

## בריאות הציבור

### נגיעה בבריאות המינית – דגם התערבות אינדוקטיבי

גילה בחנר,

המרפאה לסקסולוגיה ביחידה להפרעות תנועה – מחלקת עצבים, והשירות הסוציאלי, המרכז הרפואי סוראסקי, תל-אביב

#### הקשר בין בריאות כללית לבין תפקוד מיני

במחקרים שונים, מצביעים על קשר דו-כיווני בין בריאות מינית לבין מצבי בריאות וחולי שונים [6-10]. כך, לצורך ההמחשה, מציין Taylor [7], כי בקרב חולי לב קיים חשש מפני אירוע קרדיאלי נישנה אחרי פעילות מינית וגם חשש מפני כישלון בתפקוד המיני עצמו. המישלב של שני אלה עלול לגרום להימנעות מפני מצבים אינטימיים, מה שעלול להביא לפגיעה משמעותית באיכות החיים, לירידה בהערכה העצמית ואפילו לדיכאון. העניין שמעוררת טענה זו אינו נוגע רק להיבטים הפסיכולוגיים של חיי המטופל, אלא גם לשאלת הצלחתו של תהליך השיקום הכללי שלו.

את הקשר שבין מצבי בריאות וחולי לבין בריאות מינית יש לראות במישור ארבעה גורמים מתווכים. שני הגורמים הראשונים מוזכרים על ידי Uttley [9], Gregoire [4] ו-Butcher [11]. שני אלה הם: א' השפעת המחלה עצמה על התפקוד המיני רב' פגיעה הנגרמת בשל הטיפול בחולה. לשני הגורמים הללו מוסיפה Uttley [9] שני גורמים נוספים: ג' תגובות משניות למחלה (תשישות, עייפות, חוסר אנרגיה וקשיי-ריכוז) וד' פגיעה פסיכולוגית מתקדמת הנגרמת על רקע המחלה (ירידה בדימוי העצמי, פגיעה בתחושת הנשיות/הגבריות ופגיעה בתפקוד היומיומי).

כדי לקבל מושג מסוים אודות היקפו של הקשר בין בריאות וחולי לבין בריאות מינית, ניתן לעיין במחקרם של פלדמן ו-גולדשטיין [12] שבדקו 1,290 גברים בגיל 40-70. במחקר זה, נמצא קשר סטטיסטי מובהק ( $p < 0.000$ ) בין מצבי חולי והטיפול בהם לבין איך-אונות מוחלטת: בעוד שיעור כלל הנחקרים (בריאים וחולים גם יחד) שדיווחו על איך-אונות מוחלטת עמד רק על 9.6%, הרי מבין הנחקרים המטופלים בסוכרת, דיווחו 28% על איך-אונות מוחלטת, מבין המטופלים בשל מחלת לב 39% ו-15% מבין המטופלים ביתר-לחץ-דם. עוד נמצא במחקר זה, כי איך-אונות מוחלטת נמצאה בשיעור גבוה במיוחד בגברים הצורכים תרופות מסוימות. לדוגמה, 26% מבין הנוטלים תכשירים היפוגליקמיים (hypoglycemic agents), 14% מבין הנוטלים נוגדי יתר-לחץ-דם (antihypertensives), 36% מבין הנוטלים מרחיבי כלי-דם (vasodilators), ו-28% מבין הנוטלים תרופות ללב (cardiac drugs), דיווחו על איך-אונות מוחלטת.

מיניות היא מימד חשוב באישיותו של האדם והיא כוללת רבים מן ההיבטים הנכללים בחוויית הזהות הגברית והנשית\* [1-4]. המיניות איננה רק סך-של החיים הארוטיים או יחסי-המין של האדם, כי אם היא כוללת בתוכה את הצורך בקשר עם הזולת, באהבה, במגע, בחמימות ובאינטימיות. המיניות באה לידי ביטוי בכל אחת מן המחשבות, הרגשות וההתנהגויות של האדם, בין אם במודע ובין אם לא במודע [5]. לא זו בלבד, אלא שהמיניות משפיעה אפילו על דברים יום-יומיים, כדוגמת הדרך שבה מטופל משוחח, עונה או מתייחס לרופא/ה שלו, והאופן שבו אדם עומד, נע, לוחץ יד או נוגע באחרים.

נוכח משמעותה הרחבה הזו של המיניות, ניתן בנקל להבין כיצד זו יכולה להיות מקור לאושר ושמחה, אך ברובמזמן הפרעות במיניות עלולות לגרום לכאב, תיסכול וצער רב [5-7]. במילים אחרות, הבריאות המינית והתפקוד המיני הם מרכיבים חשובים ומרכזיים באיכות חייו של כל אדם, בכל גיל, ויש לשלב את הטיפול בבריאות מינית כחלק מן הטיפול הרפואי השיגורתי.

תכליתה של הרשימה הנוכחית היא להדגיש את חשיבותו של הקשר בין מצבי בריאות וחולי לבין מיניות ולהציג דגם יישומי המאפשר לרופאים, שאינם בעלי הכשרה ייחודית בתחום הטיפול המיני, להתמודד עם מיניותם של המטופלים, כפי שזו עלולה במסגרת עבודתם הרפואית הרגילה.

תחילתו של המאמר שלהלן בסקירת הקשר שבין מצבי בריאות וחולי לבין בריאות מינית. המשכו בהצגת הקשיים העלולים להתעורר בניסיון לעסוק בבעיות של בריאות מינית בקליניקה הרפואית וסופו בהצגת דגם המכונה "הדגם האינדוקטיבי", שכן דגם זה מאפשר כניסה מדורגת ומתונה לתוך שיח בנושא הבריאות המינית, בקצב המותאם לפונה ולרופא המטפל גם יחד.

\* בשל מורכבותה של השפה העברית, קשה להתייחס למגוון ההתנהגויות הקיימות באוכלוסייה. עם זאת, העקרונות המוצגים במאמר זה מותאמים למטופלים מבני שני המינים, לזוגות נשואים או שאינם נשואים, לבני כל הגילים וכן לזוגות הטרוסקסואליים או הומוסקסואליים.

Key words: sexual health; intervention model; patient education.

### הדגם האינדוקטיבי להתייחסות לבריאות מינית

בספרות מתואר דגם נוח ליישום שתכליתו להנחות את אנשי מקצועות הבריאות לגבי הדרך בה ניתן לנהל את השיח בנושא הבריאות המינית. דגם זה מכונה בשם: 'plissit', והוא פותח במקורו על ידי Annon [18]. עקרונותיו של הדגם המקורי עובדו והותאמו במהלך התנסות בהדרכה של צוותים רפואיים וסיעודיים בישראל. העקרונות ששימשו בעיצובו של הדגם המעובד, מבוססים על היסודות הבאים: א' הדרגתיות; ב' ידיעת גבולות ההתערבות; ג' יכולותיו הסגוליות של הרופא המטפל (רמת הידע והכישורים, זמן פנוי ומוכנות); ד' מוכנותו של הפונה לגעת בתחום המיניות ו- ה' האפשרויות שמעניקות המערכת והסיטואציה הטיפולית (זמן, פרטיות ואפשרויות טיפוליות).

הדגם מורכב מארבעה שלבים: תחילתו במתן הרשאה להעלות בעיות מתחום הבריאות המינית (permission) והמשכו במתן מידע ראשוני (limited information). בשעת הצורך יכול הרופא לעבור לשלב השלישי, ובמהלכו יועלו הצעות סגוליות (specific suggestions) שתכליתן לסייע לפונה בהתמודדות עם קשיים. הכניסה לשלב זה יכולה להיות יזומה על ידי הפונה או הרופא. סופו של הדגם בטיפול נמרץ בבעיית בריאות מינית, אם על ידי הרופא עצמו ואם במסגרת אחרת מותאמת (intensive therapy).

הדגם האינדוקטיבי מאפשר לרופא לעצור בסימונו של כל שלב, כדי לבחור אם רצונו להמשיך להתקדם בשלבי הדגם או שמא הוא מעדיף להפנות את הפונה לאיש מקצוע שהתמחה בטיפול בבעיות בתחום הבריאות המינית.

למרות העדויות המוצקות לקיומו של קשר הדוק בין מצבי חולי ובריאות לבין בריאות מינית, ולמרות שכבר לפני למעלה מעשר שנים נמצא, כי אחת מהסיבות לכך שמתופלים עוזבים את המטפלים בהם, היא חוסר התייחסות מספקת לקשיים המיניים בהם לוקים חולים אלה [13], עדיין מובאת בספרות הטענה בדבר קשייהם של אנשי מקצועות הבריאות לעסוק בנושא הבריאות המינית כחלק מן הפרקטיקה הרגילה שהם מקיימים [9].

### הקושי שבדיבור על הבריאות המינית

אל מול החשיבות הגדולה שיש לייחס לשיח שמקיים הרופא עם חוליו בנושא בריאותם המינית, עומד הקושי המונע מרבים מבין אנשי המקצוע לשוחח עם מטופליהם על ההיבטים המיניים של מחלתם. קושי זה עשוי לצמוח משני מקורות: מעכבות שמקורן בחולה ומעכבות שמקורן ברופא המטפל. הקשיים של החולה עלולים לבוא מבושה, מחוסר ידע ומהעדר ניסיון בפנייה לעזרה בתחום המיני. הקשיים של הרופא, מנגד, יכולים לנבוע גם כן מבושה, מחששות מפני כניסה לתחום שאינו מוכר דיו ומהעדר הכשרה הולמת לגבי דרכי התיקשורת הנהוגות בתחום זה [9, 10, 14-17] (לפירוט נוסף ר' טבלה 1).

אל מול קשיים אלה, באה הרשימה הנוכחית להפקיד בידי הרופא כלי נוח, שבאמצעותו ניתן לספק התייחסות הולמת גם לבריאותו המינית של החולה, מבלי שתהיה בכך משום פגיעה או איום על החולה או הרופא.

ט ב ל ה 1: מקורותיהן של עכבות בשיח אודות בריאות מינית

קשיים הנובעים מהמטופל:	קשיים הנובעים מהמטופל:
— חוסר זמן בגלל עומס של חולים בזמן קצר.	— בושה לשוחח על מין.
— חשש שהטיפול בבעיה המינית יגזול זמן רב.	— בושה להודות שיש לי ולבן/בת זוגי בעיה.
— חשש פן הסבר אודות השלכות של טיפול על בריאות מינית יגרמו לחוסר היענות בטיפול (הימנעות מניתוח, אי נטילת תרופות וכיו"ב).	— קושי לנסח את השאלה/הבעיה.
— קושי לשוחח על מין בגלל הידע המוגבל לניסיון עצמי.	— העדר שפה או חוסר במילים לניסוח מנומס של הבעיה.
— החשש להיראות חטטן, סקרן או מציצן.	— פחד להיראות משוגעים, מזויזים, חריגים או מגוחכים אם ימסרו מה מטריד אותם.
— פחד לעורר מבוכה וכעס אצל מטופלים.	— תחושת פגיעה בגבריות אם אני מודה שקיימת בעיה מינית.
— פחד ליצור אווירה אינטימית מדי, בעיקר עם מטופלים בני המין השני.	— מעדיפים להמתין ליוזמה של הרופא/ה, כי לא נעים לדבר על זה בפניהם.
— פחד להתגרות ממה שמדברים.	— אמונה שהפרעות מיניות הן חלק טבעי של הזדקנות או של חולי ואין מה לעשות.
— רצון לכבד את הפרטיות של המטופלים.	— קושי לבקש עזרה בנושאים שאינם רפואיים.
— קושי בשפה: כיצד שואלים על תנוחות, על הרגלי גירוי, על אוננות, על אורגזמה, או על יחסים מחוץ לנישואים?	— קושי לשוחח עם רופא/ה מהמין השני.
— חוסר הכשרה מתאימה להטמעת הטיפול במיניות כחלק טבעי מן העבודה הרפואית.	— לא יודעים שעל מין ניתן לשוחח גם עם רופאים.
— מבוכה ובושה אישיים בתחום זה.	— פחד לעורר את הנושא בגלל התנגדות בן/בת הזוג.
— בעיות אישיות בלתי פתורות המקשות להעלות את הנושא לשיחה.	
— אמונה שזה התפקיד של המטופלים להעלות/ליזום את הנושא.	
— אמונה שבעיות מיניות חשובות פחות מבעיות רפואיות.	
— אמונה שלאנשים חולים המין אינו חשוב.	
— אמונה שמין זה דבר לא רלבנטי לקבוצות הבאות: קשישים, קשישות, אנשים ללא בני זוג, נכים, מפגרים, חולי נפש, גרושות, אנשים עם מחלות סופניות, אנשים הסובלים מכאבים או מקשיים רפואיים, נשים בגיל המעבר. כלומר, מין רלבנטי רק לצעירים ולבריאים.	

ציאליים של הפונים. לכן, ההרשאה נוגעת בעצם לזכותו של כל אדם לשאול שאלות, לבחור באופן התגובה הרצוי (לשתוק או לשוחח) והזכות להמשיך או לשנות הרגלי מין. במקרה של עומס וקוצר זמן, יכול הרופא להציע פגישה עם המטופל במועד אחר, על מנת להקדיש את הזמן הנחוץ לו ולפונה כדי להתייחס לבעיית המין בכובד הראש הראוי.

בשלב ההרשאה, מצופה מהרופא לדעת להפריד בין עמדותיו ורגשותיו שלו לבין תגובותיו של הפונה לעצם ההרשאה. בין אם יבחר הפונה לשמור על פרטיותו או להציג העדפות מיניות שאינן מקובלות על הרופא, בכל המצבים הללו מצופה מהרופא לכבד את הפונה, תוך הצגת ההשלכות של הדרך בה בוחר הפונה. במקרה שהמטופל משתמש בשפה שאינה נוחה לרופא, ניתן לנצל את ההזדמנות כדי להציע מיגוון עשיר יותר של ביטויים לשוניים בתחום המיני, מבלי לכפות זאת על הפונה ותוך הימנעות מפני רמיזה העלולה להתפרש כהתנשאות או כזילזול בערכו של הפונה. בגמר ההתערבות שנעשית בשלב ההרשאה ניתן להשיג אחת או יותר מן התוצאות הבאות:

- 1) רשות לפסק זמן של יחסי-המין (בגלל האירוע הרפואי).
- 2) רשות להמשיך לקיים יחסי-מין, למרות מחלה, ניתוח, לידה או נכות.
- 3) רשות לשנות הרגלים מיניים (תנוחה, עיתוי, צורת גירוי, שימוש בחומר סיכה, שימוש בעוזרים לגירוי וכו').
- 4) רשות להמשיך ולשאול.
- 5) רשות לשוחח בפתיחות על מיניות במסגרת זוגית או משפחתית.

**בשלב מסירת מידע וידע (limited information)**, ניתנת התייחסות לבעיות מיניות שנובעות בשל חוסר ידע, ידע שגוי או שימוש מוטעה בידע קיים. החשיבות שיש לייחס למתן ידע, אינה נובעת מתפקידו של הרופא 'כמחנך', כי אם מעצם ההנחה, שהעברת ידע עשויה למנוע בעיות בעתיד, או לספק הסבר לבעיות שהתרחשו בעברו של הפונה, מבלי שהוא ידע לתת לבעיות אלה הסברים מספקים או נכונים. למשל, אחת התגובות השכיחות של מטופלים למתן המידע היא: "לא ידעתי שזה נורמלי, חשבתי שרק אצלי זה קורה..." או "האמנתי שרק אני מרגישה/ה כך..."

הדרך בה נמסר מידע חייבת להינקט ברגישות גדולה, ממש כמו בשלב ההרשאה שהוצג לעיל. רגישות זו נובעת מן החשש, פן יפרש הפונה את ההסבר כאילו מדובר בהתנשאות מצד הרופא או בהמעטת תבונתו וערכו של הפונה. כך גם אופן מסירת המידע צריך לשקף צניעות, על מנת לאפשר הכרה בעושר ובמיגוון האפשרויות והצרכים הקיימים בתחום מיניות האדם, על מנת להדגיש את העובדה, שמצוי יותר מפיתרון אחד במצבים בעייתיים שונים וכדי להימנע מהחלטיות-יתר העלולה להתפרש כהנחיה, בסגנון: "...כך תעשה, אחרת..." ולבסוף, מסירת המידע צריכה להיעשות תוך שימוש בשפה ברורה, במסגרת הסברים קצרים, פשוטים וענייניים.

ברוב המצבים, ניתן לשלב את שלב ההרשאה עם שלב מסירת המידע. שילוב זה נעשה כאשר המידע לגבי הבריאות המינית קשור במישרין או בעקיפין למצב סגולי של חולי או לטיפול. כך, לצורך ההמחשה, ניתן להסביר לחולי לב כבר בשלב ההרשאה: "...הרבה גברים שעברו התקף לב מודאגים לגבי חזרתם לקיום יחסי-המין..."

**בשלב ההרשאה (permission)** מעניק הרופא למטופלו את הרשות לשוחח על בעיות מיניות, תוך הדגשת הנורמליות שבהיווצרות קשיים בתחום הבריאות המינית. היכולת להעניק רשות מאפשרת לרופא להקשיב היטב לשאלות המטופלים, גם אם הללו נשמעות מביכות או מוזרות, תוך הימנעות מפני נקיטת עמדה שיפוטית או צינית, חלילה. חשוב להעניק למטופלים רשות להיות חסרי ידע בתחום המיני, כמו גם להרשות להם להמשיך להחזיק באמונותיהם ולהתמיד בהתנהגותם המינית, גם אם זו אינה מקובלת על הרופא בערכיו, בהערכתו המקצועית ובחיי הפרטיים. כמובן שלא נהוג לתת אישור להתנהגויות העלולות לגרום נזק לאדם או להתנהגויות בלתי חוקיות. ההרשאה יכולה להיעשות על ידי הרופא בשתי דרכים עיקריות: באופן סמוי ועקיף או באופן ישיר וברור.

ההרשאה הסמויה והעקיפה היא זו שאמורה לעודד ולגרות את הפונה להעלות סוגיות מתחום מיניותו. למשל, על ידי פיזור חומרי הסברה בחדר ההמתנה ובחדר הטיפול: ספרי הדרכה מינית, עלוני הסברה, פוסטרים, תמונות או תצוגה. היתרון של דרך זו טמון בכך, שהחומר המוצג מזמין את הפונים לשוחח על מיניותם מבלי שהרופא יצטרך ליזום מצידו התערבות כלשהי.

ההרשאה הישירה והברורה נעשית במסגרת השאלות השיג-רתיות הקשורות לאנמנזה הרפואית, בתוכן משלב הרופא שאלות שנוגעות גם לתיפקוד המיני, לדוגמה בדרך של קישור בין מצבי בריאות וחולי כלליים לבין בריאות מינית. ההרשאה הישירה יכולה להתרחש רק משנוצר קשר מסוים של אמון בין הרופא למטופל ולאחר שנשאלו כבר שאלות ראשוניות לגבי ההיבטים השונים של המחלה. כדוגמה, ניתן לשאול את השאלה הבאה: "...כיצד השפיעה המחלה על יחסי-המין שלך...?" או: "...על היחסים האינטימיים...?" או: "...על חיי האישות שלך...?". הבחירה של הניסוח המדויק צריכה להיעשות קודם כל בהתאם למידת הנוחיות שחש הרופא בעת השימוש במונחים מיניים שונים, וגם באורח מותאם לפונה (צעיר מול מבוגר, גבר מול אשה, חילוני מול דתי או יליד ישראל מול עולה).

לפונים לרוב קל יותר לענות על שאלה הנוגעת לתיפקודם המיני אם השאלה מנוסחת בהכללה, כמו בדוגמה הבאה: "...מבין הלוקים ביתר-לחץ-דם, יש כאלה שמוסרים לי על שינויים בתיפקוד המיני שלהם. האם גם אתה חשת בשינויים בזמן האחרון...?" או: "...אנשים שמקבלים תרופות כמות, מעלים לפעמים שאלות הקשורות בתיפקודם המיני. איזה שאלות יש לך בנושא...?"

הדוגמה השלישית, המוצגת להלן, מיועדת לתת בידי הרופא דרך באמצעותה הוא יכול לספק הרשאה לנגיעה בנושא המיניות גם ללא התייחסות לבעיה רפואית סגולית (כמו, לדוגמה, בפגישה עם מתבגרים או עם קשישים): "...רבים מן המבקרים במירפאה מפנים אלי שאלות על חיי המין שלהם. אם תהיה לך שאלה בתחום המין, אל תהסס/י לשאול..." בדרך זו יכול הרופא גם להרחיב את מודעותו של ציבור הפונים לזכות לקבל שירות גם בתחום הבריאות המינית.

יש להדגיש, כי שלב ההרשאה אינו מסתכם רק בהצגת השאלה. לעיתים קרובות, תשובתו והתייחסותו של הרופא אל השאלות הנשאלות חשובה אף יותר מעצם ההרשאה לשאול. לפיכך, נדרש הרופא להיות קשוב לאופן בו מגיבים הפונים לשאלת ההרשאה, כדי להתאים את המשך התערבותו לצורכיהם הדיפרנ-

בהפנייתו של המטופל לייעוץ אצל מומחה, לשם קבלת טיפול נמרץ. בכך קיים ביטוי למעבר לשלב האחרון של הדגם האינטגרטיבי המובא בזה. לדוגמה, ניתן להפנות בני-זוג למירפאת גיל המעבר לשם התייעצות בנושא היושב בלדן. דוגמה נוספת, ניתן להפנות את הגבר המתלונן על קשיי-זיקפה למירפאה המתמחה בתחום זה. אולם, בטרם נקבעת ההפניה, אם הדבר מתאפשר, ראוי לערוך בירור מוקדם בשני נושאים: ניסיונות קודמים וציפיות. מידע מסוג זה עשוי להיות רב-ערך במהלך ההפניה להמשך הטיפול, כדי לחסוך מן הפונה אכזבה, תיסכול וכישלון. בדרך זו יכול הרופא גם להעריך את מידת ההתאמה בין סוג הבעיה וחומרתה לבין ההניעה והיכולת של המטופל ושל בן/בת הזוג להתמיד ולהצליח בטיפול. הבירור של ניסיונות קודמים לפיתרון הבעיה, יכול להיעשות בדרך הבאה: "...איך ניסיתם לפתור את הבעיה; למי פניתם; מהי הכשרתם ומהו ניסיונם של אנשי המקצוע אליהם פניתם; מה הם הציעו לכם; איזה ניסיונות קודמים לפיתרון הבעיה עזרו לך; מה לא עזר; מדוע זה לא הצליח; האם נטלת תרופות עם או ללא מירשם רופא; מה הייתה התוצאה?"

בירור הכוונות והציפיות לגבי סוג הטיפול הרצוי ולגבי התוצאות אליהם הוא או היא רוצה להגיע, יכול להיעשות בדרך הבאה: "...איך אתה מבין את הבעיה; איזה פיתרון עולה בדעתך; מה חושבת/בן/בת הזוג; האם הוא/היא מודעים לבעיה; האם הוא/היא מוכן/ה ליטול חלק פעיל במהלך הטיפול; האם היית רוצה שיפנו אותך למומחה בתחום המיניות או שתעדיף/פי שאנחנו ננסה להמשיך להתמודד עם הבעיה במסגרת המירפאה; האם תעדיף/פי שהטיפול ייעשה על ידי איש מקצוע בן מינך או בן המין השני?" הפניית המטופלים לעזרה של מומחים היא חלק בלתי נפרד מהטיפול בבריאות המינית. לכן כדאי להכין במירפאה רשימה של שירותים מקצועיים שיכללו מומחים בתחומים רפואיים משלימים (אורולוגיה, גינקולוגיה ואנדוקרינולוגיה), מומחים בתחום בריאות הנפש (פסיכולוגיה ופסיכיאטריה), וכן שירותים המתמחים בטיפול מיני, בטיפול בקרבנות של ניצול מיני, בטיפול זוגי, מומחים לתיכונן המשפחה ובעלי מקצוע בתחום הייעוץ למתבגרים. מומחים אלה עשויים גם לשמש כמאגר אנשי מקצוע עימם יכול הרופא להתייעץ באותם מצבים, בהם מטופלים חשים פתיחות ואמון כלפיו ואינם מעוניינים לשתף אנשי מקצוע נוספים בבעייתם.

הטיפול הנמרץ על פי הדגם האינטגרטיבי, מתאים רק למיעוטם של הפונים, כשהטיפול בבעיה המינית טעון התייחסות מקצועית מקיפה ומורכבת וכאשר הטיפול עצמו חורג מעבר לגבולותיהם של הרשאה, מתן המידע או הייעוץ הסגולי.

העיסוק בשלב זה דורש מן המטפל המיני המומחה (רופא או בעל מקצוע אחר — בהתאם לצורך הסגולי שנקבע במירפאת המומחים) שימוש במיומנויות מקצועיות המחייבות הכשרה סגולית ייחודית. ההערכה והאבחנה המלאה חייבת לחקור את הפנומנולוגיה והאטיולוגיה של תלונות הפונה, את הנסיבות הסביבתיות והבין-אישיות בתוכן מצויה הבעיה. כך גם צריכה להיכלל בה בחינה חוזרת ומדוקדקת של גורמים פיזיולוגיים או פסיכולוגיים נוספים העשויים להיות כרוכים בהיווצרותה או בקיומה של הבעיה. ולבסוף, צריכה להיערך בחירה שקולה של אופן הטיפול המתאים, במתכונת הנשענת על ידע אמפירי מצטבר, ניסיון קליני [9, 17, 20] וכמובן בדיקות מעבדה ואחרות, לפי הצורך.

ואפשר גם להוסיף: "...תוכל לחזור לתיפקוד מיני רגיל שלך ברגע שתחזור לפעילות גופנית רגילה..." על מנת לסיים במסירת המידע הבא: "המאמץ הגופני בעת קיום יחסי-מין שווה בערכו לזה של מקלחת, עבודות בית קלות או עלייה במדרגות לקומה שניה..." (דוגמה זו לקוחה מתוך מסמך עמדה של האיגוד הקרדיאלי [19]). דוגמה נוספת המשלבת בין הרשאה למתן ידע היא הבאה: "... כדאי שתדע שכל מי שמקבל טיפול מהסוג הזה עלול לחוש עייפות ותשישות. כמובן שזה יכול להשפיע על מצב הרוח ועל היכולת שלך לתפקד באופן כללי... ובכלל זה גם על התיפקוד המיני. אם תחוש שינוי כלשהו תוכל להתייעץ איתי..."

בניגוד מוחלט להמלצה המוצגת בפיסקה הקודמת, כאשר מדובר במידע כללי שאינו נוגע למצב מסוים של חולי או לטיפול סגולי, מסירת המידע תיעשה תמיד רק לאחר שלב ההרשאה, כאשר הרופא וידא שהמטופל אכן נכון לשוחח בנושא מיניותו. אפשרות נוספת היא לנצל את ההדרכה הניתנת לפני ואחרי ניתוחים או לפני ואחרי טיפולים מיוחדים, אז ניתן לומר: "...לאחר/ לפני ניתוחים מסוג זה אני גם נוהגת/ לדבר על השפעת הניתוח/ הטיפול על התיפקוד המיני..." תמיד לאחר הסבר קצר יש לאפשר למטופלים לשאול שאלות הבהרה.

שלב ההצעות הסגוליות — מתברר, שההתערבות בשתי הרמות הראשונות, קרי, בשלב מתן ההרשאה ובשלב מתן המידע, עונה על הצרכים של חלק גדול מהמטופלים. במקרים אלה, מסתיים בנקודה זו תפקידו של הרופא בתחום הטיפול בבריאות המינית. אולם, במקרים מסוימים, כאשר הבעיה המינית מורכבת יותר, כאשר למטופל שאלה סגולית הנוגעת לבריאותו המינית או כשבעיה בתיפקוד המיני מן העבר מחמירה בעיקבות השינוי הבריאותי, ממשיכה ההתערבות גם בשלב השלישי של הדגם: שלב ההצעות הסגוליות.

הדבר קורה כאשר הפונים חשים אמון כלפי הרופא המטפל וכאשר הם מרגישים שמקשיבים להם באופן ענייני ומקצועי. הדבר עשוי להתפס אצלם כהזדמנות מיוחדת שניתנה להם על מנת לשאול ולהתייעץ. לעיתים קשורות השאלות שלהם במצב הבריאותי שלהם, כמו במצב בו חולה לב מבקש להתייעץ עם הרופא לגבי הסיכון הקיים בתנוחת המיניות המועדפות עליו על בת זוגו. במקרים אחרים עשויים הפונים להציג שאלות מתחום הבריאות המינית שאינן קשורות כלל למצב הבריאותי הנוכחי. כך לדוגמה, יכול חולה לב המקבל הרשאה ומידע משמעותי לנצל את ההזדמנות על מנת לשאול על בעיית היושב בלדן אצל בת זוגו אשר מצויה בתקופת חדלון-הווסת, בעיה המטרידה אותם עוד לפני התרחשות האירוע הקרדיאלי. יחסי-האמון שחווה הפונה במירפאה הם שמאפשרים לו להעלות את הבעיה המטרידה אותו ואת בת זוגו, גם אם זו אינה נוגעת כלל במישרין או בעקיפין למחלה החדה בעטיה הוא מטופל.

הרופא יוכל לבחור בשלב ההצעות הסגוליות את תגובותיו על פי מידת תחושת הנוחות בה חש במהלך הדיון בנושא בריאותו המינית של הפונה שלפניו, בהתאם לידע ולניסיון המקצועי שהוא רכש בעבודתו, בהתחשב במיגבלת הזמן העומד לרשותו ובכפוף למדיניות הנהוגה במירפאה בה הוא עובד.

שלב הטיפול הנמרץ: בהתאם לשיקול דעתו, יכול גם הרופא לבחור

8. *Mueller JE*, Sexual activity as a trigger for cardiovascular events: what is the risk? *Am J Cardiol*, 1999; 84: 2N-5N.
9. *Uttley L*, Assessment and treatment of sexual dysfunction in chronic renal failure. *Dialysis & Transplantation*, 1996; 25: 19-35.
10. *Schover LR & Jensen SB*, Sexuality and chronic illness — a comprehensive approach. The Guilford Press, NY, 1988.
11. *Butcher J*, ABC of sexual health: female sexual problems I: loss of desire — what about the fun? *BMJ*, 1999; 318: 41-43.
12. *Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG & al*, Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. *J Urol*, 1994; 151: 54-61.
13. *Strean HS*, Why therapists lose clients? *J Ind Social Work*, 1986; 1: 7-17.
14. *Tomlinson J*, ABC of sexual health: taking sexual history. *BMJ*, 1998; 317: 1573-6.
15. *Ramage M*, ABC of sexual health: management of sexual problems. *BMJ*, 1998; 317: 1509-12.
16. *Bronner G*, Helping health care professionals on issues of intimacy and sexuality among the aging. *Siecus Report*, 1995; 25: 4-7.
17. *Risen CB*, A guide to taking a sexual history. *Psychiatr Clin N Am*, 1995; 18(1): 39-53.
18. *Annon JS*, The PLISSIT model. *J Sex Edu Therapy*, 1976; 2: 1-15.
19. **צבעוני ד', קליין י', חסדאי ד' ורוט א'**, החולה הקרדיאלי והפעילות המינית בעידן הוויאגרה. מיסמך עמדה של האיגוד הקרדיולוגי בישראל, 1999.
20. *Chen J, Laufer M, Matzkin H & al*, Practical approach for assesment of erectile dysfunction. *Harefuah*, 1997; 133: 296-303.

## סיכום ודין

ברשימה זו, הודגמה חשיבותה של סוגיית הבריאות המינית כגורם שנוגע לכל תחומי החיים ולאיכות החיים. על בסיס מימצאיהם של מחקרים שבהם נבחן הקשר שבין מצבי בריאות וחולי לבין מיניות, ניתן לאשש את הטענה, הגורסת, כי במצבים של פגיעה בבריאותו הגופנית של הפונה קיימת מועדות להתהוותן של בעיות קשות בתיפקוד המיני. למרות שקיים צורך חיוני בהכללת נושא ההתייחסות למיניותו של הפונה בתוך מיכלול הטיפול הרפואי הכוללני בעת חולי, עלולים רבים מן הרופאים שלא הוכשרו לכך להתקשות בהעלאת סוגיית המיניות במהלך המגע הטיפולי. הרשימה הנוכחית מציגה, אפוא, דגם אינדוקטיבי שמכוון לפתיחה מדורגת, מבוקרת ומתונה של נושא המיניות במהלך ההתייחסות הכוללת של הרופא אל צרכיו של הפונה.

עיקריו של הדגם הם שימוש בשפה ישירה, בהירה ופשוטה, הרשאה לדיבור או להימנעות מפני דיבור בנושא המיניות, הרשאה נטולת שיפוט לביטוייה השונים של המיניות כפי שהם מובעים ע"י פונים שונים, מתן מידע כללי או סגולי, לפי הצורך. מידע זה עשוי להיות סגולי במצבי חולי מסוימים, בשלבים התפתחותיים שונים בחיים או בהקשר לסוגי טיפול בעלי השפעה על התיפקוד המיני. במצבים בהם נדרשת התייחסות מעמיקה יותר מומלץ להפנות את הפונה לטיפול אצל בעל מקצוע שהתמחה בתחום הטיפול המיני.

ולבסוף, מן הצורך לסיים בהדגשה ובחזרה על מימצאיו של מחקרו של [13] Strean, שנערך לפני כמעט 15 שנה, בו נמצא, כי מטופלים רבים נוטים להיפרד מן המטפלים בהם בשל חוסר התייחסות מספקת לסוגיית המיניות בחייהם. מצבים אלה יכולים להעיד על כך, שהתייחסות רגישה למיניותו של הפונה תופסת מקום חשוב ביצירת קשר של אמון בין הרופא לפונה, וכי הכנה נכונה ומתן מידע שיש בהם הבהרת קשיים מיניים העלולים להתרחש במהלך מחלה או בעטיו של טיפול, חיוניים כדי להבטיח היענות מלאה לטיפול, הישמעות להוראות והנחיות הרופא ופנייה ליעוץ נוכח קיום קושי, כתחליף לדפוס של סירוב לקבל טיפול והימנעות מביצוע הנחיות לטיפול.

## ביבליוגרפיה

1. *Hooyman NR & Kiyak HA*, Social gerontology — a multi-disciplinary perspective. Allyn & Bacon, Boston, 1993, 3rd ed.
2. *Kelly GF*, Sexuality today — the human perspective. DPG — The Dushkin Publishing Group Inc, Connecticut, 1992; 3rd ed.
3. *Greenstein A, Chen J, Miller H & al*, Does severity of ischemic coronary disease correlate with erectile function? *International J Impotence*, 1997; 9: 123-126.
4. *Gregoire A*, ABC of sexual health: male sexual problems. *BMJ*, 1999; 318: 245-7.
5. WHO, Fertility awareness methods — report on a WHO workshop. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1987, 11-13.
6. *Fogel CI & Lauver D*, Sexual Health Promotion. WB Saunders Co, Philadelphia, 1990, 1-18.
7. *Taylor HA*, Sexual activity and the cardiovascular patient: guidelines. *Am J Cardiol*, 1999; 84: 6N-10N.

— מעכבי COX-2 פוגעים בתיפקוד הכיליה: תרופות לא סטרואידיות, נוגדות דלקת, מפחיתות כאב ודלקת ע"י עיכוב האנזים cyclo-oxygenase-2 (COX-2), אנזים המעורב ביצירת פרוסטהגלאנדינים דלקתיים. התרופות מהדור הישן מעכבות גם אנזים אחר, cyclo-oxygenase-1 (COX-1), שלו תפקיד מפתח בתיפקוד פיזיולוגי תקין של רקמות ואיברים שונים. לכן, טיפול במעכבי COX-2/COX-1 מהדור הישן כרוך בהשפעות לוואי קשות, במיוחד בדימומים ממערכת העיכול, ובאיספיקת כליות. מעכבי COX-2 מהדור החדש, הם כמעט חסרי השפעה על COX-1 ונחשבים כבטוחים יותר. אבל, במספר עבודות הניחו של-2 COX תפקיד חשוב בתיפקוד הכיליה. כך שטיפול ב-2 COX יכול לגרום לפגיעה בכליות. Swan וחב' (Ann Int Med, 2000; 133: 1-9) בדקו סוגיה זו והשוו את ההשפעה באנשים מבוגרים על הכיליה לאחר טיפול במעכב COX-2 שנקרא rofecoxib וטיפול במעכב COX-2/COX-1 מהדור הישן שנקרא indomethacin. החוקרים מצאו, ששתי התרופות מפחיתות באותה מידה את שיעורי הסינון הפקעיתי. בהשוואה לחולים שקיבלו אינב, הפחיתו שישה ימי טיפול ב-rofecoxib, במינון 25 מ"ג ליום, את שיעור הסינון הפקעיתי ב-0.13 מ"ל/שנייה. Indomethacin במינון 50 מ"ג, שלוש פעמים ביום, הפחית את שיעור הסינון הפקעיתי ב-0.10 מ"ל/שנייה.

**לסיכום**, לאנזים COX-2 חשיבות בתיפקוד הכיליה ושמירה על מאזן המלחים. דרושה אותה מידת זהירות שנהוגה בעת טיפול במעכבי COX-2/COX-1 גם בטיפול במעכבי COX-2 כדי למנוע פגיעה בתיפקוד הכיליה.

א"מ