



**T.C.
SĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN 40 YAŞ ÜSTÜ
EVLİ ERKEKLERDE EREKTİL DİSFONKSİYONA AİT
RİSK FAKTÖRLERİNİN SORGULANMASI VE
EREKTİL DİSFONKSİYONUN EVLİLİK UYUMU VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Ahmet CELEP

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA-2022



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN 40 YAŞ ÜSTÜ
EVLİ ERKEKLERDE EREKTİL DİSFONKSİYONA AİT
RİSK FAKTÖRLERİNİN SORGULANMASI VE
EREKTİL DİSFONKSİYONUN EVLİLİK UYUMU VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Ahmet CELEP**

**TEZ DANIŞMANI
Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY**

ADANA-2022

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği'ne ilk geldiğim andan itibaren bilgisiyle, hayat görüşüyle hep yanımda olan ve desteğini hiç esirgemeyen; aynı zamanda tez sürecimde hep yanımda olan ve bana hep yardımcı olan, her sorunumda benimle ilgilenen sevgili ve değerli başasistanım, tez danışmanım Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a,

Kurduğu eğitim öğretim ortamıyla yolumuzu aydınlatan, hasta-hekim iletişiminin ve birinci basamak sağlık hizmetinin önemini kavramamızda çok kıymetli katkıları olan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Kenan TOPAL'a,

Asistanlık eğitimim süresinde tanıdığım tüm asistan arkadaşlarıma, sevgili eşkıdemlerim Dr. Şenol KAPLAN'a, Dr. Baver Özgür ALTUNKANAT'a,

Rotasyon yaptığım tüm kliniklerdeki hocalarıma ve asistanlık günlerimi paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında varlıklarıyla yüzümü güldüren, desteklerini ve sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen anneme, babama, kardeşlerime ve biricik yeğenlerime sözcüklerle ifade edemeyeceğim kadar,

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. EVLİLİK KAVRAMI.....	3
2.2. EVLİLİK TÜRLERİ	4
2.3. EVLİLİK UYUMU	4
2.3.1. Evlilik Uyumunun Ölçülmesi	6
2.4. EVLİLİK DOYUMU	7
2.5. CİNSELLİK	8
2.5.1. Cinsellik Tanımı.....	8
2.6. CİNSEL DOYUMUN TANIMI	9
2.7. EVLİLİK VE CİNSELLİK	11
2.8. CİNSEL YANIT DÖNGÜLERİ	12
2.9. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI	12
2.10. KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI.....	13
2.11. ERKEKLERDE CİNSELLİK.....	14
2.12. ERKEKTE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI.....	15
2.12.1. Cinsel İstek Bozuklukları.....	16
2.12.2. Cinsellikten Tiksinti Duyma Bozukluğu.....	16
2.12.3. Orgazmla İlgili Bozukluklar	16
2.12.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları	17
2.12.5. Erektıl Disfonksiyon	17
2.12.5.1. Ereksiyon fizyolojisi	17
2.12.5.2 Erektıl disfonksiyon risk faktörleri	18

2.12.5.3. Erkeklerde Eretil Disfonksiyon yapan ilaçlar ve hastalıklar.....	20
2.12.5.4. Eretil disfonksiyon tanısı.....	21
2.12.5.5. Sorgulama formları ve seksüel fonksiyon semptom skoru	23
2.12.5.6. Nokturnal penil tūmesans testi (NPTT)	26
2.12.5.7. Eretil disfonksiyon tedavisi.....	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	29
3.1. ARAŞTIRMADA KULLANILACAK ÖLÇEKLER.....	30
3.1.1. Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 Soruluk Versiyon Ölçeği (IIEF)..	30
3.1.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	30
3.1.3. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği	31
3.1.4. Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği	31
3.2. HASTA POPÜLASYONU	31
3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇLAR.....	61
7. KAYNAKLAR	63

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Evlilik tipleri	4
Tablo 2. Yenilenmiş çift uyum ölçeği	6
Tablo 3. Cinsel yaşam kalitesi ölçeği- erkek (CYKÖ-E)	10
Tablo 4. Yeni cinsel doyum ölçeği	11
Tablo 5. Kadın cinsel işlev bozukluğu için DSM-5 kriterlerinin özeti	15
Tablo 6. Erkeklerde cinsel yanıt evreleri ile ilişkili cinsel fonksiyon bozuklukları	17
Tablo 7. Erektile Disfonksiyona neden olan hastalıklar	21
Tablo 8. Erkeklerde Erektile Disfonksiyona neden olabilen bazı ilaçlar	22
Tablo 9. Organik ve psikojenik ED'deki anamnez farklılıkları	24
Tablo 10. Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 soruluk Versiyonu (IIEF-5, International Index of Erectile Function-5)	26
Tablo 11. Katılımcıların kronik hastalık durumları tablosu	34
Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik verileri	35
Tablo 13. Katılımcıların yaş ve evlilik sayıları	35
Tablo 14. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumu tablosu	36
Tablo 15. Katılımcıların kronik hastalık durumu	36
Tablo 16. Katılımcıların boy, kilo, vki tablosu	36
Tablo 17. Katılımcıların IIEF-5 skoru ve erektil disfonksiyon sorun süresi tablosu	37
Tablo 18. Katılımcıların erektil disfonksiyon şiddet tablosu	37
Tablo 19. Katılımcıların kronik ilaç kullanım durumları	38
Tablo 20. Katılımcıların Erektile Disfonksiyon nedeniyle doktora başvurma durumları	39
Tablo 21. Erektile Disfonksiyonu olan hastaların doktora gitmeme nedenleri	39
Tablo 22. Erektile Disfonksiyonu olup doktora başvuran hastalara önerilen tedavi durumları	39
Tablo 23. Katılımcıların ED için hekim önerisi dışında ürün kullanım durumları	40
Tablo 24. Katılımcıların ED için hekim önerisi dışında üründe yan etki yaşama durumları	40
Tablo 25. Erektile disfonksiyon açısından bazı risk faktörlerinin karşılaştırılması-I	41
Tablo 26. Erektile disfonksiyon açısından bazı risk faktörlerinin karşılaştırılması-II	42
Tablo 27. Ölçekler ile erektil disfonksiyon grupları arasındaki karşılaştırma	43
Tablo 28. Katılımcıların Erektile Disfonksiyona ait bazı risk faktörleri ile ilgili mevcut durumları	44
Tablo 29. Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalite Ölçek skorlarıyla çalışma ve eğitim durumları ile karşılaştırılması	44
Tablo 30. Erektile disfonksiyona yönelik sorular	45
Tablo 31. Çalışma durumu ile ED varlığı ile hekim dışı ürün bulguları arasındaki farklılık	45
Tablo 32. ED varlığı ile ilgili parametreler arasındaki farklılık	46
Tablo 33. Doktora başvurma durumu ile ilgili parametreler arasındaki farklılıklar	47
Tablo 34. Hekim önerisi dışında ürün kullanımı ile ilgili parametreler arasındaki farklılıklar	48
Tablo 35. Katılımcıların erektil disfonksiyon varlığına göre hipertansiyon hastalıkları karşılaştırılması	49
Tablo 36. Katılımcıların erektil disfonksiyon varlığına göre diüretik ilaç kullanım durumları karşılaştırılması	50
Tablo 37. Kullanılan ölçekler arasındaki ilişkinin korelasyon tablosu	51
Tablo 38. Katılımcıların yaş grubuna göre CHIEF-5 puanı karşılaştırılması	52

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Erkeklerdeki cinsel yanıt döngüsü	16
Şekil 2. Erektile disfonksiyonun fizyopatolojisi.....	21
Şekil 3. Rigiscan monitörü.....	27
Şekil 4. Tek parçalı penil protez (mallebre)	29
Şekil 5. Katılımcıların erektil disfonksiyonlarına ait evre tablosu.....	37
Şekil 6. Katılımcıların herhangi bir hastalık için düzenli ilaç kullanım durumları	38



KISALTMALAR LİSTESİ

AKŞ	: Açlık Kan Şekeri
CYKÖ-E	: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Erkek
DSM-5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının 5.baskısı
DSM-IV	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskısı
ED	: Erektile Disfonksiyon
FM	: Fizik Muayene
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
IIEF	: Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi
M.Ö.	: Milattan Önce
NO	: Nitrik Oksit
NPT	: Nokturnal Penil Tümesans
NPTT	: Nokturnal Penil Tümesans Testi
PDE-5	: Oral Fosfodiesteraz-5
PE	: Prematür Ejakülasyon
SAQ	: Self-Administered Questionnaire
SQOL-M	: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Erkek
YÇUÖ	: Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği

ÖZET

Birinci Basamakta Takip Edilen 40 Yaş Üstü Evli Erkeklerde Erektile Disfonksiyona Ait Risk Faktörlerinin Sorgulanması ve Erektile Disfonksiyonun Evlilik Uyumu ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması

Giriş ve Amaç: Erektile disfonksiyon (ED), toplumda yüksek oranda görülen, erkeğin toplumsal konumunu, özgüvenini, duygusal durumunu etkileyen, bireysel etkilemenin yanında evlilikleri de olumsuz yönde etkileyen bir sağlık sorunudur. Çalışmamızda 1.basamaktaki 40 yaş üzeri erkek hastalar ED açısından sorgulanarak, ED'nin sıklığı, nedenleri ve demografik verilerle ilişkisinin araştırılması planlandı. ED nedeniyle doktora başvuru oranları, doktora başvurmama nedenleri ve doktor önerisi dışında ilaç kullanma durumlarının araştırılması amaçlandı. Bütün katılımcılar ayrıca çift uyumları açısından değerlendirilerek ED'nin evlilik üzerine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: 15.02.2022-15.04.2022 tarihleri arasında Adana ili Sarı Hamzalı Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, 40 yaş üzeri evli erkek bireyler üzerinde gerçekleştirilen çalışmamız tanımlayıcı kesitsel olarak planlanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 40 yaş üzeri evli erkek olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve dışlanma kriterleri; sağlıklı iletişim kurulamayan ve aydınlatılmış onam formunu imzalamayan kişiler olarak belirlenmiştir. Katılımcılara veri toplama formundaki sorular yüzyüze görüşme yöntemiyle yöneltildikten sonra tüm katılımcılara Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 Soruluk Versiyon Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan toplam 283 adet 40 yaş üstü evli erkeğin ortalama yaş değeri 56 yıl (min-maks: 41-82) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %29,3'ü (n:83) düşük eğitilmiş, %39,6'sı (n:112) düşük gelirli idi. Eğitim ve gelir düzeyi azaldıkça ve yaş ortalaması arttıkça ED görülme sıklığı artıyordu. ED'si olan olguların %83,3'ünün ED için hiç doktora başvurmadığı tespit edildi. Hekime başvurmama nedenleri incelendiğinde; %53,4'ü ED'nin yaşına göre normal olduğunu düşündüğü, %23,3'ünün çekindiği veya utandığı, %22,2'sinin ise düzeleceğini düşündüğü için doktora başvurmadığı tespit edildi. ED'si olan olguların Çift Uyum Ölçeği skoru ve Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği Skoru puan ortalamalarının daha düşük olduğunu, Hastane Depresyon ve Anksiyete ölçekleri skorlarının ise anlamlı daha fazla olduğunu gözlemlendi.

Sonuç: ED'li hastaların davranışsal özellikleri, onları tedaviye yönlendiren ve tedaviden uzaklaştıran sebeplerin belirlenmesi ED ile mücadelede çok önemlidir ve bu alandaki akademik çalışmaların artırılması gerekmektedir. 40 yaş üzerinde erkekler, kronik hastalığı olan ve kronik ilaç kullanımı olanlar, sosyoekonomik düzeyi düşük olan insanlar mümkün olduğunca ASM'ler de sorgulanmalıdır. Cinsel işlev bozukluk olduğu öğrenildiği takdirde hastalara psikolojik desteğin birinci

basamaktan itibaren başlanması gerekmektedir. Hastaların çift uyumları değerlendirilerek destek verilmesinin, gereken durumlarda Üroloji kliniklerine yönlendirilmesinin önemli olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Erektile disfonksiyon, Çift Uyumu, 1.basamak



ABSTRACT

Erectile Dysfunction in Married Men Over Age 40 Followed in Primary Care Questioning the Risk Factors of Dysfunction and Investigation of the Effects of Erectile Dysfunction on Marital Adjustment and Quality of Life

Purpose: Erectile dysfunction (ED) is a health problem that is seen at a high rate in the society, affects the social position, self-confidence, and emotional state of men, and negatively affects marriages as well as individual effects. In our study, it was planned to investigate the frequency of ED, its causes, and its relationship with demographic data by questioning male patients over 40 years of age in primary care for ED. It was aimed to investigate the rates of visiting a doctor due to ED, the reasons for not consulting a doctor, and the use of drugs other than doctor's recommendation. It was aimed to examine the effect of ED on marriage by evaluating all the participants in terms of their dyadic adjustment.

Method: Our study, which was carried out on married male individuals over the age of 40, who applied to Adana Sarı Hamzalı Family Health Center between 15.02.2022 and 15.04.2022 and agreed to participate in the study, was planned as descriptive cross-sectional. Inclusion criteria for the study; being a married man over the age of 40, being willing to participate in the study and exclusion criteria; were determined as those who could not communicate well and did not sign the informed consent form. After the questions in the data collection form were directed to the participants by face-to -face interview method, the International Sexual Function Quality Scale with 5 questions, Hospital Anxiety and Depression Scale, Revised Couple Adjustment Scale and Sexual Life Quality Scale were applied to all participants.

Results: The median age of 283 married men over 40 years of age who participated in the study was found to be 56 years (min-max: 41-82). 29.3% (n:83) of the participants were low-educated and 39.6% (n:112) were low-income. The incidence of ED increased as the level of education and income decreased, and the average age increased. It was determined that 83.3% of the cases with ED never consulted a doctor for ED. When the reasons for not applying to a doctor are examined; It was determined that 53.4% thought ED was normal for their age, 23.3% were afraid or embarrassed, and 22.2% did not consult a doctor because they thought it would get better by itself. It was observed that the patients with ED had lower mean scores on the Couple Adjustment Scale and Sexual Life Quality Scale scores, while the scores on the Hospital Depression and Anxiety scales were significantly higher.

Conclusion: Behavioral characteristics of patients with ED and determining the reasons that lead them to treatment and avoid treatment are very important in the fight against ED, and academic studies in this area need to be increased. Men over the age of 40, people with chronic diseases and chronic drug use, people with low

socioeconomic status should be questioned in FHCs as much as possible. If it is learned that there is a sexual dysfunction, psychological support should be started from the first step. We believe that it is important to provide support by evaluating the couple harmony of patients and to refer them to Urology clinics when it necessary.

Keywords: Erectile dysfunction, Couple Harmony, 1st level



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Eretil disfonksiyon, toplumda yüksek oranda görülen, erkeğin toplumsal konumunu, özgüvenini, duygusal durumunu etkileyen bir sağlık sorunudur. Dünya üzerinde 150 milyondan fazla insanı etkileyen eretil disfonksiyon, başarılı cinsellik için yeterli ereksiyonunun sağlanamaması ve/veya sürdürülememesi durumunun kronik hale gelmesi olarak tanımlanmaktadır.

Yayımlanan bazı makalalarda 40-75 yaş arası erkeklerde eretil disfonksiyon sıklığı Amerika Birleşik Devletlerin’de %53, Türkiye’de %70 olarak tespit edilmiştir (1, 2). Eski yıllarda eretil disfonksiyonun primer nedeninin psikolojik olduğuna düşünülse de artık günümüzde vakaların çoğunluğunda altta yatan organik bir patolojinin olduğu inanılmaktadır (3). Cinsel işlev bozukluklarının cinsel doyumunu etkilemesi ve bu nedenle evlilik uyumunu bozmasıyla alakalı birçok makale yayımlanmıştır (4-9). Evlilik kurumu toplum temellerini oluşturan yegâne kavramlardan biridir. Toplumda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olan ED, bu nedenle tıbbi bir sorun olduğu kadar sosyolojik de bir sorundur.

ED’nin kendisi kadar önemli diğer bir hususta bu konuda doktora başvuru oranlarının çeşitli nedenlerle az olmasıdır. Çeşitli çalışmalarda bu sorunun temelinde utangaçlık ve çekingenlik yattığı gözlenmiştir (10). İleri yaş grubunda ise temel başvurmama nedeninin bu sorunun yaşa göre normal sanılması olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (11).

Özellikle ülkemizde bu konuyla alakalı diğer bir problemde hekim önerisi dışında ilaç kullanımının fazla olmasıdır (12). ED tedavisinde kullanılan oral fosfodiesteraz-5 (PDE-5) inhibitörlerinin reçetesiz olarak temin edilebilmesi çeşitli riskler doğurmaktadır. Bu riskler başlıca kardiyovasküler olayların artması olarak söylenebilir. Oral PDE-5 inhibitörlerinin çok sayıda ilaçla etkileşime girebilmesi, morbidite ve mortalite riski yaratmaktadır. Yasadışı olarak üretilen ve piyasada bulunabilen ilaçlarda dozları bilinmeyen PDE-5 inhibitör maddeleri içermektedir. Bu nedenlerden dolayı ED’si olan erkek hastaların hekime başvurmaya teşvik edilmesi oldukça önemlidir. Hekim kontrolünde tedavi edilebilmesi için gerekli yönlendirmelerin yapılması açısından birinci basamakta çalışan hekimlere önemli görevler düşmektedir.

Bazı çalışmalar ED'nin kardiyovasküler hastalıkların erken semptomlarından biri olabileceğini bu nedenle ED nedeniyle doktora başvuruların artmasının önemli olduğunu belirtmektedir (13-15).

Literatürdeki ED ile alakalı çoğu çalışma ilaçların etkinliği, doz ayarlaması ve güvenilirliği gibi farmakolojik konulara odaklanmıştır. Çözüm arayışında olan erektil disfonksiyonlu vakaların davranışsal özellikleri, onları tedaviye yönlendiren ve tedaviden uzaklaştıran nedenlerin tespit edilmesi erektil disfonksiyon ile mücadelede oldukça önemlidir. Bu sebeplerin toplumların yapısına göre farklılıklar gösterebilmesi, ülkemizde ve bölgemizde özellikle birinci basamakta ED ile ilgili kişileri biyopsikososyal açıdan değerlendiren çalışma sayısının sınırlı sayıda olması bu araştırmayı yapmamızdaki ana nedeni oluşturmaktaydı.

Çalışmamızda ASM'e başvuran 40 yaş üzeri erkek hastalarda başlıca ED sıklığı, nedenleri, doktora başvurmama oranları ve nedenleri, hekim önerisi dışında ilaç kullanım oranları ve nedenleri gibi durumlar olmak üzere, ED'i fizyolojik ve psikolojik birçok yönden incelemeyi amaçladık. Çift uyumunu ve cinsel doyumu ölçmeye yarayan ölçeklerle ED'li hastaların evlilik durumlarını incelemeyi ve ED'nin evlilik üzerine etkilerini incelemeyi amaçladık. Ayrıca çeşitli demografik verilerle yaptığımız analizlerle (evlenme şekli, yaş, VKİ, ekonomik durum, eğitim düzeyi vb.) ED sıklığını arttıran nedenleri belirlemeyi ve bu konuda literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EVLİLİK KAVRAMI

Geçmişten günümüze tüm toplumlardaki insanlar belirli ihtiyaçlarını giderebilmek amacıyla hayatları boyunca karşı cins insanlar ile birleşme ve hayatlarını bu şekilde idame ettirmeye ihtiyaç duymuşlardır. Bu nedenle birbirlerinden farklı istek ve ilgilere sahip olan iki insanın, hayatı paylaşmak, beraber yaşamak, çocuk yapmak ve yetiştirmek gibi amaçlarla kurdukları bir ilişkiler sistemine; toplumsal onaylama ile gerçekleşmiş bir sözleşmeye ve cinsel ihtiyaçların karşılıklı olarak doyuma ulaştırıldığı bir kaynaşmaya evlilik adı verilmiştir (16).

Evlilik kavramının oluşturan ilkelerin gelişimi milattan önce iki binli yıllarda Mısır’ da başlamıştır. İki-üç bin yıllık geçmişi olan evlilik kurumu, toplum düzenini, kültür ve geleneklerin sürekliliğini, yeni nesillerin bakım ve eğitimini sağlayan bir kurum olarak devam etmiş, toplumlar, dini kurumlar ve devletler tarafından da günümüze kadar desteklenmiştir (17).

İnsanların neslini devam ettirmesini sağlayan evlilik ile, insanlar kendi soyunun devamını garantiye almayı amaçlamıştır. Kişilerin düzenli yaşamasını sağlayan evlilik ayrıca toplumsal kurallara uymaya zorlayıcı bir kurumdur. Evlilik aracılığıyla kimin ne olduğu ve nasıl denetlenebileceği daha kolay bilinebilmektedir. Evliliğin nasıl sürdürüleceği ise 1900’lerden beri tartışılan konulardan biridir (18).

Bu kurum, sosyolojik olarak farklılık göstermektedir. Geçmişten günümüze tüm halklarda var olan ve insanların yaşamlarını etkileyen bir sosyal kurum olan evliliğin insanların ve toplumun geleceğine yön veren en önemli ilişki kurumu olduğu bilinmektedir.

Eski dönemlerde özellikle de batı toplumlarında daha çok eşlerin birbirlerini tanıdıkları ve anlamaya çalıştıkları, karşılıklı ihtiyaçlarını karşılamayı hedefledikleri kurum iken günümüzde aile ve evlilik, eşler dışında çocukların da var olduğu ve önemsendiği hatta diğer aile büyüklerinin de kapsandığı bir sisteme dönüşmektedir (19).

2.2. EVLİLİK TÜRLERİ

Evlilik kurumu oluşturulması farklı biçimlerde olabilmektedir. Bireylerin eş seçimleri, evliliğin gerçekleşme yöntemi ve bireylerin evlendikten sonraki süreçte yaşayacakları yer, aileleriyle ilişkisi gibi konulara bağlı olarak toplumlara, kültürlere ve geleneklere göre değişiklikler göstermektedir. Sezen ve arkadaşlarının (20) yaptığı çalışmaya göre ülkemizde 33 evlilik türünün olduğu bilinmektedir. Evlilik türlerinin sınıflaması Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Evlilik tipleri (21)

Eş sayısına göre	Tek eşle evlilik (monogami) Çok eşle evlilik (poligami)
Eşin seçildiği çevreye göre	Grup içi evlenme (endogami) Grup dışı evlenme (eksogami)
Kişilerin yerleşim yerine göre	Erkek ve erkeğin yakınlarının yanına yerleşme (patrilokalite)
Soyun izlenmesine göre	Baba soyununun izlenmesi (patriliniyal) Ana soyunun izlenmesi (matriliniyal) Her iki tarafın eşitliği
Ev içindeki otoriteye göre	Erkek üstün otorite Kadın üstün otorite Eşit otorite

Ülkemizdeki çalışmalara göre en çok görülmekte olan evlenme tipleri ikişer ana başlık olmak üzere dört başlıkta toplanmıştır. Flört ederek (anlaşarak) evlenme, görücü usulü ile evlenme ve geleneksel evlilik ve modern evlilik olarak sınıflandırılmışlardır (20).

2.3. EVLİLİK UYUMU

Duygular insanların hayat tarzlarını belirleyen, deneyimlerle gelişen psikolojik durum iken, duygu dışavurumu, ihtiyaç ve beklentileri başkalarına iletmenin bir yoluna verilen isimdir ve düşmanca tavır alma, eleştirel olma, aşırı ilgi duyma, müdahaleci olma, yakınlık kurma ve olumlu yorumları kapsamaktadır (22).

Evlilik uyumu kavramı, eşlerin günlük yaşantıya ve yaşantı içinde değişen koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun olarak değişimleri şeklinde tanımlamaktadır (19). Evlilik uyumu ve evlilik doyumu ise birçok alanda birbirlerinin yerine kullanılmış birbirlerinden farklı iki kavramdır. Evlilikte uyum; bireylerin sistemdeki rollerinde aktif olarak yer alması, problem

çözebilen, kaygı ile baş etme becerisine sahip olan, ortak karar almada uyumlu ve sağlıklı bir iletişime sahip olunmasıdır. Evlilik uyumu sonucunda oluşan mutluluk, yaşam doyumundaki artış ve bireylerin memnuniyetleri de evlilik doyumuna ile karıştırılmasına neden olmuştur ancak evlilik doyumuna bireyin var olan ilişkisini öznel olarak değerlendirmesi ve bireyin ilişkisine dair hisleri ve duygularıdır. Evlilik uyumunu sağlamış çiftlerin evliliğinin de doyumlu olduğunun düşünülmesi evlilik uyumunun evlilik doyumuyla karıştırılmasına neden olmuştur (23, 24). Yani kısaca bu kavram, eşlerin eşitlik duygusuna sahip olması, düşünsel ve bedensel yakınlık geliştirmesi koşuluyla gerçekleşebilen bir ilişki ve evliliğe ilişkin memnuniyet olarak özetlenebilir (25). Evlilik uyumu, evlilikte mutluluğun artması ve çatışmanın azalmasıyla gelmektedir ve genelde evlilik mutluluğu ile cinsel doyum, olumlu iletişim ve eğer yeniden evlenilecek olursa yine aynı kişiyle evlenme isteği gibi farklı evlilik uyumu ölçütleriyle belirlenmektedir (26).

Demografik değişkenlerle evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürde birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda en sık rastlanan değişkenler arasında cinsiyet, evlenme yaşı, eğitim durumu, ekonomik düzey, evlilik süresi, evlenme biçimi, dini konular ve çocuk sayısı sayılabilir (27).

Wallerstein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, evliliği devam ettirmek için gerekli olan psikolojik ve davranışsal görevleri belirlemeyi amaçlamışlar. Yayımladıkları makalede iyi bir evlilik idamesi için yapılması gereken dokuz görevi şöyle sıralamaktadırlar;

1. Eşler ben yerine biz demeyi öğrenmelidirler. Bunun yanında özerkliklerini koruyarak sınırlarını da belirlemelidirler.
2. Bazen espriler ve şakalar yaparak yalnızlık ve sıkıntılı konumdan çıkmaya çalışmalıdırlar.
3. Cinsel hayatların, aile, iş gibi sorunlardan etkilenmemesi gerekmektedir.
4. Hayatın getireceği problemlerle mümkün olduğunca yüzleşmeli ve başa çıkabilmeleri gerekmektedir.
5. Evlikte her iki tarafın da farklılıklarını, öfkelerini, korkularını, sorunlarını birbirleriyle paylaşabileceği güvenli bir ortam yaratılmalıdır.

6. İlişkideki kişiler yetiştikleri aileden duygusal olarak kendini soyutlamalı ve kendi benliğini geliştirmelidirler. Bu kişiler, anne-babaları, kardeşleri ve akrabaları ile vakit geçirirken birbirlerine de vakit ayırmalıdır.
7. Eşler birbirinin sevgi, saygı, beğenilme gibi gereksinimlerini karşılamalı aynı zamanda yardım etmeli ve destek olmalıdır.
8. Evliliklerinin ilk günlerindeki romantizmi korumalı ve zamanla bu romantizmin bitmesine izin verilmemelidir.
9. Ebeveyn olduklarında eşler birbirine destek olmalı ve çocuğun ilişkilerini olumsuz yönde etkilemesine müsaade etmemelidir (28)

2.3.1. Evlilik Uyumunun Ölçülmesi

Kişiler arasındaki eş uyumun ölçümüne ilişkin makalelerde görüş ayrılıkları ve farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda, eşler arasındaki uyumu ölçerlerken, eşlerin evlilikleri ile ilgili duyguları araştırılmış ve çalışmalarda eşler arasındaki uyumun belirleyicileri olarak eşlerin evlilik doyumu ya da mutluluğu ile alakalı kendilerinden aldıkları bilgiler kullanılmıştır (29). Bazı araştırmacılar ise, eşler arasındaki uyumu “Eşlerin ayrı ayrı duyguları olarak değil, eşler arasındaki ilişkinin ortak bir özelliği,” olarak tanımlamışlardır (30)

Çift uyumunun ölçülmesi amacıyla birçok ölçek kullanılmaktadır. Günümüzde en sık kullanılan anketlerden birisi “Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeğidir”. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ), Spanier (1976) tarafından geliştirilen 32 maddeden oluşan Çift Uyum Ölçeği’nin Busby ve ark. (1995) tarafından yeniden düzenlenerek 14 maddeye indirgenmiş son halidir (Tablo 2) (31).

Tablo 2. Yenilenmiş çift uyum ölçeği

	Hiçbir zaman anlaşamayız	Nadiren anlaşırız	Bazen anlaşırız	Oldukça sık anlaşırız	Çogu zaman anlaşırız
1. Dini konular					
2. Muhabbet-sevgi					
3. Temel kararların alınması konusunda					
4. Cinsel ilişki					
5. Geleneksellik					
6. Mesleki kararlar					
7. İlişkinizi sonlandırmayı ne sıklıkta tartışmaktasınız?					
8. Eşinizle ne sıklıkla münakaşa edersiniz?					
9. Evlendiğiniz için pişmanlık duyar mısınız?					
10. Ne sıklıkla bir birinizin neden sinirlenmesine olursunuz?					
11. Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?					
12. Ne sıklıkla teşvik edici fikir alışverişinde bulunursunuz?					
13. Ne sıklıkla bir iş üzerinde birlikte çalışırsınız?					
14. Ne sıklıkla bir şeyi sakince tartışırsınız?					

2.4. EVLİLİK DOYUMU

Evlilik doyumu terimi, “bireyin evlilik ilişkisindeki ihtiyaçlarının karşılanma derecesine göre yorumlaması” olarak tanımlanmaktadır (32). Sokolsi ve Hendrick; evlilik doyumunu, “Evli çiftlerin birbirlerine karşı gösterdikleri bireysel boyutlar (sevgi biçimi, cinsel doyum, iletişim biçimi gibi) ve çevresel boyutlar (verilen kararlarda eşitlik, kazanç, çalışma ve problemleri paylaşma gibi) sonucu oluşan psikolojik doyum” olarak tanımlamaktadır (33). Evlilik doyumu, cinsel doyum ve uyum, kültür, cinsiyet, çocuk sayısı, evlilik şekli ve eğitim düzeyi gibi birçok parametreden etkilenmektedir (34).

Evlilik uyumu ile evlilik doyumu kavramları arasında yüksek düzeyde ilişki olması sebebiyle sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadırlar. Bazı araştırmacılar evlilik doyumu yüksek kişilerin aynı zamanda uyumlu eşler olduğunu belirterek bu iki kavramın farklı olmadığı görüşünü ileri sürmektedirler (25). Doyum düzeyi iyi

olan kişiler, eşlerini takdir eder ve ödüllendirirler, eşleriyle daha mutlu hissedebilecekleri ortak yaşam alanları oluşturmaya çalışırlar, güncel olayları, anıları paylaşırlar, müşterek anılar yaratmaya çalışırlar, eşlerine sözel ifadelerle veya davranışlarıyla varlıklarını, onların kendileri için değerli olduklarını hissettirirler.

Ülkemizde evliliklerdeki doyumun evlilik şekline göre değişip değişmediğini araştıran bazı çalışmalar mevcuttur. Kişilerin evlenecekleri kişiyi kendilerinin seçmesi veya istediği kişi ile evlenmesinin, uzun dönemdeki ilişkisinde yaşadığı doyumu arttırabileceği belirtilmiştir (35).

Evlilik doyumun etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilir (36-38):

1. Sevgi ve aşk
2. İletişim becerisi
3. Evlilikte çatışma ve problem çözme becerisi
4. Birlikte zaman geçirme sıklığı
5. Maddi konulardan kaynaklanan sorunlar olup olmaması
6. Cinsel doyumsuzluk varlığı
7. İlişkideki cinsiyet rol beklentilerinin karşılanması
8. Eşlerin kendi aile temellerinden evliliklerine taşıdıkları unsurlar

Sonuç olarak, ülkemizde eşler arasındaki uyumu değerlendiren, geçerlik ve güvenirliği yapılmış ölçekler olmasına rağmen bu konuda kültürümüze özgü ölçeklerin geliştirilerek değerlendirilmesi gerektiği bir gerçektir. Evlilikteki bireylerin arasındaki uyuma ilişkin çalışmalar değerlendirilirken, doyum, uyum ve çatışma gibi kavramlar tanımlanmış ölçekler bağlamında değiştiği için bu kavramların doğru gözlemlenmesi önemlidir. Ülkemizdeki evlilik doyumu ile alakalı daha aydınlatıcı bilgiler ve veriler elde etmek için kültürümüze uygun olarak geliştirilmiş ölçekler ile yapılacak çok sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.5. CİNSELLİK

2.5.1. Cinsellik Tanımı

Cinsellik, “cinsel doyumu ve iki insanın uyum içerisinde beraberliklerini içeren sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan özel bir yaşantı” olarak tanımlanabilir. Haz duyguları çok yoğun

olmakla beraber, haz almaya yönelik her davranışın cinsellik içerdiği söylemek yanlıştır. Temelde cinsellik, “haz almaya yönelik davranışların tümünü içermese de fiziksel seksten ötede bir anlam” taşımaktadır (39, 40). Ancak cinsellik Türk Dil Kurumu’nda ise “sevişme duygusu, seksüellik” olarak tanımlanmıştır.

Cinsellik, bireyler açısından hayati bir önemi olmamakla birlikte, bireylerin yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyebilmektedir. Cinsellik bireylerin yaşamsal alışkanlıkları, yaşam şekillerine ve hayat tecrübelerine bağlı olarak değişim göstermektedir. Bazı kişilerde ve zamanlarda zorunluluk sebebiyle, bazılarında nefret veya canı hislerle, bazılarında ise romantik bir ilişki olarak yaşanabilmektedir. Kişilerin psikolojik, sosyal ve fizyolojik koşulları cinsellik algılarını ve cinselliğe yönelik eylemlerini etkileyebilmektedir (41). Bireylerin cinsel hayatlarının fizyolojik, psikolojik ve hormonal yönlerden tanımlı olan cinsellik olgusu, bireylerin cinsel hayata sahip olup olmama durumu ve cinsel duygularının önemli bir parçasını ifade etmektedir. Diğer bir ifadesiyle cinsellik bireylerin uyumlu birlikteliklerini ve cinsel anlamdaki tatminlerini kapsayan, kültürel değerler, sosyal ilişkiler ve dini değerler ile belirlenen kişisel nitelikteki özel zaman geçirilmesidir (42).

Erkek ve kadınların cinselliğe bakışı birbirlerinden farklıdır. Cinsellik kadınlar için çok eski zamanlardan beri tabu haline gelmiş, bastırılmış dürtü ve ihtiyaçtır. Bu nedenle kadınların cinselliğe ilişkin inanç, tutum ve değer yargıları erkeklere göre oldukça farklıdır (43). Bu da bireylerin cinsel fonksiyonlarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Evlenme olgusunun ortaya çıkmasındaki nedenlerden biri de iki kişinin yaşadığı cinsel ilişkinin toplum kurallarına uyması gayesiyle birlikteliklerini yasallaştırmak istemeleridir.

Sağlıklı bir cinsel hayatın ve cinsel doyumun ilişkilerde evlilik doyumunu ve uyumunu arttırdığı bilinmektedir. Evliliklerde cinsellikle alakalı sorunlar kadın ve erkeklerde farklı psikolojik ve fizyolojik nedenlerden dolayı olabilmektedir (6, 44, 45).

2.6. CİNSEL DOYUMUN TANIMI

Lawrance ve arkadaşları cinsel doyumunu (46), “Eşlerin cinsel yaşamıyla alakalı olumlu ve olumsuz boyutların subjektif değerlendirmesinden kaynaklanan bir tepki” olarak tanımlamışlardır. Eşler arasında ilişki doyumundaki önemli

faktörlerden biri cinsel doyum seviyeleridir. Evlilikte cinsel doyum çiftlerde ilişkilerinin genel doyumunda oldukça önemli bir faktör olarak rol oynamaktadır. Bu nedenle ilişkilerdeki mutluluk ve işlevin en önemli komponentlerinden biri cinsel doyum olarak görülmektedir. İlişkilerde cinsel ilişkinin başlıca faydası, duygu ve hazların paylaşılması, yakınlığın pekiştirilmesi ve derinleştirilmesi, hayatın ve ilişkinin güçlüklerine karşı baş etmede gerilimi azaltmasıdır (8). Bilindiği gibi cinsel doyum, evlilik uyumu ile de ilişkilidir. Evlilik uyum seviyeleri düşük olan eşlerin cinsel doyumlarının da az olduğu bildirilmektedir (47). Tuğut ve arkadaşları 2016 yılında Cinsel Doyum ölçeği yayınlamıştır (Tablo 4). Cinsel yaşamın kalitesini değerlendirme amacıyla oluşturulmuş direk bir ölçek olan “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Erkek (CYKÖ-E)” ise Tablo 3’te belirtilmiştir.

Evlilikteki cinsel hayat literatürde göz ardı edilen konulardan biridir. Artık bu alanda daha fazla bilginin olmasına rağmen normal ilişki akışı içine cinselliğin nasıl entegre edilmesi gerektiği konusunda sınırlı bilgiler vardır (7). Sonuç olarak cinsel doyum ile evlilik doyumu üzerine olan yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu bir gerçektir.

Tablo 3. Cinsel yaşam kalitesi ölçeği- erkek (CYKÖ-E) (48)

	Tamamen kathıyorum	Büyük ölçüde kathıyorum	Kısmen kathıyorum kısmen kathılmıyorum	Büyük ölçüde kathılmıyorum	Tamamen kathılmıyorum
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum					
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum					
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir erkek olarak eksik hissediyorum					
4. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim					
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum					
6. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum					
7. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum					
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum					
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum					
10. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum					
11. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum					

Tablo 4. Yeni cinsel doyum ölçeği (49)

Ölçek Maddeleri	Hiç memnun değilim	Biraz memnunuz	Orta düzeyde memnunuz	Çok memnunuz	Son derecede memnunuz
1. Cinsel uyarılma yoğunluğum					
2. Cinsel boşalmanın (orgazm) kalitesi					
3. Cinsel ilişki boyunca kendimi cinsel zevke teslim etme ve bırakmam					
4. Cinsel ilişki boyunca odaklanmam / konsantrasyonum					
5. Eşime / partnerime cinsel tepki biçimim					
6. Vücudumun cinsel açıdan fonksiyonelliği (işlevselliği)					
7. Cinsel ilişki sırasında duygusal serbestliğim (açılmam)					
8. Cinsel ilişki sonrasındaki ruh halim					
9. Cinsel boşalma (orgazm) sıklığı					
10. Eşime/ partnerime tattırdığım zevk					
11. Cinsel ilişki sırasında aldığım ve verdiğim arasındaki denge					
12. Cinsel ilişki boyunca eşimin / partnerimin duygusal paylaşımı (açılması)					
13. Cinsel ilişkiyi eşimin / partnerimin başlatması					
14. Eşimin / partnerimin cinsel boşalma (orgazm) becerisi					
15. Eşimin / partnerimin kendisini cinsel zevk için teslim etmesi (bırakması)					
16. Eşimin / partnerimin benim cinsel ihtiyaçlarımla ilgilenme tarzı					
17. Eşimin / partnerimin cinsel yaratıcılığı					
18. Eşimin / partnerimin cinsel ilişkiye hazır olması					
19. Cinsel ilişkimin çeşitliliği					
20. Cinsel ilişkimin sıklığı					

2.7. EVLİLİK VE CİNSELLİK

McCharty ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptığı çalışmada cinsel fonksiyonlarda problem olmamasının, evliliğe olumlu katkısının olabildiği fkaat, cinsel fonksiyonlarda problem olduğunda bunun evlilik üzerinde oldukça güçlü ve olumsuz bir etkisinin bulunduğunu bildirmişlerdir (50). Erkeklerdeki prematür ejakülasyon durumu ve erektil işlev bozukluklarının, evlilikte uyumun bozulmasında kadınlardaki vajinismus ve benzeri diğer cinsel problemlerden daha fazla etkili olduğu bazı çalışmalarda belirtilmiştir. Bunun nedeninin sosyokültürel nedenlerden dolayı erkeklerdeki cinsel sorunların, erkeğin özgüven ve benlik saygısını daha fazla

azaltıp psikolojik ekilenimin daha fazla olmasından olduğu düşünülmektedir (51). Yine başka bir çalışmada benzer şekilde, “cinsel doyumun, eşlerin bunu algılayış biçimi ve cinsel ilişki sıklığı gibi etmenlerin, evlilik uyumuyla ile doğru orantılı olduğu” bildirilmiştir. Buna karşın, olumsuz duygusal tepkilerin artışı, cinsel ilişki sıklığı ve doyumunun azalmasının evlilikte mutluluğun azalttığını gözlemlenmiştir (6).

2.8. CİNSEL YANIT DÖNGÜLERİ

Cinselliği ilk defa laboratuvar üzerinde incelemiş olan ve cinsellik açısından birçok konuda literatüre katkı sağlayan Masters ve Johnson, cinsel yanıtın 4 evrede olduğunu bildirmişlerdir (52).

1. **Uyarılma Evresi:** cinsel yanıt döngüsünün ilk evresidir. Seksüel yönden uyarıcı duyumlar cinsel uyarıyı sağlamaktadır ve fizyolojik reaksiyonlar ortaya çıkmaktadır. Kadın ve erkekte farklı olan bu fizyolojik tepkiler bireylerin cinsel birleşimine katkı sağlamaktadır.
2. **Plato Evresi:** İkinci evredir. Artan haz duygusuna sekonder vajinal ıslanma artar. Göğüs uçları sertleşir ve klitoris hassaslaşır. Haz duygusu arttıkça penis sertliği de artmaktadır. Kişilerin cinsel organlarının koitus için hazır hale geldiği evredir.
3. **Orgazm Evresi:** Koitus evresinin en kısa süren ancak hazzın en yoğun yaşandığı evredir. Bu evrede fizyolojik cevaplar doruk noktasına ulaşmaktadır. Erkeklerde penisten sperm çıkması ile orgazm tamamlanırken kadınlarda durum farklıdır. Kadın orgazmı vajinal kasılma vajinal sıvı artışı, bazı artışı ve rahatlık duygusuyla ile olmaktadır.
4. **Çözülme Evresi:** Koitus sonrası fizyolojik değişimler yavaş yavaş eski haline döndüğü evredir.

2.9. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Cinsel işlev bozukluğu, “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskısı’nda (DSM-4) bireyler arası ilişkileri zorlaştıran, belirgin sıkıntı yaratan, cinsel yanıt döngüsünü karakterize eden cinsel istek, psikolojik ve biyolojik

değişikliklerde bozulma olarak tanımlanmıştır (53).” Cinsel işlev bozuklukları, erkeklerde %10-50, kadınlarda %25-60 oranlarında görülmektedir (54). Oksuz ve arkadaşlarının 2005 ve 2006 yılında Türkiye’de yaptıkları çalışmalarda ise erkek ve kadınlarda bu oranlar sırasıyla %43,3 ve %48,3 olarak bildirilmiştir (55, 56).

2.10. KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI

Kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının tanısı ve tedavisi oldukça karışık ve zordur. Kadın fonksiyon bozuklukları psikolojik ve fizyolojik nedenlerden dolayı gelişebileceği için çok yönlü değerlendirilmesi gereken bir konudur (57, 58). Cinsel haz ve menopoz arasında yakın bir ilişki mevcuttur. Östrojen seviyesinde ciddi düşme ve testosteron seviyesindeki dalgalanmalardan dolayı menopozda vajinal atrofi, kuruluk, idrar kaçırma ve enfeksiyon görülür ve doğal olarak seksüel aktivitede azalma olmaktadır. Toplumumuzda kadınlar cinsel işlev sorunları ile alakalı şikayetlerini kolay dile getirmemektedir ancak uygun şekilde sorgulandığında bu konuda oldukça şikayetçi olduğu görülmektedir. Kadınlarda işlev fonksiyon bozukluklarının ülkemizde de yüksek oranlarda görüldüğü bazı çalışmalarda bildirilmiştir (57).

Cinsel işlev bozuklukları hem psikolojik hem de fizyolojik olabildiği için ürologlar ve psikiyatristler tarafından farklı sınıflamalar yapılmıştır.

Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı kadınlardaki cinsel işlev bozukluklarını şu şekilde sınıflamışlardır (59, 60):

- a) Cinsel istek azalması
- b) Uyarılma problemleri
- c) Orgazm problemleri
- d) Vajinismus
- e) Disparoni (Ağrılı cinsel ilişki)
- f) Seksüel kaygılar

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının 5.baskısının (DSM-5) ise sınıflandırması biraz daha farklıdır. Daha önce beş grupta tanımlanmış kadın cinsel fonksiyon bozuklukları, DSM-5’te sadeleştirilmiş olup ve üç ana başlık altında toplanmıştır. Kadın cinsel işlev bozukluğu için DSM-5 kriterlerinin özeti Tablo 5’te belirtilmiştir (61).

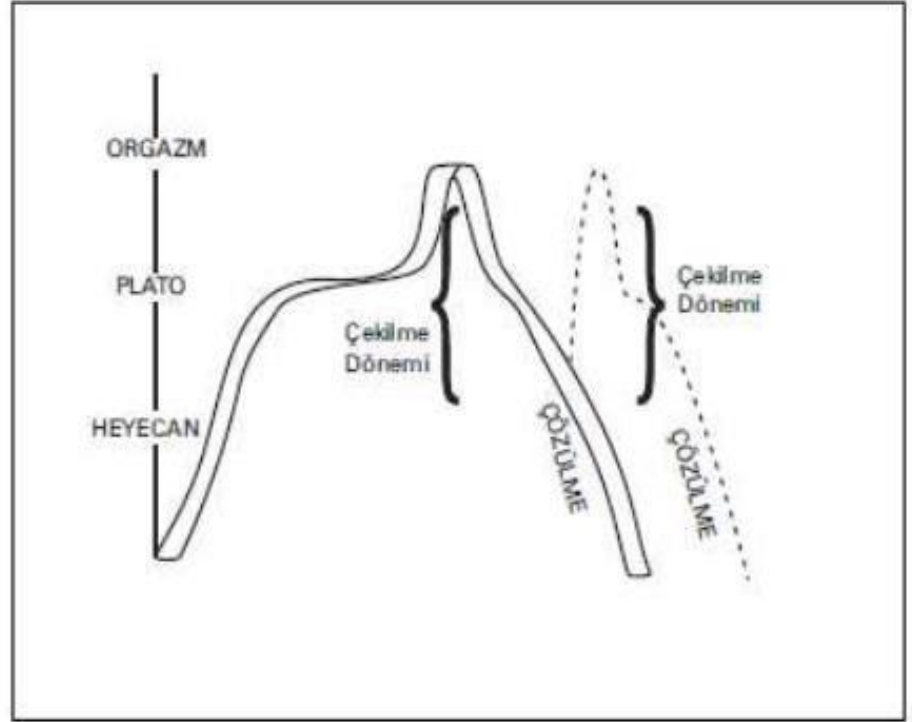
Tablo 5. Kadın cinsel işlev bozukluğu için DSM-5 kriterlerinin özeti (61)

Kadın cinsel işlev bozukluğu türleri	DSM-5 kriterleri
Kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu	A. Aşağıdaki belirtilerden en az üçünün olması: 1. Cinsel aktiviteye olan ilginin azlığı/yokluğu 2. Cinsel ya da erotik düşünce ve fantazilerin azlığı/yokluğu 3. Cinsel aktivitenin başlatılmasında isteksizlik/istememe ve partnerin başlatma girişimlerine karşılık vermeme 4. Hemen hemen bütün cinsel aktivite süresince heyecan ve zevkin azlığı ya da yokluğu (%75-%100). 5. Herhangi bir iç veya dış, cinsel veya erotik eylem karşısında (örneğin yazılı, sözlü, görsel) cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması. 6. Hemen hemen bütün cinsel birliktelik boyunca, cinsel aktivite sırasında genital veya genital olmayan duygulanımların azlığı/yokluğu B. A kriterindeki semptomların yaklaşık minimum 6 ay devam etmesi. C. A kriterindeki semptomların, klinik olarak bireyde önemli sıkıntılara sebep olması D. Cinsel işlev bozukluğu, cinsel kaynaklı olmayan ruhsal bir bozukluk, ciddi ilişki sıkıntısı (örneğin eş şiddeti gibi), bir madde, ilaç ya da tıbbi durum gibi önemli stresörlerin bir sonucu olan ve etkilerinden kaynaklanmayan durumlar Ayrıntıların değerlendirilmesi Yaşam boyu: Bireyin, cinsel olarak aktif olduğundan beri rahatsızlığın mevcut olması Kazanılan: Rahatsızlığın normal cinsel işlevden bir süre sonra başlaması Genelleştirilmiş: Uyarılma, partnerler ve bazı durumlarla sınırlı olmaması Durumsal: Sadece bazı durum, uyarılma ve partnerler de meydana gelmesi Mevcut önem derecesi Hafif: Kriter A'daki semptomlar ile ilgili hafif şikâyetlerin olması Orta: Kriter A'daki semptomlar ile ilgili orta yoğunlukta şikâyetlerin olması Şiddetli: Kriter A'daki belirtiler ile ilgili şiddetli veya aşırı sıkıntı olduğunu gösteren kanıtlar.
Kadın orgazm bozukluğu	A. Cinsel aktivite sırasında aşağıdaki semptomlardan birinin ya da hemen hemen hepsinin (yaklaşık %75-%100) varlığı 1. Orgazm yokluğu, belirgin azlığı ya da gecikmesi 2. Orgazmik duygu yoğunluğunun belirgin şekilde azalması B. Kriter A'daki semptomların yaklaşık olarak minimum 6 ay boyunca devam etmesi C. Kriter A'daki semptomların, bireyde klinik olarak önemli bir sıkıntıya sebep olması D. Cinsel işlev bozukluğu, cinsel kaynaklı olmayan ruhsal bir bozukluk, ciddi ilişki sıkıntısı (örneğin eş şiddeti gibi), bir madde, ilaç ya da tıbbi durum gibi önemli stresörlerin bir sonucu olan ve etkilerinden kaynaklanmayan durumlar Ayrıntıların değerlendirilmesi Yaşam Boyu: Bireyin, cinsel olarak aktif olduğundan beri şikâyetlerin mevcut olması Kazanılan: Rahatsızlığın normal cinsel işlevden bir süre sonra başlaması Genelleştirilmiş: Uyarılma, partnerler ve bazı durumlarla sınırlı olmaması Durumsal: Sadece bazı durum, uyarılma ve partnerler de meydana gelmesi Hiç bir durumda orgazm yaşanmadı ise mutlaka belirtilmelidir. Mevcut önem derecesi Hafif: Kriter A'daki semptomlar ile ilgili hafif şikâyetlerin olması Orta: Kriter A'daki semptomlar ile ilgili orta yoğunlukta şikâyetler olduğuna dair kanıt. Şiddetli: Kriter A'daki belirtiler ile ilgili şiddetli veya aşırı sıkıntı olduğunu gösteren kanıtlar.
Genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu	A. Aşağıdaki sıkıntılardan bir ya da birkaçının tekrarlaması veya kalıcı olması: 1. Cinsel ilişki esnasında vajinal penetrasyon 2. Vajinal ilişki veya penetrasyon sırasında belirgin vulvovajinal veya pelvik ağrı 3. Vajinal penetrasyon sonucunda ya da esnasında, vagovajinal veya pelvik ağrı ile ilgili korku veya endişe yaşanması 4. Vajinal penetrasyon sırasında pelvik taban kaslarının gerilmesi veya sıkışması B. Kriter A'daki semptomların, yaklaşık olarak minimum altı ay boyunca devam etmesi C. Kriter A'daki semptomların, bireyde klinik olarak önemli bir sıkıntıya sebep olması D. Cinsel işlev bozukluğu, cinsel kaynaklı olmayan ruhsal bir bozukluk, ciddi ilişki sıkıntısı (örneğin eş şiddeti gibi), bir madde, ilaç ya da tıbbi durum gibi önemli stresörlerin bir sonucu olan ve etkilerinden kaynaklanmayan durumlar. Ayrıntıların değerlendirilmesi Yaşam Boyu: Bireyin, cinsel olarak aktif olduğundan beri şikâyetlerin mevcut olması Kazanılan: Rahatsızlığın normal cinsel işlevden bir süre sonra başlaması Mevcut önem derecesi Hafif: Kriter A'daki semptomlar ile ilgili hafif şikâyetlerin olması Orta: Kriter A'daki semptomlar ile ilgili orta yoğunlukta şikâyetler olduğuna dair kanıt. Şiddetli: Kriter A'daki belirtiler ile ilgili şiddetli veya aşırı sıkıntı olduğunu gösteren kanıtlar.

2.11. ERKEKLERDE CİNSELLİK

Masters ve Johnson'un 1966 yılında cinselliğin evreleri hakkında yukarıda bahsedilmişti. Bu evre tanımları hala güncelliğini korumaktadır. Bu evrelere ek

olarak yeni bir evre Kaplan ve arkadaşları tarafından 1974 yılında tanımlanmıştır ve istek evresi olarak adlandırılmıştır (62). Erkeklerdeki cinsel yanıt döngüsü Şekil 1’de belirtilmiştir.



Şekil 1. Erkeklerdeki cinsel yanıt döngüsü

2.12. ERKEKTE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Cinsel fonksiyon bozukluklarının günümüzde erkek hastalar arasında görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bu sorun kişileri hem bedensel hem de psikolojik yönden oldukça olumsuz etkilemektedir. Kültürler arası farklılıklar, cinselliğin tabu ve gizli olması düşüncesi gibi nedenler cinsellikle ilgili yapılan çalışmaları sınırlandırmıştır. Cinsel fonksiyon bozukluklarının prevalansı net olarak tespit edilmemiş olsa da cinsel problemlerin yaygın olarak görüldüğü, çiftler arasında önemli problemlere neden olduğu ve bireylerin hayat kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir.

Erkek cinsel fonksiyon bozukluklarını değerlendirmede anamnez, psikososyal değerlendirme ve laboratuvar testleri çok önemlidir.

Tablo 6. Erkeklerde cinsel yanıt evreleri ile ilişkili cinsel fonksiyon bozuklukları

İstek Evresi Sorunları	Cinsel İstekte Azalma olması Cinsellikten Tiksinti Duyma Sorunu
Uyarılma Evresi Sorunları	Erektile Disfonksiyon (ED)
Orgazm Evresi Sorunları	Prematür Ejakülasyon (PE) Orgazm Bozukluğu olması

2.12.1. Cinsel İstek Bozuklukları

Cinsel birliktelik sıklığının azalması, bireylerin birbirlerini çekici bulmaması ve isteksizlik şikâyeti şeklinde ortaya çıkabildiği gibi, farklı bir cinsel fonksiyon probleminin üstünü örtmek için kullanılıyor olabilir. Cinsel isteğin varlığı; “Biyolojik dürtü, yeterli özbenlik saygısı, seksüel konular ilgili geçmiş olumlu deneyimler, uygun bir partner varlığı, seksüel olmayan alanlarda da eşle iyi bir ilişkinin olması gibi çeşitli faktörlere bağlıdır.” Bu faktörlerden herhangi birinde veya birkaçında sorun olması isteği azaltabilir. Toplumda %20-30 oranında görülmektedir.

2.12.2. Cinsellikten Tiksinti Duyma Bozukluğu

DSM-4 kılavuzuna göre “Devamlı olarak veya yineleyici bir biçimde, bir partner ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tamamen (ya da hemen tümüyle) kaçınma ile karakterize bir cinsel işlev bozukluğuna verilen tanımdır (63).”

2.12.3. Orgazm İlgili Bozukluklar

Erkeklerde en sık görüleni prematür ejakülasyondur (PE). DSM’e göre PE’nin tanımı, cinsel birliktelik öncesinde veya vajinaya giriş anı veya kısa süre içinde boşalma olması olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir sorun olan “Orgazm Olamama” ise yeterli cinsel uyaran ve yoğunluğa rağmen koitus sonunda orgazm olamama durumuna denmektedir (63, 64).

PE ile çiftlerin uyumu ile alakalı makaleler incelendiğinde PE ile çift uyumu arasında negatif yönde anlamlı korelasyon olduğu bulgusunun tespit edildiği gözlemlenmiştir (65, 66). Bu çalışmalarda çift uyumları çeşitli ölçeklerle skorlanmış

ve PE ile korelasyon analizi yapılmış. Sonuç olarak literatürdeki sonuçlar göstermektedir; PE de diğer cinsel işlev bozuklukları gibi evlilik uyumunu kötü etkilemektedir.

2.12.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları

Disparoni cinsel ilişki sırasında veya sonrasında cinsel bölgede duyulan ağrıya verilen isimdir (67). Erkeklerde bu durum nadir olmakla beraber etyolojiye yönelik araştırmalarda genellikle prostatit, Herpes enfeksiyonu veya Peyronie hastalığı gibi organik durumlar düşünülmelidir (68).

2.12.5. Erektile Disfonksiyon

ED, koitus için yeterli ereksiyonu başlatma ve devam ettirmede kronik bozukluk hali olarak tanımlanmaktadır. ED etiyolojisi “organik, psikojenik ve mikst tip olmak üzere” sınıflandırılmaktadır (69).

2.12.5.1. Ereksiyon fizyolojisi

Primer hemodinamik olay penil vasküler direncin azalarak penisdeki kan akımının artmasına neden olmasıdır. Yani ereksiyonun meydana gelişi asıl olarak iki olayın birlikteliği ile sağlanır. “Bu iki olayın; Arteriyel ve kavernozaal düz kas gevşemesi ile sinüzoidlere olan kan akımının artışı ve kanla dolan sinüzoidlerle tunica albuginea arasında yer alan emisser venlerin sıkışması sonucu sinüzoidler içerisindeki göllenmenin artması olduğu bildirilmiştir (70, 71)”. Penis ereksiyonu sırasında oluşan fizyolojik değişimler altı fazda ele alınabilir:

İstirahat Dönemi: Noradrenalin, bu dönemde korporal düz kaslardaki postsinaptik yerleşimli alfa reseptörleri aktive eder ve artan düz kas tonusu penil kan akımının düşük düzeyde kalmasını sağlar.

Latent Faz: Kavernoza sinir uçlarından cinsel uyarı ile nörotransmitter salınımı olur. Ereksiyon mekanizması penisi besleyen arter ve kavernozaal düz kaslardaki reseptörlerin uyarılması ile tetiklenir. Arter ve arteriollerin dilatasyonu ile kavernozaal arterdeki kan akımının artışı sağlanır.

Tumesans Fazı: Tam ereksiyon gelişinceye kadar intrakavernozaal basınç artar. Bu fazda penis genişlemekte ve boyu uzamaya devam etmektedir.

Ereksiyon Fazı: Kavernöz doku içindeki basınç sistolik basınç ile eşitlenmektedir. Pudental arterdeki kan akımı istirahat fazındaki kan akımından daha fazladır. Venöz akım ise arteryel akıma eşit olduğu için penil volumü sabittir.

Rijid Ereksiyon Fazı: İskiokavernöz kasın pudental sinir ile uyarılması sonucu oluşan istemli kasılma, kavernöz içi basıncı artırır. İnternel pudental arterde akım sifıra yakındır ancak bu faz birkaç dakikadan fazla sürmediği için iskemi gelişmemektedir.

Detümesans Fazı: Boşalma sonrası sempatik sinirlerden salınan nöradrenalin etkisi ile penis istirahat fazına geri döner. Kapalı bir venöz sisteme rağmen düz kas kontraksiyonu ile geçici bir intrakorporeal basınç artışı olur ve arteryel akım başlangıç seviyesine döner.

2.12.5.2 Eretil disfonksiyon risk faktörleri

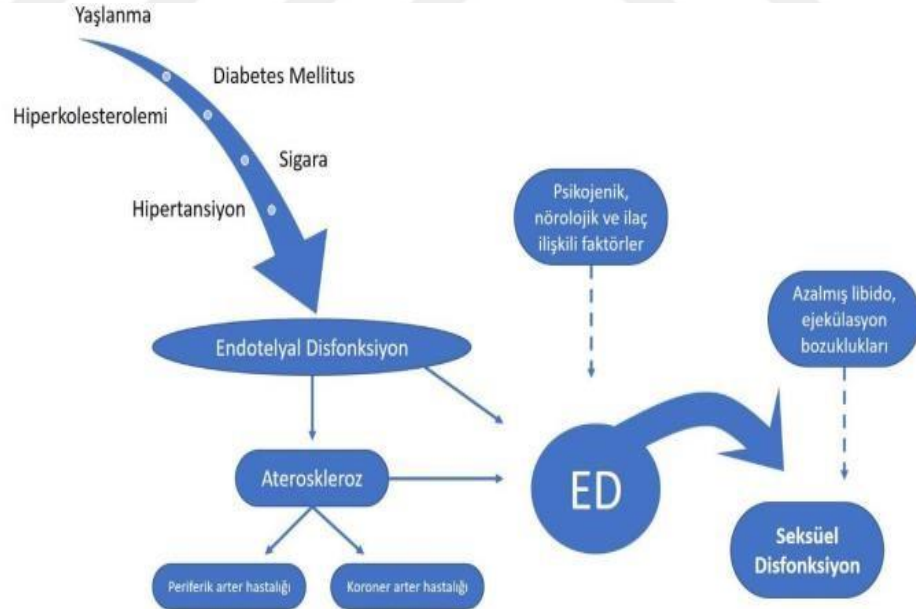
Tüm hastalıklarda olduğu gibi eretil disfonksiyon için de bazı predispozan faktörler mevcuttur ve birçok risk faktörü bildirilmiştir. Bu risk faktörleri temelde endotelial disfonksiyon patofizyolojisine dayanmaktadır (72, 73). İleri yaş, obezite varlığı, HT, sigara içme hikayesi varlığı ve DM, ED yapabilecek en kuvvetli muhtemel nedenlerdir (74). İlaçlar dışındaki ED sebepleri Tablo 7’de özetlenmiştir.

1- Yaş: Yaşlanmanın mutlak bir sonucu olmamakla beraber ED prevalansı yaş arttıkça artmaktadır (75, 76). Yaşlanma nedeni ile gelişen fiziksel sorunlarda da bireylerin cinsel ilişkisi üzerine olumsuz etki yapmaktadır (77).

2- Komorbid hastalıklar:

- a) Aterosklerotik damarsal hastalıklar: Yapılan çalışmalarda “5.dekatdan sonra olguların %40-60’ında eretil disfonksiyonun ana nedeni olarak gösterilmektedir (78, 79).”
- b) DM: Literatürde diyabeti olan vakalarda ED oranı %30-80 arasında olduğu görülmektedir (80, 81) DM’li olgularda eretil disfonksiyon genellikle diyabetik otonom nöropati ve periferik vasküler hastalıklarla birliktedir ve endotel disfonksiyonu ile ilişkilidir (77, 82, 83).
- c) Kronik hipertansiyon ve nörolojik hastalıklar

- d) Kronik renal yetmezlik: Literatürde bu hastalardaki erektil disfonksiyon oranının %40-50 olduğu bildirilmiştir (84).
- 3- **Hormonal nedenler:** Organik erektil disfonksiyon vakaları içinde endokrinolojik nedenler %3-6 lık kısmı oluşturur (85).
- 4- **Diğerleri:** “Kronik karaciğer yetmezliği olan olguların yarısında erektil disfonksiyon olduğu bildirilmektedir (189).” KOAH’ da bu oran %30 olarak bildirilmiştir (86).
- 5- **Operasyonlar:** Sinir sistemine zarar veren ya da penil kan akımını engelleyen cerrahi yaklaşımlar iyatrojenik ED’ a sebep olurlar. (87-90)
- 6- **İlaçlar:** İlaçlara bağlı erektil disfonksiyon insidansı %30 civarındadır (Tablo 8) (91).
- 7- **Sigara ve alkol:** Sigaranın ED yaptığı bazı çalışmalarda bildirilmiştir. Alkolün ise akut dönemde nörolojik sinir iletiminin yavaşlatmasına, kronik dönemde ise kronik karaciğer yetmezliği gelişimine bağlı olarak ED yaptığı bildirilmektedir (86, 92).



Şekil 2. Erektile disfonksiyonun fizyopatolojisi

2.12.5.3. Erkeklerde Erektile Disfonksiyon yapan ilaçlar ve hastalıklar

Birçok hastalık ve ilaç cinsel fonksiyonları olumsuz etkileyebilmektedir. Bu hastalıklar ve ilaçlar Tablo 7 ve 8’de özetlenmiştir (93).

Tablo 7. Erektile Disfonksiyona neden olan hastalıklar

Kardiyovasküler Hastalıklar • Arteriosklerotik hastalıklar • Aort Anevrizması • Kalp Yetmezliği Nefrolojik ve Ürolojik Hastalıklar • Peyroni Hastalığı • Kronik Böbrek Yetmezliği • Hidrokel ve Varikosel Karaciğer Hastalıkları • Siroz Akciğer Hastalıklar • Solunum Yetmezlikleri • Sarkoidoz Genetik Hastalıklar • Klinefelter Sendromu		• Penisin Konjenital Anomalileri Nörolojik Hastalıklar • Multipl Skleroz (MS) □ Transvers Myelit □ Parkinson Hastalığı • Temporal Lob Epilepsisi • Omuriliğin Travmatik ve Neoplastik Hastalıkları • Merkezi Sinir Sistemi Tümörleri • Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) • Periferik Nöropati • Genel Pareziler İntoksikasyonlar • □ Kurşun • Tarım İlaçları
Nutrisyonel Bozukluklar • Malnütrisyon • Vitamin Eksiklikleri Endokrin Bozukluklar • Diabetes Mellitus (DM) • Hipofiz-adrenal-testis bozuklukları • Akromegali • Addison Hastalığı • Kromofob Adenomu • Adrenal Neoplaziler • Miksödem • Hipertiroidi	eksenindeki	Ameliyatlar • Total veya Parsiyel Prostatektomi • Kolon Rezeksiyonu • Sempatektomi • Büyük Damar Operasyonları • Sistektomi • Retroperitoneal Lenfadenektomi Enfeksiyon Hastalıkları • Elefantiazis • Kabakulak • Diğer • Radyoterapi • Pelvik Fraktürler Genel Durumu Bozan Herhangi Bir Sistemik Hastalık ya da Durum

Tablo 8. Erkeklerde Erektile Disfonksiyona neden olabilen bazı ilaçlar (93-96)

<u>Diüretikler</u> • Tiazid grubu diüretikler • Patasyum tutan diüretikler • Furosemid	<u>Anti-Ülser İlaçları</u> • H-2 Agonistleri
<u>Antihipertansifler</u> • Reserpin, guanetidine, metildopa • Beta blokerler • Alfa-1 blokerler • Alfa-2 agonistleri • ACE inhibitörleri • Kalsiyum kanal blokerleri	<u>Antihistaminikler ve Dekonjestanlar</u> • Klorfeniramin ve difenhidramin • Pseudoefedrin
<u>Psikotrop İlaçlar</u> • Antipsikotikler • Mizaç düzenleyicileri • Antidepresanlar • Anksiyolitik/Sedatif-Hipnotikler	<u>Astım Tedavisinde Kullanılan İlaçlar</u> • Beta-2 agonistler(Albuterol, terbutalin, epinefrin) ve sempatomimetikler, metilksantinler/(teofilin), steroidler antikolinerjikler
<u>Alkol</u>	<u>Antikonvülzanlar</u> • Fenitoin, karbamazepin, valproik asit, <u>Kardiyolojidek İlaçlar</u> • Dijitaller, antiaritmik ajanlar, • pentoksifilin, • lipid düşürücü ilaçlar <u>Kemoterapi ilaçları</u>

Erkeklerdeki cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi amacıyla 1997 yılında tarafınca IIEF (Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi) Formu oluşturulmuştur (38). Bu formun geniş ölçekli çok merkezli klinik çalışmalarda kullanım için geçerli olduğu bildirilmiştir. IIEF formu “Türk Androloji Derneği” tarafınca Türkçeye çevrilmiştir (Tablo 10) (39).

2.12.5.4. Erektile disfonksiyon tanısı

Hasta ve partnerinin istekleri, yaş ve genel sağlık durumu doğrultusunda iki farklı tanısall yaklaşım vardır. Birinci basamakta ayrıntılı medikal ve psikoseksüel anamnez alınması fizik muayene hormonal ve temel laboratuvar testler mevcuttur. Genellikle bu testler tanı için yeterli olmaktadır. İkinci basamakta ise disfonksiyon nedenini net olarak belirleme amaçlı yapılacak psikolojik testler, Nokturnal penil tūmesans testi (NPT), nörolojik testler, arteryel ve venöz çalışmalardır.

Tanısal araştırmanın amaçları:

- ED'nin medikal ve psikoseksüel nedenleri ayırmak
- ED'nin şiddetini ve geri dönebilirliğini saptamak
- ED'nin spesifik nedenine yönelik, hasta ve partnerinin isteklerine göre tedavi şekli belirlemektir. Aynı zamanda risk faktörlerinin belirlenmesi de bu testlerin amaçları dahilindedir.

En önemli parametre anamnezdır. Vasküler faktörler (DM, HT, ateroskleroz, sigara içimi, vaskülit vb.), nörolojik sorunlar (örn MS, omurilik travmaları, serebrovasküler olaylar), endokrin faktörler (örn. Cinsel hormon bozuklukları), psikolojik nedenler (örn. Depresyon, istismar öyküsü), diğer medikal durumlar (peyroni, priapizm hikayesi, penil ve pelvik travmalar), alkol kullanıcısı olmak, ilaçlar ve ilaç istismarı ve ED'YE yönelik daha önce yapılmış değerlendirme ve tedaviler detaylı olarak sorgulanmalıdır.

Fizik muayene (FM) ile nadiren tek başına ED nedenini tanımlanabilir, ancak mevcut komorbid hastalıklar hakkında ipucu verebilmektedir. Genel FM, HT, hepatomegali (kardiyak veya hepatik yetersizliğe sekonder), saç dökülmesi, ikincil seks karakterlerin varlığı ve jinekomasti konusunda bilgi verecektir. Ayrıca nörolojik muayene, perianal duyu, anal sfinkter tonusu, bulbokavernöz refleks ve dış genital organların muayenesi ile penil deformite, plak varlığı, testis hacimleri dikkatle muayene edilmelidir. Özellikle 50 yaş üstü erkeklerde rektal muayene atlanmamalıdır (97).

Laboratuvar testleri kişinin şikayetlerine ve risk faktörlerine yönelik olmalıdır. Eğer son bir yıllık süreçte yapılmamışsa, bütün hastalardan açlık kan şekeri (AKŞ) ve lipit düzeyleri mutlaka gönderilmelidir. Hormonal testler, sabah alınmış total testosteron örneğini içermelidir. (Hipogonadizm varlığını göstermek amaçlı bio-geçerli veya hesaplanmış serbest testosteron daha güvenilirdir. Mümkünse total testosteronu göre daha fazla tercih edilir. Serum prolaktini hipofizde üretilmekte olup, “3000 üzerinde erektil disfonksiyonlu olguyu kapsayan bir çalışmada hiperprolaktinemi %0,76 oranında saptanmıştır.” Hipofiz adenomu ise binde dört oranında ise saptanmıştır. PSA ve tiroid fonksiyon testleri de opsiyonel olarak tetkik edilebilir (98).

Primer erektil disfonksiyonlu genç hastalar (<40 yaş) için herhangi bir organik değerlendirme yapmadan önce yapılacak psikolojik değerlendirme yapılması tanı ve tedavide yardımcı olabilmektedir . Psikiyatrik problemleri bulunan erektil disfonksiyonlu hastalar bu konuda tecrübesi olan bir ruh ve sinir hastalıkları uzmanına yönlendirilmelidir (99).

Tablo 9. Organik ve psikojenik ED'deki anamnez farklılıkları

Eretil Disfonksiyon	Organik	Psikojenik
Başlangıç	Yavaş	Akut
Durum	Global	Duruma göre
Seyir	Değişmez	Değişken
Koitus dışı ereksiyon	Kötü	Daha iyi
Psikoseksüel sorunlar	İkincil	Primer hikâye varlığı
Partner problemi	İkincil	Başlangıçta
Anksiyete ve korku	İkincil	Primer

2.12.5.5. Sorgulama formları ve seksüel fonksiyon semptom skoru

Uzun yıllardır pek çok seksüel fonksiyon profili ve ereksil disfonksiyon sorgulama formu geliştirilmiştir. Eski yıllarda bu formların temel amacı psikojenik olan-olmayan ED'yi ayırmaktı. Günümüzde ise seksüel disfonksiyon düzeyini belirlemek için de kullanılan sorgulama formları (Self-administered questionnaire (SAQ)) geliştirilmiştir. Günümüzde kişilerin kendisini soru formlarıyla değerlendirmesinin daha uygun olduğu görüşü daha çok kabul görmektedir. Yapılan çalışmalarda: “Hastanın kendi başına uyguladığı bir anket olan “Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (International Index of Erectile Function-IIIEF)” ile yapılan çalışmalarda değişik kültür ve dil topluluklarında geçerli olduğu ve psikometrik özellikleri tam olarak yansıttığı belirtilmiştir (100).” Bu test erektil disfonksiyonun tanı ve tedavisinin sonuçlarının klinik değerlendirilmesinde kısa, güvenilir, çok boyutlu, hastanın kendi kendisine uygulayabildiği bir ölçü modelidir (101).

15 sorudan oluşan IIEF, cinsel fonksiyonun beş alanını değerlendirmektedir. Bunlar erektil fonksiyon (altı soru), orgazmik fonksiyon (iki soru), cinsel istek (iki soru), cinsel ilişki tatmini (üç soru), ve genel tatmindir (iki soru). IIEF, aralarında

Türkçe'nin de yer aldığı 31 dilde geçerli olarak kabul edilmiştir. Kontroller ve hastalar arasında bazal skorların karşılaştırılmasına dayanılarak bu ölçeğin ED'si olan ve olmayan erkekleri ayırt etmekte ileri derecede anlamlı olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda: "IIEF'de altı sorudan oluşan erektil fonksiyon alanı, erektil disfonksiyonun şiddetini hafif, orta veya ağır olarak sınıflandırabilen güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir." (Tablo 10) (102).



Tablo 10. Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 soruluk Versiyonu (IIEF-5, International Index of Erectile Function-5)

Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 soruluk Versiyonu (IIEF-5, International Index of Erectile Function-5)					
Ad Soyad:		Dosya No:		Tarih:	/...../.....
Aşağıdaki soruları lütfen <u>son 6 aylık süreyi düşünerek</u> cevaplayınız.					
1) Sertleşmeyi sağlama ve sürdürme konusunda kendinize olan güveniniz hangi düzeydeydi?	Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok Yüksek
	(1 puan)	(2 puan)	(3 puan)	(4 puan)	(5 puan)
2) Cinsel uyarı ile sertleşme sağladığınızda bu sertleşme ne sıklıkla vajen/hazne'den içeriye girmek için yeterliydi?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman
	(1 puan)	(2 puan)	(3 puan)	(4 puan)	(5 puan)
3) Cinsel birleşme öncesinde sağladığınız sertleşmeyi vajen/hazne'den içeriye girdikten sonra ne sıklıkta sürdürebildiniz?	Hiç ya da neredeyse hiç	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman
	(1 puan)	(2 puan)	(3 puan)	(4 puan)	(5 puan)
4) Cinsel birleşme sırasında sertliğinizi ilişkinin sonuna kadar sürdürmekte ne derece zorlandınız?	Aşırı zorlandım.	Çok zorlandım.	Zorlandım.	Biraz zorlandım.	Hiç zorlanmadım
	(1 puan)	(2 puan)	(3 puan)	(4 puan)	(5 puan)
5) Cinsel birleşme girişimleriniz sizce ne kadarı tatmin ediciydi?	Hiçbiri ya da neredeyse hiçbiri	Girişimlerin yarısından çok daha azında	Girişimlerin yaklaşık yarısında	Girişimlerin yarısından çok daha fazlasında	Her zaman
	(1 puan)	(2 puan)	(3 puan)	(4 puan)	(5 puan)
Toplam Skor:					
Şiddetli	5-7		Kategori 1		
Orta	8-11		Kategori 2		
Hafif – Orta	12-16		Kategori 3		
Hafif	17-21		Kategori 4		
ED Yok	22-25		Kategori 5		

2.12.5.6. Nokturnal penil tmesans testi (NPTT)

NPT (Nokturnal Penil Tümesans) ilk kez infantlarda nokturnal ereksiyonu belgeleyen Halverson tarafından 1940 yılında tanımlanmıştır (103). Ohl-Meyer ise nokturnal ereksiyonların sağlıklı tüm erkeklerde ve tüm yaş gruplarında olduğunu bildirmiştir. Normal bir erkekte her gece 3 ila 5 kez NPT epizodu olmaktadır. Uyku sırasındaki toplam tmesans zamanı pubertede zirveye çıkmaktadır. Bu ereksiyonlar uykunun REM kısmında olmaktadır. Nokturnal ereksiyonu ölçmek için pul testi, Snap Gauge testi ve Rigiscan monitörü gibi yöntemler kullanılmıştır (104).

Nokturnal Penil Tümesans değerleri, damarsal kaynaklı organik erektil disfonksiyonu olan bireylerde genellikle düşük olarak bulunmaktadır ancak arteriyel ve venöz disfonksiyon ayırımını yapmada yeterli değildir. Psikojenik erektil disfonksiyonu olan vakalarda gece ereksiyonlarının normal sınırlarda olması beklenmektedir (105).



şekil 3. Rigiscan monitörü

2.12.5.7. Erektile disfonksiyon tedavisi

Tedavide ilk basamak risk taşıyan hayat stilini değiştirmektir. Risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve primer hastalığın tedavisi için önemlidir. Uzun yıllar boyunca tedavi için çok sayıda ilaç kullanılmıştır. Ancak son dönemlerde ereksiyon

mekanizmasının daha iyi ortaya konulması ile daha etkin ve hedefe yönelik tedaviler geliştirilmiş ve tedavide etkili ve ilk seçenek oral monoterapiler olmuştur.

Tedavide psikolojik destek ise seçili olgularda çok önemlidir. Psikoseksüel danışmanlık, tekniğe bağlı problemlerde, eşlerden biri veya her ikisinde gerçekçi olmayan beklentilerin bulunduğu durumlarda daha etkili olduğu bir gerçektir. Ünlü seks araştırmacıları olan “Masters ve Johnson” tarafından 1970 yılında tanımlanmış yöntemine göre; “problemi anlamak, cinsel davranışın tekrar öğrenilmesini sağlamak, anksiyeteyi ortadan kaldırmak ve iletişim becerilerini öğretmek amaçlanmaktadır (106).”

Oral tedavi olarak şu anda birçok ED hastası için ilk basamak tedavi fosfodiesteraz-V inhibitörleridir. Son dönemde geliştirilen sildenafil, vardenafil, tadalafil başlıca bu grupta yer alan ilaçlardır. Bu ilaçlar fosfodiesteraz-V enzimini kavernoza korpus düz kas içerisinde inhibe etmektedirler. Cinsel uyarı boyunca salınan Nitrik Oksit (NO) yıkılımının engellenmesi, cGMP yolağının aktivasyonunu kolaylaştırır. Penis sinir uçlarından salınan NO ereksiyonu başlatır.

Diğer bir tedavi yöntemi ise “İntrakavernözal Enjeksiyon Tedavileri”dir. Günümüzde intrakavernözal olarak kullanılan bazı ajanlar; VIP, NO ve PGE1, fenoksibenzamin, papaverin kombinasyonlarıdır. Ajanlar korpus kavernozaumlardan birinin içine enjeksiyon ile yapılarak ereksiyonu sağlamaktadır (107).

Vakum cihazları da son yıllarda kullanılan tedavilerden birisidir. Vakum cihazları; “saydam bir silindir, negatif basınç oluşturmaya yarayan bir pompa ve sıkıştırıcı halkadan oluşmaktadır. Erektile disfonksiyon tedavisi için vakum cihazlarının kullanımının altında yatan temel amaç, vakumun emici etkisi ile (negatif basınç ile) arteriyel dolum ve korpuslarda depolanmayı sağlamaktır (108, 109).”

Arteriyel revaskularizasyon ve Dorsal ven ligasyonu gibi cerrahi tedaviler mevcuttur fakat henüz net olarak literatürde yerini almamıştır. Farmakolojik tedaviden fayda görmeyen hastalar için cerrahi yapılabilecek bir 3. Basamak tedavidir. Günümüzde şu anda en sık kullanılan cerrahi seçenek penil protezler uygulamalarıdır. Malleble gibi direkt gövdeden manipüle edilebilen protezler (devamlı ereksiyon halinde duran tek parçalı) kullanılabilirken, bir pompa yardımıyla aktive edilen 2 veya 3 parçalı protez implantasyonları günümüzde kullanılmaktadır (110).



Şekil 4. Tek parçalı penil protez (mallebre)

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma 15.02.2022-15.04.2022 tarihleri arasında Adana ili Sarı Hamzalı Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurmuş, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren, 40 yaş üzeri evli erkek bireyler üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Bu tez çalışması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.02.2022 tarihli, 99 sayılı toplantısında onay alınmıştır ve araştırma Helsinki deklarasyonuna uygun görülmüştür (Ek-1).

Çalışma evreni Adana İli' ne bağlı Sarı Hamzalı Aile Sağlığı Merkezi kayıtlı 40 yaş üzeri evli erkek bireylerdir. Yaklaşık 1000 kişiden oluşan araştırma evreninde bilinmeyen prevalansa göre hesaplanan örneklem büyüklüğü Epiinfo programına göre 278 kişi (%80 güç %5 hata payı %95 güven aralığı) olarak belirlenmiştir. Katılımcılar araştırmaya ardışık örneklem yöntemiyle dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 40 yaş üzeri evli erkek olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve dışlanma kriterleri; sağlıklı iletişim kurulamayan ve gönüllü olur formunu imzalamayan kişiler olarak belirlendi.

Çalışmaya katılan bütün katılımcılara araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı ve kullanılan formlar hakkında bilgi verilerek onamları alındı. (Ek-2)

Katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedildikten sonra hastaların özgeçmişleri ve erektil disfonksiyona ait öyküleri 10 soru ile sorgulanıp kaydedildi. Sosyodemografik özelliklerden eğitim durumu sorgulamasında katılımcılar eğitim durumlarına göre üç gruba ayrıldı. Eğitim almamış ve ilkokul mezunu olanlar düşük eğitim, ortaokul ve lise mezunları orta eğitim ve üniversite mezunları yüksek eğitim olacak şekilde gruplandırıldı. Katılımcıların gelir durumları üç gruba ayrılarak incelendi. Birinci grubu ekonomik düzeyi düşük (<4250 TL) kişiler, ikinci grubu ekonomik düzeyi orta (4250-7000 TL) kişiler ve üçüncü grubu ise ekonomik düzeyi yüksek (>7000 TL) kişiler oluşturmaktaydı. Sosyodemografik sorgulama sonrasında ED'ye ait risk faktörleri 11 soru ve 5'li likert skala ile sorgulandı. Ardından kişilerin ED için doktora gidip gitmedikleri, gitmeyenlerin gitmeme nedenleri, herhangi bir hekim önerisi dışında ilaç kullanıp kullanmadıkları gibi 7 adet soru ile herhangi bir tedavi arayışında olup olmadıkları ve aldıkları tedavi ile ilgili mevcut durum

sorgulandı. Ardından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları mevcut olan, Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 Soruluk Versiyon Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği, Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği uygulandı. Çalışmamızın anket formu katılımcılara yöneltilen toplamda 78 sorudan oluşuyordu.

Çalışmada kullanılacak anketin anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini test etmek amacıyla on hastadan oluşan bir örneklem üzerinde pilot çalışma yapıldı ve öneriler doğrultusunda ankete son şekli verildi. Her birey için veri toplama süresi ortalama 20 dakika kadar zaman aldı.

3.1. ARAŞTIRMADA KULLANILACAK ÖLÇEKLER

Çalışmamızda katılımcılar değerlendirilirken çok sayıda anket kullanılmıştır. Bunlar; Çift Uyum Ölçeği, Cinsel Yaşam Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Uluslararası Eretil İşlev Formudur. Bu ölçekler tezin “Genel Bilgiler” kısmında tablolar şeklinde belirtilmiştir.

3.1.1. Uluslararası Cinsel İşlev İndeksinin 5 Soruluk Versiyon Ölçeği (IIEF)

IIEF, 1997 yılında geliştirilmiştir ve günümüzde cinsel şikayetlerle başvuran erkeklerde en yaygın kullanılan formlardan birisidir. Cinsel fonksiyon bozukluğu yakınması ile başvuran hastalar bu formun bir varyantı olan IIEF-5 formu ile sorgulanmaktadır. Cinsel fonksiyon bozukluğu nedeniyle takip edilen hastaların tedavi öncesi ve sonrası değerlendirmeleri bu form sayesinde daha doğru ve güvenilir yapılabilmektedir. Biz 5 soruluk IIEF-5 formunu kullanarak katılımcılarımızı cinsel işlev bozuklukları açısından değerlendirmeyi amaçladık.

3.1.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), 1983 yılında geliştirilen, 14 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu maddelerin 7 tanesi anksiyete, diğer 7 tanesi de depresyon belirtilerini ölçmektedir. Ölçekte bulunan maddeler, 4’lü likert ölçeği ile değerlendirilmekte ve 0-3 arasında bir puanlama sistemine dayandırılmaktadır.

Puanlamaya göre 0-1 arası hasta olmayan, 2 sınırdaki hasta, 2-3 arası da ağır hasta şeklinde değerlendirilmektedir.

3.1.3. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği

Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ), 1976 yılında geliştirilen 32 maddeden oluşan Çift Uyum Ölçeği'nin 1995 yılında yeniden düzenlenerek 14 maddeye indirgenmiş son halidir. Ölçek, evlilik ya da benzer ikili ilişkilerde, evli ya da birlikte yaşayan çiftlerin ilişki kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin 7. 8. 9. 10. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 70 puandır, alınan puan ilişki kalitesini göstermektedir.

3.1.4. Cinsel Yaşam Kalite Ölçeği

Cinsel yaşam kalite ölçeği erkek ve kadınlarda ayrı iki ölçektir. Çalışmamız erkek katılımcılarla yapıldığı için erkek için olan versiyonunu kullandık. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Erkek (Sexual Quality of Life Questionnaire Male - SQOL-M) Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın formundan bazı maddeler çıkarılarak 2008 yılında, oluşturulmuştur. Ölçek 11 maddeden oluşup altılı likert tipindedir. Maddeler 1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3= Kısmen katılıyorum, 4= Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6= Hiç katılmıyorum şeklinde kullanılmıştır. Ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir ve “(Ölçekten alınan ham puan- Ölçekten alınabilecek en düşük puan) * 100 / (Ölçekten alınabilecek en yüksek puan – en düşük puan)” formülü kullanılmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir.

3.2. HASTA POPÜLASYONU

Çalışmamız 15.02.2022- 15.04.2022 tarihleri arasında Adana ili Sarı Hamzalı Aile Sağlığı Merkezine başvuran dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan 40 yaş üzeri erkek hastalar ile gerçekleştirildi.

Dahil edilme kriterleri

- 1- 40 yaş üzeri erkek hastalar

2- Çalışmaya katılmak için aydınlatılmış onam formu veren hastalar

Dışlama kriterleri

1- 40 yaş altındaki erkek hastalar

2- Mental durum bozukluğu olanlar ve iletişim kurulamayan hastalar

3- Onam vermeyen ve araştırmaya devam etmek istemeyen hastalar

Çalışmamıza uygun kriterleri karşılayan 283 erkek katılımcı alındı. Hastaların yaş, komorbiditeleri, sigara ve alkol kullanma durumları, gelir durumları, eğitim düzeyleri, ED varlığı, VKİ, stres durumları, ED nedeniyle hekime başvuru ve ilaç kullanma durumları sorgulandı ve kaydedildi.

3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmadan elde edilen tüm verilerle yapılan analizlerde, IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma ve medyan (1. Çeyrek- 3. Çeyrek), kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde verilerek raporlanmıştır. Normal dağılım gösteren serilerde grup karşılaştırmalarında tek yönlü Anova testi, normal dağılım göstermeyen serilerde grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi ile analizler gerçekleştirilmiştir. Gruplar arası farklılık anlamlı çıkması halinde farklılığın kaynağının belirlenmesi için çoklu karşılaştırma testleri uygulanmıştır. Normal dağılmayan serilerde aynı birimden elde edilen iki ölçüm sonucu arasındaki farklılığı test etmek için Wilcoxon Signed Rank test kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasında ilişki Ki-kare testi ile incelenmiştir. Korelasyon analizleri yapılırken Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. Tüm analiz sonuçları, önem düzeyi 0.05'ten küçük olması halinde istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcıların %33,2'sinde (n:94) hipertansiyon, %24 'ünde (n:68) diabetes mellitus, %18'inde (n:51) dislipidemi, %11,3'ünde (n:32) koroner arter hastalığı, %9,9'unda (n:28) psikiyatrik hastalık, %9,9'unda (n:28) prostat hastalığı, %4,6'sında (n:13) astım veya koah, %2,8'inde (n:8) tiroid hastalığı, % 2,5'inde (n:7) nörolojik hastalık, %9,6'sında (n:27) diğer kronik hastalıklar görülmüştür.

Tablo 11. Katılımcıların kronik hastalık durumları tablosu

	N	%
Hipertansiyon	94	33,2
Diabetes Mellitus	68	24,0
Koroner Arter Hastalığı	32	11,3
Dislipidemi	51	18,0
Psikiyatrik Hastalık	28	9,9
Tiroid Hastalığı	8	2,8
Astım/Koah	13	4,6
Prostat Hastalığı	28	9,9
Nörolojik Hastalık	7	2,5
Diğer	27	9,6

Çalışmaya toplam 283 adet 40 yaş üstü evli erkek katılmıştır. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde; %29,3'ü (n:83) düşük eğitilmiş, %31,1'i (n:88) orta eğitilmiş, %39,6'sı (n:112) yüksek eğitilmişti.

Katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde; %2,5'i (n:7) çalışmıyor, %46,6'sı (n:132) çalışıyor, %50,9'u (n:144) emekliydi.

Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde; %39,6'sı (n:112) 4250 TL'nin altında, %38,9'u (n:110) 4250 TL ile 7000 TL arası gelire sahipken, %21,5'i (n:61) 7000 TL üzeri gelire sahipti.

Katılımcıların evlenme şekilleri incelendiğinde; %75,3'ü (n:213) anlaşarak, %24,7'si (n:70) görücü usulü evlilik yapmıştı (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik verileri

Sosyodemografik özellikler (n=283)		n	%
Eğitim durumu	Düşük eğitilmiş	83	29,3
	Orta eğitilmiş	88	31,1
	Yüksek eğitilmiş	112	39,6
Sosyodemografik özellikler (n=283)		n	%
Çalışma durumu	Çalışmıyor	7	2,5
	Çalışıyor	132	46,6
	Emekli	144	50,9
Gelir durumu	Düşük	112	39,6
	Orta	110	38,9
	Yüksek	61	21,5
Evlilik şekli	Anlaşarak	213	75,3
	Görücü usulü	70	24,7

Katılımcıların ortalama yaş (medyan) değeri 56 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılımcılardan minimum 41 yaş maksimum 82 yaş dahil edilmiştir.

Katılımcıların ortalama evlilik sayısı (medyan) değeri 1 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılımcılardan minimum 1 evlilik, maksimum 3 evlilik yapan dahil edilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların yaş ve evlilik sayıları

(n=415)	Ortalama değer	Minimum-Maksimum
Yaş	56	41-82
Evlilik sayısı	1	1-3

Katılımcıların sigara kullanma durumları incelendiğinde; %62,2'si (n:176) sigara kullanmadığını, %37,8'i (n:107) sigara kullandığını belirtti.

Katılımcıların alkol kullanma durumları incelendiğinde; %76,7'si (n:217) alkol kullanmadığını, %23,3'ü (n:66) alkol kullandığını belirtti.

Tablo 14. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumu tablosu

Sigara ve alkol kullanım durumları		N(217)	%
Sigara	Yok	176	62,2
	Var	107	37,8
Alkol	Yok	217	76,7
	Var	66	23,3

Katılımcıların kronik hastalık mevcudiyeti sorgulandığında; %42'sinin (n:119) hiç kronik hastalığı mevcut olmadığı, %58'inde (n:164) bir veya birden fazla kronik hastalık mevcudiyeti belirlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların kronik hastalık durumu

Kronik hastalık durumu	N(283)	%
Yok	119	42,0
Var	164	58,0

Katılımcıların boyları incelendiğinde; minimum 156 cm, maksimum 188 cm ve ortalama (medyan) değeri 175,00 cm olarak bulundu.

Katılımcıların kiloları incelendiğinde; minimum 62 kg, maksimum 135 kg ve ortalama (medyan) değerleri 81,00 kg olarak bulundu.

Katılımcıların VKİ değerleri incelendiğinde; minimum 22,3, maksimum 38,2 ve ortalama (medyan) değeri 26,5 olarak bulundu (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların boy, kilo, vki tablosu

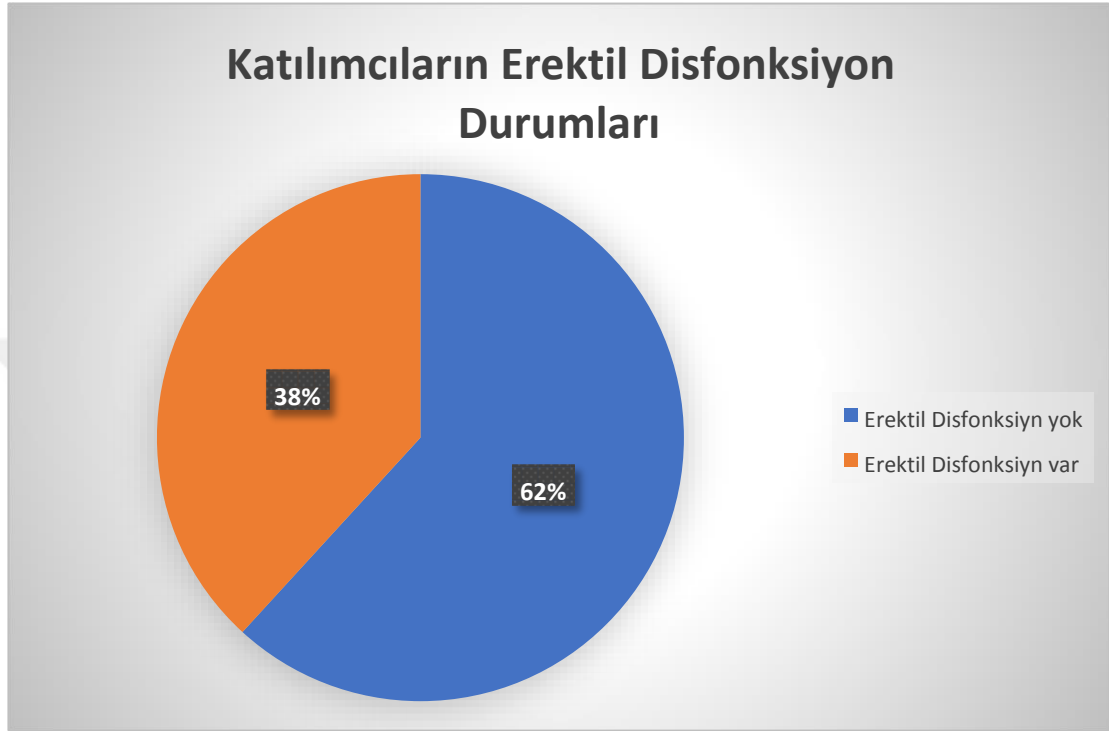
	Ortalama değer	Minimum-Maksimum
Boy (cm)	175,00	156-188
Kilo (kg)	81,00	62-135
VKİ *(kg/m ²)	26,5	22,3-38,2

Katılımcıların IIEF-5 skorları incelendiğinde; minimum 5, maksimum 25 ve ortalama (medyan) değeri 22 olarak bulundu.

Katılımcıların ED sorun süresi incelendiğinde; minimum 6 ay, maksimum 156 ay ve ortalama (medyan) değeri 48 ay olarak bulundu (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların IIEF-5 skoru ve erektil disfonksiyon sorun süresi tablosu

	Ortanca değer	Minimum-Maksimum
IIEF-5 Skoru (n=283)	22,00	5-25
ED sorun süresi (ay) (n=108)	48	6-156

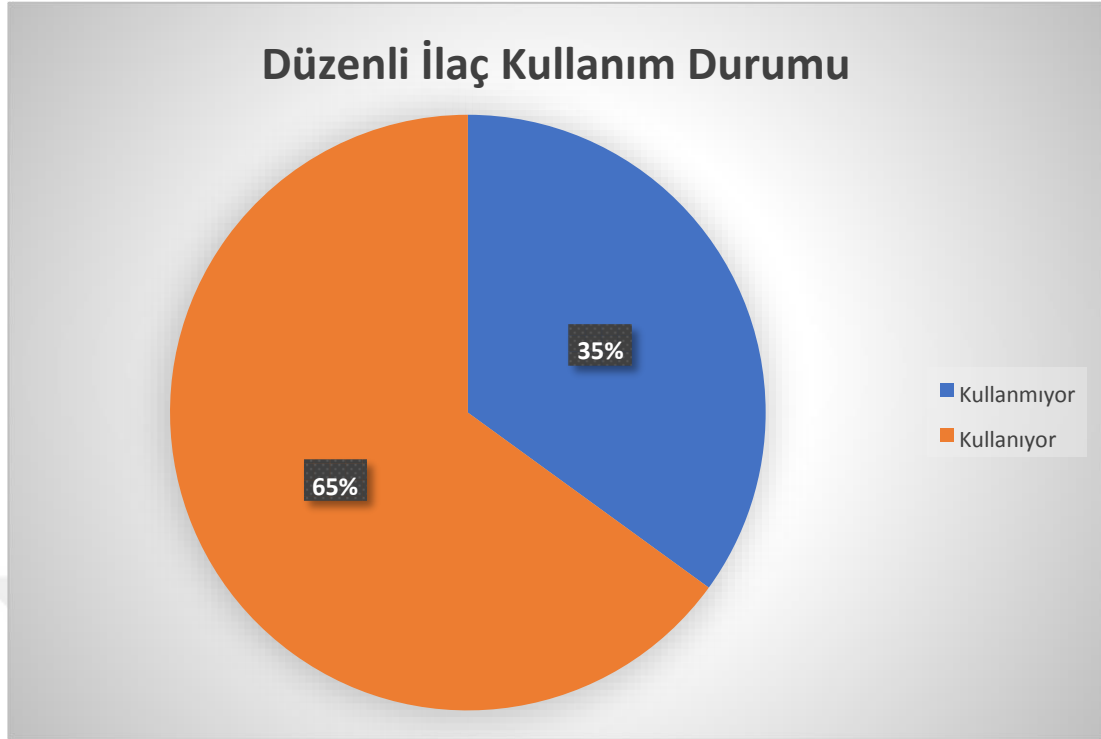


Şekil 5. Katılımcıların erektil disfonksiyonlarına ait evre tablosu

Katılımcıların ED şiddet durumu sorgulandığında; %0,7'sinin (n:2) hafif şiddetli, %12,7'sinin (n:36) hafif-orta şiddette, %15,9'unun (n:45) orta şiddetli, %8,8'inin (n:25) şiddetli erektil disfonksiyona sahip olduğu saptandı.

Tablo 18. Katılımcıların erektil disfonksiyon şiddet tablosu

EF Kategorisi (n=108)	N	%
Hafif	2	0,7
Hafif-orta	36	12,7
Orta	45	15,9
Şiddetli	25	8,8



Şekil 6. Katılımcıların herhangi bir hastalık için düzenli ilaç kullanım durumları

Katılımcıların kronik ilaç kullanımları sorgulandığında; %25,4'ü (n:72) diüretik, %17,7'si (n:50) betabloker, %11,7'si (n:33) lipid düşürücü ilaçlar, %8,8'i (n:25) antidepresan, %4,2'si (n:12) hormonal ajanlar, %2,1'i (n:6) kemoterapi veya radyoterapi, %1,8'i (n:5) antipsikotik, % 1,1'i (n:3) anksiyolitik ilaç kullandıkları görülmüştür.

Tablo 19. Katılımcıların kronik ilaç kullanım durumları

	N	%
Diüretik	72	25,4
Beta bloker	50	17,7
Lipid düşürücü ilaçlar	33	11,7
Antidepresan	25	8,8
Hormonal ajanlar	12	4,2
Kemoterapi/Radyoterapi	6	2,1
Antipsikotik	5	1,8
Anksiyolitik	3	1,1

Katılımcıların ED nedeniyle doktora başvurma durumları incelendiğinde; %83,3'ü (n:90) doktora başvurmazken, %16,7'sinin (n:18) doktora başvurdukları görülmüştür.

Tablo 20. Katılımcıların Erektile Disfonksiyon nedeniyle doktora başvurma durumları

Doktora başvurma	N(108)	%
Hayır	90	83,3
Evet	18	16,7

Katılımcıların ED'si olanlarda doktora gitmeme nedenleri sorgulandığında; %53,4'ünün (n:48) yaşına göre normal olduğunu düşündüğü, %23,3'ünün (n:21) çekindiği veya utandığı, % 22,2'sinin (n:21) düzeleceğini düşündüğü, %1,1'inin (n:1) vakti olmadığı için doktora başvurmadağı görülmüştür.

Tablo 21. Erektile Disfonksiyonu olan hastaların doktora gitmeme nedenleri

Doktora gitmeme nedeni	N(90)	%
Yaşıma göre normal olduğunu düşündüm	48	53,4
Çekindim, utandım	21	23,3
Düzeleceğini düşündüm	21	22,2
Vakit yoktu	1	1,1

Katılımcıların ED'si olup doktora başvuranlarda önerilen tedavi durumları incelendiğinde; %77,8'inin (n:14) ilaç tedavisi,%16,7'sinin (n:3) yaşam tarzı değişikliği, %5,6'sının (n:1) diğeri tedavi aldıkları görülmüştür.

Tablo 22. Erektile Disfonksiyonu olup doktora başvuran hastalara önerilen tedavi durumları

Doktor Tedavi	N(18)	%
İlaç tedavisi	14	77,8
Yaşam tarzı değişiklikleri	3	16,7
Diğeri	1	5,6

Katılımcıların ED nedeniyle hekim önerisi dışında ürün yada ilaç kullanımı sorgulandığında; %74,1'inin (n:80) hiçbir ürün yada ilaç kullanmadığı, %25,9'unun (n:28) hekim önerisi dışında ürün yada ilaç kullandığı gözlemlenmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların ED için hekim önerisi dışında ürün kullanım durumları

Hekim Önerisi Dışında Ürün Kullanımı	N(108)	%
Hayır	80	74,1
Evet	28	25,9

Katılımcılar arasında hekim önerisi dışında ürün kullanan ED'ye sahip olanların kullandıkları ürüne bağlı yan etki yaşama durumları sorgulandığında; %64,2'sinin (n:18) herhangi bir yan etki yaşamadığı, %35,8'inin (n:10) yan etki yaşadığı görülmüştür.

Tablo 24. Katılımcıların ED için hekim önerisi dışında üründe yan etki yaşama durumları

Hekim Önerisi Dışı Üründe Yan Etki Yaşama	N(28)	%
Hayır	18	64,2
Evet	10	35,8

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların yaşları kıyaslandığında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -9,022$, $p < 0,001$). ED'si olanların yaş ortalaması olmayanlara göre daha yüksekti.

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların eğitim durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -7,322$, $p < 0,001$).

Eretil disfonksiyonu olanların eğitim düzeyi olmayanlara göre daha düşük seviyedeydi.

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların gelir durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -6,098$, $p < 0,001$).

Eretil disfonksiyonu olanların gelir durumu olmayanlara göre daha düşük bulundu. Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların tükettiği sigara miktarı adet olarak kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -3,950$, $p < 0,001$). Eretil disfonksiyonu olanların tükettiği sigara miktarı adet olarak daha fazla bulundu.

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların tükettiği alkol miktarı kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$). Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların kronik hastalık sayısı kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -5,775$, $p < 0,001$). Eretil

disfonksiyonu olanların kronik hastalık sayısı olmayanlara göre daha yüksek bulundu.

Tablo 25. Eretil disfonksiyon açısından bazı risk faktörlerinin karşılaştırılması-I

	Eretil Disfonksiyon		Z*	p
	ED Yok (n=175) Ort±SS*	ED Var (n=108) Ort±SS		
Yaş	51,78±7,58	62,65±9,17	-9,022	<0,001
Eğitim durumu*	4,34±0,83	3,44±1,09	-7,322	<0,001
Gelir durumu**	2,03±0,75	1,47±0,64	-6,098	<0,001
Sigara miktarı (adet)	19,04±7,27	27,14±10,56	-3,950	<0,001
Alkol miktarı (haftalık ünite)	3,05±2,37	2,80±2,44	-0,810	0,418
Kronik hastalık sayısı	1,48±0,56	2,63±1,39	-5,775	<0,001

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır

*5'li likert sorgulama 1: eğitim almamış 5:üniversite mezunu **3'lü likert sorgulama 1: düşük gelir 3: yüksek gelir

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların vücut kitle indeksleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -6,341$, $p < 0,001$). Eretil disfonksiyonu olanların vücut kitle indeksleri olmayanlara göre daha yüksek bulundu.

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların fiziksel aktiviteleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -8,387$, $p < 0,001$).

Eretil disfonksiyonu olanların fiziksel aktivitelerinin daha az sıklıkta olduğu görüldü.

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların beslenmeleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -4,561$, $p < 0,001$). Eretil disfonksiyonu olanların daha sağlıklı beslendikleri görüldü.

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların stresli kişilik özellikleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -3,689$, $p < 0,001$). Eretil disfonksiyonu olanların daha stresli kişiliğe sahip oldukları görüldü. Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların stresli işe sahip olup olmadıkları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = 2,927$, $p < 0,05$). Eretil disfonksiyonu olanların daha stresli işe sahip oldukları görüldü.

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların eşleriyle problemli ilişki durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Tablo 26. Eretil disfonksiyon açısından bazı risk faktörlerinin karşılaştırılması-II

	Eretil Disfonksiyon		Z*	p
	ED yok (n=175) Ort±SS*	ED var (n=108) Ort±SS		
VKİ	26,04±2,51	27,98±2,63	-6,341	<0,001
Fiziksel hareketsizlik *	2,15±0,95	3,29±0,97	-8,387	<0,001
Sağlıksız beslenme*	1,98±0,96	2,53±1,00	-4,561	<0,001
Stresli kişilik*	2,18±0,90	2,63±1,05	-3,689	<0,001
Stresli iş*	1,55±0,74	1,36±0,75	-2,927	0,003
Problemli ilişki*	1,69±0,74	1,74±0,83	-0,279	0,781

*5li likert değerlendirme: 1: en az 5: en çok

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların HAD-A skorları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -9,704$, $p < 0,001$).

Eretil disfonksiyonu olan kişilerin HAD-A skorları daha yüksek bulundu.

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların HAD-D skorları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -10,108$, $p < 0,001$). Eretil disfonksiyonu olan kişilerin HAD-D skorları daha yüksek bulundu.

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların çift uyum ölçek skorları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -5,057$, $p < 0,001$). Eretil disfonksiyonu olan kişilerin çift uyum ölçek skorları daha düşük bulundu.

Katılımcıların ED'si olan ve olmayanların cinsel yaşam kalite ölçek skorları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = 13,048$, $p < 0,001$). Eretil disfonksiyonu olan kişilerin cinsel yaşam kalite ölçek skorları daha düşük bulundu.

Tablo 27. Ölçekler ile erektil disfonksiyon grupları arasındaki karşılaştırma

	Erektil Disfonksiyon		Z*	p
	ED yok (n=175) Ort±SS*	ED var (n=108) Ort±SS		
HAD-A	3,57±1,54	6,68±2,72	-9,704	0,001
HAD-D	3,59±1,89	7,35±3,07	-10,108	0,001
Çift Uyum Ölçeği Skoru	58,34±6,62	54,45±7,26	-5,057	0,001
CYKÖ	95,06±8,81	63,37±18,77	-13,048	0,001

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği- Anksiyete HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon

Ölçeği-Depresyon Skoru CYKÖ: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği

Katılımcılara fiziksel aktivite yönünden hareketsiz bir yaşantınız olduğunu düşünür müsünüz şeklinde bir cümle kurulduğunda katılımcıların; %20,8'i (n:59) hiçbir zaman, %26,9'u (n:76) nadiren olduğunu, %26,9'u (n:76) orta sıklıkta olduğunu, % 24'ü (n:68) çoğunlukla olduğunu, %1,4'ü (n:4) her zaman olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılara sağlıklı beslendiğinizi düşünür müsünüz şeklinde bir cümle kurulduğunda katılımcıların; % 32,5'i (n:92) hiçbir zaman, % 26,5'i (n:75) nadiren, %31,4'ü (n:89) orta sıklıkta, %8,8'i (n:25) çoğunlukla, % 0,7'si (n:2) her zaman olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılara sürekli mesleki baskı ve olumsuzluklara maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz şeklinde bir cümle kurulduğunda katılımcıların; % 65,7'si (n:186) hiçbir zaman, % 22,3'ü (n:63) nadiren, % 10,6'sı (n:30) orta sıklıkta, % 1,1'i (n:3) çoğunlukla, % 0,4'ü (n:1) her zaman olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılara kendinizi stresli birisi olarak tanımlar mısınız şeklinde bir cümle kurulduğunda katılımcıların; %23,7'si (n:67) hiçbir zaman, % 31,1'i (n:88) nadiren, %32,2'si (n:91) orta sıklıkta, %12,7'si (n:36) çoğunlukla, %0,4'ü (n:1) her zaman olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılara eşinizle problemleri bir ilişkiniz olduğunu düşünüyor musunuz şeklinde bir cümle kurulduğunda katılımcıların; %47,3'ü (n:134) hiçbir zaman, %36,4'ü (n:103) nadiren, %14,5'i (n:41) orta sıklıkta, %1,8'i (n:5) çoğunlukla olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların Eretil Disfonksiyona ait bazı risk faktörleri ile ilgili mevcut durumları

	Hiç	Nadiren	Orta sıklıkta	Çoğunlukla	Her zaman	Ort.± SD *
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	
Fiziksel Aktivite yönünden hareketsizlik	20,8 (59)	26,9 (76)	26,9 (76)	24,0 (68)	1,4 (4)	2,58±1,11
Sağlıksız beslenme	32,5 (92)	26,5 (75)	31,4 (89)	8,8 (25)	0,7 (2)	2,19±1,01
Stresli iş	65,7 (186)	22,3 (63)	10,6 (30)	1,1 (3)	0,4 (1)	1,48±0,75
Stresli kişilik	23,7 (67)	31,1 (88)	32,2 (91)	12,7 (36)	0,4 (1)	2,35±0,99
Problemli evlilik ilişkisi	47,3 (134)	36,4 (103)	14,5 (41)	1,8 (5)	0 (0)	1,71±0,77

*Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar 1: Hiç 5:Oldukça fazla 5'li Likert tipi olarak puanlanmıştır.

Katılımcıların CYKÖ skorlarıyla çalışma durumu kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 27,97$, $p < 0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ikili gruplar arası yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre emekli grup çalışmayan ve çalışıyor olan gruba göre anlamlı olarak farklıydı ($p < 0,05$).

Katılımcıların CYKÖ skorlarıyla eğitim durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 43,23$, $p < 0,001$). Eğitim durumu seviyesi arttıkça CYKÖ skoru lineer olarak artıyordu.

Tablo 29. Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalite Ölçek skorlarıyla çalışma ve eğitim durumları ile karşılaştırılması

		CYKÖ Ort.±SS	χ^2 *	p
Çalışma şekli	Çalışmıyor	79,47±23,33	27,97	<0,001 ††
	Çalışıyor	88,59±19,82		
	Emekli	77,99±19,73		
Eğitim durumu	Düşük	73,06±21,75	43,23	<0,001 ††
	Orta	81,28±21,45		
	Yüksek	91,65±14,27		

*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. † $p < 0,01$ †† $p < 0,001$, .CYKÖ: Cinsel yaşam kalite ölçek skoru

Katılımcıların eğitim durumlarına göre doktora gitme durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumu kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Tablo 30. Erektile disfonksiyona yönelik sorular

		Düşük eğitim n (%)	Orta eğitim n (%)	Yüksek Eğitim n (%)	X^2^*	p
Doktora gitme	Hayır	49(54,4)	27(30,0)	14(15,6)	1,47	0,478
	Evet	7(38,9)	7(38,9)	4(22,2)		
Hekim önerisi dışı ürün kullanma	Hayır	44(55,0)	24(30,0)	12(15,0)	0,976	0,614
	Evet	13(44,8)	10(34,5)	6(20,7)		

*Ki-kare testi kullanılmıştır

Katılımcıların çalışma durumlarına göre ED varlığı kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 47,794$, $p < 0,001$). Emekli olan grupta ED görülme oranı çalışan ve çalışmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların çalışma durumlarına göre hekim dışı ürün kullanımı kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Tablo 31. Çalışma durumu ile ED varlığı ile hekim dışı ürün bulguları arasındaki farklılık

		Düşük eğitim n (%)	Orta eğitim n (%)	Yüksek Eğitim n (%)	X^2^*	p
ED varlığı	Hayır	4(57,1)	109(82,6)	62(43,1)	47,794	<0,001
	Evet	3(42,9)	23(17,4)	82(56,9)		
Hekim dışı ürün	Hayır	44(55,0)	24(30,0)	12(15,0)	0,976	0,614
	Evet	13(44,8)	10(34,5)	6(20,7)		

*Ki-kare testi kullanılmıştır

ED varlığına göre evlenme şekli kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 55,575$, $p < 0,001$). Görücü usulü evlenenlerde ED görülme

riski daha yüksekti. Katılımcıların ED varlığına göre sigara kullanımları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi($p > 0,05$).

Katılımcıların ED varlığına göre alkol kullanımları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 19,313$ $p < 0,001$).

Eretil disfonksiyonu olmayanların alkol kullanım oranı daha yüksekti.

Katılımcıların ED varlığına göre kronik hastalık varlığı kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 90,672$, $p < 0,001$). Eretil disfonksiyonu olanların kronik hastalığa sahip olma oranları daha yüksekti.

Tablo 32. ED varlığı ile ilgili parametreler arasındaki farklılık

		ED yok n (%)	ED var n (%)	χ^2*	p
Evlenme şekli	Anlaşarak	158(74,2)	55(25,8)	55,575	<0,001
	Görücü usülü	17(24,3)	53(75,7)		
Sigara	Hayır	105(59,7)	71(40,3)	0,936	0,333
	Evet	70(65,4)	37(34,6)		
Alkol	Hayır	119(54,8)	98(45,2)	19,313	<0,001
	Evet	56(84,8)	10(15,2)		
Kronik Hastalık	Hayır	112(94,1)	7(5,9)	90,672	<0,001
	Evet	63(38,4)	101(61,6)		

* Ki-kare testi kullanılmıştır

Katılımcıların yaşa göre doktora başvurma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların eğitim durumuna göre doktora başvurma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların gelir durumuna göre doktora başvurma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların CIEF-5 skoruna göre doktora başvurma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların sorun süresine göre doktora başvurma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların vücut kitle indekslerine göre doktora başvurma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların çift uyum ölçek skorlarına göre doktora başvurma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların cinsel yaşam kalite ölçek skorlarına göre doktora başvurma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Tablo 33. Doktora başvurma durumu ile ilgili parametreler arasındaki farklılıklar

	Doktora Başvurma		Z*	p
	Hayır (n=90) Ort±SS*	Evet (n=18) Ort±SS		
Yaş	63,06±9,12	60,61±9,382	-1,052	0,293
Eğitim durumu*	3,41±0,99	3,61±1,09	-0,810	0,418
Gelir durumu**	1,47±0,62	1,50±0,78	-0,172	0,863
CIIEF5skoru	10,02±3,31	11,00±3,91	-1,102	0,270
Sorun süresi	60,20±38,41	44,00±25,70	-1,464	0,143
VKİ	27,82±2,68	28,76±2,22	-1,810	0,070
Çift Uyum Ölçek Skoru	54,51±7,06	54,17±8,37	-0,310	0,757
CYKÖ	64,32±19,02	58,66±17,12	-1,080	0,280

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır

Katılımcıların yaşa göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -4,548$, $p < 0,001$). Yaş değeri düşük olanların hekim önerisi dışında ürün kullanımı yüksek görüldü.

Katılımcıların eğitim durumuna göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların gelir durumuna göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların CIEF-5 skoruna göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların ED sorun sürelerine göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -2,955$, $p < 0,05$). Sorun süresi azaldıkça hekim önerisi dışında ürün kullanımı yüksek görüldü.

Katılımcıların vücut kitle endekslerine göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların çift uyum ölçek skorlarına göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -2,080$, $p < 0,05$).

Katılımcıların cinsel yaşam kalite ölçek skorlarına göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($Z = -3,222$, $p < 0,05$).

Tablo 34. Hekim önerisi dışında ürün kullanımı ile ilgili parametreler arasındaki farklılıklar

	Hekim önerisi dışında ürün kullanımı		Z*	p
	Hayır (n=79) Ort±SS*	Evet (n=29) Ort±SS		
Yaş	65,08±8,34	56,03±8,08	-4,548	<0,001
Eğitim durumu*	3,39±1,01	3,59±1,01	-0,878	0,383
Gelir durumu**	1,41±0,59	1,66±0,76	-1,520	0,128
CIEF5skoru	9,81±3,44	11,21±3,18	-1,882	0,060
Sorun süresi	63,57±38,22	40,97±27,87	-2,955	0,003
VKİ	27,71±2,64	28,65±2,48	-1,808	0,071
Çift Uyum Ölçek Skoru	55,00±7,67	52,97±5,84	-2,080	0,038
CYKÖ	66,67±18,88	54,39±15,43	-3,222	0,001

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır

Katılımcıların ED varlığına göre hipertansiyon hastalıkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu($\chi^2 = 36,104$, $p < 0,001$). Erektile disfonksiyonu olan kişilerde hipertansiyon görülme oranı daha yüksekti.

Katılımcıların ED varlığına göre diabetes mellitus hastalıkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 69,219$, $p < 0,001$). Erektile disfonksiyonu olan kişilerde diabetes mellitus görülme oranı daha yüksekti.

Katılımcıların ED varlığına göre koroner arter hastalığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 52,703$, $p < 0,001$). Erektile disfonksiyonu olan kişilerde koroner arter hastalığı görülme oranı daha yüksekti.

Katılımcıların ED varlığına göre dislipidemi hastalıkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 18,573$, $p < 0,001$). Erektile disfonksiyonu olan kişilerde dislipidemi görülme oranı daha yüksekti.

Katılımcıların ED varlığına göre prostat hastalıkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 44,704$, $p < 0,001$). Erektile disfonksiyonu olan kişilerde prostat hastalığı görülme oranı daha yüksekti.

Tablo 35. Katılımcıların erektile disfonksiyon varlığına göre hipertansiyon hastalıkları karşılaştırılması

		ED yok n (%)	ED var n (%)	χ^2 *	p
Hipertansiyon	Yok	140(74,1)	49(25,9)	36,104	<0,001
	Var	35(37,2)	59(62,8)		
Diabet	Yok	162(75,3)	53(24,7)	36,104	<0,001
	Var	13(19,1)	55(80,9)		
KAH	Yok	174(69,3)	77(30,7)	52,703	<0,001
	Var	1(3,1)	31(96,9)		
Dislipidemi	Yok	157(67,7)	75(32,3)	18,573	<0,001
	Var	18(35,3)	33(64,7)		
Prostat Hastalığı	Yok	174(68,2)	81(31,8)	44,704	<0,001
	Var	1(3,6)	27(96,4)		

* Ki-kare testi kullanılmıştır

Katılımcıların ED varlığına göre diüretik ilaç kullanım durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 59,796$, $p < 0,001$). Erektile disfonksiyonu olan kişilerin diüretik ilaç kullanımı daha yüksekti.

Katılımcıların ED varlığına göre betabloker ilaç kullanım durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 74,590$, $p < 0,001$). Erektile disfonksiyonu olan kişilerin betabloker ilaç kullanımı daha yüksekti.

Katılımcıların ED varlığına göre lipid düşürücü ilaç kullanım durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 49,247$, $p < 0,001$). Erektile disfonksiyonu olan kişilerin lipid düşürücü ilaç kullanımı daha yüksekti.

Katılımcıların ED varlığına göre antidepresan ilaç kullanım durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 24,415$, $p < 0,001$). Erektile disfonksiyonu olan kişilerin antidepresan ilaç kullanımı daha yüksekti.

Katılımcıların ED varlığına göre diüretik ilaç kullanım durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($\chi^2 = 59,796$, $p < 0,001$). Erektile disfonksiyonu olan kişilerin diüretik ilaç kullanımı daha yüksekti.

Katılımcıların ED varlığına göre hormonal ilaç kullanım durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Tablo 36. Katılımcıların erektile disfonksiyon varlığına göre diüretik ilaç kullanım durumları karşılaştırılması

		ED yok n (%)	ED var n (%)	χ^2*	p
Diüretik	Yok	158(74,9)	53(25,1)	59,796	<0,001
	Var	17(23,6)	55(76,4)		
Betabloker	Yok	171(73,4)	62(26,6)	74,590	<0,001
	Var	4(8,0)	46(92,0)		
Lipid düşürücü	Yok	173(69,2)	77(30,8)	49,247	<0,001
	Var	2(6,1)	31(93,9)		
Antidepresan	Yok	171(66,3)	87(33,7)	24,415	<0,001
	Var	4(16,0)	21(84,0)		
Hormonal ajan	Yok	170(62,7)	101(37,3)	2,161	0,142
	Var	5(41,7)	7(58,3)		

* Ki-kare testi kullanılmıştır

Katılımcıların HADA puanı ve HADD puanı arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki vardı ($r = -0,84$, $p < 0,001$). HADA puanı ve ÇUÖ puanı ile negatif

yönde orta kuvvette ilişki vardı ($r = -0,382$, $p < 0,001$). HADA puanı ve CYKÖ puanı arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki vardı ($r = -0,471$, $p < 0,001$).

Katılımcıların HADD puanı ve ÇUÖ puanı arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki vardı ($r = -0,34$, $p < 0,001$). HADD puanı ve CYKÖ puanı arasında negatif yönde orta kuvvette ilişki vardı ($r = -0,382$, $p < 0,001$).

Katılımcıların ÇUÖ puanı ve CYKÖ puanı arasında pozitif yönde orta kuvvette ilişki vardı ($r = 0,432$, $p < 0,001$).

Tablo 37. Kullanılan ölçekler arasındaki ilişkinin korelasyon tablosu

		HADA	HADD	Çift Uyum Ölçeği	CYKÖ
HADA	r	1	-0,840	-0,382	-0,471
	p		<0,001	<0,001	<0,001
HADD	r	-0,840	1	-0,340	-0,382
	p	<0,001		<0,001	<0,001
Çift Uyum Ölçeği	r	-0,382	-0,340	1	0,432
	p	<0,001	<0,001		<0,001
CYKÖ	r	-0,471	-0,382	0,432	1
	p	<0,001	<0,001	<0,001	

Sperman korelasyon testi kullanılmıştır

Katılımcıların yaş grubuna göre CIEF-5 puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=90,209$, $p < 0,001$). Yaş arttıkça CIEF-5 skoru lineer olarak azalıyordu.

Katılımcıların yaş grubuna göre ÇUÖ puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ($p > 0,05$).

Katılımcıların yaş grubuna göre CYKÖ puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=25,842$; $p < 0,001$). Yaş arttıkça CYKÖ puanı lineer olarak azalıyordu.

Katılımcıların yaş grubuna göre HADA puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=6,218$; $p < 0,05$). Yaş arttıkça HADD puanı lineer olarak artıyordu.

Katılımcıların yaş grubuna göre HADD puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($X^2=12,572$; $p < 0,05$). Yaş arttıkça HADA puanı lineer olarak artıyordu.

Tablo 38. Katılımcıların yaş grubuna göre CIEF-5 puanı karşılaştırılması

	Yaş	Ort.±SS	X ^{2*}	p
CIEF-5 Skoru	41-50	22,25±4,60	90,209	<0,001 ††
	51-60	19,13±5,89		
	>60	13,81±7,10		
Çift Uyum Ölçek Skoru	41-50	55,74±7,98	2,128	0,345
	51-60	57,40±7,23		
	>60	57,45±5,89		
CYKÖ	41-50	88,56±21,25	25,842	<0,001
	51-60	83,32±19,45		
	>60	76,96±19,19		
HADA	41-50	4,42±2,47	6,218	0,045
	51-60	4,55±2,35		
	>60	5,30±2,77		
HADD	41-50	4,56±2,90	12,572	0,002
	51-60	4,56±2,64		
	>60	5,96±3,29		

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

40 yaş üzeri evli erkeklerde ED'ye ait risk faktörlerinin belirlenmesi, evlilik uyumuna etkisi ve cinsel yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı bu çalışmada katılımcıların %38'inde ED tespit edilmiştir. Garcia AR ve arkadaşlarının İspanya'da 1.basamakta 2934 erişkin hastada ED'nin prevalansı üzerine yaptıkları çalışmada 40 yaş üstü popülasyonda ED oranı %18,9 olarak bulunmuştur (111). Ngai KH ve arkadaşlarının Hong Kong'da 1.basamakta 40 yaş üstü 950 erkek hasta üzerinde ED prevalansı ve risk faktörleri üzerine yaptıkları çalışmada ED prevalansı %68 olarak bulunmuştur (112). Rosen RC ve arkadaşlarının genel toplumdaki ED prevalansı ve ilişkili sağlık kaygıları hakkındaki 27.839 erkek hastanın dahil edildiği çok uluslu çalışmada ED prevalansı 40-49 yaş arasında %15, 50-59 yaş arasında %22, 60-69 yaş arasında %30, 70-75 yaş arasında %37 olarak bulunmuştur (113). de Boer BJ ve arkadaşlarının Hollanda'da 18 yaş üzeri 5601 katılımcıyla gerçekleştirdikleri ve 1.basamakta ED prevalansı ve hasta özelliklerini inceledikleri araştırmada erkeklerin %38'inde ED tespit edilmiştir (114). Meuleman EJH'nin Hollanda'da 40-69 yaş arası 1000 katılımcıyla gerçekleştirdikleri ED prevalansı ile ilgili çalışmada erkeklerin %26'sında ED tespit edilmiştir (115). Cheng JYW ve arkadaşlarının Asya popülasyonlarında ED prevalansı hakkındaki 8653 erkek hastanın dahil edildiği çok uluslu metaanaliz çalışmasında ED oranı 40-49 yaş arasında %40.6, 50-59 yaş arasında %54.3, 60-69 yaş arasında %70 olarak bulunmuştur (116). Yapılan çalışmalarda ED prevalans değerlerinin çalışmamızda elde ettiğimiz verilerle kıyasladığımızda bizim sonuçlarımıza göre daha düşük ve daha yüksek sonuçlar olmasına rağmen çalışma verilerimizin genel literatür verileriyle uyumlu olduğu görülmektedir.

Karaköse ve arkadaşlarının (117) ülkemizde yaptığı çalışmada, hastalığın Türkiye'deki prevalansı ve 2011 yılı Türkiye nüfusu dikkate alındığında, yaklaşık 10 milyon Türk erkeğinin ED'den, yaklaşık 5 milyon Türk erkeğinin ise orta ve ağır derecede ED'den muzdarip olduğu, buna rağmen ülkemizdeki üroloji kliniklerinde, ED'nin önemli bir orana sahip olmadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmaya göre ED hastalarının ürolojik vakalar içindeki oranı %1,1'dir.

Çalışmamızda ED'si olan kişilerin ortalanca yaş değerleri ED'si olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. O'Donnell ve arkadaşlarının ABD'de 4070 yaş erkekleri 17 yıl boyunca izledikleri çalışmalarında yaş arttıkça ED görülme oranının arttığını tespit etmişlerdir (118). Garcia AR ve arkadaşlarının İspanya'da 1.basamakta 2934 erişkin hastada ED prevalansı üzerine yaptıkları çalışmada ED'si olan erkeklerin yaş ortalaması 71.9 iken ED'si olmayanların yaş ortalaması ise 51.6 olarak bulunmuştur (111). Rose RC ve arkadaşlarının genel toplumdaki ED prevalansı ve ilişkili sağlık kaygıları hakkındaki 27.839 erkek hastanın dahil edildiği çok uluslu çalışmada ED prevalansı 40-49 yaş arasında %15, 50-59 yaş arasında %22, 60-69 yaş arasında %30, 70-75 yaş arasında %37 olarak bulunmuştur (113).Yapılan çalışmalarda ED görülme sıklığının yaş değeriyle olan ilişkisini elde ettiğimiz verilerle kıyasladığımızda bizim sonuçlarımıza benzer şekilde genel literatür verileriyle uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda eğitim ve gelir düzeyi azaldıkça ED görülme sıklığı artmaktaydı. Akkuş ve arkadaşları (2) ülkemizde 2002 yılında yaptıkları çalışmada eğitim durumu düşük olan insanlarda ED'yi daha fazla tespit etmişlerdir. Eğitim düzeyi ile gelir durumunun pozitif korelasyon gösterdiğinin bulunduğu bu çalışmada, sosyoekonomik düzeyinin düşük olmasının ED'yi arttırdığı belirtilmiştir. Literatürde eğitim durumu ile doktora başvuru oranlarını inceleyen çalışma az sayıdadır.

Çalışmamızda diüretik, beta bloker, lipid düşürücü ve antidepresan ilaç gruplarından herhangi birini kullanan hastalarda ED görülme oranları bu ilaçları kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bouhanick B. ve arkadaşları Fransa'da yaptıkları seksüel disfonksiyon ve antihipertansif tedavi konulu araştırmada, diüretik ve betablokerlerin ED üzerine olumsuz etkileri olduğunu bildirmişlerdir (119). Grimm Jr. RH ve arkadaşlarının ABD'de antihipertansif 5 ilaç grubunun cinsel fonksiyon üzerine etkisini 2 yıl boyunca plasebo ile karşılaştırdıkları çift kör çalışmalarında bu 5 gruptan sadece diüretiklerin (klortalidon) ED üzerine anlamlı olarak olumsuz etkisinin olduğunu bulmuşlardır (120). Manolis A. ve Doumas M.'nin Yunanistan'da cinsel işlev bozukluğu ve hipertansiyon ilişkisi konulu araştırmada eski nesil antihipertansif ilaçların(diüretik, betabloker) erektile fonksiyona negatif etkileri olurken yeni nesil ilaçların (kalsiyum kanal bloker, ACE inhibitör) nötr etkileri olduğunu, anjiotensin reseptör blokerlerinin ise ereksiyon

üzerine olumlu etkileri olduğunu bildirmişlerdir (121). Corona G. ve arkadaşları İtalya’da seksüel disfonksiyonu olan 2040 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada SSRI kullanımının seksüel isteği 2 kat azalttığını, ED’ye ise daha da yüksek oranda neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır (122). Serretti A. ve Chiesa A.’nın İtalya’da antidepresanlara bağlı ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğu konulu metaanaliz araştırmada SSRI, SNRI ve diğer grup antidepresan ilaçların değişen oranlarda seksüel isteği azaltarak erektil disfonksiyona neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır (123). Cai X ve arkadaşlarının Çin’de statin grubu ilaçların ED’deki rolü konulu 586 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada statin tedavisin testosteron düzeyini azaltarak ED’ye neden olabileceği sonucuna ulaşmışlardır (124). Çalışma verilerimiz genel olarak literatür verileriyle uyumludur.

Çalışmamızda yaş değeri arttıkça IIEF-5 puanının azaldığı ve buna paralel olarak ED görülme sıklığının arttığı bulundu. Rhoden ED ve arkadaşlarının (125) Brezilya’da 1071 erkek hasta üzerinde yaptığı ED prevalansını incelemek için bir tanı aracı olarak basitleştirilmiş Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksinin (IIEF-5) kullanımı adlı çalışmada 40-49 yaş aralığında %36.4, 50-59 yaş aralığında %42.5, 60-69 yaş aralığında %58.1, 70-79 yaş aralığında %79.4, 80 yaş üzerinde %100 bulunmuştur. Yaş ve IIEF-5 değişkenleri arasındaki Pearson katsayıları, istatistiksel olarak anlamlı bir ters (negatif) ilişki göstermiştir (125). Ngai KH ve arkadaşlarının Hong Kong’da 1.basamakta 40 yaş üstü 950 erkek hasta üzerinde ED prevalansı ve risk faktörleri üzerine yaptıkları çalışmada IIEF-5 ortalama puanlarının 41-50 yaş aralığında 16.91, 51-60 yaş aralığında 14.81, 61-70 yaş aralığında 11.54 iken 70 yaş üzerindeki hastalarda 7,82 olarak bulunmuştur (112).

Erektile disfonksiyon, toplumda yüksek oranda görülen, erkeğin toplumsal konumunu, özgüvenini, duygusal durumunu etkileyen, bireysel etkilemenin yanında evlilikleri de olumsuz yönde etkileyen bir sağlık sorunudur. Çalışmamızda birçok analiz gerçekleştirerek çok faktörlü olarak toplumda ED sorununu incelemeyi amaçladık. Bu amaçla yaptığımız çalışmamızın sekonder sonlanım noktalarından biri de çalışmamıza aldığımız ED’si olan erkek hastaların, doktora başvurmama oranları ve nedenlerini araştırmaktır. Çalışmamızda olguların %83,3’ü doktora başvuramazken sadece %16,7’sinin doktora başvurdukları görülmüştür. Hekime başvurmama oranının çok yüksek olmasının birçok sosyokültürel nedeni olduğu bir gerçektir. Yapılan bir

çalışmada yaşlı hastaların doktora başvurmamasının en sık nedeninin bunun yaşlanmanın bir sonucu olduğuna inanmaları ve bu şikayeti dile getirmediği çekingenlik olarak bildirilmiştir (126). Bu çalışmayı, Ridvan ve arkadaşları iki bine yakın ED hastasıyla gerçekleştirmiş ve hastaların %46' sında doktora başvuru olduğunu belirtmişler. Çalışmalarında bu oranın ülkeleri için çok düşük olduğunu belirtirler de bizim çalışmamız bulgularımız incelendiğinde bu oran çalışmamızda çok daha düşüktü. Bu çalışmaya 18 yaş üstü olgular alınırken bizim çalışmamızın 40 yaş üstü katılımcılarla yapılmış olması çalışmamızın farkıydı. Batı ülkelerinde cinsel konuların daha rahat konuşulabilmesi, seks terapisi gibi bilimsel alanların doğu ülkelerinden daha yaygın ve ulaşılabilir olması gibi nedenlerden dolayı hekim başvuru oranlarının ülkemiz oranlarından fazla olduğu kanaatindeyiz.

Bokhour ve arkadaşları ile Latini ve arkadaşları tarafından yayımlanan iki ayrı makalede ED'nin erkeklerin duygu durumu ve hayat kalitesi üzerine ciddi etkileri gösterilmiştir (127, 128). Ansong ve arkadaşları (129) tarafından 1998 yılında yapılan 1438 ED'li hastanın incelendiği başka bir çalışmada; hastaların sadece %31.6'sının tedavi arayışında olduğu belirtilmiştir. Olguların %30'u çekingenlik, %29'u etkin bir tedavi konusundaki bilgisizlik nedeniyle tedavi arayışına girmemişlerdir. Yine literatürdeki bir çok çalışmada ED nedeniyle doktora başvuru oranı %20-60 arası değiştiği bildirilmektedir (10, 130).

Shabsigh ve arkadaşları (10) 2004 yılında yayımladıkları makalede hekim başvurusu açısından 6 ülkeyi (ABD, İngiltere, İspanya, İtalya, Almanya, Fransa) karşılaştırmışlar. En yüksek başvuru oranı %56 ile ABD iken, en az Almanya da %21 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada genç ED'li hastaların tedavi arayışına girmemelerindeki en sık nedenin bu konu hakkında konuşmaktan utanmaları olarak tespit edilmiştir. Yaşlı hastalarda ise hekime başvurmamamın en sık neden bunun yaşlanmanın bir sonucu olduğuna inanmaları ve de bu şikâyeti dile getirmediği çekingenlik olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda olgularımızın ED'si olanlarda doktora gitmeme nedenleri sorgulandığında; %53,4'ünün yaşına göre normal olduğunu düşündüğü, %23,3'ünün çekindiği veya utandığını gözlemledik. Bu bulgumuz literatürdeki batı ülkelerinde yapılan çalışmalarla paralellik göstermekteydi. Bu nedenle çalışmamızda ED'nin

psikolojik etkileri ile alakalı yaptığımız bazı analizlerin uluslararası anlamlılığının ve değerinin arttığını düşünmekteyiz.

Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise ED olan olguların önemli bir bölümünün hekime başvurmadığı ve bu hastaların eğitim durumuna göre farklı şekillerde çözüm aradığı tespit edilmiştir (11). Bu çalışmada ED'li olduğu halde hekime müracaat etmeyen hastaların gerekçelerini araştıran bu çalışmaya göre, ilk iki sıradaki müracaat etmeme gerekçesinin, ilköğretim mezunlarında, utanma/çekinme (%18.5) ve bitkisel ürün kullanımı (%13.9) olduğu bildirilmiştir. İlkokul mezunu ED'li hastaların hekime müracaat etmeme gerekçeleri içinde oral ilaç kullanımı %8,9 oranı ile on birinci sıradadır. Buna karşı, lise ve üniversite mezunlarında, oral ilaç kullanımı %26 oranı ile ilk sırada, bitkisel ürün kullanımı ise %10,1 oranı ile beşinci sırada yer almaktadır. Bu çalışmada hekime müracaat etmeyen ilköğretim mezunu hastaların önemli bir bölümü ED tedavisi için muhtelif bitkisel ürün kullanırken, eğitilmiş ED hastaları daha çok ilaç kullanmayı tercih ettiği bildirilmiş ve bu ilaçların hemen tamamı ise oral PDE-5 inhibitörü olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda olguların eğitim durumlarına göre doktora gitme durumları ve hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi. Beklenen sonuç eğitim düzeyi yüksek olan insanların öncelikle hekime başvurması olsa da bu vakaların internet gibi bilgi kaynakları yoluyla tedavi arayışına girme oranlarının daha fazla olması muhtemel görünmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların belirttikleri ED şikayetleri başlamasından geçen süre ortalaması 48 aydı. Ridwan ve arkadaşlarının (126) yaptığı çalışmada bu süre İtalya'da 12 ay, İngiltere'de 36 ay olarak bildirilmiştir. Olgularımızın büyük çoğunluğunun hekime başvurmadığını düşünecek olursak, bu süre çalışmamızda bu çalışmalara göre daha fazlaydı. Yapılan bir çalışmada ED'nin KAH'nin belirtilerinden biri olabileceği, bu nedenler hekime başvuru süresinin geç olmasının koroner hastalığın tanı ve tedavisini geciktirebileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada KAH olan hastalardaki ED'nin anjinadan yaklaşık olarak 36 ay daha önce ortaya çıktığı belirtilmiştir (131). ED'nin toplumda iyi yönetilmesi halinde KAH'nin erken tanınması gibi bazı fizyolojik faydalar da sağlayacağı da düşünülebilir.

Oral fosfodiesteraz-V inhibitörlerinin ED tedavisinde kullanılması ile %60-90 arasında değişen başarılı sonuçlar alındığı yapılan çok sayıda çalışmadan bilinmektedir (132-137). Zaten bu başarılı sonuçlar nedeniyle, oral PDE-5 inhibitörleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak hekim önerisi ve kontrolü olmaksızın bu ilaçları kullanan hastalar, ciddi bazı riskler taşımaktadır. Çalışmamızın bir diğer amacı da hekim önerisi dışında ilaç kullanım oranları gözlemlemektir. Çalışmamızda katılımcıların ED nedeniyle hekim önerisi dışında ürün ya da ilaç kullanımı sorgulandığında; %74,1'inin hiçbir ürün ya da ilaç kullanmadığı, %25,9'unun hekim önerisi dışında ürün yada ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Bayraktar ve arkadaşlarının (12) 2011 yılında ülkemizde yaptığı çalışmada; hekim önerisi dışında ED nedeniyle PDE-5 kullanma oranları incelenmiş ve genel oran %26,4 olarak bulunmuş. Bu sonuç çalışmamız sonuçlarıyla benzerdi.

Çalışmamızda ED varlığına göre prostat hastalıkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu. Erektile disfonksiyonu olan kişilerde prostat hastalığı görülme oranı daha yüksekti. ED'li olgularımızın 27' sinde (%25) prostat hastalığı vardı. Bu konuyu iki açıdan değerlendirmek gerekmektedir. Birincisi prostat hastalığının ED'ye neden olabileceği gerçeğidir. Bu konuyla alakalı literatürde çok sayıda çalışma mevcuttur (138-140). Ülkemiz gibi hekim önerisi dışında ilaç ve bitkisel ürün kullanımı yüksek olan ülkelerde diğer önemli husus, benign prostat hiperplazisi olan hastalara verilen alfa blokör tedavidir. Alfa blokörler ile PDE-5 inhibitörlerinin beraber kullanımı sakıncalı olduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir (141, 142). PDE-5 inhibitörleri, BPH tedavisinde en sık kullanılan ilaç olan alfa blokörlerinin etkisini arttırabilir bu nedenle bu iki ilaç beraber kullanılmamalı, kullanılması halinde de dikkatli olunması gerekmektedir (143).

Yine çalışmamızda hipertansiyon ve koroner arter hastalığına sahip olgularda ED görülme oranı istatistiksel ileri derece anlamlı daha fazlaydı. Bu hastalıklarda kullanılabilen nitratin da PDE-5 inhibitörleri ile kullanımı sakıncalıdır. Toplumda özellikle sildenafil kullanımı sonrası ölüm vakalarının nedenlerinden biri de budur. Toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Batı toplumlarının birçoğunda PDE-5 inhibitörlerinin sadece reçeteli kullanılabilir olmasından dolayı bu ilaçların hekim önerisi dışında kullanımı ile alakalı çalışma azdır. Ülkemizde bu ilaçlara rahatlıkla ulaşılabilir olmasından dolayı, Türkiye' de bu

eğitimin verilmesinin daha önemli olduğu bir gerçektir. Diğer önemli bir konu da merdiven altı ilaç üretimi ve dağıtımının engellenmesi gerektiğidir. Kardiyak yan etkisi daha az olan PDE-5 inhibitörünün pahalı olması nedeniyle, doktora başvurmayan hastaların nispeten ucuz olan ve yan etkisi daha fazla olan diğer ilaçlara yönelmektedir. Çalışmamızda alfa blokör ve nitrat kullanan hastaların ayrıca kaydedilmiş ve analizlerinin yapılmamış olması çalışmamızın zayıf yönlerinden biriydi.

Çift uyumu, eşlerin günlük yaşantıya ve yaşantı içinde değişen koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun olarak değişimleri şeklinde tanımlamaktadır (19). Olgularımızın ED'si olan ve olmayanların ÇUÖ skorları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı olarak, ED'si olan grupta skor daha azdı. Cinsel uyum ölçeği puanı da beklendiği üzere, ED olan grupta daha az olduğu gözlemlendi. Ata ve arkadaşlarının (146) yakın zamanda ülkemizde 101 olgu ile yaptığı çalışmada ED'si olanlarda çift uyumunun daha az olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde birçok çalışmada çift uyumunun cinsel işlev bozukluğu olanlarda daha az olduğu bu ölçek kullanılarak belirtilmiştir (8, 147, 148). Çalışmamız bu bağlamda literatürü desteklemekteydi.

Çalışmamızda ÇUÖ ile alakalı birçok analiz gerçekleştirdik. Bunlardan bir diğeri de yukarda bahsettiğimiz ED nedeniyle doktora başvuru oranlarını karşılaştırmaktı. Olgularımızın ÇUÖ skorlarına göre doktora başvurma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi. Ancak olguların ÇUÖ skorlarına göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu. Hekim önerisi dışında ilaç kullanmayanların ölçek skor toplamı ortalaması $55,00 \pm 7,67$ iken öneri dışı ilaç kullananların ortalaması $52,97 \pm 5,84$ idi. Çalışmamız bulgularına göre; çift uyumu daha az olan çiftlerde, cinsel işlev bozukluklularında ekstra tedavi arayışı daha fazla olduğunu gözlemledik. Ancak bu bulgu daha farklı olarak da yorumlanabilir. Hekim önerisi dışında ilaç kullanımı nedeniyle yeterli fayda görmeyen erkek katılımcıların çift uyum skorları daha düşük çıkmış olabilir.

Cinsel yaşam kalitesi ölçeği ile alakalı doktora başvuru ve hekim dışı ilaç kullanımı ile alakalı analizlerde; ÇUÖ'e benzer şekilde, olguların CYKÖ skorlarına göre hekim önerisi dışında ürün kullanma durumları karşılaştırıldığında düşük skor

alanların hekim dışı ilaç kullanma oranı istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazlaydı. Çift uyum ölçeği ile alakalı yorumlarımız bu ölçek için de geçerlidir. Literatürde bu ölçekler ile ED’ de doktora başvuru ve ilaç kullanımı karşılaştıran çalışma tespit etmemiş olmamızın, çalışmamızın güçlü bir yanı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda CYKÖ’ in yaş gruplarına göre yaptığımız analizlerde; 3 yaş grubuna bölerek (41-50, 51-60, >60 yaş) yaptığımız karşılaştırmada yaşlı grupta puanın daha düşük olduğunu gözlemledik. Bu bulgumuz beklenen bir sonuç olmakla beraber istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıydı. Çift uyum ölçeğiyle yaptığımız analizde ise; yaş gruplarında skorların arasında anlamlı fark olmadığını tespit ettik. Yaşla cinsel yaşam kalitesi azalırken, çift uyumunun azalmamasının nedeni çift uyumunu belirleyen daha fazla faktörlerin olmasından dolayı kaynaklandığını düşünmekteyiz. Cinsel doyum ile çift uyumunun arasında pozitif korelasyon olduğunu belirten birçok çalışma mevcuttur (8, 9, 25, 42, 149-151).

Çalışmamızda yaşa göre ÇUÖ skorları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmedi. Kullandığımız ölçeklerden ÇUÖ puanı ve CYKÖ puanı arasında pozitif korelasyon olduğunu tespit ettik. Buna rağmen yaşın cinsel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken çift uyumuna etki etmemesi yaşlandıkça cinsel yaşam kalitesi kadar önemli olabilecek başka faktörlerin de çift uyumunda rol oynadığını gösterdiği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda kullandığımız diğer ölçeklerden biri olan HAD ile alakalı yaptığımız analizlerde HAD skoru yüksek olanlarda ED varlığı daha fazlaydı. Bu bulgumuz istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıydı. Literatürde ED’de HAD ölçeğinin kullanıldığı bir çok çalışma olmakla beraber, anksiyete ve depresyonun da ED’ye neden olduğu bilinmektedir (153-158).

Çalışmamız, elbette ülkemizdeki ED hastalarının ilaç kullanım alışkanlıkları ile ilgili önemli bilgiler ve ipuçları vermektedir. Bununla beraber, çalışmamızın bazı limitasyonları da bulunmaktadır.

1. Araştırmada verilerin özbildirim yolu ile elde edilmesi nedeniyle katılımcıların kendini iyi gösterme çabalarının olabileceği, özellikle cinsellikle ilgili sorularda bu çaba içerisine girmiş olabilecekleri muhtemeldir. Cinsel yaşamdaki sorunların başarısızlık olarak algılanması

ve cinsiyet rollerinin bundan etkilenmesi kendini iyi gösterme çabasının bazı nedenleri olarak görülmektedir. Ayrıca cinselliğe ilişkin toplumsal kurallarımızın soruları yanıtlarken açık cevaplar vermelerini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

2. Fazla sayıda ölçeğin bir arada uygulanmış olması nedeniyle çalışmadaki bazı katılımcıların ölçekleri cevaplararken sıkıldıkları ve zorlandıkları gözlemlenmiştir. Ayrıca çekinme ve utanma nedeniyle yeterince doğru cevaplar alınamamış olabilir.

Sonuç olarak; çalışmamız ED'li hastaların tedavi arayışındaki davranışlarını araştıran ülkemizdeki az sayıda akademik araştırmalardan biridir. Yüksek prevalansı, hayat kalitesine ve toplum sağlığına ciddi etkisi olan ED ile ilgili klinik çalışmalar genellikle etkinlik, doz ayarlaması ve güvenilirlik gibi farmakolojik konulara odaklanmıştır. Bu nedenle ED'li hastaların davranışsal özellikleri, onları tedaviye yönlendiren ve tedaviden uzaklaştıran sebeplerin belirlenmesi ED ile mücadelede çok önemlidir ve bu alandaki akademik çalışmaların artırılması gerekmektedir.

Eretil disfonksiyon sosyal, psikolojik ve fizyolojik birçok soruna neden olabilir. Toplumun ED konusunda hekime yönlendirilmeye teşvik edilmesi, cinsel açıdan bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bazı batı toplumlarında olduğu gibi bazı ilaçların hekim önerisi olmadan alınamamasını sağlanabilir.

Cinsel işlev bozukluklarının düzelmesi halinde evlilik uyumunun artacağı bir gerçektir. Evlilikte cinsel yaşantının önemini belirten çok sayıda çalışma vardır (6, 7, 148, 159-163). Bu konuya ciddi bir toplumsal sorun olarak yaklaşılması şarttır. Birinci basamak hekimlerine bu konuda büyük görev düşmektedir. Aile hekimleri hastalarını cinsel işlev bozukluğu yönünden biyopsikososyal yaklaşım ve aile hekimliğinin temel prensiplerinden biri olan gizliliğe de önem vererek sorgulamalı ve uygun yönlendirmeleri yapmalılardır.

6. SONUÇLAR

Birinci basamakta 40 yaş üstü hastalarda ED'nin risk faktörlerinin belirlenmesi, evlilik uyumuna etkisi ve cinsel yaşam kalitesine etkisini araştırdığımız çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Katılımcıların yaş ortalaması 56 olup eğitim durumu incelendiğinde; %29,3'ü düşük eğitilmiş, %39,6'sı düşük gelirliydi.
2. Katılımcıların %38'inde ED tespit edildi.
3. Eğitim ve gelir düzeyi azaldıkça ve yaş ortalaması arttıkça ED görülme sıklığı artıyordu.
4. Kronik hastalığı olanlarda ED görülme oranının istatistiksel ileri derece anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlemlendi. Bu hastalıklar ayrı ayrı değerlendirildiğinde HT, DM, KAH, dislipidemi ve prostat hastalığı olanların hepsinde ED sıklığı daha fazlaydı.
5. Olguların komorbid hastalıklar nedeniyle ilaç kullanımları incelendiğinde; ED olan olgularda, diüretik, beta blokör, lipid düşürücü ilaçlar ve antidepresan kullanımının daha fazlaydı
6. Görücü usulü ile evlenenlerde ED görülme oranı, anlaşarak evlenen olgulara göre daha fazlaydı
7. ED'si olan olguların %83,3'ünün ED için hiç doktora başvurmadığı tespit edildi. Hekime başvurmama nedenleri incelendiğinde; %53,4'ünün yaşına göre normal olduğunu düşündüğü, %23,3'ünün çekindiği veya utandığı, %22,2'sinin düzeleceğini düşündüğü, %1,1'inin vakti olmadığı için doktora başvurmadığı gözlemlenmiştir.
8. ED nedeniyle doktora başvuran hastaların demografik verileri incelendiğinde; yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumunun, ED nedeniyle doktora başvurma oranlarını etkilemediğini gözlemledik.
9. Erektile Disfonksiyonu olan kişilerin %25,9'unun hekim önerisi dışında ilaç kullandıkları görüldü. Bu kişilerin %35,8'i ise kullandıkları ilaca bağlı yan etki yaşadıklarını beyan etmişlerdir.
10. Hekim önerisi dışında ilaç kullanımı açısından demografik veriler incelendiğinde, bu ilaçları kullanan ve kullanmayan olgular arasında

eğitim durumu ve gelir düzeyi açısından anlamlı farklılık yoktu. Hekim önerisi dışında ilaç kullananlarının yaş ortalamasının daha az olduğu tespit edildi.

11. Çalışmamızda kullandığımız ölçeklerle yaptığımız analizlerde; ED'si olan olguların ÇUÖ skoru ve CYKÖ skoru puan ortalamalarının daha düşük olduğunu, Hastane Depresyon ve Anksiyete ölçekleri skorlarının ise anlamlı daha fazla olduğunu gözlemledik.
12. Kullandığımız ölçekler arasında yaptığımız korelasyon analizlerinde; ÇUÖ puanı ve CYKÖ arasında anlamlı pozitif korelasyon, HAD puanı ve ÇUÖ puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon mevcuttu.

Öneriler

ED, toplumda yüksek oranda görülen, erkeğin toplumsal konumunu, özgüvenini, duygusal durumunu etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Çalışmamız sonucunda dünyada görüldüğü gibi katılımcılarımızda da yüksek oranda görüldüğünü tespit ettik. Erektile disfonksiyon kişinin kendi duygudurumu etkilediği gibi çiftlerde cinsel doyumunu etkileyebilir. Bunun da evlilik uyumunun bozulmasına neden olacağı bir gerçektir. Bu konuda birinci basamak hekimlerine büyük görev düşmektedir. 40 yaş üzerinde erkekler, kronik hastalığı olan ve kronik ilaç kullanımı olanlar, sosyoekonomik düzeyi düşük olan insanlar mümkün olduğunca ASM'lerde sorgulanmalıdır. Cinsel işlev bozukluk olduğu öğrenildiği takdirde hastalara psikolojik desteğin birinci basamaktan itibaren başlaması gerekmektedir. Hastaların çift uyumları değerlendirilerek destek verilmesi, gereken durumlarda Üroloji kliniklerine yönlendirilmesi elzemdir.

Fizyolojik bir rahatsızlık olduğu kadar psikososyal sorunlara da neden olan ED hakkında daha büyük örneklem sayısı ve çok merkezli yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın ana konusu cinsellik olduğu için, çekinme utanma ya da problemini gizleme nedeni ile çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar yeterince objektif olmayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB.** Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of urology*. **1994**; 151(1):54-61.
2. **Akkus E, Kadioglu A, Esen A, Doran S, Ergen A, Anafarta K, et al.** Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population-based study. *Eur Urol*. **2002**; 41(3):298-304.
3. **Montague DK, Barada JH, Belker AM, Levine LA, Nadig PW, Roehrborn CG, et al.** Clinical guidelines panel on erectile dysfunction: summary report on the treatment of organic erectile dysfunction. *The Journal of urology*. **1996**; 156(6):2007-11.
4. **Breznysnyak M, Whisman MA.** Sexual desire and relationship functioning: The effects of marital satisfaction and power. *J Sex Marital Ther*. **2004**; 30(3):199-217.
5. **Nezhad MZ, Goodarzi AM.** Sexuality, intimacy, and marital satisfaction in Iranian first-time parents. *J Sex Marital Ther*. **2011**; 37(2):77-88.
6. **Morokqff PJ, Gilliland R.** Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *J Sex Res*. **1993**; 30(1):43-53.
7. **Litzinger S, Gordon KC.** Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther*. **2005**; 31(5):409-24.
8. **Öztürk CŞ, Arkar H.** Evli çiftlerde evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler. *Literatür ve Sempozyum*. **2014**; 1(3):16-24.
9. **Rodoplu A.** Evli çiftlerde evlilik uyumu ile cinsel doyum arasındaki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **2019**.
10. **Shabsigh R, Perelman MA, Laumann EO, Lockhart DC.** Drivers and barriers to seeking treatment for erectile dysfunction: a comparison of six countries. *BJU Int*. **2004**; 94(7):1055-65.
11. **Bayraktar Z, Atun I.** Erektıl Disfonksiyonlu Türk Erkeklerinin Üroloji Kliniklerine Müracaat Etmeme Gerekçeleri/Reasons of Turkish Males with Erectile Dysfunction for Not Presenting to Urology Clinics. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. **2012**; 32(1):177.

12. **Bayraktar Z, İhsan A.** Erektıl disfonksiyonlu hastalarda hekim önerisi olmaksızın fosfodiesteraz-5 PDE5 inhibitörü kullanım oranı ve ilaç kullanım hataları. *The New Journal of Urology*. **2011**; 6(2):26-31.
13. **Gandaglia G, Briganti A, Jackson G, Kloner RA, Montorsi F, Montorsi P, et al.** A systematic review of the association between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Eur Urol*. **2014**; 65(5):968-78.
14. **Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C, Montorsi P.** Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *Eur Heart J*. **2013**; 34(27):2034-46.
15. **Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, Probstfield JL, Moinpour CM, Coltman CA.** Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA*. **2005**; 294(23):2996-3002.
16. **Özüğurlu B.** Evlilik ve aile. Nobel Yayınları: Ankara. **1990**.
17. **Yıldırım İ.** Farklı sosyo-ekonomik düzeydeki evli bireylerin uyum düzeyleri. *Journal G*. **1993**; 1(4):23-8.
18. **Bacanli H.** Eş Tercihleri. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. **2001**; 2(15):7-16.
19. **Grych JH, Fincham FD.** Marital conflict and children's adjustment: a cognitive-contextual framework. *JPb*, **1990**; 108(2):267.
20. **Sezen L.** Türkiye'de evlenme biçimleri. *Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*. **2005**; 11(27):185-95.
21. **Weigel DJ, Ballard- Reisch DS.** All marriages are not maintained equally: Marital type, marital quality, and the use of maintenance behaviors. *Personal Relationships*. **1999**; 6(3):291-303.
22. **Tutarel-Kışlak Ş.** Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. *Göztepe İJAÜSBD*. **2017**; 3(2).
23. **Kışlak ŞT, Çabukça F.** Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. **2002**; 5(5).
24. **Şener A, Terzioğlu G.** Bazı sosyo-ekonomik ve demografik değişkenler ile iletişimin eşler arası uyuma etkisinin araştırılması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. **2008**; 13(13):7-20.

25. **Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkın RL.** Evlilik uyumu. *Düşünen Adam*. **2005**; 18(1):39-47.
26. **Yalçın H.** Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. **2014**.
27. **Erdal A.** Evlilik uyum ve doyumunun kişilik özellikleri ve duygusal zeka açısından incelenmesi: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, **2020**.
28. **Wallerstein JS.** The psychological tasks of marriage: Part 2. *Am J Orthopsychiatry*. **1996**; 66(2):217-27.
29. **Yılmaz A.** Eşler arasındaki uyum: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. **2001**; 4(4).
30. **Eddy JM, Heyman RE, Weiss RL.** An empirical evaluation of the Dyadic Adjustment Scale: Exploring the differences between marital “satisfaction” and” adjustment.”. *Behavioral Assessment*. **1991**.
31. **Bayraktaroglu HT, Cakici ET.** Psychometric properties of revised form of the dyadic adjustment scale in a sample from North Cyprus. *International Journal of Educational Sciences*. **2017**; 19(2-3):113-9.
32. **Tezer E.** Evlilik ilişkisinden sağlanan doyum: Evlilik yaşam ölçeği. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. **1996**; 2(7):1-7.
33. **Sokolski DM, Hendrick SS.** Fostering marital satisfaction. *Fam Ther*. **1999**; 26(1):39.
34. **South SJ, Lloyd KM.** Spousal alternatives and marital dissolution. *Am Sociol Rev*. **1995**; 21-35.
35. **Hayli RG, Durmuş E, Kiş A.** Evlilik doyumunun evlenme biçimi açısından incelenmesi: bir meta-analiz çalışması. *Electronic Turkish Studies*. **2017**; 12(28).
36. **Canel AN.** Ailede problem çözme, evlilik doyum ve örnek bir grup çalışmasının sınanması: Marmara Üniversitesi (Turkey), **2007**.
37. **Bodenmann G, Ledermann T, Bradbury TN.** Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*. **2007**; 14(4):551-69.

38. **Jose O, Alfons V.** Do demographics affect marital satisfaction? *J Sex Marital Ther.* **2007**; 33(1):73-85.
39. **Aydın H.** Cinsellik ve cinsel işlev. Cengiz Güleç ve Ertuğrul Köroğlu Ankara: Hekimler Yayın Birliği. **1998**; 2:605-15.
40. **Sprecher S, McKinney K.** Sexuality: Sage, **1993**.
41. **Tedavi CE, Derneği A.** Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal Ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. Bilgilendirme Dosyası 7: Gençlik ve Cinsellik. Erişim: ttp. Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H, Editörler. **2006**.
42. **Erdinç İ.** Evli çiftlerde, evlilik uyumu, cinsel yaşam doyumu ve yaşam doyumu arasında ki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **2018**.
43. **Horney K.** The dread of woman: observations on a specific difference in the dread felt by men and women respectively for the opposite sex. *Female Sexuality: Routledge*, **2018**; 241-52.
44. **Frank E, Anderson C, Rubinstein D.** Marital role strain and sexual satisfaction. *J Consult Clin Psychol.* **1979**; 47(6):1096.
45. **Schenk J, Pfrang H, Rausche A.** Personality traits versus the quality of the marital relationship as the determinant of marital sexuality. *Arch Sex Behav.* **1983**; 12(1):31-42.
46. **Lawrance KA, Byers ES.** Sexual satisfaction in long- term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal relationships.* **1995**; 2(4):267-85.
47. **Byers ES, Macneil S.** Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *J Sex Marital Ther.* **2006**; 32(1):53-69.
48. **Tuğut N, Gölbaşı Z.** Cinsel yaşam kalitesi ölçeği-Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Medical Journal.* **2010**; 32(2):172-80.
49. **Tuğut N.** Yeni Cinsel Doyum Ölçeği'nin Türkçe versiyonu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği'nin Türkçe versiyonu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. **2016**; 4.
50. **McCarthy BW.** Strategies and techniques for revitalizing a nonsexual marriage. *J Sex Marital Ther.* **1997**; 23(3):231-40.

51. **Rust J, Golombok S, Collier J.** Marital problems and sexual dysfunction: how are they related? *The British Journal of Psychiatry.* **1988;** 152(5):629-31.
52. **Robinson P.** The modernization of sex: Havelock Ellis, Alfred Kinsey, William Masters and Virginia Johnson. **1976.**
53. **Köroğlu E.** DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. **2001.**
54. **Laumann EO, Paik A, Rosen RC.** Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* **1999;** 281(6):537-44.
55. **Oksuz E, Malhan S.** The prevalence of male sexual dysfunction and potential risk factors in Turkish men: a Web-based survey. *Int J Impot Res.* **2005;** 17(6):539-45.
56. **Oksuz E, Malhan S.** Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of urology.* **2006;** 175(2):654-8.
57. **Yaşar H, Özkan L, Tepeler A.** Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Journal of Clinical and Experimental Investigations.* **2010;** 1(3):235-40.
58. **Stenberg Å, Heimer G, Ulmsten U.** The prevalence of urogenital symptoms in postmenopausal women. *Maturitas.* **1995;** 22:17-20.
59. **Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al.** Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology.* **2000;** 163(3):888-93.
60. **Leiblum SR.** Critical overview of the new consensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* **2001;** 27(2):159-67.
61. **Özcan H, Beji NK.** Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları, 2018 güncelleme. **2018.**
62. **Kaplan HS.** The classification of the female sexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther.* **1974;** 1(2):124-38.
63. **Sungur MZ, Gündüz A.** A comparison of DSM- IV- TR and DSM- 5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *The journal of sexual medicine.* **2014;** 11(2):364-73.

64. **Segraves RT.** Considerations for a better definition of male orgasmic disorder in DSM V. *The journal of sexual medicine.* **2010**; 7(2):690-5.
65. **Yaacob N, Ismail S.** Randomized Clinical Trial Between Fluoxetine and Dapoxetine for Premature Ejaculation and Its Effect on Marital Relationship. *IIUM Medical Journal Malaysia.* **2021**; 20(1).
66. **Peixoto MM, Nobre P.** Distressing sexual problems and dyadic adjustment in heterosexuals, gay men, and lesbian women. *J Sex Marital Ther.* **2016**; 42(4):369-81.
67. **Binik YM.** The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Arch Sex Behav.* **2010**; 39(2):292-303.
68. **Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P.** Comprehensive textbook of psychiatry: lippincott Williams & wilkins Philadelphia, **2000**.
69. **Rosen RC, Cappelleri J, Smith M, Lipsky J, Pena B.** Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* **1999**; 11(6):319-26.
70. **Kirkeby HJ, Forman A, Sørensen S, Andersson KE.** Alpha-adrenoceptor function in isolated penile circumflex veins from potent and impotent men. *The Journal of urology.* **1989**; 142(5):1369-71.
71. **Newman H, Tchertkoff V.** Penile vascular cushions and erection. *Invest Urol.* **1980**; 18(1):43-5.
72. **Kaya C, Uslu Z, Karaman I.** Is endothelial function impaired in erectile dysfunction patients? *Int J Impot Res.* **2006**; 18(1):55-60.
73. **Stein RA.** Endothelial dysfunction, erectile dysfunction, and coronary heart disease: the pathophysiologic and clinical linkage. *Reviews in Urology.* **2003**; 5(7):21.
74. **Saigal CS, Wessells H, Pace J, Schonlau M, Wilt TJ, Project UD.** Predictors and prevalence of erectile dysfunction in a racially diverse population. *Arch Intern Med.* **2006**; 166(2):207-12.
75. **Weizman R, Hart J.** Sexual behavior in healthy married elderly men. *Arch Sex Behav.* **1987**; 16(1):39-44.

76. **Potvin A, Syndulko K, Tourtellotte W, Lemmon J, Potvin J.** Human neurologic function and the aging process. *J Am Geriatr Soc.* **1980**; 28(1):1-9.
77. **Rowland DL, Greenleaf W, Mas M, Myers L, Davidson JM.** Penile and finger sensory thresholds in young, aging, and diabetic males. *Arch Sex Behav.* **1989**; 18(1):1-12.
78. **Kaiser F, Viosca S, Morley J.** Impotence and aging: clinical and hormonal factors. *J Am Geriatr Soc.* **1998**; 36:511.
79. **Mulligan T, Katz PG.** Why aged men become impotent. *Arch Intern Med.* **1989**; 149(6):1365-6.
80. **Whitehead ED, Klyde BJ.** Diabetes-related impotence in the elderly. *Clin Geriatr Med.* **1990**; 6(4):771-95.
81. **Zemel P.** Sexual dysfunction in the diabetic patient with hypertension. *The American Journal of Cardiology.* **1988**; 61(16):27-33.
82. **de Tejada IS, Goldstein I.** Diabetic penile neuropathy. *Urol Clin North Am.* **1988**; 15(1):17-22.
83. **Pegge N, Twomey A, Vaughton K, Gravenor M, Ramsey M, Price D.** The role of endothelial dysfunction in the pathophysiology of erectile dysfunction in diabetes and in determining response to treatment. *Diabet Med.* **2006**; 23(8):873-8.
84. **Abram HS, Hester LR, Sheridan WF, Epstein GM.** Sexual functioning in patients with chronic renal failure. *Handbook of Sex Therapy*: Springer, **1978**:411-9.
85. **Faiman C.** Endocrine causes of impotence. *Cleve Clin J Med.* **1993**; 60(6):428-9.
86. **Fletcher EC, Martin RJ.** Sexual dysfunction and erectile impotence in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest.* **1982**; 81(4):413-21.
87. **Öjdeby G, Claezon A, Brekkan E, Häggman M, Johan Norlén B.** Urinary incontinence and sexual impotence after radical prostatectomy. *Scand J Urol Nephrol.* **1996**; 30(6):473-7.
88. **McDermott DW, Bates RJ, Heney NM, Althausen A.** Erectile impotence as complication of direct vision cold knife urethrotomy. *Urology.* **1981**; 18(5):467-9.

89. **Samdal F, Vada K, Lundmo P.** Sexual function after transurethral prostatectomy. *Scand J Urol Nephrol.* **1993**; 27(1):27-9.
90. **Lunglmayr G.** Sexual function after transurethral prostate resection. *Wiener Medizinische Wochenschrift,* **1996**; 146(8):175-7.
91. **Slag MF, Morley JE, Elson MK, Trence DL, Nelson CJ, Nelson AE, et al.** Impotence in medical clinic outpatients. *JAMA.* **1983**; 249(13):1736-40.
92. **Liu JK, Couldwell WT.** Contemporary management of prolactinomas. *Neurosurg Focus.* **2004**; 16(4):1-11.
93. **İncesu C.** Cinsel işlev bozukluklarında ilk basamak değerlendirme ve ayırıcı tanı. *Psikiyatri Dünyası.* **1999**; 2:39-48.
94. **Terentes-Printzios D, Ioakeimidis N, Rokkas K, Vlachopoulos C.** Interactions between erectile dysfunction, cardiovascular disease and cardiovascular drugs. *Nature Reviews Cardiology.* **2022**; 19(1):59-74.
95. **Bruckert E, Giral P, Heshmati H, Turpin G.** Men treated with hypolipidaemic drugs complain more frequently of erectile dysfunction. *J Clin Pharm Ther.* **1996**; 21(2):89-94.
96. **Doumas M, Douma S.** The effect of antihypertensive drugs on erectile function: a proposed management algorithm. *The journal of Clinical Hypertension.* **2006**; 8(5):359-63.
97. **Ghanem HM, Salonia A, Martin- Morales A.** SOP: physical examination and laboratory testing for men with erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine.* **2013**; 10(1):108-10.
98. **Buvat J.** Hyperprolactinemia and sexual function in men: a short review. *Int J Impot Res.* **2003**; 15(5):373-7.
99. **Leung AC, Christ GJ, Melman A.** Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. *Atlas of Male Sexual Dysfunction.* **2004**:1-25.
100. **Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A.** The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* **1997**; 49(6):822-30.

101. **Stewart A, Ware J.** The Medical outcomes study approach. Durham, NC: Duke University Press, 1992.
102. **Rosen RC, Leiblum SR, Spector IP.** Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *J Sex Marital Ther.* **1994**; 20(2):67-85.
103. **Halverson HM.** Genital and sphincter behavior of the male infant. *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, **1940**; 56(1):95-136.
104. **Ogrinc FG, Linet OI.** Evaluation of real-time RigiScan monitoring in pharmacological erection. *The Journal of Urology.* **1995**; 154(4):1356-9.
105. **Allen RP, Engel RM, Smolev JK, Brendler CB.** Comparison of duplex ultrasonography and nocturnal penile tumescence in evaluation of impotence. *The Journal of Urology.* **1994**; 151(6):1525-9.
106. **WH M.** A Team approach to the rapid diagnosis and treatment of sexual incompatibility. *Pac Med Surg.* **1964**; 72:371-5.
107. **Porst H.** Current perspectives on intracavernosal pharmacotherapy for erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* **2000**; 12(4):91-100.
108. **Moul JW, McLeod DG.** Negative pressure devices in the explanted penile prosthesis population. *The Journal of Urology.* **1989**; 142(3):729-31.
109. **Vrijhof H, Delaere K.** Vacuum constriction devices in erectile dysfunction: acceptance and effectiveness in patients with impotence of organic or mixed aetiology. *Br J Urol.* **1994**; 74(1):102-5.
110. **McMahon C.** Erectile dysfunction. *Intern Med J.* **2014**; 44(1):18-26.
111. **Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, Cabrera-Véc R, Palacios-Martínez D, Rivera-Tejido M, García-Álvarez JC, et al.** Prevalence of erectile dysfunction in Spanish primary care setting and its association with cardiovascular risk factors and cardiovascular diseases. SIMETAP-ED study. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis (English Edition).* **2019**; 31(3):101-10.
112. **Ngai KH, Kwong ASK, Wong ASK, Tsui WWS.** Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms: prevalence and risk factors in a Hong Kong primary care setting. *Hong Kong Med J.* **2013**; 19(4):311-6.

113. **Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Sand M.** The multinational men's attitudes to life events and sexuality (males) study: I. prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Curr Med Res Opin.* **2004**; 20(5):607-17.
114. **de Boer BJ, Bots ML, Lycklama a Nijeholt AA, Moors JP, Pieters HM, Verheij TJ.** Erectile dysfunction in primary care: prevalence and patient characteristics. The ENIGMA study. *Int J Impot Res.* **2004**; 16(4):358-64.
115. **Meuleman E.** Prevalence of erectile dysfunction: need for treatment? *Int J Impot Res.* **2002**; 14(1):22-8.
116. **Cheng J, Ng E, Chen R, Ko J.** Prevalence of erectile dysfunction in Asian populations: a metaanalysis. *Int J Impot Res.* **2007**; 19(3):229-44.
117. **Karaköse A, Alp T, Güner ND, Çıtlak MB, Aydın S.** Genel üroloji pratiğimizde androlojik olguların yeri. *Turkish Journal of Urology.* **2010**; 36(1).
118. **O'Donnell AB, Araujo AB, McKinlay JB.** The health of normally aging men: the Massachusetts Male Aging Study (1987–2004). *Exp Gerontol.* **2004**; 39(7):975-84.
119. **Bouhanick B, Blacher J, Huyghe E, Colson MH, Boivin JM, Mounier-Vehier C, et al.** Sexual dysfunction and antihypertensive treatment: Involvement of the different therapeutic classes and what to do about the treatment of hypertension. *Presse Medicale (Paris, France: 1983).* **2019**; 48(11):1222-8.
120. **Grimm Jr RH, Grandits GA, Prineas RJ, McDonald RH, Lewis CE, Flack JM, et al.** Longterm effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women: Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Hypertension.* **1997**; 29(1):8-14.
121. **Manolis A, Doumas M.** Sexual dysfunction: the 'prima ballerina' of hypertension-related quality-of-life complications. *J Hypertens.* **2008**; 26(11):2074-84.
122. **Corona G, Ricca V, Bandini E, Mannucci E, Lotti F, Boddi V, et al.** Original research—epidemiology: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Sexual Dysfunction. *The journal of Sexual Medicine.* **2009**; 6(5):1259-69.
123. **Serretti A, Chiesa A.** Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a metaanalysis. *J Clin Psychopharmacol.* **2009**; 29(3):259-66.

124. **Cai X, Tian Y, Wu T, Cao CX, Bu SY, Wang KJ.** The role of statins in erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Andrology*. **2014**; 16(3):461.
125. **Rhoden E, Telöken C, Sogari P, Vargas Souto C.** The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. **2002**; 14(4):245-50.
126. **Shabsigh R, Stone B.** Understanding the needs and objectives of erectile dysfunction patients. *World J Urol*. **2006**; 24(6):618-22.
127. **Bokhour BG, Clark JA, Inui TS, Silliman RA, Talcott JA.** Sexuality after treatment for early prostate cancer. *J Gen Intern Med*. **2001**; 16(10):649-55.
128. **Latini DM, Penson DF, Colwell HH, Lubeck DP, Mehta SS, Henning JM, et al.** Psychological impact of erectile dysfunction: validation of a new health related quality of life measure for patients with erectile dysfunction. *The Journal of Urology*. **2002**; 168(5):2086-91.
129. **Ansong KS, Lewis C, Jenkins P, Bell J.** Help-seeking decisions among men with impotence. *Urology*. **1998**; 52(5):834-7.
130. **Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB.** Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *The Journal of Urology*. **2000**; 163(2):460-3.
131. **Montorsi P, Montorsi F, Schulman CC.** Is erectile dysfunction the “tip of the iceberg” of a systemic vascular disorder? : Elsevier, **2003**:352-4.
132. **Schwartz BG, Kloner RA.** Drug interactions with phosphodiesterase-5 inhibitors used for the treatment of erectile dysfunction or pulmonary hypertension. *Circulation*. **2010**; 122(1):88-95.
133. **Sommer F, Schulze W.** Treating erectile dysfunction by endothelial rehabilitation with phosphodiesterase 5 inhibitors. *World J Urol*. **2005**; 23(6):385-92.
134. **Mehrotra N, Gupta M, Kovar A, Meibohm B.** The role of pharmacokinetics and pharmacodynamics in phosphodiesterase-5 inhibitor therapy. *Int J Impot Res*. **2007**; 19(3):253-64.
135. **Aversa A, Bruzziches R, Pili M, Spera G.** Phosphodiesterase 5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction. *Curr Pharm Des*. **2006**; 12(27):3467-84.

136. **Setter SM, Iltz JL, Fincham JE, Campbell RK, Baker DE.** Phosphodiesterase 5 inhibitors for erectile dysfunction. *Ann Pharmacother.* **2005**; 39(7):1286-95.
137. **Doumas M, Lazaridis A, Katsiki N, Athyros V.** PDE-5 inhibitors: clinical points. *Curr Drug Targets.* **2015**; 16(5):420-6.
138. **Costabile RA, Steers WD.** Erectile dysfunction: How Can We Best Characterize the Relationship Between Erectile Dysfunction and Benign Prostatic Hyperplasia? *The Journal of Sexual Medicine.* **2006**; 3(4):676-81.
139. **Uygur M, Gür E, Arik A, Altuğ U, Erol D.** Erectile dysfunction following treatments of benign prostatic hyperplasia: a prospective study. *Andrologia.* **1998**; 30(1):5-10.
140. **Kendirci M, Bejma J, Hellstrom WJ.** Update on erectile dysfunction in prostate cancer patients. *Current opinion in urology.* **2006**; 16(3):186-95.
141. **Kulkarni S, Patil C.** Phosphodiesterase 5 enzyme and its inhibitors: update on pharmacological and therapeutical aspects. *Methods Find Exp Clin Pharmacol.* **2004**; 26(10):789-99.
142. **Yan H, Zong H, Cui Y, Li N, Zhang Y.** The efficacy of PDE5 inhibitors alone or in combination with alpha- blockers for the treatment of erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta- analysis. *The Journal of Sexual Medicine.* **2014**; 11(6):1539-45.
143. **Spencer R, Serumaga B.** Co- prescription of a nitrate or nicorandil with a PDE- 5 inhibitor. *Prescriber.* **2011**; 22(19):71-2.
144. **Spanier GB.** Dyadic adjustment scale: Multi-Health Systems Toronto, **1989.**
145. **Busby DM, Christensen C, Crane DR, Larson JH.** A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *J Marital Fam Ther.* **1995**; 21(3):289-308.
146. **Ata G, Alkar ÖY, Hızlı F, Basar H.** Erektıl disfonksiyon ve/veya prematüre ejakülasyon tanısı alan erkeklerde çift uyumunu yordayan değişkenler nelerdir? Cinsiyet rolleri, depresyon, anksiyete, stres, kişilik özellikleri ve benlik saygısı. *Androloji Bülteni.* **2021**; 23(4):224-31.
147. **Yılmaz Karaman İ, Sonkurt H, Güleç G.** Cinsel işlev bozukluğu olan evli çiftlerde eşler arası uyumun cinsel doyum ile ilişkisi, 56. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Ankara, Türkiye, 18 - 20 Aralık 2020.

148. **Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradamlar N.** Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*. **2005**; 18(2):72-81.
149. **Yücesoy H, Akın Ö, Şahbaz G, Erbil N.** İnfertilitede çift uyumu ve cinsel fonksiyon. *Androloji Bülteni*. **2021**; 23(2):123-8.
150. **Yeh H-C, Lorenz FO, Wickrama K, Conger RD, Elder Jr GH.** Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *J Fam Psychol*. **2006**; 20(2):339.
151. **Masoumi SZ, Khani S, Kazemi F, Kalhori F, Ebrahimi R, Roshanaei G.** Effect of marital relationship enrichment program on marital satisfaction, marital intimacy, and sexual satisfaction of infertile couples. *International journal of fertility & sterility*. **2017**; 11(3):197.
152. **Zigmond AS, Snaith RP.** The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. **1983**; 67(6):361-70.
153. **Hedon F.** Anxiety and erectile dysfunction: a global approach to ED enhances results and quality of life. *Int J Impot Res*. **2003**; 15(2):16-9.
154. **Sugimori H, Yoshida K, Tanaka T, Baba K, Nishida T, Nakazawa R, et al.** Psychology: Relationships between Erectile Dysfunction, Depression, and Anxiety in Japanese Subjects. *The Journal of Sexual Medicine*. **2005**; 2(3):390-6.
155. **Velurajah R, Brunckhorst O, Waqar M, McMullen I, Ahmed K.** Erectile dysfunction in patients with anxiety disorders: a systematic review. *Int J Impot Res*. **2022**; 34(2):177-86.
156. **Makhlouf A, Kparker A, Niederberger CS.** Depression and erectile dysfunction. *Urol Clin North Am*. **2007**; 34(4):565-74.
157. **Liu Q, Zhang Y, Wang J, Li S, Cheng Y, Guo J, et al.** Erectile dysfunction and depression: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. **2018**; 15(8):1073-82.
158. **Seidman SN.** Exploring the relationship between depression and erectile dysfunction in aging men. *J Clin Psychiatry*. **2002**; 63:5-12.
159. **Vaziri S, Lotfi KF, Hosseinian S, Bahram GS.** Sexual efficacy and marital satisfaction. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, **2010**; 75-81.

- 160. Çelik E.** Evli bireylerin cinsel özgüven düzeyleri ile cinsel öz-yeterlik, evlilik yaşam doyumu ve cinsel utangaçlıkların incelenmesi. **2012.**
- 161. Farah LK, Shahram V.** The effect of sexual skills training on marital satisfaction. *ProcediaSocial and Behavioral Sciences*. **2011**; 30:2581-5.
- 162. Schoenfeld EA, Loving TJ, Pope MT, Huston TL, Štulhofer A.** Does sex really matter? Examining the connections between spouses' nonsexual behaviors, sexual frequency, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Arch Sex Behav*. **2017**; 46(2):489-501.
- 163. Meltzer AL, McNulty JK.** Body image and marital satisfaction: evidence for the mediating role of sexual frequency and sexual satisfaction. *J Fam Psychol*. **2010**; 24(2):156.