

## טיפול מיני, רפואה מינית ומה שביניהם

גילה ברונר, עינת אלרון, נעם כתר

### מבשר מסרים נלמדים

- בריאות מינית חשובה ביותר לאיכות חייהם הכוללת של מטופלים (בריאים או חולים), וכל איש מקצוע שעוסק בבריאות, בטיפול, בשיקום ובמניעה חייב להתייחס להפרעות בתפקוד המיני.
- הפרעות בתפקוד המיני ועקרונות הרפואה המינית – אבחון, חינוך ומניעה – צריכים להיות חלק בלתי נפרד מתוכניות הלימודים במוסדות השונים ובהדרכות בזמן ההכשרה המקצועית.
- הפרעה בתפקוד המיני היא בעיה זוגית, וקשיים בתפקוד המיני של האחד משפיעים על האחר, ולכן מומלץ לשלב את שני בני הזוג באבחון ובטיפול של הפרעות אלו.

### תקציר

ההמודדות עם היבטים שונים בבריאות המינית של המטופלים היא חלק בלתי נפרד מהעבודה הרפואית. המיניות חשובה למטופלים בכל גיל, בכל מצב בריאות, בין שהם במערכת זוגית ובין שלא. שיעור ההפרעות בתפקוד המיני גבוה בקרב מטופלים, והן פוגעות מאוד באיכות החיים האישית והזוגית. קיימים חסמים שמפריעים לשיחה פתוחה על הפרעות בתפקוד המיני, אשר מקורם במטופל, במטפל, ובמפגש הטיפולי. היעדר הכשרה תאורטית ומעשית להתמודדות עם מיניות הוא אחד החסמים השכיחים המביאים להזנחת הנושא במסגרות רפואיות. במאמר מציע שני מודלים שיקלו על רופאים ואנשי מקצועות הבריאות את השיחות על מין. המודל "קווים של פתיחות" מציע דרך נוחה לפתיחת שיחה על מין באופן פשוט ונוח לרופאים ולמטופלים. לאחר העלאת הנושא אפשר להפנות מטופלים למומחים ברפואה מינית ולטיפול מיני במוסדות רפואיים בישראל. המודל PLISSIT מציע דרכים להמשך ההתערבות המקצועית במקרים שהרופא מעוניין להתמודד עם הבעיה שהוצגה לפניו. הניסיון העשיר של המחברים בעבודה עם רופאים בקהילה ועם רופאים בבתי חולים במשך שנים רבות מלמד שרוב הרופאים מסוגלים לשוחח עם מטופלים על מין, להציע אפשרויות טיפול ראשוניות ולהפנות אותם להמשך אבחון או טיפול בבעיה המינית ולתרום תרומה של ממש לאיכות חייהם.

## מיניות ובריאות מינית

מיניות היא חלק מרכזי וחשוב בחיי האדם מלידתו ובמשך כל ימי חייו. מיניותו של האדם מושפעת מיחסי גומלין רב-ממדיים בין גורמים ביולוגיים, נפשיים, חברתיים, כלכליים, פוליטיים, תרבותיים, אתניים, חוקיים, דתיים, רוחניים והיסטוריים. מיניות אינה מוגבלת רק ליחסי מין (intercourse) או לאוסף של חוויות ארוטיות. מיניות האדם באה לידי ביטוי בתחושותיו וביחסו כלפי עצמו וכלפי זולתו, והיא כוללת הן את ההיבט הפיזי של המיניות (מגע וקרבה גופנית), הן את ההיבט הנפשי (חיבה ואהבה) והן את ההיבט האינטימי (שיתוף ברגשות ובמחשבות). חוויות אלה יכולות לבוא לידי ביטוי באופן ניטרלי (ליטוף או חיבוק מרגיע) או ארוטי (גירוי מיני ואורגזמה). השילוב ביניהם יוצר את מכלול המיניות הייחודי של כל אדם. מרכיבים אחרים חשובים במיניות הם ההיבט המגדרי, הזהות המינית, התפקידים המיניים והמשיכה המינית.

בעיני ארגון הבריאות העולמי, בריאות מינית נחשבת זכות בסיסית של כל אדם וחלק בלתי נפרד מבריאותו הכללית (WHO 2006). לפי ההצהרות של ארגון הבריאות העולמי ושל הארגון העולמי לסקסולוגיה ולבריאות מינית (World Association for Sexual Health (WAS 2008), זכותו של כל אדם ליהנות מהבריאות המינית ומהפוריות שלו ולשלוט עליהן לפי אמונתו ותפיסת עולמו החברתית. כל אדם זכאי לקבל מידע עדכני ומקיף על מיניות ועל מין בטוח, לקבל סיוע מקצועי בתחומי הבריאות המינית והפוריות, להשתתף בפעילות מינית בטוחה ומהנה, ללא כפייה, ללא אפליה לרעה או קיפוח וללא אלימות. כל זאת ייעשה בגישה מכבדת וחיובית כלפי מיניותו של האדם.

המיניות חשובה לאנשים צעירים ולאנשים מבוגרים, בריאים או חולים במחלות ומוגבלויות גופניות ונפשיות. מטופלים שסבלו מפגיעות בחוט השדרה דירגו באחד המחקרים את הסיפוק המיני כאחד מתוך חמשת הצרכים העיקריים והחשובים בתהליך השיקום (Chang et al. 2017). במחקר אחר דירגו חולים במחלת פרקינסון את ההפרעות בתפקוד המיני במקום השנים עשר בחשיבותו מתוך עשרים וארבעה תסמינים קשים הקשורים במחלתם (Politis et al. 2010).

הטיפול המיני הוא התמקצעות מיוחדת של טיפול פסיכולוגי זוגי בתחום המיניות, אשר מיועד לסייע לפרטים ולזוגות לפתור קשיים שהם חווים ביחסים האינטימיים שלהם ובתפקוד המיני הפרטי והזוגי. בעיות שכיחות בתפקוד המיני שבגללן מטופלים פונים לטיפול מיני הן חרדת ביצוע אשר גורמת הפרעת זקפה שאינה מאפשרת יחסי מין פנימיים (יחסי מין עם כניסה לנרתיק), פחד מכאב אשר מעכב עוררות בקרב נשים ומונע כניסה לנרתיק (וגיניזמוס), טיפול בנוגדי דיכאון, המקשה את ההגעה לאורגזמה, וחשק מיני נמוך אשר פוגע ביכולת ליזום יחסי מין או להגיב לגירוי מיני. הטיפול המיני מבוסס על יצירת אמון ותקשורת פתוחה ונינוחה בין המטפל למטופל ובין מטופלים לבני זוגם. כלים מרכזיים בטיפול מיני הם טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT), מודעות קשובה (מיינדפולנס), והתערבויות מתחום הטיפול הזוגי והפסיכותרפיה. הייחודיות של הטיפול המיני מתבטאת בטכניקות של מיקוד חושי (מיפוי תחושות הגוף באזורים אינטימיים ובאזורים ניטרליים) ותרגילים מיוחדים אשר

מעדו להקטין את החרדה ואת הצורך בשליטת יתר וכן להגביר את הידע ואת המודעות בנוגע לתגובה המינית של גברים ושל נשים (Leiblum 2006). הטיפול המיני יכול להיות פרטני או לזוג (Basson and Bronner 2015). הטיפול יכול לכלול שילוב בין התערבויות הפואיות (למשל תרופות, פיזיותרפיה אגנית או ניתוחים) ובין טיפול מיני-נפשי-זוגי, והוא מאפשר שיעורי הצלחה גבוהים יותר.

מטרת הטיפול המיני היא לאפשר לבני הזוג כפרטים וכזוג לחוות חוויה מינית בטוחה, נעימה ומספקת, ולא דווקא להגיע לתפקוד פיזיולוגי-מיני מושלם. חוקרים שבדקו את מסמעות הצירוף "מין טוב" בקרב אנשים שהגדירו את חיי המין שלהם טובים גילו שיעורים גבוהים של סיפוק מיני גם בקרב זוגות שאחד מבני הזוג או שניהם סבלו ממגבלות ביכולת המינית שלהם (Kleinplatz et al. 2009). הטיפול המיני מציע פתרונות גם לאנשים אשר מתמודדים עם מחלות או עם נכויות. במקרים כאלה יש חשיבות להבנה כיצד המחלה או הטיפול בה משפיעים על התגובה המינית (למשל שינויים בתחושה באזורים שונים בגוף, מגבלה בתנועה או במנח של הגוף).

### השיחה על מין: תמונת מצב

למרות הרושם המתקבל שמין מעניין את כולם וכולם מדברים על מין, דווקא במקום חשוב מאוד למטופל – חדר הרופא או הרופאה – שיח על מיניות כמעט אינו מתקיים. מחקרים מראים שמרבית הרופאים מתעלמים מהנושא, למרות השכיחות הגבוהה של הפרעות בתפקוד מיני בקרב חולים. רובם המכריע של חולי סרטן לסוגיו השונים סובלים מהפרעות בתפקוד המיני. בין 40 ל-100 אחוזים מהם מדווחים על פגיעה כזאת כאשר הם נשאלים, לפי סוג הסרטן ודרגת התפקוד הכללית שלהם (PDQ 2004). גברים אשר לוקים בסוכרת מלינים על קשיי זקפה בשיעור ניכר (בין 35 ל-75 אחוזים) (Tamás and Kempler 2014). מיניות ובריאות מינית הן מרכיבים מרכזיים וחשובים באיכות החיים הכללית ובהרגשת הרווחה (well being) של מטופלים ושל בני זוגם, אך מחקרים מעידים כי נושא זה נזנח במרבית המפגשים הרפואיים.

במחקר שנעשה בקרב גברים ונשים אמריקנים מבוגרים בני 57-85 נמצא כי רק 38 אחוזים מהגברים ו-22 אחוזים מהנשים שוחחו על נושאים מיניים עם הרופא שלהם, אף שרובם היו פעילים מינית (73 אחוזים מבני 57-64, 53 אחוזים מבני 65-74 ו-26 אחוזים מבני 75-85 שנה) (Lindau et al. 2007a). במחקר אחר שנעשה בקרב מטופלים שלקו באוטם שריר הלב בארצות הברית ובספרד נמצא כי רק 15 אחוזים מהם קיבלו ייעוץ מרופאיהם על פעילות מינית לאחר האירוע, אף שנחיצות ההדרכה ברורה לכולם (Lindau et al. 2014). המטופלים שקיבלו ייעוץ בנושא זה היו צעירים יחסית (גיל ממוצע של 48 שנים ופעילים מינית לפני התקף הלב). מרביתם ציינו כי הם עצמם יזמו את השיחה עם הרופא. נשים שלקו בסרטן הנרתיק או סרטן צוואר הרחם סובלות על פי רוב מהפרעות בתפקוד המיני, כמו ירידה ניכרת בחשק המיני, בעוררות ובסיכוך, כאבים ביחסי מין או

מיניותו של האדם  
ברתיים, כלכליים.  
ניות אינה מוגבלת  
ם באה לידי ביטוי  
הפיזי של המיניות  
ההיבט האינטימי  
ופן ניטרלי (ליטוף  
את מכלול המיניות  
רי, הזהות המינית.

של כל אדם וחלק  
הבריאות העולמי  
World Associati  
ת ומהפוריות של  
לקבל מידע עדכני  
המיניות והפוריות,  
נה או קיפוח וללא

ו חולים במחלות  
דרה דירגו באחד  
החשובים בתהליך  
בסוון את ההפרעות  
ה תסמינים קשים

חום המיניות, אשר  
ים שלהם ובתפקוד  
זונים לטיפול מיני  
פנימיים (יחסי סין  
נע כניסה לנרתיק  
ני נמוך אשר פוגע  
רת אמון ותקשורת  
זיים בטיפול מיני  
תערבויות מתחום  
כניקות של מיקוד  
לים מיוחדים אשר

פחד מקיום יחסי מין; אולם כשני שלישים מהן לא שוחחו מעולם עם רופאיהן על השפעת מחלתן על התפקוד המיני. חשוב לציין כי רובן, כשלושה רבעים מהן, מאמינות ששיחה כזאת היא מרכיב חיוני בתפקידו של הרופא (Lindau et al. 2007b). שיעורים דומים עלו בסקר אחר שנעשה בקרב חולים בסוגי סרטן אחרים – סרטן הריאות, השד, המעי הגס והערמונית. רק מקצת המטופלים משוחחים בנושא זה עם רופאיהם (Flynn et al. 2012). הסברה מינית היא היבט חשוב של הטיפול הרפואי לקידום מיניות בריאה, אולם פחות ממחצית הרופאים הראשוניים (44.3 אחוזים) נוהגים להתייחס באופן שגרתי למחלות אשר מועברות במגע מיני (STI – Sexually Transmitted Infections) (Verhoeven et al. 2003). התייחסות זו אמורה לכלול אנמנזה מינית, זיהוי התנהגויות עם פוטנציאל סיכון וכן הסברה בנוגע למין בטוח. בסקר שנערך בקרב נערות מתבגרות דיווחו רק שני שלישים מהן כי רופאיהן שוחחו על יחסי מין בביקורן השנתי אצלם, ואם עלה הנושא בביקור, השיחה נמשכה 36 שניות בממוצע בלבד. שום מתבגרת לא יזמה את השיחה, ורק ארבעה אחוזים מהן זכו לשיחה ממושכת וחשובה (Alexander et al. 2014).

### למה חשוב לדבר עם המטופלים על מיניות

מלבד השיפור בתפקוד המיני והתרומה לאיכות החיים של הפרט והזוג, השיחה על מיניות יכולה להציף מחלות רקע, כגון סוכרת, טרשת עורקים, תסמונת מטבולית ודיכאון. במחקר MALES (Men's Attitudes to Life Events and Sexuality), שבדק הפרעות בזקפה בקרב כ-28 אלף גברים ממדינות שונות נמצאה שכיחות גבוהה יותר של מחלות רקע (יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב איסכמית, עודף כולסטרול ודיכאון) בקרב הגברים עם הפרעת זקפה. למעשה, שני שלישים מהגברים עם הפרעת זקפה דיווחו על אחת או יותר מהמחלות הללו (Rosen et al. 2004). בקרב גברים אשר חיים עם סוכרת גבוהה ביותר, בערך פי שלושה מהאוכלוסייה הכללית, הפרעות הזקפה מופיעה כעשר שנים מוקדם יותר, היא חמורה יותר בביטוייה הקליניים ומגיבה פחות לטיפול פומי במעכבי האנזים פוספודיאסטראז 5. מעניין לציין שבקרב כ-12 אחוזים מהגברים הפונים לטיפול עקב הפרעת זקפה, מאובחנת סוכרת סמויה שלא אובחנה לפני כן (Lewis 2001).

הפרעת זקפה היא גורם סיכון לא תלוי למחלה קרדיווסקולרית, ולשתיהן גורמי סיכון משותפים רבים, כגון יתר לחץ דם, עישון, סוכרת, עודף שומנים בדם והיעדר פעילות גופנית. הפרעת הזקפה מקדימה במקרים רבים ביטויים קליניים אחרים של המחלה הקרדיווסקולרית (אוטם שריר הלב או שבץ מוחי) בשלוש עד חמש שנים, ועל כן שיחה עם מטופל על הפרעת זקפה היא הזדמנות לאבחון מוקדם של מחלה קרדיווסקולרית סמויה ולטיפול בגורמי הסיכון האחרים (Nehra et al. 2012).

ההמלצה הרפואית היא שכל מטופל עם אבחנה של הפרעת זקפה יזכה להערכה מקיפה, ובכללה גורמי הסיכון המוזכרים והערכת תפקוד הלב לשלילת מחלת לב איסכמית. חשוב שגברים ידעו כי לצמצום גורמי הסיכון ולשינוי הרגלי החיים, ובכלל זה הפסקת עישון,

פעילות גופנית, שינויים בתזונה, איזון לחץ הדם וכיוצא באלה, יש השפעה חיובית ניכרת הן על סיבוכי המחלה הקרדיווסקולרית והן על התפקוד המיני (שם). השיחה על מיניות הכרחית גם לחינוך מיני של מטופלים לצמצום הרגלים מיניים עם סיכון גבוה להדבקה בנגיף הכשל החיסוני (HIV) ובמחלות אחרות אשר מועברות במגע מיני; ובכל זאת, רק רבע מהמטופלים הפעילים מינית נשאלים בנוגע למחלות אלו בבדיקה שגרתית (Tao et al. 2000).

### חשיבות השיחה על מין עם נשים במעגל החיים

כחצי האישה יש כמה נקודות ציון מיוחדות שראוי לברר בהן סוגיות של תפקוד מיני בעת פגישה עם הרופא הראשוני או הגינקולוג. הדיון הראשון עם נערה על אמצעי מניעה הוא זמן מצוין ליצירת אמון, שיחה פתוחה בנושאי תפקוד מיני, הדרכה על מיניות בריאה ומניעת מחלות אשר מועברות במגע מיני, שבירת מיתוסים וניפוץ דעות קדומות. לפי סקר שנערך בישראל בשנת 2008, רופאים אינם הבחירה הראשונה של מתבגרים להשגת מידע על מיניותם, אך הם נחשבים מקור מהימן לידע בעיני המתבגרים והוריהם. שיחה פתוחה של המטפל עם האישה בנוגע לבעיות בתפקוד המיני עשויה לאתר התנהגויות מיניות מסוכנות או חשד לפגיעה מינית, לצמצם את התחלואה הנלווית לכך ולעזור בקידום בריאותה.

אייפריון וטיפולי פרוין קשורים לעלייה בשכיחות בעיות בתפקוד המיני של הנשים ושל בני זוגן (Nelson et al. 2008). נרמול התחושות והקשיים בתפקוד המיני שבני זוג חווים בטיפולי פרוין וכן הפניה לייעוץ מיני במידת הצורך יכולים להקל על בני הזוג בזמן הטיפולם. מרבית הנשים חוות שינויים בתפקוד המיני בזמן היריון ולאחר לידה (Erol et al. 2007). אנשי המקצוע אינם מבררים בנוגע לתפקוד מיני בהיריון, והמטופלות מתביישות לשאול (Fok et al. 2005). שיחה עם היולדת ועם בן הזוג בנושא חזרה ליחסי מין נרתיקיים בעת הספגש השגרתית עם הגינקולוג לאחר הלידה היא הזדמנות למתן הכוונה לתרגול שרירי הצפת האגן שהוכחו כמקטינים אי-נקיטת שתן, משפרים תפקוד מיני ומגבירים שביעות רצון (Rosenbaum 2011).

בתקופות הפרי-מנופאזה והמנופאזה יש שינויים הורמונליים, ואלה עלולים לפגוע בתפקוד המיני בכמה דרכים. בעקבות הירידה הניכרת ברמת האסטרוגן עלולה להופיע ירידה בעוררות הגניטלית ובסיכוך הנרתיקי, כאב ביחסי מין נרתיקיים ובעקבותיו ירידה בחשק וכן שינויים באורגזמה. בתקופות אלה תפקיד הרופא המטפל לשאול ביוזמתו את האישה בנוגע לתסמינים אלו ולהציע אפשרויות טיפול מקומיות או סיסטמיות הורמונליות שאינן הורמונליות, לאחר שיחה עם האישה והבנה של אופן הטיפול שיתאים לה. אי-נקיטת שתן וצניחת איברי האגן נמצאו קשורים לירידה בתפקוד המיני (Barber et al. 2002). בעת בדיקת האישה ושיקולי הבחירה בטיפול (שמרני-תרופתי, פיזיותרפי או כירורגי) יש להתיחס לסוגיית התפקוד המיני ולהשפעה של כל אחת מדרכי הטיפול המוצעות על מיניותה (Pace and Vicentini 2008).

רופאיהן על השפעת  
הן, מאמינות ששיחה  
שיעורים דומים עלו  
ות, השד, המעי הגס  
(Flynn et al. 2012).  
בריאה, אולם פחות  
שגרתית למחלות אשר  
(Verhoeven et al. 2012).  
יאל סיכון וכן הסברה  
שני שלישים מהן כי  
ושא בביקור, השיחה  
ה, ורק ארבעה אחוזים  
שיחה על מיניות יכולה  
כאון. במחקר MALES  
זקפה בקרב כ-28 אלף  
לחץ דם, סוכרת, מחלת  
למעשה, שני שלישים  
(Rosen et al. 2004).  
מהאוכלוסייה הכללית,  
טוייה הקליניים ומגיבה  
שבקרב כ-12 אחוזים  
שלא אובחנה לפני כן  
ולשתיהן גורמי סיכון  
בדם והיעדר פעילות  
אחרים של המחלה  
שנים, ועל כן שיחה עם  
דיוואסקולרית סמויה  
יזכה להערכה מקיפה.  
ת לב איסכמית. חשוב  
לל זה הפסקת עישון.

בירור אנמנוזה מינית קצרה (שתיים-שלוש דקות) מכל מטופלת חדשה, לפני ניתוח גינקולוגי או אגני, בתקופת הפרימנופאוזה ובנשים במנופאוזה, לקראת לידה, לאחר לידה, בעת הערכת פריון, בטיפול במחלה כרונית ובאישה בדיכאון, יוביל להצפת בעיות בתפקוד המיני, אם הן קיימות, וליצירת אווירה של אמון ואוזן קשבת בין המטפל למטופלת ולבן הזוג (Kingsberg 2006).

### חשיבות השיחה על מין עם בן/בת הזוג

עוד היבט חשוב של הפרעות בתפקוד המיני הוא הקשר בין התפקוד המיני של אחד מבני הזוג לבין זה של בן/בת הזוג השני/ה. לפי מחקרים, כאשר מתגלה הפרעה בתפקוד המיני של בן זוג אחד, יש סבירות גבוהה שיידרדרו התפקוד המיני ושביעות הרצון המינית של בן או בת הזוג. מכאן שכל בעיה מינית חושפת את המערכת הזוגית לפגיעה כפולה. לדוגמה, קשיים בזקפה נמצאו קשורים במובהק לירידה בתפקוד המיני של בת הזוג (כמו חשק מיני נמוך, קושי להגיע לאורגזמה וחוסר שביעות רצון מיחסי המין). טיפול מוצלח בבעיית הזקפה, באמצעות טיפול תרופתי או טיפול מיני או שילוב ביניהם, הביא לשיפור ניכר בתפקוד בת הזוג (Fisher et al. 2009; Huang and Jiann 2013; Limoncin et al. 2013). ממחקרים אחרים עולה כי יש השפעה הפוכה – נמצא כי קשיי כניסה לנרתיק בנשים קשורים במובהק לחשק ולזקפה של בן הזוג (Elran et al. 2014). שפיכה מהירה נמצאה בקרב מחצית הגברים שבת זוגם סבלה מקשיי כניסה לנרתיק (Dogan and Dogan 2008). מלבד זה, 78 אחוזים מהנשים שבן זוגן סבל משפיכה מהירה דיווחו על בעיה אחת לפחות בתפקוד המיני שלהן, לעומת 40 אחוזים מהנשים שבן זוגן לא סבל מבעיה זו (Kaya et al. 2015). מכאן מובן ששיחה על מיניות ואבחנה של הפרעה בתפקוד המיני חשובים לא רק למטופלים אלא גם לבני זוגם.

### קהילת הלהט"ב (לסביות, הומואים, טרנסג'נדרים וביסקסואלים)

בטיפול במטופלים להט"בים יש צורך ברגישות מיוחדת. מחקרים מראים כי מטופלים כאלה סובלים מבעיות רפואיות ייחודיות, והם נמנעים מטיפול רפואי עקב פחד מאפליה לרעה ומיחס משפיל. יצירת סביבת טיפול פתוחה ומקבלת חשובה בכל תחומי הרפואה ומקצועות הטיפול האחרים, ואף חשובה שבעתיים ברפואה המינית ובטיפול המיני. ככל שלבי הטיפול בחברי הקהילה הגאה חשוב לשמור על גישה נטולת שיפוטיות ולהימנע מסטראוטיפים. יש לזכור כי גברים ונשים המקיימים יחסי מין עם בני מינם חשופים בדרך לבעיות רפואיות אופייניות לאוכלוסייה זו, אולם לא תמיד הם רואים בעצמם חלק בן האוכלוסייה הלהט"בית, ובדרך כלל מסתירים זאת. נשים לסביות בוחרות לעיתים להמעיין ביחסי מין עם כניסה לנרתיק, והדבר עלול להקשות על המטפל בעת טיפולי פריון (לדוגמה הזרעה תוך-רחמית) ודורש שיחה בנושא עם המטופלת. רק הרגשת אמון ודיסקרטיות

בחדר הטיפולים תאפשר שיתוף והכוונה מתאימה. ארגון הבריאות הלהט"בי GLMA פרסם קווים מנחים לטיפול הולם בלהט"בים וניתן להעזר בהם (GLAM 2006). מטופלים טרנסג'נדרים הם אוכלוסייה פגיעה במיוחד לבורות, לאפליה לרעה וליחס מבוה מצד גורמי בריאות. בסקר שנערך בארצות הברית דיווחו 28 אחוזים מהטרנסג'נדרים כי הוטרדו בזמן טיפול, ו-19 אחוזים דיווחו כי נדחו מקבלת טיפול (Schuster et al. 2016). כמה מהמטופלים הטרנסג'נדרים נושאים עימם חוויות עבר קשות, ואלה עלולות לפגוע באמון שלהם בצוות המטפל. בעת הטיפול באוכלוסייה הטרנסג'נדרית חשוב לפנות אליהם בשיחה בשם ובמגדר הנכונים (לא תמיד כפי שרשום בתיק הרפואי, וכדאי לשאול ישירות). יש להתחשב ברגישות המרובה לבדיקה גופנית המאפיינת אנשים מאוכלוסייה זו ולברר ישירות לפני הטיפול באיזו דרך אפשר להפחית את אי הנעימות. כן יש להכיר את הבעיות הייחודיות שלהם, הקשורות בקבלה עצמית ובקבלת המשפחה והסביבה. שילוב של רגישות, פתיחות וידע יבטיח טיפול הולם במטופלים טרנסג'נדרים.

### חסמים לשיחה על מין

אפשר לחלק את החסמים המפריעים לשיחה פתוחה על מיניות ועל הפרעות בתפקוד המיני לשלושה סוגים: חסמים שקשורים למטופל, חסמים שקשורים למטפל וחסמים שקשורים למפגש הטיפולי (Dyer and das Nair 2013). החסמים הקשורים למטופל נוגעים לרגשות השליליים הקשורים בעיני רבים לעיסוק במין – בושה, אשמה, חרדה ומבוכה מפריעות למטופל לשאול ולהעלות את הנושא לפני המטפל. המטופל יכול לחשוב כי הפרעה בתפקוד המיני אינה חשובה דייה להזכירה, ואינו מעוניין להטריד בה את הרופא המטפל. מטופלים מבקשים לשוחח עם הרופאים שלהם על נושאים שקשורים למיניות, אבל חוששים להביך את הרופא או חוששים שמא הוא יבטל את הדאגות שלהם (Marwick 1999; Lindau et al. 2007b). אף כי פעילות מינית קיימת בשכיחות גבוהה בקרב מבוגרים וקשישים (Lindau et al. 2007a; Thomas et al. 2015), דעה קדומה בכלל ודעה קדומה שנובעת מגילו של אדם בפרט (ageism) יכולות להביא את המטופל למחשבה כי בגילו המתקדם אין זה ראוי כי ידבר עם רופאו על תפקודו המיני. בורות וחוסר מידע בנוגע לשכיחות התופעה ואפשרויות הטיפול בה יכולים גם הם למנוע מהמטופל לשוחח על הנושא. לבסוף, גם גילו ומינו של הרופא, ובמקרים רבים גם התמחותו המקצועית, משפיעים על יכולתו של המטופל לדבר על מיניותו (Tamás and Kempler 2014).

בפני הרופא המטפל עומדים חסמים אשר קשורים למבוכה שלו עצמו, להיעדר הכשרה הולמת או מספיקה, ולהתמקדות בנושאים חשובים יותר. אנשי המקצוע במערכת הבריאות מרגישים שחסרים להם ידע וכישורים לשוחח על בעיותיהם המיניות של המטופלים. רבים מהם מרגישים שחסרה להם הכשרה הולמת לעיסוק בבריאות המינית, וכמה מהם אף אינם בטוחים כלל שזה תפקידם. בבתי הספר לרפואה מקצים בדרך כלל לנושא זה זמן מועט מדי (Shindel and Parish 2013). בסקר שפורסם בשנת 2010 דיווחו כמחצית מתוך 1,206

רשמה, לפני ניתוח  
לידה, לאחר לידה,  
בעיות בתפקוד  
למטופלת ולבן הזוג  
מיני של אחד מבני  
עיה בתפקוד המיני  
יצון המינית של בן  
ה, כפולה. לדוגמה,  
זוג (כמו חשק מיני  
ול מוצלח בבעיית  
הביא לשיפור ניכר  
(Fisher et al. 200  
ה לנרתיק בנשים  
יכה מהירה נמצאה  
(Dogan and Dog  
בעיה אחת לפחות  
עיה זו (Kaya et al.  
מיני חשובים לא רק

### סוגים (אולי)

ראים כי מטופלים  
עקב פחד מאפליה  
כל תחומי הרפואה  
בטיפול המיני. בכל  
שיפוטיות ולהימנע  
מינם חשופים בכך  
ם בעצמם חלק מן  
ת לעיתים להמעט  
פולי פרוין (לדוגמה  
אמון ודיסקרטיות

סטודנטים לרפואה בארצות הברית כי לא הוכשרו כראוי להתמודד עם בעיות מיניות של מטופלים (Shindel *et al.* 2010). בזמן השתלמויות על התמודדות עם מיניות בעבודה עם מטופלים, שנערכו בישראל בהשתתפות 1850 רופאים ראשוניים ו-590 אחיות, תיארו המשתתפים שתי בעיות עיקריות בשיחה על מין: הראשונה היא קושי לפתוח בשיחה על מין עם מטופלים שמגיעים מסיבה אחרת. כאשר מטופל מגיע לבדיקת מעקב, לאבחון או לטיפול בבעיה רפואית כלשהי, הנושא המיני נראה לא שייך. רופאים רבים מרגישים אי-נוחות וחוששים להביך את החולה, גם אם הנושא המיני קשור מאוד למצבו הרפואי (למשל במחלות לב, סוכרת או סרטן). הקושי השני שהעלו המשתתפים היה החשש שמא יעלה המטופל בעיה מינית ולא יהיה להם מידע מספיק בנושא (Bronner 2009). במחקר אחר נמצא כי רופאים מתקשים לדבר על מיניות בעיקר עם בני המין השני ועם מטופלים צעירים מאוד או בני 65 ומעלה (Burd *et al.* 2006).

במקרים רבים המפגש הטיפולי אינו מתאים לשיחה על מיניות. קוצר זמן, היעדר פרטיות, חוסר ביטחון בסודיות הרפואית או תגמול נמוך למטפל יכולים כולם להפריע ביצירת התנאים המתאימים לשיחה כזו.

בסקר שנערך בקרב קבוצה של 292 רופאי משפחה צעירים בישראל נמצא כי החסמים העיקריים הם קוצר זמן (62 אחוזים) והיעדר ידע מספק (46 אחוזים). הרופאים במדגם ציינו כי גם הבדלי מגדר, פער תרבותי ואי-נוחות לשוחח על מין הם סיבות להיעדר דיון עם מטופליהם בנושא. עם זאת, רוב הרופאים הראשוניים שהשתתפו במדגם (79 אחוזים) רואים בעצמם כתובת עיקרית למטופלים עם הפרעות בתפקוד המיני, למרות החסמים שפירטנו למעלה (פרס ואחרים 2003).

## איך פותחים בשיחה על מין

שיחה עם מטופלים על מין צריכה להתקיים לפי אותם כללים שרופאים משוחחים עם מטופלים וחוקרים תחומי התנהגות והרגלים אחרים. השיחה צריכה ליצור הרגשה של מקום בטוח ומכובד עבורם. שיחה מסוג זה שמתקיימת בחדר הרופא תוכל לשמש עבור מטופלים אימון בתקשורת מינית, ואותו הם יוכלו ליישם בשיחה אינטימית עם בני זוגם. השיחה על מין צריכה להיות פשוטה. שמירה על כמה כללי יסוד ותרגול יכולים להקל מאוד את השיחה (Bronner and Korczyn 2018).

המודל "קווים של פתיחות" שפותח בישראל מציע לרופאים גישה נוחה ומרגיעה לפתיחת שיחה על מין (Bronner 2003). המודל מאפשר להם לבחור עד כמה להעמיק בשיחה או לחלופין להפנות את המטופלים למומחים ברפואה מינית (אורולוג, פסיכיאטר או גינקולוג) או למומחים בטיפול מיני. המודל מאפשר לרופאים המעוניינים בכך להמשיך את השיחה ולסייע למטופלים שלהם. פתיחת השיחה אפשרית בשני אופנים: ישירות או בעקיפין. הגישה העקיפה מציעה שילוב הסברים מיניים רלוונטיים בתוך מידע רפואי כתב (למשל, עלוני הדרכה או אתר באינטרנט) או בזמן הרצאות והדרכות לקידום הבריאות



של החולים. לדוגמה, בעלון ההדרכה על חזרה לתפקוד לאחר התקף לב יכולה להיות פסקה על חזרה לחיי מין. עלוני הסברה על היריון או לידה יכולים להתייחס לחיי המין בזמן היריון, בעת הנקה ואחרי לידה. עלון מידע למנותחים שנותחו לכריתת הערמונית יכול להסביר על התפקוד המיני אחרי הניתוח. הסברים מסוג זה תורמים להרגעה מצד אחד, ומצד אחר מאפשרים למטופלים הזדמנות להתייעץ עם הצוות הרפואי ועם הצוות הסייעדי. אפשר לפתוח שיחה על מין גם בגישה הישירה, ובה שאלות ברורות בזמן המעקב, הבדיקה והטיפול. אפשר לשאול מטופלים: "איך השפיעה המחלה על חיי המין, על היחסים האינטימיים או על חיי האישות שלך?" או לומר: "לרבים עם בעיה רפואית כמו שלך יש בעיות בתפקוד המיני שלהם. אם תרגיש שינוי בתפקוד המיני, תוכל לשתף אותי. היום אפשר לטפל ברוב הבעיות המיניות ואוכל להציע לך טיפול או להפנות אותך לפי הצורך". להעלאת הנושא בידי הרופא יש תפקיד מרגיע בעיני המטופלים.

### איך ממשיכים בשיחה על מין

אפשר להיעזר במודל PLISSIT, מודל ובו ארבע רמות התערבות בתחום הבריאות המינית. הרמה הראשונה עוסקת במתן רשות ובמתן הכשר לשוחח על מין (Permission); הרמה השנייה מתייחסת להדרכה ולמתן מידע רלוונטי למטופלים (Limited Information); הרמה השלישית עוסקת במתן עצות וטיפים יישומיים על מנת להקל את הבעיה (Specific Suggestions); והרמה הרביעית מתייחסת להפניה לטיפול ממוקד בידי מומחים (Intensive Therapy) (Annon 1976). ברמה הראשונה והשנייה הרופאים יכולים להציג ביוזמתם לפני המטופל את נושא המיניות, להרגיע ולהסביר את הקשר בין הבעיה הרפואית לבעיה המינית (למשל, נשים מניקות סובלות בדרך כלל מירידה בחשק המיני שלהן; אנשים שמטופלים בתרופות נוגדות דיכאון יחוו קושי בגירוי וביכולת שלהם להגיע לאורגזמה; הפחד לקיים יחסי מין אחרי התקף לב עלול לגרום קשיים בעוררות ובזקפה). ברמה השלישית אפשר להציע הצעות מדויקות להקלה של ההפרעה בתפקוד המיני (למשל, שימוש בחומרי סיכה להקלה של כאבים בנרתיק, שינוי עיתוי יחסי המין לשעות שבהן התסמינים הרפואיים קלים יותר). מחקר שנעשה לאחרונה הראה שמטופלים מוקירים את ההתייחסות ומעריכים את הסיוע שהם מקבלים בשלוש הרמות הראשונות (ברמה הרביעית המטופל מופנה בדרך כלל למומחים אחרים) (Khakbazan et al. 2016). הניסיון העשיר שלנו בעבודה עם רופאים בקהילה ועם רופאים בבתי חולים במשך שנים רבות מלמד שרוב הרופאים מסוגלים לפעול בשלוש הרמות הראשונות של מודל ה-PLISSIT ולסייע למטופלים בשיפור איכות חייהם. לסיכום, הטיפול בבעיות מיניות מצריך לעיתים שיתוף כמה גורמים טיפוליים, כגון רופאי משפחה, רופאי נשים, אורולוגים, פסיכיאטרים וכן צוות סיעודי, מומחים בפזיותרפיה של רצפת אגן, מומחים בבריאות הנפש ומומחים בטיפול מיני. המטפלים צריכים להתאים את ההסבר ואת ההדרכה וכן את ההתערבויות הטיפוליות למטופל ולבן זוגו כדי למצות את מלוא הפוטנציאל בשיפור איכות החיים בכלל ואיכות החיים המינית בפרט.

ציות מיניות של  
מיניות בעבודה  
5 אחיות, תיאור  
תוח בשיחה על  
מעקב, לאבחון  
רבים מרגישים  
למצבו הרפואי  
יה החשש שמא  
(Bronn). במחקר  
ני ועם מטופלים  
יצר זמן, היעדר  
ם כולם להפריע  
מצא כי החסמים  
הרופאים במדגם  
כות להיעדר דין  
דגם (79 אחוזים)  
למרות החסמים  
ים משוחחים עם  
יצור הרגשה של  
נוכל לשמש עבוד  
מית עם בני זוגם.  
גול יכולים להקל  
זה נוחה ומרגיעה  
עד כמה להעמיק  
ורולוג, פסיכיאטר  
ינים בכך להמשיך  
אופנים: ישירות או  
מידע רפואי כתוב  
לקידום הבריאות

## רשימת המקורות

פרס, י', ש' מנחם ופ' שוורצמן, 2003. "הפרעות בתיפקוד המיני - מהו תפקיד רופא המשפחה?" הרפואה 142(10), עמ' 662-665.

- Alexander, S. C., et al., 2014. "Sexuality Talk during Adolescent Health Maintenance Visits," *JAMA Pediatrics* 168(2), pp. 163-169.
- Annon, J. S., 1976. "The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems," *Journal of Sex Education and Therapy* 2(1), pp. 1-15.
- Barber, M. D., A. G. Visco, J. F. Wyman, J. A. Fantl, R. C. Bump, and Continence Program for Women Research Group, 2002. "Sexual Function in Women with Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse," *Obstetrics and Gynecology* 99(2), pp. 281-289.
- Basson, R., and G. Bronner, 2015. "Management and Rehabilitation of Neurologic Patients with Sexual Dysfunction," *Handbook of Clinical Neurology* 130, pp. 415-434.
- Bronner, G., 2003. "Sexual Communication Barriers between Physicians and Clients: A Module Based on Workshops with 1850 Physicians," *International Journal Of Impotence Research* 15(6), S11.
- , 2009. "Practical Strategies for the Management of Sexual Problems in Parkinson's Disease," *Parkinsonism and Related Disorders* 15(3), S96-S100.
- Bronner, G., and A. D. Korczyn, 2018. "The Role of Sex Therapy in the Management of Parkinson's Disease Patients," *Movement Disorders Clinical Practice* 5(1), pp. 6-13.
- Burd, I. D., N. Nevadunsky, and G. Bachmann, 2006. "Impact of Physician Gender on Sexual History Taking in a Multispecialty Practice," *The Journal of Sexual Medicine* 3(2), pp. 194-200.
- Chang, M. Y., H. Y. Chen, M. L. Cheng, and H. Y. Liu, 2017. "Rebuilding Life: Investigating the Long-Term Homecare Needs of Clients with Spinal Cord Injuries," *The Journal of Nursing Research* 25(4), pp. 276-282.
- Dogan, S., and M. Dogan, 2008. "The Frequency of Sexual Dysfunctions in Male Partners of Women with Vaginismus in a Turkish Sample," *International Journal of Impotence Research* 20(2), pp. 218-221.
- Dyer, K., R. das Nair, 2013. "Why Don't Healthcare Professionals Talk about Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom," *The Journal of Sexual Medicine* 10(11), pp. 2658-2670.
- Elran, E., G. Bronner, N. Uziel, I. Eli, N. D. Kitrey, and G. Raviv, 2014. "The Impact of Vaginal Penetration Difficulties on the Sexual Functioning of Women and their Male Partners," *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 19(5), pp. 352-8.
- Erol, B., O. Sanli, D. Korkmaz, A. Seyhan, T. Akman, and A. Kadioglu, 2007. "A Cross-Sectional Study of Female Sexual Function and Dysfunction during Pregnancy," *The Journal of Sexual Medicine* 4(5), pp. 1381-1387.

- Fisher, W. A., I. Eardley, M. McCabe, and M. Sand, 2009. "Erectile Dysfunction (ED) Is a Shared Sexual Concern of Couples II: Association of Female Partner Characteristics with Male Partner ED Treatment Seeking and Phosphodiesterase Type 5 Inhibitor Utilization," *The Journal of Sexual Medicine* 6(11), pp. 3111-3124.
- Flynn, K. E., et al., 2012. "Patient Experiences with Communication about Sex during and after Treatment for Cancer," *Psychooncology* 21(6), pp. 594-601.
- Fok, W. Y., L. Y. S. Chan, and P. M. Yuen, 2005. Sexual Behavior and Activity in Chinese Pregnant Women," *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 84(10), pp. 934-938.
- GLMA, 2006. *Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients*, Washington DC: Gay and Lesbian Medical Association.
- Huang, S. T., and Jiann, B. P., 2013. "Assessing Satisfaction in Men and their Female Partners after Treatment with Phosphodiesterase type 5 Inhibitors for Erectile Dysfunction," *International Journal of Impotence Research* 25(5), pp. 178-182.
- Kaya, C., M. Gunes, A. M. Gokce, and S. Kalkan, 2015. "Is Sexual Function in Female Partners of Men with Premature Ejaculation Compromised?," *Journal of Sex & Marital Therapy* 41(4):379-383.
- Khakbazan, Z., F. Daneshfar, Z. Behboodi-Moghadam, S. M. Nabavi, S. Ghasemzadeh, A. Mehran, 2016. "The Effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual Counseling on the Sexual Function of Women with Multiple Sclerosis Who Are Sexually Active," *Multiple Sclerosis and Related Disorders* 8, pp. 113-119.
- Kingsberg, S. A., 2006. "Taking a Sexual History," *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 33(4), pp. 535-547.
- Kleinplatz, P. J., A. D. Ménard, M. P. Paquet, D. Zuccarino, L. Mehak, N. Paradis, and M. Campbell, 2009. The components of optimal sexuality: A portrait of "great sex." *Canadian Journal of Human Sexuality* 18(1-2):1-13.
- Leiblum, S. R. (ed.), 2006. *Principles and Practice of Sex Therapy*, 4<sup>th</sup> ed., New York: Guilford Publications.
- Lewis, R. W., 2001. "Epidemiology of Erectile Dysfunction," *Urologic Clinics of North America* 28(2), pp. 209-216.
- Limoncin, E., et al., 2013. "Premature Ejaculation Results in Female Sexual Distress: Standardization and Validation of a New Diagnostic Tool for Sexual Distress," *The Journal of Urology* 189(5), pp. 1830-1835.
- Lindau, S. T., et al., 2007a. "A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States," *The New England Journal of Medicine* 357(8), pp. 762-774.
- , 2007b. "Sexual Morbidity in Very Long Term Survivors of Vaginal and Cervical Cancer: A Comparison to National Norms," *Gynecologic Oncology* 106(2), pp. 413-418.
- , 2014. "Sexual Activity and Counseling in the First Month After Acute Myocardial Infarction Among Younger Adults in the United States and Spain: A Prospective, Observational Study," *Circulation* 130(25), pp. 2302-2309.

אם המשפחה?"

Alexander, S.

Visits," *JA*

Annon, J. S., 1

Treatment

Barber, M. D.,

Women Re

and Pelvic

Basson, R., and

with Sexual

Bronner, G., 1

A Module

*Impotence*

—, 2009. "Pr

Disease," *P*

Bronner, G., and

Parkinson's

Burd, I. D., N

Sexual Hist

3(2), pp. 19

Chang, M. Y., H

the Long-Te

*Nursing Res*

Dogan, S., and

of Women v

*Research* 20

Dyer, K., R. d

Systematic I

*The Journal*

Elran, E., G. B

Vaginal Pen

Partners," *E*

pp. 352-8.

Erol, B., O. Sar

Sectional Str

*Journal of S*

- Marwick, C., 1999. "Survey Says Patients Expect Little Physician Help on Sex," *JAMA* 281(23), pp. 2173-2174.
- Nehra, A., et al., 2012. "The Princeton III Consensus Recommendations for the Management of Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease," *Mayo Clinic Proceedings* 87(8), pp. 766-778.
- Nelson, C. J., A. W. Shindel, C. K. Naughton, M. Ohebshalom, and J. P. Mulhall, 2008. "Prevalence and Predictors of Sexual Problems, Relationship Stress, and Depression in Female Partners of Infertile Couples," *The Journal of Sexual Medicine* 5(8), pp. 1907-1914.
- Pace, G., and C. Vicentini, 2008. "Female Sexual Function Evaluation of the Tension-Free Vaginal Tape (TVT) and Transobturator Suburethral Tape (TOT) Incontinence Surgery: Results of a Prospective Study," *The Journal of Sexual Medicine* 5(2), pp. 387-393.
- PDQ, 2004. *Sexuality and Reproductive Issues (PDQ®): Health Professional Version*, Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Politis, M., K. Wu, S. Molloy, P. G. Bain, K. R. Chaudhuri, and P. Piccini, 2010. "Parkinson's Disease Symptoms: The Patient's Perspective," *Movement Disorders* 25(11), pp. 1646-1651.
- Rosen, R. C., et al., 2004. "The Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study: I. Prevalence of Erectile Dysfunction and Related Health Concerns in the General Population," *Current Medical Research and Opinion* 20(5), pp. 607-617.
- Rosenbaum, T. Y., 2011. "REVIEWS: Pelvic Floor Involvement in Male and Female Sexual Dysfunction and the Role of Pelvic Floor Rehabilitation in Treatment: A Literature Review," *Journal of Sexual Medicine* 4(1), pp. 4-13.
- Schuster, M. A., S. L. Reisner, and S. E. Onorato, 2016. "Beyond Bathrooms -Meeting the Health Needs of Transgender People," *New England Journal of Medicine* 375(2), pp. 101-113.
- Shindel, A. W., and S. J. Parish, 2013. "Sexuality Education in North American Medical Schools: Current Status and Future Directions," *The Journal of Sexual Medicine* 10(1), pp. 3-18.
- Shindel, A.W., K. A. Ando, C. J. Nelson, B. N. Breyer, T. F. Lue, and J. F. Smith, 2010. "Medical Student Sexuality: How Sexual Experience and Sexuality Training Impact U.S. and Canadian Medical Students? Comfort in Dealing with Patients? Sexuality in Clinical Practice," *Academic Medicine* 85(8), pp. 1321-1330.
- Tamás, V., and P. Kempler, 2014. "Sexual Dysfunction in Diabetes," *Handbook of Clinical Neurology* 126, pp. 223-232.
- Tao, G., K. L. Irwin, and W. J. Kassler, 2000. "Missed Opportunities to Assess Sexually Transmitted Diseases in U.S. Adults during Routine Medical Checkups," *American Journal of Preventive Medicine* 18(2), pp. 109-114.
- Thomas, H. N., R. Hess, and R. C. Thurston, 2015. "Correlates of Sexual Activity and Satisfaction in Midlife and Older Women," *Annals of Family Medicine* 13(4), pp. 336-342.
- Verhoeven, V., et al., 2003. "Discussing STIs: Doctors Are from Mars, Patients from Venus," *Family Practice* 20(1), pp. 11-15.

WAS, 2008. *Sexual Health for the Millennium: A Declaration and Technical Document*. Minneapolis, MN: World Association for Sexual Health.

WHO, 2006. *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28-31 January 2002*, Sexual Health Document Series, Geneva: World Health Organization.

Marwick, C., 1999. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 161(23), pp. 2173-2178.

Nehra, A., et al., 2012. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

Nelson, C. J., A. W. S. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

Pace, G., and C. Vicent. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

Pace, G., and C. Vicent. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

PDQ, 2004. *Sexuality*. Bethesda, MD: National Cancer Institute.

Politis, M., K. Wu, S. M. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

Rosen, R. C., et al., 2000. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 163(4), pp. 1193-1201.

Rosen, R. C., et al., 2000. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 163(4), pp. 1193-1201.

Rosenbaum, T. Y., 2011. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 185(4), pp. 1193-1201.

Rosenbaum, T. Y., 2011. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 185(4), pp. 1193-1201.

Rosenbaum, T. Y., 2011. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 185(4), pp. 1193-1201.

Schuster, M. A., S. L. I. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

Shindel, A. W., and S. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

Shindel, A.W., K. A. A. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

Tamás, V., and P. Kemp. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

Tao, G., K. L. Irwin, a. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

Thomas, H. N., R. He. "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.

Verhoeven, V., et al., "Prevalence and Prevalence of Erectile Dysfunction in the General Population of Male Partners of Infertile Women." *Journal of Urology* 187(4), pp. 766-778.