

## Prematür Ejakülasyon Olgularında Cinsel Mitlere İnanma Düzeyi

### *Level of Sexual Myths Level in Premature Ejaculation Cases*

Mehmet Gunes<sup>1</sup>, Hasan Akçalı<sup>1</sup>, Onur Dede<sup>2</sup>, Aslihan Okan<sup>1</sup>, Mahmut Bulut<sup>1</sup>, Süleyman Demir<sup>1</sup>, Abdullah Atli<sup>1</sup>, Aytekin Sir<sup>1</sup>

#### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmadaki amacımız erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olan prematür ejakülasyon (PE) olgularında cinsel mitlere inanma düzeyini çalışmaktır.

**Yöntemler:** Dicle Üniversitesi Hastanesine ayaktan başvuran 18- 65 yaşları arasında DSM- 5 ölçütlerine göre PE tanı kriterlerini karşılayan 100 hasta ve 70 sağlıklı gönüllü kontrol grubu çalışmaya alındı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ), Hamilton anksiyete ölçeği (HAÖ), Arizona cinsel yaşantılar ölçeği (ACYÖ)-Erkek formu ve cinsel mitleri değerlendirme formu uygulandı.

**Bulgular:** PE'li bireylerde cinsel mitlere inanma oranı sağlıklı kontrollerden yüksek bulundu. PE'li bireylerde eğitim süresinin 10 yılın altında olması, komorbid cinsel işlev bozukluğunun bulunması cinsel mitlere inanma düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttıran faktörler olarak bulundu. PE'li bireylerde HDÖ (p=0,0002), HAÖ (p=0,0001) ve ACYÖ (p=0,0004) skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Komorbid Cl'i olanlarda ACYÖ(p=0,0001), ED olanlarda ACYÖ (p=0,001) ve HDÖ (p=0,04) puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

**Sonuç:** Eğitim kurumlarında, uygun yaşta ve eğitilmiş kişilerde cinsel bilgi verilmesi gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Prematür ejakülasyon, cinsel mitler, cinsellik, depresyon, anksiyete

#### GİRİŞ

Cinsel işlev; tüm bedenin katıldığı, onlarca hormon ve kimyasal maddenin karmaşık bir etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir [2]. DSM 5'e göre PE; cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yenileyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık 1 dakika içinde ve

#### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study is to determine level of belief in sexual myths in the cases of premature ejaculation (PE) which is the most common sexual dysfunction in men.

**Methods:** This study included 100 cases who applied Dicle University Faculty of Medicine hospitals meet premature ejaculation criteria of DSM-5 and 70 healthy controls. Sociodemographic data form, Hamilton Depression Rating Scale (HDS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAS), Arizona Sexual Experience Scale (ASES)-Men form and Sexual Myths Evaluation Form were applied to participants.

**Results:** In the study, rate of belief in sexual myths in PE cases was found significantly higher than healthy controls. In the PE cases, education time less than 10 years, the presence of comorbid sexual dysfunction were found to be statistically significant factors that increase the level of belief in sexual myths in the PE cases, HDS (p=0.0002), HAS (p=0.0001), ASES (p=0.0004) scores were statistically significantly higher than the control group. In the loss of sexual desire in men with comorbid ASES (p=0.0001), with ED, ASES (p=0.001) and HDS (p=0.040) scores were found statistically significantly higher.

**Conclusions:** Sexual information should be given in the appropriate age by educated person in educational institutions.

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

kişinin isteğinden önce boşalması ve bu durumun en az 6 aydan beri devam ediyor olmasıdır [3]. PE; literatürde %14,5-40'a kadar çıkan prevalans oranları ile erkekte tüm yaş grupları için en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur [4,5]. Premature Ejaculation Prevalence and Attitude (PEPA) çalışmasına

<sup>1</sup> Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Dicle University, Diyarbakir, Turkey

<sup>2</sup> Department of Urology, Faculty of Medicine, Dicle University, Diyarbakir, Turkey

**Yazışma Adresi /Correspondence:** Mehmet Gunes,

Dicle University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, 21280, Diyarbakir, Turkey Email: m63gunes@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 02.03.2016, Kabul Tarihi / Accepted: 23.04.2016

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2016, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

göre prevalans ABD'de %22,7 Almanya ve İtalya'da %20 oranındadır [6]. Avrupada 12 bin erkek bireyde yapılan bir çalışmada prevalans %22,7 bulunmuştur [7].

Cinsel mitler denildiğinde de kastedilen, kişilerin cinsel konularda doğru olduğunu düşündükleri, çoğu zaman abartılı, yanlış ve bilimsel değeri bulunmayan inanışlardır [8]. Yapılan araştırmalar cinsel işlev bozukluklarının büyük oranda inanışlardan (cinsel mitler), insan yaşantısı, davranışlarından kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Yanlış cinsel bilgilenmenin en sık karşılaşılanı cinsel mitlerdir. Çoğu kez cinsel mitler cinsel işlev bozukluğunun zemin hazırlayıcı, tetikleyici veya sürdürücü etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır [5]. Özellikle, Cinsel eğitim ve bilgi yetersizliğinin çoğu cinsel işlev bozukluğunun temel nedeni olduğu göz önüne alındığında cinsel mitlerin önemi daha artmaktadır.

Çalışmamızın amacı; PE olgularında cinsel mitlere inanma düzeyinin anksiyete-depresyon puanları, cinsel yaşantılar kalitesi üzerine etkilerini incelemek ve PE olgularının klinik ve sosyodemografik verilerini değerlendirmektir. Çalışmamız PE olgularında cinsel mitlere inanma düzeyi ile anksiyete-depresyon puanları, cinsel yaşantılar kalitesi-nin birlikte değerlendirildiği ilk çalışmadır.

## YÖNTEMLER

Hastanemize ayaktan başvuran ve DSM-5 ölçütlerine göre PE tanı alan 100 hasta ve hastane çalışanlarından oluşturulan 70 sağlıklı gönüllü kontrol grubu çalışmaya alındı.

Araştırmaya dâhil edilme ölçütleri; Erkek olmak, 18- 65 yaş aralığında olmak, DSM-5'e göre PE tanı kriterlerini karşılamak. Dışlanma ölçütleri olarak; hipertansiyon (kontROLSÜZ), diabet (kontROLSÜZ), morbit obezite, ağır endokrinopatiler, ağır kardiyak yetmezlik, PE'ye neden olabilecek organik patolojiler, ejakülasyonu etkileyecek madde veya ilaç kullanmak, mental retardasyon, kranial travma veya medulla spinalis travması, okuma-yazma bilmeme, genital sistem infeksiyonları (prostatit, epididimit...), psikiyatrik hastalık bulunması. Hasta ve kontrol grubu çalışmaya gönüllü olur formu okutuldu, onayı alındıktan sonra elde edilen veriler çalışmaya dâhil edilmiştir.

## VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

### Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların hastalıkları ile ilgili bilgilerini ve sosyodemografik özelliklerini elde etme amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş formdur.

### Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ)

Hamilton ve arkadaşları tarafından, her yaşta ki kişide klinik araştırma amaçlı depresyon düzeylerinin saptanması için geliştirilmiştir [9]. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [10].

### Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAÖ)

Hamilton ve arkadaşları tarafından anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır [11]. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [12].

### Cinsel Mitler Değerlendirme Formu

Cinsel Mit Değerlendirme Formu, Zilbergeld tarafından geliştirilen ve ülkemizde yaygın görülen cinsel mitlerin araştırılmasında daha önce de kullanılan 30 cinsel mitem oluşmaktadır [13].

### Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

ACYÖ, 2000 yılında McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno ve Delgoda adlı araştırmacıların psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişiklikler ve bozuklukları en uygun şekilde ve kişiyi en az rahatsız edecek şekilde değerlendirmek amacıyla tasarladıkları bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Atilla Soykan tarafından 2004 yılında yapılmıştır [14].

### İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18,0 programı kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için iki grup karşılaştırmalarında t-testi kullanılmıştır. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi ve

Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. İki den çok bağımsız grup verilerinin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p \leq 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Hasta ve kontrol grubu arasında yaş, eğitim süresi, cinsel bilgi edinme yaşı, gelir düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmadı. Hasta grubu  $35,6 \pm 9,0$ , kontrol grubu  $34,9 \pm 9,7$  yaş ortalaması sahipti. Hasta ve kontrol grupları arasında eğitim süresi, gelir düzeyi, cinsel bilgi edinme yaşları, yaşadığı yer, meslek, sigara-alkol kullanımı ve cinsel bilgi edinme kaynağı gibi sosyodemografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p > 0,05$ ). Cinsel bilgi edinme yaşı, PE'si olan bireylerde ( $16,14 \pm 2,53$ ) kontrol grubuna ( $15,31 \pm 2,51$ ) göre daha yüksek olup istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

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

PE'li bireylerde kontrol grubuna kıyasla 10. Mite (Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir) inanma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p \leq 0,05$ ). İki grup tarafından da en çok onaylanan mit (Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) miti olmuştur. En çok onaylanan ikinci 19. mit (Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler) miti olmuştur. PE'li bireylerde en az onaylanan 29 mit (Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor-tedavi işe yaramaz) iken, kontrol grubunda ise 30 (Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır) miti olmuştur. PE'li bireylerde en az onaylanan 2. mit (Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır) miti iken, kontrol grubunda ise 29 (Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor-tedavi işe yaramaz) miti olmuştur.

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

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

PE'li bireylerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlılığın en yüksek olduğu mit (Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar) mitidir. Bu miti (Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır) miti izlemektedir.

Çalışmamızda PE'li olgularda ACYÖ (2, 10, 11 mitleri) ve HDÖ (2, 10 mitleri) skorları mitlerini onaylayan olgularda, onaylamayan olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

**Tablo 1.** PE'li bireylerin klinik özellikleri

		PE'li Birey n (%)
Şikâyetten başvuruya kadar geçen süre	0-6 Ay	2 (2)
	6-12 Ay	8 (8)
	1-2 Yıl	28 (28)
	3-5 Yıl	19 (19)
	5 Yıl Üstü	43 (43)
İlk başvuru kime yapılmış	Hekim	76 (76)
	Hekim Dışı	24 (24)
İlk başvuru hangi branşa yapılmış	Dâhiliye	4 (4)
	Psikiyatri	28 (28)
	Üroloji	68 (68)
Psikiyatriye Kim Yönlendirmiş	Psikiyatri	23 (23)
	Ürolog	60 (60)
	Dâhiliye	3 (3)
	Arkadaş	4 (4)
PE'nin Şiddeti	Kendisi	10 (10)
	Hafif	44 (44)
	Orta	32 (32)
Cinsel İsteksizlik Komorbiditesi	Şiddetli	24 (24)
	Var	25 (25)
	Yok	75 (75)
ED Komorbiditesi	Var	53 (53)
	Yok	47 (47)
Komorbid CİB Şikâyeti	Var	58 (58)
	Yok	42 (42)
Daha Önce Geçirilmiş Atak	Var	3 (3)
	Yok	97 (97)
Cinsel Bilgi Kaynağı	Aile	84 (84)
	Arkadaş	9 (9)
Diğer	İnternet	4 (4)

\*  $p \leq 0,05$ , PE: Prematur ejakülasyon

**Tablo 2.** PE'li bireyler ve kontrol grubunda ACYÖ, HDÖ ve HAÖ puanlarının karşılaştırılması

	PE grubu	Kontrol grubu	p
	Ort±SS	Ort±SS	
ACYÖ	13,76±3,23	10,34±2,79	<b>0,0004*</b>
HDÖ	7,74±3,54	2,05±1,83	<b>0,0002*</b>
HAÖ	11,37±5,92	2,59±3,02	0,0001*

\* p ≤ 0,05, PE: Prematur ejakülasyon, ACYÖ: Arizona cinsel yaşantılar ölçeği, HDÖ: Hamilton depresyon ölçeği, HAÖ: Hamilton anksiyete ölçeği.

**Tablo 3.** PE'a komorbid Cİ ve ED olan bireyler ve kontrol grubunda HDÖ, HAÖ ve ACYÖ puanlarının karşılaştırılması

Komorbidite	PE'li Bireyler (n=100)		p	
	Var (n=25) Ort±SS	Yok (n=75) Ort±SS		
Cİ	ACYÖ	15,88±2,61	13,04±3,20	0,0001*
	HDÖ	8,64±4,45	7,64±3,55	0,257
	HAÖ	13,16 ±6,45	11,09 ±6,27	0,160
ED	ACYÖ	14,75±3,03	12,61±3,24	0,001*
	HDÖ	8,62±4,42	7,06±2,76	0,040*
	HAÖ	12,30±6,89	10,82±5,64	0,249

\* p ≤ 0,05, PE: Prematür ejakülasyon, Cİ: Cinsel İstek, ED: Erektile disfonksiyon ACYÖ: Arizona cinsel yaşantılar ölçeği, HDÖ: Hamilton depresyon ölçeği, HAÖ: Hamilton anksiyete ölçeği.

**Tablo 4.** PE'li bireyler ve kontrol grubunda cinsel mitlere inanma düzeyinin karşılaştırılması

	PE	Kontrol	p	Toplam
	n (%)	n (%)		n (%)
1) Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır.	70 (70)	40 (57,1)	0,084	110 (64,7)
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	60 (60)	25 (35,7)	<b>0,002*</b>	85 (50)
3) Kadının seksini başlatması ahlaksızlıktır.	21 (21)	21 (30)	0,181	42 (24,7)
4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.	69 (69)	43 (61,4)	0,305	112 (65,9)
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.	65 (65)	34 (48,6)	<b>0,033*</b>	99 (58,2)
6) İyi sekste amaç cinsel birleşmedir.	79 (79)	43 (61,4)	<b>0,012*</b>	122 (71,8)
7) Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır; sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar.	59 (59)	34 (48,6)	0,179	93 (54,7)
8) Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.	53 (53)	24 (34,3)	<b>0,016*</b>	77 (45,3)
9) Erkekler bazı duygularını belli etmemelidir (ağlamak gibi).	50 (50)	38 (54,3)	0,582	88 (51,8)
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	52 (52)	48 (68,6)	<b>0,008*</b>	74 (43,5)
11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.	74 (74)	42 (60)	0,054	116 (68,2)
12) Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar.	75 (75)	36 (51,4)	<b>0,001*</b>	111 (65,3)
13) Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir.	79 (79)	50 (71,4)	0,256	129 (75,9)
14) Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır.	49 (49)	25 (35,7)	0,086	74 (43,5)
15) Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir.	58 (58)	26 (37,1)	<b>0,007*</b>	84 (49,4)
16) Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir.	76 (76)	51 (72,9)	0,643	127 (74,7)
17) Kadınlar eller kullanılmadan penis hareketleri ile orgazm olmalıdırlar.	59 (59)	33 (47,1)	0,127	92 (54,1)
18) Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir.	85 (85)	59 (84,3)	0,899	144 (84,7)
19) Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilir.	80 (80)	57 (81,4)	0,817	137 (80,6)
20) Seks doğaldır, öğrenilemez.	56 (56)	40 (57,1)	0,882	96 (58,5)
21) Mastürbasyon kirli ve zararlıdır.	62 (62)	37 (52,9)	0,234	99 (58,2)

	PE	Kontrol	p	Toplam
	n (%)	n (%)		n (%)
22) Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlıştır.	73 (73)	48 (68,6)	0,530	121 (71,2)
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.	48 (48)	21 (30)	<b>0,019*</b>	69 (40,6)
24) Olgunlaşmış erkekler, fantezi ve mastürbasyona karşı olan ilgilerini kaybeder.	62 (62)	34 (48,6)	0,082	96 (56,5)
25) Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.	64 (64)	28 (40)	<b>0,002*</b>	92 (54,1)
26) Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin belirli ve kesin kurallar vardır.	59 (59)	31 (44,3)	0,059	90 (52,9)
27) Oral seks pistir.	78 (78)	45 (64,3)	<b>0,049*</b>	123 (72,4)
28) Oral seks olgunlaşmamışlık göstergesidir.	67 (67)	40 (57,1)	0,190	107 (62,9)
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor-tedavi işe yaramaz.	17 (17)	13 (18,6)	0,791	30 (18,6)
30) Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır.	18 (18)	8 (11,4)	0,241	26 (15,3)

\* p ≤ 0,05

**Tablo 5.** PE'li bireylerde eğitim süresi, komorbid Cİ ve ED şikâyetine göre cinsel mitlere inanma düzeyinin karşılaştırılması

Eğitim Süresi	PE'li Bireyler (n=100)		p
	ES <10 Yıl (n= 59) n (%)	ES>10Yıl (n=41) n(%)	
2) Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır.	41 (69,5)	19 (46,3)	0,020*
3) Kadının seksi başlatması ahlaksızlıktır.	17 (28,8)	4 (9,8)	0,021*
5) Sevişme cinsel birleşme demektir.	45 (76,3)	20 (48,8)	0,005*
8) Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.	37 (62,7)	16 (39,0)	0,020*
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	38 (64,4)	14 (34,1)	0,003*
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.	38 (64,4)	10 (24,4)	0,0001*
24) Olgunlaşmış erkekler, fantezi ve mastürbasyona karşı olan ilgilerini kaybederler.	43 (72,9)	19 (46,3)	0,007*
25) Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez.	43 (72,9)	21 (51,2)	0,026*
28) Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir.	45 (76,3)	22 (53,7)	0,018*
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor-tedavi işe yaramaz.	14 (23,7)	3 (7,3)	0,032*
<b>Komorbidite</b>	<b>PE'li Bireyler</b>		
Cİ	Var (n=25)	Yok (n=75)	p
3) Kadının seksi başlatması ahlaksızlıktır.	9 (36,0)	12 (16,0)	0,033*
<b>ED</b>	<b>Var (n=53)</b>	<b>Yok (n=47)</b>	<b>p</b>
4) Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır.	42 (79,2)	27 (57,4)	0,019*
8) Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir.	35 (66,0)	18 (38,3)	0,006*
10) Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir.	33 (62,9)	19 (40,4)	0,029*
11) Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır.	44 (83,0)	30 (63,8)	0,029*
23) Cinsel fanteziler kurmak yanlıştır.	33 (62,9)	15 (31,9)	0,002*
29) Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor-tedavi işe yaramaz.	13 (24,5)	4 (8,5)	0,033*

\* p ≤ 0,05, ES: Eğitim Süresi, Cİ: Cinsel İstek, ED: Erektile disfonksiyon

**Tablo 6.** PE olgularında DSM-5 şiddet düzeyine göre cinsel mitlere inanma düzeyi

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

\* p ≤ 0,05, PE: Prematür ejakülasyon

## TARTIŞMA

Çalışmamızda PE'li bireylerde kontrol grubuna kıyasla cinsel mitlere inanma düzeyi %80 oranında daha yüksek bulundu. PE'li olgularda kontrol grubuna kıyasla cinsel mitlere inanma düzeyi istatistiksel anlamlılık %33 (9/30 mitte) yüksek bulundu. Bu mitler 2, 5, 6, 8, 12, 15, 23, 25 ve 27 mitleriydi (Tablo 4). Üçok ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsel mitlere inanma derecesi CİB grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur [15]. Yapılmış çalışmalarda CİB'lerinde cinsel mitlerin inanma oranının %52-60 arasında değiştiği bildirilmiştir [8,16]. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren mitler incelendiğinde; cinselliğin tamamen erkek kontrolünde sürmesi gerektiğini ifade eden mitler olduğu görülmektedir. Bu da iki partnerin ortak yapmış olduğu cinsel bir eylemin bütün sorumluluğunun tamamen erkeğe yüklenmesi anlamına gelmektedir. Bu durum erkek partnerde performans anksiyetesine yol açabilmektedir. Yetersiz ve uygunsuz bilgiye sahip olan partnerlerde cinsel sorumluluk yüklenmesinin CİB'in başlamasında ve sürmesindeki en önemli faktörlerde biri olduğu pekçok çalışma ile gösterilmiştir [5]. Ayrıca cinsel aktiviteyi başlatma ve yönlendirme yükümlülüğünün erkeğe ait olduğunu ifade eden bu mitler kadınların geleneksel edilgen rolünü de pekiştirmektedir. Kadının cinsellik talebi ahlaksızlık veya hafiflik olarak nitelendirilmektedir [17]. Çalışmamızda PE'li olgularında en çok onaylanan mitler 18, 19, 27, 6, 13'üncü mitlerdi (Tablo 4). Çalışmamızla benzer şekilde birçok çalışmada en çok onaylanan mitler 18, 19 ve 27 mitleri olmuştur [18,19]. Ayrıca çalışmamızda PE'li bireylerde en çok onaylanan mitler arasında yer alan 6,13, 18,19'uncü mitler cinsel ilişkide temel amacın cinsel birleşme olduğunu vurgulayan mitlerdir. Bu durum CİB tedavisinde önemli rolü olan önseviş-

menin cinsel ilişkinin dışında bırakılması CİB'lerin daha yaygın görülmesine ve tedavi başvurusunun gecikmesine neden olmuş olabilir. PE'nin psikoterapisinde uygulanan bazı egzersizlerin temel amacı bu cinsel mitlerin etkilerini ortadan kaldırmaktır. Cinsel birleşmenin yasaklandığı ve düzenli önsevişme egzersizlerinin önerildiği psikoterapi sürecinin bu mitlerin etkilerini ortadan kaldırdığı bilinmektedir [17,20]. Yanısıra pek çok çalışmada ensik onaylanan 18.(Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir) miti partnerleri, birlikte orgazm olmadıklarında yetersizlik düşüncelerine sevk edilmektedir. Ancak bu mit kadın-erkek fizyolojisindeki farklılıklardan ve orgazm sorununun çoklu etmenlere bağlı ortaya çıkmasından dolayı çiftin aynı anda orgazm olması zordur. Performans / beklenti anksiyetesinin yükseldiği bu durumda orgazm taklitlerine, yetersizlik duygularına, cinsel işlev bozukluklarına ve evlilik sorunlarına yol açabilir [21].

Çalışmamızda PE'li olgularda en az onaylanan mitler 29 ve 30 mitler olmuştur. Çalışmamızı destekleyen veya farklı görüşler ileri süren çalışmalar mevcuttur [16,18]. PE'li bireylerde en az onaylanan [29] (Erkeğin cinsel sorunlarından kadınlar sorumludur, doktor-tedavi işe yaramaz) miti olmuş olmasına rağmen PE'li bireylerin %90'ı şikâyetini başlamasından 1 yıl sonra, %57'i 6 yıl ve sonrasında doktora tedavi amaçlı başvuru yapmışlardır. Bunun nedeni cinsel mitler ölçeğinin hekime başvuran PE'li bireylere yöneltmiş olması olabilir. Toplum tabanlı çalışmalarda bu mite inanma düzeyinin daha yüksek olabileceğini düşünmekteyiz. İkinci en az onaylanan mit 30 (Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır) miti olmuştur. Cinsel mitlere inanma düzeyindeki artışla orantılı olarak kadın partnerlere yönelen cinsel ve fiziksel travmada artışa sebep olabilir.

PE'li bireylerde eğitim süresinin 10 yılın altında olması, komorbid Cİ ve ED şikâyetinin bulunması cinsel mitlere inanma düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttıran faktörler olarak bulundu. Farklı çalışmalarda elde edilen sonuçlar bulgularımızı desteklemektedir [13,18]. Her ne kadar ülkemizde cinsellikle ilgili özel bir eğitim verilmese de, eğitim düzeyi düşük olan kişilerin cinsel mitlere inanma düzeyinin yüksek olması yeterli cinsel eğitim almamalarından ve doğru bilgiye ulaşamamalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

PE'li bireylerde 12, 13 ve 25. mitlere inanma oranı PE şiddeti "ağır" olan grupta diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 6). Erkekler cinsel organının boyutu ilgili abartılı tanımlamalardan dolayı yetersizlik hissi yaşayabilir. Bu hisin neden olduğu sıkıntı kişide sertleşme sorunlarına ve birleşme olmadan erken boşalmaya neden olabilmektedir [5].

PE'li bireylerde komorbid Cİ'si olanlarda 3'üncü (Kadının seksüel başlatması ahlaksızlıktır), ED'si olanlarda [4,8,10,11,29] mitleri kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Erkeklerde PE ve cinsel isteksizlik mevcut iken bir de kadının cinselliği başlatmasını ahlaksızlık olarak görmek eşler arasındaki cinsel ilişkiyi bitirebilir. Kadının cinsel ilişkide aktif olması, kendisinin ve partnerinin cinsel doyumlarını artırır [17]. PE olgularında erkeğe yüklenen aşırı sorumluluk artışı sertleşme sorununa neden olmaktadır. Söz konusu mitlere katılan erkeklerin cinselliği ve cinsel birleşmeyi bir çeşit güç gösterisi olarak algıladığı ve böyle uygulamaya çalıştığını düşündürmektedir [5,22]. Çalışmamızda PE'li olgularda ACYÖ (2, 10, 11 mitleri) ve HDÖ (2, 10 mitleri) skorları mitlerini onaylayan olgularda, onaylamayan olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Çalışmamız verileri birçok çalışma verileri tarafından teyit edilmiştir [18]. Bu mitlere inanan bireylerde inanmayanlara göre depresif bulguların daha şiddetli olduğu ve bu durumda cinsel yaşam kalitesini daha çok bozduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda depresyon düzeyleriyle cinsel mitlere inanma düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanması depresif kişilerde cinsel isteğin azalması, kendini değersiz ve yetersiz görmesi, suçluluk düşüncelerinin olması ayrıca cinsel doyumlarının daha düşük olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda PE olguların %90'ı tedavi amaçlı ilk başvurularını şikâyetleri başladıktan 1 yıl sonra yapmıştır. PE olgularının %57'si 5 yıl sonra yapmışlardır (Tablo 1). Ulusal veya uluslararası yapılan pekçok çalışmada PE olgularının tedavi başvurularının diğer CİB bozukluklarına kıyasla daha geç olduğu bildirilmiştir [5,23]. PE şiddetli olmadığı sürece koitus engel olmaması ve cinsel partneri tarafından kabullenilen bir durum olması doktor başvurusunun gecikmesinin nedenleri olabilir.

PE'li bireylerin yaklaşık dörtte birinin (%24) ilk tedavi başvurularını hekim dışı (muskacı, şeyh ve bitkisel ilaç gibi) yollara başvurmuş olduğu bulundu. Olguların %76'sı ise ilk tedavi başvurularını hekimden yana yapmıştır (Tablo 1). Bizim çalışmamıza benzer olarak erkeklerin CİB tarama çalışmasında, bireylerin %73'ü ilk başvurusunu bir hekime, %27'sinin ise hekim dışı yapmış olduğu bulunmuştur [24]. Bu durum; toplumumuzda bu tür alternatif başvuruların yaygın ve normal olarak karşılanmasının sebebi yeterli ve uygun cinsel bilginin eğitim kurumlarında verilmemesine bağlı olabilir. Ayrıca olguların %72'si (%68 ürolojiye, %4 dâhiliye) ilk hekim başvurusunu psikiyatri dışı bir branşa yapmıştır. Olguları sadece %28'i ilk hekim başvurularını bir psikiyatri kliniğine yapmışlardır (Tablo 1). Sonuçlarımızla benzer olarak; "Cinsellikle ilgili bir sorunuz olduğunda hangi doktora başvurursunuz?" sorusuna erkeklerin %62,9'u üroloji, %11,2'si aile hekimi, %8,5'i psikiyatri, %3,2'si dâhiliye, %13,5'i fikrim yok yanıtını vermiştir [24]. Cinsel işlev bozuklukları psikiyatrinin temel alanlarından. PE olgularından ilk başvuruların sadece yaklaşık dörtte birinin psikiyatriye olması manidardır (Tablo 1). Bunun nedenleri erkek cinsel işlevinin öncelikli olarak üroloji ile ilişkilendirilmesi, eğitim düzeyinin düşük olması, cinsel eğitimin yetersiz olması ve psikiyatrik damgalanma korkusu olabilir.

PE'li olguların %58'ne cinsel isteksizlik ve/veya ED, %25'ne sadece cinsel isteksizlik, %53'üne sadece ED şikâyetleri eşlik etmekteydi (Tablo 3). Oğuzhanoglu ve arkadaşları PE vakalarının %20'sinde cinsel isteksizlik birlikteliğini saptamışlardır [25]. Ayrıca PE'nin cinsel istek azlığı, anorgazmi ve sertleşme bozukluğu ile birlikteliği bildirilmiştir [26]. Yapılan çalışmalarda PE ve ED birlikteliği sık saptanan bir bulgu olmuştur [25,27]. PE'si olan bireylerin üçte birinde ED mevcut oldu-

ğu görülmüştür [23]. ED'li erkeklerin %23-30'u PE'den yakınmaktadır [28]. Kişi erken boşaldığı için eşine karşı görevini yerine getiremediğini düşünüp yetersizlik hissederek cinsel isteksizlik ve ereksiyon sorunları gelişebilmektedir. Sertleşme elde etmek isteyen kişi uyarılmasını arttırmakta ve sonuç olarak da ejakülasyon kontrolünü kaybedebilmektedir [23]. Bizim çalışmamızda da PE'li bireylerin yarısından fazlasına (%53) ED şikâyeti de eşlik ediyordu. Bu birlikteliğin yüksek olmasının nedeni PE'ye ED şikâyeti eşlik eden bireylerin he-kime daha fazla başvurması olabilir.

PE şiddetinin sınıflamasına ilk olarak DSM-5'te yer verildiğinden diğer çalışmalarda PE şiddetine değinilmemiştir. PE şiddeti; bireylerin %44'ünde hafif, %32'sinde orta derece, %24'ünde ise ağır olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Cinsel etkinlikten önce, cinsel etkinliğin başında ya da vajinaya girdikten sonra 15 saniye içinde boşalmalar ağır olarak tanımlanmış olup tüm PE'lerin yaklaşık dörtte birini (%24) oluşturmaktadır. Bu da azımsanmayacak sayıda erkeğin ilişkiye bile girmeden boşaldığını göstermektedir.

PE'li bireylerde ACYÖ, HDÖ ve HAÖ skorları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 2). Çalışmamızla paralel olarak birçok PE olguları ile ilgili çalışmalarda anksiyete ve depresyon skorları yüksek bulunmuştur [6,29,30]. Anksiyeteye ve depresyona bağlı PE yerine, PE sonucu anksiyete ve depresyon tanımı daha çok kabul görmektedir [31]. Ayrıca anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar cinsel işlevi en çok etkileyen durumlar olduğu bilinmektedir [5]. PE'li bireylerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkması; kişinin kendisini yetersiz hissetmesine, üzüntü ve rahatsızlık hissine, hayal kırıklığı duygusuna, PE olup olmayacağına odaklanmasına, cinsel birliktelikten kaçınmasına, partnerine karşı suçluluk hissetmesine bağlı olabilir. Çalışmamızla paralel olarak yapılan bir çalışmada Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) puanları PE'li bireylerde kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur [32]. PE'li bireylerde cinselliğin tüm evrelerinin olumsuz etkilenmesi, bireyin cinselliği vajinal birleşme ve boşalma odaklı yaşaması, cinselliğin erotik ve eğlenceli değerini yitirmesi ACYÖ skorlarının yük-

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

Cinsel bilgi edinme yaşı PE'li bireylerde (16,14±2,53) kontrol grubuna (15,31±2,51) göre yüksek olmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 1). Cinsel bilgi edinme yaş ortalaması PE'li-lerde 14,0±2,9, panik grubunda 14,54 OKB grubunda 15,67 ve kontrol grubunda 15,44 bulunmuştur [22,32]. Bizim çalışmamızda önceki çalışmalara kıyasla cinsel bilgi edinme yaşı daha yüksekti. Bunun nedeni eğitim düzeyinin düşük olması ve bölgenin cinsel konular hakkında daha kapalı bir yapıya sahip olması olabilir. PE grubunun %84'ünün cinsel bilgi kaynağı arkadaşlarıydı (Tablo 1). Bizim çalışmamızla benzer olarak PE gruplarında yapılan çalışmalarda cinsel bilgilenme kaynaklarını %0-6 aile, %80-82,5 arkadaşlarından, %17,5-20 medyadan edindikleri bulunmuştur [22,31]. Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği de kişileri değişik kaynaklardan, özellikle basın-yayın organlarından veya aynı derecede bilgisiz yaşlılarından gelen mesajlara daha duyarlı kılmaktadır [33]. Erkek ve kadınlardaki abartılı veya yanlış cinsel inanışların ve bilgi eksikliğinin, CİB'in oluşumunda ve sürmesindeki yeri ve önemi bilinmektedir [34]. Bireylerin cinsel bilgileri doğru zamanda ve doğru kaynaklardan edinmemesi arkadaşları tarafından eksik ve yanlış bilgilendirilmesine neden olabilmektedir. Uygunsuz kaynaklardan edinilen eksik ve yanlış bilgilerin CİB'e zemin hazırlayan önemli etkenlerden biri olduğu bilinmektedir [5].

PE'ye ED şikâyeti eşlik olgularda ACYÖ ve HDÖ puanları, Cİ eşlik eden olgularda ise; sadece ACYÖ skorları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 3). Literatürde PE, ED ve Cİ birlikteliğinin depresyon, anksiyete düzeylerini yükselttiğinden ve cinsel doyumunu azalttığından bahsedilmektedir [5,35]. PE'ye ED ve Cİ'nin eşlik etmesi olgularda cinsel yaşantı kalitesini bozmakta ve daha şiddetli depresyon belirtilerinin yaşanmasına neden olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir.



Sonuç olarak, toplumda eğitim düzeyinin artırılması, uygun yaşta ve eğitim-öğretim sürecinin bir parçası haline getirilmiş cinsel eğitimin hem genel popülasyonda hem de PE'li bireylerde cinsel mitlere olan inancı azaltmada önemli rol oynayacaktır. Toplumda yaygın olan cinsel mitlerin sönmesi ve sağlıklı bir cinsel yaşam için cinsel eğitimin uygun yaşta, doğru kaynaklardan bireylere verilmesinin gerekmektedir.

**Çıkar Çatışması Beyanı:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma her hangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

**Declaration of Conflicting Interests:** The authors declare that they have no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** No financial support was received.

## KAYNAKLAR

- Sadock VA. Normal insan cinselliği ve cinsel işlev bozuklukları In: Sadock VA, Sadock BJ, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sekizinci baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2007:1902-1936.
- CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği) Cinsel yaşam ve sorunları, 2006:19-42.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM- 5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı 'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Patel K, Hellstrom WJ. Central regulation of ejaculation and the therapeutic role of serotonergic agents in premature ejaculation. *Curr Opin Investig Drugs* 2009;10:681-690.
- İncesu C. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi: Cinsel Yaşam ve Sorunları, Bilgilendirme Dosyası, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, 2007.
- Porst H, Montorsi F, Rosen RC, et al. The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities and professional help-seeking. *Eur Urol* 2007;51:816-824.
- Porst H, Montorsi F, Rosen RC, et al. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol* 2007;51:816-823.
- Kora K, Kayır A. Cinsel Roller ve Cinsel mitler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1996;9:55-58.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Nurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- Akdemir A, Örsel S, Dağ I, ve ark. Hamilton depresyon değerlendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikiyatri Dergisi* 1996;4:251-259.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-55.
- Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9:114-120.
- Torun F, Torun SD, Özaydın AD. Erkeklerde cinsel mitlere inanma oranları ve mitlere inanmayı etkileyen faktörler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011;24:24-31.
- Soykan A. The reliability and validity of arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impotence Research* 2004;16:531-534.
- Üçok A, Kayır A, Yücel B. Erkeklerde cinsel işlev bozuklukları ile cinsel inanışlar, cinsiyet rolleri arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1994;31:6-9.
- Yaşan A, Gürgeç F. Cinsel Partneri Olan Bir Hemşire Grubu İle Hiç Partneri Olmamış Bir Hemşire Grubunun Cinsel Bilgi Edinme Yolları ve Cinsel Mitlerin Yaygınlığının Karşılaştırılması. *Yeni Symposium* 2004;42:72-76.
- Özmen HE. Cinsel Mitler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 1999;2:49-53.
- Uyar B. İnfertilite Tedavisi gören kadınlarda cinsel mitlere inanma düzeyi (Uzmanlık tezi). Diyarbakır, Dicle Üniversitesi, 2015.
- Motovallı N, Yücel B, Kayır A. Üç grup evli kadının cinsel inanış ve yaşantılarının değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1991;28:94-97.
- Kadioğlu D, Şatıroğlu H. Vajinismus. *Arkadaş Yayınevi*, 2011.
- Sungur MZ, Tarcan Z. CETAD Bilgilendirme dosyası-6 Erkek cinselliği, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. İstanbul, 2006.
- Yetkin N, İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında kullanılan terimlerin gözden geçirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1997;34:214-218.
- Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. *J Urol* 2002;168:2359-2367.
- Nayir N. Edirne il merkezinde yaşayan erişkinlerde cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları, Edirne, Trakya Üniversitesi, 2010.
- Oğuzhanoglu NK, Aybek Z. Prematür Ejakülasyon Tanısı ile izlemeye Alınan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi, *Düşünen Adam* 1998;11:42-45.
- Shabsigh R. Diagnosing premature ejaculation: a review. *J Sex Med* 2006;3 Suppl 4:318-323.
- Gao J, Zhang X, Su P, et al. The impact of intravaginal ejaculatory latency time and erectile function on anxiety and depression in the four types of premature ejaculation: a large cross-sectional study in a Chinese population. *J Sex Med* 2014;11:521-528.
- Fugl-Meyer K, Fugl-Meyer AR. Sexual disabilities are not singularities. *Int J Impot Res* 2002;14:487-493.

29. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerate B, et al. Social phobia and premature ejaculation: a case-control study. *Depress Anxiety* 2006;23:153-157.
30. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How much premature ejaculation impact a mans life? *J Sex Marital Ther* 2003;29:362-370.
31. Çavaş Ş. Cinsel işlev bozuklukları polikliniğine başvuran vajinismus ve prematür ejakülasyon olgularında psikiyatrik komorbiditenin araştırılması. İstanbul, Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Arastırma Hastanesi, 2008.
32. Aksoy UM. Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu hastalarındaki cinsel işlev işlev bozukluklarının karşılaştırılması. İstanbul, Bakırköy Ord. Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Arastırma Hastanesi, 2008.
33. Set T, Dağdeviren N, Aktürk Z. Ergenlerde cinsellik. *Genel Tıp Dergisi* 2006;16.3:137-141.
34. Sungur MZ. Cinsel Eğitim. *Klinik Psikiyatri* 1998;2:103-108.
35. Wylie KR, Ralph D. Premature ejaculation: the current literature. *Curr Opin Urol* 2005;15:393-398.