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

مدى معرفة النساء بخطورة الأورام الليفية الرحمية وخياراتها الجراحية

Women's knowledge of the risks of uterine fibroids and their surgical options

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

إعداد الطالبة

لين غزاوي غالب حمد

بإشراف الأُستاذ الدكتور

كنعان صلاح الدين السقا

2025-2024

كلمة الشكر والتقدير والعرفان

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لـ الجامعة السورية الخاصة وكلية الطب البشري على دعمهم المتواصل وتوفير البيئة العلمية المثالية لإنجاز هذا البحث.

كما أود أن أعبر عن خالص امتناني لـ المشرف الدكتور كنعان صلاح الدين السقا على توجيهاته القيمة، وإرشاداته العلمية السديدة، وصبره الدائم خلال مراحل إعداد الدراسة.

وأتوجه بالشكر الجزيل لـ لجنة التحكيم على مراجعتهم الدقيقة وملاحظاتهم البناءة التي ساهمت في تحسين جودة البحث.

كما أعبر عن تقديري لجميع المشاركات في الدراسة على تعاونهن ووقتهن الثمين، ولكل الزملاء والرفاق الذين قدموا الدعم والمساعدة خلال تنفيذ هذا العمل.

الدكتورة: لين غزاوي غالب حمد

المحتويات

قائمة الصور والأشكال: V

قائمة الجداول: VII

الملخص باللغة العربية: VIII

الملخص باللغة الإنجليزية: IX

ملاحظات لجنة التحكيم: X

الدراسة النظرية 11

المقدمة: 12

علم الوبائيات: 14

معدل الحدوث والانتشار عالميًا: 14

الانتشار في العالم العربي وسوريا: 14

عوامل الخطورة: 15

التوزع بحسب الفئة العمرية والحالة الإنجابية 15

البنية والتشريح المرضي 16

التصنيف التشريحي للأورام الليفية: 16

البنية النسيجية والخصائص المورفولوجية 17

النمو والفيزيولوجيا المرضية للورم الليفي 18

المظاهر السريرية 20

الأعراض الشائعة 20

الأعراض الأقل شيوعًا 21

الاختلاطات: 22

التأثير على نوعية الحياة: 23

التشخيص 24

الفحص السريري النسائي 24

الإيكو عبر البطن والمهبل: 25

التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI): 26

التنظير الرحمي والبطني: 27

التشخيص التفريقي مع أورام أخرى: 28

الخيارات العلاجية غير الجراحية 29

المراقبة والانتظار (Watchful waiting): 29

المعالجة الدوائية: 30

خيارات أخرى (الانصمام الشرياني الرحمي، الأمواج فوق الصوتية المركزة): 31

الخيارات الجراحية..... 32
الاستطبابات الجراحية: 32
استئصال الورم الليفي (Myomectomy): 32
استئصال الرحم (Hysterectomy):..... 33
الاستطبابات الخاصة:..... 34
الجانب النفسي والاجتماعي..... 34
أثر الأورام الليفية على الصحة الإنجابية: 34
القلق والخوف من السرطان أو العقم: 34
أثر القرارات الجراحية على الخصوبة والحياة الزوجية:..... 35
نوعية الحياة بعد الجراحة: 35
معرفة النساء ووعيهن الصحي 36
مستوى المعرفة الصحي عامةً حول الأورام النسائية: 36
الدراسات السابقة عن وعي النساء بخصوص الأورام الليفية:..... 36
العوامل المؤثرة في مستوى المعرفة: 37
أهمية التثقيف الصحي في الوقاية من المضاعفات وتحسين القرارات العلاجية:..... 37
الدراسة العملية 38
أهمية الدراسة:..... 39
أهداف الدراسة:..... 39
الطرائق والمواد:..... 39
مجتمع الدراسة وعينة البحث: 39
أداة الدراسة: 40
إجراءات جمع البيانات: 41
الاعتبارات الأخلاقية:..... 41
التحليل الإحصائي:..... 42
النتائج:..... 43
المناقشة:..... 72
الاستنتاجات: 76
التوصيات:..... 76
المراجع:..... 77

قائمة الصور والأشكال:

الشكل 1 حلقات افرازية ذاتية: كيف ترسل الخلايا السرطانية اشاراتها إلى نفسها 18
الشكل 2 المصفوفة خارج الخلية والبروتينات في الأنسجة 19
الشكل 3 المصفوفة خارج الخلية 19
الشكل 4 من الأعراض الشائعة للأورام الليفية الرحمية 20
الشكل 5 أورام ليفية كثيرة ربما تسبب عقم لدى النساء 22
الشكل 6 الفحص السريري عند الاشتباه بوجود ورم ليفي رحمي 24
الشكل 7 صورة ايكو تبين لنا رحم طبيعي ورحم مصاب بورم ليفي رحمي تحت البطانة 25
الشكل 8 صورة رنين مغناطيسي لورم ليفي رحمي 26
الشكل 9 التنظير الرحمي والبطني 27
الشكل 10 صورة رنين مغناطيسي لساركوما عضلية 28
الشكل 11 طبيبة تشرح لمريضتها أنه لا حاجة للعلاج حالياً يكفي ان ننتظر ونراقب عن كثب 29
الشكل 12 الخيارات العلاجية للأورام الرحمية 30
الشكل 13 الانصمام الشرياني الرحمي في معالجة الأورام الليفية 31
الشكل 14 استئصال الرحم عن طريق البطن 33
الشكل 15 استئصال الرحم عن طريق المهبل 33
الشكل 16 استئصال الرحم بالجراحة التنظيرية 33
الشكل 17 التوزع النسبي للمريضات حسب الفئة العمرية 45
الشكل 18 التوزع النسبي للمريضات حسب الحالة الاجتماعية 45
الشكل 19 التوزع النسبي للمريضات حسب المستوى التعليمي 46
الشكل 20 التوزع النسبي للمريضات حسب مكان السكن 46
الشكل 21 التوزع النسبي للمريضات حسب وجود أولاد 47
الشكل 22 التوزع النسبي للمريضات حسب العمل 47
الشكل 23 التوزع النسبي للمريضات حسب مستوى الدخل 48
الشكل 24 التوزع النسبي حسب وجود سوابق أورام ليفية 48
الشكل 25 هل سمعت من قبل عن الأورام الليفية الرحمية 51
الشكل 26 مصادر المعرفة حول الأورام الليفية الرحمية 51
الشكل 27 المعرفة حول ما هي الأورام الليفية 52
الشكل 28 السؤال عن العمر الأشيع لحدوث الورم الليفي الرحمي 52
الشكل 29 السؤال عن شيوع الأورام الليفية 53
الشكل 30 السؤال عن الأعراض التي تسببها الأورام الرحمية 53
الشكل 31 المعرفة بالخيارات العلاجية 56
الشكل 32 المعرفة حول علاج الأورام الليفية الرحمية 56
الشكل 33 نوع العلاج المفضل لدى المريضة في حال أصيبت بورم ليفي رحمي 58
الشكل 34 أكثر ما يقلق المريضة في حال استئصال الرحم 59
الشكل 35 هل ترغبين بالمشاركة بشكل كامل في قرار العلاج أم تفضلين اتباع توصية الطبيب فقط 59
الشكل 36 اذا تم تشخيصك بورم ليفي رحمي، ما مستوى القلق الذي تشعرين به 60
الشكل 37 التقييم العام حول وعي النساء 62
الشكل 38 أي مصدر تثقين فيه أكثر للحصول على معلومات عن الأورام الليفية 62
الشكل 39 العلاقة بين درجة المعرفة والفئة العمرية 64
الشكل 40 العلاقة بين درجة المعرفة والحالة الاجتماعية 65
الشكل 41 العلاقة بين درجة المعرفة والمستوى التعليمي 66

الشكل 42 العلاقة بين درجة المعرفة ومكان السكن 67
الشكل 43 العلاقة بين درجة المعرفة ووجود أولاد..... 68
الشكل 44 العلاقة بين درجة المعرفة ومستوى الدخل..... 69
الشكل 45 العلاقة بين درجة المعرفة ووجود أمراض نسائية سابقة 70
الشكل 46 العلاقة بين درجة المعرفة ووجود ورم ليفي لدى أحد الأقارب..... 71

قائمة الجداول:

الجدول 1 المعلومات الديموغرافية لدى المريضات 44
الجدول 2 المعرفة العامة عن الأورام الليفية 50
الجدول 3 المعرفة بخيارات العلاج 55
الجدول 4 المواقف الشخصية حول علاج الورم الليفي 58
الجدول 5 التقييم العام حول وعي النساء 61
الجدول 6 متوسط نسبة المعرفة لدى المشاركات 63
الجدول 7 درجات المعرفة لدى المشاركات 63
الجدول 8 العلاقة بين درجة المعرفة والفئة العمرية 64
الجدول 9 العلاقة بين درجة المعرفة والحالة الاجتماعية 65
الجدول 10 العلاقة بين درجة المعرفة والمستوى التعليمي 66
الجدول 11 العلاقة بين درجة المعرفة ومكان السكن 67
الجدول 12 العلاقة بين درجة المعرفة ووجود أولاد 68
الجدول 13 العلاقة بين درجة المعرفة ومستوى الدخل 69
الجدول 14 العلاقة بين درجة المعرفة والسوابق لدى المريضات 70

الملخص باللغة العربية:

الخلفية: الأورام الليفية الرحمية تعد من أكثر الأورام الحميدة شيوعًا لدى النساء في سن الإنجاب، وقد تؤثر سلبًا على الخصوبة والحمل ونوعية الحياة. إلا أن مستوى وعي النساء ومواقفهن تجاه هذه الأورام وخيارات علاجها ما يزال متفاوتًا في العديد من المجتمعات.

طرائق ومواد: أُجريت دراسة مقطعية شملت (404) امرأة، باستخدام استبيان مُعد مسبقًا تضمن بيانات ديموغرافية، ومعرفة عامة عن الأورام الليفية، والمواقف تجاه خيارات العلاج. جرى تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS v26 مع الاعتماد على التوزيعات التكرارية، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية.

النتائج: بلغ متوسط نسبة المعرفة 42.56% ± 22.49% مع مجال ثقة 95% بين 40.3% و44.7%، وتراوحت نسب المعرفة الفردية بين 22% و100%. شكّلت فئة المعرفة المنخفضة النسبة الأكبر (61.9%)، تلتها المتوسطة (31.4%) ثم الجيدة (6.7%).

لوحظت علاقات هامة إحصائيًا بين درجة المعرفة وكل من العمر (P=0.016)، الحالة الاجتماعية (P=0.024)، المستوى التعليمي (P=0.026)، مكان السكن (P=0.011)، ومستوى الدخل (P=0.038)، في حين لم تُسجل علاقة هامة مع وجود أولاد أو سوابق نسائية شخصية أو عائلية (P>0.05)

الخلاصة: تُظهر الدراسة أن المعرفة حول الأورام الليفية بين النساء ما تزال متوسطة إلى منخفضة، وتتأثر بشكل هام إحصائيًا بعوامل التعليم، السكن، والدخل. توصي الدراسة بضرورة تعزيز التثقيف الصحي النسائي وتضمين موضوع الأورام الليفية في برامج الرعاية الأولية والتوعية المجتمعية لتحسين الكشف المبكر والتدبير السليم.

الكلمات المفتاحية: لأورام الليفية الرحمية، الوعي الصحي، استئصال الرحم، مشاركة المريضات، الصحة النسائية.

الملخص باللغة الإنجليزية:

Background: Uterine fibroids are among the most common benign tumors in women of reproductive age and may negatively affect fertility, pregnancy outcomes, and quality of life. However, women's awareness and attitudes toward these tumors and their treatment options remain variable in many communities.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted including 404 women, using a pre-designed questionnaire that collected demographic data, general knowledge about uterine fibroids, and attitudes toward treatment options. Data were analyzed using SPSS v26, relying on frequency distributions, means, and standard deviations.

Results: The mean knowledge score among participants was 42.56% ± 22.49%, with a 95% confidence interval ranging from 40.3% to 44.7%. Individual knowledge levels ranged from 22% to 100%. The low knowledge category represented the majority (61.9%), followed by moderate knowledge (31.4%) and high knowledge (6.7%).

Statistically significant relationships were found between the level of knowledge and age (P=0.016), marital status (P=0.024), educational level (P=0.026), place of residence (P=0.011), and income level (P=0.038). No statistically significant associations were observed with having children or a personal/family history of gynecological disorders (P>0.05).

Conclusion: This study demonstrates that knowledge about uterine fibroids among women remains moderate to low and is significantly influenced by educational level, residence, and income. These findings highlight the need to enhance women's health education and integrate information about uterine fibroids into primary healthcare and community awareness programs to improve early detection and appropriate management.

Keywords: Uterine fibroids, Health awareness, Hysterectomy, Patient participation, Women's health

ملاحظات لجنة التحكيم:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الدراسة النظرية

المقدمة:

تُعدّ الأورام الليفية الرحمية (Uterine fibroids) من أكثر الأورام الحميدة شيوعًا لدى النساء في سن الإنجاب، إذ تشير التقديرات إلى أن ما يقارب 70–80% من النساء قد يصبن بها قبل بلوغ سن الخمسين، وغالبًا ما تكون لا عرضية وتُكتشف صدفة أثناء الفحوص الروتينية أو الاستقصاءات الشعاعية لأسباب أخرى (1). ورغم الطبيعة الحميدة لهذه الأورام، فإنها تكتسب أهمية سريرية كبيرة نظرًا لتأثيرها المباشر على صحة المرأة الإنجابية والنفسية والاجتماعية، إضافةً إلى عبئها الاقتصادي على الأنظمة الصحية (2).

إن خطورة الأورام الليفية تكمن في قدرتها على إحداث أعراض متنوعة تتراوح بين النزف الرحمي الغزير، واضطرابات الدورة الشهرية، وآلام الحوض المزمنة، وصولًا إلى تأثيرها السلبي على الخصوبة، حيث يمكن أن تُسبب الإجهاض المتكرر أو العقم نتيجة تشويه جوف الرحم أو الضغط على قناتي فالوب (3). وتبرز أهمية هذه الأورام أيضًا من خلال تأثيرها على نوعية الحياة، إذ تعاني العديد من النساء من الإرهاق الناتج عن فقر الدم المزمن، إضافةً إلى القلق المرتبط باحتمال الحاجة إلى تدخل جراحي قد يصل إلى استئصال الرحم وما يترتب عليه من آثار جسدية ونفسية (4).

من منظور الصحة العامة، تشكل الأورام الليفية عبئًا واضحًا على الخدمات الطبية، حيث تُعدّ أحد أهم الأسباب المؤدية إلى استئصال الرحم في العالم، وهو الإجراء الأكثر شيوعًا في جراحة النساء بعد العمليات القيصرية (5). كما ترتبط هذه الأورام بزيادة الاستشارات الطبية، وكثرة الفحوص الشعاعية، وارتفاع كلفة المعالجات الدوائية والجراحية، مما يجعلها قضية صحية واقتصادية في آنٍ معًا.

إضافة إلى ذلك، فإن وعي النساء بخطورة هذه الأورام وخياراتها العلاجية والجراحية لا يزال متفاوتًا بشكل ملحوظ بين المجتمعات، حيث تؤثر العوامل الثقافية والتعليمية والاجتماعية على إدراك النساء لطبيعة المرض وتبعاته. فقلة المعرفة أو المعلومات الخاطئة قد تؤدي إلى تأخر التشخيص أو سوء اختيار الخطة العلاجية، وهو ما يزيد من المضاعفات المحتملة ويؤثر سلبًا في النتائج الصحية والإنجابية (6).

من هنا، تتضح أهمية دراسة مدى معرفة النساء بخطورة الأورام الليفية الرحمية وخياراتها الجراحية، ليس فقط لفهم واقع الوعي الصحي، بل أيضًا لتطوير برامج تثقيفية فعّالة تسهم في تعزيز الصحة الإنجابية، وتحسين القرارات الطبية المشتركة بين المريضة والطبيب، والحد من المضاعفات طويلة الأمد. كما أن هذه المعرفة تمثل خطوة أساسية نحو تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للنساء في مختلف المراحل العمرية.

علم الوبائيات:

معدل الحدوث والانتشار عالميًا:

تُعدّ الأورام الليفية الرحمية من أكثر الأورام الحميدة شيوعًا عند النساء في سن الإنجاب، حيث تشير الدراسات الوبائية إلى أنّ معدل انتشارها يتراوح بين 20% و40% في النساء بعمر الإنجاب، ويصل إلى 70–80% عند النساء بعمر الخمسين (7). إلا أنّ النسبة الحقيقية يُعتقد أنها أعلى بكثير، نظرًا لكون نسبة كبيرة من الحالات لا عرضية ولا يتم تشخيصها إلا بالصدفة أثناء الفحص السريري أو التصوير بالموجات فوق الصوتية (8).

كما تبيّن أنّ الانتشار يختلف بشكل ملحوظ بحسب العرق، إذ أظهرت الدراسات أن النساء من أصل إفريقي أكثر عرضة للإصابة بالأورام الليفية بما يصل إلى ثلاثة أضعاف مقارنة بالنساء من العرق القوقازي، كما أنّ هذه الأورام تكون لديهن أكبر حجمًا وأكثر عددًا وأعراضها أشد (9).

الانتشار في العالم العربي وسوريا:

في المنطقة العربية، لا تزال البيانات الوبائية محدودة نسبيًا مقارنة بالدول الغربية، إلا أن الدراسات المتوفرة تُظهر أن معدلات الإصابة متقاربة عالميًا. فقد أظهرت دراسة في مصر أنّ نسبة الانتشار بين النساء المراجعات للعيادات النسائية بلغت نحو 32%، مع تزايد واضح في الفئة العمرية ما بين 35 و45 عامًا (10). وفي الأردن، أشارت دراسة إلى أنّ الأورام الليفية مسؤولة عن حوالي 25% من عمليات استئصال الرحم (11).

أما في سوريا، ورغم غياب دراسات وبائية واسعة، إلا أن الخبرة السريرية في المشافي الجامعية تشير إلى أنّ الأورام الليفية تشكل أحد الأسباب الأكثر شيوعًا لاستئصال الرحم، خاصة في الفئة العمرية فوق 40 سنة، وهو ما يتوافق مع النمط العالمي.

عوامل الخطورة:

ترتبط الأورام الليفية الرحمية بعدد من عوامل الخطورة، أبرزها:

العمر: تزداد الخطورة تدريجيًا بعد سن 30 عامًا، لتبلغ ذروتها في العقد الرابع من العمر، ثم تتراجع بعد سن اليأس نتيجة انخفاض مستويات الإستروجين والبروجسترون (12).

الوراثة: أظهرت الدراسات أن وجود تاريخ عائلي يزيد من خطر الإصابة، حيث ترتفع الاحتمالية بمقدار ضعفين إلى ثلاثة أضعاف لدى النساء اللواتي لديهن قريبات مصابات (13).

الهرمونات: تلعب الإستروجينات والبروجسترون دورًا رئيسيًا في تحفيز نمو الأورام الليفية، وهو ما يفسر زيادة حجمها أثناء الحمل وتراجعها بعد سن الإياس (1).

البدانة: ترتبط البدانة بزيادة معدلات الإصابة، نظرًا لزيادة إنتاج الإستروجين المحيطي من النسيج الشحمي (14).

عوامل أخرى: منها بدء الطمث المبكر، قلة الإنجاب أو العقم، إضافة إلى بعض الأنماط الغذائية مثل تناول اللحوم الحمراء بكثرة، مقابل الحماية الجزئية التي يوفرها النظام الغذائي الغني بالخضار والفواكه (9).

التوزع بحسب الفئة العمرية والحالة الإنجابية

يُلاحظ أنّ الأورام الليفية نادرة قبل سن العشرين، بينما يزداد حدوثها باضطراد خلال العقدين الثالث والرابع من العمر (7). وتبلغ الذروة في النساء بعمر 35–45 عامًا، حيث تزداد الأعراض السريرية وتزداد الحاجة للتدخل الطبي أو الجراحي.

أما من حيث الحالة الإنجابية، فقد أظهرت الدراسات أن النساء اللواتي لم يسبق لهن الحمل أكثر عرضة للإصابة مقارنةً باللواتي أنجبن عدة مرات، مما يشير إلى دور الحماية الذي قد يوفره الحمل المتكرر والرضاعة الطبيعية (12). كما أن الأورام الليفية قد تؤثر بدورها على الإنجاب، إذ تُعدّ سببًا مهمًا للعقم أو الإجهاض المتكرر عندما تكون تحت مخاطية أو كبيرة الحجم وتشوه جوف الرحم (10).

البنية والتشريح المرضي

التصنيف التشريحي للأورام الليفية:

تُصنَّف الأورام الليفية تبعًا لمكان التوضع في الرحم إلى ثلاثة أنماط رئيسية، لكل منها انعكاسات سريرية خاصة. أولها الأورام الليفية تحت المصلية، التي تنمو باتجاه جوف البطن وتبرز من السطح الخارجي للرحم.

هذه الأورام غالبًا لا تُحدث نزفًا رحميًا ملحوظًا، لكنها قد تسبب أعراضًا ضاغطة على الأعضاء المجاورة مثل المثانة أو المستقيم، وفي بعض الحالات تنمو على عنق ضيق ما يجعلها عرضة للالتواء.

ثانيها الأورام الليفية داخل الجدار الرحمي، وهي الأكثر شيوعًا وتشكل السبب الرئيسي لتضخم حجم الرحم بشكل عام، وتؤدي إلى أعراض مثل النزف الرحمي الغزير واضطرابات الدورة الشهرية، إضافة إلى تأثيرها على الخصوبة نتيجة تغيير بنية العضلة الرحمية.

أما الأورام الليفية تحت المخاطية فهي الأقل انتشارًا لكنها الأكثر إحداثًا للأعراض، إذ تنمو داخل جوف الرحم وتشوّه بطانته، ما يؤدي إلى نزف رحمي شديد، عقم أو إجهاضات متكررة.

هذا التصنيف التشريحي لا يكتفي بوصف توزع الأورام فحسب، بل يمثل أداة عملية لتحديد الخطة العلاجية المناسبة، سواء كانت دوائية أو جراحية، نظرًا لاختلاف السلوك السريري والمضاعفات بين هذه الأنماط. (15)

البنية النسيجية والخصائص المورفولوجية

من الناحية النسيجية، يتكون الورم الليفي من خلايا عضلية ملساء متجانسة تترتب في حزم متوازية أو متصالبة محاطة بكمية من الألياف الكولاجينية، ما يمنحه صلابة مميزة مقارنة بالعضلة الرحمية الطبيعية.

وتُظهر العينات المجهرية نمطًا لولبيًا مميزًا للخلايا يعرف باسم whorled pattern، وهو سمة تشخيصية تقليدية. غالبًا ما يكون الورم محاطًا بمحفظة رقيقة تفصله عن النسيج السليم، ما يسهل استئصاله جراحيًا.

من الناحية الشكلية العيانية، تبدو الأورام الليفية على شكل كتل بيضاء لامعة أو رمادية متماسكة قد يتفاوت حجمها بشكل كبير، من عقيدات صغيرة ميلي مترية إلى أورام ضخمة تملأ جوف البطن.

ومع تقدم المدة الزمنية قد تخضع الأورام إلى تبدلات تنكسية، مثل التنكس الزجاجي الذي يجعل النسيج شفافًا وهشًا، أو التنكس الكيسي الذي يؤدي إلى تكوين فراغات مليئة بسائل، وكذلك التنكس الأحمر الذي يُشاهد خصوصًا أثناء الحمل بسبب النزف داخل الورم.

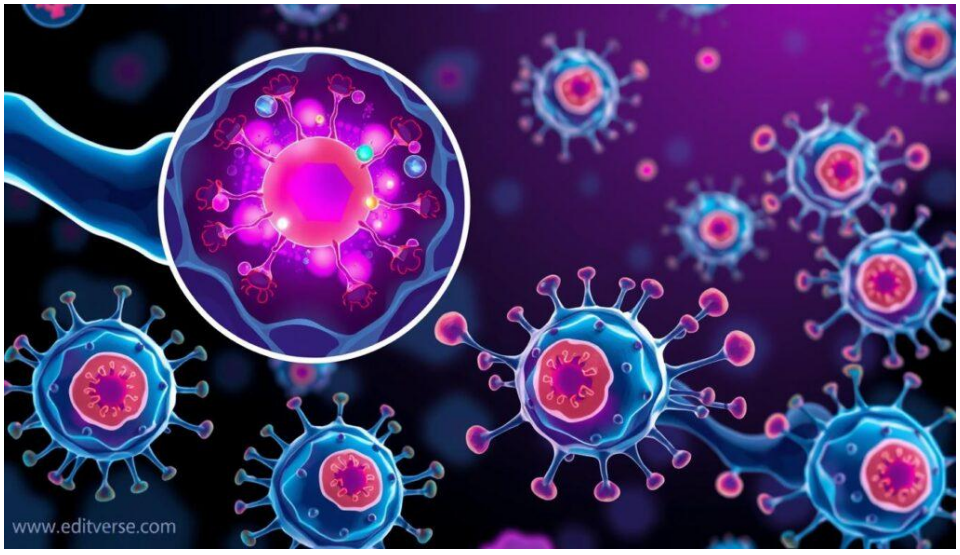
كما قد تتكلس الأورام في بعض الحالات المتقدمة، ما يجعلها واضحة جدًا في الصور الشعاعية. هذه الخصائص المورفولوجية تُساعد الأطباء في التفريق بين الأورام الليفية الحميدة وغيرها من الأورام الرحمية الأكثر خطورة، مثل الساركوما. (16)

النمو والفيزيولوجيا المرضية للورم الليفي

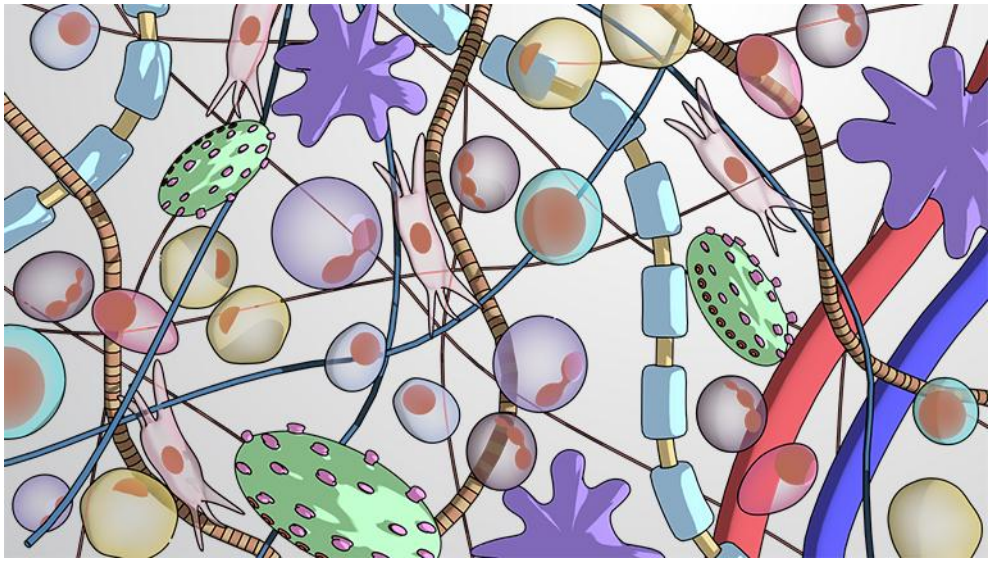
تنشأ الأورام الليفية عادة من خلية عضلية ملساء مفردة تخضع لطفرات جينية تؤدي إلى تكاثر غير مضبوط، ثم تتطور تدريجيًا إلى عقدة مستقلة. أظهرت الدراسات الحديثة أن طفرات في جينات مثل MED12 وHMGA2 مرتبطة بشكل وثيق بتكوّن الأورام الليفية، ما يؤكد أن النمو ليس عشوائيًا بل يعتمد على آليات جزيئية محددة.

إضافة إلى العوامل الوراثية، تلعب الهرمونات الجنسية دورًا محوريًا، إذ تبدي الأورام كثافة مرتفعة من مستقبلات الإستروجين والبروجسترون، ما يفسر ازدياد حجمها خلال سنوات الخصوبة والحمل وانكماشها بعد انقطاع الطمث.

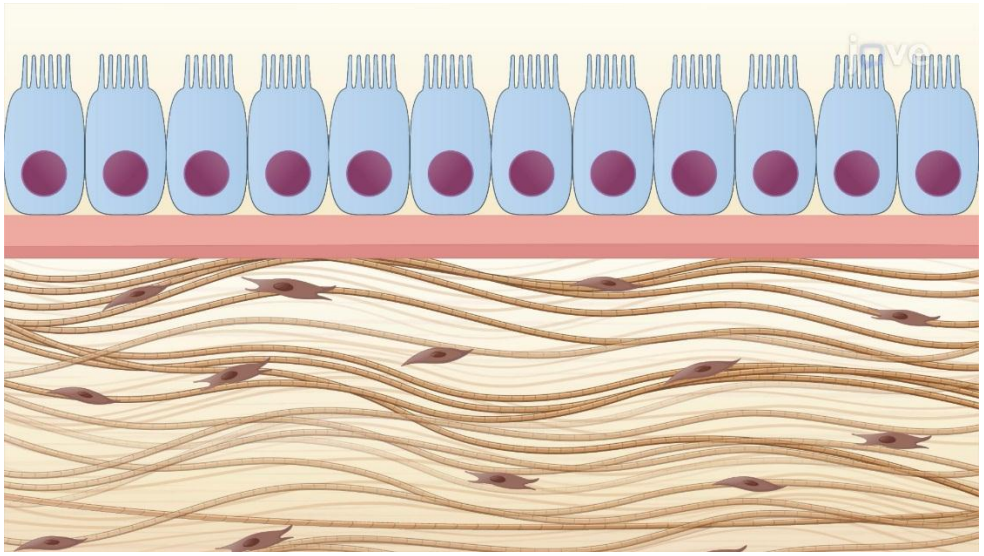
كما تسهم عوامل النمو مثل TGF-β وIGF في تحفيز تكاثر الخلايا وإنتاج المصفوفة خارج الخلوية، الأمر الذي يزيد من قساوة الورم ومقاومته للعلاج. ومن جهة أخرى، تشير الأدلة إلى أن البيئة المجهرية داخل الورم تُظهر تغيرات في الاستقلاب الخلوي ونشاط الأكسدة، ما يدعم نموًا ذاتيًا ومستقلًا نسبيًا عن النسيج المحيط. هذه التفاعلات المعقدة بين العوامل الجينية والهرمونية والبيئية تجعل من الأورام الليفية كيانًا ديناميكيًا يصعب التنبؤ بمساره بدقة، وهو ما يفسر تباين الأعراض السريرية والحاجة إلى مقاربات علاجية مختلفة. (17)



الشكل 1 حلقات افرازية ذاتية: كيف ترسل الخلايا السرطانية اشاراتها إلى نفسها



الشكل 2 المصفوفة خارج الخلية والبروتينات في الأنسجة



الشكل 3 المصفوفة خارج الخلية

المظاهر السريرية

الأعراض الشائعة

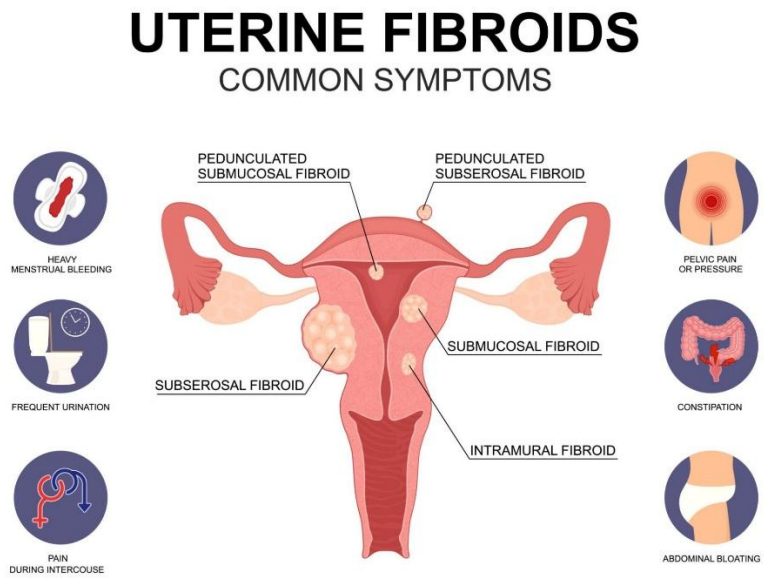
تُعتبر الأعراض النزفية أكثر ما يميز الأورام الليفية، إذ يشكل النزف الرحمي الغزير أو المديد الشكوى الأولى لدى نسبة كبيرة من النساء المصابات.

يظهر النزف غالبًا على شكل غزارة في الطمث (menorrhagia) أو نزف بين الدورات (metrorrhagia)، ويرتبط ذلك بزيادة سطح بطانة الرحم نتيجة تشوه التجويف الرحمي أو خلل التقلص العضلي الذي يعيق الانقباض الفعّال للأوعية الدموية.

إضافة إلى ذلك، يُعد الألم الحوضي من المظاهر المتكررة، وقد يكون ألمًا مزمنًا ذا طبيعة ضاغطة أو متقطعة ناتجًا عن التنكس داخل الورم أو تمدد المحفظة الليفية.

من جهة أخرى، يؤدي النمو المفرط للأورام، خاصة تحت المصلية، إلى ضغط مباشر على الأعضاء المجاورة مثل المثانة، ما يسبب تكرار التبول أو إلحاحًا بوليًا، أو على المستقيم، ما يؤدي إلى الإمساك أو عسر التغوط.

هذه الأعراض الشائعة غالبًا ما تتفاقم ببطء، ما يجعل التشخيص يتأخر، خصوصًا في المجتمعات التي تُعزى فيها اضطرابات الدورة إلى أسباب "طبيعية" مرتبطة بالعمر. (18)



الشكل 4 من الأعراض الشائعة للأورام الليفية الرحمية

الأعراض الأقل شيوعًا

على الرغم من الطيف الواضح للأعراض النزفية والضاغطة، إلا أن الأورام الليفية قد تتظاهر بطرق غير مألوفة تجعل التشخيص أكثر تعقيدًا. قد تُلاحظ بعض المريضات تضخمًا بطنيًا يُشبه الحمل المتأخر، ويكون ذلك ناجمًا عن أورام ضخمة متعددة تملأ جوف الحوض والبطن.

كما يمكن أن يظهر ألم حاد ومفاجئ في حال التواء ورم تحت مصلي متدلي على عنق ضيق، وهو ما يتطلب تدخلاً جراحيًا سريعًا. أحيانًا يكون العرض الوحيد هو صعوبة في الحمل أو تكرر الإجهاض دون أي أعراض نزفية، وخصوصًا عند الأورام تحت المخاطية الصغيرة التي تُشوّه البطانة.

نادرًا ما تبرز الأورام على شكل كتلة رحمية مُجسّة خلال الفحص السريري، حيث يُلاحظ الرحم متضخمًا وغير منتظم السطح.

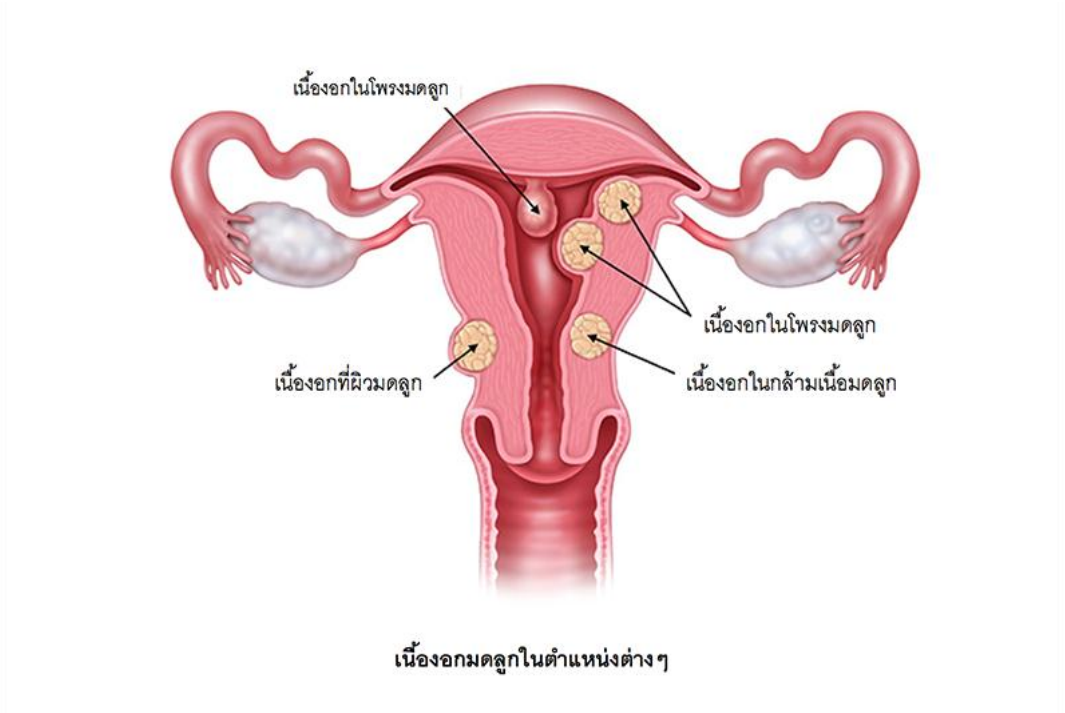
كما يمكن أن تترافق الأورام مع أعراض عامة غير نوعية مثل الشعور بالتعب أو نقص الطاقة نتيجة النزف المزمن غير الملحوظ.

هذه الأعراض الأقل شيوعًا تفسّر التحديات التي تواجه الأطباء عند تقييم المريضات، إذ قد تُنسب إلى أمراض أخرى نسائية أو هضمية قبل أن يُكشف السبب الحقيقي. (19)

الاختلاطات:

تؤدي الأورام الليفية إلى سلسلة من الاختلاطات التي قد تُفاقم العبء المرضي على النساء. يُعد فقر الدم الناجم عن النزف المزمن من أبرز المضاعفات وأكثرها شيوعًا، إذ قد يتطور إلى درجات متقدمة تستدعي نقل دم أو معالجة بالحديد.

أما العقم فيرتبط خصوصًا بالأورام تحت المخاطية وداخل الجدار الرحمي، حيث تؤثر في انغراس المضغة أو تقلل من فعالية النقل النطفي. وتُسجل نسبة مرتفعة من الإجهاضات المتكررة عند النساء المصابات، ويُعزى ذلك إلى اضطراب التروية الدموية في بطانة الرحم وتشوه جوفها. (20)



الشكل 5 أورام ليفية كثيرة ربما تسبب عقم لدى النساء

من المضاعفات النادرة جدًا، لكن ذات الأهمية، هو التحول الخبيث إلى ساركوما عضلية ملساء، والذي يحدث بنسبة أقل من 1 لكل 1000 حالة. كما قد تسبب الأورام الضخمة انسدادًا بوليًا أو توسع الحالب، ما يزيد خطر الإنتان الكلوي. هذه الاختلاطات تُبرز أن الأورام الليفية ليست مجرد آفة حميدة عديمة الأثر، بل قد تفضي إلى عواقب خطيرة تستدعي تدبيرًا مبكرًا ومتابعة دقيقة. (20)

التأثير على نوعية الحياة:

لا تقتصر الأعراض والاختلاطات على الجانب الجسدي، بل تمتد لتشمل تأثيرًا كبيرًا على نوعية حياة المرأة. النزف الرحمي المزمن قد يؤدي إلى فقدان الطاقة وانخفاض القدرة على الإنجاز في العمل والحياة اليومية، بينما الألم الحوضي المستمر أو الضغط على المثانة يفرض قيودًا على النشاط الاجتماعي والوظيفي.

إضافة إلى ذلك، يمثل القلق المرتبط بالعقم أو تكرر الإجهاض عبئًا نفسيًا كبيرًا على النساء المتزوجات الراغبات بالإنجاب. حتى في الحالات التي تكون فيها الأعراض خفيفة، فإن وعي المريضة بوجود أورام رحميّة قد يثير مخاوف متعلقة بالسرطان أو الحاجة إلى جراحة مستقبلية، ما يزيد التوتر والاكتئاب.

أظهرت الدراسات أن النساء المصابات بالأورام الليفية يسجلن درجات أدنى في مقاييس الصحة المرتبطة بنوعية الحياة مقارنة بنساء غير مصابات، خصوصًا فيما يتعلق بالوظيفة الجسدية، الصحة النفسية، والرضا الجنسي. لذلك يُعد تقييم نوعية الحياة عنصرًا محوريًا عند اختيار الخطة العلاجية، حيث لا يقتصر القرار على حجم الورم أو شدة الأعراض، بل يشمل أيضًا توقعات المرأة واحتياجاتها الشخصية. (21)

التشخيص

الفحص السريري النسائي

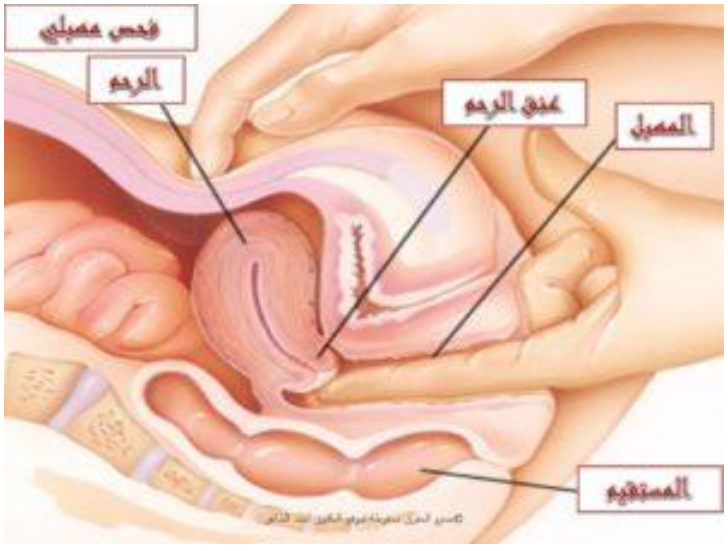
يُعتبر الفحص السريري الخطوة الأولى في تقييم المريضة المشتبه إصابتها بالأورام الليفية الرحمية، ويشمل أخذ قصة سريرية دقيقة وفحص نسائي شامل.

خلال الفحص ثنائي اليد، قد يُلاحظ الطبيب تضخمًا رحميًا متفاوت الدرجة، يتصف غالبًا بالانتظام والصلابة، على عكس الأورام الخبيثة التي قد تكون غير منتظمة وقاسية جدًا.

في الحالات التي تحتوي على أورام متعددة، يظهر الرحم بشكل عقيدي غير متجانس، وقد تمتد الكتلة إلى جوف البطن مسببة ارتفاع قاع الرحم.

الفحص المهبلي يُساعد كذلك في تقييم وجود أورام ليفية تحت مخاطية متدلية عبر عنق الرحم، والتي قد تُشبه في مظهرها السرير يًا بعض الأورام البوليبية.

ورغم أن الفحص السريري ذو أهمية أولية، إلا أن دقته محدودة، إذ قد يلتبس مع أورام المبيض أو الحمل المبكر، ما يفرض اللجوء إلى وسائل تصوير إضافية لتأكيد التشخيص وتحديد عدد الأورام وحجمها. (22)

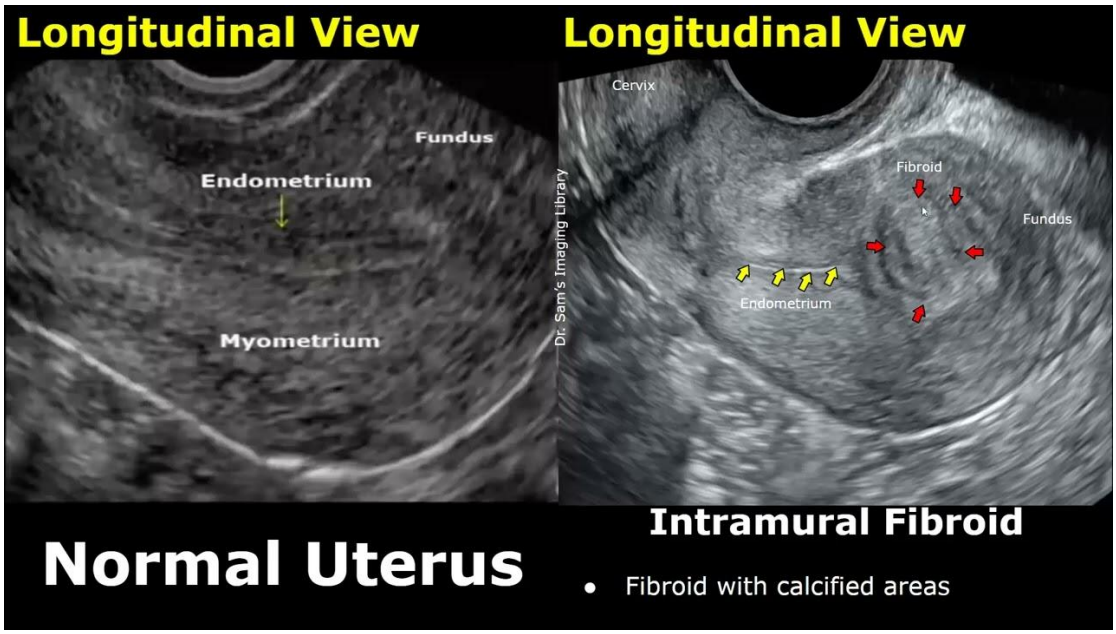


الشكل 6 الفحص السريري عند الاشتباه بوجود ورم ليفي رحمي

الإيكو عبر البطن والمهبل:

يُعتبر التصوير بالأمواج فوق الصوتية الوسيلة التشخيصية الأكثر شيوعًا وبداية التقييم التصويري. الإيكو عبر البطن يوفّر نظرة شاملة لتقييم الرحم والأعضاء المجاورة، بينما يتيح الإيكو عبر المهبل دقة أعلى في كشف الأورام الصغيرة وتحديد علاقتها بجوف الرحم. تظهر الأورام الليفية عادة ككتل صلبة محددة جيدًا، ناقصة الصدى مقارنة بالعضلة الرحمية، مع إمكانية ملاحظة ظلال خلفية أو تكلسات.

يُستخدم الدوبلر الملون لتقييم التوعية الدموية داخل الورم، والتي غالبًا ما تكون محيطية على عكس الأورام الخبيثة ذات الجريان المركزي الكثيف. يُعد الإيكو عبر المهبل حساسًا بشكل خاص للأورام تحت المخاطية، ويُعتبر أداة أساسية في التخطيط للجراحة التنظيرية. ورغم أن الإيكو يوفر حساسية جيدة، إلا أن دقته قد تقل في حال وجود أورام متعددة أو رحم متضخم بشكل شديد، ما يبرز الحاجة إلى وسائل أكثر تفصيلًا مثل التصوير بالرنين المغناطيسي. (23)



الشكل 7 صورة ايكو تبين لنا رحم طبيعي ورحم مصاب بورم ليفي رحمي تحت البطانة

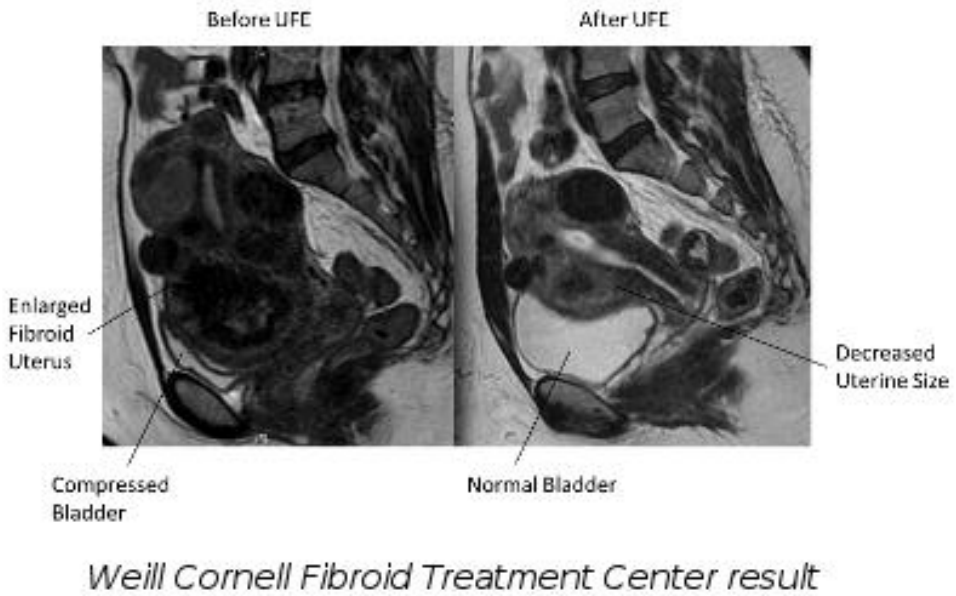
التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI):

يُعتبر التصوير بالرنين المغناطيسي الوسيلة الأكثر دقة في تقييم الأورام الليفية الرحمية، إذ يتيح توصيفًا تشريحيًا ومورفولوجيًا متكاملًا. تُظهر الأورام الليفية عادة إشارة منخفضة على الصور الموزونة بـ T2، مع حدود واضحة تفصلها عن العضلة الرحمية الطبيعية.

يمكن للـ MRI التمييز بين الأورام الليفية وأنواع أخرى من الكتل مثل الانتباذ العضلي الغدي أو الساركوما، بفضل قدرته العالية على توصيف النسيج.

كما يُتيح تقييم التغيرات التنكسية كالزجاجي أو الأحمر أو الكيسي، ما يساعد في التنبؤ بالأعراض والتخطيط الجراحي. إحدى ميزاته الجوهرية أنه يحدد بدقة عدد الأورام وموقعها وحجمها، وهو أمر بالغ الأهمية في حال التفكير باستئصال الورم مع الحفاظ على الرحم.

إضافة إلى ذلك، يُستخدم الـ MRI لتقييم استجابة الأورام للعلاج المحافظ مثل الاستئصال بالتردد الحراري أو الانصمام الشرياني الرحمي. رغم تكلفته المرتفعة وصعوبة توفره في بعض المراكز، إلا أنه يُعتبر المعيار الذهبي عند وجود شك تشخيصي أو في الحالات المعقدة متعددة الأورام. (24)

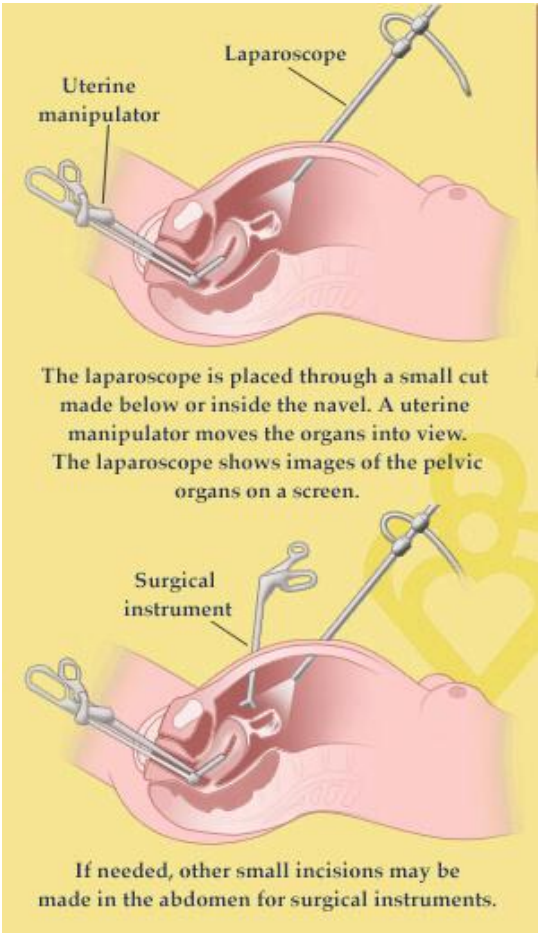


الشكل 8 صورة رنين مغناطيسي لورم ليفي رحمي

التنظير الرحمي والبطني:

يمثل التنظير الرحمي أداة تشخيصية وعلاجية في آن واحد، حيث يسمح برؤية مباشرة لجوف الرحم وتحديد الأورام تحت المخاطية بدقة عالية. يتميز بكونه أقل بضعًا من الجراحة التقليدية، ويُتيح أخذ عينات نسيجية أو استئصال الأورام الصغيرة مباشرة. من جهة أخرى، يُستخدم التنظير البطني لتقييم الأورام تحت المصلية أو الملتبسة مع أورام المبيض، حيث يوفر تصورًا بصريًا مباشرًا للعلاقات التشريحية.

يُعتبر التنظير البطني ذا فائدة خاصة عند تحضير المريضة للجراحة، إذ يساعد في تحديد مدى التداخل المطلوب والتخطيط للحفاظ على الخصوبة. كما يساهم كلا الإجرائين في استبعاد التشخيصات الأخرى مثل الالتصاقات أو الأورام الحوضية. ورغم أنهما ليسا وسائل تشخيص أولية، إلا أن التنظير الرحمي والبطن يكتسبان أهمية متزايدة عند الحاجة إلى تشخيص دقيق ومباشر خاصة في الحالات المعندة أو المشكوك بها. (25)



الشكل 9 التنظير الرحمي والبطني

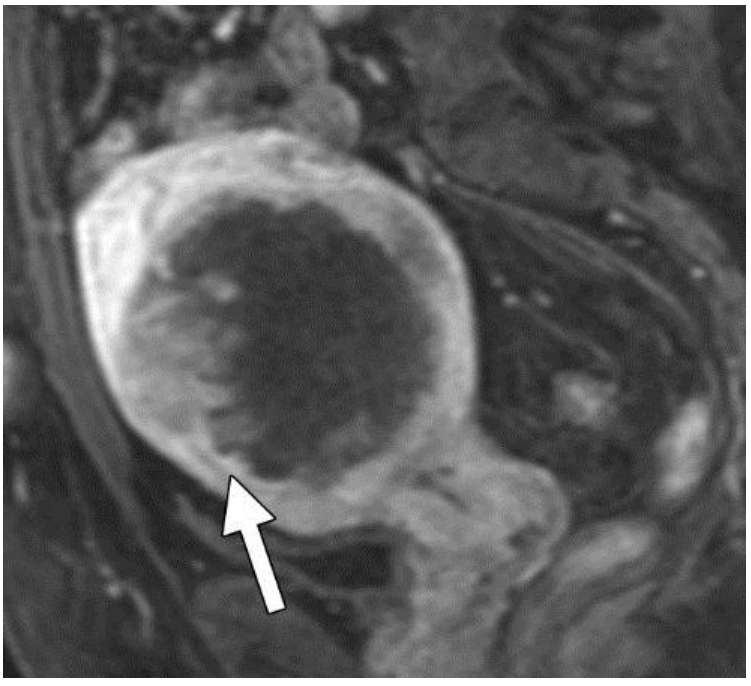
التشخيص التفريقي مع أورام أخرى:

تمثل الخطوة الأخيرة في التشخيص هي التمييز بين الأورام الليفية وبين غيرها من الكتل الحوضية، خاصة أورام المبيض أو الأورام الخبيثة الرحمية. أورام المبيض قد تُشابه الأورام الليفية من حيث المظهر الكتلي، لكن الفحص بالأمواج فوق الصوتية يُظهر عادة خصائص كيسية أو مختلطة تميزها.

أما الساركوما العضلية الملساء فهي أخطر التشاخيص التفريقية، نظرًا لتشابهها السريري مع الليف، خصوصًا في الحالات سريعة النمو أو تلك التي تظهر بعد سن اليأس.

يُساعد MRI في التمييز بينهما، حيث تميل الساركوما لإظهار إشارة غير متجانسة وحدود غير واضحة. كذلك يُمكن أن يلتبس التشخيص مع الانتباذ العضلي الغدي الذي يسبب تضخمًا رحميًا منتشرًا دون وجود عقد محددة.

إن إدراك هذه الاحتمالات التفريقية يضمن تجنب الأخطاء التشخيصية واختيار الخطة العلاجية الأمثل، سواء كانت تحفظية أو جراحية. (26)



الشكل 10 صورة رنين مغناطيسي لساركوما عضلية

الخيارات العلاجية غير الجراحية

المراقبة والانتظار (Watchful waiting):

تُعتبر المراقبة والانتظار خيارًا علاجيًا مقبولًا في العديد من الحالات، خصوصًا عندما تكون الأورام الليفية صغيرة الحجم أو غير عرضية. هذا النهج يقوم على متابعة المريضة دوريًا بالفحص السريري والإيكو لتقييم حجم الورم والأعراض المرتبطة به، دون اللجوء إلى تدخل دوائي أو جراحي فوري.

يُعد هذا الخيار شائعًا بين النساء اللواتي يقتربن من سن انقطاع الطمث، إذ يُتوقع أن يتراجع حجم الأورام بشكل طبيعي نتيجة الانخفاض التدريجي في مستويات الإستروجين والبروجسترون. المراقبة مهمة أيضًا في الحالات التي تكون فيها الأعراض محدودة وغير مؤثرة على نوعية الحياة، حيث يُجنب التدخلات غير الضرورية.

غير أن هذا الخيار يتطلب التزام المريضة بالمتابعة المنتظمة، إذ يمكن أن تتطور بعض الأورام بشكل مفاجئ أو تظهر أعراض جديدة تستدعي التدخل العلاجي. كما أن الانتظار قد لا يكون مناسبًا عند وجود خطط إنجابية قريبة أو مخاطر عالية لحدوث مضاعفات مثل النزف الشديد. وبالتالي، يُعتبر هذا النهج فرديًا، يعتمد على تفضيلات المريضة، عمرها، حالتها الإنجابية، والأعراض السريرية المرافقة. (27)



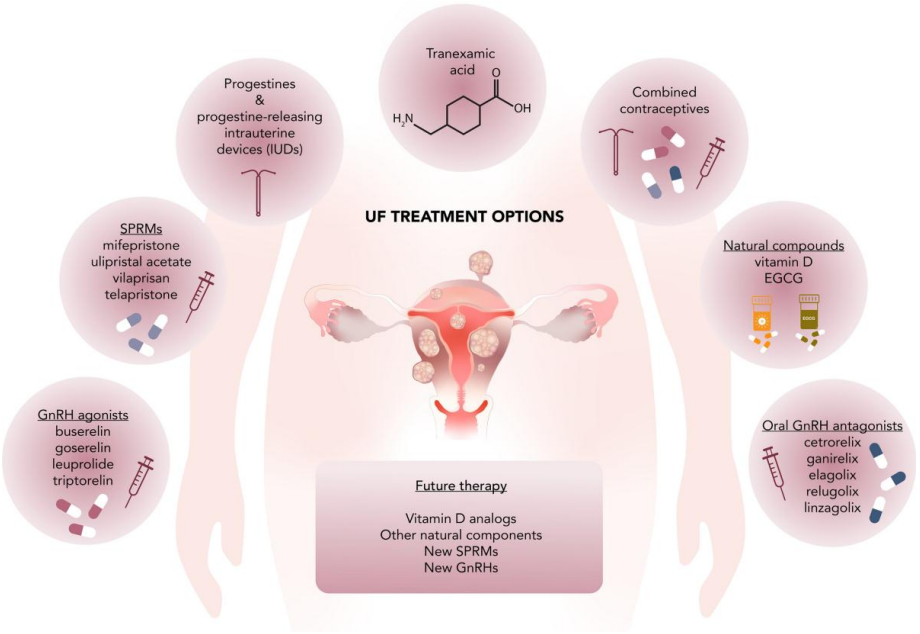
الشكل 11 طبيبة تشرح لمريضتها أنه لا حاجة للعلاج حالياً يكفي ان ننتظر ونراقب عن كثب

المعالجة الدوائية:

تُشكّل المعالجة الدوائية خيارًا رئيسيًا في تدبير الأورام الليفية، خاصة عند الرغبة في تخفيف الأعراض وتأجيل أو تجنب الجراحة. تتضمن الخيارات الهرمونية استخدام مركبات البروجستين التي تقلل من النزف الرحمي عبر تثبيط نمو بطانة الرحم، وموانع الحمل الفموية المركبة التي تساعد في ضبط الدورة الشهرية.

كما يُستخدم اللولب الرحمي المُحرر للّيفونورجيستريل كوسيلة فعّالة للسيطرة على النزف وتقليل فقر الدم. من الأدوية النوعية، تُعتبر مضادات GnRH من أبرز العلاجات، حيث تُحدث حالة نقص هرموني مؤقت يؤدي إلى انكماش الأورام وتراجع الأعراض، لكنها محدودة بالاستخدام قصير الأمد بسبب تأثيراتها الجانبية كالهبات الساخنة ونقص الكثافة العظمية.

في السنوات الأخيرة، أُدخلت معدّلات مستقبلات البروجسترون الانتقائية مثل أوليبريستال أسيتات، والتي أظهرت فعالية في تقليل النزف وحجم الورم مع آثار جانبية أقل. كما يجري تقييم دور مثبطات الأروماتاز في الحد من إنتاج الإستروجين المحيطي، خصوصًا لدى النساء قبل سن اليأس. هذه الخيارات الدوائية توفر مرونة علاجية، لكن فعاليتها مؤقتة غالبًا، ويعود الورم للنمو بعد التوقف عن العلاج، ما يجعلها أكثر ملاءمة كجسر نحو الجراحة أو كخيار للنساء اللواتي يقتربن من انقطاع الطمث. (28)



الشكل 12 الخيارات العلاجية للأورام الرحمية

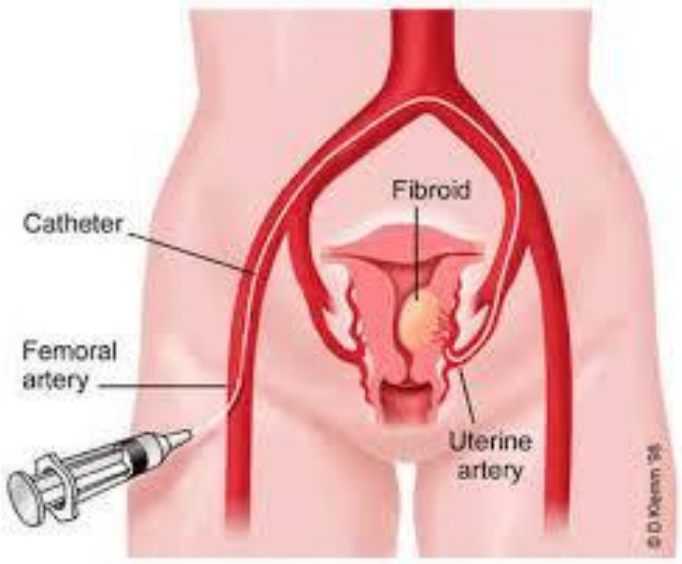
خيارات أخرى (الانصمام الشرياني الرحمي، الأمواج فوق الصوتية المركزة):

إلى جانب الأدوية، ظهرت خيارات علاجية غير جراحية تهدف إلى السيطرة على الأعراض مع الحفاظ على الرحم. يُعتبر الانصمام الشرياني الرحمي إجراءً تدخليًا شعاعيًا يعتمد على حقن جزيئات صغيرة داخل الشرايين الرحمية لقطع التروية الدموية عن الأورام، ما يؤدي إلى انكماشها وتحسن الأعراض.

هذا الخيار أثبت فعالية كبيرة في تقليل النزف الرحمي والحجم الورمي، مع فترة نقاهة قصيرة مقارنة بالجراحة، لكنه قد يترافق مع ألم حاد بعد الإجراء ومخاطر متعلقة بالخصوبة المستقبلية. من الخيارات الحديثة أيضًا الأمواج فوق الصوتية المركزة الموجهة بالرنين المغناطيسي (MRgFUS)، والتي تسمح بإحداث تخريب حراري للأورام بشكل غير باضع، مع الحفاظ على سلامة النسيج المحيط.

هذه التقنية تُعتبر جذابة لكونها غير جراحية وتُجرى في العيادات الخارجية، إلا أن توافرها محدود وتحتاج إلى خبرة عالية. يُضاف إلى ذلك بعض الإجراءات الناشئة مثل العلاج بالتردد الحراري الذي يتم بالمنظار أو عبر الجلد ويُحقق نتائج واعدة في تقليل الحجم وتحسين الأعراض.

مجمل هذه الخيارات غير الجراحية تُعطي النساء فرصًا متنوعة لتفادي العمليات الكبرى، وتُعد مناسبة خصوصًا لمن لديهن موانع جراحية أو رغبة بالحفاظ على الرحم. (29)



الشكل 13 الانصمام الشرياني الرحمي في معالجة الأورام الليفية

الخيارات الجراحية

الاستطبابات الجراحية:

تلجأ المرأة إلى التدخل الجراحي في حال فشل العلاج المحافظ أو وجود أعراض شديدة تؤثر على نوعية الحياة، أو عند الأورام الكبيرة التي تسبب ضغطًا على أعضاء الحوض، أو عند النزف الرحمي الغزير المقاوم للعلاج الدوائي.

تشمل الاستطبابات الأخرى العقم المرتبط بالأورام تحت المخاطية، الإجهاض المتكرر الناتج عن تشوه تجويف الرحم، أو تضخم الرحم الذي يتجاوز 12 أسبوعًا من الحمل. كما تُستدعى الجراحة في حالات الشكوك حول وجود أورام خبيثة أو عند وجود أورام متعددة كبيرة الحجم مع أعراض ضاغطة.

يعتمد اختيار النوع الجراحي على حجم الورم، موقعه، عدد العقيدات، الرغبة في الحفاظ على الرحم، والخبرة الجراحية المتوفرة في المركز الطبي. تضمن هذه المعايير التخطيط الدقيق للجراحة وتقليل المخاطر وتحسين النتائج بعد العملية. (30)

استئصال الورم الليفي (Myomectomy):

يُعد استئصال الورم الليفي الخيار الأمثل للنساء اللواتي يرغبن بالحفاظ على الرحم والخصوبة.

بالشق البطني: يُستخدم في حالات الأورام الكبيرة أو المتعددة، ويتيح رؤية واضحة للعلاقات التشريحية والتخلص الكامل من العقيدات. يُجرى تحت التخدير العام، ويستغرق وقتًا أطول مقارنة بالطرق الأخرى، مع فترة نقاهة تمتد عادة من 4–6 أسابيع.

بالتنظير الرحمي: مخصص للأورام تحت المخاطية التي تُبرز في جوف الرحم. يتم إدخال المنظار عبر عنق الرحم، مع استخدام أدوات دقيقة لاستئصال الورم. يقلل هذا الأسلوب النزف ويختصر فترة النقاهة، لكنه محدود بحجم وعدد العقيدات.

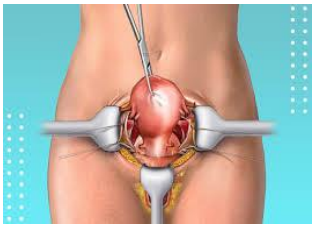
بالتنظير البطني: يُستخدم للأورام المتعددة أو المتوسطة الحجم، ويُمكن الجمع بينه وبين استئصال الأورام تحت المصلية. يوفر رؤية جيدة وتقليل النزف، وفترة تعافي أقصر مقارنة بالشق البطني التقليدي، لكنه يتطلب خبرة جراحية عالية. (31)

استئصال الرحم (Hysterectomy):

يُعد استئصال الرحم الحل النهائي لعلاج الأورام الليفية، ويُجرى عندما تفشل العلاجات الأخرى أو عندما تكون الأورام ضخمة جدًا أو متعددة أو تؤثر على نوعية الحياة بشكل كبير.

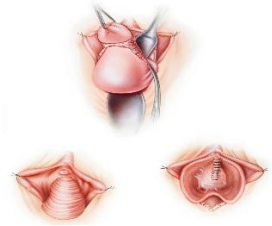
الأنماط الجراحية: (32)

استئصال عن طريق البطن: يُفضل للأورام الكبيرة أو مع وجود أورام متعددة، يوفر الوصول الكامل للرحم والمبيضين.



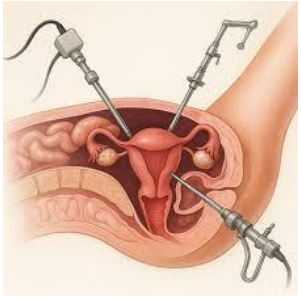
الشكل 14 استئصال الرحم عن طريق البطن

استئصال عن طريق المهبل: مناسب للرحم المتوسط الحجم، أقل ألمًا وفترة نقاهة أقصر، لكنه محدود بتضخم الرحم وحجم الأورام.



الشكل 15 استئصال الرحم عن طريق المهبل

استئصال بالجراحة التنظيرية: أقل بضعًا، فترة نقاهة قصيرة، ويمكن الجمع مع المنظار البطني لاستئصال أورام تحت المصلية.



الشكل 16 استئصال الرحم بالجراحة التنظيرية

الاستطبابات الخاصة:

تُستدعى هذه العملية عند فشل استئصال الورم الليفي أو وجود أورام متعددة كبيرة، النزف المستمر، فقر الدم المزمن، أو عدم الرغبة بالإنجاب مستقبلاً. تُعد هذه الطريقة الحل النهائي مع القضاء على احتمال عودة الورم. (33)

الجانب النفسي والاجتماعي

أثر الأورام الليفية على الصحة الإنجابية:

تؤثر الأورام الليفية على الصحة الإنجابية بشكل واضح، خصوصًا في حالات الأورام تحت المخاطية أو الأورام الكبيرة التي تغير من شكل تجويف الرحم. قد يؤدي هذا التغير إلى صعوبة الانغراس، الإجهاض المتكرر، أو العقم الجزئي، ما يضع المرأة تحت ضغط نفسي كبير.

الدراسات أظهرت أن النساء المصابات بالأورام الليفية التي تؤثر على الخصوبة يشعرن بالقلق المستمر والخوف من عدم القدرة على الحمل مستقبلًا، ما قد يؤدي إلى تدهور الحالة النفسية ويزيد من معدلات الاكتئاب.

كما قد تتأثر خطط الحمل العائلية، حيث تضطر بعض النساء إلى تأجيل الحمل أو البحث عن علاجات مساعدة مثل التلقيح الصناعي، ما يضيف أعباء مادية وعاطفية. هذا الأثر يمتد أيضًا إلى شريك الحياة، إذ يمكن أن يولّد توترًا أو صعوبات في العلاقة الزوجية نتيجة الضغوط المتعلقة بالإنجاب، ما يعكس الأثر الاجتماعي للأورام الليفية على الأسرة بأكملها. (34)

القلق والخوف من السرطان أو العقم:

يعاني العديد من النساء من القلق النفسي المرتبط بالورم الليفي، رغم كونه غالبًا حميدًا. المخاوف الأكثر شيوعًا تتعلق بإمكانية التحول إلى أورام خبيثة، أو التأثير على القدرة الإنجابية.

هذه المخاوف غالبًا ما تُضاعف من المعاناة النفسية لدى النساء اللواتي يعانين من أعراض ملحوظة مثل النزف الحاد أو الألم المزمن. تشير الدراسات إلى أن الشرح التفصيلي للطبيب حول طبيعة الورم الليفي ووسائل المتابعة العلاجية يقلل من مستوى القلق ويزيد من رضا المريضة عن الرعاية الصحية.

بعض النساء يلجأن إلى البحث المكثف عن المعلومات على الإنترنت، وهو ما قد يزيد من الشعور بالارتباك والخوف، خصوصًا إذا تعرضن لمصادر غير دقيقة أو مبالغ فيها. بالتالي، يُعتبر الدعم النفسي والاستشارة المستمرة جزءًا مهمًا من التدبير الشامل للأورام الليفية، حيث يساهم في تخفيف القلق وتحسين التكيف النفسي مع المرض. (35)

أثر القرارات الجراحية على الخصوبة والحياة الزوجية:

تلعب القرارات المتعلقة بالجراحة دورًا كبيرًا في التأثير النفسي والاجتماعي على النساء. استئصال الورم الليفي مع الحفاظ على الرحم يسمح للنساء بالحمل مستقبلاً، لكنه يثير مخاوف من تكرار الورم أو مضاعفات الحمل مثل الإجهاض أو الولادة القيصرية المتكررة.

أما استئصال الرحم فهو حل نهائي للأورام، لكنه يقضي على القدرة الإنجابية، ما قد يسبب شعورًا بالفقد والحزن، ويؤثر على الحياة الزوجية والعلاقة العاطفية. الدراسات أظهرت أن النساء اللواتي يخضعن لاستئصال الرحم غالبًا ما يشعرن بارتياح من زوال الأعراض، لكن بعضهن يعانين من آثار نفسية طويلة الأمد مرتبطة بفقدان الرحم والشعور بفقدان الخصوبة. لذلك، يُوصى بإجراء استشارات مفصلة قبل اتخاذ القرار الجراحي، تشمل شرح المخاطر والفوائد، وتوضيح تأثير كل خيار على الخصوبة والحياة الزوجية لضمان اتخاذ قرار مستنير. (36)

نوعية الحياة بعد الجراحة:

بعد الجراحة، سواء كانت استئصال ورم ليفي أو استئصال رحم، تتحسن نوعية الحياة بشكل كبير لدى معظم النساء، مع تقليل الألم والنزف وتحسين القدرة على ممارسة النشاطات اليومية.

تظهر الدراسات أن التحسن يشمل الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية، ويزيد الرضا العام عن الصحة. إلا أن بعض النساء قد يعانين من آثار جانبية مثل التعب المزمن، التصاقات الحوض، أو اضطرابات نفسية متعلقة بالتغيرات الجسدية بعد الجراحة.

توفر برامج الدعم النفسي والاستشارات قبل وبعد الجراحة فوائد كبيرة، بما في ذلك تحسين التكيف النفسي، تخفيف التوتر، وتعزيز العلاقة الزوجية. لذلك، يجب أن يُنظر إلى الجراحة كجزء من خطة شاملة تشمل الرعاية الجسدية والنفسية والاجتماعية لضمان أفضل النتائج للمريضة. (37)

معرفة النساء ووعيهن الصحي

مستوى المعرفة الصحي عامةً حول الأورام النسائية:

تُظهر العديد من الدراسات أن مستوى المعرفة الصحي لدى النساء حول الأورام النسائية، بما في ذلك الأورام الليفية، يختلف بشكل كبير بحسب الفئة العمرية، مستوى التعليم، والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

كثير من النساء يمتلكن معلومات عامة عن وجود الأورام الليفية، لكنها غالبًا محدودة وغير دقيقة فيما يخص الأعراض، المضاعفات، والخيارات العلاجية. بعض النساء يربطن الأورام الليفية بالسرطان بشكل خاطئ، مما يزيد القلق النفسي ويؤثر على اتخاذ القرارات الصحية.

يشير البحث إلى أن المعرفة الأولية غالبًا تأتي من الإنترنت أو الأقارب، ما يؤدي إلى انتشار معلومات غير دقيقة. ولهذا السبب، يُعتبر تقييم مستوى المعرفة الصحي خطوة أساسية قبل التخطيط للتثقيف الصحي، حيث يمكن تحديد النقاط الضعيفة وتصميم برامج توعية فعالة تركز على فهم الأعراض، المضاعفات، وطرق التشخيص والعلاج. (38)

الدراسات السابقة عن وعي النساء بخصوص الأورام الليفية:

أظهرت الدراسات العالمية والعربية أن وعي النساء بالأورام الليفية منخفض نسبيًا مقارنة بأمراض نسائية أخرى. دراسة في الولايات المتحدة بينت أن أقل من نصف النساء يعرفن الأعراض الأساسية مثل النزف الرحمي الغزير أو الألم الحوضي، وأقل من ربع المشاركات أدركن المضاعفات المحتملة مثل العقم أو تكرار الإجهاض.

في العالم العربي، كشفت دراسة في مصر أن نسبة النساء اللواتي يمتلكن معرفة متوسطة إلى عالية حول الأورام الليفية تتراوح بين 20–35%، مع تفاوت كبير حسب التعليم والوصول إلى الرعاية الصحية.

هذه الدراسة توضح الحاجة الملحة إلى برامج توعية مخصصة، خصوصًا في المجتمعات التي تُعزى فيها أعراض الأورام الليفية إلى التغيرات الطبيعية في الدورة الشهرية أو الحمل، ما يؤدي إلى تأخر التشخيص وزيادة المضاعفات. (39)

العوامل المؤثرة في مستوى المعرفة:

تتأثر معرفة النساء بعدة عوامل رئيسية تشمل التعليم، الثقافة، الوضع الاقتصادي، والمصادر التي تعتمد عليها للحصول على المعلومات الطبية. النساء ذوات التعليم العالي عادةً ما يمتلكن معرفة أكبر بالأعراض والمضاعفات وطرق العلاج، مقارنة بالنساء ذوات التعليم المحدود.

الثقافة المجتمعية تلعب دورًا في تفسير الأعراض، ففي بعض المجتمعات يُنظر إلى النزف الرحمي على أنه أمر طبيعي مرتبط بالدورة الشهرية، مما يقلل من احتمالية البحث عن الاستشارة الطبية.

الوضع الاقتصادي يؤثر على الوصول إلى الخدمات الطبية والقدرة على تحمل تكاليف الاستشارات أو الفحوصات المتقدمة. كما أن المصادر الطبية والإعلامية تُعد عنصرًا مهمًا، إذ يُظهر البحث أن النساء اللواتي يحصلن على معلومات من طبيب مختص أو برامج تثقيفية موثوقة يمتلكن وعيًا أعلى مقارنة بمن يعتمدن على الإنترنت أو الخبرات الشخصية.

وبالتالي، تصميم برامج تثقيفية شاملة يأخذ في الاعتبار هذه العوامل يزيد من فعالية رفع مستوى المعرفة الصحي. (40)

أهمية التثقيف الصحي في الوقاية من المضاعفات وتحسين القرارات العلاجية:

يساهم التثقيف الصحي المستمر في تمكين النساء من اتخاذ قرارات علاجية واعية والوقاية من المضاعفات المحتملة للأورام الليفية. معرفة الأعراض المبكرة، المضاعفات، وطرق التشخيص تساعد المريضة على مراجعة الطبيب في الوقت المناسب، مما يقلل من النزف الشديد وفقر الدم، ويسمح بخيارات علاجية أوسع تتضمن المحافظة على الرحم والخصوبة.

التثقيف الصحي أيضًا يقلل من الخوف والقلق المرتبط بالورم الليفي، ويزيد من الالتزام بالعلاج والمتابعة الدورية. برامج التثقيف الناجحة تعتمد على تبسيط المعلومات الطبية، استخدام وسائل الإعلام المحلية، ودمجها مع الاستشارات الفردية أو الجماعية في العيادات النسائية.

تشمل الاستراتيجيات الحديثة التثقيف الإلكتروني، مجموعات الدعم، والورش العملية التي تركز على التوعية بالخيارات الدوائية والجراحية، وهو ما يعزز من قدرة النساء على المشاركة في اتخاذ القرار ومتابعة صحتهن بشكل مستدام. (41)

الدراسة العملية

أهمية الدراسة:

الأورام الليفية الرحمية من أكثر الأورام الحميدة شيوعًا لدى النساء في سن الإنجاب، وقد تؤثر سلبًا على الصحة الإنجابية وجودة الحياة. ورغم شيوعها، فإن وعي النساء بمخاطرها وبدائل العلاج المتاحة قد يكون محدودًا، مما يؤدي في بعض الأحيان إلى قبول علاجات جذرية مثل استئصال الرحم دون الاطلاع على خيارات أخرى. من هنا تأتي أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على مستوى معرفة النساء بهذا الموضوع بهدف تحسين التثقيف الصحي وتعزيز مشاركة المريضة في اتخاذ القرار العلاجي.

أهداف الدراسة:

الهدف الرئيسي هو تقييم مدى معرفة النساء بخطورة الأورام الليفية الرحمية وخياراتها العلاجية في المراكز الصحية بدمشق. كما تهدف الدراسة إلى توصيف الخصائص الديموغرافية للمشاركات، واستقصاء مصادر معلوماتهن، ومواقفهن تجاه الخيارات العلاجية المختلفة، وخاصة استئصال الرحم.

الطرائق والمواد:

اعتمدنا في هذه الدراسة تصميمًا مقطعيًا مستعرضًا، وهو التصميم الأنسب لتقدير مستوى المعرفة والوعي ضمن مجتمع محدد في فترة زمنية معينة. أجريت الدراسة في عدد من المراكز الصحية في مدينة دمشق خلال الفترة الممتدة من 1 آذار/مارس 2025 وحتى 1 أيلول/سبتمبر 2025. تم اختيار هذه المراكز نظرًا لكونها تستقطب شريحة واسعة من النساء من خلفيات اجتماعية واقتصادية متنوعة، ما يمنح الدراسة شمولية أكبر ويزيد من إمكانية تعميم النتائج على المجتمع المحلي.

مجتمع الدراسة وعينة البحث:

شمل المجتمع المستهدف النساء المراجعات لهذه المراكز الصحية خلال فترة الدراسة، على أن يكنّ بعمر 18 سنة فما فوق، قادرات على الإجابة على الاستبيان، وموافقات على المشاركة بعد الاطلاع على هدف البحث. تم استبعاد النساء اللواتي رفضن المشاركة أو اللواتي حالتهن الصحية أو المعرفية لا تسمح بالمقابلة.

جرى حساب حجم العينة باستخدام معادلة الدراسات المقطعية، حيث افترضنا نسبة معرفة سابقة تقدر بـ 50% كونها غير معروفة، مع مستوى ثقة 95% وهامش خطأ 5%. بناءً على ذلك بلغ العدد المطلوب حوالي 386 مشاركة، ومع إضافة 10% لتعويض حالات الرفض أو الاستبيانات غير المكتملة استهدفنا جمع بيانات نحو 404 امرأة.

أداة الدراسة:

أُعدّ استبيان ورقي خاص بالبحث بعد مراجعة الأدبيات الطبية المتعلقة بالأورام الليفية ووعي النساء الصحي. تضمن الاستبيان ثلاثة محاور رئيسية:

1. **المحور الأول** – **البيانات الديموغرافية والاجتماعية:** شمل العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان السكن، عدد الأولاد، المهنة، ومستوى الدخل الشهري.
2. **المحور الثاني** – **التاريخ الطبي الشخصي والعائلي:** الاستفسار عن وجود أمراض نسائية سابقة أو إصابة أحد الأقارب بالأورام الليفية.
3. **المحور الثالث** – **مستوى المعرفة والمواقف:** أسئلة حول معرفة النساء بالأورام الليفية، مصادر المعلومات، الأعراض والمضاعفات الشائعة، تأثيرها على الحمل، الخيارات العلاجية الممكنة، وموقفهن من استئصال الرحم والبدائل العلاجية. تضمن هذا القسم أيضًا أسئلة لقياس القلق المتصور ورغبة المشاركات بالحصول على توعية إضافية.

اعتمدت معظم الأسئلة صيغة مغلقة (نعم/لا، اختيارات متعددة، مقياس ليكرت) مع إضافة أسئلة مفتوحة لإتاحة المجال أمام المشاركات للتعبير عن مقترحات أو تعليقات إضافية.

تم حساب نسبة المعرفة من خلال جمع الدرجات التي حصلت عليها كل مشاركة في الأسئلة المعرفية (من السؤال 12 إلى السؤال 22، بإجمالي 19 سؤالًا)، حيث كانت كل إجابة صحيحة تُمنح درجة واحدة (1)، والإجابة الخاطئة أو "لا أعرف" تُمنح صفر (0). بعد ذلك، قُسم مجموع الدرجات التي حصلت عليها المشاركة على العدد الإجمالي للأسئلة (19)، ثم ضُرب الناتج بـ 100 للحصول على النسبة المئوية لمستوى المعرفة لكل مشاركة، وفق المعادلة التالية:

نسبة المعرفة= عدد الإجابات الصحيحة\عدد أسئلة المعرفة الكلي×100

بعد حساب نسبة المعرفة لكل مشاركة، تم تقدير متوسط نسبة المعرفة لجميع المشاركات لتقييم المستوى العام للوعي حول الأورام الليفية، مع إمكانية تصنيف النتائج إلى:

1. معرفة منخفضة (<50%)
2. معرفة متوسطة (50–75%)
3. معرفة جيدة (>75%)

إجراءات جمع البيانات:

تم تدريب فريق البحث على إجراء المقابلات بطريقة موحدة لضمان دقة جمع البيانات وتقليل التحيز. عند مراجعة المريضة للمركز الصحي، كان يُشرح لها هدف الدراسة مع التأكيد على سرية المعلومات، ثم يُطلب منها التوقيع على موافقة مستنيرة قبل المشاركة. بعد ذلك، كانت تعبئة الاستبيان تتم إما من خلال مقابلة مباشرة يجريها الباحث، أو بشكل ذاتي من قبل المريضة تحت إشراف الباحث للإجابة عن أي استفسارات.

تمت مراعاة الخصوصية أثناء المقابلات بحيث جرى إجراؤها في أماكن هادئة بعيدة عن ازدحام المرضى. بعد استكمال الاستبيان، أُعطي لكل مشاركة رقم رمز بدلًا من تسجيل اسمها لضمان السرية. جُمعت الاستبيانات الورقية في ملفات محكمة الإغلاق، ثم أُدخلت البيانات إلى برنامج إحصائي مخصص مع مراجعة مزدوجة للتأكد من خلوها من الأخطاء.

الاعتبارات الأخلاقية:

أُجريت هذه الدراسة بعد الحصول على موافقة لجنة الأخلاقيات في الجامعة السورية الخاصة. جميع المشاركات تم إعلامهن بهدف الدراسة وطبيعتها، وأُكد لهن أن المشاركة اختيارية تمامًا وأن لهن الحق بالانسحاب في أي وقت دون أن يؤثر ذلك على تلقيهن للخدمات الصحية. تمت حماية سرية البيانات عبر استخدام ترميز رقمي وحفظ الملفات الورقية والإلكترونية بشكل آمن.

التحليل الإحصائي:

تم إجراء تحليل وصفي للبيانات باستخدام برنامج SPSS الإحصائي. شمل التحليل حساب التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الديموغرافية والاجتماعية (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان السكن، مستوى الدخل، وجود أولاد، والسوابق النسائية الشخصية والعائلية)، بالإضافة إلى توصيف درجات المعرفة حول الأورام الليفية الرحمية.

كما تم استخدام اختبار كاي-تربيع (Chi-square test) لدراسة العلاقة بين درجة المعرفة والمتغيرات الديموغرافية المختلفة بهدف تحديد مدى وجود فروق ذات دلالة هامة إحصائيًا بين الفئات. اعتُبر الفرق ذا دلالة إحصائية عندما كانت قيمة الاحتمال ($P < 0.05$).

النتائج:

التحليل الوصفي:

المعلومات الديموغرافية لدى المريضات:

شملت الدراسة (404) مريضة. أظهرت النتائج أن الفئة العمرية الأكثر شيوعًا كانت بين (20–29) سنة بنسبة (39.6%)، تلتها الفئة العمرية (30–39) سنة بنسبة (18.8%)، في حين شكّلت الفئة الأقل من 20 سنة (7.4%) فقط من العينة. أما المريضات اللواتي كنّ بعمر (50) سنة فأكثر فقد بلغت نسبتهن (16.8%).

من حيث الحالة الاجتماعية، كانت الغالبية من المتزوجات (51.7%)، تليها العازبات بنسبة (43.6%)، في حين شكّلت المطلقات والأرامل معًا أقلية (4.7%).

وفيما يخص المستوى التعليمي، تبين أن معظم المريضات حاصلات على مؤهل جامعي (76.5%)، تليهن الحاصلات على التعليم الثانوي (11.6%)، بينما بلغت نسبة الأميات (0.7%) فقط، كما وصلت نسبة الحاصلات على دراسات عليا إلى (5.9%).

أما من حيث مكان السكن، فقد تبين أن معظم المريضات يقطنّ في المدن (77.5%)، مقابل (22.5%) من الريف. وبالنسبة للإنجاب، فإن نصف العينة تقريبًا لديهن أولاد (50.2%)، في حين لم يكن لدى النصف الآخر أي أولاد (49.8%).

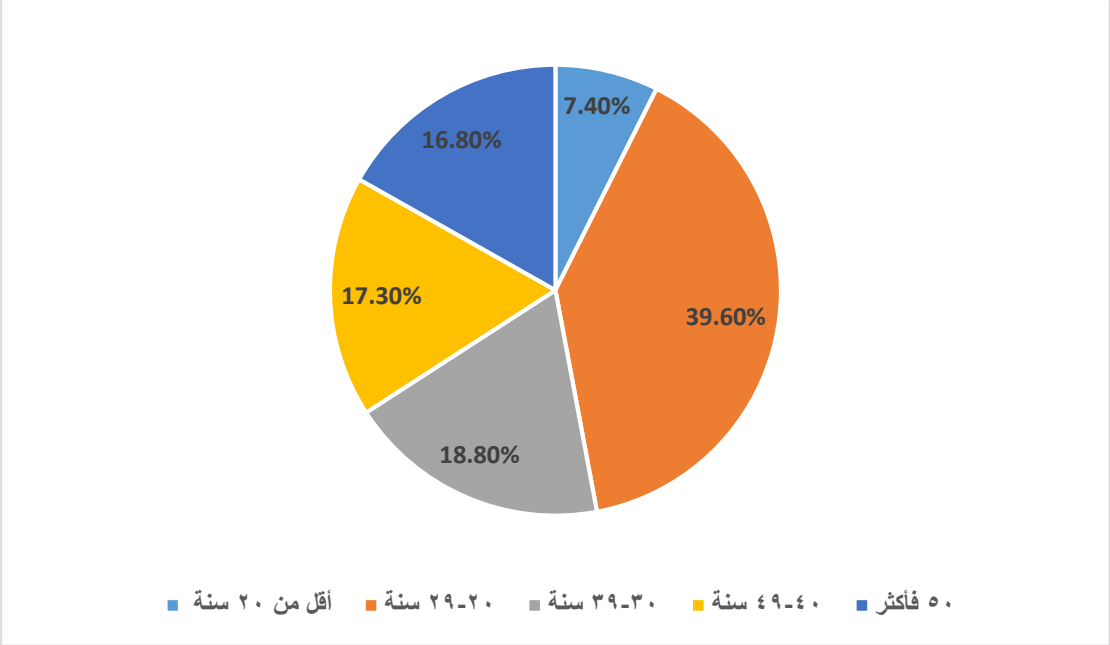
من ناحية الوضع المهني، شكّلت الطالبات النسبة الأكبر (36.9%)، تلتها الموظفات (29.7%)، ثم ربات المنازل (28.5%)، في حين شكّلت الفئات الأخرى نسبة محدودة (4.9%).

وفيما يخص مستوى الدخل الشهري، أظهرت النتائج أن معظم المريضات ضمن الفئة متوسطة الدخل (75%)، بينما توزعت البقية بين فئة الدخل المنخفض (18.6%) والدخل المرتفع (6.4%).

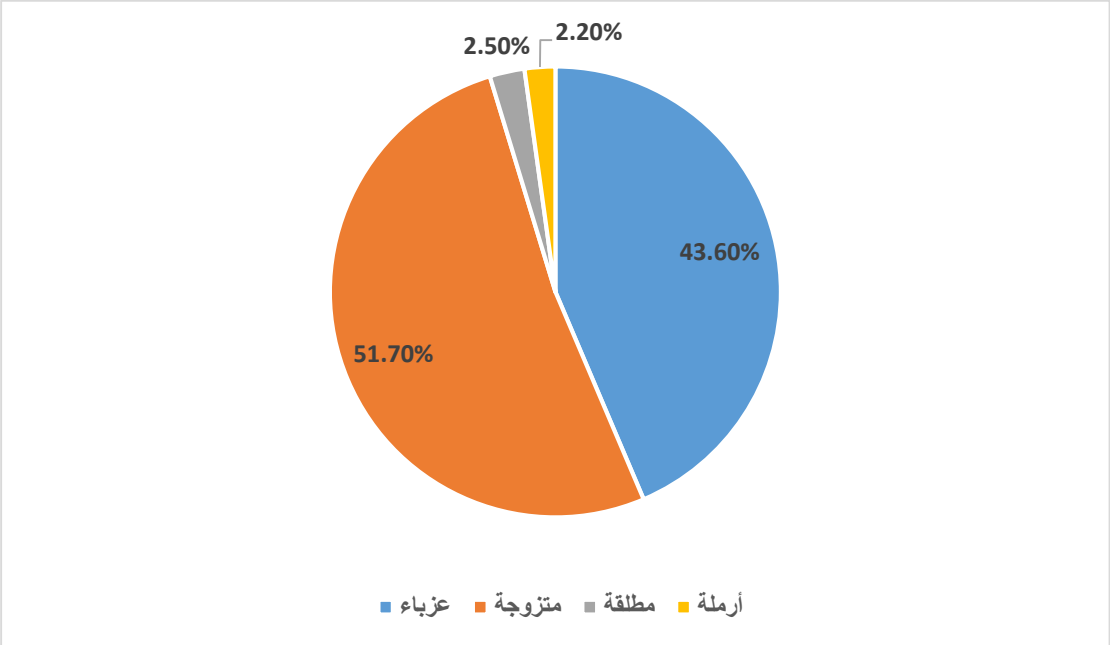
وبالانتقال إلى التاريخ المرضي، تبين أن نسبة صغيرة من المريضات لديهن قصة سابقة لأمراض نسائية (18.8%)، في حين لم يذكر معظمهن أي أمراض نسائية سابقة (81.2%). أما بالنسبة لوجود قصة عائلية لأورام ليفية أو مشاكل نسائية فقد بلغت نسبته (41.3%)، مقابل (58.7%) لم يذكرن أي قصة عائلية مشابهة.

الجدول 1 المعلومات الديموغرافية لدى المريضات

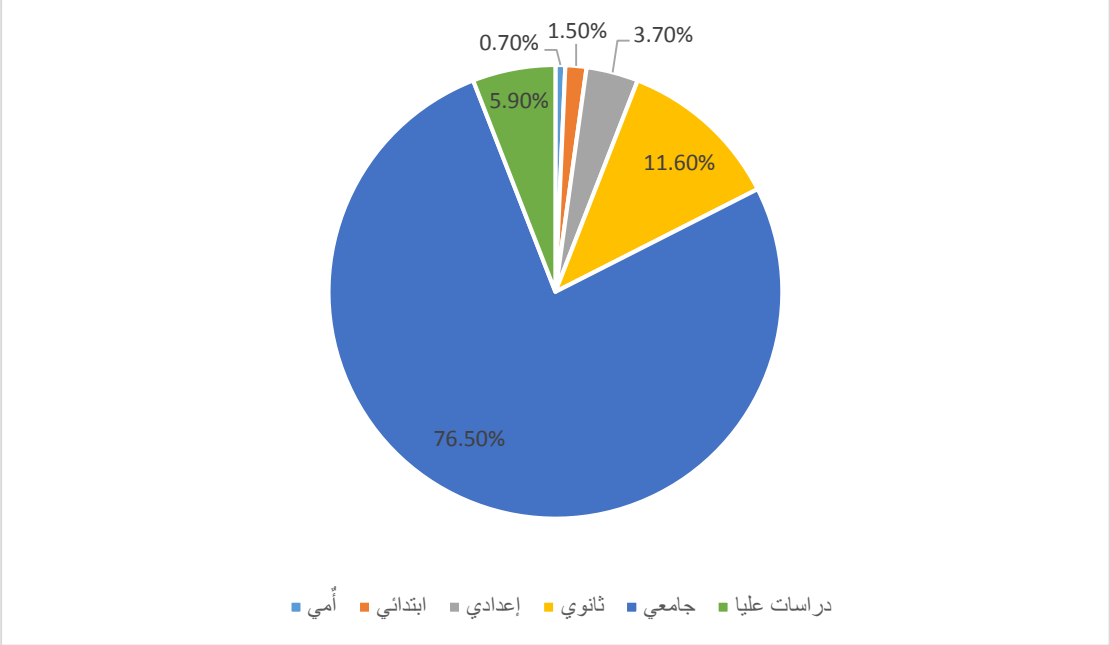
الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
أقل من 20 سنة	30	%7.4
20-29 سنة	160	%39.6
30-39 سنة	76	%18.8
40-49 سنة	70	%17.3
50 فأكثر	68	%16.8
الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة المئوية
عزباء	176	%43.6
متزوجة	209	%51.7
مطلقة	10	%2.5
أرملة	9	%2.2
المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
أمي	3	%0.7
ابتدائي	6	%1.5
إعدادي	15	%3.7
ثانوي	47	%11.6
جامعي	309	%76.5
دراسات عليا	24	%5.9
مكان السكن	العدد	النسبة المئوية
ريف	91	%22.5
مدينة	313	%77.5
وجود أولاد	العدد	النسبة المئوية
نعم	203	%50.2
لا	201	%49.8
العمل	العدد	النسبة المئوية
موظفة	120	%29.7
ربة منزل	115	%28.5
طالبة	149	%36.9
غير ذلك	20	%4.9
مستوى الدخل الشهري	العدد	النسبة المئوية
منخفض	75	%18.6
متوسط	303	%75
مرتفع	26	%6.4
هل لديك تاريخ سابق لأمراض نسائية	العدد	النسبة المئوية
نعم	76	%18.8
لا	328	%81.2
هل لدى أحد أقاربك أورام ليفية أو مشاكل نسائية	العدد	النسبة المئوية
نعم	167	%41.3
لا	237	%58.7



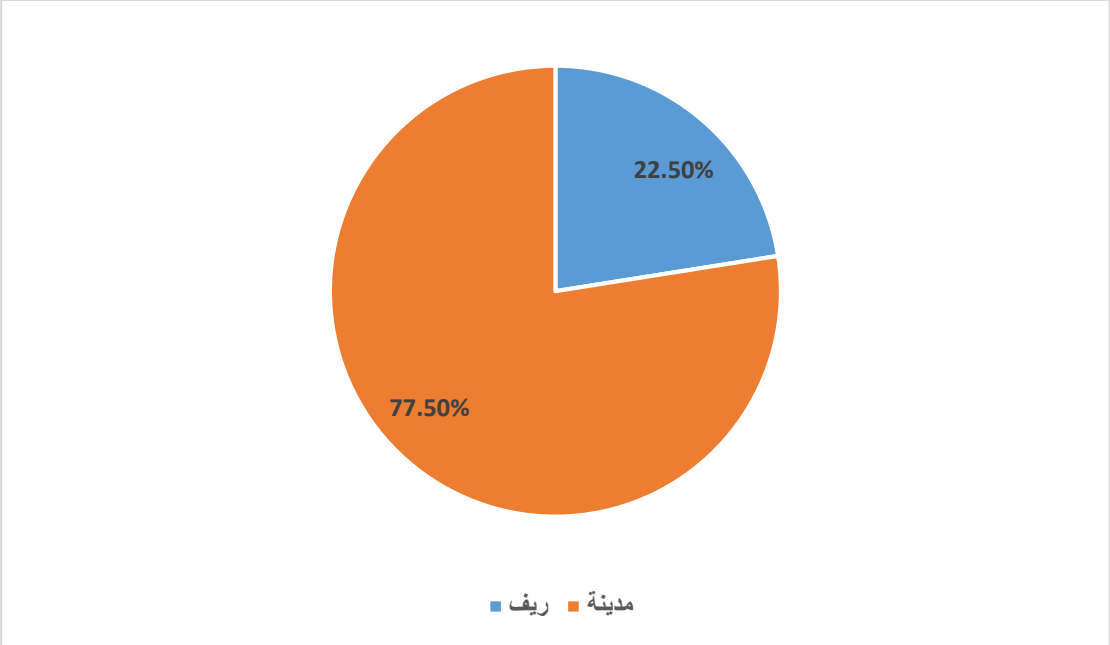
الشكل 17 التوزع النسبي للمريضات حسب الفئة العمرية



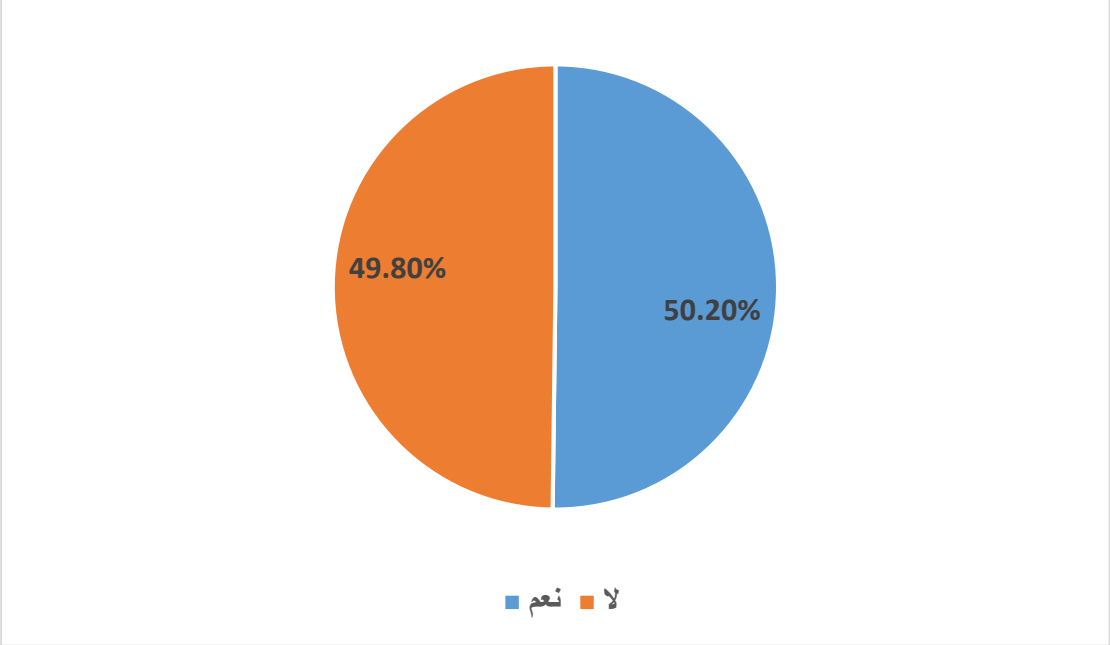
الشكل 18 التوزع النسبي للمريضات حسب الحالة الاجتماعية



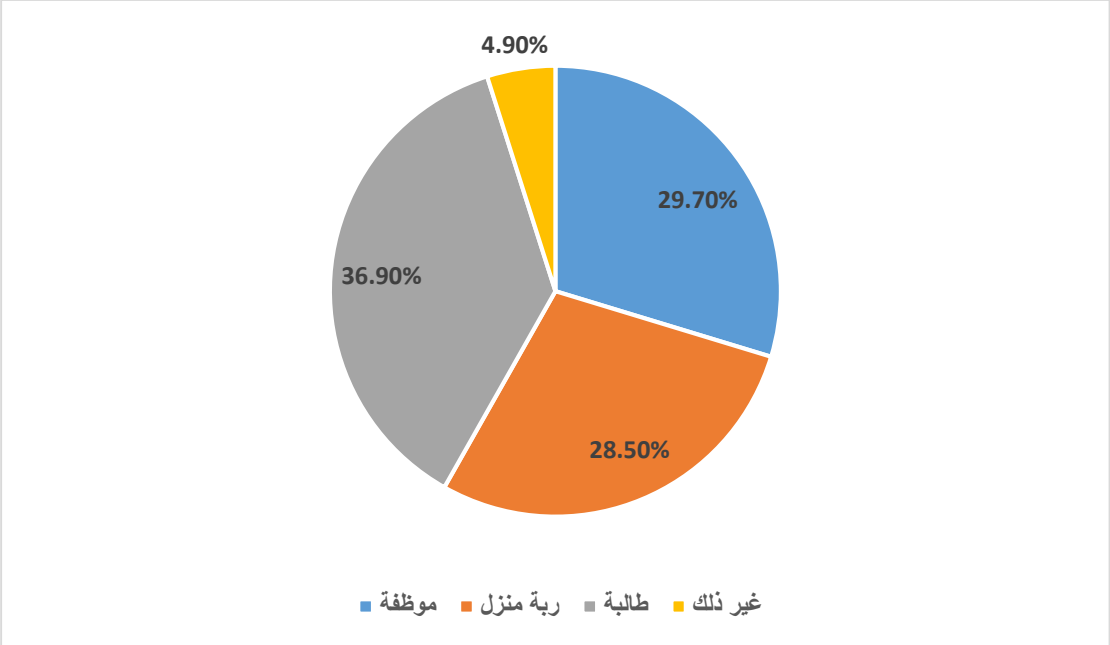
الشكل 19 التوزع النسبي للمريضات حسب المستوى التعليمي



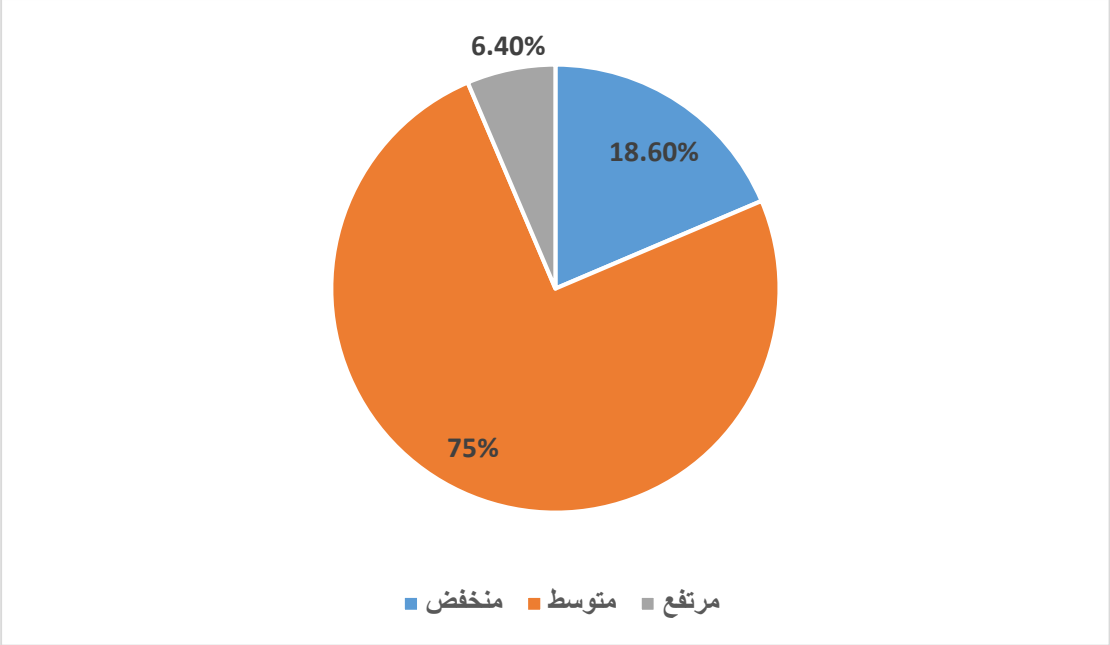
الشكل 20 التوزع النسبي للمريضات حسب مكان السكن



الشكل 21 التوزع النسبي للمريضات حسب وجود أولاد



الشكل 22 التوزع النسبي للمريضات حسب العمل



الشكل 23 التوزع النسبي للمريضات حسب مستوى الدخل



الشكل 24 التوزع النسبي حسب وجود سوابق أورام ليفية

المعرفة العامة عن الأورام الليفية:

أظهرت نتائج الدراسة أن الغالبية العظمى من المريضات (82.4%) قد سمعن مسبقًا عن الأورام الليفية الرحمية، في حين لم يسبق لـ (17.6%) منهن أن سمعن عنها. وعند تحليل مصادر المعرفة، تبين أن المصدر الأكثر شيوعًا كان العائلة والأصدقاء (44.1%)، تليها وسائل الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي (40.3%)، بينما ذكر (22.8%) أن مصدرهم الأساسي كان الطبيب أو الممرضة. كما أشار (18.8%) إلى أن المعرفة جاءت من خلال المحاضرات أو الدراسة الجامعية، في حين نسب أقل حصلن على المعلومة من التلفاز أو الصحافة (8.2%)، أو من الكتب والمجلات الصحية (6.4%).

أما بخصوص طبيعة الأورام الليفية، فقد اعتقدت الغالبية (62.1%) أنها أورام حميدة، بينما اعتبرتها نسبة أقل (9.7%) أورامًا خبيثة، في حين صرّحت (28.2%) بعدم معرفتهن بطبيعتها.

وفيما يتعلق بالعمر الأكثر شيوعًا للإصابة بالورم الليفي، أشار (38.6%) من المريضات إلى أنه يحدث بعد سن الأربعين، في حين ذكر (27.2%) أن الفترة العمرية بين 30–40 سنة هي الأكثر شيوعًا، مقابل (4.7%) اعتقدن أن الإصابة تحدث غالبًا بين 20–30 سنة، بينما عبّرت نسبة لا بأس بها (29.5%) عن عدم معرفتها.

وبالنسبة لتقدير نسبة شيوع الأورام الليفية بين النساء، اعتبرت (36.4%) من المريضات أنها شائعة بنسبة تزيد عن 30%، بينما اعتبرت (32.4%) أنها متوسطة الحدوث (10–20%)، في حين رأت (28%) أنها نادرة (<5%)، وأفادت نسبة مماثلة (28%) بعدم معرفتهن.

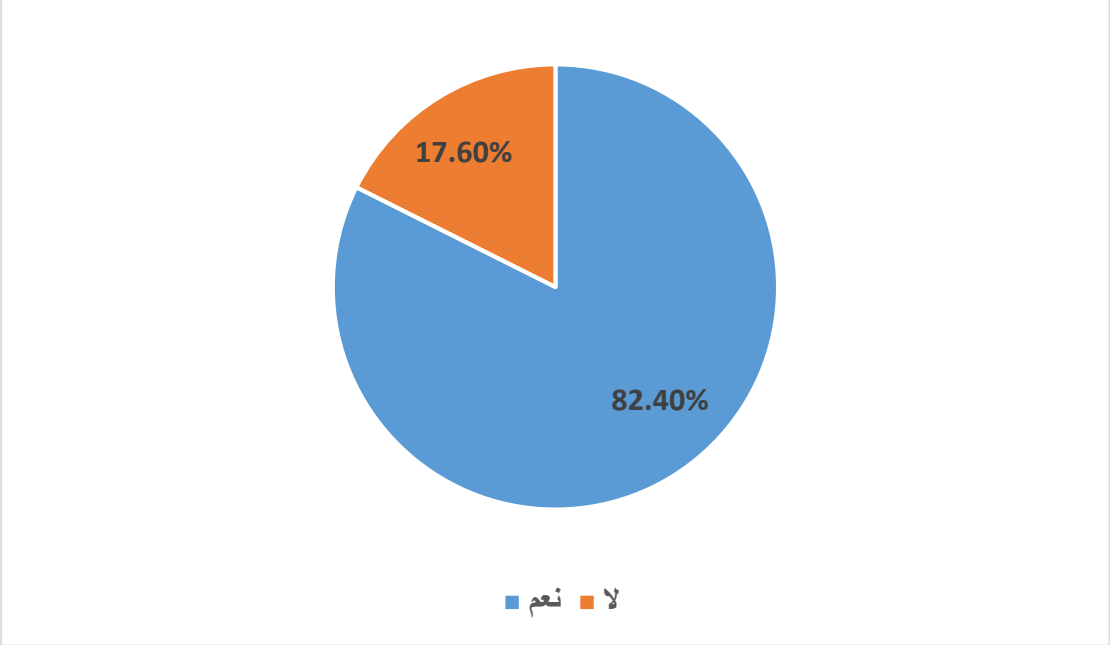
أما حول تأثير الأورام الليفية على الحمل، فقد أظهرت النتائج أن معظم المريضات (69.6%) كن على دراية بأن الأورام الليفية قد تؤثر على الحمل أو تسبب مضاعفات أثناءه، بينما نفت (25.5%) وجود مثل هذا الارتباط، وأجابت (5%) بعدم معرفتهن.

وفيما يخص الأعراض والمضاعفات المرتبطة بالأورام الليفية، تبين أن النزف الرحمي الغزير كان أكثر الأعراض شيوعًا وفق إدراك المريضات (64.9%)، يليه اضطراب الدورة الشهرية (52.7%)، ثم الضغط على المثانة أو الأمعاء (40.8%)، والتأثير على الخصوبة أو الحمل (39.6%). كما أشار (35.9%) إلى الألم الحوضي المزمن، و(35.4%) إلى فقر الدم الناتج عن النزف، في

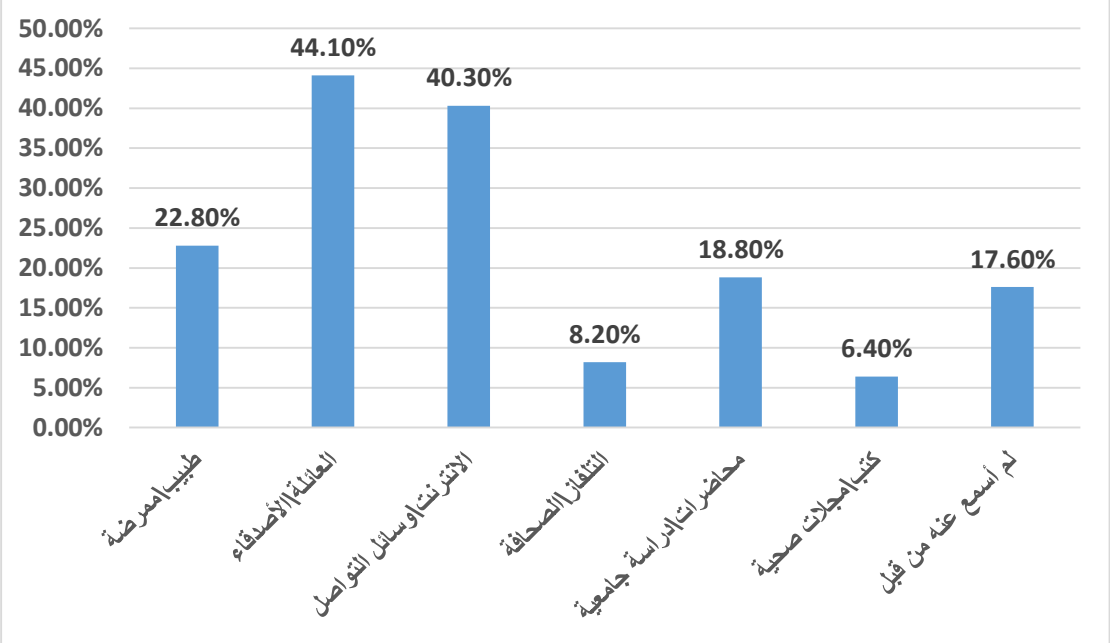
حين ذكر (25.2%) إمكانية تحوّل الأورام الليفية إلى سرطان، و(24.5%) حدوث انتفاخ في البطن. ومن جهة أخرى، أقرّت (18.8%) من المريضات بعدم معرفتهن بأي من الأعراض أو المضاعفات المحتملة للأورام الليفية.

الجدول 2 المعرفة العامة عن الأورام الليفية

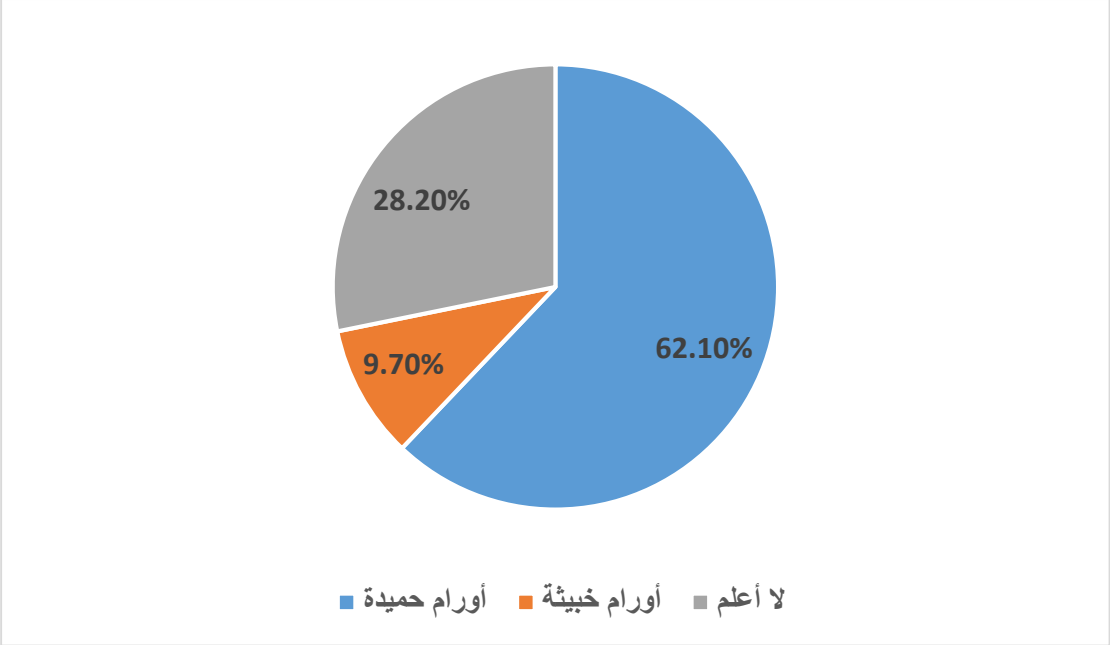
هل سمعت من قبل عن الأورام الليفية الرحمية	العدد	النسبة المئوية
نعم	333	%82.4
لا	71	%17.6
ما هو مصدر معرفتك	العدد	النسبة المئوية
طبيب\ممرضة	92	%22.8
العائلة\الأصدقاء	178	%44.1
الانترنت\وسائل التواصل	163	%40.3
التلفاز\الصحافة	33	%8.2
محاضرات\دراسة جامعية	76	%18.8
كتب\مجلات صحية	26	%6.4
لم أسمع عنه من قبل	71	%17.6
الأورام الليفية هي	العدد	النسبة المئوية
أورام حميدة	251	%62.1
أورام خبيثة	39	%9.7
لا أعلم	114	%28.2
ما أكثر عمر شائع للإصابة بالورم الليفي	العدد	النسبة المئوية
20-30 سنة	19	%4.7
30-40 سنة	110	%27.2
فوق 40 سنة	156	%38.6
لا أعلم	119	%29.5
ما نسبة شيوع الأورام الليفية عند النساء تقريباً	العدد	النسبة المئوية
نادرة < 5%	113	%28
متوسطة 10-20%	131	%32.4
شائعة > 30%	147	%36.4
لا أعلم	113	%28
هل تعلمين أن الأورام الليفية قد تؤثر على الحمل أو تسبب مضاعفات أثناء الحمل	العدد	النسبة المئوية
نعم	281	%69.6
لا	103	%25.5
لا أعلم	20	%5
ما الأعراض أو المضاعفات التي تعرفين أنها مرتبطة بالأورام الليفية	العدد	النسبة المئوية
نزف رحمي غزير	262	%64.9
الام حوضية مزمنة	145	%35.9
تأثير على الخصوبة\الحمل أو تسبب العقم	160	%39.6
ضغط على المثانة أو الأمعاء	165	%40.8
تحويل الأورام الليفية الى سرطان	102	%25.2
فقر دم نتيجة النزف	143	%35.4
انتفاخ البطن	99	%24.5
اضطرابات دورة شهرية	213	%52.7
لا أعلم	76	%18.8



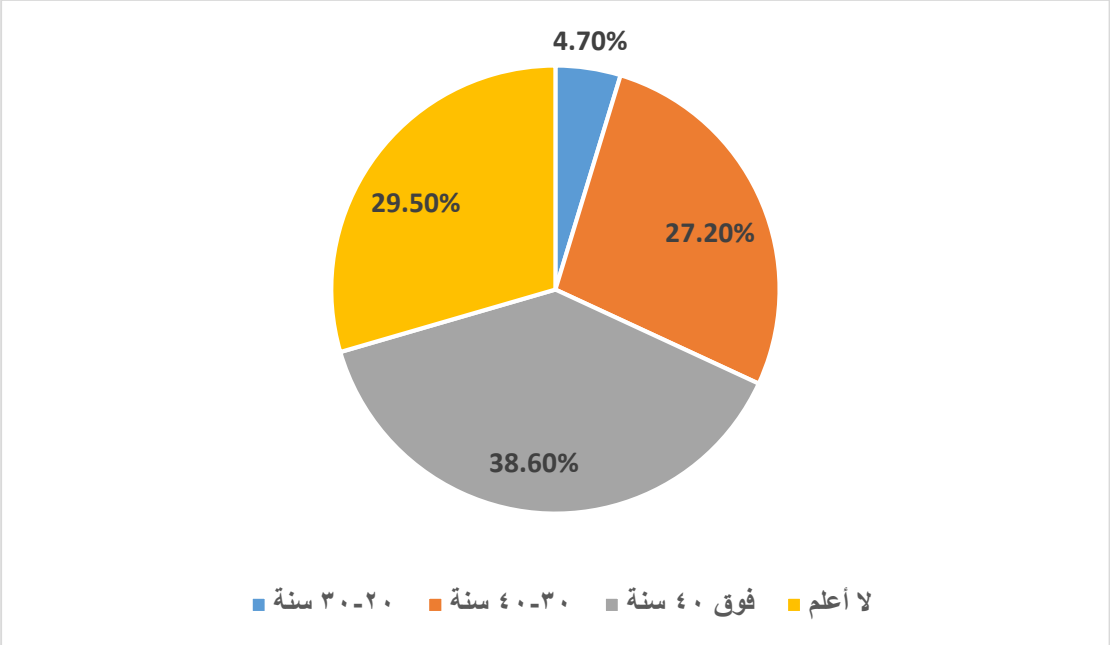
الشكل 25 هل سمعت من قبل عن الأورام الليفية الرحمية



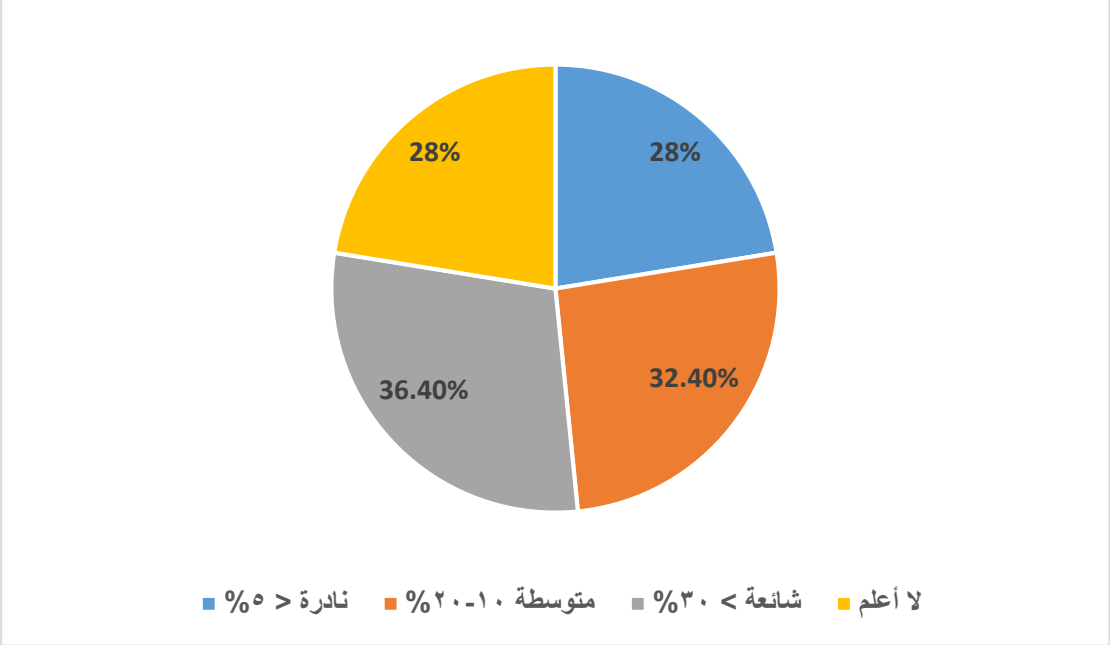
الشكل 26 مصادر المعرفة حول الأورام الليفية الرحمية



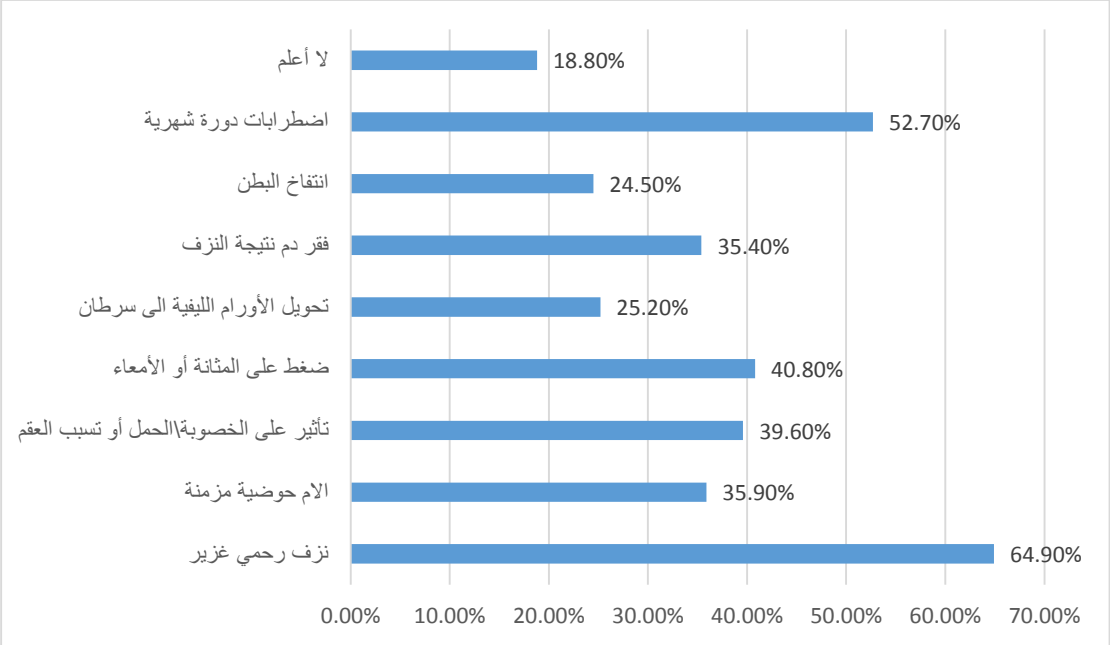
الشكل 27 المعرفة حول ما هي الأورام الليفية



الشكل 28 السؤال عن العمر الأشيع لحدوث الورم الليفي الرحمي



الشكل 29 السؤال عن شيوع الأورام الليفية



الشكل 30 السؤال عن الأعراض التي تسببها الأورام الرحمية

خيارات العلاج:

أظهرت نتائج الدراسة تفاوتًا في معرفة المريضات بالخيارات العلاجية المتاحة للأورام الليفية. فقد أشارت نسبة (52.2%) إلى معرفتهن بإمكانية استئصال الورم فقط كخيار علاجي، بينما ذكر (36.1%) وجود علاجات حديثة مثل الهرمونات أو المنظار أو الليزر.

كما أشارت (32.2%) إلى استئصال الرحم الكامل كخيار علاجي، في حين ذكر (31.9%) العلاج الدوائي، وأفادت (24.8%) بإمكانية الاكتفاء بالمتابعة الدورية دون تدخل مباشر. ومع ذلك، أقرّت (21%) من المريضات بعدم معرفتهن بأي من الخيارات العلاجية المتاحة.

وحول الاعتقاد بأن استئصال الرحم هو العلاج الوحيد للأورام الليفية، رأت الغالبية (70.3%) أن ذلك غير صحيح، بينما اعتقدت نسبة صغيرة (9.9%) أنه العلاج الوحيد، وأجابت (19.8%) بعدم معرفتهن.

أما بالنسبة لاحتمال عودة الورم الليفي بعد استئصاله جراحيًا دون استئصال الرحم الكامل، فقد وافقت غالبية المريضات (52.7%) على إمكانية حدوث ذلك، في حين نفت (16.3%) هذا الاحتمال، وأبدت (30.9%) عدم معرفتهن.

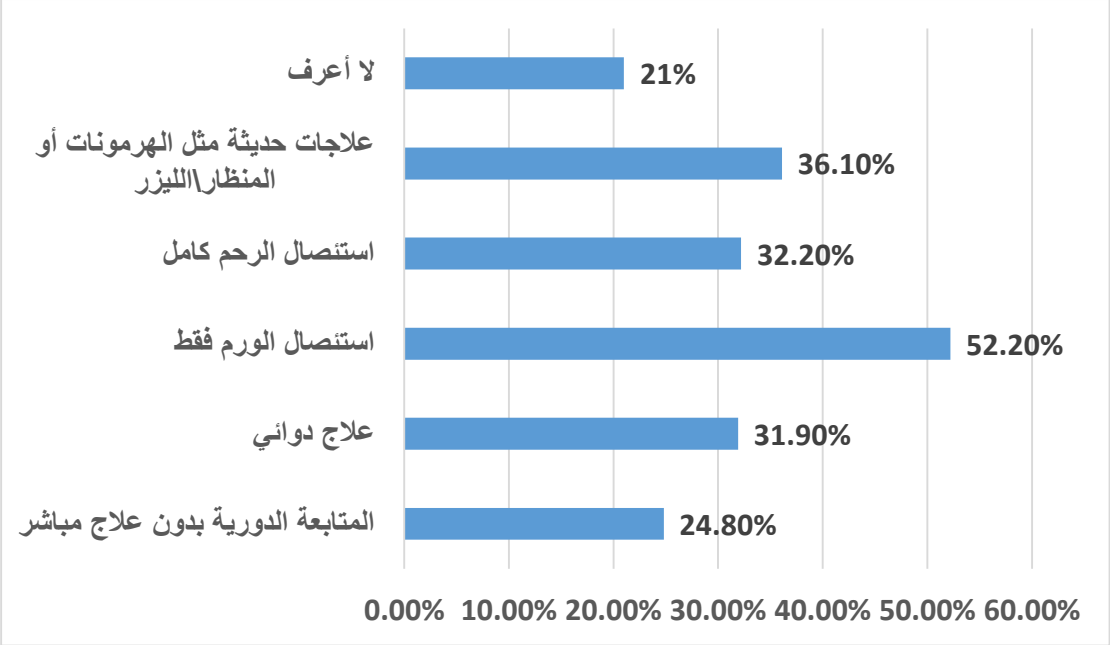
وفيما يتعلق بموقف المريضات تجاه توصية الطبيب باستئصال الرحم، أشارت الغالبية العظمى (75%) إلى أنهن قد يطلبن رأيًا ثانيًا قبل اتخاذ القرار، في حين ذكرت (14.4%) أنهن لن يطلبن ذلك، وأجابت (10.6%) بعدم معرفتهن.

كما بينت النتائج أن معظم المريضات (81.2%) يعتقدن أن وجود بدائل علاجية يقلل من خوف النساء من استئصال الرحم، في حين رأت نسبة قليلة (3.5%) أن البدائل لا تقلل من هذا الخوف، وأفادت (15.3%) بعدم معرفتهن.

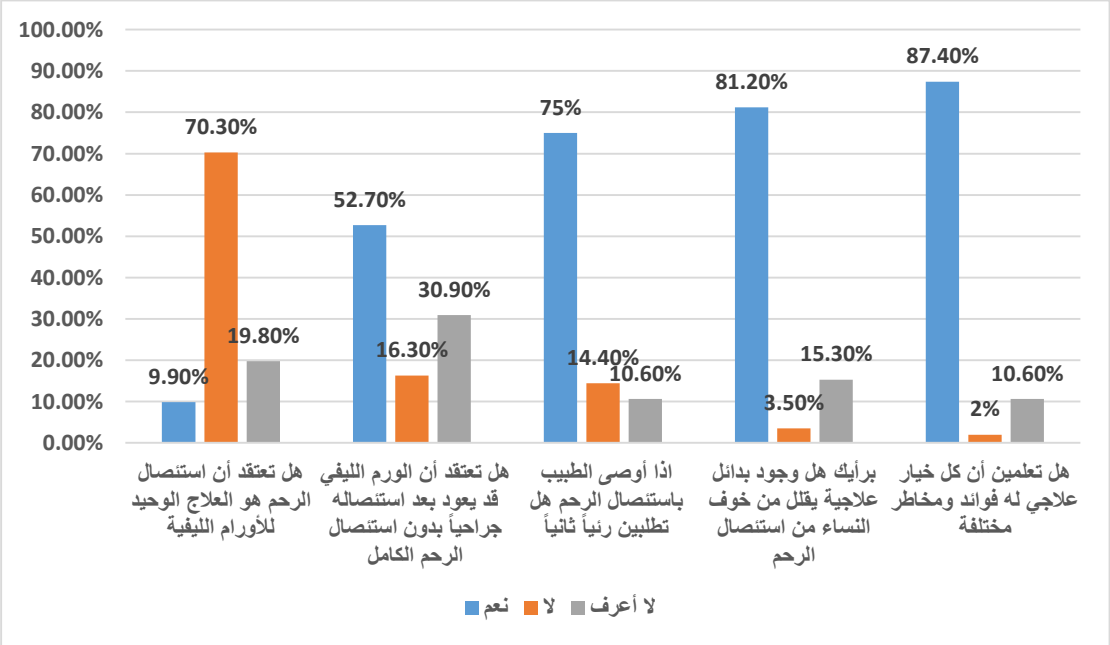
وأخيرًا، أظهرت الدراسة أن غالبية المشاركات (87.4%) على دراية بأن كل خيار علاجي له فوائد ومخاطر مختلفة، بينما نفت (2%) معرفتهن بذلك، وأجابت (10.6%) بعدم المعرفة.

الجدول 3 المعرفة بخيارات العلاج

ما الخيارات العلاجية التي تعرفينها	العدد	النسبة المئوية
المتابعة الدورية بدون علاج مباشر	100	%24.8
علاج دوائي	129	%31.9
استئصال الورم فقط	211	%52.2
استئصال الرحم كامل	130	%32.2
علاجات حديثة مثل الهرمونات أو المنظار\الليزر	146	%36.1
لا أعرف	85	%21
هل تعتقد أن استئصال الرحم هو العلاج الوحيد للأورام الليفية	العدد	النسبة المئوية
نعم	40	%9.9
لا	284	%70.3
لا أعرف	80	%19.8
هل تعتقد أن الورم الليفي قد يعود بعد استئصاله جراحياً بدون استئصال الرحم الكامل	العدد	النسبة المئوية
نعم	213	%52.7
لا	66	%16.3
لا أعرف	125	%30.9
اذا أوصى الطبيب باستئصال الرحم هل تطلبين رئياً ثانياً	العدد	النسبة المئوية
نعم	303	%75
لا	58	%14.4
لا أعرف	43	%10.6
برأيك هل وجود بدائل علاجية يقلل من خوف النساء من استئصال الرحم	العدد	النسبة المئوية
نعم	328	%81.2
لا	14	%3.5
لا أعرف	62	%15.3
هل تعلمين أن كل خيار علاجي له فوائد ومخاطر مختلفة	العدد	النسبة المئوية
نعم	353	%87.4
لا	8	%2
لا أعرف	43	%10.6



الشكل 31 المعرفة بالخيارات العلاجية



الشكل 32 المعرفة حول علاج الأورام الليفية الرحمية

المواقف الشخصية:

أظهرت النتائج المتعلقة بالمواقف الشخصية للمريضات أنه في حال اكتشاف ورم ليفي صغير غير عرضي، فضّلت الغالبية العلاج الدوائي (43.6%)، بينما اختارت نسبة (32.7%) الاكتفاء بالمتابعة الدورية دون أي علاج مباشر. في المقابل، فضّلت نسبة أقل (11.4%) التدخل الجراحي، وأعربت (12.4%) عن عدم معرفتها بالخيار الأنسب.

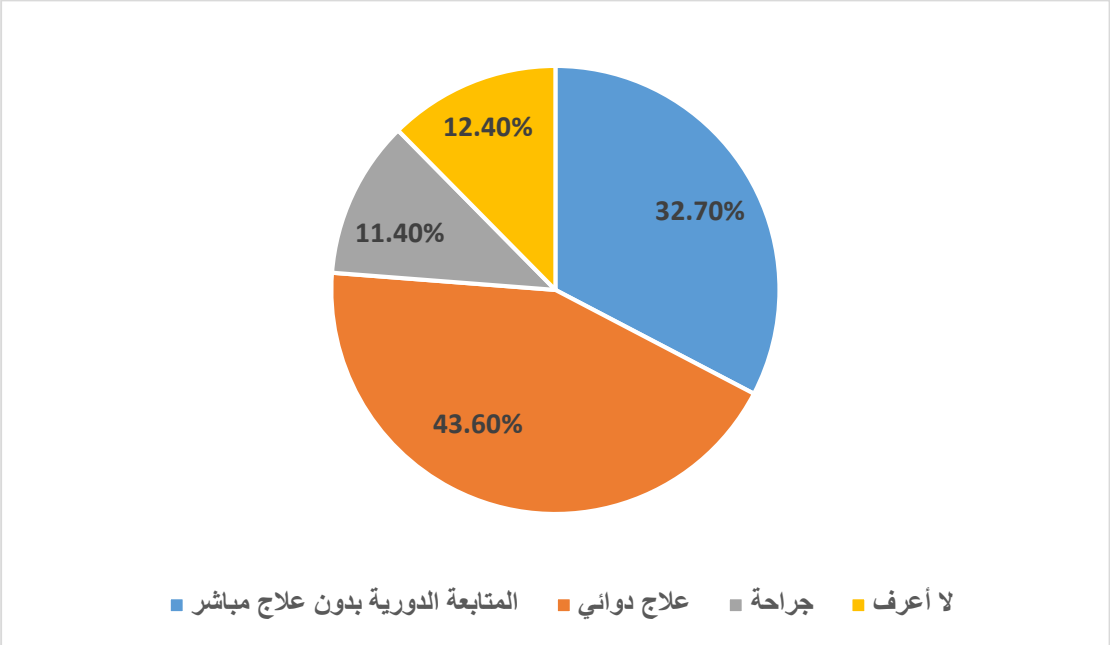
أما بخصوص أكثر ما يثير القلق في حال استئصال الرحم، فقد تبيّن أن التأثير النفسي كان العامل الأكثر إثارة للقلق (62.9%)، يليه فقدان الخصوبة (43.3%)، ثم الخوف من المضاعفات الجراحية (39.9%). بينما أشارت نسبة محدودة (12.9%) إلى أنهن لا يشعرن بأي قلق حيال الاستئصال.

وفيما يتعلق بدور المريضة في اتخاذ القرار العلاجي، عبّرت نصف المشاركات تقريبًا (50.5%) عن رغبتهن في المشاركة الكاملة في القرار، بينما فضّلت (42.1%) اتباع توصية الطبيب بشكل مباشر، وأفادت (7.4%) بعدم وضوح موقفهن من هذه المسألة.

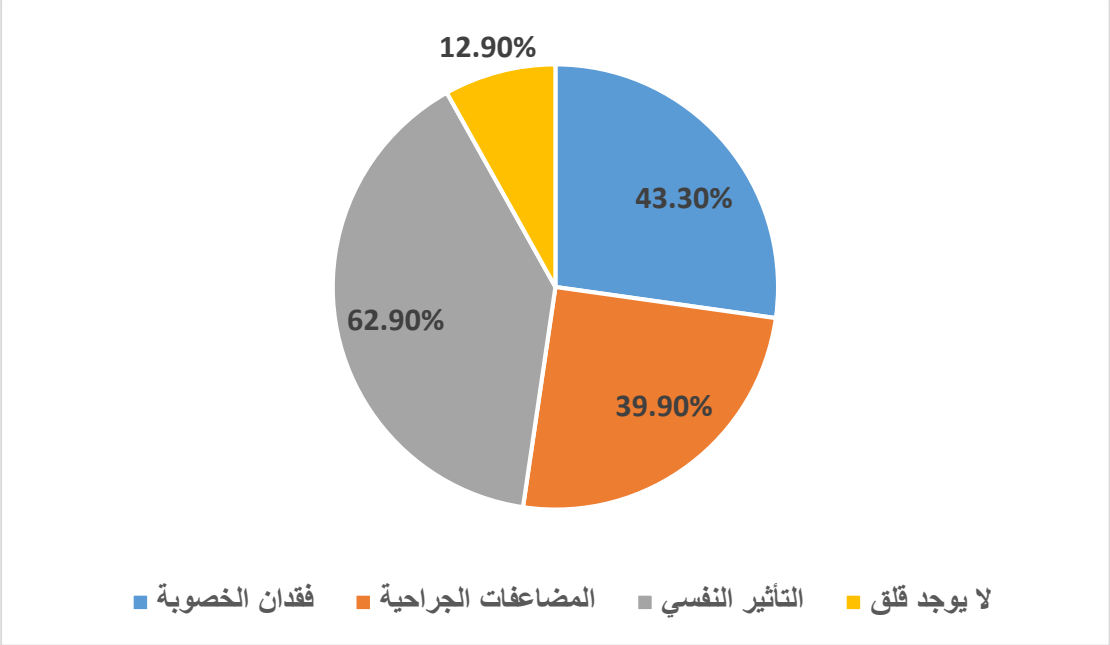
أما عند السؤال عن مستوى القلق في حال تشخيص ورم ليفي رحمي، فقد أظهرت النتائج أن (45%) من المريضات يعانين من قلق شديد، في حين كانت نسبة القلق المتوسط (42.6%). أما القلق الخفيف فشكّل (6.9%) فقط، بينما صرّحت نسبة صغيرة (5.4%) بعدم وجود أي قلق تجاه التشخيص.

الجدول 4 المواقف الشخصية حول علاج الورم الليفي

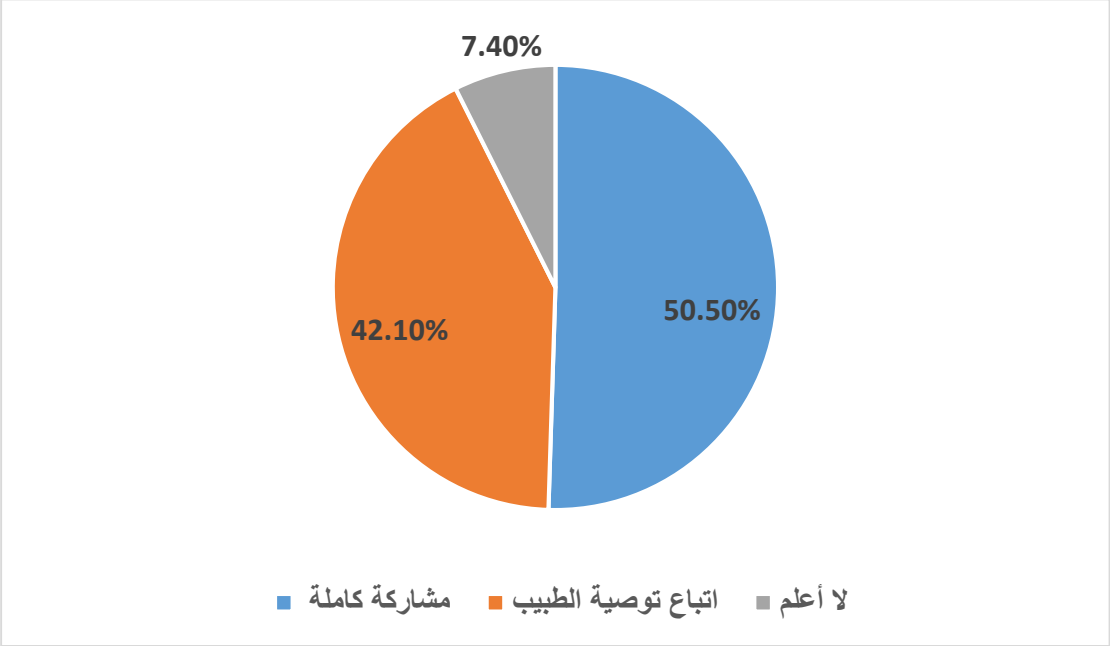
اذا اكتشف لديك ورم ليفي صغير بدون أعراض، هل تفضلين؟	العدد	النسبة المئوية
المتابعة الدورية بدون علاج مباشر	132	%32.7
علاج دوائي	176	%43.6
جراحة	46	%11.4
لا أعرف	50	%12.4
ما أكثر ما يقلقك في حالة استئصال الرحم	العدد	النسبة المئوية
فقدان الخصوبة	175	%43.3
المضاعفات الجراحية	161	%39.9
التأثير النفسي	254	%62.9
لا يوجد قلق	52	%12.9
هل ترغبين بالمشاركة بشكل كامل في قرار العلاج أم تفضلين اتباع توصية الطبيب فقط	العدد	النسبة المئوية
مشاركة كاملة	204	%50.5
اتباع توصية الطبيب	170	%42.1
لا أعلم	30	%7.4
اذا تم تشخيصك بورم ليفي رحمي، ما مستوى القلق الذي تشعرين به	العدد	النسبة المئوية
قلق شديد	182	%45
قلق متوسط	172	%42.6
قلق خفيف	28	%6.9
لا يوجد قلق	22	%5.4



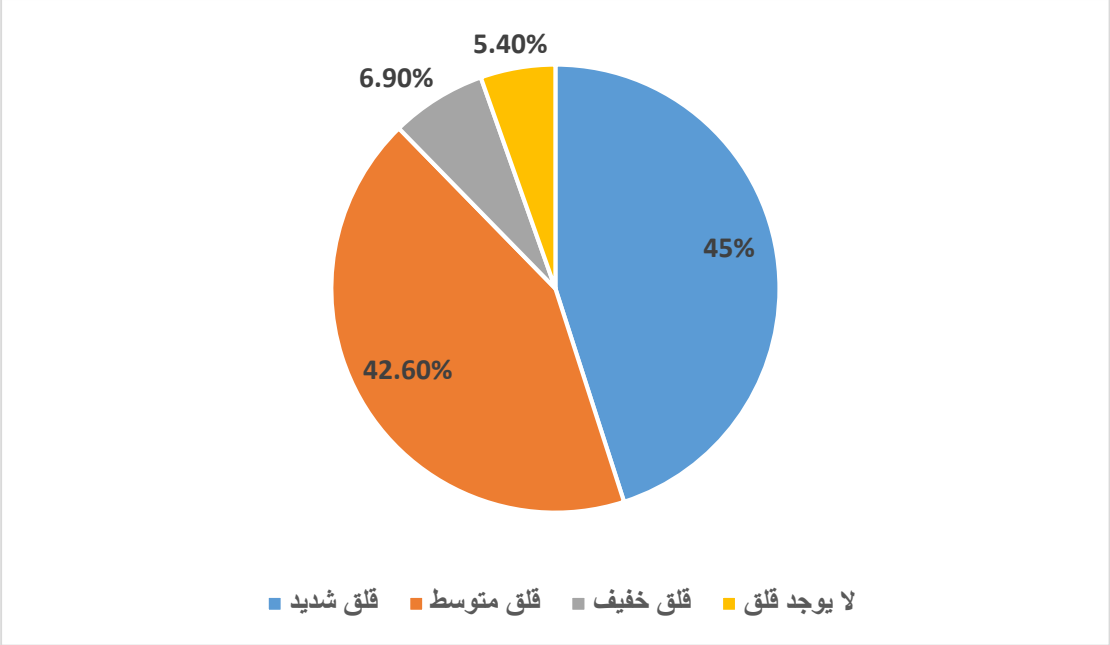
الشكل 33 نوع العلاج المفضل لدى المريضة في حال أصيبت بورم ليفي رحمي



الشكل 34 أكثر ما يقلق المريضة في حال استئصال الرحم



الشكل 35 هل ترغبين بالمشاركة بشكل كامل في قرار العلاج أم تفضلين اتباع توصية الطبيب فقط



الشكل 36 اذا تم تشخيصك بورم ليفي رحمي، ما مستوى القلق الذي تشعرين به

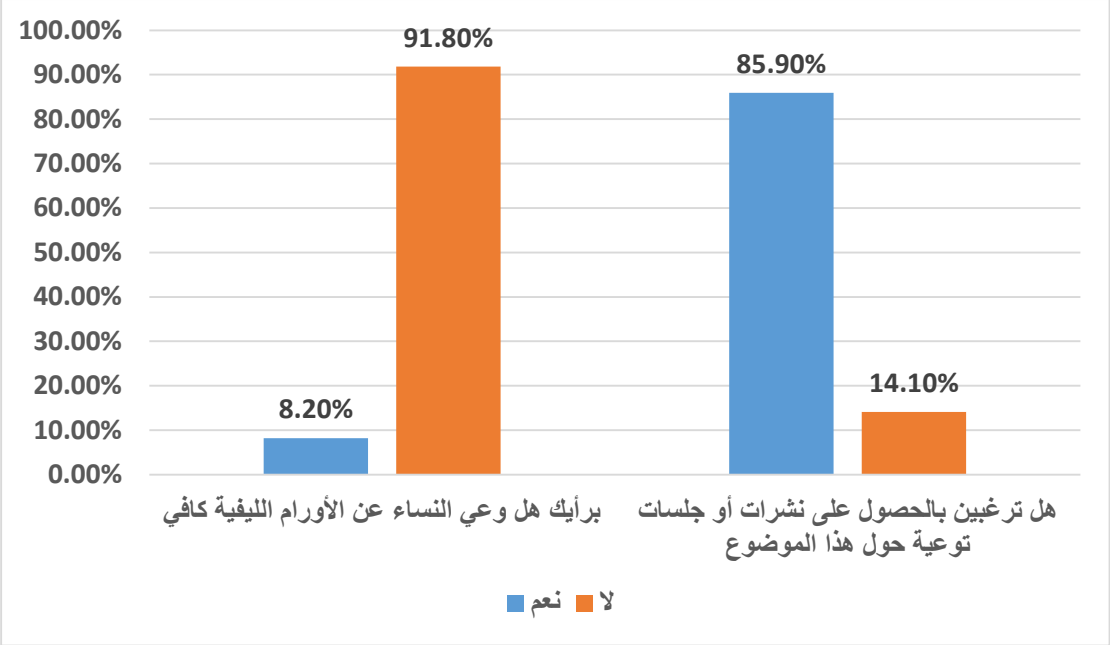
التقييم العام:

أظهرت النتائج أن الغالبية العظمى من المريضات (91.8%) اعتبرن وعي النساء حول الأورام الليفية غير كافٍ، في حين رأت نسبة ضئيلة فقط (8.2%) أن مستوى الوعي كافٍ. كما أبدت معظم المشاركات (85.9%) رغبة في الحصول على نشرات تثقيفية أو حضور جلسات توعوية حول الموضوع، في حين لم تُبدِ (14.1%) اهتمامًا بذلك.

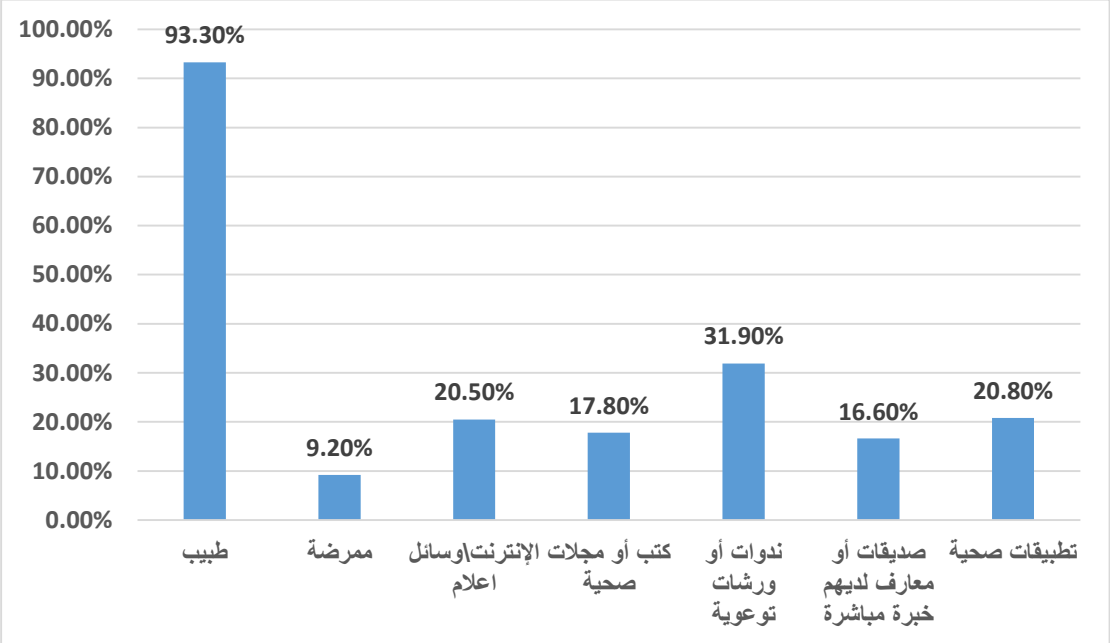
أما بالنسبة للمصادر الأكثر موثوقية للحصول على المعلومات المتعلقة بالأورام الليفية، فقد شكّل الطبيب المصدر الأول لدى الغالبية (93.3%)، يليه بدرجات متفاوتة كل من الندوات أو الورشات التوعوية (31.9%)، الإنترنت ووسائل الإعلام (20.5%)، والتطبيقات الصحية (20.8%). كما أشارت نسبة أقل إلى اعتمادهن على الكتب أو المجلات الصحية (17.8%)، أو الاستعانة بخبرة صديقات أو معارف (16.6%). بينما ذكر (9.2%) فقط أنهن يثقن بالممرضة كمصدر للمعلومة الصحية.

الجدول 5 التقييم العام حول وعي النساء

برأيك هل وعي النساء عن الأورام الليفية كافي	العدد	النسبة المئوية
نعم	33	%8.2
لا	371	%91.8
هل ترغبين بالحصول على نشرات أو جلسات توعية حول هذا الموضوع	العدد	النسبة المئوية
نعم	347	%85.9
لا	57	%14.1
أي مصدر تثقين فيه أكثر للحصول على معلومات عن الأورام الليفية	العدد	النسبة المئوية
طبيب	377	%93.3
ممرضة	37	%9.2
الإنترنت\وسائل اعلام	83	%20.5
كتب أو مجلات صحية	72	%17.8
ندوات أو ورشات توعوية	129	%31.9
صديقات أو معارف لديهم خبرة مباشرة	67	%16.6
تطبيقات صحية	84	%20.8



الشكل 37 التقييم العام حول وعي النساء



الشكل 38 أي مصدر تثقين فيه أكثر للحصول على معلومات عن الأورام الليفية

متوسط نسبة المعرفة لدى المشاركات:

أظهر تحليل البيانات أن متوسط نسبة المعرفة لدى المشاركات بلغ 42.56% ± 22.49%، مع مجال ثقة 95% بين 40.3% و44.7%. تراوحت نسب المعرفة الفردية بين 22% و100%، مما يشير إلى تباين واضح في مستوى الوعي بين المشاركات، حيث أبدت بعضهن معرفة جيدة حول الأورام الليفية، في حين أظهرت أخريات مستوى معرفة محدودًا.

الجدول 6 متوسط نسبة المعرفة لدى المشاركات

متوسط نسبة المعرفة ± SD	42.56% ± 22.49%
مجال الثقة 95%	40.3% – 44.7%
مجال نسبة المعرفة	22%-100%

درجات المعرفة:

أظهرت نتائج الدراسة أن غالبية المشاركات كان لديهن مستوى معرفة منخفض حول الأورام الليفية، حيث شكّلت هذه الفئة 61.9% (n=250) من إجمالي العينة. في المقابل، أظهرت 31.4% (n=127) من المشاركات مستوى معرفة متوسط، بينما سجلت 6.7% ((n=27فقط مستوى معرفة مرتفع. تشير هذه النتائج إلى وجود قصور عام في الوعي حول طبيعة الأورام الليفية ومضاعفاتها وطرق علاجها، مما يبرز الحاجة إلى تعزيز التثقيف الصحي والتوعية المجتمعية بهذا الموضوع.

الجدول 7 درجات المعرفة لدى المشاركات

درجات المعرفة	العدد	النسبة المئوية
منخفضة	250	61.9%
متوسطة	127	31.4%
مرتفعة	27	6.7%

التحليل الاستدلالي:

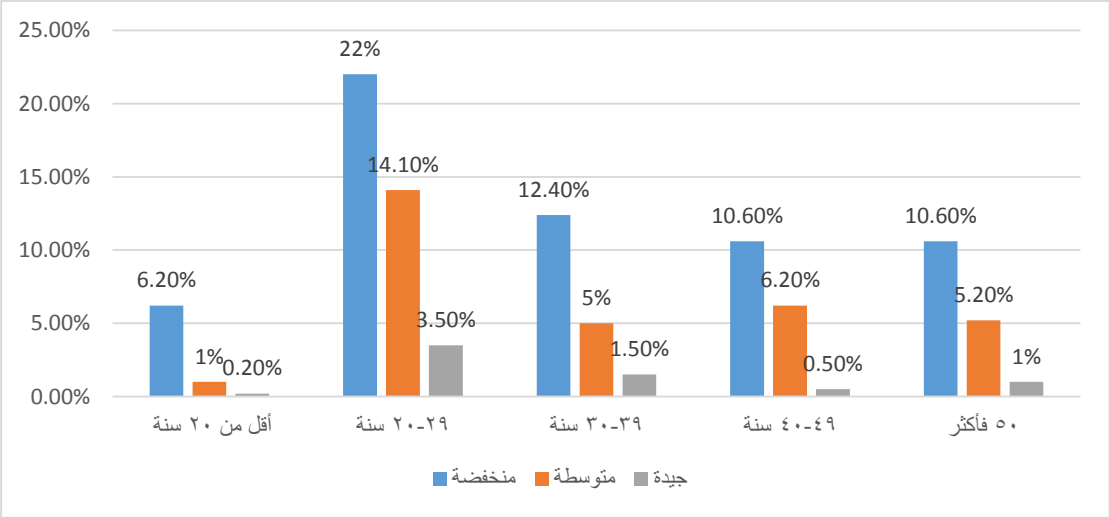
العلاقة بين درجة المعرفة والفئة العمرية:

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة المعرفة والفئة العمرية للمشاركات، حيث بلغت قيمة اختبار كاي-تربيع ($\chi^2 = 11.814$) مع قيمة احتمالية ($P-value = 0.016$)، ما يشير إلى أن مستوى المعرفة يختلف باختلاف العمر.

يتضح من الجدول أن الفئة العمرية 20–29 سنة كانت الأكثر تمثيلًا بين ذوات المعرفة المتوسطة والجيدة، في حين سادت المعرفة المنخفضة بين الفئات الأصغر من 20 سنة والأكبر من 50 سنة. تعكس هذه النتائج أن المعرفة حول الأورام الليفية تزداد نسبيًا في الفئات العمرية الشابة والمتوسطة، ربما نتيجة ازدياد التعرض للمعلومات الصحية أو الاحتكاك المباشر بالموضوع خلال سنوات الخصوبة، بينما تقل المعرفة في الفئات الأصغر سنًا والأكبر عمرًا.

الجدول 8 العلاقة بين درجة المعرفة والفئة العمرية

	درجات المعرفة			قيمة اختبار X^2	P-value
	منخفضة	متوسطة	جيدة		
أقل من 20 سنة	(%6.2) 25	(%1) 4	(%0.2) 1	11.814	*0.016
20-29 سنة	(%22) 89	(%14.1) 57	(%3.5) 14		
30-39 سنة	(%12.4) 50	(%5) 20	(%1.5) 6		
40-49 سنة	(%10.6) 43	(%6.2) 25	(%0.5) 2		
50 فأكثر	(%10.6) 43	(%5.2) 21	(%1) 4		



الشكل 39 العلاقة بين درجة المعرفة والفئة العمرية

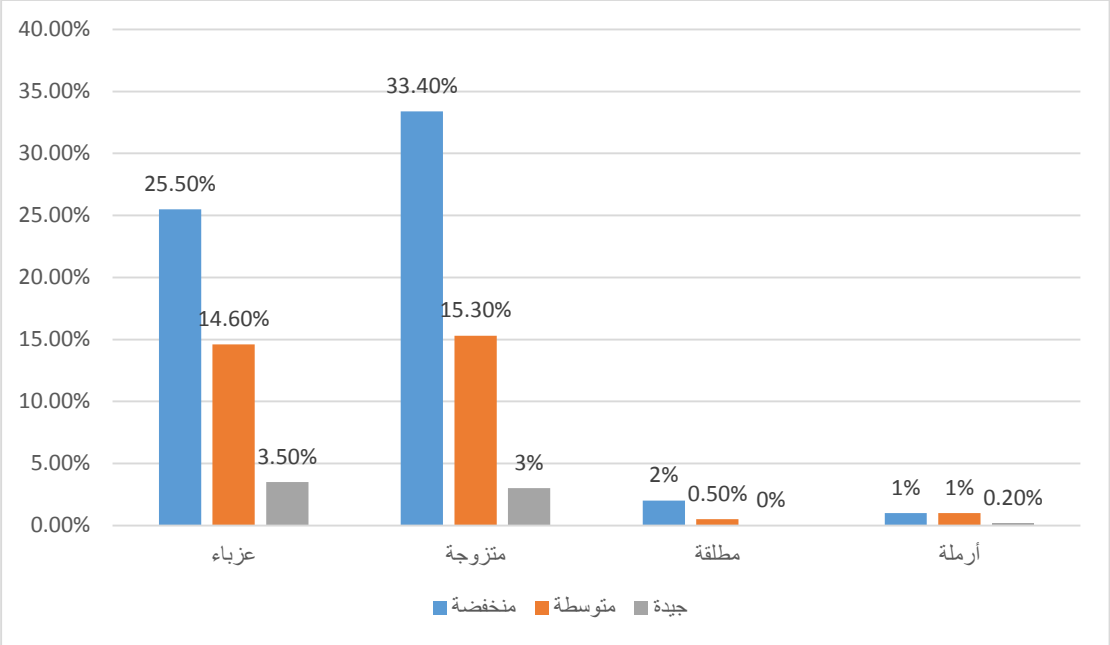
العلاقة بين درجة المعرفة والحالة الاجتماعية:

أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة المعرفة والحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة اختبار كاي-تربيع ($\chi^2 = 8.564$) مع قيمة احتمالية ($P\text{-value} = 0.024$)، مما يشير إلى أن الحالة الاجتماعية تؤثر بشكل ملحوظ على مستوى المعرفة حول الأورام الليفية.

يتبين من الجدول أن النساء المتزوجات شكّلن النسبة الأكبر من ذوات المعرفة المتوسطة والجيدة مقارنة بغيرهن، بينما كانت المعرفة المنخفضة أكثر شيوعًا بين العازبات. قد يُعزى ذلك إلى أن النساء المتزوجات أكثر احتكاكًا بالخدمات الصحية النسائية ومراجعة العيادات، ما يزيد من فرص حصولهن على المعلومات الطبية المتعلقة بالأورام الليفية وأثرها على الخصوبة والحمل، في حين تكون هذه المعرفة أقل لدى الفئات غير المتزوجة أو المنفصلات.

الجدول 9 العلاقة بين درجة المعرفة والحالة الاجتماعية

	درجات المعرفة			P-value	قيمة اختبار X^2
	منخفضة	متوسطة	جيدة		
عزباء	(%25.5) 103	(%14.6) 59	(%3.5) 14	*0.024	8.564
متزوجة	(%33.4) 135	(%15.3) 62	(%3) 12		
مطلقة	(%2) 8	(%0.5) 2	(%0) 0		
أرملة	(%1) 4	(%1) 4	(%0.2) 1		



الشكل 40 العلاقة بين درجة المعرفة والحالة الاجتماعية

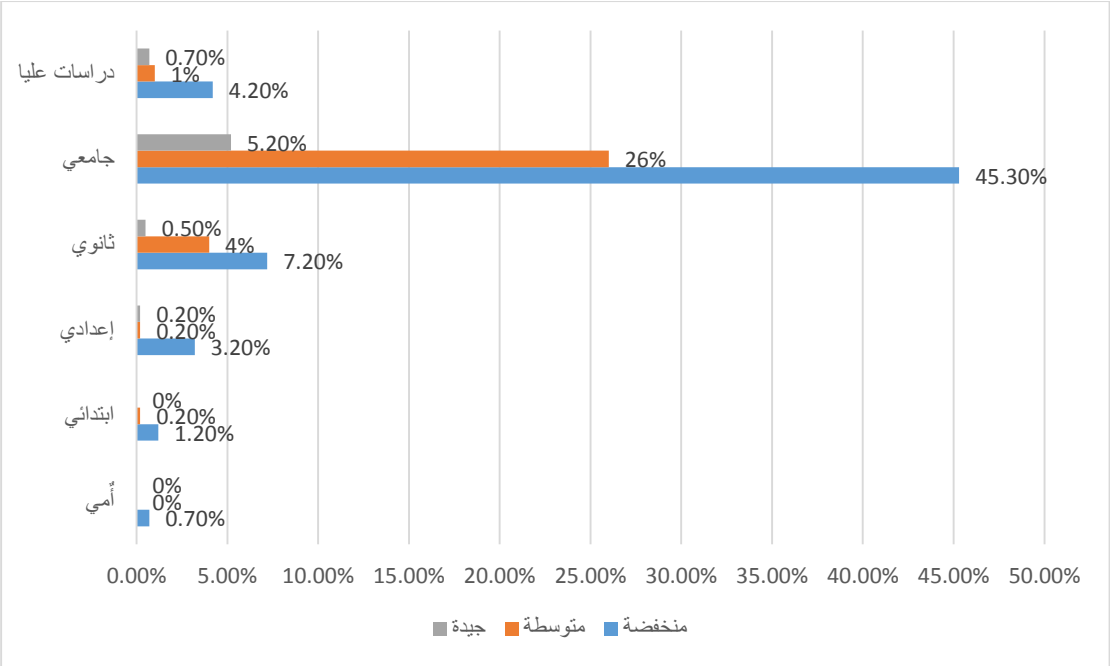
العلاقة بين درجة المعرفة والمستوى التعليمي:

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة المعرفة والمستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة اختبار كاي–تربيع ($\chi^2 = 9.366$) مع قيمة احتمالية ($P\text{–value} = 0.026$)، مما يشير إلى أن مستوى التعليم يؤثر بشكل واضح على درجة المعرفة حول الأورام الليفية.

يتبين من الجدول أن المشاركات من ذوات التعليم الجامعي كنّ الأكثر تمثيلًا بين الفئات ذات المعرفة المتوسطة والجيدة، في حين سادت المعرفة المنخفضة بين الفئات الأقل تعليمًا (الأميات وذوات التعليم الابتدائي والإعدادي). كما لوحظ ارتفاع طفيف في مستوى المعرفة لدى الحاصلات على دراسات عليا مقارنة ببقية الفئات.

الجدول 10 العلاقة بين درجة المعرفة والمستوى التعليمي

	درجات المعرفة			قيمة اختبار X^2	P-value
	منخفضة	متوسطة	جيدة		
أمي	(%0.7) 3	(%0) 0	(%0) 0	9.366	*0.026
ابتدائي	(%1.2) 5	(%0.2) 1	(%0) 0		
إعدادي	(%3.2) 13	(%0.2) 1	(%0.2) 1		
ثانوي	(%7.2) 29	(%4) 16	(%0.5) 2		
جامعي	(%45.3) 183	(%26) 105	(%5.2) 21		
دراسات عليا	(%4.2) 17	(%1) 4	(%0.7) 3		



الشكل 41 العلاقة بين درجة المعرفة والمستوى التعليمي

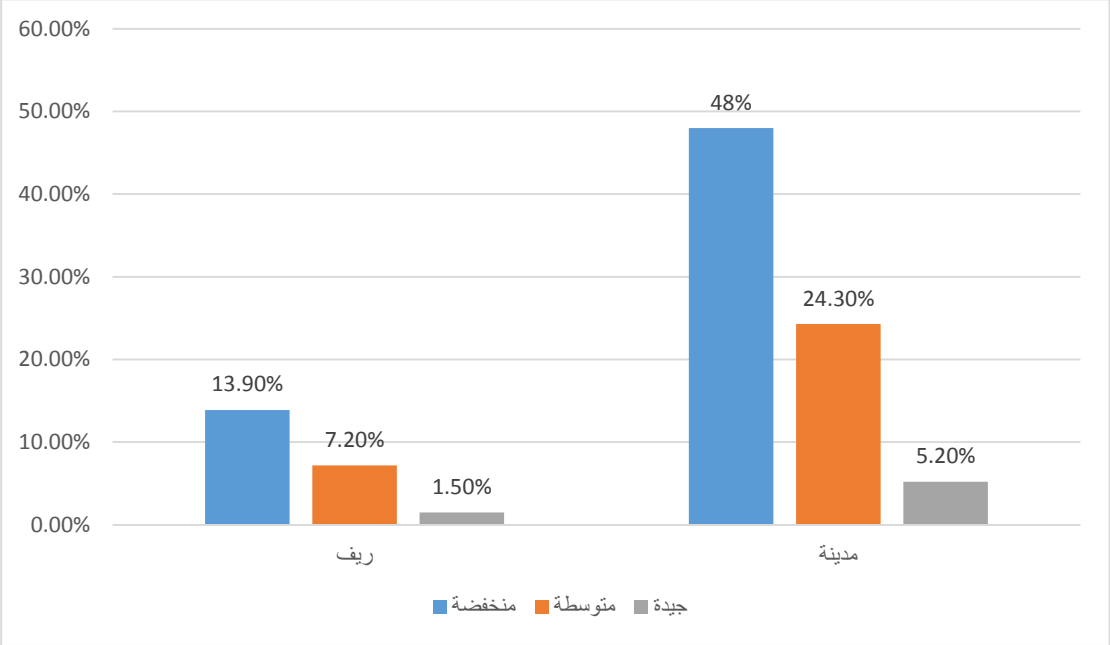
العلاقة بين درجة المعرفة ومكان السكن:

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة المعرفة ومكان السكن، حيث بلغت قيمة اختبار كاي-تربيع ($\chi^2 = 9.950$) مع قيمة احتمالية ($P\text{-value} = 0.011$)، مما يدل على أن مكان الإقامة يؤثر بشكل معنوي في مستوى المعرفة حول الأورام الليفية.

يتضح من الجدول أن المشاركات المقيمات في المدن أظهرن نسبًا أعلى من المعرفة المتوسطة والجيدة مقارنةً بالمقيمات في المناطق الريفية، حيث كانت المعرفة المنخفضة أكثر شيوعًا بين النساء الريفيات.

الجدول 11 العلاقة بين درجة المعرفة ومكان السكن

	درجات المعرفة			قيمة اختبار X^2	P-value
	منخفضة	متوسطة	جيدة		
ريف	(%13.9) 56	(%7.2) 29	(%1.5) 6	9.950	*0.011
مدينة	(%48) 194	(%24.3) 98	(%5.2) 21		



الشكل 42 العلاقة بين درجة المعرفة ومكان السكن

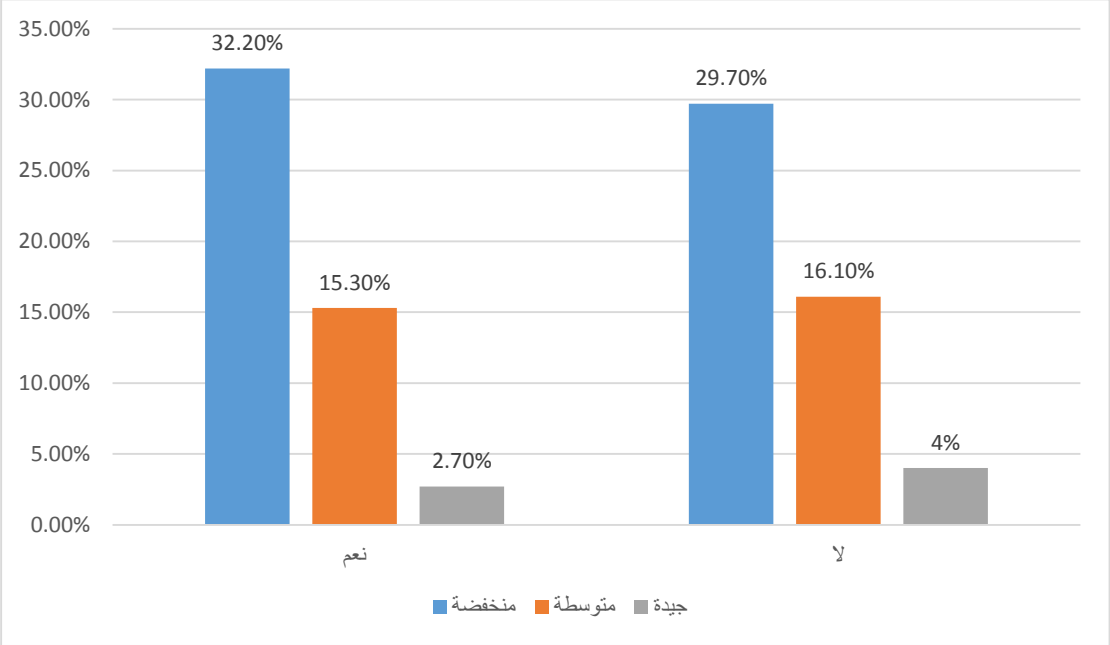
العلاقة بين درجة المعرفة ووجود أولاد:

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة المعرفة ووجود أولاد، حيث بلغت قيمة اختبار كاي–تربيع ($\chi^2 = 1.387$) مع قيمة احتمالية ($P\text{–value} = 0.5$)، وهي غير معنوية إحصائيًا.

يتبين من الجدول أن نسب المعرفة المنخفضة والمتوسطة كانت متقاربة بين النساء اللواتي لديهن أولاد وتلك اللواتي لا يملكن أولادًا، كما لم يُلاحظ اختلاف واضح في نسبة ذوات المعرفة الجيدة بين المجموعتين.

الجدول 12 العلاقة بين درجة المعرفة ووجود أولاد

	درجات المعرفة			قيمة اختبار X^2	P-value
	منخفضة	متوسطة	جيدة		
نعم	(%32.2) 130	(%15.3) 62	(%2.7) 11	1.387	0.5
لا	(%29.7) 120	(%16.1) 65	(%4) 16		



الشكل 43 العلاقة بين درجة المعرفة ووجود أولاد

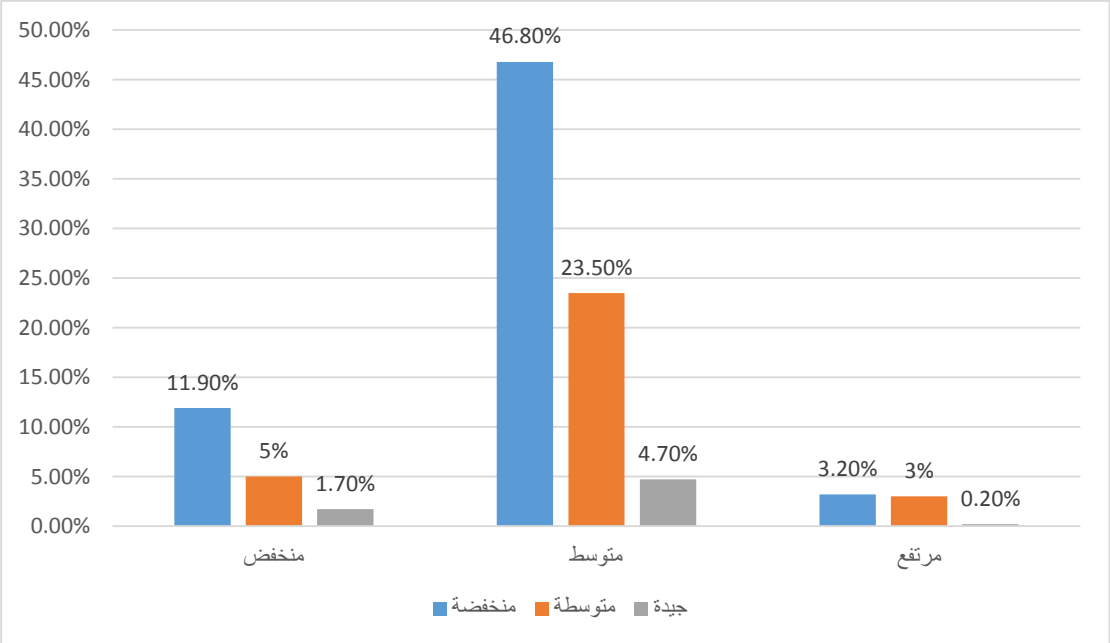
العلاقة بين درجة المعرفة ومستوى الدخل:

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة المعرفة ومستوى الدخل، حيث بلغت قيمة اختبار كاي-تربيع ($\chi^2 = 7.143$) مع قيمة احتمالية ($P\text{-value} = 0.038$)، ما يشير إلى أن المستوى المعيشي يلعب دورًا مؤثرًا في مستوى المعرفة حول الأورام الليفية.

يتضح من الجدول أن النساء ذوات الدخل المتوسط شكلن النسبة الأكبر بين الفئات ذات المعرفة المتوسطة والجيدة، في حين سادت المعرفة المنخفضة بين ذوات الدخل المنخفض. كما لوحظ أن المشاركات من ذوات الدخل المرتفع أظهرن نسبة معرفة جيدة لكنها كانت محدودة عدديًا بسبب قلة تمثيل هذه الفئة.

الجدول 13 العلاقة بين درجة المعرفة ومستوى الدخل

	درجات المعرفة			قيمة اختبار X^2	P-value
	منخفضة	متوسطة	جيدة		
منخفض	(%11.9) 48	(%5) 20	(%1.7) 7	7.143	*0.038
متوسط	(%46.8) 189	(%23.5) 95	(%4.7) 19		
مرتفع	(%3.2) 13	(%3) 12	(%0.2) 1		



الشكل 44 العلاقة بين درجة المعرفة ومستوى الدخل

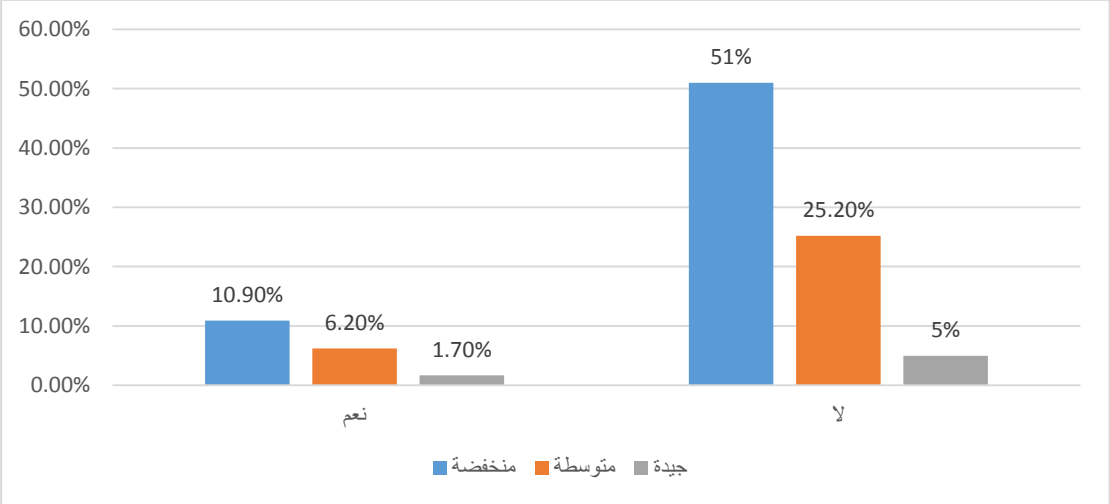
العلاقة بين درجة المعرفة والسوابق لدى المريضات:

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة المعرفة والسوابق المرضية النسائية الشخصية أو العائلية. بلغت قيمة اختبار كاي-تربيع ($\chi^2 = 1.198$) مع قيمة احتمالية ($P-value = 0.549$) عند مقارنة المعرفة بوجود سوابق أمراض نسائية لدى المريضات، كما بلغت قيمة ($\chi^2 = 3.382$) مع ($P-value = 0.186$) عند مقارنة المعرفة بوجود قصة عائلية لأورام ليفية أو مشاكل نسائية.

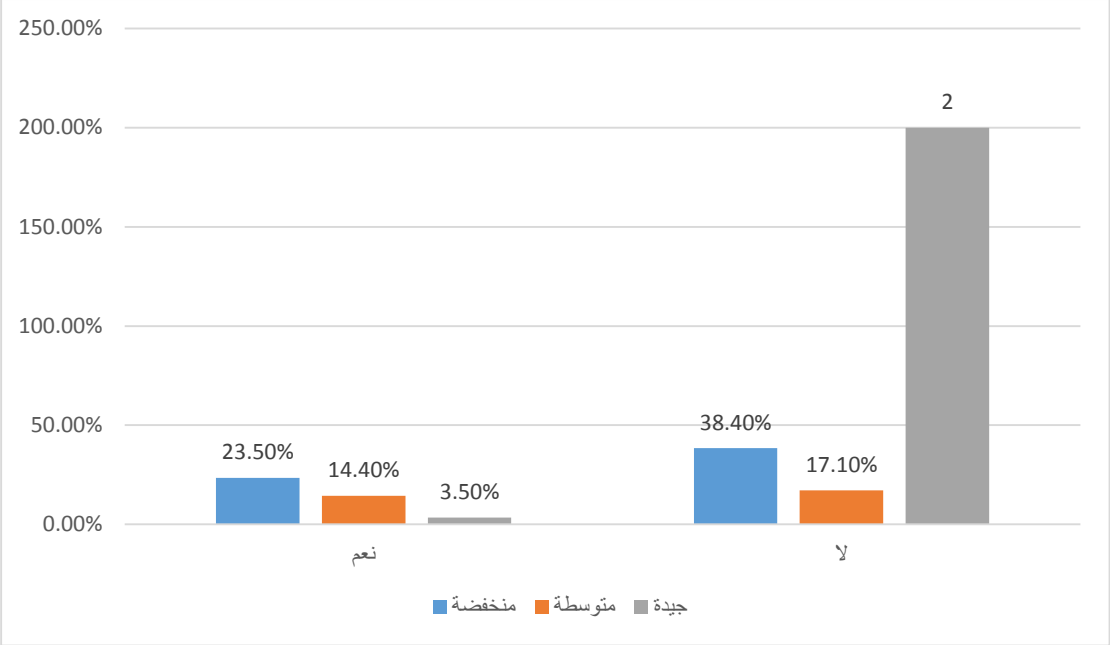
يتضح من الجدول أن نسب المعرفة المنخفضة والمتوسطة كانت متقاربة سواء لدى النساء اللواتي لديهن سوابق نسائية أو لا، وكذلك لدى اللواتي لديهن أقارب مصابات أو لا.

الجدول 14 العلاقة بين درجة المعرفة والسوابق لدى المريضات

هل لديك تاريخ سابق لأمراض نسائية	درجات المعرفة			قيمة اختبار X^2	P-value
	منخفضة	متوسطة	جيدة		
نعم	(%10.9) 44	(%6.2) 25	(%1.7) 7	1.198	0.549
لا	(%51) 206	(%25.2) 102	(%5) 20		
هل لدى أحد أقاربك أورام ليفية أو مشاكل نسائية					
نعم	(%23.5) 95	(%14.4) 58	(%3.5) 14	3.382	0.186
لا	(%38.4) 155	(%17.1) 69	(%3.2) 13		



الشكل 45 العلاقة بين درجة المعرفة ووجود أمراض نسائية سابقة



الشكل 46 العلاقة بين درجة المعرفة ووجود ورم ليفي لدى أحد الأقارب

المناقشة:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم مستوى معرفة النساء ومواقفهن تجاه الأورام الليفية الرحمية وخيارات علاجها. أظهرت النتائج أن الغالبية العظمى من المشاركات لديهن معرفة مسبقة بالأورام الليفية، لكن مع تفاوت واضح في دقة المعلومات ومستوى الوعي.

بينت الدراسة أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلًا كانت 20–29 سنة (39.6%)، وهو ما يعكس طبيعة عينة الدراسة التي تضم نسبة كبيرة من الشابات، خصوصًا الطالبات (36.9%). وقد أظهرت دراسات عالمية أن نسبة الوعي والمعرفة حول الأورام الليفية قد تختلف باختلاف العمر؛ إذ بينت دراسة Mayo Clinic (Stewart et al., 2017) (42) أن النساء الأكبر سنًا (فوق 40 عامًا) أكثر دراية بالأورام الليفية نتيجة تزايد معدلات الإصابة في هذه الفئة العمرية. كما أن المستوى التعليمي المرتفع لدى غالبية العينة (76.5% جامعيات) قد يكون له دور إيجابي في رفع مستوى المعرفة، وهو ما يتفق مع نتائج دراسة Marsh et al (2018) (43) التي أكدت ارتباط التعليم العالي بزيادة الوعي الصحي.

أفادت (82.4%) من المريضات أنهن سمعن سابقًا عن الأورام الليفية، وكان المصدر الأكثر شيوعًا للمعلومة هو الأصدقاء والعائلة (44.1%)، يليه الإنترنت ووسائل التواصل (40.3%)، بينما كان الأطباء مصدرًا أساسيًا عند (22.8%) فقط. يشير ذلك إلى اعتماد النساء بشكل كبير على المصادر غير الطبية، وهو ما قد يؤدي إلى انتشار مفاهيم غير دقيقة. هذا يتفق مع دراسة Baird & Dunson (2020) (44) التي أوضحت أن الإنترنت يعد المصدر الأول للمعلومة الصحية لدى النساء الأصغر سنًا، رغم محدودية موثوقيته.

أما فيما يتعلق بطبيعة الأورام الليفية، فقد اعتقدت الغالبية أنها أورام حميدة (62.1%)، بينما ظنت نسبة غير قليلة أنها أورام خبيثة (9.7%)، مما يعكس وجود سوء فهم حول طبيعة هذه الأورام. وقد أظهرت دراسة نيجيرية (Eze et al., 2018) (45) نتائج مشابهة، حيث اعتقدت حوالي 15% من النساء أن الأورام الليفية خبيثة.

كذلك، أظهرت نتائجنا أن نسبة جيدة (69.6%) على دراية بأن الأورام الليفية قد تؤثر على الحمل أو تسبب مضاعفات أثناءه، وهو ما يتفق مع دراسة Stewart et al., 2013 (42) التي أكدت أن القلق حول الخصوبة من أهم دوافع النساء للبحث عن علاج.

أشارت نصف المشاركات تقريبًا (52.2%) إلى معرفتهن بخيار استئصال الورم فقط، في حين اعتقدت (32.2%) أن استئصال الرحم هو العلاج، و(36.1%) فقط أشرن إلى العلاجات الحديثة مثل التنظير أو الليزر. الغالبية (70.3%) رفضن فكرة أن استئصال الرحم هو العلاج الوحيد، بينما اعتقد (9.9%) عكس ذلك. هذه النتائج تتقاطع مع دراسة أمريكية (Khan et al., 2014) (46) التي أظهرت أن معظم النساء يعتقدن بوجود بدائل أقل جذرية من استئصال الرحم، لكن نسبة منهن ما زالت تعتبر الاستئصال الخيار النهائي.

من ناحية أخرى، اعتقدت أكثر من نصف المريضات (52.7%) أن الورم قد يعاود الظهور بعد الاستئصال الجزئي، وهو اعتقاد صحيح مدعوم بالدراسات؛ حيث أظهرت دراسة Laughlin–Tommaso et al., 2020 (47) أن معدل تكرر الأورام الليفية بعد الاستئصال المحافظ قد يصل إلى 30–40% خلال خمس سنوات.

أظهرت النتائج أن غالبية النساء في حال وجود ورم ليفي صغير غير عرضي فضّلن العلاج الدوائي (43.6%) أو المتابعة فقط (32.7%)، بينما فضّلت نسبة قليلة التدخل الجراحي (11.4%). هذا التوجه يتماشى مع المبادئ الحديثة في التدبير والتي تركز على "العلاج المحافظ الموجه نحو الأعراض" كما ورد في توصيات ACOG, 2021. (48)

أما أكثر ما يقلق النساء تجاه استئصال الرحم فقد كان التأثير النفسي (62.9%)، يليه فقدان الخصوبة (43.3%) والمضاعفات الجراحية (39.9%). هذا ينسجم مع دراسة Mayo Clinic survey (2017) (49) التي بينت أن التأثير النفسي وخسارة القدرة على الإنجاب هما أكثر ما يثير قلق المريضات.

وبشأن اتخاذ القرار العلاجي، فضلت نصف النساء تقريبًا (50.5%) المشاركة الكاملة في القرار، مقابل (42.1%) فضلن اتباع توصية الطبيب. هذا يتوافق مع الاتجاه العالمي نحو تعزيز المشاركة

المشتركة في القرار الطبي (Shared decision-making) والذي أظهر فعالية في تحسين رضا المريضات ونتائج العلاج (Montori et al., 2019). (50)

اعتبرت الغالبية الساحقة (91.8%) أن الوعي النسائي حول الأورام الليفية غير كافٍ، وأبدت (85.9%) رغبة بالحصول على نشرات أو جلسات توعية. وقد أكد معظمهن أن الطبيب هو المصدر الأكثر موثوقية للمعلومة (93.3%). هذه النتائج مشابهة لما ورد في دراسة مصرية (El-Refaey et al., 2019) (51) حيث عبّرت النساء عن حاجتهن لمصادر تثقيفية طبية رسمية بدل الاعتماد على الأقارب أو الإنترنت.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن متوسط نسبة المعرفة بلغ 42.56% ± 22.49%، وأن أغلبية المشاركات (61.9%) أبدين مستوى معرفة منخفض، مما يعكس قصورًا واضحًا في الوعي العام حول الأورام الليفية. كما تبين وجود علاقات هامة إحصائيًا بين درجة المعرفة وكل من العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان السكن، ومستوى الدخل، في حين لم تظهر علاقة هامة بين المعرفة ووجود أولاد أو سوابق نسائية شخصية أو عائلية.

تتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه Dykstra وزملاؤه (2022) الذين وجدوا أن مستوى المعرفة حول الأورام الليفية بين النساء منخفض نسبيًا في معظم المجتمعات، مع تفاوت واضح تبعًا للعوامل الاجتماعية والتعليمية [52]. كما أكدت دراسة Sharma وآخرين (2023) في الهند أن الوعي بالأورام الليفية يزداد مع ارتفاع المستوى التعليمي والدخل ومكان الإقامة في المدن، وهي نتائج تتطابق مع ما أظهرته دراستنا [53].

أما فيما يتعلق بالعمر والحالة الاجتماعية، فقد أظهرت دراستنا وجود علاقة هامة إحصائيًا بين هذين العاملين ومستوى المعرفة، حيث كان الوعي أعلى في الفئة العمرية 20–39 سنة وبين المتزوجات، وهو ما يتوافق مع نتائج Evans وآخرين (2024) الذين أشاروا إلى أن النساء في سن النشاط التناسلي أكثر اهتمامًا بالحصول على المعلومات الصحية المتعلقة بالرحم والخصوبة [54].

كما أظهرت دراستنا أن النساء المقيمات في المدن يمتلكن مستوى معرفة أعلى مقارنة بالنساء في الأرياف، وهي ملاحظة تتطابق مع ما ذكره Yang وآخرون (2021) بأن البيئة الحضرية تتيح وصولًا أفضل إلى الخدمات الصحية ومصادر المعلومات الطبية [55].

في المقابل، لم تُظهر نتائجنا أي علاقة هامة إحصائيًا بين وجود سوابق مرضية نسائية أو عائلية ومستوى المعرفة، مما يشير إلى أن التعرض المباشر للمرض لا يضمن بالضرورة زيادة الوعي ما لم يترافق مع برامج تثقيفية فعّالة. وقد لاحظت دراسات أخرى نتائج مشابهة، حيث لم يكن وجود المرض أو الخبرة العائلية كافيًا لرفع المعرفة دون تدخلات تعليمية مستمرة [52،54].

تشير هذه النتائج بالمجمل إلى أن مستوى المعرفة حول الأورام الليفية ما يزال محدودًا نسبيًا، وأن العوامل التعليمية والاجتماعية والاقتصادية تلعب الدور الأبرز في تحديد الوعي الصحي. لذلك توصي الدراسة بضرورة تعزيز التثقيف الصحي النسائي في جميع الفئات، خصوصًا بين النساء الريفيات وذوات التعليم المنخفض، عبر برامج توعوية منتظمة ومواد إعلامية مبسطة تستهدف نشر الوعي حول طبيعة الأورام الليفية ومضاعفاتها وطرق علاجها

الاستنتاجات:

تُظهر نتائج هذه الدراسة أن مستوى المعرفة حول الأورام الليفية بين النساء ما يزال متوسطًا إلى منخفض، ويتأثر بشكل هام إحصائيًا بعوامل مثل العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مكان السكن، ومستوى الدخل. في المقابل، لم يكن لوجود أولاد أو سوابق نسائية شخصية أو عائلية تأثير واضح على المعرفة. وتشير هذه النتائج إلى الحاجة الملحّة لتعزيز برامج التثقيف الصحي ونشر الوعي حول الأورام الليفية، خاصة في الفئات الأقل تعليمًا والمناطق الريفية، بما يسهم في تحسين الوقاية والكشف المبكر والتدبير المناسب.

التوصيات:

1. ضرورة تنفيذ برامج تثقيفية موجهة للنساء لزيادة الوعي حول طبيعة الأورام الليفية وأعراضها وخيارات علاجها.
2. تعزيز دور الكوادر الطبية (الأطباء والممرضات) كمصادر موثوقة للمعلومة الصحية، والحد من الاعتماد على المصادر غير الرسمية.
3. إدخال موضوع الأورام الليفية والصحة النسائية بشكل أوسع ضمن المناهج الجامعية والبرامج التوعوية المجتمعية.
4. تشجيع استخدام وسائل الإعلام الموثوقة والمنصات الإلكترونية الطبية لنشر التثقيف الصحي المبسط للنساء.
5. تعزيز مفهوم المشاركة المشتركة في القرار الطبي بين المريضة والطبيب لزيادة رضا النساء عن خيارات العلاج.
6. دعم الأبحاث المستقبلية التي تدرس تأثير المستوى التعليمي والدخل على مستوى الوعي والاختيار العلاجي.
7. العمل على تطوير عيادات استشارية نسائية متخصصة لتقديم المشورة النفسية والاجتماعية للمريضات اللواتي يواجهن خيار استئصال الرحم.

المراجع:

1. Stewart EA. Uterine fibroids. Lancet. 2001;357(9252):293–298.
2. Catherino WH, Parrott E, Segars JH. Proceedings from the National Institute of Child Health and Human Development conference on the Uterine Fibroid Research Update Workshop. Fertil Steril. 2011;95(1):9–12.
3. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Hum Reprod Update. 2016;22(6):665–686.
4. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, Schaefers M, Geppert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. BMC Womens Health. 2012; 12:6.
5. Laughlin-Tommaso SK, Jacoby VL, Myers ER. Disparities in fibroid incidence, prognosis, and management. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017;44(1):81–94.
6. Marsh EE, Ekpo GE, Cardozo ER, Brocks ME, Dune TJ, Cohen LS. Racial differences in fibroid prevalence and ultrasound findings in asymptomatic young women (18–30 years old): a pilot study. Fertil Steril. 2013;99(7):1951–1957.
7. Stewart EA. Uterine fibroids. Lancet. 2001;357(9252):293–298.
8. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(1):100–107.
9. Laughlin SK, Schroeder JC, Baird DD. New directions in the epidemiology of uterine fibroids. Semin Reprod Med. 2010;28(3):204–217.
10. El-Hendy A, Aly H, Mohamed S. Prevalence and clinical pattern of uterine fibroids in Egyptian women: a hospital-based study. Middle East Fertil Soc J. 2018;23(4):436–441.
11. Al-Jarrah M, Al-Qudah M, Al-Balas H. Indications and complications of hysterectomy in Jordan: a review of 200 cases. JRMS. 2010;17(3):68–72.
12. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of uterine fibroids: from menarche to menopause. Clin Obstet Gynecol. 2016;59(1):2–24.
13. Vikhlyaeva EM, Khodzhaeva ZS, Fantschenko ND. Familial predisposition to uterine leiomyomas. Int J Gynaecol Obstet. 1995;51(2):127–131.
14. Marshall LM, Spiegelman D, Barbieri RL, Colditz GA, Willett WC, Manson JE, et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. Obstet Gynecol. 1997;90(6):967–973.
15. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. Williams Gynecology. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020.
16. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. Am J Clin Pathol. 1990;94(4):435–438.
17. Mehine M, Kaasinen E, Mäkinen N, Katainen R, Kämpjärvi K, Pitkänen E, et al. Characterization of uterine leiomyomas by whole-genome sequencing. N Engl J Med. 2013;369(1):43–53.
18. Bulun SE. Uterine fibroids. N Engl J Med. 2013;369(14):1344–1355.

19. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. BJOG. 2017;124(10):1501–1512.
20. Parker WH. Uterine myomas: management. Fertil Steril. 2007;88(2):255–271.
21. Coyne KS, Margolis MK, Bradley LD, Guido R, Maxwell GL, Spies JB. Further validation of the uterine fibroid symptom and quality-of-life questionnaire. Value Health. 2012;15(1):135–142.
22. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. Williams Gynecology. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020.
23. Dueholm M. Transvaginal ultrasound for diagnosis of adenomyosis: a review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006;20(4):569–582.
24. Murase E, Siegelman ES, Outwater EK, Perez-Jaffe LA, Tureck RW. Uterine leiomyomas: histopathologic features, MR imaging findings, differential diagnosis, and treatment. Radiographics. 1999;19(5):1179–1197.
25. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. Office hysteroscopy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2004;31(3):641–654.
26. Kido A, Togashi K, Koyama T, Yamaoka T, Fujiwara T, Fujii S. Differentiation of uterine sarcomas from degenerated leiomyomas with MR imaging: utility of diffusion-weighted imaging. Eur Radiol. 2009;19(12):2756–2764.
27. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(2):157–178.
28. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Hum Reprod Update. 2016;22(6):665–686.
29. Manyonda IT, Belli AM, Lumsden MA, Moss J, McKinnon W, Middleton L, et al. Uterine-artery embolization or myomectomy for uterine fibroids. N Engl J Med. 2020;383(5):440–451.
30. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. Williams Gynecology. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020.
31. Parker WH. Uterine myomas: management. Fertil Steril. 2007;88(2):255–271.
32. ACOG Practice Bulletin No. 228: Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. Obstet Gynecol. 2021;137(6): e100–e115.
33. Lumsden MA, Hamoodi I, Fye R, Bhattacharya S. Fibroids: diagnosis and management. BMJ. 2015;351:h4887.
34. Goyal S, Chandrawati, Bhatla N, Kriplani A. Surgical management of uterine fibroids: a review. J Obstet Gynaecol India. 2019;69(2):101–110.
35. 40. Marsh EE, Ekpo GE, Cardozo ER, Richardson SS. Uterine fibroids: impact on fertility and reproductive outcomes. Obstet Gynecol Surv. 2012;67(7):436–443.
36. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(1):100–107.
37. Sinha R, Sundaram M, Lakhotia S, Rane A. Quality of life and reproductive outcomes after myomectomy: a prospective study. J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(2):310–318.

38. Bień K, Jankowska E, Zielińska M, Krajewska-Kułak E. Women's knowledge on gynecological cancers: a cross-sectional survey. BMC Womens Health. 2020; 20:231.
39. Abokrysha NA. Awareness and knowledge of uterine fibroids among women of reproductive age. J Obstet Gynaecol Res. 2015;41(9):1391–1397.
40. Baird DD, Missmer SA, Swindle RW. Uterine fibroid knowledge and sources of information among reproductive-aged women. Fertil Steril. 2003;79(1):120–125.
41. Fortin C, Flynn K, Fraser I, Lemay A. Knowledge and attitudes regarding uterine fibroids among reproductive-aged women. Can J Womens Health. 2018;30(4):501–509.
42. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. BJOG. 2017;124(10):1501–12.
43. Marsh EE, Ekpo GE, Cardozo ER, Brocks ME, Dune TJ, Cohen LS. Racial differences in fibroid prevalence and ultrasound findings in asymptomatic young women (18–30 years old): a pilot study. Fertil Steril. 2018;110(1):169–77.
44. Baird DD, Dunson DB. Why is parity protective for uterine fibroids? Epidemiology. 2020;31(3):456–63.
45. Eze CU, Odibo AC, Adetiloye VA, Ochie K, Agwuna KK. Women's knowledge of uterine fibroids: A Nigerian perspective. Niger J Clin Pract. 2018;21(7):872–8.
46. Stewart EA, Nicholson WK, Bradley L, Borah BJ. The burden of uterine fibroids for African-American women: results of a national survey. J Womens Health. 2013;22(10):807–16.
47. Khan AT, Shehmar M, Gupta JK. Uterine fibroids: current perspectives. Int J Womens Health. 2014; 6:95–114.
48. Laughlin-Tommaso SK, Jacoby VL, Myers ER. Disparities in fibroid incidence, prognosis, and management. Obstet Gynecol Clin North Am. 2020;47(2):81–97.
49. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of symptomatic uterine leiomyomas. Obstet Gynecol. 2021;137(6): e100–15.
50. Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients and clinicians: the case of diabetes. Health Expect. 2019;22(1):122–9.
51. El-Refaey H, Abdalla M, Sayed GH. Awareness and perception of uterine fibroids among Egyptian women: a cross-sectional study. Middle East Fertil Soc J. 2019;24(1):1–7.
52. Dykstra C, et al. I think people should be more aware: Awareness and perceptions of uterine fibroids. PMC; 2022.
53. Sharma P, et al. Assessing awareness and knowledge of uterine fibroids among women in India. IAR Consortium; 2023.
54. Evans J, et al. Health literacy and uterine fibroid awareness: A systematic review. PMC; 2024.
55. Yang Q, et al. Comprehensive review of uterine fibroids: Epidemiology and risk factors. PMC; 2021.