



DERLEME

ERKEK CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA AİLE HEKİMLİĞİ YAKLAŞIMI

Çiğdem GEREKLİOĞLU¹, İbrahim BAŞHAN¹ Ersin AKPINAR²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, Türkiye ²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

ÖZET

Aile hekimleri hastalarını değerlendirirken hasta merkezli, toplum yönelimli ve biyopsikososyal bakış açısını kullandıkları için genel tıbbi uygulamalarda biraz ihmal edilmiş bir grup olan erkek sağlığı konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmelidirler. 1 Ekim 2005’de yayınlanan Avrupa Erkek Sağlığı Viyana Bildirgesi halk sağlığını geliştirme ve hastalıklardan koruma amacıyla erkek sağlığına özel girişimlerin yapılması gerekliliğini önermektedir. Cinsel işlev bozukluklarının (CİB) %80’i birinci basamakta çözülebilir, %8’i için hastane uzmanına refere etmek gereklidir. Cinsel davranışın fizyolojisi kompleks bir davranış örüntüsüdür. Cinsel cevap döngüsünün fazları istek/ilgi/libido, heyecan/cinsel uyarı, orgazm/ejakülasyon ve rezolüsyon (çözülme) şeklinde sıralanabilir. Cinsel işlev bozukluğu cinsel cevap döngüsünde bir veya birden fazla aşamada bozukluk olması veya cinsel ilişkiye bağlı ağrı olarak tanımlanır. DSM IV cinsel işlev bozukluğunu en fazla etkilenen faza göre kategorize etmektedir. Erkeklerde en sık rastlanan CİB (prematür ejakülasyon ve erektil disfonksiyon) özellikle kronik hastalığı olanlarda sık görülen ve yaşla birlikte sıklığı artan fakat yeterince sorgulanmayan bir durumdur. Aile hekimlerinin bu konuya yeterli özen göstermeleriyle hastaların yaşam kalitelerinde önemli iyileşmeler sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, Erkek, Cinsel işlev bozukluğu

PRIMARY CARE APPROACH TO THE MEN’S SEXUAL DYSFUNCTION

ABSTRACT

Family physicians with their patient-centered, community-oriented and biophysicosocial approach, should take more responsibility in men’s health, which is partially neglected in medical practice. The Vienna Declaration on the health of men and boys in Europe held on 1 October 2005 asserts that in order to improve public health and prevent disease, there is an urgent need to take specific action to address men’s health. While 80% of the sexual dysfunctions can be solved in primary care settings, only 8% of the patients need to be referred to specialists. The stages of the sexual response cycle are desire (libido), excitement (arousal), orgasm and resolution, respectively. Sexual dysfunction is defined as disturbance in one or more stages of the sexual response cycle or painful intercourse. DSM IV defines and diagnoses sexual dysfunctions according to specific categories related to some of their basic characteristics. The most common sexual dysfunctions in men include erectile dysfunction and premature ejaculation. Male sexual dysfunction is more prevalent among patients with chronic diseases and occurs more with age, but the patients are not always questioned efficiently. With special care provided by family physicians, significant improvements may be achieved in men’s quality of life.

Keywords: Family physician, Male, Sexual dysfunction

İletişim Bilgileri:

Dr. Ersin Akpınar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Adana, Türkiye

e-mail: eakpinar@cu.edu.tr

Marmara Medical Journal 2010;23(2);308-315



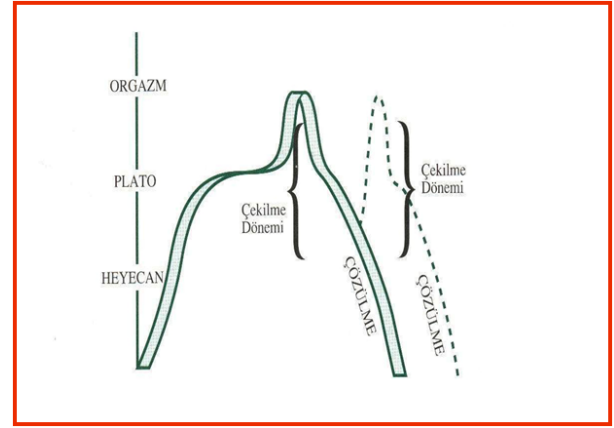
GİRİŞ

Aile hekimleri hastalarını değerlendirirken hasta merkezli, toplum yönelimli ve biyopsikososyal bakış açısını kullandıkları için genel tıbbi uygulamalarda biraz ihmal edilmiş bir grup olan erkek sağlığı konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmelidirler. Cinsel işlev bozukluğu etyolojisinde en sık biyopsikososyal nedenler sorumludur ve birçok hastalıkla geniş bir kesişim kümesi vardır. 1 Ekim 2005’de yayınlanan Avrupa Erkek Sağlığı Viyana Bildirgesi halk sağlığını geliştirme ve hastalıklardan koruma amacıyla erkek sağlığına özel girişimlerin yapılması gerekliliğini önermektedir. Bütün erkeklerle, olası en yüksek sağlık ve iyilik halinin sağlanmasını, eşit ve sunulabilir sağlık hizmetine ulaşabilmelerini, tecrübe ve ilgi alanına uygun sağlık önerisi ve bilgi alabilme fırsatına sahip olmalarını savunmaktadır.¹ Cinsel sorunların değerlendirilmesinde hasta merkezli yaklaşım, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve karar verme sürecinde paylaşımcı bir iletişim modelinin kullanılması esastır.²

Yaşamın her alanında olduğu gibi cinsel yaşamdan zevk almak tüm insanlar için istenen bir gerçekliktir. Fakat ne yazık ki insanlar dönem dönem cinsel hayatlarından hoşnutsuz, doyumsuz ve mutsuz olabilirler. Bu durum cinsel hayatın ilk dönemlerinde başlayıp ileri dönemlerde de devam edebildiği gibi yaşanan fizyolojik ve psikolojik problemler karşısında hayatımızın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir, dönemsel olabilir veya sürekli olarak kalabilir. Cinsel enerjiye insan ruhunun ve bedeninin ihtiyacı vardır. Az veya çok doyurulması kişinin dengelerini bozabileceği için ruhsal ve bedensel sorunlar ortaya çıkabilir.

Cinsel davranışın fizyolojisi merkezi sinir sistemi, endokrin sistem ile nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile karakterize kompleks bir davranış örüntüsüdür.³ Cinsellikle ilgili ilk araştırmalar Kinsey ve arkadaşları (1938-1952), W.H.Masters ve V.E.Johnson (1954), Kaplan (1974) tarafından yapılmıştır.^{3,4} 1998’de toplanan bir konsensüsle cinsel aktivitenin 4 fazda incelenmesine karar

verilmiştir. Kişiye göre değişkenlik gösteren bu evreler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Şekil 1):⁴⁻⁸



Şekil 1: Erkek cinsel cevap döngüsü

1. İstek/ilgi/libido: Cinsel aktivite ile ilgili fantezileri ve cinsel ilişkiyi başlatacak ilgi ve motivasyonu içerir. Burada androjenler ve duyuşal sistem rol alır. Erkekler için büyük ölçüde görsel öğeler ön plandayken kadınlarda yakınlık önemlidir.

2. Heyecan/cinsel uyarı: Bu faz cinsel zevk ve eşlik eden fizyolojik değişiklikleri içerir. Erkeklerdeki majör değişiklik ereksiyondur. Bunun için parasempatik sinir sistemi ve vasküler sistem sağlıklı olmalıdır.

3. Orgazm/ejakülasyon: Her iki cinstede cinsel zevkte doruğa ulaşmakla birlikte üreme organlarını oluşturan yapıların, anüs ve cinsel organlar çevresindeki kasların ritmik kasılması, kalp-damar ve solunum değişiklikleri ve cinsel gerginliğin boşalması ile karakterizedir. Bunun için sempatik sinir sistemi sağlıklı olmalıdır. Erkeklerde boşalmanın en iyi göstergesi ejakülasyondur.

4. Rezolüsyon (çözülme): Kaslarda gevşeme olur ve kişi kendisini iyi hisseder. Bu fazda erkekler bir süre için yeniden ereksiyon veya orgazm için refrakterdir. Kişiye göre değişmekle birlikte bu süre yarım saat ile iki saat arasında olabilir.

Cinsel işlev bozukluğu, cinsel cevap döngüsünde bir veya birden fazla aşamada bozukluk olması veya cinsel ilişkiye bağlı



ağrı olarak tanımlanır. Bu durumun hastalık olarak kabul edilebilmesi için kişide rahatsızlık yaratıyor olması gereklidir. Yaşam boyu olanlarla sonradan gelişenler, yaygın veya durumsal olanlar ayırt edilmelidir. DSM IV cinsel işlev bozukluğunu en fazla etkilenen faza göre kategorize etmektedir (Tablo I).^{4,5,9}

PREVALANS

Erkeklerde CİB yaşamı tehdit eden hastalıklar grubuna girmediğinden ve kültürel, sosyal veya dinsel etkenlere bağlı olarak doğru istatistiklere ulaşmak zor olmaktadır. Bu konuda yapılan en kapsamlı çalışmalar Tablo II’de özetlenmiştir.^{4-6,8-15}

Tablo I: Cinsel işlev bozuklukları (CİB)- DSM-IV APA sınıflandırma sistemi

1-Cinsel İstek Bozuklukları	Azalmış cinsel istek bozukluğu Cinsel tiksinti bozukluğu
2-Cinsel Uyarılma Bozuklukları	Erektile disfonksiyon
3-Orgazmla İlgili Bozukluklar	Orgazm bozukluğu Prematür ejakülasyon
4-Cinsel Ağrı Bozuklukları	Disparoni Vajinismus
5-Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı CİB	
6-Madde Kullanımının Yol açtığı CİB	
7-Başka Türü Adlandırılmayan CİB	

Tablo II: Cinsel işlev bozukluğu prevalansı

Çalışmayı yapan	Yıl	Yaş grubu	Çalışmaya alınan kişi sayısı	Genel Olarak CİB sıklığı	Erektile disfonksiyon sıklığı	Prematür ejakülasyon sıklığı
Amerikan Tabipler Birliği Journal of American Medical Association	1999	18-59		%31	%5	%21
Kinsey	1948	puberte-80 yaş	15,781		<45 yaş %3 45-55 yaş %6.7 55-65 yaş %25 65-80 yaş %75	
Masters ve Johnson Hawton Massachusetts Çalışması		40-70 > 70 yaş	1,290		%55 %60 %52 %70	
National Health and Social Life Survey	1992	18-59	1,410			%30
MALES çalışması Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours		20-75	27, 839 13,618		%16	%21-31
Cerrahpaşa T.F. Ankara Ü.T.F.	1998-1999		243	%9	%85.5 %75	%14.5 %20-25
İstanbul Ü.T.F. Türk Androloji Derneği	1998	>40 yaş	1,982		%70 40-49 yaş %50 50-59 yaş %75 >70 yaş %94	



AİLE HEKİMLERİ, CİNSEL SAĞLIĞI NEDEN ve NASIL SORGULAMALI?

Cinsel işlev bozukluklarında tedavinin mümkün olup olmadığını, istenip istenmediğini değerlendirmek için farkındalık önemlidir. Cinsel işlev bozukluğu önemli bir hastalığın ilk bulgusu olabilir. Kadınların %20'si, erkeklerin %10'u bu konuda yardım istemektedir. Bu nedenle cinsel işlev bozukluğunu tanımlayabilmek için anahtar nokta hastayı sorgulamaktır. Bunun için aile hekimleri ideal pozisyonadadır.⁹ Bir çalışmada yeni mezun aile hekimlerinden kadın olanların %17'sinin, erkek olanların %37'sinin erkek hastaları cinsel işlev yönünden sorguladıkları saptanmıştır.¹⁰ Cinsel işlev bozukluklarının %80'i birinci basamakta çözülebilir, %8'i için dal uzmanına refere etmek gereklidir.² Hastalar sıklıkla cinsel konular ve sorunlar hakkında konuşmak için isteklidirler fakat konuyu doktorun açmasını isterler. Cinsel sağlık hakkında konuşarak başlanabilir. Cinsel sağlığın önemi hakkında hastalar bilgilendirilebilir. Muayene veya bekleme odasında eğitim materyalleri veya hastaların kendilerinin doldurabileceği anket formları verilebilir. Cinsel öykü sosyal öykünün bir parçası olarak alınabilir veya genitoüriner sistem sorgusu sırasında öğrenilebilir. Rutin sorgulama sırasında hastanın cinsel öyküsünün alınması hastaya direkt olarak cinsel sağlığın önemli bir konu olduğu mesajını verir.^{9,10}

Tıbbi hastalıklar cinsel sorunun nedeni olabilir veya cinsel sorunu etkileyebilir.

Travma veya cerrahi tedavinin yan etkileri cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilir. Kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar cinsel işlev bozukluğunu artırabilir. Geçmişte yaşanan olaylar şimdiki sorunun nedenini açıklayabilir. Cinsel problemler endişe, sıkıntı yaratır. Bu nedenlerle hastaların cinsel işlev yönünden sorgulanması önemlidir (Tablo III).^{2,9,10}

Cinsel öykü almanın 4 amacı vardır:

1. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların saptanması
2. Cinsel davranış şeklinin anlaşılması
3. Hastaya cinsel sorunlarını bir profesyonelle paylaşma fırsatının verilmesi
4. Hastanın kullandığı ilaçlarla cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki varsa saptanabilmesi.¹⁶

Cinsel sorun öyküsünde şu soruların cevabı verilmelidir:⁹

1. Sorunun tanımlanması
2. Sorunun gelişimi ve gidişi
3. Hastaya göre sorunun nedeni nedir?
4. Hasta sorununu çözmek için hangi girişimlerde bulunmuş?
5. Hastanın beklentileri ve hedefleri nelerdir?
6. Kullanılan ilaçlar/eşlik eden tıbbi sorunlar var mı?

Cinsel öykü almanın hem doktor, hem hasta için faydalarını ve zorluklarını da hatırd tutmak gereklidir çünkü uygun zamanda ve uygun şekilde uygulanmadığında istenmeyen sıkıntılar doğurabilir. Tablo IV'te bunlar kısaca özetlenmiştir.¹⁶

Tablo III: Cinsel öykü almanın temel prensipleri

-
- Hastanın denetimde olduğunu hissetmesine izin verin
 - Cevaplar için açıklamalar yapın
 - Hastanın kendisini etiketlenmiş hissetmemesini sağlayın
 - Hastayı cesaretlendirin ve destek olun
 - Hassas konularda konuşmayı siz başlatın
 - Hastanın kültürel alt yapısını göz önünde bulundurun
 - Mahremiyet konusunda güvence verin
 - Yargılayıcı olmaktan kaçının
-



Tablo IV: Cinsel öykü almanın faydaları ve zorlukları

Faydalar	Zorluklar
Cinsel sorunlar doktorla tartışıldığında diğer sorunların bir parçası gibi görülür.	Süreç hem doktor hem hasta için sıkıntı verici olabilir.
Cinsel konular hakkında konuşmak daha sonraki görüşmeleri geliştirebilir.	Hasta doktorun amacını yanlış anlayabilir ve yargılandığını düşünebilir.
Cinsel aktivite hakkında konuşmak sağlığın düzeltilmesi için fırsat sağlar	Hasta daha önce sorun olarak algılamadığı bir konuyla ilgili kaygı duymaya başlayabilir.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

I.CİNSEL İSTEKSİZLİK

Cinsel isteksizlik en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğudur. İki majör kategoriye ayrılır: Hipoaktif CİB ve cinsel tiksinti bozukluğu. Genel popülasyondaki oranı kadınlarda %33, erkeklerde %16'dır. En sık boşanmış, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda görülür, erkeklerde yaşla birlikte sıklığı artar.^{9,12}

Cinsel isteği azaltabilen tıbbi durumlar şunlardır:^{4,9,17}

Hipofizer/hipotalamik hastalıklar: İnfiltratif hastalıklar, tümörler

- Endokrin hastalıklar: Testosteron eksikliği (kastrasyon, adrenal hastalıklar), tiroid hormon eksikliği, endokrin tümörler, cushing sendromu, adrenal yetmezlik.
- Psikiyatrik hastalıklar: Depresyon, madde kötüye kullanımı.
- Nörolojik hastalıklar: Dejeneratif hastalıklar, merkezi sinir sistemi travması (MSS).
- Ürolojik hastalıklar: Peyroni hastalığı, fimozis.
- Renal hastalıklar: Son dönem böbrek yetmezliği.
- Kronik ağrı, halsizlik ve yorgunluğa yol açan durumlar: Artrit, kanser, kronik pulmoner ve hepatik hastalıklar.
- Aspartam kullanımı: Hipotalamusta harabiyete yol açarak GRH düzeyini düşürür, sonuçta testosteron üretimi azalarak cinsel isteksizlik ve cinsellikten zevk alamama ortaya çıkar.

Cinsel isteksizlikte laboratuvar bulguları:

Erkeklerde androjen düzeylerine bakılmalıdır. Total testosteron düzeyinin 300 ng/dl'nin altında olması hipogonadizmi gösterir.⁹

Tedavi: Tedavi altta yatan etyolojiye yöneliktir ve hem spesifik hem de nonspesifik tedaviyi içerir. Primer cinsel isteksizlik birinci basamakta muhtemelen tedaviden yarar görmezken durumsal cinsel isteksizlik için psikolojik temele dayalı tedaviler gerekir. Kazanılmış yaygın cinsel isteksizliği olanlarda tedavide hormon replasmanı düşünülebilir.⁹

II.CİNSEL UYARI BOZUKLUKLARI

Eretil disfonksiyonun en sık kullanılan tanımı tatminkar bir cinsel aktivite için yeterli ereksiyonun sağlanamaması veya devam ettirilememesidir. Ereksiyonun başlatılmasında ve devam ettirilmesinde otonomik sinirler ve vasküler endotelden salgılanan nitrik oksit anahtar mediatördür. Bu nedenler yeterli ereksiyon için vasküler sistem sağlıklı olmalıdır. Tanı koymak için bu durumun en az 3 aydır devam ediyor olması gereklidir.^{15,18-20}

Genel popülasyonda kadınların %18.8'inde, erkeklerin %5'inde görülür. Sıklığı yaşla birlikte artar. Eretil disfonksiyon %20 oranında psikojenikken %80 oranında organik nedenlere bağlıdır (vasküler, nörojenik ve hormonal nedenler) (Tablo V).^{4,7,9,10,14,15,19,21}



Tablo V: Organik-psikojenik erektil disfonksiyon ayrımı

Ayırt edici özellik	Organik erektil disfonksiyon	Psikojenik erektil disfonksiyon
Başlangıç	Giderek artan (travma veya akut cerrahi söz konusu değilse)	Birdenbire
Seyir	Her zaman aynı	Zaman içinde değişken
Farklı ortamlarda	Değişiklik yok	Değişiklik var
Sabah ereksiyonları	Zayıf	Rijid
Eşle ilgili sorun	Sekonder	Başlangıçta
Korku-endişe	Sekonder	Primer
Yaş	İleri	Genç
Cinsel istek	Normal	Azalmış
Organik risk	Var	Yok, değişken

Erektil disfonksiyonla ilişkili risk faktörleri şunlardır:

- Sigara, alkol, madde kullanımı
- Endokrin hastalıklar (tiroid hastalıkları, hipogonadizm, hiperprolaktinemi, obezite, diabetes mellitus)
- Ateroskleroz, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği
- Radyoterapi
- Depresyon
- Travma (merkezi sinir sistemi, periferik sinir sistemi, alt üriner sistem, genital sistem)
- Operasyon (radikal pelvik cerrahi, prostatektomi, priapizm drenajı, renal transplantasyon)
- Kardiyovasküler hastalıklar, diabetes mellitus ve yüksek plazma glukoz düzeyi erektil disfonksiyonla bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur.^{4,9,14,15,18-23}

Bazı ilaçlar erektil disfonksiyona neden olabilir. Erektil disfonksiyon olgularının %25 kadarı ilaç kullanımına bağlıdır.^{4,18,19,24}

- Alkol ve diğer keyif vericiler.
- Antihipertansifler: Diüretikler (tiazid, furosemid), sempatotolitikler (propranolol, prazosin).
- Prolaktini yükselten ilaçlar: Fenothiazinler, simetidin, trisiklik antidepresanlar, rezerpin, metil dopa.
- Testosteronu azaltan ilaçlar: Östrojen, siproteron asetat, spiranolakton.
- Antidepresanlar: cinsel işlevler üzerine en az etkili olanlar bupropion (%22) ve nefazodon

(%28) iken en çok etkileyenler paroksetin (%43) ve mirtazapindir (%41).

- Diğer ilaçlar: Levodopa, kemoterapötikler, allopurinol, antihistaminikler, beta 2 agonistler, antipsikotikler, indometazin.

Laboratuvar testleri idrar tetkiki, tam kan sayımı, tam kan biyokimyası ve TSH'ı içerir. Gerekli durumlarda serbest testosteron, luteinizan hormon (LH), folikül stimulan hormon (FSH) ve prolaktin (PRL) düzeylerine bakılabilir.^{18,19}

Tedavi: Eğer erektil disfonksiyonun nedeni antihipertansif ilaçlarsa dozu azaltılmalı veya başka ilaçlarla değiştirilmeli. Hipogonadizm varsa testosteron tedavisi düşünülmeli. Spesifik tedavide ise oral ajanlar (fosfodiesteraz inhibitörleri sildenafil, vardenafil, tadalafil), vakum yaratan araçlar, intrakavernöz enjeksiyon, penil protez kullanılır.^{4,9,14,15} Hayvan ve insan çalışmalarından elde edilen sonuçlar kardiyovasküler riskleri azaltmada da etkili olduğu gösterilen yaşam tarzı değişikliklerinin (kilo kontrolü, sigara ve alkolün bırakılması, egzersiz) erektil disfonksiyona da olumlu etkisini göstermiştir.^{14,15,20,22,23,25}

Alternatif tedaviler: Bitkisel ilaçlar (Asya ginseng, damiana, ginkgo biloba, muira puama, yohimbin) geleneksel olarak kullanılıp etkili bulunmakla birlikte kullanımını destekleyen klinik çalışma yoktur.²⁶



III. ORGAZM VE EJAKÜLASYON BOZUKLUKLARI

A. Prematür Ejakülasyon: Erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur, genel popülasyondaki erkeklerin %29'unu etkiler. Prematür ejakülasyonu olan hastaların %30 kadarında birlikte erektil disfonksiyon da görülür. Eretil disfonksiyon sıklığı yaşla artmakla birlikte prematür ejakülasyon sıklığı yaşla artmaz^{19,27}.

Prematür ejakülasyonda tanı şu dört kritere göre koyulur:

1. Kısa ejakülatuvar latent dönem vardır
2. Kontrol kaybı vardır
3. Hastada ve/veya partnerinde psikolojik sıkıntı yaratır
4. Semptomlar başka bir mental, davranışsal, fiziksel bozukluğa bağlı değildir.^{19,27}

Prematür ejakülasyon, erotik uyarıya hassasiyetin artması ve öğrenilmiş davranışların yanı sıra organik nedenli de olabilir. Hastanın partnerindeki anorgazmi veya cinsel ağrı sendromlarına bağlı olarak da görülebilir. Bozukluk spinal refleks üzerinde istemli kortikal denetimin öğrenilmemiş olmasıdır. Bu nedenle boşalmanın denetlenebildiği bir dönem varsa ürolojik ve nörolojik incelemeler yapılmalıdır.^{4,9,19}

Tedavide davranış terapisi, ilişki danışmanlığı, farmakoterapi (selektif serotonin geri alım inhibitörleri: SSRI ilaçlar-paroksetin, fluoksetin, sertralin-, topikal anestezipler-lidokain-fosfodiesteraz inhibitörleri-sildenafil) veya bunların kombinasyonu uygulanabilir.¹⁹

B. Gecikmiş ejakülasyon, retrograd ejakülasyon, anorgazmi (orgazm olamama): Erkeklerde %8, kadınlarda %24 oranında görülür. Yetersiz uyarı nedeniyle cinsel uyanış fazının uzaması sonucu meydana gelir. Hastalığın spektrumu gecikmiş ejakülasyondan anejakülasyon ve retrograd ejakülasyona kadar değişebilir. Etiyolojide organik ve psikojenik faktörler rol oynayabilir. Alfa blokerler (tamsulosin) veya SSRI ilaçlar gibi yaygın kullanılan ilaçlar orgazm veya ejakülasyon kaybıyla ilişkili

olabilir. Tedavide hasta eğitimi, alfa agonist ilaçlarla farmakoterapi ve nadir vakalarda mesane boynu rekonstrüksiyonu uygulanabilir.^{9,19}

IV. CİNSEL AĞRI SENDROMLARI

Genel popülasyonda kadınlarda %14, erkeklerde %3 sıklıkla görülür. Erkeklerdeki nedenler Peyroni hastalığı ve diğer penis deformiteleri, priapizm ve alt üriner sistem semptomlarıdır.⁹

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA AYIRICI TANI SÜRECİ:¹⁶

Başvuran kişinin gerçekten bir CİB i var mı?

↓
Eğer varsa tanı nedir?

↓
CİB'na yol açabilecek ilaç veya madde kullanımı var mı?

↓
CİB'na yol açabilecek sistemik bir hastalık var mı?

↓
CİB ile bağlantılı psikiyatrik bir hastalık veya tedavi var mı?

↓
Saptanan CİB organik mi yoksa psikojenik kökenli midir yoksa etyolojide her ikisi de söz konusu mudur?

SONUÇ:

Erkeklerde cinsel işlev bozuklukları özellikle kronik hastalığı olanlarda sık görülen ve yaşla birlikte sıklığı artan ve hastanın yaşam kalitesini bozan fakat çeşitli sosyokültürel zorluklar veya yetersiz bilgilendirme nedeniyle yeterince sorgulanmayan bir durumdur. Birinci basamakta cinsel öykü alma tüm zorluklarına rağmen rutin öykünün bir parçası olmalıdır, hastalar ve hekimler cinsel sorunların organik, psikojenik ve sosyal nedenleri olabileceğini bilmeli, hastalar sorunlarını anlatma konusunda cesaretlendirilmelidir. Hastaların sorgulanması ve yeni vakaların yakalanması bakımından en önemli pozisyonda olan aile hekimlerinin bu konuya yeterli özenli göstermeleriyle hastaların yaşam kalitelerinde önemli iyileşmeler sağlanabilir.



KAYNAKLAR

1. The European Men's Health Forum (EMHF). www.emhf.org/index.cfm/item_id/305 erişim tarihi: 09.04.2009.
2. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, Clayton A, Cuzin B, Derogatis L. Clinical Evaluation and Management Strategy for Sexual Dysfunction in Men and Women. *J Sex Med* 2004;(1):49-57.
3. Phillips NA. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician* 2000;62:127-36,141-142.
4. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klin Psikiyat* 2004;Ek 3:3-13.
5. Elder J, Braver J. The Cleveland Clinic Disease Management Project www.clevelandclinicmeded.com/diseasemanagement/women/sex Erişim tarihi 24.02.2009.
6. Female Sexual Dysfunction. www.urologychannel.com/common/printpage.php Erişim tarihi: 01.04.2009.
7. Driscoll CE. Sexual Health Care by the Family Physician *Rakel Textbook of Family Practice*. 7th edition W.B.Saunders Company; 2006,p1438-1456.
8. Male Sexual Function/Dysfunction McKinley Health Center <http://www.wdxcyber.com>. Erişim tarihi: 24.02.2009.
9. Miller TA, Margaret RH. Adult sexual dysfunction In: South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL, eds. *Current Diagnosis and Treatment in Family Medicine*. New-York: McGraw Hill Companies, 2004: 221-231.
10. Why should doctors identify their patient's sexual concerns? www.sexualityandu.ca/eng7health/MSD/common/problems.cfm Erişim tarihi: 24.02.2009.
11. Berman J, Berman L. Female Sexual Dysfunction: Definitions, Causes and Potential Treatments. www.newshe.com/articles Erişim tarihi: 05.04.2009.
12. Sexual Dysfunction: A widespread problem. www.healthatoz.com/healthatoz/atoz/dc7caz/repr/sexi/spdysfunction Erişim tarihi: 24.02.2009.
13. Zungur M. Erkek cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 1999;2:60-64.
14. Jackson G, Rosen RC, Kloner RA, Kostis JB. The Second Princeton Consensus on Sexual Dysfunction and Cardiac Risk: New Guidelines for Sexual Medicine *J Sex Med* 2006;3:28-36.
15. Miner M, Kuritzky L. Erectile dysfunction: A sentinel marker for cardiovascular disease in primary care. *Cleve Clin J Med*. 2007;74(Suppl 3):30-37.
16. Akpınar E, Saatci E, Bozdemir N. Sexual History Taking in Primary Care. *TJFMPC* 2007;1:1-8.
17. Bowen J. Male Sexual Dysfunction Triggered By Aspartam <http://www.dorway.com> Erişim tarihi 24.02.2009.
18. Sadovsky R. Improving men's health:a challenge for the practicing family doctor The role of primary care in erectile dysfunction management *JMHG* 2005;2(1):7-11.
19. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, Rosen RC, Andersson KE, Althof S. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Men. *J Sex Med* 2004;1(1):6-23.
20. Horasanlı K, Boylu U, Kendirci M, Miroglu C. Do lifestyle changes work for improving erectile dysfunction? *Asian J Androl* 2008;10(1):28-35.
21. Grover SA, Lowensteyn I, Kaouache M, Marchand S, Coupal L and DeCarolis E. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: importance of risk factors for diabetes and vascular disease. *Arch Intern Med* 2006;166(2):213-219.
22. Giugliano D, Giugliano F, Esposito K. Sexual dysfunction and the Mediterranean diet. *Public Health Nutr* 2006;9(8A):1118-1120.
23. Esposito K., Giugliano F., Ciotola M., Sio M., Armiento M. and Giugliano D. Obesity and sexual dysfunction, male and female. *Int J Impot Res* 2008;20(4):358-365.
24. Sexual Side Effects of Antidepressants Common But Still Seriously Underestimated By Physicians from The Brown University Psychopharmacology Update? www.healthyplace.com/communities/depression/treatment Erişim tarihi 20.02.2009.
25. Jackson G. The importance of risk factor reduction in erectile dysfunction. *Curr Urol Rep* 2007;8(6):463-466.
26. Alternative Therapies for Sexual Dysfunction <http://www.womenshealthchannel.com/fsd/msdalternativetreatment.shtml> Erişim tarihi 20.02.2009.
27. Payne R, Sadovsky R. Identifying and treating premature ejaculation: Importance of the sexual history *Cleve Clin J Med* 2007;74(Suppl 3):47-53.