

אוניברסיטת תל אביב  
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר  
ביה"ס למקצועות הבריאות ע"ש ס. שטייר  
החוג לסיעוד

## **"זר לא יבין זאת"**

**האם להכין נשים עם פיגור שכלי לקראת  
המנופאוזה**

מוגש במסגרת מחקר בסיעוד לקראת תואר בוגר בסיעוד

מוגש על ידי :

**שושנה אספלר 057921793**

**מרתה שמר 014623151**

מנחה :

**ד"ר אנאבל ליפסיק-פרידלנדר**

יולי, 2011

## תקציר

העלייה המהירה בתוחלת החיים של אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי הובילה לכך שיש היום יותר נשים מבוגרות עם פיגור שכלי שחוות את תקופת המנופאוז. הספרות והמחקר בעולם ובארץ לוקים בחסר בכל הקשור בהבנת אופי ודרך ההתמודדות של נשים אלו עם ההשלכות שיש לתקופה סוערת, רגשית זו עליהן. המחקר הנוכחי מנסה להתחיל ולהבין את החוויה הרגשית שעוברת על נשים אלו בתקופה זו של חייהן. מטרת המחקר הייתה לבחון את הקשר בין ידע והכנה לתקופת המנופאוז בקרב אוכלוסיית נשים עם פיגור שכלי לבין עוצמת התסמינים של אי שקט וחרדה שהן חוות בתקופה זו. המחקר נערך בקרב 60 נשים המתגוררות במסגרות הדיור התומך של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, הלוקות בפיגור שכלי קל וקל-בינוני, בגילאי 41-58 ( $M=51.42$ ). הנשים חולקו באופן רנדומאלי לשתי קבוצות: 30 נשים אשר עברו סדנת הכנה לתקופת המנופאוז בת 3 מפגשים ו- 30 נשים שלא קיבלו הכנה והיוו את קבוצת הביקורת. תכני הסדנא עסקו בתסמינים המלווים את התקופה: שינויים החלים בגוף האישה, למי פונים וכיצד מטפלים. הסדנא הועברה על ידי עו"ס או אחות לאחר שעברו הדרכה מוקדמת. הנחקרות בשתי קבוצות המחקר ענו על שאלון מובנה, המכיל 24 פריטים, עם תום הסדנא, באמצעות המטפלת האישית. השאלון בחן פריטים רלוונטיים מהרשומה הרפואית של הנחקרות; תסמינים גופניים הקשורים למנופאוז; ותסמינים של אי שקט ושל חרדה. ממצאי המחקר מעלים כי קיים קשר שלילי מובהק בין רמת הידע של נשים אלו לבין עוצמת התסמינים הנפשיים הבאים לידי ביטוי באי שקט וחרדה בתקופת גיל המעבר. הנשים הלוקות בפיגור שכלי שהוקנה להן ידע במסגרת סדנא ייעודית והן הוכנו לקראת גיל המעבר דיווחו על עוצמה פחותה מובהקת של אי-שקט ושל תסמיני חרדה בהשוואה לנשים עם פיגור שכלי שלא הוקנה להן ידע ולא הוכנו לקראת גיל המעבר במסגרת סדנא שכזו.

המחקר הנוכחי חידד את החשיבות הרבה בהקניית ידע ובהכנת נשים הלוקות בפיגור לקראת גיל המנופאוז, תחום חינוך והדרכה שעד היום לא זכה להתייחסות על ידי האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי בארץ. לאור ממצאי המחקר חשוב שהאגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי בארץ יתווה תכניות להקניית ידע ולהכנת הנשים לתקופה סוערת זו בחייהן. מאחר והמחקר נערך בקרב קבוצת נשים עם פיגור שכלי, מאד ייחודית, יש להרחיב את המחקר לכלל הנשים הלוקות בפיגור שכלי ברמות שונות וממגזרי האוכלוסייה השונים.

## תוכן עניינים

4-5	.....	מבוא
6-12	.....	סקירת ספרות
13-15	.....	השיטה
16-17	.....	תיאור מהלך המחקר
18-21	.....	הממצאים
22-23	.....	דיון ומסקנות
24-26	.....	רשימה ביבליוגרפית
27-30	.....	נספחים- נספח 1 : שאלון למדידת עוצמת תסמינים
-	.....	נספח 2 : סדנת הכנה לנשים עם פיגור שכלי בגיל המעבר
31-44	.....	נספח 3 : דפי עזר למנחה
-	.....	נספח 4 : מצגת המחקר

## מבוא

אף כי גיל המעבר הוא תופעה מוכרת המתרחשת אצל כלל אוכלוסיית הנשים, עדיין יש לשים לב לאפיונים שלה בכל הנוגע לנשים עם מוגבלות שכלית. תופעה זו חדשה יחסית בקרב אוכלוסיית נשים עם מוגבלות שכלית וזאת לאור העלייה בתוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי ב 20 השנים האחרונות (Bittles & Glasson, 2004). מעט מאוד מחקרים נעשו בנושא המנופאווזה בקרב נשים עם פיגור שכלי, ומעט מאוד תשומת לב הוקדשה להשפעת תקופת המנופאווזה על אוכלוסייה זו (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allen, 2007). הספרות הקיימת בתחום זה מתמקדת בהיבטים רפואיים בלבד ודנה, בעיקר, בתסמינים הגופניים המלווים את תקופת האל וסת. בסקירת הספרות לא נמצאו מחקרים בארץ, וכמעט לא בעולם, הדנים בתפיסת הנשים עם פיגור שכלי את תקופת המנופאווזה, האם הן מבינות את משמעות השינויים המתרחשים בגופן בתקופה זו וכיצד הן עוברות את החוויה הבלתי נמנעת הזאת מבחינה רגשית.

במסמך המתאר את המדיניות האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי במשרד הרווחה, בנושא מיניות ותפקוד חברתי, נכתב כי המדיניות בנושא באה לשרת ולתת מענה לצרכים, להשקפות העולם ולגישות העיקריות של אנשים עם פיגור שכלי כמו של כלל אזרחי ישראל (רעיף, 2004). בפירוט עקרונות המדיניות צוינו נושאים כמו: דחף מיני, מתן אפשרות למגעים חברתיים ופיתוח יחסים קבועים, פעילות מינית במקום ובזמן מתאימים ומקובלים, יוזמות למניעת הריון ומניעת ניצול מיני. אין התייחסות למנופאווזה ולזכותן של נשים מבוגרות עם פיגור שכלי לדעת על המתרחש בגופן בתקופה זו ולהיות מוכנות נפשית לקראתה.

תקופת המנופאווזה, המוגדרת כהפסקת וסת במשך 12 חודשים, יכולה להיות מלווה אצל כלל הנשים בתסמינים מטרידים כמו: קושי בשינה, הזעות לילה, גלי חום, כאבי ראש, יובש בנרתיק, דליפות שתן, מתח ועצבנות עד לדיכאון ועצבות. במחקרים שנערכו על נושא המנופאווזה אצל נשים עם מוגבלות שכלית נמצא כי תקופה זו מקדימה באוכלוסיית המזדקנות עם פיגור שכלי ב 3-5 שנים לעומת הנשים באוכלוסייה הרגילה (McCarthy & Millard, 2003). בתקופת המנופאווזה נשים רבות חוות אי שקט נפשי, הפרעות קלות בזיכרון ובריכוז והפרעות שינה אשר במשותף עם שאר התסמינים בהחלט יכולים להוביל לחוויה של קושי נפשי ומצבי רוח הפכפכים (Clayton & Guico – Pabia, 2007). היות ולנשים עם מגבלות אינטלקטואליות יכולת מוגבלת

לדווח על התסמינים בצירוף עם הקושי להבין מדוע משתנה כך גופן, עלולים להגביר את תופעת מצבי הרוח המשתנים. כמו כן עלולים השינויים הפיזיולוגיים בתקופת המנופאזה ליצור בהלה ותגובות חרדה אצל האישה עם פיגור שכלי.

הניסיון בשטח והתצפיות על נשים עם פיגור שכלי בגילאי 40-60 מלמד על עלייה באי שקט, עלייה בצריכה של תרופות הרגעה, עלייה במספר הביקורים במרפאה ראשונית ועלייה בבדיקות שאין בהן ממצא קליני. כמו כן נמצאה נטייה לכאבי ראש, מחושים ואי נוחות בבטן, כאבים בחזה, חולשה וסחרחורת, ללא ממצא פתולוגי, היכולים להצביע על מצב של חרדה. על כן מטרת המחקר הייתה לבחון את הקשר בין הקניית ידע והכנת נשים עם פיגור שכלי לקראת תקופת המנופאזה לבין עוצמת תסמיני האי שקט והחרדה בתקופה זו. מחקר שתרומתו ויחודו בהבנת הצורך של נשים עם פיגור שכלי, במידע נגיש אודות המנופאזה, יובילו לבניית תכונות הדרכה אשר יתנו תמיכה רגשית לנשים אילו, בתקופה כה משמעותית בחייהן.

## סקירת ספרות

מעט מאוד מחקרים עסקו בנושא המנופאוזה אצל נשים עם פיגור שכלי. רוב המחקרים שנעשו בעולם עסקו בעיקר בהיבטים של התופעה והתסמינים המלווים אותה. נדיר למצוא מחקרים העוסקים בחוויה הרגשית שעוברת האישה עם פיגור שכלי בתקופת המנופאוזה וכיצד ניתן להקל על מצוקתה. מנופאוזה אצל נשים עם פיגור שכלי היא תופעה חדשה יחסית וזאת בשל העלייה בתוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי בעשרים השנים האחרונות.

במקביל למגמת העלייה בתוחלת החיים בקרב האוכלוסייה הכללית, במהלך המאה העשרים, אירע תהליך דומה אצל אנשים עם נכות התפתחותית. המחקר מראה כי בתחילת המאה העשרים תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי הייתה מוגבלת מאוד. לדוגמא, בבריטניה בתחילת המאה תוחלת החיים לאדם עם תסמונת דאון הייתה רק 9 שנים. מאז ועד היום חלה עלייה ניכרת בתוחלת החיים. באוסטרליה מדווח בשנת 2000 על תוחלת חיים של 60 שנה עבור אנשים עם תסמונת דאון (Bittles & Glasson, 2004). גם בקרב אנשים עם פיגור שכלי ללא תסמונת דאון חלה עלייה משמעותית ודרמטית בתוחלת החיים ל 65 שנה ואף יותר. מחקר שבוצע בקליפורניה בשנות ה 90 מצביע על תוחלת חיים של אנשים עם פיגור שכלי שנע בין 70 ל 74 שנים. Perkins & Moran (2010) מציינים כי בשלב זה תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי קל הולכת ומשתווה במהירות עם זו של האוכלוסייה הכללית. קיימים דיווחים על בעלי פיגור שכלי שחיים עד שנות ה 70 ואפילו ה 80 לחייהם. אנשים עם פיגור בינוני או קשה, חיים, באופן שגרתי, עד שנות ה 50 המאוחרות. מנתוני בסיס שנאספו על ידי האגודה האמריקאית לפיגור שכלי (AAMR, 2004, בתוך בן-נון, נאון, ברודסקי ומנדלר, 2008) נמצא כי 1% של האוכלוסייה במדינות מפותחות מאובחנים כבעלי פיגור שכלי וכמחציתם מעל גיל 40.

שיפור בשירותי הבריאות, העמקת הידע הרפואי, זמינות של תרופות מתאימות יותר ואסטרטגיות טובות יותר של ניהול הטיפול הובילה להשפעה חיובית על הבריאות וירידה בתמותה הן באוכלוסייה הכללית והן באוכלוסיית האנשים עם נכות התפתחותית ( Bittles & Glasson, 2004). העלייה המהירה בתוחלת החיים של אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי הולידה תופעה חדשה, יחסית, אנשים מבוגרים, קשישים, עם פיגור שכלי, והציבה בפני שירותי הבריאות אתגרים משמעותיים אשר את רוחבם והקיפם רק מתחילים להבין ( Perkins & Moran, 2010). ככל שאנשים מבוגרים עם פיגור שכלי מגיעים לגיל זקנה הם חווים שינויים פיזיולוגיים ומחלות

כרוניות הקשורות להזדקנות בדיוק כמו באוכלוסייה הכללית המבוגרת, אלה, שאצל אנשים עם פיגור שכלי תהליך ההזדקנות מואץ יותר ומקדים את האוכלוסייה הכללית בכ 10 שנים ( Lifshitz & Merrick, 2004). יחד עם הגיל המתקדם הופכת אוכלוסייה זו לעוד יותר פגיעה ובעלת סיכוי גדול למצבי חולי מורכבים. גם בישראל, תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי עלתה בשנים האחרונות, כך שבשנת 2001, 40% מ 6370 אנשים עם פיגור הגרים במרכזי טיפול בישראל היו מעל גיל 40, ו 4.9% היו מעל גיל 60.

לקות או נכות התפתחותית (Intellectual Disability) או פיגור שכלי זהו מצב אורגני הנגרם לפני גיל 18 שנים ומאופיין במגבלה אינטלקטואלית ובהתנהגות מסתגלת המתבטאים במיומנויות תפיסתיות, חברתיות ופרקטיות הסתגלותיות (AAMR, 2002). לאנשים עם נכות התפתחותית יש סבירות גבוהה גם להמצאות של נכות פיזית, לקות נפשית או בעיות בריאותיות. לקויות המשנה כפי שתוארו, יחד עם המגבלות האינטלקטואליות, התפקודיות ויחד עם תופעת ההזדקנות המואצת הופכת קבוצה זו לפגיעה באופן מיוחד מבחינה בריאותית (Ouquette – Kuntz, Garcin, Lewis, Minnes, Martin & Holden, 2005). הטיפול הרפואי והסיעודי באנשים מבוגרים עם נכות התפתחותית מסובך לאור קיום מגוון בעיות ומחלות הקשורות גם לתסמונת וגם להזדקנות. למשל לבעלי תסמונת דאון סיכון גבוה להזדקנות מואצת ונטייה להופעת קטרקט, אובדן שמיעה, אוסטיאופורוזיס, דום נשימה בשינה וסיכוי גבוה גנטית לפתח מחלת אלצהיימר. לאנשים עם CP ופיגור שכלי סיכוי להזדקנות מואצת ולהופעת מחלת שרירים ושלד המובילה לעיתים קרובות לאובדן ניידות מוחלט, אוסטיאופורוזיס, עייפות כרונית וכאב כרוני. אצל נשים עם פיגור שכלי תקדים תקופת המנופאוזה ב 3-5 שנים (Parkins & Moran, 2010). הספרות וגוף הידע הקיימים בנושא בעיות בריאות אצל אנשים זקנים עם פיגור שכלי הולכים וגדלים יש צורך במעקב אחר אוכלוסייה זו כדי לאפיין את מצב בריאותם, לקבוע את הסיכונים הייחודיים להם למחלות ולהתאים עבורם תכנית טיפול.

באופן לא מפתיע רופאים אינם מקדישים את מלוא תשומת הלב כדי לאבחן כראוי חולים עם מגבלות פיזיות, קשיי תקשורת ובעיות התנהגות, תופעות הקיימות לעיתים קרובות אצל אנשים עם נכות התפתחותית. ולעיתים קרובות תוצאות הייעוץ הקליני אינם משביעי רצון, הטיפול בהם אינו הולם והם אינם מבינים את הנחיות הרופא. גדולה עוד יותר הבעיה כאשר מדובר בתחלואה או סטייה של מצב נפשי. סימפטומים נפשיים אצל אנשים עם פיגור שכלי,

לעיתים קרובות זוכים להתעלמות. הורוביץ' וחבריו (אצל Ouellette – Kuntz, Garcin, Lewis, 2005) זיהו שתי בעיות מרכזיות:

1. יש קושי לרוב לזהות סימני מצוקה נפשית עם נכות התפתחותית.
2. סימנים לרוב מיוחסים למצב הבסיסי של מוגבלות שכלית יותר מאשר למצב נפשי חולני או למצוקה.

הורים לאנשים עם פיגור שכלי, לעיתים קרובות, מתארים את הרופאים כחסרי רגישות כאשר הם מוסרים מידע אבחנתי לאנשים עם פיגור שכלי. הם אינם נוהגים בסבלנות, מסרבים להקשיב לדאגות ולמצוקות שלהם ומותירים את האדם עם פיגור שכלי עם אינפורמציה שהוא אינו מבין כלל. לאור כל המתואר לעיל יש צורך לאמן ולהכשיר אנשי מקצוע מתחום הבריאות כדי לענות על הצרכים הייחודיים של אנשים עם פיגור שכלי.

באוכלוסייה הרגילה קיימים הבדלים מהותיים בתפקוד ובעיות בריאות בין נשים לגברים בזקנה. גם בזקנתם של אנשים עם פיגור שכלי ניתן להבחין בשוני בין המינים בהיבטים השונים (Walsh et al, 2000; Walsh, & Heller, 2000). בדומה לכלל הנשים, לרוב הנשים עם פיגור שכלי יש מחזור וסת רגיל באורכו ובמשכו לאורך החיים, מה שמעיד על מערכת פריון תקינה. מעט מאוד מחקרים נעשו לגבי הפסקת קבלת הוסת (מנופאוזה) אצל נשים עם פיגור שכלי, אולם אלו שנעשו מדווחים על כך שנשים עם פיגור שכלי חוות את גיל המעבר בדומה לנשים באוכלוסייה הכללית אך מוקדם יותר ב-5-3 שנים (McCarthy & Millard, 2003). עם זאת ישנם מחקרים המעידים על חריגות בקבלת המחזור החודשי בקרב נשים עם תסמונת דאון, כאשר 15%-20% מהן לא מקבלות ווסת בכלל. מלבד זאת לשימוש ארוך שנים בתרופות אנטי פסיכוטיות יש השפעה מפריע על קיום מחזור תקין, כמו גם על הפרשת הורמוני המין (אסטרוגן ופרוגסטרון), מה שעלול לגרום לבעיות בגיל המבוגר (Anderson et al, 2003).

המנופאוזה מוגדרת כהפסקת קבע של הוסת הנגרם ע"י אובדן של פעילות הזקינים בשחלה. קלינית מדובר על 12 חודשים של אמנוריאה (אל ווסת). פרמנופאוזה (גיל המעבר) הוא מונח אשר משמש לתיאור התקופה המבשרת את בוא תקופת המנופאוזה, כאשר מתחילים להתרחש שינויים במערכת האנדוקרינית ושינויים בווסת (Nosek, Kennedy, Beyene, Taylor, Gilliss & Lee, 2010). בתקופת הפרמנופאוזה חלה ירידה הדרגתית ביצור והפרשת אסטרוגן ופרוגסטרון (הורמוני מין נשיים). הביוץ הופך לבלתי סדיר ובעקבותיו מחזור הוסת בלתי סדיר בתדירותו, במשכו ובעוצמתו. במקביל מופיעות תופעות כמו גלי חום ושינויים במצב הרוח. בתום



תקופת הפרמנופאוזה חל אובדן מוחלט של כל הזיקים אשר בשחלה והפרשת הורמוני המין הנשיים מופסקת לחלוטין. גיל המעבר מלווה תסמינים הנחלקים לשלוש קבוצות עיקריות:

1. תסמינים וואזומוטורים – גלי חום, הזעה והאצה בדופק הלב.
2. תסמינים נויירופסיכולוגים – עצבנות, דיכאון, נדודי שינה, הפרעות בזיכרון, ירידה בחשק המיני וירידה בחיוניות.
3. תסמינים אורוגניטלים – יובש בנרתיק, אי נוחות בעת קיום יחסי מין, דימומים נרתיקים והפרעות במתן שתן.

מלבד תסמינים אלה חלים שינויים פיזיולוגיים נוספים בגיל המעבר ובהמשך בתקופת המנופאוזה כמו: הופעת קמטים על העור, דלדול עצם (אוסטאופורוזיס), עליה בתחלואת לב והופעת דמנציה (הוכנר – צלינקר, 2008). בסקר שנערך בארה"ב בשנה זו דווח כי מעל 50% מהנשים בגילאי 45-54 שנים מדווחות על תסמינים פיזיולוגיים או פסיכולוגיים הקשורים למנופאוזה. 30% מנשים אלו מדווחות כי הסימפטומים מטרידים עד לכדי עצבנות יתרה, תסכול, עצבות ודיכאון. עוד מתאר הסקר כי חוסר היכולת של הנשים להתמודד עם תופעות אלו ובמיוחד עם גלי החום היא הסיבה השכיחה ביותר לפניית האישה לשירותי הבריאות (Nosek, Kennedy, Beyene, Taylor, Gilliss & Lee, 2010). הופעת הסימפטומים יוחסו לירידה ברמות האסטרוגן אשר מלווה את גיל המעבר אך לא נמצא קשר, באופן עקבי, בין רמת ההורמון לבין חומרת הסימפטומים. וריאציות הדיווח מפי נשים על הסימפטומים רחבה מאוד ועודדה את החוקרים לחקור את התופעה. יש חוקרים שהניחו כי הגישה של האישה, מוכנותה לקראת גיל המעבר והמודעות למתרחש בגופה משפיעים על יכולתה להתמודד עם התסמינים המלווים את התקופה (Bauld & Brown, 2008). על פי Tangen & Mickeltoon (2007) נשים עלולות לחוות את גיל המעבר כאיום על נערותן. הן רואות תקופה זו כסוף תקופת צעירותן, תחילתה של תקופת סוף החיים, דבר העלול להכניס את האישה למצבי חרדה, מצוקה ואפילו דיכאון. ככל שאישה תהיה מודעת לסימפטומים המתרחשים בגופה כך יניעו אותה השינויים לבחון דרכים שיקלו על מצוקתה.

עמדות שליליות כלפי המנופאוזה משפיעים על עוצמת הסימפטומים בתקופה זו ומנבאים תסמינים של מתח, אי שקט וחרדה (Nosek, Kennedy, Beyene, Taylor, Gilliss & Lee, 2010). במאמר סקירה שכלל 13 מחקרים נבדק הקשר בין עמדות כלפי מנופאוזה לבין עוצמת הסימפטומים אותן חוות הנשים. 10 מחקרים תמכו כי נשים עם עמדות שליליות יותר כלפי גיל המעבר דיווחו על עוצמת סימפטומים גבוהה ו 3 מחקרים מצאו כי אין קשר בין שני משתנים אלה

(Ayers, Forshaw & Hunter, 2009). עוד דיווח המאמר כי נשים שקיבלו תמיכה חברתית, חינוך והכנה לקראת תקופת גיל המעבר הניבו גישה חיובית יותר כלפי המנופאווזה. לממצאים אלה השלכות על קידום בריאות האישה והתערבות ספציפית לקראת גיל המעבר. Rotem et al (אצל Ayers, Forshaw & Hunter, 2009) פיתחו תוכנית בת עשרה מפגשים עבור נשים לקראת תקופת המנופאווזה שכללה דגשים חינוכיים ופסיכולוגיים, היבטים תרבותיים וחברתיים, הדרכה לתזונה נכונה וטכניקות הרפיה. המדגם כלל 82 נשים בגילאי 40-60 (36 עבור סדנא ו 46 קבוצת ביקורת). הממצאים הראו שיפור בעמדות והפחתה משמעותית בחומרת הסימפטומים הפיזיולוגיים והפסיכולוגיים בקרב כל המשתתפות בקבוצת הטיפול. מסקנת המחקר הייתה שיש לעודד נשים לעבור סדנאות דומות ולרכוש ידע כדי לשנות את העמדות כלפי המנופאווזה ולהפחית את חומרת הסימפטומים בתקופה זו.

מסקירת הספרות אנו למדות כי מעט מאוד מחקרים נעשו בעולם על מנופאווזה אצל נשים עם מוגבלות שכלית ומעט מאוד תשומת לב הוקדשה להשפעותיו של גיל המעבר על נשים אלו. כתוצאה מכך נשים מבוגרות עם פיגור שכלי לא קיבלו תמיכה או הכנה לקראת השינוי הגדול והמשמעותי בחייהן. רוב המחקרים שנעשו בתחום עסקו בהשפעות הפיזיולוגיות המצטברות בתקופה זו. מחקרים המתארים את השפעת הלמידה והמוכנות של האישה עם פיגור שכלי, על התגובות הרגשיות שלה בתקופת המנופאווזה הם נדירים ביותר, ולמעשה בארץ לא נעשה אף מחקר בנושא. במסמך מדיניות של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי בנושא מיניות ותפקוד חברתי, המתאר את עקרונות הטיפול בתחום החברתי מיני יש התייחסות לנושא דחף מיני, חינוך ליחסי אישות, מניעת הריון, ניצול מיני (רעיף, 2004), אולם אין אזכור לתקופת המנופאווזה ולזכותן של נשים עם פיגור שכלי לקבל מידע והדרכה על המתרחש בגופן בתקופה זו ולהיות מוכנות נפשית לקראתה. McCarthy & Millard (2003) ערכו מחקר בו הראו כיצד תופסות נשים עם פיגור שכלי לפני ואחרי השתתפותן בסדנת הכנה את המנופאווזה וכיצד השפיעו תפיסות אלה על מצבן הרגשי והתסמינים הפסיכולוגיים בתקופת זו. במחקר השתתפו 30 נשים עם פיגור שכלי קל ובינוני בגיל המעבר ונמצא כי קיים קשר מובהק בין הידע וההכנה שקיבלו הנשים לקראת גיל המנופאווזה לבין עוצמת התסמינים הפסיכולוגיים שהראו. McCarthy & Millard (2003) דנות במאמרם בסוכנים פוטנציאליים ללמידה :

1. הטלוויזיה – תיאורטית, למידה דרך טלוויזיה יכולה להיות טובה. אך יש מעט תכניות החושפות מידע על גיל המעבר. אפילו סדרות ואופרות סבון עוסקות בלידה, גירושין, אלימות ואונס אך לגבי גיל המעבר קיימת שתיקה.
  2. למידה במשפחה – מצב זה מתאפשר רק כאשר האישה עם פיגור שכלי גרה עם משפחתה, בדרך כלל אחיות או קרובות משפחה אחרות מאחר והאם המבוגרת כבר נפטרה. אם האישה עם פיגור שכלי גרה עם קרוב משפחה זכר יש סבירות נמוכה לדון על "בעיות נשים", הן מבחינה תרבותית והן בגלל המבוכה.
  3. למידה מצוות טיפולי – כששאלו נשים עם פיגור, באופן היפותטי, במי היו בוחרים שיסביר להן על הנושא הן ענו שהיו מעדיפות לקבל הסבר מאימותיהן או מצוות מטפלות הקרוב אליהן. אולם בקרב המטפלות קיימת מבוכה בכל הקשור לנושא המנופאוזה מה שמלמד שיש צורך להדריך את הצוות על מנת לתמוך בנשים אלו.
- במחקר זה הלמידה נעשתה באמצעות צוות מקצועי שעבר הכשרה לצורך העברת הסדנא. בתחילת הסדנא בדק הצוות המנחה עד כמה יודעות הנשים על המנופאוזה. בדקו ידע אודות מושגים כמו "וסת", "הפסקת וסת", רוב הנשים במחקר לא הבינו לעומק את משמעות המושגים. חלק מהנשים תאר באופן ורבלי תחושות כמו "פחד", "חוסר שקט", "צער". בהמשך נעשה שימוש באמצעי המחשה כמו תמונות וסרטונים אולם היו מושגים כמו "גלי חום" ו "הסמקה" שהיה קשה להסביר. במחקר נוסף שנעשה בקרב 15 נשים עם פיגור שכלי קל ובינוני בגילאי 43-65 נבדק הידע שלהם אודות המנופאוזה ונמצא כי נשים עם פיגור שכלי אינן מבינות את התהליכים המתרחשים בגופן ואינן מכירות את המושגים הקשורים במנופאוזה. בשל המבוכה הקיימת בקרב הצוות המטפל סביב נושא המנופאוזה המידע אינו נגיש להן למרות שהוא יכול להקל על מצוקתן ולחשוף אותן לדרכי התמודדות אפשריות (McCarthy, 2002).
- בסקירת הספרות מהארץ לא מצאנו מחקרים העוסקים בהנגשת מידע אודות המנופאוזה עבור נשים עם פיגור שכלי והכנתן לקראת חוויה משמעותית ובלתי נמנעת זו בחייהן. מניסיון של השנים האחרונות בעבודה עם נשים בעלות פיגור שכלי אנו למדות כי עם העלייה בגיל, ירידה ברמת האסטרונגן בדם והפסקת הוסת, חלה החמרה בעוצמת התסמינים הפסיכולוגיים; בתדירות אפיזודות של אי שקט (מצבי רוח הפכפכים, חוסר מנוחה, התפרצויות זעם, נגיביזם, התפרצויות אלימות), עלייה ברמת החרדה (הפרעות שינה, תיאבון ירוד, עצבות, התבודדות, אי נוחות בבטן, כאבי ראש, כאבי בבית החזה), עלייה בתדירות הפניות למרפאה ועלייה בצריכת תרופות הרגעה.

במחקר זה שהינו מחקר חלוץ בארץ, נבדקה השפעתה של סדנת הכנה לנשים עם פיגור שכלי, קל וקל-בינוני, בגילאי 41-58, המתגוררות במסגרות הדיור התומך של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, על התסמינים הנפשיים שהן חוות במהלך תקופת המנופאוזה. מטרת המחקר הייתה לבדוק האם קיים קשר בין חשיפה או אי חשיפה לידע ורמת הידע אודות המנופאוזה, לבין עוצמת התסמינים של אי שקט וחרדה בתקופת המנופאוזה אצל אוכלוסיית נשים עם פיגור שכלי. ההשערות היו:

1. נשים עם פיגור שכלי המקבלות ידע והכנה לקראת גיל המעבר יגלו עוצמה פחותה של אי שקט לעומת נשים שאינן מקבלות הכנה.
2. נשים עם פיגור שכלי המקבלות ידע והכנה לקראת גיל המעבר יגלו עוצמה פחותה של חרדה לעומת נשים שאינן מקבלות הכנה.
3. ככל שרמת הידע, של נשים עם פיגור שכלי, אודות המנופאוזה גדולה יותר, עוצמת תסמיני האי שקט יהיו ברמה נמוכה יותר.
4. ככל שרמת הידע, של נשים עם פיגור שכלי, אודות המנופאוזה גדולה יותר, עוצמת תסמיני החרדה יהיו ברמה נמוכה יותר.

## השיטה

המחקר הינו מסוג מחקר ניסויי שיושם על אוכלוסיית נשים עם פיגור שכלי המתגוררת במסגרות הדיור התומך של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי. המדגם – הוא מדגם נוחות שהשתתפו בו 60 נשים עם פיגור שכלי קל וקל-בינוני בגילאי 41-58 שנה ומתגוררות במסגרות הדיור התומך של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי. המשתתפות חולקו באופן רנדומאלי לשתי קבוצות: 30 נשים עברו סדנת הכנה בת 3 מפגשים ו 30 נשים לא קיבלו הכנה והיוו קבוצת ביקורת. הכלי- שאלון המכיל 24 שאלות המחולקות ל 5 חלקים:

1. שאלות למילוי על ידי המטפלת האישית ופרטים הלקוחים מין הרשומות הרפואיות.
2. שאלות ידע אודות גיל המעבר.
3. שאלות המתארות תסמינים גופניים הקשורים למנופאוזה.
4. שאלות המתארות תסמינים של אי שקט.
5. שאלות המתארות תסמינים של חרדה.

מרבית השאלות הן שאלות סגורות שדורגו בסולם מ 1 עד 5 פרט לפרטים הדמוגרפים, רמת האסטרוגן, מספר פניות למרפאה, צריכת תרופות הרגעה (S.O.S) ו BMI. מטרת השאלות הייתה לבדוק את הקשר בין המשתנים: חשיפה לידע ורמת הידע לבין עוצמת תסמיני אי שקט וחרדה. המשתנים הבלתי תלויים:

א. מידע נגיש והכנה לקראת המנופאוזה – מידע זה יועבר באמצעות סדנא בת 3 מפגשים בה יועבר למשתתפות מידע אודות מושגי יסוד בנושא המנופאוזה ובריאות האישה, התסמינים המלווים את התקופה, השינויים החלים בגוף האישה, למי פונים וכיצד מטפלים. המטפלים שהעבירו את הסדנא היו מהצוות המקצועי של המסגרת: עו"ס או אחות ועברו הדרכה מוקדמת.

ב. רמת הידע- 4 שאלות (שאלות 5-8 בשאלון) הבודקות את רמת הידע שיש לנחקרת אודות גיל המעבר.

המשתנים התלויים: תסמינים פסיכולוגיים:

א. אי שקט – מצבי רוח הפכפכים, חוסר מנוחה, התפרצויות זעם, נגיביזם, התפרצויות אלימות.

ב. חרדה – הפרעות שינה, תיאבון ירוד, עצבות, התבודדות, חוסר נוחות בבטן, כאבי ראש, כאבים בבית החזה.

על מנת להבטיח את מהימנות השאלון, ניתן לכל משתנה תלוי (אי שקט וחרדה) אותו

משקל במכלול השאלות (לכל משתנה 50%), 6 שאלות לכל משתנה ( $\alpha = .81$ ).

דגם מספר 1- מתאר את הבסיס לבניית השאלון

המשתנה	התחומים הנבדקים	%
אי שקט	שינויים במצב רוח חוסר סבלנות כעס וכחנות נגטיביזם תוקפנות פיזית	50%
חרדה	דפיקות לב מואצות מחושים גופניים פחד קוצר נשימה קשיי שינה ירידה בתאבון	50%

השאלון הועבר לכל הנשים גם בקבוצת הטיפול וגם בקבוצת הביקורת כחודש לאחר ההתערבות. יש לציין כי קיים קושי בהעברת שאלון לנשים בעלות מוגבלות אינטלקטואלית והיה צורך בעזרתה של המטפלת האישית למילוי יעיל של השאלון. הנתונים נאספו ונותחו באמצעות תוכנה סטטיסטית.

תהליך המחקר- הנשים שנדגמו במדגם נוחות חולקו באופן רנדומאלי לשתי קבוצות: 30 נשים בקבוצת הטיפול ו 30 נשים בקבוצת הביקורת. קבוצת הטיפול חולקה ל-4 קבוצות משנה על פי מקום המגורים: 10 נשים המתגוררות במערך דיור של אקיי"ם תל אביב, קבוצה של 6 נשים המתגוררת במעון אור בנתניה, 8 נשים מתגוררות במערך דיור אקיי"ם חדרה ו-6 נשים ממערך דיור אקיי"ם אשקלון. כל קבוצות הטיפול עברו סדנא בת 3 מפגשים כהכנה לקראת תקופת המנופאוז. מנחות הסדנה היו מהצוות המקצועי במסגרת שהכירו את הנשים הכרות מוקדמת ועברו הדרכה מידי החוקרות טרם התחלת הסדנא. תכני הסדנא היו זהים בכל קבוצות הטיפול.

קבוצת הביקורת לא קיבלה שום התערבות. לאחר כשבועיים מתום הסדנה הועבר שאלון זהה לקבוצת הטיפול ולקבוצת הביקורת (נספח מס' 1).

## תיאור מהלך המחקר

לכל המשתתפות (ס"ה 60), נשים עם פיגור שכלי קל וקל-בינוני, הועבר שאלון קצר לאחר שמחציתן (ס"ה 30) עברו "סדנת חשיפה" (משתנה בלתי תלוי) למידע אודות המנופאוזה והיו קבוצת ניסוי. המחצית השנייה לא נחשפה לסדנא והיוותה קבוצת ביקורת. המטפלות סייעו למשתתפות להשיב על השאלון, לאחר שקיבלו הדרכה, לאור עובדת היותן של המשתתפות מוגבלות שכלית. בראשית השאלון (חלק א'- שאלות 1-5) שאלות העוסקות במאפיינים דמוגרפיים ובמדדים רפואיים של משתתפות המחקר. לאחריהן (חלק ב'- שאלות 6-9) שאלות המתייחסות ל"רמת הידע" (משתנה בלתי תלוי) של המשתתפת לגבי גיל המעבר: תשובה נכונה ומלאה על שאלת ידע זיכתה את המשתתפת ב-3 נקודות. תשובות חלקיות זיכו אותה בנקודה אחת או בשתי נקודות. באמצעות פקודת Compute נבנה משתנה בשם Knowledge, המקבל ערכים בין 0 ל-12 (ניקוד המינימום, 0, ניתן במקרה בו המשתתפת שגתה בכל ארבע השאלות, ואילו ניקוד המקסימום, 12, ניתן במקרה בו המשתתפת נתנה תשובה מושלמת לכל השאלות). החלק הבא של השאלון (חלק ג'- שאלות 10-13) מתאר המצאות תסמינים פיזיולוגיים של גיל המעבר. חלק זה לא בא לידי ביטוי בשלב זה של עיבוד הנתונים. נתונים אילו יבואו לידי ביטוי בהמשך המחקר. חלק נוסף בשאלון (חלק ד'- שאלות 14-19) עסק בתסמינים הקשורים ל"אי שקט" (משתנה תלוי). בפני כל משתתפת הוצגו 6 היגדים, והיה עליה לסמן באיזו תדירות היא חשה כל אחד מהם, על סקאלה בין 1, אף פעם, ל-5, כל הזמן. בהמשך, באמצעות פקודת Compute נבנה משתנה בשם ISheket, המהווה את הממוצע של התשובות שניתנו ל-6 ההיגדים, כאשר 1- מתאר אי שקט בעוצמה נמוכה ו-5 מתאר אי שקט בעוצמה גבוהה. בהמשך השאלון (חלק ה'- שאלות 20-25) פרק העוסק בתסמינים הקשורים ל"חרדה" (משתנה תלוי). בפני כל משתתפת הוצגו 6 היגדים, והיה עליה לסמן באיזו תדירות היא חשה כל אחד מהם, על סקאלה בין 1, אף פעם, ל-5, כל הזמן. באמצעות פקודת Compute נבנה משתנה בשם Anxiety, המהווה את הממוצע של התשובות שניתנו ל-6 ההיגדים, כאשר 1- מתאר חרדה בעוצמה נמוכה ו-5 מתאר חרדה בעוצמה גבוהה.

שאלת המחקר הייתה האם קיים קשר בין חשיפה או אי חשיפה לידע ורמת הידע אודות גיל המעבר, לבין עוצמת התסמינים של אי שקט וחרדה בתקופת גיל המעבר אצל אוכלוסיית נשים עם פיגור שכלי.



לאור שאלת מחקר זו הועלו 4 השערות:

השערת המחקר הראשונה הייתה כי נשים עם פיגור שכלי המקבלות ידע והכנה לקראת גיל המעבר ידווחו על עוצמה פחותה של אי-שקט לעומת נשים שאינן מקבלות הכנה. על מנת לבדוק השערה זו, בוצע מבחן T למדגמים בלתי-תלויים. המשתנה הבלתי תלוי היה סוג הקבוצה (1=קבוצת ההתערבות, 2=קבוצת הביקורת), והמשתנה התלוי היה עוצמת תסמיני האי-שקט שנמדדה (ISheket).

השערת המחקר השנייה הייתה כי נשים עם פיגור שכלי המקבלות ידע והכנה לקראת גיל המעבר יגלו עוצמה פחותה של חרדה לעומת נשים שאינן מקבלות הכנה. על מנת לבדוק השערה זו, בוצע מבחן T למדגמים בלתי-תלויים. המשתנה הבלתי תלוי היה סוג הקבוצה (1=קבוצת ההתערבות, 2=קבוצת הביקורת), והמשתנה התלוי היה עוצמת תסמיני החרדה שנמדדה (Anxiety).

השערת המחקר השלישית הייתה כי ככל שרמת הידע, של נשים עם פיגור שכלי, אודות גיל המעבר גדולה יותר, כך עוצמת תסמיני האי שקט תהיה נמוכה יותר. על מנת לבדוק השערה זו, חושב מתאם פירסון בין המשתנים Yeda ו-ISheket.

השערת המחקר הרביעית הייתה כי ככל שרמת הידע, של נשים עם פיגור שכלי, אודות גיל המעבר גדולה יותר, כך עוצמת תסמיני החרדה תהיה נמוכה יותר. על מנת לבדוק השערה זו, חושב מתאם פירסון בין המשתנים Yeda ו-Anxiety.

## הממצאים

### 1. תיאור מאפייני אוכלוסיית המחקר

במחקר השתתפו 60 נשים בעלות פיגור שכלי קל וקל-בינוני בטווח הגילאים 41-58 (M=51.42, SD=4.55), 30 מהן הושמו באופן אקראי בקבוצת הביקורת, והן לא השתתפו בסדנת הידע. 30 הנותרות, אשר שויכו לקבוצת ההתערבות, השתתפו בסדנת הידע.

#### 1.1 תיאור רמות הפיגור של אוכלוסיית המחקר

לוח מספר 1 : מאפייני רמות הפיגור של אוכלוסיית המחקר N=60

רמת פיגור (N=60)	N	%
פיגור קל	37	61.7
פיגור קל-בינוני	23	38.3

מלוח מספר 1 המתאר את מאפייני רמות הפיגור של אוכלוסיית המחקר, ניתן לראות כי רוב הנחקרות הינן בעלות פיגור קל (61.7%), לעומת נחקרות עם פיגור קל-בינוני (38.3%) העברת השאלון לשתי הקבוצות בוצעה כשבועיים לאחר תום הסדנה. חלק א' וחלק ג' של השאלון (נספח 1) מתארים מאפיינים דמוגרפיים, מדדים רפואיים ותסמינים פיזיולוגיים של משתתפות המחקר.

#### 1.2 פרטים רפואיים של אוכלוסיית המחקר

לוח מספר 2 : מאפיינים רפואיים של אוכלוסיית המחקר N=60

פרטים מתוך רשומה רפואית	N	ביחס לכלל אוכלוסיית הנשים
מס' פניות למרפאה בחודש אחרון, בממוצע לאישה	8	פי 8
צריכת תרופות הרגעה בחודש אחרון, בממוצע לאישה	10	פי 5
BMI - ממוצע	35.6	פי 1.15
תסמינים גופניים	N	%
גלי חום	48	80
הסמקה והזעה	48	80

דליפת שתן	19	31.7
דימום/ הפרשה/ גרד מהנרתיק	43	71.7

בלוח מס' 2 אנו רואים כי נשים בגיל המעבר פונות לעיתים תכופות יותר לקבלת שירות במרפאה ראשונית, פי 8 יותר מאשר באוכלוסיית הנשים עם פיגור שכלי שאינן בגיל המעבר. מעיון ברשומות הרפואיות נמצא כי רוב הפניות היו בגין מחושים שונים ואשר בבדיקה לא נמצא ממצא פתולוגי. עוד ניתן לראות כי צריכת תרופות הרגעה בתקופה זו גבוהה פי 5 מאשר באוכלוסיית נשים עם פיגור עד גיל 40. ממוצע ה-BMI באוכלוסיית המחקר היה 35.6, פי 1.15 גבוה יותר מאוכלוסיית נשים עם פיגור, עד גיל 40. בבחינת התסמינים הגופניים בתקופת גיל המעבר, ניתן לראות כי אחוז הנשים הסובלות מתסמינים אלה דומה לאחוז הנשים הסובלות מאותם תסמינים באוכלוסיית הנשים הרגילה.

## 2. בדיקת השערות המחקר

2.1 השערות מחקר מספר 1 : נשים עם פיגור שכלי המקבלות ידע והכנה לקראת גיל המעבר

ידווחו על עוצמה פחותה של אי-שקט לעומת נשים שאינן מקבלות הכנה.

מתוצאות הניתוח עבור השערה א', עולה כי קיים הבדל מובהק ברמות האי-שקט בין נשים עם פיגור שכלי שקיבלו ידע והכנה לגבי גיל המעבר, לבין נשים עם פיגור שכלי שלא קיבלו הכנה כזו [t=-5.46, p<.001, df=58] כפי שמתואר בלוח מס' 3.

לוח מספר 3 : השוואת עוצמת תסמיני האי שקט בין קבוצת הנשים שעברה סדנת ידע לעומת קבוצת הביקורת

N	ממוצע	ס.תקן	ערך T	df	p-value
30	3.12	0.48	-5.46	58	.001
30	3.88	0.60			

המשתתפות בקבוצת ההתערבות, אשר קיבלו ידע והכנה לגבי גיל המעבר, דיווחו על רמות נמוכות יותר של אי-שקט (M=3.12, SD=.48) בהשוואה למשתתפות בקבוצת הביקורת, אשר לא קיבלו כל הכנה כזו (M=3.88, SD=.60).

2.2 השערת מחקר מספר 2 : נשים עם פיגור שכלי המקבלות ידע והכנה לקראת גיל המעבר

יגלו עוצמה פחותה של חרדה לעומת נשים שאינן מקבלות הכנה.

מתוצאות הניתוח עבור השערה ב', עולה כי קיים הבדל מובהק ברמות החרדה בין נשים עם פיגור

שכלי שקיבלו ידע והכנה לגבי גיל המעבר, לבין נשים עם פיגור שכלי שלא קיבלו הכנה כזו ( $t=-$ )

[3.76,  $p<.001$ ,  $df=58$ ] כפי שמתואר בלוח מספר 4.

לוח מספר 4 : השוואת עוצמת תסמיני החרדה בין קבוצת הנשים שעברה סדנת ידע לעומת

קבוצת הביקורת.

p-value	df	ערך T	ס.תקן	ממוצע	N	
.001	58	-3.76	0.65	3.18	30	נשים שעברו סדנת ידע
			0.59	3.78	30	נשים שלא עברו סדנת ידע

המשתתפות בקבוצת ההתערבות, אשר קיבלו ידע והכנה לגבי גיל המעבר, דיווחו על רמות נמוכות

יותר של חרדה ( $M=3.18$ ,  $SD=.65$ ) בהשוואה למשתתפות בקבוצת הביקורת, אשר לא קיבלו כל

הכנה כזו ( $M=3.78$ ,  $SD=.59$ ).

2.3 השערת מחקר מספר 3 : ככל שרמת הידע, של נשים עם פיגור שכלי, אודות גיל המעבר

גדולה יותר, כך עוצמת תסמיני האי שקט תהיה נמוכה יותר. על מנת לבחון השערה זו,

חושב מתאם פירסון למשתנים כמותיים בין רמת הידע אודות גיל המעבר לבין עוצמת

תסמיני האי-שקט בתקופה זו כפי שמתואר בלוח מס' 5.

2.4 השערת מחקר מספר 4 : ככל שרמת הידע, של נשים עם פיגור שכלי, אודות גיל המעבר

גדולה יותר, כך עוצמת תסמיני האי שקט תהיה נמוכה יותר. על מנת לבחון השערה זו,

חושב מתאם פירסון למשתנים כמותיים בין רמת הידע אודות גיל המעבר לבין עוצמת

תסמיני החרדה כפי שמתואר בלוח מס' 5.

לוח מספר 5 : טבלת קורלציות לבחינת הקשר בין רמת הידע לבין עוצמת תסמיני האי שקט

והחרדה בתקופת גיל המעבר.

תסמיני	עוצמת	עוצמת תסמיני	
	חרדה	אי שקט	
	$r=-0.50$	$r=-0.61$	רמת ידע

p=.01	p=.01	
-------	-------	--

נמצא כי במדגם קיים קשר ליניארי שלילי בעוצמה גבוהה בין שני המשתנים : ככל שרמת הידע אודות גיל המעבר עולה, כך פוחתת עוצמת תסמיני האי-שקט [r=-.61, p<.01] באוכלוסיית הנשים עם פיגור שכלי קל וקל-בינוני. כמו כן נמצא קשר ליניארי שלילי בעוצמה בינונית בין שני המשתנים : ככל שרמת הידע אודות גיל המעבר עולה, כך פוחתת עוצמת תסמיני החרדה [r=-.50, p<.01] באוכלוסיית הנשים עם פיגור שכלי קל וקל-בינוני .

## דיון ומסקנות

העלייה המהירה בתוחלת החיים של אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי הולידה תופעה חדשה: יותר אנשים מבוגרים וקשישים עם פיגור שכלי. אוכלוסייה שבשל הגיל המתקדם הופכת לעוד יותר פגיעה למצבי חולי מורכבים. מצב חדש זה מציב בפני שירותי הבריאות אתגרים אשר את משמעותם רק מתחילים להבין (Perkins & Moran, 2010).

אחד ממצבי הבריאות החדשים הללו הקשורים לגיל מתקדם הוא המנופאוז. סקירת הספרות בתחום העלתה כי הבנת ההשלכות שיש לתקופה סוערת רגשית זו על האישה המבוגרת הלוקה בפיגור שכלי לא נחקרה מספיק עד היום בעולם כמו גם בארץ (Cooper, Smiley, Morrison, & Williamson, 2007).

המחקר החלוצי הנוכחי, בישראל, בא לענות על צורך זה. הרציונל למחקר היה להתחיל ולהבין יותר לעומק את החוויה הפיסיולוגית והרגשית שעוברת האישה הלוקה בפיגור ולבחון האם הכנה מוקדמת והקניית ידע בנושא במסגרת סדנא ייעודית יש בה כדי לסייע לנשים אלו להתמודד טוב יותר עם התקופה הסוערת הזו שקשה גם לנשים נורמטיביות.

החשיבות הרבה של הדרכה והכנה נכונה צמחו בקרב החוקרות מתוך העבודה הטיפולית עם נשים אלו בשטח. בשיחות בלתי פורמאליות שערכו החוקרות עם נשים הלוקות בפיגור, החוות את תקופת גיל המעבר, התברר כי הן לא מבינות מה קורה בגופן. אחת הנשים אמרה שהיא מרגישה שיש לה **אש בגוף**, שנייה אמרה שהיא **אולי נענשת** על משהו שעשתה, והשלישית ציינה שהיא חולה **במחלה קשה**. התייחסויות רגשיות אלו העידו על העדר ידע של נשים אלו על תקופה טבעית זו בחיי האישה ועל תפיסת התהליכים הגופניים הללו כלא טבעיים ואפילו מזיקים ומפחידים.

נשים אשר התברר שאין להן את מי לשאול ועם מי לשתף בחוויה הלא מובנת להן, העוברת עליהן, בקשו לשתף את הדמות המטפלת בהן, כאשר נשאלו את מי הן היו רוצות לשתף בקורה אותן ולספר על תחושותיהן בעניין.

ואכן, הסדנא הוכיחה כי חשיבותה רבה לנשים אלו. ממצאי המחקר מעידים כי נשים עם פיגור שכלי, קל וקל-בינוני, בגילאי 41-58, המתגוררות במסגרות הדיור התומך של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, שעברו את הסדנא שהקנתה להן ידע בנושא והכינה אותן לקראת תקופה ייחודית זו בחייהן, חשות תחושת רווחה גבוהה יותר מנשים במצבן שלא הוכנו לקראת תקופה זו בחייהן. הנשים עם פיגור שכלי שהוקנה להן ידע במסגרת הסדנא והן הוכנו לקראת גיל המעבר

דיווחו על עוצמה פחותה מובהקת של אי-שקט ושל תסמיני חרדה בהשוואה לנשים עם פיגור שכלי שלא הוקנה להן ידע ולא הוכנו לקראת גיל המעבר במסגרת סדנא ייעודית לנושא.

למרות הממצאים המאוד מובהקים במחקר זה עדין לא ניתן להכליל את ממצאיו לכל אוכלוסיית הנשים הלוקות בפיגור בשל מגבלותיו. מדגם המחקר אינו מייצג את כלל אוכלוסיית הנשים המבוגרות הלוקות בפיגור שכלי בישראל. הנשים שנבדקו במחקר זה הן נשים עם פיגור קל וקל בינוני בעלות יכולות ורבאליות ולכן לא ניתן להכליל מתוצאות המחקר על אוכלוסיית הנשים עם רמת פיגור נמוכה יותר. בנוסף, הנשים במחקר זה הן יהודיות מאחר והחוקרות לא הצליחו להשיג שיתוף פעולה עם הצוות המטפל בנשים ערביות הלוקות בפיגור, בשל האופי התרבותי המטיל "טאבו" על הנושא. כך שממצאי המחקר ישימים רק לנשים יהודיות הלוקות בפיגור קל וקל-בינוני. מגבלה נוספת של המחקר היא האפשרות הקיימת של הטיה במילוי השאלון. מאחר והשאלונים מולאו בשיתוף עם המטפלת האישית, יתכן והייתה הטיה בהסבר ובהנחיית המטפלת, למרות ההדרכה שעברה, איזו שהיא הנחייה סמויה לנחקרת שעל פיה נתנה את תשובתה. יחד עם זאת, יש להבין שלא ניתן למלא באופן אחר את השאלונים בשל אופייה הייחודי של אוכלוסייה זו. מכאן, שעל מנת לקבל תמונה אמיתית יש לחזור על המחקר באותן אוכלוסיות שנחקרו על מנת לדעת שאכן אין הטיה בתשובות בשל כך שהנחקרות עצמן לא ממלאות את השאלון באופן עצמאי, ויש להרחיב את אוכלוסיית הנחקרות גם לנשים מבוגרות הלוקות בפיגור ברמות נמוכות יותר, לנשים מבוגרות הלוקות בפיגור ומתגוררות עם משפחתן ולנשים מבוגרות המשתייכות לקבוצות האוכלוסייה הלא יהודית.

למרות מגבלותיו, מחקר זה הציף את הצורך לספק מידע נגיש, הכנה ותמיכה לנשים עם פיגור שכלי לגבי תקופת המנופאזה. לשם כך על האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי לקדם תכניות ממוסדות להדרכה, הכנה ותמיכה לנשים מבוגרות הלוקות בפיגור שכלי בנושא המיניות בגיל המעבר תוך התאמת התוכניות לרמות הפיגור ולקבוצות האוכלוסייה השונות. תכניות אשר במהלכן יוקנה לנשים אלו ידע על תקופת המנופאזה והן יוכנו לתהליכים הביולוגיים והרגשיים המאפיינים תקופה זו. תכניות אשר גם יתנו תמיכה רגשית לנשים אלו אשר עקב מצבן הקוגניטיבי מתקשות להבין ולהתמודד עם מכלול התופעות הקשורות לתקופת מעבר זו בחייהן.

## רשימה ביבליוגרפית

בן-נון, ש., נאון, ד., ברודסקי, ג'. ומנדלר, ד. (2008). הזדקנות אנשים עם פיגור שכלי המקבלים שירותי דיור ואו תעסוקה ממשרד הרווחה: תמונת מצב וצרכים. המרכז לחקר הזקנה, המרכז לחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות מאיירס- גיויינט- מכון ברוקדייל. הוכנר-צלינגר, ד. (2008). הפיזיולוגיה של גיל המעבר- תסמיני גיל המעבר והתופעות החלות בתקופה זו. *מדיסין*, (1)2280, עמ' 34-36.

רעף, ר. (2007). מיניות ותפקוד חברתי – קווים מנחים למדיניות האגף לטיפול באדם המפגר. מדינת ישראל: משרד הרווחה והשירותים החברתיים, האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, מחלקת אבחון וקידום.

American Association on Mental Retardation (AAMR) <http://www.aamr.org/>

Anderson, D., Lakin, C., & Larson, S. (2003). Examining the Health and Needs of Older Women with Intellectual Disabilities Through National Health Interview Survey Data. *RRTC Research and Training Center on Community Living*. Minnesota: University of Minnesota, URL.

Ayers, B., Forshaw, M., & Hunter, M.S. (2009). The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: A systematic review. *Maturitas, journal homepage: [www.elsevier.com/locate/maturitas](http://www.elsevier.com/locate/maturitas)*. 65, 28-36.

Bittles, A.H. & Glasson, E.J. (2004). Clinical, social, and ethical implications of changing life expectancy in Down syndrome. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46, 282–286.

Bauld, R. & Brown, R.F. (2008). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas, journal homepage: [www.elsevier.com/locate/maturitas](http://www.elsevier.com/locate/maturitas)*, 62, 160-165.



- Cooper, S.N., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allen, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35.
- Clayton, A. & Guico-Pabia, C. (2007). Recognition of depression among women presenting with menopausal symptoms. *The Journal of The North American Menopause Society*, 15,( 4), 758-767.
- [Lifshitz](#), H., & [Merrick](#), J.(2004). Aging among persons with intellectual disability in Israel in relation to type of residence, age, and etiology. [\*Research in Developmental Disabilities\*](#), 25(2), 193-205.
- McCarthy, M. & Millard, L. (2003). Discussing the menopause with women with learning Disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 31, 9–17.
- McCarthy, M. (2002). Going through the menopause: perceptions and experiences of women with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27( 4), 281–295.
- Nosek, M., Kennedy, H.P., Beyene, Y., Taylor, D., Gilliss, C., & Lee, K. (2010). The Effects of Perceived Stress and Attitudes Toward Menopause and Aging on Symptoms of Menopause. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(4), 328-334.
- Ouellette-Kuntz, H., Garcin, N., Lewis, S., Minnes, P., Martin, C.,& Holden, J.A. (2005). Addressing Health Disparities Through Promoting Equity for Individuals With Intellectual Disability. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 8 Research Library.
- Perkins, E.A. & Moran, J.A. (2010). Aging Adults With Intellectual Disabilities. *JAMA Online article*, Downloaded from [www.jama.com](http://www.jama.com), 304( 1), 91-92.

Tangen, T. & Mykletun, A. (2007). Depression and anxiety through the climacteric period: An epidemiological study (HUNT-II). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 125–131.

Walsh, P.N., & Heller, T. (2002). Health of Women with Intellectual Disabilities.

Walsh, P.N., Heller, T., Schupf, N., & van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. (2000).

*Healthy Ageing – Adults with Intellectual Disabilities: Women's Health*

*Issues*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

### **שאלון למדידת עוצמת תסמינים**

אוניברסיטת תל אביב

הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר

ביה"ס למקצועות הבריאות ע"ש ס. שטייר

החוג לסיעוד

### **שאלון למדידת עוצמת תסמינים בתקופת מנופאוזה אצל נשים עם פיגור שכלי**

גברת יקרה,

הינך משתתפת במחקר הבוחן כיצד חווה האישה את תקופת המנופאוזה, היא התקופה בה מפסיקה האישה לקבל וסת.

לפניך 24 שאלות המתארות מצבים גופניים ונפשיים. הנך מתבקשת לענות תשובה אחת לכל שאלה.

שאלון זה מיועד לצרכי המחקר בלבד ולא יעשה בו כל שימוש אחר. פרטייך האישיים ישמרו אך ורק אצל החוקרות ואנו מתחייבות לשמור על פרטיותך ולא להעביר הפרטים לאיש.

תודה מראש על שיתוף הפעולה.

בברכת בריאות טובה,

שושי אספלר ומרתה שמר

### חלק א' - למילוי על ידי המטפלת האישית

- מס' שאלון: \_\_\_\_\_ 5 ספרות אחרונות במס' זהות: \_\_\_\_\_
- שם המסגרת: \_\_\_\_\_ שם המטפלת שסייעה במילוי השאלון: \_\_\_\_\_
1. גיל הדיירת: \_\_\_\_\_
  2. מס' פניות למרפאה בחודש האחרון (על פי רשומות): \_\_\_\_\_
  3. מס' פעמים שצרכה הדיירת תרופות הרגעה בחודש האחרון (על פי רשומות): \_\_\_\_\_
  4. BMI (על פי רשומות): \_\_\_\_\_

### חלק ב' - שאלות ידע אודות גיל המעבר: עני על השאלות הבאות על פי מה שאת יודעת ומכירה:

5. באיזה גיל מתרחש "גיל המעבר"? א. 8-12 ב. 12-20 ג. 20-30 ד. 30-40 ה. 40-50 ו. יכול להתרחש בכל גיל ז. בגיל שבו נפסק המחזור ח. בגיל שאישה לא יכולה להיכנס יותר להריון
6. מבין התסמינים הבאים, מהם התסמינים של גיל המעבר? א. כאבי שיניים ב. סיוס הוסת ג. גלי חום (לפעמים חם מאוד בכל הגוף ולפעמים לא) ד. דלקת בעיניים ה. הפרעות בשינה ו. פריחה על העור ז. שינויים במצב רוח ח. כאבי גרון
7. למי פונים שמרגישים סימנים של גיל המעבר? א. לא צריך לפנות לאף אחד, זה יחלוף ב. למדריך בעבודה ג. לרופא או לאחות ד. למטפלת ה. לבת משפחה ו. לא משנה למי לפנות
8. על מה חשוב לשמור בגיל המעבר? א. סוגי המזון שאת אוכלת ב. שחייה ג. להקפיד ללכת לעבודה ד. פעילות גופנית מותאמת ה. לספר על שינויים שקורים בגופך ו. ללכת לרופא כל שבועיים

#### לשימוש החוקרות:

- 0 אף תשובה נכונה
- 1 תשובה אחת נכונה
- 2 2 תשובות נכונות
- 3 3 תשובות נכונות

**חלק ג' - תסמינים גופניים - כעת אציג בפניך מספר תסמינים גופניים אפשריים. לגבי כל אחד מהם אנא צייני באיזו תדירות חווית אותם:**

אף פעם	אחת לחודש	אחת לשבועיים	אחת לשבוע	יותר מאחת לשבוע	תסמינים	
1	2	3	4	5	אני חשה פתאום חום בתוך גופי	9.
1	2	3	4	5	אני חשה פתאום הסמקה/ הזעה	10.
1	2	3	4	5	אני סובלת מבריחת/ דליפת שתן	11.
1	2	3	4	5	אני סובלת מדימום/ הפרשה/ גרד מהנרתיק	12.

**חלק ד' - תסמינים הקשורים לאי שקט - הקיפי בעיגול את מה שמתאר את מצבך באופן המדויק ביותר, ולגבי כל אחד מהמצבים הבאים, אנא צייני באיזו תדירות חשת כל אחד מהם :**

אף פעם	מידי פעם	לפעמים	לעיתים קרובות	כל הזמן	תסמינים	
1	2	3	4	5	יש לי שינויים קיצוניים במצב רוח: שמחה/ עצובה/ עצבנית/ בוכה	13.
1	2	3	4	5	אין לי סבלנות להיות במקום אחד, אני חסרת מנוחה/ לא מצליחה להירגע	14.
1	2	3	4	5	אני כועסת וצועקת/ משתוללת	15.
1	2	3	4	5	אני רבה ומתווכחת עם חברים ולא ממש משנה הסיבה	16.
1	2	3	4	5	לא בא לי לעשות כלום, כל מה שמבקשים ממני אני אומרת לא	17.
1	2	3	4	5	תקפתי/ הרבצתי/ סטרתי/ נשכתי/ שברתי- לעצמי, לחברי או לרכוש	18.

חלק ה' - תסמינים הקשורים לחרדה. הקיפי בעיגול את מה שמתאר את מצבך באופן המדויק

ביותר, ולגבי כל אחד מהמצבים הבאים, אנא צייני באיזו תדירות חשת כל אחד מהם:

אף פעם	מידי פעם	לפעמים	לעיתים קרובות	כל הזמן	תסמינים	
1	2	3	4	5	הלב שלי מתחיל לפעום מהר ובחוזקה – פתאום ללא אזהרה	.19
1	2	3	4	5	אני חשה בכאבי בטן/ ראש/ חזה או אחר גם כאשר אינני פצועה או חולה	.20
1	2	3	4	5	אני מרגישה מפוחדת, חרדה	.21
					אני מרגישה שיש לי קוצר נשימה	.22
1	2	3	4	5	קשה לי לישון או מתעוררת באמצע הלילה	.23
1	2	3	4	5	יש לי ירידה בתאבון	.24



מדינת ישראל  
משרד הרווחה והשירותים החברתיים



# סדנת הכנה לנשים בגיל המעבר

מותאמת להעברה לנשים עם מוגבלות  
שכלית התפתחותית (מש"ה)  
האגף לטיפול באדם עם מש"ה

דפי עזר למנחה

מאי, 2011

## **פרק א'- גיל המעבר, תופעה אוניברסאלית**

**גיל המעבר** (מנופאוזה) הוא הגיל בו פסק המחזור החודשי של האישה. זו אינה מחלה, זהו אירוע ביולוגי טבעי, נורמאלי, המתרחש אצל כל הנשים, אבל עוצמת ההשפעה והתופעות המתלוות לתקופה זו שונה מאישה לאישה. הגוף משתנה, רמת ההורמונים משתנה וכך צריך להיות. ככל שהאישה תהיה מוכנה לקראת השינויים הללו, כך גופה יסתגל ביתר קלות אל התקופה החדשה.

חשוב מאוד שהאישה תכיר את התופעות המתלוות לגיל המעבר כדי שאפשר יהיה לעזור לה להתמודד, יש טיפול ויש דרך חיים שהאישה יכולה לסגל לעצמה כדי שלא תסבול, לא תחשוש, וכדי לשפר את איכות החיים שלה.

תקופת גיל המעבר אורכת בין שנתיים לעשר שנים וחלה בסביבות גיל 40-50 (זה משתנה). בהדרגה, הווסת נחלשת ולבסוף נעלמת, והגוף מפסיק את ייצור ההורמונים הנשיים- אסטרוגן.

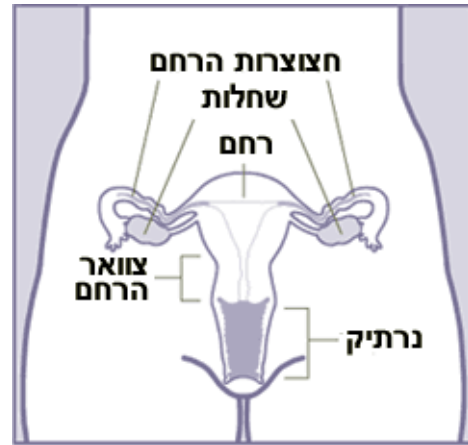
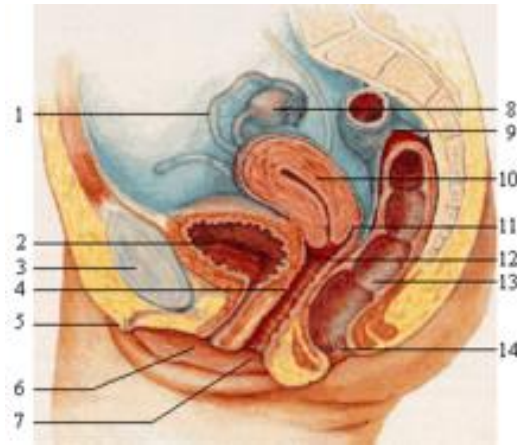
## **הגדרות**

**אסטרוגן**- הוא הורמון המין הנשי. אשר מופרש מהשחלות שבגוף האישה. יש לאסטרוגן תפקיד חשוב בהתבגרות המינית של האישה. הוא מופרש הביל ההתבגרות וגורם לצמיחת השדיים ולהופעת המחזור החודשי. בזכות הורמון זה יכולה האישה להיכנס להריון.

**מחזור חודשי**- סדרת המאורעות המתרחשים במהלך כל חודש בגופה של האישה ואשר מאפשרים לה להיות פורייה.

**ווסת**- הפרשה דמית מחזורית מן הנרתיק המתרחשת מדי 28 יום בקירוב אצל אישה בגיל הפוריות שאינה בהיריון. דם הווסת מכיל את רירית הרחם המתקלפת ונושרת כאשר הביצית לא הופרתה .





**שחלות** - איבר בגוף האישה, באזור הבטן, שתפקידו לייצר ביציות. הביציות נודדות מהשחלה אל החצוצרות ומשם אל הרחם, שם הן ממתינות זמן קצר להפריה (מפגש עם תא רבייה זכרי). אם הביצית מופרה על ידי תא זרע היא נדבקת אל קיר הרחם ומתפתחת לעובר בתהליך הקרוי הריון. אם לא מתרחשת הפריה - זהו המצב השגרתי - נפלטת הביצית, יחד עם דם אשר הזין אותה במשך ההמתנה, אל מחוץ לגוף בתהליך הקרוי וסת (המחזור החודשי).

**רחם** - איבר בגוף האישה, באזור הבטן, שרירי וחלול, מזכיר צורתו של אגס. הוא משמש להתפתחות עובר בתוכו. אל הרחם מתחברות שתי חצוצרות משני צדדיו ובחלקו התחתון מחובר אליו צוואר הרחם. אם לא נוצר עובר הביצית מתחברת לדופן הרחם ובסוף המחזור החודשי מתקלפת השכבה החיצונית של דופן הרחם ויוצאת החוצה דרך צוואר הרחם, הנרתיק והפות-זוהי הווסת.

**חצוצרות** - שתי צינוריות דקות המחברות בין השחלה לרחם. מידי חודש, בהשפעת הורמוני המין הנשיים, משתחררת ביצית אחת מהשחלה, ונודדת לה לאורך החצוצרה לכיוון הרחם. אם הביצית פגשה בדרך תא זרע (לאחר קיום יחסי מין), ייווצר עובר שיגיע אל הרחם ויתפתח שם. אם הביצית לא תפגוש זרע, היא תמשיך לבד לרחם ותצא החוצה עם הווסת.

**צוואר הרחם** - זהו החלק הצר והתחתון של הרחם. משמש ליציאת התינוק בתהליך הלידה, וכן ליציאת הווסת מידי חודש.

**נרתיק** - זהו איבר הדומה לצינור המחבר בין הנרתיק לפות. זהו האיבר אליו חודר הפין בזמן יחסי מין, דרכו מופרש דם הווסת, דרכו יוצא התינוק בתהליך הלידה ודרכו עושה הרופא בדיקה גניקולוגית.

**אם כן, מדוע כל הנשים, בהגיען לגיל 40-50, פתאום מתחילות לעבור**

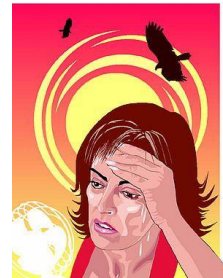
**שינויים בגופן?**

כפי שצוין כבר קודם, גיל מעבר הוא אירוע נורמאלי וטבעי בחיי כל אישה. הוא מוגדר כתקופה שבה מתרחש המחזור האחרון, הווסת האחרונה. הווסת האחרונה יכולה לבוא אחרי תקופה לא קצרה שבמהלכה מחזור הווסת עלול להיות בלתי צפוי ומשובש. גיל מעבר מתרחש ברגע שהשחלות מפסיקות לייצר הורמוני מין נשיים וכמות הביציות שבשחלות מדולדלת ביותר. היותך בגיל המעבר פירושו שיש בגופך מחסור בהורמון אסטרוגן. האסטרוגן דרוש לכל אישה וכאשר איננו קיים עוד, יחלו תופעות המבטאות את חוסר האסטרוגן. אורך תקופת המנופאוזה יכול להמשך גם 30 שנה בהן את עלולה לחוות את התופעות, לכן חשוב מאוד שתדעי מהן ומה ניתן לעשות על מנת להקל עלייך.

## פרק ב' - תופעות גיל המעבר

תופעות גיל המעבר יכולות להופיע במגוון צורות וצירופים; מתופעות מינימאליות ועד תופעות המשבשות את מהלך החיים בצורה בולטת. התופעות יכולות לקרות בכל עת ויכולות להופיע לסירוגין או בקביעות. האישה יכולה להבחין בהשפעות הללו כבר בשלבים המוקדמים של גיל מעבר, או שהתופעות תופענה לראשונה שנים רבות לאחר מכן. צריך לזכור שהתופעות האלה משתנות מאישה לאישה ואין כללים ברורים בנושא. מדובר לא רק בטווח התופעות אלא גם בעוצמתם ומשך הופעתם.

### תסמינים העיקריים ודרכי טיפול



#### 1. גלי חום

זהו התסמין הראשון שמופיע עם התחלת גיל המעבר, והשכיח שבהם; כ- 60% מהנשים בגיל המעבר סובלות מתופעה זו. מדובר בתחושה של חום שלעיתים קרובות מלווה באדמומיות העור ובהזעה. מיד אחריה עשויה להופיע תחושת קור, כאשר טמפרטורת הגוף יורדת. גלי החום משתנים: הן בתדירות, הן במשך הגל (שנייה עד שעה), והן בעוצמה (חום קל עד הזעה כבדה). גלי החום פוחתים ככל שמרווח הזמן מהפסקת הווסת גדל. כעקרון, אין בהם סכנה בריאותית, אולם הם משפיעים על נוחיותן של הנשים ועל יכולתן לתפקד בחיי היומיום.



#### 2. דליפות ודלקות בדרכי השתן

בתקופת גיל המעבר, ההפחתה בכמות ההורמונים הנשיים משפיעה על שלפוחית השתן והיא עשויה לצנוח, לשנות את מקומה כלפי מטה. כאשר השלפוחית אינה ממוקמת כראוי היא גם עשויה לרוקן את השתן בצורה לא מלאה, מה שעשוי להוביל להצטברות של שתן בשלפוחית לזמן

ממושך, ולהוות מצע לחיידקים אשר מעלים את הסיכון לדלקת. בנוסף, שינוי במיקום השלפוחית יוצרת עליה לחץ הגורם לדליפת שתן וקושי להתאפק.



### 3. דלקות בנרתיק

בגיל המעבר נוצר יובש בנרתיק שמגבירים את הסיכון לדלקות, גירוי וגירוד מרגיז ואפילו כאב ודימום בעקבות קיום יחסי מין.



### 4. ירידה בפעילות מינית

בעקבות גיל המעבר ישנה ירידה בתדירות של יחסי המין והפחתה בתחושה המינית. ככל הנראה, גורמים עיקריים לכך הם היובש וההיצרות של הנרתיק שתוארו בסעיף הקודם. בנוסף, ירידה ברמות האסטרוגן בגוף גם היא עלולה לתרום לירידה בדחף ובחשק המיני.



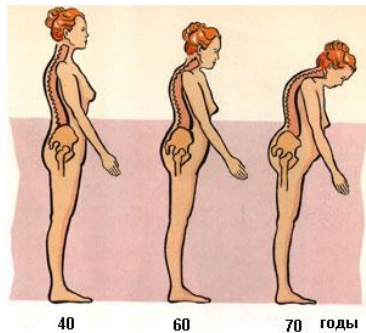
### 5. מצבי רוח

בתקופת גיל המעבר נשים רבות חוות אי שקט נפשי, הפרעות קלות בריכוז ובזיכרון, והפרעות שינה, אשר במשותף עם שאר התסמינים, בהחלט יכולות להוביל לחוויה של קושי נפשי ומצבי רוח הפכפכים.



#### 6. הפרעות בשינה

הפרעה בשינה הן מהשכיחות שבתופעות גיל המעבר. בדרך כלל ההפרעה בשינה מלווה בתסמינים נוספים כגון גלי חום, הזעות לילה, זכדוך ועוד. אולם לעיתים ההפרעה בשינה היא סימן בודד של גיל המעבר.



#### 7. אוסטאופרוזיס- דלדול עצם

אוסטאופרוזיס תהליך בו העצם הולכת ונעשית פחות צפופה, ולכן גם נהיית שבירה. אחת מכל 4 נשים בגיל המעבר סובלת מתסמין זה, עקב ירידה ברמת ההורמון הנשי. ככל שעולה הגיל, כך יותר נשים סובלות מאוסטאופרוזיס ומהשלכותיו. התוצאה הישירה של תופעת האוסטאופרוזיס הוא סיכון יתר לשברים. נשים רבות סובלות משברים הגורמים למוגבלות בתנועה, כאב וסבל.



#### 8. דימום רב מהנרתיק

עשוי לקרות עקב שינויים בהורמונים הנשיים המשפיעים על רירית הרחם: הקרום המרפד את פנים הרחם, עשיר בכלי דם ומשתנה בגודלו בהשפעת הורמוני המין. בכל חודש, כאשר הביצית אינה מופרית ברחם, הרירית הזו נושרת (זוהי הווסת). בתקופת גיל המעבר, כאמור, יש שינויים

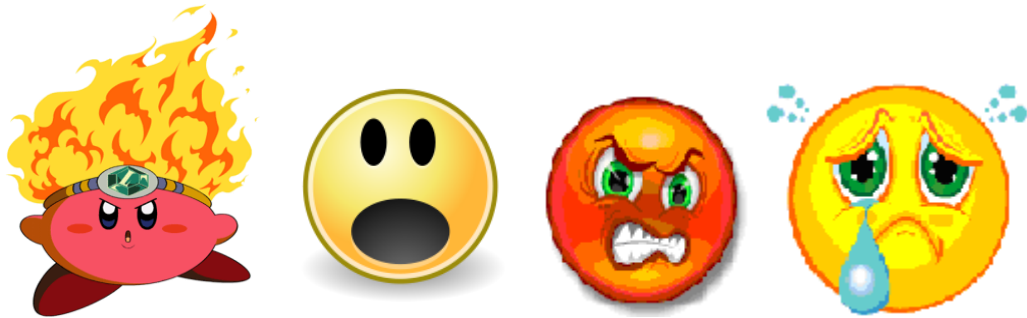
הורמונאליים, פעילות קרום הרחם נעשית לא נורמאלית, מה שעלול ליצור דימומים רבים, וכאבים. הדימומים עשויים לגרום לאנמיה, לחולשה ולפגיעה באיכות חיי האישה (רוט.א, 2010).

## פרק ג' - למי פונים ?

גיל המעבר אינו נושא מדובר בד"כ. הנושא יכול לגרום למבוכה ולכן רוב הנשים נוטות לא לדבר עליו. נשים אשר חוות תופעות של גיל המעבר יכולות לחשוש לאור השינויים המתרחשים בגופן. יש נשים שאינן מבינות את אשר קורה להן פתאום ויפתחו בדמיון כל מיני סיבות לתופעות אילו. הן עלולות לחשוב שהן סובלות, אולי, ממחלה קשה וירוצו מהר לרופא לבדוק במה הן חולות, והאם מה שקורה להן הוא חמור. לעומתן יש נשים שמתביישות לספר וחשות בדידות לאור מה שהן חוות. הן מנסות להתמודד לבד. ישנן נשים שיעדיפו לחפש פתרונות קסם בטלוויזיה או באינטרנט או שיפנו לפתרונות מאגיים שיסלקו את השד הנורא שדבק בהן. רוב הנשים מכירות את התופעות ויודעות שהן נורמאליות ועליהן לפנות לעזרה של איש מקצוע.

אתן, כמו רוב הנשים, כבר יודעות מהו גיל המעבר ומהן התופעות המתלוות אליו. אז אם אתן חוות את הסימנים עליהם דיברנו אתן לא לבד. כל הנשים חוות אותו דבר, זו איננה מחלה ולא שד נורא.

בשלב הראשון שתפו אישה שקרובה אליכן ביותר: אימא, אחות או מטפלת קרובה. ספרו לה מה אתן מרגישות, מה קורה לכן בגוף, כיצד אתן מרגישות לאור התופעות הללו, האם זה מעציב אתכן, האם גורם לכן לאי שקט או אולי אתן חוששות, דואגות. תנסו לספר כמה שיותר פרטים כדי שניתן יהיה למצוא את הפתרונות הטובים והמתאימים ביותר.



בשלב השני יש לפנות לרופא/ה על מנת שיבדוק אתכן. הבדיקה חשובה מאוד כדי לאבחן שאכן מדובר בתופעות גיל המעבר ולא בשום דבר אחר ואתן אכן בריאות. אז גם אם הבדיקה לא נעימה, מביכה ולא ממש נוחה, היא מאוד קריטית. בקשו ממישהי הקרובה אליכן ביותר להתלוות אליכן לבדיקה כדי שלא תהיו לבד. שוב, זו יכולה להיות אימא, אחות, מטפלת או חברה. אל תשכחו לבקש מהרופא שיסביר לכן בדיוק ובשפה ברורה מה הוא מצא, ממה הוא התרשם בבדיקה, האם אתן בריאות, האם התופעות שאתן חוות הן אכן בעקבות גיל המעבר, מהו הטיפול הטוב ביותר וכיצד אתן יכולות לקחת אחריות על הטיפול. חשוב שהרופא יכתוב את המלצותיו

וימסור אותן בידיכן כדי שתוכלו להעביר אותן לאחות או למדריכה.



בשלב השלישי עליכן לקחת אחריות על הטיפול, לקיים את הוראות הרופא באדיקות, ולהמשיך לדווח על התופעות שאתן מרגישות, למדריכה הקרובה אליכן. חלקו את התחושות שלכן עם חברותיכן, בצניעות, לא בפומבי. שבו, על כוס קפה וספרי. יתכן שבדרך זו תעזרי לחברתך שחווה את אותן תופעות ואולי התביישה לספר. עודדי אותה, ספרי לה מה את עשית וכיצד נהגת.



**חשוב לזכור:** תופעות אילו שאתן חוות הינן פרטיות, זכרו לשמור על פרטיותכן. אין צורך לפרסם את הדברים בפומבי, במקום העבודה, לשכנים שאינם קרובים או לזרים, שתפו את הקרובים אליכם ואת הצוות הרפואי.



## פרק ד' - הטיפול בתופעות גיל המעבר

קיים מגוון רחב של טיפולים להפחתת עוצמת הסימנים המופיעים עם גיל הבלות. מגוון הטיפולים מחייב שיתוף פעולה מלא של האישה. על מנת שהטיפול יצלח, עוצמת התופעות תפחת ואיכות חייך ישתפרו עלייך לקחת אחריות מלאה על הטיפול. לאחר שנבדקת ע"י רופא וקיבלת הדרכה את שותפה מלאה לטיפול:



1. אכלי מזון בריא ומותאם לצרכיך התזונתיים

שינוי בתפריט התזונה יכול לסייע בהפחתת התנדודות במצבי הרוח וברמות האנרגיה. המלצות לדוגמא לשינויים בתזונה: אכילה לפחות כל ארבע שעות; מעבר למזון בלתי מזוקק (קמח מלא, דגנים מלאים, סוכר חום); הגבלת כמות מזון המכיל שומנים ממקור החי; צריכה מוגברת של מזונות העשירים באסטרוגן כוללים זרעי נבטים, בננות וכל הגרעינים לסוגיהם; מומלץ להעשיר את התפריט במזון עשיר בסידן, כמו טחינה מלאה, שקדים וכדומה; מומלץ להוציא מהתפריט חלב ומוצריו. נכון שחלב מכיל הרבה סידן, אך במקביל הוא מכיל גם זרחן, שמחבל בספיגת הסידן בגוף. בנוסף לכך, מוצרי חלב מגבירים את גלי החום; מומלץ להעשיר את התפריט בירקות ירוקים, דגנים מלאים, ומוצרים דלי זרחן (שקדים, שושום, סויה); להימנע משימוש בתבלינים חריפים, קוקה-קולה ומשקאות אנרגיה, אלכוהול, קפה, וחומרים מעוררים אחרים, שעלולים לגרום לגלי חום או להחמרה של גלי חום הקיימים ממילא; חשוב להימנע ממאכלים עתירי מלח, כיוון שהם מגבירים את הסיכוי לבצקת; יש להמעיט בצריכת קקאו, שוקולד ומשקאות קלים.



2. שתי מים

חשוב לשתות לפחות עשר כוסות מים ביום.



### 3. עשי פעילות גופנית

פעילות גופנית, בין היתר, גם מונעת התפתחות אוסטיאופורוזיס. הפעילות הפשוטה ביותר היא הליכה- לה יתרונות גדולים בתקופת המנופאוזה. גם פעילות אירובית היא חיונית מאד. המינון המומלץ הוא פעילות שוות ערך להליכה מהירה במשך 30 דקות מידי יום ביומו. מחקרים מצביעים כי פעילות גופנית חשובה לשיפור מצב רוח.

### 4. גיל לחות לנרתיק

כדי להימנע מכאב בזמן יחסי מין חשוב להשתמש בגיל המספק לחות לנרתיק. כך אפשר להמשיך וליהנות מקיום יחסי מין.



### 5. שמרי על היגיינה

חשוב מאוד להתנקות היטב עם מים וסבון לאחר ביקור בשירותים ולאחר קיום יחסי מין כדי למנוע דלקות בדרכי שתן.



6. הימנעי מעישון ואלכוהול

עישון ואלכוהול מזיקים לבריאות בכלל ובתקופת המנופאוזה יכול הנזק הזה להיות קריטי. אצל אישה הנוטלת תרופות או תכשירים המכילים הורמונים נשיים יכול העישון לגרום לקרישת יתר של הדם המסכנת את חיי האישה.



7. רפואה משלימה יכולה לעזור לך

ישנן שיטות רבות, מגוונות ויעילות מאד, כגון: הומיאופתיה, פרחי באך ותמציות אחרות הטובות מאד לאיזון רגשי, איזון הורמונאלי, הקלה על בעיות שינה ובעיות עיכול. שיטות נוספות של טיפול: תרפיה במוזיקה, ארומתרפיה, רפלקסולוגיה, ותוספי תזונה שונים אשר יכולים לעזור בבעיות שונות של גיל המעבר. הטיפול יינתן ע"י איש מקצוע.



8. תחליפי הורמונים

הטיפול ההורמונאלי החלופי בנשים מגיע בשתי צורות של תחליפי הורמונים אשר משתמשים בהם במשולב:

1. אסטרוגן - בד"כ בא במספר צורות - נרות, כדורים, מדבקות, גיל לעור וקרם וגינאלי.
2. פרוגסטרון - תוספת הורמונאלית שמגינה על רירית הרחם מפני צמיחת יתר בהשפעת מתן האסטרוגן. מגיע בצורה של כדור.

בטיפול ההורמונאלי מאד חשוב הפידבק ממך ; הרופא המטפל יתאים לך את צורת הטיפול וישנה אותה עפ"י תגובותיך ובקשתך.