

התפקוד המיני וליקוייו: מתיאוריה למעשה

יצחק (צחי) בן־ציון¹
גילה ברונר²
רוני שטרקשל^{3,4}

¹המרפאה לתפקוד זוגי ומיני, מרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה לנגב
²המרכז לרפואה מינית, המחלקה לאורולוגיה, מרכז רפואי שיבא, תל השומר
³בית הספר בראון לבריאות הציבור ורפואה קהילתית של האוניברסיטה העברית והדסה
⁴התוכנית להכשרת מטפלים במיניות, המחלקה ללימודי המשך, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בראילן

חשובים להבנת הפתופיזיולוגיה של חלק מהבעיות בתפקוד המיני. המצאת חוסמי הפוספודיאסטרזה (PDE-5 inhibitors), תרמה לעלייה במספר הגברים שפנו לקבלת טיפול בקשיי זקפה שלהם ובמוכנות של רופאים לעסוק ברפואת המין. כניסתם של הטיפולים בתרופות הגבירה את המודעות למורכבות של בעיות בטיפול המיני, אך גם את ההאשמות ב"מדיליזציה" של בעיות מיניות כחלק מתעמולת המכירות של חברות התרופות [8, 9].

טיפול הולם בתלונות על תפקוד מיני מחייב אבחון רב־ממדי ביו־רפואי ופסיכוכברתי (זוגי ואישי), ובעקבותיו בניית תוכנית מיטבית לצרכי הזוג והפרט. פרלמן הציע דגם כזה של טיפול בצוות רב־מקצועי [10]. מחקרים במיניות האישה הביאו לפרסום הגדרות מחדשות לאבחון הפרעות בתפקוד המיני של האישה והצעה לדגם תגובה המינית של האישה השונה מהדגם המסורתי [11-13]. הבנת ההבדלים בין התגובה המינית של הגבר לזו של האישה, מאפשרת להתאים את הטיפול לצרכים השונים של בני הזוג. האבחון והטיפול במיניות האישה נדון במאמרה של לוריא. דגם זה, המבדיל בין התגובה המינית של גברים ונשים, נתקל בביקורת מחקרית, בטענה שהוא תקף בעיקר עבור נשים עם קשיים בתשוקה המינית, בעוד שהדגם המסורתי מתאים יותר לנשים המדווחות על שבעיות רצון מתשוקתן המינית ויחסי המין שלהן [14, 15].

שינוי הפרדיגמה

מפרדיגמה פסיכודינאמית שניסתה לפתור בעיות של קונפליקטים עמוקים, עבר הטיפול המיני לשיטה התנהגותית־קוגניטיבית, המנסה לטפל בהפרעה בתפקוד על ידי התערבויות שאינן בהכרח קשורות לסיבה שבגללה הופיע הקושי בתפקוד. את הקושי ניתן לפתור בעזרת

פיתוח הוויאגרה (Sildenafil) בשנת 1998 גרם למהפכה בתחום הטיפול הרפואי והנפשי בליקויים בתפקוד המיני. לרופא הראשוני מתאפשר לטפל ישירות בהפרעת זקפה בשיעורי הצלחה גבוהים מכפי שהיה בעבר [1]. אולם במהרה התברר, כי במטופלים רבים הטיפול בתרופה אינו מספיק דיו, וכי חלק ניכר מן הבעיה נעוץ בקשיים אינטימיים, אישיים או זוגיים, שרופאים רבים לא עברו הכשרה מתאימה לשוחח אודותיהם עם המטופלים [2].

ושל מוק וחב', העוסקים בקשיים בתפקוד המיני בקרב חולי סרטן.

התפתחות מקצוע הסקסולוגיה או הרפואה המינית

הסקסולוגיה ומדעי המין החלו להתפתח בסוף המאה ה־19 וראשית המאה ה־20 בגרמניה [6]. חלוצים בתקופה זו היו מומחים ברפואה, בהיסטוריה ובאתנוגרפיה, שיישמו דגמים רפואיים ואחרים בניסיונות לחקור בעיות בתפקוד המיני, להסבירן ולטפל בהן. בראשית המאה ה־20 נוסד בגרמניה מכון לסקסולוגיה על ידי בלוך הירשפלד ועמיתים. מרבית חברי המכון היו יהודים, ושניים מהם – טיילהבר ו־מרקוזה – ברחו לארץ ישראל עם עליית הנאצים לשלטון, אך לא עסקו בסקסולוגיה. שפירו הגיע לישראל לאחר קום המדינה, והיה מנהל המרפאות לסקסולוגיה בבתי החולים הדסה ושערי צדק [7]. פעולתם של המכון לסקסולוגיה, החברה הבינלאומית לרפורמה מינית, והופעת העיתונים הסקסולוגיים – כל אלה הופסקו בתקופת הנאצים. לאחר מלחמת העולם השנייה, החלה תקופה חדשה, בעיקר בעקבות מחקריו של אלפרד קינסי, שערך בארה"ב את המחקר הראשון על התנהגות מינית. ויליאם מסטרס ו־וירג'יניה ג'ונסון פיתחו את דגם הטיפול המיני הפסיכולוגי־התנהגותי. בשנות ה־90 החלה תקופה של פעילות מחקרית וטיפולית אורולוגית, גינקולוגית ונירולוגית, שבה נערכו מחקרים

אבחון הולם של קשיי תפקוד מיני צריך לכלול את כל המרכיבים הביו־פסיכוכברתיים ולכלול גם הפנייה לטיפולים המתאימים ביותר. דגם שכזה בנושא שפיעה מוקדמת מוצג במאמרם של גאלין וחב' [3]. אבחון מיני ראשוני יכול להתבצע גם על ידי צוות המרפאה הראשונית אם חברי הצוות עברו הכשרה מתאימה לכך. הכשרה כזו צריכה לכלול גם הכרה במגבלות וכישורי הפנייה מתאימים. מרכזי טיפול מיני בקהילה עשויים לספק דגם לאבחון ולטיפול רב ממדי, כפי שדווח במאמרם של ברונר וחב'. הטיפול בתרופות בקשיי זקפה זוכה להצלחה רבה אם הוא מלווה בהדרכה מתאימה. כך, לדוגמה, הודגם שיפור בתפקוד המיני של גברים שנכשלו בניסיון הראשון לטיפול בתרופות בזקפה, בעקבות הדרכה והתאמת מינון [4].

Key words:
Sexual function;
Sexual dysfunction;
Sex therapy;
Sexology; Sex therapists.

במהלך החיים הרגיל עשויים לחול שינויים משמעותיים בתפקוד המיני, שאי מוכנות אליהם עלולה לגרום סבל מיותר ולהחמירם. הצורך במודעות לליקויי תפקוד מיני וזיהוי הלוקים בהם התפרסם בעבר בספרות המקצועית בישראל [5] ג'וסטו ו־חרותי הציעו במאמרם לשלב שאלון תפקוד מיני בסקר תקופתי של גברים צעירים, כדרך לזהות בעיות מסוג זה ולטפל בהן במוקדם. מצבי חולי ולעיתים גם הטיפול הרפואי בהם, עלולים אף הם ליצור קשיי תפקוד מיני שיש לטפל בהם בהתאם. סוגיה זו נדונה במאמרם של מגידו וחב', העוסק בתפקוד מיני של נשים עם מחלות לב כליליות, ובמאמריהם של פלג־נשר וחב'

להכשרת מטפלים ויועצים במיניות בבית הספר לעבודה סוציאלית של אוניברסיטת בר-אילן (<http://www.biu.ac.il/soc/sw/>) <http://www.biu.ac.il/soc/sw/> (hemshech/a01.html). בנוסף, מופעלת תוכנית העשרה במיניות לבעלי מקצוע במחלקה ללימודי המשך של הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב (http://medicine.tau.ac.il/images/stories/medicines_docs/docs/51.doc). במדינות רבות הוקמו ארגונים העוסקים בטיפול מיני או במגוון המקצועות הקשורים לחינוך ייעוץ וטיפול מיני. ארגונים אלה ניסחו דרישות הכשרה לרופאים לקבל מהם הכרה, כללי אתיקה טיפולית מחייבים, ובמקרים רבים הם מקיימים השתלמויות להתפתחות מקצועית. חברים בארגון מקצועי מקבלים על עצמם לקיים את תנאי האיכות והאתיקה המקצועית, וכך הם מהווים בקרת איכות ומגן למעוניינים לפנות לטיפול במיניות. בשנת 1986 הוקם בישראל האיגוד הישראלי לטיפול מיני (איט"מ) על ידי בעלי מקצוע שונים שעיסוקם במיניות. הארגון מאגד בתוכו מטפלים מיניים ממקצועות שונים (www.itam.org.il). בהמשך נוסדה החברה הישראלית להפרעות בתפקוד מיני (היל"ם), המאגדת רופאים העוסקים בבריאות מיניות הארגונים ניתן לראות רשימה של מטפלים מוכרים, וכן רשימת מרפאות שבהן עובדים צוותים רב-מקצועיים.

בשני מאמרים נוספים המתפרסמים בגיליון הנוכחי של "הרפואה" לא עוסקים המחברים ישירות בתפקוד המיני ובטיפול בלוקים בו. במאמרם של **ברק ופישר** נדונה האפשרות לפיתוח תוכנית למידה מתוקשבת למתבגרים והכדאיות של השקעה בנושא זה; ואילו במאמרו של **אליצור** מוצגים ליקויי התפקוד המיני מנקודת ראות אבולוציונית. מחברי מאמר פתיחה זה מקווים, כי המאמרים שהתפרסמו בגיליון מיוחד זה של "הרפואה", המקודש לסקסולוגיה, יתרמו לפיתוח הנושא, להגברת המודעות אליו בקרב הקהילה הרפואית, ולהידוק שיתוף הפעולה בין רופאים לבין מחנכים, יועצים ומטפלים במיניות. ●

מחברת מכותבת: גילה ברונר

המרכז לרפואה מינית
המחלקה לאורולוגיה
המרכז הרפואי המשולב חיים שיבא
תל השומר

טלפון: 03-5305970

דוא"ל: gilab@netvision.net.il

הכלים המצויים בידי המטפל הוא מתן הדרכה לביצוע התנסויות מיניות או מטלות אחרות (שיחה, קריאה וכדו'), שיסייעו לאבחון וליצירת תפקוד מיני תקין. תפיסה משלבת ביו-רפואית ופסיכו-חברתית מערבת בעלי מקצוע שונים בהתנסות הטיפולית, ומשלבת בין טיפול אישי, זוגי, מיני לבין טיפול בתרופות, כפי שדווח במאמרם של **ברונר וחב'.**

טיפול הכולל תרגול גופני (בעזרת בן או בת זוג חלופיים) מבוסס על משולש טיפולי: פונה, מטפל ובן או בת זוג חלופיים (סרוגייט). בשאלות אתיות על טיפולים כאלה עוסק מאמרם של **אלוני ויחרותי**. קיימים גם טיפולים שאינם מתמקדים בליקויי תפקוד קלאסיים של מעגל התגובה המינית, כמו טיפולים בהתמכרויות מיניות שונות או בפשיעה מינית, וכן הדרכה וייעוץ לאנשים בעלי צרכים מיוחדים גופניים, חושיים, תפיסתיים או נפשיים.

מיהו מטפל מיני ומהי ההכשרה הנדרשת ממנו?

מטפל מיני הוא אדם שעבר הכשרה מיוחדת לטיפול בנושאים שונים של מיניות, ביניהם ליקויים בתפקוד המיני. למטפלים אלה יש בדרך כלל הכשרה טיפולית קודמת באחד מן התחומים הקרובים לנושאי זוגיות ומיניות, כמו פסיכולוגים קליניים, קוגניטיביים ושיקומיים, עובדים סוציאליים פרטניים, וכן מומחים בטיפול זוגי, בגינקולוגיה, באורולוגיה וברפואת משפחה. לעיתים בעלי מקצוע ראשוני אחר שסיימו תארים בטיפול במיניות, עוסקים בהיבטים פרטניים של קשיים בתפקוד המיני. מאמרן של **רוזנבאום וחב' עוסק** בפזיזותרפיה של רצפת האגן ובליקויים בכאב בקרב נשים. לכל אחת מן ההכשרות מומלץ פעמים רבות לפנות למרפאות שבהן עובדים צוותים של אנשי מקצוע מתחומים שונים. **לוטן** פרסם בגיליון זה מאמר על המלצות ראשוניות של ועדה רב-מקצועית במשרד הבריאות שעסקה בנושא זה.

קיים בעולם מספר מוגבל של מוסדות אקדמיים ומקצועיים מוכרים המכשירים מטפלים במיניות. אלו תוכניות לתארים מתקדמים או תוכניות תעודה. הלומדים בתוכניות אלה צריכים בדרך כלל להשתתף ב-10-16 קורסי חובה, ובנוסף לעבור הכשרה מעשית מודרכת לצורך קבלת התעודה. כיום מופעלת בישראל תוכנית אחת

שיטות התנהגותיות, וההתגברות על ההפרעה תחולל במקרים רבים גם שינוי ברגשות. כהתפתחות של פרדיגמה זו הוכנסו למערכת גם שיקולים רפואיים ופרוטוקולים מומלצים [16,17].

חשוב שנאיר מהו טיפול מיני או מהן הגישות השונות לטיפול מיני ומה משותף להן? כדי לקיים דיון כזה, יש לקבל מספר הנחות יסוד שתקצר היריעה מלהתייחס אליהן בהרחבה:

מיניות היא תופעה ביו-פסיכו-חברתית מורכבת. לתופעות מיניות יש מרכיבים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים הפועלים במשולב. לעיתים רחוקות מאוד קשיים בתפקוד המיני או קשיים מיניים אחרים הם תוצאה מבודדת של אחד המרכיבים (הנחת ריבוי סיבות או Multi-causality).

ניתן לטפל בתופעות ובקשיים המיניים דרך אחד המרכיבים, אך יש להתייחס גם למרכיבים הנוספים, וחשוב גם שלמטפל או לצוות המטפלים תהיה היכולת לעשות זאת.

קשיים או ליקויים בתפקוד המיני מתרחשים באחד או יותר משלבי מחזור התגובה המינית. השלבים העיקריים הם: שלב התשוקה או רצון למגע מיני; שלב העוררות המינית – השלב שבו גירוי מיני מעורר תגובה מינית, גופנית ורגשית; שלב הפורקן או האורגאזמה; ושלב ההתרה – שלב שבו גירוי מיני נוסף לא יביא לתגובה. משך השלבים והיחס ביניהם נקבעים על ידי גורמים רבים ושונים כמו מין, גיל, מערכות יחסים, מבנה גוף, מחלות נפוצות כמו סוכרת ויתר לחץ דם, ותרופות שהאדם מקבל לטיפול בצרכים לא מיניים. קיימת כיום סברה, שהתגובה המינית של אישה יכולה להתחיל בשלב העירור.

ליקוי בתפקוד המיני הוא לעיתים זמני. לגברים רבים יש קשיי זקפה חולפים במצבים שונים כמו שימוש בקונדום, עייפות, מתח וחרדה. קשיי תשוקה או פורקן (אורגאזמה) זמניים מופיעים אף הם פעמים רבות בהקשר לתופעות זוגיות או סביבתיות. טיפול נדרש רק אם הקשיים נשנים לאורך תקופה. פנייה מוקדמת לעזרה (אך לא מוקדמת מדי) עשויה לקדם את הצלחת הטיפול.

סוגים שונים של טיפול מיני

טיפול בתרופות או באמצעות מכשור רפואי: התפיסה הביו-רפואית מציעה בדרך כלל התמקדות בהיבטים הביו-רפואיים כגון תרופות או התערבויות אחרות.

טיפול בשיחה: מבוסס על פגישה בחדר הטיפוליים בין מטפל לבין פונה או זוג. אחד

ביבליוגרפיה

1. Press Y, Menahem S & Shvartzman P, Sexual dysfunction -- what is the primary physicians role? Harefuah, 2003;142:662-5.
2. Shtarkshall RA, Involving regular partners when prescribing PDE-5 Inhibitors: a critical note for professional organizations dealing with sexuality and sexual health. Sexual & Relationship Therapy, 2007;22:295-301.
3. Galin A, Bronner G & Raviv G, Evaluation and treatment of men with premature ejaculation: a multiprofessional model. Harefuah, 2009.
4. Gruenwald I, Shenfeld O, Chen J & al, Positive effect of counseling and dose adjustment in patients with erectile dysfunction who failed treatment with sildenafil. Eur Urol, 2006;50:134-40.
5. Heruti RJ, Steinvil A, Shochat T & al, Screening for erectile dysfunction and associated cardiovascular risk factors in Israeli men. IMAJ, 2008;10:686-90.
6. Waldinger MD, Revival of medical sexology in psychiatry of the 21st century. Primary Psychiatry, 2007;14:35-6.
7. Haeberle EJ, The Jewish Contribution to the Development of Sexology. In: Hoch Z & Lief H, (Eds). Sexology- Sexual Biology, Behavior and Therapy, Selected Papers of the 5th World Congress of Sexology, Jerusalem 1981. Amsterdam, Oxford-Princeton: Excerpta Medica; 1982. p. 397-414.
8. Teifer L, The medicalization of women's sexuality. Am J Nurs, 2000;100:11-2.
9. Tiefer L, The Viagra Phenomenon. Sexualities, 2006;9:27394-
10. Perelman MA, Psychosocial evaluation and combination treatment of men with erectile dysfunction. Urol Clin N Am, 2005;32:431-45.
11. Basson R, Berman J, Burnett A & al, Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol, 2000;163:888-93.
12. Basson RJ, Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. J Sexual & Marital Therapy, 2001;27:395-403.
13. Masters WJ & Johnson VE, Human Sexual Response. New York, NY: Little Brown and Company, Medical Division; 1966.
14. Giles KR & McCabe MP, Conceptualizing women's sexual function: linear vs. circular models of sexual response. J Sexual Med, 2009.
15. Sand M & Fisher MA, Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses' sexuality study. J Sexual Med, 2007;4:709-20.
16. Masters WH & Johnson VE, Human Sexual Inadequacy. New York, NY: Little, Brown and Company; Medical Division; 1970.
17. Singer-Kaplan H, The New Sex Therapy. New York: Brunner Mazel; 1974.

כרוניקה

לא נמצא הבדל בשיעורי התמותה של נשים וגברים לאחר אירועי לב



התמותה תוך 30 יום מאירוע כלילי לא היה שונה משמעותית בין גברים לנשים, ללא זיקה לסוג האירוע. היחס בין מגדר לשיעור התמותה היה דומה בכל רמות החומרה של המחלה האנגיוגרפית.

החוקרים סיכמו, כי הבדל זה בשיעור התמותה קיים, אך תלוי בהסתמנות הקלינית. עם זאת, הבדל זה ניתן להסבר על ידי שינויים רפואיים בקבלת החולים ובחומרת המחלה האנגיוגרפית.

קיימות עדויות סותרות לגבי השפעת המגדר (Gender) על שיעור התמותה תוך פרק זמן קצר לאחר אירוע חד של העורקים הכליליים (ACS). **בוגר** וחב' (JAMA 2009;302:874) ניסו לברר סוגיה זו לגבי פרק זמן של 30 יום לאחר האירוע. החוקרים ניתחו תוצאות מ-11 מחקרים אקראיים בין השנים 1993-2006 בארה"ב, שהקיפו מעל 38,000 נשים וקרוב ל-100,000 גברים. בנייתוח הראשוני נמצא, כי שיעור התמותה בתוך 30 יום ממועד אירוע היה 9.6% בנשים ו-5.3% בגברים. לאחר תיקונים לגבי משתנים שונים וחומרת מחלה אנגיוגרפית נמצא, כי שיעור

א"י

תרומת הגישה הפסיכוסקסואלית באבחון ובטיפול בהפרעות בתפקוד המיני - תבנית עבודה

גילה ברונר
עינת אלרן
בני שטר
שרי לביא
ארקדי גלין
גיל רביב

המרכז לרפואה מינית, המחלקה לאורולוגיה,
מרכז רפואי שיבא, תל השומר

תקציר:

רקע: העלייה במודעות לשכיחות הגבוהה של הפרעות בתפקוד המיני (הת"מ) הובילה להבנה, כי הבעיה רבת תחומית, ומחייבת גישה אבחונית וטיפולית רב־מקצועית.
מטרות: הצגת הגישה הפסיכוסקסואלית לטיפול בבעיות של פונים לשירות הסקסולוגי, כחלק מדגם לשיתוף פעולה טיפולי רפואי־סקסולוגי בהת"מ.

שיטות: נתוני שכיחות הת"מ בשנים 2004–2008 וארבע פרשות החולים מובאים לצורך הדגמת התרומה של האבחון והטיפול הפסיכוסקסואלי.

תוצאות: פנו לשירות הסקסולוגי 822 נשים בגיל 12.0 ± 13.2 ו-813 גברים בגיל 13.2 ± 38 : 44% הופנו על ידי רופא ו-37% חיפשו מידע באינטרנט או באמצעי התקשורת. הת"מ בנשים: חשק נמוך (29.7%), כאבים ביחסי מין (28.5%) וקושי באורגזמה (20.9%). הת"מ בגברים: קשיי זקפה (44.2%), שפיכה מהירה (24.5%) וחשק נמוך (17.5%). בעיות בזוגיות (הטרוסקסואלית או הומוסקסואלית) שנלוו להת"מ נמצאו ב-217 מהפונים (26.5%).

מסקנות: מטופלים המגיעים ביוזמתם או בהפניית רופאי הקהילה מציגים מגוון הת"מ על רקע אורגני, פסיכולוגי, חברתי וזוגי. הסיבה הרשמית לפנייה לטיפול היא הת"מ של אחד מבני הזוג; זו מהווה רק קצה הקרחון של בעיות פסיכולוגיות וזוגיות או הת"מ של אחד מבני הזוג. המטרה בטיפול איננה יצירת תפקוד מושלם של מערכת המין, אלא הגברת שביעות הרצון ורמת ההנאה של המטופל ושל בן הזוג מהפעילות המינית. לכן, סיכויי ההצלחה בטיפול תלויים באבחון מעמיק, בצוות רב־מקצועי, ובפתרון הבעיות הפסיכולוגיות האישיים והבינאישיים המלוות את התלונה המינית, תוך שיתוף פעולה עם המטופל ובן או בת הזוג.

הפרעות בתפקוד מיני; טיפול רפואי; טיפול פסיכוסקסואלי; טיפול משולב, שירות סקסולוגי.
Sexual dysfunction; Medical treatment; Psychosexual therapy; Combination therapy; Sex therapy service

מילות מפתח:
KEY WORDS

מאפייני השירות הסקסולוגי במרכז לרפואה מינית שיבא

במרכז קיים צוות רב תחומי הכולל: אורולוג, רופא נשים, סקסולוגיות מוסמכות וצוות מתמחים הבאים מרקע שונה (פסיכולוגי, טיפול זוגי, פסיכיאטריה, שיקום ופיזיותרפיה של רצפת האגן). בין השנים 2004–2008 פנו למרכז 822 נשים ו-813 גברים (טבלה 1): 44% מתוכם הופנו לשירות הסקסולוגי על ידי רופא, 37% פנו ביוזמתם לאחר חיפוש באינטרנט, בעיתונות או בשאר אמצעי התקשורת, והשאר (19%) פנו בהמלצת פסיכולוג או אדם קרוב. טווח הגילאים היה 17–78 שנה, מרביתם בעשור השלישי והרביעי. מסך 1,635 פונים: 48% רווקים, 45% נשואים, השאר גרושים או אלמנים. אם במיון הראשוני נמצא שהאבחון הרפואי או הטיפול לא היו מלאים, עברו המטופלים המשך אבחון וטיפול על ידי רופא מומחה (אורולוג, גינקולוג). עם השלמת הבירור הרפואי, עבר המטופל אבחון פסיכוסקסואלי שהסתיים בקביעת אבחנת עבודה (Working diagnosis). על פי אבחנה זו הוצע טיפול רפואי, סקסולוגי או משולב. על פי ה-DSM-IV, הת"מ בנשים כלל: מצב קבוע או שכיח של הפרעות בחשק, בעוררות, באורגזמה, והפרעות כאב ביחסי מין; בגברים: קשיי זקפה, הפרעות בשפיכה (מהירה או מעוכבת) והפרעות חשק. לנוכח אבחנות אלו, מובאים

הקדמה

בשנים האחרונות קיימת תנופה אדירה באבחון ובטיפול הרפואי בהפרעות בתפקוד המיני (הת"מ). בתחילה הייתה תחושה של "מות הטיפול הפסיכוסקסואלי" [1], וביטחון שהטיפול בתרופות יהיה המענה העיקרי. אולם המחקרים על הת"מ הביאו להבנה שזוהי בעיה רב־ממדית, רב־סיבתית, אשר מתקיימת ברמה האישית והזוגית. התפקוד המיני הוא תהליך מורכב, התלוי במערכת הנירולוגית, הווסקולרית והאנדוקרינית. שכיחות הת"מ מושפעת מקיומן של מחלות כרוניות (כגון סוכרת, יתר לחץ דם, מחלות לב, סרטן, מחלות נירולוגיות ופסיכיאטריות) ומהטיפול בתרופות בחולים אלה [2,3]. אולם התפקוד המיני מושפע גם מגורמים פסיכולוגיים, כמו תפיסה עצמית, הערכה עצמית, חוויות בעבר כמו ניצול מיני, גורמים חברתיים־תרבותיים, משפחתיים וזוגיים [4]. הנגישות הרבה למידע באינטרנט ובאמצעי התקשורת, והיכולת לשאול שאלות בעילום שם בפורומים, מאפשרות חשיפת מטופלים להת"מ. מורכבות האבחון והטיפול הפסיכוסקסואלי מחייבת התערבות מסודרת במסגרות בריאותיות מוכרות, המאפשרת עבודת צוות רב־מקצועי רפואי־סקסולוגי. במאמר זה מוצגים מאפייני השירות הסקסולוגי במרכז לרפואה מינית בשיבא, ומועילת תרומתה הייחודית של הגישה הסקסולוגית לאבחון ולטיפול בהת"מ.

טבלה 1:

תיאור הפונים למרכז לרפואה מינית בשנים 2004-2008

גברים	נשים	מספר פונים [%]
813 (49.7)	822 (50.3)	
גיל ממוצע ± SD (טווח)		
38±13.2 (17-78)	35±12.0 (17-78)	

טבלה 2:

שיעורי הפרעות בתפקוד המיני* בפונים למרכז לרפואה מינית בשנים 2004-2008

סוג הפרעה בתפקוד מיני	נשים [%]	גברים [%]
חשק מיני נמוך / היעדר חשק מיני	244 (29.7)	142 (17.5)
הפרעות בתחושת עוררות ובסיכון	78 (9.5)	
הפרעה בזקפה		358 (44.2)
פרה-אורגזמה	172 (20.9)	
שפיכה מהירה		199 (24.5)
שפיכה מעוכבת		45 (5.5)
הפרעות כאב	סה"כ	234 (28.5)
	וגיניזמוס	147 (17.9)
	וסטיבוליטיס	49 (6.0)

* תיתכן יותר מהפרעה אחת בתפקוד המיני עבור אותו מטופל.

שיעורי הת"מ בפונים למרכז לרפואה מינית (טבלה 2). ההפרעות השכיחות ביותר בנשים היו חשק מיני נמוך (29.7%), כאבים ביחסי מין (28.5%) וקושי באורגזמה (20.9%), ובגברים הפרעות זקפה (2.44%), שפיכה מהירה (24.5%) וחשק מיני נמוך (17.5%). שליש מהגברים עם חשק מיני נמוך (47) התלוננו גם על בעיה בזוגיות. עשרה מהגברים (1.2%) התלוננו על קשיים ביחסי מין (חשק ירוד, קשיי זקפה או שפיכה מעוכבת) על רקע עיסוק אובססיבי בתכנים מיניים באינטרנט ובפעילות מינית עצמית (אוננות). שני אחוזים מהפונים, רובם מעל גיל 30, התלוננו על קשיים ביצירת קשר אינטימי שהותירו אותם חסרי ניסיון מיני וללא יכולת לבנות מערכת יחסים משמעותית. בקרב 217 מהפונים (26.5%) אובחנה מערכת יחסים בעייתית בין בני הזוג (הטרנסקסואלים או הומוסקסואלים), למרות שהסיבה הראשונית לפנייה לשירות הסקסולוגי הייתה בעיה מינית.

מספר הפגישות בטיפול הסקסולוגי היה בטווח של מפגש אחד עד 59 מפגשים (ממוצע 4 מפגשים). לעיתים מטופלים הפסיקו לאחר פגישה אחת, כי הרגישו ביטחון בידע שקיבלו. לעיתים מטופלים הפסיקו את הטיפול בשל שיפור בתפקוד המיני, למרות שהבעיה לא חלפה לחלוטין או בשל העלות הכספית, חשש מחשיפה (גופנית ונפשית) ו/או חוסר שיתוף פעולה של בן או בת הזוג.

אבחון הפרעות בתפקוד המיני והטיפול בהן על ידי הסקסולוג

אבחון הת"מ על ידי רופא בקהילה מחייב לקיחת היסטוריה רפואית, היסטוריה מינית, רקע פסיכו־סוציאלי ותרבותי, בדיקה רפואית ממוקדת, בדיקות מעבדה ודימות לפי הצורך, והפנייה למומחה לפי הצורך. בתום האבחון מתקיימת שיחה עם המטופל לבחירה ותכנון הטיפול. על הרופא לערוך מעקב אחר התקדמות הטיפול [5]. לעיתים מחייבת הבעיה הפניה לסקסולוג (מטפל מיני), אשר יערוך אבחון נרחב יותר של ההיסטוריה המינית (טבלה 3). על מנת לאפשר פתיחות מרבית תוך שמירה על פרטיותם של בני הזוג, מקובל שהסקסולוג ניפגש עם שני בני הזוג יחד ועם כל אחד מבני הזוג בנפרד. הסקסולוג תורם לאבחון ולזיהוי גורמים פסיכו־סוציאליים המשפיעים על הבעיה המינית ועל הצלחת הטיפול בה, מעבר לגורמים האורגניים־פיזיולוגיים [6]. מידע נוסף זה מאפשר לסקסולוג לנסח אבחנת עבודה (Working diagnosis) המסבירה את הגורמים המעורבים ולקבוע מטרות טיפול. בשלב זה ניתן לשתף את המטופל ובן או בת הזוג במידע שנאסף [7], על מנת לבנות ביחד תוכנית טיפול מתאימה. חשוב שהשיחה תכלול בירור ציפיות המטופל ובת הזוג מהטיפול, ובירור ההעדפות לבחירת סוג הטיפול. המטרה בטיפול המיני איננה יצירת תפקוד מושלם של מערכת המין, אלא הגברת שביעות הרצון ורמת ההנאה מהפעילות המינית [6]. לכן, הטיפול המיני כולל מרכיבים שנועדו לעזור לזוג לפתח גישה חדשה כלפי פעילות מינית (טבלה 4). מדובר בהעשרה בגירוי חושני והתמקדות בהנאה, ולא דווקא במדידת עוצמת התגובה באברי המין. אחד הכלים הבסיסיים בטיפול בהת"מ הוא תרגילי מגע, שבהם בני הזוג מתרגלים מגע גופני תוך התמקדות חושית ללא יחסי מין, ומעבר רב־שלבי מאזורים ניטראליים לאזורים ארוגניים. תרגילים אלה פותחו לראשונה על ידי **מסטרס ו־ג'ונסון** [8] ועברו עיבודים במשך השנים [9]. כלים חשובים נוספים בטיפול המיני הם חינוך מיני, ניפוץ מיתוסים שגויים, ומתן מידע המסייע להפחתת מתח וליצירת ציפיות מיניות ריאליות.

לדוגמה, פניית זוג צעיר בתלונה של היעדר אורגזמה בלדן. לאחר מתן הסבר על מבנה מערכת המין הנשית והשונות בדרך ההגעה לאורגזמה בין גברים לנשים, שינו בני הזוג את ציפיותיהם. דוגמה נוספת מומחשת על ידי בחור צעיר שהתלונן על הפרעת זקפה. בשיחה התברר שהוא בחרדה מכך שהזקפה שלו אינה קשיחה במהלך כל המשחק המקדים, שנמשך כחצי שעה, למרות זקפה טובה בחדירה ללדן. מקורות הידע שלו היו סרטי פורנו שיצרו ציפיות לא ריאליות לביצוע.

הטיפול המיני משלב מבחר שיטות טיפול בהתאם להת"מ, כגון מאמני לדן לנשים עם בעיות כאב, תרגילי גירוי ועצירה (Stop-start) לשפיכה מהירה, קיום יחסי מין חיצוניים (ללא חדירה) עם או ללא אורגזמה להפחתת חרדה ופחד. בנוסף נלמדות שיטות הרפיה נפשית ושרירית. אמצעים נוספים בטיפול המיני הם תכנון מפגשים מיניים בין בני הזוג, בתזמון ובסביבה המגבירים תחושת ביטחון ונוחות, וכן הדרכת בני הזוג לתקשורת מינית פתוחה ואינטימית. המעקב (Follow-up) אחר משימות התרגול הוא אחד הצעדים החשובים בטיפול המיני; נבדקות בו התוצאות ומידת שביעות הרצון אצל כל אחד מבני הזוג, ובהתאם לכך ניתנות המלצות לשינויים בפעילות המינית.

הטיפול הפסיכוסקסואלי התמקד בתחומים הבאים ונעשה בשיתוף פעולה עם בת הזוג:

1. שינוי סגנון הפעילות המינית במטרה להפחית מתח על ידי איסור חדירה ללדן. בשלב ראשון למד הזוג להתמקד במגע גופני באזורים ניטראליים. בשלב שני הודרכו בני הזוג להתמקד בתחושות באזורים ארוגניים, במגע שאינו מכוון לחדירה. בשלב שלישי למדו בני הזוג לקיים יחסי מין חיצוניים, ללא חדירה (Outercourse).
2. תכנון כל המפגשים האינטימיים היה מכוון הנאה לשני בני הזוג. הגילוי שיחסי מין חיצוניים יכולים להיות מספקים, ושניתן להגיע באמצעותם לאורגזמה ללא חדירה, היה מפתיע ונעים לשניהם.
3. יצירת פתיחות ושיפור התקשורת האינטימית, כך שבני הזוג יוכלו לשתף זה את זה במחשבות וברגשות אישיים ומיניים. כל אחד מבני הזוג העז לבטא את הרצונות המיניים שלו ולבקש צורת מגע מועדפת.
4. מתן מידע על התפקוד המיני של הגבר והאישה, וניפוץ מיתוסים או אמונות שגויות כפי שעלו במהלך השיחות. בנוסף, הוצגו בפני הזוג דגמים (מודלים) של מעגל התגובה המינית של הגבר [8] ומעגל התגובה המינית של האישה [10].
5. טיפול משולב [11] הכולל טיפול סקסולוגי-זוגי עם טיפול בתרופות. הגבר עבר אבחון על ידי האורולוג במרכז לרפואה מינית, ונרשמה לו תרופה מקבוצת ה-PDE5-Inhibitors (PDE5-Inhibitors). הטיפול בתרופות שולב אל תוך הטיפול המיני. בתחילה הוא התבקש ליטול את התרופה ביחסי מין חיצוניים בלבד. לאחר הצלחה מבחינת תפקוד הזקפה ושיעור רצון מינית, קיבל הזוג הדרכה לעבור ליחסי מין פנימיים, עם חדירה (Intercourse) תוך נטילת התרופה. לאחר 3 ניסיונות היה תפקוד זקפה תקין, מחדירה ועד אורגזמה. בפעמים הבאות הוצע ל-' לקיים יחסי מין פנימיים עם התרופה וללא התרופה, לסירוגין, לאחר מכן הפסיק ל' לחלוטין את נטילת התרופה.
6. הנחיה בנושאים הזוגיים לשיפור תמיכת בת הזוג בתהליך הטיפול. לאחר 6 פגישות בתדירות אחת לשבועיים הסתיים הטיפול לשיעור רצון שני בני הזוג, עם תפקוד זקפה תקין.

מפרשת מטופלת 2:

אישה עם הפרעת כאב ביחסי מין (דיספראוניה)

ע', צעירה בת 27, רווקה, פנתה ביוזמתה למרכז לרפואה מינית, יחד עם בן זוגה מזה כשנתיים. הסיבה לפנייה: דיספראוניה ראשונית שטחית, שהתבטאה בכאבים במהלך חדירה בעיקר בכניסה ללדן וירידה בחימוד המיני. הבעיה החמירה בשנה האחרונה. בנוסף, הצעירה התלוננה על הפרשות מרובות מהלדן שהטרידו אותה, ומנעו ממנה לקיים יחסי מין בכלל ומין אוראלי בפרט. היא טופלה מספר רב של פעמים במשחות ובטבליות שונות במרפאות נשים בקהילה, ללא שינוי בתלונותיה.

תרומת הגישה הסקסולוגית: במקרה זה הוחלט על אבחון וטיפול משולב גינקולוגי-סקסולוגי. בבדיקה גינקולוגית לא נמצאו הפרשות חריגות או כל פתולוגיה אחרת. בשיחה התברר ש-' גדלה במשפחה סגורה ושמרנית. היא מעולם לא נחשפה למידע כלשהו על מין. החל מהניסיון המיני הראשון שלה, בגיל מאוחר יחסית, סבלה מכאבים בחדירה.

הטיפול כלל מתן מידע לגבי הפרשה התקינה מהלדן. בן זוגה הסביר שההפרשות לא נראו לו חריגות ושאינו מבין מדוע היא נמנעת מיחסי מין וממגע אוראלי. המטופלת ובן זוגה קיבלו הנחיה להימנע מכל ניסיון ליחסי מין עם חדירה, כדי לעצור את החיבור האסוציאטיבי שנוצר אצל ע' בין יחסי מין לכאב. בדומה להמלצות בפרשת המטופל

טבלה 3:

אבחון על ידי המטפל המיני - היסטוריה מינית:

תחומי האבחון*

1. תיאור מפורט של התפקוד המיני הלקוי בהווה
2. אופן הופעת הבעיה והשינויים שקרו במקביל להופעתה וכמו, פיטורים, מחלה, גירושין, לידה או בעיה אחרת בתפקוד המיני
3. תיאור מפורט של התפקוד המיני בעבר
4. דפוסי פעילות מינית זוגית ועצמית וכמו, יוזמה, צורות גירוי, אוננות, שימוש בפנטזיות או בחומר ארוטי
5. רקע אתני, תרבותי
6. מסרים דתיים, חינוכיים
7. בעיות במערכות היחסים הזוגית בהווה ובעבר
8. היסטוריה פסיכוסקסואלית
9. היסטוריה של ניצול מיני או טראומה
10. הערכה של הפרעות נפשיות וכמו, דיכאון, חרדה, בעת (פוביה), הפרעה כפייתית
11. זיהוי גורמים מגבירי מתח וכמו, עייפות, בעיות כלכליות, בעיות בעבודה, היריון, לידה
12. בירור ציפיות, צרכים והעדפות

* תחומים אלה יבדקו על ידי המטפל המיני בשיחות נפרדות עם כל אחד מבני הזוג וכן עם שניהם יחד

טבלה 4:

שיטות התערבות וטיפול בהפרעות בתפקוד המיני המופעלות על ידי המטפל המיני:

1. שיפור מיומנויות תקשורת אינטימית
2. חינוך מיני, ניפוץ מיתוסים ובניית ציפיות ריאליות
3. טיפול בגישות ובעמדות שליליות כלפי מיניות
4. פיתוח עמדות וגישות חיוביות כלפי הגוף ואיברי המין, מגע ואינטימיות
5. שחרור מחרדת ביצוע (ע"י הימנעות מיחסי מין או מחתירה לאורגזמה)
6. תרגול מגע ממוקד, חושני רב-שלבי (ולא יחסי מין)
7. אימון בטכניקות ריכוז במחשבות ארוטיות
8. לימוד או התאמה מחדש של הרגלי אוננות
9. טיפול סקסולוגי-התנהגותי
10. טיפול בטראומה, בניצול מיני
11. תכנון ויישום תנאים מתאימים לפעילות מינית מהנה

מפרשות המטופלים

מפרשת מטופל 1:

גבר עם הפרעת זקפה על רקע של חרדת ביצוע

י', בן 34, רווק בריא, הופנה על ידי אורולוג לטיפול סקסולוגי בשל הפרעה בזקפה, שהתבטאה באובדן זקפה במהלך ניסיון החדירה ללדן, למרות זקפה תקינה במהלך המשחק המקדים. לעיתים, כבר בתחילת ההתעלסות, הרגיש חשש ואיבד את הזקפה. י' עבר מספר ניסיונות טיפול, שכללו טיפול פסיכולוגי למשך כחצי שנה וטיפול בשתי תרופות ממשפחת חוסמי PDE-5, עם הצלחה חלקית בלבד.

תרומת הגישה הסקסולוגית: באבחון הפסיכוסקסואלי התברר שיש לו ניסיון מיני דל מלווה בחוסר ביטחון עם נשים. אובחנו רמת תשוקה גבוהה וזקפות מספקות במשחק המקדים, אולם הוא הצליח לחדור לעיתים נדירות. בחלק מהמקרים הוא הגיע לאורגזמה עם איבר מין רפוי ללא חדירה, וחוויה כזו שהשאירה אותו עם תחושת כישלון. שביעות הרצון שלו מיחסי המין הייתה נמוכה ביותר. באוננות הצליח להגיע לזקפה ולאורגזמה ללא קושי. הוא הגיע לטיפול עם בת זוגו (בת 29) בחברות של כשנה עם מגורים משותפים.

והסכימה לקיים יחסי מין פנימיים למרות הכאב שהיה כרוך בכך. בשל הכאב ירדה ההניעה (המוטיבציה) שלה לקיום יחסי מין בכלל. כיום, היא רואה את מצוקתו של בן זוגה וחושה את ההתרחקות ביניהם. במהלך הטיפול הפסיכוסקסואלי שני בני הזוג נהנו מאוד מהמפגשים האינטימיים שתוכננו בהתייעצות איתם, ותרגילי המגע היו מקור לעונג. ההימנעות מניסיונות חדירה ללדן וההתמקדות ביחסי מין חיצוניים הפחיתו את החרדה בשניהם. התברר כי במהלך יחסים אלה, הצליחה האישה להגיע לאורגזמה ובמקרים רבים גם הגבר חווה אורגזמה, למרות הזקפה החלקית. במקביל, נשלחה האישה לגינקולוג בשירות הסקסולוגי וטופלה בתרופה אסטרונגים מקומית ללדן. כאשר הגבר הרגיש שהוא חוזר להיות מאהב משמעותי עבור אשתו, והיא החלה לחוות שוב לאורגזמה גם בהיעדר זקפה, חזר אליו ביטחוננו העצמי. ח' החליט לשקול טיפול בשיקום הזקפה, וחזר לאורולוג לטיפול בזריקות תוך מחילתיות לאיבר המין. שתי פרשות חולים עם שפיכה מהירה, שטופלו במרכז לרפואה מינית, מפורטים במאמר מקיף שנכתב על ידינו לעיתון זה בנושא "פליטה מהירה – דגם האבחון והטיפול המשולב הרפואי-פסיכוסקסואלי" [12].

סיכום פרשות החולים:

תיאור פרשת המטופל הראשון מאפיין גברים עם הפרעת זקפה על רקע נפשי בשל חרדת ביצוע, שפנו למרכז לרפואה מינית לאחר אבחון רפואי בקהילה. למרות שידעו שהזקפה שלהם תקינה, על סמך ניסיונות מוצלחים בגירוי עצמי, טופלו חלקם על ידי הרופא בחוסמי PDE 5. המיוחד בפרשת החולה שהוצג הוא הטיפול הזמני בתרופה לזקפה יחד עם טיפול פסיכוסקסואלי, שאיפשר לגבר להתגבר על חרדת הביצוע של המטופל. פרשת החולה השנייה מאפיינת נשים עם כאבים ביחסי מין (דיספראזיה) שאינם נפתרים במרפאת נשים בקהילה. בשתי פרשות המטופלים הללו נעשתה התערבות הפחתת חרדה בעזרת חינוך מיני, טיפול בגישות מוטעות שליליות כלפי מין, הדרכה לקיום מגעים מיניים ללא מטרת חדירה ללדן או חוויית אורגזמה. הטיפול הפסיכוסקסואלי התבסס על "תפירה אישית" של הצעות הטיפול ותכנון פעילות מינית המותאמים למטופל או לבני הזוג. בטיפול בהפרעת כאב באישה יש צורך בגישה רב-מקצועית. לעיתים, לא ניתן להעלים את הכאב לחלוטין, אולם אפשר ללמד את האישה לפתח אסטרטגיות מקלות להתמודדות. לדוגמה, בחירת תנוחה או עיתוי הגירוי או צורת יחסי המין (פנימיים/ חיצוניים) המפחיתים את הכאב באופן משמעותי.

תיאורי פרשות המטופלים שהוצגו לעיל אופייניים לתלונה של הפרעת זקפה על רקע אורגני. תרומת הגישה הסקסולוגית היא בהעמקת האבחון המיני וזיהוי גורמים מתערבים המעצימים את חומרת הבעיה. פרשת החולה השלישי מעלה חששות שנוצרו אצל בת הזוג שמא לא תוכל להתמודד עם הדרישות המיניות של בעלה. שיחה פתוחה בנושא איפשרה לבני הזוג לגלות שהצפיפות שלהם לגבי תכיפות יחסי המין היו דומות. בפרשת החולה הרביעית, הכאבים שחוותה האישה ביחסי המין, עוד טרם אוטם שריר הלב של בן זוגה, היו גורם משמעותי שחיבל בשיקום המיני של הגבר. הטיפול המיני הוביל למניעת הכאבים ביחסי המין אצל האישה. הבנת הגורמים המתערבים אפשר לשחרר את שני הזוגות מחרדות מיותרות שיטות טיפול שנועדו להגברת הסיכויים להצלחה.

דיווחי פרשות החולים מאפשרים להיווכח בהיבטים הרב-ממדיים והרב-סיבתיים של הת"מ. מאכן נובעת חשיבות השילוב בין שני בני הזוג בעבודת הצוות הרב-מקצועי להצלחת האבחון והטיפול.

הראשון, תוכננו שינויים בסגנון הפעילות המינית שלהם, המיקוד שונה מחדירה ללדן לפיתוח יכולת למגע גופני ארוטי מהנה ללא כאב. כמו כן בוצע "סיוור מודרך": הסתכלות על הפות מול מראה בהדרכת הגינקולוג. החינוך המיני כלל היכרות עם התגובה המינית של האישה [10] ומשמעות הכאב ביחסי מין. אימון לחיזוק שרירי רצפת האגן, לימוד שיטות להרפיה וכן שימוש במאמנים לדניים (Dilators) שנועדו להרגיל את ע' לחדירה לא כואבת ללדן. לאחר 8 פגישות הצליחה ע' להחזיר ללדן ללא כאב את המאמן הגדול ביותר. בני הזוג קיבלו הדרכה למעבר הדרגתי ליחסי מין פנימיים. לאחר 3 מפגשים נוספים דיווחה ע' על קיום יחסי מין פנימיים ללא קושי או כאב. במהלך הטיפול דיווחו בני הזוג על שיפור בתקשורת הזוגית, בפתיחות, בחשק ובעוררות המינית של המטופלת, ובשביעות הרצון של שניהם מכל מפגש אינטימי.

מפרשת מטופל 3:

גבר לאחר כריתה נרחבת של הערמונית

ג', בן 55, נשוי 25 שנה, לאחר כריתה נרחבת של הערמונית עקב מחלה ממאירה. במהלך שישה חודשים לאחר הניתוח היו ניסיונות נשנים וכושלים לטיפול במעכבי PDE5. ג' סירב להמשיך בטיפול בהפרעת הזקפה שלו. לאחר 4 שנים נוספות, שבהן לא קיים יחסי מין, החליט לפנות לאורולוג לטיפול בבעיית הזקפה. בעזרת זריקות תוך מחילתיות לאבר המין הזכרי הושגה זקפה מספקת לחדירה. ג' סיפר לאורולוג שבמהלך השנים נפגעה האינטימיות המינית עם בת זוגו, והאישה התקשתה לחזור ולקיים יחסי מין חרף השיקום במגנון הזקפה. הזוג הופנה לסקסולוג לניסיון שיקום הזוגיות ולהתאמת ציפיות למערכת המינית המשותפת.

תרומת הגישה הסקסולוגית:

לאחר אבחון (טבלה 3) התבררו החששות של האישה, וכן צרכיה המיניים והאינטימיים. האישה ביטאה פחד מזקפה אינסופית שלא תוכל להתמודד איתה בעקבות הזריקות לאבר המין הזכרי. בנוסף, בשנים האחרונות, עקב שינויים של גיל חדילת אורח (גיל המעבר), התפתחו יובש בלדן וירידה קלה בחשק המיני. הטיפול המיני התמקד בשלבים הראשונים בשיקום האינטימיות בין בני הזוג לאחר שנים של ריחוק. בניית תקשורת מינית פתוחה איפשרה מתן מידע עדכני על מיניות הגבר והאישה, וניפוץ מיתוסים שהוצגו על ידי בני הזוג. ההתקרבות הגופנית נעשתה באופן מדורג, על ידי תכנון משותף של תרגילי מגע ניטראליים, שהוחלפו במגע חושני (ללא יחסי מין וללא אורגזמה). הזוג למד ליהנות מקיום יחסי מין חיצוניים ללא חדירה ללדן. לאחר שנוצרה נוחות אינטימית, החל הגבר בזריקות לאיבר המין במהלך יחסי המין החיצוניים, על מנת להפחית חרדות שני בני הזוג. בהתייעצות עם גינקולוג, הוצע לאישה על חומרי סיכוך מקומיים או תרופות אסטרונגן מקומיות. הזוג קיבל הדרכה על אופן השימוש בחומרי הסיכוך (מריחה על אבר המין הזכרי וגם בפתח הלדן). בסוף הטיפול חזרו בני הזוג לקיום יחסי מין מהנים עם חדירה ללדן.

מפרשת חולה 4:

גבר לאחר אוטם שריר הלב

ח', בן 62, נשוי 35 שנה, עבר אוטם שריר הלב שלוש שנים טרם פנייתו, ומאז לוקה בהפרעות בזקפה. הוא אינו יכול ליטול מעכבי PDE5 בשל טיפול בניטריטים ואינו מעוניין בטיפול תרופתי אחר לבעיית הזקפה שלו. ח' הגיע ביזמת בת זוגו לאורולוג, שהציע לו טיפול בזריקות תוך מחילתיות לאיבר המין או במכשיר ואקום לשיקום הזקפה. ח' התמיד בסירובו. הזוג הופנה לטיפול סקסולוגי על פי בקשת בת הזוג.

תרומת הגישה הסקסולוגית:

באבחון נמצא שהאישה לוקה ביובש וברגישות רבה בלדן. היא דיווחה כי בעברם, עוד טרם אוטם הלב, פיתח בעלה קשיי זקפה, ולפיכך התאימה את עצמה לצרכי בעלה

המחקרים בתחום, אולם מניסיונו, בירור מפורט של הרגלי האוננות ואופן השימוש בתכנים מיניים יכול לסייע באבחון הבעיה ובבחירת סוג הטיפול המתאים לגבר או לזוג.

לסיכום

בעיות בתפקוד המיני שכיחות בקרב נשים וגברים, בישראל ובמדינות המערב, אך מיעוטן באות לידי ביטוי במפגש מטופל-רופא במרפאת הקהילה, בשל מבוכת המטופלים, וחסמי זמן וידע של הרופאים. גם כאשר מבוצע אבחון וטיפול ראשוני על ידי רופאים בקהילה, מרכז רב-תחומי כשיבא מהווה כתובת חשובה להפניית מטופלים עם בעיה רב-ממדית מורכבת, בהם הצלחת הטיפול הראשוני חלקית בלבד. דגם העבודה במרכז לרפואה מינית מאפשר אבחון וטיפול במקרים של הת"מ על רקע אורגני, פסיכולוגי, חברתי, זוגי ומשולב. סיכויי הצלחת הטיפול בהת"מ תלויים באבחון מעמיק ומדויק ובהתערבות רב-ממדית בבעיות הפסיכולוגיות האישיות והבינאישיות המלוות את התלונה המינית, תוך שיתוף פעולה בין המטופל ובן או בת זוגו לבין צוות המטפלים (אורולוג, רופא נשים, סקסולוג, מטפלת זוגי וכדו'). ●

מחברת מכותבת: גילה ברונר

המרכז לרפואה מינית
מרכז רפואי שיבא, תל השומר
טלפון: 03-5305970
פקס: 03-5305472
דוא"ל: gilab@netvision.net.il

דיון

הת"מ שכיחות בקרב נשים וגברים הפונים לרופא ראשוני בקהילה, למרות שלעיתים קרובות אינן באות לידי ביטוי על ידי המטופל או הרופא במהלך המפגש הרפואי [13,5]. שיעור הנשים המבקשות טיפול בהת"מ במהלך ביקור גינקולוגי שיגרתי הוא נמוך, ורק במיעוט מהפניות היה בן הזוג שותף לטיפול [14]. בסקר שנערך בקרב 292 רופאי משפחה בישראל, סבורים כ-70% מהם שהרופא הראשוני הוא זה שצריך לטפל בהת"מ [15]. המחסומים העיקריים לטיפול בהת"מ מצידו של הרופא הם חוסר זמן (62%) וחוסר ידע (47%) [16,15]. מכאן, שקיים תת-אבחון ותת-טיפול בהת"מ בקהילה [15]. מצב זה מדגיש את הצורך בפעולה להגברת המודעות בקרב מטופלים ומטפלים. דגם המציע לרופאים דרכים לניהול תקשורת פתוחה בנושא הת"מ הוצע על ידי ברונר [16]. לעיתים, בשל אבחנה קלינית לא מדויקת, מטופלים גברים עם בעיית חשק מיני ירוד ללא הצלחה בחוסמי PDE-5, ונשים הלוקות בדיספרוניה מטופלות בתכשירים מקומיים ללא שינוי ברמת הכאב. במטופלים אלה, בדומה לפרשות המטופלים שהוצגו במאמר זה, מעלה הדגם הפסיכוסקסואלי אפשרות לזהות גורמים נוספים ולטפל בהם [17].

שכיחות הת"מ במרכז לרפואה מינית בשיבא דומה לזו המדווחת בספרות המקצועית [18]. בנשים הבעיות השכיחות הן חשק מיני ירוד, כאבים ביחסי מין וקושי באורגזמה, בגברים קשיי זקפה ושפיכה מהירה.

אתגר חדש הניצב בפני הצוות הרב-מקצועי הוא הטיפול בגברים עם חשק מיני ירוד או עם קושי להגיע לאורגזמה על רקע עיסוק אובססיבי בתכנים מיניים באינטרנט, לרוב תוך כדי אוננות. מעטים

ביבליוגרפיה

- Ashton AK, Psychodynamic issues raised by sexual medication: a prescriber's perspective (letter). *J Sex Marital Ther*, 2008; 34:184-5.
- Basson R & Schultz WW, Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*, 2007; 369:409-24.
- Bronner G, Royter V, Korczyn AD & al, Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *J Sex Marital Ther*, 2004; 30: 95-105.
- Nusbaum MR, Hamilton C & Lenahan P, Chronic illness and sexual functioning. *Am Fam Physician*, 2003; 67:347-354.
- Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G & al, Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med*, 2004; 1:49-57.
- Leiblum SR & Wiegel M, Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World J Urol*, 2002; 20: 127-136.
- Wincze JP & Carey MP, *Sexual Dysfunction: a Guide for Assessment and treatment*. 2001; 2nd Ed. Guilford Press, New-York.
- Masters WH & Johnson VE, *Human sexuality inadequacy*. 1970 Little, Brown, Boston.
- Brotto LA, Basson R & Luria M, A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med*. 2008; 5(7):1646-59.
- Basson RJ, Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther* 2001; 27:395-403.
- Perelman MA, Psychosocial evaluation and combination treatment of men with erectile dysfunction. *Urol Clin N Am*, 2005; 32:431-445.
- Galin A, Bronner G & Raviv G, Model approach for evaluation and treatment of men with premature ejaculation. *Harefuha*, 2009 (In press).
- Nazareth I, Boynton P & King M, Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BJM*, 2003; 327:423-8.
- Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B & Heiman J, The high prevalence of sexual concerns among women seeking gynecological care. *J Fam Pract*, 2000; 49:229-32.
- Press Y, Menahem S & Shvartzman P, Sexual dysfunction- what is the primary physician role? *Harefuah*, 2003; 142:662-665.
- Bronner G, Sexual health promotion - an inductive intervention model. *Harefuah*, 2001; 140:72-76.
- Beck JG & Bozman AW, Gender differences in sexual desire: the effects of anger and anxiety. *Arch Sex Behav*, 1995;24:595-612.
- Laumann EO, Paik A & Rosen RC, Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 1999; 281: 537-44.

הפרעות בתפקוד המיני בנשים

תקציר:

מיכל לוריא

המרפאה לתפקוד מיני, מחלקת נשים ויולדות, מרכז רפואי הדסה הרהצופים, ירושלים

בעיות בתפקוד המיני בנשים הן תופעה שכיחה. עם זאת, לעיתים קרובות הן אינן זוכות להתייחסות על ידי הצוות המטפל, למרות שהן בעלות השפעה משמעותית על איכות חייה של האישה. בשנים האחרונות קידם המחקר בנושא את ההבנה וההכרה בעיקר במגוון התפקודי הנרחב אשר מוכר היום כנורמטיבי. בשנת 2003, ערך הארגון האמריקאי לאורולוגיה מפגש בינלאומי, אשר כלל את המומחים המוכרים בעולם בתחום מיניות האישה. המטרה בכינוס הייתה הסתכלות מחודשת על ההגדרות המוכרות לגבי בעיות מיניות בנשים. על בסיס תיאוריית התגובה המעגלית מאת רוזמרי בסון, הדגישה הקבוצה את סוגי ההינעה (המוטיבציות) אשר יכולים להניע אישה לקיים יחסי מין עם בן זוגה כגישה מקובלת, בנוסף לגישה שבה הדחף הביולוגי הוא המניע למפגש המיני.

האטיולוגיה של בעיות בתפקוד מיני בנשים משלבת גורמים רפואיים ופסיכולוגיים, לכן על ההערכה של אישה להקיף את שני התחומים. הטיפול כולל חינוך מיני, שיפור תקשורת בין בני הזוג, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי והתייחסות לבעיות רפואיות במידת הצורך. טיפולים בתרופות לשיפור התפקוד המיני בנשים נמצאים בשלבים שונים של מחקר, אך קיים ספק לגבי מידת יעילותם ומלווים בשאלות לגבי פרופיל הבטיחות בטיפול ארוך טווח.

במאמר זה נסקרת התגובה המינית כפי שהיא מובנת היום, ונסקרות ההבנות הנוכחיות לגבי דרכי אבחון וטיפול.

מילות מפתח:
:KEY WORDS

תפקוד מיני נשי; הפרעה בתפקוד המיני; אביזנה; חשק מיני; עוררות מינית; כאבים בקיום יחסים; וגיניזמוס.
Female sexual dysfunction; Female sexual function; Orgasm; Sexual desire; Sexual arousal; Dyspareunia; Vaginismus.

הקדמה

המחקרים שפורסמו בשנים האחרונות ואשר נבחנו בהם התגובה המינית בקרב נשים, שפכו אור חדש על הנושא. במקביל להשפעת ההורמונים, קיימים מספר משתנים שנמצאו בקשר מובהק עם סיפוק, חשק ותפקוד מיני, כגון בריאות נפשית, חוויות מיניות מן העבר, רגשות כלפי בן הזוג, אורך מערכת היחסים ותפקודו המיני של בן הזוג. ההיבט הביולוגי, לעומת זאת, והשונויות הבין אישיות הגדולה בתגובה לשינויים ההורמונליים, פחות ברורים. במאמר זה מובאים ההגדרות העדכניות בנושא, הגורמים האטיולוגיים השונים, דרכי ההערכה וצורות הטיפול.

תגובה מינית תקינה

בשנות ה-60 גייסו **מסטרס ו'ג'ונסון** זוגות מתנדבים וחקרו במעבדתם את השינויים הפיזיולוגיים בזמן עוררות מינית. ממצאי המחקר הניבו דגם של התגובה המינית שבו מתוארים 4 שלבים: התרגשות, מישור, אביזנה, ולבסוף הרפיה והתרה (Excitement, Plateau, Orgasm and Resolution). בשנת 1974 הוסיפה **Helen Singer Kaplan** את ממד ה-"חשק המיני" והגדירה את הדגם התלת-שלבי שכלל חשק מיני, עוררות ואביזנה (Desire, Arousal, Orgasm). בדגמים אלה מתייחסים לנשים ולגברים כאחד, ומתואר דגם קווי שבו חשק מיני הוא המניע להמשך התגובה המינית. מושגים אלה היו לבסיס להגדרות של תפקוד מיני תקין, על פי מיון המחלות של ארגון הבריאות העולמי (ICD-10) ושל האיגוד

האמריקאי לפסיכיאטריה (DSM-4⁻).

בשנת 2000, הציגה **Basson** [1] דגם חדש לתגובה המינית הנשית, המתייחס בעיקר לנשים הנמצאות במערכות יחסים ארוכות טווח ונבדל מהותית מדגם התגובה הגברית. לפי דגם זה, אישה יכולה לרצות להשתתף במפגש מיני מסיבות ש"אינן מיניות", כגון רצון לקרבה רגשית, מחויבות, התקשרות ואינטימיות [5]. לפי **Basson** [1] חשק ועוררות תגובתיים מתרחשים לאחר שהאישה החליטה לחפש אחר גירוי שיעורר את התגובה המינית. החשק המיני, אם כך, הוא התוצאה ולא המניע. לפי **Basson** [1], הדמיונות המיניים – סמן ראשי של חשק מיני לפי הגדרות הישנות – מסייעים לאישה להתרכז ולמנוע הסחת הדעת בזמן מגע מיני. דגם זה אינו מבטל את הדגם של **מסטרס ו'ג'ונסון**, אלא מציג חלופה תקינה.

לגבי העוררות המינית, שעד לא מזמן הוגדרה כ"הרחבת כלי הדם וסיכוך הלבד", התקבלה ההבנה שמדובר למעשה בשני מרכיבים: המרכיב הפיזיולוגי – הפרשת נוזל סיכה בלבד, והתפתחות גודש ונפיחות באברי המין משנית להרחבת כלי דם.

המרכיב הסובייקטיבי – הקליטה והעיבוד של הגירוי המיני, תרגומו לרגש והמודעות לרגשות מיניים.

על פי העבודות של **Laan** וחב' [2], הרחבת כלי הדם היא רפלקס מיידי לגירוי המיני; גם כאשר אינו מלווה בהנאה, לרפלקס העוררות המינית מיוחס תפקיד הסתגלותי: גודש גורם לסיכוך, המאפשר קיום יחסים. על פי ממצאים אלה מקובל כיום, כי בתגובתה המינית של האישה קיים ניתוק בין עוצמת העוררות הגופנית לבין הרגש הסובייקטיבי לתחושה זו.

תגובה מינית תקינה, כולל האפשרות להתפתחות החשק המיני, לאחר שנמצא גירוי מתאים ולא רק בתור מניע לפעילות המינית. קיבלו בני הזוג הדרכה לחידוש הקירבה המינית ושיפור התקשורת באמצעות תרגילי גירוי בשילוב עם מתן משוב הדדי, ותוך מיקוד בתחושות (Sensate focus). במקביל טופל בן הזוג בתרופות לשיפור הזקפה, עם מינון שהותאם בהצלחה. הוצעה חשיפה לגירויים חיצוניים (ספרות, סרטים) התואמת את הרצונות והערכים של בני הזוג. האישה הודרכה בנושא הגברת מיומנות המיקוד התחושותי (Mindfulness). בחידוש ניסיונות החדירה הופיעו כאבים בלדן, שהשתפרו וחלפו לאחר טיפול מקומי באסטרונג. כעבור 6 פגישות טיפול, החלו בני הזוג לנהל מערכת זוגית מינית מספקת ומהנה.

מפרשת מטופלת 2:

צ' ל', אישה בריאה בת 34 שנים, נשואה 6 שנים ואם ל-2 (בני שנתיים וחצי שנה). לאחר 3 שנות אי פוריות על רקע לא מוסבר, הרתה במחזור השלישי של טיפול הפריה חוץ גופית. תשעה חודשים לאחר הלידה הראשונה הרתה שנית, הפעם באופן עצמוני. שתי הלידות היו לדניות, ללא אירועים חריגים, ובזמן הפנייה לטיפול עדיין היניקה.

האישה פנתה למרפאה עם תלונה על כאבים בעת חדירה שמהם סבלה מאז ומתמיד. בשלוש השנים האחרונות נוסף לכאב גם היעדר חשק מיני, ובחודשים האחרונים חש גם בן זוגה בחוסר עניין במין. הדבר גרם לריחוק בין בני הזוג ולמצוקה נפשית גדולה.

בבדיקה גופנית נמצא כי היא לוקה בווגיניזמוס. הוחל בתרגילים לחידוש הקירבה המינית ושיפור התקשורת. הומלץ על תרגילי גירוי הדדי, תוך מיקוד בתחושות (Sensate focus). האישה התבקשה לתרגל יומית באמצעות מאמני לדן והתקדמה במהרה עד לקוטר הגדול שבערכה. הטיפול הושלם עם מרכיבי טיפול קוגניטיבי ותרגילי הרפיה לאישה. לאחר 5 מפגשים, שוחררו בני הזוג מהמרפאה ודיווחו מאז על חיי מין מספקים לשניהם.

מפרשת מטופלת 3:

ג' י', נערה בת 18, נמצאת במערכת חד מינית מזה כשנה ופנתה עקב קושי לחוות אביונה. בגיל העשרה המוקדמות הייתה חוויית האביונה עקבית ומהנה באמצעות גירוי עצמי (אוונות). בשנים האחרונות קיים קושי רב ובנוסף חלה ירידה ברמת ההנאה המופקת ממנה. שנה לפני פנייתה החלה ליטול גלולות למניעת הריון עקב חטטת ושיעור יתר, ומאז חשה ירידה בחשק ובעוררות המיניים. היא דיווחה על מתח רב בינה לבין בת זוגה בעקבות בעיות אלו.

הומלץ על הפסקה בנטילת הגלולות, עקב הקשר הידוע בין נטילת גלולות לבין ירידה בחשק ובעוררות המיניים. במקביל, הוחל בהרחבת הידע הקיים באנטומיה ופיזיולוגיה של אברי המין, בלימוד שיטות להגברת הריכוז בתחושות הגוף בזמן גירוי, ובהסתייעות במרטט. במקביל, קיבלו בנות הזוג סיוע בהורדת המתח שנוצר ביניהן ובשיפור התקשורת ביניהן. הנערה שוחררה מהמרפאה לאחר 3 מפגשים ודיווחה על שיפור רב במצבה.

השפעת הורמונים על התמ"ן

אסטרונגים:

אסטרדיול (2E) פועל על קולטנים של אסטרונג בלדן, בעריה, בשופכן ובצוואר שלפוחית השתן. הוכח, כי אסטרונג גורם לבגרות ולשגשוג תאי האפיתל בלדן ובעור שסביבו, ומעלה את

הגדרות ושיטות מיון

ההפרעות התפקוד המיני הנשי (תמ"ן) ממוינות ומוגדרות במיון המחלות של ארגון הבריאות העולמי (ICD-10) וגם במדריך האבחון של האיגוד האמריקאי לפסיכיאטריה (4-DSM). שתי השיטות מתבססות בעיקר על הדגם הראשוני שתואר על ידי **מסטרס וג'ונסון** ועל הדגם המאוחר של **קפלן**. בשנת 1998 ערך האיגוד האמריקאי לאורולוגיה (American Urology Association Foundation-AUAF) את הדיון הראשון לגיבוש הסכמה לגבי הגדרות ומיון ההפרעות בתפקוד המיני בקרב נשים. תשעה עשר חוקרים מובילים מתחומים שונים (פסיכיאטריה, גניקולוגיה, אנדוקרינולוגיה, סיעוד, רפואת משפחה, רוקחות, פיזיולוגיה, פסיכולוגיה, שיקום ואורולוגיה) מיינו והגדירו מחדש את ההפרעות השונות. הקטגוריות העיקריות נשמרו דומות להגדרות המוקדמות, כדי לשמור על המשכיות המחקר והעבודה הקלינית, עם תוספת של קטגוריה חדשה – כאב במגע מיני שאינו בזמן חדירה. בשנת 2003, לאחר דיון מחודש שערכה הקבוצה פורסמו המלצות להרחבה ותיקון המיון משנת 1998 [3]. בטבלה 1 מודגמים ההבדלים בין ההגדרות על פי מדריך האבחון של האיגוד הפסיכיאטרי האמריקאי לבין ההצעות לחלופה של הרכב המומחים בחסות האיגוד האמריקאי לאורולוגיה.

אפידמיולוגיה

למרות מספר סקרים נרחבים שנערכו בשנים האחרונות, המידע לגבי שכיחות הפרעות בתמ"ן אינו מלא. מרבית השאלונים מבוססים על הגדרות מיושנות (כגון היעדר חשק מיני ראשוני כמדד להפרעה בתפקוד), ומדווח בהם על שכיחות שבין 26%–38% בשיעור הפרעות בתמ"ן באוכלוסיות שונות [4]. לאחרונה כללו מספר סקרים הימצאות מצוקה אישית הנגרמת כתוצאה מהבעיה המינית, מה שהביא לתוצאות שונות. לדוגמה, הכללה בלבדית של נשים עם מצוקה נפשית בעקבות הירידה בחשק המיני, הפחיתה את שכיחות הפרעות בחשק המיני מ-35% ל-9%–12% [4]. השכיחות המדווחת על הפרעות בעוררות אינה מדויקת, שכן ההתייחסות בשאלונים היא לבעיות בסיכון כמדד לעוררות, תוך התעלמות מהממד הסובייקטיבי. שכיחות הופעת כאבים בעת קיום יחסים מוערכת בסביבות 10%–15% ושל קשיים בלחות אביונה בסביבות 10%–15%. שכיחות וגיניזמוס אינה ידועה, שכן בסקרים הגדולים לא נבחנה נקודה זו.

מכרשות החולות

מפרשת מטופלת 1:

נ' ב' היא אישה בריאה בת 53, נשואה 30 שנה ואם ל-3 ילדים. היא פנתה בתלונה על היעדר חשק מיני מזה כ-8 שנים, עם החמרה ב-3 שנים האחרונות, מאז חדילת הווסת. לא טופלה בטיפול הורמוני. בן זוגה הוא גבר בן 54 שנים, וביניהם מערכת זוגית טובה. הגבר נפגע לפני כ-3 שנים בתאונת דרכים ולקה בשבר באגן, אשר חייב אשפוז למשך חודש ובהמשך שיקום שערך כחצי שנה. שנה לאחר התאונה לא היו בני הזוג פעילים מינית. עם חידוש הפעילות המינית התפתח ליקוי בזקפה. רופא המשפחה טיפל בו במעכבי האנזים PDE5, אך לא היה שבע רצון מן התוצאה. במרפאתנו הוחל בטיפול התנהגותי-קוגניטיבי, לזיהוי והתמודדות עם מחשבות שליליות הקשורות לקשר הזוגי והמיני. הוצגו בפניהם הדגמים השונים של

טבלה 1:

ההבדלים בין ההגדרות על פי מדריך האבחון של האיגוד האמריקאי לפסיכיאטריה לבין ההצעות לחלופה של הרכב המומחים בחסות האיגוד האמריקאי לאורולוגיה

סיווג תלונה מינית	DSM IV	סיווג מחדש על פי AFUD/AUAF International Consensus Committee - 2003 (3)
הפרעות בחשק מיני	Hypoactive sexual desire disorder "ליקוי או היעדר מתמשך או חוזר ונשנה בדמיונות (Fantasies) מיניים ובחשק לפעילות מינית. על הקלינאי להביא בחשבון את הגורמים המשפיעים על התפקוד המיני, כגון גיל ונסיבות חייה של האישה."	Sexual interest/ desire disorder "ליקוי (או היעדר) מתמשך או נשנה בחשק או בהתעניינות המינית, בדמיונות (Fantasies) ומחשבות מיניות והיעדר חשק תגובתי. אין או יש מעט הנאה (מוטיבציה) לנסות גירוי שיעורר מינית. חוסר העניין הוא מעל ומעבר לירידה הצפויה בחשק או התעניינות האופייניים לשלבים מסוימים במעגל החיים ו/או למשך זמן מערכת היחסים."
חסר בעוררות אברי המין	Female sexual arousal disorder "חסר יכולת מתמשך או חוזר ונשנה, להשיג או לשמר עד לסיום הפעילות המינית את הסיכוך/גודש האופייניים לעוררות המינית"	Genital arousal disorder "התלהבות סובייקטיבית תקינה, אך עוצמת תגובת אברי המין (סיכת הלדן וגודש באברי המין) היא מזערית, וכן קיימת ירידה בתחושה המקומית בעת נגיעה באברי המין". הסתמנות זו אופיינית לנשים עם פגיעה במערכת העצבים האוטונומית ולנשים עם ירידה ברמת האסטרואגנים, כגון לאחר חדילת אורח."
חסר בעוררות הסובייקטיבית	אין התייחסות לנקודה זו ב-DSM IV.	Subjective arousal disorder "היעדר או ירידה משמעותית בהתלהבות ובהנאה המינית לאחר גירוי, ללא פגיעה בתגובה הגופנית". במספר עבודות הודגם, כי רוב הנשים עם ירידה בהתלהבות המינית, מציגות גודש באברי המין אשר זהה לקבוצת נשים ללא בעיה זו.
חסר בעוררות אברי המין ובעוררות סובייקטיבית גם יחד	אין התייחסות לנקודה זו ב-DSM IV.	Combined genital and subjective arousal disorder "היעדר או ירידה משמעותית בהתלהבות ובהנאה המינית לאחר גירוי ובנוסף, תגובת אברי המין (סיכת הלדן וגודש באברי המין) לקויה."
עוררות מינית שקדנית	אין התייחסות לנקודה זו ב-DSM IV.	Persistent genital arousal disorder "תחושת עוררות עצמונית, פורצנית ולא רצויה באברי המין (תחושת "פעימות", עקצוץ מקומי) בהיעדר התעניינות או חשק מיני. לרוב אין מודעות לעוררות סובייקטיבית ואם קיימת, היא אינה נעימה. התחושה עלולה להמשך שעות או ימים ואינה מתפוגגת לאחר אביזנה."
קשיים בלחות אביזנה	"עיכוב או היעדר מתמשך או חוזר ונשנה לחוות אביזנה, למרות שלב עוררות תקין. על הקלינאי להעריך כי יכולת האישה לחוות אביזנה פחות מהצפוי לגילה של האישה, ניסיון מיני, וסוג הגירוי שהיא מקבלת."	Orgasmic disorder "למרות עוררות והתרגשות מינית ברמה גבוהה, קיים עיכוב או העדר אביזנה או ירידה משמעותית בעצמת תחושות האביזנה". הפרעה זו היא בעלת שכיחות גבוהה, ומדווחת על ידי 24-37 מכל 100 נשים הפונות לטיפול מיני על פי דיווחים שונים.
נכאים בקיום יחסים	"כאב מתמשך או חוזר ונשנה באיברי המין הקשור לקיום יחסי מין".	Dyspareunia "כאב מתמשך או חוזר ונשנה באיברי המין בחדירה או בניסיון חדירה ו/או בקיום יחסי מין". סעיף זה מחולק לכאב שטחי, לדני או עמוק. כאב שטחי - לרוב משני לדלקת של מבוא העריה (vestibulitis) או עקב דלדול רירית הלדן, גורם זיהומי, הפרעה בסיכה, או תגובה לקוטלי זרע או לטקס. כאב לדני - עשוי להיות משני להיעדר סיכה מספקת, דלקת הלדן, התערבות ניתוחיות גניקולוגיות או מילדותיות בעבר, מצב לאחר טיפול בהקניות או קשור לטראומה מינית. כאב עמוק - יתכן ממקור שרירי או כתוצאה ממחלה באגן כגון אנדומטריוזיס.
Vaginismus	"כיווץ בלתי רצוני מתמשך או חוזר ונשנה של שרירי השליש החיצוני של הנרתיק שמפריע לקיום יחסים".	Vaginismus "קושי חוזר ונשנה לאפשר חדירה ללדן על ידי אבר מין זכרי, אצבע או כל דבר אחר למרות רצון האישה לאפשר זאת. קיים כיווץ לא רצוני של שרירי ריצפת האגן בעצמה משתנה ורתיעה בעתית (פובית) מחדירה. קיימת ציפייה לכאב, חשש ו/או תחושה של כאב. חשוב לשלול קיום מומים במבנה אברי המין."
סלידה ממין	"סלידה קיצונית מתמשכת או חוזרת ונשנית והימנעות מכל (או כמעט כל) מגע מיני עם בן/בת זוג".	Sexual aversion disorder "חרדה קיצונית ו/או סלידה לנוכח תצפית או ניסיון לפעילות מינית".

בקיום יחסים [5]. במספר עבודות נמצא קשר חלש בין רמות אסטרוגן בדם לבין חשק מיני [5, 6], אך בעבודות אחרות הועלו ממצאים סותרים [7].

אנדרוגנים

אנדרוגנים באישה מופקים על ידי השחלות ובלוטת יותרת הכליה מכלוסטרול. מתוכם, היעילים יותר הם טסטוסטרון ו-5 α-Dihydrotestosterone (DHT). בנוסף, פרו-הורמונים מבלוטת

הווסקולריות זרימת הדם, וכן הפרשות מבלוטות מקומיות. בדגם חיה נמצא, כי אסטרוגן קשור לוויסות בביטוי האנזים Nitric oxide synthase בלדן ובדגדגן - האנזים האחראי על ייצור Nitric oxide, הממלא תפקיד מרכזי בעוררות אברי המין.

השפעות ידועות של רמות אסטרוגן נמוכות הן הידקקות תאי האפיתל בעריה והלדן, דלדול השריר החלק בדופן הלדן, וירידה בזרימת דם ובפעילות בלוטות. בעבודות שונות הודגם, כי רמות תקינות של אסטרוגן חשובות לסיכוך הלדן ולהימנעות מכאבים

היקפיות. ידוע, כי קיים יצור תוך תאי של טסטוסטרון מקודמנים כגון Dehydroepiandrosterone (DHEA) Dehydroepiandrosterone, וכי הטסטוסטרון הנוצר עובר פירוק טרם שחרורו מתוך התא אל מחזור הדם. גורם בעייתי נוסף הוא השונות הרבה בתגובת נשים לפעילות אנדרוגנית. הסבר שמסתמך לתופעה זו הוא השונות הרבה במבנה הקולטן לאנדרוגן.

הורמוני מין ונירוטרנסמיטורים

קיימים יחסי גומלין בין נירוטרנסמיטורים להורמוני מין, וידוע כי שינוי במערכת אחת משפיע על מערכת אחרת. לדוגמה, בתקופה שסביב גיל חדילת אורח חלה עלייה בדיכאון בקרב נשים ללא היסטוריה של דיכאון. מאידך, בחלק מהנשים, טיפול דופמינרגי בתרופות כגון Bupropion או Apomorphine גרם לעלייה בתגובה המינית ובחשק המיני [11].

הערכת הפרעות בתמ"נ

לקיחת אנמנזה מדוקדקת, תוך שמירה על התחשבות ברקע המטופלת ורגשות היכולים להתעורר כתוצאה מהשיחה, היא יסוד האבחון. אם האישה נמצאת במערכת זוגית, רצוי לקבל אנמנזה בנפרד מפי בן או בת הזוג ולערוך בנוסף פגישה משותפת עם השניים. ההערכה משלבת בחינה של התחום הנפשי והגופני (טבלה 2). ר' טבלה מספר 2 לרשימת הגורמים להפרעות בתמ"נ.

אנמנזה

1. איסוף נתונים מפורטים לגבי הרקע הרפואי (מחלות, תרופות וניתוחים). בטבלה 3 מפורטת רשימת התרופות הגורמות להפרעות בתמ"נ.
2. רקע משפחתי וילדות מוקדמת: קשר בין בני המשפחה, הגישה למיניות בבית, התפתחות ניצני מיניות והשפעות דתיות.
3. התבגרות והתפתחות מינית: ובכלל זה חינוך מיני, מערכות יחסים ראשונות וחוויות מיניות.
4. מצב נוכחי:
 - א' מעמד כלכלי וחברתי, סגנון חיים ושנות לימוד.
 - ב' גישות, הרגלים והתנהגות מינית נוכחית. נבחנים הזוהת המינית, תפיסת האישה את אברי המין, הפרשות הגבר או האישה, אוננות, משחק מקדים ופנטזיות מיניות.
 - ג' דפוסי התנהגות – רמת הקרבה וטיב התקשורת בין בני הזוג, סוגי משחקי מין, יחסים מחוץ למערכת הזוגית ויחסים הומוסקסואליים.
 - ד' מהות התלונה העיקרית – משך התלונות, היות הבעיה נסיבתית או קבועה, השפעת הבעיה על הקשר עם בן הזוג, בירור או טיפול קודמים ותוצאותיהם. יש לברר ולתאם את ציפיות ומטרות האישה מן הטיפול הנוכחי.

בדיקה גופנית

בדיקה גופנית מדוקדקת נדרשת לאיתור רקע אורגני לתלונות האישה. יש לסקור את אברי המין החיצוניים לשינויי צבע, מרקם ועובי העור, כמות ופיזור שיער הערווה. יש לבחון את מבנה תעלת הלדן, תוך שימת לב מיוחדת למתח שרירי הלדן, מיקום צלקת חיתוך הערווה בזמן הלידה (Episiotomy), הצרויות

טבלה 2:

גורמים להפרעות תפקוד המיני בנשים

- גורמים פסיכולוגיים / רגשיים:**
- לחץ נפשי, דימוי עצמי לקוי, חרדת ביצוע
 - פחד מהריון, פחד להידבק ממחלה המועברת במגע מיני
 - זיכרון רע מהעבר
 - רגשות כלפי בן הזוג / טיב מערכת היחסים
 - תופעות פסיכולוגיות של מחלת סרטן השד / סרטן ממקור גינקולוגי ואו מקור אחר
 - דיכאון, הפרעת חרדה
- גורמים ביולוגיים:**
- שינויים הקשורים לגיל
 - הריון, לידה, הנקה
 - בעיות רפואיות ומחלות אונקולוגיות, מחלת לב, סוכרת, יל"ד, מצב לאחר חבלת ראש / פגיעה בחוט השדרה ועוד
 - תרופות
 - גלולות למניעת הריון
 - צריכת סמים
- גורמים חברתיים:**
- לחץ חברתי
 - הטרדה מינית
 - חוסר ביטחון עצמי
- גורמים סביבתיים:**
- השפעות תרבותיות
 - תנאים פיזיים (לדוגמה: חוסר פרטיות)

יותר-הכליה יכולים להפוך לטסטוסטרון או DHT ברקמות היקפיות. טסטוסטרון נמצא במחזור הדם וקשור לחלבון נושא הורמוני מין – Sex Hormone Binding Globulin (SHBG) ובמידה מסוימת גם לאלבומין. המרכיב שאינו קשור נחשב למרכיב הפעיל. תפקיד האנדרוגנים בשימור הבריאות, מצב הרוח והתפקוד המיני נמצא במחקר מעל 50 שנה ועדיין נמצא בדין. בשנת 2002, סוכם בכינוס בנושא אנדרוגנים, כי "אי ספיקה אנדרוגנית באישה" יכולה להתבטא בירידה בתחושת בריאות, עייפות וירידה בחשק מיני [8], למרות שתכונות אלה אינן סגוליות וחרף היכולת המעבדתית המוגבלת לכמת ריכוזים נמוכים של אנדרוגנים. לאחרונה, שלל איגוד האנדוקרינולוגיה בארה"ב את המושג "אי ספיקה אנדרוגנים", לנוכח היעדר הסתמנות קלינית ברורה ונתונים מספקים לגבי רמות טסטוסטרון תקינות לאורך מעגל החיים [9].

במרבית המחקרים הקליניים לא הצליחו החוקרים להדגים יחס ברור בין רמות אנדרוגנים לתפקוד מיני בנשים. במחקר אורכי מאוסטרליה (Melbourne Women's Midlife Health Project), נערך מעקב אחר מדגם מייצג של נשים בגיל חדילת אורח ("גיל המעבר"), תוך ביצוע בדיקה של רמת אנדרוגנים בדם ושאלונים מדי שנתיים על תפקודן המיני. לאחר 9 שנות מעקב, לא נמצא יחס בין השניים [6]. במחקר אחר (Nation (SWAN) [10], נבדקו 2,961 נשים בגילאים 42-52 שנה לפני חדילת אורח. נמצא מתאם נמוך בין רמות אנדרוגנים לבין חשק, עוררות או סיפוק מיני. במחקר אוסטרלי אחר נערך מעקב אחר 1,021 נשים עם ממצאים דומים. המגבלה בכל העבודות הללו נובעת מהיעדר כלי מעבדה מדויקים למדידת רמות טסטוסטרון. מרבית הכלים המעבדתיים מתוכננים למדידת רמות טסטוסטרון בטווח התקין בגברים או לזיהוי רמות יתר בנשים. בעיה נוספת היא היעדר יכולת להעריך את מידת הייצור של טסטוסטרון ברקמות

טבלה 3:

התרופות השכיחות המשפיעות לרעה על התפקוד המיני

- Antihypertensives: β -blockers, thiazides
- Serotonergic antidepressants
- Lithium, antipsychotics
- Antihistamines
- Narcotics, anticonvulsants, benzodiazepines
- Oral contraceptives and oral estrogen therapy
- Gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonists
- Spironolactone

- מיניים, ומתן משוב על ידי בן הזוג המרוכז בתחושות, ובשלב השני במגע הכולל עירוב אזוריים מיניים, אך ללא חדירה.
- **טיפול פסיכולוגי התנהגותי-קוגניטיבי** – יסוד טיפול זה בהשערה, כי מחשבות, רגשות והתנהגות קשורים זה לזה, וכי על ידי שינוי באחד מהם יבוא שינוי על השניים האחרים. הטיפול מכוון לזיהוי והתמודדות עם מחשבות והתנהגויות בלתי הגיוניות או מטרידות, ועל ידי כך לגרום לתפנית רגשית והתנהגותית.
- **התמקדות בהווה (Mindfulness)** – שיטת טיפול ששורשיה במדיטציה, והיא מיושמת באופן נרחב במערב בבעיות נפשיות שונות (הפרעות אישיות, דיכאון והתמכרות) ובעיות רפואיות (כגון טיפול בכאב כרוני). שיטה זו כוללת תרגול נשנה של מיקוד תשומת הלב בפעולות שהגוף מבצע ברגע נתון, ובצורה הזאת מניעת מחשבות טורדניות על "מה היה" ו"מה יהיה". השיטה הוכחה כיעילה בטיפול בבעיות חשק ועוררות בנשים [13].
- **טיפול זוגי** – ידוע, כי לבעיות בקשר הזוגי יכול להיות גורם או תוצאה של בעיה מינית. בחלק מהמטופלות דרוש טיפול מכוון לפיתרון בעיות הזוגיות. בכל מקרה יש מקום לסיוע בשיפור התקשורת המינית בין בני הזוג.
- **פיזיותרפיה של רצפת האגן** – לוויות הטונוס והתגובתיות של שרירי רצפת האגן. יעיל בנשים עם כאבים במבוא העריה (Vestibulodynia) ובנשים עם וגיניזמוס.
- **תרגול במאמני-מרחיבי לזן** – גלילים בקוטר עולה והולך, שהאישה מחדירה ללזן לצורך הקניית הרגל של נוכחות "גוף זר" בלזן (Desensitization). יעיל בטיפול בכאבים במבוא העריה ובוגיניזמוס.

בלדן אן הפרשה חריגה. יש לבדוק גם את גודל הרחם ותנוחתו, רגישות בהנעת צוואר הרחם, ואת מיקום הטפולות וגודלן. יש למקם ולכמת במדויק מוקדי רגישות והפקת כאב: במבוא העריה (Vestibule) ולאורך תעלת הלבדן.

הערכת מעבדה

למרות שאין המלצה לביצוע בדיקות מעבדה בדרך שגרה בהקשר לתמ"נ, הרי שבדיקות מסוימות יכולות לסייע בקביעת האבחנה והטיפול. הפרעות הורמוניות, כגון היפוגונדיזם או היפרפרולקטינימיה, יכולות לגרום לירידה בחשק המיני, ליושב בלדן ולכאבים בזמן קיום יחסי מין. עקב הסיבות שהוסברו לעיל, הבדיקה של רמת אנדרוגנים בדם לא תסייע לאבחון. בדיקות נוספות מתבצעות בעיקר לצורכי מחקר וכוללות מדידת זרימת דם לאברי המין, וסיפי תחושת מידת חום ורטט.

טיפול בתרופות

במספר מחקרים כפולי סמיות מבוקרי אינבו, מתן מדבקה לעור המשחררת 300 מיקרוגרם סטטוסטרון מערכת ליום, הניב שיפור צנוע מעל תועלת האינבו [14] בנשים לאחר חדילת אורח. מכיוון שאין מידע לגבי בטיחות בטיפול אנדרוגני ארוך טווח (השפעה על רקמת השד, עמידות לאינסולין והפרעות אחרות בחילוף החומרים), טיפול בטסטוסטרון מערכת אינו מאושר כעת על ידי משרד הבריאות. טיפול ב-Tibolone נמצא יעיל בהשוואה ל-Norethisterone acetate ואסטרואידים בנשים עם הפרעות בתמ"נ [15]. Flibanserin (אגוניסט לקולטן הסרוטונין 5HT1A וחוסם הקולטן 5HT2A), נמצא כעת בשלבי מחקר עם תוצאות צפויות בשנת 2010. טיפולים שונים כגון Prostaglandin E1, L-Arginine, Bupropion, Bremelanotide, Phentolamine mesylate ו-Apomorphine נבדקו בעבר ללא תוצאות חד משמעיות, וכעת אין המלצות לטיפול בהם. מתן אסטרוגן מקומי לנשים לאחר חדילת אורח מומלץ בנוכחות דלדול רירית הלבדן. אסטרוגן מקומי גורם להזנת רירית הלבדן ומקל על תסמינים של יובש וצריבה בלבדן. Sildenafil נמצא יעיל בטיפול בהפרעות בתמ"נ בנשים הנוטלות Selective Serotonin Reuptake Inhibitors [16]. בעבודות חדשות הודגמו תוצאות ראשוניות מבטיחות במתן DHEA לדני לשיפור החשק, העוררות, האביונה והכאב בקיום יחסים [17].

טיפולים רבים בתרופות, כגון Lidocaine, Capsaicin, Cromolyn, Amitriptyline Botulinum toxin A, Baclofen, נמצאים בבדיקה לטיפול בווסטיבולודיניה, עם תוצאות חלקיות (שיפור של 50%-60%). כמו כן נבדקו טיפולים מערכתיים עם תוצאות דומות: Carbamazepine ו-Amitriptyline, Gabapentin. כריתת מבוא העריה

טיפול

דגם P-LI-SS-IT (Permission, Limited Information, Specific) (Suggestions, Intensive Therapy), אשר נמצא בטיפול מזה 30 שנה, מאפשר להציע מעורבות של הדמות המטפלת על פי רמת הידע והעניין שלה בנושא. חלק מן הבעיות ניתנות לטיפול על ידי נותני שירות רפואי ראשוני באמצעות מתן "אישור" לקיום הבעיה, מידע מכוון והצעות מסוימות לשיפור [12]. בעיות מורכבות מחייבות טיפול על ידי מומחים בתחום.

הגישות הטיפוליות הלא תרופתיות לטיפול מיני כוללות:

- **חינוך מיני** – הדרכה על מבנה ותפקוד הגוף לרבות אברי המין, השינויים הפיזיולוגיים הקשורים לגיל, הריון ולידה, גלולות ועוד. עידוד קריאה של חומר מכוון.
- **הדרכה להכרת הגוף** – תוך התייחסות לדימוי העצמי.
- **עידוד גירוי עצמי (אוונות מכוונות)** – בנשים עם הפרעת האביונה, תוך יישום שיטות מיקוד עצמי והרפיה. תחילה הדרכה לזיהוי האזורים המפיקים עונג ובהמשך גירוי מכוון של אזורים אלה.
- **גיוון הגירוי המיני** – עידוד ההתנסות בסוגי ואזורי מגע שונים, עידוד ההסתיעות בחומרים ארוטיים, כגון סרטים וספרים, תוך כדי הישקלות העמדות והערכים של בני הזוג.
- **עידוד התנהגויות מיניות ללא חדירה** – הסחת מיקוד החוויה המינית מ"חדירה כמטרה עיקרית" ל"עינוג כמטרה עיקרית".
- **תרגילי מיקוד תחושתני** – ליבת הטיפול המיני שהוצע על ידי **מסטרס ו'ג'ונסון** בשנות ה-70 מיושמת עד היום. זהו שלב ראשון המבוסס על סוגי מגע שונים בכל אזורי הגוף, ללא עירוב אזורים

אינן פתורות. במחקר הנערך ובזה העתיד להיערך, ינסו החוקרים להשיב לשאלות אלו, ולהציע פתרונות יעילים ונגישים להפרעות התמ"נ.

(Vestibulectomy) היא אפשרות טיפול השמורה לנשים שלא הגיבו לטיפולים אחרים [18].

לסיכום

בשנים האחרונות גברו המודעות והעניין בהבנת ההפרעות בתמ"נ. על הצוות הרפואי הראשוני להכיר את התגובה המינית הייחודית לאישה ואת מרכיביה. חלק מן הנשים יוכלו להסתייע בידי רופאים ואחיות בקהילה בייעוץ והדרכה, בעוד שלחלק אחר דרושות הערכה מקיפה בידי צוות מקצועי. שאלות רבות, כגון מכלול הגורמים המשפיעים על התגובה המינית הנשית, מדדים להערכת התגובה הפיזיולוגית ומקומו של הטיפול התרופתי, עדיין

מחברת מכותבת: מיכל לוריא

מחלקת נשים ויולדות
המרכז הרפואי הדסה הרה"הצופים
ת.ד. 24035
ירושלים 91240
טלפון: 02-5844111
פקס: 077-2007232
דוא"ל: mijalluria@gmail.com

ביבליוגרפיה

1. Basson R, The female sexual response: a different model. *J Sex & Marital Ther*, 2000;26:51-65.
2. Laan E, Everaerd W, van Bellen G & Hanewald G, Women's sexual and emotional responses to male- and female-produced erotica. *Arch Sexual Behav*, 1994;23:153-69.
3. Basson R, Leiblum S, Brotto L & al, Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosomatic Obstetr & Gynecol*, 2003;24:221-9.
4. Shifren JL, Monz BU, Russo PA & al, Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetr & Gynecol*, 2008 ;112:970-8.
5. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL & Burger H, Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas*, 1997;26:83-93.
6. Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR & al, The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. *The Melbourne Women's Midlife Health Project. Climacteric*, 2004;7:375-89.
7. Avis NE, Stellato R, Crawford S & al, Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause (New York, NY)*. 2000 Sep-Oct;7(5):297-309.
8. Bachmann G, Bancroft J, Braunstein G & al, Female androgen insufficiency: the Princeton consensus statement on definition, classification, and assessment. *Fertil & Steril*, 2002;77:660-5.
9. Wierman ME, Basson R, Davis SR & al, Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin & Metabol*, 2006;91:3697-710.
10. Santoro N, Torrens J, Crawford S & al, Correlates of circulating androgens in mid-life women: the study of women's health across the nation. *J Clin Endocrinol & Metabol*, 2005;90:4836-45.
11. Caruso S, Agnello C, Intelisano G & al, Placebo-controlled study on efficacy and safety of daily apomorphine SL intake in premenopausal women affected by hypoactive sexual desire disorder and sexual arousal disorder. *Urology*, 2004;63:955-9.
12. LoPiccolo J & LoPiccolo L, *Handbook of Sex Therapy*. New York: Plenum Press 1978.
13. Brotto LA, Basson R & Luria M, A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sexual Med*, 2008;7: 1646-7.
14. Schover LR, Androgen therapy for loss of desire in women: is the benefit worth the breast cancer risk? *Fertil & Steril*, 2008;90:129-40.
15. Nijland EA, Weijmar Schultz WC, Nathorst-Boos J & al, Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: results of a randomized active-controlled trial. *J Sexual Med*, 2008;5:646-56.
16. Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR & al, Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2008;300:395-404.
17. Labrie F, Archer D, Bouchard C & al, Effect of Intravaginal Dehydroepiandrosterone (Prasterone) on Libido and Sexual Dysfunction in Postmenopausal Women. *Menopause (New York, NY)*. 2009 May 6.
18. Landry T, Bergeron S, Dupuis MJ & Desrochers G, The treatment of provoked vestibulodynia: a critical review. *Clin J Pain*, 2008;24:155-71.

פיזיותרפיה כטיפול בנשים עם הפרעות בתפקוד המיני

תקציר:

תפקוד מיני תקין מחייב בריאות גופנית, נפשית ורגשית. מרכיבים גופניים העלולים להגביל את התפקוד המיני כוללים תנועתיות מופחתת, שינויים בתחושה, ירידה בזרימת הדם באזור אברי המין וכאב. פיזיותרפיה, אשר מטרתה הן שיפור התנועתיות, ויסות התחושה, הגברת זרימת הדם ושיכוך כאב, מהווה נדבך חשוב בקידום תפקוד מיני מיטבי. במאמר זה מוצגות ארבע פרשות מטופלות, המדגימות את החיוניות שבהכללת פיזיותרפיה בתוכנית הטיפול ואת התפקיד המכריע שיש לפיזיותרפיה בהצלחת הטיפול בהפרעה בתפקוד המיני.

טלי רוזנבאום¹
ענבל בן־דרור²

¹ יציבות פנימית בע"מ
² מרפאת "שלובים", חיפה

מילות מפתח:
:KEY WORDS

פיזיותרפיה; וגיניזמוס; דיספראוניה; ביופידבק; רצפת האגן.
.Physiotherapy; Dyspareunia; Pelvic floor; Vaginismus; Biofeedback

הקדמה

קידום הבריאות המינית מהווה יעד טיפולי בתחומים רבים ושונים של מקצועות הרפואה ובריאות הנפש. בעיות רבות בתחום התפקוד המיני הן רב ממדיות, וטיפול מקיף בהן עשוי לכלול מתן הדרכה וחינוך, ייעוץ רפואי, הערכת משטר התרופות, בחינת הפניה לניתוח, טיפול פסיכולוגי ופיזיותרפיה.

פיזיותרפיה עוסקת בשיקום התפקוד, בשיפור תנועתיות, בהפחתת כאב ובמניעת מוגבלויות בקרב מטופלים עם פגיעה או מחלה. בריאות מינית מהווה מרכיב בלתי נפרד מהבריאות הכללית, ויחסי מין כרוכים בפעילות גופנית לכל דבר. הופעת תסמינים המגבילים את התפקוד המיני, כגון כאב באזור אברי המין או עוררות אברי מין מופחתת, קשורה לעיתים קרובות במעורבות מערכת השריר־שלד [1]. במחקרים עדכניים בתחום עוסקים החוקרים בבחינת היעילות של שיטות מתחום הפיזיותרפיה בהגברת ההנאה המינית ובהפחתת כאב, ובהתייחסות לבעיה בתפקוד המיני הקשורה במצבים מוגדרים, כגון בעיות אורו־גינקולוגיות וסיבוכים עקב ניתוחים [2].

במאמר זה מוצגות ארבע פרשות מטופלות המדגימות את החיוניות שבהכללת פיזיותרפיה בתוכנית הטיפול, ואת התפקיד המכריע שיש לפיזיותרפיה בהצלחת הטיפול בהפרעה בתפקוד המיני.

בעיות של כאב בתפקוד המיני בקרב נשים מסווגות לווגיניזמוס ודיספראוניה [3]. לפי ה־Manual of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV), מוגדר וגיניזמוס ככיווץ עוויתי (Spasm) של השרירים בשליש החיצוני של ה־Vagina), המפריע במשגל. בהגדרה מעודכנת יותר הורחב המונח וגיניזמוס לתיאור קושי של האישה לאפשר חדירה ללדן מכל סוג שהוא, ולא רק במשגל [4]. בהגדרה זו מודגשת מעורבות מרכיבים נוספים מלבד כיווץ השרירים, כגון חרדה, הימנעות וכאב. בפרשת המטופלת הראשונה במאמר זה מדווח על אישה עם וגיניזמוס שטופלה בפיזיותרפיה. דיספראוניה הוא כאב המיוחס למשגל. הכאב יכול להופיע בפות או עמוק ומפושט יותר בלדן ובאגן. בחלק מן המחקרים ניתן להצביע

על גורם גופני ברור, כגון חתך חיץ או קרעים מילדותיים, דלדול (Atrophy) ויובש על רקע חדילת וסת או הדבקויות לאחר ניתוח. עם זאת, ברוב הנשים הגורם לדיספראוניה הוא רב־מרכיביים וכולל תהליכים גופניים, קוגניטיביים, בין־אישיים ועוד [5]. סיבה שכיחה לדיספראוניה היא וולודיניה (Vulvodynia), המוגדרת ככאב בפות, לרוב בעל אופי שורף, המופיע ללא ממצא ניכר לעין [6]. קיימות הערכות לכך שוולודיניה מתפתחת בקרב 16% מהנשים באוכלוסיה הכללית [7]. הכאב בוולודיניה יכול להיות מפושט בכל אזור הפות (Generalized) או נקודתי (Localized), ויכול להופיע באופן ספונטני (Unprovoked) או בעקבות גירוי מסוים (Provoked). ב־Localized Provoked Vulvodynia (LPV) מופיע הכאב באזור מסוים של הפות, לרוב בחלקו האחורי של פתח ה־LPV, ומתעורר בעקבות מגע או לחץ במקום. LPV היא הסיבה השכיחה ביותר לדיספראוניה בנשים צעירות ומתפתחת ב־12% מהנשים באוכלוסייה הכללית בגיל הפוריות [7]. בפרשות המטופלות השנייה והשלישית במאמר מדווח על פיזיותרפיה בעקבות דיספראוניה. בפרשה האחרונה מדווח על אישה עם חשק מיני מופחת, עד כדי נתק וסלידה מינית, ככל הנראה על רקע תקיפה מינית. הפרעה זו מוגדרת ב־DSM-IV כסעיף בהפרעות בתפקוד מיני הקשורות בחשק המיני [3]. בכל אחת מהפרשות מודגם היבט אחר ושונה בטיפול הפיזיותרפיה.

מפרשת מטופלת 1: וגיניזמוס

ג', רווקה בת 23. תלונתה העיקרית הייתה כאב בניסיון לקיים יחסי מין וחוסר יכולת לאפשר חדירה ללדן מכל סוג שהוא, כולל טמפון בתקופת הווסת. מערכת היחסים הראשונה שלה החלה לפני שנתיים, כשהייתה בת 21. ג' תיארה את עצמה כבחורה פתוחה ומשחררת, אשר קיימה עם בן זוגה קשר אינטימי ער ומגוון. ג' דיווחה על יכולת טובה להתעורר ולהגיע לאורגזמה, אך לא הצליחה לקיים יחסי מין מלאים עם חדירה ללדן, בעיקר בשל חשש בלתי מוסבר וכאב. כתוצאה מכך, הלך הקשר והתערער, וההתלהבות המינית של שניהם דעכה. ג' לא זכרה חוויות מיניות שליליות, הטרדה או חינוך שמרני במיוחד, ולדבריה נהגה לאונן ללא תחושות אשמה מאז

עדיין חשש וחוסר התלהבות לזיום יחסי מין. בשלב זה המליצה הפיזיותרפיסטית ל'ג' ובן זוגה לחזור לטיפול המיני, על מנת לעבד את משמעות המציאות החדשה, שבה קיימת היכולת לקיום יחסי מין, אך חסרה ההניעה (המוטיבציה).

דיון: פיזיותרפיה לווגיניזמוס כוללת שיטות הרפיה וחיפה הדרגתית למגע המיועדות להפחתת חרדה, לשיפור השליטה בשרירים ולהפחתת כאב [11]. בנוסף כולל הטיפול תרגילי תנועה כוללים המיועדים לשיפור המודעות הגופנית והתנועתיות, על מנת להביא לתחושת נוחות ונינוחות בתפקוד המיני. חשיפה הדרגתית לחדירה ללדן אומנם מתבצעת פעמים רבות בהצלחה בהנחה בלבד על ידי מטפלים מיניים, אולם מטופלות רבות אינן מצליחות לבצע אימון זה באופן עצמאי על סמך הנחיות מילוליות בלבד. בפיזיותרפיה, לעומת זאת, מתבצע האימון במרפאה תחילה ורק לאחר מכן בבית. כך ניתן להתאים את יעדי האימון למסוגלות המטופלת, וכן לזהות, לשקף ולתקן דקויות של דפוסי פעולה שגויים. בנוסף מסייע האימון במרפאה להתמודד עם חוויה חדשה ומאיימת במסגרת בטוחה, מסייעת ותומכת.

מפרשת מטופלת 2: דיספראוניה

ח', בת 21, היא אישה דתייה שהופנתה לפיזיותרפיה על ידי רופא הנשים שלה. היא החלה להיות פעילה מינית בליל כלולותיה והרתה לאחר 3 חודשים. בעת הופעתה לטיפול הייתה 5 חודשים לאחר לידה, מיניקה ונטלה גלולות למניעת הריון Desogestrel.

ח' התלוננה על כאבים ביחסי מין בשלב החדירה שהחלו מזמן שהחלה לקיים יחסי מין, אך התגברו לאחרונה, לאחר הלידה. אומנם היא דיווחה כי היא נהנית ממשחק מקדים ומגיעה לעוררות ולאורגזמה מגירוי ידני, אך המשגל עצמו גורם לה לכאב עז והיא אינה נהנית ממנו כלל. בנוסף ציינה ח' חוסר חשק מיני. היא שללה תסמינים בדרכי השתן, מלבד אי נקיטת שתן במאמץ, שהתפתחה בתקופת ההריון וחלפה זמן קצר לאחר הלידה. היא תיארה תהליך לידה ממושך וקשה שהסתיים בלידת מלקחיים, בחתך חיץ הנקבים (אפיזיוטומיה) ובמספר קרעים פנימיים. ח' הופנתה לפיזיותרפיה על ידי רופאת הנשים שלה בעקבות אבחנה של LPV. אבחנה זו ניתנת בעקבות הופעת כאב נקודתי בפות בעל אופי חד ושוורף, אשר מתעורר כתוצאה ממגע או לחץ במקום [12].

בדיקה: בבדיקת הפות נצפתה רירית יבשה, אך ללא דלדול. כן נצפתה צלקת מילדותית מצד ימין של חיץ הנקבים המגיעה עד לחלקו הפנימי של הלדן כשהעור סביבה מתוח. אובחנה רגישות רבה למגע קל במבוא הלדן, במיוחד מימין בנקודה 7:00, ובאזור חתך חיץ הנקבים. בבדיקה תוך-לדנית ניתן היה לחוש בטונוס מוגבר בשרירים השטחיים של רצפת האגן. ניתן היה להחזיר שתי אצבעות ללדן, אך המטופלת דיווחה שהפעולה מעוררת בה כאב הדומה לכאב שהיא חווה במשגל. בהוראה לכווץ את שרירי רצפת האגן הופק בעיכוך כיווץ קצר וחלש בלבד. החזרה להרפיה הייתה אף היא מעוכבת. פעולת הכיווץ בוצעה תוך עצירת נשימה ועוררה כאב, דומה לדבריה לכאב המוכר לה.

טיפול: הטיפול כלל הדגמה והנחיה למגע עצמי עדין באזור מבוא הלדן, על מנת להתרגל לתחושה של מגע שאינו כואב. בהמשך התקדם הטיפול לעיסוי התפרים לשם מתיחה והגמשה של פתח הלדן. העיסוי בוצע תוך יישום שמן שקדים כחומר סיכה ובמידת הצורך יישום 5% Lidocaine לשיכוך הכאב. שיטה זו של מתיחה והגמשת פתח הלדן בוצעה תחילה על ידי הפיזיותרפיסטית. לאחר

נעוריה המוקדמים. הקשר עם הוריה ואחותה חם ותומך, אך היא לא חלקה עימם או עם חברותיה את בעייתה זו. ג' דיווחה על עבר רפואי ללא מחלות ואשפוזים, ולא נהגה ליטול תרופות כלשהן, פרט לגלולות למניעת הריון Drospirenone ו-Ethinyl estradiol.

טיפולים קודמים: ג' ציינה שפנתה במהלך השנתיים האחרונות למספר רופאי נשים, אך לא הצליחה בשום אופן לאפשר בדיקה בלדן. היא אובחנה כלוקה בווגיניזמוס והופנתה לטיפול מיני. הטיפול המיני סייע מאוד בשיקום התקשורת הזוגית והחזיר לבני הזוג את היכולת ליהנות מיחסי מין ללא חדירה, אך כל ניסיון שנעשה בהמשך להוביל אותם בהדרגה לחדירה ללדן נכשל. ג' קיבלה הוראה לרכוש סדרה של ארבעה מרחיבי לדן בגדלים שונים, אך לא הצליחה להביא את עצמה לבצע פעולה כה מאיימת עבורה. הייתה זו המטפלת המינית שהפנתה את ג' לפיזיותרפיה.

בדיקה וטיפול: מהתבוננות ראשונית ניתן היה לזהות אצל ג' שפת גוף המצביעה על חרדה [8], כולל נשימה שטחית ופעילות שרירים הגנתית בגוו ובגפיים. בבדיקה גופנית להערכת התנועתיות בגוו ובגפיים נמצאו לורדוזה מותנית מוגברת וקיצור בשריר Psoas Major. בניסיון להעריך את אורך השרירים מקרבי הירך בשכיבה על הגב, הפעילה ג' התנגדות הגנתית לתנועת הרחקת הירכיים (abduction). בבדיקה הגופנית הודגמו בנוסף תנועת גוף מסורבלת וחוסר יכולת להבין הוראות מילוליות לתנועה, כגון הטיית האגן. אלו עשויים להצביע על מודעות גופנית מופחתת, ירידה בתחושה הפרופוריוספטיבית או חרדה. מסיבות אלו נבחרה לטיפול שיטת הרפיה המבוססת על שיטת Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). שיטת טיפול זו יעילה להפחתת מצוקה וחרדה המופיעים בחיי היומיום ובמחלות כרוניות [9], ונמצאה יעילה גם בטיפול המיני [10]. שיטת הרפיה זו בוצעה בשילוב עם לימוד ותרגול נשימות סרעפתיות, והנעה חלקה וזורמת של חלקי הגוף השונים, בדגש על הרגליים, הבטן ורצפת האגן. תרגילי ההרפיה התבצעו עם בגדים, ובהדרגה ללא מכנסים וללא חתוננים (כאשר מכוסה בסדין רחב). ג' התבקשה להתאמן בבית על דרך הרפיה זו. הפגישה השנייה כללה חזרה על שיטות אלו ובנוסף התבוננות על הפות מול מראה והבנת האנטומיה החיצונית. הפות נראה תקין. בבדיקת הלדן התבצעה רק בפגישה השלישית. שלבים מקדימים לבדיקת הלדן כללו הנחת יד רחבה על הפות והנחת אצבע בפתח הלדן. הפעולה חזרה על עצמה מספר פעמים, ובכל פעם ניתנה ל'ג' שהות מספקת להתרגל לתחושה. לאחר ההכנה הצליחה ג' לשמור על נינוחות יחסית גם בהנחת האצבע בתוך הלדן והופתעה לגלות שאינה חשה כאב.

במהלך הפגישות הבאות התנסתה ג' במגע עצמי בפתח הלדן ובהחזרה עצמית של מרחיב או אצבע ללדן. היא למדה כיצד להימנע מדחיפת המרחיב או האצבע, אלא לתת להם להחליק לתוך הלדן, תוך שמירה על הרפיה מבוקרת של שרירי רצפת האגן. הדגש בהנחיה היה לתת כלים שיאפשרו לה להצליח לשמור על נינוחות. היא למדה לזהות את תגובות ההגנה האוטומטיות שלה שהופיעו במגע הראשוני בפתח הלדן ועם כל תזוזה נוספת שהיו מלוות בכאב. בן זוגה, שהיה נוכח לסירוגין בפגישות בתור צופה ותומך, למד אף הוא להיות קשוב יותר לתגובות אלו.

בכל פגישה הצליחה ג' להניח בלדן מרחיב גדול יותר. ההתנסות הראשונית עם מרחיב חדש הייתה תמיד במרפאה, מכיוון שהיא לא העזה לנסות זאת לבד בבית. במפגש השישי דיווחה ג' שהרגישה מספיק בטוחה לנסות לקיים יחסי מין מלאים, שהתבצעו ללא כאב. למרות הסיפוק הרב בהשגת היעד הנכסף, נותרה ג' מוטרדת. אל מול תחושת המסוגלות והסרת המחסום הגופני, נותרו בה

בעלה טען, כי השפיכה המוקדמת שלו נגרמת בשל קיום יחסי מין לעיתים רחוקות. לפני 6 שנים עברה הריון מולרי ולאחריו כריתת רחם וכימותרפיה. בעת פנייתה טופלה במדבקות אסטרדילול 75 מ"ג פעמיים בשבוע ובנוסף בקרם אסטרונג' לדני מזה 3 חודשים.

בדיקה: בהתבוננות בפות ובלדן ניתן היה לצפות ביובש ובדלדול ניכרים של הרירית. הנחת אצבע אחת בלדן עוררה אי נוחות קלה. מתיחת הלדן לצדדים ולאחור עוררה כאב, וניתן היה לחוש בתנועתיות מופחתת של רקמת הלדן. למרות הכאב, לא עוררה המתיחה תגובת כיווץ הגנתית, השרירים סביב הנרתיק נותרו רפויים ורא' נותרה רגועה. בהוראה לכווץ את שרירי רצפת האגן ניתן היה לחוש בכיווץ חזק ומיידי. א' הצליחה לשמור על הכיווץ במשך 10 שניות, וגם ההרפיה הייתה מיידיית וברורה.

טיפול: א' קיבלה הנחיות כיצד לבצע עיסוי עצמי, ומתיחה עדינה והדרגתית של חיץ הנקבים ודפנות הלדן במשך 5 דקות ביום, כולל הדגמה ובדיקה שהיא מבצעת את הפעולה כראוי. בהמשך ניתן הטיפול הידני לצורך הנעת רקמות חיבור באזור הבטן התחתונה וצלקת הניתוח שמעל עצם החיק. אלו גרמו לה לתחושת "חום זורמה" באזור אברי המין והביאו לעלייה בסף הרגישות למגע בלדן. לאחר 4 מפגשים דיווחה א' שקיימה יחסי מין ללא כאב, אם כי עדיין בחשש מה ולא בחופשיות. היא מאמינה שכעת – לאחר שהוסר מחסום הכאב – ילכו יחסי המין וישתפרו.

דיון: דיספראוניה לאחר חדילת הווסת מיוחסת בדרך כלל לדלדול רקמת הלדן, אולם ייתכנו לכך גורמים רב-מערכתיים נוספים. במקרה זה, עשויים הגורמים לכאב להיות קשורים למרכיבים זוגיים, להשלכות גופניות ורגשיות של חדילת הווסת, ולהשלכות של הניתוח לכריתת הרחם. הטיפול בבעיה אמור, אם כן, להיות רב תחומי [15]. הפיזיותרפיה במקרה זה נועדה להגמשת רקמות הלדן ולהנעת רקמת צלקת בבטן התחתונה. אלו, בתוספת יישום קרם אסטרונג' מקומי, שיפרו את התחושה בלדן ותרמו לשיכוך הכאב. עצם הירידה בכאב עשויה לעיתים לתרום לשיפור ספונטני של הגורמים האחרים. כמו כן, הטיפול במרכיב הגופני של הבעיה יוצר לעיתים סביבה שבה המטופלת מרגישה נוח להעלות גם היבטים נוספים של בעייתה המינית, ולהגיע לתובנות המקדמות אותה גם במישור הפסיכו-סקסואלי [16].

מפרשת מטופלת 4: נתק וסלידה מינית על רקע תקיפה מינית

נ', בת 26, רקדנית ומורה למחול, הופנתה לפיזיותרפיה עקב כאב כרוני באגן, ובעקבות תכיפות ודחופות במתן שתן. היא ציינה בתחילת הראיון שבילדותה עברה תקיפה מינית, וכי היא מודעת לקשר הברור בין אותו אירוע לבין בעיותיה הנוכחיות. נ' נמצאה בעת פנייתה בטיפול פסיכולוגי במשך עשור, נטלה בקביעות פארוקסטיין (Paroxetine), וציינה כי היא מודעת להשפעתה האפשרית של התרופה על הפחתת החשק והעוררות המינית. נ' תיארה שבמערכות יחסים בהן הייתה מעורבת, חשה סלידה חזקה מאיבר המין הגברי, הן במגע והן במראה. סלידה זו גרמה לה להתקדם מהר מידי ביחסי המין, וניסיונה בקשר אינטימי קליל שאינו מסתיים במשגל, מצומצם. היא סיפרה כי אינה נהנית מהמשגל, והוא עבורה מעין אתגר שיש להעז ולעבור אותו. עוד סיפרה כי אינה חווה התעוררות באברי המין ואינה מגיעה לאורגזמה. בעבר ניסתה לאונן, אך לא חוותה שום ריגוש ואף אינה בטוחה שהיא יודעת היכן נמצא הדגדגן. בעת פנייתה לטיפול לא הייתה בקשר זוגי.

טבלה 1:

פעולת שרירי רצפת האגן באלקטרומיוגרפיה לדנית

עורך תקין	לאחר אימון שני	בדיקה ראשונית	עוצמת הכיווץ μV
+10	15	3	עוצמת הכיווץ μV
+10	20	2	משך הכיווץ (שניות)
0.5	0.5	5	מהירות הכיווץ (שניות)
2-1	1.5	5	מידת ההרפיה μV
1-0.5	2	30	מהירות ההרפיה (שניות)
2-0	1	4.5	יציבות ההרפיה (SD)

SD = סטיית תקן
 μV = מיקרו וולט

מכן קיבלה ח' הנחיות כיצד לבצע זאת בעצמה, והיא התבקשה לעשות זאת במשך חמש דקות בכל יום. בנוסף ניתנה המלצה להימנע מקיום יחסי מין מלאים, עד שתצליח להחזיר שתי אצבעות שלה ללדן ללא כאב.

בסיוע אלקטרומיוגרפיה לדנית (sEMG – surface electromyography) נלמדו זיהוי, בידוד והפעלה רצונית ומלאה יותר של שרירי רצפת האגן. המכשיר, המכונה ביופידבק, מורכב מאלקטרודה לדנית דקה הקולטת את סכום פוטנציאלי הפעולה של שרירי רצפת האגן. נתון זה מוצג באופן מוחשי על מסך אל מול המטופלת. בסיוע הביופידבק, ניתן לאבחן ולתקן מרכיבים שונים בפעולת השרירים, כגון: עוצמת הכיווץ, משך הכיווץ, מידת ההרפיה, מהירות הכיווץ, מהירות ההרפיה, ויציבות פעולת השריר בכיווץ ובהרפיה. בטבלה 1 מסוכמים מרכיבים אלו בפעולת שרירי רצפת האגן בבדיקה הראשונית ולאחר שני אימונים. הפעלת השרירים אמורה להתבצע ללא כאב, ואם היא מעוררת כאב, ההנחיה היא לבצע כיווץ חלש יותר. דגש רב ניתן לתיאום בין הפעלת שרירי רצפת האגן, שרירי הבטן והנשימה. לאחר 3 טיפולים דיווחה המטופלת שבאופן בלתי מתוכנן קיימה יחסי מין מלאים עם בעלה, ושזו לה הפעם הראשונה שלא חשה כאב ואף הנתנה.

דיון: LPV הוא המונח העדכני המקובל לתופעה שבעבר נהוג היה לכנות Vulvar vestibulitis syndrome [12]. בקרב נשים הלוקות ב-LPV נמצאו טונוס מוגבר בשרירי רצפת האגן וירידה במידת היציבות של שרירים אלו, בהשוואה לנשים בריאות [13]. יעילות הפיזיותרפיה ב-LPV נבדקה במספר מחקרים. נמצא כי פיזיותרפיה יעילה לטיפול בבעיה זו, הן כטיפול ממוקד העוסק בנרמול פעולת שרירי רצפת האגן בסיוע ביופידבק, והן כטיפול רחב יותר, המשלב גם שיטות של טיפול ידני בשיעור הצלחה של כ-77% [14].

מפרשת מטופלת 3: דיספראוניה על רקע חדילת וסת

א', אישה בת 56, נשואה 10 שנים ללא ילדים, ואל וסת מזה 6 שנים. תלונתה העיקרית הייתה חוסר יכולת ליהנות ממשגל בשל יובש בלדן וכאב. כמו כן, היא דיווחה על ירידה משמעותית בתשוקה המינית בשנים האחרונות. לפני הנישואין היו לה מספר בני זוג, והיא ציינה כי תמיד נהנתה מפעילות מינית עמם. הבעיות ביחסי המין החלו רק עם בעלה, והיא ייחסה אותם לעובדה שיש לו שפיכה מוקדמת, ולכן אינה מספיקה להגיע לעוררות ולאורגזמה.

באזורי אברי המין במסגרת מרפאה ובמגע מהנה בבית, מאפשרת חוויה מחודשת של עוררות מינית בסביבה בטוחה, תוך תחושת שליטה ובקרה. בנוסף, היא מעודדת לחוש הנאה מבלי שתהיה כרוכה בתחושות אשמה ומועקה.

לסיכום

מיניות בריאה היא חלק בסיסי ומהותי בישות האדם. לתפקוד מיני תקין יש צורך ביכולות חברתיות, קוגניטיביות, רגשיות וגופניות. פיזיותרפיה פונה אל המרכיב הגופני של התפקוד המיני, ועוסקת בעיקר בתנועות הרקמות, בנרמול פעולת השרירים, בוויסות התחושה ובהפחתת כאב. להעצמת התפקוד הגופני השלכות רבות ומשמעותיות במישורים נוספים, כגון עלייה בביטחון העצמי, חיזוק התדמית האישית, הפחתת חרדה ותחושת מסוגלות [20]. פרשות המטופלות המוצגות במאמר זה מדגימות את חשיבות הפיזיותרפיה כחלק מכריע ומשמעותי בטיפול המיני. ●

מחברת מכותבת: טלי רוזנבאום

רחוב הציפורן 10 ב'

בית שמש 99591

טלפון: 02-9992936

פקס: 02-9992935

דוא"ל: tallir@netvision.net.il

ביבליוגרפיה

- Rosenbaum T & Owens A, The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain related sexual dysfunction. J Sex Med, 2008; 5: 513-523.
- Rosenbaum T, Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. J Sex Med, 2007; 4: 4-13.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, edn 4, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Basson R, Leiblum S, Brotto L & al, Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med, 2004; 1: 40-48.
- Weijmar SW, Basson R, Binik Y & al, Women's sexual pain and its management. J Sex Med, 2005; 5: 301-16.
- Bachmann GA, Rosen R, Pinn VW & al, Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management. Reprod Med, 2006; 51:447-56.
- Harlow BL, Wise LA & Stewart EG, Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. Am J Obstet Gynecol, 2001; 185:545-550.
- Gilbert C, Emotional sources of dysfunctional breathing. J Bodyw Mov Ther, 1998; :224-230.
- Praissman S, Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. J Am Acad Nurse Pract, 2008; 20:212-6.

נ' ציינה תכיפות ודחיפות במתן שתן, שהביאו אותה לידי מתח רב באין גישה חופשית לשירותים. בדיקות שתן בעבר פורשו כתקינות. עברה בדיקת שתן אחרונה חודשיים טרם פנייתה. פרט לכך היא ציינה כאב ראש כרוני, תסמונת קדם וסת ומספר מוקדי כאב במפרקים שיוחסו על ידה לעומס הגופני במחול. היא לא נטלה תרופות נוספות פרט לאיבופרופן על פי הצורך.

בדיקה: בבדיקת יציבה ניכרה לורדוזה מותנית מוגברת, ובבדיקת טווח תנועה נמצאה הגבלה בתנועת גלגול האגן לאחור. שרירי הבטן היו מפותחים ומתוחים, והיא לא הצליחה להרפות אותם ולאפשר לבטן להתרווח בנשימה סרעפתית. בהוראה לכווץ את שרירי רצפת האגן היא לא חשה כל כיווץ, והמאמץ לבצע את הפעולה גרם לה לתחושת מחנק ומועקה. מראה הפות היה תקין. בשל מצבה הפגיע על רקע עברה הוחלט שלא לבצע בדיקה לדנית.

טיפול: במשך 4 הפגישות הראשונות התמקד הטיפול בתרגילי נשימה ותנועות בגב ובאגן, ובשיפור היכולת להפעלה רצונית של שרירי רצפת האגן. מכיוון שלא הצליחה להפעיל כלל את שרירי רצפת האגן באופן רצוני, בוצעו תנועות הגורמות להפעלה אוטומטית של שרירים אלו, כגון הידוק ירכיים או גלגול לאחור של האגן. בסיוע אלקטרומויגרפיה לדנית (הנחת האלקטרודה בלדן באופן עצמי), היא למדה לזהות את פעולת השרירים האוטומטית ברצפת האגן ולנסות לחקות אותה באופן רצוני. ככל שהשתפרה יכולת השליטה שלה בכיווץ רצוני של שרירי רצפת האגן, כן פחתו תחושות המחנק והמועקה, אשר נלוו לפעולה זו. מיומנות זו, יחד עם הנחיות ל"אימון השלפוחית", אפשרו לה לשפר את יכולת ההתאפקות ודחיית מתן שתן. בהמשך עסק הטיפול בחינוך ובהתנסות מינית, בהצגה של תמונת הפות ובציון מיקומם של הלדן, השופכה, השפתיים הקטנות, השפתיים הגדולות והדגדגן.

נ' קיבלה הנחייה לנסות ולאתר בבית את האזורים הללו על גופה, במישוש או במבט מול מראה. על מנת לחדד את התחושה המינית, היא התבקשה למרוח עצמה בבית בקרם גוף, או להעביר נוצה על פני העור באברי הגוף השונים תחילה ובהמשך באזור אברי המין, ולנסות לתאר ולרשום את תחושותיה. בתחילה דיווחה נ' שמגע באזור הדגדגן מעורר בה תחושת מועקה וצמרמורת "דומה לתחושה כאשר אין שירותים בסביבה". אולם בהמשך, כאשר למדה לשלוט טוב יותר בהרפיית שרירי רצפת האגן, הפכה התחושה להיות פחות מאיימת ויותר נסבלת. לאחר אימונים נוספים היא אף החלה לדווח על תחושה מסוימת של נינוחות והנאה. בשלב זה בטיפול המליצה הפיזיותרפיסטית לפנות לטיפול מיני, על מנת לבטן סוגיות הקשורות ליכולת להגיע לעוררות מינית ולאורגזמה, ולאופן שבו היא מגיעה ליחסי מין.

דיון

בדיקת אברי המין של נשים שעברו תקיפה מינית היא סוגיה בעייתית, המחייבת משנה זהירות ותשומת לב [17]. במקרה זה הוחלט שלא לבצע בדיקה לדנית. נתק בין הגוף כולו לבין אזור אברי המין הוא תופעה ידועה בקרב נפגעי תקיפה מינית [18]. החזרת השליטה בהפעלה רצונית של שרירי רצפת האגן ובמתן שתן, עשויה לתרום לשיפור תחושת השליטה הכללית. חוויה של התעללות מינית בילדות יוצרת לפעמים עירוב מבלבל בין תחושת עוררות מינית לבין תחושות דחייה וגועל. בקשת המטפלת מהמטופלת לעבור את גבולות הנוחות שלה מחייבת רגישות ותבונה מצד הפיזיותרפיסטית [19]. הרשות להתנסות במגע

10. Brotto LA, Basson R & Luria M, A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med*, 2008; 5:1646-1659
11. Rosenbaum TY, Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther*, 2005; 31: 329-340.
12. Haefner HK, Report of the international Society for the Study of Vulvovaginal Disease Terminology and Classification of Vulvodynia. *J Lower Genital Tract Dis*, 2007; 11: 48-49.
13. Reissing ED, Brown C, Lord MJ & al, Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 2005; 26: 107-113.
14. Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E & al, A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *J Sex Med*, 2009; April 28.
15. Rosenbaum T, Managing postmenopausal dyspareunia: beyond hormone therapy. *Female Patient*, 2006; 31: 1-5.
16. Nathan BT, The psychological significance of touch in manual therapy. *Focus Altern Complement Ther*, 1998; 3:191.
17. Robohm JS & Bittenheim M, The hynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary investigation. *Women & Health*, 1996; 24: 59-75.
18. Rellini A & Meston CM, Sexual abuse and female sexual disorders: clinical implications. *Urodynamic*, 2003; 14: 80-83.
19. Schachter CL, Stalker CA & Teram E, Toward sensitive practice: issues for physical therapists working with survivors of childhood sexual abuse. *Phys Ther*, 1999; 79:248-61.
20. Taylor CB, Sallis JF & Needle R, The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Rep*, 1985; 100:195-202.

כרוניקה

נגיף השפעת העונתי וA/H1N1 פיתח בטורקיה עמידות לטמיפלו



נגיף השפעת הפנדמי גילו עמידות לטמיפלו. בכל הדגימות לא התגלתה עמידות לזאנמיור. בטורקיה נמצא לאחרונה, שהשפעת העונתית שהייתה בעיקר מזן A/H1N1, מתחלפת בזן מסוג B לאחר 5 שבועות מתחילת העונה. הזנים אופיינו ונמצא שהם מהסוג A/Soloman Island/3/2006, B/Florida/4/2006. בקרב 30 מתוך 40 בידודים של נגיף נמצאו שישה שבהם אותרה החלפה של חומצה אמינית אחת הקשורה בעמידות לטמיפלו (J Med Virol 2009;81:1645).

חלק משמעותי, אך קטן, של דגימות נגיף מהתפרצות שפעת עונתית מסוג A/H1N1 נמצאו עמידות לתרופה אוסלטמיור - טמיפלו. החוקרים חוששים, כי בזמן התפרצות השפעת הפנדמית, עלול שחלוף בין הזן הפנדמי לעונתי להקנות לזן הפנדמי עמידות לתרופה. המרכז לבקרת מחלות ומניעתן באטלנטה פרסם בסוף אוגוסט ממצאים על עמידות נגיפי שפעת לתרופה טמיפלו. מתוך 1,148 דגימות של נגיף שפעת A/H1N1 עונתי, 99.6% היו עמידות לתרופה. מאידך, רק 0.6% מתוך 1022 דגימות של

א"י

הפרעות בתפקוד המיני וחומרת מחלת לב כלילית בנשים מבוגרות

תקציר:

רקע: שכיחות הפרעות בתפקוד המיני בנשים מבוגרות עם מחלת לב כלילית נחקרה פעמים ספורות בלבד, והקשר בין חומרת הפרעות בתפקוד המיני לבין חומרת מחלת הלב הכלילית מעולם לא נחקר.

מטרות: חקר שכיחות וחומרת הפרעות בתפקוד המיני בנשים מבוגרות עם מחלת לב כלילית בדרגות חומרה שונות.

שיטות: נשים שעברו צנתור כלילי במרכז הרפואי תל אביב, מילאו שאלון Female Sexual Function Index (FSFI). ציון 23 ומטה בשאלון זה הוגדר כהפרעה בתפקוד המיני. הנשים סווגו לשלוש קבוצות: (1) נשים ללא מחלת לב כלילית חסימתית; (2) נשים עם מחלת לב כלילית שעירבה עורק כלילי אחד; (3) נשים עם מחלת לב כלילית שעירבה שניים או שלושה עורקים כליליים. מחלת לב כלילית הוגדרה כהיצרות של 50% או יותר בעורק כלילי אחד או יותר, ו/או היסטוריה של אוטם בלב. שכיחות הפרעות בתפקוד המיני ושכיחות גורמי הסיכון הקרדיווסקולריים הושוו בין הקבוצות.

תוצאות: במחקר נכללו 104 נשים מבוגרות (טווח גילאים: 42-92 שנה; גיל ממוצע: 68.7±11.2 שנה). שישים וחמש (62.5%) נשים לקו במחלת לב כלילית שעירבה עורק כלילי אחד (27 נשים) או יותר (38 נשים). בקרב 39 (37.5%) נשים לא נמצאו הצריות משמעותיות בעורקים הכליליים ו/או היסטוריה של אוטם בלב. רוב הנשים (n=86; 65.4%) לא היו פעילות מינית כלל. בקרב 36 הנשים הפעילות מינית, ל-11 (30.6%) נשים בלבד היה תפקוד מיני תקין. תפקוד מיני תקין היה שכיח פי שניים יותר בנשים ללא מחלת לב כלילית בהשוואה לנשים עם מחלת לב כלילית (15.4% לעומת 7.7%, P=0.049). לאחר תקנון לגיל, הבדל זה לא נמצא מובהק סטטיסטית. ככל שיותר עורקים כליליים היו מוצרים, כך פחת הסיכוי לתפקוד מיני תקין, אך מגמה זו לא הייתה מובהקת סטטיסטית.

מסקנות: לראשונה הודגמה מגמה של קשר בין הפרעות בתפקוד המיני לבין חומרת מחלת לב כלילית בנשים מבוגרות. היעדר תפקוד מיני והפרעות בתפקוד המיני שכיחים מאוד בקרב נשים מבוגרות עם מחלת לב כלילית. ככל שיותר עורקים כליליים מוצרים, כך פחת הסיכוי לתפקוד מיני תקין, אך נדרש מדגם גדול יותר של נשים כדי להוכיח מגמה זו.

אלינור מגידו¹
דן ג'וסטו²
ירון ארבל³
עמית אורן³
רפי חרותי⁴
שמואל בנאי^{5,6}

¹הפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית, ירושלים
²המחלקה לגריאטריה ב', מרכז רפואי תל אביב
³המחלקה לרפואה פנימית ד', המרכז הרפואי תל אביב
⁴המחלקה לשיקום מיני, המרכז הרפואי רעות, תל אביב
⁵היחידה לקרדיולוגיה פולשנית, המרכז הרפואי תל אביב
⁶הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

* מחקר זה נערך במסגרת עבודת הגמר של הסטודנטית לרפואה אלינור מגידו, לצורך מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר דוקטור לרפואה מטעם הפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים.

מילות מפתח: הפרעה בתפקוד המיני; מחלת לב כלילית.
KEY WORDS: Coronary artery disease; Sexual dysfunction

הקדמה

קשר בין מחלת לב כלילית לבין הפרעה בתפקוד המיני בגברים מבוגרים, ובעיקר הפרעה בזקפה, נחקר רבות. ההשערה היא, כי קשר זה נובע מטרשת עורקים מערכתית ומהפרעה אנדותלית מערכתית, המערבות הן את העורקים הכליליים והן את עורקי האגן [1]. לפי ה-Massachusetts Male Aging Study (MMAS), הסיכון להפרעה בזקפה גדל פי ארבעה בגברים עם מחלת לב כלילית בגילאי 40-70 שנה [2]. לפי תוצאות מחקרים אחרים, 40%-50% מהגברים עם מחלת לב כלילית מעל גיל 50 שנה לוקים בנוסף בהפרעה בזקפה [4,3]. ידוע גם, כי שכיחות ההפרעה בזקפה וחומרתה עולות ככל שמוצרים יותר עורקים כליליים [4].

בניגוד לגברים מבוגרים, שכיחות הפרעות בתפקוד מיני בקרב נשים מבוגרות עם מחלת לב כלילית נחקרה בעבר פעמים ספורות בלבד. אין הצדקה לכך, מאחר שמחלת לב כלילית וגורמי סיכון

למחלת לב כלילית שכיחים מאוד בנשים מבוגרות [5], וטרשת עורקים מערכתית והפרעה אנדותלית מערכתית, המערבות את עורקי האגן, עלולות לגרום להפרעה בזרימת הדם לאגן, ומכאן לפגיעה בסיכה של הלדן ובחישת הלדן וההדגן. ואכן, נשים עם יתר לחץ דם וסוכרת לוקות בהפרעות בעוררות המינית, בהפרעות בסיכת הלדן ובקושי להגיע לאורגזמה [6]. במחקר שנכללו בו 30 נשים עם תעוקת בית החזה, 9 (30%) נשים לקו בהפרעות שונות בתפקוד המיני, אך לא עברו צנתור [7]. במחקר אחר, שנכללו בו 20 נשים עם מחלת לב כלילית שאובחנה בצנתור ו-15 נשים בריאות, 12 (60%) מהנשים עם מחלת הלב הכלילית לקו בהפרעות שונות בתפקוד המיני בהשוואה לחמש (33.3%) מהנשים הבריאות, אך במחקר זה לא צוינו הממצאים בצנתור [8]. ככל הידוע, הקשר בין חומרת הפרעות בתפקוד המיני לבין חומרת מחלת הלב הכלילית מעולם לא נחקר. לנוכח ההיקף המצומצם של מחקר בנושא, ברור לכל כי הפרעות בתפקוד המיני בקרב נשים מבוגרות עם מחלת לב כלילית הן נושא מוזנח. בעבודה הנוכחית

טבלה 1:

הגיל הממוצע ושכיחות מחלות הרקע בנשים עם מחלת לב כלילית, המערבת עורק כלילי אחד או יותר, ובנשים ללא מחלת לב כלילית

p value	נשים ללא מחלת לב כלילית (39 נשים)	נשים עם מחלה המערבת עורק כלילי אחד (27 נשים)	שני עורקים כליליים או יותר (38 נשים)	Mean±SE	גיל
0.01	1.9±64.7	1.8±68.6	1.6±72.8	Mean±SE	גיל
0.12	(23.1%) 9	(29.6%) 8	(50%) 19	[%] n	סוכרת
0.13	(20.5%) 8	(33.3%) 9	(10.5%) 4	[%] n	עישון
0.89	(61.5%) 24	(70.3%) 19	(68.4%) 26	[%] n	יתר לחץ דם
0.37	(51.3%) 20	(70.3%) 19	(76.3%) 29	[%] n	היפרליפידמיה

בקרוב 39 (37.5%) נשים לא נמצאו הצרויות משמעותיות בעורקים הכליליים ו/או היסטוריה של אוטם בלב. בטבלה 1 מוצגים הגיל הממוצע ושכיחות מחלות הרקע בנשים עם מחלת לב כלילית, המערבת עורק כלילי אחד או יותר, ובנשים ללא מחלת לב כלילית. הגיל הממוצע של נשים עם מחלת לב כלילית המערבת שני עורקים או יותר, היה גבוה יותר באופן מובהק מן הגיל הממוצע של נשים עם מחלת לב כלילית המערבת עורק כלילי אחד, והגיל הממוצע של נשים אלה היה גבוה באופן מובהק מן הגיל הממוצע של נשים ללא מחלת כלילית (P=0.01). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות מבחינת שכיחות סוכרת, יתר לחץ, היפרליפידמיה ועישון.

רוב הנשים (n=68; 4.65%) לא היו פעילות מינית כלל. בקרב 36 הנשים הפעילות מינית, ל-11 (6.30%) נשים בלבד היה תפקוד מיני תקין (ציון 24 ומעלה בשאלון התפקוד המיני). הציון הממוצע בשאלון התפקוד המיני של כלל הנשים היה 6.5±9.5 (טווח: 2-35.3). הציון הממוצע בשאלון התפקוד המיני היה נמוך יותר בנשים עם מחלת לב כלילית בהשוואה לנשים ללא מחלת לב כלילית, ובנשים עם מחלת לב כלילית שעירבה שני עורקים כליליים ויותר, בהשוואה לנשים עם מחלת לב כלילית שעירבה עורק כלילי אחד (תרשים 1), אך הבדל זה לא היה מובהק סטטיסטית. תפקוד מיני תקין היה שכיח פי שניים בנשים ללא מחלת לב כלילית בהשוואה לנשים עם מחלת לב כלילית (תרשים 2, 15.4% לעומת 7.7%, P=0.049). לאחר תקנון לגיל, הבדל זה לא נמצא מובהק סטטיסטית. בהשוואה לנשים עם מחלת לב כלילית שעירבה שניים או יותר עורקים כליליים, תפקוד מיני תקין היה שכיח פי שניים יותר בנשים עם מחלת לב כלילית שעירבה עורק כלילי אחד ופי שלושה יותר בנשים ללא מחלת לב כלילית (תרשים 2), אך בשל גודל המדגם ממצאים אלה לא היו מובהקים סטטיסטית. התפלגות הציונים בקרב הנשים הפעילות מינית לפי מדדי התשוקה, העוררות, הסיכה, האורגזמה, הכאב ושביעות הרצון מחיי המין, מוצגת בתרשים 3. לפי תרשים זה, נשים פעילות מינית קיבלו ציון ממוצע גבוה מאמצע טווח הציונים (לכל מדד) במדדי התשוקה והסיפוק המיני בלבד. בכל שאר המדדים קיבלו נשים פעילות מינית ציון ממוצע נמוך מאמצע טווח הציונים (לכל מדד). בשל מיעוט הנשים הפעילות מינית, לא ניתן היה לבחון את הקשר בין מדדים אלה לבין חומרת מחלת הלב הכלילית.

נחקרו שכיחות וחומרת הפרעות בתפקוד המיני בנשים מבוגרות עם מחלת לב כלילית בדרגות חומרה שונות.

שיטות מחקר

המחקר היה תיאורי ופרוספקטיבי, ואושר על ידי ועדת הלסינקי של המרכז הרפואי תל אביב. במחקר נכללו נשים שעברו צנתור כלילי במרכז הרפואי תל אביב החל מחודש אוקטובר 2007. הנשים סווגו לשלוש קבוצות: (1) נשים ללא מחלת לב כלילית חסימתית; (2) נשים עם מחלת לב כלילית, שעירבה עורק כלילי אחד; (3) נשים עם מחלת לב כלילית שעירבה שניים או שלושה עורקים כליליים. מחלת לב כלילית הוגדרה כהיצרות של 50% ומעלה בעורק כלילי אחד או יותר, ו/או היסטוריה של אוטם בלב. במחקר לא נכללו הנשים הבאות: (1) נשים שאינן יציבות קלינית; (2) נשים חסרות הכרה; (3) נשים עם ירידה קוגניטיבית; (4) נשים עם היסטוריה של מחלת נפש או נטילת תרופות פסיכיאטריות.

כל הנשים מילאו שאלון תפקוד מיני מתוקף: Female Sexual Function Index (FSFI). נכללו בשאלון זה 19 שאלות, שבהן נדרשו הנשים לדרג מ-1 עד 5 את המדדים הבאים של תפקודן המיני: תשוקה, עוררות, סיכה, אורגזמה, כאב, ושביעות רצון מחיי המין. הציון הסופי נע בין 2 ל-36. ציון 23 ומטה בשאלון זה הוגדר כהפרעה בתפקוד המיני. שאלון זה הוא כלי מקובל בעולם לאבחון ולהערכת חומרת הפרעות בתפקוד המיני בנשים במסגרת מחקרים קליניים [9]. ממוצע גיל הנבדקות (וטעות התקן של ממוצע זה) תואר בכלל הנבדקות, בנבדקות עם וללא מחלת לב כלילית, ובנבדקות עם מחלת לב כלילית בדרגות חומרה שונות. כדי לבחון את הקשר בין פרמטרים (הגיל, הציון בשאלון תפקוד מיני) לבין קיום או היעדר מחלת לב כלילית על דרגות חומרתה השונות, יושם תבחין Mann-Whitney להשוואה בין שתי קבוצות בלתי תלויות ותבחין Kruskal-Wallis להשוואה בין שלוש קבוצות בלתי תלויות. על מנת לבחון את ההבדל בשכיחות משתנים קטגוריים בין הקבוצות, יושם תבחין Chi². במהלך החישובים יושמה תוכנת SPSS גרסה 16 לחלונות.

תוצאות

במחקר נכללו 104 נשים. ההיענות לשאלון הייתה מלאה (100%). גיל הנכללות הממוצע היה 7.68±2.11 שנה (טווח גילאים: 42-92 שנה). שישים ותשע (4.66%) נשים לקו ביתר לחץ דם, 68 (4.65%) נשים לקו בהיפרליפידמיה, 36 (6.34%) נשים לקו בסוכרת, ו-21 (2.20%) נשים עישנו. בסך הכול, 65 (62.5%) נשים לקו במחלת לב כלילית שעירבה עורק כלילי אחד (27 נשים) או יותר (38 נשים).

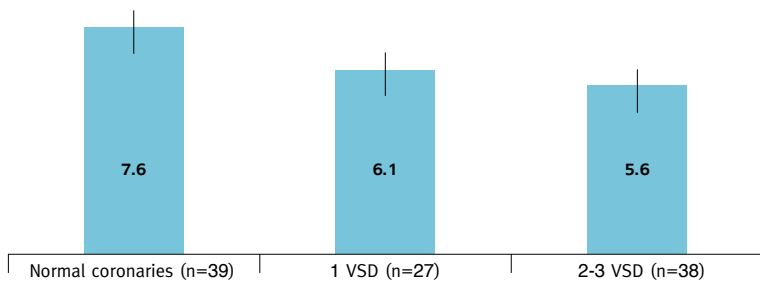
דין

בגיל חדילת אורח ("גיל הבלות") ולאחריו בקרב נשים, עולה משמעותית הסיכון למחלת לב כלילית. אחד ההסברים לתופעה זו הוא חסר באסטרוגן, המביא לעלייה ברמת השומנים בדם ומאיץ את תהליך טרשת העורקים הכליליים [5]. חסר באסטרוגן גורם גם

תרשים 1:

הציון הממוצע בשאלון התפקוד המיני בקרב נשים ללא מחלת כלילית ובקרב נשים עם מחלת כלילית, המערבת עורק כלילי אחד או שני עורקים כליליים ויותר

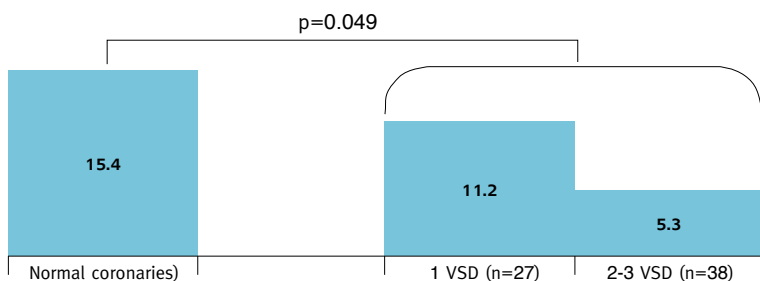
Mean FSFI scores in women with and without CAD



VSD = Vessel Disease *

תרשים 2:

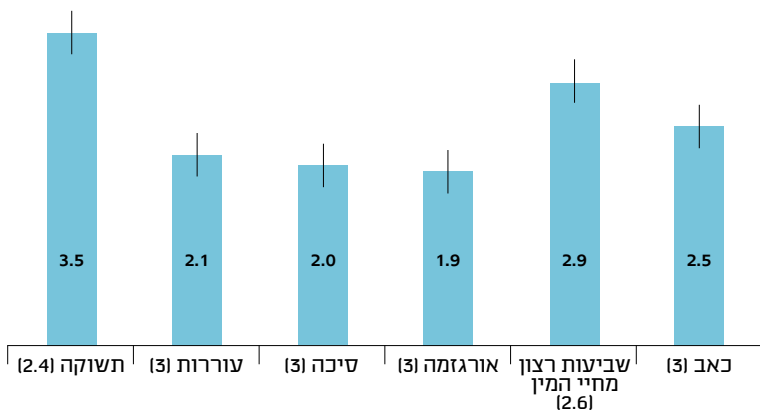
שיעור הנשים עם תפקוד מיני תקין בקרב נשים ללא מחלת כלילית ובקרב נשים עם מחלת כלילית, המערבת עורק כלילי אחד או שני עורקים כליליים ויותר



VSD = Vessel Disease *

תרשים 3:

ממוצע הציונים בקרב הנשים הפעילות מינית לפי מדדי התשוקה, העוררות, הסיכה, האורגזמה, הכאב, ושביעות הרצון מחיי המין (בסוגריים אמצע טווח הציונים בכל מדד).



המחקר הייחודי, אשר שם על הפרק היבט חשוב, ועם זאת מוזנח, של בריאותן של נשים עם מחלת לב כלילית. שיעור ההיענות המרבי מחזק את הממצאים במחקר זה.

להפרעה בחיי המין של נשים בגיל חדילת אורח, משום שטרשת עורקים מערכתית המערבת את עורקי האגן, גורמת להפרעה בזרימת הדם לאגן, ומכאן לפגיעה בסיכה של הלבן ובחישת הלבן והדגדגן [6]. לכן סביר להניח, כי קיים קשר בין חומרת מחלת לב כלילית לבין חומרת הפרעות בתפקוד המיני בנשים מבוגרות, כפי שהודגם בעבודה זו.

המודעות למחלת לב כלילית בקרב נשים נמוכה יותר מן המודעות למחלת לב כלילית בקרב גברים, ואחת העדויות לכך היא שנשים עם תעוקת בית החזה עוברות פחות תבחיני מאמץ או צנתורים כליליים [10]. כפי שהמודעות למחלת לב כלילית בנשים נמוכה, כך גם נמוכה המודעות למחלות המתלוות למחלת לב כלילית בנשים; לדוגמה, הקשר בין מחלת לב כלילית בגברים לבין הפרעה בזקפה נחקר רבות [1-4]. לעומת זאת, הקשר בין מחלת לב כלילית לבין הפרעה בתפקוד המיני בנשים כמעט שלא נחקר, למרות שמחלת לב כלילית וגורמי הסיכון למחלת לב כלילית שכיחים מאוד בנשים מבוגרות [5]. במחקרים ספורים בלבד דווח על הקשר בין מחלת לב כלילית לבין הפרעה בתפקוד המיני בנשים: 'Salonia וחב' [7] ראינו 30 נשים עם תעוקת בית החזה. תשע (30%) נשים לקו בהפרעות שונות בתפקוד המיני, אך נשים אלה לא עברו צנתור כלילי. 'Eyada וחב' [11] ראינו 35 נשים במהלך שיקום לאחר אשפוז בגין תעוקת בית החזה או אוטם בלב, והודגם כי רוב הנשים לא היו מרוצות מחיי המין שלהן. יחד עם זאת, לא צוין במחקר זה כמה נשים עברו צנתור כלילי, והאם היה מתאם בין הממצאים בצנתור לבין חוסר שביעות הרצון מחיי המין [11]. במחקר אחר, שהכללו בו 20 נשים עם מחלת לב כלילית שאובחנה בצנתור ו-15 נשים בריאות, 12 (60%) נשים עם מחלת הלב לקו בהפרעות שונות בתפקוד המיני לעומת חמש (33.3%) נשים בריאות. במחקר זה לא צוינו הממצאים בצנתור [8]. ככל הידוע לנו, הקשר בין חומרת הפרעות בתפקוד המיני לבין חומרת מחלת הלב הכלילית מעולם לא נחקר בנשים מבוגרות.

במחקר הנוכחי נכללו 104 נשים מבוגרות שעברו צנתור כלילי. בהשוואה למחקר היחיד הקודם, אשר נכללו בו 35 נשים שעברו צנתור כלילי [8], מספר הנשים במחקר הנוכחי היה גבוה כמעט פי שלושה. כמו כן, בניגוד למחקר האמור, במחקר הנוכחי נבדק הקשר בין מספר העורקים הכליליים המוצרים לבין חומרת ההפרעה בתפקוד המיני. במחקר הנוכחי הודגם, כי היעדר תפקוד מיני והפרעות בתפקוד המיני שכיחים מאוד בקרב נשים מבוגרות עם מחלת לב כלילית. ככל שיותר עורקים כליליים מוצרים, כך פוחת הסיכוי לתפקוד מיני תקין, אך נדרש מדגם גדול יותר של נשים כדי להוכיח מגמה זו מעבר למגמה המקבילה של עלייה בגיל. יחד עם זאת, לראשונה הודגם קשר בין הפרעה בתפקוד מיני לבין חומרת מחלת לב כלילית בנשים מבוגרות. מדדי התפקוד המיני העיקריים שנפגעו בנשים עם מחלת לב כלילית, היו הכאב, הסיכה והעוררות. מדד הסיכה, ובהתאם הכאב, מושפעים מזרימת הדם לאגן, ולכן השערת מחברי מאמר זה בדבר הקשר בין טרשת עורקים סיסטמית לבין הפרעות בתפקוד מיני בנשים, קיבלה חיזוק נוסף.

במחקר הנוכחי לא נכללו נשים שאינן יציבות קלינית, נשים חסרות הכרה, נשים עם ירידה קוגניטיבית, ונשים עם היסטוריה של מחלת נפש או נטילת תרופות פסיכיאטריות. לכן עולה השאלה, האם המדגם הנוכחי היה מייצג. מחברי מאמר זה ניסו להתגבר על מגבלה זו על ידי פנייה לנשים רבות ככל האפשר – צעירות ומבוגרות כאחד – ומכאן טווח הגילאים הרחב של הנכללות במחקר. כמו כן, כל הנשים שאליהן פנו מחברי מאמר זה הסכימו להיכלל במחקר, ללא יוצא מן הכלל. רבות מהן אף הביעו קורת רוח מן

לב כלילית. ההיענות הגבוהה לשאלון במחקר הנוכחי מוכיחה, כי נשים עם מחלת לב כלילית מעוניינות שהרופאים המטפלים יתנו את הדעת גם על היבט חשוב זה של חייהן.

לסיכום

היעדר תפקוד מיני והפרעות בתפקוד המיני שכיחים מאוד בקרב נשים מבוגרות עם מחלת לב כלילית. ככל שיותר עורקים כליליים מוצרים, כך פוחת הסיכוי לתפקוד מיני תקין, אך נדרש מדגם גדול יותר של נשים כדי להוכיח מגמה זו. על הרופאים המטפלים לתת את הדעת על היבט חשוב זה בחייהן של נשים עם מחלת לב כלילית. ●

מחבר מכותב: רפי חרותי
 המרפאה לשיקום מיני
 המרכז הרפואי רעות
 שדרות החי"ל 2
 תל אביב 61092
טלפון: 03-6893712
פקס: 03-6383680
דוא"ל: heruti@post.tau.ac.il

לשאלון תפקוד מיני יש מגבלות מובנות, שהרי אין זה ראיון מקיף מחד גיסא, או בדיקת מעבדה או בדיקת דימות אובייקטיבית מאידך גיסא. לפיכך, בחרו מחברי מאמר זה בשאלון Female Sexual Function Index מתוך מבחר שאלוני התפקוד המיני, המקובלים במחקר הקליני. שאלון זה הוא המקיף ביותר לתיאור מרכיבי התפקוד המיני, כולל תשוקה, עוררות, סיכה, אורגזמה, כאב ושביעות רצון מחיי המין בקרב נשים [9]. בגמר מילוי השאלון באופן עצמאי, אימתה הסטודנטית המראיינת את התשובות ביחד עם הנבדקות. לעיתים, התגלה פער בין התשובות שמילאו הנבדקות באופן עצמאי לבין התשובות שנתנו הנבדקות לסטודנטית המראיינת. במצבים אלה התייחסו מחבר מאמר זה לתשובות האחרונות בלבד. כך הצליחו להתגבר על תופעות של חוסר הבנה, חוסר ריכוז והתרשלות במילוי השאלון. מחברי מאמר זה מאמינים, שכך הובטחו שובות מהימנות יותר על השאלון, אשר שיקפו נאמנה את התפקוד המיני של הנשים שנכללו במחקר. מוקדם עדיין להמליץ לכל הנשים עם מחלת לב כלילית לעבור הערכת תפקוד מיני או להפך. יחד עם זאת, בריאות מינית מהווה חלק בלתי נפרד מחייהן של נשים עם מחלת לב כלילית, ולכן יש לתת עליה את הדעת ולכלול שאלות בנושא זה בעת לקיחת אנמנזה רפואית [12]. מומלץ לרופאי המשפחה ולרופאים הקרדיולוגים להעלות נושאים אלה לדיון במפגשים רפואיים עם נשים הלוקות במחלת

ביבליוגרפיה

1. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ & al, Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. JAMA, 2005; 294:2996-3002.
2. 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.
3. Bortolotti A, Parazzini F, Colli E & al, The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. Int J Androl, 1997; 20: 323-34.
4. Montorsi F, Briganti A, Salonia A & al, Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. Eur Urol, 2003; 44: 360-4.
5. Wegner NK & Collins P (Eds), Women and Heart Disease. London: Taylor & Francis, 2005.
6. Pariser SF & Niedermier JA, Sex and the mature woman. J Womens Health, 1998; 7: 849-59.
7. Salonia A, Briganti A & Montorsi P, Sexual dysfunction in women with coronary heart disease. Int J Impot Res, 2002; 14 (Suppl 4):S80.
8. Kaya C, Yilmaz G, Nurkalem Z & al, Sexual function in women with coronary artery disease: a preliminary study. Int J Impot Res, 2007; 19: 326-9.
9. Rosen R, Brown C, Heiman J & al, The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther, 2000; 26: 191-208.
10. Shaw LJ, Bairey Merz CN, Pepine CJ & al, WISE Investigators. Insights from the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study: Part I: gender differences in traditional and novel risk factors, symptom evaluation, and gender-optimized diagnostic strategies. J Am Coll Cardiol, 2006; 47 (3 Suppl):S4-S20.
11. Eyada M & Atwa M, Sexual function in female patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction. J Sex Med, 2007; 4: 1373-1380.
12. Basson R, Working to normalize women's sexual reality. Lancet, 2007; 369:363.

סוגיות אתיות בטיפול מיני בסיוע סרוגיט

תקציר:

טיפול מיני הוא טיפול זוגי בעל מאפיינים התנהגותיים במהותו, שבו לתרגול תפקיד קריטי בהצלחת הטיפול. בספרם Human Sexual Inadequacy טענו מסטרס ו'ג'ונסון, כי אין דרך ללמד תפקוד מיני אלא על ידי תרגול עם בני זוג, ולכן דווקא מטעמים אתיים של קבלת כל הפונים לטיפול ומתן סיכויי החלמה שווים לכולם, הגו את הטיפול המיני בעזרת סרוגיט.

טיפול הסרוגיט הוא בעצם סוג של חונכות היוצרת מערכת יחסים של "אחד לאחד", ומאפשר תרגול של גישות טיפול שונות המקובלות בטיפולים התנהגותיים, כמו: העלאת דרגת קושי בהדרגה, פירוק משימות, מתן משובים, חזרות, משחקי תפקידים, התאמת הסביבה ועוד. המיומנויות והתכנים המתורגלים קשורים בתפקוד מיני לקוי, אך גם בלמידת מיומנויות חברתיות, זוגיות ואינטימיות, שחסרונן אינו מאפשר ליחידים יצירת קשר זוגי שבו יוכלו להגשים את תפקודם המיני.

הנהלים האתיים חייבים להישמר בטיפול המיני בעזרת הסרוגיט כדי להגן על המטופלים ועל הסרוגיט. הטיפול בנוי על משולש טיפולי הכולל את המטפל, המטופל והסרוגיט. משולש זה פועל יחד להשגת מטרת הטיפול.

במהלך הטיפול נערכות בכל שבוע שלוש פגישות: מטפל מטופל, מטפל סרוגיט, ורק אחר כך מתקיימת פגישה בין המטופל לסרוגיט. בסיום הטיפול מסתיים הקשר בין הסרוגיט והמטופל.

במאמר זה נשפך אור על מורכבות הטיפול ועל השאלות האתיות המתעוררות מהפעלת הטיפול הלכה למעשה, תוך שימת דגש על זיהוי המטופלים שיכולים להפיק תועלת מטיפול מיוחד זה.

רונית אלוני¹
רפי (רפאלי-יוסף) חרות^{2,3}

¹מרפאה לטיפול מיני, תל אביב
²מרפאה לשיקום וטיפול מיני, מרכז רפואי רעות, תל אביב
³הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

מילות מפתח: סרוגיט; טיפול מיני; מיומנות חברתית; בעיות בתפקוד מיני; אתיקה.
KEY WORDS: Surrogate therapy; Sexual therapy; Social skills; Sexual dysfunction; Ethics

הקדמה

טיפול מיני בעזרת סרוגיט מהו? הלן סינגר-קפלן טענה, כי אי אפשר ללמוד מיניות מבלי לחוות באופן מעשי התנהגות אינטימית עם בני זוג [1]. מתוך אותה מחשבה עלה הרעיון של מסטרס ו'ג'ונסון, ממייסדי הטיפול המיני המודרני, להסתייע בבן או בת זוג חלופיים במהלך טיפול מיני [2]. לפני שדנים בשאלות האתיות הנגזרות מכך, כדאי להבין יותר לעומק את מהותו של הטיפול המיני בעזרת סרוגיט וכיצד בכלל התפתח טיפול שכזה.

מסטרס ו'ג'ונסון הגדירו את תפקיד הסרוגיט: להיות בן זוג למשך הטיפול, המפעיל הלכה למעשה את הוראות הטיפול ויחד עם זה מהווה מודל עבור המטופל לתפקידים השונים של בן זוג במערכת הזוגית [2]. המטרה היא, שבסיוע מערכת יחסים טיפולית שהיא "אחד על אחד" (מעין סוג של חונכות), ניתן לשפר מיומנויות חברתיות והתנהגויות חברתיות לא מקובלות. בטיפול כזה נוצרת מערכת יחסים אינטימית בין המטופל למטפל, שיכולה להוות מודל ללמידת מיומנויות חברתיות [3, 4]. סרוגיט מצורפים לטיפול בהמצלת מטפל מיני, באותם גברים או נשים שאין מי שיספק להם את התמיכה הפסיכולוגית והפיזיולוגית שהם נזקקים לה בשלב הקריטי של הטיפול. סרוגיט מהווה בן זוג מיני חלופי למשך הטיפול, וכן מודל לתפקוד במערכת זוגית ומינית. העבודה בטיפול סרוגיט הדרגתית, מתחילה במגע שטחי ולעתים מגיעה גם עד קיום יחסי מין מלאים. ההנחה העומדת בבסיס טיפול כזה היא, שהידיעה

של המטופל שבכוונתו של הסרוגיט לעזור ולהיטיב עמו תגביר את הביטחון העצמי שלו במהלך הסיטואציה הטיפולית, וכך תגרום לו להצליח לתפקד במיטבו. חוויה כזו של הצלחה תשמר את תחושת הביטחון גם לסיטואציות שמחוץ לטיפול. למעשה, הקשר הנרקם והולך בין הסרוגיט למטופל הוא שהופך לדגם ולדוגמה ליצירת קשרים עם בני זוג בעתיד [2].

החונכות בטיפול מיני בעזרת סרוגיט דומה לתהליכי הכשרת מטופלים אחרים, אשר במסגרתם מטפל מנוסה מלמד מטפל פחות מנוסה את אמנות הטיפול. במקרה של סרוגיט, מנחה מטפל מיני את הסרוגיט כיצד להדריך את המטופל. ארגון הסרוגיט האמריקאי (IPSA – International Professional Surrogates Association) תיאר זאת היטב, על ידי כך שהגדיר את הסרוגיט כצלע אחת במשולש טיפולי, שבו משתתפים מטפל, מטופל וסרוגיט. "משולש טיפולי" זה מקיים פגישות שבועיות בין כל צלעות המשולש (מטפל-מטופל, מטפל-סרוגיט, סרוגיט-מטופל). המטפל המיני המוסמך הוא האחראי על הטיפול והוא זה שמנחה אותו. הסרוגיט המתפקדים כבני זוג למטופלים הנמצאים בתהליך טיפולי, משתתפים בתרגילים המשלבים מגע חושני ומיני, וכן מתרגלים עם המטופלים מיומנויות חברתיות ומיניות.

הגדרות אלו מספקות דגם תיאורטי המאפשר לעבוד עם מטופלים הלוקים בהפרעות בתפקוד המיני [5]. גם אחרים הצביעו על כך שסרוגיט עשויים לעזור למטופלים להתגבר על פחדים, בעיות ודעות קדומות הקשורות במיניות במסגרת טיפול מיני [6, 7]. טיפול מיני בעזרת סרוגיט מהווה סוג של טיפול התנהגותי בהפרעות

שהיו בטיפול סרוגיית חצי שנה מאז תום הטיפול, נמצא כי בקרב 73% נשמר השיפור שהושג בטיפול ונעשתה העברה של המיומנויות המיניות שתורגלו עם הסרוגיית לבני הזוג החדשים [14]. בעבודה אחרת, שבמהלכה נערך מעקב אחר 501 מטופלים, מדווח שבקרב 89% מהמטופלים נפתרה הבעיה המינית, 5% היו מרוצים במידה חלקית, ורק 6% הפסיקו את הטיפול [6]. בעבודה אחרת נערך מעקב אחר 407 מטופלים ודווח על הצלחה מלאה ב-69% מהם, הצלחה חלקית ב-21%, ללא שינוי ב-7% והרעה במצב ב-1% [9]. טיפול בעזרת סרוגיית הוכח כיעיל גם בקרב נשים הלוקות בווגיניזמוס. כך, בעבודה שנערכה בישראל, הושוו שתי קבוצות נשים הלוקות בווגיניזמוס. חמש-עשרה נשים היו בטיפול עם בני זוגן לעומת 15 נוספות ללא בני זוג, אשר טופלו בעזרת סרוגיית. בקבוצת הטיפול בעזרת סרוגיית הייתה הצלחה של 100%, בעוד שבקבוצה עם בני הזוג דווח על שיעור הצלחה של 75% [15]. על טיפול מיני בעזרת סרוגיית הומלץ גם לגבי בני אדם עם נכויות ללא בני זוג [7, 8, 13, 16].

טיפול מיני בעזרת סרוגיית ממוקד בפיתוח תפיסת המיניות האישית של המטופל והתגובה הגופנית. הסרוגיית בעצם מהווה מודל ליישום נכון של מיומנויות חברתיות, ומדריך כיצד יוצרים קרבה ואינטימיות זוגית. כשמבינים את סך מטרות הטיפול, קל להבין שמגע מיני באברי המין מהווה חלק מצומצם וקטן מסך כל הטיפול [7]. עובדה זו נבדקה, ונמצא כי 90% מזמן הטיפול עם סרוגיית מוקדש לפעילות לא-מינית לפי הסיווג הבא: 48%-55% מהזמן הוקדש להתנסויות ותרגילים שאינם ארוטיים, 34% מהזמן הוקדש למתן מידע מיני, תמיכה רגשית וחזיוקים, 5% מהזמן הוקדש לתרגול מיומנויות חברתיות במסגרות חברתיות ו-13% בלבד מהזמן הוקדש לתרגול פעילות מינית [5].

במספר עבודות נפסלה האפשרות של הפעלת נערות ליווי לתרגולים אלו [2, 6, 17]. **מסטרס וג'ונסון** טענו שבמקרה הטוב נערות ליווי לא יפתרו את הבעיות, ובמקרה הרע עלולה להיווצר פגיעה במטופלים ופגיעה בדימוי שלהם כמי שנעזרים בנערות ליווי, עקב אות הקלון החברתי (סטיגמה). הכותבים האחרים הדגישו את היתרונות בכך שסרוגיית מקבלים הדרכה, מבינים את תהליך הטיפול ונוטלים בו חלק. סרוגיית מדווחים למטפל בעקביות על התקדמות הטיפול, מסוגלים להפעיל את שיטות הטיפול הנועדות לטיפול מיני (כגון, תרגול מיקוד תחושת), ובעלי יכולת למנוע כישלונות ברגעים קריטיים. נערת ליווי מופעלת על ידי רצון הפונה אליהן, בעוד שסרוגיית פועלים לפי מטרות הטיפול ותחת הנחייה מקצועית. ההנעה של סרוגיית שונה מזו של נערות ליווי במובן שהם רואים עצמם חלק מתהליך הטיפול, אשר מתפרש על פני 12-20 מפגשים, והצלחת הטיפול חשובה להם לא פחות. הם אינם עובדים לצורך הענקת סיפוק מיני והשגת רווח כספי, שכן לכל סרוגיית עבודה עיקרית עם הכנסה כספית בצידה. אחרים מציינים את העובדה שהדימוי העצמי של הסרוגיית הוא דימוי מקצועי, וכי הם גאים בעיסוקם. אלו הם גברים ונשים בעלי ביטחון עצמי, המסוגלים להתמודד עם בעיות מורכבות שעלולות להתעורר בטיפול [16].

פרשות מטופלים וסוגיות אתיות בטיפול מיני בסיוע סרוגיית

באמצעות פרשות המטופלים המובאים להלן, מודגם המתרחש בטיפול סרוגיית, תוך דיון בסוגיות אתיות הנובעות מאותן פרשות חולים ומסוג טיפול ייחודי זה.

תרשים 1: מהלך טיפול של סרוגיית



בטיפול המיני, אשר מאפשר ליישם שיטות טיפול התנהגותיות כמו: למידה התנסותית, חזרות, למידה בתנאים אמיתיים, משוב (פידבק) שוטף בזמן אמיתי, והתייחסות להתנהגויות מתאימות ושאין מתאימות בתנאי אמת [8]. טיפול מיני בעזרת סרוגיית מהווה טיפול הוליסטי ומתודולוגי יותר בהפרעות מיניות כשהדבר נעשה בשילוב עם טיפולים ומטפלים נוספים [5]. כבר בתחילת שנות השבעים הוצעו קווים מנחים לעבודה עם סרוגיית: (1) על הסרוגיית להיות איש מקצוע; (2) הסרוגיית תמיד צריך לעבוד עם מטפל נוסף; (3) הטיפול צריך לאפשר לסרוגיית מגוון רחב של תגובות רגשיות וגופניות [9]. מהלך הטיפול מובא בתרשים 1.

שיטות הטיפול בסיוע סרוגיית

מאחר שטיפול מיני בכלל ובעזרת סרוגיית בפרט הוא טיפול התנהגותי, כל שיטות הטיפול ההתנהגותי יכולות להיות מיושמות בעבודה עם הסרוגיית: הסרוגיית מתפקד כמודל שאיתו מתרגלים וחוזרים על מיומנויות רצויות שנלמדו עם המטפל בשיחה הפרטנית; הסרוגיית יכול במהלך הפגישה למשב לחיוב או שלילה את המטופלים על הביצוע של המיומנויות המתורגלות. הטיפול בעזרת הסרוגיית בעצם מהווה מעין משחק תפקידים במסגרתו מתרגלים מיומנויות חברתיות, קודם בתנאי מעבדה ואחר כך בתנאים מציאותיים יותר. הסרוגיית והמטופלים מקבלים הנחיות מדויקות מהמטפל המיני ואותן הם מתרגלים. המטלות הניתנות מפורקות לשלבים, מוגבלים ומותאמים ליכולותיהם של המטופלים ברגע נתון. יש הימנעות מדרישות יתר ומציפיות גבוהות מידי בשלבי הטיפול הראשוניים, כדי להפחית את חרדת הביצוע הקיימת אצל הפונים לטיפול. המטפל מלמד את המטופלים לא להיכנס לאזורי חוסר הביטחון שלהם, שהם גם תחומי הכישלון שלהם, והסרוגיית מתרגלים איתם את כללי הזהירות והגבולות הלכה למעשה. תהליך זה נקרא עיצוב התנהגות, שבו מוחלפות התנהגויות לא יעילות בהתנהגויות יעילות יותר. במידת הצורך, מתבצע בנוסף עיצוב של הסביבה הכללית שבה נמצאים המטופלים, עד שהם מפתחים יכולת להסתדר ולתפקד בסביבה רגילה [8, 10-13].

תוצאות ניסיון טיפולי באמצעות סרוגיית הוכיחו, כי טיפול מיני מסוג זה מניב תוצאות טובות ובמהירות רבה בהשוואה לטיפולים פסיכולוגיים או מיינים אחרים [6]. בשנות השבעים והשמונים פורסמו מספר מאמרים שהציגו תוצאות מרשימות בטיפול מיני בעזרת סרוגיית. בעבודת מעקב שכללה 150 מטופלים (133 גברים ו-17 נשים)

מפרשת מטופל 1:

א', בן 33, נפצע בתאונת דרכים והפך לטטרפלג. הוא מסוגל לנהוג במכונית מותאמת, אך תלוי בזולת כמעט בכל שאר תפקודי החיים. מאחר שהוא גבר אופטימי וחדור הניעה, השיקום שלו מעורר הערכה. הוא עובד בתחום העיתונאות. הוא מקיים קשרים עם חבריו מהעבר, מבלה איתם, ואפילו מצליח להגיע למקומות שונים בעזרת המלווה שלו או חבריו. ל"א" מעולם לא הייתה בת זוג, למרות שהיו נשים שרצו בו – אך הוא לא נעתר ולא ניסה. הוא חושש כיצד ירגיש ללא בגדים וחושש כיצד יחשוף את הקשיים שלו בשליטה בסוגרים? כיצד בת הזוג תקבל את מגבלות התפקוד שלו או את העובדה שאינו מגיע לשפיעה. א' זוכר במעורפל את קיים יחסי המין טרם הפגיעה, אך חש כי הניסיון הזה אינו עוזר לו עכשיו. לאחרונה, למרות החיים המלאים שהוא מנהל, הוא מרגיש ריקנות. הוא מקנא בחבריו שמתחתנים, הוא היה רוצה מערכת יחסים, אך לא מעז לנסות עד שלא יידע את גופו ויוכל להסביר לחברתו בדיוק מה הוא יכול ומה לא. הוא רוצה למצות את המיטב ממצבו ורוצה לתרגל זאת עם סרוגייט עד לרכישת ביטחון עצמי. רק אז ינסה ליצור קשרים.

א' וורניק [18] כתב על טיפול מיני בעזרת סרוגייט: "יש הטוענים כי ניתן להצדיק טיפול בסיוע סרוגייט בבני אדם לאחר פגיעה ונכות קשה, אך שוללים זאת במקרים של נכות רגשית. ההצדקה שלהם טמונה בקושי אובייקטיבי במציאת בני זוג לאחר נכות גופנית, וכן מפני שניהול מעשה האהבה עצמו במידה סבירה של מיומנות וביטחון, מצריך תהליך של ניסוי וטעייה, וכן הדרכה ממשית. הגורם הלא ספציפי בטיפול חשוב גם במקרים אלו: עצם הנכונות להיכנס עמם לקשר אינטימי-חושני-מיני מעניקה למטופלים מסר ברור שהם ראויים מבחינה מינית. במקרים כאלה אין טעם להיכנס לדקויות אם יש כאן טיפול ממש, או שזו אמתלה טיפולית למחווה הומאנית גואלת ונדיבה".

הקורא ישאל את עצמו האם מוסרי או אתי להתייחס לאוכלוסיה של בני אדם עם נכות במידה שונה מאוכלוסיה שאינה נכה? הרי אם הטיפול בעזרת סרוגייט אינו מוסרי, אזי הוא אינו מוסרי לאף אדם – נכים ושאינם נכים כאחד. מאידך, אם הוא מוסרי, אזי מדוע אין ליישמו בגברים או נשים בעלי נכות חברתית או אינטימית? [18]. למרות שבמקרה זה מסכימים המחברים, כי יש לאפשר טיפול מיני בעזרת סרוגייט, הם אינם קוראים לכך טיפול. במקרה לעיל אין לפונה קושי למצוא לעצמו בת זוג. ההיפך הוא הנכון. בכל זאת הוא העדיף לעבור את התהליך עם בת זוג חלופית בתנאים ידיוותיים יותר עבורו, כשהוא משוחרר מלחצים נוספים ויכול להתרכז בקשייו עד שיימצא להם פתרון. קיימת התייחסות לטיפול מיני בעזרת סרוגייט לאוכלוסיות של בני אדם עם פיגור התפתחותי, פגיעות מוח טראומטיות ונכויות גופניות משמעותיות [7, 8, 13, 16, 17], כשברור לכל הכותבים כי ללא טיפול בעזרת סרוגייט רבים מהם לא יגיעו לעולם להיכרות, למידה, תרגול ומימוש של מיניותם במובן הרחב של המילה.

"תחושת הפונים, כי אי-הידיעה כיצד לקיים יחסי מין מונעת מהם לנסות, אינה אלא ברוב המקרים אחד מהעיוותים הקוגניטיביים והרגשיים שצריך לטפל בהם..." [18]. נשאלת השאלה האם טיפול בסיוע סרוגייט אינו יכול להיות אחת הדרכים להתמודד עם העיוות הקוגניטיבי הזה? כמו-כן, האם טיפול התנהגותי אינו דרך יעילה וקצרה ביותר לטפל בתופעה זו? לדוגמה, התמודדות עם חרדת מעלית, גם היא עיוות קוגניטיבי, שבמסגרת ההתמודדות עמה המטפל נכנס עם המטופל למעלית הלוח וחוזר עד שקורה השינוי בהדרגה, וזו בדיוק מהותו של טיפול הסרוגייט.

מפרשת מטופלת 2:

י', בת 35, עובדת במקצוע טיפולי, מנהלת צוות באחד המרכזים הרפואיים הגדולים. היא רווקה נאה ומחזרת שמעולם לא קיימה קשר מעבר למספר פגישות בודדות. היא מעולה בלהסתיר את סיפורה, וכשמתנהלת שיחה, היא יוצרת רושם אצל שומעיה שהיא בעלת ניסיון זוגי ומיני עשיר. לאורך כל השנים שכנעה את עצמה שבבוא "הגבר הנכון" היא תתגבר על חרדותיה ותאפשר לעצמה להיסחף לחוויה המינית. לאחרונה, כשיום ההולדת 35 בפתח, החלו ספקות לכרסם בה, והיא הבינה שהדבר הזה לא יקרה אם היא לא תטפל בעצמה. באבחון הסתבר ש"י" מעולם לא קיימה יחסי מין, מעולם לא החדירה טמפון או נבדקה בדיקה גניקולוגית ושהיא בעצם וגיניסטית (לוקה בווגיניזמוס: כיוון לא רצוני של שרירי הלדן, אשר מתבטא בכאב בעת ניסיון לחדירה) שפיתחה שיטות הימנעות. לאחר מספר פגישות עם גברים, כשהיא מבינה שמגע בכלל ומגע מיני בפרט עומד להגיע, היא מנתקת את הקשר. ביום הולדתה ה-35 פנתה י' לטיפול סרוגייט כדי לשבור את מעגל האימה שבו היא נתונה ואינה יכולה לצאת ממנו בכוחות עצמה.

"יש האומרים שבכל מקרה, יש להעדיף את הטיפול המוכר, המוכח, הפשוט והזול על היפוכו". הסיבות לבחירה באפשרות האחרת צריכות להיות מנומקות היטב ולאחר ניסיון טיפולי רגיל הולם [18]. לגבי המוכר והמוכח, הספרות המקצועית שעליה מבוסס מאמר זה מוכיחה, כי טיפול בסיוע סרוגייט מוכר ומוכח דיו, עוד מראשית שנות החמישים. הובאו במאמר זה הוכחות ליעילותו על סמך עבודות אשר במסגרתן נבדקו מאות מטופלים. נשאלת השאלה מה "פשוט יותר"? טיפול פסיכולוגי הצולל לנבכי הנפש ופותר או לא את הבעיה שבגללה החל הטיפול? או שמא טיפול התנהגותי הנמשך לכל היותר 5-6 חודשים אשר מתרכז בתסמיני, פותר את הגורם לו, ומאפשר למטופלים להיכנס למעגל החיים ולתפקד כמו בני גילם? תחום נוסף שבו קיימת ביקורת: "הביקורת על ההסתייעות בסרוגייט מתקשרת לסוגיית הטיפול בהומוסקסואלים, מאחר שמסגרות המטפלות בסיוע סרוגייט מסכימות ברצון לקבלת פונים כאלה, תוך נטיעת אשליות שהיכולת הטכנית לקיים יחסי מין עם אישה היא התשובה להתלבטויותיהם... לא רק שהטיפול אינו מועיל, הוא יכול אף לגרום לנזקים נפשיים בהגברת ההאשמה העצמית" [18]. להלן פרשת מטופל שבו תהא התייחסות לסוג ביקורת זה:

מפרשת מטופל 3:

נ', בן 30, הומוסקסואל בעל מקצוע חופשי, מהמגזר הדתי-לאומי (גובל בחרדיות), חי חיים הומוסקסואליים מלאים, כולל מגורים משותפים למשך שנה עם חבר קבוע ללא ידיעת משפחתו וסביבתו. לאחרונה (לאחר סירובים חוזרים מצידו) הוצע לו שידוך שמצא חן בעיניו, והוא חש רגשות חיוביים כלפי המשודכת לו, עד כדי כך שהוא רוצה לנסות לבדוק אם יוכל לקיים יחסי מין עם אישה ולהתחתן. ברור לו שאם לא יקבל עליו את הצעת המשפחה להתחתן, הוא ינודה בהדרגה מהחברה שבה חי וגדל. נ' אינו מוכן לוותר על משפחתו וכל הקהילה שבתוכה הוא חי, שהיא גם מקור פרנסתו.

נ' פנה לטיפול מיני בעזרת סרוגייט, כששאלת הזיקה המינית שלו איננה הסוגיה לטיפול. המרה או שינוי העדפתו או זיקתו המינית לא עמדו על הפרק במסגרת הטיפול, אלא בחירתו לחיות כבני משפחתו וסביבת מגוריו עם בת זוג. לפחות חלק מהפונים לטיפול זה אינם פונים לשם המרת העדפתם המינית, אלא (כדוגמת מטופל זה) כדי לבדוק אפשרות נוספת – אם מתוך רצון להקים משפחה ואם בעקבות אכזבה מאורח החיים ההומוסקסואלי. אם עולה כאן שאלה

הייתה בטיפול ב-8 השנים האחרונות על רקע קשיים במציאת בן זוג, אי בהירות לגבי נטייתה המינית והשמנת יתר. בשנה האחרונה אף ניסתה להתאבד. עקב בקשת המטופלת, החליטה המטפלת להפנותה לטיפול סרוגיטי. הטיפול עבר בהצלחה, והמטפלת, העובדת בצוות של פסיכולוגים בבית חולים פסיכיאטרי, לא חשה בנוח לשתף את שאר הקולגות שלה בהפניה, במיוחד לא כשהטיפול הצליח.

הפרדוקס הוא, שאם הטיפול היה נכשל והמטופלת לא הייתה מתקדמת, היה למטפלת הזו קל יותר לשתף את עמיתה בתוצאות הטיפול. גם **הלן זינגר קפלן**, מ"אמהות" הטיפול המיני המודרני, שפרסמה ספרים רבים בתחומים שונים של הטיפול המיני [1], עבדה עם סרוגיטי והתראינה על כך בעיתונות הפופולרית, לא כתבה על כך בספריה. ייתכן שאבד חומר מקצועי חשוב בשל העובדה שגם היא כנראה לא חשה בנוח לשתף באופן מקצועי את עמיתה. האם כאנשי טיפול, המאמינים בגישה טיפולית ורואים מניסיונו את יתרונה הטיפול, איננו מחויבים לדווח על כך ולהאיר את עיניהם של האחרים? האם העובדה שהמערכת אינה מאפשרת דיון ענייני ופתוח בכל נושא אינה בעיה אתית? טיפול בסיוע סרוגיטי, שהוא טיפול שיקומי בעיקרו, וחלק גדול מהפונים מגיעים לאחר שניסו טיפולים אחרים שלא השיגו תוצאות, מחייב את העוסקים בו להיות בקשר עם מטפלים קודמים. שיתוף פעולה זה בין עמיתים מהווה חלק חשוב בהצלחת הטיפול, והימנעות משיתוף במידע משיקולים שאינם במסגרת טובת המטופלים, עלולה לפגוע בסופו של דבר במטופלים עצמם.

לסיכום

ידוע ומוכח, שהפרעות בתפקוד מיני נפוצות בכל קבוצות הגילאים, ואינן נחלתם של החולים והמבוגרים בלבד [19]. לכן חשוב להציע מענה הולם להפרעות אלו.

מוסר הוא מערך אמונות פילוסופיות, שלפיהן קובע אדם האם פעולותיו טובות או רעות, ראויות או מגונות. המוסר אינו פועל יוצא של חשיבה אינטלקטואלית ישירה, אלא נובע מאינדוקטרינציה מאת נושאי המסורת בעת חינוכו של הילד. מן הראוי להבדיל בין כללים אתיים שיונקים את עוצמתם ממערכות מוסר בלבד, לבין "קודים אתיים" שנוצרו, בין היתר, כדי להסדיר יחסי עבודה ולשמור על אינטרסים של חברים בגילדות מקצועיות שונות. האתיקה איננה מתימרת להכריע באופן נחרץ בדילמות המוסריות, אלא לחדד את הבעיות, להגדיר היטב את צדדי השאלה ולהציע חלופות הגיוניות לפתרונה. אתיקה היא תיאוריה או מערכת המתארת מהו טוב בעוד מוסר הוא הכללים המנחים אותנו איך לעשות טוב. האסכולה הטלאולוגית-תכליתית גורסת, שפעולות הן נכונות או שגויות בהתאם לטיב תוצאתן. כוחה של אתיקה זו הוא בגמישותה ובפתיחותה [20].

אם נשפוט לפי טיב התוצאה, טיפול מיני בעזרת סרוגיטי למטופלים נבחרים ומתאימים מניב את התוצאות הטובות ביותר בפרק זמן קצר יחסית, במחיר סביר ובגישות של טיפול התנהגותי – הפחות חודרני ויותר ממוקד.

הטיפול מתמקד בתסמין ומאפשר לפונים עם מגבלה גופנית, נכות חברתית או כשל מיני, כניסה או חזרה מהירה לחיים נורמטיביים. הטיפול המיני בעזרת סרוגיטי מאפשר למטפלים להפעיל ולמטופלים ליהנות ממגוון שיטות הטיפול היעילות והמומלצות של הטיפול בהתנהגות: טיפולים ממוקדים וקצרי מועד, שמטרתם להעלים את התסמינים שבגללם פנו לטיפול מלכתחילה.

הטיפול המיני בעזרת סרוגיטי הוכח כיעיל במספר מחקרים מבוקרים שכללו מאות משתתפים מסוגים ומינים שונים, ובהם

אתית, היא איננה קשורה בינ', אלא בבת זוגו לעתיד, שהיא אישה ללא ניסיון מיני ושלעולם לא תדע מין טוב מהו. בסיוע הטיפול יתאפשר לו לחיות את חייו לפי בחירתו, יחד עם בת זוג. טובתו מול טובתה? במי נבחר? האם במי שפנה אלינו כמטפלים, וחובה עלינו לתת לו טיפול כמיטב יכולתנו והידע המקצועי שבידנו, או בבת הזוג שאיננו מכירים, ואיננו יודעים מיהי ומה תהיה בקשתה?

מסטרס ו'ג'ונסון [2] הגו את שיטת הטיפול בעזרת סרוגיטי דווקא מתוך שיקולים אתיים. לדבריהם, "כדי לעמוד באחריות המקצועית, צריך להיעשות כל מאמץ לקבל לטיפול מיני את כל הפונים עם בעיה בתפקוד מיני – גם אלה שאין להם בני זוג". לאלו שהתווכחו עמם ואמרו "קבלו אותם וטפלו בהם ללא סרוגיטי" ענו שזה בלתי נסלח לקבל לטיפול גברים או נשים לא נשואים ולתת להם רק 25% סיכוי לשנות את מצבם בהשוואה למטופלים עם בני זוג. כלומר, הצעה לטיפול מיני בעזרת סרוגיטי מעלה את סיכויי הריפוי שלהם ב-75% נוספים. האם בכלל אתי להציע טיפול פרטני ולא טיפול בסיוע סרוגיטי? – שאלו **מסטרס ו'ג'ונסון**. עד שהוכנס לישראל והתקבל הטיפול המיני בעזרת סרוגיטי, פונים ופונות שהגיעו לטיפול מיני ללא בני זוג – נשלחו לביתם להביא בני זוג. מי שלא הצליחו למצוא בני זוג נמנע מהם טיפול – האם סירוב זה אתי?

מפרשת מטופל 4:

ש', בן 50, בעל מקצוע חופשי, נשוי פעם שנייה עם 3 ילדים. בעברו ניתוחי פנים בגיל הילדות, הורים גרושים, גדל אצל אביו. בגיל ההתבגרות היה ילד מסוגר וההתבגרות המינית שלו איחרה. מעולם לא היו לו חיי מין תקינים. נישואיו הראשונים בקושי התמשו, וזמן קצר לאחר מכן התגרש גם בשל עובדה זו. בנישואיו השניים המין המרגש היה באורגיות בלבד עם אשתו, ששכנעה אותו לצרף בת זוג נוספת. כיום הוא לוקה בכשל בזקפה גם עם אשתו וגם עם נשים אחרות. הוא הפונה לטיפול על ידי מטפלת משפחה, המטפלת בשניהם תקופה ארוכה. המטפלת הפנתה אותו, מאחר שאשתו סירבה להצטרף לטיפול המיני. אשתו נמצאת בקשר לסבי שעליו ידע בעבר, אך לא ידע אם הוא ממשיך להתקיים. הוא ביקש לפנות לטיפול זה בצפייה להגברת בטחונו העצמי בתפקודו המיני, כך שתהיה לו בחירה חופשית יותר אם להישאר בנישואים הנוכחיים או להיפרד. האם יש לקבלו לטיפול מיני בעזרת סרוגיטי?

ושוב עולה שאלה אתית, שהרי מי שיש לו בת זוג יתבקש להביא את בת זוגו לטיפול. האם לקבל גבר זה לטיפול בסיוע סרוגיטי, ולאפשר לו בפעם הראשונה, בגיל 50, להתמודד עם עכבותיו המיניות ודימויו הגברי הנמוך, וכן לאפשר לו, לראשונה בחייו, תפקוד מיני בריא, בטוח ותקין? אדם זה היה במסגרת טיפולים כל חייו, לפני נישואיו ובמהלכם. הוא קיבל טיפולים פסיכולוגיים פרטניים וזוגיים, ולמרות זאת לא הגיע למימוש החיים המיניים שלו.

סוגיות אתיות עשויות לנבוע גם מכיוון של שיתוף הפעולה בין מטפלים שונים העובדים עם אותם מטופלים, לטובת הטיפול והתקדמותו.

מפרשת מטופל 5:

ציטוט מדבריה של פסיכולוגית ותיקה העובדת בבית חולים פסיכיאטרי: "עכשיו, אחרי שהטיפול הסתיים בהצלחה, אני לא יודעת איך אוכל לשתף את הקולגות שלי". משפט זה נאמר בשיחת סיכום על טיפול סרוגיטי שניתן למטופלת שלה, שהפנתה על ידה לטיפול סרוגיטי במקביל להמשך הטיפול בה. המטופלת היא אישה בשנות השלושים המאוחרות, עולה חדשה מברה"מ ובעלת מקצוע חופשי.

המטרה היא ללמד מטופלים כי מיניות מקבלת ביטוי בתוך קשר רגשי ואיננה מנותקת. יתרה מזו, פרדה היא חלק מהחיים ומטופלים יכולים ללמוד דרכי התמודדות יעילות איתה.

לא נטען על ידי מחברי מאמר זה, כי טיפול מיני בעזרת סרוגייט מתאים לכל אחד ואחת, אלא שיש לבחור את המטופלים המתאימים לכך: בני אדם החוששים מיצירת קשרים זוגיים לאורך זמן או שאינם מצליחים בכך, אך מעוניינים בכך; בני אדם הלוקים באי תפקודים מיניים, אך אין להם בני זוג שאיתם יוכלו לתרגל את סדרת התרגילים הנדרשים כדי לפתור את הבעיות הללו; בני אדם בעלי נכות משמעותית שאינם מכירים את יכולותיהם המיניות או את מגבלותיהם, וחוששים מיצירת קשר ומדחיה; בני אדם בעלי נטייה הומוסקסואלית המעוניינים מסיבות שונות לבדוק אם האפשרות ההטרוסקסואלית הקיימת בשבילם.

מטפלים המכירים סוג טיפול זה ויתרונותיו, ובכל זאת נמנעים מלהסב את תשומת ליבם של מטופלים מתאימים, הם אלה שאינם פועלים לפי כללי האתיקה. כותבי המאמר מקווים שבהמשך יעסוק המחקר המיני בין השאר גם בבעיות שטיפול הסרוגייט מעלה מעצם טיבעו, בבחירת בני האדם הנכונים לעסוק בתפקיד רגיש ומיוחד זה, בשיפורו ובשכלולו לטובת אלה הזקוקים לו.

מחברת מכותבת: רונית אלוני

מרפאה לטיפול מיני

שלמה המלך 103, תל אביב

טלפון: 03-5222111

פקס: 03-5224699

דוא"ל: dr_aloni@netvision.net.il

גם בעלי מוגבלויות [7, 8, 13, 16, 17]. האבות המייסדים (מסטרס וג'ונסון, והלן זינגר קפלן) של הטיפול המיני יישמו אותו דווקא מתוך שיקולים אתיים.

דעות קדומות ובעיקר חוסר ידע לגבי מהות הטיפול ודרך התנהלותו, מונעים ממטפלים רבים ומהקהילה המדעית להפנות מטופלים מתאימים לטיפול מיני בעזרת סרוגייט ובכך דנים אותם לחיי בדידות, לרצף כישלונות, לשחיקה מתמשכת של הדימוי העצמי שלהם ותחושת הערך העצמית שלהם, וכתוצאה מכך גם לשחיקה בביטחון העצמי שלהם. בני אדם אלו מרגישים "לא נורמאליים, יוצאי דופן ונכים" לאורך שנים ארוכות, בלי יכולת לשבור את מעגל הפחד והחרדה המונע מהם חיים רגילים ונורמטיביים. בני אדם אלה, בשל חוסר מידע, מכלים את זמנם בטיפולים ארוכים ולא יעילים עבורם. במאמר זה הוצגו מספר פרשות מטופלים, הממחישים מיהם בני האדם הזקוקים לטיפול מיני בסיוע סרוגייט. ללא טיפול זה, היו בני אדם אלה נותרים ללא מענה לבעייתם. כל המטופלים שהוצגו כבר ניסו להיעזר בטיפולים אחרים לפני שפנו לטיפול בעזרת סרוגייט. חלק מהמטופלים, לאחר שראו כי הטיפול המקובל אינו מקדם את מטופליהם, הפנו אותם לטיפול סרוגייט. מטפלים אחרים אינם תמיד ממליצים על טיפול כזה, למרות העובדה שמטופליהם אינם מתקדמים, ואף מתיעצים עמם לגבי אפשרות פנייה לסרוגייט. למרות זאת, בניגוד להמלצות מטפליהם, חלק מהמטופלים מחליטים בכל זאת לפנות לסרוגייט, לאחר התלבטויות קשות.

חלק מהמטפלים נמנעים להפנות לטיפול סרוגייט, מאחר שהם חוששים מהתאהבות הדדית בין המטופל לסרוגייט ומפגיעה במטופליהם בשל הפרידה הכרוכה בסוף הטיפול. בעיני מחברי מאמר זה, התאהבות, אם קורית, אף תורמת לאיכות הטיפול, שכן

ביבליוגרפיה

- Kaplan HS, Introduction. In: Kaplan HS (Ed). The Evaluation of Sexual Disorders. New York, Brunner Mazel, 1983, p. 3.
- Masters WH & Johnson V, Human Sexual Inadequacy. Boston: Little, Brown, 1970, pp. 146-156.
- Belk DS, Defusing the Chaos of Challenging Families: An Interdisciplinary Approach. First World Congress on Brain Injury. 1995, Copenhagen, Denmark.
- Baker H, The management of school phobia. In: Rajinder M & Gupta P (Eds) 1990. Intervention with Children. London; Routledge.
- Noonan RJ, Sex Surrogates: A Clarification of Their Functions, SexQuest/ The sex institute, 1984, 1995 NYC. <http://www.sexquest.com/surrogat.htm>
- Dauw D, Re-evaluating the Surrogate Assisted Sex Therapy: Myth, Experiences and Research Findings, Society for the Scientific study of sex, 26th annual meeting. Nov, 1983.
- Roberts B, Surrogate partners and their use in sex therapy. In: Brown DA & Chary C (Eds). Sexuality in America, Ann Arbor, Michigan, Greenfield Books. 1981, pp. 283-300.
- Blackerby WF, Head injury rehabilitation: sexuality after TBI. The HDI professional series on traumatic brain injury. (1994) Booklet #10, Houston, Texas, HDI Publishers.
- Apfelbaum B, The Myth of the Surrogate. J Sex Res, 1977;13: 234-249.
- Griffith E & Lemberg S, Sexuality and the Person with Traumatic Brain Injury: a Guide for Families. FA Davis, 1993, Philadelphia.
- Lezak MD, Brain Damage is a family affair. J Clin Exp Neuropsych, 1988; 10:111-123.
- Strauss D, Biopsychosocial issues in sexuality with the neurologically impaired patient. Sexuality and Disability, 1991; 9:49-67.
- Aloni R & Katz S, Sexual Difficulties after Traumatic Brain Injury and Ways to Deal with It. Springfield, USA. Thomas Pub. pp, 2003, 153-190.
- Cole M, Sex therapy - a critical appraisal. Br J Psychiatry, 1985; 147: 337-351.
- Ben Zion I, Rothschild S, Chudakov B & al, Surrogate Versus Couple Therapy in Vaginismus. J Sexual Med, 2007; 4: 728-33.
- Johnson W & Kempton W, Sex education and Counseling Of Special Groups (1981) Springfield, USA, Thomas Pub, pp. 224-231.
- Aloni R, Dangur N, Ulman Y & al, A model for surrogate therapy in a rehabilitation center. Int J of Adolescent Med and Health, 1994; 7: 141-151.
- א' וורניק בספרו 'ג' שפלו. סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי, פרק 12. 2003, ירושלים: האוניברסיטה העברית, הוצאת מגנס
- Heruti RJ, Steinvil A, Shochat T, Saar N & al, Screening for erectile dysfunction and associated cardiovascular risk factors in Israeli men. Isr Med Assoc J, 2008;10:686-90.
- מרינוף ל', אפלטון במקום. פרוזק, הוצאת כתר 2004

שפיכה מהירה - דגם האבחון והטיפול המשולב הרפואי-פסיכו-סקסואלי

תקציר:

רקע: שפיכה מהירה (ש"מ) היא ההפרעה השכיחה ביותר בתפקוד המיני של הגבר. היעדר הגדרה מוסכמת וקריטריונים ברורים לאבחנה מקשים על אנשי מקצוע להתמודד עם האבחון, הטיפול והמחקר של ש"מ.

מטרות: במאמר זה מובאות שכיחות הבעיה, הגדרות שונות לש"מ, והצעה לדגם אבחון וטיפול המשלב שיטות רפואיות וסקסולוגיות.

שיטות: דגם האבחון והטיפול בש"מ נבנה על ידי שילוב בין סקירת מאמרים רלבנטיים לבין הניסיון הרב-מקצועי באבחון ובטיפול בש"מ במרכז לרפואה מינית, שיבא.

תוצאות: תרופות ממשפחת ה-SSRIs נמצאו כגישה התרופתית היעילה ביותר לטיפול ש"מ. שיטות הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי כחלק מהטיפול הפסיכו-סקסואלי, תורמות לגבר מיומנויות לשיפור יחסי המין שלו.

מסקנות: אבחון ש"מ מבוסס על היסטוריה מינית כפי שנמסרת על ידי המטופל. לכן, יש צורך בקבלת תיאור מפורט הכולל היסטוריה רפואית, היסטוריה מינית, ותיאור מפורט של הבעיה והשפעתה על יחסי המין, המצוקה האישית והזוגיות. חשוב לברר את אופן ועיתוי הופעת הבעיה, שכן ש"מ יכולה להיות תוצאה או סיבה של הפרעה אחרת בתפקוד המיני של הגבר או האישה.

ארקדי גלין^{2,1}
גילה ברונר²
גיל רביב³

¹מחלקת שיקום, בית חולים גליל המערבי, נהרייה
²המרכז לרפואה מינית, המחלקה לאורולוגיה, מרכז רפואי שיבא, תל השומר
³המחלקה לאורולוגיה, מרכז רפואי שיבא, תל השומר

שפיכה מהירה; טיפול בתרופה; טיפול פסיכו-סקסואלי; טיפול משולב; אלגוריתם לאבחון וטיפול.
Premature ejaculation; Medical therapy; Psychosexual therapy; Combination therapy; Diagnosis/treatment algorithm

מילות מפתח:
KEY WORDS

מגברים ללא ש"מ, על בעיות אחרות בתפקוד המיני, כגון חימוד מיני (חשק מיני) נמוך, הפרעות בזקפה, קושי באורגזמה, ובעיות נפשיות כמו דיכאון, חרדה ודחק גבוה [2]. תופעה זו מוסברת בכך, שגברים הלוקים בש"מ חווים ירידה בביטחון העצמי ובחשק להשתתף בחוויה של כשלון מיני. הם עשויים להגיע לרופא עם תלונה על הפרעה בזקפה, למרות שהבעיה המקורית היא ש"מ.

הגדרות

היעד הגדרה מוסכמת וקריטריון ברור לאבחון ש"מ מקשים על אנשי מקצוע באבחון הקליני וחקר התופעה. לפי DSM-IV-TR, ש"מ היא מצב קבוע-שכיח שבו שפיכה מתרחשת לאחר גירוי מיני מזערי ו/או מיד לאחר החדירה ללדן (Vagina) ו/או לפני שהגבר מעוניין. לפי ICD-10, ש"מ מוגדרת כאי-יכולת לדחות את השפיכה במידה מספקת שהגבר ייחנה מיחסי המין, המתבטאת בשפיכה לפני תחילת המגע המיני או זמן קצר מאוד מתחילתו. הגדרה זו מקציבה הגבלת זמן של 15 שניות מתחילת המגע המיני וכוללת גם התרחשות שפיכה בהיעדר זקפה מספקת המאפשרת יחסי מין. בשתי ההגדרות לא נכללים גברים שהש"מ שלהם נובעת מצריכת אלכוהול, סמים או תרופות, מקיום יחסי מין עם בני זוג חדשים או בתנאים חדשים, ו/או עקב תדירות יחסי מין נמוכה.

בעבר התבססו האבחנות על מספר התנועות של אבר המין הזכרי בלדן. כיום נהוג לכלול את המרכיבים הבאים: זמן שפיכה לפני חדירה או זמן קצר (1-2 דקות) לאחר החדירה ללדן, היעדר שליטה על השפיכה או קושי בשליטה בכל החדירות ללדן או ברובן, חוסר

הקדמה

המודעות לבעיית שפיכה מהירה (ש"מ) גברה בשנים האחרונות, עם העלייה במודעות להפרעות בתפקוד מיני בגברים והניסיונות למצוא טיפול יעיל. חיפוש ב-PUBMED העלה 404 מאמרים משנת 1949 שבכותרת נזכר נושא הש"מ. מתוכם, 284 (70%) התפרסמו בעשור האחרון. באחד המאמרים הראשונים בנושא סוכמו 1,960 מקרי "יציאת זרע מוקדמת" שפורסם ב"הרפואה" בשנת 1953 [1]. במאמר הנוכחי מובאים שכיחות הבעיה, סוגיות שונות בהגדרת ש"מ, ודגם משולב של אבחון וטיפול רפואי-פסיכו-סקסואלי. בעזרת תיאור פרשות חולים מתוך עבודת המרכז לרפואה מינית בשיבא, נוכל להציג את אופן היישום של הדגם בצוות רב-מקצועי.

שכיחות

בסקרים מבוססי אוכלוסיה הודגם, כי ש"מ היא הבעיה השכיחה ביותר בתפקוד המיני של הגבר. בסקר אינטרנטי בקרב 12,133 גברים בגיל 18-70 שנה בארה"ב, בגרמניה ובאיטליה, דווח על שכיחות ש"מ של 22.7% [2]; מעל 70% מהגברים היו מודעים לצורך לשנות הרגלים מיניים ויותר מ-50% ניסו תנחות מיוחדות, יזמו הפסקות גירוי ביחסי המין, אוננו או קיימו יחסי מין בתכיפות גבוהה מהרגיל, על מנת להתמודד עם הבעיה [2]. בושה ומבוכה מונעות מגברים רבים להעלות את הנושא בפני הרופא. Forst וחב' [2] הראו, שרק 9% מהגברים פנו לרופא, רובם (81.9%) יזמו את השיחה ו-91.5% דיווחו על חוסר סיפוק מהתוצאות. גברים עם ש"מ מדווחים באופן מובהק

צבלה 1:

סיבות אפשריות לשפיכה מהירה

1	פסיכולוגיות (וחרדה)
2	פסיכוסקסואליות והתנהגותיות והרגלי אוננות, יחסי מין, ידע מיני מוגבל, ציפיות לא תואמות, שותף למין וכדו'
3	ביולוגיות (שינויים ברצפת אגן, רגישות יתר של העטרה, האצה של ההולכה, והגברה בקליפת המוח של הגירוי בדרכי המין) [36]
4	יאטרוגנית (נטילת אמפטמינים, קוקאין, תרופות דופאמינרגיות)
5	משנית למחלות אורולוגיות (זיהומים בדרכי המין והשתן, דלקת ערמונית כרונית) [6] או ניורולוגיות [7]

יש לשאול על השפכה במצבים שונים. גברים עם ש"מ דיווחו על משך זמן קצר גם באוננות, ואחרים דיווחו על משך זמן קצר ביחסי מין, אך לא באוננות [8]. ייתכן שהשליטה טובה יותר באוננות בגלל עוררות מינית נמוכה או בשל היעדר המתח הנלווה ליחסי הגומלין הזוגיים ביחסי מין. ניסיונם הקליני של מחברי מאמר זה דומה לדיווח של Rowland וחב' [9]; במאמרם דיווחו על גברים עם ש"מ שתיארו את השפכה והאורגזמה שלהם כאירוע לא צפוי, פתאומי, טרם הגיעו לשיא העוררות. ייתכן שגברים עם ש"מ אינם מודעים לרמת העוררות המינית האמיתית שלהם, או לחלופין, הם מסוגלים להגיע לאורגזמה לפני נקודת השיא בגירוי המיני שלהם.

הטיפול בש"מ

מדד הצלחת הטיפול בש"מ הוא שביעות הרצון של הגבר עם או ללא בת זוגו. כאשר הרופא משוכנע שהבעיה המינית היא ש"מ, ללא בעיות נלוות (תרשים 1), מוצגות בפני המטופל, עם או ללא בת הזוג, שיטות הטיפול הקיימות: טיפול בתרופות, טיפול פסיכוסקסואלי ושילובי טיפולים. אם מטופל מגיע לאחר ניסיונות טיפול בעבר, יש לוודא שהטיפול נעשה על פי מדדים מקובלים ולברר מה היו הסיבות לכישלון. ככלל, על המטפל להבהיר למטופל את חלופות הטיפול, יתרונותיהן וחסרונותיהן, משך הטיפול, מספר הפגישות הנדרש והסיכויים להצלחה. המטופל (עם או ללא בת הזוג) צריך לבחור את שיטת הטיפול המתאימה, ועל המטפל לבדוק שאין הורית נגד עבור הטיפול שנבחר.

הטיפול הרפואי בש"מ

הטיפול בתרופות בש"מ כולל חומרים מקומיים, טיפול בדרך פומית ומיילב תרופות. מטרתם של החומרים המקומיים היא להפחית את התפישה התחושתית באבר המין הזכרי וכוללים לידוקאין, או תרסיסים, משחות או ג'לים המבוססים על פרילוקאין, וכן משחת EMLA המורכבת מפרילוקאין-לידוקאין (תערובת ניתכת של חומרי אלחוש מקומיים) [9]. השפעות הלוואי כוללות תת אלחוש וסיכון לספיגה בלדן יחד עם חוסר תחושה (אלא אם כן משתמשים בקונדום), תגובות גירוי מקומיות באבר המין הזכרי ובלדן, ותגובות מערכתיות. ניסיונות לשטוף את התרופה לפני המגע המיני עשויים להפחית את הסיכון להתפתחות השפעות לוואי אלו, אך גם להפחית את הספונטניות בחוויות המשגל.

טיפול פרמקולוגי בדרך פומית

Phenoxylbenzamine, כמו חוסמי אלפא נוספים ברירניים יותר, כגון Terazosin ו-Alfuzosin, היו בין החומרים הראשונים שניתנו

סיפוק מיני ומצוקה אישית או זוגית הנובעת מבעית השפיכה [2]. ש"מ מוגדרת ראשונית, נרכשת או תלוית מצב. ש"מ ראשונית או מלידה (Life long) מצביעה על גבר עם בעיה מתחילת ניסיונו המיני. ש"מ משנית או נרכשת (Acquired) משמעותה שהבעיה התפתחה לאחר תקופה של שפיכה תקינה. ש"מ תלוית מצב (Situational) מוגבלת למצב או לבני זוג מסוימים ואינה קיימת בתנאים אחרים [3]. סיווג זה יכול לשנות את אופן הטיפול בבעיה. הכללת המושגים "יכולת שליטה נמוכה" או "מצוקה של הגבר" משנה את שכיחות התופעה. בסקר אינטרנט דווח על כך ש-32.5% מ-1,158 גברים בני 21 שנה ומעלה פלטו זרע לפני שרצו, ב-50% מיחסי המין. כולם הגדירו עצמם כלוקים בש"מ. רק 16.3% מהם ציינו שזוהי בעיה משמעותית [4].

השפעות ש"מ על איכות החיים ושיעור הרצון הזוגית

ש"מ קשורה לדימוי עצמי נמוך ויוצרת עומס נפשי על גברים. למרות זאת, גברים מעטים נוהגים לשוחח על הבעיה עם בת הזוג. חוקרים טוענים, כי על ההתייחסות לש"מ לכלול את השפעתה על שביעות הרצון המינית של הגבר ובת זוגו, ואת השפעתה על מערכת היחסים הזוגית, כפי שנעשה במחקרים על הפרעות זקפה. על ידידה בשביעות הרצון ממין. ניסיון לסייע לגבר לדחות שפיכה נעשה על-ידי 40% מהנשים, אולם רק 17% מהגברים היו מודעים למאמץ זה – עובדה שהוסיפה לתסכולן [5]. מניסיונם הקליני של מחברי מאמר זה, עלה כי נשים התלוננו על כך שהמפגש המיני הסתיים מהר, לא בגלל IELT, אלא בגלל היעדר משחק מקדים. ממצא זה יכול להסביר את קיומן של בעיות בתפקוד המיני של האישה בעקבות שפיכה מהירה של הגבר. ש"מ היא בעיה זוגית, אך זוגות רבים מאמינים שאין פתרון לבעיה או שזוהי בעיה פסיכולוגית בלבד, ואינם מודעים לפתרונות הרפואיים הקיימים. לכן, תפקידם של אנשי בריאות הוא לזהות מהם המחסומים המונעים את העלאת הנושא, לאבחן את הבעיה, ובעיקר לקדם את התפיסה שש"מ היא בעיה שכוחה הניתנת לטיפול.

אבחון ש"מ

אבחון ש"מ מחייב מהרופא והסקסולוג להכיר את ההגדרות והסיבות הרפואיות השונות [6,7], הפסיכולוגיות והסקסולוגיות (טבלה 1). שלב האבחון (תרשים 1) כולל בירור של ההיסטוריה הרפואית, המינית והזוגית, שכן אבחון לש"מ מבוסס על תיאור מפורט ומדויק של המטופל. מניסיונו, קבלת מידע זה טובה יותר כאשר שלבי האבחון נעשים בשיתוף פעולה בין אורולוג וסקסולוג.

טיפול משולב בדרך פומית

התברר, כי Slidenafil ו-Paroxetine יעיל יותר מאשר כל אחד מהטיפולים לבדו. במרב העבודות הודגם, כי משלב בין Sildenafil ו-Saroxetine וייעוץ התנהגותי, יעילים יותר מאשר טיפול ב-Paroxetine לבדו [18].

טיפול משולב בדרך פומית או מקומית

גישה חלופית משלבת את הטיפול בחומרים פומיים בשילוב עם יישום פתרונות מקומיים. לדוגמה, Fluoxetine בדרך פומית מחוזה ביישום מקומי של משחת לידוקאין, הביא ל"ריפוי" או לשיפור ב-83.3% מהגברים, בהשוואה ל-72% מבין אלה שטופלו ב-Fluoxetine לבדו [19].

טיפול משולב פומי/פסיכוסקסואלי

כיום נהוג להציע טיפול משולב בש"מ שבו ניתנות תרופות לשינוי סף הפליטה, כמו SSRI's יחד עם שיטות טיפול פסיכוסקסואליות או שילוב בין הטיפול הפסיכוסקסואלי לבין תרופות לטיפול בהפרעות זקפה [20]. נמצא, כי Sildenafil מועיל כאמצעי משלים לתמיכה בתוכנית טיפול של SSRI עם ייעוץ פסיכוסקסואלי [18].

הטיפול הפסיכוסקסואלי (קוגניטיבי-התנהגותי) בש"מ

עד השנים האחרונות התבסס רוב הטיפול בש"מ על תהליכים התנהגותיים ופסיכולוגיים, בהתבסס על הקשר בין גורמים פסיכולוגיים כמו חרדה ובעיות בתפקוד מיני [20]. למרות הטיפולים הפרמקולוגיים החדשים, לשיטת הטיפול הפסיכוסקסואלי מספר יתרונות חשובים: א' הטיפול אינו גורם נזק, כאב או השפעות לוואי; ב' הטיפול אינו מותנה בהיסטוריה הרפואית של המטופל; ג' הטיפול משפר תקשורת מינית שעשויה להביא ליחסי מין מספקים יותר; ד' הגבר רוכש מיומנות לשליטה ביחסי המין, ומעוניין לנקוט בשיטה זו כרצונו גם לאחר סיום הטיפול הפסיכוסקסואלי; ה' הטיפול כולל שיטות להפחתת חרדות; ו' הגבר רוכש מיומנויות לשיפור יכולת המגע וההנאה שלו ושל בת הזוג.

לטיפול הפסיכוסקסואלי יש גם חסרונות: הוא דורש זמן, השקעה כספית, אינו נותן תוצאות מיידיות, ויעילותו משתנה לפי מידת שיתוף הפעולה של בת הזוג וההניעה (המוטיבציה) של הגבר.

השיטות המקובלות ביותר לטיפול פסיכוסקסואלי הן ה-Stop squeeze ו-Stop-start [20]. השיטות מתבססות על טיפול התנהגותי-קוגניטיבי, שבו דיכוי הדחף לפלוט זרע נעשה על ידי עצירת הגירוי באופן מכוון – לפני שהגבר מתקרב לנקודת האל-חזור ומאבד שליטה. בשיטה הראשונה העצירה מלווה בלחיצה גופנית של העטרה ובשנייה העצירה מלווה בשיטות של הרגעה עצמית (מחשבות, שיטות נשימה ושחרור שרירי רצפת אגן).

ארבעה גורמים חשובים להצלחת הטיפול: א' יכולת הגבר להתרכז בתחושות באגן ולהגביר את יכולת השליטה על רמת הגירוי; ב' מוכנות הזוג לעבור מיחסי מין ממוקדי חדירה, ליחסי מין עם צורות עונג אחרות; ג' יכולת הגבר לפתח אסטרטגיות קוגניטיביות והתנהגותיות שייסיעו לו לשלוט על השפיכה; ד' ההניעה (המוטיבציה) של הגבר להשקיע בשינוי ומידת שיתוף הפעולה של בת הזוג.

כטיפול Thioridazine נירולפטי נוגד דופמין (Mellaril) מסייע אף הוא בעיכוב השפיכה, כמו מעכבי מונואמין אוקסידאזה שאינם ברירניים (MAO), Isocarboxazid ו-Phenelzine [10, 11]. פרופיל האירוע החריג של התרופות הללו הוביל להוצאתן ההדרגתית מטיפול. Clomipramine – נוגד דיכאון תלת-ציקלי, מעכב את ההעברה של 5-HT וניתן כטיפול בהפרעות אובססיביות-קומפולסיביות [12]. מנה של 25 מ"ג גרמה לעיכוב בשפיכה כשניטלה כטיפול חד פעמי, 5 שעות לפני המגע המיני. השפעות לוואי: יובש בפה, עייפות, בחילה וסחרחורת. השפעות לוואי אלה שוככות עם הזמן, אך הפסקה במתן התרופה נקשרת גם עם אובדן יעילותה לש"מ. קיימים דיווחים על סיכון מוגבר להתאבדות ופגיעה בכושר תנועת הזרע בעקבות טיפול מוגבר או ממושך.

מעכבי ספיגה נשנית של סרוטונין - SSRI's

טיפול ב-SSRI מפעיל את קולטן 5-HT_{2C}, מסדיר את ערך המטרה של סף השפיכה ומעכב שפיכה [13]. היקפו של עיכוב זה משתנה במידה עצומה, בתלות בסוג, במינון ובתדירות של מתן ה-SSRI, ובערך המטרה של סף השפיכה, המשתנה מאדם לאדם. התרופות השכיחות הן: Paroxetine, Fluoxetine, Sertraline, Fluvoxamin [14]. במספר עבודות הושוותה יעילותם, כאשר ההסכמה היא: Escitalopram>Sertraline>Paroxetine>Fluvoxamine>Fluoxetine [15,13]. השפעות לוואי: עייפות, בחילה קלה, יציאות רכות או הזעה כבדה. תלונות אלה עשויות להיעלם בהדרגה תוך 2-3 שבועות. SSRI's וגם Clomipramine [13] עשויים לעכב את השפיכה במחיר הפחתת החשק המיני (הליבידו) והקטנה מתונה בקשיות אבר המין הזכרי (מצב הפיך). יש לידע את המטופלים בדבר השפעות לוואי אפשריות אלה לפני תחילת הטיפול.

Tramadol

Tramadol הוא משכך כאבים דמוי אופיום סינתטי הפועל על מערכת העצבים באופן מרכזי. ההשערה היא, כי הדבר קשור להשפעה של Tramadol על עיכוב הספיגה הנשנית של נוראפינפרין וסרוטונין [16]. בעבודות שפורסמו על יעילות הטיפול הוזכרו השפעות לוואי קלות שכללו הפרעה קלה בעיכול וישנוניות.

מעכבי פוספודיאסטר אזה מסוג 5 (PDE5)

ש"מ והפרעות זקפה חולקות מעגל קסמים, שבו רמת הריגוש מופחתת אינסטינקטיבית אצל גבר הסובל מש"מ ומנסה לשלוט בשפיכה שלו (מוביל לקשיי זקפה), ובאופן הפוך, גבר הסובל מקשיי זקפה ינסה להעלות את רמת הריגוש שלו כדי להגיע לזקפה, מה שיוביל לשפיכה מהירה [17].

מעכבי PDE5 עשויים להוות יתרון משני עבור מטופלים הלוקים בש"מ כאשר הם: א' מביאים בחשבון זקפה ממושכת, אפילו לאחר שפיכה; ב' מקלים על מגע מיני שני לאחר השפיכה הראשונית, שלעיתים תכופות נוטה פחות לש"מ; ג' ו/או עוזרים למטופל להתגבר על חרדת הביצוע, שלעיתים תכופות מחמירה את הש"מ. מאידך, קיימים כאלה הסבורים, כי אין זה סביר שמעכבי PDE5 ממלאים תפקיד משמעותי בטיפול בש"מ – למעט בגברים עם ש"מ נרכשת, משנית ל-ED.

פרשות חולים

מפרשת מטופל 1:

ר', בן 24, רווק, סטודנט, בריא בדרך כלל, הגיע לבד למרכז לרפואה מינית בשיבא עם תלונה על שפיכה מהירה. עבר טיפול פסיכולוגי בגיל 14-16 שנה בגלל בעיות עם ההורים ובבית הספר. הטיפול עזר לו מאוד. מגיל 18 שנה עישן גראס מדי פעם והרגיש פחות לחוץ. בעיית שפיכה מהירה קיימת מאז החל לקיים יחסי מין. היו לו שלוש מערכות יחסים, יותר משנה כל אחת. את החברה הנוכחית הכיר לפני שנה וחצי. הם מקיימים יחסי מין פעמיים-שלוש בשבוע. השפיכה מתרחשת אצלו תוך כחצי דקה מהחדירה. הוא למד לעכב את השפיכה על ידי לחיצה מאחורי שק האשכים. בת זוגו למדה לאחרונה להגיע לאורגזמה בתנוחה "אישה מעל". השינוי גרם לחולשה בזקפה, עד חוסר יכולת לקיים חדירה. תדירות יחסי מין ירדה לפעם בשבועיים, מלווה בחוסר ביטחון וירידה בשיעור רצון של בת הזוג. בשלב זה פנה לאורולוג, עבר בדיקות דם (כולל סטוסטרון) שהיו תקינות.

בהמשך הופנה על ידי רופא משפחה למרפאתנו. לאחר אבחון רפואי והצגת חלופות הטיפול הקיימות (תרשים) בחר ר' בטיפול מקומי ב-EMLA. במקביל, הופנה לטיפול פסיכו-סקסואלי שבו נבדקו ידע, עמדות, אמונות והרגלים מיניים. כעבור שבועיים המטופל דיווח על חוסר שביעות רצון מהטיפול המקומי, בגלל ההתארגנות המורכבת וחוסר הספונטניות. יחד עם המטופל הוחלט לעבור לטיפול בשיטת "Stop start" משולב בטיפול במערכת היחסים. הומלץ להימנע מיחסי מין עם חדירה ולהתמקד בפעילות מינית מענגת אחרת. הומלץ על תרגול עצמי בתדירות פעמיים-שלוש בשבוע. במפגש השלישי דיווח המטופל על שיפור בזמן הכולל של אוננות מזקפה עד שפיכה מ-3 דקות עד ל-7 דקות. משך הזמן מחדירה עד שפיכה גדל לדקה וחצי. בשלב זה היה ר' מרוצה מהתקדמותו, אך מודאג מהצורך להמשיך בלחיצות מאחורי שק האשכים למניעת ש"מ. במפגש הומלץ ל-ר' לשנות ללחיצות בבסיס אבר המין, להימנע מתנוחות בעייתיות, והורחבו המיומנויות שלו במשחק מקדים. לאחר 6 מפגשים דיווח המטופל על שיפור ניכר במערכת היחסים עם בת זוגו וביכולת שלו להביא אותה לאורגזמה. יחד עם זה, משך הזמן מחדירה עד שפיכה הגיע רק עד שתי דקות, ובאוננות הגיע לעשר דקות מזקפה עד שפיכה.

לסיכום, הטיפול הפסיכו-סקסואלי בשיטת "Stop start" איפשר למטופל ללמוד לשלוט בהדרגה על השפיכה, לשפר מיומנויות קיום יחסי מין, להעשיר את הידע שלו במיניות האישה ולהביא את בת זוגו לסיפוק גבוה יותר.

מפרשת מטופל 2:

צעיר בן 25 התלונן על ש"מ שהחלה בשנה האחרונה. באבחון רפואי לא נמצא הסבר. בשיחה עם סקסולוגית נמצא שקיימת שליטה בשפיכה באוננות וגם ביחסי מין שהיו לו בעבר. הוא סיפר שיש לו חברה מזה שנתיים. הם קיימו יחסי מין ללא חדירה להנאת שניהם, עם שליטה טובה בשפיכה. לדבריו, בשנה האחרונה הם החלו לקיים יחסי מין עם חדירה. היא החלה להתלונן על תחושת צריבה והוא התרגל לסיים את הפעילות המינית מהר. בדיקה גינקולוגית של החברה פורשה כתקינה. לכן, הוצע להם להגיע יחד לטיפול סקסולוגי. האבחון העלה בעיה בעוררות המינית שלה, עקב חוסר ניסיון, ומשחק מקדים מועט מדי ולא יעיל. לאחר 4 פגישות שבהן התמקד הטיפול הפסיכו-סקסואלי ביצירת פתיחות מינית, שיפור מיומנויות מגע וגירוי, נעלם הכאב ואיתו נעלמה ש"מ.

לסיכום, בפרשת חולה זה הופיעה הש"מ כתוצאה מהפרעה

תרשים 1:

אבחון וטיפול בשפיכה מהירה (ש"מ)

שלב ראשון: אבחון

א. היסטוריה רפואית:

- מחלות נלוות
- ניתוחים בעבר
- טיפולים בתרופות / אחרים
- ב. תאור הבעיה ע"י הגבר ו/או בת זוגו:
- אופן ומועד הופעת הבעיה.
- אבחון ש"מ ראשונית, נרכשת, תלוית מצב
- שפיכה ביחסי מין, באוננות, בתקופות חיים שונות
- שפיכה עם ננות (בני זוג שונים).
- תחושת שליטה / אי-שליטה בשפיכה.
- הערכת משך הזמן מחדירה עד שפיכה.
- מידת המצוקה האישית והזוגית עקב השפיכה מהירה
- ברור תפיסות שגויות לגבי תפקוד מיני ושפיכה.

ג. הפרעות נוספות:

- בתפקוד המיני של הגבר (זקפה, חשק, שפיכה).
- בתפקוד המיני של בת הזוג (חשק, עוררות, אורגזמה או כאבים).
- קשיים פסיכולוגיים או זוגיים.

ד. בדיקה גופנית: בדיקה מלאה של אברי המין, בדיקת סימני מין משניים, בדיקה נירולוגית.

אובחנה בעיה נלווית לש"מ

אין בעיה נלווית לש"מ

יש לטפל בבעיה הראשונית:

למשל, קשיי זקפה או דיכאון. בעיה זוגית, או הפרעה בתפקוד המיני של בת הזוג

להפנות למומחה לפי צורך:

אורולוגיה, פסיכיאטריה, פסיכותרפיה, אנדוקרינולוגיה, מטפל מיני, מטפל זוגי

טיפול מוצלח בבעיה הנלווית:

יש שפיכה מהירה המשך טיפול
אין שפיכה מהירה
סיום טיפול

הצגת שיטות הטיפול השונות בפני המטופל ובחירה

1. טיפול בתרופות

- מאלחשים מקומיים בלי/עם קונדום
- תרופות ממשפחת מעכבי SSRI.

2. טיפול סקסולוגי-התנהגותי

- שיטת Stop-Start
- שיטת Squeeze Technique
- שיפור מיומנויות התפקוד המיני הזוגי
- שימוש בטכניקות מגע למיקוד חושי
- ייעוץ זוגי

3. טיפול משולב

של טכניקות טיפול הנ"ל, בשיתוף רופא וסקסולוג Combination Therapy

חשוב:

בחירת סוג הטיפול הראשוני בש"מ או שילוב בין הטיפולים השונים, ייקבעו בשיתוף פעולה בין הרופא המטפל לבין המטופל ועם או ללא בת הזוג, כשמדד ההצלחה הוא שביעות רצון של הגבר ו/או של בת הזוג.

בתפקוד המיני של האישה. לכן, חשוב שבשלב האבחון יתאר הגבר את עיתוי ואופן הופעת הבעיה. הטיפול הראשון חייב להיעשות בבעיה הנלווית ורק אחר-כך יש לטפל בש"מ (תרשים).

לסיכום

ש"מ היא הבעיה השכיחה ביותר בתפקוד המיני של גברים ורובם מתביישים להעלות את הנושא בפני הרופא. חשובה המוכנות של הרופא לשאול מטופלים על ש"מ ולברר את מקור הבעיה. ש"מ יכולה להתבטא בהפרעות נוספות בתפקוד המיני. לכן, הגבר עשוי לפנות לרופא עם תלונה שונה (כמו הפרעה בזקפה). האבחון כולל בירור של ההיסטוריה הרפואית והמינית, אופן ועיתוי הופעת הבעיה, ומידת המצוקה שהיא תורמת למצב הנפשי של הגבר ובת זוגו. אם אובחנה בעיה מקדימה לש"מ, מומלץ להפנות את המטופל לטיפול בבעיה זו לפני תחילת הטיפול בש"מ. ניתן לטפל ביעילות בש"מ בתרופות ממשפחת SSRI או במשחות מקומיות או במישלב

מחבר מכותב: גיל רביב
 המרכז לרפואה מינית
 מרכז רפואי שיבא
 תל השומר
טלפון: 03-5305970
פקס: 03-5305472
דוא"ל: gravivg@zahav.net.il

עם תרופות ממשפחת מעכבי PDE5. רצוי שסוג הטיפול ייקבע בשיתוף פעולה בין המטופל והרופא המטפל לשביעות רצונם של הגבר או של בת הזוג. הטיפול הפסיכוסקסואלי כולל שיטות אימון קוגניטיבי-התנהגותי, טיפול בחרדה, שיפור התקשורת המינית, ואימון בשיטות מגע ויחסי מין. כיום מומלץ הטיפול המשולב, תרופתי-פסיכוסקסולוגי כטיפול הבחירה הראשון לגברים עם ש"מ ראשונית או נרכשת. ●

ביבליוגרפיה

1. Schapiro B, Potency disorders in the male: a review of 1960 cases of premature ejaculation. *Harefuah*, 1953; 45:39-41.
2. Porst H, Montorsi F, Rosen RC & al, The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol*, 2007; 51: 816-23.
3. Jannini EA & Lenzi A, Ejaculatory disorders: epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping. *World J Urol*, 2005; 23:68-75.
4. Rowland D, Perelman M, Althof S & al, Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. *J Sex Med*, 2004;1:225-32.
5. Byers ES & Grenier G, Premature or rapid ejaculation: heterosexual couple's perceptions of men's ejaculatory behavior. *Arch Sex Behav*, 2003; 32: 261-270.
6. Schultheiss D, Urogenital infections and male sexuality: effects on ejaculation and erection. *Andrologia*, 2008; 40: 125-9.
7. Bronner G, Royter V, Korczyn AD & al, Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *J Sex Marital Ther*, 2004; 30: 95-105.
8. Rowland DL, Strassberg DS, De Gouveia Brazao CA & al, Ejaculatory latency and control in men with early ejaculation: an analysis across sexual activities using multiple source of information. *J Psychosom Res*, 2000; 48: 69-77.
9. Dinsmore WW, Hackett G, Goldmeier D & al, Topical Eutectic Mixture for Premature Ejaculation (TEMPE): a novel aerosol-delivery form of lidocaine-prilocaine for treating premature ejaculation. *BJU Int*, 2007;99:369-75.
10. Aycock L, The medical management of premature ejaculation. *J Urol*, 1949;62:361-2.
11. Beretta G, Chelo E, Fanciullacci F & Zanollo A, Effect of an alpha-blocking agent (phenoxybenzamine) in the management of premature ejaculation. *Acta Eur Fertil*, 1986; 17:43-5.
12. Eaton H, Clomipramine (Anafranil) in the treatment of premature ejaculation. *J Jnt Med Res*, 1973;1:432-4.
13. Lue T & Broderick G, Evaluation and nonsurgical management of erectile dysfunction and premature ejaculation. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED & al (Eds). *Campbell-Walsh Urology*. 9th edition, vol.1. Philadelphia, PA: Saunders-Elsevier; 2007:750-87.
14. Waldinger MD, Hengeveld MW & Zwinderman AH, Ejaculation-retarding properties of paroxetine in patients with primary premature ejaculation: a double-blind, randomized, dose-response study. *Br J Urol*, 1997;79:592-5.
15. Waldinger MD, Zwinderman AH & Olivier B, SSRIs and ejaculation: a double-blind, randomized, fixed-dose study with paroxetine and citalopram. *J Clin Psychopharmacol*, 2001;21:556-60.
16. Salem EA, Wilson SK, Bissada NK & al, Tramadol HCL has promise in on-demand use to treat premature ejaculation. *J Sex Med*, 2008;5:188-93.
17. Jannini EA, Lombardo F & Lenzi A, Correlation between ejaculatory and erectile dysfunction. *Int J Androl*, 2005; 28 (2 Suppl):40-5.
18. Chen J, Mabjeesh NJ, Matzkin H & al, Efficacy of sildenafil as adjunct therapy to selective serotonin reuptake inhibitor in alleviating premature ejaculation. *Urology*, 2003; 61: 197-200.
19. Atan A, Basar MM & Aydoganli L, Comparison of the efficacy of fluoxetine alone vs. fluoxetine plus local lidocaine ointment in the treatment of premature ejaculation. *Arch Esp Urol*, 2000;53:856-8.
20. Althof S, The psychology of premature ejaculation: therapies and consequences. *J Sex Med*, 2006; 3(4 suppl):324-31.

שיבושים בתפקוד המיני מנקודת ראות אבולוציונית

ברוך אליצור

המרפאה הפסיכיאטרית, המרכז הרפואי תל אביב, בית החולים איכילוב

מילות מפתח:

תסמינים מיניים; פסיכולוגיה אבולוציונית; מלחמה או מנוסה; תיוג חיובי.
Sexual disorders; Evolutionary psychology; Fight or flight; Positive re-labeling

KEY WORDS

הקדמה

הפסיכותרפיה האבולוציונית היא ענף צעיר בתחום הפסיכולוגיה האבולוציונית. העקרון המנחה אותה הוא הניסיון להבין את התסמינים הפסיכולוגיים של האדם המודרני מנקודת ראות אבולוציונית, ולנצל הבנה זו במהלך הטיפול הפסיכולוגי.

הנחות יסוד של הפסיכולוגיה האבולוציונית:

- כל התנהגות המשותפת למרבית המין האנושי היא גנטית [2].
- ניתן להניח, שצורת התנהגות ששרדה במהלך שנות האבולוציה תרמה להישרדותו של האדם הקדמון וילדיו, בתנאי הקיום של האדם הקדמון [4].
- התנהגות שתרמה להישרדותו של האדם הקדמון, עלולה לשבש את הסתגלותו של האדם המודרני.
- ההשערות המועלות במאמר הנוכחי, מתבססות על הנחת מחבר סקירה זו, כי מירב בני המין האנושי עלולים לחוות שיבושים בתיפקוד המיני בעת חרדה. כתוצאה מכך התנהגות זו היא ככל הנראה גנטית. לכן, היא תרמה ככל הנראה להישרדותו של האדם הקדמון ומנעה ממנו להוליד ילדים שסיכוייהם לשרוד היו נמוכים. תנאי החיים של האדם הקדמון נמשכו כשמונה מיליון שנה. מירב הסכנות שעמדו בפניו היו התמודדות כנגד חיות טרף. כתוצאה מכך, תרמה עלייה ברמת הורמוני החירום לגיוס אנרגיה לצורך "מלחמה או מנוסה" (Fight or flight). לעומת זאת, תנאי החיים של האדם המודרני, המתבססים על חקלאות ועל מגורים המוגנים מחיות טרף, החלו רק לפני כעשרת אלפים שנה. כתוצאה מכך, הגנים של האדם הקדמון עדיין מפעילים את

האדם המודרני בעת שהוא חש בתחושת סכנה. הבעיה היא, שבמקום שתגובת "מלחמה או מנוסה" תתרום להתמודדותו של האדם המודרני, היא משבשת אותה [4]. מצבי דחק שכחים בעולם המודרני, העלולים לגרום לעלייה ברמת הורמוני החירום וכתוצאה מכך לשבש את התיפקוד המיני, הם נטייה לביקורת קשה מצד בן או בת הזוג; ביקורת קשה במהלך הילדות מצד ההורים; חוויות טראומטיות בילדות; חוסר ביטחון עצמי הגורם לציפיות לכישלון ביצועי; מתחים בעבודה; חרדות כלכליות וכד'.

בסקירה הנוכחית מועלות ההשערות האבולוציוניות בהקשר לתסמינים המיניים הבאים: תסמינים בקרב גברים של שפיכה מוקדמת, אין אונות וחוסר תשוקה מינית; תסמינים בקרב נשים של התכווצות שרירי הלדן הגורמת לכאבים, חוסר תשוקה מינית ואי יכולת להגיע לסיפוק מיני מלא.

הסבר אבולוציוני שמחבר סקירה זו נוהג לתת לכל המטופלים עם תסמיני הפרעות בפעילות המינית הוא הפתגם הידוע האומר כי "ידע הוא כוח". ככל שאדם מבין טוב יותר את התופעה שהוא לוקה בה, כך יהיה לו קל יותר להתמודד איתה. כן מדגיש המחבר בפני מטופליו, כי התופעה שהם מתארים נורמאלית לחלוטין ושכיחה מאוד. רוב בני האדם נולדו עם גן העלול לגרום להם להגיב בצורה דומה בעת מתח או חרדה מכל גורם שהוא. בעבר הרחוק, בעת שאבות אבותינו שכנו בתנאי חיים מאוד מסוכנים, הם הגיבו לכל סכנה חיים בזרימה מוגברת של הורמוני חירום. הורמוני החירום תרמו לגיוס אנרגיה לצורך "מלחמה או מנוסה". גן זה עדיין מצוי במאגר הגנים של האדם המודרני, וכאשר הוא מפעיל את הורמוני החירום, הוא

הסברים אבולוציוניים הניתנים לתסמינים האופייניים לגברים

שפיכה מוקדמת:

"דמיין לעצמך, שאתה חי בעידן הקדמון וזיהית נקבה המעוררת את יצרן. אתה מתקרב אליה והיא מגיבה בחיוב ואתם מתחילים לקיים יחסי מין מלאים. לפתע, במרחק ניכר, אתה מזהה אריה. יש לך שלוש אפשרויות תגובה. הבה נשקול מהי התגובה שלדעתך תתרום להשרדותך.

בטוחה בבן זוגה שיעזור לה בגידול התינוק. תופעה זו מצויה גם בקרב חיות היער. בעת בצורת מצטמצמת הילודה. סיכויי ההתעברות בקרב בעלי חיים בגן חיות נמוכים מאוד. בקרב עכברי מעבדה החיים בכלובים בצפיפות רבה, סיכויי ההתעברות נמוכים בהרבה בהשוואה לעכברי מעבדה החיים בכלובים מרווחים. המסקנה היא, שאישה עשויה לחוש בתשוקה מינית, וסיכוייה להגיע לסיפוק מיני מלא עולים, בעת שהיא רגועה מתחושות דחק מגורמים סביבתיים ובטוחת בבן זוגה שלא יפגע בה גופנית או נפשית.

המשך הטיפול לאחר מתן ההסבריים האבולוציוניים

לאחר מתן ההסבריים האבולוציוניים, חשוב להמשיך בטיפול בהתאם לגורם שעורר את תגובת החרדה. אם המתח התעורר בעקבות היחסים הזוגיים, הטיפול המתבקש הוא זוגי. אם המתח התעורר בעקבות מצבי דחק מחוץ למשפחה, חשוב לעזור למטופל לפתח מנגנוני התמודדות חיוביים, המתאימים לעידן המודרני, שיחליפו את המנגנון המיושן של "מלחמה או מנוסה". אם המתח התעורר בעקבות חוויות ילדות מוקדמות, חשוב ביותר לטפל בהם בשיטות מתאימות.

במקביל למיקוד הטיפול בשיפור ההתמודדות עם גורם המתח, חשוב ללמד את שני בני הזוג שיטות הרפיה שונות שניתן לבצען במהלך היום. כן חשוב להדריך את שני בני הזוג ביישום שיטת "הנשימות המרגיעות" לפני תחילת יחסי המין ואף במהלכם. הדרכה מלאה לביצוע שיטות הרפיה שונות מצויה באתר הבא, שהוא ללא כל מטרות רווח: www.baruch-elitzur.com.

דיון וסיכום

משותפת לעמדה הפסיכיאטרית לגבי תסמינים מיניים (הבאה לידי ביטוי ב־DSM) ולכל התיאוריות הפסיכולוגיות לגבי גורם התסמינים, היא ההתייחסות אליהם כאל הפרעה נפשית (Disorder). בניגוד לנקודת ראות "שלילית" זו, הפסיכולוגיה האבולוציונית רואה בתסמינים אלו תופעה שבעבר הייתה נורמאלית וחיונית לחלוטין, אך כיום היא פוגמת בהסתגלות. גישה זו מתבססת על העיקרון הפסיכולוגי של תיוג חיובי (Re-Labeling) של תסמינים פסיכולוגיים.

פעולה". כל המטופלים מסכימים שזו תגובה מאוד לא הגיונית.

- "יצר הקיום יגבר על יצר המין וגם כאשר תפגוש נקבה מאוד סקסית, היא לא תעורר בך כל רצון לקיים יחסי מין". כל המטופלים מסכימים שזו התגובה ההגיונית ביותר.

הסבריים אבולוציוניים הניתנים לתסמינים האופייניים לנשים

התכווצות שרירי הלדן הגורמת לכאבים בעת חדירה:

"דמיני לעצמך, שאת חיה בעידן הקדמון וזיהית זכר שמעורר אותך. הוא מתקרב אליך ואת מגיבה בחיוב. אך לפתע, בקירבת מקום, את מזהה אריה או נזכרת באריה שהתקיף אותך בעבר. יש לך שלוש אפשרויות תגובה. הבה נשקול מהי התגובה שלדעתך תתרום להישרדותך."

- "למרות הסכנה, יצר המין שלך יהיה חזק מאוד, ולמרות הפחד, תקיימי יחסי מין מהנים ביותר". כל המטופלות מסכימות שזו תגובה מאוד לא הגיונית.
- "גופך יוצף בהורמוני חירום, הגורמים להתכווצות שרירים שונים בגופך, ביניהם גם שרירי איבר המין. כתוצאה מכך החדירה לא תתאפשר או תגרום לך לכאבים". כל המטופלות טוענות שזו תגובה מאוד הגיונית.

חוסר תשוקה מינית ואי יכולת להגיע לסיפוק מיני מלא:

"חוסר תשוקה מינית מצמצם את סיכויי קיום יחסי המין ומקטין בצורה משמעותית את הסיכוי להגיע לסיפוק מיני מלא. מבחינה אבולוציונית, אחת ממטרות הסיפוק המיני אצל נשים היא להגביר את הסיכוי להתעבר. גברים מגיעים לסיפוק מיני מלא לרוב לפני האישה. אם הגבר משתדל לגרום לבת זוגו להגיע לסיפוק מיני, היא ממשיכה לשכב על גבה, ובכך מבחינה טכנית, גדלים הסיכויים של תאי הזרע לחדור פנימה. בעת שהאישה מגיעה לסיפוק מלא, תורמות התכווצויות הלדן לתאי הזרע לחדור פנימה. לעומת זאת, אם לאחר שהגבר הגיע לסיפוקו נעמדת האישה על רגליה מבלי שתגיע לסיפוק מיני, רוב תאי הזרע ייפלטו החוצה ויקטנו סיכויי ההתעברות. נוסף על כך, גדלים סיכויי של ילד לשרוד בתנאי החיים הקדמוניים, אם האישה חשה ביטחון יחסי בסביבת מקום מגוריה, יש מספיק מזון לתינוקה, והיא

- תאמר לאריה: "חכה בבקשה. אני רוצה לקיים יחסי מין מהנים במשך מספר דקות נוספות ולאחר מכן אברח ממך". האם תגובה זו נראית לך? מובן שכל המטופלים מסכימים שזו תגובה לא הגיונית.
- "למרות שהאריה עדיין מצוי במרחק רב ממך, תפסיק מיד את המגע המיני ותטפס על עץ קרוב. בעקבות זאת, חייך ינצלו, אך תפסיד את הסיכוי לעבר את הנקבה". רוב המטופלים טוענים שאף זו תגובה לא הגיונית.
- "תקיים יחסי מין, אך במקום לעשות זאת במשך מספר דקות, תפלוט זרע תוך שתיים שלוש שניות ולאחר מכן תטפס על עץ. בדרך זו גם חייך ניצלו וגם הגברת את הסיכוי שהנקבה תתעבר". כל המטופלים יסכימו שזו התגובה ההגיונית ביותר.

איך אונות:

- "דמיני לעצמך, שאתה חי בעידן הקדמון וזיהית נקבה שמעוררת אותך. אתה מתקרב אליה והיא מגיבה בחיוב. אתה חש בזיקפה, אך לפתע בקירבת מקום אתה מזהה אריה. יש לך שלוש אפשרויות תגובה. הבה נשקול מהי התגובה שלדעתך תתרום להישרדותך:
- תאמר לאריה: "חכה בבקשה. אני רוצה לקיים יחסי מין מהנים, במשך מספר דקות נוספות ואחר כך אברח ממך. האם תגובה זו נראית לך? מובן שכל המטופלים מסכימים שזו תגובה לא הגיונית.
- "תברח במהירות רבה ותטפס על עץ. במהלך המנוסה והטיפוס על העץ, תשמור על זיקפה מלאה". כל המטופלים מחייכים וטוענים שזו תגובה מאד לא נוחה ולא הגיונית.
- "תאבד את הזיקפה ותטפס על העץ הקרוב". כל המטופלים מסכימים שזו התגובה ההגיונית ביותר.

חוסר תשוקה מינית:

- "דמיני לעצמך, שאתה חי בעידן הקדמון ביער השורץ חיות טרף למכביר. עליך להיות ערני ולעמוד כל הזמן על המישמר. אם תתרשל, תיטרף. עומדות לפניך שתי אפשרויות התנהגות. הבה נשקול מהי התגובה שלדעתך תתרום להישרדותך:
- "למרות הסכנה הרבה, יצר המין שלך ימשיך להיות חזק מאוד ותקיים יחסי מין מלאים עם כל נקבה המוכנה לשתף

מחבר מכותב: ברוך אליצור
פסיכולוג קליני, רפואי
Shannon Way, Melville NY 1115
USA 11747
דוא"ל: elitzurb@hotmail.com

אלו. האדם חש לרוב כעס ואכזבה עצמית, בושה, חוסר בטחון ביצועי וציפיות שליליות לכך שהתסמין יופיע מחדש. רגשות שליליים אלו מקשים על התהליך הטיפולי ומאריכים אותו. ●

קיים יתרון טיפולי רב-עוצמה לתיוג חיובי של תסמינים פסיכולוגיים. אדם עם תסמינים פסיכולוגיים נוטה להיות מוצף ברגשות מאוד שליליים כלפי עצמו, או כלפי כל גורם שהוא מאמין שתרם לתסמינים

ביבליוגרפיה

1. Stevens A & Price J, Evolutionary Psychiatry. Philadelphia, USA, Taylor & Francis Inc, 2000, p 30.
2. Baron-Cohen S, (Ed). The Maladapted Mind. Classic Reading in Evolutionary Psychopathology. UK, Psychology Press, 1997.
3. Darwin C, On the Origin of Species. London, John Murray, 1859.
4. Gilbert P & Bailey K, (Eds). Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy. USA, Taylor & Francis Inc, 2000.

כרוניקה

ריכוז גבוה של סלניום עלול להיות קשור עם ברקית (Glaucoma)



הגדילה מעל 1 את ההסתברות לברקית, ורמת גבוהה של החומר בעין הפחיתה אותה מתחת ל-1, כלומר לכאורה פעילות מגנה. כמו כן נמצא, כי רמה גבוהה של סלניום בפלסמה, אך לא בהומור המימי בעין, הייתה קשורה עם לחץ תוך עיני מוגבר. החוקרים עדיין אינם מוכנים להסיק חד משמעית שקיים קשר בין המשתנים, וסוברים כי יש מקום למחקר נוסף.

א"י

סלניום הוא יסוד הנמצא בשום ונותן לו את ריחו הייחודי, וידוע כבעל השפעה חיובית על הבריאות. נוקר וחב' (Br L Ophthalmol) מאוניברסיטת פיטסברג בטוסון, אריזונה, בדקו האם קיים קשר בין רמות סלניום בפלסמה ובהומור המימי בעין לבין התפתחות ברקית (POAG). החוקרים בדקו 47 חולי ברקית ו-54 בני אדם כקבוצת בקרה. רמות הסלניום היו גבוהות יותר בחולים, אך ההבדל לא היה משמעותי. הם מצאו, כי רמה גבוהה של סלניום בפלסמה

התערבות לקידום הבריאות המינית באמצעות האינטרנט: תיאוריה, ראיות אמפיריות ויישום

תקציר:

רשת האינטרנט, על יכולותיה ומאפייניה המיוחדים, מאפשרת הוראה מתוקשבת באמצעים טכנולוגיים שונים. היישום הנרחב והמוצלח של למידה מתוקשבת – במיוחד בשל הנגישות התמידית, שילוב התקשורת הסינכרונית והאסינכרונית, היכולת לגישה מכל מקום, האנונימיות, אמצעי המולטימדיה, והמחיר הנמוך – מציע דרכים ייחודיות להקניית ידע והדרכה פעילה, לעיצוב עמדות ומיומנויות התנהגותיות של אנשים בתחומים שונים. גישה זו יכולה להיות מנוצלת למטרות ולאפיונים המיוחדים של חינוך למיניות, במיוחד (אך לא רק) למתבגרים. לצד אמצעי חדשני זה, דגם המידע־הניעה (מוטיבציה) – מיומנויות התנהגותיות של בריאות מינית, הוא בסיס תיאורטי מקיף, תקף ויעיל לתוכנית הדרכה ומניעה בנושא המיניות; הוא מתאים ביותר ליישום באמצעות האינטרנט. בסקירה מקיפה של פרויקטים מקוונים לחינוך למיניות המיושמים במדינות שונות, לרבות מחקרים אמפיריים בדבר שימושיות ויעילות, נמצא כי קיימת תמיכה רבה בשיטת הדרכה זו, במיוחד כשנלמדים ומתורגלים מרכיבים המבוססים על הדגם הנ"ל. בסקירה זו מוצגים העקרונות, הגישות והשיטות המתאימות לבניית תוכנית לימוד ומניעה מתוקשבת, ומובאים קווי מתאר ואמצעים מוגדרים ליישום בשדה.

עזי ברק¹
וויליאם א' פישר²

¹ החוג לייעוץ והתפתחות האדם והחוג ללמידה, הוראה והדרכה, הפקולטה לחינוך, אוניברסיטת חיפה
² המחלקה לפסיכולוגיה, והמחלקה לנשים ומיילדות באוניברסיטת מערב אונטריו, קנדה

מילות מפתח:
:KEY WORDS

אינטרנט; מיניות; בריאות מינית; חינוך; מניעה.
.Sexuality education; Internet; Health behavior; Online behavior; Cyberspace

הקדמה

רשת האינטרנט מהווה שילוב מתקדם של משאב עשיר, רבגוני ונגיש למידע בתחומים רבים מחד גיסא, ואמצעי תקשורת מיוחד ורב־ערוצים מאידך גיסא. הגלישה באינטרנט התרחבה מאוד בעשור האחרון, וחדירת הרשת לבתים פרטיים, ארגונים, מקומות עבודה ומוסדות לימוד, גבוהה ביותר. בשל אפיוניה המיוחדים, עונה הרשת על צרכים אישיים וחברתיים, ומאפשרת תנאים נוחים ואפילו מפתים לגלישה נמרצת. ניצול הרשת למטרות עסקיות ומסחריות, פוליטיות, בידוריות, מחקריות, חברתיות וחינוכיות, מתפתח והולך בקצב מהיר. למעשה, האינטרנט מהווה כיום אמצעי עיקרי להפצת מידע, לתקשורת בינאישית, לפרסום תעמולה והשפעה מסוגים שונים, ללימוד, ליצירת קשרים חברתיים ומשפחתיים ושמירתם, לקנייה ומכירה ועוד.

לשימוש הרב והמגוון באינטרנט מספר גורמים חשובים. אלו האחרונים כוללים בעיקר את אפשרות הגלישה האנונימית, הנוחות, הזמינות הרבה, השימוש כמעט בחינם, תחושת הפרטיות והאינטימיות, המקובלות החברתית, האפשרות לשמירה נוחה של חומרים, ההיפרטקסטואליות, אפשרות הביטוי העצמי, היכולת להיעזר (במומחים, במקורות מידע, או באנשים אחרים) בכל נושא ובכל זמן, ההתנתקות הקלה והמהירה מפעולה כלשהי ברשת, השילוב העשיר של ערוצים שונים (טקסט, תמונה, שמע ווידאו) ועוד. לצד השימוש העממי הרב באינטרנט, התפתח גם שימוש מקצועי, אשר משתכלל והולך, בתחומים מגוונים של מחקר, הוראה, אבחון, ייעוץ וטיפול. בתחום החינוכי מהווה המחשב, יחד עם הגלישה באינטרנט, כלי מרכזי וחשוב. באמצעותם מתבצעים חיפוש מידע ורכישתו, הוראה מתוקשבת, שימוש בבלוגים ככלי־עזר לימודי ועוד.

רתימת האינטרנט למטרת חינוך למיניות בריאה היא רעיון שעלה לפני למעלה מעשור, עת הייתה הרשת בחיתולה הטכנולוגיים והחברתיים, אך הוא הלך והבשיל עם השנים. למטרה זו נעשו ניסיונות רבים, בישראל ובעולם, להקים אתרים אשר יספקו מידע רלוונטי ומוסמך בנושאי מיניות בריאה, וחלקם אכן היוו אתר לימוד יעיל לגולשים. בשנים האחרונות הושקעו בנושא זה מאמצים רבים, במדינות שונות, אשר אופיינו בניצול יעיל יותר של טכנולוגיות מתקדמות מחד גיסא, ויישום גישות ודגמים מבוססי־תיאוריה ומחקר, הרלוונטיים להתערבויות חינוכיות בתחום המיניות מאידך גיסא. בסקירה הנוכחית מותווים קווים מנחים להתערבות חינוכית מקוונת למיניות בריאה, בהסתמך על דגם מתאים, ועל הניסיון והידע שהצטבר בתחום, במגמה להשתית יסודות למיזם יעיל בנושא חשוב זה.

בהיבט היסטורי, קידום בריאות מינית כלל באופן מסורתי הפצת מידע בריאותי רלוונטי באמצעות ערוצי הפצה מקובלים, לרבות שיעורים בחינוך למיניות, ספרי הדרכה, אמצעי תקשורת המונים (כולל טלוויזיה, רדיו, ועיתונות) ועלוני הסברה הנמצאים במרפאות. עידן האינטרנט הנהיג גישה חדשה ויעילה הרבה יותר להעברת חומרים שיקדמו את הבריאות המינית, בניצול האפיונים המיוחדים של התקשורת המקוונת, אשר הפכו את האינטרנט לערוץ תקשורת יעיל ביותר, אידיאלי ממש, בכל הנוגע לקידום בריאות מינית [1–3]. בני אדם החווים קושי, צורך, או סיכון – כולל מתבגרים בסיכון של הריונות לא־רצויים והידבקות במחלות, מבוגרים החווים קשיים בתפקוד מיני או אלימות מינית, או כאלו החווים השפעות על תפקודם המיני הקשור בהזדקנות – יכולים ליצור קשר עם מומחה, ו/או לקבל חומרים מקצועיים עדכניים ורלוונטיים באמצעות האינטרנט. במקביל, אלו שיכולים להציע עזרה בנושאי בריאות

מינית, כמו הורים, מורים ואנשי רפואה, הם ברייה השגה בקלות באמצעות הרשת; בכך נוצרת תרומה משמעותית לאופטימיזציה ביכולתם של האחרונים לקדם את הבריאות המינית של ילדים, מתבגרים, או חולים הנמצאים עמם בקשר.

קידום בריאות מינית

בעיות הקשורות לבריאות מינית מהוות גורם משמעותי ושכיח, אך זניח למדי, בבדיקות מעקב רפואיות שגרתיות [4-8]. עם זאת, אין ספק כי יש לבעיות מסוג זה השפעות ניכרות על בריאותו ותפקודו, הגופניים והנפשיים כאחד, של הפרט ושל הציבור בכללו. בהקשר זה, בעיות הקשורות לבריאות מינית ולחינוך להתנהגות מינית בריאה כוללות קשת רחבה של נושאים, לרבות קשיים בתפקוד מיני, אלימות מינית, מחלות המועברות במגע מיני, אינטימיות אמצעי מניעה והריונות לא-רצויים. נושאים נוספים הקשורים לבעיות בתחום המיניות כוללים חסמים והתנגדויות לקבלת סיוע במקרי הפלה מתוכננת, וכן מגבלות או קשיים בתפקוד מיני בריא ומלא שלא מגורמים רפואיים. תפקידו של החינוך למיניות בריאה הוא לתרום למניעת בעיות מסוג זה ולצייד את הלומדים בידע רלוונטי להתמודד עם קשיים אלו אם הופיעו. מאידך, חינוך למיניות בריאה ממלא תפקיד חשוב לקידום החוסן הגופני והנפשי של האדם, בכך שהוא מצייד את הלומד בידע ובכלים העשויים לשפר את חייו בהיבטים שונים. קידום נפשי ובריאותי בתחום המיניות מסייע לא רק בעניינים הקשורים להתנהגות מינית, אלא יש לו גם השלכות ניכרות לטיוב רווחת חייו של אדם, מחיי מין מהנים יותר ועד למערכות יחסים מספקות יותר. כלומר, בריאות מינית וחינוך לבריאות מינית, מתייחסים למניעת בעיות וקשיים בתחום המיניות, לקידום התנהגויות מקובלות-חברתיות התורמות לשיעור הרצון המינית, ולשיפור התפקוד המיטיב בתחומים אלו.

כדי לנצל את היעילות וההיתכנות של האינטרנט בהעברה יעילה של התערבויות לקידום הבריאות המינית, חשוב לבסס פעילות למטרה שכזו על דגמים מוכחים בנוגע להבאת בני אדם לתוצרים חיוביים של בריאות מינית. קיימים כמה דגמים העשויים להוות בסיס ליישום תוכניות כאלו [9,10]. בסקירה זו מוצג דגם המידע-הניעה (מוטיבציה) - מיומנות התנהגותית (Information-Motivation-Behavioral skills), או בקיצור IMB, אשר פותח לפני למעלה מעשור, בשל היותו דגם מתוקף היטב, המיושם בפועל מזה מספר שנים כמדריך ליצירת תכנים לקידום בריאות מינית וליישום תוכניות התערבות [9-11].

בדגם IMB שלושה גורמים בלתי-לתיים התורמים להתנהגות מינית בריאה. כל אחד מגורמים אלו הכרחי ואינו מספיק כשלעצמו להבאת הפרט לכדי התנהגות תקינה. הגורם הראשון הוא מידע על מיניות, בהתייחס למידע הקשור ישירות להתנהגויות רלוונטיות של בריאות מינית, לרבות מידע מוגדר הקשור למניעה. מידע זה מהווה מרכיב קריטי בחינוך אנשים להתנהגות מינית בריאה, ולכן יש לו מקום מרכזי בדגם. המידע כולל פרטי ידע עדכניים לגבי מיניות ועניינים רלוונטיים מתחומים מגוונים (ביולוגיה, רפואה, פסיכולוגיה, משפטים ועוד), ויכול להיות מועבר באמצעים טקסטואליים, חזותיים וכד'. הגורם השני בדגם IMB מדגיש שהנעת אנשים, בנוסף למידע, מהווה גורם קריטי בהבאת הפרט לכדי התנהגות מינית בריאה. הניעה זו לקידום התנהגות מינית בריאה מבוססת על עמדות שמחזיקים בני אדם לגבי התנהגויות שונות בהקשר לבריאות מינית (כגון: עמדות לגבי רכישת

קונדומים, או לגבי אמירה לבן/בת הזוג שגירוי מסוים מהנה), וכן על התפיסות, האמונות והאחזקה בנורמות החברתיות של אדם לגבי המידה שבה בני אדם משמעותיים אחרים (כמו הורים או בן/בת זוג) יסכימו להתנהגויות מיניות מסוימות או יתנגדו להן. הגורם החיוני השלישי המרכיב את דגם IMB מתייחס למיומנויות התנהגותיות: התנהגויות רבות בתחום המיניות מחייבות ביצוע מטלות התנהגותיות חדשות או מורכבות - כמו פעולות הנדרשות לרכישת מידע חדש, העלאת נושאים וקיום שיחה בנושאים מיניים עם בן/בת זוג או עם איש מקצוע, ייזום או שינוי בדפוס קבוע של התנהגות מינית - ועל אדם להיות בעל יכולת ביצוע מעשי של פעולות אלו. לפי דגם IMB, בני אדם המצויידים במידע איכותי רלוונטי, בעלי הניעה מתאימה ומיומנים מבחינה התנהגותית - הם

אלו שככל הנראה יתפקדו אומנם בהתנהגויות מיניות בריאות. כאמור, כל אחד משלושת גורמים אלו חיוני להצלחת קידומה של התנהגות מינית בריאה. לכן, הקניית מידע בלבד (ולו בדרך המשוכללת ביותר), ניסיון לעצב ולשנות עמדות ואמונות בלבד, או אימון בביצוע התנהגותי לבדו - כל אלה לא יובילו להשגת המטרה המבוקשת.

מחקר נרחב נערך ב-20 השנים האחרונות לגבי תוקפו ושימויותו של הדגם [9,10]. יתר על כן, ניתוח-על הראה את התרומה המשמעותית של מרכיבי המידע, ההניעה והמיומנויות ההתנהגותיות במניעת HIV, וזאת על סמך ממצאים של 354 התערבויות שונות לשיפור התנהגות מינית בריאה [12]. יתרה מזו, דגם IMB מתאים מאוד ליישום באמצעות תוכנות מחשב ותקשורת אינטרנט [13], כפי שיתואר להלן, בהיותו מעשי ומנחה לפעולה ביסודו, בשל השימוש העשיר באמצעי מדיה מתקדמים, ובשל האפשרות לשלב עם אנונימיות הלומדים.

ניצול האינטרנט לחינוך למיניות בריאה

הגלישה באינטרנט הפכה לפעילות יומיומית, קבועה ורגילה עבור רוב בני-האדם, לרבות ילדים וקשישים. ככזו, ובשל אפיונה המיוחדים שהזכרו לעיל, האינטרנט מהווה משאב חינוכי חשוב בכל הנוגע לנושאים הקשורים למיניות על-ידי גולשי רשת רבים, בכל הגילאים, בשימוש בחומרי מידע מקצועיים. בשל הפתיחות והיעדר הבקרה האופייניים לרשת, עשויים משאבים מקוונים אלו להיות יזומים ומבוקרים מבחינה מקצועית או בלתי-מקצועיים בעליל. ואמנם, במחקרים שונים שנערכו ברחבי העולם נמצא כי ילדים ומתבגרים [14,15], סטודנטים [16] ואף קשישים [17] משתמשים באורח פעיל במידע מקוון על מיניות. במסגרת מחקרים רבי-היקף על מתבגרים בהולנד, לדוגמה (חברה שאינה שונה מהותית באופייה מישראל), מצאו פיטר וואלקנבורג [18], כי האינטרנט

■ **באינטרנט קיים שפע חומרים הקשורים למיניות המסייע לאוכלוסיות נרחבות. חלק ניכר מחומרים אלו אינו מבוקר, מוטעה ואינו עדכני, ומביא ללימוד שגוי של ידע והתנהגויות בתחום המיניות.**

■ **בשל אפיוניה המיוחדים, רשת האינטרנט מהווה כלי מיטיב לקידום הבריאות המינית. ניצול יעיל של כלי זה - בהתבסס על דגם מובנה ומבוסס של חינוך למיניות בריאה - עשוי לתרום באורח משמעותי למניעת בעיות בתחום, לשיפור התפקוד בתחומי המיניות ולהנאה.**

■ **מחקר אמפירי נרחב מלמד, כי ניצול יעיל של האינטרנט לצורכי חינוך למיניות בריאה אכן מביא לשינויים משמעותיים בידע, בעמדות ובהתנהגויות הגולשים.**

רלוונטיים רבים; רב אפנתיות של המידע, בשימוש בערוצי טקסט, שמע, תמונה ווידאו; ובעיקר עדכניות רבה וקבועה. אתרים כאלו פותחו הן לאוכלוסיה הכללית והן לאוכלוסיות מוגדרות (כגון: ילדים, נכים, קשישים), ורבים מהם לוו במחקר שבדק יישומיות, ותועלת והצלחה בהיבטים רבים.

במחקרים רבים נבדקה היעילות של חינוך מקוון למיניות בריאה. **פנדוגראס** וחב' [29] פיתחו אתר המיועד לחינוך למיניות (בעיקר: מניעת הריון) לנשים נכות. הם חקרו בצורה מעמיקה את גלישתן של 100 נשים באתר זה ואת השפעותיו על הגלישה. הממצאים העלו, שהנבדקות הרבו לגלוש באתר, למדו ממנו רבות ואף שינו בפועל דפוסי התנהגות בנטילת אמצעי מניעה בעקבות זאת. **גילברט** וחב' [30] פיתחו אתר המיועד לחינוך מתבגרים לגבי מניעת מחלות המועברות במגע מיני. בסקר גולשים נרחב נמצא, כי האתר נמצא בשימוש רב ותורם רבות לידיע שלהם. במחקר רב היקף של אתר החינוך למיניות הנחשב למתקדם בעולם (sexualityandu.com), בדקו **ברק ופישר** [3] היבטים שונים של הגלישה באתר (המיועד, בחלקים שונים שלו, למתבגרים, מבוגרים, הורים ואנשי מקצוע). הממצאים העלו, כי לא זו בלבד שהאתר מהווה מוקד משיכה למאות אלפי משתמשים בחודש, אלא שרובם מעיינים בפועל בתכנים הרבים שבו, משיבים על שאלונים ומקבלים משוב אישי מידי, לוקחים חלק במשימות וב"משחקים" מקוונים, וכך רוכשים ידע רב במיניות בריאה. בסדרה של מספר מחקרים מבוקרים שנערכו על התערבות מקוונת להקניית מיומנויות הימנעות מהידבקות ב-HIV להומוסקסואלים, הראו **בוזן** וחב' [32,31] כי להתערבות כזו הצלחה רבה בשינוי דפוסי התנהגות. במחקר מבוקר שנערך בשנחאי נבדקה היעילות של חינוך למיניות למתבגרים באמצעות אתר [33], ונמצא כי הישימות והיעילות של התוכנית, לפי אמות מידה שונות, היו גבוהות ביותר. **אייזקס ופישר** [34] מצאו, כי תוכנית מקוונת שנועדה להקטין את ההשפעות השליליות של צפייה בפורנוגרפיה גרמה לגולשים בה להיות רגישים יותר לאלומות ולהשפלה הנצפים באתרים פורנוגרפיים. דוגמאות אלו מלמדות, כי בתכנון ובהשקעה מתאימים, ניתן לנצל את האינטרנט כאמצעי יעיל מאוד לקידום ממדים שונים של מיניות בריאה.

חינוך למיניות בריאה באמצעות אתר אינטרנט – במיוחד כשמדובר באתר בעל תוכן רלוונטי מגוון, רב-ערוצי, אינטראקטיבי ועדכני – אינו משימה פשוטה. מלבד העלויות הרבות, עיצוב והתאמת התכנים המרובים למגוון גולשים, הטכנולוגיות המורכבות הנדרשות להפעלה של יישומים מתקדמים, הצורך בצוות מקצועי שילווה את האתר באורח קבוע ומתמיד, והחיוניות של העדכונים הקבועים, נמצא במחקרים כי קיימות גם בעיות אינהרנטיות לתחום עצמו. אחת הבעיות השכיחות היא, שאתרים רבים העוסקים בחינוך למיניות מנוהלים ומתוחזקים ברשלנות, ומציגים ידע חלקי, מוטעה, מיושן, או אפילו שגוי בעליל, הן בשל חוסר השקעה והתרשלות, הן בשל חוסר מקצועיות מפעיליהם והן בשל הטיית אישיות הקשורות לתחום רגיש זה. לכן, בסקרי אתרים בנושא זה שנערכו על-ידי חוקרים שונים [27, 35–37] נמצא מידע רב שאינו נכון או חלקי ומטעה. מידע מסוג זה עלול להביא לא רק להתנהגויות לקויות מבחינה בריאותית, אלא אף להשריש ידע שגוי [1]. בנוסף, נמצא כי בחלקם הגדול של האתרים קיים מידע בלבד, ללא היבטים חשובים וקריטיים אחרים של חינוך למיניות, כפי שהוזכר לעיל, כמו תרגול הדמיות התנהגותיות, הדגמות, או בחינת ידע ומתן משוב לגבי רמת הידע האישית של הגולש [38]. נושא נוסף שנמצא מוזנח כמעט לחלוטין הוא מעקב מקצועי-מחקרי על הפעילות באתר על-ידי גופים מוסמכים [39].

מהווה כיום את מקור המידע העיקרי ללימוד על מיניות, ומשפיע בפועל על עמדותיהם [19] והתנהגויותיהם [20] המיניות. יתרה מזו, חוקרים אלו הראו [21], כי חשיפה לתכנים מיניים שונים באינטרנט מביאה מתבגרים רבים למבוכה ולחוסר-ביטחון הנובעים ממידע סותר (אם בין מקורות מידע מקוונים שונים ואם בינם לבין מידע ממקורות לא-אינטרנטיים), וגורמים לבלבול וקשיים תפקודיים. יתר על כן, נמצא כי חיפוש חומר אמין ועדכני באינטרנט לגבי מיניות בעייתי, משום שמרבית החומר המקוון על מיניות נמצא באתרים פורנוגרפיים ובאתרים לא-מקצועיים בעליל [22]. במספר מחקרים אף נמצא, כי הומוסקסואלים רבים נוטים כיום לחפש ולמצוא בני-זוג מזדמנים באינטרנט, וכך גדל הסיכון להפצת האיידס [23]. לנוכח תמונה עגומה זו לגבי המידע על מיניות הנפוץ ברשת, נראה כי זוהי חובתם ואחריותם המקצועית של מומחים בתחום לאזן את המצב בפרסום מידע איכותי ומוסמך.

בהתבסס על האפיונים המיוחדים של הרשת והשימוש בה (שצוינו לעיל) מחד גיסא, וההשפעה הרבה שיש לה על רכישת ידע בתחום המיניות מאידך גיסא, גברו במהלך השנים הקריאות [24,25] לרתום את האינטרנט לצורך חינוך למיניות בריאה, תוך הקפדה על רמת שימושיות גבוהה, ושיפור משמעותי של התכנים ואמצעי ההצגה באתרים מסוג זה. בסקירות ספרות ובמחקרים שונים שהתפרסמו בשנים האחרונות הצטרפו החוקרים והכותבים לקריאה זו. **דלגאדו ואוסטיין** [26] וכן **גריי וקליין** [27], לדוגמה, בסקירות רחבות של הספרות המקצועית בנושא, הדגישו את היתרונות המיוחדים של האינטרנט בהיצע משוב מידי למשתמש ותפירת מידע ותשובות לשאלות לפי אפיוני גולשים. במחקר שנערך לאחרונה באוסטרליה [28] נמצא, כי סטודנטים דיווחו על נוחות רבה בגלישה לאתרי חינוך למיניות בריאה והדגישו את היתרונות המיוחדים, בכך שיכלו לעשות זאת בפרטיות ובדיסקרטיות רבה, בעיתוי הנוח להם, לקבל תשובות ספציפיות לנושאים החשובים להם אישית, לא להיחשף בפני אחרים בנוגע לענייניהם האישיים, הנוחיות שבחומרים כתובים וגרפיים, ועוד. החוקרים דיווחו על תגובות דומות גם בקרב אנשי מקצוע. סביר להניח ששימוש כזה יגבר וילך, בשל המקובלות והנורמטיביות הגדלות של הגלישה באינטרנט, השיפור בטכנולוגיות, ירידת העלויות, וההכרה הגדלה והולכת בערך החינוכי הרב של הרשת [2].

בשנים האחרונות פותחו מספר פרויקטים מתקדמים של חינוך למיניות באמצעות האינטרנט. מיזמים אלו התאפשרו לא רק תודות להתקדמות הטכנולוגית המשמעותית של מחשבים ורשת האינטרנט, אלא בעיקר בגלל ההכרה שזהו אומנם ערוץ תקשורת, מידע וחינוך ייחודי העשוי להתאים במיוחד לתכנים רגישים כמו אלו המייחדים חינוך למיניות. המענקים הייעודיים ללוחמה בהתפשטות האיידס ומחלות המועברות במגע מיני שהוקצבו בשנים האחרונות, סייעו אף הם לפיתוח מיזמים מקוונים. בהתבסס על גישות תיאורטיות מובנות [1], ובשונה מאתרי מידע חסרי יסוד מדעי-חינוכי בתחום המיניות, פיתחו קבוצות חוקרים במדינות שונות אתרים מתקדמים לחינוך למיניות בריאה, המבוססים על מידע עדכני הניתן לאיתור ידיוותי ומהיר באמצעות מנועי חיפוש פנימיים מתקדמים; אינטראקטיביות רבה בהתייחס להפעלות משתמשים אל מול שאלונים ו"משחקים" מקוונים; תקשורת סינכרונית (לדוגמה: עם גולשים אלמונים אחרים) ולא סינכרונית (לדוגמה: עם אנשי מקצוע) המאפשרות קבלת מידע והתנסויות אישיות; היפרטקסטואליות מתקדמת (המאפיינת עיון רב-תכני ורב-ערוצי בדפי אינטרנט) המקשרת למשאבי מידע ברירניים

עשויים להעצים את העברת המידע ולהביא להטמעתו באורח מוצלח. בדומה, מסרים מסוגים שונים, כשהם מועברים באתר דינאמי, עשיר בערוצי מדיה, ומותאם לנומרות חברתיות רלוונטיות – מהווים אמצעי מצוין לעיצוב עמדות ואמונות הנמצאות בבסיס ההניעה הנדרשת ליישום בפועל של מידע שנלמד לגבי מיניות בריאה. לדוגמה: שימוש באמצעים אינטרנטיים שונים (כגון: הדמיות אינטראקטיביות, תקשורת מקוונת עם דמות סמכותית או עם קבוצת שווים) יכול להביא לשינוי עמדות ואמונות המונעות שימוש בקונדום; ראיון יעיל מצולם עם חולה איידס עשוי להגביר חרדה לגבי אי שימוש בקונדום; ראיון אחר עם מישהו המשתמש בקביעות בקונדום עשוי להעביר ביתר יעילות יתרונות שונים (כגון: מניעת שפיכה מוקדמת, יחסי מין חופשיים יותר); שאלון אישי הבודק דעות, עמדות ואמונות לגבי התנהגות מינית ומספק משוב אישי שבה לתקן סטריאוטיפים, אמונות טפלות ודעות קדומות, עשוי להביא לשינוי ועיצוב מחודש של ההניעה הקשורה בהתנהגויות מיניות שונות. רתימה נכונה של אתר אינטרנט מאפשרת הקניית מיומנויות התנהגותיות הנחוצות לביצוע מטלות הקשורות להתנהגות מינית בריאה. לדוגמה: שימוש יעיל בצ'ט (ואם אין הסתייגות מצד המשתמש – שימוש אפשרי בדיבור ו/או במצלמות אינטרנט) מאפשר הדמיה של אינטראקציה התנהגותית אל מול בן-זוג חדש לצורך בירור השימוש באמצעי מניעה, תוך ניסוי וטעייה ומתן משוב להתנהגויות שונות של הלומד. דוגמה מוצלחת של אימוץ גישה זו נמצא באתר sexualityandu.ca, המנוהל (באנגלית ובצרפתית במקביל) על ידי קונסורציום קנדי, ואשר גולשים בו כחצי מיליון בני אדם בחודש. האתר מציע גולשים (על-פי אוכלוסיות מטרה המופנות לארבעה תתי-אתרים) מידע רב ועשיר המתעדכן בקביעות, משחקונים ושאלונים אינטראקטיביים, שירות שו"ת מקצועי הפועל במהירות וביעילות, אפשרויות לתרגול והדגמה של התנהגויות שונות, כשכל זאת נעשה בשפע של אמצעים טכנולוגיים מקוונים מתקדמים.

לסיכום

כאמור, לא כל חינוך מקוון למיניות הוא בהכרח מוצלח [24]. ניצול לא יעיל של תכונות ומאפיינים דיגיטליים ואינטרנטיים או ניצול חלקי שלהם, לא זו בלבד שהוא עשוי להביא להתערבות חינוכית לא מוצלחת, אלא אף להרחקת לומדים מהאתר. לדוגמה: אתר המבוסס בעיקרו על שפע של הסברים טקסטואליים – יהיו נכונים וחשובים אשר יהיו – יתיש את המשתמשים בו תוך זמן קצר ויתרחק מהשגת יעדיו. דוגמה נוספת: הצע של תשובות לשאלות אישיות באמצעות אימייל (או אמצעי תקשורת מקוון אחר המוטמע באתר) שאינו מגובה במתן תשובות מהיר ואיכותי יביא לפגיעה מהותית במוניטין האתר, כך שגולשים פוטנציאליים יתרחקו מכניסה אליו. יתר על כן, היעדר יישומים מתקדמים באתר – כגון שאלוני טריוויה אינטראקטיביים, עצמים המוצגים בתלת-מימד, סרטונים באיכות טובה – יביא לחוסר אטרקטיביות שלו, במיוחד לנוכח ההשוואה הבלתי נמנעת עם אתרים מתקדמים הנפוצים ברשת האינטרנט העדכנית. כלומר, אתר מוצלח לחינוך למיניות חייב להכיל יישומים מתקדמים, להיות מתוחזק ומגובה באורח קבוע, ולהתנהל בצורה מקצועית אמינה, בנוסף לשלושת בסיסי התוכן הנדרשים לקידום התנהגות מינית בריאה כפי שמוצע במודל ה-IMB. בעולם של היום, האינטרנט מהווה סביבה חברתית מקבילה עבור מאות מיליוני בני-אדם, רבים מהם מתבגרים. ניצולה של סביבה זו

דגם לחינוך למיניות באמצעות האינטרנט

אחד הליקויים השכיחים באתרי אינטרנט שנועדו לחינוך למיניות בריאה, כאמור, הוא שהאתר מתבסס ומנסה להעביר לגולש מידע בלבד. ככל שמידע הוא קריטי בחשיבותו לקבלת החלטות בתחום המיניות ולקידום התנהגות מינית בריאה, הרי שמידע כשלעצמו לא יביא ליזום או לשינוי התנהגות אלא אם ילווה במרכיבים הקריטיים הנוספים הנדרשים לשם כך: יצירת הניעה להתנהג בדרך מסוימת, והקניית מיומנויות התנהגותיות מתאימות להבאת הידע לכדי פעילות. לדוגמה, מידע רב, מדויק ועשיר על קונדומים – מהותם, סוגיהם, חשיבותם, מחירם, צורת השימוש בהם וכד' – חיוני לקידום השימוש בקונדומים. אך ללא הנעת הלומד להשתמש בקונדום – באמצעות שכנוע ושינוי עמדות ואמונות – הסיכוי של אימוץ השימוש בקונדומים אינו גבוה. יתר על כן, גם אם ניתן מידע מפורט ונוצרה הניעה לשימוש בקונדומים, הרי שללא מיומנות לפעול בצורה שתביא את השימוש בקונדומים לכדי מימוש – סיכוי השימוש המעשי בקונדום עודנו נמוך. יש צורך בהנחיה והוראה של התנהגויות – באמצעות דוגמאות והדגמות (מה שקל לביצוע באינטרנט באמצעים חזותיים מתקדמים), הדמיות המתאפשרות בטכנולוגיה מתקדמת, ותרגול המקבל משוב מיידי – כדי לצייד את הלומד במיומנויות ההתנהגותיות שיאפשרו לו להוציא לפועל את מה שהוא יודע ורוצה לעשות.

לנוכח הידע המצטבר לגבי חינוך למיניות בריאה באופן כללי, וחינוך כזה באמצעות האינטרנט באופן מוגדר, אין ספק שזוהי דרך אפשרית, ישימה, מתאימה, יעילה ומועילה להשגת יעדי חינוך למיניות בן זמננו. גלישה באתר מתקדם לצורך זה מקלה על הקשיים הנורמטיביים של הלומדים הקשורים לקושי בחשיפה אישית וביישנות טבעית. דרך זו תורמת להרחבת החינוך למיניות לאוכלוסייה רחבה יותר. בנוסף, שימוש באתר מפחית בצורה משמעותית קשיים שנובעים מאילוצי מרחק גיאוגרפי וחוסר פנאי, בשל היתרונות הטמונים בלמידה מרחוק ובעיתוי נוח של פניות אישיות. יתרה מכך, הטכנולוגיה המתקדמת מאפשרת שימוש עשיר ויעיל במולטימדיה, לרבות תמונות, סרטונים, תצוגות תלת-ממדיות, וערוצי שמע, בנוסף למידע הטקסטואלי הרגיל, כשהשילוב של כל אלו תורם ללמידה איכותית יותר. האינטראקטיביות המובנית המאפיינת אתר אינטרנט דינאמי מאפשרת שימוש נוח ויעיל בשאלונים, משחקים וחיידונים, ואף תרגול הדמיה של מטלות התנהגותיות. מעבר לאפיונים אלו, ואולי כגורם עיקרי: חינוך מקוון למיניות מציע דרך חינוך חלופית שאינה רק מוצלחת, אלא גם כזו החוסכת ומונעת במידה רבה מבתי ספר, מורים והורים להתמודד עם נושא חשוב אך קשה עבורם לביצוע (בעיקר מסיבות של רתיעה אישית, אי נוחות ומבוכה).

ניצול המדיום האינטרנטי בצורה מלאה ויעילה מאפשר חינוך עיל והקניה יעילה של שלושת המרכיבים המרכזיים של התנהגות מינית בריאה לפי דגם ה-IMB: מידע, הניעה ומיומנויות התנהגותיות. האינטרנט מהווה אמצעי מצוין להעברת מידע: השילוב של טקסט כתוב, תמונה וסרטון – כשהם זמינים תמיד ומכל מקום וניתנים לעיון חוזר – מאפשר הדרכה מדויקת, מקצועית ואמינה לגבי כל פריט מידע הקשור לנושא המיניות. לדוגמה, המידע שקונדום הוא אמצעי יעיל למניעת הידבקות במחלות המועברות על-ידי מגע מיני, כולל הסבר מלא מדוע, מלווה בתמונות וסרטונים רלוונטיים, יכול להימסר בצורה יעילה מאוד באתר – יתר מאשר בכל אמצעי תקשורת אחר. שאלוני טריוויה אינטראקטיביים (המאפשרים משוב מועשר ומיידי) על מידע בתחום המיניות,

מחבר מכותב: עזי ברק

החוג לייעוץ ולהתפתחות האדם
אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, חיפה 31905
טלפון: 04-8249374
פקס: 04-8240911
דוא"ל: azy@construct.haifa.ac.il

– על אפיוניה המיוחדים, המאפשרים חינוך למיניות בריאה בצורה מיוחדת ויעילה ביותר – מהווה צעד נכון וחשוב מבחינה מקצועית וחברתית גם יחד. אין ספק שמיזם כזה מצריך משאבים מקצועיים וכספיים גדולים, כך שחייב לעמוד מאחוריו גוף ציבורי או קונסורציום איתן. נראה כי הרווחים והיתרונות של קידום מקוון של מיניות בריאה מצדיקים הקצאת משאבים שכאלו. ●

ביבליוגרפיה

- Barak A & Fisher WA, Toward an Internet-driven, theoretically-based, innovative approach to sex education. *J Sex Res*, 2001; 38: 324-332.
- Barak A & Fisher WA, The future of Internet sexuality. In: Cooper A (Ed.), *Sex and the Internet: a Guidebook for Clinicians*. New York: Brunner-Routledge, 2002, pp. 263-280.
- Barak A & Fisher WA, Experience with and Internet-based, theoretically grounded educational resource for the promotion of sexual and reproductive health. *Sex Relat Ther*, 2003; 18: 293-308.
- Fisher WA, Dervaitis KL, Bryan AD & al, Sexual health, reproductive health, sexual coercion, and partner abuse indicators in a Canadian obstetrics and gynaecology outpatient population. *J Soc Obstet Gynaecol Canada*, 2000; 22: 714-722.
- Fisher WA, Singh SS, Shuper PA & al, Characteristics of women undergoing repeat therapeutic abortion. *CMAJ*, 2005; 172: 637-641.
- Laumann E, Paik A & Rosen RC, Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 1999; 281: 537-544.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO & al, A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*, 2007; 357: 762-774.
- World Health Organization, Trends in Sexually Transmitted Infection and HIV in the European Region, 1980-2005. Retrieved December 2, 2008, from <http://www.euro.who.int/Document/RC56/etb01b.pdf>
- Fisher JD & Fisher WA, Theoretical approaches to individual level change in HIV risk behavior. In: Peteson J & DiClemente R (Eds.), *Handbook of HIV Prevention*. New York: Plenum, 2000, pp. 3-55.
- Fisher JD, Fisher WA & Shuper P, The Information-Motivation-Behavioral Skills model of HIV preventive behavior. In: DiClemente RJ, Crosby RA & Kegler MC (Eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*, 2nd ed., San Francisco: Jossey-Bass, in press.
- Fisher WA & Fisher JD, Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior. In: Rosen R, Davis C & Ruppel H (Eds.), *Annual Review of Sex Research*, Volume IX. Mason City, IA: Society for the Scientific Study of Sex, 1999, pp. 39-76.
- Albarracin D, Gillette JC, Earl AN & al, A test of major assumptions about behaviour change: a comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychol Bull*, 2005; 131: 856-897.
- Whitty MT & Fisher WA, The sexy side of the internet. In: Barak A (Ed.), *Psychological Aspects of Cyberspace: Theory, Research, Applications*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2008, pp. 185-205.
- Gerressu M & French RS, Using the Internet to promote sexual health awareness among young people. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 2005; 31: 267-270.
- Mitchell K J, Finkelhor D & Wolak J, The exposure of youth to unwanted sexual material on the Internet: a national survey of risk, impact and prevention. *Youth & Soc*, 2003; 34: 330-358.
- Boies SC, University students' uses of and reactions to online sexual information and entertainment: Links to online and offline sexual behaviour. *Can J of Hum Sex*, 2002; 11: 77-89.
- Adams MS, Oye J & Parker TS, Sexuality of older adults and the Internet: From sex education to cybersex. *Sex Relat Ther*, 2003; 18: 405-415.
- Peter J & Valkenburg PM, Adolescents' exposure to sexually explicit material on the Internet. *Commun Res*, 2006; 33: 178-204.
- Peter J & Valkenburg PM, Adolescents' exposure to a sexualized media environment and their notions of women as sex objects. *Sex Roles*, 2007; 56: 381-395.
- Peter J & Valkenburg PM, Adolescents' exposure to sexually explicit Internet material and sexual preoccupation: A three-wave panel study. *Media Psych*, 2008; 11: 207-234.
- Peter J & Valkenburg PM, Adolescents' exposure to sexually explicit Internet material, sexual uncertainty, and attitudes toward uncommitted sexual exploration: Is there a link? *Communication Research* 2008; 35: 579-601.
- Smith M, Gertz E, Alvarez S & al, The content and accessibility of sex education information on the Internet. *Health Educ Behav*, 2000; 27: 684-694.
- McKirnan D, Houston E & Tolou-Shams M, Is the Web the culprit? Cognitive escape and Internet sexual risk among gay and bisexual men. *AIDS Behav*, 2007; 11: 151-160.
- Barak A & Fisher WA, Internet-assisted sexuality education: Critical evaluation and suggestions for improvement. *Haye'ut Hachinuchi*, 2001; 10: 39-58.
- McFarlane M, Ross MW & Elford J, The Internet and HIV/STD prevention. *AIDS Care*, 2004; 16: 929-930.
- Delgado HM & Austin SB, Can media promote responsible sexual behaviors among adolescents and young adults? *Curr Opin Pediatr*, 2007; 19: 405-410.
- Gray NJ & Klein JD, Adolescents and the Internet: Health and sexuality information. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2006; 18: 519-524.

28. Weerakoon P, Sitharthan G & Skowronski D, Online sexuality education and health professional students' comfort in dealing with sexual issues. *Sex Relat Ther*, 2008; 23: 247-257.
29. Pendergrass S, Nosek MA & Holcomb JD, Design and evaluation of an Internet site to educate women with disabilities on reproductive health care. *Sex Disabil*, 2001; 19: 71-83.
30. Gilbert LK, Temby JRE & Rogers SE, Evaluating a teen STD prevention Web site. *J Adolesc Health*, 2005; 37: 236-242.
31. Bowen AM, Horvath K & Williams ML, A randomized control trial of Internet-delivered HIV prevention targeting rural MSM. *Health Educ Res*, 2007; 22: 120-127.
32. Bowen AM, Williams ML, Daniel CM & al, Internet based HIV prevention research targeting rural MSM: Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy. *J Behav Med*, 2008; 31: 463-477.
33. Lou C, Zhao Q, Gao & al, Can the Internet be used effectively to provide sex education to young people in China? *J Adolesc Health*, 2006; 39: 720-728.
34. Isaacs CR & Fisher AW, A computer-based educational intervention to address potential negative effects of Internet pornography. *Commun Stud*, 2008; 59: 1-18.
35. Smith M, Gertz E, Alvarez S & al, The content and accessibility of sex education information on the Internet. *Health Educ Behav*, 2000; 27: 684-694.
36. Touchet BK, Warnock JK, Yates WR & al, Evaluating the quality of websites offering information on female hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther*, 2007; 33: 329-342.
37. Weiss E & Moore K, An assessment of the quality of information available on the Internet about the IUD and the potential impact on contraceptive choices. *Contraception*, 2003; 68: 359-364.
38. Keller SH, Labelle H, Karimi, N & al, STD/HIV prevention for teenagers: A look at the Internet universe. *J Health Commun*, 2002; 7: 341-353.
39. Benotsch EG, Wright VJ, de Roon Cassini, TA & al, Use of the Internet for HIV prevention by AIDS service organizations in the United States. *J Tech Human Serv*, 2006; 24: 19-35.

כרוניקה

נגיף אבולה מזן רסטון התגלה בחזירים בפיליפינים



204:325 (2009). כמו כן, גילו החוקרים שישה מטפלים בחזירים שהכילו נוגדנים לנגיף זה, דבר המצביע על העברה מחזיר לאדם. השישה לא פיתחו תסמיני מחלה כלשהי, כלומר הנגיף נשאר בלתי פתוגני לאדם כפי שהיה בשנת 1989. עדיין אין הסבר כיצד הועבר הנגיף לבני האדם, ולא ידוע על תסמינים נוספים בחזירים המודבקים, פרט לאזון הכחולה. החוקרים הביעו חשש, שהעברת הנגיף לחזירים, הנמצאים בשרשרת המזון של האדם, עלולה לעודד מוטציות של התאמה לאדם ולעשותו פתוגני יותר.

א"י

נגיף אבולה מזן רסטון בוויירג'יניה בשנת 1989, בעקבות התפרצות בקופים. לאחר שגרם בהלה עם גילוי, התברר שהוא אינו גורם מחלה בבני אדם. ביולי 2008 אובחנה מחלה בחזירים בפיליפינים, שנקראה "מחלת האזון הכחולה". התופעה נגרמה עקב ליקויי נשימה שהגבילו אספקת חמצן לאזניים ומכאן שמה. דגימות מהחזירים הועברו למעבדתו של **מיכאל מקינטוש** באי הדקלים בגרינפורט, ניו יורק (Plum island), שהיא מעבדה מרמת הבטיחות הגבוהה ביותר (4BL). החוקרים גילו שהדגימות הכילו נגיף אבולה רסטון - פעם ראשונה לגילוי נגיף זה שלא בקופים (Science

"מין סרטן" - מיניות בחולים אונקולוגיים

תקציר:

שרון פלג נשר
ברוריה יכיני
משה ענבר

המערך לאונקולוגיה, מרכז רפואי סוראסקי,
תל אביב

מיניות האדם מהווה מקור לחום, מגע, קירבה ואהבה, צורך בסיסי שכל אדם רוצה לחוש כל עוד הוא חי, ללא קשר לגילו או למצבו הבריאותי. כ־23,500 בני אדם מאובחנים בכל שנה כחולים בסרטן בישראל. הם מצטרפים ל־120,000 חולי הסרטן החיים כיום בישראל. תוצאות הטיפולים בסרטן נמדדות באופן מסורתי על בסיס תמותה ותוחלת חיים. יש לייחס מידת חשיבות רבה להיבט איכות החיים. אחד השינויים הכאובים המתרחשים באיכות חייהם של חולי הסרטן הוא פגיעה במיניות.

המטרה בסקירה זו היא לפרוש בפני הרופאים סוגיות בתחום המיניות, שאיתן מתמודדים החולים בסרטן ובני או בנות זוגם, החל משלב גילוי המחלה במהלך הטיפולים השונים עד לשלבי השיקום וההחלמה, או לחלופין, השלבים הסופיים, ובכך לספק מידע בסיסי.

חלק גדול מהמטופלים מתקשים להתמודד עם נושא המיניות. הם רוצים לדון בהשפעת המחלה על תפקודם המיני ורואים בכך היבט חשוב של איכות חייהם. לרוב הם נבוכים וחוששים מתגובת הצוות לשאלות בנושא שאיננו כרוך בהצלחת חיים. יתר על כן, גם בני הזוג חשים מבוכה ורגשות אשם, בשל העיסוק במין, בעת שבן או בת זוגם חולה במחלה מסכנת חיים. עבור חלקם, מיניות, אינטימיות וקשר רגשי הם הכוח המניע להישרדות, והתייחסות לבעיות אלו במהלך הטיפול יכולה להעניק למטופלים הרגשת ביטחון, מניעת מבוכה והחמרת הבעיות בהמשך. למרבה הצער, למרות תשומת הלב והתובנה המתגבשות והולכות בעשורים האחרונים בדבר הקשר הישיר שבין הטיפול בממאירויות לבין פגיעותיו בתפקוד המיני, נעשה אך מעט ליצירת תוכנית התערבות מיטבית שתקל על הפגיעה המצטברת. למרות שטיפולים מיניים סטנדרטיים הוסבו בעבר לטיפול בבעיות אונקולוגיות, הרי שחסרים ניסויים ותוצאות קליניות פרוספקטיביות. לרשות הרופאים קיים דגם ה־PLISSIT (1978), דגם קלאסי המסייע ליזום התערבות בתחום המיני ברמות התערבות שונות. ה־BETTER (2004) הוא דגם חדשני המספק אף הוא יכולת לפתח תקשורת בנושא המיניות ברמות התערבות שונות. הדגם מחזק את המסר כי למחלה יש השפעה על המיניות והאינטימיות.

מילות מפתח:
:KEY WORDS

סרטן; מיניות; אינטימיות; איכות חיים; דגם התערבות טיפולית.
Sexuality; Cancer; Intimacy; Quality of life; Treatment Model

הקדמה

כ־23,500 בני אדם מאובחנים בכל שנה כחולים בסרטן בישראל ובכך מצטרפים ל־120,000 חולי הסרטן החיים בה כיום. תוצאות הצלחת הטיפול נאמדות בשיעור התמותה ותוחלת החיים, ללא התייחסות מספקת לאיכות החיים, המלווה פעמים רבות פגיעה בתפקוד המיני [1]. חלק ניכר מהחולים בסרטן מתקשים להתמודד עם נושא המיניות ולהעלותו בפני הצוות המטפל, מתוך מחשש ומבוכה מהתגובה לשאלות שאינן כרוכות בהצלחת חיים. גם בני או בנות הזוג נבוכים ומפתחים רגשות אשם בשל העיסוק או המחשבה על מין, בזמן שבן או בת זוגם מתמודדים עם המחלה.

המטרה בסקירה היא לפרט את השלכות המחלה והטיפול בה על התפקוד המיני, החל משלב הגילוי, המשך במהלך הטיפולים, וכלה בשלבי השיקום וההחלמה, או לחלופין, השלבים הסופניים. ובכך לספק מידע בסיסי שבו ציבור הרופאים יוכל להיעזר.

שכיחות הפגיעה בתפקוד המיני נעה בין 40% ל־100%. התלונות השכיחות ביותר קשורות בפגיעה בחשק המיני בגברים ובנשים או היעלמות מוחלטת של חשק מיני, כאבים בזמן חדירה בנשים וקשיים בהשגת זקפה בגברים. כחמישים אחוזים מהנשים שהתמודדו עם סרטן השד דיווחו על קושי בתפקוד מיני; שכיחות דומה נמצאה

בקרב נשים המתמודדות עם סרטן באברי המין הנשיים: כ־25% מהנשים שטופלו בממאירויות המטולוגיות תתמודדנה עם השלכות על התפקוד המיני [2]. שכיחות הפגיעה בתפקוד המיני בקרב גברים שחלו בסרטן הערמונית, בלימפומה מסוג הודג'קין ובממאירויות האשך נאמדת ב־70%, 25% [3] ו־38.8% [4], בהתאמה. 29% מהנשים ו־45% מהגברים שהתמודדו עם סרטן החלחולת והטיפול בו, דיווחו כשנה לאחר תום הטיפול כי הטיפול פגע באיכות חיי המין שלהם [5]. שיעור גבוה יותר נמצא בקרב מטופלים הנאלצים להתמודד עם פיום (סטומה) זמני או קבוע בדופן הבטן. הפרעות בתפקוד המיני, בשונה מהפרעות פסיכולוגיות רבות אחרות הנובעות מהמחלה והטיפול, לא נפתרות בשנה הראשונה או השנייה מתום המחלה או הטיפול [3].

קשיים בתפקוד המיני בקרב גברים כתוצאה מהטיפולים במחלת הסרטן

שבעים וחמישה עד שמונים וחמישה אחוזים מהגברים המטופלים בסרטן הערמונית או כאלה שעברו כריתה נרחבת של שלפוחית השתן נמצאים בסיכון ללקות באין אונות [6]. טיפול משלים בקרינה לאגן או טיפול הורמוני מסבים נזקים חמורים נוספים לתפקוד מיני. במחקר שנבדקו בו 1,201 מטופלים בסרטן הערמונית,

עולה שכיחות הפגיעה בתפקוד המיני בממאירויות של איברי המין הנשים: צוואר הרחם, שחלות או העריו. הפגיעה גורמת ליובש בלדן, לכאבים בזמן חדירה, לפגיעה בדימוי הגוף ובדימוי העצמי, לירידה בתחושה או ברגישות למגע, להפחתה ביכולת לחוות אביונה [18]. בנוסף, אי הבנת הליך הניתוח עצמו מובילה לעיתים לחרדה ופחדים מיותרים של שני בני הזוג, מפני החשש לגרום נזק בעת החדירה, חשש מפני חדירה ושפיכת נוזל הזרע לחלל שלא ברורה (לזוג) מהותו האנטומית כיום. בנוסף להשלכות המשמעותיות ההורמוניות והאנטומיות, ידוע כיום כי קיימים היבטים רבים בחייה של אישה, בעלי השפעות רבות ממדים על התפקוד המיני והסיפוק המיני, אשר מתייחס לשביעות רצון כללית ולא יכוונת האינטימיות עם בן הזוג [19]. בשנת 2000 פירסמה **רוזמרי בסון** דגם חדש לתגובה המינית הנשית. לדבריה, אצל **לוריא** [20], אישה היוזמת מיפגש

■ **מיניות היא שילוב של היבטים אישיים הכוללים מודעות לגוף כמקור עונג ותפיסת האדם את עצמו כיצור מיני. המיניות מהווה מקור לחוס, מגע, קרבה ואהבה - צורך בסיסי הדרוש לאדם על מנת לחוש חיים, ללא קשר לגילו או למצבו הבריאותי.**

■ **מחלת הסרטן והטיפולים במחלה עלולים לפגוע במיניות למרות תשומת הלב והתובנה המתגבשות והולכות בעשורים האחרונים, בדבר הקשר הישיר בין מחלת הסרטן למיניות, נעשה אך מעט ליצירת תוכנית התערבות מיטבית שתקל על הפגיעה המצטברת.**

■ **לנוכח הידיעה, כי חלק ניכר מהחולים בסרטן מתקשים להתמודד עם נושא המיניות ולהעלותו בפני הרופא, מתוך חשש ומבוכה מתגובת הרופא לשאלות שאינן כרוכות בהצלחת חיים, ההתערבות הרפואית הכרחית.**

תמיכה זמין המספק מידע, הכוונה וייעוץ מתאים על פי שלבי המחלה והטיפול, יעלה הסיכוי להתמודדות מוצלחת.

הגורמים להפרעה בתפקוד המיני

ניתוחים: ניתוחים פוגעים בגוף ומשנים את השלמות האנטומית. ניתוחים באזור האגן הם בעלי פוטנציאל לפגיעה נירוסקולרית של אברים החשובים למעגל התגובה המינית. ככל שהניתוח נרחב יותר, עלול המטופל להתמודד עם פגיעה קשה יותר בדימוי העצמי, בהערכה העצמית, בתפיסת הזהות המינית, ובהשלכות רגשיות וזוגיות פוטנציאליות, בעיקר בנייתו כריתת מעי ושלפוחית השתן המסתיימים בפיוס או בנייתוים גניקולוגיים נרחבים. בנייתוים

נצפתה אין אונות ממושכת לאחר טיפול בקרינה חיצונית ופנימית (ברכותרפיה) לערמונית [7] (טבלה 1). סרטן האשכים נתפס לרוב כגורם לקשיים בתפקוד המיני. אולם רק במצבים שבהם נכרתו בלוטות אחר-צפקיות לוקים הגברים בכישלון שפכה, כתוצאה מפגיעה בסיבי המערכת הסימפטטית, ומפגיעה ביכולת השליטה בהתכווצות שריר חלק סביב הערמונית ושלפוחיות הזרע בזמן השפכה. משמעות הפגיעה היא שימור היכולת לחוש הנאה מינית הנובעת מהתכווצויות באגן, אך ללא פליטת זרע. כיום נעשה ניסיון (מוצלח בדרך כלל) לשמר עצבים אלו [9,8]. במחקר שנערך בנורבגיה ונכללו בו 1,084 חולים בסרטן האשכים בגילאי 20-59, נמצא באופן מובהק כי אוכלוסיית החולים לוקה בתפקוד מיני בכלל ובזיקפה בפרט בשיעור גבוה מזה שבאוכלוסייה הכללית. כ-38.8% ממטופלי המחקר דיווחו על קשיים בתפקוד המיני. בעיות בזיקפה נמצאו קשורות באופן מובהק עם המדדים הבאים: היעדר בן או בת זוג, סוג הכימותרפיה וחומרת השפעות הלוואי עקב פגיעה בעצבים היקפיים [4]. בגברים שעברו ניתוח לכריתת שאת מהחלחולת נמצא, כי 47% חוו ירידה בחשק המיני, 32% דיווחו על היעדר זיקפה, 52% דיווחו על זיקפה חלקית, 41% דיווחו כי נפגעה יכולתם לחוות אביונה, ו-43% דיווחו על היעדר שפכה [5]. בגברים צעירים שלקו בלימפומה מסוג הודג'קין ועברו השתלת לשד עצם או טופלו במינונים גבוהים של כימותרפיה, נמצאה רמת טסטוסטרון נמוכה הגורמת לאובדן החשק המיני ולקשיים בעוררות המינית [10]. לכל אלו נלווית התמודדות קשה עם הערכה עצמית ודימוי גוף ירודים המתבטאים באמירות של "אני כבר לא שווה כלום", "אני פחות מגבר", המעמידות את הזהות המינית הגברית, הסובייקטיבית, בסימן שאלה. במעט מאוד מחקרים עוסקים בתחושות בני הזוג הבריאים כלפי המטופל והשלכת המחלה על מידת האינטימיות שלהם. רק בשנים האחרונות החלו לחקור ולהתייחס להשפעת הטיפול בתרופות על בעיות זקפה, ומשמעותה עבור בנות הזוג ומידת שותפותן להליך טיפולי זה.

קשיים בתפקוד המיני בנשים כתוצאה מהטיפולים במחלת הסרטן

מרבית הנשים מתקשות לדון בבעיות מיניות הכרוכות במחלה. חלקן מעידות כי איבדו את כוח משיכתן שלהן בעיני עצמן וכן את התשוקה לאחר אובדן השד [11]. נמצא, כי שימור ושיחזור השד אינם משפרים באופן יעיל את התפקוד או הסיפוק המיני [12]. בקרב נשים בגיל הפוריות שטופלו בכימותרפיה, נצפית עלייה בשכיחות היובש בלדן, בכאבים בזמן חדירה (דיספרוניה) וירידה בחשק המיני. טמוסקיפן לרוב אינו גורם ליובש בלדן [13-15]. שיעור של 25%-30% מהחולות בליקמיה או במחלת הודג'קין לימפומה מדווחות על פגיעה בתפקוד המיני [16]. במצבים שבהן מתפתחת "מחלת השתל נגד המאכסן" בלדן, התסמינים יהיו: גרד בערייה או הלדן, הפרשה מרובה, התכייביות והיצרות הלדן [17]. במחקר שנערך בקרב נשים שחלו בסרטן החלחולת וטופלו, הודגם כי רק 32% מהנשים נשארו פעילות מינית מתוך 61% שהיו פעילות לפני הטיפול. כמו כן שכיחות הפגיעות כפי שדווחה הייתה 41% ירידה בחשק המיני, 29% ירידה בעוררות המינית, 56% היעדר סיכה בלדן, 35% פגיעה היכולת להגיע לאביונה וכ-46% התמודדות עם דיספרוניה (כאבים בזמן חדירה). נוסף על הקשיים הגופניים בתפקוד, נוספו ירידה בהערכה העצמית ובדימוי העצמי, בעיקר בנוכחות סטומה או כתוצאה מנוכחות הצלקת עצמה. קבלת או דחיית בן או בת הזוג לא נבדקו [5]. למרות שתפיסת היסוד במיניות מתייחסת לגוף כאל מכלול דימוי מושלם,

טבלה 1:

שיעור המטופלים שדיווחו על הפרעה מסוימת בתפקוד המיני לאחר סוגי הטיפולים השונים בסרטן הערמונית, החל מטרום ניתוח ועד 24 חודשים אחריו

אינ אונות	כריתת הערמונית					קרינה חיצונית					קרינה פנימית				
	שיעור המטופלים עם קושי טרום ניתוח	לאחר 2	לאחר 6	לאחר 12	לאחר 24	שיעור המטופלים עם קושי טרום טיפול	לאחר 2	לאחר 6	לאחר 12	לאחר 24	אחוז המטופלים עם קושי טרום טיפול	לאחר 2	לאחר 6	לאחר 12	לאחר 24
14	88	80	67	58	37	52	56	57	60	30	51	50	48	51	
12	62	51	45	42	32	47	53	52	50	24	49	44	38	45	
17	90	84	75	64	48	63	62	64	66	36	58	58	54	56	
10	83	75	60	51	30	46	48	51	51	24	42	47	40	44	
12	83	74	61	53	34	50	54	53	58	28	47	48	43	46	
12	59	59	50	43	18	28	30	29	37	18	34	34	29	30	

*זקפה חלשה – זקפה שאינה מספיקה לחדירה.

** זקפה שאיננה נענית – זקפה כתגובה לגירוי בפחות מ-50% מהפעמים בהם היה גירוי.

כימותרפיה: לכימותרפיה השפעה ניכרת על התפקוד המיני (טבלה 2) ועל הדימוי העצמי, והשלכותיה גורמות לפגיעה בזהות המינית ובהערכה העצמית של האדם. נשים העוברות כימותרפיה מתמודדות עם השפעות לוואי קשות כמו בחילות והקאות, עייפות, נשירת שיער כלל גופית, עליה או ירידה במשקל, מתקשות לעיתים לתפקד כנשים, וחוששות שהמצב ישנה את מעמדן במערך הזוגי משפחתי. גברים המתמודדים עם תופעות אלו חוששים להיות לא רלוונטיים לבת הזוג ולתא המשפחתי. השפעות עקיפות על התפקוד המיני כוללות פגיעה במערכת העצבית האוטונומית, המתבטאת בנימול ובחוסר רגישות למגע של קצוות אברי גוף; תיתכן פגיעה ביכולת הפרשת ססטוסטרון מהאשכים. קיימים טיפולים הפוגעים במערכת החיסון (ניטרופניגה ותרומבוציטופניגה). במצבים אלו מומלץ להמנע מקיום יחסי מין בחדירה [22] או עם קונדום. מטופלים שבעבר לקו בשלבתק עלולים לסבול מהתפרצות מחלה זו בשנית. בנשים, עלולים חלק מהטיפולים בכימותרפיה להשפיע על השחלות ובכך למנוע הפרשת הורמונים המשפיעים על החימוד באופן ישיר או עקיף. תרופות הפוגעות בריריות הגוף עלולות לגרום ליובש לדני המוביל לכאב ולצריבה בזמן חדירה. דלקות בלדן שכיחות בזמן כימותרפיה (טבלה 3). ייצור הורמוני המין הנשיים בשחלה נפסק לעיתים בהשפעת הכימותרפיה. רמות אסטרוגן נמוכות גורמות לדילדול רירית הלבדן והשריר החלק שבדפנותיו. כתוצאה מכך עשויים להתפתח כאבים בזמן חדירה, ירידה בסיפוק המיני ובמידת החשק המיני [23]. ססטוסטרון אחראי על החימוד המיני, האביונה והתחושה באברי המין. ירידה ברמתו עלולה לפגוע בכל ה"ל" ובנוסף לגרום לאובדן שיער הערווה, לדלדול רירית הלבדן ולתחושה כללית ירודה [21]. כל אלו משפיעים לרעה על ההתנהגות והקוגניטיבית והרגשית של הנשים. יש נשים המסתגלות ויש שחוות

גינקולוגיים יכולה הפגיעה לכלול התקצרות אורך הלבדן, עלול להתפתח כאב על בסיס ירידה או היעדר חומר סיכה, לייפת והצטלקות הלבדן [2] (טבלה 3). כאשר מתבצעת כריתה זו צדדית של השחלות, עולה רמת הסיכון למין המלווה בכאבים ובאובדן התענוג הארוטי. ימצאו שינויים הורמוניים, פגיעה עצבית ופגיעה בכלי דם באזור האגן [18]. בגברים, עלולים ניתוחים נרחבים באגן לפגוע במקלעת הערמונית ולהוביל לאין אונות. בסרטן האשך ובניתוחי סרטן החלחולת, עלולה כריתת בלוטות אחור-צפקיות להוביל לכישלון בשפיכה. בניתוחים לכריתת הערמונית, נמצא כי גם שנתיים ממועד הניתוח, מתמודדים כ-58% מהמטופלים עם אין אונות (טבלה 1), אולם נשמרת היכולת להגיע לאביונה – נתון שרבים מהמטופלים ובנות זוגם אינם מודעים לו.

קרינה: רקמות הסופגות מינונים גבוהים של קרינה עלולות לפתח תהליכי הצטלקות ולייפת, וכתוצאה מכך לאבד מגמישותן. קרינה לאזור האגן בגברים עלולה לגרום לבעיות זקפה. הצטלקות הגופים המחילתיים ודפנות כלי הדם המספקים דם לאיבר המין אינם מאפשרים זרימה תקינה בזמן זקפה. במחקר שנבדק בו 1,201 מטופלים ו-625 בנות זוג, הודגם כי 52% מהמטופלים לקו באין אונות. כעבור חצי שנה נוספו 4% (טבלה 1). נתונים אלה קיימים בקרב מטופלים שקיבלו טיפולי קרינה פנימית (ברכיטרפיה) (טבלה 1). בנשים, לטיפול בקרינה לאגן יש השלכות על תפקוד הלבדן, קיימת היצרות וירידה בגמישותו, ביכולת התחושה וההנאה, לעיתים מופיע דימום לאחר קיום יחסי מין, אובדן הלחות הלבדנית שמוביל לכאבים בזמן קיום יחסי מין, וצריבה. נשים שהחלימו ממחלת הסרטן דיווחו על התועלת שבמאמנים לדניים [18]. למרות מיעוט מחקרים פרוספקטיביים בתחום, רווחת הדעה שהדרכת נשים על מאמנים לדניים מונעת היצרות והידבקויות בלבדן מיד בתום הטיפול ועד שנה לאחר מכן. עובדה זו מאפשרת בדיקה גינקולוגית וקיום יחסי מין בחדירה ללא כאב.

טבלה 2:

כימותרפיה על פי קבוצות, והשפעתן הישירה והעקיפה על התפקוד המיני

קבוצת תרופות	סיבוכים
Alkylating agents Antimetabolites Antitumor antibiotics	מיעוט זרע, היעדר זרע בנוזל הזרע, אין אונות, כישלון שחלתי - אל ווסת, יובש לדני ודיספרוניה.
Plant alkaloids Vinblastin Vincristin	ירידה בחשק המיני, כישלון שחלתי - אל ווסת, יובש לדני ודיספרוניה, אין אונות, תיתכן שפיכה אחורנית.
Miscellaneous agents Aminoglutethimide • Androgens • Antiandrogens • Antiestrogens • Corticosteroids • Estrogens • Goserelin acetate • Interferon • Procarbazine • Progestins •	<ul style="list-style-type: none"> • מחזור ווסת לא סדיר, חטטת - ירידה בדימוי גוף • זכרור • ירידה בחימום, אין אונות • גניקומסטיה, אין אונות • אין אונות זמנית • גניקומסטיה, חטטת - ירידה בדימוי גוף • אין אונות • אל ווסת, כאבים באגן המגבילים תנועתיות ותנוחות • אל ווסת, מיעוט זרע, היעדר זרע בנוזל הזרע, כישלון שחלתי, אין אונות • מחזור ווסת לא סדיר, שינויים בחימום, זכרור (בנשים)

Sexual and reproduction dysfunction by L. Kerbs, in S.L. Groenwald, M.H. Frogge, M. Goodman, and C.H. Yarbro (Eds.), *Cancer Nursing: Principles and practice* (5th ed.), 2000, p. 841, Boston: Jones and Bartlett Publishers. www.jbpub.com. Copyright 2000 by Jones and Bartlett Publishers.

את מידת השותפות הנדרשת משני בני הזוג למעורבות בהתמודדות. קיימת נטייה של בן או בת הזוג החולה לשאת בתחושת אשמה על הקשיים המיניים שנגרמו לבני הזוג, "זה בגללי", "הבעיה אצלי", בעוד שבתהליך השיקום המיני נדרשים שני בני הזוג על מנת להשיג הצלחה ושביעות רצון. רק לעיתים נראה הבנה כי הקושי האובייקטיבי גורם לקושי עבור שניהם. לרוב בן או בת הזוג נושאים בעול הפרנסה, הבית והטיפול בחולה. על הרופאים המטפלים להיות ערים להפרת האיזון הזוגי ולכוון לסיוע חיצוני, על מנת שבן הזוג הבריא יוכל לראות במטופל בעתיד מושא לתשוקותיו. אל לנו להתעלם מהעובדה שקושי בתפקוד מיני הנובע מהטיפול או המחלה פוגע לא רק באיכות חייו של המטופל, אלא גם באיכות חייו של בן הזוג הבריא, עד כדי התפתחות תסמינים כמו ירידה בחשק המיני, או זקפה חלשה יותר מחשש לגרום לכאב או נזק. חובה על הרופאים המטפלים להתייחס לסוגיות כמו קיום יחסי מין במהלך הכימותרפיה והקרנה ולאחריו, גם אם יש ליזום העלאת נושאים אלה, ולסייע לבני הזוג להתמודד עם מיתוסים או מידע שגוי בתחום.

אבחנה: כאשר קיים מצב פוטנציאלי לפגיעה בתפקוד המיני, חשוב ביותר לקיים ראיון אישי עם המטופל ובת זוגו (ולהפך) באופן זוגי או פרטני. הנקודות העקרוניות הן יכולתו של המטופל לחוות תשוקה, עוררות מינית והשגת אביונה, שכיחות החשק הספונטני למין, היכולת לחוש סיפוק מיני מגירוי מיני, היכולת להשיג זקפה ולשמרה, מידת הלחות בלדן, אופן הגירוי הנדרש על מנת להשיג אביונה. אם קיימים כאבים באיזור הערייה יש לאפיינם: מיקום, גורם, שכיחות ומתי החלו. ברור טיפולים ותרופות המשפיעות באופן ישיר על המיניות, בדיקה גופנית לבריור שינויים אנטומיים. כמו כן נדרשות בדיקות מעבדה, נוסחת תאי דם מלאה, כולל רמת שומנים (לשלו סכרת ודיסליפידמיה), בירור הורמוני FSH, LH, רמת פרולקטין ורמת טסטוסטרון (Total, Free) ההתמקדות בסרטן ומיניות לא תכלול עיסוק בנקודות הבאות: עימותים בחיי

פגיעה גוברת הגורמת לדחק, דיכאון וחרדה המחמירים מצידם את הפגיעה המינית הקיימת ממילא מעצם המחלה ומהבשורה אודותיה [24]. בחולים שטופלו בכימותרפיה נמצא, כי בעיות בתפקוד המיני מופיעות כשלושה חודשים מתחילת הטיפול, ובתוך כשנתיים של מעקב קיימת חזרה לתפקוד תקין [25].

טיפולים הורמונליים: עלולים לגרום לבעיות ישירות ועקיפות בתפקוד המיני של המטופלים. פגיעה בהורמוני המין עשויה להשפיעה על תפקוד איברי המין עצמם. תרופות מסוג חוסמי ארומטז "Selective estrogen receptor modulators", כגון Tamoxifen ניתנות לעיתים קרובות כטיפול בסרטן השד. תרופות אלה גורמות לשינוי במאזן ההורמוני, שעלול להחמיר סימני חדילת-אורח. השפעות הלוואי של טיפול בטמוקסיפן נקשרו לדיוחים על יובש בלדן ו/או הפרשות לדניות, רגישות יתר בלדן, שינויים באביונה ובחשק. בעבודות שנעשו לא הצליחו החוקרים לזהות באופן מוחלט מה במנגנון הפעולה של הטמוקסיפן (ותרופות הפועלות במנגנון דומה) פוגע בתפקוד המיני. מעכבי ארומטז (Letrozole, Anastrozole, Exemestane) חוסמים את הפיכת הטסטוסטרון לאסטרוגן ובנוסף מפחיתים את רמת ה-Circulating estradiol. למרות התרומה החיובית למטרת הטיפול בסרטן השד – חלק מתוצאות הטיפול מתבטאות בהשפעות לוואי בלתי רצויות כמו החמרה של תופעות חדילת-אורח. נדרשות עבודות אקראיות מבוקרות המכוונות בלעדית להשפעה של קבוצת תרופות אלה על התפקוד המיני [2].

גברים המטופלים במחלה מתקדמת של הערמונית ומקבלים טיפול הורמוני משלים Anti LHRH agonist, GnRh agonist androgen, הגורם לערכי טסטוסטרון נמוכים ביותר, מתמודדים עם היעדר חשק מיני, פגיעה ביכולת להשיג זקפה, קושי לחוות אביונה, לעיתים רגישות בשיניים ושגשוג רקמת השד, שינויים במצבי רוח וחינוניות (Vitality) פחותה, דיכאון וירידה קוגניטיבית. בחולים אלו, הורדת רמות הטסטוסטרון איננה השפעת לוואי, כי אם מטרה. גברים אלו מדווחים על תחושות קשות של "פחות מגבר", ירידה בדימוי עצמי ובהערכה עצמית.

השלכות פסיכולוגיות

פגיעה באברי מין עלולה להוביל להכחשת המיניות, לפגיעה בתחושת הבעלות והשליטה על הגוף, ולרתיעה מכל הקשור למין, ממיניות ומעונג [26]. מחלה כרונית מהווה גורם מתח בין בני זוג, אולם למחלת הסרטן מאפיינים הגורמים לה להיות מקור מתח גבוה במיוחד. המחלה משפיעה גופנית, רגשית וחברתית. בשלבים הראשונים המחלה לרוב חדה, ולכן חיי החולה משתנים במהירות עם האבחון. חוסר הוודאות, חשש מכישלון הטיפול ומהישנות המחלה, דאגה מהשפעות הלוואי והתבטאותן, והפחד ממוות – כל אלה מעמידים בפני הפרט והזוג מתחים משמעותיים המחייבים התמודדות מצד שניהם. עבור חלק מהזוגות מהווה מחלת הסרטן גורם מחזק לקשר [27]. בראיונות שנערכו עם נשים שנרפאו ממחלת הסרטן אמרו רבות מהן, כי הן נטו לסמוך על בן-זוגם שיפעל לשמר ולשחזר את היחסים שהיו להם טרם מחלתן. אחרות דיווחו על רגשי אשמה שמלווים אותן עקב היותן עסוקות במלחמה על חייהן, אשר במהלכה דחקו את היחסים עם בן הזוג לעדיפות נמוכה. מעטות הודו בדבר הקושי לדון בנושא המין עם בן הזוג או עם הרופאים שטיפלו בהן, או בדרכים לשפר ולקדם את התשוקה, הפנזיות המיניות ויחסי המין עצמם. נשים דיווחו לא רק על מידת המחויבות שלהן לשימור היחסים, אלא גם על עצם הרצון שלהן "לרצות את זה שוב" [28]. חשוב להבין

טבלה 3:
השפעת סוגי הטיפול השונים על התפקוד המיני

הטיפול והפגיעה בתפקוד המיני בגברים		הטיפול והפגיעה בתפקוד המיני בנשים	
<ul style="list-style-type: none"> פגיעה בציר ההורמונלי, ירידה בטסטוסטרון, ירידה בחשק המיני, אין אונות פגיעה עיצבית היקפית הגורמת לירידה בתחושה בקצוות אברי גוף 	כימותרפיה	<ul style="list-style-type: none"> פגיעה שחלתית: חדילת אורח, יובש לדני, ירידה בחשק המיני, קושי להגיע לעוררות מינית ואביונה * אינו מהווה תחליף לאמצעי מניעה 	כימותרפיה
<ul style="list-style-type: none"> ירידה בחימוד, אין אונות, גניקומסטיה, שינוי במצבי רוח ובדימוי גוף 	טיפול הורמונלי	<ul style="list-style-type: none"> יובש לדני, דיספרוניה, ירידה בחימוד, גלי חום, כאבים בשדיים לעיתים הפרשות מרובות (בטמוקסיפן) * אינו מהווה תחליף לאמצעי מניעה 	טיפול הורמוני
<ul style="list-style-type: none"> פגיעה באספקת דם לגופים המחילתיים: קושי בעוררות (זקפה), קושי להשיג אביונה, צריבה במתן שתן ובשפיכה, כאבים בזמן העוררות (זיקפה) 	קרינה חיצונית ופנימית לאזור האגן	<ul style="list-style-type: none"> היצרות והידבקויות לדניות, כאבים בזמן קיום יחסי מין בחדירה, אבדן רגישות באזור הערייה שיכול לגרום לפגיעה בחימוד, בעוררות ובאביונה 	קרינה חיצונית ופנימית לאזור האגן
<ul style="list-style-type: none"> פגיעה במיקלעת הערמונית (Prostatic plexuse) אין אונות, היעדר שפיכה 	ניתוחים נרחבים באגן	<ul style="list-style-type: none"> ירידה בדימוי גוף יובש לדני, ירידה בחימוד, ירידה בעוצמת האביונה או אובדן היכולת להשיג אביונה פגיעה עיצבית המובילה לירידה בתחושה 	ניתוחים גינקולוגיים
<ul style="list-style-type: none"> כישלון בשפיכה 	כריתה של אשך והוצאת בלוטות Retroperitoneal	<ul style="list-style-type: none"> ירידה בדימוי גוף, ירידה בגירוי ובעוררות האירוטית באזור השדיים והפטמות 	כריתת שד מלאה
<ul style="list-style-type: none"> ירידה בחשק המיני, ביכולת להשיג זקפה ואביונה 	כריתה של החלחולת Abdominoperineal resection	<ul style="list-style-type: none"> ירידה בחשק המיני בכ־28% בכ־21% נימול באיזור אברי המין ודיספרוניה 	כריתת שאתות בכרכשת (המעמי הגסט)
<ul style="list-style-type: none"> נוסף על האמור, ירידה בדימוי גוף ובהערכה העצמית, המנעות ממגע מיני מחשש לריחות או תאונות בזמן קיום יחסי מין 	ניתוחים עם פיוס בדופן הבטן	<ul style="list-style-type: none"> נוסף על האמור, ירידה בדימוי גוף ובהערכה העצמית, הימנעות ממגע מיני מחשש לריחות או תאונות בזמן קיום יחסי מין 	ניתוחים עם פיוס בדופן הבטן
<ul style="list-style-type: none"> תרופות לכאב, לדיכאון וחרדה - מדכאות חשק ומפחיתות יכולת להגיע לאביונה 	טיפול תרופתי נלווה	<ul style="list-style-type: none"> תרופות לכאב, לדיכאון וחרדה - מדכאות חשק ומפחיתות יכולת להגיע לאביונה 	טיפול תרופתי נלווה

ניתוחים

*Martinez, L. Woman to Woman: Cancer and Its Impact on Female Sexuality and Intimacy. Women's Sexual Health Journal, 2008; 18.
 *Schover LR et al. Sexuality and chronic illness a comprehensiv approach. 1988 the guilford press A division of guilford publications, Inc. p 216-229
 *Lamb MA. Effects of cancer on the sexuality and fertility of women. Semin Oncol Nurs. 1995 May;11(2):120-7.

המינים כתוצאה מהטיפול בסרטן או כתגובה לנטילת משככי כאבים אופיאודיים. בגברים, טיפול בטסטוסטרון מתאפשר אם לא קיימת סכנה לחלות בסרטן הערמונית, במטרה לשפר אין אונות כשרמות ההורמון נמוכות.

רוב הטיפולים המוצעים היום לפתרון בעיות בתפקוד המיני בנבר שחלה בסרטן, מבוססים על הניסיונות להשיג זקפה וכוללים 4 פתרונות רפואיים עיקריים:

תרופות פומיות PDE 5 בעלות טווח פעילות שונה – מנגנון פעילות התרופות מחייב מנגנון עצבי תקין ולכן במצבים של פגיעה עצבית פוחתת יעילות התרופה.

טיפול במכשיר ואקום – פתרון שאינו פולשני, כמעט ללא השפעות לוואי. אולם הוא מצריך שיתוף פעולה של בן או בת הזוג. לעיתים נדרשים מספר ניסיונות להשגת הצלחה מרבית.

זריקות לאיבר המין – המטופל מודרך על ידי הרופא לבצע את הפעולה, לאחר מכן מזריק באופן עצמאי. מידת שביעות הרצון מפתרון זה היא גבוהה.

השתלת תותב – פתרון בלתי הפיך, ולכן יש לשקלו בכובד ראש. בנשים, כאמור, הירידה בחשק המיני שכיחה ביותר במהלך הטיפול בסרטן ולאחריו. טיפול חלופי באסטרוגן, מערכת ומקומי,

הנישואים, בעיות כלכליות, היסטוריה של טראומה מינית או רגשות אשם הקשורים בתפקוד המיני [3].

התערבות רפואית: הרופא המטפל צריך להיות בעל ידע מיני ואונקולוגי המשולב בעדינות, רגישות הקשבה ותשומת לב לדברי המטופל. לצורך כך לרשות הצוות המטפל דגם ה-PLISSIT [20]. הדגם מבוסס על 4 רמות התערבות: הרשאה – Permission, מתן לגיטימציה לדון במיניות (גם בהקשר של חולי), מידע מוגבל – Limited Information, מתן מידע חיוני המוגבל לבעיה המסוימת של אותו מטופל, הצעות מסוימות – Specific sugestion, הצעה לשינוי התנהגותי כמו תנוחה שונה, שימוש בחומרי סיכה, טיפול "נמרץ" – Intensive therapy, טיפול מעמיק על ידי מטפלים מיניים. על פי דגם זה, ככל שעולה רמת הטיפול, נדרשת מיומנות גבוהה יותר של המטפל. בזמן המחלה והטיפול צריכים להילקח בחשבון המשתנים הבאים: שינויים הורמונליים, תזמון ההתערבות לטיפול PDE5 (Phosphodiesterase 5 inhibitor) – Vardenafil, Tadalafil, Sildenafil. כמו כן, לאחר טיפול הקרינה לאגן, יש להמליץ על טיפול בחומרי סיכה והדרכה על הסתייעות במאמנים לדניים. אחת הבעיות העיקריות שניתן למצוא בקרב שני המינים היא אובדן החשק למין במהלך הטיפול בסרטן ולאחריו. רמות הסטוסטרון עשויות לרדת בקרב שני

להתמודד עם עולם מונחים הישגי, בריא, צעיר ומושלם. הסתייעות בסרטים רומנטיים או אירוטיים, ספרות קלה, או הסתייעות באביזרים שונים המקובלים על שני בני הזוג, יכולה אף היא להעצים את הקיים. האמצעים הללו יכולים לאפשר למטופלים ובני או בנות זוגם לאמץ מיניות ואינטימיות, חדשה או שונה, שייתכן ובעבר לא התאימה, והיום מהווה דווקא הזדמנות נפלאה לגיוון והתנסות יצירתית ומעניינת, שאיננה פחותה מזו שהיתה קודם לכן ואולי עולה עליה. קיומן של קבוצות תמיכה בנושא מיניות מאפשר למטופלים לדון בבעיות ובדרכי פתרון, תוך שהם מתייעצים בפתחות, ללא בושא ובפחות מעצורים באפשרויות ובשיטות לפתרונות אפשריים לבעיות שעולות, ובתורמה להחלמה מלאה וחזרה לחיים מלאים ופעילים.

לסיכום

חולי סרטן חיים כיום חיים ארוכים ומספקים יותר. מאידך, הם נתקלים בבעיות רבות הקשורות לאיכות החיים. למרות שטיפולים מיניים סטנדרטיים הוסבו לא אחת לטיפול בבעיות דומות בתחום האונקולוגי, הרי שניסויים ותוצאות קליניות פרוספקטיביות חסרים עדיין. עלינו, הצוות המטפל, להיות ערים לכך, להתמקצע במתן הדרכה, הכוונה ומידע העוסקים במיניות, אינטימיות וסרטן, ובכך לאפשר למטופל ובן או בת הזוג לפתח תקשורת פתוחה ויעילה בנושא כחלק מההתמודדות, מהחלמה ומאיכות החיים.

מחבר מכותב: שרון פלג נשר

מרכז רפואי טוראסקי
 המערך לאונקולוגיה
 ויצמן 6, תל אביב
 טלפון : 03-6974164
 בקס : 03-6974944
 דוא"ל : pelegnesher@yahoo.com

ביבליוגרפיה

<p>1. American Cancer Society (2007). <i>Cancer facts and figures</i>. www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_lx_Cancer_Facts_and_Figures_2008.asp</p> <p>2. Krychman ML, Pereira L, Carter J & al, <i>Sexual oncology: sexual health issues in women with cancer</i>. <i>Oncology</i>, 2006;71:18-25. Epub 2007 Mar 9.</p> <p>3. McKee AL Jr & Schover LR, <i>Sexuality rehabilitation</i>. <i>Cancer</i>, 2001; 92(4 Suppl): 1008-1012.</p> <p>4. Dahl AA, Bremnes R, Dahl O & al, <i>Is the sexual function compromised in long-term testicular</i></p>	<p><i>cancer survivors?</i> <i>Eur Urol</i>, 2007;52:1438-47. Epub 2007 Mar 1.</p> <p>5. Hendren SK, O'Connor BI, Liu M & al, <i>Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer</i>. <i>Ann Surg</i>, 2005 ;242:212-23.</p> <p>6. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I & al, <i>Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study</i>. <i>Ann Intern Med</i>, 2003;139:161-8.</p> <p>7. Sanda MG, Dunn RL, Michalski J & al, <i>Quality of life and satisfaction with</i></p>
---	---

הוא מרכיב עיקרי עבור נשים עם פגיעה בתפקוד המיני. עוררות נשית, היקפית או מקומית, באיברי המין, תלויה ברמות אסטרוגן ולעיתים גם ברמות הורמון אנדרוגני. טיפול הורמוני חילופי מערכתית יכול להינתן באופן פומי או בספיגה בעור. בנשים ללא פגיעה ברחם מקובל להוסיף פרוגסטין לטיפול. עם חשיפת נתונים המחקרים בנושא טיפול הורמוני חלופי, גברה הדאגה מהקשר שנמצא בין טיפול זה לבין עלייה במחלות קרדירוסקולריות ובהיארעות סרטן שד. על הנשים לקבל ייעוץ בהתייחס לסיכונים ממשיים אלה כאשר מומלץ להן טיפול הורמוני חלופי. מתן טסטוסטרון לנשים בעלות ערכים נמוכים שנוי במחלוקת. משנת 2005, אין המלצה של FDA לטיפול באנדרוגן או בתכשירים המיועדים לגברים, מאחר שנגרמות השפעות לוואי קשות מטיפולים אלה [2]. במחקר שנערך בקרב נשים שחלו בסרטן (בעיקר שד) ודיווחו על ירידה בחשק המיני, לא נמצא כל יתרון בטיפול בטסטוסטרון לתת עור (במדבקה) [15]. לעומת זאת, במאמר של Kingsberg וחב' [29] הומלץ לשקול מתן טסטוסטרון לנשים הנמצאות בגיל חדילת אורח (באופן טבעי או כתוצאה מכימותרפיה-קרניה), בעקבות דיווח על שבעות רצון ועלייה בסיפוק המיני [29]. לפי נתונים אלו, יש לשקול כל מקרה לגופו, תוך התייחסות לעובדה שהבטיחות בטיפול באנדרוגנים באוכלוסיית חולי-סרטן לא נבדקה כראוי.

Bupropion, תרופה מסוג Dopamine agonist anti – depressant, נמצאה כמשפיעה לטובה על העוררות המינית: היא גורמת להשלמת אביונה (Orgasm completion) ולשבועות-רצון מינית בנשים. קיימות השפעות-לוואי לתרופה, כגון: נדודי-שינה, אי-שקט, עליה קלה עד בינונית בערכי לחץ-דם והורדת הסף להתכווציות. תרופה נוספת היא טבלייה בספיגה לדנית Beta – estradiol 17 (מכילה כמות אסטרוגן מזערית) המיועדת לטיפול מקומי ב-Atrophic vaginitis. נשים דיווחו על נוחות בשימוש [2]. יש להמליץ לנשים עם יובש בלדן על חומר סיכה המתאם למחלה ולטיפול. נשים המקבלות קרינה לאזור האגן או נשים שחלו במחלת השתל כנגד המאכסן באיזור הלדן, יש להפנות להדרכה במאמנים ולהמליץ על חומר סיכה על בסיס מים, כדי למנוע היצרות והידבקיות.

התערבות סיעודית: התפקוד והסיפוק המיני השתפרו בנשים שטופלו בסרטן השד, לאחר התערבות במפגש יחיד עם אחות והמשך מעקב טלפוני [16].

דגם ה-BETTER הוא כלי חדשני המאפשר התערבות במיניות חולי הסרטן. ההסתייעות בדגם מעלה את מודעות הצוות והמטופלים למיניות ואינטימיות כחלק מאיכות החיים [30]. שלבי הדגם: **Bringing** – הבאת הנושא למודעות; **Explaining** – הסבר כי מיניות היא חלק מאיכות חיים; **Telling** – מסירת מקורות מידע וסיוע שבהם יוכל המטופל להיוועץ במסגרת המערך הטיפולי או הקהילה; **Timing** – תזמון ההתערבות, כאשר המטופל פנוי גופנית ונפשית; **Recording** – רישום ודיווח בתיק המטופל, כמו נושאי הדרכה מגוונים אחרים. היכולת לשמר, לייצר, לטפח ולהעצים אינטימיות בתקופה זו תלויה במידת שיתוף הפעולה של הפרט עצמו עם בן או בת הזוג, ומידת הפרטיות והתמיכה שיכולים בני הזוג לקבל מהסביבה, בעיקר כאשר יש ילדים קטנים בבית. המלצות פשוטות כמו "פרידה מהספונטניות" וקביעת זמנים מוגדרים מראש לאינטימיות, מאפשרים למטופל להגיע למקום זה מאוזן מבחינת כאב, נקי (בעיקר מטופלים בעלי פיוס בדופן הבטן או בצוואר) וללא גורמי דחק סביבתיים. מתן לגיטימציה לקיום מגע מיני מספק ומהנה ללא התמקדות באיברי המין עצמם, אלא בחוויה, בנתינה ובקבלה, באדם עצמו כמכלול, עשוי להפחית מהמתח והתסכול שחווים המטופלים אשר צריכים

- outcome among prostate - cancer survivors. *N Engl J Med*, 2008; 358: 1250-61.
8. Coogan CL, Hejase MJ, Wahle GR & al, Nerve sparing post-chemotherapy retroperitoneal lymph node dissection for advanced testicular cancer. *J Urol*, 1996;156:1656-8.
 9. Jacobsen KD, Ous S, Waehre H & al, Ejaculation in testicular cancer patients after post-chemotherapy retroperitoneal lymph node dissection. *Br J Cancer*, 1999;80:249-55.
 10. Howell SJ & Shalet SM, Fertility preservation and management of gonadal failure associated with lymphoma therapy. *Curr Oncol Rep*, 2002;4:443-52.
 11. פלגינשר ש', סרטן השד, ומיניות - כדו קיום. במה 2002; 13: 122-124
 12. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE & al, Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst*, 2000;92:1422-9.
 13. Mourits MJ, Böckermann I, de Vries EG & al, Tamoxifen effects on subjective and psychosexual well-being, in a randomised breast cancer study comparing high-dose and standard-dose chemotherapy. *Br J Cancer*, 2002;86:1546-50.
 14. Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ & al, Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 1995;75:54-64.
 15. Schover LR, Premature ovarian failure and its consequences: vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. *J Clin Oncol*, 2008;26:753-8.
 16. Kornblith AB, Herndon JE 2nd, Weiss RB & al, Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 2003;98:679-89.
 17. Zantomio D, Grigg AP, MacGregor L & al, Female genital tract graft-versus-host disease: incidence, risk factors and recommendations for management. *Bone Marrow Transplant*, 2006;38:567-72.
 18. McKeal PL, Intimacy and sexuality after cancer. *Women's Sexual Health J*, 2008; 18: 2-4.
 19. Weijmar Schultz WC, Van De Wiel HB, Hahn DE & al, Psychosexual functioning after treatment for gynecological cancer: an integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines. *Int J Gynecol Cancer*, 1992;2:281-290.
 20. לוריא מ', הפרעות בתפקוד המיני בקרב נשים: הגדרות, אפידמיולוגיה, איבחון וטיפול. הרפואה, 2004; 143 (י"א) 806-810
 21. אברבנאל י' וירבינסון ד', הפרעות בתיפקוד המיני בנשים. הרפואה, 2004; 143: 426-430
 22. Graziottin A & Basson R, Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause*, 2004;11 (6 Pt 2):766-77.
 23. Shell JA, Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: sexual dysfunction. *Oncol Nurs Forum*, 2002; 29:53-66.
 24. Nelson JP, Struggling to gain meaning: living with the uncertainty of breast cancer. *ANS Adv Nurs Sci*, 1996;18:59-76.
 25. Fosså SD, de Wit R & Roberts JT, Quality of life in good prognosis patients with metastatic germ cell cancer: a prospective study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Genitourinary Group/ Medical Research Council Testicular Cancer Study Group (30941/TE20). *J Clin Oncol*, 2003;21:1107-18.
 26. Tepper MS, Sexuality and disability: The missing discourse of pleasure. *Sexuality and Disability*, 2000; 18:283-290.
 27. Hordern A, Intimacy and sexuality after cancer: a critical review of the literature. *Cancer Nurs*, 2008;31:E9-17.
 28. Bolte S, Cancer and sexuality. *Womens Sexual Health J*, 2008; 18: 4-5.
 29. Kingsberg SA, Simon JA & Goldstein I, The current outlook for testosterone in the management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *J Sex Med*, 2008 (5 Suppl) 4:182-93; quiz 193.
 30. Mick J, Hughes M & Cohen MZ, Using the BETTER Model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs*, 2004;8:84-6.

כרוניקה

הבסיס המולקולתי של הגנה על הלב על ידי תה ירוק



7 ימים הוקרבו החולדות והלבבות נשמרו בתאי זילוח. הפסקת הזילוח גרמה לאירוע דומה לאיסכמיה, ולאחר חידושה נמדדו משתנים שונים בלבבות החיות שקיבלו תה לעומת קבוצת בקרה.

הממצאים העלו, כי בחיות ששתו תה ירוק חלה ירידה בנזקים לשריר הלב, הופיעו יצירה ופוספירילציה ממושכת יותר של STAT3, ושפעול מופחת של STAT1, עם פחות נזק של מוות תאי מתוכנת.

המחברים הציעו, כי ממצאים אלה מצביעים על מנגנון אפשרי לפעילותו המגנה של תה ירוק על הלב.

א"י

עדויות רפואיות תומכות בהשערה שבני אדם השותים תה ירוק נמצאים בסיכון מופחת ללקות באירועי לב וכלי דם. כן ידוע, כי STAT1 ממלא תפקיד בגרימת מוות תאי מתוכנת (אפופטוזיס), ולעומת זאת STAT3 מגן על תאי שריר הלב מנזקי איסכמיה.

לאחרונה נמצא, כי תמצית תה ירוק מכילה חומרים נוגדי חמצון, ומאחר שבאירועי לב נוצרים רדיקלים חופשיים, ניסו **פאסיני** וחב' לברר האם האכלה מתמדת בתמצית תה ירוק תפחית את הנזקים הנגרמים לתאי שריר הלב (*Mediterr J Nutr Metab* 2009;2:15).

החוקרים גידלו חולדות שניזונו מברות (דיאטה) רגילה, אך כל הנזלים שקיבלו היו תמצית תה ירוק בריכוז של 1%. במשך

אונקו־סקסולוגיה - הטיפול המיני בחולי סרטן

תקציר:

למרות שמחלת הסרטן מהווה עדיין גורם מרכזי לתמותה במדינות המערב, הרי שבשנים האחרונות, לנוכח התקדמות בשיטות הטיפול, מחלת הסרטן הופכת למחלה כרונית עם שיעור מחלימים גדל והולך. מחלת הסרטן והטיפול בה משפיעים על חיי המטופל, בן או בת זוג, והסובבים אותו. עקב המחלה והטיפולים (כימותרפיה, הקרנות וניתוחים), מדווחים קשיים בתפקוד בקרב חולים במישור האישי (ברמה הפיזיולוגית והמנטלית) ובמישור הבינאישי (קשיים בזוגיות, באינטימיות ובתפקוד המיני). בעיות בתפקוד המיני מזוהות ברוב חולי הסרטן, במיוחד בקרב חולות בסרטן הקשור למערכת הגינקולוגית ובקרב גברים עם סרטן אורולוגי. למרות השכיחות הגבוהה של ליקויים בתפקוד מיני בקרב החולים האונקולוגיים, ממד זה אינו זוכה להתייחסות מקצועית וטיפולית הולמת מצד הצוות המטפל. בנוסף, החולים עצמם לרוב אינם מודעים, ואינם מקבלים מידע מספק לגבי הקשיים שהם חווים בתחום המיני ודרכי הטיפול האפשריות. מערך ההתערבות האונקו־סקסולוגי מאגד בתוכו אנשי צוות טיפוליים מדיסציפלינות שונות (רופאים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, מטפלים מיניים זוגיים, אחיות אונקולוגיות וכדו') – המתמחים במתן מענה אינפורמטיבי וטיפול מותאם בתחום המיני והזוגי, הן לחולי הסרטן והן לבני זוגם. יש צורך להגביר את המודעות בקרב רופאים, אחיות ואנשי מקצוע אחרים המעניקים טיפול לחולי סרטן ביחס לקשיים בתפקוד מיני של חולים אלו, ולהכשיר צוותים מיוחדים במרפאות לאונקולוגיה, על מנת שיוכלו לספק טיפול הולם ומותאם בתחום התפקוד המיני, וכדי לשפר ולקדם את איכות חייהם של החולים.

משה מוק^{2,1}
לנה קורץ^{3,2}
רונית רוט־חנניה¹
יעקב ממת²

¹היחידה לטיפול מיני זוגי, מרכז רפואי מאיר, כפר סבא
²היחידה לאונקו־סקסולוגיה, מרכז רפואי לניאדו, נתניה
³האגודה הישראלית למלחמה בסרטן, גבעתיים

מילות מפתח: אונקו־סקסולוגיה; מיניות; זוגיות; ליקוי בתפקוד מיני; גישה רב־דיסציפלינרית.
KEY WORDS: Onco-sexology; Sexuality; Intimacy; Sexual dysfunction; Multidisciplinary approach

הקדמה

בתפקוד המיני או אובדן התפקוד המיני בהקשר למחלת הסרטן הם נושא שכמעט ואינו מדובר כלל. ידוע כיום שבעיות בתפקוד מיני מזוהות בקרב חולים בכל סוגי הסרטן, עם שכיחות גבוהה יותר של בעיות בתחום המיני במחלות מוגדרות הקשורות לאברי המין (לדוגמה, סרטן הערמונית, שלפוחית השתן, אבר המין הזכרי והאשכים בגברים, וממאירויות בנשים הקשורות למערכת הרבייה או סרטן השד) [6]. במאבק במחלת הסרטן, הנפגעת העיקרית מעבר למצבו הבריאותי של האדם החולה היא האינטימיות. המיניות – היבט מרכזי של אינטימיות – נפגעת ישירות ובעקיפין מהמחלה והטיפול בה. תפקוד מיני לקוי יכול להתפתח כבר בשלבים הראשונים של המחלה, כתוצאה מהטיפולים בתסמיני המחלה, או להתעורר בסיום הטיפול. לא רק החולים לוקים בקשיים בתפקוד המיני; פעמים רבות אלו הם בני או בנות הזוג אשר מגיבים בירידה בתפקוד מיני לגילוי המחלה או נוכחותה אצל החולה [7]. מחקרים שנערכו בנושא העלו, כי כשקיימת זוגיות טובה ותומכת, עם הדדיות ואינטימיות ביחסים הזוגיים – נצפית הסתגלות טובה יותר של החולים והחולות למחלה ולטיפול, חלה הפחתה בתסמינים דיכאוניים מדווחים, ומתפתחת יכולת טובה יותר להתמודד עם המחלה [8].

הגורמים לליקויים בתפקוד המיני בקרב חולי סרטן

קיימים גורמים שונים המשפיעים על השינוי במיניות של חולי הסרטן: המחלה עצמה, מצב נפשי בעקבות המחלה, הטיפולים במחלה והשפעות הלוואי שלהם, ושינוי במצב הזוגיות [9].

מחלת הסרטן היא המחלה הגורמת לשיעור התמותה הגבוה ביותר במדינות המערב [1]. לנוכח התקדמות ניכרת בטכנולוגיות כירורגיות מודרניות, ושיפור משמעותי באיכות התרופות הכימותרפיות ובשיטות ההקרנה, הופכת מחלת הסרטן ממחלה סופנית למחלה כרונית, ואוכלוסיית המחלימים ממחלת הסרטן גדלה והולכת. למעלה מ-62% מהלוקים במחלת הסרטן חיים יותר מ-5 שנים במוצע לאחר גילוי המחלה והטיפול בה. כמחלה כרונית, לסרטן יש השפעה על התפקוד בתחומים רבים, ביניהם המצב הפסיכולוגי, הפסיכו־חברתי והתעסוקתי של החולה [2]. קשיים בתפקוד מיני, במיניות ובאינטימיות זוגית שכיחים מאוד בקרב חולי סרטן ומחלימים ממחלת הסרטן, ועל פי הספרות הרפואית הם נעים בין 30% ל-100% [3,4]. פעמים רבים קשיים אלו אינם מקבלים התייחסות מצד הצוות הרפואי־טיפולי. לפיכך, חולים בסרטן ושורדים של המחלה אינם מקבלים סיוע, הדרכה או טיפול במצוקתם המינית [5,4]. הקושי בתפקוד מיני – כמו גם תוצרים פסיכולוגיים ופסיכולוגיים אחרים של הטיפול במחלת הסרטן – אינם נוטים להיעלם מעצמם גם מספר שנים לאחר סיום הטיפולים – ולכן מחייבים התייחסות טיפולית מתאימה.

מיניות ומחלת הסרטן

מיניות היא חלק בלתי נפרד מחייו של האדם ויש לה חשיבות רבה בתפקודו לאורך החיים. למרות חשיבותה הרבה של המיניות, ליקויים

מבוגרים יותר, עיקר הקושי הוא תפקודי, והוא משפיע לרעה על קשרים אינטימיים קיימים [4]. 73% מהמבוגרים בטווח הגילאים 57-64 שנה ו-53% בטווח הגילאים 65-75 שנה מדווחים על יחסי מין פעילים בזמן מחלת הסרטן והטיפולים [15]. מאחר שקשיים בתפקוד מיני עקב מחלת הסרטן מתעוררים בכל קבוצות הגיל, הרי שהמודעות להדרכה בנושא המיניות בהקשר האונקולוגי צריכה להתקיים בכל אגף הבריאות.

שכיחות ליקויים בתפקוד המיני בקרב חולי סרטן

השכיחות של ליקוי בתפקוד פסיכו-מיני בקרב חולי סרטן נעה בין 30% ל-100%, בהתאם לסוג הסרטן שבו הם לוקים [16,4]. במחקרים הודגם, כי 50%-84% מהנשים עם סרטן השד חוות ירידה משמעותית בתפקודן המיני [17]. שכיחות דומה מדווחת לגבי נשים עם סרטן גינקולוגי אחר, כגון סרטן השחלות, סרטן הרחם או סרטן צוואר הרחם וכדו' [19,18]. לגבי גברים, שיעור של 70% מהחולים בסרטן הערמונית לוקים בתפקוד מיני לקוי.

קשיי התפקוד המיני השכיחים ביותר

- אובדן החשק המיני (בגברים ונשים כאחד).
- הפרעות בזקפה ושפיכה.
- כאבים בזמן מגע מיני בנשים (כולל איבוד תחושה באזורי אברי המין וירידה ביכולת להגיע לסיפוק מיני – אורגזמה).
- תשישות כללית שמקשה על החולים להיכנס לסיטואציה מינית.

מיתוסים הקשורים במחלת הסרטן ובמיניות

היעדר ידע מספק והשתרשות דעות קדומות באוכלוסיית החולים והצוות המטפל, גרמו ברבות השנים להתפתחות מיתוסים שונים בהקשר למחלת הסרטן ומיניות.

- 1. מין גורם למחלה ולצמיחתה:** מיתוס זה מתחבר לתפיסתם של חלק מהאנשים הרואים בקיום יחסי מין חטא ובמחלת הסרטן – עונש על ביצוע החטא. תפיסה זו רווחת במיוחד באנשים שהשאת הממאירה שלהם נמצאת באברי המין (אבר המין הזכרי, הערמונית, צוואר הרחם, השד וכדו'). זהו כמובן מיתוס חסר שחר, מאחר שלא קיימות הוכחות מדעיות לכך שחיי מין פעילים מגבירים את הסיכון להתפתחות מחלת הסרטן. ידוע כי סוגים מסוימים של סרטן נגרמים על ידי נגיפים העוברים במגע מיני (לדוגמה, נגיף הפפילומה – HPV, אם כי רוב האנשים הנושאים את הנגיף לא יחלו).
- 2. ויתור על יחסי מין על מנת למנוע את הישנות המחלה:** לתפיסתם של חלק מן החולים, מין הוא אומנם מקור להנאה – אך זוהי הנאה "לא בריאה". חלקם מעדיפים להקריב את חיי המין שלהם על מזבח "עתידי בריא יותר" [20]. אין ממצאים מדעיים המצביעים על כך שהתנזרות מחיי מין מבטיחה עתיד בריא לחולים או למחלימים מהמחלה.
- 3. הסרטן מדבק:** בדומה למיתוסים האחרים, חלק מהחולים סבורים כי הסרטן מדבק ועלול לעבור לבן או בת הזוג במהלך מגע מיני. סרטן אינו מדבק בשום צורה ואופן. במהלך הכימותרפיה מותר ומומלץ לקיים יחסי מין, אך כדאי להסתייע באמצעי מניעה כדי למנוע הריון. בנוסף, כמות מערית של כימותרפיה עלולה להיות מופרשת בנוזל הזרע, ולכן מומלץ קונדום.

כחלק מההתמודדות עם מחלת הסרטן – החולים צריכים לעיתים לעבור ניתוחים שבמהלכם נכרתים חלקים מאיברים פנימיים או חיצוניים – או האיבר כולו. הוויתור על אברים מסוימים תמורת חיים – משפיע על איכות החיים של החולה בהמשך, על חייו החברתיים ועל מיניותו. גם צלקת ניתוחית, ללא אובדן מלא או חלקי של איבר מסוים, מהווה הפרעה בדימוי הגוף ומזכירה לחולה את מחלתו על בסיס יומיומי. החולים נדרשים להתרגל לגופם החדש, הלא מוכר, ופעמים רבות המעוות. "הגוף החדש" בעיניו של חולה הסרטן משפיע על תפיסת העצמי שלו, ההערכה העצמית ודימוי הגוף שלו. זהו תהליך הסתגלות העלול לארוך זמן רב ואינו מסתיים תמיד בהשלמה של החולה עם גופו [10].

כימותרפיה והקרנות משפיעות אף הן בצורה הרסנית על התפקוד המיני. בקרב נשים הלוקות בסרטן גינקולוגי, לדוגמה, גורמות הקרנות באזור האגן ליושב בלדן, להצטלקויות ולהתנוונות הלבדן, וכתוצאה מכך נגרמים כאבים בזמן קיום יחסי מין. כריתת שחלות מלווה בירידה חדה ברמות אסטרוגן וטסטוסטרון, בעוד שנוכחות נמוכה של הורמונים אלה גורמת לדלדול, ליושב בלדן ולירידה בחשק המיני. השפעות הלוואי של כימותרפיה (עייפות, בחילה, הקאות) גורמות לתחושה כללית ירודה ולחוסר חשק לקיים יחסי מין. בקרב נשים צעירות עלולה כימותרפיה לגרום לתופעות של חדילת אורח (Menopause) ולליקויים בתפקוד המיני כתוצאה מכך [11]. התערבות בניתוח משפיעה אף היא על תפקודן המיני של נשים. לדוגמה, נשים שעברו כריתת חלחולת (Rectum), מדווחות לעיתים על כאב בזמן מגע מיני, המשתפר ברובן עם הזמן. גברים הלוקים בסרטן באזור האגן או באברי המין (ערמונית, שלפוחית השתן, אשכים, אבר המין הזכרי, חלחולת וכדו'), מקבלים בדרך כלל טיפול משולב (ניתוח, הורמונים, כימותרפיה ועוד). סוג הניתוח (איליאוסטומיה, קולוסטומיה, אורוסטומיה) וסיבת הניתוח (סרטן החלחולת, שלפוחית השתן), משפיעים במידה שונה על הפגיעה במנגנון הזקפה. לדוגמה, גבר שעבר ניתוח עקב סרטן החלחולת (Abdominal resection) עלול ללקות בבעיות זקפה. בנוסף, כתוצאה מהניתוח יכולות להתפתח מגוון בעיות זקפה, וכן עיוות בתפיסת הגוף והעצמי (כתוצאה מניתוח), המשפיע על ירידה בתחושת הערך העצמי. ירידה כזו עלולה בדרכה לגרום לחרדת ביצוע ולירידה בתפקוד המיני.

טיפול הורמוני ("סירוס כימי" – ירידה חדה ברמות הטסטוסטרון) עלול לגרום לירידה בחשק המיני ולאין-אונות. תופעות נלוות לטיפולים הן שינויים בדפוסי השפיכה וירידה משמעותית בחשק המיני עד כדי היעלמותו [12]. חלק מהגברים חווים את אובדן הזקפה או שינויים בה, כמצב השווה במידה רבה למוות. חלקם טוענים שהיו מוותרים על הטיפולים במחלה, לו היו יודעים שהדבר יפגע באיכות חייהם. התפקוד המיני התקין מבחינתם הוא סימן לחיים.

גברים ונשים כאחד אשר חלו בסרטן, עלולים לסבול מדיכאון או מחרדה כחלק מתהליך ההתמודדות עם המחלה. מצבים פסיכולוגיים בלתי מסתגלים אלה משפיעים לרעה על רצונם של החולים לקיים יחסי מין, ובפועל משפיעים על תפקוד המיני [13]. הקשיים בתפקוד המיני בעקבות המחלה נצפים הן בגיל מבוגר והן בגיל צעיר. נוהג להבדיל בין צעירים (Young adults) ומתבגרים (Adolescents). חלקם מגיעים לטיפול במחלקות לפדיאטריה וחלקם במחלקות למבוגרים. המחלה במתבגרים גוזלת מהם לעיתים את חוויות גיל ההתבגרות, כולל חוויות מיניות, ובעטיה עלולות להתעורר בעיות ביצירת קשר אינטימי-זוגי ומיני. חולים צעירים מדווחים לרוב על בעיית חשק, חרדות ודיכאון אשר משפיעים על התפקוד המיני [14]. בקרב חולים

לגבי חיי המין של המטופל הם חדירה לפרטיותו ושאינו זה מתפקידו לעשות זאת [25,24].

דגם להתערבות אונקור־סקסולוגית

אנשי הצוות הטיפולי: הצוות הטיפולי האונקור־סקסולוגי יכול לכלול אנשים ממגוון דיסיפלינות – צוות רב מקצועי יכול לתת מענה למגוון הקשיים שאותם חווים חולי הסרטן, המחלימים, בני הזוג ובני המשפחה. אנשי המקצוע שיכולים לתת מענה טיפולי לאחר הכשרה הם: רופא משפחה, פסיכולוג, מטפל מיני זוגי, אחות, אנדוקרינולוג, אונקולוג, פסיכיאטר, אורולוג, גינקולוג ועובד סוציאלי.

דגם ההתערבות: הייעוץ והטיפול המיני כולל התייחסות לכל ההיבטים (גופניים, פסיכולוגיים, סוציאליים וכדו') המלווים את החולה בזמן הטיפולים ואחריהם, ומסתמך על שיטות מקובלות בסקסולוגיה. דגם ה-PLISSIT [26] כולל בתוכו את המרכיבים הבאים:

- **P (Permission) – מתן לגיטימציה:** חשוב להסביר למטופל שהבעיה בעקבותיה פנה לטיפול קשורה או מהווה פועל יוצא של המצב הקיים – כלומר מחלתו ו/או הטיפולים במחלה. לאחר שיחת הבהרה ראשונה ניתן כבר להבחין בהקלה בתסמיני החרדה של המטופל ולרוב גם מוכנות להמשך טיפול.

- **LI (Limited Information) – מתן מידע מוגדר:** ממד זה מתייחס לצורך במתן מידע והסבר לחולה על מהות מחלתו, השפעתה על

- **שכיחות הליקויים בתפקוד מיני בקרב חולים אונקולוגיים ובני זוגם או בנות זוגם במהלך הטיפול ואחריו נעה בין 30%-100%.**

- **מרבית החולים האונקולוגיים (כ־85%) אינם מקבלים ייעוץ או סיוע בתחום המיני והזוגי מצד הצוות המטפל במהלך הטיפול במחלה.**

- **יש להגביר את המודעות, לקדם מיומנויות טיפוליות ולשנות גישות של צוותי הטיפול האונקולוגי, על מנת שיוכלו לתת מענה מותאם לקשיי התפקוד המיני והזוגי של החולים.**

יכולים להיעלם לגמרי או לפחות להשפיע במידה פחותה לאחר סיום הטיפול).

- **SS (Specific Suggestions) – מתן עצות ממוקדות:** הצוות המטפל יכול לתת למטופל מגוון עצות ממוקדות ורלבנטיות שמטרתן התמודדות סתגלנית יותר עם התסמינים השונים ו/או העלמתם באופן חלקי או מלא. (לדוגמה: לנשים העוברות כימותרפיה, ניתן להמליץ על מריחת משחת אסטרוגן מקומית וג'ל על בסיס מים בזמן מגע מיני, על מנת למנוע כאבים עקב היובש; נשים שעוברות קרינה באזור הלדן צריכות לקבל הדרכה על הסתייעות במאמנים לדניים לצורך מניעת היצרות הלדן). באופן כללי, חשוב להסביר למטופלים את מושג ה"גמישות המינית", שמשמעו לימוד שיטות התעלסות ותנוחות חדשות שבהן ירגישו בנוח יותר. כאשר נפגעת האינטימיות הזוגית (עקב מצב נפשי ירוד של אחד או שני בני הזוג,

4. **קיום יחסי מין "מעייף" ולכן עלול להזיק:** ידוע, כי לטיפול במחלת הסרטן השפעות לוואי שונות, ביניהן תשישות רבה. חלק מהמטופלים חשים קושי לקיים יחסי מין באותה תכיפות שבה קיימו יחסי מין טרם המחלה. במצב כזה ניתן הציע למטופלים ובני זוגם להתאים ציפיות לרמת התפקוד, וכן להקדיש יותר זמן להתעלסות וליחסי מין ללא חדירה (Outercourse).

5. **חולי הסרטן הם אי־מיניים:** כאמור, הסרטן והטיפולים במחלה עלולים לגרום לירידה בדימוי הגוף ובדימוי העצמי של החולה – וכתוצאה מכך גם לירידה בחשק המיני. עם זאת, רוב בני האדם עדיין מעוניינים באינטימיות וחשים צורך רב להרגיש רצויים על ידי בני זוגם.

6. **אי אפשר לחוות אורגזמה ללא זקפה וללא שפיכה:** מאחר שאורגזמה היא בעלת מרכיב פיזיולוגי ופסיכולוגי – הרי שגבר יכול להגיע לסיפוק מיני גם ללא זקפה וללא שפיכה (לדוגמה, לאחר ניתוח בבלוטת הערמונית). אומנם גברים מדווחים על ירידה בעצמת האורגזמה – אך בהחלט על קיומה של הנאה.

הערכת התפקוד המיני בקרב חולי סרטן

כדי לבנות תכנית התערבות לטיפול מתאים בחולה האונקולוגי, יש לשלב שיטות הערכה, על מנת לבדוק את השינויים שחלו בתפקודו של החולה ובמיניותו. נושאים שכדאי לדון בהם בשיחה עם החולה כוללים: מערכת יחסים זוגית עכשווית, דפוסים נורמטיביים של פעילות מינית (טרם המחלה ובמהלכה), רמת האינטימיות, הסיפוק מדפוס הפעילות המינית העכשווי, דפוס התקשורת בין בני הזוג, אופי המחלה והטיפול (רמת הכאבים אם ישנם, מצב תזונתי ואיכות השינה) יכולות התמודדות, מחלות רקע ומצב תפקודי יומיומי בעקבות המחלה. בנוסף, רצוי להעריך את מידת התמיכה החברתית של החולה, היסטוריה מינית (במיוחד לגבי טראומה הקשורה למיניות, אונס, או התעללות), רמת התפקוד הקוגניטיבי, נטילת אמצעי מניעה ומצב הפוריות של בני הזוג (כולל רצון להביא ילדים לעולם).

הגורמים המעכבים בתקשורת של הצוות הרפואי עם חולי סרטן בנושא הבריאות המינית

זמן מוגבל והיעדר מודעות מספקת של הצוות המטפל, גורמים לתקשורת לקויה בין החולה לגורמים המטפלים בקשר לקשיים בתפקוד מיני שהחולה חווה. בנוסף, קיים עדיין ידע אמפירי מועט לגבי ההשפעה של מחלת הסרטן והטיפול בה על התפקוד המיני של החולה. במחקרים שנערכו במרפאות אונקולוגיות [21] וכלליות [22], מצביעים הנתונים באופן עקבי על כך, שגם כאשר הרופאים מודעים בסבירות גבוהה לכך שהחולים לוקים בקשיים בתפקוד המיני, הם אינם יוזמים תקשורת לגבי קשיים אלו [23]. מרבית הרופאים המטפלים בוחרים בדרך כלל בגישה הרפואית ומתייחסים פחות לבעיות המיניות מהם סובלים החולים. לעיתים, החולים עצמם מבקשים מהרופא המטפל מידע או סיוע בקשיים שהם חווים בתחום המיני – אך הם נתקלים בהימנעות (הצוות המטפל אינו מוכשר או מנוסה בטיפול בתחום ולכן מעדיף שלא לפתוח ערוץ תקשורת עם החולה סביב קשייו), או בבורות (היעדר מידע של הרופאים והצוות המטפל לגבי תפקוד מיני זוגי סביב מחלת הסרטן). לפעמים קיימת בעיה אישית חוסמת של המטפל עצמו, שאינה מאפשרת לו לדון בנושאים הנ"ל עם המטופל, או תפיסות מוטעות, כאשר הצוות המטפל עלול לחשוב שתקשורת

ליסיכום

חלק ניכר מהשינויים בתפקוד מיני שחווים חולים אונקולוגיים, כמו גם האטיולוגיה של שינויים אלו, ידועים כיום בעקבות התקדמות במחקר. הפיתוח של טיפולים חדשניים (ביולוגיים, אימונוולוגיים ותומכים) והשפעתם על התפקוד המיני של החולים עדיין אינו ברור דיו, ונדרש מחקר מעמיק בתחום. ברור כי הגישה הטיפולית לליקויים בתפקוד מיני בקרב חולים אונקולוגיים צריכה להיות רב-דיסציפלינרית והוליסטית, ולהתמקד בשיפור איכות החיים שלהם. יש להגביר את המודעות בקרב הצוות הרפואי-אונקולוגי ביחס לליקויים בתפקוד המיני של החולים, ולסייע לצוות בהרחבת הידע ובפיתוח מיומנויות טיפוליות בסיסיות בתחום המיני. בישראל קיימות כיום 2 מרפאות המספקות טיפול אונקו-סקסולוגי: המרפאה האונקו-סקסולוגית בבית החולים לניאדו, נתניה; המרפאה לטיפול מיני זוגי בבית החולים מאיר, כפר סבא; בנוסף, ניתן לקבל ייעוץ אונקו-סקסולוגי דרך האגודה למלחמה בסרטן ברמת גן ובמרפאה לייעוץ לבריאות מינית לחולי סרטן, במרכז הרפואי תל אביב.

מחבר מכותב: משה מוק

היחידה לטיפול מיני זוגי
מרכז רפואי מאיר
רחוב טשרניחובסקי 59
כפר סבא 44281
טלפון: 09-7472916
פקס: 09-7441724
דוא"ל: mokm@cclalit.org.il

ביבליוגרפיה

- Jemal A, Siegel R, Ward E & al, Cancer statistics. CA Cancer J Clin, 2006; 56:106-130.
- Bodurka DC & Sun CC, Sexual function after gynecologic cancer. Obstet Gynecol Clin N Am, 2006; 33: 621-630.
- Amsterdam A & Krychman ML, Sexual dysfunction in patients with gynecologic neoplasms: a retrospective pilot study. J Sex Med, 2006; 3: 646-649.
- Mock M, Kurtz L & Mamet Y, Oncosexology: a multidisciplinary approach to deal with sexual health and intimacy in the oncology patient. Paper presented in the 9th congress of the European Federation of Sexology, Rome, 13-17 April, 2008.
- McKee AL Jr & Schover LR, Sexuality rehabilitation. Cancer, 2001; 92: 1008-1012.
- Jonker-Pool G, Hoekstra HJ, van Imhoff GW & al, Male sexuality after cancer treatment-needs for information and support: testicular cancer compared to lymphoma. Patient Educ Couns, 2004; 52: 143-150.
- Lave Y & Mey-Dan M, Patterns of change in marital relationships among parents of children with cancer. Health Soc Work, 2003; 28:255-263.
- Sormanti M & Kayser K, Partner support and changes during life-threatening illness: women's perspectives. J Psychosocial Oncol, 2000; 18: 43-48.

הסתגרות עקב המחלה, חילופי תפקידים בין בני הזוג, התעוררות כעס או תסכול), יש להפנות לטיפול זוגי או משפחתי.

- IT (Intensive Therapy) – טיפול אינטנסיבי:** לעיתים יש צורך להפנות את החולה לטיפול ממוקד ומוגדר (לדוגמה, הפנייה לאורולוג לצורך התערבות פולשנית, כגון השתלת תותב, מתן סטטוסטרון או טיפול תרופתי אחר). כאשר הבעיה בתפקוד מיני הייתה קיימת עוד לפני המחלה והמחלה רק העצימה אותה, מומלץ להפנות את החולה לטיפול מיני, טיפול פסיכולוגי פרטני או קבוצתי, דינמי או קוגניטיבי-התנהגותי, היפנוזה וכדומה. כיום מקובל לשלב גם שיטות מן הרפואה המשלימה להקלת התסמינים שמהם סובלים החולים. לשיקום כולל של החולה, ובמקביל לטיפול המיני או הזוגי, כדאי תמיד להמליץ על פעילות ספורטיבית, השתלבות בחוגים בקהילה וכד'.

טיפולים מיניים ממוקדים בחולים אונקולוגיים

- טיפולים מיניים לבני זוג שאחד מהם הוא חולה אונקולוגי:** חולים אונקולוגיים הפונים להתייעצות וטיפול מיני נדרשים פעמים רבות להתייחסות זוגית מצד הצוות המטפל, שכן הבעיות המיניות שבהן לוקה אחד מבני הזוג עקב המחלה משפיעות על זוגיות ככלל והאינטימיות המינית בפרט. בהתייחס לזוג, קיימות מספר אפשרויות טיפוליות:
- Cognitive-Behavioral Therapy – טיפול קוגניטיבי-התנהגותי** המתמקד בשינוי תפיסות ודרכי חשיבה לגבי מיניות ולגבי הקשר המיני, התמודדות עם שינויים בדימוי גוף, ושינוי בדפוסי התנהלות בתוך המערכת הזוגית והמינית
- טיפול זוגי – טיפול בעל גוון דינמי יותר,** המתמקד בקידום התקשורת הבינאישית ובשיפורה, ובקידום השיתוף בין בני הזוג.
- Sensate focus – טיפול התנהגותי המתמקד בהנאה מינית** ובהרפיה במגע גופני, שאינו כולל משגל וחדירה.

טיפולים בגברים עם קושי בתפקוד המיני:

- טיפול בתרופות:**
- א' PDE5 Inhibitors (Tadalafil, Sildenafil, Vardenafil),** נטילת מינונים נמוכים על בסיס יומיומי או על פי דרישה.
- ב' טיפול הורמוני חלופי** (כדוגמת סטטוסטרון) – אפשרות היום לטיפול בג'ל או בזריקות פעם ב-3 חודשים.
- ג' הזרקת פרוסטגלינדין E1,** פנטולמין ו/או פפברין לאבר המין במשלבים שונים.
- פתרונות טכניים:**
- א' משאבה חיצונית** וטבעת השומרת על הזקפה.
- ב' השתלת תותב.**

טיפולים בנשים עם קושי בתפקוד המיני:

- טיפול בתרופות:**
- א' טיפול הורמוני חלופי – פומי או מקומי.**
- ב' חומרי סיכה מקומיים.**
- ג' חומרי אלחוש מקומיים.**
- טיפולים "התנהגותיים":**
- א' אימון במרחיבים לנשים עם היצרות של הלדן.**
- ב' ביופידבק.**
- ג' תרגילי הרפיה לרצפת האגן דרך, יוגה, תרגילי קיגל,** שיטת פאולה ופזיותרפיה של רצפת האגן.
- טיפולים פסיכולוגיים:** היפנוזה ומדיטציה.

9. Tierney DK, Sexuality: a quality of life issue for cancer survivors. *Sem Onc Nurs*, 2008; 24: 71-79.

10. Manderson L, Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Soc Sci & Med*, 2005; 61: 405-415.

11. Jensen PT, Gynecological cancer and sexual functioning: Does treatment modality have an impact? *Eur J Sex Health*, 2007; 4: 279-285.

12. Galbraith ME & Crighton F, Alterations of sexual function in men with cancer. *Sem Onc Nurs*, 2008; 24: 102-114.

13. Carmack Taylor CL., Basen-Engquist K, Shinn EH & al, Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *J Clin Onc*, 2004; 22: 881-889.

14. Boltee S & Zebrack B, Sexual issues in special population: adolescent and yang adults. *Sem Onc Nurs*, 2008; 24: 115-119.

15. Kagan SH, Holland N & Chalian AA, Sexual issues in special populations: oncology- sexuality and older adults. *Sem Onc Nurs*, 2008; 24:120-126.

16. Matthews AK, Aikens, JE, Helmrich SP, Anderson DD & al, Sexual functioning and mood among long-term survivors of clear-cell adenocarcinoma of the vagina or cervix. *J Psychosocial Onc*, 1999; 17: 27-45.

17. Magen A & Mock M, Psycho-social and sexual adjustment after mastectomy. Paper presented at the 6th Congress of the European Federation of Sexology, Limassol, June 16-20, 2002.

18. Anderson BL, Anderson B & deProse C, Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: Sexual functioning outcomes. *J Consult Clinic Psycho*, 1989; 57: 683-691.

19. Krebs LU, Sexual assessment in cancer care: concepts, methods, and strategies for success. *Sem Onc Nurs*, 2008; 24: 80-90.

20. Schover LR, Sexuality and fertility after cancer. New York, John Wiley, 1997.

21. Horden AJ & Street AF, Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust*, 2007; 186:224-227.

22. Gott M, Galena E, Hinchcliff S & al, "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*, 2004; 21: 528-536.

23. Steed ML, Brown JM, Followfiled L & al, Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer*, 2003; 88: 666-671.

24. Carr SV, Talking about sex to oncologists and about cancer to sexologists. *Eur J Sex Health*, 2007; 4: 268-272.

25. Stewart DE, Wong E, Duff S & al, "what doesn't kill you makes you stronger": an ovarian cancer survivor survey. *Gynecol Oncol*, 2001; 83: 537-542.

26. Annon J, Behavioral treatment of sexual problems - PLISSIT Therapy. In: Corsini RJ (Ed.) *Handbook of Innovative Psychotherapies*. New-York: Wiley-Interscience Publication, 1981, pp 626-639.

הסתדרות הרפואית בישראל
Israel Medical Association



חברי הר"י הגמלאים

נכבד,

במסגרת הפעילות של פורום הגמלאים בהר"י לטובת הרופאים, אנו פונים אליכם בבקשה לעזור לנו בארגון בחינות סטז' ורישוי ברפואה. בבחינות אלה הנערכות פעמיים בשנה בגני התערוכה בתל אביב, נבחנים בכל מועד בין 700-800 נבחנים בוגרי חו"ל במספר אולמות בחינה. אנו זקוקים לרופאים שיהיו נוכחים באולמות אלה (לא כמשגיחים!) בכדי לענות על שאלות הנבחנים. אין מדובר במענה על השאלה עצמה, אלא הסבר למלה מסוימת, טעויות דפוס, או תרגום מילה מאנגלית לעברית וכו'...

היענותך לעזור תהווה תרומה נכבדה וחשובה בארגון בחינות סטז' ורישוי רופאים ובודאי תשפר רמתן. במידה ותסכים לעזור לנו, אנא שלח את הספח המצורף באמצעות הפקס: 03-5750829 או בדואר אלקטרוני: rachelk@ima.org.il

הוצאות נסיעה, חניה וארוחת צהריים עלינו!

ברכה,
פרופ' ה. פרוינד - יו"ר ועדת הבחינות
לקראת סטז' ורישוי רופאים
פורום הגמלאים של הר"י



סופס הרשמה: הנני מוכן/ה לשמש כבוחן/ת בבחינות סטז' ורישוי רופאים

שם פרטי:	שם משפחה:
תחום מומחיות:	כתובת בית:
דוא"ל:	טלפון:
	נייד:

שילוב שאלון תפקוד מיני במסגרת בדיקת סקר תקופתית

תקציר:

כשל זקפה (כ"ז) הוא חוסר היכולת להגיע לזקפה חזקה דיה או חוסר היכולת לשמור עליה, לצורך השלמת פעילות מינית מספקת. השכיחות הממוצעת של כ"ז בגברים מבוגרים בני 40–70 שנה היא 52%, והוא קשור בגורמי סיכון קרדיווסקולריים הניתנים לטיפול ולמניעה, כגון סוכרת, עודף שומנים בדם, יתר לחץ דם ועישון. טיפול מוקדם בגורמי סיכון אלה עשוי להפחית תמותה ותחלואה קרדיווסקולריים ולשפר כ"ז. למרות זאת, לא התפרסמו מחקרים רחבי-היקף אודות שכיחות כ"ז וגורמי הסיכון לכ"ז בקרב גברים צעירים, למרות שדווקא אצלם מניעה וטיפול עשויים להיות יעילים יותר. משנת 2001 מתקיימת בישראל תוכנית סקר יחודית, הכוללת שאלון תפקוד מיני. נבדקים הממלאים שאלון תפקוד מיני ונמצא שהם לוקים בכ"ז, מופנים לטיפול במסגרת מרפאה לבריאות מינית. בסקירה זו מוצגים מספר מחקרים שהתבססו על מאגר המידע של תוכנית סקר זו, ובהם באה לידי ביטוי חשיבות שילובו של שאלון תפקוד מיני במסגרת בדיקת סקר תקופתית. עיקרי הממצאים של מחברי סקירה זו: כ"ז הוא תופעה שכיחה בקרב גברים צעירים, ועד כה נמצאה קשורה באוכלוסייה זו לסוכרת, ליתר-תלת-גליצרידימיה, להפרעות בשינה ולמחלה דלקתית של החניכיים. שילוב שאלון תפקוד מיני בבדיקת הסקר התקופתית זוכה להיענות גבוהה בקרב הנבדקים, ומהווה דרך דיסקרטית, אמינה ונוחה להעלות נושאי בריאות מינית ולעודד את הלוקים בבעיה כלשהי בתחום לפנות לטיפול במסגרת מרפאה לבריאות מינית.

דן ג'וסטו¹
רפי חרותי^{2,3}

¹המחלקה לגריאטריה ב', מרכז רפואי סוראסקי, תל אביב
²היחידה לבריאות מינית, מרכז רפואי רעות, תל אביב
³הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

כשל זקפה; בדיקת סקר תקופתית; תפקוד מיני.

Erectile dysfunction; Sexual dysfunction; Screening examinations.

מילות מפתח:

:KEY WORDS

הקדמה

כשל זקפה (Erectile dysfunction) (כ"ז) מוגדר על ידי ה-NIH כחוסר היכולת להגיע לזקפה חזקה דיה או לשמור עליה, לצורך השלמת פעילות מינית מספקת [1]. בהתבסס על נתוני Massachusetts Male Aging Study, שבו נכללו 1,290 גברים בגילאי 40–70 שנה אשר נשאלו על חיי המין שלהם בראיון רפואי מקיף, עולות שכיחות כ"ז וחומרתו עם הגיל. השכיחות הממוצעת של כ"ז בקבוצת גיל זו היא 52% [2]. כ"ז קשור בגורמי סיכון קרדיווסקולריים, הניתנים לטיפול ולמניעה, כגון סוכרת, עודף שומנים בדם, יתר לחץ דם ועישון [2–4]. הסיבה לכך נעוצה, ככל הנראה, בעובדה שטרשת עורקים (Atherosclerosis) ותפקוד אנדותלי לקוי (Endothelial dysfunction) הן תופעות כלל-מערכתיות, המערבות הן את עורקי הלב הכליליים, הן את עורקי האגן, המספקים דם לאיבר המין, והן את העורקים הסינוסידלים בגופים המחילתיים של איבר המין. יתרה מכך, משום שקוטר עורקי האגן צר יותר מקוטר העורקים הכליליים, טרשת עורקים, המצרה את חלל העורק, באה לידי ביטוי קליני מוקדם יותר בעורקי האגן בהשוואה לעורקים הכליליים. ולכן כ"ז מקדים במספר שנים מחלת לב כלילית [5]. טיפול מוקדם בגורמי סיכון קרדיווסקולריים עשוי להפחית תמותה ותחלואה קרדיווסקולריים [6], ולשפר כ"ז. איזון סוכרת קפדני, לדוגמה, עשוי להפחית תמותה ותחלואה קרדיווסקולרית מחד גיסא, ולהאט התפתחות כ"ז מאידך גיסא [7]. כ"ז קשור בנוסף במחלות כלל-מערכתיות אחרות, כגון אנמיה, תת-תרסיות והיפוגונדיזם. כ"ז קשור גם בתהליכים פסיכולוגיים וזוגיים [8].

משנת 1994, עת פורסמו נתוני Massachusetts Male Aging Study, ועד היום, פורסמו מחקרים רבים רחבי-היקף אודות שכיחות כ"ז וגורמי הסיכון לכ"ז בגברים מבוגרים מעל גיל 40 שנה. למרות זאת, לא התפרסמו מחקרים רחבי-היקף אודות שכיחות כ"ז וגורמי הסיכון לכ"ז בקרב גברים צעירים יותר (מתחת לגיל 40 שנה), למרות שדווקא בקבוצת גיל זו, עשויים מניעה וטיפול בגורמי סיכון קרדיווסקולריים להיות יעילים יותר – הן מבחינת מניעת תמותה ותחלואה קרדיווסקולרית, והן מבחינת מניעת החמרה בכ"ז. מכאן נובעת חשיבות הוספתו של שאלון תפקוד מיני לבדיקת סקר תקופתית, לצורך אבחון וטיפול מוקדמים בגברים צעירים הלוקים בכ"ז ובגורמי סיכון קרדיווסקולריים. למרות זאת, בישראל קיימת בדיקת סקר תקופתית אחת בלבד, המשלבת שאלונים לאיתור כ"ז בפרט או הפרעות בתפקוד המיני בכלל. במסגרת תוכנית זו, גברים בגילאי 26 שנים ומעלה ממלאים שאלון Sexual Health Inventory (SHIM) for Men, שמטרתו לאתר ולכמת חומרתו של כ"ז בגברים. על הנבדקים לא קיימת חובת מילוי שאלון זה. נכללות בשאלון זה 5 שאלות רבות-ברירה, הנוגעות להגעה לעוררות, זקפה והנאה במהלך קיום יחסי מין. לכל שאלה 5–6 תשובות אפשריות עם ניקוד שנע בין 0 לבין 5. סכום התשובות נע בין 1 ל-25. סכום תשובות 21 ומטה מעלה חשד לכ"ז בדרגות חומרה שונות: קלה [17–21], קלה-בינונית [12–16], בינונית [1–8] וקשה [1–8]. שאלון זה מקובל ברחבי העולם לאיתור וכימות כ"ז במחקרים קליניים, וקיים מתאם בין ממצאיו לבין הממצאים בדופלר של איבר המין [9]. סיכום הממצאים, והמלצות לטיפול ולמעקב, נשלחים

הקשר בין גורמי סיכון קרדיוסקולריים "חדשים" לבין הפרעה בזקפה בגברים צעירים

בשנים האחרונות נוספו גורמי סיכון קרדיוסקולריים "חדשים" לרשימת גורמי הסיכון הקרדיוסקולריים המסורתיים. דום נשימה בשינה, לדוגמה, הוא גורם סיכון בפני עצמו הן ליתר לחץ דם והן לאירועים קרדיוסקולריים [15]. שכיחות דום נשימה בשינה בגברים דומה לזו של כ"ז לפי סדרות שונות: 25.6% בגברים בגיל המעבר ו-52.1% בגברים מבוגרים [2, 10, 11, 16]. כמו כן, מספר גורמי סיכון קרדיוסקולריים משותפים לשתי המחלות, כמו סוכרת ועודף משקל [2, 17]. לא יפלא שנמצא גם קשר בין דום נשימה בשינה לבין כ"ז, אך עד כה הוא הוצג בסדרות קטנות של חולים [18, 19]. במדגם שנכללו בו 3,363 גברים [20], הדגימו מחברי סקירה זו קשר בין כ"ז לבין דום נשימה בשינה והפרעות שינה נוספות, גם לאחר תקנון לגורמי סיכון משותפים לשתי המחלות, כגון סוכרת, יתר לחץ דם והשמנה. המחברים מקווים, כי מחקר זה תרם להגברת המודעות לקשר בין שתי מחלות אלה. ואכן, אנו עדים בשנים האחרונות לניסיונות טיפול בדום נשימה בשינה, מתוך מטרה להפחית את העייפות והישנוניות במשך היום, אך גם מתוך מטרה לשפר את כ"ז בחולים אלה [21].

בשנים האחרונות מחלות חניכיים מוכרות אך הן כגורם סיכון קרדיוסקולרי [22]. הסברה בתחילה הייתה, כי לא קיים קשר ישיר בין שתי המחלות, וכי גברים המזניחים את בריאותם מזניחים מן הסתם גם את גהות הפה שלהם. אך במספר מחקרים הודגם לאחרונה, כי מחלות חניכיים מהוות גורם סיכון בפני עצמו, הן למחלות קרדיוסקולריות [23] והן לתפקוד אנדולתי לקוי [24]. יחד עם זאת, מעולם לא נבדק הקשר בין מחלות חניכיים לבין כ"ז, עד לאחרונה; במחקר ראשוני מסוגו שהתפרסם לאחרונה, הודגם כי קיים קשר בין דלקת כרונית של החניכיים לבין כ"ז במדגם של 305 גברים צעירים [25], אם כי לא הוכח המנגנון של קשר זה. דלקת כרונית של החניכיים הייתה שכיחה פי שבעה יותר בגברים עם הפרעה קשה בזקפה, ופי ארבעה יותר בגברים עם הפרעה קלה בזקפה, בהשוואה לגברים ללא כ"ז. עוד מוקדם לבקש, כי כל חולה עם דלקת כרונית של החניכיים יעבור הערכת תפקוד מיני, וכי כל חולה עם כ"ז יבדק על-ידי רופא שיניים, אך ההנחה היא, כי מחקר זה יתרום להגברת המודעות לקשר שבין שתי מחלות אלה.

ההיענות לשאלון התפקוד המיני

עם שילובו של שאלון SHIM בשאלון הרפואי הכללי של בדיקות הסקר, התעורר חשש כי ההיענות לשאלון תהא נמוכה, בשל אופיין האינטימי של השאלות. למרות שהנבדקים אינם מחויבים לענות על שאלון זה, ההיענות לשאלון עלתה על 50% כבר בחודשים הראשונים ליישומו [26] ועלתה מאז באופן קבוע [11]. השאלון הוכח כיעיל באיתור כ"ז שלושה חודשים [26], שלוש שנים [10] וחמש שנים [11], לאחר צירופו לשאלון הרפואי הכללי של בדיקות

הן לנבדק והן לרופא המטפל בו. נבדקים הממלאים את שאלון התפקוד המיני ונמצא שהם לוקים בכ"ז, מופנים לטיפול במסגרת מרפאה לבריאות מינית.

בסקירה זו יוצגו תוצאות מספר מחקרים שהתבססו על מאגר מידע זה, ואשר בהם באה לידי ביטוי חשיבות שילובו של שאלון התפקוד המיני בבדיקת הסקר התקופתית.

שכיחות הפרעה בזקפה בגברים צעירים

בשנת 2004 התפרסמו נתונים אודות שכיחות כ"ז במדגם רחב היקף של גברים צעירים. במדגם זה נכללו 4,248 גברים, בגילאי 25–40 שנה. בקרב אוכלוסייה זו, לקו בכ"ז 939 (22.1%) גברים. שכיחות כ"ז קלה ובינונית עלתה עם הגיל החל מגיל 29 שנים, אך דווקא בקבוצת הגיל 25–28 שנים נמצאה שכיחות גבוהה יותר של כ"ז קל. בשל שיעור הרווקים הגבוה בקבוצה זו, שיערו מחברי סקירה זו כי ממצא זה נובע מחרדת ביצוע, אשר אופיינית דווקא לגברים צעירים יותר, בתקופת החיזור של חייהם [10]. בשנת 2008 פורסם מאמר המשך למאמר זה, אודות שכיחות כ"ז במדגם רחב היקף של גברים צעירים. במדגם זה נכללו 7,147 גברים בגילאי 25–39 שנה (תרשים 1). בקרב אוכלוסייה זו, 21.8% מן הגברים לקו במידה כלשהי של כ"ז [11]. כלומר, ממצאי המאמר הקודם [10] קיבלו חיזוק: אחד מכל חמישה גברים צעירים לוקה בכ"ז בדרגת חומרה זו או אחרת. בין אם מדובר בכ"ז מסיבה נפשית, ובין אם מדובר בכ"ז מסיבה וסקולרית, נירולוגית או הורמונית, יש לתת על כך את הדעת. ממצאים אלה משלימים את ממצאי ה-Massachusetts Male Aging Study: כ"ז אינו רק נחלתם של גברים מעל גיל 40 שנה [2], אלא גם קיים בגברים צעירים יותר.

הקשר בין גורמי סיכון קרדיוסקולריים לבין הפרעה בזקפה בגברים צעירים

בשני המחקרים האמורים נבחנו שכיחות של גורמי סיכון קרדיוסקולריים והשפעתם על שכיחות כ"ז בגברים צעירים. מחברי סקירה זו בחרו בגורמי סיכון קרדיוסקולריים הניתנים לטיפול ולמניעה, כגון סוכרת, עודף שומנים בדם, יתר לחץ דם, עישון והשמנה [2–4]. בשני המחקרים נמצא, כי מבין גורמי הסיכון הקרדיוסקולריים, סוכרת בלבד קשורה לכ"ז בגברים צעירים [10, 11]. יתרה מזו, במאמר המשך נמצא, כי לחומרת הכ"ז בגברים צעירים חולי סוכרת יש השלכות פרוגנוסטיות מבחינה קרדיוסקולרית, כפי שהן באות לידי ביטוי בתבחין מאמץ; נמצא קשר בין חומרת הכ"ז בגברים אלה לבין Metabolic equivalents וקצב הירידה בדופק, משיא המאמץ ועד שתי דקות לאחריו [12].

במחקר אחר שנערך בקרב אותה אוכלוסייה, לא נמצא קשר בין יתר לחץ דם לבין כ"ז בגברים צעירים [13]. מחברי סקירה זו הניחו, כי ממצאים אלה נבעו מכך שעודף שומנים בדם, יתר לחץ דם, עישון והשמנה אכן מעלים סיכון לכ"ז, אך נדרש להם זמן ממושך יותר על מנת לגרום לנזק בתאי אנדוטל ולטרשת עורקים בכלי הדם של האגן, שיגרמו לכ"ז, בהשוואה לסוכרת. חיזוק להשערה זו התקבל בדמות מחקר שפירסמו מחברי סקירה זו [14], אודות כ"ז בגברים צעירים עם יתר-תלת-גליצרידמיה. אומנם גודל המדגם היה קטן מכדי שיוסקו למסקנות מובהקות סטטיסטית, אך המגמה הייתה ברורה: שכיחות כ"ז הייתה כמעט כפולה בקרב גברים עם יתר-תלת-גליצרידמיה בהשוואה לגברים עם פרופיל שומנים תקין.

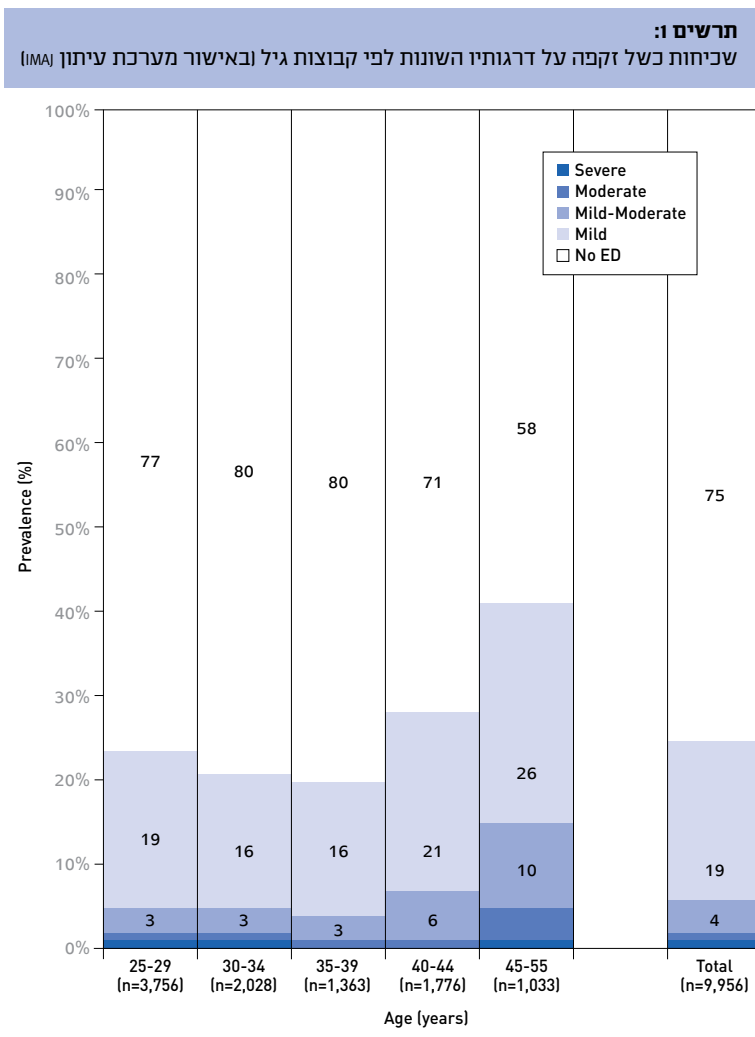
נושאי בריאות מינית בקרב נבדקים, וכן לעודד את הלוקים בבעיה כלשהי בתחום לפנות לטיפול במסגרת מרפאה לבריאות מינית. בעתיד, מתכוונים מחברי סקירה זו לחקור את הקשר בין כ"ז בגברים צעירים לבין גורמי סיכון קרדיווסקולריים נוספים, וכן את הקשר בין הפרעות בתפקוד המיני בנשים צעירות לבין גורמי סיכון קרדיווסקולריים. ●

תודות: תודה לד"ר אביב קדם על הסיוע.

מחבר מכותב: רפי חרותי
 היחידה לבריאות מינית
 המרכז הרפואי רעות
 שדרות החי"ל 2
 תל אביב 61092
טלפון: 03-6893712
פקס: 03-6383680
דוא"ל: heruti@post.tau.ac.il

ביבליוגרפיה

1. NIH consensus development panel on Impotence. JAMA, 1993; 270: 83-90.
2. 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.
3. Nikoobakht M, Nasseh H & Pourkasmaee M, The relationship between lipid profile and erectile dysfunction. Int J Impot Res, 2005; 17: 523-526.
4. Austoni E, Mirone V, Parazzini F & al, Andrology Prevention Week centres; Italian Society of Andrology. Smoking as a risk factor for erectile dysfunction: data from the Andrology Prevention Weeks 2001-2002 a study of the Italian Society of Andrology (S.I.A.). Eur Urol, 2005; 48: 810-817.
5. Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S & al, The artery size hypothesis: a macrovascular link between erectile dysfunction and coronary artery disease. Am J Cardiol, 2005; 96(12B): 19M-23M.
6. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR & al, AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. Circulation, 2002; 106: 388-391.
7. Yaman O, Akand M, Gursoy A & al, The effect of diabetes mellitus treatment and good glycemic control on the erectile function in men with diabetes mellitus-induced erectile dysfunction: a pilot study. J Sex Med, 2006; 3:344-348.
8. Brien JC & Trussell JC, Erectile dysfunction for primary care providers. Can J Urol, 2008; 15 (Suppl 1): 63-70.
9. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD & al, Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function



הסקר. יתרה מכך, הודגם כי גברים שענו על השאלון אינם שונים מגברים שסירבו לענות על השאלון מבחינת שכיחות מחלות הרקע שלהם והרקע ההשכלתי שלהם [11,10]. לכן סביר להניח, כי מדגם הגברים שענו על השאלון במחקרים השונים מהווה מדגם מייצג. ההיענות הגבוהה לשאלון נובעת ככל הנראה מן האופן שבו מוצגות השאלות לנבדק על מסך מחשב באווירה אישית ומן הסיבה התומכת במכון הסקר. למרות שמספר הפונים למרפאה לתפקוד מיני, הסמוכה למכון הסקר, היווה 4.8% בלבד מסך הגברים הלוקים בכ"ז על-פי שאלון SHIM, חלה עלייה מתמדת במספר הפונים למרפאה משנת 2001, הן באופן עצמאי והן בהפניית הרופא המטפל [27]. יתרה מזו, הפנייה למרפאה לתפקוד מיני בעקבות ציון נמוך בשאלון SHIM, איפשרה לאבחן ולטפל בכ"ז, אך גם בהפרעות נוספות בתפקוד המיני בקרב הפונים, כגון חרדת ביצוע ושיכחה מוקדמת [28].

לסיכום

כ"ז הוא תופעה שכיחה בקרב גברים צעירים וקשורה באוכלוסיה זו לסוכרת, ליתר-תלת-גליצרידמיה, להפרעות בשינה ולמחלה דלקתית של החניכיים. שילוב שאלון SHIM בבדיקות סקר זוכה להיענות גבוהה, ומהווה דרך דיסקרטית, אמינה ונוחה להעלות

- (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res*, 1999; 11: 319-326.
10. Heruti R, Shochat T, Tekes-Manova D & al, Prevalence of erectile dysfunction in young adults: results of a large-scale survey. *J Sex Med*, 2004; 1: 284-291.
 11. Heruti R, Steinvil A, Shochat T & al, Screening for erectile dysfunction and associated cardiovascular risk factors in Israeli men. *Isr Med Assoc J*, 2008; 10: 686-690.
 12. Heruti RJ, Uri I, Arbel Y & al, Erectile dysfunction severity might be associated with poor cardiovascular prognosis in diabetic men. *J Sex Med*, 2007; 4: 465-471.
 13. Heruti RJ, Sharabi Y, Arbel Y & al, The prevalence of erectile dysfunction among hypertensive and pre-hypertensive men ages 25-40 years. *J Sex Med*, 2007; 4: 596-601.
 14. Heruti RJ, Arbel Y, Steinvil A & al, Pure hypertriglyceridemia might be associated with erectile dysfunction: a pilot study. *J Sex Med*, 2008; 5: 1230-1236.
 15. Parish JM & Somers VK, Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc*, 2004; 79: 1036-1046.
 16. Young T, Palta M, Dempsey J & al, The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*, 1993; 328: 1230-1235.
 17. Strohl KP, Diabetes and sleep apnea. *Sleep*, 1996; 19: S225-258.
 18. Hirshkowitz M, Karacan I, Arcasoy MO & al, Prevalence of sleep apnea in men with erectile dysfunction. *Urology*, 1990; 36: 232-234.
 19. Seftel AD, Strohl KP, Loyal TL & al, Erectile dysfunction and symptoms of sleep disorders. *Sleep*, 2002; 25: 643-647.
 20. Heruti RJ, Shochat T, Tekes-Manova D & al, Association between erectile dysfunction and sleep disorders characterized by self-assessment questionnaires in adult men. *J Sex Med*, 2005; 2: 543-550.
 21. Karacan I & Karatas M, Erectile dysfunction in sleep apnea and response to CPAP. *J Sex Marital Ther*, 1995; 21: 239-247.
 22. Scannapieco FA, Bush RB & Paju S, Associations between periodontal disease and risk for atherosclerosis, cardiovascular disease, and stroke. A systematic review. *Ann Periodontol*, 2003; 8: 38-49.
 23. Dietrich T, Jimenez M, Krall Kaye EA & al, Age-dependent associations between chronic periodontitis/edentulism and risk of coronary heart disease. *Circulation*, 2008; 117: 1668-1674.
 24. Higashi Y, Goto C, Jitsuiki D & al, Periodontal infection is associated with endothelial dysfunction in healthy subjects and hypertensive patients. *Hypertension*, 2008; 51: 446-453.
 25. Zadik Y, Bechor R, Galor S & al, Erectile dysfunction might be associated with chronic periodontal disease: two ends of the cardiovascular spectrum. *J Sex Med*, 2009; 6: 1111-6.
 26. Heruti RJ, Yossef M & Shochat T, Screening for erectile dysfunction as part of periodic examination programs - concept and implementation. *Int J Impot Res*, 2004; 16: 341-345.
 27. Heruti RJ, Swartzon M, Shochat T & al, The minority of young adult men with sexual disorders seek medical treatment. *J Sex Med*, 2007; 4: 1163-1166.
 28. Heruti RJ, Ashkenazi I, Shochat T & al, Low scores in the Sexual Health Inventory for Men questionnaire may indicate sexual disorders other than erectile dysfunction. *J Sex Med*, 2005; 2: 181-186.

כרוניקה

ברות ים תיכונית טובה גם לשכל



שתוקנו התוצאות על בסיס גיל, מגדר, השכלה, נטילת תרופות ומשתנים רבים אחרים, נמצא כי שמירה גבוהה יותר על ברות ים תיכונית הייתה קשורה משמעותית עם פחות שגיאות בתבחין מיני מנטל, אך לא בשלושה תבחינים אחרים. לא נמצא קשר בין הברות לבין היארעות שיטיון, אך יכולת התבחין לגלות תופעה זו הייתה מוגבלת.

א"י

ברות ים תיכונית מפחיתה את הסיכון למחלות כרוניות ותמותה, וכעת פארט וחב' מצאו שהיא אך טובה ליכולת השכלית (JAMA 2009;302:638).

החוקרים בדקו 1,410 איש מעל גיל 65 מבורדו בצרפת בין השנים 2001-2002, ובדקו אותם שנית לפחות פעם אחת במשך 5 שנים. שמירה על ברות ים תיכונית דורגה בערכים של 0-9, והיכולת השכלית נבדקה ב-4 מבחנים נירופסיכולוגיים. לאחר

מי רשאי להיות מטפל מיני - המלצות ועדה של משרד הבריאות

תקציר:

הסוגיה מי רשאי ומי מוסמך לתת טיפול מיני (סקסולוגיה) מעסיקה כבר שנים רבות את משרד הבריאות ואת אנשי המקצוע שהתמחו בתחום זה.

בעקבות כתבה בערוץ השני בנושא סרוגייט בטיפול מיני, עלה הנושא שוב לכותרות. בעקבות זאת הטיל מנכ"ל משרד הבריאות על המועצה הלאומית לבריאות הנפש להמליץ בפניו על הצעות לפתרון.

מונתה תת ועדה המורכבת ממומחים בתחומים שונים, אשר גיבשה את המלצותיה. המלצות אלה נמצאות עדיין בדיון ואין החלטות לגביהן, אך הן מובאות לעיון לקהל הרחב, בין השאר לקבל גם תגובות מהעוסקים בתחום.

הוועדה הגדירה מהו "טיפול מיני" - טיפול ושיקום של בריאות מינית המתמקדים במגוון ההפרעות בתפקוד המיני של האדם והמוגדרות במילון האבחנות 10 - ICD וכוללות הפרעה ממקור גופני, נפשי, או משולב בכל שלבי התגובה המינית: חשק, עוררות, זקפה, אורגזמה והפרעות של כאב או דחק בקשר לקיום יחסי מין.

הוועדה ממליצה, כי העיסוק בתחום האבחון הטיפול והשיקום של הבריאות המינית ייעשה אך ורק על ידי מטפלים השייכים לאחד ממקצועות היסוד, אשר יקבלו רישוי מוגדר לעסוק בתחום.

מקצועות יסוד אלה כוללים:

- עובד סוציאלי על תואר שני עם ניסיון בתחום בריאות הנפש ו/או המשפחה.
- פסיכולוג קליני.
- רופא מומחה באחד מהתחומים: פסיכיאטריה, אורולוגיה, גינקולוגיה, רפואת המשפחה, רפואת ילדים, אנדוקרינולוגיה.

הוועדה ממליצה גם על סילבוס להכשרת אנשי המקצוע המבוסס על המלצות האקדמיה האירופאית לרפואת מין, ואשר מצורפת להמלצות.

הוועדה קוראת גם למוסדות אקדמיים לפתוח במסלולי הכשרה מתאימים, ולפעול להכרה במסגרות מוכרות להכשרה מעשית.

כמו כן ממליצה הוועדה על מנגנון להכרה ב"אבות מקצוע".

יורם לוטן

האגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים, משרד הבריאות

מילות מפתח:

טיפול מיני; מטפל מיני; הכשרת מטפלים מיניים; אבות מקצוע; הכרה (רישוי) - משרד הבריאות. Sexual therapy; Sex therapist; Training sex therapists; Founders; Reconition (Liscensing) - Ministry of Health

:KEY WORDS

הקדמה

בעקבות פניות מהציבור בנושא ולאחר כתבה ששודרה בנושא בתחילת 2007, במסגרת תכנית הטלוויזיה "עובדה" בנושא סרוגייט בטיפולים מיניים, הוחלט במשרד הבריאות על הקמת ועדה רב מקצועית, במסגרת המועצה הלאומית לבריאות הנפש, שתפקידה להמליץ למנכ"ל המשרד על הרשאים לעסוק בתחום.

על הוועדה הוטל לנסות ולקבוע:

- מהו טיפול מיני.
- מי רשאי לבצע טיפול כזה.
- היכן ניתן לבצע את הטיפול.
- בסקירה זו מסוכמים עיקרי המלצותיה של הוועדה. המסקנות וההמלצות הן ראשוניות בלבד: הן עדיין לא נדונו בהנהלת המשרד, ואף לא ניתן לבעלי העניין השונים להביע את עמדתם.

חברי הוועדה:

- ד"ר יצחק (צחי) בן ציון, פסיכיאטר, מרכז רפואי סורוקה
- גב' ימימה גולדברג, פסיכולוגית, משרד הבריאות
- ד"ר יוזה חן, אורולוג, מרכז רפואי תל אביב

- גב' שרונה עברהדני, עו"ד, משרד הבריאות
 - ד"ר ריקי פינצידותן, עו"ס, ב"ח גהה
 - ד"ר דן שרון, עו"ס ופסיכותרפיסט, אוניברסיטת תל אביב
 - ד"ר יורם לוטן, גינקולוג, משרד הבריאות - יו"ר.
- טיפול בבריאות מינית ושיקומה מתמקדים במגוון ההפרעות בתפקוד המיני של האדם המוגדרות במילון האבחנות ICD-10. ההפרעות הללו כוללות הפרעה ממקור גופני, נפשי או משולב בכל שלבי התגובה המינית: חשק, עוררות, זקפה, אורגזמה, והפרעות של כאב או דחק בקשר לקיום יחסי מין.
- הדעת נותנת, כי ראוי שהעיסוק בתחום האבחון, הטיפול והשיקום של הבריאות המינית, ייעשה אך ורק על ידי מטפלים השייכים לאחד ממקצועות היסוד, בעלי הכשרה ומיומנות כמפורט להלן, ואשר יקבלו רישוי לעסוק בתחום. בהתאם, מומלץ לאסור על מי שאינו מורשה לעסוק בתחום שלא כחלק מהליך הכשרה (פרקטיקום).
- אם תקבע חובת רישוי לעוסקים בתחום ואיסור על עיסוק בתחום למי שאינו מורשה - ייתיתר הצורך לבצע בנוסף רישוי של מוסדות העוסקים בתחום שבמילא יוכלו לפעול רק באמצעות בעלי מקצוע מורשים. אין גם מקום לאסור על עיסוק בתחום במסגרת

- **גיורמים מעכבים כדלקמן:**
 - חובת רישוי מחייבת חקיקה מוגדרת חדשה, וכן תקצוב מתאים לרישוי ופיקוח.
 - בהיעדר מסגרות לימוד אקדמאיות, יש לצאת בקריאה למוסדות האקדמיים לפתוח מסלולי הכשרה מתאימים.
 - בהיעדר מקומות ומדריכים לביצוע ההכשרה המעשית, כחלק מהוראות מעבר בחקיקה, יש לפעול להכרה במסגרות מוכרות להכשרה מעשית.
- **יש להכיר ב"אבות מקצוע" שיקבלו רישוי כמטפלים וכמדריכים ללא כל חובה להכשרה נוספת. יהיה צורך להקים מנגנון שיוכל להכיר בבעלי מקצוע העומדים בדרישות הנ"ל ולהם לפחות 5 שנות ניסיון.**
- **יצוין, כי עובדים סוציאליים מורשים על ידי משרד הרווחה, ולא משרד הבריאות. למרות שעובדים סוציאליים משולבים בתפקידי טיפול, בעיקר בבריאות הנפש, אין שום הליך של רישוי או הכרה על ידי משרד הבריאות. אם יתקבלו העקרונות המוצעים במסמך זה לעניין קביעת חובת רישוי לעוסקים בתחום, בכל הנוגע לרישוי של העובדים הסוציאליים, מובן שהדבר צריך להיעשות בתיאום עם שר הרווחה.**

היועצת המשפטית של הוועדה, עו"ד **שרונה עבר הדני**, הביעה את הסתייגותה להמלצה לעגן את הנושא בחקיקה בשלב זה ("רישוי על רישוי"). היא מציעה בשלב ראשון, להוציא הנחיות מקצועיות, ולאחר מספר שנות הטמעה – לפעול לקידום חקיקה.

שלימי תודות: תודתי נתונה לחברי הוועדה אשר הקדישו מזמנם ותרמו את ניסיונם, כל אחד בתחומי המקצועי, להכנת ההמלצות המקצועיות שהיוו בסיס לסקירה זו.

מחבר מכתב: יורם לוטן
מומחה במיילדות וגינקולוגיה, סקסולוג משרד הבריאות
רח' בן-טבאי 2, ירושלים
טל: 02-5681312
פקס: 02-6725842
דוא"ל: Yoram.lotan@moh.health.gov.il

ביבליוגרפיה

1. **ברונר ג'**, בריאות הציבור: נגיעה בבריאות המינית – דגם התערבות אינדוקטיבי. הרפואה, 2001; 76-72: 140
2. **פרס י', מנחם ש' וישורצמן פ'**, הפרעות בתפקוד המיני – מהו תפקיד רופא המשפחה. הרפואה, 2003; 142: 662-665
3. בנושא אבחון וטיפול בהפרעות זקפה – הנחיות קליניות (Clinical Guidelines) – המלצות הוועדה המקצועית
4. **Dean J, MBBS, FRCGP, et al.** Toward the establishment of a European qualification in sexual medicine; The ESSM Specialist Training Course, Oxford 2007. J Sex Med, 2007; 4: 1553-1558

עשייה פרטית כל עוד מדובר במטפל מורשה לתחום. בסקירת הספרות הישראלית בשנים האחרונות לא נמצאו כמעט מאמרים העוסקים בתחום זה, למרות שהנושא מעסיק את העוסקים בתחום, וכן את האיגודים, החברות והאגודות שאליהם משתייכים המטפלים המיניים.

גילה ברונר [1] התייחסה בסקירתה לתפקידם של המטפלים והקשיים העומדים בפניהם, והצורך להעניק להם הכשרה סגולית ייחודית ומיומנויות מקצועיות.

מאמרם של **יאן פרס** [2] וחב' מתמקד בתפקידם של רופאים ראשוניים לאבחן בעיות בתפקוד המיני ולטפל בהן, והם מגיעים למסקנה כי הרופאים הראשוניים זקוקים להכשרה מעמיקה יותר בתחום זה, הרחבת הידע וזמן רב יותר כדי לתת מענה הולם לפונים אליהם. בשנת 2001 פרסמה הר"ה הנחיות קליניות [3] לרופאים המטפלים בהפרעות זקפה.

א' מקצועות הבסיס

מטפל מיני יהיה שייך לאחד ממקצועות הבסיס הבאים:

- עובד סוציאלי בעל תואר שני עם ניסיון בתחום בריאות הנפש ו/או המשפחה.
- פסיכולוג בעל תואר מומחה בפסיכולוגיה קלינית/רפואית או שיקומית.
- רופא בעל תואר מומחה באחד התחומים הבאים: פסיכיאטריה, אורולוגיה, גינקולוגיה, רפואת משפחה, רפואת ילדים, אנדוקרינולוגיה.

ב' דרישות של ידע ומיומנות

מלבד שייכות לאחד ממקצועות הבסיס, על מטפל בתחום לבצע השלמת הכשרה, הן עיונית והן מעשית מודרכת, על מנת להשלים את הידע והמיומנות של המטפל בתחומים הבאים:

- שיטות אבחון לרבות שימוש ב-ICD-10, במילונים, או ב-DSM-4.
- שיטות טיפול ומניעה מקובלים, עם התמחות עומק בגישה טיפולית אחת לפחות.
- הערכת מועילות הטיפול (אפקטיביות).
- חוק ואתיקה הנוהגים במקצועו של המטפל בדגש על דילמות ומצבים ייחודיים לתחום ולשיטות הטיפול השונות.
- הכשרה עיונית ראויה מצריכה תוכנית לימודים של שנתיים לפחות, במסגרת אקדמית מוכרת, כאשר הסילבוס מכסה את כל מגוון הפרעות בתפקוד המיני והשיטות הטיפוליות העדכניות לתחום. סילבוס ההוראה המומלץ על ידי האקדמיה האירופאית לרפואת מין [4] מצורף.

הכשרה מעשית מודרכת:

מלבד הכשרה עיונית, על המטפל מיני לעבור פרקטיקום, במסגרת מרפאה המוכרת להכשרה בתחום, שמשכו שנתיים, בו יטפל לפחות ב:

- 10 מקרים של הפרעות בחשק המיני.
- 20 מקרים של הפרעות בעוררות, בזקפה ובאורגזמה בגברים ובנשים.
- 20 מקרים של כאב שמקורו ביחסי מין אצל נשים.
- כל המקרים יתועדו וילוו בהדרכה צמודה (חתימת מדייק על עמידה בדרישות ההדרכה).

ג' בחינה ורישוי:

לאחר השלמת ההכשרה העיונית והמעשית, על המטפל לעבור בחינה לצורך רישוי. מומלץ שהבחינה תיעשה על ידי ועדות בחינה מקצועיות הכוללות נציגויות של מקצועות הבסיס. הבחינה תכלול לפחות הצגת שני תיאורי מקרים, ושאלות בתחומי ההכשרה. על מנת לקדם את רישוי העוסקים בתחום, יש להתגבר על מספר

נספח:

Syllabus for Sexual Medicine

1. Sexual Development (9 hours)

- a) Sexual differentiation and development, including abnormalities of male and female genital and reproductive systems.
- b) Social and cultural factors.
- c) Psychosexual development, including gender identity and sexual orientation.
- d) Incorporating sexuality into relationships.
- e) Mating strategies and patterns of sexual behavior.

2. Psychology and physiology of sexual desire, arousal and response (18 hours).

- a) Central nervous system mechanisms.
- h) Role of hormones.
- c) Genital responses.
- d) Orgasm, emission and ejaculation.

3. Impact of gender (6 hours).

Similarities and differences between men and women in:

- a) psychophysiological mechanisms and how they are experienced.
- b) patterns of sexual behaviour throughout life.
- c) sexual attitudes.
- d) sexual orientation.

4. Ageing and sexuality (6 hours).

- a) The effect of physiological, psychological and social factors throughout life
- b) Changes in sexuality throughout life

5. Sexual dysfunctions in men and women (21 hours)

- a) Definitions and classifications.
- b) Epidemiology, pathophysiology and risk factors.
- c) Differentiation between sexual dysfunction and short term, or transient, alterations of sexual function.
- d) Diagnosis and treatment of sexual dysfunctions.
 - 1) Desire disorders.
 - 2) Arousal disorders.
 - 3) Orgasmic disorders.
 - 4) Ejaculatory disorders.
 - 5) Genital pain and pelvic floor disorders.
 - 6) Structural/anatomical abnormalities.

6. Problematic or deviant sexual behavior (9 hours).

- a) Paraphilias (exhibitionism, voyeurism, paedophilia, sadomasochism, fetishism, etc.)
- b) Sexual offences (abuse, assault, rape).
- c) High risk, compulsive and/or addictive sexual behavior

7. Gender identity disorders (6 hours).

8. Impact of other conditions on sexuality (12 hours).

- a) Somatic or psychic diseases and/or their treatment.
- h) Sexually transmitted infections.
- c) Sexual problems related to reproduction.
- d) Drugs.
- e) Sexual violence and abuse.

9. Clinical management of sexual disorders (21 hours).

- a. Principles.
 - Evidence-based medicine.
 - Combination of psychosomatic and somato-medical approaches.
 - Interdisciplinary.
 - Patient- and couple-centred
- b. Methods.
 - Establishing a sexual medicine clinic.
 - Psychological.
 - Pharmacological.
 - Physical and surgical.

10. Ethical and legal aspects of Sexual Medicine (6 hours).

11. Research methods related to Sexual Medicine (6 hours).

12. History of Sexual Medicine (6 hours).

כרוניקה

פיקוח נמרץ על רמת גלוקוזה אינו מאריך חיים בחולי סוכרת מסוג 2



של ירידה מסכנת חיים ברמת הגלוקוזה, או 54 יותר אירועים של מצב זה ל-1,000 חולים במשך 5 שנות טיפול כ"ל. המחקרים הקיפו קרוב ל-28,000 מבוגרים חולי סוכרת מסוג 2 שטופלו בברות מיוחדת, וכן בתרופות במתן פומי ובאינסולין. הטיפולים נמשכו 3-11 שנים. המחברים סיכמו, כי פיקוח על לחץ דם, רמת השומנים בדם והרגלי חיים נכונים – כל אלה מהווים דרכים טובות יותר להגן על חולים מפני אירועי לב וכלי דם.

א"י

פיקוח נמרץ על רמת הגלוקוזה בדם מונע סיבוכים בכלי דם קטנים בחולי סוכרת מסוג 2. אך האם תופעה זו גם מונעת אירועי לב ומאריכה את חיי החולים? בניתוח של מספר מחקרים נמצא (Ann Intern Med 2009;151 online 21 July), כי לא הייתה השפעה משמעותית לטיפול על אורך חיי החולים. מאידך חלה הפחתה של 16% בסיכון ללקות באוטם שריר הלב שאינו קטלני (סיכון יחסי של 0.84). הטיפול הנמרץ לא מנע אי ספיקת לב, אירוע מוח או מחלת כלי דם היקפיים, והיה קשור עם הכפלה

מקמה לכבוד ישיבת הרנסגן השבועית



מידי יום ב', בשעה 8.30, ככול שבוע מיני שנים הרבה קיים מנהג קבוע רופאי מחלקת ילדים צועדים כולם בסך על-מנת לבחון עמי בדיקות דימות על המסך. לאחר דברי ברכה שהתכנסות שכזו בהם כרוכה מתיישבים הכול במקומות בצפייה דרוכה. בשלב זה קם מתמחה, כולו עזוז מרץ וחיל כדי לתאר הקורות אותו בתורנותו לעת ליל כיצד צנח תשוש בשלוש בבוקר על המיטה וכיצד שקע מיניה וביה בשנת מרמטה ובעוד קורי שינה מכול עבר אותו אופפים בכדי להרגיע עצביו אשר כלשהו רופפים לפתע, חזיו ורעם, הוער ע"י בכי צוחני המלווה בשירונק ובישועול נבחני. לאוזני הנוכחים המסכיתים רוב הסכת תיאר הוא כיצד מכיסו שלף את המסכת ובהגע לאוזניו צפצופים גבוהי תדר השכיל לאבחן תסנין גגתו של הצדר. כדי לאשרר איבחון קליני שכזה נשלח הדרדק לאלתר לצילום חזה. בשלב זה מועלה הצילום על המסך ונשזף לעין כול ללא כל חסך. הכול מחדדים ראייתם להיטיב ראות. כלום אמנם לוקה הפעוט בדלקת ראות. אכן לא בכדי הינוקא בשיעול לקה שכן תסנין בריאה יתד תקע. בנוסף הודגם מיצר רחב לתפארת בגינה של בלוטת ההרת. קם אז ד"ר ר', ובעוד לבב כולם הומה סיפר לנוכחים על ניסיונו במקרה דומה (ד"ר ר' הוא מומחה בעל ידענות מרשימה בכול הקשור בנושא הריאות ומערכת הנשימה). הגיע אליו, הוא תיאר, תינוק שבנשימה מתענה ולפיכך הוא ביצע בו לאלתר חזיון הקנה ובעוד על הברונכוסקופ ידו חפונה שלף מן הסימפון גרגר אפונה והילד שנראה כהולך מדחי אל דחי הפך תוך שניות לחכליל לחי. גרגר האפונה נמסר לידי האם למזכרת והריהי מציגה אותו לראווה ברחבי הקרת.

בשלב זה קם פרופ' ל' לפסוק את פסוקו (פרופ' ל' בני המעיים הם תחום עיסוקו) והכריז: הבה אספר אף אני לכם דבר חכמה כיצד ביצעתי לא מכבר חזיון האיציטומכא כאשר לילדה שהייתה מעט נרגשת העברתי גסטרוסקופ במורדו של הוושט

ובקצה הוושט – אין ניע, אין זיע שכן הילדה לוקה באכלזיה.

עתה מוזמנים כל הנוכחים אל המסך לגשת כדי לבחון, רוב בוחן, את צילומי הוושט ואמנם בקצה הרחיקני הודגם ממצא מבודד אשר מראהו של כעין קצה סיגר מחודד ונמצא כי האבחנה הקלינית זוכה לאימות ועולה בקנה אחד עם אבחנת הדימות. טהרני הלשון, המתייחסים לשפה בקפידות יקפידו לקרוא לאכלזיה 'צפידות'. בעוד הנוכחים מהתיאורים נתונים באלם מחליט המתמחה להחזיר הדיון לתלם והריהו דולה מקרה נוסף שבמוחו זכור אודות פעוט שהגיע עם שתן עכור ובהיותו דואב ושטוף דמע נשלח לסריקת כליותיו בעל-שמע. כאשר שומע ד"ר א' מלה כ'כליה' או 'שתן' מתהפכים לו בקירבו חדרי הבטן הריהו מזנק ממקומו כטיל מונחה (שכן הכליות הן התחום בו הוא מומחה) כנשוך נחש מגיח הוא אי משמה ומבהיר לנוכחים כהאי לישנא: בל תשכונה בלבבכם, רבותיי, כל אשליות שכן איברי המפתח בגוף הן הכליות עובדה היא כי כל ספק זה מכבר הוסר בהיות הכליות מקום משכן המוסר. הנה הגיע למחלקה ילד תפוח עפעפיים שלא נחסכו הימנו אף בצקות בגפיים. לאחר שבחנתיו היטב בעין בוחנת ברי היה כי מחלה לו בכליה שוכנת בדיקת על-שמע בעבורי את הכליה מיקמה ונעצתי מחט לצורך הוצאת גליל של רקמה. כמסתבר לא הייתה זו כלל גחמה נירוטית שכן הילד אמנם לקה בתסמונת נפרוטית. אותו ד"ר א' חש תמיד דחף וצורך לחזור ולשאלו: "תגיד מה האורך?"

בפני התווה יתאר הוא, כמעין הנובע מדוע הוא סבור כי האורך בפירוש קובע. אם אורך הכליה קטן מהרגיל ואיננו תואם את עקומת הגיל בא הדבר ללמד ולהורות כי הכליה סובלת מדלקות חוזרות ואם אורך הכליה גדול פי כמה נראה כי תהליך פשה במרקמה. קם אז ד"ר ה' בבולמוס של אנרגיה ומבהיר כי הכול זה עניין של אלרגיה (על נושא שכזה הוא תמיד עט כעית שכן האלרגיה היא לו מגרש הבית).

הנה הגיע ילדון זב חוטם, שללא הרף זורר וללא היסוס הוא את עורו במחטים חורר ומצא אדמומיות ארגמנית פושה, ולא כזית באתר הזרקת אנטיגן קרדית אבק הבית. לפיכך הורחק הילד מן הבית דרך קבע על-מנת שיחיה נטל אלרגן בחיק הטבע. בשלב זה קמה אחת הרופאות המתמחות ומספרת כיצד נעורה לקולן של אנוחות שעה שילדון לחדר המיון בצליעה פסע כשזיהום מפושט לו ברגלו פשה. במשטח ישיר לא צמח דבר – לא מאומה ולא ברי איזהו החיידק מחולל המהומה. בצילום רנטגן נראתה נגיעות עצם הירך והקושיה איזהו החיידק שכנגדו יש להיערך. מזדקק ד"ר א' ומיד עונה לה כי אין ספק שמדובר בחיידק סלמונלה (ד"ר א' הינו מומחה ברמות בין-לאומיות בכל הקשור במחלות זיהומיות). דרך שכזה כיצד אותו מצילין כמובן ע"י הזרקת פניצילין. קם אז ד"ר צ' להציג ילוד בעל היקף ראש מרשים החורג מעל ומעבר לאחוזון ה-95 בתרשים. (ד"ר צ' הוא אשר אמון על תחום המוח והעצב ומטבע הדברים מפגין מומחיותו משה המצב) במסגרת בירור שנערך – חקור ודרוש ב-CT נמצאה אבחנה של הידרוקן הראש ובעוד קהל המאזינים כולו קשב וריכוז סיפר כיצד הוחדר צנתר לצורך ניקוז ומאז מתפתח הילד לעילא ולעילא שכן זו גדולתה של הרפואה וכל חילה.

קם אנוכי ונוטל את מושכות הישיבה וזאת בכדי להציג לנוכחים חומר לחשיבה. זה מכבר השתרש לו מנהג, ובכך אין תמה אבחנות קובעים אך על-סמך בדיקת העל-שמע. וכותב אנוכי הדברים ללא כל אירוניה – נסו לאבחן קלינית 'לובר נפרוניה' או התפלות, נדלדול, חצצת ותפליט הצדר או אפילו הסנה דלקתית של הפדר. אין אפוא מקום לוויכוח או עימות: החשובה מכול היא פעולת הדימות. ובעוד מהדהדים להם בין כותלי החדר ביטויים כמו אדר, צדר ופדר ומונחים רבים אחרים, לא פחות עמומים יושבים הסטודנטים ובמידה רבה המומים מנסים הם להבין בסבלנות ראויה לציון בעצם באיזו שפה מתנהל הדיון.

מנשה ברזילי

בית חולים כרמל, חיפה

The question of who is authorized to conduct sexual therapy and sexual rehabilitation is a complicated issue which has concerned the Ministry of Health (MOH) and professionals in this area for many years.

T.V. Channel 2 presented a program regarding surrogates in sexual treatment. Following this program and due to the lack of clear definitions, the Director General of the MOH appointed a committee assigned to define "sexual treatment" and determine who is considered to be a sex therapist.

The members of the committee represented various relevant professions. The recommendations of the committee are still being discussed and no final decisions have yet been made.

However, the committee defined "sexual treatment" as professional interventions aiming to treat sexual dysfunctions in men and women as defined in the ICD-10 classification.

These dysfunctions could be a result of physical, mental or combined causes".

The committee recommended that sex therapists should only be those who are already licensed in one of the following professions:

- Social work (MSW) with proven experience in individual and family therapy;
- Clinical Psychology;
- Medicine - specializing in one of the following fields - Psychiatry, Urology, Gynecology, Family Medicine, Pediatrics or Endocrinology.

In addition, the committee recommended a syllabus which aims to train these professionals following the recommendations of the European Academy of Sexual Medicine which are attached to the proposal of the committee.

The committee also calls to initiate academic programs which will be accompanied by supervised practical training.

Furthermore, the committee recommended acknowledging professionals who will be considered as the founders of sexual therapy in Israel. •

כרוניקה

רוזיגליטאזון יעיל בטיפול נגד מלריה



כל הטיפול יחסית לטיפול באיבנו. כמו כן, הטיפול המשולב הפחית משמעותית את רמות 60L- וחלבון מושך מונוציטים 1 MCP, וכן את רמת TNF. לא היה הבדל ניכר בבטיחות ובסבילות של הטיפול בין שתי הקבוצות. החוקרים סיכמו, כי תרופות כמו רוזיגליטאזון, בעלות פעילות אימונומודולרית, יכולות לשפר את ההישרדות ממלריה, מאחר שהן ממתנות את תגובת המאכסן שעלולה להיות חדה מדי וקטלנית.

קיינ וחב' (Clin Infect Dis 2009;49:841) ערכו ניסוי במופע 1/1 ב-140 חולי מלריה (פלסמודיום פאלציפארום) בתאילנד, ובדקו את הבטיחות, הסבילות והיעילות של רוזיגליטאזון (Rosiglitazone), בסילוק הטפיל ובהגבלת הדלקת הנגרמת על ידי מלריה (רוזיגליטאזון הוא אגוניסט של קולטן פראוקסיזום PPAR). החולים נטלו תרופות נגד מלריה 4-1 מ"ג רוזיגליטאזון או איבנו ליום במשך 4 ימים. זמן פינוי הטפיל מהדם היה קצר יותר משמעותית בטיפול המשולב והגיע ל-90% תוך 31 שעות. המעמס הטפילי אף הוא ירד מהר יותר בטיפול המשולב לאורך

א"י

regarding mortality versus survival. An equally important aspect to be addressed in this assessment must relate to quality of life. One of the more painful insults to the quality of life of cancer patients relates to the deleterious effects on sexuality.

This article aims to present physicians with the spectrum of sexuality-related issues which are encountered by cancer patients and their partners, starting from the moment of diagnosis, throughout the various stages of treatment and to provide basic knowledge.

Many individuals contracting cancer have difficulty dealing with the issue of sexuality. They are typically embarrassed and feel uneasy when asking health care providers about such a non-life threatening issue. Partners similarly feel both shame and guilt. In many cases sexuality, intimacy and emotional attachment are important aspects and may be essential for survival. Addressing these issues during treatment can provide patients with a sense of security, avoiding embarrassment and further exacerbation of such problems. Unfortunately, little has been done to develop an optimal interventional program, although standard sexual treatments have often been applied. Prospective clinical research and outcomes are missing. The physician can use the well-known PLISSIT model (1978): to provide sexuality involvement on different levels. The very new BETTER model (2004) can help emphasize that cancer treatment and the disease have an influence on intimacy and sexuality. ●

ONCOSEXOLOGY – SEX THERAPY FOR CANCER PATIENTS

Moshe Mock^{1,2}, Lena Kurtz^{2,3}, Ronit Roth-Hanania¹, Yaacov Mamet²

¹ Unit for Sex and Couple Therapy, Meir Medical Center, Kfar Saba,

² Unit for Oncosexology, Laniado Medical Center, Netanya

³ Israel Cancer Association, Givatayim

In recent years, cancer, the main cause of patients' mortality in the western world, is turning into a chronic disease with increasing survivor rates, following advances in treatment methods. The disease and its therapies have a negative effect on the patient's quality of life and that of his or her partner and other family members. Cancer and its associated treatments (chemotherapy, radiotherapy, surgical procedures) lead to a decline in the patients' level of physiological as well as psychological functioning and have a negative impact on their ability to maintain intimacy and healthy sex life with their partners.

Sexual dysfunctions are identified among the majority of oncology patients, particularly those with gynecological and urological cancers. Although sexual problems are common among cancer patients, very little professional

and therapeutic attention is provided to them. More so, the patients themselves are usually not aware of and do not receive adequate information regarding their sexual difficulties and about possible treatments. The oncosexology intervention system encompasses a team of interdisciplinary professionals (medical doctors, psychologists, social workers, couple therapists and sexologists, oncology nurses etc), together providing cancer patients and their partners with up-to-date information and adequate therapy focusing on their sexual and relational needs.

There is currently a need to increase awareness and provide professional training in the field of oncosexology to medical doctors, nurses and other professional working with cancer patients in order for them to support their clients and improve their quality of life. ●

INCORPORATING A SEXUAL QUESTIONNAIRE IN SCREENING EXAMINATIONS

Dan Justo¹, Rafi J. Heruti^{2,3}

¹ Department of Geriatric Medicine B, Tel Aviv Medical Center, Tel Aviv

² Sexual Health Unit, Reuth Medical Center, Tel Aviv

³ Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv

Erectile dysfunction (ED) is the inability to attain and/or maintain an erection sufficient for satisfactory sexual performance. The prevalence of ED among elderly men is 52%, and it is associated with preventable and treatable cardiovascular conditions, such as diabetes mellitus, hyperlipidemia, hypertension and smoking. Treating these conditions may prevent cardiovascular diseases and ED. Nevertheless, large-scale studies regarding the prevalence of ED among young men has never been conducted, although prevention should be performed in younger ages.

A unique screening examination, including a sexual questionnaire has been conducted in Israel since 2001. Men who are suspected of ED, according to this questionnaire, are referred to a sexual clinic for consultation and treatment.

In this review, we present several studies based on this database. Our main findings: ED is prevalent in young men and is associated with diabetes mellitus, hypertriglyceridemia, sleeping disorders and periodontal diseases. These findings stress the importance of incorporating a sexual questionnaire in screening examinations. ●

WHO CAN BE A SEX THERAPIST? MINISTRY OF HEALTH COMMITTEE RECOMMENDATIONS

Yoram Lotan

Medical Facilities and Equipment Licensing Division, Ministry of Health

In this article, the authors illuminate the complexity of this therapy process, as well as dealing with some of the ethical issues that are raised. The article also identifies types of patients who can benefit from surrogate therapy. •

MODEL APPROACH FOR EVALUATION AND TREATMENT OF MEN WITH PREMATURE EJACULATION

Arkadi Galin^{1,2}, Gila Bronner², Gil Raviv^{2,3}

¹ Department of Rehabilitation, Galil-Maaravi Hospital, Nahariya

² Sexual Medicine Center, Department of Urology, Sheba Medical Center, Tel Hashomer

³ Department of Urology, Sheba Medical Center, Tel Hashomer

Introduction: Premature ejaculation (PE) is one of the most common sexual dysfunctions among men. PE is poorly defined and inadequately characterized, therefore, professionals find it difficult to cope with the diagnosis, treatment and research. Men who complain about their PE also describe their problem in different ways.

Purpose: This article describes the prevalence of PE, presents the different definitions of the problem and provides a model for evaluation and treatment combining medical and psychosexual techniques.

Methods: The proposed model for the diagnosis and treatment of PE was composed by combining information from relevant literature with the multi-professional staff experience in our Sexual Medicine Center.

Outcomes: Selective serotonin release inhibitors (SSRIs) have been the most promising medication for treatment of PE. Psychosexual therapy, offering cognitive-behavioral techniques contribute to the man's ability to improve his sexual and couple relationships.

Conclusions: Diagnosis of PE is mainly based on sexual history as described by the male patient. Therefore, it is essential to have a comprehensive medical and sexual history, description of the effect of PE on sexual activity, and the degree of personal and couple distress. It is important to clarify the onset of the problem, as PE may be the result of another sexual dysfunction of the man or his sexual partner. •

SEXUAL DISORDER FROM AN EVOLUTIONARY PERSPECTIVE

Baruch Elitzur

The Psychiatric Department, Tel Aviv Medical Center, Israel

Evolutionary-psychology hypothesizes how character traits, emotions and behavioral patterns present in modern-day humans, have evolved to contribute to the survival and procreation of our ancestors. Stevens and Price (2000)

wrote, "Darwinian paradigm is the bedrock on which all biological sciences are now based, and no psychological explanation can hope to survive if it is incompatible with it". The present paper hypothesizes how sexual disorders, for males and females, contributed to survival and procreation of our ancestors and ways to incorporate that knowledge during psychotherapy. •

INTERVENTION FOR THE PROMOTION OF SEXUAL HEALTH THROUGH THE INTERNET: THEORY, EMPIRICAL EVIDENCE AND APPLICATION

Azy Barak¹, William A. Fisher²

¹ University of Haifa, Haifa, Israel

² The University of Western Ontario, Canada

The current article suggests that the core characteristics of the Internet — its anonymity, accessibility, affordability, privacy, and acceptability — make it ideally suited as an efficient and effective channel for delivery of sexual and reproductive health promotion interventions. The authors' analysis also asserts that it is essential to create Internet-based sexual and reproductive health promotion efforts that are based upon comprehensive and empirically validated models of the initiation and maintenance of health behavior change. Accumulated research shows that the Internet is indeed a widely used and important resource for information concerning sexuality for many individuals, with particularly widespread utilization among younger individuals. In this context, numerous successful attempts have been made to exploit the Internet for the promotion of behaviors essential to sexuality and reproductive health, although these effects have often been limited in scope.

The current discussion concludes with theoretical and practical illustrations of Internet-based sexual and reproductive health interventions, employing a theoretical foundation, the Information- motivation-behavioral skills model of sexual and reproductive health, and an internet delivery vehicle, www.sexualityandu.ca, that is based upon it. •

SEXY CANCER – SEXUALITY FOR CANCER PATIENTS

Sharon Peleg-Nesher, Brurya Yachini, Moshe Inbar

Tel Aviv Medical Center

Sexuality is a basic need for every human being as long as he or she is alive, irrespective of age or health status.

Approximately 23,500 individuals are diagnosed with cancer each year in Israel and join the 120,000 cancer patients currently living in Israel. The results of cancer treatments are traditionally assessed and based on the outcome

understood today and the current diagnostic and therapeutic understandings and directions.

THE ROLE OF PHYSICAL THERAPY IN THE TREATMENT OF FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION

Talli Y. Rosenbaum¹, Inbal Ben-Dror²

¹ Inner Stability Ltd.

² Shluvim Clinic, Haifa

Healthy sexual function requires physical, mental, and emotional well-being. Physical presentations that may limit sexual activity include decreased mobility, alterations in sensation, decreased genital circulation and pain. Physical therapists play an important role in facilitating optimal sexual function by providing treatment to restore function, improve mobility and relieve pain. This article illustrates, through four case reports, the importance of physiotherapy in the multidisciplinary approach to the treatment of female sexual dysfunction. •

SEXUAL DYSFUNCTION AND CORONARY ARTERY DISEASE IN ADULT WOMEN

Elinor Megiddo¹, Dan Justo², Yaron Arbel³, Amit Oren³, Rafi Heruti⁴, Shmuel Banai⁵

¹ Faculty of Medicine, The Hebrew University of Jerusalem

² Department of Geriatric Medicine B, Tel Aviv Medical Center, Tel Aviv

³ Department of Internal Medicine D, Tel Aviv Medical Center, Tel Aviv

⁴ Sexual Rehabilitation Clinic, Reuth Medical Center, Tel Aviv

⁵ Invasive Cardiology Unit, Tel Aviv Medical Center, Tel Aviv

Background: The prevalence of sexual dysfunction in adult women with coronary artery disease (CAD) has seldom been studied, and the association between sexual dysfunction severity and with CAD severity has never been studied.

Aim: To study the prevalence of sexual dysfunction and its severity by CAD severity in adult women.

Methods: Adult women undergoing coronary angiography at the Tel Aviv Medical Center completed a sexual questionnaire titled Female Sexual Function Index (FSFI). Scores of 23 or lower in this questionnaire were consistent with sexual dysfunction. The cohort was divided into three groups: 1. Women without CAD. 2. Women with one vessel disease. 3. Women with two or more vessel disease. CAD was defined as one or more coronary artery stenosis of 50% or more, and/or history of myocardial infarction. The prevalence of sexual dysfunction and cardiovascular risk factors was compared between these groups.

Results: The study included 104 adult women (age range: 42-92 years; mean age: 11.2±68.7 years). Sixty-five (62.5%) women had one-vessel disease (n=27) or more (n=38). Overall, 39 (37.5%) women had no coronary stenosis and/or history of myocardial infarction. Most women (n=68; 65.4%) had

no sexual activity. Among the 36 sexually active women, 11 (30.6%) women had a normal sexual function. Normal sexual function was two-times more prevalent in women without CAD relative to women with CAD (7.7% vs. 15.4%; p=0.049). These findings were not statistically significant following adjustment for age. The odds for normal sexual function were low as more coronaries were stenotic, but these findings were not statistically significant.

Conclusions: A trend towards association between CAD severity and sexual dysfunction severity in adult women has been demonstrated for the first time. Sexual dysfunction and lack of sexual activity are very common among adult women with CAD. There is a negative association between the number of coronary arteries involved and normal sexual function, but this trend should be studied in a larger cohort. •

ETHICAL ISSUES CONCERNING SURROGATE ASSISTED SEX THERAPY

Ronit Aloni¹, Rafi J. Heruti^{2,3}

¹ Sexual Treatment Clinic, Tel Aviv

² Sexual Rehabilitation Clinic, Reuth Medical Center, Tel Aviv

³ Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University

Sex therapy, by definition, is a couple therapy as well as behavioral therapy by origin. As such, practicing a series of exercises is an essential part of the therapy. Masters and Johnson, in their book "Human Sexual Inadequacy", wrote that "one cannot learn about sexuality in any practical way without actually experiencing intimate behavior with a partner". This ethical approach directed them to develop the therapeutic method of working with surrogate partners, as they thought all people are entitled to receive therapy, if they so wish, including people without partners.

Surrogate is a form of mentoring; this is a one-on-one relationship that allows practicing classic behavioral methods such as gradual progress, breaking the task into small goals, onsite feedback, rehearsals, role-play, modifying the environment, etc. The content and the skills that are practiced are related to sexual dysfunction as well as social, couple and intimate skills. The lack of those critical skills prevents the clients from fulfilling their wish to develop social or intimate relationships in which they will be able to accomplish their sexuality.

Ethical procedures should be strictly kept in order to protect the clients and the surrogates, in a three-way therapeutic team, working together to reach the goals of the therapy. During the therapy process a weekly meeting is held between the therapist and the client, between the therapist and the surrogate and, only then, between the surrogate and the client. At the end of the therapy process the relationship between the client and the surrogate is terminated, completely.

physician for assurance that fasting is safe. The physician should pay special attention to patients on intensive insulin treatment or on sulfonylureas. Some, but not all these patients, should avoid fasting. In case these patients decide to fast, intensive monitoring of blood glucose is required during the fast to prevent severe hypoglycemia. •

SEXUAL FUNCTION AND DYSFUNCTION: FROM THEORY TO PRACTICE

Itzhak Z. Ben Zion¹, Gila Bronner², Ronny Shtarkshall^{3,4}

¹ Sex Medicine Clinic, Soroka University Medical Center

² Sexual Medicine Center, Department of Urology, Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Israel

³ The Braun School of Public Health and Community Medicine of the Hebrew University and Hadassah

⁴ The Program for Training of Sex Therapists, Department of Continuing Education, School of Social Work, Bar-Ilan University

Sexual dysfunctions are common phenomena in healthy as well as in ill populations. The introduction of PDE5-inhibitors gave primary health-care physicians and specialists a tool to treat erectile dysfunction. This focused the attention on the need of physicians to be trained to discuss helpfully sexual issues.

Sexual dysfunctions are biopsychosocial phenomena with many causes, including specific diseases and some treatments. These dysfunctions can be a cause for much distress. It seems that nowadays people are more prepared to ask sexual questions than physicians are ready to discuss and answer them.

In this issue of Harefuah, we present many aspects of a combined, multi-professional, biopsychosocial model, for identifying and treating sexual dysfunctions. We also propose some ideas that could serve medical professionals in their efforts to better deal with sexual matters. •

CONTRIBUTION OF PSYCHOSEXUAL APPROACH TO ASSESSMENT AND TREATMENT OF SEXUAL DYSFUNCTION: A WORKING MODEL

Gila Bronner, Einat Elran, Benny Schachter, Sari Lavee, Arkadi Galin, Gil Raviv

Sexual Medicine Center, Department of Urology, Sheba Medical Center, Tel Hashomer

Introduction: Increasing awareness and medical studies of sexual dysfunction (SD) unveil the multi-dimensional nature of SD and the need for a multidisciplinary treatment approach.

Purpose: To describe the psychosexual contribution to the multidisciplinary model for the assessment and treatment of SD.

Methods: The psychosexual contribution will be demonstrated by 4 case reports and data of subjects

applying for sex therapy during 2004-8.

Outcomes: A total of 822 women (age 35±12.0 years) and 813 men (age 38±13.2 years) applied for sex therapy; 44% were referred by a physician, 37% found information on the internet or in other media resources. The most frequent SDs in women were: hypoactive sexual desire disorder (HSDD) (29.7%), sexual pain (28.5%) and anorgasmia (20.9%); and in men: erectile dysfunction (44.2%), premature ejaculation (24.5%) and HSDD (17.5%). Co-morbid relationship distress was found in 217 of the cases (26.5%).

Conclusions: Subjects, referred by a physician or on their own initiation, present a variety of SDs, stemming from a combination of physical, psychological and interpersonal contributing factors. The presenting sexual problem is frequently the tip of the iceberg of hidden psychological problems, relationship distress or partner's SD. The overall goal of treatment is increased pleasure and satisfaction, rather than achieving a perfect genital response. Therefore, successful treatment outcome depends on multi-professional assessment and successful resolution of the issues that accompany the sexual complaint, sharing the process with patients and their partners. •

FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION

Mijal Luria

Sexual Medicine Clinic, Department of Obstetrics and Gynecology, Hadassah University Hospital, Mt Scopus

Female sexual problems are common, frequently overlooked and have a significant impact on the lives of women. Research in the last decade has brought to the understanding and recognition of a number of standpoints, mainly the broad range of normative function. In 2003, the American Urological Association Foundation convened an international committee of experts in the field of women's sexuality, to reconsider the existing definitions of women's sexual dysfunction. Based on the circular response cycle developed by Basson, the group emphasized motivations that might move a woman from being sexually "neutral" to making a decision to be sexual with her partner, as a normative alternative to the need for spontaneous sexual desire as the trigger for sexual behavior.

Etiology may stem from medical as well as psychological factors, thus assessment must include a complete evaluation. Treatment includes psycho-education, improvement of interpersonal communication, cognitive behavioral treatment and elucidation and treatment of medical problems, if necessary. Several pharmacological treatments are under investigation, with modest results and uncertainties about their long term safety.

This review presents the female sexual response as it is

CLINICAL AND VIROLOGICAL SURVEILLANCE OF INFLUENZA IN ISRAEL – IMPLEMENTATION DURING PANDEMIC INFLUENZA

Michal Bromberg¹, Zalman Kaufman¹, Michal Mandelboim², Hanna Sefty¹, Varda Shalev³, Rachel Marom³, Ella Mendelson², Manfred S. Green⁴, Tamy Shohat^{1,5}

¹ Israel Center for Disease Control, Gertner Institute for Health Policy Research, Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel

² Central Virology Laboratory, Public Health Laboratories, Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel

³ Maccabi Health Services, Tel Aviv, Israel

⁴ Public Health Faculty, Haifa University, Haifa, Israel

⁵ Department of Epidemiology and Preventive Medicine, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

Background: Pandemic influenza surveillance has a central role in providing an updated situation for the health care system.

Aim: To describe the Israel Center for Disease Control (ICDC) pandemic influenza surveillance system.

Methods: The ICDC conducts a seasonal influenza surveillance system based on patients' visits to community clinics (mainly Maccabi Healthcare Services) and emergency rooms for influenza-like illness (ILI) or pneumonia, and on laboratory confirmed nasopharyngeal swabs from ILI patients at designated sentinel clinics (tested at the Central Virology Laboratory). The laboratory based surveillance provides data on the active influenza strains, resistance to anti-viral drugs and match with the seasonal vaccine. The influenza surveillance network was strengthened since the level of the influenza pandemic alert was raised to phase 4 at the end of April 2009.

Results: The first A/H1N1 2009 cases were identified by the surveillance system in the last week of May 2009. Local transmission was recorded in the second half of June 2009. At this time there was an increase in the rates of patient visits to outpatient clinics for ILI, especially in the age group 0-18 years old and in residents of Tel Aviv, Central and Jerusalem districts. By the end of July 2009 there was an increase in pneumonia cases (mainly 2-18 years old) in community clinics.

Conclusions: Once the pandemic influenza began spreading, the ICDC surveillance system provided a valid picture which facilitated the decision to stop laboratory confirmation of each community case and rely on the ICDC surveillance system as the main source for information. ●

MEDICINE AND JUDAISM – A PATIENT IS FORBIDDEN TO ENDANGER HIS LIFE IN ORDER TO FAST ON YOM KIPPUR

Benjamin Gesundheit

International Center for Cell Therapy and Cancer Immunotherapy Ltd

Dr. Israel Katz and his colleagues discuss the theoretical possibility of allowing type-1 diabetes patients to fast on Yom Kippur despite the danger that fasting might lead to a life-threatening state of hypoglycemia. For those diabetics who insist on fasting, the authors recommend more frequent monitoring of their glucose levels, changing their medications and arranging that expert medical advice and treatment be available to them over the course of the fast.

In this editorial, the authors argue that most Halakhic authorities (experts in Jewish law) absolutely forbid a type-1 diabetes patient to fast on Yom Kippur, because he is defined as "a patient whose life may be in danger," and is therefore forbidden to fast. This is true even if fasting will only aggravate his medical situation, and even if the patient wishes to fast! While Lantus insulin may be an effective solution for those who have already stabilized their sugar levels without complications with that drug, a patient who is not already on the drug is forbidden to change his medications, just for Yom Kippur, in order to fast.

The authors conclude with a brief survey of the classical Halakhic sources regarding the prohibition of endangering one's life in general and the prohibition of endangering one's life by fasting on Yom Kippur in particular. Close collaboration between physicians and rabbis in this and many other issues might contribute substantially to improve patients' care including psychological and ethical aspects of medical practice. ●

DIABETIC PATIENTS IN THE YOM KIPPUR FAST- WHO CAN FAST AND HOW TO TREAT THE FASTING PATIENTS

Yisrael Katz¹, David Zangen², Gil Leibowitz³, Auryan Szalalt³

¹ Clalit Health Services, Department of Family Practice, Jerusalem

² Department of Pediatric Endocrinology

³ Endocrinology Department - Hadassah Hospital, Jerusalem

Jews all over the world fast on Yom Kippur, a fast lasting 25 hours. For diabetic patients and their physicians the fast is a significant challenge. The Jewish law exempts patients from fasting if the fast endangers the patient's health. In order to know if they can fast safely, many diabetic patients consult their physicians.

In this review, the authors summarize the potential risk for fasting in diabetic patients and propose treatment protocols for patients who intend to fast. The principle recommendations are based on data related to fasting diabetic patients during the Ramadan fast, which is shorter than Yom Kippur. Furthermore, practical suggestions are based on a recent Israeli study on type 1 diabetic patients fasting for 25 hours, taking into account the Jewish law. Every diabetic patient who intends to fast should consult his

CONTENTS 09/2009

SEPTEMBER 2009
VOL 148
NO.9

A SPECIAL ISSUE ON SEXOLOGY

EDITOR-IN-CHIEF:

Yehuda Shoenfeld, MD

ASSOCIATE EDITORS:

Joshua Shemer, MD and
Gad Keren, MD

Manuscript and Production Editor:
Michal Haddad-Levy

Manager:
Tali Simhon

Editorial Secretary:
Inbar Hagashi

- Journal of the Israel Medical Association
- Published by the Central Committee of the Israel Medical Association

Harefuah: 35 Jabotinsky St.,
P.O.Box 3566, Ramat Gan,
52136, Israel.
Tel: (972-3) 610 0430
Fax: (972-3) 751 9673
email:harefuah@ima.org.il

All advertisements in this issue are put forward at the sole responsibility of the advertisers. Similarly, all articles are the responsibility of the authors alone. The Israel Medical Association and the editors of "Harefuah" are not accountable for the contents of any advertisement or article.



ISSN 0017-7768

© 2009 Israel Medical Association

ACTUALITY I – A/H1N1 VIRUS (SWINE FLU)

Edited by R.D. Balicer and I.Grotto

577 Clinical and virological surveillance of influenza in Israel – implementation during pandemic influenza

M. Bromberg, Z. Kaufman, M. Mandelboim, H. Sefty, V. Shalev, R. Marom, E. Mendelson, M. S. Green, T. Shohat

ACTUALITY II – YOM KIPPUR FAST

583 Medicine and Judaism – a patient is forbidden to endanger his life in order to fast on Yom Kippur

B. Gesundheit

586 Diabetic patients in the Yom Kippur fast – who can fast and how to treat the fasting patients

Y. Katz, D. Zangen, G. Leibowitz, A. Szalalt

INTRODUCTION – SEXOLOGY ISSUE

592 Sexual function and dysfunction: from theory to practice

Z. Ben Zion, G. Bronner, R. Shtarkshall

ARTICLES

595 Contribution of psychosexual approach to assessment and treatment of sexual dysfunction: a working model

G. Bronner, E. Elran, B. Schachter, S. Lavee, A. Galin, G. Raviv

600 Female sexual dysfunction

M. Luria

606 The role of physical therapy in the treatment of female sexual dysfunction

T. Y. Rosenbaum, I. Ben-Dror

611 Sexual dysfunction and coronary artery disease in adult women

E. Megiddo, D. Justo, Y. Arbel, A. Oren, R. Heruti, S. Banai

615 Ethical issues concerning surrogate assisted sex therapy

R. Aloni, R. J. Heruti

620 Model approach for evaluation and treatment of men with premature ejaculation

A. Galin, G. Bronner, G. Raviv

EDITORIAL

625 Sexual disorder from an evolutionary perspective

B. Elitzur

REVIEWS

628 Intervention for the promotion of sexual health through the internet: theory, empirical evidence and application

A. Barak, W. A. Fisher

634 Sexy cancer – sexuality for cancer patients

S. Peleg-Nesher, B. Yachini, M. Inbar

641 Oncosexology – sex therapy for cancer patients

M. Mock, L. Kurtz, R. Roth-Hanania, Y. Mamet

646 Incorporating a sexual questionnaire in screening examinations

D. Justo, R. J. Heruti

650 Who can be a sex therapist? Ministry of Health Committee recommendations

Y. Lotan

653 POETRY AND MEDICINE

654 ENGLISH SUMMARIES