



## **Erkek Üreme Sağlığı Sorunları ve Ebelik Yaklaşımı** **Male Reproductive Health Problems and Midwifery Approaches**

Gülizar Sade<sup>1</sup> , Hava Özkan<sup>1</sup> , Özlem Mucuk<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum, Turkey

<sup>2</sup>Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Elazığ, Turkey

### **ABSTRACT**

Reproductive health refers to satisfactory and safe sexual life of individuals, their reproductive abilities, use of these abilities, and their freedom to decide when and how often to use these abilities. Reproductive health concerns all individuals, including needs of both women and men regarding reproduction. However, the health policies and scientific studies conducted so far mostly focus on female reproductive health, neglecting reproductive health problems of men; hence, needs of men should also be considered in this regard. This review was authored by screening the Turkish literature in order to determine the frequent reproductive health problems in men, and midwifery approaches and solutions suggested in this respect.

**Keywords:** Midwifery, male, reproductive health, approach

### **ÖZET**

Üreme sağlığı; bireylerin doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olmasını, üreme yetenekleri ve bu yeteneklerini kullanıp kullanmamalarını, ne zaman ve hangi sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlüklerinin olmasını ifade etmektedir. Üreme sağlığı bütün bireyleri ilgilendirmekte, hem kadının hem de erkeğin üremeyle ilgili gereksinimlerini içermektedir. Ancak şu ana kadar yapılan sağlık politikaları ve bilimsel çalışmalar kadın üreme sağlığı üzerinde odaklanırken çoğu kez ihmal edilen erkeklerin üreme sağlığı sorunları ve gereksinimleri de dikkate alınmalıdır. Bu derleme erkeklerde sık görülen üreme sağlığı sorunlarını, ebelik yaklaşımlarını ve çözüm önerilerini belirlemek amacıyla Türkçe literatür taranarak yazılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ebelik, erkek, üreme sağlığı, yaklaşım

### **Giriş**

Üreme sağlığı; üreme sisteminin işlev ve işleyişinde bütün alanlarda sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, zihinsel ve sosyal yönden en üst seviyede iyi olma durumudur. Üreme sağlığı bireylerin doyurucu ve güvenli cinsel yaşama sahip olmalarını, üreme yeteneklerini ve bu yeteneklerini özgür bir şekilde kullanma hakkını da içinde barındırır<sup>1</sup>. Cinsellik, üreme sağlığının içerisinde yer alan ve birbirini tamamlayan kavramlardır. Her iki kavram da doğuştan bütün insanların cinsiyet ve yaş ayrımı gözetmeksizin sahip olduğu temel haklardır<sup>2</sup>. Ayrıca bütün bireylerin yaşama, özgürlük, eşitlik, mahremiyet, düşünce özgürlüğü, evlenme, aile kurma, çocuk sahibi olma, sağlık bakımı alma ve bilimsel gelişmelerden yararlanma gibi birçok üreme hakkı vardır<sup>1</sup>.

Üreme sağlığı her iki cinsiyeti de kapsayan bir kavram olsa da toplumsal, kültürel algılarda ve bilimsel çalışmalarda daha çok kadınları ilgilendiren bir kavram gibi algılanmakta ve gösterilmektedir. Geleneksel olarak fertilité ve aile planlaması programları ve araştırmaları kadınlar üzerine yoğunlaşmıştır. Ancak erkeklerde kadınlar gibi birçok üreme sağlığı sorunu yaşamakta ya da yaşam ortaklarının sorunlarını paylaşmaktadırlar<sup>3</sup>. İnfertilite, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, ürogenital anomaliler, cinsel işlev bozuklukları, üreme organı kanserleri ve andropoz gibi birçok sorun erkeklerin üreme sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu derlemede erkeklerin üreme sağlığı sorunları, ebelik yaklaşımları ve çözüm önerileri sunulmuştur.



## İnfertilite

Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanılmamasına rağmen 1 yıllık sürede çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin %15'inde infertilite sorunu bulunmaktadır. İnfertilite sorunu olan çiftlerin %50'sinde ise sorunun temelinde erkek faktörünün rol oynadığı düşünülmektedir<sup>4</sup>. Erkeklerin infertil olmasında ise konjenital ya da kazanılmış ürogenital bozukluklar, endokrin ya da genetik bozukluklar, immünolojik faktörler<sup>5</sup>, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar<sup>6</sup>, çalışma ortamında kimyasal ajanlara maruz kalma ya da sürekli oturarak iş yapma (skrotal ısı artışı), iş yerinde yaşanan psikolojik stres<sup>7</sup>, obezite<sup>8-9</sup>, tedavi edilen testiküler travma, erişkin çağda kabakulak enfeksiyonu, seksüel disfonksiyon, kemoterapi ve radyoterapi neden olabilmektedir<sup>10</sup>. Ayrıca sigara, radyasyon, ağır metal iyonları, alüminyum, flor, böcek ilaçları, alfatoksin ve organik çözücülerin sperm üzerine zararlı etkileri olabilmektedir<sup>11</sup>.

Erkek infertilitesinin tanı ve tedavisinde yapılması gereken ilk şey, detaylı kişisel hastalık ve aile hikâyesini öğrenmek, ayrıntılı fizik muayene yapmak, sonrasında ise yapılacak semen analizi, sperm fizyolojisi testleri, semen kalitesi ve endokrin değerlendirme ile birey hakkında bir fikre ulaşmaktır<sup>12</sup>. İnfertil birey değerlendirilirken eş ile birlikte değerlendirilmeli ve çiftteki depresyon, anksiyete ve evlilik durumu gibi psikolojik stres faktörleri ihmal edilmemelidir. Erkek infertiliteye; psikolojik olarak tatmin olamama, doğurtamama, yalnızlık, iş yaşamında destek eksikliği, yaşlılıkta sosyal güvence azlığı, neslini devam ettiremememe, sosyal rol eksikliği anlamlarını yükler. Duygusal olarak etkilenir, kadınlara oranla daha az düzeyde olsa da stres, baskı, anksiyete ve depresyon yaşar<sup>10</sup>. Erkek infertilitesine yaklaşımda temel amaç, düzeltilbilir nedenlerin saptanması ve tedavi edilmesidir. Bu amaçla cerrahi yöntemler ve medikal yaklaşımlar kullanılmaktadır. Düzeltilbilir açık patolojisi olmayan infertil erkeklerin bazıları için medikal tedaviye ihtiyaç varken erkek üreme fizyolojisi temeline dayanan bazı destekleyici tedaviler de spermi canlandırma faydalı olabilir<sup>13</sup>.

Ebeler, erkeklere hazırlayıcı faktörler, korunma ve tedavi seçenekleri, genetik tarama hakkında eğitim ve danışmanlık vermelidir. İnfertil bireye karşı yakın, ilgili ve kabul edici davranmalıdır. Bireyi dinlemeli ve bilgi alışverişinde bulunmalı, anksiyetesini azaltmak için endişeleri ve sorunları konusunda konuşmasına, duygularını ifade etmesine izin vermelidir. Bireyin kendi bakımında sorumluluk almasını sağlamalıdır. Bireye destek olurken dürüst olmalı, bireyin destek sistemlerini harekete geçirmek için yardımcı olmalıdır. Yapılan işlemleri, laboratuvar sonuçlarını ve hekimin söylediklerini bireye açıklamalı ve soru sormasına fırsat tanımalıdır<sup>14</sup>. Gerekli durumlarda çifti başka uzmanlara ya da evlat edinebilecekleri kuruluşa sevk etmeli, daha ileri tedaviyle başarı şanslarının ne olacağını açıklamalı, evlat edinme ya da evlatsız kalma seçeneklerini ayrıntılı şekilde aileyle tartışmalıdır<sup>15</sup>. Riskli birimlerde çalışan erkeklere koruyucu önlem olarak iş yerinde etkenin niteliğine uygun olarak gerekli teknik korunma uygulamaları (havalandırma, kapalı sistemlerde çalışma yöntemleri, izolasyon) yapılmalıdır. Bunların yanında gerekli durumlarda maske, eldiven, koruyucu elbise gibi kişisel koruyucu ekipmanlar kullanılmalıdır. Bu konuda bireylere eğitim verilmelidir<sup>16</sup>.

## Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE)

Üreme sağlığı sorunları içinde yer alan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar bütün dünyada bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte, görülme sıklıkları gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelere oranla daha yüksektir. Epidemiyolojik özellikleri toplumdan topluma ve aynı toplumda gruplar arasında da farklılık göstermektedir<sup>17</sup>. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar komplikasyon riski yüksek, bulaşıcılığı fazla, belirtisiz seyreden ve risk grubu çok olan hastalıklardır. Bu enfeksiyonlardan korunmak mümkündür ve çoğunun tedavisi vardır<sup>18</sup>. Bireylerin cinsel ilişkiyi erken, bilinçsiz ve korunmasız bir şekilde deneyimlemesi, kültürel ve bireysel faktörlere bağlı birden çok partnerlerinin olması ve partnerleriyle korunmasız cinsel birlikteliklerinin olması, kadınların fizyolojik yatkınlığı, cinsel olgunluk yaşının küçülmesi, evlilik öncesi ve evlilik dışı cinsel ilişkilerin artması, yurt içi ve yurt dışı seyahat imkânlarının artması gibi birçok nedeni vardır ve CYBE'li birey sayısı giderek artmaktadır<sup>18</sup>. Bulaşma; korunmasız cinsel ilişki (deri ve mukoza bütünlüğü bozulan yapılan öpüşme, ağız içindeki yaralar, anal ve oral ilişki), aneden bebeğe geçiş (gebelikte transplasental, doğum sırasında ve emzirme yoluyla), kontrol edilmemiş kan ve kan ürünleriyle (kan ürünlerine direkt temas, kan transfüzyonu, steril ya da dezenfekte edilmemiş kulak delme, manikür, pedikür, dövme, sünnet malzemeleri, akupunktur iğneleriyle, ortak kullanılan diş fırçası, tıraş bıçağı, enjektör, steril olmayan ya da dezenfekte edilmemiş tıbbi aletler) olmaktadır. Her iki cinste de görülen belirtileri; cinsel

bölgede ve oral bölgede ülserasyon, nodül, kabarcıklar, siğil ve uçuklar; idrar yaparken ağrı ve yanma; boğazda şişlik, kızarıklık; kasıkta lenfadenopati; ateş, titreme, genel vücut ağrısı varken yalnızca erkeklerde gözlemlenen belirtiler peniste akıntı ve testislerin bir ya da ikisinde ağrının olmasıdır<sup>19</sup>. Tanı klinik belirtiler ve laboratuvar testleriyle konur<sup>18</sup>.

CYBE; akut ve kronik problemlere, infertilite, ektopik gebelik ve yenidoğan döneminde körlüğe kadar giden sağlık problemlerine neden olmaktadır. CYBE birçok patofizyolojik mekanizma ile erkek infertilitesine neden olabilmektedir. CYBE etkenleri sperm parametrelerini ve işlevlerini etkileyebilir, özellikle testiküler, veziküler bezler ve üretral enfeksiyonlarda etkenlerin seminal mayiye geçişi görülebilir<sup>6</sup>. HIV'li erkeklerde depresyon daha sık görülmekte ve depresyon ise düşük libido ve erektil disfonksiyon ile ilişkilidir<sup>20</sup>. Tedavide hekimin order ettiği ilaçlar önerilen dozda ve sürede kullanılmalı, eşler birlikte tedavi edilmeli, tedavi süresince cinsel ilişkiden kaçınılmalı aksi durumda mutlaka kondom kullanılmalıdır<sup>19</sup>.

Ebeler, erkek bireylere CYBE önlemek için aile planlaması yöntemleri hakkında danışmanlık hizmeti vermelidir. Erkek kontrasepsiyonunda kabul edilen metotlar kondom, geri çekme, geçici ya da kalıcı vazektomidir. Ancak CYBE'yi önlemek için cinsel ilişki sırasında kondom kullanılması gerekir<sup>18</sup>. Ebe bu yöntemler hakkında sadece evli bireylere değil bekârlara da uygun yöntemleri anlatmalı ve güvenli cinsel ilişki hakkında bilgi vermelidir<sup>21</sup>. Özel eşyaların ortak kullanılmaması, tek eşliliğin önemi, güvenli cinsel uygulamalar ve aşıyla korunabilir CYBE'ler hakkında bireyler bilgilendirilmelidir<sup>15,18</sup>. Ayrıca cinsel eğitim örgün eğitimin içinde yer almalıdır. Örgün eğitimde yeterli cinsel bilgi edinmemiş, önceden eksik ya da yanlış bilgilendirilmiş olan erişkin bireylerin sağlıklı ve doğru cinsel bilgi edinebilmeleri için sağlık profesyonelleri, basın-yayın organları, toplumun ileri gelenleri ve yöneticileri işbirliği yapmalıdır<sup>22</sup>.

## Ürogenital Anomaliler

Erkeklerde çocukluk döneminde en sık görülen üreogenital anomaliler hipospadias ve epispadiastır<sup>23</sup>. Hipospadias üratrının penisin ventral yüzeyine açılmasıdır. Epispadias ise üratrının penisin dorsal yüzeyine açılmasıdır. Bu anomalilerin düzeltilmemesi bazen sperm yayılımını etkileyerek erkek infertilitesine neden olmakta, anormal genital organ görünümü ise çocuğun özsaygısını ve beden imajını zedeleyebilmektedir<sup>24</sup>. İlerleyen yaşlarda işlevsel olduğu kadar ruhsal gelişimde de problemlere yol açabilmektedir<sup>23</sup>.

Hipospadias ve epispadias tanısı doğumda konulmalıdır, ilk fiziksel muayenede bunu en iyi yapabilecek kişi ebedir. Ayrıca prenatal dönemde USG ile konulabilir. Tedavisinde sünnet derisi cerrahi tamiratta kullanılacağı için bu bebekler hemen sünnet ettirilmemelidir. Hipospadiasta defekt küçükse tek ameliyatta bebek 6-18 aylıkken düzeltilebilir ancak defekt büyük ve plastik cerrahiye ihtiyaç varsa ameliyat 3-4 yaşına kadar ertelenmelidir. Epispadiasta ise ameliyat ilk bir yılında içinde yapılmalıdır<sup>25</sup>. Ebe doğumhanede tanıyı koyacak ilk kişidir, aileyi bu konu da uygun birime yönlendirmeli, aileye destek olmalı ve anksiyetelerini azaltmalıdır. Ebe ameliyat olan çocuğun bakımını ve hekimin order ettiği tedavisini yapmalıdır. Aile bu düzeltme ameliyatlarını bebeğin erkekliğinin tehdidi olarak algılayabilir. Ebe, aileye süreç hakkında bilgi vermeli, endişelerini azaltmalı ve psikolojik destek olmalıdır<sup>24</sup>.

## Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları çok sık rastlanan üreme sağlığı sorunlarındadır. Yapılan çalışmalarda cinsiyet ayrımı gözetmeksizin en az her üç kişiden birinin hayatlarının herhangi bir dönemlerinde en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bildirilmektedir<sup>26</sup>. Cinsel işlev; istek, uyarılma, orgazm ve çözülme şeklinde iç içe girmiş dört evreden oluşur<sup>27</sup>. İstek evresinde erkekler cinsel fanteziler kurar, uyarılma evresinde penisleri büyür ve sertleşir buna cinsel zevk eşlik eder. Orgazmda cinsel haz doruktadır ve ejakülasyon vardır. Çözülmede kaslar gevşer ve birey kendini iyi hisseder. Cinsel işlev bozukluğu, cinsel cevap döngüsünde bir ya da daha fazla aşamada bozukluk olması veya cinsel ilişkiye bağlı gelişen ağrı olarak tanımlanmaktadır<sup>28</sup>. Erkeklerde cinsel işlev bozukluğunun birçok türü vardır ve DSM-V 'te yer alan erkek cinsel işlev bozukluğu tanıları şöyledir; hiperseksüel bozukluk, genitopelvik ağrı/birleşme bozukluğu, genel tıbbi bir duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu, erkeklerde genel tıbbi bir duruma bağlı hipoaktif cinsel istek bozukluğu, erkeklerde genel tıbbi bir duruma bağlı erektil bozukluk, erkeklerde genel tıbbi bir duruma bağlı disparoni, erkeklerde genel tıbbi bir duruma bağlı diğer cinsel işlev bozukluğu, hipoaktif cinsel istek bozukluğu (erkeklerde), erkekte erektil

bozukluk, erkek orgazm bozukluğu, erken boşalma, başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozukluğudur<sup>29</sup>.

Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde cinsel terapiler ve ilaçlar yer almaktadır. Erkeklerde cinsel işlev bozuklukları sık görülen ve yaşla birlikte sıklığı artan ve bireyin yaşam kalitesini bozan ancak çeşitli sosyokültürel zorluklar ya da yetersiz bilgilendirme nedeniyle yeterince sorgulanmayan bir üreme sağlığı sorunudur. Birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri tüm zorluklara rağmen cinsel öyküyü rutin anamneze dahil etmeli, bireyler cinsel sorunların organik, psikojenik ve sosyal nedenleri hakkında bilgilendirilmeli, cinsel sorunlarını anlatmaları konusunda cesaretlendirilmelidir. Tespit edilen sorunlar için birey uygun birimlere yönlendirilmelidir<sup>28</sup>.

### Prostat Kanseri

Kanser farklı organlarda hücrelerin kontrolsüz çoğalması sonucu oluşan, klinik görünümü, tedavisi ve yaklaşımı birbirinden farklı olan hastalıklar grubudur.<sup>30</sup> Prostat kanseri bütün dünyada erkek bireylerde en sık görülen kanserler sıralamasında ikinci sırada yer almasından dolayı önemli bir sağlık problemidir. Türkiye 2014 verilerine göre erkeklerde insidansı 100000'de 32.9'dur ve akciğer kanserinden sonra ikinci sırada görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri 2012 verilerine göre erkek bireylerde hayat boyu prostat kanseri gelişme olasılığı yaklaşık yedide bir olarak tahmin edilmektedir. Prostat kanserinin insidansı farklı popülasyonlar arasında yaklaşık 25 kata kadar farklılık gösterebilmektedir. Uzakdoğu toplumlarında insidans en düşük düzeyde iken Afro-Amerikalılarda en yüksek düzeydedir<sup>31</sup>.

Prostat kanserinin gelişmesine neden olan faktörler tam olarak bilinmese de kalıtım ve yaş önemli bir etkidir. Birinci derece akrabalarda prostat kanseri varsa hastalığın oluşma riski en az 2 kat, eğer iki ya da daha fazla akrabada varsa risk 5 ile 11 kat arasında artmaktadır<sup>32</sup>. Prostat kanser mortalitesinin düşük olduğu bölgelerde yaşlı erkeklerde intra epitelyal neoplazi (PIN) ve düşük dereceli prostat kanseri daha fazla görülürken, mortalitenin yüksek olduğu bölgelerde PIN ve prostat kanser lezyonları 30-40 yaşlarında görülmeye başlanmaktadır<sup>33</sup>. Sıklığı yaşla birlikte artmaktadır ve 65 yaş üstü bireylerde daha sık görülmektedir<sup>34</sup>. Metal kadmiyuma maruz kalmak risk olarak belirtilmektedir<sup>35</sup>. Ayrıca coğrafi bölge değişiklikleri, diyetle yüksek oranda hayvansal yağların tüketilmesi, düşük düzeyde E vitamini, selenyum, lignan ve izoflavenoidlerin alınması prostat kanseri için hazırlayıcı faktörlerken güneş ışığına maruz kalma ve D vitamini tüketimi ise prostat kanserinden korumaktadır<sup>32</sup>. Belirtilerinde; zayıf idrar akışı, idrara başlamada zorluk, idrarını yaptıktan sonra damlama şeklinde iç çamaşırını ıslatmak, sık idrara gitme, ani idrara sıkışma ve yetersiz boşalma vardır<sup>35</sup>. Tanı; prostat spesifik antijen (PSA), transrektal ultrasonografi (TRUS), parmakla rektal muayene (PRM) ile değerlendirilerek bunların sonucunda TRUS biyopsiyle konulmaktadır<sup>36</sup>. PSA, prostat hücrelerinin sitoplazmalarından salgılanan bir glikoproteindir<sup>37</sup> ve prostat kanseri tarama çalışmalarında en sık kullanılan tanısal yöntemdir. PSA 4.0 ng/ml üzerindeki değerler prostat biyopsisi için endikasyon oluşturmakta ve PSA değerinin yükselmesi adenokanser ihtimalini arttırmaktadır<sup>38</sup>. TRUS, prostatın büyüklüğü ve iç yapısı hakkında daha detaylı bilgi vermektedir. PRM'de ise prostatın büyüklüğü, kıvamı ve kitle içerip içermediği kontrol edilir<sup>39</sup>. Prostat kanserinde altın standart tanı yöntemi TRUS eşliğinde prostat biyopsisidir<sup>40</sup> alınan doku örnekleri patoloji uzmanı tarafından mikroskop altında incelenip, prostat kanser hücreleri belirlenerek kesin tanı konmaktadır<sup>39</sup>. Kanserin evresine ve özelliklerine göre farklı tedavi seçenekleri vardır. Aktif izlem, prostatın tamamının ameliyatla çıkarılması veya ışın tedavisi erken evrelerde uygulanabilir. Hormon tedavisi ya da kemoterapi diğer evrelerde gerekli görülebilir<sup>41</sup>. Ebeler, prostat kanseri ve risk faktörleri, düzenli ürolojik muayene hakkında özellikle 40 yaş üstündeki bireylere eğitim vermeli, beslenme alışkanlıklarını değiştirmeleri konusunda danışmanlık yapmalı ve riskli bireyleri uygun birime yönlendirmelidir.

### Andropoz

Erkek bireylerde 50-70 yaş arası dönem andropoz gelişim dönemidir<sup>42</sup>. Bu dönem erkeklerin seksüel fonksiyonlarının doğal seyridir ve 40 yaş üstü erkeklerde testosteron seviyelerindeki azalma sonucu oluşan seksüel gerilemeyi de kapsamaktadır<sup>43</sup>. Ayrıca erkeklerin büyük bir kısmında; beden imajında bozulma, cinsel fonksiyon bozukluğu ve aktivite intoleransına bağlı olarak cinsel yaşamda değişiklikler gözlenmektedir<sup>42</sup>.

Prevelansı tam olarak bilinmemekte ve günümüzde yaşlı popülasyonun artmasıyla bu durumda artış göstermesi beklenmektedir<sup>44</sup>. Andropoz klinik semptomlar ve destekleyici biyokimyasal test sonuçları ile tanılanmaktadır. İleri yaştaki bir erkekte; sabah sertleşme sıklığında azalma, cinsellikle ilgili düşüncelerin sıklığında azalma ve erektil fonksiyon bozukluğundan oluşan cinsel yakınmaları varsa andropoz tanısı kesinleşir<sup>45</sup>. Semptomatik olan, laboratuvar olarak kanıtlanmış androjen yetersizliğinde Testosteron Replasman Tedavisi (TRT) planlanmalıdır<sup>46</sup>. Tedavide testosteron içeren oral tabletler, kapsüller, intramusküler ajanlar, kısa veya uzun etkili implantlar, serotal ve non serotal transdermal ajanlar kullanılmaktadır. Ritmik salınım sadece dermal ajanlarla ya da doz ayarlaması yapıldığında oral ajanlarla da sağlanabilmektedir<sup>47</sup>. TRT'nin polistemi, jinekomasti, uyku apnesi ve prostat hastalıklarını tetikleme gibi birçok yan etkisi varken<sup>48</sup> bölgesel yağlanmayı azaltma, kırıkları ve osteoporoz riskini azaltma, depresyonu azaltma, enerjiyi artırma, libido ve cinsel fonksiyonları düzeltme, bilişsel fonksiyonları geliştirme, kan hücrelerinin yeterli yapımı gibi birçok faydası da vardır<sup>44</sup>. Ancak TRT; prostat ya da meme kanseri, karaciğer, böbrek ve kardiyovasküler hastalığı, diyabet ve prostat büyümesi olan bireylerde kontrendikedir<sup>43</sup>. Ebeler, yaşlı bireyleri cinsel sorunlarını anlatmaları konusunda desteklemelidir çünkü erkekler mahrem buldukları bir konuyu karşı cinse anlatmakta zorluklar yaşayabilir. Ebeler, yaşlılardaki cinselliğe karşı olumlu tutum geliştirmeli ve bireyleri yargılamamalıdır. Ayrıca çalışan ebelere ve ebelik öğrencilerine yaşlılık ve cinsellik konusunda eğitimler verilmelidir. Böylece yaşlılara uygun bakımı verebilir, cinsel sağlık ve üreme sağlığın geliştirilmesine destek olabilir ve verilen bakımın kalitesini arttırabilirler<sup>42</sup>.

## Sonuç

Üreme sağlığının sürdürülebilmesi için bireylerin üreme haklarına uygun bakımın yapılması ve danışmanlığın verilmesi gerekmektedir. Danışmanlık süresince ebe, bakımı öğrenmeli ve nedensel hale getirmeli, bireylerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu almalarını sağlamalı, sağlık bakımının iticiliğini azaltmak için bireyin ihtiyaçlarına duyarlı olmalı ve kabul edici davranmalıdır. Ayrıca; üreme sağlığı konusunda bireylere hassas bir şekilde yaklaşmalı, mahremiyetlerine özen göstermelidir. İnfertilite konusunda eğitimler eşlere birlikte verilmelidir çünkü infertilite her iki cinsi aynı derecede etkilemektedir. Psikolojik destek sağlamalı ve uygun birimlere yönlendirmelidir. CYBE'yi önlemek için bireyleri güvenli cinsel ilişki hakkında bilgi vermeli, aile planlaması hizmetlerini sunmalı ve danışmanlık yapmalıdır. Üreme anomalilerini doğumhanede tanımlamak için detaylı fizik muayene yapmalı, hekimi bilgilendirmeli, aileye süreç hakkında bilgi verilmeli ve psikolojik destek olmalıdır. Cinsel işlev bozuklarının erken tanılamak için cinsellik öyküsünü rutin anamneze dahil etmeli ve bireyi sorunlarını anlatması konusunda teşvik etmelidir. Prostat kanseri konusunda bireyleri bilgilendirmeli, risk altında olanları uygun birimlere yönlendirmelidir. Andropozun fizyolojik bir gelişim süreci olduğunu ve bu dönemde karşılaşılabilecek sorunları ve çözüm önerilerini bireylere anlatmalı ve yönlendirmelidir. Erkek üreme sağlığı sorunları ve yaklaşımları ebelik öğrencilerine derslerde ve çalışan ebelere ise hizmet içi eğitimlerde mutlaka anlatılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Taşkın L, Zeyneloğlu S. Cinsel sağlık/üreme sağlığı. In: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı,(ed L.Taşkın): Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi. 2016;23-31.
2. HUKSAM. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşımı. Available from: [http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/ureme\\_sagliginda\\_yasam\\_boyu.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/ureme_sagliginda_yasam_boyu.pdf). Accessed 20.07.2018.
3. Aydın S. Erkek üreme sağlığı. Van Tıp Dergisi. 2000;7:117-9.
4. Doğanekin E, Özcan S. Çevresel etkenler ve spermatogenez. Androloji Bülteni. 2016;18:183-7.
5. Güner Ö, Kavlak O. Kadmiyumun erkek üreme sistemi üzerine etkisi. Androloji Bülteni. 2017;19:86-91.
6. Hatipoğlu H, Altındiş M. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların erkek infertilitesi ile ilişkisi. Androloji Bülteni. 2016;18:269-74.
7. Hamlacı Y, Yılmaz Y, Özerdoğan N. Çalışma hayatının erkek üreme sağlığına etkisi. Androloji Bülteni. 2017;19:16-22.
8. Koyun E. Obezitenin sperm fonksiyonlarına etkisi. Androloji Bülteni. 2013;15:185-9.
9. Erdemir F. Obezite ve erkek infertilitesi. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2013;4:76-82.
10. Sezgin H, Hocoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6:165-84.
11. Pelit ES, Katı B, Akin Y, Yeni E. Çevresel stres faktörlerinin sperm hücreleri üzerine etkisi. Androloji Bülteni. 2017;19:61-4.
12. Şamlı M. Erkek infertilitesinde genetik bilgilendirme. Androloji Bülteni. 2014;16:44-51.
13. Karatağ T, Kendirci M. Erkek infertilitesinde antioksidan tedavinin yeri. Androloji Bülteni. 2013;15:263-7.
14. Taşkın L, Kukul K. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. In: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı, (ed L. Taşkın): Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi. 2016;12-13.
15. Balkaya NA. Üreme sistemi enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar. In: Kadın Sağlığı, 1. Baskı, (eds A Şirin, O Kavlak): İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık. 2008;345-96.

16. Bilir N. Çalışma hayatı ve üreme sağlığı. STED. 2002;11:86-90.
17. Akalpler Ö, Eroğlu K. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde üniversite öğrencilerinin sık görülen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgileri ve cinsel davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;2:1-19.
18. Yücel MK. Doğum ve Kadın Sağlığı. 1. Baskı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2015.
19. Taşkın L, Koç GI. Üreme organ enfeksiyonları. In: Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı, (ed AM Coşkun): İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları. 2012;475-476-488.
20. Görür S, Çekiç Ç. HIV enfeksiyonunun erkek fertilitesi üzerine etkileri. Androloji Bülteni. 2014;16:118-22.
21. İzol V, Değer M, Arıdoğan A. Erkek kontrasepsiyon yöntemleri. Androloji Bülteni. 2013;15:117-21.
22. Torun F, Torun SD, Özyayın NA. Erkeklerde cinsel mitlere inanma oranları ve mitlere inanmayı etkileyen faktörler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2011;24:24-31.
23. Gökçe Mİ. Ürogenital sistem gelişimi ve anomalileri. Androloji Bülteni. 2012;48:1-8.
24. Genç RE, Şenol S. Çocuklarda üriner sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. In: Pediatri Hemşireliği, 1. Baskı, (eds Z Conk, Z Başbakkal, HB Yılmaz, B Bolışık): Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi. 2013;602.
25. Alparslan Ö. Üriner sistem hastalıkları. In: Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları, 1. Baskı, (eds RE Genç, H Özkan): Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitabevi. 2016;327.
26. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri. 2004;3:3-13.
27. Doğan S. Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. Journal of Mood Disorders. 2011;1:81-6.
28. Gereklioğlu Ç, Başhan İ, Akpınar E. Erkek cinsel işlev bozukluklarında aile hekimliği yaklaşımı. Marmara Medical Journal. 2010;23;308-15.
29. İncesu C. DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. Nöropsikiyatri Arşivi. 2011;48:1-6.
30. HSGM Kanser Dairesi Başkanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri. Available from: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/ANA\\_rapor\\_2013v01\\_2.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf). Accessed 20.07.2018.
31. Yılmaz B, Sankaya D. Prostat kanseri insidansı ve risk faktörleri. Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics. 2017;10:337-42.
32. Üroonkoloji Derneği. Avrupa Üroloji Derneği Prostat Kanseri Kılavuzu. Available from: [http://www.uroonkoloji.org/files/eau\\_pca.pdf](http://www.uroonkoloji.org/files/eau_pca.pdf). Accessed 20.07.2018.
33. Güneş S, Bağcı H, Sankaya Ş. Prostat kanseri genetiği. O.M.Ü. Tıp Dergisi. 2003;20:152-8.
34. Benli E, Ayyıldız A. Lokalize prostat kanseri tedavi kararında yaşın etkisi: 70 yaş üzerinde cerrahi sonuçları. Üroonkoloji Bülteni. 2014;13:54-7.
35. CETAD. Erkeklerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Sağlıklı Yaşlanma. Available from: <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/26/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>. Accessed 20.07.2018.
36. Erkoç M, Beşiroğlu H, Danış E, Bozkurt M, Değirmençtepe RB, Akkaş F et al. Transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi yapılan hastalarda komplikasyon oranlarımız. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2016;32:75-8.
37. Çapık C. Prostat kanseri taramalarına katılımda engel algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2013;16:185-191.
38. Bodakçı MN, Bozkurt Y, Atar M, Hatipoğlu NK, Penbegül N, Söylemez H, Sancaktutar AA et al. Düşük prostat spesifik antijen değeri olan hastalara yapılan transrektal prostat biyopsi sonuçları Dicle Tıp Dergisi. 2012;39:238-41.
39. Üroonkoloji Derneği. Prostat Kanseri. Available from: <http://uroonkoloji.org/wp-content/uploads/2016/02/prostat-kanseri.pdf> Accessed 23.10.2018.
40. Akbayır S. ve Muşlu N. Prostat kanseri tanısında prostat spesifik antijen ve türevleri. Türk Klinik Biyokimya Dergisi. 2016;14:189-204.
41. HSGM Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Türleri nelerdir? Prostat Kanseri. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/830-prostat-kanseri.html>. Accessed 20.07.2018.
42. Şen S, Usta E, Aygin D, Sert H. Yaşlılık ve cinsellik konusunda sağlık profesyonellerinin yaklaşımları. Androloji Bülteni. 2015;17:64-7.
43. Pabuççu R, Kaya C. Testosteron ve andropoz: testosteron tedavisinin etkileri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science. 2008;28:98-101.
44. Çalım Sİ, Şirin A. Andropoz: erkek menopozu mu? TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12:471-6.
45. Cihan FG. Andropoz. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine-Special Topics. 2016;7:52-6.
46. Şahin S. Andropoz ve androjen tedavisi. Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics -Special Topics. 2015;1:116-20.
47. Bilen CY, Özen H. Yaşlı erkeklerde izlenen androjen düşüklüğü (PADAM). Geriatri Dergisi. 2001;4:167-73.
48. Süer E, Yaman Ö. Testosteron replasman tedavisi ve prostat kanseri. Türk Üroloji Dergisi. 2008;34:27-30.

### Correspondence Address / Yazışma Adresi

Gülizar Sade  
Atatürk Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Bölümü  
Erzurum, Turkey  
e-mail: bukogen@hotmail.com

Geliş tarihi/ Received: 25.07.2018

Kabul tarihi/Accepted: 25.10.2018