



T.C

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PREMATÜR EJAKÜLASYON OLGULARINDA
CİNSEL MİTLERE İNANMA DÜZEYİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hasan AKÇALI

DİYARBAKIR 2015



T.C

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PREMATÜR EJAKÜLASYON OLGULARINDA
CİNSEL MİTLERE İNANMA DÜZEYİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hasan AKÇALI

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Mehmet GÜNEŞ

DİYARBAKIR 2015

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Aytekin SIR'a, tezimin her aşamasında emeği geçen Yrd. Doç. Dr. Mehmet GÜNEŞ'e, diğer bölüm hocalarıma,

Tezimin her aşamasında yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen Dr. Betül Uyar'a

Tez dönemimde desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Dr. Süleyman DÖNMEZDİL, Dr. Hilal SELÇUK BARDAKÇI, Dr. Cuma TAŞ, Dr. Naci OLAM, Dr. Pelin AVCU ÇELİK, Dr. Songül ÇATİ, Dr. Eda TAYFUR, Dr. Cansu KURTTEKİN ve Dr. Ali BAYTAR'a,

Veri toplama sırasında samimiyet ve desteklerini her daim hissettiğim Üroloji bölümünden Yrd. Doç. Dr. Onur DEDE ve Dr. Mehmet Salih KÖSE'ye

Bu çalışmanın istatistiksel değerlendirmesindeki katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. İsmail YILDIZ'a,

Birlikte çalıştığım kliniğimizdeki hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Bana her daim destek olan sevgili anne ve babama,

Tez dönemimde her zaman yanımda olup bana destek olan oğlum İBRAHİM ve eşim EMİNE'ye teşekkür ederim.

Dr. Hasan AKÇALI

Diyarbakır 2015

ÖZET

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olan prematür ejakülasyon (PE) olgularında cinsel mitlere inanma düzeyini, anksiyete ve depresyon düzeylerini ve olguların cinsel sorunlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ve Üroloji Anabilim Dallarına 2014 Aralık ile 2015 Eylül ayları arasında, ayaktan başvuran 18- 65 yaşları arasında DSM- 5 ölçütlerine göre PE tanı kriterlerini karşılayan 100 hasta ve 70 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alındı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAÖ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)-Erkek Formu ve Cinsel Mitleri Değerlendirme Formu uygulandı. Verilerin analizinde SPSS 18. 0 istatistik paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamızda PE’li bireylerde cinsel mitlere inanma oranı sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur. PE’li bireylerde eğitim süresinin 10 yılın altında olması, gelir düzeyinin 1500 TL ve altında olması, komorbid cinsel isteksizlik şikâyetinin bulunması ve komorbid Erektile disfonksiyon (ED) şikâyetinin bulunması cinsel mitlere inanma düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttıran faktörler olarak bulundu. PE olgularında en yüksek oranda onaylanan mitler 18(%85), 19(%80), 6(%79), 13(%79), 27(%78), 16(%76), 12(%75), 11(%74), 22(%73), 1(%70) ve 4(%69) numaralı mitlerdir. Kontrol grubunda en yüksek oranda onaylanan mitler 18(%84), 19(%81), 16(%73), 13(%71), 10(%69) ve 22(%69) numaralı mitlerdir.

PE’li bireylerde HDÖ ($p=0,000$), HAÖ ($p=0,000$) ve ACYÖ ($p=0,000$) skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Komorbid cinsel isteksizliği bulunan erkeklerde ACYÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0,000$). PE’ye ED şikâyeti eşlik eden bireylerde ACYÖ ($p=0,001$) ve HDÖ ($p=0,040$) puanları eşlik etmeyen bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. PE’li bireylerin %90’ında ilk şikâyeti ile doktor başvurusu arasında 1 yıl, %43’ünde ise 5 yıl geçtiği

belirlenmiştir. PE grubunun %84'ü, kontrol grubunun ise %94'ü ilk cinsel bilgilerini arkadaşlarından edinmiştir. PE'li bireylerin % 24'ü ilk başvurularını tıp dışı (muskacı, şeyh, bitkisel ilaç) alanlara yapmıştır. Hekime başvuranların %72'si ilk başvurusunu psikiyatri dışı bir branşa yapmıştır. DSM-5'teki PE şiddeti sınıflamasına göre; olguların %44'ü hafif, %32'si orta, %24'ü ağır olarak değerlendirilmiştir. PE'li bireylerin 25'inde (%25) PE'ye cinsel isteksizlik, 53'ünde (%53) ED şikâyeti eşlik ediyordu. Olguların 58'inde (%58) PE'ye, cinsel isteksizlik ve/veya ED şikâyeti eşlik ediyordu.

Sonuçlar: Sağlıklı kontrollere kıyasla PE'li bireylerde cinsel mitlere inanma düzeyinin yüksek olduğu ve bu yüksekliğin eğitim seviyesinin düşük olması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Toplumumuzda ve PE'li bireylerde yaygın olan mitlerin sönmesi ve daha sağlıklı bir cinsel yaşam için, cinsel eğitimin uygun yaşta, doğru kaynaklardan bireylere verilmesi ve yanlış bilgi edinme kaynaklarının yasal olarak engellenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Prematür ejakülasyon, erken boşalma, cinsel mitler, cinsellik, depresyon, anksiyete

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to determine level of belief in sexual myths, anxiety and depression levels and to identify sexual problems in the cases of premature ejaculation (PE) which is the most common sexual dysfunction in men.

Materials and Methods: This study included 100 cases who applied Dicle University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry and Urology between 2014 September and 2015 December and meet premature ejaculation criteria of DSM-5 and 70 healthy controls. Sociodemographic data form, Hamilton Depression Rating Scale (HDS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAS), Arizona Sexual Experience Scale (ASES)-Men form and Sexual Myths Evaluation Form were applied to participants. Data were analyzed by SPSS 18.0 statistical software.

Results: In the study, rate of belief in sexual myths in PE cases was found significantly higher than healthy controls. In the PE cases, education time less than 10 years, the level of income under 1500 TL, the presence of comorbid hypoactive sexual desire and the presence of comorbid erectile dysfunction were found to be statistically significant factors that increase the level of belief in sexual myths. In the PE cases myths approved at the highest rate were 18(%85), 19(%80), 6(%79), 13(%79), 27(%78), 16(%76), 12(%75), 11(%74), 22(%73), 1(%70) and 4.(%69) myths. In the control group, myths approved at the highest rate were 18(%84), 19(%81), 16(%73), 13(%71), 10(%69) and 22.(%69) myths.

In the PE cases, HDS ($p=0,000$), HAS ($p=0,000$), ASES ($p=0,000$) scores were statistically significantly higher than the control group. In the loss of sexual desire in men with comorbid ASES score was statistically significantly higher ($p=0,000$). PE cases accompanying with ED, ASES ($p=0,001$) and HDS ($p=0,040$) scores were found statistically significantly higher than the not accompanying with ED. Hospital admissions between 1 year in 90% of PE patients with first complaint, It was determined that 43% of the 5 years. 84% of the PE cases, 94% control group have acquired first sexual information from their friends. 24% of the PE patients

24% of initial applications for non-medical individuals (muskac, the sheikh has done on herbal medicines) field. 72% of those admitted to the first application for non-psychiatric physicians have a branch. According to DSM-5 PE scale; 44% of patients with mild, 32% moderate, 24% were assessed as severe. In the PE cases, 25 (25%) PE sexual desire, 53 (53%) were accompanied by complaints of ED. 58 cases (58%), pea, sexual desire and / or ED was accompanied complaint.

Conclusions: In healthy controls compared to individuals with a high level of PE belief in sexual myths and it has been shown to be associated with this high level to the low level of education. To extinguish the myth prevalent in our society and patients in PE and a healthy sex life, age appropriate sex education, giving individuals the right sources and we think that should be the source of false information to obtain legally blocked.

Key words: Premature ejaculation, sexual myths, sexuality, depression, anxiety

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
TABLO LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Prematür Ejakülasyon	4
2.1.1. DSM-4 TR ve DSM 5'te Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması	4
2.1.2. ICD-10'da PE Tanı Kriterleri	4
2.1.3. DSM-4 TR'de PE Tanı Kriterleri	5
2.1.4. DSM-5'te PE Tanı Kriteri	5
2.1.5. DSM-4 TR'den DSM-5'e PE Tanı Kriterlerinde Neler Değişti?	6
2.2. Tarihçe	7
2.3. Epidemiyoloji	8
2.4. Erkek Cinsel Anatomisi	9
2.5. Erkek Normal Cinsel Döngü	10
2.5.1. Ejakülasyonun Fizyolojisi	13
2.6. Etiyoloji	16
2.6.1. Biyolojik Varsayımlar	16
2.6.2. Psikolojik Varsayımlar	17
2.7. Tedavi	24
2.7.1. Psikoterapi ve Davranış Tedavileri	25
2.7.2. İlaç Tedavileri	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Örneklem	27
3.1.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri	27
3.1.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri	27
3.2. Veri Toplama Araçları	28
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	28
3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ)	28
3.2.4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAÖ)	28
3.2.5. Cinsel Mitler Değerlendirme Formu	29
3.2.6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)	29
3.3. İstatistiksel Analiz	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKLAR	64
EKLER	75

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: Erkekte normal cinsel yanıt döngüsü	12
--	----



TABLO LİSTESİ

Sayfalar

Tablo 1: Cinsel yanıt döngüsü ve cinsel işlev bozuklukları	13
Tablo 2: Cinsel işlev bozukluğuna neden olan psikolojik faktörler	24
Tablo 3: PE'li bireyler ve kontrol grubunda sosyodemografik verilerin karşılaştırılması	33
Tablo 4: PE'li bireylerin klinik özellikler	35
Tablo 5: PE'li bireyler ve kontrol grubunda HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 6: PE'li bireylerde yaşanan yere göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 7: PE'li bireylerde eğitim süresine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 8: PE'li bireylerde gelir durumuna göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 9: PE'li bireylerde aile biçimine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	38
Tablo 10: PE'nin şiddetine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	38
Tablo 11: PE'li bireylerde komorbid cinsel isteksizlik şikâyetine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 12: PE'li bireylerde komorbid ED şikâyetine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 13: PE'li bireyler ve kontrol grubunda cinsel mitlere inanma düzeyinin karşılaştırılması	42
Tablo 14: PE'li bireylerde gelir düzeyine göre cinsel mitlere inanma düzeyinin karşılaştırılması	43
Tablo 15: PE'li bireylerde eğitim süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyinin karşılaştırılması	44
Tablo 16: PE'nin şiddetine göre cinsel mitlere inanma düzeyi	45
Tablo 17: PE'li bireylerde komorbid cinsel isteksizlik şikâyetine göre cinsel mitlere inanma düzeyi	46
Tablo 18: PE'li bireylerde komorbid ED şikâyetine göre cinsel mitlere inanma düzeyi	46
Tablo 19: PE'li bireylerde cinsel mitlere inanma durumuna göre ACYÖ skorlarının karşılaştırılması	47
Tablo 20: PE'li bireylerde cinsel mitlere inanma durumuna göre HDÖ skorlarının karşılaştırılması	48

KISALTMALAR

5-HT	: Serotonin
ACYÖ	: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CİB	: Cinsel İşlev Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ED	: Erektıl Disfonksiyon
HAÖ	: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
HDÖ	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD	: International Statistical Classification of Diseases
IELT	: İntravajinal Ejaculation Latency Time
ISSM	: International Society of Sexual Medicine
PDE	: Fosfodiesteraz
PE	: Prematür Ejakülasyon
SSGİ	: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Cinsellik temel bir içgüdü olup biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, geleneksel, ahlaki, dini, antropolojik, politik ve ekonomik boyutları olan karmaşık bir bütündür (1, 2). Cinsel işlevler, başta merkezi sinir sistemi, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı, onlarca hormon ve kimyasal maddenin karmaşık bir etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir. İnsan türünün devamı ve sağlıklı genlerin yeni nesillere aktarılmasını sağlayan karmaşık bir eylemdir (1). Cinsel aktivite yalnızca neslin devamı için yapılan biyolojik bir işlev değil, insanlar arası duyguların iletişimine yarayan, zevk veren temel bir işlev olmakla birlikte; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamının önemli bir parçasıdır (3).

Cinsel işlevin yerine getirilebilmesi için vücudun denge içinde çalışıyor olması gerekmektedir. Hastalıklar, kullanılan ilaç ve maddeler, gebelik, menopoz, ergenlik gibi dönemsel durumlar cinselliği etkileyebilmektedir. Sağlıklı bir cinsellik için, bedensel işlevlerin sağlam olması gerektiği gibi, sağlam bir ruhsal yapı da geliştirilmiş olmalıdır. Sosyal etkileşim ve öğrenilmiş davranış modelleri de cinselliği şekillendirmektedir. İçinde yaşanılan toplum, aile, yakın çevre, kültürel özellikler gibi daha birçok faktörün de etkilediği cinsel sağlık, bireyin mutlu bir yaşam sürmesinde en önemli unsurlardan biridir (1). Bu kadar etkileşimi olan bir eylemin, normalinin tanımlanması, sınırlarının çizilmesi zorlaşmaktadır. Çünkü cinsel ilgi ve performans bireyler arasında önemli farklılık gösterdiği gibi, aynı bireyde bile farklı zaman ya da farklı partnerle değişiklikler gösterebilmektedir. Bu nedenlerle, normal cinselliğe ilişkin katı bir tanımlama yapmaktansa, anormal cinselliği tanımlamak daha kolaydır (2).

Patolojik cinsel davranış, kişinin kendisine ya da diğerlerine zararlı olan, oldukça kısıtlı olan, bir partnere yönlendirilemeyen, birincil cinsel organların uyarılmasını dışlayan, suçluluk ve anksiyetenin eşlik ettiği cinsel davranış olarak tanımlanabilmektedir (2). Anormal cinsel işlevlerin temel belirtileri ise, cinsel istekte veya yanıt siklusunu belirleyen fizyolojik değişikliklerde engellenme olması olarak tanımlanabilir (4).

Prematür ejakülasyon (PE) yani erken boşalma da yukarda bahsedilen patolojik cinsel işlevlerin erkekte en sık görülen formudur. Literatürde ejakülatuvar fonksiyon bozuklukları %30-40'a kadar çıkan prevalans oranları ile erkek cinsel işlev bozuklukları içinde en sık görülen tip olduğu ve tüm yaş grupları için önemli bir bozukluk olarak karşılandığı bildirilmektedir (5).

Masters ve Johnson'un 1970 yılında yaptığı cinsel ilişkilerin %50'sinden fazlasında boşalmanın kontrol edilememesi ve partnerin orgazm olamaması tanımından sonra PE' nin birçok tanımı yapılmış olup en son 2009 yılında International Society of Sexual Medicine'nin (ISSM) yaptığı kanıta dayalı tanım kullanılmaktadır. Bu tanıma göre PE; boşalmanın hemen hemen tüm ilişkilerde vajinal girişten önce veya 1 dakika içinde olması, tüm ilişkilerde geciktirilememesi, kişide üzüntü, rahatsızlık, hayal kırıklığı veya cinsel birliktelikten kaçma gibi olumsuz sonuçlar doğurmasıdır (6).

PE tanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından (ICD-10) 1993 yılında yapılmıştır. Bu tanıma göre PE sevişmeden yeterince zevk alacak kadar ejakülasyonu geciktirememesi durumudur. Ejakülasyon ya ilişkinin öncesinde veya hemen sonrasında veya ilişkiyi mümkün kılacak kadar yeterli ereksiyon olmadan meydana gelmektedir. Bir zaman sınırı vermek gerekirse cinsel birleşme başlangıcından sonraki 15 sn içinde ejakülasyonun olması durumudur (7).

DSM- 4 TR'ye göre, sürekli ya da yineleyici bir biçimde çok az bir cinsel uyarılma ile ve kişinin istemesinden önce, vajinaya girmeden önce, girer girmez ya da hemen sonra orgazmın ve ejakülasyonun olmasıdır. PE tanısını koyarken, uyarılma süresini etkileyen faktörler (partnerin yeni olması, son zamanlardaki cinsel etkinliğin sıklığı) göz önünde bulundurulmalıdır (8).

DSM 5'te PE şöyle tanımlanmıştır; Cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yenileyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık 1 dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalması ve bu durumun en az 6 aydan beri devam ediyor olmasıdır (9).

1.2. Amaç

Tüm dünyada ve ülkemizde psikiyatrinin temel alanlarından biri olan cinsel işlev bozuklukları konusundaki çalışmalar maalesef kısıtlı miktardadır. Özellikle

Ülkemiz gibi cinselliğin tabu olarak görüldüğü ve eksik-yanlış cinsel bilgilerle cinselliğin yaşanmaya çalışıldığı ülkelerde, çalışmalar çok az miktardadır. Bu tezdeki amacımız erkekte en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olan PE olgularında ve kontrol grubunda, anksiyete- depresyon puanları, cinsel yaşantılar kalitesi ve cinsel mitlere inanma düzeyini karşılaştırmak oldu. Hali hazırda PE olgularında anksiyete-depresyon puanları ile ilgili çalışmalar mevcut olup cinsel mitler ile ilgili çalışmalar yok denecek kadar azdır. Özellikle, cinsel eğitim ve bilgi yetersizliğinin çoğu cinsel işlev bozukluğunun temel nedeni olduğu göz önüne alındığında cinsel mitlerin önemi daha iyi anlaşılmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prematür Ejakülasyon

2.1.1. DSM-4 TR ve DSM 5'te Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflandırılması

Cinsel işlev bozuklukları (CİB) DSM-4 TR'de aşağıda belirtildiği gibi 4 gruba ayrılarak sınıflandırılmıştır (8).

1.Cinsel istek bozuklukları (Cinsel istekte azalma, Cinsel tiksinti duyma bozukluğu)

2. Cinsel uyarılma bozuklukları (ED, Kadında cinsel uyarılma bozukluğu)

3. Orgazm ile ilgili bozukluklar (PE, Kadında orgazm bozukluğu)

4. Cinsel ağrı bozuklukları (Vajinismus, Disparoni)

DSM-5'te cinsel işlev bozuklukları 10 bağımsız başlık şeklinde sınıflandırılmış olup, DSM-4 TR'de ki gibi gruplandırma yapılmamıştır.

DSM-5'te cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması (9);

1. Geç boşalma

2. Sertleşme bozukluğu

3. Kadında orgazm bozukluğu

4. Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu

5. Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu

6. Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu

7. Erken boşalma

8. Maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu

9. Tanımlanmamış diğer bir cinsel işlev bozukluğu

10. Tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu şeklindedir.

2.1.2. ICD-10'da PE Tanı Kriterleri

ICD- 10 Tanı ölçütleri:

A. Cinsel işlev bozukluğu için genel ölçütler karşılanmalı (Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.)

B. Ejakülasyon sevişmeden zevk almaya yetecek kadar geciktirilemez, bu durum aşağıdakilerden biri şeklinde görülebilir.

1) Cinsel birleşme başlamadan önce ya da başlar başlamaz ejakülasyon gerçekleşir.

2) Birleşmeye olanak verecek yeterlilikte ereksiyon oluşmaksızın ejakülasyonun gerçekleşmesidir.

C. Sorun uzun zamandır cinsel etkinlik olmamasının bir sonucu değildir (7).

2.1.3. DSM-4 TR’de PE Tanı Kriterleri

A. Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, çok az bir cinsel uyarılma ile kişinin istemesinden önce, vajinaya girmeden önce, girer girmez ya da girdikten hemen sonra boşalmanın olması. Hekim, yaş, cinsel partner ya da durumun yeni olması ve son zamanlardaki cinsel etkinliğin sıklığı gibi uyarılma evresinin süresini etkileyen etmenleri göz önünde bulundurmalıdır (8).

B. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

C. PE sadece bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı değildir.

Tipini belirtin:

Yaşam boyu tip

Edinsel tip

Tipini belirtin:

Yaygın tip

Durumsal tip

Belirtin:

Psikolojik etmenlere bağlı

Bileşik etmenlere bağlı

2.1.4. DSM-5’te PE Tanı Kriteri

A. Cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yenileyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık 1 dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma örüntüsü

Not: PE tanısı, vajinayı kapsamayan cinsel etkinliklerde bulunan kişilere de konabilirse de, bu tür etkinlikler için özgül süre ölçütü belirlenmemiştir.

B. A tanı ölçütündeki belirtiler en az, yaklaşık 6 ay sürmektedir ve her cinsel etkinlikte veya nerdeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75- 100'ünde)(belirgin durumlarda ya da yaygınsa her durumda) olmalıdır.

C. A tanı ölçütündeki belirtiler, kişide klinik olarak belirli sıkıntıya neden olur.

D. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (9).

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaşam boyu: Bu bozukluk, kişi cinsel olarak etkin olduğundan beri vardır.

Edinsel: Bu bozukluk oldukça olağan bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamıştır.

Olup olmadığını belirtiniz:

Yaygın: Belirli tür uyarımlar, durumlar veya eşlerle sınırlı değildir.

Durumsal: Yalnızca belirli tür uyarımlar, durumlar ya da eşlerle ortaya çıkar.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Vajinaya girdikten sonra 30 saniye-1 dakika içinde boşalma olur.

Orta derece: Vajinaya girdikten sonra 15-30 saniye içinde boşalma olur.

Ağır: Cinsel etkinlikten önce, cinsel etkinliğin başında ya da vajinaya girdikten sonra 15 saniye içinde boşalma olur.

2.1.5. DSM-4 TR'den DSM-5'e PE Tanı Kriterlerinde Neler Değişti?

DSM-4 TR'de PE tanımlaması ve tanı kriterleri oldukça sade iken, DSM-5'te oldukça ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır. Yaklaşık 6 aydan beri şikâyetlerin mevcut olması şartı eklenmiş olup vajinaya girişten sonraki ilk 1 dakika içinde olan boşalmalar, PE olarak tanımlanmıştır. Bununla beraber cinsel ilişki süresine göre

(intravajinal ejaculation latency time) PE'nin şiddeti **Ağır olmayan (Hafif), Orta derece ve Ağır** olarak 3'e ayrılmıştır. Yani DSM-5'te PE tanımlanırken, hem cinsel ilişki sırasındaki süre hem de şikâyetin mevcut olduğu zaman dilimi belirtilmiştir. Bütün bunlarla beraber DSM-4 TR'deki **yaşam boyu-edimsel** ile **yaygın-durumsal sınıflamaları** DSM-5'te de aynen yer almıştır.

2.2. Tarihçe

Tarihsel olarak bakıldığında, cinsel kimlik ve cinsel işlevle ilgili sorunlar psikiyatri biliminin alanı içerisinde yer almaktadır. 19. Yüzyılın sonları ve hatta 20. yüzyılın başlarına kadar gelişmiş medeniyetlerde dahi, cinsellik konusunda toplumsal baskılar, tehditler ve kısıtlamalar bulunmaktaydı. Psikiyatri biliminin öncülerinden kabul edilen Sigmund Freud, Richard Krafft-Ebing, Henry Havelock Ellis gibi bilim adamları insan cinselliğine odaklanmışlar ve insan davranışlarının açıklanmasında cinselliğin önemli olduğu vurgulanmışlardır. Yirminci yüzyılın başlarında yaptıkları çalışmalarla, cinselliği tabu olmaktan çıkarmışlar ve sonraki çalışmalar için kaynak oluşturmuşlardır (10).

Son dönemlere kadar cinsel sorunların tedavileri, psikiyatri dışındaki tıp dalları (kadın doğum, üroloji) tarafından ele alınmaktaydı. Yapılan araştırmalar cinsel işlev bozukluklarının büyük oranda insan yaşantısı, davranışları, inanışlarından (cinsel mitler) kaynaklandığını ortaya koymaktadır (11). Organik nedenli cinsel işlev bozukluklarına görece olarak daha az rastlanmaktadır. Ancak son yıllarda medikal tedavilerin çeşitlenmesi, ilaç endüstrisinin hızla ilerlemesinin iatrojenik cinsel işlev bozukluklarını da ortaya çıkardığı bilimsel çalışmalarla tespit edilmektedir. Bunların yanında psikiyatrik hastalıklarla, cinsel işlev bozuklukları arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Yani, cinsel işlev bozukluğu altta yatan bir depresyonun belirtisi olabileceği gibi, primer olarak ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğu da psikiyatrik bozukluklara kaynaklık edebilmektedir (12).

Tarihsel süreç içerisinde bakıldığında PE'ye yaklaşım dört farklı dönemde değerlendirmek mümkündür. Von Krafft-Ebbing tarafından 1800'lü yılların sonunda ilk kez erken ejakülasyon olarak tarif edilmiş, 1915–1950 yılları arasındaki ikinci dönemde ise psikosomatik bir nevroz olarak “Ejaculatio precox” olarak tanımlanmıştır (13). Bu dönemi takiben 1950–1990 yılları arasında “hızlı boşalma”

olarak tanımlanan PE'nin ilk ilişki esnasında oluşan performans anksiyetesinin tekrarlamasından kaynaklanan öğrenilmiş bir davranış olduğu kabul görmüştür. 1990 yılından günümüze kadar ise PE; yapılan klinik çalışmalarda selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSGİ) grubu ilaçların tedavi edici etkinliğinin ispatlanması ile birlikte serotoninergik sistemin etkin olduğu nörobiyolojik bir fenomen olarak kabul edilmektedir (13).

İlk resmi PE tanımı 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yapılmıştır. Bu tanım Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III'te (DSM-III) yayınlanmıştır (14).

2.3. Epidemiyoloji

PE; erkeklerde %5–30 arasında değişen sıklıkla yaygın olarak gözlenen cinsel fonksiyon bozukluğudur (15). Yapılan çalışmalarda PE prevalansı ortalama %30 olarak bildirilmektedir (16). Premature Ejaculation Prevalence and Attitude (PEPA) çalışmasına göre prevalans ABD'de %22,7 Almanya ve İtalya'da %20 oranındadır (17). Avrupada 12 bin erkek bireyde yapılan bir çalışmada prevalans %22,7 bulunmuştur (18).

Ülkemizde de literatür ile uyumlu olarak, erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğunun PE sorunu olmasına karşın, bu sorun cinsel işlev bozuklukları tedavi merkezlerine başvurular arasında erektil disfonksiyondan (ED) sonra ikinci sırada yer almaktadır. PE sıklığı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cinsel işlev Bozuklukları Merkezi'nde %14,5 olarak saptanırken, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cinsel işlev Bozukluğu Tedavi Ünitesi'nde bu oranın %20-25 arasında olduğu bulunmuştur (19).

Ülkemizde yapılan ve yaş ortalaması 39,1 (17-80) olan 603 katılımcıyı içeren bir çalışmada PE prevalansı %36,5, yaş ortalaması 20,4 (18-28) olan 1.412 katılımcıyı içeren bir başka çalışmada ise %25,7 olarak bulunmuştur (20, 21).

PE değerlendirilmesi somut olarak IELT (intravajinal ejaculation latency time) ölçümü ile yapılmaktadır. IELT: Vajinal girişle boşalma arasındaki sürenin ölçümüdür. Partner tarafından kronometreyle ölçülmektedir. Bu süre coğrafik olarak büyük değişiklikler göstermektedir. Çok uluslu bir çalışmada (Amerika, Hollanda, İspanya, İngiltere, Türkiye) ortalama IELT süresi 5,4 dakika bulunmuştur.

İngiltere’de ortalama süre 7,6 dakika, ABD’de 7 dakika, İspanya’da 5,8 dakika, Hollanda’da 5,1 dakikadır. Türkiye’de ortalama süre 3,7 dakika ölçülmüştür (22).

2.4. Erkek Cinsel Anatomisi

Erkeklerde dış genital organlar; penis, skrotum, testisler, epididimis ve vas deferensin bazı bölümlerini içerir. İç genital organlar; vas deferens, ejakulatuar kanallar ve prostat bezini içerir.

Penis, anatomik olarak glans ve corpus olarak iki bölüme ayrılır. Glans penis, sünnet derisi içinde bulunur. Korpus penis, korpus kavernosum ve korpus spongiosum ismi verilen silindirik yapılardan oluşur. Bu silindirik yapılar güçlü zarlarla sarılmıştır ve iç kısımları süngerimsidir. Erkeklerde penisin ereksiyonu, bu süngerimsi yapıların sertleşme sırasında kanla dolması ile gerçekleşir. Korpus spongiosumun içinden üretra geçer. Erkeklerde üretradan hem idrar, hem de ejakulat geçişi olmaktadır. Penisin hemen tüm bölgeleri duyarlıdır. Yağ dokusu içermez. Penis büyüklüğü belirli bir aralık içinde değişkenlik gösterir ve penis büyüklüğü ile ilgilenmek, erkekler arasında evrensel bir durumdur. Masters ve Johnson sönük durumdaki penis için 7-11 cm, erekte penis için 14-18 cm şeklinde bir aralık belirtmiştir. Ayrıca gözlemlerinde sönük durumdaki boyut ile erekte durumdaki boyut arasında zayıf bir ilişki olduğunu görmüşlerdir (4).

Testisler, penisin alt kısmında skrotum denilen deri ile çevrili olarak sağ ve sol olmak üzere iki tanedir. Testisler birer kordon sayesinde vücuda bağlanır, bu kordonlar sperm kanallarını ve damarları içerir. Testisler, çok sayıda sperm kanalları içerirler. Skrotumun ve testislerin sıcaklığı vücut sıcaklığından birkaç derece daha düşüktür. Bu özellik sağlıklı sperm üretimi için gereklidir. İç genital organlardan prostat, mesanenin tabanında yerleşmiştir. Üretranın başlangıç bölümündedir ve meni sıvısının spermler dışında kalan kısmından, sıvının kendine has kokusundan ve spermin besleneceği maddelerin salgılanmasından sorumludur. Ejakülasyon sırasında meni sıvısına sağladığı katkı spermleri uyarıcı özelliğe sahiptir, ayrıca boşalma sırasında kasılarak üretranın mesaneye kesesine giren kısmının kapanmasını ve meninin geriye, mesaneye kaçmamasını sağlar. Sperm kanalları, epididimis, duktus deferens, seminal vezikül ve üretra denen yapılardan oluşur.

Erişkin bir erkekte dış genitaler penis, testis, epididim ve vas deferens bileşenlerinden oluşmaktadır. İç genitaler ise vas deferensin bir bölümü, prostat bezi ve ejakülatuar yoldan meydana gelmektedir. Penis korpus kavernosa adı verilen sütun biçiminde kas yapıdan oluşur ve uyarı ile penil arterlerin genişlemesi bu kaslarda boyut değişikliğine yol açarak ereksiyonu meydana getirmektedir. Ejakülasyon, semenin ve seminal sıvının epididim, vas deferens, seminal kese ve prostattan kuvvetli bir şekilde üretra yoluyla dışarı atılımını tanımlamaktadır. Prostatik üretranın genişlemesi ve penil üretradan semen geçişi boşalma anının yaklaştığı hissinin oluşturduğu emisyon fazını teşkil etmektedir. Ejakülasyonun gerçekleştiği an somatik efferent yolların kontrolündedir. Ejakülasyona eşlik eden haz duyumu subjektif bir durumu tanımlayıp, santral bir deneyimi göstermektedir (23).

Cinsel organların innervasyonu birincil olarak otonomik sinir sistemi üzerinden yürümektedir. Penisin ereksiyonu iki nörofizyolojik yolağın çalışması ile gerçekleşmektedir. Parasempatik bileşenler, pelvik splanknik sinirler (S2,S3,S4) yolu ile refleks olarak oluşan ereksiyonları meydana getirmektedir. Sempatik torakolumbar yollar ise psikolojik olarak oluşan uyarımları taşımaktadır. Kavernoza düz kasların gevşemesi endotel kökenli bir relaksasyon faktörü olan nitrik oksit tarafından, seminal vezikül ve düz kas kasılmasının olduğu emisyon noradreneralinin santral salınımıyla düzenlenir. Beraberinde oksitoksinin lokal salınımı, endotelin ve adenosin trifosfat da rol alır. Sempatik yollar ejakülasyonda önemli rol oynamaktadır (24, 23).

2.5. Erkek Normal Cinsel Döngü

Cinsel yanıt döngüsü; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olarak tanımlanabilecek dört evreden oluşmaktadır. İnsan cinsel fizyolojisi, cinsel uyarılma ve orgazmı oluşturmak üzere sinir sistemi, endokrin ve vasküler sistemlerin karşılıklı etkileşimlerini içerir. Cinsel işlev bozukluğu bu evrelerden bir veya birkaçında anatomik, fizyolojik veya psikolojik nedenlerle bozulma olması olarak tanımlanabilir.

Cinsel yanıt dört temel aşamayı içermektedir.

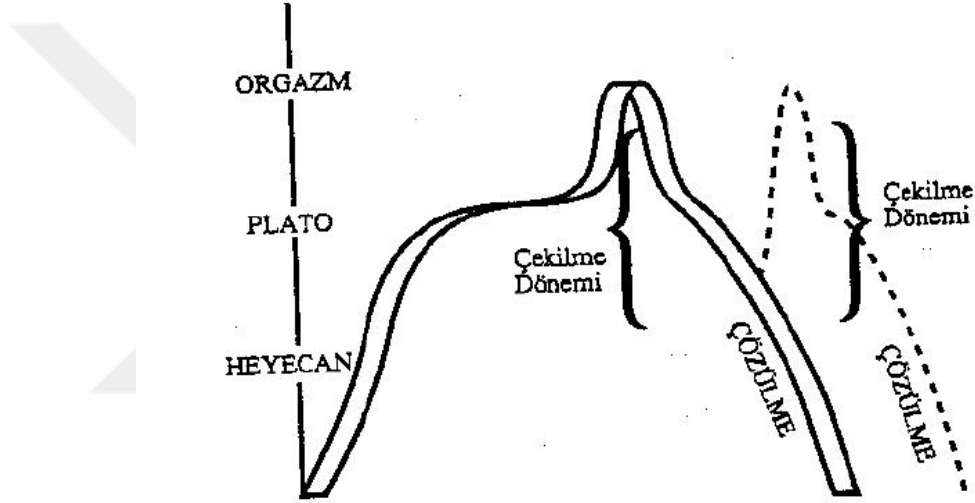
Uyarılma: Bireyin iç (fantazi) ya da dış uyarıyı algılaması ve yaşamasıyla başlamaktadır. Uyarılma, santral ve periferik sinir sisteminin aktive olması anlamına gelmektedir. Uyarılma, erkekte peniste ereksiyon ile karakterize olup birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir. Uyarılma dönemi, bireyin uyarılmaya hazır ya da açık olması gibi bir temel içsel durumda, uygun bir uyarı ile başlayan tetiklenmedir denilebilir. Hazır olma, o zamana kadar yaşadıkları ışığında cinsel uyarıyı algılamaya açık olma şeklinde tanımlanabilir. Her birey için farklı olan geçmiş ve gelişim ışığında, her yaşantıda farklı bir hazır olma hali de denilebilir (25). Vazointestinal peptid, Asetil kolin, seks steroidleri, dopamin ve NO'nun bu aşamada etkili olduğu düşünülmektedir (26).

Plato: Uyarılma sürerken cinsel organda vasküler değişikliklerin tamamlanmasıyla erkekte ereksiyon, kadında vajinal salgılama ve kaslarda gevşeme ortaya çıkmaktadır. Uyarılmanın sürmesi ile erkeğin testisleri büyüyerek yükselir. Kadının vajinal duvarının dış dörtte üçü boyunca orgazmik platform diye bilinen karakteristik kasılmalar olur. Kadında göğüs büyüklüğü %25 artar. Büyük kas gruplarında kasılmalar olur. Kalp vurumu ve solunum hızlanır, kan basıncı yükselir. Plato dönemi 30 saniye ile birkaç dakika arasında sürer (25).

Ejakulasyon/Orgazm: Plato döneminin sonunda ejakulasyonla kendini gösteren, yoğun haz duygusunun yaşanmasıdır. Özellikle orgazm yaşantısının bireysel farklılık nedeniyle ortak bir tanımı yapılamamaktadır. Erkekte semenin güçlü bir şekilde emisyonu ile ejakulasyon ve orgazm olur. Erkek orgazmına prostat, çevre yapıları/kasları ve uretranın dört-beş ritmik spazmı da eşlik eder. Kan basıncı yükselir, kalp atışı artar. Orgazm, üç-beş saniye sürer ve bilincin hafif sislenmesi ile karakterizedir. Üretradan sıvının geçişi erkeğe ejakulasyonun kaçınılmazlığı dönemi adı verilen yaklaşan doruk duygusunu verir. Prostat bir kez kasıldıktan sonra ejakulasyon kaçınılmaz olur. Orgazm inhibisyonunun ise 5-HT₂ reseptör stimülasyonu yaratan serotoninerjik aktivasyona ve alfa adrenerjik antanogizmaya bağlı olarak oluşabileceği düşünülmektedir (25).

Çözülme: Çözülme, genital organlardan kanın çekilmesiyle, tüm değişmelerin geriye dönüşü olup, buna subjektif bir iyilik duygusu eşlik eder. Orgazm olduğunda çözülme hızlıdır, olmazsa iki ile altı saat sürebilir. Çözülme döneminden sonra kişiye göre değişen sürelerde refrakter dönem bulunmaktadır. Refrakter dönem, erkekte birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir ve bu dönemde cinsel yönden yeniden uyarılmaya görece uzakken, kadında refrakter dönem olmadığı, çoklu ve ard arda orgazm kapasitesi olduğu öne sürülmektedir (25).

Şekil 1’de erkekte normal cinsel yanıt döngüsü gösterilmiştir (27).



Şekil 1: Erkekte normal cinsel yanıt döngüsü

Tablo 1’de cinsel yanıt döngüsünde her bir evreye karşılık gelen klinik sendromlar gösterilmiştir (27).

Tablo 1: Cinsel yanıt döngüsü ve cinsel işlev bozuklukları

Evre	Fizyolojik Süreç	Sendromlar
1) İstek	MSS (Merkezi Sinir Sistemi)'deki cinsel merkezlerin aktivasyonu; Yeterli ölçüde endokrin sistem desteği	1) Cinsel İstek Boz. 2) Cinsel Tiksinti Boz.
2) Uyarılma	Genital bölgede vazokonjesyon+ sistemik vazokonjesyon Erkeklerde → Ereksiyon Kadınlarda → Lubrikasyon	Erkeklerde: Ereksiyon Bozukluğu Kadınlarda: Uyarılma Bozukluğu
3) Orgazm	Refleks kas kontraksiyonları Erkeklerde → Ejakülasyon Kadınlarda → Orgazm	Erkeklerde: Ejakülasyon Bozuklukları Kadınlarda: Orgazm Bozuklukları

Cinsel yanıt, gerçekte tek ve bağımsız bir bütün oluşturmaktan çok, birbirlerinden görece bağımsız iki ayrı bölümden oluşmaktadır. a) Erkeklerde ereksiyon, kadınlarda ise vazokonjesyon yanıtı, b) Orgazmı sağlayan tonik-klonik kasılmalar. Buna göre ilk bölüm uyarılma ve plato evrelerini içermekte ve parasempatik sistem tarafından innerve edilmekte, ikinci bölüm orgazm evresini içermekte ve sempatik sistem tarafından innerve edilmektedir (28, 29).

2.5.1. Ejakülasyonun Fizyolojisi

Ejakülatuar yanıt; duyuşal reseptörleri ve alanları, afferent nöronal yolları, serebral duyuşal ve motor alanları, spinal motor merkezleri ve multipl efferent yolları içermektedir. Spinal kord düzeyinde ejakülatuar refleksin düzenlenmesi, farklı seviyelerdeki nöroaksislerin birbirleriyle koordineli sıkı kimyasal ilişkisini içermektedir (30). Primer olarak santral serotoninerjik ve dopaminerjik nöronların sekonder olarak ise asetilkolin, adrenalin, oksitosin, gama aminobutirik asit (GABA) ve nitrik oksidi de içeren özel nörotransmitter sistemlerinin ejakülasyonda rol aldığı gösterilmiştir. Ejakülasyonda gerçekleşen fizyolojik olayları komuta eden sempatik ve parasempatik sinirler, pelvik pleksus seviyesinde birleşip bir sinerji oluşturarak etkin rol almaktadır. Sempatik ve parasempatik sinir sistemi tonusunun her ikisinde

spinal düzeyde toplanıp işlenen; serebral erotik uyarılar ve periferel genital uyarıların etkisi altındadır (30).

Ejakülasyonun Serotoninerjik Kontrolü: Ejakülasyon fizyolojisinde, noradrenalin, GABA, nitrik oksid, asetil kolin, dopamin, oksitosin gibi farklı nörotransmitterlerin etkinliğı gösterilmiş olmakla birlikte, serotonin ve dopamin ejakülasyonun farklı fazlarında ve sinir sisteminin değışik seviyelerinde aktif olan temel nöromediyatörlerdir.

Serotoninerjik sistem beyinde en yaygın organize olan sinirsel ağ sistemlerinden biridir. Serotonin nöronların hücre gövdeleri yoğun olarak beyin kökünde dorsal rafe ve mediyen rafe nükleuslarda bulunur. Genel olarak santral sinir sisteminde serotoninerjik nöronların yoğunlaşp etkin olduğı bölgeler; median preoptik alan, medial amigdalioid nükleus, stria terminalisin posteromediyal nükleusu, posterodorsal preoptik nükleus, intermediyolateral nükleus ve ventral kök şeklinde sıralanabilir (31).

Yapılan çalışmalarda elde edilen yüksek kanıt düzeyindeki bilgiler, serebral serotoninin sıçanların ejakülasyonunda inhibitör role sahip olduğunu desteklemektedir. Farklı 5-HT reseptör subtiplerinin ejakülasyon yönetiminde zıt etkileri mevcuttur. Günümüzde 14 farklı serotonin reseptör subtipi tanımlanmış ve 5-HT_{1a}, 1b ve 2c belki ek olarak 5-HT₇ subtiplerinin ejakülatuar yanıtta rol aldıkları gösterilmiştir. Serotoninerjik reseptörlerden 5HT_{1a}, 5HT_{1b} ve 5HT_{1d} reseptörleri presinaptik yerleşimlidir ve bu reseptörler 5HT'nin sinaptik aralığa salınışında negatif feedback kontrolünü sağlamaktadır (32).

5-HT_{1a} agonistlerinin sistematik uygulanması ejakülasyona kadar geçen süreyi kısaltmaktadır. Bu etkiler otoreseptörlerin stimülasyonundan, post-sinaptik reseptörlerin uyarılmasından ya da 5-HT reuptake inhibisyonundan kaynaklanmaktadır (33, 34).

Tam aksine; 5-HT_{1b} otoreseptörlerinin ve postsinaptik 5-HT_{2c} reseptörlerinin uyarılmasının erkek sıçanlarda ejakülasyonun inhibisyonundan sorumlu olduğu saptanmıştır (35, 34).

Serotonin, muhtemelen nitrik oksidin düz kas aktivitesini düzenleyici etkisini bozarak düz kasları gevşetici etkisiyle peniste venöz dönüş blokajını bozmakta, genital bölgede, orgazm sırasındaki ritmik kasılmaları inhibe ederek ereksiyonun oluşması ve sürdürülmesinde güçlüklerle yol açmaktadır. Bunların yanı sıra genital bölgeye kan taşıyan damar duvarındaki düz kasların etkilenişi de patolojilere katılmaktadır. Serotoninin diğer nörotransmitterlerle etkileşimi de cinsel işlevin basamaklarında sorunlara yol açıyor olabilir. Örneğin, adrenerjik sistemle ilişkide inhibitör rol oynadığında orgazm sırasındaki yoğun adrenerjik deşarjın ortaya çıkmasını engelliyor olabilir. Buspironun 5-HT_{1A} otoreseptörünü etkileyerek 5-HT salınımını azaltmakta, bu yolla cinsel isteği uyardığı düşünülmektedir (36).

Dopaminerjik Sistemin Ejakülasyonda Rolü: Dopaminerjik yolağın da ejakülatör motor paternde aktif rolü vardır. İki tür dopamin reseptör ailesi vardır ve bunlar beşalt gruba ayrılırlar: D₁-like reseptörler (D₁ ve D₅) ve D₂- like reseptörler (D₂, D₃ ve D₄). D₁ reseptörleri kaudat-putamende, nükleus akümbensde ve olfaktör tüberkülede yoğun olarak bulunurken, serebral korteks, limbik sistem, periaquaduktal gri cevher, paraventriküler talamik nükleus, hipotalamus ve substantia nigranın pars retikülarisinde de tanımlanmıştır (37, 38). Tüm santral dopaminerjik sistemin içinde üç büyük merkezin (İnserto-hipotalamik, nigrostriatal, mezolimbik) erkek cinsel davranışlarında kolaylaştırıcı etkisi vardır (39). Özellikle de inserto-hipotalamik sistemde yer alan mediyal preoptik alan ve hipotalamusun Paraventriküler talamik nükleusun ejakülasyonda esas rolleri vardır (40).

D₃ dopaminerjik reseptör agonistinin İntraserebroventriküler enjeksiyonu sonrası ejakülasyon indüksiyonu gözlenmiştir (32). Para-choloroamfetaminle ekstrasellüler dopamin artışı anestezik sıçanlarda ejakülasyon oluşturmuştur (41, 42). D₁- ve D₂-like reseptörlerin apomorfinle aktivasyonu ve selektif D₂/D₃ reseptör agonisti enjeksiyonu spinal transeksiyonlu sıçanlarda ejakülasyona benzer yanıtları indüklemiştir (43, 44). Tüm bu çalışmalar dopaminerjik yolağın spinal ejakülasyon jeneratör kontrolünde kolaylaştırıcı rol oynadığını göstermektedir (45).

Noradrenerjik Sistemin Ejakülasyonda Rolü: Noradrenerjik sistemin spinal ejakülasyon jeneratör kontrolündeki rolünün araştırılması amacıyla alfa-

adrenoreseptör agonisti ve antagonistinin jeneratörün üzerinde etkisine bakıldığında; intravenöz methoksamine ve yohimbin enjeksiyonu sonrası ritmik ejakulatör paternle birlikte üretral içeriğinin ekspulsiyonu ve fazik penil hareketlenmeler gözlemlendiği bildirilmiştir (46, 47). Sonuç olarak artmış noradrenerjik tonus, ya presinaptik alfa2-adrenoreseptör blokajı veya postsinaptik alfa1-adrenoreseptör stimülasyonu yoluyla ejakülasyon jeneratörün aktivasyonunu sağlamaktadır (46, 47). Başka bir çalışmada da metoksamine ve yohimbin inhibe edilmiş ejakülasyonu yeniden aktive etmektedir (48). Bunun sonucu diyebiliriz ki, spinal ejakülasyon jeneratörü noradrenerjik sistem tarafından ciddi bir şekilde etkilenmekte ve ejakülasyonun genital motor paterninin ekspresyonunda fasilitatör etki göstermektedir (45).

Oksitosinin Ejakülasyonda Rolü: Erişkin ve neonatal erkek sıçanlarda oksitosinin sistemik verilmesiyle ritmik genital pattern ve bunu takiben ejakülasyon gözlenmektedir (49, 50). Oksitosinle oluşan ejakülasyon selektif oksitosinerjik antagonist olan heksamethonyum ile bloke edilmektedir (51). Başka bir deneysel çalışmada dopamin agonisti ve oksitosin antagonisti verilerek beyindeki oksitosin reseptörlerinin ejakülasyonda rol oynadığı gösterilmiştir (52).

2.6. Etiyoloji

PE'nin etiyojisinde, psikolojik, davranışsal ve biyolojik faktörlerin rol oynadığı öne sürülse de etiopatogeneizde rol oynayan faktörler henüz net olarak ortaya konulamamıştır. Yapılan çalışmalarda genetik yatkınlığın yanı sıra bazı çevresel faktörlerin ve coğrafik dağılımında PE etiopatogeneizinde rol alabileceği öne sürülmüştür (53).

PE'nin etiyojisi tam olarak bilinmemektedir ve anksiyete, penil hipersensitivite, serotonin reseptör disfonksiyonu gibi biyolojik ve fizyolojik hipotezleri destekleyen çok az veri literatürde bulunmaktadır (54).

2.6.1. Biyolojik Varsayımlar

Bu konuda yapılan iki farklı klinik çalışmada hipertiroidizmin PE için etiyojik bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (55, 56).

Dokuz Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji kliniği bünyesinde yapılmış olan prospektif klinik çalışmada, yeni tanı alan hipertiroidizm hastalarında PE sıklığının normal popülasyonda bilinen sıklığından yaklaşık üç kat daha fazla olduğu (%69,8) ve hipertiroidizmin tedavisinin intravajinal ejakülasyon süresinde anlamlı uzamaya neden olduğu gösterilmiştir (57). Bu çalışmanın devamı olarak yapılan preklinik çalışmada, hipertiroidizmin ejakülasyonun fizyolojik ölçütleri üzerine olan etkileri incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda tiroid hormon fazlalığının sıçanlarda seminal vezikül kontraksiyon frekansında ve bulbospongioz kas kontraksiyonlarında belirgin artışa neden olarak ejakülasyona kadar geçen süreyi anlamlı olarak kısalttığı ve bu etkilerinin geri dönüşümlü olduğu gözlenmiştir (58).

2.6.2. Psikolojik Varsayımlar

PE, olumsuz kültürel koşullanmanın sonucu olarak da gelişebilir. İlk cinsel ilişkilerinin çoğu, cinsel eylemin çabuk bitmesini isteyen fahişelerle olan ya da başkaları gördüğünde utanç verici olacak ortamlarda (oda arkadaşı ile paylaşılan bir evde, ailesinin evinde) olan bir erkek hızla orgazma koşullanmış olabilir. Devam eden bir ilişkide, partnerin çabuk boşalan eş üzerine büyük bir etkisi söz konusudur. Stresli bir evlilik bozukluğu şiddetlendirebilir (59).

Kinsey PE'nin oluşumuna ilişkin, sorunu cinsel ilişki sıklığının azlığına bağlamaktadır (60). Kaplan'a göre defekasyon, miksiyon gibi diğer biyolojik işlevler üzerinde denetimin öğrenilmesi gibi, PE'de de benzer bir süreç işlemekte ve kişi geribildirim duyumlarını yani orgazm duyumlarını algılayabildiğinde denetim kontrolünü öğrenilebilmektedir. Boşalma süresinin alkol, ilaç, kondom, anestetik pomad ya da sprey gibi maddeler ile uzatılması boşalmayı geciktirmemekte, sadece uyarılmayı geciktirmektedir. Dolayısı ile uyarılma belli bir düzeye ulaştığında boşalma denetimsiz bir şekilde meydana gelmektedir. Kişi boşalmak üzere olduğunu uygun zamanda fark etmeyi öğrendiğinde boşalmayı erteleyebilir (60).

Bunun yanı sıra PE sorunu olan erkeklerde belirli bir düzeyde kaygı da yaşanmaktadır. Çiftlerin PE olup olmayacağına odaklanması, cinsel yaşamlarında penil, vajinal ya da anal birleşmeye odaklanmaları, kaygının daha da artmasına ve sorunun sürmesine etkiye bulunabilmektedir (60).

Cinsel eylem ile ilişkili anksiyetenin yanı sıra cinsel suçluluk, geçmişte yer alan ebeveyn-çocuk çatışmasının olması, kişilerarası ilişkilerde aşırı duyarlılık, cinsel performans ile ilgili aşırı mükemmeliyetçilik ya da gerçek olmayan beklentilerin olması diğer psikolojik faktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca cinsel deneyimsizlik, kadına yönelik agresyon, saldırganlık ve öfke gibi duygularının olması, kaygılı kişilik yapısının olması diğer psikolojik etkenler arasında sayılmaktadır (19).

Psikoanalitik literatüre göre PE, kadına yönelik bilinçdışı yoğun sadistik düşüncelerle ilgilidir. PE'nin bilinç dışı nedeni kadını yaralamak ve hazzını azaltmaktır. Kadınla bilinç dışı nefretle ilgili çatışmalar heteroseksüel ilişkilerde pregenital kaynaklara dayanmaktadır. Özellikle bu çatışmalar üretral erotik faz devresinde ortaya çıkarlar (61). Cinsel rol ve süreç erkeklerde performans anksiyetesini daha yükseltir Yüksek performans anksiyetesinin nasıl olup da PE'ye yol açtığı açıklanmamıştır, örneğin yüksek performans anksiyetesinin niçin ED'ye değil de PE'ye yol açtığını da açıklanmamıştır (62).

Yapılan araştırmalar cinsel işlev bozukluklarının büyük oranda insan yaşantısı, davranışları, inanışlarından (cinsel mitler) kaynaklandığını ortaya koymaktadır (11). Cinsel işlev bozukluklarında etkili bir tedavi seçeneği olan bilişsel-davranışçı modele göre bu tür bozukluklar öğrenilmiş uyumsuz davranışlardır. Cinsel bilgisizlik veya yanlış bilgilenme, hatalı bilişsel şemaların oluşumuna yol açar; bunlar ise aşırı kaygı, suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler veya başaramama korkusu gibi nedenlerle cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürmesinde etken olurlar. Yanlış cinsel bilgilenmenin en sık karşılaşılanı cinsel mitlerdir. Değişik kültür ve toplumlarda önemli benzerlikler gösteren cinsel mitler toplum içinde kabul görmektedir. Bu alandaki öncü çalışmaları ile tanınan Zilbergeld çağdaş batılı toplumlarda mitlerin yaygınlık etkileri ile bunların cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkisini araştırmıştır. Cinsel yakınmayla başvuran bireylerde cinsel bilgi düzeyi ve kaynaklarının, cinsel mitlerin ve hatalı bilişsel şemaların yol açtığı olumsuz duyguların ilk görüşmede araştırılması gerekir. Çoğu kez bu bilgiler cinsel işlev bozukluğunun zemin hazırlayıcı, tetikleyici veya sürdürücü etkenler olarak olgunun formülasyonunda önem kazanır Ayrıca, cinsel mitler ve önyargıların geçerlilik ve etkilerinin, bilimsel veriler ve bireyin

sosyokültürel düzeyine uygun olarak yapılacak açıklamalarla ortadan kaldırılması sağlıklı ve doğru bilişsel yapılanma için ilk adım olacaktır. Bu tür bir çaba, tedavi motivasyonu ve uyumunu, dolayısıyla tedavi başarısını büyük ölçüde olumlu etkileyecektir (63).

Aşağıda mit kavramı ile toplumda sık görülen bazı cinsel mitleri açıkladık.

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde mit kelimesinin anlamı "Geleneksel olarak yayılan veya toplumun hayal gücü etkisiyle biçim değiştiren, tanrı, tanrıça, evrenin doğuşu ile ilgili hayali, alegorik bir anlatımı olan halk hikayesi" şeklinde yer almaktadır. Mit veya sözlük karşılığı olarak efsane, ağızdan ağza, kulaktan kulağa dolaşarak yayılan, çoğu zaman kaynağı gerçek olmayan toplumun hayal gücü etkisiyle biçim değiştiren olağanüstü özellikler içeren bir kavramı aklımıza getirir. Cinsel mitler denildiğinde de kastedilen, kişilerin cinsel konularda doğru olduğunu düşündükleri, çoğu zaman abartılı, yanlış ve bilimsel değeri bulunmayan inanışlardır (64, 65).

Toplumda yerleşik mitler, cinsel rollerimizin ortaya çıkışını etkilerler. Kız ve erkek çocukların, cinsel rollerine göre yetiştirilmeleri; yaşayış, kavrayış biçimlerini, yönelimlerini, beklentilerini etkilemekte ve yaşamlarının her boyutunda ayrılıkları arttırıcı olmaktadır. Çift standartlı değer yargıları ve beklentiler içinde yetiştirilmiş kadın ve erkeklerin çarpık değer yargılarını yani mitleri taşımaları ve bunlardan etkilenmeleri beklenen bir durumdur (66).

Toplumlar yeni kuşakları yetiştirirken, zaman içinde oluşturduğu kalıp düşünceleri ve yargıları da yeni kuşaklara aktarırlar. Bireyler büyüme sürecinde içinde bulundukları kültüre göre kadının ve erkeğin ne yapması ve yapmaması gerektiğini öğrenmiş olurlar. Ancak bu süreçte öğrendikleri ve benimsedikleri birçok şey yanlıştır. Yanlı ve yanlış cinsel inanışlar özellikle cinsellikle ilgili esprilerde, fıkralarda günlük basında ve pornografik yayınlarda sergilenir. Bu inanışların çoğunlukla kadını küçümseyen, değersizleştiren bir yanı vardır. Cinsel yaşam ve cinsel haz adeta erkekler içindir ve kadınlar cinsel yaşamın tüketim mallarından ibarettir. Ancak cinsel inanışların ve mitlerin sadece kadınlara zarar verdiğini söylemek doğru değildir. Erkeği her zaman, her yerde, herkesle seks yapmakla görevlendirilen, duygularını ortaya koymayan bir seks makinesi olarak gören bu inanışlar sonuçta erkeklerin de cinsel yaşamlarını, sevgi, aşk, şefkat, sıcaklık,

yakınlık hissetmek gibi insani yanlardan uzaklaştırır. Kadını aşağılarken, erkeği ve kadını birbirinden ayırır ve yabancılaştırır (64, 65, 67).

Cinsel mitler, kalıp yargılar, cinselliğin yaşanmasını sınırlayan inanışlardır. Erkek cinsel şemaları, cinsel iletişimleri erkeğin kontrol etmesi ve yönetmesini, her zaman ilişkiye hazır olmayı, penisin sert olmasını, cinsellik sırasında duygusal ihtiyaçların olmamasını ve her zaman cinsel ilişkiye ihtiyaç duymayı gerektirir. Bu şemanın kontrol ve performans yönelimine dikkat edildiğinde, cinselliği büyük bir baskı altında tamamlanan fiziksel bir eylemle sınırlı tutar. Kadınlar için çok önemli olan kişiler arası ilişki kısmına erkekler az yer vermiştir. Yeterli bir cinsel işlev, erkekliğin ispatıdır, dolayısıyla cinsel sorun erkek cinsiyet kimliğini zedeler. Bunun içindir ki, cinsel sorun tedavisi erkeklerde cinsiyet kimliğinin tedavisi işlevine dönüşür (63).

Erkekler cinsel ilişkiye her zaman hazır ve istekli olmalıdır.

En yaygın olan cinsel mitlerdendir. Sertleşme bozukluklarına zemin hazırlar. Bu cinsel mitin etkisiyle herhangi bir nedenle cinsel olarak yeterince uyarılamayan erkeklerde ciddi oranda başarısızlık ve yetersizlik duygusu ortaya çıkar. Benlik saygısını olumsuz etkileyen ve travmatik olarak algılanan bu durum, aşırı kaygı ve başarısızlık korkusuna neden olarak akut başlangıçlı, psikojenik sertleşme bozuklukları oluşturur. Bireyin kültürel düzeyine uygun biçimde bu mitin yıkılması; yeterli uyarılma için "Uygun ortam, uygun zaman ve kişi" gereğinin vurgulanması gerekir (68).

Masturbasyon kirli ve zararlıdır, cinsel ilişki içinde masturbasyon yanlıştır.

En eski ve yaygın mitlerdendir. Masturbasyon yapmanın bedensel veya ruhsal hastalık veya yıkımlara yol açtığı, sapıklık olduğu, alışkanlık yaptığı şeklindeki önyargılar sıklıkla masturbasyonu takiben gelişen suçluluk ve pişmanlık duygularına yol açar. Pek çok erkek cinsel işlev bozukluklarının masturbasyonlar sonucunda oluştuğunu düşünür. Masturbasyonun zararlı olmadığı, cinsel sorunlara yol açmadığı, cinselliğin haz verici olarak yaşantılanmasını sağlamak için cinsel tedavilerde de kullanıldığı, alışkanlık yapmadığı, bedensel ve ruhsal yıkıma yol

açmadığı anlatılmalı; çok yaygın bir cinsel eylem olduğu vurgulanarak eşlik eden utanç ve suçluluk duygularının yersiz olduğu belirtilmelidir. Masturbasyonun erişkinlikte ve ileri yaşlarda da sürmesi olağandır. Kişilere, evli kişilerin de masturbasyon yapmalarının doğal olduğu, cinsel ilişki sırasında da karşılıklı masturbasyonun uyarıcı bir eylem olduğu, cinsel birleşme ile orgazm olamama sorunu olanlarda masturbasyonun yararlı olacağı anlatılmalıdır (68).

Cinsel ilişki cinsel birleşme demektir, iyi sekste amaç cinsel birleşmedir.

Cinselliğin amacını cinsel birleşme ile sınırlayan bu mit cinselliğin yalnızca doğurganlığa yönelik olması gerektiğine ilişkin bazı tutucu dinsel görüşlerle paralellik gösterir. Ön sevişme olmaksızın cinsel birleşme ile sınırlı kalan cinsel eylemler kadınlarda uyarılma yetersizlikleri ve orgazm olamama sorunlarına zemin hazırlar. Ön sevişme her iki cinsiyet için de uyarılma düzeyi yüksek bir eylemdir ve hem psikolojik hem de bedensel doyum için yeterli olabilmektedir. Ayrıca, cinsel birleşmenin dolayısıyla sertleşmenin amaç edinildiği durumlara eşlik edebilen aşırı kaygı düzeyi erkeklerde uyarılmayı engelleyebilir. Cinsel terapilerde başlangıçta cinsel birleşmenin yasaklanarak ön sevişme egzersizlerine ağırlık verilmesi, cinsel sorunun düzeltilmesinin yanısıra ön sevişme alışkanlığının kazandırılmasına da yöneliktir (68).

Fiziksel bütün yakınlaşmalar cinsel ilişkiye gitmelidir.

Tüm fiziksel yakınlaşmalar cinsel birleşmeyle bitmek zorunda değildir. Çiftler sadece birbirlerine dokunmaktan ya da birbirlerini okşamaktan da zevk alabilirler (69).

Cinsellikte kesin, evrensel doğrular vardır.

Sekste kesin ve evrensel doğrular yoktur. Neyin normal neyin anormal olduğu çiftlere göre değişiklik gösterebilir. Çiftlerin karşılıklı olarak onay verdikleri sürece yaşadıkları cinsel aktiviteler normal olarak kabul edilebilir (70).

Erkekler duygularını belli etmemelidirler.

Çoğu toplumlarda erkeklerin saldırganlık, öfke gibi duyguları belli etmesi kabul edilebilir bir durumken üzüntü, sevgi, fiziksel yakınlık, yumuşaklık gibi duyguları ifade etmesi kabul edilebilir bir durum değildir. Oysaki duyguların ifadesi erkek için de bir ihtiyaçtır ve ilişkilerdeki paylaşımın artması ilişkinin kalitesini de artırır (70).

Eğer iki insan birbirini seviyorsa cinsel ilişkiden de zevk almasını bilir.

İnsanlar birbirlerini ne kadar severse sevsin cinsellik için bir uyum ve birbirini tanıma süreci gereklidir. Kişiler zamanla kendisinin ve partnerinin nelerden zevk aldığını keşfeder (71).

Cinsellik iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir.

Kadın ve erkeklerin fizyolojik olarak birbirlerinden farklı olmaları sebebiyle birlikte orgazm olmaları çok zor bir durumdur. Böyle yüksek bir beklentiye giren çiftler de performans anksiyetesine kapılırlar. Bu durumda evlilik ve cinsel ilişki sorunlarına neden olabilir (70).

Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.

Çiftler birbirlerinin ne istediğini içgüdüsel olarak bilemezler. Karşısındakinin ne istediği bilmek bir iletişim ve geribildirim sürecidir (70).

Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir. Sertleşmiş, büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır ve kadının daha çok uyarılmasını sağlar.

Sertleşmiş, büyük bir penis ilkel çağlardan bu yana erkeklik gücünün simgesi olagelmiştir. Pornografik yayınlarla da pekiştirilen bu mit, kadınların tatmin olabilmesinin ancak büyük bir penis ile mümkün olabileceği önyargısına neden olmaktadır. Pek çok erkek kendi cinsel organının boyutlarını etraftan duyduğu abartılı tanımlamalarla karşılaştırarak yetersizlik hissi ve endişe duyabilir. Penis sertleşmemiş haldeyken de cinsel haz alınabileceği, elle uyarmanın bazen cinsel birleşmeden daha zevkli olabileceği, cinsel bilgi ve becerinin kişi ve partnerinin haz

alması ve doyuma ulaşmasında penis boyundan çok daha önemli olduğu mutlaka vurgulanmalıdır (68).

Cinsel eylemi erkek başlatmalı ve yönetmelidir. Kadının seks başlatması ahlaksızlıktır.

Cinsel aktiviteyi başlatma ve yönlendirme yükümlülüğünün erkeğe ait olduğunu ifade eden bu mit kadınların geleneksel edilgen rolünü de pekiştirmektedir. Bu mite göre cinsel ilişki isteğinin dile getirilmesi, ilişkide arzu edilen etkinliklerin talebi bir kadın için ahlaksızlık veya hafiflik olarak nitelendirilmektedir. Bu düşüncelerin etkisiyle pek çok kadın cinsellikle ilgili yeterli ve sağlıklı iletişimi kuramaz, inisiyatif kullanamaz. Oysa kadının inisiyatif kullanması ve cinsellikle ilgili iletişiminin iyi olması, partnerinin ve kendisinin cinsel haz alma potansiyelini artırır. Cinsel eğitim, rehberlik ve psikoterapiler aracılığıyla bu mit ile başa çıkılmalı ve kadının daha aktif bir rol üstlenmesi teşvik edilmelidir (68).

Oral cinsel aktivite pis bir eylemdir ve olgunlaşmamışlığın göstergesidir.

Oral cinsel aktivite hijyen kurallarına uyulduğunda ve her iki partner tarafından kabul edildiğinde uygulanmasında sakınca bulunmayan ve uyarma düzeyi çok yüksek olabilen bir etkinliktir. Özellikle uyarılma zorluğu çeken bireyler oral cinsel ilişkiden yararlanabilir (68).

Cinsel fanteziler ahlak dışı, sapık ve sadakatsiz davranışlardır.

Cinsel fantezilerin zararlı, hatta bir çeşit sapıklık olduğu inancı oldukça yaygındır. Bu mitin etkisiyle bazı kişiler cinsel fantezileri nedeniyle suçluluk ve endişe duyabilir. Oysa fanteziler nitelikli cinsel yaşamın renkli öğeleri arasında yer alır. Cinsel uyarılma yalnızca görme, dokunma, ses ve koku gibi duyular aracılığıyla olmaz. Fanteziler çoğu kere çevresel uyaranlardan daha etkilidir ve uyarılma zorluğu çeken bireylerde teşvik edilmelidir (68).

Cinsellik içgüdüsel, öğrenilmez.

Biyolojik temeli olmakla birlikte cinsel tutum ve davranışların önemli kısmı öğrenme ile gelişir. Yetersiz ve yanlış bilgilenme cinsel becerilerin gelişimini

engeller ve cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlar. Cinsel ilişkinin sağladığı bedensel ve ruhsal doyumun üst düzeyde yaşanması ve partnerle paylaşılması ancak yeterli bilgi ve beceri düzeyi ile mümkün olabilir. Cinsel terapilerin temelini de danışanları bilgilendirme, olumlu tutum ve becerileri kazandırma eğitimi oluşturur (68).

Türkiye’de cinsel mitlerle ilgili bazı çalışmalar yapılmış olmakla beraber bu konuda yapılan araştırmaların azlığı dikkat çekicidir. PE olgularında cinsel mitlerin değerlendirilmesi ise yok denecek kadar azdır.

Cinsel işlev bozukluğu etiyolojisinde rol alan bazı psikolojik faktörler Tablo 2’de gösterilmiştir (72).

Tablo 2: Cinsel işlev bozukluğuna neden olan psikolojik faktörler

Yatkınlık Yaratıcı Etkenler	Başlatıcı Etkenler	Devam Ettirici Etkenler
• Yetiştirilme tarzı • Bozuk aile ilişkileri • Yetersiz ya da yanlış cinsel bilgiler • Travmatik cinsel deneyim • Psikoseksüel roldeki güvensizlik • İntrapsişik dinamik nedenler	• Hamilelik ve doğum • Eşler arasındaki genel ilişki bozukluğu • Aldatılma • Gerçekdışı beklentiler • Partnerdeki cinsel işlev bozukluğu • Rastlantısal başarısızlık • Organik hastalıklara reaksiyon • Yaşlanma • Depresyon ve anksiyete • Travmatik cinsel deneyimler	• Performans anksiyetesi • Başarısızlık korkusu • Suçluluk duygusu • Partnerler arasında çekicilik kaybı • Genel ilişkideki uyumsuzluk • Yakınlık korkusu • Bozuk kendilik algısı • Yetersiz cinsel bilgi • Cinsel mitler • Kısıtlı önsevişme • Psikiyatrik rahatsızlıklar • Kendini yetersiz tanıma

2.7. Tedavi

PE tedavisinde hem psikoterapi hem de farmakoterapi yer alır. Farmakoterapi daha çok psikiyatri dışı tıp bölümlerde kullanılmakta olup, psikiyatride genel olarak ve ilk tedavi seçeneği psikoterapidir.

2.7.1. Psikoterapi ve Davranış Tedavileri

Dur-başla tekniği ve bu tekniğin modifikasyonu olan sıkma tekniği PE'deki davranış tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Dur-başla tekniği Semans tarafından 1956 yılında tarif edilmiş, sonrasında ise Masters ve Johnson bu tekniği modifiye ederek sıkma tekniğini geliştirmişlerdir (73, 74). Dur-başla tekniğinde kişi ejakülasyon hissi başladığı anda eşine durmasını söyler ve bu his geçene kadar beklenir, sonrasında tekrar devam edilir. Sıkma tekniği benzer şekilde yapılırken, farklı olarak ejakülasyon hissi geçene kadar eş glans penise baskı uygular. Her iki yöntemde de önerilen bu işlemlerin üç siklus şeklinde yapılmasıdır. Diğer davranış tedavisi yöntemleri ise ilişki öncesi erkeğin mastürbasyon yapması ve cinsel uyarılma ve kontrolün konusundaki işaretleri öğrenmesidir. Bu yöntemlerle dur-başla tekniklerinin etkinlikleri ise benzerdir (75).

2.7.2. İlaç Tedavileri

Topikal Anestezikler: PE tedavisinde lokal anesteziklerin kullanımı en eski farmakoterapi yöntemleridir. Amaç penise lokal olarak anestezik madde uygulayarak penisin duyarlılığını azaltmak ve ejakülasyon süresini uzatmaktır. Kullanılan lokal anestezik maddenin eşte de duyarsızlık yapmaması için ya kondom kullanılmalı ya da penis ilişki öncesi yıkanmalıdır (76).

Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSGİ): SSGİ'ler duygudurum bozukluklarında kullanılan ilaçlar olmasına rağmen ejakülasyonda gecikmeye neden olduklarından, PE tedavisinde de endikasyon dışı olarak kullanılmaktadır. 1970'de paroksetin ile ilgili yayınlanan bir makale ile PE'de kullanımı konusunda bazı fikirler ortaya atılmış (77).

SSGİ'leri kullanılmaya başlandıktan birkaç gün sonra ejakülasyonda gecikme başlar ancak esas etkisini reseptörlerde desensitizasyonun olduğu 1- 2 hafta sonra gösterir. Etkinliği birkaç yıl devam edebileceği gibi 6- 12. ayda taşiflaksi de gelişebilir. En sık görülen yan etkileri halsizlik, uyuşukluk, esneme, bulantı, ağız kuruluğu, diyare ve aşırı terlemedir ve genellikle 2- 3 hafta sonra ortadan kalkar. PE tedavisinde kullanılmasına rağmen, libido azalması, anejakülasyon, anorgazm ve ED gibi seksüel yan etkilere de neden olabilir (77).

Dapoksetin: Güçlü bir SSGİ'dir ve PE'de isteğe bağlı kullanım için üretilmiş tek etken maddedir. Çok hızlı absorbe olur ve alımından yaklaşık 1,5 saat sonra kan seviyesi pik düzeye ulaşır. Ayrıca diğer SSGİ'ler farklı olarak vücuttan hızlı bir şekilde atılır. İlaç alımından 24 saat sonra kanda sadece % 5 oranında kalır (77).

Fosfodiesteraz 5 (PDE) inhibitörleri: PE hastalarında ereksiyonun daha iyi olmasının hastadaki anksiyeteyi azaltacağı, dolayısıyla PE tedavisinde etkili olabileceği düşünülerek PDE5 inhibitörleri bu hastalarda kullanılmıştır. Ayrıca PDE5 inhibitörlerinin kişinin ikinci ilişki için gerekli olan sürenin azalmasını da sağlayarak ejakülasyon süresini uzatacağı düşünülmüştür. Tüm bu hipotezlere dayanarak PDE5 inhibitörleri PE tedavisinde kullanılmıştır. İlk yapılan çalışmalarda PDE5 inhibitörleri tek başına plaseboyla karşılaştırılmıştır. McMahon ve arkadaşlarının ilk olarak sildenafille yaptığı randomize çalışmada; plaseboyla sildenafil arasında IELT süreleri açısından bir fark bulunamamıştır. Ancak sildenafil grubunda kendine güvende artma olduğu rapor edilmiştir (78).

Tek başına PDE5 inhibitörlerinin PE tedavisinde etkisiz olması nedeniyle SSGİ'lerle kombine tedaviler çalışılmıştır. Sildenafille kombine kullanılan paroksetin, sertralin ya da davranış tedavilerinin IELT sürelerinde bir miktar uzama sağladığı bildirilmiştir (77).

Tramadol: Tramadol santral yolla etkili bir analjezik olup aynı zamanda norepinefrin ve serotonin geri alımını inhibe etmektedir. Pik plazma konsantrasyonuna oral alımdan 1,6 saat sonra ulaşır. İlk aşamada opioid reseptörlerini uyarır, 2. aşamada serotonin geri emilimini azaltır ve sonra adrenerjik reseptörler üzerine uyarıcı etki eder (79). Tramadol yaşam boyu PE nin uzun süreli tedavisinde önerilmemekte 12. Haftanın sonunda etkinin azaldığı, doz artımına gerek olduğu, bunun da alışkanlık yapabileceği bildirilmektedir. Tramadol'da dapoksetin gibi PE üzerine orta derecede etkilidir (79).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun 23.01.2015 tarih ve 231 sayılı onayı ile başlandı.

3.1. Örneklem

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri ve Üroloji Anabilim Dalı'na 2014 Aralık ile 2015 Eylül ayları arasında, ayaktan başvuran 18-65 yaşları arasında DSM-5 ölçütlerine göre PE tanı kriterlerini karşılayan 100 hasta ve 70 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alındı. Hastalar ve sağlıklı kontrol olguları aydınlatılmış onamları alındıktan sonra çalışmaya dâhil edilmişlerdir. Etik kurul onayı alındıktan sonra çalışmaya başlandı.

3.1.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

Erkek olmak

18- 65 yaş aralığında olmak

DSM-5'e göre PE tanı kriterlerini karşılamak

3.1.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

Hipertansiyon (kontROLSÜZ)

Diabet (kontROLSÜZ)

Morbid obezite

Ağır endokrinopatiler

Ağır kardiyak yetmezlik

PE'ye neden olabilecek organik patolojiler

Ejakülasyonu etkileyecek madde veya ilaç kullanmak

Mental retardasyon

Kranial travma veya medulla spinalis travması

Okuma-yazma bilmeme

Genital sistem infeksiyonları (Prostatit, Epididimit...)

Psikiyatrik hastalık bulunması

Kontrol grubu olarak çalışmaya alınan sağlıklı gönüllülere, gönüllü olur formu okutularak, onayı istendikten sonra elde edilen veriler çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların hastalıkları ile ilgili bilgilerini ve sosyodemografik özelliklerini elde etme amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş formdur. İçeriğinde; yaş, medeni hal, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, yaşadığı yer, partneri ile nasıl tanıştığı, aile biçimi, ilk cinsel bilgileri kimden ve kaç yaşında aldığı, şikâyetinin süresi, şikâyetinin şiddeti, daha önce hekim dışı tedavilere başvurusu olup olmadığı, ilk başvurusunu hangi branşa yaptığı, kaçınıcı başvuruda psikiyatriye geldiği, madde kullanımı öyküsü ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ)

Hamilton ve arkadaşları tarafından, her yaştaki kişide klinik araştırma amaçlı depresyon düzeylerinin saptanması için geliştirilmiştir (80). Klinisyen tarafından yapılan yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Dokuz madde 0- 4, sekiz madde ise 0- 2 aralığında değerlendirilir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam puana ulaşılır. 10/11 puanlık bir kesme noktasının depresyon tanısı için uygun olduğu kabul edilir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (81). Bu çalışmada ölçeğin 17 maddelik versiyonu kullanıldı.

3.2.4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAÖ)

Hamilton ve arkadaşları tarafından anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır (82). Deneklerin anksiyete düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan 13 maddeli bir ölçektir. Bu ölçek anksiyete düzeyinin değerlendirilmesinde ve bilişsel somatik anksiyete belirtilerinin saptanması ve derecelendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Yarı yapılandırılmış ve uygulayıcı tarafından sorgulamayla hastanın durumuna en uygun madde seçilerek 0- 4 arasında (0- yok, 4- çok şiddetli) değerlendirilen 14 maddeden oluşur. Puan aralığı

0- 56 arasındadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 0-5 puan arası anksiyetenin olmadığını, 6-14 puan arası minör anksiyeteyi, 15 puan ve üstü majör anksiyeteyi göstermektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (83).

3.2.5. Cinsel Mitler Değerlendirme Formu

Cinsel Mit Değerlendirme Formu, Zilbergeld tarafından geliştirilen ve ülkemizde yaygın görülen cinsel mitlerin araştırılmasında daha önce de kullanılmış olan 30 cinsel mittten oluşmaktadır. Cinsel mit değerlendirme formunda her bir önerme için araştırmaya katılanlardan, “katılıyorum” veya “katılmıyorum” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir (84).

3.2.6 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

ACYÖ, 2000 yılında McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno ve Delgoda adlı araştırmacıların psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişiklikler ve bozuklukları en uygun şekilde ve kişiyi en az rahatsız edecek şekilde değerlendirmek amacıyla tasarladıkları bir ölçektir. Beş sorudan oluşan Likert tipi öz değerlendirme ölçeği olup, kadın ve erkek formları mevcuttur. Cinsel işlevleri cinsel yönelim ve eşle olan ilişkiyi hariç tutarak değerlendirmeyi amaçlar. Çalışmada kullanılan erkek formunda sırasıyla cinsel dürtü, psikolojik-fizyolojik uyarılma, ereksiyon fonksiyonu, boşalma kontrolü ve orgazm sonucu doyum duygusunu irdeleyen sorular mevcuttur. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Atilla Soykan tarafından 2004 yılında yapılmıştır (85). Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin, iç tutarlılığının ve güvenilirliğinin 0.89- 0.90 Cronbach α değerleri ile yüksek, cinsel disfonksiyonu ayırt etmede geçerli olduğu saptanmıştır. Kişiler tarafından doldurulmakta ve yorumlanması için özel bir eğitime gereksinim bulunmamaktadır. Soykan’a göre ≥ 11 ölçek puanı cinsel disfonksiyon için kesme noktasıdır. Her sorunun 1’den 6’ya kadar değişen puanlaması vardır ve ölçeğin puan aralığı 5-30 olup, 11 ve üzeri puan cinsel disfonksiyonu göstermektedir. Her hangi bir madde puanı 6 rakamından 1 adet varsa, 5 rakamından 2 adet varsa, 4 rakamından 3 adet varsa klinik olarak teşhis edilmiş cinsel işlev bozukluğunun olduğunu ifade etmektedir (86).

3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 programı kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için iki grup karşılaştırmalarında t-testi kullanılmıştır. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. İkiiden çok bağımsız grup verilerinin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p \leq 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırma gruplarımız 18- 65 yaşları arasında 100 PE’li birey ve 70 sağlıklı gönüllüden oluşmaktadır.

PE’li Bireyler ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Bulguları

PE’li bireylerin yaş ortalaması ($35,64 \pm 9,044$) ile kontrol grubunun yaş ortalamasının ($34,95 \pm 9,71$) istatistiksel olarak karşılaştırılmasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). PE’li bireylerin 95’i (%95) evli, 5’i (%5) bekâr iken kontrol grubunun 67’si (%95,7) evli, 3’ü (%4,3) bekârdır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). PE’li bireylerin eğitim süresi ($8,76 \pm 3,63$) ile kontrol grubunun eğitim süresi ($9,84 \pm 3,84$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). PE’lu bireylerin 13’ü (%13) kırsal, 87’si (%87) kentsel yerleşim alanlarında yaşamakta iken kontrol grubunun 8’i (%11,4) kırsal, 62’si (%88,6) kentsel yerleşim alanlarında yaşıyordu ve istatistiksel olarak karşılaştırılmasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

PE’li bireylerin 13’ü (%13) memur, 17’si (%17) işçi, 34’ü (%34) serbest meslek sahibi, 5’i (%5) emekli, 21’i (%21) asgari ücretli işçi ve 10’u (%10) çalışmıyordu. Kontrol grubunun 16’sı (% 22,9) memur, 5’i (%7,1) işçi, 18’i (%25,7) serbest meslek sahibi, 4’ü (%5,7) emekli, 17’si (%24,3) asgari ücretli işçi ve 10’u (%14,3) çalışmıyordu. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Aylık gelir düzeyi ortalaması TL olarak hesaplanmış olup PE’li bireyler ($1360,61 \pm 1207,63$ TL) ve kontrol grubu ($1481,34 \pm 1215,98$ TL) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). PE’li bireylerin 65’i (%65) görücü usulü, 35’i (%35) flört ederek tanışmış iken kontrol grubunun 41’i (%58,5) görücü usulü, 29’u (%41,3’ü) flört ederek tanışmıştır ve her iki grup açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Aile Yapısı, PE’li bireylerin 91’inde (%91) çekirdek aile, 9’unda (%9) geniş aile şeklinde iken kontrol grubunun 64’ünde (%91,4) çekirdek aile, 6’sında (%8,6) geniş aile şeklinde idi ve her iki grup açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

PE’li bireyler ve kontrol grubu arasında sigara kullanma oranı, alkol tüketme oranı ve soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından yapılan istatistikler açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Cinsel bilgi edinme yaşı, PE’si olan bireylerde ($16,14\pm2,53$) kontrol grubuna ($15,31\pm2,51$) göre daha yüksek olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Cinsel bilgi kaynağı olarak her iki grupta ilk sırada “ Arkadaş” olup gruplar arasından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). PE grubundaki 4 olgu ise “Kimseden cinsel bilgi almadım, kendim uygulamalı olarak öğrendim” şeklinde cevap verip cinsel bilgi kaynağı olarak “Diğer” şikkını işaretledi. PE’li bireyler ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3: PE’li bireyler ve kontrol grubunda sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

	PE Grubu (N=100)	Kontrol Grubu (N=70)	P Değeri
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	
Yaş	35,64±9,044	34,95±9,71	0,390
Eğitim süresi	8,76±3,63	9,84±3,84	0,064
Gelir düzeyi (TL)	1360,61±1207,63	1481,34±1215,98	0,361
Cinsel Bilgi Yaşı	16,14±2,53	15,31±2,51	0,084
	N (%)	N (%)	
Medeni Durum			
Evli	95 (%95)	67 (95,7%)	0,829
Bekâr	5 (%5)	3 (4,3%)	
Yaşadığı yer			
Kırsal	13 (%13)	8 (%11,4)	0,759
Kentsel	87 (%87)	62 (%88,6)	
Meslek			
Memur	13 (%13)	16 (%22,9)	0,203
İşçi	17 (%17)	5 (%7,1)	
Serbest Meslek	34 (%34)	18 (%25,7)	
Emekli	5 (%5)	4 (%5,7)	
Asgari Ücretli İşçi	21 (%21)	17 (%24,3)	
Çalışmıyor	10 (%10)	10 (%14,3)	
Tanışma Biçimi			
Görücü usulü	65 (%65)	41 (%58,57)	0,659
Flört	35 (%35)	29 (%41,43)	
Aile biçimi			
Çekirdek	91 (%9)	64 (%91,4)	0,923
Geniş	9 (%9)	6 (%8,6)	
Sigara			
Yok	54 (%54)	45 (%64,3)	0,181
Var	46 (%46)	25 (%35,7)	
Alkol			
Yok	98 (%98)	68 (%97,1)	0,717
Var	2 (%2)	2 (%2,9)	
Soygeçmiş Öyküsü			
Yok	89 (%89)	64 (%91,4)	0,603
Var	11 (%11)	6 (%8,6)	
Cinsel Bilgi Kaynağı			
Aile	3 (%3)	1 (%1,4)	0,170
Arkadaş	84 (84)	66 (%94,3)	
İnternet	9 (%9)	3 (%4,3)	
Diğer	4 (%4)	0 (%0)	

PE’li Olguların Bazı Klinik Özellikleri

PE’li bireylerin 24’ü (%24) ilk başvurusunu muskacı, şeyh, bitkisel ilaç gibi tıp dışı alanlardan birine yaptığı öğrenildi. Olguların 76’sı (%76) ise ilk başvurusunu bir hekime yapmıştı.

Olgular, şikâyetin başlamasından doktor başvurusuna kadar geçen süreye göre 5 grup olarak kategorize edildi. İlk PE şikâyetin başlamasından sonra bireylerin 2’si (%2) 0-6 ay sonra, 8’i (%8) 6-12 ay sonra, 28’i (%28) 1-2 yıl sonra, 19’u (%19) 3-5 yıl sonra, 43’ü (%43) 5 yıl sonra hekime başvurmuştur. Olguların % 90’ında ilk şikâyeti ile doktor başvurusu arasında en az 1 yıl, hemen hemen yarısında ise 5 yıl geçtiği görülmektedir.

PE’li olguların ilk başvurularını hangi branşa yaptığı incelendiğinde; 68 (%68) olgunun ilk başvurusunu ürolojiye, 28 (%28) olgunun psikiyatriye, 4 (%4) olgunun ise dâhiliyeye yaptığı saptandı. Olguların % 72’si ilk başvurusunu psikiyatri dışı bir branşa yapmıştır.

PE olgularının psikiyatriye kim tarafını yönlendirildiği incelendiğinde 60’ının (%60) üroloji tarafından, 23’ünün (%23) psikiyatrist/psikolog tarafından yönlendirildiği, 10’unun (%10) kendi başvurduğu, 4’ünün (%4) arkadaşı tarafından, 3’ünün (%3) ise dâhiliye tarafından yönlendirildiği görülmüştür. PE’li bireylerin bazı klinik özellikleri tablo 4’te verilmiştir.

PE’nin şiddeti DSM-5’te İELT’ye göre 3 kategoriye ayrılmıştır. 100 PE’li bireyin 44’ü (%44) hafif, 32’si (%32) orta derece, 24’ü (%24) ise ağır olarak belirlenmiştir.

Olgularının 25’inde (%25) PE’ye cinsel isteksizlik şikâyeti eşlik ediyordu. Olguların 53’ünde (%53) PE’ye ED şikâyeti eşlik ediyordu. Olguların 58’ine (%58) cinsel isteksizlik ve/veya ED şikâyeti eşlik ediyordu. PE’li bireylerin 3’ü (%3) daha önce geçirilmiş ve düzelmiş PE atağı tariflerken 97’si (%97) ilk atağı olduğunu belirtmiştir. PE’li bireylerin bazı klinik özellikleri tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4: PE’li bireylerin klinik özellikleri

	PE’li Birey Sayısı (Yüzdesi)
Şikâyetinden Başvuruya Kadar Geçen Süre 0-6 Ay 6-12 Ay 1-2 Yıl 3-5 Yıl 5 Yıl Üstü	2 (%2) 8 (%8) 28 (%28) 19 (%19) 43 (%43)
İlk Başvuru Kime Yapılmış Hekim Hekim Dışı	76 (%76) 24 (%24)
İlk Başvuru Hangi Branşa Yapılmış Dâhiliye Psikiyatri Üroloji	4 (%4) 28 (%28) 68 (%68)
Psikiyatriye Kim Yönlendirmiş Psikiyatr/Psikolog Ürolog Dâhiliye Hekimi Arkadaş Kendisi	23 (%23) 60 (%60) 3 (3%) 4 (%4) 10 (%10)
PE’nin Şiddeti Hafif Orta Şiddetli	44 (%44) 32 (%32) 24 (%24)
Cinsel İsteksizlik Komorbiditesi Var Yok	25 (%25) 75 (%75)
ED Komorbiditesi Var Yok	53 (%53) 47 (%47)
Komorbid CİB Şikâyeti Var Yok	58 (%58) 42 (%42)
Daha Önce Geçirilmiş Atak Var Yok	3 (%3) 97 (%97)

PE’li Olgular ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılması

PE’li bireyler ve kontrol grubu HDÖ, HAÖ ve ACYÖ skorları açısından karşılaştırıldı. PE’li bireylerde kontrol grubuna kıyasla HDÖ ($p=0,000$), HAÖ ($p=0,000$) ve ACYÖ ($p=0,000$) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. PE’li bireyler ve kontrol grubunun HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanları tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5: PE’li bireyler ve kontrol grubunda HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	PE’li Bireyler	Kontrol	P Değeri
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	
HDÖ	7,74±3,54	2,05±1,83	0,000*
HAÖ	11,37±5,92	2,59±3,02	0,000*
ACYÖ	13,76±3,23	10,34±2,79	0,000*

* $p \leq 0.05$

PE’li Bireylerde Ölçek Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

PE’li bireyler yaşadıkları yere göre kırsal-kentsel olarak iki gruba ayrıldı. Bu iki grup arasında HAÖ toplam puanı, HDÖ toplam puanı ve ACYÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). PE’li bireylerde yaşanan yere göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanları tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: PE’li bireylerde yaşanan yere göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	PE’li Bireyler (N=100)		
Yaşadığı Yer	Kırsal (N= 13)	Kentsel (N= 87)	P Değeri
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	
ACYÖ	13,46 ±2,29	13,79 ±3,43	0,737
HDÖ	7,38 ±2,25	7,96 ±3,98	0,610
HAÖ	10,76 ±4,71	11,73 ±6,57	0,611

PE'li bireyler eğitim süresine göre, eğitim süresi <10 yıl ve eğitim süresi >10 yıl olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bu iki grup arasında HAÖ toplam puanı, HDÖ toplam puanı ve ACYÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). PE'li bireylerde eğitim süresine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanları tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: PE'li bireylerde eğitim süresine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	PE'li Bireyler (N=100)		
Eğitim süresi	Eğitim <10 yıl (N=59)	Eğitim >10 yıl (N=41)	P Değeri
	Ort. $\pm$SS	Ort. $\pm$SS	
ACYÖ	14,23 $\pm$ 2,76	13,04 $\pm$ 3,87	0,076
HDÖ	8,38 $\pm$ 3,90	7,17 $\pm$ 3,57	0,115
HAÖ	12,61 $\pm$ 6,86	10,17 $\pm$ 5,28	0,058

PE'li bireyler gelir düzeyine göre, gelir düzeyi ≤ 1500 TL ve gelir düzeyi >1500 TL olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bu iki grup arasında HAÖ toplam puanı, HDÖ toplam puanı ve ACYÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). PE'li bireylerde gelir durumuna göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanları tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: PE'li bireylerde gelir durumuna göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	PE'li Bireyler (N=100)		
Gelir Düzeyi	Gelir ≤ 1500 TL (N=77)	Gelir >1500 TL (N=23)	P Değeri
	Ort. $\pm$SS	Ort. $\pm$SS	
ACYÖ	13,93 $\pm$ 3,34	13,13 $\pm$ 3,13	0,307
HDÖ	7,98 $\pm$ 4,03	7,56 $\pm$ 2,95	0,643
HAÖ	11,63 $\pm$ 6,55	11,52 $\pm$ 5,73	0,940

PE’li bireyler aile biçimine göre, geniş aile ve çekirdek aile olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bu iki grup arasında HAÖ toplam puanı, HDÖ toplam puanı ve ACYÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). PE’li bireylerde aile biçimine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanları tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: PE’li bireylerde aile biçimine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	PE’li Bireyler (N=100)		
Aile Biçimi	Çekirdek (N=91)	Geniş (N=9)	P Değeri
	Ort. $\pm$SS	Ort. $\pm$SS	
ACYÖ	13,82 $\pm$ 3,29	13,00 $\pm$ 3,46	0,477
HDÖ	7,90 $\pm$ 3,93	7,77 $\pm$ 2,22	0,927
HAÖ	11,63 $\pm$ 6,48	11,33 $\pm$ 5,12	0,892

PE’li Bireylerde Klinik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi

PE’li bireyler, DSM-5’te ki PE şiddet tanımlamasına göre hafif, orta ve ağır olmak üzere üç gruba ayrıldı. Bu üç grup arasında HAÖ toplam puanı, HDÖ toplam puanı ve ACYÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p> 0.05$). PE’nin şiddetine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanları tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10: PE’nin şiddetine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	PE’li Bireyler (N=100)			
	Hafif (N=44)	Orta (N= 32)	Şiddetli (N=24)	P Değeri
	Ort. $\pm$SS	Ort. $\pm$SS	Ort. $\pm$SS	
ACYÖ	14,45 $\pm$ 3,25	13,37 $\pm$ 2,77	12,95 $\pm$ 3,83	0,149
HDÖ	7,93 $\pm$ 4,02	8,12 $\pm$ 4,19	7,50 $\pm$ 2,81	0,830
HAÖ	11,70 $\pm$ 6,23	12,18 $\pm$ 7,56	10,66 $\pm$ 4,71	0,673

PE’li bireyler, PE’ye cinsel isteksizlik şikâyetinin eşlik edip etmemesine göre iki gruba ayrıldı. İki grup arasında ACYÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p \leq 0.05$) bulunurken HAÖ toplam puanı ve HDÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). PE’li bireylerde komorbid cinsel isteksizlik şikâyetine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanları tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: PE’li bireylerde komorbid cinsel isteksizlik şikâyetine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	PE’li Bireyler (N=100)		
Komorbid Cinsel İsteksizlik	Var (N=75)	Yok (N=25)	P Değeri
	Ort. $\pm$SS	Ort. $\pm$SS	
ACYÖ	15,88 $\pm$ 2,61	13,04 $\pm$ 3,20	0,000*
HDÖ	8,64 $\pm$ 4,45	7,64 $\pm$ 3,55	0,257
HAÖ	13,16 $\pm$ 6,45	11,09 $\pm$ 6,27	0,160

* $p \leq 0.05$

PE’li bireyler, PE’ye ED şikâyetinin eşlik edip etmemesine göre iki gruba ayrıldı. İki grup arasında ACYÖ toplam puanı ve HDÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p \leq 0.05$) HAÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). PE’li bireylerde komorbid ED şikâyetine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanları tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: PE’li bireylerde komorbid ED şikâyetine göre HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

	PE’li Bireyler (N=100)		
Komorbid ED	Var (N=53)	Yok (N=47)	P Değeri
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	
ACYÖ	14,75 ±3,03	12,61 ±3,24	0,001*
HDÖ	8,62 ±4,42	7,06 ±2,76	0,040*
HAÖ	12,30 ±6,89	10,82 ±5,64	0,249

* $p \leq 0.05$

PE’li Olgular ve Kontrol Grubunun Cinsel Mitlere İnanma Düzeyine Göre Karşılaştırılması

PE’li bireyler ve kontrol grubunda cinsel mitlere inanma düzeyi değerlendirildi. Cinsel mitlere inanma düzeyi 3, 9, 10, 19, 20 ve 29. mitler dışındaki mitlerde PE’li olgularda daha yüksekti. 2, 5, 6, 8, 12, 15, 23, 25, 27. mitlere inanma düzeyi PE’li bireylerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p \leq 0.05$). İstatistiksel olarak 10. (Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.) mite inanma oranı kontrol grubunda, PE’li bireylere göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p \leq 0.05$). İki grup tarafından da en çok onaylanan mit “Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir.” miti olmuştur. En çok onaylanan ikinci mit “Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler.” mitidir.

En az onaylanan mit PE’li bireylerde “ Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor-tedavi işe yaramaz.” miti iken kontrol grubunda ise “ Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır.” miti olmuştur. PE’li bireylerde en az onaylanan 2. mit “ Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır.” miti iken kontrol grubunda ise “ Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor-tedavi işe yaramaz.” miti olmuştur.

PE olgularında en yüksek oranda onaylanan mitler 18 (%85), 19 (%80), 6 (%79), 13 (%79), 27 (%78), 16 (%76), 12 (%75), 11 (%74), 22 (%73), 1 (% 70) ve 4

(%69) numaralı mitlerdir. Kontrol grubunda en yüksek oranda onaylanan mitler 18 (%84), 19 (%81), 16 (%73), 13 (%71), 10 (%69) ve 22 (%69) numaralı mitlerdir.

PE’li bireylerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlılığın en yüksek olduğu mit “Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.” mitidir. Bu miti “ Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.” ve “ Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.” miti izlemektedir. PE’li bireyler ve kontrol grubunda cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 13’te verilmiştir.



Tablo 13: PE'li bireyler ve kontrol grubunda cinsel mitlere inanma düzeyinin karşılaştırılması

	PE'li Bireyler	Kontrol	P Değeri	Toplam
	N (%)	N (%)		N (%)
1) Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır.	70 (70)	40 (57,1)	0,084	110 (64,7)
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	60 (60)	25 (35,7)	0,002*	85 (50)
3) Kadının seks başlatması ahlaksızlıktır.	21 (21)	21 (30)	0,181	42 (24,7)
4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.	69 (69)	43 (61,4)	0,305	112 (65,9)
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.	65 (65)	34 (48,6)	0,033*	99 (58,2)
6) İyi sekste amaç cinsel birleşmedir.	79 (79)	43 (61,4)	0,012*	122 (71,8)
7) Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır; sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar.	59 (59)	34 (48,6)	0,179	93 (54,7)
8) Tüm fiziksel temastan cinsel birleşmeye gitmelidir.	53 (53)	24 (34,3)	0,016*	77 (45,3)
9) Erkekler bazı duygularını belli etmemelidir (ağlamak gibi).	50 (50)	38 (54,3)	0,582	88 (51,8)
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	52 (52)	48 (68,6)	0,008*	74 (43,5)
11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.	74 (74)	42 (60)	0,054	116 (68,2)
12) Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.	75 (75)	36 (51,4)	0,001*	111 (65,3)
13) Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir.	79 (79)	50 (71,4)	0,256	129 (75,9)
14) Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır.	49 (49)	25 (35,7)	0,086	74 (43,5)
15) Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir.	58 (58)	26 (37,1)	0,007*	84 (49,4)
16) Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.	76 (76)	51 (72,9)	0,643	127 (74,7)
17) Kadınlar eller kullanılmadan penis hareketleri ile orgazm olmalıdırlar.	59 (59)	33 (47,1)	0,127	92 (54,1)
18) Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir.	85 (85)	59 (84,3)	0,899	144 (84,7)
19) Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler.	80 (80)	57 (81,4)	0,817	137 (80,6)
20) Seks doğaldır, öğrenilemez.	56 (56)	40 (57,1)	0,882	96 (58,5)
21) Mastürbasyon kirli ve zararlıdır.	62 (62)	37 (52,9)	0,234	99 (58,2)
22) Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır.	73 (73)	48 (68,6)	0,530	121 (71,2)
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.	48 (48)	21 (30)	0,019*	69 (40,6)
24) Olgunlaşmış erkekler, fantezi ve mastürbasyona karşı olan ilgilerini kaybederler.	62 (62)	34 (48,6)	0,082	96 (56,5)
25) Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.	64 (64)	28 (40)	0,002*	92 (54,1)
26) Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin belirli ve kesin kurallar vardır.	59 (59)	31 (44,3)	0,059	90 (52,9)
27) Oral seks pistir.	78 (78)	45 (64,3)	0,049*	123 (72,4)
28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.	67 (67)	40 (57,1)	0,190	107 (62,9)
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.	17 (17)	13 (18,6)	0,791	30 (18,6)
30) Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır.	18 (18)	8 (11,4)	0,241	26 (15,3)

* $p \leq 0.05$

PE’li bireylerde gelir düzeyine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

PE’li bireylerde gelir düzeyi ≤ 1500 TL olan kişilerde, gelir düzeyi 1500 TL üstünde olan kişilere göre 5, 10, 20 ve 23. mitlere inanma oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p \leq 0.05$). PE’li bireylerde gelir düzeyine göre cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14: PE’li bireylerde gelir düzeyine göre cinsel mitlere inanma düzeyinin karşılaştırılması

Gelir düzeyi	PE’li Bireyler (N=100)		
	Gelir ≤ 1500 TL (N=77)	Gelir >1500 TL (N=23)	P değeri
	N (%)	N (%)	
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.	54 (%70,1)	11 (%47,8)	0,049*
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	45 (%58,4)	7 (%30,4)	0,018*
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlışır.	42 (%54,5)	6 (%26,1)	0,017*
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.	17 (%22,1)	0 (%0)	0,013*

* $p \leq 0.05$

PE’li bireylerde eğitim süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

PE’li bireylerde eğitim süresi 10’dan düşük olan kişilerde, eğitim süresi 10’dan fazla olan kişilere göre 2, 3, 5, 8, 10, 23, 24, 25, 28 ve 29. mitlere inanma oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p \leq 0.05$). PE’li bireylerde eğitim süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15: PE’li bireylerde eğitim süresine göre cinsel mitlere inanma düzeyinin karşılaştırılması

Eğitim Süresi	PE’li Bireyler (N=100)		
	ES <10 Yıl (N= 59)	ES >10 Yıl (N= 41)	
	N (%)	N (%)	P değeri
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	41 (%69,5)	19 (%46,3)	0,020*
3) Kadının seksi başlatması ahlaksızlıktır.	17 %(28,8)	4 (%9,8)	0,021*
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.	45 (%76,3)	20 (%48,8)	0,005*
8) Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.	37 (%62,7)	16 (%39,0)	0,020*
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	38 (%64,4)	14 (%34,1)	0,003*
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.	38 (%64,4)	10 (%24,4)	0,000*
24) Olgunlaşmış erkekler, fantezi ve mastürbasyona karşı olan ilgilerini kaybederler.	43 (%72,9)	19 (%46,3)	0,007*
25) Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.	43 (%72,9)	21 (%51,2)	0,026*
28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.	45 (%76,3)	22 (%53,7)	0,018*
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.	14 (%23,7)	3 (%7,3)	0,032*

* p ≤ 0.05

PE'li bireylerde, PE'nin şiddetine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

PE'li bireylerde 12, 13 ve 25. mitlere inanma oranı PE şiddeti ağır olan grupta diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p \leq 0.05$). PE'nin şiddetine göre cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16: PE'nin şiddetine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

PE'nin Şiddeti	PE'li Bireyler (N=100)			
	Hafif (N=44)	Orta (N=32)	Ağır (N=24)	P Değeri
12) Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.	33(%75)	20(%62,5)	22(%91,7)	0,045*
13) Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir.	30(%68,2)	27(%84,4)	22(%91,7)	0,050*
25) Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.	24(%54,5)	17(%53,1)	23(95,8)	0,001*

* $p \leq 0.05$

PE'li bireylerde, cinsel isteksizlik komorbiditesine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

PE'li bireylerde sadece 3. mite inanma oranı komorbid cinsel isteksizliği olanlarda, olamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p \leq 0.05$). PE'li bireylerde komorbid cinsel isteksizlik şikâyetine göre cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17: PE’li bireylerde komorbid cinsel isteksizlik şikâyetine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

Komorbid Cinsel İsteksizlik	PE’li Bireyler		
	Var (N=25)	Yok (N=75)	P Değeri
3) Kadının seksî başlatması ahlaksızlıktır.	9(%36,0)	12(%16,0)	0,033*

* $p \leq 0.05$

PE’li bireylerde, ED komorbiditesine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

PE’li bireylerde 4, 8, 10, 11, 23 ve 29. mitlere inanma oranları komorbid ED’si olanlarda, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p \leq 0.05$). PE’li bireylerde komorbid ED şikâyetine göre cinsel mitlere inanma düzeyi tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18: PE’li bireylerde komorbid ED şikâyetine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

Komorbid ED	PE’li Bireyler		
	Var (N=53)	Yok (N=47)	P Değeri
4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.	42(%79,2)	27(%57,4)	0,019*
8) Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.	35(%66,0)	18(%38,3)	0,006*
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	33(%62,9)	19(%40,4)	0,029*
11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.	44(%83,0)	30(%63,8)	0,029*
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.	33(%62,9)	15(%31,9)	0,002*
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.	13(%24,5)	4(%8,5)	0,033*

* $p \leq 0.05$

PE'li bireylerde aile biçimine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

PE'li bireylerde çekirdek-geniş aile biçimi arasında cinsel mitlere inanma düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

PE'li bireylerde yaşadığı yere göre cinsel mitlere inanma düzeyi

PE'li bireylerde yaşadığı yere göre cinsel mitlere inanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

PE'li bireylerde ilk başvuruyu kime yaptığına göre cinsel mitlere inanma düzeyi

PE'li bireylerde ilk başvuruyu kime yaptığına göre cinsel mitlere inanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

PE'li bireylerde cinsel mitlere inanma düzeyi ile ACYÖ skorlarının karşılaştırılması

PE'li bireylerde ACYÖ skorları 2, 10 ve 11. mitlere katılan kişilerde, katılmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p\leq 0.05$). PE'li bireylerde cinsel mitlere inanma durumuna göre ACYÖ skorları tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19: PE'li bireylerde cinsel mitlere inanma durumuna göre ACYÖ skorlarının karşılaştırılması

	PE'li Bireyler (N=100)		
	Katılmıyorum	Katılıyorum	P değeri
	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	12,75 $\pm$ 3,47	14,41 $\pm$ 3,02	0,013*
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	13,02 $\pm$ 3,46	14,42 $\pm$ 3,01	0,033*
11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.	12,00 $\pm$ 3,32	14,36 $\pm$ 3,08	0,001*

* $p \leq 0.05$

PE’li bireylerde cinsel mitlere inanma düzeyi ile HDÖ skorlarının karşılaştırılması

PE’li bireylerde HDÖ skorları 2 ve 10. mitlere katılan kişilerde, katılmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p \leq 0.05$). PE’li bireylerde cinsel mitlere inanma durumuna göre HDÖ skorları tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: PE’li bireylerde cinsel mitlere inanma durumuna göre HDÖ skorlarının karşılaştırılması

	PE’li Bireyler (N=100)		
	Katılmıyorum	Katılıyorum	P değeri
	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	6,75 $\pm$ 3,03	8,65 $\pm$ 4,08	0,014*
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	7,02 $\pm$ 3,26	8,69 $\pm$ 4,10	0,027*

* $p \leq 0.05$

PE’li bireylerde cinsel mitlere inanma düzeyi ile HAÖ skorlarının karşılaştırılması

PE’li bireylerde cinsel mitlere katılan ve katılmayan kişiler arasında HAÖ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Cinsel mitlere inanma düzeyi, 30 cinsel mitin 24'ünde (%80) PE'li bireylerde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulundu. Çalışmamızdaki bu yükseklik 30 mitin 9'unda (%30) istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu mitler 2. (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır), 5. (Sevişme cinsel birleşme demektir), 6. (İyi sekste amaç cinsel birleşmedir), 8. (Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir), 12. (Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar), 15. (Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir), 23. (Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır), 25. (Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez) ve 27. (Oral seks pistir) mitlerdi.

Ayrıca PE'li bireyler incelendiğinde en çok onaylanan mitler 6. (İyi sekste amaç cinsel birleşmedir), 13. (Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir), 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir), 19.(Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler), 27. (Oral seks pistir) mitler olmuştur. Kontrol grubunda en çok onaylanan mitler ise 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19. (Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) mitler olmuştur. PE'li bireylerde en az onaylanan mit “ Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor-tedavi işe yaramaz.” mitidir. Bu mit, PE'li bireylerin %90'ı şikâyetini başlamasından 1 yıl sonra doktora başvurmasına rağmen en az onaylanan mit olmuştur. Bunun nedeni cinsel mitler ölçeğinin hekime başvuran PE'li bireylere yöneltilmiş olması olabilir. Toplum tabanlı çalışmalarda bu mite inanma düzeyinin daha yüksek olabileceğini düşünmekteyiz. İkinci en az onaylanan mit ise “ Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır. “ miti olmuştur. Bireyin cinsel işlev bozukluğu kadın için bir travma kaynağı olmuş olabilir.

Çalışmamızın sonuçlarıyla benzer şekilde Üçok ve arkadaşları çeşitli cinsel işlev bozuklukları nedeniyle başvuran 33 erkeği, CİB olmayan 33 kişilik kontrol grubuyla karşılaştırdığı çalışmada, mitlere inanma derecesi CİB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (87). Uyar tarafından yapılan çalışmada 100 primer infertil kadın hasta ve 78 sağlıklı kadın bireyde cinsel mitlere inanma düzeyi karşılaştırılmıştır. Hasta grubunda en çok onaylanan mitler 18.

(Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir), 19.(Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) ve 27. (Oral seks pistir) mitler olmuştur. Kontrol grubunda en çok onaylanan mitler ise 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19. (Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) mit olmuştur (88). Yine çalışmamıza benzer olarak Aydın tarafından 2012 yılında 180 sağlık çalışanı evli kadın ile yapılan çalışmada en fazla inanılan mit 19. (Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) mit olmuştur (89). Motovallı ve arkadaşları yaptıkları çalışmada cinsel işlev bozukluğu yakınmasıyla başvuran, normal popülasyondan seçilen ve nörotik şikâyetlerle gelen cinsel sorunla başvurmayan evli kadınları cinsel mitlere inanç açısından karşılaştırmışlardır. Bizim elde ettiğimiz sonuçlarla benzer şekilde 18. mit (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) her üç grupta yüksek puan almıştır (90). Yaşan ve Gürgen, cinsel partneri olan 53 ve cinsel partneri olmayan 52 hemşireye uyguladıkları cinsel mitler anketi sonucunda bütün cinsel mitleri onaylama oranının ortalama %60 olduğunu tespit etmişlerdir. En çok onaylanan mit yine 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) mit olmuştur (91). Kora ve Kayır, sağlıklı ve tedavi başvurusu olmayan, tıp eğitimi görmekte olan, cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları dersini almış 5. ve 6. Sınıf öğrencilerinden seçilen 170 öğrenciye cinsel mitler anketi uygulamıştır. En çok onaylanan mitler 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19. (Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler.) mitler olmuştur. Cinsel mitleri onaylama açısından bakıldığında, toplam grubun %52,5'i yani yarıdan fazlası, mitlere katıldıklarını belirtmişler Ankette verilen mitler arasında bütün öğrenciler tarafından tümüyle yanlış olduğu kabul edilen hiçbir mit görülmemiştir (64). Bizim çalışmamızla uyumlu olarak Yılmaz ve arkadaşları Konya il merkezinde yaşayan, 18-60 yaş arası, evli, rastgele seçilen 945 gönüllüde her iki cinsiyette en çok onaylanan cinsel mitleri 16. (Her erkek eşine nasıl zevk vereceğini bilmelidir.), 18. (Seks ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19. (Eğer çiftler birbirlerini seviyorlarsa seksten zevk almasını bilir) mitler olarak bulmuştur (92). Yine diğer çalışmalarla benzer olarak Özkardeş ve arkadaşları yaptıkları çalışmada

en yaygın inanılan mitin 19. (Eşler birbirini sevdiği takdirde sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) mit olduğunu belirlemiştir (93).

Bizim çalışmamızda olduğu gibi birçok çalışmada 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19. (Eğer çiftler birbirlerini seviyorlarsa seksten zevk almasını bilir) mitin ortak olarak en fazla inanılan mit olduğunu görmekteyiz. Bu veriler çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir.

“Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir.” miti çiftleri, birlikte orgazm olmadıklarında eksiklik duygularına sevk etmektedir. Bu mit kadın ve erkek fizyolojisindeki bazı farklılıklardan dolayı oluşabilmektedir. Ayrıca kadın ve erkeğin orgazm sorununun olması, çiftin henüz ahenkli bir ilişki sağlayacak deneyimde olmaması, gebelikten korunma ya da gebe kalamama kaygısının olması gibi etmenler düşünüldüğünde çiftin aynı anda orgazm olması zordur. Böyle ideal bir beklenti, her iki tarafta performans endişesi yaratır, bu da orgazm taklitlerine, yetersizlik duygularına ve evlilik sorunlarına yol açabilir (94, 70).

“Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler” miti, zevk alamayan birçok kadın ve erkek hem kendilerinin eşlerini yeterince sevmediklerinden hem de eşlerinin kendilerini yeterince sevmediğinden kuşulanmaktadır. Oysa sevgi cinsel ilişki için iyi bir zemin olmakla birlikte yeterli değildir. Çiftler her iki partnere de haz veren bir cinsel birlikteliğin nasıl gerçekleşeceğini birbirlerinden öğrenirler.

“Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir” ve “Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler” yanlış inanışları eşler tarafından arzulanan bir istek olması ile açıklanabileceği gibi, toplumumuzun cinselliği yanlış kaynaklardan öğrenmesi ile de ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. PE şikâyeti olan erkeklerde “Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir” mitine inanma erken boşalmadan dolayı kadına zevk veremediğini düşünmeye neden olabilir. Erkek erken boşaldığı için kadını tatmin edemediğini ve sevişmenin eksik kaldığı düşüncesine kapılabilir. Bu mite olan inanç PE nedeni ile oluşan utanç duygusunun artmasına neden olabilir. PE şikâyeti bu mitin beslenmesine neden olabilir.

Yine kontrol grubu için en çok inanılan mitler bahsedilen çalışmalarla benzer şekilde 18. (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) ve 19.

(Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) mitlerdi.

PE’li bireylerde en az onaylanan mit “Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor-tedavi işe yaramaz” mitidir. Bu durumu, cinsel mitler ölçeğinin hekime başvuran kişiye yöneltilmesi olabilir. İkinci en az onaylanan mit ise “Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır. “miti olmuştur. Daha önceki bazı çalışmalarda en az onaylanan mitler “kadının seks başlatması ahlaksızlıktır.” ve “Erkekler duygularını belli etmemelidir.” mitleri olmuştur (91, 95). Uyar tarafından yapılan çalışmada ise, 100 tane primer infertil kadının en az onayladığı mit “Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır.” miti olmuştur (88). Yaşan ve Mutlu tarafında uygulanan cinsel mit anketlerinde “Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır.” miti bulunmadığı için böyle bir sonuç bulunmuş olabilir.

PE’li bireylerde kontrol grubuna göre 2. (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır) ($p=0,002$), 5. (Sevişme cinsel birleşme demektir) ($p=0,033$), 6. (İyi sekste amaç cinsel birleşmedir) ($p=0,012$), 8. (Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir) ($p=0,016$), 12. (Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar) ($p=0.001$), 15. (Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir) ($p=0,007$), 23. (Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır) ($p=0,019$), 25. (Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez) ($p=0,002$) ve 27. (Oral seks pistir) ($p=0,049$) mitler de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunan mitlerdendir. Uyar tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada infertil kadınlarda kontrol grubuna göre 2. (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır), 5. (Sevişme cinsel birleşme demektir), 6. (İyi sekste amaç cinsel birleşmedir), 8. (Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir), mitlere inanma düzeyi infertil kadınlarda sağlıklı kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (88).

2. (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır) miti erkeğin cinsel ilişkideki abartılmış rolü ve tek taraflı gücünün göstergesi olabilir. Bu yüklenen abartılmış anlam erkekte yetememezlik duygusu ve performans anksiyetesini beraberinde getirir. Böylelikle erken boşalma- performans anksiyetesi kısır döngüsü içine girilmiş olur. Cinsel aktiviteyi başlatma ve yönlendirme yükümlülüğünün erkeğe ait

olduğunu ifade eden bu mit kadınların geleneksel edilgen rolünü de pekiştirmektedir. Bu mite göre cinsel ilişki isteğinin dile getirilmesi, ilişkide arzu edilen etkinliklerin talebi bir kadın için ahlaksızlık veya hafiflik olarak nitelendirilmektedir (68).

5. (Sevişme cinsel birleşme demektir), 6. (İyi sekste amaç cinsel birleşmedir) ve 8. (Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir) cinsel mitleri PE'li bireylerin cinselliği nerdeyse sadece cinsel birleşme olarak algılandığı ve tamamen koitusa odaklanılan bir bakış açısı ile algılandığını gösterir. Cinsel birleşmenin dolayısıyla sertleşmenin amaç edinildiği durumlara eşlik edebilen aşırı kaygı düzeyi erkeklerde uyarılmayı engelleyebilir. Cinsel psikoterapilerde başlangıçta cinsel birleşmenin yasaklanarak ön sevişme egzersizlerine ağırlık verilmesi, cinsel sorunun düzeltilmesinin yanı sıra ön sevişme alışkanlığının kazandırılmasına da yöneliktir (68). Tüm fiziksel yakınlaşmalar cinsel birleşmeyle bitmek zorunda değildir. Çiftler sadece birbirlerine dokunmaktan ya da birbirlerini okşamaktan da zevk alabilirler (69). Ereksiyon devamlılığına yüklenen bu abartılı anlam, ejakülasyon kontrolünün sağlanamamasına ve PE'ye neden olabilir. Zaten PE psikoterapisinde uygulanan bazı egzersizlerin temel amacı da bu cinsel mitlerin etkilerini ortadan kaldırmaktır. Böylelikle kişiye cinselliğin sadece koitustan ibaret olmadığı dokunmanın, okşamanın, konuşmanın da cinselliğin parçaları olduğu, cinselliğin sadece cinsel birleşmeden ibaret olmadığı öğretilmeye çalışılır.

12. (Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar) ve 15. (Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir) mitler PE'den sonra sönen bir penisin oluşturduğu hüznün ve ümitsizlik düşüncelerinin öncüsü olabilir. Penis sertleşmemiş haldeyken de cinsel haz alınabileceği, elle uyarmanın bazen cinsel birleşmeden daha zevkli olabileceği, cinsel bilgi ve becerinin kişi ve partnerinin haz alması ve doyuma ulaşmasında penis boyundan çok daha önemli olduğu bilgisi önem kazanmaktadır. Cinsel birleşmenin yasaklandığı ve sertleşmenin amaçlanmadığı psikoterapi süreçleri bu mitin ortadan kaldırılması için uygun bir ortam sağlar (68). Pek çok erkek kendi cinsel organının boyutlarını etraftan duyduğu abartılı tanımlamalarla karşılaştırarak yetersizlik hissi ve endişe duyabilir. Bu endişe ve yetersizlik hissi performans kaygısını beraberinde getirir.

PE'li bireylerde eğitim süresinin 10 yılın altında olması, gelir düzeyinin 1500

tl ve altında olması, komorbid cinsel isteksizlik şikâyetinin bulunması ve komorbid ED şikâyetinin bulunması cinsel mitlere inanma düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttıran faktörler olarak bulundu. PE'li bireylerde yaşanan yer, ilk başvurunun kime yapıldığı ve aile biçimine göre cinsel mitlere inanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

PE'li bireylerde, 30 mitin 10'una (%33) inanma düzeyi eğitim süresi 10 yıl altı olan erkeklerde eğitim süresi 10 yıl üstü olan erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Kadınlarda sık görülen cinsel işlev bozukluklarından olan vajinismus tanılı kadınla (n=118) yapılmış bir çalışmada cinsel mitlere inanma düzeyinin eğitim süresi 10 yıl altı olan kadınlarda eğitim süresi 10 yıl üstü olan kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (95). Uyar tarafından yapılmış olan çalışmada 30 cinsel mitin 20'si eğitim süresi 10 yıldan düşük olan kadınlarda, 10 yıldan yüksek olan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (88). Yine çalışmamızla benzer olarak Torun ve arkadaşlarının sağlıklı erkeklerle (n=167), 30 maddelik cinsel mitler ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada neredeyse tüm mitlere inanma oranı eğitim süresi 10 yıl altında olan erkeklerde, 10 yıl üstü olan erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti (84). Her ne kadar ülkemizde cinsellikle ilgili özel bir eğitim verilmesi de, eğitim düzeyi düşük olan kişilerin cinsel mitlere inanma düzeyinin yüksek olması yeterli cinsel eğitim almamalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

PE'li bireylerde gelir düzeyi ≤ 1500 TL olan erkeklerde, gelir düzeyi > 1500 TL olanlara göre 5. (Sevişme cinsel birleşme demektir.), 10. (Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.), 23. (Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.), 29.(Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.) mitler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu mitler, eğitim süresi 10 yıldan az olan erkeklerde daha yüksek görülen 10 mitin içindedir. Yani bir anlamda eğitim seviyesi az olan kişinin gelir düzeyi de daha az olduğundan bu mitlerin yüksek çıkması yine eğitim düzeyinin düşüklüğü ile ilişkili olabilir.

PE'li bireylerde 12. (Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.), 13. (Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir.) ve 25. (Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.) mitlere inanma oranı PE şiddeti “ ağır” olan grupta diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Erkekler

cinsel organının boyutlarını etraftan duyduğu abartılı tanımlamalarla karşılaştırarak yetersizlik hissi ve endişe duyabilir. Bu yetersizlik hissi erkeğin cinsel istek ve performansını etkileyebilmektedir. Bu hislerin yarattığı sıkıntı nedeniyle kişide cinsel birleşmeyi sağlayacak derecede sertleşme olmayabilir veya sertleşme olsa bile kişide birleşme olmadan boşalma olabilmektedir.

PE'li bireylerde 3. (Kadının seksi başlatması ahlaksızlıktır.) mite inanma oranı komorbid cinsel isteksizliği olanlarda, olamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Cinsel aktiviteyi başlatma ve yönlendirme yükümlülüğünün erkeğe ait olduğunu ifade eden bu mit kadınların geleneksel edilgen rolünü de pekiştirmektedir. Kadının insiyatif kullanması ve cinsellikle ilgili iletişiminin iyi olması, partnerinin ve kendisinin cinsel haz alma potansiyelini artırır (68). Cinsel isteksizlik şikâyeti eşlik eden erkeklerde 3. mite inanma oranının yüksek çıkması adeta eşlerin cinsel ilişki yaşamasında tam bir kısır döngüye neden olabilir. Erkeklerde PE ve cinsel isteksizlik mevcut iken bir de kadının cinselliği başlatmasını ahlaksızlık olarak görmek eşler arasındaki cinsel ilişkiyi bitirme noktasına getirebilir. Tam aksine kişi kendisindeki cinsel isteksizliği kadına yansıtarak ve kadını yargılayarak ilişki başlatmasına engel olmaya çalışma çabası olarak da düşünülebilir. Psikoterapi yaklaşımlarımızda, partnerlerden cinsel ilişki ödevlerine eşit katılım istenmesinin nedeni cinsel mitlerin olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılmasını sağlamaktır.

PE'li bireylerde 4. (Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.), 8. (Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.), 10. (Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.), 11. (Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.), 23. (Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.) ve 29. (Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.) mitlere inanma oranları ED eşlik eden erkeklerde, eşlik etmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. 4. mit ilişki sırasında erkeğe yüklenen aşırı sorumluluğu yansıtmaktadır. Erkek bu aşırı sorumluluk altında normal olan görevini yerine getiremeyip ilişkinin sorumluluğu altında ezilebilir. Bu durum da erken boşalan ve sertleşme sorunu yaşayan bir erkek ortaya çıkarabilir. 10. ve 11. mitler sertleşme ile ilgili mitler olup, sertleşme sorunu yaşayan erkeklerde neden daha yüksek çıktığı anlaşılabilir. Sertleşme sorunu yaşadıkça sertleşmeye yüklenen anlam arttığını düşünüyoruz. Söz konusu mitlere katılan erkeklerin cinselliği ve cinsel

birleşmeyi bir çeşit güç gösterisi olarak algıladığı ve böyle uygulamaya çalıştığını düşündürmektedir.

PE'li bireylerde bazı cinsel mitlere katılan kişilerde katılmayanlara göre ACYÖ ve HDÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 19, Tablo 20). HAÖ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

PE'li bireylerde ACYÖ skorları 2. (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.) ($p=0,013$), 10. (Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.) ($p=0,033$) ve 11. (Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.) ($p=0,001$) mitlere katılan kişilerde, katılmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Bizim çalışma verilerimiz ile uyumlu olarak Aydın tarafından 180 sağlık çalışanı evli kadınla yapılan çalışmada, ACYÖ skorları cinsel mitlere katılan kadınlarda katılmayan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (89). Ayrıca Uyar tarafından infertil kadınlar ile yapılan çalışmada cinsel mitlere katılan kadınlarda, katılmayanlara oranla daha yüksek ACYÖ skorları bulunmuştur (88). Söz konusu mitlere katılan erkeklerin cinselliği ve birleşmeyi bir çeşit güç gösterisi olarak algıladığı ve böyle uygulamaya çalıştığını düşündürmektedir.

PE'li bireylerde HDÖ skorları 2. (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.) ve 10. (Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.) mitlere katılan kişilerde, katılmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Çalışmamızla uyumlu olarak Uyar tarafından infertil kadınlarla çalışmada; cinsel mitlere katılan kadınlarda, katılmayanlara oranla daha yüksek depresyon skorları bulunmuştur (88). Bu mitlere inanan bireylerde inanmayanlara göre depresif bulguların daha şiddetli olduğu ve bu durumunda cinsel yaşam kalitesini daha çok bozduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda depresyon düzeyleriyle cinsel mitlere inanma düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanması depresif kişilerde cinsel isteğin azalması, kendini değersiz yetersiz görmesi, suçluluk düşüncelerinin olması ayrıca cinsel doyumlarının daha düşük olması ile açıklanabilir.

Cinsel bilgi edinme yaşı PE'li bireylerde kontrol grubuna göre yüksek olmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Yıldırım ve arkadaşları tarafından PE'li erkekler ($n=63$) ile yapılan çalışmada cinsel bilgilenme yaşı ortalaması $14,0 \pm 2,9$ bulunmuştur (96).

Aksoy tarafında yapılan çalışmada cinsel bilgi edinme yaşı panik grubunda 14,54 OKB grubunda 15,67 ve kontrol grubunda 15,44 bulunmuştur (97). PE’li bireylerde cinsel bilgi yaşı kontrol grubuna göre biraz daha yüksekti. Bizim çalışmamızda önceki çalışmalara kıyasla cinsel bilgi edinme yaşı daha yüksekti. Bunun nedeni eğitim düzeyinin düşük olması ve bölgemizin cinsel konular hakkında daha kapalı bir yapıya sahip olması olabilir.

PE grubunun %84’ünün cinsel bilgi kaynağı arkadaşlarıydı. Bizim çalışmamızla benzer olarak Yıldırım ve arkadaşları tarafından PE’li erkeklerle (n=63) yapılan çalışmada 52 kişi cinsel bilgilenmeyi (%82,5) arkadaşlarından, 11 kişi (%17,5) medyadan edindikleri bulunmuştur (96). Yine çalışmamıza paralel olarak Çavaş tarafından PE’li bireyle (n=51) yapılan çalışmada cinsel bilgi kaynağı %0 “aile”, % 80 “arkadaş” , % 20 “medya” olarak bulunmuştur (98). Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği de kişileri değişik kaynaklardan, özellikle basın-yayın organlarından veya aynı derecede bilgisiz yaşlılarından gelen mesajlara duyarlı kılacaktır (99). Ülkemizde, cinsel bilgi eksikliği veya yanlış bilgilerin oluşturduğu olumsuz sonuçlar oldukça düşündürücüdür. Çünkü erkek ve kadınlardaki abartılı veya yanlış cinsel inanışların ve bilgi eksikliğinin, cinsel işlev bozukluklarının oluşumunda ve devamındaki yeri ve önemi bugün kesin olarak bilinmektedir (100). Bireylerin cinsel bilgileri doğru zamanda ve doğru kaynaklardan edinmemesi arkadaşları tarafından eksik ve yanlış bilgilendirilmesine sebep olabilir. Ülkemizde erkek çocuklara ergenlik ve cinsel bilgilerin eğitim kurumlarında yeterli ve uygun kişilerce aktarılmaması yanlış ve uygunsuz bilgi edinme kaynaklara yönelmeye yol açmaktadır. Arkadaşlardan edinilen eksik ve yanlış bilgilerin cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlayan önemli etkenlerden olduğu bilinmektedir.

PE’li bireylerin yaklaşık dörtte birinin (%24) ilk olarak muskacı, şeyh ve bitkisel ilaç gibi “hekim dışı” yollara başvurduğu belirlendi. Olguların %76’sı ise ilk tercihini hekimden yana yapmıştı. Bizim çalışmamıza benzer olarak erkeklerin (n=909) katıldığı bir cinsel işlev bozukluğu tarama çalışmasında, cinsellikle ilgili bir sorunları olduğunda bireylerin %73’ü ilk başvurusunu bir hekime, %27’sinin ise hekim dışı kişilere yaptığı-yapacağı bulunmuştur (101). Bu durum; toplumumuzda bu tür altertanif başvuruların yaygın olmasına, toplum tarafından normal kabul edilmesine hatta teşvik edilmesine ve eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlı

olabilir. Uygunsuz ve yetersiz kişilerce verilen bilgilerin kişiler için cinsel işlev bozukluğunun devamına ve travmatik olabilecek cinsel yaşantılara yol açabilmektedir.

Olgular, şikâyetin başlama anından doktora başvurmasına kadar geçen süreye göre 5 grup olarak kategorize edildi. PE şikâyetin başlamasından sonra bireylerin %2'si 0- 6 ay sonra, %8'i 6- 12 ay sonra, %28'i 1- 2 yıl sonra, %19'u 3- 5 yıl sonra, %43'ü 5 yıl sonra hekime başvurmuştur. Olguların %90'ı şikâyetleri başladıktan 1 yıl sonra tedavi amaçlı başvuru yapmıştır. Olguların yaklaşık yarısı (%43) ise şikâyetinin başlamasından 5 yıl sonra tedavi amaçlı başvuru yapmıştır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada PE yaygınlığı %14 olarak bulunurken bunlardan %64'nün doktora başvurmak istemesine rağmen sadece % 6'sının doktora başvurduğu bildirilmektedir (102). Ülkemizde erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğunun PE sorunu olmasına karşın, bu sorun cinsel işlev bozuklukları tedavi merkezlerine başvurular arasında ED'den sonra ikinci sırada yer almaktadır (19). ED'nin mevcudiyeti, PE olgusunun hekime başvurusu açısından bir sebep yaratabilmektedir (103). PE şiddetli olmadığı sürece koitusa engel olmaması ve cinsel partneri tarafından kabullenilen bir durum olması doktor başvurusunun gecikmesinin nedenleri olabilir.

PE'li olguların ilk başvurularını hangi branşa yaptığı incelendiğinde 68 (%68) olgunun ilk olarak ürolojiye, 28 (%28) olgunun psikiyatriye, 4 (%4) olgunun ise dâhiliyeye yaptığı saptandı. Hekime başvuran PE'li olguların üçte ikisinden fazlası ilk başvurusunu ürolojiye yapmıştır. Olguların %72'si ilk başvurusunu psikiyatri dışı bir branşa yapmıştır. Sonuçlarımızla benzer olarak Edirne'de yapılan erkek cinsel işlev bozukluğu tarama çalışmasında (n=909), "Cinsellikle ilgili bir sorunuz olduğunda hangi doktora başvurursunuz?" sorusuna erkeklerin %62,9'u üroloji, % 11,2'si aile hekimi, %8,5'i psikiyatri, % 3,2'si dâhiliye, % 13,5'i fikrim yok yanıtını vermiştir (101). Cinsel işlev bozuklukları psikiyatrinin temel alanlarından. PE olgularından ilk başvuruların sadece yaklaşık dörtte birinin psikiyatriye olması manidardır. Bunun nedenleri erkek cinsel işlevinin öncelikli olarak üroloji ile ilişkilendirilmesi, eğitim düzeyinin düşük olması, cinsel eğitimin yetersiz olması ve psikiyatrik damgalanma korkusu olabilir.

PE şiddeti; bireylerin %44'ünde hafif, %32'sinde orta derece, %24'ünde ise

ağır olarak belirlenmiştir. Cinsel etkinlikten önce, cinsel etkinliğin başında ya da vajinaya girdikten sonra 15 saniye içinde boşalmalar ağır olarak tanımlanmış olup tüm PE'lerin yaklaşık dörtte birini(%24) oluşturmaktadır. Bu da azımsanmayacak sayıda erkeğin ilişkiye bile girmeden boşaldığını göstermektedir. PE şiddetinin sınıflamasına ilk olarak DSM-5'te yer verildiğinden diğer çalışmalarda PE şiddetine değinilmemiştir.

Olguların 58'inde (%58) PE'ye cinsel isteksizlik ve/veya ED şikâyeti eşlik ediyordu. PE'li bireylerin %25'inde, PE'ye cinsel isteksizlik şikâyeti eşlik ediyordu. PE'nin cinsel istek azlığı, anorgazmi ve sertleşme bozukluğu ile birlikteliği saptanmıştır (104). Çalışmamızla benzer olarak Oğuzhanoğlu ve arkadaşları tarafından 20 PE'li bireyle yapılan bir sosyodemografik çalışmada vakaların %20'sinde cinsel isteksizlik birlikteliği saptandı (105). Kişi erken boşaldığı için anksiyete yaşayıp cinsel isteksizlik gelişebileceği gibi, eşine karşı görevini yerine getiremediğini düşünüp yetersizlik hissederek cinsel isteksizlik şikâyeti gelişebilir.

Bizim çalışmamızda PE'li bireylerin yarısından fazlasına (%53) ED şikâyeti de eşlik ediyordu. Yapılan çalışmalarda PE ve ED birlikteliği sık saptanmıştır (106). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ED'li erkeklerin %23-30'u PE'den yakınmaktadır (107). PE'si olan bireylerin üçte birinde ED mevcut olduğu görülmüştür (103, 55). Çalışmamızla benzer olarak Oğuzhanoğlu ve arkadaşları tarafından 20 PE'li bireyle yapılan bir sosyodemografik çalışmada vakaların %45' inde ED birlikteliği bulunmuştur (105). Sebep sonuç ilişkisine göre ejakülasyonunu kontrol etmek isteyen kişi uyarılmasının derecesini azaltmaya çalışmakta; bu da sertleşme bozukluğu ile sonuçlanabilmektedir. Bu durumun tersi de söz konusudur. Sertleşme elde etmek isteyen kişi uyarılmasını arttırmakta ve sonuç olarak da ejakülasyon kontrolünü kaybedebilmektedir. Ayrıca PE tedavisi için psikiyatri dışı branşların kullanmakta olduğu tedaviler ED'ye sebep olabilmektedir (SSRI, Lokal anestetikler vb.) (108). ED'nin mevcudiyeti, PE olgusunun hekime başvurusu açısından bir sebep yaratabilmektedir (103). Bizim çalışmamızda da PE'li bireylerin yarısından fazlasına (%53) ED şikâyeti de eşlik ediyordu. Bu birlikteliğin yüksek olmasının nedeni PE'ye ED şikâyeti eşlik eden bireylerin hekime daha fazla başvurması olabilir.

PE'li bireylerde HDÖ ve HAÖ skorları kontrol grubuna göre istatistiksel

olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Çalışmamızla paralel olarak Kocagöz tarafından yapılan orgazm bozukluğu bulunan 84 erkek ve 82 kadını içeren çalışmada HAÖ ve HDÖ puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (63). Çalışmamızla benzer şekilde Porst ve arkadaşlarının PE'si olan erkeklerle olmayanları karşılaştırdıkları çalışmalarında, PE'si olan hastalarda komorbid anksiyete ve depresyon anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (17). İngiltere'de yapılan bir çalışmada Dunn ve arkadaşları PE'li bireylerde 3,1 kat daha fazla anksiyete ve depresyon bulmuşlardır (109). Van Lankveld ve Grotjohann ise heteroseksüel çiftlerde psikiyatrik eştanıyı araştırdıkları çalışmasında 31 PE olgusunda mevcut anksiyete bozukluğu oranı %13 yaşam boyu ise %29 olarak bildirilmişlerdir (110). Başka bir çalışmada PE'li erkeklerde genel olarak kendine güvensizlik, aşağılık duygusunun hâkim olduğu, PE'ye bağlı kendine güvensizlik %68 oranında, anksiyete %36 oranında bulunmuştur (111). Anksiyeteye bağlı PE yerine, PE sonucu anksiyete tanımı daha çok kabul görmektedir. PE'ye bağlı depresyon da ortaya çıkabilmektedir. PE'li bireylerde depresyon 2,9 kat daha fazla ortaya çıkmaktadır (16). Sosyal fobi ile PE arasındaki ilişki bilinmektedir. Sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında sosyal fobikler de daha fazla orgazmik bozukluk görülmüştür (112). Yapılan bir çalışmada PE'li olgularda %47 oranında, kontrol vakalarında ise %9 oranında sosyal fobi tespit edilmiştir (113). Çavaş tarafından yapılan uzmanlık tezinde 51 PE'li bireyin 17'si depresyon, 16'sı sosyal fobi, 3'ü panik bozukluk, 2'si özgül fobi tanısı almıştır (98). PE'li bireylerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkması; kişinin kendisini yetersiz hissetmesine, üzüntü ve rahatsızlık hissine, hayal kırıklığı duygusuna, PE olup olmayacağına odaklanmasına, cinsel birliktelikten kaçınmasına, partnerine karşı suçluluk hissetmesine bağlı olabilir.

PE'li bireylerde ACYÖ skoru kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. ACYÖ formunda sırasıyla cinsel dürtü, psikolojik-fizyolojik uyarılma, ereksiyon fonksiyonu, boşalma kontrolü ve orgazm sonucu doyum duygusunu irdeleyen, cinselliğin fizyolojik evrelerini sorgulayan sorular mevcuttur. ACYÖ yer alan 4. Sorudaki “ Ne kadar erken boşalırsınız? ” sorusuna PE'si bulunan bireylerin çoğu “ 1. Oldukça kolay” şikkını işaretlediği için ACYÖ

puanları olması gerekenden düşük bulunmuştur. Çalışmamızla paralel olarak yapılan bir çalışmada Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) puanları PE'li bireylerde kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (98). PE'li bireylerde cinselliğin tüm evrelerinin olumsuz etkilenmesi, bireyin cinselliği vajinal birleşme ve boşalma odaklı yaşaması, cinselliğin erotik ve eğlenceli değerini yitirmesi ACYÖ skorlarının yüksek olmasına neden olabilir.

PE'li bireylerde eğitim süresi, gelir düzeyi, aile biçimi, PE'nin şiddeti ve yaşanan yere göre ACYÖ, HAÖ ve HDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

PE'li bireylerde aile biçimine göre ACYÖ, HAÖ ve HDÖ skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamıza benzer olarak Çavaş tarafından 51 PE'li bireyle yapılan çalışmada aile biçimine göre GRISS, HAÖ, HDÖ skorlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır (98).

Erkeklerde PE'nin şiddetine göre HAÖ, HDÖ ve ACYÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmadı. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Çavaş tarafından yapılan çalışmada cinsel birleşme olmadan boşalan erkeklerde depresyon puanları, birleşmeden sonra boşalan erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (98). ACYÖ puanları ile PE'nin şiddeti arasında anlamlı farklılıklar bulunmamasının nedeni yukarıda da belirttiğimiz ACYÖ de ki "4. Soru" olabileceğini düşünüyoruz. Yani ölçekteki 4. Sorudan dolayı PE şiddeti arttıkça ACYÖ puanı düşük bulunabilmektedir. Kişide PE varlığı, şiddetinden bağımsız olarak depresyon ve anksiyete puanları yüksek bulunmaktadır. Bunun nedeni kişi birleşme sağlasa bile cinsel partnerini tatmin edemediğini düşünmesi, kendisini yetersiz, suçlu ve bir erkek olarak eksik hissetmesi olabilir.

Komorbid cinsel isteksizliği bulunan erkeklerde ACYÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu. ACYÖ 'de ki "Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?" sorusu komorbid cinsel isteksizlik şikâyeti bulunan erkeklerdeki ACYÖ puanlarının yüksek çıkmasının nedeni olabilir. HDÖ ve HAÖ puanları komorbid cinsel isteksizlik şikâyeti bulunan bireylerde daha yüksek çıkmasına rağmen bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. Kocagöz tarafından yapılan çalışmada cinsel istek bozukluğu olan bireylerde HAÖ ve HDÖ puanları sağlıklı bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (63). Cinsel isteksizliğin tek

başına anksiyete ve depresyon düzeylerini artırmasının, PE'ye komorbid cinsel isteksizliğin ise anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememesinin nedeni; komorbid durumda PE'nin daha ciddi bir sorun olarak algılanması, cinsel isteksizliğin kişiyi PE kadar etkilememesi olabilir.

PE'ye ED şikâyeti eşlik eden erkeklerde ACYÖ ve HDÖ puanları eşlik etmeyen erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. HAÖ puanı komorbid ED'si olanlarda daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi ($p>0.05$). Literatürde PE ve ED birlikteliğinin depresyon, anksiyete düzeylerini yükselttiğinden ve cinsel doyumunu azalttığından bahsedilmektedir (114). ACYÖ 'de ki "Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?" sorusu komorbid ED şikâyeti bulunan erkeklerdeki ACYÖ puanlarının yüksek çıkmasının nedeni olabilir. ED ve PE birlikteliği kişide cinsel yaşantılar kalitesini daha çok bozuyor ve daha şiddetli depresyon belirtilerin yaşanmasına neden oluyor olabilir.

PE'li bireyler ve kontrol grubu arasında yaş, eğitim, yaşanılan yer, gelir düzeyi, tanışma biçimi, aile biçimi, meslek, sigara kullanımı, alkol kullanımı, cinsel bilgi yaşı, cinsel bilgi kaynağı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda PE’li bireylerin cinsel mitlere inanma oranı sağlıklı kontrollerden yüksek bulundu. PE’li bireylerde eğitim süresinin 10 yılın altında olması, gelir düzeyinin 1500 tl ve altında olması, komorbid cinsel isteksizlik şikâyetinin bulunması ve komorbid ED şikâyetinin bulunması cinsel mitlere inanma düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttıran faktörler olarak bulundu. PE’li bireylerde bazı cinsel mitlere katılan kişilerde katılmayanlara göre ACYÖ ve HDÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

PE grubunun %84’ünün cinsel bilgi kaynağı arkadaşlarıydı. PE’li bireylerin %90’ında ilk şikâyeti ile doktor başvurusu arasında 1 yıl, %43’ünde ise 5 yıl geçtiği görülmektedir. PE’li bireylerin yaklaşık dörtte birinin (%24) ilk olarak muskacı, şeyh ve bitkisel ilaç gibi “hekim dışı” yollara başvurduğu belirlendi. PE’li olguların ilk başvurularını hangi branşa yaptığı incelendiğinde 68 (%68) olgunun ilk olarak ürolojiye, 28 (%28) olgunun psikiyatriye, 4 (%4) olgunun ise dâhiliyeye yaptığı saptandı. PE şiddeti bireylerin %44’ünde hafif, %32’sinde orta derece, %24’ünde ise ağır olarak belirlenmiştir. PE’li bireylerin 25’inde (%25) PE’ye cinsel isteksizlik, 53’ünde (%53) ED şikâyeti eşlik ediyordu. Olguların 58’inde (%58) PE’ye, cinsel isteksizlik şikâyeti ve/veya ED şikâyeti eşlik ediyordu.

PE’li bireylerde HDÖ, HAÖ ve ACYÖ skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Komorbid cinsel isteksizliği bulunan erkeklerde ACYÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu. PE’ye ED şikâyeti eşlik eden erkeklerde ACYÖ ve HDÖ puanları eşlik etmeyen erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

ACYÖ’nün erkekte en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olan PE için tekrardan revize edilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Toplumda eğitim seviyesinin artırılması ile hem genel popülasyonda hem de PE’li bireylerde cinsel mitlere olan inancı azaltmak, dolayısıyla cinsel doyumu artırmak mümkün olabilir. Toplumumuzda yaygın olan cinsel mitlerin sönmesi ve sağlıklı bir cinsel yaşam için cinsel eğitimin uygun yaşta, doğru kaynaklardan bireylere verilmesinin gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği) Cinsel yaşam ve sorunları. 2006: 19- 42
2. Sadock VA. Normal insan cinselliği ve cinsel işlev bozuklukları In: Sadock VA, Sadock BJ, eds. (Çev. Ed. Aydın H, Bozkurt A.) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sekizinci baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007:1902- 1936
3. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep. 2000 Jun; 2: 189- 95
4. Sadock VA, Sadock BJ, editors. (Çev. Ed. Bozkurt A). Cinsel işlev bozuklukları, parafililer ve cinsel bozuklukları. In: Kaplan & Sadock's Klinik psikiyatri el kitabı. Dördüncü baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2009:211- 224
5. Patel K, Hellstrom WJ. Central regulation of ejaculation and the therapeutic role of serotonergic agents in premature ejaculation. Curr Opin Investig Drugs. 2009; 10(7): 681- 90
6. Althof SE, Abdo CHN, Dean J, Hackett G, McCabe M, Mc Mahon C, Rosen RJ, Sadovsky R, Waldinder M, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Golgstein I, El-Meliegy AI, Giuliano F, Hellstrom WJG, Incrocci L, Jannini EA, Park K, Parish S, Porst H, Rowland D, Segraves R, Sharlip I, Simonelli C, Tan HM. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation.; J Sex Med. 2010; 7: 2947-2969
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993
8. Amerikan Psikiyatri Birliği (Çev. Ed. Köroğlu E). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR) . Dördüncü Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007

9. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM- 5) . Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı 'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013
10. Kayır A, Özdemir Ö. İnsanda cinsellik. In: Köroğlu E, Güleç C, eds. Psikiyatri temel kitabı. İkinci baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007:416-421
11. CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği). Cinsel yaşam ve sorunları 2006: 19- 50
12. Yetkin N, İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında kullanılan terimlerin gözden geçirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi 1997; 34: 214- 218
13. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. J Urol. 2002; 168: 2359- 67
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM III. 3rd edition. Washington DC: APA; 1980
15. Colpi G, Weidner W, Jungwirth A et al. EAU guidelines on ejaculatory dysfunction. Eur Urol 2004; 46: 555- 558. Montague DK, Jarow J, Broderick GA et al. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. J Urol 2004; 172:290-294
16. Lauman EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moriera E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors.; Int J Import Res.2005;17:39-57
17. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities and professional help-seeking.; Eur Urol 2007;51:816-824
18. Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R.C., Gaynor, L., Grupe, S., Alexander, J., The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. Eur Urol.; 51(3):816- 23; 2007

19. İncesu, C. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi: Cinsel Yasam ve Sorunları, Bilgilendirme Dosyası, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği 2007.
20. Tekdoğan ÜY, Aslan Y, Güngör S, Çanaklı F, Atan A. Türk toplumundaki erkeklerde cinsel fonksiyon bozukluk taraması. Üroloji Bülteni 2003;14: 188- 92
21. Aslan Y, Aydın AÖ, Balcı M, Nalçacıoğlu V, Tekdoğan ÜY, Atan A. Türk erkeklerinde cinsel fonksiyon bozukluğu taraması: Anket çalışması. 8. Ulusal Androloji Kongresi, Mayıs 2009; İzmir, Sözlü Bildiri no:09
22. Waldinger M, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer D, Boolell M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time.; J Sex Med. 2005;2: 292- 297
23. Seidman S., Ejaculatory Dysfunction and depression; pharmacological and psychobiological interactions.İnt. J. İmpot. Res.18: 33- 38, 2006
24. Crenshaw, T.L., Goldberg, J.P., Sexual aspects of neurochemistry. Sexual Pharmacology. New York. Norton Company, 1996
25. Aydın, H., Cinsellik ve cinsel işlev. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; Bölüm 41(605- 615) , 1998
26. Segraves, R.T., Effects of psychotropic drugs on human erection and ejaculation. Arch Gen Psychiatry, 46: 275- 284, 1989
27. İncesu, C. (1998a). Cinsel İşlevin Fizyolojisi. N. Yetkin ve C.İncesu, Cinsel Sorunlara Genel Yaklaşım, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1, İstanbul: Roche
28. İncesu, C., Klinik Psikiyatri Dergisi , Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları, Vol 7, 3-13, 2004
29. Kaplan, H.S. , The Sexual Desire Disorders Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation, Brunner mazel Publishers New York, 1995
30. Peeters M, Giuliano F. Central neurophysiology and dopaminergic control of ejaculation. Neurosci Biobehav Rev. 2008;32(3):438- 53. Epub 2007 Sep 1

31. Giuliano F, Clément P. Physiology of ejaculation: emphasis on serotonergic control. *Eur Urol.* 2005; 48: 408- 17
32. P. Clément et al Ejaculation induced by i.c.v. injection of the preferential dopamine d3 receptor agonist 7-hydroxy-2-(di-n-propylamino)tetralin in anesthetized rats. *Neuroscience* 2007; 145: 605–610
33. Rowland and Houtsmuller. 8-OH-DPAT interacts with sexual experience and testosterone to affect ejaculatory response in rats. *Pharmacol Biochem Behav.* 1998 May;60(1):143-9
34. Hillegaart V, Ahlenius S, Larsson K. Region-selective inhibition of male rat sexual behavior and motor performance by localized forebrain 5-HT injections: a comparison with effects produced by 8-OH-DPAT. *Behav Brain Res* 1991;42: 169–80
35. Foreman et al. The role of the 5-HT2 receptor in the regulation of sexual performance of male rats. *Life Sci.* 1989;45(14):1263- 70
36. Aydın, H., Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 8(4):215- 218, 1998
37. Mengod, G., Martinez-Mir, M.I., Vilaro, M.T., Palacios, J.M., 1989. Localization of the mRNA for the dopamine D2 receptor in the rat brain by in situ hybridization histochemistry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 86,8560–8564
38. Czyrak, A., Chocyk, A., Mackowiak, M., Fijal, K., Wedzony, K., 2000. Distribution of dopamine D1 receptors in the nucleus paraventricularis of the hypothalamus in rats: an immunohistochemical study. *Molecular Brain Research* 85, 209–217
39. Hull EM, Muschamp JW, Sato S. Dopamine and serotonin: influences on male sexual behavior. *Physiol Behav* 2004;83: 291–307
40. Giuliano F, Clément P. Serotonin and premature ejaculation: from physiology to patient management. *Eur Urol.* 2006; 50: 454- 66
41. Stafford, S.A., Coote, J.H., 2006. Activation of D2-like receptors induces sympathetic climactic-like responses in male and female anaesthetized rats. *Brit. J. Pharmacol.* 148, 510–516

42. Stafford, S.A., Coote, J.H., 2006. Sympathetic genital responses induced by pchloroamphetamine in anaesthetized female rats. *Neuroscience* 138, 725–732
43. Stafford, S.A., Bowery, N.G., Tang, K., Coote, J.H., 2006. Activation by pchloroamphetamine of the spinal ejaculatory pattern generator in anaesthetized male rats. *Neuroscience* 140, 1031–1040
44. Stafford, S.A., Tang, K., Coote, J.H., 2006. Activation of lumbosacral 5HT_{2c} receptors induces bursts of rhythmic activity in sympathetic nerves to the vas deferens in male rats. *Brit. J. Pharmacol.* 148, 1083–1090
45. Carro-Juárez, M., Rodríguez-Manzo, G., The spinal pattern generator for ejaculation. *Brain Res. Rev.*(2008), doi:10.1016/j.brainresrev.2007.12.002
46. Carro-Juárez, M., Rodríguez-Manzo, G., 2006. α -adrenergic agents modulate the activity of the spinal pattern generator for ejaculation. *Int. J. Impot. Res.* 18, 32–38
47. Carro-Juárez, M., Rodríguez-Manzo, G., 2006. Evidence for the presence of the spinal pattern generator involved in the control of the genital ejaculatory pattern of in the female rat. *Brain Res.* 1084, 54–50
48. Carro-Juárez, M., Cruz, S.L., Rodríguez-Manzo, G., 2003. Evidence for the involvement of a spinal pattern generator in the control of the genital motor pattern of ejaculation. *Brain Res.* 975, 222–228
49. Carro-Juárez, M., Rodríguez-Manzo, G., 2005. Role of the genital sensory information in the control of the functioning of the spinal generator for ejaculation. *Int. J. Impot. Res.* 17, 114–120
50. Carro-Juárez, M., Rodríguez-Manzo, G., 2005. Evidence for the presence and functioning of the spinal generator for ejaculation in neonatal male rats. *Int. J. Impot. Res.* 17, 270–276
51. Carro-Juárez, M., Lobaton, I., Benitez O., Espiritu, A., 2006. Pro-ejaculatory effect of the aqueous crude extract of cihuapatli (*Montanoa tomentosa*) in spinal male rats. *J. Ethnopharmacol.* 106, 111–116

52. P Clement et al. Brain oxytocin receptors mediate ejaculation elicited by 7-hydroxy-2-(di-N-propylamino) tetralin (7-OH-DPAT) in anaesthetized rats. *British Journal of Pharmacology*. 2008;154:1150–1159
53. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med* 2005; 2: 492–497
54. McMahon CG, Abdo C, Incrocci L, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 2004 Jul;1(1): 58–65
55. Corona G, Petrone L, Mannucci E, Jannini EA ve ark. Psycho-biological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions. *Eur Urol*. 2004;46:615- 22
56. Carani C, Isidori AM, Granata A, Carosa E ve ark. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90: 6472- 9
57. Cihan A, Demir O, Demir T, Aslan G, Comlekci A, Esen A. The Relationship Between Premature Ejaculation and Hyperthyroidism. *J Urol*. 2009 Jan 28
58. Cihan A, Murat N, Demir O, Aslan G, Demir T, Gidener S, Esen AA. An experimental approach to the interrelationship between hyperthyroidism and ejaculation latency time in male rats. *J Urol*. 2009 Feb;181(2):907- 12
59. Kaplan and Sadock's, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Editörler; Benjamin J. Sadock, M. D, Virginia A. Sadock, M. D, Çeviri Editörü Dr. Hamdullah Aydın, Dr. Ali Bozkurt, Güneş Yayınevi, Sekizinci Baskı, Cilt 2, 2007, Sayfa 1921
60. Yetkin, N. (2001). Erken boşalma ve tedavisi. D. Sahin & A. Kayır (ed.), *Sık Görülen iki Cinsel işlev Bozukluğu: Vajinismus ve Erken Boşalmada Değerlendirme, Tanı ve Tedaviler*, İstanbul: Roche. (p. 57)
61. Fenichel, L(1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*, Norton, New York, 1945

62. Lauman EO, Gagnon JH, Michael RT ve ark (1994) The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States. Chicago: The University of Chicago Pres
63. Kocagöz Z. S. Cinsel işlev bozuklukları tipleri ve cinsel mitler arasındaki ilişki (Uzmanlık tezi). Bursa, Uludağ Üniversitesi; 2008
64. Kora K, Kayır A. Cinsel Roller ve Cinsel mitler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 1996; 9;55- 58.
65. Zilbergeld B, Seksi öğrenmek, Demiriz G, (çeviri editörü). Erkek cinselliği. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı,1994; 9-17
66. Kayır A. Cinsel mitler. Ero cinsel yaşam ansiklopedisi. Milano: AMARE Gruppo, 1996; (2):26- 28
67. Bancroft J (ed). Human Sexuality and Its Problems. 2nd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1989
68. Özmen HE. Cinsel Mitler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, İstanbul, 1999; 2: 49- 53
69. Kadioğlu D ve Şatıroğlu, H. Vajinismus. Arkadaş Yayınevi, 2011
70. Kayır A, Cinsellik Kavramı ve Cinsel Mitler, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi (1): Cinsel Sorunlara Genel Yaklaşım, Roche Müstahzarları Sanayi AŞ, İstanbul, 1998; 30-35
71. Keçe C, Yatak Efsaneleri. Pusula Yayınevi, 2012
72. Tugrul, C. (1998). Cinsel işlev bozukluklarının psikolojik nedenleri. N. Yetkin ve C. İncesu, Cinsel Sorunlara Genel Yaklaşım, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 2, istanbul: Roche
73. Semans JH. Premature ejaculation: a new approach. South Med J 1956 Apr;49(4): 353- 8
74. Masters WH, Johnson VE: Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown 1970
75. De Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. J Sex Marital Ther 2006; 32(2): 97-114

76. Atikeler MK, Gecit I, Senol FA. Optimum usage of prilocaine-lidocaine cream in premature ejaculation. *Andrologia*. 2002; 34(6): 356- 9
77. Wespes E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Moncada I, Salonia A, Vardi Y. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. Arnhem (The Netherlands): European Association of Urology (EAU); 2013 Mar. 54 p
78. McMahon CG, Stuckey BG, Andersen M, et al. Efficacy of sildenafil citrate in men with premature ejaculation. *J Sex Med* 2005; 2: 368- 75
79. Giuliano FA. Tramadol for the treatment of premature ejaculation.; *Eur Urol*. 2012;61: 744-745
80. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Nurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23: 56-62
81. Akdemir A, Örsel S, Dağ I, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*.1996; 4: 251-259
82. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32: 50- 55
83. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998; 9(2):114-120bb
84. Torun F, Torun SD, Özaydın AD (2011) Erkeklerde cinsel mitlere inanma oranları ve mitlere inanmayı etkileyen faktörler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24: 24- 31
85. Soykan A. The reliability and validity of arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impotence Research*. 2004;16; 531-534
86. Özdemir L., Kalyoncu U., Akdemir N. (2010) Behçet hastalığında cinsel sorunlar ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, 27(3):238-242

87. Üçok A, Kayır A, Yücel B. Erkeklerde cinsel işlev bozuklukları ile cinsel inanışlar, cinsiyet rolleri arasındaki ilişki. Nöropsikiyatri arşivi, 28 (24):98-100
88. Uyar B. İnfertilite Tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyi (Uzmanlık tezi). Diyarbakır, Dicle Üniversitesi; 2015
89. Aydın D. Sağlık Çalışanı Evli Kadınlarda Cinsel Mitlere İnanma Durumu ve Cinsel İşlev Bozuklukları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012
90. Motovallı N, Yücel B, Kayır A ve ark. Üç grup evli kadının cinsel inanış ve yaşantılarının değerlendirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 1991; 28(2-4):94-97
91. Yaşan A, Gürgen F. Cinsel Partneri Olan Bir Hemşire Grubu İle Hiç Partneri Olmamış Bir Hemşire Grubunun Cinsel Bilgi Edinme Yolları ve Cinsel Mitlerin Yaygınlığının Karşılaştırılması. Yeni Symposium, 2004; 42, 72-76
92. Yılmaz E, Zeytinci E, Sarı S, Karababa F, Çilli S, Kucur R: Konya il merkezinde yaşayan evli nüfusta cinsel mitlerin yaygınlığının araştırılması. İstanbul. VI. Ulusal Cinsellik ve Cinsel İşlev bozuklukları Kongresi özet kitabı, poster bildiri, 2006: 126
93. Özkardeş S, Özdemir Ö, İncesu C, Şimşek F, Koç S, Özden D. Sağlık Çalışanı Olarak Hemşirelerde Cinsel Mitler. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, 7-11 Eylül 2003
94. Sungur MZ, Tarcan Z (editörler). CETAD Bilgilendirme dosyası-6 Erkek cinselliği, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. İstanbul, 2006
95. Mutlu EA. Vajinismus Tanısı Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsel Mit İnançları, Cinsel Öyküleri, Cinsel Doyum Düzeyleri ve Eş Değerlendirme Biçimleriyle Karşılaştırılması (Uzmanlık tezi). Malatya, İnönü Üniversitesi; 2009
96. Yıldırım E. A, Çavaş Ş. Yanık M. Erken boşalması olan heteroseksüel erkeklerde eksen 1 psikiyatrik eş tanı oranları. Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48 Özel Sayı 1: 16-23

97. Aksoy U.M. Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu hastalarındaki cinsel işlev işlev bozukluklarının karşılaştırılması (uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Ord. Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Arastırma Hastanesi, 2008
98. Çavaş Ş. Cinsel işlev bozuklukları polikliniğine başvuran vajinismus ve prematür ejakülasyon olgularında psikiyatrik komorbiditenin araştırılması (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Ord. Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Arastırma Hastanesi, 2008
99. Set, T. ve Ark. (2006). Ergenlerde Cinsellik. Genel Tıp Dergisi 2006; 16(3)
100. Sungur, MZ. (1998). Cinsel Eğitim. Klinik Psikiyatri 1998; 2: 103-108
101. Nayir N. Edirne il merkezinde yaşayan erişkinlerde cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları (Uzmanlık tezi). Edirne, Trakya Üniversitesi, 2010
102. Rowland, D.L., Psychophysiology of ejaculatory function and dysfunction. World J. Ürology, 23: 82- 88, 2005
103. Waldinger MD: The neurobiological approach to premature ejaculation. J Urol, 168:2359-67, 2002
104. Shabsigh, R., Diagnosing premature ejaculation: a review. J Sex Med.;3 Suppl 4:318- 23, 2006
105. Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu, Zafer Aybek Prematür Ejakülasyon Tanısı ile izlemeye Alınan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi, Düşünen Adam; 1998, 11 (4): 42-45
106. Gao J, Zhang X, Su P, Peng Z, Liu J, Xia L, Lu Z, Yang J, Tang D, Gao P, Zhou J, Hao Z, Liang C. The impact of intravaginal ejaculatory latency time and erectile function on anxiety and depression in the four types of premature ejaculation: a large cross-sectinal study in a Chinese population. J Sex Med. 2014 Feb;11(2): 521-8
107. Fugl-Meyer K, Fugl-Meyer AR. Sexual disabilities are not singularities. Int J Impot Res 2002 Dec;14(6): 487–93

108. Jannini EA, Lombardo F, Lenzi A. Correlation between ejaculatory and erectile dysfunction. *Int J Androl* 2005 Dec;28 Suppl 2: 40-5
109. Dunn KM , Croft PR. , Hackett GI. (1999). Association of sexual problems with social, psychological and physical problems in men and women: A cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 53:144-148
110. Van Lankveld JJ, Grotjohann Y. Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. *Arch Sex Behav* 2000; 29: 479- 98
111. Symonds T, Roblin D, Hart K ve ark.(2003), How much premature ejaculation impact a mans life? *J Sex Marital Ther* 2003, 29: 362-70
112. Bodinger J,Hermesh H, Aizenberg D,Valevski A,Maron S, Shiloh R, Gothelf D, Zemishlany Z, Weizman A. (2002) Sexual function and behavior in social phobia.*J Clin Psychiatry* 63:874-879
113. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerate B ve ark.(2006), Social phobia and premature ejaculation: a case-control study. *Depress Anxiety* 2006, Feb 24
114. Wylie KR, Ralph D: Premature ejaculation: the current literature. *Curr Opin Urol*, 15: 393- 98, 2005

EKLER

EK 1

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Prematür ejakülasyon(erken boşalma) çok sık (3-5 erkekten birinde) görülen ve hayat kalitesini oldukça olumsuz etkileyen bir halk cinsel işlev bozuklugudur. Biz bu çalışmada prematür ejakülasyon(erken boşalma) ve ilişkili psikiyatrik bozuklukları incelemeyi incelemeyi amaçladık. Araştırmamızın adı ‘Prematür ejakülasyon olgularında anksiyete -depresyon düzeyleri, cinsel doyum, cinsel mitlerin incelenmesi ve sağlıklı bireylerle karşılaştırılması’’ dir. **Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.** Kişisel bilgiler gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmamızı psikiyatri veya üroloji kliniğine başvuran 18-65 yaşları arasındaki erken boşalma sorunu olan kişilerle yapmaktayız. Bu çalışmada Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda hazırlanmış olan “Prematür ejakülasyon olgularında sosyodemografik veri formu” ve “psikiyatrik klinik ölçekler” kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Yapılacak görüşme ve klinik psikiyatrik ölçeklerin getirebileceği olası riskler:

Yapılacak görüşme ve klinik psikiyatrik ölçeklerin getirebileceği herhangi bir risk yoktur.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz ve çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Sayın Dr. Hasan AKÇALI tarafından Dicle Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

Sorumlu Hekimin Adın Soyadı:

İmzası:

İmzası:

EK 2

PREMATÜR EJAKÜLASYON HASTALARI İÇİN SOSYODEMOGRAFİK FORM

Adı Soyadı:

Yaşı:

Eğitim Durumu: 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite

Eğitim yılı:

Mesleği: 1) Memur 2) İşçi 3) Serbest Meslek 4) Emekli 5) Taşeron Çalışan
6) Çalışmıyor **Aylık geliri:**

Medeni durumu: 1) Evli 2) Bekar

Tanışma biçimi: 1) Görücü usulü 2) Flört

Yaşadığı yer: 1) Kırsal 2) Kentsel

Aile biçimi: 1) Çekirdek 2) Geniş

İlk cinsel bilgileri kimden almış? 1) Aile 2) Arkadaş 3) İnternet
4) Diğer(.....)

İlk cinsel bilgileri kaç yaşında almış?

Erken boşalmasının şiddeti dercesi? : 1) Hafif 2) Orta 3) Ağır

İlk başvurusunu şikâyetlerinin başlamasından ne kadar sonra yapmış?

1) 0-6 ay 2) 7-12 ay 3) 1-2 yıl 4) 3-5 yıl 5) 5 yıldan fazla

İlk başvurusunu kime yapmış? : 1) Hekim 2) Hekim dışı (Bitkisel ilaç, Muskacı,
Şeyh)

İlk başvurusunu hangi branşa yapmış? : 1) Dahiliye 2) Psikiyatri 3) Üroloji

Psikiyatriye kim yönlendirilmiş? :

1) Psikiyatrist / psikolog 2) Ürolog 3) Dahiliyeci 4) Arkadaş 5) Kendisi

Cinsel isteksizlik şikâyeti eşlik ediyor mu? : 1) Evet 2) Hayır

Eretil disfonksiyon şikâyeti eşlik ediyor mu? : 1) Evet 2) Hayır

Daha önce geçirilmiş PE atağı var mı? : 1) Evet 2) Hayır

Sigara kullanıyor mu? : 1) Evet 2) Hayır

Alkol kullanıyor mu? : 1) Evet 2) Hayır

Soygeçmişte psikiyatrik öykü: 1) Var 2) Yok

EK 3

CİNSEL MİTLERİ DEĞERLENDİRME FORMU

Lütfen aşağıdaki önermelere katılma durumunuzu katılmıyorum/katılıyorum şeklinde uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Katılıyorum	Katılmıyorum
1) Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır.		
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.		
3) Kadının seksi başlatması ahlaksızlıktır.		
4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.		
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.		
6) İyi sekste amaç cinsel birleşmedir.		
7) Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır; sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar.		
8) Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.		
9) Erkekler bazı duygularını belli etmemelidir (ağlamak gibi).		
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.		
11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.		
12) Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.		
13) Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir.		
14) Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır.		
15) Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir.		
16) Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.		
17) Kadınlar eller kullanılmadan penis hareketleri ile orgazm olmalıdırlar.		
18) Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir.		
19) Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler.		
20) Seks doğaldır, öğrenilemez.		
21) Mastürbasyon kirli ve zararlıdır.		
22) Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır.		
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.		
24) Olgunlaşmış erkekler, fantezi ve mastürbasyona karşı olan ilgilerini kaybederler.		
25) Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.		
26) Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin belirli ve kesin kurallar vardır.		
27) Oral seks pistir.		
28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.		
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz.		
30) Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır.		

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) ERKEK FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay boşalırsınız?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Boşalmanız tatmin edici midir?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)*Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin*

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	☐
2. GERİLİM	☐
3. KORKULAR	☐
4. UYKUSUZLUK	☐
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	☐
6. DEPRESİF MİZAÇ	☐
7. SOMATİK (muskuler)	☐
8. SOMATİK (duygusal)	☐
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	☐
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	☐
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	☐
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	☐
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	☐
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ	☐
TOPLAM PUAN:	
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	

EK 6

HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D)

1. Depresif ruh hali

0. Yok

1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok

1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları
4. Kendisini ihbar veya itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halisünasyonlar görüyor

3. İntihar

0. Yok

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor ve benzer düşünceler besliyor
3. İntiharını düşünüyor veya bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor
4. İntihar girişiminde bulunmuş (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir)

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor

1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok

1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın)

6. Sabah erken uyanmak

- 0. Herhangi bir sorunu yok
- 1. Sabah erken uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor
- 2. Sabah erken uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor

7. Çalışma ve aktiviteler

- 0. Herhangi bir sorunu yok
- 1. Aktiviteleriyle, işiyle veya boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor
- 2. Aktivitelerine, işine veya boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor veya başkaları onun kayırsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor)
- 3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir
- 4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiç bir aktivite göstermeyenlere veya servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir

8. Retardasyon

- 0. Düşünceleri ve konuşmaları normal
- 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor
- 2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor
- 3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
- 4. Tam stuporda

9. Ajitasyon

- 0. Yok
- 1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor
- 2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor

10. Psikik anksiyete

- 0. Herhangi bir sorun yok
- 1. Subjektif gerilim ve iritabilite
- 2. Küçük şeylere üzülüyor
- 3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor

4. Korkularının daha sorulmadan anlatıyor

11. Somatik anksiyete

0. Yok

1. Hafif

2. İlmli

3. Şiddetli

4. Çok şiddetli

12. Somatik semptomlar (Gastrointestinal)

0. Yok

1. İştahsız ancak personelin ısrarıyla yiyor

2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları veya gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor veya ilaca ihtiyaç duyuyor

13. Somatik semptomlar (Genel)

0. Yok

1. Ekstremitelerde, sırtında veya başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı kolayca yorulma

2. Herhangi bir kesin şikâyet 2 puanla değerlendirilir

14. Genital semptomlar

0. Yok

1. Hafif

2. Şiddetli

3. Anlaşılamadı

15. Hipokondriyaklık

0. Yok

1. Kuruntulu

2. Aklını sağlık konuların atakmış durumda

3. Sık sık şikâyet ediyor, yardım istiyor

4. Hipokondriyaklık delüzyonları

16. Zayıflama

(A veya B yi doldurunuz)

A.Tedavi Öncesi (Anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok

1. Önceki hastalığına bağlı kilo kaybı
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı

B.Psikiyatrist tarafından yapılan hastanın haftada bir tartıldığı kontrollerde

0. Haftada 0.5 Kg'dan daha az zayıflama
1. Haftada 0.5 Kg'dan daha fazla zayıflama

17. Durumu hakkında görüşü

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor

TOPLAM PUAN:

ETİK KURUL ONAYI

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES	
231	KARAR Yrd. Doç. Dr. Mehmet GÜNEŞ, Asist. Dr. Hasan AKÇALI araştırmacılar tarafından planlanan "Prematür ejakülasyon (erken boşalma) olgularında benlik saygısı, anksiyete, depresif semptomlar, cinsel doyum, cinsel mitlerin incelenmesi ve sağlıklı bireylerle karşılaştırılması" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.
	DECISION The project titled as "Self esteem , anxiety, depressive symptoms, sexual satisfaction, investigation of sexual myths and comparison of them with healthy people in Premature ejaculation case" planned Mehmet GÜNEŞ, Hasan AKÇALI has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.