

מיניות בסוף החיים

קרן ארפי

מיניות הינה צורך בסיסי של כל אדם – מקור לחום, מגע, אהבה וקרבה, ללא קשר לגיל, מין, דת ומצב בריאותי, ומהווה נדבך חשוב ביותר בכל הנוגע לאיכות חייו של המטופל. חלק ניכר מחולי הסרטן ובני זוגם מתקשים להתמודד עם נושא המיניות ואף מתקשים לשוחח על כך עם הצוות המטפל, מתוך חשש ומבוכה שמא אין מדובר בנושא הקשור בהצלחת חיים וכי ההתערבות אינה הכרחית (פלג-נשר, יכיני וענבר, 2009).

האחות הפליאטיבית, המלווה את המטופל ומשפחתו, נמצאת בעמדת מפתח, ובדרך כלל מבססת מערכת יחסים איכותית עם בני הזוג, כזאת המאפשרת שיחות בגילוי נפש. האחות יכולה להציף ולהעלות נושאים בתחום המיניות ולשקול התערבות באמצעות מודלים מתאימים.

זוגות זקוקים לעידוד, תמיכה והבנה, כי אלו שקיימו יחסים אינטימיים טובים ותקינים לפני המחלה או הידרדרותה, יוכלו להמשיך כך גם בסוף החיים.

החיבור בין המילים מיניות וסוף החיים, נתפס בקרב רבים כפרדוקסאלי. הייתכן כי ניתן לשלב בין מיניות, המוגדרת כתשוקה, אינטימיות, חושניות, סיפוק ורומנטיקה, ובין סוף החיים, המהווה איום, פחד, מצוקה, קושי, חרדה, כאב, סבל, פרידה ועוד? נראה כי שארית האינטימיות בשלב זה של החיים נדחקת לפינה, ואם נוצרת, אז עיקרה מופנה למה היה לנו ומה יהיה אחרי שייגמר. העיסוק בסוף החיים הוא בעיקר בעבר או ב"יום שאחרי" ופחות בהווה – כאן ועכשיו, למעט התייחסות להישרדות היומיומית הפרקטית, כגון: תרופות, שינה, תזונה, ושאר פעולות השגרה היומיות.

אחיות פליאטיביות, העוסקות בעיקר בתחום איכות החיים, נוטות פחות לעסוק בנושא המיניות. נושא זה פחות מדובר ומטופל, ולעיתים אף נשמט כליל מההתערבות הסיעודית. יש להתייחס לתחום המיניות כחלק בלתי נפרד מההתערבות הסיעודית, במטרה לשפר את איכות חייהם של המטופל ובן/בת זוגו גם בסוף חייו.

סקירת ספרות

טיפול פליאטיבי ככלל, הפך להיות נושא חשוב במעלה בחינוך ובהכשרת אחיות חדשות, אך עדיין נושא המיניות לא תפס את מקומו החשוב כחלק ממכלול הטיפול התומך (Stausmire, 2004). חיפוש בספרות העלה, כי קיימים מעט מאוד מחקרים, עבודות או ספרות מקצועית על התערבות סיעודית בנושא המיניות בסוף החיים.

מיניות הינה נושא אישי, אשר קשה להגדירו בקלות. Krebs (2008) קובעת, כי מיניות כוללת רגשות, ערכים, ניסיון ורעיונות, הקשורים להעדפותיו האישיות של היחיד. מיניות יכולה להיות מוגדרת כצורך פיזי או כמכלול מרכיבים רגשיים, פיזיולוגיים, חברתיים-תרבותיים, כצורך לתקשר, וכביטוי לאהבה, משיכה וקשר בין בני זוג.

Stausmire (2004), המגדירה עצמה כאחות פליאטיבית בעלת

קרן ארפי – RN, MA, אחות אונקולוגית, מתאמת טיפול תומך מכבי שרותי בריאות, מחוז ירושלים-שפלה

ניסיון רב, מאמינה כי מיניות הינה צורך קיומי אשר אינו מוגבל על ידי גיל, מין, הופעה חיצונית, מצב בריאותי או יכולות תפקודיות. הספרות העוסקת בנושא מיניות של חולים סופניים, מתמקדת בעיקר בחולי סרטן. רבים מהחולים הסופניים היו חולים כרוניים במשך זמן מה, לפני שהמחלה או הטיפול בה הראו אותותיהם בחולה, וגרמו להידרדרות פיזית, נפשית ו/או קוגניטיבית (Shell, 2002). רוב המחקרים דנים בחולי סרטן מסוג שד, גינקו-אונקולוגיה, גינקו-אורולוגיה ומערכת העיכול, אשר בהן עלולה להיות פגיעה ממשית בתפקוד המיני. הסיבות לאיבוד התפקוד המיני כוללות: חולשה, ירידה באנרגיה, הטיפול התרופתי ותשישות. כמו כן נסיבות פסיכו-סוציאליות כגון: בידוד חברתי, ירידה בדימוי גוף, הערכה עצמית נמוכה, חוסר יכולת להמשיך בקריירה, בעיות כלכליות, סטרס של המטפל העיקרי והצורך בעזרה בפעילויות היומיום. טבלה 1 מציגה באופן סכמטי גורמים אפשריים לפגיעה בתפקוד המיני בסוף החיים (Stausmire, 2004).

טבלה 1: גורמים המשפיעים על התפקוד המיני בסוף החיים

הגורם	שינויים אפשריים
פסיכו-סוציאלי	איבוד תשוקה בעקבות: דיכאון, חרדה, כעס, עצבות, ייאוש, פחד מדחייה. שינויים חברתיים: עבודה, משפחה ו/או תפקוד זוגי. פגיעה בדימוי עצמי ודימוי גוף, קשיים בתקשורת בין אישית, מצבי דחק המחמירים בעיות במשפחה, תפקיד המטפל העיקרי המשתנה ממטפל לבן-זוג.
כימותרפיה	חולשה, עייפות, בחילות, הקאות, איבוד / העלאת משקל, איבוד שיער, שלשולים, עצירות, שינויים בעור, שינוי בחוש הטעם והריח, יובש נרתיקי, קושי בהשגת אורגזמה, סימנים מנופואזליים מוקדמים, הפרעה בזקפה ובשפיכה.
ניתוח	קטיעת איברים בגוף, צלקות, סטומה, פגיעה נוירולוגית, חוסר זקפה, היצרות נרתיקית בעקבות ניתוח, כאבים בזמן קיום יחסי מין.
קרינה	כוויות, עייפות, חולשה, בחילות, הקאות, שלשולים, היצרות נרתיקית או פיברוזיס, חוסר פריון ופגיעה בזקפה.
שינויים הורמונליים	סימפטומים הנובעים ממחסור באסטרוגן כגון: יובש נרתיקי, אטרופיה וגינאלית, גלי חום, עליה בהירעות דלקות בדרכי השתן, שינויים במצב הרוח ועצבנות. סימפטומים הנובעים ממחסור בטסטוסטרון: ירידה בתשוקה וחוסר זקפה.
תרופות	SSRI's, β -blockers, נרקוטיקה ועוד

(Stausmire, 2004)

אתר הסרטון הבינלאומי www.cancer.gov קובע, כי קשיים בתפקוד המיני, לרוב אינם נפתרים מאליהם בתום הטיפול בסרטן, אלא נשארים קיימים ומשפיעים מאד על איכות החיים. סוג ואופי האינטימיות בסוף החיים (משחק מקדים, אוננות או יחסים מלאים), תדירותה והשפעתה על איכות החיים, טרם נחקרו או נמדדו. לדוגמה Stausmire (2004) מניחה, כי נשיקות, מגע וליטוף של איברי הגוף שאינם אברי המין, שכיבה זה לצד זה ואחיזת ידיים, הן פעולות שניתן לבצע עד הרגע האחרון לחיים. בשל הטאבו הקיים בנושא, זוגות רבים לא יודעים האם וכיצד הם יכולים לקיים אינטימיות בשלב זה של סוף החיים (Shell, 2008). בנוסף, זוגות רבים חשים אי נוחות לשוחח על אינטימיות בכלל, ובסוף חייהם בפרט.

הערכת המיניות בסוף החיים לפי מודל PLISSIT:

אתר הסרטון הבינלאומי www.cancer.gov קובע, כי קשיים בתפקוד המיני, לרוב אינם נפתרים מאליהם בתום הטיפול בסרטן, אלא נשארים קיימים ומשפיעים מאד על איכות החיים. סוג ואופי האינטימיות בסוף החיים (משחק מקדים, אוננות או יחסים מלאים), תדירותה והשפעתה על איכות החיים, טרם נחקרו או נמדדו. לדוגמה Stausmire (2004) מניחה, כי נשיקות, מגע וליטוף של איברי הגוף שאינם אברי המין, שכיבה זה לצד זה ואחיזת ידיים, הן פעולות שניתן לבצע עד הרגע האחרון לחיים. בשל הטאבו הקיים בנושא, זוגות רבים לא יודעים האם וכיצד הם יכולים לקיים אינטימיות בשלב זה של סוף החיים (Shell, 2008). בנוסף, זוגות רבים חשים אי נוחות לשוחח על אינטימיות בכלל, ובסוף חייהם בפרט. גסיסה של חולה יכולה להימשך ימים, שבועות ואף חודשים. בזמן זה ישנם ימים טובים וימים קשים, ומאחר שמיניות הינה חלק בלתי נפרד מאיכות החיים, יש להכלילה באנמנזה הנלקחת ולתת לה מקום חשוב בהתאם לצרכיו של המטופל ובן זוגו, גם כאשר מטפלים בחולה הנוטה למות. ראשית, יש לבצע אנמנזה דמוגרפית וכללית, על מנת לבנות מערכת יחסי אמון עם המטופל, לפני הדיון בנושא כה אינטימי ואישי. ברוב המקרים, שיחה עם חולה סופני, בדרך כלל הינה דרמטית ומרוכזת בנושאים אתיים, איזון כאב, יחסים במשפחה והכנה לפרידה, ופחות מתייחסים לנושא האינטימיות. בספרות מוזכרים מספר מודלים לתשאול לגבי היסטוריה מינית (Krebs, 2008). אחד המודלים המוכרים הוא מודל PLISSIT

אתר הסרטון הבינלאומי www.cancer.gov קובע, כי קשיים בתפקוד המיני, לרוב אינם נפתרים מאליהם בתום הטיפול בסרטן, אלא נשארים קיימים ומשפיעים מאד על איכות החיים. סוג ואופי האינטימיות בסוף החיים (משחק מקדים, אוננות או יחסים מלאים), תדירותה והשפעתה על איכות החיים, טרם נחקרו או נמדדו. לדוגמה Stausmire (2004) מניחה, כי נשיקות, מגע וליטוף של איברי הגוף שאינם אברי המין, שכיבה זה לצד זה ואחיזת ידיים, הן פעולות שניתן לבצע עד הרגע האחרון לחיים. בשל הטאבו הקיים בנושא, זוגות רבים לא יודעים האם וכיצד הם יכולים לקיים אינטימיות בשלב זה של סוף החיים (Shell, 2008). בנוסף, זוגות רבים חשים אי נוחות לשוחח על אינטימיות בכלל, ובסוף חייהם בפרט. גסיסה של חולה יכולה להימשך ימים, שבועות ואף חודשים. בזמן זה ישנם ימים טובים וימים קשים, ומאחר שמיניות הינה חלק בלתי נפרד מאיכות החיים, יש להכלילה באנמנזה הנלקחת ולתת לה מקום חשוב בהתאם לצרכיו של המטופל ובן זוגו, גם כאשר מטפלים בחולה הנוטה למות. ראשית, יש לבצע אנמנזה דמוגרפית וכללית, על מנת לבנות מערכת יחסי אמון עם המטופל, לפני הדיון בנושא כה אינטימי ואישי. ברוב המקרים, שיחה עם חולה סופני, בדרך כלל הינה דרמטית ומרוכזת בנושאים אתיים, איזון כאב, יחסים במשפחה והכנה לפרידה, ופחות מתייחסים לנושא האינטימיות.

בספרות מוזכרים מספר מודלים לתשאול לגבי היסטוריה מינית (Krebs, 2008). אחד המודלים המוכרים הוא מודל PLISSIT

Intensive Therapy – אחות יכולה להפנות לטיפול אצל גינקולוג, אורולוג או סקסולוג וכן לטיפול זוגי, משפחתי או רוחני, לפי צרכיו ובקשותיו של המטופל.

תפקיד האחות ביישום המודל:

אחיות מודעות בדרך כלל, לעובדה כי הערכת מיניות, אבחון בעיות בתפקוד המיני וכן התערבות בנושא, הן חלק בלתי נפרד מהטיפול הכללני וההוליסטי במטופל/ת ובן זוגו/ה. למרות זאת, אחיות רבות מתקשות לבצע התערבות בנושא זה. ההבנה כי מיניות הינה חלק מתפיסת החולה את גופו ותפקידו במשפחה, חשובה לתהליך ההתערבות ולטיפול. על האחות להעמיק בידע ובהבנת התהליכים הקשורים במיניות החולה לאורך כל שלבי ההתמודדות עם מחלתו, וכן לפתח סטנדרטים טיפוליים לצורך התערבות וטיפול, ובכך לפעול למען שיפור איכות חייו של המטופל ולהעניק לו את היכולת להישאר "נורמאלי" עד כמה שאפשר בימים קשים יותר (Mick, 2007).

Mick (2007) מציעה עשרה שלבים בהם ניתן להיעזר על מנת לשפר את ההתערבות בתחום המיני (טבלה 2).

תחושות ורגשות. מאחר שקיים מעט מאוד מידע בנושא מיניות בסוף החיים, לא ידוע על מגבלות ברורות כלשהן. לפיכך יש לעודד את הזוג להמשיך בפעילויות שהיו קודם מהנות עבורם, כמוכן, בהתאם למגבלות החדשות (Stausmire, 2004).

Limited Information and Specific Suggestions – האחות

יכולה לספק מידע לגבי הדרך בה יכול המצב הנוכחי להגביל פעילות מינית, וכן לתת רעיונות כיצד להתגבר ולאמץ גישות אחרות שאינן מוגבלות. מומלץ להדריך את המטופל ובני הזוג כי עוד לפני האינטימיות, חשוב שידברו על הצרכים, הפחדים, התשוקות וההעדפות שלהם באופן כן ופתוח. הצעות ספציפיות יכולות להיות תכנון יזום של פעילות מינית (זמן, מקום, אווירה), משחק מקדים ארוך או קצר על פי היכולת, תנוחות מתאימות ונוחות יותר, תרופות שיכולות לסייע, שימוש בחומרי סיכה, שימוש באבזרי מין, שיטות הרפיה, דמיון מודרך ועוד. עם התקדמות המחלה, ניתן לדון על הקושי הצפוי לקיים יחסים באופן רגיל, ולתת לגיטימציה לדרכים אחרות ונוספות לביטוי אינטימיות מינית, מילוי בקשות ותשוקות (Stausmire, 2004).

טבלה 2: אסטרטגיות לשיפור ההתערבות בתחום המיני	
הסבר	אסטרטגיה
על האחות להבין כי מיניות הינה קשת רחבה של משמעויות ונוגעת לאיכות חייו של המטופל.	1. הביני מיניות מהי
על האחות להשתמש במסגרת למתן מידע בנושא מיניות, בהתאם למצבו הבריאותי והקוגניטיבי של המטופל.	2. ספקי מידע בנושא
על האחות לרכוש כלים למיתון תחושות, ולזיהוי הגורמים להימנעות האחות והחולה משיחה על הנושא.	3. זהו גורמים של אי נוחות
על האחות להימנע מתגובות שיפוטיות ומדעות קדומות בטיפול בחולה.	4. האזיני באופן אובייקטיבי
על האחות לפתח יכולת ראיון והערכת החולה, בהסתמך על כישוריה וידיעותיה בנושא.	5. בצעי הערכה אישית
איגוד האחיות האונקולוגיות (ANA, 1974) קבע, כי התערבות בתחום המיני הינה חלק מהטיפול ההוליסטי בחולה, ופיתח סטנדרטים מקצועיים להערכת ההתערבות. על האחות להתעדכן ולהשתמש בהם כחלק מהטיפול השוטף בחולה.	6. השתמשי בסטנדרטים מקצועיים
על האחות להראות נכונות להקשיב ולסייע למטופל על-ידי שאלות מנחות רחבות בנושא המשפחה, בני הזוג והשפעת המחלה על הסובבים.	7. שאלו שאלות מקיפות
מיניות הינה חלק מאיכות חייו של המטופל, ואין להניח כי אינה חשובה למטופל בשלב זה של חייו, על סמך דעות קדומות, גיל ומאפיינים אחרים.	8. הימנעי מפיתוח הנחות יסוד
על האחות ללמוד, להתעדכן ולהתחדש בידע בנושא.	9. העשירי ידע בנושא מיניות
על האחות לעודד את המטופל להציף בעיות ושאלות העומדות בפניו.	10. עודדי שאלות בנושא

(Mick, 2007)

מהמחשבה כי היא בסוף חייה, וקרוב היום שמישהי אחרת תתפוס את מקומה לצד בעלה. בעיה נוספת הייתה הרתיעה לשוחח עם בעלה בפתיחות על הזוגיות, המיניות, הקשר הבין אישי, העבר, ההווה, העתיד לבוא, וכן על החששות והדאגות המלוות אותה ומטרידות את מנוחתה. מהאנמזה עלה, כי לאורך שנות נישואיהם נהגו ל' ובעלה לקיים יחסים אינטימיים משביעי רצון, כאשר תמיד ל' הייתה היוזמת, המתכננת והמובילה. בשיחה עימה, ניתנה ל' התמיכה כי כל חששותיה לגיטימיים ואופייניים למצב בו היא נמצאת, והוסבר לה כי רוב האנשים במצבה חשים כמותה.

Limited Information and Specific Suggestions – בשלב זה ניתן ל' מידע אודות הקשר בין הגורמים הפיזיים והרגשיים שחוותה, כפי שעלו מסיפורה הפרטי, לבין השינויים שחלו בחייה האינטימיים. בנוסף, נעשה תכנון משותף של דרכים לקרבה אינטימית עם בן הזוג, תוך מתן עצות ספציפיות ומעשיות ליישום:

1. מתן מידע והדרכה לגבי חשיבות שיחה פתוחה וכנה עם בן הזוג – ל' הונחתה ליצור שיחה כנה ופתוחה עם בן זוגה, כאשר היא מלכתחילה מגדירה את נושא השיחה. על מנת להפחית לחץ וחרדה מהשיחה הצפויה, בוצע משחק תפקידים. ל' הבינה כי אולי בעלה אינו יודע לזום מגע, מאחר שלא ניתנה לו ההזדמנות לאורך השנים לעשות זאת. כמו כן, ייתכן וחושש לפגוע בה ולהסב לה כאב או צער, או שאם יציע, היא תיפגע, כי יעלה בדעתה שכל התעניינותו נוגעת לסקס ולא למצבה ההולך ומחמיר. יש לציין כי לאחר השיחה עימו, ציינה ל' שהפרכו רוב חששותיה ופחדיה. בעלה הביע את אהבתו העזה אליה והקושי שלו לראותה סובלת כל כך, וכן את הפחד הגדול מהיום שאחרי – היום בו היא לא תהיה שם עבורו ועבור ילדיהם.

2. מידע לגבי תכנון והתארגנות, אווירה, תזמון – ל' הונחתה לקבוע זמן מתאים לפגישה אינטימית עם בעלה ולהודיע לו על כך. באותו יום תוכנן כי ילדיה יבלו מחוץ לבית. ניתנה הנחייה לנסות להתכונן לערב כאילו הייתה זאת פגישתם הראשונה. לשם כך, במשך רוב שעות הבוקר ל' נחה על מנת לצבור כוחות לערב. כשעה לפני הזמן בו קבעו את פגישתם בוצעה רחצה וחבישה של הפצע. ל' התבשמה והתאפרה. משאבת ה-PCA נותקה אף היא למשך זמן זה, וכחלופה ניתנה הדרכה לנטילת משכך כאבים פומי, במקביל לעישון מריחואנה רפואית. ל' קבלה הדרכה כיצד לחבר מחדש את משאבת ה-PCA, לאחר שיסיימו את המפגש האינטימי. המצעים הוחלפו, חדר השינה נוקה וסודר על-ידי המטפלת של ל', הודלקו נרות ריחניים בתפוזרת בחדר השינה ול' הפעילה מוזיקה האהובה על שניהם. בנוסף היא קבלה הדרכה והסבר לגבי תרגילי הרפיה ותנוחות אפשריות נוחות יותר, עם תמיכה לאיברים מוגבלים ו/או כואבים.

3. מתן לגיטימציה לתחושות והרגשות שעלו בעקבות המפגש האינטימי – ההצלחות, האכזבות, החששות והפחדים. יום לאחר הפגישה האינטימית, ל' התקשרה וביקשה שאקדים

הלכה למעשה – יישום מודל PLISSIT תיאור מקרה

המטופלת ל', בת 40, נשואה ואם לשלושה ילדים, גנת בהכשרתה. אובחנה כחולה בסרטן מסוג סרקומה של רקמות רכות לפני כשש שנים. לאחר האבחנה קבלה טיפולים כימיים וקרינתיים והחלימה. לאחר כחמש שנים וכשנה לפני מותה נשנתה המחלה, אך הפעם עם גרורות בריאה. ל' קיבלה טיפול ניסיוני ולאחר כחודש של טיפול (שלווה בתופעות לוואי קשות מנשוא, לדבריה) החליטה כי אם נגזר עליה לסיים את חייה, איננה מעוניינת לקבל טיפול אשר פוגע באיכות חייה והפסיקה כל טיפול, למעט טיפול תומך. ל' ביקשה למות בביתה, בחיק משפחתה ולנהל חיים נורמאליים, עד כמה שניתן, עד יומה האחרון.

בחצי שנה האחרונה לחייה, טופלה ל' על ידי היחידה לטיפול בית ובשיתוף פעולה עם בני משפחתה וחבריה, כאשר מטרת הטיפול הייתה טיפול תומך אינטנסיבי הכולל:

1. איזון סימפטומים כגון: כאב, חולשה, עייפות, חוסר תיאבון, טיפול בבצקות ושיפור איכות חיים בזמן שנותר.
2. טיפול שוטף בפצע הסרטני (בפלג הגוף העליון) ההולך ומתרחב: שטיפות, טיפול למניעת ריח ועצירת דימומים מהפצע על-ידי חבישות לחץ.
3. הכנה לפרידה – טיפול וליווי רוחני-פסיכו-סוציאלי, וכן הכנת צוואה רוחנית לפי בקשתה של המטופלת.

הטיפול התרופתי שקבלה ל' באותו זמן כלל: Morphine באמצעות Cipralax, Lorivan, Clonex, (PCA) patient control analgesia, Dexamethasone, חבישות עם מטרוג'יל וסליין וכן מריחואנה רפואית. כחלק מהטיפול התומך, החליטה אחות הוספיס בית לבצע הערכה והתערבות בתחום המיניות, באמצעות שימוש במודל ההתערבות PLISSIT. להלן תיאור ההתערבות באמצעות המודל:

Permission – בשלב זה התערור צורך להעריך את מידת רצונה ומוכנותה של ל', לשוחח בנושא ולקבל את אישורה לכך. שלב זה כלל מתן לגיטימציה לתחושותיה ולשאלותיה בנידון. במקרה הנוכחי ניתן היה להבין, של' הביעה צורך ונכונות לדון בסוגיה זו לפי השאלות ששאלה במהלך הטיפול בפצע הסרטני, כאשר נאלצה לחשוף את פלג גופה העליון ולחזות שוב ושוב במחלתה הסוערת. בכל פעם עלה המשפט: "מה נהיה ממני?" או "לאן הגעת?" יש להניח, שהתגובות להערותיה והשאלות שנשאלה, אפשרו לה להרגיש נינוחה ולהמשיך להעלות את מחשבותיה ותחושותיה. ל' הביעה רצון להמשיך ולהרגיש אישה נאהבת ונחשקת על-ידי בעלה, כפי שהייתה לאורך כל שנות נישואיהם. היא חששה שמא היא "דוחה" אותו בעצם המראה החיצוני שלה ההולך ומשתנה (קרחת, פצע סרטני שהולך וגדל ומדיף ריח נמקי, בצקות של פלג גופה התחתון, קחכציה ועוד). היא פחדה מחוסר יכולתה הפיזית לקיים יחסים אינטימיים בשל הנכות של פלג גופה העליון, הקושי הנשימתי (בשל הגרורות הריאתיות), הבצקות בחלקי גופה התחתונים, היושב הנרתיקי, הכאבים העזים, החיבור למשאבת ה-PCA ובעיקר הקושי הגדול להתנתק

יכול לקחת חלק בסוף החיים? ועוד (Stausmire, 2004). שאלות אלו עולות ונשאלות פעמים רבות בקשר לחולים כרוניים, אך טרם נבדקו במצבים אקוטיים כגון סוף החיים. כאשר יינתן מענה לשאלות אלו, נוכל למסד התערבות סיעודית בנושא מיניות בסוף החיים, במטרה לשפר ולשמר איכות חיים של חולים גם בשלבים האחרונים של חייהם.

רשימת מקורות

פלג-נשר, ש., יכני, ב., וענבר, מ. (2009). "מין סרטן" - מיניות בחולים אונקולוגיים. הרפואה, 148(9), 634-640.

Annon, J. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education Therapy*, 2(2), 1-15.

Mick, J. M. (2007). Sexuality assessment: 10 Strategies for improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 671-674.

Krebs, L. U. (2008). Sexual assessment in care: concepts, methods, and strategies for success. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 80-90.

Shell, J. A. (2002). Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: sexual dysfunction. *Oncology Nursing Forum*, 29(1), 53-69.

Shell, J. A. (2008). Sexual issues in the palliative care population. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 131-134.

Stausmire, J. M. (2004). Sexuality at the end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 21, 33-39.

www.cancer.gov

American Nurses Association. (1974). *Standards of medical surgical nursing practice*. Kansas City, MO: ANA.

את ביקורי. היא סיפרה בהתרגשות על ערב נפלא וייחודי: "היה לא פשוט, אבל היה מדהים. הרגשתי לזמן מה כאילו אני שוב בריאה... כאילו אני בירח הדבש שלנו... צחקנו ואחר כך בכינו הרבה, ממש הרבה, אבל היינו הכי קרובים בעולם ושינינו היינו צריכים את זה...".

ל' ציינה כי לא הצליחה להגיע לאורגזמה, אך לא נתנה לעובדה זאת לפגוע או להעיב על תחושת האינטימיות והסיפוק מהערב.

Intensive Therapy – ל' פנתה לייעוץ רוחני לפני מותה, אך לדבריה לא "התחברה" למטפלת הרוחנית ועל כן לא המשיכה לקיים מפגשים אלו. במקרה הנוכחי לא היה צורך מצד המטופלת להתיעץ עם גורם מקצועי נוסף, דוגמת מטפל זוגי, גינקולוג או אחר.

בפגישות הבאות שלאחר ערב זה, דיווחה ל' על כך שמרגישה כי הקשר בינה לבין בעלה הלך והתחזק, וכי בפעם הראשונה מאז קבלת הידיעה כי היא בשלבי חייה האחרונים, הם הצליחו לשוחח על היום שאחרי מותה, על עתידו ועתיד ילדיה, על רצונותיה ובקשותיה האחרונות. היא אף קיבלה את הבטחתו כי יקיים את צוואתה הרוחנית, כפי שהעלתה על הכתוב ובפניו. כחודש לאחר ערב אינטימי זה, נפטרה ל' בביתה בחיק משפחתה וחבריה הקרובים.

הצעות להמשך מחקר

הצורך לערוך מחקרים סיעודיים בנושא מיניות בסוף החיים עולה עקב מיעוט הספרות בנושא, כאשר השאלות שעולות הן: האם אדם בסוף חייו יוכל ליהנות מרגשות אינטימיים וסקסואליים? האם אינטימיות מפחיתה כאב וסימפטומים אחרים? האם אינטימיות בסוף החיים משפרת תקשורת וקרבה בין בני זוג? האם בן הזוג חווה את החולה כישות אינטימית ומינית לאחר שיחסי הגומלין הפכו להיות מטפל-מטופל? איזו השפעה יש לנכות פיזית על מניעת יחסים אינטימיים? איזה סוג אינטימיות



תודה

לאגודה במלחמה בסרטן

על הסיוע בהפצת העיתון ובקיום פעולותיה השונות של העמותה

