

דו שיח מטפל-מטופל אודות בריאות המינית של המטופל: עמדותיהם של מטופלים ואחיות

אילנה גולן ז"ל, פנינה נוה, ליויה כסלו

בעקבות המחלה והטיפול. מיד עם היוודע על מחלתה, הביעה אילנה ז"ל את בקשתה לפרסם את תוצאות הסקר, מתוך תקווה ואמונה שיש מה לעשות לשיפור המצב המשתמע מאותו סקר. לצערנו, הייתה בידינו האפשרות להשתמש רק במידע שמסרה טרם מותה, ועל כן ייתכן שחלק ממנו יהיה חסר בגוף המאמר הנכחי. פרסום מאמר זה הינו הזדמנות חשובה עבורנו, להביע את הערכתנו והוקרתנו הכנים והעמוקים לפועלה ומעשיה של אילנה ז"ל בכלל, ולקידום נושא הבריאות המינית בפרט.

מאמר זה נכתב לזכרה של הגב' אילנה גולן, חברה ועמיתה יקרה, שעבדה כאחות אחראית של המרפאה האורולוגית במרכז הרפואי הדסה עין-כרם, עד מותה ממחלה ממארת לפני כשנה. אילנה פעלה ללא לאות לקידום בריאותם המינית של המטופלים במשך שנים, עוד כשהנושא היה בחיתוליו. אחד מפועליה הרבים היה ביצוע סקר, בשיתוף עם הגב' פנינה נוה, שמטרתו הייתה לבדוק את עמדותיהם של המטופלים והמטופלים כלפי צרכיהם של האחרונים, לקבל מידע ומענה, לשינויים שהם חווים בבריאותם המינית,

נתפסת אצלם כהגיגית, בעיקר כאשר קיים איום על החיים מעצם אבחנת הסרטן (Katz, 2007). ואמנם המטופלים עצמם לא אחת חשים, שנושאים אלה פחות חשובים בעיני המטופלים בהם. תחושה זו נכונה, בעיקר, בכל הקשור לתכנים פרטיים ואישיים או כאלה הנחשבים כטאבו חברתי לשוחח עליהם (Sadovsky, 2003). המאמר הנכחי יתאר את תוצאותיו של סקר שבדק את עמדותיהם של האחיות והחולים, בכל הקשור לתקשורת ביניהם בנוגע לבריאותם המינית של החולים.

סקירת ספרות

השינויים השכיחים בבריאותם המינית של חולי סרטן בעקבות המחלה והטיפול

הבעיה השכיחה ביותר בתפקוד המיני בקרב גברים לאחר טיפולים היא **אין אונות**. אין אונות מוגדרת כחוסר יכולת להשיג זקפה או לשמור עליה, כדי לאפשר קיום יחסי מין מלאים (Intilli & Nier, 1998) ומשביעי רצון (Morgentaler מצוטט אצל Johnson, 2004). חלק מהסיבות לבעיות בזקפה הן רפואיות, דוגמת הירידה ברמת הטסטוסטרון או פגיעה בעצבים ובכלי דם השותפים במנגנון הזקפה (Schover, 1997), וחלקן פסיכו-סוציאליות ויפורטו בהמשך. שינוי נוסף לאחר טיפולים בסרטן יכול להיות **אורגזמה יבשה**, כאשר אז חוויית ההנאה נשמרת, אולם ללא פליטת זרע. Schover (1997) מסבירה, שמצב זה שכיח לאחר ניתוחים להסרת בלוטת הערמונית

הקדמה

מיניות הינה מושג רחב מאד, הכולל מרכיבים פיזיים, רגשיים, מנטאליים וחברתיים (WHO מצוטט אצל Katz, 2007). מחלת הסרטן והטיפול בה יכולים לשנות, במידה זו או אחרת, את בריאותם המינית של המטופלים ואת האופן בו הם מרגישים כלפי עצמם, כלפי גופם וכלפי חייהם האינטימיים (Katz, 2007; Schover, 1997). המחלה והטיפול יכולים לגרום לפגיעה פיזית באיברים שונים, כמו גם להשפיע על המערכת האנדוקרינית, מערכת העצבים וכלי הדם. בנוסף לכך, גם ההשלכות הרגשיות של המחלה יכולות להשפיע על התפקוד המיני ועל היחסים עם בן/בת הזוג. השינויים בדפוסי חייהם המיניים, הנגרמים בעקבות המחלה והטיפול, מזוהים על ידי רבים מהחולים כמשמעותיים ביותר (Bertero, 2001). כיון שכך, רבים מהם ובני/בנות זוגם מעוניינים, בשלב זה או אחר של מחלתם, לקבל מידע על השינויים הצפויים או על אלה שכבר התרחשו, ולדון עם אנשי מקצוע כיצד להתמודד עמם. בניגוד לצרכי המטופלים, אצל רבים מהמטופלים מיניות מתחברת לבריאות, חיים ופריון, ועל כן המחשבה על חיי מין אינה

אילנה גולן ז"ל, MA, RN, אחות ראשית במרפאה האורולוגית, המרכז הרפואי הדסה עין כרם.

פנינה נוה, MA, RN, מרכזת טיפול תומך במכון האונקולוגי, המרכז הרפואי הדסה עין כרם. pninan@hadassah.org.il

ליויה כסלו, MA, RN.

המיני טרם הטיפול, בגיל החולה ובמחלות הרקע שלו. כדי להתמודד עם בעיות בהשגת זקפה זמנית או קבועות, הנובעות מפגיעה פיזיולוגית לאחר ניתוח או טיפול קרינתי, ניתן להיעזר בפתרונות יעילים דוגמת תרופות פומיות, הזרקות לפין ומכשיר אקום (Schover, 1997). הטיפול הפומי כולל טבליות מקבוצת התרופות הנקראות מעכבי אנזים PDE-5 (phosphodiesterase type 5), דוגמת Levitra (vardenafil), Cialis (tadalafil) ו-Viagra (sildenafil). תפקידו הראשוני של האנזים הוא לפרק GMP (guanosine monophosphate) שהינו מרכיב חיוני להרפיית השריר החלק באיבר המין, ולהביא לסיים הזקפה. אולם, אם נעכב אנזים זה, יתמהמה פירוק ה-GMP והזקפה תתמשך. קבוצת התרופות הניתנות להזרקה לגוף הספוגי של הפין לפני המגע המיני (על ידי המטופל עצמו) כוללות: Alprostadil (Papaverine Hydrochloride, prostaglandin E1 = PGE1, caverject) ו-Phentolamine Meysalate (regitine). לעיתים ניתנת זריקה המשלבת יותר מתרופה אחת.

הבעיות העיקריות בתפקוד המיני **בקרוב נשים**, בעקבות המחלה והטיפולים הם: העדר חשק מיני, כאבים בעת חדירה, בעיות בעוררות המינית ובהשגת אורגזמה (Basson; Martinez, 2008) מצוטטת אצל (Hughes, 2008). איבוד התשוקה יכול לנבוע מסיבות שונות, דוגמת כאב בזמן חדירה כתוצאה מייבוש נרתיקי בעקבות ירידה ברמת האסטרוגן, העדר אנרגיה, דיכאון, חרדה, שינויים בדימוי הגוף ואף ירידה ברמות הטסטוסטרון. גם נשים זקוקות לרמות מסוימות של טסטוסטרון (אם כי נמוכות יותר בהשוואה לגברים) לצורך תפקוד מיני. ירידה בעוררות המינית יכולה לנבוע, אף היא, מסיבות רבות, כמו תרופות ושינויים בדימוי הגוף. מגוון תרופות, כגון תרופות נגד דיכאון וחרדה, עלולות להקשות גם על היכולת לחוות אורגזמה (Martinez, 2008).

התפקוד המיני יכול להיות מושפע מ**טיפול כירורגי**, כתוצאה מפגיעה בכלי הדם, בעצבים או באיברי הגוף בכלל ואברי האגן בפרט (Hughes, 2008; McKeal, 2008). הבעיות השכיחות לאחר ניתוחים גינקולוגיים הן: יובש נרתיקי, הגורם לכאבים בזמן חדירה (Wenzel מצוטט אצל Katz, 2007), בעיות בעוררות המינית (Gruhmann, Robertson, Hacker, & Sommer מצוטטים אצל Katz, 2007) ושינויים בדימוי הגוף והעדר חשק מיני (Katz, 2007). יצירת סטומה עלולה לגרום, אף היא, לפגיעה בדימוי הגוף, לתחושת חוסר אטרקטיביות, לפחד מדליפה, מריח ומרעשים בלתי צפויים ולחששות מתגובת בן הזוג (Katz, 2007).

טיפול הכימי יש השלכות משמעותיות על התפקוד המיני של נשים לפני גיל המעבר, משום שהוא מפסיק את הפעילות השחלתית וגורם לשינויים הורמונאליים בדומה לתופעות גיל המעבר, המתבטאים בגלי חום, כאבים בזמן חדירה עקב יובש נרתיקי כתוצאה מירידה ברמות האסטרוגן, ירידה בחשק המיני ובעוררות המינית (Katz, 2007; Martinez, 2008). הטיפול הכימי עלול לגרום גם לפגיעה בריריות הנרתיק (Schover, 1997), בדיוק

ושלפוחיות הזרע המספקות את נוזל הזרע (radical prostatectomy), או שהן נפגעות כתוצאה מקרינה לאגן (radical cystectomy), או מפגיעה בעצבים האחראים על מנגנון הפליטה (radiation therapy retroperitoneal lymphadenectomy, abdominoperineal resection or sigmoidectomy, some chemotherapy drugs). הבעיות הצפויות בעקבות **כריתת ערמונית**, הכוללת גם את כריתת שלפוחיות הזרע הן: בעיות בזקפה בעקבות פגיעה בעצבים הקשורים למנגנון הזקפה, אי שליטה (לרוב זמנית) על מתן שתן ואורגזמה יבשה (Katz, 2007; Schover, 1997). ישנם מצבים בהם ניתן לנסות לשמר את העצבים האחראים על הזקפה (nerve sparing). במקרים כאלה קיים סיכוי לשימור היכולת להשיג זקפה, או לשיקום מהיר יותר של יכולת זו. בין 30% ל-85% מהגברים שעברו ניתוח לכריתת הערמונית, בו נשמרו העצבים הקשורים לזקפה בשני הצדדים, יוכלו לחזור ולקיים יחסי מין עם חדירה (Burnett, 2005). שיקום ושיפור התפקוד המיני לאחר הניתוח תלוי בגיל המטופל, במידת יכולתו להשיג זקפה טרם הניתוח, בגודל בלוטת הערמונית ובטכניקת הניתוח (Hollenbeck, Dunn, Wei, Montie, & Sanda, 2003).

קרינה לאזור האגן כטיפול, למשל, בסרטן הערמונית, שלפוחית השתן והרקטום, עלולה גם היא לגרום לקושי בהשגת זקפה. הקרינה פוגעת ברקמות הנמצאות בשדה הקרינה, יוצרת תהליך פיברוטי, הצטלקויות וחוסר גמישות של האזור. תהליך זה נמשך חודשים ואף שנים מסיום הקרינה. כך קורה, שאותם כלי דם השותפים בתהליך הזקפה ונכללים בשדה הקרינה, עוברים תהליך של הצטלקות והיצרות, והקושי בהשגת הזקפה הולך ומחמיר עם חלוף הזמן. במידה וכבר היו קשיים טרם הטיפול הקרינתי, או אם המטופל סובל מטרשת עורקים, סכרת, יתר לחץ דם או אם הוא מעשן, הבעיה עלולה להחמיר אף יותר (Schover, 1997).

בעיות בזקפה לאחר **ברכיתרפיה** נגרמות כתוצאה מפגיעה עצבית, פגיעה בכלי דם, טראומה מקומית כתוצאה מהחדרת המחטים, דרכם מוכנסים הגרגירים עם החומר הרדיואקטיבי, או גורמים פסיכולוגיים (Zelevsky & Eid בתוך Stipetich, Abel, Blatt, Galbreath, Lief, Butler, & Merrick, 2002).

הטיפול ההורמונאלי הניתן לסרטן הערמונית (דוגמת Zoladex Suprefact ואחרים) עלול לגרום להקטנת איבר המין, הפחתת השיעור בחזה ובגפיים, התפתחות שדיים, העלאת משקל סביב העכוזים והירכיים, גלי חום ולפגיעה בדימוי הגוף. יתרה מכך, הטיפול מונע מהמטופלים, לא רק את היכולת לקיים יחסי מין, אלא גם את החשק המיני, החלומות הארוטיים והפנטזיות (Basaria, Lieb, Tangs, DeWeeset, Carducci, Eisenberger, & Dobs, 2002; Navon & Morag, 2003).

תופעות הלוואי של **כימותרפיה**, כגון תשישות קשה, בחילות, מוקוזיטיס, שלשולים ועוד, עלולות אף הם להשפיע על החשק המיני בקרב גברים. מספר מצומצם של תרופות כימיות עלולות לפגוע במערכת העצבים, כולל העצבים השותפים בתהליך הזקפה (Schover, 1997). מידת הפגיעה תלויה במינון התרופות, בתפקוד

שלהן למלא אחר תפקידיהן כנשים, אימהות, בנות זוג ומפרנסות (Spagnola et al. מצוטט אצל Bolte, 2008).

מחקרים מצביעים על קשר בין התפקוד המיני לאחר האבחנה והטיפולים ובין איכות חייהם, המורכבת מהיבטים פיזיים ורגשיים כאחד. כך לדוגמה, Crowe & Costello (2003) בדקו את השפעת הטיפולים על איכות חייהם של עשרים חולי סרטן הערמונית. ממחקרם נובע, שלפגיעה בתפקודם המיני הייתה ההשלכה השלילית ביותר על איכות חייהם ואיכות חיי בנות זוגם.

נקודת מבטם של המטופלים

עד כמה מטופלים יוזמים שיחה עם מטופלים בנושא בריאותם המינית?

אחת השאלות שנבדקו בספרות המחקרית, נוגעת לתפיסת המטופלים את המידה בה מועלה בפניהם נושא התפקוד המיני על ידי המטופלים. Southard & Keller (2009) מצאו במחקרם, ש-17% בלבד מתוך 52 מטופלים ענו שנושא המיניות הועלה בפניהם על ידי האחיות ו-23% ענו שהנושא הועלה על ידי הרופאים. בדומה, מתוך ראיונות עומק עם עשרים מטופלים אונקולוגיים, דיווחו 20% מהם על שיחה עם הצוות בנושא יחסיהם האינטימיים (Hawkins, Ussher, Gilbert, Perz, Sandoval, & Sundquist, 2009). במהלך הראיונות הם סיפרו, שלא קיבלו כל מידע רפואי כיצד להמשיך בחייהם המיניים. במקרים מסוימים, אם הנושא הועלה, הוא הוצג כבדרך אגב, תוך הצהרות דוגמת "ברור שזה יהיה הסוף לחיי המין שלך" ובזה הסתיים הדיון בנושא.

מה הם צרכי המטופלים בנוגע לתקשורת עם המטופלים בנושא בריאותם המינית?

Southard & Keller (2009) בדקו את נקודת מבטם של חמישים ושניים מטופלים שחלו בסרטן, בנוגע לצורך שלהם לדון בנושא המיניות עם המטופלים. ארבעים ושניים אחוזים מהנבדקים ענו שהעלאת הנושא חשובה עבורם. הם הביעו צורך עז להיות מסוגלים לשאול שאלות ולקבל מענה, בנוגע לחיי המין שלהם ולשינויים בתחושותיהם ורגשותיהם במהלך הטיפולים. לדעתם אחיות צריכות לגעת בנושאים שונים, דוגמת שינויים גופניים הנגרמים בשל המחלה והטיפולים, נשירת שיער, פוריות, דימוי גוף, שינויים בדחף המיני, תופעות גיל המעבר המוקדמות, השפעת התשישות על המיניות והשלכות המצב אליו נקלעו על היחסים עם בני/בנות הזוג. זאת ועוד, הם הביעו את שאיפתם, שאחיות ישאלו אותם על הנושא בפשטות ובטבעיות, ושהם ירגישו בטוחים לשאול את האחיות שאלות מטרידות בנושא. גם מתוך ראיונות חצי מובנים שביצעו Horden & Street (2007) עם חמישים חולי סרטן, משתמעת אכזבתם של אלה מהעדר המידע והתמיכה ומאי סיפוק אסטרטגיות מעשיות על ידי המטופלים, בכל הקשור לחייהם המיניים והאינטימיים. המרואיינים הביעו צורך לדון על השינויים הפיזיים והרגשיים שהם חווים בעקבות המחלה והטיפולים, והשלכותיהם על חייהם המיניים. הם היו מעוניינים לדעת כיצד מטופלים אחרים מתמודדים עם אותן הסוגיות, דוגמת הערכה עצמית ירודה, הפחד

כפי שקורה לריריות מערכת העיכול. בנוסף לכך, נשירת שיער הראש, שיער הגבות, ושיער הגניטליה, עלולה לפגוע בדימוי הגוף ובתחושת הנשיות (Katz, 2007). תופעות הלוואי הנוספות של הטיפולים הכימיים, דוגמת בחילות, הקאות ותשישות, משפיעים על התפקוד המיני בכלל והחשק המיני בפרט (Katz, 2007). **ההורמונאלי** (כדוגמת הטיפול הניתן לנשים שחלו בסרטן השד עם רצפטורים חיוביים לאסטרוגן) עלול לגרום לבעיות בהנאה המינית, בעוררות ובתשוקה שמקורם פיזיולוגי ופסיכולוגי כאחד (Bolte, 2008) ולשאר תופעות גיל המעבר, כפי שהוזכרו לעיל (Katz, 2007).

אחת מתופעות הלוואי השכיחות של הטיפול הקרינתי היא תשישות, הכוללת עייפות ותחושת חוסר אנרגיה, המשפיעות באופן משמעותי על החשק המיני. פגיעה בעור, בהתאם לשדה הקרינה, עלולה לגרום לאי נוחות, לתחושת צריבה וכאב. קרינה לאזור האגן עלולה להוביל לפיברוזיס של אפיתל הנרתיק, להיצרותו ואף להידבקויות וליובש נרתיקי. בנוסף, קרינה לאזור השחלות פוגעת ביצור האסטרוגן ובעקבות כך לקירות נרתיקיים דקים יותר. כל אלה גורמים לכאבים בזמן חדירה (Katz, 2007).

הגורמים הפסיכו-סוציאליים לשינויים בבריאות המינית של חולי סרטן, וההשלכות הפסיכו-סוציאליות של השינויים בתפקוד המיני

ישנם גורמים פסיכולוגיים שמשחקים תפקיד בקושי להשיג זקפה לאחר טיפולים, דוגמת הפחד מכאב, דיכאון, האמונה שפעילות מינית תגביר את הסרטן או את התפשטותו, או החשש מהדבקת בת/בן הזוג (Fitzpatrick et al.; Lintz et al., 2003) מצוטט אצל Katz, 2007). Schover (1997) מסבירה, שעצם אבחנת מחלת הסרטן עלולה לגרום לחרדה, בעיקר אצל גברים. יש גברים החוששים שלא יהיו מסוגלים לתפקד לאחר הטיפולים, ועצם "חרדת הביצוע" היא זו שמונעת מהם את היכולת להשיג זקפה. לאנשי המקצוע יש אפשרות להבדיל, האם הקושי בהשגת זקפה נובע מגורמים פיזיולוגיים או מגורמים פסיכולוגיים, ועל ידי כך לבחור את הטיפול המתאים ביותר.

מתוך ראיונות עומק שביצע Bertero (2001) עם עשרה מטופלים חולי סרטן הערמונית, הוא מונה מספר השלכות פסיכו-סוציאליות הנובעות מהשינויים שהם חווים בתפקודם המיני, דוגמת שינויים בדימוי הגוף, פגיעה בהערכה העצמית ושינויים בתפקידים במשפחה. Navon & Morag (2003) התייחסו לאופני ההתמודדות של חולי סרטן הערמונית המקבלים טיפולים הורמונאליים, ולהשלכות הפסיכו-סוציאליות הנובעות מהטיפולים. הקשיים העיקריים שהתגלו היו הפיכת גופם לגוף נשי יותר (feminization), הפרעה באינטימיות עם בנות הזוג, שינויים בחיים החברתיים ותפיסת העצמי. המשתתפים התמודדו עם הקשיים באמצעות שיטות הסוואה, הסחות דעת, הימנעות מאינטראקציות חברתיות ודרך טקטיקות קוגניטיביות של הגדרת עצמי מחדש, הרחקה עצמית ונחמה עצמית.

גם נשים רבות חולות סרטן, מדווחות על תחושת אשם בשל הקושי

פרטים דמוגרפיים וחלק שני כלל שאלות כן ולא, המתייחסות לעמדותיהן כלפי העלאת נושא הבריאות המינית עם המטופלים (ששה פריטים), ולסוג המחסומים המקשים עליהן לשוחח בנושא (חמישה פריטים).

ב. שאלון למטופלים, אשר הורכב משני חלקים: חלק ראשון כלל פרטים דמוגרפיים (חמש שאלות) וחלק שני כלל תשע שאלות העוסקות בנושאים הבאים: מצב בריאותם המינית של המטופלים, המידה בה הם קיבלו מידע בנוגע להשפעת המחלה והטיפול על בריאותם המינית, מידת יוזמת המטופלים בהעלאת הנושא (3 פריטים), מידת הניסיון שלהם לפנות לצוות המטפל כדי לטפל בבעיה, האם פנייה מצד הצוות הייתה מקלה על מידת פתיחותם של המטופלים לשוחח על הנושא, מידת העניין של המטופלים לקבל מידע נוסף בנושא, והמחסומים המקשים עליהם לשוחח על הנושא. חלק מהשאלון כלל שאלות שהמענה עליהן הוא כן ולא, חלק כלל שאלות עם מספר אפשרויות של תשובות, ואחרות נתנו אפשרות לסמן תשובה על גבי סולם.

השאלונים נכתבו על ידי עורכות המחקר ותוקפו על ידי אחיות מומחיות בנושא.

שאלות הסקר

שאלות הסקר שכוונו לאחיות היו:

1. האם קיימת פנייה של מטופלים לצוות הסיעודי בנושא בריאותם המינית?
2. האם הצוות הסיעודי דן עם המטופלים בנושא לאחר פנייתם?
3. האם מתבצעת פנייה יזומה של הצוות הסיעודי למטופלים בנושא בריאות מינית?
4. האם קיים קושי לאחות לדון עם החולים בנושא?
5. האם לאחות יש תפקיד בהקשר לבריאותם המינית של המטופלים?
6. האם ניתן לשפר את המצב הקיים באמצעות סדנא?
7. מה הם המחסומים הקיימים אצל האחיות לקיים דו שיח כזה? (שאלה זו כללה חמישה פריטים המתארים מחסומים שונים).

שאלות הסקר שכוונו למטופלים היו:

1. מה שיעור הפגיעה המינית באופן כללי לאחר טיפולים אונקולוגיים?
2. מהו שיעור המטופלים המקבלים מידע בנושא?
3. מהו שיעור הפנייה של הצוות הסיעודי והרפואי למטופלים בכל הנוגע לתפקודם המיני? (3 פריטים בשאלון)
4. מהו שיעור הפנייה של המטופל עצמו בנושא תפקודו המיני?
5. האם פנייה ביוזמת הצוות הייתה מקלה על מידת הפתיחות של המטופלים?
6. מהו שיעור המטופלים המעוניינים לקבל יותר מידע?
7. מה הם המחסומים המונעים שיחה בנושא עם הצוות המטפל, על פי תפיסתם של המטופלים?

לפגוע בבן הזוג, התלות בבן הזוג שהפך למטפל, והשינויים במצבי הרוח המשפיעים על היחסים הזוגיים.

נקודת מבטם של המטופלים בנוגע לדיון עם המטופלים בנושא בריאותם המינית

Haboubi & Lincoln (2003) בדקו באמצעות שאלונים מה דעתם של 813 חברי צוות רב מקצועי, על העלאת סוגיות הנוגעות לבריאות מינית עם המטופלים. חברי הצוות שהשתתפו במחקר כללו 593 אחיות, 110 רופאים, 73 פיזיותרפיסטים ו-37 מרפאים בעיסוק. אומנם 90% מהנבדקים ענו שנושא המיניות חייב להיות חלק בלתי נפרד מהטיפול הכללני, אולם בפועל 94% הודו שהם כלל אינם דנים בנושא עם המטופלים. הסיבות העיקריות לכך היו היעדר אימון בנושא (79%), חוסר זמן (67%) ומבוכה (50%). מלבד הסיבות הללו, Sunquist & Yee (מצוטטות אצל Hordern, 2008) מציינות רשימת מחסומים נוספים, המונעים מהמטופלים לתקשר באופן פתוח עם המטופלים בנושא מיניותם. המחסומים כוללים: האמונה שהמטופל חולה מידי או שהוא אינו מעוניין לשוחח בנושא, האמונה שהשינוי בגוף כתוצאה מהטיפולים אינו אטרקטיבי, הפחד מלפתוח "תיבת פנדורה" ועוד.

Sadovsky (2003) מצטט את מחקרם של Read, King, & Watson, בו נמצא כי 35% מהגברים ו-42% מהנשים באוכלוסייה הכללית סובלים מהפרעות בתפקוד מיני, אך למרות שנושא המיניות חשוב מאד עבורם, רק 2% מהם שוחחו על הבעיות עם רופאיהם. בשל הממצאים המשתמעים מהספרות המחקרית, אודות הפער בין צרכי המטופלים וציפיותיהם בנוגע לקבלת מידע וייעוץ, הקשור להשלכות המחלה והטיפול על בריאותם המינית, ובין סיפוקם על ידי הצוות המטפל, הוחלט לבצע סקר המתמקד בפער זה, בין מטופלים שחלו בסרטן ובין צוות האחיות המטפל בהן. מטרת הסקר הייתה לבדוק את תפיסתן של האחיות לגבי המידה בה מתקיים דו שיח אחות מטופל בנושא המיניות, תפיסת תפקידיהן בנושא והמחסומים להכללת תפקיד זה בהתערבותן הסיעודית. כמו כן, הסקר בדק את צרכי המטופלים בנידון ואת מידת סיפוקם על ידי האחיות על פי תפיסתם.

השיטה

המדגם

סוג המדגם: מדגם נוחות.

נבחרו שתי קבוצות לסקר זה:

- א. אחיות העובדות במחלקות כירורגיה, אונקולוגיה ואורולוגיה במרכז הרפואי הדסה עין-כרם.
- ב. גברים ונשים חולי סרטן שסבלו מממאירויות שונות, קוראי השפה העברית, שאושפזו במחלקה האונקולוגית או כאלה שהגיעו לטיפול או למעקב במרפאה האורולוגית.

הכלים:

לאיסוף הנתונים במחקר נעשה שימוש בשני סוגי שאלונים:

- א. שאלון לאחיות, אשר הורכב משני חלקים: חלק ראשון כלל

הליך המחקר:

לאחר קבלת אישור מוועדת הלסינקי של המרכז הרפואי "הדסה עין כרם", בוצע "פייילוט" (סקר מקדים) בקרב עשר אחיות ממחלקות כירורגיות, אונקולוגיה ואורולוגיה. על סמך הסקר המקדים בוצע הסקר עצמו: במהלך חודשיים חולקו שאלונים באופן אנונימי, ל-220 אחיות העובדות במחלקות אלה. כמו כן חולקו שאלונים ל-240 מטופלים במחלקות האונקולוגיות ובמרפאה האורולוגית. השאלונים חולקו על ידי אחיות העוסקות בתחום ההדרכה לבריאות מינית, חלקן אחיות במחלקות בהן מאושפזים החולים וחלקן אחיות שלא ממחלקות האשפוז. הנבדקים קיבלו הסבר על חשיבות קידום ההדרכה בנושא ופיתוח

תוכנית התערבות מובנית, ועל הצורך בביצוע סקר אנונימי שסייע להעריך ולתכנן את ההתערבות.

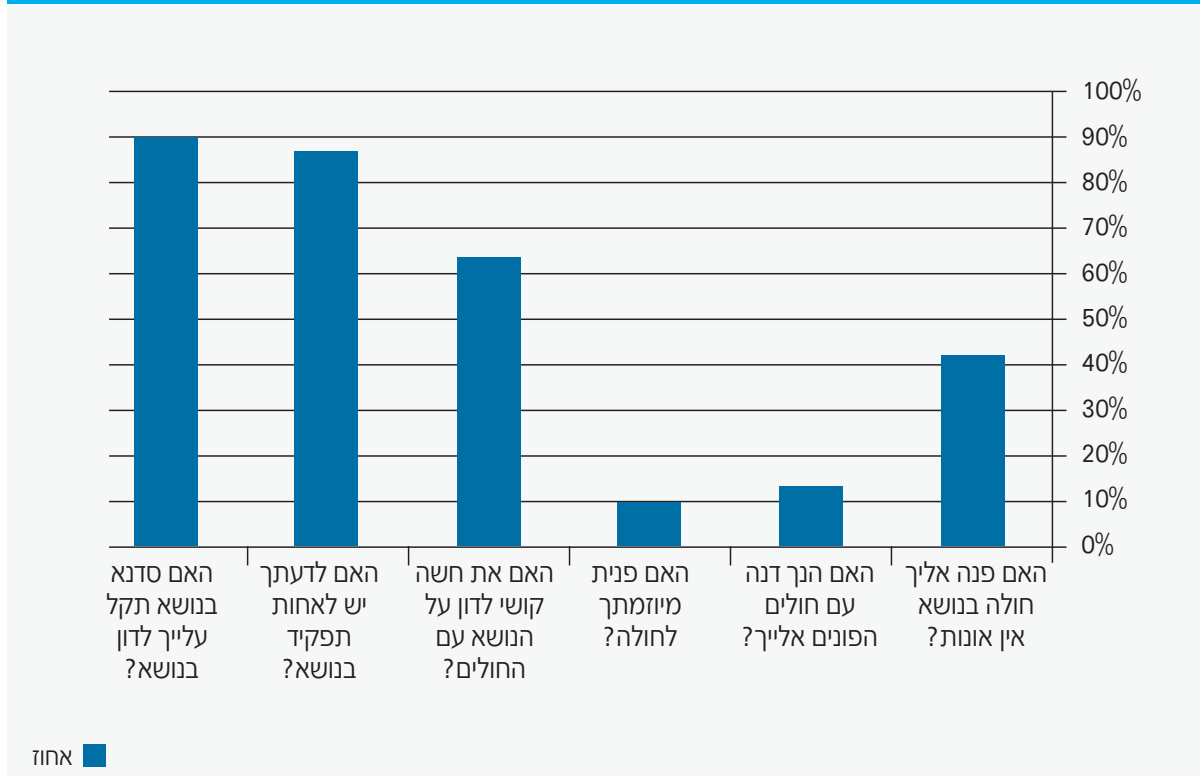
תוצאות:

ניתוח הנתונים בוצע באמצעות תוכנות SPSS ו-EXCEL.

תוצאות שאלוני האחיות

מתוך 240 שאלונים שחולקו לאחיות, 170 אחיות (71%) ענו על השאלונים במלואם. 82% מהמשיבות היו נשים עם ממוצע גיל של 37.5 וממוצע שנות וותק- 11.7. רוב המשיבות היו חילוניות. בתרשים 1 מוצגות תשובות האחיות שענו **בחיוב** לשאלות.

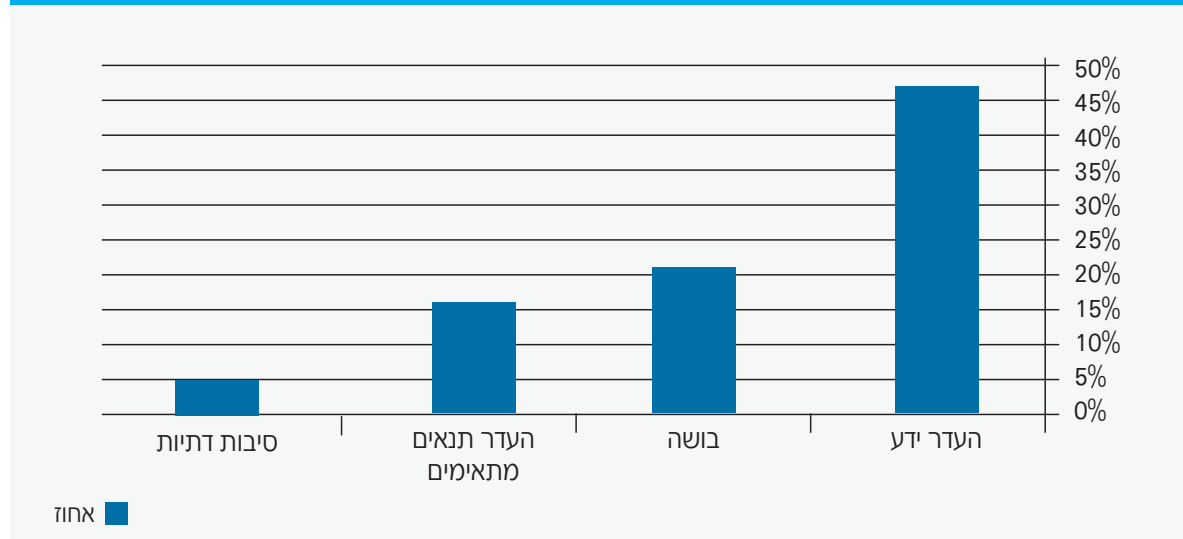
תרשים 1: סיכום תשובותיהן של האחיות שענו בחיוב



מתרשים 1 ניתן להבין ש- 42% מהמשיבות ענו שחולים פונים אליהן בנושא, אבל רק 14% אכן דנות עם חולים אלה. רק 11% מהצוות הסיעודי יוזמים בפועל שיחה עם המטופלים. 87% מהאחיות סבורות שיש מקום להתערבות סיעודית בבעיה זו, אם כי 5% מהן הוסיפו הערה שההתערבות הסיעודית בנושא אמורה להתקיים באורולוגיה בלבד. ל- 64% מהאחיות יש קושי לראיין חולים, או לדון איתם בנושא בריאותם המינית. 89% מהאחיות סברו שסדנא תקל עליהן את הגישה לחולים אלו.

בתרשים 2 מצוינות תשובות האחיות לגבי המחסומים שהקשו עליהן להעלות את נושא המיניות:

תרשים 2: המחסומים ליצירת קשר בנושא הבריאות המינית על פי תפיסת האחיות

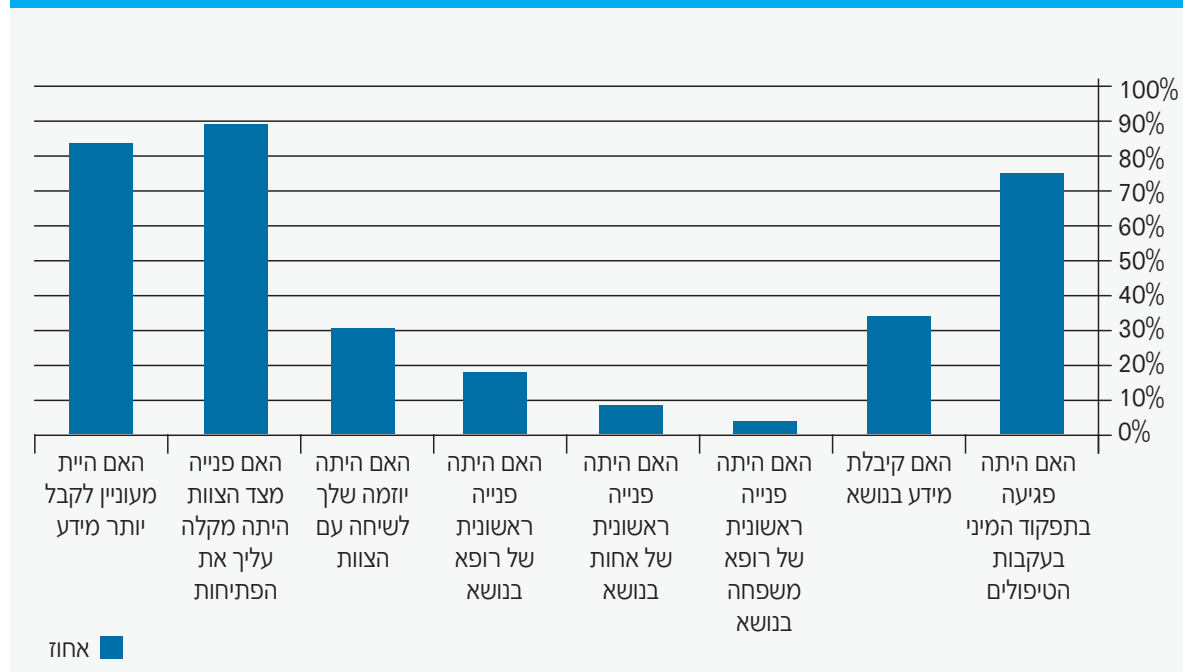


מתרשים 2 משתמע, שהמחסומים העיקריים המקשים על האחיות לקיים דו שיח כזה הם: העדר ידע (47%), בושא (21%) והעדר תנאים מתאימים (16%).

תוצאות שאלוני המטופלים

הממצאים הדמוגרפיים מסקר של 210 חולים, מצביעים על כך ש-80% מהם נשואים ו-37% אקדמאים. בתרשים 3 מוצגות תשובותיהם החיוביות של המטופלים לשאלות הסקר.

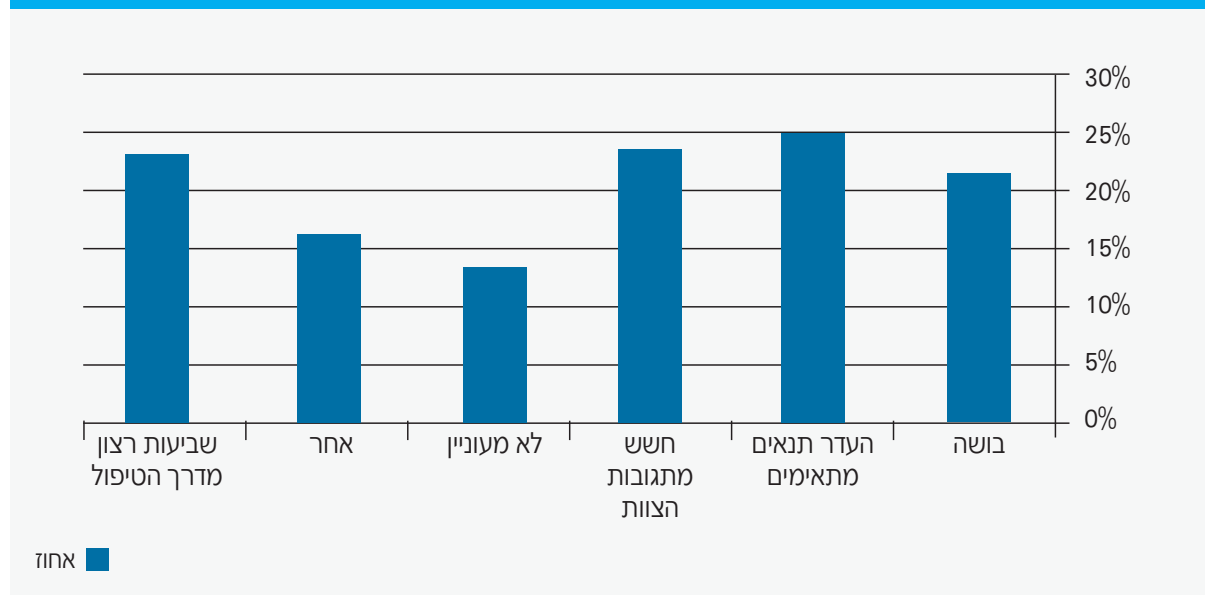
תרשים 3: סיכום תשובות המטופלים שענו בחיוב



מתרשים 3 ניתן להבין את הנתונים הבאים: 74% מהמטופלים דיווחו על פגיעה בתפקודם המיני. 34% ציינו שקיבלו מידע בנושא. 84% מהמשתתפים בסקר ענו שהם מעוניינים לקבל יותר מידע בנושא. לדברי המטופלים, רק 19% מהרופאים האונקולוגיים או האורולוגיים, 7.5% מהאחיות ו- 2.8% מרופאי המשפחה העלו בפניהם לראשונה את נושא בריאותם המינית. 30% מהמשתתפים בסקר מסרו שהם פנו מיוזמתם למטפלים לקבל מידע בנושא. 89% ציינו שפניה ראשונית מהצוות הייתה מקלה עליהם את הפתיחות והנכונות לדון בבעייתם.

בתרשים 4 מצוינות תשובות המטופלים, לגבי המחסומים שהקשו עליהם להעלות את נושא המיניות.

תרשים 4: המחסומים ליצירת קשר בנושא הבריאות המינית על פי תפיסת המטופלים



תרשים 4 מצביע על המחסומים, אשר מנעו מהחולים ליזום שיחה בנושא. אלה כללו: העדר תנאים מתאימים (25%), חשש מתגובות הצוות (24%), בושה ואי נוחות (21%). בסעיף נוסף, בו התבקשו המטופלים לציין סיבות נוספות להימנעותם מהעלאת הנושא (בטבלה מופיע כ"אחר"), ענו 10% מהם שהם "לא חשבו שבעיה זו רפואית", שהם "קיוו שהבעיה תיפתר מאליה", או בגלל שהם "לא ידעו שניתן לטפל בבעיה". בנוסף לנתונים אודות המחסומים, ניתן להיווכח מתרשים 4, ש- 23% מהמטופלים ענו שהם שבעי רצון מדרך הטיפול בבעיות המיניות שלהם. כמו כן, ראוי לציין שבסעיף הפתוח "הערות", כ- 15 מטופלים השאירו פרטים מלאים, עם בקשה לפנות אליהם כדי שיוכלו לקבל עזרה בנושא.

דין

העיקריים הם: חוסר ידע, בושה והיעדר תנאים מתאימים. הסברים נוספים שניתנו בספרות לקושי בהעלאת הנושא היו: חוסר זמן (Haboubi & Lincoln, 2003), האמונה שהמטופל חולה מידי או שהוא אינו מעוניין לשוחח בנושא, האמונה שהשינוי בגוף כתוצאה מהטיפול אינו אטרקטיבי, הפחד מלפתוח "תיבת פנדורה" ועוד (Sunquist & Yee מצוטטות אצל Hordern, 2008). תשובתן של רוב האחיות (89%), שסדנא עשויה להקל עליהן את השיחה עם החולים בנושא הנידון, מצביעה אף היא על הקושי הרב בו הן נתקלות, ועל אמונתן שקושי זה עשוי להשתפר באמצעות הסדנא. מתשובותיהם של המטופלים עולה, שרובם (74%) דיווחו על פגיעה כלשהי בתפקודם המיני בעקבות המחלה והטיפולים בה, אולם רק כשליש מהם דיווחו שקיבלו מידע בנושא. יחד עם זאת, רוב הנבדקים בסקר (84%) היו מעוניינים לקבל יותר מידע. ממצא חשוב זה, אודות הצורך של המטופלים בקבלת מידע, נתמך על

הסקר הנוכחי בדק את עמדותיהם של אחיות ומטופלים, בנוגע להעלאת סוגיית בריאותם המינית של האחרונים, כולל זיהוי המחסומים של שני הצדדים לגעת בנושא. מתוצאות הסקר משתמע, שרוב האחיות (87%) סבורות שיש מקום להתערבות סיעודית בבעיה, אם כי רק מיעוטן (11%) יזום שיחה עם המטופלים בנושא. ממצאים אלו נתמכים על ידי הספרות המחקרית (Haboubi & Lincoln, 2003), בה נמצא שישנו פער בין עמדותיהם התיאורטיות של אנשי הצוות, שיש להכליל את תחום הבריאות המינית של המטופלים כחלק בלתי נפרד מהטיפול הכולל בהם, ובין התנהגותם בפועל. יתרה מכך, האחיות מדווחות, שאפילו במקרים בהם החולים עצמם פונים אליהן בנושא אין אונות (42%), רק חלק קטן מהן (14%) אכן דן עמם בנושא. בבדיקת הסיבות לקושי הרב של האחיות לקיים שיחה בנושא המיניות עם המטופלים עולה, שהמחסומים

לסימנים המביכים הקשורים לסרטן הערמונית. כמו הקודמים, גם במחקרם האיכותני של Navon & Morag (2003), בו רואיינו 15 מטופלי סרטן הערמונית שקיבלו טיפול הורמונאלי לדיכוי רמות הטסטוסטרון, נמצא שאף אחד מהם לא סיפר על אובדן הדחף והיכולות המיניות לקרובי משפחה וחברים. הם המשיכו להשתתף בשיחות גברים על מין, להעמיד פנים שהם נהנים מבדיחות על אין אונות, ולהגיב ברוח טובה כשנשים הראו עניין מיני בהם. אחד הממצאים החשובים של סקר זה, הוא הנתון ש-70% מהמטופלים ציינו שפניה ראשונית מהצוות הייתה מקלה עליהם את הפתיחות והנכונות לדון בבעייתם. בנוסף לכך, בסעיף הפתוח "הערות", כ-15 מטופלים השאירו פרטים מלאים, תוך בקשה לפנות אליהם כדי שיוכלו לקבל עזרה בנושא. ממצאים אלה מצביעים על הצורך בדיון בשאלה מה ניתן לעשות, כדי לשפר את מידת התערבותם המעשית של חברי הצוות המטפל בכלל והאחיות בפרט, בכל הנוגע לבריאותם המינית של המטופלים. לצורך כך נכתבו מספר המלצות לצוות, וכן תוארו בספרות כלים העשויים לסייע לצוות המטפל לגעת בנושא. למשל, Stipetich et al. (2002) מתארים כלי המשמש את הצוות הסייעודי להערכת הזקפה (Specific Erectile Function Questions of the International Index of Erectile function). הכלי כולל שאלות, דוגמת: "באיזו תדירות אתה מסוגל להשיג זקפה במהלך פעילות מינית", "כאשר אתה משיג זקפה על ידי גירוי מיני, באיזו תדירות היא קשיחה מספיק עבור חדירה" ועוד. כלי כגון זה יכול לשמש את המטופלים בהערכת הזקפה טרם הטיפול כנגד סרטן הערמונית ואחריו, כולל הערכת הפתרונות לבעיות בהשגה ובשימור הזקפה המוצעים למטופלים. חוברת מידע למטופלים בנוגע להשלכות הטיפולים על דימוי הגוף, התפקוד המיני והחיים האינטימיים, יכולה להיות אמצעי נוסף להדרכת מטופלים בנושא. Templeton & Coates (2004) מצאו הבדלים בידע, באיכות החיים ובשביעות הרצון מהטיפול בין קבוצת חולי סרטן הערמונית (N=28) שקיבלו ערכת הדרכה שכללה מידע אודות המחלה והטיפולים בה, ובין קבוצת הביקורת שלא קיבלו ערכה כזו (N=27). חוברת כזו יכולה להיות לעזר וכהשלמה להדרכה מילולית של האחיות. דיבור על הנושא בעצמו עשוי להעביר את המסר החשוב שאפשר להעלות את הנושא ללא כל חשש, מה גם שישנם מטופלים שאינם יודעים את השפה הכתובה בערכה, או מטופלים המתקשים לקרוא מסיבה זו או אחרת. קלטת וידאו או תקליטור, הכוללים מידע רלוונטי ופונים ישירות למטופלים, יכולים להוות, אף הם, אמצעים ויזואליים להקניית מידע למטופלים ולבנות/ בני זוגם, כהשלמה לשיחה עם האחיות בנושא. כאמור לעיל, אחד המחסומים שהביעו המטופלים בסקר זה, הוא העדר תנאים מתאימים לשיחה. בקשר לכך, מדגישה Johnson (2004), שהשיחה בנושא הבריאות המינית צריכה להתקיים במקום פרטי ובאווירה נינוחה, ויש צורך לשאול שאלות ישירות. אחת הדוגמאות האפשריות לפתיחה בשיחה בנושא יכולה להיות: "אני מעוניינת לספק לך את הטיפול הטוב ביותר. לשם כך, אצטרך

ידי מחקרים קודמים. לדוגמה, מתוך עשרים נבדקים במחקרם של Crowe & Costello (2003), 91% היו מעוניינים בקבלת מידע אודות השלכות המחלה והטיפולים על תפקודם המיני, מיד עם האבחנה או לפני קבלת הטיפולים. אחת הסיבות לצורך לקבל מידע אמין, הוא חששותיהם בנוגע לשינויים בתחושותיהם ובתפקודם המיני: מתוך 210 מטופלים המבקרים במרפאה האורולוגית, 41% ביטאו חששות כאלה (Lintz et al., 2003). 48% מהנבדקים במחקרם של Lintz et al. (2003), הביעו צורך ביעוץ מיני "אחד על אחד" עם אנשי מקצוע. בנוסף לכך הביעו הנבדקים צורך בקבלת מידע באמצעות ספריית ספרים, קלטות וידאו ועלוני מידע. גם תוצאות מחקרם של Ananth, Jones, King, & Tookman (2003) הצביעו על צרכיהם של חולי סרטן לקבל מידע, בנוגע לבעיות בחייהם המיניים. הם השוו את שיעור הבעיות בתפקוד המיני ואת מידת רצונם לשוחח על כך עם המטופלים, בין שלוש קבוצות מטופלים: חולי סרטן ממרפאות חוץ (N=56), חולי סרטן המקבלים טיפול פליאטיבי ממרפאות חוץ (N=64) וחולים שאינם אונקולוגיים ממרפאות חוץ (N=67). ממצאיהם עולה, שחולי סרטן מכל הסוגים (כולל החולים המקבלים טיפול פליאטיבי בלבד) מעוניינים, יותר מאלה שאינם חולי סרטן, לשוחח בנושא השלכות הטיפולים על חייהם המיניים עם אנשי המקצוע. הסקר הנוכחי העלה, כי למרות הצורך הרב בקבלת מידע, דיווחו המטופלים שרק 2.5% מרופאי המשפחה, 19% מהרופאים האונקולוגיים או האורולוגיים ו-7.5% מהאחיות, העלו בפניהם לראשונה את נושא בריאותם המינית. כפי שמצוין בטבלה 2, תשובות האחיות תואמות לדיווחי המטופלים, אודות האחוז הנמוך של האחיות הפונות מיוזמתן לחולים בנושא. יתרה מכך, יש לציין, שלמרות השיעור הגבוה של החולים שדיווחו על פגיעה בתפקודם המיני בסקר הנוכחי, ולמרות הצורך הגבוה שלהם במידע, אשר לא ניתן על ידי רוב חברי הצוות המטפל, רק שליש מהמטופלים מסרו שהם פנו מיוזמתם לקבל מידע ומענה לבעיותיהם. ממצא זה תומך בכך, שגם למטופלים קיימים מחסומים, המונעים מהם לפנות למטפלים, למרות מצוקתם. המחסומים העיקריים שהועלו על ידי המטופלים בסקר זה הם: העדר תנאים מתאימים, חשש מתגובות הצוות, בושה ומבוכה. העובדה שחלקם ענו שהם לא חשבו שבעיה זו רפואית, שהם קיוו שהבעיה תיפתר מאליה, או שהם לא ידעו שניתן לטפל בבעיה, מצביעה אף היא על בעיה בהקניית מידע למטופלים בתחום. בנוסף למחסומים שהוזכרו לעיל, גם הספרות המחקרית מציינת את הקושי של המטופלים לחלוק מידע עם אנשים אחרים. למשל, במחקרם האיכותני של Gray, Fitch, Phillips, Labrecque, & Fergus (מצוטטים אצל Kristjanson & Wall, 2004), העידו הנתונים, שגברים (N=20) לא מרגישים בנוח לקבל תמיכה, ובייחוד תמיכה רגשית. נדיר שגברים הודו בקשייהם, כולל הקושי בתפקודם המיני. גם Chapple & Ziebland (2002), אשר ביצעו ראיונות עומק עם 52 גברים ציינו, שהגברים במחקרם האמינו שזה לא גברי להציג סימני חולשה, ונמנעו מחיפוש עזרה בכל הקשור

בקרב רוב המטופלים בעקבות מחלת הסרטן והטיפול בה. בנוסף לכך, משתמע שקיים צורך רב לקבל מידע מהצוות המטפל בנושא חשוב זה. אולם יחד עם זאת, שתי קבוצות הנבדקים הצביעו על קושי רב ליזום שיחה ולהעלות את הנושא. יתרה מכך, גם חלק מהמטופלים שהעלה את הנושא לא קיבל, ברובו, מענה מהצוות המטפל. יש לציין, שעמדותיהן של האחיות מנוגדות להתנהגותן בפועל, כלומר, הן מודעות לחשיבות הערכת בריאותם המינית של המטופלים כחלק בלתי נפרד מההתערבות הסייעודית הכוללת, אך לרוב הן אינן מבצעות זאת בשדה הקליני.

ממצאים חשובים אלה מחדדים את הצורך של הצוות המטפל בכלל והאחיות בפרט, לרכוש ידע בתחום. על נושא זה להיות כלול בכל מסגרות הלימוד הסייעודיות. בנוסף לכך, כדאי להמליץ למנהלות הסייעוד הנחנות ולפקח על הכללת הנושא בהתערבות הסייעודית הכוללת בשדות הקליניים, ובמקביל ליזום תוכניות הכשרה לצוותים, הן בבתי החולים והן בקהילה. גם על הצוות הסייעודי עצמו מוטלת האחריות לחפש מקורות מידע, ללמוד מודלים להתערבות, להשתתף בקורסים, בסדנאות ובימי עיון בתחום, לתרגל את הנלמד, ולפתח מיומנויות לקבלת אנמנזה רלוונטית מהמטופלים ובני/בנות זוגם, ליזום מחקרים בתחום ולהשתתף בהם.

יש צורך להמשיך ולחקור את הנושא מהיבטים שונים. סקר דומה בקרב בנות/בני זוג של מטופלים עשוי לחדד גם את השלכות המחלה והטיפול על החיים הזוגיים, ולזהות את צרכי המידע שלהם. השוואה בין קבוצות תרבותיות שונות (דוגמת אתיופים, רוסים, בדואים, דרוזים ועוד), עשויה לשפוך אור על צרכיהם המיוחדים בכל הקשור לשינויים בחייהם האינטימיים בעקבות המחלה והטיפול, ולסייע ב"תפירת" חליפת התערבות סיעודית ספציפית לכל מגזר תרבותי. מחקר הבדוק שינויים בעמדות הצוות, בידע ובמידת יישומם בעקבות תוכניות הכשרה שונות בנושא המיניות, יוכל להשוות את מידת היעילות מול החסרונות של כל תוכנית ותוכנית, כדי להתאימן למסגרות הלימודיות המגוונות של האחיות.

לשאל אותך מספר שאלות, שהרבה אנשים תופסים אותם כשאלות פרטיות, כמו שאלות הנוגעות לחיים האינטימיים. אם לא תסכים לענות לי, אכבד את בחירתך לא לחלוק מידע זה איתי" (עמוד 344). דוגמאות לשאלות המובאות במאמר זה הן: "ספר לי על מידת העניין שלך בחיים המיניים ועל מידת שביעות רצונך מהם בתקופה זו", "מה ההבדל בחיך המיניים כעת, לעומת התקופה טרם האבחנה", "כיצד אתה מדרג את חיי המין שלך מ-1 עד 10?" אילו שאלות ספציפיות ברצונך לשאול בקשר לטיפולים שאתה מקבל והשפעתם על חיי המין שלך?" (עמוד 344) ועוד.

Sadovsky (2003) מדגיש את החשיבות בבחירת שאלות המתאימות לתרבות, לדת ולהשכלת המטופלים. יש הכרח לבחור במונחים המכבדים את תחושות החולה, כדי לשפר את האמון והתקשורת בין החולה והמטפל. הוא נותן דוגמאות לשאלות כגון: "כיצד המחלה השפיעה על חיי המין שלך?" האם לך או לבת זוגתך ישנם קשיים כלשהם בחיים המיניים, דוגמת שינויים בחשק המיני, בעיות בזקפה או בפליטה?" (עמוד 4).

Wilmoth (2006) מסבירה, כיצד ניתן לשפר את הרגשת הצוות לשוחח בנושא. היא טוענת שלהרגיש בנוח ולשוחח על הנושא זהו תהליך של חשיפה עצמית. יכולת חשיפה שכזו, ניתן להשיג באמצעות סמינרים בקבוצות קטנות, המשלבים הרצאות עם צפייה במדיה ודיונים בנושאים מגוונים דוגמת מיתוסים, אוננות, פנטזיות, ערכים, זהות מינית ועוד. אופציות נוספות יכולות להיות קריאת ספרות מקצועית, השתתפות ב-Journal club ובקבוצות דיון על מקרים.

סיכום והמלצות

הסקר הנוכחי בדק את עמדותיהם של 170 אחיות העובדות במחלקות כירורגיה, אונקולוגיה ואורולוגיה, ושל 210 מטופלים במחלקה האונקולוגית ובמרפאה אורולוגית במרכז רפואי גדול בארץ, בכל הקשור לתקשורת ביניהם בנוגע לבריאותם המינית של החולים. תוצאות הסקר הצביעו על קיום בעיות בתפקוד המיני,

The first and only 100% human monoclonal antibody for mCRC* in patients with nonmutated (wild-type) KRAS

Vectibix[®]
(panitumumab)

Targeted Power.
Confident Choice.
Because Every Day Counts.

MEDISON
Delivering innovative healthcare

AMGEN

* mCRC: metastatic colorectal cancer

Vectibix[®] is indicated in combination with chemotherapy for the treatment of unresectable, advanced or recurrent colorectal cancer (mCRC) with wild-type KRAS. Monotherapy for the treatment of patients with metastatic colorectal carcinoma with wild-type KRAS after failure of fluoropyrimidine-, oxaliplatin-, and irinotecan-containing chemotherapy regimens.

* For further information please read the PI as approved by the MOH

- Katz, A. (2007). Breaking the silence on cancer and sexuality. A handbook for healthcare providers. USA: ONS Publishing Division.
- Kristjanson, L. J., & Wall, D. (2005). Men, culture and hegemonic masculinity: Understanding the experience of prostate cancer. *Nursing Inquiry*, 12(2), 87-97.
- Lintz, K., Moynihan, C., Stegina, S., Norman, A., Eeles, R., Huddart, R., . . . Watson, M. (2003). Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non surgical oncology clinic. *Psycho-Oncology*, 12, 769-783.
- Martinez, L. (2008). Woman to woman: cancer and its impact on female sexuality and intimacy. *Women's Sexual Health Journal*, 18, 8-11.
- McKeal, P. L. (2008). Intimacy and sexuality after cancer. *Women's Sexual Health Journal*, 18, 2-4.
- Mick, J. (2007). Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 671-675.
- Navon, L., & Morag, A. (2003). Advanced prostate cancer patients' ways of coping with the hormonal therapy's effect on body, sexuality, and spousal ties. *Qualitative Health Research*, 13(10), 1378-1392.
- Sadovsky, R. (2003). Asking the questions and offering solutions: The ongoing dialogue between the primary care physician and the patient with erectile dysfunction. *Reviews in Urology*, 5(7), s35-48.
- Schover, L. R. (1997). Sexuality and fertility after cancer. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Stipetich, R. L., Abel, L. J., Blatt, H. J., Galbreath, R. W., Lief, J. H., Butler, W. M., & Merrick, G. S. (2002). Nursing assessment of sexual function following permanent prostate brachytherapy for patients with early-stage prostate cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6(5), 271-274.
- Southward, N. Z., & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 213-217.
- Templeton, H., & Coates, V. (2003). Evaluation of an evidence based education package for men with prostate cancer on hormonal manipulation therapy. *Patient Education Therapy*, 55, 55-61.
- Wilmoth, M. C. (2006). Life after cancer: What does sexuality have to do with it? *Oncology Nursing Forum*, 33(5), 905-910.
- Ananth, H., Johnes, L., King, M., & Tookman, A. (2003). The impact of cancer on sexual function: a controlled study. *Palliative Medicine*, 17: 202-205.
- Basaria, S., Lieb, J., Tangs, A. M., DeWeeset, T., Carducci, M., Eisenberger, M., & Dobs, A. S. (2002). Long term effects of androgen deprivation therapy in prostate cancer patients. *Clinical Endocrinology*, 56, 779-786.
- Bertero, C. (2001). Altered sexual patterns after treatment for prostate cancer. *Cancer Practice*, 9(5), 245-251.
- Bolte, S. (2008). Cancer and sexuality. *Women's Sexual Health Journal*, 18, 4-8.
- Burnett, A. L. (2005). Erectile dysfunction following radical prostatectomy. *Journal of American Medical Association*, 293, 2648-2653.
- Chapple, A., & Ziebland, S. (2002). Prostate cancer: Embodied experience and perceptions of masculinity. *Social of health and illness*, 24, 820-841.
- Crowe, H., & Costello, A. J. (2003). Prostate cancer: Perspectives on quality of life and impact of treatment on patients and their partners. *Urologic Nursing*, 23(4), 279-285.
- Hughes, M. K. (2008). Alterations of sexual function in women with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 91-101.
- Hawkins, Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M., & Sundquist, K. (2009). Changes in sexuality and intimacy after diagnosis and treatment of cancer. *Cancer Nursing*, 32(4), 271-280.
- Haboubi, N. H. J., Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- Hollenbeck, B. K., Dunn, R. L., Wei, J. T., Montie, J. E., & Sanda, M. G. (2003). Determinants of long term sexual health outcome after radical prostatectomy measured by a validated instrument. *Journal of Urology*, 169, 1453-1457.
- Hordern, A. (2008). Intimacy and sexuality after cancer. A critical review of the literature. *Cancer Nursing*, 31(2), 9-17.
- Horden, A., & street, A. (2007). Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer. The patient perspective. *Cancer Nursing*, 30(6), 11-18.
- Intili, H., & Nier, D. (1998). Self esteem and depression in men who present with erectile dysfunction. *Urologic Nursing*, 27(6), 534-541.
- Johnson, B. K. (2004). Prostate cancer and sexuality: Implications for nursing. *Geriatric Nursing*, 25, 341-347.