

אוניברסיטת בר-אילן

פניית נשים חרדיות לקבלת טיפולי פיזיותרפיה לשיקום רצפת האגן - מניעים הלכתיים ורפואיים

לאה טנא

עבודה זו מוגשת כחלק מהדרישות לשם קבלת תואר מוסמך בבית-
הספר לחינוך של אוניברסיטת בר-אילן

תשע"ה

רמת גן

עבודה זו נעשתה בהדרכתם של פרופ' יעקב בורנשטיין,

ופרופ' מנחם נוימן

מהפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בר אילן

תודות

תהליך כתיבת התזה אינו פשוט כלל ועיקר, סיעור המוחין שערכת עם אנשים שונים עד שהגעתי לנושא המיוחל גרם לי להבין עד כמה המקצוע הנפלא שבו אני עוסקת – פיזיותרפיה לשיקום רצפת האגן, הוא נושא רחב יריעה המכסה שטחים נרחבים הקשורים בבריאות האשה.

לאורך הדרך זכיתי להכיר ולהתוודע לאנשים נפלאים. ראשית למנחים היקרים; פרופ' יעקב בורנשטיין שהסכים להנחות אותי למרות עיסוקיו הרבים, הקדיש לי מזמנו, לא ויתר ודרש ממני מקצועיות ועבודה קשה ללא ויתור על פסיק. וכן לפרופ' מנחם נוימן שעזר לי עם רעיונות נפלאים, תמיד היה זמין בשבילי במאור פנים ונתן לי את המקום להתבטא ולהביע את עצמי גם אם לא תמיד היתה בינינו הסכמה, חשף בפני דרכים רבות וחדשות והאמין בהצלחתי לאורך כל הדרך.

אני רוצה להודות ליטי ורון, אשה יקרה וחשובה שעזרה לי רבות בהבנה וניתוח של תוצאות המחקר, בלעדיה לא הייתי מצליחה להביע בצורה כה ברורה את המשמעות האמיתית של המחקר הזה ולנתח מספרית את החשיבה הרעיונית.

לד"ר ארי זיבטפסקי שהיה לצידי מתחילת הדרך, הפנה אותי לאנשי מקצוע מתאימים, תמיד ענה לשאלות והציע הצעות ייעול, העזרה הישירה והעקיפה שקיבלתי ממנו לא תסולא בפז.

לדוקטור בהתהוות להיסטוריה – אסתר סויסה על הייעוץ בנושאים החברתיים ועל הייעוץ הלשוני.

ואחרונים חביבים ונהדרים –

אריאל אישי היקר שמוסיף נקודת מבט חדשה ומרעננת בכל תחום עליו אנו מדברים ומקבל בהבנה ואהבה את הצורך שלי לנצל את 24 שעות היממה עד תומן ולילדיי המקסימים יואב, חגי, עמית וענבר שרצו מאוד לעזור לי בתזה, להקליד נתונים ובכלל לשמוע על מה אני עובדת כל כך הרבה זמן, אך מפאת הנושאים הרגישים והאינטימיים נאלצו לשמוע רק בקוים כלליים.

ישלם ה' פעלכם ותהי משכורתכם שלמה מעם ה'.

תוכן עניינים

א.....	תקציר
1.....	מבוא
3.....	סקירה תאורטית מדעית
3.....	רצפת האגן
4.....	ליקויים במתן שתן
6.....	דליפת שתן במאמץ –
6.....	תכיפות ודחיפות במתן שתן -
7.....	ליקויים במתן צואה
8.....	צניחה של אברי האגן
10.....	כאבים סביב קיום יחסי אישות
13.....	סקירה תאורטית הלכתית
14.....	ליקויים במתן שתן/צואה
17.....	צניחת איברים
20.....	כאבים בעת קיום יחסים
23.....	פנייה לטיפול ובקשת עזרה
27.....	מטרות והשערות המחקר
29.....	שיטת המחקר
31.....	תוצאות
39.....	המשך שאלון – היגדים
51.....	דיון
56.....	זוית נוספת על המחקר
60.....	סיכום
61.....	ביבליוגרפיה
68.....	נספח – שאלון

רשימת טבלאות

טבלה 1 מאפיינים דמוגרפיים של הנבדקות (מספרים ואחוזים) 31

טבלה 2 התפלגות הליקויים ברצפת האגן לפי קבוצות (מספרים ואחוזים)..... 33

טבלה 3 טבלת ההיגדים המובהקים בכל קבוצת נושאים 39

טבלה 4 השוואת ממוצעי גיל נשים עם ליקוי במתן שתן וללא הליקוי (מספרים ואחוזים) 42

רשימת תרשימים

תרשים 1 פילוח ליקויים ברצפת האגן על פי משתנה גיל..... 34

תרשים 2 פילוח ליקויים ברצפת האגן על פי משתנה הריון..... 35

תרשים 3 פילוח ממוצעי זמן הגעה לטיפול מרגע הופעת הליקוי..... 36

תרשים 4 פניה לבקשת עזרה הלכתית ו/או רגשית מגורמים שונים 37

תרשים 5 מידת הסכמה עם היגד לגבי פניה לטיפול במצב של אי-נקיות 43

תרשים 6 המניע המכריע בעת פנייה לטיפול בנושא אי שליטה על סוגרים..... 44

תרשים 7 המניע המכריע בעת פנייה לטיפול בנושא צניחה..... 45

תרשים 8 המניע המכריע בעת פנייה לטיפול בנושא קשיים בקיום יחסים..... 46

תרשים 9 המניע המכריע בעת פנייה לטיפול..... 48

Abstract I

תקציר

רפואת רצפת האגן עוסקת בטיפול בלקויות של הרקמות, השרירים והרצועות המרכיבים את רצפת האגן. כתוצאה מלקויות אלו מופיעה לעיתים פגיעה ביכולת לשלוט במתן שתן וביציאות, בתחום התפקוד המיני וכן צניחה של איברים ופגיעה בתפקודם. כל פגיעה כזו הינה בעלת משמעות אוניברסלית, לעיתים משמעותית מאוד, באיכות חייה של האישה. נשים דתיות, ובמיוחד חרדיות, סובלות סבל כפול: גם פגיעה בתפקודן היומיומי – כפי שנפגעת כל אישה הסובלת מכך, וגם פגיעה ביכולתן לקיים את המצוות באופן הראוי.

תחום הפיזיותרפיה של רצפת האגן הינו תחום חדש יחסית בנושא של בריאות האשה. יעילות הטיפולים ואופיים נחקרים רבות. בארץ יש עניין מיוחד בתחום זה, דווקא משום הממשק הישיר שלו בין רפואה להלכה, נשים דתיות מוצאות בו חשיבות רבה.

עניינה של עבודה זו הוא לבחון עד כמה נשים דתיות ובפרט חרדיות, מגיעות לטיפול עקב ההשלכות ההלכתיות של הבעיה הנובעת מן הלקות ברצפת האגן, לעומת הגעתן עקב השלכות הבעיה על תפקודיהן האחרים. העבודה בוחנת את משקלם של הגורמים הללו בהנעת נשים חרדיות לקבלת טיפול פיזיותרפי לשיקום רצפת האגן.

רקע תיאורטי – מדעי:

הסקירה התאורטית-מדעית עוסקת בשלושה תחומים עיקריים המגיעים ומקבלים מענה במסגרת הפיזיותרפיה לשיקום רצפת האגן. תחומים אלו הינם:

א. אי שליטה על סוגרים – כאשר ישנה חלוקה בין אי שליטה במתן שתן לבין אי שליטה במתן צואה. אי שליטה במתן שתן מתבטאת באופנים שונים, בין אם דליפת שתן כפועל יוצא של הפעלת מאמץ גופני ובין אם כביטוי של הליכה תכופה לשירותים או חוסר יכולת להתאפק, דבר הפוגע מאוד באיכות חייה של האשה וביכולתה לנהל חיים תקינים.

אי שליטה במתן צואה גם היא נגזרת מפעילות לקויה של הסוגרים אשר ברצפת האגן, אך ההשלכות החברתיות שלה נרחבות הרבה יותר.

ב. צניחת איברים – באגן מצויים: שלפוחית השתן, הרחם והרקטום (חלחולת). סיבות שונות וביניהן נטיה גנטית, הרמת משאות כבדים, מנופאוזה, הריון ולידה ועוד, גורמות לכך שאחד או יותר מאברי האגן יצנח באופן שלם או חלקי. צניחות אלה מפריעות מאוד בעיקר בעמידה והליכה והן גם יכולות להוביל להפרעות תפקודיות כגון קושי בעמידה ממושכת, חוסר יכולת להרים ילד

או לסחוב שלי קניות. בנוסף קיים פחד לבצע פעולות המערבות עליה בלחץ תוך בטני, כאבים שונים, לעיתים אף דימומים וקשיים בכניסה להריון.

ג. כאבים ו/או קשיים בקיום יחסים – ליקוי זה יכול להופיע אצל נשואים טריים החווים קושי במגע מיני ראשוני כתוצאה מכיווץ יתר של סוגרי רצפת האגן או עקב וסטיבולודיניה – רגישות יתר במבוא העריה. הוא יכול גם להופיע אצל זוגות כאשר מתפתח אצל האשה כאב ברצפת האגן בעת מגע מיני. כאבים אלה חזקים ובעלי אופי טורדני, מונעים אפשרות למגע מיני ומלווים את האשה במשך היום גם לא בסיטואציה של יחסי אישות.

רקע תאורטי - הלכתי:

כאן נתייחס לשלושת הנושאים אותם סקרנו ברקע התאורטי-מדעי, אך נבין מהי המשמעות ההלכתית של כל אחד מהם, בפן האישי של חיי האשה או בפן הזוגי.

א. אי שליטה על סוגרים – אצל האשה הדתית, ישנו חיוב על ברכות ועל תפילה, אלו דברים שבקדושה אשר אינם יכולים להתבצע כאשר האדם אינו נקי. מצב שבו דולף שתן או ישנה אי שליטה על צואה, עלול להוביל למצב בו האשה אינה יכולה כלל להתפלל, או חמור מכך, שאם התפללה כאשר לא היתה נקיה, תפילתה נחשבת כתפילת תועבה וכאילו לא התפללה כלל. אשה המקפידה על קיום מצוות, תמצא את אי השליטה על הסוגרים כמקשה מאוד על קיום אורח חיים דתי מתוקן.

ב. צניחת איברים – צניחת איברים יכולה לתת סימפטומים קלים כמו חוסר נוחות או כאב במקומות שונים אך גם יכולה להתפתח לכדי מצב שאינו מאפשר קיום יחסים או כניסה להריון וכן דימומים שאינם מאפשרים היטהרות לטבילה. מצב זה גם אינו נעים לאשה מבחינה אישית וזוגית. קושי נוסף שיכול להיגרם בעקבות הצניחה הוא שלעיתים קיומה של הצניחה אינו אסתטי ויכול לגרום לבעל לדחייה מאשתו. כל אלו אומנם משותפים לכל אישה באשר היא אך מכיוון שישנה התייחסות הלכתית ספציפית למצבים אלו, הם מועצמים ומודגשים ביתר שאת.

ג. כאבים וקשיים בקיום יחסים – מצב זה גורם לזוגות רבים להימנע מקיום יחסים וכתוצאה מכך גם לא לקיים פן בסיסי מאוד בחיי הזוג וגם לא לקיים את מצוות 'פרו ורבו' של הבאת ילדים לעולם.

השערת המחקר:

בקרב נשים מהמגזר החרדי יש חשיבות רבה לשיקול ההלכתי הנובע מהבעיה הרפואית, ולא רק לצורך בטיפול בבעיה הרפואית גופא. האשה החרדית המגיעה לטיפול פיזיותרפיה לרצפת האגן, אינה מגיעה רק בעבור הטיפול עצמו אלא גם על מנת לעזור לה לקיים את הלכות הדת.

שיטת המחקר :

המחקר הוא מחקר כמותי, המתבסס על שאלונים. השאלונים חולקו ל-65 נשים מהמגזר החרדי, בקליניקות לשיקום רצפת האגן שבערים בני-ברק ואלעד. השאלונים חולקו למטופלות לאחר סיום הטיפול ומולאו על ידן באופן אנונימי. בשאלונים התבקשו הנשים לדרג את מידת הסכמתן או אי-הסכמתן עם היגדים שונים בנושאי רצפת האגן, דת, והקשר ביניהם.

תוצאות :

מניתוח השאלונים עלה כי הפן ההלכתי הוא מרכיב חשוב מאוד במרקם חייה של האשה החרדית. ניתן לראות זאת מתשובותיהן של הנשים להיגדים בשאלון כגון "הדת תופסת מקום נכבד בחיים שלי" בסולם מ-1-5 הממוצע היה 4.94 (M=4.94 ו-SD=0.35). את אותו ממוצע קיבל גם המשפט "אני מרגישה מחוייבת לקיום מצוות" (SD=2.42)

השערת המחקר הוכחה כנכונה ואחוז הנשים שענו כי הסיבות שהניעו אותן להגיע לטיפול הן רפואיות והלכתיות יחדיו, גבוה באופן ניכר מאחוז הנשים שענה כי רק סיבה רפואית או רק סיבה הלכתית היתה המניע בהגעה לטיפול. מבין 65 הנשים שענו על השאלון, 2 נשים בלבד (3.08%) סימנו בכל העמודות כי רק הבעיה ההלכתית היא הגורם המניע, 15 נשים (23.08%) ציינו רק את המצב הרפואי כגורם המניע ואילו 48 נשים (73%)¹ (p value = 0.69) ציינו כי גם למרכיב הרפואי וגם למרכיב ההלכתי יש חלק נכבד בסיבות להגעה לטיפול.

דיון :

מצאנו כי בקבוצת הנשים שהגיעו עקב אי שליטה במתן שתן, הפגיעה ביכולת לקיים את מצוות הדת הינה קשה ומשמעותית. עם זאת, לא היה הבדל משמעותי בין אחוז הנשים שסימנו כי המניע הוא רפואי והלכתי יחדיו, לבין אחוז הנשים שסימנו כי המניע הוא רק הלכתי. בנושא הצניחה אחוזי המניע הרפואי-הלכתי היו גבוהים יותר אך היו נשים שענו כי לו הצניחה היתה גורמת לתופעות שהיו מקשות או מעכבות טבילה, היו בוודאי פונות לטיפול. בקבוצה שהגיעה עקב קשיים בקיום יחסים, המניע ההלכתי-רפואי היה החזק והמובהק ביותר ונשים ציינו את התלות החזקה בין היכולת לקיים מצוות לבין התיפקוד הגופני במיוחד בתחום זה שמשפיע הן על חיי האישה על תחושותיה וכאביה והם על חיי הזוג ותיפקודם כבני זוג על כל המשמעויות הנגזרות מכך, במילים אחרות - כאשר נוסף לפן התפקודי גם קושי הלכתי, הוא נחוה כקשה יותר, כפוגע יותר באיכות החיים וזה גורם המניע ביתר שאת נשים דתיות להיות אקטיביות ולהגיע לטיפול.

¹ על מנת לבדוק מובהקות, אחוז הנשים שענה כי הגורם המניע הוא הלכתי ורפואי יחדיו השווה ל-70%. על פי התוצאות התקבל שה-p value הוא 0.69 מה שמאשר כי אכן אחוז הנשים שענה כי המניע הוא הלכתי ורפואי יחדיו אינו שונה מ-70%, ולכן גבוה ממספר הנשים שסימנו כל אחת מהסיבות האחרות בנפרד.

מבוא

תחום טיפולי הפיזיותרפיה לשיקום רצפת האגן, הינו תחום חדש יחסית.

כבר בשנת 1988, בכנס של איגוד המכונים הלאומיים לבריאות, שעסק בנושא אי שליטה במתן שתן, נכתבה המסקנה הבאה:

"Little is known about the natural history of urinary incontinence, including age of onset, incidence rates, progression and spontaneous remission... defining risk factors would be extremely useful for identifying high-risk persons and remediable environmental causes. While age, gender, and parity are established risk factors, many other factors have been suggested but not rigorously proven... Risk factor identification is essential for a concerted effort at prevention (NIH Conference, 1988)".

נראה שאותן מסקנות המחקר שנכתבו לפני קרוב לשני עשורים עדיין רלבנטיות גם לימינו אנו. מחקרים רבים בוצעו בנוגע לסיבות המונעות מנשים להגיע לטיפול, וביניהן חוסר מודעות לקיומו של טיפול, מבוכה, חוסר אמון בהצלחת הטיפול, אי הפניית מטופלות על ידי צוותים רפואיים וחוסר בצוותים מקצועיים לטיפול. (Basu, 2009)

המחקר אותו ביצעתי, כולל הסתכלות דווקא מן הצד השני של המטבע.

כיום המודעות בארץ ובעולם לנושא הצורך בטיפול בליקויים של רצפת האגן גדלה מאוד, הן המודעות של הנשים עצמן והן של הצוותים הרפואיים. הנגישות הרבה למידע, לטיפולים ולמטפלים מביאה נשים רבות שעד היום לא היו פונות לטיפול מסיבות שונות, להגיע ולטפל בעצמן.

בעבודתי כפיזיותרפיסטית לשיקום רצפת האגן, אני נתקלת בנשים ממגזרים שונים, מן המגזר החילוני, הדתי לאומי והחרדי ורואה שהמודעות בקרב הציבור החרדי לפנייה לטיפול, גבוהה באופן ניכר מן המודעות בציבור הכללי.

במחקר זה אנסה להעלות השערה בנוגע למניעים המיוחדים לנשים דתיות-חרדיות לפניה לטיפול בליקויים של רצפת האגן ולבדוק את נכונותה.

ארצה לבחון האם אצל האישה הדתית יש להלכה תרומה משמעותית נוספת, מעבר למניע הרפואי הקיים אצל נשים מכל המגזרים, כגורם לפניה לטיפול פיזיותרפי לחיזוק שרירי רצפת האגן.

בעבודתי בתחום הבריאות בכלל ובריאות האישה בפרט, אני רואה כצורך משמעותי ביותר להעלות את המודעות לנושא הטיפול ברצפת האגן על שלל ליקוייה וההצלחות הרבות בטיפול נכון בה. אך על מנת להעלות את המודעות, צריך להבין מהן הסיבות הייחודיות ומה אכן גורם לנשים שונות לפנות בבקשת עזרה אל הגורמים הרפואיים השונים. יתרה מכך, ההיכרות עם האוכלוסייה תעזור לנו לא רק לדעת מה נכון להגיד, אלא גם ואולי בעיקר מה לא נכון לומר, באיזה מילים ובאיזה אמצעים גרפיים לא להשתמש, על מנת לא להרחיק מלכתחילה את אלה הזקוקים לצריכת המידע אותו אנו שואפים לתת להם.

בסופו של דבר, המחקר נועד על מנת לעורר אצל הצוות הרפואי את המודעות לשוני התרבותי בין מטופלות מרקע דתי לבין כאלה שאינן באות מרקע דתי.

מעבר לצורך של כל אישה לטפל בהפרעה התפקודית הרחבה כתוצאה מהליקויים ברצפת האגן, לאשה הדתית יש שיקול נוסף בפניה לטיפול האורוגניקולוגי וזו הפגיעה שלה ביכולת לקיים את מצוות הדת. ברגע שנבין את המניעים הללו נצטרך לייחד מחשבה רבה כיצד יש להדריך את הצוות המטפל תוך התייחסות לעולם המושגים המיוחד השייך לאוכלוסייה זו.

סקירה תאורטית מדעית

רצפת האגן

המדור אליו שייכת רצפת האגן הוא חלל הבטן. תקרתו של המדור הזה היא הסרעפת שמפרידה בין בית החזה לבין חלל הבטן והרצפה שלו היא האזור הנמצא בתחתיתו של האגן. ברצפה זו נמצאים כמה פתחים חשובים: צינור השתן, הנרתיק (אצל האישה) ופי הטבעת. היא מורכבת מרקמות שריר, רקמות חיבור, כלי דם ועצבים.

מעל רצפת האגן מונחים אברי האגן הקטן שהם שלפוחית השתן, החלחולת (קצה המעי הגס המחובר אל פי הטבעת), אצל האישה - הרחם ואצל הגבר - הערמונית.

לרצפת האגן מספר תפקידים חשובים:

- שליטה על ההפרשות, המתבצעת בעזרת כיווץ והרפיה רצוניים.
- תמיכה באברי האגן ושמירה על כל אחד במקומו האנטומי כדי שיוכל לתפקד כראוי.
- תפקוד בזמן קיום יחסים.
- בזמן הריון ולידה – תמיכה, ומעבר של התינוק דרך האגן.
- עזרה בייצוב איזור האגן, הירכיים והגב.

במצב אידיאלי, כל השרירים מתגייסים לפעולה בזמן הנכון ומתפקדים בצורה טובה, אך אם מתרחשים ליקויים עקב גורמים שונים כמו לידה, שינויים הורמונאליים, גנטיקה, פעילות מזיקה ועוד, יתכנו מגוון סימפטומים.

בעבודתי זו ארצה להתמקד בסימפטומים הנפוצים ביותר ברצפת האגן ובהמשך גם כיצד ליקויים אלה משפיעים ונותנים אותותיהם גם בפן ההלכתי;

- אי שליטה על סוגרים (שיכולה לבוא לידי ביטוי כדליפה של שתן, צואה או גזים).
- תכיפות ודחיפות במתן שתן.
- צניחה של אחד או יותר מאברי האגן.
- כאבים באזור העריה (פוח) והנרתיק (לדן) המשפיעים על יחסי האישות.

ליקויים במתן שתן

שלפוחית השתן הינה איבר שרירי חלול בקדמת האגן הקטן, ותפקידיה הם אגירת שתן וריקון השתן. השתן מגיע לשלפוחית דרך השופכנים של שתי הכליות והוא יוצא דרך השופכה שמתחילה בשלפוחית ומגיעה אל מחוץ לגוף.

שלפוחית השתן יכולה להכיל בממוצע 350-550 מ"ל של שתן לפרק זמן של כשלוש שעות, (Minassian et al, 2003) שריר השלפוחית נקרא בשם דטרוזור (detrusor) והוא נרפה על מנת לאפשר לשלפוחית להתרחב ולאגור שתן, ובאופן תקין כאשר רוצים להתרוקן, מתבצע כיווץ שלו.

ישנם שני מנגנוני סגירה בשופכה:

הסוגר הפנימי - טבעת של שרירים שמחזיקה את צוואר שלפוחית השתן, טבעת שרירית זו נפתחת ונסגרת באופן בלתי רצוני.

הסוגר החיצוני - נשלט על ידי העצב הפודנדלי (pudendal n.) שנשלט ע"י מערכת העצבים המרכזית (CNS), פתיחה וסגירה שלו מתבצעים באופן רצוני.

על גבי שריר השלפוחית מצויים קולטנים הרגישים למתיחה, כאשר השלפוחית מתמלאת, שולחים קולטנים אלה אותות לאורך עצבי האגן אל חוט השדרה ואל המוח. כאשר נשלח אות רפלקסיבי בחזרה אל שלפוחית השתן, גובר הלחץ בשלפוחית ומורגשת תחושה של צורך במתן שתן. הודות לסוגר החיצוני שנמצא תחת שליטה רצונית של האדם, הוא יכול לבחור על פי רצונו מתי להרפות אותו ולהתרוקן. המוח שולח סדרה של אותות; לשריר הדטרוזור (detrusor) בקיר שלפוחית השתן כדי שיתכווץ ויסחט את השתן לכיוון השופכה, לסוגר על מנת להירגע ולהיפתח, ולרצפת האגן להשתחרר ולאפשר לשריר הסוגר להיפתח. כאשר שלפוחית השתן ריקה, הסוגר נסגר, רצפת האגן מתהדקת ושריר הדטרוזור (detrusor) נרגע, מה שמאפשר לשלפוחית לשוב ולהתמלא מחדש.

אם כן, מנגנון ההשתנה מערב שלוש מערכות שצריכות לעבוד במקביל וכאשר ישנה בעיה באחד מהם, נראה ליקוי תפקודי.

כאשר הקולטנים שעל גבי השלפוחית מתפקדים יתר על המידה, יוצר דחף להתרוקן גם כאשר השלפוחית אינה מלאה דיה ואז הטלות השתן יהיו תכופות ויווצר קושי בהתאפקות.

כאשר הסוגר אינו מתפקד כראוי או כאשר רצפת האגן חלשה ואינה יכולה לתמוך בסוגר כראוי, הסוגר יאפשר לשתן לצאת בניגוד לרצון האדם – ובמצב שכזה תתרחש דליפת שתן במאמץ.

במצב של פגיעה עצבית, השדר אל המוח דרך חוט השדרה לא יעבור כראוי ותתכן דליפת שתן מתוך תכיפות ודחיפות או במאמץ.

בשלב האגירה – שריר השלפוחית נשאר רפוי בעוד הספינקטרים (סוגרים הקיימים בנקודות שונות בגוף שמתכווצים ומתרפים כדי לשלוט במעבר של חומרים שונים בתוך הגוף ומחוצה לו) נשארים מכווצים וכך מונעים מהשתן לדלוף.

מצב שבו דולף שתן בשלב האגירה, באופן לא רצוני, נקרא דליפת שתן. יתכן שהדליפה תתבטא רק בטיפטוף קל, ויתכן שתהיה רטיבות משמעותית. ישנם מיתוסים סביב דליפת שתן, כאילו היא תלויה בגיל או במספר לידות, אבל למען האמת דליפת שתן יכולה להופיע אצל כל אחת ובכל גיל. שכיחות דליפות השתן באוכלוסייה (Dumoulin et al, 2014) הינה בין 40-60% ועל כן יש צורך רב להגדיר ולטפל בבעיה.

מבחינת טרמינולוגיה (Minassian et al, 2003), בעבר הוגדרה אי שליטה במתן שתן כ"איבוד לא רצוני של שתן שהוא בעיה סוציאלית והגיינית הניתנת להדגמה באופן אובייקטיבי", כיום הטרמינולוגיה השתנתה ועל פי ה-ICS (International continence society) (Haylen et al, 2010) ניתן לתאר אי שליטה במתן שתן בעזרת הגדרה של תדירות, חומרה, גורמי סיכון והשפעה סוציולוגית והגיינית, השפעה על איכות החיים, והאם האדם חיפש עזרה או לא. השינויים שנעשו בטרמינולוגיה של המושגים בקשר לדרכי השתן התחתונות ותפקודן, נועדו כדי לקדם טיפול המבוסס על הסימפטומים, לעודד השוואה של תוצאות ולעזור לתקשורת טובה יותר בין החוקרים.

שכיחות התופעה – באקלי ולפיטן במחקרם משנת 2010 (Buckley & Lapitan, 2010) מדברים על שכיחות אי שליטה במתן שתן של 25-45% בנשים, כאשר 7-37% מהנשים בגילאי 20-39 מדווחות על רמה מסויימת של חוסר שליטה ו-9-39% מהנשים מעל גיל 60 מדווחות על דליפת שתן יומיומית. נשים בהריון, אחרי לידה, חולי סכרת והסובלים מעודף משקל, נמצאים בסיכון גבוה יותר לדליפת שתן. שכיחות דליפת השתן בגברים מתחת לגיל 60 היא כמחצית משכיחותה אצל נשים, 11-34% בגברים מעל גיל 60 כאשר 2-11% מדווחים על דליפת שתן יומיומית, כאשר לאחר ניתוחי פרוסטטה השיעור עולה באופן ניכר.

בילדים סביב גיל 7 השכיחות היא 10%, בין גילאי 11-12 השכיחות היא 3%. כאשר אנו מדברים על דליפת שתן במשך הלילה (anuresis) מופיעה התופעה אצל כ-7% מהילדים עד גיל 12 ואצל 2.8% מהילדים עד גיל 18, והיא נפוצה אצל בנים הרבה יותר מאצל בנות ביחס של 3:1 עד גיל ההתבגרות של השכיחות בין המינים משתווה.

אנו נוהגים להבחין בין מספר סוגים של דליפת שתן אך נציין כאן רק את העיקריים שבהם –

דליפת שתן במאמץ –

אנשים רבים סובלים מדליפת שתן בזמן שיעול, עיטוש, צחוק, ריצה ובכל מיני פעילויות שונות. פעילויות אלה מגבירות את הלחץ בחלל הבטן, וזה כתגובה מעלה את הלחץ על השלפוחית. אם עוצמת הלחץ המופעל על השלפוחית גדול מאשר לחץ הסגירה של הספינקטרים הסוגרים את השופכה אזי השתן נדחף החוצה ומתרחשת דליפה.

תכיפות ודחיפות במתן שתן -

תכיפות – צורך להגיע לשירותים פעמים רבות במהלך היום ולעיתים קרובות גם בלילה.

דחיפות – צורך חזק ופתאומי לרוקן את השלפוחית.

אם זה מגיע יחד עם דליפה של שתן אזי זה נקרא דליפת שתן מתוך דחיפות.

עלינו לזכור כי שלפוחית השתן היא שריר, הדחף החזק נגרם על ידי פעילות יתר הגורמת לכיווץ של שריר השלפוחית.

יכולות להיות לכך סיבות רבות כגון: קיבולת שלפוחית קטנה, צריכת קפאין, חרדה ועוד גורמים נוספים.

ליקויים במתן צואה

אי שליטה במתן צואה זהו מצב של אי שליטה על הסוגרים האנאליים שתוצאתו היא אובדן בלתי רצוני של גזים, צואה נוזלית או מוצקה.

מצב זה יכול לקרות לגברים ונשים בכל גיל, לעיתים בצורת כתם על התחתון, חוסר יכולת לשלוט בהעברת הגז, בריחה של כמויות קטנות בלי להיות מודעים לכך ועד דחף חזק להגיע לשירותים ללא יכולת להגיע. קשה להעריך את השכיחות התופעה משתי סיבות;

ראשית מכיוון שאין הגדרה ברורה ומקובלת (standard definition) להערכת הליקוי, שנית מכיוון שהסובלים מכך, מתקשים להודות בקיומה של התופעה.

ההערכה הינה ששכיחות התופעה לאחר לידה ראשונה נרתיקית היא בין 2-6% (Eason et al, 2002) אם נוסף גם את חוסר השליטה על גזים השכיחות עולה ל 13-27%. אחד הגורמים הקשורים לתופעה זו הוא פגיעה במעייים וגם קרע בדרגה 3 או 4 של השריר האנאלי החיצוני (EAS) (Fenner et al, 2003) לאחר טראומה כזו או לאחר לידה מכשירנית (בעיקר מלקחיים) השכיחות הינה 17-62%.

לא נדיר לראות אי שליטה על שתן ועל צואה שקיימים באותה אישה או שמתפתחים בזמנים שונים. על פי ג'קסון (Jackson et al, 1997) 31% מהנשים עם אי שליטה אנאלית, סובלות במקביל גם מאי שליטה במתן שתן. הקשר בין הליקויים השונים ברצפת האגן הוא מורכב ונובע מגורמים רבים.

אומנם אי שליטה במתן צואה הינה בעלת שכיחות פחותה מאשר אי שליטה במתן שתן אך היא גורמת למצוקה פסיכולוגית ומנטלית באופן מיוחד (Gontard et al, 2011) עד כדי כך שהסובלים ממנה קיבלו הגדרה גם ב ICD-10.

צניחה של אברי האגן

צניחת אברי האגן היא מצב בו אחד או יותר מאברי האגן, אינו נמצא במקומו האנטומי. היא יכולה להתרחש בכל אחד מאברי האגן, בחלק מאיבר או בכמה איברים יחד. הצניחה מתרחשת כאשר המבנים שנועדו לשמור על אברי האגן ניזוקים, חלשים או נתונים תחת לחץ גבוה או מתמשך ומתקשים לבצע את תפקידם (Haylen et al, 2010).

כמו במצבים רבים, צניחה יכולה להיות קלה, בינונית או חמורה.

צניחת אברי האגן נחשבת כאחד הסיבוכים האנטומיים המשמעותיים ביותר של לידות. באופן כללי, כמעט חצי מכל הנשים שילדו ילד אחד או יותר, סובלות מדרגה כלשהי של צניחה, כאשר 10-20% גם מלווה בסימפטומים (Gyhagen et al, 2012).

צניחת אברי האגן עלולה להיגרם עקב גורמים רבים ומגוונים, ביניהם לידה ארוכה מאוד, משקל עובר גבוה (מעל 4 קילו), עודף משקל, עישון, הרמת משאות כבדים, מחלות שונות, לידה טראומתית או מכשירנית (כגון ואקום או מלקחיים)

נשים רבות מאובחנות על ידי רופא/ת הנשים שלהן כסובלות מצניחה קלה, אך לא תמיד צניחה זו תהיה מורגשת או מלווה מסימפטומים (Roets L, 2007). נשים אחרות יחושו תחושה של בליטה באיזור הנרתיק, במיוחד בסוף היום או לאחר מאמץ כלשהו.

לצניחה יכולות להתלוות גם בעיות נוספות כגון איבוד שתן, קושי בריקון המעינים, כאבי גב תחתון או אגן, כאב או אי נוחות בזמן קיום יחסים וירידה בדימוי העצמי ואיכות החיים (Gyhagen et al, 2012).

הצורך במדד מתוקנן, אמין וברור הפך למשמעותי יותר בעשור האחרון. צניחה אורוגניטלית היתה מאובחנת בעבר ע"י הדרגה של השינוי האנטומי, תוך תלות במקום הליקוי והחלק ב-pelvic viscera שמעורב. הדירוגים אז היו שונים מקלינאי לקלינאי וגם בין בדיקות שונות של אותו קלינאי (intertester) הדבר יצר בלבול וקושי באבחנה של אותה אישה או בהשוואה לנשים אחרות.

כיום נהוג לסווג את הצניחה על פי רמות חומרה –

בקליניקה אנו נוהגים להשתמש בסולם Baden-Walker (Baden & Walker, 1972), למרות שאינו מדויק, אך הוא נח מאוד לשימוש. סולם זה מתאר את מיקום הצניחה ביחס צניחת כל

נקודה ונקודה מבין אלו שבנרתיק והעריה באופן הבא:

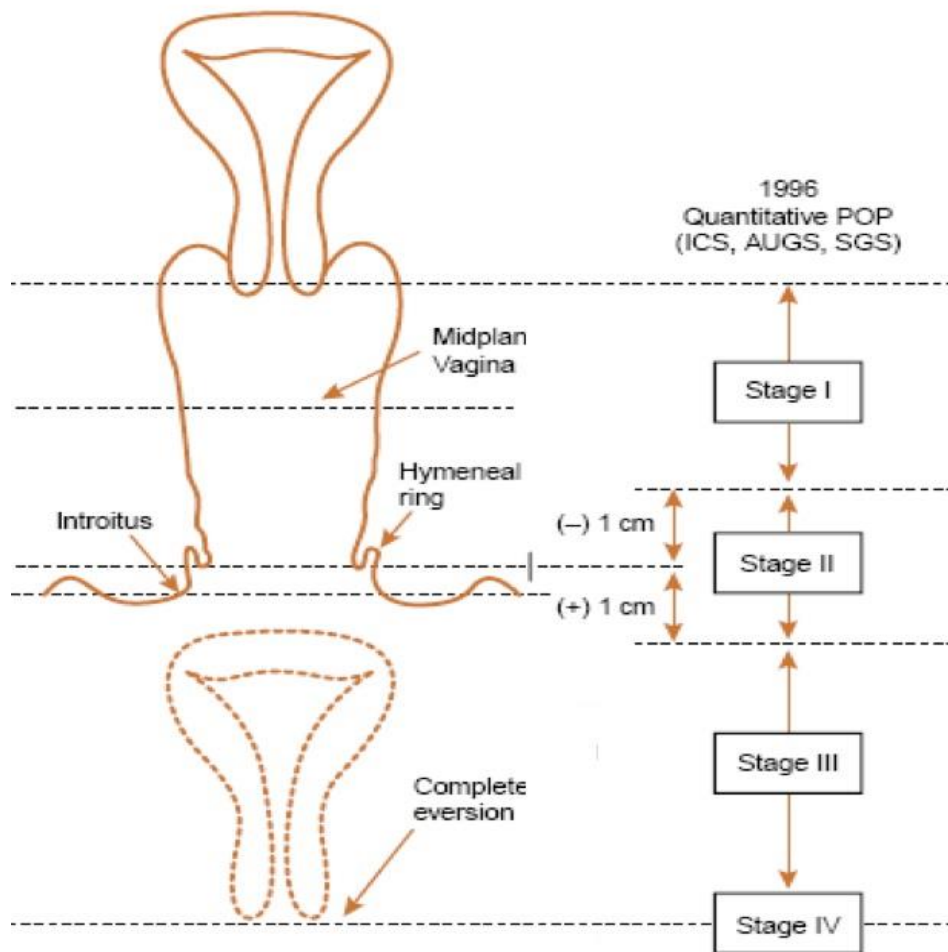
באופן הבא :

דרגה 0 – ללא צניחה

דרגה 1 – החלק המרוחק של הצניחה הוא יותר מס"מ מעל גובה קרום הבתולין
דרגה 2 – החלק המרוחק של הצניחה הוא פחות או שווה ל-1 ס"מ מרחק מעל או מתחת לגובה קרום הבתולין.

דרגה 3 – החלק המרוחק של הצניחה נמוך יותר מ-1 ס"מ מהמישור של קרום הבתולין.

דרגה 4 – צניחה כוללת של מערכת המין התחתונה (lower genital tract). (ראו תרשים לעיל).



חלק של איור מתוך המאמר *Classification and evaluation of prolapse* (Mouritsen. L, 2005) המתאר דרגות שונות של צניחת רחם.

כמו כן בדרגות חומרה גבוהות ניתן לראות סימפטומים נוספים כגון קושי ממשי בקיום יחסי אישות, דימומים לא סדירים במשך היום, בזמן קיום יחסים או בעת ביצוע בדיקות טהרה.

כאבים סביב קיום יחסי אישות

"עבור אנשים רבים מדי, רכישת ידע אודות מיניות בכלל ומיניותם הם בפרט, היא

עניין של ניסוי וטעייה כואבים." (אינטליגנציה מינית, 139-140)

כאבים בקיום יחסים הם תופעה המדאיגה נשים בכל הגילאים. למרות ההתקדמות המשמעותית שנעשתה בתחום עם השנים, עדיין אין הבנה מלאה של הנושא ואין שיחה פתוחה בנושאים האלה, גם לא עם הצוות הרפואי. עד תחילת המאה העשרים לא עמדה המיניות כתחום מחקרי בפני עצמו אלא רק בהקשרים של רבייה ואבולוציה, מצב זה השתנה לאור מחקרו של פרויד שגרם להנעה של תהליכי חקירה ובדיקה (קפלן, 2010). קיימים סוגים שונים של כאבים ביחסי מין וניתן לסווגם למספר קטגוריות עיקריות:

- כאב המלווה את האישה מאז ומתמיד לעומת כאב שהופיע בנקודה מסויימת במהלך חייה.
- כאב שניתן לחוש אותו בנקודה ספציפית לעומת כאב מפושט.
- כאב המורגש כל הזמן לעומת כאב המורגש רק במצבים מסויימים (כמו קיום יחסים).
- כאב עמוק (שניתן לחוש אותו גם בתוך הנרתיק) לעומת כאב שטחי על פני העור או רק בכניסה לנרתיק.

הסיבה העיקרית לכאבים בקיום יחסים, הינה וסטיבוליטיס (Vestibulitis) כאב כרוני במבוא העריה ממקור בלתי מוסבר. וסטיבוליטיס במשמעותה המילולית הינה דלקת של מבוא העריה, אך לא תמיד קיימים ממצאים המצביעים על קיומה של דלקת באיזור הכואב, לכן כיום היא קיבלה את השם וסטיבולודיניה (vestibulodynia) (בורנשטיין, 2009) המשלבת את המונח וסטיבוליטיס, עם המונח וולודיניה - כאב בפות, שהינו מצב מתמשך של כאב המלווה בתחושת דקירה, צריבה, גרד, לעיתים באופן קבוע ולעיתים בהתקפים. לרוב משוייך לליקוי בשרירי רצפת האגן ולדיספראוניה שטחית.

בעצם ה-וסטיבוליטיס קיבל את השם 'וסטיבולודיניה', למרות שבאופן ראשוני, הכוונה היתה לסוג אחר של מאפייני וסטיבוליטיס (Rosen et al, 2013). האטיולוגיה של וסטיבולודיניה אינה ברורה עדיין כל צרכה, יתרה מכך, בבדיקות הנערכות לאשה לא ימצא גורם רפואי לדלקת (כגון פטרייה או זיהום חיידקי), מצד זה עשוי לגרום לתסכול רב אצל האשה ואף אצל בן הזוג שלה וזאת משום שהכאב שלה חזק ואמיתי ומקשה מאוד על תפקודה היומיומי.

הצורה השכיחה ביותר של ה-וסטיבולודיניה נקראת PVD (Provoked Vestibulodynia) - כאב חוזרני מקומי ואקוטי ב vulvar vestibule שנחווה לראשונה במהלך קיום יחסים קיימת אצל 12% מהאוכלוסייה וגורמת לקושי מיני, מועקה פסיכולוגית וירידה באיכות החיים. לרוב מופקת כתוצאה ממגע קל באזור מבוא העריה, יתכן כתוצאה מלבישת ביגוד הדוק, החדרה של טמפון, ביצוע בדיקת טהרה, ועד לכאב במהלך קיום יחסים. הכאב גם יכול להימשך לאחר מכן, לעיתים הוא יכול להיות מלווה בנפיחות של האזור או בגרד ממושך וישנן נשים שאף נמנעות מקיום יחסי אישות על מנת לא להתמודד עם הכאב העז.

למרות היותה של ה Vulvar Vestibulitis מושפעת מגורמים נפשיים רבים, ולמרות מגוון הטיפולים הרב הקיימים, לא יהיה זה נכון לטפל רק בפן הנפשי למרות שאין ממצא חד משמעי בבדיקות ואף לניתוחים הנעשים באיזור קיים שיעור הצלחה ניכר (Bornstein et al, 1999). כמו כן גם טיפול פיזיותרפי הוכח כיעיל מאוד (Bergeron et al, 2002, 2011), התאוריה העומדת בבסיסו היא כי הווסטיבולודיניה מתארת תפקוד לקוי של רצפת האגן ולכן חיזוק וטיפול פונקציונאלי יעזרו לשקם את רצפת האגן הכאובה (צרפתי, 2008) מפני שהפיזיותרפיה מטפלת במרכיב הגופני של התפקוד המיני, משפרת את תנועתיות הרקמות, עובדת על ספזם שרירי, עוזרת בויסות תחושה והפחתת כאב (רוזנבאום, 2009).

לרוב תולים את הסיבות לכאבים בשלושה גורמים:

1. גורם רפואי – כגון זיהום באגן, מחלת שריר-שלד, מחלות הגורמות לכאבים באזור רצפת האגן, כמו וסטיבולודיניה שהזכרנו לעיל.
ישנם עוד מספר גורמים רפואיים הקשורים באגן ומשפיעים גם על רצפת האגן, אציין בקצרה את שני העיקריים שבהם הנותנים דווקא סימפטומים עמוקים, בניגוד לווסטיבולודיניה. הראשון הוא אנדומטריוזיס, מחלה בה ניתן לראות תאי רירית רחם גם מחוץ לרחם, תופעה שמלווה בכאבים ממושטים עזים בעיקר סביב המחזור החודשי וכן השפעה על קיום יחסים. השני הוא PID (Pelvic Inflammatory Disease) המבטא מחלה דלקתית באיזור האגן ובעיקר ברחם, בחצוצרות ובשחלות הזיהום גורם לכאבים ורגישות גבוהה מאוד בכל מגע באיזור הבטן התחתונה ורצפת האגן.
2. גורמים הקשורים בגיל ובמצב האישה – כגון שינויים הורמונאליים תלויי גיל, הריונות ולידות.
3. גורמים פסיכולוגיים – כגון חרדה, טראומה, פחד ממגע או מטיפול רפואי.

מלבד הכאבים או אי-הנוחות, נלווים לתופעות גם סימפטומים רגשיים כגון דימוי עצמי נמוך, בושה, חרדה, דיכאון, יאוש ועוד. והם משפיעים לא רק על האישה עצמה אלא על כל המערכת הזוגית והמשפחתית.

ב DSM IV נעשה שימוש בשני מושגים שכיחים בנוגע לקשיים בקיום יחסים.

האחד הוא דיספראוניה – כאב באברי המין בעת קיום יחסים. שכיחותה של דיספראוניה היא 15% מהנשים בין גילאי 30-50 ובנשים לאחר לידה 30-60% (Barrett et al, 2000).

נראה כי השכיחות של כאבים בקיום יחסים עולה בחצי שנה הראשונה לאחר הלידה ולאחר מכן פוחתת בהדרגתיות (Yeniel & Petri, 2014). אטיולוגיה של דיספראוניה היא מולטיפקטוריאלית, עם שילוב של גורמים ביולוגיים, פסיכוסקסואליים.

דיספראוניה המתרחשת במהלך ההריון תתכן כתוצאה של שינויים מורפולוגיים והורמונליים ברצפת האגן ונצפה גם קשר הדוק לאופן הלידה (Thompson et al, 2002). כמו לדוגמא בנשים מניקות, אצלן מתרחשת ירידה ברמת האסטרוגן הגורמת לירידה בלובריקציה הואגינאלית כתגובה לגירוי מיני (DeJudicibus & MacCabe, 2002). אך כאמור הסיבה העיקרית לכאבים בעת קיום יחסים, בכל זמן שהוא, הינה וסטיבוליטיס.

המושג השני הוא וגיניזמוס - המוגדרת ככיווץ עוויתי (spasm) של השרירים בשליש החיצוני של הנרתיק, המפריעה לקיום היחסים בדרגות משתנות, מחוסר נוחות וכיווץ בחדירה ועד מקרים בהם לא ניתן כלל לקיים מגע מיני מלא. וגיניזמוס הינה בעיה שגורמת לנשים למצוקה רבה. הקושי בחדירה גורם להן להאשמה עצמית, להימנעות מקיום מגע עם שותפים מיניים ולבעיות בזוגיות. בנוסף, נשים שאינן מטפלות בבעיה עשויות להתקשות להיכנס להריון, להיבדק אצל רופא/ת נשים וללדת. החשיבה הקלינית כיום היא שברוב המקרים וגיניזמוס הינה משנית לוסיבוליטיס.

על פי ה-DSM V כבר אין חלוקה בין השניים ושניהם נכנסים תחת קטגוריה של Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder – כאבים אגניים-גניטליים/הפרעה בחדירה. הכאבים יכולים להיות ממוקדים באיזור הפות או עמוקים ומפושטים יותר בנרתיק ובאגן.

האבחנה נעשית אם האישה חווה אחת או יותר מהתופעות האלה במהלך 3 חודשים לפחות:

1. כאב וגינאלי בעת הכניסה לנרתיק בזמן קיום יחסים.
2. כאב משמעותי וולוו-וגינאלי בעת קיום יחסים או נסיונות חדירה.
3. פחד משמעותי או חרדה מכאב כתוצאה מציפיה לחדירה, בזמן החדירה או כתוצאה ממנה.
4. התכווצות או מתח של שרירי רצפת האגן במהלך נסיון החדירה.

סקירה תאורטית הלכתית

ההלכה נוגעת בכל תחומי החיים, מהפרטים הקטנים ביותר ועד לשאלות כבדות משקל ובעלות השפעה אישית, משפחתית קהילתית ואף לאומית.

בעניינים הנוגעים לרצפת האגן, ניתן לראות כי ההשפעה לא מסתכמת בכאב או בירידה באיכות החיים אלא גם באלמנטים הנוגעים לקשר הזוגי ועלולים לגרום לקשיים אמיתיים בקיום ההלכה.

ננסה לגעת כאן בכמה מן ההשלכות המהותיות של ליקויים ברצפת האגן על חיי ההלכה.

נוכל לומר כי ליקויים במתן שתן ו/או צואה עלולים לאסור על תפילה במצב שאדם צריך לנקביו, וכמובן במצב חמור יותר כאשר האדם כבר מגיע למצב של אי-נקיות בזמן ברכות או בזמן תפילה.

בנוסף, צניחת אברי האגן עלולה לגרום לדימומים לאורך החודש, שימנעו היטהרות מנידה

(Rosman, 2010), חשש מפגיעה ביכולת להיכנס להריון או ביכולת לשמור הריון, התגנות על

הבעל (זהו מושג הלכתי (מסכת קידושין, דף מא'). התגנות – מלשון גנאי, כאשר הבעל מרגיש

דחיה מאישתו עקב מצבה הגופני) – קשיים אלו בקיום יחסים, יכולים להוות מבחינת הבעל עילה

לגירושין (Katan & Neuman, 2001).

מצבים של קשיים או כאבים בקיום יחסים יכולים לגרום להימנעות מקיום יחסים, השפעה על

תדירותם וקושי בכניסה להריון.

ישנם היבטים עקיפים נוספים שיכולים לעודד את האשה לגשת לטיפול אך אינם קשורים אליה

ישירות, כגון מצב של הוצאת זרע לבטלה מצד בעלה בשל אי קיום יחסים. לנושאים אלה לא

אתייחס בעבודתי אלא רק לנושאים הקשורים ישירות אל האישה.

נסקור כעת את ההתייחסות ההלכתית לבעיות אלה.

ליקויים במתן שתן/צואה

פה נפגוש בשתי התייחסויות עיקריות:

א. דין הנצרך לנקביו

ב. דין צואה ומי רגליים לקריאת שמע ולתפילה.

”אמרו חכמים: ”הנצרך לנקביו, בין לגדולים ובין לקטנים – אל יתפלל” (ברכות כ”ג, ע”א)

”תנו רבנן: הנצרך לנקביו – אל יתפלל, ואם התפלל – תפילתו תועבה. אמר רב זביד, ואיתימא רב יהודה: לא שנו אלא שאינו יכול לשהות בעצמו, אבל אם יכול לשהות בעצמו- תפלתו תפלה. ועד כמה? אמר רב ששת: עד פרסה... אמר רבי שמואל בר נחמני אמר רבי יונתן: הנצרך לנקביו - הרי זה לא יתפלל, משום שנאמר ”הכון לקראת אלהיך ישראל”... רב אשי, ואיתימא רב חנינא בר פפא אמר: שמור נקביך בשעה שאתה עומד בתפלה לפני.” (מסכת ברכות, כ”ג ע”א)

בדין הנצרך לנקביו, הגמרא במסכת ברכות (ברכות דף כב-כג) מביאה שתי ברייתות, שעיסוקן הוא באדם הנצרך לנקביו בעת התפילה. הראשונה עוסקת באדם שמים שותתים על ברכיו בעת התפילה ופוסקת כי הוא מחויב להפסיק בתפילתו עד שיכלו המים ולאחר מכן לחזור ולהתפלל. הברייתא השניה עוסקת באדם הצריך לנקביו עוד לפני שהחל להתפלל וקוראת לתפילתו תפילת תועבה.

לדינים אלו יש שני טעמים, הטעם הראשון הוא מפני שהצורך להתפנות עלול להסיח את האדם מן התפילה ולהטריד אותו. הטעם השני הוא משום איסור ”בל תשקצו” – שאין ראוי שאדם יתפלל כאשר גופו מלוכלך, על אף שהלכלוך מצוי בתוך גופו.

פרשנים חילקו בין 4 דרגות צורך:

א. כאשר אין לאדם צורך כלל להתפנות, אם ילך יתכן ויצא משהו.

ב. שלאדם יש צורך טבעי להתפנות.

ג. כאשר האדם צריך להתפנות ואינו יכול להמתין שיעור של פרסה (72 דקות).

ד. כאשר האדם חייב להתפנות באופן דחוף ואם לא יגש לעשות כן, עבור על ”בל תשקצו”

(שו”ע או”ח ג’ יז, פסקי תשובות ס”י ג סע’ ט’, משנה ברורה הלכות הנהגת אדם בבוקר

ס”י ג’ סע’ יז-טז, בן איש חי פרשת ויצא סע’ א’).

נתייחס כעת לאישה על פי הדירוג הני"ל (פניני הלכה, תפילת נשים פרק ט' סעי' ג-ה).

הדרגה הראשונה היא כמובן הטובה ביותר, לצורך תפילה.

בדרגה השנייה נסמכים על הפסוק "היכון לקראת אלוקיך ישראל" - וישנה חלוקה בין תפילה שהיא מדרבנן לבין לימוד תורה וקריאת שמע שהם דאורייתא, ועל כן אם התפללה יצאה ידי חובה בדיעבד, אך לא יצאה ידי חובה לעניין לימוד תורה וקריאת שמע.

בדרגה השלישית כאשר יש דחיפות (urgency), קיים איסור תפילה מדרבנן (שו"ע סי' צב' סעי' א')

בדרגה הרביעית יש אומרים כי איסור התפילה הוא אף מדאורייתא.

"דברים החופזים אותו כיצד אם היה צריך לנקביו לא יתפלל וכל הצריך לנקביו והתפלל תפלתו תועבה וחוזר ומתפלל אחר שיעשה צרכיו ואם יכול להעמיד עצמו כדי פרסה תפלתו תפלה ואף על פי כן לכתחלה לא יתפלל עד שיבדוק עצמו יפה יפה ויבדוק נקביו ויסיר כיחו וניעו וכל דבר הטורדו ואחר כך יתפלל" (רמב"ם פ"ד הל' י').

ראשונים נחלקו בדין הנצרך לנקביו ויכול להתאפק 72 דקות. לפי התר"י, הרמב"ם והרא"ש אין לאדם להתפלל אך הרי"ף ורש"י סוברים שיכול להתפלל אף מלכתחילה. הב"ח עם זאת, כותב שגם לדעת הרי"ף ההיתר לכתחילה קיים רק במצב בו ישנו חשש שיעבור זמן התפילה שאם לא כן הרי שגם הרי"ף יטען שיש תחילה להתפנות ורק אחר כך להתפלל. לשו"ע נפסק (שו"ע צב' א') שלא יתפלל, אבל אם הצורך קל, מכיוון שיש אנשים שתמיד חשים בצורך, יש מקום להקל. כמו כן בהערות הרב אליהו, מוסיף הרב ואומר (הערות הרב אליהו לקצושי"ע יב ג) שאם על מנת להתפנות צריך האדם ללחוץ הרי שאינו עובר על 'בל תשקצו' ויכול להתפלל.

אם התפללה כאשר היה ברור שצריכה להתפנות – הרי לא יצאה ידי חובה אפילו בדיעבד, אך אם הצורך הדחוף התעורר במהלך התפילה, מה הדין במקרה זה?

על פי הרשב"א (שו"ת ח"א סימן קל"א) אם האדם כבר עומד באמצע תפילה ותוך כדי תפילה נצרך לנקביו, אינו צריך להפסיק, ובמיוחד אם יכול להעמיד את עצמו (תרומת הדשן סי' ט"ז). את דבריו מצטט גם הבית יוסף (סימן צ"ב) ופוסק כמותם גם השולחן ערוך.

לכן לגבי אישה אם נצרכה לנקביה באמצע התפילה יכולה לסיים תפילתה, ואם אינה יכולה לסיים תפילתה תפסיק ולאחר שתתפנה, תחזור למקום בו הפסיקה בתנאי שפרק הזמן שלקח לה להתפנות היה פרק זמן קצר יותר מאשר שיעור שרגילה לסיים בו תפילת שמונה עשרה. במידה ולקח לה זמן ארוך יותר להתפנות צריכה לחזור ולהתפלל מתחילת התפילה (משנה ברורה צב, ט).

אם לא יכולה כלל להתאפק או שמרגישה שאינה מסוגלת לעצור את צרכיה מלצאת, עד כדי מעבר על איסור "בל תשקצו" (שוי"ע הרב, ג יא), אם היא בפסוקי דזמרה או בברכות קריאת שמע יכולה להתפנות ולחזור להתפלל. אם זה באמצע תפילת עמידה ורק אז הרגישה שצריכה לנקייה, תנסה לסיים תפילתה אך אם אינה מסוגלת תיגש להתפנות.

כאשר מדובר בשתן (מי רגליים), האיסור הוא מדרבנן וחכמים נוטים להקל במצבים שונים. לגבי צואה יש הסוברים כי אין חילוק בין מי רגליים לבין צואה (בעל אליה רבה סק"ב) אך המגן אברהם (צ"ב סק"א) וכן בעל 'חיי אדם' (כלל ג סעיף ה') טוענים כי מן הסוגיה אותה הבאנו בתחילת הפרק משתמע כי המדובר בתפילת תועבה רק כאשר מדובר בצואה.

במצבים בהם האשה אינה מצליחה להתאפק, אם מדובר בצואה הרי שחייבים להרחיק ולהתרחק ואם התפללה האישה הרי התפילה היא תועבה וצריכה לחזור להתפלל לאחר שתתפנה.

בהתייחסות לשאר הדברים שבקדושה שאינם תפילה, כגון ברכות או לימוד תורה או קריאת שמע, אם עשתה אותם כשלא יכלה להתאפק 72 דקות, הרי בדיעבד יצאה ידי חובתה (משנה ברורה צב ו) אך מלכתחילה עדיף שתיגש להתפנות (פניני הלכה, תפילת נשים, פרק ט' סעי' ג-ה). וזוהי הנהגה טובה. (ברכות טו א, שוי"ע ב ו)

ההסבר לחילוק בין קריאת שמע וברכות לבין תפילה נובע מכך שבתפילה אדם עומד לפני המלך ומדבר איתו, ואין זה מן הראוי ואף תועבה היא זו אם אדם יהיה טרוד בצרכיו בעת הזו. לעומת זאת בעת ברכות אדם לא מדבר עם המלך אלא עליו ולכן ברכתו אינה תועבה. (רמב"ם הלכות תפילה פ"ד הלכה י ה"א)

לימוד תורה – אם התחילה ללמוד בעת שלא נצרכה לנקייה אך תוך כדי התעורר הצורך ואינה יכולה להמתין 72 דקות, תלך להתפנות לכתחילה מיד (כף החיים ג, מח). ויש סוברים כי יכולה להמשיך עד סיום העניין ואז לגשת להתפנות (ילקוט יוסף ח"ב, ע' שלח),

העברת שיעור – אישה שמעבירה שיעור בפומבי תסיים את השיעור ותתפנה, שגדול כבוד הבריות שדוחה איסור 'בל תשקצו' שהוא מדברי חכמים (מ"ב צב, ז).

תלמידה היושבת בשיעור, כל זמן שאינה צריכה מאוד ראוי שתתאפק ולא תצא באמצע השיעור מפאת כבוד השיעור.

צניחת איברים

ניגע כעת בנושא צניחת אברי האגן הקטן (שלפוחית, רחם, לדן, חלחולת) שמשמעה כאשר קיימת התרופפות או קרע ברקמות החיבור העוטפות את האיברים ואותו איבר לא יושב במקומו האנטומי.

ישנה התייחסות בספרות הרבנית לבעיות ההלכתיות הנגרמות כתוצאה מצניחה של אחד מאברי האגן, באופן חלקי או באופן מלא.

הבעיות הרפואיות-הלכתיות שהועלו בהקשר לכך הן: ירידה ניכרת של דם שאינה מאפשרת היטהרות, ירידת דם בעת בדיקות הטהרה (הפסק טהרה, שבעה נקיים), התגנות על הבעל וקושי בקיום יחסים. (שמש, 2004)

בספרות השו"ת ישנן מספר התייחסויות לנושא הצניחות והמשמעויות שלהן. נסקור כעת כמה מהן.

ר' יחזקאל לנדא, ה'נודע ביהודה' דן במקרה של אישה הרואה דם בכל פעם שמבצעת בדיקת טהרה כאשר יש לאישה זו צניחת רחם. לדעת ה'נודע ביהודה' אין לצניחה כל קשר לדימום וזהו דימום שיוצא מהמקור (רחם) ולכן צריכה האשה לספור 7 נקיים לפני טהרתה.

"ומעתה נדבר בחולי השבירה. שאם הוא ממין השבירה שהבני מעיים יורדים למטה מחמת שנקרע הפריסה וזה שכיח גם באנשים, לא ידעתי שום סברא שיצא דם משבירה זו. ואם הונח שאפשר שיצא דם אין מקום לדם הזה לבוא לחללו של הפרוזדור שירידת הבני מעיים באופן זה הם בצדדים חוץ לפרוזדור וצדדי דופני הפרוזדור מפסיקים ביניהם."

בנשים הטוענות כי צבע הדם שונה או בהיר יותר, טוען ה'נודע ביהודה' כי כאשר ישנה צניחת רחם, הדם יוצא החוצה מהר יותר מאשר במצב רגיל כאשר הרחם במקומו האנטומי ולכן צבעו שונה.

החת"ם סופר גם מתייחס לעניין זה בשאלה הבאה שהגיעה לידינו –

"שאלה באשה שיש לה חולי השבירה שקורין (פארפאהל) ותמיד היא מרגשת וזב ממנה מראות ירקות ולבנות ולאחר שעה נמצאים בתוכו טיפין אדומים גם כן ואי אפשר להאשה הזאת למנות ז' ימים נקיים בשום אופן כי לעולם תראה מראות כאלה ולאחר שעה המצא ימצא בתוכן טיפין אדומים ואי נמי (ואם גם) ימצא לה די ספירת נקיים מכל מקום אי אפשר לה להזדקק לבעלה כי תמיד תרגיש ותצטרך לבדוק ולהמתין זמן מה אולי תמצא בתוך המראות טיפין אדומין אם כן

פשיטא שאינה יוצאת ידי בדיקה עד ששהתה זמן מה וראתה שלא נמצא בתוכה דם וקרוב מאוד שתתגרש האשה מבעלה על ידי זה..” (שו”ת חתם סופר חלק ב' סימן קמ”ה)

תשובת החתם סופר מקילה יותר מתשובתו של ה'נודע ביהודה' כי אין הוא חושב שמדובר בדמים אסורים מפני שהדם לא מגיע בזמנים קבועים כמו הוסת אלא רק מחמת פגיעה כלשהיא. כמו כן אין לאשה 'הרגשה' כמו בזמן וסת. כל זאת תחת הסייגים הבאים :

1. הוא מתיר רק כאשר הדימום מתרחש כשהרחם צנוח ולא כאשר הוא למעלה.
2. אם האישה מרגישה פתיחת המקור או 'זיבת דבר לח' אזי אסורה.
3. אם האשה מרגישה דבר לח צריכה לקנח את עצמה ללא בדיקה כדי לא להיכנס לספקות של מראות אסורים. ובכל מקרה לעשות זאת כמה שיותר מהר כדי שההפרשה לא תתייבש ואז עלולה למצוא בתוכה טיפות דם.
4. צריכה גם לבדוק את עד הבדיקה כאשר הוא עדיין לח. אם הסתכלה בו כאשר הוא יבש ומצאה דם הרי אם זה קורה כאשר הרחם צנוח, היא טהורה.
5. כל הבדיקות האלו מדברות על שבעת הנקיים חוץ משלושת הבדיקות הראשונות ששם האשה חייבת להיות טהורה גם כאשר העד יבש.
6. האשה נאמנת לעצמה "וספרה לה לעצמה והוא פשוט".

ה'ציץ אליעזר' (שו”ת ציץ אליעזר חלק ט סימן נא - קוני רפואה במשפחה פרק א) דן גם בשאלה האם בכלל מותר לבני הזוג לקיים יחסים במצב של צניחה ועונה כי אין על כך מחלוקת והדבר מותר, למרות שלפעמים מתרחש מצב שעקב הצניחה לא יוכל להכניס את כל האיבר אך עדיין מותר כיוון שאינו 'זורה מבחוץ'. כמובן שיתכן מקרה בו מותר לבני הזוג לקיים יחסים אך הצניחה והתופעות הנלוות לה גורמות לאשה להתגנות על בעלה, כפי שניתן ללמוד ממכתב שהגיע אל רבי שלום שבדרון - המהרש”ם :

”שאלתו באשה שזה כחצי שנה אינה יכולה ליטור על ידי שנולד לה חולי השבירה (הנקרא גיברעכט) והאשה יש לה וסת בכל חודש, אבל לפי שירוד בכל פעם למטה כמין חלחלת, ובו נקב שירוד משם טיפין דם וליחה מעורב, לפעמים אדום כדם ולפעמים אינו אדום ממש, ומלחלח תמיד הכתונת כשירוד המעי לפרוזדור, עד שנראה בחוץ, וכשחוזר הבליטה לפנים, אם בודקת אח”כ בעד היא טהורה ע”פ רוב. ולפעמים גם העד מלוכלך, וא”א לה להיות ז’ נקיים לגמרי, מבלי שירד הבליטה

לחוץ וילכלך הכתונת, או שירדו טיפין של דם... והבעל מגרשה מביתו והאשה בצער

גדול, ובוכה על עיגונה" (שו"ת מהרש"ם חלק א סימן כה)

על כך עונה המהרש"ם כי במקרה זה יש להקפיד לעשות הפסק טהרה ובדיקות ביום הראשון. אם היתה טהורה הרי שיש מקום להקל גם אם מצאה דם בשלושת הימים הראשונים של השבעה נקיים. אך הוא מוסיף ומעלה ספק אם הדם שהאישה רואה הוא יתכן והוא דם מה'מקור' אם קיים נקב מלמטה בחלק הצנוח היוצא מפתח הנרתיק שאז הוא דם אסור (שטיינברג, תשס"ו). ולסיכום ממליץ להתייעץ עם שני רופאים מומחים בנושא.

גם במקרים בהם לאשה יש צניחה וקיים חשש לבריאותה אם תיכנס להריון, ישנם פוסקים כגון בעל ה'חלקת יעקב' (חלקת יעקב, ג סב) המתירים לעשות הפסקה בכניסה להריון נוסף על מנת למנוע מצבים של החמרת הצניחה וכניסה למצב של סכנה.

לרוב הצניחה מופיעה בנשים לאחר המנופאוזה, כאן ה'נודע ביהודה' שקודם אסר את המראות, מתיר כעת משום שאם פסקה הוסת לאישה הרי שיש מקום להקל אם ידוע לאשה שיש לה מכה (צניחה) (שו"ת נודע ביהודה מהדורא קמא - יורה דעה סימן מג).

גם ה'אבני נזר' מתייחס לאישה שפסק וסתה והיא משתמשת בהתקן שמרים את הצניחה, ככל הנראה דומה להתקן הפסארי (pessary) של ימינו "בדבר אשה שחדל לה אורח כנשים ופסקה מלראות איזה שנים ויש לה חולי שבר בבני מעיים ומוכרחת להכניס בתוכה עגולה להחזיק הבני מעיים ופעמים כשתוציא העגולה היא מלוכלכת" (שו"ת אבני נזר חלק יורה דעה סימן רלו) כאשר האישה ניגשה לרופא הוא טען שמקור הדם אינו ברחם אלא מאיברים פנימיים ואולי מחיכוך שלהם עם הטבעת העגולה ולכן ה'אבני נזר' גם מקל בדבר.

כאבים בעת קיום יחסים

בספר בראשית לאחר שהאישה האכילה את אדם הראשון מעץ הדעת מובא העונש שקיבלה על כך: "אל האשה אמר הרבה ארבה עצבונך והרנך. בעצב תלדי בנם ואל אישך תשוקתך והוא ימשול בך" (בראשית ג, טז) ומפרש בעל 'משנת רבי אליעזר': "כתיב אל האשה אמר הרבה ארבה וגו' אלו שתי טיפות דם, דם נדה ודם בתולים. עצבונך – זה צער תשמיש. (משנת רבי אליעזר פרשה יב)

על פי היהדות, יש להתייחס לחיים המיניים ע"י הליכה בשביל הזהב ובדרך ממוצעת בה אין לתת להם משקל רב ונכבד עד כדי עיסוק בלתי פוסק בכך או חלילה סטיות מיניות, ומן הצד השני רואה בעין שלילית גם את הסגפנות והפרישות.

"כל מי שאינו עוסק בפריה ורבייה – כאילו שופך דמים, וממעט את הדמות, וגורם

לשכינה שתסתלק מישראל" (שו"ע אה"ע א א).

הראב"ד (בעלי הנפש, שער הקדושה) מונה מספר מטרות ליחסי האישות כאשר שתיים מהן על פי דבריו הן פרייה ורבייה – המשך קיום המין האנושי וכן תועלת רפואית לתיקון העובר והאישה ההרה בהתאם לשלבים השונים של ההריון (שטיינברג, השקפת היהדות על החיים המיניים. ספר אסיא, תשמ"ג).

לאורך החיים הזוגיים נמצא הזוג הדתי בדילמה מתמדת בשאלון של קדושה וצניעות אל מול הנאה וסיפוק הדדיים, שליטה עצמית מול שחרור והנאה פיזית, דילמות אלו מתעצמות לאור החינוך עליו גדלו בני הזוג (הרטמן, 2003)

הלכות הצניעות מעגנות למעשה את התנהגותה של האשה, בתור עולם הנהגות המורה לה כיצד להתלבש, לדבר, לבלות ולא רק כיצד אלא גם עם מי, מתי ובאיזה מסגרת. התוצאה של חינוך הבת לצניעות והקפדה על הלכות לבוש וכיסוי מהווה יצירה של גבולות ברורים בין הנפש, הרוח והפנימיות, לגוף לחומר ולחיצוניות. (Avishai, 2006)

"גילינו שנשים רבות עדיין מושפעות מהטאבו החברתי הגורס שילדות טובות לא אמורות לחוש זכאיות לסיפוק מיני. רבות מהמטופלות שלנו חוששות שבני זוגן ייבהלו או ירגישו מאוימים או בלתי כשירים אם הן יצהירו על הרצונות המיניים שלהם. רבות יודעות שהן אמורות להיות מיניות, אך יש בכך משום צעד גדול יותר לנשים להרגיש מספיק זכאיות לסיפוק מיני עד שהם יבקשו מבן הזוג שלהן את מה שהן רוצות, או 'ידריכו' אותו מה לעשות כדי לספק אותן או אפילו ילכו לרופא כדי לדון בבעיה מינית. משמעותו של צעד כזה הוא

הענקת חשיבות גדולה מדי לחלק זה של החיים. נשים מכל הגילים, המקצועות והרקעים עדיין חוששות שעמידה על זכויותיהן המיניות היא מעשה לא ראוי, וכי אם הן יעשו זאת, הן יפגעו במעמדן כ'ילדות טובות' " (לנשים בלבד, עמ')

(44)

במצבים של כאבים בזמן קיום יחסים או חוסר יכולת לקיים יחסים כתוצאה מוּסְטִיבִּילִיטִיס או מוגיניזמוס (vaginismus), נוצר מצב בו מתקיים חוסר מימוש של פן בסיסי מאוד בחיי הנישואין. איננו מוצאים בספרות השו"ת התייחסות ספציפית למצבים של כאב אצל האישה בזמן קיום יחסים ככאב נפרד מכאב ראיית הדם או כאב שבעקבותיו יורד דם, ההתייחסות היא רק לפן ההלכתי של הלכות נידה ולא לפן המעשי של אי קיום יחסים עקב כאב פיזי שמונע התקרבות בין בני הזוג.

רק בשנים האחרונות החל המחקר בנושא לתפוס תאוצה, ולא רק מהפן הזוגי אלא גם מהפן הנשי, למרות שאין דיווח מסודר בנושא, אנשי מקצוע רבים מדווחים על עליה בפניות לטיפולים ויעוצים מיניים בקרב החברה החרדית בשנים האחרונות (Rosenbaum & Ribner, 2005). מחקרים נעשים בקרב אוכלוסיות שונות וגם נשים חרדיות המגיעות לטיפולים מיניים נשאלות ומתבקשות לתת את נקודת המבט שלהן בנושא (Rosenbaum et al, 2013).

יש המנסים לקשור בין מידת הדתיות לבין שכיחות ההפרעות בתפקוד המיני (Simpson & Ramberg, 1992) וטוענים כי באוכלוסיות דתיות וחרדיות ישנה ציפיה מבני הזוג לקיים יחסים מיד לאחר החתונה ואם יש חוסר יכולת לעשות כך אזי החרדה הזוגית והאישית גוברת (Rosenbaum et al, 2013). ציפיה זו נבנית גם על יסוד ההנחה כי בני הזוג לא קיימו מגע מיני קודם לכן מה שגורם לבני הזוג דיסוננס קוגניטיבי משמעותי. ריבנר ורוזנבאום (Ribner & Rosenbaum, 2005) מוסיפים כי קיימת בעייתיות הנובעת מהלכות טהרת המשפחה הדורשות מהכלה לפני חתונתה להכיר את אזורי גופה האינטימיים לאחר שנים שבהם לא היתה מודעת להם כלל ואילו באחת מצפים כי המחסום יפרץ וההתנהגות תהיה טבעית, אך החששות והפחדים הנלווים, משפיעים הן בנפש והן בגוף.

ברקוביץ במחקרו (Berkowitz, 2008) דיבר על מטפלים אשר בעבודתם נפגשים עם האוכלוסייה הדתית, מבינים את הצורך בפניה מיוחדת לקהל היעד הזה ובנתינת מענה לזוגות בבעיות המשותפות להם ולכלל האוכלוסייה אך גם ובעיקר בבעיות המיוחדות הנוגעות לפן ההלכתי של אותן בעיות.

זוגות דתיים לא תמיד מקבלים הכנה והכוונה מספקת לחיי הנישואין, הרבה פעמים מדובר במגע ראשוני ובשינוי דפוסי חשיבה והתנהגות של שנים רבות.

הרב סולובייצ'יק בספרו 'אדם וביתו' כותב בנוגע למשמעות 'נישואין של ברית' כי –
"שני השותפים חייבים זה לזה לא רק נאמנות, אלא גם סיפוק מלא של צורכיהם הגופניים. סירובו של אחד מבני הזוג או חוסר יכולתו למלא את חובת הזיווג כלפי בן זוגו, הם נימוק שדי בו כדי לתבוע גירושין. כל אחד מהם חייב לשמור על כללים אלה של הסכם השותפות. אסור שהנישואין יתמצו באחוה רוחנית בלבד. נישואין שאין עימם מתענוגות הבשרים ומן האהבה החושנית סותרים את טבעו של האדם ומן הראוי לפרקם. אתוס הנישואין הוא רודף תענוגות, לא נזירי" (אדם וביתו - שש מסות על חיי המשפחה, עמ' 61).

בעבודתי אני נפגשת עם נשים רבות שאינן מצליחות לקיים יחסים עקב התכווצות בלתי רצונית של שרירי רצפת האגן - וגיניזמוס (vaginismus) ולא תמיד הן מודעות לאנטומיה של גופן, וגם בני זוגן לא תמיד יודעים כיצד להגיב ומה צריך לעשות.

יש לסייג ולומר כי נשים אלה אינן נחשבות כ"אישה מורדת" מפני שלאישה מורדת ישנן שתי הגדרות (בבלי כתובות סג ע"ב. ברדע, תשל"ד):

א. "מורדת בעינא ליה" – אשה המבקשת לצער את בעלה על ידי מניעת יחסי אישות, למרות שאינה מעוניינת להתגרש ממנו.

ב. "מורדת מאיס עלי" – אשה שבעלה שנוא ומאוס עליה ועקב כך אינה יכולה ליצור מצב של יחסי קרבה משותפים.

כאן זה אינו המצב כלל. הרצון לחיים משותפים, זוגיים הוא גדול מאוד, וגדול מכך הוא אף הרצון להביא ילדים לעולם, מה שלא יכול להתקיים עד שבעיות אלה לא תיפתרנה (Rosenbaum & Ribner, 2005). וכמובן בלי לשכוח את בן הזוג שנתון גם הוא בצער ותיסכול עקב כך ויכול חלילה להגיע לידי שז"ל וזו סיבה נוספת לצורך בטיפול.

פנייה לטיפול ובקשת עזרה

הפניה לטיפול כשלעצמה היא נושא שנידון ונחקר רבות, בקרב אוכלוסיות שונות, בין עמים שונים, מגדרים שונים ודתות שונות.

החיפוש אחר הסיבות המניעות אנשים לפנות לטיפול, מעסיקה מזה שנים רבות את אנשי מערכת הבריאות, בניסיון לתת מענה הולם לאוכלוסיות השונות על פי צרכיהן.

ישנם חוקרים (Jelovsek et al, 2006 , Mouritsen & Prien-Larsen, 2003) המנסים לעשות השוואה בין הפנייה לטיפול ברצפת האגן עקב צניחה, לבין דימוי גוף ירוד וצורך בשיפור איכות החיים (Howard & Steggall, 2010). אחרים ניסו לקשור בין פניה לטיפול עקב בעיות בתפקוד המיני (Shifren et al, 2009), לבין הדיווח על פגיעה מינית כלשהיא.

מחקר נוסף (Morrill et al, 2007) טען כי קיים קשר מובהק בין עליה בגיל ובסוג המחלות, לבין שכיחות הפניה לטיפול.

כאשר אנו דנים בנושא אינטימי כמו ליקויים ברצפת האגן, שאינו נושא הנידון באופן ציבורי או כחלק משיח חברתי, הרי שיש להעלות את המודעות ולתת למטופלות את הכלים והידע על מנת שיוכלו להגיע אל אנשי המקצוע הנכונים, כל זאת תוך פניה ספציפית לכל אחד מהציבורים השונים החיים במדינת ישראל.

בעבודה זו קיים דגש מיוחד על החברה החרדית, לכן נסקור כעת היבטים של בריאות וקבלת שירותי בריאות בחברה החרדית.

החברה החרדית מסתפקת ברוב התחומים במשאביה הפנימיים, אין זה שונה כאשר מדובר בשירותי הסיוע והטיפול. אידאל העזרה ההדדית, הקמת גמ"חים לרוב, מטפלים וטיפולים 'פנים חרדים'. המקום בו מתרחש מפגש בין החברה החרדית לחברה החילונית הוא המקום בו חסרה החברה החרדית את המשאבים הפנימיים הללו. תחומים אלו הם בעיקר תחום הבריאות הפיזית ותחום בריאות הנפש (ויצטום א, 1998). ולא רק שהחברה החרדית לוקה בחסר בתחומים אלה אלא אף רבים מהמחנכים והמחנכות אינם מוכשרים כלל לדבר בנושא זה בגלל עכבות רגשיות, מבוכות וידע מוגבל בנושאים שאינם בתחום התמחותם (פיוטרקובסקי, 2010).

במחקר שנעשה בקרב האוכלוסייה החרדית אשר בחן גורמים המשפיעים על הפנייה לעזרה נפשית מקצועית, נמצא כי בקהילה החרדית המשפחה משמשת מקור סיוע חשוב ביותר ולאחריה הסמכות הרבנית, כאשר גורמים מקצועיים וידידים נמצאים בעדיפות נמוכה יותר. כמו כן נמצא

כי הגורם העיקרי המפנה לטיפול נפשי בקהילה החרדית הוא הסמכות הרבנית ושהמטופלים מעדיפים לקבל שירות מקצועי מאיש מקצוע בעל השקפה דתית זהה (פירר, 2001). גם במחקר הנוכחי בעבודה זו נבחן את הנושא הזה.

בחברה החרדית הסמכות הרבנית קובעת לא רק אצל מי לגשת לטיפול אלא גם באיזה נושא, מבריאות אישית ועד יחסים בתוך המשפחה. לדוגמה בנושא החיסונים בישראל (וייסבלאי, 2008), ישנן קבוצות מסוימות במגזר החרדי בהן שיעור המתחסנים נמוך במידה ניכרת משיעור המתחסנים באוכלוסייה הכללית. סיבת ההתנגדות למתן החיסונים נובעת מסיבות דתיות ומחוסר רצון לשתף פעולה עם מוסדות ממשלתיים. זאת ועוד, ישנה אמביוולנטיות בחברה החרדית כלפי עולם הרפואה וזאת משום האמונה בכוחו המרפא של האל לעומת הצורך להיעזר ברופאים בשר ודם שסמכותם אינה מגיעה להם מכח אמונתם הדתית אלא מכח סמכותם המקצועית, דבר היוצר מתח בלתי נמנע (בילו, 1994).

חסם נוסף בפניה לטיפול הוא חסם תרבותי כפי שנכתב בדו"ח משרד הבריאות בנושא 'אי שוויון בבריאות':

"ההתאמה התרבותית של שירותי הבריאות עשויה להיות חיונית גם לקיום תקשורת יעילה בין איש מקצוע למטופל, וגם להתאמה של אותם חומרי מידע המופצים על ידי ארגוני בריאות בקרב המטופלים." (אברבוך ואחרים, אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו, 2010).

במחקר שנערך לא מכבר ציינו החוקרים כי הימצאות עלוני מידע בריאותי עם מסרים או תמונות, שלא הולמים את תפיסתם התרבותית ואת הנורמות ההתנהגותיות של קבוצות דת ותרבות שונות, אינה מסייעת בהעברת מידע, אלא פוגעת במתן הידע ובהעלאת מודעות בקרב מטופלים חרדיים, היות והם נמנעים מלהביט בעלונים אלו.

השימוש בשירותי בריאות מושפע מהבדלים תרבותיים, מעמד חברתי-כלכלי ומאזור המגורים של המבוטחים. עולים, נשים חרדיות ונשים ערביות זוהו כקבוצות בעלי שיעורי שימוש נמוכים יותר בשירותי הבריאות. ברפואה מונעת נמצא תת-שימוש בשירותי מניעה בקרב נשים חרדיות (אברבוך ואחרים, 2010)

חשוב לציין בהקשר זה כי רוב הפניות לטיפול נעשות על ידי האשה, רוב הלימוד על חיי המשפחה בבתי הספר ובסמינרים הוא לימוד של האישה לגבי חינוך לחיי משפחה, ואילו הגברים לומדים בעיקר את הפן ההלכתי של הדברים ולא את הפן הרגשי הנלווה אליהם. יוצא מכך כי המסר

המתקבל מבין השורות של החינוך החרדי הוא, כי האחריות לשלום הבית ולחיי הזוגיות התקינים, מוטלת על האישה. כפועל יוצא, כאשר אין הדברים מתרחשים כמצופה, הכאב הוא כאבה של האשה והכלים להתמודדות הם הכלים של האישה (אדמנית, 2000)

במחקר משנת 2004 (Schwartzbaum et al, 2004) שבדק את השימוש של נשים חרדיות בשירותי הבריאות, נמצא כי יש לשימוש זה מאפיינים ייחודיים שאינם משותפים עם האוכלוסייה הכללית. וכן שיש תחומים שונים כפי שצינו בתחילת הדברים, בהם האוכלוסייה החרדית בוחרת שלא להיעזר בשירותי הבריאות. ממצא מעניין נוסף של המחקר הוא שעל פי מסקנות המחקר, חרדים מעריכים את בריאותם גבוה יותר מקבוצות אחרות, ובתוך קבוצת החרדים, לנשים באופן ספציפי יש נטייה לצייר את מצבן הבריאותי כטוב לאין שיעור ממה שהוא באמת.

גם ספרי ההדרכה בנושא זכו לתפוצה רחבה בשנים האחרונות. הספר הראשון מבין הספרים היה ספרו של הרב ד"ר קלמן כהנא 'טהרת בת ישראל' (ירושלים, תש"ג) שנקרא על ידי הציבור הדתי והציבור החרדי כאחד. אך בעשרים השנים האחרונות חל פיצול בספרות זו ונתחברו ספרים מיוחדים לאוכלוסייה הדתית-לאומית ולאוכלוסייה החרדית ואף בתוך החברה החרדית נכתבו ספרים בפסיקה אשכנזית וספרים בפסיקה ספרדית.

מהבולטים שבספרים לציבור החרדי ניתן למצוא את ספרו של הרב שמואל הלוי ואזנר 'שיעורי שבט הלוי- הלכות נדה' שהוא חיבור למדני מעמיק על סדר ה'שולחן ערוך' המשלב פסקים הלכה למעשה. בעקבותיו הוציאו עוד ספרים רבים המתמצתים את עיקרי הדברים, כאשר אחד הספרים הראויים לציון הוא ספרו של הרב הלל ורטהיימר 'יסוד הטהרה', שיצא לאור על פי שיעוריו של הרב משה שאול קליין, תלמידו המובהק של הרב ואזנר.

בשנת תשמ"ח הוציא הרב עובדיה יוסף ספר בשם 'ספר טהרת הבית' – חיבור בהלכות נידה' בעל שלושה כרכים, המביא את הפסיקה הספרדית בנושא הלכות טהרה.

נשים המעוניינות למצוא פתרון לבעיה בתחום טהרת המשפחה, לא תמיד חשות שיש להן לאן לפנות. הן לא ילכו לקנות או לשאול ספר הדרכה שאינו מבוסס על מבט הלכתי או המכיל תמונות ופירוט המשתמש במונחים שאינם דתיים-הלכתיים, בין אם מחמת הבושה או משום שהן אינן יודעות על קיומם של ספרים בנושא, בניגוד לציבור הכללי החשוף למידע ברשת האינטרנט, שבה הציבור החרדי לא משתמש ואף מחרים אותה. כך נותרת האישה החרדית בעיקר עם ספרי ההדרכה ההלכתיים שהזכרנו לעיל ואשר נכתבו על ידי רבנים. הספרים האלה למרות היותם

נרחבים ומקיפים, עדיין לא נותנים מענה לכל התחומים ובוודאי לא בשפה ההלכתית-אינפורמטיבית בה הם נכתבו. הספרים האלה מיועדים לתת הדרכה ראשונית לזוגות באבני הדרך של חיי הנישואין כגון ליל הכלולות, ליל הטבילה, הלכות נידה, הריון ולידה אך אין בהם התייחסות לסיפוקה של האשה או יתרה מכך, לחוסר סיפוקה ואף לכאביה הפיזיים או מצוקותיה הרגשיות.

אצל נשים צעירות שאין להן ידע מספק או היכרות עם גופן, ובפרט אצל נשים הסובלות מ-וגיניסמוס (vaginismus) אשר אינן מסוגלות לקיים יחסי מלאים הכוללים חדירה, בוודאי שלא יוכלו לקיים פן בסיסי מאוד בהלכות טהרה והוא בדיקות הטהרה. בדיקות אלה דורשות מהאישה לא רק ידע ומיומנות אלא גם סבלנות ומוכנות. האשה צריכה לא רק להכיר את גופה על מנת לדעת היכן לבצע את הבדיקה, אלא גם כיצד לעשות זאת מבלי להכאיב לעצמה או לפצוע את האיזור. אישה החווה קשיים או כאב עם מגע באיזור הנרתיק, וודאי שחשה גם קושי בחיים הזוגיים ואף בחיים ההלכתיים כי לולי בדיקות טהרה אלה לא תוכל האישה להגיע אל המקווה על מנת להתייחד עם בן זוגה.

מטרות והשערות המחקר

לאור הנאמר בסקירה התיאורטית, הן המדעית והן ההלכתית, נראה כי לאשה הדתית ישנן שתי סיבות לפנות לטיפול פיזיותרפי לחיזוק רצפת האגן. הראשונה משותפת לכלל הנשים ונוגעת להשפעה השלילית של הלקות על איכות החיים והתפקוד הכללי. השנייה הינה ייחודית לאישה הדתית, והיא הקושי בשמירת ההלכה לנוכח הלקות הנידונה.

מטרת המחקר הנוכחי הינה לבחון את ההשערה כי הצורך בשמירת ההלכה מניע את האישה לפנות לטיפול פיזיותרפי. בנוסף, לבדוק גם את השפעתה של ההלכה על החיים האישיים כאשר מדובר בסוגיות רפואיות בעלות השפעה ישירה על איכות החיים האישית והזוגית.

משתנה תלוי – הפנייה לטיפול. משתנה בלתי תלוי - מידת הרצון לקיים אורח חיים דתי.

השערת המחקר: בקרב נשים מהמגזר החרדי יש חשיבות רבה לשיקול ההלכתי הנובע מהבעיה הרפואית, מעבר לצורך בטיפול בבעיה הרפואית גופא.

ברצוני להסיק מתוך כך כי האשה תגיע לטיפול הפיזיותרפי לא רק בעבור הטיפול עצמו אלא גם על מנת לעזור לה לקיים את הלכות הדת.

לשם כך בחרתי בביצוע מחקר כמותי.

כלי המחקר: שאלון. השאלון מבוסס על מספר שאלונים בעברית וכן על שאלות הרלבנטיות לנושא המחקר.

אוכלוסיית המחקר: נשים בגילאי 20-65 שמגיעות לטיפול בקליניקה לשיקום רצפת האגן בערים החרדיות בני-ברק ואלעד באזור המרכז. הסיבה בגינה בחרתי להתמקד באוכלוסייה זו הינה מפני שבעבודתי אני נתקלת בנשים ממגזרים שונים, לכל מגזר ישנה השפה המיוחדת לו, והמינוחים השייכים רק לו. במגזר החרדי נוכחתי לדעת כי להלכה יש משקל רב בכל תחום מתחומי החיים, גם בדברים שיצופה לכאורה כי בעיה רפואית תטופל אך ורק כי היא אכן מפריעה מבחינה רפואית, נראה כי הבעיה צפה ועולה אל פני השטח כבעיה של ממש, בעיקר כאשר קיימת התנגשות של אותה בעיה עם ההלכה או עם קיום המצוות.

השאלונים חולקו למטופלות שהגיעו לקליניקה, לאחר שעברו ראיון ובדיקה ואף סיימו טיפול, על מנת שלא תהיה הטיה בתשובותיהן לשאלון.

כאשר הן נמצאו מתאימות מבחינת גיל ומבחינת ליקויים רלוונטיים ברצפת האגן לאחר בדיקה, הן התבקשו לחתום על טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר. לאחר שחתמו על טופס ההסכמה הן מילאו את השאלון בחדר פרטי הסמוך לקליניקה. לנבדקות הוסבר כי הן משתתפות במחקר שנועד לבדוק את הקשר בין מניעי ההגעה לטיפול לבין הרמה הדתית של המטופלת.

השאלון הועבר במשך מספר שבועות עד להגעה למספר הנבדקות הרצוי. הוא הועבר בשתי קליניקות לשיקום רצפת האגן הממוקמות בשתי הערים החרדיות בני ברק ואלעד.

השאלון ניתן בשפה העברית ומולא באופן עצמאי ע"י הנשים.

כל מטופלת עברה ראיון ובדיקה על ידי עורכת המחקר לשם בדיקת התאמה בין תלונות המטופלת לבין הממצאים הקליניים ורק לאחר מכן מילאה את השאלון באופן אנונימי.

גודל המדגם: בהסתמך על ניסיוני הקליני של 7 שנות עבודה עם ציבור נשים דתיות, אני מוצאת

שהמניע ההלכתי בעל משמעות רבה לפחות ואם לא יותר מהמניע הרפואי. העוצמה שווה 1 פחות

בטא, במחקר זה נלקחה עוצמה של 0.95.

על פי הנוסחה הסטטיסטית²

$$n = \frac{(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 * \sigma^2}{\delta^2}$$

$$z_{\alpha} = z_{\beta} = 1.96$$

$$\delta = 0.25 \quad \sigma^2 = 0.25$$

$$n = \frac{(2 * 1 * 96)^2 * 0.25}{0.25^2} = 61.46$$

יוצא שצריך מינימום של 62 נבדקות על מנת להגיע למובהקות סטטיסטית. ובמחקר השתתפו

בסופו של דבר 65 נשים.

מהלך המחקר: לאחר חלוקת השאלונים, התבצע איסוף שלהם וניתוח סטטיסטי לבדיקת

מובהקות התוצאות.

Hines et al, 1990²

שיטת המחקר

נבדקים: מחקר זה נערך בין החודשים ינואר 2015 למאי 2015 בקרב נשים חרדיות. קריטריון ההכללה היה נשים שהגיעו לטיפולם בקליניקה לשיקום רצפת האגן אצל עורכת המחקר, בערים החרדיות בני-ברק ואלעד ואשר סיימו טיפול בין התאריכים הנ"ל.

המדגם כלל 65 נשים אשר מתגוררות במרכז הארץ. כל הנשים אליהן פניתי הסכימו למלא את השאלון. לא היו נשים שסירבו למלא, או שסירבו למלא חלק מהשאלות.

הליך: הנתונים נאספו בקליניקות לשיקום רצפת האגן בבני ברק ואלעד על ידי עורכת המחקר. מטופלות אשר היו מטופלות במסגרת הקליניקה, נתבקשו למלא את השאלון בעילום שם. כל המטופלות שמילאו את השאלון סיימו את הטיפול וזאת על מנת שההיענות שלהן למילוי השאלון לא תהיה מתוך חשש כי חוסר מילוי ישפיע על איכות הטיפול.

כלים: שאלון המחקר כלל 140 שאלות. השאלון פותח ע"י עורכת המחקר תוך התאמה לנושא הייחודי של המחקר והאוכלוסייה בה הוא עוסק. סולמות המדידה בשאלון הינו סולם ליקרט, הפריטים הם משפטי הצהרה, שטוח התשובות שלהם הוא מידה של הסכמה כאשר 1- מבטא חוסר הסכמה עם המשפט, הדעה או הפעולה ואילו 5 מבטא הסכמה רבה. ניתנה גם אפשרות לסמן 6 – לא רלבנטי, מכיוון שלא כל אישה סובלת מאותם הסימפטומים.

לאחר הפרטים האישיים אותן התבקשו הנשים למלא, חולק השאלון לקבוצות של היגדים על פי הנושא המשותף לכל קבוצה.

סך הכל ישנן 8 קבוצות כאלה. בכל טבלה נלקחו ממוצעי התשובות להיגדים בסולם 1-5, כאשר בחלק מן הקבוצות ניתנה אופציה לסמן 6- לא רלבנטי מפני שלא כל אישה סובלת מכל הליקויים ברצפת האגן ולכן עונה בשאלון רק על מה שרלבנטי לגביה.

על מנת לבחון את מובהקות היגדים, נעשה שימוש בניתוח שונות מסוג מדידות חוזרות (repeated measures) בתוך כל קבוצת היגדים שחולקו על פי נושאים בשאלון.

קבוצות ההיגדים הן :

א. היגדים לגבי מצבים שלרוב גורמים להגעה לטיפול – בהם התבקשו הנשים לדרג את מידת הפניה שלהן לטיפול (5-אפנה לטיפול 1-לא אפנה לטיפול) בכל אחד מן המצבים, כגון דיכאון, התמכרות לאוכל, חרדה.

ב. היגדים לגבי הפניה של חברה לטיפול – בהם התבקשו הנשים לסמן עד כמה הן מסכימות (5 מסכימה מאוד 1-כלל לא) עם ההיגד כי ימליצו לחברתן לפנות לטיפול על רקע הליקויים השונים ברצפת האגן כגון צניחת רחם, כאבים בקיום יחסים ועוד.

ג. היגדים לגבי רצפת האגן - בהם התבקשו הנשים לדרג את מידת נכונות ההיגד לגביהן (5-נכון מאוד 1-כלל לא נכון 6-לא רלבנטי). בנושא הליקוי הפיזי ברצפת האגן. לדוג' "כאשר דולף לי שתן זה מפריע לי", "אני חוששת שבגלל הצניחה לא אוכל להיכנס להריון).

ד. היגדים לגבי הסיבות לפניה לטיפול - בהם התבקשו הנשים לסמן מתי יפנו לטיפול באופן מיידי (5-יפנו לטיפול באופן מיידי 1-לא יפנו לטיפול 6-לא רלבנטי) ומתי לא יפנו. לדוג': "כשגיליתי שיש לי צניחה" "אם אמנע מקיום יחסים עקב הכאבים שלי".

ה. היגדים לגבי הסיבות לאי-פניה לטיפול – בהם התבקשו הנשים לסמן את מידת נכונות ההיגד המביע מדוע עד עתה לא פנו לקבלת טיפול (5-נכון מאוד 1-כלל לא נכון 6-לא רלבנטי) לדוג': "לא היה לי זמן לטפל בעצמי" "אינני יודעת אם הטיפול יעיל".

ו. היגדים רגשיים - בהם התבקשו הנשים לדרג את מידת הסכמתן עם ההיגדים (5-מסכימה מאוד 1-לא מסכימה) לדוג': "אני מעדיפה לא לשתף אנשים בליקוי שיש לי ברצפת האגן" "אם תהיה לי בעיה בתפקוד המיני יהיה לי קשה מאוד לדבר על כך".

ז. היגדים בנושא דת - בהם התבקשו הנשים לדרג את מידת הסכמתן עם ההיגדים (5-מסכימה מאוד 1-לא מסכימה) לדוג': "הדת תופסת מקום מאוד נכבד בחיים שלי" "אני מתפללת לפחות תפילה אחת ביום".

ח. היגדים בנושא גוף ונפש - בהם התבקשו הנשים לדרג את מידת הסכמתן עם ההיגדים (5-מסכימה מאוד 1-לא מסכימה) לדוג': "הגוף שלנו הוא רק כלי שבו מונחת הנפש" "אני מסכימה עם המשפט 'נפש בריאה בגוף בריא'".

תוצאות

מאפייני המדגם

בטבלה 1 מוצגת התפלגות המאפיינים הדמוגרפיים של הנבדקות על פי המשתנים השמים והמשתנים הסדורים.

טבלה 1 מאפיינים דמוגרפיים של הנבדקות (מספרים ואחוזים)

משתנים	ערכים	N (%)
גיל	20-50	52 (80%)
	+50	13 (20%)
הגדרה דתית	חרדית	65 (100%)
	דתית-לאומית	0 (0)
	מסורתית	0 (0)
	אינני דתיה	0 (0)
מצב משפחתי	גרושה	2 (3.08%)
	אלמנה	1 (1.54%)
	נשואה	62 (95.38%)
	רווקה	0 (0)
ארץ מוצא	ישראל	51 (78.46%)
	אסיה ואפריקה	4 (6.16%)

4 (6.16%)	אירופה	
1 (1.54%)	אמריקה הדרומית	
5 (7.69%)	אמריקה הצפונית	
0 (0)	<12 שנות לימוד	השכלה
10 (15.38%)	=12 שנות לימוד	
43 (66.15%)	סמינר	
11 (16.92%)	מכללה/תואר ראשון	
1 (1.54%)	מאסטר	
52 (80%)	כן	האם עובדת כרגע
13 (20%)	לא	
4 (6.15%)	כן	הריון בזמן נוכחי
61 (93.85%)	לא	

מטבלה 1 ניתן לראות כי 80% מהמטופלות שענו על השאלון, הינן בגילאי 20-50 ואילו שאר הנשים (20%) הן מעל גיל 50. גילן הממוצע של המשתתפות הינו 37.478 (SD=1.57) כאשר הגיל הצעיר ביותר הוא 21 והמבוגר ביותר 63. רובן הגדול נשואות (95.38%) כאשר נבדקת אחת אלמנה (1.54%) ושתי נבדקות גרושות (3.08%). כל הנבדקות מגדירות את עצמן כחרדיות (100%). מרבית הנבדקות ילידות הארץ (78.46%) 4 מתורכיה תימן ומרוקו (6.16%) 4 מצרפת ובלארוס (6.16%) 1 מארגנטינה (1.54%) ו-5 מארה"ב (7.69%). מבחינת השכלתן 15.38% מהנשים בעלות השכלה תיכונית, 66.15% למדו בסמינר, 16.92% סיימו תואר ראשון ומטופלת אחת (1.54%) בעלת תואר שני.

בעת ביצוע המחקר 80% מהנשים הצהירו שהן עובדות לעומת 20% שלא. רובן המוחלט לא בהריון
 93.85% ו-4 מהנבדקות (6.15%) בהריון בזמן מילוי השאלון.

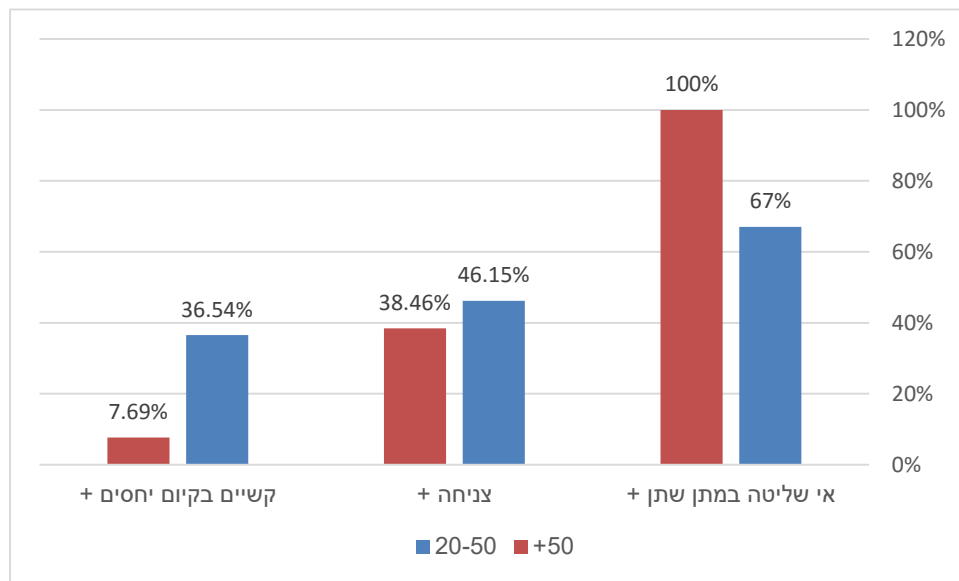
טבלה 2 התפלגות הליקויים ברצפת האגן לפי קבוצות (מספרים ואחוזים)

(n=65)

משתנים	ערכים	N (%)
אי שליטה בשתן ו/או צואה	כן	48 (73.85%)
	לא	17 (26.15%)
צניחה של אחד או יותר מאברי האגן	כן	29 (44.62%)
	לא	36 (55.38%)
קשיים או כאבים בקיום יחסים	כן	20 (30.77%)
	לא	45 (69.23%)

בטבלה 2 מתוארים הליקויים שנחקרו, מסווגים על פי 3 קבוצות עיקריות. החלוקה אינה דיכוטומית, מכיוון שניתן לראות מספר ליקויים אצל אישה אחת, לדוג' תתכן אישה המדווחת על דליפת שתן וכן על צניחת רחס, לכן השלם הינו יותר ממאה אחוז. בשאלון הנבדקות התבקשו לציין את הליקויים מהן הן סובלות ועל פי תשובתן לענות על השאלות הרלבנטיות למצבן.

(n=65)



תרשים 1 פילוח ליקויים ברצפת האגן על פי משתנה גיל

לצורך השוואת הליקויים בין קבוצות הגיל, בוצע מבחן χ^2 לכל תופעה.

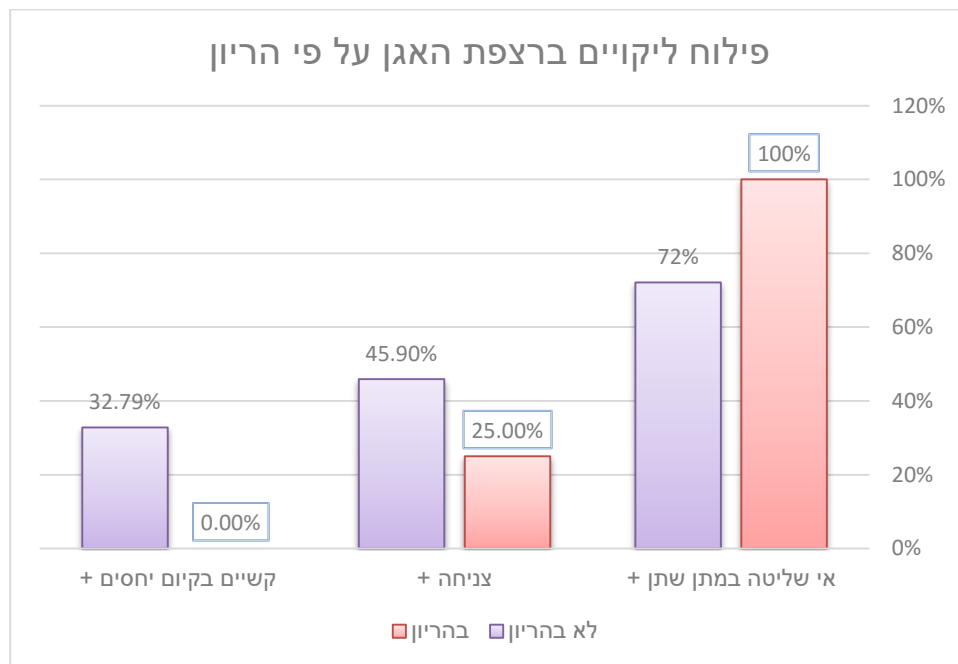
ניתן לראות מן התרשים כי אצל נשים בגילאי +50 קיים דיווח של 100% על ליקויים במתן שתן,

לעומת 67% בקבוצת הגיל 20-50. ההבדל מובהק סטטיסטית $\chi_1^2 = 5.75$ (p=0.0164) מבחינת צניחה האחוזים אינם שונים באופן משמעותי, 38.46% בקבוצת הגיל +50 לעומת 46.15% בקבוצת הגיל 20-50. ההבדל אינו מובהק סטטיסטית.

מבחינת הנושא של קשיים בקיום יחסים הנתונים משתנים וכעת הדיווח הניכר יותר נמצא בקבוצת הגיל של 20-50 שם דווח על 36.54% לעומת 7.69% בקבוצת הגיל +50. הבדל זה מובהק

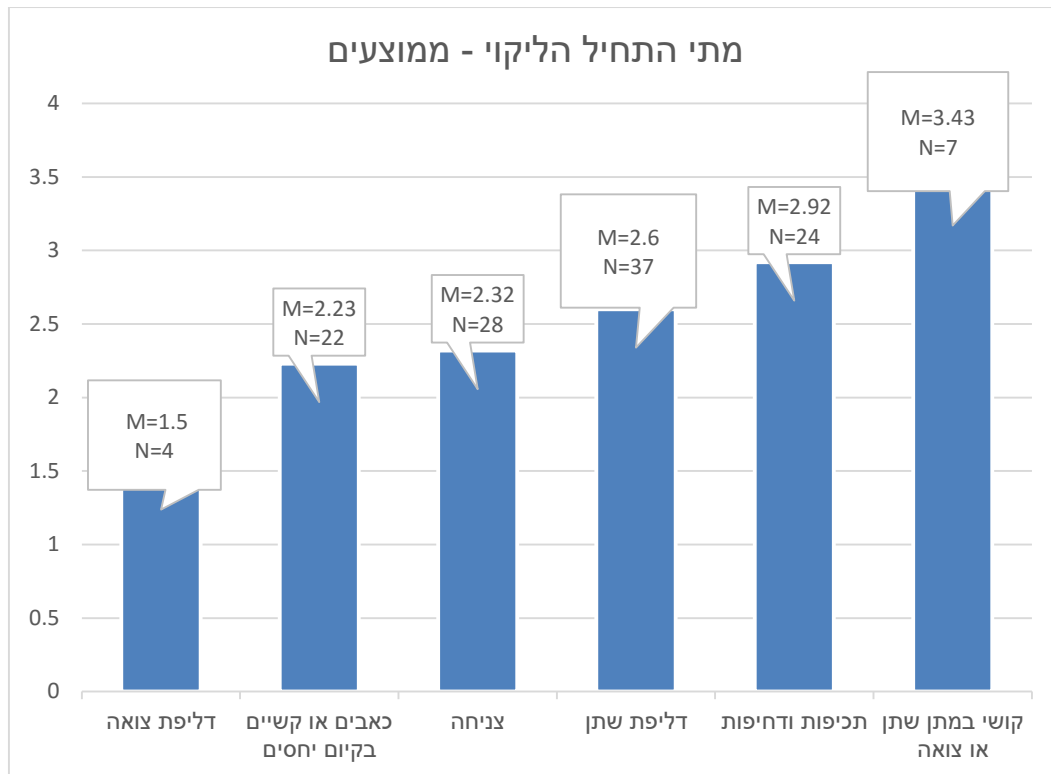
סטטיסטית $\chi_1^2 = 4.06$ (p=0.0438).

(n=65)



תרשים 2 פילוח ליקויים ברצפת האגן על פי משתנה הריון

לצורך השוואת התופעה בין קבוצות הנשים בהריון לאלו שאינן בהריון, בוצע מבחן χ^2 . מן התרשים ניתן לראות כי בקבוצת הנבדקות בהריון (N=4) שענו על השאלון, 100% מדווחות על אי שליטה במתן שתן, ו-0% על קשיים בקיום יחסים. מתוך הנשים בהריון 25% מדווחות על צניחה. מבחינת קשיים בקיום יחסים 32% מן הנשים שאינן בהריון (N=61) מדווחות על קשיים בקיום יחסים, 45.9% מדווחות על צניחה ו-72% מדווחות על קשיים במתן שתן. כל ההבדלים אינם מובהקים סטטיסטית בשל מספרן המועט של הנשים בהריון.



תרשים 3 פילוח ממוצעי זמן הגעה לטיפול מרגע הופעת הליקוי.

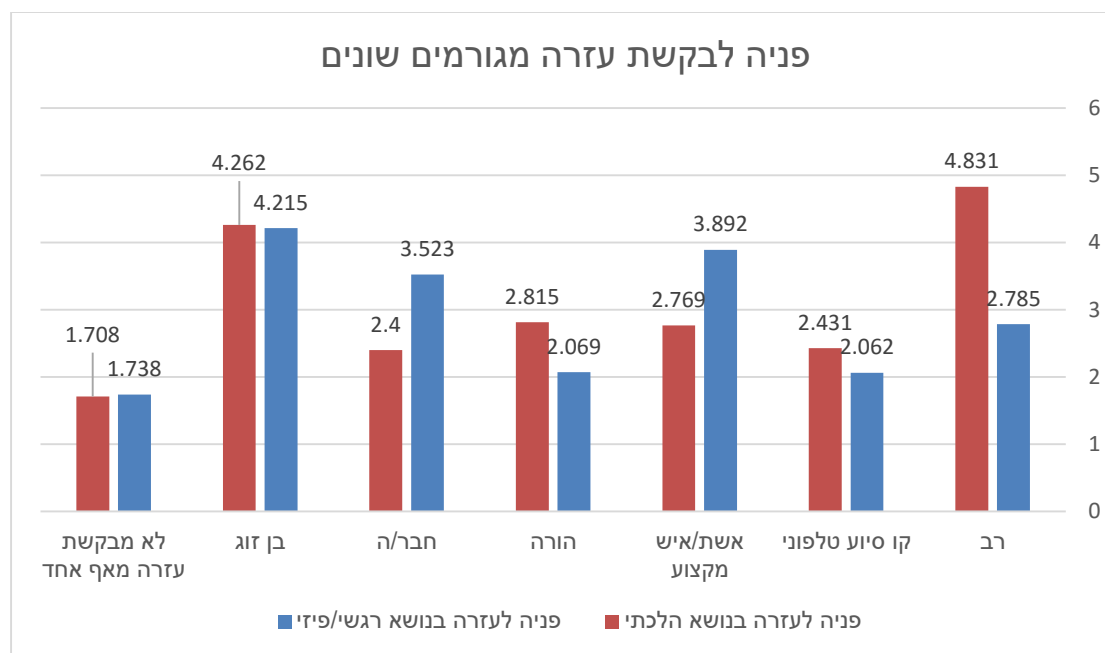
בתרשים 3 אנו רואים את הממוצע שנלקח מתוך השאלון בנוגע לזמן שעבר מרגע הופעת הליקוי ועד ליום מילוי השאלון כאשר 1-לפני מספר חודשים, 2-בין שנה לשנתיים, 3- 5-2 שנים, 4- 10-5 שנים, 5- יותר מעשר שנים. הנתונים נלקחו רק לגבי הנשים שענו שזה רלבנטי לגביהן. מכאן ניתן לראות כי על דליפת צואה נשים הגיעו לטיפול בזמן הקצר ביותר ($M=1.5$ $SD=1.00$). לצורך בדיקת דירוג סעיפים שעוסקים באותו תחום, ביצענו עיבוד של ANOVA with repeated measures. עיבוד זה דרג את הסעיפים, מהסעיף בעל הממוצע הגבוה ביותר ועד לסעיף בעל הממוצע הנמוך ביותר.

בנוגע לקושי במתן שתן, באופן מובהק ניתן לראות כי זמן ההגעה לטיפול הוא הארוך ביותר מרגע הופעת הליקוי. יתכן כי הסיבה נעוצה בנשים עצמן ובזמן שלוקח להן להגיע מרגע קבלת ההפנייה לטיפול, ויתכן והבעיה מתחילה דווקא בזיהוי ובהפנייה של אנשי המקצוע את אותן נשים, תהליך שלא תמיד מתרחש עם הופעת הליקוי.

לשאלה הבאה אותה נבחן יש משמעות מיוחדת מכיוון שהיא באה לעשות חלוקה בין הגורמים אליהם פונה האשה בעת הצורך בנתינת מענה לליקוי רגשי/פיזי וכן לבעיה הלכתית.

כאשר היו לנשים מספר אפשרויות לפנייה. רב, קו סיוע טלפוני, איש/אשת מקצוע, הורה, חברה, בן זוג, לא מבקשת עזרה מאף אחד.

(n=65)



תרשים 4 פניה לבקשת עזרה הלכתית ו/או רגשית מגורמים שונים

גם בשאלה זו בוצע דירוג של הגורמים אליהם פונה כל אישה על מנת לקבל עזרה, על פי ANOVA with repeated measures.

מתרשים זה ניתן לראות כי בפניה על רקע רגשי או פיזי, רוב הנשים ציינו כי יפנו בוודאות לבן זוגן (M=4.22, SD=1.27) ולאחר מכן לאשת/איש מקצוע, אין הבדל מובהק בין שני הגורמים. לעומת זאת בפניה על רקע הלכתי הפניה הוודאית תהיה לרב (M=4.83 SD=0.65) ולאחר מכן לבן הזוג, כאשר ישנו הבדל מובהק בין שני הגורמים.

בהשוואה בין פניה לעזרה בשאלה הלכתית או בפניה לעזרה בבעיה רגשית, התקבלו הממצאים הבאים (t-test מזווג בין פניה לעזרה הלכתית לפנייה לעזרה רגשית לאותו גורם)

עבור רב – באופן מובהק גבוה יותר בשאלות הלכתיות $t_{64} = 11.12$ ($p < 0.0001$)

עבור קו סיוע טלפוני – באופן גבולי גבוה יותר בשאלות הלכתיות $(p < 0.0587) t_{64} = 1.92$

עבור חבר – באופן מובהק גבוה יותר בשאלות רגשיות $(p < 0.0001) t_{64} = 6.39$

עבור איש מקצוע – באופן מובהק גבוה יותר בשאלות רגשיות $(p < 0.0001) t_{64} = 5.19$

המשך שאלון – היגדים

דירוג הסעיפים התבצע בעזרת מבחן ANOVA with repeated measures. בכל סעיף בטבלה ציינתי את ההיגד שקיבל את הציון הגבוה ביותר. אם כי ישנם עוד היגדים שהממוצע שלהם נמוך יותר אך אינם שונים ממנו באופן מובהק.

טבלה 3 טבלת ההיגדים המובהקים בכל קבוצת נושאים

סטיית תקן SD	ממוצע M	ההיגד המובהק בכל קבוצה	קבוצות ההיגדים	
1.34	4.00	קשיים ביחסי אישות	היגדים לגבי מצבים שלרוב גורמים הגעה לטיפול	א
		אין היגד מובהק	היגדים לגבי הפניה של חברה לטיפול	ב
0.70	4.74	לפני התפילה אני נכנסת לשירותים	היגדים לגבי רצפת האגן	ג
0.14	4.98	אם היה לי קושי בכניסה להריון בגלל הליקוי ברצפת האגן	היגדים לגבי הסיבות לפני הטיפול	ד
1.44	3.51	לא ידעתי עד עתה שקיים טיפול בנושא זה.	היגדים לגבי הסיבות לאי-פניה לטיפול	ה
0.63	4.83	אני משתדלת לשמור על שלום בית ולהיות רעה נאמנה	היגדים רגשיים	ו
0.12	4.99	חשוב לי לשדר לילדיי שאנחנו חיים בבית תורני	היגדים בנושא דת	ז
0.28	4.95	אם לבן זוגי היתה בעיה בריאותית שגורמת לו לקושי בלימוד תורה הייתי מצפה ממנו לטפל בכך מיידית	היגדים בנושא גוף ונפש	ח

מטבלה מס' 3 ניתן לראות את הממצאים הבאים :

- א- בקבוצת ההיגדים הראשונה, באופן מובהק נשים יפנו לטיפול באופן ודאי כאשר יחוו מצב של קושי ביחסי אישות ($M=4$ $SD=1.34$).
- ב- המלצה לחברה לפנייה לטיפול בנושא רצפת האגן- כל הנשים (100%) סימנו 5 לגבי כל הבעיות, משמע שגם לגבי אי שליטה וגם לגבי צניחה וגם לגבי קשיים בקיום יחסים הן היו ממליצות לחברה שלהם לפנות לטיפול באופן ודאי.
- ג- היגדים לגבי רצפת האגן- באופן מובהק ההיגד "אני נכנסת לשירותים לפני תפילה" קיבל את הממוצע הגבוה ביותר 4.7419 ($M=4.74$ $SD=0.70$) לאחריו ההיגד "כאשר דולף לי שתן זה מפריע לי".
- ד- בקבוצת ההיגדים הבאה נשאלו הנשים: מה מהמצבים הבאים יגרום לך לפנות לטיפול באופן מיידי?
כאן באופן מובהק קיבל ממוצע גבוה ביותר ($M=4.98$ $SD=0.14$) ההיגד "הייתי פונה לטיפול באופן מיידי אם היה לי קושי בכניסה להריון בגלל הליקוי ברצפת האגן" מבין הנשים שענו כי הנושא רלבנטי לגביהן. לאחריו קיבל ההיגד "אם אחשוש שמצבי הגופני גורם לי להתגנות על בעלי".
את הממוצע הנמוך ביותר קיבל המשפט "כשגיליתי שיש לי דליפת שתן" ($M=4.00$ $SD=1.19$) אך למרות היותו הנמוך ברשימה עדיין הממוצע שלו גבוה ביחס לסולם של 1-5.
- ה- סיבות לאי-פניה לטיפול
הסיבה "לא ידעתי עד עתה שקיים טיפול בנושא" קיבלה את הממוצע הגבוה ביותר ($SD=1.44$ $M=3.51$).
- ההיגד 'אני נבוכה לדבר על הנושא' קיבל הסכמה של פחות מחצי ($M=2.46$ $SD=1.58$) יתכן שניתן ללמוד מכך שהפתיחות לנושאים האלה עולה עם הזמן, יתכן שניתן לראות כי אולי במסגרת הטיפולים הנשים אינן חשות במבוכה ויכול להיות שאין לכך קשר ואולי דווקא הנשים שמגיעות לטיפול הן אלה שאינן נבוכות ויש עוד רבות אחרות שלא ענו על השאלון כיוון שלא הגיעו לטיפולים מסיבה זו.

ו- היגדים רגשיים :

ההיגד שקיבל את הציון הכי גבוה הוא דווקא סעיף שלא קשור ישירות לרצפת האגן והוא "אני משתדלת לשמור על שלום בית ולהיות רעיה מהימנה" ($M=4.83$ $SD=0.63$) מיד לאחר מכן קיבל ההיגד "אם אחלה ח"ו במחלה ממושכת כגון סכרת, בנוסף לטיפול הרפואי שאקל , אחפש גם אנשים שיוכלו להדריך אותי ולסייע לי.

ז- היגדים בנושא דת

באופן מפתיע ההיגד שקיבל את הציון הגבוה ביותר בצורה מובהקת. הוא "חשוב לי לשדר לילדיי שאנחנו חיים בבית תורני". כמו כן שאלה שלתשובה שלה ולהשלכות של התשובה שלה יש לדעתי משקל רב בבואנו להתייחס לחברה החרדית והיא "אם תהיה התנגשות בין אירוע בחיים הפרטיים שלי לבין ההלכה אפעל על פי דעת תורה" בסולם מ 1-5 הממוצע היה 4.94 ($M=4.94$ $SD=0.35$).

ח- היגדים בנושא גוף ונפש

ההיגד שקיבל את הממוצע הגבוה ביותר היה "אם לבן זוגי היתה בעיה בריאותית שגורמת לו לקושי בלימוד התורה הייתי מצפה ממנו שיטפל בכך מיידית" ($M=4.95$ $SD=0.28$).

לצורך הגעה לנתונים ופילוח מדוייק יותר, בדקתי כל אחת משלושת הקבוצות בנפרד-

א. אי שליטה על סוגרים

ב. צניחה

ג. כאבים בקיום יחסים

בחנתי את מדד היחס לממשק רפואה-הלכה על פי שלוש שאלות מרכזיות שנבחרו עבור כל קבוצה מבין שלושת קבוצות הליקויים. שאלות אלה מנסות לאפיין את הליקוי והקשר שלו להלכה ודרך לענות על שאלת המחקר.

להלן התשובות שהתקבלו על פי החלוקה לקבוצות -

בקבוצה הראשונה :

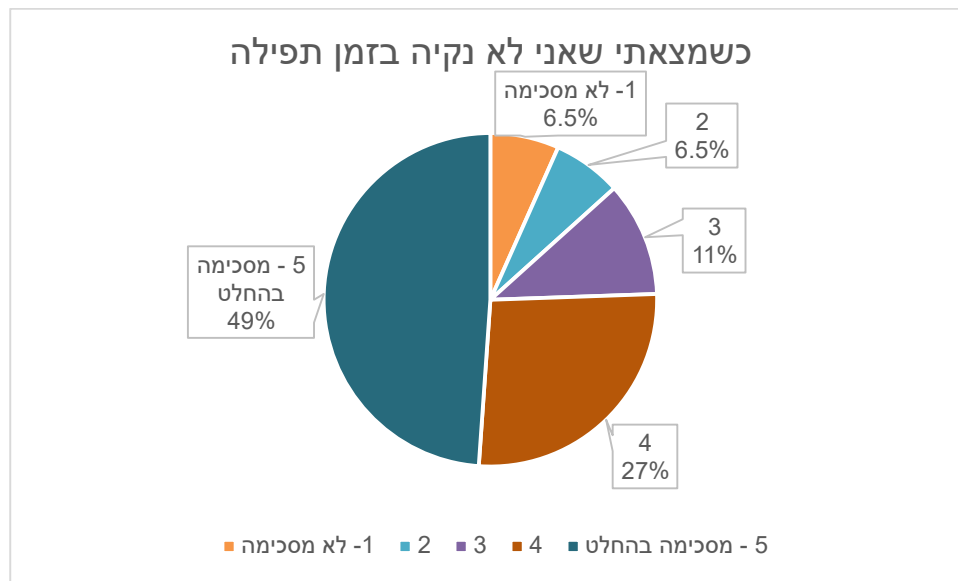
אי שליטה במתן שתן

טבלה 4 השוואת ממוצעי גיל נשים עם ליקוי במתן שתן וללא הליקוי (מספרים ואחוזים)

המשתנה	נשים ללא ליקוי במתן שתן			נשים אם ליקוי במתן שתן			ערך t	ערך p
	N	ממוצע	סטית תקן	N	ממוצע	סטית תקן		
גיל	17	28.41	5.18	48	40.69	11.53	5.89	0.0001

מטבלה 4 ניתן לראות כי בקבוצה הסובלת מליקוי במתן שתן הגיל הממוצע הוא 40.69 לעומת הקבוצה השניה של נשים שאינן סובלות מכך ובה הממוצע הוא 28.4, ההבדל בגילים בין שתי הקבוצות הנבדקות הוא מובהק סטטיסטית $t=5.89$ ($p,0.0001$)

(N=45)

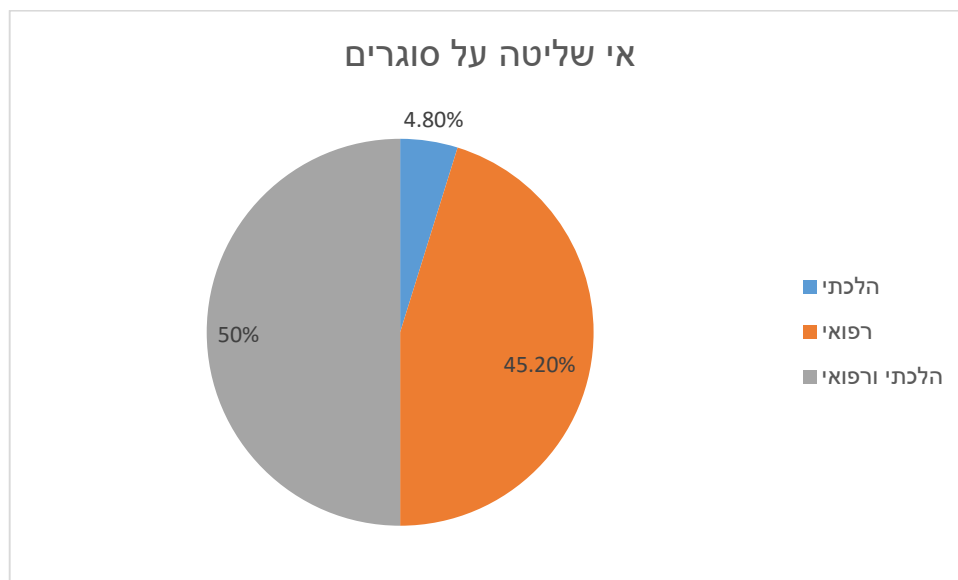


תרשים 5 מידת הסכמה עם היגד לגבי פניה לטיפול במצב של אי-נקיות

קרוב למחצית – (49%, 22 נשים) מהעונות על השאלה שהליקוי רלבנטי לגביהן (45 נשים), ענו כי הן מסכימות בהחלט להיגד שמצב בו ימצאו את עצמן לא נקיות בזמן תפילה, יגרום להן להגעה לטיפול באופן מיידי.

1. באופן כללי, לו היית מתבקשת להגדיר מה המניע בעל המשקל המכריע ביותר בעת הפניה לטיפול הפיזיותרפי, מה הייתה תשובתך.

(N=42)



תרשים 6 המניע המכריע בעת פנייה לטיפול בנושא אי שליטה על סוגרים

מן התרשים ניתן לראות כי 2 נשים (4.8%) סימנו כי פנייה לטיפול במצב של אי שליטה בסוגרים נובעת ממניע הלכתי בלבד. לעומתן 19 נשים (45.2%) אמרו שהמניע הוא רפואי בלבד ו-21 נשים (50%) ציינו כי המניע הוא משולב, הלכתי ורפואי.

קבוצה שניה - קבוצת הנשים שהגיעו לטיפול עקב :

צניחה של אחד או יותר מאברי האגן

בקבוצה זו נבחרו 3 שאלות עיקריות

1. היגד – אני חוששת שבגלל הצניחה לא אצליח להיכנס להריון.

על השאלה ענו 20 נשים, כאשר ממוצע התשובות היה 3.8 (SD=1.609). כאשר 5 – מסכימה בהחלט ו-1 לא מסכימה. ב t-test של השוואה לקבוע, ניסינו לבדוק עד כמה הממוצע שונה

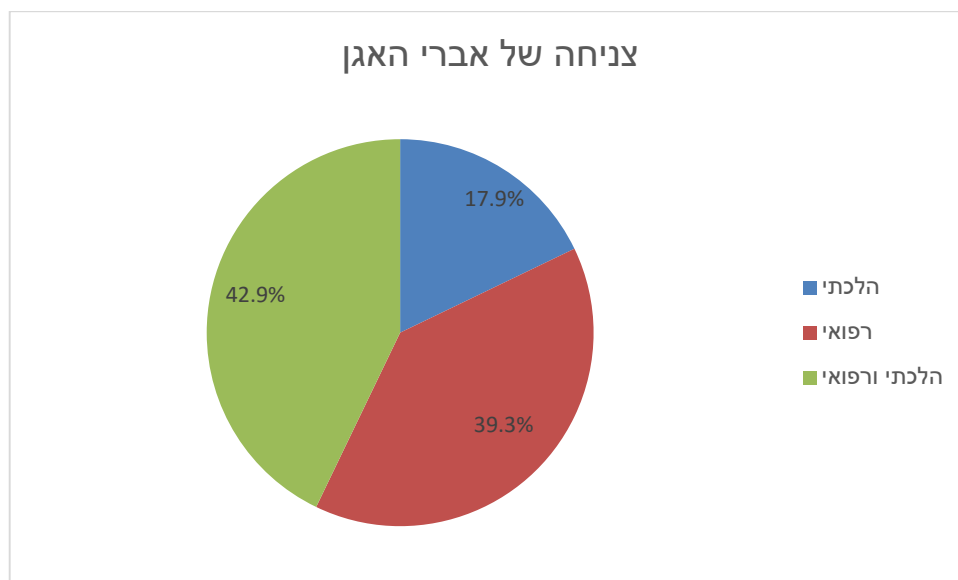
מ-5 ובמקרה זה הממוצע שונה מ-5 באופן מובהק סטטיסטית ($t=3.33$, $p=0.0035$). כלומר הנשים שענו על השאלה אינן חוששות שבגלל הצניחה לא יצליחו להיכנס להריון.

2. בשאלה הזו נשאלה האשה האם היתה פונה לטיפול אם היו לה דימומים בגלל הצניחה שהיו מקשים עליה להיטהר לטבילה.

על השאלה ענו 25 נשים כאשר ממוצע התשובות היה 4.88 ($SD=0.44$). ב t-test של השוואה לקבוע (5) נמצא כי הממוצע אינו שונה באופן מובהק מ-5 ($t=-1.36$, $p=0.185$) ולכן ההסכמה עם נכונות ההיגד היא די גורפת.

3. באופן כללי לו היית מתבקשת להגדיר מה המניע בעל המשקל המכריע יותר בעת הפניה לטיפול הפיזיותרפי, מה היתה תשובתך.

(N=28)



תרשים 7 המניע המכריע בעת פנייה לטיפול בנושא צניחה

מתרשים 7 ניתן לראות כי 5 נשים (17.9%) מתוך 28 שהליקוי היה רלבנטי לגביהן, ענו כי פנייה לטיפול במצב של צניחת אברי האגן נובעת ממניע הלכתי בלבד. לעומתן 11 נשים (39.3%) ענו שהמניע הוא רפואי בלבד ו-12 נשים (42.9%) ציינו כי המניע הוא משולב, הלכתי ורפואי.

הקבוצה השלישית - קבוצת הנשים שהגיעו עקב :

קשיים או כאבים בקיום יחסים

גם כאן נבחרו שלוש שאלות רלבנטיות מתוך השאלון

1. היגד – הכאבים גורמים לי להימנע מקיום יחסים

ממוצע נכונות היגד זה בקבוצת הנשים הסובלות מכאבים בקיום יחסים וזו הסיבה שבגינה הן הגיעו לטיפול (N=19) הוא $M=3.42$ בהשוואה לקבוצת הנשים שענתה על היגד זה כנכון (וככל הנראה סובלת מכאב כלשהוא בקיום יחסים אך ברמה שאינה מצריכה טיפול, מפני שהן הגיעו לטיפול עקב סיבה אחרת) שמנתה 13 נשים (N=13) בה הממוצע היה $M=1.08$ נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין 2 הקבוצות ($t=6.09$, $p<0.0001$).

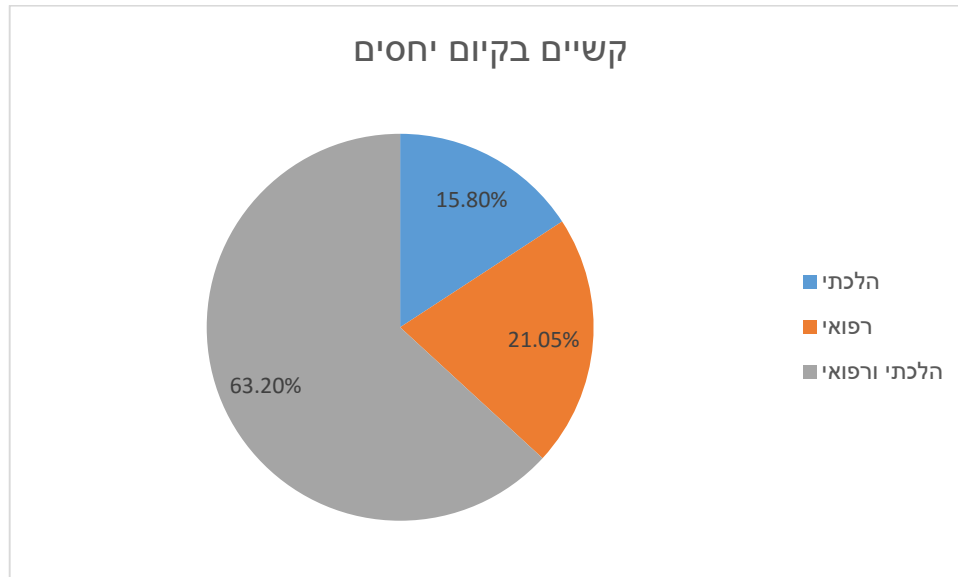
2. אפנה לטיפול אם אמנע מקיום יחסים עקב הכאבים שלי

על שאלה זו ענו 19 אותן נשים כאשר הממוצע הוא 4.74, $SD=0.562$.

בבדיקת t-test של השוואה לקבוע, נמצא כי הממוצע אינו שונה מ-5 באופן מובהק סטטיסטית. מה שמעיד על הסכמתן הברורה עם ההיגד.

3. באופן כללי לו היית מתבקשת להגדיר מה המניע בעל המשקל המכריע יותר בעת הפניה לטיפול הפיזיותרפי, מה היתה תשובתך

(N=19)

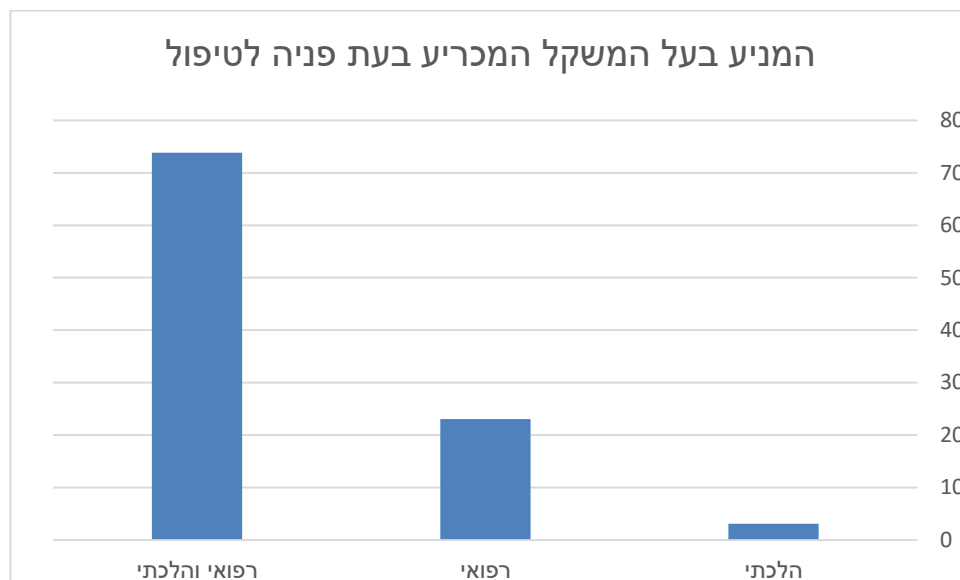


תרשים 8 המניע המכריע בעת פנייה לטיפול בנושא קשיים בקיום יחסים

מן התרשים ניתן לראות כי 3 נשים (15.8%) מתוך 19, סימנו כי פנייה לטיפול במצב של קשיים בקיום יחסים נובעת ממניע הלכתי בלבד. לעומתן 4 נשים (21.05%) אמרו שהמניע הוא רפואי בלבד ו-12 נשים (63.2%) ציינו כי המניע הוא משולב, הלכתי ורפואי.

בתרשים 9 נבדקו כלל הנשים שענו על שאלת המניע ההלכתי או הרפואי לפניה לטיפול, ללא קשר לליקוי הספציפי שלהן.

(N=65)



תרשים 9 המניע המכריע בעת פנייה לטיפול

מתרשים זה נוכל לראות כי מבין 65 הנשים שענו על שאלה זו באופן מלא (סימנו מניעים בכל הליקויים) או חלקי (סימנו מניע רק על ליקוי מסויים והתעלמו מליקויים שככל הנראה אינם רלבנטיים לגביהן), 2 נשים בלבד (3.08%) סימנו בכל העמודות כי רק הבעיה ההלכתית היא הגורם המניע, 15 נשים (23.08%) ציינו רק את המצב הרפואי כגורם המניע ואילו 48 נשים (73%) ציינו כי גם למרכיב הרפואי וגם ההלכתי יש חלק נכבד בסיבות להגעה לטיפול.

עיבוד נוסף ומעניין אותו ערכנו על מסד הנתונים של השאלונים הינו רגרסיה מרובה. כאן ניסינו לבדוק מהם המשתנים שיכולים להסביר את זמן ההגעה המינימלי לטיפול במקרים של בעיות ברצפת האגן.

עבור כל אחת מהנשים, נלקח הזמן המינימלי (מכל הזמנים שציינו הנשים שלקח להן להגיע לטיפול) על פי כל אחד מהליקויים.

כאשר הסתכלנו על משתנה הדתיות (על כל מרכיביו) וחישבנו את מדד Pearson בין כ"א ממשתני הדתיות לבין זמן ההגעה המינימלי מצאנו כי (ליתר ההיגדים לא הייתה קורלציה מובהקת):

ההיגד "אני מקפידה לקבוע עיתים לתורה" נמצא בקורלציה שלילית מובהקת ($r = -0.267$, $p = 0.0313$),

ההיגד "לפני התפילה אני נכנסת לשירותים" נמצא בקורלציה שלילית מובהקת ($r = -0.297$, $p = 0.0193$),

ההיגד "אני מקפידה להגיע לשיעורי תורה" נמצא בקורלציה שלילית מובהקת ($r = -0.250$, $p = 0.0444$),

הקשר השלילי מראה יחס הפוך, כלומר ככל שהנשים יותר מקפידות על "ההיגד הדתי" כך יקח להן פחות זמן להגיע לטיפול.

הכנסנו את ההיגדים הדתיים, כמשתנים מסבירים (בלתי תלויים) לתוך משוואת רגרסיה, כאשר זמן ההגעה המינימלי הוא המשתנה התלוי. הממצאים שהתקבלו הם כדלקמן:

המשתנה שנכנס ראשון (הוא גם זה שמסביר באופן טוב ביותר את זמן ההגעה המינימלי) הוא "לפני התפילה אני נכנסת לשירותים" $R^2 = 0.088$, התקבל גם $F(1,60) = 5.79$ ($p = 0.0193$).

המשתנה השני הוא "אני מקפידה לקבוע עיתים לתורה". עבור שני המשתנים התקבל $R^2 = 0.168$, $F(2,59) = 5.96$ ($p = 0.0044$).

המשתנה השלישי "אני מקפידה להגיע לשיעורי תורה" אינו מובהק עם כניסתו לרגרסיה, ולכן לא הוכנס.

יש לציין כי מקדמי הרגרסיה עבור המשתנים שנכנסו למשוואה היו שליליים (קשר הפוך).

מסקנה : זמן ההגעה (הנמוך מכל הליקויים), מושפע ממידת הדתיות של האשה. הן במובן הגופני ("לפני התפילה אני נכנסת לשירותים") והן במובן הרוחני ("אני מקפידה לקבוע עיתים לתורה").

ככל שהאשה יותר מקפידה על ההנהגות הדתיות – יתקצר משך ההגעה שלה לטיפול בליקויים בגופה שהיא מגלה.

דיון

השערת מחקר זה היתה כי נשים חרדיות מגיעות לטיפול פיזיותרפיה לרצפת האגן לא רק עבור הטיפול בבעיה הרפואית אשר הן סובלות ממנה, אלא גם עקב התרומה של הטיפול בפתרון הבעיה ההלכתית הנובעת מן הבעיה הרפואית ואשר מפריעה להן בצורה ניכרת.

במחקר נמצא כי השערת המחקר אוששה ואכן הסיבה העיקרית לפנייה לטיפול רפואי במקרים של ליקויים ברצפת האגן היא לא רפואית בלבד אלא קשורה בקשר הדוק אל ההלכה ומשמעויותיה המעשיות בחיי היומיום האישיים והזוגיים.

יתרה מכך, ההלכה לא משפיעה רק על הסיבה לפנייה לטיפול כפי שניתן לראות ממבחן הרגרסיה שנעשה, אלא משפיעה גם על משך הזמן שעובר עד הפניה לטיפול, מפני שניתן לראות כי ככל שהאישה מקפידה יותר על קיום מצוות ושמירה על אורח חיים דתי, כך משך הזמן שלוקח לה לפנות לקבלת טיפול בנושא שיקום רצפת האגן, מתקצר משמעותית ביחס לנשים שהעידו על עצמן כי פחות מקפידות על קיום הנהגות דתיות.

ניתן לראות בבירור מתרשים 9 כי לא ניתן לבצע חלוקה דיכוטומית ולומר כי רק המניע הרפואי הוא הדומיננטי, או רק המניע ההלכתי הוא הדומיננטי. החיבור בין שניהם הוא הגורם המניע, המכריע והמשפיע. לא ניתן להפריד בין השניים מפני ששניהם שזורים זה בזה וקובעים את איכות חייה של האישה ואת צורת התנהלותם ולכן אחוז הנשים שסימנו כי הסיבות שהניעו אותן להגיע לטיפול הן רפואיות והלכתיות יחדיו, הוא גבוה עשרות מונים מכל סיבה אחרת בנפרד.

עם זאת, כאשר אנו פורטים לפרטים את תתי הקבוצות של הליקויים, ניתן לראות כי קיים הבדל בין נשים המגיעות עקב דליפת שתן, צניחת איברים או כאבים בקיום יחסים.

אי שליטה במתן שתן

”בלי שום קשר לשאלה היכן את עומדת כרגע ביחסך לאיזור זה של גופך, דעי כי כל אחת מאיתנו הפנימה השפעות של דורות של שתיקה או מידע מוטעה הנוגע לאזור איברי המין ואיברי השתן. הדרך היחידה שבה נוכל להשתחרר ממורשת זו של אשמה היא לדבר על צרכינו ולחנך את עצמנו” (גופה של אישה, תבונתה של אישה. עמ' 219)

רוב הנשים (76%) הסכימו כי מצב של אי-נקיות בזמן תפילה יגרום להן להגיע לטיפול (תרשים 5) מה שמאשש את השערת המחקר כי נושא הנקיות אינו עומד לבדו, ניתן לראות זאת גם מן ההיגד

המובהק בקבוצה השלישית - 'לפני התפילה אני נכנסת לשירותים' - משמעות הדבר היא כי כאשר אשה רוצה להתפלל אך היא 'נצרכת לנקביה' על פי המונח ההלכתי, הדבר יגרום לה לקושי רב הן פיזי והן במישור האישי של היכולת לקיים מצווה כמו שצריך. נתון המתיישב היטב עם השערת המחקר לגבי חשיבות ההלכה לנשים והצורך לטפל בבעיות גופניות כי הן משליכות באופן ישיר על חיי היומיום של הנשים.

יתרה מכך, על פי נתוני השאלון רוב הנשים מקפידות להתפלל לפחות תפילה אחת ביום, מה שאומר שאי השליטה על הסוגרים פוגשת אותן בקשר ההלכתי על בסיס יומיומי. לו לא היו מקפידות על תפילה או ברכות, יתכן והנושא ההלכתי היה מעסיק אותן במידה פחותה, אך מכיוון שהתפילה וברכות כגון ברכת המזון, שזורות לאורך כל היום, חוסר היכולת לבצע את המצוות על הצד הטוב ביותר במיוחד אצל נשים שמצהירות כי הדת תופסת מקום נכבד בחייהן, הרי שלא ניתן לקיים חיים מלאים אישית והלכתית כאשר פן כה חשוב שלהם מצטייר כפגום.

כאן המקום לצטט את המחקר לגבי האוכלוסייה החרדית שניסה להתוות קווים מנחים לטיפול;

"נקודת המוצא בדיאלוג הטיפולי עם הפונה החרדי, חייבת להיות ההבנה כי הדת היא שמקנה לו את מערך כלי המבע העיקרי שבאמצעותו חוויות המחלה זוכות לביטוי. על בסיס הכרה זו ניתן להציע מהלכים טיפוליים שישלבו באופן יצירתי מרכיבים מן המציאות הרוחנית-דתית" (בילו וויצטום, 1994).

לעומת זאת, בשאלת המניע המכריע בפניה לטיפול (תרשים 6), לא היתה בחירה מובהקת בהשפעה ההלכתית על הפניה לטיפול, בקבוצה זו יותר מבקבוצות אחרות. יתכן והסיבה לכך היא הטווח הרחב של הליקוי, מדליפת שתן מעטה או רק במצבים שונים כמו מאמץ מוגבר ועד לדליפה של ממש או בתדירות גבוהה. מכיוון שבמחקר לא ירדתי לעומק פירוט חומרת הבעיה, הנתונים לגבי חומרת השפעתה על קיום המצוות אינה ברורה כל צרכה.

"במרוצת רוב המאה העשרים התייחסו רופאים לתלונות נשים כאל בעיות פסיכולוגיות או רגשיות. במאה התשע-עשרה האמינו הויקטוריאנים שלנשים "טובות" אין כל תשוקה מינית. אפילו עתה, בעידן הנאור לכאורה, אומרים רופאים למטופלות שלהן שהבעיות שלהם הן רגשיות, קשורות ליחסים עם בן הזוג, או נגרמות על ידי עייפות הנובעת מטיפול בילדים או מעבודה תובענית, וכי עליהן לטפל בהן בכוחות עצמן. רופאים רבים אומרים לנשים כי הבעיות שלהן

כלל אינן אמיתיות, רק משהו שיש לקבלו כחלק נורמלי מתהליך ההזדקנות. דבר

נכון במיוחד אצל נשים מבוגרות" (לנשים בלבד, עמ' 12-13)

על פי הידוע לנו מן הספרות המחקרית (Tinelli et al, 2010. Molander et al, 1990), השינויים ההורמונליים הנגרמים בעקבות הכניסה לגיל המעבר והשינויים הפיזיים ברקמות ובעור נותנים את אותותיהם גם בשלפוחית השתן ובמנגנון השליטה עליה. כל הנשים מעל גיל 50, אשר הגיעו אלי לקליניקה והשתתפו במחקר, דיווחו כי סובלות מאי-נקיטת שתן (כליקוי יחידני, או בנוסף לליקוי אחר), ניתן להסיק על פי גילן כי זו פעם ראשונה שהן פונות לטיפול או אף מקבלות הפניה כאשר הן מודות שיש להן בעיה וגם המערכת הרפואית מסכימה שיש בעיה הדורשת טיפול. אין לי ספק כי עוד אשה ועוד אשה שתגענה לטיפול, יעבירו הלאה את הבשורה כי המצב אינו סטטי ונתון אלא יש מה לעשות בנוגע אליו.

צניחה של אברי האגן

בשאלת המניע המכריע בעת פניה לטיפול (תרשים 7) אנו רואים כי אחוזי ההתייחסות למניע ההלכתי גבוהים יותר. גם לשילוב של רפואי-הלכתי וגם למניע ההלכתי כשלעצמו. יתכן וזאת משום שלצניחה יש פנים רבות והשלכות שונות על פעולות היומיום והתיפקוד, מקושי בעמידה ממושכת או הרמה של משאות ועד הפרעה של ממש בהתנהלות היומיומית האישית.

בחלק בו נשאלו הנשים אם הן חוששות שבגלל הצניחה לא יצליחו להיכנס להריון השערת המחקר לא אוששה, יתכן כי נשים הגיעו לטיפול לאחר סיום הילודה, יתכן מפני שהצניחה אכן לא השפיעה על הכניסה להריון ויתכן מפני שכרגע מה שעמד בראש מעייניהן היה הטיפול בצניחה, ופחות האם להיכנס להריון שוב בידיעה שזה יחמיר את מצבן הרפואי.

לצניחה של אברי האגן כפי שראינו בסקירת הספרות גורמים רבים, חלקם תורשתיים וחלקם נרכשים, סביבתיים או מתוך אורח החיים של האדם עצמו. לכן תתכן צניחה שתופיע באישה צעירה לאחר לידה, תתכן צניחה כתוצאה מאורח חיים שכולל עבודה פיזית בגיל מסויים או כתוצאה מגיל המעבר או אפילו מהתפתחות של מחלה כלשהיא הגורמת לחולשה.

לעומת זאת בשאלה אם היו מגיעות לטיפול כאשר היו חוות דימומים עקב צניחה שהיו מקשים על היטהרות לטבילה, היתה תשובה מובהקת חיובית. הטבילה היא מאורע המתקיים מדי חודש בחודשו (חוץ מבתקופת הריון), ישנו עניין מיוחד לטבול בזמן ולא לדחות את מעד הטבילה, וכמובן בני זוג ששומרים טהרה ואינם יכולים לגעת כל זמן שהאישה בתקופת נידתה, ונאלצים

עקב דימום להאריך את משך הזמן שבו הם אסורים, יהיה להם קשה לנהל מערכת זוגית שכזו לאורך זמן וזה יצריך פניה לטיפול.

נאבים וקשיים בקיום יחסים

"רבות מהמטופלות שלי.. מסרבות להכיר בבעיה מינית עד הרגע שבו היא מאיימת על יציבותו של הקשר הרגשי העיקרי שלהן. לרוב רק כאשר הבעל או בן הזוג מביע אי שביעות רצון, פונה האישה לקבל עזרה" (נשים, מין ואינטימיות, עמ' פרק 6)

נשים רבות מגיעות לטיפול נבוכות מאוד, הן לא יודעות היכן להתחיל לתאר את הקושי שלהן. אחרות מגיעות עם בן זוגן והוא מתאר את הקשיים אותם הם חווים. גם לאחר ההגעה לטיפול, לוקח זמן עד שנבנית מערכת של יחסי אמון, המאפשרת שיח פתוח, גם שלי בתור מטפלת וגם שלהן על מנת להגיע לשורש הבעיה. לא תמיד הכאב הוא ראשוני, לפעמים מדובר בכאב משני לתופעות אחרות, לפעמים דרך הכאב ניתן לראות גם את הקשיים הזוגיים צפים ועולים. ישנם מקרים שבהם האשה מודעת לקושי ולא היתה מגיעה לטיפול לולי הקושי שנוצר אצל בן הזוג אך בהרבה מקרים הקושי הוא זוגי ומפריע מאוד לשני בני הזוג, לעיתים יותר לאשה שמרגישה את כובד האשמה על כתפיה כיוון שהיא זו החווה את הכאב ולכאורה מונעת מהזוגיות שלהם להגיע למקום האידאלי שבו היא יכלה להיות.

"מיניותן של נשים היא תופעה מעודנת העשויה שתי וערב, כך שגם אם מושכים חוט אחד הבד לא נפרם ולא חושף את התעלומה שבתוכו. מיניותן של נשים היא בד שמארגו צפוף, פה ארוג ושם קלוע, לפעמים מתוחכם, לפעמים פשוט" (נשים, מין ואינטימיות, עמ' 19)

בקבוצה זו השערת המחקר קיבלה משנה תוקף בכל אחת מהשאלות. נשים שהגיעו לטיפול וסובלות בעת קיום יחסים, או נמנעות מקיום יחסים באופן מובהק עקב הכאבים חשות כי ההשפעה ההלכתית על הנושא של קיום חיים זוגיים על כל המשתמע מכך, נפגעת כתוצאה מהליקוי ברצפת האגן.

רובן הגדול של הנשים רואות את הקשר הישיר בין ההלכה לבין הליקוי הפיזי ומודעות לכך שהם תלויים אחד בשני. ניתן לראות זאת באופן מובהק משאלת המניע (תרשים 8) בה רוב גדול של הנשים ציינו כי הסיבות שהביאו אותן לטפל היו רפואיות והלכתיות גם יחד.

ברצוני להוסיף ולחדד את הנקודה, קשיים בקיום יחסים יכולים להיות פועל יוצא של דליפת שתן, בין אם מתוך רפיון של כל האיזור או שמא חשש, שלעיתים מתממש, של האשה כי ידלוף שתן במהלך היחסים. קשיים בקיום יחסים יכולים להיות גם פועל יוצא של צניחה המקשה על קיומם והם יכולים להיות ראשוניים כתוצאה של אחד הליקויים אותם סקרנו. המשתמע מכך הוא שהם יכולים להיות נרחבים ולחפוף לליקויים נוספים, מה שהופך את הקושי מכאב ממוקד, לבעיה רחבה בעלת שורשים עמוקים הרבה יותר.

כמו כן, בנושא הקשיים בקיום יחסים ניתן היה לראות כי רוב הדיווחים התקבלו דווקא מקבוצת הגיל הצעירה יותר, וזאת מכיוון שזוגות הנתקלים בקשיים בקיום יחסים, לרוב לא דוחים את ההגעה לטיפול על מנת שיוכלו לתפקד כזוג נשוי על כל ההיבטים הכרוכים בדבר ללא עוגמת נפש לאחד מבני הזוג.

חיזוק נוסף להשערת המחקר אנו יכולים לראות בהיגדים של הקבוצה הראשונה, בה התבקשו הנשים לציין מה מבין מצבים שונים שלחלקם יש קשר ישיר להלכה ולחלקם קשר עקיף אם בכלל, יגרום להן לפנות לטיפול. בכוונת תחילה לא צוינה חומרת הבעיה על מנת לתת למי שממלאת את השאלון, את החופש להחליט מה מידת חומרת הבעיה בעיניה. תוצאות השאלון מראות כי באופן ודאי מטופלות יפנו לטיפול עקב קשיים ביחסי אישות, יותר מאשר עקב דיכאון או התמכרויות לאלכוהול ולאוכל.

זוית נוספת על המחקר

מהמחקר והשאלון עלו מספר נקודות נוספות סביב אותו נושא, המשפיעות ומושפעות ממנו.

ניתן לראות כי נשים פונות לטיפול פיזיותרפיה לשיקום רצפת אגן בכל גילאים, מצעירות ועד מבוגרות, נשים ולדניות לעומת נשים שלא ילדו מעולם, נשים בתקופת הפוריות ונשים בתקופת המנופאוזה, ליקויי רצפת האגן רבים ושונים ופוגעים בנשים במצבים רבים. וגם המודעות והקשיים נמצאים אצל כולן.

בנוגע לשאלת הפניה לבקשת עזרה הלכתית ו/או רגשית מגורמים שונים (תרשים 4), האוכלוסייה הנחקרת הינה אוכלוסייה חרדית ולכן הגורמים אליהם פונים לטיפול היו הגורמים שצויינו לעיל. לו היה מדובר באוכלוסייה דתית לאומית או חילונית, הייתי מוסיפה גם פניה לגורמים כמו התייעצויות בפורומים מקצועיים ולא מקצועיים באינטרנט, פייסבוק וכד' אך מכיוון שבאוכלוסייה החרדית אין גישה לאינטרנט, לא היה טעם בשאלה לגבי פניה לגורמים כאלו. מתשובותיהן של הנשים עולה כי הרב הוא אכן דמות מרכזית כאשר ישנה קושייה הלכתית. בנוסף לכך, למרות שלעיתים באוכלוסייה הכללית או בתקשורת הרחבה, מצוייר כאילו מוסד השידוכים בחברה החרדית לא מוכיח את עצמו, או שהנישואין בגיל צעיר ולאחר היכרות קצרה מונעים מהזוג חיים של שיתוף מלא, הרי שמהתשובות לשאלה זו אנו רואים כי שיתוף בן הזוג הוא עניין בסיסי וברור ורובן הגדול של הנשים ישתפו את בן הזוג שלהן גם בבעיות הלכתיות כלליות וגם בבעיות רגשיות ומצוקות.

המלצה לנשים אחרות –

כאשר נשאלו הנשים לגבי המלצה לחברה לפנות לטיפול רצפת אגן. כל הנשים ענו 5 לגבי כל המצבים, ז"א שימליצו לחברותיהן בוודאי, לגבי כל אחד מליקויי רצפת האגן, להגיע לטיפול. חשוב לזכור שהשאלון ניתן למטופלות לאחר שסיימו סדרת טיפולים ברצפת האגן, תשובה כזו לשאלה שנשאלו, מעידה יותר מכל על הצלחת הטיפול ועל חשיבותו לגביהן והידיעה כי הטיפול יעיל וכדאי להמליץ עליו גם הלאה.

תיכנון משפחה –

נשים ציינו באופן מובהק כי קושי בכניסה להריון היה מדרבן אותן לפנות לטיפול. בחברה החרדית נושא הילודה ותיכנון המשפחה הוא בעל חשיבות עליונה. זוג שנתקל בקשיים ואינו

מצליח להביא ילדים או שאינו מצליח להביא 'מספיק' ילדים, נתון ללחץ חברתי ועין ביקורתית מאוד.

ניתן לראות זאת מדבריו של הרב קלמן כהנא בנושא –

"מניעת ההריון באיזו צורה שלא תהיה היא אחד מהאיסורים הכי חמורים. ולכן יזהרו הבעל ואשתו עד מאד, שלא להכשל בעוון חמור זה. וגם אם הרופאים אומרים שיש לחוש לסכנת נפשות במקרה של הריון, אל יפסקו דין לעצמם, אלא ישאלו שאלת חכם." (טהרת בת ישראל - הלכות נידה, עמ' נו')

נקודה נוספת בנוגע לתיכנון המשפחה עולה מההיגדים בקבוצה 7, הרבה מההיגדים בקבוצה זו קיבלו ממוצע גבוה מאוד (מעל 4.9) ובכללם "אם תהיה התנגשות בין אירוע בחיים הפרטיים שלי לבין ההלכה, אפעל על פי דעת תורה" או "הדת תופסת מקום מאוד נכבד בחיים שלי". בתור אנשי מקצוע חשוב להפנים את המידע הזה משום שנשים רבות מגיעות לדוגמא לרופאת נשים שממליצה להן למנוע הריון בדרכים שאינן מקובלות הלכתית, או בכלל להעלות את המושג "תיכנון משפחה" אצל נשים חרדיות כאשר הדברים נופלים על אוזניים ערלות, במיוחד במידה והן התייעצו עם רב (מה שקורה בדרך כלל) שהוא מתווה להם את הדרך בנושא מה מותר ומה אסור.

הרבה פעמים רופאים רואים בעצמם סמכות בלתי ניתנת לעירעור ומשליכים את האמונות שלהם על המטופלים מבלי לטרוח לגשר על פער האמונות והדעות הקיים. במיוחד בנושאים רגישים כל כך צריך לברר שבעתיים מי הדמות שעומדת מולנו ומה מנחה אותה.

סיבות לאי-פנייה לטיפול -

רבות מדברים על הסיבות מדוע נשים לא מגיעות לטיפולים, כאשר בעיקר מציינים את המבוכה הרבה סביב הנושא שמונעת מנשים להגיע לטיפול. במחקר זה נבדקה אומנם אוכלוסייה ספציפית אך דווקא באוכלוסייה זו, נושא הצניעות החיצונית וגם הצניעות בדיבור הינם ממעלה עליונה, לכן שיחות על נושאים אינטימיים אולי אינן עולות על סדר היום באופן תדיר כמו בחברות אחרות, או לפחות לא באותו אופן פומבי.

"הימצאות עלוני מידע בריאותי עם מסרים או תמונות, שלא הולמים את תפיסתם התרבותית ואת הנורמות ההתנהגויות של קבוצות דת ותרבות שונות, לא תעזור, אלא רק תפגע במאמצים של ספקי שירותי בריאות לשפר את הידע ואת המודעות

של המטופלים לנושאי בריאות ולהשפיע על ההתנהגות הבריאותית. " (אברבון

ואחרים, אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו, 2010)

תוצאות השאלון בנושא הסיבות לאי-פנייה לטיפול עד אותו יום, הראו כי סיבת חוסר המודעות לקיומו של הטיפול היא המכריעה ביותר, ולעניות דעתי חוט זה שזור לאורך כל הנושא של העלאה מודעות לנושאים שבציבור החרדי קשה לנקוב בשם, כמו טיפולים בסרטן השד שכאשר ישנו צורך בהעלאת מודעות לביצוע ממוגרפיה, לא נאמרות המילים המפורשות 'סרטן השד' אלא מכבסת מילים כגון "הסרטן הנשי" ודומיה. נתקלתי בבעיה זו כאשר פתחתי את הקליניקה בבני ברק ובאתי במגע עם גורמים שונים על מנת לקדם את המודעות לנושא רצפת האגן, הבנתי שאינני יכולה לפרסם את עיסוקי כלל ועיקר, לא לומר שתן, צואה, רחם, קיום יחסים, זאת אומרת לא היתה באפשרותי לפרסם אף פן של המקצוע שלי בשפה ברורה על מנת שנסים ידעו לאן הן מגיעות ועבור מה ונאלצתי לברור בקפידה מילים שמהן יוכל להשתמע ולו במרומז, אופי הטיפול.

הרחיבה בנושא הד"ר עליזה לביא, יו"ר הוועדה לקידום מעמד האישה בכנסת ה-13, וכינתה את הנושא - חסמים בנגישות הרפואית. לדבריה כל התקשורת המקוונת, המידע שמועבר ברשת האינטרנט אלה מושגים שלא ניתן לדבר בהם בכלל מפני שלא ניתן לדבר על המידע שמועבר ברשת, כאשר עצם השימוש ברשתות ובאי-מיילים הוא אסור, לכן לפני שאנו באים לדבר על הנגשה של מידע לציבור חשוב שנדבר קודם על האיך ולא על ה-מה. (לביא, ישיבת הוועדה לקידום מעמד האישה 2014).

נקודה נוספת אותה חשוב לי להעלות, אחת השאלות בקבוצת היגדים זו היתה שאלת 'טריגר'. בעת כתיבת ועריכת השאלון היה חשוב לי לבדוק שמטופלות לא יענו באופן אוטומטי ויסמנו תשובות מבלי לקרוא עד הסוף את ההיגדים. לכן הצבתי בחלק זה של השאלון, היגד שמערער על קביעה ברורה שלהן, היגד זה הינו "אני חושבת שהקב"ה בוחן את מעשינו באופן כללי ולא מסתכל על הפרטים הקטנים", הסולם נותר כשהיה כאשר 1 – לא מסכימה ו 5- מסכימה מאוד.

רוב המטופלות לא 'נפלו בפח' ולמרות שהתשובות לכל שאר ההיגדים נעו לרוב בין 4 ל-5, כאן כמעט כולן סימנו את האופציות הנמוכות יותר והיגד זה קיבל את הממוצע הנמוך ביותר. יתרה מכך, לא רק שהמטופלות סימנו תוצאה נמוכה בניגוד לשאר ההיגדים אלא היו כמה שההיגד הכעיס אותן מאוד וכתבו במילים את דעתן. ניתן היה למצוא את המשפטים הבאים ליד ההיגד "ברור לי שהכל גלוי לפניו עד הפרט האחרון" מספר נשים כתבו בגדול "לא נכון" והוסיפו סימני קריאה, אחת הנשים כתבה: "ה' משגיח על כל יהודי באופן פרטי" ואחת אף הגדילה לעשות

וכתבה "מסתכל אך כמובן שמצרף מחשבה טובה למעשה וכו' דן אותנו לזכות ואנו צריכים להשתדל לשאוב כח ולא להתבוסס בטעויות שהיו אלא להשתדל תמיד לעלות".

מגבלות המחקר

באופן כללי -

הנשים אשר ענו על השאלון, הן נשים שהגיעו לקליניקה שלי לשיקום רצפת האגן, לא מדובר בדגימה של אוכלוסייה אצל מטפלות שונות או בריכוזים חרדיים נוספים.

מגבלות השאלון –

בשאלון נשאלו הנשים "האם פנית לרב על רקע ליקוי רצפת האגן שלך לפני שהגעת לטיפול?" 77% (50 נשים) ענו שכן ו-23% (15 נשים) ענו שלא. מקריאה של השאלונים לאחר מכן ומהיכרות עם הנשים יתכן שהיתה עולה תמונה שונה לו השאלה היתה מנוסחת באופן שונה מפני שהרבה נשים לא פנו בעצמן לרב אלא פנו לבן זוגן שיתכן והוא רב בעצמו והרבה נשים סיפרו את הבעיה לבן זוגן על מנת שהוא ישאל את הרב, וזאת כפי שחלקן אף ציינו בכתב על גבי השאלון וכן משיחות שהתנהלו בע"פ.

בקבוצת ההיגדים הרביעית, התבקשו הנשים לסמן מה מהמצבים הבאים יגרום להן לפנות לקבלת טיפול באופן מיידי. חשוב לציין שהמינוחים בשאלון הם משמעותיים מאוד. בניתוח מחודש של השאלון צפה השאלה הזו כבעייתית בגלל השימוש במילים "באופן מיידי". 'באופן מיידי' משמעותו היא שהפניה לטיפול התבצעה ברגע שאובחנה הבעיה, אך לא תמיד זהו המצב, לעיתים ישנן טרדות המונעות מהאשה להגיע לטיפול או מצבים שונים בחיי היומיום שאינם מאפשרים הגעה לטיפול, ולכן אנו רואים אחוזים נמוכים יותר. כותרת זו גרמה ליושר הפנימי של המטופלות לבוא לידי ביטוי. מכיוון שרובן הגדול ענה שדליפת השתן מפריעה להן מאוד, אך לא כולן הגיעו מיד לטיפול, למרות שזה לא עולה בקנה אחד עם מידת ההפרעה לאיכות החיים שהן חוות. לכן כאשר נשאלו אם יפנו מיד, הן לוקחות דוגמא מהחיים שלהן ויודעות שכנראה יש מצבים שנמצאים בעדיפות גבוהה יותר (כמו מניעת יחסי אישות וקשר זוגי עם הבעל).

מחקר נוסף עשוי לכלול התייחסות מיוחדת לזרמים השונים באוכלוסייה החרדית. אשכנזים לעומת ספרדים, חסידים לעומת ליטאים או חרדים מקהילות שונות ברחבי הארץ ואולי אף מחוצה לה.

סיכום

אנו חיים בעולם מגוון מאוד מבחינה תרבותית/אתנית, דתית, מגזרית ואף תת-מגזרית. עושר שכזה מגלם בתוכו פנים רבות בחברה שלנו ועלינו לדעת להכיר את כל ההשלכות של המגוון הזה. בעיקר כמטפלים וכצוות שעובד עם אוכלוסייה בעיסוק בנושאים כל כך רגישים ואינטימיים, עלינו להכיר לא רק את השפה והמינוחים הייחודיים לכל סוג אוכלוסייה, אלא גם את הגורמים המניעים אותם לבצע פעולות כלשהן.

המסקנה הברורה שעלתה מן המחקר, כי חשיבותה של ההלכה בעיניהן של הנשים החרדיות אינה מנותקת כלל ועיקר מן ההוויה היומיומית שלהן, ומכסה פנים רבות של אורח חייהן ושל הגורמים המעצבים את אישיותן, רצונותיהן, וההתייחסות שלהן לעצמן ולסובבים אותן, מחייבת אותנו כאנשי מקצוע, להקשיב קשב רב לפרטים היוצרים את זהותם המורכבת של המטופלים שלנו, ולניוואנסים השונים בין סוגי האוכלוסיות.

הדרכה נכונה של אנשי צוות טיפולי, בנוגע לאופן הפניה המילולית, וכן גם הרעיונית, יכולים להקל בהנגשת המידע ולתת רוח גבית חזקה להצלחת הטיפול ולשיתוף פעולה גבוה יותר. כולי תקווה כי נשכיל למצוא את הדרך הישרה והנכונה על מנת לעזור לכל אישה באשר היא.

ביבליוגרפיה

- אברבוך, א. קידר, נ. חורב ט. (2010) *אי שוויין בבריאות וההתמודדות עמו*. ירושלים: משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- אדמנית, ב. (2000) *חינוך הבת - מסרים גלויים ומסרים סמויים*. בתוך: האישה ביהדות - אתגרים בחינוך הבת הדתית בעידן המודרני. *קובץ דיונים מס' 3*, 42-44.
- אשכנזי, ר. י. *תרומת הדשן*.
- בורנשטיין, י. (2009) *וסטיבולודיניה - הנסיון בישראל*. הרפואה, *148(7)*, 465-470.
- בורנשטיין, ר. א. (1913) *אבני נזר חלק יורה דעה*. ניו יורק: דפוס והוצאת אברהם יצחק פרידמן.
- בילו, י. ו. א. (1994) *רגישות תרבותית בטיפול: קווי הנחיה לעבודה עפ מטופלים חרדיים - חלק א'*. שיחות ח(2), 114-119.
- בן אליהו, י. ח. (תרנ"ח) *בן איש חי*. ירושלים: דפוס יהושע.
- ברדע, י (תשל"ד) *אימתי קורין אותה מורדת? דיני ישראל כרך ה*, עמ' 49-84.
- ברייש, מ. י. (תשנ"ב) *שו"ת חלקת יעקב - יורה דעה*. תל אביב: דפוס תל אביב.
- ברמן ג, ברמן, ל. (2001) *לנשים בלבד*. ב. ש. מנס (Trans.), תל אביב: מטר.
- גומבינר, א. *מגן אברהם*.
- דאנציג, ר.א. *חיי אדם*.
- דוד, ה.א. (תרע"ב) *בעלי הנפש שער הקדושה*. וילנא. דפוס: 'דפוס והוצאה'.
- הכהן, י. מ. (תשנ"ד) *משנה ברורה*. דפוס 'מכון דעת יוסף'.
- מרדכי אליהו, הרב. (תש"ס). *הערות הרב אליהו על קיצור שולחן ערוך*. ירושלים: הוצאת דרכי הוראה לרבנים.
- הרטמן, ט. (2003) *כיסוי וגילוי באישה*. דעות. 11-6, (17).
- וייסבלאי, א. (2008). *מערך החיסונים בישראל*. ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת.
- ויצטום, א. גודמן, י. (1998). *ביטוי מצוקה נפשית אצל חרדים: הבניה נרטיבית והתערבות נרטיבית רגישת תרבות, חברה ורווחה*. *יח(1)* 97-123.

ולדנברג, ה. א. (1998) שו"ת ציץ אליעזר, קונטרס רפואה במשפחה.

יוסף, י. הרב (תשס"ז) ילקוט יוסף. ירושלים: תורה והוראה.

כהנא, ק. ב. (תשל"ט) טהרת בת ישראל - הלכות נידה. ירושלים: הוצאת ספרים פלדהיים.

לביא, ד. ע. (יום רביעי י"ט חשוון התשע"ה 2.11.2014 שעה 9:30) פרוטוקול מספר 111 משיבת הוועדה לקידום מעמד האשה.

לנדא, ה. י. (1960) נודע ביהודה. מהדורה קמ"א וכן מהדורה תניינא. ניו יורק: הוצאת הלכה ברורה.

שניאור זלמן מלאדי, רב. (תרל"ה) שולחן ערוך הרב הוצאת בית מסחר הספרים של ר' וואלף ברז' יעבץ. וורשא.

מלמד, א. הרב (תשס"ז) פניני הלכה, תפילת נשים. הוצאת הר ברכה.

נורת'רופ, כ. (2000) גופה של אישה תבונתה של אישה. טובה קורנפלד-שטנפלד (תרגום). הוצאת אור-עם, ישראל.

סולוביציץ, י. ד. הרב (תשס"ו) אדם ובינתו - שש מסות על חיי המשפחה) ד. ש. וולולסקי וא. שניאן, ירושלים: מאוצר הרב.

סופר, י. הרב (תשכ"ט) כף החיים. ירושלים.

ענלאו, ג. הרב (תרצ"ד) משנת רבי אליעזר. ניו יורק: הוצאת בלוד.

פיוטרקובסקי, מ. (2010) אמנות בניית המשפחה: על בניית משפחה, חינוך למיניות ותכנון המשפחה. דעות (48) 23-26.

פירר, מ. (2001) פניה לעזרה נפשית מקצועית באוכלוסייה החרדית. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית. בית הספר לעבודה סוציאלית, בר אילן.

צרפתי, ד. (2008) האטיולוגיה של וסטיבולודיניה *Israeli Journal of Ob&Gyn* (63) 4-6.

יוסף, ע. הרב בתוך קארו, י. הרב. בית יוסף על טור יורה דעה.

קארו, י. רב (תשל"ז) שולחן ערוך אבן העזר, אורח חיים, יורה דעה. ירושלים: ב.ב. הוצאה לאור והפצה בע"מ.

קונרד, ש. מ. מ. (2002) אינטליגנציה מינית. ניו יורק. ל. ברקת (תרגום). שמעוני הוצאה לאור.

קליטון, א. ה. (2008) נשים, מין ואינטימיות. י. ס. שפירו (תרגום). תל אביב: מטר.

קפלן, ד. (2010) בחזית המחקר, הסוציולוגיה של המיניות. פיקפוק. 20.

רבינוביץ, ש. ב. (תשע"א) פסקי תשובות. ירושלים.

רוזנבאום, ט. (2009) פיזיותרפיה כטיפול בנשים עם הפרעות בתפקוד המיני. הרפואה, (9) 148-606-609.

רמב"ם. ספר אהבה -הלכות תפילה .

רשב"א. שאלות ותשובות .

שבדרון, ש. הרב. (תשל"ד). שו"ת מהרש"ם. ירושלים: מכון חתם סופר ירושלים.

שטיינברג, א. (תשמ"ג). השקפת היהדות על החיים המיניים. ספר אסיא. כרך ד. ירושלים: הוצאת ראובן מס בע"מ.

שטיינברג, א. (תשס"ו) אנציקלופדיה הלכתית רפואית כרך ה' ירושלים: בהוצאת המכון ע"ש ד"ר פלק שלזינגר ז"ל לחקר הרפואה על פי התורה ליד המרכז הרפואי שערי צדק ירושלים.

שמש, א. (2004) חולי השבירה 'הרניה וצניחת איברים בראי ספרות השאלות והתשובות. אסיא עג-עד .

שפירא, ר. א. אליה רבה .

שרייבר, ר. מ. (1903) שו"ת חתם סופר. חלק ב' יורה דעה.

תלמוד בבלי. (תר"מ) מסכת קידושין, ברכות, כתובות. וילנא: דפוס הוצאת האחים והאלמנה ראם.

תנ"ך. ספר בראשית .

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.* Arlington: American Psychiatric Publishing.

Avishai, O. (2006). Modesty Purity and Jewish women's bodies: Pedagogical Objects, Performative subjects, and the Problem of Feminism. *Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association.* Montreal Convention Center, Canada.

Baden W. Walker TA. (1972). Physical diagnosis in the evaluation of vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynecol (15)* 726-730.

Barrett, G. Pendry, E. Peacock, J. Victor, C. Thakar, R. Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG*(107) 186-195.

- Basu, M. Duckett, J. (2009). Barriers to seeking treatment for women with persistent or recurrent symptoms in urogynaecology. *BJOG* (116) 726-730.
- Bergeron, S. Brown, C. Lord, M. J. Oala, M. Binik, Y. M. Khalifé, S. B. (2002). Physical therapy for Vulvar vestibulitis syndrome: A retrospective study. *Journal of sex and Marital Therapy*(28), 183-192.
- Bergeron, S. Khalifé, S. Glazer, HI. Binik YM. (2011). Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-a-half year follow-up and predictors of outcome. *Obstet Gynecol* 111(1), 159-166.
- Berkowitz, B. (2008). Cultural aspects in the care of the Orthodox Jewish Woman. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(1), 62-67.
- Bornstein, J. Zarfati, D. Goldik, Z. Abramovici, H. (1999). Vulvar Vestibulitis: Physical or Psychosexual problem? *Obstetrics & Gynecology*(93), 876-880.
- Buckley, B.S, Lapitan, M.C.M. (2010). Prevalence of Urinary Incontinence in Men, Women and Children - Current evidence: Finding of the fourth international consultation on incontinence. *Urology* 76, 265-270.
- DeJadicibus, M.A, MacCabe. MP. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res*(39), 94-103.
- Dumoulin, C. Hay-Smith, E.J.C, MacHabee-Seguin, G. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of systematic reviews*, 1, 1-54.
- Eason, E. Labrecque, M. Marcoux, S. Mondor, M. (2002). Anal incontinence after childbirth. *CMAA*(166), 326-330.
- Fenner D.E, Genberg, B. Brahma, P. Marek, L. DeLancey, O.L. (2003). Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *American J of Obstetrics and Gynecology*(189), 1543-1549.

- Gontard, A. Baeyens, D. Hoecke, E. Warzak, W.J. Bachmenn, C. (2011) Psychological and Psychiatric Issues in Urinary and Fecal Incontinence. *The J of Urology*, 185, 1432-1437.
- Gyhagen, M. Bullarbo, M. Nielsen, T.F. Milson, I. (2012). Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG*, 152-160.
- Haylen, B.T. Ridder, D. Freeman, R.M. Swift, S.E. Berghmans, B. Lee, J. Monga, A. Petri, E. Rizk, D.E. Sand, P.K. Schaer, G.N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society(ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*(21), 5-26.
- Howard, F. Steggall, M. (2010). Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking. *British J of Nursing*(19), 742-749.
- Jackson, S.L, Weber, A.N. Hull, T.L. Mitchinson, A.R. Walters, M.D. (1997). Fecal incontinence in Women with Urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, 89, 321-483.
- Jelovsek, E. Bareber, D.M. (2006). Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J of Obstetrics & Gynecology*(149), 1455-1461.
- Katan, Y. Neuman, M. (2001). Is female urinary incontinence an obstacle for jewish religious marriage? *Thumin*(21), 132-140.
- Minassian, V.A. Drutz, H.P. Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J of Gynecology & Obstetrics*(82), 327-338.
- Molander, U. Milsom, I. Ekulund, P. Mellstrom, D. (1990). An epidemiological study of urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Maturitas*.12(1), 51-60.

- Morrill, M. Lukacz, E.S. Lawrence, J.M. Nager, C.W. Contreras, R. Luber, K.M. (2007). Seeking healthcare for pelvic floor disorders: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*(197), 1-86.
- Mouritsen, L. Prien.-Larsen, J. (2003). Symptoms, Bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, 14(12), 122-127.
- Mouritsen, L. (2005). Classification and evaluation of prolapse. *best Practice & Resarch Clinical Obstetrics & Gynaecology Journal*, 19(6), 895-911.
- NIH Conference. (1988). Urinary Incontinence in adults. In N. i. health (Ed.), *Consensus development conference staement*, 7(5), pp. 1-32. Oct 3-5.
- Roets L. (2007). The experience of women with genital prolapse. *Curationis*, 30(3), 7-14.
- Rosen, N.O. Bergeron, S. Lambert, B. Steben, M. (2013). Provoked Vestibulodynia: Mediators of the Associations Between Partner Responses, Pain and Sexual satisfaction. *Arch Sex Behav*(42), 129-141.
- Rosenbaum, T.Y. Paauw, E. Aloni, R. Heruti, R.J. (2013). The Ultra-Orthodox Jewish couple in Israel: An Interdisciplinary sex therapy case study. *Journal of sex & marital therapy*, 39(35), 428-435.
- Rosenbaum, T.Y. Ribner, D.S. (2005). Evaluation and Treatment of Unconsummated Marriages among Orthodox Jewish couples. *Journal of sex & marital therapy*, 14(31), 341-353.
- Rosman, E. (2010). Hilchot Niddah and Gynecological Procedures. *J Verapo Yerape*(1), 253-272.
- Schwartzbaum, A. Rier, D. Goldsmith, R. Heller, C. (2004). *Health and health service utilization amongst Haredi women in Israel. Report to the Israel national Institute for Health Policy and Health services research* .

- Shifren, J.L. Johannes, C.B. Monz, B.U. Russo, A.P. Bennet, L. Rosen, R.J. (2009). Help-seeking Behavior of women with Self-Reported Distressing Sexual problems. *J of Women's Health*(18), 461-468.
- Simpson, W. Ramberg, J.A. (1992). The influence of religion on sexuality: implications for sex therapy. *Theology and Medicine*(1), 155-165.
- Thompson, J.F. Roberts, C.L. Currie, M. Ellwood, D.A. (2002). Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth*(29), 83-94.
- Tinelli, A. Malvasi, A. Rahimi, S. Negro, R. Vergara, D. Martignago, R. Pellegrino, M. Cavallotti, C.M. Vergara, D. M. (2010). Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. *Menopause*, 1(17), 204-212.
- Yeniél, A.O. Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J*(25), 5-14.

נספח – שאלון

שאלון להערכה של הגורמים לפניה לקבלת טיפולים פיזיותרפיים לחיזוק שרירי רצפת האגן:

פיזיותרפיה של רצפת האגן מטפלת במגוון רחב של תחומים, בשאלון זה נבחרו מספר תחומים אשר גורמים לליקוי בתפקוד הגופני ובנוסף לכך יש להם השפעה על אופן קיום המצוות ושמירה על חיים לאור ההלכה.

מטרת המחקר הינה לבדוק את הקשר בין המניע מתחום התפקוד הגופני שגרם לך להגיע לטיפול, לבין מידת המשמעותיות של הקושי בשמירת חוקי ההלכה בחייך, כל זאת בכדי לשפר את התקשורת ואופן העברת המידע בין המטפלות למטופלות.

פרטייך האישיים ישארו חסויים וישמשו לצורך המחקר בלבד. לא יעשה בהם כל שימוש מחוץ למסגרת המחקר.

יתכן וחלק מן השאלות יראו לך לא קשורות, אבקשך לנסות ולענות על כל השאלות מאחר ואלו דרישות המחקר שהינו מיועד לנשים ממגוון אוכלוסיות.

אנא עני על כל השאלות ובחרי בתשובה המתאימה לך ביותר.

א. פרטים דמוגרפיים: (בראשי תיבות ושלוש הספרות האחרונות של ת.ז.)

תאריך:

גיל:

הגדרה דתית: חרדית/דתית-לאומית/מסורתית/אינני דתיה/אחר _____

מצב משפחתי: ג , א , נ , ר , במערכת יחסים

ארץ מוצא _____

השכלה _____

אני כרגע עובדת / לא עובדת.

תרופות:

מחלות רקע : סכרת, לחץ דם, תת/יתר פעילות בלוטת התריס, אחר _____

רקע מיילדותי:

האם היו קרעים? באיזו דרגה?	האם בוצעה אפיזוטומיה	כיצד הסתיימה הלידה? נרתיקית/ואקום/מלקחיים/ניתוח קיסרי	כמה שעות היית בלידה	האם עברת זירוז?	מין הילד/ה	משקל בלידה	שנת לידה	ילד/ה
								1
								2
								3
								4
								5
								6
								7
								8
								9

								10
--	--	--	--	--	--	--	--	----

אני בהריון כעת: כן / לא

ב. רקע:

1. אני סובלת מליקוי ברצפת האגן כן/לא
2. הבעיה ממנה אני סובלת הינה (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת נכונה)
 - דליפת שתן
 - דליפת צואה
 - תכיפות ו/או דחיפות במתן שתן
 - קושי במתן השתן / צואה
 - צניחה של אחד או יותר מאברי האגן
 - כאבים ו/או קשיים בקיום יחסים
3. מתי התחיל הליקוי ברצפת האגן?

לא רלבנטי	יותר מעשר שנים	5-10 שנים	2-5 שנים	בין שנה לשנתיים	לפני מס' חודשים	
						דליפת שתן
						דליפת צואה
						תכיפות/דחיפות במתן שתן
						קושי במתן שתן/צואה
						צניחה של אחד או יותר מאברי האגן
						כאבים ו/או קשיים בקיום יחסים

4. האם פנית לרוב על רקע ליקוי רצפת האגן שלך לפני שהגעת לטיפול? כן/לא
5. כאשר אני נתקלת בבעיה רגשית או פיזית, נח לי לבקש עזרה מ:

נא צייני את תשובתך ע"י סימון המספר המתאר בצורה הטובה ביותר את כוונתך:

1- לא סביר, 5 – סביר בהחלט

1- לא סביר	2	3	4	5 – סביר בהחלט	
					רב
					קו סיוע טלפוני
					אשת/איש מקצוע
					הורה

					חבר/ה
					בן זוג
					לא מבקשת עזרה מאף אחד

6. כאשר אני נתקלת בבעיה הלכתית אני מבקשת עזרה מ:

נא צייני את תשובתך ע"י סימון המספר המתאר בצורה הטובה ביותר את כוונתך:

1- לא סביר, 5 – סביר בהחלט

1 – לא סביר	2	3	4	5 – סביר בהחלט	
					רב
					קו סיוע טלפוני
					אשת/איש מקצוע
					הורה
					חבר/ה
					בן זוג
					לא מבקשת עזרה מאף אחד

7. לפניך רשימה של מצבים שלרוב גורמים להגעה לטיפול. לו היית חווה אחד מהמצבים האלו,

נא דרגי את מידת הפנייה שלך לקבלת טיפול

1- לא אפנה לטיפול 5- אפנה בהחלט.

1 – לא אפנה לטיפול	2	3	4	5 – אפנה בהחלט	
					שינויים במשקל
					בעיות בזוגיות
					התמכרות לאוכל
					התמכרות לאלכוהול
					קשיים ביחסי אישות
					דיכאון
					קונפליקטים משפחתיים
					חרדה
					קשיי שינה
					רגשי נחיתות
					בידודות

בהיגדים הבאים – נא סמני את מידת נכונות ההיגד מ-1 1-5 - לא מסכימה 5-מסכימה בהחלט

כאשר חברה פונה אלי ומספרת לי שיש לה בעיה , האם אמליץ לה לפנות לטיפול במידה והבעיה היא -

מסכימה 1 – לא	2	3	4	5 – מסכימה בהחלט	
					דליפת שתן
					צניחת רחם
					צניחת שלפוחית
					קושי בכניסה להריון
					חוסר יכולת להתאפק לצורך הגעה לשירותים
					כאבים בקיום יחסים

ג. רצפת האגן:

לא רלבנטי	1 – כלל לא	2	3	4	5 - מאוד	
						1. כאשר דולף לי שתן זה מפריע לי
						2. אני מתביישת שבורח שלי שתן
						3. לפני התפילה אני נכנסת לשירותים
						4. הצניחה שלי גורמת לי לדימוי גוף נמוך
						5. אני מרגישה שיש לי צניחה
						6. אני חוששת שבגלל הצניחה לא אוכל להיכנס להריון
						7. הצניחה מורידה את ההנאה שלי מקיום יחסים
						8. הצניחה מורידה את הנאתו של בן זוגי מקיום יחסים
						9. כואב לי בזמן קיום יחסים
						10. אני לא נהנית מקיום יחסים
						11. מעולם לא נהניתי מקיום יחסים
						12. תמיד כואב לי בקיום יחסים
						13. הכאבים גורמים לי להימנע מקיום יחסים

ד. פנייה לטיפול:

בהיגדים הבאים אבקשך לסמן מה מהמצבים הבאים יגרום לך לפנות באופן מיידי לקבלת טיפול

לא רלבנטי	1 – לא אפנה	2	3	4	5 – אפנה לטיפול באופן מיידי	
						1. כשמצאתי שאני לא נקייה בזמן תפילה
						2. כשגיליתי שיש לי דליפת שתן
						3. כשגיליתי שיש לי צניחה
						4. אם היה לי קושי בכניסה להריון בגלל הליקוי ברצפת האגן
						5. אם היו לי דימומים בגלל הצניחה שהיו מקשים עלי להיטהר לטבילה
						6. אם אחשוש שמצב הגופני גורם לי להתגנות על בעלי
						7. אם אמנע מקיום יחסים עקב הכאבים שלי
						8. כשלא הצלחנו לקיים יחסים במשך תקופה

ה. סיבות לאי-פניה לטיפול:

הסיבה שבגללה לא פניתי לטיפול עד עתה היתה:

סמני את מידת נכונות ההיגד 1 – כלל לא נכון 5- נכון מאוד

לא רלבנטי	1	2	3	4	5	
						1. לא חשבתי שהבעיה מספיק חמורה
						2. לא היה לי זמן לטפל בעצמי
						3. אין לי כוח לבצע תרגילים
						4. אין לי רצון להשקיע
						5. אני נבוכה לדבר על הנושא
						6. אני חוששת מהבדיקה
						7. אינני יודעת אם הטיפול יעיל
						8. לא ידעתי עד עתה שקיים טיפול בנושא זה.

ו. היגדים רגשיים:

מסכימה 1-לא	2	3	4	5 – מסכימה מאוד	
					1. אני מעדיפה לא לשתף אנשים בליקוי שיש לי ברצפת האגן
					2. אני מודאגת ממצבי הגופני
					3. אני משתפת את בן זוגי במצבי הגופני
					4. אני משתדלת לשמור על שלום בית ולהיות רעה נאמנה
					5. ההלכה חשובה לי יותר מאשר לבן זוגי
					6. ההלכה חשובה לבן זוגי יותר מאשר לי
					7. אם אני מוצאת שלא קיימתי מצווה כמו שצריך זה מפריע לי
					8. אם עברתי עבירה בשוגג זה מפריע לי
					9. אם יהיו לי בעיות בנישואין, לא אפנה לאיש מקצוע אלא אשתדל לפתור אותן בעצמי
					10. אם תהיה לי בעיה בתיפקוד המיני, יהיה לי קשה מאוד לדבר על כך
					11. כשמתקלקל מכשיר חשמלי בביתי אני מנסה לתקן אותו בעצמי
					12. כשמתקלקל מכשיר חשמלי בביתי אני פונה לבן זוגי לעזרה
					13. אם תהיה לי בעיה חמורה עם בן זוגי, לא אשמור זאת לעצמי אלא אפנה לגורם חיצוני
					14. אם תהיה לי בעיה בתיפקוד המיני, אפנה למומחה לעניין
					15. יש בעיות שיוצרות מצוקה גדולה כל כך שאי אפשר להתמודד איתן לבד
					16. אם אחלה ח"ו במחלה ממושכת כגון סכרת, בנוסף לטיפול הרפואי שאקבל, אחפש גם אנשים שיוכלו להדריך אותי ולסייע לי
					17. ישנן בעיות גופניות שאינני יכולה לפתור בעצמי
					18. ישנן קושיות הלכתיות שאינני יודעת את התשובה עליהן

ז. היגדים בנושאי דת:

1	2	3	4	5	
					1. הדת תופסת מקום מאוד נכבד בחיים שלי
					2. אם תהיה התנגשות בין אירוע בחיים הפרטיים שלי לבין ההלכה, אפעל על פי דעת תורה
					3. אני מאמינה שרבנים יכולים לפסוק בכל נושא גם אם לא למדו אותו לעומק
					4. אני מרגישה מחוייבת לקיום מצוות

					5. אני משתדלת לקיים את המצוות על הצד הטוב ביותר
					6. אני מתפללת לפחות תפילה אחת ביום
					7. אני מקפידה על ברכות
					8. אני חושבת שהקב"ה בוחן את מעשינו באופן כללי ולא מסתכל על הפרטים הקטנים
					9. ברגע שהבעיה הגופנית שלי גרמה לי לקושי בקיום מצוות החלטתי להגיע לטיפול
					10. אני מקפידה לקבוע עיתים לתורה
					11. אני מקפידה להגיע לשיעורי תורה
					12. חשוב לי שבן זוגי יהיה איש תורה
					13. חשוב לי לשדר לילדיי שאנחנו חיים בבית תורני
					14. הוריי חינוכו אותי להקפדה יתירה בקיום מצוות
					15. אני מקפידה מאוד על קיום מצוות

ז. היגדים בנושא גוף ונפש

1	2	3	4	5	
					1. הגוף שלנו הוא רק כלי שבו מונחת הנפש
					2. אני מסכימה עם המשפט "נפש בריאה בגוף בריא"
					3. לגוף שלי אין שום משמעות ואני לא צריכה לטפח אותו מעבר למינימום הדרוש
					4. חשוב לי להראות טוב כי זה גורם לי להרגיש טוב עם עצמי
					5. אם הגוף שלי מפריע לי לקיים מצוות אז צריך לטפל בו
					6. יש לי כח סבל גדול
					7. אני מעדיפה לטפל בבני המשפחה שלי לפני שאני מטפלת בעצמי
					8. אמא שלי לא דאגה לטפל בבעיות הגופניות שלה
					9. כשלאמא שלי היו בעיות בריאותיות, סמכתי עליה שתדע כיצד לנהוג
					10. כשלאמא שלי היה ספק הלכתי, סמכתי עליה שתדע כיצד לנהוג
					11. אם לבן זוגי היתה בעיה בריאותית, הייתי מצפה ממנו לפנות לטיפול באופן מיידית
					12. אם לבן זוגי היתה בעיה בריאותית שגורמת לו לקושי בלימוד תורה הייתי מצפה ממנו לטפל בכך מיידית
					13. אם לבן זוגי היתה בעיה בריאותית שגורמת לו לקושי בתפילה הייתי מצפה ממנו לטפל בכך מיידית
					14. כאשר עולות בעיות בחיים הזוגיים, אני מצפה שבן זוגי ימצא את הפתרון לכך
					15. בבית אני צריכה לעשות הכל

באופן כללי, לוו היית מתבקשת להגדיר מה המניע בעל המשקל המכריע יותר בעת הפניה לטיפול הפיזיותרפי, מה הייתה תשובתך. סמני ✓ במקום המתאים הרלבנטי

מניע הלכתי	מניע רפואי
	קשיים במתן שתן/צואה
	צניחה של אברי האגן
	קשיים בקיום יחסים

Abstract

Pelvic floor medicine deals with treatment of tissue, muscle and ligament deficiencies making up the pelvic floor. Sometimes these deficiencies result in urine and fecal incontinence, sexual dysfunctioning, organ prolapse and dysfunction of organs. Each injury has universal significance in a woman's quality of life. Religious, and especially or Ultra-orthodox (Haredi) women suffer twofold: everyday functioning is impaired – as every other woman, and in addition their ability to properly fulfill mitzvot/commandments are also damaged.

The field of pelvic floor physiotherapy is a relatively new one within women's health. The efficiency and characteristics of the treatments are being researched extensively. There is special interest in this field in Israel, due to the direct connection between medicine and Halacha, which religious women find very important.

This research paper examines the motivating factors of religious and especially Ultra-orthodox women of requesting treatment for pelvic floor deficiency: the halachic repercussions or alternatively other medical repercussions. The paper examines the weight of these causes in motivating Ultra-orthodox women to receive physiotherapy treatment for pelvic floor rehabilitation.

Scientific-Theoretical Background:

The Scientific-theoretical survey deals with three main areas in the framework of the physical therapy for pelvic floor rehabilitation that are treated. These areas are:

A. Incontinence - when there is a distinction between urinary incontinence and fecal incontinence. Urinary incontinence appears in different forms: it can be a result of physical effort or characterized by frequent bathroom visits or by the inability to

restrain urine release which impairs her quality of life and her ability to lead a normal life.

Fecal incontinence is also derived from defective activity of the pelvic floor sphincters, but its social consequences are far more extensive.

B. Organ prolapse –the lower abdominal organs; bladder, uterus and rectum are situated in the pelvis. Various reasons cause one or more of these organs to completely or partially fall/prolapse: genetics, excessive weight, menopause, pregnancy and childbirth and others. This can affect standing and walking and can lead to functional disorders such as a difficulty to stand for a long time, an inability to pick up a child or carry shopping. In addition there is a fear of implementing actions involving internal stomach pressure, different pains, sometimes even bleeding and difficulties to conceive.

C. Pain and/or difficulty having sexual relations - this impairment can appear amongst newlywed couples experiencing difficulty with preliminary sexually contact as a result of over contraction of the pelvic floor sphincters or due do Vestibulodynia – over sensitivity of the vestibule. It can also appear amongst couples during sexual intercourse where the woman experiences different forms of pain in the pelvic area. These strong, and annoying pains, prevent the possibility of sexual contact and accompany the woman in everyday functions, and not just within the framework of sexual relations.

Halachic-Theoretical background:

Here we shall relate to the three topics examined in the scientific-theoretical background, with the additional understanding of their halachic significance, on the personal side of the woman's life or couple's perspective.

- A. Incontinence - for the religious woman, there is an obligation to make blessings and pray, which cannot be implemented if a person is unclean, due to their sanctity. Urine or feces incontinence will prevent a woman from praying, or in the worst scenario, if she prayed when unclean. her prayer will be considered an abomination, as if she had not prayed at all. For an orthodox woman keeping the halachic laws, this seriously impairs a correct religious way of life.
- B. Organ prolapse - as mentioned previously, organ prolapse can give mild symptoms such as discomfort or pain, but can also develop into a situation preventing sexual relations or conception. In addition the appearance of blood prevents immersion in the ritual bath (Mikveh). This situation is unpleasant from a personal and conjugal perspective. Another difficulty is that the very existence of the prolapse is not aesthetic and can make the husband recoil from his wife. All these are common to all women but have halachic implications and thus are more emphasized.
- C. Pain and difficulties in sexual relations. - this situation causes many couples to avoid intercourse and as a result prevents them from practicing a very essential aspect in marital life and also prevents procreation.

Research Hypothesis:

Haredi women attach great importance to the halachic implications of a medical issue, and not just in order to treat the specific problem. The haredi woman turn to pelvic floor physiotherapy not only for the treatment itself but in order to help her fulfill the religious commandments.

Research method:

The research is a quantitative one based on questionnaires. They were distributed to 65 Ultra-Orthodox women, at the Pelvic Floor Rehabilitation Clinics in Bnei-Brak and Elad and were distributed after completion of treatment and were filled anonymously. The women were requested to grade the extent of their agreement/disagreement with the different statements on the issues of pelvic floor, religion and the connection between them.

Findings:

The questionnaires' analysis showed that the halachic aspect is a very important element in the life of haredi woman. This can be shown by their answers to the statements such as "Religion plays a central part of my life" with the same average as the sentence "I feel obligated to fulfill religious commandments" on a scale of 1-5 (SD=0.35 and M=4.84 from the average was 4.94 SD=2.42).

The research hypothesis was proved correct and the percentage of women who responded that the reasons motivating them to turn to treatment were both medical and halachic were significantly higher than the women who responded that only the medical or halachic reason was the catalyst for turning to treatment. Out of 65 women who completed the questionnaires, only 2 (3.08%) ticked all the statements that stated that only the halachic aspect was the motivating factor, 15 women (23.08%) noted that only the medical situation was the motivating factor; yet 48 women (73%) pointed out that both the medical and the halachic aspects were a major reason for their request for treatment.

Discussion:

We discovered that the group of women who came as a result of urine incontinence suffered a significant and difficult blow to their ability to fulfill religious

commandments. However, there was not a significant difference between the percentage of women who noted that the motivating factor was both medical and halachic, and those who signed that the factor was only halachic. On the issue of prolapse, the percentages of medical-halachic motivation were higher but there were women who responded that if the prolapse led to difficulties in religious immersion (mikveh) they would definitely turn to treatment. Amongst the group who came to the clinic because of difficulties in intercourse, the halachic-medical factor was the most prominent and women pointed out the strong dependency between the ability to fulfill commandments and the body functioning especially in this field which influences both the life of the woman and her pain and feelings and also the life of the couple and its functioning together with all its ramifications. In other words, when there is a halachic difficulty in addition to a medical disfunction, it is experienced more harshly and damages the quality of life and makes religious women become more active in turning to treatment.

This work was carried out under the supervision of Prof. Jacob Bornstein
and Prof. Menahem Neuman. Faculty of Medicine, Bar-Ilan University

BAR-ILAN UNIVERSITY

Ultra-Orthodox Women Seeking Pelvic Floor Physiotherapy Rehabilitative Treatment – Halachic and Medical Motivators

Lea Tene

Submitted in partial fulfillment of the requirements for the
Master's Degree in the School of Education, Bar-Ilan University

Ramat-Gan, Israel

2015