الحماية من سرطان المبيض

المحاسن:

- فعال جداً في منع الحمل الدائم
- لا يلزم اتخاذ أي إجراء من جانب المستفيدة، ولا يلزم إعادة إمدادها بالسلع الطبية
- لا تتعارض مع ممارسة الجنس
- تعزيز الخصوصية
- استخدامه مأمون لجميع المستفيدات ذوات التشريح الأنثوي

المساوئ:

- في العادة لا يمكن عكس الإعدام
- لا يوفر الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

الآثار الجانبية: لا توجد آثار جانبية طويلة الأمد



المخاطر:

- المضاعفات المحتملة لعملية الإعقام:
 - خطر إصابة الأعضاء الداخلية (أقل من 1 في كل 100، من 0.2 إلى 0.5 في المائة)
 - نزيف شديد (5 من كل 100 امرأة، 5 في المائة)
 - العدوى (أقل من 1 في المائة)
 - عدم القدرة على استكمال الإجراء
 - للإعقام بالمنظار: الحاجة إلى شق البطن (3 من كل 1000 امرأة، 0.3 في المائة)
 - الوفيات (1 من كل 12,000 إلى 20,000 امرأة، من 0.005 إلى 0.008 في المائة)
- المضاعفات المحتملة المتعلقة بالتخدير:
 - حساسية من الأدوية
 - جرعة زائدة من الأدوية
 - الوفاة
- في حالة حدوث حمل بعد الإعقام، وهي حالة نادرة، فمن المرجح أن يكون الحمل خارج الرحم
- الندم

عودة الخصوبة: دائمة (عدم استعادة الخصوبة)

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- لا يؤثر على الصحة الجسدية أو النفسية
- لا يؤثر على الهرمونات أو نزيف الحيض أو موعد انقطاع الطمث
- لا يؤثر على الأداء الجنسي أو الرغبة الجنسية
- لا يزيد الخطورة المطلقة بسبب حدوث الحمل خارج الرحم
- ينبغي التفكير في أن الإعقام لا يمكن عكسه
- تستطيع المستفيدة، بما في ذلك الشابة أو غير المتزوجة أو التي لم تنجب أطفالاً من قبل، اختيار الإعقام إذا كانت هذه الوسيلة تناسبها

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3] و RCOG [28].

2.1.4 إجراء الإعقام

من الفحوصات الموصى بها:

- الوزن
- الحرارة وضغط الدم والنبض
- فحص القلب والرئتين بالسماعة
- فحص البطن
- الفحص اليدوي للحوض
- فحص الجلد في منطقة العملية
- تقييم الوضع الغذائي
- فحوصات أخرى تُحدد حسب التاريخ الصحي

تستطيع جميع المستفيدات ذوات التشريح الأنثوي استخدام وسيلة إعقام الإناث. لا توجد حالات طبية تمنع استخدام هذه الوسيلة؛ ومع ذلك، ينبغي تسجيل التاريخ الطبي بالكامل لتقييم ما إذا كانت المستفيدة تعاني من أي حالات طبية قد تزيد من المخاطر المرتبطة بهذا الإجراء. ولتحديد النهج الجراحي ونظام التخدير ونوع المرفق الصحي الأنسب للمستفيدة (أنظر الملحق 1). أنظر الملحق 3 للحصول على معلومات حول كيفية استبعاد احتمال وجود الحمل قبل إجراء هذه الوسيلة.

فحص ضغط الدم والفحص اليدوي للحوض هما الفحصان الجسديان الوحيدان المطلوبان قبل إجراء إعقام الإناث. ومع ذلك، قد تكون الفحوصات الأخرى مفيدة في تقييم حالة المستفيدة أو قد تُطلب بناءً على التاريخ الصحي للمستفيدة والنهج الجراحي المتوقع ونظام التخدير.

لا يلزم إجراء فحوصات مخبرية روتينية قبل الإعقام، على الرغم من أنه يوصى غالباً بقياس الهيموغلوبين/الهيماتوكريت. قد يُطلب إجراء فحوصات مخبرية أخرى بناءً على التاريخ الصحي للمستفيدة أو الفحص الجسدي.



1.2.1.4 تقديم المشورة قبل الإعقام

قبل إجراء الإعقام، تأكد من مراجعة المعلومات الواردة في القسم 1.1.4 ومن فهم المستفيدة لها. راجع مع المستفيدة ما ينبغي أن تتوقعه أثناء القيام بإجراء الإعقام، شجّع المستفيدة على طرح أي أسئلة لديها لإنهاء أي شكوك أو تصحيح سوء الفهم فيما يتعلق بهذا الإجراء. نظرًا لأن الإعقام وسيلة دائمة، ينبغي أن يتأكد مقدم الخدمة من أن المستفيدة لا تتخذ قرارًا بالخضوع للإعقام أثناء شعورها بالإجهاض - مثل أثناء المخاض أو بعد الولادة مباشرة، أو في وقت الإجهاض - وأنها قد فكرت في المواقف المستقبلية التي قد تؤدي إلى الندم على هذا القرار (أنظر الخانة 4: لأن الإعقام وسيلة دائمة). قد يكون من المفيد إشراك شريك المستفيدة أثناء تقديم المشورة، وهذا ليس ضروريًا ولا إلزاميًا. يجب أن يكون مقدمو الخدمة على دراية بأي تشريعات محلية تنطبق على الإعقام.

بعد تقديم المشورة، يجب أن توقع المستفيدة على استمارة موافقة مستنيرة قبل الإجراء.

2.2.1.4 ينبغي إبلاغ المستفيدة بالأمور المتوقعة أثناء الإجراء

شق البطن الصغير

- سوف يقوم مقدم الخدمة بإجراء فحص جسدي وفحص يدوي للحوض.
- يقوم مقدم الخدمة بإدخال أداة خاصة تسمى رافع الرحم في الرحم من خلال عنق الرحم. قد يسبب هذا شعورًا بعدم الارتياح.
- في العادة يمكن إعطاء المستفيدة مسكنًا أو مهدئًا خفيفًا لمساعدتها على الاسترخاء والشعور بمزيد من الراحة. سوف

يتم حقن مخدر موضعي فوق خط شعر العانة، أو تحت السرة للمستفيدات اللاتي وضعن حديدًا.

- يقوم مقدم الخدمة بعمل شق أفقي صغير (من 2 إلى 5 سم) في المنطقة التي تم تخديرها.
- يتم ربط أو إغلاق كل أنبوب بمشبك أو حلقة من خلال الشق.
- يغلق مقدم الخدمة الشق ويغطيه بضمادة.
- تبقى المستفيدة في المرفق الصحي لمدة ساعتين على الأقل بعد انتهاء الإجراء. في خلال هذا الوقت، تخضع للمراقبة للتأكد من عدم وجود مضاعفات أثناء تعافيتها من التخدير. يمكن إعطاء المستفيدة مسكنًا للألم إذا لزم الأمر.

تنظير البطن

- سوف يقوم مقدم الخدمة بإجراء فحص جسدي وفحص يدوي للحوض.
- في العادة، يمكن إعطاء المستفيدة مسكنًا أو مهدئًا لمساعدتها على الاسترخاء والشعور بمزيد من الراحة. يُحقن المخدر الموضعي تحت السرة.
- يضع مقدم الخدمة إبرة خاصة داخل البطن ويتم نفخ البطن (عملية النفخ) بالغاز أو الهواء.
- يقوم مقدم الخدمة بعمل شق صغير (حوالي 1 سم) في المنطقة المخدرة وإدخال منظار البطن، وهو عبارة عن أنبوب بمجهز بكاميرا يستخدمها مقدم الخدمة للنظر داخل الجسم لرؤية قناتي فالوب.

الخانة 4: لأن الإعقام وسيلة دائمة لمنع الحمل

- يجب أن تفكر المستفيدة جيدًا إذا كانت ترغب في إنجاب المزيد من الأطفال مستقبلاً. يجب أن يطرح عليها مقدم الخدمة بعض الأسئلة:
- "هل تريد إنجاب المزيد من الأطفال في المستقبل؟"
- "هل من المحتمل أن تغيري رأيك لاحقًا؟ ماذا لو كان لديك شريك جديد؟ ماذا لو مات أحد أطفالك؟"
- "هل شريكك يريد المزيد من الأطفال في المستقبل؟"
- قد تختار المستفيدة الإعقام بعد الاستماع لمشورة مناسبة لاتخاذ قرار مستنير. مع ذلك فإن أكثر المستفيدات عرضة للشعور بالندم عن قرار الإعقام:
- صغار السن
- اللاتي لديهن عدد قليل من الأطفال أو لم ينجبن
- اللاتي فقدن أحد أطفالهن
- غير المتزوجات أو اللاتي لديهن مشاكل زوجية
- اللاتي يعارض شركاؤهن قرار الإعقام
- ينبغي أن تفكر المستفيدة أنها قد تجد بدائل ممتازة في وسائل منع الحمل غير الدائمة وطويلة المفعول ذات الفاعلية المماثلة أو الأعلى
- يجب أن تختار المستفيدة الإجراء الذي تفضله طوعًا وبحرية، وينبغي عدم إجبارها بأي شكل من الأشكال سواء بالإكراه أو الإغراء
- يحق للمستفيدة تغيير رأيها في أي وقت قبل إجراء الجراحة
- مع أن المستفيدة قد تستشير الآخرين بشأن الإعقام، فإن قرار إعقامها يخصها وحدها



4.1.4 الرعاية أثناء المتابعة

ينبغي أن تعود المستفيدة للمتابعة الروتينية خلال 7 إلى 10 أيام من إتمام الجراحة. من المستحسن أن تتم هذه الزيارة بحضور مقدم الخدمة الذي قام بالإجراء. خلال الزيارة:

- ناقش أي مخاوف أو أسئلة لدى المستفيدة.
- إفحص مكان الجراحة وقم بإزالة أي غرز إذا لزم الأمر. قم بإجراء أي فحوصات أخرى إذا لزم الأمر.
- حدّد موعدًا لزيارة أخرى إذا لزم الأمر.

المتابعة الروتينية الإضافية ليست ضرورية بشكل عام بعد إتمام إجراء الإعقام بدون تعقيدات. يمكن توفير خدمة المتابعة الإضافية للمستفيدات اللاتي يعانين من حالات طبية معينة. أنظر القسم 3.2: تقديم المشورة للمستفيدات العائدات لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة.

5.1.4 المضاعفات

1.5.1.4 العدوى

- قم بتنظيف المنطقة المصابة بمطهر.
- في حالة وجود خراج، إفتح (شق) وصرف الخراج. عالج الجرح.
- صف مضادات حيوية عن طريق الفم لمدة 7 إلى 10 أيام.
- في حالة عدم زوال العدوى بالرغم من انتهاء المستفيدة من تعاطي المضادات الحيوية، ينبغي أن تعود لإجراء فحص.

2.5.1.4 الآلام الشديدة

- قم بتقييم الحالات التي قد تكون مرتبطة بالجراحة، مثل التهاب الحوض أو التهاب الصفاق أو إصابة الأعضاء الداخلية أو انتفاخ الرئة الجراحي. تعامل مع الحالة بشكل مناسب أو قم بالإحالة حسب اللزوم.
- إذا مضى على الجراحة أكثر من 3 إلى 4 أسابيع، فقم بتقييم الحالة للتأكد من الحمل خارج الرحم.

3.5.1.4 الاشتباه في الحمل

- قم بالتقييم للتأكد من الحمل، بما في ذلك الحمل خارج الرحم.

- من خلال منظار البطن أو شق صغير آخر، يقوم مقدم الخدمة بإغلاق قناتي فالوب بحلقة أو مشبك.
- يقوم مقدم الخدمة بإزالة الأدوات والغاز من بطن المستفيدة. يتم إغلاق الشقوق الصغيرة وتغطيتها بضمادات لاصقة.
- تبقى المستفيدة في المرفق الصحي لمدة ساعتين على الأقل بعد انتهاء الإجراء. في خلال هذا الوقت، تخضع للمراقبة للتأكد من عدم وجود مضاعفات أثناء تعافيتها من التخدير. يمكن إعطاء المستفيدة مسكنًا للألم إذا لزم الأمر.

3.1.4 تعليمات للمستفيدة بعد الإجراء

تستطيع المستفيدة العودة إلى المنزل في نفس اليوم الذي أجريت فيه الجراحة، بعد تعافيتها منها. إشرح وقدم لها تعليمات مكتوبة عن الآتي:

- راحة لمدة يومين وتجنب العمل الشاق ورفع الأشياء الثقيلة وتجنب ممارسة الجنس لمدة أسبوع. يمكن استئناف الأنشطة العادية بعد أسبوع واحد.
- ضرورة المحافظة على نظافة الجرح وجفافه لمدة يومين.
- تُعتبر هذه الوسيلة من وسائل منع الحمل الفعالة تمامًا من وقت إتمام العملية.
- ينبغي أن تعود المستفيدة لمتابعة ما بعد الجراحة بعد 7 إلى 10 أيام من إتمام الإجراء.

1.3.1.4 الآثار الجانبية

- قد تعاني المستفيدة من آلام في البطن وتورم بعد الإجراء. إذا تم إجراء تنظيف البطن، فقد تشعر بانتفاخ في البطن وألم في الكتف. يمكن تناول الأدوية المسكنة للألم (مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) أو الباراسيتامول) ولكن ينبغي تجنب الأسبرين.
- لا توجد آثار جانبية طويلة الأمد.

2.3.1.4 علامات تحذيرية

- أطلب من المستفيدة العودة للتقييم الفوري إذا واجهت أيًا مما يلي، مما قد يشير إلى حدوث مضاعفات جراحية:
- نزيف أو ألم أو صديد أو حرارة أو تورم أو احمرار في الجرح وازدياد الألم سوءًا أو عدم زواله
- حمى
- إغماء أو دوخة شديدة أو دوام شديد



2.4 قطع القناة الدافقة

1.2.4 تقديم المشورة للمستفيد: قطع القناة الدافقة

ماذا يعني؟

- وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة الدائمة للذكور ذوي التشريح الذكري الذين لا يريدون المزيد من الأطفال أو الذين لا يريدون الإنجاب أصلاً
- من خلال ثقب صغير أو شق في كيس الصفن، يحدد مقدم الخدمة مكان كل قناة منوية (هما الأنبوبان اللذان ينقلان الحيوانات المنوية من الخصيتين إلى القضيب) ويقطعهما أو يربطهما أو يسدهما
- يسمى أيضاً بإعقام الذكور

كيف تتم العملية؟

- عن طريق سد أو قطع أو ربط القناة المنوية، يتم منع الحيوانات المنوية من دخول السائل المنوي. يحدث القذف بشكل طبيعي، لكنه قذف بدون حيوانات منوية، ويمنع الإخصاب

ما مدى الفعالية؟

- يُعد قطع القناة الدافقة من أكثر وسائل منع الحمل فعالية (أنظر الملحق 2)
- معدل الفشل: 0.15 في المائة
- يتطلب قطع القناة الدافقة 3 أشهر بعد إتمام الإجراء حتى تكتمل فعاليته

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل: لا يوجد

المحاسن:

- وسيلة فعالة جداً في منع الحمل الدائم
- لا يلزم اتخاذ أي إجراء من جانب المستفيد، ولا يلزم إعادة إمداده بسلع طبية
- يمكن إجراء هذه العملية في أي وقت
- لا تتعارض مع ممارسة الجنس
- تعزيز الخصوصية
- استخدامه مأمون لجميع المستفيدين ذوي التشريح الذكري
- يتحمل المستفيد مسؤولية تنظيم الأسرة

المساوئ:

- في العادة لا يمكن عكس الإعقام
- لا يوفر الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

الآثار الجانبية: لا توجد آثار جانبية طويلة الأمد

المخاطر:

- المضاعفات المحتملة لعملية قطع القناة الدافقة:
 - ألم وتورم في كيس الصفن
 - نزيف شديد/ورم دموي
 - عدوى
 - تكوين ورم حبيبي نطاقي
 - ألم شديد في الخصية يستمر لمدة شهر أو سنوات (نادر جداً).
- خطر الحمل في حالة عدم استخدام وسائل منع الحمل الاحتياطية لمدة 3 أشهر بعد إتمام الإجراء
- خطر فشل الإجراء
- الندم



عودة الخصوبة: دائمة (عدم استعادة الخصوبة)

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- عدم إزالة الخصيتين
- لا يؤثر على الصحة الجسدية أو النفسية
- لا يؤثر على الهرمونات
- لا يؤثر على الوظائف الجنسية (جودة الانتصاب والقذف) ولا يقلل الدافع الجنسي
- ينبغي التفكير في أن الإعقام لا يمكن عكسه
- لا يمنع انتقال العدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- يستطيع المستفيد، بما في ذلك الشاب أو غير المتزوج أو الذي لم ينجب أطفالاً من قبل، اختيار قطع القناة الدافقة إذا كانت هذه الوسيلة تناسبه

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

2.2.2.4 إجراء قطع القناة الدافقة

جميع المستفيدين ذوي التشريح الذكري يمكنهم الحصول على إجراء قطع القناة الدافقة. لا توجد حالات طبية تمنع استخدام هذه الوسيلة. ينبغي تسجيل التاريخ الطبي بالكامل لتقييم أي ظروف قد تتطلب تأجيل هذا الإجراء، وتحديد نظام التخدير ونوع المرفق الصحي الأنسب للمستفيد (أنظر الملحق 1).

فحص المنطقة التناسلية هو الفحص الجسدي الوحيد المطلوب قبل قطع القناة الدافقة.

لا يلزم إجراء فحوصات مخبرية روتينية قبل الإعقام. مع أنه من الممكن أن يستلزم قياس الهيموجلوبين/الهيماتوكريت أو تحليل البول أو وظيفة التخثر أو فحوصات مخبرية أخرى بناءً على التاريخ الصحي للمستفيد أو الفحص الجسدي.

يمكن إجراء قطع القناة الدافقة في أي وقت.

2.2.2.4 ينبغي إبلاغ المستفيد بالأمور المتوقعة أثناء الإجراء

- يتم حقن مخدر موضعي في كيس الصفن لمنع الألم. يبقى المستفيد يقظاً طوال مدة الإجراء.
- يحدد مقدم الخدمة موقع كل قناة منوية عن طريق جس كيس الصفن.
- يقوم مقدم الخدمة بعمل ثقب أو شق صغير في جلد كيس الصفن. يتم إخراج القنوات المنوية إلى السطح ثم قطعها أو ربطها أو سدها.
- يجوز إغلاق الشق بالنخيطة. يغطى الجرح بضمادة لاصقة.
- يبقى المستفيد في المرفق الصحي لمدة 30 دقيقة على الأقل بعد انتهاء الإجراء للتأكد من عدم ظهور علامات نزيف في موضع الجراحة. يمكن إعطاء المستفيد مسكناً للألم إذا لزم الأمر.

3.2.2.4 تعليمات للمستفيد بعد الإجراء

يستطيع المستفيد العودة إلى المنزل في نفس اليوم الذي أجريت فيه الجراحة. إشرح وقدم له تعليمات مكتوبة عن الآتي:

- راحة لمدة يومين. تجنب العمل الشاق، والتمارين المجهدة، وممارسة الجنس خلال تلك الفترة.
- توضع كمادات باردة على كيس الصفن لمدة 4 ساعات بعد الإجراء لتقليل الألم والنزيف. سوف يشعر المستفيد بعدم ارتياح وتورم وكدمات. سوف يزول خلال يومين إلى 3 أيام.
- يفضل ارتداء ملابس داخلية أو بنطال محكم لتدعيم كيس الصفن لمدة يومين إلى 3 أيام.
- ضرورة المحافظة على نظافة الجرح وجفافه لمدة يومين إلى 3 أيام.

1.2.2.4 تقديم المشورة قبل قطع القناة الدافقة

قبل إجراء قطع القناة الدافقة، تأكد من مراجعة المعلومات الواردة في القسم 1.2.4 ومن فهم المستفيد لها. راجع مع المستفيد ما ينبغي أن يتوقعه أثناء القيام بإجراء قطع القناة الدافقة. شجّع المستفيد على طرح أي أسئلة لديه لإنهاء أي شكوك أو تصحيح سوء الفهم في ما يتعلق بهذا الإجراء. نظراً لأن قطع القناة الدافقة وسيلة دائمة، ينبغي أن يتأكد مقدم الخدمة من أن المستفيد قد فكر في المواقف المستقبلية التي قد تؤدي إلى الندم على هذا القرار (أنظر الخانة 4). قد يكون من المفيد إشراك شريكة المستفيد أثناء تقديم المشورة. وهذا ليس ضرورياً ولا إلزامياً. بعد تقديم المشورة، يجب أن يوقع المستفيد على استمارة موافقة مستنيرة قبل الإجراء.



المتابعة الروتينية الإضافية ليست ضرورية بشكل عام بعد إتمام إجراء الإعقام بدون تعقيدات. يمكن توفير خدمة المتابعة الإضافية للمستفيدين الذين يعانون من حالات طبية معينة. أنظر القسم 3.2: تقديم المشورة للمستفيدين العائدين لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة.

5.2.4 المضاعفات

1.5.2.4 نزيف أو ورم دموي

- إذا كان النزيف طفيفًا والجلطات الدموية بسيطة وخالية من العدوى فإنها تنتهي بلا علاج خلال أسابيع.
- قد تحتاج جلطات الدم الكبيرة إلى التصريف جراحيًا.
- تتطلب جلطات الدم المصابة بعدوى مضادات حيوية ودخول المستشفى.

2.5.2.4 العدوى

- قم بتنظيف المنطقة المصابة بمطهر.
- في حالة وجود خراج، إفتح (شق) وصرف الخراج. عالج الجرح.
- صف مضادات حيوية عن طريق الفم لمدة 7 إلى 10 أيام.
- في حالة عدم زوال العدوى بالرغم من انتهاء المستشفى من تعاطي المضادات الحيوية، ينبغي أن يعود لإجراء فحص.

3.5.2.4 استمرار الألم لعدة أشهر

- إفتح رفع كيس الصفن بملابس داخلية محكمة أو استخدام دعامة رياضية.
- إفتح نزع كيس الصفن في ماء دافئ.
- يُنصح بأدوية مسكنة للألم (مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) أو باراسيتامول) حسب الحاجة.
- في حالة الاشتباه في وجود عدوى، صف المضادات الحيوية.

- يُستخدم الواقي الجنسي أو أي وسيلة فعالة أخرى لتنظيم الأسرة لمدة 3 أشهر على الأقل بعد الإجراء.
- ينبغي أن يعود المستشفى لمتابعة ما بعد الجراحة بعد 7 إلى 10 أيام من إتمام الإجراء.

1.3.2.4 الآثار الجانبية

- من المتوقع الشعور بعد الارتياح والتورم ووجود كدمات في كيس الصفن بعد الإجراء. يمكن تناول الأدوية المسكنة للألم (مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) أو الباراسيتامول) ولكن ينبغي تجنب الأسبرين.
- لا توجد آثار جانبية طويلة الأمد.

2.3.2.4 علامات تحذيرية

- أطلب من المستشفى العودة للتقييم الفوري إذا واجه أيًا مما يلي، مما قد يشير إلى حدوث مضاعفات بعد الإجراء:
- نزيف أو صديد أو حرارة أو تورم أو احمرار في موضع الشق ويزداد سوءًا أو لا يزول
- ألم شديد أو تورم في كيس الصفن
- حمى

4.2.4 الرعاية أثناء المتابعة

- ينبغي أن يعود المستشفى للمتابعة خلال 7 إلى 10 أيام من إتمام الإجراء. من المستحسن أن تتم زيارة المتابعة بحضور مقدم الخدمة الذي قام بالإجراء. في خلال زيارة المتابعة:
- ناقش أي مخاوف أو أسئلة لدى المستشفى.
- إفحص منطقة كيس الصفن.
- راجع الترتيبات اللازمة لتحليل السائل المنوي، إن وجد.
- أعد التأكيد على استخدام وسيلة تنظيم الأسرة الاحتياطية لمدة 3 أشهر بعد الإجراء.

إذا كان متاحًا، اعرض تحليل السائل المنوي بعد مرور 12 أسبوعًا على الإجراء للتأكد من نجاح الإجراء. في حالة وجود حيوانات منوية متحركة بعد 12 أسبوعًا، يجب على مقدم الخدمة إعادة تقييم الحالة واتخاذ الخطوات المناسبة. أطلب تكرار تحليل السائل المنوي. ويمكن إجراء عملية قطع القناة الدافقة للمرة الثانية في حالة استمرار تحرك الحيوانات المنوية/ فشل عملية قطع القناة الدافقة.



5. وسائل منع الحمل قصيرة المفعول والقابلة للعكس

1.5 وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة

1.1.5 تقديم المشورة للمستفيدة: وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)

ما هي؟

- وسائل لمنع الحمل قصيرة المفعول وقابلة للعكس ويُستخدم فيها مزيج من هرمونين (استروجين وبروجستين) أنواعها عديدة ومختلفة:
- وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs): حبة تؤخذ كل يوم
- لصقة هرمونية مركبة: لاصق يوضع على الجلد مرة كل شهر
- الحلقة المهبلية المركبة: حلقة بلاستيكية مرنة توضع في المهبل مرة في الشهر
- وسائل منع الحمل المركبة التي تعطى بطريق الحقن (CIC): حقنة شهرية يعطيها مقدم الرعاية الصحية

كيف تتم العملية؟

- الهرمونات الموجودة في وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) تمنع التبويض

ما مدى فعاليتها؟

- وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) فعالة جداً في منع الحمل، ولكن هناك وسائل أكثر منها فعالية (أنظر الملحق 2)
- معدلات الفشل:
- وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs)، اللصقة، الحلقة: معدل الفشل 0.3 في المائة (استخدام دقيق) إلى 7 في المائة (استخدام عادي)
- وسائل منع الحمل المركبة التي تعطى بطريق الحقن (CIC): معدل الفشل أقل من 1 في المائة (استخدام دقيق) إلى 3 في المائة (استخدام عادي)
- قد تكون معدلات الحمل أعلى قليلاً بالنسبة إلى المستفيدة التي تستخدم اللصقة ووزنها 90 كغم أو أكثر

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل:

- تقلل غزارة نزيف الحيض وتقلصات الدورة الشهرية
- تحسن أعراض متلازمة ما قبل الحيض
- قد تحسن حب الشباب
- تساعد في الحماية من سرطانات بطانة الرحم والمبيض والقولون والمستقيم
- تحسن الأعراض (حب الشباب، فرط نمو الشعر، عدم انتظام الدورة الشهرية) لمتلازمة تكيس المبايض
- قد تساعد في الحماية من أنيميا نقص الحديد

المحاسن:

- وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs)، اللصقة، الحلقة: الجرعات الموحدة تنظم نزيف الحيض. أنظمة الاستخدام الممتد والمستمر تقلل الدورة الشهرية/توقفها [29]
- لا تتعارض مع ممارسة الجنس



المساوي:

- تحتاج إلى عدم نسيان استخدام الوسيلة بانتظام: تناول حبوب منع الحمل كل يوم، أو استبدال اللصقة كل أسبوع، أو إدخال حلقة مهبلية جديدة كل شهر، أو أخذ حقنة كل شهر
- تتطلب توفير السلع الطبية
- بعض مضادات التشنج ومضادات الفيروسات القهقرية والأدوية المضادة للميكروبات قد تقلل فعالية وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)
- لا تحمي من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

الآثار الجانبية:

- تغيرات في أنماط نزيف الحيض، بما في ذلك تخفيف النزيف، أو تقلص أيامه، أو عدم انتظامه، انقطاعه
- صداع
- دوخة
- غثيان
- آلام بالثدي
- تغيرات في الوزن
- تبدل الحالة المزاجية
- تغيرات في الرغبة الجنسية

المخاطر: (أنظر الخانة 5: تقديم المشورة بشأن مخاطر وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة – الصفحة التالية)

- زيادة بسيطة في خطر الإصابة بسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، وتعود إلى خط الأساس خلال 10 سنوات بعد إيقاف وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)
- لها آثار ضارة خطيرة لكنها نادرة جداً: جلطات الدم، والسكتة الدماغية، أو النوبة القلبية

عودة الخصوبة بعد التوقف:

- وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs)، اللصقة، الحلقة: بدون تأخير
- وسائل منع الحمل المركبة التي تعطى بطريق الحقن (CICs): مدة 5 أشهر في المتوسط بعد الحقن الأخير

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- لا تتراكم الهرمونات في الجسم. لا حاجة إلى "راحة" من الهرمونات
- لا يحدث ضرر للمستفيدة بسبب توقف حدوث الدورة الشهرية عند استخدام هذه الوسائل
- لا تسبب العقم. تعود الخصوبة بسرعة بعد التوقف عن الوسيلة
- لا تسبب تشوهات خلقية

المصدر: مقتبس من: منظمة الصحة العالمية، Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].



الخانة 5: تقديم المشورة بشأن مخاطر وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة

الجلطات الدموية الوريدية (VTE)

خطورة الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية أعلى بثلاث مرات بين مستخدمات وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHC) مقارنة بغيرهن؛ ومع ذلك، فإن الخطورة لا تزال منخفضة جداً وأقل كثيراً من خطورة الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية أثناء الحمل وفي فترة ما بعد الولادة، التي قد تكون فيها أعلى بـ 80 مرة [30]. تبلغ خطورة الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية أعلى مستوى لها عند البدء في استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) أو عند العودة إليها بعد انقطاع لمدة شهر واحد على الأقل. تنخفض الخطورة في خلال السنة الأولى ثم تستقر بعد ذلك.

النوبة القلبية والسكتة الدماغية الإقفارية

خطورة الإصابة بالنوبات القلبية والسكتة الدماغية منخفضة جداً لدى المستفيدات صغيرات السن ولكنها تزيد مع تقدم العمر. يرتبط الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) بزيادة الخطورة بين مستخدماتها مقارنة بمستوى الخطورة لدى غيرهن. تنطوي وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) التي تزيد فيها جرعات إيثينيل استراديول عن 35 ميكروغرام على مخاطر أكثر من التركيبات ذات الجرعات المنخفضة ولا يُنصح بها لأغراض منع الحمل. تعود الخطورة إلى خط الأساس بعد إيقاف وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs).

تساعد هذه المعلومات المستفيدات على وضع مخاطر استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) في سياق مناسب لاتخاذ قرارات واعية. ينبغي طمأنة المستفيدات أن جميع المخاطر المرتبطة بوسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) بسيطة جداً.

سرطان الثدي

قد يؤدي استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) إلى زيادة خطورة الإصابة بسرطان الثدي أثناء الاستخدام. وهي خطورة بسيطة وتزول خلال 10 سنوات من إيقاف وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs). لا يؤدي استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) في الماضي إلى زيادة خطورة الإصابة بسرطان الثدي في وقت لاحق من حياة المستفيدة إذا أصبح سرطان الثدي أكثر شيوعاً.

سرطان عنق الرحم

قد يؤدي استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) لأكثر من 5 سنوات إلى زيادة خطورة الإصابة بسرطان عنق الرحم. وهي خطورة بسيطة وتزول خلال 10 سنوات من إيقاف وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs).

المصدر: مقتبس من [29] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare

2.1.5 الاستخدام الآمن والفعال لوسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)

- صداع نصفي، وخاصة الذي تسبقه أعراض منذرة بحدوثه
- تحور معروف في عوامل تجلط الدم
- الذئبة الحمامية المجموعية
- أمراض الكبد الحادة
- مرض التهاب الأمعاء
- سرطان الثدي
- حدوث الولادة منذ أقل من 6 أسابيع
- استخدام الأدوية المضادة للتشنج أو مضادات الفطريات أو مضادات الفيروسات القهقرية
- تدخين السجائر

في حين أن العديد من المستفيدات قد يستخدمن وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs) بأمان، فإن هذه الوسائل لا تصلح لبعضهن بسبب دواعي صحية معينة. أنظر الملحق 1 لتحديد ما إذا كانت الوسيلة تناسب المستفيدة، خاصة إذا كانت تعاني من الآتي:

- ارتفاع ضغط الدم
- مرض قلبي
- سكتة دماغية
- البول السكري
- عوامل خطر متعددة لأمراض القلب والأوعية الدموية
- تجلط الأوردة العميقة أو الإنسداد الرئوي



مسبقًا لكل من يستخدم وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHC) وتوفير الواقيات لجميع المستخدمين والمستفيدات الذين يحتاجون إلى الحماية من العدوى المنقولة جنسيًا (STIs). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). رتب مع المستفيدة مواعيد الرجوع للحصول على السلع الطبية الإضافية عند الحاجة.

1.3.1.5 وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs)

تتوافر وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs) بتركيبات عديدة مختلفة. تحتوي معظمها على إيثينيل إستراديول الاستروجين الاصطناعي بجرعات تتراوح من 20 إلى 35 ميكروغرام. على الرغم من توفر حبوب بجرعات إيثينيل إستراديول أقل من (10 ميكروغرام) وجرعات أعلى من (50 ميكروغرام). وحبوب تحتوي على استروجينات مختلفة (استراديول، استنرول). وتنطوي تركيبات الحبوب التي تحتوي على 30 ميكروغرام إيثينيل إستراديول أو أقل على مخاطر صحية أقل، خاصة النوبات القلبية والسكتة الدماغية الإقفارية، من التركيبات التي تحتوي على جرعات أعلى [31]. من بين العديد من البروجستينات الاصطناعية المختلفة الموجودة في وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs)، فإن نورثيستيرون (NET)، ليفونورجيسريل (LNG)، ونورجستيمات ترتبط بقلّة خطورة التخثر الوريدي مقارنة بديسوجيسريل، وجيستودين، ودروسبيرينون، وولات سيبروترون [32,29].

تحتوي وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs) أحادية الطور على نفس كمية الإستروجين والبروجستين في كل حبة بها هرمونات. وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs) ثنائية الطور وثلاثية الطور تغيّر كمية الإستروجين والبروجستين في أوقات مختلفة في خلال دورة تناول الحبوب، كلها تمنع الحمل بنفس آلية العمل والاختلافات طفيفة بين الحبوب أحادية الطور وثلاثية الطور أو ثلاثية الطور. يوصى باستخدام وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs) أحادية الطور لأنظمة الجرعات الممتدة أو المستمرة.

تتوفر وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs) في عبوات:

- **حبة 21:** تحتوي كل حبة في العبوة على مزيج من إستروجين/بروجستين.
- **حبة 28:** تحتوي الـ 21 حبة الأولى في العبوة على مزيج من إستروجين/بروجستين. لا تحتوي الحبوب السبعة الأخيرة في العبوة على هرمونات (قد تكون حبوبًا وهمية أو تحتوي على الحديد) وتختلف في لونها عادة عن الحبوب التي تحتوي على هرمونات.
- **حبة 28:** تحتوي الـ 24 حبة الأولى في العبوة على مزيج من إستروجين/بروجستين. لا تحتوي الحبوب الأربعة الأخيرة في العبوة على هرمونات.

بالنسبة إلى المستفيدات الصحاح، لا يلزم إجراء فحوصات جسدية أو فحص للحوض قبل البدء في وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs). يُستحسن تسجيل قياسات ضغط الدم قبل البدء في وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)؛ ومع ذلك، في الأماكن التي لا تتوفر فيها إمكانية قياس ضغط الدم، ينبغي عدم حرمان المستفيدات من هذه الوسائل لمجرد عدم توافر إمكانية قياس ضغط الدم. لا ضرورة لإجراء فحوصات مخبرية قبل البدء في وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs).

أنظر الملحق 3 للحصول على معلومات حول كيفية استبعاد احتمال وجود الحمل قبل البدء في استخدام الوسيلة.

3.1.5 استخدام وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs)، واللصقة، والحلقة

أنظمة الجرعات الموحدة المحددة لوسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs)، واللصقة، والحلقة تم تصميمها لاستحداث حدوث نزيف الانسحاب كل شهر، بطريقة تحاكي دورات الحيض التي تحدث بشكل طبيعي. المستفيدات اللاتي يستخدمن الجرعات الموحدة يستخدمن هرمونات منع الحمل لمدة 3 أسابيع تقريبًا، تليها فترة بدون هرمونات يحدث لهن فيها النزيف الانسحابي. ومع ذلك، لا توجد فائدة صحية من حدوث نزيف انسحابي شهري. تستطيع المستفيدات استخدام وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs)، واللصقة، والحلقة بأمان لفترة ممتدة (تناول هرمونات منع الحمل لمدة 12 أسبوعًا، تليها فترة 4 أو 7 أيام بدون هرمونات مع حدوث النزيف الانسحابي)، الاستخدام المستمر (تناول هرمونات منع الحمل باستمرار بدون توقف عن الهرمونات لفترة)؛ أو الاستخدام المرن (باستخدام هرمونات منع الحمل لتجنب النزيف الشهري عند الرغبة في ذلك) للجرعات لتقليل عدد مرات النزف الانسحابي الشهري التي يتعرضن لها، أو التخلص من النزيف الانسحابي الشهري تمامًا (أنظر الخانة 6 – الصفحة التالية). بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي يعانين من الأعراض أثناء النزيف الانسحابي، مثل الصداع، أو تغيرات الحالة المزاجية، أو النزيف الشديد، أو عسر الطمث، أو المستفيدات اللاتي لا يرغبن في حدوث نزيف انسحابي شهري، تُعد الجرعات الممتدة أو المستمرة خيارًا علاجيًا آمنًا وفعالًا. النزيف غير المنتظم أكثر شيوعًا في صفوف المستفيدات اللاتي يتعاطين جرعات ممتدة أو مستمرة، وسوف تحتاج المستفيدات إلى توفير سلع إضافية في حالة تناول الجرعات بهذه الطريقة.

ضرورة إمداد المستفيدات اللاتي يخترن وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs) أو اللصقات بسلع طبية تكفيهن لمدة عام، إذا فضلن ذلك وحسب ترتيبات استخدامها. المستفيدات اللاتي يتعاطين جرعات ممتدة أو مستمرة سوف يحتجن إلى توفير سلع إضافية. وبعد صرفها، يمكن تخزين الحلقة في درجة حرارة الغرفة ويجب استخدامها في خلال 4 أشهر؛ لهذا السبب، لا يمكن توفير أكثر من أربع حلقات مرة واحدة. يجب توفير حبوب منع الحمل الطارئة



الخانة 6: نظم الجرعات الموحدة والممتدة والمستمرة لوسائل منع الحمل الفموية المركبة واللصقة والحلقة*

الحلقة	اللصقة	وسائل منع الحمل الفموية المركبة
الإستخدام الموحد		
- يجب إدخال حلقة جديدة في المهبل وتركها لمدة 3 أو 4 أسابيع - يجب إزالة الحلقة والتخلص منها في بداية الأسبوع الرابع أو الخامس (اليوم 22 أو اليوم 29)؛ لا تستخدم في الحلقة لمدة الأيام السبعة القادمة - توقعي حدوث نزيف الإنسحاب خلال الفترة الخالية من الهرمونات	- ضعي لصقة جديدة على الجلد أسبوعياً لمدة 3 أسابيع (21 يوماً) - لا تبقي اللصقة خلال الأسبوع الرابع (7 أيام) - توقعي حدوث نزيف الإنسحاب في خلال الفترة الخالية من الهرمونات	- تناولي حبة واحدة تحتوي على هرمون يومياً لمدة 21 يوماً (إذا كنت تستخدمين شريط الأقراص 7/21) أو 24 يوماً (إذا كنت تستخدمين شريط الأقراص 4/24) - تناولي الحبوب الوهمية، أو لا تتناولي أي حبوب على الإطلاق، خلال الأيام السبعة المقبلة (إذا كنت تستخدمين شريط الأقراص 7/21) أو 4 أيام (إذا كنت تستخدمين شريط الأقراص 4/24) - توقعي حدوث نزيف الإنسحاب في خلال الفترة الخالية من الهرمونات
الإستخدام الممتد		
- يجب إدخال حلقة جديدة في المهبل وتركها لمدة 4 أسابيع (28 يوماً) - يجب إزالة الحلقة واستبدالها في بداية الأسبوع الخامس (اليوم 29) - يجب إزالة الحلقة الثانية واستبدالها في بداية الأسبوع التاسع (اليوم 56) - يجب إزالة الحلقة الثالثة في بداية الأسبوع الثالث عشر (اليوم 85)؛ لا تستخدم في الحلقة في خلال الأسبوع الثالث عشر (7 أيام) - توقعي حدوث نزيف الإنسحاب في خلال الفترة الخالية من الهرمونات	- ضعي لصقة جديدة على الجلد أسبوعياً لمدة 12 أسبوعاً (84 يوماً) - لا تبقي اللصقة في خلال الأسبوع الـ 13 (7 أيام) - توقعي حدوث نزيف الإنسحاب في خلال الفترة الخالية من الهرمونات	- تناولي حبة واحدة تحتوي على هرمون يومياً لمدة 12 أسبوعاً (84 يوماً) - تناولي الحبوب الوهمية، أو لا تتناولي أي حبوب على الإطلاق، في خلال فترة الخالية من الهرمونات البالغة مدتها 4 أو 7 أيام - توقعي حدوث نزيف الإنسحاب في خلال الفترة الخالية من الهرمونات
الإستخدام المستمر		
يجب إدخال حلقة جديدة في المهبل كل 4 أسابيع، بدون أسبوع خالٍ من الحلقة	ضعي لصقة جديدة على الجلد أسبوعياً، بدون أسبوع خالٍ من اللصقة	تناولي حبة واحدة تحتوي على هرمون يومياً، بدون فترة خالية من الهرمونات

* تستطيع المستفيدات التنقل بين أنظمة الجرعات المختلفة وتكييفها حسب احتياجاتهن.



- أكّد لها ضرورة بقاء اللصقة طوال الوقت، بما في ذلك أثناء العمل والتمارين الرياضية والسباحة والاستحمام. تجنب استخدام اللوشن أو الكريمات في المكان المحدد لوضع اللصقة.
- أكّد لها ضرورة التخلص من اللصقات المستعملة في سلة المهملات وعدم رميها في المراض.
- وضح لها ماذا تفعل إذا انفك جزء من اللصقة أو اللصقة كلها. أو تأخرت في وضع اللصقة الجديدة (أنظر منظمة الصحة العالمية [3] للحصول على توجيهات مفصلة بخصوص التأخر في وضع اللصقة أو إزالتها. أو إذا انفكت اللصقة).

3.3.1.5 الحلقة

توضع حلقة منع الحمل في المهبل لمدة 3 إلى 4 أسابيع. تطلق 15 ميكروغرام من إيثينيل إستراديول و 120 ميكروغرام من إيتونوجيستريل يوميًا.

تعليمات للمستفيدة

- أظهر للمستفيدة الحلقة وشرح كيفية إدخالها في المهبل. تستطيع المستفيدة اختيار أي وضعية مريحة لها؛ على سبيل المثال، الوقوف على ساق واحدة، أو القرفصاء، أو الاستلقاء. اشرح كيفية الضغط على جانبي الحلقة معًا ودفع الحلقة كلها وهي مطوية في داخل المهبل برفق. ليس من المهم تحديد موضعها بدقة، لكن إدخال الحلقة بعمق يساعدها على البقاء في مكانها ويقلل احتمال الشعور بها.
- ينبغي ترك الحلقة في مكانها في جميع الأوقات. إذا خرجت الحلقة، ينبغي شطفها وإعادة إدخالها في أسرع وقت ممكن (أنظر منظمة الصحة العالمية [3] للحصول على توجيهات مفصلة بخصوص التأخر في استبدالها أو إزالتها).
- ليس من الضروري إخراج الحلقة قبل ممارسة الجنس. رغم أن البعض قد يفضل ذلك. إذا قامت المستفيدة بإخراج الحلقة، ينبغي شطفها وإعادة إدخالها في أسرع وقت ممكن (أنظر منظمة الصحة العالمية [3] للحصول على توجيهات مفصلة بخصوص التأخر في استبدالها أو إزالتها).
- يمكن إزالة الحلقة بإدخال الإصبع على شكل خطاف وشدها وإخراجها من المهبل.

تعليمات للمستفيدة

- أعرض واشرح شريط الحبوب ذات 21 يومًا أو 28 يومًا، بما في ذلك الفاصل الزمني بدون هرمونات ومتى تتوقع المستفيدة حدوث نزيف شهري.
- اشرح الجرعات الموحدة من وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCS)، وجرعات الاستخدام الممتد أو الاستخدام المستمر إذا اختارت المستفيدة أحد هذين النظامين.
- اشرح أهمية تناول الحبوب كل يوم. ناقش مع المستفيدة التدابير التي تساعد على تذكر تناول حبوب منع الحمل كل يوم، مثل ضبط المنبه على هاتفها أو الجمع بين تناول حبوب منع الحمل ونشاط يومي آخر يذكرها بها مثل تنظيف الأسنان بالفرشاة.
- وضح ماذا تفعل في حالة نسيان الحبوب (أنظر الملحق 8).
- أخبر المستفيدة أنه في حالة حدوث تقيؤ في خلال ساعتين من تناول حبوب منع الحمل، ينبغي أن تأخذ حبة أخرى في أسرع وقت ممكن. ثم تستمر في تناول الحبوب كالمعتاد. إذا استمر القيء لأكثر من يومين، ينبغي أن تلتزم المستفيدة بالتعليمات الخاصة بنسيان تناول الحبوب.

2.3.1.5 اللصقة

عبارة عن لصقة لمنع الحمل عبر الجلد وتوضع على الجلد مرة واحدة وتبقى لمدة أسبوع واحد. تطلق كل لصقة 20 ميكروغرام من إيثينيل إستراديول و 150 ميكروغرام نوريلجيسسترومين يوميًا.

تعليمات للمستفيدة

- أخرج اللصقة. وضح للمستفيدة طريقة فتح غلاف اللصقة على طول حافته، ثم إزالة الغطاء الخلفي عنها بدون لمس السطح اللاصق.
- اشرح الجرعات الموحدة من اللصقات، وجرعات الاستخدام الممتد أو الاستخدام المستمر إذا اختارت المستفيدة أحد هذين النظامين.
- أكّد لها ضرورة استخدام لصقة واحدة فقط في كل مرة. وضرورة تنظيف الجلد وتجفيفه أولاً وأن يكون خاليًا من الجروح أو الشعر ولصقها أعلى الذراع من الخارج أو على الظهر أو المعدة أو البطن أو الأرداف. ينبغي عدم وضع اللصقة على الثدي مباشرة.
- أطلب من المستفيدة وضع لصقة جديدة في نفس اليوم من كل أسبوع: "يوم تغيير اللصقة". لتجنب تهيج الجلد. إنصح المستفيدة بتغيير موضع اللصقة الجديدة على الجلد.



- إذا عادت المستفيدة للحصول على الحقنة التالية بعد أكثر من 7 أيام من التاريخ المحدد لها، ينبغي الامتناع عن ممارسة الجنس أو استخدام وسيلة منع الحمل الاحتياطية حتى يتم الحقن. تستطيع المستفيدة أيضًا التفكير في استعمال وسيلة أخرى من وسائل منع الحمل الطارئة إذا انقضت أكثر من 7 أيام بعد الموعد المحدد للحقن ومارست الجنس بلا حماية في الأيام الخمسة الماضية.

ينبغي تزويد المستفيدة بنسخة مكتوبة من المعلومات التالية:

- إسم الحقنة.
- تاريخ الحقن والتاريخ الموصى به للحقنة التالية.
- إسم وعنوان ورقم هاتف المركز الصحي للمتابعة.

5.1.5 الرعاية أثناء المتابعة

لا يلزم إجراء زيارة متابعة روتينية بعد البدء في وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs) أو اللصقة أو الحلقة. يجب على المستفيدة التي تستخدم وسائل منع الحمل المركبة التي تعطى بطريق الحقن (CICs) أن تعود لتلقي الحقن: ومع ذلك، لا يلزم إجراء زيارة للمتابعة الكاملة. ينبغي تشجيع جميع المستفيدات على العودة في أي وقت لطرح أسئلتهن ومناقشة الآثار الجانبية أو أي مخاوف أخرى لديهن. أو تغيير الوسيلة. ينبغي نصح المستفيدة بالعودة للمتابعة إذا تلقت تشخيصًا جديدًا أو بدأت في تعاطي دواء جديد قد يؤثر على استخدامها لوسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs). مثل مضادات التشنج أو مضادات الفيروسات القهقرية أو الأدوية المضادة للميكروبات.

يوصى بزيارة سنوية لجميع مستخدمات وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHC). يمكن توفير خدمة المتابعة المتكررة للمستفيدات اللاتي يعانين من حالات طبية معينة [11].
أنظر القسم 3.2: تقديم المشورة للمستفيدات العائدات لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة للمستفيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل.

6.1.5 الآثار الجانبية

ينبغي مراجعة الآثار الجانبية الشائعة بسبب استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHC) مع المستفيدة ومناقشة استراتيجيات التعامل معها. سوف تتراجع العديد من الآثار الجانبية بعد بضعة أسابيع أو أشهر من استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHC).

- من الشائع حدوث تغيرات في أنماط النزف الشهري مع استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHC). يكون النزيف أخف لدى العديد من المستفيدات، لكن يعاني بعضهن من عدم

4.1.5 استخدام وسائل منع الحمل المركبة التي تعطى بطريق الحقن (CICs)

تحتوي وسائل منع الحمل المركبة التي تعطى بطريق الحقن (CICs) على إستروجين قصير المفعول وبروجستيرون طويل المفعول. وتعطى شهريًا عن طريق الحقن. وتنقسم وسائل منع الحمل المركبة التي تعطى بطريق الحقن (CIC) إلى نوعين:

- 5 ملغ سيبيونات أوسترادايول/25 ملغ أسيتات ميدروكسي بروجستيرون (Cyclofem)
- 5 ملغ فاليرات أوسترادايول/50 ملغ إبنانات نورينيسيترون (Norigynon, Mesigyna)

في الوقت الحالي، تُصنَّع وسائل منع الحمل المركبة التي تعطى بطريق الحقن (CICs) بطريقة تمكّن مقدم الرعاية الصحية من إعطاؤها عن طريق الحقن العضلي إذا كانت المستفيدة تفضل أن تتعاطي ذاتيًا وسيلة منع الحمل التي تُعطى عن طريق الحقن. تتوفر تركيبات تحتوي على بروجستين فقط للتعاطي الذاتي عن طريق الحقن تحت الجلد.

1.4.1.5 إعطاء الحقن

1. ينبغي اتباع التدابير الموحدة للوقاية من العدوى.
2. أحضر قنينة الحقن وإبرة الحقن العضلي وسرنجة 2 أو 5 مل.
3. رج القنينة برفق وقم بتدفئتها لبلوغ درجة حرارة الجلد إذا كانت باردة.
4. انقب القنينة بالإبرة المعقمة واملأ السرنجة بالجرعة الصحيحة. لا ضرورة لمسح أعلى القنينة بمطهر.
5. أدخل الإبرة في عمق العضلة الإليوية البطنية (الورك). أو العضلة الإليوية الخارجية العلوية (الأرداف). أو العضلة الدالية (الكتف). أو العضلة الرباعية الرؤوس (الفخذ الأمامي) واحقن محتويات السرنجة. لا ضرورة لمسح الجلد بمطهر. لا تدلك موضع الحقن.
6. تخلّص من الإبرة والسرنجة بأمان.

2.4.1.5 تعليمات للمستفيدة

- أطلب من المستفيدة عدم تدليك موقع الحقن.
- طمئن المستفيدة إلى أن حدوث تهيج في موقع الحقن أمر طبيعي وسوف يزول.
- من المستحسن أن تعود لتعاطي الحقنة التالية خلال 4 أسابيع. تستطيع المستفيدة الحضور حتى 7 أيام قبل الموعد المحدد أو 7 أيام بعد الموعد المحدد لها والحصول على الحقن بدون مشكلة.



- يمكن السيطرة على الصداع باستخدام مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) أو الباراسيتامول. إذا حدث الصداع خلال فترة الإمتناع عن الهرمونات، أنظر في إمكانية تناول الجرعات بالاستخدام الممتد أو الاستخدام المستمر. ينبغي تقييم حالات الشعور بالصداع إذا ازدادت سوءًا أو تكرر حدوثها أثناء استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHC). ويتطلب الصداع النصفي المصحوب أو غير المصحوب بأعراض منبهة بحدوثه المزيد من التقييم وقد يستلزم التحول إلى وسيلة لا تحتوي على إستروجين.
- يمكن حدوث تحسن في إيلام الثدي بارتداء حمالة صدر داعمة، خاصة عند ممارسة التمارين أو النوم، واستخدام الكمادات الساخنة أو الباردة. قد يحدث تحسن لدى تناول مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) والباراسيتامول.

7.1.5 علامات تحذيرية

- أطلب من المستفيدة العودة للتقييم الفوري إذا واجهت أيًا مما يلي، مما قد يشير إلى حدوث حالة ضارة نادرة لكنها خطيرة مثل الجلطات الدموية الوريدية أو النوبة القلبية أو السكتة الدماغية:
- آلام شديدة في البطن
- ألم شديد في الصدر أو ضيق في التنفس
- صداع حاد
- فقدان أو تشوش الرؤية
- ألم شديد في الفخذ أو ريلة الساق
- برقان

انتظام النزيف. خاصة عند البدء باستعمال وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs). بالنسبة إلى وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs) واللققة والحلقة، تأكد من استخدام الوسيلة باستمرار وبشكل صحيح وراجع أفضل السبل للتعامل مع أخطاء الاستخدام، مثل نسيان تعاطي الحبوب في موعدها (أنظر الملحق 8). تستطيع المستفيدة تجربة 800 ملغ إيبيروفين ثلاث مرات في اليوم بعد الوجبات لمدة 5 أيام في بداية حدوث النزيف غير المنتظم. إذا استمرت المشكلة لأكثر من بضعة أشهر ولم تتوقف مع استخدام مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs)، فقد يكون من المفيد تجربة تركيبة جديدة من وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHC). من المهم أن ينظر مقدمو الخدمة في إمكانية وجود حالة صحية كامنة لا علاقة لها بالوسيلة، خاصة إذا بدأ النزيف غير المنتظم بعد عدة أشهر من النزيف الطبيعي أو بدون نزيف.

- قد يتوقف النزيف الشهري تمامًا لدى بعض المستفيدات. تأكد من استمرار المستفيدة في استخدام الوسيلة وبشكل صحيح وتقييم الحمل، إذا لزم الأمر. طمئن المستفيدة إلى عدم حدوث ضرر في حالة توقف النزيف الشهري أثناء استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs).
- إذا كانت المستفيدة تعاني من الغثيان أو القيء، إنصحها بمحاولة تناول وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs) مع الوجبات أو في وقت النوم. إذا كان الغثيان مرتبطًا بالبدء في استخدام شريط حبوب جديد، قد يكون من المفيد تناول جرعات الاستخدام الممتد أو المستمر.

2.5 وسائل منع الحمل التي تُعطى بالحقن بالبروجستين فقط

1.2.5 تقديم المشورة للمستفيدة: وسائل منع الحمل التي تُعطى بالحقن بالبروجستين فقط (POIs)

ما هي؟

- وسائل لمنع الحمل قصيرة المفعول وقابلة للعكس ويُستخدم فيها بروجستين اصطناعي
- تُحقن في العضل أو تحت الجلد
- منها أنواع عديدة مختلفة:
- حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA):
- DMPA-IM: 150 ملغ DMPA في العضل كل 13 أسبوعًا
- DMPA-SC: 104 ملغ DMPA تحت الجلد كل 13 أسبوعًا (Sayana-Press)
- نورثيسترون اينانثات (NET-EN) 200 ملغ في العضل كل 8 أسابيع

كيف تتم العملية؟

- الهرمونات الموجودة في وسائل منع الحمل التي تُعطى بالحقن وتحتوي على البروجستين فقط (POIs) تمنع الإباضة



ما مدى فعاليتها؟

- حقن البروجستوجين فقط (POIs) وسيلة فعالة جدًا في منع الحمل، ولكن هناك وسائل أكثر منها فعالية (أنظر الملحق 2)
- معدلات الفشل: 0.2 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 4 في المائة (إستخدام عادي)

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل:

- تحسّن عسر الطمث
- تحسّن أعراض انتباز بطانة الرحم
- تقلل نوبات الألم في صفوف المستفيدات اللاتي تعانين من الأنيميا المنجلية
- قد تساعد في الحماية من أنيميا نقص الحديد
- قد تقلل من خطر الإصابة بسرطان المبيض وبطانة الرحم
- قد تقلل من خطر الإصابة بالأورام الليفية الرحمية

المحاسن:

- فعالة جدًا في منع الحمل القابل للعكس
- تستلزم إجراء طبي كل شهرين إلى ثلاثة أشهر فقط
- لا تتعارض مع ممارسة الجنس
- تعزيز الخصوبة
- خالية من الإستروجين: يمكن أن تستخدمها المستفيدات اللاتي يرضعن رضاعة طبيعية أو اللاتي لا يستطعن تعاطي الإستروجين
- يمكن استخدامها بعد الولادة أو بعد الإجهاض مباشرة
- حقنة منع الحمل DMPA-SC: تستطيع المستفيدات حقنها ذاتيًا

المساوي:

- يجب العودة إلى المركز الصحي لتعاطي الحقن
- لا يوفر الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

الآثار الجانبية:

- عدم انتظام النزيف المهبلي، حدوث نزيف مفاجئ، إنقطاع الطمث
- زيادة الوزن
- صداع
- دوخة
- إنتفاخ البطن وعدم الشعور بالارتياح
- تبدل الحالة المزاجية
- تراجع الرغبة الجنسية

المخاطر:

- (أنظر الخانة 7: تقديم المشورة بشأن مخاطر وسائل منع الحمل التي تُعطى بالحقن بالبروجستين فقط - الصفحة التالية)
- حقنة منع الحمل DMPA: فقدان مؤقت في كثافة المعادن في العظام
- زيادة الوزن
- زيادة طفيفة محتملة في مخاطر الإصابة بسرطان الثدي وعنق الرحم، وتعود إلى خط الأساس بعد توقف حقن البروجستوجين فقط (POIs)



عودة الخصوبة بعد التوقف (آخر حقنة):

- DMPA: 10 أشهر. في المتوسط
- NET-EN: 6 أشهر. في المتوسط

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- لا تحدث ضرراً للمستفيدة بسبب توقف حدوث الدورة الشهرية عند استخدام حقن البروجستوجين فقط (POIs).
- عدم تجمع الدم داخل الجسم
- لا تعطل الحمل الحالي إن وجد
- لا تسبب العقم
- لا تزيد من خطر إصابة المستفيدة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) [33]

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية. [3] Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

الخانة 7: تقديم المشورة بشأن مخاطر وسائل منع الحمل التي تُعطى بالحقن بالبروجستين فقط

زيادة وزن المراهقات اللاتي يبلغ مؤشر كتلة الجسم لديهن (BMI) 30 كغم/م² أو أكثر

يبدو أن استخدام حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA) مرتبط بزيادة الوزن، خاصة بالنسبة إلى المراهقات اللاتي تقل أعمارهن عن 18 عاماً واللاتي يبلغ مؤشر كتلة الجسم لديهن 30 كغم/م² أو أكثر. ومن المرجح أن يزداد وزن المستفيدات اللاتي يزدن وزنه عن 5 في المائة من وزن الجسم الأساسي في الأشهر الستة الأولى من استخدام حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA) باستمرار مع هذه الوسيلة.

خطر الإصابة بسرطان الثدي وعنق الرحم

قد تحدث زيادة طفيفة في خطر الإصابة بسرطان الثدي في صفوف مستخدمات حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA) حالياً. وكما قد تحدث زيادة طفيفة جداً في خطر الإصابة بسرطان عنق الرحم في صفوف المستفيدات اللاتي استخدمن حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA) لأكثر من 5 سنوات. وإن حدثت زيادة في الخطورة، فمن المرجح أن تكون بسيطة وتنخفض بعد التوقف عن تناولها. تستند النتائج إلى عينات صغيرة وقد تكون عرضة للتحيز وعدم الدقة.

يمكن أن تساعد هذه المعلومات المستفيدات على وضع المخاطر المرتبطة باستخدام وسائل منع الحمل التي تحتوي على البروجستوجين فقط (POIs) في سياق مناسب لاتخاذ قرارات مستنيرة. ينبغي طمأنة المستفيدات أن جميع المخاطر المرتبطة بحقن بروجستيرون فقط (POI) بسيطة جداً.

فقدان كثافة المعادن في العظام

يرتبط استخدام حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA) بفقدان ضئيل في كثافة المعادن في العظام، وهو مقياس للمحتوى المعدني في العظام يرتبط بمدى قوتها. بعد التوقف عن حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA)، تعود كثافة المعادن في العظام كاملة أو شبه كاملة في خلال 5 سنوات. لا يوجد دليل جيد على أن فقدان كثافة المعادن المؤقت في العظام، إن حدث، يؤدي إلى خطر الكسر. بالنسبة إلى المستفيدات الصحاح، فإن انخفاض كثافة المعادن في العظام لا يفرض حدوداً معينة على استخدام حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA) من حيث العمر أو الوقت.

المصدر: مقتبس من [34] Faculty of Sexual and Reproductive Health Care ومنظمة الصحة العالمية. [3] Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

5. إضغط برفق على الجلد في موضع الحقن إما في خلف أعلى الذراع أو البطن أو مقدمة الفخذ.
 6. أمسك الجهاز من المنفذ مع توجيه الإبرة لأسفل، وادفع الإبرة مباشرة في الجلد حتى يلامس منفذها الجلد. إضغط على الخزان ببطء لمدة 5 إلى 7 ثواني لإتمام الحقن.
 7. إسحب الإبرة واترك الجلد. لا تدلك بعد الحقن.
 8. تخلص من جهاز الحقن بأمان.
- تقدم الخانة 8 (الصفحة التالية) تعليمات حول كيفية قيام المستفيدات بالحقن الذاتي لحقن DMPA-SC.

تعليمات للمستفيدة

- أطلب من المستفيدة عدم تدليك موقع الحقن.
 - طمئن المستفيدة إلى أن حدوث تهيج في موقع الحقن أمر طبيعي وسوف يزول.
 - راجع مع المستفيدة موعد عودتها لتلقي الحقنة التالية، أو موعد قيامها بحقن DMPA-SC بنفسها (أنظر الخانة 9 - في الصفحة 115).
- ينبغي تزويد المستفيدة بنسخة مكتوبة من المعلومات التالية:
- إسم الحقنة.
 - تاريخ الحقن والتاريخ الموصى به للحقنة التالية.
 - إسم وعنوان ورقم هاتف المركز الصحي التي يمكنها العودة إليه للمتابعة.

2.2.5 الإستخدام الآمن والفعال لوسائل منع الحمل التي تعطى بالحقن البروجستوجين فقط (POIs)

تستطيع معظم المستفيدات استخدام حقن البروجستوجين فقط (POIs) بأمان، بما في ذلك اللواتي يرضعن رضاعة طبيعية واللاتي لا يستطعن تناول الإستروجين (أنظر الملحق 1). بالنسبة إلى المستفيدات الصحيحات، لا يلزم إجراء فحوصات جسدية أو فحوصات مختبرية قبل البدء في حقن البروجستوجين فقط (POIs). قد يكون من المفيد معرفة قياسات خط الأساس للوزن ومؤشر كتلة الجسم (BMI) لمتابعة المستفيدات اللاتي يستخدمن حقن البروجستوجين فقط (POIs) بمرور الوقت.

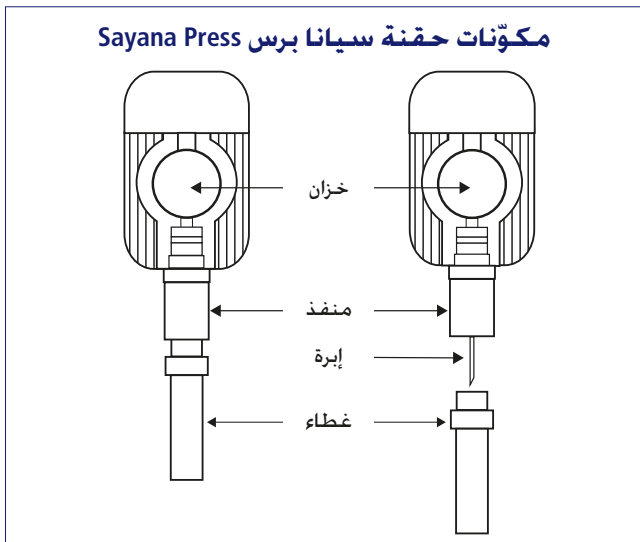
أنظر الملحق 3 للحصول على معلومات حول كيفية استبعاد احتمال وجود الحمل قبل البدء في استخدام الوسيلة.

1.2.2.5 تعاطي حقن DMPA-IM أو NET-EN

1. ينبغي اتباع التدابير الموحدة للوقاية من العدوى.
2. أحضر قنينة الحقن وإبرة الحقن العضلي، وسرنجة 2 أو 5 مل أو سرنجة مملوءة مسبقاً للاستخدام مرة واحدة وإبرة.
3. إذا كانت القنينة باردة، سخنها حتى درجة حرارة الجلد. بالنسبة إلى حقنة DMPA-IM، رج القنينة برفق. بالنسبة إلى حقنة NET-EN، ليس من الضروري رج القنينة.
4. انقب القنينة بالإبرة المعقمة واملأ السرنجة بالجرعة الصحيحة. لا ضرورة لمسح أعلى القنينة بمطهر.
5. أدخل الإبرة في عمق العضلة الإليوية البطنية (الورك)، أو العضلة الإليوية الخارجية العلوية (الأرداف)، أو العضلة الدالية (الكتف) واحقن محتويات السرنجة. لا ضرورة لمسح الجلد بمطهر. لا تدلك موضع الحقن.
6. إذا لم تصل الإبرة إلى عضلة الورك أو الأرداف، ينبغي استخدام موضع الحقن الدالية أو استخدام حقنة منع الحمل DMPA-SC بدلاً منها.
7. تخلص من الإبرة والسرنجة بأمان.

2.2.2.5 تعاطي حقنة DMPA-SC باستخدام المحقنة (Sayana Press)

1. اغسل اليدين بالماء والصابون وجففهما، اغسل مكان الحقن إذا كان متسخاً. لا ضرورة لمسح الجلد بمطهر.
2. إفتح الغلاف وأخرج جهاز الحقن.
3. أمسك الجهاز من المنفذ ورج بقوة لمدة 30 ثانية، مع التأكد من امتزاج المحلول وتوزيع الحبيبات في المحلول كله.
4. أمسك الجهاز من المنفذ مع توجيه الإبرة لأعلى، وادفع الغطاء في المنفذ حتى يتم إغلاق الفاصل بين الغطاء والمنفذ. إنزع الغطاء.

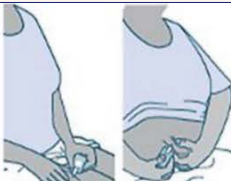
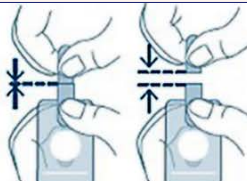
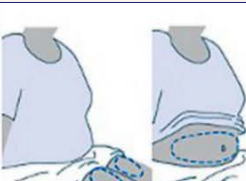


المصدر: منقول بتصرف/مترجم عن منظمة الصحة العالمية [3]: تنظيم الأسرة، المكتب العالمي لمقدمي الخدمة، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2018. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



الخانة 8: تعليم المستفيدات كيفية التعاطي الذاتي لحقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات تحت الجلد (DMPA-SC)

1. ناقش طريقة التخزين والتخلص السليم. ينبغي تخزين حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات تحت الجلد (DMPA-SC) بعيداً عن متناول الأطفال أو الحيوانات وفي درجات حرارة معتدلة (بعيداً عن ضوء الشمس المباشر أو في الثلاجة). ينبغي التخلص من الأجهزة المستخدمة في صندوق أمان غير قابل للثقوب.
 2. إشرح وأوضح للمستفيدة طريقة الحقن الذاتي
 3. راقب المستفيدة أثناء قيامها بالحقن الذاتي
 4. أخبر المستفيدة أين يمكنها الحصول على المزيد من أدوات الحقن واطلب منها العودة إذا كان لديها أي أسئلة أو واجهت صعوبات
- ترغب بعض المستفيدات في تعاطي حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات تحت الجلد (DMPA-SC) ذاتياً، لذلك فإن معدلات الاستمرارية في صفوف اللاتي يتعاطين هذه الحقن بأنفسهن أعلى مقارنة باللاتي يتعاطين الحقن على يد مقدم الرعاية الصحية. تستطيع معظم المستفيدات حقن أنفسهن بطريقة صحيحة بعد تدريبهن عليها. ينطبق ما يلي على الحقن الذاتي بمحقنة ذاتية الإبطال Uniject.

 5. تخلصي من الإبرة بأمان				
 6. رتبي لموعد حقنك التالية	4. قومي بإزالة الغطاء. ضمي جلدك بإصبعين في شكل "ثنية". أدخل الإبرة في الجلد واضغطي على الخزان ببطء	3. ادفعي الغطاء والمنفذ معاً لسد الفاصل	2. إخلطي المحلول. أمسكي الجهاز من المنفذ (وليس الغطاء) ورجي لمدة 30 ثانية	1. إختاري موضع الحقن الصحيح. في البطن أو مقدمة الفخذ

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية [3] ومنظمة الصحة العالمية [35].

3.2.5 الرعاية أثناء المتابعة

للميكروبات، يمكن توفير خدمة المتابعة المتكررة للمستفيدات اللاتي يعانين من حالات طبية معينة. أنظر القسم 3.2: تقديم المشورة للمستفيدات العائدات لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة للمستفيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل.

لا يلزم إجراء زيارة متابعة روتينية بعد البدء في حقن البروجستوجين فقط (POIs). مع أن المستفيدات اللاتي يتلقين الحقن العضلي يجب عليهن العودة لتعاطي وسيلة منع الحمل. تستفيد بعض المستفيدات من زيارة المتابعة، لأنها فرصة للإجابة على أسئلتهن ومساعدتهن في أي صعوبات. إنصح جميع المستفيدات بالعودة في أي وقت لطرح أسئلتهن ومناقشة الآثار الجانبية أو أي مخاوف أخرى لديهن. أو تغيير الوسيلة. ينبغي أيضاً نصح المستفيدة بالعودة للمتابعة إذا تلقت تشخيصاً جديداً أو بدأت في تعاطي دواء جديد قد يؤثر على استخدامها حقن البروجستوجين فقط (POIs)، مثل مضادات التشنج أو مضادات الفيروسات القهقرية أو الأدوية المضادة



4.2.5 الآثار الجانبية

ينبغي مراجعة الآثار الجانبية الشائعة بسبب استخدام حقن البروجستوجين فقط (POIs) مع المستفيدة ومناقشة استراتيجيات التعامل معها.

- من المتوقع حدوث تغيرات في أنماط النزيف الشهري عند استخدام حقن البروجستوجين فقط (POIs). قد يكون النزيف غير منتظم، أو أخف، أو أقل تواتراً، أو قد يكون شديداً أو لفترة طويلة. ينبغي طمأنة المستفيدات إلى أن النزيف غير المنتظم ليس ضاراً وعادة ما يقل أو يتوقف بعد الأشهر القليلة الأولى من استخدام حقن بروجستوجين فقط (POI). إذا وجدت المستفيدة أن النزيف يمثل مشكلة لها، فقم بتجربة الأدوية المضادة للالتهابات غير الستيرويدية (NSAIDs) (علاج من 5 إلى 7 أيام) أو العلاج الهرموني بجرعة منخفضة من وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs) أو الإستروجين (علاج من أيام 10 إلى 20 يوم إذا كانت مؤهلة صحياناً لذلك) لأنها قد تكون مفيدة. وليست التغيرات التي تحدث في النزيف ضارة بشكل عام. ومع ذلك، يمكن متابعة تقييم حالة المستفيدة إذا استمرت المشكلة، أو كان النزيف غزيراً أو لمدة طويلة، أو كان هناك سبب غير معروف لا يتعلق باستخدام الوسيلة.
- يتوقف النزيف الشهري تمامًا لدى معظم المستفيدات اللاتي يستخدمن حقن البروجستوجين فقط (POIs). يجب تقييم الحمل إذا لزم الأمر. طمئن المستفيدة إلى عدم حدوث ضرر في حالة توقف النزيف الشهري أثناء استخدام حقن البروجستوجين فقط (POIs).
- يمكن السيطرة على الصداع باستخدام مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) أو الباراسيتامول.
- من الآثار الجانبية الأقل شيوعاً الدوخة وزيادة الوزن وانتفاخ البطن وتغيرات الحالة المزاجية.

الخانة 9: الموعد الموصى به لإعادة حقن وسائل منع الحمل التي تُعطى بالحقن وتحتوي على البروجستين فقط

الفاصل الزمني الموصى به قبل إعادة الحقن:

- حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA): 13 أسبوعاً
- نورثيسترون اينانثات (NET-EN): 8 أسابيع

الحضور للحقن مبكراً:

- حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA): يمكن إعطاؤها قبل الموعد المحدد بأسبوعين كحد أقصى
- حقن نورثيسترون اينانثات (NET-EN): يمكن إعطاؤها قبل الموعد المحدد بأسبوعين كحد أقصى

التأخر عن موعد الحقنة:

- حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA): يمكن إعطاؤها بعد الموعد المحدد بـ 4 أسابيع كحد أقصى؛ لا حاجة إلى وسائل منع الحمل الاحتياطية
- حقن نورثيسترون اينانثات (NET-EN): يمكن إعطاؤها بعد الموعد المحدد بأسبوعين كحد أقصى؛ لا حاجة إلى وسائل منع الحمل الاحتياطية

3.5 حبوب البروجستين فقط

1.3.5 تقديم المشورة للمستفيدة: حبوب البروجستين فقط (POPs)

ما هي؟

- وسائل فموية لمنع الحمل قصيرة المفعول وقابلة للعكس ويستخدم فيها بروجستوجين اصطناعي

كيف تتم العملية؟

- زيادة كثافة مخاط عنق الرحم لمنع دخولمني وحدوث التخصيب (حبوب صغيرة ومتوسطة)
- منع التبويض (حبوب متوسطة)

ما مدى فعاليتها؟

- حبوب البروجستين فقط (POPs) وسيلة فعالة في منع الحمل، ولكن هناك وسائل أكثر منها فعالية (أنظر الملحق 2)
- معدل الفشل: 0.3 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 7 في المائة (إستخدام عادي)
- معدل الفشل: 0.3 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 1 في المائة (إستخدام عادي)



فوائد غير متعلقة بمنع الحمل:

- قد تحسّن عسر الطمث

المحاسن:

- فعالة في منع الحمل القابل للعكس
- لا تتعارض مع ممارسة الجنس
- خالية من الإستروجين: يمكن أن تستخدمها المستفيدات اللاتي يرضعن رضاعة طبيعية أو اللاتي لا يستطعن تعاطي الإستروجين
- يمكن استخدامها بعد الولادة أو بعد الإجهاض مباشرة
- تضيف إلى تأثير الرضاعة الطبيعية في منع الحمل

المساوئ:

- ضرورة تناول حبوب منع الحمل في نفس الوقت كل يوم
- لا يوفر الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- تتطلب توفير السلع الطبية

الآثار الجانبية:

- عدم انتظام النزيف المهبلي، حدوث نزيف مفاجئ، إنقطاع الطمث
- صداع
- آلام بالثدي
- دوخة
- تبدل الحالة المزاجية
- غثيان

المخاطر: لا توجد

عودة الخصوبة بعد التوقف: بدون تأخير

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- لا تسبب العقم
- لا تسبب مشاكل في الرضاعة الطبيعية

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

2.3.5 الإستخدام الآمن والفعال لحبوب البروجستين فقط (POPs)

تستطيع معظم المستفيدات استخدام حبوب البروجستين فقط (POPs) بأمان، بما في ذلك اللواتي يرضعن رضاعة طبيعية أو اللاتي لا يستطعن تناول الإستروجين (أنظر الملحق 1). بالنسبة للمستفيدات الصحيحات، لا يلزم إجراء فحوصات جسدية أو فحوصات مختبرية قبل البدء في حبوب البروجستين فقط (POPs).

أنظر الملحق 3 للحصول على معلومات حول كيفية استبعاد احتمال وجود الحمل قبل البدء في استخدام الوسيلة.

تحتوي حبوب البروجستين فقط (POPs) التقليدية (غالباً ما تسمى الحبوب الصغيرة) على ليفونورجيستريل بروجستينات اصطناعية (LNG) أو نوريثيسترون (NET) بجرعات أقل من تلك الموجودة في وسائل منع الحمل الفموية المركبة (COCs). تحتوي حبوب البروجستين فقط (POPs) الجديدة على ديسوجيستريل أو دروسبيرينون بجرعات أعلى قليلاً من حبوب البروجستين فقط (POPs) (الحبوب المتوسطة). في حالة نسيان حبوب البروجستين فقط (POPs) ذات الجرعات المتوسطة لفترة طويلة، يمكن تعاطيها فور تذكرها بلا مشكلة، وتثبط الإباضة بشكل أكثر انساقاً من حبوب البروجستين فقط (POPs) ذات الجرعات الصغيرة التقليدية، مما يزيد فعالية حبوب البروجستين فقط (POPs) ذات الجرعة المتوسطة، خصوصاً للمستفيدات اللاتي لا يرضعن رضاعة طبيعية.



يمكن توفير خدمة المتابعة الإضافية للمستفيدات اللاتي يعانين من حالات طبية معينة. أنظر القسم 3.2: تقديم المشورة للمستفيدات العائدات لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة للمستفيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل.

4.3.5 الآثار الجانبية

ينبغي مراجعة الآثار الجانبية الشائعة بسبب استخدام حبوب البروجستين فقط (POPs) مع المستفيدة ومناقشة استراتيجيات التعامل معها.

- من المتوقع حدوث تغيرات في أنماط النزيف الشهري عند استخدام حبوب البروجستين فقط (POPs). قد يكون النزيف غير منتظم، أو أخف، أو أقل تواتراً، أو قد يكون شديداً أو لفترة طويلة، أو ينقطع تماماً. ينبغي طمأنة المستفيدات إلى أن النزيف غير المنتظم ليس ضاراً وأحياناً يقل أو يتوقف بعد الأشهر القليلة الأولى من استخدام حبوب البروجستين فقط (POP). أكد ضرورة تناول حبوب منع الحمل كل يوم في نفس الوقت، لأن الحبوب المنسية أو الفائتة تسهم في عدم انتظام النزيف. إذا وجدت المستفيدة أن النزيف يمثل مشكلة لها، فقم بتجربة الأدوية المضادة للالتهابات غير الستيرويدية (NSAIDs) (علاج لمدة 5 إلى 7 أيام) فقد تكون مفيدة. وليست التغيرات التي تحدث في النزيف ضارة بشكل عام. ومع ذلك، يمكن متابعة تقييم حالة المستفيدة إذا استمرت المشكلة، أو كان النزيف غزيراً أو لمدة طويلة، أو كان هناك سبب غير معروف لا يتعلق باستخدام الوسيلة.
- قد يتوقف النزيف الشهري تماماً لدى بعض المستفيدات. تأكد من استمرار المستفيدة في استخدام الوسيلة وبشكل صحيح وتقييم الحمل. إذا لزم الأمر، طمئن المستفيدة إلى عدم حدوث ضرر في حالة توقف النزيف الشهري أثناء استخدام حبوب البروجستين فقط (POPs).
- يمكن السيطرة على الصداع باستخدام مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) أو الباراسيتامول.
- يمكن حدوث تحسن في إيلام الثدي بارتداء حمالة صدر داعمة، خاصة عند ممارسة التمارين أو النوم، واستخدام الكمادات الساخنة أو الباردة. قد يحدث تحسن لدى تناول مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) والباراسيتامول.
- بالنسبة إلى المستفيدة التي تستخدم حبوب البروجستين فقط (POPs)، إذا كانت تعاني من حدوث الغثيان أو القيء، انصحها بمحاولة تناول حبوب البروجستين فقط (POPs) مع الوجبات أو في وقت النوم.
- من الآثار الجانبية الأقل شيوعاً الدوخة وتغيرات الحالة المزاجية.

ضرورة إمداد المستفيدات اللاتي يخترن حبوب البروجستين فقط (POPs) بسلع طبية تكفيهن لمدة عام، إذا فضلن ذلك وحسب ترتيبات استخدامها. يجب توفير وسائل منع الحمل الطارئ (ECs) مقدماً لجميع مستخدمات حبوب منع الحمل بالبروجستين فقط (POP) ويجب توفير واقيات كافية لجميع المستفيدات اللواتي يحتجن إلى الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). رتب مع المستفيدة مواعيد الرجوع للحصول على السلع الطبية الإضافية عند الحاجة.

1.2.3.5 تعليمات للمستفيدة

- أظهر للمستفيدة أشرطة الحبوب وشرح لها أن جميع الحبوب الموجودة في الشريط هي نفسها وتحتوي على الهرمون الذي يمنع الحمل.
- إنصح المستفيدة بتناول حبة واحدة في نفس الوقت كل يوم، بغض النظر عن أنماط النزيف المهلي. ناقش مع المستفيدة التدابير التي تساعد على تذكر تناول حبوب منع الحمل كل يوم، مثل ضبط المنبه على هاتفها أو الجمع بين تناول حبوب منع الحمل ونشاط يومي آخر يذكرها بها مثل تنظيف الأسنان بالفرشاة.
- ينبغي أن تبدأ المستفيدة شريطاً جديداً في اليوم التالي لانتهاء الشريط السابق، بدون انقطاع.
- وضح ماذا تفعل في حالة نسيان الحبوب (أنظر منظومة الصحة العالمية [3] لمعرفة التفاصيل كاملة). الأهم من ذلك، إن حبوب البروجستين فقط (POPs) ذات الجرعة الصغيرة التي تؤخذ بعد موعدها بأكثر من 3 ساعات تُعتبر حبوب فائتة أو منسية. حبوب البروجستين فقط (POPs) ذات الجرعة المتوسطة التي تؤخذ بعد موعدها بأكثر من 12 ساعة تُعتبر حبوب فائتة أو منسية.
- إذا تقيأت المستفيدة خلال ساعتين من تناول الحبة، ينبغي أن تأخذ حبة أخرى من الشريط في أسرع وقت ممكن، ثم تستمر في تناول الحبوب كالمعتاد. إذا استمر القيء، ينبغي اتباع تعليمات حبوب منع الحمل الفائتة.

3.3.5 الرعاية أثناء المتابعة

لا يلزم إجراء زيارة متابعة روتينية بعد البدء في حبوب البروجستين فقط (POPs)؛ ومع ذلك، يُعتبر التواصل بعد 3 أشهر من الاستخدام مفيداً لبعض المستفيدات، لأنه فرصة للإجابة على الأسئلة، والمساعدة في أي مخاوف، والتحقق من تناول الحبوب بطريقة صحيحة و بانتظام. ينبغي نصح المستفيدة بالعودة للمتابعة إذا تلقت تشخيصاً جديداً أو بدأت في تعاطي دواء جديد قد يؤثر على استخدامها لحبوب البروجستين فقط (POPs)، مثل مضادات التشنج أو مضادات الفيروسات القهقرية أو الأدوية المضادة للميكروبات. ينبغي إبلاغ المستفيدات اللاتي يرضعن رضاعة طبيعية أن فعالية حبوب البروجستين فقط (POPs) قد تنخفض إذا قلت مرات الرضاعة الطبيعية.



6 وسائل منع الحمل الحائلة

1.6 الواقيات الجنسية (خارجية للذكور) و (داخلية للإناث)

1.1.6 تقديم المشورة للمستفيدين/للمستفيدات: الواقيات الجنسية

ما هي؟

- الواقي الذكري: غلاف أو غطاء مصنوع من مادة اللاتكس الرقيقة أو البوليبيوريثان أو النتريل أو جلد الخراف ويوضع بإحكام على القضيب المنتصب
- الواقي الأنثوي: غلاف أو غطاء مزلق مصنوع من مادة اللاتكس الرقيق أو البوليبيوريثان أو النتريل يتم إدخاله في المهبل قبل ممارسة الجنس

كيف تتم العملية؟

- تشكل حاجزاً مادياً بين القضيب والمهبل. يمنع تبادل السوائل. مثل السائل المنوي أو الإفرازات المهبلية. بين الشركاء عند ممارسة الجنس

ما مدى فعاليتها؟

- الواقي الذكري وسيلة أقل فعالية لمنع الحمل (أنظر الملحق 2)
- معدل فشل الواقي الذكري: 2 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 13 في المائة (استخدام عادي)
- معدل فشل الواقي الأنثوي: 5 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 21 في المائة (استخدام عادي)

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل:

- الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- قد تساعد في الحماية من الأمراض التي تسببها العدوى المنقولة جنسياً (STIs). مثل العقم وسرطان عنق الرحم

المحاسن:

- يمكن استخدامها لممارسة الجنس المهبلي والشرجي والفموي
- وسيلة احتياطية مريحة لمنع الحمل
- يمكن استخدامها للحماية المزدوجة
- يمكن استخدامها في أي وقت وتكون فعالة على الفور
- يستطيع أي شريك جنسي السيطرة عليها
- متوفرة على نطاق واسع ويمكن الحصول عليها بسهولة

المساوئ:

- تحتاج للاستخدام الصحيح في كل ممارسة جنسية
- تتطلب تعاون كلا الشريكين
- تتطلب توفير السلع الطبية
- قد تضعف الإحساس بالجنس
- في حالات نادرة. قد ينزلق الواقي الجنسي أو يتمزق أثناء الاستخدام
- إستعمال لمرة واحدة
- توفر حماية أقل من العدوى المنقولة جنسياً (STIs) التي تنتقل عن طريق الملامسة الجلدية. مثل الهريس

الآثار الجانبية: لا يوجد

المخاطر: حساسية شديدة لمادة اللاتكس وهي نادرة الحدوث للغاية



عودة الخصوبة بعد التوقف: بدون تأخير

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- يتميز عدد قليل جداً من الواقيات الجنسية عند استخدامها بشكل صحيح
- لا يمكن أن تضع داخل جسم الأنثى
- الواقيات الجنسية المصنوعة من جلد الخراف لا تحمي من العدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية. [3] Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

2.1.6 الاستخدام الآمن والفعال للواقيات الجنسية

قد تزيد بعض الممارسات من خطر تمزق الواقي الذكري وينبغي تجنبها:

- لا تفتح الواقي الذكري أولاً ثم تحاول وضعه على القضيب.
- لا تستخدم الواقي الذكري إذا رأيت تغييراً في اللون.
- لا تستخدم الواقي الذكري الذي يبدو هشاً أو جافاً أو شديد اللزوجة.
- لا تعاود استخدام الواقي الذكري.
- لا تمارس الجنس بدون تزييق.
- لا تستخدم أكثر من واقي ذكري في وقت واحد.
- لا تستخدم الواقي الذكري والأنثوي في وقت واحد.
- لا تستخدم نفس الواقي الجنسي عند تغيير طريقة الممارسة الجنسية، مثل التبديل بين الجنس الشرجي والجنس المهبطي.

1.2.1.6 تعليمات للمستفيدين/للمستفيدات

الواقيات الذكورية

1. إفحص عبوة الواقي الذكري. لا تستخدمه إذا كان ممزقاً أو نالفاً. تجنب استخدام الواقي إذا انتهت صلاحيته.
2. افتح عبوة الواقي الذكري بحذر.
3. لتحقيق أعلى مستوى من الحماية، ضع الواقي قبل ملامسة القضيب للأعضاء التناسلية الأنثوية أو الفم أو الشرج.
4. ضع قطرة أو قطرتين من مادة التزييق في طرف الواقي الذكري، إذا رغبت في ذلك. ضع الواقي الذكري على القضيب المنتصب وأن يكون الجزء الملفوف إلى الخارج.
5. اضغط على طرف الواقي الذكري بين السبابة والإبهام لتترك مساحة لجميع السائل المنوي. إفرد الواقي الذكري حتى يصل إلى قاعدة القضيب المنتصب. إذا كان الواقي الذكري لا ينفث بسهولة، فقد يكون في الاتجاه الخاطئ.
6. بعد القذف مباشرة، ثبت حافة الواقي الذكري في مكانها واسحب القضيب منه وهو منتصب.
7. إنزع الواقي الذكري وتخلص منه بشكل صحيح. لا ترم الواقي الذكري في المراحيض.

يستطيع جميع الناس استخدام الواقيات الجنسية. ينبغي على الأفراد الذين يعانون من حساسية شديدة لمادة اللاتكس أن يستخدموا واقيات جنسية مصنوعة من مادة مختلفة، مثل البوليبوريثان أو النتريل. لا يلزم إجراء فحوصات جسدية أو فحوصات مخبرية قبل البدء في استخدام الواقيات الجنسية. يجب استخدام وسائل منع الحمل الحائلة، مثل الواقي الجنسي، بشكل صحيح في كل ممارسة جنسية حتى تكون فعالة. ضرورة إمداد المستفيدين والمستفيدات الذين يفضلون الواقيات الجنسية بإمدادات طبية كافية منها، إذا فضلوا ذلك وحسب ترتيبات استخدامها. إنصح المستفيدين والمستفيدات بحفظ الواقي الجنسي في مكان بارد وجاف. يجب توفير وسائل منع الحمل الطارئ (ECPS) مقدماً لجميع مستخدمي الواقيات الجنسية. ينبغي التفكير في وسائل منع الحمل الطارئة إذا تمزق الواقي الجنسي أو انزلق. أو إذا لم يتم استخدام الواقي الجنسي. رتب مع المستفيدة مواعيد الرجوع للحصول على السلع الطبية الإضافية عند الحاجة.

التزييق يجعل استخدام الواقي الجنسي أكثر راحة ويؤدي إلى عدم تمزق الواقي الجنسي. هناك ثلاثة مصادر للتزييق: الإفرازات الطبيعية، مثل الإفرازات المهبلية أو اللعاب، أو استخدام الواقي الجنسي الذي يحتوي على مواد مزلقة، أو استخدام مادة تزييق أخرى. الأهم من ذلك، تُضر مواد التزييق القائمة على الزيت (الفازلين، والزيت، والزبدة، وزبدة الكاكاو، أو اللوشن) باللاتكس ويجب عدم استخدامها مع الواقي الذكري المصنوع من مادة اللاتكس. تُعتبر المزلقات التي تحتوي على الماء والجليكول والسيليكون آمنة للاستخدام مع جميع الواقيات الجنسية. يمكن وضع المزلقات على السطح الخارجي للواقي الذكري أو داخل الواقي الأنثوي أو في المهبل أو في فتحة الشرج. يمكن أن يساعد وضع قطرة أو قطرتين من مادة التزييق داخل طرف الواقي الذكري قبل فكه في زيادة الإحساس بالجنس لدى مرتديها؛ ومع ذلك، من المهم عدم وضع الكثير من المزلقات داخل الواقي الذكري حتى لا ينزلق.



3.1.6 الرعاية أثناء المتابعة

لا يلزم إجراء زيارة للمتابعة الروتينية بعد البدء في استخدام الواقيات الجنسية. ينبغي تشجيع المستفيدين والمستفيدات على العودة في أي وقت لطرح الأسئلة أو مناقشة المخاوف أو التغيير إلى وسيلة مختلفة، أو استخدام وسيلة إضافية لمنع الحمل إذا كانت الواقيات الجنسية تتمزق أو تخرج من مكانها أثناء ممارسة الجنس. يمكن توفير خدمة المتابعة المتكررة للمستفيدات اللاتي يعانين من حالات طبية معينة. أنظر القسم 3.2: تقديم المشورة للمستفيدات العائدات لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة للمستفيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل.

4.1.6 إدارة المضاعفات

- إذا تمزق الواقي الجنسي أو انزلق من مكانه أو لم يتم استخدامه، يجب التفكير في وسائل منع الحمل الطارئة، والوقاية بعد التعرض لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، والعلاج الافتراضي ضد العدوى المنقولة جنسياً (STIs) الأخرى. يجب مراجعة الاستخدام الصحيح والمنظم للواقي الجنسي، بما في ذلك استخدام المزلقات.
- قد يعاني بعض المستفيدين والمستفيدات من تهيج خفيف حول المهبل أو الشرج أو القضيب كرد فعل لاستخدام الواقي الجنسي. قد يساعدك التغيير إلى نوع مختلف من الواقيات الجنسية أو تجربة تزييق الواقي الجنسي أو استخدام واقي جنسي مزلق. عند الاشتباه في وجود حساسية خفيفة من مادة اللاتكس، فقد يكون من المفيد تجربة الواقي الجنسي المصنوع من البوليبوريثان أو النتريل.
- يمكن أن تتسبب الكريمات المهبلية المضادة للفطريات في إتلاف الواقي الجنسي المصنوع من مادة اللاتكس. ينبغي على المستفيدين والمستفيدات الذين يستخدمون هذه الكريمات أن يستخدموا الواقيات الجنسية المصنوعة من البوليبوريثان أو النتريل حتى الانتهاء من العلاج.

5.1.6 علامات تحذيرية

- إنصح المستفيد(ة) بطلب التقييم الفوري في حالة ظهور العلامات التالية، والتي قد تشير إلى حساسية شديدة من اللاتكس إذا حدثت أثناء أو بعد استخدام الواقي الجنسي:
- إنتشار الطفح الجلدي أو الشرى في جزء كبير من الجسم
- صعوبة في التنفس أو دووار أو فقدان الوعي

الواقيات الأنثوية

1. إفحصي عبوة الواقي الأنثوي. لا تستخدميه إذا كان ممزقاً أو تالفاً. تجنبي استخدام الواقي الأنثوي إذا انتهت صلاحيته.
2. افتحي عبوة الواقي الأنثوي بحذر.
3. لتحقيق أعلى مستوى من الحماية، ضعي الواقي قبل ملامسة القضيب للأعضاء التناسلية أو الشرج. يمكن إدخال الواقي الأنثوي قبل ممارسة الجنس بمدة تصل إلى 8 ساعات.
4. إفركي جانبي الواقي الأنثوي معاً لفرد المزلق بالتساوي.
5. إختاري وضعاً مريحاً للإدخال: القرفصاء، رفع ساق واحدة، الجلوس أو الاستلقاء.
6. أمسكي الحلقة من الطرف المغلق واضغطي عليها حتى تصبح طويلة وضيقة.
 - للإدخال في المهبل، ابعدي الشفرين وحددي فتحة المهبل باليد الأخرى. إدفعي الحلقة المغلقة برفق داخل المهبل إلى أبعد حد ممكن. أدخلي أحد الأصابع في الواقي وادفعيه حتى يستقر في مكانه. يتبقى من 2 إلى 3 سم من الحلقة الخارجية خارج المهبل.
 - للإدخال في فتحة الشرج، إستخدمي مادة تزييق حول فتحة الشرج وادفعي الحلقة المغلقة برفق داخل المستقيم إلى أبعد حد ممكن. أدخلي أحد الأصابع في الواقي وادفعيه حتى يستقر في مكانه. تبقى الحلقة الخارجية خارج الجسم.
7. يجب توجيه القضيب بعناية إلى داخل الواقي - وليس بين الواقي وجدار المهبل أو فتحة الشرج. إذا خرج الواقي من مكانه، أعيدي إدخاله.
8. بخلاف الواقي الذكري، لا يتطلب الواقي الأنثوي وجود انتصاب للبقاء في مكانه. لا ضرورة لإخراج الواقي الأنثوي مباشرة بعد ممارسة الجنس.
9. بعد سحب القضيب، أمسكي حلقة الواقي الخارجية، ثم لفه حول نفسه لتجنب خروج المني منه، ثم إسحبيه للخارج برفق.
10. تخلصي من الواقي بشكل صحيح. لا ترمي الواقي الأنثوي في المراحيض.



2.6 الحاجز المهبل وأغطية عنق الرحم

1.2.6 تقديم المشورة للمستفيدة: الحاجز المهبل وأغطية عنق الرحم

ما هو؟

- كأس مرّن من اللاتكس أو البلاستيك أو السيليكون يوضع بعمق في المهبل لتغطية عنق الرحم
- يُستخدم مع مبيد منوي
- الحاجز المهبل عبارة عن كأس رقيق بإطار قوي ومرّن لإبقاء الحاجز المهبل في مكانه في المهبل:
- الإطار المسطح: عبارة عن شريط معدني مسطح
- الإطار الحلزوني: عبارة عن سلك ملفوف قوي
- الإطار المنحني: الإطار المعدني يجعل الحافة تتخذ شكل قوس بدلاً من الشكل المسطح
- حافة واسعة محكمة، متوفرة في أنواع الإطار الحلزوني وأنواع الإطار المنحني: شفة مرنة (بعرض 1.5 سم) على الطرف الداخلي للحافة لتثبيت المبيد المنوي في مكانه وإحكام الفراغ بين الحاجز المهبل وجدار المهبل
- مقاس موحد: بتصميم محكم: لا يحتاج إلى تثبيت
- أغطية عنق الرحم عبارة عن أغطية أصغر حجمًا على شكل قمع تغطي عنق الرحم بإحكام وبطريقة مريحة

كيف تتم العملية؟

- عبارة عن خزان للمبيد المنوي المستخدم في قتل الحيوانات المنوية أو تعطيلها
- تشكل حاجزًا ماديًا يحبس الحيوانات المنوية ويمنعها من دخول عنق الرحم

ما مدى فعاليتها؟

- من أقل الوسائل فعالية (أنظر الملحق 2)
- أغطية عنق الرحم أقل فعالية لدى المستفيدات اللاتي أنجن من قبل
- معدلات الفشل:
- الحاجز المهبل: من 14 إلى 16 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 17 في المائة (إستخدام عادي)
- غطاء عنق الرحم: المستفيدات اللاتي سبق لهن الإنجاب 26 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 32 في المائة (إستخدام عادي); المستفيدات اللاتي لم يسبق لهن الإنجاب 9 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 16 في المائة (إستخدام عادي)

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل:

- قد تساعد في الحماية من سرطان عنق الرحم
- قد تقلل من خطر الإصابة ببعض أنواع العدوى المنقولة جنسياً (STIs)

المحاسن:

- لا تعوق الجماع
- يمكن استخدامها في أي وقت وتكون فعالة على الفور
- يمكن استخدامها فقط عند الحاجة

المساوئ:

- تحتاج للاستخدام الصحيح في كل ممارسة جنسية
- يجب إدخالها قبل ممارسة الجنس
- يجب أن يقوم مقدم الخدمة بتثبيت معظم الحواجز المهبليّة والأغطية (وليس كلها) على أن يُعاد تركيبها بعد الولادة، أو الإجهاض في الثلث الثاني، أو التغير في الوزن بـ 3 كغم أو أكثر، أو بعد عامين
- يجب أن تبقى في مكانها في المهبل لمدة 6 ساعات بعد الجماع
- يجب تنظيفها وحفظها
- لا تحمي بشكل موثوق من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- تتطلب توفير السلع الطبية (مبيد منوي)



الآثار الجانبية:

- تهيج المهبل أو القضيب
- آفات مهبلية، خاصة على الجدار الأمامي

المخاطر:

- التهاب المسالك البولية
- التهابات المهبل البكتيرية أو الفطرية (داء المبيضات)
- قد يؤدي استخدام المبيد المنوي نونوكسينول-9 إلى زيادة خطر الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- نادر للغاية: متلازمة الصدمة التسممية

العودة إلى الخصوبة: بدون تأخير

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- لا يمكن أن تضع داخل جسم الأنثى
- لا تؤثر على الإحساس أثناء الجماع

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

2.2.6 الاستخدام الآمن والفعال للحاجز المهبلية وأغطية عنق الرحم

تستطيع معظم المستفيدات استخدام الحواجز المهبلية وأغطية عنق الرحم بأمان؛ ومع ذلك، فهي غير مناسبة للمستفيدات في الحالات الآتية:

- بعد الولادة بأقل من 6 أسابيع
- حدوث إجهاض في الثلث الثاني منذ أقل من 6 أسابيع
- ارتفاع خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو إيجابية الإصابة بالفيروس
- إصابة سابقة بمتلازمة الصدمة التسممية
- تدلي الرحم
- أغطية عنق الرحم: سرطان أو أورام عنق الرحم، أو تشوهات عنق الرحم التشريحية
- حساسية من مادة اللاتكس

يجب إجراء فحص الحوض قبل استخدام الحاجز المهبلية أو الغطاء للتأكد من عدم وجود تشوهات تشريحية تمنع الاستخدام. وتحديد حجم الوسيلة المناسب للمستخدمة، ما لم يتم استخدام الحاجز المهبلية ذي الحجم الموحد. تناسب الحواجز المهبلية أحادية الحجم 80 في المائة من المستخدمات ولا تحتاج للتركيب أو التثبيت. ليست هناك حاجة لإجراء فحوصات مخبرية قبل استخدام الحاجز المهبلية أو الغطاء. أنظر الخانة 10 (الصفحة التالية) للحصول على معلومات عن نوع الحاجز المهبلية المراد استخدامه.

يجب توفير وسائل منع الحمل الطارئ (ECs) مقدّمًا لجميع مستخدمات الحواجز المهبلية والأغطية ويجب توفير أقيات

جنسية كافية لجميع المستفيدين والمستفيدات الذين يحتاجون إلى الحماية من العدوى المنقولة جنسيًا (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). رتب مع المستفيدة مواعيد الرجوع للحصول على السلع الطبية الإضافية عند الحاجة. ينبغي تخزين الحاجز المهبلية والغطاء والمبيدات المنوية في مكان بارد وجاف ويفضل أن يكون بعيدًا عن الشمس.

1.2.2.6 تثبيت الحاجز المهبلية

يفضل استخدام مجموعات تثبيت الحاجز المهبلية، بدلاً من حلقات تثبيت الحاجز المهبلية، لأغراض التثبيت. ينبغي أن تقوم المستفيدة بإفراغ المثانة والمستقيم أولاً.

1. يجب إجراء فحص الحوض لتقييم أي خلل في الرحم أو عنق الرحم.
2. يجب تحديد المقاس المطلوب عن طريق قياس المسافة يدوياً بين القبو الخلفي والقبوس العاني السفلي العظمي. من خلال وضع الإصبع الأوسط في القبو الخلفي، راقب الموضع الذي تتلامس فيه السبابة مع عظمة العانة، أو ضع علامة على هذه البقعة بطرف الإبهام. المسافة بين طرف الإصبع الأوسط والإبهام هي القطر المتوقع للحاجز المهبلية.
3. باستخدام القياس كدليل، حدد أكبر مقاس للحاجز المهبلية يريح المستفيدة ويناسب عظم العانة من الخلف.
4. ثبت الحاجز المهبلية الذي تم اختياره في القبو الخلفي للمهبل وخلف ارتفاع العانة. ينبغي أن يغطي عنق الرحم والجدار الأمامي العلوي للمهبل، وأن يلمس جداري المهبل الجانبيين. ينبغي ألا تشعر المستفيدة بالحاجز المهبلية بمجرد تثبيته في مكانه، وألا يتزعزع الحاجز المهبلية من مكانه عندما يُطلب من المستفيدة إجراء مناورة فالدالفا أو الحركة التي يتم تنفيذها



الخانة 10: أنسب نوع من أنواع الحاجز المهبلية

يعتمد اختيار الحاجز المهبلية على عمق المهبل وطبيعة عضلات المهبل ووضع الرحم.

مقاس موحد

- يُصنع الحاجز المهبلية ذو المقاس الموحد من السيليكون. بمقاس 75 ملم × 67 ملم ويلائم المستخدمين اللاتي يناسبهن الحاجز المهبلية بعرض من 65 إلى 80 ملم (حوالي 80 في المائة من المستخدمين). ويمتاز الحاجز المهبلية ذو الحجم الموحد بتصميم يسهل إدخاله وإزالته.

الإطار المنحني

- يسهل إدخال حافته الخلفية خلف عنق الرحم بشكل صحيح.
- يسهل إدخاله في حالة الرحم المنقلب للخلف أو المنقلب للأمام بوضوح.
- يسهل إدخاله في حالة عنق الرحم الطويل قليل المرونة.
- يمكن استخدامه لدى المستفيدات اللاتي يعانين من ضعف الرحم، أو الفتق المثاني، أو تدلي الرحم الخفيف.

الإطار المسطح

- يمكن إدخاله بأداة إدخال الحاجز المهبلية.
- يمكن أن تستخدمه المستفيدة التي لا تشعر بالارتياح لاستخدام الحاجز المهبلية ذي الإطار المنحني.
- يمكن أن تستخدمه المستفيدة التي تعاني من الرحم المتصلب.
- لائم للمستفيدات اللاتي لديهن تقوس ضحل خلف الالتحام العاني.
- يمكن أن تستخدمه المستفيدة التي تعاني من انثناء الرحم للأمام.

الإطار الحلزوني

- يمكن إدخاله بأداة إدخال الحاجز المهبلية.
- يمكن أن تستخدمه المستفيدة التي لا تشعر بالارتياح لاستخدام الحاجز المهبلية ذي الإطار المنحني.
- يمكن أن تستخدمه المستفيدة التي تعاني من الرحم المتصلب.
- لائم للمستفيدات اللاتي لديهن تقوس عميق خلف الالتحام العاني.
- يجب أن تستخدمه فقط المستفيدات اللاتي لا يعانين من انزياح الرحم.

4. قم بطي الحاجز المهبلية بضم الحافة معًا بالإبهام وأحد الأصابع بيد واحدة. تأكد من أن المبيد المنوي متجه لأعلى.

5. قد تفضل المستفيدة وضعية القرفصاء أو الوقوف على ساق واحدة أو الإستلقاء على الظهر لإدخال الحاجز المهبلية. أمسكي فتحة المهبل بيد واحدة، وباستخدام اليد الأخرى، حرّكي الحاجز المهبلية المطوي إلى الخلف قدر الإمكان داخل المهبل، بهدف الوصول إلى أسفل الظهر.

6. إستخدمي السبابة لدفع الحافة الأمامية للحاجز المهبلية لأعلى خلف عظم العانة.

7. تحققّي وتأكدّي من أن الحاجز المهبلية في مكانه عن طريق تحسس الحافة الأمامية خلف عظمة العانة وتحسسي عنق الرحم من خلال القبة الرخوة. ينبغي أن يكون المبيد المنوي في الحاجز المهبلية من جانب عنق الرحم، ثم توضع جرعة إضافية من المبيد المنوي في المهبل.

8. وقبل كل عملية جماع، ينبغي التأكد من وجود الحاجز المهبلية في مكانه وإدخال جرعة جديدة من المبيد المنوي. بعد انتهاء آخر جماع، ينبغي أن يظل الحاجز المهبلية في مكانه في المهبل لمدة 6 ساعات على الأقل.

9. تتم إزالة الحاجز المهبلية بوضع طرف إصبع واحد كخطاف أسفل حافة الحاجز الأمامية ويُسحب الحاجز لأسفل ثم إلى خارج.

بمحاولة قويّة للحث على عملية الزفير بشكل مُضاد للمجاري التنفسية المُغلقة (الضغط لأسفل):

- إذا كان الحاجز المهبلية كبيرًا جدًا، فقد يسبب عدم الراحة أو قد يختل شكله أو ينزاح عن مكانه.
- إذا كان الحاجز المهبلية صغيرًا جدًا، فقد لا يغطي عنق الرحم أو يتزحزح عنه.

5. بعد التركيب، راجع خطوات إدخال الحاجز المهبلية (كما هو موضح) واطلب من المستفيدة إدخال الحاجز المهبلية. بعد أن تقوم المستفيدة بإدخال الحاجز المهبلية، تحقق من صحة الإدخال وتأكد من ملائمة حجم الحاجز.

تعليمات للمستفيدة: إدخال الحاجز المهبلية

- الإستعداد لإدخال الحاجز المهبلية قبل الجماع بأقل من ساعة. إذا تم وضعه قبل ممارسة الجنس بأكثر من ساعة، يجب إدخال محقنة أخرى مليئة بالمبيد المنوي في المهبل قبل ممارسة الجنس.
- إرفع الحاجز المهبلية في الضوء وافحصه بحثًا عن ثقب أو شقوق أو تمزقات.
- ضع حوالى ملعقة كبيرة من المبيد المنوي في تجويف قبة الحاجز المهبلية وعلى طول حافته.



مادة تزيق إضافية، فينبغي استخدام مواد التشحيم القائمة على الماء أو السيليكون.

- لا تُستخدم الحواجز المهبليّة وأغطية عنق الرحم عادةً أثناء نزيف الحيض لأن الدم سيتراكم خلفها وقد يزيد من خطر الإصابة بالعدوى.
- يتم فحص الحاجز المهبلي وغطاء عنق الرحم بشكل روتيني بحثًا عن التلف مثل الثقوب أو الشقوق أو النقاط الضعيفة أو التجاعيد. يمكن رفع الحاجز المهبلي أو غطاء عنق الرحم أمام مصدر للضوء أو ملؤه بالماء لكشف الشقوق أو التسريب.
- ينبغي عدم تبادل الحواجز المهبليّة وأغطية عنق الرحم بين النساء.

3.2.6 المتابعة

يوصى بإجراء زيارة متابعة بعد مرور أسبوع إلى أسبوعين على تركيب الحاجز المهبلي أو الغطاء للتحقق من ملائحته، والإجابة على أسئلة المستفيدات، والمساعدة في تبديد أي مخاوف، وتأكيد استخدامه بطريقة صحيحة ومنظمة. اطلب من المستفيدة تركيب هذه الوسيلة قبل الزيارة بـ 8 ساعات على الأقل. إنصح جميع المستفيدات بالعودة في أي وقت لمناقشة الآثار الجانبية أو أي مخاوف أخرى لديهن. أو تغيير الوسيلة. يمكن توفير خدمة المتابعة المتكررة للمستفيدات اللاتي يعانين من حالات طبية معيّنة. أنظر القسم 3.2: تقديم المشورة للمستفيدات العائدات لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة للمستفيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل.

سوف تحتاج المستفيدة إلى تركيب وسيلة جديدة إذا كان لديها أطفال أو خضعت للإجهاض في الثلث الثاني، أو إذا تغير وزنها بأكثر من 3 كغم. يتم تغيير الحاجز المهبلي أو الغطاء بعد عامين من الاستخدام.

4.2.6 الآثار الجانبية

ينبغي مراجعة الآثار الجانبية الشائعة بسبب استخدام الحاجز المهبلي أو غطاء عنق الرحم مع المستفيدة ومناقشة استراتيجيات التعامل معه.

- إذا شعرت المستفيدة بعدم الراحة أو الألم لدى استخدام الحاجز المهبلي أو الغطاء، فمن المحتمل أن يكون حجمه غير مناسب. اطلب من المستفيدة إدخال الوسيلة والتحقق من الحجم والملاءمة. يتم تغيير حجم الوسيلة عند اللزوم إذا كانت المستفيدة تعاني من تقرحات أو آفات مهبليّة. فاقترح عليها استخدام وسيلة أخرى مؤقتًا حتى يتم الشفاء من هذه الآفات، ووفر لها السلع الطبية الصحيحة. تتم مراجعة طريقة المستفيدة في إزالة الوسيلة. يتم تقييم حالة الإصابة بالعدوى المهبليّة أو العدوى المنقولة جنسيًا (STIs) وعلاجها بشكل مناسب.

المهبل. ينبغي إزالة الحاجز المهبلي خلال 24 ساعة من وضعه أول مرة في مكانه لتقليل تهيج المهبل وخطر الإصابة بعدوى المسالك البولية ومتلازمة الصدمة التسممية.

2.2.2.6 تركيب غطاء عنق الرحم

تتوفر أغطية عنق الرحم في ثلاثة أحجام:

- صغير (22 مم) للمستفيدات اللاتي لم يسبق لهن الحمل
- متوسط (26 مم) للمستفيدات اللاتي خضعن من قبل لعملية إجهاض أو ولادة قيصرية
- كبير (30 مم) للمستفيدات اللاتي سبقن لهن ولادة مهبليّة مكتملة المدة

تعليمات للمستفيدة: إدخال غطاء عنق الرحم

1. إستعدي لإدخال غطاء عنق الرحم قبل الجماع بما لا يزيد عن 6 ساعات.
2. يجب ملء ثلث الغطاء بالمبيد المنوي ووضع ربع ملعقة صغيرة أخرى من المبيد المنوي على طول الحافة. يتم وضع ربع ملعقة صغيرة إضافية على الجانب الآخر من الغطاء، في الأخدود الموجود بين القبة والحافة.
3. قد تفضل المستفيدة وضعية القرفصاء أو الوقوف على ساق واحدة أو الإستلقاء على الظهر لإدخال غطاء عنق الرحم. يتم إدخال الغطاء بحيث يكون جانب القبة/الشريط لأسفل مع إدخال طرف الحافة في المهبل أولاً. بحيث يتم وضع الجانب الأوسع لحافة الغطاء في القبة الخلفي للمهبل. ثم توضع جرعة إضافية من المبيد المنوي في مقدمة غطاء عنق الرحم.
4. وقبل كل عملية جماع جديدة، ينبغي التأكد من وجود الغطاء في مكانه وإدخال جرعة جديدة من المبيد المنوي. بعد انتهاء آخر جماع، ينبغي أن يظل الغطاء في مكانه في المهبل لمدة 6 ساعات على الأقل.
5. تتم إزالة الغطاء بوضع طرف أحد الأصابع على شكل خطاف في حزام الغطاء ثم الضغط على جانب الغطاء لتحرير شريط الغطاء وفصله عن عنق الرحم. يتم لف الغطاء ببطء وسحبه لأسفل إلى خارج المهبل. ينبغي إزالة الغطاء خلال 48 ساعة من وضعه أول مرة في مكانه.

3.2.2.6 العناية بالحاجز المهبلي وغطاء عنق الرحم

- يُغسل بالماء والصابون المعتدل، ويُجفف في الهواء، ويُخزن في وعاء نظيف وجاف.
- لا نستخدمي مساحيق أو منتجات أخرى في تنظيفه.
- لا نستخدمي معه المنتجات الزيتية (الفازلين أو زيوت الطهي أو الزبدة أو اللوشن) لأنها تؤدي إلى تلفه. إذا كانت هناك حاجة إلى



5.2.6 علامات تحذيرية

إنصح المستفيدة بطلب التقييم الفوري في حالة ظهور العلامات التالية، والتي قد تشير إلى متلازمة الصدمة التسممية:

- حمى عالية مفاجئة
- طفح جلدي
- قيء وإسهال

• إذا أصيبت المستفيدة بعدوى في المسالك البولية، عالجه بالمضادات الحيوية المناسبة وفكر في تركيب حاجز مهبطي أصغر حجمًا.

• إذا أصيبت المستفيدة بعدوى مهبلية، يتم تقييم حالتها وتوفير العلاج المناسب لها. قد تؤدي الأدوية المضادة للفطريات المهبليّة (مثل ميكونازول) إلى تلف الوسائل المصنوعة من اللاتكس.

3.6 المبيد المنوي

1.3.6 تقديم المشورة للمستفيدة: المبيد المنوي

ماذا يعني؟

• يتم إدخال هلام/رغوة/غشاء/كريم/قرص/تحميلة منع الحمل في المهبل قبل ممارسة الجنس. يحتوي معظم المبيدات المنوية على المادة الفعالة نونوكسينول-9

كيف تتم العملية؟

• تقتل الحيوانات المنوية أو تمنعها من الإخصاب

ما مدى الفعالية؟

• من أقل وسائل منع الحمل فعالية (أنظر الملحق 2)
• معدل الفشل: 16 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 21 في المائة (إستخدام عادي)

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل: لا يوجد

المحاسن:

- يمكن استخدامه في أي وقت
- يمكن استخدامه فقط عند الحاجة
- يمكن استخدامه مع الواقيات الجنسية والحواجز المهبليّة وأغطية عنق الرحم

المساوئ:

- يجب إدخاله قبل ممارسة الجنس بأقل من ساعة
- يجب استخدامه مع كل ممارسة جنسية
- تتطلب بعض الأشكال (مثل التحاميل والأغشية والأقراص) مدة 10 إلى 15 دقيقة حتى تصبح فعالة
- لا يحمي من العدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- يتطلب توفير السلع الطبية

الآثار الجانبية:

• تهيج المهبل أو القضيب

المخاطر:

• قد يؤدي استخدام المبيد المنوي الذي يحتوي على نونوكسينول-9 إلى زيادة خطر الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

العودة إلى الخصوبة: بدون تأخير

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- لا يسبب تشوهات خلقية
- لا يحمي من العدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)



2.3.6 الإستخدام الآمن والفعال للمبيد المنوي

تستطيع كل المستفيدات تقريباً استخدام المبيد المنوي بأمان. الأهم من ذلك، لا يُعتبر استخدام المبيد المنوي مناسباً للمستفيدات المعرضات لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو المصابات بالفيروس. لا يلزم إجراء فحوصات جسدية أو فحوصات مخبرية قبل البدء في استخدام المبيد المنوي. يمكن استخدام المبيد المنوي في أي وقت.

يجب توفير وسائل منع الحمل الطارئ (ECPS) مقدماً لجميع مستخدمات المبيد المنوي ويجب توفير واقيات جنسية كافية لجميع المستفيدات والمستفيدين الذين يحتاجون إلى الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). رتب مع المستفيدة مواعيد الرجوع للحصول على السلع الطبية الإضافية عند الحاجة. ينبغي تخزين المبيدات المنوية في مكان بارد وجاف ويُفضل أن يكون بعيداً عن الشمس.

1.2.3.6 تعليمات للمستفيدة

- يجب إدخال المبيد المنوي في المهبل قبل كل ممارسة جنسية. تسري فعالية كريات ورغاي نونوكسينول-9 بشكل فوري. تصبح الأغشية والأقراص والتحاميل فعالة تماماً بعد 10 دقائق إلى 15 دقيقة من إدخالها.

7. وسائل منع الحمل السلوكية

1.7 طريقة انقطاع الحيض بسبب الرضاعة الطبيعية

1.1.7 تقديم المشورة للمستفيدة: طريقة انقطاع الحيض بسبب الرضاعة الطبيعية

ماذا يعني؟

- وسيلة مؤقتة تعتمد على التأثير الطبيعي للرضاعة الطبيعية على الخصوبة
- تتطلب توافر الشروط الثلاثة التالية مجتمعة:
- يرضع الطفل رضاعة طبيعية كاملة أو شبه كاملة، ويرضع كثيراً ليلاً ونهاراً
- عمر الطفل الرضيع أقل من 6 أشهر
- عدم عودة الحيض الشهري

كيف تتم العملية؟

- كثرة الرضاعة الطبيعية تمنع إفراز الهرمونات التي تسبب الإباضة

ما مدى الفعالية؟

- معدل الفشل: 0.9 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 2 في المائة (إستخدام عادي)
- فعالة حتى 6 شهور بعد حدوث الولادة

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل:

- تقلل الرضاعة الطبيعية من مخاطر الوفاة من أمراض الطفولة الشائعة
- تحسّن الرضاعة الطبيعية من صحة الطفل ونموه
- تحسّن الرضاعة الطبيعية صحة الأم



المحاسن:

- وسيلة طبيعية لمنع الحمل
- لا تحتاج أي سلع طبية
- ليست لها تكاليف مباشرة

المساوي:

- لا يوفر الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- تتطلب كثرة الرضاعة الطبيعية، ليلًا ونهارًا، تنخفض فعاليتها مع قلة الرضاعة الطبيعية

الآثار الجانبية: لا يوجد

المخاطر: لا توجد

العودة إلى الخصوبة: تعتمد على مدة استمرار الرضاعة الطبيعية

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- فعالة بدرجة عالية عند توافر الشروط الثلاثة مجتمعة
- لا ضرورة لتناول أطعمة خاصة
- لا يتأثر مستوى فعاليتها بوزن المستفيدة

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

2.1.7 الإستخدام الآمن والفعال لطريقة انقطاع الحيز بسبب الرضاعة الطبيعية

تستطيع كل مستفيدة ترضع رضاعة طبيعية إستخدام طريقة انقطاع الحيز بسبب الرضاعة الطبيعية بأمان؛ ومع ذلك، قد تفكر المستفيدات اللاتي يستخدمن بعض الأدوية (بعض الأدوية التي تغير الحالة المزاجية، و ريزيربين، وإرغوتامين، ومضادات الأيض، وسيكلوسبورين، والجرعات العالية من كورتيكوستيرويدات، وبروموكربتين، وليثيوم، وبعض مضادات التخثر) في وسيلة مختلفة. فتنقل المستفيدات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) اللاتي يرضعن رضاعة طبيعية الفيروس إلى أطفالهن إذا كن لا يتناولن الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. يقلل العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بشكل كبير من خطر انتقال المرض لدى المستفيدات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) ويرضعن رضاعة طبيعية وكذلك أطفالهن المعرضين لفيروس العوز المناعي البشري (HIV). بالنسبة إلى المستفيدات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) اللاتي لا يتناولن الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، يُصاب 14 في المائة من أطفالهن بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) بعد عامين من الرضاعة الطبيعية. بالنسبة للمستفيدات اللاتي يتناولن الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، يُصاب أقل من 1 في المائة من أطفالهن بالعدوى. ينبغي تشجيع المستفيدات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) على استخدام الواقيات الجنسية بالإضافة إلى طريقة انقطاع الحيز بسبب الرضاعة الطبيعية.

لا يلزم إجراء فحوصات جسدية أو فحوصات مخبرية قبل البدء في طريقة انقطاع الحيز بسبب الرضاعة الطبيعية.

فكر في تزويد المستفيدات اللاتي يرضعن رضاعة طبيعية بالواقيات الجنسية ووسائل منع الحمل الطارئ (ECs) وحبوب البروجستين فقط (POPs) مسبقًا قبل الحاجة إليها. يمكنهن البدء في استخدامها إذا كان الطفل لم يعد يرضع رضاعة طبيعية كاملة أو شبه كاملة، أو إذا بلغ الطفل 6 أشهر من العمر قبل عودة المستفيدة إلى المركز الصحي. تزيد حبوب البروجستين فقط (POPs) من فعالية الرضاعة الطبيعية كوسيلة من وسائل منع الحمل وهي آمنة الإستخدام في أي وقت بعد الولادة.

1.2.1.7 تعليمات للمستفيدة

- يجب بدء الرضاعة الطبيعية فورًا (خلال ساعة واحدة)، أو في أقرب وقت ممكن بعد الولادة.
- من الأفضل أن تحدث الرضاعة الطبيعية عند الحاجة، أي إذا أراد الطفل الرضاعة. ينبغي أن لا يقل عدد مرات الرضاعة عن 10 مرات إلى 12 مرة في اليوم في أول عدة أسابيع بعد الولادة، وبعد ذلك من 8 إلى 10 مرات يوميًا. ينبغي أن تتم الرضاعة الطبيعية مرة واحدة على الأقل في الليل.
- أثناء النهار، ينبغي ألا تتعدى الفترة بين الرضعة والأخرى 4 ساعات.
- أثناء الليل، ينبغي ألا تتعدى الفترة بين الرضعة والأخرى 6 ساعات.
- تستدعي فعالية طريقة انقطاع الحيز بسبب الرضاعة الطبيعية توافر الشروط التالية:
- أن تقوم المستفيدة بالرضاعة الطبيعية بشكل كامل أو شبه كامل
- عدم عودة الحيز الشهري
- إنقضاء 6 أشهر على الأقل على الولادة



3.1.7 المتابعة

مخاوفها أو التغيير إلى وسيلة مختلفة. يمكن توفير خدمة المتابعة المتكررة للمستفيدات اللاتي يعانين من حالات طبية معينة. أنظر القسم 3.2: تقديم المشورة للمستفيدات العائدات لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة للمستفيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل.

تحتاج المستفيدات اللاتي يستخدمن طريقة انقطاع الحيض بسبب الرضاعة الطبيعية إلى متابعة للانتقال إلى وسيلة أخرى لمنع الحمل عندما يبلغ عمر الطفل 6 أشهر، أو قبل ذلك إذا انخفض معدل الرضاعة الطبيعية أو عاد الحيض الشهري. ينبغي تشجيع المستفيدة على العودة في أي وقت لطرح أسئلتها أو مناقشة

2.7 طرق الوعي بفترة الخصوبة

1.2.7 تقديم المشورة للمستفيدة: طرق الوعي بفترة الخصوبة

ما هي؟

- وسيلة لمنع الحمل عن طريق تحديد أيام خصوبة المستفيدة خلال دورتها الشهرية، وذلك بتجنب ممارسة الجنس المهبلي غير المحمي في هذه الأيام:
- طريقة الحساب بالتقويم: تعتمد على تتبع أيام الدورة الشهرية لتحديد أيام الخصوبة
- الطريقة التي تعتمد على الأعراض: مراقبة العلامات الجسدية التي تدل على أيام الخصوبة

كيف تتم العملية؟

- تجنب ممارسة الجنس غير المحمي في خلال أيام الخصوبة لمنع حدوث الحمل

ما مدى فعاليتها؟

- من أقل الوسائل فعالية (أنظر الملحق 2)
- معدل الفشل: من 3 إلى 5 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 15 في المائة (إستخدام عادي)

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل: لا يوجد

المحاسن:

- لا تتطلب إتخاذ إجراءات أو توفير سلع طبية
- يمكن استخدامها لتحديد أيام الخصوبة لتجنب الحمل أو لمحاولة الحمل
- يتقاسم الشريكان مسؤولية حدوث الحمل
- مقبولة لمن يتجنبون وسائل منع الحمل لأسباب دينية أو ثقافية

المساوئ:

- المراقبة اليومية لعلامات الخصوبة أو أيام التقويم
- قد يكون من الصعب حسابها واستخدامها
- تتطلب التعاون بين الشريكين
- تتطلب استخدام أحد وسائل منع الحمل الاحتياطية أو الإمتناع عن ممارسة الجنس لعدة أيام من كل شهر
- لا يوفر الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

الآثار الجانبية: لا يوجد

المخاطر: لا توجد

العودة إلى الخصوبة: بدون تأخير

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- قد تكون فعالة عند استخدامها بشكل صحيح
- لا تتطلب معرفة القراءة والكتابة أو التعليم بمستوى متقدم



2.2.7 الإستخدام الآمن والفعال لطرق الوعي بفترة الخصوبة

تستطيع جميع المستفيدات استخدام طرق الوعي بفترة الخصوبة بأمان. لا توجد حالات طبية تمنع استخدام هذه الوسائل. لكن بعض الحالات قد تجعل استخدامها أكثر صعوبة. بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي يعانين من عدم انتظام الدورة الشهرية، بما في ذلك المراهقات والمستفيدات قبل انقطاع الحيض، أو اللاتي ولدن حديثاً، أو يرضعن رضاعة طبيعية، أو اللاتي خضعن مؤخراً لعملية إجهاض، ينبغي عدم استخدام الوسائل القائمة على التقويم إلا بعد ثلاث دورات شهرية منتظمة. بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي يعانين من عدم انتظام الدورة الشهرية، والمستفيدات اللاتي ولدن مؤخراً، أو اللاتي يرضعن، أو يعانين من حالة تؤثر على درجة حرارة الجسم، أو لديهن إفرازات مهبلية غير منتظمة، أو يستخدمن دواءً يؤثر على الإفرازات المهبلية، قد يجدن صعوبة أكبر في استخدام الوسائل التي تعتمد على الأعراض بشكل فعال. لا يلزم إجراء فحوصات جسدية أو فحوصات مخبرية قبل الاستخدام.

يعتمد نجاح طرق الوعي بفترة الخصوبة على جودة التوعية المقدمة للمستفيدات وتصميمهن على استخدام هذه الطرق بنجاح. ينبغي أن يستمر التدريب حتى يثق كلا الشريكين في قدرتهما على استخدام هذه الوسيلة وهذا قد يتطلب زيارات متعددة. ينبغي أن تتضمن تعليمات التوعية حقائق بسيطة عن فسيولوجيا الإنجاب، مع التركيز على التغيرات التي تحدث أثناء الدورة الشهرية، وموعدها، وعلاقة كل منها بالآخرى: كيفية استخدام التقنية المفضلة لتحديد مرحلة الخصوبة؛ ومناقشة المواعيد المناسبة لممارسة الجنس.

يجب توفير وسائل منع الحمل الطارئ (ECPS) مقدماً لجميع المستفيدات اللاتي يستخدمن طرق الوعي بفترة الخصوبة. إذا رغبن في ذلك، وتوفير الواقيات الجنسية لجميع المستفيدات اللاتي يحتجن إلى الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). رتب مع المستفيدة مواعيد الرجوع للحصول على السلع الطبية الإضافية عند الحاجة.

1.2.2.7 الوسائل القائمة على التقويم

طريقة الأيام القياسية

طريقة الأيام القياسية أفضل للمستفيدات اللاتي لديهن دورة شهرية منتظمة تستمر ما بين 26 و 32 يومًا. وتقل فعالية هذه الوسيلة إذا مرت على المستفيدة أكثر من دورتين أطول من ذلك أو أقصر في السنة.

1. يجب أن تتابع المستفيدة دورتها الشهرية. اليوم الأول من نزول الدم هو اليوم رقم 1.

2. أيام الخصوبة هي الأيام التي تقع بين اليوم 8 واليوم 19 من كل دورة. في خلال هذه الأيام، يتجنب الزوجان ممارسة الجنس المهبل، أو يستخدمان وسيلة أخرى لمنع الحمل، مثل الواقي الجنسي، والحاجز المهبل، والمبيد المنوي، أو طريقة الإنسحاب.
3. يستطيع الزوجان ممارسة الجنس بلا حماية في الأيام من 1 إلى 7 ومن اليوم 20 حتى بدء الدورة الشهرية التالية للمستفيدة.
4. يمكن استخدام وسائل تساعد على التذكر، مثل وضع علامات على الأيام في التقويم أو استخدام مسحة الدورة (أنظر الشكل 1: كيفية استخدام مسحة الدورة – الصفحة التالية).

طريقة التقويم الإيقاعي

قبل الاعتماد على طريقة التقويم الإيقاعي، يجب أن تسجل المستفيدة أيام الدورة الشهرية لمدة 6 أشهر على الأقل. أول أيام الدورة الشهرية هو اليوم رقم 1.

1. تطرح المستفيدة 18 من عدد أيام أقصر دورة شهرية قامت بتسجيلها. وهذا يعطيها حساب تقديري لأول يوم من أيام فترة خصوبتها.
2. ثم تطرح 11 من أيام أطول دورة شهرية قامت بتسجيلها. وهذا هو آخر يوم تقديري في أيام فترة خصوبتها.
3. في خلال فترة الخصوبة، يتجنب الزوجان ممارسة الجنس المهبل، أو يستخدمان وسيلة أخرى لمنع الحمل، مثل الواقي الجنسي، والحاجز المهبل، والمبيد المنوي، أو الإنسحاب (الجماع الناقص).
4. تقوم المستفيدة بتحديث هذه الحسابات كل شهر. باستخدام آخر ست دورات شهرية دائماً (أنظر الخانة 11).

الخانة 11: مثال على حسابات طريقة التقويم الإيقاعي

مدة آخر ست دورات حيض شهرية للمستفيدة:
28، 26، 29، 27، 29، 28 يومًا

اليوم الأول من فترة الخصوبة =

أقصر دورة حيض شهري – 18 يومًا = 26 – 18 = اليوم الثامن

اليوم الأخير من فترة الخصوبة =

أطول دورة حيض شهري – 11 يومًا = 29 – 11 = اليوم الثامن عشر



الشكل 1: كيفية استخدام مسبحة الدورة

1	في اليوم الأول من أيام نزول دم الحيض. حركي الحلقة إلى الحبة الحمراء
2	في اليوم التالي، حركي الحلقة إلى الحبة التالية وكرري ذلك كل يوم. حركي الحلقة حتى في أيام نزول الدم
3	في حال كانت الحلقة على الحبات البيضاء، يجب الامتناع عن ممارسة الجنس أو استخدام الواقي الجنسي
4	الحبات البنية هي الأيام التي لا يحتمل فيها حدوث حمل
5	عندما تبدأ دورة الحيض الشهري مرة أخرى، حركي الحلقة إلى الحبة الحمراء لتبدأ من جديد

تحققي دائماً من أن دورتك الشهرية تأتي بين حبة بنية داكنة وآخر حبة بنية

المصدر: منقول بتصرف/مترجم عن منظمة الصحة العالمية [6].

2.2.2.7 الطرق القائمة على الأعراض

طريقة اليومين

إذا كانت المستفيدة تعاني من التهابات مهبلية أو حالة أخرى تؤدي إلى تغيير طبيعة مخاط عنق الرحم، فسيكون من الصعب استخدام هذه الطريقة.

1. تقوم المستفيدة بفحص إفرازات عنق الرحم يومياً بعد الظهر أو في المساء، بإصبعها، أو على ملابسها الداخلية، أو على منديل ورقي، أو عن طريق تحسسها داخل المهبل أو حوله.

2. يتجنب الزوجان ممارسة الجنس المهبل، أو يستخدمان وسيلة أخرى لمنع الحمل، مثل الواقي الجنسي، والحاجز المهبل والمبيد المنوي، أو طريقة الإنسحاب، بمجرد ملاحظة المستفيدة لأي إفرازات، واليوم الذي يليه.

3. يستطيع الزوجان ممارسة الجنس المهبل غير المحمي بعد مرور يومين متتاليين بدون إفرازات.

طريقة مخاط عنق الرحم (الإباضة)

إذا كانت المستفيدة تعاني من التهابات مهبلية أو حالة أخرى تؤدي إلى تغيير مخاط عنق الرحم، فسيكون من الصعب استخدام طريقة مخاط عنق الرحم (الإباضة).

1. تقوم المستفيدة بفحص إفرازات عنق الرحم يومياً بعد الظهر أو في المساء، بإصبعها، أو على ملابسها الداخلية، أو على منديل ورقي، أو عن طريق تحسسها داخل المهبل أو حوله.
2. في خلال أيام الدورة الشهرية التي يحدث فيها نزيف شديد، والتي يصعب فيها الكشف عن مخاط عنق الرحم، يجب على المستفيدة تجنب ممارسة الجنس المهبل غير المحمي.
3. بعد انتهاء نزول دم الحيض، سيكون لدى المستفيدة عدة أيام "جافة" قبل أن تبدأ إفرازات عنق الرحم. في خلال هذا الوقت، يستطيع الزوجان ممارسة الجنس المهبل غير المحمي. يوصى الزوجان بممارسة الجنس في المساء، بعد أن تكون المستفيدة قد ظلت في وضع الوقوف لعدة ساعات وقادرة على التحقق من وجود إفرازات عنق الرحم، ينبغي ألا يمارس الزوجان الجنس المهبل ليومين متتاليين للسماح باختفاء السائل المنوي وملاحظة مخاط عنق الرحم.



طريقة درجة حرارة الجسم الأساسية

إذا كانت المستفيدة تعاني من الحمى أو تغيرات أخرى في درجة حرارة الجسم، فسيكون من الصعب استخدام طريقة درجة حرارة الجسم الأساسية. بعد الإباضة، ترتفع درجة حرارة الجسم من 0.2 إلى 0.5 درجة مئوية (0.4 إلى 1.0 درجة فهرنهايت) وتظل مرتفعة حتى الدورة الشهرية التالية. بقياس درجة الحرارة وتسجيلها، تستطيع المستفيدة تحديد وقت الإباضة ويمكنها تجنب ممارسة الجنس المهبلي غير المحمي في خلال هذا الوقت.

1. تقيس المستفيدة درجة حرارتها كل صباح قبل النهوض من الفراش أو قبل أن تأكل أو تشرب أي شيء. ويُستحسن تسجيل درجة الحرارة في نفس الوقت يوميًا. يجب أن تستخدم المستفيدة ترمومتر قياس حرارة الإباضة، الذي يحتوي على مقياس أوسع نطاقًا من 35 درجة مئوية إلى 39 درجة مئوية (من 96 إلى 100 درجة فهرنهايت) الأمر الذي يسمح بتصور الزيادة الطفيفة المتوقعة في درجة الحرارة. في حالة عدم توفر ترمومتر قياس حرارة الإباضة، يمكن استخدام ترمومتر قياس الحرارة السريري. لأن مقياسه للحرارة أوسع نطاقًا، تسجل المستفيدة درجة حرارتها على رسم بياني خاص بذلك.

2. تتقرب المستفيدة حدوث ارتفاع في درجة حرارتها من 0.2 إلى 0.5 درجة مئوية (من 0.4 إلى 1.0 درجة فهرنهايت). الأمر الذي يشير إلى حدوث الإباضة (أنظر الشكل 2: مثال لرسم بياني لدرجة حرارة الجسم الأساسية).

3. يتجنب الزوجان ممارسة الجنس المهبلي غير المحمي من أول يوم من أيام نزول دم الحيض الشهري وحتى مرور 3 أيام من ارتفاع درجة حرارة المستفيدة عن معدلها الطبيعي.

4. يستطيع الزوجان ممارسة الجنس المهبلي غير المحمي من اليوم الرابع بعد ارتفاع درجة حرارة المستفيدة وحتى بدء نزول الدورة الشهرية التالية.

4. بمجرد أن تلاحظ المستفيدة وجود إفرازات عنق الرحم، يجب أن تعتبر نفسها في فترة الخصوبة ويتجنب الزوجان ممارسة الجنس المهبلي غير المحمي.

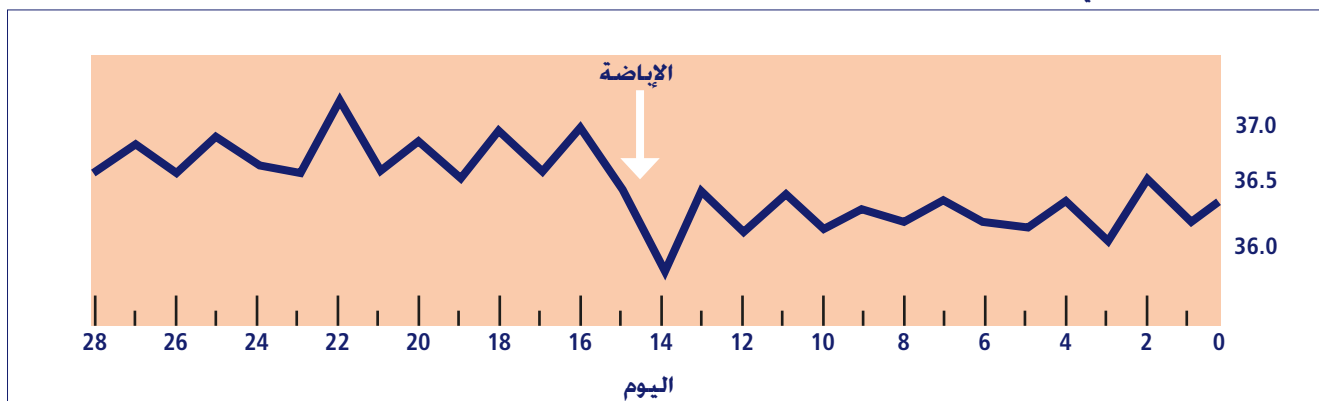
5. تستمر المستفيدة في فحص إفرازات عنق الرحم يوميًا. سوف يتحول المخاط من سميك ولزج وعكر وغير مرن إلى زلق ورقيق وأبيض وشفاف ومرن للغاية. قد يكون مشابهًا لبياض البيض النيء. يشير هذا النوع من المخاط إلى الخصوبة، ويسمى اليوم الأخير للإفرازات المرنة والزلقة الرقيقة "يوم ذروة المخاط". تستطيع المستفيدة التحقق من مرونة المخاط عن طريق فتح المنديل الورقي أو بالإصبعين المستخدمين في جمع المخاط عليهما. إذا كانت خيوط المخاط تتمدد بسهولة بين طبقات المناديل الورقية أو الأصابع بدون أن تتمزق، فإنها تكون شديدة المرونة.

6. بعد يوم ذروة المخاط، يصبح المخاط لزجًا أو جافًا بشكل مفاجئ. يجب أن تعتبر المستفيدة نفسها في فترة الخصوبة لمدة 3 أيام بعد يوم ذروة المخاط.

7. يستطيع الزوجان العودة إلى ممارسة الجنس المهبلي غير المحمي من اليوم الرابع بعد يوم ذروة المخاط، وحتى بداية نزول الحيض الشهري التالي.

8. قد ترغب المستفيدة في تتبع حالة مخاطها على رسم بياني أو تقويم، حيث لا يمكنها التعرف على يوم ذروة المخاط إلا بأثر رجعي.

الشكل 2: مثال لرسم بياني لدرجة حرارة الجسم الأساسية



المصدر: منقول بتصرف/ مترجم عن منظمة الصحة العالمية [3]: تنظيم الأسرة: الكتيب العالمي لمقدمي الخدمة. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2018. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



3.2.7 المتابعة

طريقة الأعراض والحرارة

بمجرد أن تتعلم المستفيدات آلية الطريقة التي اخترتها والقائمة على الوعي بفترة الخصوبة، فلا يوجد جدول زمني موحد للمتابعة. ينبغي تشجيع المستفيدة على العودة في أي وقت لطرح أسئلتها أو مناقشة مخاوفها أو التغيير إلى وسيلة مختلفة، أو للحصول على سلع طبية إضافية مثل الواقيات الجنسية و/أو وسائل منع الحمل الطارئ (ECPS). يمكن توفير خدمة المتابعة المتكررة للمستفيدات اللاتي يعانين من حالات طبية معيّنة. أنظر القسم 3.2: تقديم المشورة للمستفيدات العائدات لمزيد من المعلومات حول زيارات المتابعة للمستفيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل.

تتعرف مستخدمات هذه الطريقة على فترات خصوبتهن وفترات عدم وجود الخصوبة عن طريق الجمع بين طريقة مخاط عنق الرحم (الإباضة) وطريقة درجة حرارة الجسم الأساسية. قد تتعرف المستفيدة أيضًا على فترة الخصوبة من خلال علامات الإباضة الأخرى، مثل آلام في الثدي أو تقلصات أسفل البطن المرتبطة بالإباضة. يتجنب الزوجان ممارسة الجنس المهبلي غير المحمي في الفترة بين اليوم الأول من الدورة الشهرية واليوم الرابع بعد يوم ذروة إفرازات عنق الرحم أو اليوم الثالث الكامل من ارتفاع درجة حرارة الجسم الأساسية. أيهما يحدث لاحقًا. لتتبع هذه العلامات بسهولة، قد تستعين المستفيدات برسم بياني واحد لتسجيل إفرازات عنق الرحم ودرجة حرارة الجسم الأساسية على مخطط واحد.

3.7 الإنسحاب (الجماع الناقص)

1.3.7 تقديم المشورة للمستفيد: الإنسحاب (الجماع الناقص)

ماذا يعني؟

- سحب القضيب من المهبل قبل القذف مباشرة، ليحدث القذف خارج المهبل
- يُعرف أيضًا باسم الجماع الناقص أو العزل

كيف تتم العملية؟

- يمنع الاخصاب

ما مدى الفعالية؟

- الإنسحاب وسيلة أقل فعالية لمنع الحمل (أنظر الملحق 2)
- معدل الفشل: 4 في المائة (إستخدام مثالي) إلى 20 في المائة (إستخدام عادي)

فوائد غير متعلقة بمنع الحمل: لا يوجد

المحاسن:

- متوفر دائمًا في أي حالة
- لا يتطلب أي إمدادات أو زيارات للمركز الصحي أو زيارات للصيديات

المساوئ:

- لا يوفر الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

الآثار الجانبية: لا يوجد

المخاطر: لا توجد

العودة إلى الخصوبة: بدون تأخير

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- قد تكون طريقة فعالة إذا استُخدمت بشكل صحيح

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، [3] Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.



2.3.7 الإستخدام الآمن والفعال للإنسحاب

يستطيع أي فرد استخدام طريقة الإنسحاب ولا توجد حالات طبية تمنع استخدامها. لا يلزم إجراء فحوصات جسدية أو فحوصات مخبرية قبل استخدام هذه الطريقة. يلزم توفير الواقيات الجنسية ووسائل منع الحمل الطارئ (ECPs) مقدماً لجميع المستفيدين والمستفيدات الذين يستخدمون طريقة الإنسحاب. رتب مع المستفيد مواعيد الرجوع للحصول على السلع الطبية الإضافية عند الحاجة.

1.2.3.7 تعليمات للمستفيد

- عندما يشعر المستفيد بقرب القذف، يجب أن يسحب قضيبه من مهبل شريكته قبل القذف ثم يقذف خارج المهبل على ألا يلامس أعضائها التناسلية الخارجية.
- إذا كان المستفيد قد قام بالقذف حديثاً، فيجب عليه قبل ممارسة الجنس مرة أخرى التبول ومسح طرف القضيب لإزالة بقايا أي حيوانات منوية.
- قد يحتاج تعلم الاستخدام الصحيح للطريقة إلى وقت، وقد يرغب الزوجان في استخدام طريقة أخرى حتى يشعر المستفيد بقدرته على الإنسحاب بشكل فعال مع كل ممارسة جنسية.

8. وسائل منع الحمل الطارئة

1.8 تقديم المشورة للمستفيدة: حبوب منع الحمل الطارئة واللولب الرحمي لمنع الحمل الطارئ*

ماذا يعني؟

- وسائل لمنع الحمل يمكن استخدامها لمنع الحمل بعد ممارسة الجنس غير المحمي
- يمكن استخدامها حتى 120 ساعة (5 أيام) بعد ممارسة الجنس المهبطي غير المحمي
- تتوفر منها خيارات عديدة:
- حبوب منع الحمل الطارئة أسيتات أوليبريستال (ECP-UPA): 30 ملغ كجرعة واحدة
- حبوب منع الحمل الطارئة ليفونورجيستريل (LNG-ECP): 1.5 ملغ كجرعة واحدة
- حبوب منع الحمل الطارئة الفموية المركبة (COC-ECP، طريقة Yuzpe): جرعتان 100 ميكروغرام من ايثينيل استراديول + 0.5 ملغ ليفونورجيستريل تليها نفس الجرعة بعد مرور 12 ساعة
- اللولب النحاسي (IUD) أو 52 ملغ من اللولب الهرموني (LNG-IUD) لمنع الحمل الطارئ (IUD-EC)

كيف تتم العملية؟

- يغلظ مخاط عنق الرحم أو يتلف الحيوانات المنوية لمنع الإخصاب
- وسائل منع الحمل الطارئ (ECPs): لمنع الإباضة أو تأخيرها

ما مدى الفعالية؟

- إذا قامت 100 مستفيدة بالجماع بدون حماية في خلال الأسبوع الثاني أو الثالث من الدورة الشهرية، فمن المحتمل أن يحدث الحمل لـ 8 منهن.
- إذا تناولت 100 مستفيدة حبوب أسيتات أوليبريستال كأقراص لمنع الحمل الطارئ (ECP-UPA): فإن فرصة حدوث الحمل هو أقل من مستفيدة واحدة فقط
- إذا تناولت 100 مستفيدة حبوب ليفونورجيستريل كحبوب لمنع الحمل الطارئ (LNG-ECP): فمن المحتمل أن يحدث الحمل لمستفيدة واحدة فقط
- إذا تناولت 100 مستفيدة حبوب منع الحمل الفموية المركبة لمنع الحمل الطارئ (COC-ECP): فمن المحتمل حدوث الحمل لعدد 2 من المستفيدات
- إذا استخدمت 100 مستفيدة الجهاز الرحمي (IUD-EC) لمنع الحمل الطارئ: فإن فرصة حدوث الحمل هو أقل من مستفيدة واحدة فقط
- تصبح فعالية حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) أفضل عند تعاطيها في أقرب وقت ممكن بعد ممارسة الجنس المهبطي غير المحمي
- قد تقل فعالية حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) للمستفيدة إذا كان مؤشر كتلة جسمها (BMI) يساوي من 30 كغم/م² أو أكثر²
- حبوب منع الحمل الطارئ-أسيتات أوليبريستال (ECP-UPA) واللولب الرحمي-لمنع الحمل الطارئ (IUD-EC) أكثر فعالية من حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) الأخرى في أثناء 72 إلى 120 ساعة بعد ممارسة الجنس غير المحمي



فوائد غير متعلقة بمنع الحمل:

- حبوب منع الحمل الطارئ (ECs): لا يوجد
- اللولب الرحمي-لمنع الحمل الطارئ (IUD-EC): أنظر القسم 2.3: منع الحمل داخل الرحم

المحاسن:

- آمن الاستخدام لجميع المستفيدات، بما في ذلك اللاتي لا يستطعن استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المستمرة
- يمكن استخدامه بعد ممارسة الجنس بالإكراه أو بالعنف
- يمكن الاحتفاظ بحبوب منع الحمل الطارئ (ECs) في متناول اليد لاستخدامها إذا لزم الأمر
- يوفر اللولب الرحمي-لمنع الحمل الطارئ (IUD-EC) إمكانية منع الحمل باستمرار وبفعالية عالية بعد التركيب

المساوئ:

- حبوب منع الحمل الطارئ (ECs) أقل فعالية من استخدام وسيلة منتظمة لمنع الحمل
- حبوب منع الحمل الطارئ (ECs) لا توفر الحماية إذا حدثت الممارسة الجنسية بعد تناول الحبوب

الآثار الجانبية:

- حبوب منع الحمل الطارئ (ECs):
 - نزيف غير منتظم
 - نزول الحيض متأخراً أو مبكراً عن العادة
 - غثيان/قيء
 - آلام بالبطن
 - إجهاد
 - صداع
 - آلام بالثدي
 - دوخة
- اللولب الرحمي-لمنع الحمل الطارئ (IUD-EC): أنظر القسم 2.3: منع الحمل داخل الرحم

المخاطر:

- حبوب منع الحمل الطارئ (ECs): لا يوجد
- اللولب الرحمي-لمنع الحمل الطارئ (IUD-EC): أنظر القسم 2.3: منع الحمل داخل الرحم

العودة إلى الخصوبة: بدون تأخير

تصحيح المفاهيم الخاطئة:

- لا تعوق الحمل الحالي: لا تسبب الإجهاض
- تستطيع المستفيدات استخدامهما في أي عمر
- لا تسبب تشوهات للجنين إذا حدث حمل
- حبوب منع الحمل الطارئ (ECs): يمكن استخدامها أكثر من مرة في الدورة الشهرية

* يُعتبر اللولب (IUDs) وسيلة فعالة جداً لمنع الحمل الطارئ ويجب مناقشتها مع أي مستفيدة تحتاجها. يتضمن هذا القسم معلومات محدودة عن استخدام اللولب (IUDs) لمنع الحمل الطارئ للاستفادة منها في تقديم المشورة. أنظر القسم 2.3: وسائل منع الحمل داخل الرحم للحصول على معلومات كاملة عن هذه الوسيلة.



2.1.8 الإستخدام الآمن والفعال لحبوب منع الحمل الطارئ (ECPs)

تستطيع جميع المستفيدات استخدام حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) بأمان، بما في ذلك المستفيدات اللاتي لا يستطعن استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المستمرة. مع أن حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) آمنة الاستخدام، فقد تنخفض فعاليتها بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي يتناولن بعض مضادات التشنج (فينيتوين، فينوباربيتال، فوسفينيتوين، أوكسكاربازيبين، توبرامات)، إيفافيرينز، جريزوفولفين، ريفامبيسين، أو ريفابوتين. ينبغي أن تمتنع المستفيدة عن الإرضاع الطبيعي لمدة 24 ساعة بعد استخدام حبوب منع الحمل الطارئ أسيئات أوليبريستال (UPA-ECP) وينبغي عصر الثدي والتخلص من اللبن في خلال هذا الوقت [37,36]. لا يُنصح باستخدام حبوب منع الحمل الطارئ أسيئات أوليبريستال (UPA-ECP) للمستفيدات اللاتي يعانين من الربو الحاد الذي يتم التحكم فيه باستخدام الأدوية الستيرويدية عن طريق الفم.

تستطيع المستفيدة استخدام حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) عدة مرات أثناء نفس الدورة الشهرية. إذا تم تعاطي حبوب منع الحمل الطارئ أسيئات أوليبريستال (UPA-ECP) بالفعل في الدورة الشهرية الحالية، ينبغي عدم تعاطي حبوب منع الحمل الطارئ ليفونورجيستريل (LNG-ECP) في الأيام الخمسة التالية. إذا تم تعاطي حبوب منع الحمل الطارئ ليفونورجيستريل (LNG-ECP) بالفعل، فقد تقل فعالية حبوب منع الحمل الطارئ أسيئات أوليبريستال (UPA-ECP) إذا استخدمت في الأيام السبعة التالية.

تستطيع المستفيدة بدء أو الرجوع إلى وسيلة منع الحمل العادية بأمان بعد استخدام حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs). إذا رغبت في ذلك (أنظر الخانة 12)، إذا أرادت المستفيدة استخدام اللولب النحاسي (IUD)، فينبغي أن تفكر في استخدام اللولب النحاسي (IUD) بدلاً من حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) لمنع الحمل الطارئ. يمكن استخدام كل من اللولب النحاسي (IUD) واللولب الهرموني (LNG-IUD) جرعة 52 ملغ لمنع الحمل الطارئ، وهما أكثر فعالية من حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) في منع الحمل بعد ممارسة الجنس غير المحمي. وهما وسيلتان مستمرتان لمنع الحمل بفعالية عالية (أنظر القسم 2.3: وسائل منع الحمل داخل الرحم لمزيد من المعلومات).

لا يلزم إجراء فحوصات جسدية أو فحوصات مختبرية قبل استخدام حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs)، مع أنه ينبغي أن تُقدم للمستفيدة خدمة إجراء كشف عن العدوى المنقولة جنسياً (STI) وقد يستفدن من الوقاية بعد التعرض لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) حسب ظروف ممارستها للجنس غير المحمي.

يجب توفير حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) مقدماً لجميع المستفيدات اللاتي يرغبن في ذلك. لا يؤثر توفير إمدادات حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) مقدماً على أنماط استخدام وسائل منع الحمل. ومن المرجح أن تستخدم المستفيدة حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) بعد ممارسة الجنس غير المحمي إذا كانت لديها الحبوب في متناول يدها. يجب توفير عدد كبير من الواقيات الجنسية لجميع المستفيدات والمستفيدات اللاتي يحتاجون إلى الحماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). رتب مع المستفيدة مواعيد الرجوع للحصول على السلع الطبية الإضافية عند الحاجة.

الخانة 12: بدء استخدام وسائل منع الحمل أو العودة إليها بعد استخدام حبوب منع الحمل الطارئة

جميع الوسائل الهرمونية	بعد حبوب منع الحمل الطارئ ليفونورجيستريل (LNG-ECP) أو حبوب منع الحمل الفموية المركبة لمنع الحمل الطارئ (COC-ECP)	حبوب منع الحمل الطارئ أسيئات أوليبريستال (UPA-ECP)
- يجب البدء فوراً بعد استخدام حبوب منع الحمل الطارئ - مستخدمات حبوب منع الحمل الفموية المركبة (COC): العودة لنفس الشريط - مستخدمات اللصقة: إبدئي لصقة جديدة - مستخدمات الحلقة: إتبعي تعليمات التأخر في تركيب الحلقة - يمكن إعطاء الحقن في نفس اليوم - إستخدمي وسيلة احتياطية لمدة 7 أيام	- إبدئي في اليوم السادس بعد استخدام حبوب منع الحمل الطارئ أسيئات أوليبريستال (UPA-ECP) - يجب استخدام طريقة احتياطية من وقت استخدام حبوب منع الحمل الطارئ أسيئات أوليبريستال (UPA-ECP) حتى يمر على استخدام المستفيدة للوسيلة الجديدة 7 أيام (يومان لحبوب البروجستين فقط (POPs))	
طرق الوعي بفترة الخصوبة	- الطرق التي تعتمد على التقويم: مع بدء نزول دم دورة الحيض التالية - الطرق التي تعتمد على الأعراض: عند ظهور الإفرازات الطبيعية	



الدواء. يمكن استخدام الأدوية المضادة للغثيان في حالة تكرار الجرعة (أنظر أعلاه). يمكن أيضًا تناول حبوب منع الحمل الطارئ ليفونورجيستريل (LNG-ECP) وحبوب منع الحمل الفموية المركبة لمنع الحمل الطارئ (COC-ECP) عن طريق وضع الحبوب في أعلى مكان في المهبل. إذا حدث القيء بعد تناول الأدوية بساعتين أو ثلاث ساعات، فلا داعي لتكرار الجرعة.

9. ابتكارات رقمية للوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة/ منع الحمل

اعترافًا منها بأن الضغط على النظم الصحية يؤدي إلى حدوث خلل سريع في خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، دعت منظمة الصحة العالمية البلدان إلى إعطاء الأولوية للوصول إلى وسائل منع الحمل، من بين خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأخرى، في إطار استجابتها لجائحة كوفيد-19 [38]. يُعتبر تقديم الرعاية الصحية الرقمية إستراتيجية ممتازة لتحسين الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية على المدى القريب والبعيد. يوصى بالعديد من الاستراتيجيات لتعزيز إمكانية الوصول في الوقت المناسب إلى وسائل منع الحمل مع الحد من المخاطر المتعلقة بجائحة كوفيد-19. وتتجاوز هذه الإستراتيجيات حدود الجائحة، وتستطيع أن تؤثر بشكل إيجابي عند تنفيذها على الصحة الجنسية والإنجابية حتى بعد انتهاء الأزمة الحالية [40,39].

- الفحص والكشف لتحديد ضرورة القيام بزيارة شخصية.
- استخدام التطبيق عن بُعد لتقديم المشورة بشأن وسائل منع الحمل والبدء في استخدامها، والرعاية اللازمة لها.
- يمكن البدء في استخدام جميع وسائل منع الحمل القابلة للعكس بدون زيارة.
- زيارات شخصية تتعلق بوسائل منع الحمل عند الضرورة، مثل:
 - اللولب النحاسي (IUD) أو تركيب الغرسة أو إزالتها.
 - الإشتباه في خروج اللولب النحاسي (IUD) من مكانه.
 - غرسات منع الحمل غير المحسوسة.
 - الأعراض المتعلقة بالحمل خارج الرحم.
 - الأعراض المتعلقة بأضرار وسائل منع الحمل، مثل تجلط الأوردة العميقة أو الإنسداد الرئوي.

1.2.1.8 تعليمات للمستفيدة

- ينبغي أن تتناول المستفيدة حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) في أقرب وقت ممكن.
- لا توفر حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) الحماية من الجنس غير المحمي إذا حدث بعد تناولها بأكثر من 24 ساعة. إذا مارست المستفيدة الجنس غير المحمي مرة أخرى، فيمكنها تناول حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) مرة أخرى.
- قدم للمستفيدة تعليمات حول استخدام وسيلة عادية لمنع الحمل إذا فضلت البدء في استعمال وسيلة بعد استخدام حبوب منع الحمل الطارئ.
- ينبغي أن تعود المستفيدة لإجراء اختبار الحمل، أو نصحتها بإجراء اختبار الحمل، إذا تأخرت دورتها الشهرية التالية عن 7 أيام.

3.1.8 المتابعة

لا يلزم إجراء متابعة روتينية بعد استخدام حبوب منع الحمل الطارئ، لكن ربما ترغب المستفيدة في العودة لإجراء اختبار الحمل، خاصة إذا تأخرت الدورة الشهرية لأكثر من 7 أيام. يمكن للمستفيدات اللاتي يبدأن وسيلة جديدة لمنع الحمل في وقت استخدام ECP الاستفادة من خدمة المتابعة، تبعاً للطريقة المختارة. ينبغي تشجيع جميع المستفيدات على العودة في أي وقت لطرح أسئلتهن ومناقشة الآثار الجانبية أو أي مخاوف أخرى لديهن، أو البدء في اتباع وسيلة منتظمة لمنع الحمل، إذا رغبن في ذلك.

4.1.8 الآثار الجانبية

- من الشائع حدوث نزيف مهبطي بعد تناول حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) وتوقفه بدون علاج. قد يتغير موعد نزول دم الحيض الشهري بسبب الأدوية؛ لكنها ليست علامة على المرض أو الحمل.
- الغثيان أكثر شيوعًا مع استخدام حبوب منع الحمل الفموية المركبة في منع الحمل الطارئ (COC-ECP) ولكن قد يحدث أيضًا مع استخدام حبوب منع الحمل الطارئ ليفونورجيستريل (LNG-ECP) وحبوب منع الحمل الطارئ أسيتات أوليبريستال (UPA-ECP). لا يُنصح باستخدام الروتين للأدوية المضادة للغثيان؛ ومع ذلك، تستطيع المستفيدات اللاتي عانين من الغثيان بسبب استخدام حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) في الماضي تناول 25 إلى 50 ملغ من هيدروكلوريد ميكليزين قبل تناول حبوب منع الحمل الطارئ (ECPs) بساعة واحدة.
- إذا حدث قيء خلال ساعتين من تناول حبوب منع الحمل الطارئ ليفونورجيستريل (LNG-ECP) أو حبوب منع الحمل الفموية المركبة لمنع الحمل الطارئ (COC-ECP)، أو في خلال 3 ساعات من تناول حبوب منع الحمل الطارئ أسيتات أوليبريستال (UPA-ECP)، ينبغي أن تتناول المستفيدة جرعة أخرى من



10. المراجع

- [1] منظمة الصحة العالمية. Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidelines and Recommendations. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2014.
- [2] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. Underserved and Overlooked: Prioritizing Contraceptive Equity for the Poorest and Most Marginalized Women and Girls. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF): 2017.
- [3] قسم الصحة الإنجابية والبحوث التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO/RHR) و Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Program (CCP), Knowledge for Health Project. الأسرة: الكتيب العالمي لمقدمي الخدمة (تحديث 2018). بالتييمور وجنيف: CCP ومنظمة الصحة العالمية: 2018. متاح على: <https://fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- [4] منظمة الصحة العالمية. Medical eligibility criteria for contraception use. الطبعة الخامسة. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2015.
- [5] Cason P, Aiken ARA Engaging with Unintended Pregnancy Through Patient-Centered Reproductive Goals and Contraceptive Counseling. In: Hatcher RA, Nelson AL, Trussell J, Cwiak C, Cason P, Policar MS, Edelman A, Aiken ARA, Marrazzo J, Kowal D. Contraceptive Technology. 21st ed. New York: Ayer Company Publishers, Inc.; 2018.
- [6] منظمة الصحة العالمية. A guide to family planning for community health workers and their clients. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2012. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44882>. تم الوصول بتاريخ 20 أبريل 2022.
- [7] Gavin L, Moskosky S, Carter M, et al. Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the US Office of Population Affairs. MMWR Recomm Rep 2014;63(RR04):1–54.
- [8] لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. التعليق العام رقم 22 بشأن الحق في الصحة الجنسية والإنجابية. نيويورك: المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة: 2016.
- [9] منظمة الصحة العالمية. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2018.
- [10] Chandra-Mouli V, Parameshwar PS, Parry M, et al. A never-before opportunity to strengthen investment and action of adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. Reprod Health 2017;14(1):85.
- [11] منظمة الصحة العالمية. Selected practice recommendations for contraceptive use. الطبعة الثالثة. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2016.
- [12] منظمة الصحة العالمية. البنك الدولي. التقرير العالمي حول الإعاقة. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2011.
- [13] الأمم المتحدة. اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. قرار صادر عن الجمعية العامة. 13 ديسمبر 2006. نيويورك: الأمم المتحدة: 2006.
- [14] Ipas. Access for Everybody: Disability inclusion in abortion and contraceptive care. Chapel Hill: Ipas; 2018.
- [15] Ali M, Akin A, Bahamondes L, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. Human Reprod. 2016;31(11):2491–2498.
- [16] McNichols C, Swor E, Wan L, Peipert J. Prolonged use of the etonogestrel implant and the levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. Am J Obstet Gynecol 2017;216(6):586.e1–586.e6.
- [17] Rowe P, Farley T, Peregoudov A, et al. Safety and efficacy in parous women of a 52-mg levonorgestrel medicated intrauterine device: A 7-year randomized controlled study with the TCu380A. Contraception 2016;93(6):498–506.
- [18] Spotnitz ME, Natarajan K, Ryan PB, Westhoff CL. Relative Risk of Cervical Neoplasms Among Copper and Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System Users. Obstet Gynecol. 2020;135(2):319–327.
- [19] Turok DK, Gero A, Simmons RG, et al. Levonorgestrel vs. copper intrauterine devices for emergency contraception. New Engl J Med. 2021;384:335–344.
- [20] Fay KE, Clement AC, Gero A, et al. Rates of pregnancy among levonorgestrel and copper intrauterine emergency contraceptive initiators: Implications for backup contraception recommendations. Contraception 2021;104(5):561–566.



- [33] منظمة الصحة العالمية. Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2019.
- [34] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Progestogen-only injectable contraception. لندن: FSRH: 2014 (تعديل 2020).
- [35] منظمة الصحة العالمية. WHO Recommendations on self-care interventions: Self-administration of injectable contraception. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2020.
- [36] Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65(4):1–66.
- [37] Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, Simmons KB, Pagano HP, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65(3):1–103.
- [38] منظمة الصحة العالمية. الإستراتيجية العالمية بشأن الصحة الرقمية 2020–2025. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2021.
- [39] Benson LS, Madden T, Tarleton J, Micks EA. Society of Family Planning interim clinical recommendations: Contraceptive provision when healthcare access is restricted due to pandemic response – 2021 update. Society of Family Planning 2021.
- [40] Chattu VK, Lopes CA, Javed S, Yaya S. Fulfilling the promise of digital health interventions (DHI) to promote women's sexual, reproductive and mental health in the aftermath of COVID-19. Reproductive Health 2021;18(1):112.
- [21] BakenRa A, Gero A, Sanders J, Simmons R, Fay K, Turok D. Pregnancy risk by frequency and timing of unprotected intercourse before intrauterine device placement for emergency contraception. Obstet Gynecol 2021;138(1):79–84.
- [22] Boraas CM, Sanders JN, Schwarz EB, Thompson I, Turok DK. Risk of pregnancy with levonorgestrel-releasing intrauterine system placement 6–14 days after unprotected intercourse. Obstet Gynecol 2021;137(4):623–625.
- [23] Thompson I, Sanders JN, Schwarz EB, Boraas C, Turok DK. Copper intrauterine device placement 6–14 days after unprotected sex. Contraception 2019;100(3):219–221.
- [24] Jatlaoui TC, Simmons KB, Curtis KM. The safety of intrauterine contraception initiation among women with current asymptomatic cervical infections or at increased risk of sexually transmitted infections. Contraception 2016;94(6):701–712.
- [25] Mody SK, Farala JP, Jimenez B, Nishikawa M, Ngo LL. Paracervical block for intrauterine device placement among nulliparous women: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2018;132(3):575–582.
- [26] Akers AY, Steinway C, Sonalkar S, et al. Reducing pain during intrauterine device insertion: a randomized controlled trial in adolescents and young women. Obstet Gynecol 2017;130(4):795–802.
- [27] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. FSRH Statement: Pain associated with insertion of intrauterine contraception – يونيو 2021. لندن: FSRH: 2021.
- [28] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Female Sterilization (Consent Advice No. 3). لندن: RCOG; 2016.
- [29] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception 2019 (تعديل 2020).
- [30] Jackson E, Curtis KM, Gaffield ME. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. Obstet Gynecol. 2011;117(3):691–703.
- [31] Roach REJ, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. Cochrane Database Syst Rev 2015;(8):CD011054.
- [32] de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. Cochrane Database Syst Rev 2014;(3):CD010813.



11. الملاحق

الملحق 1: الأهلية الطبية للأجهزة الرحمية والوسائل الهرمونية والإعقام

تصنف وسائل منع الحمل في فئة واحدة من أربع فئات مرقمة، حسب كل حالة طبية أو خاصية طبية، لتوجيه مقدمي الخدمات في مجال تقديم المشورة، والبدء فيها، والاستمرار في وسائل منع الحمل الآمنة (أنظر الخانة 1: فئات معايير الأهلية الطبية (MEC) لاستعمال وسائل منع الحمل). وتهدف هذه التوصيات إلى إزالة الحواجز غير الضرورية التي تمنع الأفراد من الوصول إلى وسائل منع الحمل واستخدامها.

تقدم هذه الجداول الموجزة توجيهات محدثة بشأن سلامة وسائل منع الحمل المختلفة لاستخدامها في سياق ظروف وخصائص صحية معينة. معظم التوصيات الواردة في الجداول التالية مستمدة من معايير الأهلية الطبية (MEC) الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لاستخدام وسائل منع الحمل، المنشورة في عام 2015 [1]. في بعض الحالات، تستند التوصيات الواردة هنا إلى البيانات المنشورة منذ آخر تحديث لمعايير الأهلية الطبية (MEC) صادر عن منظمة الصحة العالمية وقد أشرنا إلى مصادر هذه التوصيات.

الخانة 1: فئات معايير الأهلية الطبية (MEC) لاستخدام وسائل منع الحمل

فئات الأجهزة الرحمية والوسائل الهرمونية

1	الحالات التي لا توجد قيود تمنعها من استعمال وسيلة منع الحمل
2	حالات تكون فيها محاسن الوسيلة المستخدمة أكثر من مخاطرها النظرية أو المؤكدة
3	حالات تكون فيها مخاطر الوسيلة المستخدمة، سواء النظرية أو المؤكدة، أكثر من محاسنها في العادة
4	حالات تمثل خطرًا صحيًا غير مقبول في حالة استخدام الوسيلة

فئات الإعقام

م	موافقة: يمكن تقديم الوسيلة بطريقة طبيعية وروتينية
إ	احتياط: يمكن تقديم الوسيلة بطريقة طبيعية وروتينية ولكن بمزيد من التحضيرات والمحاذير
ت	تأجيل: ينبغي تأجيل استخدام الوسيلة حتى يتم تقييم الحالة أو علاجها
خ	خاص: ينبغي إجراء الجراحة في المكان المخصص بحضور جراح وموظفين ذوي خبرة، والمعدات اللازمة للتخدير العام، والدعم الطبي الإحتياطي.

المرجع

[1] منظمة الصحة العالمية. معايير الأهلية الطبية لاستخدام وسائل منع الحمل. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2015.



جدول موجز: معايير الأهلية الطبية (MEC) للأجهزة الرحمية، والوسائل الهرمونية، وإعقام الإناث

إعقام الإناث	غرسه حبوب البروجستين فقط (POPs)	حقن البروجستين فقط (POIs)	وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)	اللؤلؤ الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)	اللؤلؤ النحاسي (IUD)	السن
صغار السن: أ	أي عمر: 1	أقل من 18 سنة: 2 18 إلى 45 سنة: 1 أكثر من 45 سنة: 2	أقل من 40 سنة: 1 40 سنة أو أكثر: 2	أقل من 20 سنة: 2 20 سنة أو أكثر: 1	أقل من 20 سنة: 2 20 سنة أو أكثر: 1	
عدد الولادات						
لم تلد من قبل	1	1	1	2	2	
سبق لها الولادة	1	1	1	1	1	
الرضاعة الطبيعية						
أقل من 6 أسابيع بعد الولادة	2	3/2*	4	أقل من 4 أسابيع: 2* 4 إلى 6 أسابيع: 1	أقل من 4 أسابيع: 2* 4 إلى 6 أسابيع: 1	
6 أسابيع أو أكثر إلى أقل من 6 أشهر	1	1	3	1	1	
6 أشهر أو أكثر	1	1	2	1	1	
بعد الولادة، لا ترضع						
أقل من 21 يومًا بعد الولادة	1	1	3/4	2	2	
21 يومًا أو أكثر إلى 6 أسابيع	1	1	2/3	أقل من 4 أسابيع: 2* 4 إلى 6 أسابيع: 1	أقل من 4 أسابيع: 2 4 إلى 6 أسابيع: 1	
أكثر من 6 أسابيع	1	1	1	1	1	
إنتان نفاسي/ بعد الولادة	--	--	--	4	4	
بعد الإجهاض						
ثلاثة أشهر	1	1	1	1	1	
ستة أشهر	1	1	1	2	2	
بعد الإجهاض الإنتاني مباشرة	1	1	1	4	4	
حمل سابق خارج الرحم	الغرسه: 1 حبوب البروجستين فقط: 2	1	1	1	1	
تاريخ لجراحة في الحوض	1	1	1	1	1	

1 تصنيف الأرقام الأعلى لمن لديهن عوامل خطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية (VTE) (العمر 35 أو أكثر، جلطات دموية ووريدية سابقة، أهبة التخثر، عدم الحركة، نقل الدم عند الولادة، إعتلال عضلة القلب في الفترة المحيطة بالولادة، مؤشر كتلة الجسم 30 كغم/م² أو أكثر، نزيف ما بعد الولادة، الولادة القيصرية، مقدمات الإرتجاج (فرط ضغط الدم، التدخين).

2 بالنسبة إلى المستشفيات اللاتي يعانين من عوامل حادة في الفترة المحيطة بالولادة (مقدمات الإرتجاج الشديدة، وتمزق الأغشية لفترات طويلة (24 ساعة أو أكثر)، والنزيف الحاد قبل أو بعد الولادة، وصدمة شديدة في الجهاز التناسلي): ت، بالنسبة إلى المستشفيات اللاتي يعانين من تمزق الرحم أو انثقابه: خ.

3 بالنسبة إلى المستشفيات اللاتي يعانين من عوامل حادة في الفترة المحيطة بالإجهاض (نزيف حاد بعد الإجهاض، صدمة شديدة في الجهاز التناسلي، تدمي شديد في الرحم): ت، بالنسبة إلى المستشفيات اللاتي يعانين من انثقاب الرحم: خ.



إعقام الإناث	غرسة حبوب البروجستين فقط (POPs)	حقن البروجستين فقط (POIs)	وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)	اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)	اللولب النحاسي (IUD)	التدخين
م	1	1	2	1	1	السن: أقل من 35 سنة
م	1	1	3 (وسائل منع الحمل المركبة التي تُعطى بالحقن: 2)	1	1	السن 35 سنة أو أكثر. أقل من 15 سيجارة يومية
م	1	1	4 (وسائل منع الحمل المركبة التي تُعطى بالحقن: 3)	1	1	السن 35 سنة أو أكثر. 15 سيجارة أو أكثر يوميا
أ	1	1/2	2	1	1	السمنة (مؤشر كتلة الجسم 30 كغم/م ² أو أكثر)
خ	2	3	4/3	2	1	عوامل خطر متعددة للإصابة بأمراض القلب والأوعية ⁵
ارتفاع ضغط الدم						
--	2	2	3	2	1	تاريخ بارتفاع ضغط الدم: حينما لا يتوافر قياس للضغط
أ	1	2	3	1	1	مرض ارتفاع ضغط الدم تحت السيطرة بدرجة كافية
أ	1	2	3	1	1	الإنقباضي 140-159 أو الإنقباضي 90-99 مللم زئبق
خ	2	3	4	2	1	الإنقباضي 160 أو أكثر أو الإنقباضي 100 أو أكثر مللم زئبق
خ	2	3	4	2	1	أمراض الأوعية الدموية
م	1	1	2	1	1	تاريخ مرضي لارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل: إذا كان ضغط الدم الحالي طبيعياً
جلطة في الأوردة العميقة (DVT)/ انسداد رئوي (PE)						
م	2	2	4	2	1	تاريخ لجلطة في الأوردة العميقة (DVT)/ انسداد رئوي (PE)
ت	2/*3	2/*3	4	2*	1/*2	جلطة حادة في الأوردة العميقة (DVT)/ انسداد رئوي حاد (PE)
خ	2	2	4	2	1	جلطة في الأوردة العميقة (DVT)/ انسداد رئوي (PE) وثابت بعلاج مضاد للتخثر

4 تصنيف الأرقام الأعلى للمستشفيات اللاتي تقل أعمارهن عن 18 سنة.

5 عوامل خطر للإصابة بأمراض القلب والأوعية: تقدم السن، والتدخين، والبول السكري، وارتفاع الضغط، وزيادة دهون الدم.



إعقام الإناث	غرسة حبوب البروجستين فقط (POPs)	حقن البروجستين فقط (POIs)	وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)	اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)	اللولب النحاسي (IUD)	
م	1	1	2	1	1	تاريخ عائلي للإصابة بجلطة في الأوردة العميقة (DVT) إنسداد رئوي (PE)
ت	2	2	4	2	1	جراحة كبرى تستدعي عدم الحركة لمدة طويلة
م	1	1	2	1	1	جراحة كبرى. لا تستدعي لعدم الحركة لمدة طويلة
م	1	1	1	1	1	جراحة صغرى. لا تستدعي عدم الحركة
م	2	2	4	2	1	تطور معروف في عوامل تجلط الدم ⁶
م	1	1	1	1	1	دوالي الساقين
م	1	1	2	1	1	تجلط في الأوردة السطحية
حالي: ت تاريخ مرضي: أ	بداية: 2 متابعة: 3	3	4	بداية: 2 متابعة: 3	1	قصور في شرايين القلب حالي أو تاريخ مرضي
أ	بداية: 2 متابعة: 3	3	4	2	1	سكتة دماغية
م	2	2	2	2	1	زيادة دهون الدم
أ	1	1	2	1	1	أمراض صمامات القلب، غير مصحوبة بمضاعفات
خ	1	1	4	2	2	أمراض صمامات القلب، مصحوبة بمضاعفات ⁷
						الذئبة الحمامية المجموعية
خ	3	3	4	3	1	الأجسام المضادة لمضادات الفوسفوليبيد الإيجابية/غير المعروفة
خ	2	بداية: 3 متابعة: 2	2	2	بداية: 3 متابعة: 2	قلة شديدة في الصفائح
خ	2	2	2	2	بداية: 2 متابعة: 1	يتابع علاج مثبط للمناعة
أ	2	2	2	2	1	لا شيء مما سبق
						صداع
م	1	1	بداية: 1 متابعة: 2	1	1	الصداع النصفي الشائع (متوسط أو شديد)

6 تطور في عوامل تجلط الدم: عامل في ليدين أو تطور البروثرومبين، البروتين سي، البروتين إس، أو نقص مضادات الثرومبين.

7 أمراض صمامات القلب المصحوبة بمضاعفات: ارتفاع ضغط الدم الرئوي، سرعة وعدم انتظام ضربات القلب، وتاريخ للإصابة بالتهاب بكتيري شبه حاد داخل القلب.



إعقام الإناث	غرسة حبوب البروجستين فقط (POPs)	حقن البروجستين فقط (POIs)	وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)	اللؤلؤ الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)	اللؤلؤ النحاسي (IUD)	
م	2	2	بداية: 2 متابعة: 3 العمر أكثر من 35 سنة: بداية: 3 متابعة: 4	بداية: 2 متابعة: 2	1	صداع نصفي بدون أعراض منذرة بحدوثه. صداع نصفي حيضي
م	بداية: 2 متابعة: 3	بداية: 2 متابعة: 3	4	بداية: 2 متابعة: 3	1	صداع نصفي بأعراض منذرة بحدوثه
أ	1	1	1	1	1	الصرع
--	الغرسية: ⁸² حبوب البروجستين فقط (POP): ⁸³	حقن الديبو ميدروكسي بروجسترون أسيتات (DMPA): 1نورثيسترون اينانات (NET-EN): ⁸²	3 (وسائل منع الحمل المركبة التي تُعطى بالحقن: ⁸²)	1	1	إستخدام فينيتوين، كاربامازيبين، باربيتورات، بريميدون، توبيراميت، أوكسكاربازيبين
--	1	1	⁸³	1	1	إستخدام لاموتريجين
أ	1	1	1	1	1	إضطرابات الاكتئاب
--	*1	*1	*1	*1	*1	إستخدام مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية
م	2	2	1	1	1	نزيف مهلي غير منتظم
م	2	2	1	بداية: 1 متابعة: 2	2	نزيف مهلي شديد أو مستمر لفترة
ت	الغرسية: 3 حبوب البروجستين فقط: 2	3	2	بداية: 4 متابعة: 2	بداية: 4 متابعة: 2	نزيف مهلي غير مفسر، اشتباه
خ	1	1	1	1	2	داء بطانة الرحم
م	1	1	1	1	1	أورام المبيض الحميدة والتكيّسات
م	1	1	1	1	2	عسر الطمث الشديد
م/ت ⁹	1	1	1	⁹ 4/3	⁹ 4/3	مرض الأنسجة المخملية (الحمل العنقودي)
م	1	1	1	1	1	إنقلاب بطانة عنق الرحم (أكثريون)
م	الغرسية: 2 حبوب البروجستين فقط (POP): 1	2	2	2	1	تحور الخلايا المبطنة لعنق الرحم (CIN)
ت	الغرسية: 2 حبوب البروجستين فقط (POP): 1	2	2	بداية: 4 متابعة: 2	بداية: 4 متابعة: 2	سرطان عنق الرحم (في انتظار العلاج)

8 مع أن تفاعل بعض مضادات التشنج مع وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)، وحبوب البروجستين فقط (POPs)، ونورثيسترون اينانات (NET-EN)، والغرسات لا يسبب ضررًا للمستفيدات، فمن المحتمل أن يقلل من فعالية هذه الوسائل.

9 للمستفيدات اللاتي تتناقض لديهن مستويات بيتا HCG أو لا يمكن كشفها: 3 (م): للمستفيدات اللاتي يعانين من ارتفاع مستمر في بيتا HCG/مرض خبيث: 4 (ت).



إعقام الإناث	غرسة حبوب البروجستين فقط (POPs)	حقن البروجستين فقط (POIs)	وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)	اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)	اللولب النحاسي (IUD)	
أمراض الثدي						
م	2	2	2	2	1	كتلة لم يتم تشخيصها
م	1	1	1	1	1	مرض حميد بالثدي
م	1	1	1	1	1	تاريخ عائلي للإصابة بسرطان الثدي
أ	4	4	4	4	1	سرطان حالي في الثدي
م	3	3	3	3	1	سرطان سابق في الثدي. لا يوجد دليل على عودة المرض في السنوات الخمس السابقة
ت	1	1	1	بداية: 4 متابعة: 2	بداية: 4 متابعة: 2	سرطان بطانة الرحم
ت	1	1	1	بداية: 3 متابعة: 2	بداية: 3 متابعة: 2	سرطان المبيض
أ	1	1	1	1	1	ورم ليفي بالرحم، بدون تشويه تجويف الرحم
أ	1	1	1	4	4	ورم ليفي بالرحم بوجود تشويه تجويف الرحم
مرض التهابات الحوض (PID)						
م	1	1	1	1	1	تاريخ مرضي سابق للإصابة بمرض التهابات الحوض (PID) مع حمل لاحق
أ	1	1	1	2	2	تاريخ مرضي سابق للإصابة بمرض التهابات الحوض (PID) بدون حمل لاحق
ت	1	1	1	بداية: 4 متابعة: 2	بداية: 4 متابعة: 2	مرض التهابات الحوض (PID) في الوقت الراهن
العدوى المنقولة جنسيًا						
ت	1	1	1	بداية: 4 متابعة: 2	بداية: 4 متابعة: 2	إلتهاب صديدي حالي بعنق الرحم، كلاميديا أو سيلان
م	1	1	1	2	2	أمراض أخرى منقولة جنسيًا (باستثناء فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وفيروس الالتهاب الكبدي)
م	1	1	1	2	2	إلتهابات المهبل
م	1	1	1	*2	*2	زيادة خطر الإصابة بالعدوى المنقولة جنسيًا



إعقام الإناث	غرسة حبوب البروجستين فقط (POPs)	حقن البروجستين فقط (POIs)	وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)	اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)	اللولب النحاسي (IUD)	
م	1	1	1	1	1	وجود مخاطر كبيرة للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)
م	1	1	1	2	2	مرض فيروس العوز المناعي البشري (HIV) سريري غير مصحوب بأعراض أو خفيف
م	1	1	1	بداية: 3 متابعة: 2	بداية: 3 متابعة: 2	مرض فيروس العوز المناعي البشري (HIV) سريري شديد أو متقدم
						علاج بمضادات الفيروسات القهقرية
--	1	1	1	بداية: 3/2 متابعة: 2	بداية: 3/2 متابعة: 2	مثبطات المنتسخة العكسية النيوكليوزيدية (NRTIs): أباكافير (ABC)، تينوفوفير (TDF)، زيدوفودين (AZT)، لاميفودين (3TC)، ديدانوزين (DDI)، إمتريسيتابين (FTC)، ستافودين (D4T)
--	¹⁰²	حقن الديبو ميدروكسي بروجسترون أسيئات (DMPA): 1 نورثيسترون اينانثات (NET-EN): ¹⁰²	¹⁰²	بداية: 3/2 متابعة: 2	بداية: 3/2 متابعة: 2	مثبطات المنتسخة العكسية غير النيوكليوزيدية (NNRTIs): إيفافيرينز (EFV)، نفيرابين (NVP)
--	1	1	1	بداية: 3/2 متابعة: 2	بداية: 3/2 متابعة: 2	مثبطات المنتسخة العكسية غير النيوكليوزيدية (NNRTIs): اترافيرين (ETR)، ريليفيرين (RPV)
--	²¹⁰	حقن الديبو ميدروكسي بروجسترون أسيئات (DMPA): 1 نورثيسترون اينانثات (NET-EN): ¹⁰²	¹⁰²	بداية: 3/2 متابعة: 2	بداية: 3/2 متابعة: 2	مثبطات بروتياز (PIs): أتازانافير المعزز بالريتونافير (ATV/r)، لوبينافير المعزز بالريتونافير (LPV/r)، دارونافير المعزز بالريتونافير (DRV/r)، ريتونافير (RTV)
--	1	1	1	بداية: 3/2 متابعة: 2	بداية: 3/2 متابعة: 2	مثبطات الانزيم المدمج: التغرافير (RAL)
م/أ ¹¹	1	1	1	1	1	البلهارسيا (داء المنشقات)
م	1	1	1	1	1	السل، خارج الحوض
خ	1	1	1	بداية: 4 متابعة: 3	بداية: 4 متابعة: 3	السل، داخل الحوض

10 الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لها قدرة على التأثير على مستويات هرمونات الستيرويد في المستشفيات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل الهرمونية: هذا قد يقلل من فعالية وسائل منع الحمل الهرمونية.

11 داء البلهارسيا (داء المنشقات) بدون مضاعفات: م: مصحوب بتليف في الكبد: أ.



إعقام الإناث	غرسة حبوب البروجستين فقط (POPs)	حقن البروجستين فقط (POIs)	وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)	اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)	اللولب النحاسي (IUD)	
م	1	1	1	1	1	الملاريا
						البول السكري
م	1	1	1	1	1	تاريخ للإصابة بالبول السكري مع الحمل
أ	2	2	2	2	1	مرض غير وعائي. يُعالج بالأنسولين ولا يُعالج بالأنسولين
خ	2	3	4/3	2	1	إعتلال كلوي/إعتلال الشبكية/إعتلال الأعصاب
خ	2	3	4/3	2	1	مرض في الأوعية الدموية أو بول سكري لأكثر من 20 سنة
م/خ/أ ¹²	1	1	1	1	1	إضطرابات الغدة الدرقية (تضخم الغدة الدرقية أو فرط نشاط الغدة الدرقية أو قصور الغدة الدرقية)
						أمراض الحوصلة المرارية
م	2	2	2	2	1	بدون أعراض أو تم علاجها باستئصال المرارة
ت/م ¹³	2	2	3 (وسائل منع الحمل المركبة التي تُعطى بالحقن: 2)	2	1	مرض حالي أو تم علاجها بالأدوية
م	1	1	2	1	1	تاريخ مرضي لحصوات المرارة له علاقة بالحمل
م	2	2	3 (وسائل منع الحمل المركبة التي تُعطى بالحقن: 2)	2	1	تاريخ مرضي لحصوات المرارة له علاقة باستخدام حبوب منع الحمل الفموية المركبة
						التهاب الكبد الفيروسي
ت	1	1	بداية: 4/3 متابعة: 2	1	1	حاد أو نشط
م	1	1	1	1	1	حامل للفيروس أو مزمن
م	1	1	1	1	1	تليّف بسيط
خ	3	3	4 (وسائل منع الحمل المركبة التي تُعطى بالحقن: 3)	3	1	تليّف شديد

12 تضخم الغدة الدرقية البسيط: م: فرط نشاط الغدة الدرقية: خ: قصور الغدة الدرقية: أ.

13 مرض حالي في الحوصلة المرارية: ت: تم العلاج بالأدوية: م.



إعقام الإناث	غرسه حبوب البروجستين فقط (POPs)	حقن البروجستين فقط (POIs)	وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs)	اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)	اللولب النحاسي (IUD)	
						أورام الكبد
م	2	2	2	2	1	فرط التنسج العقدي البؤري
أ	3	3	4 (وسائل منع الحمل المركبة التي تُعطى بالحقن: 3)	3	1	ورم حميد بالكبد (أدينوما)
أ	3	3	4 (وسائل منع الحمل المركبة التي تُعطى بالحقن: 4/3)	3	1	ورم خبيث بالكبد (هيباتوما)
أ	1	1	1	1	2	النلاسيما
أ	1	1	2	1	2	مرض الأنيميا المنجلية
ت/أ ¹⁴	1	1	1	1	2	أنيميا نقص الحديد
						العلاج بمضادات الميكروبات
--	1	1	1	1	1	المضادات الحيوية واسعة المجال أو الطيف
--	1	1	1	1	1	مضادات الفطريات
--	1	1	1	1	1	مضادات الطفيليات
--	الغرسه: ¹⁵² حبوب البروجستين فقط (POP). ¹⁵³	حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات (DMPA): 1 نورثيسترون إينانثات NET-EN: ¹⁵²	3 (وسائل منع الحمل المركبة التي تُعطى بالحقن: ¹⁵ 2)	1	1	ريفامبيسين أو ريفابوتين

* يتعديل عن: Curtis KM, Tepper, NK, Jatlaoui et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65(3):1–103.

+ منظمة الصحة العالمية. معايير الأهلية الطبية لاستخدام وسائل منع الحمل. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2015 (تحديثات في عام 2018).

14 إذا كان الهموجلوبين أقل من 7 جرام/لتر مخفف: ت؛ وإذا كان من 7 إلى 10 جرام/لتر مخفف: أ.

15 مع أن تفاعل ريفامبيسين أو ريفابوتين مع وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (CHCs). وحبوب البروجستين فقط (POPs). و نورثيسترون إينانثات (NET-EN). والغرسات لا يسبب ضرراً للمستفيدات، فمن المحتمل أن يقلل من فعالية هذه الوسائل في منع الحمل.



إعتبارات إضافية لإعقام الذكور والإناث

إعقام الذكور	إعقام الإناث	
أ	أ	السن الصغير
أ	أ	إضطرابات الاكتئاب
م	م	وجود مخاطر كبيرة للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)
م	م	مرض فيروس العوز المناعي البشري (HIV) سريري غير مصحوب بأعراض أو خفيف
خ	خ	مرض فيروس العوز المناعي البشري (HIV) سريري شديد أو متقدم
أ	أنظر أعلاه	البول السكري
م	أ	مرض الأنيميا المنجلية
ت ¹⁶	ت	العدوى الموضعية
خ	خ	إضطرابات في تجلط الدم
ت	ت	عدوى عامة أو نزلة معوية
--	خ	الربو المزمن، التهاب الشعب الهوائية، وتمدد الرئة أو التهاب الرئة
--	خ	تحجر الرحم نتيجة جراحة سابقة أو عدوى
--	خ	فتق في جدار البطن أو السرة
--	أ	فتق الحجاب الحاجز
--	أ	مرض كلوي
--	أ	جراحة سابقة في البطن أو الحوض
		إعقام متزامن مع جراحة في البطن
--	أ	إختياري
--	ت	طوارئ بدون مشورة سابقة
--	ت	حالة مُعدية
	م	إعقام متزامن مع ولادة قيصرية
أ	--	إصابة سابقة في كيس الصفن
أ	--	دوالي الخصيتين أو قيلة مائية كبيرة
ت	--	الفيلايريا، داء الفيل
ت	--	ورم في كيس الصفن
خ	--	الخصية المعلقة
خ	--	الفتق الإربي

16 عدوى جلدية في كيس الصفن، عدوى نشطة منقولة جنسياً، التهاب حشفة القضيب، التهاب البربخ، والتهاب الخصية.
المصدر: منقول بتصرف/ مترجم بإذن عن معايير الأهلية الطبية لاستخدام وسائل منع الحمل. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2015.



الملحق 2: مقارنة وسائل منع الحمل حسب فعاليتها النموذجية

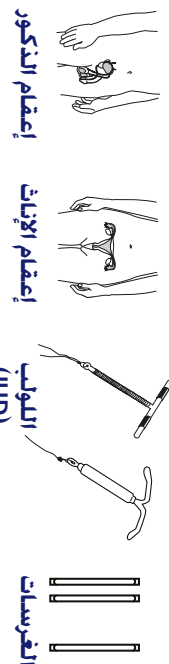
المقارنة بين وسائل تنظيم الأسرة حسب فعاليتها

أكثر فعالية

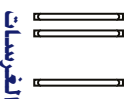
أقل من حالة حمل واحدة لكل
100 امرأة في عام واحد

كثف تجميعين طريقتك المفضلة
أكثر فعالية

الغرسات، اللولب (IUD)، إيقام الإنثاء، بعد العملية،
الأمور الواجب تذكرها أو فعلها قليلة أو معدومة
قطع القناة الدافقة: يستخدم وسيلة أخرى للأشهر
الـ 3 الأولى



اللولب (IUD)



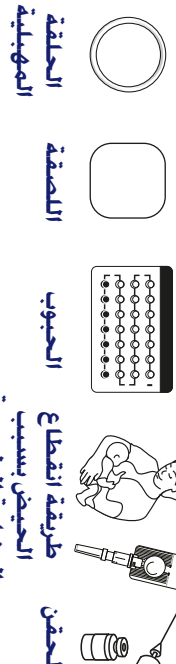
الغرسات

الحقن: كزى الحقن في مواعيد محددة

طريقة انقطاع الحيض بسبب الرضاعة الطبيعية
(لمدة 6 أشهر): تتطلب كثرة الرضاعة الطبيعية، ليلاً ونهاراً

الحبوب: تناول حبة كل يوم

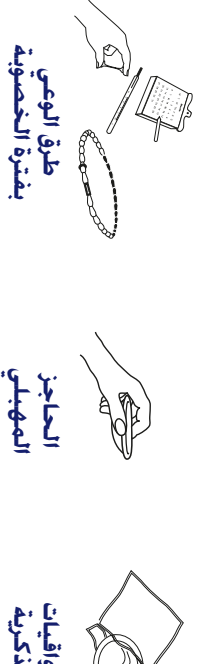
المصقة، الحلقة: تنفى في مكانها، وتغير في
الوقت المناسب



طريقة انقطاع
الحيض بسبب
الرضاعة الطبيعية

الواقى الذكري، الحاجز المهبطي: يستخدم واقياً جديداً
بشكل صحيح في كل جماع

طرق الوعى بفترة الخصوبة: الامتناع عن الجماع أو
استخدام الواقى الجنسي في أيام الخصوبة، قد تكون
الطرق الأحدث (طريقة الأيام القياسية وطريقة اليومين)
أسهل في الاستخدام



الحاجز
المهبطي

الواقيات
الذكورية

الواقى الأنثوي، الإنسحاب (الجماع الناقص)،
المبيد المنوي: يستخدم بشكل صحيح في كل جماع



المبيدات
المنوية

الإنسحاب
(الجماع الناقص)

الواقيات
الأنثوية

أقل فعالية

حوالى 20 حالة حمل لكل
100 امرأة في عام واحد



الملحق 3: تقييم وجود الحمل - متى تُستخدم القائمة المرجعية للتحقق من وجود الحمل ومتى يُستخدم اختبار الحمل

تقييم وجود الحمل

يوصى بالتحقق من عدم وجود الحمل قبل البدء في استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية وقبل تركيب اللولب الرحمي (IUD). يستطيع مقدمو خدمات تنظيم الأسرة القيام بهذه المهمة الروتينية باستخدام 3 طرق:

1. التاريخ الطبي (يُجمع في الغالب باستخدام القائمة المرجعية للحمل)
2. اختبارات الحمل
3. تأجيل بدء استخدام الوسيلة حتى حلول دورة الحيض الشهرية التالية للمستفيدة

ما الأداة التي ينبغي أن يبدأ بها مقدم الخدمة، ومتى؟

يمكنكم الرجوع إلى دليل "كيف ومتى تستخدم القائمة المرجعية للحمل واختبارات الحمل". للإطلاع على التوجيهات اللازمة بناءً على الوسيلة التي اختارتها المستفيدة وإذا كان الحيض الشهري يأتيها كل شهر أو انقطع عنها بسبب الولادة حديثاً أو لأسباب أخرى. ويتناول هذا الدليل وضع المرأة التي يأتيها الحيض الشهري كل شهر ولكن التي تأخر نزول الحيض الشهري عليها على خلاف العادة.

نقاط مهمة توضع في الاعتبار

- إذا كان النزيف الشهري يأتيها كل شهر بدون انقطاع، تُستخدم القائمة المرجعية للحمل للتأكد من احتمال عدم وجود حمل. وتُعد القائمة المرجعية للحمل وسيلة مفيدة للتأكد إلى حد كبير من عدم وجود حمل.
- من غير المحتمل أن تكون اختبارات الحمل فعالة إذا أُجريت قبل فوات اليوم الأول على موعد الحيضة الشهرية. لا جدوى ولا فائدة من إجراء الاختبار مبكراً.
- اللولب الرحمي (IUD) (سواء النحاسي أو الهرموني) هو وسيلة منع الحمل الوحيدة المعروفة بأنها تشكل خطراً على الصحة إذا تم البدء باستعمالها أثناء الحمل. إذا كانت القائمة المرجعية للحمل لا تكفي للتأكد من عدم وجود الحمل، ينبغي أن يستخدم مقدم الخدمة أداة أخرى للتأكد من عدم وجود حمل قبل تركيب اللولب الرحمي (IUD).
- يمكن توفير جميع الوسائل الهرمونية ماعدا اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD) بدون تأخير حتى في حالة عدم التأكد من الحمل. المتابعة مطلوبة في بعض الحالات.
- تأجيل استخدام الوسيلة هو أسوأ اختيار بين الأدوات الثلاثة المستخدمة في تقييم وجود الحمل. قد يحدث الحمل قبل أن تأتيها دورة الحيض الشهرية التالية. الأولوية للأدوات الأخرى كلما أمكن.
- يُعتبر كل من القائمة المرجعية واختبار الحمل من الأدوات الدقيقة جداً للتأكد من عدم وجود الحمل بشرط استخدامهما بطريقة صحيحة. إذا كان من الممكن استخدام القائمة المرجعية للحمل، لا داعي لتفضيل الاختبار.



كيف ومتى تستخدم القائمة المرجعية للحمل واختبارات الحمل

وفقاً بين وضع الدورة الشهرية ووسيلة منع الحمل التي اختارتها المستفيدة وبين أحد الخيارات أدناه، ثم اتبع التعليمات



* إذا تأخرت الدورة الشهرية أو فات موعدها، إستخدم اختبار الحمل للتأكد من عدم وجود حمل. في حالة استخدام اختبار حمل شديد الحساسية (على سبيل المثال، 25 مللي وحدة دولية/مل) وكانت النتيجة سلبية، فقم بتوفير الطريقة التي تريدها المستفيدة.

في حال استخدام اختبار حمل أقل حساسية (على سبيل المثال، 50 مللي وحدة دولية/مل) وكانت النتيجة سلبية في خلال فترة الدورة الشهرية التي فات موعدها، إنتظر حتى 10 أيام على الأقل بعد التاريخ المتوقع لنزول الحيض وكرر الاختبار. إنصح المرأة باستخدام الواقيات الجنسية أو الامتناع عن الجماع في هذه الفترة. إذا كانت نتيجة الإختبار لا تزال سلبية، فقدم لها الطريقة التي تريدها. إذا كانت حساسية الاختبار غير محددة، افترض الحساسية الأقل.

1 أنظر القائمة المرجعية للحمل.

2 بالنسبة إلى الغرسات، قدم المشورة بشأن إزالة الغرسة إذا تم تأكيد الحمل وترغب المستفيدة في مواصلة الحمل.

في الحالات التي لا يمكن فيها استبعاد وجود الحمل، قدم وسائل منع الحمل الطارئة إذا كانت المرأة قد مارست الجنس غير المحمي خلال آخر 5 أيام.

إنصح جميع النساء بالعودة في أي وقت إذا كان لديهن شك في وجود حمل (على سبيل المثال، إذا فات موعدها الحيض الشهري).



القائمة المرجعية للحمل

إطرح على المستفيدة الأسئلة من 1 إلى 6. وبمجرد إجابة المستفيدة بـ "نعم" على أي سؤال، توقف عن طرح الأسئلة واتبع التعليمات المذكورة أدناه.

لا		نعم
	1. هل بدأت آخر حيضة شهرية في خلال السبعة أيام الماضية؟*	
	2. هل امتنعت عن الجماع منذ آخر حيضة شهرية، أو منذ آخر ولادة، أو إجهاض، أو إسقاط؟	
	3. هل كنت تستخدمين وسيلة موثوقة لمنع الحمل بطريقة صحيحة ومنتظمة منذ آخر حيضة شهرية، أو ولادة، أو إجهاض، أو إسقاط؟	
	4. هل رزقتِ بطفل في آخر 4 أسابيع؟	
	5. هل وضعتِ طفلاً منذ أقل من 6 أشهر مضت، هل تُرضعين طفلك رضاعة طبيعية كاملة أو شبه كاملة، ولم يأتكِ الحيض الشهري منذ ذلك الحين؟	
	6. هل حدث لك إجهاض أو إسقاط في الأيام السبعة الماضية؟*	

* تمديد فترة الـ 7 أيام إلى 12 يوماً، إذا كانت المستفيدة تخطط لتكوين الحمل النحاسي (IUD).

إذا كانت إجابة المستفيدة "نعم" لسؤال واحد من الأسئلة على الأقل، فهذا يؤكد بدرجة معقولة أنها ليست حامل.

إذا كانت إجابة المستفيدة "لا" على جميع الأسئلة، فلا يمكن التأكد من عدم حدوث الحمل باستخدام القائمة المرجعية. تأكد من عدم وجود الحمل بطريقة أخرى.



الملحق 4: إدخال الغرسة أحادية القضيب

الأداة المساعدة: إدخال إميلانون NXT

إدخال إميلانون NXT

منطقة التلم
حزمة الأوعية الدموية العصبية
العصب الزندي
الغرسة
عظم العنق
ثلاثية الرؤوس العصبية

الغرسة ينبغي إدخال الغرسة تحت الجلد (تحت الجلد مباشرة) فوق العضلة ثلاثية الرؤوس مع تجنب حزمة الأوعية الدموية العصبية لإزالتها وإزالتها بسهولة

1 ضع قطعة قماش نظيفة وجافة تحت الذراع غير النشطة للمستفيدة ثم ضع الذراع مع نتي الكوع وبدها تحت رأسها

2 احقن 1 إلى 2 مل من 1 ليدوكاين تحت الجلد مباشرة. وقم بعمل بثرة في نقطة الإدخال ثم ادفع الإبرة حتى 5 سم على طول مسار الإدخال.

3

4 ينبغي أن يكون مقدم الخدمة في وضعية تسمح له برؤية عملية الإدخال والتأكد من أنها تحت الجلد وبالتوازي مع الذراع.

5 ركز عينك على الإبرة، واخفض المحقنة حتى تتوازي مع سطح الجلد ومرر برفق مع رفع الجلد لأعلى للتأكد من ضبط الوضع السطحي.

6 ثبت المحقنة في هذا الوضع واضغط على الرز المنزلق الأرجواني لأسفل حتى يتوقف.

7 يؤدي هذا الإجراء إلى سحب الإبرة إلى داخل المحقنة.

8 قم بإزالة المحقنة برفق، واركب الغرسة في مكانها.

9 تحسس المكان للتأكد من ثبات الغرسة في مكانها. أطلب من المرأة تحسس الغرسة للتأكد من مكانها.

10 أغلق موضع الشق بلاصق معقم للجلد.

11 ضع ضمادة ضاغطة وتخفيف الكدمة.

12 أكمل سجل المستفيدة ويطاقة بياناتها، مع توضيح نوع الغرسة التي تم تركيبها ومدة فعاليتها. أخبر المستفيدة بأنها تستطيع العودة في أي وقت إذا كانت لديها أسئلة أو لإزالة الغرسة.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

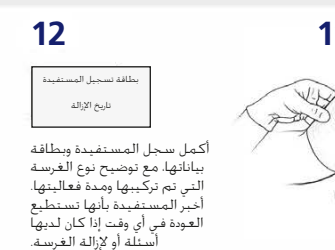
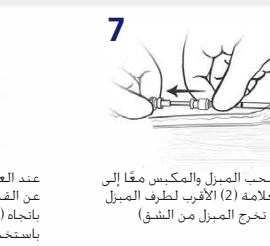
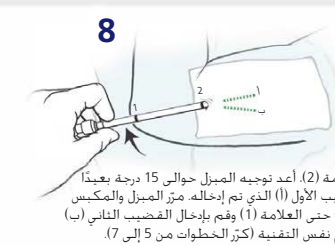
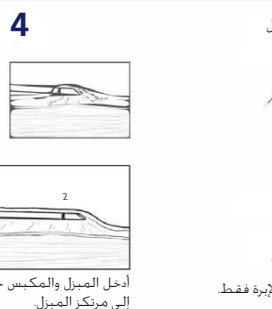
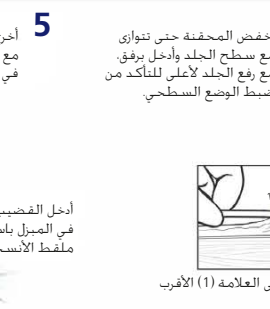
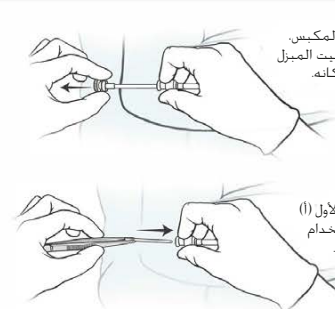
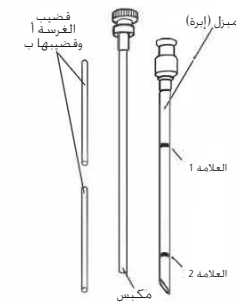
Maternal and Child Survival Program

صدرت هذه الوسيلة المساعدة بفضل دعم سخي قدمه الشعب الأمريكي من خلال الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID). بموجب شروط الاتفاقية التعاونية (Cooperative Agreement) (AID-OAA-A-14-00028) يتحمل المؤلفون المسؤولية عن محتويات هذا الكتيب. ولا تعبر بالضرورة عن وجهات نظر الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية أو حكومة الولايات المتحدة

المصدر: مستنسخ بإذن من برنامج Maternal and Child Survival التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. Long-Acting Reversible Contraceptives Learning Package. مايو 2017.

الملحق 5: إدخال غرسة ثنائية القضيب

إدخال غرسة ثنائية القضيب



المصدر: مستنسخ بإذن من برنامج Maternal and Child Survival التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. Long-Acting Reversible Contraceptives Learning Package. مايو 2017.

الملحق 6: إزالة الغرسة الموحدة

إزالة الغرسة الموحدة

الأدوات المساعدة: إزالة الغرسة الموحدة



الموقع ب: تم تحديث موقع
مبلانون NXT في عام 2020*

الموقع أ: موقع الأنظمة ذات القضيبين
أو إمبلانون NXT قبل عام 2020*



ينبغي أن توضع الغرسة تحت الجلد (تحت الجلد مباشرة) في الموضع (أ) بـ.

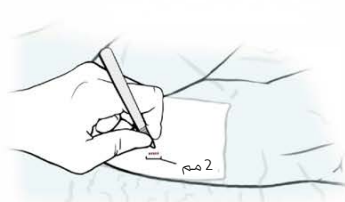
1 حدّد مكان الغرسة ذات القضيب الواحد أو ذات القضيبين بتحسس المكان والضغط عليه لأسفل. تحسس وحدّد موقع طرف الغرسة البعيد ثم ضع عليه علامة توضح أنه موضع الشق.

2

جهاز موضع الإدخال بمحلول مطهر
وغطاء معقم.

3

إعمل شقاً صغيراً (2 مم) عند طرف (طرفي) الغرسة/الغرسات وبالتوازي معها.



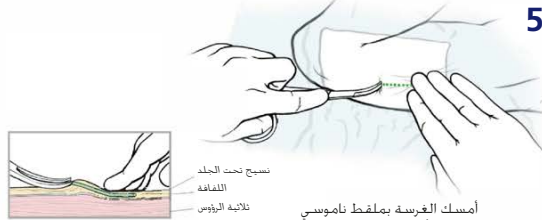
إذا تعذر تحديد مكان الغرسة، تحقق من موضعي الإدخال المحتملين (الموضع أ والموضع ب)، وذلك في كلا الذراعين. إذا تعذر العثور على الغرسة، فم بإحالة المرأة لإجراء المزيد من الفحص.

4



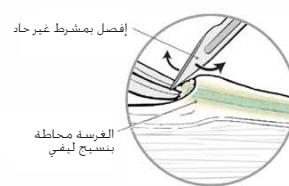
إدفع الغرسة باتجاه الشق حتى يظهر طرف الغرسة. إذا كان لها قضيبان، قم بإزالة التهما واحدًا تلو الآخر.

5



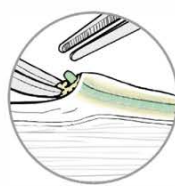
تسريح تحت الجلد
اللفافة
ثلاثية الرؤوس

6



الغرسه محاطة
بنسيج ليفي

7



بعد إظهار الغرسة، أمسكها بالملقط الناموسي الثاني وأخرجها برفق.

8 تأكد من إخراج القضيب بالكامل؛
وأره للمستفيدة.

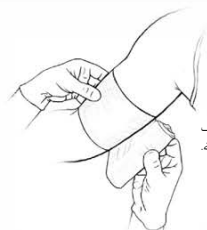
إذا كان لها قضيبان، كرر الخطوات من 4 إلى 7 لإزالة القضيب الثاني.

9



أغلق موضع الشق بلاصق معقم
للجلد مثل Steri-Strips.

10



ضع ضمادة ضاغطة لوقف
أي نزيف وتخفيف الكدمة.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Maternal and Child
Survival Program

صدرت هذه الوثيقة للمساعدة بفضل دعم سخي قدمه الشعب الأمريكي من خلال الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID). بموجب شروط الاتفاقية التعاونية (Cooperative Agreement) (AID-OAA-A-14-00028) يتحمل المؤلفون المسؤولية عن محتويات هذا الكتاب، ولا تغير بالضرورة من وجهة نظر الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية أو حكمه الولايات المتحدة.



الملحق 7: خطوات تركيب اللولب الرحمي والوسائل المساعدة في هذه العملية

1. تحضير المعدات:
 - منظار
 - ملقط حلقي
 - كوب معدني
 - خطاف
 - مجس الرحم
 - مقص
 - شاش معقم
2. قم بإجراء فحص يدوي ومعاينة بالمنظار لعنق الرحم لتقييم حجم الرحم وموضعه وكشف أي تشوهات في عنق الرحم أو في الرحم.
3. إمسح عنق الرحم بمحلول مطهر.
4. ضع الخطاف برفق على عنق الرحم.
5. أمسك عنق الرحم والرحم بالخطاف بثبات، وأدخل مجس الرحم برفق من خلال فتحة عنق الرحم حتى يصل إلى قاع الرحم. تأكد من عدم لمس طرف المجس على المنظار أو المهبل (أنظر الخانة 1: تقنية ممنوع اللمس). قد يكون من الضروري سحب الخطاف برفق لتمديد قناة عنق الرحم والسماح بمرور المجس. أخرج المجس، وحدد عمق الرحم من العلامات. عادة يصبح المجس رطباً أو أغرق بسبب المحلول المطهر وإدخاله في الرحم. عادةً يتراوح حجم الرحم بين 6 إلى 9 سم. لا يمكن إدخال معظم اللوالب الرحمية (IUDs) إذا كان عمق الرحم أقل من 6 سم؛ ينبغي رجوع مقدمي الخدمة إلى تعليمات الشركة المصنعة بخصوص أنواع أخرى من اللوالب الرحمية (IUDs). إذا زاد العمق عن 10 سم، فربما تسبب المجس في ثقب الرحم.
6. حمل اللولب IUD في أداة الإدخال بطريقة معقمة. (أنظر الوسائل المساعدة: تعليمات لتحميل Copper T 380A في عبوة معقمة: تعليمات تحميل وإدخال اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD) بيد واحدة؛ وتعليمات تحميل وإدخال اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD) بيدين).
7. ضع المجس بجانب اللولب واضبط مقياس العمق على عمق الرحم المعروف قياسه.
8. أمسك عنق الرحم والرحم بالخطاف بثبات، وأدخل اللولب IUD في أداة الإدخال من خلال فتحة عنق الرحم في الرحم. أنظر الوسائل المساعدة: تعليمات تحميل وإدخال جهاز اللولب النحاسي Copper T 380A: تعليمات تحميل وإدخال اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD) بيد واحدة؛ وتعليمات تحميل وإدخال اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD) بيدين لمعرفة تعليمات تثبيت اللولب الرحمي IUD. الهدف هو وضع اللولب IUD في قاع الرحم. بعد التثبيت بنجاح، أخرج أداة التثبيت.
9. إقطع خيوط اللولب IUD إلى نحو 3 سم من فتحة عنق الرحم. يمكن تقصير الخيوط عن ذلك، حتى تتحاذى مع عنق الرحم، بناءً على طلب المستفيدة.
10. أخرج المنظار وطمئن المستفيدة بأن الإجراء قد تم بنجاح وبدون مضاعفات.
11. أترك المستفيدة على طاولة الفحص حتى تستريح وتنهياً لارتداء ملابسها.

الخانة 1: تقنية ممنوع اللمس

- تأكد من عدم ملامسة اللولب IUD المحمل أو مجس الرحم لأي سطح غير معقم، مثل اليدين أو المنظار أو المهبل أو سطح الطاولة
- حمل اللولب IUD في أداة الإدخال في عبوة معقمة؛ لا تلمس اللولب IUD مباشرة.
- مرّر مجس الرحم واللولب المحمل عبر قناة عنق الرحم مرة واحدة فقط



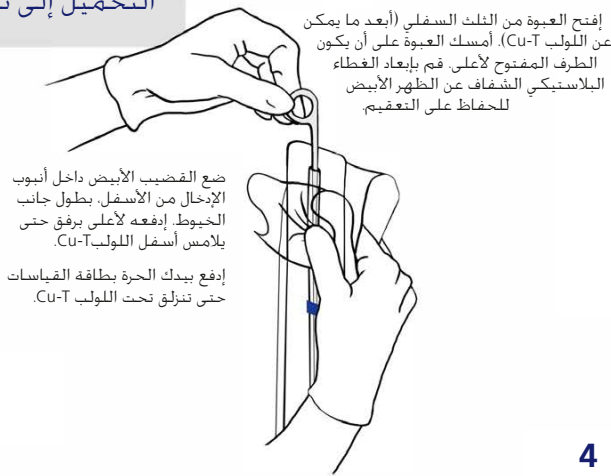
إيضاحات عملية: تعليمات تحميل اللولب النحاسي Copper T 380A في عبوة معقمة

اللولب النحاسي (Cu-T)

*إبدأ إجراء التحميل في خلال 10 دقائق على الأكثر من إدخاله في الرحم.
لأن ذراعَي اللولب Cu-T لن تتمددا بسهولة إذا تركتا داخل أنبوب أداة الإدخال لفترة طويلة جداً.

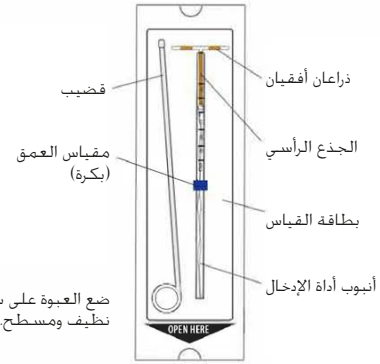
إستخدم تقنية ممنوع
اللمس من بداية عملية
التحميل إلى نهايتها

2



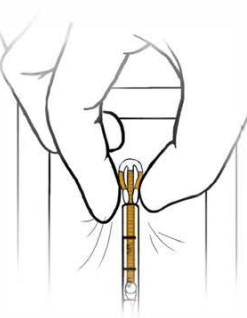
1

إضبط محتويات العبوة من خلال الغطاء البلاستيكي الشفاف. تأكد من أن الجذع الرأسي للولب Cu-T داخل أنبوب أداة الإدخال بالكامل.



4

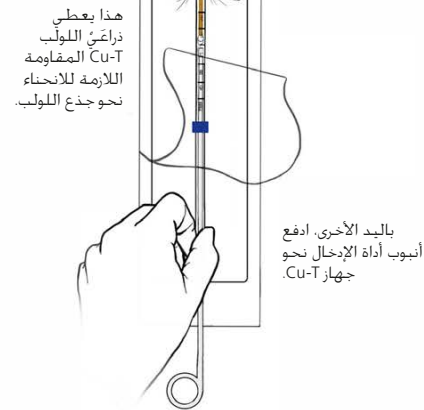
قم بثنى الذراعين حتى يلامسا جانبي أنبوب أداة الإدخال. ثم اسحب الأنبوب للخارج قليلاً من تحت طرفي الذراعين.



إدفع الأنبوب وقم بلفه على طرفي الذراعين لإبقائهما داخل الأنبوب المجاور للجذع.

3

من خلال الغطاء البلاستيكي، ثبت اللولب Cu-T في مكانه بوضع الإبهام والسبابة على طرفي ذراعيه الأفقيين.



5



6

إرفع أداة الإدخال المحملة مع إبقائها في وضع أفقي لعدم سقوط اللولب Cu-T أو القضيب الأبيض.



أصبح اللولب Cu-T جاهزاً الآن ليوضع في رحم المرأة. إنزع بنان غطاء الغطاء البلاستيكي الشفاف عن الظهر الأبيض.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child
Survival Program



إيضاحات عملية: تعليمات لإدخال اللولب النحاسي Copper T 380A المحمل في الرحم

الخطوة 1

- أمسك الخطاف (الذي لا يزال في مكانه على عنق الرحم بعد جس الرحم) واسحب بثبات لسحب تجويف الرحم وقناة عنق الرحم مع اتجاه القناة المهبلية. ضع أنبوب أداة الإدخال المحملة برفق عبر قناة عنق الرحم. تأكد من بقاء مقياس العمق الأزرق في وضع أفقي.
- إدفع اللولب IUD المحمل برفق حتى يلامس مقياس العمق الأزرق عنق الرحم أو حتى تشعر بمقاومة قاع الرحم. تأكد من بقاء مقياس العمق الأزرق في وضع أفقي.

الخطوة 2

- ثبت الخطاف والقضيب الأبيض فيمكانهما بيد واحدة. بيدك الأخرى، إسحب (شد باتجاهك) أنبوب أداة الإدخال حتى يلمس قبضة الإبهام فيالقضيب الأبيض. هذا يؤدي إلى تحرير ذراعَي جهاز TCU 380A ليستقر عالياً في قاع الرحم.

الخطوة 3

- بمجرد تحرير الذراعين، إدفع، مرة أخرى برفق وتأن، أنبوب أداة الإدخال لأعلى باتجاه أعلى الرحم، حتى تشعر بمقاومة بسيطة.
- هذه الخطوة تضمن لك استقرار الذراعين T في أعلى مستوى ممكن في الرحم.
- ثبت أنبوب أداة الإدخال أثناء إخراج القضيب الأبيض.

الخطوة 4

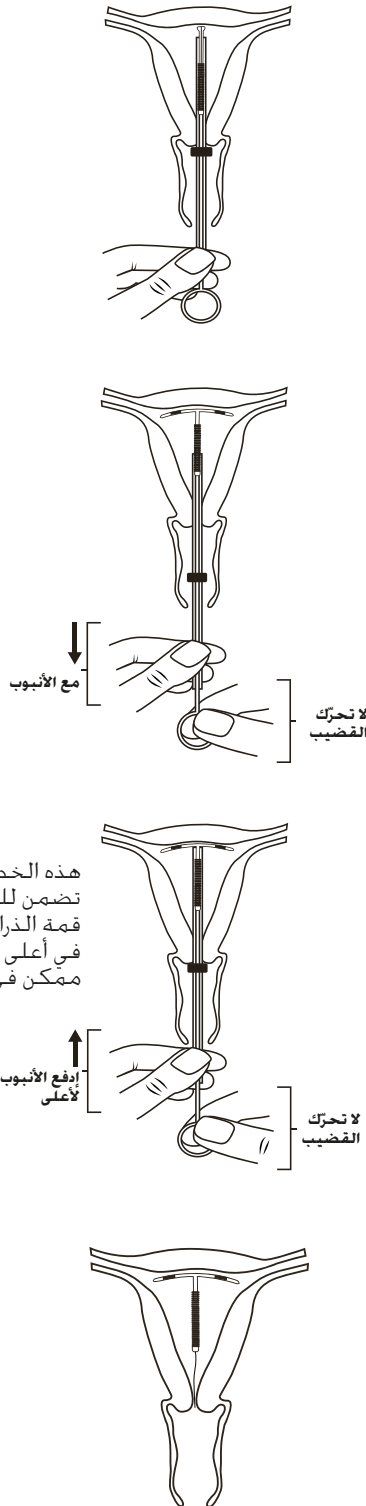
- إسحب برفق وبطء أنبوب أداة الإدخال من قناة عنق الرحم. ينبغي أن تكون الخيوط ظاهرة خارج الرحم. قص الخيوط المتدلية بحيث لا يزيد امتدادها في المهبل عن ثلاثة إلى أربعة سنتيمترات فقط.
- أخرج الخطاف. إذا وجدت في عنق الرحم نزيفاً من موضع الخطاف، اضغط بمسحة على موضع النزيف، باستخدام ملقط نظيف، حتى يتوقف النزيف.

الخطوة 5

- أخرج المنظار برفق، ثم ضع جميع الأدوات المستخدمة في محلول كلور 0.5٪ لمدة 10 دقائق لتطهيرها من التلوث.

الخطوة 6

- ساعد المستفيدة في النهوض من على الطاولة ببطء شديد. تابعها لأنها قد تصاب بدوار أو إغماء. وضح لها كيف ومتى تتحقق من موضع الخيوط. أطلب منها التحقق من موضع الخيوط الآن. إسألها إن كانت لديها أسئلة أخرى وأجب عنها بوضوح وبكلمات تفهمها. أطلب منها أن تعود خلال ثلاثة إلى ستة أسابيع. إذا كانت تستطيع القراءة، أعطها التعليمات مكتوبة أو أخبرها بالعلامات التحذيرية التي تدل على وجود مشكلات وكيفية الحصول على المساعدة إذا احتاجت.

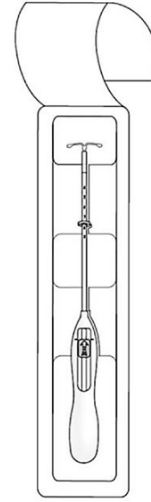




إيضاحات عملية: تعليمات لتحميل وإدخال جهاز ليفونورجيستريل داخل الرحم بيد واحدة

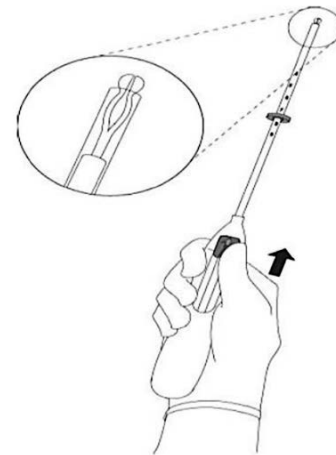
الخطوة 1: إفتح العبوة المعقمة

- إفتح عبوة اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD) المعقمة.
- إرفع مقبض أداة الإدخال المعقمة من العبوة المعقمة.



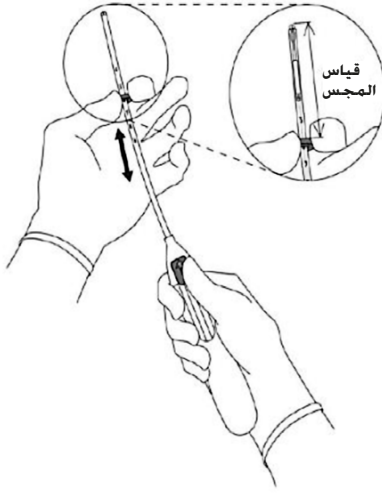
الخطوة 2: حرّك الزر المنزلق بطول مساره إلى الأمام

- حرّك الزر المنزلق بطول مساره إلى الأمام لتحميل اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)
- سوف يلتقي طرفاً ذراعياً جهاز LNG-IUD وتشكلان قبة مستديرة تمتد قليلاً إلى خارج أنبوب الإدخال.
- إستمر في الضغط إلى الأمام بإبهامك أو سبابتك على الزر المنزلق لتجنب تحرير الخيوط قبل الوقت المناسب.



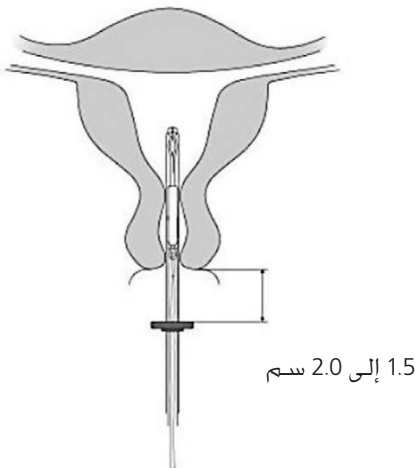
الخطوة 3: إضبط البكرة على عمق الرحم

مع استمرار الضغط للأمام على الزر المنزلق، أضبط الحافة العلوية للبكرة حسب عمق الرحم (بالسنيمتر) الذي سبق قياسه بالمجس.



الخطوة 4: تمرير أنبوب الإدخال للأمام

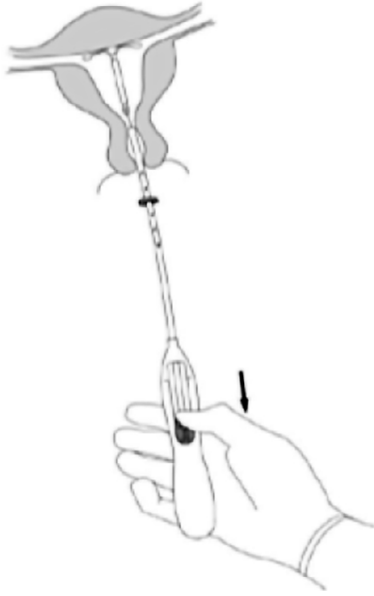
- إسحب الخطاف برفق لمحاذاة قناة عنق الرحم مع تجويف الرحم.
- مع استمرار الضغط للأمام على الزر المنزلق، مرر أنبوب الإدخال المحمل إلى الأمام عبر قناة عنق الرحم حتى تكون المسافة بين الحافة العلوية للبكرة وفتحة عنق الرحم 1.5 سم إلى 2.0 سم.





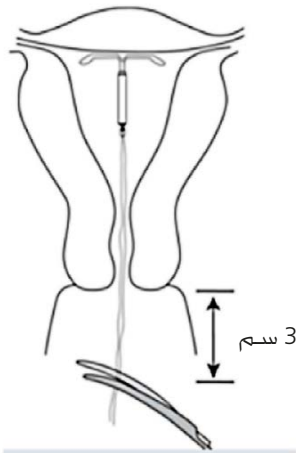
الخطوة 7: حرّر اللولب الهرموني LNG-IUD واسحب أداة الإدخال

- ثبتت أداة الإدخال بإحكام في مكانها، ثم حرر اللولب الهرموني LNG-IUD بتحريك الزر المنزلق لأسفل تمامًا.
- استمر في الضغط على الزر المنزلق لأسفل أثناء سحب أداة الإدخال برفق من الرحم.



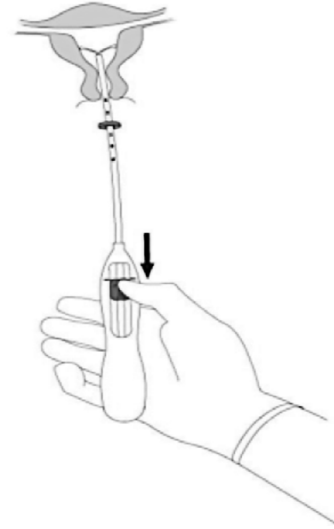
الخطوة 8: قص الخيوط

إستخدم مقصًا بطرف غير حاد لقطع خيوط اللولب الهرموني LNG-IUD بشكل عمودي على الخيط مع ترك حوالي 3 سم خارج عنق الرحم مع بقاء أطراف الخيوط في أنبوب أداة الإدخال.



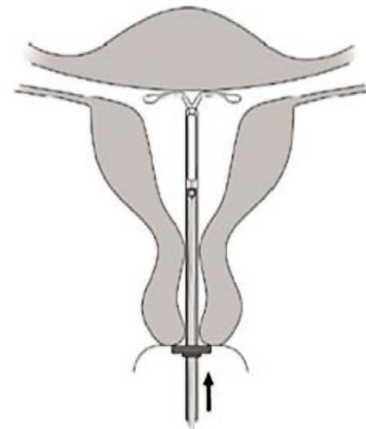
الخطوة 5: حرّر ذراعَي اللولب الهرموني LNG-IUD

- مع استمرار تثبيت أداة الإدخال، حرّك الزر المنزلق لأسفل إلى العلامة المحددة لتحرير ذراعَي جهاز LNG-IUD.
- إنتظر 10 ثوانٍ حتى ينفث الذراعان الأفقيان تمامًا.



الخطوة 6: ضع اللولب IUD في القاع

- إدفع أداة الإدخال برفق نحو قاع الرحم حتى تلامس البكرة عنق الرحم.
- اللولب الهرموني LNG-IUD الآن في الوضع القاعي.



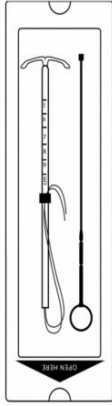


إيضاحات عملية: تعليمات لتحميل وإدخال اللولب الهرموني ليفونورجيستريل داخل الرحم باليدين

تحميل اللولب الهرموني LNG-IUD باستخدام أداة الإدخال بيديّن

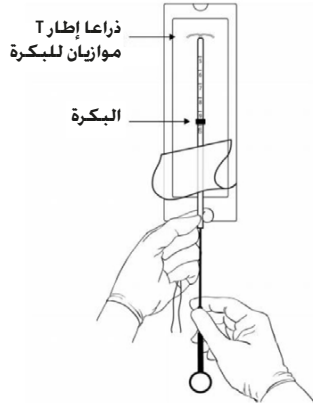
الخطوة 1: إفتح العبوة

- ضع عبوة اللولب الهرموني LNG-IUD على سطح مستو ونظيف.
- إفتح من الأسفل بسحب الغطاء البلاستيكي الشفاف من الطرف الأبعد عن اللولب الهرموني LNG-IUD حتى يتم فتح ثلث العبوة.



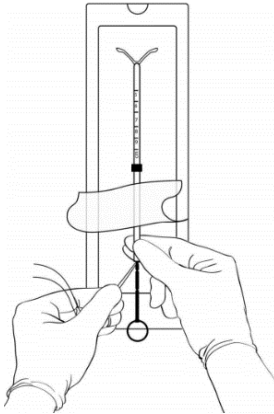
الخطوة 2: حرّر الخيوط من البكرة وأدخل القضيب

- إلتقط الخيوط باليد العاملة ثم حرّرها من البكرة.
- أثناء الإمساك بأنبوب أداة الإدخال والخيوط، أخرج القضيب وأدخله في أنبوب أداة الإدخال حتى يصبح طرف القضيب على علامة 5 سم.



الخطوة 3: تحميل اللولب الهرموني LNG-IUD في أداة الإدخال

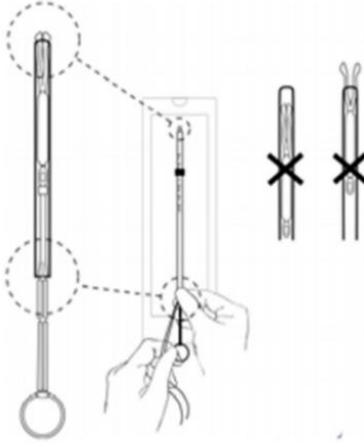
- أمسك أنبوب أداة الإدخال والقضيب بإحكام بإبهام وسبابة اليد العاملة.
- بيدك الأخرى، أمسك الخيوط واسحب اللولب IUD برفق لأسفل ببطء وثبات إلى داخل أنبوب الإدخال حتى يشكل رأسا الذراعين الطرفيين قبة نصف كروية في الجزء العلوي من الأنبوب ويلامس طرف القضيب الجزء السفلي من اللولب الهرموني LNG-IUD. هذه القبة النصف كروية تسهّل المرور بأمان من فتحة عنق الرحم.



الخطوة 4: أضبط البكرة على عمق الرحم

- أضبط الطرف العلوي للبكرة ليتوافق مع عمق الرحم الذي تم قياسه بمجس الرحم.





الخطوة 5: تحقق من الوضعية النهائية للولب IUD

- ينبغي ضبط وضعية اللولب الهرموني LNG-IUD في الأنبوب بحيث يشكل رأسا الذراعين الجانبيين قبة نصف كروية.
- الجزء العلوي من القضيب يلامس الجزء السفلي من اللولب IUD.
- تتدلى الخيوط من طرف أنبوب الإدخال.
- تشير البكرة إلى مقياس عمق الرحم.
- ويصبح الطرف القريب لأنبوب الإدخال أعلى الحز الأول من القضيب تقريبًا.

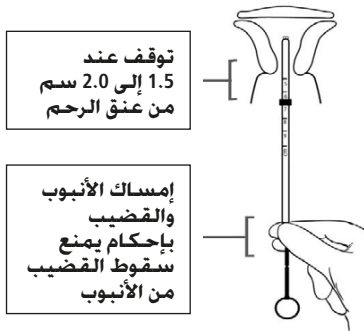
الخطوة 6: أخرج أنبوب الإدخال من العبوة

- أخرج أنبوب تركيب اللولب IUD المحمل من العبوة مع إمساك الطرف السفلي من الأنبوب بإحكام بين إبهامك وأصابعك.
- في حالة عدم استخدام القفازات المعقمة، لا تلمس البكرة ولا أي جزء من أنبوب الإدخال فوق البكرة أثناء هذه الخطوة وطوال مدة إجراء تركيب اللولب IUD.

إدخال اللولب الهرموني LNG-IUD باستخدام أداة الإدخال بيديّن

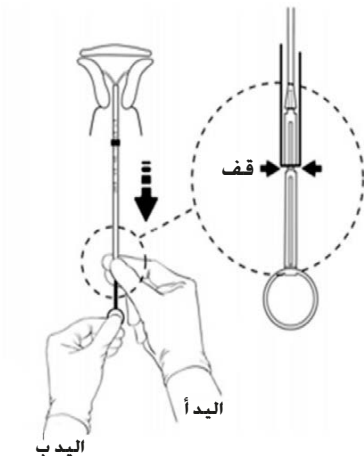
الخطوة 1: أدخل اللولب الهرموني LNG-IUD المحمل في الرحم

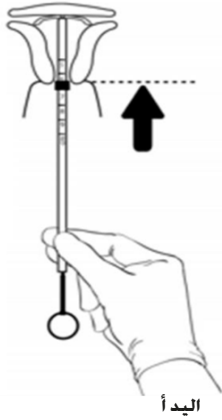
- إسحب الخطاف برفق لمحاذاة قناة عنق الرحم مع تجويف الرحم.
- مرّر أنبوب إدخال اللولب الهرموني LNG-IUD المحمل عبر قناة عنق الرحم حتى تكون المسافة بين الحافة العلوية للبكرة وعنق الرحم 1.5 سم إلى 2.0 سم تقريبًا.
- تجنب تمرير البكرة إلى عنق الرحم في هذه الخطوة.



الخطوة 2: حرّر ذراعَي اللولب الهرموني LNG-IUD في الرحم

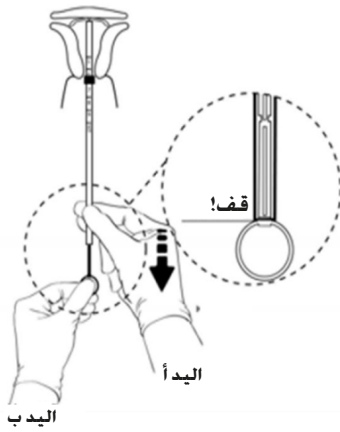
- حرّر الخطاف.
- أمسك أنبوب الإدخال بأصابع يد واحدة (اليد أ) والقضيب بأصابع اليد الأخرى (اليد ب).
- خفّف المسكة على الأنبوب. واسحب أنبوب الإدخال للخلف باليد أ إلى حافة الحز الثاني (السفلي) من القضيب.
- إنتظر 10 ثوان إلى 15 ثانية حتى ينفث ذراعا اللولب IUD بالكامل.





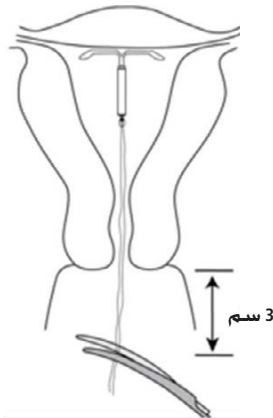
الخطوة 3: إدفع اللولب الهرموني LNG-IUD برفق نحو القاع

- شد بالخطاف برفق.
- مع استمرار تثبيت طرف الأنبوب القريب باليد أ، إدفع أنبوب الإدخال برفق (مع بقاء القضيب بداخله) حتى قاع الرحم.
- سوف تشعر بمقاومة بسيطة عند وصول اللولب الهرموني LNG-IUD إلى القاع.
- سوف تلامس البكرة عنق الرحم عند وصول اللولب الهرموني LNG-IUD إلى قاع الرحم.



الخطوة 4: حرّر اللولب الهرموني LNG-IUD واسحب أداة الإدخال

- ثبت القضيب باليد ب واسحب أنبوب الإدخال للخلف باليد أ إلى حلقة القضيب.
 - مع استمرار تثبيت أنبوب أداة الإدخال باليد أ، إسحب القضيب من أنبوب الإدخال بالكامل إلى الخارج.
 - إسحب أنبوب الإدخال حتى تصبح المسافة بين الأنبوب وفتحة عنق الرحم 3 إلى 4 سم، لكن لا تزال أطراف الخيوط داخل الأنبوب.
- إخراج القضيب أولاً ثم الأنبوب يمنع خروج اللولب الهرموني LNG-IUD من الرحم.**



الخطوة 5: قصّ الخيوط

- استخدم مقصاً بطرف غير حاد لقطع خيوط اللولب الهرموني LNG-IUD بشكل عمودي على الخيط مع ترك حوالي 3 سم خارج عنق الرحم مع بقاء أطراف الخيوط في أنبوب أداة الإدخال (لا تقصّ الخيوط بزاوية حتى لا تترك لها أطرافاً حادة).
- عند قصّ الخيوط لا تضغط عليها ولا تسحبها لمنع زحزحة اللولب الهرموني LNG-IUD.



الملحق 8: ماذا تفعل المستفيدة إذا نسيت تناول حبوب منع الحمل

إذا نسيت تناول الحبة



تناولي الحبة فور تذكرها، واستمري في تناول حبة يوميًا بعد ذلك.
أيضاً...

إذا نسيت 3 حبات أو أكثر على التوالي، أو إذا بدأت الشريط متأخرة 3 أيام أو أكثر:

إستخدمي الواقي الجنسي أو تجنبي الجماع لمدة 7 أيام التالية



أتركي الحبوب غير الهرمونية (أو تخطي الأسبوع الذي لا يتم فيه تناول الحبوب) وأبدئي تناول الحبوب في الحال من الشريط التالي

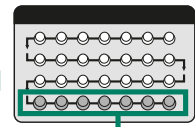
إستخدمي الواقي الجنسي أو تجنبي الجماع لمدة 7 أيام التالية

إذا نسيت 3 حبات أو أكثر على التوالي في الأسبوع 3 من تناول الحبوب:



تخلصي من الحبوب المنسية واستمري في تناول الحبوب، حبة واحدة يوميًا

إذا نسيت تناول أي حبة من الحبوب غير الهرمونية (آخر 7 حبات في الشريط الذي يحتوي على 28 حبة فقط):



حبوب غير هرمونية

الفصل 5:

رعاية الإجهاض

167	1. مقدمة
167	1.1 التعريف
168	2.1 الإعتبارات القانونية
169	3.1 المبادئ التوجيهية
169	4.1 الشروط المطلوب توافرها لدى مقدمي خدمات الإجهاض
170	2. الرعاية قبل الإجهاض
170	1.2 تسجيل التاريخ الطبي وإجراء الفحص
171	2.2 الإستقصاءات الأخرى
172	3.2 المعلومات وتقديم المشورة والموافقة المستنيرة
173	4.2 إدارة الألم
175	3. طرق الإجهاض
175	1.3 خيارات يوصى بها للإجهاض الدوائي والجراحي
178	2.3 الإجهاض الدوائي
180	3.3 الإجهاض الجراحي
182	4. الرعاية بعد الإجهاض
182	1.4 بروتوكول بعد الإجراء
182	2.4 المتابعة
183	3.4 إدارة المضاعفات



186	5. منع الحمل بعد الإجهاض
186	6. نهج تقليل الضرر
187	المراجع
187	1.7 الموارد
189	الملاحق
189	الملحق 1: كيفية إدارة الإحصار حول عنق الرحم
190	الملحق 2: كيفية إجراء الشفط بالتخلية
191	الملحق 3: كيفية إجراء التوسيع والتفريغ

1. مقدمة

تتطلب المحافظة على الصحة الجيدة والتقدم نحو أعمال حقوق الإنسان للجميع حصول الأفراد على رعاية صحية جيدة، وتتضمن الرعاية الشاملة للإجهاض - بما في ذلك المعلومات، وإدارة عملية الإجهاض، ورعاية ما بعد الإجهاض. ولا يطرح عدم الحصول على رعاية آمنة للإجهاض وفي الوقت المناسب وبأسعار معقولة وبمستوى محترم مخاطر جسدية وحسب، بل وأيضاً مخاطر نفسية واجتماعية، تؤثر على رفاهية من يرغب في الإجهاض.

ويهدف هذا الفصل إلى تقديم توصيات قائمة على الأدلة بشأن عملية الإجهاض بأكملها، بما في ذلك فترة ما قبل الإجهاض، وعملية الإجهاض نفسها، والرعاية بعد الإجهاض.

1.1 التعريف

يمكن أن يحدث الإجهاض تلقائياً (ويُسمى الإسقاط) أو بطريقة محرضة. ويمكن تحريض الإجهاض جراحياً (عن طريق الشفط بالتخلية، أو عملية توسيع وتفرغ [D&E] مثلاً) أو طبيّاً (باستخدام مضادات البروجستوجين مع البروستاغلاندين أو البروستاغلاندين فقط مثلاً).

ويُعتبر الإجهاض المحرض إجراءً شائعاً في جميع أنحاء العالم ومن أكثر الإجراءات الطبية أماناً إذا أجراه أفراد مدربون باستخدام المعدات المناسبة أو عقاقير الإجهاض الدوائي المضمونة الجودة، والتقنية الصحيحة، ووفقاً للمعايير الصحية. وبحسب منظمة الصحة العالمية (WHO)، تستطيع المستشفيات إدارة الإجهاض الدوائي ذاتياً بأمان وفعالية أيضاً، بدون إشراف مقدم الرعاية الصحية [1].

وفي كل عام، يُقدّر عدد عمليات الإجهاض غير الآمن بنحو 25 مليون عملية على مستوى العالم، ومعظمها في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويرجع سبب حدوث وفيات الأمهات بنسبة تتراوح بين 4.7 في المائة و 13.2 في المائة إلى الإجهاض غير الآمن [2].

المختصرات

D&E	عملية التوسيع والتفرغ
EVA	الشفط الكهربائي بالتخلية
FGM	تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
IPPF	الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة
IUD	اللولب الرحمي
MVA	الشفط اليدوي بالتخلية
NSAIDs	الأدوية غير الستيرويدية المضادة للالتهابات
SGBV	العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
STI	العدوى المنقولة جنسياً
WHO	منظمة الصحة العالمية

ويمكن توفير رعاية الإجهاض الشاملة من خلال مسارات مختلفة، بما في ذلك الرعاية داخل العيادات وكذلك من خلال نماذج الرعاية خارج العيادات. وتشمل مسارات الرعاية خارج العيادة، على سبيل المثال، التدخلات الصحية الرقمية، أو توفير الإجهاض الدوائي في المنزل، أو دعم الرعاية الذاتية، وفي عدد متزايد من البلدان، لم تعد التوجيهات تحصر توفير رعاية الإجهاض بالمرافق المسجلة، مما يمكن العاملين والعاملات الصحيين والعيادات والمنظمات من ابتكار واستخدام نماذج جديدة للرعاية لزيادة إمكانية الوصول إلى عدد أكبر من المستشفيات، على وجه الخصوص المستشفيات اللاتي قد يجدن صعوبة في الوصول إلى الرعاية داخل العيادة بسبب الموقع الجغرافي أو تحديات أخرى. ويسمح تكييف نماذج تقديم الرعاية الصحية الحالية وإدخال مسارات جديدة للرعاية باتباع نهج أكثر تركيزاً على المستفيدة ذاتها في رعاية الإجهاض، مما يمكن النساء والفتيات وأي امرأة حامل* من إنهاء حملها من خلال المسار الذي يتناسب مع ظروفها وتفضيلاتها الشخصية (أنظر الفصل 1: النهج والمبادئ التوجيهية لمزيد من المعلومات عن الشمولية).

* تشمل هذه التوجيهات النساء والفتيات وكل من يستطيع أن يصبح حاملاً، بما في ذلك الأفراد ثنائيي الجنس والرجال والصبيان المتحولين جنسياً ومن لديهم هويات جنسانية متنوعة وقد تكون لديهم قدرة إنجابية تمكنهم من الحمل وإجراء عمليات الإجهاض. ولاغراض هذه التوجيهات، تشير عبارة "النساء والفتيات" إلى كل الأفراد الذين لديهم قدرة على الحمل.



تشمل الرعاية الشاملة لحالات الإجهاض:

- تخطيط الرعاية لتصبح مستدامة، وميسرة، ولا مركزية، وأقرب إلى المستفيدات، وبأسعار معقولة ومقبولة، وتلبي احتياجات الشباب والمجموعات الأخرى: ينبغي أن يشمل ذلك تنفيذ مسارات مختلفة للرعاية بما فيها الرعاية في العيادة، والرعاية الصحية عن بعد، والرعاية المنزلية، ودعم الرعاية الذاتية.
- تنظيم الرعاية بحيث تركز على الفرد وتقديمها على أساس مبادئ حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين: بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تكون جهود توفير الرعاية الصحية تحويلية في النوع الاجتماعي ولا تسبب الوصم.
- تقديم المشورة والدعم التعاطفي، وتلبية الاحتياجات البدنية والنفسية، بما في ذلك إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأخرى، مثل الفحص (مثل العدوى المنقولة جنسياً، والعنف القائم على النوع الاجتماعي)، وتقديم المشورة بشأن وسائل منع الحمل وتوفيرها لتمكين المستفيدة من البدء فيها بعد الإجهاض فوراً، إذا طلبت.
- يستخدم مقدمو خدمات الإجهاض المختصون تقنيات آمنة مثل الشفط بالتخلية أو الأنظمة الطبية لضمان نجاح الإجهاض وإدارة المضاعفات، بما في ذلك الإحالة إلى رعاية صحية أخرى، حسب اللزوم.
- رعاية المتابعة، إذا لزم الأمر أو عند الحاجة، بما في ذلك وسائل منع الحمل (إذا لم يتم توفيرها في وقت تقديم رعاية الإجهاض) وإدارة المضاعفات وفقاً للتوصيات الحالية القائمة على الأدلة.

2.1 الإعتبارات القانونية

تعيش الغالبية العظمى من النساء في بلدان يجوز فيها الإجهاض قانونياً لسبب واحد على الأقل. إعتباراً من 2019:

- يعيش 5 في المائة من النساء (90 مليون) في بلدان تحظر الإجهاض مهما كانت الظروف
- يعيش 36 في المائة من النساء (596 مليون) في بلدان لا يُسمح فيها بالإجهاض إلا إذا كان لإنقاذ حياة المرأة أو الحفاظ على صحتها
- يعيش 59 في المائة من النساء (976 مليون) في بلدان يُسمح فيها بالإجهاض لأسباب اجتماعية أو اقتصادية أو بناء على طلب المستفيدة [3]

أما في البلدان التي يُسمح فيها بالإجهاض بناءً على طلب المستفيدة الحامل، فإن معظمها يفرض حدوداً لعمر الحمل. وفي البلدان التي يُسمح فيها بالإجهاض قانونياً لدواعٍ محددة، فتشمل هذه الأخيرة:

- إنقاذ حياة المستفيدة الحامل (في بعض البلدان، هذا هو الداعي الوحيد للإجهاض القانوني)
- الحفاظ على صحة المستفيدة الحامل (صحتها البدنية و/أو النفسية في الغالب)
- الحمل الناتج من اغتصاب أو سفاح القربى
- تشوهات الجنين
- أسباب اقتصادية واجتماعية

في بعض البلدان أو السياقات، يُسمح بالإجهاض قانونياً ولكن تُفرض قيود على إمكانية الوصول إلى رعاية الإجهاض، مما يعني ضرورة اتباع إجراءات إدارية معقدة أو توجيهات سريرية/عيادية طبية مفرطة ومنصوص عليها قانونياً قبل إجراء الإجهاض، ولو توافرت الأسباب القانونية الأساسية، وقد تعيق تلك القيود أو تؤخر إمكانية الوصول إلى رعاية الإجهاض. وقد تشمل الانتظار لفترة إلزامية، وشرطاً لإجراء فحص بالموجات فوق الصوتية، وبحق لمقدم الخدمة رفض تقديم خدمة الإجهاض، ويتوافر تفويض إجباري من طرف ثالث (الزوج أو الوالد أو جهة قضائية مثلاً). بالإضافة إلى ذلك، قد تخضع خدمات تقديم الرعاية الصحية لقيود معينة تقيد إمكانية الوصول إلى الإجهاض القانوني، مثل الحاجة إلى رعاية المرضى المقيمين في المستشفيات، وفرض قيود على أنواع مقدمي الرعاية الذين يستطيعون تقديم رعاية الإجهاض، والحاجة إلى بنية تحتية أو معدات متخصصة.

وتُعتبر هذه المتطلبات بالية في كثير من الأحيان، ولا تستند إلى أدلة، ولا تُساهم في تعزيز سلامة الإجهاض، ولكنها تزيد من وصم الإجهاض. ولأن عمليات الإجهاض أكثر أماناً عند إجرائها في أوائل الحمل، فإن جميع المتطلبات غير الضرورية التي تؤخر تقديم الرعاية قد تؤدي إلى زيادة المضاعفات [5.4]. بالإضافة إلى ذلك، قد تساهم في تأخير الرعاية القانونية أو تحول دون الوصول إليها، بسبب حدود عمر الحمل.

وتوصي منظمة الصحة العالمية في توجيهاتها بإلغاء تجريم الإجهاض بالكامل، وإتاحة الإجهاض بناءً على طلب المستفيدة بدون إذن من أي فرد آخر، وحماية الوصول إلى رعاية الإجهاض الشاملة واستمراريتها من المعوقات التي تنشأ عن الاستنكاف الضميري. توصي منظمة الصحة العالمية في توجيهاتها أيضاً بمناهضة القوانين واللوائح الأخرى التي تقيد الإجهاض لأسباب معينة وتلك التي تحظر الإجهاض بناءً على حدود عمر الحمل: توصي التوجيهات

• وبالتالي، يتم توضيح السبل المتاحة لرعاية الإجهاض وسلامة وجودة طرق الإجهاض للمستفيدة وتُتاح لها فرصة كافية لطرح الأسئلة والمناقشة والاستفسار.

• ويتم توفير رعاية الإجهاض من خلال نهج يركّز على الفرد، مع احترام اختيار المستفيدة لطريقة رعاية الإجهاض والمسار المتبع فيها، وبذل أقصى جهد لتوفير و/أو تسهيل رعاية الإجهاض.

• وينبغي أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على دراية بمسارات الإحالة للمرافق التي تقدم خدمات رعاية الإجهاض – في حالة عدم توافرها على المستوى المحلي – وكذلك إجراءات إدارة المضاعفات.

وفي حالة وجود توجيهات معينة على المستوى الوطني، يجب بذل جميع الجهود اللازمة لإدراج الأدلة والممارسات الفضلى، لزيادة إمكانية الوصول وضمان السلامة، مع تبسيط إجراءات الرعاية الصحية المقدمة كلما أمكن. ويدعم الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة IPPF تقاسم المهام، بهدف إزالة الطابع الطبي عن الإجهاض والاستخدام الأمثل للموارد البشرية المتاحة لضمان حصول المستفيدات على رعاية الإجهاض بجودة عالية وفي الوقت المناسب.

4.1 الشروط المطلوب توافرها لدى مقدمي خدمات الإجهاض

كل مدير/مسؤول مرفق وكل مقدم رعاية صحية ينبغي أن يكونوا على دراية بما يلي:

• القوانين والسياسات واللوائح والتوجيهات المحلية والوطنية لرعاية الإجهاض، بما في ذلك طرق الإجهاض الآمنة المتاحة (والتي تعتمد أيضًا على مهارات مقدم الخدمة والمرافق/المعدات والتدريب المتاح) ومسارات الرعاية المسموح بها (على سبيل المثال، في العيادة، التطبيب عن بعد، الإدارة الذاتية في المنزل)

• سياسات الهيئات التنظيمية والمهنية وإجراءاتها ومعاييرها وممارساتها الفضلى لتوفير الرعاية الصحية والتوثيق وإعداد التقارير والتدقيق وتتبع الحالات

• السياسة التنظيمية

• متى وكيف يتم اكتشاف وإحالة ومتابعة المستفيدة التي تحتاج إلى رعاية للإجهاض متخصصة أو عالية المستوى، مثل التدخلات الجراحية والمضاعفات الخطيرة

أيضًا بعدم فرض فترات انتظار إلزامية، ومناهضة اللوائح الخاصة بالجهات التي تستطيع تقديم وإدارة الإجهاض الذي يتعارض مع إرشادات منظمة الصحة العالمية [1].

3.1 المبادئ التوجيهية

يلتزم الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) بنهج قائم على الحقوق ويركّز على الفرد لضمان الوصول الكامل إلى رعاية الإجهاض الآمن في إطار حزمة الصحة الجنسية والإنجابية المتكاملة، وبالتالي الحد من وفيات ومراضة الأمهات التي يمكن الوقاية منها والمرتبطة بالإجهاض غير الآمن. وبالتالي، فإن الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة IPPF يؤيد:

• حق جميع الأفراد في تحديد عدد الأطفال والمباعدة بين الولادات

• حق المرأة الحامل في تحديد نتيجة حملها، بما في ذلك الوصول إلى الإجهاض الآمن والرعاية بعد الإجهاض

يدعم الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة IPPF توفير رعاية الإجهاض الشاملة وفقًا للتفسيرات الأكثر تحررًا للقوانين والسياسات على المستوى الوطني. وعليه:

• ينبغي أن يبذل مقدمو الرعاية الصحية قصارى جهدهم للاستفادة الكاملة من القانون في الدولة التي يعملون فيها من خلال نهج ليبرالي قائم على الحقوق ويركّز على المستفيدة وترجمته إلى ممارسة عملية. ينبغي أن يكون هدف مقدمي الرعاية الصحية تقليل أو إزالة جميع الحواجز غير الضرورية التي لا تستند إلى أدلة لتحسين إمكانية الوصول وضمان سلامة الرعاية التي تلقاها المستفيدات وجودتها الشاملة.

• وللمستفيدات الحق في الحصول على معلومات دقيقة وقائمة على الأدلة حول صحتهم وعلاجهن لاتخاذ قرارات واعية بشأن صحتهم على أفضل وجه، وفي بعض السياقات، قد تشكل المعلومات الدقيقة نهجًا "لتقليل الضرر" في الرعاية.

• وفي جميع البلدان، يُعتبر توفير الرعاية بعد الإجهاض – بما في ذلك علاج الإجهاض غير المكتمل – قانونيًا، وبالتالي ينبغي أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية، على الأقل، بتوفير الرعاية بعد الإجهاض.

بالنسبة إلى إمكانية الوصول إلى رعاية الإجهاض:

• ينبغي تمكين النساء الحوامل من الوصول إلى معلومات كاملة ودقيقة ومشورة بشأن جميع الخيارات الممكنة لحملهن ودعمهن لاتخاذ الخيارات الأفضل لظروفهن.

• وعندما تقرر المستفيدة إجراء عملية الإجهاض، ينبغي تقديمها لها في أقرب وقت ممكن وبدون تأخير (لأنه كلما كان توفير الرعاية مبكرًا، زادت الخيارات الطبية والجراحية، وقلت خطورة الخروج عن القيود القانونية المفروضة على عمر الحمل، وزاد الإجراء أمانًا).

أو مستحسنًا لدى توفير رعاية الإجهاض المحرض [1]. ومع ذلك، في بعض الحالات السريرية، قد تكون هناك حاجة إلى التحقق بطرق إضافية منها الموجات فوق الصوتية و/أو موجهة الغدد التناسلية المشيمية البشرية (hCG) مصل بيتا لتحديد موقع الحمل و/أو عمر الحمل (أنظر القسم 2.2).

الخانة 1: لماذا يُعتبر التقييم الصحيح لعمر الحمل مهماً قبل الإجهاض

- تزداد خطورة حدوث مضاعفات الإجهاض مع تقدّم عمر الحمل.
- ويحتاج مقدمو الخدمات إلى كفاءات ومعدات إضافية في حالة تقدّم عمر الحمل.
- وينبغي تعديل نظم جرعات الإجهاض الدوائي حسب عمر الحمل لتقليل احتمالية فشل الإجراء (بسبب عدم كفاية الجرعات) أو فرط تحفيز الرحم (بسبب جرعات ميزوبروستول العالية) (أنظر أنظمة الجرعات في الجدول 3).
- الإجهاض الجراحي في خلال 12 إلى 14 أسبوعاً من عمر الحمل يتطلب تجهيز عنق الرحم لكل إجراء على حدة. ومع ذلك، يمكن النظر في إمكانية تحضير عنق الرحم لإجراء الإجهاض الجراحي قبل 12 أسبوعاً للمستشفيات اللاتي يعانين من حالات معيّنة (مثل صغر السن وعدم حدوث ولادات سابقة، وإجراءات سابقة لعنق الرحم، وخطورة حدوث مضاعفات الإجهاض بوجه عام) أو إذا كان مقدم الرعاية الذي يقوم بذلك الإجراء يفتقر إلى الخبرة اللازمة.

2. تحديد أي مشكلات طبية موجودة قد تؤدي إلى التفكير في تقديم خدمات رعاية إضافية، أو التوصية بإجراءات معينة دون أخرى:

- يجب تدوين التاريخ الصحي والولادي للمستفيدة، وتاريخ إصابتها بأمراض نسائية، وتاريخ أي إجراءات جراحية، خصوصاً، تدوين ما يلي:
 - الولادة القيصرية السابقة ليست من موانع الإجهاض المحرض. تتطلب الولادات القيصرية السابقة أو ندبات الرحم التقليدية رعاية إضافية في الظروف التالية:
 - (أ) أثناء التفريغ الجراحي، خاصة في عمر الحمل الأعلى بسبب خطر حدوث انثقاب؛ و (ب) أثناء الإجراءات الطبية، بسبب زيادة خطر تمزق الرحم، تعدد الولادات القيصرية السابقة يمكنه أن يزيد مخاطر الإجهاض الجراحي أو الدوائي لأن خطر الانغراس في ندبة الرحم قد يؤدي إلى خطر النزيف.

1.4.1 الشروط المطلوب توافرها لدى الموظفين

في مرفق الرعاية الصحية الذي يقدم خدمات رعاية الإجهاض، ينبغي تدريب عدد كافٍ من الموظفين الذين يتمتعون بمهارات مناسبة وتقييم كفاءتهم في:

- تقديم المشورة
- تحديد مستوى اللياقة المناسب لطريقة الإجهاض ومنع الحمل (تحديد تاريخ الحمل والظروف السريرية)
- الفحص السريري/العيادي والمخبري، عند الحاجة
- إجراء و/أو معرفة متى يجب الإحالة للتقييم بالموجات فوق الصوتية، عند الحاجة
- إجراءات الإجهاض الجراحي و/أو الدوائي
- إدارة الألم
- مكافحة العدوى ومعالجة الأدوات
- الرعاية بعد الإجهاض
- تحديد الطوارئ الطبية وإدارتها
- تقديم الرعاية في المتابعة للمستشفيات

2. الرعاية قبل الإجهاض

1.2 تسجيل التاريخ الطبي وإجراء الفحص

تتمثل أول مهمة يقوم بها مقدم الرعاية الصحية في بدء التواصل مع المستفيدة، لمعرفة نوع الرعاية التي تريدها، وإجراء تقييم سريري (أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيدة والفصل 3: تقديم المشورة).

بالإضافة إلى اتباع الإجراءات الروتينية في تسجيل التاريخ الصحي والفحص الموصى به لجميع أنواع الرعاية الصحية، ينبغي القيام بالخطوات التالية أثناء التقييم السريري:

1. التقييم الصحيح لعمر الحمل: مفيد في اختيار طريقة إدارة الإجهاض والتحضير له (أنظر الخانة 1 والجدول 2):
 - التأكد من وجود حمل إذا كانت المستفيدة غير متأكدة (إستخدم الإجراء الموضح في الفصل 9: صحة الأم، الملحق 2).
 - تحديد عمر الحمل – يمكن القيام بذلك عادةً بناءً على اليوم الأول في آخر دورة شهرية فقط أو بالتزامن مع استخدام أداة التحقق. وإذا كانت آخر دورة شهرية غير مؤكدة، فيمكن إجراء فحص جسدي (فحص البطن/الفحص البدوي). لا يُعتبر الإستخدم الروتيني للموجات فوق الصوتية إلزامياً

- الإستخدام الحالي لوسائل منع الحمل. إن وجدت: ربما كانت المستفيدة تستخدم إحدى الوسائل بشكل صحيح. لكنها أثبتت فشلها. وهذه فرصة لمناقشة خيارات منع الحمل. وإذا كان اللولب الرحمي (IUD) في مكانه، فيجب إزالته قبل إجراء الإجهاض الدوائي.
 - العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية: أي نوع من التواصل مع مقدم الخدمة في عيادة الصحة الجنسية والإنجابية هو فرصة لتحديد الأفراد المتأثرين بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. لذلك ينبغي أن يكون مقدم الخدمة على دراية بعلامات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. وبالنسبة إلى المستفيدات اللاتي يعانين من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من النوع الثالث، ينبغي اقتراح إزالة التبتيك (الختان الفرعوني). ويمكن القيام بهذا الإجراء لدى إجراء الإجهاض الجراحي. إذا كان هذا هو الإجراء المفضل (أنظر الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي).
 - الأدوية والحساسية:
 - ينبغي استبعاد حالات الحساسية للميفيبريستون أو للميزوبروستول. في حالة التأكد من وجود الحساسية، ينبغي التفكير في إجراء جراحي و/أو نظام طبي بديل أو تجهيز عنق الرحم. إذا لزم الأمر.
 - قد تقلل الأدوية المستخدمة لعلاج الصرع والسل أو مضادات الفيروسات القهقرية أو الكورتيكوستيرويدات من فعالية الميفيبريستون في حالة تناولها بانتظام.
- ## 2.2 الإستقصاءات الأخرى
- لا حاجة لإجراء إستقصاءات روتينية أخرى لتوفير خدمة الإجهاض الآمن في خلال الأشهر الثلاثة الأولى، ولكن يمكن تقديم الإختبارات الإضافية التالية:
- ينبغي تحديد وضع العامل الريسوسي، إن أمكن، والتطعيم ضد العامل الريبوسي في الدم (مضاد D) للمستفيدات اللاتي تكون فصيلة الدم لديهن سالبة العامل الريبوسي واللاتي يخضعن لعملية تفريغ جراحي أو إجهاض دوائي لمدة تزيد عن 12 أسبوعًا. وينبغي عدم إيقاف الإجراء، حتى لو كانت هذه الموارد (اختبار العامل الريبوسي ومضاد D) غير متاحة.
 - ويمكن إجراء اختبارات الدم للتحقق من الهيموجلوبين في حالة الاشتباه السريري في وجود أنيميا. وإذا كان مستوى الهيموجلوبين لدى المستفيدة أقل من 8 غم/ديسليتر، فينبغي التفكير في العلاج أو الإحالة إلى مرفق بمستوى أعلى.
- قد تزيد الأورام الليفية حجم الرحم عند الفحص وتؤثر على صحة تقييم عمر الحمل. هناك أيضًا احتمال ضئيل أن تتسبب الأورام الليفية تحت المخاطية بتشوّه في تجويف الرحم مما يجعل الإجراءات الجراحية أكثر صعوبة.
 - وفي حالة وجود تشوهات في الرحم أو تشوهات شديدة في تجويف الرحم، قد يكون الإجهاض الدوائي أفضل من التفريغ الجراحي أو قد يتطلب الإجراء الجراحي توجيهًا بإجراء الموجات فوق الصوتية.
 - وجود تاريخ لإجراءات سابقة في عنق الرحم قد يزيد صعوبة توسيع عنق الرحم وبالتالي يتطلب تجهيزات إضافية (أنظر المعلومات حول تجهيز عنق الرحم في [الخانة 1 - الصفحة السابقة](#)).
 - تاريخ أو وجود حالات تزيد من خطر حدوث انغراس خارج الرحم، بما في ذلك حالات حمل سابق خارج الرحم، أو تاريخ للإصابة بأمراض التهاب الحوض أو جراحات في البطن، أو الحمل بوجود اللولب الرحمي (IUD)، أو أعراض مثل النزيف المهبلّي/التبقيع أو آلام في أحد جانبي الحوض.
- قم بتدوين أي حالات طبية موجودة مثل مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو الربو أو أمراض القلب أو اضطراب التخثر أو البورفيريا أو تاريخ الإصابة بحساسية للأدوية.
3. وفي ما يلي النقاط الأخرى التي يجب أن يشملها التقييم السريري:
- خطورة حالية للعدوى المنقولة جنسيًا (STIs) بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). قدم معلومات عن فوائد إجراء الاختبار. إذا وافقت المستفيدة على إجراء الاختبار وثبت وجود إصابة نشطة بأحد أنواع العدوى المنقولة جنسيًا (STI) أو كانت نتيجة اختبار الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) إيجابية، قدم خدمة العلاج مع معلومات عن فوائده. ولكن لا تؤخر تقديم خدمة الإجهاض. إذا كانت المستفيدة تعاني من إصابة نشطة بأحد أنواع العدوى المنقولة جنسيًا (STI)، فمن الضروري معالجة هذا المرض أولاً قبل إجراء أي عملية جراحية لتجنب تطور العدوى (أنظر [الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا والفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري \(HIV\)](#)) ولكن ينبغي عدم تأخير الإجراء إذا كانت هناك صعوبة في الوصول إلى الإجهاض ويمكن بدء العلاج في نفس يوم الإجراء.

ينبغي أن يخصص مقدم الرعاية الصحية الوقت الكافي للتحدث مع المستفيدة حول الخيارات المتاحة ولا ينتظر قراراً فوراً منها (أنظر القسم 1.1.3.2). وإذا لزم الأمر، أوضح لها أنها تستطيع العودة في وقت آخر. ومع ذلك، سوف يكون قرار معظم المستفيدات عدم المضي في إكمال الحمل قبل طلب المساعدة من مقدم الرعاية الصحية وينبغي أن يحصلن على الرعاية بدون الحاجة إلى زيارة أخرى. ينبغي تقديم المعلومات الأساسية الواردة في القسم 1.1.3.2 إلى المستفيدة بغض النظر عن مكان تقديم رعاية الإجهاض (مثل العيادة أو الطبيب عن بُعد).

1.1.3.2 معلومات أساسية يجب تقديمها للحصول على الموافقة المستنيرة

بالنسبة إلى جميع إجراءات الإجهاض:

- قم بتزويد المستفيدة بمعلومات عن جميع الخيارات المتاحة بالنسبة إلى حملها الحالي وتوثيق قرار المستفيدة المستقل بوضوح.
- أبلغ المستفيدة المؤهلة للإجراءات الطبية أو الجراحية بخصائص كل طريقة من طرق العلاج (أنظر الجدول 2).
- اشرح الأمور التي ينبغي على المستفيدة توقعها قبل إجراء وأثناءه وبعده، وتأكد من أن المستفيدة على دراية بالوقت الذي قد تشعر فيه بعدم الراحة، ومدة هذا الشعور، والأدوية المتاحة لعلاجها.

بالنسبة إلى الإجهاض الدوائي:

- اشرح احتمالية حدوث نزيف حاد مصحوب بجلطات، وخروج نواتج الحمل، والألم الذي قد يكون أقوى بكثير من تقلصات الدورة الشهرية العادية بالنسبة إلى بعض المستفيدات: التوضيح للمستفيدة بأن مسكنات الألم متوفرة (أنظر القسم 4.2).
- اشرح الإجهاض الدوائي بأنها عملية تستغرق عادة من يومين إلى 3 أيام وبأن النزيف قد يستمر بعد ذلك لمدة تتراوح بين أسبوعين و3 أسابيع.

بالنسبة إلى الإجهاض الجراحي:

- أوضح للمستفيدة ضرورة إجراء فحص داخلي/بأجهزة وأدوات باستخدام منظار لإدخال موسعات عنق الرحم (إذا لزم الأمر) بالإضافة إلى كانيولا الشفط.
- اشرح للمستفيدة أنها قد تشعر بعدم الراحة عند توسع عنق الرحم، وتقلصات مؤلمة في البطن أثناء الإجراء وبعده، وأن مسكنات الألم متوفرة.

• لا يُنصح باستخدام الموجات فوق الصوتية أو طلب إجرائها بشكل روتيني إلا في حالة وجود مخاوف أو حاجة لتأكيد عمر الحمل، كما هو الحال في الحالات المذكورة أدناه. تأكد من عدم تأخير الإجراء بدون داع لهذا السبب.

- لا تذكر المستفيدة تاريخ آخر دورة شهرية لها أو عدم انتظام الحيض، على سبيل المثال بسبب استخدام وسائل منع الحمل التي تحتوي على البروجستوجين فقط أو الرضاعة الطبيعية، ولا يمكن تحديد عمر الحمل عن طريق الفحص البدني.
- وجود تناقض بين عمر الحمل المحدد بتاريخ آخر دورة شهرية وبين حجم الرحم عن طريق الفحص اليدوي.
- الاشتباه في حدوث حمل خارج الرحم بناءً على عوامل الخطورة أو صغر حجم الرحم نسبة إلى عمر الحمل.
- حالات أخرى (مثل الأورام الليفية).

منع الحمل بعد الإجهاض

ينبغي أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية بمناقشة وسائل منع الحمل بعد الإجهاض مع المستفيدة. ينبغي إبلاغ المستفيدات بأن الخصوبة تعود بعد 8 أيام من حدوث الإجهاض المبكر، مع حدوث الإباضة في خلال شهر واحد من الإجهاض في الثلث الأول لدى 90 في المائة من المستفيدات (أنظر القسم 5: منع الحمل بعد الإجهاض). إذا اختارت المستفيدة وسيلة لمنع الحمل، فينبغي توفير وسيلة منع الحمل أو وصفة طبية أو تركيبها أو تحديد موعد لتركيبها إذا لزم الأمر. ومع ذلك، ينبغي ألا يكون قبول منع الحمل بعد الإجهاض شرطاً لتوفير رعاية الإجهاض أبداً.

3.2 المعلومات وتقديم المشورة والموافقة المستنيرة

1.3.2 المعلومات وتقديم المشورة

كما هو الحال في أي إجراء أو رعاية، يجب الحصول على الموافقة المستنيرة (أنظر الفصل 3: تقديم المشورة).

لا تقدم المشورة بالإكراه، ولكن ينبغي على كل مستفيدة تفكر في الإجهاض أن تتاح لها إمكانية الوصول إلى خدمة تقديم المشورة الشاملة والداعمة وغير الإلزامية التي تلبي احتياجاتها وظروفها الشخصية وخلفيتها الثقافية. ينبغي أن تُتاح للمستفيدات دائماً إمكانية الوصول إلى المعلومات الصحيحة وغير المتحيزة.

4.2 إدارة الألم

توسيع عنق الرحم وتقلصات الرحم هما السببان الرئيسيان للشعور بالألم أثناء الإجهاض. ومن المهم أن يعرف مقدمو الخدمة موعد الألم المتوقع أثناء القيام بالإجراء للوقاية منه بأفضل السبل وتحديد موعد التخدير/تسكين الألم وفقاً لذلك. وينبغي تقديم مسكنات الألم لجميع المستفيدات اللاتي يخضعن للإجهاض الدوائي والجراحي. وينبغي وضع خطة إدارة الألم لكل حالة على حدة قبل البدء في الإجهاض. ويتضمن القسم 1.4.2 نقاطاً مهمة لإدارة الألم ينبغي أن يضعها مقدمو الرعاية الصحية في الاعتبار. فيما يتضمن الجدول 1 (الصفحة التالية) ملخصاً لخيارات إدارة الألم.

1.4.2 نقاط مهمة ينبغي مراعاتها من قبل مقدمي الرعاية الصحية [7]

- من الضروري مراعاة إمكانية تخفيف الشعور بالألم والقلق من إجراءات الإجهاض باستخدام الوسائل غير الدوائية. ومنها إعداد المستفيدة أثناء تقديم المشورة قبل القيام بهذه الإجراءات ومناقشة الأمور المتوقعة والحديث معها ودعمها بطريقة مطمئنة على مدار كامل العملية.
- وقد يؤدي تخفيف شعور المستفيدة بالانزعاج أيضاً إلى تقليل الوقت المستغرق في تنفيذ الإجراء.
- وفي معظم الحالات، يكفي استخدام المسكنات مثل الأدوية غير الستيرويدية المضادة للالتهابات (NSAIDs)، والتخدير الموضعي، و/أو التخدير الواعي وتدعيم كل ذلك بكلمات مطمئنة.
- وتُعد مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) الوقائية، بجرعات كافية، من مسكنات الخط الأول المفضلة، لأنها قد تقلل الحاجة إلى المسكنات المخدرة أثناء الإجهاض الجراحي. وينبغي تقديمها في حالة استخدام الميزوبروستول في إنضاج عنق الرحم.
- وللتأكد من فعالية الأدوية التي تُعطى عن طريق الفم (مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) والمسكنات) في وقت الإجراء، فم بإعطائها قبل الإجراء بمدة من 30 إلى 45 دقيقة.
- وتزداد الحاجة إلى إدارة الألم مع تقدم عمر الحمل؛ وقد تستلزم عملية التوسيع والتفريغ إعطاء مسكنات مخدرة (مع مزيلات القلق أو بدونها).
- يخفف التخدير الموضعي، مثل الإحصار حول عنق الرحم باستخدام ليدوكاين، الشعور بالانزعاج من الإجراءات الجراحية وينبغي تقديمه بشكل روتيني إذا كان متوافراً (الملحق 1).

- إشرح للمستفيدة أن إجراء الشفط بالتخلية سوف يستغرق 5 دقائق في العادة. قد تستغرق إجراءات التوسيع والتفريغ وقتاً أطول (من 20 إلى 30 دقيقة).
- ينبغي مناقشة الآثار الجانبية للمسكنات وينبغي تقديم الخيارات المناسبة لإدارة الآثار الجانبية لجميع المستفيدات.
- بخصوص المخاطر والمضاعفات [6]:
- أبلغ المستفيدة بأن المضاعفات الخطيرة بعد الإجهاض الدوائي والجراحي الآمن نادرة (أقل من 1 في المائة).
- خطر حدوث المضاعفات التالية أقل في حالة الإجهاض في الثلث الأول مقارنة بحالة الإجهاض في الثلث الثاني أو الثالث: النزيف الحاد، وتمزق الرحم، ورضح عنق الرحم، وانثقاب الرحم.
- بالنسبة إلى الإجهاض الدوائي في عمر الحمل الأعلى، فإن خطورة الإصابة بتفزز الندبات منخفضة في المستفيدات المصابات بندبات الرحم.
- وبالنسبة إلى الإجهاض الجراحي، هناك خطورة منخفضة للمضاعفات التالية قد تتطلب النقل إلى مرفق آخر والقيام بإجراءات إضافية بما فيها شق البطن: النزيف، وانثقاب الرحم، والعدوى، وتلف المثانة والأمعاء (أقل من 1 في المائة).
- أخبر المستفيدة بعلامات المضاعفات النادرة التالية، حتى تستطيع طلب الرعاية المناسبة على الفور:
 - الإجهاض غير المكتمل: قد يستلزم جرعات إضافية من الميزوبروستول أو التدخل الجراحي لإكمال الإجهاض.
 - العدوى: تُعتبر أكثر شيوعاً في حالة الإجهاض الجراحي منها في حالة الإجهاض الدوائي وقد تتطلب علاجاً بالمضادات الحيوية أو النقل إلى مرفق صحي لعلاج المرضى المقيمين في المستشفى لتلقي العلاج الإضافي، إذا كانت العدوى شديدة.
 - استمرار الحمل: قد يشير استمرار أعراض الحمل بعد فشل الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) أو الإجهاض الدوائي إلى وجود الحمل خارج الرحم. ويستدعي ذلك إجراء اختبارات تأكيدية وتقديم الرعاية اللازمة (أنظر القسم 1.3.4 والفصل 9: صحة الأم).

- لا يُنصح بالتخدير العام لإجهاض الروتينية، بما في ذلك عملية التوسيع والتفريغ الروتيني، بسبب ارتباطه بارتفاع معدلات حدوث المضاعفات مقارنة بتسكين الألم والتخدير الموضعي.
- يُعتبر الباراسيتامول (عن طريق الفم أو الشرج) غير فعال في تخفيف الألم أثناء الإجهاض الجراحي والدوائي ولكن يمكن استخدامه في علاج الحمى بالإضافة إلى مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) أو استبدال مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs) في حالة الحساسية.

الجدول 1: ملخص خيارات إدارة الألم

الإجهاض الجراحي	الإجهاض الدوائي
طرق غير دوائية • التواصل باحترام وبدون إصدار أحكام • الدعم اللفظي بكلمات مطمئنة • توضيح تام للأمور المتوقعة • وجود شخص داعم يستطيع البقاء مع المستفيدة أثناء العملية (إذا رغبت المستفيدة في ذلك) • زجاجة ماء ساخن أو وسادة تدفئة • تنبيه مسبق بكل خطوة من خطوات الإجراء (إذا رغبت المستفيدة في ذلك) • تقنية جراحية لطيفة وسلسلة • تشجيع المستفيدة على التنفس العميق بتحكم • الإستماع للموسيقى	• التواصل باحترام وبدون إصدار أحكام • الدعم اللفظي بكلمات مطمئنة • توضيح تام للأمور المتوقعة • وجود شخص داعم يستطيع البقاء مع المستفيدة أثناء العملية (إذا رغبت المستفيدة في ذلك) • زجاجة ماء ساخن أو وسادة تدفئة • الحركة تساعد على تخفيف الألم (كما في حالة المخاض) • تشجيع المستفيدة على التنفس العميق بتحكم • الإستماع للموسيقى
طرق دوائية • المسكّنات (مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs)، مثل إيبوبروفين (ملغ 400-800) • مزيلات القلق/المهدئات (مثل ديازيبام (ملغ 5-10) • مخدر موضعي (إحصار حول عنق الرحم باستخدام ليدوكاين، عادة 20 مل من 1 في المائة أو 10 مل من 2 في المائة) • التخدير الواعي (مزيج من مهدئ للاسترخاء ومخدر لمنع الألم) في حالة توافره	• المسكّنات (مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs)، مثل إيبوبروفين (ملغ 400-800) • يمكن التعامل مع آثار ميزوبروستول الجانبية بتقديم الأدوية المساعدة (مثل لوبراميد للإسهال) • أكثر من 12 أسبوعًا من الحمل • قم بإعطاء بديل واحد على الأقل من البدائل الآتية: • مواد أفيونية تُعطى عن طريق الفم (مثل ترامادول) • مواد أفيونية عضلية أو وريدية • تخدير فوق الجافية (لحالات الحمل الأكبر عمرًا)

المصدر: منظمة الصحة العالمية [1]، Ipas [6].

3. طرق الإجهاض

1.3 خيارات يوصى بها للإجهاض الدوائي والجراحي

يمكن إجراء الإجهاض بالأدوية - باستخدام تركيبة مجمعة من ميفيبريستون بالإضافة إلى ميزوبروستول، أو ميزوبروستول وحده - أو جراحياً، باستخدام الشفط بالتخلية للحمل الذي لم يبلغ 14 أسبوعاً من العمر أو باستخدام عملية توسيع وتفريغ عند بلوغ الحمل 14 أسبوعاً أو أكثر.

يوصى بالطرق الآتية للإجهاض إذا كان عمر الحمل لم يتجاوز 12 أسبوعاً:

- الطرق الجراحية: الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) أو الشفط الكهربائي بالتخلية (EVA)
- الطرق الدوائية:

- الإجهاض الدوائي المختلط (ميفيبريستون فموي متبوعاً بميزوبروستول)
- ميزوبروستول وحده بجرعات متكررة، في حالة عدم توافر ميفيبريستون

عملية التوسيع والكحت طريقة قديمة للإجهاض الجراحي وينبغي استبدالها بطريقة الشفط بالتخلية و/أو الطرق الدوائية [8.1].

يوصى بالطرق الآتية عند بلوغ عمر الحمل 12 أسبوعاً أو أكثر:

- الطرق الدوائية:

- الإجهاض الدوائي المختلط (ميفيبريستون فموي متبوعاً بجرعات متكررة من ميزوبروستول)
- ميزوبروستول وحده، بجرعات متكررة، في حالة عدم توافر ميفيبريستون

- الطريقة الجراحية: الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) أو الشفط الكهربائي بالتخلية (EVA) حتى 14 أسبوعاً من الحمل وعملية التوسيع والتفريغ باستخدام الشفط بالتخلية وملقط إذا تجاوز عمر الحمل 14 أسبوعاً

ينبغي أن يبقى مقدمو الرعاية الصحية على دراية بالممارسات الحالية القائمة على الأدلة وكيفية توفيرها في بيئة آمنة ولائقة ومحترمة، ويساعد ذلك في تمكين المستفيدات من اتخاذ القرار الصائب بشأن نوع إجراء الإجهاض الذي يفضلنه، بما في ذلك عند اختيارهن الرعاية الذاتية للإجهاض.

لمزيد من التفاصيل عن الإجراءات الدوائية والجراحية، يمكنكم الرجوع إلى الأقسام التالية والجداول 2 و 3 و 4.



الجدول 2: خصائص إجراءات الإجهاض الدوائي والجراحي حسب عمر الحمل

الإجهاض الجراحي	الإجهاض الدوائي
عمر الحمل أقل من 14 أسبوعاً	عمر الحمل أقل من 12 أسبوعاً
• عملية الشفط بالتخلية (يدوياً أو كهربائياً) • يستلزم التعامل مع الرحم بالأجهزة والأدوات • يتم إجراؤه في مرفق الرعاية الصحية • إجراء سريع - موعد الإجهاض يحدده المرفق الصحي ومقدم الخدمة • يمكن التحقق من اكتمال الإجهاض بسهولة عن طريق تقييم نواتج الحمل التي تم شفطها • يمكن إجراء جميع طرق منع الحمل بما في ذلك انسداد البوق أو تركيب اللولب (IUD) لدى إتمام الإجراء • قد يُفضل في الحالات التالية: • وجود موانع لاستخدام الإجهاض الدوائي • قيود تحديد موعد الإجهاض • المضاعفات نادرة (أقل من 1 في المائة) ولكنها قد تشمل: العدوى، والنزيف المفرط، ورضح عنق الرحم، وانتقاب الرحم والمثانة والأمعاء، والحمل المستمر، والحاجة إلى إجراء جراحي إضافي إذا فشل الإجهاض	• ميفبريستون + ميزوبروستول (الإجهاض الدوائي المختلط) أو ميزوبروستول وحده • يتجنب الجراحة • يمكن إجراؤه في مرفق الرعاية الصحية أو يمكن إدارته ذاتياً في المنزل/في أي مكان آخر (مع الوصول إلى معلومات دقيقة وأدوية ذات جودة وإمكانية الوصول إلى مقدم الرعاية الصحية إذا لزم الأمر) • يستغرق وقتاً (من ساعات إلى أيام) لإكمال الإجهاض، ومن الصعب تحديد التوقيت • محاكاة لعملية الإسقاط • تعاني المستفيدات من نزيف وتقلصات، وربما بعض الآثار الجانبية الأخرى (الغثيان، والقيء، والحمى الخفيفة، والقشعريرة، والإسهال) • وتقتصر خيارات منع الحمل التي يمكن البدء بها في وقت الإجهاض الدوائي على الوسائل الهرمونية • قد يُفضل في الحالات التالية: • إذا أرادت المستفيدة تجنب التدخل الجراحي • إذا أرادت المستفيدة أن تتناول الدواء بنفسها (حتى الأسبوع 12) • في حال عدم الرغبة أو عدم جدوى استخدام أدوات أو أجهزة في منطقة الحوض • إذا كانت المستفيدة مفرطة البدانة • إذا كانت المستفيدة تعاني من تشوهات في الرحم أو أورام ليفية • المضاعفات نادرة (أقل من 5 في المائة) ولكنها قد تشمل: العدوى، والنزيف المفرط، واستمرار الحمل، والحاجة إلى إجراء جراحي إذا فشل الإجهاض أو لم يكتمل

تابع

الإجهاض الدوائي	الإجهاض الجراحي
الحمل بلغ 12 أسبوعاً أو أكثر	الحمل بلغ 14 أسبوعاً أو أكثر
• ميفيبريستون + ميزوبروستول (نظام مختلط) أو ميزوبروستول وحده • يتجنب الجراحة • يحدث في مرفق الرعاية الصحية: تبقى المستفيدة في المرفق حتى اكتمال طرد كيس الحمل (الرعاية النهارية عادة) • يستغرق وقتاً (من ساعات إلى أيام) لإكمال الإجهاض، ومن الصعب تحديد التوقيت • محاكاة لعملية الإسقاط • تعاني المستفيدات من نزيف وتقلصات. وربما بعض الآثار الجانبية الأخرى (الغثيان، والقيء، والحمى الخفيفة، والقشعريرة، والإسهال) • يمكن التحقق من اكتمال الإجهاض بسهولة عن طريق فحص نواتج الحمل المطرودة للخارج • يمكن البدء في جميع وسائل منع الحمل الهرمونية على الفور؛ يمكن تركيب اللولب الرحمي (IUD) أو سد البوق مباشرة بعد خروجها • من المفضل أو الضروري إجراؤه في الحالات التالية: • إذا أرادت المستفيدة تجنب التدخل الجراحي • إذا كانت المستفيدة مفرطة البدانة • إذا كانت المستفيدة تعاني من تشوهات في الرحم أو أورام ليفية، أو إذا كانت قد خضعت لعملية جراحية سابقة في عنق الرحم • في حالة فشل الإجراء الجراحي • المضاعفات نادرة ولكنها قد تشمل: العدوى، والنزيف المفرط، وتمزق الرحم، وعدم اكتمال الإجهاض أو استمرار الحمل (أكثر شيوعاً في الحمل المبكر). قد يحدث احتباس المشيمة في 10 في المائة على الأقل من الحالات، الأمر الذي يستدعي التدخل لإزالتها يدوياً أو بإجراء الشفط	• عملية التوسيع والتفريغ (D&E) • تستدعي التعامل مع الرحم بالاجهزة والأدوات، وتتطلب تحضير عنق الرحم قبل القيام بالإجراء • يتم إجراؤه في مرفق الرعاية الصحية • هذا الإجراء أقصر نسبياً من الإجهاض الدوائي، بمجرد اكتمال تجهيز عنق الرحم؛ موعد الإجهاض يحدده المرفق الصحي ومقدم الخدمة • يمكن التحقق من اكتمال الإجهاض بسهولة عن طريق تقييم نواتج الحمل التي تمت تخليتها • يمكن إجراء جميع طرق منع الحمل بما في ذلك انسداد البوق أو تركيب اللولب الرحمي (IUD) لدى إتمام الإجراء • من المفضل أو الضروري إجراؤه في الحالات التالية: • في حال كانت المستفيدة تعاني من حساسية للميفيبريستون أو ميزوبروستول • قيود تحديد موعد الإجهاض • إذا فشل الإجهاض الدوائي أو استغرق وقتاً طويلاً • المضاعفات نادرة ولكنها قد تشمل: العدوى، والنزيف المفرط، وانثقاب الرحم، والمثانة، والأمعاء، ورضح عنق الرحم، وعدم اكتمال الإجهاض أو استمرار الحمل

المصدر: منظمة الصحة العالمية [1]، الكلية الملكية لأطباء النساء والتوليد RCOG [9]



2.3 الإجهاض الدوائي [1]

تصبح الإدارة الطبية للإجهاض المحرض في جميع فترات الحمل أكثر فعالية عند استخدام مزيج من الميفبريستون والميزوبروستول (الخانة 2). ويقتصر هذا النظام أيضًا فترة التحريض حتى حدوث الإجهاض ويقلل الآثار الجانبية مقارنة بنظام ميزوبروستول فقط. لذلك، بالنسبة للإجهاض المحرض (وفي حالات موت الجنين أو المضغ داخل الرحم)، ينبغي أن يكون النظام المختلط هو الخيار الأول دائمًا إذا كان ميفبريستون متاحًا. في حين أن نظام ميزوبروستول فقط هو الخيار البديل. ونظام ميزوبروستول فقط هو النظام الوحيد الموصى به لعلاج الإجهاض غير المكتمل. يمكن إعطاء ميزوبروستول بمجموعة متنوعة من الطرق (عن طريق المهبل أو تحت اللسان أو باطن الخد). بينما يُعطى ميفبريستون دائمًا عن طريق الفم. أنظر الجدول 3 لمزيد من التفاصيل عن الأنظمة والجبرعات وطرق التعاطي لعدد من دواعي الاستعمال.

1.2.3 الإدارة الذاتية للإجهاض الدوائي

يُدرّك الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) أن الرعاية الذاتية للإجهاض تعني أن النساء يحقّ لهن القيام بعملية الإجهاض، جزئيًا أو كاملاً، بدعم من مقدمي الرعاية الصحية أو بدونهم. وتنص توصيات منظمة الصحة العالمية على أن الأفراد الذين تُتاح لهم إمكانية الوصول إلى معلومات دقيقة وأدوية مضمونة الجودة ومقدم الرعاية الصحية المدرب يمكنهم إدارة عملية الإجهاض الدوائي ذاتيًا إذا لم يتجاوز عمر الحمل 12 أسبوعًا، بما في ذلك التقييم الذاتي للأهلية، وتعاطي أدوية الإجهاض ذاتيًا خارج مرفق الرعاية الصحية، والتقييم الذاتي لنجاح عملية الإجهاض باستخدام اختبارات الحمل (بعد مرور أسبوعين إلى 4 أسابيع على حدوث الإجهاض) و/أو القوائم المرجعية.[†] تُعتبر الإدارة الذاتية للإجهاض الدوائي في الغالب بديلاً مفضلًا للبعض بسبب القدرة على تحمل تكاليفها، وقلة الحاجة إلى التنقلات، وتحسين مستوى الخصوصية، وتخفيف الوصم، والراحة، وتسهيل وصول ذوي الحركة المحدودة.

وتضع الرعاية الذاتية للإجهاض الفرد في قلب عملية الإجهاض بقوة؛ ومع ذلك، يمكن أن يقوم العديد من أصحاب المصلحة بدور في تمكين هذا النهج وتيسيره. وتصبح الإدارة الذاتية للإجهاض الدوائي أكثر فاعلية عندما يتمتع الأفراد بإمكانية الوصول إلى معلومات دقيقة، وحبوب للإجهاض الدوائي ذات جودة، وميسر أو مقدم رعاية مدرب ومتعاطف إذا لزم الأمر أو عند الرغبة في ذلك في أي وقت أثناء العملية.

الخانة 2: معلومات أساسية عن ميفبريستون وميزوبروستول وفعالية نظم الإجهاض الدوائي

- يعمل ميفبريستون عن طريق منع تأثيرات بروجسترون وبالتالي تثبيط الدعم الهرموني ودعم الأوعية الدموية للحمل، مما يؤدي إلى نضج عنق الرحم وتقلصات الرحم. كما يزيد من حساسية عضل الرحم لبروستاغلاندين.
- ميزوبروستول هو نظير بروستاغلاندين الذي يسبب تقلصات الرحم وتلين عنق الرحم (نضج عنق الرحم) للسماح بمرور الحمل.
- يوصى باستخدام نظام مختلط من ميفبريستون وميزوبروستول للإجهاض الدوائي؛ في حالة عدم توفر ميفبريستون، يمكن استخدام نظام ميزوبروستول فقط.
- يُعتبر النظام العلاجي المختلط من ميفبريستون وميزوبروستول فعالاً وأماناً وتزيد معدلات نجاحه عن 95 في المائة، فيما تبلغ معدلات استمرار الحمل أقل من 2 في المائة، ومعدلات حدوث المضاعفات أقل من 1 في المائة حتى 10 أسابيع من الحمل. بين 10 أسابيع و 13 أسبوعاً من عمر الحمل، يزيد معدل نجاح جمع ميفبريستون مع ميزوبروستول عن 95 في المائة، فيما يبلغ معدل استمرار الحمل حوالي 2 في المائة ومعدل حدوث المضاعفات 3 في المائة.
- تنخفض معدلات نجاح نظام ميزوبروستول فقط بنحو 80 إلى 85٪، فيما تبلغ معدلات استمرار الحمل من 3 إلى 10٪ ومعدلات المضاعفات من 1 إلى 4٪ حتى 13 أسبوعاً من الحمل.

المصدر: Ipas [6].

ويجب أن يعترف مقدمو الرعاية الصحية بالإجهاض المدار ذاتيًا كنهج سليم وأن يكونوا مستعدين للقيام بدور داعم وتمكيني، من خلال العمل على ثلاثة عناصر لدعم الرعاية الذاتية للإجهاض:

1. **تقديم معلومات دقيقة وميسرة** عن الإجهاض، وخصوصًا الإجهاض الدوائي، بما في ذلك ما يمكن توقعه، والجرعة، والآثار الجانبية، وعلامات حدوث المضاعفات. ويمكن توفير المعلومات من خلال استراتيجيات متعددة بما في ذلك الخطوط الساخنة أو الأقران أو المواقع الإلكترونية أو الإحالة إلى مصادر أخرى موثوقة للحصول على المعلومات والدعم.

[†] تتوافر بيانات محدودة بين 10 و 11 أسبوعاً فيما لا توجد بيانات مقارنة بخصوص الاستخدام المنزلي للميزوبروستول في إطار النظام المختلط بعد مرور 11 أسبوعاً على الحمل [6].

وبغض النظر عن عمر الحمل أو النظام المستخدم (المختلط أو ميزوبروستول فقط)، يمكن التفكير في إمكانية أخذ جرعات متكررة من ميزوبروستول. تنجح معظم عمليات الإجهاض الدوائي حتى 10 أسابيع كحد أقصى بجرعة واحدة فقط من الميزوبروستول. بينما تتطلب عمليات الإجهاض بين 10 و 13 أسبوعًا جرعتين؛ أما فوق الـ 13 أسبوعًا، فقد تحتاج عمليات الإجهاض الدوائي 3 إلى 5 جرعات. ولم تحدّد منظمة الصحة العالمية في توجيهاتها لرعاية الإجهاض أقصى عدد من جرعات الميزوبروستول ولكنها تدعو مقدمي الرعاية الصحية إلى توخي الحذر وتقييم الوضع السريري قبل اتخاذ هذا القرار [1]. ووفقًا لتوصيات منظمة الصحة العالمية: "ينبغي أن يتوخى مقدمو الرعاية الصحية الحذر وحسن تقدير الوضع السريري لتحديد أقصى عدد من جرعات الميزوبروستول للحوامل مع وجود شق سابق في الرحم. تمزق الرحم من المضاعفات النادرة: يجب مراعاة الحكم السريري واستعداد النظام الصحي للإدارة الطارئة لتمزق الرحم في حالة تأخر عمر الحمل" [1].

تأكد من أن المستفيدة تستطيع الحصول على مسكّنات الألم، والفوط الصحية، والمراحيض الخاصة أثناء انتظار طرد الحمل بعد الإجهاض الدوائي، سواء في مرفق الرعاية الصحية أو في المنزل.

2. الوصول إلى حبوب الإجهاض الدوائي عالية الجودة.

يمكن دعم النساء اللاتي يخترن إدارة الإجهاض بأنفسهن للوصول إلى حبوب الإجهاض الدوائي عالية الجودة، على سبيل المثال من خلال توفير الوصفات الطبية الرقمية، والشراكة مع الصيدلة، وإرسال الحبوب بالبريد أو قيام العاملين الصحيين المجتمعيين بصرفها.

3. تقديم الرعاية الداعمة أثناء عملية الرعاية الذاتية.

ينبغي أن يتأكد مقدمو الرعاية الصحية من الاستعداد لتلبية احتياجات المرأة في أي مرحلة من مراحل عملية إجهاضها. وهذا يشمل، على سبيل المثال، تقديم مشورة الإجهاض عند طلبها وتجهيز شبكات إحالة في حالة الشك أو لمعالجة المضاعفات، أو الرعاية بعد الإجهاض، أو أنواع الرعاية الأخرى ذات الصلة، حسب الحاجة.

2.2.3 معلومات إضافية لرعاية المستفيدات من الإجهاض الدوائي

المضادات الحيوية الوقائية الروتينيه ليست مطلوبة للإجهاض الدوائي في أي عمر للحمل إذا لم يتم التعامل بأجهزة أو أدوات مع عنق الرحم أو الرحم أو لم يتم إزالة المشيمة يدويًا في عمليات الإجهاض الدوائي في الثلث الثاني.

وبالنسبة إلى الإجهاض الدوائي والإجهاض الجراحي قبل مرور 12 أسبوعًا، توصي منظمة الصحة العالمية بعدم إعطاء غلوبولين مناعي مضاد D للوقاية من التمنيع الإيسوي-الراهنائي لدى المستفيدات ذات العامل الريصي السلبي [1]. وفي حالة مرور أكثر من 12 أسبوعًا، ينبغي إعطاء غلوبولين مناعي مضاد D عن طريق الحقن في العضلة الدالية لجميع المستفيدات ذات العامل الريصي السالب عند الإجهاض الجراحي أو في غضون 72 ساعة بعد الإجهاض الدوائي؛ ومع ذلك، ينبغي عدم رفض أو تأخير رعاية الإجهاض إذا لم يكن ذلك ممكنًا (أنظر القسم 3.3 للحصول على معلومات عن الإجهاض الجراحي).

الجدول 3: الإدارة الطبية للإجهاض: البروتوكولات الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية

التوصيات	البروتوكول المختلط (الموصى به) ميفيبريستون << يوم إلى يومين >> ميزوبروستول	- ميزوبروستول فقط (بدل)
	ميفيبريستون	ميزوبروستول ¹
الإجهاض المحرض في فترة أقل من 12 أسبوعاً	200 ملغ فمويًا مرة واحدة	800 ميكروغرام في باطن الخد (B) أو في المهبل (PV) أو تحت اللسان (SL) ² 3 ساعات ³
الإجهاض المحرض في الأسبوع الـ 12 أو بعده	200 ملغ فمويًا مرة واحدة	400 ميكروغرام في باطن الخد (B) أو في المهبل (PV) أو تحت اللسان (SL) كل 3 ساعات ^{5,4}
وفاة الجنين داخل الرحم في الأسبوع الـ 14 أو بعده حتى 28 أسبوعاً	200 ملغ فمويًا مرة واحدة	400 ميكروغرام في المهبل (PV) أو تحت اللسان (SL) كل 4 إلى 6 ساعات ^{5,4}

المختصرات: B، باطن الخد (بين اللثة وداخل الخد)؛ PO، عن طريق الفم؛ PV، في المهبل؛ SL، تحت اللسان.

المصدر: منظمة الصحة العالمية [1] Ipas [6].

¹ إذا كان حجم الرحم 22 أسبوعاً وكان للمستفيدة تاريخ لولادة فيصيرة سابقة أو من 13 إلى 22 أسبوعاً وأكثر من ولادة فيصيرة سابقة، ففكر في تقليل جرعة الميزوبروستول مع أو بدون زيادة الفترة الفاصلة بين الجرعات.

² إذا لم يبدأ النزف في غضون 24 ساعة، أو إذا لم يتضح إذا كان الإجهاض قد نجح، فيمكن إعطاء المستفيدة أربع حبات أخرى من الميزوبروستول، لتناولها بنفس طريقة الجرعة الأولية (على سبيل المثال، في باطن الخد، أو تحت اللسان، أو عن طريق المهبل). ومن الشائع أن تحتاج المستفيدات إلى جرعتين من الميزوبروستول لحالات الحمل التي يتراوح عمرها بين 10 إلى 13 أسبوعاً. إذا لم يبدأ النزف في غضون 24 ساعة من جرعة الميزوبروستول الثانية، ففكر في احتمال الحمل خارج الرحم وقم بتقييمه (أنظر الفصل 9: صحة الأم، القسم 1.3.4) أو فشل الحمل.

³ في حين قد تحتاج بعض المستفيدات إلى جرعات ميزوبروستول إضافية لإتمام عملية الإجهاض. إذا لم يبدأ النزف في غضون 24 ساعة من جرعة ميزوبروستول الثالثة، أو إذا لم يتضح نجاح عملية الإجهاض، ففكر في احتمال الحمل خارج الرحم وقم بتقييمه (أنظر الفصل 9: صحة الأم، القسم 3.4) أو فشل الحمل.

⁴ أنظر المعلومات المتعلقة بتكرار جرعات ميزوبروستول أعلاه.

⁵ إذا كانت حالة المستفيدة مستقرة، ينبغي أن يسمح مقدمو الخدمة بما لا يقل عن 4 ساعات بعد طرد الجنين لمرور المشيمة.

3.3 الإجهاض الجراحي

1.3.3 المضادات الحيوية الوقائية

لتقليل مخاطر العدوى بعد الإجراء، يوصى بضرورة البدء بالمضادات الحيوية الوقائية قبل الجراحة أو عند اقتراب وقت الجراحة، سواء طلبت المستفيدة فحص إصابتها بالعدوى المنقولة جنسياً (STI) أو لم تطلب. ينبغي أن تبذل المرافق الصحية التي تقدم الإجهاض الجراحي جهوداً لتأمين إمدادات كافية من المضادات الحيوية. ومع ذلك، إذا لم تكن المضادات الحيوية متوفرة، يمكن مواصلة إجراء الإجهاض.

2.3.3 تجهيز عنق الرحم

يقلل التجهيز الكافي لعنق الرحم من الإصابة بالأمراض المرتبطة بالإجهاض الجراحي بعد الأسبوع الـ 13، بما في ذلك خطورة إصابة عنق الرحم وانثقاب الرحم وعدم اكتمال الإجهاض. لذلك، يوصى بتجهيز عنق الرحم قبل الإجهاض الجراحي لجميع المستفيدات اللاتي تجاوزن عمر حملهن 12 أسبوعاً ويمكن وضعه في الاعتبار في ظروف معينة لحالات الحمل المبكر (أنظر الخانة 1). يمكن استخدام المواد الدوائية والموسعات التناضحية لتجهيز عنق الرحم (الجدول 4 - الصفحة التالية).

الجدول 4: تجهيز عنق الرحم للإجهاد الجراحي

أكثر من 14 أسبوعاً من عمر الحمل	حتى عمر 14 أسبوعاً من الحمل
ميزوبروستول 400 ميكروغرام يُعطى عن طريق المهبل قبل الإجراء بـ 3 ساعات. ميزوبروستول 400 ميكروغرام تحت اللسان قبل الإجراء بساعة إلى 3 ساعات ميفيبريستون 200 ملغ يؤخذ عن طريق الفم قبل الإجراء بـ 24 إلى 48 ساعة الموسّع التناضحي (مثل لاميناريا) يوضع داخل قناة عنق الرحم قبل الإجراء بـ 6 ساعات إلى 24 ساعة؛ إذا كان عمر الحمل أقل من 18 أسبوعاً، فسيكون الموسّع التناضحي فعالاً إذا وضع قبل الإجراء بـ 3 إلى 4 ساعات بالنسبة إلى الإجهاد الجراحي في الأسبوع الـ 19 من عمر الحمل أو أكثر: يوصى بإنضاج عنق الرحم باستخدام موسّع تناضحي بالإضافة إلى الأدوية (ميفيبريستون أو ميزوبروستول، أو مزيج من الاثنين معاً) ملاحظة: يؤدي استخدام ميزوبروستول إلى توسع أقل من الموسّعات التناضحية، ولكن ما يميّز هذا الإجراء أنه يتم في خلال يوم واحد لمعظم المستفيدات	ميزوبروستول 400 ميكروغرام يُعطى عن طريق المهبل أو باطن الخد قبل الإجراء بساعتين إلى 3 ساعات. ميزوبروستول 400 ميكروغرام تحت اللسان قبل الإجراء بـ 12 ساعة ميفيبريستون 200 ملغ يؤخذ عن طريق الفم قبل الإجراء بـ 24 إلى 48 ساعة ملاحظة: إعطاء ميزوبروستول عن طريق المهبل فعال في التوسيع بنفس القدر وأثارة الجانبية الجهازية أقل مقارنة بتعاطيه تحت اللسان ولكن يبدأ مفعوله بعد 3 ساعات

المصدر: منظمة الصحة العالمية [1] Ipas [6]. الكلية الملكية لأطباء النساء والتوليد [9].

وتُستخدم في عملية الشفط الكهربائي بالتخلية (EVA) مضخة كهربائية لإحداث فراغ ويمكنها أن تستوعب كانيولات يتراوح قطرها من 6 إلى 16 ملم، حسب عمر الحمل. بأنابيب قطرها أكبر أو مهايئ للكانيوالات الأكبر من 12 ملم.

وبالنسبة إلى حالات الحمل التي يتراوح عمرها بين 12 و 14 أسبوعاً، يمكن إجراء الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) إذا كان مقدم الخدمة بمستوى مناسب من الكفاءة ولديه المعدات المناسبة، بما في ذلك كانيولا بحجم مناسب.

لا يوصى بالكحت الحاد للرحم، بما في ذلك الكحت الروتيني "الفحصى"، لتفريغ الرحم ولا للتحقق من نجاح الشفط اليدوي بالتخلية (MVA)/الشفط الكهربائي بالتخلية (EVA) في عملية الإجهاد الجراحي في أي حالة حمل بعد أن ثبت بأنه لا يقلل معدلات الإجهاد غير المكتمل وقد يزيد من احتمالية حدوث مضاعفات.

يتضمن الملحق 2 ملخصاً لخطوات الشفط بالتخلية للحمل الذي لم يتجاوز عمره الـ 14 أسبوعاً.

ينبغي إعطاء مسكنات مثل إيبوبروفين و/أو مواد مخدرة، وكذلك مزيلات القلق عن طريق الفم، حسب الحاجة، قبل تحضير عنق الرحم بوقت قصير وتكرارها، حسب الحاجة، قبل الإجراء لزيادة فعاليتها. ويمكن أيضاً استخدام الإحصار حول العنق عند وضع الموسّعات التناضحية. لمزيد من المعلومات عن إدارة الألم، أنظر القسم 4.2.

3.3.3 الإجهاد الجراحي حتى عمر 14 أسبوعاً من الحمل: الشفط بالتخلية

الشفط بالتخلية هو الطريقة الجراحية الوحيدة الموصى بها لإجهاد حالات الحمل التي بلغ عمرها 14 أسبوعاً، وتزيد معدلات نجاح الإجهاد بها عن 98 في المائة [6].

يمكن استخدام الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) أو الشفط الكهربائي بالتخلية (EVA)، ولا يتطلب الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) مصدر طاقة، ويساعد المستفيدة على الشعور بالهدوء. وقد يكون الشفط الكهربائي بالتخلية (EVA) مناسباً للمواقع الكبيرة أكثر.

وتُستخدم في عملية الشفط اليدوي بالتخلية (MVA) شفافة يدوية لإحداث فراغ، وتُوصّل الشفافة بكانيولا يتراوح قطرها من 4 إلى 16 ملم ويمكن استخدامها في أماكن متعددة، بما في ذلك الأماكن التي لا توجد فيها كهرباء.

4. الرعاية بعد الإجهاض

4.3.3 الإجهاض الجراحي للحمل البالغ عمره 14 أسبوعاً وأكثر: التوسيع والتفريغ (D&E)

تشتمل عملية التوسيع والتفريغ على تحضير عنق الرحم (أنظر [القسم 2.3.3](#)) واستخدام ملقط الشفط وملقط غير حاد، حسب الحاجة، لإزالة أجزاء الجنين. يتضمن [الملحق 3](#) ملخصاً لخطوات إجراء عملية التوسيع والتفريغ.

عملية التوسيع والتفريغ هي الطريقة الجراحية الوحيدة الموصى بها للحمل الذي يتجاوز عمره الـ 14 أسبوعاً وهي آمنة وفعالة بشكل عام؛ ومع ذلك، ينبغي توافر مقدمي الخدمة المدربين والمهنيين والمعدات المتخصصة. ويمكن إجراء عملية التوسيع والتفريغ عادةً في العيادة الخارجية ولكن مستوى شعور المستفيدة بالألم في هذه العملية أكبر مقارنة بالتفريغ الجراحي لحالات الحمل التي لم يتجاوز عمرها الـ 14 أسبوعاً، ويتضمن [القسم 4.2](#) معلومات عن إدارة الألم.

عملية التوسيع والتفريغ هي الطريقة الجراحية الوحيدة الموصى بها للحمل الذي يتجاوز عمره الـ 14 أسبوعاً؛ ومع ذلك، هناك مرونة بين استخدام الشفط بالتخلية وإجراءات التوسيع والتفريغ للحمل الذي يتراوح عمره بين 12 و 16 أسبوعاً.

1.4 بروتوكول بعد الإجراء

- يجب أن يكون لكل مرفق صحي يوفّر الإجهاض الجراحي في الأسبوع الـ 14 أو بعده أو الإجهاض الدوائي بعد الأسبوع الـ 12 بروتوكول للخروج، بما في ذلك ما يلي:
- يقوم مقدم الخدمة الذي تم تقييمه كمختص بالتسجيل الإلزامي للعلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، حجم الدم المهبلي المفقود).
- متابعة المستفيدة في المرفق الصحي، ولا يسمح لها بمقدم الخدمة المختص بالخروج إلا إذا كانت حالتها مستقرة سريريًا. عادة بعد انتهاء الإجراء بمدة تتراوح من 20 دقيقة إلى ساعة واحدة.
- متابعة إصابة المستفيدة بالحمى. يجب أن يدرك مقدمو الرعاية الصحية أن الميزوبروستول قد يتسبب أيضًا بارتفاع درجة حرارة الجسم وأعراض الإصابة بالحمى مثل القشعريرة. إذا استمرت الحمى لأكثر من بضع ساعات من آخر جرعة ميزوبروستول، فينبغي الاشتباه في سبب آخر للحمى.
- يتم تقييم الشعور بالألم والتسكين بعد العملية بانتظام حسب المدة المطلوبة.

2.4 المتابعة

- بعد الإجهاض الجراحي غير المصحوب بمضاعفات، لا تُعتبر المتابعة الروتينية ضرورية. ومع ذلك، ينبغي إبلاغ المستفيدات اللاتي يخضعن للإجهاض بأنهن يستطعن التواصل مع مقدم الرعاية الصحية إذا كانت لديهن أي أسئلة أو مخاوف بعد مغادرة المرفق. ينبغي تقديم معلومات بشكل شفهي ومكتوب عن كيفية الاتصال بالمرفق، والعلامات التحذيرية التي يجب التنبيه لها ([الخانة 3 – الصفحة التالية](#))، وخدمة الرعاية الأخرى المتاحة بعد الإجهاض. إذا كان ذلك ممكنًا.
- ينبغي إبلاغ المستفيدة بالعلامات والأعراض العادية التي تظهر بعد الإجهاض. من المتوقع حدوث نزيف مهلي ومغص في الرحم مشابه لمغص الدورة الشهرية لمدة تصل إلى أسبوعين بعد الإجهاض الجراحي وحتى 4 أسابيع بعد الإجهاض الدوائي. ضمن الحدود الطبيعية، وإدارة هذه العلامات والأعراض، ينبغي تزويد المستفيدة بمسكنات للألم.
- وإذا لم تبدأ المستفيدة استخدام وسيلة لمنع الحمل بعد الإجهاض في يوم إجراء الإجهاض، ينبغي أن يناقش معها مقدمو الرعاية الصحية وسائل منع الحمل بعد الإجهاض في وقت المتابعة وتزويدها

5.3.3 تأكيد اكتمال الإجراء

الإجهاض الجراحي للحمل في أي عمر لا يكتمل إلا بفحص نواتج الحمل:

- إذا لم يظهر كيس الحمل أو الخمل المشيمي بعد التفريغ، ينبغي مراعاة احتمال الحمل خارج الرحم (أنظر [الفصل 9: صحة الأم، القسم 1.3.4](#)).
- وإذا لوحظت أنسجة الجنين، ولكن لم يتم إستيفاء معايير تقدير عمر الحمل، ينبغي إجراء إعادة الشفط أو المتابعة بفحص الموجات فوق الصوتية لاستبعاد احتمال عدم اكتمال الإجراء.

2.2.4 المتابعة العاجلة

في حالة الاشتباه بعد الإجراء في حدوث حمل خارج الرحم (أنظر الخانة 3 للإطلاع على العلامات التحذيرية). قِيمُ المستفيدة بإجراء فحص للحوض و/أو الفحص بالموجات فوق الصوتية و/أو اختبار موجهة الغدد التناسلية المشيمية البشرية (hCG) لتحديد حجم الرحم، وألم في الملحقات، و/أو تكتل الملحقات. أنظر الفصل 9: صحة الأم، القسم 1.3.4 لمزيد من المعلومات عن تشخيص الحمل خارج الرحم وإدارته.

في حالة الاشتباه في حدوث ثقب في الرحم و/أو تلف في الأحشاء، يلزم إجراء فحص سريع وعلاج. أنظر القسم 3.4: إدارة المضاعفات.

3.4 إدارة المضاعفات

إذا ظهرت على المستفيدة علامات أو أعراض المضاعفات التي تعقب الإجهاض، ينبغي أخذ التاريخ السريري الروتيني وإجراء فحص (أنظر القسم 1.2 والفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/ تاريخ المستفيدة). وينبغي أن يكون ذلك شاملاً وفعالاً قدر الإمكان حسب حالة المستفيدة والضرورة.

1.3.4 الإجهاض غير المكتمل (مع أو بدون الإصابة بعدوى)

ينبغي الاشتباه في عدم اكتمال الإجهاض إذا أُصِبت المستفيدة بالآتي:

- نزيف شديد
- ألم

- علامات الإصابة بالعدوى (أنظر أدناه)

عند الاشتباه في عدم اكتمال الإجهاض، يحتاج مقدم الرعاية الصحية إلى تحديد حجم الرحم، ومقدار فقد الدم، والتأكد من وجود العدوى أو عدم وجودها.

وإذا ظهرت على المستفيدة علامات الصدمة أو النزيف الشديد أو العدوى، فينبغي إجراء شفط/تفريغ الرحم أو الإحالة العاجلة. إذا كانت حالة المستفيدة مستقرة سريريًا ولا توجد علامات للعدوى، فيمكن تفريغ الرحم جراحيًا باستخدام الشفط أو دوائيًا باستخدام ميزوبروستول (أنظر الجدول 5 والجدول 3).

الخانة 3: علامات تحذيرية تدل على حدوث مضاعفات في فترة ما بعد الإجهاض مباشرة - أطلب العناية الطبية!

- مضاعفات النزيف (بما في ذلك الإجهاض غير المكتمل): نزيف لفترة طويلة أو شديد (إمتلاء فوطتين كبيرتين في غضون ساعة لمدة ساعتين متتاليتين).
- المضاعفات المعدية: أي حمى بعد إجهاض جراحي أو حمى تستمر لأكثر من 24 ساعة بعد إعطاء ميزوبروستول: آلام شديدة في البطن لا تخفها مسكنات الألم.
- الحمل خارج الرحم: إستمرار ظهور علامات وأعراض الحمل بعد الإجهاض و/أو عدم حدوث نزيف بعد الإجهاض الدوائي: آلام شديدة في البطن لا تخفها مسكنات الألم.
- المضاعفات الرضحية (مثل انثقاب الرحم مع/بدون إصابة الأمعاء): ألم شديد في البطن بعد الإجهاض الجراحي. لا تخفها مسكنات الألم.
- مضاعفات غير محددة: شعور بتوسع بشكل عام مع شعور بالضييق بعد مرور أكثر من 24 ساعة على تعاطي ميزوبروستول.

بوسيلة لمنع الحمل، إذا اختارت. يجب أن يتأكد مقدم الخدمة من أن المستفيدة على دراية بأن الخصوبة قد تعود إليها مبكرًا بعد 8 أيام من الإجهاض (أنظر القسم 5: منع الحمل بعد الإجهاض).

1.2.4 المتابعة الروتينية

لا حاجة للمتابعة الروتينية للمستفيدات اللاتي خضعن لإجهاض دوائي أو جراحي غير مصحوب بمضاعفات.

وبالنسبة إلى المستفيدات اللاتي يستخدمن نظام إجهاض دوائي (ميفبريستون بالإضافة إلى ميزوبروستول، أو ميزوبروستول وحده) في المنزل قبل بلوغ عمر الحمل 12 أسبوعًا، فلا ضرورة لإجراء زيارة متابعة شخصية لتقييم نجاح الإجهاض في حال زوال علامات/ أعراض الحمل السريرية وغياب علامات تحذيرية. ومع ذلك، يمكن أن يُعرض على المستفيدات خيار المتابعة عبر الهاتف في غضون 7 أيام إلى 14 يومًا للإجابة على أي أسئلة، وتكرار التعليمات، وتأكيدهم وجود مضاعفات.

تتيح زيارة المتابعة فرصة جيدة لمناقشة وسائل منع الحمل وتوفير الإمدادات الكافية عند الطلب. قد تحتاج المستفيدة أيضًا إلى إمكانية الوصول إلى رعاية صحية جنسية وإنجابية أخرى، مثل الرعاية في حالة الإصابة بعدوى منقولة جنسيًا (STI) أو فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، أو الدعم النفسي، أو تقديم المشورة والدعم بشأن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

الجدول 5: ملخص إدارة الإجهاض غير المكتمل (بوجود/بغياب العدوى)

التقييم السريري	حجم الرحم	الإجراء	ملاحظة
عدم الاشتباه في وجود عدوى	حجم الرحم 14 أسبوعاً أو أقل	الخيار 1: تفريغ الرحم باستخدام الشفط بالتخلية: ينبغي إعطاء العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية قبل التفريغ الجراحي: 200 ملغ دوكسيسيسكلين أو 500 ملغ أزيثروميسين في غضون ساعتين قبل الإجراء	ينبغي عدم تأخير الإجراء حتى لو كانت المضادات الحيوية غير متوفرة
	حجم الرحم أكبر من 14 أسبوعاً	الخيار 2: جرعة واحدة ميزوبروستول 800 ميكروغرام عن طريق المهبل (في حالة عدم وجود نزيف مهبل ملحوظ). أو 600 ميكروغرام عن طريق الفم. أو 400 ميكروغرام تحت اللسان	إذا كان حجم الرحم 22 أسبوعاً وكان للمستفيدة تاريخ لولادة قيصرية سابقة أو من 14 إلى 22 أسبوعاً وأكثر من ولادة قيصرية سابقة، يوضع في الاعتبار تقليل جرعة ميزوبروستول مع أو بدون زيادة الفترة الفاصلة بين الجرعات.
في حالة وجود العدوى	بغض النظر عن حجم الرحم، يجب التفريغ في أسرع وقت ممكن	الخيار 1: تفريغ الرحم باستخدام الشفط بالتخلية وملقط غير حاد إذا لزم الأمر؛ العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية على النحو الوارد أعلاه الخيار 2: إذا كانت حالة المستفيدة مستقرة، يمكن استخدام ميزوبروستول: 14 إلى 28 أسبوعاً: ميزوبروستول 400 ميكروغرام في باطن الخد أو تحت اللسان أو، في حالة عدم وجود نزيف مهبل، عن طريق المهبل كل 3 ساعات حتى حدوث الطرد. أكثر من 28 أسبوعاً: 25 ميكروغرام عن طريق المهبل كل 6 ساعات أو 25 ميكروغرام عن طريق الفم كل ساعتين	في حالة عدم توفر المهارات اللازمة للتفريغ الجراحي العاجل للرحم، يمكن استخدام ميزوبروستول أثناء الإعداد لعملية النقل: • 14 إلى 28 أسبوعاً: ميزوبروستول 400 ميكروغرام في باطن الخد أو تحت اللسان أو، في حالة عدم وجود نزيف مهبل، عن طريق المهبل كل 3 ساعات حتى حدوث الطرد. • أكثر من 28 أسبوعاً: 25 ميكروغرام عن طريق المهبل كل 6 ساعات أو 25 ميكروغرام عن طريق الفم كل ساعتين

المصدر: Ipas [6]. الكلية الملكية لأطباء النساء والتوليد [9].

في حالة الإشتباه في احتباس نواتج الحمل، ينبغي النظر في تفريغ الرحم.

وفي حالة عدم استقرار الحالة أو حاجة المستفيدة إلى رعاية مركزة، ينبغي اتخاذ الترتيبات اللازمة لنقلها.

2.3.3.4 إنتقاب الرحم

لا يمكن كشف معظم حالات الإنتقاب وهي تزول تلقائيًا بدون تدخل. ولكن، ينبغي الإشتباه في إنتقاب الرحم أثناء الإجهاض الجراحي إذا تجاوزت الكاينولا الحدود المتوقعة للرحم (بناءً على الفحص اليدوي أو الموجات فوق الصوتية). أو إذا تمت إزالة الدهون أو الأمعاء عن الرحم.

إذا كان تنظير البطن متاحًا، فهو الطريقة المفضلة لمزيد من التنقسي. في حالة عدم توفر تنظير البطن، أو الإشتباه في حدوث تلف للأعضاء أو الأوعية الدموية، ينبغي إجراء فتح البطن الاستكشافي. ينبغي أن ينظر مقدم الرعاية الصحية في إمكانية النقل المبكر والإنعاش إذا كان الإجراء الجراحي غير ممكن في المرفق الصحي.

3.3.3.4 تلف الأمعاء

قد يؤدي التأخر في تشخيص إنتقاب الأمعاء إلى التهاب الصفاق والوفاة. يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية من جميع الكوادر قادرين على مراقبة العلامات الحيوية وحالة المستفيدة بعد الإجراء.

تشمل العلامات التحذيرية السريرية وأعراض إنتقاب الأمعاء في فترة ما بعد الجراحة الآتي:

- ألم في البطن أو ألم في الكتف (علامة على وجود سائل أو دم في البطن بسبب تهيج الحجاب الحاجز)
- عدم القدرة على تحمل السوائل الفموية والغنيان والقيء
- إنتفاخ البطن مع انخفاض أصوات الأمعاء والألم الإرتدادي
- الحمى والضيق
- ارتفاع معدل النبض مع انخفاض ضغط الدم

تظهر إصابة الأمعاء في الغالب بعد 12 إلى 36 ساعة من الإجهاض الجراحي المعروف (أو إجهاض غير آمن مشتبه به)، مع أنه قد لا يظهر إلا بعد 5 إلى 7 أيام. ينبغي أن تكون المرافق الصحية والموظفون على دراية ببروتوكولات النقل عند الإشتباه في إنتقاب الأمعاء. ينبغي منع المستفيدة من تناول أي شيء عن طريق الفم عند الإشتباه في إصابة الأمعاء. يمكن تأكيد الشك السريري بالأشعة السينية (هواء حر داخل البطن)، وفي هذه الحالة يُنصح بفتح البطن للعلاج.

ينبغي الإشتباه في حدوث مضاعفات الإجهاض غير الآمن في حالة وجود دليل على:

- وجود إصابة أو تمزقات في المهبل أو عنق الرحم
- وجود مواد غريبة في المهبل أو عنق الرحم
- وجود عدوى جهازية ونزيف مهبلي لمستفيدة سبق لها الحمل

2.3.4 العدوى

ينبغي الإشتباه في العدوى في الحالات الآتية:

- درجة حرارة المستفيدة 37.5 درجة مئوية أو أكثر، أو أقل من 35.5 درجة مئوية
- يوجد إيلام موضعي أو عام في البطن، وتحتج، وإيلام إرتدادي
- وجود رائحة كريهة أو صديد في فتحة عنق الرحم أو إفرازات مهبلية
- وجود وجع في الرحم عند الجس أو الفحص اليدوي

ينبغي معالجة العدوى على الفور باستخدام أنظمة مضادات حيوية قائمة على الأدلة؛ ينبغي إجراء تقييم لتحديد مدى ضرورة تفريغ الرحم في حالة احتباس نواتج الحمل (أنظر الجدول 5).

3.3.4 المضاعفات الشديدة

في حين أن الإصابة بالعدوى والإجهاض غير المكتمل هما أكثر المضاعفات شيوعًا بعد حدوث الإجهاض، ينبغي أن يتمكّن مقدمو الرعاية الصحية من معرفة المضاعفات النادرة (أقل من 1 في المائة) التي تهدّد الحياة والمبيّنة في الأقسام التالية وعلاجها أو الإحالة للتعامل معها. وتجدر الإشارة إلى أن هذه المضاعفات أكثر شيوعًا عند استخدام طرق إجهاض غير مأمونة.

1.3.3.4 الإنتان

من العلامات الدالة على الإنتان والتي تستدعي اتخاذ إجراءات طارئة:

- انخفاض ضغط الدم
- تسارع ضربات القلب
- زيادة معدل التنفس
- الألم الشديد

في حالة وجود هذه العلامات، ابدأ مجرّبين اثنتين في الوريد بالسوائل الوريدية (محلول ملحي عادي أو محلول لأكينات الصوديوم المركب) وابدأ المضادات الحيوية واسعة المجال.

5. منع الحمل بعد الإجهاض

بشكل عام، يمكن البدء في جميع وسائل منع الحمل تقريبًا فور الانتهاء من الإجهاض الجراحي أو الدوائي.

وفي حالة عدم البدء على الفور، يمكن بدء الوسيلة في حالة وجود يقين بدرجة كافية بأن المستفيدة ليست حاملاً. تعتمد الحاجة إلى وسائل منع حمل إضافية ومدتها على وقت البدء في الوسيلة وآلية عمل وسيلة منع الحمل المختارة (أنظر الفصل 4: منع الحمل).

كما هو الحال عند البدء في أي وسيلة لمنع الحمل، ينبغي التحقق من أهلية المستفيدة الطبية للوسيلة (أنظر الفصل 4: منع الحمل والملحق 1 من هذا الفصل للحصول على جداول موجزة لمعايير الأهلية الطبية).

ينبغي أن يُعرض على المستفيدات اللاتي لا يخترن البدء فوراً في وسيلة منع الحمل أرقام الاتصال للمتابعة لمناقشة هذا الأمر لاحقاً ويجب تزويدهن بشكل روتيني بالوافيات الجنسية وحبوب منع الحمل الطارئ.

ويشير البدء الفوري في منع الحمل بعد الإجهاض الجراحي إلى نفس يوم الإجراء. ويشير البدء الفوري بعد الإجهاض الدوائي إلى اليوم الذي يتم فيه تناول الحبة الأولى في نظام الإجهاض الدوائي (ميفيبريستون للنظام المختلط أو الجرعة الأولى من ميزوبروستول لأنظمة استخدام ميزوبروستول فقط). وعند البدء الفوري في منع الحمل، لا حاجة إلى حماية إضافية أو الإمتناع عن ممارسة الجنس.

6. نهج تقليل الضرر

في الظروف التي يُسمح فيها بالإجهاض قانونياً، ينبغي تدريب مقدمي الخدمة وتجهيزهم لتقديم رعاية إجهاض آمنة وميسرة. ومع ذلك، في الأماكن التي يكون فيها الإجهاض مقيّداً بشدة قانونياً، يمكن تطبيق نهج تقليل الضرر بهدف تحسين رعاية المستفيدات اللاتي يعانين من حالات الحمل غير المرغوب.

ويعتمد نهج تقليل الضرر لمنع الإجهاض غير الآمن على ثلاثة مبادئ، وهي: **الحياة، والإنسانية، والجوانب العملية**. ويرتكز نهج تقليل الضرر على المبادئ الأخلاقية للعلاقة بين مقدم الخدمة والمستفيدة ويتيح نهجاً شاملاً لجميع النساء اللاتي يستطعن الحمل. بغض النظر عن الحالة الاجتماعية والاقتصادية أو المستويات التعليمية، مع الحفاظ على السرية.

ويمكن تطبيق هذه المبادئ على مستوى البلدان حتى لو كان الإجهاض مقيّداً أو غير قانوني لتوفير المعلومات والرعاية الداعمة وفقاً للقانون.

ويوفر نموذج تقليل الضرر أقصى درجة يسمح بها القانون من الرعاية المتعلقة بالإجهاض. أي، إذا كانت المستفيدة التي تطلب الإجهاض مؤهلة للإجهاض القانوني، فيتم توفيره، أو يتم إحالة المستفيدة إلى الرعاية ذات الصلة (بشرط قبولها بذلك وباختيارها). وإذا كانت المستفيدة غير مؤهلة لإجراء إجهاض قانوني، يتم تزويدها بالمعلومات والنصائح لتقليل الضرر المحتمل الذي قد تلحقه بنفسها، في حالة قيامها بجهود للتخلص من الحمل.

ويقرر نهج تقليل الضرر بأن كل عملية إجهاض لها ثلاث مراحل، ويتم توفير الرعاية وفقاً لذلك:

1. مرحلة ما ("قبل") الإجهاض: يتم تقديم النصيحة والمشورة قبل الإجهاض، بما فيها المشورة بشأن خيارات الحمل ومعلومات عن أكثر طرق الإجهاض أماناً (أي استخدام الميزوبروستول).
2. مرحلة ("أثناء") الإجهاض: تدير النساء عملية الإجهاض بأنفسهن خارج العيادة.

أ. وتعتمد المهام التي يمكن القيام بها لدعم المرأة في هذه المرحلة، خاصة لمنع الإجراءات الأقل أماناً، على القوانين المحلية والتقييم القانوني.

3. مرحلة ما ("بعد") الإجهاض: توفير الرعاية بعد الإجهاض، وتقديمها عبر الهاتف/عن بعد أو مشورة المتابعة الشخصية. وتتم إدارة المضاعفات، إن وجدت، وتوفير الرعاية الصحية لمنع حالات الحمل غير المرغوب في المستقبل ومعالجة مخاوف الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى.



1.7 الموارد

المراجع

- [1] منظمة الصحة العالمية. Abortion Care Guideline. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2022. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. تم الوصول بتاريخ 1 أبريل 2022.
- [2] Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33.
- [3] The World's [موقع الويب] Center for Reproductive Rights. Abortion Laws. متاح على: <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>. تم الوصول بتاريخ 17 يونيو 2020.
- [4] Reynolds-Wright JJ, Johnstone A, McCabe K, Evans E, Cameron S. Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021;47(4):246–251.
- [5] Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):729–37.
- [6] Ipas. Clinical Updates in Reproductive Health. Castleman L Ipas. and Kapp N (editors). Chapel Hill, NC: Ipas; 2020. متاح على: <https://www.ipas.org/resources/clinical-updates-in-reproductive-health>. تم الوصول بتاريخ 17 يونيو 2020.
- [7] Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman AB. Pain control in first-trimester surgical abortion: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*. 2010;81(5):372–388.
- [8] International Federation of Gynecology and Obstetrics. Consensus statement on uterine evacuation. يوليو 2011. متاح على: <https://www.figo.org/news/figo-consensus-statement-uterine-evacuation#:~:text=Recommendation%20Evacuate%20the%20uterus%20with,dilatation%20and%20curettage%20or%20D%26C>. تم الوصول بتاريخ 21 أبريل 2022.
- [9] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in abortion care. لندن: RCOG; 2022. متاح على: <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>. تم الوصول بتاريخ 23 يونيو 2022.
- Erdman J. Access to Information on Safe Abortion: A Harm Reduction and Human Rights Approach. *Harvard Journal of Law & Gender*, 2011;34:413–462. متاح على: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1884387. تم الوصول بتاريخ 17 يونيو 2020.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Contraception after Pregnancy. لندن: الكلية الملكية لأطباء النساء والتوليد: 2017. متاح على: <https://www.fsrh.org/news/new-fsrh-guideline--contraception-after-pregnancy/>. تم الوصول بتاريخ 24 نوفمبر 2017.
- Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reprod Health Matters*. 2008;16(31 Suppl):162–72.
- Guttmacher Institute [موقع الويب]. Unintended pregnancy and abortion worldwide. Fact sheet. مارس 2022. متاح على: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>. تم الوصول بتاريخ 7 أبريل 2022.
- Hyman A, Blanchard K, Coeytaux F, Grossman D, Teixeira A. Misoprostol in women's hands: a harm reduction strategy for unsafe abortion. *Contraception*. 2013;87(2):128–130.
- Ipas. Safe abortion care (SAC) toolkit. Chapel Hill, NC: Ipas; 2010.
- Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: from a university hospital to the entire country. *Int J Gynecol Obstet*. 2016;134 (Suppl 1):S7–S11.
- Morris J, Winikoff B, Dabash R, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynecol Obstet*. 2017;138(3):363–366.
- Meirik O, My Huong NT, Piaggio G, et al. Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentre randomised trial. *Lancet*. 2012;379(9828):1817–1824.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. لندن: الكلية الملكية لأطباء النساء والتوليد: 2011. متاح على: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/>. تم الوصول بتاريخ 13 سبتمبر 2017.



Sedgh G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016;388(10041):258–67.

الأمم المتحدة. برنامج العمل المعتمد في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، 5-13 سبتمبر 1994. طبعة الذكرى العشرين. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 2014. متاح على: <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>. تم الوصول بتاريخ 18 أكتوبر 2019.

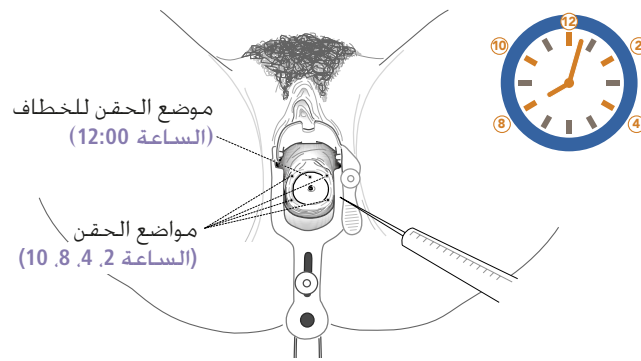
USAID Postabortion Care Working Group. Postabortion Care Global Resources: A Guide for Program Design, Implementation, and Evaluation. واشنطن العاصمة: الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)؛ 2007. متاح على: <http://www.postabortioncare.org/content/download-pac-global-resources-guide>. تم الوصول بتاريخ 22 يونيو 2020.

Wen J, Cai QY, Deng F, Li YP. Manual versus electric vacuum aspiration for first-trimester abortion: a systematic review. *BJOG*. 2008;115(1):5–13.

الملاحق

الملحق 1: كيفية إدارة الإحصار حول عنق الرحم

تقنية الإحصار حول عنق الرحم



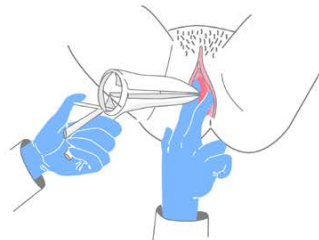
- 1 قم بتحضير سرنجة ليدوكاين باستخدام 20 مل من 1٪ ليدوكاين وإبرة 3 سم (1 بوصة).
- 2 ضع المنظار وقم بتجهيز عنق الرحم بمطهر.
- 3 أحقن 2 مل من ليدوكاين سطحياً في شفة عنق الرحم الأمامية حيث ستضع الخطاف (الساعة 12).
- 4 أمسك عنق الرحم بالخطاف في الساعة 12.
- 5 أحقن ليدوكاين المتبقي بمقادير متساوية في موضع اتصال عنق الرحم والمهبل في الساعة 2 و 4 و 8 و 10.
- 6 إبدأ الإجراء بدون تأخير.

نصائح عملية

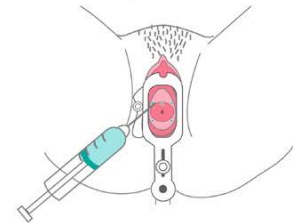
- لا تتجاوز جرعة ليدوكاين القصوى وهي 4.5 ملغ/كغم أو 200 ملغ إجمالاً.
- في حالة عدم توفر 1٪ ليدوكاين، يمكن استبدال 10 مل من 2٪: يمكن استخدام تقنية إحصار عنق الرحم في نقطتين (الحقن في الساعة 4 و 8).
- حقن ليدوكاين العميق (3 سم أو بوصة واحدة) أكثر فعالية من الحقن السطحي لتخفيف الآلام.
- تتم عملية الشفط قبل الحقن لتجنب الحقن داخل الأوعية.
- تشمل الآثار الجانبية المحتملة التي تظهر مع الحقن داخل الأوعية الوخز حول الفم أو الطنين أو المذاق المعدني أو الدوخة أو عدم انتظام/بطء النبض.
- يمتاز مقدمو الخدمة من المستوى المتوسط الذين تم تدريبهم على تقديم إحصار حول عنق الرحم بمستوى من الأمان والفعالية أسوة بمستوى الأطباء.
- نادراً ما تحدث تأثيرات ضارة خطيرة تتعلق بالإحصار حول عنق الرحم.

الملحق 2: كيفية إجراء الشفط بالتخلية

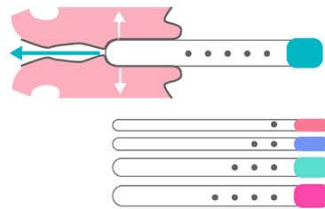
safe2choose

الإجهاض بواسطة الشفط
بالتخلية خطوة بخطوة

1 يبدأ الإجراء
باختبار الحوض أو المنظار.

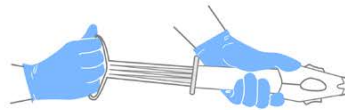


2 يتم حقن مخدر موضعي
بجانب عنق الرحم.

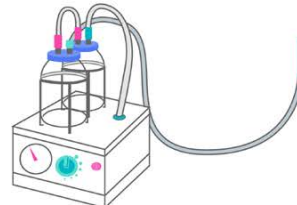


3 يقوم الطبيب بتوسيع عنق الرحم
بأدوات تسمى موسّعات عنق الرحم.
ويزداد مقاس هذه الموسّعات تدريجياً
حسب عدد أسابيع الحمل.

4 بمجرد الوصول إلى درجة التوسيع المطلوبة،
يقوم الطبيب بإجراء الشفط وإزالة الحمل.



أ) باستخدام جهاز مص صامت
محمول باليد لإجراء الشفط
اليدي بالتخلية (MVA).



أو
ب) بآلة كهربائية لإجراء الشفط
الكهربي بالتخلية (EVA).

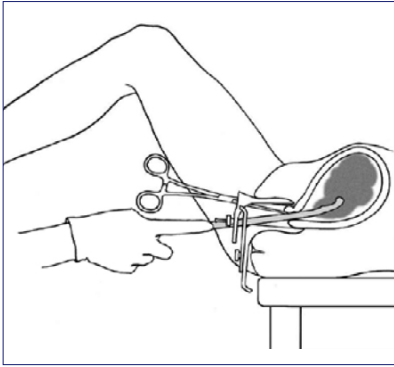


5 وبعد إزالة الحمل، قد يختار مقدم
الخدمة إجراء الموجات فوق الصوتية،
ثم تُترك المرأة للراحة.

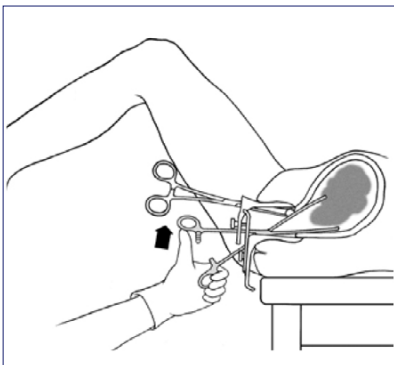
الملحق 3: كيفية إجراء التوسيع والتفريغ

الإجراء خطوة بخطوة

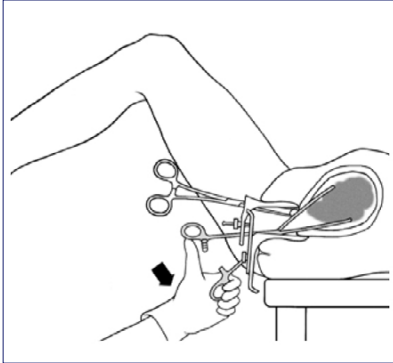
- قم بإجراء فحص السلامة والمعدات.
- أطلب من المرأة تفريغ مثانتها قبل دخول غرفة الإجراءات الطبية.
- إبدأ بمزيلات الألم في الوريد و/أو مضادات القلق. ينبغي بدء الأدوية التي تُعطى عن طريق الفم قبل الإجراء للقيام بعملية التوسيع والتفريغ في وقت وصولها لأقصى تأثير.
- قم بإجراء فحص يدوي للتحقق من حجم الرحم وموضعه وكذلك مدى كفاية اتساع عنق الرحم. قم بإزالة جميع الموسّعات التناضحية التي وضعناها من قبل ومراجعة عددها. في حالة عدم تحضير عنق الرحم بشكل جيد، فقم بإعطاء جرعة إضافية من ميزوبروستول و/أو ضع مجموعة أخرى من الموسّعات.
- ضع المنظار.
- نظّف عنق الرحم بمحلول مطهر، مثل بروفيدون يود (بيتادين).
- قم بعمل الإحصار حول عنق الرحم ووضع الخطاف.
- شد الخطاف لإنزال عنق الرحم إلى أسفل المهبل.
 - يمكن استخدام ملقط حلقي/فورستر/ماسك الاسفنج/النتش بدلاً من الخطاف للحمل المتأخر، إذا رغبت في ذلك.
- أعد التحقق من كفاية الاتساع بمحاولة تمرير أكبر موسّع بدون استخدام القوة.
- قم بتوسيع عنق الرحم ميكانيكياً، حسب الحاجة، لتحقيق المقدار المطلوب/اللازم.
 - ينبغي أن تصل الموسّعات إلى الفتحة الداخلية، دون التحرك إلى أعلى الرحم. لمس القاع بالموسّع مؤلم للمرأة ويزيد من خطورة الانثقاب.
- قم بإجراء شفط الرحم بأكبر كانيولا متاحة (12 إلى 16 ملم) واشفط السائل السلوي (أنظر الشكل 1). يمكن استخدام الشفط اليدوي أو الكهربائي بالتخلية.
 - قم بإجراء عملية المص كما يحدث في الإجهاض بالشفط في الثلث الأول. مع تدوير الكانيولا أثناء المص. في حالة استخدام الشفط اليدوي بالتخلية (MVA)، أفرغ الشفاطة إذا امتلأت وكرّر حسب الضرورة. إذا انتهت من عملية المص ولم يتبق شيء، أخرج الكانيولا من الرحم.
 - بالنسبة إلى حالات الحمل حتى 15 أسبوعاً، قد يكون من الممكن إكمال عملية الإجهاض باستخدام الشفط فقط.
- واصل شد الخطاف برفق لفرد قناة عنق الرحم، وقم بتمرير الملقط المغلق عبر عنق الرحم في اتجاه عمودي (ينبغي أن يفتح فك ملقط بيرار أو صوفر في اتجاه من أعلى إلى أسفل، وليس أفقياً) (أنظر الشكل 2).



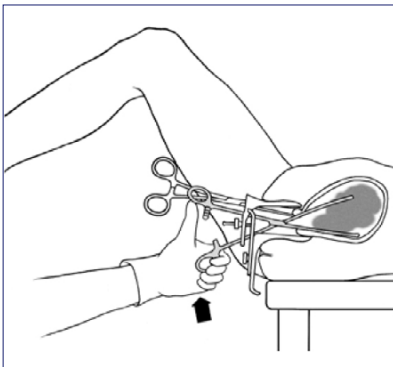
الشكل 1. شفط السائل السلوي.



الشكل 2. افتح الملقط.



الشكل 3. إسحب مقبض الملقط لأسفل حتى يكون القابضان في الجزء الأمامي السفلي من الرحم.



الشكل 4. قم بالتفريغ من الجزء السفلي من تجويف الرحم.

- بمجرد تمرير الملقط من خلال الفتحة الداخلية، إفتحه برفق لأوسع مدى ممكن. أثناء فتح الملقط، أسقط يدك والملقط في اتجاه الأرضية لعمل زاوية بفكي الملقط داخل الجزء الأمامي السفلي من الرحم (أنظر الشكل 3).
- عادةً ما يكون وضع الرحم الحامل في الثلث الثاني للأمام، باتجاه جدار البطن الأمامي.
- لتفريغ الأنسجة، أغلق الملقط حول أنسجة الجنين و قم بتدويره 90 درجة للمساعدة في جز المفصل قبل السحب.
- كن حذراً ولا تمسك عضل الرحم بالملقط.
- يجب إبقاء الملقط بين الجزء الأسفل من الرحم ومنتصفه، عادة لا ضرورة لاستخدام الملقط بالقرب من القاع، لأن هذا يزيد من خطر الإنثقاب (أنظر الشكل 4).
- كرر العملية حتى اكتمال إزالة الجنين وكذلك معظم المشيمة أو كلها.
- حاول إزالة الأنسجة مع كل تمريرة للملقط.
- إذا لم تتمكن من تحديد مكان وتحريك أجزاء الجنين في غضون 5 إلى 7 دقائق، فكّر في إمكانية استخدام الموجات فوق الصوتية لتصوير وتوجيه حركة الملقط.
- إذا تحرك النسيج صعوداً إلى قاع الرحم من الجزء السفلي من الرحم، إسحب عن طريق عملية المص الأنسجة لأسفل لتكون في متناول الملقط أو فكّر في إمكانية إزالة المنظار والخطاف وتدليك الرحم.
- إذا تم التوسيع بدرجة كافية تسمح بمرور جزء من يد مقدم الخدمة، فيمكن تعديل وضع الحمل داخلياً. في حالة إستحالة وصول الملقط إلى النسيج، قم بإعطاء ميزوبروستول 400 ميكروغرام (في باطن الخد) أو جرعة عالية من أوكسيتوسين (200 وحدة في 500 مل من محلول ملحي عادي أو رينغر لأكثبات بسرعة 50 مل/ساعة في الوريد). ينبغي إعادة محاولة إجراء التوسيع والتفريغ في خلال 30 دقيقة إلى 3 ساعات. ينبغي مراقبة المستفيدة في خلال هذا الوقت.
- عند إزالة جميع أنسجة الجنين، قم بإجراء الشفط بالمص للتأكد من عدم بقاء أي نسيج.
- إفحص أنسجة الجنين للتأكد من اكتمال التفريغ:
- حدّد أجزاء الجنين (الصدر، والعمود الفقري، والقبة، والأطراف الأربعة والمشيمة، 14 أسبوعاً أو أكثر لجميع الإجراءات).
- إذا لم يُتضح اكتمال عملية التفريغ، فيمكن استخدام الموجات فوق الصوتية أو الفحص الرقمي لتجويف الرحم للتأكد.

الفصل 6:

العدوى المنقولة جنسياً

195	1. مقدمة
195	1.1 أهم المصطلحات المتعلقة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs) ومدى انتشارها ونظرة عامة
197	2.1 موقف الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة IPPF من إدارة العدوى المنقولة جنسياً (STI)
197	3.1 أهم عوامل الكفاءة لمقدمي الرعاية الصحية
198	2. تقديم الرعاية الصحية الشاملة للمصابين والمصابات بالعدوى المنقولة جنسياً (STI)
199	1.2 الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI)
201	2.2 تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات من الرعاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI)
203	3.2 تقييم المستفيد(ة)
205	4.2 توفير علاج العدوى المنقولة جنسياً (STI)
206	5.2 إخطار الشريك(ة)
207	6.2 الإحالة
208	3. الإختبارات التشخيصية



210	4. العدوى المنقولة جنسياً (STIs) الشائعة والسمات السريرية والتشخيصات
210	1.4 العدوى البكتيرية المنقولة جنسياً (STIs) القابلة للعلاج
216	2.4 العدوى المنقولة جنسياً (STIs) الأولية القابلة للعلاج
217	3.4 عدوى الجهاز التناسلي داخلية المنشأ (غير المنقولة جنسياً)
218	4.4 العدوى الفيروسية المستمرة (بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري (HIV). أنظر الفصل 7)
222	5.4 العدوى المستجدة التي يُحتمل أن تنتقل جنسياً
223	5. إدارة المتلازمات
223	1.5 متلازمة إفرازات الإحليل
224	2.5 متلازمة مرض القرحة التناسلية
225	3.5 متلازمة الإفرازات المهبلية
227	4.5 ألم أسفل البطن
228	5.5 الإفرازات الشرجية
228	6.5 متلازمات أخرى شائعة
230	6. المراجع
231	1.6 الموارد
232	7. الملاحق
232	الملحق 1: قائمة بإرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن إدارة العدوى المنقولة جنسياً (STI)
233	الملحق 2: خيارات العلاج الموصى بها
243	الملحق 3: مخططات توضيحية لإدارة المتلازمات



1. مقدمة

تؤثر العدوى المنقولة جنسياً (STIs) تأثيراً شديداً على الصحة الإنجابية. ومع أن العديد من البكتيريا والفيروسات والطفيليات المختلفة يمكنها أن تنتقل جنسياً، فإن ثمانية منها تسبب أكبر معدل للإصابة بالمرض. ومنها أربعة قابلة للشفاء حالياً: الزهري، والسيلان، والكلاميديا، وداء المشعرات؛ أما الأخرى فهي عدوى فيروسية لا يمكن شفاؤها بعد: التهاب الكبد ب، وفيروس الهريس البسيط (HSV أو الهريس)، وفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV).

تؤثر العدوى المنقولة جنسياً (STIs) على الصحة الجنسية والإنجابية مباشرة من خلال الوصم والعقم والسرطان ومضاعفات الحمل. ويمكنها أن تزيد من خطورة إصابة الشخص بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، والهدف من هذا الفصل بيان بعض التفاصيل عن الوقاية من العدوى التي تنتشر في الغالب جنسياً وتشخيصها وعلاجها، بما في ذلك الجنس المهبلي والشرجي والعموي، وبالتالي التخفيف من العواقب الوخيمة للإصابة بالعدوى والمرض.

1.1 أهم المصطلحات المتعلقة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs) ومدى انتشارها ونظرة عامة

يستخدم المصطلحان "العدوى المنقولة جنسياً" و"الأمراض المنقولة جنسياً" (STDs) بالتبادل في كثير من الأحيان. مع أنها يشيران إلى حالتين مختلفتين. وذلك لأن الإصابة "بالعدوى" قد تؤدي أو لا تؤدي إلى "أمراض" أو مضاعفات مرضية أو عواقب. وبين استخدام مصطلح العدوى المنقولة جنسياً (STIs) بدلاً من مصطلح الأمراض المنقولة جنسياً (STDs) أن العدوى قد تكون موجودة وقابلة للانتقال بدون (أو قبل) أن تسبب مظاهر سريرية. وفي كثير من الأحيان، تكون العدوى المنقولة جنسياً (STIs) بدون أعراض (مثل الكلاميديا، والسيلان، وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV))، وبعضها لا يؤثر على الأعضاء التناسلية أو الجهاز التناسلي مباشرة (مثل فيروس العوز المناعي البشري (HIV) و التهاب الكبد ب و التهاب الكبد ج).

يُعتبر مصطلح "عدوى الجهاز التناسلي" (RTIs) شاملاً لجميع أنواع عدوى الجهاز التناسلي. ولا تؤثر كل أنواع العدوى المنقولة جنسياً (STIs) على الجهاز التناسلي وليس كل أنواع عدوى الجهاز التناسلي (RTIs) تنتقل جنسياً. ويُشير مصطلح العدوى المنقولة جنسياً (STI) إلى طريقة انتقالها. بينما يُشير مصطلح عدوى الجهاز التناسلي (RTI) إلى الموقع الذي تتطور فيه العدوى.

المختصرات

إلتهاب المهبل البكتيري	BV
مرض القرحة التناسلية	GUD
المستضد السطحي لإلتهاب الكبد B	HBsAG
المستضد e لإلتهاب الكبد B	HBeAG
فيروس التهاب الكبد B	HBV
فيروس التهاب الكبد C	HCV
فيروس الورم الحليمي البشري	HPV
فيروس الهريس البسيط	HSV
الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة	IPPF
اللؤلؤ الرحمي	IUD
الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً	LGV
إختبار تضخيم الحمض النووي	NAAT
تفاعل البوليميراز المتسلسل	PCR
مرض التهاب الحوض	PID
إختبار في نقطة الرعاية	POCT
العلاج الوقائي قبل التعرض	PrEP
إختبار تشخيصي سريع	RDT
عدوى المسالك التناسلية	RTI
العدوى المنقولة جنسياً	STI
عدوى المسالك البولية	UTI
داء المبيضات الفرجي المهبلي	VVC
منظمة الصحة العالمية	WHO

وتشمل عدوى الجهاز التناسلي (RTIs):

- العدوى المنقولة جنسياً (STIs) التي تؤثر على الجهاز التناسلي (مثل السيلان، الكلاميديا، الزهري، فيروس الهريس البسيط التناسلي، داء المشعرات، القريح، فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)).



والعقم والمراضة النفسية أيضاً نتيجة للعدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بسبب الوصم والتمييز.

عدوى المكورات البنية و عدوى المتدثرة ليس لها أعراض في كثير من الأحيان وشائعة لدى الجميع. وقد يؤدي هذان النوعان من العدوى إلى مضاعفات خطيرة لدى النساء، بما في ذلك مرض التهاب الحوض (PID)، والحمل خارج الرحم، والعقم. أما لدى الرجال، فإن عدم معالجة عدوى الإحليل يؤدي إلى التهاب البربخ وتضييق الإحليل والعقم. ينتشر الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV)، الناجم عن المتدثرة الحثرية، وهي ضرب مصلي أشد توغلاً، بشكل متزايد لدى الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال في بعض الأقاليم. وقد يُصاب الأطفال الرضع لأفراد مصابين بعدوى المكورات البنية أو المتدثرة بالتهاب الملحمة الوليدي، مما قد يؤدي إلى العمى إذا تُرك بدون علاج. وترتبط عدوى المتدثرة لدى الأمهات أيضاً بالولادة المبكرة، وانخفاض الوزن عند الولادة، وعدوى البلعوم الأنفي الوليدية والتهاب الرئوي [3.2].

يظهر **الزهري الأولي** في كثير من الأحيان كفرحة واحدة غير مؤلمة، وقد لا يلاحظها المستفيد(ة). وفي حالة عدم علاج الزهري، يتطور إلى زهري ثانوي، وزهري مبكر ومتأخر كامن (بدون أعراض) وزهري ثالثي (أي المرض الشديد: الزهري العصبي والزهري القلبي الوعائي والزهري الصمغي). ويكون الانتقال الرأسي لمرض الزهري (الزهري الخلقي) في العادة مدمراً للجنين في حالة عدم اكتشاف إصابة الأم بالعدوى ومعالجتها في وقت مبكر من الحمل [4].

عدوى فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) هي عادة بدون أعراض، وتختفي الغالبية العظمى من تلقاء نفسها في خلال بضعة أشهر إلى سنتين، وتستمر منها نسبة بسيطة. وإذا استمرت العدوى، تؤدي عدة أنواع من فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) إلى الإصابة بسرطانات عنق الرحم والفرج والمهبل والشرج والقضيب والبلعوم الفموي وكذلك الغاليل التناسلية. والأهم من ذلك، يتسبب فيروس الورم الحليمي 16 HPV وفيروس الورم الحليمي 18 HPV بنحو 70 في المائة من سرطانات عنق الرحم وأفات عنق الرحم السابقة للسرطن على مستوى العالم. وسرطان عنق الرحم هو رابع أكثر أنواع السرطانات شيوعاً بين النساء، حيث تحدث حوالي 90 في المائة من الحالات الجديدة والوفيات على مستوى العالم في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في عام 2020 [5].

فيروس العوز المناعي البشري (HIV) ليست له أعراض في البداية ولكنه يقلل وظيفة المناعة إذا لم يتم علاجه ويصبح المصابون بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) معرضين بشكل متزايد لأنواع كثيرة من العدوى والسرطانات والأمراض الأخرى. وفي حالة عدم اكتشاف فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وعدم علاجه، ينتقل في الفترة المحيطة بالولادة أثناء الحمل والولادة والإرضاع الطبيعي. كما تزيد العدوى المنقولة جنسياً (STIs) التي تسبب تفرجات تناسلية، مثل الزهري والهربس والقريح، أيضاً من خطورة الإصابة

• عدوى الجهاز التناسلي (RTIs) داخلية المنشأ التي يسببها فرط نمو الكائنات الحية الدقيقة الموجودة عادة في الجهاز التناسلي للمرأة السليمة والتي لا تنتقل جنسياً (مثل التهاب المهبل البكتيري أو داء المبيضات الفرجي المهبل، المعروف أيضاً باسم عدوى الخميرة).

• عدوى الجهاز التناسلي (RTIs) علاجية المنشأ التي يمكنها أن تنتج عن ضعف الوقاية من العدوى وعن الإجراءات الطبية، مثل إدخال اللولب الرحمي (IUD)، أو الإجهاض غير الآمن، أو غيرها من الإجراءات الطبية النسائية/التوليدية (على سبيل المثال، إدارة مضاعفات الحمل، مما يؤدي إلى إصابة الرحم وقناتي فالوب وأعضاء الحوض الأخرى).

وتؤثر عدوى الجهاز البولي (UTIs) على المثانة والإحليل وتحدث بسبب الكائنات الحية التي تنتقل جنسياً أو عن طريق البكتيريا المعدية المعوية (مثل الإشريكية القولونية وهي السبب الرئيسي لعدوى المثانة).

والعدوى المنقولة جنسياً (STIs) سبب مهم للمراضة العالمية حيث يصاب عدد كبير من الناس بعدوى جديدة ويعيشون مع عدوى حالية، قد يكون لبعضها عواقب تهدد الحياة. في جميع أنحاء العالم، يصاب أكثر من مليون شخص كل يوم بعدوى جديدة منقولة جنسياً (STIs).

1.1.1 نظرة عامة إلى العدوى المنقولة جنسياً (STIs)

بالرغم من وجود أكثر من 30 مسبباً من مسببات الأمراض المعروفة بأنها تنتقل جنسياً، فإن الغالبية العظمى من الأمراض أو العلل المرتبطة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs) ترجع إلى ثمانية منها فقط، أربعة يمكن الشفاء منها حالياً: **اللوسية الشاحبة (الزهري)**، **النييسرية البنية (السيلان)**، **المتدثرة الحثرية (الكلاميديا)**، و**المشعرات المهبلية (داء المشعرات)**. يمكن علاج هذه الأنواع الأربعة بأنظمة جرعة واحدة فعالة من المضادات الحيوية، بالرغم من زيادة مقاومة مضادات الميكروبات في العدوى المنقولة جنسياً (STIs) مؤخراً، خاصة في مرض السيلان. هناك أربعة أنواع من العدوى المنقولة جنسياً (STIs) غير القابلة للشفاء/الفيروسية الأكثر شيوعاً هي **فيروس التهاب الكبد ب**، و**فيروس الهربس البسيط (HSV النوع 2)**، و**فيروس العوز المناعي البشري (HIV)**، و**فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)**. ومع أن هذه العدوى غير قابلة للشفاء، يمكن تخفيفها أو تعديدها بالعلاج، وتوجد لقاحات ضد التهاب الكبد ب ولأنواع عديدة من فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) [1].*

والعديد من أنواع العدوى المنقولة جنسياً (STIs) لا تظهر لها أعراض أو أعراضها خفيفة فقط وقد لا يمكن التعرف عليها بسهولة، مما يزيد من احتمالية حدوث مضاعفات وقد يكون لها عواقب وخيمة في بعض الحالات. وقد يحدث العجز الجنسي

* يحمي لقاح Gardasil 9 أنواع من تسعة أنواع من فيروس الورم الحليمي البشري (أنواع فيروس الورم الحليمي البشري 6 و 11 و 16 و 18 و 31 و 33 و 45 و 52 و 58)، بينما يحمي Cervarix من نوعين من فيروس الورم الحليمي البشري و Gardasil من أربعة أنواع من فيروس الورم الحليمي البشري.

المخبرية الكافية أو في حالة عدم توفر الاختبارات التشخيصية. وينبغي إدارة حالات المستفيدين والمستفيدات الذين يعانون من الأعراض بما يتماشى مع المبادئ التوجيهية الوطنية لإدارة العدوى المنقولة جنسياً (STI).

• ينبغي أن تركز الرعاية الصحية كلها على نهج قائم على الحقوق. ينبغي عدم إجبار المستفيدين والمستفيدات أبداً على الحصول على الرعاية ويجب التماس موافقتهم على تلقي الرعاية الصحية للعدوى المنقولة جنسياً (STI).

• أخبر المستفيدين والمستفيدات الذين يحتاجون إلى علاج من العدوى المنقولة جنسياً (STI) أنه ينبغي أيضاً اختبار و/أو علاج شركائهم الجنسيين وإعدادهم بنصائح عملية عن كيفية التحدث إلى شركائهم حول العدوى المنقولة جنسياً (STIs) (أنظر القسم 5.2: إيلاغ الشريك(ة)).

• يوصى بإجراء الفحص الدوري للفئات السكانية الأشد عرضة لخطر الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما في ذلك الشباب (الفئة العمرية التي تحددها الأنماط المحلية لانتشار العدوى المنقولة جنسياً (STI)). والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. والمتحولين/ات جنسياً. والعاملين/ات في مجال الجنس. ومن يتعاطون المخدرات.

• ينبغي إحالة المستفيدين والمستفيدات للحصول على رعاية صحية إضافية حسب اللزوم، بما في ذلك الفحص الفوري للعدوى المنقولة جنسياً وعلاجها إذا لم يكن ذلك متاحاً في المرفق الذي قصده/قصده المستفيد(ة). ينبغي أن تتضمن جميع أنواع الرعاية الصحية للعدوى المنقولة جنسياً زيارات متابعة لمراجعة العلاج وتقديم المزيد من المشورة و/أو الرعاية ذات الصلة. ينبغي أن تبقى جميع جوانب الرعاية سرية.

3.1 أهم عوامل الكفاءة لمقدمي الرعاية الصحية

معرفة الانتشار الوبائي للعدوى المنقولة جنسياً (STIs)

على المستويين المحلي والوطني: يحتاج مقدمو الخدمات إلى دراية بمعدلات انتشار العدوى المنقولة جنسياً (STIs) في بلدهم أو منطقته. كأساس لتقييم مخاطر الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs) بين الفئات السكانية المستفيدة من خدماتهم. ويعزز الجمع بين هذه المعلومات وتقييم المخاطر الفردية أثناء أخذ تاريخ المستفيد(ة) الإدارة الفعالة للعدوى المنقولة جنسياً. خاصة في حالة عدم توفر اختبارات لمسببات الأمراض (أنظر القسم 3: الاختبارات التشخيصية).

مواكبة المعلومات السريرية والإرشادات الحالية: ينبغي

أن يكون مقدمو الخدمات على اطلاع دائم بالعروض التقديمية المتعلقة بالعدوى المنقولة جنسياً وطرق الفحص/التشخيص وأنظمة العلاج. فضلاً عن تدخلات الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً: أن يعرفوا الإرشادات المحلية والإقليمية (إن وجدت): ويكونوا

بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) (أنظر الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري (HIV)).

إلتهاب الكبد الفيروسي يهاجم الكبد ويمكن أن يسبب أمراضاً حادة ومزمنة. مع أن معظم الأشخاص لا يعانون من الأعراض إذا كانت إصابتهم حديثة. وقد يؤدي إلتهاب الكبد الفيروسي أيضاً إلى الوفاة نتيجة لأمراض الكبد المزمنة وسرطان الكبد. والذي ينتج غالباً من الإصابة بفيروس إلتهاب الكبد ب و ج [6].

2.1 موقف الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة IPPF من إدارة العدوى المنقولة جنسياً (STI)

• ينبغي أن تكون الرعاية الصحية الشاملة للعدوى المنقولة جنسياً (STI) قائمة على الأدلة. ومقبولة. وميسرة. وبأسعار معقولة. ومنصفة. وينبغي تقديمها كحزمة رعاية متكاملة مع الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأخرى لنهج يركز على الفرد.

• ومن الضروري إجراء فحص وتشخيص وعلاج العدوى المنقولة جنسياً (STIs) (بما في ذلك الكشف عن خطورة العدوى المنقولة جنسياً (STI)). والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وتقديم المشورة للحد من المخاطر لأنها عناصر أساسية للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة وتتوافق مع حزمة خدمات الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة IPPF المتكاملة (أنظر الفصل 1: النهج والمبادئ التوجيهية).

• عند إدارة العدوى المنقولة جنسياً (STI). ينبغي مراعاة المبادئ التوجيهية الوطنية. أو الإستعانة بمنظمة الصحة العالمية (أنظر الملحق 1) والتوجيهات العالمية الأخرى ذات الصلة التي تم تكييفها مع السياق المحلي.

• ويُعتبر العلاج الصحيح والفعال للعدوى المنقولة جنسياً (STIs) مهماً. ومن الأفضل أن يُقدم ويؤخذ في نفس اليوم. لدى أول اتصال بين المستفيدين والمستفيدات ومقدمي الرعاية الصحية. وتكمن أهمية ذلك في أنه يعمل على كسر سلسلة انتقال العدوى بدون تأخير.

• وتتوافر اختبارات لإجراء التشخيص والعلاج في زيارة واحدة. وهي معروفة باسم اختبارات التشخيص السريع (RDTs) أو الاختبارات في نقطة الرعاية (POCTs). ومتوفرة على نطاق واسع لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والزهري (بشكل منفصل أو باستخدام اختبار مزدوج للتشخيص السريع لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)/الزهري). ومن الأولويات أن تُستخدم هذه الاختبارات في سياق الرعاية السابقة للولادة. للمساعدة في منع انتقال الزهري وفيروس العوز المناعي البشري (HIV) في الفترة المحيطة بالولادة.

• وتُعتبر إدارة المتلازمات فعالة في بعض أنواع العدوى المنقولة جنسياً (STIs) ويوصى بها في المواقع التي تفتقر إلى القدرات



بإجراء الفحص في نفس اليوم أو نفس الزيارة للاستفادة من خدمات المتابعة ودعم العلاج المناسب والفعال للمستفيدين والمستفيدات المصابين بأقل الخسائر. توجد إختبارات دقيقة وسهلة الاستخدام للتشخيص السريع (RDTs) لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والزهري (منفصلة أو كإختبار "مزدوج" مختلط)، وتظهر نتائجها في غضون 20 دقيقة [7]. في حالة عدم وجود إختبارات دقيقة للتشخيص السريع (RDTs) للعدوى المنقولة جنسياً (STIs) الأخرى، سوف تحتاج العيادات إمدادات لأخذ العينات، ومعدات للمختبرات (ويُفضل أن تكون في مقر العيادة لتسريع التحليل)، والتدريب على تحديد التشخيص. في حالة عدم توفر مرافق مخبرية أو إختبارات التشخيص السريع لدعم تشخيص مسببات العدوى، يبقى من الضروري وصول المستفيدين والمستفيدات الذين تظهر عليهم الأعراض إلى علاج العدوى المنقولة جنسياً (STI). لذلك ينبغي أن يكون مقدمو الخدمة ماهرين في إدارة متلازمات العدوى المنقولة جنسياً (STIs) (أنظر القسم 5). ينبغي أن تكون الأدوية الموصى بها في بروتوكول إدارة المتلازمات بالمرفق (بناءً على إرشادات وطنية أو إقليمية) متوفرة على نطاق واسع وبإمدادات كافية لتجنب تأخير العلاج والتخفيف من ضياع فرصة المتابعة إلى أدنى حد.

2. تقديم الرعاية الصحية الشاملة للمصابين والمصابات بالعدوى المنقولة جنسياً (STI)

لا تقتصر الإدارة الفعالة للعدوى المنقولة جنسياً (STI) على العلاج المضاد للميكروبات لعلاج الإصابة بالعدوى وتخفيفها، ولكن تشمل أيضاً التقييم الشامل والرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للفرد المعني وشركائه الجنسيين.

ومن أهداف تقديم الرعاية الصحية الشاملة للعدوى المنقولة جنسياً (STI) توفير العلاج والحصول عليه وتخفيف الإصابة بالعدوى وتقليل مخاطر الإصابة بمضاعفات العدوى المنقولة جنسياً (STIs) وتقليل أو منع السلوك الذي ينطوي على مخاطرة في المستقبل (بما في ذلك التدخلات السلوكية الحيوية الأخرى، مثل العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) وختان الذكور الطبي الطوعي)، والتأكد من علاج الشركاء الجنسيين بشكل مناسب.

وينبغي تقديم مجموعة كاملة من خدمات رعاية العدوى المنقولة جنسياً (STI) عالية الجودة ضمن سلسلة الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المتصلة، وهذا يتطلب أن يتلقى المستفيد والمستفيدة الرعاية التالية، حسب اللزوم:

- أخذ التاريخ الطبي والجنسي وتدوينه
- التشخيص الصحيح (سواء كان حسب المتلازمات أو بناءً على إختبارات تشخيصية)
- معالجة فعالة

على دراية بالتغيرات المحلية ذات الصلة بأنواع معينة من العدوى وعلاجاتها. (على سبيل المثال، إنخفاض الحساسية/التقبلية للمضادات الحيوية). قد تؤثر المقاومة الناشئة لمضادات الميكروبات في بعض أنواع العدوى المنقولة جنسياً (STIs) على العلاج الموصى به، وخاصة النيسرية البنية (البكتيريا المسببة للسيلان).

أن يكونوا قادرين على تقديم رعاية صحية للعدوى المنقولة جنسياً (STI) غير متحيزة وبدون وصم: ينبغي أن يهدف مقدمو الخدمة إلى تقديم رعاية سرية وغير متحيزة وتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية ذات الجودة بطريقة تقلل الوصم المرتبط بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs) وفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والحمل غير المرغوب. يواجه العديد من الفئات السكانية المعرضة لخطر أكبر للإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs) (أنظر الخانة 1) أيضاً الوصم والتمييز وقد لا يأتون للحصول على خدمات معينة للرعاية الصحية لأنهم يخشون التعرض للوصم أو قد يشعرون أن الرعاية تُقدّم بطريقة غير مؤهلة لمساعدتهم. وقد يتقاضى مقدمو الخدمة أيضاً عن الفئات السكانية المعرضة للخطر (مثل ذوي الإعاقة). بافتراض أنهم ليسوا نشطين جنسياً. وقد لا يتمكن بعض المستفيدين والمستفيدات أيضاً من تحمل تكاليف العلاج؛ قد يتجنبون أو يؤخرون وصولهم إلى الرعاية الصحية أو ذكر أعراض العدوى المنقولة جنسياً (STI) بسبب الوصم والعار؛ و/أو قد تكون حياتهم مضطربة وبالتالي لا يمكنهم الذهاب إلى العيادة أو إنهاء دورة العلاج أو العودة للمتابعة.

إغتنام جميع الفرص لتوفير المعلومات والرعاية المتعلقة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI): ينبغي أن يشعر مقدمو خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية بالإستعداد لاغتنام الفرصة، كلما كان ذلك مناسباً. لتقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات حول فوائد فحص وعلاج العدوى المنقولة جنسياً (STI) ودعمهم في اتخاذ خيارات واعية. ينبغي تقديم المعلومات بطريقة ميسرة ومفهومة وتلبي إحتياجات المستفيد(ة) (الصور، لغة الإشارة، إلخ). من أمثلة الفرص المحتملة:

- أثناء تقديم الرعاية الصحية لمنع الحمل، وخاصة عند ذكر أو اكتشاف أعراض محتملة للإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI) (على سبيل المثال، تحقق من الأعراض عند إدخال اللولب الرحمي).
- أثناء تقديم إجراء الإجهاض الجراحي الآمن أو رعاية في حالة أمراض النساء الأخرى التي تتطلب الفحص البدني (مثل فحص سرطان عنق الرحم).
- أثناء زيارات الرعاية السابقة للولادة (على سبيل المثال، يوصى بشدة بتقديم فحص مزدوج لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والزهري).

- أثناء إدارة حالات المستفيدين والمستفيدات من ضحايا الإغتصاب والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

القدرة على تقديم تشخيص وعلاج العدوى المنقولة جنسياً (STI): يُفضل الأخذ بطرق الفحص أو الإختبار التي تسمح



- ويؤدي مقدمو الرعاية الصحية أدواتاً متعددة في الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs) ومضاعفاتها، كما هو موضح بإيجاز أدناه.
- **تعزيز الاستخدام المبكر لخدمات العيادات لعلاج العدوى المنقولة جنسياً (STIs)** ومنع المضاعفات، التأكيد على أن العديد من أنواع العدوى المنقولة جنسياً (STIs) قابلة للشفاء. تشجيع سلوك البحث عن الصحة بتعليم الناس كيفية التعرف على الأعراض ومتى ينبغي طلب الرعاية.
- **تعزيز الممارسات الجنسية الآمنة واستخدام الواقيات الجنسية**، عند تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات، بما في ذلك توفير المعلومات الشفوية والمكتوبة حول العدوى المنقولة جنسياً (STIs) ورسائل الوقاية الرئيسية (أنظر [الخانة 2](#) - الصفحة التالية). ينبغي توضيح الاستخدام الصحيح للواقي

الخانة 1: أشد المجموعات السكانية المحددة تضرراً من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

ينبغي أن تقوم البلدان بتحديد مجموعات سكانية محددة للتركيز عليها وإمدادها بالرعاية الصحية للعدوى المنقولة جنسياً، بحسب السياقات المحلية. قد تشمل هذه المجموعات السكانية:

- الأشخاص الذين من المرجح أن يكون لديهم أعداد كبيرة من الشركاء الجنسيين، مثل العاملين والعاملات في مجال الجنس والمستفيدين والمستفيدات من خدماتهم
- الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال
- الأشخاص المتحولين جنسياً
- الأشخاص المصابين حالياً بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- المراهقين والمراهقات والشباب (من سن 10 إلى 24 سنة)
- النساء
- الأشخاص الذين يعانون من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
- السكان المتنقلون
- الأطفال والشباب الذين يعيشون في الشارع
- السجناء والسجينات
- الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات الترفيهية
- الأشخاص المتضررين من الصراع والاضطرابات المدنية

المصدر: منظمة الصحة العالمية [8].

- التنقيف الصحي وتقديم المشورة حول العدوى وتقليل المخاطر
- المشورة بشأن الإمتثال للعلاج
- ترويج و/أو توفير الواقيات الجنسية (الذكورية أو الأنثوية)
- ترويج و/أو توفير العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP)
- تعزيز و/أو توفير التدخلات الوقائية الأخرى، مثل اللقاحات ضد التهاب الكبد أ و ب، واللقاحات ضد فيروس الورم الحليمي البشري، عند اللزوم، وختان الذكور الطبي الطوعي
- التشجيع على إبلاغ الشركاء الجنسيين
- المتابعة السريرية عند اللزوم

سوف تختلف الرعاية النوعية التي تقدّم في المرفق للعدوى المنقولة جنسياً (STI) - والمجموعات السكانية المحددة التي قد تحتاج إلى مزيد من الإهتمام (أنظر [الخانة 1](#)) - حسب البلد والإقليم، تبعاً للسياق الوبائي والإجتماعي المحلي. وينبغي مراجعة الحزمة الأساسية للرعاية الصحية المقدمة بانتظام للتأكد من دمج الابتكارات الجديدة بسرعة واغتنام الفرص، في ضوء ظهور أدلة جديدة وتطوير تقنيات وأساليب جديدة (مثل استخدام خدمات المراسلة عبر الإنترنت للمشاركة).

1.2 الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI)

الوقاية هي أهم استراتيجية للسيطرة على العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV).

وتتطلب المكافحة الفعالة للعدوى المنقولة جنسياً (STI) ضمان الوصول إلى الرعاية الصحية الوقائية عالية الجودة والفعالة، بما في ذلك ضمان الوصول إلى التطعيمات ضد التهاب الكبد أ و التهاب الكبد ب وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV)، وتعزيز الختان الطبي الطوعي للذكور عند اللزوم. ومن المهم إجراء فحص للكشف المبكر عن الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs) عديمة الأعراض، والوقاية من العواقب الوخيمة للعدوى، ومنع انتقال العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، ويؤدي إدراج إخطار الشريك وإجراء الإختبار له و/أو علاجه إلى منع الإصابة مرة أخرى.

ومن المهم جداً أن تقدّم الرعاية الصحية للعدوى المنقولة جنسياً (STI) بدون وصم وتمييز، وبطريقة ميسرة للجميع، ومتكاملة مع خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى أو خدمات الرعاية الأولية لتحقيق أقصى قدر من إمكانية الوصول إليها، مع ضمان الخصوصية والسرية.



العوز المناعي البشري (HIV)) وقم بتوفير العلاج لتقليل مخاطر الإنتقال الرأسي إلى الجنين، لأنهما قد يؤديان إلى الوفاة.

- **تعزيز وتوفير التطعيم ضد** أنواع عدوى التهاب الكبد أ و ب وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV)، وفقاً للإرشادات المحلية. وفي كثير من الأحيان، تُدرج لقاحات التهاب الكبد أ و ب في برامج تحصين الرضع. لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري هي لقاح ثنائي التكافؤ يحمي من نوعي 16 و 18 من فيروس الورم الحليمي البشري اللذين يسببان 70 في المائة من سرطانات عنق الرحم في جميع أنحاء العالم؛ لقاح رباعي التكافؤ يحمي منهما وكذلك من نوعي 6 و 11 من فيروس الورم الحليمي البشري اللذين يسببان معظم الثآليل التناسلية؛ ولقاح عديم التكافؤ يستهدف أنواع فيروس الورم الحليمي البشري 6 و 11 و 16 و 18 بالإضافة إلى خمسة أنواع إضافية من فيروس الورم الحليمي البشري المسرطنة عالية الخطورة (31 و 33 و 45 و 52 و 58)، مما يوفر الحماية من سرطان الشرج، وعنق الرحم، والمهبل، والفرج وكذلك الثآليل

الخانة 2: الرسائل الإرشادية الرئيسية للوقاية الأولية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

يمكن تحقيق النشاط الجنسي الأكثر أماناً والوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI) من خلال تبني أي مزيج مما يلي:

- أن يكونوا متعلمين وعلى وعي بالعدوى المنقولة جنسياً والصحة والرفاه الجنسي
- تأخير سن أول تجربة جنسية
- تقليل عدد الشركاء والشريكات الجنسيين
- أفعال جنسية بدون إيلاج (مثل الإستمناء المتبادل والحك)
- استخدام الواقي الجنسي (الذكري أو الأنثوي) باستمرار وبشكل صحيح أثناء الجنس (المهبطي، الفموي، الشرجي). جنباً إلى جنب مع مواد التزليق المتوافقة مع الواقي الجنسي
- الحصول على تطعيم ضد التهاب الكبد A و B وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV)
- استخدام العلاج الوقائي قبل وبعد التعرض (العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والعلاج الوقائي بعد التعرض (PEP)) لفيروس العوز المناعي البشري (HIV). حسب الحاجة (أنظر الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري (HIV))
- الخضوع للفحص أو الإختبار بانتظام عند وجود شركاء وشريكات جنسيين جدد أو متعددين
- طلب الرعاية الفورية في حالة ظهور أي أعراض للعدوى المنقولة جنسياً

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية [8] ومنظمة الصحة العالمية [10].

الذكري والأنثوي. ومناقشة الحماية المزدوجة (من الحمل والعدوى المنقولة جنسياً (STIs)). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)). وينبغي توفير أحجام وأنواع مختلفة من الواقيات الجنسية، بما في ذلك الواقي الأنثوي. وكذلك مواد التزليق المتوافقة مع نوع الواقي. ويساعد استخدام المزلقات في منع تمزق وانزلاق الواقي الجنسي والشعور بالراحة والمتعة، عند الممارسة الجنسية. إشرح أنه لا ينبغي استخدام المزلقات ذات الأساس الزيتي مع الواقي الجنسي اللاتكس لأنها تعمل على تحلل مادة اللاتكس، مما يزيد من خطر تمزق الواقي (لمزيد من المعلومات، أنظر الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري (HIV)).

- **كشف العدوى** غير الواضحة. إسأل عن أعراض العدوى المنقولة جنسياً (STI) أثناء أخذ تاريخ المستفيدين والمستفيدات عند حضورهم لتلقي أي خدمة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. وابحث أيضاً عن علامات العدوى المنقولة جنسياً (STIs) عند إجراء فحوصات لا تتعلق بالعدوى المنقولة جنسياً (STI) (مثل فحص عنق الرحم أو إدخال اللولب الرحمي (IUD)). قدّم خدمة الفحص للكشف عن أنواع العدوى غير المصحوبة بأعراض وإعادة الإختبار/الفحص الدوري، إن أمكن. خاصة إذا تم تقييم حالة المستفيد(ة) بأنه/بأنها معرض(ة) لخطر كبير. قدّم المشورة بشأن عدد المرات التي ينبغي فيها إختبار المستفيد(ة) تبعاً لعوامل الخطر (على سبيل المثال، بالنسبة إلى الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال. يمكن تقديم فحص العدوى المنقولة جنسياً (STI) على فترات تتراوح بين 3 و 6 أشهر).

- **امنع العدوى علاجية المنشأ** باتباع الإحتياطات الشاملة والمعالجة الدقيقة للأدوات، باستخدام تقنيات التعقيم، واستبعاد أو علاج عدوى عنق الرحم قبل القيام بإجراءات عبر عنق الرحم.

- **قم بإدارة العدوى المنقولة جنسياً (STIs) المصحوبة بأعراض** بفعالية من خلال توفير العلاج أو الحصول على العلاج أو الحد من الإصابة بالعدوى، وتقليل مخاطر الإصابة بمضاعفات العدوى المنقولة جنسياً (STIs). وتقليل أو منع سلوك المخاطرة في المستقبل، وضمان معالجة الشركاء الجنسيين على نحو ملائم.

- **تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات** حول كيفية الوقاية من الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs) بعد العلاج من خلال تبني ممارسات جنسية أكثر أماناً بما فيها التدخلات الطبية الحيوية (أنظر الخانة 2). شجّع المستفيدين والمستفيدات على الإلتزام بالعلاج، بما في ذلك ضمان إخطار الشريك وخضوعه للمعالجة، والتأكيد على أن الأفضل معالجة الشريك معاً في وقت واحد (أنظر القسم 5.2: إخطار الشريك(ة)).

- **يوصى بالفحص الشامل للحوامل** للتأكد من عدم إصابتهن بمرض الزهري وفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وإلتهاب الكبد ب عند الإتصال الأول قبل الولادة. وبالنسبة إلى مرض الزهري وفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، استخدم إختبارات التشخيص السريع (RDTs) في نقطة الرعاية (على سبيل المثال، إختبار التشخيص السريع (RDT) المزدوج لكل من الزهري وفيروس



يجب أن يؤكد مقدمو الخدمات على أن التشخيص الإيجابي (إما من خلال إدارة المتلازمات أو اختبار مسببات المرض) لا يعني "توجيه اللوم" إلى أحد. ومن الضروري علاج الشريك(ة). لاحتمال إصابته/تها بالعدوى أيضاً. ليتجنب/لتنجب المستفيد(ة) الإصابة مرة أخرى بعد إنهاء العلاج. ويجب اغتنام هذه الفرصة لمناقشة فوائد إخطار الشريك(ة) ومعالجة جميع الأطراف في نفس الوقت لتقليل فرص فشل العلاج (أنظر القسم 5.2: إخطار الشريك(ة)).

ويمكن النظر في فكرة تقديم المشورة المشتركة للأزواج حول الوفاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI). وسوف يجد العديد من المستفيدين والمستفيدات صعوبة في التحدث عن المشكلة مع شركائهم وقد يقدر توفير الدعم اللازم لهم في التواصل.

وبالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات الذين تبين أن نتيجتهم/هن إيجابية، من المهم طمأنتهم بشأن السرية وتقديم الدعم. إذا لزم الأمر. حول كيفية التعامل مع الوصم الذي قد ينجم عن التشخيص الإيجابي. قد يحتاج بعض المستفيدين والمستفيدات إلى دعم إضافي أو إحالات أخرى. حسب ظروفهم. قدم المشورة بشأن الحد من المخاطر للوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs) في المستقبل من خلال تقييم المخاطر الحالية والعوائق التي تحول دون ممارسة الجنس الآمن ومناقشة تدابير تقليل المخاطر.

بالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات الذين لديهم نتيجة سلبية، قدم المشورة بشأن الحد من المخاطر وكيفية الحفاظ على استمرار النتيجة "سلبية" بناءً على الظروف الفردية للمستفيد(ة). بما في ذلك رسائل الممارسات الجنسية الأكثر أماناً (أنظر الخانة 2). قيم المخاطر الحالية والعوائق التي تحول دون ممارسة الجنس الآمن وناقش تدابير تقليل المخاطر.

ينبغي تشجيع جميع المستفيدين والمستفيدات على طرح الأسئلة والعودة (أو الإتصال إذا كان هذا الخيار متاحاً وي/تفضله المستفيد(ة)) إذا كان لديهم أي أسئلة أو مخاوف أخرى. كما ينبغي تزويدهم بمعلومات مكتوبة (على سبيل المثال، كتيب توعية ذي صلة). إذا كان ذلك متاحاً.

لتقديم المشورة المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وإخطار الشريك(ة). أنظر الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري (HIV).

1.2.2 تكنولوجيا الأجهزة المحمولة ورعاية المصابين والمصابات بالعدوى المنقولة جنسياً (STI)

أدى التوسع السريع في الوصول إلى الإنترنت والهواتف المحمولة إلى خلق فرص جديدة للإستفادة من تقنيات الأجهزة المحمولة في تقليل عبء العدوى المنقولة جنسياً (STI) على مستوى الفئات السكانية المتنوعة. وتعزز تقنيات الأجهزة المحمولة إمكانية الوصول إلى المستفيدين والمستفيدات في أي وقت وفي أي مكان. ويمكنها أن تكون أداة مهمة لزيادة الرعاية الصحية الشخصية. ويمكن لهذه الأدوات دعم الجهود المتعددة بما فيها التواصل مع الفئات السكانية

التناسلية. الهدف هو إعطاء لفاحات فيروس الورم الحليمي البشري قبل بدء النشاط الجنسي ولكن يوصى بها بغض النظر عن بداية النشاط الجنسي لدى أي شخص يصل عمره إلى 26 عامًا. وبالنسبة إلى البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 26 و45 عامًا الذين لم يتم تطعيمهم. قد يستمر بعضهن في الاستفادة من التطعيم [9]. إذا كان التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري متاحاً ومرخصاً للإستخدام في السياق المحلي. ينبغي أن يشارك مقدمو الرعاية الصحية في اتخاذ قرارات مشتركة في هذا الشأن (أنظر الفصل 8: طب النساء وخدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأخرى).

- **تشجيع ختان الذكور الطبي الطوعي** للمرشحين المناسبين وذلك لتوفير بعض الحماية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) (أيضا كان معدل الإنتشار مرتفعاً). أنظر الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والأنواع الأخرى من العدوى المنقولة جنسياً (STIs). مثل الهريس وفيروس الورم الحليمي البشري.

- **توفير الوقاية من رمد حديثي الولادة لجميع الأطفال حديثي الولادة** بغض النظر عن أعراض أو علامات الإصابة بالسيلان أو عدوى الكلاميديا التي تظهر على الأم. ينبغي أن يتحقق مقدمو الخدمات من إرشادات العلاج المحلية.

2.2 تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات من الرعاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI)

ينبغي أن يتضمن تقديم المشورة بشأن اختبارات العدوى المنقولة جنسياً (STI) معلومات عن أهمية الاختبار. مع الإشارة إلى أن العدوى المنقولة جنسياً (STIs) شائعة ولكن هناك إمكانية لعلاج العدوى أو السيطرة عليها. والتأكيد على فوائد منع المضاعفات المستقبلية. وتقليل أو إنهاء إمكانية انتقالها. والحرص على الحماية الذاتية وحماية الشريك(ة). وينبغي أن يتضمن تقديم المشورة أيضاً معلومات حول أهمية الإلتزام بنظام علاج العدوى المنقولة جنسياً (STI) واستكمال دورة العلاج (أنظر القسم 4.2: توفير علاج العدوى المنقولة جنسياً (STI)). ينبغي أن يشجع تقديم المشورة على سلوك الحرس على الصحة كلما لوحظت أعراض العدوى المنقولة جنسياً (STI). خاصة في حالة وجود أي خطر من التعرض للعدوى المنقولة جنسياً (STIs) (على سبيل المثال، شركاء جدد أو متعددون. تمرق الواقي الجنسي أو عدم إستخدامه).

ينبغي أن تركز المعلومات المقدمة على المستفيد(ة). وأن تكون مباشرة. وسهلة الفهم. ومراعية للظروف الفردية للمستفيد(ة). على سبيل المثال. قد ي/تبدأ المستفيد(ة) علاقة جنسية مع شريك(ة) جديد(ة). أو قد ي/تكون مصاباً/بة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). أو ربما ي/تعيش تحت تهديد بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الإجتماعي. يجب أن يضع مقدمو الخدمة في اعتبارهم أيضاً أن احتياجات كل مستفيد(ة) ليست ثابتة وستتغير بمرور الوقت.



- تحديد أهداف ونتائج واضحة وقابلة للتنفيذ وقابلة للقياس لإستخدام التكنولوجيا.
- تخصيص المحتوى الرقمي (المنشورات والمقالات ومقاطع الفيديو) ليناسب السكان المحليين، والتأكد من أن اللغة والرسائل المستخدمة خالية من الوصم بدون قصد.
- تعزيز السلوك والإستخدام الأخلاقي على مستوى منصات التكنولوجيا المحمولة/القائمة على الإنترنت.
- تطبيق إجراءات للحفاظ على السرية التامة مثل حماية البيانات (قائمة مثلاً بأرقام الهواتف المحمولة للمستفيدين والمستفيدات).
- وضع إجراءات محددة لحماية الخصوصية (على سبيل المثال، الحصول على موافقة المستفيد(ة) للاتصال عبر خاصية الرسائل القصيرة لمنع الكشف بدون قصد عن مشكلات المستفيد(ة) الصحية).
- مراعاة قضايا الإستدامة والموارد في التخطيط والتنفيذ.
- الرئيسية وإشراكهم، وزيادة الوعي بالرعاية الصحية المحلية، وتسهيل نشر المحتويات التثقيفية، وإرسال رسائل تذكير للمتابعة، وزيادة إمكانية الوصول إلى فحص وإختبار الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI). وتتوفر مجموعة كبيرة من الأدوات (مثل المكالمات الهاتفية أو مكالمات الفيديو، والرسائل القصيرة البسيطة أو تطبيقات المراسلة، ووسائل التواصل الاجتماعي، وتطبيقات الهواتف الذكية) (أنظر الجدول 1). ومع ذلك، ينبغي إيلاء إعتبار أساسي لحماية خصوصية وسرية المشاركين والمشاركات أولاً، خاصة في حالة تبادل الهواتف مع آخرين.
- المبادئ والإعتبارات الرئيسية في إستخدام eHealth/mHealth لبرامج العدوى المنقولة جنسياً (STI) وفيرس العوز المناعي البشري (HIV).
- إجراء تقييم للإحتياجات وضمان الوقت الكافي للتخطيط والتجريب والإندماج في سير العمل.
- قم بإشراك المستفيدين والمستفيدات أو السكان المستهدفين في جميع المراحل، مما يساعد في توجيه التخطيط وتعزيز الجدوى ودعم المشاركة/الإستخدام والتصدي لمحو الأمية الرقمية.

الجدول 1: أمثلة للأدوات التكنولوجية المستخدمة لتسهيل رعاية المصابين والمصابات بالعدوى المنقولة جنسياً (STI)

المنصة التكنولوجية	أمثلة لإستخدامها
الرسائل النصية القصيرة – الهواتف المحمولة	تذكير بالمواعيد أو بوجوب الإلتزام بالدواء
وسائل التواصل الاجتماعي (مثل إنستغرام/فيسبوك)	نشر المحتوى الرقمي التثقيفي والتحفيزي (رسومات، مقاطع فيديو قصيرة) حول إختبار الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI)/فيرس العوز المناعي البشري (HIV) أو كيفية الوصول إلى العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP)/العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP)
واتساب	توصيل المستفيدين والمستفيدات بالمسؤول عن توعية الأقران للحصول على الدعم المستمر للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
مجموعات خاصة على الإنترنت (مثل ماسنجر وواتساب وفيسبوك)	تجهيز مجموعة مغلقة من المستفيدين والمستفيدات لإنشاء مجموعات دعم الأقران عن بُعد للمستفيدين والمستفيدات المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)
مجموعة مقدمي الخدمات على واتساب	إنشاء شبكة من مقدمي الخدمات ليدعم بعضهم بعضاً من خلال تبادل المعلومات، والوصول إلى الخبراء الذين يمكنهم الإجابة على الأسئلة في الوقت الفعلي، وتقديم تحديثات تثقيفية ومعلوماتية للإرشادات الجديدة
تطبيقات المواعدة/ وسائل التواصل الاجتماعي	العمل مع المؤثرين والمؤثرات لدى الفئات السكانية الرئيسية وأصحاب المصلحة في المجتمع للوصول إلى الأفراد المهمشين (مثل الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والنساء المتحولين جنسياً والعاملين والعاملات في مجال الجنس) لإبلاغهم بسبل الرعاية الصحية الآمنة والمؤكدّة
المنصات المتعددة	توزيع رابط عبر وسائل التواصل الاجتماعي وأصحاب المصلحة لإجراء تقييم فعال لاحتياجات المستفيدين والمستفيدات الحاليين أو المحتملين الجدد
تطبيقات الهواتف الذكية	تصميم وتوزيع تطبيقات مخصصة لتعزيز الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI)/فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والرعاية



3.2 تقييم المستفيد(ة)

أ. تقييم المخاطر

بالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات الذين ذكروا وجود أكثر من شريك واحد في العام الماضي وللمستفيدين الذكور الذين مارسوا الجنس مع رجال، قم بإجراء تقييم إضافي للمخاطر (أنظر الجدول 2). لاحظ أن هذه الأسئلة مع أنها مختصرة، إلا أن التاريخ الجنسي، في بعض المواقف، سيؤدي إلى مناقشة أطول لجوانب مهمة عن الصحة الجنسية والإنجابية والقضايا ذات الصلة. الجدول 2 يورد أسئلة إضافية يمكن طرحها لتقييم المخاطر بدقة. ينبغي تهيئة الأسئلة/التحقق من صلتها بالمستفيد(ة)/الفئة السكانية/المكان.

1.3.2 التاريخ الجنسي وتقييم المخاطر

في سياق الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، ينبغي أن يبدأ مقدم الخدمة بالسؤال عن صحة المستفيد(ة) العامة ثم تاريخ الصحة الجنسية والإنجابية بالكامل وأسئلة الكشف الأولية عن التاريخ الجنسي (إتبع الخطوات الموضحة في الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة)).

الجدول 2: تقييم المخاطر: أسئلة إضافية مقترحة يجب طرحها عندما يشير فحص التاريخ الجنسي إلى وجود خطر الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

هل تعلم إذا كان لشريكك/لشريكك شريك(ة) جنسي(ة) آخر/أخرى أو أكثر؟ هل تعلم إذا كان/كانت شريكك/شريكك ي/تعاني من أعراض العدوى المنقولة جنسياً (STI)؟ في الأشهر الثلاثة الماضية، هل مارست الجنس مع شريك(ة) جديد(ة). أو مع شخص لم تكن تعرفه/تعرفيه أو قابلته للتو. أو هل كان لديك شركاء متعددون؟ هل سبق إيجارك أو الضغط عليك لممارسة الجنس؟	الشركاء
في الأشهر الثلاثة الماضية، ما نوع الجنس الذي مارسته: شرجي/مهبلي/فموي؟ (بالنسبة إلى الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، إسأل/إسألي بخصوص الجنس الشرجي إن كان مفعولاً به، أم فاعل، أو كليهما) هل تعاطيت أنت أو أي من شركائك الكحول أو المخدرات عند ممارسة الجنس؟ هل سبق لك أن تبادلت ممارسة الجنس بالمخدرات أو المال؟	الممارسات
هل سبق لك أن أصبت بأي إصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI)؟ - إذا كانت الإجابة بنعم: ما هي العدوى/ما هو المرض (أو ماذا/أين كانت الأعراض)؟ متى ظهرت؟ هل تعالجت منها أنت وشريكك/شريكك/شركاؤك؟ هل سبق إختبار إصابتك بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)؟ - إذا كانت الإجابة بنعم: منذ متى كان هذا الإختبار؟ ماذا كانت النتيجة؟	التاريخ الماضي للإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STIs)
ماذا تفعل لحماية نفسك من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV)؟ متى تقوم/تقومين بهذه الحماية ومع أي شركاء؟ (لممارسة الجنس الشرجي/المهبلي/الفموي)؟ هل تم تطعيمك ضد فيروس الورم الحليمي البشري أو التهاب الكبد أ أو التهاب الكبد ب؟ هل تعرضت مؤخراً لتمزق أو انزلاق الواقي الجنسي؟	الحماية

المصدر: مقتبس من Altarum Institute [11].



ب. الإستفسار عن الأعراض السريرية

بعد الإنتهاء من تقييم المخاطر (القسم أ)، ينبغي أن يطرح مقدمو الخدمة أسئلة دقيقة عن أي علامات أو أعراض سريرية لتقييم ما إذا كانت تشير إلى وجود عدوى منقولة جنسياً (STI) أو سبب مرضي آخر. حتى قبل بدء الفحص السريري. وترد هذه الأسئلة بإيجاز في الخانة 3.

الخانة 3: أسئلة للمستفيدين والمستفيدات بشأن الأعراض السريرية

• الأعراض الجهازية مثل الحمى والطفح الجلدي وآلام المفاصل أو العين (قد تكون مرتبطة بمضاعفات الكلاميديا والسيلان). • وبالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات الذين سبقت لهم ممارسة الجنس الشرجي، فإن أي ألم أو نزيف أو إفرازات من فتحة الشرج أو تغيير في عادة الأمعاء (أشهر إلى ضرورة إجراء المزيد من الفحوصات). • وجود كتل في منطقة الفخذ (الأربية) (قد تشير إلى دبول أربية أو تضخم العقد الليمفاوية). • كثرة التبول وألم في الإحليل أو البطن عند التبول (أشهر إلى ضرورة إجراء المزيد من الفحوصات). • تقرّح أو حكة في الأعضاء التناسلية الخارجية أو فتحة الشرج. أي تغييرات أو تقرّحات جلدية (قد تشير إلى قمل العانة أو هريس الأعضاء التناسلية أو الثآليل التناسلية).	أسئلة يجب طرحها على جميع المستفيدين والمستفيدات بشأن الأعراض العامة
• تاريخ آخر دورة شهرية، أي نزيف رحمي غير طبيعي. وإستخدام وسائل منع الحمل من المهم تأكيد أو استبعاد الحمل. خصوصاً في حالة وجود ألم في الحوض و/أو نزيف غير طبيعي في الرحم (إسقاط حمل محتمل أو حمل خارج الرحم. أنظر الفصل 8، القسم 3. إدارة حالات الأمراض النسائية الشائعة). والتأكد من عدم وجود موانع لإستخدام أي دواء حالي أو مخطط له. • قم بإجراء اختبار الحمل إذا لزم الأمر. • إذا كانت المستفيدة معرضة لخطر الحمل غير المرغوب. يتم تقديم رعاية منع الحمل. بما في ذلك وسائل منع الحمل الطارئة إذا لزم الأمر. ومناقشة إستخدام الواقي الجنسي. • أي نزيف بعد ممارسة الجنس (قد يشير إلى التهاب عنق الرحم المرتبط بالكلاميديا). • أي ألم في البطن أو الحوض. أو ألم أثناء ممارسة الجنس (وموضع الألم). • قد يشير ألم أسفل البطن إلى وجود مرض التهاب الحوض (PID)، الذي يصيبها غالباً بسبب الكلاميديا. ولكنه قد يصيبها أيضاً بسبب السيلان أو كائنات دقيقة أخرى (أنظر الفصل 8، القسم 3. إدارة حالات الأمراض النسائية الشائعة). يزيد وجود الحمى وعسر الجماع العميق من احتمالية الإصابة بمرض التهاب الحوض. • في حالة وجود أي إفرازات مهبلية. اسأل إذا كانت مختلفة عن الطبيعي (أطلب وصف اللون/القوام/الرائحة/الكمية). قد تشير الأنواع المختلفة من الإفرازات غير الطبيعية إلى وجود عدوى منقولة جنسياً (مثل الكلاميديا والسيلان وداء المشعرات) أو عدوى الجهاز التناسلي (RTI) غير المنقولة جنسياً (مثل التهاب المهبل البكتيري وداء المبيضات).	أسئلة للمستفيدين/لديهن أعضاء تناسلية أنثوية
• اسأل عن الخصيتين: أي تغييرات في الحجم أو وجود تورم. أي ألم • بالنسبة إلى بداية الألم الشديد المفاجئ. ضع في اعتبارك الإلتواء كتشخيص محتمل. • بالنسبة إلى التورم بدون ألم. ضع في اعتبارك القيلة المائية (تجمع غير ضار من السوائل في كيس الصفن يؤثر على إحدى الخصيتين أو كليهما) أو دوالي الخصية (تورم الأوعية الدموية في الخصيتين). • إسأل عما إذا كانوا يتبولون كثيراً وفي حالة وجود دم في البول (أشهر إلى ضرورة إجراء المزيد من الفحوصات). • في حالة وجود أي إفرازات من القضيب ووصفها (قد يشير الإفراز إلى وجود عدوى منقولة جنسياً (STI)).	أسئلة للمستفيدين/من لديهم أعضاء تناسلية ذكورية



2.3.2 الفحص السريري

راجع الفصل 2، القسم 4: الفحص الجسدي لمزيد من الإرشادات حول الفحص الجسدي. تتعلق المعلومات الإضافية الواردة أدناه تحديداً بعلامات وأعراض العدوى المنقولة جنسياً (STIs).

منطقة الأعضاء التناسلية:

- جميع المستفيدين والمستفيدات: فحص الأعضاء التناسلية الخارجية بحثاً عن أي تقرّحات أو طفح جلدي أو ثآليل.
- فحص المهبل/عنق الرحم/المبيض:
- الفحص بالمنظار: لاحظ كمية الإفرازات المهبليّة وقوامها ولونها ورائحتها ووجود تقرّحات أو بثور في المهبل أو في عنق الرحم. الإشتباه في التهاب عنق الرحم ثانوي للعدوى المنقولة جنسياً (STI) إذا كان عنق الرحم هشاً (حساساً) وعرضة للتمزق، أو النزف عند التلامس). أو في حالة وجود إفرازات صديدية مخاطية.
- الفحص اليدوي: تحقق من وجود ألم في أسفل البطن (ألم في الحوض) وإبلام حركة عنق الرحم (إثارة عنق الرحم). مما يشير إلى وجود عدوى حادة.
- فحص الخصيتين/القضيب:
- القضيب: إفحص الإحليل أو "قم بتدليكك" (أي قم بالتدليك بلطف من الجزء البطني من القضيب باتجاه الصماخ) لإيجاد دليل على أي إفرازات يشار إليها.
- كيس الصفن والخصيتان: تحقق من وجود تورم في كيس الصفن. جس البربخ لتقييم الألم.

مناطق الفخذ (الأربية):

- تحقق من وجود تورمات أربية، إذا كانت متموجة و/أو مؤلمة، فمن المرجح أن تكون دبولاً وليست غددًا ليمفاوية متضخمة.

منطقة الشرج:

- تحقق من المنطقة المحيطة بالشرج للمستفيدين الذين يمارسون الجنس الشرجي بالنسبة إلى مفعول به بحثاً عن القرع أو الثآليل أو الإفرازات أو النزيف أو أي تشوهات أخرى فقد لا يعرفون أنهم أصيبوا بالأعراض.
- قم بإجراء فحص للمستقيم في حالة وجود إفرازات صديدية مخاطية، وذمة مخاطية، أو قرع. وإجراء اختبار الكلاميديا والسيلان في المستقيم إذا كانت الموارد متوفرة.

منطقة الفم:

- بالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات الذين يمارسون الجنس الفموي، تحقق من وجود التهاب في الحلق وعلامات الإصابة بالتهاب الفم والبلعوم، وقم بإجراء اختبار وجود السيلان والكلاميديا في الحلق إذا كانت الموارد متاحة، خاصة لدى المجموعات المعرضة لخطر شديد (مثل الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملين والعاملات في مجال الجنس).

سيتم الإسترشاد بالنتائج المستمدة من التاريخ الجنسي والفحص الجسدي، والجمع بينها وبين المعلومات الوبائية المحلية والإرشادات الوطنية أو الخاصة بالمرفق الصحي، لدى اختيار أنسب اختبار/إختبارات لمُسببات الأمراض حسب الحاجة، تشكّل الفحوصات أيضاً جزءاً من إدارة المتلازمات (أنظر القسم 5).

4.2 توفير علاج العدوى المنقولة جنسياً (STI)

يجب توفير رعاية عالية الجودة وعلاج للعدوى المنقولة جنسياً (STIs) لمن يحتاجون إليها في نقطة التواصل الأولى معهم. بالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات الذين يحتاجون إلى علاج، بناءً على إختبارات متلازمة أو تشخيصية أو ذاتية (أنظر القسمين 3 و 5)، من المهم جداً توفير الأدوية المناسبة لمقدمي الخدمات (أنظر الملحق 2: خيارات العلاج الموصى بها) أو أن يكونوا قادرين على إحالة المستفيدين والمستفيدات إلى صيدلية يسهل الوصول إليها وبأسعار معقولة.

قدّم المشورة للمستفيدين والمستفيدات الذين يحتاجون إلى علاج طبي:

- تناول جميع الأدوية حسب التعليمات، مع الإلتزام بالنظام المحدد، ولو اختفت الأعراض قبل انتهاء العلاج. وضح أن هذا الأمر يساعد على ضمان فعالية العلاج ويمنع تطور المقاومة للعلاج.
- الإمتناع عن ممارسة أي اتصال جنسي (مهبلي أو شرجي أو فموي) حتى يتم الانتهاء من العلاج وتختفي الأعراض.
- عدم ممارسة أي اتصال جنسي حتى يتم أيضاً علاج الشريك(ة) (أنظر القسم 5.2: إخطار الشريك(ة)). قد لا ينطبق هذا الأمر على العدوى المنقولة جنسياً (STIs) داخلية المنشأ. وإذا كان ذلك ممكناً، ينبغي استخدام الواقي الجنسي. ينبغي توفير الواقي الجنسي والمزلاقات للمستفيدين والمستفيدات حسب الحاجة.
- أطلب من المستفيد(ة) العودة إلى العيادة:
- إذا تسببت الأدوية في آثار ضارة.
- في حالة عدم زوال الأعراض أو إذا ساءت.
- في حالة عدم القدرة على إكمال العلاج.
- في حالة الإعتقاد بحدوث الإصابة مرة أخرى.



من المهم جداً ألا يُرغم مقدمُ الخدمة المستفيد(ة) على اتخاذ القرار وألا تنصرف تصرفاً يخالف إرادته/تها. ويستطيع مقدم الخدمة تقديم معلومات عن سبب أهمية إخطار الشريك(ة) وعلاجه/ها، ولكن قرار إخطار الشريك(ة) أمر يخص المستفيد(ة) وحده(ها) في نهاية الأمر. وبحسب خصائص المستفيد(ة) وظروف الحالة، يستطيع مقدمو الخدمة مناقشة طرق إخطار الشريك(ة) التالية والنظر فيها مع المستفيد(ة):

- **نظام إخطار وإحالة بقيادة المستفيد(ة):** قد يشعر بعض المستفيدين والمستفيدات بالثقة في إمكانية التحدث إلى شركائهم مباشرة وإحالتهم لتلقي خدمة إدارة العدوى المنقولة جنسياً (STI). اطلب من هؤلاء المستفيدين والمستفيدات إحضار أو إرسال شركائهم إلى العيادة. إذا كان ذلك ممكناً، أعطهم قسائم الإحالة لتسليمها إلى شركائهم الجنسيين. اقترح عليهم عيادة بديلة إذا كان هذا الأمر أنسب لوضع الشريك(ة).
- **نظام علاج بقيادة المستفيد(ة):** يعرف بعض المستفيدين والمستفيدات أن شركائهم لن يحضر لإدارة العدوى المنقولة جنسياً (STI)، لكنهم على استعداد لتوصيل العلاج إلى شركائهم حتى لا يتأخروا في العلاج. يمكن إعطاء المستفيد(ة) معلومات وأدوية أو وصفات طبية كافية لشريكه/ته الجنسي(ة) بدون الحاجة إلى الفحص. لتسريع العملية، هذا الأمر ممكن فقط إذا كان العلاج عن طريق الفم.
- **نظام إخطار بقيادة مقدم الخدمة:** قد يفضل بعض المستفيدين والمستفيدات أن يقوم مقدم الرعاية الصحية بالإتصال بشركائهم الجنسيين بدون ذكر أسمائهم باعتبارهم مصدرًا محتملاً للتعرض. اطلب من هؤلاء المستفيدين والمستفيدات إسم وعنوان الشريك(ة)، وحاول الإتصال به/ها عبر الهاتف أو البريد أو قم بزيارته/ها في المنزل، حسب الحاجة، وأوصه/ها بالحضور لإجراء الإختبار بسبب احتمال التعرض لشخص مصاب بالعدوى المنقولة جنسياً (STI).
- **الطرق المختلطة:** في كثير من الحالات، قد يستدعي الوضع أكثر من طريقة. على سبيل المثال، إذا عرض/ت المستفيد(ة) أن ي/تخطر الشريك(ة) الجنسي(ة)، ينبغي أن ينتظر مقدم الخدمة فترة زمنية معقولة (حوالي أسبوع)، ثم يجرب طريقة أخرى إذا لم يأت/ت الشريك(ة) للعلاج.

ملاحظة: يحتاج مقدمو الخدمة أيضاً إلى دراية باللوائح والبروتوكولات المحلية أو الوطنية التي قد تنص على وجوب الإخطار والإبلاغ عن بعض أنواع العدوى المنقولة جنسياً (STIs) وينبغي أن يصارحوا المستفيد(ة) بالآثار المترتبة عليها، حسب ظروف الحالة.

شجّع جميع المستفيدين والمستفيدات على طرح أي أسئلة لديهم، والعودة في أي وقت إذا كانت لديهم أسئلة أو مخاوف أخرى. المتابعة الروتينية ليست ضرورية، بالإضافة إلى التعليمات الخاصة بالعلاج. ينبغي إعطاء المستفيدين والمستفيدات معلومات شفوية ومكتوبة وتنقيفهم حسب اللزوم (أنظر القسم 1.2: الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI)).

5.2 إخطار الشريك(ة)

بمجرد تشخيص العدوى المنقولة جنسياً (STI) لدى المستفيد(ة) وبدء العلاج، ينبغي أن يوفر مقدم الخدمة المعلومات اللازمة ويقدم المشورة والدعم في ما يتعلق بإخطار الشريك(ة) الجنسي(ة).

الهدف من إخطار شريك(ة) المستفيد(ة) الجنسي(ة) هو علاج من يحتمل إصابتهم بنفس العدوى المنقولة جنسياً (STI) ومنع إصابة المستفيد(ة) مرة أخرى بعد إتمام العلاج. والأفضل أن يتم فحص شركاء وشريكات المستفيد(ة) الجنسيين ومعالجتهم في أسرع وقت ممكن.

قد تكون عملية إعلام الشريك(ة) صعبة جداً لعدة أسباب:

- قد ينطوي مفهوم إخطار الشريك(ة) على تهديد للمستفيد(ة) من الضروري احترام رغبات المستفيد(ة) والحفاظ على ثقته/تها. قد يكون من المفيد إذا اكتسبت العيادة سمعة طبية في الحفاظ على السرية.
- ينبغي أن يكون مقدمو الخدمة حساسين تجاه المستفيدين والمستفيدات الذين قد يكونون أكثر عرضة للنتائج السلبية الناجمة عن الإفصاح، مثل التمييز أو العنف أو الهجر أو الحبس. قد يحتاج هؤلاء المستفيدين والمستفيدات إلى المزيد من المشورة.
- قد يجد العديد من المستفيدين والمستفيدات صعوبة في مناقشة تشخيص العدوى المنقولة جنسياً (STI) مع شركائهم، وخاصة المعرضون لخطر العنف.
- قد لا ي/تعتقد شريك(ة) المستفيد(ة) الجنسي(ة) أنه/ها مصاب/بة فعلياً بالعدوى، خاصة إذا لم تظهر عليه/بها أعراض. وقد ي/ترفض القدوم للفحص أو العلاج.
- قد لا تكون المستفيدات اللاتي تم تشخيصهن بمتلازمة الإفرازات المهبلية مصابات بعدوى منقولة جنسياً (STI)، ولكن يمكن إعطاؤهن علاجاً للعدوى المنقولة جنسياً (STIs) وفقاً لإدارة المتلازمات (أنظر القسم 5). ينبغي أن يناقش مقدمو الخدمة مع المستفيد(ة) ما إذا كان يجب مصارحة الشريك(ة) الجنسي(ة) بهذا التشخيص الافتراضي و/أو اقتراح العلاج المناسب له.
- قد لا يعرف بعض المستفيدين والمستفيدات الأسماء الصحيحة وبيانات الاتصال بشركائهم الجنسي. ولو فعلوا ذلك، فقد يكون من الصعب معرفة أماكن بعضهم.



6.2 الإحالة

يرى العديد من مقدمي الرعاية مستفيدين ومستفيدات من رعاية العدوى المنقولة جنسياً (STI) في مرافق الرعاية الأولية وقد لا يستطيعون الوصول الفوري إلى جميع الاختبارات أو العلاجات. ينبغي أن يحدد كل مقدم خدمة أو مرفق خطة لمسار إحالة المستفيدين والمستفيدات الذين يحتاجون إلى الفحص أو المتابعة في مكان آخر لإختبار ورعاية العدوى المنقولة جنسياً (STI). والأنواع الأخرى من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، وغيرها من الإحتياجات بما في ذلك رعاية الصحة النفسية.

ويوصى عمومًا بإحالة المستفيدين والمستفيدات في الحالات التالية:

- وجود مضاعفات لعدوى منقولة جنسياً (STI). مثل الإلتهاب في مرض إلتهاب الحوض أو التأكد منه، أو عدوى ثانوية لا تتوفر لها المراقبة الدقيقة أو الإدارة المناسبة في مقر المرفق.
- وجود شك في التشخيص. خاصة لدى المستفيدين والمستفيدات الذين يعانون من حالة مرضية حادة. وأن يكون السبب المحتمل وجود حالة غير مرتبطة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI). مثل الحمل خارج الرحم أو إلتهاب الزائدة الدودية الحاد.
- فشل العلاج أو عدم إستجابة الأعراض لنظام العلاج المتاح (على سبيل المثال في حالة وجود إفرازات مستمرة من الإلليل). وفي هذه الحالات، قد تدعو الحاجة إلى خدمات تشخيصية محسنة لتوفير علاج فعال وتقليل مخاطر مقاومة مضادات الميكروبات.
- عند ضرورة تقديم علاج متخصص (على سبيل المثال للمستفيدة الحامل أو المستفيد المصاب بأمراض طبية متعددة، أو لإزالة الجراحية للثآليل الشرجية التناسلية الأكثر تعقيدًا).
- كما قد تدعو الحاجة إلى إجراء المزيد من الإختبارات التشخيصية أو الفحوصات.
- المستفيد(ة) المصاب(ة) بعدوى إلتهاب الكبد ب المزمن ويمكنه/ها الإستفادة من مضادات الفيروسات لإبطاء تقدم المرض، والتي تتوفر في مركز متخصص. أو المستفيد(ة) المصاب(ة) بإلتهاب الكبد ب الذي/التي ي/تعاني من مضاعفات خطيرة وي/تحتاج إلى رعاية على مستوى أعلى.
- المستفيد(ة) ي/تحتاج إلى أي نوع من أنواع الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأخرى غير المتوفرة في المرفق.

الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs) وإدارتها في السياقات الإنسانية

يمكن أن يزداد معدل انتشار العدوى المنقولة جنسياً (STIs) بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في حالات الطوارئ في حالة انخفاض مستويات الوقاية والفحص والرعاية الصحية العلاجية. قد تؤثر العدوى المنقولة جنسياً (STIs) بشكل خطير على الصحة الجنسية والإنجابية، وبعضها يزيد من خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV).

وفي الأزمات، وفي السياقات محدودة الموارد، تُستخدم إدارة العدوى المنقولة جنسياً (STIs) على أساس المتلازمات (أنظر القسم 5). وهذا يشمل إدارة الحالات بناءً على المظهر السريري (الأعراض والعلامات) إستناداً إلى مخطط توضيحي لاتخاذ القرار. مع إستخدام الفحص المجهر في المرفق إذا كان متاحاً ومناسباً. الموارد الإضافية اللازمة لإختبار مسببات العدوى المنقولة جنسياً - وعرض النتائج في وقت لاحق على المستفيدين والمستفيدات مع توفير العلاج الصحيح - ليس لها مبرر في حالات الطوارئ.

يجب أن تشمل تدابير الحد من انتقال العدوى المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري (HIV) توافر الواقي الجنسي وتوزيعه مجاناً. ومن الضروري ضمان توافر الواقي الذكري والأنثوي (مزلّقاً). أو مع مواد التزليق المتوافقة مع الواقي الجنسي المستخدم. حسب الحاجة) في جميع المواقع المناسبة (في المرفق أو خارجه) من الأيام الأولى للإستجابة الإنسانية. لأن الواقي الجنسي يوفر أفضل حماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). بالإضافة إلى ذلك، ينبغي توفير العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والعدوى المنقولة جنسياً للناجين والناجيات من العنف الجنسي. أنظر الفصل 11: تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية

والإنجابية في السياقات الإنسانية للحصول على التفاصيل الكاملة للهدف 3 من حزمة الخدمات الأولية الدنيا بشأن منع الإنتقال وتقليل المراضة والوفيات بسبب فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والعدوى المنقولة جنسياً الأخرى في مواقع الأزمات الإنسانية.



3. الإختبارات التشخيصية

يعتمد التحديد الدقيق للعدوى المنقولة جنسياً (STIs) المصحوبة أو غير المصحوبة بأعراض، بالإضافة إلى التحسينات في مستوى حساسية ونوعية النهج المتلازمي، على مدى توفر الإختبارات التشخيصية واستراتيجية الفحص. ويتضمن الجدول 3 ملخصاً لإختبارات العدوى المنقولة جنسياً (STI) المتاحة بأنواعها المختلفة. ينبغي أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على دراية بإختبارات التشخيص الموثوقة والفعالة من حيث التكلفة وذات الجودة العالية المناسبة والمتاحة على المستوى المحلي وينبغي أن يقوموا بتوفير وضمان وجود مخزون كافٍ من هذه الإختبارات.

ينبغي إجراء الإختبارات التشخيصية، سواء كانت إختبارات سريعة في نقطة الرعاية (POCTs) أو إختبارات مخبرية، بعد أخذ التاريخ السريري والجنسي الكامل، وإجراء المزيد من تقييم المخاطر والفحص حسب اللزوم (أنظر القسم 2 والفصل 8: أمراض النساء والرعاية الصحية الإنجابية الأخرى).

توصيات بشأن جمع العينات ذاتياً لإختبار الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI)

هناك ضرورة لبذل جهود أكبر لتوسيع نطاق إختبار العدوى المنقولة جنسياً (STI) على المستوى العالمي، ويُعتبر جمع العينات ذاتياً (SCS) من بين السبل لتيسير ذلك. ويعني جمع العينات ذاتياً (SCS) أن يقوم الفرد بسحب العينة بنفسه، إما في مرفق رعاية صحية أو في أي مكان آخر، ويرسلها إلى المختبر للإختبار، ثم يرسل المختبر النتائج إلى الفرد. وفي حالة النتائج الإيجابية، تتطلب المتابعة ربط الفرد بالنظام الصحي. وفي البلدان ذات الدخل المرتفع، التي تتوفر فيها مرافق المختبرات والرعاية الصحية على نطاق واسع، تظهر الأبحاث أن عينات العدوى المنقولة جنسياً (STI) التي يتم جمعها ذاتياً لا تقل دقة عن العينات التي يجمعها الأطباء، وأن جمع العينات ذاتياً (SCS) عملية ممكنة ومقبولة لدى فئات سكانية متنوعة. وتستطيع نُهج جمع العينات ذاتياً (SCS) أيضاً التغلب على بعض العوائق التي تمنع الأشخاص في كثير من الأحيان من طلب إختبار الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI) من مقدم الرعاية الصحية أو العيادة، مثل المخاوف بشأن الإستقلالية والإزعاج والوصم وانعدام الخصوصية.

توصيات منظمة الصحة العالمية:

- ينبغي إتاحة جمع العينات ذاتياً للنيسرية البنية والمتدثرة الحثرية كنهج إضافي لتقديم إختبارات العدوى المنقولة جنسياً (STI).
- وقد يُعتبر الجمع الذاتي لعينات اللولبية الشاحبة (الزهرى) و داء المشعرات المهبلي بمثابة نهج إضافي لتقديم إختبار العدوى المنقولة جنسياً (STI).

المصدر: منظمة الصحة العالمية [13].

وبالنسبة إلى الإختبارات التي تتطلب عينات باستخدام المسحات (الفحص المجهرى، الزرع، إختبار تضخيم الحمض النووي [NAAT])، ينبغي أخذها أثناء الفحص السريري المشار إليه في التاريخ الجنسي، من أعلى المهبل، وعنق الرحم، والحلق، و/أو فتحة الشرج. ويمكن أيضاً أخذ مسحات من مجرى البول (لدى الذكر والأنثى) أو المهبل/ عنق الرحم في حال إستحالة الحصول على إختبار البول للكشف عن السيلان/الكلاميديا. وتجدر الإشارة إلى أن إختبار البول مفضل بالنسبة إلى الذكور، ولكن في حالة عدم توفره، يمكن أخذ مسحات من الإحليل. بالنسبة إلى الإناث، يُنصح باستخدام المسحة بدلاً من الإختبارات المعتمدة على البول، إذا كان ذلك ممكناً، بسبب زيادة الحساسية تجاه عدوى السيلان (البول والمسحات متساويان في الحساسية العالية للكلاميديا [12]).

يتطلب إختبار الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والزهرى والتهاب الكبد إجراء إختبار الدم/المصل. توجد أيضاً إختبارات مسحة الفم بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري (HIV).

عدة الجمع الذاتي للعينات تمتاز بأنها تغني عن الحاجة إلى مقدم خدمة يقوم بجمعها. ويمكن جمعها في المنزل (وفي بعض السياقات يتم إرسالها مباشرة إلى المختبر)، أو ي/تستخدمها المستفيد(ة) ببساطة في غرفة/حمام خاص في العيادة بعد تقديم المشورة، على غرار الجمع الذاتي لعينات البول. وتبيّنت فعالية وتوافر لوازم الجمع الذاتي لعينات البول والمسحات لإختبار الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI) ونتج عنها زيادة الإقبال على فحوصات العدوى المنقولة جنسياً (STI) بين المستفيدين والمستفيدات وتخفيف عبء العمل عن كاهل مقدمي الرعاية الصحية للمصابين بالعدوى المنقولة جنسياً (STI) لأنها تسمح بجمع العينات بدون فحص للحوض أو مسحة امجرى البول التي يقوم بها مقدم الخدمات، وتشمل المسحات التي يتم جمعها ذاتياً بشكل عام المسحات المهبلية والشرجية والفموية البلعومية. ويمكنها أن تكون أيضاً مورداً إضافياً يُقدّم للمستفيدين والمستفيدات الذين يحضرون للفحص أو للإبلاغ عن الأعراض ولكنهم لا يوافقون على الفحص، ويجب أن يتلقى المستفيدين والمستفيدات تعليمات واضحة لإستخدام عدة الجمع الذاتي للعينات، بإستخدام أدوات مرئية واضحة حسب اللزوم.

وإن كان ممكناً، ينبغي إجراء الإختبار بالقرب من المستفيد(ة) قدر الإمكان (الإختبارات في نقطة الرعاية (POCTs)) والسماح بظهور النتائج في خلال نفس زيارة العيادة (إختبارات التشخيص السريع (RDTs)). وهذا يؤدي إلى زيادة معدل التشخيص الصحيح لأقصى درجة وتلقي العلاج في نفس اليوم/الزيارة، وتقليل ضياع فرص المتابعة، وهي تمثل خطورة إذا كان من الضروري إرسال الإختبارات لإجراء التحليل المخبري، مما يؤدي إلى تأخير الوصول إلى النتائج. وتتميّز الإختبارات في نقطة الرعاية (POCTs)/إختبارات التشخيص السريع (RDTs) عموماً بانخفاض حساسيتها مقارنة بالإختبارات المخبرية ولكن ميزتها أن المزيد من المستفيدين والمستفيدات سيتلقون العلاج ولا يتحملون أي تكاليف مخبرية (بما في ذلك المرافق والمعدات المتخصصة والخبرات). ويمكن أيضاً إجراء هذه الإختبارات من قبل مجموعة من المتخصصين في الرعاية الصحية بدون تدريب مخبري. وينبغي أن يكون مقدمو الخدمات على



سبب تقديم وطريقة العلاج. ويتضمن القسم 5 إرشادات لإدارة المتلازمات. فيما يتضمن القسم 4 المعلومات السريرية والتشخيصية الرئيسية بما في ذلك الاختبارات التشخيصية لكل نوع من أنواع العدوى. ويتضمن القسم 2 جميع المعلومات اللازمة لتقديم المشورة وطريقة العلاج. ويتضمن الملحق 2 تفاصيل نظم العلاج الموصى بها.

دراسة بالاختبارات التي تُجرى في نقطة الرعاية (POCTs)/اختبارات التشخيص السريع (RDTs) المتوفرة محلياً وإقليمياً وأن يبذلوا جهوداً لاستخدامها في مرافقهم كلما أمكن ذلك.

وفي حالة عدم توافر اختبارات مسببات المرض أو إذا كانت نتائج الاختبار غير متاحة على الفور، يحتاج مقدمو الخدمات إلى العمل وفقاً لنهج المتلازمات وإصدار حكم سريري لتحديد نوع العلاج الذي

الجدول 3: أنواع الاختبارات التشخيصية للعدوى المنقولة جنسياً (STIs)

نوع الاختبار	الوصف
اختبارات الكشف عن الكائن الحي	
الفحص المجهرى	يمكن استخدام الفحص المجهرى للتحضير الرطب للكشف عن فطريات المبيضة البيضاء (داء المبيضات)، داء المشعرات المهبليّة (داء المشعرات)، والتهاب المهبل البكتيري ويمكن استخدام صبغة غرام لملاحظة وجود المكورات المزدوجة داخل الخلايا للكشف عن النيسرية البنية لدى الرجال يمكن توفير تحليل فوري وتقديم النتائج أثناء انتظار المستفيد(ة) إذا كانت المعدات والخبرة متوفرة في المقر
الزرع	يمكن استخدام الزرع للنيسرية البنية، وغيرها. ويمكن أن يستغرق ظهور النتائج عدة أيام، مع خطورة ضياع فرصة المستفيدين والمستفيدات في المتابعة بسبب انتظارهم للنتائج ومن الضروري زرع النيسرية البنية لرصد مقاومة مضادات الميكروبات والاستفادة من ذلك في تحديد ترتيبات العلاج يجب أن يخضع النقل وجمع العينات والتخزين لرقابة صارمة
اختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs)	يمكن استخدام اختبار تضخيم الحمض النووي (NAAT) للمتدثرة الحثريّة، والنيسرية البنية، وداء المشعرات المهبليّة، و الميكوبلازما التناسلية وغيرها تُستخدم في هذه الاختبارات طرق إنزيمية لاستهداف المادة الوراثية للبكتيريا أو الفيروس ثم تضخيمها إلى مليارات النسخ
اختبارات للكشف عن استجابة المستفيد(ة) المناعية للعدوى (الأجسام المضادة)	
مقاييسات الممتر المناعي المرتبط بالإنزيم (EIAs أو ELISAs) ومقاييسات الفلورة المباشرة (DFAs)	يمكن استخدامها لتشخيص فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وقد تكون نتائج هذه الاختبارات إيجابية بالخطأ، وقد تستمر لبعض الوقت بعد العلاج ولكن ميزتها في بعض الحالات أنه يمكن توفيرها كاختبارات في نقاط الرعاية (POCTs)، مما قد يؤدي إلى زيادة عدد المستفيدين والمستفيدات من العلاج
اختبارات التشخيص السريع (RDTs)، أو الاختبارات في نقطة الرعاية (POCTs)	متوفرة للزهري وفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، أو اختبار الزهري/فيروس العوز المناعي البشري (HIV) المزدوج السريع (RDT) اختبارات الزهري (المعروفة أيضاً باسم اختبارات الزهري السريعة، أو RSTs) لكشف وجود الأجسام المضادة للولبيات، تتاح النتائج في غضون 15 دقيقة. تتراوح نسبة الحساسية من 85 إلى 98 في المائة حسب نوع الاختبار لا تتطلب إمكانية الوصول إلى خدمات المختبرات المتخصصة



ومع ذلك، فإن اختيار الإختبارات يعتمد على الموارد المتاحة ومستوى الدعم المخبري.

- وتُعتبر إختبارات تضخيم الحمض النووي (NAAT) المعيار الذهبي لتشخيص الكلاميديا، مع ارتفاع مستوى حساسيتها وخصوصيتها مقارنة بالإختبارات الأخرى. ويمكن إستخدامها أيضاً في عينات البول. وهي مكلفة.
- تتميز الإختبارات السريعة في نقطة الرعاية (POCTs) بمستوى حساسية أقل ولكنها قد تكون مفيدة في الأماكن محدودة الموارد مع ارتفاع مستوى انتشار الكلاميديا، خاصةً بالنسبة إلى الإختبارات المرتكزة على المجتمع، كما أنها تتيح إمكانية توفير العلاج الفوري.
- وبالنسبة إلى الزرع، فإن حساسيته دون المستوى الأمثل ولا يُنصح به لتشخيص الكلاميديا.
- وينبغي إستخدام علم الأمصال فقط كأداة مساعدة ممكنة في تشخيص و/أو فحص عدوى الممتدثرة الحثرية والإلتهاب الرئوي لحدوثي الولادة وعدوى الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV) المصحوبة بمضاعفات.

2.1.4 الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV)، بسبب الضروب المصلية L1-L3 للممتدثرة الحثرية

ينتشر الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV) في جميع أنحاء العالم ولكنه أكثر انتشاراً في البلدان الاستوائية وشبه الاستوائية. وينتج الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV) عن بيوفار "L" المميز للممتدثرة الحثرية، والذي يحتوي على الضروب المصلية (L1، L2، L2a، L2b، L3) وهي أكثر توغلاً من الضروب المصلية المسؤولة عن مرض العين التقليدي، التراخوما (الضروب المصلية A إلى C) وتلك التي تسبب إلتهاب الإحليل غير السيلاني وعدوى الجهاز التناسلي المصاحبة (الضروب المصلية D إلى K). وجرت العادة أن يظهر الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV) كأفة أولية عابرة هربسية الشكل للأعضاء التناسلية الخارجية، ولكن في كثير من الحالات، قد تزول الأفة بدون أن يلاحظها أحد أو تظهر على أنها إلتهاب إحليلي حاد غير سيلاني لدى الرجال أو تكون غير مصحوبة بأعراض تماماً لدى النساء نتيجة لعدوى أولية في عنق الرحم.

السمات السريرية والأمراض المرتبطة بها

- جميع الأجناس: اعتلال العقد اللمفية الأربي (تورم/دبول) مع أو بدون أفة أولية مصاحبة (قرحة). إلتهاب المستقيم، وهذه الأعراض أكثر شيوعاً في الرجال عن النساء.
- لدى النساء، قد تدخل فيها غدد الحوض العميقة والمحيطية بالمستقيم إذا تم العثور على الأفة الأولية في عنق الرحم، وقد تظهر على المستفيدة أعراض متوافقة مع مرض إلتهاب الحوض (PID) الشديد.

4. العدوى المنقولة جنسياً (STIs) الشائعة والسمات السريرية والتشخيصات

يتضمن هذا القسم معلومات أساسية لتحديد وتشخيص العدوى من خلال السمات السريرية والإختبارات التشخيصية [14].

1.4 العدوى البكتيرية المنقولة جنسياً (STIs) القابلة للعلاج

1.1.4 الممتدثرة الحثرية (الكلاميديا)

الممتدثرة الحثرية تسبب الكلاميديا، وهي أكثر أنواع العدوى البكتيرية المنقولة جنسياً (STI) شيوعاً على مستوى العالم. وتشمل الكلاميديا مجموعة من الأمراض في مجموعة متنوعة من المواقع (تناسلية وعينية وعقد ليمفاوية وشعب هوائية وغيرها). الممتدثرة الحثرية يمكنها أن تنتقل عن طريق الجنس المهبطي أو الشرجي أو الفموي. ولا تظهر أعراضها على العديد من المصابين والمصابات بالكلاميديا. ومن النتائج السلبية المرتبطة بعدوى الكلاميديا التي لم تُعالج مرض إلتهاب الحوض (PID)، والحمل خارج الرحم، والعقم البوقي، وإلتهاب البربخ، وإلتهاب البروستاتا، وغيرها. يمكن علاج الكلاميديا والتعافي منها بسهولة بالمضادات الحيوية.

السمات السريرية والأمراض المرتبطة بها

النساء/الأعضاء التناسلية الأنثوية:

- الأولية: إلتهاب عنق الرحم، إفراز صديدي غزير، هشاشة عنق الرحم، عسر البول، آلام الحوض، إلام حركة عنق الرحم، عادة بدون أعراض.
- العواقب: مرض إلتهاب الحوض (PID)، إلتهاب بطانة الرحم، إلتهاب البوق، الحمل خارج الرحم، العقم البوقي، تمزق الأغشية المبتسر، إلتهاب حوائط الكبد.

الرجال/الأعضاء التناسلية الذكورية:

- الأولية: إفرازات الإحليل (إلتهاب الإحليل)، عسر البول، ألم الخصية.
- العواقب: إلتهاب البربخ، إلتهاب البروستاتا، إلتهاب الخصية، العقم.

جميع الأجناس: إلتهاب المستقيم، إلتهاب البلعوم، متلازمة رايتير Reiter. تُعتبر العدوى العديمة الأعراض شائعة.

حديثي الولادة: إلتهاب الملتحمة، الممتدثرة الرئوية.

الإختبارات التشخيصية

تقنيات التشخيص للكشف عن الكلاميديا تواصل التقدم، ويوصى بشدة بإستخدام إختبار تضخيم الحمض النووي (NAAT) لتشخيص وفحص عدوى الممتدثرة، نظراً لارتفاع مستوى خصائص الأداء.



الرجال/الأعضاء التناسلية الذكورية:

- السيلان غير المصحوب بمضاعفات: إفرازات الإحليل (التهاب الإحليل) التي قد تكون غزيرة وصديدية أو شحيحة وصافية، عسر التبول. وقد تكون بدون أعراض، خاصة في البلعوم والمستقيم.
- السيلان المصحوب بأعراض: وذمة القضيب، خراج غدد تايسون Tyson، خراج غدد كاوبر Cowper، التهاب الحويصلة المنوية، التهاب البربخ، التهاب الخصية، العقم (نادر).

جميع الأجناس:

- السيلان المصحوب بأعراض: عدوى المكورات البنية المنتشرة.
 - المستقيم: إفرازات صديدية غزيرة، ألم حارق/لاذع، زحير، دم في البراز.
 - البلعوم: التهاب بلعوم خفيف، التهاب خفيف في الحلق، حمامى.
- حديث الولادة: رمد حديثي الولادة.

الاختبارات التشخيصية

تدعو الحاجة إلى إجراءات مخبرية للتشخيص واكتشاف الحالات واختبار العلاج. يتم تشخيص السيلان عن طريق تحديد النيسرية البنية في الإفرازات التناسلية أو خارج الأعضاء التناسلية.

- اختبارات تضخيم الحمض النووي (NAAT) هي اختبارات تشخيصية عالية الحساسية والنوعية لمرض السيلان. وتمتاز بمستوى فائق من الحساسية والنوعية مقارنة بالزرع. ويمكن إجراؤها على عيّنتان من البول والفرج والمهبل وعنق الرحم والإحليل. يمكن أيضاً استخدام اختبارات تضخيم الحمض النووي (NAAT) على عيّنتان المستقيم والبلعوم ولكن قد تكون حساسيتها أقل بمستوى طفيف.
- ويُعتبر الفحص المجهرى حساساً ونوعياً لدى الرجال الذين يعانون من أعراض مع إفرازات الإحليل.
- ويُعتبر الزرع حساساً ونوعياً للغاية في الظروف المثلى، وغير مكلف، ويسمح باختبار الحساسية لمضادات الميكروبات.

- وقد يُصاب الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (خاصة إذا كانوا مصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)) بالتهاب المستقيم التفرّجي الشديد أو التهاب المستقيم والقولون مصحوباً بالألم في المستقيم، وإفرازات مخضبة بالدم، وتنظير غير طبيعي للشرح بشكل ملحوظ، وحمى، واعتلال العقد اللمفية.
- المضاعفات: خراجات حول المستقيم، تضيقات في المستقيم، ناسور، تندب مزمن. وقد تؤدي مظاهر المرض المزمنة إلى انسداد الأوعية اللمفية التي تفرغ الأعضاء التناسلية أو المستقيم، مما يسبب الوذمة.

الاختبارات التشخيصية

وتشمل اختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs) أو الزرع: العيّنت المختارة لكل من الزرع واختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs) للورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV) المسحات المأخوذة مباشرة من الآفات الأولية (في حالة وجودها)، مسحات الإحليل، أو عيّنت أول دفعة بول لدى الرجال، مسحات باطن عنق الرحم لدى النساء، ومسحات المستقيم لدى الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.

3.1.4 النيسرية البنية (السيلان)

النيسرية البنية تسبب مرض السيلان، وهو ثاني أكثر أنواع العدوى البكتيرية المنقولة جنسياً (STI) شيوعاً على مستوى العالم. ويشمل السيلان مجموعة من الأمراض في مجموعة متنوعة من المواقع، بما في ذلك الجهاز البولي التناسلي والبلعوم والمستقيم والملتحمة. النيسرية البنية تنتقل في المقام الأول من خلال الاتصال الجنسي (بما في ذلك الشرج، أو القضيب، أو المهبل، أو الفم، أو الحلق). تشمل المضاعفات والعواقب المصاحبة لعدوى النيسرية البنية غير المعالجة مرض التهاب الحوض (PID)، والحمل خارج الرحم، والعقم، ووذمة القضيب، والتهاب البربخ، وعدوى المكورات البنية المنتشرة. مع زيادة السلالات المقاومة لمضادات الميكروبات، يُعالج السيلان في الغالب بعلاج مزدوج بالمضادات الحيوية.

السمات السريرية والأمراض المرتبطة بها

النساء/الأعضاء التناسلية الأنثوية:

- السيلان غير المصحوب بمضاعفات: التهاب عنق الرحم مع إفراز صديدي من عنق الرحم وعنق الرحم الهش، عسر البول، ألم أسفل البطن. عادة بدون أعراض، خاصة في البلعوم والمستقيم.
- السيلان المصحوب بأعراض: التهاب بطانة الرحم، التهاب البوق، خراج بارثولين، التهاب الأوعية اللمفية، خراج بوقي مبضي، حمل خارج الرحم، عقم، تمزق الأغشية المبترس، التهاب حوائط الكبد.

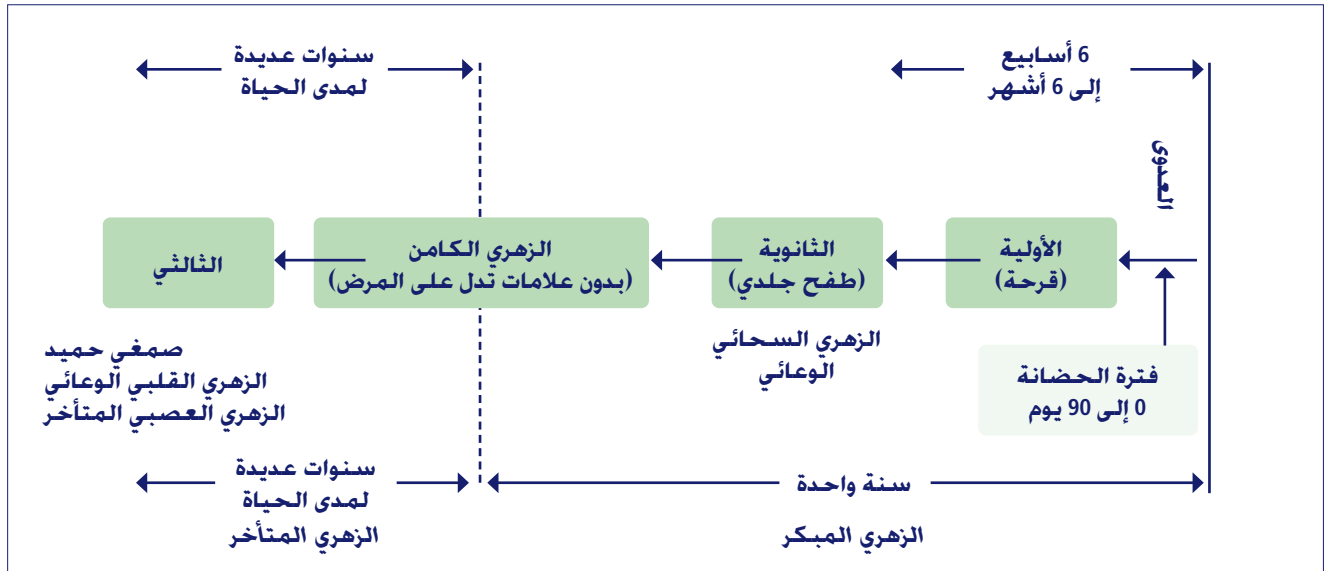


مسار مرض الزهري غير المعالج. قد يسبب مرض الزهري الثاني الذي يحدث بعد سنوات عديدة من الإصابة الأولية أضراراً شديدة تصحبها مظاهر تُصنّف على أنها مرض الزهري الصمغي الحميد، والزهري القلبي الوعائي، والزهري العصبي. وقد تتعايش معاً. وقد يتطور المرض بشكل كبير وبسرعة أكبر لدى المستفيدين والمستفيدات المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). وتُستخدم المضادات الحيوية المناسبة في علاج مرض الزهري بطريقة فعالة للغاية وبأسعار معقولة.

4.1.4 اللولبية الشاحبة (الزهري)

مرض الزهري، الذي تسببه بكتيريا اللولبية الشاحبة، هو عدوى منقولة جنسياً (STI) ومزمنة تتسبب باستمرار في زيادة عدد الأمراض والوفيات بمعدلات ملحوظة. وينتقل بشكل أساسي بالاتصال الجنسي في حالة وجود قرحة مفتوحة أو "قرح" في خلال المراحل المبكرة من العدوى. أو عبر المشيمة من الأنثى الحامل إلى جنينها. وفي العادة، تؤدي عدوى الزهري غير المعالجة أثناء الحمل إلى نتائج حمل سيئة ووخيمة، بحيث يوصى بالفحص الشامل لمرض الزهري أثناء الحمل (أنظر المزيد من المعلومات أدناه). ويوضح الشكل 1

الشكل 1: مسار الزهري غير المعالج: المراحل الأولية والثانوية والكامنة والثالثية



المصدر: مستنسخ/مترجم بإذن من التشخيص المخبري للعدوى المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2013.

السمات السريرية والأمراض المرتبطة بها

جميع الأجناس:

- الثالثية: يمكن أن تحدث صمغيات (آفات) في أي عضو من أعضاء الجسم، ولكن في أغلب الأحيان في الجلد والغضاريف والعظام (الزهري الصمغي الحميد). وجدران الشريان الأورطي (الزهري القلبي الوعائي). والأوعية الدماغية (الزهري السحائي الوعائي). أو الدماغ والنخاع الشوكي (الزهري العصبي).
- النساء/الأعضاء التناسلية الأنثوية: الإجهاض التلقائي، ولادة جنين ميت، الولادة المبكرة.
- حديثو الولادة: ولادة جنين ميت، الزهري الخلقي.

- الأولية: القرحة الأولية (آفة تناسلية مفردة غير مؤلمة). مع اعتلال العقد اللمفية الإربي الثنائي في العادة (عادةً منفصل وغير مؤلم).
- الثانوية: طفح جلدي منتشر بشكل متساوٍ وغير مهيج وقد يكون بقعي أو حطاطي أو حطاطي حشرقي (يظهر في الغالب على راحتي اليدين وباطن القدمين). في المواضع الدافئة الرطبة. قد يتضخم الطفح الجلدي ويشكل الورم اللقمي المسطح. وعلى الأسطح المخاطية يشكل آفات سطحية ساعية بيضاء رمادية اللون تعرف باسم "قرح مسار الحلزون". قد يوجد أيضاً اعتلال في العقد اللمفية معمم وحمى وصداع وتوعل عام.



الإختبارات التشخيصية

الإختبارات المصلية:

- إختبارات اللولبيات: الغالبية العظمى من الإختبارات المتاحة تجارياً في نقطة الرعاية أو الإختبارات التشخيصية السريعة لمرض الزهري. والمعروفة أيضاً بإسم (RSTs). تشمل إختبارات اللولبيات الأخرى FTA-Abs، مقايضة التراص الدموي للولبية الشاحبة، ومقايضة ترافس جسيم اللولبية الشاحبة السلبى.
- الإختبارات غير اللولبية أو إختبارات الراجنة: تشمل إختبار الراجنة البلازمية السريع (RPR) وإختبارات مختبر بحوث الأمراض المنقولة جنسياً (VDRL).

الكشف المباشر (باستخدام عيّات مأخوذة من آفات جلدية أو أنسجة).

- الفحص المجهرى للمجال المظلم POCT: الإختبار الوحيد في نقطة الرعاية القادر على التشخيص المباشر لمرض الزهري في حالات الأمراض الخلقية الأولية أو الثانوية أو المبكرة لدى البالغين وبالغات. وأفضل عيّنة هي إفرازات مصلية من الآفات النشطة، خالية من خلايا الدم الحمراء.
- التآلق المناعي المباشر: تحديداً إختبارات الأجسام المضادة الفلورية المباشرة: جمع العيّات هو نفسه بالنسبة إلى الفحص المجهرى للمجال المظلم. يتفوق فيها مستوى الخصوصية والحساسية على الفحص المجهرى للمجال المظلم.
- إختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs): تم تطوير العديد من مقايسات تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) واستُخدمت بنجاح للكشف عن تسلسلات الحمض النووي المستهدفة الخاصة باللولبية الشاحبة في الآفات الأولية والثانوية. ويمكن إستخدامها لفحص عيّات من أي إفرازات الآفات أو أنسجة أو سوائل الجسم. ويمكن أن تكون العيّنة طازجة أو مجمدة أو مثبتة ومطمومة بالبارافين. يمكن أيضاً تطبيقها على تشخيص الزهري الخلقي والزهري العصبي أيضاً.

ملاحظة حول إختبار الزهري الخلقي: ينبغي فحص أي آفات جلدية أو غشاء مخاطي موجودة لدى حديثي الولادة من فرد مصاب بالمصل عن طريق الفحص المجهرى للمجال المظلم أو التآلق المناعي المباشر أو تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) للحصول على دليل مباشر على الإصابة باللولبية الشاحبة. للحصول على معلومات حول الإختبار المصلي لدى حديثي الولادة، يُرجى الرجوع إلى دليل منظمة الصحة العالمية للمختبرات [14].

فحص الزهري وعلاجه أثناء الحمل

يكون انتقال مرض الزهري في الفترة المحيطة بالولادة (الزهري الخلقي) في العادة مدمراً للجنين إذا لم يتم الكشف عن عدوى الزهري الأولية أو الثانوية لدى الأم ومعالجتها بشكل كافٍ في وقت مبكر من الحمل. ويُفضل قبل الثلث الثاني من الحمل. كما تسبّب عدوى الزهري الكامنة (عديمة الأعراض) أثناء الحمل نتائج سلبية خطيرة للحمل في أكثر من نصف الحالات.

في ما يلي توصيات واقتراحات منظمة الصحة العالمية لفحص الزهري وعلاجه لدى الحوامل [15]:

- في جميع المواقع، بغض النظر عن انتشار الزهري على المستوى المحلي: يتم فحص جميع الحوامل للكشف عن الزهري في أول زيارة من زيارات الرعاية قبل الولادة.
- في المواقع التي ينخفض فيها مستوى التغطية اللازم لفحص الزهري ومعالجة الحوامل. أو يسود فيها ضياع الكثير من فرص متابعة الحوامل. أو التي تتسم بمحدودية الإمكانيات المخبرية: إستخدم الإختبارات في المرفق الصحي (الإستراتيجيات "أ" و "ب" و "ج" أدناه) بدلاً من إستراتيجية الفحص والعلاج الموحدة القائمة على المختبرات خارج المرفق الصحي.
- في المواقع التي ينخفض فيها مستوى انتشار الزهري (أقل من 5 في المائة): إستخدم إختبار وحيد RST (إختبار الزهري السريع) في المرفق الصحي (يُعرف أيضاً باسم الإختبار المزدوج السريع (RDT) أو الإختبار في نقطة الرعاية (POCT)) لفحص الحوامل (الإستراتيجية أ) بدلاً من إختبار راجنة بلازمية سريع (RPR) وحيد في المرفق الصحي (الإستراتيجية ب).
- في المواقع التي يرتفع فيها مستوى انتشار الزهري (5 في المائة أو أكثر): إستخدم إختبار الزهري السريع (RST) في المرفق. وإذا كان إيجابياً، قدّم جرعة أولى من العلاج وإختبار الراجنة البلازمية السريع (RPR). ثم إذا كان إختبار RPR إيجابياً، فقم بتوفير العلاج حسب مدة الزهري (الإستراتيجية ج).

الإستراتيجية أ: إختبار زهري سريع (RST) وحيد في المرفق متبوعاً بالعلاج إذا كان إيجابياً

يمكن تقديم إختبار RST في المرفق (إختبار اللولبية) مرة واحدة ويمكن تقديم العلاج في خلال نفس الزيارة بناءً على النتائج. لا يميّز إختبار الزهري السريع (RST) بين وجود الزهري الذي تم علاجه بشكل كافٍ سابقاً والزهري الذي لم يُعالج. لذلك، فإن الحوامل اللواتي ثبتت إصابتهن في إختبار الزهري السريع (RST) وتم علاجهن بشكل مناسب للتعافي من الزهري سوف تبقى نتيجهن على الأرجح إيجابية عند إعادة إختبار الزهري السريع (RST) لاحقاً (على سبيل المثال أثناء الحمل اللاحق). وبالتالي، فإن الحوامل اللاتي ثبتت إصابتهن في إختبار RST سابق (على سبيل المثال أثناء حمل سابق) من الممكن علاجهن مرة أخرى من الزهري بدون تكرار إختبار RST إذا



الإستراتيجية ج: يُتبع إختبار الزهري السريع (RST) في المرفق (إذا كان إيجابياً) بالجرعة الأولى وإختبار الراجنة البلازمية السريع (RPR) (الشكل 2)

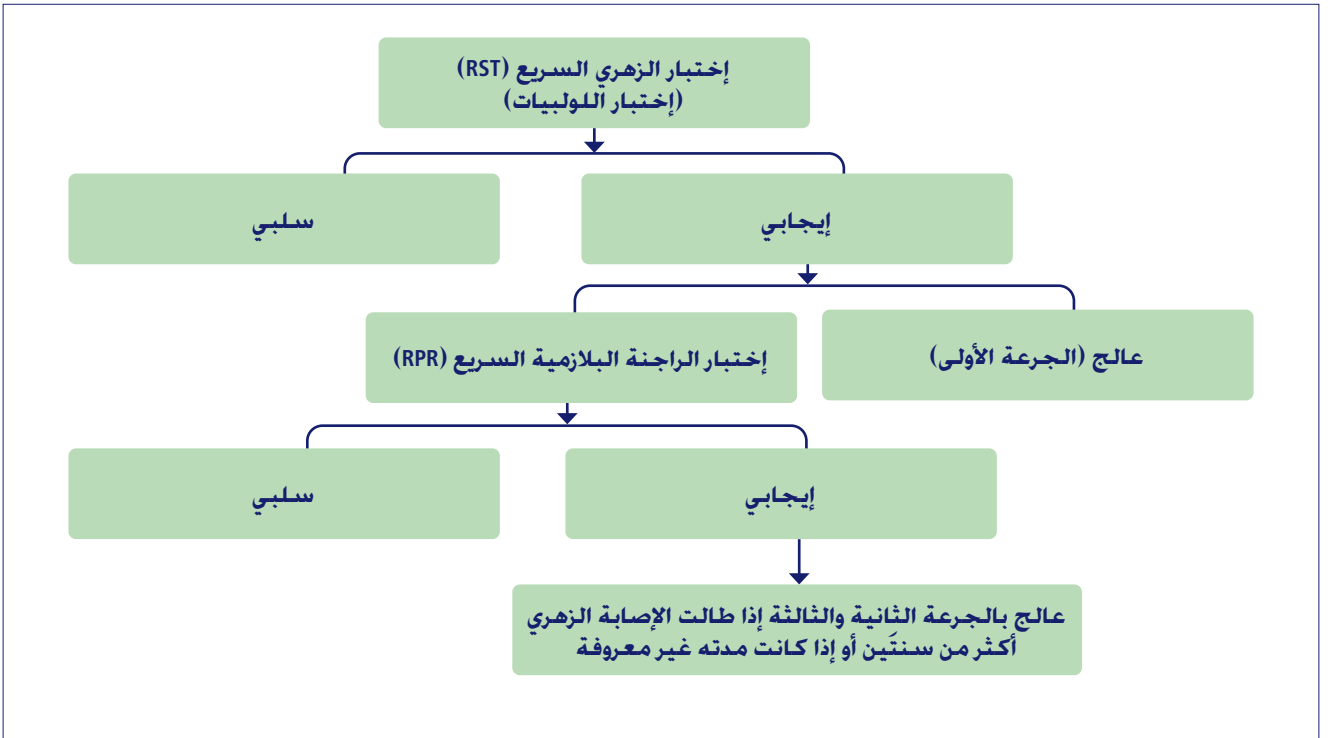
يتم توفير إختبار RST في المرفق للمستفيدة الحامل أولاً، وإذا كانت النتيجة سلبية المصل، فيمكن تفسيرها على أن عدوى الزهري غير موجودة ولا يتم إعطاء علاج ولا إجراء المزيد من الإختبارات. وإذا كان إختبار RST في المرفق إيجابياً، فينبغي إعطاء علاج فوري لمنع حدوث نتائج سلبية للحمل. وينبغي بعد ذلك إجراء إختبار RPR (في المرفق أو خارجه، تبعاً للموارد المتاحة). وإذا كان هذا الإختبار إيجابياً أيضاً، فينبغي معالجة المستفيدة بشكل مناسب للشفاء من الزهري وفقاً للمدة المحددة للعدوى. ولكن، إذا كانت نتيجة إختبار RPR سلبية، فيمكن تكراره بعد حوالي شهر واحد للحصول على تشخيص صحيح (إيجابي) في الحالات التي لم يتم فيها اكتشاف الزهري المبكر في إختبار RPR الأول. وقد تتطلب هذه الإستراتيجية من المستفيدة القيام بزيارتين للعيادة إذا كان إختبارها الأول إيجابياً (أي لتلقي نتائج إختبار RPR إذا لم يكن إختبارا سريعاً في المرفق).

كان خطر الإصابة مرة أخرى يعتبر مرتفعاً، وبدلاً من ذلك، يمكن إجراء إختبار RPR الكمي لهؤلاء المستفيدات بدلاً من إختبار RST (أي لتحديد العيار).

الإستراتيجية ب: إختبار RPR وحيد في المرفق متبوعاً بالعلاج إذا كان إيجابياً

إختبار RPR في هذه الإستراتيجية هو إختبار سريع واحد في المرفق، مما يسمح بتقديم العلاج في نفس اليوم. وهذا يعني أنه (كما هو الحال في الإستراتيجية أ)، تستطيع المستفيدة الحامل أن تخضع للإختبار وتلقى العلاج في خلال نفس الزيارة. وإذا كانت نتيجة إختبار RPR سلبية، فيمكن تكراره بعد حوالي شهر واحد للحصول على تشخيص صحيح (إيجابي) في الحالات التي لم يتم فيها اكتشاف الزهري المبكر في إختبار RPR الأول. وذلك لاستحالة اكتشاف الزهري إلا بإجراء إختبار RPR بعد مرور حوالي شهر واحد على ظهور القرحة الأولية. وسوف يتطلب توفير إختبار RPR في المرفق توافر محور دوار وجهاز طرد مركزي للدم وثلاجة للكواشف وكهرباء لتشغيل هذه المعدات.

الشكل 2: مخطط توضيحي للإستراتيجية ج



المصدر: منظمة الصحة العالمية [15]. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2017.
الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



5.1.4 المستدمية الدوكرية (القريح)

ينتقل القريح، الناجم عن المستدمية الدوكرية، جنسياً بالملامسة الجلدية حصراً (باستثناء حالات نادرة من العدوى المكتسبة في المختبر). مدة الحضانه 4 إلى 10 أيام. وهو أكثر شيوعاً لدى الرجال بسبع مرات تقريباً عن النساء، ويرتبط انتقاله بتعدد وكثرة الشركاء الجنسيين. وفي السابق كان القريح شائعاً جداً في أجزاء معينة من العالم، لكن انتشاره انخفض بشكل كبير منذ التسعينيات بسبب تحسين إمكانية الوصول إلى العوامل المضادة للميكروبات، وبدء إدارة المتلازمات، وتحسين الرعاية الصحية للعاملين والعاملات في مجال الجنس، وتغيير السلوك الجنسي في وقت انتشار عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV).

السمات السريرية والأمراض المرتبطة بها

- جميع الأجناس: قد تندمج القرحة التناسلية المؤلمة غير المنتظمة ذات الحواف المتأكلة (في البداية حطاطية طرية تتقرح في غضون يومين) مع آفات متعددة وتشكل قرحة كبيرة جداً. وقد يكون هذا مصحوباً بالتهاب مؤلم في العقد اللمفية الإربية من جانب واحد، والذي قد يؤدي إلى تمزق تلقائي في الغدد اللمفية المتفتحة (دبول)، خاصة في حالة التأخر في طلب الرعاية أو معرفة التشخيص الصحيح.
- ومن الشائع أن يظهر القريح بأشكال لانمطية، ويمكن بسهولة الخلط بين هذا المرض وأمراض القرحة التناسلية (GUDs) الأخرى، وخاصة الهريس التناسلي.
- وقد تحدث قرحة حول الشرج للرجال (المفعول بهم) الذين يمارسون الجنس مع رجال وأيضاً للنساء اللاتي يمارسن الجنس القضبي الشرجي مع الرجال.

الإختبارات التشخيصية

- زرع المستدمية الدوكرية: إجراء يحتاج إلى تجهيزات تقنية، لذلك تنخفض إنتاجيته إذا تم إجراؤه خارج المختبرات عالية المهارة التي اعتادت العمل باستخدام مسبب المرض.
- إختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs): لتشخيص القريح.
- تقنيات الكشف عن المستضدات وتقنيات مسبار الحمض النووي: تم وصف العديد من التقنيات القائمة على الأبحاث العلمية، بما في ذلك استخدام الكشف عن المستضدات القائم على الأجسام المضادة وحيدة النسيلة وعمليات سبر الحمض النووي.
- الفحص المجهرى المباشر: إنخفاض الحساسية وإنخفاض النوعية.
- المقاييسات المصلية: متوفرة حالياً ومفيدة فقط في البحوث الوبائية المصلية.

6.1.4 كلبسيلا حببية الشكل (داء الدونوفانيات، المعروف أيضاً باسم الورم الحبيبي الأربي)

داء الدونوفانيات هو عدوى مزمنة تصيب الجلد والأغشية المخاطية والجهاز اللمفي في الأعضاء التناسلية ومنطقة العجان. ويقتصر حدوثه على بلدان ومناطق معينة، بما فيها البرازيل ومنطقة الكاريبي والهند وباكستان وغينيا الجديدة وجنوب إفريقيا. وينتقل داء الدونوفانيات في الأساس جنسياً ولكن قدرته على إحداث الإصابة منخفضة. وتتراوح فترة الحضانه من أسبوع إلى 12 أسبوعاً. وقد ينتشر داء الدونوفانيات في الدم وينتقل إلى العظام والمفاصل والكبد، ويمكن حدوث آفات جلدية.

المظاهر السريرية

جميع الأجناس:

- في البداية، يحدث تورم عقدي تحت الجلد يؤدي إلى تآكل سطح الجلد (يتقدم ببطء) ويشكل قرحة تناسلية حبيبية حدودها واضحة جيداً، وتنفز بسهولة عند الملامسة، وقد تكون مؤلمة في حالة الإصابة بعدوى بكتيرية ثانوية، مما قد يساهم في تكون حطام نخري في القرحة.
- وقد تحدث آفات تقرحية أيضاً في المناطق الأربية وحول الشرج وقد تنتشر إلى مواضع غير تناسلية في الجسم. وقد تشبه الآفات التناسلية والشرجية في مراحل مختلفة الآفات الناتجة من حالات أخرى، مثل الزهري والقريح والتسرطن وداء الأمبيات.
- وقد تتشكل آفات جديدة بالتلقيح الذاتي، وقد تتضخم الغدد اللمفية الأربية نتيجة الإصابة بعدوى ثانوية (الدبل الكاذب).
- وقد ينتشر داء الدونوفانيات في الدم إلى العظام والمفاصل والكبد.
- الرجال/الأعضاء التناسلية الذكرية: إفرازات الإحليل (التهاب الإحليل غير السيلاني).
- النساء/الأعضاء التناسلية الأنثوية: التهاب عنق الرحم، التهاب بطانة الرحم، مرض التهاب الحوض (PID).

الإختبارات التشخيصية

- الفحص المجهرى: تصور لأجسام دونوفان Donovan في مسحات ملطخة تم الحصول عليها من التقرحات السريرية (باستخدام طريقة جيمسا Giemsa البسيطة والسريعة [لمدة دقيقة واحدة]). وتم التعرف على أجسام دونوفان أيضاً من مسحات بايانيكولاو (مسحات عنق الرحم) المستخدمة في الفحص الروتيني لخلايا عنق الرحم.
- علم أمراض الأنسجة (هستوباثولوجيا): قد يكون تصوير أجسام Donovan في قطع نسيجية ملطخة من خزعات الأنسجة مفيداً في التشخيص التفاضلي بين داء الدونوفانيات والحالات الأخرى.



2.4 العدوى المنقولة جنسياً (STIs) الأولية القابلة للعلاج

1.2.4 المشعرات المهبلية (داء المشعرات)

داء المشعرات المهبلية هو طفيلي أولي متحرك وسوطي يسبب عدوى المشعرات المنقولة جنسياً. وداء المشعرات هو أكثر أنواع العدوى المنقولة جنسياً قابلية للشفاء في جميع أنحاء العالم. وينتقل داء المشعرات المهبلية بشكل أكثر شيوعاً جنسياً عبر ملامسة القضيب للمهبل أو عبر ملامسة الفرج للفرج. ومن السهل علاج داء المشعرات بجرعة واحدة من المضادات الحيوية المناسبة.

المظاهر السريرية

النساء/الأعضاء التناسلية الأنثوية:

- أولية: بدون أعراض لدى 50 في المائة على الأقل من الحالات. التهاب المهبل مع إفرازات غزيرة، خاطفة، صديدية أو رغوية بيضاء إلى صفراء، عسر البول، ألم في الحوض، حكة.
- العواقب: نتائج حمل سلبية (ولادة أطفال وزنهم منخفض، ولادة مبكرة مثلاً)، وزيادة خطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والإصابة به.

الرجال/الأعضاء التناسلية الذكورية:

- أولية: بدون أعراض لدى 70 إلى 80 في المائة من الحالات. إفرازات الإحليل (التهاب الإحليل غير السيلاني)، عسر البول، ألم الخصية.
- العواقب: احتمال التهاب البربخ و التهاب البروستاتا.
- حديثي الولادة: انخفاض الوزن عند الولادة.

الإختبارات التشخيصية

- يمكن تشخيص داء المشعرات المصاحب بأعراض باستخدام النهج القائم على المتلازمات بناءً على:
- رائحة الإفرازات المهبلية ونوعيتها وكميتها (إفرازات بيضاء خاطفة أو رغوية).
- درجة الحموضة المهبلية (أكبر من 6.0 عادة).
- احتمال وجود هشاشة في عنق الرحم (ضعف في عنق الرحم المنقط: "العنق الفراولي").

- إختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs): تم تطوير إختبار تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) التشخيصي القائم على الأبحاث العلمية، وتم تنقيحه بشكل أكبر وتحويله إلى إختبار تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) اللوني. ومع ذلك، فإن هذه المقاييسات غير متوفرة في معظم البلدان لأغراض التشخيص الروتيني.

7.1.4 المفطورة التناسلية (MG، المعروفة أيضاً باسم Mgen)

والمفطورة التناسلية من الأسباب الشائعة لالتهاب الإحليل لدى الرجال. وفي معظم الأحوال، هي أكثر شيوعاً من النيسرية البنية ولكنها أقل شيوعاً من المتدثرة الحثرية لدى النساء. تظهر في المهبل وعنق الرحم وبطانة الرحم، كما هو الحال في عدوى الكلاميديا والمكورات البنية، تكون عدوى المفطورة التناسلية لدى النساء غير مصحوبة عادة بأعراض. ينبغي الإشتباه في المفطورة التناسلية في حالات التهاب الإحليل المستمر أو المتكرر ويمكن أيضاً مراعاة إمكانية وجودها في حالات التهاب عنق الرحم ومرض التهاب الحوض (PID) المستمرة أو المتكررة. وتحدث العدوى عن طريق الإتصال الجنسي بين الأعضاء التناسلية أو الإتصال الجنسي بين الأعضاء التناسلية والمستقيم.

المظاهر السريرية

- الرجال/الأعضاء التناسلية الذكورية: إفرازات الإحليل (التهاب الإحليل غير السيلاني).
- النساء/الأعضاء التناسلية الأنثوية: التهاب عنق الرحم، التهاب بطانة الرحم، مرض التهاب الحوض (PID).
- جميع الأجناس: قد تكون غير مصحوبة بأعراض، وقد تسبب التهاب المستقيم.

الإختبارات التشخيصية

- إختبار تضخيم الحمض النووي (NAAT) من مسحات البول أو الإحليل أو الشرج والمستقيم أو الفم والبلعوم أو المهبل أو عنق الرحم.
- الزرع: بطيء للغاية (عدة أشهر) وصعب وغير حساس.
- غير ذلك: حتى الآن، لم تثبت أي فحوصات مصلية أو فحوصات الكشف عن المستضدات أو الإختبارات في نقطة الرعاية (POCTs) أي فائدة في تشخيص عدوى المفطورة التناسلية البولية.



السمات السريرية والأمراض المرتبطة بها

- النساء/الأعضاء التناسلية الأنثوية: التهاب الفرج المصحوب بإفرازات مهبلية عديمة الرائحة وسميكة وأبيض تشبه الخثارة ("الجبن القريش"). وحكة في الفرج والمهبل. وحرقان في الفرج. وعسر البول. واحمرار في الشفرين والفرج. ويُعرف أيضًا باسم داء المبيضات الفرجي المهبلي (VVC) أو عدوى الخميرة.
- الرجال/الأعضاء التناسلية الذكرية: عدوى سطحية في حشفة القضيب. يمكنها أن تسبب التهاب الحشفة ونادرًا التهاب الإحليل.

تشخيص داء المبيضات الفرجي المهبلي (VVC)

- الفحص السريري للأعراض (أنظر أعلاه): لدى النساء المصابات بالعلامات التقليدية، من المعقول في الغالب إعطاء العلاج على أساس التشخيص السريري الافتراضي بدون المزيد من التأكيد (أنظر القسم 5).
- الفحص المجهرى: يمكن إجراء الكشف عن الخلايا الفطرية والخميرة النموذجية عن طريق الفحص المجهرى بالطريقة الرطبة أو هيدروكسيد البوتاسيوم (الذي يزيد من الحساسية) في المرفق ويتميز بقيمة تنبؤية إيجابية عالية جدًا.
- ومن المفضل في بعض المراكز تحديد داء المبيضات بلطاخة غرام والكشف عن خلايا الخميرة الناشئة والخيوط الكاذبة.

2.3.4 التهاب المهبل البكتيري

التهاب المهبل البكتيري (BV) هو السبب الأكثر شيوعًا للإفرازات المهبلية، ورائحته كريهة مميزة وشائع لدى النساء في سن الإنجاب وكذلك بعد انقطاع الطمث. وترتبط هذه المتلازمة بالتغيرات في البيئة المهبلية التي تسبب زيادة في درجة الحموضة الموضعية، الناتجة عن انخفاض في الملبينات الواقية المنتجة لبيروكسيد الهيدروجين وزيادة أعداد اللاهوائيات المختلفة، مثل *Mycoplasma hominis* و *Gardnerella vaginalis*. وهي عدوى داخلية المنشأ وليست عدوى منقولة جنسيًا، وقد تم ربط نوبات الأعراض بالحيض ووجود اللولب (IUD) وغسل الأعضاء التناسلية. ويُعتبر النشاط الجنسي من عوامل الخطر التي تؤدي إلى الإصابة به (أي أنه مرتبط بتزايد عدد الشركاء الحاليين والشركاء الدائمين مدى الحياة، ووجود شريك جنسي جديد).

ومع ذلك، يوصى بإجراء الاختبارات التشخيصية نظرًا لارتفاع نسبة الحالات غير المصحوبة بأعراض:

- اختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs): حساسية فائقة بالنسبة إلى طرق التشخيص الأخرى ونوعية عالية جدًا (كما هو الحال في الطرق الأخرى).
- الفحص المجهرى للتحضير الرطب (الطريقة الرطبة): باستخدام طريقة التشخيص الأولية هذه، تقدم النتيجة الإيجابية تشخيصًا نهائيًا بخصوصية عالية عند إجرائها وتفسيرها بشكل صحيح (ولكن الحساسية منخفضة، باستثناء حالات المستفيدين والمستفيدات المصحوبة بأعراض).
- الزرع: المسحات المهبلية ومسحات الإحليل ورواسب البول المأخوذة من الرجال هي عينات مرخصة لأغراض الزرع. وتتطلب هذه الطريقة من 5 إلى 7 أيام بعد جمعها، ويتطلب تحديد النتائج الإيجابية إجراء فحص مجهرى - وهذا يزيد من حساسية الاختبار أكثر من الفحص المجهرى بالتحضير الرطب، كما أن مستوى النوعية عال جدًا.
- كشف المستضدات: اختبار في نقطة الرعاية (POCT) لعينات المسحة المهبلية فقط. ويتميز أحدث جيل من هذه الاختبارات بحساسية أفضل من الفحص المجهرى وتظهر النتائج في غضون 30 دقيقة تقريبًا. كما أن النوعية عالية جدًا.

3.4 عدوى الجهاز التناسلي داخلية المنشأ (غير المنقولة جنسيًا)

1.3.4 المبيضات البيض (داء المبيضات)[†]

وعدوى المبيضات البيض المصحوبة بأعراض وغير المصحوبة بأعراض شائعة لدى النساء. تشمل العوامل المهيئة للتوطن والتهاب تغيرات في مستويات الهرمونات التناسلية المرتبطة بفترات الحيض والحمل ووسائل منع الحمل الفموية: استخدام المضادات الحيوية؛ داء السكري؛ والتثبيط المناعي. وبالرغم من احتمال حدوث انتقال المبيضات البيض جنسيًا، أصبح الجهاز المعدي المعوي أيضًا مصدرًا للعدوى. وقد يكتسب الرجال داء المبيضات من الشريك الجنسي. وعادة تتطور لديهم استجابة تحسسية لمستضدات المبيضات. مع أن العدوى الخاطفة يمكن رؤيتها بشكل متكرر أكثر لدى المستفيدين والمستفيدات الذين لديهم العوامل المهيئة.

[†] يحدث التهاب الفرج والمهبل بالمبيضات بسبب فطر المبيضات البيض لدى حوالي 85 في المائة من الحالات: المبيضات الجرداء (*C. glabrata*) مسؤولة عن نسبة 15 في المائة المتبقية.



المظاهر السريرية

- زيادة كميات الإفرازات المهبلية كريهة الرائحة.

الإختبارات التشخيصية

يعتمد التشخيص على وجود ثلاثة على الأقل من المعايير السريرية الأربعة التالية (معايير أمسيل Amsel):

- إفرازات مهبلية إلتصاقية بيضاء إلى رمادية متجانسة

- درجة الحموضة في السائل المهبلي ≥ 4.5

- إختبار الهبة/الأمين الإيجابي (أي انطلاق رائحة أمينية سميكية من السائل المهبلي عند مزجه بـ 10 في المائة من محلول هيدروكسيد البوتاسيوم)

- رؤية "الخلايا الكاشفة"† في الفحص المجهرى

ويمكن أيضاً إجراء التشخيص عن طريق التقييم أو تسجيل عدد البكتيريا في لطاخة غرام مهبلية.

4.4 العدوى الفيروسية المستمرة (بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، أنظر الفصل 7)

1.4.4 فيروس الهريس البسيط التناسلي (HSV)

يمكن أن يتسبب فيروس الهريس البسيط من النوع 1 (HSV-1) والنوع 2 (HSV-2) في الإصابة بعدوى فيروس الهريس البسيط (HSV) التناسلية، على الرغم من أن HSV-1 يرتبط عادةً بعدوى HSV الفموية أكثر من العدوى التناسلية. وينتقل الهريس التناسلي في الأساس عن طريق الملامسة من الجلد للجلد. ولا يوجد علاج للهريس. وهو عدوى تستمر مدى الحياة وتسبب بشكل دوري في تفشي قرح (أو تقرحات) وإلتهابات تناسلية. ويوجد علاج لتقليل الأعراض وتقليل خطر إنتقال العدوى إلى الشريك(ة).

السمات السريرية والأمراض المرتبطة بها

- جميع الأجناس: آفات وتقرحات حويصلية شرجية تناسلية، آلام وحكة في الأعضاء التناسلية، عسر تبول، حمى، صداع، ألم عضلي وتوعلك، إلتهاب عنق الرحم، تضخم العقد اللمفية الإربية والفخذية.
- حديثي الولادة: يمكن أن ينتقل الهريس الوليدي عمودياً أثناء الولادة المهبلية. وهذا يمكن أن يؤدي إلى انتشار العدوى. وتأثر الجهاز العصبي المركزي، وربما وفاة حديثي الولادة.

العدوى الأولية/النوبة السريرية الأولى: تكون معظم العدوى الأولية عديمة الأعراض أو غير نمطية، وبالتالي لا يتم تشخيصها. وتؤدي 10 إلى 25 في المائة فقط من العدوى الأولية إلى المتلازمة التقليدية بعد 4 إلى 7 أيام من التعرض الجنسي. وهذا يشمل تجمعات ثنائية من حطاطات أو حويصلات أو تقرحات حمامية على الأعضاء التناسلية الخارجية، في منطقة حول الشرج، أو على الأرداف. ويعاني المستفيدون والمستفيدات من آلام وحكة في الأعضاء التناسلية، كما أن 80 في المائة من النساء يعانين من عسر البول. ومن الشائع وجود أعراض بنوية، مثل الحمى والصداع والألم العضلي والتوعلك. ويصاحب العدوى الأولية في الغالب إلتهاب عنق الرحم وتضخم العقد اللمفية الإربية والفخذية الموضع. وعلى مدى أسبوعين إلى 3 أسابيع، تظهر آفات جديدة وتتطور الآفات الموجودة إلى حويصلات وبثور تتجمع في قرح ثم تتقشر وتلتئم. وقد تشمل المظاهر غير النمطية للعدوى الناتجة من فيروس الهريس البسيط-2 تآكلات صغيرة وتشققات، بالإضافة إلى عسر البول أو إلتهاب الإحليل بدون آفات [16].

نوبات الإلتكاس: يسبق الإلتكاسات في الغالب أعراض بادريه (بما في ذلك الوخز، والتنمل، والألم). وتتميز بأفات أقل من النوبة الأولى. وتظهر عادة أحادية الجانب وبدون أعراض جهازية. ويكون الألم أقل حدة في الإلتكاس، وتلتئم الآفات في غضون 5 إلى 10 أيام بدون علاج مضاد للفيروسات. وتكرر الإلتكاسات لدى المستفيدين والمستفيدات الذين يعانون من نقص المناعة، ومنهم المصابين والمصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وتصحبها أعراض أكثر حدة [16].

الإختبارات التشخيصية

يتم تشخيص الهريس التناسلي سريرياً في الغالب؛ ومع ذلك، فإن التشخيص المخبري ضروري للتمييز بين HSV-1 و HSV-2. لتشخيص الأسباب الأخرى لتقرح الأعضاء التناسلية (مثل الأنواع الأخرى من العدوى المنقولة جنسياً (STIs) التي تسبب قرحة تناسلية مؤلمة، مثل الزهري)، واكتشاف الأسباب غير المعدية (مثل مرض كرون). ومن الإختبارات المهمة إختيار الإختبار وكيفية تفسير النتائج.

† الخلايا الكاشفة هي "خلايا ظهارية حرشفية مغطاة بالعديد من الكائنات الحية العصبية المكورة الصغيرة، مما يعطي مظهرًا حبيبيًا مرقطًا؛ وحواف هذه الخلايا الظهارية غير محددة بوضوح. بسبب كثرة أعداد البكتيريا الموجودة والإنحلال الظاهر للخلايا" [14].



لا يوصى بإجراء الاختبارات المصلية لفيروس الهربس البسيط (HSV) بشكل روتيني للمستفيدين والمستفيدات الذين لم تظهر عليهم أعراض، ولكن يُشار إليه في الآتي:

- تاريخ للإصابة بمرض تناسلي متكرر أو غير نمطي إذا كانت طرق الكشف المباشر عن الفيروس سلبية.
- هربس النوبة الأولى التناسلي، حيث يتم الإسترشاد بالتفريق بين العدوى الأولية والتمكينة في تقديم المشورة وإدارة الحالة.
- شركاء وشريكات جنسيون للمستفيدين والمستفيدات المصابين بالهربس التناسلي، حيث تثار المخاوف بشأن انتقال العدوى.

الفحص المصلي لفيروس الهربس البسيط (HSV) والحمل:

- لا يُنصح بفحص الحوامل اللاتي لا تظهر عليهن أعراض بشكل روتيني، ولكن يُوصى به في حالة وجود تاريخ للإصابة بالهربس التناسلي لدى الشريك(ة).
- يجب تقديم المشورة للمستفيدين اللاتي تبين أنهن سلبات المصل لفيروس HSV-1 و/أو HSV-2 حول استراتيجيات الوقاية من الإصابة الجديدة بأي نوع من هذين الفيروسين أثناء الحمل.

2.4.4 فيروس الورم الحليمي البشري من نوع 6 ونوع 11 (الثآليل الشرجية التناسلية، والمعروفة أيضاً باسم الورم اللقيمي المؤنف (condylomata acuminata))

يحدث عادة انتقال فيروس الورم الحليمي البشري التناسلي بسهولة عن طريق الملامسة الجلدية التناسلية. ويوجد أكثر من 200 نوع مختلف من فيروس الورم الحليمي البشري، منها 40 نوعاً معروفاً على وجه التحديد بإصابة الغشاء المخاطي الشرجي التناسلي للإنسان. وفي حين أن معظم الأفراد لا تظهر عليهم الأعراض أبداً وفي حين أن معظم حالات عدوى فيروس الورم الحليمي البشري تخفي من تلقاء نفسها، يمكن أن يسبب فيروس الورم الحليمي البشري الثآليل التناسلية وأنواع معينة من السرطان. وتنقسم أنواع فيروس الورم الحليمي البشري التي يتوالى اكتشافها في الجهاز الشرجي التناسلي إلى أنواع منخفضة الخطورة وعالية الخطورة، بحسب مخاطرها النسبية في ما يتعلق بالمضاعفات النادرة لتكوّن الأورام⁵ توجد عادة أنواع من فيروس الورم الحليمي البشري منخفضة المخاطر في آفات داخل الظهارة منخفضة الدرجة (الآفات غير سابقة للسرطان)، وكذلك الثآليل الشرجية التناسلية. يمثل النوعان 6 و 11 من فيروس الورم الحليمي البشري 85 إلى 90 في المائة من الثآليل الشرجية التناسلية. والثآليل الشرجية التناسلية أورام حميدة خارجية أو حطاطية أو مسطحة قد تحدث في أي مكان في المنطقة الشرجية التناسلية، وهي شائعة للغاية، خاصة بين

التشخيص المباشر من العينات السريرية (مادة من الآفات)

- الفحص المباشر للعينات والفحص الخلوي باستخدام إجراءات الصبغ (التلوين) التقليدية: انخفاض الحساسية والنوعية اللازمة لتشخيص عدوى فيروس الهربس.
- الكشف عن المستضد الفيروسي: يمكن الكشف عن المستضد الفيروسي في مادة مأخوذة من الآفات الجلدية المخاطية باستخدام التآلق المناعي المباشر أو تلوين مناعي أو مقايصة الممتر المناعي المرتبط بالإنزيم (ELISA). وتتوفر تجارياً اختبارات سريعة في نقطة الرعاية لاكتشاف مستضد فيروس الهربس البسيط (HSV).
- الزرع الفيروسي: كان عزل فيروس الهربس البسيط (HSV) في زرع الخلايا هو الأساس في تشخيص فيروس الهربس البسيط، ولكن لم يكن مجدياً إلا في المختبرات المتخصصة وبتكلفة عالية وتستنزف الموارد. ويمتاز بدقته العالية ولكن حساسيته التشخيصية أقل من اختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs).
- اختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs): هذه الاختبارات هي حالياً من أشد الاختبارات المتاحة حساسية للكشف عن فيروس الهربس البسيط (HSV) في عينات الأعضاء التناسلية، وهي أكثر حساسية بحوالي أربع مرات، وأقل اعتماداً على ظروف جمع العينات ونقلها، وأسرع من الزرع الفيروسي. ومن المهم التحقق الدقيق من اختبارات تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) داخل المرافق الصحية أو اختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATs) المتاحة تجارياً في المرافق الفردية.

الطرق المصلية غير المباشرة

- يوصى بإجراء الاختبارات المصلية كوسيلة مساعدة لتشخيص الهربس التناسلي لدى المستفيدين والمستفيدات الذين يعانون من أعراض تناسلية متكررة، أو آفات غير نمطية، أو لديهم آفات في طور الشفاء ومزارع سلبية لفيروس الهربس البسيط (HSV).
- ويمكن إجراء اختبارات سريعة في نقطة الرعاية (POCTs) للكشف عن الأجسام المضادة الخاصة بفيروس الهربس البسيط-2 باستخدام دم شعري يُسحب بوخز الإصبع (أو المصل). وتتميز هذه الاختبارات بمستوى جيد من الحساسية والدقة وي/تستطيع المستفيد(ة) معرفة النتائج قبل أن ي/تغادر؛ ولكنها باهظة التكلفة مقارنة بالطرق القائمة على مقايصة الممتر المناعي المرتبط بالإنزيم (ELISA).

⁵ توجد أنواع فيروس الورم الحليمي البشري عالية الخطورة في الآفات المنخفضة والعالية الدرجة، وكذلك سرطانات عنق الرحم والمواضع الشرجية التناسلية الأخرى (الفرج، المهبل، الشرج، القضيب). ويُعتبر نوعا فيروس الورم الحليمي البشري 16 و 18 مسؤولين معا عن نحو 70 في المائة من جميع حالات سرطان عنق الرحم في جميع أنحاء العالم. لمزيد من المعلومات عن سرطان عنق الرحم والورم المحتمل التسرطن وتطعيمات فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)، يمكن الرجوع إلى الفصل 8: طب النساء وخدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأخرى.



عدوى التهاب الكبد B المزمنة:

- يعاني 20 إلى 30 في المائة من المصابين والمصابات بعدوى التهاب الكبد B المزمن من مضاعفات كبيرة، مثل تليف الكبد (تندب الكبد) أو تسرطن الخلايا الكبدية (سرطان الكبد).

الإختبارات التشخيصية

- توصي منظمة الصحة العالمية في توجيهاتها للإختبار الصادرة في عام 2017 [17] باستخدام إختبار تشخيص مصلي واحد مضمون الجودة في المختبر للكشف عن مستضد التهاب الكبد B السطحي (HBsAg) (للكشف عن التعرض لفيروس التهاب الكبد B). ويمكن أن يكون هذا الإختبار إختباراً مزدوجاً سريعاً (RDT) أو مقايضة مناعية إنزيمية قائمة على المختبر (EIA)، أو مقايضة مناعية بالتقوير الكيميائي (CLIA)، أو المقايضة المناعية باللمعان الكهروكيميائي (ECLIA). ينبغي أن تفي الإختبارات التشخيصية السريعة المستخدمة بالحد الأدنى من معايير الأداء ويتم توفيرها في نقطة الرعاية لتحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية والعلاج والربط بها.

- وتستخدم تقنيات إختبار الحمض النووي عادةً لاكتشاف وجود الفيروس: تحديد ما إذا كانت العدوى نشطة ودرجة استفادة الفرد من العلاج المضاد للفيروسات: تحديد متى يجب إيقاف العلاج المضاد للفيروسات (بسبب عدم الاستجابة أو المقاومة). أو لتأكيد الإخماد الفعال (فيروس التهاب الكبد B).

- وتتميز العدوى الحادة بفيروس التهاب الكبد B بوجود المستضد HBsAg والغلوبولين المناعي M المكون من أضداد المستضد الأساسي (المستضد HBeAg). وفي خلال المرحلة الأولية من العدوى، يكون لدى المرضى أيضاً مصل إيجابي للمستضد لإلتهاب الكبد B e (المستضد HBeAg). ويكون المستضد HBeAg عادة دالة على ارتفاع مستويات تنسخ الفيروس. ويشير وجود المستضد HBeAg إلى أن دم المصابين بالعدوى وسوائل أجسامهم شديدة العدوى.

- وتتسم العدوى المزمنة باستمرار وجود المستضد HBsAg لمدة لا تقل عن ستة أشهر (بالتزامن مع وجود المستضد HBeAg أو بدونه). ويُعتبر استمرار وجود المستضد HBsAg هو العلامة الرئيسية على خطر الإصابة بمرض الكبد المزمن وسرطان الكبد (تسرطن الخلايا الكبدية) في مرحلة لاحقة من العمر.

- تحذر البيانات الحديثة من الحاجة إلى إختبار عدوى فيروس التهاب الكبد B والنظر في العلاج المضاد للفيروسات قبل بدء العلاج المضاد للفيروسات ذي التأثير المباشر لدى المستفيدين والمستفيدات المصابين بفيروس التهاب الكبد B/إلتهاب الكبد C معاً بسبب وجود خطورة محتملة أن يُعاد تنشيط فيروس التهاب الكبد B ويتفاقم مرض الكبد.

الشباب الذين يبدوون النشاط الجنسي. وفي حالات نادرة، قد تسبب الآفات مشاكل بسبب الحجم والانسداد. ولكن أكثر المشاكل شيوعاً مشاكل تجميلية ونفسية اجتماعية. وقد يتكرر ظهور الآفات بعد العلاج. ويمكن منع الإصابة بالنوعين 6 و 11 من فيروس الورم الحليمي البشري بشكل فعال بالتطعيمات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري.

المظاهر السريرية

- الرجال/الأعضاء التناسلية الذكورية: نأليل في الشرج والقضيب.
- النساء/الأعضاء التناسلية الأنثوية: نأليل في الفرج والشرج وعنق الرحم.

الإختبارات التشخيصية

- التشخيص السريري.

3.4.4 فيروس التهاب الكبد B

إلتهاب الكبد B عدوى كبدية قد تهدد الحياة يتسبب فيها فيروس التهاب الكبد B (HBV). وهو مشكلة صحية عالمية كبرى ويمكنها أن تسبب أمراضاً شديدة ومزمنة. وأكثر أوقات انتقال الفيروس شيوعاً هي الفترة المحيطة بالولادة. وكذلك من خلال ملامسة الدم (مثل الإصابة الناجمة عن وخز الإبرة، والوشم، وثقب الجلد، ودم الحيض) أو سوائل الجسم المصابة الأخرى (مثل اللعاب والسوائل المهبلية والمنوية). وينتشر إلهاب الكبد B جنسياً على الأرجح بين الرجال غير المطعمين الذين يمارسون الجنس مع رجال والأفراد الذين يعاشرون أشخاصاً متعددين أو عن طريق اتصالهم بالعاملين والعاملات في مجال الجنس. وتُعرف عدوى إلهاب الكبد B المزمنة بأنها ثبوت وجود المستضد السطحي لإلتهاب الكبد B لمدة 6 أشهر أو أكثر، ويمكنها أن تؤدي إلى تليف الكبد وسرطان الكبد الأولي. وقد يكون مميتاً. ويمكن الوقاية من إلهاب الكبد B بلقاح فعال بنسبة 98 إلى 100٪. توصي منظمة الصحة العالمية بتحصين جميع الناس ضد إلهاب الكبد B وهم رضع [6].

السمات السريرية والأمراض المرتبطة بها

عدوى إلهاب الكبد B الحادة:

- لا تظهر أي أعراض على معظم الناس عند إصابتهم حديثاً بالعدوى، بينما يُصاب بعض الأشخاص باعتلال حاد وتظهر عليهم أعراض تدوم عدة أسابيع وتشمل: اصفرار البشرة والعيون (اليرقان)، والبول الداكن، والإجهاد الشديد، والغثيان، والقيء، وآلام البطن.
- ويمكن لمجموعة فرعية صغيرة من الأشخاص المصابين بإلهاب الكبد الحاد أن تُصاب بفشل كبدي حاد قد يسبب الوفاة.

بين أسبوعين و6 شهور. وتحدث معظم الوفيات الناجمة عن التهاب الكبد C المزمن بسبب تشمع الكبد وسرطان الكبد الأولي. وهناك بحوث جارية لإيجاد لقاح مضاد لفيروس التهاب الكبد C. وبإمكان الأدوية المضادة للفيروسات أن تشفي أكثر من 95٪ من الأشخاص المصابين بالعدوى بالتهاب الكبد C. وبالتالي تقلل من خطر الوفاة. ولكن فرص التشخيص والعلاج محدودة [19,17].

السمات السريرية والأمراض المرتبطة بها

- العدوى الأولية: لا تظهر أي أعراض على نحو 80٪ من الأشخاص المصابين بها. أما الأشخاص الذين يعانون من أعراض حادة فقد تظهر عليهم أعراض الحمى والتعب وقلة الشهية والغثيان والقىء وآلام البطن والبول الداكن والبراز الشاحب اللون وآلام المفاصل واليرقان (إصفرار البشرة وبياض العينين).
- العواقب طويلة المدى: أمراض الكبد المزمنة مدى الحياة. تشمع الكبد، وتسرطن الخلايا الكبدية (سرطان الكبد الأولي).

الإختبارات التشخيصية

- توصي منظمة الصحة العالمية في مبادئها التوجيهية لعام 2017 [17] بإجراء إختبار تشخيصي مصلي واحد مضمون الجودة في المختبر للكشف عن الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد C (للكشف عن التعرض لفيروس التهاب الكبد C). وقد يكون هذا الإختبار إختباراً مزدوجاً سريعاً (RDT) أو مقايضة مناعية إنزيمية قائمة على المختبر (EIA). أو مقايضة مناعية بالتنبير الكيميائي (CLIA). أو مقايضة مناعية باللمعان الكهروكيميائي (ECLIA). ينبغي أن تفي الإختبارات التشخيصية السريعة المستخدمة بالحد الأدنى من معايير الأداء ويتم توفيرها في نقطة الرعاية لتحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية والعلاج والربط بها.
- إذا أثبتت نتائج الإختبار وجود أضداد لفيروس التهاب الكبد C. فمن الضروري إجراء إختبار الحمض النووي للكشف عن وجود الحمض النووي الريبي (الرنا) لفيروس التهاب الكبد C بغرض تأكيد الإصابة بالعدوى المزمنة (حوالي 30٪ من الأشخاص المصابين بعدوى فيروس التهاب الكبد C يتخلصون تلقائياً من العدوى بفضل استجابة مناعية قوية بدون حاجة إلى العلاج. ورغم تخلصهم من العدوى. فإن نتائج إختبار الكشف عن أضداد فيروس التهاب الكبد C تظل إيجابية لديهم). وتُستخدم إختبارات الحمض النووي أيضاً لتحديد متى ينبغي إيقاف العلاج المضاد للفيروسات (بسبب عدم الإستجابة أو المقاومة) ولتأكيد العلاج الفيروسي (فيروس التهاب الكبد C).
- تحذّر البيانات الحديثة من الحاجة إلى إختبار عدوى فيروس التهاب الكبد B والنظر في العلاج المضاد للفيروسات قبل بدء العلاج المضاد للفيروسات ذي التأثير المباشر لدى المستفيدين والمستفيدات المصابين بفيروس التهاب الكبد B/التهاب الكبد C معاً بسبب وجود خطورة محتملة أن يُعاد تنشيط فيروس التهاب الكبد B ويتفاقم مرض الكبد.

- التقييم غير الجراحي لمرحلة مرض الكبد من الأساس وأثناء المتابعة: يوصى باستخدام مؤشر نسبة نافلة أمين الأسبارتات (AST) إلى الصفائح الدموية (APRI) باعتباره الإختبار غير الجراحي المفضل لتقييم وجود تليف الكبد (درجة APRI أكبر من 2 لدى البالغين والبالغات) في الأماكن محدودة الموارد. وقد يكون تصوير المرنة العابر (على سبيل المثال FibroScan) أو FibroTest في عداد الإختبارات غير الجراحية المفضلة حيث تتوفر ولا تشكل التكلفة عائقاً رئيسياً [18].

ملاحظات:

- ليس من الممكن، لأسباب سريرية، التفريق بين التهاب الكبد B و التهاب الكبد الناجم عن عوامل فيروسية أخرى. وبالتالي من الضروري التأكيد المختبري للتشخيص.
- ويتم تشخيص العديد من الأشخاص فقط عندما تكون إصابتهم بمرض كبدي متقدمة بالفعل. ومن بين المضاعفات طويلة الأمد للعدوى بفيروس التهاب الكبد B أن تشمع الكبد وتسرطن الخلايا الكبدية يتسببان في عبء مرضي كبير. ويتطور سرطان الكبد بسرعة، وحيث أن خيارات العلاج محدودة، تصبح النتيجة سيئة بشكل عام. وفي الأماكن منخفضة الدخل، يموت معظم المصابين بسرطان الكبد في غضون أشهر من التشخيص.
- وتوصي منظمة الصحة العالمية بإجراء إختبار الكشف عن التهاب الكبد B في كل كميات الدم المتبرع بها لضمان مأمونية الدم وتفاذي الإنتقال العرضي للعدوى إلى متلقي منتجات الدم.
- ويمكن الرجوع إلى المبادئ التوجيهية الكاملة لمنظمة الصحة العالمية للحصول على معلومات حول من يتعين إختبار إصابته بالعدوى المزمنة (وكيفية إختباره). والمزيد من التفاصيل حول الإختبارات التشخيصية [17].

4.4.4 فيروس التهاب الكبد C

يمكن أن يسبب فيروس التهاب الكبد C حدوث التهاب كبدي حاد ومزمن (مرض كبدي) على حد سواء. تتراوح شدته بين المرض الخفيف والمرض الخطير الذي يستمر طوال العمر. و التهاب الكبد C سبب رئيسي لسرطان الكبد. فيروس التهاب الكبد C فيروس منقول بالدم. وتحدث معظم حالات العدوى من خلال مشاركة معدات الحقن لتعاطي المخدرات: إعادة استخدام المعدات الطبية أو تعقيمها بدرجة غير كافية، وخاصة السرنجات والإبر في مرافق الرعاية الصحية: نقل الدم ومشتقاته بدون فحص: أثناء الحمل من المرأة الحامل إلى الجنين: والممارسات الجنسية التي تؤدي إلى التعرض للدم (على سبيل المثال لدى الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. وخاصة المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو الذين يتناولون علاجاً وقائياً قبل التعرض (PrEP) ضد الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV)). ويمكن أن ينتقل فيروس التهاب الكبد C جنسياً وكذلك في الفترة المحيطة بالولادة، ولكن هذا أقل شيوعاً. تتراوح فترة حضانه التهاب الكبد C

ملاحظات:

- وبعد تشخيص إصابة المستفيد(ة) بالعدوى بفيروس التهاب الكبد C المزمن، ينبغي تقييم درجة تضرر الكبد لديه/ها (تشمع الكبد وتليفه) عن طريق أخذ خزعة من الكبد أو من خلال مجموعة متنوعة من الاختبارات غير الباضعة.
- ويُستخدم تقييم درجة تضرر الكبد لتوجيه قرارات العلاج والتدبير العلاجي للمرض.
- وتوصي منظمة الصحة العالمية بتوفير العلاج بمضادات الفيروسات ذات المفعول المباشر التي تستهدف جميع الأنماط الجينية للأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 12 عامًا. ومن الممكن أن يشفي العلاج بهذه المضادات معظم المصابين بالعدوى وتتراوح مدة العلاج بين 12 و 24 أسبوعاً، وتعتمد على وجود تشمع الكبد أو عدم وجوده.
- تشخص حالة عدد قليل من الأشخاص عندما تكون إصابتهم بالعدوى حديثة لأن العدوى الحديثة بفيروس التهاب الكبد C لا تكون مصحوبة بأعراض في المعتاد. وفي صفوف الأشخاص الذين تتحول حالتهم إلى عدوى مزمنة بفيروس التهاب الكبد C، لا تشخص العدوى أيضاً في الغالب لأنها تظل غير مصحوبة بأعراض لغاية عقود عقب الإصابة بالعدوى قبل أن تظهر أعراض ثانوية تنجم عن تضرر كبدي خطير.
- ويمكن الرجوع إلى المبادئ التوجيهية الكاملة لمنظمة الصحة العالمية للحصول على معلومات حول من يتعين اختبار إصابته بالعدوى المزمنة (وكيفية اختباره)، والمزيد من التفاصيل حول الاختبارات التشخيصية [17].

5.4 العدوى المستجدة التي يُحتمل أن تنتقل جنسياً

تُظهر مسببات الأمراض المعدية الأخرى على أن قدرتها على الانتقال جنسياً محتملة، بما في ذلك فيروس الإيبولا وزیکا. ويقوم مقدمو الرعاية الصحية بدور مهم في تقديم المشورة المناسبة في ما يتعلق بالممارسات الجنسية الآمنة وتقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات بشأن الحاجة إلى الاختبار وتجنب السفر إلى المناطق المتضررة وممارسة الجنس بلا حماية مع العائدين والعائدات من هذه المناطق. ومن الفيروسات الأخرى الجديرة بالملاحظة فيروس تي-الليمفاوي البشري (T-lymphotropic) من النوع 1 (HTLV-1).

مرض فيروس الإيبولا نادر ولكنه خطير ومميت في الغالب. ويتراوح معدل الإماتة في الفاشيات من 25 في المائة إلى 90 في المائة. وينتقل بشكل عام من خلال ملامسة الحيوانات المصابة أو سوائل جسم الإنسان المصاب أو ملامسة العناصر الملوثة بهذه السوائل الجسدية. تؤكد منظمة الصحة العالمية أن: "انتقال فيروس الإيبولا جنسياً، من الذكور إلى الإناث، احتمال قوي، لكن لم يتم إثباته بعد.

وانتقال العدوى من الأنثى إلى الذكر أقل احتمالاً لكنه ممكن نظرياً. وعليه، تدعو الحاجة إلى المزيد من بيانات المراقبة والبحوث حول مخاطر الانتقال الجنسي، وخاصة حول انتشار الفيروس القابل للحياة والقابل للانتقال في السائل المنوي بمرور الوقت" [20].

وتنقضي النصيحة المؤقتة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بوجوب امتناع الناجين والناجيات من مرض فيروس الإيبولا عن ممارسة الجنس بجميع صوره أو بوجوب ممارسة الجنس الآمن مع استخدام الواقي الجنسي بطريقة صحيحة ومنظمة حتى يتم اختبار سوائلهن المنوية مرتين وتظهر النتيجة سلبية لفيروس الإيبولا (على أن تكون الفترة الفاصلة بين اختبارات RT-PCR أسبوع). أو حتى مرور 12 شهراً منذ ظهور الأعراض. وبالتالي، ينبغي تقديم المشورة المناسبة لجميع الناجين والناجيات من الإيبولا وشركائهم الجنسيين وتزويدهم بالوقايات الجنسية، وينبغي أن تُقدم للذكور خدمة الفحص الشهري بدءاً من 3 أشهر بعد ظهور المرض [20].

عدوى **فيروس زیکا** يمكنها أن تسبب تشوهات خلقية أثناء الحمل، بما في ذلك صغر الرأس، وترتبط أيضاً بالولادة المبكرة والإجهاض (أنظر الفصل 9: صحة الأم). ومعظم حالات عدوى فيروس زیکا غير مصحوبة بأعراض، ولكنها تسبب أعراضاً خفيفة بشكل عام لمدة تصل إلى أسبوع واحد، بما في ذلك الحمى والطفح الجلدي والتهاب الملتحمة وآلام العضلات والمفاصل والشعور بالتعب أو الصداع. ينتقل فيروس زیکا بشكل أساسي عن طريق لدغات البعوض المصاب من جنس البعوضة الزاعجة Aedes. ولكن يمكنه أيضاً أن ينتقل عن طريق الجنس. تؤكد منظمة الصحة العالمية على ما يلي: "من الأرجح بكثير انتقال فيروس زیکا جنسياً من الرجال إلى النساء منه من النساء إلى الرجال، ولم يوثق انتقال الفيروس بين نفس الجنس من رجل إلى رجل إلا مرة واحدة" [21].

وتحتاج المشورة المقدمة للوقاية من انتقال فيروس زیکا جنسياً إلى النظر في المعدلات الحالية والمتوقعة لانتقال فيروس زیکا عن طريق البعوض في المناطق الجغرافية. وفي المناطق التي لا ينتقل فيها فيروس زیکا بواسطة البعوض، قد ينتقل بشكل أساسي جنسياً من المسافرين العائدين. أصدرت منظمة الصحة العالمية مبادئ توجيهية مفصلة للوقاية من انتقال فيروس زیکا جنسياً، وتشمل ما يلي:

- ينبغي إبلاغ الأشخاص الذين يعيشون في مناطق ينتقل فيها فيروس زیکا بشكل مستمر والأشخاص الذين يسافرون إلى مناطق ينتقل فيها فيروس زیکا أو يعودون منها. وشركائهم وشريكاتهم الجنسيين، وخاصة الحوامل، بمخاطر انتقال فيروس زیکا جنسياً بالإضافة إلى مخاطر الانتقال الرأسي من الحامل إلى جنينها. وينبغي تمكينهم من الوصول إلى مجموعة كاملة من خدمات الرعاية الصحية لمنع الحمل، بما في ذلك وسائل منع الحمل الطارئة، لدعم اختيارهم منع الحمل بوعي.
- وينبغي أيضاً أن يكونوا على دراية بالمخاطر المحتملة لانتقال فيروس زیکا جنسياً بعد الإصابة بعدوى معروفة أو مفترضة



يُعتبر تقييم مخاطر العدوى المنقولة جنسياً (STIs) مهماً بشكل خاص لإدارة متلازمات الإفرازات المهبلية غير الطبيعية، والتي قد تسببها أيضاً عدوى الجهاز التنفسي غير المنقولة جنسياً (داخلية المنشأ) (أنظر القسم 3.4). وبالنسبة إلى أي مستفيد(ة) ي/تعاين من آلام أسفل البطن أو تورم في كيس الصفن، يجب استبعاد الحاجة إلى إجراء جراحة طارئة، وترتيب زيارة متابعة مبكرة في حالة عدم التأكد.

وبالرغم من أوجه القصور في نهج التعامل مع العدوى المنقولة جنسياً (STIs) على أساس المتلازمات، يظل تقييم المخاطر من أهم عناصر إدارة حالات الأشخاص الذين يعانون من أعراض العدوى المنقولة جنسياً (STIs) [23]. ينبغي أن يبدأ العلاج وفقاً للتوجيهات الوطنية الخاصة بعلاج العدوى المنقولة جنسياً (STI)/عدوى الجهاز التناسلي (RTI) في أقرب وقت ممكن بمجرد إجراء تشخيص على أساس المتلازمات. وإن أمكن، يوصى بجرعة واحدة من العلاج عن طريق الفم لضمان الإمتثال والعلاج (أو إخماد العدوى الفيروسية المنقولة جنسياً (STIs)). وللحصول على تفاصيل عن العدوى/الكائن الحي، بما في ذلك السمات السريرية والتشخيص، أنظر القسم 3.4: للحصول على معلومات عن العلاج، أنظر الملحق 2.

1.5 متلازمة إفرازات الإحليل

تخرج إفرازات الإحليل من القضيب وسببها الشائع النيسرية البنية و/أو المتدثرة الحثرية و/أو مسببات الأمراض غير السيلانية وغير المتدثرة. مثل المفطورة التناسلية و داء المشعرات المهبلية. ويعاني المستفيدون المصابون بالتهاب الإحليل غالباً من إفرازات الإحليل مع أو بدون عسر البول (ألم عند التبول). وفي بعض الأحيان، قد تكون الأعراض الوحيدة هي عسر البول أو الحكّة في طرف الإحليل. وقد تتراوح إفرازات الإحليل من حيث كميتها وقوامها من صافية إلى صديدية. وليس من الممكن التمييز سريرياً بين الإفرازات الناتجة من السيلان أو الكلاميديا وبين أي سبب آخر لإلتهاب الإحليل.

وبدون التشخيص المختبري، ينبغي أن يغطي علاج المستفيد المصاب بإفرازات الإحليل من القضيب بشكل كافٍ كل من السيلان (النيسرية البنية) والكلاميديا (المتدثرة الحثرية). لأنه لا يمكن التمييز بينها على أساس الأعراض أو المظهر السريري أو فترة الحضانه (أقصر عادة بالنسبة إلى السيلان من 3 إلى 7 أيام. مقارنة بالكلاميديا من 5 إلى 21 يوماً). ومن غير الشائع عموماً حدوث عدوى مزدوجة من السيلان والكلاميديا. وفي حالة توقّر الفحص المجهرى، فيُمكن لوجود المكورات المزدوجة داخل الخلايا على لطاخة بصبغ غرام أن يقدم تشخيصاً افتراضياً لمرض السيلان. في حين أن عدم ظهورها يعني أنه يمكن النظر في علاج الكلاميديا فقط. أنظر الملحق 3. الشكل 1 لإدارة إفرازات الإحليل التي تخرج من القضيب.

(3 أشهر للرجال، وشهران للنساء) ونصحهم باستخدام الواقي الجنسي بشكل صحيح ومنتظم أو الإمتناع عن ممارسة الجنس لمنع الإنتقال الجنسي، خاصة أثناء الحمل [21].

يمكن أن يتسبب فيروس تي-الليمفاوي البشري (T-lymphotropic) من النوع 1 (HTLV-1) في الإصابة بلمفوما/ابيضاض الدم نائي الخلايا لدى البالغين والبالغات (ATL) وحالة الجهاز العصبي المتترقية المعروفة باسم اعتلال النخاع المرتبط بفيروس تي-الليمفاوي البشري (T-lymphotropic) من النوع 1 (HTLV-1) أو الشلل السفلي التشنجي المداري (HAM/TSP). ينتقل فيروس تي-الليمفاوي البشري (T-lymphotropic) من النوع 1 (HTLV-1) بشكل أساسي من خلال سوائل جسم المصاب بما في ذلك الدم وحليب الثدي والسائل المنوي. وتشمل عوامل الخطورة الجنس غير المحمي، وحقن المخدرات، وزرع الأنسجة والدم ومشتقاته [22].

5. إدارة المتلازمات

تُستخدم إدارة المتلازمات على نطاق واسع لإدارة حالات الأشخاص الذين يعانون من أعراض العدوى المنقولة جنسياً (STIs). وفي معظم الأماكن محدودة الموارد، لا تزال مخططات إدارة المتلازمات هي معيار الرعاية في حالة عدم توفر التشخيص المخبري أو، في حال توفره، لا تظهر النتائج إلا بعد مرور عدة أيام. وبالرغم من أوجه القصور في نهج التعامل مع العدوى المنقولة جنسياً (STIs) على أساس المتلازمات، يظل من أهم عناصر إدارة حالات الأشخاص الذين يعانون من أعراض العدوى المنقولة جنسياً (STIs). ونظراً لوجود إختبارات التشخيص السريع (RDTs)، يمكن تعزيز نهج المتلازمات عن طريق الجمع بينهما كلما أمكن.

ويمكن تجميع الأعراض والعلامات الموثقة أثناء أخذ التاريخ والفحص البدني معاً في شكل متلازمات، وتوفّر إدارة المتلازمات علاجاً لمسببات الأمراض الأكثر شيوعاً المسؤولة عن حدوث المتلازمات. وفي بعض الحالات، قد يُعزى سبب المتلازمة إلى أكثر من عدوى محتملة. ويُستخدم هذا النهج غالباً في الأماكن التي لا تتوفر فيها إختبارات مسببات الأمراض والتشخيص المخبري لإدارة حالات المستفيدين والمستفيدات الذين يبلغون عن الأعراض أو تُلاحظ عليهم عند الفحص علامات سريرية مثيرة للاشتباه.

ولتحسين فعالية إدارة المتلازمات، ينبغي أن يعرف مقدمو الخدمة أنماط المرض المحلية، وحساسية مضادات الميكروبات، والعلاج المناسب بناءً على الإرشادات المتبعة على المستوى الوطني. وتقدم مخططات إدارة متلازمات العدوى المنقولة جنسياً (أنظر الملحق 3) تعليمات تدريجية واضحة تنتهي بنظام واحد أو أكثر من نظم العلاج الفعالة، بناءً على الأعراض و/أو العلامات و/أو عوامل الخطر، مع تحديد العدوى/مسببات الأمراض الأكثر احتمالية على أساس الإنتشار الوبائي في الدولة أو المنطقة أو الفئات السكانية.



تؤدي إلى مرض القرحة التناسلية بمرور الوقت: فقد انخفضت معدلات القريح وزادت معدلات الهريس والزهري. وينبغي معالجة المستفيدين والمستفيدات الذين يعانون من القرحة من جميع الأسباب التي تتعلق بها.

ويُعتبر مرض القرحة التناسلية مصدر قلق خاص بسبب التأخر الباثي مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV). ويُعتبر الأشخاص المصابون بمرض القرحة التناسلية، مثل فيروس الهريس البسيط (HSV)، أكثر عرضة للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) إذا تعرضوا له، فيما يكون الأشخاص المصابون بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والقرحة التناسلية أكثر عرضة لنقل فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى الآخرين [16].

يتوفر حالياً اختبار دم مزدوج سريع لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)/الزهري واختبار سريع واحد للزهري (بما في ذلك الاختبار الذاتي). ويمتازان بالدقة وسهولة الاستخدام مع أقل قدر من التدريب [7]. وينبغي استخدام اختبارات التشخيص السريع للزهري في حالة توفرها. وتظهر النتائج في غضون 10 إلى 20 دقيقة ويمكن إجراؤها في أي مكان لأنها لا تتطلب تخزين بارد أو معدات مختبرات. وتتراوح حساسية اختبارات التشخيص السريع (RDTs) من 85 إلى 98٪ فيما تتراوح دقتها من 93 إلى 98٪. مقارنةً بمقاييسه التراص الدموي للولبية الشاحبة ومقاييسه تراس الجسيمات السلية للولبية الشاحبة كمعايير مرجعية [4]. ونادراً ما يكون التشخيص التفاضلي بمساعدة المختبر مفيداً لكشف الأسباب الأخرى لمرض القرحة التناسلية. أنظر الملحق 3. الشكل 3 لإدارة مرض القرحة التناسلية بما في ذلك القرحة الشرجية.

التشخيصات/مسببات الأمراض المحتملة: فيروس الهريس البسيط التناسلي (HSV-2). أما فيروس HSV-1 فإنه أقل. الضروب المصلية L1-L3 للولبية الشاحبة، المستدمية الدوكرية، كلبسيلة حببية الشكل، المتدثرة الحثرية.

العلاج الموصى به

عالج الزهري

زائد

عالج الهريس التناسلي (HSV)

زائد

عالج القريح. فقط في المناطق الجغرافية التي يتم فيها الإبلاغ عن الحالات أو التي تظهر فيها

وقد تنجم أعراض التهاب الإحليل المستمرة أو المتكررة عن مقاومة الأدوية، أو ضعف الإمتثال لنظام العلاج، أو تجدد الإصابة. وإذا كان من الممكن إستبعاد تجدد الإصابة عن طريق أخذ التاريخ الجنسي الشامل، فيمكن النظر في علاج إضافي لداء المشعرات المهبلية والمفطورة التناسلية. أنظر الملحق 3. الشكل 2 لإدارة إفرازات الإحليل التي تخرج من القضيب باستمرار وبشكل متكرر.

التشخيصات/مسببات الأمراض المحتملة: النيسرية البنية، المتدثرة الحثرية، داء المشعرات المهبلية، المفطورة التناسلية (في حالات إفرازات الإحليل المستمرة، ينبغي الاشتباه في داء المشعرات المهبلية و المفطورة التناسلية).

العلاج الموصى به

عالج السيلان غير المصحوب بمضاعفات

زائد

عالج الكلاميديا

ملاحظة خاصة: إستخدم الإرشادات المحلية إن وُجدت لاختيار العلاج المناسب، خاصةً للسيلان. لأن مقاومته للأدوية متزايدة. أنظر الملحق 2 لمعرفة خيارات العلاج الموصى بها.

2.5 متلازمة مرض القرحة التناسلية

تختلف مسببات الأمراض المسببة لمرض القرحة التناسلية باختلاف المناطق وقد تتغير بمرور الوقت. والأسباب الخمسة الأكثر شيوعاً المتعلقة بالعدوى المنقولة جنسياً، التي تسبب مرض القرحة التناسلية هي فيروس الهريس البسيط التناسلي، والزهري (اللولبية الشاحبة)، والقريح (المستدمية الدوكرية)، وداء الدونوفانيات (كلبسيلة حببية الشكل)، والورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV)، الذي تسببه المتدثرة الحثرية، الضروب المصلية L1-L3. وقد يكون مرض القرحة التناسلية أيضاً غير مرتبط بالعدوى المنقولة جنسياً (STI) (مثل العدوى الجلدية البكتيرية والفطريات المعدية) أو المسببات المرضية غير المعدية (مثل الطفح الدوائي الثابت، ومتلازمة بهجت Behçet والرضح الجنسي، والصدفية)، ومن أكبر التحديات إمكانية التمييز بين هذا وبين الأسباب المرتبطة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI). وقد ي/تعاني المستفيد(ة) المصاب(ة) بالقرح التناسلية أيضاً من أكثر من مرض واحد، وقد تتغير المظاهر السريرية وأنماط مرض القرحة التناسلية بشكل أكبر في وجود عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV). وقد لا يكون التشخيص التفاضلي السريري دقيقاً، خصوصاً في الأماكن التي تسود فيها العديد من الأسباب المسببة للأمراض. وتتغير أسباب العدوى المنقولة جنسياً التي

(داء المشعرات المهبليّة). وإلتهاب المهبل البكتيري (BV).
و/أو داء المبيضات الفرجي المهبلي (VVC). الذي تسببه أنواع من
المبيضات، عادة المبيضات البيضاء. داء المشعرات عدوى منقولة
جنسياً (STI) تسببها أوالي سوطية. وليس له أعراض في الغالب،
ولكن تتسبب أنواع منه في إفرازات مهبليّة صفراء وخضراء كريهة
الرائحة وحبّة في الفرج. ويُعتبر كل من إتهاب المهبل البكتيري
(BV) وداء المبيضات الفرجي المهبلي (VVC) عدوى منقولة جنسياً
داخلية المنشأ. وقد لا تكون لهما أعراض. أما الحالات المصحوبة
بأعراض، فيرتبط إتهاب المهبل البكتيري (BV) بإفرازات لها رائحة
سَمَكِيّة. ورقيقة القوام وبيضاء إلى رمادية اللون. بينما يرتبط داء
المبيضات الفرجي المهبلي (VVC) بحبّة وألم في الفرج، وإفرازات
بيضاء عديمة الرائحة وغلظّة القوام. ويمكن أن يحدث إتهاب عنق
الرحم بسبب السيلان (النيّسرية البنية) و/أو الكلاميديا (المتدثرة
الحثريّة). والمفطورة التناسلية. ولكن معظم الحالات بدون أعراض
لدرجة أن أقلية فقط من المستفيدات اللاتي يعانين من متلازمة
الإفرازات المهبليّة يعانين من عدوى عنق الرحم.

ويعتمد النهج الأكثر قابليّة للتطبيق لإدارة المستفيدات اللاتي
يعانين من إفرازات مهبليّة على الإمكانيات التشخيصيّة والخبرة
المتوفرة داخل نقطة تقديم الرعاية الصحيّة. أنظر الملحق 3.
الشكل 4 للإطلاع على مخطط توضيحي للمساعدة في تحديد
خيارات إدارة الإفرازات المهبليّة.

وينبغي استخدام الفحوصات المخبريّة، في حالة توافرها.
لتشخيص المستفيدات اللاتي يعانين من إفرازات مهبليّة
للكشف عن إصابتهم بعدوى منقولة جنسياً مثل النيّسرية البنية
و/أو المتدثرة الحثريّة. في حالة عدم وجود هذه الفحوصات، يُفضّل
أن يعتمد نهج المتلازمات المستخدم في إدارة الإفرازات المهبليّة،
كلما أمكن. على فحص المنظار بحثاً عن علامات عدوى عنق
الرحم، أو بدلاً من ذلك على وجود إفرازات مهبليّة. أو تقييم مخاطر
العدوى المنقولة جنسياً (STI) إذا كان فحص المنظار غير ممكن.
وُعتبر الفحص المجهرى دقيقاً لتشخيص العدوى المهبليّة، إذا
كان متاحاً بالفعل. ومع ذلك، فإن إجراء الفحص المجهرى وتجهيز
الموارد المطلوبة قد يتجاوزان مجرد توفير العلاج المناسب للعدوى
المهبليّة. ومن المفيد توافر معلومات عن معدلات الإنتشار
المحلي لداء المشعرات والسيلان والكلاميديا أيضاً لاتخاذ قرار بإدارة
المتلازمات للمستفيدات اللاتي يعانين من إفرازات مهبليّة.

وإذا كان الفحص بالمنظار ممكناً، يمكن في الغالب تشخيص
داء المبيضات الفرجي المهبلي (VVC) إسريرياً. وإذا كان الفحص
المجهرى متاحاً أيضاً، فإن وجود مشعرات متحركة في الفحص
الرطب (الطريقة الرطبة) يؤكّد الإصابة بعدوى داء المشعرات
المهبليّة. وتشير الخلايا الدليلية إلى إتهاب المهبل البكتيري (BV).
وتؤكّد الخمائر المتبرعمة أو الخيوط الكاذبة وجود أنواع المبيضات،
عادةً المبيضات البيض. ويوصى أيضاً باستخدام صبغ الغرام
باستخدام عيّنات من الإفرازات المهبليّة، كلما أمكن. وفي حالة

ملاحظات خاصّة: يجب نصح الأشخاص الذين يُشتبه في
إصابتهم بفيروس الهريس البسيط بالحفاظ على نظافة وجفاف
المنطقة المصابة وينبغي إبلاغهم بعدم وجود علاج نهائي – مع أن
العلاج التثبيطي (مضاد الفيروسات) يمكن أن يتحكّم في النوبات
المتكررة – كما يجب توعيتهم بالتاريخ الطبيعى للإصابة بعدوى
فيروس الهريس البسيط2- وأهمية الإلتزام بالعلاج [24].

ينبغي أن تشمل إدارة المتلازمات علاج الزهري، ما لم يتم علاج
الشخص من الزهري في خلال الأشهر الثلاثة الماضية، وعلاج الهريس.

وبالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون من قرح متكررة جدّاً
(من 4 إلى 6 نوبات أو أكثر في السنة مثلاً) أو الذين يعانون من
أعراض شديدة أو من قرح تسبّب الضيق. يمكن اقتراح علاج كابت
وتفضيله على العلاج العرضي. ويمكن تقييم الأشخاص الذين
يتلقون العلاج الكابت بعد مرور سنة واحدة وسؤالهم عما إذا كانوا
يريدون الإستمرار أو التغير إلى العلاج العرضي. وتجدر الإشارة
إلى أن معدلات الانتكاس قد تعود إلى الفترة التي سبقت بدء
العلاج الكابت، ويجب أن يكون المستفيدون والمستفيدات على
دراية بذلك.

وبالنسبة إلى الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري
(HIV) والأفراد الذين يعانون من تثبيط المناعة، يوصى بتعديل جرعة
فالاسيكلوفير وفامسيكلوفير، ولكن ليس أسيكلوفير:

- وبالنسبة إلى النوبات المتكررة، يوصى باستخدام
فالاسيكلوفير 500 ملغ لمدة 5 أيام بدلاً من 3 أيام، ويوصى
باستخدام فامسيكلوفير بجرعة 500 ملغ مرتين يوميّاً لمدة
5 أيام بدلاً من 250 ملغ.
 - وبالنسبة إلى العلاج التثبيطي، يوصى باستخدام فالاسيكلوفير
500 ملغ مرتين يوميّاً بدلاً من مرة واحدة يوميّاً، وفامسيكلوفير
500 ملغ مرتين يوميّاً بدلاً من 250 ملغ مرتين يوميّاً.
- وينبغي علاج الأشخاص الذين يبلّغون عن الحساسيّة من البنسلين
بالبدايل الفعالة للزهري، والتي تشمل دوكسيسيكليين وإريثروميسين.

3.5 متلازمة الإفرازات المهبليّة

الأعراض الفرجيّة المهبليّة من أكثر الأسباب شيوعاً للحضور
إلى المرافق الصحيّة. وتشمل الأعراض إفرازات مهبليّة تنصّور
المستفيدة أنها غير طبيعيّة أو تهيج في الفرج أو حبّة. وقد تشمل
الحالات الأخرى تنوّات فرجيّة مهبليّة، مثل الثآليل والسرطان،
وخاصّة في عنق الرحم.

وتدل أعراض الإفرازات المهبليّة بدرجة كبيرة على إتهاب المهبل
الناجم عن عدوى مهبليّة، ولكن قد يكون أيضاً، بشكل أقل شيوعاً،
ناتج من إتهاب في عنق الرحم ناجم بدوره عن الإصابة بعدوى
في عنق الرحم. قد يحدث إتهاب المهبل بسبب داء المشعرات



ملاحظات خاصة:

- قد تعاني المرأة السليمة من تغير كمية الإفرازات المهبلية الصافية والبيضاء (إفرازات فسيولوجية). وتزداد هذه الإفرازات عادة قبل وبعد الحيض وتصبح أكثر سيولة في منتصف الدورة الشهرية. كما أنها تزداد أثناء الحمل. وأثناء تناول حبوب منع الحمل، وعند وجود لولب رحي (IUD) في مكانه.
- ولم تثبت بعد فائدة علاج الشركاء الجنسيين للمستفيدات المصابات بالتهاب المهبل البكتيري. ويوصى بتقليل أو القضاء على العوامل المهيئة مثل استخدام المستحضرات المهبلية المطهرة/المضادات الحيوية أو الغسل المهبلي.
- وتشمل العوامل المهيئة والعوامل الكامنة وراء داء المبيضات الفرجي المهبلي (VVC) استخدام المضادات الحيوية، واستخدام المستحضرات المهبلية المطهرة/المضادات الحيوية أو الغسل المهبلي، وداء السكري غير المنضبط، والتثبيط المناعي، واستخدام كورتيكوستيرويد [24].
- ويمكن علاج التهاب المهبل البكتيري وداء المشعرات المهبلية في نفس الوقت بنفس الدواء، ميترونيدازول. وبالمثل، في علاج التهاب عنق الرحم، تستطيع بعض الأدوية، مثل دوكسيسيسكلين وأزيثروميسين، علاج المتدثرة الحثرية و المفطورة التناسلية في نفس الوقت.

عدم وجود الفحص المجهرى، ينبغي أن تتلقى جميع المستفيدات اللاتي يعانين من إفرازات مهبلية العلاج لكل من داء المشعرات و التهاب المهبل البكتيري، وينبغي أيضاً علاج الشركاء الجنسيين من داء المشعرات، ما لم يكن من الممكن استبعاد الانتقال الجنسي خلال التاريخ. وينبغي أيضاً علاج المستفيدات اللاتي يعانين من إفرازات مهبلية وثبت التقييم الإيجابي لمخاطر العدوى المنقولة جنسياً (وعلامات إيجابية على فحص الحوض إذا كان ذلك متاحاً، أي ألم البطن وإيلاام حركة عنق الرحم) من السيلان والكلاميديا. أنظر الملحق 3، الشكل 5 لإدارة الإفرازات المهبلية.

مسببات الأمراض/التشخيصات المحتملة: عدوى عنق الرحم (النيصرية البنية، المتدثرة الحثرية، المفطورة التناسلية) و/أو العدوى المهبلية (داء المشعرات المهبلية، المبيضات البيض، التهاب المهبل البكتيري (BV)).

العلاج الموصى به للعدوى المهبلية

علاج التهاب المهبل البكتيري وداء المشعرات

زائد

علاج عدوى الخميرة في حالة وجود إفرازات بيضاء تشبه خثارة اللبن، وإحمرار الفرج والمهبل والحكة

العلاج الموصى به لعدوى عنق الرحم

علاج السيلان غير المصحوب بمضاعفات

زائد

علاج الكلاميديا



العلاج الموصى به لمرض التهاب الحوض (PID)

علاج السيلان غير المصحوب بمضاعفات

زائد

علاج الكلاميديا

زائد

علاج العدوى اللاهوائية

ملاحظات خاصة:

- حذر من استخدام المسكنات لتجنب إخفاء الآلام التي قد تدل على ضرورة إجراء جراحة في البطن.
- إذا كانت المستفيدة لديها لولب رحمي (IUD) وتعاني من مرض التهاب الحوض (PID)، ناقش الموضوع معها وفكر في إمكانية إزالته، خاصة إذا لم تزل الأعراض بالعلاج في غضون 72 ساعة.
- وينبغي التفكير بجدية في إحالة المصابات بمرض التهاب الحوض الحاد إلى المستشفى في الظروف التالية:
 - التشخيص غير مؤكد
 - لا يمكن استبعاد حالات الطوارئ الجراحية، مثل التهاب الزائدة الدودية والحمل خارج الرحم
 - الإشتباه في وجود خراج في الحوض
 - المرض الشديد يحول دون إمكانية إدارته في العيادة الخارجية
 - وجود حمل
 - المستفيدة لا تستطيع اتباع نظام العيادات الخارجية ولا تحمله
 - عدم إستجابة المستفيدة للعلاج في العيادة الخارجية
- ينبغي مراقبة المستفيدات المقيمات في المستشفى سريريًا أثناء قبولهن ومراجعتهن بعد فترة 24 إلى 48 ساعة من بدء العلاج بالمضادات الحيوية في الوريد.

4.5 ألم أسفل البطن

تشير هذه الأعراض غالباً إلى وجود مرض التهاب الحوض (PID)، وتدل على وجود عدوى في الجزء العلوي من الجهاز التناسلي الأنثوي (أي الرحم وقناتي فالوب والمبيضين). وقد يُصاحب آلام أسفل البطن عسر الجماع وعسر البول وعسر الطمث وإفرازات مهبلية غير طبيعية ونزيف وحمى وأحياناً غثيان وقيء. وقد تعاني المستفيدات اللاتي يعانين من هذه المتلازمة (مع مرض التهاب الحوض (PID)) من التهاب بطانة الرحم و التهاب البوق وخراج بوقي مبيضي و التهاب الصفاق الحوضي.

ويحدث مرض التهاب الحوض عادة بسبب عدوى منقولة جنسياً، وأكثرها شيوعاً الكلاميديا (المتدثرة الحثيرة)، ولكن أيضاً السيلان (النييسرية البنية) والمفطورة التناسلية، لكن يمكن أيضاً أن تكون حالة داخلية المنشأ تسببها كائنات حيّة في الفلورا المهبلية الطبيعية (بكتيريا لاهوائية). وقد يكون مرض التهاب الحوض (PID) علاجي المنشأ أيضاً، بعد التعامل مؤخراً بأجهزة أو أدوات مع الرحم أو رضخ عنق الرحم الناتج من الإجهاض أو تركيب اللولب الرحمي (IUD) مثلاً. وقد يتسبب مرض التهاب الحوض في أضرار لا يمكن عكسها لقناتي فالوب، مما يؤدي إلى العقم البوقي والحمل خارج الرحم و/أو آلام الحوض المزمنة (لمزيد من المعلومات حول أمراض النساء، أنظر الفصل 8: طب النساء وخدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأخرى).

ويمكن تشخيص مرض التهاب الحوض (PID) سريريًا، خاصة لدى المستفيدات النشطات جنسياً، بناءً على فحص بالمنظار أو فحص يدوي، مع نتائج تؤكد الشعور بالألم أسفل البطن (في الجانبين عادة)، غالباً مع إيلام حركة عنق الرحم، أو إيلام الملحقات أو إيلام الرحم، يصحبها أحياناً إفرازات من عنق الرحم/مهبلية و/أو حمى. ومن المفيد إجراء تنظير البطن إذا كان متوفرًا، لا حاجة لتأخير علاج مرض التهاب الحوض (PID) حتى ظهور نتائج الاختبارات المخبرية، ولكن من المهم إستبعاد الحمل خارج الرحم و التهاب الزائدة الدودية والحالات الأخرى (أنظر الملاحظات الخاصة أدناه). أنظر الملحق 3. الشكل 6 لإدارة آلام أسفل البطن.

مسببات الأمراض/التشخيصات المحتملة: النييسرية البنية، المتدثرة الحثيرة، المفطورة التناسلية، بكتيريا لاهوائية.

العلاج الموصى به

علاج السيلان

زائد

علاج الكلاميديا

زائد

علاج الهريس (HSV) في حالة وجود ألم في الشرج والمستقيم

ملاحظات خاصة:

لا يمكن التعرف غالباً على عدوى الشرج والمستقيم ولا يتم علاجها. ليس فقط لأنها قد تكون بدون أعراض، ولكن أيضاً بسبب تدني مستويات الشك السريري والوصف المرتبط بالجنس الشرجي.

وفي حالة ظهور تقرّحات، ينبغي أن يتبع العلاج أيضاً المخطط التوضيحي للقرح التناسلية والنظر في إمكانية إدارة حالة الشخص المصاب بالزهري و/أو الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV).

6.5 متلازمات أخرى شائعة

1.6.5 تورّم الصفن

يظهر التهاب البربخ عادة على شكل ألم في الخصية من جانب واحد وانتفاخ مع بداية حادة، مع إيلام في البربخ والأسهر غالباً. وفي بعض الأحيان، قد تحدث حمامي ووذمة في الجلد المغطى لكيس الصفن. وتكون الخصية المجاورة في الغالب أيضاً ملتهبة (إلتهاب الخصية) مما يؤدي إلى التهاب البربخ والخصية.

ومن الشائع حدوث التهاب البربخ بسبب السيلان (النييسرية البنية) أو الكلاميديا (المتدثرة الحثرية) وينبغي الإشتباه به لدى المستفيدين المعرضين لخطورة كبيرة للإصابة بعدوى منقولة جنسياً. وقد يكون التهاب البربخ أيضاً أحد مضاعفات عدوى المسالك البولية البكتيرية، ويمكن أن يكون ناجماً عن السل وداء الفيلاريا والعدوى الناتجة من الإشريكية القولونية، كليبسيله، أو الزائفة الزنجارية. وفي حالة عدم تقديم علاج سريع وفعال، فقد يؤدي التندّب الليفي وتدمير أنسجة الخصية إلى العقم.

التشخيص المحتمل الآخر: القيلة المائية، الفتق، دوالي الخصية، الرضخ، الورم، وانفتال الخصية. لدى الشباب، ينبغي الإشتباه في حدوث إنواء الخصية عند ظهور ألم كيس الصفن بشكل مفاجئ؛ إنواء الخصية حالة جراحية طارئة تحتاج إلى إحالة عاجلة وعلاج.

مسببات الأمراض المحتملة: النييسرية البنية، المتدثرة الحثرية.

ملاحظة خاصة: استخدم الإرشادات المحلية إن وُجدت لاختيار العلاج المناسب. خاصةً للسيلان، لأن مقاومته للأدوية متزايدة.

العلاج الداعم: الراحة في الفراش، خافضات الحرارة والمسكّنات، ودعم كيس الصفن حتى تهدأ الإلتهابات الموضعية والحمى.

5.5 الإفرازات الشرجية

يمكن أن تنتقل عدوى الشرج والمستقيم المنقولة جنسياً بالجنس الشرجي الإستقبالي، وقد تكون أيضاً ناتجة من انتشار مجاور لعدوى تناسلية. وتكون عدوى الشرج والمستقيم المنقولة جنسياً شائعة نسبياً لدى الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال، والعاملات في مجال الجنس، والمتحولين والمتحولات جنسياً، والأشخاص الذين يمارسون الجنس الشرجي.

ولا تكون عدوى الشرج والمستقيم المنقولة جنسياً غالباً مصحوبة بأعراض ولكنها قد تؤدي إلى إلتهاب المستقيم (إلتهاب في الجزء البعيد من المستقيم 10 إلى 12 سم). وقد يكون غير مصحوب بأعراض أحياناً. وقد يصاحب إلتهاب المستقيم الحاد ألم/عدم راحة، وإلتهاب، ومغص/زحير، وإفرازات شرجية صديدية مخاطية، ونزيف شرجي، وإمساك، وإحساس بامتلاء المستقيم أو عدم اكتمال التغوط. وقد يُصاحب إلتهاب المستقيم المزمن الناجم عن الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV) تاريخ لظهور خطوط مخاطية في البراز وإمساك وشعور بعدم اكتمال التغوط.

ويحدث في الغالب إلتهاب المستقيم بسبب السيلان الشرجي (النييسرية البنية) والكلاميديا (المتدثرة الحثرية). وقد يكون أيضاً بسبب الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV) وفيرس الهريس البسيط (HSV) والزهري (اللولبية الشاحبة) والمفطورة التناسلية. وفي الوقت نفسه، يمكن أن تسبب عدوى فيروس الورم الحليمي البشري الثآليل الشرجية التناسلية الحميدة (الورم اللقمي المؤنف، الناجم عن فيروس الورم الحليمي البشري من النوع 6 ومن النوع 11) وسرطان الشرج والآفات السابقة للتسرطن (وبخاصة فيروس الورم الحليمي البشري من النوع 16) [25].

وقد يكشف فحص الشرج بالمنظار عن وجود مخاط في المستقيم، وذمة مخاطية في المستقيم، ونزيف بعد الجماع لدى المستفيدين والمستفيدات المصابين بالمكورات البنية وإلتهاب المستقيم الكلاميدي. ويمكن رؤية تقرّحات المستقيم عند حدوث إلتهاب في المستقيم مرتبط بالزهري والهريس والورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV). ويمكن أيضاً رؤية الكتل الإلتهابية الحبيبية في الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV). ويمكن أن يشمل التشخيص التفاضلي العدوى المعدية المعوية الأخرى في المستقيم والقولون (إلتهاب المستقيم والقولون) بما في ذلك الشيغلا، العطيفة، السالمونيلا، الفيروس المضخم للخلايا، وداء الأميبات، وكذلك الآفات الورمية، وخراجات العجان، والحالات المزمنة مثل إلتهاب القولون التقرّحي أو مرض كرون. أنظر الملحق 3، الشكل 7 لإدارة الإفرازات الشرجية.

الكائنات الحية المحتملة: النييسرية البنية والمتدثرة الحثرية، بما في ذلك الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV) (المتدثرة الحثرية الضريان المصليان L1 و L2) وفيرس الهريس البسيط-1 وفيرس الهريس البسيط-2، اللولبية الشاحبة والمفطورة التناسلية وأنواع عديدة من فيروس الورم الحليمي البشري (HPV).



2.6.5 الدبل الأري

الدبلات الأرية والفخذية تضخم موضعي للعقد اللمفية (الدبلات) في منطقة الفخذ (الأرية). وهي مؤلمة وقد تكون متموجة. وهي سمة شائعة من سمات القريح (المستدمية الدوكرية) والورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً (LGV) (المتدثرة الحثرية الضروب المصلية L1 و L2 و L3). ومن حين لآخر، قد يتمزق الدبل وقد يوجد صديد. الغدد اللمفية المتضخمة غير الملتهبة بشكل حاد (مثل تضخم الغدد اللمفية غير المؤلم بسبب الزهري) ليست دبلًا. وتستطيع العدوى الموضعية والجهازية غير المنقولة جنسياً أن تسبب أيضًا تورمًا في منطقة الفخذ ويجب أخذها في الاعتبار عند التشخيص التفاضلي (مثل الفتق الأري، وعدوى الطرف السفلي، وعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) مع اعتلال عام في العقد اللمفية، وداء الفيلاريا، واعتلال العقد اللمفية السلي، والطاعون).

مسببات الأمراض/التشخيصات المحتملة: المستدمية الدوكرية، المتدثرة الحثرية الضروب المصلية L1 و L2 و L3.

ملاحظات خاصة:

- يجب توخي الحذر في حالات الحمل. حدد نظام العلاج المناسب.
- ينبغي شطف الغدد اللمفية المتموجة من خلال الجلد السليم. قد يؤدي شق وتصريف أو إستئصال العقد إلى تأخير الإلتئام وينبغي عدم محاولة ذلك.
- في حالة وجود شك و/أو فشل العلاج، يُنصح بالإحالة إلى إجراء الخزعة التشخيصية.

يتضمن الجدول 4 المسببات المرضية المحتملة لمتلازمات العدوى المنقولة جنسياً (STI) الشائعة التي تمت مناقشتها في القسم 5.

الجدول 4: متلازمات العدوى المنقولة جنسياً (STI) ومسبباتها المرضية الشائعة

متلازمة العدوى المنقولة جنسياً (STI)	المسببات المرضية المحتملة للعدوى المنقولة جنسياً (STI)
إفرازات الإحليل	النيسرية البنية، المتدثرة الحثرية، داء المشعرات المهبلية، المفطورة التناسلية
مرض القرحة التناسلية	اللولبية الشاحبة، المستدمية الدوكرية، فيروس الهريس البسيط، كلبسيلة حبيبية الشكل، المتدثرة الحثرية (سلالات الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً L1 – L3)
الإفرازات المهبلية	عدوى عنق الرحم (النيسرية البنية، المتدثرة الحثرية، المفطورة التناسلية) والعدوى المهبلية (داء المشعرات المهبلية، المبيضات البيض، إلتهاب المهبل البكتيري)
ألم أسفل البطن	عدوى عنق الرحم (النيسرية البنية، المتدثرة الحثرية، المفطورة التناسلية)، العدوى المهبلية (داء المشعرات المهبلية، المبيضات البيض، إلتهاب المهبل البكتيري)، والعدوى اللاهوائية
الإفرازات الشرجية	النيسرية البنية، المتدثرة الحثرية، (الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً LGV) سلالات L1 – L3)
تورم الصفن	النيسرية البنية، المتدثرة الحثرية، داء المشعرات المهبلية، المفطورة التناسلية
الدبل الأري	المستدمية الدوكرية، المتدثرة الحثرية (الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً LGV) سلالات L1 – L3)



6. المراجع

- [1] منظمة الصحة العالمية. أنواع العدوى المنقولة جنسياً. حقائق رئيسية. نوفمبر 2021. متاح على: [https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2022.
- [2] منظمة الصحة العالمية. WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2022.
- [3] منظمة الصحة العالمية. WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246165/9789241549714-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2022.
- [4] منظمة الصحة العالمية. WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549714>. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2022.
- [5] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. سرطان عنق الرحم. حقائق رئيسية. فبراير 2022. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. تم الوصول بتاريخ 23 مارس 2022.
- [6] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. التهاب الكبد B. حقائق رئيسية. يونيو 2022. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. تم الوصول بتاريخ 20 يونيو 2022.
- [7] منظمة الصحة العالمية. Sexually transmitted infections. Evidence Brief. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2019. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329888/WHO-RHR-19.22-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 2 نوفمبر 2021.
- [8] منظمة الصحة العالمية. الإستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأمراض المعدية المنقولة جنسياً 2016-2021. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246296?locale-attribute=ar&>. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2022.
- [9] Meites E, Szilagyi PG, Chesson HW, Unger ER, Romero JR, Markowitz LE. Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019;68(32):698-702.
- [10] منظمة الصحة العالمية. Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections, second edition. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2007. متاح على: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43275/9241593407_mod1_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 2 أبريل 2020.
- [11] Sexual Health and Your Patients: A Provider's Guide. Altarum Institute; 2016. واشنطن، دي سي: Altarum Institute; 2016. تم التحديث سنة 2020. <https://nationalcoalitionforsexualhealth.org/tools/for-healthcare-providers/asset/Asking-Essential-Sexual-Health-Questions.pdf>. تم الوصول بتاريخ 20 مارس 2020.
- [12] Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR, et al. Screening tests to detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections—2002. MMWR Recomm Rep. 2002;51(RR-15):1-38.
- [13] منظمة الصحة العالمية. المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن تدخلات الرعاية الذاتية المعنية بالصحة والرعاية. مراجعة 2022. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2022. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>. تم الوصول بتاريخ 11 يوليو 2022.
- [14] منظمة الصحة العالمية. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2013. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85343>. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2022.
- [15] منظمة الصحة العالمية. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2017. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2022.
- [16] منظمة الصحة العالمية. WHO guidelines for the treatment of Genital Herpes Simplex Virus. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/genital-HSV-treatment-guidelines/en/>. تم الوصول بتاريخ 12 مارس 2020.
- [17] منظمة الصحة العالمية. Guidelines on hepatitis B and C testing. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2017. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549981>. تم الوصول بتاريخ 31 مارس 2020.
- [18] منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2015. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549059>. تم الوصول بتاريخ 31 مارس 2020.



1.6 الموارد

- [19] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. إلتهاب الكبد C. حقائق رئيسية. يونيو 2022. متاح على: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>. تم الوصول بتاريخ 20 يونيو 2022.
- [20] منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لأفريقيا [موقع الويب]. الأسئلة المتداولة حول لقاح مرض فيروس الإيبولا. متاح على: <https://www.afro.who.int/health-topics/ebola-virus-disease/faq-vaccine>. تم الوصول بتاريخ 24 مارس 2022.
- [21] منظمة الصحة العالمية. WHO guidelines for the prevention of sexual transmission of Zika virus: executive summary. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311026/WHO-RHR-19.4-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 2 أبريل 2020.
- [22] منظمة الصحة العالمية. فيروس T-lymphotropic البشري من النوع 1. Key facts. مارس 2021. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-t-lymphotropic-virus-type-1>. تم الوصول بتاريخ 2 نوفمبر 2021.
- [23] منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>. تم الوصول بتاريخ 19 يوليو 2021.
- [24] منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا. Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. منظمة الصحة العالمية؛ 2011. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205471>. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2022.
- [25] Wieland U, Kreuter A. The importance of HPV16 in anal cancer prevention. Lancet. 2018;18(2):131–132.
- الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. بيان الهيئة الاستشارية الطبية الدولية (IMAP) بشأن فيروس زیکا والصحة الجنسية والإنجابية. مارس 2016. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_zika_web.pdf
- Mayaud P, McCartney D, Mabey D. Sexually Transmitted Infections (Part 3, Section D). In: ET Ryan, DR Hill, T Solomon, NE Aronson, TP Endy, editors. Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases. الطبعة العاشرة. Elsevier Inc; 2020.
- Taking Routine Histories. National LGBT Health Education Center of Sexual Health: A System-Wide Approach for Health Centers. نوفمبر 2015. متاح على: http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/COM-827-sexual-history_toolkit_2015.pdf
- Toskin I, Blondeel K, Peeling RW, Deal C, Kiarie J. Advancing point of care diagnostics for the control and prevention of STIs: the way forward. Sex Transm Infect. 2017;93(54):S81–S88.
- منظمة الصحة العالمية. Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2005. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9241592656>
- منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>



7. الملاحق

الملحق 1: قائمة بإرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن إدارة العدوى المنقولة جنسياً (STI)

تتناول الوثائق الرئيسية التالية إرشادات محددة من منظمة الصحة العالمية بشأن إدارة العدوى المنقولة جنسياً (STI):

- WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. 2016
متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf>
- WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). 2016
متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549714>
- WHO guidelines for the treatment of Genital Herpes Simplex Virus. 2016
متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/978924154987>
- WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. 2016
متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246165/9789241549714-eng.pdf>
- WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. 2017
متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>
- Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. 2015
متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549059>
- Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. 2018
متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>
- Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. 2021
متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>



الملحق 2: خيارات العلاج الموصى بها

خيارات العلاج الموصى بها لمتلازمة إفرازات الإحليل

• علاج النيسرية البنية غير المصحوبة بمضاعفات زائد • علاج المتدثرة الحثرية		
أنواع العدوى المشمولة	الإختيار الأول	بدائل فعالة
في المواقع التي لا تتوافر فيها بيانات مقاومة مضادات الميكروبات المحلية، تقترح منظمة الصحة العالمية في مبادئها التوجيهية بشأن العدوى المنقولة جنسياً (STI) استخدام علاج مزدوج للسيلان.		
النيسرية البنية ¹	سيفترياكسون 250 ملغ، في العضل، جرعة واحدة زائد أزيثروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة	سيفيكسيم 400 ملغ، عن طريق الفم، جرعة واحدة زائد أزيثروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة
المتدثرة الحثرية	دوكسيسيكليين 100 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة سبعة أيام (يُعطى فقط إذا كان علاج السيلا لا يحتوي على أزيثروميسين)	أزيثروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة أو إريثروميسين 500 ملغ، عن طريق الفم، 4 مرات في اليوم لمدة 7 أيام أو أوفلوكساسين 200-400 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 7 أيام (يُعطى فقط إذا كان علاج السيلا لا يحتوي على أزيثروميسين)
في المواقع التي تؤكد فيها بيانات مقاومة مضادات الميكروبات المحلية بشكل موثوق حساسية النيسرية البنية للعامل المضاد للميكروبات، يمكن إعطاء علاج واحد.		
النيسرية البنية	سيفترياكسون 250 ملغ، في العضل، جرعة واحدة	سيفيكسيم 400 ملغ، عن طريق الفم، جرعة واحدة أو سبكتينوميسين 2 جرام، في العضل، جرعة واحدة (مضاد حيوي غير عملي بسبب التوافر)
خيارات علاجية إضافية للعدوى المتكررة أو المستمرة		
داء المشعرات المهبليّة	ميترونيدازول 2 جرام، عن طريق الفم، جرعات واحدة	ميترونيدازول 400 أو 500 ملغ، مرتين في اليوم لمدة 7 أيام
المفطورة التناسلية	أزيثروميسين 500 ملغ، عن طريق الفم في اليوم الأول، 250 ملغ يومياً في الأيام 2 إلى 5	

¹ بسبب زيادة المقاومة لمضادات الميكروبات لأزيثروميسين في النيسرية البنية و المفطورة التناسلية وانخفاض حساسية النيسرية البنية للسيفالوسبورينات، فإن منظمة الصحة العالمية بصدد مراجعة توصيات وجرعات العلاج الحالية.



خيارات العلاج الموصى بها لمتلازمة الإفرازات المهبلية

أ. خيارات علاج العدوى المهبلية

• علاج التهاب المهبل البكتيري وداء المشعرات زائد • علاج عدوى الخميرة في حالة وجود إفرازات بيضاء تشبه خثارة اللبن، واحمرار الفرج والمهبل والحكة			
أنواع العدوى المشمولة	خيارات الخط الأول	بدائل فعالة	ملحوظة: أثناء الحمل، الأفضل ينبغي تجنب ميترونيدازول في الأشهر الثلاثة الأولى
التهاب المهبل البكتيري	ميترونيدازول 400 ملغ أو 500 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 7 أيام	كلينداميسين 300 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 7 أيام أو ميترونيدازول 2 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة	ميترونيدازول 200 ملغ أو 250 ملغ، عن طريق الفم، 3 مرات في اليوم لمدة 7 أيام أو جل ميترونيدازول 0.75٪، محقنة واحدة كاملة (5 جرامات) داخل المهبل، مرتين في اليوم لمدة 7 أيام أو كلينداميسين 300 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 7 أيام
داء المشعرات المهبلي	ميترونيدازول 2 جرام، عن طريق الفم، في جرعة واحدة أو ميترونيدازول 400 ملغ أو 500 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 7 أيام	تينيدازول 2 جرام عن طريق الفم، جرعة واحدة أو تينيدازول 500 ملغ عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 5 أيام	ميترونيدازول 200 ملغ أو 250 ملغ، عن طريق الفم، 3 مرات في اليوم لمدة 7 أيام أو جل ميترونيدازول 0.75٪، محقنة واحدة كاملة (5 جرامات) داخل المهبل، مرتين في اليوم لمدة 7 أيام
المبيضات البيض (عدوى الخميرة)	تحاميل ميكونازول المهبلي، 200 ملغ يتم إدخالها ليلاً لمدة 3 ليال أو قرص كلوتريمازول مهبلي، 100 ملغ، يتم إدخاله ليلاً لمدة 7 أيام	فلوكونازول 150 ملغ (أو 200 ملغ)، عن طريق الفم، جرعة واحدة أو نيساتين، قرص مهبلي 200,000 وحدة، يتم إدخاله ليلاً لمدة 7 ليال	تحاميل ميكونازول 200 ملغ يتم إدخالها مرة واحدة في اليوم لمدة 3 أيام أو قرص كلوتريمازول مهبلي، 100 ملغ، يتم إدخاله ليلاً لمدة 7 أيام أو تحاميل نيساتين 200,000 وحدة، يتم إدخالها ليلاً لمدة 7 ليال

ينبغي تحذير الأشخاص الذين يتناولون ميترونيدازول لتجنب الكحول. لا يُنصح باستخدام ميترونيدازول في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل إلا إذا كانت فوائده تفوق المخاطر المحتملة.



ب. خيارات العلاج لعدوى عنق الرحم

- علاج النيسرية البنية غير المصحوبة بمضاعفات زائد
- علاج المتدثرة الحثرية

أنواع العدوى المشمولة	الاختيار الأول (إختر عنصر واحد من كل خلية أدناه)	بدائل فعالة	خيارات للنساء الحوامل أو أثناء الرضاعة الطبيعية
في المواقع التي لا تتوافر فيها بيانات مقاومة مضادات الميكروبات المحلية، تقترح منظمة الصحة العالمية في مبادئها التوجيهية بشأن العدوى المنقولة جنسياً (STI) استخدام علاج مزدوج للسيلان.			
النيسرية البنية ¹	سيفترياكسون 250 ملغ، في العضل، جرعة واحدة زائد أزيتروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة	سيفيكسيم 400 ملغ، عن طريق الفم، جرعة واحدة زائد أزيتروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة	سيفترياكسون 250 ملغ، في العضل، جرعة واحدة زائد أزيتروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة أو سيفيكسيم 400 ملغ، عن طريق الفم، جرعة واحدة زائد أزيتروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة
المتدثرة الحثرية	دوكسيسيسكلين 100 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 7 أيام (يعطى فقط إذا كان علاج السيلان لا يحتوي على أزيتروميسين)	أزيتروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة أو إريثروميسين 500 ملغ، عن طريق الفم، 4 مرات في اليوم لمدة 7 أيام أو أوفلوكساسين 200-400 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 7 أيام (يعطى فقط إذا كان علاج السيلان لا يحتوي على أزيتروميسين)	إريثروميسين 500 ملغ، عن طريق الفم، 4 مرات في اليوم لمدة 7 أيام أو أزيتروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة (يعطى فقط إذا كان علاج السيلان لا يحتوي على أزيتروميسين)
المفطورة التناسلية	أزيتروميسين 500 جرام، عن طريق الفم في اليوم الأول، 250 ملغ في اليوم، في الأيام 2 إلى 5 (عدم وجود مقاومة ماکروليد)		أزيتروميسين 500 جرام، عن طريق الفم، في اليوم الأول، 250 ملغ في اليوم، في الأيام 2 إلى 5 (عدم وجود مقاومة ماکروليد)

¹ بسبب زيادة المقاومة لمضادات الميكروبات لأزيتروميسين في النيسرية البنية و المفطورة التناسلية وانخفاض حساسية النيسرية البنية للسيفالوسبورينات، فإن منظمة الصحة العالمية بصدد مراجعة توصيات وجرعات العلاج الحالية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2021. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



خيارات العلاج لمرض التهاب الحوض

• علاج النيسرية البنية غير المصحوبة بمضاعفات زائد • علاج المتدثرة الحثرية زائد • علاج العدوى اللاهوائية		
أنواع العدوى المشمولة	الإختيار الأول	بدائل فعالة
في المواقع التي لا تتوافر فيها بيانات مقاومة مضادات الميكروبات المحلية، تقترح منظمة الصحة العالمية في مبادئها التوجيهية بشأن العدوى المنقولة جنسياً (STI) استخدام علاج مزدوج للسيلان.		
النيسرية البنية ^أ	سيفترياكسون 250 ملغ. في العضل، جرعة واحدة زائد أزيتروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة	سيفيكسيم 400 ملغ. عن طريق الفم، جرعة واحدة زائد أزيتروميسين 1 جرام، عن طريق الفم، جرعة واحدة
المتدثرة الحثرية	دوكسيسيكليين 100 ملغ. عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 14 يوم	إريثروميسين 500 ملغ. أربع مرات في اليوم لمدة 14 يومًا (يُعطى فقط إذا كان علاج السيلاين لا يحتوي على أزيتروميسين)
في المواقع التي تؤكد فيها بيانات مقاومة مضادات الميكروبات المحلية بشكل موثوق حساسية النيسرية البنية للعامل المضاد للميكروبات، يمكن إعطاء علاج واحد على النحو المبين أدناه.		
النيسرية البنية ^أ	سيفترياكسون 250 ملغ. في العضل، جرعة واحدة	سيفيكسيم 400 ملغ. عن طريق الفم، جرعة واحدة
يجب إدراج علاج اللاهوائيات في أي خيار من خيارات العلاج أعلاه.		
اللاهوائيات	ميترونيدازول 400 ملغ أو 500 ملغ. عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 14 يوم	

^أ بسبب زيادة المقاومة لمضادات الميكروبات لأزيتروميسين في النيسرية البنية وانخفاض الحساسية للسيفالوسبورينات، فإن منظمة الصحة العالمية بصدد مراجعة توصيات وجرعات العلاج الحالية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2021، الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



خيارات العلاج الموصى بها لمرض القرحة التناسلية

• العلاج بجرعات متعددة لعدوى فيروس الهريس البسيط زائد • علاج البنسلين طويل المفعول بجرعة واحدة أو علاجات بديلة بجرعات متعددة			
أنواع العدوى المشمولة	خيارات الخط الأول	بدائل فعالة	بالنسبة إلى النساء الحوامل والمرضعات ومن تقل أعمارهن عن 16 عامًا
الهريس التناسلي	<u>العدوى الأولية</u> أسيكلوفير 400 ملغ. عن طريق الفم، 3 مرات في اليوم لمدة 10 أيام أو أسيكلوفير 200 ملغ. عن طريق الفم، 5 مرات في اليوم لمدة 10 أيام	<u>العدوى الأولية</u> فالاسيكلوفير 500 ملغ. مرتين في اليوم لمدة 10 أيام أو فامسيكلوفير 250 ملغ. عن طريق الفم، 3 مرات في اليوم لمدة 10 أيام	<u>العدوى الأولية</u> إستخدم أسيكلوفير فقط إذا كانت الفوائد تفوق المخاطر. الجرعة هي نفسها للعدوى الأولية في غير الحمل.
<u>العدوى المتكررة -</u>	<u>علاج عرضي</u> أسيكلوفير 400 ملغ. عن طريق الفم، 3 مرات في اليوم لمدة 5 أيام أو أسيكلوفير 800 ملغ. عن طريق الفم، مرتين في اليوم، لمدة 5 أيام أو أسيكلوفير 800 ملغ. 3 مرات في اليوم، لمدة يومين	<u>العدوى المتكررة -</u> <u>علاج عرضي</u> فالاسيكلوفير 500 ملغ. مرتين في اليوم لمدة 5 أيام أو فامسيكلوفير 250 ملغ. عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 5 أيام	<u>العدوى المتكررة -</u> <u>علاج عرضي</u> أسيكلوفير 400 ملغ. عن طريق الفم، 3 مرات في اليوم لمدة 5 أيام أو أسيكلوفير 800 ملغ. عن طريق الفم، مرتين في اليوم، لمدة 5 أيام أو أسيكلوفير 800 ملغ. 3 مرات في اليوم، لمدة يومين
<u>العلاج التثبيطي للهريس المتكرر</u>	<u>العلاج التثبيطي</u> للهرس المتكرر أسيكلوفير 400 ملغ. عن طريق الفم، مرتين في اليوم أو فالاسيكلوفير 500 ملغ. مرة واحدة في اليوم	<u>العلاج التثبيطي</u> لحالات الانتكاس فامسيكلوفير 250 ملغ. عن طريق الفم، مرتين في اليوم	<u>العلاج التثبيطي</u> للهرس المتكرر أسيكلوفير 400 ملغ. عن طريق الفم، مرتين في اليوم أو فالاسيكلوفير 500 ملغ. مرة واحدة في اليوم
الزهري (المبكر) (علاج الزهري الأولي والزهري الثانوي والمبكر الكامن [مرور أقل من عامين بعد الإصابة])	بنزاثين بنسلين 2.4 مليون وحدة، في العضل جرعة واحدة	دوكسيسيسكلين 100 ملغ. عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 14 يوم أو إريثروميسين 500 ملغ. 4 مرات في اليوم لمدة 14 يوم	بنزاثين بنسلين 2.4 مليون وحدة، في العضل جرعة واحدة



تابع

الزهري (المتأخر) (علاج الزهري الكامل والثالثي المتأخر)	بنزاثين بنسلين 2.4 مليون وحدة بالحقن في العضل. مرة واحدة في الأسبوع لمدة 3 أسابيع متتالية	بروكايين بنسلين 1.2 مليون وحدة بالحقن في العضل. مرة واحدة في اليوم لمدة 20 يوم متتالية أو دوكسيسيكليين 100 ملغ. عن طريق الفم. مرتين في اليوم لمدة 30 يوم	إريثروميسين 500 ملغ عن طريق الفم. 4 مرات في اليوم لمدة 30 يوم ^٢

^١ يوصى بالعلاج التثبيطي للهربس المتكرر للأفراد الذين يتعرضون لـ 4 إلى 6 نوبات متكررة أو أكثر كل عام، والأعراض أو النوبات الشديدة التي تسبب الضيق. من الضروري زيادة الجرعات أو مدة العلاج للمتعاضدين والمتعاضدين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) (27).

^٢ مع أن إريثروميسين يستخدم لعلاج النساء الحوامل، فإنه لا يعبر حاجز المشيمة تمامًا ولا يعالج الجنين. لذلك يحتاج حديث الولادة إلى العلاج بعد الولادة بوقت قصير.

المصدر: منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2021. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

خيارات العلاج لمن يعانون من الإفرازات الشرجية

نظم العلاج الموصى بها للعدوى الشرجية		
أنواع العدوى المشمولة	الخيار الموصى به	بدائل فعالة
النييسرية البنية ^١	سيفترياكسون 250 ملغ. في العضل. جرعة واحدة زائد أزيثروميسين 1 جرام. عن طريق الفم. جرعة واحدة	سيفيكسيم 400 ملغ. عن طريق الفم. جرعة واحدة زائد أزيثروميسين 1 جرام. عن طريق الفم. جرعة واحدة
المتدثرة الحثرية	دوكسيسيكليين 100 ملغ عن طريق الفم. مرتين في اليوم. لمدة 7 أيام أو دوكسيسيكليين لمدة 21 يومًا (للورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسيًا في المستقيم) في حالة الإشتباه أو التأكد باختبار تضخيم الحمض النووي (NAAT) (يُعطى فقط إذا كان العلاج المزدوج لم يشمل أزيثروميسين)	إريثروميسين 500 ملغ. عن طريق الفم. 4 مرات في اليوم لمدة 14 يوم (يُعطى فقط إذا كان العلاج المزدوج لم يشمل أزيثروميسين)
الزهري (في حالة وجود قرحة)	بنزاثين بنسلين 2.4 مليون وحدة في العضل. جرعة واحدة من كانت نتيجة اختبار إصابتهم بالزهري إيجابية لكن بدون قرحة: تُعطى نفس الجرعة على فترات أسبوعية بمجموع ثلاث جرعات	دوكسيسيكليين 100 ملغ عن طريق الفم. مرتين في اليوم لمدة 14 يوم إريثروميسين 500 ملغ 4 مرات في اليوم. عن طريق الفم. لمدة 14 يوم يجب تمديد العلاج إلى 30 يومًا إذا كان الفحص المصلي للزهري إيجابي

تابع



تابع

العدوى المتكررة:	العدوى المتكررة:	الهربس التناسلي
فالا سيكلوفير 500 ملغ، مرتين في اليوم لمدة 3 أيام	أسيكلوفير 400 ملغ، عن طريق الفم، 3 مرات في اليوم لمدة 5 أيام أو أسيكلوفير 800 ملغ، عن طريق الفم، 3 مرات في اليوم لمدة يومين أو أسيكلوفير 800 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 5 أيام	
الهربس التناسلي الأولي:	الهربس التناسلي الأولي:	
فالا سيكلوفير 500 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم لمدة 10 يوم	أسيكلوفير 400 ملغ، عن طريق الفم، 3 مرات في اليوم لمدة 10 أيام أو أسيكلوفير 200 ملغ، 5 مرات في اليوم لمدة 10 أيام	
<u>العلاج التثبيطي</u> <u>لحالات الانتكاس</u> فامسيكلوفير 250 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم (فامسيكلوفير 500 ملغ، مرتين في اليوم للمتعافين والمتعافيات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو الذين يعانون من نقص المناعة)	<u>العلاج التثبيطي للهربس المتكرر</u> أسيكلوفير 400 ملغ، عن طريق الفم، مرتين في اليوم أو فالا سيكلوفير 500 ملغ، مرة واحدة في اليوم بالنسبة إلى المدة الزمنية، راجع قسم مرض القرحة التناسلية	

¹ بسبب زيادة المقاومة لمضادات الميكروبات لأزيتروميسين في النيسرية البنية وانخفاض الحساسية للسيفالوسبورينات، فإن منظمة الصحة العالمية بصدد مراجعة توصيات وجعرات العلاج الحالية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2021.
الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



علاج الثآليل التناسلية التي يسببها فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) من النوعين 6 و 11

لا يوجد علاج واحد يحقق الرضا تمامًا. يستطیع العلاج الموضعي إزالة الثآليل، لكنها قد تعود. ينبغي شرح ذلك للمستفيد(ة) قبل بدء العلاج. لاحظ أن إدارة الثآليل المهبليّة و/أو ثآليل عنق الرحم، وثآليل الصماخ الإحليلية، والثآليل الشرجية ينبغي أن تتم في مرفق متخصص أو عالي المستوى.

الطرق الكيميائية

أ. بودوفيلين 25 في المائة في صبغة بنزوين مركبة، يدهنها مقدم الرعاية الصحية بعناية على الثآليل، مع تجنب الأنسجة العادية. أطلب من المستفيد(ة) غسل البودوفيلين بعد مرور 4 إلى 6 ساعات. يُكرر العلاج مرة واحدة في الأسبوع. وإذا استمرت الثآليل بعد دهنها 6 إلى 8 مرات، فقم بإحالة المستفيد(ة) إلى مرفق صحي بمستوى أعلى.

ب. ي/تستطيع المستفيد(ة) استعمال محلول/جل بودوفيلوتوكسين 0.5 في المائة باستخدام مسحة قطنية للثآليل التناسلية الظاهرة مرتين في اليوم لمدة 3 أيام، تليها 4 أيام بدون علاج. يمكن تكرار هذه الدورة، حسب الضرورة، حتى 4 إلى 5 دورات. يجب ألا يزيد إجمالي حجم بودوفيلين/بودوفيلوتوكسين عن 0.5 مل في اليوم وينبغي ألا يزيد إجمالي مساحة الثآليل المعالجة عن 10 سم².

ج. يستطیع مقدم الرعاية الصحية أن يضع حمض ثلاثي كلورو أسيتيك (TCA) بنسبة 80 إلى 90 في المائة بعناية على الثآليل، وتجنب الأنسجة العادية، وبعد ذلك وضع بودة تلك أو بيكربونات الصوديوم على المنطقة المعالجة لإزالة الحمض الزائد. كرّر الإستعمال على فترات أسبوعية. يسبب حمض ثلاثي كلورو أسيتيك (TCA) الكي الكيميائي الفوري. ولا تمتصه الأجهزة وبالتالي يمكن إستخدامه بأمان أثناء الحمل.

- إذا استمرت الثآليل بعد شهرين من العلاج بالبودوفيلين أو بودوفيلوتوكسين أو حمض ثلاثي كلورو أسيتيك (TCA)، فقم بإحالة المستفيد(ة) إلى مرفق بمستوى أعلى لتحسين إدارة الحالة.

د. ي/تستطيع المستفيد(ة) وضع كريم Imiquimod بنسبة 5 في المائة بالإصبع/بمسحة قطن في وقت النوم، تُترك طوال الليل، 3 مرات في الأسبوع كل يومين لمدة تصل إلى 16 أسبوعًا. يجب غسل المنطقة المعالجة بالماء والصابون بعد وضع الكريم بـ 6 إلى 10 ساعات.

هام: ممنوع استعمال بودوفيلين/بودوفيلوتوكسين أثناء الحمل والرضاعة. لم يتم التأكد من سلامة imiquimod أثناء الحمل.

الطرق الفيزيائية (قد لا تجدي على مستوى الرعاية الصحية الأولية)

أ. يمكن إعطاء العلاج بالتبريد بالنيتروجين السائل، أو ثاني أكسيد الكربون الصلب، أو مسبار التبريد. كرّر الاستعمال كل أسبوع إلى أسبوعين. العلاج بالتبريد غير سام، ولا يتطلب تخديرًا، وإذا تم إجراؤه بشكل صحيح، لا يؤدي إلى حدوث ندبات.

ب. الجراحة الكهربائية

ج. الإزالة الجراحية

المصدر: منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا. Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. منظمة الصحة العالمية: 2011. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205471>. تم الوصول بتاريخ 31 مارس 2020.



علاج فيروس التهاب الكبد B

إلتهاب الكبد B الحاد:

- لا يوجد علاج محدد، ولكن الرعاية تساعد في تعزيز الراحة والتوازن الغذائي المناسب، بما في ذلك تعويض السوائل المفقودة من القيء والإسهال.
- تجنب الأدوية غير الضرورية. ينبغي عدم إعطاء أسيتامينوفين/باراسيتامول والأدوية المضادة للقيء [1].

إلتهاب الكبد المزمن B (استمرار وجود مستضد إلتهاب الكبد B السطحي [HBsAg] لمدة 6 أشهر أو أكثر):

- ستحتاج نسبة (10 إلى 40 في المائة حسب المكان ومعايير الأهلية) فقط من المصابين بعدوى إلتهاب الكبد B المزمنة إلى العلاج. يجب أن يستمر علاج إلتهاب الكبد B المزمن مدى الحياة لمعظم الذين يبدؤونه (من النادر علاجه/التخلص من HBsAg). يعمل العلاج على تثبيط الفيروس ويمكن أن يبطئ تطور تشمع الكبد، ويقلل معدل الإصابة بسرطان الكبد، ويحسن فرصة البقاء على قيد الحياة على المدى الطويل. للحصول على معلومات حول من يجب علاجهم ومن لا يجب علاجهم من بين المصابين والمصابات بإلتهاب الكبد B المزمن، ومراقبة العلاج، ومتى يتوقف العلاج، راجع المبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية كاملة [2].
- في البلدان ذات الدخل المرتفع، قد يطول العمر بضع سنوات بفضل الجراحة والعلاج الكيميائي. تُستخدم زراعة الكبد أحياناً للمصابين والمصابات بتشمع الكبد في البلدان ذات الدخل المرتفع، وتتفاوت نسب نجاحها.

علاجات الخط الأول المضادة للفيروسات لعلاج إلتهاب الكبد المزمن B

- بالنسبة إلى البالغين والبالغات والمراهقين والأطفال البالغين من العمر 12 عامًا أو أكثر الذين يوصف لهم العلاج المضاد للفيروسات، يوصى باستخدام مضاهات النوكليوزيد/النوكليوتيد (NAS) الحسنة إزاء مقاومة الأدوية (تينوفوفير أو إنتيكافير). يوصى باستخدام إنتيكافير للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين و 11 عامًا.
- يمكن أن تؤدي مضاهات النوكليوزيد/النوكليوتيد (NAS) منخفضة التحسن إزاء مقاومة (لاميفودين أو أديفوفير أو تليفودين) إلى مقاومة الأدوية ولا يُنصح بها.
- بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بفيروس إلتهاب الكبد B/فيروس العوز المناعي البشري (HIV) (البالغين والبالغات/المراهقين والمراهقات/الأطفال)، يُرجى مراجعة نظام العلاج المضاد للفيروسات القهقرية الموصى به.

علاجات الخط الثاني المضادة للفيروسات لإدارة فشل العلاج

- لدى الأشخاص الذين لديهم مقاومة مؤكدة أو مشتبه بها لمضادات الفيروسات (أي تاريخ من التعرض السابق أو من عدم الاستجابة الأولية) للاميفودين، إنتيكافير، أديفوفير، أو تليفودين، يوصى بالتغيير إلى تينوفوفير.

الوقاية من انتقال فيروس إلتهاب الكبد B في الفترة المحيطة بالولادة باستخدام العلاج المضاد للفيروسات

- بالنسبة إلى الحوامل المصابات بفيروس إلتهاب الكبد B، فإن دواعي العلاج هي نفسها الخاصة بغيرهن من البالغين، ويوصى باستخدام تينوفوفير. لا توجد أي توصيات بشأن الاستخدام الروتيني للعلاج المضاد للفيروسات لمنع انتقال فيروس إلتهاب الكبد B في الفترة المحيطة بالولادة.
- بالنسبة إلى الحوامل والمرضعات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، يُرجى مراجعة نظام العلاج المضاد للفيروسات القهقرية الموصى به.

المراجع

[1] منظمة الصحة العالمية. إلتهاب الكبد B. حقائق رئيسية. يونيو 2022. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. تم الوصول بتاريخ 20 يونيو 2022.

[2] منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549059>. تم الوصول بتاريخ 31 مارس 2020.

علاج فيروس التهاب الكبد C

توصي منظمة الصحة العالمية بتقديم العلاج لجميع الأفراد الذين تم تشخيص إصابتهم بعدوى فيروس التهاب الكبد C وتبلغ أعمارهم 12 عامًا أو أكثر، بغض النظر عن مرحلة المرض، على النحو الموضح أدناه.

لدى البالغين والبالغات (الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر) المصابين بعدوى التهاب الكبد C المزمن، يمكن استخدام الأنظمة المضادة للفيروسات ذات المفعول المباشر التي تستهدف جميع الأنماط الجينية التالية:

- للبالغين والبالغات غير المصابين بتشمع الكبد:

- سوفوسبوفير/فيلباتاسفير 12 أسبوعًا
- سوفوسبوفير/داكلاتاسفير 12 أسبوعًا
- جليكابريفير/بيبرنتاسفير 8 أسابيع

- للبالغين والبالغات المصابين بتشمع الكبد المعوض:

- سوفوسبوفير/فيلباتاسفير 12 أسبوعًا
- جليكابريفير/بيبرنتاسفير 12 أسبوعًا
- سوفوسبوفير/داكلاتاسفير 24 أسبوعًا
- سوفوسبوفير/داكلاتاسفير 12 أسبوعًا

لدى المراهقين والمراهقات الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 17 عامًا أو الذين لا يقل وزنهم عن 35 كغم المصابين بعدوى فيروس التهاب الكبد C:

- سوفوسبوفير/ليديباسفير لمدة 12 أسبوعًا في الأنماط الجينية 1 و 4 و 5 و 6
- سوفوسبوفير/ريبافيرين لمدة 12 أسبوعًا في النمط الجيني 2
- سوفوسبوفير/ريبافيرين لمدة 24 أسبوعًا في النمط الجيني 3

لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 عامًا المصابين بعدوى فيروس التهاب الكبد C، توصي منظمة الصحة العالمية بما يلي:

- تأجيل العلاج حتى سن 12 عامًا (توصية مشروطة، التدني الشديد في جودة الأدلة)
- ينبغي عدم استخدام العلاج بالأنظمة المعتمدة على إنترفيرون

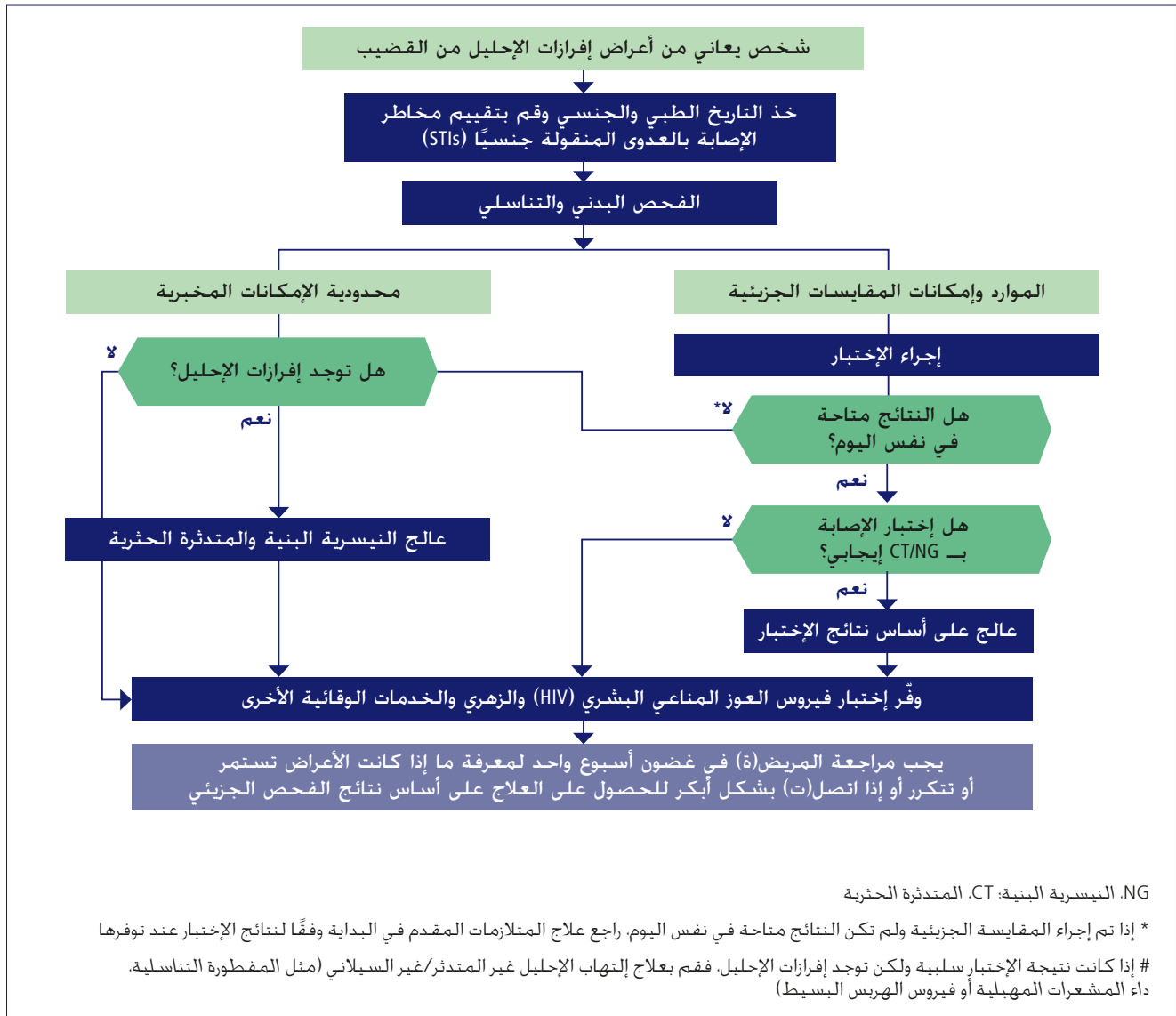
لمزيد من المعلومات عن الإعتبارات السريرية، بما في ذلك العدوى المرافقة، يُرجى مراجعة المبادئ التوجيهية المذكورة في المصدر.

المصدر: منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2018. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>. تم الوصول بتاريخ 31 مارس 2020.



الملحق 3: مخططات توضيحية لإدارة المتلازمات

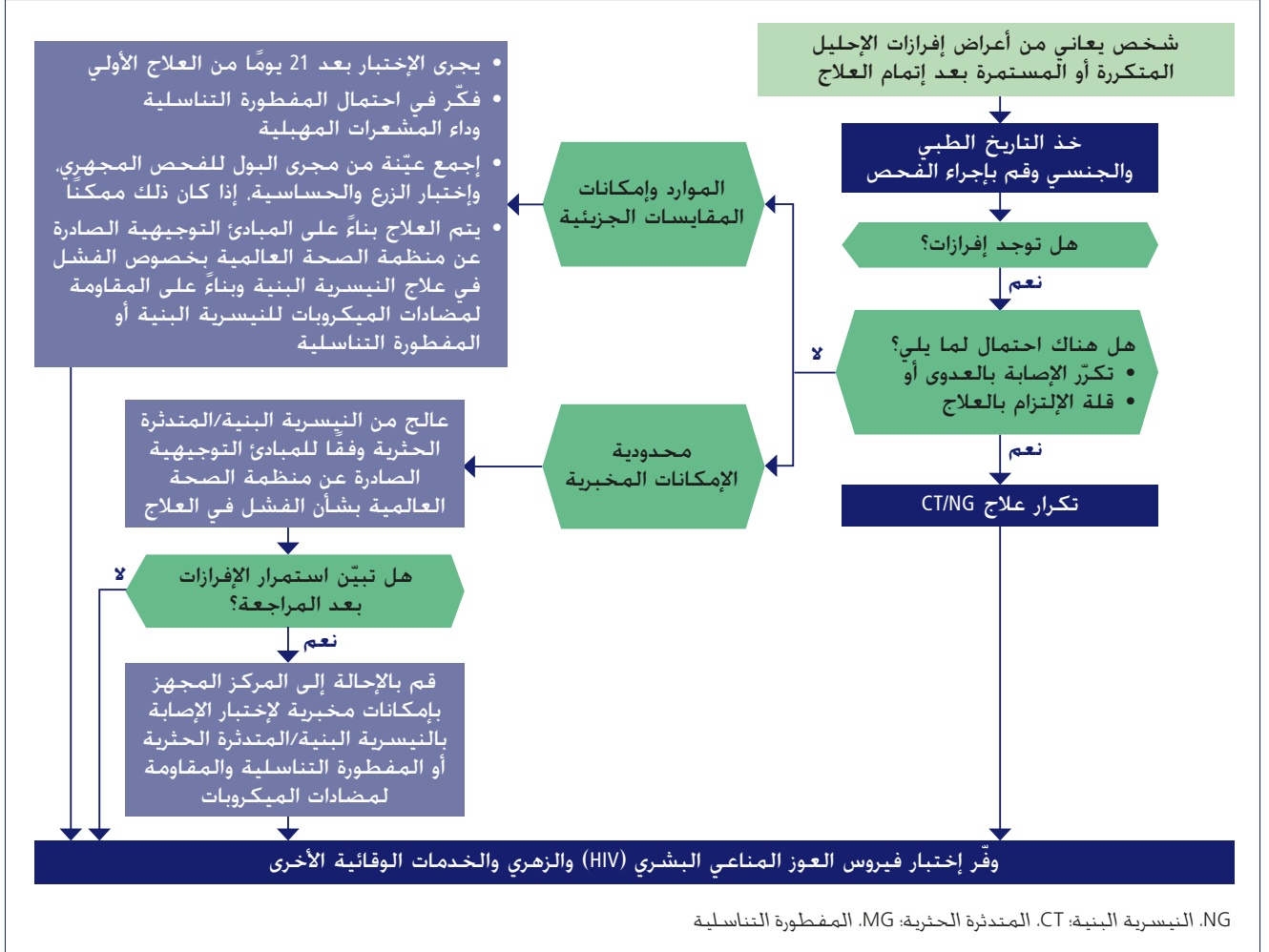
الشكل 1: إدارة إفرازات الإحليل الخارجة من القضيب



المصدر: منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2021.
الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

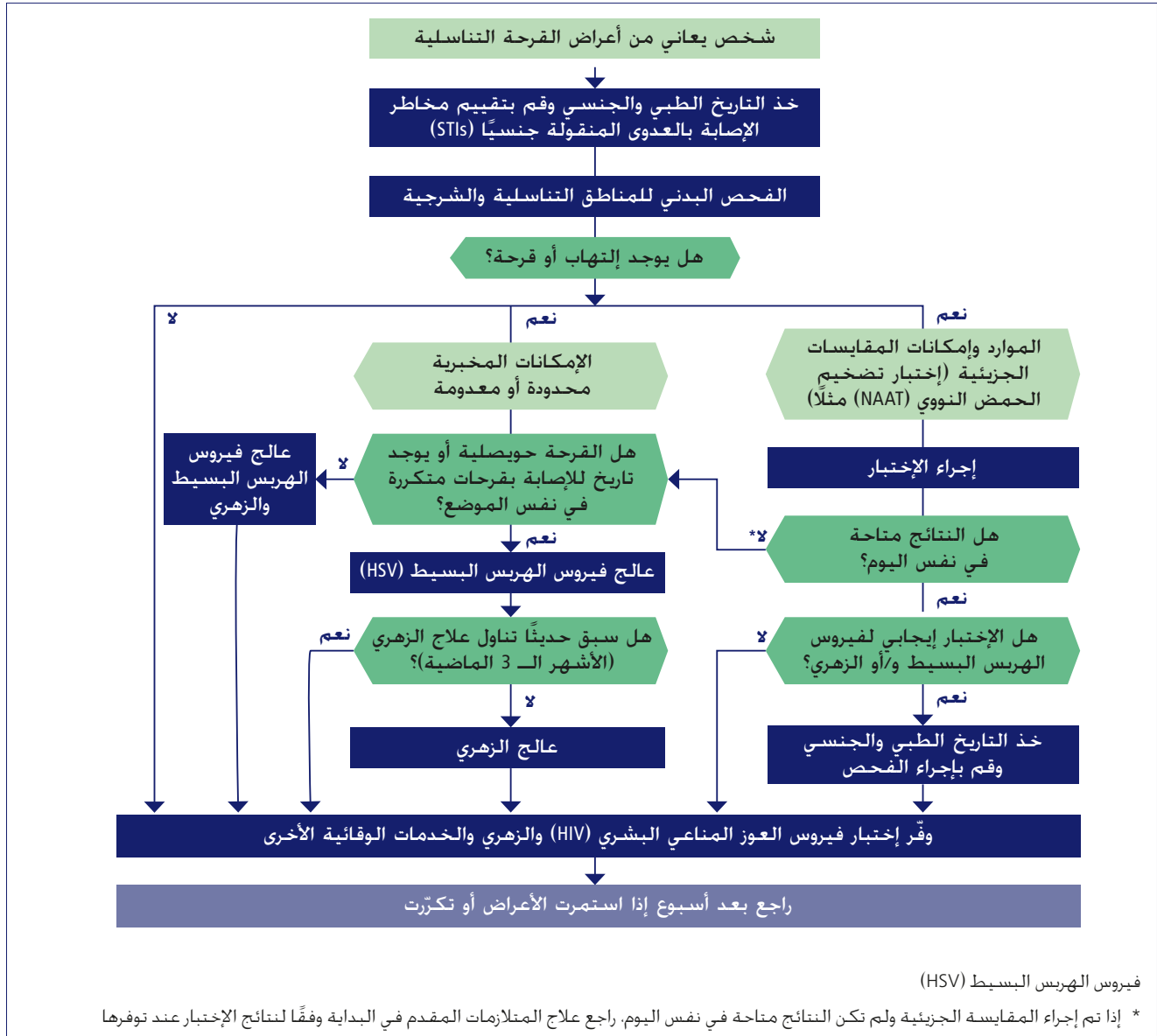


الشكل 2: إدارة إفرازات الإحليل المستمرة أو المتكررة من القضيب





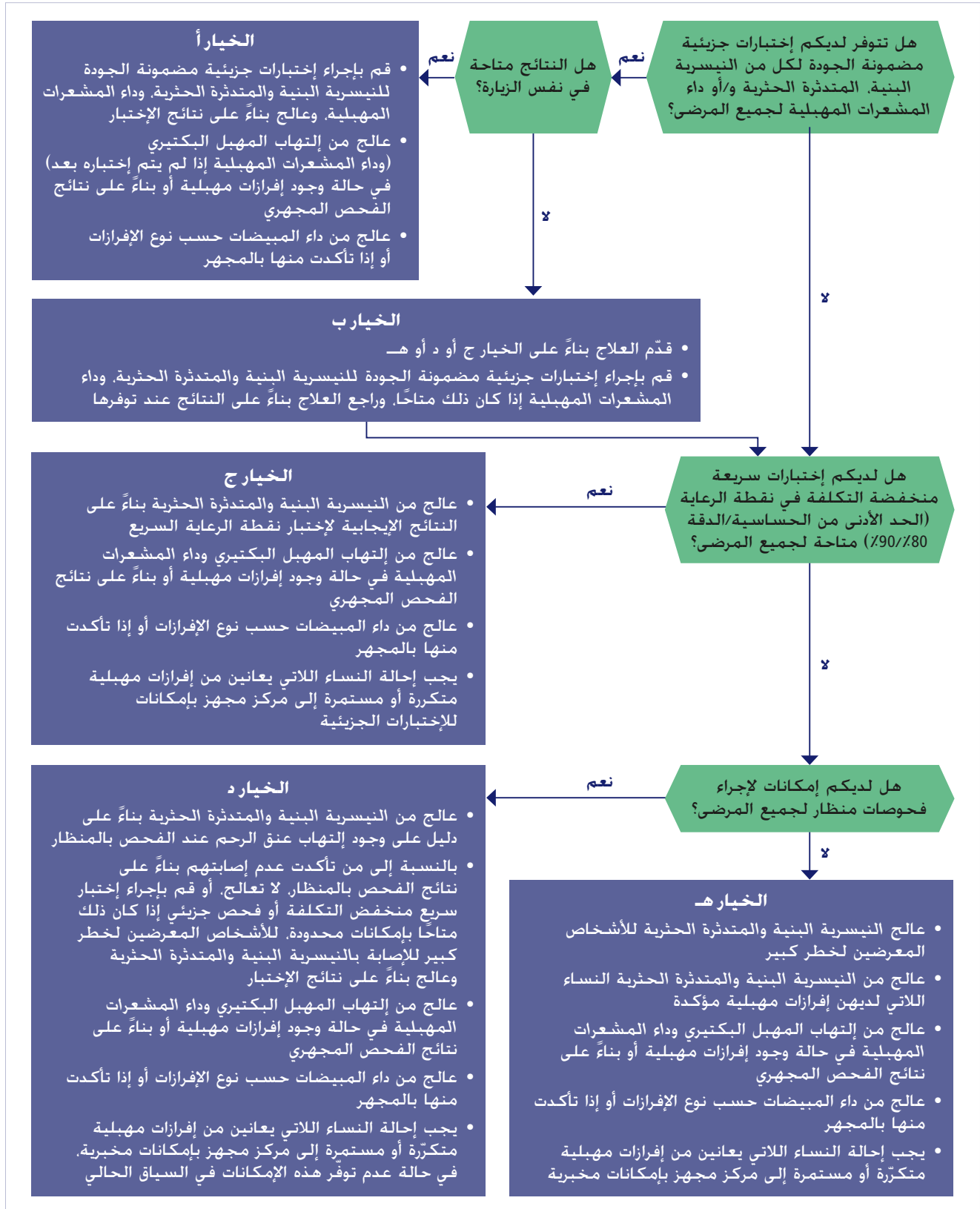
الشكل 3: إدارة مرض القرحة التناسلية بما في ذلك القرحة الشرجية



المصدر: منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2021.
الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



الشكل 4: مخطط توضيحي لتحديد خيارات الإدارة التي يجب تنفيذها في نقطة تقديم الخدمات للإفرازات المهبلية





الشكل 5: إدارة الإفرازات المهبلية





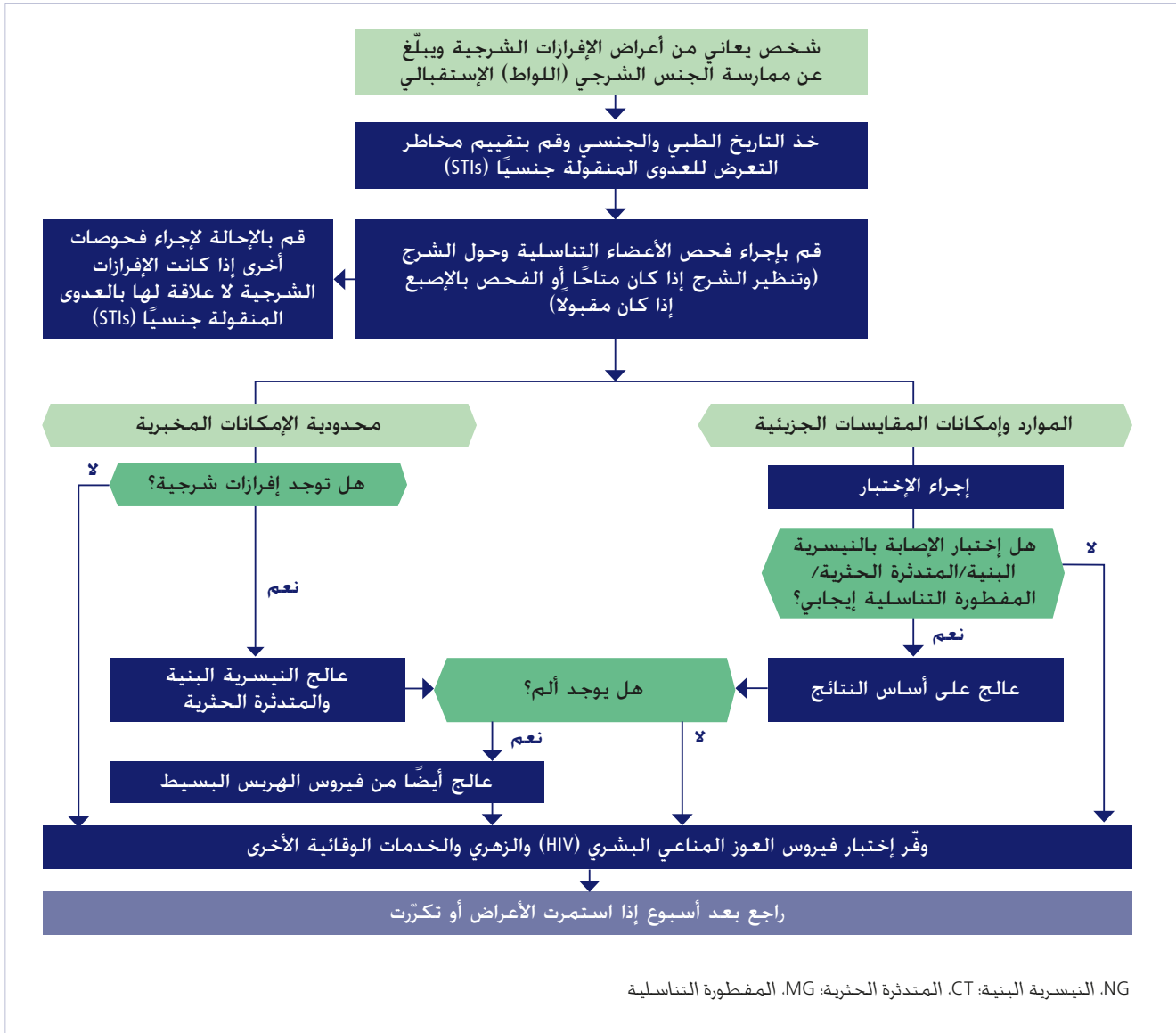
الشكل 6: إدارة آلام أسفل البطن



المصدر: منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2021.
الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



الشكل 7: إدارة الإفرازات الشرجية



المصدر: منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2021.
الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

الفصل 7:

فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

المحتويات

252	1. مقدمة
252	1.1 حقائق رئيسية
252	2. توفير رعاية صحية شاملة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)
253	1.2 ما الذي يحتاج مقدم الخدمات إلى معرفته
254	2.2 ما الذي يحتاج مقدم الخدمات إلى القيام به
255	3.2 أخذ التاريخ وتقييم المخاطر والفحص السريري
256	3. إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
256	1.3 المعلومات وتقديم المشورة قبل الإختبار
257	2.3 إختبار تشخيص فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
258	3.3 تدخلات بعد الإختبار
261	4. الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
261	1.4 الواقيات الجنسية والمزلقات
262	2.4 الوقاية القائمة على مضادات الفيروسات القهقرية
267	3.4 ختان الذكور الطبي الطوعي للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
269	4.4 تخفيف الضرر لمتعاطي المخدرات



270	5. علاج فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
270	1.5 تقديم المشورة والتدخلات الداعمة للأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)
271	2.5 العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية
273	3.5 تقييم وإدارة حالات العدوى المرافقة الشائعة والأمراض المرافقة
274	6. منع انتقال الأمراض في الفترة المحيطة بالولادة
274	1.6 إعتبارات مهمة للنساء الحوامل
275	2.6 خيارات منع الحمل للنساء المعرضات لخطر شديد لإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو المتعايشات مع الفيروس
277	3.6 الصحة المتنقلة والرقمية والرعاية الذاتية في الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وعلاجه
277	4.6 إعتبارات مهمة للسياقات الإنسانية
278	7. المراجع
281	8. الملاحق
281	الملحق 1: ملخص للعدوى المرافقة الرئيسية والأمراض المرافقة بين المتعايشين والمتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري

1. مقدمة

الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) ملتزم بضمان إدراج التعامل مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بشكل واضح كعنصر من عناصر الإستجابة الشاملة والمتكاملة للحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.

صُممت الإرشادات الواردة في هذا الفصل بطريقة تعزز تقديم حزمة شاملة من خدمات الرعاية الصحية للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وتشخيصه وعلاجه ورعاية المصابين به. نظرًا لأن هذه الإرشادات تركز على تقديم الرعاية الصحية، ليس الهدف منها تغطية كل تدخل مفيد في تحقيق استجابة شاملة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV). ولم يتناول الفصل عناصر تمكين المجتمع ومعالجة الوصم والتمييز وغيرهما.

1.1 حقائق رئيسية

ما زال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) يشكل أحد أبرز مشاكل الصحة العامة العالمية. يستهدف الفيروس جهاز المناعة ويُضعف أجهزة الدفاع في جسم الإنسان. وبعد أن يدمر الفيروس وظيفة الخلايا المناعية ويعطلها، تتناقص المناعة تدريجيًا عند الأفراد المصابين بالفيروس، وتزداد قابليتهم للإصابة بمجموعة كبيرة من العدوى والسرطانات والأمراض الأخرى التي يستطيع الأفراد الذين لديهم أجهزة مناعية صحية محاربتها.

وتمثل المرحلة الأكثر تقدمًا للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) في متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ويستغرق تطورها من عامين إلى 15 عامًا. ويتميز الإيدز بأن عدد خلايا عنقود التمايز 4 (CD4) أقل من 200 خلية لكل مليتر مكعب من الدم أو بتطور بعض أنواع السرطان أو العدوى أو غيرها من المظاهر السريرية الشديدة. وتُقاس عادةً وظيفة المناعة بتعداد خلايا عنقود التمايز 4 (CD4).

وكان للعلاج المضاد للفيروسات الفعالية تأثير إيجابي كبير على تطور المرض بتقليل الحمل الفيروسي، الذي يمكنه أن يطيل العمر بشكل كبير ويعزز نوعية الحياة. ويُعتبر علاج فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أيضًا فعالًا للغاية في الحد من انتقال الفيروس، مع وجود دليل واضح على أن الأشخاص المتعاضدين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) الذين لا يمكن اكتشاف حملهم الفيروسي لا يمكنهم نقل فيروس العوز المناعي البشري (HIV) جنسيًا - ويتم شرحه ببساطة على أنه "لا يمكن اكتشافه = لا يمكن انتقاله" [2.1].

المختصرات

AIDS	متلازمة نقص المناعة المكتسبة
ART	علاج بمضادات الفيروسات القهقرية
HBV	فيروس التهاب الكبد B
HIV	فيروس العوز المناعي البشري
IPPF	الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة
PEP	العلاج الوقائي بعد التعرض
PrEP	العلاج الوقائي قبل التعرض
RDT	إختبار تشخيصي سريع
SGBV	العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
STI	العدوى المنقولة جنسيًا
TDF	تينوفوفير ديسوبروكسيل فيومارات
VMMC	ختان الذكور الطبي الطوعي
WHO	منظمة الصحة العالمية

2. توفير رعاية صحية شاملة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)

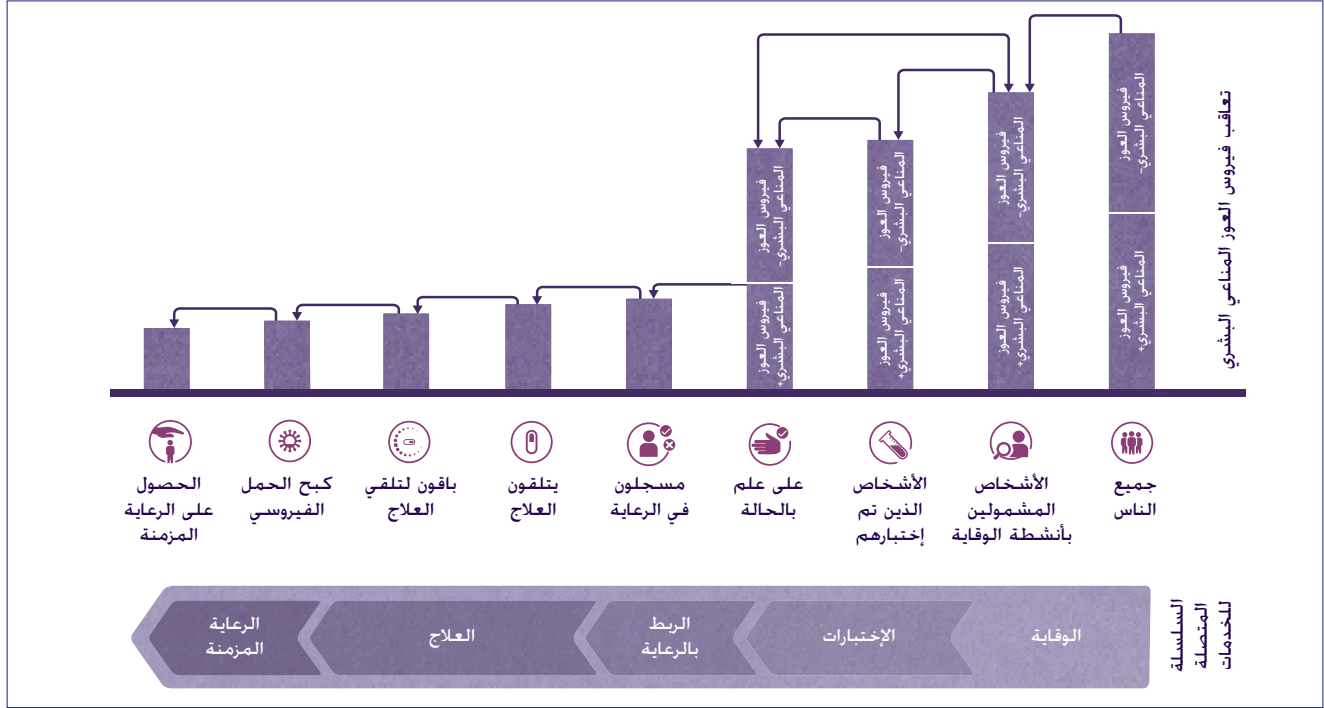
الأهداف الشاملة للرعاية الصحية لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) هي:

- الوصول إلى الأشخاص غير المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) من خلال التدخلات الوقائية لدعمهم للبقاء بدون إصابة بمرور الوقت؛ و
- تشخيص المتعاضدين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والربط بينهم والاحتفاظ بهم في العلاج والرعاية لتنشيط الفيروس المستمر وتحسين صحة الفرد ومنع الانتقال.

ولتحقيق هذه الأهداف، يتم تقديم الرعاية الصحية لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) بما في ذلك الوقاية والإختبار والعلاج والرعاية على النحو الأمثل كجزء من نهج شامل يراعي مخاطر انتقال العدوى في صفوف السكان المحليين أو في المناطق الجغرافية.

يتحمل مقدمو ومديرو الرعاية الصحية مسؤولية مراجعة وتحديد حزم الرعاية للتأكد من تحديثها وتوافقها مع أي تغييرات لدى السكان المحليين واللوائح والمبادئ التوجيهية على المستوى الوطني. ينبغي مراجعة هذه الحزم بانتظام مع أصحاب المصلحة الرئيسيين في ما يتعلق بفعاليتها وكفاءتها من حيث التكلفة ومدى

الشكل 1: السلسلة المتصلة لخدمات فيروس العوز المناعي البشري وتعاقب الاستبقاء



المصدر: منقول بتصرف/ مترجم بإذن من منظمة الصحة العالمية [3]. Global health sector strategy on HIV: 2016–2021. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2016.

المناعي البشري (HIV). بما في ذلك إمكانية الوصول السريع إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، لمنع تفاقم المرض بين الأفراد وانتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV). ومع تزايد عدد الأفراد الذين يتلقون علاج فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، فإن الوقاية من الأمراض المرافقة وإدارتها وتوفير الرعاية المزمعة أمر مهم للرعاية الصحية. وهذا يشمل تلبية احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للمتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) [4].

1.2 ما الذي يحتاج مقدم الخدمات إلى معرفته

ينبغي أن يكون مقدمو الخدمات على اطلاع دائم بالبروتوكولات السريرية على المستوى الوطني القائمة على الأدلة والإبتكارات في مجال الوقاية والإختبار والعلاج.

ومن الضروري تعزيز مستوى الكفاءة في تقديم المشورة بشأن إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وتقييم المخاطر وأخذ الموافقة، بالإضافة إلى المهارات السريرية العامة لتقييم صحة المستفيد(ة) البدنية والنفسية.

وتشكّل رعاية فيروس العوز المناعي البشري (HIV) جزءاً من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وينبغي دمجها مع رعاية العدوى المنقولة جنسياً (STI) (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسياً) والرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الموضحة في هذه المبادئ التوجيهية.

قبولها والجدوى منها وملاءمتها والطلب عليها وجوانبها الأخلاقية. يوضح الشكل 1 كيفية تقديم الرعاية الصحية كسلسلة متصلة على مستوى الوقاية والإختبار والعلاج والرعاية.

الوقاية: الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) جزء لا يتجزأ من حزمة شاملة للرعاية الصحية لفيروس العوز المناعي البشري (HIV). يشتمل نهج الوقاية المركبة على مجموعة من التدخلات الطبية الحيوية والسلوكية والهيكلية، بما في ذلك الجهود المبذولة لمعالجة المعوقات أمام السياسات وحقوق الإنسان. وتظل الوقاية الأولية بالغة الأهمية للاستجابة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وتشمل تعزيز واستخدام الواقيات الجنسية والمزوّقات المتوافقة مع الواقيات الجنسية، والوقاية القائمة على مضادات الفيروسات القهقرية (الوقاية قبل التعرض وبعده، PEP و PrEP على التوالي)، وختان الذكور الطبي الطوعي (في السياقات التي يمكن فيها ذلك)، وتقليل الضرر لمن يتعاطون المخدرات، وتشمل التدخلات الأخرى تقديم المشورة للحد من المخاطر، والكشف عن العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، والتحرر عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (SGBV).

الإختبار: يُعتبر إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أيضاً بمثابة خطوة أولى أساسية في تمكين الناس من معرفة وضعهم بالنسبة إلى الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وهو مدخل بالغ الأهمية إلى خدمات الوقاية والعلاج والرعاية، وجزء أساسي من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة.

العلاج والرعاية: بعد تشخيص فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، يلزم توفير حزمة من العلاج والرعاية لجميع المصابين بفيروس العوز

- ينبغي تزويد جميع المستفيدين والمستفيدات بمعلومات عن أهمية معرفة حالة فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لديهم، وكيفية الوقاية من اكتساب فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو انتقاله لاتخاذ خيارات مستنيرة بشأن صحتهم الجنسية.
- وتشمل النصائح العامة لمقدمي الخدمات أثناء الاستشارات (أنظر الفصل 3: تقديم المشورة) ما يلي:
 - إبداء الإهتمام والتعاطف والتركيز وعدم إصدار أحكام مسبقة، ويجب تطوير علاقة طيبة مع المستفيد(ة) في بيئة تمتاز بخصوصية بصرية وسمعية.
 - تقديم المعلومات بطريقة واضحة وسهلة الفهم وميسرة ومناسبة للمستفيد(ة).
 - الحفاظ على السرية عند تقديم المشورة وعند معرفة النتائج المترتبة عليها وعدم الكشف عنها لأي شخص آخر بدون موافقتهم.
 - التأكيد على أن الأسئلة المطروحة هدفها التأكد من حصول المستفيد(ة) على تشخيص دقيق ومستوى أفضل من الرعاية.
 - تشجيع المستفيدين والمستفيدات على الخضوع لفحص العدوى المنقولة جنسياً (STIs) الأخرى، إن كان متوفرًا، في إطار حزمة الرعاية المتكاملة.
- الدراية بالفئات المختلفة التي لديها احتياجات مختلفة استعدادًا لتزويدهم برعاية مخصصة وفردية. ينبغي الوصول إلى السكان المعرضين لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وتقديم المشورة لهم بشأن فوائد الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والإختبار والعلاج، بما في ذلك:
 - الفئات السكانية الرئيسية المعرضة لزيادة خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) بغض النظر عن النوع البولي أو السياق المحلي الذي ربما أعاق إمكانية الوصول الكامل إلى الرعاية الصحية بسبب القضايا القانونية والاجتماعية المتعلقة بسلوكياتهم أو هوياتهم، بما في ذلك الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومن يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن، والعاملين والعاملات في مجال الجنس وعملاتهم، والسجناء، والمتحولين/المتحولات جنسياً [5].
- تشمل المجموعات المهمشة الأخرى والمحرومة من الخدمات الشباب وكبار السن وذوي الإعاقة والنازحين والنازحات والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وغير القادرين على تحمل تكاليف الرعاية الصحية.
- وبالنسبة إلى الحوامل، تُعتبر زيارات العيادة قبل الولادة فرصة مهمة لمناقشة فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وعواقبه المحتملة على الجنين. ويوصى بشدة بتقديم خدمة الكشف عن فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والزهرى.
- وبالنسبة إلى الرعاية الشاملة، ينبغي على مقدم الخدمة ما يلي:
 - معرفة كيفية تقديم المشورة والقيام بالكشف عن العدوى المنقولة جنسياً (STIs) وعلاجها.
 - الالتزام بالبروتوكولات المحلية لتشخيص وعلاج المتعاضين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وإخطار الشريك والإبلاغ عن ذلك.
 - معرفة معدل انتشار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) ومعدل حدوثه في منطقتهم، والجمع بينهما وبين تقييم حالة الفرد للتوصل إلى تقييم المخاطر.
 - ضمان الوصول إلى إختبارات فيروس العوز المناعي البشري (HIV) التشخيصية السريعة/في نقطة الرعاية ذات الجودة المضمونة، في نفس اليوم؛ تشخيص العدوى ذات الصلة، بما في ذلك التهاب الكبد B والزهرى؛ والجودة والأدوية المناسبة في حالة العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP)، العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP)، والمضادات الحيوية.
 - الانتقال إلى نموذج "الإختبار والعلاج" - الوصول الفوري إلى العلاج بالنسبة إلى الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) بتقديم العلاج المضاد للفيروسات القهقرية أو تسهيل الإحالة إلى مقدم خدمات علاج فيروس العوز المناعي البشري (HIV).
 - معرفة مكان الإحالة وإمكانية الوصول إلى مجموعة من وسائل منع الحمل والوسائل الحائلة للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) ومعلومات مكتوبة عن الفيروس والرعاية الصحية ذات الصلة.
 - معرفة علامات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي والإجراءات التي يجب اتخاذها، بما في ذلك الإحالة.
 - تحديد ما إذا كان المستفيد(ة) لديه/لها احتياجات تتعلق بالصحة النفسية وتقييم ما إذا كان الدعم الإضافي مطلوبًا في أي مرحلة من مراحل الوقاية والإختبار والعلاج والرعاية.

2.2 ما الذي يحتاج مقدم الخدمات إلى القيام به

- تحديد السبب الرئيسي لحضور المستفيد(ة) للمشورة بشأن الرعاية الصحية لفيروس العوز المناعي البشري (HIV). تقديم معلومات عن الإختبار المسبق وتوفير إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لجميع المستفيدين والمستفيدات الذين لا يعرفون وضع إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو الذين سبق لهم إجراء الإختبار وكانت نتيجته سلبية.
- يحتاج مقدمو الخدمات إلى تحديد القضايا الرئيسية لكل مستفيد(ة) على حدة. قد يكون لدى المستفيدين والمستفيدات المتعاضين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) مخاوف جديدة أو شكاوى معينة أو يرغبون في طرح المزيد من الأسئلة.

إستخدام البيانات الوبائية المحلية لتحديد المناطق الجغرافية أو عوامل الخطر الإضافية التي قد تزيد أيضًا من المخاطر على المستفيد(ة).

بالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات الذين كانت نتيجة آخر إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لديهم سلبية، ينبغي إجراء تقييم آخر للمخاطر. بما في ذلك ما إذا كان لديهم شركاء جنسيون إضافيون منذ آخر إختبار لهم. النوصية بإختبار آخر في حالة وجود مخاطر ومناقشة خيارات الوقاية (أنظر القسم 4).

بالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، ينبغي أن يناقش مقدمو الرعاية الوقاية الثانوية (القسم 4). بالنسبة إلى النساء الحوامل أو غير الحوامل المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، أنظر القسم 6 للحصول على الإرشادات. وقد تكون هذه أيضًا فرصة جيدة لمناقشة موضوع إخطار الشريك إذا لم يُعرض هذا الأمر من قبل (أنظر القسم 3.3.3).

قد تظهر على المستفيدين والمستفيدات أعراض أخرى يُشتبه أنها تدل على تفاقم مرض فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وينبغي أن يقوم مقدمو الخدمات بإجراء تقييم سريري وإحالة مبكرة إذا لزم الأمر. تشمل الأعراض:

- الحمى أو التعرق الليلي
- فقدان الوزن المفاجئ
- تكرّر الأعراض أو التشخيصات مثل داء المبيضات، تقرّحات الفم، الإسهال
- الطفح أو التغيرات الجلدية

2.3.2 الفحص السريري للمستفيد(ة)ين والمستفيدات في سياق فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

الفحص السريري ليس جزءًا روتينيًا من التقييم للمستفيد(ة)ين والمستفيدات الذين يتقدمون للحصول على رعاية صحية متعلقة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). ومع ذلك، يمكن تقديمه للأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو المستفيدين والمستفيدات الذين طلبوا إجراء الإختبار والمعرضين لخطر الاكتساب أو أبلغوا عن الأعراض، أو في منطقة ترتفع فيها معدلات الانتشار. من النتائج المثيرة للإستبته:

- مظهر عام يدل على انخفاض مؤشر كتلة الجسم أو الهزال
- الجسم كله: طفح جلدي، سركومة كابوزي (سرطان في الجلد)، إعتلال العقد اللمفية
- الفم: تقرّحات الفم، فطريات الفم، أو الطلاوة المشعرة في الفم
- الصدر: علامات العدوى عند الفحص بالسماعة، وجود العقد اللمفية الإبطية أو فوق الترقوة

- الأشخاص المشاركون في علاقات جنسية متنافرة مصلبًا التي يزداد فيها خطر انتقال عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى الشريك غير المصاب بسبب عدم الالتزام بالأساليب الوقائية أو إذا لم يتم كبح الحمل الفيروسي في الشريك المصاب بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) فيروسيًا [6].

ويتيح حضور تقديم الرعاية الصحية لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أيضًا فرصة لمناقشة إختبارات العدوى المنقولة جنسيًا (STI) والوقاية منها وعلاجها والرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأخرى. مثل منع الحمل وفحص سرطان عنق الرحم. ينبغي أن يكون مقدم الخدمة قادرًا على اغتنام الفرص لمناقشة إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) عند حضور المستفيدين والمستفيدات للحصول على خدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأخرى مثل رعاية الإجهاض الآمن ومنع الحمل

3.2 أخذ التاريخ وتقييم المخاطر والفحص السريري

من الضروري البدء في تقييم حالة المستفيد(ة) بالسؤال عن صحته العامة (كما هو موضح في الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/ تاريخ المستفيد(ة)). بالإضافة إلى ذلك، يلزم أخذ التاريخ الجنسي وإجراء تقييم شامل للمخاطر. أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا للمزيد من المعلومات عن أخذ التاريخ الجنسي.

1.3.2 تقييم المخاطر

بالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات الذين لا يعرفون حالة فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لديهم، ينبغي أن يقوم مقدمو الخدمات بتقديم المشورة لإجراء الإختبار (القسم 1.3) وتحديد ما إذا كان المستفيد(ة) معرضًا/معرضة لخطورة كبيرة لاكتساب فيروس العوز المناعي البشري (HIV) للمساعدة في تصميم الرعاية الوقائية (أنظر القسم 4). ينبغي أن تتناول الأسئلة عوامل الخطورة الفردية للمستفيد(ة):

- الجنس المهبلّي أو الشرجي الاستقبالي بدون استخدام الواقي الجنسي.
- العلاقات الجنسية المتنافرة مصلبًا مع الشريك غير المصاب بفيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- إصابة جلدية بوخز الإبرة للمستفيد(ة)ين والمستفيدات الذين يقدمون الرعاية الصحية.
- الإنتقال في الفترة المحيطة بالولادة للحوامل اللاتي يرتفع لديهن الحمل الفيروسي الأمومي.
- إستخدام معدات الحقن غير المعقمة لتعاطي المخدرات أو تبادل معدات الحقن/الإبر.

ومن الأهمية بمكان تجنب الممارسات التي قد تكشف بغير قصد نتائج اختبار المستفيد(ة) أو حالة فيروس العوز المناعي البشري (HIV) للآخرين في غرفة الانتظار أو في المرفق الصحي (على سبيل المثال، تقديم المشورة لجميع الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) في غرفة خاصة أو من قبل مقدم خدمات معين). عدم السرية يُثني الأشخاص عن الخضوع لإختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وغيره من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية [8.7].

1.3 المعلومات وتقديم المشورة قبل الاختبار

جرت العادة على تقديم المشورة بشأن فيروس العوز المناعي البشري (HIV) قبل وبعد اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV). ومع ذلك، مع توفر الاختبارات التشخيصية السريعة (RDTs) لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، يستطيع معظم الأشخاص تلقي نتائج اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في نفس الزيارة. لذلك، لم يعد يُنصح بتقديم المشورة المكثفة قبل الاختبار لأنها يمكن أن تخلق حواجز تعوق تقديم الرعاية الصحية، ولكن لا يزال من الممكن إجراء ذلك عند الحاجة.

في حين أن المعلومات قبل الاختبار تقدّم وجهاً لوجه غالباً؛ ينبغي أن تتاح لجميع المستفيدين والمستفيدات الفرصة لطرح الأسئلة في مكان يحفظ الخصوصية [7]. وقد تكون أيضاً فرصة للكشف عن مرض السل والعدوى المنقولة جنسياً (STIs) الأخرى، بما في ذلك التهاب الكبد الفيروسي.

1.1.3 ما الذي ي/تحتاج المستفيد(ة) إلى معرفته عن اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

يشمل تقديم اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو توصية مستفيد(ة) أو مجموعة مستفيدين ومستفيدات بإجراء تقديم معلومات واضحة وموجزة عن:

- فوائد اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- معنى التشخيص الإيجابي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والتشخيص السلبي للفيروس
- الرعاية الصحية المتاحة في حالة التشخيص الإيجابي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، بما في ذلك الأماكن التي توفّر العلاج المضاد للفيروسات القهقرية
- وصف موجز لطرق الوقاية والتشجيع على اختبار الشريك
- تخضع نتيجة الاختبار وأي معلومات ي/تشاركها المستفيد(ة) للسرية ولن يتم الكشف عنها للشركاء الجنسيين أو أفراد الأسرة بدون موافقته/تها

- وجود العدوى المنقولة جنسياً (STIs) أو داء المبيضات المهبلي المتكرر (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسياً)

تشمل علامات/أعراض عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) الحادة بعد التعرض الحديث المحتمل للفيروس مرضاً شبيهاً بالإنفلونزا. يمكن سؤال المستفيد(ة):

- "في الأسبوع الماضي، هل أصبت بنزلة برد أو إنفلونزا مثل التهاب الحلق أو الحمى أو التعرق أو تورم الغدد أو تقرحات الفم أو الصداغ أو الطفح الجلدي؟"

تد مهارات الفحص العام والفحص اليدوي والفحص بالمنظار في (الفصل 8: طب النساء وخدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأخرى).

3. اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

يجب أن يكون اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) طوعياً، وبدون إكراه، ويسترشد بـ "5 نقاط": الموافقة، والسرية، وتقديم المشورة، والنتائج الصحيحة، والربط بالرعاية [7]

إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) نقطة دخول بالغة الأهمية إلى الرعاية الصحية الشاملة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV). ينبغي أن يُقدم لكل فرد اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إذا كان لا يعرف حالة فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لديه، أو إذا كانت امرأة حاملاً، أو عرضة لخطر مستمر للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) (موضح في القسم 2.2).

قم بإحالة المستفيدين والمستفيدات الذين ثبتت إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) للحصول على مزيد من الرعاية الصحية وقدم رعاية وقائية إضافية للذين كانت نتيجة إختبارهم سلبية وإرشادات إعادة الإختبار، خاصة للمعرضين لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV).

يمكن بدء الإختبار بناءً على طلب المستفيد(ة) (ي/تطلب المستفيد(ة) إجراء الإختبار). أو بناءً على طلب مقدم الخدمة (ي/تحضر المستفيد(ة) للحصول على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأخرى ويوصي مقدم الخدمة بإجراء اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)).

يجب على مقدمي الرعاية الصحية الحفاظ على السرية، وهذا يعني أن ما يناقشه مقدم الخدمة والمستفيد(ة) لن يتم الكشف عنه لأي شخص آخر بدون موافقة صريحة من الشخص الذي يجري إختباره. لا تنطبق السرية فقط على نتائج اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، ولكن أيضاً على جميع المعلومات الشخصية (مثل السلوكيات الجنسية وتعاطي المخدرات).

- إن اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) طوعي - حتى لو بعد تقديم المشورة والمعلومات قبل الاختبار، ي/تستطيع المستفيد(ة) رفض إجراء الاختبار، ورفض الاختبار لن يؤثر على إمكانية وصول المستفيد(ة) إلى أي رعاية صحية
 - مخاطر الاختبار المحتمل حدوثها للمستفيد(ة) في الأماكن التي توجد فيها تأثيرات قانونية على من ثبتت إصابتهم و/أو الذين يُوصم سلوكهم الجنسي أو غيره
 - الفرصة لطرح أسئلة على مقدم الخدمات
 - تشمل المعلومات الإضافية:
 - معرفة حالة فيروس العوز المناعي البشري (HIV) خطوة أولى نحو الوقاية من الفيروس. إذا كانت النتيجة إيجابية، ي/تستطيع المستفيد(ة) أن ي/تبدأ العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، الذي يكبح الحمل الفيروسي ويساعد الفرد على البقاء بصحة جيدة ويقضي على انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) (عندما لا يمكن اكتشاف الحمل الفيروسي).
 - يمكن إبلاغ الحوامل بأن معرفة حالتهم تفيد الجنين. إذا كنت متعاشية مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، فهناك استراتيجيات مثبتة تمنع انتقال العدوى إلى الجنين والرضيع.
 - وقد تكون نتيجة الاختبار غير حاسمة، وفي هذه الحالة يحتاج مقدم الخدمة لمناقشة موعد إعادة الاختبار، واعتماداً على التعرض المحتمل أو المخاطرة، يستطيع مقدم الخدمة أن يوصي بإعادة الاختبار فوراً أو في خلال شهر أو 3 أو 6 أشهر أو 12 شهراً.
 - في حالة استخدام الاختبار المزدوج السريع (RDT)، أعط معلومات حول العينة المطلوبة (قطرة دم أو لعاب) ومقدار الوقت المطلوب.
 - ينبغي أن يدرك المستفيدون والمستفيدات أيضاً أنهم قد لا يزالون عرضة لخطر الإصابة بعدوى منقولة جنسياً (STIs) أخرى.
 - احتمال الحصول على نتائج غير صحيحة (سلبية كاذبة) إذا أجري الاختبار لشخص يخضع بالفعل للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية.
- 2.3 اختبار تشخيص فيروس العوز المناعي البشري (HIV)**
- بعد أخذ التاريخ وتقييم المخاطر وتقديم المشورة والموافقة المستنيرة، يمكن تقديم اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) للمستفيد(ة)ين والمستفيدات الذين ثبت أن نتيجة اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لديهم سلبية أو لا يعرفون حالتهم.

- في حين أن اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) يقدم غالباً بشكل فردي في العيادة، يمكن إجراء الاختبار وفقاً لمناهج أخرى في تقديم الرعاية الصحية منها:
- اختبار الزوجين:
- إجراء الاختبار معاً يعزز الدعم والمصارحة المتبادلة، ويساعد في اتخاذ قرارات مشتركة في ما يتعلق باستراتيجيات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والإلتزام بمضادات الفيروسات القهقرية.
- ينبغي تقديم اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) الخاص بالأزواج أو الشركاء لأي شخص، بغض النظر عن كيفية تعريفهم لطبيعة العلاقة بينهما.
- ينبغي تقديم المشورة والاختبار للزوجين فقط إذا كانت هناك خطورة ضئيلة للغاية نانجة من العنف وخطورة على أي منهما [9].
- الاختبارات المجتمعية، بما في ذلك العيادات المتنقلة والاختبارات في مكان العمل.
- الاختبار الذاتي أو الاختبار المنزلي.
- النتائج الإيجابية الكاذبة ممكنة إذا كانت نوعية أدوات الاختبار رديئة، ينبغي أن يستخدم مقدمو الخدمات أدوات اختبار مضمونة الجودة فقط، ويتم تخزينها في الأماكن التي لا تتجاوز فيها درجة الحرارة المحيطة درجة حرارة التخزين الموصى بها من الشركة المصنعة، ولضمان دقة نتائج الاختبار ولمنع التشخيص الخاطئ، من الأهمية بمكان أن يستخدم مقدمو الخدمة خدمات الاختبار التي تتبع خوارزميات الاختبار التي تم التحقق من صحتها واستراتيجيات الاختبار التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية (أنظر الشكل 2 - الصفحة التالية).
- وتتمثل استراتيجية الاختبار الشائعة في توفير الفحص الأولي باستخدام الاختبار المزدوج السريع (RDT)، وإذا كانت النتيجة إيجابية، تتم الإحالة إلى خدمة أخرى للاختبار التأكيدي والربط بالعلاج، ويمكن إرسال عينة دم للاختبار المعتمد على المختبر كخط أول، ولكن من بين مساوئه تأخير النتائج، والمخاطرة بخسارة المستفيدين والمستفيدات لفرصة المتابعة، وقد يكون أكثر تكلفة، قد تتطلب الخوارزميات الوطنية أيضاً إجراء اختبارات تأكيدية.

مثال:

المستفيدون والمستفيدات الذين ثبتت نتيجة إختبارهم بأنها إيجابية (أو "تفاعلية"):

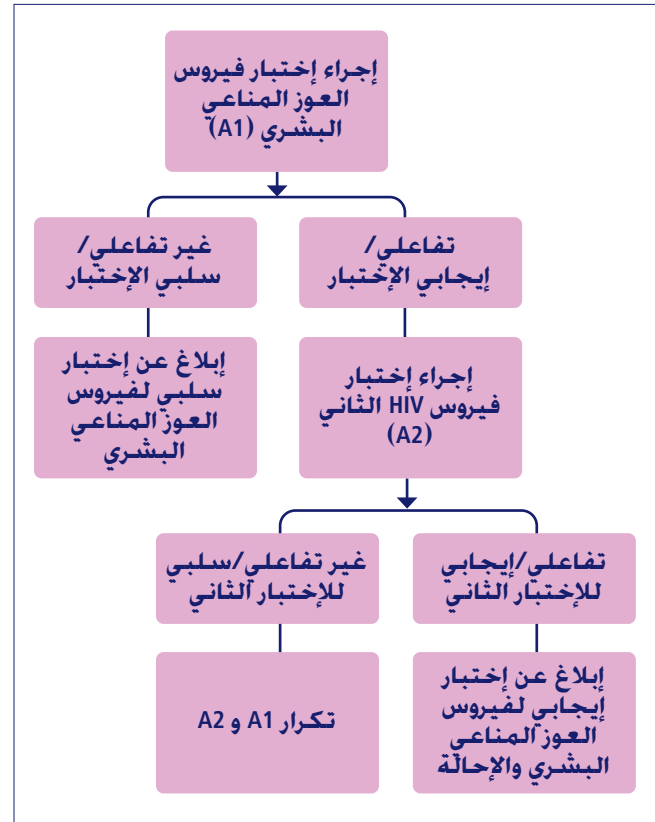
- ينبغي إعادة اختبار المستفيد(ة) على الفور باستخدام اختبار مزدوج سريع (RDT) آخر أو مقاييسات مناعية إنزيمية قبل الإحالة، أو إحالته/ها مباشرة إلى خدمة أخرى للتأكيد.

إختبارات التشخيص السريع (RDTs)

يمكن إجراء إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) باستخدام إختبارات التشخيص السريع بواسطة مجموعة من مقدمي ومقدمات الخدمات، بما في ذلك العاملين والعاملات في مجال التوعية والمثقفين والمثقفات الأقران المدربين. ويتم إجراء هذه الإختبارات في وقت تقديم المشورة للمستفيد(ة) لتجنب فقدان فرصة المتابعة. ينبغي على المستفيدين والمستفيدات الذين أجروا إختبارات تفاعلية أن يجروا إختبارات تأكيدية أخرى (وفقًا لخوارزميات الإختبار على المستوى الوطني). ويمكن أن يُعرض على الذين تم التأكد من إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) بدء العلاج على الفور أو ربطهم بالرعاية الصحية العلاجية. وإختبارات التشخيص السريع (RDT) غير مكلفة وسهلة الاستخدام، وبالتالي فإن التدريب أقل كثافة أيضًا. وينبغي أن تتوافق إختبارات التشخيص السريع (RDTs) مع الـ "نقاط الخمس": الموافقة، والسرية، وتقديم المشورة، والنتائج الصحيحة، والربط بالوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والعلاج والرعاية [7]

- وإذا تم التأكد من أنها إيجابية، فقم بالإحالة إلى تدخلات الخط التالي: تقديم المشورة، وإختبار عنقود التمايز 4 (CD4)، والحمل الفيروسي إذا كان متاحًا، والعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، والدعم في إخطار الشريك والعلاج.
- المستفيدون والمستفيدات الذين تُبنت نتيجة إختبارهم بأنها سلبية (أو "غير تفاعلية"):
- التوصية وإعادة الإختبار بناءً على حالة المستفيد(ة) وتقييم المخاطر في غضون 3 أو 6 أو 12 شهرًا (قد يتم إجراؤه قبل ذلك أيضًا بناءً على تاريخ التعرض).
- وإذا لزم الأمر، أخبر المستفيد(ة) بأعراض الانقلاب المصلي (مرض شبيه بالإنفلونزا).
- قدّم معلومات إضافية عن فيروس العوز المناعي البشري (HIV) ومعلومات أخرى عن الوقاية من العدوى المنقولة جنسيًا (STI) ومواد المشورة الخاصة بالحد من المخاطر.

الشكل 2: خوارزمية إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لمواقع الانتشار المرتفع (معدل الانتشار أعلى من 5 في المائة في صفوف السكان)



المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية [10].

3.3 تدخلات بعد الإختبار

1.3.3 المعلومات وتقديم المشورة

يجب أن تكون جميع إختبارات فيروس العوز المناعي البشري (HIV) مصحوبة بمعلومات و/أو تقديم مشورة ذات جودة بعد الإختبار، بناءً على نتيجة إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) المحددة وحالة الفيروس المبلغ عنها.

وبالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات الذين لديهم نتيجة سلبية، قم بتقديم المشورة بشأن الحد من المخاطر، وكيفية الحفاظ على استمرار النتيجة "سلبية" بناءً على ظروف المستفيد(ة)، وتقديم رعاية صحية وقائية أخرى (مثل العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) إذا كان متاحًا).

وينبغي إخطار جميع المستفيدين والمستفيدات بأنه يمكنهم العودة في أي وقت إذا كانت لديهم أي أسئلة أو مخاوف، ولا تُعتبر المتابعة الروتينية ضرورية ولكن ينبغي التشجيع على إجراء الإختبارات الطوعية بانتظام.

2.3.3 إدارة المستفيدين والمستفيدات الذين ثبتت نتيجة إختبارهم إيجابية

ينبغي تقديم المشورة للمستفيد(ة) بشكل تعاطفي وإتاحة الفرص لمزيد من تقديم المشورة وطرح الأسئلة. وعلى وجه التحديد، ينبغي أن يتناقش مقدم الخدمة مع المستفيد(ة) في الآتي:

- معنى نتيجة الإختبار، وكيفية التعامل مع تشخيص فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وتوافر شبكة من أفراد العائلة والأصدقاء الذين يمكنهم تقديم الدعم.
- فوائد العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، لاتخاذ قرار مستنير بشأن العلاج.
- كيفية الوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) (استخدام الواقي الجنسي مع مواد التزليق المتوافقة مع نوع الواقي؛ لا يوجد خطورة انتقال عند كبح الفيروس باستخدام العلاج المضاد للفيروسات القهقرية).
- مخاطر وفوائد الإفصاح عن المعلومات وخيارات إخطار الشريك بمساعدة المتطوعين والمتطوعات.
- جدول المتابعة الموصى به للتسجيل في خدمات الرعاية وبدء العلاج في الوقت المناسب.

ينبغي أن يكون مقدم الخدمة على دراية بالمبادئ التوجيهية للإحالة اللاحقة بحيث يمكن منح المستفيد(ة) إمكانية الوصول إلى العلاج بدون تأخير وربطه/طها مباشرة بعلاج ورعاية فيروس العوز المناعي البشري (HIV) المتخصصة الأخرى، بما في ذلك خيارات مثل مجموعات الدعم للأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، إن كان ذلك متاحًا.

ويتضمن التواصل وتقديم المشورة الوقائية الإيجابية نهجًا شاملاً لرعاية الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وتقديم التوجيه بشأن الرعاية الذاتية، وهذا يشمل تقديم المشورة والكشف عن العدوى المنقولة جنسيًا (STI)، وإسداء النصائح بشأن التعرف على الأمراض المرافقة وأنواع العدوى الأخرى.

متابعة المستفيدين والمستفيدات الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV):

- ينبغي أن يكون مقدمو الخدمة على دراية بعلامات التدهور في الصحة النفسية حيث يتقبل المستفيدون والمستفيدات حقيقة تشخيصهم والاثار الاجتماعية المتعلقة بتشخيص فيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- إعطاء الأولوية لبدء العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في أقرب وقت ممكن. قد لا تكون لدى العديد من مقدمي الخدمات إمكانية الوصول الفوري إلى جميع الإختبارات أو العلاجات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) ويجب أن يخططوا لمسار إحالة المستفيدين والمستفيدات الذين يحتاجون إلى الفحص والمتابعة في مكان آخر.

- بعد تشخيص فيروس العوز المناعي البشري (HIV) (وبفضل بدء العلاج)، ينبغي أن يقوم مقدم الخدمة بتوفير المعلومات اللازمة والمشورة والدعم في ما يتعلق بإخطار الشركاء الجنسيين والمعلومات اللازمة للوقاية من انتقال العدوى. وهذا ينبغي أن يشمل إحالة المستفيد(ة) إلى الدعم القائم على الأقران أو المجتمع إن كان ذلك متاحًا.
- ويُعتبر الحد من الوصم من أهم العناصر في تدخلات فيروس العوز المناعي البشري (HIV) الأوسع نطاقًا، وهذا أمر مهم خصوصًا في حالة تجريم الكشف عن حالة فيروس العوز المناعي البشري (HIV). وتتيح التفاعلات مع مقدمي الرعاية الصحية مساحة آمنة بدون أحكام مسبقة للأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) للتحدث بحرية والحصول على الدعم.
- وفي حالة عدم عودة المستفيدين والمستفيدات للمتابعة، فهذا الأمر قد يؤدي إلى مخاطر انتهاك السرية. ويحتاج مقدمو الخدمات إلى إبلاغهم بأهمية المتابعة للحفاظ على صحتهم على المدى الطويل. وهذا قد يشمل ربطهم بأي خدمات محلية للحصول على الدعم الإجتماعي.

متابعة المستفيدين والمستفيدات الذين يختارون عدم بدء العلاج أو في حالة عدم توافر العلاج:

- شجّع المستفيدين والمستفيدات على العودة إلى العيادة إذا كانت لديهم أي أسئلة أو مخاوف أو إذا غيروا رأيهم.
- كن على دراية بعلامات وأعراض تفاقم المرض.
- بالنسبة إلى إدارة حالة المستفيدين والمستفيدات الذين ثبتت نتيجة إختبارهم بأنها إيجابية في سياقات الأزمات الإنسانية، أنظر الفصل 11: تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية.

3.3.3 إخطار الشريك

ينبغي تقديم خيارات إخطار الشريك بمساعدة طوعية كجزء من حزمة شاملة من الإختبارات والرعاية المقدمة للأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) [11]

إخطار الشريك عملية طوعية يسأل فيها مقدم الخدمة المدرب الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) عن شركائهم الجنسيين و/أو الذين يشاركونهم أدوات حقن الأدوية، وبعد ذلك، إذا وافق/وافقت المستفيد(ة)، يُعرض على هؤلاء الشركاء إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى جانب توفير الوقاية ذات الصلة و/أو العلاج. ويتم تقديم خدمة إخطار الشريك باستخدام الأساليب السلبية أو المساعدة [11].

الخانة 1. تعريفات ووسائل إخطار الشريك السلبي ومن خلال المساعدة

يشير الإخطار السلبي للشريك بالإصابة بفيروس العوز المناعي البشري إلى تشجيع الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري من قبل مقدم رعاية مدرب على الكشف عن حالتهم بأنفسهم لشركائهم الجنسيين و/أو شركائهم الذين يشاركونهم أدوات حقن المخدرات واقتراح إجراء اختبار فيروس العوز المناعي البشري على الشريك (الشركاء) في ضوء التعرض المحتمل لعدوى فيروس العوز المناعي البشري من أمثلة الإخطار السلبي:

- يقدم مقدم الخدمة المشورة ويشجع المستفيدين والمستفيدات المصابين بفيروس العوز المناعي البشري على الكشف عن حالة فيروس العوز المناعي البشري لشريكهم (شركائهم) وإخطارهم بتعرضهم المحتمل لفيروس العوز المناعي البشري، إما شخصياً أو عن طريق مكالمات هاتفية أو رسالة نصية أو بريد إلكتروني، إلخ.
- يعطي مقدم الخدمة للمستفيدين والمستفيدات المصابين بفيروس العوز المناعي البشري خطاباً أو بطاقة تدعو شريكهم (شركاءهم) للحضور إلى المرفق الصحي. وعندما يحضر الشريك (الشركاء) إلى المرفق الصحي، يُعرض عليهم/عليهن اختبار فيروس العوز المناعي البشري.
- يستطيع المستفيدين والمستفيدات المتعايشون مع فيروس العوز المناعي البشري أيضاً استخدام خدمات الرسائل المجهولة المصدر مثل مكالمات هاتفية أو بريد إلكتروني أو الإنترنت لإخطار شريكهم (شركائهم) بأنفسهم/بأنفسهن.

المساعدة في إخطار الشريك بالإصابة بفيروس العوز المناعي البشري يشير إلى الموافقة على مساعدة المستفيدين والمستفيدات المصابين بفيروس العوز المناعي البشري من قبل مقدم خدمة مدرب للكشف عن حالتهم أو لإخطار شركائهم الجنسيين

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية [11].

و/أو شركائهم الجنسيين الذين يشاركونهم أدوات حقن المخدرات باحتمال تعرضهم لعدوى فيروس العوز المناعي البشري. يمكن الاتصال بالشريك (الشركاء) إما عن طريق الهاتف أو الإنترنت أو البريد الإلكتروني أو إجراء زيارة منزلية شخصية. ثم يقدم مقدم الخدمة بعد ذلك اختبار فيروس العوز المناعي البشري إلى الشريك.

يتم إخطار الشريك المساعد باستخدام الإحالة التعاقدية أو إحالة مقدم الخدمة أو طرق الإحالة المزدوجة:

- الإحالة التعاقدية: يبرم المستفيدين والمستفيدات المصابون بفيروس العوز المناعي البشري عقداً مع مقدم رعاية مدرب ويوافقون على الكشف عن حالتهم والتعرض المحتمل لفيروس العوز المناعي البشري لشريكهم بأنفسهم وإحالة شركائهم إلى اختبار فيروس العوز المناعي البشري في خلال فترة زمنية محددة. إذا لم يتمكن شريك الفرد المصاب بفيروس العوز المناعي البشري من الوصول إلى اختبار فيروس العوز المناعي البشري أو اتصل بمزود الخدمة خلال تلك الفترة، فسيقوم مقدم الخدمة بالاتصال بالشريك (الشركاء) مباشرة وعرض اختبار فيروس العوز المناعي البشري الطوعي.
- إحالة مقدم الخدمة: بموافقة المستفيد(ة) المصاب(ة) بفيروس العوز المناعي البشري، يتصل مقدم الخدمة المدرب بسرية بشريك(ة) (شركاء) المستفيد/المستفيدة مباشرة ويقدم للشريك(ة) (الشركاء) اختبار فيروس العوز المناعي البشري الطوعي.
- الإحالة المزدوجة: يرافق مقدم الخدمة المدرب ويقدم الدعم للمستفيدين والمستفيدات المصابين بفيروس العوز المناعي البشري عندما يكشفون عن حالتهم والتعرض المحتمل لعدوى فيروس العوز المناعي البشري للشريك(ة) (للشركاء). يقدم مقدم الخدمة أيضاً اختباراً طوعياً لفيروس العوز المناعي البشري للشريك(ة) (للشركاء).

وقد تكون هذه العملية صعبة لعدة أسباب:

- قد يشكل مفهوم الإخطار تهديداً شديداً للمستفيد(ة). من الضروري احترام رغبات المستفيد(ة) والحفاظ على ثقته/ته. يحتاج مقدمو الخدمات إلى إدراك أن العديد من المستفيدين والمستفيدات قد يخشون إخطار شريكهم وأنه من المحتمل أن يقدموا المعلومات فقط إذا كانت العبادة تتمتع بسمعة جيدة في الحفاظ على السرية.
- وقد يجد العديد من المستفيدين والمستفيدات صعوبة شديدة في مناقشة المشكلة مع شركائهم، وخاصة المعرضين لخطر العنف.
- بعض شركاء المستفيد(ة) الجنسيين و/أو الذين يشاركونهم أدوات حقن الأدوية قد لا يتصورون أنهم تعرضوا لعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، خاصة إذا لم تظهر عليهم أعراض. وبالتالي قد لا يقبلون الحضور لإجراء الاختبار.

من العناصر الأساسية للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) [6]:

- الواقي الجنسي (الذكري/الخارجي والأنثوي/الداخلي) ومواد التزليق المتوافقة مع نوع الواقي الجنسي.
- الوقاية القائمة على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية: العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والعلاج الوقائي بعد التعرض للإصابة (PEP).
- ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) في مناطق محددة عالية الانتشار.
- تقليل الضرر للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن، بما في ذلك توفير الإبر والسررنجات المعقمة، والوصول إلى العلاج الدوائي من إدمان المواد الأفيونية.
- معلومات وتقديم المشورة لتقليل الخطورة من خلال نهج إيجابي الجنس، بما في ذلك تأخير أول تجربة جنسية، وتقليل عدد الشركاء الجنسيين، والفرز المصلي، وتحديد الموقع المصلي (أنظر الفصل 3: تقديم المشورة).
- الفحص وتشخيص وعلاج العدوى المنقولة جنسياً (STIs) وأنواع العدوى الأخرى بما في ذلك السل وإلتهاب الكبد الفيروسي (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسياً).
- الكشف عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (أنظر الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي).

1.4 الواقيات الجنسية والمزلات

1.1.4 حقائق رئيسية (أنظر أيضاً الفصل 4: منع الحمل)

- يقلل الاستخدام الصحيح والمنتظم للواقي الذكري/الخارجي والأنثوي/الداخلي - مع مواد التزليق المتوافقة مع الواقي الذكري - بشكل كبير من الانتقال الجنسي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والعدوى المنقولة جنسياً الأخرى عن طريق الجنس المهبل والشرجي ويقلل من خطر الحمل غير المرغوب [13].
- يتم تركيب الواقي الذكري/الخارجي فوق القضيب المنتصب وهو مصنوع من مادة اللاتكس الرقيقة جداً (المطاط)، أو البوليبيوريتين (البلاستيك) أو البولي إيزوبرين. وهو حاجز يمنع امتزاج السائل المنوي بسوائل الجسم الأخرى.
- الواقي الأنثوي/الداخلي مصنوع من البوليبيوريتين (البلاستيك اللين) أو بوليمر النتريل (المطاط الصناعي)، أو اللاتكس. ويتم إدخاله في المهبل ويُترك في الداخل بشكل فضفاض.
- تتوفر العديد من أنواع وأسماء الواقيات الجنسية المختلفة. وتختلف في مواصفاتها مثل الحجم (صغير، عادي، كبير).

- وقد لا يعرف بعض المستفيدين والمستفيدات أسماء وبيانات الاتصال الخاصة بشركائهم الجنسيين و/أو الذين يشاركونهم أدوات حقن الأدوية.

من الأهمية بمكان ألا يجبر مقدم الخدمة المستفيدين والمستفيدات على اتخاذ قرار والتصرف بطريقة تخالف إرادتهم. ويستطيع مقدم الخدمة تقديم معلومات عن سبب أهمية ذلك، ولكن في النهاية فإن قرار إخطار الشريك أمر يخص المستفيد(ة) وحده(ها).

وهناك طرق مختلفة يمكن استخدامها لإخطار الشريك - سلبية أو بمساعدة - ويستطيع مقدم الخدمة مناقشة هذه الخيارات مع المستفيدين والمستفيدات. الخانة 1 (الصفحة السابقة) توضح إخطارات الشريك بالطريقة السلبية أو من خلال المساعدة.

4. الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

يشجع الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة IPPF نهج الوقاية المركب، والذي يؤكد على عدم صلاحية أي تدخل وقائي منفرد بمعزل عن غيره.

تهدف الوقاية المركبة من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى تحقيق أقصى قدر من التأثير على الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من خلال الجمع بين التدخلات الهيكلية والسلوكية والطبية الحيوية القائمة على حقوق الإنسان والمدمومة بالأدلة. تهدف التدخلات الهيكلية إلى تغيير البيئة المادية والقانونية والاجتماعية التي تحدث فيها السلوكيات الفردية [12].

وبالنسبة إلى مقدمي الرعاية الصحية، تشير الوقاية المجمعة من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى استراتيجية الفرد للوقاية من خلال الجمع بين الأدوات أو الأساليب المختلفة (في وقت واحد أو بالتتابع)، وفقاً لحالة المستفيد(ة) والمخاطر المحيطة وخياراته/تها.

مقدمو الخدمات لهم أدوار متعددة في الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، مع إعطاء الأولوية لوقاية المستفيدين والمستفيدات من الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). وفي حين أن بعض جوانب الرعاية الصحية تتطلب الإحالة إلى مرافق عالية المستوى، لا يزال بإمكان مقدمي الخدمة ترتيب حزم فعالة للرعاية وتلبية رغبات المستفيد(ة) وتلائم وضعه/ها السريري.

ينبغي أن يلاحظ مقدمو الخدمة أن هناك خطراً علاجياً المنشأاً لانتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من خلال الإجراءات الطبية الغازية وينبغي دائماً اتباع إجراءات صارمة لمكافحة العدوى (أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص تاريخ المستفيد(ة)).

- أكد على عدم استخدام المزلقات ذات أساس زيتي (بما في ذلك اللوشن والفازلين والزيت) مع الواقي الجنسي اللاتكس لأنها قد تزيد من قابلية تمزقه.
- تتوافق الواقيات الذكرية/الخارجية والأنثوية/الداخلية غير اللاتكس مع مواد التزليق ذات أساس زيتي.
- قد يساعد استخدام التزليق الإضافي عند ممارسة الجنس المهبل في حالة تكرار فشل الواقي الجنسي.
- من النادر حدوث آثار جانبية لاستخدام الواقي الجنسي. في بعض الأحيان، يعاني المستفيدون والمستفيدات من حساسية تجاه المطاط اللاتكس، أو مادة التزليق أو المبيد المنوي المستخدم مع الواقي الجنسي. وفي حالة حدوث ذلك:
- يجب التوصية بتغيير ماركة أو نوع الواقي الجنسي، بما في ذلك الواقي الأنثوي.
- إذا كان المستفيد يستخدم الواقي الذكري مع المبيد المنوي، يجب التوصية باستخدام الواقي الذكري بدون المبيد المنوي.
- إذا كان المستفيد يعاني من حساسية تجاه مادة اللاتكس، فإن الواقيات الجنسية المصنوعة من المطاط النقي والتي لا تسبب حساسية متوفرة في بعض المناطق.
- نوصي باستخدام العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) (إن وجد) والاختبار المنتظم لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والعدوى المنقولة جنسياً (STIs) الأخرى.

2.4 الوقاية القائمة على مضادات الفيروسات القهقرية

- ينبغي توفير الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) القائمة على مضادات الفيروسات القهقرية، بما في ذلك كل من العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والعلاج الوقائي بعد التعرض للإصابة (PEP)، كخيارات متاحة ضمن حزمة شاملة للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- من المهم أيضاً نشر ثقافة تؤكد أن المتعاضدين والمتعاضبات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والذين يتلقون العلاج ولديهم حمل فيروسي مستمر لا يمكن اكتشافه لا ينقلون فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى شركائهم الجنسيين؛ وأن الأم لا تنقل فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى طفلها أثناء الحمل والولادة؛ وتكون قدرتها على نقل فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من خلال الرضاعة الطبيعية ضعيفة؛ فضلاً عن ضعف قدرتهم على نقل فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى شركائهم الذين يشاركونهم في أدوات حقن المخدرات.

- السماكة (رفيق جداً إلى قياسي)، التزليق (بزيت السيليكون، الهلام، المساحيق، أو بدون مزلقات)، اللون (غير شفاف، شفاف، ألوان مختلفة)، النسيج (سطح أملس أو خشن أو مضلع).
- ينبغي أيضاً توفير مواد التزليق المتوافقة مع الواقي الجنسي (على أساس الماء أو السيليكون) مع الواقيات الجنسية ويمكن توزيعها في أكياس أو زجاجات فردية [14].

2.1.4 ما يحتاج مقدم الخدمة إلى القيام به

- قم بتنقيف المستفيدين والمستفيدات حول سبب أهمية استخدام الواقي الجنسي، وكيفية استخدامه، وتمكينهم من مناقشة استخدامه مع شركائهم الجنسيين.
- أكد على أن استخدام الواقي الجنسي مهم حتى ولو كان المستفيد الذكر محتوئاً. قد يفشل الواقي الجنسي في توفير الحماية من الحمل والعدوى المنقولة جنسياً (STIs)، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV). إذا لم يتم استخدام بشكل صحيح وبانتظام.
- قدّم معلومات حول كيفية استخدام الواقي الجنسي بشكل صحيح، بما في ذلك كيفية إدخال وإخراج الواقي الأنثوي (المهبل أو المستقيم) و/أو ارتداء وإزالة الواقي الذكري من خلال العرض التوضيحي والممارسة على نموذج القضيب (أنظر الفصل 4: منع الحمل، القسم 1.6، والفصل 6: العدوى المنقولة جنسياً). من المفيد أيضاً أن تقدّم معلومات مطبوعة.
- يتم اتخاذ القرارات عادة بشأن استخدام الواقي الجنسي في سياق تفاعل محدد بين الأفراد. ساعد المستفيدين والمستفيدات على بناء مهارات التواصل لممارسة هذا التفاعل مع الشركاء، بما في ذلك الثقة في مناقشة موضوع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI)، لاقتراح استخدام الواقي والإقناع به، ورفض ممارسة الجنس إذا كانوا لا يريدونه، بما في ذلك عند رفض الشركاء استخدام الواقي الجنسي.
- وقّر مجموعة متنوعة من الواقيات الذكرية/الخارجية والأنثوية/الداخلية للحصول عليها بسهولة (الأفضل بدون تكلفة) في جميع نقاط تقديم الرعاية الصحية وقدّم الواقي الجنسي لجميع الأفراد (بما في ذلك المراهقين والمراهقات والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال وأي مستفيدين ومستفيدات مهمشين آخرين أو محرومين من الخدمات الكافية). تجنب وضع أي افتراضات بشأن المستفيدين والمستفيدات المحتملين من المعلومات المتعلقة بالواقي الجنسي (على سبيل المثال على أساس العمر أو العلاقة أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي). يمكن توفير مواد التزليق في أكياس فردية أو في زجاجات متعددة الاستخدامات. أكد على الدور الرئيسي لمواد التزليق المتوافقة مع نوع الواقي الجنسي:
- يساعد على منع تمزق وانزلاق الواقي الذكري/الخارجي، خاصة عند ممارسة الجنس الشرجي، ويمكن أن يزيد من الراحة والمتعة أثناء ممارسة الجنس الإبلجي.

والعاملين والعاملات في مجال الجنس، والشابات (في المناطق ذات الإنتشار المرتفع)، والمجموعات الأخرى ذات معدل الإصابة المرتفع بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) (على سبيل المثال 3 من كل 100 شخص-سنة أو أعلى). ينبغي أن تستند قرارات تقديم العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) إلى التقييم الفردي بدلاً من حصرها في مجموعة سكانية محددة [6].

ويُعتبر العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) آمناً أثناء الحمل، أو أثناء استخدام موانع الحمل الهرمونية. ينبغي تشجيع النساء اللواتي يستخدمن العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) على استخدام وسيلة منع الحمل. بالنسبة إلى المتحولين المتحولات جنسياً الذين يتناولون الهرمونات، فإن العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) لا يؤثر أو يقلل من مستويات الهرمونات [15].

يمكن تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات الذين يطلبون العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والذين يُعتبرون غير معرضين لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) بشأن الفوائد وتقديمها لهم إذا طلبوها. وقد يكون لدى هؤلاء المستفيدين والمستفيدات مخاوف وأسباب أخرى للقلق أو قد لا يشعرون بالراحة في الكشف عن المخاطر، وينبغي أن يخصص مقدم الخدمة وقتاً كافياً للتحدث مع هؤلاء المستفيدين والمستفيدات.

3.1.2.4 ما مدى فعالية العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP)؟

العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) فعال للغاية للوقاية من الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) عند استخدامها على النحو المحدد؛ ومع ذلك، فإن العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) لا يمنع العدوى المنقولة جنسياً الأخرى أو الحمل، وينبغي تقديمه جنباً إلى جنب مع طرق الوقاية الأخرى مثل الواقي الجنسي ووسائل منع الحمل الأخرى. في التجارب السريرية، بلغت نسبة تراجع خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أكثر من 90 في المائة لدى استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) باستمرار [16].

4.1.2.4 ما يحتاج مقدم الخدمة إلى القيام به

ينبغي أن يقوم مقدمو الخدمات بتثقيف وإرشاد مستخدمي مستخدمي العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) المحتملين حول فوائد ومخاطر العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) وإجراء تقييم فردي لهذه الفوائد. ينبغي أن يقوم مقدمو الخدمات بتقديم النصيحة للمستفيدين/للمستفيدات بأن العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) فعال للغاية عند تناوله بشكل صحيح وآمن.

وتشمل معايير الأهلية:

- سلبي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- عدم الاشتباه في الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) الحادة
- معرض لخطر التعرض المستمر لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)

1.2.4 العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP)

1.1.2.4 حقائق رئيسية

- العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) عبارة عن تدخل فعال للغاية باستخدام العقاقير المضادة للفيروسات القهقرية لمنع اكتساب فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لدى الأشخاص غير المصابين بالفيروس قبل تعرضهم لفيروس العوز المناعي البشري (HIV). وتتوفر حالياً العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) عن طريق الفم أو على شكل حلقة مهبلية، ويجري البحث عن طرق أخرى مثل الحقن طويلة المفعول أو الغرسات.
- توصي منظمة الصحة العالمية حالياً بضرورة تقديم العلاج الوقائي الفموية قبل التعرض (PrEP)، التي تحتوي على تينوفوفير ديسوبروكسيل فيومارات (TDF)، كخيار وقائي إضافي للأشخاص المعرضين لخطر كبير للإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- يُعتبر العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) التي يُقدم من خلال حلقة مهبلية تحتوي على دابيفيرين خياراً مقبولاً أيضاً للمستفيدات غير القادرات أو الذين لا يرغبون في العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) عن طريق الفم. توصي منظمة الصحة العالمية بإمكانية تقديم حلقة دابيفيرين المهبلية كخيار وقائي إضافي للمستفيدات المعرضات لخطر كبير للإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في إطار طرق الوقاية المركبة.
- وبخلاف علاج عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، يمكن بدء العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) وإيقافه حسب اختيار المستفيد(ة). ولزيادة الالتزام والإقبال، يجب على مقدمي الرعاية الصحية الترويج لفوائد العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP)، من حيث الفعالية والأمان المرتفعان، ولا تعاني الغالبية العظمى من مستخدمي العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) من أي آثار جانبية. ويمكن زيادة الإقبال عليها من خلال إتاحة فرص لمستخدمي العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) لمشاركة خبراتهم مع الآخرين.
- وإذا كان العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) غير متاح حالياً أو غير متوفر مجانياً، ينبغي إخطار من يختارون الحصول بأنفسهم على العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) بكيفية تناول عقاقير العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) بأمان ومساعدتهم في الوصول إلى خدمات المتابعة (الاختبار المنتظم لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والعدوى المنقولة جنسياً (STIs) الأخرى، إختبارات وظائف الكلى السنوية، إذا كان ذلك متاحاً) [6].

2.1.2.4 من الذين تناسبهم؟

ينبغي تقديم العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) للمستفيدين والمستفيدات السلبيين لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) المعرضين لخطر كبير من حيث إمكانية الإصابة بالفيروس. وتشمل المجموعات ذات الأولوية الأزواج المتناظرين مصلياً، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والنساء المتحولات جنسياً.

الخانة 2: أسئلة عملية لإجراء الفحص

- مرة في الشهر على الأقل، هل تناقش/تناقشين ما إذا كان شريكك يتناول دواء فيروس العوز المناعي البشري يوميًا؟
 - إذا كنت تعلم/تعلمين، متى كان آخر اختبار أجري لشريكك للتأكد من الحمل الفيروسي لفيروس العوز المناعي البشري؟ ماذا كانت النتيجة؟
 - هل تريد الحمل مع شريكك؟
 - 3. **عوامل إضافية يجب السؤال عنها.** والتي قد تشير إلى المواقف التي تؤدي لزيادة التعرض لفيروس العوز المناعي البشري وتساعد في تحديد الشخص الذي قد يستفيد من العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP):
 - هل هناك جوانب من حالتك قد تشير إلى مخاطر التعرض لفيروس العوز المناعي البشري؟ هل...
 - هل بدأت ممارسة الجنس مع شريك(ة) جديد(ة)؟
 - هل أنهيت علاقة طويلة الأمد وتبحث/تبحثين عن شريك(ة) جديد(ة)؟
 - هل تلقيت المال أو السكن أو الطعام أو الهدايا مقابل الجنس؟
 - هل أجبرت على ممارسة الجنس ضد إرادتك؟
 - هل تعرضت لاعتداء جسدي، بما في ذلك الاعتداء من الشريك(ة) الجنسي(ة)؟
 - هل تناولت العقاقير أو الهرمونات عن طريق الحقن باستخدام أدوات مشتركة؟
 - هل استخدمت العقاقير الترويحية أو ذات التأثير النفسي؟
 - هل أجبرت على مغادرة منزلك (خاصة إذا كان ذلك بسبب التوجه الجنسي أو العنف)؟
 - هل انتقلت إلى مكان جديد (من المحتمل أن يكون معدل الانتشار فيه أعلى للتعرض لفيروس العوز المناعي البشري)؟
 - هل فقدت مصدر دخل (بحيث قد تحتاج/ين إلى مبادلة الجنس بالمأوى أو الطعام أو الدخل)؟
 - هل تركت المدرسة في وقت مبكر على خلاف رغبتك؟
- المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية [16].

يمكن استخدام بعض الأسئلة التالية لتحديد الأشخاص الذين قد يستفيدون من العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP).

1. **أسئلة عامة لإجراء الفحص.** الشخص الذي يحضر ويعاني من ارتفاع معدل إصابته بفيروس العوز المناعي البشري إذا أجاب بـ "نعم". فهذه الإجابة تؤدي إلى مناقشة وتثقيف حول العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP).

في الأشهر الستة الماضية:

- هل مارست الجنس مع أكثر من شخص؟
- هل مارست الجنس بدون واق جنسي؟
- هل مارست الجنس مع أي شخص لا تعرف/فين حالته/ها بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري؟
- هل قمت بحقن المخدرات والتشارك في أدوات الحقن؟
- هل يتعرض أي من شركائك لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، من خلال السلوك الجنسي أو تعاطي المخدرات؟
- هل تمارس/تمارسين الجنس مع شخص مصاب بفيروس العوز المناعي البشري أو لا يعرف حالة فيروس العوز المناعي البشري لديه؟
- هل تم تشخيص إصابتك بعدوى منقولة جنسيًا؟
- هل تريد الحمل؟
- هل استخدمت أو أردت استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) أو العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) لفيروس العوز المناعي البشري بسبب التعرض الجنسي أو التعرض لتعاطي المخدرات؟

2. **بالنسبة إلى الأشخاص الذين لديهم شريك(ة)**

جنسي(ة) مصاب(ة) بفيروس العوز المناعي البشري. فإن الأسئلة التالية ستساعد في التأكد مما إذا كان هذا الشخص قد يستفيد من العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP).

- هل يتناول شريكك العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لفيروس العوز المناعي البشري؟
- هل كان/كانت شريكك/شريكتك يخضع/تخضع للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لأكثر من 6 أشهر؟

الخانة 3: أمثلة موجزة عن تقديم إرشادات العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والتثقيف

- **العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP)** عبارة عن حبة يومية تؤخذ عن طريق الفم [للائظمة القائمة على تينوفوفير] يستطيع الأشخاص غير المصابين بفيروس العوز المناعي البشري تناولها للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري. العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) مخصص للأشخاص الذين يرغبون في تقليل قلقهم/إجهادهم بشأن فيروس العوز المناعي البشري والسيطرة على صحتهم الجنسية. **هل تعتقد/تعتقدين أنك قد تستفيد/تستفيدين من العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP)؟**
- ثبت أن العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) فعال للغاية في حماية الشخص من فيروس العوز المناعي البشري.
- يساعد العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) على بناء ثقتك من خلال معرفة أنك آمن/ة وصحي/ة ومحمي/ة من فيروس العوز المناعي البشري.
- بغض النظر عن الموقف الذي تجد/ين نفسك فيه، سواء كان بإمكانك استخدام الواقي الجنسي أم لا، يمكنك أن تكون/ي واثقًا/واثقة من أن لديك مستوى إضافي من الحماية.
- يستطيع أي شخص غير مصاب بفيروس العوز المناعي البشري أن يأخذ العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP). بغض النظر عن حالة العلاقة أو الممارسات الجنسية التي يمارسها.

العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) ليس تدخلاً منفرداً. يجب توفيرها ضمن حزمة من الأدوات الوقائية لكل فرد، مثل الاستخدام المتسق للواقي الجنسي، والفحوصات المنتظمة للعدوى المنقولة جنسياً، واستشارات الحد من المخاطر، واستخدام السرنجات/الإبر المعقمة، والإحالة إلى رعاية متخصصة في مجال العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

5.1.2.4 كيفية بدء العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والمتابعة

في ما يلي موانع استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP):

- عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- علامات/أعراض عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) الحادة، والتعرض الحديث المحتمل لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- تقدير تصفية الكرياتينين بأقل من 60 مل/دقيقة (إذا كان معروفاً، بالنسبة إلى الأنظمة المعتمدة على تينوفوفير ديسوبروكسيل فيومارات (TDF))
- حساسية تجاه أو موانع استعمال أي دواء في نظام العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP)

قم بإجراء اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في نفس اليوم الذي بدأت فيه العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) باستخدام الاختبار السريع في نقطة الرعاية، إذا كانت هناك علامات أو أعراض لمتلازمة فيروسية حادة، بما في ذلك مرض شبيه بالإنفلونزا، وفكري في احتمال أن تكون عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) الحادة هي السبب. وفي مثل هذه الظروف، ضع ي في اعتبارك تأجيل العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) لمدة 4 أسابيع واختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) مرة أخرى. هذا يتيح الوقت الكافي لاكتشاف الانقلاب المصلي المحتمل.

تختلف قياسات الكرياتينين من يوم لآخر، اعتماداً على الترطيب والتمارين والنظام الغذائي واستخدام الكرياتين (بواسطة عوامل بناء الجسم) وعوامل أخرى. لذلك، إذا كان قياس الكرياتينين الفردي أعلى من المعدل الطبيعي، كرر القياس قبل استبعاد ذلك الشخص من العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) (لأنظمة تينوفوفير ديسوبروكسيل فيومارات (TDF)).

إختبر إصابة المستفيدين والمستفيدات بفيروس التهاب الكبد B، بحيث إذا كانت نتيجة الاختبار سلبية، فيمكن تطعيمهم ضد الفيروس (تينوفوفير نشط أيضاً ضد فيروس التهاب الكبد B).

6.1.2.4 أنظمة العلاج الوقائي الموصى بها قبل التعرض (PrEP)

توصي منظمة الصحة العالمية بأنظمة العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) عن طريق الفم التي تحتوي على تينوفوفير ديسوبروكسيل فيومارات (TDF)، بينما تحتوي الحلقة المهبلية الموصى بها على دابيفيرين.

بالنسبة إلى العلاج الوقائي الفموي قبل التعرض (PrEP)، يعتمد اختيار نظام يحتوي على تينوفوفير ديسوبروكسيل فيومارات TDF

- لا توجد موانع من استخدام أدوية العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) (مثل تينوفوفير ديسوبروكسيل فيومارات (TDF)/إيمتريسيتابين)
- الإستعداد لاستخدام العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) على النحو المحدد، بما في ذلك الإختبار الدوري لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)

كشف الخطر المستمر للتعرض لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو العدوى

- ينبغي تقديم العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). لتحديد ما إذا كان شخص ما في خطر مستمر للإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو معرضاً لها، ينبغي أن يقوم مقدم الخدمة بالتحقق مما إذا كان المستفيد/المستفيدة قد تعرض/ضت لأي من عوامل الخطر التالية في الأشهر الستة الماضية:
- الجنس المهلي أو الشرجي بدون واق جنسي مع أكثر من شريك واحد، أو

- تاريخ حديث (في الأشهر الستة الماضية) للإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI) عن طريق الإختبارات المخبرية أو الإبلاغ الذاتي أو علاج متلازمات العدوى المنقولة جنسياً (STI)، أو

- استخدام العلاج الوقائي بعد التعرض للإصابة (PEP) لحالات التعرض الجنسي في الأشهر الستة الماضية

تختلف مؤشرات الخطر المستمر لعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) تبعاً لوبائيات فيروس العوز المناعي البشري (HIV) المحلية والفئة السكانية.

يمكن أيضاً توجيه أسئلة الفحص لتقديم العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) للأشخاص الذين يحضرون من أجل الرعاية ولكن لم يحضروا على وجه التحديد للوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) (أنظر الخانة 2 – الصفحة السابقة).

أنظر الخانة 3 (الصفحة السابقة) للحصول على أمثلة على تقديم المشورة الموجزة لتعزيز الإقبال عليها والمساعدة في تقليل الوصم.

قد تستغرق أنظمة العلاج الوقائي عن طريق الفم قبل التعرض (PrEP) التي تعتمد على عقار تينوفوفير حوالى أسبوع لتوفير الحماية الكاملة؛ ينبغي نصح المستفيدين والمستفيدات باستخدام الواقي الجنسي في خلال هذه الفترة، إذا حدث التعرض في خلال هذه الفترة، ينبغي تشجيع المستفيدين والمستفيدات على العودة في أقرب وقت ممكن. وفي غضون 72 ساعة حيث قد يكونون مؤهلين للحصول على العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP)، وينبغي أن يفكروا في متابعة إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV).

في حين لا يعاني معظم مستخدمي/مستخدمات العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) من آثار جانبية، يجب على مقدمي الخدمة إبلاغ المستفيدين والمستفيدات بالآثار الجانبية المحتملة (مثل الصداع، والغثيان، وعدم الشعور بالراحة في البطن) والتأكيد على أن هذا من المحتمل أن يزول في غضون أسبوعين.

المناعي البشري (HIV) بعد التعرض المحتمل. لوقف إستنساخ فيروس العوز المناعي البشري (HIV).

- يُعتبر نظام العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) الذي يحتوي على نوعين من الأدوية المضادة للفيروسات الفعالية فعالاً، ولكن يُفضل استخدام ثلاثة أنواع من الأدوية.
- ينبغي إعطاء العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) في أسرع وقت ممكن، ومن المستحسن في خلال 24 ساعة من التعرض ولكن يمكن تقديمه حتى 72 ساعة كحد أقصى.
- العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) غير مطلوب إذا كان مصدر التعرض المحتمل غير إيجابي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV). وغالباً ما لا يُنصح بالعلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) عندما يكون المصدر شخصاً مصاباً بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) ويتلقى علاجاً ولديه حمل فيروسي مؤكد ومستمر لا يمكن اكتشافه (أكثر من 6 أشهر) [17.6].

2.2.2.4 من الأشخاص الذين يناسبهم العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)؟

- يمكن تقديم العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) لجميع المستفيدين والمستفيدات غير المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو لا يعرفون حالتهم والذين تعرضوا لعدوى محتملة من خلال ممارسة الجنس غير المحمي، وتمزق الواقي الجنسي، والإغتصاب، وإصابة الوخز بالإبر، واستخدام الإبر غير المعقمة.
- يجب أن يعتمد تقييم الأهلية على حالة المصدر بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) كلما أمكن ذلك وقد يشمل النظر في معدلات الانتشار المحلي والأنماط الوبائية. يشمل المستفيدين/المستفيدات المعرضون للخطر كل من تعرض عن طريق سوائل الجسم للأغشية المخاطية إما من خلال التعرض الجنسي أو المهني. وتشمل حالات التعرض التي قد تتطلب العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) ما يلي:
- التعرض الجنسي: مع الأفراد المعرضين لخطر كبير، خاصة من خلال الجنس الشرجي الإستقبالي.
- سوائل الجسم: الدم، واللعاب المختلط بالدم، وحليب الثدي، والإفرازات التناسلية، والسائل الدماغي النخاعي، أو الأمنيوسي، أو البريتوني، أو الزليلي، أو التاموري أو الجنبي. يجب تقييم جميع الحالات سريريًا، ويجب على مقدمي الرعاية اتخاذ قرارات بشأن ما إذا كان التعرض الفعلي يشكل خطرًا كبيرًا.
- أنواع التعرض: (1) الغشاء المخاطي (أي التعرض الجنسي)، قطرات في العين أو الأنف أو تجويف الفم؛ و (2) بالحقن.
- وتشمل حالات التعرض التي لا تتطلب العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) ما يلي:
- عندما يكون الشخص المعرض مصابًا بالفعل بفيروس العوز المناعي البشري (HIV): عندما يثبت أن المصدر غير مصاب

على مجموعات الأدوية المتوفرة في البلد، والتكاليف النسبية، والوضع التنظيمي، والتوجيهات المعيارية داخل البلد من الجمعيات المهنية أو مسؤولي الصحة العامة. أكدت نتائج التجارب السريرية بقوة فعالية تينوفوفير ديسوبوكسيل فيومارات (TDF) وحده أو بالإشتراك مع إمتريسيتابين.

يختلف العدد الأمثل للأقراص التي سيتم صرفها حسب المكان وعدد السكان. تقوم بعض العيادات بتوزيع إمدادات تكفي لمدة شهر واحد في الزيارة الأولى ثم إمدادات لمدة 3 إلى 4 أشهر في الزيارات اللاحقة. إذا كان ذلك متاحًا، فإن توفير إمدادات شهرية إضافية في الزيارة الأولى يضمن وجود إمدادات كافية للجرعات اليومية حتى زيارة العيادة التالية [6].

7.1.2.4 المتابعة

تشمل المتابعة المقترحة:

- إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) كل 3 أشهر (ضع في اعتبارك أيضًا إجراء الإختبار بعد مرور شهر واحد بعد الزيارة الأولى).
- فحص العدوى المنقولة جنسيًا (STI)، كل 3 أو 6 أشهر حسب عوامل الخطر (أيضًا السياسة الوطنية).
- مناقشة حول استخدام وسائل منع الحمل، في كل زيارة.
- تقديم مشورة موجزة عن الإلتزام ومعالجة الآثار الجانبية، في كل زيارة.
- تقديم المشورة المتعلقة بالصحة النفسية والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وتعاطي المخدرات حسب الحاجة.
- تقدير تصفية الكرياتينين كل 6 أشهر (ضع في اعتبارك بشكل أكثر تكرارًا في حالة وجود تاريخ من الحالات التي تؤثر على الكلى، مثل مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم؛ ضع في اعتبارك بشكل أقل تكرارًا إذا كان المستفيد/المستفيدة أصغر من 45 عامًا، ولديه/بها خط أساس لتقدير تصفية الكرياتينين بأكثر من 90 مل/دقيقة، ويزن أكثر من 55 كغم).
- الأجسام المضادة لإلتهاب الكبد C، بالنسبة إلى الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ضع في الاعتبار إجراء الإختبار كل 12 شهرًا.

2.2.4 العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP)

1.2.2.4 حقائق أساسية عن العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP)

- توصي منظمة الصحة العالمية بضرورة إتاحة العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) لجميع الأشخاص المؤهلين طوعًا بعد التعرض المحتمل لفيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- العلاج الوقائي بعد التعرض للإصابة (PEP) هو تدخل طارئ بالأدوية المضادة للفيروسات الفعالية للوقاية من عدوى فيروس العوز

الجانبية المحتملة للعلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) مثل الغثيان، والقيء، والإسهال، والصداع والحمول، مع التأكيد على أنها ليست ضارة وليست سبباً لإيقاف العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP).

يجب تقديم المتابعة بما في ذلك لمن رفضوا/رفض العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) وتم نصحتهم/نصحتهم بشأن مخاطر الإصابة في المستقبل. يجب أيضاً تقديم خدمة إعادة اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لجميع المستفيدين والمستفيدات كل 3 أشهر و 6 أشهر.

يجب تقديم المشورة بشأن للمستفيدين والمستفيدات الذين وُصف لهم العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) والذين رفضوه لتجنب التعرض أكثر أثناء وبعد العلاج ويجب مناقشة فوائد العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP).

الرعاية الإضافية:

- يجب أن يتم تقديم فحص وعلاج العدوى المنقولة جنسياً (STI) لجميع المستفيدين والمستفيدات.
- يمكن تقديم وسائل منع الحمل الطارئة للمستفيدات اللاتي تعرضن لإمكانية الحمل (الفصل 4: منع الحمل).
- يجب تقديم المزيد من المشورة والعلاج والإحالة للمستفيدين والمستفيدات الذين تعرضوا للإعتداء الجنسي (الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي).

3.4 ختان الذكور الطبي الطوعي للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

1.3.4 حقائق رئيسية

- يجب الترويج لختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) كخيار إضافي فعال للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) ضمن الوقاية المركبة للفتيان والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 عاماً وكبار السن والرجال البالغين في سياقات الأوبئة العامة لتقليل خطر الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) المكتسبة جنسياً [18].
- تشمل الفوائد الأخرى لختان الذكور الطبي تقليل خطر الإصابة ببعض الأنواع الأخرى من العدوى المنقولة جنسياً (STIs) مثل فيروس الورم الحليمي البشري، الذي يسبب سرطان عنق الرحم [19].

1.1.3.4 ما مدى فعالية ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) في الحد من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)؟

- عندما يقوم متخصصون طبيون مدربون بختان الذكور الطبي، فإن هذا يقلل من خطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من الإناث إلى الذكور بنسبة 60 في المائة.
- وهناك أدلة محدودة على تأثيرات ذلك على الانتقال من خلال الجنس الشرجي (اللوواط)، وبالتالي لا يُنصح بختان الذكور الطبي

بفيروس العوز المناعي البشري (HIV): والتعرض لسوائل الجسم التي لا تشكل خطورة كبيرة (مثل الدموع، واللعاب غير الملوث بالدم، والبول، والعرق) [17].

3.2.2.4 ما مدى فعالية العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP)؟

يقلل العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) بشكل كبير من خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) عند الحصول عليها في أقرب وقت ممكن وفي غضون 72 ساعة من التعرض المشتبه به، ويتم أخذ العلاج بالكامل ويستغرق 28 يوماً.

4.2.2.4 ما يحتاج مقدم الخدمة إلى القيام به

تقييم التعرض وما إذا كان المستفيد/المستفيدة معرضاً/معرضة لخطر شديد من الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV). يجب أن يعرف مقدم الخدمة ما هي الأدوية المحلية المتوفرة وأن يؤمن مخزوناً من الإمدادات – وذلك وفقاً للنظام الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية أو وفقاً للبروتوكولات المحلية/الوطنية.

أنظمة العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية [6] هي:

- **بالنسبة إلى البالغين/البالغات:** تينوفوفير ديسوبروكسيل فيومارات (TDF) مع لاميفودين (3TC) أو إمتريسيتابين (FTC) كأدوية العمود الفقري المفضلة. الدواء الثالث الموصى به هو دولوتغرافير (DTG).

- **بالنسبة إلى الأطفال:** دواء زيدوفودين (AZT) ولاميفودين (3TC) للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 10 سنوات أو أقل، مع دولوتغرافير (DTG) وهو الدواء الموصى به كخيار ثالث.

يجب على مقدمي الخدمات ضمان الإقبال على العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) من خلال تقديم المشورة حول الفوائد للأفراد المعرضين لمخاطر عالية. بعد تقييم المخاطر وموافقة المستفيد/المستفيدة، يجب البدء في العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) بوصفه طبية لمدة 28 يوماً من الأدوية المضادة للفيروسات الفهقرية في أقرب وقت ممكن في خلال فترة لا تتجاوز 72 ساعة من التعرض. يجب أن يعرف مقدمو الخدمة مكان إحالة المستفيدين والمستفيدات في حالة عدم تقديم العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) بأنفسهم. تشمل توصيات تبسيط الوصفات الدوائية ودعم الإلتزام بها ما يلي:

- **الوصفات الدوائية:** لتحسين الإقبال عليها واستكمال برنامج العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP)، توصي منظمة الصحة العالمية بتوفير الكورس العلاجي بالكامل ومدته 28 يوماً في الزيارة الأولى، بدلاً من مطالبة المستفيدين/المستفيدات بالعودة عدة مرات.

- **دعم الإلتزام:** لتحسين معدلات الإلتزام والإكمال، تقترح منظمة الصحة العالمية أن تقدم البرامج مشورة معززة بشأن الإلتزام.

من الأهمية بمكان تقديم المشورة وإسداء المشورة إلى المستفيد/المستفيدة بضرورة إكمال العلاج المضاد للفيروسات الفهقرية بالكامل ومدته 28 يوماً حتى يكون التدخل فعالاً. يجب مناقشة الآثار

تقديم الملاءمة السريرية

- ينبغي إجراء الفحص وأخذ التاريخ الطبي كاملاً (أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة)).
- يجب دائماً تقديم اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) ما لم تكن حالة المستفيد(ة) بالنسبة إلى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) معروفة بالفعل.
- تقديم فحص العدوى المنقولة جنسياً (STIs) ومعلومات إضافية عن الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) (مثل العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والعلاج الوقائي بعد التعرض (PEP)).

التأكد من الحصول على الموافقة المستنيرة

- تأكد من أن المستفيد(ة) ي/تعطي موافقة طوعية مستنيرة على الإجراء.
- يجب توقيع نموذج الموافقة من قبل الشخص الذي يخضع لختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC)، بالنسبة إلى المستفيدين والمستفيدات غير المتعلمين، يجب قراءة النموذج بصوت عالٍ وشرحه، وقد تحل بصمة الإبهام أو ختم المستفيد(ة) محل التوقيع. يوصى أيضاً بتوقيع الشهود الذين يجيدون القراءة والكتابة.
- يجب على الجراح أيضاً التوقيع على نموذج الموافقة، مشيراً إلى أنه قد تأكد أن الشخص الذي يختار ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) يفهم ويختار برغبته الخضوع للإجراء.

5.1.3.4 ما الذي ي/تحتاج المستفيد(ة) إلى معرفته

- ي/تحتاج المستفيد(ة) إلى إعطاء الموافقة، بدون أي دليل على الإكراه، بعد تقديم المشورة بشأن المخاطر والفوائد بلغة ي/تفهمها. يمكن العثور على المزيد من التفاصيل حول الموافقة المستنيرة في الفصل 3: تقديم المشورة.

لا ينبغي أن يكون موعد الإجراء في خلال فترة الإجهاد.

في ما يلي الجوانب المحددة للختان التي يجب مناقشتها للمتبعين من الفهم الكامل لطبيعة ونتائج الإجراء:

- هناك خطر ضئيل للعدوى (يقل من خلال إجراءات صارمة لمكافحة العدوى) وخطر حدوث النزيف وتلف القضيب
- بعد الإجراء، يتعين على المستفيد(ة) الانتظار عدة أسابيع قبل استئناف النشاط الجنسي لتجنب خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والعدوى المنقولة جنسياً الأخرى، وتأخر الشفاء
- بعد الشفاء، لا يوجد تأثير على الرغبة الجنسية أو وظيفة الإنجاب أو ألم
- يجب على المستفيد(ة) الإستمرار في استخدام الوسائل الحائلة لتقليل مخاطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)

الطوعي (VMMC) للرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. ولا يمنع الختان انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من الرجال المصابين به إلى شركائهم [20].

- يُعتبر ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) وحده فعالاً جزئياً في الحد من انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV). ويجب تقديمه ضمن مجموعة شاملة من الرعاية الصحية للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، مثل الواقي الجنسي ومواد التزليق.

2.1.3.4 من الذين يناسبهم ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC)؟

- ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) مناسب في البلدان التي ينتشر فيها فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بمعدلات مرتفعة بين السكان عموماً (أكثر من 15 في المائة) وفي الأماكن التي لا يتم فيها ختان معظم الرجال (80 في المائة).
- ويوصى أيضاً بختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) في البلدان التي يتراوح فيها انتشار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بين 3 في المائة و 15 في المائة بين عامة السكان وفي الأماكن التي يحدث فيها انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بشكل أساسي من خلال ممارسة الجنس بين القضيب والمهبل.
- وفي هذه السياقات، تشمل ملاءمة ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) الرجال والفتيان المراهقين غير المختونين، وغير المعروف أنهم مصابون بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، والمعرضين لخطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) للجنس المغاير.
- ويمكن أن تختلف أعمار المستفيدين والمستفيدات اختلافاً كبيراً تبعاً للموقع، ويجب أن يكون مقدمو الخدمة على دراية بالإرشادات المحلية للحصول على الموافقة القانونية المناسبة.
- وفي الأماكن التي يتم فيها توفير ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC)، لا ينبغي استبعاد الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال أو الرجال المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV).

3.1.3.4 من الذي يستطيع إجراء ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC)؟

- يجب أن يقوم بختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) متخصصون طبيون مدربون ومهرون بتقديم هذه الرعاية الصحية.
- ينبغي توفير التدريب المعتمد لجميع مقدمي ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) لضمان السلامة والجودة وفقاً للمبادئ التوجيهية على المستوى الوطني. وهذا يشمل المعدات القياسية والإمدادات والأجهزة والأدوية عالية الجودة.

4.1.3.4 ما يحتاج مقدم الخدمة إلى القيام به

يجب على مقدم الخدمة تقديم معلومات حول ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) وإذا لم يتمكن من إجراء العملية الجراحية، يجب الإحالة إلى مقدمي الرعاية الصحية الآخرين.

6.1.3.4 إجراء ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC)

يجب أن يقوم بإجراء ختان الذكور الطبي الطوعي (VMMC) مقدمو الرعاية الصحية المدربون والمختصون. باستخدام المعدات والإمدادات الصحيحة، في بيئة محمية من العدوى، بغض النظر عن الطريقة المستخدمة.

الختان الجراحي

- تشمل إجراءات الختان الجراحي ما يلي: الطريقة الموجهة بالملقط، والتي تتطلب أقل قدر من المهارة الجراحية، وطريقة الشق الظهري وطريقة استئصال الكم، والتي تتطلب مستويات أعلى من المهارة الجراحية ولكنها أكثر ملاءمة عند وجود دواع طبية للختان (مثل تضيق القلفة).
- المحاسن والمساوئ: تُعتبر الطرق الجراحية أكثر فائدة من الختان باستخدام الأجهزة لأن القلفة تتم إزالتها في وقت الإجراء وقد تقل احتمالية تسببها في الإصابة بالتيتانوس. ومن المساوئ أنها تتطلب تخدير موضعي إرشاعي. وفي حالة الشق الظهري وقطع الكم، يلزم وجود مساعد.
- قبل انصراف المستفيد: يجب تقديم المشورة بشأن توقيح اليقظة بشأن حدوث مضاعفات والعودة على الفور أو طلب المشورة الطبية إذا تزايد حدوث النزيف. وعند وجود ألم شديد في القضيب أو منطقة الأعضاء التناسلية أو عند التبول، وعدم القدرة على التبول، ووجود قيح في الجرح الجراحي، وزيادة التورم. أطلب من المستفيد العودة للمتابعة بعد 7 أيام، ويُفضل أن يكون ذلك مع نفس الجراح [20].

الختان بالأجهزة

يوفر الختان بالأجهزة (بما في ذلك PrePex و Shang Ring) بديلاً مناسباً للطرق الجراحية ويمكن إجراؤه بواسطة مجموعة من مقدمي الخدمات من المستوى المتوسط، وبالتالي زيادة إمكانية الوصول إلى ختان الذكور الطبي الطوعي [21].

يوصى بتنفيذ هذه الإجراءات عند توفر مرافق جراحية احتياطية في حالة انزياح الجهاز أو عدم وضعه بشكل صحيح. وعلى الرغم من أن الوقت اللازم لإتمام الإجراء يقارب نصف الوقت المطلوب للختان الجراحي:

- تكون عملية الإلتئام أبطأ ويمكن أن تستغرق ضعف الوقت الذي تستغرقه عملية الشفاء بعد الختان الجراحي
- يمكن أن يؤدي الإلتئام بالمقصَد الثاني أيضاً إلى ظهور رائحة من القلفة لأنها تصبح نخرية
- فترة الإمتناع عن ممارسة الجنس بعد الختان بالأجهزة أطول
- تتطلب بعض الأجهزة (مثل PrePex) زيارة منفصلة لإزالة الجهاز بعد أسبوع واحد. هناك أيضاً خطورة متزايدة للإصابة بالتيتانوس (أنظر الخانة 4)

نصائح بعد العملية الجراحية

- توصي منظمة الصحة العالمية بالإمتناع عن ممارسة الجنس (بما في ذلك عدم ممارسة العادة السرية) لمدة 6 أسابيع بعد الختان لجميع المستفيدين.
- المتابعة بعد مرور 7 أيام مهمة لأن التعرف المبكر على العدوى والنزيف والغرغرة الضيقة قد يتطلب متابعة إضافية [20].

4.4 تخفيف الضرر لمتعاطي المخدرات

تُعرّف منظمة الصحة العالمية الحد من الضرر بأنه "مجموعة من السياسات والبرامج والخدمات والإجراءات التي تهدف إلى تقليل الضرر الذي يلحق بالأفراد والمجتمعات والمجتمع في ما يتعلق بالعقاقير، بما في ذلك الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). يُعتبر تقليل الضرر أساسياً في الوقاية من عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في صفوف متعاطي المخدرات بالحقن وشركائهم الجنسيين" [5].

الخانة 4: الختان: التيتانوس والسيطرة على العدوى

هناك خطر أكبر للإصابة بالتيتانوس بعد الختان باستخدام جهاز ضغط الياقة المرن مقارنة بطرق الختان الأخرى التي تزيل القلفة في وقت الإجراء. يجب إجراء الختان بجهاز حيث تُترك القلفة في مكانها وتزال بعد عدة أيام من الإستعمال. فقط إذا كان/كانت المستفيد(ة) محمياً(ة) بشكل كاف ضد التيتانوس عن طريق التحصين بلقاح الكزاز [20].

يجب اتباع نهج الرعاية النظيفة لجميع طرق الختان [20]. وهذا يشمل:

- تشجيع النظافة الشخصية، والتي تشمل مطالبة المستفيدة(ة) بغسل منطقة الأعضاء التناسلية، بما في ذلك تحت القلفة، قبل الختان، وحته على ارتداء ملابس داخلية نظيفة.

1.4.4 ما يحتاج مقدم الخدمة إلى معرفته

- تدخلات تقليل الضرر عنصر مهم وفعال للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وغالبًا ما تركز على المخاطر المتعلقة بتعاطي المخدرات.
- الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن معرضون لخطر الإصابة بالتهاب الكبد B و C (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا). وكذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من مصادر منقولة بالدم نتيجة مشاركة أدوات الحقن.
- تتعدد التدخلات ضمن حزمة تقليل الضرر حيث يستطيع مقدمو الخدمات تقديم المعلومات والمشورة.
- تتضمن الحزمة الشاملة لتقليل الضرر [22.5]:

- برامج الإبر والسررنجات
- العلاج ببدائل المواد الأفيونية وأنواع العلاج الأخرى القائمة على الأدلة لعلاج إدمان المخدرات
- برامج الواقي الجنسي للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن وشركائهم الجنسيين
- المعلومات والتثقيف والتواصل الهادفين للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات وشركائهم الجنسيين
- التوزيع المجتمعي للنالوكسون لإدارة الجرعات الزائدة
- المستفيدون والمستفيدات الذين يستخدمون عقاقير أخرى (مثل الكحول، و 4.3-ميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين [MDMA]، والكوكايين، ونترات الأميل) التي تقلل من المثبطات وتؤثر على القدرة على اتخاذ خيارات أكثر أمانًا قد يكونون أيضًا معرضين لخطر اكتساب فيروس العوز المناعي البشري (HIV) [23]. يحتوي بعضها أيضًا على عوامل فسيولوجية يمكن أن تسهل انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV). لذلك، بالإضافة إلى الاستراتيجيات الأخرى للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، يحتاج مقدمو الخدمة إلى أن يكونوا على دراية بموارد تقليل الضرر المتاحة محليًا.

2.4.4 ما يحتاج مقدم الخدمة إلى القيام به

- دعم المستفيدين والمستفيدات من خلال توفير إمكانية الوصول إلى الإبر والحقن النظيفة، وتقديم المشورة بشأن تقليل استخدام المواد الأفيونية، ودعم التحول إلى الميثادون أو ما يعادله (مع الإحالة والدعم عند اللزوم) – كن على اطلاع دائم بطرق إدارة الجرعة الزائدة (توفير النالوكسون).
- ضع في اعتبارك تدخلات أخرى للتقليل من الضرر مثل التدريب على ممارسات الحقن الأكثر أمانًا وتقديم المشورة للتقليل من المخاطر.
- توفير معلومات تستند إلى الحقوق حول أدوية معينة والمخاطر المرتبطة بها لتمكين المستفيدين والمستفيدات من اتخاذ قرارات مستنيرة وخيارات صحية.

- قم بتقديم الفحص والتدخل السريع للمستفيدين والمستفيدات الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالكحول. بعد إجراء التدريب المحدد. ويمكن لهذا التدخل المستهدف السريع أن يقلل من استهلاك الكحول.
- تعرّف على مكان وجود خدمات الدعم ذات الصلة محليًا لتمكين الربط بها أو الإحالة إليها. إذا لزم الأمر. ولكن تأكد من أن الخدمة المناسبة تتخذ نهجًا قائمًا على الحقوق.
- كن على دراية بالسياسات المحلية والوطنية للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) للذين ولواتي يتعاطون المخدرات وكن على دراية بمواقع روابط الإحالة الرئيسية في حالة عدم تقديم الخدمات محليًا. بما في ذلك توافر العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن.

5. علاج فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

- تدعو الحاجة إلى توفير حزمة من العلاج والرعاية الصحية الداعمة لجميع الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، بما في ذلك الوصول إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية.
- مع بدء المزيد من الأشخاص بعلاج فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والاستمرار فيه، فإن الوقاية من الأمراض المرافقة وإدارتها وتوفير الرعاية المزمنة أصبحت من الخدمات ذات الأهمية المتزايدة.
- يشمل دعم الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) تخصصات متعددة ويتضمن تقديم المشورة، والعلاج، والتشخيص المبكر، وعلاج المضاعفات المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والصحة النفسية والتغذية.

1.5 تقديم المشورة والتدخلات الداعمة للأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)

- توفير التدخلات الداعمة بعد تشخيص فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، مما يضمن الربط في الوقت المناسب بالرعاية الصحية لجميع الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- دعم الأشخاص الذين ثبتت إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) لربطهم بالرعاية الصحية السريية المناسبة.
- يمكن أن تؤدي الزيارات المتكررة لتقديم المشورة إلى زيادة المشاركة مع فرق متعددة التخصصات.

- فحص احتياجات الصحة النفسية مثل الإكتئاب والقلق (أو الخرف والضعف الإدراكي كجزء من تفاقم المرض) وتقديم خدمة الإحالات. من المهم إعطاء تدخلات الصحة النفسية اهتمامًا مساويًا للإحتياجات الجسدية وتحديد الرعاية الصحية التي يمكن دمجها بسهولة مع التدخلات الأخرى.
- إحالة المستفيدين والمستفيدات إلى مجموعات الدعم كلما أمكن.
- تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات بشأن الوصول إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأخرى بما في ذلك الوقاية من العدوى المنقولة جنسيًا (STI) والفحص.
- تقديم المشورة بشأن مخاطر/فوائد الإفصاح عن حالة فيروس العوز المناعي البشري (HIV) للشركاء والأسرة وأرباب العمل. حيث يمكن أن يؤدي ذلك إلى خطر الوصم والعنف والعزلة. يجب أن يكون مقدمو الخدمات على دراية بالسياق القانوني الوطني حيث قد لا يكون الإفصاح الآمن ممكنًا.
- تقديم المشورة للمستفيدين والمستفيدات بأنه يمكنهم العيش حياة طويلة وذات نوعية جيدة، والاستمرار في الانخراط في علاقات صحية وسعيدة، ومنع انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى الشركاء الجنسيين (وللحوامل، في الفترة المحيطة بالولادة) عند الالتزام بالعلاج الذي يقلل من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى حمل فيروسي لا يمكن اكتشافه.

2.2.5 ما يحتاج مقدم الخدمة إلى معرفته

- ينبغي على جميع المتعاضدين والمتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري أن يتناولوا العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. يجب أن تكون الإرشادات المحلية للعلاج معروفة.
- تركيبات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية المتوفرة محليًا وكيفية الحصول عليها بما يتماشى مع الإرشادات الوطنية. إذا لم يتم تقديم العلاج في المرفق الصحي، فاعرف مكان الإحالة.
- مراقبة الحمل الفيروسي هي الطريقة الموصى بها لتحديد مدى فعالية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. يمكن استخدام الحمل الفيروسي لتحديد ما إذا كان هناك فشل في العلاج أو عدم التزام به. عندما يكون لدى الشخص المصاب بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) حمل فيروسي أقل من عتبة الكشف باستخدام المقاييس الفيروسية، يُشار إلى ذلك باسم "كبح الفيروس". عندما يكون الفيروس غير قابل للاكتشاف، فهو أيضًا غير قابل للانتقال. يجب قياس الحمل الفيروسي ومراجعتة لمدة 6 أشهر بعد بدء العلاج، وإذا لم يكن من الممكن اكتشافه، فحينئذ كل 12 شهرًا على الأقل. إذا كان الحمل الفيروسي قابلاً للاكتشاف، فقم بتوفير دعم الإلتزام المحسن وكرّر الإختبار في غضون 3 أشهر [26].

- بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) الذين تم قياس أحمالهم الفيروسية وثُبت استقرارهم في العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، من الآمن التوقف عن إختبار CD4. مما يساعد على تقليل التكاليف. تنوافر إختبارات الحمل الفيروسي في نقطة الرعاية أو إختبارات بقعة الدم المجففة بشكل متزايد ويمكن أن تحسّن إمكانية الوصول والرعاية في الوقت المناسب [25].

- يعتمد نجاح العلاج المضاد للفيروسات القهقرية على مدى الإلتزام بالعلاج. يتعرض المراهقون/المراهقات لخطر كبير لتفويت فرص المتابعة والإلتزام دون المستوى الأمثل. يمكن أن تشمل استراتيجيات الحفاظ على الإلتزام في جميع المجموعات المستشارين الأقران، والرسائل القصيرة على الهاتف المحمول، وأجهزة التذكير، والدعم الاجتماعي.

2.5 العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية

1.2.5 حقائق رئيسية

- يجب أن يحصل جميع الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) على إمكانية الوصول والدعم لاستمرار العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، والذي يتكوّن من أدوية مركّبة مضادة للفيروسات القهقرية، ويحمي العلاج المضاد للفيروسات القهقرية جهاز المناعة ويمنع تفاقم المرض وانتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) عن طريق تقليل الحمل الفيروسي، مما يقلّل بشكل كبير من المراضة والوفيات.
- توصي منظمة الصحة العالمية بمضادات الفيروسات القهقرية لجميع الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) في أقرب وقت ممكن بعد التشخيص بدون أي قيود على تعداد خلايا CD4. الأولوية هي بدء العلاج في أسرع وقت ممكن.
- يجب أن يكون مقدمو الخدمة على دراية بالإرشادات المحلية لبدء علاج فيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- توصي الإرشادات العالمية بضرورة بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لدى جميع الأطفال والمراهقين والمراهقات والحوامل والمرضعات والبالغين والمصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). بغض النظر عن المرحلة السريرية لمنظمة الصحة العالمية ومهما كان تعداد خلايا CD4 [24]. إذا كانت



3.2.5 ما يحتاج مقدم الخدمة إلى القيام به

- **3.2.5 ما يحتاج مقدم الخدمة إلى القيام به**
 - قدّم المعلومات والمشورة للمستفيدين والمستفيدات حول سبب أهمية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، وفوائده، وما سيتضمنه العلاج، والآثار الجانبية المحتملة، والتخطيط للمتابعة، حتى لو تمت الإحالة إليها في مكان آخر.
 - يجب إبلاغ المستفيدين والمستفيدات بأن العلاج المضاد للفيروسات القهقرية يمكن أن يقلّل بشكل كبير من الحمل الفيروسي، وأنه تدخل واحد فقط من مجموعة من التدخلات التي تقلّل من انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وأنه يجب عليهم الاستمرار في ممارسة الجنس الآمن لمنع الحمل و/أو العدوى المنقولة جنسيًا (STIs) الأخرى.
 - الحصول على عدد CD4 قبل العلاج كلما كان ذلك متاحًا. تقديم المشورة بشأن الالتزام والإحالة للحصول على الدعم إذا لزم الأمر. وتشمل الإستراتيجيات الأساسية التي يمكن اقتراحها لتحسين الالتزام بالمواعيد ضبط المنبه أو تناول الحبوب مباشرة بعد الوجبة أو تنظيف الأسنان بالفرشاة.
 - راقب المستفيدين والمستفيدات الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لتشجيع الالتزام، وتأكّد من أن العلاج فعال، وقم بالكشف عن أنواع العدوى الأخرى. إذا تم التأكد من أن المجموعة الأولية من الأدوية غير فعالة، يجب أن يتم وصف نظام بديل للمستفيد(ة) أو الإحالة لمراجعة التشخيص.
 - نوصي بالمتابعة الأولى بحلول 6 أشهر أو قبل ذلك.
 - في حالة عدم توافر اختبار تعداد CD4:
 - ينبغي عدم حرمان المستفيدين والمستفيدات من العلاج. يمكن القيام بالمتابعة السريرية واختبار الحمل الفيروسي لتحديد الأشخاص المعرضين لخطر كبير لتفاقم مرض فيروس العوز المناعي البشري (HIV).
 - يجب أن يكون مقدمو الخدمة على دراية بأي تغييرات في مستوى توافر اختبار CD4 في منطقتهم لأن هذه هي الطريقة المثلى لتقييم مخاطر تفاقم المرض.
 - **4.2.5 ما الذي ي/تحتاج المستفيد(ة) إلى معرفته**
 - يُعتبر ضعف الإلزام بعلاج فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أحد أسباب ضعف الالتزام به، مما يؤدي إلى فشل العلاج ومقاومة الأدوية. تأكد من أن المعلومات المقدمة للمستفيدين والمستفيدات مفهومة وشاملة وصحيحة ومقدمة بطريقة إيجابية وخالية من الوصم وتمكينية لدعم الأفراد في اتخاذ خياراتهم الخاصة حول بدء العلاج.
 - ينجح العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في منع تفاقم عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) عن طريق كبح فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وحماية جهاز المناعة. كلما كان الوقت أقصر بين تشخيص فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والبدء في العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، كانت النتائج أفضل. وهذا مهم بشكل خاص للمستفيدين الحوامل والمرضعات.

1.3.2.5 تعداد خلايا CD4 وإختبار الحمل الفيروسي

- الحمل الفيروسي هو كمية الحمض الرببي النووي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) في عيّنة الدم. ويقاس تعداد CD4 خلايا الدم البيضاء (الخلايا التائية) وهو علامة على قوة المناعة. وكلما انخفض الحمل الفيروسي، ارتفع عدد CD4.
- ويوصى باختبار تعداد خلايا CD4، حيثما كان ذلك متاحًا، من أجل:
- تحديد مستوى خط الأساس للمرض عند تشخيص حالة جميع المستفيدين والمستفيدات، سواء مع بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية أو لا
 - قم بتقييم حالة المستفيدين والمستفيدات الذين يحتاجون إلى إحالة عاجلة للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية أو العلاج الوقائي (على سبيل المثال، للمعالجة الوقائية بعد التعرض (PEP))
 - المساعدة في تشخيص الأمراض المرافقة الأخرى مثل نوع الإلتهاب الرئوي
- والمستفيدات على طرق الأسئلة والعودة لمزيد من المشورة في حالة ترددهم أو إذا غيروا رأيهم.
- قد يكون هناك خطر متزايد للإصابة بالعدوى الانتهازية في خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العلاج، وهي أكثر احتمالاً لدى المستفيدين والمستفيدات المصابين بمرض فيروس العوز المناعي البشري (HIV) الأكثر تقدمًا.
 - سيحتاج/ستحتاج المستفيد/المستفيدة إلى أخذ العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لبقية حياته/حياتها والعودة للمراقبة كما هو مطلوب.
 - من المهم تناول العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بانتظام لبقاء بصحة جيدة - وعدم القيام بذلك سيزيد من خطر فشل العلاج وخطر مقاومة الأدوية.
 - يجب أيضًا أن تناقش مع المستفيد/المستفيدة المشكلات المتعلقة بالآثار الجانبية والتفاعلات الدوائية والإرهاق من العلاج وفرصة تلقي الدعم للالتزام.

الخانة 5: الوقاية باستخدام كوتريموكسازول

يعاني الأشخاص المتعايشون مع فيروس العوز المناعي البشري من مخاطر متزايدة للإصابة بالملاريا الأكثر تكرارًا والأكثر كثافة، والملاريا الحادة، والوفيات المرتبطة بالملاريا. تبعًا لكثافة انتقال الملاريا في المنطقة. تشمل التدخلات الرئيسية لمكافحة الملاريا التشخيص المبكر، والعلاج الفوري والفعال باستخدام العلاجات المركبة القائمة على مادة أرتيميسينين، واستخدام ناموسيات معالجة بالمبيدات الحشرية، ورش المبيدات الحشرية التي يبقى تأثيرها لمدة طويلة في الأماكن المغلقة للسيطرة على البعوض الناقل.

في السياقات التي تنتشر فيها الملاريا و/أو العدوى البكتيرية الشديدة بشكل كبير، يجب البدء في العلاج الوقائي بالكوتريموكسازول بغض النظر عن تعداد خلايا CD4 أو مرحلة تفاقم المرض.

المصدر: منظمة الصحة العالمية [17].

يُعتبر العلاج الوقائي بالكوتريموكسازول تدخلًا مجديًا وجيد التحمل وغير مكلف لتقليل المراضة والوفيات المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري لدى الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري. لا يخضع دواء كوتريموكسازول دواء لبراءات اختراع وهو متوفر على نطاق واسع في الأماكن محدودة الموارد.

وهو عبارة عن مزيج جرعة ثابتة من اثنين من العوامل المضادة للميكروبات (سلفاميثوكسازول وتريميثوبريم) المستخدمة لعلاج مجموعة متنوعة من الإلتهابات البكتيرية والفطرية والأولية.

يجب إجراء العلاج الوقائي بالكوتريموكسازول كجزء لا يتجزأ من الرعاية الصحية المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري. وهذا يشمل البدء بين البالغين/ات والمراهقين/ات والحوامل والأطفال المصابين بفيروس العوز المناعي البشري للوقاية من الإلتهاب الرئوي بالمتكيسات الرئوية وداء المقوسات والإلتهابات البكتيرية وفوائد الوقاية من الملاريا.

3.5 تقييم وإدارة حالات العدوى المرافقة الشائعة والأمراض المرافقة

وبالمقارنة مع الأفراد غير المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، فإن الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، والتي تكون أسبابها متعددة العوامل، بما في ذلك زيادة المخاطر بسبب التدخين وارتفاع الشحوخة.

الأشخاص المصابون بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) معرضون أيضًا لخطر الإصابة بحالات أخرى مرتبطة بالعمر مثل مرض السكري، ومرض الإنسداد الرئوي المزمن، وأمراض الكلى والسرطانات.

ويؤدي مقدمو الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية دورًا في تحديد هذه الظروف وإحالة المستفيدين والمستفيدات إلى المواقع المناسبة، عند اللزوم، لتحسين صحة الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري [24].

كلما أمكن، يجب توفير تدخلات متكاملة مثل المشورة التغذوية، والإقلاع عن التدخين، وعلاج إدمان المخدرات، وممارسة التمارين الرياضية، وإدارة الأمراض غير المعدية (ضغط الدم، والكوليسترول).

تُعتبر حالات العدوى المرافقة المختلفة والأمراض المرافقة والحالات الصحية الأخرى شائعة بين الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) ولها آثار على علاجهم ورعايتهم، بما في ذلك توقيت واختيار الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية.

يجب أن تكون الوقاية والفحص وإدارة مختلف أنواع العدوى المرافقة والأمراض المرافقة وغيرها من الظروف الصحية المصاحبة متاحة للأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) (أنظر الملحق 1). للمزيد من المعلومات، أنظر أيضًا الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا و الفصل 8: طب النساء وخدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأخرى). تلخص الخانة 5 العلاج الوقائي بالكوتريموكسازول.

1.3.5 الأمراض غير المعدية

يحتاج مقدمو الخدمة إلى معرفة ما يلي:

• يتأثر تقاطع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والأمراض غير المعدية تأثيرًا شديداً بزيادة البقاء على قيد الحياة بسبب فعالية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ونمط الحياة والعوامل البيئية، وظروف المرض المرتبطة بالشحوخة، وفي بعض الحالات المضاعفات طويلة الأجل الناتجة عن العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية.

6. منع انتقال الأمراض في الفترة المحيطة بالولادة

لا ينبغي أن تستهدف الوقاية من انتقال العدوى في الفترة المحيطة بالولادة فقط الحوامل المصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). يتضمن الجدول 1 ملخصًا لاستراتيجيات الحد من انتقال الأمراض.

يشير انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في الفترة المحيطة بالولادة، المعروف أيضًا باسم الانتقال الرأسي، إلى انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من المرأة المصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى طفلها أثناء الحمل أو المخاض أو الولادة أو الرضاعة الطبيعية. تركز الوقاية على التكبير بدء العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لدى المصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والمحافظة على صحتها.

الجدول 1: أربعة مكوّنات لاستراتيجية شاملة للوقاية من انتقال العدوى في الفترة المحيطة بالولادة

يشمل هذا الرعاية الصحية مثل المعلومات/المشورة بشأن فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، والعلاج مثل الوقاية، وفحص العدوى المنقولة جنسيًا (STI) وإدارتها، والترويج للوقاي الجنسية، والعلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP)، واختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) للنساء في سن الإنجاب، بما في ذلك الحوامل والمرضعات غير المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV)	الوقاية الأولية من اكتساب فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بين النساء في سن الإنجاب
يشمل هذا الرعاية الصحية مثل المعلومات والمشورة لدعم الصحة الجنسية والإنجابية القائمة على الحقوق بما في ذلك الوصول إلى مجموعة من خيارات وسائل منع الحمل ورعاية الإجهاض الآمن	منع الحمل غير المرغوب بين النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)
يشمل هذا الرعاية الصحية مثل بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لجميع الحوامل المصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) (أو توفير الحالات الميسرة)، ومحو الأمية العلاجية، ودعم الإلتزام أثناء الحمل والرضاعة الطبيعية، ودعم التغذية أثناء الإقبال المبكر على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والرضاعة الطبيعية، وتقديم المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية والتغذية، والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من أجل الرضع المعرضين لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وفقًا للمبادئ التوجيهية، مما يسهّل أو يتيح الولادة في مرافق الرعاية الصحية	منع انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى أطفالهن
بالنسبة إلى الرضع المعرضين لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، يشمل ذلك اختبار التشخيص المبكر للرضع وفقًا للمبادئ التوجيهية، وبدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية للرضع الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وفقًا للمبادئ التوجيهية.	توفير العلاج والرعاية والدعم المناسبين للنساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وأطفالهن وأسرهن
بالنسبة إلى النساء وشركائهن المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، يشمل ذلك تقديم المشورة للزوجين بشأن تنظيم الأسرة ودعم الإلتزام طوال فترة العلاج.	

المصدر: منظمة الصحة العالمية [27].

1.6 إعتبارات مهمة للنساء الحوامل

- النساء الحوامل أكثر عرضة للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) مع زيادة خطر انتقال العدوى إلى الطفل عند الولادة ومن خلال الرضاعة الطبيعية. أنشطة منع انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في الفترة المحيطة بالولادة عبارة عن حزم قائمة على الحقوق من التدخلات التي تركز على المستفيدة وتقلل من فرص حدوث ذلك.
- تتعرض النساء المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وعدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية.
- تشمل الوقاية من انتقال الفيروس في الفترة المحيطة بالولادة تقديم العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للحوامل المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV).

من الذي يستطيع تقديم هذه الرعاية الصحية؟

- مجموعة كبيرة من مقدمي الرعاية الصحية حسب تقاسم المهام ووفقاً للمبادئ التوجيهية المحلية.

وتتضمن الخانة 6 موجزاً للتوصيات الخاصة بالنساء الحوامل.

2.6 خيارات منع الحمل للنساء المعرضات لخطر شديد لإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو المتعايشات مع الفيروس

يشكّل منع الحمل غير المرغوب أيضاً جزءاً من حزمة الرعاية المخصصة لتقليل معدلات انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في الفترة المحيطة بالولادة.

النساء معرضات لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV):

- خطورة تعرض المرأة للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) لا تقيّد حريتها في اختيار وسيلة منع الحمل.
- النساء المعرضات لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) مؤهلات لاستخدام جميع وسائل منع الحمل بدون قيود (الفئة 1 من معايير الأهلية الطبية) بما في ذلك حبوب البروجستوجين فقط؛ حقن الديبو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات في العضل/تحت الجلد (DMPA-IM/SC)، نورينيسيترون إينانات عن طريق الحقن؛ غرسات ليفونورجيستريل وإيتونوجيستريل؛

- ويُعتبر الإختبار والمتابعة المنتظمين للرضع أثناء الرضاعة الطبيعية أمراً بالغ الأهمية ويجب وضع الترتيبات اللازمة لذلك محلياً أو تقديم خدمة الإحالة.

ما هي فوائد منع انتقال العدوى في الفترة المحيطة بالولادة؟

- إنخفاض معدلات إصابة الرضع بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وزيادة عدد الأطفال الذين يتم إختبارهم عند الولادة (التشخيص المبكر للرضع). وعلى الصعيد العالمي، يتم إختبار 50 في المائة فقط من الأطفال المعرضين للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) في الأسابيع الثمانية الأولى من حياتهم، و 30 في المائة منهم فقط مرتبطون بمرافق الرعاية الصحية التي تقدم العلاج المضاد للفيروسات القهقرية.
- وتتيح الوقاية من انتقال العدوى في الفترة المحيطة بالولادة في هذا السياق نقطة دخول إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأوسع نطاقاً وأنواع أخرى من الرعاية الطبية للمستفيدات وأطفالهن والنساء غير الحوامل المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV). وتشمل فحص العدوى المنقولة جنسياً (STI)، وفحص سرطان عنق الرحم، ومنع الحمل، والرعاية الآمنة للإجهاض، والوقاية من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

الخانة 6: توصيات للحوامل المصابات بفيروس العوز المناعي البشري

- توصي منظمة الصحة العالمية بعدم التوصية بالولادة القيصرية الإختيارية بشكل روتيني للنساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري.
- بالنسبة إلى جميع النساء الحوامل، بغض النظر عن توقيت بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، قم بإجراء إختبار الحمل الفيروسي في الأسبوع الـ 34 إلى الـ 36 من الحمل (أو عند الولادة على أقصى تقدير) لتحديد المعرضات لخطر فشل العلاج و/أو اللاتي قد يلدن أطفالاً معرضين لخطر انتقال العدوى في الفترة المحيطة بالولادة.
- يوصى بتأخير ربط الحبل السري (الذي يتم إجراؤه بعد حوالي دقيقة إلى 3 دقائق من الولادة) لجميع الولادات أثناء بدء الرعاية الأساسية لحديثي الولادة في وقت واحد.
- ينبغي البدء في العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لجميع الحوامل والمرضعات المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري، بغض النظر عن المرحلة السريرية لمنظمة الصحة العالمية ومهما كان تعداد خلايا CD4، واستمراره مدى الحياة.
- بالنسبة إلى جميع النساء اللاتي يرضعن رضاعة طبيعية، بغض النظر عن وقت بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، يجب إجراء إختبار الحمل الفيروسي بعد 3 أشهر من الولادة وكل 6 أشهر بعد ذلك لاكتشاف نوبات الفيروس في خلال فترة ما بعد الولادة.
- يجب أن ترضع النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري رضاعة طبيعية لمدة 12 شهراً على الأقل ويمكنهن الاستمرار في الرضاعة الطبيعية لمدة تصل إلى سنتين أو أكثر مع دعمهن الكامل للإلتزام بمضادات الفيروسات القهقرية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية [26]

1.2.6 ما يحتاج مقدم الخدمة إلى القيام به

تتوافر فرص متعددة لمقدمي الخدمات العاملين في عيادة ما قبل الولادة لتقديم حزمة من تدخلات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV). ومنها:

- الوقاية من اكتساب فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لدى النساء المعرضات لخطر الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من خلال تقديم المشورة بشأن اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، واستخدام الوسائل الحائلة، والعلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والعلاج الوقائي بعد التعرض (PEP)، وفحص وعلاج العدوى المنقولة جنسياً (STI) بين المتعاضدين والمتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- الوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) إلى الجنين من خلال تحديد النساء المتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وتقديم المشورة بشأن أهمية تناول العلاج المضاد للفيروسات القهقرية والإلتزام به.
- توفير المتابعة والدعم المستمرين للنساء المتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وأسرهن وترتيب وتشجيع إقامة روابط أقوى مع الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأوسع نطاقاً للأشخاص المتعاضدين والمتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- تقديم المشورة بشأن منع الحمل بعد الولادة لمنع الحمل غير المرغوب فيه (أنظر الفصل 4: منع الحمل).
- توفير معلومات عن ممارسات تغذية الرضع والتشخيص المبكر للرضع والإحالة للمتابعة والدعم إذا لم تكن متوفرة محلياً.
- وهذه فرصة أساسية لمقدمي الخدمات لمناقشة الولادة في المرفق الصحي، وتقديم المشورة بشأن ممارسات الولادة الآمنة، والكشف عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. قد يحتاج المستفيدون والمستفيدات إلى الإحالة إلى أخصائي لمزيد من تقديم المشورة والعلاج.
- بالنسبة إلى النساء غير الحوامل، يجب على مقدم الخدمة:
- تقديم المشورة لجميع المراهقات حول فوائد العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية ومنع الحمل.
- تقديم المشورة لجميع النساء المتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بشأن فوائد منع الحمل.
- تقديم المشورة لجميع النساء بشأن التدابير الوقائية الأوسع نطاقاً مثل استخدام الوسائل الحائلة.

اللولب النحاسي واللولب الهرموني ليفونورجستريل؛ ووسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (وسائل منع الحمل الفموية المركبة، وسائل منع الحمل المركبة عن طريق الحقن، لاصقات منع الحمل المركبة، والحلقات المهبلية المركبة) [28] (أنظر الفصل 4: منع الحمل، الملحق 1)

النساء المتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV):

- ينبغي توفير وسائل منع الحمل للراغبات في منع الحمل للنساء المتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV)؛ ومع ذلك، لا ينبغي أبداً أن يكون استخدامها قسرياً. بالنسبة إلى النساء التي يسعين إلى الحمل، ينبغي مناقشة وعرض استراتيجيات لتقليل انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في الفترة المحيطة بالولادة.
- نقدم موجزاً لخيارات منع الحمل للنساء المتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) ضمن معايير الأهلية الطبية لاستخدام وسائل منع الحمل الهرمونية (أنظر الفصل 4: منع الحمل، الملحق 1).
- بسبب التفاعلات المحتملة بين بعض وسائل منع الحمل الهرمونية وبعض الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، يحتاج مقدمو الخدمة إلى الرجوع إلى التوصيات الخاصة بالتفاعلات المضادة للفيروسات القهقرية (متاحة ضمن معايير الأهلية الطبية - أنظر الفصل 4: منع الحمل، الملحق 1) عند تقديم المشورة للمستفيدات المتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بشأن فعالية وسائل منع الحمل. يجب أن تناقش المستفيدة المتعاضدة مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والتي تستخدم الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية تأثيرها المحتمل على فعالية وسائل منع الحمل مع مقدم الخدمة، حيث تختلف التوصيات في المراحل المختلفة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- وهذا يؤكد الحاجة إلى توافر مجموعة شاملة من وسائل منع الحمل، والإختيار المستنير، ومقدمي الخدمات الداعمين، بحيث تشعر النساء المتعاضدات مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أنه بإمكانهن استكشاف خياراتهن بعمق. ووفقاً لمعايير الأهلية الطبية (أنظر الفصل 4: منع الحمل، الملحق 1)، تستطيع النساء المصابات بعدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بدون أعراض والنساء المصابات بالإيدز استخدام معظم وسائل منع الحمل بأمان وفعالية.
- تظل الواقيات الجنسية (الذكورية والأنثوية) هي الوسيلة الوحيدة لمنع الحمل التي يمكن أن تقلل أيضاً من انتقال فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والأنواع الأخرى من العدوى المنقولة جنسياً.

3.6 الصحة المتنقلة والرقمية والرعاية الذاتية في الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وعلاجه

1.3.6 الصحة المتنقلة والرقمية

تمثل الهواتف المحمولة والإنترنت أو غيرها من المنصات الرقمية (مثل الرسائل القصيرة وتطبيقات وسائل التواصل الاجتماعي وتطبيقات المواعدة/مواقع الويب) فرصة غير مسبقة للوصول إلى المجتمعات والمستفيدين والمستفيدات وإشراكهم للمساعدة في تحسين الصحة الجنسية والإنجابية. بما في ذلك الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI) وفيروس العوز المناعي البشري (HIV) والرعاية. وتتوافر العديد من الإستراتيجيات لتصميم واستخدام الأدوات التكنولوجية لتحسين النتائج، بما في ذلك كيف تستطيع هذه الأدوات أن تساعد العيادات على تحسين الكفاءة والتغطية وجودة الرعاية، ومعالجة السلوكيات الصحية لدى الفئات السكانية الرئيسية.

وللحصول على معلومات إضافية حول دمج الصحة المتنقلة والرقمية في برامج العدوى المنقولة جنسياً/فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، انظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسياً، القسم 1.2.2.

2.3.6 الرعاية الذاتية والإختبار الذاتي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)

يُعتبر الإختبار الذاتي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) طريقة آمنة ودقيقة وفعالة للوصول إلى الأشخاص الذين قد لا يستطيعون إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بطريقة أخرى. وقد ثبت أن الإختبار الذاتي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) هو خيار تمكيني وسري ومقبول للغاية لدى العديد من المستخدمين والمستخدات. بما في ذلك الفئات السكانية الرئيسية، مثل الشباب، والفئات الأخرى. ويساعد الإختبار الذاتي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) على زيادة استقلالية المستفيد/المستفيدة، وإضفاء اللامركزية على الرعاية الصحية، وخلق الطلب على إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في صفوف غير المشمولين بالرعاية الحالية.

وفي إطار الإختبار الذاتي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، يستخدم الشخص مجموعة بسيطة وسريعة لإختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) لجمع العينات الخاصة به وإجراء الإختبار وتفسير نتائجه في الوقت والمكان المناسبين. يجب على الأفراد الذين لديهم نتيجة تفاعلية للإختبار السعي لإجراء المزيد من الإختبارات لدى مقدم الرعاية الصحية. وبعد ثبوت نتيجة الإختبار الذاتي السلبية، فإن إعادة الإختبار ضرورية فقط للمعرضين والمعرضات لخطر مستمر والذين يبلغون عن تعرضهم المحتمل لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) في فترة الـ 12 أسبوعاً السابقة للإختبار.

توصي منظمة الصحة العالمية بضرورة تقديم الإختبار الذاتي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) كنهج إضافي لإختبار الفيروس [30,29].

4.6 إعتبارات مهمة للسياقات الإنسانية

1.4.6 الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وعلاجه في السياقات الإنسانية وسياقات الأزمات

يمكن أن يزداد معدل انتشار العدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في حالات الطوارئ في حالة انخفاض مستويات تقديم الرعاية الصحية للوقاية والفحص والعلاج. قد تؤثر العدوى المنقولة جنسياً (STIs) بشكل خطير على الصحة الجنسية والإنجابية، وبعضها يزيد من خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV).

بالنسبة إلى الأشخاص المتعاضدين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV) الذين بدأوا بالفعل العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، يمكن أن يؤدي تعطيل العلاج أو إيقافه إلى تطوير مقاومة للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية ويزيد بشكل كبير من احتمال الإصابة بمرض خطير أو حتى الوفاة. يُعتبر ربط الأشخاص الذين يتناولون مضادات الفيروسات القهقرية بالعلاج المستمر أمراً حيوياً ومنقذاً للحياة.

إجراء إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) على عموم السكان غير ممكن في بداية الأزمة؛ الإستثناء الوحيد هو إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وتقديم المشورة في سياق برامج الوقاية من انتقال الفيروس في الفترة المحيطة بالولادة، والتي يجب أن تستمر لتقليل مخاطر إصابة الجنين والرضع بفيروس العوز المناعي البشري (HIV).

يجب إعادة توفير إختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بالكامل بمجرد إقرار جميع الأولويات الأخرى لحزمة الخدمات الأساسية الدنيا (MISP). وهذا يضمن إمكانية بدء العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بسرعة للأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). توصي منظمة الصحة العالمية ببدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لدى جميع المصابين والمصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) بغض النظر عن المرحلة السريرية المعتمدة لدى منظمة الصحة العالمية ومهما كان تعداد CD4 [25].

إن العلاج الوقائي بالكوتريموكسازول هو دواء بسيط جيد التحمل للوقاية من العدوى الانتهازية لدى الأشخاص المتعاضدين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV). ويوصى به للبالغين والبالغات (بما في ذلك الحوامل) والرضع والأطفال والمراهقين والمراهقات المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). وكذلك المستفيدين والمستفيدات المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) ومرضى السل النشط [17].

7. المراجع

- [1] منظمة الصحة العالمية. فيروس العوز المناعي البشري / الأيدز. حقائق رئيسية [موقع الويب]. نوفمبر 2021. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. تم الوصول بتاريخ 12 ديسمبر 2021.
- [2] منظمة الصحة العالمية. فيروس العوز المناعي البشري / الأيدز. المواضيع الصحية [موقع الويب]. متاح على: <https://www.who.int/health-topics/hiv-aids>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.
- [3] منظمة الصحة العالمية. Global health sector strategy on HIV: 2016–2021. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2016-05>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.
- [4] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. حزمة خدمات الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة الشاملة لفيروس العوز المناعي البشري. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF). 2020. متاح على: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-07/IPPF%20-%20Comprehensive%20HIV%20Services%20Package.pdf>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.
- [5] منظمة الصحة العالمية. مبادئ توجيهية موحدة بشأن الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وتشخيصه وعلاجه ورعاية الفئات السكانية الرئيسية. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>. تم الوصول بتاريخ 17 فبراير 2020.
- [6] منظمة الصحة العالمية. المبادئ التوجيهية الموحدة بشأن الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والاختبار والعلاج وتقديم الخدمات والرصد: توصيات لنهج الصحة العامة. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2021. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>. تم الوصول بتاريخ 12 ديسمبر 2021.
- [7] منظمة الصحة العالمية. المبادئ التوجيهية الموحدة بشأن خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشرية: 5 ج: الموافقة، والسرية، والاستشارة، والنتائج الصحية والاتصال. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2015. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179870>. تم الوصول بتاريخ 12 فبراير 2020.
- [8] منظمة الصحة العالمية. مبادئ توجيهية موحدة بشأن خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشرية من أجل وباء متغير. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2019. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-19-31>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.

**الهدف 3 من حزمة الخدمات الأساسية الدنيا (MISP):
الوقاية من انتقال العدوى وتقليل الأمراض والوفيات
الناتجة من فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
والأنواع الأخرى من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)**

- ترسيخ الممارسات الآمنة والعقلانية لنقل الدم
- التأكد من اتخاذ الإحتياطات القياسية
- ضمان توافر الواقيات الذكرية المجانية، وعند اللزوم (على سبيل المثال التي تستخدمها الفئات السكانية)، ضمان توفير الواقيات الأنثوية، وكذلك مواد التزليق المتوافقة مع نوع الواقي
- دعم توفير الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية (ARVs) لتمكين الأشخاص الذين كانوا بالفعل يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية (ART) قبل حالة الطوارئ من مواصلة علاجهم بدون انقطاع. بما في ذلك النساء المسجلات في برامج الوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى طفلها
- توفير العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) للناجين/لناجيات من العنف الجنسي حسب اللزوم، ولحالات التعرض المهني
- دعم توفير العلاج الوقائي بالكونترموكسازول للوقاية من العدوى الإنتهازية للمرضى الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو المعروف بالفعل أنهم متعايشون مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- ضمان توافر إدارة المتلازمات للعدوى المنقولة جنسياً في مرافق الرعاية الصحية

المصدر: IAWG [31].

يجب أن يكون العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) متاحاً للناجين/لناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وللذين/للواتي قد تعرضوا/تعرضن عن طريق الخطأ للدم (مثل عامل/عاملة الرعاية الصحية المصاب/المصابة بوخز الإبرة).

يجب أن تشمل تدابير الحد من انتقال العدوى المنقولة جنسياً وفيروس العوز المناعي البشري (HIV) توافر الواقي الجنسي وتوزيعه مجاناً. ومن الضروري ضمان توافر الواقي الذكري والأنثوي (مرزلاً). أو مع مواد التزليق المتوافقة مع الواقي الجنسي المستخدم، حسب الحاجة) في جميع المواقع المناسبة (في المرفق أو خارجه) منذ الأيام الأولى للاستجابة الإنسانية. لأن الواقي الجنسي يوفر أفضل حماية من العدوى المنقولة جنسياً (STIs). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV).



- [9] منظمة الصحة العالمية. إرشادات بشأن اختبار فيروس نقص المناعة البشرية للأزواج وتقديم المشورة بما في ذلك العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للعلاج والوقاية لدى الأزواج غير المتوافقين مصلًا: توصيات لنهج الصحة العامة. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2012. متاح على: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44646/9789241501972_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 3 مارس 2020.
- [10] منظمة الصحة العالمية. توصيات منظمة الصحة العالمية لضمان جودة اختبار فيروس نقص المناعة البشرية. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2015. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179521>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.
- [11] منظمة الصحة العالمية. Guidelines on HIV self-testing and partner notification supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2016. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251655>. تم الوصول بتاريخ 17 فبراير 2020.
- [12] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري/الإيدز. UNAIDS Terminology Guidelines. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز: 2015. متاح على: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf. تم الوصول بتاريخ 2 مارس 2020.
- [13] صندوق الأمم المتحدة للسكان. منظمة الصحة العالمية. برنامج الأمم المتحدة المشترك للإيدز. Position statement on condoms and the prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancy يوليو 2015. متاح على: http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention. تم الوصول بتاريخ 28 فبراير 2018.
- [14] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري/الإيدز. Condom and lubricant programming in high HIV prevalence countries. نيويورك: برنامج الأمم المتحدة المشترك للإيدز: 2014. متاح على: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/condoms_guidancenote_en.pdf. تم الوصول بتاريخ 28 فبراير 2018.
- [15] Grant RM, Pellegrini M, Defechereux PA, et al. Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. Clin Infect Dis. 2021;73(7):e2117–e2123.
- [16] منظمة الصحة العالمية. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2017. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255889>. تم الوصول بتاريخ 19 فبراير 2020.
- [17] منظمة الصحة العالمية. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach – December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2014. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145719>. تم الوصول بتاريخ 20 فبراير 2020.
- [18] منظمة الصحة العالمية. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2020. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333841>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.
- [19] Farley TM, Samuelson J, Grabowski MK, Ameyan W, Gray RH, Baggeley R. Impact of male circumcision on risk of HIV infection in men in a changing epidemic context—systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2020;23:e25490.
- [20] منظمة الصحة العالمية. Manual for male circumcision under local anaesthesia and HIV prevention services for adolescent boys and men. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2018. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/manual-for-male-circumcision-under-local-anaesthesia-and-hiv-prevention-services-for-adolescent-boys-and-men>. تم الوصول بتاريخ 20 فبراير 2020.
- [21] منظمة الصحة العالمية. Guideline on the use of devices for adult male circumcision for HIV prevention. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2013. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/93178>. تم الوصول بتاريخ 28 فبراير 2020.
- [22] مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، الشبكة الدولية لمتعاطي المخدرات، برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري/الإيدز، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، صندوق الأمم المتحدة للسكان، منظمة الصحة العالمية، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، تنفيذ برامج شاملة لفيروس العوز المناعي البشري وفيروس التهاب الكبد C مع متعاطي المخدرات بالحقن: إرشادات عملية للتدخلات التعاونية، فيينا: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة: 2017. متاح على: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_HIV-HCV-programmes-people-who-inject-drugs_en.pdf. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.



- [23] مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs. الدليل الفني. فيينا: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2019. متاح على: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf. تم الوصول بتاريخ 26 يونيو 2020.
- [24] منظمة الصحة العالمية. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach, second edition. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>. تم الوصول بتاريخ 12 فبراير 2020.
- [25] منظمة الصحة العالمية. What's new in treatment monitoring: viral load and CD4 testing. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2017. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2017.22>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.
- [26] منظمة الصحة العالمية. Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2021. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022232>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.
- [27] منظمة الصحة العالمية. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV – Guideline 2019. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2019. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549998>. تم الوصول بتاريخ 15 أبريل 2022.
- [28] منظمة الصحة العالمية. Contraceptive eligibility for women at risk of HIV. Guidance statement: recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2019. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550574>. تم الوصول بتاريخ 2 مارس 2020.
- [29] منظمة الصحة العالمية. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2019. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.
- [30] منظمة الصحة العالمية. WHO recommends HIV self-testing. إحاطة سياسية. ديسمبر 2016. متاح على: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251549/1/WHO-HIV-2016.21-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.
- [31] مجموعة العمل المشترك بين الوكالات والمعنية بالصحة الإيجابية في حالات الأزمات. الدليل الميداني المشترك بين الوكالات بشأن الصحة الإيجابية في الأوضاع الإنسانية. نيويورك: IAWG; 2018. متاح على: <https://iawgfieldmanual.com/manual>. تم الوصول بتاريخ 24 أكتوبر 2021.

8. الملاحق

الملحق 1: ملخص للعدوى المرافقة الرئيسية والأمراض المرافقة بين المتعاشين والمتعاشيات مع فيروس العوز المناعي البشري

العدوى	حقائق رئيسية	المظاهر السريرية	الكشف والتشخيص	الوقاية والعلاج
السل (TB) وداء المستشفيات	- العدوى الانتهازية الأكثر تكراراً التي تهدد حياة المتعاشين والمتعاشيات مع فيروس العوز المناعي البشري. سبب رئيسي للوفاة. - بعد البدء في العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية (ART) في الوقت المناسب وتنفيذ "العناصر الثلاثة" لفيروس العوز المناعي البشري/السل (زيادة اكتشاف حالات السل، والعلاج الوقائي بالإنزيمات (ART)، ومكافحة العدوى) أمراً بالغ الأهمية للوقاية من السل والوفيات الناجمة عن السل المرتبط بفيروس العوز المناعي البشري. - يحتاج مقدمو الخدمة إلى توثيق الحذر بشأن العلامات والعلاج أو الإحالة إلى مركز متخصص مبكراً إذا اشتبهوا في الإصابة أو إذا تم تشخيصها.	- حمى - السعال لأي مدة - فقدان الوزن - التعرق الليلي	- الفحص الروتيني باستخدام اختبار خوارزمية لها مظاهر سريرية - تحديد المستفيدين والمستفيدات المعجلين لتشخيص السل أو إعطاء علاج وقائي للسل	ثبت أن الاستخدام المشترك للعلاج الوقائي بالإنزيمات (ART) والعلاج المضاد للفيروسات القهقرية مفيد للوقاية من السل والوفاة، بما في ذلك من لديهم/هن عدد أكبر من خلايا CD4 يوصى باستبعاد السل في مرحلة اختبار فيروس العوز المناعي البشري
التهاب السحايا بالمستشفيات	عدوى انتهازية شائعة وسبب رئيسي للوفاة بين المصابين/ات بفيروس العوز المناعي البشري قبل وبعد بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية. لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب شرق آسيا	يحتاج إجراء التشخيص والفحص والوقاية من عدوى المستشفيات	نظم التحريض والتوحيد والصيانة متابعة وإدارة درجات السمية	

العدوى	حقائق رئيسية	المظاهر السريرية	الكشف والتشخيص	الوقاية والعلاج
العدوى المنقولة جنسياً (STIs)				
- يمكن أن تسبب العدوى المنقولة جنسياً (STIs) مضاعفات، وتنتقل إلى الشركاء الجنسيين، وتعزز انتقال فيروس العوز المناعي البشري. - وأدى هذا إلى زيادة الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري في ما يتعلق بتأثير كبح المناعة - قد تغير عدوى فيروس العوز المناعي البشري أيضاً التاريخ الطبيعي للعدوى المنقولة جنسياً. مثل عدوى فيروس الهريس البسيط - بالإضافة إلى ذلك، لوحظ فيروس الورم الحليمي البشري، والزهري، والعدوى المنقولة جنسياً (STIs) الأخرى في صفوف المصابين والمصابات بمرض فيروس العوز المناعي البشري المتقدم - من الضروري فحص العدوى المنقولة جنسياً (STIs) وتشخيصها وعلاجها بشكل مناسب، حيث أن معظم أنواع العدوى بدون أعراض، خاصة بين النساء - في حالة وجودها. يمكن أن تكون العدوى المنقولة جنسياً (سواء كانت مصحوبة بأعراض أم لا) بمثابة "علامة حمراء" تدل على خطر أكبر لانتقال فيروس العوز المناعي البشري خاصة لدى الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والعاملين والعاملات في مجال الجنس - يجب إخطار المستفيدين والمستفيدات الذين يذهبون إلى عيادات الصحة الجنسية والإنجابية بأن العدوى المنقولة جنسياً (STIs) مثل الزهري أو السيلان تزيد من خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري أو انتقاله ربما مرتين أو ثلاث مرات				
- تنتج عن الانتقال الجنسي لفيروس الورم الحليمي البشري عالي الخطورة (الأنواع الفرعية 16، 18 عادة) - قابل للشفاء إذا تم تشخيصه وعلاجه مبكراً - النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري أكثر عرضة للإصابة بآفة ما قبل السرطان وسرطان عنق الرحم العنقوي - يزيد خطر واستمرار عدوى فيروس الورم الحليمي البشري مع انخفاض عدد CD4 وارتفاع الحمل الفيروسي لفيروس العوز المناعي البشري	- في مرحلة ما قبل السرطان، لا توجد أعراض - يظهر السرطان مع نزيف مهبلي وإفرازات غير طبيعية	- باستخدام علم الخلايا أو الفحص البصري باستخدام حمض الأسيتيك، وفقاً للبروتوكولات المحلية، بغض النظر عن تناول العلاج المضاد للفيروسات القهقرية أو عدد CD4 أو الحمل الفيروسي - سوف يتطلب إجراء الفحص في كثير من الأحيان مرات أكثر من النساء غير المصابات بفيروس العوز المناعي البشري وفي جميع الأعمار	- مع العلاج بالتبريد أو استئصال بالعروة الكبيرة - يوصى بالتطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري قبل بدء النشاط الجنسي للوقاية من السرطانات التناسلية والثآليل التناسلية	- استئصال - التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري على النحو الوارد أعلاه
تنتج عن الانتقال الجنسي لفيروس الورم الحليمي البشري منخفض الخطورة (الأنواع الفرعية الشائعة 16، 11)	- كتل بلون اللحم، تشبه القرينيط في بعض الأحيان - مؤلم في بعض الأحيان	الفحص السريري	- استئصال - التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري	الثآليل التناسلية

العدوى	حقائق رئيسية	المظاهر السريرية	الكشف والتشخيص	الوقاية والعلاج
إلتهاب الكبد الفيروسي	• سبب متزايد للمرضة والوفيات بين الأشخاص المصابين مع فيروس العوز المناعي البشري في بعض المناطق، بما في ذلك في صفوف من يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية	• يتضمن النهج الشامل الوقاية، واختبار فيروس إلتهاب الكبد B وفيروس إلتهاب الكبد C، والتطعيم ضد إلتهاب الكبد B، والعلاج والرعاية للمصابين/ات بفيروس العوز المناعي البشري المصابين/ات بإلتهاب الكبد B و/أو إلتهاب الكبد C	• يتم تشخيص إلتهاب الكبد B باستخدام اختبارات الدم بعد التشخيص، من الضروري تقييم درجة تلف الكبد	• يوصى بالعلاجات الفموية (تينوفوفير، إنتيكافير) لأنها الأكثر فعالية
	• تصيب العدوى المزمنة بفيروس إلتهاب الكبد B من 5 إلى 20 في المائة من المصابين/ات بفيروس العوز المناعي البشري في جميع أنحاء العالم	• علامات المرض الحاد والمزمن (تشمع الكبد أو سرطان الكبد)إرقان الجلد والعينين	• منذ عام 2015، أوصت منظمة الصحة العالمية بعلاج كل مصاب/ة بفيروس إلتهاب الكبد B وفيروس العوز المناعي البشري، بغض النظر عن مرحلة مرض الكبد	• في كبح فيروس إلتهاب الكبد B الوقاية بكورس تطعيم ضد إلتهاب الكبد B
	• تنصّب العدوى المزمنة بفيروس إلتهاب الكبد B من 5 إلى 20 في المائة من المصابين/ات بفيروس العوز المناعي البشري في جميع أنحاء العالم	• فقدان الوزن	• يتم التشخيص عن طريق فحص الأجسام المضادة لفيروس إلتهاب الكبد C باختبار مصلي، إذا أثبتت نتائج الإختبار وجود أضداد لفيروس إلتهاب الكبد C، فمن الضروري إجراء إختبار الحمض النووي للكشف عن وجود الحمض النووي الريبي (الرنا) لفيروس إلتهاب الكبد C بغرض تأكيد الإصابة بعدوى فيروس إلتهاب الكبد C المزمن (بعض المصابين/ات بفيروس إلتهاب الكبد C يتخلصون تلقائياً من العدوى بفضل استجابة مناعية قوية بدون الحاجة إلى العلاج)	• تعتبر الأدوية المضادة للفيروسات، المسمّاة بالعوامل المضادة للفيروسات ذات المفعول المباشر (DAA)، أحدث العلاجات وأكثرها فعالية
	• بعد التشخيص، من الضروري تقييم درجة تلف الكبد	• أما بالنسبة إلى فيروس إلتهاب الكبد B	• بعد التشخيص، من الضروري تقييم درجة تلف الكبد	• لا يوجد لقاح ضد إلتهاب الكبد C
	• يصيب إلتهاب الكبد C من 5 إلى 15 في المائة، وترتفع النسبة إلى 90 في المائة بين متعاطي/ات المخدرات عن طريق الحقن	• الإرهاق المزمن	• علامات المرض الحاد والمزمن (تشمع الكبد أو سرطان الكبد)إرقان الجلد والعينين	• تعتبر الأدوية المضادة للفيروسات، المسمّاة بالعوامل المضادة للفيروسات ذات المفعول المباشر (DAA)، أحدث العلاجات وأكثرها فعالية
	• وهو سبب متزايد للمرضة والوفيات بين المصابين/ات بفيروس العوز المناعي البشري في بعض المناطق، بما في ذلك بين من يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، أو يتلقون اللقاحات بأدوات حقت مشتركة	• تورم في الساقين والكاحلين	• علامات المرض الحاد والمزمن (تشمع الكبد أو سرطان الكبد)إرقان الجلد والعينين	• لا يوجد لقاح ضد إلتهاب الكبد C
	• الإنتقال عن طريق الدم	• تورم في الساقين والكاحلين	• علامات المرض الحاد والمزمن (تشمع الكبد أو سرطان الكبد)إرقان الجلد والعينين	• لا يوجد لقاح ضد إلتهاب الكبد C

الفصل 8:

طب النساء وخدمات الرعاية الصحية الإيجابية الأخرى

286	1. مقدمة
286	2. البلوغ
287	3. إدارة حالات الأمراض النسائية الشائعة
287	1.3 نزيف الرحم غير الطبيعي
289	2.3 الأورام الليفية الرحمية
290	3.3 آلام الحوض
294	4.3 إنقطاع الطمث
295	4. إدارة الحالات الذكورية الشائعة
295	1.4 تضخم البروستاتا الحميد
296	2.4 القيلة المائية
296	3.4 إنفصال الخصبة
297	4.4 ضعف الانتصاب
298	5. مجموعات المتحولين جنسياً
298	1.5 أخذ التاريخ والفحص البدني
298	2.5 العلاج الجراحي والعلاج الطبي
299	3.5 العناية الروتينية بالصحة

299	6. العقم
299	1.6 الأسباب وعوامل الخطر
300	2.6 التقييم لدى الزوجين
300	3.6 تقديم المشورة والنصائح الطبية للأزواج المصابين/المصابات بالعقم
300	4.6 إدارة الحالات وعلاجها
301	7. سرطانات الجهاز التناسلي الشائعة
301	1.7 سرطان عنق الرحم
303	2.7 سرطان الثدي
305	3.7 سرطان البروستاتا
306	4.7 سرطانات أخرى في الجهاز التناسلي
310	9. الملاحق
	الملحق 1: خيارات العلاج للمستفيدين/للمستفيدات المنحولين/المنحولات جنسياً ومراقبة العلاج بالهرمونات المنحولين/للمنحولات جنسياً
310	
	الملحق 2: المعاينة البصرية بحمض الأسيتيك (VIA)
312	
	الملحق 3: وصف العلاج بالتبريد والإستئصال الجراحي الكهربائي الحلقي
314	
	الملحق 4: ملخص مخاطر الإصابة بسرطان الثدي
316	
	الملحق 5: خطوات الفحص الذاتي للثدي
317	

1. مقدمة

يُقصد بطب النساء مجال الطب الذي يدرس الجهاز التناسلي للأنثى. بينما يتناول طب الذكورة الجهاز التناسلي الذكري. قد يكون لدى ثنائيي/ات الجنس والمتحولين/ات جنسياً ومغايري/ات الهوية الجنسية مجموعة من الأعضاء التناسلية الأنثوية والذكورية والخصائص الجنسية، سواء بالولادة أو بسبب واحد أو أكثر من التدخلات الطبية أو الجراحية.

ويُقصد بالصحة الإنجابية صحة الجهاز التناسلي للفرد وعملياته ووظائفه في جميع مراحل حياته. من هنا تعني الصحة الإنجابية أن ينعم الجميع بحياة جنسية مُرضية وآمنة وأن يكون لهم القدرة "على الإنجاب وحرية اتخاذ أي قرار بشأن الإنجاب وتوقيته وعدد الأولاد" [1].

يبحث هذا الفصل أساسيات تقييم الصحة الإنجابية (الخصص والتحقيقات والتشخيص) والإدارة (العلاج و/أو الإحالة) ويغطي الأمراض النسائية وأمراض الذكورة الشائعة وسرطانات الجهاز التناسلي والعقم. للمزيد من المعلومات حول التقييم الأولي للمستفيد(ة) **الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/ تاريخ المستفيد(ة).**

2. البلوغ

البلوغ هو المرحلة العمرية التي يحدث فيها النضج الجنسي. عادة ما تبدأ الفتيات سن البلوغ قبل الفتيان. وتحدث هذه العملية عادةً بين 8 و 13 عامًا للفتيات و 9 و 14 عامًا للفتيان. وتسبب تغيرات جسدية تؤثر على الفتيات والفتيان بشكل مختلف. يشمل البلوغ سلسلة من التحولات البيولوجية والجسدية، بما في ذلك تطور الخصائص الجنسية الثانوية والقدرة على الخصوبة (الجدول 1). تُستخدم مراحل Tanner تانر بشكل شائع لوصف بداية وتطور تغيرات البلوغ [2]. يتم تصنيف الفتيان والفتيات على مقياس من خمس نقاط. المرحلة 1 هي مرحلة ما قبل المراهقة، بينما

الجدول 1: علامات وأعراض البلوغ

الفتيان (9-14 سنة)	الفتيات (8-13 سنة)
العلامات والأعراض • كبر حجم الخصيتين (كيس الصفن) والقضيب • نمو الشعر في منطقة العانة والإبطين • نمو الشعر في الوجه • نمو العضلات وخشونة الصوت	• نمو الثدي (قد يستخدم البعض مصطلح "براعم" الثدي) • نمو الشعر في منطقة العانة والإبطين • زيادة حجم الوركين والفخذين (تراكم الدهون) • بدء الحيض (هذا يحدث عادةً في النهاية)

قد يصاب كل من الفتيان والفتيات بحب الشباب ويعانون من طفرة في النمو

والأسباب غير الهيكلية مثل اضطرابات الإباضة (AUB-O)؛ آثار وسائل منع الحمل، مثل اللولب الرحمي أو حبوب منع الحمل الفموية (AUB-I)؛ واضطرابات النزيف (AUB-C). لا يتناول هذا النظام النزيف المهبلي أثناء الحمل، مثل الحمل خارج الرحم أو الإجهاض غير المكتمل (أنظر الفصل 9: صحة الأم) أو النزيف المرتبط بأسباب مُعدية (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسياً).

الجدول 2: نظام تصنيف PALM-COEIN لنزيف الرحم غير الطبيعي

COEIN (أسباب غير هيكلية)	PALM (أسباب هيكلية)
إعتلال التخثر (AUB-C)	بوليبات (AUB-P)
ضعف الإباضة (AUB-O)	العضال الغدي (AUB-A)
بطانة الرحم (AUB-E)	الورم العضلي الأملس (AUB-L)
علاجي المنشأ (AUB-I)	الأورام الخبيثة وفرط التنسج (AUB-M)
غير مصنف بطريقة أخرى (AUB-N)	

المصدر: Munro et al. [5].

2.1.3 تقييم وإدارة نزيف الرحم غير الطبيعي المزمن (الأعراض موجودة لمدة 6 أشهر أو أكثر)

1.2.1.3 أخذ التاريخ

بالإضافة إلى أخذ التاريخ الأساسي، ينبغي أن تركز الأسئلة المتعلقة باستبعاد نزيف الرحم غير الطبيعي المزمن على استبعاد الحمل، والعدوى، والسرطانات التناسلية، وتحديد مدى إنزعاج المستفيدة من الأعراض.

يكون فيها توقيت الجسم للنضج الجنسي متأخرًا عن النطاق الطبيعي للأعمار (أكبر من 14 عامًا). يمكن أن يكون كل من البلوغ المبكر والبلوغ المتأخر مؤشرًا على اضطراب إنتاج الهرمونات والاضطرابات الوراثية. وعليه، تدعو الحاجة إلى أخذ المزيد من تاريخ المستفيدة (ة) وإجراء المزيد من الفحوصات والبحوث التفصيلية لتأكيد الأسباب الكامنة. ويجب أيضًا تقديم المشورة والدعم النفسي للمستفيد(ين)ات وعائلاتهم أثناء هذه العملية. وبالإضافة إلى التعامل مع الأمراض الكامنة، يمكن استخدام المنتجات الهرمونية لإبطاء أو زيادة النمو الجنسي. وإذا لزم الأمر، يمكن إحالة المستفيد(ين)ات إلى أخصائي.

3. إدارة حالات الأمراض النسائية الشائعة

قد تظهر على المستفيدات أعراض تتطلب فحص أمراض النساء وتقييمها وبحث أسبابها وعلاجها. يتناول الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيدة (ة) إجراءات الفحص والتقييم. ويقدم هذا القسم مزيدًا من المعلومات عن حالات الأمراض النسائية الشائعة لنزيف الرحم غير الطبيعي، والأورام الليفية الرحمية، وآلام الحوض، وإنقطاع الطمث، والعقم.

1.3 نزيف الرحم غير الطبيعي

يحدث نزيف الحيض الطبيعي كل 24 إلى 38 يومًا بكمية متفاوتة من التدفق ويستمر بشكل عام لمدة أقل من 8 أيام مع عدم وجود نزيف حتى موعد الحيضة التالية. ونزيف الرحم غير الطبيعي هو أي تغير في الدورة الشهرية الطبيعية ويتم تصنيفه وفقًا لنظام تصنيف PALM-COEIN (الجدول 2).

تم التخلي عن المصطلحات التشخيصية، مثل غزارة الطمث، والنزف الرحمي، وقلة الطمث، ونزيف الرحم المختل وظيفيًا حيث لم يكن لها معنى أو تعريف متفق عليه باستمرار. يُعرّف نزيف الرحم غير الطبيعي المزمن بأنه نزيف غير طبيعي من الرحم يظهر في معظم الأشهر الستة السابقة [3، 4، 5].

1.1.3 الأسباب وعوامل الخطر

هناك أسباب متعددة لنزيف الرحم غير الطبيعي وقد يكون لكل مستفيدة أكثر من حالة أساسية واحدة. وقد لا يكون هناك سبب محدد في بعض الحالات. يتم تصنيف الأسباب المحتملة لنزيف الرحم غير الطبيعي وفقًا لأسباب هيكلية أو غير هيكلية في نظام تصنيف PALM COEIN (الجدول 2). من الأسباب الأكثر شيوعًا لنزيف الرحم غير الطبيعي الأسباب الهيكلية مثل البوليبيات (AUB-P) والأورام الليفية (AUB-L) وسرطانات الرحم أو عنق الرحم (AUB-M).

2.2.1.3 الفحص

بعد إجراء الفحص البدني العام، قم بفحص الجهاز التناسلي للمستفيدة على النحو المبين في الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة). من الضروري تحديد ما إذا كانت هناك علامات سريرية لفقر الدم، أو أسباب هرمونية لنزيف الرحم غير الطبيعي مثل قصور الغدة الدرقية، أو نتائج مَرَضِيَّةٍ مشتبه بها مثل الأورام الحميدة (البوليبيات) والسرطان.

بناءً على نتيجة الفحص، قم بإجراء المزيد من الفحوصات مثل فحص الدم أو وظيفة الغدة الدرقية أو الموجات فوق الصوتية أو خزعة بطانة الرحم أو فحص سرطان عنق الرحم لتأكيد التشخيص.

3.2.1.3 إدارة نزيف الرحم غير الطبيعي المزمن

تعتمد إدارة نزيف الرحم غير الطبيعي المزمن على السبب الكامن. عند العثور على الأسباب الهيكلية، مثل الأورام الليفية أو الأورام الخبيثة، قد تكون الإجراءات الجراحية ضرورية (أنظر القسم 2.2.3 للحصول على تفاصيل حول خيارات إدارة الأورام الليفية الرحمية). عندما يكون السبب الأساسي غير هيكلي، يجب أن يركّز العلاج على تحسين أي آثار ضارة على نوعية الحياة (الحياة الاجتماعية، والتوظيف، والرفاهية النفسية، والحياة الجنسية) بدلاً من التركيز على فقدان دم الحوض. ناقش مجموعة خيارات العلاج المتاحة مع المستفيدة، وإذا لزم الأمر، أطلب منها التواصل لإجراء المتابعة وإعادة التقييم.

بينما يمكن استخدام التوسيع والكحت لتقييم إصابة بطانة الرحم بفرط التنسج أو ورم خبيث، إلا أنه ليس علاجاً فعالاً لنزيف الرحم غير الطبيعي. يمكن استخدام الشفط باستخدام جهاز شفط يدوي لأخذ عَيَّةٍ من نسيج بطانة الرحم للخزعة.

ولا يُعتبر إستئصال الرحم علاجاً أولياً لنزيف الرحم غير الطبيعي ولا يوصى به إلا إذا فشلت العلاجات الأخرى ورغبت المستفيدة في ذلك بعد تقديم المشورة المناسبة.

بالنسبة إلى المراهقات، يحدث نزيف الرحم غير الطبيعي بشكل متكرر نتيجة لإنقطاع الإباضة المستمر بسبب عدم النضج أو خلل في المحور الوطائي - النخامي - المبيضي. قد يكون سبب نزيف الرحم غير الطبيعي لدى المراهقات هو استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية، أو الحمل، أو وجود عدوى في الحوض، أو اعتلالات التخثر، أو الأورام. قد تعاني حوالي 19 في المائة من المراهقات اللاتي يعانين من نزيف الرحم غير الطبيعي ويحتجن إلى دخول المشفى من اعتلال كامن في التخثر أساسي، مما يؤكد على أهمية فحص اضطرابات التخثر لديهن [6].

يحدث نزيف الرحم غير الطبيعي بشكل متكرر عند النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 19 و 39 عامًا نتيجة للحمل، والآفات الهيكلية (مثل الأورام العضلية الملساء أو الأورام الحميدة)، ودورات عدم الإباضة (مثل متلازمة المبيض المتعدد التكيسات [PCOS])، واستخدام وسائل منع الحمل الهرمونية، وتضخم بطانة الرحم. سرطان بطانة الرحم أقل شيوعاً ولكنه قد يحدث لدى هذه الفئة العمرية. لدى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 40 عامًا حتى سن إنقطاع الطمث، قد يكون نزيف الرحم غير الطبيعي ناتجاً من نزيف عدم الإباضة، والذي يمثل فسيولوجياً طبيعية استجابة لضعف وظيفة المبيض. وقد يكون أيضاً بسبب تضخم بطانة الرحم أو التسرطن، وضمور بطانة الرحم، والأورام العضلية الملساء [6].

علاجات الخط الأول لنزيف الرحم غير الطبيعي المزمن لدى المستفيدات غير الحوامل بدون أسباب هيكلية كامنة (بالنسبة إلى النزيف أثناء الحمل، أنظر الفصل 9: صحة الأم)

بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي لا يرغبن في الحمل حالياً:

- يقلل اللولب الرحمي الذي يفرز الليفونورجيستريل (LNG-IUD) من فقد الدم، بالرغم من أنه قد يستغرق ما يصل إلى 12 شهراً لتحقيق أقصى تأثير [7].
- وإذا كان اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD) غير مقبول، فيمكن أن يقلل نوريثيسترون وميدروكسي بروجستيرون أسيتات عن طريق الفم من حجم النزيف.

بالنسبة إلى المستفيدات اللاتي لديهن دورة شهرية منتظمة واللاتي يرغبن في الحمل ولا يرغبن في تناول الهرمونات أو اللاتي مُنَّعن من العلاج بالهرمونات، قم بتقديم ما يلي في فترة الحيض الشهري كعلاج أولي:

- مضادات الإلتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs)، مثل حمض ميفيناميك وإيبوبروفين، إذا كانت المستفيدات لا يعانين من حساسية تجاه مضادات الإلتهاب غير الستيرويدية.
- مضادات انحلال الفبرين، مثل حمض ترانكساميك.
- قم بإحالة المستفيدات اللاتي يرغبن في الحمل ولكن يعانين من عدم انتظام الدورة الدال على إنقطاع الإباضة إلى أخصائي لإجراء المزيد من التقييم، مع تقديم علاج مؤقت باستخدام الخيارات المذكورة أعلاه.

علاجات الخط الثاني

- علاجات الإستروجين والبروجستين المركبة، مثل حبوب منع الحمل المركبة، فعالة إذا لم ينجح البروجستين وحده (مثل اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)) أو إذا لم تتقبله المستفيدة.
- قد تفضل المستفيدات العلاج الجراحي الأقل توغلاً في شكل استئصال وإزالة بطانة الرحم وقد أصبح متاحاً على نطاق واسع في المرافق عالية المستوى.

1.2.3 الأسباب وعوامل الخطر

تتطور الأورام الليفية عند النساء في سن الإنجاب و"تتفاقم وتستمر بالتعرض للإستروجين والبروجستين" [8]. تشمل عوامل الخطر زيادة العمر (من سن البلوغ إلى سن اليأس)، والبلوغ المبكر، والسمنة، والعرق الأسود، والتاريخ العائلي [8]. في حين أن تكرار الولادات واستخدام وسائل منع الحمل الهرمونية عن طريق الفم أو عن طريق الحقن يقلل من المخاطر [9].

2.2.3 إدارة الحالات وعلاجها

يجب على مقدمي الرعاية الصحية أخذ تاريخ كامل للمستفيدة وإجراء الفحص المناسب لها. يجب أن يستبعد التقييم التشخيصي الأسباب الأخرى لكثرة الحوض ونزيف الرحم غير الطبيعي [6]. يجب تقييم كيف تؤثر الأورام الليفية على نوعية حياة المستفيدة وما إذا كانت المستفيدة ترغب في الحمل. إذا كان هناك تفكير في الجراحة، فقم بتقييم ملاءمة الجراحة (مثل السمنة أو وجود أمراض مصاحبة متعددة أو جراحة سابقة في البطن). هناك ثلاثة مسارات لإدارة الأورام الليفية الرحمية [10]:

- الإدارة التوقعية مناسبة للمستفيدات اللاتي ليست لديهن أعراض أو اللاتي يعانين من نزيف الرحم غير الطبيعي غير المصحوب بالألم واللاتي يرغبن في "الترقب والانتظار".
- الإدارة الطبية لنزيف الرحم غير الطبيعي المرتبط بالأورام الليفية هي نفسها بالنسبة إلى الأسباب الأخرى لنزيف الرحم غير الطبيعي.
- الإدارة الجراحية قد تكون ضرورية لمعالجة مضاعفات الأورام الليفية التي تضر بنوعية الحياة. يجب الإحالة إلى أخصائي لتقديم المشورة حول الجراحة.
- استئصال الورم العضلي يزيل الأورام الليفية فقط وهو الطريقة المفضلة للمستفيدات اللاتي يرغبن في الحفاظ على خصوبتهن.

قد تكون إزالة أو استئصال الرحم مناسبة للمستفيدات اللاتي لم تعد لديهن رغبة في الإنجاب. يجب تقديم المشورة للمستفيدات بشأن جميع خيارات العلاج المتاحة والتي يمكن الوصول إليها، مع مناقشة مخاطر وفوائد خيارات العلاج لتوجيه تقديم المشورة واتخاذ القرار المشترك [11].

3.1.3 تقييم وإدارة نزيف الرحم غير الطبيعي الحاد

يأتي عدد قليل من المستفيدات المصابات بالحالات الحادة لنزيف الرحم غير الطبيعي إما على شكل نوبة نزيف جديدة أو يسبقها تاريخ معروف لنزيف الرحم غير الطبيعي المزمن. وتعتمد الإدارة الفورية للحالة على الاستقرار السريري للمستفيدة (استبعد علامات صدمة نقص حجم الدم) ومستويات الهيموجلوبين. يمكن إيقاف النزيف فوراً من خلال الجمع بين نورينيسيترون أو ميدروكسي بروجسترون أسيتات وحمض ترانكساميك عن طريق الفم. اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD) ليس الخيار الأول لنزيف الرحم غير الطبيعي. إذا كان النزيف شديداً، فيمكن أخذ هرمون الإستروجين في الوريد أو الهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية (GnRH) في الاعتبار في المراكز المتخصصة.

2.3 الأورام الليفية الرحمية

الأورام الليفية، وتُسمى أيضاً الورم العضلي الأملس، هي ورم حميد شائع في الرحم يتكوّن من خلايا العضلات الملساء والأرومات الليفية. ويتراوح حجمها من بضعة مليمترات إلى 30 سم أو أكبر. تتطور بشكل عام ببطء وتستمر حتى سن اليأس. وبعد ذلك تنقلص عادة. ومعدل انتشارها غير معروف لأنها غالباً ما تكون بدون أعراض.

يمكن أن تسبّب الأورام الليفية نزيفاً غزيراً في الدورة الشهرية، وألماً في الحوض، وعسراً ثانوياً في الطمث، ومشاكل في المسالك البولية (تعدد مرات التبول، والإلحاح، وسلس البول، أو موه الكلية) ومشاكل غير محددة في الأمعاء (مثل الإنتفاخ، والإمساك). يمكن أن تتراقد الأورام الليفية أيضاً مع ضعف الخصوبة، ونادراً، بالمساكل المتعلقة بالحمل، مثل الحاجة إلى الولادة القيصرية أو الولادة المبكرة، أو سوء المجيء، أو الإجهاض التلقائي، أو الألم الحاد الناجم عن التغيرات التنكسية عندما ينمو الورم الليفي بسرعة في ظل وجود مستويات عالية من الهرمونات الجنسية أثناء الحمل، فاق إمدادها بالدم [8].

3.3 آلام الحوض

يمكن أن تكون آلام الحوض حادة أو مزمنة ويمكن أن تنشأ من الجهاز الهضمي أو البولي أو التناسلي. يركز هذا القسم على الحالات والأسباب المتعلقة بأمراض النساء، ولكن في ما يتعلق بآلام الحوض الحادة والمزمنة، من المهم النظر في الأسباب غير المتعلقة بأمراض النساء كجزء من التقييم.

1.3.3 آلام الحوض الحادة

1.1.3.3 الأسباب

قد يكون ألم الحوض الحاد ناتجًا من مرض التهاب الحوض (PID)، أو الحمل خارج الرحم، أو الإجهاض التلقائي، أو موت الجنين داخل الرحم، أو تقلصات الدورة الشهرية (عسر الطمث)، أو التواء المبيض، أو تمزق كيسات المبيض، أو أسباب أخرى. بما في ذلك الأسباب غير المتعلقة بأمراض النساء [12].

2.1.3.3 أخذ التاريخ والفحص واستقصاء الحالات

بالإضافة إلى أخذ التاريخ العام، من الضروري تقييم شدة الألم ومكانه وتواتره ومدته والأعراض المرتبطة به، مثل عسر الجماع

الجدول 3: التشخيص التفريقي لآلام الحوض الحادة

النساء في سن الإنجاب

الجهاز المعدي المعوي: التهاب الزائدة الدودية؛ انسداد الأمعاء؛ التهاب الرتج؛ التهاب المعدة؛ الفتق الإربي؛ متلازمة القولون العصبي؛ تخثر وريدي مساريقي؛ خراج حول المستقيم

أمراض النساء: عضال غدي؛ الورم الليفي الرحمي المتحلل؛ الحمل خارج الرحم؛ التهاب بطانة الرحم؛ ألم الإباضة؛ إنفصال المبيض؛ مرض التهاب الحوض؛ تمزق كيس المبيض؛ الخراج البوقي المبيضي

الجهاز البولي: التهاب المثانة؛ التهاب الحويضة والكلية؛ تحصي الحالب

أخرى: تمدد الأوعية الدموية الأبهرية المسلخ؛ التسمم بالرصاص؛ التمارض؛ التعلق بالمخدرات؛ البرفيره؛ أزمة الخلايا المنجلية؛ اضطراب الجسدنة

النساء الحوامل

ورم دموي في الجسم الأصفر؛ الحمل خارج الرحم، التهاب بطانة الرحم (ما بعد الولادة)؛ إنفصال المبيض؛ تجلط الأوردة المبيضية (ما بعد الولادة)؛ انفصال المشيمة؛ انحشار الرحم

المراهقون والمراهقات

على غرار النساء في سن الإنجاب، مع إضافة غشاء البكارة غير المثقوب والحاجز المهبل المستعرض

النساء بعد سن اليأس

على غرار النساء في سن الإنجاب، ناقص الحمل خارج الرحم وإنفصال المبيض

وعسر البول والغثيان/القيء. يجب على مقدمي الرعاية الصحية أن يضعوا في اعتبارهم أن الأسباب الأخرى غير المتعلقة بأمراض النساء، بما في ذلك التهاب الزائدة الدودية، قد تسبب أيضًا ألمًا حادًا في أسفل البطن. يوضح الجدول 3 التشخيصات التفاضلية لألم الحوض الحاد.

يجب إجراء الفحص والاختبار المناسبين لتأكيد التشخيص، مثل اختبار الحمل وفحص الحوض يدويًا. عدم وجود كتلة محسوسة لا يستبعد أكياس المبيض أو الحمل خارج الرحم كسبب للألم. يتضمن الجدول 4 (الصفحة التالية) أدلة سريرية من تاريخ المستفيدة وأدلة للفحص للمساعدة في تشخيص آلام الحوض الحادة.

3.1.3.3 إدارة الحالة

عندما تعاني المستفيدة من آلام الحوض الحادة، يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية منبهين لاحتمال أن تكون الجراحة مطلوبة بشكل عاجل (على سبيل المثال في حالة التواء المبيض والحمل خارج الرحم). عندما يكون هناك اشتباه قوي في حدوث مضاعفات خطيرة ولا تتوفر الجراحة في المرفق، قم بإعداد المستفيدة وترتيب الإحالة/التحويل في أقرب وقت ممكن.

الجدول 4: التاريخ وأدلة الفحص البدني لتشخيص آلام الحوض الحادة

التاريخ	القرائن السريرية	التشخيص المقترح
آلام الحوض في الجانبين	مرض التهاب الحوض	
عسر الطمث	داء بطانة الرحم، الورم الليفي الرحمي	
عسر الجماع	داء بطانة الرحم، تكيّسات المبايض	
عسر البول	مرض التهاب الحوض، عدوى المسالك البولية	
بيلة دموية جسيمة	حصوات كلوية، عدوى المسالك البولية	
ألم الحوض الأيسر	إلتهاب الرتج، حصوات الكلى، تمزّق كيس المبيض	
آلام منتصف الدورة الدموية	ألم الإباضة	
التقيؤ والغثيان	إلتهاب الزائدة الدودية، إنفصال المبيض	
هجرة الألم من منطقة ما حول السرة إلى الربع السفلي الأيمن من البطن	إلتهاب الزائدة الدودية	
الشعور بالألم في الأربية	حصوات الكلى، إنفصال المبيض	
ألم الحوض في الجانب الأيمن	إلتهاب الزائدة الدودية، حصوات الكلى، إنفصال المبيض، تمزّق كيس المبيض	
تكرار التبول	عدوى المسالك البولية	
نزيف مهلي	الحمل خارج الرحم، الورم الليفي الرحمي	
الإفرازات المهبلية	مرض التهاب الحوض	
كتلة في الملحقات	كيس الجسم الأصفر، رتج القولون، الحمل خارج الرحم، إنتباذ بطانة الرحم، تكيّسات جريبية، مرض التهاب الحوض، الأورام الليفية الرحمية	
آلام في جانبي البطن	مرض التهاب الحوض	
حركة عنق الرحم، الرحم، أو آلام الملحقات	مرض التهاب الحوض	
حمى	إلتهاب الزائدة الدودية، مرض التهاب الحوض، إلتهاب الحويضة والكلية	
إنخفاض ضغط الدم	الحمل خارج الرحم، تمزّق كيس المبيض النزفي	
ألم في الربع السفلي الأيسر من البطن	إلتهاب الرتج	
ألم في الربع السفلي الأيمن من البطن	إلتهاب الزائدة الدودية	
إفرازات صديدية مخاطية مهبلية	مرض التهاب الحوض	

2.3.3.3 آلام الحوض المزمنة

يُعرّف ألم الحوض المزمن بأنه "ألم متقطع أو مستمر في أسفل البطن أو الحوض تشعر به المرأة لمدة لا تقل عن 6 أشهر، ولا يقتصر حدوثه على فترة أثناء الحيض أو الجماع ولا يرتبط بالحمل" [13].

1.2.3.3 الأسباب

غالبًا ما يكون هناك أكثر من عنصر أو عامل مساهم في ألم الحوض المزمن وقد لا يمكن تحديد السبب (الأسباب) في التقييم الأولي. تشمل بعض أسباب آلام الحوض المزمنة انتباز بطانة الرحم ومرض التهاب الحوض المزمن والأورام الليفية ومتلازمة احتقان الحوض والعوامل النفسية [14].

2.2.3.3 أخذ التاريخ والفحص واستقصاء الحالات

يجب أن يسأل مقدمو الرعاية الصحية عن نمط الألم وارتباطه بمشاكل أخرى، بما في ذلك الأعراض النفسية والمثانة والأمعاء، وتأثير الحركة والوضعية على الألم، وما إذا كان يتمدد، وإذا كان هناك شيء يحسنه أو يزيد سوءًا.

تقديم الفحوصات والتقصي اللازم لتأكيد التشخيص، بما في ذلك الموجات فوق الصوتية، بنطوي تنظير البطن التشخيصي على مخاطر ويجب استخدامه فقط كإجراء تقصي من الدرجة الثانية.

3.2.3.3 إدارة الحالات وعلاجها

عالج الظروف الكامنة، حتى إذا لم يتم العثور على تفسير للألم في البداية، يجب بذل محاولات لعلاج الألم بشكل تجريبي ووضع خطة لإدارة الألم بالتعاون مع المستفيدة، بما في ذلك التحكم في الألم.

3.3.3 مرض التهاب الحوض

1.3.3.3 الأسباب وعوامل الخطر

يشير مرض التهاب الحوض (PID) إلى إصابة الجهاز التناسلي العلوي بسبب العدوى الصاعدة من عنق الرحم أو المهبل. وهناك أيضًا خطر تكوّن خراج بوقي مبيضي يؤدي إلى تندب وتشوّه قناتي فالوب، والذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى عقم البوق وزيادة خطر الحمل خارج الرحم، فضلاً عن آلام الحوض المزمنة، والسبب الأكثر شيوعًا لحدوثه هو عدوى عنق الرحم المنقولة جنسيًا (STI) المتدثرة الحثرية (الكلاميديا)، ولكن يمكن أيضًا أن يكون سببها النيسرية البنية (السليلان)، والمفطورة التناسلية، والغاردنريلا المهبليّة، والمستدمية النزلية، و الميورة الحالة لليوربا (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا) [15]. تشمل عوامل خطر الإصابة بمرض التهاب الحوض، العمر الذي يقل عن 25 عامًا، والشركاء/الشريكات الجنسيين/الجنسيات الجدد أو المتعددين/المتعددات، والجنس غير المحمي، والجنس مع شريك/شريكة تظهر عليه/ها أعراض، وصغر السن عند بدء النشاط الجنسي (أقل من 15 عامًا) [16].

2.3.3.3 أخذ التاريخ

يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية يقظين لدى تقييم المستفيدات اللاتي يعانين من أي درجة من آلام أسفل البطن لأن الأعراض قد لا تكون شديدة. إسأل عن تاريخ الإصابة العدوى المنقولة جنسيًا (STIs) و/أو الإصابة السابقة من مرض التهاب الحوض (PID). سوف يقيّم التاريخ الجنسي الشامل عوامل الخطر الأكثر شيوعًا لمرض التهاب الحوض. وهذا يشمل آليات طرح الأسئلة الحساسة (أنظر الفصل 3: تقديم المشورة و الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا).

3.3.3.3 الفحص واستقصاء الحالات

يُعتبر الفحص البدني الشامل العام لأمراض النساء أمرًا ضروريًا لاستبعاد الأسباب الأخرى لألم أسفل البطن، مثل انتباز بطانة الرحم وتمزّق كيس المبيض والتوائه، يجب استبعاد الحمل لأن الأعراض قد تكون ناتجة من الحمل خارج الرحم.

4.3.3.3 إدارة الحالات وعلاجها

عالج مرض التهاب الحوض (PID) الخفيف إلى المعتدل بالمضادات الحيوية عن طريق الفم، بدون ضرورة لبقاء المستفيدة بالمشفى. لا توجد فائدة إضافية لإعطاء المضادات الحيوية في الوريد إذا كانت المستفيدة قادرة على تناولها عن طريق الفم. تتضمن الخانة 1 (الصفحة التالية) ملخصًا لتنظيم المضادات الحيوية الوريدية العالمية الموصى بها لمرض التهاب الحوض (PID). ومع ذلك، إستشر والتزم بالإرشادات المحلية للعلاج بالمضادات الحيوية. نقاط تقديم المشورة التي يجب مناقشتها مع المستفيدة عند بدء العلاج:

- فوائد إخبار شريكها بوجود عدوى منقولة جنسيًا ومخاطرها إذا لم يتم اختبار أو علاج شريكها أيضًا.
- المخاطر طويلة المدى لعدوى الحوض (الآثار المحتملة على الخصوبة، وخطر الحمل خارج الرحم، وآلام الحوض المزمنة) وزيادة مخاطر الإصابة مرة أخرى.
- يجب تجنب ممارسة الجنس غير المحمي حتى يكتمل علاج المستفيدة وشريكها.

4.3.3.3 إنتباز بطانة الرحم والعضال الغدي

إنتباز بطانة الرحم مرض ينمو فيه نسيج مشابه لبطانة الرحم خارج الرحم، مما يسبب الألم و/أو العقم [18]. يتميز العضال الغدي بنمو أنسجة بطانة الرحم في جدار الرحم العضلي (عضل الرحم) مما يؤدي إلى نزيف حاد أو طويل في الدورة الشهرية، وعسر الطمث، وعسر الجماع، والنزيف بين الحيض، والعقم، أو يمكن أن يكون بدون أعراض [18].

الخانة 1: المبادئ التوجيهية العالمية للعلاج بالحقن لمرض التهاب الحوض الحاد

الخيارات الأساسية لنظام العلاج بالحقن (أحد الخيارات التالية):

1. سيفوتيتان 2 غم في الوريد كل 12 ساعة	زائد	دوكسيسيسكلين 100 مغ عن طريق الفم ^أ أو في الوريد كل 12 ساعة
2. سيفوكسيتين 2 غم في الوريد كل 12 ساعة	زائد	دوكسيسيسكلين 100 مغ عن طريق الفم ^أ أو في الوريد كل 12 ساعة
3. كلينداميسين 900 مغ في الوريد كل 8 ساعات	زائد	جرعة تحميل جنتاميسين في الوريد أو في العضل (2 مغ/كغ). تليها جرعة صيانة (1.5 مغ/كغ) كل 8 ساعات: يمكن الإستعاضة بجرعة واحدة يومية (3-5 مغ/كغ)

نظام الحقن البديل:

أمبيسيلين/سولباكتام 3 غم في الوريد كل 6 ساعات	زائد	دوكسيسيسكلين 100 مغ عن طريق الفم ^أ أو في الوريد كل 12 ساعة

^أ يجب إعطاء دوكسيسيسكلين عن طريق الفم إن أمكن بسبب ألم التسريب في الوريد.

المصدر: Workowski et al. [17].

1.4.3.3 أخذ التاريخ

أثناء أخذ التاريخ، يجب على مقدم الخدمة أن يشك في هذه الحالات لدى المستفيدات اللاتي من عارض أو أكثر من الأعراض التالية:

- إنتباز بطانة الرحم: آلام الحوض الدورية/المزمنة، الدورات الشهرية المؤلمة، الألم عند ممارسة الجنس، الألم مع حركات الأمعاء، التبول المؤلم، انتفاخ البطن، والعقم
- العضال الغدي: نزول دم الحيض الشهري بغزارة، آلام الدورة الشهرية، ألم عند ممارسة الجنس، وانتفاخ في البطن [20، 19]

2.4.3.3 الفحص واستقصاء الحالات

يجب على مقدم الخدمة إجراء فحص جسدي عام وفحص البطن وفحص الجهاز التناسلي، بما في ذلك فحص الحوض يدويًا. يمكن إجراء تصوير الحوض بالموجات فوق الصوتية إذا لزم الأمر [20، 19].

3.4.3.3 التشخيص

يمكن أن يتأخر التشخيص لسنوات عديدة لأن نتيجة الفحص والتقصي قد تبدو طبيعية، على الرغم من أن النتائج الطبيعية لا تستبعد هذه الحالات.

يوفر التاريخ الدقيق لأعراض الدورة الشهرية وآلام الحوض المزمنة الأساس للاشتباه في انتباز بطانة الرحم أو العضال الغدي. وبالرغم من أن العديد من أدوات الفحص والاختبارات قد تم اقتراحها واختبارها من أجل انتباز بطانة الرحم، إلا أنه لم يتم التحقق من صحة أي منها للتحديد أو التنبؤ الدقيق بالنساء أو الفئة السكانية الأكثر عرضة للإصابة بالمرض. يُعد الاشتباه المبكر في الإصابة بانتباز بطانة الرحم عاملاً رئيسيًا للتشخيص المبكر، حيث يمكن أن تظهر أعراض انتباز بطانة الرحم في كثير من الأحيان وتحاكي الحالات الأخرى وتساهم في تأخير التشخيص. بالإضافة إلى التاريخ الطبي، قد تكون هناك حاجة للإحالة من مستوى الرعاية الصحية الأولية إلى المراكز الثانوية حيث تتوفر فحوصات إضافية (مثل الموجات فوق الصوتية للحوض) [20، 19]. تُعتبر دراسات التصوير، مثل التصوير بالموجات فوق الصوتية، والتصوير بالرنين المغناطيسي، والتصوير المقطعي المحوسب مفيدة فقط في وجود كتلة الحوض أو الملحقات [21].

ويؤكد التحقق النسيجي، عادة بعد التصور الجراحي، تشخيص انتباز بطانة الرحم، خاصة للأفات السطحية الأكثر شيوعًا. ولا ينبغي أن تحول الحاجة إلى إجراءات تقصي إضافية أو تأكيد نسيجي بدون بدء العلاج الطبي التجريبي.

4.4.3.3 إدارة الحالات وعلاجها

علاج الخط الأول لانتباز بطانة الرحم أو انتباز بطانة الرحم المشتبه به هو المسكنات البسيطة، مثل الباراسيتامول و/أو مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs). يمكن تقديم العلاجات الهرمونية مثل وسائل منع الحمل الفموية المجمعة أو وسائل منع الحمل المكوّنة من البروجسترون فقط، بما في ذلك اللولب الهرموني ليفونورجيستريل (LNG-IUD)، لجميع المستفيدات المصابات بانتباز بطانة الرحم المشتبه به أو المؤكد إذا كن لا يحاولن الحمل. لا تُعتبر خيارات العلاج هذه علاجًا لانتباز بطانة الرحم، ولكنها تساعد بدلاً من ذلك في إدارة الأعراض وتحسين نوعية الحياة. قد تبدأ هذه العلاجات بدون تشخيص رسمي لانتباز بطانة الرحم.

إذا لم تستجب الأعراض للعلاجات الطبية، فقد تكون الجراحة خيارًا. كما أن التصوير المباشر لأفات انتباز بطانة الرحم على الأعضاء أو جدران الحوض جنبًا إلى جنب مع التأكيد النسيجي يوفّر تشخيصًا نهائيًا لانتباز بطانة الرحم. أثناء الجراحة، يمكن أيضًا تصوير الالتصاقات (النسيج الندبي) و/أو أكياس المبيض وعلاجها مباشرة عن طريق إزالتها واستئصال تكتّسات المبيض. يجب أن يتم ذلك في مرفق جيد التجهيزات بواسطة جراحين مدربين. تنطوي الإدارة الجراحية للحالة على مخاطر، بما في ذلك خطر تكوّن الالتصاق الإضافي الذي يمكن أن يؤدي إلى تفاقم آلام الحوض.

يمكن استخدام إدارة مماثلة للحالة، بما في ذلك الإدارة التوقعية، والإدارة الطبية، والإدارة الجراحية (مثل استئصال الرحم) لعلاج المصابات بالعضال الغدي.

وبالنسبة إلى كل منهما، غالبًا ما تكون هناك حاجة إلى نهج علاجي متعدد التخصصات يعالج الأعراض المختلفة والصحة العامة ويتطلب الإحالة إلى متخصصين مختلفين، مثل أخصائيي العلاج الطبيعي وعلماء النفس، بالإضافة إلى أطباء أمراض النساء/متخصصي العقم.

انتباز بطانة الرحم/العضال الغدي والعقم: إحالة المستفيدات اللاتي يعانين من انتباز بطانة الرحم المعروف أو العضال الغدي اللاتي يرغبن في الحمل إلى مرفق متخصص. إذا لزم الأمر، يمكن العثور على معلومات إضافية في [القسم 6: العقم](#).

4.3 إنقطاع الطمث

إنقطاع الطمث هو توقف طبيعي ودائم للحيض بسبب توقف نشاط حويصلات المبيض. يمكن تشخيصه بعد 12 شهرًا من إنقطاع الطمث، وفي ذلك الوقت تدخل المرأة حالة ما بعد إنقطاع الطمث. عادة ما يحدث إنقطاع الطمث، أو آخر دورة شهرية، في أوائل الخمسينيات من العمر. إذا حدث ذلك قبل سن الأربعين، يتم تعريفه على أنه إنقطاع الطمث المبكر.

تشير فترة إنقطاع الطمث إلى السنوات التي سبقت تشخيص إنقطاع الطمث، وتتميز بدورات الإباضة والحيض غير المنتظمة بشكل متزايد، ونوبات إنقطاع الطمث لفترات طويلة، وأخيرًا توقف الحيض تمامًا.

تتعرض المستفيدات اللاتي يعانين من إنقطاع الطمث المبكر لخطر متزايد للوفاة والمرضاة الخطيرة، بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية، والتدهور الإدراكي، والخرف، والشلل الرعاشي، وهشاشة العظام بسبب انخفاض مستويات هرمون الاستروجين. كما تؤدي فترة ما بعد إنقطاع الطمث إلى زيادة مخاطر الإصابة بهشاشة العظام وأمراض القلب والأوعية الدموية والسكتة الدماغية والتغيرات الضمورية في المهبل والمثانة، وذلك بسبب انخفاض هرمون الاستروجين والتأثيرات الأخرى للشخصية [23,22].

1.4.3 أخذ التاريخ والفحص والتقصي والتشخيص

يُعتبر تشخيص إنقطاع الطمث سريريًا ورجوعيًا على أساس توقف الحيض لمدة 12 شهرًا. لن تظهر الأعراض على جميع النساء، ولكن قد يعاني البعض من الهبات الساخنة والتعرق الليلي وتغيرات الحالة المزاجية والاضطرابات الجنسية واضطراب النوم. يجب على مقدمي الخدمات تقييم شدة الأعراض ومدى تأثيرها على نوعية حياة المستفيدة.

لا تكون هناك حاجة دائمًا إلى اختبار الدم، مثل الهرمون المحفز للحويصلات، ولكن يمكن أن يؤكد تشخيص إنقطاع الطمث إذا لزم الأمر.

لا يلزم إجراء الفحوصات والتقصي بشكل عام إلا لاستبعاد الأسباب المحتملة الأخرى للأعراض (مثل الحمل، ومرض الغدة الدرقية، ومتلازمة المبيض المتعدد التكتّسات) [23,22].

2.4.3 إدارة الحالات وعلاجها

يجب أن تكون رعاية المستفيدات اللاتي يعانين من أعراض سن اليأس حسب كل حالة تبعًا لطبيعة الأعراض وتفضيلاتهن.

يمكن للعلاج بالهرمونات البديلة في شكل تركيبات من الإستروجين/البروجستين، إذا كان متاحًا، أن يقلل الهبات الساخنة بنسبة 80 إلى 90 في المائة ويزيد من إحساس المستفيدة بالراحة. ضع في اعتبارك مضادات الإكتئاب إذا كانت الأعراض نفسية ومتعلقة بالحالة المزاجية.

4. إدارة الحالات الذكورية الشائعة

طب الذكورة هو تخصص طبي يركز على صحة الذكور، بما في ذلك الجهاز التناسلي الذكري والجهاز البولي. ويختلف عن طب النساء، فقد تمت دراسة طب الذكورة كتخصص متميز فقط منذ أواخر الستينيات. ويشمل طب الذكورة عددًا كبيرًا من الحالات والوظائف، بما في ذلك مشاكل القضيب واضطرابات الجهاز البولي التناسلي وخصوبة الذكور. الإجراءات الشائعة هي قطع القناة الدافقة والختان واستئصال البروستاتا. ويغطي هذا القسم تضخم البروستاتا الحميد (BPH)، والقيلة المائية، وانفصال الخصية، وضعف الانتصاب. وتتم مناقشة سرطان البروستاتا مع سرطانات الجهاز التناسلي الأخرى. بالنسبة إلى العدوى المنقولة جنسيًا، أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا.

1.4 تضخم البروستاتا الحميد

يسمى تضخم البروستاتا الحميد أيضًا باسم تضخم غدة البروستاتا. وهذه حالة شائعة عندما يتقدم الرجال في السن. ويمكنها أن تسبب مشاكل في المثانة أو الحالب أو حتى الكلى. تشمل عوامل الخطر الشيخوخة، والتاريخ العائلي، والسمنة، والأمراض الطبية الكامنة (مثل مرض السكري) [26].

1.1.4 أخذ التاريخ والفحص والتقصي والتشخيص

تشمل العلامات والأعراض الشائعة تكرار مرات التبول والإلحاح والتبول الليلي وصعوبة بدء التبول. لا يرتبط حجم غدة البروستاتا بشدة الأعراض. من الضروري استبعاد الأسباب المحتملة الأخرى، مثل عدوى المسالك البولية وحصوات الكلى والسرطانات أثناء أخذ التاريخ والتقييم.

يستطيع مقدمو الرعاية الصحية إجراء فحص المستقيم أو الموجات فوق الصوتية للتحقق من تضخم البروستاتا. يمكن تقييم سرطان البروستاتا باختبار مستضد البروستاتا النوعي وخزعة البروستاتا [26].

يجب تقديم المشورة العامة حول مراحل وأعراض إنقطاع الطمث، والعلاجات المتاحة والمخاطر المرتبطة بها، والمشورة بشأن صحة العظام، ومجموعات الدعم.

قدّم نصائح عامة غير طبية حول التعامل مع الهبات الساخنة/التعرق الليلي مع تدابير الرعاية الذاتية وتغييرات السلوك، بما في ذلك تجنب الكحول والكافيين والملابس الثقيلة والتوتر [23,22].

3.4.3 منع الحمل في فترة إنقطاع الطمث

يمكن نصح المستفيدات بأنه يمكنهن التوقف عن منع الحمل في سن الـ 55 لأن الحمل التلقائي بعد هذا العمر نادر جدًا [24]. أخبر المستفيدة أنه في حين أن الخصوبة ستتناقص بشكل طبيعي، لا تزال هناك حاجة إلى وسائل منع الحمل الفعالة قبل إنقطاع الطمث إذا كانت ترغب في تجنب الحمل.

قد تجد المستفيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة أن أعراضهن في فترة ما قبل إنقطاع الطمث غير ظاهرة وقد تظهر فقط إذا تم إيقاف وسيلة منع الحمل. يمكن استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المركبة كبديل للعلاج بالهرمونات البديلة للسيطرة على الأعراض الحركية الوعائية ولمنع فقدان كثافة المعادن في العظام. قد يكون لاستخدام مضادات الاكتئاب (مثبطات إعادة التقاط السيروتونين الانتقائية ومثبطات امتصاص السيروتونين والنوربينفرين) أيضًا بعض التأثير في علاج الأعراض الحركية الوعائية المرتبطة بإنقطاع الطمث [25].

4.4.3 نزيف ما بعد إنقطاع الطمث

يجب اعتبار كل نزيف بعد إنقطاع الطمث (12 شهرًا أو أكثر بعد آخر دورة شهرية) غير طبيعي. السبب الأكثر شيوعًا للنزيف الخفيف أو الضئيل بعد إنقطاع الطمث هو ضمور الجهاز التناسلي السفلي أو عدم انتظام الإباضة. يمكن أن يحدث نزيف ما بعد إنقطاع الطمث، وهو الأقل شيوعًا، بسبب تضخم بطانة الرحم وسرطان بطانة الرحم.

يجب أن يشمل التقييم الأولي تاريخًا شاملاً للنزيف (بما في ذلك مراجعة مواعيد النزيف إذا كانت متاحة) وفحص أمراض النساء بما في ذلك فحص المنظار وفحص الحوض يدويًا لتقييم حالة المهبل وعنق الرحم والرحم. وإذا استمر النزيف و/أو لم يتم تحديد سبب النزيف من خلال التاريخ المرضي والفحص البدني، فقد يكون هناك مبرر الآن لأخذ خزعة من بطانة الرحم أو التوسيع والكحت لتقييم تضخم بطانة الرحم أو السرطان.

2.1.4 العلاجات الطبية والجراحية

تتوفر مجموعة متنوعة من العلاجات لمرض تضخم البروستاتا الحميد. والهدف منها تخفيف الأعراض. إذا لم تكن هناك أعراض أو كان من الممكن احتمال الأعراض، فإن العلاج ليس ضروريًا.

العلاج الطبي هو الخيار الأكثر شيوعًا لمرض تضخم البروستاتا الحميد الخفيف إلى المتوسط. ومن بين الخيارات حاصرات ألفا ومثبطات اختزال 5 ألفا وتادالافيل. بالإضافة إلى تضخم البروستاتا الحميد، يمكن أن يعالج تادالافيل ضعف الانتصاب. بالنسبة إلى المستفيدين الذين يعانون من أعراض متوسطة إلى شديدة، يمكن النظر في الأساليب الجراحية الباضعة ولكن بدرجة طفيفة، مثل استئصال البروستاتا عن طريق الإحليل والعلاج بالليزر.

تُعتبر الرعاية في المتابعة ضرورية، سواء اختار المستفيدون مراقبة الأعراض أو الخضوع للعلاج الطبي أو الخضوع للعلاج الجراحي. يجب على مقدمي الرعاية الصحية مراجعة شدة الأعراض وتقديم الاقتراح الأنسب بناءً على نوعية حياة المستفيد.

2.4 القيلة المائية

القيلة المائية عبارة عن تجمع السائل المصلي بين طبقات الغشاء الذي يحيط بالخصية أو على طول الحبل المنوي. ويحدث هذا بشكل شائع لدى الرضع الذكور وحديثي الولادة. وفي معظم الحالات، تزول الحالة تلقائيًا في خلال السنة الأولى من العمر. لدى المراهقين والبالغين الذكور، عادةً ترتبط القيلة المائية بتاريخ سابق للصدمة والعدوى والجراحة والورم. عادة لا تؤثر القيلة المائية على الخصوبة [27].

1.2.4 الفحص والتشخيص

المظهر السريري تورم غير مؤلم في كيس الصفن. يمكن إجراء التشخيص عن طريق الفحص البدني. ليس الفحص بالموجات فوق الصوتية ضروريًا دائمًا ولكن يمكن استخدامه لدعم التشخيص. وهناك نوعان من القيلة المائية، اتصالية وغير اتصالية. عادةً تظل القيلة المائية غير الاتصالية بحجم مماثل، في حين أن القيلة المائية الاتصالية تنصل بالسائل البطني، مما يؤدي إلى تغيير الحجم وتطور فتق محتمل [27].

2.2.4 العلاج

يعتمد العلاج على عمر المستفيد والأعراض التي تسببها القيلة المائية. ويمكنها عادة أن تزول عندما تتحسن الحالة الأساسية. وتستطيع الأدوية أن تعالج الحالة الأساسية ولكن ليس القيلة المائية في حد ذاتها. وإذا استمرت الأعراض، يجب على مقدم الرعاية الصحية مناقشة العمل الجراحي مع المستفيد. وهذا يمكن أن يمنع المزيد من المضاعفات، مثل الفتق [27].

3.4 إنفصال الخصية

إنفصال الخصية عبارة عن التواء الحبل المنوي ومحتوياته، وهو حالة جراحية طارئة. و يحدث عادة للفتيان والمراهقين. ويجب استبعاد الإنفصال عندما يعاني المستفيدون من ألم حاد في كيس الصفن. ويُعتبر التعرف والعلاج في الوقت المناسب ضروريين لإنقاذ الخصية [28].

1.3.4 أخذ التاريخ والفحص والتشخيص

عادةً يعاني المرضى المصابون بانفصال الخصية من ألم حاد وشديد في كيس الصفن وغثيان وقيء. تشمل بعض الأعراض الأخرى غير النوعية الحمى أو مشاكل المسالك البولية. قد يكشف الفحص البدني عن وجود خصية معلقة وعدم وجود منعكس المشمرة. يمكن أن يكون اتجاه الخصية المصابة الأفقي غير طبيعي. إنفصال الخصية هو تشخيص سريري لذلك فإن دراسات الصور، مثل الموجات فوق الصوتية، ليست ضرورية. فترة العلاج هي 4 إلى 8 ساعات فقط لإنقاذ الخصية. عند الاشتباه في حدوث انفصال، يجب على مقدمي الرعاية الصحية ترتيب إجراءات الاستكشاف الجراحي في أسرع وقت ممكن لتجنب الضرر الإقفاري الدائم. ويُفضل الاستكشاف الجراحي السلبي على التشخيص الفائق. يجب إحالة المستفيدين إذا لزم الأمر [28].

2.3.4 إدارة الحالة

يجب محاولة رد الانفصال يدويًا إذا لم تكن الجراحة متاحة على الفور. ومع ذلك، لا ينبغي أن يحل محل التدخل الجراحي أو يؤخره. يتم إجراء رد انفصال الحبل المنوي المصاب حتى تختفي الإلتواءات. يجب النظر في استئصال الخصية عند ظهور تنخر كبير في الخصية المصابة. يجب إجراء تثبيت الخصية في الجانب المقابل بغض النظر عن قابلية الخصية المصابة للبقاء [28].

4.4 ضعف الانتصاب

2.4.4 إدارة الحالة

إذا عُرِفَت مسببات المرض المحددة، فقم بمعالجة الحالة الأساسية. في معظم الحالات، يكون علاج ضعف الانتصاب تجريبياً. يستطيع مقدمو الرعاية الصحية البدء من تعديل نمط الحياة ومراجعة أدوية المريض وإضافة علاجات الخط الأول باستخدام مثبطات الفوسفوديستراز من النوع 5 (PDE5) أو اقتراح أجهزة الانتصاب الفراغي لتحسين نوعية حياة المريض. مثبطات PDE5 المختلفة لها مميزات مختلفة. يوضح الجدول 5 مقارنة بين مثبطات PDE5 المختلفة. يجب على مقدمي الرعاية الصحية شرح التأثيرات والآثار الجانبية لمثبطات PDE5 والسماح للمرضى باختيار الدواء الذي يناسبهم. تُعتبر أجهزة الانتصاب بالفراغ خياراً غير دوائي، حيث تخلق فراغاً بالضغط السلبي لسحب الدم إلى القضيب. يجب على المرضى استخدام هذه الأجهزة بحذر. لأن الاستخدام غير الصحيح يمكن أن يتسبب في حدوث ورم دموي وبقع جلدية. تشمل الخيارات الأخرى الحقن داخل الكهف والعمليات الجراحية، مثل زراعة القضيب الاصطناعي، والتي تتطلب رعاية من أخصائي.

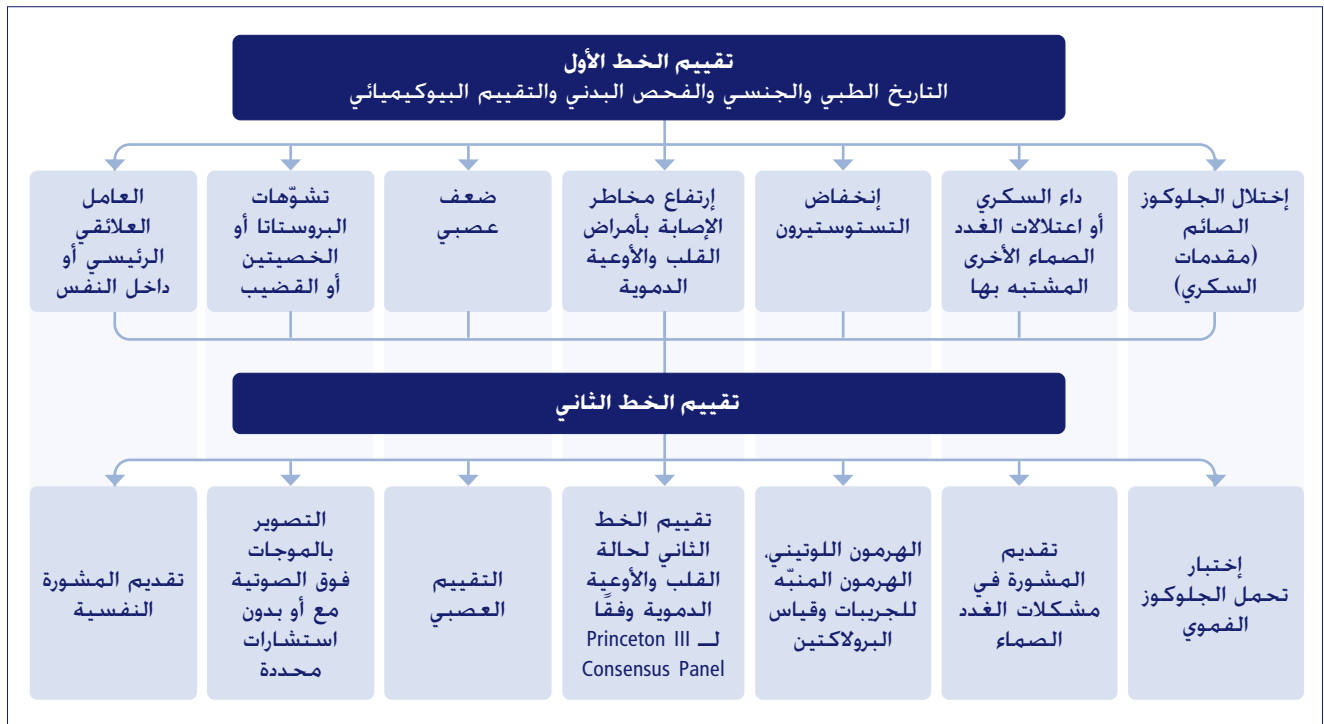
وتظهر على العديد من الأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتصاب أعراض الإكتئاب والقلق. ولا يشكل العجز الجنسي مشكلة فقط للفرد ولكن أيضاً للشريك/ة. يرتبط تحسين الوظيفة الجنسية بشكل كبير بالاستجابة للعلاج لدى الشريك. يجب على مقدمي الرعاية الصحية تقديم الدعم لكل منهما، إذا لزم الأمر [29].

ضعف الانتصاب هو عدم القدرة على تحقيق الانتصاب أو استمراره. يحدث الانتصاب الذكري بشكل انعكاسي أو نفسي. وهذا يعني أن ضعف الانتصاب يمكن أن يكون اضطراباً نفسياً أو متعلقاً بالغدد الصماء أو غير الغدد الصماء أو مختلط. بغض النظر عن الأسباب، فإن ضعف الانتصاب له آثار سلبية على العلاقات الشخصية والمزاج ونوعية الحياة. ينتشر ضعف الانتصاب لدى كبار السن؛ ويعاني أكثر من نصف الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 40 و 70 عاماً من ضعف خفيف إلى متوسط في الانتصاب [29].

1.4.4 أخذ التاريخ والفحص والتشخيص

يمكن أن تؤدي العديد من العوامل إلى ضعف الانتصاب. يجب أن يأخذ مقدمو الرعاية الصحية تاريخاً مفصلاً لتحديد السبب الأساسي واقتراح العلاج المناسب. يمكن أن يؤثر الكحول والتدخين وزيادة الوزن/السمنة والعادات الغذائية غير الصحية على قوة الانتصاب. تشمل عوامل الخطر الأخرى مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية وتضخم البروستاتا الحميد والأدوية والأسباب النفسية. يجب أن يُدرك مقدمو الرعاية الصحية أن جميع حالات الضعف الجنسي تسبب التوتر ويمكن أن تؤدي إلى اضطرابات نفسية. يوضح الشكل 1 إجراء تشخيصاً مقترحاً للمرضى الذين يعانون من ضعف الانتصاب [29].

الشكل 1: العمل التشخيصي المقترح للمرضى الذين يعانون من ضعف الانتصاب



الجدول 5: خصائص مثبطات الفوسفوديستراز من النوع 5 المتاحة

إسم الدواء	الإسم التجاري (شركة)	ذروة الإمتصاص بعد تناول (ساعات)	نصف عمر المصل (ساعات)	التناول على معدة فارغة؟
سيلدينافيل*	الفياجرا (فايزر)	2-1	3-5	نعم
فاردينايفيل*	ليفيترا (جلاكسو سميث كلاين)	2-1	3-5	نعم
تادالافيل	سباليس (إيلي)	4-2	18	لا
أفانافيل	ستيندرا (ميتسوبيشي تانابي)	0.5	6	لا

* ضع في اعتبارك تناولها قبل الأكل بساعة إلى ساعتين.

المصدر: منقول بتصرف/مترجم بإذن من [29]: Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. [29]: Erectile dysfunction. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16003

الموجود بدلاً من المظهر الجندري. قد يكون فحص الصدر والأعضاء التناسلية مزعجاً للمستفيدين/للمستفيدات. يجب على مقدمي الرعاية الصحية شرح أهمية الفحص قبل إجراء أي فحص.

5. مجموعات المتحولين جنسياً

النوع الاجتماعي (الجندر) هو بناء اجتماعي يُحدد به الجنس عادة عند الولادة بناءً على خصائص الأعضاء التناسلية. وتُشير مصطلح الهوية الجندرية الشعور الداخلي للفرد بالذات. ويُشير مصطلح المتحول(ة) جنسياً إلى الفرد الذي تختلف هويته الجندرية الذاتية عن الجنس الذي تم تحديده عند الولادة. على سبيل المثال، فإن المرأة المتحولة جنسياً أو الشخص المتحول جنسياً من ذكر إلى أنثى هو فرد تم تعيينه كذكر عند الولادة ولكنه يعرف نفسه على أنه امرأة. يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على دراية بأهمية القضايا الصحية للمتحولين والمتحولات جنسياً. بما في ذلك دعم الصحة النفسية، وتوافر العلاج الهرموني والعلاج الجراحي، والمتابعة. سوف يستفيد مقدمو الرعاية الصحية للمستفيدين من المتحولين والمتحولات جنسياً من التدريب على التوعية الجندرية في تقديم المشورة وتسجيل التاريخ والفحص البدني والعلاج. بشكل عام، يمكن تحسين معرفة المتخصصين في الرعاية الصحية بالخيارات الإنجابية المتاحة في مجتمع المتحولين والمتحولات جنسياً. من الممكن حدوث الحمل بعد حدوث التحول، وبالتالي يظل تقديم مشورة منع الحمل جزءاً مهماً من الرعاية الصحية [30,31,32].

1.5 أخذ التاريخ والفحص البدني

يجب على مقدمي الرعاية الصحية مخاطبة المستفيدين المتحولين والمتحولات جنسياً بالإسم والضمائر والهوية الجندرية التي يفضلونها. يجب أن يشير الفحص البدني إلى تشريح الأعضاء

2.5 العلاج الجراحي والعلاج الطبي

لا ضرورة للعلاج الطبي والعلاج الجراحي للأفراد المتحولين/المتحولات جنسياً. ومع ذلك، بالنسبة إلى بعض المستفيدين/ات، يمكن أن تساعد/هن أشكال الدعم الإضافية هذه في تكييف مظهرهم/هن ليتناسب بشكل أفضل مع تعريفهم/هن الذاتي الجندري. قبل العلاج، يجب على مقدمي الرعاية الصحية التأكد من أن المستفيدين/ات يفهمون/يفهمن ما هي الآثار القابلة للعكس وغير القابلة للعكس. يجب أيضاً مناقشة خيارات الحفاظ على الخصوبة أثناء تقديم المشورة. على سبيل المثال، قد يفكر بعض المستفيدين الذكور المتحولين جنسياً في الحفاظ على الرحم والمبيض.

يُستخدم العلاج الطبي لتقليل مستوى الهرمون الداخلي واستبداله بهرمونات أخرى. يجب مراقبة المستفيدين/المستفيدات الذين يقررون/اللاتي يقررن قبول العلاج بالهرمونات البديلة بانتظام (أنظر الملحق 1 لتتعرف على نظم العلاج بالهرمونات ومراقبتها). بالنسبة إلى الرجال المتحولين جنسياً، يمكن أن تحدث تغيرات جسدية، مثل توقف الدورة الشهرية، في خلال الأشهر الستة الأولى من العلاج بهرمون التستوستيرون. إن خشونة الصوت وضخامة البظر لا يمكن عكسهما بالتوقف عن العلاج الهرموني. بالنسبة إلى النساء المتحولات جنسياً، يُعتبر انخفاض الإنتصاب التلقائي وزيادة نمو أنسجة الثدي أمراً شائعاً في السنة الأولى من العلاج بالإستروجين ومضادات

6. العقم

تُعرّف منظمة الصحة العالمية العقم بأنه "مرض يصيب الجهاز التناسلي يُعرف بالفشل في تحقيق الحمل السريري بعد 12 شهرًا أو أكثر من الجماع المنتظم غير المحمي" [33].

يحدث العقم الأولي إذا كان الحمل لم يحدث من قبل. العقم الثانوي هو العقم بعد حدوث حمل سابق واحد على الأقل [34].

قد يطلب بعض الأفراد أو الأزواج رعاية الخصوبة لأسباب أخرى غير العقم: على سبيل المثال، شركاء من نفس الجنس، أو أزواج من جنسين مختلفين مصابين بفيروس العوز المناعي البشري، أو قبل أو بعد علاج السرطان [34].

1.6 الأسباب وعوامل الخطر

بينما تظهر النتائج بوضوح لدى النساء، يجب التأكيد على أن العقم يمثل مشكلة لكل من الزوجين وقد تتعلق الأسباب بأي من الشريكين أو كليهما، وتشمل عوامل الخطر التي يمكن أن تؤثر على الخصوبة لدى كل من الرجال والنساء العمر والتدخين وتعاطي الكحول والسمنة والتعرض للملوثات والسموم البيئية.

1.1.6 أسباب العقم عند النساء

- عوامل تتعلق بالبوق: إنسداد قناتي فالوب بسبب العدوى المنقولة جنسيًا (STIs) غير المعالجة، ومضاعفات الإجهاض غير الآمن، وإنتان الدم بعد الولادة، وانتباز بطانة الرحم، أو جراحة البطن/الحوض.
- عوامل تتعلق بالرحم: تشوهات الرحم، الأورام الليفية، إنتباز بطانة الرحم.
- عوامل تتعلق بالمبيض: غياب الإباضة أو عدم انتظام الإباضة بسبب متلازمة المبيض المتعدد الكيسات أو اضطرابات الإباضة الأخرى مثل التغيرات الهرمونية في فترة ما حول إنقطاع الطمث.
- عوامل تتعلق بالغدد الصماء: أورام الغدة النخامية، خمول أو فرط نشاط الغدة الدرقية [34].

2.1.6 أسباب العقم عند الرجال

- يمكن أن يرتبط العقم عند الرجال إما بعوامل داخلية المنشأ (داخلية) أو خارجية المنشأ (خارجية). ومنها:
- إنسداد الجهاز التناسلي (قنوات القذف والحوصلات المنوية) عادة بسبب الإصابات أو العدوى.
- الإضطرابات الهرمونية: ورم الغدة النخامية أو سرطانات الخصية أو قصور الغدة التناسلية (انخفاض هرمون التستوستيرون بشكل غير طبيعي).

الأندروجين. ومع ذلك، لا يستطيع العلاج الهرموني تغيير الصوت، لذلك قد يرغب بعض الأفراد في الحصول على علاج إضافي للكلام.

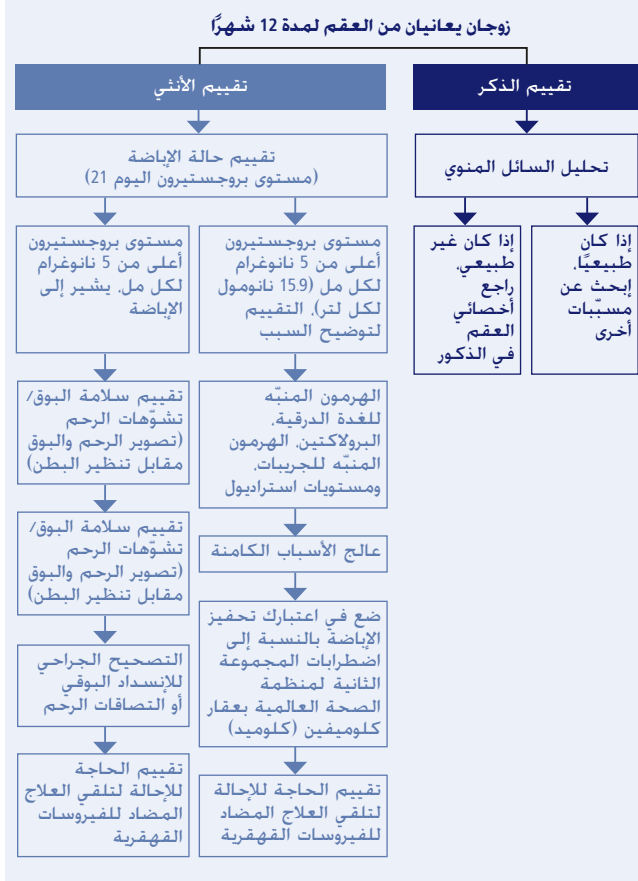
قد يطلب المتحولون جنسيًا سواء الرجال والنساء إجراءات جراحية مختلفة لتغيير مظهرهم/مظهرهن الجسدي: جراحة الصدر/الثدي، جراحة الأعضاء التناسلية، أو التدخلات غير التناسلية وغير الثديية. على سبيل المثال، قد تخضع المرأة المتحولة جنسيًا لعملية تكبير الثدي، واستئصال القضيب، وتجميل المهبل، وجراحة تأنيث الوجه، وما إلى ذلك. يتم إجراء هذه العمليات الجراحية عادةً في مرافق صحية عالية المستوى بدلاً من مرافق الرعاية الأولية. ومع ذلك، يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على دراية بالحاجة المحتملة لدعم الصحة النفسية والتقييم قبل الجراحة والرعاية بعد الجراحة.

3.5 العناية الروتينية بالصحة

قد يكون للعلاج الهرموني آثار جانبية لذلك يجب على مقدمي الرعاية الصحية التأكد من أن المستفيدين/المستفيدات على دراية بأهمية المتابعة المنتظمة. على سبيل المثال، يجب أن تخضع النساء المتحولات جنسيًا المعرضات لهرمون الإستروجين الداخلي المنشأ لفحص سرطان الثدي بانتظام. قد يكون فحص عنق الرحم بالمسحة للرجال المتحولين جنسيًا غير كافٍ لفحص الخلايا إذا تم علاجهم بعلاج التستوستيرون، مما يسبب ضمور عنق الرحم. علاوة على ذلك، قد يزيد العلاج بهرمون الإستروجين من خطر الإصابة بالجلطات الوريدية والتخثر الوريدي العميق، خاصةً لدى المرضى الذين يدخنون.

بالإضافة إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المتعلقة بالهرمونات، يجب على مقدمي الرعاية معرفة أن المتحولين/المتحولات جنسيًا معرضون/معرضات للإصابة بالعدوى المنقولة جنسيًا بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، ويجب أن يقدموا الدعم والمشورة عند الحاجة. قد لا تكون بعض مظاهر العدوى المنقولة جنسيًا، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري، متماثلة تمامًا بسبب العمليات الجراحية والأدوية والممارسات الجنسية.

الشكل 2: تقييم حالة العقم



المصدر: منقول بتصرف/مترجم بإذن من Lindsay TJ, Vitrikas KR [35]: Evaluation and treatment of infertility. Am Fam Physician. 2015;91(5):308-14.

4.6 إدارة الحالات وعلاجها

يعتمد العلاج على المسببات المرضية. يمكن إجراء بعض العلاجات على مستوى الرعاية الأولية بينما قد يتطلب البعض الآخر الإحالة إلى مرافق متخصصة. يستطيع جميع مقدمي الرعاية الصحية تقديم المشورة للمستفيدين/للمستفيدات وشريكهم/هن في وقت مبكر من عملية التقييم حول الموعد الأمثل لممارسة الجنس أثناء الدورة الشهرية، وتعزيز أهمية تغيير نمط الحياة قبل وأثناء وبعد العلاج، بما في ذلك الإمتناع عن التدخين والحفاظ على وزن صحي للجسم.

هناك ثلاثة أنواع رئيسية من علاج الخصوبة:

- الطبي: علاج شائع للمستفيدات اللاتي يعانيان من ضعف الإباضة، يتم تناوله عن طريق الفم أو الحقن في العضل. عقار كلوميفين، وهو دواء فموي لتحفيز الإباضة، وشائع الاستخدام. الميتفورمين أو ليتروزول شائعان للمستفيدات اللاتي يعانيان من متلازمة المبيض المتعدد التكيسات.

- يؤدي دوالي الخصية إلى تقليل أو فشل إنتاج الحيوانات المنوية.
- وظيفة الحيوانات المنوية وجودتها غير الطبيعية التي قد تكون بسبب الأدوية (مثل الستيرويدات الابتنائية) أو التعرض البيئي [34].

2.6 التقييم لدى الزوجين

من الضروري أن يتم تقصي كل حالة من حالات العقم والتعامل معها كزوجين. يجب الكشف على الزوجين معًا لأنهما يخضعان معًا لإجراءات تقصي الحالة. تتمثل الخطوة الأولى لمقدم الرعاية الصحية في أخذ تاريخ شامل بما في ذلك أي حالات حمل سابقة حدثت لكل من الشريكين ونتائجها، والتاريخ الطبي والجراحي السابق، وتاريخ الحيض وأمراض النساء التي أصيبت بها الشريكة (قد يكون العقم عرضًا من أعراض انتباز بطانة الرحم)، ومجال العمل الحالي (تقييم التعرض المهني/البيئي). وبناءً على التاريخ والفحص البدني، يستطيع مقدم الرعاية الصحية تحديد الاختبارات البسيطة التي يمكن إجراؤها وإذا كانت هناك أي علاجات يمكن البدء بها محليًا وتقييم ما إذا كانت هناك فائدة حقيقية في الإحالة إلى أخصائي، إذا كان ذلك متاحًا.

3.6 تقديم المشورة والنصائح الطبية للأزواج المصابين/المصابات بالعقم

من الضروري تقديم المشورة طوال العملية وقد تكون مطلوبة في البداية لتبديد الخرافات حول سبب العقم، مثل الاستخدام السابق لوسائل منع الحمل أو التاريخ الجنسي، ولتقليل الوصم المرتبط بالعقم الذي قد يعاني منه المستفيدون/المستفيدات.

يلخص الشكل 2 التقييم الأولي لعقم الذكور والإناث.

بعد تسجيل التاريخ، يجب إجراء الفحوصات وعمليات التقييم الأساسية مثل اختبار العدوى المنقولة جنسيًا (STIs) لاستبعاد بعض الأسباب المحتملة للعقم. عالج الأمراض الكامنة إن وجدت. وقد يكون الأكثر فعالية من حيث التكلفة هو البدء بتقييم العوامل الذكورية (من خلال تحليل السائل المنوي) قبل إجراء تحقيق مكلف للعوامل الأنثوية. تشمل خيارات الفحص الأخرى الشائعة الاستخدام للعوامل الأنثوية الفحص بالموجات فوق الصوتية، وتصوير الرحم والبوق (الأشعة السينية للكشف عن سالكية قناتي فالوب)، وتنظير البطن التشخيصي.

يمكن أن يؤثر الإجهاد الناتج من العقم بشكل سلبي على علاقة الزوجين، مما يزيد من صعوبات الخصوبة. قد يكون من المفيد تقديم نصائح حول نمط الحياة العام والرفاهية، مثل التحكم في وزن الجسم، وممارسة التمارين الرياضية بانتظام، وتجنب استخدام المواد الضارة أثناء تقصي حالة العقم وعلاجه.

الخطر الأخرى من نوع فيروس الورم الحليمي البشري، والعدوى المصاحبة للعدوى المنقولة جنسياً الأخرى، والولادات الأكثر عدداً، وصغر السن في الولادة الأولى، وتعاطي التبغ [37].

1.1.7 التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري

التطعيم المبكر ضد فيروس الورم الحليمي البشري يحمي من أنواع معينة من عدوى فيروس الورم الحليمي البشري قبل التعرض. توصي منظمة الصحة العالمية بتوفير التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري للفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 9 و 14 عامًا، ويجب تنفيذه بناءً على المبادئ التوجيهية الوطنية [36].

لا يزال فحص عنق الرحم مطلوباً للنساء اللاتي تلقين اللقاحات لأنها لا تحمي من جميع أنواع فيروس الورم الحليمي البشري التي قد تسبب سرطان عنق الرحم.

2.1.7 الكشف عن سرطان عنق الرحم وعلاجه

توصي منظمة الصحة العالمية بإجراء الكشف عن سرطان عنق الرحم للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 30 و 49 سنة (25 إلى 49 سنة لدى النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري). يمكن أن يتوقف الفحص عند سن 50 سنة إذا كانت هناك نتيجتان سلبيتان متتاليتان للفحص. في حالة توفر الموارد، يمكن أيضاً تقديم الفحص للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 50 و 65 عامًا ولم يتم فحصهن مطلقاً [38].

تشمل اختبارات الفحص التي يمكن استخدامها لتحديد آفات عنق الرحم السابقة للتسرطن اختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري، والمعانة باستخدام حمض الأسيتيك (VIA)، وفحص الخلايا. توصي منظمة الصحة العالمية باختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري باعتباره طريقة الفحص المفضلة، حيثما كان ذلك متاحاً.

لكي يكون للوقاية من سرطان عنق الرحم أقصى تأثير، يجب ربط الفحص بالعلاج ثم متابعة ما بعد العلاج. لتقليل زيارات المرافق الصحية ومنع تفويت فرص المتابعة، يوصى باتباع نهج الزيارة الواحدة لضمان حصول المصابات على فحص وعلاج سرطان عنق الرحم بجودة عالية وفي الوقت المناسب في نفس الزيارة. إذا كان نهج الزيارة الواحدة غير ممكن، فيجب على العيادات تطوير قنوات الاتصال وتعظيم الاستفادة منها، بما في ذلك التدخلات الصحية الرقمية (DHIs)، مثل وسائل التواصل الاجتماعي أو الخطوط الساخنة، لتقديم نتائج الفحص، ووضع برنامج العلاج إذا لزم الأمر، وتنظيم أي إحالات ضرورية لعلاج السرطان [39].

هناك خياران مختلفان للجمع بين الفحص والعلاج: الفحص والعلاج أو الفحص والفرز والعلاج.

• الجراحي: يمكن إدارة المسببات المرضية أو الأمراض المختلفة من خلال العلاجات الجراحية المختلفة بما في ذلك استئصال الورم العضلي أو استئصال آفات بطانة الرحم أو انحلال الإلتصاق/الإنسداد في الجهاز التناسلي.

• الرعاية الإنجابية المساعدة: ليست كل الخيارات المساعدة معقدة ومكلفة. التلقيح داخل الرحم هو عملية بسيطة يتم فيها إدخال الحيوانات المنوية عالية الجودة بعد تحضيرها في الرحم مباشرة. الإخصاب في المختبر أكثر تعقيداً؛ يتم استخراج البويضات الناضجة من المبيض وتخصيبها بالحيوانات المنوية في مختبر خاضع لمراقبة الجودة. ثم يتم نقل البويضة/البويضات الملقحة إلى الرحم. تُعتبر عملية الإخصاب في المختبر مكلفة بشكل عام ويتم إجراؤها من قبل متخصصين.

7. سرطانات الجهاز التناسلي الشائعة

تتكون السيطرة الشاملة على أي سرطان من الوقاية والكشف المبكر والتشخيص والعلاج في الوقت المناسب والحصول على الرعاية التلطيفية. يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على دراية بالبروتوكولات الوطنية للوقاية من السرطان ومكافحته ومسارات الإحالة المحلية للمستفيدين/للمستفيدات الذين يحتاجون/اللاتي يحتجن إلى مزيد من العلاج أو الرعاية التيسيرية.

1.7 سرطان عنق الرحم

على الرغم من أن سرطان عنق الرحم من الأمراض التي يمكن الوقاية منها، إلا أن سرطان عنق الرحم هو رابع أكثر أنواع السرطانات شيوعاً بين النساء ووفقاً لتقديرات الوفيات الناتجة من سرطان عنق الرحم في عام 2020، حدثت حوالي 90 في المائة من هذه الوفيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. تحدث معظم حالات سرطان عنق الرحم (95٪) بسبب فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)، وهو أكثر أنواع العدوى الفيروسية شيوعاً في الجهاز التناسلي [36] (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسياً). يتسبب النوعان 16 و 18 من فيروس الورم الحليمي البشري في أكثر من 70٪ من حالات سرطان عنق الرحم. في معظم الحالات، تزول عدوى فيروس الورم الحليمي البشري (بما في ذلك الأنواع عالية الخطورة) بدون علاج. في عدد قليل من الحالات، لا يزول فيروس الورم الحليمي البشري ويمكن أن تؤدي العدوى المزمنة بنوع فيروس الورم الحليمي البشري عالي الخطورة إلى ظهور الأورام المحتملة التسرطن والسرطانات، ويُعتبر الأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة، كالمصابين/كالمصابات بفيروس العوز المناعي البشري، أكثر عرضة للإصابة بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري التي تتطور بسرعة إلى الورم المحتمل التسرطن والسرطان. وتشمل عوامل

1.2.1.7 اختبار فيروس الورم الحليمي البشري

يستخدم هذا الاختبار طرق الاختبار الجزيئي لاكتشاف الحمض النووي من أنواع فيروس الورم الحليمي البشري عالية الخطورة في عيّنات المهبل و/أو عنق الرحم. في حين قد يكشف اختبار فيروس الورم الحليمي البشري للنساء الشابات عدوى فيروس الورم الحليمي البشري العابرة التي سوف تزول تلقائيًا، فقد يشير اختبار فيروس الورم الحليمي البشري الإيجابي لدى امرأة يزيد عمرها عن 30 عامًا إلى وجود عدوى فيروس الورم الحليمي البشري المستمرة أو المزمنة التي قد تسبب سرطان عنق الرحم والسرطان.

يمكن إجراء الاختبار بواسطة أي مقدم رعاية صحية مدرب أو يتم جمع العينة ذاتيًا بواسطة المستفيدة (الخانة 2) [38].

2.2.1.7 المعاينة البصرية بـحمض الأسيتيك (VIA)

يمكن إجراء الفحص البصري بـحمض الخليك (VIA) من قبل مقدمات الخدمة من المستوى المتوسط المدربات مثل الممرضات والقابلات. ومن خلال الفحص البصري بـحمض الخليك (VIA)، يمكن رؤية التغيرات المبكرة للخلايا على عنق الرحم بالعين المجردة. باستخدام منظار، بعد وضع حمض الأسيتيك المخفف. والنتائج فورية، لذلك يمكن إجراء علاج للأفات محتملة التسرطن (أنظر القسم 3.1.7) في نفس الوقت. يتضمن الملحق 2 توضيحًا للعملية وكيفية تقييم النتائج.

توصي منظمة الصحة العالمية بالإبتهاد السريع عن الفحص البصري بـحمض الخليك (VIA) كاختبار فحص أولي بسبب التحديات الكامنة في ضمان الجودة [38].

3.2.1.7 فحص الخلايا

يتم أخذ عينة من الخلايا من عنق الرحم وإما تثبيتها على شريحة (مسحة عنق الرحم) أو وضعها في وسط ناقل (الفحص السائل للخلايا) وإرسالها للمختبر لفحص الخلايا غير الطبيعية باستخدام المجهر.

ويحتاج فحص الخلايا إلى موارد أكثر من طرق فحص عنق الرحم الأخرى بسبب تكاليف المختبر والنقل والإمدادات والخبرة المطلوبة.

وفي حين أن اختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري هو الطريقة المفضلة للفحص الأولي، تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن البرامج الحالية التي تعتمد على فحص الخلايا المضمون الجودة كاختبار الفحص الأولي يجب أن تستمر حتى يتم الاعتماد الكامل على اختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري [38].

تشمل أساليب الفحص والعلاج ما يلي:

- الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري (بجمعه المريض أو الأخصائي) باعتباره اختبار الفحص الأولي الذي يتبعه العلاج.
- الفحص البصري بـحمض الخليك (VIA) باعتباره اختبار الفحص الأولي الذي يتبعه العلاج.

تشمل طرق الفحص والفرز والعلاج ما يلي:

- اختبار الحمض النووي DNA لفيروس الورم الحليمي البشري باعتباره اختبار الفحص الأولي، متبوعًا بفرز فيروس HPV 16/18. يليه العلاج واستخدام الفرز بالفحص البصري بـحمض الخليك (VIA) لمن أثبت الفحص عدم إصابتهن بفيروس الورم الحليمي البشري 18/16.

- اختبار الحمض النووي DNA لفيروس الورم الحليمي البشري يتبعه فرز الفحص البصري بـحمض الخليك (VIA)، ثم يتبعه العلاج.

- الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري عالي الخطورة باعتباره اختبار الفحص الأولي، يليه الفرز بالتنظير المهلي. يليه العلاج.

- الحمض النووي DNA لفيروس الورم الحليمي البشري باعتباره اختبار الفحص الأولي، يتبعه فرز الخلايا، يتبعه تنظير المهبل والعلاج.

- فحص الخلايا باعتباره اختبار الفحص الأولي، يتبعه الفرز بتنظير المهبل، يتبعه العلاج.

وتتوافر سبع خوارزميات تصف طرق الفحص والعلاج المذكورة أعلاه ضمن دليل منظمة الصحة العالمية لفحص ومعالجة آفات سرطان عنق الرحم [38].

الخانة 2: الرعاية الذاتية في فحص سرطان عنق الرحم

يتيح جمع العينات الذاتية لفيروس الورم الحليمي البشري للنساء إمكانية التحكم والخصوصية لجمع العينات الخاصة بهن للكشف عن سرطان عنق الرحم، بينما يقوم النظام الصحي بمراجعة النتائج ومساعدتهن في تفسير هذه النتائج والعمل وفقًا لها، بما في ذلك الوصول إلى العلاج عند اللزوم. وإذا كان هذا متاحًا في الدولة، يجب على مقدمي الرعاية الصحية بما في ذلك الجمعيات الأعضاء في الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة IPPF دعم المستفيدات للحصول على معلومات كافية، واتخاذ خيارات واعية، وتلقي الرعاية الصحية والمتابعة إذا لزم الأمر.

المصدر: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة [39].

3.1.7 خيارات العلاج لآفات عنق الرحم محتملة التسرطن

بمجرد اتخاذ قرار بالعلاج، فمن الممارسات الجيدة أن يتم العلاج في أقرب وقت ممكن في غضون 6 أشهر لتقليل مخاطر تفويت فرص المتابعة. وفي الحالات التي لا يتم فيها تقديم العلاج في خلال هذا الإطار الزمني، تُعتبر إعادة تقييم المستفيدة قبل العلاج من الممارسات الجيدة. بالنسبة إلى امستفيدات الحوامل، يُعتبر التأجيل إلى ما بعد الحمل من الممارسات الجيدة [38].

تشمل الخيارات العلاجية العلاج بالبتر (العلاج بالتبريد، والبتر الحراري) والعلاجات الإستئصالية (إجراء الإستئصال الجراحي الكهربائي الحلقي [LEEP] المعروف أيضًا باسم الإستئصال الحلقي الكبير لمنطقة التحول [LLETZ]). الإستئصال بالسكين البارد [40:38] (أنظر الملحق 3). بالنسبة إلى المستفيدات المؤهلات للعلاج بالبتر (أنظر الخانة 3)، أو في الأماكن التي يتوفر فيها إجراء الإستئصال الجراحي الكهربائي الحلقي (LEEP) للمستفيدات غير المؤهلات للعلاج بالبتر، يُفضل اتباع نهج الفحص والعلاج في زيارة واحدة.

قد يكون اختيار العلاج مقيّدًا بالتكلفة والموارد المطلوبة لتوفير العلاج. في حين أن العلاج نفسه قد يكون مقيّدًا بالجدوى منه والتدريب عليه وموارد ضمان الجودة [38].

إدارة نتائج الفحص غير الطبيعية/الإيجابية للمستفيدات المتعابشات مع فيروس العوز المناعي البشري هي نفسها لجميع الفئات السكانية عمومًا على المستوى المحلي.

قم بإحالة المستفيدة المشتبه في إصابتها بالسرطان إلى أخصائي في أسرع وقت ممكن.

الخانة 3: الأهلية للعلاج بالبتر

- لا يوجد اشتباه في وجود سرطان متوغل أو مرض غدي (أي سرطان غدي أو سرطان غدي لا بد).
- منطقة التحول ظاهرة بالكامل، والآفة ظاهرة بأكملها، ولا تمتد إلى باطن عنق الرحم.
- الآفة هي منطقة التحول من النوع 1 (منطقة التحول مرئية بالكامل وفي الجزء المهبل من عنق الرحم فقط).

المصدر: منظمة الصحة العالمية [38].

4.1.7 إرشادات المتابعة لفحص عنق الرحم

تعتمد الفترات الموصى بها بين عمليات الفحص على اختبار الفحص المستخدم. بالنسبة إلى اختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري، فإن الفاصل الزمني الموصى به بعد الفحص السلبي للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 30 و 49 عامًا في عموم السكان هو كل 5 إلى 10 سنوات. بالنسبة إلى الفحص البصري بحمض الخليك (VIA) أو فحص الخلايا، فإن الفترة الموصى بها هي كل 3 سنوات. يجب فحص سرطان عنق الرحم لدى المصابات بفيروس العوز المناعي البشري بدءًا من سن 25 عامًا كل 3 إلى 5 سنوات بعد الفحص السلبي باختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري وكل 3 سنوات باستخدام الفحص البصري بحمض الخليك (VIA) أو فحص الخلايا [38].

2.7 سرطان الثدي

سرطان الثدي هو السبب الرئيسي للوفاة بالسرطان بين النساء على مستوى العالم. الكشف المبكر عن سرطان الثدي هو مفتاح السيطرة على سرطان الثدي. أقل من 1 في المائة من جميع حالات سرطان الثدي تحدث للرجال [41]. معظم المستفيدات/المستفيدات المصابات/المصابات بسرطان الثدي لا يتعرضن/لا يتعرضن لعوامل خطر معينة يمكن تحديدها (أنظر الملحق 4). يمكن ربط نسبة صغيرة من حالات سرطان الثدي بالتاريخ العائلي والطفرات الجينية النوعية (BRCA1 و BRCA2 وبروتين الورم) التي تعرّض هؤلاء الأفراد لخطر الإصابة بسرطان الثدي [42]. وفي خلال جلسة تقديم المشورة، يمكن تحديد ومناقشة عوامل الخطر الرئيسية، مثل التعرض لفترة طويلة للإستروجين (الحيض المبكر/إنقطاع الطمث المتأخر)، والتاريخ العائلي للإصابة بسرطان الثدي أو المبيض أو غيره من متلازمة الثدي/المبيض الوراثي، وعدم حدوث ولادات سابقة، وارتفاع مؤشر كتلة الجسم، وتعاطي التبغ، أو الاستخدام الضار للكحول.

1.2.7 الفحص والكشف المبكر

يشمل فحص الثدي ملاحظة الجلد والحلمات والهالة. من بين العلامات التحذيرية أعراض مرض باجيت Paget (إكزيما على إحدى الحلمتين)، وانكماش الحلمة غير المتماثل، وإفرازات غير مبررة من الحلمة. [43]. الفحص السريري للثدي هو طريقة منخفضة التكلفة للكشف عن سرطان الثدي وهو نفس الإجراء لفحص المستفيدات/المستفيدات الذين يعانون/اللاتي يعانين من أعراض الثدي (أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/ تاريخ المستفيد(ة)، القسم 4.4).

2.2.7 تشخيص وإدارة النتائج غير الطبيعية في فحص الثدي

يوضح الجدول 6 عرضًا ملخصًا للأمراض الرئيسية وتاريخها ومظهرها السريري واختباراتها التشخيصية. ليست كل آفات الثدي خبيثة، في حالة عدم التأكد أو عدم القدرة على إجراء التشخيص، يجب على مقدمي الرعاية الصحية إحالة المستفيد(ة). قم بإحالة المستفيد(ة) المشتبه في إصابته/ها بالسرطان إلى أخصائي(ة) في أسرع وقت ممكن.

بالنسبة إلى الرجال، يتطور السرطان عمومًا في مقدار محدود من أنسجة الثدي خلف الحلمتين [44]. تشبه المظاهر الدالة عليه والفحص السريري سرطان الثدي في النساء، حيث تتأثر الحلمتان بشكل أساسي.

لم يتم تقييم الفحص الذاتي للثدي (أنظر الملحق 5) كطريقة للفحص الروتيني ولكن يوصى به لزيادة الوعي في صفوف المعرضين/المعرضات للخطر.

يمكن استخدام التصوير الشعاعي للثدي والموجات فوق الصوتية للفحص الروتيني للكشف المبكر عن سرطان الثدي، ولكن التصوير الشعاعي للثدي يتطلب موارد كثيرة، وبالتالي لا يُستخدم إلا في برامج الفحص في الأماكن عالية الموارد.

تُعتبر برامج التشخيص المبكر القائمة على الوعي بالعلامات والأعراض المبكرة والإحالة الفورية للتشخيص والعلاج مهمة للسيطرة على سرطان الثدي [42].

الجدول 6: التشخيص التفاضلي لأمراض الثدي

الفحص الباثولوجي (علم الأمراض)	التاريخ والمظاهر الدالة	الاختبارات التشخيصية والعلامات الدالة للبحث عنها
الورم الغدي الليفي	التاريخ: قد لا يكون هناك شيء مهم في تاريخ المستفيدة الفحص: كتلة متحركة ناعمة مطاطية	• تصوير الثدي الشعاعي: بياضوية أو مستديرة، محدودة، قد يكون لها تكلسات خشنة • الموجات فوق الصوتية للثدي: صلبة، بياضوية أو مستديرة، محدودة، مفصصة، عرضها أكبر من ارتفاعها
تغيرات كيسية ليفية	التاريخ: غالبًا ما تكون مصحوبة بالألم في الثدي: تقلب الأعراض (الألم) عادةً مع دورات الحيض الشهري الفحص: كتل مطاطية، ومحدودة جيدًا، ومتحركة	• موجات فوق صوتية للثدي: • تكيّسات بسيطة: محددة جيدًا بحدود حادة، بدون أصوات داخلية • التكيّسات المعقدة: مكونات كيسية وصلبة • تصوير الثدي الشعاعي: لا يمكن التمييز بين الكتل الكيسية والصلبة، ولكن يمكن طلب إجراؤه بعد الموجات فوق الصوتية • شقّط الثدي: سيؤكد أن الكتلة عبارة عن كيس ويمكن أن يؤدي إلى انحلال الكيس
نخر الدهون	التاريخ: إصابة سابقة بالثدي أو تصغير الثدي الجراحي أو تكبيره الفحص: كتلة صلبة، حدودها غير منتظمة	• الموجات فوق الصوتية للثدي: جوانب غير محددة، صلبة • صورة الثدي الشعاعية: حواف غير محددة، وأحيانًا مع وجود تكلسات • خزعة: نخر الدهون

تابع

الجدول 6: التشخيص التفاضلي لأمراض الثدي تابع

الفحص الباثولوجي (علم الأمراض)	التاريخ والمظاهر الدالة	الاختبارات التشخيصية والعلامات الدالة للبحث عنها
الورم الحليمي داخل القنوات	التاريخ: إفرازات دموية من الحلمة الفحص: كتلة، صغيرة عادة، قد لا تكون محسوسة	- صورة الثدي الشعاعية: قد تكون سلبية - الموجات فوق الصوتية للثدي: قناة متوسعة بكتلة بيضاوية - مخطط قناة الثدي: عيب حشوي في القناة - الخزعة: نمط نمو حليمي؛ ورم حليمي حميد داخل القناة، ورم حليمي بدون نمط محدد (ورم حليمي غير نمطي)، ورم حليمي مع سرطان قنوي موضعي (DCIS) أو سرطان قنوي موضعي حليمي، أو سرطان حليمي متوغل
خراج الثدي	التاريخ: آلام في الثدي، الحمى، التقلقل والتضخم السريع الفحص: كتلة في الثدي متموجة ومؤلمة، حمامي الجلد، التهاب الثدي	- الموجات فوق الصوتية للثدي: تجويف مملوء بالسوائل يحتوي على حطام - شفط الثدي: سائل قيحي
سرطان الثدي المتوغل	التاريخ: ملاحظة كبر حجم الثدي تدريجياً، تاريخ شخصي أو عائلي للإصابة بسرطان الثدي الفحص: كتلة صلبة ثابتة، إنقلاب الحلمة، إفرازات من الحلمة، إنكماش الجلد، مظهر كقشور البرتقال، إعتلال العقد اللمفية	- تصوير الثدي الشعاعي: حواف غير واضحة أو مشقوقة، كثافة متزايدة، تكتلات دقيقة متعددة الأشكال - الموجات فوق الصوتية للثدي: شكل غير منتظم، حواف غير محددة، إرتفاع أكبر من العرض، تكتلات نقطية، عقد ناقصة الصدى
سرطان القنوات الموضعي (DCIS)	التاريخ: عادة إكتشاف غير متوقع لدى المستفيدة التي لا تظهر عليها أعراض الفحص: قد يكون هناك كتلة بالثدي و/أو إفرازات من الحلمة، ألم في الثدي، تشقق في الجلد	- تصوير الثدي الشعاعي: غالباً يرتبط بالتكتلات الدقيقة - الخزعة: لفحص الأنسجة لتأكيد التشخيص

يتم الكشف عن معظم حالات سرطان البروستاتا في الرجال البالغين من العمر 50 عاماً أو أكثر وتزداد الإصابة مع تقدم العمر. تشمل عوامل الخطر للإصابة بسرطان البروستاتا العرق الأسود والأسباب الجينية/تاريخ عائلي للإصابة بسرطان البروستاتا (لدى الأب أو الأخ).

1.3.7 أخذ التاريخ

يعد تشخيص سرطان البروستاتا بناءً على التاريخ أمراً صعباً، معظم الأعراض غير محددة، بما في ذلك مشاكل التبول، ضعف الانتصاب، بيلة دموية (دم في البول)، أو آلام العظام، خاصة في أسفل الظهر.

3.7 سرطان البروستاتا

سرطان البروستاتا هو أكثر أنواع السرطان شيوعاً في الرجال، وثاني أكثر الأسباب شيوعاً للوفاة بالسرطان لدى الذكور في المملكة المتحدة (بعد سرطان الرئة) [45].

عادة يتطور سرطان البروستاتا ببطء ويظهر في وقت متأخر، ولا تظهر الأعراض إلا عندما تضخم البروستاتا بدرجة كافية تؤثر على الإحليل، مما يسبب مشاكل في التبول، أو عندما ينتشر السرطان إلى العظام، ويسبب الألم. يحدث تضخم البروستاتا وأعراض التبول اللاحقة بشكل متكرر مع تضخم البروستاتا الحميد، وبالتالي لا يشير دائماً إلى الإصابة بالسرطان [45].

2.3.7 الفحص واستقصاء الحالات

يمكن استخدام فحص المستقيم بالإصبع لتقييم سرطان البروستات في المستفيدين الذين يعانون من أعراض غير مبررة (كما هو مذكور أعلاه) و/أو في المرضى الذين يعانون من ارتفاع أو تصاعد مستويات مستضد البروستات النوعي (PSA) (أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة)، القسم 5.4).

يقيس اختبار PSA مستوى مستضد البروستات النوعي في الدم. وقد يكون موجوداً بمستويات متزايدة في وجود سرطان البروستات. ومع ذلك، يمكن أن يتأثر اختبار مستضد البروستات النوعي بحالات أخرى (مثل تضخم البروستات) ويعطي نتيجة سلبية كاذبة أو إيجابية كاذبة. لا ينبغي تقديم اختبار مستضد البروستات النوعي بشكل روتيني للمستفيدين الذين لا تظهر عليهم أعراض.

يجب الرجوع إلى الإرشادات الوطنية حول استخدام اختبار مستضد البروستات النوعي (PSA) وفحص المستقيم بالإصبع واختبارات أخرى للفحص و/أو للتحقق من أعراض سرطان البروستات، مثل الخزعة والموجات فوق الصوتية.

3.3.7 إدارة الحالات وعلاجها

يمكن أن يُعرض على المرضى المشتبه في إصابتهم بسرطان البروستات خزعة من البروستات لتأكيد التشخيص والتصوير لتقييم مرحلة سرطان البروستات. إذا لم يتمكن المرفق الصحي من توفير الرعاية الصحية التشخيصية و/أو العلاجية المناسبة، يجب على مقدمي الخدمة إحالة المستفيد/المستفيدة إلى أخصائي.

4.7 سرطانات أخرى في الجهاز التناسلي

يلخص الجدول 7 العلامات والأعراض السريرية والإجراءات الإستقصائية الخاصة بسرطانات الجهاز التناسلي الأخرى.

من المرجح أن تتم عمليات الإستقصاء في مرافق عالية المستوى أو متخصصة. بعد تقييم الأخصائي، والتشخيص النسيجي (إن وجد)، يمكن أن تشمل علاجات جميع أنواع السرطان مزيجاً من الجراحة والعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي. تبعاً لمرحلة المرض والحالة الصحية للمستفيد/للمستفيدة وتوافر الخبرة، المعدات والمرافق.

الجدول 7: العلامات والأعراض السريرية والإجراءات الإستقصائية الخاصة بسرطانات الجهاز التناسلي الأخرى

الموقع	عوامل الخطر والعلامات والأعراض	العمليات الإستقصائية
بطانة الرحم	- العمر أكثر من 50 عاماً، عدم الإنجاب، السمنة، استخدام الأستروجين بدون بروجسترون، استخدام عقار تاموكسيفين - نزيف ما بين الحيض، والنزيف بعد إنقطاع الطمث - إذا كان مبكراً، فقد لا تكون هناك علامات - وإذا كان متأخراً، قد يكون من الممكن جس الرحم الكبير غير المنتظم	- قد تظهر الموجات فوق الصوتية بطانة الرحم سمكة خاصة لدى المستفيدات بعد سن اليأس؛ كتلة في الرحم إذا تفاقمت الحالة - خزعة بطانة الرحم لتأكيد التشخيص تشريحياً
المبيض	- تاريخ عائلي للإصابة بسرطان المبيض أو الثدي - الأعراض (غالباً تكون غامضة): عدم الشعور بالراحة في أسفل البطن، وتغير في حركة الأمعاء، والانتفاخ، والغثيان، وعسر الهضم، أو التضخم؛ ومع تقدم المرض، يحدث فقدان الوزن وفقدان الشهية - إذا كان مبكراً، فقد لا تكون هناك علامات عند الفحص؛ يمكن الكشف عن كتلة في الملحقات عند الفحص البدوي - في حالة تفاقم المرض، يوجد استسقاء وعدم ارتياح وانتفاخ في البطن - قد تعاني المستفيدة من الدنف (هزال)	سوف تظهر الموجات فوق الصوتية وجود كتلة معقدة بمزيج من العناصر الكيسية الصلبة
المهبل	- نزيف مهبل غير منتظم خاصة بعد الجماع - عند الفحص بالمنظار، قد تكون هناك آفة مشبوهة، والتي من المحتمل أن تكون غير منتظمة، وعائية للغاية، وتنزف بسهولة عند لمسها؛ يجب الحرص على عدم التسبب في حدوث نزيف	- سيظهر التنظير المهبل أن الأوعية غير طبيعية - الخزعة مطلوبة لتشخيص محدد

الجدول 7: العلامات والأعراض السريرية والإجراءات الإستقصائية الخاصة بسرطانات الجهاز التناسلي الأخرى تابع

الموقع	عوامل الخطر والعلامات والأعراض	العمليات الإستقصائية
الخصيتان	• السن من 15 إلى 55 سنة • تورم غير مؤلم في الخصية أو وجع خفيف/ثقل في كيس الصفن • كتلة الخصية محددة جيداً • تعاني الحالات المتأخرة من وجود نقائل - سعال أو ضيق في التنفس إذا انتشر إلى الغدد اللمفية في الرئة. وألم في البطن من انتشار العقدة البطنية	• الموجات فوق الصوتية • إختبارات الدم لتتبع علامات الورم مثل البروتين الجنيني ألفا؛ إذا كان ذلك متاحاً. يمكن أن يميز هذا نوع السرطان (الورم المنوي أو الورم غير المنوي) • خزعة وفحص أنسجة
القضيب	• الرجال الذين تزيد أعمارهم عن 50 عاماً، والمدخنون، والرجال المصابون بتضيق القلفة، مرتبط بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري • تظهر نتؤات في القضيب، وتغيّر في اللون، ونزيف، وإفرازات، وتضيق القلفة	• خزعة من مناطق غير طبيعية للتشخيص وتحديد مرحلة المرض • يعتمد العلاج على المرحلة، من العلاج الموضعي إلى الجراحة والعلاج الإشعاعي
فتحة الشرج	• أكثر شيوعاً لدى النساء منه لدى الرجال؛ وترتبط بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري • ألم أو ضغط في فتحة الشرج أو المستقيم، وتغيّر في عادات الأمعاء، وكتلة بالقرب من فتحة الشرج، ونزيف في المستقيم، وحكة، و/أو إفرازات	• التقييم بالمنظار والخزعة • مسحة عنق رحم شرجية عندما يكون التنظير المهبلي الشرجي متاحاً، للكشف المبكر عن سرطان الشرج لدى الأفراد المعرضين لمخاطر عالية

8. المراجع

- [1] منظمة الصحة العالمية إقليم غرب المحيط الهاديء [موقع الويب]. Reproductive health. متاح على: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>. تم الوصول بتاريخ 30 يونيو 2022.
- [2] Emmanuel M, Bokor BR. Tanner stages. ديسمبر 2021. StatPearls. متاح على: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470280/>. تم الوصول بتاريخ 15 أبريل 2022.
- [3] American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Gynecologic Practice. Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. رأي اللجنة رقم 557. أبريل 2013 (تم تأكيده مجدداً 2020). متاح على: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/04/management-of-acute-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-aged-women>. تم الوصول بتاريخ 2 يونيو 2020.
- [4] American College of Obstetricians and Gynecologists [website]. Abnormal uterine bleeding: Frequently Asked Questions. متاح على: <https://www.acog.org/patient-resources/faqs/gynecologic-problems/abnormal-uterine-bleeding>. تم الوصول بتاريخ 5 فبراير 2020.
- [5] Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynecol Obstet 2018;143(3):393–408.
- [6] American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2012;120(1):197–206.



- [18] منظمة الصحة العالمية. التصنيف الدولي للأمراض. المراجعة الحادية عشرة (ICD-11) جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2018.
- [19] National Institute for Health and Care Excellence [موقع الويب]. Clinical Knowledge Summaries: Endometriosis. فبراير 2020. متاح على: <https://cks.nice.org.uk/endometriosis>. تم الوصول بتاريخ 7 فبراير 2020.
- [20] Mayo Clinic [موقع الويب]. Adenomyosis. يونيو 2020. متاح على: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/adenomyosis/symptoms-causes/syc-20369138>. تم الوصول بتاريخ 3 يونيو 2020.
- [21] Stratton P, Winkel C, Premkumar A, et al. Diagnostic accuracy of laparoscopy, magnetic resonance imaging, and histopathologic examination for the detection of endometriosis. *Fertil Steril* 2003;79(5):1078–85.
- [22] National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: diagnosis and management. NICE Guideline [NG23]. نوفمبر 2015 (تم التحديث في ديسمبر 2019). متاح على: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>. تم الوصول بتاريخ 15 أبريل 2022.
- [23] National Institute for Health and Care Excellence [موقع الويب]. Clinical Knowledge Summaries: Menopause. مارس 2022. متاح على: <https://cks.nice.org.uk/menopause>. تم الوصول بتاريخ 15 أبريل 2022.
- [24] Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause*. 2014;21(10):1038–62.
- [25] Freedman RR, Kruger ML, Tancer ME. Escitalopram treatment of menopausal hot flashes. *Menopause*. 2011;18(8):893–6.
- [26] Mayo Clinic [موقع الويب]. Benign prostatic hyperplasia (BPH). أبريل 2021. متاح على: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/benign-prostatic-hyperplasia/symptoms-causes/syc-20370087>. تم الوصول بتاريخ 26 نوفمبر 2021.
- [27] BMJ Best Practice [موقع الويب]. Hydrocele. يونيو 2020. متاح على: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1104>. تم الوصول بتاريخ 10 أكتوبر 2021.
- [28] Sharp VJ, Kieran K, Arlen AM. Testicular torsion: diagnosis, evaluation, and management. *Am Fam Physician*. 2013;88(12):835–40.
- [29] Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. Erectile dysfunction. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16003.
- [7] Mahapatra PC, Kapur A, Baxi A, Kekre A, Mediratta G, Gajaraj J. Levonorgestrel intrauterine system: A first line medical therapy for idiopathic heavy menstrual bleeding. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2015;4(5):1257–1263.
- [8] National Institute for Health and Care Excellence [موقع الويب]. Clinical Knowledge Summaries: Fibroids. مايو 2022. متاح على: <https://cks.nice.org.uk/fibroids#>. تم الوصول بتاريخ 13 يوليو 2022.
- [9] Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG*. 2017;124(10):1501–1512.
- [10] De La Cruz MS, Buchanan EM. Uterine fibroids: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2017;95(2):100–107.
- [11] Stewart EA, Lytle BL, Thomas L, et al. The Comparing Options for Management: PATient-centered REsults for Uterine Fibroids (COMPARE-UF) registry: rationale and design. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(1):95.e1–95.e10.
- [12] Mayo Clinic [موقع الويب]. Symptoms: Pelvic pain. متاح على: <https://www.mayoclinic.org/symptoms/pelvic-pain/basics/causes/sym-20050898>. تم الوصول بتاريخ 6 فبراير 2020.
- [13] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. Green-top Guideline No. 41. مايو 2012. لندن: الكلية الملكية لأطباء النساء والتوليد: 2012. متاح على: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_41.pdf. تم الوصول بتاريخ 29 يناير 2020.
- [14] Mayo Clinic [موقع الويب]. Chronic pelvic pain in women. متاح على: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-pelvic-pain/symptoms-causes/syc-20354368>. تم الوصول بتاريخ 7 فبراير 2020.
- [15] National Institute for Health and Care Excellence [موقع الويب]. Clinical Knowledge Summaries: Pelvic inflammatory disease. أبريل 2022. متاح على: <https://cks.nice.org.uk/pelvic-inflammatory-disease#>. تم الوصول بتاريخ 13 يوليو 2022.
- [16] Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician*. 2019;100(6):357–364.
- [17] Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03):1–137.

- [40] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. دليل توضيحي للكشف عن سرطان عنق الرحم وبرامج معالجته. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF): 2018. متاح على: <https://www.ippf.org/resource/field-world-ippfs-cervical-cancer-prevention-journey>. تم الوصول بتاريخ 2 يونيو 2020.
- [41] National Cancer Institute. Male Breast Cancer Treatment (PDQ®) – Health Professional Version. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2020. متاح على: <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/male-breast-treatment-pdq>. تم الوصول بتاريخ 4 فبراير 2020.
- [42] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. سرطان الثدي. مارس 2021. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. تم الوصول بتاريخ 11 أبريل 2022.
- [43] Breast examination. [موقع الويب]. Oxford Medical Education. متاح على: <http://www.oxfordmedicaleducation.com/clinical-examinations/breast-examination/>. تم الوصول بتاريخ 3 يناير 2020.
- [44] Breast cancer in men. [موقع الويب]. National Health Service. مارس 2020. متاح على: <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-in-men/>. تم الوصول بتاريخ 4 فبراير 2021.
- [45] National Institute for Health and Care Excellence [موقع الويب]. Clinical Knowledge Summaries: Prostate cancer. فبراير 2022. متاح على: <https://cks.nice.org.uk/prostate-cancer>. تم الوصول بتاريخ 11 أبريل 2022.
- [30] Hashemi L, Weinreb J, Weimer AK, Weiss RL. Transgender Care in the Primary Care Setting: A Review of Guidelines and Literature. Fed Pract. 2018;35(7):30–37.
- [31] World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People الإصدار السابع. 2012. متاح على: <https://www.wpath.org/publications/soc>. تم الوصول بتاريخ 26 نوفمبر 2021.
- [32] American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice and Committee of Health Care for Underserved Women. Health care for transgender and gender diverse individuals. ACOG Committee Opinion, Number 823. Obstet Gynecol. 2021;137(3):e75–e88.
- [33] منظمة الصحة العالمية. التصنيف الدولي للأمراض. المراجعة الحادية عشرة (ICD-11) جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2018.
- [34] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. العقم. حقائق رئيسية. سبتمبر 2020. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>. تم الوصول بتاريخ 26 نوفمبر 2021.
- [35] Lindsay TJ, Vitrikas KR. Evaluation and treatment of infertility. Am Fam Physician. 2015;91(5):308–14. Erratum in: Am Fam Physician. 2015;92(6):437.
- [36] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. سرطان عنق الرحم. حقائق رئيسية. فبراير 2022. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. تم الوصول بتاريخ 11 أبريل 2022.
- [37] جمعية السرطان الأمريكية [موقع الويب]. Rick factors for cervical cancer. يناير 2020. متاح على: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-prevention/risk-prevention/risk-factors.html>. تم الوصول بتاريخ 15 أبريل 2022.
- [38] WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. الطبعة الثانية. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2021. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>. تم الوصول بتاريخ 26 نوفمبر 2021.
- [39] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. إستراتيجية سرطان عنق الرحم 2020–2024. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF): 2020. متاح على: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-08/IPPF%20Cervical%20Cancer%20Strategy%202020-2024.pdf>. تم الوصول بتاريخ 26 نوفمبر 2021.

9. الملاحق

الملحق 1: خيارات العلاج للمستفيدين/للمستفيدات المتحولين/المتحولات جنسياً ومراقبة العلاج بالهرمونات للمتحولين/المتحولات جنسياً

الجدول 1: خيارات العلاج للمستفيدين/للمستفيدات المتحولين/المتحولات جنسياً

النوع	الجرعة	التعليقات
ذكر إلى أنثى		
الإستروجين		
إستراديول عن طريق الفم	2.0–6.0 مغ/يوم	ضع في اعتبارك الإستخدام تحت اللسان لتجنب تأثير المرور الأول
لصقة إستراديول على الجلد	0.025–0.4 مغ/يوم مرتين أسبوعياً	يُفضل تناوله عن طريق الفم لمنع حدوث الجلطات
إستراديول فاليورات أو سبيرونات بالحقن	5–30 مغ في العضل كل أسبوعين	
10–2 مغ في العضل كل أسبوع	يُفضل تناوله عن طريق الفم لمنع حدوث الجلطات	
مضاد الأندروجين		
سبيرونولاكتون	100–300 مغ/يوم	إفحص البوتاسيوم بعد البدء بأسبوع إلى أسبوعين
سيبروتيرون أسيتات	25–100 مغ/يوم	غير متوفر في الولايات المتحدة
ناهض GnRH (ليوبروليد)	3.75–7.5 مغ في العضل شهرياً	لا تُستخدم في الغالب
أنثى إلى ذكر		
تستوستيرون		
تستوستيرون إينانات أو سبيرونات بالحقن	100–200 مغ في العضل (أو حقن تحت الجلد) كل أسبوعين	إذا كان هرمون التستوستيرون في الدم ضمن الهامش الطبيعي الأدنى ولكن المريض لا يزال يعاني من انخفاض الرغبة الجنسية، فيمكن معايرة الجرعة ببطء أثناء مراقبة AEs
جل تستوستيرون على الجلد	2.5–10 غم/يوم	يعطي مستويات أكثر سلاسة ولكن يمكن أن يزول عن الشريك/الشريكة أو الأطفال
تستوستيرون أنديكانوات	1000 مغ كل 12 أسبوع	غير متوفر في الولايات المتحدة

المختصرات: AE، تأثيرات ضارة؛ GnRH، ناهض الهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية.

المصدر: منقول بتصرف بإذن من Frontline Medical Communications Inc. Transgender Care in the Primary Care Setting: A Review of Guidelines and Literature. California: Hashemi et al; 2018.

الجدول 2: مراقبة العلاج بالهرمونات للمتحولين/للمتحولات جنسياً

ذكر إلى أنثى	أنثى إلى ذكر
قم بتقييم حالة المريض كل شهرين إلى 3 أشهر في السنة الأولى، ثم مرة إلى مرتين في السنة	قم بتقييم حالة المريض كل شهرين إلى 3 أشهر في السنة الأولى، ثم مرة إلى مرتين في السنة
قم بقياس هرمون التستوستيرون والإسترايول في الدم كل 3 أشهر خلال السنة الأولى، ثم كل 6 أشهر في السنة الثانية، ثم كل سنة؛ يجب أن يكون مستوى التستوستيرون الكلي المستهدف أقل من 50 نانوغرام/ديسيلتر والإسترايول أقل من 200 بيكوغرام/مل؛ يجب فحص البرولاكتين عند خط الأساس وبعد ذلك سنوياً على الأقل خلال الفترة الانتقالية ثم كل عامين	قم بقياس هرمون التستوستيرون والإسترايول في الدم كل 3 أشهر خلال السنة الأولى، ثم كل 6 أشهر في السنة الثانية، ثم كل سنة؛ يجب أن يكون مستوى التستوستيرون الكلي المستهدف أقل من 50 نانوغرام/ديسيلتر والإسترايول أقل من 200 بيكوغرام/مل؛ يجب فحص البرولاكتين عند خط الأساس وبعد ذلك سنوياً على الأقل خلال الفترة الانتقالية ثم كل عامين
إذا كان يتناول/تناول سبيرونولاكتون: إفحص الإلكتروليتات المصلية كل 3 أشهر للسنة الأولى ثم سنوياً	قم بقياس مستوى الإسترايول في خلال الأشهر الستة الأولى من العلاج أو حتى يتوقف النزيف لمدة 6 أشهر
التحقق من CBC و LFT عند خط الأساس وإجراء المتابعة زيارات المتابعة	التحقق من CBC و LFT عند خط الأساس وإجراء المتابعة زيارات المتابعة
تحليل الدهون: بناءً على توصيات فرقة عمل الخدمات الوقائية الأمريكية USPSTF	تحليل الدهون: بناءً على توصيات فرقة عمل الخدمات الوقائية الأمريكية USPSTF
HbA _{1c} : بناءً على توصيات فرقة عمل الخدمات الوقائية الأمريكية USPSTF	HbA _{1c} : بناءً على توصيات فرقة عمل الخدمات الوقائية الأمريكية USPSTF

المختصرات: CBC، تعداد الدم الكامل؛ HbA_{1c}، الهيموغلوبين A1c؛ LFT، فحص وظائف الكبد؛ USPSTF، فرقة عمل الخدمات الوقائية الأمريكية.

المصدر: منقول بتصرف بإذن من Frontline Medical Communications Inc. Transgender Care in the Primary Care Setting: A Review of Guidelines and Literature. California: Hashemi et al; 2018.

الملحق 2: المعاينة البصرية بحمض الأسيتيك (VIA)

أ. قبل وضع حمض الأسيتيك

- بوجود المنظار في الداخل، راقب حجم وشكل عنق الرحم.
- حدّد الفتحة الخارجية. لاحظ أي سمات طبيعية (غير مرضية) بالإضافة إلى أي سمات مرضية لعنق الرحم: ظهارة عمودية (حمراء)، ظهارة حرشفية (وردية)، تقاطع حرشفي عمودي (SCI)، منطقة تحول.
- قيّم خصائص الإفرازات: الكمية واللون والرائحة والقوام.

الجدول 1: نتائج الفحص البصري قبل وضع حمض الأسيتيك

النتائج الطبيعية (السمات غير المرضية لعنق الرحم)	• بعد إنقطاع الطمث: ترقق وضمور في الظهارة الحرشفية؛ يبدو عنق الرحم شاحباً وهشاً • الشتر الخارجي: مساحة كبيرة من اللون الأحمر حول الفتحة الخارجية والتقاطع الحرشفي العمودي (SCI) بعيد عن الفتحة • التكتّسات النابوتية: إنتفاخ العقيدات ذات اللون الأزرق والأبيض أو الأصفر والأبيض، مع وجود بطانة ناعمة ورقيقة مع أوعية دموية متفرعة؛ يمكن أن تكون كبيرة وتشبه شكل عنق الرحم • تمرّقات ملتئمة في شفاه عنق الرحم، والفتحة الخارجية
النتائج الباثولوجية / المرضية	غير سرطانية: • الثآليل التناسلية: مناطق مرتفعة رمادية إلى بيضاء داخل أو خارج منطقة التحول في الظهارة الحرشفية، آفات مماثلة في المهبل والفرج • التهاب عنق الرحم: مناطق حمراء متأكلة واسعة تمتد إلى المهبل في حالة العدوى الشديدة/التهاب الشديدي: نزيف من عنق الرحم؛ نزيف تلامسي؛ تقرحات صغيرة متعددة؛ علامات على بثور صغيرة تحتوي على سوائل • سليفة عنق الرحم: كتلة ملساء تبرز من قناة عنق الرحم إلى خارج الفتحة الخارجية، والتي قد تظهر باللون الأحمر الداكن أو الوردية والأبيض؛ السليفة النخرية تشبه سرطان عنق الرحم • الطلوان يظهر كمناطق بيضاء ناعمة السطح على عنق الرحم لا يمكن إزالتها أو كشطها سرطان متوغل: • السرطان المتوغل المبكر جداً: منطقة خشنة، حمراء، حبيبية، احتمالية حدوث نزيف باللمس • السرطانات المتوغلة المتقدمة: نزيف تلامسي ونخر و • نمو خارجي كبير مع كتلة منتفخة متكاثرة القرع مع زوائد سليفة أو حلّيمية، تظهر من عنق الرحم أو • نمو متقرّح في الغالب يحل محل معظم عنق الرحم • إفرازات كريهة الرائحة من عدوى ثانوية • تظهر من حين لآخر على شكل آفة ارتشاحية مع عنق رحم متضخم وغير منتظم جداً

ب. بعد وضع حمض الأسيتيك

ضع حمض الأسيتيك المخفف (3-5 في المائة) باستخدام مسحة وامسح أي إفرازات. إنتظر دقيقة واحدة، ولاحظ خصائص الآفة (الآفات) الأسيتية البيضاء:

- **عدد الآفات.**
- **الحجم والمدى والأبعاد:** تغطي كامل منطقة التحول أو جزء منها؛ تغطي عنق الرحم بالكامل.
- **الموقع:** داخل أو قريباً من أو بعيداً عن منطقة التحول التي تلامس التقاطع الحرشفي العمودي (SCJ).
- **كثافة وانتظام اللون الأبيض:** أبيض لامع، أبيض غائم، أبيض شاحب، أبيض باهت.
- **الحدود والترسيم:** حواف متفرقة واضحة وحادة أو غير واضحة؛ حواف مرتفعة أو مسطحة؛ حواف منتظمة أو غير منتظمة؛ مناطق تآكل داخل الآفة.
- **الإمتداد:** في قناة باطن عنق الرحم.

الجدول 2: نتائج الفحص البصري بـ حمض الخليك (VIA) بعد وضع حمض الأسيتيك بدقيقة واحدة

• لا توجد آفات بيضاء أسيتية على عنق الرحم • تبرز السلائل من عنق الرحم مع وجود مناطق أسيتو بيضاء مزرقّة • تظهر الأكياس النابوتية كمناطق تشبه الأزوار، مثل حب الشباب الأبيض أو البثور • مناطق نقطية الشكل في باطن عنق الرحم (بسبب تلطخ الظهارة العمودية الشبيهة بالعنب بـ حمض الأسيتيك) • آفات لامعة، بيضاء مائلة للوردي، بيضاء غائمة، بيضاء مائلة للزرقّة، بقع باهتة أو مشتبه فيها مع حواف غير محددة وغير واضحة، ممتزجة مع بقية عنق الرحم • آفات أسيتية بيضاء أصعية، زاوية، غير منتظمة، تشبه المناطق الجغرافية، بعيدة (منفصلة) عن التقاطع الحرشفي العمودي (SCJ) (آفات ساتلية) • يظهر تبيض باهت يشبه الخطوط أو غير واضح المعالم في التقاطع الحرشفي العمودي (SCJ) • يظهر تبيض شبيه بالخطوط في الظهارة العمودية • مناطق أسيتية بيضاء متفرقة، غير مكتملة، شاحبة، متقطعة، غير واضحة المعالم	نتائج الفحص البصري بـ حمض الخليك (VIA) سلبية (-) (طبيعية)
الفحص البصري بـ حمض الخليك (VIA) + للورم المحتمل التسرطن • مميزة ومحددة جيداً وكثيفة (معتمة أو باهتة أو بيضاء بشكل محار) مناطق أسيتية بيضاء ذات حواف منتظمة أو غير منتظمة، قريبة من التقاطع الحرشفي العمودي (SCJ) أو متاخمة له في منطقة التحويل أو قريبة من الفتحة الخارجية إذا كان التقاطع الحرشفي العمودي (SCJ) غير ظاهر • تظهر المناطق الأسيتية البيضاء الكثيفة بشكل لافت للنظر في الظهارة العمودية • يصبح عنق الرحم بأكمله أبيض بكثافة • يحدث الورم الحميد والطلاوة بالقرب من التقاطع الحرشفي العمودي (SCJ)، ويتحول إلى اللون الأبيض بشكل مكثف بعد وضع حمض الأسيتيك الفحص البصري بـ حمض الخليك (VIA) + للسرطان المتوغل • نمو التكاثر التقرحي الظاهر سريريّاً على عنق الرحم والذي يتحول إلى اللون الأبيض بكثافة بعد وضع حمض الأسيتيك وينزف عند اللمس	نتائج الفحص البصري بـ حمض الخليك (VIA) إيجابية (+)

الملحق 3: وصف العلاج بالتبريد والإستئصال الجراحي الكهربائي الحلقي

الوصف	العلاج بالتبريد	الإستئصال الجراحي الكهربائي الحلقي (LEEP)
طريقة إستئصال تقضي على المناطق التي قد تكون سرطانية/غير طبيعية في عنق الرحم عن طريق تجميدها (جنباً إلى جنب مع المناطق الطبيعية). بوضع قرص معدني شديد التبريد (مسبار التبريد) على عنق الرحم. يتم إجراء التبريد الفائق لمسبار التبريد باستخدام خزان ثاني أكسيد الكربون المضغوط (CO_2) أو غاز أكسيد النيتروز (N_2O)	طريقة إستئصال تقضي على المناطق التي قد تكون سرطانية/غير طبيعية في عنق الرحم عن طريق تجميدها (جنباً إلى جنب مع المناطق الطبيعية). بوضع قرص معدني شديد التبريد (مسبار التبريد) على عنق الرحم. يتم إجراء التبريد الفائق لمسبار التبريد باستخدام خزان ثاني أكسيد الكربون المضغوط (CO_2) أو غاز أكسيد النيتروز (N_2O)	طريقة إستئصال تزيل المناطق التي قد تكون سرطانية/غير طبيعية - ومنطقة التحول بأكملها - من عنق الرحم باستخدام حلقة مصنوعة من سلك رفيع مدعوم بوحدة جراحية كهربائية. تقوم الحلقة بالتقطيع والتخثير. ويلبها استخدام قطب كهربائي كروي لإكمال التخثير
بالإضافة إلى علاج (إزالة) المناطق محتملة التسرطن. ينتج الإستئصال الجراحي الكهربائي الحلقي (LEEP) أيضاً عينة من الأنسجة يمكن إرسالها إلى مختبر تحليل لمعرفة مدى الآفة المراد تقييمها. ومع ذلك، يمكن أن يكون للعينة حدود متفحمة، مما يجعل من الصعب تفسير حواف الآفة	يمكن إجراء العلاج بالتبريد على أي مستوى من مستويات النظام الصحي، بواسطة مقدم/ة رعاية صحية (طبيب، ممرضة، قابلة) ماهرة في فحص الحوض ومدرّب/ة على العلاج بالتبريد	يجب أن يتم إجراؤها فقط من قبل مقدم/ة رعاية صحية مدربة ومختصة، مثل طبيب/ة أمراض النساء، في مرفق صحي حيث يتوفر دعم احتياطي لإدارة المشاكل المحتملة، أي على الأقل مرفق من المستوى الثانوي (مثل المستشفى المحلي)
أهلية المستفيد/ة	المستفيدات اللاتي ثبت بالكشف أن حالتهن إيجابية (أي عن طريق اختبار فيروس الورم الحليمي البشري، أو الفحص البصري بحمض الخليك (VIA)، أو فحص الخلايا) أو المستفيدات اللاتي لديهن ورم داخل ظهارة عنق الرحم ($CIN2+$) مؤكد تشريحياً مؤهلات للعلاج بالتبريد إذا كانت الآفة بأكملها والتقاطع الحرشفي العمودي ظاهرين، ولا تغطي الآفة أكثر من ثلاثة أرباع عنق الرحم. إذا امتدت الآفة إلى ما بعد المسبار المبرد المستخدم، أو في قناة باطن عنق الرحم، أو إذا كانت الآفة مشتبه بأنها سرطان متوغل، فإن المستفيدة غير لائقة للعلاج بالتبريد. يمكن تحديد لياقتها باستخدام الفحص البصري بحمض الخليك (VIA)	المستفيدات اللاتي ثبت بالكشف أن حالتهن إيجابية (أي عن طريق اختبار فيروس الورم الحليمي البشري، أو الفحص البصري بحمض الخليك (VIA)، أو فحص الخلايا)، أو المستفيدات اللاتي لديهن ورم داخل ظهارة عنق الرحم ($CIN2+$) مؤكد تشريحياً مؤهلات لإجراء الإستئصال الجراحي الكهربائي الحلقي (LEEP) إذا كانت الآفة غير مشتبه بأنها سرطان متوغل

الملحق 3: وصف العلاج بالتبريد والإستئصال الجراحي الكهربائي الحلقي تابع

العلاج بالتبريد	الإستئصال الجراحي الكهربائي الحلقي (LEEP)
التخدير	يمكن إجراء العملية تحت تأثير التخدير الموضعي في العيادة الخارجية وعادة تستغرق أقل من 30 دقيقة
بعد الإجراء	بعد إجراء الإستئصال الجراحي الكهربائي الحلقي (LEEP)، يجب على المستفيدة البقاء في مرفق العيادة الخارجية لبضع ساعات لضمان عدم حدوث النزيف. يجب إبلاغ المستفيدة بتوقع تقلصات خفيفة لبضعة أيام وبعض الإفرازات المهبلية لمدة تصل إلى شهر بينما تتجدد الأنسجة. يمكن أن يكون هناك إفرازات دموية لمدة 7 إلى 10 أيام، والتي يمكن أن تتحول إلى إفرازات صفراء. يجب على المستفيدة تجنب ممارسة الجنس لمدة شهر أو استخدام الواقي الجنسي إذا كان لا يمكن تجنب ممارسة الجنس

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice، الطبعة الثانية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2014. متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 31 يناير 2020.

الملحق 4: ملخص مخاطر الإصابة بسرطان الثدي

عوامل الخطر التي لا تستطيع المستفيدة تغييرها:

- **تقدم العمر.** يزداد خطر الإصابة بسرطان الثدي مع تقدم العمر. يتم تشخيص معظم سرطانات الثدي بعد سن الخمسين.
- **الطفرات الجينية.** التغيرات الموروثة (الطفرات) في جينات معينة، مثل BRCA1 و BRCA2. النساء اللاتي ورثن هذه التغيرات الجينية أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي والمبيض. الرجال الذين ورثوها، وخاصة BRCA2. أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي والبروستاتا.
- **الحيض المبكر (قبل سن 12) وتأخر سن اليأس (بعد سن 55).** هذا يعرض المرأة لهرمون الإستروجين الداخلي المنشأ لفترة أطول. مما يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي بقدر بسيط.
- **الثدي الكثيف.** الأنسجة الضامة في الثدي الكثيف أكثر من الأنسجة الدهنية. مما قد يجعل من الصعب أحياناً رؤية الأورام في صورة الثدي الشعاعية. النساء ذوات الثدي الكثيف أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي.
- **تاريخ عائلي للإصابة بسرطان الثدي.** النساء اللاتي أصبن بسرطان الثدي أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي مرة ثانية.
- **التاريخ الشخصي لبعض أمراض الثدي غير السرطانية.** ترتبط بعض أمراض الثدي غير السرطانية، مثل فرط التنسج اللانمطي أو السرطان الفصيصي الموضعي، بزيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي.
- **تاريخ عائلي للإصابة بسرطان الثدي.** خطر إصابة المرأة بسرطان الثدي أعلى إذا كان لديها قريب(ة) من الدرجة الأولى أو العديد من أفراد الأسرة من جانب الأم أو الأب في الأسرة قد أصيب/أصيبت أو أصيبوا/أصيبت بسرطان الثدي. كما أن وجود قريب ذكر من الدرجة الأولى مصاب بسرطان الثدي يزيد أيضاً من المخاطر.
- **المعالجة السابقة باستخدام العلاج الإشعاعي.** الأفراد الذين خضعوا للعلاج الإشعاعي للصدر أو الثدي (مثل علاج سرطان الغدد اللمفية هودجكين) قبل سن 30 أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي في وقت لاحق من الحياة.
- **الرجال الذين يعانون من حالات تزيد من هرمون الإستروجين الجهازي:** متلازمة كلاينفيلتر Klinefelter وتشمع الكبد (وكذلك السمعة).

عوامل الخطر التي يستطيع المستفيد/المستفيدة تغييرها:

- **عدم ممارسة النشاط البدني.** النساء غير النشطات بدنياً أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي.
- **زيادة الوزن أو السمعة بعد إنقطاع الطمث.** يرتبط هذا بزيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي. مقارنة بمن لا يعانين من السمعة. السمعة هي أيضاً عامل خطر في الرجال.
- **إستخدام العلاج الهرموني المركب.** يزيد تناول الهرمونات لتعويض الإستروجين والبروجستيرون المفقودين في سن اليأس لأكثر من 5 سنوات من خطر الإصابة بسرطان الثدي. الهرمونات التي ثبت أنها تزيد من خطر الإصابة هي هرمون الإستروجين و البروجستين عند تناولهما معاً.
- **تناول حبوب منع الحمل عن طريق الفم.** ثبت أن تناول حبوب منع الحمل عن طريق الفم يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي.
- **تأخر الحمل أو عدم الحمل.** حدوث الحمل الأول بعد سن الثلاثين وعدم حدوث حمل كامل المدة يمكن أن يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي.
- **شرب الكحول.** تشير الدراسات إلى أن شرب الكحول يزيد من خطر إصابة المرأة بسرطان الثدي. قد يكون الأمر نفسه صحيحاً في الرجال.

المصادر: مقتبس من Centers for Disease Control and Prevention [موقع الويب] What Are the Risk Factors for Breast Cancer? متاح على: https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm. تم الوصول بتاريخ 4 فبراير 2020. National Cancer Institute [موقع الويب]. BRCA Mutations: Cancer Risk and Genetic Testing. متاح على: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics/brca-fact-sheet>. تم الوصول بتاريخ 4 فبراير 2020. National Health Service [موقع الويب]. Breast Cancer in Men. متاح على: <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-in-men/>. تم الوصول بتاريخ 4 فبراير 2020.

الملحق 5: خطوات الفحص الذاتي للثدي

فحص الثديين شهرياً بعد فترة الحيض.

بالنسبة إلى جميع خطوات الفحص الذاتي للثدي، يجب إبلاغ المستفيد/المستفيدة بأن أنسجة الثدي على كل جانب تمتد من الترقوة نزولاً إلى خط حمالة الصدر أسفل الثديين، ومن عظم الصدر الأوسط إلى اليمين واليسار إلى الإبطيين.

الخطوة 1: المعاينة البصرية للثديين لدى المرأة

- البدء والذراعان لأسفل على الجانبين، ثم مدهما مستقيمين في الهواء وأخيراً بالضغط باليدين بقوة على الوركين. يجب ملاحظة وجود أي:
- تكتل أو تغلظات في الثديين مهما كان حجمها
- تغير في مظهر أو شكل الثديين
- تغيير في موضع أو مستوى الحلمتين
- تنقير في سطح الجلد
- إنقلاب الحلمتين للداخل
- إفرازات أو نزيف من الحلمتين
- تجعد سطح الجلد كأنه (قشرة برتقال)

الخطوة 2: فحص الثديين بالإستلقاء

توضع وسادة تحت الكتف الأيسر ويوضع الذراع الأيسر تحت الرأس. تُستخدم اليد اليمنى لتحسس الثدي الأيسر بباطن أطراف الأصابع الثلاثة الوسطى، مع إبقاء اليد مسطحة، يُكرّر الإجراء على الجانب الآخر لفحص الثدي الأيمن باليد اليسرى. يجب جس الثدي برفق ولكن بثبات بطريقة منتظمة، على سبيل المثال في دوائر أربع دوائر متحدة المركز.

الخطوة 3: فحص الثديين أثناء الوقوف

يلزم اتباع طريقة منتظمة للجس على النحو المبين في الخطوة 2، ولكن مع الوقوف، على سبيل المثال في الحمام.

الفصل 9:

صحة الأم

320	1. مقدمة
320	2. الرعاية السابقة للولادة
320	1.2 الغرض من الرعاية السابقة للولادة
320	2.2 عدد الإتصالات السابقة للولادة ومكوّناتها
321	3.2 الإستقصاءات والفحوصات الروتينية لكشف عوامل الخطر
324	4.2 التدخلات الصحية الوقائية
326	3. إدارة حالات المخاض والولادة وفترة ما بعد الولادة مباشرة
326	1.3 المبادئ العامة والإستعداد للطوارئ
326	2.3 إدارة حالات المخاض وتمزق الأغشية السابق للمخاض
329	3.3 إدارة حالات المخاض الطبيعي
332	4. مضاعفات أثناء الحمل
332	1.4 القوي الحمل المفرد
333	2.4 إضطرابات إرتفاع ضغط الدم أثناء الحمل
334	3.4 النزيف أثناء الحمل
339	4.4 المخاض المبسر
339	5.4 تدلي الحبل السري
339	6.4 الولادة المتعسرة
340	7.4 الإبتان النفاسي
341	8.4 المضاعفات الجنينية



341	5. الرعاية بعد الولادة
342	1.5 رعاية حديثي الولادة بعد الولادة
343	2.5 رعاية المستفيدة بعد الولادة
344	6. المراجع
346	1.6 الموارد
348	7. الملاحق
348	الملحق 1: الجدول الزمني الذي توصي به منظمة الصحة العالمية للتدخلات الخاصة بالرعاية السابقة للولادة
357	الملحق 2: تشخيص الحمل
358	الملحق 3: خطة الولادة والطوارئ
360	الملحق 4: الفرز للحصول على الرعاية قبل الولادة وفي أثنائها وبعدها
361	الملحق 5: التقييم الأولي لحالة المرأة التي تعاني من مخاض محتمل أو تمرّق الأغشية
362	الملحق 6: علاج مقدمات الإرتعاج الشديدة والإرتعاج
365	الملحق 7: الإنعاش الأساسي للمواليد



1. مقدمة

يُقصد بصحة الأم صحة المرأة أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة (المعروفة أيضًا باسم النفاس). وتستمر حوالي 6 أسابيع أو 42 يومًا بعد الولادة). وبينما تتميز هذه الفترة الزمنية غالبًا بتجارب إيجابية ومرضية، إلا أن هذه الفترة ترتبط في كثير من الأحيان بالمعاناة واعتلال الصحة وحتى الوفاة.

وتتطلب تجربة الحمل الإيجابية أن تستجيب رعاية الأمومة لقيم المرأة ومعتقداتها واحتياجاتها. وخلصت مراجعة منهجية أجرتها منظمة الصحة العالمية (WHO) إلى أن الأمور التي تهتم المرأة في ما يتعلق بالولادة تركز على ثلاث ظواهر: الطبيعة الجسدية والنفسية الاجتماعية للولادة كتجربة متجسدة؛ المعايير الأسرية والاجتماعية والثقافية المحلية التي تشرّع أو تعيد صياغة التوقعات حول المخاض والولادة؛ وكيف أن توفير رعاية الأمومة يعزّز أو يقيد ما يهمهم [1]. وتتوافر أدلة مستمدة من مجموعة واسعة من المصادر تشير إلى أنه من الضروري أن تدرك رعاية الأمومة فوائد توفير الأمور التي تهتم جميع النساء الحوامل (ومخاطر عدم القيام بذلك). ويجب أن تصبح هذه العوامل مكونًا أساسيًا في تقديم الرعاية لضمان الإستيعاب الأمثل لرعاية الأمومة بطريقة فعالة ولأثقة. وبالتالي لصحة النساء في سن الإنجاب وأطفالهن وأسرهم. على المديتين القصير والطويل [2,1].

ويتناول هذا الفصل بعض التدخلات الرئيسية لصحة الأم والوليد، والتي تُعتبر ضرورية لإنقاذ حياة النساء وأطفالهن وتحسين صحتهم ورفاههم. بما في ذلك الكشف المبكر عن عوامل الخطر وتوفير التدخلات الوقائية ذات الصلة والعلاج في الوقت المناسب. الحمل والمخاض والولادة والفترة المباشرة أو الممتدة بعد الولادة/بعد الوضع. ويهدف هذا الفصل إلى تقديم إرشادات للعيادات والمرافق الصحية ذات المستوى الأدنى التي لديها شبكات إحالة تشمل تقديم خدمات الرعاية التوليدية المتخصصة للنساء المعرضات لخطر كبير أو اللاتي يعانين من مضاعفات.

2. الرعاية السابقة للولادة

1.2 الغرض من الرعاية السابقة للولادة

يمكن تعريف الرعاية السابقة للولادة (ANC) بأنها الرعاية التي يقدمها أخصائيو وأخصائيات الرعاية الصحية الأكفاء للحوامل لضمان توفير أفضل الظروف الصحية لكل من الأم والجنين أثناء الحمل. وتشتمل مكونات الرعاية السابقة للولادة على تحديد المخاطر والوقاية من الأمراض المرتبطة بالحمل أو الأمراض المتزامنة وإدارتها. والتثقيف الصحي وتعزيز الصحة [3].

المختصرات

ANC	الرعاية السابقة للولادة
ASB	البيلة الجرثومية عديمة الأعراض
BEmONC	الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ
BMI	مؤشر كتلة الجسم
CEmONC	الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ
EmONC	رعاية التوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ
FGM	تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
GDM	داء سكري الحمل
PPH	النزف التالي للوضع
PPROM	تمزق الأغشية المبكر السابق للمخاض
PROM	تمزق الأغشية السابق للمخاض
SGBV	العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
WHO	منظمة الصحة العالمية
ZVD	مرض فيروس زيكا

وتُعرف الرعاية السابقة للولادة باسم رعاية ما قبل الولادة. ويؤدي توفيرها بمستوى لائق وكافي إلى إنقاذ الأرواح. وعند توفير الرعاية السابقة للولادة مع خدمات الرعاية الصحية الأساسية الأخرى. فإنها تحقق فوائد بعيدة المدى للأفراد والأسر والمجتمعات. لمزيد من المعلومات عن رعاية الحوامل اللاتي لا يرغبن في استمرار الحمل، أنظر الفصل 5: رعاية الإجهاض.

2.2 عدد الاتصالات السابقة للولادة ومكوناتها

توصي منظمة الصحة العالمية بإجراء ما لا يقل عن ثمانية اتصالات للرعاية السابقة للولادة. ويحل هذا النهج محل النموذج "المركز" أو "الأساسي" للرعاية السابقة للولادة الذي يتكوّن من أربع زيارات، وذلك بهدف تقليل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة وتحسين تجارب الرعاية أثناء الحمل [3].

- زرع البول باستخدام عينة منتصف التبول (هذا هو الأفضل) أو صبغة غرام للبول (تُفضل عن عصا الغمس في البول) في الزيارات الأولى والثالثة والخامسة (12 أسبوعًا و 26 أسبوعًا و 34 أسبوعًا). إجراء الاختبارات وتقديم المشورة التي يبدأها مقدمو ومقدمات الخدمات لفيروس العوز المناعي البشري والزهري (إختبار الراجنة البلازمية السريع أو إختبار مُختبر بحوث الأمراض المنقولة جنسياً (VDRL)) في الزيارة الأولى (12 أسبوعًا). يوصى بإجراء اختبار الزهري السريع في المرفق الصحي في المواقع التي تنخفض فيها معدلات تغطية الكشف عن الزهري، أو تكون قدراتها المخبرية محدودة، أو ترتفع فيها معدلات انتشار الزهري (أكثر من 5 في المائة أو ما يعادلها) [4].
- الكشف عن الإصابة بمرض سكري الحمل (بين 24 أسبوعًا و 28 أسبوعًا من الحمل)، أو إذا تم اكتشاف ارتفاع السكر في الدم لأول مرة في أي وقت أثناء الحمل.
- فحص الكشف عن التدخين والكحول وتعاطي المخدرات في كل زيارة قبل الولادة.
- فحص واحدًا بالموجات فوق الصوتية قبل 24 أسبوعًا لتحديد عمر الحمل، وتحسين الكشف عن التشوهات الجنينية وحالات الحمل المتعدد، وتقليل تحريض المخاض للحمل المتدني، وتحسين تجربة الحمل للحامل.
- يوصى بإجراء الإستقصاءات والتدخلات التالية في سياقات محددة ويتم تكرارها في حالة وجود دواع سريرية:
- الفحوصات المهبلية الروتينية وفحص الثدي والوزن والتصوير بالموجات فوق الصوتية.
- يوصى بفحص الإصابة بالسل في الزيارة الأولى (12 أسبوعًا) في الأماكن التي ترتفع فيها معدلات انتشار المرض.
- يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار عمليات الإستفسار السريري حول إمكانية حدوث العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وذلك في زيارات الرعاية السابقة للولادة عند تقييم الحالات التي قد نجمت أو تفاقت بسبب العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي لتحسين التشخيص السريري والرعاية اللاحقة، حيث تتوافر القدرة على تقديم الإستجابة الداعمة (بما في ذلك الإحالة عند اللزوم، أنظر الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي).
- قد يكون الإصغاء إلى معدل ضربات قلب الجنين مطمئنًا للمستفيدة ويمكن تقديم هذه الخدمة؛ ومع ذلك، لا يُعد مؤشرًا على رفاه الجنين ولا يوصى به كإجراء إستقصائي روتيني.
- مع أن العدّ اليومي لحركة الجنين قد يسبب القلق، تُعد مطالبة المستفيدة بمراقبة حركات الجنين خيارًا في الأماكن التي لا تتوفر فيها مرافق أخرى لتقييم الجنين.

ويركّز كل اتصال من هذه الإتصالات على التقييمات والتدخلات التي تدعم نتائج الحمل الإيجابية. ويجب أن يشمل كل اتصال من إتصالات الرعاية السابقة للولادة على المهام التالية (للإطلاع على الجدول الزمني الذي توصي به منظمة الصحة العالمية للتدخلات الخاصة بزيارات الرعاية السابقة للولادة، أنظر الملحق 1):

1. تأكد من تشخيص الحمل (أنظر الملحق 2) وحدّد عمر الحمل بدقة.
2. وضع خطة الولادة أو مراجعتها. مع الأخذ في الاعتبار أي تغييرات سريرية أو صعوبات في الحركة، أو ظهور علامات تحذيرية، أو تغييرات في رغبات المستفيدة (أنظر الملحق 3).
3. قيّم (افحص) عوامل الخطر (أنظر القسم 3.2). بما في ذلك إعادة تقييم أي مخاطر تم تحديدها في الإتصالات السابقة.
4. قدّم نصائح غذائية وعزّز السلوكيات الصحية، عند اللزوم (أنظر القسم 4.2).
5. قم بتحديث الملاحظات الخاصة بالمستفيدة، بما في ذلك التاريخ الطبي والفحص ونتائج الإستقصاءات والمناقشات، وحدّد موعد الإتصال التالي للرعاية السابقة للولادة.

3.2 الإستقصاءات والفحوصات الروتينية لكشف عوامل الخطر

تتيح اتصالات الرعاية السابقة للولادة فرصة لتقييم العلامات والأعراض وتحديد أي مضاعفات للحمل ومعالجتها في الوقت المناسب وبالطريقة الملائمة. يتيح تسجيل التاريخ الطبي الشامل الذي يسبق الولادة، بما في ذلك المشكلات الطبية (واستخدام الأدوية) في الإتصال الأول فرصة لمقدّم (ة) الرعاية الصحية لتقييم حالة المرأة الحامل وتحديد عوامل الخطر، وإدارتها وإعادة تقييمها أثناء الحمل، وإجراء الإحالات اللازمة للحصول على رعاية متخصصة، عند الضرورة.

1.3.2 الإستقصاءات الروتينية

يوصى بإجراء الإستقصاءات التالية أثناء الحمل [3]:

- القياس المنتظم لضغط الدم والوزن ووجود البيلة البروتينية.
- تعداد الدم الكامل (على النحو المفضل) أو مستوى الهيموجلوبين (يُفضل استخدام مقياس الهيموغلوبين على استخدام طريقة قياس لون الهيموجلوبين) في الزيارات الأولى والثالثة والسادسة (12 أسبوعًا و 26 أسبوعًا و 36 أسبوعًا من الحمل).



2.3.2 فحص الكشف عن عوامل الخطر

1.2.3.2 العوامل التي قد تزيد من خطر الولادة القيصرية أو الولادة المبكرة

الولادة القيصرية السابقة: تستطيع النساء الحوامل اللاتي ليست لديهن عوامل خطر بخلاف الولادة القيصرية السابقة وضع الترتيبات للولادة في مرفق الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC). حيث يمكن محاولة إجراء تجربة الولادة المهبلية ثم إجراء الولادة القيصرية، إذا لزم الأمر. يجب الإشارة إلى ذلك في خطة الولادة.

عوامل الخطورة العالية: يجب إحالة الحوامل المصابات بعوامل عالية الخطورة تم تحديدها في فترة ما قبل الولادة والتي قد تجعل الولادة الطبيعية صعبة أو غير محتملة إلى مرفق صحي متخصص (مرفق الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC)). يجب أن تتم الولادة في مرفق صحي مجهز لإجراء العمليات القيصرية، إذا لزم الأمر. تشمل عوامل الخطر هذه:

- سوء المجيء قبل موعد الولادة المتوقع بشهر
- الحمل المتعدد
- حدوث تمزق سابق من الدرجة الثالثة أو الرابعة
- العمر أقل من 14 سنة

عوامل الخطر الأخرى: يمكن نصح الحوامل المصابات بعوامل خطر أخرى بأن الولادة يجب أن تتم تحت إشراف قابلة ماهرة داخل مرفق صحي. تشمل عوامل الخطر هذه حدوث إملاص سابق أو وفاة مبكرة لحديثي الولادة: تاريخ سابق للإصابة بمضاعفات الحمل، مثل النزف أو تسمم الحمل: العمر أقل من 16 سنة: داء السكري: أمراض القلب: تقلص الحوض: إعتلال الهيموغلوبين: والحمل لأول مرة أو تعدد الولادات الكبير. أثناء المخاض والولادة، قد تحتاج بعض النساء ذوات الإعاقة إلى رعاية متخصصة تستدعي ترتيبات مسبقة لضمان توفر الدعم المناسب عند الحاجة. يجب تحديد مقدمي ومقدمات الخدمات الذين لديهم دراية أو يرغبون في تعلم كيفية تقديم أفضل دعم لهؤلاء المستفيدات في خلال فترة ما قبل الولادة، والمخاض، والولادة، ورعاية ما بعد الولادة.

2.2.3.2 الصحة العقلية

التقييم: تُعد فترة ما قبل الولادة فرصة لتقييم الصحة النفسية للمرأة الحامل وخطر إصابتها بمرض نفسي أثناء الحمل وفي فترة ما بعد الولادة. وتقدم الخانة 1 ملخصاً لأهم أسئلة الفحص.

الخانة 1: التعرف على اضطرابات الصحة النفسية في إطار الرعاية السابقة للولادة

إعلم أن النساء المصابات باضطراب في الصحة النفسية قد تكون لديهن:

- عدم رغبة في الكشف عن مرضهن أو مناقشته بسبب الخوف من الوصم أو بسبب التصورات السلبية من قبل أسرهن أو المجتمع

- نفور من العلاج بسبب اضطراب صحتهن النفسية أو إدمانهن المخدرات و/أو الكحول

أسئلة بخصوص الفحص يمكن طرحها في أول اتصال للرعاية قبل الولادة:

1. في خلال الشهر الماضي، هل انتابك شعور بالإحباط أو الإكتئاب أو اليأس؟
2. في الآونة الأخيرة، هل عانيت من ضعف اهتمامك أو استمتاعك بفعل الأشياء؟

إذا كانت الإجابة "نعم" على أي من السؤالين أعلاه، تابع طرح الأسئلة التالية:

3. في خلال الأسبوعين الماضيين، هل شعرت بانزعاج لعدم قدرتك على التحكم في القلق أو التوتر؟
4. هل أصبت باعتلال شديد في الصحة النفسية في الماضي؟
5. هل تعرضت والدتك/أختك/ابنتك لمرض نفسي أثناء الحمل؟

ناقش مع المرأة ما إذا كانت تقبل إشراك الأصدقاء أو أفراد الأسرة بشكل إيجابي للحصول على الدعم، إن أمكن، وإجراء الإحالة إذا لزم الأمر.

3.2.3.2 العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي

قد يؤدي العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي إلى تأثير سلبي على صحة الأم والجنين. يجب أن ي/تكون مقدم(ة) الرعاية الصحية على دراية بما إذا كان الشريك أو الزوج الموجود في جلسات الاستشارة يتصرف بطريقة متسلطة، ويجب ألا يسأل المستفيدة أبدًا عن حدوث العنف إذا كان شريكها موجودًا. لمزيد من التوجيهات المفصلة حول الكشف عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، أنظر الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

4.2.3.2 تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

تُعتبر المستفيدات اللاتي يعانين من أشد أشكال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية - النوع الثالث، ويشار إليه أيضًا بإسم الختان التخييطي - أكثر عرضة لمجموعة من المضاعفات المصاحبة للتوليد أثناء عملية الولادة، بما في ذلك الولادة القيصرية، ونزيف ما بعد الولادة، ووضوح الفرج، والمخاض المطوّل أو المتعسر، وبالمثل، يزداد تعرض أطفالهن لمخاطر الإملاص، والوفاة المبكرة لحديثي الولادة، والإختناق عند الولادة، والإنعاش عند الولادة [6.5].

وتوصي منظمة الصحة العالمية بإزالة الختان التخييطي للوقاية من مضاعفات الولادة وعلاجها ولتسهيل الولادة للنساء المصابات بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من النوع الثالث. ويجب أن يعتمد اتخاذ قرار موعد الإجراء (قبل الولادة أو أثناء الولادة) على ما تفضله المستفيدة، والوصول إلى مرافق الرعاية الصحية، ومكان الولادة، ومستويات مهارة مقدم(ة) الرعاية الصحية [7]. يجب تقديم المشورة بشأن التغييرات الفسيولوجية بعد إزالة الختان التخييطي لجميع المستفيدات اللاتي يخضعن للإجراء [5]. لمزيد من المعلومات أنظر الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

5.2.3.2 اضطرابات ارتفاع ضغط الدم

تُعتبر اضطرابات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، بما في ذلك مقدمات الإرتعاج، والإرتعاج، وارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، وارتفاع ضغط الدم المزمن من بين الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات والمواليد والمرضاة والإملاص.

6.2.3.2 فقر الدم

من أكثر مظاهر فقر الدم شيوعًا أثناء الحمل فقر الدم الناجم عن نقص الحديد، وقد يكون بسبب سوء التغذية أو الإصابة بعدوى مثل العدوى الطفيلية أو المزمّنة. يوصى بإجراء اختبار تعداد الدم الكامل في أول زيارة قبل الولادة، ويوصى في الأماكن التي لا يتوفر فيها اختبار تعداد الدم الكامل بإجراء اختبار الهيموغلوبين في المرفق الصحي باستخدام مقياس الهيموغلوبين. ويجب على مقدمي الرعاية الصحية إعادة فحص مستويات الهيموغلوبين في زيارة لاحقة في حالة الاشتباه في الإصابة بفقر الدم، ولكن بدون تأجيل إعطاء مكملات الحديد.

7.2.3.2 داء سكري الحمل

تحدث الإصابة بداء سكري الحمل (GDM) في حالة إصابة المرأة الحامل بارتفاع السكر في الدم مع عدم وجود تاريخ للإصابة بداء السكري. وتُعتبر النساء المصابات بداء السكري في الحمل أكثر عرضة للإصابة بمقدمات الإرتعاج واضطرابات ارتفاع ضغط الدم الأخرى وعملقة الجنين وعسر ولادة الكتف. يمكن أن يستمر داء سكري الحمل (GDM) أيضًا كمرض السكري بعد الولادة.

إنّ تبع البروتوكولات المحلية لفحص جميع النساء الحوامل للكشف عن مرض السكري. وقد يحتاج النساء اللاتي ثبتت إصابتهن بفطرت سكر الدم إلى استشارة غذائية (أنظر القسم 2.4.2) وممارسة الرياضة والأدوية. ويمكن تشخيص الإصابة بداء السكري في الحمل في أي وقت أثناء الحمل بشرط استيفاء معيار واحد أو أكثر من المعايير التالية:

- جلوكوز البلازما أثناء الصيام 5.1-6.9 ملي مول/لتر (92-125 ملغ/ديسيلتر)
 - جلوكوز البلازما لمدة ساعة لا يقل عن 10.0 ملي مول/لتر (180 ملغ/ديسيلتر) بعد 75 غم حمل جلوكوز فموي
 - جلوكوز البلازما لمدة ساعتين 8.5-11.0 ملي مول/لتر (153-199 ملغ/ديسيلتر) بعد 75 غم حمل جلوكوز فموي
- ويتم تشخيص إصابة النساء اللاتي لديهن قيم أعلى من النطاق المحدد بداء السكري.

8.2.3.2 البيلة الجرثومية عديمة الأعراض

تُعتبر البيلة الجرثومية عديمة الأعراض (ASB) حالة شائعة في المسالك البولية ترتبط بزيادة خطر إصابة الحوامل بالعدوى. ويُعتبر زرع البول باستخدام عيّنة منتصف التبول هي الطريقة الموصى بها لتشخيص البيلة الجرثومية عديمة الأعراض (ASB) في الحمل. وفي الأماكن التي لا يتوفر فيها إجراء زرع البول، يوصى باستخدام صبغة غرام في منتصف التبول في المرفق بدلاً من استخدام اختبارات عصا الغمس كطريقة لتشخيص البيلة الجرثومية عديمة الأعراض (ASB) في الحمل. وفي حالة تشخيص إصابة امرأة حامل بالبيلة الجرثومية عديمة الأعراض (ASB)، يوصى باستخدام نظام علاج بالمضاد الحيوي لمدة 7 أيام لمنع استمرار البيلة الجرثومية وحدوث الولادة المبكرة.

9.2.3.2 المكورات العقدية مجموعة B

ترتبط المكورات العقدية من المجموعة B بالولادة المبكرة. ومع ذلك، لا يوصى بإجراء الفحص الروتيني في أي عمر للحمل، إلا في المناطق التي ترتفع فيها معدلات انتشار المكورات العقدية من المجموعة B والولادة المبكرة على المستوى المحلي، أو إذا أوصت بذلك مبادئ توجيهية على المستوى الوطني.



10.2.3.2 الزهري

تتمثل الخطورة النوعية للزهري (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا) أثناء الحمل في إمكانية انتقال العدوى في الفترة المحيطة بالولادة (الزهري الخلقي)، والتي قد تسبب وفاة الجنين قبل الولادة، وولادة الجنين ميتًا، والولادة المبكرة.

- يجب توفير خدمة الفحص لكشف الإصابة بالزهري من خلال اختبار الراجنة البلازمية السريع في أول اتصال للرعاية السابقة للولادة (أو اختبار الزهري السريع في المرفق الصحي في الأماكن التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بالزهري أو في حالة ضعف الإمكانات المخبرية). وإذا كانت النتيجة إيجابية، تحقق من تلقي المستفيدة وشريكها للعلاج. وتعني النتيجة الإيجابية لاختبار الراجنة البلازمية السريع ضرورة إجراء اختبار تأكيدى للإصابة بالزهري، وإذا كانت النتيجة إيجابية، فيجب تقديم العلاج. ويجب إجراء فحص لكشف إصابة الرضيع بعد الولادة.

إدارة الحالات وعلاجها:

- أعطِ المستفيدة 2.4 مليون وحدة من بنزائين بنزيل البنسيلين عن طريق الحقن العضلي: 5 مل تقسم إلى النصف وتُعطى كحقنيتين في موضعين مختلفين.
- وفي حالة وجود حساسية للبنسيلين، أعطِ 500 ملغ إريثروميسين عن طريق الفم، أربع مرات في اليوم لمدة 14 يومًا.
- تأكد من أن العلاج بالصدمة التأقية متاح أثناء العلاج. مع أن حدوثها نادر للغاية.
- قدّم المشورة للمستفيدة حول سبب أهمية إحضار شريكها الجنسي لإجراء الإختبار وتلقي العلاج وأنصحها باستخدام وسائل منع الحمل لمنع الإصابة بالعدوى مرة أخرى.
- وبعد الولادة، يجب فحص المولود لكشف الإصابة، وعلاجه في حالة:

- تأكد الإصابة بالزهري الخلقي؛ أو
- إذا كان المولود طبيعيًا من الناحية السريرية ولكن الأم لم تتلق العلاج أو لم تكمل علاجها لمرض الزهري. أو تم علاجها بأنظمة غير البنسيلين [8].

11.2.3.2 فيروس العوز المناعي البشري

يُتيح إختبار فيروس العوز المناعي البشري أثناء الحمل في أول زيارة لتلقي الرعاية السابقة للولادة فرصة للحوامل اللاتي ثبتت إصابتهن لبدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، مما يحسّن النتائج الصحية لكل منهن. ويمنع الانتقال الرأسي لفيروس العوز المناعي البشري إلى الجنين، والانتقال الأفقي إلى الشريك الجنسي غير المصاب [3] (أنظر الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري). وبالإضافة إلى ذلك، يجب على مقدمي الرعاية الصحية تقديم المشورة بشأن فوائد إشراك واختبار شريك المستفيدة واستخدام وسائل منع الحمل الحائلة. إشرح لها إمكانية إجراء ولادة مهبلية، ولكن يجب اتباع البروتوكولات المحلية. قدّم لها المشورة بشأن الرضاعة الطبيعية وخيارات تغذية الرضيع في وقت لاحق من الحمل. مع الأخذ في الاعتبار مخاطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري عن طريق الرضاعة الطبيعية (أنظر الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري، القسم 6).

12.2.3.2 السل

يزيد السل من خطر الولادة المبكرة وحدوث الوفاة في الفترة المحيطة بالولادة، ويؤدي إلى حدوث نتائج ومضاعفات سلبية أخرى في الحمل. ويجب استخدام البروتوكولات المحلية للكشف عن الإصابة بالسل النشط في أول اتصال للرعاية السابقة للولادة، عند اللزوم.

4.2 التدخلات الصحية الوقائية

تتيح إتصالات الرعاية السابقة للولادة فرصة لتقديم بعض التدخلات الصحية الوقائية، بما في ذلك التطعيم بذوفان الكزاز، وتقديم المشورة الخاصة بالتغذية والمكملات الغذائية، وفحص الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، والتدخلات الخاصة بالسباق (مرض فيروس زيكا، والملاريا، وعدوى الديدان الطفيلية، والإنفلونزا الموسمية)، والمساعدة في حالة ظهور أعراض الحمل الفسيولوجية الشائعة.

1.4.2 التطعيم بذوفان الكزاز

يمكن أن يمنع التطعيم بذوفان الكزاز إصابة حديثي الولادة بالكزاز، والذي يؤدي إلى الوفاة دائمًا، بالإضافة إلى كزاز الأم (أي الكزاز أثناء الحمل أو فترة ما بعد الولادة). وتُعتبر اللقاحات التي تحتوي على ذوفان الكزاز آمنة أثناء الحمل. ويُعتبر من التدخلات الأساسية قبل الولادة، خاصة في الأماكن التي يكون الكزاز شائعًا فيها والتي لا يُحتمل فيها حصول الأفراد بالفعل على دورة كاملة (ثلاث جرعات أولية بالإضافة إلى ثلاث جرعات معززة) من لقاح الكزاز بحلول سن 15 عامًا من خلال التمنيع الروتيني [9].

ويمكن أن تؤدي الإصابة بمرض فيروس زيكا أثناء الحمل إلى تشوهات خلقية في الدماغ مثل صغر الرأس والعيوب الخلقية الأخرى. ويرتبط أيضًا بالإجهاض وولادة الجنين الميت والولادة المبكرة. ولا يوجد حاليًا لقاح ضد مرض فيروس زيكا، ولا أي علاج للإصابة بهذه العدوى [10].

بالنسبة إلى المستشفيات في المناطق المتضررة، يجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية تقديم المشورة بشأن مخاطر مرض فيروس زيكا أثناء الحمل وتدابير الوقاية من هذه العدوى، بما في ذلك تقليل مخاطر لدغات البعوض [11، 10]. يجب على مقدمي ومقدمات الخدمات أيضًا إجراء التقييمات التالية:

- في كل زيارة، يجب أن تُسأل الحامل عن ظهور أي من أعراض أو علامات الإصابة بعدوى فيروس زيكا منذ آخر زيارة لهن لتلقي الرعاية التي تسبق الولادة. يجب نصحن بالمبادرة إلى إجراء التشخيص والعلاج إذا ظهرت عليهن أي من هذه الأعراض بين زيارات الرعاية السابقة للولادة والتي تم تحديد مواعيدها.
- يجب إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية لتشوه الجنين بين الأسبوع الـ 18 والأسبوع الـ 20. يجب الانتباه بعناية إلى الجهاز العصبي المركزي للجنين. يجب تكرار فحص تشكّل الجنين باستخدام الموجات فوق الصوتية بين الأسبوع الـ 28 والأسبوع الـ 30.
- وفي حالة صغر محيط رأس الجنين، يعني ذلك تفاقم سوء الحالة [12].
- قدّم المشورة بشأن الخيارات المتاحة وفقًا للقوانين المحلية، بطريقة تعزّز تسهيل التواصل والفهم.
- يجب معاملة جميع الحوامل، بغض النظر عن خياراتهن الفردية في ما يتعلق بحملهن، باحترام وبطريقة تحفظ كرامتهن.
- ينبغي أن تحصل النساء اللاتي لا يرغبن في استمرار الحمل على معلومات دقيقة والدعم اللازم (أنظر الفصل 5: رعاية الإجهاض).
- ينبغي أن تحصل النساء اللاتي يرغبن في استمرار الحمل إلى النهاية على الرعاية والدعم المناسبين لإدارة شعورهن بالقلق والتوتر وبيئة الولادة. ويجب مناقشة خطط رعاية الأطفال حديثي الولادة وإدارتها أثناء الحمل وبالتشاور مع طبيب أطفال أو طبيب أعصاب أخصائي أطفال، حيثما كان ذلك متاحًا. ضع في إعتبارك إجراء الإحالة إلى أي خدمات دعم اجتماعي محلية.

2.4.2 تقديم المشورة التغذوية والمكملات الغذائية

يُعتبر النظام الغذائي الصحي ضروريًا لتلبية احتياجات الأم وجنينها. ويرتبط نقص التغذية والسمنة في الأمهات بسوء النتائج في الفترة المحيطة بالولادة [3].

يجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية تقديم المشورة التغذوية والمكملات الغذائية المخصصة للتأكد من أن التدخلات مناسبة للمرأة وشرح فوائدها. أنظر الملحق 1 لمعرفة التدخلات الغذائية الموصى بها والمكملات الغذائية المصنفة وفقًا لزيارات الرعاية التي تسبق الولادة.

وتبدأ زيادة الوزن عمومًا بعد 20 أسبوعًا من الحمل، وتختلف تعريفات زيادة الوزن "الطبيعية" ولكن يجب أن يُوضع في الاعتبار مؤشر كتلة الجسم قبل الحمل. يقدم الجدول 1 دليلًا تقريبيًا.

الجدول 1: نطاقات زيادة الوزن الموصى بها أثناء الحمل

مؤشر كتلة الجسم (مؤشر كتلة الجسم، كغم/م ²) في بداية الحمل	زيادة الوزن الموصى بها أثناء الحمل
نقص الوزن: مؤشر كتلة الجسم أقل من 18.5	12.5-18 كغم
الوزن الطبيعي: مؤشر كتلة الجسم 18.5 - 24.9	11.5-16 كغم
زيادة الوزن: مؤشر كتلة الجسم 25 - 29.9	7-11.5 كغم
السمنة: مؤشر كتلة الجسم أكثر من 30	5-9 كغم

المصدر: منظمة الصحة العالمية [3]

3.4.2 التدابير الوقائية الخاصة بالسياق

يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على دراية بالبروتوكولات المحلية لمنع الإصابة بأنواع العدوى التي قد تكون ضارة بالحوامل والمتوطنة في المناطق المحلية التي يعملون فيها.

1.3.4.2 مرض فيروس زيكا

ينتقل مرض فيروس زيكا (ZVD) بشكل أساسي عن طريق لدغة أنثى البعوضة الزاعجة Aedes المصابة بالفيروس (Ae. aegypti و Ae. albopictus). قد ينتقل مرض فيروس زيكا جنسيًا أيضًا إلى الجنين أثناء الحمل. ومن خلال نقل الدم وزرع الأعضاء [10].

الرعاية والعلاج بالإضافة إلى طمأننتها بأن الأعراض محدودة ذاتيًا وسوف تزول بشكل عام في وقت لاحق من الحمل أو بعد الولادة (أنظر منظمة الصحة العالمية [3] للمزيد عن التدخلات الآمنة المبنية على الأدلة أثناء الحمل).

3. إدارة حالات المخاض والولادة وفترة ما بعد الولادة مباشرة

1.3 المبادئ العامة والإستعداد للطوارئ

يجب توفير الرعاية للنساء أثناء المخاض والولادة في أجواء داعمة ومشجعة تحترم رغبات المستفيدة.

إستخدم تقييم الفرز للمستفيدات اللاتي يحضرن زيارات الرعاية السابقة للولادة أو أثناء المخاض أو بعد الولادة لاستبعاد أي ظروف خطيرة (الملحق 4).

وتقدّم المرافق الصحية، بحسب قدراتها والوظيفة البارزة التي تستطيع توفيرها، مستويات مختلفة من رعاية التوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (EmONC): الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmonC) أو الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmonC) (أنظر الجدول 2 – الصفحة التالية).

ينبغي أن تطبق المرافق التي تقدّم الرعاية الأساسية

للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ فقط بروتوكول

إحالة بما في ذلك مذكرة تفاهم مع مرفق إحالة (الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ) وأرقام هواتف سيارات الإسعاف وترتيبات النقل الأخرى، وإمدادات الطوارئ ومعدات النقل.

2.3 إدارة حالات المخاض وتمزق الأغشية السابق للمخاض

سجّل التاريخ الطبي بدقة وقم بإجراء فحص سريري شامل ومراجعة السجلات لتحديد الحالة السريرية للحامل التي تظهر عليها أعراض مخاض محتمل أو تمزق الأغشية السابق للمخاض (PROM) وقيّم أي مخاطر لمضاعفات الولادة. إستخدم الملحق 5 كدليل.

2.3.4.2 الملاريا

بالنسبة إلى جميع الحوامل في المناطق الموبوءة بالملاريا، توصي منظمة الصحة العالمية بعلاج وقائي متقطع باستخدام السلفادوكسين – بيريميثامين (IPTp-SP)، بدءًا من الثلث الثاني من الحمل (الأسبوع 13)، وإعطاء الجرعات مع الفصل بينها بشهر واحد على الأقل، بهدف ضمان تلقي ثلاث جرعات على الأقل. كما ينبغي نصح الحوامل باستخدام الناموسيات المعالّجة بمبيدات الحشرات [13].

وفي جميع الظروف، يجب تأكيد الإشتباه السريري بالملاريا، بناءً على الحمى أو تاريخ الإصابة بالحمى، عن طريق التشخيص الطفيلي.

3.3.4.2 كوفيد-19

تُنصح الحوامل حاليًا بتلقي اللقاح المضاد لفيروس كوفيد-19 في معظم البلدان التي يتوافر فيها اللقاح.

- وبينما يُعتقد أن الفوائد الإجمالية لتطعيم الحوامل باللقاح المضاد لكوفيد-19 تفوق مخاطره المحتملة، نظرًا لنقص البيانات السريرية الشاملة أثناء الحمل، يجب على المستفيدات إتخاذ قرار مشترك مع مقدم(ة) الرعاية الصحية لهن، بناءً على ظروف كل منهن، بعد فهمهن للفوائد والمخاطر.
- وليست هناك حاجة لوقف الرضاعة الطبيعية قبل أو بعد التطعيم ضد كوفيد-19.
- ولا تختلف الآثار الجانبية المبلّغ عنها للقاحات كوفيد-19 لدى الحوامل عن تلك التي أبلغ عنها غير الحوامل [14].

4.3.4.2 عدوى الديدان الطفيلية

يوصى بالعلاج الوقائي المضاد للديدان الطفيلية للحوامل في المناطق الموبوءة بعد الثلث الأول من الحمل [3].

5.3.4.2 الإنفلونزا الموسمية

يوصى بتطعيم الحوامل بفيروس خامل مضاد للإنفلونزا الموسمية، إن كان متاحًا.

4.4.2 تدخلات أعراض الحمل الفسيولوجية الشائعة

يعاني العديد من النساء من عَرَضٍ واحدٍ أو أكثر من أعراض الحمل غير الصّارة ولكنها قد تؤثر على الصحة الجسدية والعقلية، بما في ذلك الغثيان والقيء والإمساك وحرقان القلب وآلام أسفل الظهر والحوض والدوالي والوذمة والإفرازات المهبلية. ومن المهم تقديم الدعم المناسب لكل مستفيدة على حدة، وتقديم خيارات



الجدول 2: وظائف بارزة للرعاية الأساسية والشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC و BEmONC)

رعاية التوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (EmONC)	
الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (EmONC)	1. أعطِ مضادات حيوية بالحقن
	2. أعطِ مقويات توتر الرحم (مثل الأوكسيتوسين بالحقن)
	3. أعطِ مضادات الإختلاج بالحقن لمقدمات الإرتعاج والإرتعاج (أي سلفات المغنيسيوم)
	4. أزل المشيمة يدوياً
	5. أزل النواتج المحتبسة (الشفط اليدوي بالتخلية، التوسيع والكحت)
	6. قم بإجراء الولادة المهبلية بالمساعدة (مثل الإستخراج بالشفط، الولادة بالملقط)
	7. قم بإجراء إنعاش أساسي لحديثي الولادة (على سبيل المثال بالكيس والقناع)
	8. قم بإجراء الجراحة (مثل الولادة القيصرية)
	9. قم بإجراء نقل الدم

مرفق الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC) = تنفيذ جميع الوظائف من 1 إلى 7

مرفق الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) = تنفيذ جميع الوظائف من 1 إلى 9

المصدر: منظمة الصحة العالمية [15].

1.2.3 تمزق الأغشية في الأوان السوي السابق للمخاض

- يشير مصطلح PROM إلى تمزق الأغشية قبل بدء المخاض بعد اكتمال فترة الحمل (37 أسبوعاً من الحمل أو أكثر). ويشير مصطلح PROM قبل الأوان (أو PPROM). أنظر القسم 4.4 إلى تمزق الأغشية قبل المخاض وقبل اكتمال فترة الحمل (أقل من 37 أسبوعاً).
- تحقق من تاريخ الإصابة بتمزق الأعضاء وقم بإجراء الفحص الأساسي (ملاحظة! لا تجر فحوصاً مهبلياً بالأصابع في حالة عدم وجود علامة على المخاض).
- لا يُنصح بإعطاء مضادات حيوية روتينية.
- إحرص على طمأننتها بأن تمزق الأغشية السابق للمخاض (PROM) قد يكون طبيعياً وأنه في حالة عدم وجود عدوى، من الجيد انتظار بدء المخاض ومباشرة الإجراءات بشكل طبيعي. قدّم المشورة للمستفيدة حول تحريض المخاض إذا لزم الأمر. ويُعتبر أهم عواقب تمزق الأغشية السابق للمخاض (PROM) المترتبة على الأمهات هي الإصابة بعدوى في الرحم، ويزداد خطرها مع استمرار تمزق الغشاء.



2.2.3 حدّد مرحلة المخاض

من المرجح أن يكون المخاض قد بدأ بالنسبة إلى النساء اللاتي يبلغن عن حدوث تقلصات منتظمة بعد إكتمال فترة الحمل. حدّد مرحلة المخاض (أنظر الشكل 1).

الشكل 1: تحديد مرحلة المخاض



المصدر: منظمة الصحة العالمية [16].



3.3 إدارة حالات المخاض الطبيعي

يورد الجدول 3 ملخصاً للإدارة الروتينية للمخاض الطبيعي لحالات الحمل مكتمل المدة (37 أسبوعاً أو أكثر).

الجدول 3: إدارة حالات المخاض الطبيعي

مرحلة المخاض	أهم النقاط في الرعاية الروتينية	تدخلات إضافية
المرحلة الأولى - الفترة من بداية المخاض إلى توسّع عنق الرحم بالكامل (10 سم)	لا تترك المستفيدة بمفردها. قدّم الرعاية الداعمة. والأفضل بحضور المرافق المفضل لها كيف تتعامل المستفيدة مع هذا الوضع؟ قيّم الوضع كل ساعة في حالة المخاض الكامن وكل 30 دقيقة في المخاض النشط إفحص ضغط الدم والنبض ودرجة الحرارة كل 4 ساعات على الأقل في خلال المرحلة الكامنة؛ ثم ضغط الدم كل 4 ساعات ودرجة الحرارة كل ساعتين والنبض كل 30 دقيقة أثناء المخاض النشط ضع في إعتبارك حالة المستفيدة من حيث وضعياتها/قدرتها على الحركة، والإمالة، والتعامل مع الألم قيّم حالة تقلصات الرحم (القوة، التكرار) على مدى 10 دقائق: كل ساعة في خلال المرحلة الكامنة وكل 30 دقيقة في خلال المرحلة النشطة يجب مراعاة المرونة واسمح للمستفيدة باختيار الوضعية التي تجعلها تشعر بأقصى درجة ممكنة من الراحة. قد تحتاج المستفيدات اللاتي يعانين من إعاقات/صعوبات في الحركة إلى المساعدة في استكشاف وضعيات بديلة تقييم حالة الجنين: تقييم طريقة استلقاء الجنين ووضعيته ونزوله وتطور الحدة المصلية. إستمع فوراً بعد الإنقباض لمدة دقيقة كاملة، وذلك كل 15 دقيقة على الأقل. سجّل معدلات التسارع أو التباطؤ إبدأ باستخدام أداة دليل رعاية المخاض (LCG) عند اتساع عنق الرحم لـ 5 سم أو أكثر قم بتوثيق جميع النتائج والأوقات الخاصة بأي استشارة أو تغيير جسدي أو علامات تحذيرية	لا تحلق العجان أو منطقة العانة لا تعط حقن شرجية روتينية لا تجر الفحص المهبلي إذا لم يكن ذلك ضرورياً في حالة تسارع أو تباطؤ معدل ضربات قلب الجنين، فقم بإجراء تسمع متقطع بشكل متكرر ضع في إعتبارك ترتيب النقل إلى مرفق صحي مجهز لإجراء الولادة القيصرية، إذا لزم الأمر

تابع



الجدول 3: إدارة حالات المخاض العادي تابع

مرحلة المخاض	أهم النقاط في الرعاية الروتينية	تدخلات إضافية
المرحلة الثانية		
المرحلة الثانية المبكرة (غير الدفعية): تمدد كامل لعنق الرحم بدون تقلصات طردية أو حثها على الدفع	يجب مراقبة المستفيدة والطفل كل 5 دقائق مع التوثيق في دليل رعاية المخاض لا تترك المستفيدة بمفردها في خلال المرحلة الثانية	إذا لم يتمدد العجان بعد 30 دقيقة من الإنقباضات الطاردة، قم بإجراء فحص مهبلي للتأكد من الاتساع الكامل لعنق الرحم
المرحلة الثانية المتأخرة (الدفعية): ظهور رأس الجنين مع انقباضات طاردة مع اتساع كامل لعنق الرحم. قد تستمر حتى ساعتين (متعددة الولادة) أو 3 ساعات (عديمة الولادة)	المثانة فارغة: إذا كانت المستفيدة لا تستطيع التبول، قم بإفراغ المثانة تأكد من توفر جميع المعدات والإمدادات بما في ذلك معدات إنعاش حديثي الولادة ومن دفاء الغرفة في خلال مرحلة الدفع، شجّع المستفيدة على الدفع عندما تشعر بالحاجة إلى ذلك، وأن تتخذ وضعيتها المفضلة لا تقم بإجراء بضع الفرج الروتيني	إذا لم يكن عنق الرحم متسعاً بالكامل، ضع المستفيدة على جانبها الأيسر واطلب منها عدم الدفع في حالة عدم نزول رأس الجنين بعد مرور ساعتين، يوضع في الاعتبار إجراء الولادة الجراحية أو الولادة القيصرية
	إجراءات تُتخذ من أجل المستفيدة بعد الولادة	بعد الولادة:
	عند التأكد من عدم وجود طفل آخر في خلال دقيقة واحدة من الولادة، أحقن المستفيدة 10 وحدات دولية من الأوكسيتوسين في العضل أعلى الفخذ غير القفازات، قم بقمط الحبل ثم إقطعه بعد مرور دقيقة إلى 3 دقائق شجّع على بدء الرضاعة الطبيعية في خلال الساعة الأولى	هل الطفل لا يتنفس أو يلهث؟ حفّزه على التنفس عن طريق فرك الظهر من مرتين إلى 3 مرات؛ إقطع الحبل بسرعة، وانقله إلى سطح دافئ وثابت وابدأ في الإنعاش أطلب المساعدة لا تقم بإجراء شفط أو سحب روتيني؛ لا يحدث ذلك إلا في حالة انسداد الأنف والفم بسبب وجود مواد كثيفة لا تضع أي مادة على الجذعة لا تقم بإزالة العصابة أو اربط الجذعة لا تقم بإزالة الطلاء لا تغسل الوليد قبل أن يبلغ عمره 6 ساعات على الأقل (وأخر ذلك حتى مرور 24 ساعة إن أمكن)
	إجراءات تُتخذ من أجل الطفل بعد الولادة جفّف الطفل على الفور، قم بتغيير المناشف المبللة قيّم معدل تنفس الطفل أثناء تجفيفه: هل يتنفس الطفل جيداً مع ارتفاع الصدر؟ إمسح عينيه إحرص على تدفئة الطفل، ويُفضل أن تترك الطفل على صدر أمه لتتلامس بشرتيهما	

تابع



الجدول 3: إدارة حالات المخاض العادي تابع

مرحلة المخاض	أهم النقاط في الرعاية الروتينية	تدخلات إضافية
المرحلة الثالثة: الفترة ما بين ولادة الوليد وخروج المشيمة	لا تترك المستفيدة بمفردها مطلقاً حدّد مقدار الدم المفقود وسجّله إفحص العجان وأسفل المهبل والفرج لتقصي التمزقات تحقق من نغمة الرحم انتظر حدوث تقلّصات شديدة. عادة بعد دقيقتين أو 3 دقائق من ولادة الطفل. لاحظ علامات انفصال المشيمة واستخرج المشيمة عن طريق التحكم في سحب الحبل السري لا تحاول التحكم في شد الحبل إلا إذا كنت مدرباً(ة) على ذلك	المستفيدة: إذا ظهر تمزق من الدرجة الثالثة أو الرابعة ولم يتمكن مقدم الخدمة من إصلاح التمزق بشكل مناسب، فقم بالإحالة/النقل للحصول على الرعاية إذا لم تخرج المشيمة بعد مرور 30 دقيقة من إعطاء الأوكسيتوسين في العزل ولم يكن لدى المستفيدة نزف، قم بإفراغ المثانة، وشجّع على الرضاعة الطبيعية، وكرّر التحكم بجذب الحبل، إذا كنت مدرباً على ذلك إذا لم تخرج المشيمة في خلال ساعة واحدة بعد الولادة، فقم بإزالة المشيمة يدوياً وإحالة المستفيدة إلى المستشفى. أغرز خطأ وريدياً وأعط المضادات الحيوية العضلية/الوريدية و 20 وحدة دولية من الأوكسيتوسين بمعدل 30 قطرة في الدقيقة لا تعصر ولا تدفع الرحم لتستخرج المشيمة الوليد: إستمع إلى صوت الخفخة في صدر الوليد وأنظر إلى انجذاب الصدر إلى الداخل والتنفس السريع
الرعاية الفورية للمستفيدة بعد الولادة: بعد الولادة بساعة واحدة إلى ساعتين	نظّف المستفيدة والمكان من تحتها، وساعدها على تغيير ملابسها، وضع رفادات صحية حدّد مقدار الدم المفقود وسجّله. إذا كان إجمالي الدم المفقود حوالي 250 مل ولكن النزيف توقف، خطط لإبقاء المستفيدة في المرفق لمدة 24 ساعة راقب العلامات الحيوية والنزيف المهبل وتقلصات الرحم احرص على إبقاء المستفيدة في غرفة الولادة مع وليدها لمدة لا تقل عن ساعة بعد خروج المشيمة	إذا كان النزيف مفرطاً، يجب التعامل مع النزيف التالي للوضع بتدليك الرحم، ومقويات توتر الرحم، والتحقق من عدم وجود تمزقات في الجهاز التناسلي
أول 24 ساعة بعد الولادة	يجب أن تخضع جميع المستفيدات بعد الولادة لتقييم منتظم بشكل روتيني في خلال الـ 24 ساعة الأولى بدءاً من الساعة الأولى بعد الولادة ناقش استخدام وسائل منع الحمل بعد الولادة	

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية [17].

1.3.3 استخدام دليل رعاية المخاض

تم تصميم دليل رعاية المخاض الصادر (LCG) عن منظمة الصحة العالمية ليكون أداة لرعاية الحوامل وأطفالهن أثناء المخاض والولادة [16]. ويشمل التقييمات والملاحظات الضرورية لرعاية جميع الحوامل. وتم تصميم دليل رعاية المخاض للعاملين والعاملات الصحيين لمراقبة رفاه المستفيدات وأطفالهن أثناء المخاض من خلال إجراء التقييمات المنتظمة لتحديد أي خلل في الظروف المعتادة. وتهدف هذه الأداة إلى تحفيز اتخاذ القرار المشترك من قبل مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية والمستفيدات. وتعزيز الرعاية التي تركز على المستفيدة. ومع ذلك، فقد صُمم دليل رعاية المخاض في المقام الأول لرعاية الحوامل اللاتي يتمتعن هن وأطفالهن فيما يبدو بصحة جيدة (أي لحالات الحمل منخفضة الخطورة). وقد تحتاج المستفيدات المعرضات لخطورة كبيرة للإصابة بمضاعفات المخاض إلى المزيد من المراقبة والرعاية المتخصصة.

ويجب الشروع في توثيق رفاه المستفيدة ووليدها، بالإضافة إلى تطور عملية المخاض، في دليل رعاية المخاض، وذلك عند دخول المستفيدة المرحلة النشطة من مرحلة المخاض الأولى (توسع عنق الرحم بمقدار 5 سم أو أكثر). بغض النظر عن عدد الولادات وحالة الأغشية. أهداف دليل رعاية المخاض هي:

- توجيه مراقبة وتوثيق رفاهية المستفيدات وأطفالهن. ومسار عملية المخاض.
- توجيه أفراد الفريق الصحي المهرة لتقديم الرعاية الداعمة طوال فترة المخاض.
- مساعدة الأفراد المهرة على تحديد ومعالجة مضاعفات المخاض الناشئة على الفور من خلال توفير أسس مرجعية للملاحظات والتعامل مع أي خلل في الملاحظات.
- منع اللجوء إلى التدخلات غير الضرورية.
- دعم التدقيق وتحسين جودة إدارة حالة المخاض.

ووفقاً لدليل رعاية المخاض، لم تعد منظمة الصحة العالمية توصي باستخدام المخطط البياني للولادة بشكل روتيني. ويجب أن يستمر أخصائيو الرعاية الصحية في تسجيل تمدد عنق الرحم مقابل الوقت المستغرق على جهاز تصوير عنق الرحم وكذلك معلومات المخطط البياني للولادة الأخرى (بما في ذلك معدل ضربات قلب الجنين، والحدبة المصلية الدموية، والقولبة، وحالة السائل السلوي، وظهور الجنين، ودرجة حرارة الأم، وضغط الدم، والنتاج البولي) لمراقبة رفاه المستفيدة وطفلها وتحديد مخاطر النتائج السلبية للولادة. لا يزال من الممكن استخدام خط التنبيه لفرز المستفيدات اللاتي قد يحتجن إلى رعاية إضافية، وذلك في مرافق الرعاية الصحية التي لا يمكن فيها إجراء تدخلات مثل التسريع في الولادة والولادة القيصرية وحيث يصعب الوصول إلى مرافق على مستوى الإحالة. في هذه الحالة، يجب البدء في رسم المخطط من اتساع عنق الرحم بمقدار 5 سم، مما يدل على بداية المرحلة الأولى النشطة من المخاض لدى معظم الحوامل.

4. مضاعفات أثناء الحمل

يجب أن تتلقى المستفيدات اللاتي يعانين من مضاعفات أثناء المخاض أو الولادة أو فترة ما بعد الولادة مباشرة خدمات الرعاية في مرفق صحي يوفر الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) أو إحالتهم إلى مرفق آخر يوفرها في أقرب وقت ممكن.

ومن المهم الشروع في الإنعاش والعمل على استقرار حالة المستفيدة قبل نقلها. وهذا يشمل إدخال كانيولا كبيرة في الوريد مع المحاليل الوريدية، والمضادات الحيوية إذا كانت هناك علامة على وجود عدوى داخل الرحم أو إنتان، وعلاج مقدمات الإرتعاج أو الإرتعاج إن وجدت.

1.4 القىء الحلمي المفرط

يؤثر الغثيان والقيء أثناء الحمل على حوالي 80 في المائة من الحوامل في بداية الحمل. ويتم تشخيص القيء الحلمي إذا طال أمد الغثيان والقيء ونقص الوزن بنسبة تزيد عن 5 في المائة، بالإضافة إلى الجفاف واختلال الكهارل (الإلكتروليت) [18]. ومع ذلك، ينبغي أن يؤدي حدوث القيء في أواخر الحمل إلى القيام بعملية استقصائية عن أمراض أخرى (مقدمات الإرتعاج، والإرتعاج، ومتلازمة هيلب HELLP، و/أو الحمض الكيتوني السكري لدى المصابات بمرض السكري).

يجب فحص جميع المستفيدات قبل الولادة اللاتي يبلغن عن حدوث الغثيان والقيء المفرطين لتقييم إصابتهن بالقيء الحلمي من خلال أخذ التاريخ المرضي وإجراء الفحص/التقييم السريري. ي/تستطيع مقدم(ة) الرعاية الصحية استخدام اختبار عصا الغمس في البول لتحديد وجود أو عدم وجود الكيتونات لتأكيد التشخيص إذا لزم الأمر. يمكن قياس الكهارل (الإلكتروليت) واليوريا في الدم (إن وجدت) لتقييم شدة الحالة.

لا تدعو الحاجة دائماً إلى دخول المشفى إذا كان بإمكان المستفيدات تعويض سوائل الجسم وتناول الأدوية المضادة للقيء. يجب أن يتم العلاج بناءً على التجهيزات والإمدادات المتاحة ووفقاً للبروتوكولات المحلية.

- يجب على المستفيدات اللاتي يعانين من أعراض طويلة تتطلب محاليل وريدية قياس مستويات الإلكتروليت بانتظام لضمان اكتشاف نقص الصوديوم والبوتاسيوم وتصحيح هذا الوضع.
- إذا لم يكن هناك استجابة للعلاج بالمحاليل الوريدية ومضادات القيء، فقد تكون الستيرويدات والإحالة ضرورية.
- ضع في اعتبارك إجراء فحص غير عاجل بالموجات فوق الصوتية، إذا كان متاحاً، للتأكد من قابلية الحمل للحياة واستبعاد الحمل المتعدد ومرض الأرومة الغاذية.

2.4 إضطرابات إرتفاع ضغط الدم أثناء الحمل

تُعتبر إضطرابات إرتفاع ضغط الدم سببًا مهمًا لمرضاة ووفيات الأمهات والمواليد، وولادة الجنين الميت، والعجز طويل الأمد - وهي نتائج يمكن تجنبها بعلاج هذه الإضطرابات [19].

أنواع إضطرابات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل هي:

- **مقدمات الإرتعاج (والإرتعاج، ومضاعفاته الرئيسية):** تُشخص مقدمات الإرتعاج على أنها نوبة جديدة من ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل (مع استمرار ضغط الدم الإنبساطي أعلى من 90 ملم زئبق) مصحوبة بحدوث بيلة بروتينية كبيرة (أكبر من 0.3 غم/24 ساعة). الإرتعاج "يتميز بحدوث نوبات عامة لدى النساء المصابات بمقدمات الإرتعاج، بشرط ألا تُعزى النوبات التوتيرية الرمعية إلى أسباب أخرى (مثل الصرع)" [19].
- **إرتفاع ضغط الدم أثناء الحمل:** إرتفاع جديد في ضغط الدم يبدأ بعد مرور 20 أسبوعًا على الحمل مع عدم وجود بيلة بروتينية ثقيلة.
- **إرتفاع ضغط الدم المزمن:** إرتفاع ضغط الدم قبل الحمل ويستمر أثناء الحمل.

أنظر القسم 4.4 لمزيد من الإرشادات حول التعامل مع إرتفاع ضغط الدم أثناء الحمل مع وجود خطر وشيك لحدوث ولادة مبكرة.

1.2.4 الإرتعاج ومقدمات الإرتعاج

يجب تحديد النساء المعرضات لخطر الإصابة بمقدمات الإرتعاج في أقرب وقت ممكن في فترة ما قبل الولادة بناءً على عوامل الخطر والتاريخ الطبي. تشمل عوامل خطر الإصابة بمقدمات الإرتعاج إرتفاع ضغط الدم الحاملي الحالي، وإرتفاع ضغط الدم المزمن، وتاريخ الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم أثناء حمل سابق، وأمراض الكلى، وأمراض المناعة الذاتية، والسكري، وحالات الحمل المتعددة [19]. وتشمل المخاطر الأخرى لمقدمات الإرتعاج أن يكون الحمل الأول في سن 40 أو أكثر، وزيادة الفترة الفاصلة بين كل حمل عن 10 سنوات، ومؤشر كتلة الجسم 35 كغم/م² أو أكثر في أول زيارة للحصول على الرعاية السابقة للولادة، وتاريخ عائلي للإصابة بمقدمات الإرتعاج.

1.1.2.4 الوقاية من مقدمات الإرتعاج

بمجرد تحديد خطر الإصابة بمقدمات الإرتعاج، يمكن البدء في التدخلات القائمة على الأدلة، مثل جرعة منخفضة من الأسبرين (75 مغم) والأدوية الخافضة للضغط لتخفيف تطور الحالة. ويجب وضع خطة ولادة للمستفيدة وتعديلها، حسب الحاجة، مع فريق إستشاري متخصص بحضور المستفيدة. في المناطق التي ينخفض فيها مدخول الكالسيوم الغذائي، يوصى بتناول مكملات الكالسيوم أثناء الحمل (1.5-2.0 غم من الكالسيوم الأساسي/اليوم) للوقاية من مقدمات الإرتعاج لدى جميع المستفيدات، بالإضافة إلى المعرضات لخطر الإصابة بمقدمات الإرتعاج [20].

1.2.1.2.4 إدارة حالة مقدمات الإرتعاج

العلاج النهائي الوحيد لمقدمات الإرتعاج هو ولادة الجنين وخروج المشيمة؛ مع أنه في بعض الحالات، يمكن أن يتفاهم المرض مؤقتًا بعد الولادة.

إذا كانت المستفيدة تعاني من مقدمات الإرتعاج وكان عمر حملها أقل من 34 أسبوعًا، فاحرص على تقديم المشورة والإحالة إلى مرفق رعاية عالي المستوى لتثبيت الحالة وفكر في إجراء الولادة المبكرة بعد إعطاء الكورتيكوستيرويدات لإنضاج رئة الجنين (أنظر القسم 4.4).

يجب إجراء ولادة المستفيدات في مرافق صحية عالية المستوى. بعد الولادة، تبقى المستفيدات عرضة لخطر الإصابة بالإرتعاج مع ضرورة خضوعهن لمراقبة مركزة وإجراء فحوصات ضغط الدم المنتظمة والعلاج بسلفات المغنيسيوم للوقاية من الإرتعاج في فترة ما بعد الولادة مباشرة [19].

يجب أن يكون لدى جميع المستفيدات اللاتي أصبن بمقدمات الإرتعاج خطة رعاية متخصصة عند خروجهن من المرفق.

3.1.2.4 مقدمات الإرتعاج الشديدة والإرتعاج

يُعتبر الإرتعاج من مضاعفات مقدمات الإرتعاج، ويتميّز بحدوث نوبات/ إختلاجات عامة.

وبمجرد تشخيص الإصابة بمقدمات الإرتعاج الشديدة أو الإرتعاج، لا ينبغي ترك المريضة بمفردها؛ يجب أن يتحرك فريق الرعاية الصحية على الفور لتجنب المضاعفات الخطيرة والوفاة. يتضمن الملحق 6 مزيداً من التفاصيل حول علاج مقدمات الإرتعاج الشديدة والإرتعاج.

- ويوصى باستخدام سلفات المغنيسيوم للوقاية من الإرتعاج لدى المريضات اللاتي يعانين من مقدمات الإرتعاج الشديدة، وتُفضّل على جميع مضادات الإختلاج الأخرى. ويجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية طلب المساعدة إذا لزم الأمر، وطلب مساعدة الخبراء (إن وُجدوا)، والنظر في نقل المستفيدة إلى مرفق صحي عالي المستوى.
- في حالة نقل المستفيدة، يجب مرافقتها دائماً إلى مرفق الإحالة. أبقِ المستفيدة على جانبها الأيسر، وفي حالة حدوث إختلاجات أثناء عملية النقل، أعطها سلفات المغنيسيوم ووفر لها الحماية من السقوط والإصابة.

3.4 النزيف أثناء الحمل

في حالة إصابة المستفيدة بنزيف مهلي، يجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية إجراء تقييم سريع للحالة العامة للمستفيدة، والعلامات الحيوية، ومستوى وعيها، وعلامات وجود القلق و/أو الإرتباك، وفقدان الدم، ولون/درجة حرارة الجلد. وفي حالة الإشتباه في حدوث صدمة أو حدوثها بالفعل، يجب أن يبدأ العلاج على الفور، بدءاً بحقن المحاليل في الوريد. وإذا كانت حالة المستفيدة مستقرة، إسألها عن تاريخ الدورة الشهرية وتاريخ الحمل وأنماط النزيف. وبعد أخذ تاريخها الصحي، يجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية تقييم حجم الرحم والألم، بما في ذلك الفحص البدوي إذا لزم الأمر، وإجراء فحص بالمنظار إذا لزم الأمر.

1.3.4 النزف المهلي في بداية الحمل (أقل من 22 أسبوعاً)

يقدم الجدول 4 (الصفحة التالية) تفاصيل عن العلامات والأعراض المرتبطة بالنزف المهلي إذا كان عمر الحمل أقل من 22 أسبوعاً والتشخيصات المحتملة.

1.1.3.4 إدارة الحالة

لمزيد من المعلومات عن إدارة حالات الإجهاض الحتمي وغير المكتمل، أنظر الفصل 5: رعاية الإجهاض.

في حالة الإشتباه في حدوث مضاعفات بسبب الإجهاض غير الآمن، أفحص وابحث عن علامات العدوى أو إصابة الرحم أو المهبل أو الأمعاء وقم بغسل المهبل جيداً لإزالة أي أعشاب أو أدوية موضعية أو مواد كاوية

2.1.3.4 الحمل المنتبذ

تحدث حالات الحمل المنتبذ (خارج الرحم) عند انغراس الجنين خارج الرحم. ويحدث هذا عادةً في قناة فالوب، ولكن يمكن أن يحدث أيضاً على المبيض أو عنق الرحم أو ندبة الولادة القيصرية أو حتى داخل تجويف البطن. تشمل عوامل خطر حدوث الحمل خارج الرحم الحمل المنتبذ السابق، أو تاريخ إجراء جراحة في البوق، أو تلف البوق بسبب الإصابة بعدوى في الحوض أو الإنتباذ البطني الرحمي [21].

يجب أن يكون مقدمو ومقدمات الرعاية الصحية مؤهلين لتشخيص الحمل خارج الرحم بناءً على التاريخ الصحي والفحص السريري والفحوصات المخبرية والموجات فوق الصوتية (إن وجدت). وتباين العلامات والأعراض بشكل كبير تبعاً لتمزق الحمل خارج الرحم (أنظر الجدول 5).

وفي حالة عدم جاهزية مرفق الرعاية الصحية بشكل كافٍ لإجراء الموجات فوق الصوتية أو فتح البطن، يجب على مقدم(ة) الخدمة إحالة المستفيدة إلى مرفق صحي عالي المستوى. وتعتمد الحاجة الملحة للإحالة على الحالة السريرية (ما إذا كانت حالة المستفيدة مستقرة من الناحية الديناميكية الدموية، على سبيل المثال). إحرص على مرافقة المستفيدة عند نقلها، حيثما أمكن ذلك.

- إغرز خطأً وريدًا، وقم بإعطاء المحاليل، وإعداد المستفيدة للجراحة/للإحالة إذا لزم الأمر. قم بالتحضير لعمليات نقل الدم، إذا لزم الأمر.
- وبالنسبة إلى الحمل المنتبذ الذي تمزق مع وجود علامات حيوية دالة على عدم الإستقرار، يلزم إجراء جراحة على الفور.
- ومن الخيارات الجراحية المتاحة للحمل البوقي خارج الرحم إستئصال البوق (إزالة قناة فالوب بالكامل) أو بضع البوق (شق قناة فالوب وإزالة الحمل المنتبذ).



الجدول 4: تشخيص النزيف المهبلي في بداية الحمل

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات تظهر أحياناً	العرض المستعمل وغيره من الأعراض والعلامات المعتادة الأخرى
خطر الإجهاض (مع إمكانية استمرار الحمل)	• مغص/ألم بأسفل البطن • الرحم أكثر ليونة من المعتاد	• نزيف خفيف • إنغلاق عنق الرحم • توافق حجم الرحم مع التواريخ
الحمل المنتبذ	• الإغماء • كتلة مؤلمة في الملحقات • إنقطاع الحيض • إيلام عند حركة عنق الرحم	• نزيف خفيف • آلام بالبطن • إنغلاق عنق الرحم • الرحم أصغر من الطبيعي • الرحم أكثر ليونة من المعتاد
الإجهاض المكتمل (طرد نواتج الحمل بالكامل)	• مغص/ألم خفيف • بأسفل البطن • تاريخ خروج نواتج الحمل	• نزيف خفيف • إنغلاق عنق الرحم • الرحم أصغر بالنسبة إلى التواريخ • الرحم أكثر ليونة من المعتاد
الإجهاض الحتمي (لن يستمر الحمل وسوف يتحول إلى إجهاض غير مكتمل/مكتمل)	• مغص/ألم بأسفل البطن • وجع في الرحم • عدم خروج نواتج الحمل	• نزيف شديد • تمدد عنق الرحم • توافق حجم الرحم مع التواريخ
الإجهاض غير المكتمل (طرد بعض نواتج الحمل)	• مغص/ألم بأسفل البطن • خروج بعض نواتج الحمل	• نزيف شديد • تمدد عنق الرحم • الرحم أصغر بالنسبة إلى التواريخ
الحمل العنقودي	• غثيان/قيء • الإجهاض التلقائي • مغص/ألم بأسفل البطن • تكيسات المبيض (سهولة تمرّقها) • ظهور مبكر لمقدمات الإرتعاج • لا دليل على وجود جنين	• نزيف شديد • تمدد عنق الرحم • الرحم أكبر بالنسبة إلى التواريخ • الرحم أكثر ليونة من المعتاد • خروج بعض نواتج الحمل التي تشبه العنب

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية [17].



الجدول 5: أعراض وعلامات تمزق أو عدم تمزق الحمل المنتبذ

عدم تمزق الحمل المنتبذ تمزق الحمل المنتبذ

• أعراض الحمل المبكر (نزيف أو تبقّع غير منتظم، غثيان، تورّم الثديين)	• الإنهيار والوهن
• ألم في البطن والحوض	• نبض ضعيف سريع (110 نبضة في الدقيقة أو أكثر)
• الفحص: تغيّر لون المهبل وعنق الرحم إلى اللون الأزرق، تضخم طفيف في الرحم، مع وجود أو عدم وجود كتلة مؤلمة في الملحقات	• انخفاض ضغط الدم
	• نقص حجم الدم
	• ألم شديد في البطن و/أو الحوض
	• تضخم البطن
	• إيلام إرتدادي

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية [17].

3.1.3.4 الحمل العنقودي

إذا كان تشخيص الحمل العنقودي مؤكدًا، إفحص توافق الدم إن أمكن ورتّب لتفريغ الرحم. أنظر الفصل 5: رعاية الإجهاض لمزيد من المعلومات عن الطرق الموصى بها لتفريغ الرحم. يعتمد اختيار نوع إجراء الحمل العنقودي على حجم الرحم (أكثر من 13 أسبوعًا مقابل أقل من 13 أسبوعًا). يمكن حقن الأوكسيتوسين (20 وحدة في 1 لتر من المحاليل الوريدية بواقع 60 قطرة/دقيقة) لمنع النزيف (خاصة إذا كان حجم الرحم أكبر من 13 أسبوعًا) بمجرد إجراء التفريغ [17].

2.3.4 انفصال المشيمة أو المشيمة المنزاحة

إن أخطر أسباب النزف قبل الولادة أو أثناء الولادة هي انفصال المشيمة وانزياحها. ويجب ألا ي/تقوم مقدم(ة) الرعاية الصحية بإجراء فحص روتيني بالمنظار إذا أصيبت المريضة بنزيف مهلي قبل الولادة أو أثناء الولادة بعد 22 أسبوعًا من الحمل. حتى يتم استبعاد احتمال المشيمة المنزاحة، قم بإجراء تقييم سريع للحالة العامة للمستفيدة، على النحو المبين بخصوص النزيف في الحمل المبكر (أنظر القسم 1.3.4). ومن الضروري الحفاظ على استقرار العلامات الحيوية، وبدء تسريب المحاليل في الوريد، وتنظيم عملية النقل إلى مرفق صحي عالي المستوى لمزيد من التقصي وإدارة الحالة. مثل الولادة القيصرية.

3.3.4 النزف التالي للوضع

يُعرّف النزف التالي للوضع (PPH) بأنه فقد الدم بمقدار 500 مل أو أكثر ويُعتبر شديدًا إذا كان حجم الفقد 1000 مل أو أكثر.

ويُعتبر النزف الأولي التالي للوضع هو أكثر أشكال نزيف الولادة الرئيسي شيوعًا، والذي يحدث من الجهاز التناسلي في خلال 24 ساعة من الولادة. والأسباب الرئيسية هي وني الرحم، وصدمة الجهاز التناسلي، وتمزق الرحم، والمشيمة المحتبسة (بشكل كامل أو جزئي). واضطرابات التخثر لدى الأمهات [22]. ويُعرّف النزف الثانوي التالي للوضع بأنه نزيف مهلي غير طبيعي أو مفرط يحدث بعد الولادة بفترة تتراوح من 24 ساعة إلى 12 أسبوعًا. وفضلاً عن الأسباب المذكورة أعلاه، يمكن أن يحدث النزف الثانوي التالي للوضع بسبب خلل في الأوعية الدموية وإصابة أو مضاعفات جراحية غير معروفة.

1.3.3.4 الوقاية من النزف الأولي التالي للوضع

يوصى باستخدام مقوٍ فعال لتوتر الرحم للوقاية من النزف التالي للوضع في خلال المرحلة الثالثة من المخاض لجميع الولادات. ولمنع النزف التالي للوضع بشكل فعال، يجب استخدام مقوٍ واحد فقط من مقويات توتر الرحم التالية: الأوكسيتوسين، الكاربينوسين، الميزوبروستول، الإريغومترین/ميثيل إريغومترین، أو جرعة ثابتة من الأوكسيتوسين والإريغومترین (الخياران الأخيران فقط في حالة استبعاد اضطرابات إرتفاع ضغط الدم بأمان قبل الاستخدام). ولا يُنصح باستخدام البروستاغلاندينات عن طريق الحقن للوقاية من النزف التالي للوضع.

وفي الأماكن التي تتوفر فيها خيارات متعددة لمقويات توتر الرحم، يكون الأوكسيتوسين (10 وحدات دولية، في العضل/في الوريد) هو العامل المقوي لتوتر الرحم الموصى به للوقاية من النزف التالي للوضع لجميع الولادات.

وفي الأماكن التي لا يتوفّر فيها الأوكسيتوسين (أو لا يمكن ضمان جودته)، يوصى باستخدام مقويات توتر الرحم الأخرى القابلة للحقن (الكاربينوسين، أو إذا كان الإريغومترین/ميثيل الإريغومترین مناسبًا، أو تركيبة جرعة ثابتة من الأوكسيتوسين والإريغومترین) أو الميزوبروستول الفموي للوقاية من النزف التالي للوضع.

وفي الأماكن التي لا يوجد بها عاملون صحيون أكفاء لإعطاء مقويات توتر الرحم عن طريق الحقن، يوصى بقيام العاملين الصحيين المجتمعيين والعاملين الصحيين العاديين بإعطاء الميزوبروستول (إما 400 ميكروغرام أو 600 ميكروغرام عن طريق الفم) للوقاية من النزف التالي للوضع.

في حالة إحتباس المشيمة مع وجود نزيف شديد، فيجب الإسراع بإزالة المشيمة يدويًا، مع إعطاء جرعة واحدة من المضادات الحيوية الوقائية [24.23.22].



2.3.3.4 إدارة حالة النزف التالي للوضع

إجراءات فورية:

- قم بإجراء تدليك يدوي للرحم بمجرد تشخيص النزف التالي للوضع وإستبعاد تمرّق المهبل أو عنق الرحم.
- قم بقياس أو تقدير حجم الدم المفقود.
- تحقق من مستوى الهيموغلوبين وفصيلة الدم وافحص توافق الدم إذا كانت التجهيزات تسمح بذلك. ضع في إعتبارك التحويل إلى مرفق صحي آخر.
- قم بإجراء قسطرة للمثانة.
- تحقق من خروج المشيمة وافحص المشيمة للتأكد من إكتمالها.
- إفحص عنق الرحم والمهبل والعجان للتأكد من عدم وجود تمرّقات.
- حدّد سبب النزف التالي للوضع (الجدول 6) وقم بإدارة الحالة وفقًا لذلك.
- إغرز خطّين وريديّين وقم بإعطاء المحاليل (محلول ملحي عادي أو محلول رينجر لاكتاتي). سجّل العلامات الحيوية بانتظام.
- يتم إجراء الإنعاش الأولي بالمحاليل مع إعطاء مقويات توتر الرحم عن طريق الوريد و 1 غم من حمض الترانيكساميك (100 ملغ/مل) عن طريق الوريد بمعدل 1 مل في الدقيقة على مدى 10 دقائق. وفي حالة عدم توقّر مقويات توتر الرحم التي تُعطى عن طريق الوريد، يجب البدء في الإنعاش بالمحاليل وحمض الترانيكساميك بالتوازي مع الميزوبروستول تحت اللسان أو مقويات توتر الرحم الأخرى بالحقن. وإذا كان النزف التالي للوضع في سياق إحتباس المشيمة، يجب إستخراج المشيمة وإعطاء جرعة واحدة من المضادات الحيوية.

الجدول 6: التشخيص التفاضلي/التفريقي للنزف التالي للوضع

الأعراض المستعلنة وغيرها من الأعراض والعلامات المعتادة الأخرى	أعراض وعلامات تظهر أحياناً	السبب المحتمل
• نزفٌ أوليٌّ تالٍ للوضع • الرحم رخو وغير متقلص	• صدمة	• ونى الرحم
• نزفٌ أوليٌّ تالٍ للوضع	• المشيمة الكاملة، والرحم المتقلص	• تمرّقات عنق الرحم أو المهبل أو العجان
• عدم خروج المشيمة في خلال 30 دقيقة من الولادة • فقدان جزء من سطح المشيمة الأمومية أو تمرّق أغشية بها أوعية	• نزفٌ أوليٌّ تالٍ للوضع • تقلص الرحم	• إحتباس المشيمة/ الشدف
• عدم الشعور بقاع الرحم عند فحص البطن • ألم خفيف أو شديد	• ظهور الرحم مقلوباً عند الفرج • نزفٌ أوليٌّ تالٍ للوضع	• الرحم مقلوب
• النزف الأولي التالي للوضع (قد يكون النزيف داخل البطن أيضاً) • آلام شديدة في البطن (قد تقل حدتها بعد التمرّق)	• صدمة • وجع في البطن • سرعة نبض الأم	• تمرّق الرحم
• النزيف يحدث بعد الولادة بأكثر من 24 ساعة • يصبح الرحم أكثر ليونة وأكبر من المتوقع بالنسبة إلى الوقت المنقضي منذ الولادة	• النزيف متغيّر وكرهه الرائحة • فقر الدم	• النزف الثانوي التالي للوضع

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية [17].

ونى الرحم:

- قم بالجس بحثاً عن القاع والتدليك لتحفيز التقلصات (تدليك الرحم).

- استخدم الأدوية المقوية لتوتر الرحم:

- الأوكسيتوسين في الوريد (مستحسن)

- 20 وحدة/1 لتر بأسرع معدل تدفق ممكن للتر الأول: جرعة مستمرة بمعدل 40 قطرة في الدقيقة لكل لتر إضافي حتى 3 لترات إجمالاً.
- لا تعط على شكل بلعة وريدية.
- يمكن إعطاء الأوكسيتوسين في العضل (10 وحدات) (إذا كان المسار الوريدي غير متاح).

- في حالة عدم توفر الأوكسيتوسين أو إذا كان النزيف لا يستجيب للأوكسيتوسين:

- إرغومترین/ميثيل الإرغومترین. في الوريد (من المستحسن ببطء) أو في العضل 0.2 ملغ. كرر 0.2 ملغ في العضل بعد 15 دقيقة.
- إذا لزم الأمر. يمكن إعطاء 0.2 ملغ في العضل أو في الوريد (ببطء) كل 4 ساعات حتى 5 جرعات إجمالاً.

- لا تستخدم في حالات ارتفاع ضغط الدم أو مقدمات الإرتعاج أو أمراض القلب أو المشيمة المحتبسة.

- 15-ميثيل بروتستاجلاندين F2 ألفا: 0.25 ملغ في العضل كل 15 دقيقة حتى 8 جرعات (2 ملغ) إجمالاً.
- لا تعط لمريضات الربو.
- لا تعط في الوريد.

- الميزوبروستول: 800 ميكروغرام تحت اللسان. يمكن تكرار 200-800 ميكروغرام حتى 1600 ميكروغرام.

- يوصى بالإستخدام المبكر لحمض الترانيكساميك في الوريد في خلال 3 ساعات من الولادة بالإضافة إلى الرعاية القياسية للمستشفيات اللاتي تم تأكيد إصابتهن بالنزف التالي للوضع من خلال تشخيصهن سريرياً بعد الولادة المهبليّة أو الولادة القيصرية.

- حمض الترانيكساميك 1 غم عن طريق الوريد (ببطء). كرر بعد 30 دقيقة إذا استمر النزيف على أن لا تزيد الجرعة عن 10 ملغ/كغم من وزن الجسم. 3-4 مرات يومياً.
- لا تستخدم في حال وجود تاريخ للإصابة باعتلال خثري أو تخثر نشط أو إختلاجات [17].

المشيمة المحتبسة:

- تأكد من أن المثانة فارغة وقم بالقسطرة إذا لزم الأمر.
- تجنب شد الحبل السري بقوة مع الضغط على القاع لأن هذا قد يسبب إنقلاب الرحم أو قلع الحبل.
- أعط 10 وحدات إضافية من الأوكسيتوسين عن طريق الحقن العضلي/الوريدي مع التحكم في سحب الحبل.
- إذا خرجت المشيمة وكانت غير مكتملة (أو غير متاحة للفحص):
- قم بتدليك الرحم لطرد الشد/النجلطات المحتبسة.
- في حالة عدم خروج المشيمة (أو عدم اكتمالها) وكان النزيف مستمرًا، فقم بإزالة المشيمة/الشد يدويًا أو بالشفط اليدوي بالتخلية.
- يوصى بجرعة واحدة من المضادات الحيوية (الأميسلين أو الجيل الأول من السيفالوسبورين) في حالة محاولة إزالة المشيمة يدويًا.
- قد تكون الأنسجة الشديدة الالتصاق عبارة عن مشيمة ملتصقة. إذا لم تنفصل المشيمة بسهولة، إعمل على استقرار حالة المستفيدة وإحالتها على وجه السرعة إلى المشفى لتلقي العلاج [17].

نزيف الجهاز التناسلي:

- تحقق من وجود تمرّق في منطقة العجان والمهبل السفلي.
- قم بالضغط بشاش معقم وضم ساقَي المستفيدة بدون أن يتصالب كاحلاها لمدة 5 دقائق. إذا استمر النزيف، قم بخياطة التمرّق.

في حالة إستمرار النزيف الشديد:

- إعمل على استقرار حالة المستفيدة وإحالتها إلى مرفق صحي عالي المستوى مع خطين وريديّين والمحاليل.



4.4 المخاض المبسر

- قم بإعطاء أدوية لتقليل تقلصات المخاض أثناء التحضير للجراحة.
- قم بإجراء ولادة قيصرية فورية.
- إذا كان في الحبل السري نبض وكانت المستفيدة في المرحلة الثانية من المخاض:
- قم بتسريع الولادة بالشفط أو الملقط.
- استعد لإنعاش المولود.
- إذا لم يكن في الحبل السري نبض في حالة تشخيص تدلي الحبل، فهذا يعني أن الجنين قد مات بالفعل ولم تعد الولادة العاجلة ضرورية [17].

6.4 الولادة المتعسرة

تحدث الولادة المتعسرة عند تعسر خروج الجزء الظاهر من الجنين عبر قناة الولادة، بالرغم من شدة تقلصات الرحم. وأكثر أسباب الولادة المتعسرة شيوعاً عدم التناسب الرأسى الحوضي. ومن الأسباب الأخرى للولادة المتعسرة سوء المجيء أو سوء الوضعية، ونادراً ما يكون من أسبابها التوائم المغلفة أو أورام الحوض [26,17].

1.6.4 إجراءات فورية لإدارة المخاض المتعسر (عندما يكون الجنين على قيد الحياة)

- إما:
- الاستعداد في أسرع وقت ممكن للولادة القيصرية أو الولادة بمساعدة الأدوات الطبية (ملقط، أو استخراج بالشفط، أو بضع الارتفاق)، بجسب وضعية الجنين/طريقة نزوله
- أو:
- قم بإجراءات الإحالة بسرعة إلى مرفق صحي عالي المستوى، إذا كان المرفق الحالي لا يوفر الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEMONC).

قد يؤدي المخاض المطول بسبب الولادة المتعسرة إلى مضاعفات وعجز يهدد الحياة بما في ذلك الإنتان وإصابات المثانة و/أو المستقيم، وتمزق الرحم، مما قد يؤدي إلى نزيف حاد وحدوث صدمة أو وفاة. قد يؤدي المخاض المتعسر المطول أيضاً إلى ناسور الولادة وولادة الجنين ميتاً وتلف في دماغ الوليد ووفاء حديث الولادة.

يُعرّف المخاض المبسر بأنه بداية المخاض قبل اكتمال 37 أسبوعاً من الحمل، وتشير الولادات المبكرة أو المبسرة إلى الأطفال المولودين في هذا الوقت. ويجب أن يتضمن أخذ التاريخ تسجيل التاريخ المتوقع للولادة وعمر الحمل وما إذا كانت الأغشية قد تمزقت. ويجب أن يشمل التقييم البدني العلامات الحيوية للمستفيدة، وإبلام البطن، وتمزق الأغشية، وتقييم الجنين (نغمات القلب، والوضعية). لا يُنصح بإعطاء المضادات الحيوية الروتينية للمستفيدات في المخاض قبل الأوان إذا كانت الأغشية السليمة ولا توجد علامات سريرية دالة على العدوى. يوصى بالعلاج بالكورتيكوستيرويد قبل الولادة (ديكساميثازون عضلياً أو بيناميثازون عضلياً 24 ملغ في جرعات مقسمة) للمستفيدات المعرضات لخطر الولادة المبكرة في الفترة من 24 إلى 34 أسبوعاً من الحمل عند استيفاء الشروط التالية: يمكن إجراء تقييم دقيق لعمر الحمل، واعتبار حدوث الولادة المبكرة وشيكا، عدم وجود أي علامة دالة على إصابة الأم بعدوى، وتوفر رعاية الولادة بمستوى مناسب (بما في ذلك الولادة المبكرة)، ويستطيع الوليد المبسر تلقي الرعاية المناسبة إذا لزم الأمر.

بالإضافة إلى ذلك، يوصى باستخدام سلفات المغنيسيوم للمستفيدات المعرضات لخطر الولادة المبكرة قبل 32 أسبوعاً من الحمل لوقاية الرضيع/الطفل من الإصابة بالشلل الدماغي. يجب إعطاء سلفات المغنيسيوم للحماية العصبية فقط إذا كان من المحتمل حدوث الولادة المبكرة في غضون 24 ساعة. إذا لم تكن هذه التدخلات متاحة محلياً، ففكر في التحويل [25].

5.4 تدلي الحبل السري

يُعتبر تدلي الحبل السري من مضاعفات الحمل التي تحدث عند وقوع الحبل السري أسفل جزء مجيء الجنين. وقد يحدث بعد حدوث تمزق اصطناعي أو تمزق مبكر للأغشية إذا لم يكن الجنين مواجهاً لفتحة عنق الرحم الداخلية [17].

1.5.4 إجراءات فورية لإدارة تدلي الحبل السري

- أعط الأكسجين.
- إذا كان في الحبل السري نبض وكانت المستفيدة في المرحلة الأولى من المخاض:
- ارتد قفازاً في إحدى يديك (بعد تعقيمها) وأدخلها في المهبل وادفع الجزء الظاهر من الجنين لأعلى لتقليل الضغط على الحبل السري. يمكن وضع اليد الأخرى على البطن ليبقى الجنين مرفوعاً، أبق الجنين مرتفعاً عن الحوض لتمكين من إجراء الولادة القيصرية.

7.4 الإنتان النفاسي

الإنتان النفاسي حالة تهدد حياة الأم وتُعرف بأنها خلل في الأعضاء ناتج عن إصابتها بالعدوى أثناء الحمل أو الولادة أو في فترة ما بعد الإجهاض أو الوضع [27].

1.7.4 الوقاية من إصابة الأم بالعدوى

يجب تقييم حالة المستفيدة لتحديد مدى تعرضها لخطر العدوى قبل الولادة وفي أثنائها وبعدها من خلال مراجعة تاريخها الطبي وسجلاتها السريرية. وفي حالة تحديد عامل واحد أو أكثر من عوامل الخطر، يجب **الوقاية** من العدوى بإعطائها علاج وقائي بالمضادات الحيوية. أنظر الجدول 7 لمزيد من المعلومات عن أنظمة العلاج الموصى بها لوقاية الأم من العدوى في إطار مجموعة من المواقف المختلفة.

2.7.4 تشخيص وإدارة حالة الإنتان

إذا كانت درجة حرارة المستفيدة أعلى من 38 درجة مئوية وأصبحت بأي مما يلي (ارتفاع معدل التنفس، والحمول، وتصلب الرقبة، وعدم القدرة على الوقوف)، يجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية أن ي/تشك

في احتمال إصابتها بالإنتان. وقد يؤدي الإنتان في نهاية الأمر أيضًا إلى انخفاض خطير في درجة حرارة الجسم.
قم بإجراء ملاحظات منتظمة للعلامات الحيوية (معدل النبض، وضغط الدم، ودرجة الحرارة، ومعدل التنفس): إذا كانت المستفيدة في حالة صدمة (ضغط الدم الانقباضي أقل من 90 ملم زئبق، النبض أكثر من 110/دقيقة).

- اغرز خطأً وريدًا وأعطِ المحاليل.
 - راقب ضغط الدم والنبض كل 15 دقيقة.
 - راقب كمية البول الخارج.
 - سجّل تعويض السوائل، وكمية البول الخارج، والعلامات الحيوية.
- وفي الوقت نفسه، يجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية إجراء اختبارات تشخيصية بناءً على الاشتباه السريري. إذا كان ذلك متاحًا (مثل زرع الدم، ومسحات أعلى المهبل، ومسحات الحلق، والبول في منتصف التبول). وهذه كلها يجب ألا تؤخر العلاج بالمضادات الحيوية.

الجدول 7: نظم العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية

الحالة	العلاج بالمضادات الحيوية (راجع البروتوكولات المحلية)
تمزّق الأغشية المبتسر السابق للمخاض (PPROM) (أنظر القسم 4.4)	إريثروميسين فموي 500 ملغ عن طريق الفم، كل 6 ساعات لمدة 10 أيام (أو حتى الولادة)
	أو أمبيسيلين 2 غم في الوريد كل 6 ساعات
الخضوع لإزالة المشيمة	أمبيسيلين 2 غم في الوريد/في العضل، جرعة واحدة أو الجيل الأول من السيفالوسبورين، على سبيل المثال سيفازولين 1 غم في الوريد/في العضل، جرعة واحدة
تمزّق عجاني من الدرجة الثالثة أو الرابعة	مضادات حيوية واسعة المجال، مثل: سيفازولين 2 غم جرعة واحدة في الوريد قبل الجراحة يليها أموكسيسيسيلين + كلافلانات (875 ملغ + 125 ملغ عن طريق الفم)، كل 12 ساعة لمدة 7 أيام أو سيفالكسين 500 ملغ عن طريق الفم، كل 6 ساعات لمدة 7 أيام بالإضافة إلى ميترونيدازول 400 ملغ عن طريق الفم، كل 12 ساعة لمدة 7 أيام
إلتهاب بطانة الرحم بعد الوضع أو إلتهاب المشيماء والسلى	كلينداميسين 600 ملغ في الوريد كل 8 ساعات بالإضافة إلى جنتاميسين 5 ملغ/كغم أو 60-80 ملغ في الوريد/في العضل، كل 24 ساعة

2.8.4 إدارة الإملاص

يُقصد بالإملاص ولادة جنين لا تظهر عليه أي علامات دالة على الحياة بعد 28 أسبوعًا من الحمل. وفي حوالي نصف حالات الإملاص تحدث حالات وفاة الجنين خلال المخاض [28].

وتشمل عوامل خطر الإملاص عمر الأم إذا كان أكثر من 35 عامًا، وإصابتها بالعدوى، وإذا كانت تعاني من إعاقة، وإصابتها بأمراض غير معدية، وعوامل مرتبطة بالتغذية ونمط حياتها [29,17].

ولا شك أن فقدان الوليد أمر مفرج لوالديه. وفي حالة حدوث الإملاص (ولادة الجنين ميتًا)، يجب إبلاغ الوالد(ة) (الوالدين) في أسرع وقت ممكن. ويجب أن نتاح لهما فرصة حمل الطفل بقدر ما يريدان، مع توفير الخصوصية إذا طلبا ذلك، وينبغي تقديم خدمات الرعاية والدعم اللازمة في هذه الظروف المفجع للوالد(ة) (للوالدين). قدّم المشورة للمستفيدات بأن رعاية أنفسهن جسديًا مثلها مثل الرعاية في أي حالة من حالات الولادة الأخرى. واعرض عليها المشورة بشأن منع الحمل (أنظر القسم 2.5: الرعاية بعد الولادة).

يجب أن ي/تكون مقدم(ة) الرعاية الصحية على دراية بالبروتوكولات المحلية لتسجيل حالات الإملاص واستكمال أي إخطار بالوفاة في الفترة المحيطة بالولادة.

5. الرعاية بعد الولادة

الفترة التالية للولادة (المستفيدة والطفل) أو الفترة التالية للوضع (المستفيدة فقط) هي الفترة التي تلي ولادة الطفل مباشرة وتمتد حتى 6 أسابيع (42 يومًا) بعد الولادة. وهذه الفترة بالغة الأهمية لكل من المستفيدة والطفل حيث تحدث خلالها معظم وفيات الأمهات والرضع [31,30].

بعد الولادة المهبليّة غير المصحوبة بمضاعفات في مرفق الرعاية الصحية، يجب أن يتلقى كل من المستفيدة والطفل رعاية ما بعد الولادة لمدة 24 ساعة بعد الولادة ويجب ملاحظة أي علامات تحذيرية (أنظر القسمين 2.5 و 1.1.5، على التوالي). يجب أن تخضع جميع المستفيدات بعد الولادة لتقييم منظم للنزيف المهبلي، وتقلصات الرحم، وارتفاع قاع الرحم، ودرجة الحرارة، ومعدل ضربات القلب (النبض) بشكل روتيني في خلال الـ 24 ساعة الأولى بدءًا من الساعة الأولى بعد الولادة. يجب قياس ضغط الدم بعد الولادة بقليل. وإذا كان طبيعيًا، يجب إجراء القياس الثاني لضغط الدم في غضون 6 ساعات. يجب على المستفيدة إفراغ المثانة في خلال 6 ساعات. وإذا كانت الولادة في المنزل، فيجب أن يتم الاتصال الأول بعد الولادة في أسرع وقت ممكن في غضون 24 ساعة بعد الولادة، ويوصى بإجراء ثلاثة اتصالات إضافية للرعاية التالية للولادة في اليوم الثالث، وبين اليومين الـ 7 و الـ 14 بعد الولادة، و بعد الولادة بـ 6 أسابيع.

وإذا ظلت درجة حرارة المستفيدة أعلى من 38 درجة مئوية وظهرت أي من العلامات التالية مثل القشعريرة، والإفرازات المهبليّة الكريهة الرائحة، وتسرع قلب الجنين، وتمزّق الأغشية لأكثر من 18 ساعة، يوصى بالتدابير التالية:

- اغرز خطأً وريدًا وأعطِ المحاليل بسرعة.
- أعطِ المضادات الحيوية عن طريق العضل أو الوريد.
- إذا تمت ولادة الطفل وخروج المشيمة، فقم بإعطاء الأوكسيتوسين 10 ملغ في العضل وتقييم المولود بحثًا عن علامات العدوى وعلاجها إذا لزم الأمر.
- قم بإحالة المستفيدة عاجلاً إلى مرفق صحي عالي المستوى إذا لزم الأمر.

8.4 المضاعفات الجنينية

1.8.4 الضائقة الجنينية

تعرف الضائقة الجنينية بأنها انخفاض في معدل ضربات قلب الجنين إلى أقل من 120 أو زيادته لأكثر من 160 نبضة/دقيقة. وإذا ظل معدل ضربات قلب الجنين أقل من 120 أو أعلى من 160 نبضة/دقيقة بعد مرور 30 دقيقة من الملاحظة، يجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية إتخاذ الخطوات التالية للمخاض النشط المبكر أو المتأخر:

- المخاض النشط المبكر (إتساع لا يقل عن 4 سم):
 - أبقِ المستفيدة مستلقية على جانبها الأيسر.
 - ضع في اعتبارك بدء إعطاء المحاليل عن طريق الوريد والتوقف عن تناول الأوكسيتوسين (في حالة البدء فيه).
 - قم بإجراء الإستعدادات اللازمة للولادة القيصرية أو إحالة المستفيدة على وجه السرعة إلى مرفق صحي أعلى مستوى للولادة القيصرية.
- المخاض النشط المتأخر (إتساع من 7 سم إلى 10 سم):
 - أطلب المساعدة أثناء الولادة إذا لزم الأمر. قم بالإحالة إذا لزم الأمر.
 - راقب معدل ضربات قلب الجنين بعد كل تقلص.
 - إستعد لإنعاش المولود (أنظر الملحق 7).

1.5 رعاية حديثي الولادة بعد الولادة

تشير الفترة الوليدية أو فترة حديثي الولادة إلى أول 28 يومًا بعد الولادة. وأهمها الأيام الأولى والأسبوع الأول والشهر الأول. وتحدث حوالي نصف وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الشهر الأول [32].

1.1.5 تقييم حالة الوليد

يتم حالة الوليد في كل اتصال بعد الولادة بحثًا عن العلامات التحذيرية (الخانة 2) وفكر في إحالة الوليد لإجراء المزيد من التقييم واتخاذ التدابير اللازمة في حالة وجود أي من هذه العلامات. يجب إعطاء جميع الأطفال حديثي الولادة 1 ملغ من فيتامين K في العضل بعد الولادة (أي بعد الساعة الأولى التي يجب أن يبدأ فيها التلامس الجلدي والرضاعة الطبيعية).

قم بإبلاغ المستفيدة والأسرة بهذه العلامات التحذيرية لكي ينتبهوا لها ويطلبوا الرعاية في حالة حدوث أي منها.

الخانة 2: العلامات التحذيرية لدى الأطفال حديثي الولادة

- صعوبة/سرعة التنفس (معدل التنفس 60 نفساً في الدقيقة أو أكثر)
- التنفس البطيء أو اللهاث
- شدة انجذاب الصدر إلى الداخل
- عدم وجود حركة عفوية
- الحمى (درجة الحرارة 37.5 درجة مئوية أو أكثر) أو برودة غير عادية (درجة الحرارة أقل من 35.5 درجة مئوية)
- فرط تضخم البطن
- لا يرضع جيداً أو يمتنع عن الرضاعة الجيدة
- نوبات أو اختلاجات
- يرقان في الـ 24 ساعة الأولى من الحياة، اصفرار الكفين وأخمص القدمين في أي عمر
- السرة ملتهبة أو تفرز صديداً أو دمًا
- شحوب
- تورم في العينين، تنزح صديداً

2.1.5 العناية بالحبل السري

إنصح المستفيدة بالحفاظ على نظافة وجفاف الحبل السري في جميع الأوقات. في الأماكن التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة، يوصى بدهان السرة بالكلورهيكسيدين (7.1 في المائة جل أو محلول كلورهيكسيدين ديجلوكونات المائي، يعطي 4 في المائة كلورهيكسيدين) خلال الأسبوع الأول من حياة الوليد.

3.1.5 الرضاعة الطبيعية

يجب إرضاع الأطفال من الثدي فقط منذ الولادة وحتى عمر 6 أشهر. إن أمكن، ي/تؤدي مقدم(ة) الرعاية الصحية دورًا مهمًا من خلال تشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية في كل اتصال بعد الولادة. وقد تحتاج المستفيدات ذوات الإعاقة إلى دعم في حمل أو وضع الطفل للقيام بالرضاعة الطبيعية.

إذا كانت المستفيدة متعايشة مع فيروس العوز المناعي البشري (أنظر الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري، القسم 1.6):

- يجب الرجوع إلى الإرشادات الوطنية بشأن تغذية الأطفال المولودين لأمهات متعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري.
- إذا كانت المستفيدة تتناول أدوية مضادة للفيروسات القهقرية، فيجب دعمها حتى تقوم بالرضاعة الطبيعية الكاملة لأن فرصة انتقال فيروس العوز المناعي البشري إلى الطفل عن طريق حليب الأم ضئيلة.
- وفي الأماكن التي تزداد فيها معدلات وفيات الرضع بسبب نقص التغذية والأمراض المعدية ولا تتناول المستفيدات أدوية مضادة للفيروسات القهقرية، قد تكون الرضاعة الطبيعية هي الخيار الأنسب لإطعام الطفل وبالتالي يجب تشجيعها.

4.1.5 أمور أخرى مهمة في رعاية الوليد بعد الولادة

- قدّم المشورة للوالدين بشأن الحاجة إلى استخدام ناموسية (ناموسيات طويلة الأمد معالجة بالمبيدات الحشرية) للطفل عند النوم في المناطق المعرضة لخطورة شديدة: يوضع الطفل على ظهره لينام؛ تأكد من بقاء درجة حرارة الطفل في الحدود المأمونة والمريحة.
- يجب تأجيل الاستحمام لمدة 6 ساعات على الأقل، والأفضل بعد مرور 24 ساعة على الولادة.

- لا توجد فترة انتظار مطلوبة قبل أن تتمكن المستفيدات من استئناف نشاطهن الجنسي؛ ومع ذلك، يحتاج معظمهن من 4 إلى 6 أسابيع قبل تعافيهن وشعورهن بالإستعداد للنشاط الجنسي.

2.2.5 زيارات ما بعد الولادة

- في كل زيارة لتقديم الرعاية بعد الولادة، يجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية:
- الإستفسار عن الحالة العامة للمستفيدة وتقييم مسار الرضاعة الطبيعية والوظيفة الجسدية والتئام الجروح إذا لزم الأمر.
- تقديم المشورة بشأن التغذية والنظافة والجنس الآمن ومنع الحمل.
- السؤال عن الحالة العاطفية للمستفيدة، والدعم الذي تحصل عليه، وكيف يتعاملون مع هذا الوضع.

3.2.5 الصحة النفسية وذهان النفاس

تُعتبر الصحة النفسية جزءًا مهمًا من الصحة والرفاه في خلال الفترة التالية للولادة. ويجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية تشجيع المستفيدات على متابعة حالتهم النفسية وتشجيعهن على طلب المساعدة إذا شعرن بالإحباط أو القلق أو الإكتئاب. إكتئاب ما بعد الولادة هو اضطراب مزاجي غير شائع ولكنه خطير ويحتاج إلى العلاج.

الذهان النفاسي هو مرض نفسي خطير يستدعي التدخل الطبي الفوري. ويبدأ عادةً في غضون الأسبوعين الأولين بعد الولادة. وقد تشمل الأعراض الهلوسة والأوهام وتغير المزاج وتغير السلوك. والذهان النفاسي حالة طبية طارئة. ويجب إحالة المستفيدات للعلاج فورًا لتجنب تفاقم المرض ولمنع إيذاء أنفسهن أو أطفالهن.

- يجب الإلتزام بالتطعيمات وفقًا للإرشادات المحلية.

- بالنسبة إلى جميع الأطفال حديثي الولادة، توصي منظمة الصحة العالمية في مبادئها التوجيهية لعلاج العدوى المنقولة جنسيًا (STIs) باستخدام علاج وقائي موضعي للعين للوقاية من عدوى المكورات البنية والرمم الوليدي الكلاميدي [34.33]. بالنسبة إلى إصابة العين بعدوى المكورات البنية، يجب إعطاء المضادات الحيوية وفقًا للبروتوكولات المحلية والمراجعة بعد 48 ساعة.

- ويستفيد أيضًا الأطفال الخدج الذين يولدون بوزن 2000 جرام أو أقل من "رعاية الكنغر" (أنظر الخانة 3).

الخانة 3: حقائق أساسية عن رعاية الكنغر

- يوصى بتقديم رعاية الكنغر (التلامس الجلدي مع صدر الأم) للعناية الروتينية بالأطفال حديثي الولادة الذين يبلغ وزنهم 2000 غرام أو أقل عند الولادة ويجب البدء فيها بمرافق الرعاية الصحية بمجرد استقرار المولود سريريًا.
- يجب رعاية الأطفال حديثي الولادة غير المستقرين الذين يبلغ وزنهم 2000 غرام أو أقل عند الولادة أو الأطفال حديثي الولادة المستقرين الذين يقل وزنهم عن 2000 غرام الذين لا يستطيعون الحصول على رعاية الكنغر في بيئة متعادلة حراريًا مع توفير جهاز تدفئة مشع أو وضعهم في حاضنات.

المصدر: منظمة الصحة العالمية [23].

2.5 رعاية المستفيدة بعد الولادة

1.2.5 الخروج من المرفق الصحي

- قبل الخروج من المرفق، يجب توفير حزمة رعاية متخصصة بعد الولادة والتي تُعدّ استمرارًا للرعاية السابقة للولادة وأثناء الوضع. يجب أن يشمل هذا تقديم المشورة بشأن منع الحمل والرعاية الصحية عند الرغبة في ذلك (أنظر الفصل 4: منع الحمل). ومعلومات حول الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأخرى.
- يجب أن تحصل المستفيدة على بطاقة توضح تفاصيل الولادة، وأي مضاعفات حدثت وكيف تم علاجها، وتواريخ مواعيد المتابعة بعد الولادة، وأرقام الهواتف في حالات الطوارئ، وأية تعليمات خاصة للرعاية والمتابعة بعد الولادة للمستفيدة أو وليدها.
- إنصح المستفيدات بطلب الرعاية إذا واجهن أي علامات تحذيرية، مثل النزيف الحاد والألم الشديد والحمى وما إلى ذلك.



6. المراجع

- [10] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. Fact sheet: Zika virus. يوليو 2018. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>. تم الوصول بتاريخ 8 يونيو 2020.
- [11] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. بيان الهيئة الاستشارية الطبية الدولية (IMAP) بشأن فيروس زكا والصحة الجنسية والإنجابية. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة; 2016. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_zika_web.pdf. تم الوصول بتاريخ 8 يونيو 2020.
- [12] منظمة الصحة العالمية. Pregnancy management in the context of Zika virus infection: Interim guidance update 13 May 2016. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204520/WHO_ZIKV_MOC_16.2_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 8 يونيو 2020.
- [13] منظمة الصحة العالمية. WHO Guidelines for malaria. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2022. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-malaria>. تم الوصول بتاريخ 27 أبريل 2022.
- [14] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. IMAP Statement on reproductive health in a time of COVID-19. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF); 2021. متاح على: <https://www.ippf.org/resource/imap-statement-reproductive-health-time-covid-19>. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2021.
- [15] منظمة الصحة العالمية. Monitoring emergency obstetric care: A handbook. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2009. متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44121/1/9789241547734_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 5 يونيو 2017.
- [16] منظمة الصحة العالمية. WHO labour care guide: user's manual. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2021. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2021.
- [17] منظمة الصحة العالمية. التمدد العالجي لمضاعفات الحمل والولادة: دليل للقبالات والأطباء. الطبعة الثانية. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2017. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760>. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2021.
- [18] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. Green-top Guideline No. 69. لندن: RCOG; 2016. متاح على: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg69-hyperemesis.pdf>. تم الوصول بتاريخ 17 أغسطس 2017.
- [19] منظمة الصحة العالمية. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2011. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548335>. تم الوصول بتاريخ 13 ديسمبر 2019.
- [1] Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. PLoS One. 2018;13(4):e0194906.
- [2] Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. PLoS One. 2020;15(4):e0231415.
- [3] منظمة الصحة العالمية. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/. تم الوصول بتاريخ 26 نوفمبر 2019.
- [4] منظمة الصحة العالمية. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2017. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>. تم الوصول بتاريخ 12 أبريل 2022.
- [5] منظمة الصحة العالمية. Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2018. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 10 ديسمبر 2019.
- [6] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. بيان الهيئة الاستشارية الطبية الدولية (IMAP) بشأن القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة; 2015. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_fgm_web.pdf. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2021.
- [7] منظمة الصحة العالمية. المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإدارة العلاجية للمضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2021.
- [8] منظمة الصحة العالمية. Guidelines for the Treatment of Treponema pallidum (syphilis). جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. متاح على: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 6 ديسمبر 2019.
- [9] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. Health topics: Tetanus. متاح على: https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_3. تم الوصول بتاريخ 10 يونيو 2020.



- [28] Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587–603.
- [29] Shin JE, Cho GJ, Bak S, et al. Pregnancy and neonatal outcomes of women with disabilities: a nationwide population-based study in South Korea. *Sci Rep*. 2020;10(1):9200.
- [30] منظمة الصحة العالمية. WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2010. متاح على: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310591/pdf/Bookshelf_NBK310591.pdf. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2021.
- [31] منظمة الصحة العالمية. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014. متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 10 مايو 2017.
- [32] فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (UNIGME). Levels and Trends in Child Mortality: Estimates developed by the United Nations. Report 2021. Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. نيويورك: اليونيسف؛ 2021. متاح على: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>. تم الوصول بتاريخ 25 أبريل 2022.
- [33] منظمة الصحة العالمية. WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549691>. تم الوصول بتاريخ 27 أبريل 2022.
- [34] منظمة الصحة العالمية. WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-154971-4>. تم الوصول بتاريخ 27 أبريل 2022.
- [20] منظمة الصحة العالمية. WHO recommendation: Calcium supplementation during pregnancy for prevention of pre-eclampsia and its complications. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018. متاح على: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550451>. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2021.
- [21] National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE guideline. أبريل 2019. متاح على: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/resources/ectopic-pregnancy-and-miscarriage-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141662244037>. تم الوصول بتاريخ 11 ديسمبر 2019.
- [22] منظمة الصحة العالمية. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2012. متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 31 مايو 2017.
- [23] منظمة الصحة العالمية. صندوق الأمم المتحدة للسكان. البنك الدولي. صندوق الأمم المتحدة للأطفال. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. الطبعة الثالثة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2021.
- [24] منظمة الصحة العالمية. WHO Recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277276/9789241550420-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 9 يونيو 2020.
- [25] منظمة الصحة العالمية. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2021.
- [26] Alkire BC, Vincent JR, Burns CT, Metzler IS, Farmer PE, Meara JG. Obstructed labor and caesarean delivery: the cost and benefit of surgical intervention. *PLoS One*. 2012;7(4):e34595.
- [27] منظمة الصحة العالمية. Statement on Maternal Sepsis. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2017. متاح على: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254608/1/WHO-RHR-17.02-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 25 أبريل 2022.



1.6 الموارد

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45 أكتوبر 2015. متاح على: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/birth-after-previous-caesarean-birth-green-top-guideline-no-45/>. تم الوصول بتاريخ 25 أغسطس 2017.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Zika virus infection and pregnancy. تم التحديث في فبراير 2019. متاح على: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/zika-virus-infection-and-pregnancy/>
- WHO recommendations for. منظمة الصحة العالمية. augmentation of labour. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2014. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 5 يونيو 2017.
- Recommendations for prevention. منظمة الصحة العالمية. and treatment of maternal peripartum infections. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2015. متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 30 أبريل 2017.
- منظمة الصحة العالمية. دليل تنفيذ القائمة المرجعية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الولادة المأمونة: تحسين نوعية الولادة في المرافق للأمهات والمواليد. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2015. متاح على: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789241549455_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 17 ديسمبر 2019.
- Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. منظمة الصحة العالمية: 2016. متاح على: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249523/1/9789241511223-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 15 يوليو 2017.
- Standards for improving quality of. منظمة الصحة العالمية. maternal and newborn care in health facilities. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2016. متاح على: <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf>. تم الوصول بتاريخ 5 فبراير 2017.
- Companion of choice during labour. منظمة الصحة العالمية. and childbirth for improved quality of care. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2016. متاح على: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250274/1/WHO-RHR-16.10-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 5 أبريل 2017.
- Guideline: Iron Supplementation in. منظمة الصحة العالمية. Postpartum Women. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2016. متاح على: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249242/1/9789241549585-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 12 يوليو 2017.
- Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(10):CD005125.
- Engelbrecht S, Armbruster D. The Active Management of the Third Stage of Labor. The Safer Motherhood Knowledge Transfer Program. GLOWM. متاح على: https://www.glowm.com/pdf/AMTSL_Wallchart_Single_FINAL.pdf. تم الوصول بتاريخ 16 أغسطس 2017.
- Gupta JK, Sood A, Hofmeyr G, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2017;5(5):CD002006.
- Hughes RG, Brocklehurst P, Steer PJ et al. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. Green-top Guideline No. 36. BJOG. 2017;124(12):e280–e305.
- International Federation of Obstetrics and Gynaecology. Misoprostol-Only Recommended Regimens 2017. متاح على: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO%20Dosage%20Chart%20-%20ENGLISH.pdf>. تم الوصول بتاريخ 13 سبتمبر 2017.
- Mavrides E, Allard S, Chandrachan E, et al. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. BJOG. 2017;124(5):e106–e149.
- National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline [CG192] 11 فبراير 2020. متاح على: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-recommendations>
- National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190] تم التحديث في فبراير 2017. متاح على: www.nice.org.uk/guidance/cg190. تم الوصول بتاريخ 8 يوليو 2017.
- Novikova N, Hofmeyr GJ, Cluver C. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD007872.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Healthy eating and vitamin supplements in pregnancy. أكتوبر 2014. متاح على: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/pregnancy/pi-healthy-eating-and-vitamin-supplements-in-pregnancy.pdf>. تم الوصول بتاريخ 5 سبتمبر 2017.



منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة للأطفال.
Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration
of breastfeeding and support from health services to improve
feeding practices among mothers living with HIV
الصحة العالمية: 2016. متاح على: [http://apps.who.int/iris/
bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf)
تم الوصول بتاريخ 15 أغسطس 2017.

7. الملاحق

الملحق 1: الجدول الزمني الذي توصي به منظمة الصحة العالمية للتدخلات الخاصة بالرعاية السابقة للولادة

نموذج الرعاية السابقة للولادة لعام 2016 الصادر عن منظمة الصحة العالمية من أجل تجربة حمل إيجابية: توصيات محددة لشمالية اتصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة

الهدف الشامل: تزويد النساء الحوامل برعاية متخصصة وقائمة على الاحترام وتركز على المستفيدة في كل اتصال. مع تنفيذ الممارسات السريرية الفعالة (التدخلات والاختبارات)، وتوفير المعلومات ذات الصلة وفي الوقت المناسب، والدعم النفسي والاجتماعي والعاطفي، من قبل الممارسين والممارسات ذوي الخبرة والمهارات السريرية والشخصية ضمن نظام صحي يعمل بشكل جيد.

- تتطابق هذه التوصيات على النساء الحوامل والمرافقات في سياق الرعاية الروتينية السابقة للولادة.
- ولا يشمل هذا الجدول الممارسات السريرية الجيدة، مثل قياس ضغط الدم والبيئة البروتينية والوزن، والتحقق من أصوات قلب الجنين، والتي سيتم إدراجها كجزء من دليل التنفيذ الذي يستهدف الممارسين والممارسات.
- ويجب وضع الملاحظات المفصلة في الخانة المظلمة مع كل توصية في الاعتبار عند التخطيط لتنفيذ هذه التوصيات.

نوع التوصية	نوع التدخل	ثمانية اتصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة (الأسابيع الحمل)							
		1 (12 أسبوعًا)	2 (20 أسبوعًا)	3 (26 أسبوعًا)	4 (30 أسبوعًا)	5 (34 أسبوعًا)	6 (36 أسبوعًا)	7 (38 أسبوعًا)	8 (40 أسبوعًا)
أ. التدخلات التغذوية									
التدخلات الغذائية		موصى به	X	X	X	X	X	X	X
	1.1: يوصى بتقديم نصائح حول الأكل الصحي والحفاظ على النشاط البدني أثناء الحمل لتبقى المرأة بصحة جيدة ولتمنع زيادة الوزن المفرطة أثناء الحمل ¹ .	توصية تبعًا لكل سياق	X	X	X	X	X	X	X
	2.1: يوصى بالتثقيف التغذوي، للفئات السكانية التي تعاني من نقص التغذية، بشأن زيادة مدخول الطاقة والبروتين اليومي للنساء الحوامل لتقليل مخاطر حديثي الولادة وانخفاض الوزن عند الولادة.	توصية تبعًا لكل سياق	X	X	X	X	X	X	X
	3.1: بالنسبة إلى الفئات السكانية التي تعاني من نقص التغذية، يوصى بحصول النساء الحوامل على مكملات غذائية متوازنة من حيث الطاقة والبروتين لتقليل مخاطر الإملاص وصغر حجم حديثي الولادة بالنسبة إلى عمر الحمل.	توصية تبعًا لكل سياق	X	X	X	X	X	X	X
		لا يوصى به							
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X
مكملات الحديد وحمض الفوليك									

تابع

أ. يحتوي النظام الغذائي الصحي على قدر كافٍ من الطاقة والبروتين والفيتامينات والمعادن، ويتم الحصول عليها من خلال استهلاك مجموعة متنوعة من الأطعمة، بما في ذلك الخضروات الخضراء والبروتينات والأحماض والأملاح والفول والمكسرات والفواكه.

ب. المعدل لـ 60 ملغ من عنصر الحديد هو 300 ملغ من هيدروكسيد سلفات الحديد. 180 ملغ من فومارات الحديد أو 500 ملغ من غلوكونات الحديد.

ج. يجب البدء بحمض الفوليك في أقرب وقت ممكن (الأفضل قبل الحمل) لمنع عيوب الأنبوب العصبي.

د. تحمل هذه التوصية محل التوصية السابقة المذكورة في منشور منظمة الصحة العالمية لعام 2012 المبدأ التوجيهي، مكملات الحديد وحمض الفوليك اليومية لدى النساء الحوامل (36).

تابع

نوع التدخل	التوصية	ثمانية اتصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة (الأسابيع الحامل)								نوع التوصية	تابع
		1 (12 أسبوعًا)	2 (20 أسبوعًا)	3 (26 أسبوعًا)	4 (30 أسبوعًا)	5 (34 أسبوعًا)	6 (36 أسبوعًا)	7 (38 أسبوعًا)	8 (40 أسبوعًا)		
مكملات الحديد وحمض الفوليك	أ.2: يوصى بتناول الحوامل مكملات الحديد وحمض الفوليك المتقطع عن طريق الفم مع 120 ملغ من عنصر الحديد ^٥ و 2800 ميكروجرام (2.8 مجم) من حمض الفوليك مرة واحدة أسبوعيًا لتحسين نتائج فحص الأمهات والمواليد إذا كان الحديد اليومي غير مقبول بسبب الآثار الجانبية. ولدى الفئات السكانية التي ينتشر فيها فقر الدم بين النساء الحوامل بنسبة أقل من 20٪، ^٦	X	X	X	X	X	X	X	X	توصية تبعًا لكل سياق	
مكملات الكالسيوم	أ.3: لدى الفئات السكانية التي تعاني من انخفاض مخزون الكالسيوم الغذائي، يوصى بتناول النساء الحوامل مكملات الكالسيوم اليومية (1.5-2.0 غم من عنصر الكالسيوم عن طريق الفم) لتقليل خطر الإصابة بمقدمات الإرتجاع؛ ^٧	X	X	X	X	X	X	X	X	توصية تبعًا لكل سياق	
مكملات فيتامين أ	أ.4: يوصى بتناول النساء الحوامل مكملات فيتامين أ فقط في المناطق التي يشكل فيها نقص فيتامين أ مشكلة صحية عامة خطيرة، وذلك للوقاية من العقم الليلي ^٨	X	X	X	X	X	X	X	X	توصية تبعًا لكل سياق (بحسب)	
مكملات الزنك	أ.5: لا يوصى بمكملات الزنك للحوامل إلا في سياق البحث الدقيق.	X	X	X	X	X	X	X	X	لا يوصى به	
مكملات المغذيات الدقيقة المتعددة	أ.6: لا يوصى بتناول النساء الحوامل مكملات المغذيات الدقيقة المتعددة لتحسين نتائج فحص الأمهات والفترة المحيطة بالولادة.									لا يوصى به	
مكملات فيتامين ب6 (بيريدوكسين)	أ.7: لا يوصى بتناول النساء الحوامل مكملات فيتامين ب6 (بيريدوكسين) لتحسين نتائج فحص الأمهات والفترة المحيطة بالولادة.									لا يوصى به	

٥. المعامل لـ 120 ملغ من عنصر الحديد يساوي 600 ملغ من هيتاميدرات سلغات الحديد. 360 ملغ من فولات الحديد أو 1000 ملغ من غلوكونات الحديد.

٦. تحل هذه التوصية محل التوصية السابقة في منشور منظمة الصحة العالمية لعام 2011 للوقاية والعلاج من مخدمات الإرتجاع والإرتجاع (57) وتحل محل التوصية السابقة الموجودة في منشور منظمة الصحة العالمية لعام 2013. المبدأ التوجيهي، مكملات الكالسيوم لدى النساء الحوامل (38).

٧. يُعد نقص فيتامين أ مشكلة صحية عامة خطيرة إذا كان لدى 75٪ من النساء في الفئة السكانية المستهدفة تاريخ للإصابة بالعقم الليلي في آخر حمل لهن في الثلاث سنوات إلى الخمس سنوات السابقة وانتهى بولادة الجنين حيًا، أو إذا كان مستوى سيروم ريتينول لدى 20٪ من النساء الحوامل أقل من 0.70 ميكرومول/لتر ويتضمن تحديد نقص فيتامين أ كمشكلة صحية عامة تقدر معدلات انتشار نفسه لدى الفئة السكانية المستهدفة باستخدام مؤشرات بيوكيميائية وسيرية محددة لحالة فيتامين أ.

٨. تحل هذه التوصية محل التوصية السابقة المذكورة في منشور منظمة الصحة العالمية لعام 2011 المبدأ التوجيهي، مكملات فيتامين أ لدى النساء الحوامل (60).



تابع

نوع التدخل	التوصية	نوع التوصية	ثمانية اتصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة (أسابيع الحمل)							
			1 (12 أسبوعًا)	2 (20 أسبوعًا)	3 (26 أسبوعًا)	4 (30 أسبوعًا)	5 (34 أسبوعًا)	6 (36 أسبوعًا)	7 (38 أسبوعًا)	8 (40 أسبوعًا)
مكملات فيتامين هـ ج	أ: لا يوصى بتناول النساء الحوامل مكملات فيتامين هـ ج لتحسين نتائج فحص الأمهات والفترة المحيطة بالولادة.	لا يوصى به								
مكملات فيتامين د	أ: لا يوصى بتناول النساء الحوامل مكملات فيتامين د لتحسين نتائج فحص الأمهات والفترة المحيطة بالولادة. ^٢	لا يوصى به								
تقييد تناول الكافيين	أ: 1.10: بالنسبة إلى النساء الحوامل اللاتي يتناولن كميات كبيرة من الكافيين يوميًا (أكثر من 300 ملغ يوميًا) ^٣ يوصى بتقليل تناول الكافيين يوميًا أثناء الحمل لتقليل مخاطر فقدان الحمل وانخفاض وزن الوليد عند الولادة.	توصية تبعًا لكل سياق	X	X	X	X	X	X	X	X

ب. تقييم حالة الأم والجنين ل

نوع التدخل	التوصية	نوع التوصية	ثمانية اتصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة (أسابيع الحمل)							
			1 (12 أسبوعًا)	2 (20 أسبوعًا)	3 (26 أسبوعًا)	4 (30 أسبوعًا)	5 (34 أسبوعًا)	6 (36 أسبوعًا)	7 (38 أسبوعًا)	8 (40 أسبوعًا)
فقر الدم	ب.1: اختبار تعداد الدم الكامل هو الطريقة الموصى بها لتشخيص فقر الدم أثناء الحمل. ويوصى في الأماكن التي لا يتوفر فيها اختبار تعداد الدم الكامل بإجراء اختبار الهيموغلوبين في المرفق الصحي باستخدام مقياس الهيموغلوبين ويفضل على استخدام مقياس لون الهيموغلوبين كطريقة لتشخيص فقر الدم أثناء الحمل.	توصية تبعًا لكل سياق	X							
البيلة الجراثومية عديدة الأعراض (ASB)	ب.2: يُعتبر زرع البول باستخدام عينة منتصف التبول الطريقة الموصى بها لتشخيص البيلة الجراثومية عديدة الأعراض (ASB) في الحمل. وفي الأماكن التي لا يتوفر فيها إجراء زرع البول، يوصى باستخدام صبغة غرام في منتصف التبول في المرفق بدلاً من استخدام اختبارات عصا القميص كطريقة لتشخيص البيلة الجراثومية عديدة الأعراض (ASB) في الحمل.	توصية تبعًا لكل سياق	X	X						

تابع

- ي. تحل هذه التوصية محل التوصية السابقة المذكورة في منشور منظمة الصحة العالمية لعام 2012 المبدأ التوجيهي، مكملات فيتامين د لدى النساء الحوامل (75).
- ك. هذا يشمل أي منتج أو مشروب أو طعام يحتوي على الكافيين (مثل القهوة المخمرة والشاي والمشروبات المحتوية على الكافيين والشوكولاتة وأقراص الكافيين).
- ل. لم يتم تقييم الأدلة على الأنشطة الأساسية لرعاية السابقة للولادة، مثل قياس ضغط دم الأم، والبيلة البروتينية والوزن، والتحقق من أصوات قلب الجنين، لأن هذه الأنشطة تعتبر جزءًا من الممارسات السريرية الجيدة.

تاریخ

نوع التدخل	التوصية	نوع التوصية	ثمانية اتّصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة (أسابيع الحمل)							
			1 (أسبوعًا) (12 ^ب)	2 (أسبوعًا) (20 ^ب)	3 (أسبوعًا) (26 ^ب)	4 (أسبوعًا) (30 ^ب)	5 (أسبوعًا) (34 ^ب)	6 (أسبوعًا) (36 ^ب)	7 (أسبوعًا) (38 ^ب)	8 (أسبوعًا) (40 ^ب)
عنف الشريك الحميم (IPV)	ب.3.1: يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عمليات الإيستفسار السريري حول إمكانية حدوث عنف الشريك الحميم وذلك في زيارات الرعاية السابقة للولادة عند تقييم الحالات التي قد تفاقمّت بسبب عنف الشريك الحميم لتحسين التشخيص السريري والرعاية اللاحقة، حيث تتوافر القدرة على تقديم الإستجابة الداعمة (بما في ذلك الإحالة عند اللزوم) وعند استيفاء الحد الأدنى من اشتراطات منظمة الصحة العالمية. ^{د، هـ}	توصية تبعًا لكل سياق	X	X	X	X	X	X	X	
داء سكري الحمل (GDM)	ب.4.1: يجب تصنيف ارتفاع السكر في الدم المُكتشّف لأول مرة في أي وقت أثناء الحمل على أنه داء سكري الحمل (GDM) أو داء السكري أثناء الحمل، وفقًا لمعايير منظمة الصحة العالمية 2013 ^د	موصى به	X	X	X	X	X	X	X	
تعاطي التبغ	ب.5.1: يجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية أن يسألوا جميع النساء الحوامل عن استخدامهن للتبغ (في الماضي والحاضر) والتعرض للتدخين غير المباشر في أقرب وقت ممكن أثناء الحمل وفي كل زيارة للرعاية السابقة للولادة. ^د	موصى به	X	X	X	X	X	X	X	
تعاطي المخدرات	ب.6.1: يجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية أن يسألوا جميع النساء الحوامل عن تناول الكحول وتعاطي المخدرات (في الماضي والحاضر) في أقرب وقت ممكن أثناء الحمل وفي كل زيارة للرعاية السابقة للولادة. ^د	موصى به	X	X	X	X	X	X	X	

تاریخ

الحد الأدنى من المتطلبات هو: إجراء بروتوكول/معار، عملي؛ التدريب على كيفية السؤال عن عصف الشريك الحميم، وكيفية توفير الحد الأدنى من الإستجابة أو أكثر، بيئة خاصة، ضمان السرية، تطبيق نظام للإحالة، والوقت الكافي للإفصاح المناسب.

توافق هذه التوصية مع منشور 2013 الاستجابة لعنف الشريك الحميم والعنف الجنسي ضد المرأة: المبادئ التوجيهية السرية والسياساتية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (86).

وهذه ليست توصية بشأن الفحص الروتيني لارتفاع السكر في الدم أثناء الحمل. وتم تكييفه وإدراجه من منشور مظهره الصحة العالمية لعام 2013 معايير التشخيص وتصنيف فوط سكر الدم المكيّف. لأول مرة أثناء الحمل (94) والذي يرض على وجوب تشخيص داء سكري الحمل في أي وقت أثناء الحمل إذا تم استيفاء معيار واحد أو أكثر من المعايير التالية.

- جليكو: يلزمه أثناء الصيام: 125-92 ملغ/ريسيستين
- جليكو: البازيما لمدة ساعة لا يقل عن 10.0 ملي مول/لتر (180 ملغ/ريسيستين) بعد 75 غم حمل جليكو: فموي
- جليكو: البازيما لمدة ساعتين 11.0-8.5 ملي مول/لتر (199-153 ملغ/ريسيستين) بعد 75 غم حمل جليكو: فموي
- يجب تشخيص داء السكري في الحمل إذا تم استثناء معيار واحد أو أكثر من المعايير التالية.

- خلوكوز يلازما الصائم لا يقل عن 7.0 ملي مول/لتر (126 مليغ/ديسليتن)

- جاكوز البلازا لمدة ساعتين لا يقل عن 11.1 ملي مول/لتر (200 ملغ/ديسليتر) بعد 75 غم حمل جاكوز فموي
- جاكوز البلازا العشوائى لا يقل عن 11.1 ملي مول/لتر (200 ملغ/ديسليتر) فى حالة وجود أعراض مرض السكرى

مأخوذ من منشور صادر عن منظمة الصحة العالمية عام 2013 توصيات للمقاومة من تعاطي التبغ والتعرض لدخان التبغ غير المباشر أثناء الحمل وإدراجها (96).

ف. مأخوذ من منشور صادر عن منظمة الصحة العالمية عام 2014 مبادئ توجيهية لتحديد وإدارة تعاطي المخدرات واضطرابات تعاطي المخدرات أثناء الحمل (97).

تاریخ

نوع التدخل	التوصية	نوع التوصية	ثمانية اتّصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة (أسابيع الحمل)
			8 (40 أسبوعًا) 7 (38 أسبوعًا) 6 (36 أسبوعًا) 5 (34 أسبوعًا) 4 (30 أسبوعًا) 3 (26 أسبوعًا) 2 (20 أسبوعًا) 1 (12 أسبوعًا)
فيروس العوز المناعي البشري والزهري	ب.7.1: في الأماكن عالية الإنتشار ^١ ينبغي اعتبار عملية اختبار فيروس العوز المناعي البشري وتقديم المشورة بشأنه والتي/تقوم بها مقدم(ة) الخدمات من المكوّنات الروتينية لرزمة رعاية النساء الحوامل في جميع أماكن الرعاية السابقة للولادة. في الأماكن منخفضة الإنتشار، يمكن اعتبار عملية الاختبار وتقديم المشورة التي يقدمها مقدمو ومقدمات الرعاية للنساء الحوامل ضمن خدمات الرعاية السابقة للولادة على انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل. ودمج اختبار فيروس العوز المناعي البشري مع الزهري أو الفحوصات الفيروسيّة أو الرئيسية الأخرى، حسب اللزوم، وتعزيز الأنظمة الأساسية لصحة الأم والطفل. ^٢	موصى به	X
السل	ب.8.1: في الأماكن التي تبلغ فيها معدلات انتشار السل لدى عموم الفئات السكانية 100/10000 نسمة أو أعلى، ينبغي أن يوضع في الاعتبار الفحص المنهجي للكشف عن السل النشط لدى النساء الحوامل ضمن الرعاية السابقة للولادة. ^٣	توصية تبعًا لكل سياق	X
عَد حركة الجنين اليومية	ب.1.2: لا يوصى بالعد اليومي لحركة الجنين، مثل مخططات الركلات "الأعد إلى عشرة". إلا في سياق إجراء بحوث دقيقة.	توصية تبعًا لكل سياق (بحث)	
قياس الطول الإرتفاقي القاعِي (SFH)	ب.2.2: لا يوصى باستبدال جس البطن بقياس الطول الإرتفاقي القاعِي (SFH) لتقييم نمو الجنين لتحسين نتائج الفترة المحيطة بالولادة. لا يوصى بتغيير الممارسات المعتادة (جس البطن أو قياس الطول الإرتفاقي القاعِي (SFH)) في مرفق معين.	توصية تبعًا لكل سياق	X X X X X X X
إجراء تخطيط القلب قبل الولادة	ب.2.3: لا يوصى بإجراء تخطيط القلب الروتيني ^٤ قبل الولادة للنساء الحوامل لتحسين نتائج فحوصات الأم والفترة المحيطة بالولادة.	لا يوصى به	

تاریخ

برد تعريف الأماكن العالية الانتشار في منشور صادر عن منظمة الصحة العالمية عام 2015 المبداي التوجيهية الموحدة حول خدمات اختبار فيروس العوز المناعي البشري في الأماكن التي تزيد فيها نسبة انتشار فيروس العوز المناعي البشري عن 5٪ بين الفئات السكانية الحاضنة للاختبار، في الأماكن التي يفتشى فيها وباء فيروس العوز المناعي البشري بطريقة عامة أو مركزية. ينبغي إعادة اختبار النساء غير المصابات بفيروس العوز المناعي البشري في الفئة الثالثة من الحمل بسبب ارتفاع مخاطر الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري أثناء الحمل. لمزيد من التفاصيل، يرجى الرجوع إلى التوسيم ب.7.1.

مقتبس ومأخوذ من منشور صادر عن منظمة الصحة العالمية في 2015 مبداي توجيهية موحدة بشأن خدمات اختبار فيروس العوز المناعي البشري (98).

مقتبس ومأخوذ من منشور صادر عن منظمة الصحة العالمية في 2013 المصح الملهجي للكشف عن مرض السيل اللبشط: المبادئ والتوصيات (105).

تخطيط القلب (CTG) هو تسجيل مستمر لمعدل ضربات قلب الجنين وتقلصات الرحم وذلك باستخدام محوّل طاقة بالموجات فوق الصوتية يوضع على بطن الأم.



تابع

ثمانية اتصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة (أسابيع الحمل)								نوع التوصية	التوصية	نوع التدخل
8 (40 أسبوعًا)	7 (38 أسبوعًا)	6 (36 أسبوعًا)	5 (34 أسبوعًا)	4 (30 أسبوعًا)	3 (26 أسبوعًا)	2 (20 أسبوعًا)	1 (12 أسبوعًا)			
X	X	X	X	X	X	X	X	موصى به	ب.2، 4: يوصى بإجراء فحص واحد بالموجات فوق الصوتية قبل 24 أسبوعًا من عمر الحمل (فحص الموجات فوق الصوتية المبكر) للنساء الحوامل لتقدير عمر الحمل. وتحسين الكشف عن التشوهات الجنينية وحالات الحمل المتعدد. وتقليل تحريض المخاض للحمل المتعدد. وتحسين تجربة الحمل للحامل	الفحص بالموجات فوق الصوتية
								لا يوصى به	ب.5: لا يوصى بإجراء فحص دوبلر الروتيني بالموجات فوق الصوتية لتحسين نتائج فحوصات الأم والفترة المحيطة بالولادة ^٢	فحص موجات دوبلر فوق الصوتية لأوعية الجنين الدموية

ج. التحاير الوقائية

			X		X			موصى به	ج.1: يوصى باستخدام نظام مضادات حيوية لمدة سبعة أيام لجميع النساء الحوامل المصابات بالتهبة الجرثومية عديدة الأعراض (ASB) للوقاية من البيئة الجرثومية المستمرة والولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة	المضادات الحيوية للتهبة الجرثومية عديدة الأعراض (ASB)
								توصية تبعًا لكل سياق (بحث)	ج.2: يوصى بالعلاج الوقائي بالمضادات الحيوية فقط للوقاية من عدوى المسالك البولية المتكررة لدى النساء الحوامل في سياق البحوث الحقيقية	العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية للوقاية من تكرار الإصابة بعدوى المسالك البولية
								توصية تبعًا لكل سياق (بحث)	ج.3: الوقاية السابقة للولادة باستخدام الغلوبولين المناعي مضاد D لدى النساء الحوامل اللاتي لا يعانين من حساسية وسليبات العامل الريتوسي في الأسبوع 28 والأسبوع 34 من الحمل للوقاية من تمنيع RhD الخيفي لا يوصى بها إلا في سياق البحث الدقيق.	إعطاء الغلوبولين المناعي مضاد D قبل الولادة
						X		توصية تبعًا لكل سياق	ج.4: في المناطق الموبوءة ^٣ ، يوصى بالعلاج الوقائي الطارد للديدان لدى النساء الحوامل بعد الأشهر الثلاثة الأولى في إطار برامج الحد من الإصابة بالديدان ^٤	العلاج الوقائي طارد الديدان

تابع

- ت. تُستخدم تقنية موجات دوبلر فوق الصوتية لتقييم موجات الشريان السري (وشرايين الجنين الأخرى) لتحديد حالة الجنين في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل.
- ث. المناطق التي تزيد فيها نسبة انتشار العدوى بآلي من الديدان الطفيلية المنقولة بالترية عن 20٪.
- ج. تمثيًا مع منشور منظمة الصحة العالمية لعام 2016 المبدأ لتوجيهي العلاج الكيميائي الوقائي للسيطرة على عدوى الديدان الطفيلية المنقولة بالترية في المجموعات المعرضة لخطر شديدة (140).



تابع							
ثمانية اتصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة (أسابيع الحمل)							
نوع التوصية	1 (أسبوعًا 12)	2 (أسبوعًا 20)	3 (أسبوعًا 26)	4 (أسبوعًا 30)	5 (أسبوعًا 34)	6 (أسبوعًا 36)	7 (أسبوعًا 38)
8 (أسبوعًا 40)							
ج5: يوصى بتطعيم جميع النساء الحوامل בזوفان الكزاز تبعًا للتعرض السابق للتطعيم ضد الكزاز لمنع وفيات الأضغال حديثي الولادة من الكزاز.		X					
الوقاية من الملاريا: العلاج الوقائي المتقطع أثناء الحمل (IPTp)	X (أسبوعًا 13)	X	X	X	X	X	X
ج6: في المناطق الموبوءة بالملاريا في أفريقيا، يوصى بالعلاج الوقائي المتقطع باستخدام سلفادوكسين-بيريميثامين (SP+SD) لجميع النساء الحوامل. ينبغي أن تبدأ الجرعات في الثلث الثاني من الحمل، وينبغي إعطاء الجرعات مع الفصل بينها بشهر واحد على الأقل، بهدف ضمان تلقي ثلاث جرعات على الأقل.							
ج7: يجب تقديم العلاج الوقائي قبل التعرض عن طريق الفم (PEP) الذي يحتوي على تينوفوفير ديسوبروكسيل فيوماترات (TDF) كخيار وقائي إضافي للنساء الحوامل المعرضات لخطر كبير للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري في إطار نهج الوقاية المركبة.							
نوع التدخل	التطعيم بذوفان الكزاز	الوقاية من الملاريا: العلاج الوقائي المتقطع أثناء الحمل (IPTp)	العلاج الوقائي السابق للتعرض للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري	توصية تبعًا لكل سياق	توصية تبعًا لكل سياق	موصى به	موصى به

د. التدخلات من أجل الأمراض المعدية الشائعة

نوع التوصية	1 (أسبوعًا 12)	2 (أسبوعًا 20)	3 (أسبوعًا 26)	4 (أسبوعًا 30)	5 (أسبوعًا 34)	6 (أسبوعًا 36)	7 (أسبوعًا 38)	8 (أسبوعًا 40)
د1: يُنصح بالزنجبيل والبابونج وفيتامين ب6 وأو الوخز بالإبر لتخفيف الغثان في بداية الحمل. بناءً على تفضيلات المرأة والخيارات المتاحة لها.	X	X	X	X	X	X	X	X
د2: قدّم نصائح بشأن النظام الغذائي ونمط الحياة للوقاية من حرقه المعدة أثناء الحمل وتخفيفها ويمكن استخدام المستحضرات المضادة للحموضة للنساء اللاتي يعانين من أمراض مزعجة لا تخف عن طريق تعديل نمط الحياة.	X	X	X	X	X	X	X	X
د3: يمكن استخدام المغنيسيوم أو الكالسيوم أو خيارات العلاج غير الدوائية للتخفيف من تقلصات الساق أثناء الحمل. بناءً على تفضيلات المرأة والخيارات المتاحة لها.	X	X	X	X	X	X	X	X
نوع التدخل	تشنجات الساق	حرقه المعدة	التيقؤ والغثان	موصى به	موصى به	موصى به	موصى به	موصى به

تابع

د. وتوافق هذه التوصية مع المبدأ التوجيهي الصادر عن منظمة الصحة العالمية لعام 2006 بشأن تمنيع الأمهات ضد الكزاز (134). ويعتمد جدول الجرعات على التعرض السابق للتطعيم ضد الكزاز.

للمزيد من التفاصيل يرجى الرجوع إلى التوصية ج5.

ض. مأخوذ من منشور منظمة الصحة العالمية لعام 2015 المباني التوجيهية لعلاج الملاريا، والتي تنص أيضًا على الآتي: "توصي منظمة الصحة العالمية في مناطق انتقال الملاريا بمستويات معتدلة إلى مرتفعة في أفريقيا بإعطاء IPTp-SP لجميع النساء الحوامل في كل راية محددة الموعد للعناية السابقة للولادة. تبدأ في أقرب وقت ممكن في الثلث الثاني من الحمل، بشرط أن يتم إعطاء جرعات SP والفصل بينها بشهر على الأقل. توصي منظمة الصحة العالمية بحزمة من التدخلات الوقائية من الملاريا أثناء الحمل، والتي تشمل تعزيز واستخدام التاموسيات المعالجة ببييدات الحشرات، وكذلك IPTp-SP (153)، وللتأكد من أن النساء الحوامل في المناطق الموبوءة يبدأن العلاج بـ IPTp-SP في أقرب وقت ممكن في الثلث الثاني من الحمل، يجب على صناع السياسات ضمان اتصال النظام الصحي بالنساء في الأسبوع الـ 13 من الحمل. مأخوذ من منشور منظمة الصحة العالمية لعام 2015 المبدأ التوجيهي بشأن موعد بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية وبشأن الوقاية قبل التعرض لفيروس العوز المناعي البشري (99) يتم تحديد المخاطر الجوهريّة للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري من خلال معدل الإصابة بعدوى فيروس HIV (أو لتكون فعالة من حيث التكلفة) وتزيد تقديم المعالجة الوقائية قبل التعرض (PEP) للأشخاص المعرضين لخطر كبير (نسبة إصابة أعلى من 3%) لتزويد كلفة المعالجة الوقائية قبل التعرض (PEP) (أو لتكون فعالة من حيث التكلفة) وتزيد تقديم المعالجة الوقائية قبل التعرض (PEP) للأشخاص المعرضين لخطر كبير للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري من الموائد المتعلقة بالمخاطر والتكاليف لأمضى درجة.



تابع

نوع التدخل	التوصية	ثمانية اتصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة (أسابيع الحمل)								نوع التوصية
		1 (12 أسبوعًا)	2 (20 أسبوعًا)	3 (26 أسبوعًا)	4 (30 أسبوعًا)	5 (34 أسبوعًا)	6 (36 أسبوعًا)	7 (38 أسبوعًا)	8 (40 أسبوعًا)	
الأم أسفل الظهر والحوض	د4: يُنصح بممارسة التمارين الرياضية بانتظام طوال فترة الحمل للوقاية من ألم أسفل الظهر والحوض. يتوافر عدد من خيارات العلاج المختلفة التي يمكن استخدامها، مثل العلاج الطبيعي وأحزمة الدعم والوخز بالإبر. بناءً على تفضيلات المرأة والخيارات المتاحة لها.	X	X	X	X	X	X	X	X	موصى به
الإمساك	د5: يمكن استخدام نخالة القمح أو مكملات الألياف الأخرى لتخفيف الإمساك أثناء الحمل إذا لم تستجب الحالة لتعديل النظام الغذائي. بناءً على تفضيلات المرأة والخيارات المتاحة لها.	X	X	X	X	X	X	X	X	موصى به
الدوالي والوذمة	د6: يمكن استخدام الخيارات غير الدوائية، مثل الجوارب الضاغطة، ورفع الساق والغمس في الماء، للتغلب على الدوالي والوذمة أثناء الحمل. بناءً على تفضيلات المرأة والخيارات المتاحة لها.	X	X	X	X	X	X	X	X	موصى به

هـ: تدخلات النظام الصحية لتحسين الاستفادة من الرعاية السابقة للولادة وجودتها

احتفاظ المرأة بحالتها	هـ1: يوصى بأن تحمل كل امرأة ملف حالتها أثناء الحمل لتحسين استمرارية وبوعية الرعاية وتجربة الحمل.	X	X	X	X	X	X	X	X	موصى به
استمرارية الرعاية	هـ2: يُنصح النساء الحوامل بنماذج استمرارية الرعاية التي تقودها القبائل، والتي تقوم فيها قبيلة معروفة أو مجموعة صغيرة من القبائل المعروفة بدعم امرأة في خلال مراحل ما قبل الولادة وفي أثنائها وبعدها. وذلك في البيئات التي تطبق فيها برامج القبالة بشكل جيد.	X	X	X	X	X	X	X	X	توصية تبعًا لكل سياق (بحث)
الرعاية الجماعية السابقة للولادة	هـ3: يمكن تقديم الرعاية الجماعية قبل الولادة من قبل متخصصين ومتخصصات مؤهلين في الرعاية الصحية كبدل للرعاية الفردية السابقة للولادة للنساء الحوامل في سياق البحث الدقيق. تبعًا لما تفضله المرأة وشريطة توافر البنية التحتية والموارد اللازمة لتقديم الرعاية الجماعية السابقة للولادة.	X	X	X	X	X	X	X	X	توصية تبعًا لكل سياق (بحث)

تابع

تاریخ

نوع التدخل	التوصية	نوع التوصية	ثمانية اتّصالات بمواعيد محددة للرعاية السابقة للولادة (أسابيع الحمل)							
			1 (أسبوعًا) 20 ³	2 (أسبوعًا) 26 ⁴	3 (أسبوعًا) 30 ⁵	4 (أسبوعًا) 34 ⁶	5 (أسبوعًا) 38 ⁷	6 (أسبوعًا) 40 ⁸	7 (أسبوعًا)	8 (أسبوعًا)
التدخلات المجتمعية لتحسين التواصل والدعم	هـ14: يوصى بتنفيذ التعبئة المجتمعية من خلال دورات التعلم والعمل التشاركي المستمر مع المجموعات النسائية لتحسين صحة الأم والوليد. خاصة في المناطق الريفية التي تعاني من ضعف قدرتها على الوصول إلى الخدمات الصحية. ٥ تتيح مجموعات النساء التشاركية فرصة للنساء لمناقشة احتياجاتهن أثناء الحمل. بما في ذلك العوائق التي تحول دون الوصول إلى الرعاية، وتعزيز الدعم المقدم للنساء الحوامل.	توصية تبعًا لكل سياق	X	X	X	X	X	X	X	X
		توصية تبعًا لكل سياق	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X
نوع التدخل	هـ15: يوصى بتحويل مهمة تعزيز السلوكيات المتعلقة بالصحة من أجل صحة الأم والوليد ٦ إلى مجموعة متنوعة من الكوادر. بما في ذلك العاملين والعاملات المصحيين غير المتخصصين والمرضات المساعداات والمرضات والقابلات والأطباء.	توصية تبعًا لكل سياق	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X
نوع التدخل	هـ6: يجب على صناع السياسات النظر في تدخلات الدعم التعاليمية والتنظيمية والمالية والشخصية والمهنية لتوظيف العاملين والعاملات الصحيين المؤهلين والإحتفاظ بهم في المناطق الريفية والنائية.	توصية تبعًا لكل سياق	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X
نوع التدخل	هـ7: نماذج الرعاية السابقة للولادة مع ما لا يقل عن ثمانية اتّصالات يوصى بها لتقليل وفيات الفترة المحيطة بالولادة وتحسين تجربة المرأة في الرعاية.	توصية تبعًا لكل سياق	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X
		موصى به	X	X	X	X	X	X	X	X

مأخوذة من توصيات منظمة الصحة العالمية المنشورة لعام 2014 بشأن تعبئة المجتمع من خلال تورات التعلم والعمل التشاركية المتسيرة مع المجموعات النسائية من أجل صحة الأم والوليد (183).

بما في ذلك تعزيز ما يلي: سلوك التماس الرعاية والإسقاط من الرعاية السائقة للولادة؛ الاستعداد للولادة والجاهزية للمضاعفات؛ النوم تحت التاموسات المعالجة بمبيدات الحشرات؛ مهارات رعاية حالات الولادة؛ الرقعة في المحاضن والولادة؛ تصاحبات غذائية؛ مكملات غذائية؛ المكملات والنسجلات الأخرى الخاصة بالنسجلات؛ اختبار فيروس العوز المناعي البشري أثناء الحمل؛ الرضاعة الطبيعية الحصرية؛ رعاية ما بعد الولادة وتنظيم الأسرة؛ التمتع وفقاً للمبادئ التوجيهية الوطنية.

الولادة من خلال تحويل المهام (OptimizemNH) (2011).
 ج.ج. مقبب من وودج ضمن منشور منظمة الصحة العالمية لعام 2010 بشأن تعزيز الوصول إلى العاملين والعاملات الصحيين في المناطق النائية والريفية من خلال تحسين معدلات الإحفاظ بهم توصيات السياسة العالمية (202).

المصدر: مستنسخ/مترجم من توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية السابقة للولادة من أجل تخفيف إجهاد الحامل. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2016. IGO 3.0 SA 3.0 BY-NC-CC

الملحق 2: تشخيص الحمل

من المهم أن يتمكن مقدمو ومقدمات رعاية الأمومة من تأكيد الحمل بشكل موثوق. وتتوفر مجموعة واسعة من التقنيات لتشخيص الحمل ويمكن استخدام طرق مختلفة في ظروف معينة تبعًا للقدرة على تحمل تكاليفها وجدواها.

التشخيص السريري للحمل

يعتمد تشخيص الحمل بالوسائل السريرية (غير المخبرية) على الكشف عن العلامات والأعراض المصاحبة للحمل من خلال أخذ التاريخ الطبي الدقيق والفحص البدني.

وأهم الأعراض هي انقطاع الحيض. لأنه يدل بوضوح على وجود حمل. إذا كان مصحوبًا بأعراض أخرى. ويُعتبر فحص الحوض الذي ي/تقوم به مقدم(ة) خدمات مدرب(ة) مفيدًا في تشخيص الحمل بعد 6 أسابيع من حدوثه؛ ومع ذلك، فهو يعتمد على مهارة مقدم(ة) الخدمة، وعمر الحمل، ولياقة الحامل البدنية/بنيته/هيئتها البدنية.

ويجب أن نتذكر أن النتائج القاطعة في فحص التاريخ الطبي والفحص البدني ليست حساسة بدرجة عالية في التشخيص ولكنها تساعد مقدم(ة) الرعاية الصحية على التمييز بين الحمل الطبيعي والإضطرابات المصاحبة.

أعراض الحمل

- إنقطاع الدورة الشهرية (الحيض)

- يُشتبه في الحمل إذا تعرضت المرأة في سنوات الإنجاب لتأخر أو اختلالات جديدة عليها في دورتها الشهرية إذا كانت نشطة جنسيًا (حتى لو كانت تستخدم وسائل منع الحمل)
- وقد يكون نزول الدم غير المنتظم و/أو المؤلم علامة على الحمل خارج الرحم أو الإجهاض
 - الغثيان (مع القيء أو بدونه) وحدوث تغيرات في الشهية
 - الإرهاق المستمر
 - ألم وتضخم في الثدي
 - زيادة وتيرة التبول
 - تصور الشعور بجنين يتحرك (علامة متأخرة، بعد الحمل بحوالى 16 إلى 20 أسبوعًا)

علامات الحمل

- ظهور ليونة في الرحم واستدارته وتضخمه في الأسبوع الـ 6 من الحمل
- ظهور علامة هيجار في الأسبوع الـ 6 من الحمل تقريبًا. الشعور بنعومة البرزخ بين عنق الرحم وبدن الرحم واستجابته للضغط عليه عند فحص الحوض يدويًا
- وقد تكون نبضات الرحم علامة مفيدة تدل على الحمل في أقل من 6 أسابيع
- ويمكن رؤية تضخم الرحم فوق الإلتحام العاني بعد 12 أسبوعًا
- ويمكن اكتشاف نغمات قلب الجنين باستخدام سماعة الطبيب بدءًا من الأسبوع الـ 18 إلى الأسبوع الـ 20
- يمكن الشعور بحركات الجنين من خلال الفحص بدءًا من الأسبوع الـ 18 إلى الأسبوع الـ 20
- عند الشك، فإن الخطوة التالية هي تأكيد الحمل باستخدام الفحص السريري بالطرق المخبرية و/أو الموجات فوق الصوتية (أنظر الفصل 4: منع الحمل، الخانة 3).

الملحق 3: خطة الولادة والطوارئ

تُعتبر خطة الولادة والطوارئ وثيقة تُسجّل فيها تفضيلات المرأة الحامل وخططها للمخاض والولادة، بما في ذلك ما يجب القيام به في حالات الطوارئ المحتملة.

ويجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية، في أول اتصال مع المستفيدة قبل الولادة، أن ي/تبدأ معها مناقشات في ضوء المعلومات الواردة أدناه، كأساس لوضع خطة مفضّلة للولادة والطوارئ، ويجب على مقدم(ة) الخدمة دعم المستفيدة من خلال مراجعة خطة الولادة والطوارئ في كل اتصال لاحق لتطويرها وتعديلها، مع مراعاة تعرض المستفيدة أو الجنين لأي تغييرات في عوامل الخطر أو أي تغيير في رغبات المستفيدة.

إشرح سبب توصيتها بالولادة في مرفق صحي

- قد تحدث مضاعفات أثناء الولادة – ولا يقتصر حدوثها على النساء المعرضات لعوامل الخطر، كما أنها غير متوقعة في الغالب.
- ينبغي أن يكون المرفق الصحي مجهزًا بالموظفين والموظفات والمعدات والإمدادات والأدوية اللازمة لتوفير أفضل رعاية إذا لزم الأمر، بالإضافة إلى نظام للإحالة.
- تحتاج المستفيدة المصابة بفيروس العوز المناعي البشري إلى علاج مناسب بمضادات الفيروسات القهقرية لنفسها ولوليدها أثناء الولادة.
- وتكون المضاعفات أكثر شيوعًا لدى الحوامل المصابات بفيروس العوز المناعي البشري وحديثي الولادة، ويجب إجراء هذه الولادات في مرفق صحي.

مراجعة وتقديم المشورة بشأن ترتيبات الولادة والإستعدادات اللازمة في حالة الطوارئ

- كيف ستصل المستفيدة إلى المرفق الصحي؟
- هل يجب عليها دفع تكاليف الانتقال إلى المرفق و/أو الولادة فيه؟ إذا كان الأمر كذلك، كم ستدفع؟
- كيف ستدفعها؟ (على سبيل المثال، هل تحتاج إلى البدء في الإدخار)
- من الذي سيقدم المرافقة/الدعم أثناء المخاض والولادة؟
- من الذي سيساعد في رعاية بيتها وأطفالها الآخرين في حالة غيابها؟

قدّم المشورة في تحديد موعد الذهاب إلى المرفق

- يجب على المستفيدات اللاتي يعشن بالقرب من المرفق أن يذهبن إليه بمجرد ظهور أولى علامات الولادة أو إذا كانت هناك أي علامات خطر (أنظر أدناه).
- يجب على المستفيدات اللاتي يعشن بعيدًا عن المرفق أن يذهبن إليه قبل موعد الولادة المتوقع بأسبوعين إلى ثلاثة أسابيع وبقيين في الملحق المخصص لانتظار الأمهات، إن وُجد، أو مع العائلة أو الأصدقاء بالقرب من المرفق.

قدّم المشورة بشأن المستلزمات الواجب أن تأخذها معها إلى المرفق

- سجل الأمومة المنزلي الخاص بها.
- ملابس نظيفة ومناشف و/أو بطانيات للطفل ومستلزمات تنظيفه وتجفيفه ولفه.
- الفوط الصحية، إن وجدت، أو الخرق النظيفة الإضافية لاستخدامها كفوط صحية بعد الولادة.
- قطع قماش أو حفاضات وحيدة الإستعمال للأطفال حديثي الولادة.
- ملابس لها ولوليدها، بما في ذلك غطاء رأس وجوارب للرضيع.
- الغذاء والماء لها وللمن يرافقها.

قدّم المشورة بشأن علامات المخاض

- إنصحها بالذهاب إلى المرفق أو الإتصال بالقابلة الماهرة إذا واجهت أيًا من العلامات التالية:
- إفرازات دموية لزجة
- تقلّصات مؤلمة كل 20 دقيقة أو أقل
- إثبات الماء



قَدِّمِ المشورة بشأن علامات الخطر

إنصحها بالذهاب إلى المرفق الصحي **فوراً** إذا رأت أيًا من العلامات التالية:

- حمى
- آلام بالبطن
- الشعور بالتوعك
- تورم الأصابع والوجه والساقين
- نزيف مهبل
- إختلاجات
- صداع شديد مع عدم وضوح الرؤية
- حمى وعدم قدرة على النهوض من السرير
- آلام شديدة في البطن
- سرعة وصعوبة في التنفس

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الدولي وصندوق الأمم المتحدة للأطفال. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. الطبعة الثالثة، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. تم الوصول بتاريخ 19 نوفمبر 2019.



الملحق 4: الفرز للحصول على الرعاية قبل الولادة وفي أثنائها وبعدها

المبادئ الأساسية

- قِيم الحالة العامة لأي امرأة حامل أو بمرحلة المخاض أو بعد الولادة عند وصولها إلى المرفق (أنظر التفاصيل أدناه).
- إذا كانت المستفيدة غير قادرة على التحدث بسبب ظروفها الصحية، أطلب من الشخص المرافق أن يصف حالة المستفيدة واحتياجاتها وأرجع إلى السجلات الصحية المكتوبة.
- كرّر التقييم بشكل دوري حتى يتم حلّ المشكلات الطبية.

التقييم السريري

التاريخ الطبي: لماذا أتيت؟ من أجلك أنت أم من أجل طفلك؟
ما هي مشكلتك؟ كم عمر الطفل؟

الفحص:

- قِيم حالة المستفيدة العامة.
- قِيم حالة الطفل.
- لاحظ العلامات الحيوية: قس درجة الحرارة وضغط الدم.

يجب أن ي/تكون مقدم(ة) الرعاية الصحية المسؤول(ة) عن الإستقبال الأولي للحوامل والأطفال حديثي الولادة مؤهلاً لإجراء عملية الفرز (الفحص السريع) وبدء الإنعاش إذا لزم الأمر.

يجب أن يطبق مرفق الرعاية الصحية سياسة واضحة بشأن:

- تحديد موعد الإحالة، و
- إجراء الإحالة، بما في ذلك:
- الإتفاق مع المرافق الصحية المناسبة للإحالة إلى مستويات أعلى
- ترتيبات النقل بما في ذلك من يرافق المستفيدة
- نُسخ من بطاقة التسجيل أو الملاحظات
- متابعة هؤلاء المستفيدات المُحالّات لتلقي الرعاية في المرافق الأخرى

ماذا تفعل

حديث الولادة	إمرأة حامل بالغة أو امرأة بعد الولادة
تُعامل كحالة طوارئ في حالة • صغير الحجم جداً • وجود إختلاجات • صعوبة التنفس • النقص الشديد في التوتر العضلي • انخفاض حرارة الجسم (المعتدل أقل من 36 درجة مئوية؛ الشديد أقل من 32 درجة مئوية) • حدوث الولادة للتو • وجود مخاوف لدى الأم	تُعامل كحالة طوارئ في حالة • فقدان الوعي (غير قادرة على الكلام) • وجود نزيف مهبطي • وجود إختلاجات • آلام شديدة في البطن • حمى • صداع واضطراب في الرؤية • صعوبة شديدة في التنفس • تقيؤ شديد
الإجراء • أطلب من الوالد البقاء مع الطفل • أنقل الرضيع إلى غرفة العلاج لتلقي رعاية فورية لحديثي الولادة	الإجراء • أطلب المساعدة • أنقل فوراً إلى غرفة العلاج لإجراء تقييم للحالة وإدارتها بالكامل • تأكد من أن المستفيدة و/أو المرافق(ة) على علم تام بالوضع • أنقل إلى غرفة الولادة للتقييم وتحديد ما إذا كان المخاض وشيكاً أو الولادة وشيكة
تعامل معها كحالة روتينية إذا • لم تكن هناك علامات خطر أو شكاوى لدى الأم	تعامل معها كحالة روتينية إذا • لم تكن هناك علامات خطر

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الدولي وصندوق الأمم المتحدة للأطفال. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. الطبعة الثالثة، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. تم الوصول بتاريخ 26 نوفمبر 2019.



الملحق 5: التقييم الأولي لحالة المرأة التي تعاني من مخاض محتمل أو تمرّق الأغشية

- هل تعانين من تقلّصات؟ إذا كان الأمر كذلك، هل هي شديدة؟ كم مرة؟ كم تستغرق؟ متى بدأت؟ - هل انبثقت المياه (تمرّق الأغشية السابق للمخاض)؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، متى حدث ذلك؟ هل كانت صافية اللون أم خضراء؟ (أنظر القسم 1.2.3 لمزيد من المعلومات عن تمرّق الأغشية السابق للمخاض (PROM) الذي يحدث في الأوان السوي) - هل حدث لك أي نزيف؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، متى حدث ذلك؟ كم كان مقداره؟ - هل يتحرك الرضيع؟ - هل لديك أي سبب آخر للقلق؟	التاريخ الطبي: إسأل المستفيدة
- بناءً على التاريخ المقدر للولادة، احسب الأسابيع الحالية من عمر الحمل للتحقق مما إذا كان مبسّراً (أقل من 37 أسبوعاً) (إذا كان مبسّراً، يرجى الرجوع إلى القسم 4.4) - راجع خطة الولادة - في حالة وجود أي حالات حمل سابقة: كم عدد حالات الحمل/الولادات السابقة؟ هل أجريت عمليات ولادة قيصرية سابقة، أو توليد بالملقط، أو بالشفط، أو عانيت من أي مضاعفات أخرى مثل نزيف ما بعد الوضع؟ هل حدثت أي تمرّقات سابقة من الدرجة الثالثة أو الرابعة؟ - الحمل الحالي: حالة الراجنة البلازمة السريع، نتائج الهيموغلوبين، حالة التمتع ضد الكزاز، حالة فيروس العوز المناعي البشري - خطة تغذية الرضيع - أي أدوية في الوقت الحالي	راجع السجل (أو اسأل المستفيدة/ الشخص المرافق)
- راقبي الإستجابة للتقلّصات: هل تتكيّف معها بشكل جيد أم بضيق؟ دفع أم خفخة؟ - إفحص البطن بحثاً عن ندبات الولادة القيصرية و/أو حرف أفقي أسفل البطن: قد يكون هذا علامة على الولادة المتعسّرة (إذا كان موجوداً، أفرغ المثانة ولاحظ مرة أخرى) - جس البطن للتأكد من تكرّر التقلّصات ومدتها: هل هناك أي تقلّصات مستمرة؟ - هل وضعية الجنين طولية أم مستعرضة؟ مجيء الجنين بالرأس أم بالمقعدة أم غير ذلك؟ - في حالة عدم إمكانية إجراء فحص لهذا الحمل بالموجات فوق الصوتية، تحقق من وجود أكثر من جنين واحد (3 أقطاب جنينية عند الجس) ومن حركة الجنين - إستمع إلى نبضات قلب الجنين باستخدام Pinard أو Doppler: عدّ عدد النبضات في الدقيقة الواحدة: إذا كان أقل من 100 نبضة أو أكثر من 180 نبضة/دقيقة، إقلب المستفيدة على جانبها الأيسر وعد مرة أخرى - قيس ضغط الدم - قيس الحرارة - تحقق من وجود شحوب - لاحظ إذا كانت عينا الجنين منخمة، أو فمه جاف - أقرص الجلد في منطقة الساعد: هل يعود بسرعة ومرونة؟	الفحص
- نزيف - آلام شديدة في البطن - صداع شديد أو اضطراب في الرؤية - صعوبة في التنفس - حمى أو قشعريرة - صعوبة في إفراغ المثانة - ألم شرسوفي	علامات تحذيرية يجب تقصّيها أثناء دخول المرفق الصحي والمخاض

الملحق 6: علاج مقدمات الإرتعاج الشديدة والإرتعاج

1: أعط جرعة مجمعة من سلفات المغنيسيوم في الوريد + في العضل (جرعة التحميل) (أنظر الجدول 1)

أيضًا:

- ساعد المستفيدة لتكون على جنبها الأيسر وأحمها من السقوط والإصابة.
- ضع ألواح رفادة بين أسنان المستفيدة لتحمي اللسان من العض والرشف (الشفط أثناء التنفس) (لا تحاول القيام بذلك أثناء الإختلاج).

- إغرز خطأ وريدًا و:

- أعط المحاليل ببطء (محلول ملحي عادي أو لأكثات رينجر): 1 لتر في خلال 6 إلى 8 ساعات (3 مل/دقيقة)
- أعط 4 غم من سلفات المغنيسيوم (20 مل من محلول 20٪) ببطء في خلال 20 دقيقة

9

- أعط الحقن الوريدي:

- 10 غم من سلفات المغنيسيوم: 5 غم (10 مل من محلول 50 في المائة) بالحقن العميق في العضل في الربع الخارجي العلوي من كل إلبة مع 1 مل من 2 في المائة من اللغنونكاين من نفس السرنجة.

إذا كنت غير قادر على إعطاء الحقن الوريدي، قم فقط بإعطاء جرعة الحقن العضلي على النحو المبين أعلاه.

الجدول 1: تركيبات سلفات المغنيسيوم

محلول 20 في المائة	محلول 50 في المائة		
لتحضير 10 مل من محلول 20 في المائة، أضف 4 مل من محلول 50 في المائة إلى 6 مل من الماء المعقم	قنبنة تحتوي على 5 جم في 10 مل (1 غم/2 مل)	الجرعة	المسار
لا ينطبق	10 مل + 1 مل 2 في المائة من اللغنونكاين في نفس السرنجة	5 غم	في العضل
20 مل	8 مل	4 غم	في الوريد
10 مل	4 مل	2 غم	في الوريد



الجدول 2: الأدوية الخافضة للضغط وخيارات الجرعات للعلاج الحاد لارتفاع ضغط الدم الشديد

خيار خافضات ضغط الدم	الجرعات
الهيدرالازين	العلاج بالحقن الوريدي: • أعط 5 ملغ في الوريد، ببطء • كرّر كل 5 دقائق حتى ينخفض ضغط الدم • كرّر كل ساعة حسب الحاجة أو أعط 12.5 ملغ في العضل كل ساعتين حسب الحاجة • الجرعة القصوى 20 ملغ كل 24 ساعة
لابيتالول	علاج عن طريق الفم: • أعط 200 مغم • كرّر الجرعة بعد ساعة واحدة حتى يتحقق الهدف من العلاج • الجرعة القصوى هي 1200 ملغ في الـ 24 ساعة العلاج بالحقن الوريدي: • أعط 10 ملغ في الوريد • إذا كانت الإستجابة غير كافية بعد مرور 10 دقائق، فقم بإعطاء 20 ملغ في الوريد • يمكن مضاعفة الجرعة إلى 40 ملغ ثم 80 ملغ بفواصل زمنية مدتها 10 دقائق بين كل جرعة زائدة حتى ينخفض ضغط الدم إلى ما دون الحد الأدنى • الجرعة الإجمالية القصوى 300 ملغ؛ ثم التحول إلى العلاج عن طريق الفم ملاحظة: ينبغي عدم إعطاء لابيتالول للمستفيدات اللاتي يعانين من فشل القلب الإحتقاني أو صدمة نقص حجم الدم أو الإستعداد للتشنج القضيبي (الربو)
كبسولة نيفيديبين فورية الإطلاق	علاج عن طريق الفم: • أعط 5 إلى 10 ملغ عن طريق الفم • كرّر الجرعة بعد 30 دقيقة إذا كانت الإستجابة غير كافية حتى الوصول إلى ضغط الدم الأمثل • أقصى جرعة إجمالية 30 ملغ في حالة العلاج الوجيه - يجب مراعاة الخيارات الأخرى في حالة عدم انخفاض ضغط الدم في خلال 90 دقيقة من تلقي 30 مغم
ألفا ميثيل دوبا	علاج عن طريق الفم: • أعط 750 مغم عن طريق الفم • كرّر الجرعة بعد 3 ساعات حتى يتحقق الهدف من العلاج • الجرعة القصوى 3 غم في 24 ساعة

2: إذا تكررت الإختلاجات

- بعد 15 دقيقة من العلاج، أعط 2 غم إضافية من سلفات المغنيسيوم في الوريد (10 مل من محلول 20 في المائة) ببطء لمدة 20 دقيقة (يمكن أن يتسبب الحقن السريع في فشل الجهاز التنفسي أو الوفاة).
- إذا استمرت الإختلاجات، أعط الديازيبام.*

جرعة التحميل في الوريد:

- أعط 10 ملغ من الديازيبام في الوريد، ببطء لمدة دقيقتين.
- في حالة تكرار الإختلاجات، أعط جرعة مكررة 10 ملغ.

* النوجيه المقصود هو إعطاء الديازيبام في حالة حدوث إختلاجات في الحمل المبكر أو في حالة حدوث تسمم بسلفات المغنيسيوم أو في حالة عدم توفر سلفات المغنيسيوم.

- راقب كمية البول الخارج: إجمع البول: قم بقياس وتسجيل الكمية.
- قبل إعطاء كل جرعة لاحقة من سلفات المغنيسيوم، تأكد من:
 - وجود نبضة منعكسة في الركبة
 - كمية البول الخارج أكبر من 100 مل/4 ساعات
 - معدل التنفس يفوق 16 نفس/دقيقة.
- لا تعط الجرعة التالية في حالة وجود أي علامات على التسمم بالمغنيسيوم:
 - عدم وجود نبضة منعكسة في الركبة
 - كمية البول الخارج أقل من 100 مل/4 ساعات
 - معدل التنفس أقل من 16 نفس/دقيقة
- في حالة وجود علامات على التسمم بالمغنيسيوم، أعط 1 غم غلوكونات الكالسيوم في الوريد (10 مل من محلول 10 في المائة) لمدة 10 دقائق.
- جرعة المداومة:
 - أعط 40 ملغ ديازيبام في 500 مل من المحاليل الوريدية (محلول ملحي عادي أو لاكتات رينجر)، مُعَيَّر لمدة من 6 إلى 8 ساعات ليهديّ المستفيدة ويبقيها بقطعة.
 - أوقف جرعة المداومة إذا انخفض معدل التنفس حتى أقل من 16 نفس/دقيقة.
 - ساعد في التهوية، إذا لزم الأمر، بالقناع والكيس.
 - لا تعط أكثر من 100 ملغ في 24 ساعة.

3: إذا كانت الإحالة غير ممكنة، أو إذا تأخرت، أو كانت المستفيدة لا تزال في حالة مخاض، إستمر في العلاج

- أعط 5 غم سلفات مغنيسيوم في العضل (10 مل من محلول 50 في المائة) مع 1 مل من لغنوكاين بتركيز 2 في المائة من نفس السرنجة كل 4 ساعات بالتناوب في الإليتين لمدة 24 ساعة بعد الولادة أو بعد آخر إختلاج (أيهما تأخر).

المصدر: منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الدولي، صندوق الأمم المتحدة للأطفال. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. الطبعة الثالثة، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. تم الوصول بتاريخ 26 نوفمبر 2019. منظمة الصحة العالمية، التدبير العلاجي لمضاعفات الحمل والولادة: دليل للقابات والأطباء، الطبعة الثانية، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf>. تم الوصول بتاريخ 26 نوفمبر 2019.

الملحق 7: الإنعاش الأساسي للمواليد

ما يجب القيام به لحديثي الولادة الذين لا يبدأون التنفيس بالرغم من تحفيزهم جيداً وتحفيزهم أيضاً

- ينبغي بدء التهوية بالضغط الإيجابي في غضون دقيقة واحدة بعد الولادة بعد فتح مجرى الهواء، وذلك بإعطائه خمسة أنفاس.
- وينبغي عدم تأخير ذلك، ولكن إذا كان الطفل مترهلاً ووُلِدَ من خلال عقي سميكة، فمن المعقول أولاً فحص البلعوم الفموي بسرعة لإزالة العوائق المحتملة.
- ينبغي بدء التهوية بطريقة الضغط الإيجابي بالهواء، وذلك باستخدام المنفخة الذاتية وقناع الوجه (وليس بالأنبوب الأنفي).
- ينبغي تقييم مدى كفاية التهوية بالضغط الإيجابي عن طريق قياس معدل ضربات القلب بعد مرور 60 ثانية على بدء التهوية مع رؤية حركات الصدر.
- وإذا لم يبدأ المولود في التنفس في غضون دقيقة واحدة بعد الولادة، أعط الألووية لإمداده بالتهوية الكافية بدلاً من الضغط على الصدر.
- أعد تقييم معدل ضربات القلب كل 30 ثانية.
- إذا لم تجد زيادة في معدل ضربات القلب، راقب حركات الصدر:
 - إذا كان الصدر لا يتحرك، فأعد فحص وضعية الرأس، وفكّر في الحاجة إلى المساعدة لإبقاء مجرى الهواء مفتوحاً، وكرّر توفير الأنفاس بجهاز التنفس.
 - إذا كان الصدر يتحرك ولكن معدل ضربات القلب غير ظاهر بوضوح، أو كان بطيئاً جداً (أقل من 60 نبضة/دقيقة)، فقم بالتهوية لمدة 30 ثانية.
 - أعد تقييم معدل ضربات القلب، إذا كان لا يزال أقل من 60 نبضة/دقيقة، إبدأ الضغط على الصدر مع أنفاس جهاز التنفس باستخدام نسبة 1:3.

قد يحتاج بعض الرضع إلى مساعدة في التنفس بشكل طبيعي عند الولادة. يحتاج معظم هؤلاء الرضع فقط إلى دعم في انتقالهم من الفترة المحيطة بالولادة إلى البيئة خارج الرحم بدلاً من الإنعاش.

ويُحتمل أن تكون حاجة الأطفال الذين يولدون قبل بلوغ عمر الحمل 37 أسبوعاً إلى الإنعاش أكثر من غيرهم، خاصة إذا كانت المستفيدة مصابة بعدوى أو إذا كان حملها متعدد (توأمان أو أكثر)، وظهرت على الطفل أي علامات أثناء الولادة على أن معدل ضربات القلب غير طبيعي بالنسبة إلى الجنين أو في حالة وجود العقي.

ما هو الطبيعي وما هو غير الطبيعي؟

- قد يولد الطفل السليم بمظهر ضارب إلى الزرقاء ولكن بدرجة جيدة، وببكي في غضون ثوان قليلة من الولادة، وسيكون معدل ضربات قلبه جيداً في غضون بضع دقائق من الولادة (معدل ضربات قلب المولود السليم حوالي 120-150 نبضة/دقيقة).
- وإذا كان لون الرضيع أزرقاً عند الولادة، بدرجة غير مستحسنة، دل هذا على ضعف صحته، وقد يكون معدل ضربات قلبه بطيئاً (أقل من 100 نبضة/دقيقة)، وقد لا يستطيع التنفس بشكل كافٍ في خلال 90 إلى 120 ثانية بعد الولادة.
- ويولد الرضيع المريض شاحباً ومترهلاً، لا يستطيع التنفس، ويكون معدل ضربات قلبه بطيئاً أو بطيئاً جداً أو لا يمكن اكتشافه.

المبادئ الأساسية

- **إستعد:** إعلم أنه قد يحتاج إلى الإنعاش (أطلب المساعدة مسبقاً إذا لزم الأمر) إن حدثت ظروف معيّنة أو كانت هناك مخاوف قبل الولادة أو أثناء الولادة تتعلق بحالة الجنين.
- **أجل ربط الحبل السري:** ينبغي عدم التعجيل بربط الحبل السري قبل مرور دقيقة على الولادة (يُفضل بعد مرور 3 دقائق) لزيادة الوقت اللازم لانتقال المواليد الناضجين أو المبتسرين إلى البيئة خارج الرحم.
- **حافظ على دفء الطفل:** حافظي على بقاء درجة حرارة الطفل بين 36.6 درجة مئوية و 37.5 درجة مئوية وحفّز قدرته على التنفس بتجفيفه جيداً وتغيير المناشف المبللة.
- **دلك ظهر الطفل واستخدم التهوية بالضغط الإيجابي:** ينبغي تحفيز الرضع حديثي الولادة الذين لا يستطيعون التنفس تلقائياً بعد تجفيفهم جيداً عن طريق تدليك الظهر من مرتين إلى 3 مرات قبل ربط الحبل السري وبدء التهوية بالضغط الإيجابي.
- **التقييم:** قيّم حالة التنفس ومعدل ضربات القلب (باستخدام سماعة الطبيب) ونغمتها.



متى تتوقف عن الإنعاش

- ينبغي إيقاف إنعاش الطفل حديث الولادة الذي يصعب كشف معدل ضربات قلبه بعد مرور 10 دقائق من التهوية الفعالة.
- ينبغي إيقاف إنعاش الطفل حديث الولادة الذي لا يزال معدل ضربات قلبه أقل من 60 نبضة/دقيقة ولا يتنفس تلقائيًا بعد مرور 20 دقيقة من الإنعاش.
- ينبغي ألا يكون التنبيب الرغامي روتينيًا في وجود العقي. وينبغي إجراؤه فقط في حالة الإشتباه في وجود انسداد رغامي.

ملاحظة: يمكن استخدام ضغط المسالك الهوائية الأنفي الإيجابي المستمر (CPAP)، إن أمكن. بدلاً من التنبيب الروتيني لتوفير الدعم التنفسي الأولي لجميع المواليد المبتسرين الذين يتنفسون تلقائيًا ولكن يعانون من ضائقة تنفسية.

توصيات بشأن استخدام الشفط

ينبغي أن ي/تستخدم مقدم(ة) الرعاية الصحية محفنة الكرة (وحيدة الاستعمال أو سهلة التنظيف) بدلاً من شفافة المخاط المزودة بمحس لتوليد خاصية السحب عن طريق الشفط في حالة عدم وجود معدات ميكانيكية لتوليد ضغط سلبي للسحب.

لا يُنصح	لا تقم بالآتي	قم بالآتي
• شفط الفم والأنف أثناء الوضع عند خروج الرأس في وجود سائل سلوي مصبوغ بالعقي • إجراء شفط الفم أو الأنف لدى حديث الولادة المستخرج من خلال سائل سلوي مصبوغ بالعقي وبدأ التنفس تلقائيًا	• شفط فم وأنف حديث الولادة المستخرج من خلال سائل سلوي صافٍ والذي بدأ التنفس تلقائيًا بعد الولادة • شفط الفم والأنف بشكل روتيني قبل الشروع في التهوية بالضغط الإيجابي لدى حديث الولادة المستخرج من خلال سائل سلوي صافٍ ولم يبدأ التنفس بعد تجفيفه جيداً وتديلِك ظهره من مرتين إلى 3 مرات (يجب أن يتم الشفط فقط في حالة إمتلاء الفم أو الأنف بالإفرازات) • إجراء شفط للقصبة الهوائية لدى حديث الولادة المستخرج من خلال سائل سلوي مصبوغ بالعقي وبدأ التنفس تلقائيًا	• إجراء شفط للقصبة الهوائية قبل بدء التهوية بتقنية الضغط الإيجابي لدى حديث الولادة المستخرج من سائل سلوي مصبوغ بالعقي ولم يبدأ التنفس تلقائيًا

المصدر: منظمة الصحة العالمية. Guidelines on Basic Newborn Resuscitation. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2012. متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 5 يونيو 2020. Fawke J, Wyllie J, Madar J, et al. Newborn resuscitation and support of transition of infants. <https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines/newborn-resuscitation-and-support-transition-infants-birth>. Resuscitation Council UK. at birth Guidelines. مايو 2021. متاح على: <https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines/newborn-resuscitation-and-support-transition-infants-birth>. تم الوصول بتاريخ 27 أبريل 2022.

الفصل 10:

العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي

369	1. مقدمة
369	1.1 تعريفات المصطلحات
370	2.1 أسباب العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
370	3.1 المخاطر ونقاط الضعف المتعلقة بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
370	4.1 أشكال العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
372	2. المبادئ التوجيهية، ومهارات ومعارف مقدمي أو مقدمات الخدمات
372	1.2 المبادئ التوجيهية
372	2.2 مستوى المعرفة لدى مقدمي ومقدمات الخدمات
373	3.2 مهارات وكفاءات مقدمي الخدمات
374	3. رعاية المستفيدين والمستفيدات المعرضين لخطر العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي أو المتأثرين بهما
374	1.3 تحديد المستفيدين والمستفيدات الذين يعانون أو يتعرضون لخطر العنف الجنسي أو القائم على النوع الاجتماعي
375	2.3 دعم الخط الأول
378	3.3 تقييم السلامة
378	4.3 الإحالة للحصول على خدمات أخرى
379	5.3 رعاية وإدارة الأفراد المعرضين للعنف الجنسي والإغتصاب
380	6.3 التوثيق وإعداد التقارير



4. تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية 380

- 1.4 مستوى معرفة ومهارات مقدم(ة) الخدمات المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية 380
- 2.4 الكشف عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وتصنيفه 381
- 3.4 عواقب تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية 381
- 4.4 تقديم المعلومات والمشورة وخدمة الإحالة للمستفيدات اللاتي يعانين من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية 382
- 5.4 إزالة النوع الثالث من أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية المعروف باسم الختان التخييطي 383

5. المراجع 383

- 1.5 الموارد 384

6. الملاحق 386

- الملحق 1: مثال لمسار إحالة بخصوص العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي 386
- الملحق 2: مسار رعاية المستفيدات اللاتي تعرضن لعنف من شريك حميم 387
- الملحق 3: مسار الرعاية الأولية بعد الإعتداء 388





1. مقدمة

يُعتبر العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (SGBV) مشكلة صحية عامة رئيسية، ومشكلة صحية سريرية، وانتهاكاً لحقوق الإنسان. وهو متجذر في صور عديدة من عدم المساواة بين الجنسين، ويؤدي إلى تفاقمها. وعلى الصعيد العالمي، ينتشر بمعدلات مهولة، حيث تتأثر واحدة من كل ثلاث نساء تقريباً بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. وينتج أو قد ينتج عن هذا العنف أذى جسدي أو جنسي أو نفسي، مما يتسبب في المعاناة وسوء الحالة الصحية.

وتتمثل أهداف هذا الفصل في إلقاء نظرة متعمقة على تعريف وتشخيص العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، بالإضافة إلى التوصيات القائمة على الأدلة لرعاية وعلاج الأشخاص الذين يعانون من سوء المعاملة.

1.1 تعريفات المصطلحات

- يشير العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (SGBV) إلى أي فعل ضار يرتكب ضد إرادة الفرد ويستند إلى معايير النوع الاجتماعي وعلاقات القوة غير المتكافئة [1].
- العنف القائم على النوع الاجتماعي (GBV) هو مصطلح شامل لأي فعل ضار يرتكب ضد إرادة الفرد ويستند إلى فروق اجتماعية (بين الجنسين) بين الذكور والإناث، ويشمل الأفعال التي تلحق الأذى أو المعاناة الجسدية أو الجنسية أو العقلية، والتهديد بمثل هذه الأفعال، والإكراه، وغيرها من أشكال الحرمان من الحرية. ويمكن أن تحدث هذه الأفعال في الأماكن العامة أو الخاصة [2].
- العنف ضد المرأة: تُعرّف الأمم المتحدة العنف ضد المرأة بأنه "أي فعل عنيف تدفع إليه عصبية الجنس ويترتب عليه، أو قد يترتب عليه، أذى أو معاناة للمرأة سواء من الناحية الجسدية أو الجنسية أو النفسية، بما في ذلك التهديد بأفعال من هذا القبيل أو القسر أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء حدث ذلك في الحياة العامة أو الخاصة." [3]. حوالى امرأة واحدة من كل 3 نساء (30 في المائة) في جميع أنحاء العالم قد تعرضت للعنف الجنسي و/أو الجنسي من الشريك الحميم (أنظر القسم 4.1) أو العنف الجنسي من غير الشريك في حياتها [3]. من المهم التأكيد، مع ذلك، على أن العنف ضد المرأة لا يشمل فقط العنف الجنسي والجنسي، ولكن أيضاً التحكم في السلوك، والإساءة العاطفية والنفسية، والتهديدات اللفظية، والإذلال العلني.

ويفضّل الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة مصطلح "العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي" بدلاً من "العنف القائم على النوع الاجتماعي" أو "العنف ضد المرأة"، لأنه يؤكد على مكون العنف الجنسي. تفضل المنظمات المختلفة استخدام العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف ضد المرأة.

المختصرات

FGM	تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
HIV	فيروس العوز المناعي البشري
IPPF	الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة
IPV	عنف الشريك الحميم
SGBV	العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
STI	العدوى المنقولة جنسياً
VAW	العنف ضد المرأة

تبعاً لاختصاصات المنظمة وأنشطتها، ولكن يمكن استخدام مصطلح "العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي" و "العنف القائم على النوع الاجتماعي" بالتبادل، كما هو الحال مع "العنف ضد المرأة"، عند التركيز على الناجيات.

يُعتبر العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي انتهاكاً لحقوق الإنسان مرتبطاً بالوفاء والإصابة ومجموعة واسعة من قضايا الصحة الجنسية والبدنية السلبية والتأثيرات الاجتماعية والإقتصادية. ويحدث العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في أشكال عديدة، بما في ذلك العنف الجنسي، وعنف الشريك الحميم، والإكراه الإنجابي، ويمكن أن يرتكبه أي فرد، سواء كان من الغرباء أو الأقارب أو الزملاء أو المعارف أو الشركاء الحميمين. ويُعتبر العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي مصطلحاً شاملاً يشمل العنف المرتكب ضد من يُعرفن بأنهن نساء وفتيات ورجال وفتيان (بما في ذلك المتحولين جنسياً من النساء والفتيات والرجال والفتيان)، وكذلك ضد الأفراد غير الثنائيين الذين لا يتوافقون مع الهويات أو الأدوار الجندرية (الثنائية) السائدة، وأكثر مرتكبي العنف ضد المرأة شيوعاً هم الشركاء الحميمون الذكور أو الشركاء السابقون، وعلى النقيض من ذلك، فإن الرجال أكثر عرضة لأعمال العنف التي يرتكبها الغرباء أو المعارف منه لأعمال عنف يرتكبها أفراد قريبون منهم.

وقد يؤثر العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي على أي فرد، لكن النساء والفتيات يتأثرن ويعانين بمعدلات أعلى وبشكل غير متناسب بتأثيرات صحية أكثر خطورة وطويلة الأمد، بما في ذلك زيادة خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري وغيره من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)، والحمل غير المرغوب، واضطرابات أمراض النساء ومضاعفات الولادة والإكتئاب والقلق وضعف الإقبال على تناول وسائل منع الحمل واستخدامها.

وفي هذا الفصل تُستخدم مصطلحات "الناجي/الناجية" (من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي) للإشارة إلى جميع الأفراد الذين تعرضوا لشكل من أشكال العنف الجنسي والعنف



ولن يعاني جميع الأفراد من هذه التفاوتات بنفس الطريقة. ومع ذلك، فإن هذه التفاوتات تؤثر بعمق على تجارب العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي التي تواجهها الناجون/الناجيات [4].

وبالإضافة إلى النساء والفتيات، تشمل الفئات الأخرى المعرضة للخطر والتي لديها أيضاً مخاطر متزايدة من التعرض للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي:

- المثليات والمثليين جنسياً، مشتبهين، المتحولين/ات جنسياً، ثنائيي/ثنائيات الجنس، غير الثنائيين/ثلاثيات وانسحابي/بيات الجندر
- ذوي الإعاقة
- المراهقين والمراهقات والأطفال
- المتعاقين والمتعاقبات مع فيروس العوز المناعي البشري
- المسنين/المسنات
- النساء والأطفال وأرباب الأسر
- الفتيات والنساء اللواتي يحملن أطفالاً نتيجة للاغتصاب، وأطفالهن المولودين نتيجة للاغتصاب
- السكان الأصليين والأقليات العرقية والدينية
- الأطفال المنفصلين عن ذويهم أو غير المصحوبين بذويهم، بما في ذلك الأيتام والأطفال المرتبطين بالقوات/الجماعات المسلحة
- المهاجرين والمهاجرات واللاجئين واللاجئات وطالبي وطالبات اللجوء والمشردين والمشردرات داخليا
- الأفراد الذين ليس لهم مسكن ثابت
- الأشخاص المتورطين في العمل القسري و/أو الجبري في مجال الجنس، بما في ذلك الأطفال ضحايا الإستغلال الجنسي
- الأشخاص من جميع الأعمار رهن الإحتجاز [5]

4.1 أشكال العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي

يشمل العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي أفعال العنف الجسدية والعاطفية/النفسية والجنسية، أو الحرمان من الفرص والوصول إلى الموارد. تشمل أشكال العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي:

- **عنف الشريك الحميم (IPV)** يشير إلى "سلوكيات ينتهجها عشير أو شريك سابق تتسبب في أذى أو معاناة للمرأة. سواء من الناحية الجسدية أم الجنسية أم النفسية، بما في ذلك الإعتداء البدني والإكراه الجنسي والإيذاء النفسي وسلوكيات السيطرة" [3]. في الواقع، يرتكب الشريك الحميم الحالي

القائم على النوع الاجتماعي، بما يتماشى مع الممارسات العالمية، و"المستفيد/المستفيدة الذي تعرض/التي تعرضت للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي" للإشارة على وجه التحديد إلى شخص يتلقى الرعاية الصحية المرتبطة بالحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. ومع ذلك، فإن المصطلح "الصحيح" الذي يجب استخدامه عند التحدث مباشرة إلى أي شخص هو المصطلح الذي يفضل استخدامه. يستخدم بعض الأشخاص مصطلح "الضحية" للإشارة إلى أنفسهم/هن وتجربتهن/هن، وقد يفضل البعض "الناجي/الناجبة". وقد لا يستخدم البعض الآخر أيًا من هذين المصطلحين. ويجب أن يستمع مقدم الرعاية الصحية بتركيز إلى اللغة التي ي/تستخدمها المستفيد/المستفيدة ويؤكد عليها حسب اللزوم.

2.1 أسباب العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي

تعتبر الأسباب الجذرية للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي هي إساءة استعمال السلطة، وعدم المساواة بين الجنسين، والتمييز، والمعايير المجتمعية الضارة.

وأثناء حالات الطوارئ مثل النزاعات أو الكوارث الطبيعية أو تفشي الأمراض المعدية مثل مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)، تزداد خطورة العنف والإستغلال وسوء المعاملة، خاصة بالنسبة إلى النساء والفتيات، بسبب ضعف النظم على المستوى الوطني وشبكات الدعم المجتمعي والإجتماعي وتفاقم عدم المساواة بين الجنسين [4]. ويؤدي انهيار هذه الشبكات إلى تزايد مخاطر العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي على النساء والفتيات والفئات المعرضة للخطر حيث تضعف آليات الحماية. للمزيد من المعلومات عن تقديم الرعاية الصحية في حالات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في سياقات الطوارئ، أنظر الفصل 11: تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية.

3.1 المخاطر ونقاط الضعف المتعلقة بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي

قد يتعرض أي شخص للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وهذا يؤكد على قضايا التقاطع. التقاطع هو إطار عمل يهدف إلى التوعية بأن الناس يعانون من أشكال متداخلة (أي متقاطعة) من الإضطهاد والتمييز والتهميش بناءً على هوياتهم المشتركة (على سبيل المثال، التمييز على أساس النوع الاجتماعي والانتماء العرقي) [4]. الأفراد متعدّدو الأوجه ولديهم تجارب وخلفيات وهويات وخصائص مختلفة ومعقدة ومتداخلة، مما قد يزيد من مخاطر تعرضهم ونقاط ضعفهم تجاه العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

- العنف الجنسي (أو الاعتداء الجنسي) هو أي فعل جنسي، أو محاولة للحصول على فعل جنسي، أو تعليقات أو عروض جنسية غير مرغوبة، أو أفعال معيّنة بغرض المبادلة، يوجهه شخص ما ضد جنسانية شخص آخر بالإكراه أو التحايل، بغض النظر عن علاقته بالناجي أو الناجية، في أي مكان. يُعتبر الإغتصاب والإعتداء الجنسي والإستغلال الجنسي أشكالاً من العنف الجنسي.
- العبودية الجنسية هي شكل من أشكال الإستهباد والعنف الجنسي الذي يتضمن فرض قيود على استقلالية الفرد وحرية تنقله وقدرته على اتخاذ القرار بشأن الأمور المتعلقة بنشاطه الجنسي. وفي الغالب، يرتبط الزواج القسري والعبودية المنزلية والإتجار في البشر للعمل في مجال الجنس بالعبودية الجنسية.
- الإعتداء الجنسي على الأطفال هو نوع من العنف الجنسي الذي يتضمن إقحام طفل(ة) أو مراهق(ة) في نشاط جنسي لا ي/ تفهمه تمامًا، أو لم ي/ توافق عليه أو لا ي/ تستطيع إعطاء موافقة مستنيرة عليه، و/أو لا ي/ تكون الطفل(ة) أو المراهق(ة) مستعداً(ة) له من ناحية النمو ولا يمكنه/نها أن ي/ توافق عليه، أو يشكل انتهاكاً للقانون أو الأعراف المجتمعية.
- الممارسات التقليدية الضارة هي أشكال مقبولة من العنف في ثقافة أو مجتمع معين والتي حدثت بمرور الوقت، في الغالب ضد النساء والفتيات، وتتم ممارستها باسم التقاليد. وتشمل هذه الأفعال الزواج بالإكراه، والقتل بدافع "الشرف"، وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.
- تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (FGM) هو مصطلح يشمل "جميع الإجراءات التي تنطوي على الإزالة الجزئية أو الكلية للأعضاء التناسلية الخارجية أو أي ضرر آخر للأعضاء التناسلية الأنثوية لأسباب غير طبية" [8]. وهذا الإجراء شائع في 30 دولة في أفريقيا وفي بعض المناطق في الشرق الأوسط وآسيا. ويوجد أيضاً في المجتمعات المحلية القادمة من هذه البلدان وتعيش في بلدان أخرى.
- أو السابق الجزء الأكبر من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. وعلى الصعيد العالمي، تفيد ثلث النساء تقريباً (27٪) اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة من المرتبطات بعلاقة جنسية بأنهن يتعرضن لشكل معين من أشكال العنف على يد شركائهن [3].
- الإكراه على الإنجاب هو شكل من أشكال الإساءة التي يرتكبها فرد (أفراد) لممارسة السلطة والسيطرة على الصحة الإنجابية للآخرين وخياراتهم. وفي الغالب من قبل الرجال ضد النساء. تشمل أشكال الإكراه على الإنجاب الإكراه على الحمل (الضغط من أجل الحمل)، وتخريب وسائل منع الحمل (التدخل المباشر في وسائل منع الحمل)، والتحكم في نتائج الحمل (إجبار الحامل على الإجهاض أو الاستمرار في حمل لا تريده) [7.6].
- يشير العنف القائم على رهاب المثليين/المثليات والمتحولين/ المتحولات جنسياً إلى الهجمات التي يتعرض لها الأشخاص بسبب ميولهم الجنسية أو هويتهم الجنسية. وفي الغالب يكون هذا النوع من العنف - الذي يمكن أن يتخذ أشكالاً متنوعة - مدفوعاً بالرغبة في معاقبة أو "علاج" من يتحدون/ يتحدين المعايير الجندرية التقليدية.
- يشير الإيذاء النفسي و/أو العاطفي إلى إحداث ألم أو إصابة نفسية أو عاطفية؛ على سبيل المثال، التهديدات بالعنف الجسدي أو الجنسي، والسلوك المسيطر، والإساءة اللفظية، والترهيب، والإذلال، والعزل القسري، والمطاردة، والتحرش، والتشهير، والإستغلال. وقد تشمل الإساءة النفسية على الإكراه الإنجابي (على النحو الوارد أعلاه). مثال آخر على ذلك هو العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي الميسر بالتكنولوجيا، أي استخدام الإنترنت أو تقنية الهاتف المحمول لإلحاق الأذى بالآخرين على أساس جنسهم أو توجههم الجنسي أو هويتهم الجندرية.
- الإعتداء أو الإهمال الاجتماعي والإقتصادي يعني حرمان الفرد المتعمد من الفرص والموارد التي يحتاجها لممارسة حقوق الإنسان المكفولة له بدافع وجهات النظر حول الجنس أو الهوية الجندرية أو التوجه الجنسي؛ من الأمثلة على ذلك الحرمان من الطعام؛ الحرمان من التعليم أو فرص العمل أو التملك؛ تقييد الوصول إلى المال أو الرعاية الصحية أو الخدمات الاجتماعية.
- الاعتداء الجسدي هو عمل من أعمال العنف الجسدي الذي ينطوي على استخدام أو التهديد باستخدام القوة الجسدية أو الشدة أو السلاح لإيذاء أو إصابة شخص (مثل الضرب، الخنق، الصفع، كتم النَفَس، الحرق، الجرح).



2.2 مستوى المعرفة لدى مقدمي ومقدمات الخدمات

يجب أن يكون جميع الموظفين والموظفات المسؤولين على دراية بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي كقضية تتعلق بالصحة العامة وحقوق الإنسان، بالإضافة إلى امتلاكهم المعرفة ومهارات الرعاية السريية والكفاءات ذات الصلة. يجب تقديم الرعاية بطريقة مأمونة وأخلاقية للأشخاص الذين تعرضوا للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي عن طريق ضمان الالتزام بالإجراءات المتفق عليها في مرفق الرعاية وكذلك التمسك بالمبادئ التوجيهية الخاصة بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي للاستجابة لاحتياجات الناجين والناجيات من العنف الجنسي (الأمان والسرية والإحترام وعدم التمييز [2]). واتباع نهج يركّز على الناجين والناجيات، (أنظر القسم 1.1.2)، وتصديق الناجي أو الناجية دائمًا.

يجب أن يكون مقدمو ومقدمات الرعاية الصحية على دراية وبيّنة بالقضايا الأوسع نطاقًا المتعلقة بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، بما في ذلك:

- المُحدّثات السياسية والاجتماعية والإقتصادية للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي على الصعيدين الوطني والإقليمي
- التعريف القانوني للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، على الصعيدين الوطني والإقليمي
- السن القانوني للموافقة
- الأشكال المختلفة للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي والظروف التي تُرتكب فيها، بما في ذلك العنف الجسدي والجنسي والنفسي والعاطفي والاجتماعي والإقتصادي ضد الأشخاص من جميع الأعمار والأنواع الجنسانية والتوجهات الجنسية
- معدلات انتشار وحدث أشكال مختلفة من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي داخل المجتمعات المحلية، بما في ذلك الفئات السكانية المعرضة لخطر التعرض للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (أنظر القسم 3.1)
- الوصم والتمييز المرتبطان بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في مجموعة من البيئات الجغرافية والاجتماعية والثقافية
- الأساطير الثقافية والمفاهيم الخاطئة المتعلقة بتطبيع الإغتصاب والعنف الجنسي، على سبيل المثال المواقف المتخذة نحو الإغتصاب في الزواج

2. المبادئ التوجيهية، ومهارات ومعارف مقدمي أو مقدمات الخدمات

1.2 المبادئ التوجيهية

يقرّ الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة بأن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي يشكلان عائقًا رئيسيًا أمام الوصول الكامل إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية ويؤثر على الصحة العامة والصحة الجنسية والإنجابية للناجين والناجيات. ويناصر الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة في سبيل نهج قائم على حقوق الإنسان ويركّز على "عدم إلحاق الضرر" بالمستفيد أو المستفيدة في توفير الرعاية الصحية ودعم جميع الناجين والناجيات المتأثرين بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

1.1.2 نهج يركّز على الناجي والناجية

عند العمل مع المستفيدين أو المستفيدات الذين يعانون من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، يجب على كل من طاقم الرعاية السريية وغير السريية تطبيق نهج يركّز على الناجين والناجيات وتنفيذ المبادئ التوجيهية للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي المتعلقة بالسلامة والسرية والإحترام وعدم التمييز. ويخلق النهج الذي يركّز على الناجين والناجيات بيئة داعمة تُحترم فيها حقوق الناجين والناجيات ورغباتهم، وتضمن سلامتهم، ومعاملتهم بكرامة واحترام. ويعتمد النهج الذي يركّز على الناجين والناجيات على المبادئ التوجيهية التالية:

- السلامة: تُعتبر سلامة وأمن الناجين والناجيات وأطفالهم من الاعتبارات الأساسية.
- السرية: للناجين والناجيات الحق في اختيار من سيشاركون معهم قصتهم أو لا يشاركونها، ولا ينبغي مشاركة أي معلومات عنهم إلا بموافقتهم المستنيرة.
- الإحترام: يجب أن تسترشد جميع الإجراءات المتخذة باحترام خيارات الناجي أو الناجية ورغباته/ها وحقوقه/ها وكرامته/ها. ودور المساعدين والمساعدات هو تسهيل التعافي وتوفير الموارد لمساعدة الناجين والناجيات.
- عدم التمييز: يجب معاملة الناجين والناجيات بطريقة منصفة وعادلة بغض النظر عن العمر أو الإعاقة أو الهوية الجنسانية أو الدين أو الجنسية أو العرق أو التوجه الجنسي أو أي خصائص أخرى [4].

الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. يوصى بإجراء فحص إنتقائي للمستفيدين والمستفيدات الذين يطلبون هذا النوع من الرعاية. شريطة توفير التدريب المناسب، والمرافق (مثل غرف الفحص الخاصة وطرق التخزين الآمن للبيانات الحساسة)، وتحديد مسارات الإحالة اللازمة.

ويجب أن يدرك مقدمو الخدمة أن الفحص ليس خدمة من الخدمات المتعلقة بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. بل هو طريقة لدعم المزيد من خدمات الرعاية والإحالات. وفي حالة عدم توافر الرعاية المتخصصة أو مسارات الإحالة، فلا ينبغي إجراء أي نوع من الفحص. لأن هذا قد يسبب ضرراً للناجين أو للناجيات. ولا يوصى الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة بإجراء أي فحص في سياقات الأزمات الإنسانية. (أنظر الفصل 11: تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية).

يجب أن يكون المستشارون، أو أي شخص يقوم بالفحص أو يتفاعل بطريقة أخرى مع المستفيد أو المستفيدة الذي تعرض أو التي تعرضت للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، مدربين وذوي مهارات وأكفاء في تقنيات تقديم المشورة الأساسية الحديثة (أنظر الفصل 3: تقديم المشورة) وكذلك في توفير دعم الخط الأول (تكييف "الإسعافات الأولية النفسية"). أي الحد الأدنى من الدعم النفسي والاجتماعي والعاطفي الذي يجب أن يتلقاه جميع المستفيدين والمستفيدات الذين يصارحون مقدم(ة) الخدمة بتعرضهم لسوء المعاملة. يشمل دعم الخط الأول تقديم الرعاية العملية وتلبية احتياجات المستفيد أو المستفيدة العاطفية والجسدية والشعور بالأمان والدعم، بدون انتهاك للخصوصية [12]. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن دعم الخط الأول غالباً ما يكون أهم خدمة من خدمات الرعاية يمكن أن يقدمها مقدم(ة) الرعاية الصحية.

وبالإضافة إلى الاحتياجات البنيوية اللازمة للغرف التي تمتاز بالخصوصية التي يستطيع فيها المستفيدون أو المستفيدات التحدث بدون التنصت عليهم/هن، فمن الضروري بناء علاقة ودية وثقة مع المستفيد أو المستفيدة ليشعروا بالراحة، والمبادرة إلى الإبلاغ، إن أرادوا، بأنفسهم/هن عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي الذي يواجهونه أو يتعرضون لخطره (أنظر الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة)). وبالنسبة إلى الناجين والناجيات، يُعتبر الكشف عن هذه المعلومات أمراً شخصياً وحساساً للغاية، وبالتالي قد يحتاجون إلى وقت إضافي للتحدث وقد يشعرون بالإستياء بشكل واضح. وسوف ي/تتمكن مقدم(ة) الرعاية الصحية، من خلال تهيئة بيئة آمنة وتمكينه للمستفيد(ة)، من إجراء تقييم واضح يمكن مقدم الخدمة من بدء الإجراءات المناسبة وفي الوقت المناسب وفقاً لرغبات وموافقة الناجين أو الناجيات [13، 14].

وفي إطار ضمان سلامة المستفيدين أو المستفيدات وراحتهم/هن، لا ينبغي وضع افتراضات حول الهوية الجنسانية أو التوجه الجنسي: ويوصى باستخدام لغة محايدة بين الجنسين، حيثما أمكن.

• القواعد والمعتقدات الاجتماعية والثقافية الصارة المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، فضلاً عن الأساليب الشائعة المستخدمة وأنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية التي تُمارس في المجتمع المحلي أو الدولة

• الأطر القانونية والتنظيمية على المستوى الوطني و/أو الإقليمي للإبلاغ عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (بما في ذلك الإغتصاب) ومتطلبات ومعايير جمع أدلة الطب الجنائي

• التشريعات الوطنية والمعايير والمبادئ التوجيهية السريرية لإدارة العواقب الطبية المترتبة على الإغتصاب

• تحديد مسارات الإحالة المناسبة وتطبيقها. بموافقة الضحية

يجب أيضاً تدريب مقدمي الرعاية الصحية، في الأوضاع الإنسانية أو سياقات الأزمات، على الحد الأدنى من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا [9] والمعايير الدنيا المشتركة بين الوكالات للعنف القائم على النوع الاجتماعي في برامج الطوارئ [4]. لمزيد من المعلومات، أنظر الفصل 11: تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية.

3.2 مهارات وكفاءات مقدمي الخدمات

يجب أن يتمتع مقدمو الرعاية الصحية بالمهارات المناسبة، وأن يكونوا على دراية بالأسباب الجذرية للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي والخرافات المرتبطة بهما، وأن يكونوا مستعدين لتحديد وإدارة ودعم المستفيدين/المستفيدات الذين يعانون/اللاتي يعانين من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي: لإجراء الفحص عند اللزوم؛ وإحالة المستفيدين/المستفيدات حسب اللزوم للحصول على الرعاية السريرية والدعم النفسي والمشورة القانونية وخدمات الإيواء أو الحماية، وقد يكون من المزعج طرح أسئلة على المستفيدين/المستفيدات حول العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وقد يشكل خطورة على المستفيد/المستفيدة ومقدم الخدمة، وبالتالي يجب إجراء جميع عمليات البحث والإستقصاء بطريقة مناسبة تركز على الناجين والناجيات. أنظر لجنة الإنقاذ الدولية [10] لمزيد من التوجيهات وأدوات الفحص الخاصة بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في مرافق الرعاية الصحية الأولية.

لا توصي منظمة الصحة العالمية (WHO) بفحص جميع النساء اللواتي يأتين إلى جميع أماكن الرعاية الصحية للكشف عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي (أي "الفحص الشامل") [11]. ومع ذلك، نظراً لأن العديد من مرافق الرعاية الصحية الأولية، مثل عيادات الجمعيات الأعضاء في الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، تقدم رعاية متخصصة في الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية، وحيث أن المستفيدين/المستفيدات الذين يطلبون/اللاتي يطلب العديد من جوانب الصحة الجنسية والإنجابية ورعاية الحقوق معرضون بشكل أكبر لخطر العنف



3. رعاية المستفيدين والمستفيدات المعرضين لخطر العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي أو المتأثرين بهما

1.3 تحديد المستفيدين والمستفيدات الذين يعانون أو يتعرضون لخطر العنف الجنسي أو القائم على النوع الاجتماعي

سوف يقوم بعض المستفيدين والمستفيدات بالإبلاغ بأنفسهم عن التعرض الفعلي أو خطر التعرض للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. ويرجى ملاحظة أن مقدمي(ات) الخدمة يجب أن يطلبوا وقتاً للتحدث على انفراد مع المستفيدين والمستفيدات الذين يرافقهم شخص داعم لإتاحة الفرصة للكشف عن أي تعرض للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. ويجب على مقدمي(ات) الخدمة إتاحة مساحة آمنة للمستفيدين والمستفيدات ليشعروا بالقدرة على الكشف عن تجاربهم والتأكد من توفر الرعاية الصحية ذات الصلة، مثل وسائل منع الحمل الطارئة والوقاية بعد التعرض. بغض النظر عن قرار الناجية بالإفصاح أم لا. ومع ذلك، فإن حساسية العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي تعني أن العديد من المستفيدين والمستفيدات قد لا يرغبون في مشاركة ما لديهم من معلومات، ويجب توخي الحذر لمحاولة ضمان وصول جميع المستفيدين والمستفيدات إلى رعاية ودعم العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

على سبيل المثال "الشريك" وضائهم/هن. إلى أن يستخدم المستفيد أو المستفيدة مصطلحاته/ها الخاصة. وفي هذه الحالة يجب مراعاة هذه المصطلحات.

1.3.2 الفحص والتقييم السريري

- يجب أن ي/تتمتع مقدمو(مقدمات) الرعاية الصحية بالمهارات والتدريب في مجال الفحص والتقييم السريري المتعلق بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. بما في ذلك:
- الفحص التناسلي الشرجي وتقييم العلامات والأعراض السريرية للعنف الجسدي والجنسي
- إجراء تقييم جسدي وتوثيق الإصابات باستخدام المصطلحات القياسية للتصنيف
- تقييم مخاطر العدوى المنقولة جنسياً (STI) ومعرفة التاريخ الطبيعي للإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً (STI) والبروتوكولات المحلية للفحص والإدارة
- توفير رعاية سريرية من الخط الأول، مثل وسائل منع الحمل الطارئة واختبار الحمل

2.3.2 الإحالة

يجب أن يفهم مقدمو الرعاية الصحية المعايير التي يجب استخدامها كأساس للإحالة، مع الإشارة إلى نتائج فحص وتقييم العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على دراية بإجراءات المتابعة بعد إحالة المستفيد/المستفيدة.

في حالة عدم تدريب مقدمي(ات) الرعاية الصحية على فحص وتقييم العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي و/أو لم يكن لديهم الموقف المناسب الذي يركز على الناجين أو الناجيات، عندئذ لا ينبغي إجراء هذه العملية.

ضع/ي في الاعتبار اتباع النهج الذي يركز على الناجيات:

- إذا أفصحت المستفيدة عن مخاوفها، فيجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية تهيئة بيئة آمنة تشعر فيها المستفيدة بالأمن والأمان لمشاركة المزيد من المعلومات.
- وإذا اختارت المستفيدة عدم الإفصاح عن وضعها أو لم ترغب في قبول أي تدخلات معروضة عليها، فيجب أن تقدم/ي لها معلومات أساسية عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وأن يعرض عليها موعد آخر وإخبارها بأنها تستطيع العودة في أي وقت للحصول على مزيد من المعلومات والرعاية الصحية.
- لا تناقش/ي موضوع العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي إلا إذا كنت بمفردك مع المستفيدة أو في حالة عدم وجود شخص آخر يزيد
- عمره عن عامين، ما لم تطلب المستفيدة حضور مرافق أو صديق/قريب معين.
- يجب الحفاظ التام على سرية السجلات الصحية الخاصة بالمستفيدة، وعدم تركها بدون رقابة على المكتب.
- قبل تقديم الفحص أو طرح أي أسئلة، يجب على مقدمي الخدمة شرح أي قوانين تتعلق بضرورة الإبلاغ أو تؤثر على الحديث معها أو تحد من السرية حتى تتمكن المستفيدة من اتخاذ قرار مستنير بشأن الإفصاح. ويجب، كلما أمكن، عدم الربط بين إمكانية الوصول إلى الرعاية والدعم وبين الكشف عن الذات أو الفحص.

وقد يتوفر بالفعل مسار للإحالة في إقليم الدولة أو المنطقة وقد تكون بها وكالة حكومية مكلفة بقيادة مجال العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. أو في منطقة تعاني من أوضاع الطوارئ وبها شبكة تنسيقية للأوضاع الإنسانية (مجموعة عنقودية معنية بالحماية أو مجموعة عنقودية فرعية معنية بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي). ويجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية التأكد من أن تفاصيل منظمتها(ها) صحيحة ومتاحة بحيث يمكن إحالة الناجين أو الناجيات الذين يحتاجون أو اللاتي يحتجن إلى الإحالة لتلقي الرعاية الصحية والحقوق الجنسية والإنجابية بأمان. وأن يكون مقدمو الرعاية الصحية على دراية كاملة بخيارات الإحالات الخارجية. وفي حالة عدم توفر مسار للإحالة في الوقت الراهن، فيجب تحديد مسار للإحالة باستخدام المثال المبين في الملحق 1. وأن يُستكمل بيانات الإتصال الخاصة بكل وكالة متاحة ومعنية بأمور الإحالة.

2.3 دعم الخط الأول

يجب تدريب مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية وتقديم دعم الخط الأول المصمم خصيصًا للمستفيد أو المستفيدة والذي يركز على الناجي أو الناجية. وهذا يشمل توفير الرعاية العملية الأساسية والإجراءات اللازمة لدعم احتياجات السلامة العاطفية والجسدية للمستفيد أو المستفيدة، مع الأخذ في الاعتبار أنه يجب إحالة الناجين أو الناجيات، حيثما أمكن، للحصول على رعاية ومتابعة شاملة من المتخصصين. ولن تكون الرعاية نموذجًا "بمقاس موحد يناسب الجميع"، ويجب على مقدمي ومقدمات الرعاية التأكد من أن رعايتهم (والإحالات المقدمة) متاحة على قدم المساواة للفئات المهمشة والمحرومة من الخدمات، مثل مجتمعات السكان الأصليين، والأشخاص ذوي الإعاقة، والنازحين والنازحات، والأشخاص ذوي الميول الجنسية المتنوعة، والهويات والتعبيرات الجنسية، والخصائص الجنسية. يورد الجدول 1 ملخصًا للمجالات الرئيسية للدعم الأولي للمستفيدين أو المستفيدات، بناءً على المختصر LIVES ويعني: الإصغاء والإستفسار والإقرار وتعزيز السلامة وتقديم الدعم. وقد تم تطويره في الأصل من أجل النساء، لكن صياغته هنا محايدة للجنسين. ونشجع مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية على تكييف المهام الخمس لتصلح لجميع المستفيدين أو المستفيدات الذين يعانون أو اللاتي يعانين من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وفقًا للثقافة واللغة المحلية.

وربما يجب تنبيه مقدم(ة) الرعاية الصحية إلى المستفيد(ة) الذي/ التي لم ي/تبْلغ بنفسه/ها عن تعرضه/ها للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. بناءً على العلامات والأعراض النفسية أو الجسدية التي تظهر على المستفيد(ة). وقد يظهر أكثر من عامل واحد وسوف يعتمد التحديد الصحيح على نقطة مقدم(ة) الرعاية الصحية وتركيزه(ها) على الصورة السريرية والنفسية بأكملها. قد يشمل ذلك المستفيدين أو المستفيدات:

- الذين ينخرطون أو اللاتي ينخرطن في سلوكيات تدمير الذات أو إيذاء النفس، مثل تعاطي المخدرات أو أفعال إيذاء النفس أو الأفكار والخطط المتعلقة بالانتحار
- الذين أو اللاتي لديهم شعور مستمر بالقلق أو الإكتئاب
- لديهم أو لديهم شكاوى متكررة لأسباب جسدية مثل الإصابات الجسدية التي لم يتم شرحها بشكل جيد
- يعانون/ن من عدوى متكررة منقولة جنسيًا (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا)، وكذلك حالات الحمل غير المرغوب
- يعانون أو يعانين من آلام مزمنة أو شكاوى غامضة لا يمكن تحديد تشخيص لها

قد لا تظهر المشكلات الجسدية والنفسية المتعلقة بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي إلا بعد سلسلة من الزيارات التي يقوم بها المستفيد أو المستفيدة. وقد يستغرق الأمر أيضًا بعض الوقت حتى يثق المستفيدون أو المستفيدات بمقدم(ة) الرعاية الصحية المسؤول(ة) ويفصحون أو يفصحن عن حالتهم أو حالتهم، حتى عند استخدام تقنيات الفحص وتقديم المشورة الحساسة. ولهذا السبب، من الأهمية بمكان أن يتم توثيق المعلومات من واقع الإستشارة في السجل الطبي (مع ضمان سرية البيانات) بحيث يمكن متابعة المحادثة في الزيارات التالية. إذا رغب/بت المستفيد أو المستفيدة. ومن المهم ملاحظة أن الفحص عبارة عن وسيلة لتزويد المستفيدين والمستفيدات الذين عانوا من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي بفرصة للإفصاح، وليس مجرد قائمة بالأسئلة التي يجب الإجابة عليها (أنظر الخانة 1 - الصفحة التالية).



الخانة 1: أسئلة مقترحة للكشف عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي

ملاحظة لمقدم(ة) الرعاية الصحية: في حالة الإجابة بـ "نعم" مرة واحدة أو أكثر، بعد الحصول على موافقة المستفيدة، قدّم(ي) خدمة الإحالة للحصول على مزيد من الرعاية للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي إذا أوضحت المستفيدة أنها لم تتم إحالتها من قبل. وبمجرد تقديم خدمة الإحالة، لا تسأل المستفيدة هذه الأسئلة مرة أخرى.

أسئلة إضافية للكشف عن الإكراه الإنجابي:

1. هل قام أي شخص، مثل شريكك/قريبك أو غيرهما، بإجبارك على القيام بممارسة جنسية ضد رغبتك أو هل رفض لما طلبت منه استخدام الواقي الذكري أو وسائل منع الحمل الأخرى؟
2. هل حاول أي شخص، مثل شريكك/قريبك أو غيرهما، إجبارك على الحمل منه ولم تكن لديك رغبة في الحمل؟ أو هل حاول إجبارك على الإستمرار في الحمل بالرغم من رغبتك في التخلص من الحمل؟
3. هل تشعرين بالقلق من محاولة أي شخص (المجرم) إيذاءك لأنك ترفضين ما يريد؟
4. هل يدعمك شريكك في قرارك بشأن اختيار موعد معيّن للحمل أو بشأن رغبتك في الحمل؟

ملاحظة لمقدم(ة) الرعاية الصحية: ليس كل المستفيدات اللاتي تعرضن للإكراه الإنجابي قد تعرضن لأشكال أخرى من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، ولكن في حالة التعايش بين الطرفين، فإن مستوى المخاطر التي قد تتعرض لها المستفيدة أعلى.

المصدر: مقتبس من [15] Undie et al., [16] ACOG, and [17] Silverman et al.

1. هل يمكننا طرح أسئلة عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي؟ نعم/لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، انتقل إلى السؤال 2.
إذا كانت الإجابة "لا"، قدّم(ي) مزيداً من المعلومات، ووضح/ي أن المساعدة متاحة في أي وقت، واحترم (ي) قرار المستفيدة بعدم سؤالها عن العنف.
2. هل أنتِ حالياً في علاقة حميمة مع شخص (زوج أو شريك مثلاً) يؤذيك جسدياً؟ نعم/لا
إذا كان الجواب "نعم"، فهل حدث هذا في خلال الأشهر الستة الماضية؟ نعم/لا
3. هل أنتِ حالياً في علاقة حميمة مع شخص (زوج أو شريك مثلاً) يهددك أو يخيفك أو يهينك أو يعاملك معاملة سيئة؟ نعم/لا
إذا كان الجواب "نعم"، فهل حدث هذا في خلال الأشهر الستة الماضية؟ نعم/لا
4. هل أنتِ حالياً في علاقة حميمة مع شخص (زوج أو شريك مثلاً) يجبرك على المشاركة في ممارسات جنسية تجعلك تشعرين بعدم الارتياح؟ نعم/لا
إذا كان الجواب "نعم"، فهل حدث هذا في خلال الأشهر الستة الماضية؟ نعم/لا
5. هل سبق إجبارك على ممارسة الجنس مع شخص لم تكن بينكما علاقة حميمة (أي ليس زوجك أو شريكك)؟ نعم/لا
إذا كان الجواب "نعم"، فهل حدث هذا في خلال الأشهر الستة الماضية؟ نعم/لا

الجدول 1: LIVES - دعم الخط الأول الذي يركّز على المستفيد أو المستفيدة في حالات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي

الإجراء	النقاط الرئيسية
الإصغاء أصغ للناجي(ة) باهتمام. وأظهر تعاطفك معها ولا تصدر أحكاماً عليها	راقب لغة الجسد وما لا ي/تريد المستفيد(ة) قوله كن حساساً بشأن ما ي/تقول وكيف ي/تقوله إطرح أسئلة تركّز على المستفيد أو المستفيدة مثل: "هل ترغب أو ترغبين في إخباري بالمزيد؟" إمنح المستفيد أو المستفيدة الوقت الكافي ولا تقاطعه/ها: الصمت جيد لأنه يعطي الناجي أو الناجية الوقت والمساحة الكافيين للتفكير
الإستفسار عن الإحتياجات والهواجس قم بتقييم وتلبية احتياجات المستفيد أو المستفيدة المختلفة: سواء كانت عاطفية أو جسدية أو اجتماعية أو عملية (مثل رعاية الأطفال)	إطرح أسئلة مفتوحة لتشجيع المستفيد أو المستفيدة على التحدث تجنب أسئلة "لماذا" ساعد المستفيد أو المستفيدة على تحديد احتياجاته/ها وهواجسه/ها والتعبير عنها
الإقرار الإقرار مهم لمن يصارحون/يصارحن بحدوث العنف أظهر له/ها أنك تفهمه/ها وتصدقه/ها طمئننه/ها بأنه/ها غير مُلام(ة) على ما حدث	أمثلة على ما ي/تستطيع قوله مقدم(ة) الرعاية الصحية: • "ليس خطأك. ولا لوم عليك" • "لا بأس بالتحدث" • "ليس من حق الشريك في علاقة أن يضرب شريكه أو شريكته"
تعزيز السلامة ناقش مع المستفيد(ة) خطة ي/تحمي بها نفسه/ها من التعرض لمزيد من الضرر في حالة حدوث العنف مرة أخرى يمكن أن يتضمن هذا وضع خطة للسلامة. والتي يجب مراجعتها بانتظام يجب أن ي/تكون مقدم(ة) الرعاية الصحية على دراية بخيارات الإحالة المتاحة في حالة عدم توافر جميع خدمات الرعاية الصحية في المرفق. على سبيل المثال وجود مأوى للحماية من التهديدات وتوفير الدعم المستهدف من الموظفين المدربين على إدارة حالات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي	• الإلمام بالبروتوكول الوطني للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي • الإلمام بالبروتوكولات المحلية بما في ذلك مسارات الإحالة الخاصة بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي • معرفة المنظمات الشريكة الأخرى المشاركة في دعم الناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي • معرفة المساكن/الملاجئ الآمنة للناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي
تقديم الدعم يجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية إعطاء الأولوية لسلامة المستفيدين والمستفيدات وذلك عن طريق مساعدتهم في الوصول إلى المعلومات والرعاية الصحية والدعم الاجتماعي بالنسبة إلى النساء اللاتي يتعرضن للإكراه الإنجابي. يمكن تقديم خيارات منع الحمل غير الظاهرة (مثل الحقن لمدة ثلاثة أشهر. والغرسات. واللولب الرحمي) (أنظر المزيد من المعلومات في الفصل 4: منع الحمل)	معرفة المنظمات الشريكة الأخرى المشاركة في الدعم المرتبط بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في المنطقة

3.3 تقييم السلامة

لتوفير الرعاية الصحية السريرية والدعم النفسي والاجتماعي من الخط الأول (القسم 2.3)، يجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية أولاً تقييم سلامة المستفيد أو المستفيدة. إذا انضح أن المستفيد أو المستفيدة لديه/ها مخاوف بشأن سلامته/ها، يجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية تحديد ما إذا كان المستفيد أو المستفيدة عرضة لخطر مباشر: يمكن الاستعانة بالأسئلة الموجودة في الخانة 2 لهذا الغرض. يجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية تجنب تعريض المستفيد أو المستفيدة لأي مخاطر أخرى. وقد يقترح رؤية المستفيد أو المستفيدة بمفرده أو بمفردها أو مع مرافق أو صديق(ة) أو فرد من الأسرة يختاره المستفيد أو المستفيدة. وفي حالة وجود وكالة متخصصة في إدارة حالات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي أو أي جهة أخرى لتقديم الخدمات في المنطقة، فعندئذ ينبغي أن تشارك، بموافقة المستفيد أو المستفيدة، في هذه المرحلة حتى يتمكنوا من توجيه الخطط المتعلقة بالسلامة والدعم المستمر.

وإذا كان المستفيد أو المستفيدة عرضة لخطر مباشر من التعرض للعنف، يجب على مقدم(ة) الخدمة أن ي/تناقش مع المستفيد أو المستفيدة مدى إحساسه/ها بالأمان إذا عاد/عادت إلى المنزل. وفي حالة عدم الشعور بالأمان، فيجب اتخاذ الإجراءات المناسبة لإحالة المستفيد والمستفيدة لملأوى أو سكن آمن، أو ربما قد ي/تعرف المستفيد(ة) مكاناً آمناً يمكنه/ها اللجوء إليه.

وإذا كان المستفيد أو المستفيدة لا ي/تواجه تهديداً خطيراً فوراً، فيستطيع/تستطيع مقدم(ة) الرعاية الصحية دعمه/ها في وضع خطة السلامة في حالة تصاعد الموقف. ويجب تدريب مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية على كيفية دعم الناجين والناجيات في وضع خطط السلامة لتقليل المخاطر والظروف الصعبة التي يواجهها الناجون والناجيات على أفضل وجه. يجب أن تتضمن هذه

الخانة 2: أسئلة لتقييم مخاطر العنف الفورية

قد تكون المستفيدات اللاتي أجبن بـ "نعم" على ثلاثة من الأسئلة التالية على الأقل عرضة بشكل خاص لخطر العنف المباشر:

- هل كان العنف الجسدي يحدث في كثير من الأحيان أم أنه ازداد سوءاً في خلال الأشهر الستة الماضية؟
- هل استخدم هذا الشخص سلاحاً أو هددك بسلاح من قبل؟
- هل حاول هذا الشخص خنقك من قبل؟
- هل تعتقدين أن هذا الشخص قد يقتلك؟
- هل ضربك هذا الشخص من قبل أو ضربك عندما كنت حاملاً؟
- هل يغار منك هذا الشخص بعنف وباستمرار؟

المصدر: مقتبس من منظمة الصحة العالمية [14].

الخطة توفير مكان آمن يمكن اللجوء إليه، سواء في حالة مرافقة أطفالها (إن كان أطفالها معها) أم لا، والانتقال، والمال، والأمتعة التي تحتاج إليها، ووثائق الحصول على الدعم من أحد الجيران في حالة صدور أصوات تدل على وجود عنف في منزل المستفيد أو المستفيدة [14]. ومن المهم أيضاً تقييم مخاطر الإنتحار أو إيذاء النفس لدى المستفيد أو المستفيدة، وفرصة تعريض نفسه/ها أو أطفاله/ها للخطر.

4.3 الإحالة للحصول على خدمات أخرى

بمجرد تقييم الخطورة المباشرة ومناقشتها وتقديم دعم الخط الأول، يجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية التأكد من أن المستفيد أو المستفيدة يتلقى أو تتلقى جميع المعلومات ذات الصلة والرعاية المتاحة في المرفق، بالإضافة إلى معلومات حول الخدمات الإضافية التي يمكن إحالة المستفيد أو المستفيدة إليها، في حالة الرغبة في الوصول إليها. ومنها:

- الدعم الاجتماعي (على سبيل المثال، مجموعات تمكين المرأة، جمعية المحاميات)
- أخصائي(ة) الدعم النفسي
- مجموعات دعم الناجين والناجيات
- الشرطة والدعم القانوني، بالإضافة إلى أي خدمات متوفرة تعتمد على الإنترنت (تقدم عبر الإنترنت)
- نصائح الصحة النفسية
- مشافي الإحالة
- مراكز الإحالة المتخصصة في حالات الإعتداء الجنسي أينما وُجدت

يجب أن ي/تسمح مقدم(ة) الرعاية الصحية للمستفيد أو المستفيدة بقيادة المناقشة وتحديد الدعم الإضافي الذي يحتاجه أو تحتاجه. قد يحتاجون إلى وقت للتفكير في خياراتهم. لا يمكن الافتراض بأن المستفيد أو المستفيدة سيقروا أو سيقروا على الفور الذهاب إلى الشرطة أو إلى ملجأ أو طلب الاستشارة النفسية. يقدم الملحق 2 و الملحق 3 ملخصاً للمسارات المقترحة لخدمات الرعاية والإحالة في حالات عنف الشريك الحميم أو حالات ما بعد الإعتداء مباشرة.

يجب إخطار المستفيد أو المستفيدة بأن رفضه أو رفضها أي خدمة من خدمات الدعم في إطار الإحالة لن يؤثر على خدمات الرعاية الفورية التي يقدمها مقدمو ومقدمات الرعاية الصحية. وإذا رفض المستفيد أو المستفيدة الإحالة اللاحقة، فيجب على مقدم(ة) الرعاية الصحية أو الأخصائي(ة) الاجتماعي(ة) المعين(ة) عرض جهة اتصال للمتابعة ومعلومات حول جهات الاتصال في حالات الطوارئ إذا قرروا الحصول على الخدمات لاحقاً. ويجب إبلاغه أو إبلاغها إذا كانت لديهم أي أسئلة أو هواجس، أو إذا كانت هناك فرصة لتساعد

الإغتصاب (الجدول 2). يجب على مقدمي ومقدمات الخدمات أن يشرحوا بوضوح ما سيحدث قبل وأثناء الفحص والحصول على موافقة مستنيرة في كل مرحلة. وهذا مهم بشكل خاص للناجيات من العنف الجنسي اللاتي قد يسبب لهن الفحص ألامًا ويذكرهن بالتجربة التي مررن بها. وبالمثل، عندما ي/تعرض موافقة المستفيد(ة) للإنتهاك، يجب أن ي/تكون واثقة من احترام موافقته/ها في كل مرحلة من مراحل تفاعله/ها مع مقدم(ة) الرعاية الصحية. ويجب أن يتحلى مقدمو ومقدمات الخدمة بالتعاطف معه/ها وأن يستشعروا ما ي/تشعر به المستفيد(ة). يجب سؤال المستفيد(ة) عما إذا كان/كانت ي/ترغب في أن يرافقه/ها شخص يدعمه/ها أو يساعده/ها أثناء أي إجراءات أو فحوصات حميمة. وفي حالة رفض المستفيد(ة) إجراء الفحص البدني، إحترم رغبته/ها. واقترح على المستفيد(ة) إمكانية إجراء الفحص بمجرد شعوره/ها بالتحسن ولكن أخبر المستفيد(ة) بأن بعض التدخلات حساسة للوقت. قدم خدمة الإحالة إذا كان/كانت المستفيد(ة) ي/تفضل إحالته/ها إلى مرفق أخرى.

وتيرة العنف، فيمكنه أو يمكنها العودة في أي وقت، ويجب طمأنته أو طمأنتها بأنه أو بأنها لن يُعامل أو لن تُعامل بشكل مختلف بسبب رفضه أو رفضها المساعدة في البداية. وهذا يتيح الفرصة لمقدم(ة) الرعاية الصحية الذي/التي قام/ت بتقييم المستفيد أو المستفيدة في الإستشارة الأولية لمراقبة الحالة النفسية للمستفيد أو المستفيدة بالتشجيع وبث الشعور بالطمأنينة.

5.3 رعاية وإدارة الأفراد المعرضين للعنف الجنسي والإغتصاب

أي مستفيد أو مستفيدة نجا أو نجّت من العنف الجنسي له أو لها الحق في الحصول على كل الرعاية الصحية السريرية والدعم الذي يحتاجه أو تحتاجه. يجب أن يكون مقدمو/ات الرعاية الصحية الذين يعتنون بالناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي مدربين ويتمتعون بمهارات تؤهلهم لتقديم الفحص السريري والرعاية للناجين والناجيات من

الجدول 2: الفحص السريري والرعاية للناجين والناجيات من الإغتصاب

الفحص أو العلاج	قم بالإجراء في أسرع وقت ممكن، أو قبل انتهاء المدة المحددة من وقت حدوث الإعتداء (0 ساعة = وقت الاعتداء)
- الفحص المهبل - الفحص العام - الفحص الطبي الشرعي - العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس العوز المناعي البشري - التوثيق الطبي القانوني - الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI) والعلاج - التعامل مع الجروح - التطعيم ضد الكزاز	72 ساعة (3 أيام)
- منع الحمل الطارئ - إختبار الحمل - لقاح الإلتهاب الكبدي B - تقديم المشورة والإحالة بشأن فيروس العوز المناعي البشري - إختبار فيروس العوز المناعي البشري	120 ساعة (5 أيام) - أسبوعان 6 أسابيع - من 3 شهور إلى 6 شهور
- الإحالة - تقديم المشورة بطريقة تراعي الخصوصية - الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (STI) والعلاج - تقديم المشورة والرعاية الصحية بشأن منع الحمل - رعاية الإجهاض الآمن	في أي وقت



6.3 التوثيق وإعداد التقارير

يحق للمستفيدين والمستفيدات معرفة المعلومات التي سيتم كتابتها وتوثيقها حول تجاربهم، وتحديد المعلومات التي ينبغي عدم مشاركتها مع الآخرين. ومع أن الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) لا يدعم الإبلاغ الجبري لأنه ينتقص من تقرير المصير، يجب على مقدمي ومقدمات الخدمة أيضًا إبلاغ الناجين والناجيات بالقيود المفروضة على أنظمة السرية بما في ذلك قوانين الإبلاغ الجبرية في بداية جلسة الاستشارة.

ويجب تدوين تفاصيل الإستشارة بما في ذلك النتائج المادية في سجل المستفيد أو المستفيدة والإحتفاظ بها بطريقة آمنة في خزانة مقفلة. ويجب على مقدمي ومقدمات الخدمات استخدام أنظمة مثل نظام تحديد الأرقام السرية للحفاظ على السرية لأقصى درجة. ويجب أن يناقش مقدمو ومقدمات الخدمة أيضًا مع المستفيد أو المستفيدة محتوى أي وثائق قد يتم إرسالها إلى المنزل مع المستفيد أو المستفيدة أو إلى الشرطة أو غيرها من جهات الخدمات الخاصة. لمزيد من المعلومات عن التوثيق وإعداد التقارير، يمكنكم الرجوع إلى بروتوكول العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي المحلي أو الوطني.

4. تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

في ما يلي موقف الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية:

- تعرّضت النساء اللاتي أصبن بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية لممارسات ضارة. وينبغي عدم وصمهن، ولهن حقوق متساوية في الحصول على رعاية صحية جيدة.
- ويجب أن تكون الرعاية المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية قائمة على الحقوق، وتراعي النوع الاجتماعي، وتركز على المستفيدة، وقائمة على الأدلة، وخالية من الوصم، وأن تكون متاحة عالميًا، وتُقدّم من خلال سلسلة الرعاية المتصلة.
- ومن غير المقبول تمامًا إضفاء الطابع الطبي على * تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية لأنه يُعتبر انتهاكًا لأخلاقيات مهنة الطب.

1.4 مستوى معرفة ومهارات مقدم(ة) الخدمات المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

يجب أن يدرك مقدمو ومقدمات الرعاية الصحية أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية يمكن اعتباره جزءًا مهمًا من الهوية الثقافية والجنسانية للفتيات والنساء في العديد من المجتمعات، ويجب أن تراعي الرعاية الصحية الجوانب الحساسة من خصوصيات كل سياق، بما في ذلك:

- القوانين الحالية المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في السياق المحلي والوطني ومتطلبات الإبلاغ عنه للسلطات الوطنية.
- مدى قدرة مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية على العمل، في السياق المحلي، مع المنظمات المجتمعية أو الهيئات الوطنية لتحديد الأطفال المعرضين للخطر واتخاذ الإجراءات المناسبة.
- وربما كانت مقدمات الرعاية الصحية المشاركات في تقديم الرعاية الصحية جزءًا من الثقافة التي يُمارس فيها تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وفي هذه الحالة ربما قد تعرضن بأنفسهن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية أو أجبرن من يعلنهن على ذلك.

ويجب أن يكون مقدمو ومقدمات الرعاية الصحية على دراية بأنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية والمضاعفات المرتبطة بها (أنظر القسمين 2.4 و 3.4). ويجب أن يعرفوا جهة إحالة المستفيدات إذا كان هناك حاجة إلى تدخل سريري إضافي (على سبيل المثال، أمراض المسالك البولية النسائية، والرعاية الإنجابية المساعدة، والرعاية النفسية أو النفسية الجنسية، و/أو الأنواع الأخرى من رعاية العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي). ويجب أن يعرفوا أيضًا إلى أين تتوجه المستفيدات اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية للحصول على المساعدة والدعم خارج مرافق الخدمات السريرية (مثل مجموعات الدعم).

ومع ذلك، يجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية أن يتذكروا أنه ليس كل من تعرضت لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية لديها أعراض أو علامات سريرية تحتاج إلى العلاج. وإذا كانت المستفيدة بصحة جيدة ولا تشعر بالحاجة إلى أي تدخل، فيجب احترام ذلك.

وينبغي ألا يوصي مقدمو ومقدمات الرعاية الصحية بالتعامل الطبي مع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، أو أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية الأقل ضررًا، أو أي شكل من أشكال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وبالمثل، فإن المطالبة بإعادة إجراء الختان التخييطي (أي إعادة إجراء النوع الثالث من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بعد الولادة) من قبل المستفيدة أو أحد الأقارب غير مقبولة ويجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية رفض أي طلب من هذا القبيل.

* إضفاء الطابع الطبي على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية: "حالات يقوم فيها بالإجراء (بما في ذلك إعادة الختان التخييطي) فئة من مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية، سواء في عيادة عامة أو خاصة، في المنزل أو في أي مكان آخر" [8].

من درجة تعرضهن لذلك)، فيمكن أن يُعرض عليهن إجراء فحص للكشف عن أمراض النساء. يورد الجدول 3 ملخصاً للأنواع الأربعة الرئيسية لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

3.4 عواقب تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

يورد الجدول 4 ملخصاً للمعلومات المتعلقة بالعواقب الصحية لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

2.4 الكشف عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وتصنيفه

عند حضور المستفيدات للحصول على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، لا سيما في المناطق التي ينتشر فيها تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، ي/تستطيع مقدم(ة) الرعاية الصحية أن ي/تسأل بطريقة تراعي الحساسية والخصوصية عما إذا كن قد خضعن لعملية تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وإذا أفصحن عن تعرضهن لذلك، أو إذا كن غير متأكدات من ذلك (أو غير متأكدات

الجدول 3: تصنيف تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

النوع	الوصف
النوع الأول	إزالة جزئية أو كلية للبظر (إستئصال البظر) و/أو قلفة البظر
النوع الثاني	الإزالة الجزئية أو الكلية للبظر والشفيرين الصغيرين، مع أو بدون استئصال الشفيرين الكبيرين (الإستئصال)
النوع الثالث	الختان التخييطي ويعني تضيق الفتحة المهبلية من خلال عمل سدادة تغطية عن طريق قطع ووضع الشفيرين الصغيرين و/أو الشفيرين الكبيرين، مع أو بدون استئصال البظر (الختان) تضيق الفوهة المهبلية بعمل سدادة غطائي. ويتم تشكيل السداد بقطع الشفيرين الصغيرين و/أو الكبيرين ووضعهما في موضع آخر أحياناً، مع استئصال البظر أو عدم استئصاله
النوع الرابع	جميع الممارسات الضارة الأخرى التي تُجرى على الأعضاء التناسلية الأنثوية بدواع غير طبية، مثل وخز تلك الأعضاء وشدها وثقبها وشقها وحكها وكيها

المصدر: منظمة الصحة العالمية [8].

الجدول 4: المخاطر الصحية لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

المضاعفات	أمثلة
الفورية	نزيف، ألم، صدمة (نزفية، عصبية، أو إنتانية)، تورم الأنسجة التناسلية، عدوى (عدوى موضعية حادة، تكوّن خراج، إنتان، عدوى الجهاز التناسلي والإنجابي، عدوى المسالك البولية)، مشاكل التبول (إحتباس البول الحاد، ألم في التبول، إصابة في مجرى البول)، مشاكل في التئام الجروح، الوفاة (بسبب نزيف حاد أو إنتان الدم)
الولادة	الولادة القيصرية، والنزيف بعد الولادة، ووضع الفرج، والولادة المطولة، وتمزقات/تهتكات الولادة، والولادة بمساعدة الأدوات الطبية، والولادة المتعسرة/عسر الولادة، والإقامة الطويلة في المستشفى، وولادة الجنين ميتاً والوفاة المبكرة للطفل الحديث الولادة، وإنعاش الرضع عند الولادة
المشاكل الجنسية	عسر الجماع (ألم أثناء الجماع)، انخفاض درجة الإشباع الجنسي، انخفاض الرغبة الجنسية والإثارة، قلة التزليق أثناء الجماع، انخفاض النشوة الجنسية أو فقدانها
المشكلات النفسية	إضطراب ما بعد الصدمة، واضطرابات القلق، والإكتئاب

تابع



تابع

المضاعفات	أمثلة
الآثار الطويلة الأجل	تلف الأنسجة التناسلية (آلام مزمنة في الفرج والبظر)، الندبات وكيسة الإحتباس الإفرازات المهبلية (بسبب التهابات الجهاز التناسلي المزمنة) حكة في المهبل مشاكل الدورة الشهرية (عسر الطمث، عدم انتظام الدورة الشهرية، صعوبة في خروج دم الحيض) عدوى الجهاز التناسلي (وآلم مزمن في الحوض) عدوى الأعضاء التناسلية المزمنة (زيادة خطر الإصابة بالتهاب المهبل البكتيري) عدوى المسالك البولية (متكررة عادة) آلام في التبول (بسبب انسداد وعدوى المسالك البولية المتكررة)

المصدر: منظمة الصحة العالمية [8].

4.4 تقديم المعلومات والمشورة وخدمة الإحالة للمستفيدات اللاتي يعانين من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

يجب عدم وصم المستفيدات اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وعدم التمييز ضدهن ويجب تقديم الرعاية والدعم لهن من أي جهة معنية أو مشاركة في تقديم الرعاية الصحية لهن.

إذا تم تأكيد تعرض المستفيدة لعملية تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، ي/تستطيع مقدم(ة) الرعاية الصحية تقديم المعلومات لها وإحالتها إلى الرعاية الصحية ذات الصلة، في حالة طلب ذلك، بموافقة المستفيدة. يمكن تقديم معلومات للمستفيدات اللاتي تعرضن للنوع الثالث من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (الختان التخييطي) حول إزالة الختان التخييطي وإحالتها للحصول على هذه الخدمة (أنظر القسم 5.4) إذا كانت لديهن الرغبة في تصحيح هذا الوضع من أجل رفاههن، أو لمعالجة أي أمراض مرافقة، أو قبل ممارسة الجنس المهبل الأول أو الولادة (أنظر الفقرات التالية).

ويجب على مقدمي ومقدمات الرعاية الصحية تقديم نفس خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة للمستفيدات المتأثرات بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية على غرار أي مستفيدة أخرى، مثل اختبار فيروس العوز المناعي البشري والعدوى المنقولة جنسيًا وعلاجها، واختبار التهاب الكبد B و C، واستشارات منع الحمل والرعاية الصحية، ورعاية الإجهاض الآمن، وفحص سرطان عنق الرحم. وقد تكون هناك صعوبة في إجراء فحص بالمنظار للمستفيدات اللاتي يعانين من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من النوع الثالث. وفي هذه الحالات، يمكن تقديم وسائل منع الحمل غير اللولب الرحمية، ويمكن تقديم بدائل لاختبار لطاخة عنق الرحم لفحص سرطان عنق الرحم، مثل اختبار الحمض النووي لكشف الإصابة بفيروس الورم الحليمي البشري. وي/تستطيع مقدم(ة) الرعاية الصحية أيضًا أن ي/تناقش مع المستفيدة إمكانية إجراء فحص بالمنظار باستخدام أصغر المناظير حجمًا، إذا كان متاحًا.

ويجب إرشاد الحوامل أو النساء اللاتي يفكرن في الحمل إلى ضرورة الترتيب للولادة في مرفق رعاية صحية مجهز للتعامل مع المضاعفات مثل النزيف بعد الولادة والولادة القيصرية (أي الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ). ويجب أيضًا نصح الحوامل المصابات بالنوع الثالث من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بشأن إزالة الختان التخييطي (أنظر القسم 5.4). يجب تزويدهن بمعلومات عن المخاطر الجسيمة التي يواجهنها هن وأطفالهن أثناء الولادة في حالة عدم إزالة الختان التخييطي في الوقت المناسب.

ويجب أن يدرك مقدمو الرعاية الصحية أن أي مستفيدة تعرضت لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية قد تعاني من مضاعفات جسدية ونفسية مزمنة تتطلب مشورة متخصصة أو علاجًا جراحيًا (أنظر الجدول 4 - الصفحة السابقة). وقد يحتاج مقدم الخدمة إلى الاستفسار بطريقة تراعي حساسية الموقف لتحديد درجة تأثير حياة المستفيدة بذلك، وسواء كان ذلك لأسباب جسدية أو نفسية أو نفسية جنسية، يجب تزويد المستفيدة بالمشورة المناسبة والدعم والعلاج أو الإحالة؛ ومع ذلك، إذا كانت أو المستفيدة لا ترغب في العلاج أو الإحالة بعد حصولها على المعلومات والمشورة اللازمة، فيجب احترام قرارها.

وبالنسبة إلى المستفيدات اللاتي أوشكن على الزواج، يمكن أن يؤدي تقديم المشورة للزوجين قبل زواجهما إلى علاج المضاعفات النفسية الجنسية المرتبطة عادة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وقد يتحقق ذلك بطريقة إيجابية من الناحية الجنسية تركز على اللذة الجنسية بدلاً من التجربة السلبية التي خلفتها ممارسات تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية [19,18].



5. المراجع

5.4 إزالة النوع الثالث من أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية المعروف باسم الختان التخييطي

- [1] المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. الإجراءات الخاصة بمواجهة العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي: إستراتيجية محدثة. يونيو 2011. متاح على: <http://www.refworld.org/docid/4e01ffeb2.html>. تم الوصول بتاريخ 18 ديسمبر 2019.
- [2] مجموعة العمل المشتركة بين الوكالات والمعنية بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. الدليل الميداني المشترك بين الوكالات بشأن الصحة الإنجابية في الأوضاع الإنسانية. نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)، 2018. متاح على: <https://iawgfieldmanual.com/manual>. تم الوصول بتاريخ 9 أبريل 2020.
- [3] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. صحيفة وقائع: العنف ضد المرأة. مارس 2021. متاح على: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. تم الوصول بتاريخ 1 مارس 2022.
- [4] المعايير الدنيا المشتركة بين الوكالات للعنف القائم على النوع الاجتماعي في برامج الطوارئ. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019. متاح على: <https://www.unfpa.org/minimum-standards>. تم الوصول بتاريخ 19 يونيو 2020.
- [5] اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. إرشادات دمج تدخلات مواجهة العنف المبني على النوع الاجتماعي في العمل الإنساني: الحد من المخاطر وتعزيز الصمود، ودعم التعافي. 2015. متاح على: <https://gbvguidelines.org/ar/>. تم الوصول بتاريخ 1 مارس 2022.
- [6] Chamberlain L, Levenson R. Reproductive Health and Partner Violence Guidelines: An Integrated Response to Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion. صندوق منع العنف الأسري؛ 2010. متاح على: https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Repro_Guide.pdf. تم الوصول بتاريخ 30 يوليو 2021.
- [7] Silverman JG, Raj A. Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control. PLoS Med 2014;11(9):e1001723.
- [8] منظمة الصحة العالمية. المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإدارة العلاجية للمضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789246549641-ara.pdf>. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2019.



- [17] Silverman J, Carter N, Undie C, Wendoh S. Adaptation of a Clinic-based Model to reduce Reproductive Coercion, Intimate Partner Violence, and Unintended Pregnancy: ARCHES Kenya; 2017. متاح على: https://www.svri.org/forums/forum2017/Presentations/19%20September/10%20Panel%20Responses%20to%20GBV%20%20Leme/5.%20Jay%20Silverman_Nicole%20Carter%20ARCHES%20Kenya_SVRI%202017_FINAL_9.14.17.pdf. تم الوصول بتاريخ 3 أغسطس 2021.
- [18] Burnes TR, Singh AA, Witherspoon RG. Sex Positivity and Counseling Psychology: An Introduction to the Major Contribution. The Counselling Psychologist. 2017;45(4):470–486. متاح على: <https://www.apa.org/education/ce/sex-positivity.pdf>. تم الوصول بتاريخ 23 يونيو 2020.
- [19] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. Keys to Youth Friendly Services: Adopting a sex positive approach. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF); 2011. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/positive_approach.pdf. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2020.
- [9] مجموعة العمل المشتركة بين الوكالات والمعنية بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. موارد حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). متاح على: <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-resources>. تم الوصول بتاريخ 28 أبريل 2022.
- [10] لجنة الإنقاذ الدولية. Screening for gender-based violence in primary health facilities in primary in humanitarian settings. متاح على: <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2019/01/GBV-Screening-implementation-guide.pdf>. تم الوصول بتاريخ 28 أبريل 2022.
- [11] منظمة الصحة العالمية. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2013. متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2019.
- [12] منظمة الصحة العالمية. صندوق الأمم المتحدة للسكان. المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. الإدارة السريية للناجيات من الإغتصاب وعنف الشريك: وضع بروتوكولات للإستخدام في الأوضاع الإنسانية. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2020. متاح على: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331535/9789240001411-eng.pdf?ua=1>. تم الوصول بتاريخ 15 أبريل 2022.
- [13] Chamberlain L, Levenson R. Addressing Intimate Partner Violence Reproductive and Sexual Coercion: A Guide for Obstetric, Gynecologic, Reproductive Health Care Settings, Third Edition; 2013. متاح على: <https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Reproductive%20Health%20Guidelines.pdf>. تم الوصول بتاريخ 19 يونيو 2020.
- [14] منظمة الصحة العالمية. الرعاية الصحية للنساء المعرضات للعنف أو العنف الجنسي من العشيرة: كتيب سريي. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2014. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136101>. تم الوصول بتاريخ 28 أبريل 2022.
- [15] Undie C, Birungi H, Namwebya J, et al. Screening for Sexual and Gender-Based Violence in Emergency Settings in Uganda: An Assessment of Feasibility. السكان; 2016. متاح على: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016RH_ScreeningSGBV-Uganda.pdf. تم الوصول بتاريخ 22 أكتوبر 2019.
- [16] American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Health Care for Underserved Women. Reproductive and Sexual Coercion. Committee opinion Number 554. ACOG; 2013, Reaffirmed 2019. متاح على: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/02/reproductive-and-sexual-coercion>. تم الوصول بتاريخ 28 أبريل 2022.
- [17] Silverman J, Carter N, Undie C, Wendoh S. Adaptation of a Clinic-based Model to reduce Reproductive Coercion, Intimate Partner Violence, and Unintended Pregnancy: ARCHES Kenya; 2017. متاح على: https://www.svri.org/forums/forum2017/Presentations/19%20September/10%20Panel%20Responses%20to%20GBV%20%20Leme/5.%20Jay%20Silverman_Nicole%20Carter%20ARCHES%20Kenya_SVRI%202017_FINAL_9.14.17.pdf. تم الوصول بتاريخ 3 أغسطس 2021.
- [18] Burnes TR, Singh AA, Witherspoon RG. Sex Positivity and Counseling Psychology: An Introduction to the Major Contribution. The Counselling Psychologist. 2017;45(4):470–486. متاح على: <https://www.apa.org/education/ce/sex-positivity.pdf>. تم الوصول بتاريخ 23 يونيو 2020.
- [19] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. Keys to Youth Friendly Services: Adopting a sex positive approach. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF); 2011. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/positive_approach.pdf. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2020.

1.5 الموارد

- لجنة GBVIMS التوجيهية. Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines. 2017. متاح على: <https://reliefweb.int/report/world/interagency-gender-based-violence-case-management-guidelines>
- اللجنة التوجيهية المشتركة بين الوكالات. Identifying and Mitigating Gender-based Violence Risks within the COVID-19 Response. 6 أبريل 2020. متاح على: <https://gbvguidelines.org/wp-content/uploads/2020/04/Interagency-GBV-risk-mitigation-and-Covid-tipsheet.pdf>
- مجموعة العمل المشترك بين الوكالات والمعنية بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. Template G: What to do after forced sex. يونيو 2016. متاح على: <https://iawg.net/resources/iec-templates-misp/template-g-what-to-do-after-forced-sex>
- الإتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. Unseen, Unheard: Gender-based Violence in Disasters. جنيف: الإتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر; 2015. متاح على: <https://www.ifrc.org/document/unseen-unheard-gender-based-violence-disasters>
- الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. Keys to youth-friendly services: Understanding evolving capacity. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF); 2012. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/key_evolution_capacity.pdf



منظمة الصحة العالمية. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2003. متاح على: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>

منظمة الصحة العالمية/كلية لندن للصحة والطب الإستوائي. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2010. متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/1/9789241564007_eng.pdf

الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. بيان الهيئة الاستشارية الطبية الدولية (IMAP) بشأن القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة: 2015. متاح على: https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_fgm_web.pdf

الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. دليل السياسات. لندن: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة: 2016. متاح على: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2017-01/POLICY%20HANDBOOK%20November%202016.pdf>

Okusanya BO, Oduwale O, Nwachuku N, Meremikwu MM. Deinfibulation for preventing or treating complications in women living with type III female genital mutilation: a systematic review and meta-analysis. Int J Gynecol Obstet 2017;136 Supp 1:13–20.

Tancredi DJ, Silverman JG, Decker MR et al. Cluster randomized controlled trial protocol: addressing reproductive coercion in health settings (ARCHES), BMC Women's Health. 2015;15:57.

صندوق الأمم المتحدة للسكان. Coronavirus Disease (COVID-19) Preparedness and Response UNFPA Interim Technical Brief. 23 مارس 2020. متاح على: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Preparedness_and_Response_-_UNFPA_Interim_Technical_Briefs_Gender_Equality_and_GBV_23_March_2020_.pdf

صندوق الأمم المتحدة للسكان. مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. Operational guidance – Responding to the health and protection needs of people selling or exchanging sex in humanitarian settings. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان: 2021. متاح على: <https://www.unfpa.org/publications/operational-guidance-responding-health-and-protection-needs-people-selling-sex>

مفوضية النساء اللاجئات. "أرى أنه ممكن": بناء القدرات لإدماج الإعاقه ضمن برامج مكافحة العنف الجنساني في السياقات الإنسانية. نيويورك: WRC; 2015. متاح على: <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview/>

منظمة الصحة العالمية. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2013. متاح على: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

6. الملاحق

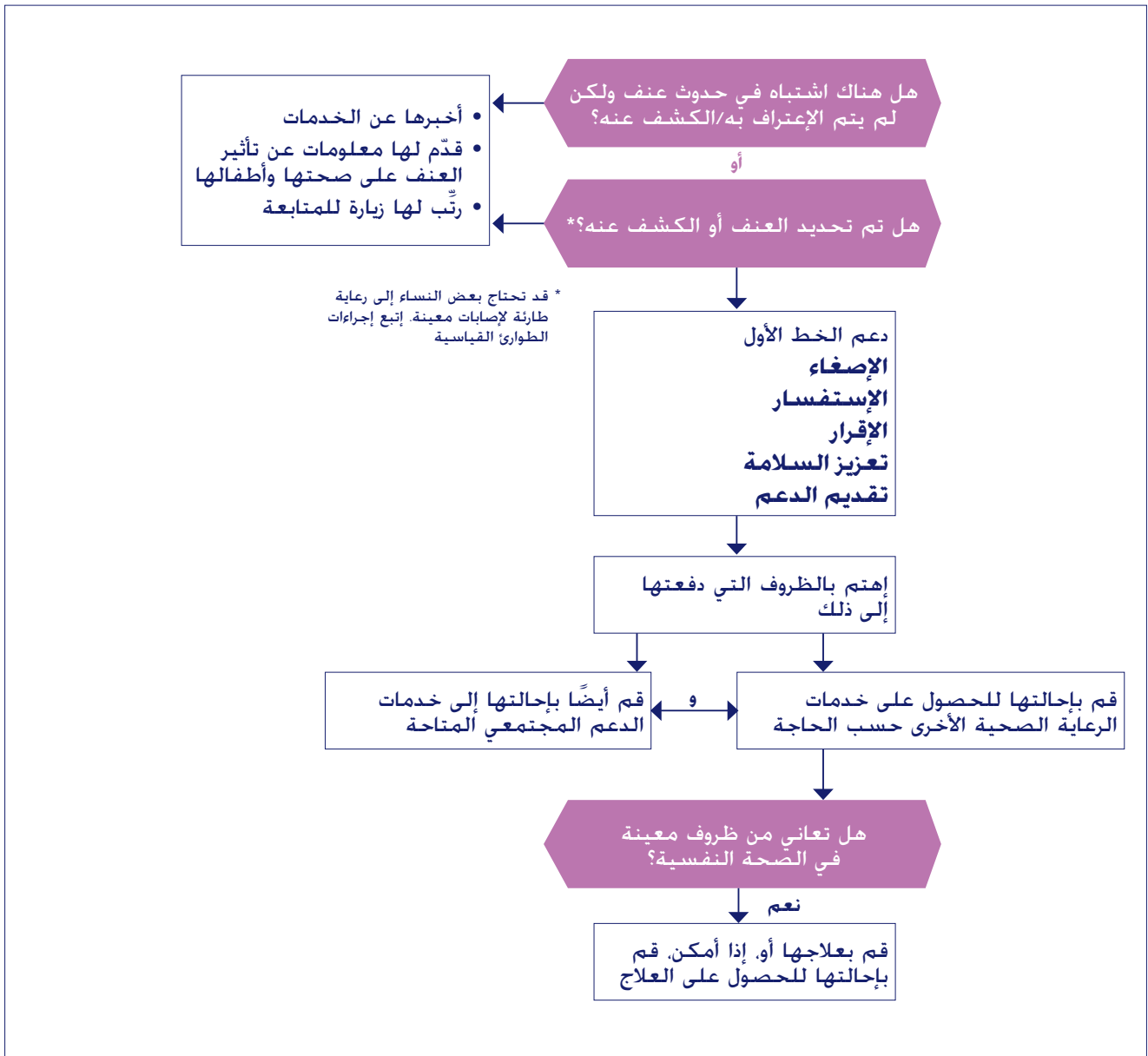
الملحق 1: مثال لمسار إحالة بخصوص العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي



المصدر: مقتبس بإذن من Global Protection Cluster. Handbook for coordinating gender-based violence interventions in humanitarian settings من Global Protection Cluster; 2010. متاح على: <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2014/04/Handbook-for-Coordinating-Gender-based-Violence-in-Humanitarian-Settings-> GBV-AoR-2010-ENGLISH.pdf. تم الوصول بتاريخ 28 أبريل 2022. ملاحظة: بناءً على مسار الإحالة لحالات العنف القائم على النوع الاجتماعي في دارفور



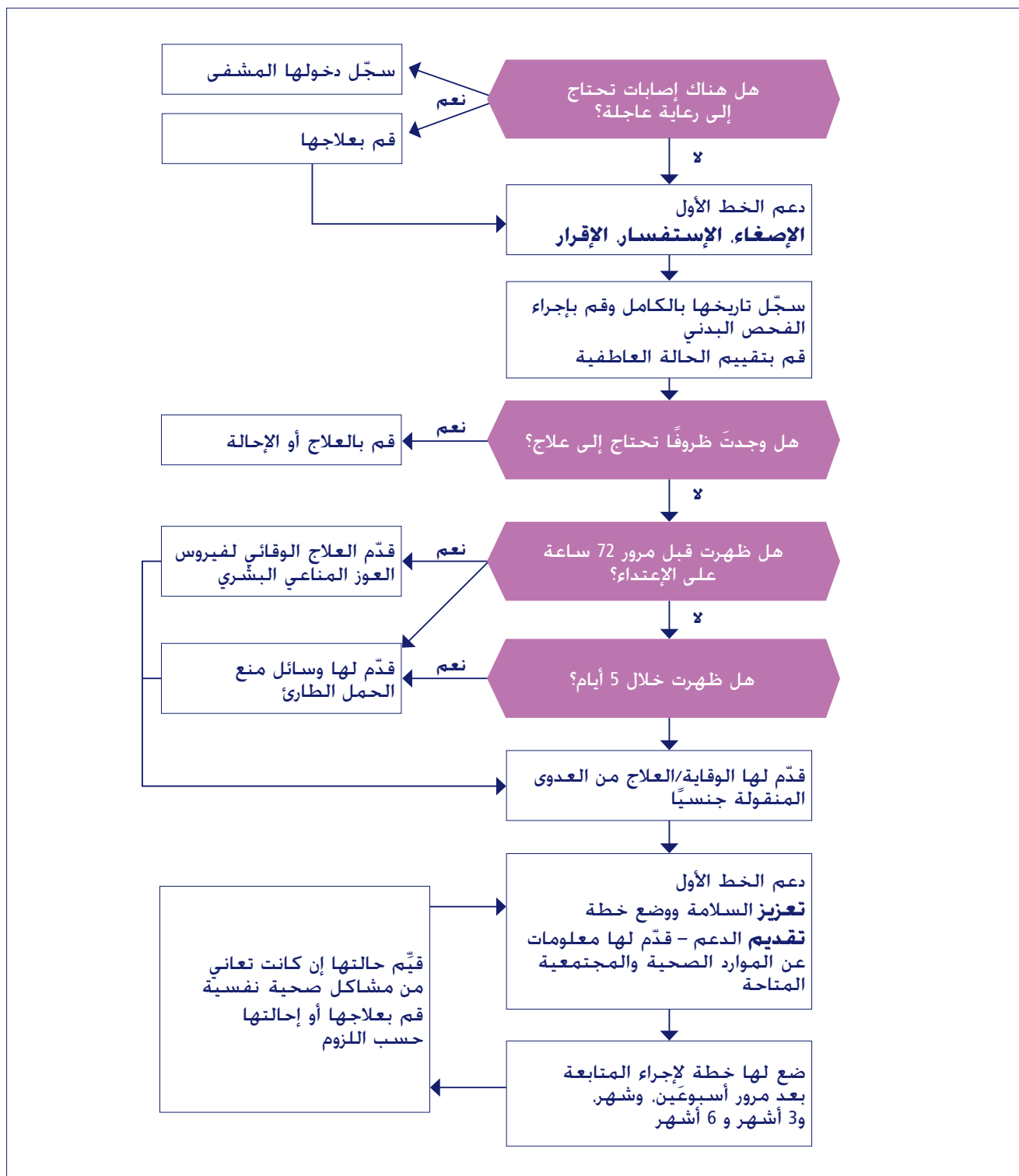
الملحق 2: مسار رعاية المستفيدات اللاتي تعرضن لعنفٍ من شريكٍ حميم



المصدر: مستنسخ/مترجم بإذن من منظمة الصحة العالمية. الرعاية الصحية للنساء المعرضات للعنف أو العنف الجنسي من العشير: كتيب سريري. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2014. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136101>. تم الوصول بتاريخ 28 أبريل 2022.



الملحق 3: مسار الرعاية الأولية بعد الإعتداء



المصدر: مستنسخ/مترجم بإذن من منظمة الصحة العالمية. الرعاية الصحية للنساء المعرضات للعنف أو العنف الجنسي من العشيرة: كتيب سريري. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136101>. تم الوصول بتاريخ 28 أبريل 2022.

الفصل 11:

تقديم خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية

390	1. مقدمة
391	2. حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية
392	1.2 أهداف وأنشطة حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)
403	2.2 مجموعات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات لدعم حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في حالات الأزمات
404	3. الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة
404	1.3 التحول من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأساسية بمجرد استقرار الوضع
404	4. المساعدة في حالات الأزمات الإنسانية
405	5. المراجع
407	1.5 الموارد



1. مقدمة

المختصرات

الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ	BEmONC
الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ	CEmONC
الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات	IARH
الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في الأزمات	IAWG
الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة	IPPF
حزمة الخدمات المبدئية الدنيا	MISP
العلاج الوقائي بعد التعرض	PEP
العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي	SGBV
العدوى المنقولة جنسياً	STI
منظمة الصحة العالمية	WHO

الصحة الجنسية والإنجابية حق من حقوق الإنسان للجميع. بما في ذلك اللاجئين و/أو الذين يعيشون في أوضاع إنسانية. ونظرًا لطبيعة هذه السياقات المحفوفة بالتحديات، يتطلب توفير الرعاية الصحية نهجًا متعدد القطاعات ومتكاملاً لتلبية احتياجات المجتمعات المتضررة. والهدف من هذا الفصل هو تقديم وصف لكيفية تطبيق وتكييف معايير الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية العالمية في السياقات الإنسانية.

تقع الأزمات الإنسانية في مجموعة من السياقات والمواقف. وقد تنجم عن الكوارث الطبيعية، والنزاعات، والأحداث البطيئة أو السريعة الظهور. وتُفَسِّح الأمراض المعدية، وحالات الطوارئ السياسية المعقدة، ويمكنها أن تحدث في البيئات الريفية والحضرية. ويمكن أن تحدث الأزمات في أي وقت وفي أي بلد [1].

وفي عام 2021، احتاج ما يُقدَّر بنحو 235 مليون شخص إلى مساعدات إنسانية [2]. وبوجه عام، فإن الفئات السكانية التي تسعى إلى الحصول على هذه المساعدات تشكّل حوالي 25 في المائة من النساء والفتيات في سن الإنجاب [3].

وفي عام 1994 – لأول مرة في التاريخ – تم تعريف الصحة الإنجابية بوضوح وتم الاعتراف بالحقوق الجنسية والإنجابية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) الذي عُقد في القاهرة، مصر. وشمل هذا اعترافًا محددًا بأن الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية لن تتوقف أثناء فترات النزاع والكوارث (القسم 7-11) [4]. تم تحديث هذا التعريف في عام 2018 لإدراج مكونات الصحة الجنسية والحقوق الجنسية والصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية [5].

صدرت حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) – وهي مجموعة تشمل الحد الأدنى من معايير الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية التي يجب أن تكون متاحة للأشخاص في بداية حالة الطوارئ – لأول مرة عن الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) المعني بالصحة الإنجابية في الأزمات في عام 1996*. ومنذ ذلك الحين، تم إدراج حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) ضمن المعايير الإنسانية العالمية بما في ذلك معايير اسفير Sphere Standards[†]. وهي المبادئ التوجيهية العالمية للإستجابة الإنسانية. والإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) عضو في اللجنة التوجيهية للفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)، التي تشكل الأولويات الإستراتيجية لفريق IAWG وتقديم الحوكمة الشاملة، مما يضمن توافق الأنشطة ذات الأولوية، والمناصرة، والاتصالات الخارجية مع مبادئ الفريق العامل المشترك بين الوكالات [6].

ويُعتبر الدليل الميداني المشترك بين الوكالات بشأن الصحة الإنجابية في السياقات الإنسانية [7] الصادر عن الفريق العامل المشترك بين الوكالات، بمثابة معيار إنساني للصحة الجنسية والإنجابية ويقر بأن الأفراد الموجودين في السياقات الإنسانية يواجهون مخاطر متزايدة وعوائق إضافية تحول دون الوصول إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. وتم إصدار هذا الدليل الميداني لأول مرة في عام 1999، وتم تحديثه في عام 2010، ومرة أخرى في عام 2018 [7]. وفي طبعة عام 2018، تم وصف المبادئ الأساسية لبرامج الصحة الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية في الفصل 2: (1) العمل ضمن شراكة قائمة على الاحترام؛ (2) النهوض بحقوق الإنسان والحقوق الإنجابية من خلال برامج الصحة الجنسية والإنجابية؛ (3) ضمان السلامة الفنية وحقوق الإنسان والمساءلة المالية؛ و (4) تبادل المعلومات والنتائج. بالإضافة إلى ذلك، تم إدراج حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) ضمن الفصل 3 وتم تحديثها لتوضّح الممارسات الجيدة الموثقة في سياقات الأزمات حول العالم. وقد أُضيف هدف إضافي (منع حالات الحمل غير المقصودة)، فضلاً عن أولوية إضافية: ضمان توفير رعاية الإجهاض الآمن، إلى أقصى حد يسمح به القانون. وبورد القسم 2 مناقشة تفصيلية لحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP).

* الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) هو تحالف دولي من المنظمات والأفراد العاملين معًا للنهوض بالحقوق والصحة الجنسية والإنجابية بشكل جماعي في السياقات الإنسانية. تم تشكيل الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) في عام 1995 ومنذ ذلك الحين توسع حتى أصبح شبكة تضم أكثر من 2500 فرد. ويعمل الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) تحت قيادة لجنة توجيهية تتألف من 21 وكالة عضو، تمثل الأمم المتحدة والمنظمات الحكومية وغير الحكومية والمنظمات البحثية (للحصول على مزيد من المعلومات: <https://iawg.net/about>).

† يتوفر المزيد من المعلومات على: <https://spherestandards.org/>.

2. حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية

توفر الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية رعاية أساسية ومنقذة للحياة، ويُعتبر الوصول إليها حق من حقوق الإنسان. يجب أن تكون الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية متاحة للأفراد، بما في ذلك في بداية الأزمة، في غضون 48 ساعة إن أمكن. ومع ذلك، في حالة الطوارئ، يجب التركيز فقط على أولويات الصحة الجنسية والإنجابية الأكثر أهمية، والمنقذة للحياة، على النحو المحدد في حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). تعتمد حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) على أدلة موثقة جيدًا بشأن احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية والمعايير القياسية لمنظمة الصحة العالمية (WHO). وتشتمل هذه الحزمة على الخدمات والأنشطة ذات الأولوية الدنيا والأعلى التي سيكون لها أقصى تأثير في الحد من المراضة والوفيات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، وبالتالي يجب أن تكون متاحة في أقرب وقت ممكن في بداية الأزمة. وتستخدم حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في توجيه مقدمي الرعاية الصحية بشأن الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية ذات الأولوية والتخطيط للانتقال إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة في أقرب وقت ممكن لدخول مرحلة التعافي من الأزمة، أو أثناء الأوضاع الإنسانية الممتدة. وتؤكد حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) على أهمية إدراج الفئات السكانية المحرومة والمهمشة في جميع جوانب دورة الإستجابة للكوارث.

يجب أن يتم تنفيذ خطط حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في خلال فترات الإستقرار في إطار جهود الإستعداد للكوارث، بحيث يمكن بدء الإستجابات السريعة للأزمة في بدايتها. ويُعتبر بناء قدرات الفرق، من صانعي القرار إلى مقدمي الرعاية الصحية، أمرًا مهمًا للتحويل السريع من البرامج الروتينية إلى برامج الإستجابة الفعلية للطوارئ. ويمكن لتقييم جاهزية حزمة الخدمات المبدئية الدنيا [8] أن يدعم الجمعيات الأعضاء في تحديد المجالات التي تحتاج إلى العمل وترتيبها حسب الأولوية. ويستند هذا التقييم إلى استبيان يستكشف جاهزيتها في ما يتعلق بالسياسة والتنسيق والبيانات والموارد وتقديم الرعاية الصحية عبر أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) على المستوى الوطني أو الجهوي. تتوفر وحدات وموارد تدريبية إضافية من خلال منهج الجاهزية لإنقاذ الأرواح [9] التدريبي وبرامج التدريب على حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) لصناع السياسات ومدبري البرامج ومقدمي الرعاية الصحية المتاحة على الموقع الإلكتروني للإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) [10].

ويمكن تحقيق الرعاية الصحية المقدمة عن طريق برنامج حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) من خلال طرق تقديمها المختلفة، مثل العيادات الثابتة والعيادات المتنقلة والدعم المقدم لمرافق وزارة الصحة. وقد لا تتمكن الجمعيات الأعضاء من تقديم كل خدمة مدرجة ضمن أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)؛ ومع ذلك، فإن تخطيط توفير الرعاية الصحية في بداية الإستجابة أمر مهم لتطوير آليات الإحالة لجميع خدمات حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)، وكذلك لتجنب الازدواجية. وأثناء تنفيذ حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)، من المهم أيضًا توفير رسائل متنسقة للفئات السكانية المستهدفة حول مواضيع الصحة الجنسية والإنجابية والرعاية الصحية المتوفرة من خلال أدوات المعلومات والتثقيف والإتصال [11]. وتوجد موارد إضافية لاستكمال الدليل الميداني لحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) و الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) لرعاية الأطفال حديثي الولادة [12] والصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والمراهقات [13]. ولتنفيذ برامج الصحة الجنسية والإنجابية الطارئة أثناء جائحة كوفيد-19 [14]. ويوصى بالمشاركة مع الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) للبقاء على اطلاع دائم على مسار المناصرة وكسب التأييد والإرشادات التي تم تطويرها لأي حالة جديدة ومحددة من حالات الطوارئ (مثل فيروس الإيبولا، كوفيد-19، إلخ).

وفي بداية الأزمة، من الضروري التركيز على الحزمة الدنيا المحددة للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية (كما هو موضح في حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP))، ومع ذلك، يجدر التذكير بالحاجة إلى التوسع في الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة (أو العودة إليها) في أقرب وقت ممكن بعد الأزمة. وبمجرد تقديم حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)، يستطيع مقدمو الرعاية الصحية البدء في تنفيذ خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأكثر شمولاً (أنظر الهدف 6 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)). وتوجد حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) بالكامل في الفصل 3 من الدليل الميداني للفريق العامل المشترك بين الوكالات IAWG [7]. راجع الفصول الأخرى من هذا الدليل الميداني لمزيد من الإرشادات حول الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة.

ويوضح الشكل 1 الأهداف الـ 6 الموسعة لحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). ويجري الآن إدراج رعاية الإجهاض الآمن كأولوية إضافية. ويتناول القسم 1.2 ملخصًا للعناصر الرئيسية لأهداف وأنشطة حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP).⁺ ويوضح القسم 2.2 مجموعات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات (IARH) لدعم أنشطة حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في حالات الأزمات.

⁺ في حين أن معظم المعلومات الواردة في القسم 1.2 مأخوذة من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) [7]، فقد تم أيضًا إدراج معلومات إضافية، كما هو مذكور في النص.



1.2 أهداف وأنشطة حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

الهدف 1 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP): التأكد من أن قطاع/ عنقود الصحة يحدد منظمة لقيادة عمليات تنفيذ حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

يتضمن الهدف 1، من خلال التركيز على التنسيق، تعيين منسق للصحة الجنسية والإنجابية (منظمة رائدة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية) لتقديم الدعم الفني والتشغيلي لجميع الوكالات المعنية (الحكومية وغير الحكومية) وللمنع الإزدواجية ووجود ثغرات في الرعاية الصحية، وكذلك لضمان تحقيق التكامل بين الرعاية الصحية والأنشطة التي تتم بين الوكالات، وفي غالب الأحوال، تشارك وزارة الصحة ووكالة تابعة للأمم المتحدة في قيادة مجموعة العمل المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية، ولكن تستطيع المنظمات الأخرى أيضاً المشاركة في قيادتها.

ولا تتوفر لدى كل الجمعيات الأعضاء الموارد والقدرة على تحقيق جميع أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). ومع ذلك، من المهم وضع خرائط تحدّد مدى توافر الرعاية الصحية والتنسيق مع الوكالات الأخرى. من خلال الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) أو آليات التنسيق الأخرى، لضمان تنفيذ جميع أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في الميدان وإنشاء مسارات إحالة لتعزيز إمكانية الوصول إلى جميع خدمات الرعاية الصحية في حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). وبالإضافة إلى ذلك، إذا تم تحديد الثغرات الموجودة في تنفيذ حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)، فمن الضروري الدعوة إلى هذه الخدمات من خلال الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) ومجموعة الصحة ووزارة الصحة والشركاء الآخرين.

الشكل 1: أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) للصحة الجنسية والإنجابية



الهدف 1 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

المنظمة القائدة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية:

- تعيّن منسقاً للصحة الجنسية والإنجابية لتقديم الدعم الفني والتشغيلي لجميع الوكالات التي تقدم الخدمات الصحية
- تستضيف اجتماعات منتظمة مع جميع أصحاب المصلحة المعنيين لتسهيل العمل المنسق لضمان تنفيذ حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)
- تقدّم التقارير إلى عنقود الصحة و/أو المجموعة الفرعية للعنف القائم على النوع الاجتماعي و/أو اجتماعات التنسيق على المستوى الوطني المعنية بفيروس العوز المناعي البشري بشأن أي قضايا تتعلق بتنفيذ حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)
- بالتوازي مع آليات التنسيق المتعلقة بالصحة/العنف القائم على النوع الاجتماعي/فيروس العوز المناعي البشري، تضمن وضع خرائط وتحليلات لخدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الحالية
- تشارك المعلومات المتعلقة بتوافر الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية والسلع الطبية
- تضمن بقاء المجتمع على دراية بتوافر ومواقع تقديم خدمات الصحة الإنجابية

المصدر: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) [7]

ويجب على الجمعيات الأعضاء التابعة للإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة تحديد منسق للشؤون الإنسانية داخل هيكلها يكون مسؤولاً عن ضمان تنفيذ أنشطة حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) أثناء عمليات الإستجابة، ورفع تقارير بشأن العمل الإنساني للجمعية إلى كل من مجموعة العمل المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية ومجموعة الحماية (أو آلية أخرى مماثلة).

تم إنشاء النهج العنقودي في عام 2005 كجزء من أجندة الإصلاح الإنساني للأمم المتحدة لضمان تنسيق أكثر فاعلية في السياق الإنساني [15]. في بداية حالة الطوارئ، تجتمع الوكالات ضمن المجموعات العنقودية الخاصة بها لضمان تحقيق استجابة منسقة وفعالة وفي الوقت المناسب ومزودة بموارد أفضل.

وفي إطار مجموعة الحماية (أو ما يعادلها)، يمكن تشكيل مجموعة فرعية للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، عادة تحت قيادة الوزارة المعنية بشؤون المرأة على المستوى الوطني (أو ما يعادلها) و/أو وكالة تابعة للأمم المتحدة. وبغض النظر عن ما إذا كانت الجمعية العضو تقوم بتنفيذ الرعاية الصحية للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي بشكل مباشر، يُستحسن أن تحضر مجموعات الحماية أو المجموعات المعنية بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي لتحسين دمج الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية والعمل في مجال العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

الهدف 2 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP): منع العنف الجنسي والإستجابة لاحتياجات الناجين والناجيات

يمكنكم الإطلاع على المزيد من المعلومات حول أعمال العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في [الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي](#). يركّز هذا القسم بشكل خاص على الإجراءات التي يجب اتخاذها لمواجهة العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في السياق الإنساني.

تركّز حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) على العلاج الذي يتمحور حول الناجين والناجيات والوقاية من العنف الجنسي.

بينما تشير حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) تحديداً إلى العنف الجنسي، يجب على الجمعيات الأعضاء إتباع نهج يركّز على

الناجين والناجيات ويتعامل مع جميع أشكال العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. ويفضّل الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة مصطلح "العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي" (SGBV) بدلاً من "العنف القائم على النوع الاجتماعي" (GBV) أو "العنف ضد المرأة" (VAW)، لأنه يؤكد على مكوّن العنف الجنسي. تفضل المنظمات المختلفة استخدام العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف ضد المرأة، تبعاً لاختصاصات المنظمة وأنشطتها. ولكن يمكن استخدام مصطلح "العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي" و "العنف القائم على النوع الاجتماعي" بالتبادل، كما هو الحال مع "العنف ضد المرأة". عند التركيز على الناجيات (أنظر المزيد من المعلومات في الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي).

يشمل العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي أربع فئات من العنف: العنف الجنسي، والعنف الجسدي، والعنف العاطفي/النفسي (بما في ذلك التهديدات والإكراه)، وحرمان الفرد بشكل تعسفي من الفرص الاقتصادية والاجتماعية وإمكانية الوصول إليها. يرتكب الرجال غالبية حوادث العنف الجنسي



- إنفصال أفراد الأسرة والمجتمع عن بعضهم البعض، مما يؤدي إلى مزيد من الخلل في آليات دعم وحماية المجتمع [21].
- الصراعات والنزوح، مع ما يترتب عليهما من آثار اجتماعية واقتصادية (فقدان العمل والدخل، فضلاً عن التغيرات في الأدوار والأوضاع الاجتماعية)، وزعزعة استقرار المجتمعات المحلية والمدنية، وخلق الإنقسامات؛ يمكن أن يؤدي هذا إلى تأسيس العنف كقاعدة مجتمعية [19].
- غياب الخصوصية والخلل في الوحدات الأسرية أثناء النزوح في كل من المخيمات والسيارات الحضرية (على سبيل المثال، قد يتعين على العائلات المتعددة – التي قد تعرف أو لا تعرف بعضها البعض – أن تعيش في نفس المكان) [17].
- المقابلات الشخصية المطولة في نقاط التفتيش والانفصال اللاحق عن أفراد الأسرة يمكنهما أن يتركيا الأفراد النازحين/النازحات عرضة للخطر، خاصة إذا فقدت بطاقات الهوية/جوازات السفر الخاصة بهم/بهن أو تمت مصادرتها [17].
- سياق يسوده إفلات الجناة من العقاب [17].

الإدارة السريية للإعتداء الجنسي

- تقوم الجمعيات الأعضاء بالعمل على الإستجابة لاحتياجات الناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في كل سياق (أنظر الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي). ومع ذلك، تحتاج السياقات الإنسانية إلى اعتبارات إضافية لدعم الناجين والناجيات بشكل فعال. تشمل الاعتبارات السريية ما يلي:
- التمسك بالمبادئ التوجيهية الخاصة بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي للاستجابة لاحتياجات الناجين والناجيات من العنف الجنسي (السلامة، والسرية، والاحترام، وعدم التمييز [7])، وأتباع نهج يركز على الناجين والناجيات، وتصديق الناجين والناجيات دائماً. نهج LIVES (الإستماع والإستفسار والتحقيق وتعزيز السلامة والدعم) [16] هو المعيار اللازم لمقدمي الرعاية الصحية لدعم الناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.
- يجب تعديل تقديم الرعاية الصحية لتلبية احتياجات التواصل لدى الناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي باستخدام الدعم السمعي أو المرئي أو الترجمة، حسب الحاجة.

والعنف القائم على النوع الاجتماعي ضد النساء والفتيات⁵ في زمن الاستقرار وكذلك أثناء حالات الطوارئ؛ وعلى الصعيد العالمي، تشير التقديرات إلى أن واحدة من كل ثلاث نساء قد تعرضت للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في حياتها [16].

وبسبب الوصم والعار والخوف وإلقاء اللوم على الضحية ونقص خدمات الدعم الاجتماعي، قد يكون الناجون/الناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي غير راغبين/راغبات أو غير قادرين/قادرات على الإبلاغ عن حوادث العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. ومن العوامل الأخرى المساهمة التي تؤثر سلباً على الناجين/الناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وقدرتهم/هن على الإبلاغ الهياكل الحكومية والقوانين التي تعزز عدم المساواة بين الجنسين، ولا تحمي الناجين/الناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، ولا تحاسب الجناة على عنفهم. وفي السياقات الإنسانية، تواجه أنظمة الرعاية الصحية ودعم الناجين/الناجيات خللاً كبيراً. وتؤدي كل هذه القضايا إلى نقص التقارير ونقص البيانات الدقيقة حول انتشار العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. ومع ذلك، من المعترف به عالمياً والمتفق عليه أنه بالرغم من نقص البيانات الكافية، يمكن افتراض أن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي يحدث في جميع السياقات [17].

ويستطيع الناجون والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي أن يواجهوا عواقب صحية سلبية مختلفة، خاصة الذين تعرضوا للعنف الجنسي، وقد يكون لديهم احتياجات تتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية، وقد تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الحمل القسري وغير المرغوب، والإجهاض غير الآمن، والناصور الرضحي، والعدوى المنقولة جنسياً (STIs) بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري، وتلف الأعضاء التناسلية، وحتى الموت [18]. وفي حين أن الأسباب الجذرية للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي هي عدم المساواة بين الجنسين والأدوار الضارة بين الجنسين، إلا أن هناك عوامل محددة في السياق الإنساني تساهم في زيادة العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي:

- الخلل في المجتمعات، وحراك الفئات السكانية وعدم وجود أنظمة الحماية بشكل كامل [19].
- الخلل في آليات إنفاذ القانون، مثل الشرطة والدعم القانوني، وغيرها من الخدمات [20].
- نزوح الأفراد، سواء في الملاجئ الأولية المؤقتة أو عندما يطول أمد النزوح [20].

⁵ يتعرض الرجال والفتيان للعنف الجنسي، وبالتالي قد يحتاجون أيضاً إلى رعاية صحية ذات صلة. ومع ذلك، يُرتكب العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي بشكل غير متناسب ضد النساء والفتيات، يجب أن يحصل الرجال والفتيان على نفس الدعم والرعاية الصحية أسوة بالنساء والفتيات، حسب الحاجة.



- وعندما تقدم الجمعية العضو خدمات الإدارة السريرية لحالات الإعتداء الجنسي، يجب أن تشارك بشكل استباقي تفاصيل كيفية الوصول إلى هذه الخدمات مع مقدمي الرعاية الصحية للناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي ومع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين والناجين والناجيات والمجتمعات المحلية.

الكشف عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي

على الصعيد العالمي، يُعتبر الكشف عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في سياقات الرعاية الصحية موضوع بحث مستمر لتحديد أفضل الممارسات والفعالية من حيث رفاة الناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي [23:22]. وبالنظر إلى الأبحاث والبيانات الحالية، لا يوصي **الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) بفحص الناجين والناجيات للكشف عن التعرض للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في السياق الإنساني**. ومع ذلك، في حالة فحص التعرض للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، فيجب استيفاء المتطلبات الأساسية الثلاثة التالية قبل إجراء الفحص الإنتقائي أو اكتشاف الحالة⁹ في سياق الرعاية الصحية:

- تستطيع العبادة أن تضمن الحفاظ على خصوصية المستفيدين والمستفيدات وسلامتهم وسريتهم.
 - وتستطيع العبادة أن تضمن الإستعانة بمقدمي خدمات لديهم المواقف والمهارات المناسبة.
 - وتستطيع العبادة ضمان أن يكون لدى مقدمي الخدمات ما يقدمونه للناجين والناجيات (على سبيل المثال مسار الإحالة).
- إذا تعذر ضمان هذه الشروط الثلاثة، فلا ينبغي أن يتم الكشف عن العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي لأن هذا قد يتسبب في مزيد من الضرر للناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي ويتعارض مع المبدأ الإنساني المتمثل في "عدم إلحاق الضرر". هناك أدلة محدودة على فحص العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في حالات الطوارئ، ومع ذلك، يحدث خلل عادة في المعايير الثلاثة المذكورة أعلاه في حالة الطوارئ، وفي هذه الحالة لا ينبغي إجراء فحص للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. وهذا صحيح خصوصاً عندما تكون هناك حاجة لتزويد الناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي بالإحالات إلى خدمات أخرى. لأن تطوير مسار للإحالة في حالة الطوارئ قد يكون صعباً ويستغرق وقتاً. ويُعتبر تحديد الناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي من خلال الفحص مع عدم القدرة على تلبية احتياجاتهم من خلال الدعم الصحي والنفسي الاجتماعي الفعلي

- يجب توفير الرعاية الصحية للناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي الذين يتقدمون للحصول على الرعاية، بما في ذلك وسائل منع الحمل الطارئة، ورعاية الإجهاض الآمن، والوقاية بعد التعرض لفيروس العوز المناعي البشري (PEP)، وعلاج العدوى المنقولة جنسياً، والعلاج الوقائي لالتهاب الكبد B والكزاز، والدعم النفسي من الخط الأول (أنظر الفصل 10: العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي لمزيد من التفاصيل).

وعند العمل مع الناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، يجب أن تكون هناك مساحة آمنة وسرية وخاصة يستطيع أن ي/تلتقي فيها المستفيد/المستفيدة مع أخصائي(ة) الرعاية الصحية، وقبل الشروع في العلاج أو الفحص، يجب على مقدم الرعاية الصحية التأكد من أن المستفيد/المستفيدة يقدم/تقدم موافقة مستنيرة في ما يتعلق بالرعاية الصحية التي سيتم تقديمها وما هي المعلومات التي سيتم تخزينها في ملاحظاتهم. ويجب على مقدم الخدمة احترام قرار المستفيد/المستفيدة في حالة عدم تقديم الموافقة. يجب الحصول على الموافقة في كل مرحلة من مراحل الفحص، وي/تستطيع المستفيد/المستفيدة التوقف في أي وقت (أنظر المزيد من المعلومات في الفصل 2: متطلبات المرفق وفحص/تاريخ المستفيد(ة) والفصل 3: تقديم المشورة).

الإحالات

إذا كانت إحدى الجمعيات الأعضاء غير قادرة على تقديم رعاية مباشرة للإدارة السريرية لحالات الإعتداء الجنسي، فيجب أن تكون قادرة على تقديم الإحالات في الوقت المناسب، ويجب أن تكون كل جمعية عضو قادرة بالإضافة إلى ذلك على إحالة الناجين/الناجيات إلى رعاية متخصصة في مجال العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي التي يمكن أن تلبي احتياجاتهم/هن غير الطبية.

- تحديث مسار الإحالة الحالي للعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي ليعكس أي تغيير في توافر الرعاية وكيفية الوصول أو إنشاء مسار إحالة جديد إذا لم يكن هناك أي تغيير في هذا الموقع. يجب تدريب جميع الموظفين والموظفات والمتطوعين والمتطوعات الذين قد يعملون مع الناجين والناجيات على المسار المحدث وكيفية استخدامه.
- التأكد من أن الموظفين والموظفات الذين سيستخدمون هذا المسار على دراية بالعوائق المحتملة أمام المستفيدين والمستفيدات (على سبيل المثال، اللغات التي يتم التحدث بها، وكيفية دعم الأفراد ذوي الإعاقة، وما إذا كان بإمكان الرجال الوصول إلى الخدمة أو إذا كانت مخصصة للإناث فقط).

⁹ الفحص الإنتقائي، المعروف أيضاً باسم اكتشاف الحالة، يتضمن سؤال الناجين والناجيات عن العنف إذا كان لدى مقدم الرعاية الصحية سبب للاشتباه في حدوث العنف/الإساءة استناداً إلى العلامات الدالة والأعراض [23].



الهدف 3 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP): الوقاية من انتقال العدوى وتقليل المراضة والوفيات الناجمة عن فيروس العوز المناعي البشري (HIV) والأنواع الأخرى من العدوى المنقولة جنسياً (STIs)

يمكن أن يزداد معدل انتشار العدوى المنقولة جنسياً (STIs) بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV) في حالات الطوارئ في حالة انخفاض مستويات خدمات الوقاية والفحص والعلاج. قد تؤثر العدوى المنقولة جنسياً (STIs) بشكل خطير على الصحة الجنسية والإنجابية، فيما قد يزيد بعضها من خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (HIV).

في حالة الأزمات، وفي الأماكن منخفضة الموارد، تتم إدارة متلازمات العدوى المنقولة جنسياً STIs. وهذا يشمل إدارة الحالات بناءً على المظهر السريري (الأعراض والعلامات) بالرجوع إلى مخطط اتخاذ القرار، وباستخدام الفحص المجهر في المقر إذا كان متاحاً ومناسباً. عدم وجود مبرر لاستخدام الموارد الإضافية اللازمة لاختبار مسببات العدوى المنقولة جنسياً (STIs) في حالات الطوارئ. انظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسياً لمزيد من التفاصيل حول الأعراض والعلامات والإدارة السريرية للعدوى المنقولة جنسياً، بما في ذلك مخططات إدارة المتلازمات (انظر الملحق 3 من الفصل 6).

في حالة الأزمات، يجب الحفاظ على الاحتياطات القياسية وتدابير مكافحة العدوى. يجب على مديري الرعاية الصحية ومقدمي الرعاية الصحية ومنسق الصحة الجنسية والإنجابية العمل معاً للحد من انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV والعدوى الأخرى المنقولة جنسياً STIs من خلال الإلزام ببروتوكولات الاحتياطات القياسية واستخدام معدات الحماية الشخصية (الملابس الواقية والقفازات وما إلى ذلك) وتوفير مرافق غسل اليدين، وتوفير الواقيات الجنسية والأدوية (أدوية العدوى المنقولة جنسياً، والأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بما في ذلك العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) لفيروس العوز المناعي البشري، وكذلك العلاج الوقائي بالكوتريموكسازول للوقاية من العدوى الانتهازية لدى المصابين بفيروس العوز المناعي البشري). وبالإضافة إلى ذلك، قد ترغب الجمعيات الأعضاء في التنسيق مع برامج مكافحة فيروس العوز المناعي البشري/الإيدز على المستوى الوطني، مثل الصندوق العالمي وخطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز (PEPFAR). وقد تقدم هذه الهيئات التوجيه والبروتوكولات الوطنية ومجموعات الاختبار والأدوية.

أمراً غير أخلاقي، ويتعارض أيضاً مع الهدف الرئيسي من فحص العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي [24].

يحتاج موظفو الرعاية السريرية وغير السريرية، بقدر الإمكان، إلى توازن بين الجنسين يتناسب مع نظيره ضمن فئات المستفيدين والمستفيدات. ويحتاج كل هؤلاء الموظفين والموظفات إلى التدريب على أساسيات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وإدارة حالات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. وخاصة التدريب على كيفية التواصل بطريقة تراعي مشاعر الناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. وإذا كان المرفق/المؤسسة لا ي/تستطيع تلبية المتطلبات المذكورة أعلاه، فاعمل مع مقدمي الخدمات الآخرين في منطقتك لتطوير مسار إحالة آمن وموثوق وسري للناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي حتى يتمكنوا من تلقي الرعاية الصحية المناسبة.

الهدف 2 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

- العمل مع المجموعات العنقودية الأخرى، خصوصاً المجموعة الفرعية المعنية بالحماية أو العنف القائم على النوع الاجتماعي، لوضع تدابير وقائية على مستوى المجتمع المحلي، والمستوى المحلي ومستوى المحافظات، بما في ذلك المرافق الصحية لحماية الفئات السكانية المتضررة من العنف الجنسي، ولا سيما النساء والفتيات
- توفير الرعاية السريرية والإحالة إلى خدمات داعمة أخرى للناجين والناجيات من العنف الجنسي
- ضمان وجود أماكن توفر السرية والأمان داخل مرافق الرعاية الصحية لاستقبال الناجين والناجيات من العنف الجنسي وتزويدهم بالرعاية السريرية المناسبة والإحالة (في حال الحصول على الموافقة المستنيرة منهم)

المصدر: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) [7].



- يجب أن يكون العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) متاحًا للناجين والناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وللأشخاص الذين قد تعرضوا عن طريق الخطأ للدم (مثل عامل/عاملة الرعاية الصحية المصاب/المصابة بوخز الإبرة).
- يجب أن تشمل تدابير الحد من انتقال العدوى المنقولة جنسيًا وفيروس العوز المناعي البشري (HIV) على توافر الواقي الجنسي وتوزيعه مجانًا. ومن الضروري ضمان توافر الواقي الذكري والأنثوي (مزيجًا، أو مع مواد التزليق المتوافقة مع الواقي الجنسي المستخدم، حسب الحاجة) في جميع المواقع المناسبة (في المرفق أو خارجه) من الأيام الأولى للاستجابة الإنسانية، لأن الواقي الجنسي يوفر أفضل حماية من العدوى المنقولة جنسيًا (STIs). بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري (HIV).

الهدف 3 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

- ترسيخ الممارسات الآمنة والعقلانية لنقل الدم
- التأكد من اتخاذ الاحتياطات القياسية
- ضمان توافر الواقيات الذكرية المجانية، وعند اللزوم (على سبيل المثال التي تستخدمها الفئات السكانية)، ضمان توفير الواقيات الأنثوية، وكذلك مواد التزليق المتوافقة مع نوع الواقي
- دعم توفير الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية (ARVs) لتمكين الأشخاص الذين كانوا بالفعل يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية (ART) قبل حالة الطوارئ من مواصلة علاجهم بدون انقطاع. بما في ذلك النساء المسجلات في برامج الوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى طفلها (PMTCT)
- توفير العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) للناجين والناجيات من العنف الجنسي حسب اللزوم، ولحالات التعرض المهني
- دعم توفير العلاج الوقائي بالكوتريموكسازول للوقاية من العدوى الإنتهازية للمستفيدين والمستفيدات الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو المعروف بالفعل أنهم متعايشون مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV)
- ضمان توافر إدارة المتلازمات للعدوى المنقولة جنسيًا في مرافق الرعاية الصحية

المصدر: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) [7]

يعني نقل الدم بطريقة آمنة وسليمة أنه يجب فحص جميع عيّات التبرع بالدم للكشف عن فيروس العوز المناعي البشري والعدوى الأخرى التي تنتقل عن طريق الأنسجة (TTIs). يجب فحص الدم للكشف عن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد B و C والزهري. يجب وضع أنظمة لضمان تجهيز المستشفيات على مستوى الإحالة بما يكفي من إمدادات الدم والمستلزمات الطبية والموظفين والموظفات المؤهلين لإجراء عمليات نقل الدم بطريقة آمنة وسليمة [25].

الإعبارات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري (أنظر الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري لمزيد من المعلومات).

- بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) الذين بدأوا بالفعل العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، يمكن أن يؤدي تعطيل العلاج أو إيقافه إلى تطوير مقاومة للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية ويزيد بشكل كبير من احتمال الإصابة بمرض خطير أو حتى الوفاة. يُعتبر ربط الأشخاص الذين يتناولون مضادات الفيروسات القهقرية بالعلاج المستمر أمرًا حيويًا ومنقذًا للحياة.
- ليس من الممكن في بداية الأزمة إجراء الفحوصات وتقديم المشورة التي يبدأها مقدمو الخدمة أو تقديم المشورة والفحص الطوعيين عند الطلب للمستفيدين وللمستفيدات من عموم الفئات السكانية. والإستثناء الوحيد هو اختبار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) وتقديم المشورة في سياق برامج الوقاية من انتقال الفيروس في الفترة المحيطة بالولادة، والتي يجب أن تستمر لتقليل مخاطر إصابة الجنين/الرضيع بفيروس العوز المناعي البشري (HIV).
- يجب إعادة تنفيذ عملية إجراء الفحوصات وتقديم المشورة التي يبدأها مقدم الخدمة والمشورة والفحص الطوعيين بالكامل في أقرب وقت ممكن عند تحديد الأولويات الأخرى لحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). وهذا يضمن إمكانية بدء العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بأسرع ما يمكن للمصابين والمصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). توصي منظمة الصحة العالمية ببدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لجميع المصابين والمصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) بغض النظر عن المرحلة السريرية المعتمدة لدى منظمة الصحة العالمية ومهما كان تعداد عدد الخلايا اللمفاوية CD4 [26].
- إن العلاج الوقائي بالكوتريموكسازول هو دواء بسيط جيد التحمل للوقاية من العدوى الإنتهازية لدى الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري (HIV). ويوصى به للبالغين والبالغات (بما في ذلك الحوامل) والرضع والأطفال والمراهقين والمراهقات المصابين بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). وكذلك المصابين والمصابات بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) ومرض السل النشط (للمزيد من التفاصيل، أنظر الفصل 7: فيروس العوز المناعي البشري، الخانة 2، أو المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) والعلاج الوقائي بالكوتريموكسازول [27].



ضمن الدليل الميداني لصحة حديثي الولادة الصادر عن الفريق العامل المشترك بين الوكالات IAWG [12].

وتوجد سبع وظائف (إجراءات) بارزة أساسية للتعامل مع الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات - تسمى مجتمعة الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC) (انظر الجدول 1 - الصفحة التالية). يجب أن تتوفر وظيفتان بارزتان إضافيتان في المستوى الثانوي. بالإضافة إلى الوظائف البارزة السبع الأساسية، يُطلق عليها مجتمعة الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) (انظر الجدول 1 - الصفحة التالية). وعندما تتعطل الخدمات المنتظمة بسبب أزمة ما، يجب إنشاء نظام إحالة على مدار 24 ساعة لضمان تمكين النساء في حالة المخاض والولادة وبعد الولادة مباشرة من الوصول إلى كل من الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC) والرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC). حسب الحاجة، يجب تقديم هذه الرعاية الصحية بدون أي تكلفة على المستفيد/المستفيدة. ولضمان الوصول إلى هذه الرعاية الصحية، تقوم منظمة الصحة الجنسية والإنجابية الرائدة (أو المنسق) بتحديد أقرب مرفق أو مرافق مجهزة بالإمكانات، وتوفير هذه المعلومات للمستفيدين/المستفيدات، وتوفير إمكانية النقل إلى أقرب مرفق مناسب، والتأكد من قيام الموظف(ة) المسؤول(ة) باستقبال المستفيد/المستفيدة في موقع الإحالة، والسعي للحصول على معلومات متابعة بشأن رعاية المستفيد/المستفيدة والنتيجة النهائية لتحسين نظام الإحالة إذا لزم الأمر.

تقلل رعاية ما بعد الإجهاض من خطر حدوث مضاعفات قاتلة ناجمة عن الإجهاض التلقائي وغير الآمن، وبالتالي يجب أن تكون متاحة أيضًا في أسرع وقت ممكن أثناء الأزمة. قد يشمل العلاج استخدام الأدوية والشفط اليدوي بالتخيلة. أنظر الفصل 5: رعاية الإجهاض لمزيد من التفاصيل.

تشير التقديرات إلى أن 10 إلى 15 في المائة من الولادات تحتاج إلى إجراء عملية قيصرية للوقاية من وفيات الأمهات والمواليد [32]. لذلك، فإن الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) (بما في ذلك مرافق الجراحة ونقل الدم) منقذة للحياة ويجب إنشاء نظام للخدمات أو نظام إحالة.

وفي بداية الأزمة، قد لا تتمكن الحوامل من الوصول إلى المرافق الصحية وقد يُضطرن إلى الولادة في المنزل بدون مساعدة من القابلات الماهرات. ولتحسين ممارسات الولادة، يجب توفير أدوات الولادة النظيفة ومستلزمات رعاية الأطفال حديثي الولادة في الثلث الثالث من الحمل للحوامل اللاتي ليس لديهن إمكانية الوصول على مدار 24 ساعة إلى مرفق الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ [12.7]. ومع ذلك، يجب دائمًا نصح الحوامل بالولادة في مرفق صحي ويجب توفير معلومات حول علامات الخطر على الولادة وإمكانية الوصول إلى مرافق التوليد.

الهدف 4 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP): الوقاية من زيادة معدلات مراضة ووفيات الأمهات وحديثي الولادة

على الصعيد العالمي، ستواجه واحدة من كل سبع نساء حوامل (حوالي 15 في المائة) مضاعفات أثناء الحمل أو الولادة، ويحدث ثلثا وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها و 45 في المائة من وفيات الأطفال حديثي الولادة في البلدان المتأثرة بالنزاع أو الكوارث الطبيعية أو كليهما في السنوات الأخيرة [7]. لا تزال وفيات الأمهات مرتفعة على الصعيد العالمي، وتشير التقديرات إلى أن حوالي 295,000 حالة وفاة في عام 2017 حدثت لأسباب "متصلة بالحمل أو تفاقمت بسبب الحمل أو طريقة إدارته" وقعت أثناء الحمل وبعد انتهاء الحمل بـ 42 يومًا [28]. مقابل كل وفاة من وفيات الأمهات، تعاني 20 إلى 30 امرأة أخرى من إعاقة خطيرة أو عدوى أو إصابات [29].

وتحدث ثلاثة أرباع وفيات الأمهات تقريبًا لأسباب توليدية مباشرة، ويرجع ذلك أساسًا إلى:

- النزف (نزيف حاد). في الغالب بعد الولادة مباشرة
- عدوى/انتان (عادة بعد الولادة)
- ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل (مقدمات الارتعاج والارتعاج)
- مضاعفات الولادة (مثل الولادة المتعسرة)
- الإجهاض غير الآمن [30]

بالإضافة إلى ذلك، فإن ربع وفيات الأمهات وأكثر قليلًا ناتج من أسباب غير مباشرة، مثل العدوى (مثل الملاريا وفيروس العوز المناعي البشري) أو الحالات المزمنة الموجودة مسبقًا (مثل أمراض القلب أو الكلى ومرض السكر) التي تفاقمت بسبب الحمل [30]. وخلال الأزمات، تقل فرص الحوامل لزيارة مرفق الرعاية الصحية وتلقي الدعم الطبي. وربما تعرضت مرافق الرعاية الصحية للتدمير، وقد لا تعمل غرف العمليات وغرف المخاض والولادة، وقد لا تتوفر الأدوية الأساسية، وقد يكون الطاقم الطبي المدرب قد غادر المنطقة. ويجب على وكالات الإغاثة توسيع نطاق قدراتها لتقديم الرعاية الصحية المنقذة للحياة. ويجب أن تركز الرعاية المقدمة في حالات الطوارئ على المخاض، والولادة/الرعاية أثناء الولادة، وفترة ما بعد الولادة/ما بعد الوضع مباشرة، لأن هذه هي الفترة التي تحدث فيها معظم الوفيات.

وتعتبر رعاية حديثي الولادة جزءًا من دورة الحياة المستمرة لرعاية الصحة الجنسية والإنجابية. وتعتبر رعاية حديثي الولادة أمرًا بالغ الأهمية لضمان بداية حياة آمنة وصحية. وتعتبر الرعاية الضرورية لحديثي الولادة هي الرعاية الأساسية التي يجب توفيرها لكل رضيع، بما في ذلك الرعاية الحرارية، والوقاية من العدوى، وبدء التنفس، ودعم التغذية، ومراقبة علامات الخطر، وفحوصات الرعاية بعد الولادة، وتحديد المضاعفات في حديث الولادة، وتوفير الإحالات الطارئة [31]. وتتوفر أيضًا مواد إضافية بشأن رعاية حديثي الولادة



الجدول 1: وظائف بارزة للرعاية الأساسية والشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC) والرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC)

الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC) - يجب تجهيز الصحة بالموارد اللازمة لتقديم الوظائف السبع للرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC)	الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) - يجب تجهيز المستشفيات بالموارد اللازمة لتقديم الوظائف التسع للرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC)
1. إعطاء المضادات الحيوية بالحقن لعلاج الإنتان	1 - 7. كما هو الحال في الرعاية الأساسية للتوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC)
2. إدارة الأدوية المقوية لتوتر الرحم (مثل الأوكسيتوسين أو أقراص الميزوبروستول الودية) لعلاج نزيف ما بعد الولادة وإعطاء حمض الترانيكساميك في الوريد بالإضافة إلى الرعاية القياسية لمن تم تشخيص نزيف ما بعد الولادة لهن سريريًا	8. إجراء الجراحة (مثل الولادة القيصرية)
3. إعطاء الأدوية المضادة للإختلاج بالحقن (أي كبريتات المغنيسيوم) للتحكم في مقدمات الارتعاج الشديدة وتسمم الحمل	9. إجراء عمليات نقل دم آمنة مع مراعاة الإحتياجات الشاملة للوقاية من العدوى
4. إجراء ولادة مهبلية بمساعدة (مثل الإستخراج بالشفط)	
5. إزالة المشيمة يدويًا	
6. إزالة نواتج الحمل المحتبسة بعد الولادة أو الإجهاض غير المكتمل	
7. إجراء إنعاش أساسي لحديثي الولادة (على سبيل المثال بالحقيبة والقناع)	

المصدر: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) [7].

الهدف 4 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

- ضمان توافر وإمكانية الوصول إلى الولادة النظيفة والأمنة، والرعاية الأساسية لحديثي الولادة، وخدمات رعاية التوليد وحديثي الولادة المنقذة للحياة في حالات الطوارئ (EmONC)، بما في ذلك:
 - على مستوى مشفى الإحالة: طاقم طبي مؤهل ومستلزمات توفير الرعاية الشاملة للتوليد وحديثي الولادة (CEmONC)
 - على مستوى مرفق الرعاية الصحية: قابلات ماهرات وإمدادات للولادات المهبلية غير المصحوبة بمضاعفات وتوفير الرعاية الأساسية لحالات التوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC)
 - على مستوى المجتمع: توفير المعلومات للمجتمع المحلي حول توافر الولادة الآمنة وخدمات رعاية التوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ
- وأهمية طلب الرعاية من مرافق الرعاية الصحية. يجب توفير أدوات الولادة النظيفة للحوامل والقابلات لتعزيز الولادات المنزلية النظيفة عند تعذر الوصول إلى مرفق الرعاية الصحية
- إنشاء نظام إحالة 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع لتسهيل النقل والتواصل بين المجتمع المحلي والمركز الصحي أو المشفى
 - ضمان توافر الرعاية المنقذة للحياة بعد الإجهاض في المراكز الصحية والمشافي
 - ضمان توافر الإمدادات والسلع الطبية اللازمة للولادة النظيفة والرعاية الفورية لحديثي الولادة حيثما كان الوصول إلى مرفق الرعاية الصحية غير ممكن أو غير موثوق به
- المصدر: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) [7].

الهدف 5 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP): منع الحمل غير المرغوب

تم تأكيد التأثير الإيجابي لوسائل منع الحمل على الحد من وفيات الأمهات وإصابتهن بالأمراض (بالإضافة إلى منع الحمل غير المرغوب فيه). مع انخفاض يُقدَّر بنحو 30 في المائة في الوفيات إذا تم تلبية احتياجات وسائل منع الحمل غير الملابة [33].

ويجب توفير مجموعة من خيارات وسائل منع الحمل (بما في ذلك وسائل منع الحمل الطويلة والقصيرة المفعول القابلة للعكس) لجميع المراهقات والبالغات النشطات جنسياً، بدون وصم، من بداية الأزمنة. تمنع وسائل منع الحمل حدوث حمل غير مرغوب، وبالتالي تقلل أيضاً من مخاطر أمراض ووفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تمنع وسائل منع الحمل الفعالة ما يقرب من 90 في المائة من المضاعفات المتعلقة بالإجهاض غير الآمن [7]. وفي خلال فترات النزوح وانعدام الأمن، قد يكون الناس أكثر رغبة في تأخير الحمل. وتتفاقم المخاطر المرتبطة بالحمل غير المرغوب في السياقات الإنسانية، حيث قد تكون إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية محدودة.

وتُعتبر المعلومات المجتمعية والتثقيف وأدوات الاتصال مهمة لتبديد المفاهيم الخاطئة حول وسائل منع الحمل. ويجب إشراك أفراد المجتمع المتضررين من الأزمة، بما في ذلك جميع الفئات المهمشة والمحرومة من الخدمات، لتعزيز الوعي بخيارات منع الحمل الميسرة والمناحة والمقبولة ثقافياً.

ويُعتبر توزيع الواقيات الجنسية والمزلفات المتوافقة معها على نطاق واسع في أماكن سرية أمراً مهماً للوقاية من العدوى المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري، والحمل غير المقصود.

الهدف 5 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

• ضمان توافر مجموعة من وسائل منع الحمل طويلة المفعول وقابلة للعكس وقصيرة المفعول (بما في ذلك الواقيات الذكرية والأنثوية ووسائل منع الحمل الطارئة) في مرافق الرعاية الصحية الأولية لتلبية الطلب عليها

• توفير المعلومات، بما في ذلك مواد الإعلام والتثقيف والتواصل (IEC)، وتقديم المشورة حول منع الحمل التي تؤكد الاختيار والموافقة المستنيرة، والفعالية، وخصوصية المستفيدة والسرية، والإنصاف، وعدم التمييز

• التأكد من أن المجتمع على دراية بتوافر وسائل منع الحمل لجميع المستفيدين والمستفيدات، بما في ذلك المراهقين والمراهقات
المصدر: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) [7].

الهدف 6 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP): التخطيط للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة، المدمجة في الرعاية الصحية الأولية في أقرب وقت ممكن. العمل مع قطاع الصحة/شركاء المجموعات لمعالجة اللبنة الأساسية الستة للنظام الصحي

تُعتبر حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) نقطة انطلاق لبرامج الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في بداية الأزمة، حيث إنها تركز على أولويات الصحة الجنسية والإنجابية الأكثر أهمية والمنقذة للحياة، ويتطلب توسيع نطاق الرعاية الصحية بمرور الوقت خلال الأزمات المطولة لتشمل الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة مدخلات من أفراد المجتمع والشركاء المتعاونين لتحديد الثغرات والإستراتيجيات الناجحة وسبل التحسين. ويجب أن يتم هذا التوسع في أقرب وقت ممكن بمجرد استقرار الأوضاع. وتساعد خطط الانتقال المبكر إلى الرعاية الصحية الشاملة على ضمان تمكين الفئات السكانية من ممارسة حقوقهم في الحصول على الرعاية الصحية، حتى في أوقات الأزمات. وقام الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) بتطوير حزمة لدعم مدربي ومدربات الصحة الجنسية والإنجابية، ومدربي البرامج، والمنسقين والمنسقات لتحويل برنامج حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) إلى برنامج شامل للصحة الجنسية والإنجابية مع استقرار الأزمة [34].

ولتحقيق هذا الهدف، لا بد من التنسيق والتعاون بين الجهات الحكومية والوكالات والشركاء المحليين والدوليين. ويجب تقييم خيارات التعاون، وبناء القدرات وتعزيز المناصرة وكسب التأييد، إذا لزم الأمر. لضمان توفر الإمدادات والأدوية في أقرب وقت ممكن. ويورد الهدف 6 من أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) الجوانب الهامة الأخرى التي يجب مراعاتها. وليست الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المهمة، مثل الرعاية السابقة للولادة وبعدها، وفحص سرطان عنق الرحم وعلاجه، والرعاية الإنجابية المساعدة، على سبيل المثال، جزءاً من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)، ولكنها ضرورية كجزء من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة. ويجب التخطيط بشكل تعاوني لإعادة الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية إلى مستوى الأداء الذي كانت عليه قبل الأزمة، والاستفادة من الموارد المتاحة، على النحو الموضح في الشكل 2.

ويجب أن يبدأ التحول إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة بشكل تدريجي بمجرد ضمان توفر حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). وعندما يتغير التخطيط في السياقات الإنسانية من التخطيط قصير الأجل إلى التخطيط طويل الأجل، وبوجه عام، يصبح التحول أكثر فعالية إذا وضع النظام الصحي

2. هل هناك طريقة للوصول إلى نفس النتائج النهائية مع استخدام موارد أقل؟

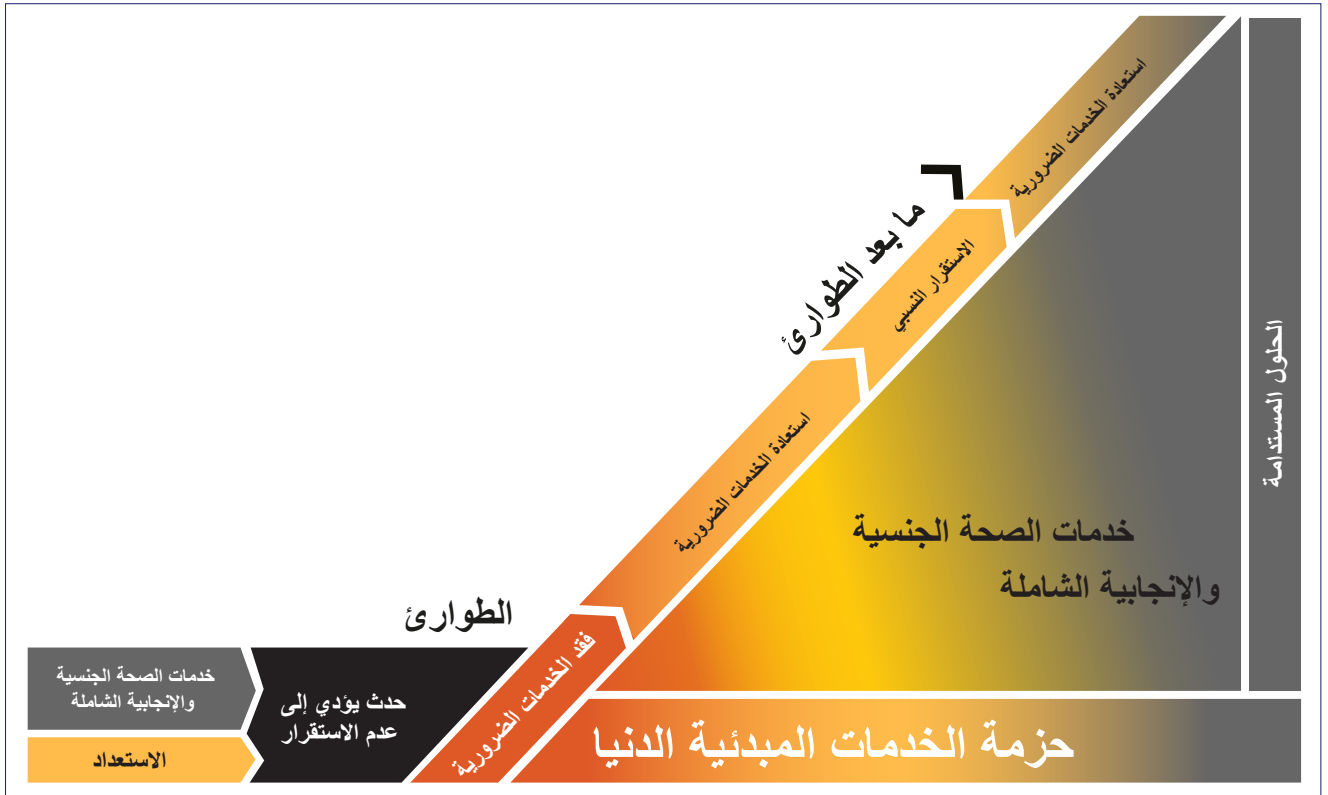
مثال: يفضل بعض الأطباء رؤية نتائج الفحوصات المخبرية و/أو الفحص الهيستولوجي لدعم التشخيص السريري. ومع ذلك، تتطلب حالات الأزمات عدم استخدام مجموعات الاختبار التشخيصية والموارد المخبرية الأخرى إلا عند الضرورة. لذلك، يمكن إدارة العدوى المنقولة جنسيًا باستخدام نهج المتلازمات، حيث أن إدارة مسببات الأمراض لن تؤدي إلا إلى إجراء تغييرات طفيفة على العلاج ولكنها ستضيف الكثير إلى التكاليف وتستغرق وقتًا أطول (أنظر الفصل 6: العدوى المنقولة جنسيًا).

ككل في الاعتبار. ويمكن الاستفادة من الأسئلة التالية في إطار تقييم مدى وجوب تقديم رعاية صحية معينة في بداية الأزمة، أو الإنتظار حتى يصبح الأمر أكثر جدوى:

1. هل هذه الرعاية الصحية تنفذ الأرواح على المدى القصير؟

مثال: لا تُعتبر الرعاية الشاملة قبل الولادة جزءًا من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) للصحة الجنسية والإنجابية لأنها لا تنفذ الحياة على الفور وتستهلك موارد كثيرة. وفي الأزمات الحادة، تبرز الحاجة إلى إيلاء الأولوية للتدخلات التي سيكون لها أكبر تأثير على معدلات الوفيات والمراضة على المدى القصير. ومن الأمور التي سيكون لها تأثير منقذ للحياة التعرف على علامات الخطر أثناء الحمل وتعليم الأفراد والأزواج التعرف على علامات الخطر أثناء المخاض والولادة ولدى الأطفال حديثي الولادة. وبمجرد أن يستقر الوضع، يتم استئناف الرعاية الشاملة السابقة للولادة لأن هذا له تأثير على أمراض ووفيات الأمهات على المدى الطويل.

الشكل 2: الانتقال من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في حالات الطوارئ (الحد الأدنى) إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية (الشاملة) بعد حالات الطوارئ في السياقات الإنسانية



المصدر: مستنسخ/مترجم بإذن من الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG). الدليل الميداني المشترك بين الوكالات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية في الأوضاع الإنسانية. نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)، 2018.

الهدف 6 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

- جوانب بالغة الأهمية يجب وضعها في الاعتبار:
- التواصل بين صناع القرار (بما في ذلك الحكومات على المستوى الوطني) والشركاء المنفذين (أنظر الهدف 1 من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا)
 - توفير التمويل الكافي
 - التنسيق الفعال
 - إدارة سلسلة التوريد
 - إدارة الموارد البشرية
 - المراقبة والتقييم
 - نظام تبادل المعلومات وتقديم ردود الفعل والمساءلة أمام المجتمع المدني المتضرر
 - وضع خطة لاستراتيجية خروج الشركاء في السياقات الإنسانية (الوكالات الدولية)

المصدر: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) [7]

3. هل المتابعة التي تتطلبها هذه الرعاية الصحية متاحة أو ممكنة؟

يتم توفير الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في السياقات الإنسانية في الغالب من خلال العيادات المتنقلة، والتي لا توجد إلا لفترة قصيرة. وفي حالة عدم توفر رعاية المتابعة هذه، فليس من الأخلاقي توفير الرعاية الصحية مثل اختبار فيروس العوز المناعي البشري الذي يتطلب مواعيد متابعة لتقديم نتائج الاختبار والعلاج.

يورد الجدول 2 اللبنات الأساسية الست للنظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية ويقدم أمثلة على أنشطة التقييم والتخطيط لكل لبنة، في سياق التحول مرة أخرى إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة.

الجدول 2. التخطيط لعودة الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة: أمثلة على التقييم والتخطيط لكل لبنة من اللبنات الست للنظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية

لبنة بناء النظم الصحية	عند التخطيط للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة، يجب التعاون مع أصحاب المصلحة في:
تقديم الرعاية الصحية	• تحديد احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية في المجتمع • تحديد المواقع المناسبة لتقديم الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية
القوى العاملة في قطاع الصحة	• تقييم قدرة الموظفين والموظفات • تحديد احتياجات ومستويات التوظيف • تصميم وتخطيط البرامج التدريبية للموظفين والموظفات
نظام المعلومات الصحية	• قم بإدراج معلومات الصحة الجنسية والإنجابية في نظام المعلومات الصحية
السلع الطبية	• تحديد احتياجات السلع الطبية اللازمة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية • تعزيز خطوط إمداد السلع الطبية اللازمة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية
التمويل	• تحديد الإمكانيات التمويلية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية
الحوكمة والقيادة	• مراجعة القوانين والسياسات والبروتوكولات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية • التنسيق مع وزارة الصحة في الدولة المعنية • إشراك المجتمعات المحلية في المساءلة

المصدر: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG) [7].



2.2. مجموعات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات لدعم حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في حالات الأزمات

أنشأ صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) مجموعات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات (IARH) لدعم الإمدادات والخدمات اللوجستية في حالات الطوارئ في بداية الأزمة الإنسانية [3]. والهدف من تصميم مجموعات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات (IARH) البالغ عددها 13 مجموعة، والمجموعة في ثلاث مجموعات أو فئات، هو توفير المعدات الأساسية اللازمة لتنفيذ أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) المحددة (باستثناء المجموعة 0، وهي الإدارة والتدريب). وعلى سبيل المثال، لدعم الأنشطة السريية في الهدف 2 لحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) (منع العنف الجنسي والاستجابة لاحتياجات الناجين والناجيات)، تبعاً للإمكانات، قد تتطلب البيئة الصحية المجموعة 3 (علاج ما بعد الاغتصاب)، المجموعة 8 (إدارة مضاعفات الإجهاض أو الإسقاط)، و/أو المجموعة 9 (الإمدادات اللازمة لإصلاح تمزق عنق الرحم والمهبل وإجراء الفحص المهبلي). تم تطوير مجموعات مماثلة لرعاية حديثي الولادة في حالات الطوارئ ويمكن طلبها من اليونيسف (UNICEF)، ولكل سياق المجموعة التي تناسبه.

1.2.2 العلاقة بين أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) ومجموعات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات (IARH)

كل مجموعة من مجموعات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات (IARH) الـ 13 مجهزة مسبقاً لخدمة عدد تقديري من المستفيدين والمستفيدات لمدة 3 أشهر: تتضمن الفئة 1 مجموعات من 0 إلى 5 لـ 10,000 شخص؛ تتضمن الفئة 2 المجموعات من 6 إلى 10 لـ 30,000 شخص؛ والفئة 3 تتضمن المجموعتين 11 و 12 لـ 150,000 شخص. كما هو موضح في الدليل الميداني الصادر عن الفريق العامل المشترك بين الوكالات [7]. ويمكن تقديم المساعدة في طلب مجموعات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات (IARH) عن طريق مكتب الأمم المتحدة القطري، أو بدلاً من ذلك، الاتصال على البريد الإلكتروني humanitarianSRHsupplies@unfpa.org

وتوجد العديد من الموارد المتاحة للمساعدة في حساب عدد الإمدادات المطلوبة، بما في ذلك حاسبة حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) عبر الإنترنت [37] ودليل مجموعة مجموعات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات [3]. الحد الأدنى من المعلومات المطلوبة هو عدد الأفراد المتضررين.

أولويات الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى لحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP): رعاية الإجهاض الآمن لأقصى حد يسمح به القانون

تشير رعاية الإجهاض الآمن إلى كل من الإدارة الطبية للإجهاض (أي باستخدام الأدوية، أو الميزوبروستول فقط أو مع الميفيبريستون، للإجهاض المحرض، أو الإجهاض غير المكتمل، أو موت الجنين داخل الرحم) والإجهاض الجراحي الآمن أو رعاية ما بعد الإجهاض (أي باستخدام إجراء آمن، مثل الشفط اليدوي بالتخلية). ويجب تمكين جميع النساء اللاتي أجهضن من الحصول على وسائل منع الحمل، بالقدر الممكن. لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 5: رعاية الإجهاض.

يُعتبر الإجهاض غير الآمن من الأسباب التوليدية المباشرة الأربعة الأكثر شيوعاً على مستوى العالم، وتشير التقديرات إلى أنه السبب في 4.7 إلى 13.2 في المائة من وفيات الأمهات [35]. وتشير التقديرات إلى أن 73 مليون حالة إجهاض محرض تحدث سنوياً ونحو 45 في المائة من جميع حالات الإجهاض غير آمنة، منها 97 في المائة تحدث في بلدان منخفضة الموارد [36].

تحدث حالات الحمل غير المرغوب في كل مكان: موقف الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة

يواصل الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة المناصرة وكسب التأييد من أجل رعاية الإجهاض الآمن كجزء من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وضمان إدراجها فيها. وتُعتبر رعاية الإجهاض الآمن عنصراً حاسماً في الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية لتلبية الاحتياجات الأساسية لجميع الأفراد.

وفي السياقات الإنسانية وحالات الأزمات، يجب أن تستمر هذه الإستراتيجية ويجب توفير إمكانية الوصول إلى رعاية الإجهاض الآمن باستخدام نهج قائم على الحقوق.

وتوصي حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) بتوفير رعاية إجهاض عالية الجودة وأمنة لأقصى حد يسمح به القانون. ويتماشى هذا مع قيم ورسالة الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، لضمان تمكين النساء والفتيات من ممارسة حقهن الإنساني في الوصول إلى الإجهاض الآمن كمكوّن أساسي ومتكامل في أي حزمة للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، عندما يحتجن إليها. بغض النظر عما إذا كن يعشن في وضع مستقر أو يعانين من أزمة إنسانية.



3. الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة

مع استقرار أوضاع الأزمة وتعافي النظام الصحي، يجب إعادة دمج الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في نظام الرعاية الصحية الأولية والتوسع في نطاقها لتشمل الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة. ويجب أن تصل الرعاية الصحية إلى الفئات السكانية الأشد فقرًا وتهميشًا.

1.3 التحول من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأساسية بمجرد استقرار الوضع

تهدف مشاريع السياقات الإنسانية التي توفر حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) إلى أن تكون بمثابة تدخلات مؤقتة تلبى احتياجات السكان المتضررين من الأزمات. ومنذ بداية الإستجابة لتلبيتها، من الأهمية بمكان التخطيط لاستراتيجية خروج أو انتقال لضمان توفير رعاية صحية جنسية وإنجابية شاملة (مثل رعاية ما قبل الولادة وبعدها، وأمراض النساء، وما إلى ذلك). ولتحقيق الانتقال السلس، فُكر في الاستدامة مبكرًا، واستشر الشركاء وأصحاب المصلحة بانتظام، وتواصل باستمرار مع الفئات السكانية المتضررة.

من أفضل استراتيجيات الانتقال ما يلي:

- تقييم تحديات الصحة الجنسية والإنجابية على المستوى المحلي وتطوير خطط التسليم، بالتشاور مع وزارة الصحة والشركاء الآخرين بما في ذلك المنظمات المجتمعية. من الأهمية بمكان ضمان إدراج أصوات المجتمعات المهمشة والمحرومة عند تطوير خطة شاملة للصحة الجنسية والإنجابية.
- وعندما تدنو جهود الاستجابة من نهايتها، يجب نقل المواد والمعدات والأدوية والإمدادات المتاحة من برنامج الطوارئ إلى البرنامج العادي. وتستطيع هذه الموارد تعزيز عملية الانتقال السلس وزيادة القدرة على توفير الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأساسية.
- ويجب ضمان رعاية الموظفين والموظفات أثناء عمليات الإستجابة وبعدها.
- التعاون مع الشركاء وتعزيز آلية الإحالة لضمان الوصول إلى أي من مكونات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة التي لا توفرها الجمعيات الأعضاء.
- الاستثمار في مهارات وقدرات الموظفين والموظفات المتاحين لضمان توفير رعاية صحية جنسية وإنجابية شاملة.

4. المساعدة في حالات الأزمات الإنسانية

يتألف الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة من فريق عالمي معني بالسياقات الإنسانية ويتمتع بخبرة في تنفيذ حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في حالات الأزمات ويمكنه تقديم الدعم في الجوانب الأمنية ولوجستيات حالات الطوارئ. يقدم البرنامج الإنساني التابع للإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة نموذجًا متميزًا لدعم الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية في الأزمات. والربط بين العناصر الرئيسية للعمل في السياقات الإنسانية (الوقاية والجاهزية والإستجابة والتعافي والقدرة على الصمود) بالتنمية العادلة طويلة الأجل.

إذا كانت بلدك تعاني من أزمة إنسانية، فقد يستطيع الفريق المعني بالعمل الإنساني تقديم المساعدة. يُرجى الاتصال على humanitarianalert@ippf.org، أو الاتصال بالمسؤول المعني بالسياقات الإنسانية على المستوى الوطني أو الإقليمي.



5. المراجع

- [1] اسفير. دليل اسفير. الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في الإستجابة الإنسانية. متاح على: <https://spherestandards.org/humanitarian-standards/humanitarian-charter/>. تم الوصول بتاريخ 16 أبريل 2020.
- [2] مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية. لمحة العامة عن العمل الإنساني العالمي 2021. جنيف: مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية؛ 2021. متاح على: <https://www.unocha.org/global-humanitarian-overview-2020>. تم الوصول بتاريخ 18 مارس 2022.
- [3] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. مجموعات الصحة الإنجابية المشتركة بين الوكالات الطبعة السادسة – الدليل. متاح على: <https://iawg.net/resources/inter-agency-reproductive-health-kits-6th-edition-manual>. تم الوصول بتاريخ 25 مايو 2021.
- [4] صندوق الأمم المتحدة للسكان. برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. طبعة الذكرى العشرين. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان؛ 2014. متاح على: <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>. تم الوصول بتاريخ 10 أبريل 2020.
- [5] Starrs AM, Ezech AC, Barker G, et al. Accelerate progress sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet. 2018;391(10140):2642–2692.
- [6] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. اللجنة والأعضاء. نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)؛ 2020. متاح على: <https://iawg.net/about/committee-members>. تم الوصول بتاريخ 8 يونيو 2020.
- [7] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. الدليل الميداني المشترك بين الوكالات بشأن الصحة الإنجابية في الأوضاع الإنسانية. نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)؛ 2018. متاح على: <https://iawgfieldmanual.com/manual>. تم الوصول بتاريخ 9 أبريل 2020.
- [8] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. تقييم جاهزية حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). 2020. متاح على: https://fp2030.org/sites/default/files/ready_to_save_lives/MISP_readiness_assessment.pdf. تم الوصول بتاريخ 29 أبريل 2022.
- [9] تنظيم الأسرة 2020. الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. مؤسسة جون سنو. مفوضية النساء اللاجئات. صندوق الأمم المتحدة للسكان. Ready to Save Lives. الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية في حالات الطوارئ. واشنطن. العاصمة؛ 2020. <https://reliefweb.int/report/world/ready-save-lives-preparedness-toolkit-sexual-and-reproductive-health-care-emergencies>. تم الوصول بتاريخ 1 أكتوبر 2021.
- [10] الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة [موقع الويب]. أولوبانا: الإنسانية. متاح على: <https://www.ippf.org/humanitarian>. تم الوصول بتاريخ 19 مارس 2022.
- [11] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. نماذج المعلومات والتثقيف والتواصل (IEC) الشاملة والقابلة للتكيف حول حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)؛ 2016. متاح على: <https://iawg.net/resources/iec-templates-misp>. تم الوصول بتاريخ 12 يوليو 2021.
- [12] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. صحة حديثي الولادة في السياقات الإنسانية: الدليل الميداني. نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)؛ 2018. متاح على: <https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/newborn-health-humanitarian-settings-field-guide/>. تم الوصول بتاريخ 12 يوليو 2021.
- [13] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. مجموعة أدوات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والمراهقات (ASRH) في السياقات الإنسانية: طبعة 2020. نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)؛ 2020. متاح على: <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition>. تم الوصول بتاريخ 12 يوليو 2021.
- [14] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات الأزمات. التوجيه البرنامجي للصحة الجنسية والإنجابية في الظروف الإنسانية والأوضاع الهشة في خلال جائحة كوفيد-19. نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)؛ 2020. متاح على: <https://iawg.net/resources/programmatic-guidance-for-sexual-and-reproductive-health-in-humanitarian-and-fragile-settings-during-covid-19-pandemic>. تم الوصول بتاريخ 12 يوليو 2021.



- [23] Bott S, Guedes A, Claramunt MC, Guezmes A. Improving the Health Sector Response to Gender Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries. نيويورك: الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة/إقليم نصف الكرة الغربي؛ 2010. متاح على: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV_cdbookletANDmanual_FA_FINAL%5b1%5d.pdf. تم الوصول بتاريخ 29 مايو 2020.
- [24] Screening for Gender-Based Violence. لجنة الإنقاذ الدولية. Implementation Guidelines and Recommendations for IRC Programs. نيويورك: لجنة الإنقاذ الدولية (IRC)؛ 2015. متاح على: <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2019/01/GBV-Screening-implementation-guide.pdf>. تم الوصول بتاريخ 29 مايو 2020.
- [25] Establishing external quality. منظمة الصحة العالمية. assessment programmes for screening of donated blood for transfusion-transmissible infections: Implementation guide. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246169>. تم الوصول بتاريخ 21 مارس 2022.
- [26] Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach, second edition. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016. متاح على: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>. تم الوصول بتاريخ 12 فبراير 2020.
- [27] Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach – December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145719>. تم الوصول بتاريخ 20 فبراير 2020.
- [28] منظمة الصحة العالمية. منظمة الأمم المتحدة للطبولة. صندوق الأمم المتحدة للسكان. مجموعة البنك الدولي. شعبة السكان بالأمم المتحدة. الاتجاهات الخاصة بوفيات الأمهات: 2000 إلى 2017. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596>. تم الوصول بتاريخ 9 أبريل 2020.
- [29] صندوق الأمم المتحدة للسكان [موقع الويب]. صحة الأم. مايو 2022. متاح على: <https://www.unfpa.org/maternal-health>. تم الوصول بتاريخ 13 يوليو 2022.
- [15] Guidance note: Using the cluster approach to strengthen humanitarian response. اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC)؛ 2006. جنيف: اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC)؛ 2006. متاح على: <https://www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters/document/iasc-guidance-note-using-cluster-approach-strengthen-humanitarian>. تم الوصول بتاريخ 21 مارس 2022.
- [16] Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women: Evidence Brief. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019. متاح على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329889>. تم الوصول بتاريخ 14 أبريل 2020.
- [17] Guidelines: Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC)؛ جنيف؛ 2015. متاح على: <https://interagencystandingcommittee.org/working-group/iasc-guidelines-integrating-gender-based-violence-interventions-humanitarian-action-2015>. تم الوصول بتاريخ 9 أبريل 2020.
- [18] صندوق الأمم المتحدة للسكان [موقع الويب]. العنف القائم على النوع الاجتماعي. يونيو 2022. متاح على: www.unfpa.org/gender-based-violence. تم الوصول بتاريخ 13 يوليو 2022.
- [19] Holmes R, Bhuvanendra D. Preventing and responding to gender-based violence in humanitarian crises. ورقة الشبكة رقم 77. لندن؛ 2014. HPN/ODI؛ 2014. متاح على: http://odihp.org/wp-content/uploads/2014/02/NP_77_web.pdf. تم الوصول بتاريخ 10 أبريل 2020.
- [20] الإتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. Unseen, Unheard: Gender-based violence in disasters: Global study. جنيف: الإتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر؛ 2015. متاح على: <https://www.ifrc.org/document/unseen-unheard-gender-based-violence-disasters>. تم الوصول بتاريخ 9 أبريل 2020.
- [21] صندوق الأمم المتحدة للسكان. المعايير الدنيا المشتركة بين الوكالات للعنف القائم على النوع الاجتماعي في البرامج المتعلقة بحالات الطوارئ: نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان؛ 2019. متاح على: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/19-200_Minimun_Standards_Report_ENGLISH-Nov.FINAL_.pdf. تم الوصول بتاريخ 29 مايو 2020.
- [22] منظمة الصحة العالمية. الرعاية الصحية للنساء المعرضات للعنف أو العنف الجنسي من العشير: كتيب سريري. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014. متاح على: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 22 أبريل 2020.

1.5 الموارد

مفوضية النساء اللاجئات، الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في الأزمات، برنامج التعلم عن بُعد على حزمة الخدمات المبدئية الدنيا المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية في حالات الأزمات، نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)، 2019. متاح على: <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module>. تم الوصول بتاريخ 9 أبريل 2020.

[30] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. وفيات الأمهات: حقائق رئيسية. 2019. متاح على: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality. تم الوصول بتاريخ 29 مايو 2020.

[31] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في الأزمات، صحة حديثي الولادة في السياقات الإنسانية، نيويورك: اليونيسف، منظمة إنقاذ الطفولة؛ 2018. متاح على: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/NewBornHealthBook-Production2017-V4b-WEB.pdf>. تم الوصول بتاريخ 16 يوليو 2020.

[32] منظمة الصحة العالمية، بيان منظمة الصحة العالمية حول معدلات الولادة القيصرية، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015. متاح على: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf. تم الوصول بتاريخ 15 أبريل 2022.

[33] Saifuddin A, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet*. 2012;380(9837):111–125.

[34] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في الأزمات، Planning for Comprehensive Sexual and Reproductive Health (SRH) in Crisis-Affected Settings، نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)، 2021. متاح على: <https://iawg.net/resources/planning-for-comprehensive-sexual-and-reproductive-health-srh-in-crisis-affected-settings>. تم الوصول بتاريخ 15 يوليو 2021.

[35] Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6):e323–e333.

[36] منظمة الصحة العالمية [موقع الويب]. الإجهاض: حقائق رئيسية. نوفمبر 2021. متاح على: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>. تم الوصول بتاريخ 22 مارس 2022.

[37] الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في الأزمات، حاسبات حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)، نيويورك: الفريق العامل المشترك بين الوكالات (IAWG)، 2019. متاح على: <https://iawg.net/resources/misp-calculator>. تم الوصول بتاريخ 8 يونيو 2020.

العوز المناعي البشري (HIV) طب النساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف
لإجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات المرفق تقديم المشورة منع الحمل
عدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) طب النساء ص
جنسي والعنف القائم على النوع الإجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات
مشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز ال
طب النساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الإجتماعي
تطلبات المرفق تقديم المشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقو
العوز المناعي البشري (HIV) طب النساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف
لإجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات المرفق تقديم المشورة منع الحمل
عدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز المناعي البشري (HIV) طب النساء ص
جنسي والعنف القائم على النوع الإجتماعي السياقات الإنسانية متطلبات
مشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقولة جنسياً فيروس العوز ال
طب النساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الإجتماعي
تطلبات المرفق تقديم المشورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقو
شورة منع الحمل رعاية الإجهاض العدوى المنقو
نساء صحة الأم العنف الجنسي والعنف
المرفق تقديم المشورة منع الحمل
البشري (HIV) طب النساء ص
ماقات الإنسانية متطلبات
جنسياً فيروس العوز ال
لى النوع الإجتماعي
ض العدوى المنقو
جنسي والعنف
ورة منع الحمل
ب النساء ص
بة متطلبات
وس العوز ال
الإجتماعي
وى المنقو
ي والعنف
منع الحمل
النساء ص
متطلبات
وس العوز ال



صادر عن الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة في يوليو 2022
4 Newhams Row, London SE1 3UZ. المملكة المتحدة

هاتف +44 (0)20 7939 8200

فاكس +44 (0)20 7939 8300

الويب www.ippf.org

البريد الإلكتروني info@ippf.org

جمعية خيرية مسجلة في المملكة المتحدة برقم 229476

تويتر: @IPPF

فيسبوك: IPPF Global

انستغرام: IPPF Global

للإستفسارات الإعلامية

يُرجى إرسال بريد إلكتروني إلى media@ippf.org

أو الاتصال على +44 (0)20 7939 8200