

פרופילים של סיכון למחלות לב וכלי דם, בקרב מבוגרים עם אינטליגנציה גבולית ומוגבלות שכלית המתגוררים בדיור נתמך בקהילה

יפעת הרץ טברסקי^{1,2}, פרופ' ריקי טסלר¹, ד"ר שרון ברק³

¹ניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל, ²חברת קשר, ³סיעוד, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

תוצאות

השתתפו במחקר זה 261 מבוגרים עם אינטליגנציה גבולית או מוגבלות שכלית. (71% ו-29% מהמדגם בהתאמה), עם גיל ממוצע של 38.1 + 14.5 (46% נשים). זוהו ארבעה אשכולות סיכון למחלות לב וכלי דם: "נמוך" (גורם סיכון אחד; 34.1%), "בינוני" (2 גורמי סיכון; 21.8%), "גבוה" (3-4 גורמי סיכון; 12.64%) ו"גבוה מאוד" (< 4 גורמי סיכון; 34.09%). למרות שכל האשכולות הפגינו רמות נמוכות של פעילות גופנית, בהשוואה למחקרים דומים בתחום, רמת הפעילות הגופנית שנצפתה הייתה גבוהה יותר. האשכול בסיכון גבוה מאוד כלל משתתפים מבוגרים יותר ושכיחות גבוהה של הפרעות פסיכיאטריות. לא היה הבדל בין אשכולות בשנות השהייה בדיור.

דיון

שכיחות גבוהה של גורמי סיכון למל"כ

נצפתה שכיחות גבוהה באופן משמעותי (31%) של סיכון מוגבר למל"כ (מעל 4 גורמי סיכון) בקרב המשתתפים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (2.9%).

פעילות גופנית נמוכה כגורם סיכון

רמת פעילות גופנית נמוכה נמצאה בכל האשכולות, אך שכיחותה (34-49%) גבוהה מהמדווח בספרות (9%). ממצא המצביע על תרומת הדיור לביצוע פעילות גופנית.

עודף משקל והשמנה

בדומה לספרות, שכיחות עודף המשקל וההשמנה (59.8%) בקבוצת המחקר הייתה גבוהה מהממוצע באוכלוסייה הכללית בישראל (50.2%).

הקשר בין הפרעות פסיכיאטריות וסיכון למל"כ

הקשר המובהק בין הפרעות פסיכיאטריות לסיכון גבוה למל"כ, במיוחד באוכלוסייה עם אינטליגנציה גבולית, מחדד את הפגיעות של אוכלוסייה זו, למרות התפקוד הקוגניטיבי.

השפעת משך השהות בדיור נתמך

היעדר הבדלים במשך השהות בדיור נתמך בין האשכולות, מעלה שאלות לגבי האיוון הנדרש בין אוטונומיה לפיקוח בקידום אורח חיים בריא בדיור.

רקע

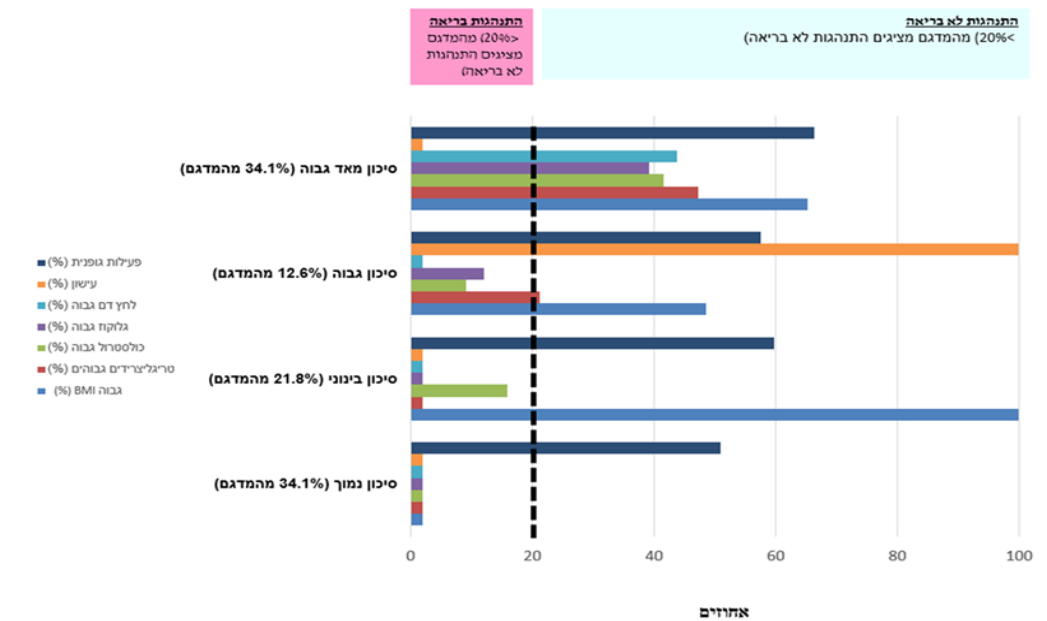
בשנים האחרונות חל שינוי משמעותי במדיניות הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ואינטליגנציה גבולית, עם מעבר הדרגתי ממעונות פנימייה גדולים, לדיור נתמך בקהילה (הוסטל). **קיים פער משמעותי בתחלואה ובתמותה בין אנשים עם מוגבלות שכלית לבין האוכלוסייה הכללית, כאשר מחלות לב וכלי דם (מל"כ) מהוות גורם תמותה מרכזי.** הסיבות לכך מגוונות וכוללות אורח חיים פחות בריא, קשיי נגישות לטיפול רפואי, ושכיחות גבוהה של הפרעות פסיכיאטריות המהוות גורם סיכון נוסף למל"כ (2).

לאור המגמה הגוברת של מעבר לדיור בקהילה והסיכון המוגבר למל"כ, יש חשיבות מיוחדת בהבנת גורמי הסיכון הייחודיים לאוכלוסייה זו, במטרה לפתח תוכניות התערבות מתאימות.

שיטות

גויסו למחקר מבוגרים עם אינטליגנציה גבולית או מוגבלות שכלית המתגוררים בדיור בקהילה. תועדו גורמי סיכון שאינם ניתנים לשינוי- מאפיינים סוציו-דמוגרפיים (מין, גיל, שנות מגורים בדיור, הפרעות פסיכיאטריות) וגורמי סיכון הניתנים לשינוי (בריאות ואורח חיים). בוצע ניתוח אשכולות דו-שלבי. בהתבסס על מספר גורמי הסיכון למחלות לב וכלי דם בכל אשכול, אשכולות סומנו כ"סיכון נמוך" (גורם סיכון אחד), "סיכון בינוני" (2 גורמי סיכון), "סיכון גבוה" (3-4 גורמי סיכון) ו" סיכון גבוה מאד" (< 4 גורמי סיכון).

איור 1. התפלגות אשכולות על בסיס התנהגות הניתנת לשינוי ותוצאות קליניות



טבלה 1. תיאור ארבעה אשכולות של סיכון למחלות לב וכלי דם על פי מאפיינים דמוגרפיים וקליניים (n=261)

משתנים	אשכול 1: סיכון נמוך' (N=57) N (%)	אשכול 2: סיכון בינוני'' (N=82) N (%)	אשכול 3: סיכון גבוה''': (N=33) N (%)	אשכול 4: סיכון גבוה מאוד'''' (N=89) N (%)	חי בריבוע (p-value)
מין	זכר	37.0 (64.9) ^b	34.0 (41.5) ^{a,c}	26.0 (78.8) ^{b,d}	45.0 (50.6) ^c
	נקבה	20.0 (35.1)	48.0 (58.5)	7.0 (21.2)	44.0 (49.4)
סוג לקות	אינטליגנציה גבולית	38.0 (66.7)	58.0 (70.7)	29.0 (87.9)	61.0 (68.5)
	מוגבלות שכלית	19.0 (33.3)	24.0 (29.3)	4.0 (12.1)	28.0 (31.5)
הפרעות פסיכיאטריות	לא	41.0 (71.9) ^{c,d}	48.0 (58.5) ^c	12.0 (36.4) ^{a,b}	48.0 (53.9) ^a
	כן	16.0 (28.1)	34.0 (41.5)	21.0 (63.6)	41.0 (46.1)

לסיכום:

הטרוגניות פרופילי הסיכון מצביעה על הצורך בפיתוח תוכניות מניעה המותאמות למאפיינים הייחודיים של כל תת-קבוצה, במקום גישה אחידה לכלל האוכלוסייה.

