الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
الجامعة السورية الخاصة
كلية الطب البشري

استخدام مانعات الحمل لدى مراجعات المراكز الصحية في دمشق ومدى تقبلها وتأثيرها على نمط حياتهن

Contraceptive use among female patients at health centers in Damascus, its acceptance, and its impact on their lifestyle

بحث علمي أُعد لنيل درجة دكتور في الطب البشري M.D

إعداد الطالبة

نعمت ظافر غنام

بإشراف الأُستاذ الدكتور

كنعان صلاح الدين السقا

2025-2024

كلمة الشكر والتقدير والعرفان

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى الجامعة السورية الخاصة لإتاحة الفرصة لإجراء هذا البحث في بيئة علمية متميزة، ولما قدمته من دعم متواصل وموارد قيمة ساهمت في إنجاز الدراسة.

وأخص بالشكر والامتنان الأستاذ الدكتور كنعان صلاح الدين السقا، المشرف العلمي على هذا البحث، على توجيهاته السديدة وإشرافه الدقيق وتشجيعه المستمر، الذي كان له الأثر الكبير في إنجاز هذا العمل بالصورة المثلى.

كما أعرب عن تقديري وامتناني لجميع الأساتذة الأفاضل على ما قدموه من علم وخبرة، ولما أتاحوه من مناقشات غنية وأفكار قيمة ساعدت في صقل هذا البحث.

ولا يفوتني أن أشكر أصدقائي وزملائي ورفاقي على دعمهم المستمر وتشجيعهم ومساندتهم العملية والمعنوية طوال فترة الدراسة، مما ساهم في تجاوز التحديات وتحقيق هذا الإنجاز.

وأخيرًا، أتقدم بالامتنان لكل من ساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في إنجاز هذا البحث، راجيًا أن يكون هذا العمل إضافة علمية مفيدة في مجال البحث العلمي.

الدكتورة: نعمت ظافر غنام

قائمة المحتويات:

قائمة الصور والأشكال: IV
قائمة الجداول: V
الملخص باللغة العربية: VI
الملخص باللغة الإنجليزية: VII
الدراسة النظرية 1
الفصل الأول: المقدمة النظرية 2
1.1. لمحة عامة عن الصحة الإنجابية 2
1.2. أهمية تنظيم الأسرة في الصحة العامة 2
1.3. واقع الصحة الإنجابية في سوريا ودمشق 3
1.4. دور مراكز الرعاية الصحية الأولية في تقديم خدمات تنظيم الأسرة 3
الفصل الثاني: مانعات الحمل – التعريف والتصنيف 4
2.1. تعريف مانعات الحمل 4
2.2. تصنيف مانعات الحمل 4
2.2.1. الوسائل الهرمونية 4
2.2.2. الوسائل غير الهرمونية 8
2.2.3. وسائل منع الحمل الاسعافية 11
الفصل الثالث: فعالية وسلامة مانعات الحمل 12
3.1. معدل الفشل (معدل بيرل) 12
3.2. الاستخدام المثالي مقابل الاستخدام المعتاد 12
3.3. السلامة والمضاعفات المحتملة 13
3.4. مضادات الاستطباب 13
الفصل الرابع: العوامل المؤثرة على استخدام مانعات الحمل 14
4.1. العوامل الاجتماعية والديموغرافية (العمر، التعليم، الحالة الزوجية، عدد الأبناء) 14
4.2. العوامل الثقافية والدينية 14
4.3. المعرفة والمعتقدات الصحية 15
4.4. توافر الخدمات وسهولة الوصول إليها 15
4.5. دور مقدمي الخدمة الصحية والمشورة 15
4.6. تأثير الإعلام ومصادر المعلومات 16
الفصل الخامس: تقبّل مانعات الحمل 16
5.1. مفهوم التقبّل في السياق الصحي 16
5.2. المحددات النفسية والاجتماعية للتقبّل 17

5.3.تجارب النساء في دمشق مع مانعات الحمل 17
5.4. عوائق التقبّل (آثار جانبية، مخاوف صحية، ضغوط اجتماعية) 18
الفصل السابع: الدراسات السابقة 19
7.1. الدراسات العالمية..... 19
7.2. الدراسات العربية 20
7.3. الدراسات السورية..... 21
7.4.الفجوات المعرفية المستخلصة 21
الفصل الثامن: الإطار النظري والمفهومي..... 22
8.1.النماذج المفسّرة للسلوك الصحي..... 22
8.2. الإطار المفاهيمي المقترح للدراسة..... 23
الدراسة العملية 24
أهمية الدراسة: 25
أهداف الدراسة..... 25
الطرائق والمواد:..... 26
النتائج: 29
البيانات الديموغرافية للمشاركات: 29
نوع وسيلة منع الحمل:..... 33
وسائل منع الحمل الهرمونية 33
وسائل منع الحمل غير الهرمونية 33
تقييم جودة الحياة الكلية لدى السيدات:..... 37
متوسط جودة الحياة الكلية لدى السيدات:..... 40
متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف الفئة العمرية:..... 41
متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف التعليم: 42
متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف السكن: 43
متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف العمل: 44
متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف عدد الأطفال: 45
متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف مدة الاستخدام:..... 46
متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف نوع مانع الحمل هرموني أو غير هرموني: 47
المناقشة: 48
الاستنتاجات: 51
التوصيات:..... 52
قيود الدراسة:..... 53
المراجع: 54

قائمة الصور والأشكال:

الشكل 1 حبوب منع الحمل المركبة 5
الشكل 2 الحبوب أحادية الهرمون..... 5
الشكل 3 الحقن الهرمونية لمنع الحمل 6
الشكل 4 لصاقات منع الحمل 6
الشكل 5 الحلقات المهبلية لمنع الحمل 6
الشكل 6 الزرعات تحت الجلد لمنع الحمل 7
الشكل 7 اللولب الهرموني..... 8
الشكل 8 اللولب النحاسي 8
الشكل 9 الواقي الذكري والانثوي 9
الشكل 10 حساب أيام الخصوبة 9
الشكل 11 التعقيم عند الذكر والانثى..... 10
الشكل 12 فهم وسائل منع الحمل الإسعافية 11
الشكل 13 التوزع النسبي للمشاركات حسب الفئة العمرية..... 31
الشكل 14 التوزع النسبي للمشاركات حسب التعليم 31
الشكل 15 التوزع النسبي للمشاركات حسب مكان السكن..... 32
الشكل 16 التوزع النسبي للمشاركات حسب العمل 32
الشكل 17 التوزع النسبي للمشاركات حسب موانع الحمل الهرمونية المستخدمة..... 35
الشكل 18 التوزع النسبي للمشاركات حسب موانع الحمل الغير هرمونية المستخدمة..... 36

قائمة الجداول:

الجدول 1 توزع أفراد العينة وفق خصائصهم الديموغرافية 30

الجدول 2 نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة من قبل المريضات 34

الجدول 3 التوزع النسبي للمريضات حسب نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة 35

الجدول 4 تقييم جودة الحياة الكلية لدى السيدات..... 39

الجدول 5 متوسط جودة الحياة الكلية لدى السيدات..... 40

الجدول 6 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف الفئة العمرية..... 41

الجدول 7 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف التعليم 42

الجدول 8 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف السكن 43

الجدول 9 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف العمل 44

الجدول 10 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف عدد الأطفال 45

الجدول 11 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف مدة الاستخدام..... 46

الجدول 12 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف نوع مانع الحمل هرموني أو غير هرموني..... 47

الملخص باللغة العربية:

الخلفية: تؤثر وسائل منع الحمل على جودة الحياة النفسية، الاجتماعية والجنسية للنساء، ويعتمد تأثيرها على النوع، مدة الاستخدام، والخصائص الديموغرافية.

الطرائق والمواد: أجريت دراسة مقطعية على 502 امرأة مراجعة للمراكز الصحية في دمشق، تم جمع البيانات عن الخصائص الديموغرافية، نوع ومدة استخدام وسائل منع الحمل، وتقييم جودة الحياة باستخدام استبيان موحد.

النتائج: أظهرت النتائج أن 63.9% من النساء يستخدمن وسائل هرمونية و36.1% غير هرمونية. متوسط درجة جودة الحياة الكلية بلغ 67.23 ± 23.88، مع ملاحظة أن ارتفاع المتوسط يعكس انخفاض جودة الحياة. سجلت النساء الأكبر سنًا، المقيمات في المدن، العاملات، ومن لديهن أكثر من ثلاثة أطفال مستويات أعلى في المتوسط. كما ارتبط الاستخدام الطويل والوسائل الهرمونية بانخفاض أكبر في جودة الحياة.

الخلاصة: تظهر النتائج أن جودة الحياة لدى النساء المستخدمات لوسائل منع الحمل تتأثر بعوامل ديموغرافية واجتماعية وصحية، وتبرز الحاجة لتوعية النساء وتقديم خيارات متعددة لمواءمة احتياجاتهن وتحسين نوعية حياتهن.

الكلمات المفتاحية: وسائل منع الحمل، جودة الحياة، النساء، دمشق، موانع الحمل الهرمونية.

الملخص باللغة الإنجليزية:

Background: Contraceptive methods can affect women's psychological, social, and sexual quality of life, and their impact depends on the type, duration of use, and demographic characteristics.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted on 502 women attending health centers in Damascus. Data were collected on demographic characteristics, type and duration of contraceptive use, and quality of life was assessed using a standardized questionnaire.

Results: The results showed that 63.9% of women used hormonal contraceptives and 36.1% used non-hormonal methods. The overall mean quality of life score was 67.23 ± 23.88, noting that higher scores indicate lower quality of life. Women over 40 years, urban residents, employed women, and those with more than three children had higher mean scores. Longer duration of use and hormonal contraceptives were associated with a greater decline in quality of life.

Conclusion: The findings indicate that women's quality of life when using contraceptive methods is influenced by demographic, social, and health factors. There is a need for health education, regular follow-up of side effects, and provision of multiple contraceptive options to suit women's needs and improve their quality of life.

Keywords: Contraceptive methods, quality of life, women, Damascus, hormonal contraception.

الدراسة النظرية

الفصل الأول: المقدمة النظرية

1.1. لمحة عامة عن الصحة الإنجابية

الصحة الإنجابية هي حالة من السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد غياب المرض أو الاعتلال (1).

يشمل هذا المفهوم قدرة الأفراد على الإنجاب وتحديد توقيته وعدد مرات الحمل، بالإضافة إلى الحصول على معلومات وخدمات آمنة ومقبولة ثقافيًا لتمكينهم من اتخاذ قرارات مستنيرة (2).

كما تتضمن الصحة الإنجابية الحماية من الأمراض المنتقلة جنسيًا، والوقاية من المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة، وضمان المساواة في الوصول إلى الرعاية الصحية (3).

1.2. أهمية تنظيم الأسرة في الصحة العامة

تنظيم الأسرة يعد من أهم التدخلات لتحسين الصحة العامة، إذ يساهم في خفض معدلات وفيات الأمهات من خلال المباعدة بين الولادات والحد من الحمل غير المرغوب فيه (4).

كما يحسن من صحة الأطفال عبر تقليل مخاطر الولادة المبكرة ونقص الوزن عند الولادة (5).

ومن الناحية الاقتصادية والاجتماعية، يتيح تنظيم الأسرة للنساء فرصًا أكبر للتعليم والعمل، ويساهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة عبر تعزيز دور المرأة في المجتمع (2).

1.3. واقع الصحة الإنجابية في سوريا ودمشق

شهدت سوريا قبل الأزمة تحسنًا في مؤشرات الصحة الإنجابية، حيث انخفض معدل وفيات الأمهات وارتفع معدل الولادات التي تتم تحت إشراف كوادر صحية مؤهلة (6).

إلا أن الثورة السورية التي اندلعت منذ عام 2011 أدى إلى تراجع في جودة واستمرارية الخدمات، خاصة في المناطق الأكثر تضررًا (1).

في دمشق، ما تزال بعض مراكز الرعاية الصحية الأولية تقدم خدمات تنظيم الأسرة، لكن الإقبال عليها يتأثر بعوامل ثقافية واقتصادية ودينية (3).

1.4. دور مراكز الرعاية الصحية الأولية في تقديم خدمات تنظيم الأسرة

تلعب مراكز الرعاية الصحية الأولية في دمشق دورًا محوريًا في تقديم خدمات تنظيم الأسرة، من خلال الاستشارات الطبية، وتوزيع وسائل منع الحمل، والمتابعة الدورية للآثار الجانبية المحتملة (4).

كما تقدم هذه المراكز برامج تثقيفية توعوية تستهدف النساء والرجال لزيادة تقبل وسائل منع الحمل (5).

إضافة لذلك، تعمل على ضمان توافر الوسائل بالتنسيق مع وزارة الصحة والمنظمات الدولية لضمان استمرارية الخدمة وجودتها (6).

الفصل الثاني: مانعات الحمل – التعريف والتصنيف

2.1. تعريف مانعات الحمل

مانعات الحمل هي وسائل أو طرق تُستخدم لتقليل احتمال حدوث الحمل عبر منع التقاء البويضة بالحيوان المنوي أو إعاقة انغراس البويضة المخصبة في بطانة الرحم (7).

يمكن أن تكون هذه الوسائل دوائية، ميكانيكية، أو سلوكية، وتختلف في آليات عملها وفعاليتها وسهولة استخدامها.

تهدف مانعات الحمل إلى منح النساء والأزواج القدرة على تحديد توقيت الحمل وعدد مرات الإنجاب بما يتوافق مع ظروفهم الصحية والاجتماعية، وتعد أحد مكونات الصحة الإنجابية التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية (8).

2.2. تصنيف مانعات الحمل

يمكن تصنيف وسائل منع الحمل إلى وسائل هرمونية، وسائل غير هرمونية، ووسائل اسعافية، بناءً على آلية عملها ومكوناتها (9).

2.2.1. الوسائل الهرمونية

أ. حبوب منع الحمل المركبة

تحتوي على مزيج من الإستروجين والبروجستين، وتعمل على تثبيط الإباضة وتغيير مخاط عنق الرحم وبطانة الرحم، مما يقلل من فرصة الإخصاب (10).

تؤخذ يوميًا بجرعات ثابتة، وتتميز بفعاليتها العالية عند الاستخدام المنتظم.



الشكل 1 حبوب منع الحمل المركبة

ب. الحبوب أحادية الهرمون

تعتمد على البروجستين فقط، وتُستخدم بشكل خاص عند النساء اللواتي لا يمكنهن تناول الإستروجين، مثل المرضعات أو من لديهن عوامل خطورة قلبية (7). تعمل بشكل أساسي على زيادة لزوجة مخاط عنق الرحم ومنع انغراس البويضة.



الشكل 2 الحبوب أحادية الهرمون

ت. الحقن الهرمونية

تعطى عبر العضل أو تحت الجلد كل 1–3 أشهر، وتحتوي غالبًا على البروجستين طويل المفعول. توفر حماية فعّالة دون الحاجة للاستخدام اليومي، لكنها قد تسبب تغيرات في الدورة الشهرية (11).



الشكل 3 الحقن الهرمونية لمنع الحمل

ث. اللصاقات والحلقات المهبلية

اللصاقة توضع على الجلد وتطلق الهرمونات بجرعات ثابتة لمدة أسبوع، بينما الحلقة المهبلية تُوضع داخل المهبل وتطلق الهرمونات لمدة ثلاثة أسابيع. كلاهما يعملان على تثبيط الإباضة وتغيير مخاط عنق الرحم (9).



الشكل 4 لصاقات منع الحمل



الشكل 5 الحلقات المهبلية لمنع الحمل

ج. الزرعات تحت الجلد

عبارة عن قضيب صغير يزرع تحت جلد الذراع، يطلق البروجستين بجرعات منخفضة لعدة سنوات، ويوفر حماية طويلة الأمد بفعالية عالية جدًا (10).



الشكل 6 الزرعات تحت الجلد لمنع الحمل

ح. اللولب الهرموني

اللولب الهرموني هو وسيلة منع حمل طويلة الأمد تُزرع داخل تجويف الرحم وتحتوي على خزان صغير يفرز هرمون البروجستين بجرعات منخفضة وثابتة يوميًا. يعمل هذا الهرمون على زيادة سماكة مخاط عنق الرحم لمنع مرور الحيوانات المنوية، ويزيد سماكة بطانة الرحم مما يعيق انغراس البويضة. (9)

فعاليته مرتفعة تصل إلى أكثر من 99%، ويمتد مفعوله من 3 إلى 5 سنوات حسب النوع. من مزاياه أنه يقلل من غزارة الطمث وآلام الدورة الشهرية، لكنه قد يسبب اضطرابات مؤقتة في النزف خلال الأشهر الأولى. (9)



الشكل 7 اللولب الهرموني

2.2.2. الوسائل غير الهرمونية

أ. اللولب النحاسي

عبارة عن جهاز صغير يوضع داخل الرحم، يطلق أيونات النحاس التي تعيق حركة الحيوانات المنوية وتمنع الإخصاب، كما قد تمنع انغراس البويضة المخصبة (8).

يتميز بفعالية طويلة الأمد قد تصل إلى 10 سنوات.



الشكل 8 اللولب النحاسي

ب. الواقي الذكري والأنثوي

وسائل حاجزية تمنع وصول الحيوانات المنوية إلى البويضة، وتوفر حماية إضافية من الأمراض المنتقلة جنسيًا، وهي متوفرة وذات تكلفة منخفضة (12).



الشكل 9 الواقي الذكري والانثوي

خ. الطرق التقليدية (العزل، حساب أيام الخصوبة)

تعتمد على الامتناع عن الجماع خلال فترة الإباضة أو سحب العضو الذكري قبل القذف. فعاليتها أقل مقارنة بالوسائل الحديثة وتعتمد بشكل كبير على دقة الالتزام والتوقيت (11).

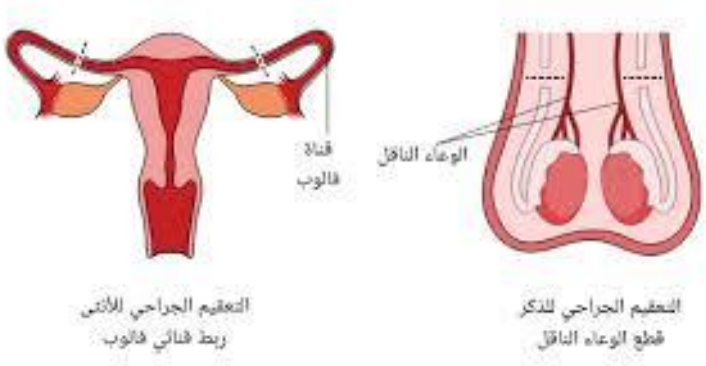


الشكل 10 حساب أيام الخصوبة

د. التعقيم

وسيلة دائمة لمنع الحمل تهدف إلى إيقاف القدرة الإنجابية بشكل نهائي، ويتم ذلك جراحيًا عند الرجال أو النساء. عند النساء، يشمل الإجراء إغلاق أو قطع قناتي فالوب لمنع وصول البويضة إلى الرحم، بينما عند الرجال يتم عبر قطع القناة الناقلة للنطاف لمنع اختلاط الحيوانات المنوية بالسائل المنوي.

يعد التعقيم من أكثر الوسائل فعالية بنسبة تتجاوز 99%، ولا يحتاج إلى أي تدخل لاحق بعد الإجراء. ورغم أنه حل مناسب لمن انتهت رغبتهم في الإنجاب، إلا أنه غير قابل للعكس في معظم الحالات، مما يستدعي دراسة متأنية وموافقة مستنيرة قبل اتخاذ القرار.



الشكل 11 التعقيم عند الذكر والانثى

2.2.3. وسائل منع الحمل الاسعافية

تُستخدم بعد الجماع غير المحمي أو فشل وسيلة منع الحمل، وتشمل الحبوب المحتوية على جرعات عالية من الليفونورجيستريل أو الأوليبريستال، أو تركيب اللولب النحاسي خلال خمسة أيام من الجماع (12).

تعمل على منع أو تأخير الإباضة أو منع انغراس البويضة، وهي أكثر فعالية كلما استُخدمت مبكرًا بعد الجماع.



الشكل 12 فهم وسائل منع الحمل الإسعافية

الفصل الثالث: فعالية وسلامة مانعات الحمل

3.1. معدل الفشل (معدل بيرل)

يُستخدم معدل بيرل لقياس فعالية وسائل منع الحمل، وهو عدد حالات الحمل غير المخطط لها بين 100 امرأة تستخدم الوسيلة لمدة سنة واحدة (13).

كلما كان معدل بيرل أقل، كانت الوسيلة أكثر فعالية. على سبيل المثال، يبلغ معدل الفشل للحبوب المركبة عند الاستخدام المثالي أقل من 1%، بينما قد يصل في الطرق التقليدية مثل العزل إلى أكثر من 20% (14).

يختلف هذا المعدل حسب نوع الوسيلة، التزام المستخدمين، والعوامل البيولوجية الفردية.

3.2. الاستخدام المثالي مقابل الاستخدام المعتاد

الاستخدام المثالي يعني الالتزام الدقيق بتعليمات الوسيلة دون أي خطأ أو نسيان، بينما يعكس الاستخدام المعتاد ظروف الحياة اليومية، حيث قد يحدث نسيان أو سوء استخدام (15).

في الحبوب المركبة، معدل الفشل في الاستخدام المثالي أقل من 1%، لكنه قد يصل إلى 9% في الاستخدام المعتاد (14).

الفارق بين الاستخدامين يبرز أهمية التثقيف الصحي ومتابعة المستخدمين لضمان الفعالية القصوى.

3.3. السلامة والمضاعفات المحتملة

وسائل منع الحمل الحديثة تعتبر آمنة لمعظم النساء، لكن بعضها قد يسبب آثارًا جانبية مثل النزف غير المنتظم، الصداع، تغيرات المزاج، وزيادة الوزن (16).

بعض الوسائل الهرمونية قد تزيد خطر الجلطات الوريدية العميقة أو الانصمام الرئوي، خاصة عند النساء المدخنات فوق سن 35 عامًا (13).

اللولب النحاسي قد يسبب زيادة في كمية الطمث أو ألمًا في الحوض في الأشهر الأولى، لكن معظم هذه الأعراض تتحسن مع الوقت (17).

3.4. مضادات الاستطباب

لكل وسيلة حمل مضادات استطباب مطلقة وأخرى نسبية، مثل الحمل الحالي، أو النزف المهبلي غير المشخص، أو وجود سرطان الثدي النشط كمضاد استطباب مطلق لبعض الوسائل الهرمونية (18).

كما أن وجود أمراض قلبية وعائية أو أمراض كبدية حادة قد يشكل مضاد استطباب نسبيًا لاستخدام بعض الوسائل (16).

تقييم التاريخ الطبي والفحص السريري أمر أساسي قبل وصف أي وسيلة منع حمل لضمان السلامة.

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة على استخدام مانعات الحمل

4.1. العوامل الاجتماعية والديموغرافية (العمر، التعليم، الحالة الزوجية، عدد الأبناء)

تلعب العوامل الديموغرافية دورًا محوريًا في استخدام وسائل منع الحمل. العمر يؤثر على اختيار الوسيلة: النساء الشابات قد يفضلن وسائل قابلة للعكس مثل الحبوب أو اللولب، بينما النساء الأكبر سنًا قد يستخدمن طرقًا طويلة المفعول (19).

التعليم مرتبط بالوعي الصحي وفهم طرق الاستخدام الصحيح، حيث تزيد فرص استخدام الوسائل الفعالة بين النساء المتعلمات (20).

الحالة الزوجية تؤثر على النية في الإنجاب وعدد مرات استخدام الوسيلة، وعدد الأبناء عامل رئيس لتحديد الحاجة إلى التنظيم الأسري (21).

4.2. العوامل الثقافية والدينية

القيم الثقافية والدينية تمثل حاجزًا أو محفزًا لاستخدام وسائل منع الحمل. في بعض المجتمعات، قد يُنظر إلى منع الحمل على أنه مخالف للعادات أو الدين، ما يقلل من القبول (22).

بعض المعتقدات الثقافية تشجع على الإنجاب المبكر أو الكثرة، بينما مجتمعات أخرى تعطي الأولوية للتخطيط الأسري (23). التأثير المجتمعي من العائلة والأصدقاء يلعب دورًا في القرار الفردي.

4.3. المعرفة والمعتقدات الصحية

المعرفة عن وسائل منع الحمل وأنماط استخدامها تؤثر بشكل مباشر على التزام المرأة بالوسيلة المختارة. المعلومات غير الدقيقة أو الشائعات عن الآثار الجانبية تقلل من الاستخدام المنتظم (24).

المعتقدات الصحية الخاطئة حول الهرمونات أو اللولب قد تزيد من معدلات التخلي عن الوسيلة قبل الأوان. برامج التثقيف الصحي والتوعية في المراكز الصحية تقلل من هذه الفجوات المعرفية (25).

4.4. توافر الخدمات وسهولة الوصول إليها

الوصول الجغرافي والاقتصادي للخدمات يعد من أهم العوامل المؤثرة على الاستخدام. قرب المركز الصحي وتوفر وسائل منع الحمل المختلفة يزيد من فرص الاستخدام المنتظم (26).

تكاليف الوسائل قد تمثل عائقًا في بعض الحالات، خصوصًا الوسائل طويلة المفعول مثل اللولب أو الزرعات الهرمونية. ساعات العمل والخصوصية في تقديم الخدمات تؤثر أيضًا على قبول النساء للزيارة والمراجعة (19).

4.5. دور مقدمي الخدمة الصحية والمشورة

تقديم المشورة الفعالة والدعم النفسي من قبل مزودي الخدمة له تأثير كبير على الاستخدام المستمر والآمن للوسائل (27).

توجيه النساء لاختيار الوسيلة المناسبة حسب حالتهن الصحية والاجتماعية يعزز الالتزام. تدريب الطاقم الصحي على التواصل مع النساء بطريقة غير تحكّمية يقلل من التخوفات والشائعات.

الاستماع لمخاوف النساء ومعالجتها يرفع معدلات الرضا والقبول (23).

4.6. تأثير الإعلام ومصادر المعلومات

وسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي أصبحت مصدرًا رئيسيًا للمعلومات عن وسائل منع الحمل. الحملات الإعلامية التوعوية تزيد من معرفة النساء بحقوقهن واختيار الوسيلة المناسبة (28).

بالمقابل، انتشار معلومات مغلوطة عبر الإنترنت قد يضر بالوعي ويؤدي إلى تخلي بعض النساء عن استخدام الوسيلة أو اختيار غير مناسب. الجمع بين الإعلام الرسمي والمشورة المباشرة يعزز الفهم ويقلل المخاطر (25).

الفصل الخامس: تقبّل مانعات الحمل

5.1. مفهوم التقبّل في السياق الصحي

التقبّل الصحي يشير إلى استعداد الفرد لتبني خدمة أو إجراء طبي معين، بما في ذلك استخدام وسائل منع الحمل، ويعكس مدى ارتياح المرأة لفكرة استخدام الوسيلة ومدى التزامها بها (29).

يُعتبر التقبّل مؤشرًا مهمًا لتقييم فعالية برامج الصحة الإنجابية، إذ يؤثر على استمرار الاستخدام والالتزام بالوسيلة (30).

يعتمد التقبّل على الإدراك الشخصي للفائدة مقابل المخاطر، ومدى ثقة المرأة بالمعلومات المقدمة من مقدمي الخدمة الصحية (31).

تساهم بيئة الدعم الاجتماعي، والتواصل مع مقدمي الرعاية، والتجارب السابقة في تعزيز التقبّل أو تقليله (32).

5.2. المحددات النفسية والاجتماعية للتقبّل

تتأثر قدرة المرأة على تقبّل وسائل منع الحمل بعوامل نفسية مثل القلق والخوف من الآثار الجانبية، والمستوى المعرفي حول الوسيلة (33).

من العوامل الاجتماعية المؤثرة: الدعم الأسري، التوافق مع الزوج، وضغط الأصدقاء أو المجتمع (34).

النساء اللاتي يتمتعن باستقلالية نسبية في اتخاذ القرارات يميلن إلى قبول استخدام الوسائل الحديثة بشكل أكبر (35).

كما أن التثقيف الصحي والتدريب على الاستخدام الصحيح يقللان من المخاوف النفسية ويزيدان من رضا المرأة (36).

5.3. تجارب النساء في دمشق مع مانعات الحمل

أظهرت الدراسات المحلية أن تجارب النساء في دمشق تتنوع حسب النوعية والوسيلة المستخدمة، ومستوى الدعم الأسري والاجتماعي (37).

بعض النساء أبدين رضا كبيرًا عن وسائل الهرمونات القابلة للعكس بسبب سهولة الاستخدام، بينما لوحظ تفضيل اللولب للنساء الراغبات في وسائل طويلة المفعول (38).

التجارب السلبية مثل النسيان المتكرر لحبوب منع الحمل أو الشعور بالآثار الجانبية أدت إلى التخلي عن الوسيلة أو تغييرها (39).

الاستشارة المتخصصة في المراكز الصحية حسّنت من رضا النساء وزادت من التزامهن بالوسيلة (40).

5.4. عوائق التقبّل (آثار جانبية، مخاوف صحية، ضغوط اجتماعية)

أحد أبرز العوائق هو القلق من الآثار الجانبية، مثل اضطرابات الدورة الشهرية، زيادة الوزن، أو تغير المزاج، مما يقلل من الرغبة في الاستمرار بالوسيلة (41).

المخاوف الصحية، سواء الحقيقية أو المتصورة، تؤثر على قرار الاستخدام، خاصة لدى النساء اللاتي يعانين من أمراض مزمنة (42).

العوامل الاجتماعية، مثل ضغط الأسرة أو المجتمع، تعتبر عائقًا رئيسيًا أمام تبني الوسيلة بشكل منتظم (43).

بالإضافة إلى ذلك، عدم الثقة بالمصادر الطبية أو انتشار المعلومات المغلوطة يحد من تقبّل الوسائل الحديثة (44).

الفصل السابع: الدراسات السابقة

7.1. الدراسات العالمية

أظهرت الدراسات العالمية المتعلقة باستخدام وسائل منع الحمل أن معدلات الاستخدام تتأثر بمجموعة من العوامل الفردية والاجتماعية والثقافية. وقد بيّنت منظمة الصحة العالمية أن توفر المعلومات الموثوقة حول وسائل منع الحمل، إضافة إلى الدعم العاطفي والاجتماعي من الشريك، يمثلان من العوامل الأساسية في استمرار تبني هذه الوسائل على المدى الطويل (64).

كما أثبتت البحوث أن نموذج المعتقدات الصحية، والذي يقوم على مكونات إدراك قابلية الإصابة، وإدراك خطورة الحالة الصحية، وإدراك الفوائد المتوقعة، والحواجز التي تعيق التغيير، والكفاءة الذاتية، يُعد إطارًا فعالًا لفهم سلوكيات تبني وسائل منع الحمل (65).

وأوضحت دراسات أخرى أن نظرية السلوك المخطط، التي تقوم على أن النية السلوكية تتشكل من المواقف الشخصية تجاه السلوك، والضغط أو الدعم الاجتماعي، والتحكم المتصور في السلوك، تُستخدم بنجاح في التنبؤ بمدى استخدام النساء لوسائل منع الحمل (66،67).

وأظهرت مراجعات منهجية أن الدمج بين نموذج المعتقدات الصحية ونظرية السلوك المخطط يزيد من القدرة التنبؤية بالسلوك الصحي، خاصة في القضايا التي تتداخل فيها القرارات الشخصية مع التأثيرات الاجتماعية (68).

وقد تناولت أبحاث أخرى تأثير وسائل منع الحمل على أنماط الحياة، حيث بينت أن الاستعمال المنتظم والواعي لهذه الوسائل يمكن أن ينعكس إيجابيًا على تنظيم الأسرة، وتحسين الاستقرار الاقتصادي، وتعزيز جودة الحياة (69).

7.2. الدراسات العربية

في العالم العربي، تم إجراء العديد من الدراسات التي ركزت على معدلات استخدام وسائل منع الحمل والعوامل المؤثرة في تبنيها. ففي المملكة العربية السعودية، أظهرت دراسة أن المعرفة الجيدة بوسائل منع الحمل والوعي بفوائدها الصحية يرتبطان بزيادة معدلات استخدامها، وأن العوامل الثقافية والدينية يمكن أن تؤثر على نوع الوسيلة المختارة (70).

وفي الأردن، أظهرت دراسة مبنية على نموذج المعتقدات الصحية أن إدراك النساء للفوائد الصحية والاقتصادية لوسائل منع الحمل أدى إلى ارتفاع ملحوظ في نسب استخدامها (71).

وفي مصر، تم تطبيق نظرية السلوك المخطط لدراسة نوايا الشابات الجامعيات لاستخدام وسائل منع الحمل، وأظهرت النتائج أن المعايير الاجتماعية والتحكم المتصور في السلوك كانا من أقوى محددات النية السلوكية (72،73).

إلا أن هذه الدراسات بينت أيضًا وجود حواجز ثقافية ومفاهيم خاطئة تقلل من قبول بعض أنواع وسائل منع الحمل، مما يستدعي تصميم برامج تثقيفية حساسة للسياق الثقافي العربي (74).

7.3. الدراسات السورية

الدراسات المنشورة في سورية حول استخدام وسائل منع الحمل محدودة، وغالب ما يتوفر هو تقارير إحصائية أو مسوح وطنية. وقد أشار المسح الصحي الأسري لعام 2019 الصادر عن وزارة الصحة السورية إلى أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة في مدينة دمشق بلغت حوالي 43% بين النساء في سن الإنجاب، مع وجود فروق واضحة بين النساء في المناطق الحضرية والنساء في المناطق الريفية (75).

ومع ذلك، فإن الدراسات التي تناولت بشكل أكاديمي تقبل النساء لهذه الوسائل أو تأثيرها على أنماط حياتهن ضمن إطار نظري علمي مثل نموذج المعتقدات الصحية أو نظرية السلوك المخطط لا تزال شبه غائبة. وهذا النقص يعكس فجوة بحثية يمكن أن يساهم هذا البحث في سدها من خلال تقديم تحليل أكاديمي مبني على أسس نظرية.

7.4. الفجوات المعرفية المستخلصة

من خلال مراجعة الدراسات السابقة العالمية والعربية والسورية، يمكن تحديد عدة فجوات معرفية رئيسية.

أولًا، هناك ندرة في الدراسات السورية المنشورة في المجلات العلمية التي توظف أطر نظرية معروفة مثل نموذج المعتقدات الصحية أو نظرية السلوك المخطط لدراسة استخدام وسائل منع الحمل.

ثانيًا، هناك قلة في الدراسات العربية التي تربط بين الاستخدام الفعلي لوسائل منع الحمل ومستوى التقبل لها وتأثيرها على نمط الحياة ضمن إطار واحد متكامل.

ثالثًا، لا توجد دراسات كافية تناولت تحليل الحواجز الثقافية والاجتماعية والنفسية التي قد تعيق استخدام هذه الوسائل، وخاصة في السياق السوري.

رابعًا، تفتقر الأبحاث إلى الدراسات الطولية التي تتابع أثر استخدام وسائل منع الحمل على جودة الحياة على المدى البعيد.

خامسًا، توجد حاجة ملحة لتطوير أدوات قياس مترجمة ومكيفة ثقافيًا لقياس مفاهيم التقبل والنية السلوكية في المجتمع العربي والسوري.

الفصل الثامن: الإطار النظري والمفهومي

8.1. النماذج المفسّرة للسلوك الصحي

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية أحد أقدم وأشهر النماذج النفسية الاجتماعية التي تُستخدم لتفسير السلوكيات الصحية، وهو يقوم على ستة مكونات أساسية: إدراك قابلية الإصابة، وإدراك خطورة الحالة، وإدراك الفوائد المتوقعة من السلوك الصحي، وإدراك الحواجز التي تعيق تطبيق السلوك، والمحرضات التي تدفع إلى العمل، والكفاءة الذاتية في تطبيق السلوك (65).

ويُستخدم هذا النموذج لفهم سلوكيات تبني وسائل منع الحمل من خلال قياس مدى إدراك المرأة للمخاطر الصحية للحمل غير المرغوب فيه، والفوائد المتوقعة من استخدام وسائل منع الحمل، والحواجز المعرفية أو الاجتماعية أو الاقتصادية التي قد تعيق الاستخدام.

أما نظرية السلوك المخطط فهي تفترض أن السلوك الصحي يتأثر بشكل مباشر بالنية السلوكية، وأن هذه النية تتشكل من المواقف الشخصية تجاه السلوك، والمعايير الاجتماعية، ومدى إحساس الفرد بالتحكم في سلوكه (66،67).

وقد أثبتت البحوث أن الجمع بين هذين الإطارين يزيد من القدرة على التنبؤ بالسلوكيات الصحية، بما في ذلك استخدام وسائل منع الحمل، خاصة في البيئات التي تتداخل فيها العوامل الصحية والاجتماعية والثقافية (68،69).

8.2. الإطار المفاهيمي المقترح للدراسة

يقترح هذا البحث إطارًا مفاهيميًا يربط بين ثلاثة مكونات رئيسية هي: الاستخدام الفعلي لوسائل منع الحمل، والتقبل النفسي والاجتماعي لهذه الوسائل، ونمط الحياة الناتج عن استخدامها. في هذا الإطار، يُفترض أن التقبل يشكل حلقة وصل بين العوامل الفردية (مثل العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية) والعوامل البيئية (مثل توفر وسائل منع الحمل، والدعم الاجتماعي، والسياسات الصحية) وبين الاستخدام الفعلي لهذه الوسائل.

كما يُفترض أن نمط الحياة، بما يشمله من تنظيم للإنجاب، واستقرار أسري واقتصادي، وتحسن في الصحة العامة، يمثل النتيجة النهائية لهذا التفاعل. ويعتمد هذا التصور على دمج عناصر من نموذج المعتقدات الصحية ونظرية السلوك المخطط، بما يسمح بدراسة التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للعوامل المعرفية والاجتماعية والثقافية على سلوكيات تبني وسائل منع الحمل.

الدراسة العملية

أهمية الدراسة:

تكتسب دراسة جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى السيدات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل أهمية كبيرة على المستويين الاجتماعي والاقتصادي والصحي. فتنظيم الأسرة والتحكم في الحمل له أثر مباشر على الصحة النفسية والاجتماعية والجنسية للمرأة، كما يؤثر على جوانب حياتها الفيزيولوجية والعائلية.

استخدام وسائل منع الحمل قد يكون مصحوبًا بتغيرات جسمانية ونفسية، بما في ذلك الصداع، الغثيان والقيء، وتشوش الرؤية أو الألم البصري، وهو ما يؤثر بشكل مباشر على جودة الحياة. وعلى الرغم من وجود دراسات عالمية تناولت تأثير وسائل منع الحمل على جودة الحياة، إلا أنه لا توجد دراسات محمية مماثلة في سورية.

لذلك، يمثل هذا البحث إضافة علمية مهمة تساعد الباحثين وممارسي الرعاية الصحية على فهم العلاقة بين وسائل منع الحمل والجوانب المختلفة لجودة الحياة لدى المرأة السورية، بما يشمل البعد النفسي والاجتماعي والجسدي والجنسي والاضطرابات الجانبية، وتقديم التوصيات الملائمة لتحسين الرعاية والدعم الصحي.

أهداف الدراسة

1. تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى السيدات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل.
2. تحديد تأثير نوع ومدة استخدام وسائل منع الحمل على الجوانب النفسية والاجتماعية والجنسية والصحية للمرأة.
3. تقييم الاضطرابات الجانبية المرتبطة باستخدام وسائل منع الحمل، بما في ذلك الصداع، الغثيان والقيء، وتشوش الرؤية أو الألم البصري، وتأثيرها على جودة الحياة.

4. تقديم توصيات عملية لمقدمي الرعاية الصحية حول اختيار الوسائل الأنسب للحفاظ على جودة الحياة وتقليل المضاعفات الجانبية.

5. المساهمة في سد الفجوة البحثية المحلية حول العلاقة بين استخدام وسائل منع الحمل وجودة الحياة في سورية.

الطرائق والمواد:

تصميم الدراسة:

أجريت هذه الدراسة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي بهدف تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى السيدات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل.

مكان وزمان الدراسة:

تم إجراء الدراسة في مشفى الزهراوي – دمشق، خلال شهرَي يونيو ويوليو 2025.

عينة البحث:

شملت الدراسة 502 سيدة تراوحت أعمارهن بين 19 و48 سنة، ممن راجعن مشفى الزهراوي خلال فترة الدراسة. تم استخدام عينة متاحة نوعيًا. كما تم التأكيد على سرية المعلومات وحصلت الباحثة على الموافقة الشفوية من جميع المشاركات قبل جمع البيانات، مع إمكانية الانسحاب في أي وقت دون أي تأثير على تقديم الخدمات الطبية.

أدوات جمع البيانات:

تم جمع البيانات باستخدام الأدوات التالية:

الاستبيان الديموغرافي ووسائل منع الحمل:

الجزء الأول: جمع المعلومات الشخصية والديموغرافية مثل العمر، عدد الأطفال، مكان السكن، المستوى التعليمي، وحالة العمل.

الجزء الثاني: معلومات حول استخدام وسائل منع الحمل (نوع الوسيلة: هرمونية أو غير هرمونية، مدة الاستخدام، طريقة الاستخدام، سبب اختيار الوسيلة).

استبيان جودة الحياة المتعمقة بالصحة (SEC-QOL) مع تعديل:

استُخدم مقياس Sociedad Española de Contracepción (SEC-QOL) المكون من 19 عبارة ذاتية التقييم لتقييم جودة الحياة لدى النساء اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل.

تم تعديل الاستبيان وإضافة 3 أسئلة جديدة لتقييم الاضطرابات الجانبية المرتبطة باستخدام وسائل منع الحمل، وتشمل: الصداع، الغثيان والقيء، تشوش الرؤية أو الألم البصري

يسمح الاستبيان بتقييم خمسة أبعاد: النفسية (4 بنود)، الاجتماعية (3 بنود)، الجنسية (3 بنود)، أعراض الدورة الشهرية (6 بنود)، وأعراض الثدي (3 بند)، بالإضافة إلى البعد الجديد للاضطرابات الجانبية (3 بنود).

يتم تسجيل كل عنصر باستخدام مقياس من 1 إلى 5، حيث تنخفض جودة الحياة مع ارتفاع متوسط النقاط.

إجراءات البحث:

1. حصلت الباحثة على الموافقات الرسمية لإجراء الدراسة في مشفى الزهراوي.
2. تم تطوير الأداة الأولى بناءً على مراجعة الأدبيات الحديثة والدراسات السابقة ذات الصلة.
3. أُجري ترجمة الأداة الثانية (SEC-QOL) إلى العربية وراجعتها لجنة خبراء للتحقق من ملاءمة الترجمة ودقتها.
4. تم إجراء دراسة تجريبية (Pilot Study) على 5% من عينة البحث لتقييم وضوح الاستبيانات وإمكان تطبيقها، وتم تعديل بعض البنود وفق النتائج.
5. تم تقييم ثبات الأداة باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وكانت قيمة الثبات 0.79، مما يشير إلى موثوقية عالية للأداة.
6. جُمعت البيانات بعد شرح مفصل للعبارات الواردة في الاستبيانات وتقديم الدعم اللازم للمشاركات.
7. تم ترميز وتفريغ البيانات وتحليلها باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26، مع استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للوصول إلى النتائج.
8. تم استخدام التحليل الوصفي والاستدلالي بواسطة اختبارات T-Test و One-ANOVA.

النتائج:

البيانات الديموغرافية للمشاركات:

تم تحليل الخصائص الديموغرافية للمشاركات في الدراسة والبالغ عددهن 502 مشاركة. وقد أظهرت النتائج تنوعًا في الفئات العمرية، حيث كانت نسبة المشاركات تحت سن 20 سنة 18.9%، بينما شكلت الفئة العمرية من 20 وحتى 40 سنة 36.5%، والفئة الأكبر من 40 سنة 44.6%، مما يعكس مشاركة واسعة من النساء في مختلف الأعمار.

بالنسبة للمستوى التعليمي، فقد تبين أن غالبية المشاركات حصلن على تعليم ثانوي بنسبة 60.8%، في حين كانت نسبة الحاصلات على تعليم أساسي 20.3%، والحاصلات على تعليم عالي 18.9%. هذا يشير إلى أن أغلب النساء المشاركات في الدراسة يمتلكن مستوى تعليمي متوسط إلى ثانوي.

أما توزيع المشاركات بحسب مكان السكن، فقد كان غالبية النساء من المدينة بنسبة 77.7% مقابل 22.3% من الريف، مما يعكس تمثيلًا أكبر للنساء الحضريات في المراكز الصحية التي شملتها الدراسة.

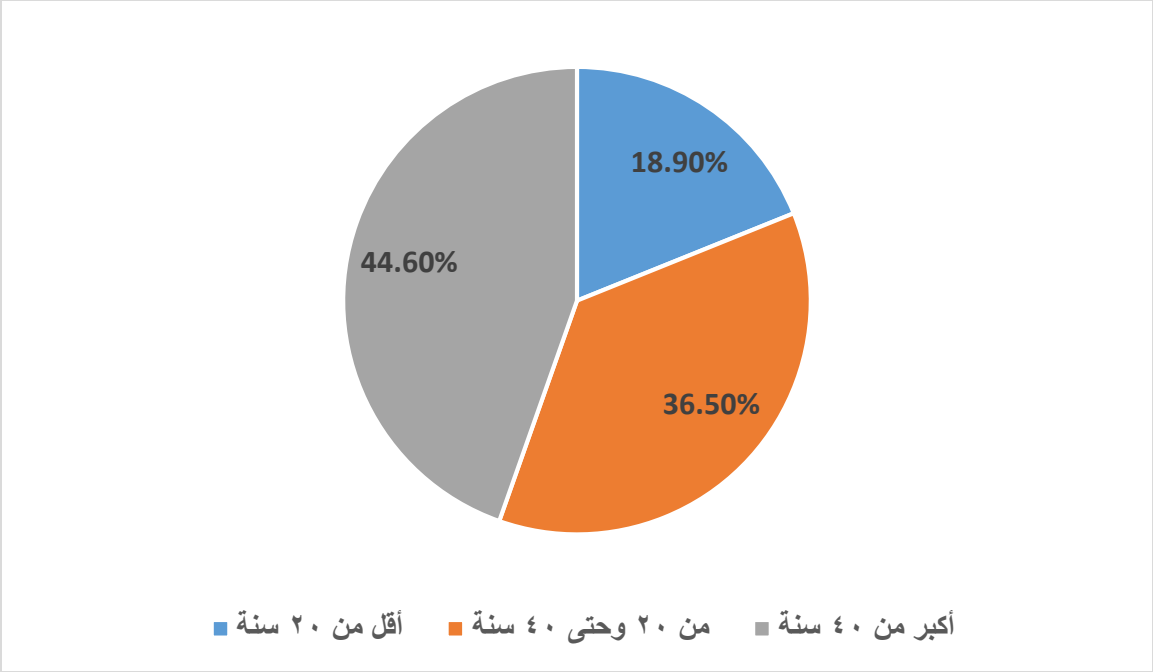
وفيما يتعلق بالعمل، فقد أظهرت النتائج أن 66.1% من النساء يعملن حاليًا، مقابل 33.9% لا يعملن، ما يشير إلى أن أغلب المشاركات ينخرطن في النشاط الاقتصادي، وهو عامل قد يؤثر على اختياراتهن في استخدام وسائل منع الحمل.

أما بالنسبة لعدد الأطفال، فقد تبين أن أغلب النساء لديهن 1–3 أطفال بنسبة 66.5%، بينما شكلت النساء بدون أطفال 16.7% ونسبة النساء اللواتي لديهن 3 أطفال أو أكثر 16.7%، مما يعكس توزيعًا متوازنًا نسبيًا بين مختلف حالات الإنجاب.

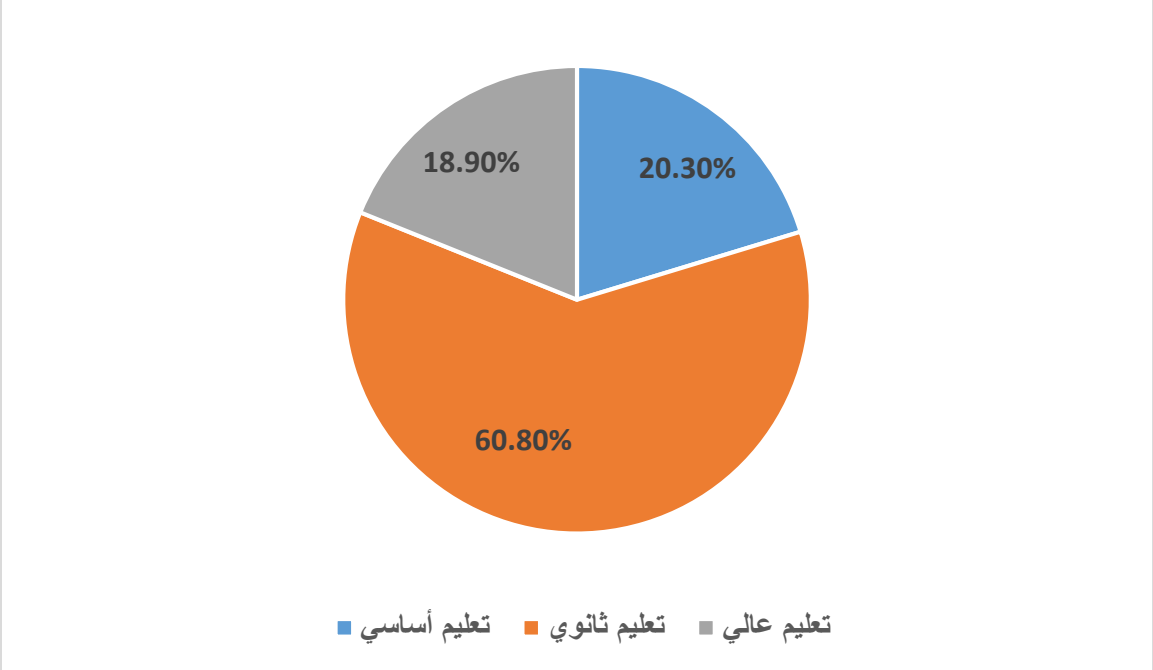
أخيرًا، بالنسبة لمدة استخدام مانع الحمل، فقد كانت 21.7% من النساء قد استخدمن وسائل منع الحمل لمدة تتراوح بين 1–6 أشهر، في حين استخدم 43.2% الوسائل لمدة 7 أشهر إلى سنة، و35.1% أكثر من سنة، ما يشير إلى اعتماد نسبي مستمر على وسائل منع الحمل بين المشاركات

الجدول 1 توزع أفراد العينة وفق خصائصهم الديموغرافية

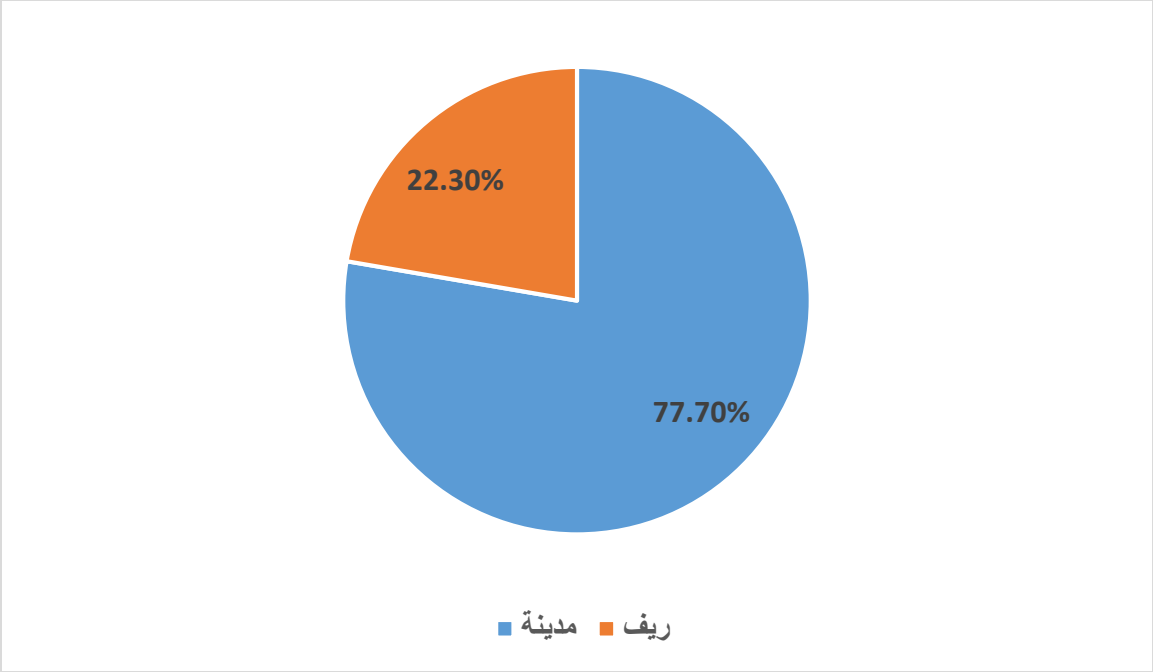
المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
العمر	أقل من 20 سنة	95	%18.9
	من 20 وحتى 40 سنة	183	%36.5
	أكبر من 40 سنة	224	%44.6
المجموع		502	%100
المؤهل العلمي	تعليم أساسي	102	%20.3
	تعليم ثانوي	305	%60.8
	تعليم عالي	95	%18.9
المجموع		502	%100
مكان السكن	مدينة	390	%77.7
	ريف	112	%22.3
المجموع		502	%100
العمل	تعمل	332	%66.1
	لا تعمل	170	%33.9
المجموع		502	%100
عدد الأطفال	لا يوجد	84	%16.7
	1 – 3 أطفال	334	%66.5
	3 أطفال أو أكثر	84	%16.7
المجموع		502	%100
مدة استخدام مانع الحمل	من 1 وحتى 6 أشهر	109	%21.7
	من 7 أشهر وحتى سنة	217	%43.2
	أكثر من سنة	176	%35.1
المجموع		502	%100



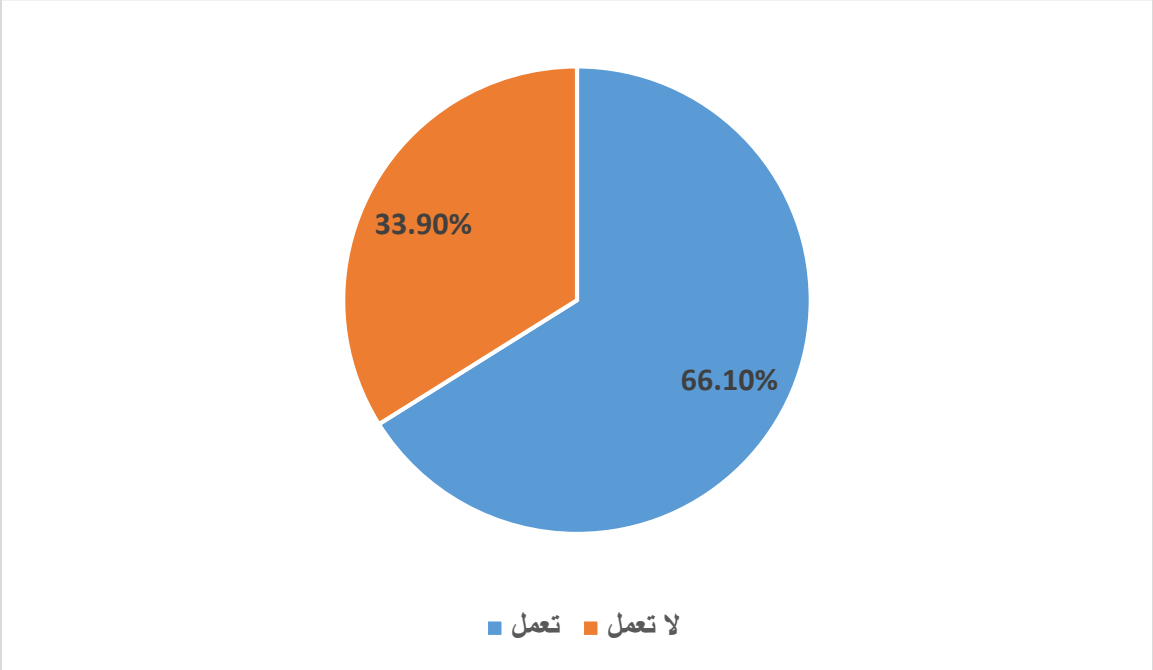
الشكل 13 التوزع النسبي للمشاركات حسب الفئة العمرية



الشكل 14 التوزع النسبي للمشاركات حسب التعليم



الشكل 15 التوزع النسبي للمشاركات حسب مكان السكن



الشكل 16 التوزع النسبي للمشاركات حسب العمل

نوع وسيلة منع الحمل:

أظهرت نتائج الدراسة أن غالبية النساء المشاركات يستخدمن وسائل منع الحمل الهرمونية، حيث بلغت نسبتهم 63.9% (321 مشاركة)، مقابل 36.1% (181 مشاركة) ممن يستخدمن وسائل منع حمل غير هرمونية.

وسائل منع الحمل الهرمونية

تم تحليل توزيع المشاركات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل الهرمونية، وأظهرت النتائج أن أكثر الطرق شيوعًا كانت حبوب منع الحمل المركبة بنسبة 22.3%، تليها اللولب الهرموني بنسبة 15.5%، والحقن العضلية الهرمونية بنسبة 11.6%. أما اللاصقات الهرمونية فكانت مستخدمة بنسبة 6.2%، والغرسات تحت الجلد بنسبة 5.4%، بينما بلغت نسبة استخدام حبوب منع الحمل أحادية الهرمون 3%. يشير هذا التوزيع إلى تفضيل النساء للوسائل الهرمونية التقليدية مثل الحبوب واللولب، مقارنة بالوسائل الحديثة مثل الغرسات واللاصقات.

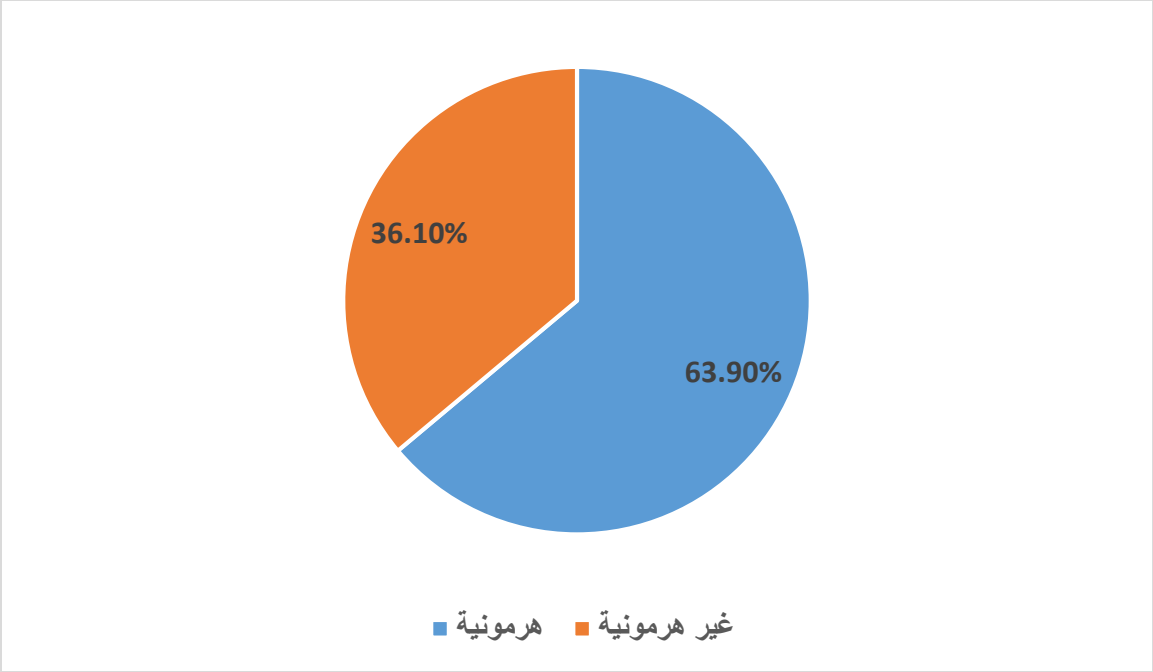
وسائل منع الحمل غير الهرمونية

أما بالنسبة للوسائل غير الهرمونية، فقد كانت أكثر الطرق استخدامًا هي الواقي الذكري بنسبة 2.12%، تليه طرق الجماع المبتور بنسبة 5.8%، والامتناع الدوري بنسبة 5.6%، واللولب النحاسي بنسبة 4.6%. كما استخدمت نسبة أقل من المشاركات الواقي الأنثوي بنسبة 3.2%، والحواجز المهبلية بنسبة 2.8%، بينما كانت نسبة استخدام قاتلات النطاف والتعقيم منخفضة جدًا بنسبة 1% لكلٍ منهما.

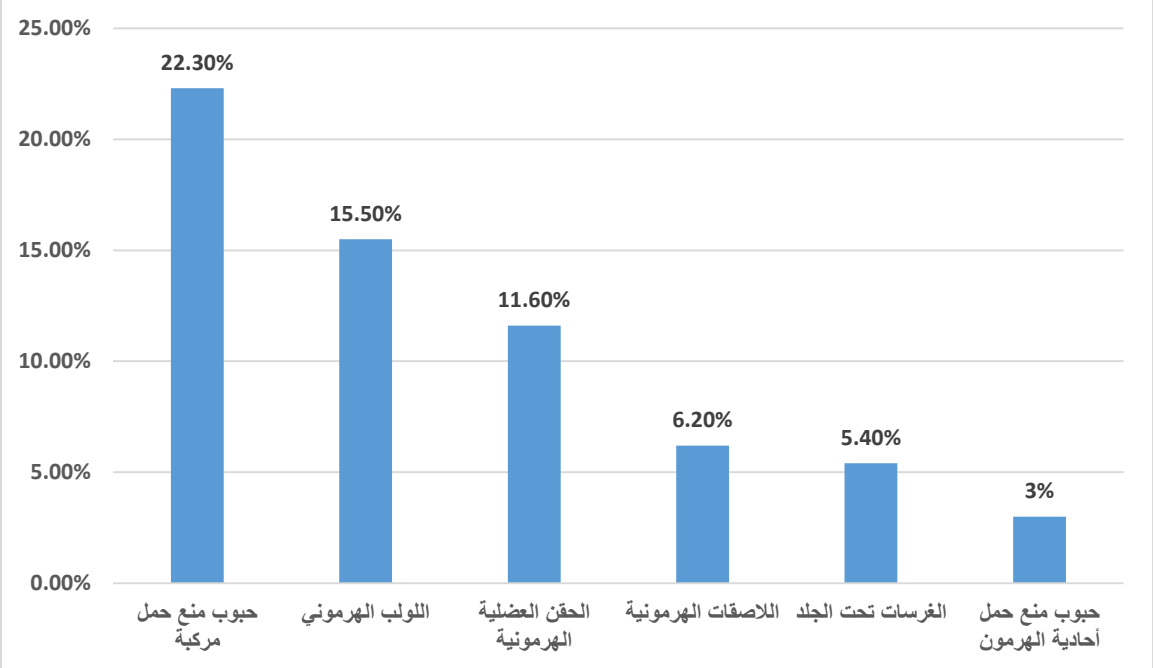
تشير هذه النتائج إلى أن النساء يفضلن الوسائل الهرمونية لما توفره من فعالية عالية وسهولة استخدام، بينما تبقى الوسائل غير الهرمونية أقل استخدامًا، غالبًا بسبب انخفاض الفعالية أو المتطلبات الخاصة بطريقة الاستخدام.

الجدول 2 نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة من قبل المريضات

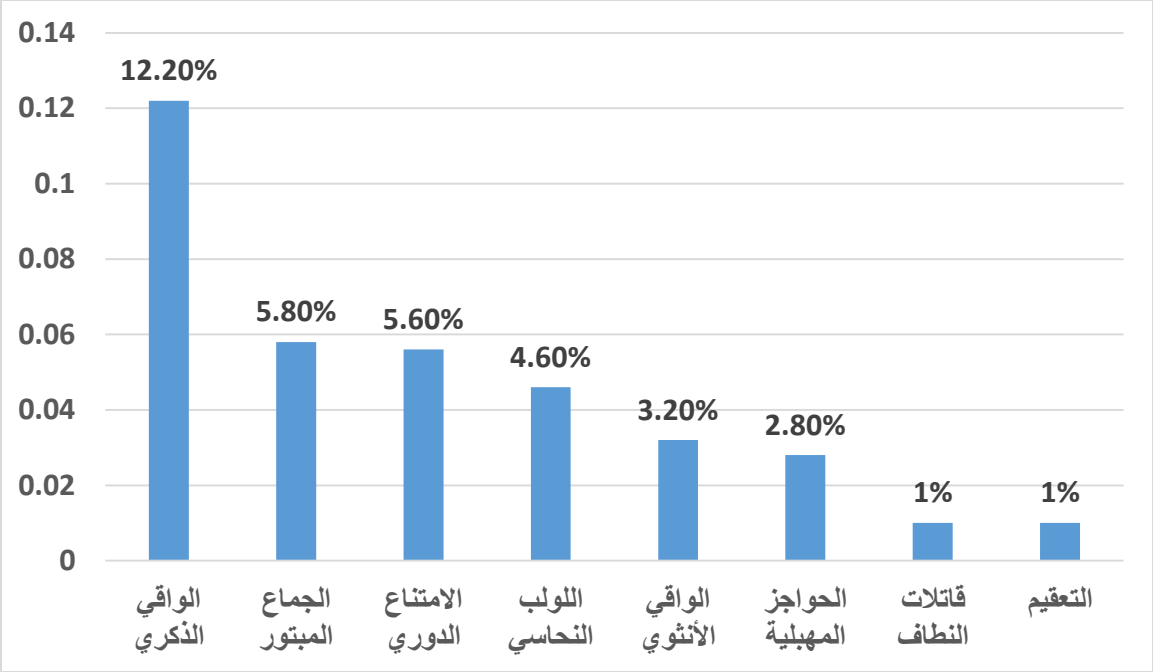
المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
وسيلة منع الحمل	هرمونية	321	%63.9
	غير هرمونية	181	%36.1
المجموع		502	%100
وسائل منع حمل هرمونية	حبوب منع حمل مركبة	112	%22.3
	اللولب الهرموني	78	%15.5
	الحقن العضلية الهرمونية	58	%11.6
	اللاصقات الهرمونية	31	%6.2
	الغرسات تحت الجلد	27	%5.4
	حبوب منع حمل أحادية الهرمون	15	%3
المجموع		321	%63.9
وسائل منع حمل غير هرمونية	الواقي الذكري	61	%12.2
	الجماع المبتور	29	%5.8
	الامتناع الدوري	28	%5.6
	اللولب النحاسي	23	%4.6
	الواقي الأنثوي	16	%3.2
	الحواجز المهبلية	14	%2.8
	قاتلات النطاف	5	%1
	التعقيم	5	%1
المجموع		181	%36.1



الجدول 3 التوزع النسبي للمريضات حسب نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة



الشكل 17 التوزع النسبي للمشاركات حسب موانع الحمل الهرمونية المستخدمة



الشكل 18 التوزع النسبي للمشاركات حسب موانع الحمل الغير هرمونية المستخدمة

تقييم جودة الحياة الكلية لدى السيدات:

تم دراسة تأثير استخدام وسائل منع الحمل على مختلف أبعاد جودة الحياة لدى المشاركات، بما في ذلك البعد النفسي والاجتماعي والجنسي، بالإضافة إلى الأعراض المصاحبة للدورة الشهرية وأعراض الثدي والأعراض الجانبية المرتبطة باستخدام وسائل منع الحمل.

البعد النفسي: أظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من النساء يشعرن بالتوتر والعصبية خلال الأيام التي تسبق الدورة وأول أيامها، حيث كانت نسبة المشاركات اللواتي أبدين موافقة أو موافقة بشدة على الشعور بالتوتر والصعوبة في الصبر 42.7%، والشعور بالعصبية وسرعة الاستثارة 50.8%. كما أشار 51.8% من النساء إلى القلق من اضطرابات هرمونية محتملة. وتشير هذه النتائج إلى أن الأبعاد النفسية تمثل جانبًا مهمًا من تجربة النساء أثناء الدورة الشهرية، خاصة في حالة استخدام وسائل منع الحمل.

البعد الاجتماعي: فيما يخص البعد الاجتماعي، أظهرت النتائج أن 42.8% من النساء لا يفضلن تقليل أنشطتهن خلال فترة الدورة، بينما أبلغت نسبة 48.8% عن تراجع أدائهن في العمل بسبب الانزعاج أو الألم المرتبط بالدورة. كما أفادت 38.8% من النساء بأنهن يمتنعن عن بعض الأنشطة عند تزامن الدورة مع عطلة نهاية الأسبوع. هذه النتائج تشير إلى أن الدورة الشهرية تؤثر على الحياة الاجتماعية والمهنية للنساء بدرجة ملحوظة.

البعد الجنسي: بالنسبة للأبعاد الجنسية، أظهرت النتائج انخفاض الرغبة الجنسية خلال فترة الحيض لدى 43.8% من المشاركات، بينما أبلغت نسبة 44.6% عن الامتناع عن التقارب الجسدي أثناء النزف. كما أبدى 45.2% قلقًا من فشل وسيلة منع الحمل أثناء العلاقة الجنسية. توضح هذه النتائج

أن استخدام وسائل منع الحمل لا يخلو من تأثيرات على الحياة الجنسية، والتي قد تكون مرتبطة بالقلق النفسي أو الأعراض الجسدية للدورة.

أعراض الدورة الشهرية: توزعت الأعراض الجسدية للدورة بشكل واضح بين المشاركات، حيث أبلغ 55% عن ألم في الحوض أو أسفل الظهر قبل بدء الدورة، و48.4% عن انخفاض الطاقة والشعور بالإرهاق، و43.6% عن تعب في الساقين، و42.4% عن انخفاض الرغبة في ممارسة الرياضة أو الأنشطة الحركية. كما أشارت نتائج أخرى إلى شعور بانزعاج في منطقة المبايض والكلى بنسبة تراوحت بين 34.5% و36.5%. هذه النتائج تعكس تأثير الدورة الشهرية على القدرة البدنية والراحة اليومية للنساء.

أعراض الثدي فيما يتعلق بأعراض الثدي، أبلغت نسبة 43.8% عن تصلب الثدي خلال الدورة، بينما أشار 51.6% إلى شعور بزيادة حجم الثدي قبل الدورة، و36.3% لاحظن ازدياد حجم الثدي أثناء فترة النزف. هذه التغيرات الفيزيولوجية تساهم في الانزعاج الجسدي للنساء أثناء الدورة.

الأعراض الجانبية المرتبطة بوسائل منع الحمل: أما الأعراض الجانبية المرتبطة باستخدام وسائل منع الحمل، فقد أظهرت النتائج أن 41.2% من النساء عانين من صداع مستمر أو شديد، و50.8% شعرن بالغثيان المتكرر، و45.2% واجهن تشوشًا في الرؤية أو ألمًا بصريًا. تشير هذه البيانات إلى أن بعض الوسائل قد تسبب أعراضًا جانبية تؤثر على جودة الحياة العامة للنساء.

الجدول 4 تقييم جودة الحياة الكلية لدى السيدات

الأبعاد المدروسة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
البعد النفسي	%	%	%	%	%
أشعر بالتوتر وأواجه صعوبة في الصبر في الأيام التي تسبق الدورة وأول أيامها.	%13.9	%19.9	%23.5	%36.9	%5.8
أشعر بالعصبية وسرعة الاستثارة خلال الأيام التي تسبق الدورة وأول أيامها.	%14.7	%19.1	%15.3	%46	%4.8
عند الدورة، أشعر بتوتر أكبر أثناء العمل.	%18.3	%15.5	%21.3	%40	%4.8
أقلق من احتمال وجود اضطرابات هرمونية.	%11	%22.9	%8.6	%51.8	%5.8
البعد الاجتماعي	%	%	%	%	%
لا أفضل أن أبقى هادئة وأن أقلل من أنشطتي في هذه الفترة.	%15.3	%17.5	%24.3	%38	%4.8
إذا تزامنت الدورة مع عطلة نهاية أسبوع، أمتنع عن القيام بأنشطة بسبب الانزعاج الجسدي.	%8.8	%24.1	%18.3	%38.8	%10
عندما تبدأ الدورة الشهرية، يكون أدائي في العمل أقل بسبب الألم.	%12.9	%17.9	%22.5	%41.8	%4.8
الأبعاد الجنسية	%	%	%	%	%
أشعر بانخفاض في رغبتي الجنسية خلال فترة الحيض، رغم الامتناع عن الجماع.	%14.9	%18.9	%18.5	%43.8	%3.8
أمتنع عن أي تقارب جسدي أو حميمي مع الزوج عند ازدياد النزف أثناء الحيض.	%16.7	%16.1	%16.9	%44.6	%5.6
أقلق من فشل وسيلة منع الحمل التي أستخدمها أثناء العلاقة الجنسية.	%18.5	%15.3	%20.9	%39.6	%5.6
أعراض الدورة الشهرية	%	%	%	%	%
أشعر بألم في الحوض أو في الظهر قبل بدء الدورة الشهرية بعدة أيام.	%23.7	%8.2	%8.4	%55	%4.8
أشعر بانزعاج خفيف في منطقة الكلى قبل بدء الدورة بعدة أيام.	%6.6	%26.3	%26.9	%36.5	%3.8
أشعر بانزعاج في منطقة المبيض خلال الدورة الشهرية.	%9.8	%24.1	%27.9	%34.5	%3.8
تشعر ساقاي بالتعب أكثر في الأيام التي تسبق الدورة وأول أيامها.	%14.5	%15.7	%20.3	%43.6	%5.8
أشعر بأن طاقتي أقل خلال الدورة، وكل شيء يتطلب مني مزيدًا من الجهد.	%20.9	%12	%14.9	%48.4	%3.8
لا أرغب في ممارسة الرياضة أو أي نشاط يتطلب حركة مفاجئة خلال تلك الأيام.	%15.5	%17.3	%19.9	%42.4	%4.8
أعراض الثدي	%	%	%	%	%
تتصلّب ثدياي خلال الدورة الشهرية.	%14.1	%17.7	%18.5	%43.8	%5.8
أشعر أن ثدياي تكبران قبل أيام الدورة الشهرية.	%18.1	%14.7	%13.5	%51.6	%2
يزداد حجم ثدياي أثناء فترة الدورة الشهرية.	%11	%22.9	%23.3	%36.3	%6.6
الأعراض الجانبية	%	%	%	%	%
أعاني من صداع مستمر أو شديد.	%10.2	%24.7	%19.1	%41.2	%4.8
أشعر بالغثيان المتكرر.	%15.5	%19.3	%12.4	%50.8	%2
أواجه تشوشًا في الرؤية أو ألمًا بصريًا.	%11.2	%22.7	%15.3	%45.2	%5.6

متوسط جودة الحياة الكلية لدى السيدات:

أظهرت نتائج الدراسة أن متوسط درجة جودة الحياة الكلية لدى المشاركات بلغ 67.23 ± 23.88 درجة. وبما أن ارتفاع القيم في المقياس المستخدم يعكس انخفاض جودة الحياة، فإن هذا المتوسط يشير إلى أن المستوى العام لجودة الحياة لدى النساء المشاركات يميل إلى الانخفاض المتوسط.

وقد أظهر مجال الثقة 95% أن المتوسط الحقيقي لجودة الحياة يتراوح بين 65.14 و69.32 درجة، مما يعكس استقرار النتائج ودقتها الإحصائية. أما المجال الكلي للقيم فقد تراوح بين 22 كأدنى درجة (ما يشير إلى جودة حياة مرتفعة) و110 كأعلى درجة (ما يشير إلى انخفاض ملحوظ في جودة الحياة). هذا التباين الواسع يعكس وجود اختلافات كبيرة بين المشاركات في تقييم جودة حياتهن، والتي قد تكون مرتبطة بالعوامل الديموغرافية (العمر، التعليم، مكان السكن)، أو بنوع وسيلة منع الحمل ومدة استخدامها، إضافةً إلى الفروق الفردية في الاستجابة الجسدية والنفسية والاجتماعية.

بصورة عامة، تعكس النتائج أن جودة الحياة لدى النساء المستخدمات لوسائل منع الحمل ليست مثالية، بل تميل إلى التراجع بدرجات متفاوتة، وهو ما يستدعي تقييمًا أعمق للعوامل المؤثرة عليها وربطها بخصائص المشاركات.

الجدول 5 متوسط جودة الحياة الكلية لدى السيدات

متوسط جودة الحياة الكلية ± SD	**67.23 ± 23.88 درجة**
مجال الثقة 95%	**65.14 – 69.32 درجة**
مجال المقياس (أكبر – أصغر قيمة)	**22 – 110 درجة**

متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف الفئة العمرية:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط جودة الحياة الكلية بين الفئات العمرية المختلفة (قيمة الاختبار F = 10.219، p = 0.04). وتشير هذه النتيجة إلى أن العمر يمثل عاملًا مؤثرًا على جودة الحياة لدى النساء المستخدمات لوسائل منع الحمل.

فقد كان متوسط جودة الحياة لدى المشاركات الأصغر من 20 سنة هو 49.58 ± 23.08 درجة، وهو ما يعكس مستوى أفضل نسبيًا لجودة الحياة (نظرًا لأن انخفاض القيمة يدل على ارتفاع جودة الحياة). بينما ارتفع المتوسط إلى 53.61 ± 22.03 درجة لدى الفئة العمرية بين 20–40 سنة، مما يدل على تراجع نسبي في جودة الحياة مقارنة بالفئة الأصغر سنًا. أما المشاركات اللواتي تجاوزن عمر 40 سنة فقد سجلن أعلى متوسط (64.63 ± 24.9 درجة)، ما يشير إلى انخفاض أوضح في جودة حياتهن.

تُظهر هذه النتائج وجود اتجاه تصاعدي لقيم مقياس جودة الحياة مع التقدم بالعمر، أي أن جودة الحياة تكون أفضل في الأعمار الأصغر، ثم تتراجع تدريجيًا مع التقدم في العمر. يمكن تفسير ذلك بعدة عوامل، منها: زيادة تراكم الأعباء الأسرية والاجتماعية والمهنية لدى النساء في سن 20–40، إضافة إلى التغيرات الجسدية والهرمونية والمشكلات الصحية الأكثر شيوعًا بعد سن الأربعين، والتي قد تؤثر بشكل سلبي على الحالة النفسية والجسدية والاجتماعية.

الجدول 6 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف الفئة العمرية

الفئة العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار F	الدلالة الإحصائية
أقل من 20 سنة	95	49.58	23.08	10.219	0.04*
من 20 وحتى 40 سنة	183	53.61	22.03		
أكبر من 40 سنة	224	64.63	24.9		

متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف التعليم:

أظهر التحليل الإحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات جودة الحياة باختلاف المستوى التعليمي (قيمة الاختبار $F = 10.203$، $p < 0.001$)، مما يشير إلى أن المستوى التعليمي يعد من العوامل المؤثرة على جودة الحياة لدى النساء المستخدمات لوسائل منع الحمل.

فقد كان متوسط جودة الحياة لدى النساء ذوات التعليم الأساسي 60.36 ± 23.03 درجة، في حين ارتفع المتوسط بشكل ملحوظ لدى النساء ذوات التعليم الثانوي إلى 70.99 ± 22.66 درجة، وهو ما يشير إلى تدنٍ أكبر في جودة حياتهن. أما النساء اللواتي حصلن على تعليم عالٍ فقد سجلن متوسطًا قدره 62.53 ± 26.25 درجة، وهو أفضل نسبيًا من فئة التعليم الثانوي، ولكنه أقل من فئة التعليم الأساسي.

توضح هذه النتائج أن أعلى درجة لانخفاض جودة الحياة ظهرت لدى النساء ذوات التعليم الثانوي، بينما كانت الجودة أفضل نسبيًا عند ذوات التعليم العالي أو الأساسي. قد يُفسر ذلك بأن النساء في مستوى التعليم الثانوي يمثلن الفئة الأكثر انخراطًا في الأعباء الاجتماعية والأسرية والمهنية في سن الشباب، ما ينعكس سلبًا على جودة حياتهن، مقارنةً بذوات التعليم الأساسي اللواتي قد يكن أقل تعرضًا لضغوط مهنية، أو بذوات التعليم العالي اللواتي يمتلكن وعيًا صحيًا أفضل وموارد معرفية تسهم في التكيف مع الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل.

الجدول 7 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف التعليم

التعليم	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار F	الدلالة الإحصائية
تعليم أساسي	102	60.36	23.03	10.203	*0.000
تعليم ثانوي	305	70.99	22.66		
تعليم عالي	95	62.53	26.25		

متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف السكن:

أظهرت نتائج التحليل باستخدام اختبار (T) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات جودة الحياة بين النساء تبعًا لمكان السكن ($T = 5.216$، $p < 0.001$).

فقد بلغ متوسط جودة الحياة لدى النساء المقيمات في المدينة 70.13 ± 23.11 درجة، وهو ما يشير إلى مستوى أقل من جودة الحياة (باعتبار أن ارتفاع القيم يعكس تدني الجودة). في المقابل، كان متوسط جودة الحياة لدى النساء المقيمات في الريف 57.12 ± 23.83 درجة، ما يعكس جودة حياة أفضل نسبيًا.

تشير هذه النتائج إلى أن النساء في المناطق الريفية قد يتمتعن بجودة حياة أعلى مقارنة بالمقيمات في المدن. ويمكن تفسير ذلك بعدة عوامل؛ إذ قد تعاني النساء في المدن من ضغوط مهنية واجتماعية أكبر، إضافة إلى نمط حياة أسرع وأكثر إرهاقًا، الأمر الذي ينعكس سلبًا على جودة حياتهن. بينما قد توفر البيئات الريفية نمط حياة أبسط وأقل إجهادًا، ما يفسر الفروق الإحصائية الملحوظة.

الجدول 8 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف السكن

السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار T	الدلالة الإحصائية
مدينة	390	70.13	23.11	5.216	*0.000
ريف	112	57.12	23.83		

متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف العمل:

أظهر التحليل باستخدام اختبار (T) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات جودة الحياة لدى النساء بحسب حالة العمل (T = 8.361، p = 0.001)، مما يشير إلى أن الوضع الوظيفي يمثل عاملًا مؤثرًا على جودة الحياة.

فقد كان متوسط جودة الحياة لدى النساء العاملات 67.49 ± 25.92 درجة، وهو أعلى (أي جودة حياة أقل) مقارنةً بنظيراتهن غير العاملات اللواتي سجلن متوسطًا قدره 54.61 ± 22.71 درجة، ما يعكس جودة حياة أفضل نسبيًا لديهن.

تشير هذه النتائج إلى أن الانخراط في العمل قد يضيف أعباءً نفسية وجسدية واجتماعية إضافية تؤثر سلبًا على جودة الحياة، خصوصًا في ظل الجمع بين المسؤوليات المهنية والأسرية. في المقابل، قد تستفيد النساء غير العاملات من انخفاض الضغوط الخارجية، مما يمنحهن مستوى أفضل من الراحة النفسية والجسدية ويُحسّن جودة حياتهن.

الجدول 9 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف العمل

العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار T	الدلالة الإحصائية
تعمل	332	67.49	25.92	8.361	*0.001
لا تعمل	170	54.61	22.71		

متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف عدد الأطفال:

أظهر التحليل باستخدام اختبار (ANOVA) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات جودة الحياة وفقًا لعدد الأطفال ($F = 35.38$، $p < 0.001$). وتشير النتائج إلى أن عدد الأطفال يعد من العوامل المؤثرة بقوة على جودة الحياة لدى النساء المستخدمات لوسائل منع الحمل.

فقد سجلت النساء اللواتي ليس لديهن أطفال أدنى متوسط لقيم المقياس (50.08 ± 21.9 درجة)، مما يعكس جودة حياة أفضل نسبيًا. في المقابل، ارتفع المتوسط لدى النساء اللواتي لديهن 1–3 أطفال ليصل إلى (68.8 ± 22.34 درجة)، مما يشير إلى تراجع ملحوظ في جودة الحياة. أما النساء اللواتي لديهن أكثر من 3 أطفال فقد سجلن أعلى متوسط (78.12 ± 23.03 درجة)، وهو ما يعكس انخفاضًا أوضح في جودة حياتهن مقارنة بباقي الفئات.

توضح هذه النتائج وجود علاقة طردية بين زيادة عدد الأطفال وتراجع جودة الحياة، حيث يبدو أن الأعباء الأسرية المتزايدة، بما في ذلك المسؤوليات الاقتصادية والتربوية، تسهم في زيادة الضغوط الجسدية والنفسية والاجتماعية على النساء، مما يؤدي إلى تدنٍ في جودة حياتهن.

الجدول 10 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف عدد الأطفال

عدد الأطفال	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار F	الدلالة الإحصائية
لا يوجد	84	50.08	21.9	35.38	*0.000
1-3 أطفال	334	68.8	22.34		
أكثر من 3 أطفال	84	78.12	23.03		

متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف مدة الاستخدام:

أظهر التحليل باستخدام اختبار (ANOVA) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات جودة الحياة تبعًا لمدة استخدام وسيلة منع الحمل ($F = 41.94$، $p < 0.001$). وتشير النتائج إلى أن طول فترة الاستخدام يرتبط بشكل واضح بانخفاض جودة الحياة.

فقد سجلت النساء اللواتي استخدمن وسيلة منع الحمل لمدة من 1 وحتى 6 أشهر أدنى متوسط للقيم (51.32 ± 23.56 درجة)، ما يعكس جودة حياة أفضل نسبيًا. في حين ارتفع المتوسط بشكل ملحوظ لدى النساء اللواتي استمر استخدامهن من 7 أشهر وحتى سنة ليصل إلى (68.16 ± 22.28 درجة)، مما يشير إلى تراجع في جودة الحياة. أما النساء اللواتي تجاوز استخدامهن أكثر من سنة فقد سجلن أعلى متوسط (75.94 ± 21.02 درجة)، ما يعكس انخفاضًا أوضح في جودة الحياة مقارنة بالفئات الأخرى.

توضح هذه النتائج أن زيادة مدة استخدام وسيلة منع الحمل ترتبط بانخفاض تدريجي في جودة الحياة، وهو ما قد يُعزى إلى تراكم الأعراض الجانبية الجسدية والنفسية والاجتماعية مع استمرار الاستخدام، إضافةً إلى احتمالية ضعف التكيف مع الوسيلة بمرور الوقت.

الجدول 11 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف مدة الاستخدام

مدة الاستخدام	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار F	الدلالة الإحصائية
من 1 وحتى 6 أشهر	109	51.32	23.56	41.94	*0.000
من 7 أشهر وحتى سنة	217	68.16	22.28		
أكثر من سنة	176	75.94	21.02		

متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف نوع مانع الحمل هرموني أو غير هرموني:

أظهر التحليل باستخدام اختبار (T) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات جودة الحياة تبعًا لنوع وسيلة منع الحمل ($T = 34.04$، $p < 0.001$)، مما يؤكد أن نوع الوسيلة يعد عاملًا حاسمًا في التأثير على جودة الحياة.

فقد سجلت النساء اللواتي يستخدمن الوسائل الهرمونية أعلى متوسط للقيم (82.25 ± 11.06 درجة)، وهو ما يشير إلى تدنٍ أكبر في جودة حياتهن. في المقابل، كان متوسط جودة الحياة لدى النساء اللواتي يستخدمن الوسائل غير الهرمونية (40.6 ± 15.92 درجة)، ما يعكس جودة حياة أفضل بكثير مقارنة بنظيراتهن اللواتي يعتمدن على الوسائل الهرمونية.

تشير هذه النتائج إلى أن وسائل منع الحمل الهرمونية ترتبط بتأثيرات سلبية أوضح على جودة الحياة، وهو ما قد يُفسر بالأعراض الجانبية الشائعة المرتبطة بها، مثل الصداع، الغثيان، التقلبات المزاجية، واضطرابات الدورة الشهرية، إضافةً إلى المخاوف المتعلقة بالاضطرابات الهرمونية على المدى الطويل. بينما تبدو الوسائل غير الهرمونية أقل تأثيرًا على جودة الحياة، كونها ترتبط غالبًا بأعراض جانبية محدودة أو عابرة، فضلاً عن أنها لا تؤثر بشكل مباشر على التوازن الهرموني للجسم.

الجدول 12 متوسط جودة الحياة لدى السيدات باختلاف نوع مانع الحمل هرموني أو غير هرموني

نوع موانع الحمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار T	الدلالة الإحصائية
هرمونية	321	82.25	11.06	34.04	*0.000
غير هرمونية	181	40.6	15.92		

المناقشة:

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن متوسط درجة جودة الحياة الكلية لدى السيدات المستخدمات لوسائل منع الحمل بلغ (67.23 ± 23.88) درجة، وهو مستوى مرتفع نسبيًا يشير إلى تراجع جودة الحياة بشكل عام بين المشاركات. وقد أظهر تحليل الأبعاد أن الأعراض النفسية والاجتماعية المرتبطة بالدورة الشهرية مثل التوتر، العصبية، وانخفاض الأداء في العمل كانت من أبرز المحددات السلبية لجودة الحياة، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسات سابقة أثبتت أن التقلبات الهرمونية خلال الدورة الشهرية والاستخدام المزمن لموانع الحمل يرتبطان بزيادة معدلات القلق والتوتر النفسي لدى النساء [76,77].

وعند مقارنة جودة الحياة باختلاف العمر، تبين أن السيدات الأكبر من 40 سنة سجلن أعلى متوسط (64.63 ± 24.9)، مقارنةً بمن هن دون 20 سنة (49.58 ± 23.08)، وهو ما يعكس تدهور جودة الحياة مع التقدم في العمر. قد يكون ذلك مرتبطًا بزيادة المسؤوليات الأسرية والضغوط الصحية والاجتماعية التي تتزايد مع تقدم السن، وهو ما دعمته دراسة أجريت في تركيا، حيث أظهرت النساء الأكبر سنًا مستويات أعلى من القلق والتعب المصاحب لاستخدام وسائل منع الحمل [78].

أما من حيث المؤهل العلمي، فقد سجلت المشاركات من ذوات التعليم الثانوي أقل في جودة الحياة حيث كان متوسط القيمة اعلى (70.99 ± 22.66) مقارنة بالمستوى التعليمي العالي أو الأساسي، وهو يعكس تفاوت تأثير المعرفة والوعي الصحي على التكيف مع استخدام وسائل منع الحمل. وأكدت دراسة إيرانية مماثلة أن المستوى التعليمي المتوسط كان أكثر ارتباطًا بتدهور جودة الحياة لدى مستخدمات وسائل منع الحمل مقارنة بالمستويات الأخرى [79].

وبالنسبة لمكان السكن، فقد بينت النتائج أن السيدات المقيمات في المدن سجلن متوسطًا أعلى (70.13 ± 23.11) مقارنة بالمقيمات في الأرياف (57.12 ± 23.83)، ما يعكس تراجع جودة الحياة في البيئة الحضرية بسبب الضغوط اليومية وسرعة نمط الحياة، بالإضافة إلى احتمالية التعرض الأكبر للأعراض الجانبية أو المخاوف المرتبطة باستخدام الوسائل الهرمونية. وقد دعمت دراسة نيجيرية نتائجنا، حيث لوحظ أن محدودية الدعم الاجتماعي في المدن والمناطق الحضرية تؤثر سلبًا على جودة الحياة [80].

كما بينت النتائج أن السيدات العاملات أظهرن متوسطًا أعلى (67.49 ± 25.92) مقارنة بغير العاملات (54.61 ± 22.71)، وهو ما يعكس انخفاض جودة الحياة لدى النساء العاملات نتيجة الضغوط المهنية والإرهاق المتعلق بالموازنة بين العمل والمسؤوليات الأسرية. وقد أكدت دراسة كورية جنوبية أن النساء العاملات يعانين انخفاضًا في بعض أبعاد جودة الحياة عند استخدام موانع الحمل [81].

ومن ناحية عدد الأطفال، سجلت السيدات اللواتي لديهن أكثر من ثلاثة أطفال أعلى متوسط (78.12 ± 23.03)، مقارنة بمن ليس لديهن أطفال (50.08 ± 21.9)، مما يشير إلى تدهور واضح في جودة الحياة مع زيادة عدد الأطفال. يمكن تفسير ذلك بزيادة الأعباء الأسرية والاجتماعية والاقتصادية، وهو ما يتوافق مع دراسة أجريت في الهند، حيث ارتبط ارتفاع عدد الأطفال بانخفاض مؤشرات جودة الحياة لدى النساء [82].

أما فيما يتعلق بمدة الاستخدام، فقد تبين أن الاستخدام لفترة تزيد عن سنة ارتبط بأعلى متوسط (75.94 ± 21.02) مقارنة بالاستخدام قصير الأمد (51.32 ± 23.56)، ما يعكس انخفاض جودة الحياة

مع زيادة مدة استخدام وسيلة منع الحمل. ويعود ذلك إلى تراكم الأعراض الجانبية على المدى الطويل وتأثيرها النفسي والجسدي على المرأة، وهو ما أكدته دراسة أوروبية، حيث أظهرت النساء اللاتي استمررن باستخدام وسائل هرمونية لفترة طويلة تراجعًا ملحوظًا في جودة الحياة [83].

وأخيرًا، أظهرت النتائج أن النوع المستخدم من وسائل منع الحمل كان من أهم العوامل المؤثرة على جودة الحياة؛ إذ سجلت السيدات المستخدمات لوسائل منع الحمل الهرمونية أعلى متوسط (82.25 ± 11.06)، مقارنة بمن يستخدمن الوسائل غير الهرمونية (40.6 ± 15.92)، وهو ما يعكس تدهور جودة الحياة بشكل أكبر لدى مستخدمات الوسائل الهرمونية. وتدعم دراسة أمريكية هذه النتيجة، حيث ارتبطت الوسائل الهرمونية بزيادة الأعراض الجسدية والنفسية مقارنة بالوسائل غير الهرمونية، مما أدى إلى انخفاض جودة الحياة [84].

بشكل عام، تؤكد نتائج هذه الدراسة أن جودة الحياة لدى النساء المستخدمات لوسائل منع الحمل تتأثر بعدة عوامل ديموغرافية واجتماعية وصحية، أبرزها العمر، التعليم، مكان السكن، العمل، عدد الأطفال، نوع ومدة استخدام وسيلة منع الحمل. وتشير النتائج إلى أهمية التركيز على التوعية الصحية، ومتابعة الأعراض الجانبية، وتوفير خيارات متعددة تناسب ظروف النساء المختلفة بهدف تحسين نوعية حياتهن.

الاستنتاجات:

أجريت هذه الدراسة لتقييم استخدام وسائل منع الحمل لدى مراجعات المراكز الصحية في دمشق وتأثيرها على جودة حياتهن. شملت الدراسة 502 مشاركة، حيث تبين أن 63.9% من النساء يستخدمن وسائل منع حمل هرمونية و36.1% غير هرمونية. أظهرت النتائج أن متوسط درجة جودة الحياة الكلية بلغ 67.23 ± 23.88، مع الإشارة إلى أن ارتفاع المتوسط يعكس انخفاض جودة الحياة. وقد وجد أن جودة الحياة تتأثر بشكل ملحوظ بالعمر، التعليم، مكان السكن، العمل، عدد الأطفال، مدة استخدام الوسيلة، ونوعها. النساء الأكبر سنًا، المقيمات في المدن، العاملات، ومن لديهن أكثر من ثلاثة أطفال سجلن مستويات أعلى في المتوسط، مما يدل على تدهور جودة حياتهن. كما ارتبط الاستخدام الطويل والوسائل الهرمونية بانخفاض أكبر في جودة الحياة مقارنة بالوسائل غير الهرمونية. تؤكد النتائج أهمية متابعة الأعراض الجانبية، وتقديم التوعية الصحية، وتوفير خيارات متعددة من وسائل منع الحمل لتتناسب مع احتياجات النساء وتحسن نوعية حياتهن.

التوصيات:

1. تعزيز التوعية الصحية حول خيارات وسائل منع الحمل المختلفة وطرق استخدامها بشكل صحيح.
2. تقديم استشارات فردية قبل اختيار وسيلة منع الحمل لمراعاة الظروف الصحية والنفسية لكل امرأة.
3. متابعة الأعراض الجانبية للوسائل الهرمونية وغير الهرمونية بانتظام لتقليل تأثيرها على جودة الحياة.
4. توفير وسائل منع الحمل الحديثة في المراكز الصحية الريفية لتقليل الفجوة بين الريف والحضر.
5. تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي للنساء العاملات للتخفيف من تأثير ضغوط العمل على جودة حياتهن.
6. تشجيع الدراسات التثقيفية حول التكيف مع الأعراض الجانبية للوسائل الهرمونية خاصة مع الاستخدام الطويل.
7. تطوير برامج تعليمية تستهدف النساء ذوات التعليم الأساسي لتعزيز معرفتهن بحقوقهن الصحية والإنجابية.
8. متابعة التأثير النفسي والاجتماعي لعدد الأطفال على استخدام وسائل منع الحمل وتحسين استراتيجيات الدعم الأسري.
9. تشجيع النساء على اختيار الوسيلة التي تناسب أسلوب حياتهن وتفضيلاتهن الشخصية لتحقيق رضا أكبر.
10. إجراء دراسات مستقبلية طويلة المدى لمتابعة تأثير استخدام وسائل منع الحمل على جودة الحياة عبر الزمن.

قيود الدراسة:

1. طبيعة الدراسة المقطعية لا تسمح باستنتاج العلاقات السببية بين استخدام وسائل منع الحمل وجودة الحياة.
2. الاعتماد على الاستبيانات الذاتية قد يؤدي إلى تحيز التقرير الذاتي أو المبالغة في وصف الأعراض.
3. تمثل العينة نساء مراجعات المراكز الصحية في دمشق فقط، مما يقلل من قابلية تعميم النتائج على مناطق أخرى.
4. لم يتم تقييم تأثير الحالات الطبية المزمنة أو الأدوية الأخرى على جودة الحياة بشكل مفصل.
5. لم يشمل الاستبيان العوامل النفسية والاجتماعية الموسمية أو الطارئة التي قد تؤثر على جودة الحياة في وقت الدراسة.

المراجع:

1. World Health Organization. Reproductive health. Geneva: WHO; 2020.
2. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. Lancet. 2018;391(10140):2642–92.
3. United Nations Population Fund. State of World Population 2023: 8 Billion Lives, Infinite Possibilities. New York: UNFPA; 2023.
4. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. Lancet. 2012;380(9837):149–56.
5. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. Lancet. 2012;380(9837):111–25.
6. Syrian Arab Republic Ministry of Health. National health strategy 2020–2030. Damascus: MoH; 2020.
7. World Health Organization. Reproductive health and family planning. Geneva: WHO; 2020.
8. United Nations Population Fund. State of World Population 2023. New York: UNFPA; 2023.
9. Trussell J, Guthrie KA. Contraceptive technology. 21st ed. New York: Ayer Company Publishers; 2018.
10. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65(3):1–103.
11. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy DP, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. Contraception. 2011;84(4):363–7.
12. Guttmacher Institute. Contraceptive use in the United States. New York: Guttmacher Institute; 2021.
13. World Health Organization. Contraceptive efficacy. Geneva: WHO; 2021.
14. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397–404.
15. Sundaram A, Vaughan B, Kost K, Bankole A, Finer LB, Singh S, et al. Contraceptive failure in the United States: estimates from the 2006–2010 National Survey of Family Growth. Perspect Sex Reprod Health. 2017;49(1):7–16.
16. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65(3):1–103.
17. Bahamondes L, Bahamondes MV, Monteiro I. Levonorgestrel-releasing intrauterine system: uses and controversies. Expert Rev Med Devices. 2008;5(4):437–45.

18. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. UK medical eligibility criteria for contraceptive use. London: FSRH; 2016.
19. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. Stud Fam Plann. 2014;45(3):301–14.
20. Bongaarts J. Trends in contraception and fertility in developing countries. Popul Dev Rev. 2014;40(2):297–304.
21. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. Lancet. 2006;368(9549):1810–27.
22. Adinma ED, Adinma JIB. Male involvement in family planning decision-making in Nigeria: a review. Int J Fam Med. 2010; 2010:354652.
23. De Coninck Z, et al. Cultural and religious influences on contraceptive use in Africa. BMC Public Health. 2016; 16:897.
24. Ali MM, Cleland J, Shah IH. Causes and consequences of contraceptive discontinuation: evidence from 60 Demographic and Health Surveys. Geneva: WHO; 2012.
25. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet. 2006;368(9543):1284–99.
26. Ross J, Stover J. Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982–2009. Glob Health Sci Pract. 2013;1(2):203–12.
27. WHO. Family planning: a global handbook for providers. 2018 update. Geneva: WHO; 2018.
28. Blanc AK, Tsui AO, Croft TN, Trevitt JL. Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries. Stud Fam Plann. 2009;40(2):71–83.
29. Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
30. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior: theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
31. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Psychol Health. 1998;13(4):623–49.
32. Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. Patient Educ Couns. 1987;10(2):117–38.
33. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179–211.
34. Pashayan N, et al. Social and familial determinants of contraceptive use. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2014;19(2):118–26.
35. Blanc AK, et al. Women's autonomy and reproductive health-care utilization in developing countries. Bull World Health Organ. 2002;80(4):279–88.
36. Sedgh G, Hussain R. Reasons for contraceptive discontinuation in developing countries: a systematic review. Stud Fam Plann. 2014;45(2):103–22.

37. Al-Saleh Y, et al. Family planning practices among women in Damascus: a cross-sectional study. East Mediterr Health J. 2018;24(6):550–58.
38. Khoshnood B, et al. Women's experiences with long-acting reversible contraception in the Middle East. Contraception. 2017;95(5):487–93.
39. El-Kak F, et al. Barriers to contraceptive use among Syrian women. Reprod Health. 2016; 13:109.
40. Roudi-Fahimi F, Ashford L. Family planning and reproductive health in the Middle East and North Africa: a review of programs and policies. Popul Rev. 2008;47(1):1–38.
41. Hall KS, et al. Contraceptive discontinuation and continuation in sub-Saharan Africa: a systematic review. BMC Womens Health. 2017; 17:53.
42. Koenig MA, et al. Contraceptive use in urban areas of developing countries: the influence of health concerns. Stud Fam Plann. 2006;37(3):147–58.
43. Barden-O'Fallon J, et al. Social pressures and contraceptive decision-making in the Middle East. Soc Sci Med. 2011;73(7):1029–36.
44. Marston C, et al. Factors influencing contraceptive use in low- and middle-income countries: a review. Glob Public Health. 2005;1(2):149–72.
45. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, et al., editors. Contraceptive Technology. 21st ed. New York: Ayer Company Publishers; 2018. p. 779–863.
46. Farley TM, et al. Long-term safety of intrauterine devices. Contraception. 2016;93(6):483–90.
47. Westhoff C, et al. Side effects from oral contraceptives: prevalence and impact. Contraception. 2007;75(5):344–50.
48. Curtis KM, et al. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use. MMWR Recomm Rep. 2016;65(RR-3):1–103.
49. Steiner MJ, et al. Psychosocial effects of contraceptive use. Contraception. 2006;73(5):455–64.
50. Kroll-Desrosiers AR, et al. Hormonal contraception and mood changes: systematic review. J Affect Disord. 2018; 235:129–40.
51. Hall KS, et al. Contraceptive counseling and mental health outcomes. Patient Educ Couns. 2013;93(2):311–7.
52. Brittain AW, et al. Contraceptive education and informed choice. J Womens Health. 2015;24(5):422–9.
53. Burrows LJ, et al. Hormonal contraceptives and sexual function: a review. J Sex Med. 2006;3(5):724–36.
54. Higgins JA, et al. Couple communication and contraceptive satisfaction. Perspect Sex Reprod Health. 2010;42(2):79–88.
55. Polis CB, et al. Contraceptive use and sexual satisfaction. Contraception. 2014;90(2):147–55.

56. Mansour D, et al. Effects of contraception on daily life. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2012;17(3):173–84.
57. Moreau C, et al. Contraceptive use and work productivity. Hum Reprod. 2007;22(10):2667–74.
58. Higgins JA, et al. Contraception and quality of life in women. Contraception. 2011;84(5):465–72.
59. Glasier A, et al. Continuing education for contraceptive users. Contraception. 2008;77(3):167–75.
60. WHO. Programming strategies for postpartum family planning. Geneva: World Health Organization; 2013.
61. Lawrence RA. Breastfeeding and contraception: current recommendations. Pediatr Clin North Am. 2007;54(2):443–60.
62. Lopez LM, et al. Progestin-only contraceptives for lactating women. Cochrane Database Syst Rev. 2015;7:CD003362.
63. Cleland K, et al. Postpartum contraception: best practices. Contraception. 2017;95(2):123–31.
64. World Health Organization. Family planning/Contraception. WHO; 2021.
65. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A Decade Later. Health Educ Q. 1984;11(1):1-47.
66. Cherry K. How the Health Belief Model Influences Your Behaviors? Verywell Mind. 2020.
67. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211.
68. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. Health Commun. 2010;25(8):661-669.
69. Hall KS, et al. Contraception and quality of life: a systematic review. Contraception. 2013;87(3):273-284.
70. Alzahrani S, et al. Knowledge, attitude, and practice towards contraception in Saudi Arabia. J Women Health Care. 2018;7(3):2167-0420.
71. Al-Ali N, et al. Health belief model-based educational program to improve contraceptive use among Jordanian women. East Mediterr Health J. 2012;18(9):928-934.
72. El-Shenawi H, et al. Application of the theory of planned behavior in promoting contraceptive use among Egyptian adolescents. J Egypt Public Health Assoc. 2015;90(1):26-31.
73. Khalil SN, et al. Determinants of contraceptive use among Egyptian university students. BMC Public Health. 2019; 19:1136.
74. Ministry of Health – Syria. Family Health Survey 2019. Damascus; 2020.
75. United Nations Population Fund. Contraceptive prevalence and unmet need for family planning in Syria. UNFPA; 2020.

76. Kulkarni S, et al. Contraceptive use and quality of life: a cross-sectional survey. Int J Gynaecol Obstet. 2020;148(1):45-51.
77. Lopez LM, et al. Hormonal contraceptives and mental health: systematic review. Contraception. 2016;94(5):482-497.
78. Cinar N, et al. The effect of contraceptive methods on women's quality of life in Turkey. J Clin Nurs. 2018;27(1-2): e234-e242.
79. Simbar M, et al. Women's satisfaction with contraceptive methods in Iran. BMC Public Health. 2017; 17:803.
80. OlaOlorun F, et al. Contraceptive use, urban-rural differences and quality of life in Nigeria. Stud Fam Plann. 2016;47(3):241-254.
81. Kim M, et al. Employment, contraceptive use, and quality of life among women in South Korea. Women Health. 2019;59(2):123-137.
82. Singh R, et al. Number of children and contraceptive acceptance among Indian women: impact on quality of life. J Popul Res. 2020;37(2):123-140.
83. Gemzell-Danielsson K, et al. Long-term use of contraceptives and women's adaptation: European perspective. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019;24(6):437-444.
84. Higgins JA, et al. Relationship between hormonal and non-hormonal contraception and women's quality of life in the United States. Contraception. 2015;92(5):453-459.