

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**KOCAELİ İLİ; İZMİT MERKEZ İLÇELERİ ERKEK NÜFUSUNDA ERKEK
CİNSEL SAĞLIĞI ANKETİ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Hakan YURTSEVEN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2017

T.C.

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**KOCAELİ İLİ; İZMİT MERKEZ İLÇELERİ ERKEK NÜFUSUNDA ERKEK
CİNSEL SAĞLIĞI ANKETİ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK
ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Hakan YURTSEVEN
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Danışmanı

Doç. Dr. T. Müge ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. T. Müge ALVUR

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Tarih:27/01/2016

Proje No: KOU KAEK 2016/15

Karar No: 15/1

Referans No: 10149606

2017

TEŐEKKÖRLER

Aile Hekimliği asistanlığım boyunca gerek eğitim ve öğrenim konusunda ve gerekse de sosyal hayat konusunda bizimle tecrübelerini paylaşan ve desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen başta tez danışmanım Doç. Dr. T. Müge Alvur olmak üzere tüm hocalarıma, bu çalışmanın hazırlanmasında yardımcı olan başta Dr. Samet Kır olmak üzere tüm arkadaşlarıma; tüm hayatım boyunca benden desteklerini esirgemeyen sevgili annem ve ablama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hakan YURTSEVEN



İÇİNDEKİLER

İçindekiler.....	ii
Tablolar Dizini.....	iii
Şekiller Dizini	iii
Kısaltmalar Dizini.....	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Cinsellik Tanımı.....	2
2.2. Fizyoloji.....	2
2.3. Erkek cinsel işlev bozuklukları.....	4
2.3.1. Cinsel istek bozukluğu:	4
2.3.2. Prematür Ejakülasyon (PE):	4
2.3.3. Geç Ejakülasyon:	4
2.3.4. Retrograd Ejakülasyon:	4
2.3.5. Erektile Disfonksiyon (ED):.....	4
2.3.6. Priapizm	5
2.3.7. Madde/İlaç bağımlı Cinsel İşlev Bozukluğu	5
2.4. Epidemiyoloji	7
2.5. Etiyoloji	8
2.6. Cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım	9
2.6.1. Fizik muayene ³⁰	9
2.6.2. Laboratuvar çalışmaları ve tanı testleri ³⁰	10
2.6.3. Nokturnal penis şişme testi: ³⁰	10
Nokturnal penis şişme testi,.....	10
2.6.4. Duplex Doppler görüntüleme: ³⁰	10
2.6.5. Ölçekler	10
2.7. Tedavi	11
2.7.1. Azalmış Libido	11
2.7.2. Erektile disfonksiyon.....	11
2.7.3. Prematür ejakülasyon	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1. ÖRNEKLEM.....	12
3.2. Tüm Katılımcılar için Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri	12

3.3. YÖNTEM	12
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	13
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	13
3.4.2. Uluslararası Ereksiyon İşlev İndeksi (IIEF)	13
3.4.3. Erkek Cinsel Hayatı Anketi (MSHQ).....	14
4. BULGULAR.....	15
4.1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER.....	15
4.2. Faktör analizi ve alt gruplar.....	18
4.3. ROC Analizi	22
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	26
5.1. Sonuç ve Öneriler	28
6. ÖZET	29
7. ABSTRACT.....	30
8. EKLER	31
9. KAYNAKÇA	38

Tablolar Dizini

1. Tablo 1: Cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili ilaçlar.....	5
2. Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	15
3. Tablo 3: Anketlerin alt ölçeklerine katılımcıların verdikleri cevapların ortalaması ve standart sapması.....	17
4. Tablo 4: Dönen Komponent Matrisi.....	18
5. Tablo 5: Pearson Korelasyonu.....	21
6. Tablo 6: ROC analiz sonucu.....	22

Şekiller dizini

1. Şekil 1: Erkeklerde Cinsel Cevap Döngüsü.....	3
2. Şekil 2: Scree Plot Grafiği.....	19
3. Şekil 3: MSHQ Alt Ölçek 1 ROC grafiği.....	23
4. Şekil 4: MSHQ Alt Ölçek 2 ROC grafiği.....	23
5. Şekil 5: MSHQ Alt Ölçek 3 – IIEF Cinsel İstek ROC Analizi Grafiği.....	24
6. Şekil 6: MSHQ Alt Ölçek 3 – IIEF Cinsel İlişki Tatmini ROC Analizi Grafiği.....	25
7. Şekil 7: MSHQ Alt Ölçek 3 – IIEF Genel Tatmin ROC Analizi Grafiği.....	26

KISALTMALAR DİZİNİ

MSHQ: *Male Sexual Health Questionnaire*

IIEF: *International Index of Erectile Function*

PE: Prematür Ejakülasyon

ED: Erectil Disfonksiyon

SSRI: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri

PDE-5: Fosfodiesteraz



1. GİRİŞ VE AMAÇ

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 erkeklere, 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. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise cinsel sağlığı “cinsellikle ilgili olarak sadece hastalığın, işlevsizliğin veya fiziksel zayıflığın yokluğu değil, aynı zamanda fiziksel, emosyonel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır ². Cinsellik bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamının önemli bir parçasıdır. Cinsel aktivite yalnızca neslin devamı için yapılan biyolojik bir işlev değil, insanlar arası duyguların iletişimine yarayan ve zevk veren temel bir işlevdir ³. Cinsel işlevselliğin bozulması, cinsel yanıt döngüsünün bir veya daha fazla alanında bozukluk veya cinsel ilişkiye eşlik eden ağrı olarak tanımlanabilir. Bu tanımlamaya göre, bozukluk diyebilmek için nedenine bakılmaksızın kişide strese veya kişiler arası ilişkilerde sorunlara yol açması gerekmektedir.⁴

Erkek sağlığı, özellikle cinsel sağlığı, ülkemizde detaylı bir şekilde ele alınmamaktadır. Cinsel sağlığın bir tabu olduğu, erektil fonksiyonun erkeklik ile eşleştirilmesi bu durumun nedenlerinden sayılabilir. Ataerkil bir ülkede yaşamamız da erkeklerin evin yıkılmaz direği algısının oluşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle erkek sağlığı ikinci plana atılmaktadır. Erkeklerin de hasta olabileceği, hatta cinsel işlev bozukluğu yaşayabileceği hastalara hatırlatılmalıdır. Birinci basamaktaki erkek hastalarımıza, onların gururlarını incitmeden cinsel işlev bozukluğunun da herhangi bir hastalıktan farksız olduğunu hatırlatmalı ve bu konuda yardım istemenin ayıplanacak bir durum olmadığını anlatmamız üstümüze düşen bir vazifedir.

Erkek cinsel sağlığa yaklaşım konusunda yardımcı olabilen, iletişim kurmakta güçlük çektiğimiz hastaları anlamamızı kolaylaştıran cinsel işlev ölçeklerin güzel bir araç olabilmektedir.

Bu araştırmanın amacı, erkek cinsel işlev fizyolojisini tüm yönleri ile ele alan Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)’nun Türkçe çevirisinin, geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Cinsellik Tanımı

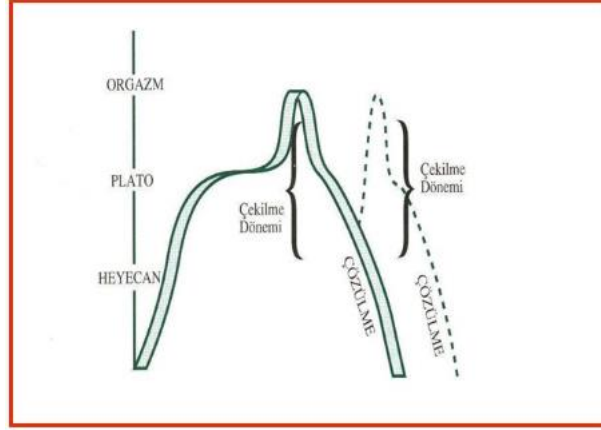
Cinsellik bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamının önemli bir parçasıdır. Cinsel aktivite yalnızca neslin devamı için yapılan biyolojik bir işlev değil, insanlar arası duyguların iletişimine yarayan ve zevk veren temel bir işlevdir³.

İnsan cinsel davranışı tek bir davranış kalıbına uymaz. Bu farklılık, insandan insana değişeceği gibi insanın kendi yaşamında da etkileşimleri ve olgunlaşması ile de değişebilmektedir. Bireyin toplum içindeki ilişkileri, yaşam koşulları, içinde bulunduğu kültür, cinsiyeti, yaşı, yaşamı boyunca cinsel deneyimlerini ne kadar geliştirdiği gibi çeşitli etkenler bu farkları belirler. Cinsellik biyolojik dürtülerin ürünü olmanın yanında, bir sosyalizasyon sürecidir. Cinsellik öğrenilen bir kavramdır. Kültürel, biyolojik ve psikolojik birçok değişkenin etkilemesi ile şekillenir⁵.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlıklı cinselliği, “fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal bileşenleri olumlu yönde bütünleştiren, zenginleştiren ve kişiliği, iletişimi, sevgiyi geliştiren bütünleşme” olarak tanımlamaktadır⁶.

2.2. Fizyoloji

Cinsel davranışın fizyolojisi merkezi sinir sistemi, endokrin sistem ile nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile karakterize kompleks bir davranış örüntüsüdür⁷. İnsanda cinsel uyaran gösterilen fizyolojik tepkiyi, Masters ve Johnson, dört ayrı evreye ayırmıştır (Kinsey (1938-1952)⁸, W.H.Masters ve V.E.Johnson (1954)⁹). 1) uyarılma evresi 2) Plato evresi, 3) Orgazm evresi 4) Çözülme evresi. Cinsel terapilerin kurucularından olan H. S. Kaplan ise Masters ve Johnson'un çalışmalarına yaptığı katkılarla bu alanın klinik temellerine çok ciddi katkılar sağlamıştır. Kaplan, cinsel işlevlerin bifazik niteliğini vurgulamış, cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan yeniden sınıflandırarak bunlara cinsel isteği de eklemiştir.¹⁰ Şekil 1’de erkek cinsel fizyolojisinin dört evresi grafikte gösterilmiştir.



Şekil 1: Erkeklerde 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 cinste de 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. Kişiyeye göre değişmekle birlikte bu süre yarım saat ile iki saat arasında olabilir. Erkek cinsel işlevi sadece cinsel ilişki sırasında değerlendirilmemelidir. Cinsel işleve etki eden birden çok bileşen vardır.

DSM-5 'e göre cinsel işlevi etkileyen faktörler:¹¹

- 1) Partner faktörleri: Partnerin cinsel sorunları ya da sağlık durumu
- 2) İlişki faktörleri: İletişim azlığı, cinsel aktivite isteklilik farklılıkları
- 3) Kişisel kırılganlık faktörleri: Kötü vücut imgesi, cinsel ya da duyuşal taciz öyküsü, psikiyatrik komorbidite (depresyon, anksiyete), stres faktörleri (işten çıkarılma, yakının ölümü)

4) Kültürel/dinsel faktörler: Cinsel aktivite yasaklarına karşı gelişen ket vurmalar, cinsellik tutumu

5) Prognoz, ilerleme ya da tedaviyle bağlantılı medikal durumlar

2.3. Erkek cinsel işlev bozuklukları

Erkek cinsel işlev bozuklukları; cinsel istek (libido) bozuklukları (hipoaktif cinsel istek bozukluğu, kompulsif cinsel davranışlar), ejakülasyon bozuklukları (prematür ejakülasyon, anejakülasyon, retrograd ejakülasyon ve post ejakülasyon ağrısı), erektil disfonksiyon, orgazm disfonksiyonu, çözülme bozuklukları (penil yapısal bozuklukları ve priapizm) şeklinde sınıflandırılmaktadır.¹²

2.3.1. Cinsel istek bozukluğu:

Erkek cinsel istek bozukluğu; cinsel/erotik düşüncelerden veya fantezilerden ve cinsel aktivite arzusunun tekrarlayan ya da sürekli azlığıdır (veya yokluğudur). Bu azlığın kararı bireyin yaşamındaki yaş, genel, sosyokültürel şartları gibi durumların cinsel işleve etkisi hesaba katılarak hekim tarafından verilir.¹¹

2.3.2. Prematür Ejakülasyon (PE):

Tekrarlayıcı/devamlı bir şekilde partnerli cinsel aktivite sırasında vaginal penetrasyonu takiben birey istemeden yaklaşık 1 dakika içinde ejakülasyonun meydana gelmesidir.¹¹ Hastanın, gönüllü olarak kontrolü az ya da hiç olmamasıdır. Bu durum hastada ve / veya eşinde rahatsızlığın ya da sıkıntının oluşmasına neden olur.

2.3.3. Geç Ejakülasyon:

Gecikmiş ejakülasyonun ayırıcı özelliği, boşalmanın başarısızlığı ya da yetersiz olmasıdır. Erkek, yeterli cinsel uyarılma olmasına ve boşalma arzusuna rağmen, boşalma güçlüğü veya yetersizliğini bildirir. Bu şikayet genellikle partnerli cinsel aktiviteyi içerir.¹¹

2.3.4. Retrograd Ejakülasyon:

Retrograd ejakülasyon, posterior üretradan mesaneye doğru sperm sıvısının tahliye edilmesi olarak tanımlanır.¹³

2.3.5. Eretil Disfonksiyon (ED):

Başarılı cinsel ilişki için yeterli ereksiyonun sağlanamaması ve/veya sürdürülememesi durumunun süreklilik kazanması olarak tanımlanır. ED yaşamı tehdit eden bir durum olmamakla birlikte erkeğin mutluluğunu, bireyin kendisine güvenini ve saygısını, toplumsal ilişkilerini zedeleyen, ciddi psikolojik sorunlar oluşturabilen sıklığı ve ciddiyeti

yaşla birlikte artan yaygın sosyokültürel bir sorundur.¹⁴ Kendine güven, yaşam kalitesi ve kişiler arası ilişkileri de negatif etkilemektedir. Cinsel yaklaşımlardan korkmak ya da kaçınmak samimi ilişkiler kurabilmeye de müdahale etmektedir. Sadece bireyin değil, aynı zamanda partnerinin de etkilemektedir. ED'si olan kişinin partnerinde düşük cinsel tatmin ve düşük cinsel arzu genellikle görülür.¹¹

2.3.6. Priapizm

Priapizm, cinsel istek ya da heyecan olmadan ağrılı ve uzun süren (4 saat üzeri) ereksiyon durumudur.¹⁵

2.3.7. Madde/İlaç bağımlı Cinsel İşlev Bozukluğu

Semptom oluşturma yetisine sahip madde zehirlenmesi ya da çekilmesi sırasında ya da hemen sonrasında ya da semptom oluşturma yetisine sahip ilaca maruziyetin hemen sonrasında klinik olarak cinsel fonksiyonda belirgin bir şekilde rahatsızlık olmasıdır. Alkol, opiyat, sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik, stimulan ya da diğer maddeler ile zehirlenme cinsel işlev bozuklukları oluşturabilir. Antidepresanların genel yan etkisi orgazm ya da ejakülasyon zorluğudur. Antipsikotikler cinsel istek, ereksiyon, lubrikasyon, ejakülasyon ya da orgazm problemleri ile ilişkilendirilmiştir. Gabapentin orgazm problemleri, benzodiyazepin orgazm ve erektil problemler oluşturabilmektedir. Kardiyovasküler, sitotoksik gastro-intestinal, hormonal ilaçlar cinsel fonksiyon bozukluğu yapabilir.¹¹ Tablo 1 'de ilaçlar ve neden oldukları cinsel işlev bozuklukları gösterilmektedir.

Tablo 1: Cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili ilaçlar¹⁶			
İlaç sınıfı	Azalmış istek	Azalmış uyarılma	Orgazm y da ejakülasyon zorluğu
Antidepresanlar	Amitriptilin	Amitriptilin	Sitalopram
	Klomipramin	Sitopram	Klomipramin
	Fluoksetin	Klomipramin	Doksepin
	İmipramin	Doksepin	Essitalopram
	Paroksetin	Fluoksetin	Fluoksetin
	Fenelzin	İmipramin	İmipramin
	Sertalin	Nortriptilin	Nortriptilin

		Paroksetin Fenelzin Tranilsipromin	Paroksetin Sertralin Tranilsipromin Venlafaksin
Diğer psikotropik ilaçlar	Alprazolam Klorpromazin Flufenazin Haloperidon Lityum Risperidon	Klorpromazin Flufenazin Lityum Risperidon	Alprazolam Flufenazin Haloperidol Risperidon
Kardiyovasküler ilaçlar	Klonidin Digoksin Hidroklorotiyazid Metildopa Sprinolakton	Beta blokerler Klonidin Digoksin Hidroklorotiyazid Metildopa Perheksilin Sprinolakton	
Diğer ilaçlar	Simetidin	Antihistaminikler Simetidin Siproteron Disülfiram Gonadotropin salıverici hormon agonistleri Psödoefedrinler	Naproksen

2.4. Epidemiyoloji

Yetişkin erkeklerin% 20-30'unda en az bir belirgin cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğunu belirten genel ve geçerli açıklayıcı epidemiyolojik veriler bulunmaktadır.¹⁷ Dünya genelinde (Avustralya, Arjantin, Güneydoğu Asya, Kore ve İtalya) yapılan beş farklı raporda, herhangi bir belirgin yaşlanma etkisi olmaksızın istek / ilgi işlev bozukluğu prevalansının 16-59 ve 40-80 yaşındaki erkekler için yaklaşık % 25 olduğu bildirilmiştir. Genel olarak 2004 den beri 40-70 yaşları arasındaki erkeklerde yapılan çalışmalarda - yukardaki çalışmaları saymazsak- dünya genelinde düşük istek / ilgi prevalansı %8 ile %18 aralığında bulunmaktadır.¹⁷

Erken boşalma için tüm yaş gruplarında prevalans %8 ile % 30 arasında değişmektedir. Bu orana iki istisna; %55 prevalans ile Amerika Birleşik Devletleri'nin 50-59 yaş grubunda yapılan çalışmasıdır¹⁸ ve %4 ile İngiltere'de 18-77 yaş grubunda yapılan çalışmadır.^{18,19}

Geç ejakülasyonun, kusursuz bir tanımlaması olmadığı için, prevalansı belirsizdir.¹¹

Cinsel ilişki sırasında genital ağrı tarifleyen erkeklerin prevalansı yedi çalışmada %3 ile %6 arasında raporlanmıştır.¹⁷

ED en güçlü kanıt tabanlı prevalansa sahip cinsel işlev bozukluğudur. Batı Avustralya'dan¹⁸ gelen en son raporda yaşlı erkekler değerlendirildi ve %40'lık genel prevalans sonucuna ulaşıldı; ki bu da Avustralya'da rapor edilen diğer yaş gruplarına ait genel %10'luk prevalansın 4 katıdır.²⁰ Brezilya'da yapılan 4 rastgele nüfus ve topluluk tabanlı nüfus çalışmasında; ED prevalansını 50-59 yaş aralığı için %12-22, 60-69 yaş aralığında ise %32-58 olarak raporlanmıştır.²¹ Kuzey Amerika'da yapılan 7 çalışmada ED prevalans oranını %16-22,5 olarak raporlanmıştır.¹⁷

Dünya çapında ED prevalansı büyük bir çeşitlilik göstermektedir, muhtemelen bunun nedeni bilginin toplanma şekli, toplumun örneklenme şekli ve asıl önemli olarak ED nin tanımlanma şeklidir. ED prevalansı; 40 yaşın altındaki % 1-10'dur, 40-49 yaşlarda % 2 ile 15 aralığındadır. 50-59 yaş grubu, raporlanmış prevalans oranları içinden en geniş aralığı gösterdi. Dünyanın çoğunda 60-69 yaş arası % 20-40 gibi oldukça yüksek bir oranda görülmektedir Raporların neredeyse tamamında, 70'li ve 80'li yaşlardaki erkekler için, bu on yılda ED'nin % 50 ila % 100 prevalansına kadar değişen oranda daha yüksek bir prevalans oranı gösterilmiştir.¹⁷

18-69 yaş grubundaki ED tanısı konulmuş Fransız erkeklerin %7'sinde prematür ejakülasyon raporlanmıştır.²² Hollanda'daki daha yaşlı örneklem (50-78 yaş) erken boşalan erkeklerin %50 kadarında ED raporlanmıştır.²³ Fransa'da ED tanılı 18-70 yaşındaki erkeklerin %37'si libidosunu kaybetmiştir.²⁴

Ülkemizde ED ile ilgili yapılan bir çalışmada erektil disfonksiyonun tüm derecelerinin prevalansının %69,2 olduğu görülmüştür. ED şikayeti bulunan bu hastaların %12.3'ü ağır ED'li olgular olarak raporlanmıştır.²⁵ Orhan Koca ve arkadaşlarının 2010 yılında Türkiye Klinikleri Journal of Reconstructive Urology'de yayınlanan orijinal araştırmasında, olguların %34.3'ünde ağır ED mevcuttu ve bu hastaların %63.9'unda kontrol altına alınamamış DM bulunmaktaydı.²⁶

Monoamin oksidaz inhibitörü, trisiklik antidepresan, serotonerjik antidepresan, adrenerjik-serotonerjik antidepresan kullananların %25-80'ninde cinsel yan etki saptanmıştır. Antipsikotik ajan kullananların %50'sinde; cinsel istek, ereksiyon, lubrikasyon, ejakülasyon ya da orgazm problemlerini içeren olumsuz cinsel yan etkiler oluşmaktadır.¹¹

2.5. Etiyoloji

PE etiyojisi bilinmemektedir, desteklenmesi gereken az veri anksiyete, penil aşırı duyarlılık ve serotonin reseptörü işlev bozukluğunu kapsayan biyolojik ve psikolojik hipotezlerin önerilerini desteklemektedir.²⁷

Testesteron azalması²⁸, stres, ilişki sorunları, depresyon²⁹, sistemik hastalıklar ve reçete edilmiş ya da rekreasyonel ilaçların kullanımı ile libido azalmaktadır.

Çeşitli tıbbi, psikolojik, yaşam tarzı faktörlerinin erektil disfonksiyonun etiyojisine etkili olduğu bilinmektedir. ED'de hızlı başlangıç; psikojenik ya da radikal prostatektomi gibi genitoüriner travmayı, sürdürülemeyen ereksiyon; anksiyete veya venöz sızıntıyı; noktürnal ereksiyonun tamamen kaybı ise vasküler hastalıklar nörolojik hastalıkları düşündürmektedir. Ayrıca depresyon ve ilaç bağımlı olarak ED'nin oluşabileceği unutulmamalıdır.³⁰

Retrograd ejakülasyon genellikle benign prostat hiperplazisi için yapılan cerrahi sonrası meydana gelir, buna karşılık anejakülasyon her zaman radikal prostatektomi ya da sistoprostektomi ile ilişkilendirilmiştir. Yaşlı erkeklerde alt üriner sistem semptomları genellikle ejakülasyon bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir.^{23,31} Genel kullanımı olan alfa blokerler (örn; tamsulosin) ve antidepresanlar, özellikle serotonin geri alım inhibitörleri

(örn, paroksetin) orgazm ya da ejakülasyonun kaybı ile ilişkilendirilmiştir.³²

Alfa blokerler (tamsulosin), Selektif Serotonin Gerilim İnhibitör (SSRI)'ler, tiyoridazin gibi nöroleptik ilaçlar orgazm veya ejakülasyon kaybıyla ilişkili olabilir .³³

2.6. Cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım

Genel sağlığın önemli bir bileşeni olan cinsel sağlık, diyabet ve kardiyovasküler tabanlı hastalıkların da ilk habercisi olabilmektedir. Ayrıca bazı hastalıkların ve tedavilerin sonucunda da cinsel sağlık bozulabilmektedir. HIV, hepatit B, C gibi mortalite ve morbidite oluşturabilen hastalıklar ise cinsel aktivite sonucu oluşmaktadır.

Yaşamı ciddi boyutlarda etkileyebilen cinsel sağlık sorunlarının birinci basamakta fark edilmesi ve tedavi edilmesi önem arz etmektedir. Cinselliğin bir tabu olduğu ülkemizde birinci basamakta cinsel konulara gereken önem verilmemektedir. Bir şikayet ile başvurmadıkça hekimler hastanın cinsel hayatını sorgulamamaktadır. Bunun bir nedeni, cinsel sorunların kadın-doğum, üroloji ve psikiyatri uzmanlarının konusu gibi algılanmasıdır. Bunun yanı sıra hastayı incitme veya olumsuz tepki alma korkusu, yakınmanın cinsellikle ilişkili olmayacağı düşüncesi, hasta hekim arasındaki yaş/cinsiyet farkı, hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) korkusu da cinsel öykü alınmasını kısıtlamaktadır. Erkek cinsel disfonksiyonun değerlendirilmesi cinsel geçmiş ve fizik muayene ile başlar. Hikaye ve fizik muayenenin erektil disfonksiyonun nedenini belirlemede yüzde 95 sensitivitesi vardır, ancak yüzde 50 spesifisitesi vardır; bu nedenle spesifisiteyi maksimuma getirebilmek için ek tanı testleri gereklidir. Laboratuvar temelli tanı yöntemleri mevcut olmasına rağmen, cinsel işlevin en iyi şekilde hastanın öz değerlendirme teknikleriyle doğal bir ortamda değerlendirilebileceği önerilmiştir.³⁴

2.6.1. Fizik muayene³⁰

Basit fizik muayeneden ayrı olarak, erkeklerde cinsel disfonksiyon değerlendirilmesinde;

- Vasküler ED ipucu varsa aramak için femoral ve periferel nabızların dikkatli değerlendirilmesi. Nabızlar normale, femoral üfürüm bulunması muhtemel pelvik oklüzonu göstermektedir.
- Peyorni hastalığı göstergesi varsa penil plaklar aranmalıdır.
- Normal erkek kıllanma deseni azlığı ya da yokluğu, jinekomasti, ve küçük testis aranmalıdır.

- Kremasterik refleks değerlendirmesi, torakolumbar ereksiyon merkezinin sağlamliğının kontrolüdür. bu durumda i uylukların uyarılması ile skrotumun ipsilateral kasılmasının gözlenir. Normal cevap, kremasterik kasılma ile testisin yükselmesidir.
- Hipofiz tümörleri bulunan hipogonadal erkeklerde görülen görme alanı defekti aranır.

2.6.2. Laboratuvar alışmaları ve tanı testleri³⁰

Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerde uygun laboratuvar testleri:

- Diyabet veya glikoz seviyesinin kontrolü için açlık glikozu, hemoglobin A1C, tam kan sayımı,
- Karaciğer ve böbrek fonksiyonu değerlendirilmesi için kapsamlı metabolik profil,
- Tiroid hastalığını dışlamak için tiroid stimulan hormon (TSH),
- Kardiyak risk profillerini değerlendirmek için lipid profili,
- Gonadal fonksiyonu değerlendirmek için serum total testesterondur.

2.6.3. Nokturnal penis şişme testi:³⁰

Nokturnal penis şişme testi, REM uykusu sırasında uygun bir şekilde ereksiyon meydana gelmesi cinsel işlev bozukluğunun psikolojik olabileceğini düşündürmektedir.

2.6.4. Duplex Dopler görüntüleme:³⁰

Duplex Dopler görüntüleme, vasküler bütünlük kontrol edilir.

2.6.5. Ölçekler

Son 40 yıl içinde cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi ve takibi için cinsel fonksiyon ve davranışlara özgü öz değerlendirme (self-report) özellikli pek çok ölçek geliştirilmiştir.^{35,36} Ölçekler cinsel tutum, cinsel uyarılma, cinsel davranış, cinsel alışkanlıklar, cinsel fonksiyonlar ve cinsel işlev bozukluğu konularına yönelik olarak hazırlanmıştır. Cinsel davranış ve fonksiyon ölçeklerinde yaşanan bu artış ile cinsel işlev bozukluğuna tıbbi yaklaşımda ölçekler pratik olarak kullanılmaktadır.³⁵

Cinsel işlev bozukluğunun klinik vakaları ve poliklinik kontrolünde en yaygın olarak Uluslararası Erektıl Fonksiyon İndeksi (IIEF) kullanılmaktadır.^{34,35} Türk Androloji Derneği'nin internet sitesinde yayınladığı kullanılabilecek Türkçe'ye çevrilmiş diğer cinsel hayat ölçekleri ise: Erkeklerde Cinsel Sağlık Değerlendirme Formu, Prematür Ejakülasyon değerlendirme formu, Prematür Ejakülasyon Arap İndeksi, Prematür Ejakülasyon Profili – Erkek ve Erkek Cinsel Sağlığı (Ejakülatör Disfonksiyon) Sorgulama Formu.³⁷

2.7. Tedavi

2.7.1. Azalmış Libido

Psikolojik nedenli ise psikoterapi tedavisi yapılabilir. Testosteron düşüklüğü nedenli ise yerine koyma tedavisi yapılır. ED, Peyroni Hastalığı gibi hastalıklar tedavi edildiğinde azalmış libido da düzelir. SSRI'lar tedavide kullanılabilir.^{38,39} Kronik opiat kullanan erkeklerin çoğunda cinsel bozukluk görülmektedir.⁴⁰ Kellik ve benign prostat hipertrofi tedavisinde kullanılan 5 alfa redüktaz inhibitörleri libido azalması, ED ve/veya ejakülasyon disfonksiyonlarına neden olabilir.⁴¹

2.7.2. Erektile disfonksiyon

İlaçlar dahil olmak üzere altta yatan etiyoloji bulunmalı ve buna göre tedavi planlanmalıdır. En genel olarak Beta blokerler, ED oluşumuna neden olabilir ya da katkıda bulunabilir.

Sigara, obezite, hipertansiyon, dislipidemi, hayat tarzı değişikliği ve farmakoterapi, ED önlenmesi veya tedavisinde etkili olabilir. Sigaranın ED riskini arttırdığı ve sigarayı bırakmanın faydalı olabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır.^{42,43}

ED tedavisinin ilk basamağında, etkinliği, kolay kullanımı, iyi yan etki profili nedeniyle fosfodiesteraz-5 (PDE-5) inhibitörleri tavsiye edilir.⁴⁴

Testosteron azlığında kontraendike olmadıkça testosteron takviyesi tavsiye edilir.

PDE 5 inhibitörlerinin etkili olmadığı durumlarda vakum aleti, kendi kendine penise enjekte edilen ilaçlar ve üretra içerisine alprostadil ikinci seçenek olarak tavsiye edilir.

Penil protez cerrahi implantı ilk ve ikinci seçenek tedavilere yanıtızsızlık olduğunda yapılabilir.

Bir psikoterapi meta analizinde grup psikoterapinin faydalı olduğunu belirtilmiştir.⁴⁵

2.7.3. Prematür ejakülasyon

SSRI'lar ilk tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. Seçenekler: paroksetin, sertralin, fluoksetin ve sitalopram. SSRI tedavisi etkisiz kaldığında ikinci seçenek tedavi olarak seratonerjik trisiklik klomipramid düşünülmelidir.⁴⁶

ED varlığında PE varsa PDE inhibitörleri efektif olabilir.^{46,47}

Topikal analjezikler ejakülasyon kontrolünde artış sağlamaktadır.^{48,49} Alprostadil kremini topikal olarak kullanmak etkili olabilir.⁵⁰

Ejakülasyonda eksiklik hafif orta ciddi Alt Üriner Sistem Semptomlarında genellikle görülür ve tedavisinde tamsulosin kullanılabilir.⁵¹

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu araştırmada Kocaeli merkez ilçeleri içinde Haziran 2016- Eylül 2016 tarihleri arasında 18 yaşını geçmiş 120 erkek örneklem olarak alındı.

Araştırmaya alınmadan önce katılımcıların sözel onayları alındı. Araştırma, 6 Temmuz 2011 tarih ve İAEK-1/10 2016/15 numaralı proje numarası ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek 1).

3.2. Tüm Katılımcılar için Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- 1- Sözel olarak onay verilmiş olması,
- 2- 18 yaşından büyük olması
- 3- Erkek olması
- 4- Okur yazar olması
- 5- Klinik olarak testleri yapmaya yeterli zeka düzeyine sahip olması

3.3. YÖNTEM

Çeviri grubunda, MSHQ ölçeğinin birinden bağımsız olarak İngilizce'den Türkçe'ye iki çevirisi yapılmış (forward-translation), daha sonra bu iki taslağı karşılaştırıp üzerinde tartışarak geri çevirinin yapılacağı yeni bir metin oluşturmuştur. İngilizce'ye geri çeviriyi (back-translation), her iki dile hakim olan iki farklı kişi yapmış, bu metinler incelenerek gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ölçeğin yeni metni açıklanarak 7 sağlık personeline doldurtulmuş, anlaşılması güç görünen maddeler düzeltilmiştir. Çeviri-uyarlama çalışmasından gelen yorumlar, çoğunluğunun, soruları ve cevap seçeneklerini anladıklarını göstermiştir.

İzmit ilçesinde yaşamakta olan rastgele seçilen 120 katılımcıya uygulandı. Araştırmaya alınmadan önce araştırma detaylı bir şekilde açıklanıp sözel onayları alındı.

Toplam 138 katılımcıyla görüşüldü. 18 katılımcı araştırmaya katılmayı kabul etmedi. Araştırmaya uygun bulunan katılımcılara, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan uluslararası ereksiyon indeks formu orijinal dilinde IIEF ve çevirisi araştırmacı tarafından yapılan

erkek cinsel sağlığı anketi orijinal dilinde MSHQ uygulandı.

Ölçekler katılımcılara zarf içinde verilmeden önce detaylı bir şekilde ölçekler, verdikleri cevapların anonim olduğu anlatıldı. Ankete katılmayı sözel olarak onaylayan katılımcılardan doldurdukları ölçekler kapalı zarf içinde geri alındı.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Tüm katılımcılara, araştırmanın amaçları göz önünde bulundurularak ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak hazırlanmış bir sosyodemografik veri formu uygulandı. Bu form; yaş, öğrenim durumu, gelir getirici bir işte çalışma durumu, meslek, gelir durumu, şu anki aile yapısı, medeni durum, aile planlaması yöntemi kullanımı, kronik hastalık, düzenli kullanılan ilaçlar, eşi/partneri ile ilişki süresi, eşin/partnerin sağlık problemi ve cinsel sağlık sorunu, sigara-alkol kullanımı bilgilerinin araştırıldığı soruları kapsamaktadır. (Ek 2)

3.4.2. Uluslararası Ereksiyon İşlev İndeksi (IIEF)

IIEF ölçeği 1997 yılında Rosen ve arkadaşları tarafından Urology dergisinde yayınlanmış olup soruların hassasiyeti ve güvenilirliği aynı makalede değerlendirilmiştir. (Ek 3)

IIEF kültürel açıdan, dil açısından, ve psikometrik açıdan uygun kısa güvenilir bir şekilde erektil disfonksiyonu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Çok boyutlu ölçüm, ED'nin klinik araştırmalarında hassas ve spesifik sonuç değerlendirmelerini kanıtlamak üzere tasarlanmıştır.

Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu ya da orijinal ismi ile IIEF'nin Türkçe'ye çevrilmesi Türk Androloji Derneği tarafından yapılmıştır ve daha sonra Türkçe versiyonunun orijinaline göre değerlendirme işlemi başlatılmıştır. Bu işlemde, diğer tüm dillerdeki (32 dilde) değerlendirme işlemi tamamlamış olan MAPI (Fransa) ve Türk Androloji Derneği'nin ortak çalışması ile ve hastaların verdiği cevaplar değerlendirilerek, Ekim 1998 tarihi itibarı ile Türk Tıbbının kullanımına sunulacak duruma getirilmiştir.

IIEF ölçeği, 15 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır, bunlar: erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel arzu, cinsel ilişki tatmini ve genel tatmindir. Erektil fonksiyon, 6 sorudan (1,2,3,4,5,15) oluşmaktadır, katılımcıların bu alt ölçekte alabileceği minimum puan 0, maksimum puan ise 30 olmaktadır. Orgazmik fonksiyon 2 sorudan (9,10) oluşmaktadır, katılımcıların alabileceği minimum puan 0, maksimum puan ise 10

olmaktadır Cinsel istek 2 sorudan (11,12) oluşmaktadır, katılımcıların alabileceği minimum puan 0, maksimum puan ise 10 olmaktadır. Cinsel ilişki tatmini kısmı 3 sorudan (6,7,8) oluşmaktadır, katılımcıların alabileceği minimum puan 0, maksimum puan ise 15 olmaktadır. Genel tatmin kısmı 2 sorudan (13-14) oluşmaktadır, katılımcıların alabileceği minimum puan 0, maksimum puan ise 10 olmaktadır.

Cappileri ve arkadaşlarının çalışmalarına dayanarak ereksiyon alt ölçeği için belirlenen kesme puanları:

1. ED yok – 20 üstü değer
2. Hafif ED - 17–20.
3. Orta ED - 12–16.
4. Ciddi ED - 6–11.
5. Çok ciddi ED - 0–5

Türk Androloji Derneği'nin Türkçe çevirisine göre belirlenmiş kesme puanları:

0-10= ciddi

11-16=orta

17-21=hafif-orta

22-25=hafif

26-30=yok

3.4.3. Erkek Cinsel Hayatı Anketi (MSHQ)

Erkek cinsel sağlığı anketi veya orijinal dilindeki adıyla MSHQ Rosen ve arkadaşları tarafından 2004'te Urology dergisinde yayınlanmış olup soruların hassasiyeti ve güvenilirliği aynı makalede değerlendirilmiştir. (Ek 4) MSHQ 19 maddeden ve 3 alt ölçekten oluşmaktadır, bunlar: ereksiyon, ejakülasyon ve tatmindir. Opsiyonel olarak hipoaktif cinsel isteği olan erkekler için cinsel istek alt ölçeği de hazırlanmıştır. Bu ölçeğin geçerliliği iki farklı çalışmada yapılmıştır ve son günlerde hem hasta kayıtları hem de klinik araştırmalarda kullanılmaya başlanılmıştır.

Puanların kesme değerleri için henüz bir çalışma bulunmamaktadır.⁵²

4. BULGULAR

4.1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Araştırmaya alınan 120 erkeğin yaşları 18-63 arasında dağılmakta ve yaş ortalaması $32,98 \pm 8,13$ yıl idi. Katılımcıların eşlerinin yaşları 20-65 yaş arasında dağılmakta ve yaş ortalaması $32,67 \pm 8,18$ yıl idi. Katılımcıların ve eşlerinin yaş ortalamaları benzer olarak saptanmıştır.

Katılımcılara partnerleriyle ilişki süreleri sorulduğunda %61,7'si (n=74) soruya cevap vermiştir, %38,3'ü (n=46) soruyu cevapsız bırakmıştır. Cevaplayanların ilişki süresi 1 hafta ile 45 sene arasında dağılmakta ve medyan değeri 72 ay (25 persentil =17,25 ay, 75 persentil=144 ay) idi.

Katılımcıların eğitim düzeyi okur yazar, ilköğretim okulu (8 yıl), lise (11-12 yıl) ve üniversite (15-16 yıl) olarak ayrılmıştır. Tablo 2'de, katılımcıların eğitim düzeylerinin dağılımı gösterilmiştir.

Katılımcıların aile yapısı çekirdek aile, geniş aile ve diğer olarak ayrılmıştır. Katılımcıların %75'i (n=90) çekirdek aile, %10'u (n=12) geniş aile, %12,5'i (n=15) diğer cevabını işaretlerken, %2,5'i (n=3) soruyu cevapsız bırakmıştır.

Katılımcıların gelir düzeyi gelir giderinden fazla, geliri giderine eşit, geliri giderinden az olmak üzere ayrılmıştır. Katılımcıların %30,8'i (n=37) geliri giderinden fazla, %38,3'ü (n=46) geliri giderine eşit, %26,7'si (n=32) geliri giderinden az cevabını verirken, %4,2'si (n=5) soruyu boş bırakmıştır.

Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında %90,8'i (n=109) gelir getirici bir işte çalışıyor, %5,8'i (n=7) çalışmıyor, %3,3'ü (n=4) ise soruyu cevapsız bırakmış idi. Katılımların eşlerinin ise %53,4'ü (n=64) çalışıyor, %22,5'i (n=27) ev hanımı, %0,8'i (n=1) emekli iken katılımcıların %23,3'ü (n=28) eşlerinin mesleklerini belirtmemişlerdir.

Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=120)		%(N)
Yaş/yıl	Ortalama \pm SD	32,98 \pm 8,13
Medeni durum	Bekar	35(42)
	Evli	62,5(75)

Eğitim durumu	İlk öğretim (≤ 8 yıl)	3,3(4)
	Lise (9-12 yıl)	15(18)
	Üniversite (≥ 13 yıl)	79,2(95)
Çalışma durumu	Çalışıyor	90,8(109)
	İşsiz, öğrenci	5,8(7)
Gelir durumu	Gelir giderinden fazla	30,8(37)
	Gelir giderine eşit	38,3(46)
	Gelir giderinden az	26,7(32)

Katılımcıların meslek dağılımına bakıldığında, %20'si (n=24) doktor, %3,3'ü (n=4) esnaf %43,3'ü (n=52) memur, %10 (n=8) öğrenci, %5'i (n=6) serbest meslek idi.

Katılımcıların eşlerinin meslek dağılımına bakıldığında, %14,2'si (n=17) doktor, %0,8'i (n=1) emekli, %28,3'ü (n=34) ev hanımı, %20'si (n=24) memur, %2,5'i (n=3) öğrenci, %8,3'ü (n=10) öğretmen, %2,5'i (n=3) serbest meslek idi.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, %29,2'si (n=35) bekar, %62,5'i (n=75) evli, %1,7'si (n=2) birlikte yaşıyor, %4,2'si boşanmış iken katılımcıların %2,5'i (n=3) medeni durumlarını belirtmemiştir.

Katılımcıların %40'ı (n=48) aile planlaması kullanmamaktadır, %55'i (n=66) kullanmaktadır. Aile planlaması kullananların eşlerinin %14,2'sinin (n=17) doğum kontrol hapı, %4,2'si (n=5) rahim içi araç kullanmakta iken, %5,8'i (n=7) tüp bağlatma operasyonu olmuş ve katılımcıların %20,8'i (n=25) kondom, %6,7'si (n=8) geri çekme yöntemi, %3,3'ü (n=4) belirtmediği başka bir doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır. Katılımcıların %5'i (n=6) aile planlaması kullanıp kullanmadığını belirtmemiştir.

“Kronik hastalığınız var mı?” sorusuna katılımcıların %85,8'inin (n=103) cevabı “kronik hastalığım yok” iken, %10,8'nin (n=13) cevabı “kronik hastalığım var” şeklinde olmuştur. Bu kronik hastalıklardan 4'ü eklem rahatsızlığı, 3'ü şeker hastalığı, 3'ü kalp hastalığı, 2'si hipertansiyondur. Bir kişi kronik hastalığı olduğunu belirtmesine rağmen türünü belirtmemiştir. Katılımcıların eşlerinin ise %73,3'ünün (n=88) herhangi bir sağlık sorunu bulunmazken, %7,5'inin (n=9) bir sağlık sorunu bulunmaktadır. Bu sağlık sorunlarının 2'sini şeker hastalığı, 1'ini hipertansiyon, 1'ini de ruhsal sorunlar oluşturmaktadır. Eşinin sağlık sorunu olduğunu işaretleyen katılımcıların 5'i eşinin sağlık

sorununun türünü belirtmemiştir.

Katılımcıların kullandığı ilaç türleri: indometazin, sülfasalazin, amlodipin, amlodipin + valsartan, metoprolol, atorvastatin, azitromisin, esomeprazol, rupatidin, essitalopram, karvedilol, lansoprazol, metformin, metformin + sitagliptin, glimeprid, non steroid anti enflamatuvar ilaçlar, propafenon, propiltiourasil idi.

Katılımcılara eşlerinin herhangi bir cinsel sağlık sorunu olup olmadığı sorulduğunda %72,5'i (n=87) evet, %5'i (n=6) hayır cevabının verirken, %22,5'i (n=27) soruyu cevapsız bırakmıştır.

Katılımcıların %57,5'i (n=69) sigara kullanmamakta, %36,7'si (n=44) sigara kullanmaktadır, %5,8'i (n=7) soruyu cevapsız bırakmıştır. Katılımcıların %66,7'si (n=80) alkol kullanmakta, %28,3'ü (n=34) alkol kullanmamaktadır.

IIEF alt ölçeklerinden katılımcıların aldıkları puanlar şu şekildeydi: Eretil fonksiyon sorularına katılımcıların verdikleri cevaplar 1 ile 30 arasında dağılmaktaydı ve ortalaması $24,71 \pm 7,39$ idi. Orgazmik fonksiyon sorularına katılımcıların verdikleri cevaplar 0-10 arası dağılmaktaydı ve ortalaması $8,18 \pm 2,86$ idi. Cinsel istek sorularına katılımcıların verdikleri cevaplar 3 ile 10 arasında değişmekte idi ve ortalaması $7,73 \pm 1,53$ idi. Cinsel ilişki tatmini sorularına katılımcıların verdikleri cevaplar 0 ile 15 arasında dağılırken ortalaması $10,11 \pm 4,50$ idi. Genel tatmin kısmı sorularına katılımcıların verdikleri cevaplar 2 ile 10 arasında dağılmakta iken, ortalaması $8,31 \pm 1,86$ idi.

Tablo 3: Anketlerin alt ölçeklerine katılımcıların verdikleri cevapların ortalaması ve standart sapması

IIEF Alt Ölçek	Ortalama	Standart Sapma	MSHQ Alt Ölçek	Ortalama	Standart Sapma
Ereksiyon fonksiyonu	24,71	7,39	Ereksiyon	12,51	2,84
Orgazmik Fonksiyon	8,18	2,86	Ejakülasyon	31,14	5,85
Cinsel İstek	7,73	1,53	Tatmin	35,85	4,23
Cinsel ilişki tatmini	10,11	4,5			
Genel Tatmin	8,31	1,86			

4.2. Faktör analizi ve alt gruplar

Yapılan açıklayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer-Olkin örnekleme yeterliliğin ölçümü 0,86 olarak, Barlett'in küresellik test sonucunu ise $p < 0,0001$ olarak bulunmuştur.

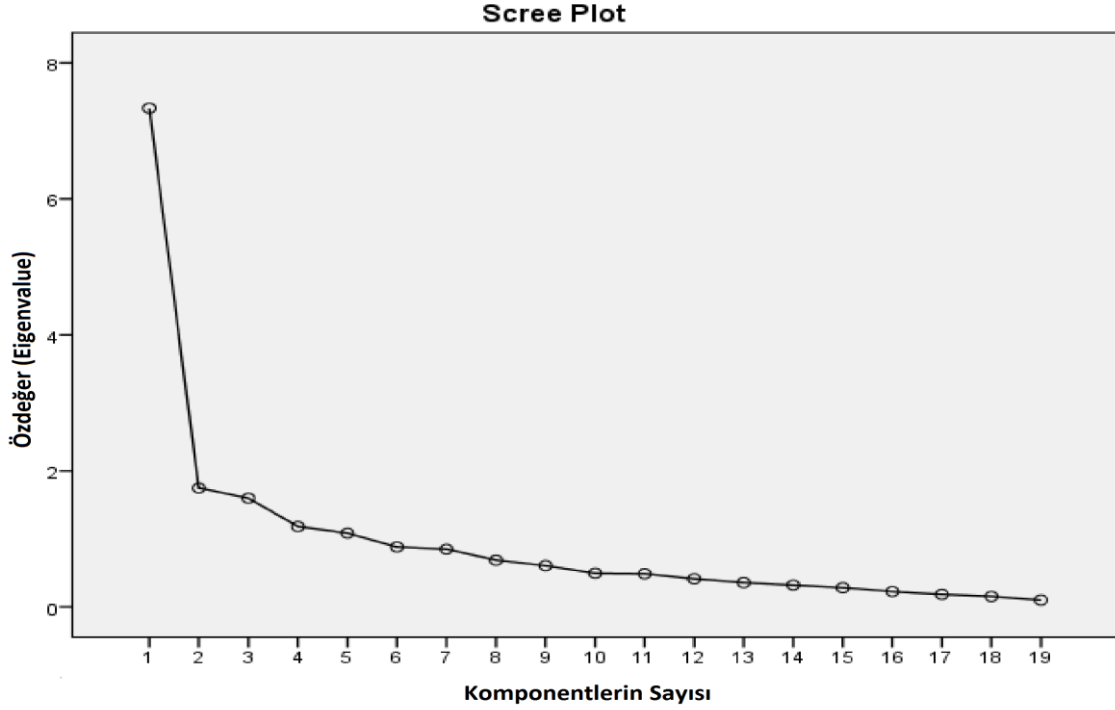
Açıklayıcı faktör analizinin faktör yükleri matrisi ve yamaç eğim grafiği tablo 4'te ve şekil 2'de verilmiştir.

Tablo 4: Dönen Komponent Matrisi

	MSHQ alt ölçek 3	MSHQ alt ölçek 2	MSHQ alt ölçek 1
16. Partnerinizle cinsel ilişkiye girme sıklığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	0,842		
17. Partnerinizle cinsel ilişki sırasında birbirinize gösterdiğiniz ilgiden ne kadar memnunsunuz ?	0,838		
15. Genel olarak cinsel partnerinizle olan cinsel ilişkinizden ne kadar memnunsunuz?	0,785		
18. Partnerinizin sizinle cinsellik hakkındaki iletişiminden ne kadar memnunsunuz?	0,781		
14. Partnerinizle cinsel ilişkinizden genel olarak ne kadar tatmin oluyorsunuz?	0,767		
19. Partnerinizle birlikteliğinizin cinsellik dışındaki yönlerinden ne kadar memnunsunuz?	0,652		
13. Boşaldığınızda aldığınız hazı SON BEŞ YIL ile karşılaştığınızda, sizce arttı mı azaldı mı?	0,566		
10. 4 hafta öncesine göre kıyasladığınızda, boşaldığınızda aldığınız haz...	0,552		
12. Son 4 hafta içinde eğer boşalmada zorlandıysanız ya da boşalamadıysanız, bu durum sizi ne kadar rahatsız etti?		0,804	
11. Son 4 hafta içinde boşalabildiyseniz, boşaldığınız sırada fiziksel bir acı veya rahatsızlık hissettiniz mi?		0,737	
4. Son 4 hafta içerisinde Viagra gibi ilaçlar kullanmadan sertleşmekte ya da sert kalmakta problem yaşadığınız, bu problem sizi rahatsız etti mi?		0,635	
9. Son 4 hafta içinde boşaldığınızda gelen meninin miktarını nasıl değerlendirirsiniz?		0,610	
8. Son 4 hafta içinde boşalabildiyseniz, boşalmanızın gücünü ya da şiddetini nasıl değerlendirirsiniz?		0,487	
7. Son 4 hafta içinde, masturbasyon yaparken veya eşiniz ya da cinsel partnerinizle seks yaparken, boşaldığınızı ama hiç sıvı gelmediğini hissettiniz mi, hissettiyseniz ne kadar sıklıkla hissettiniz?		0,485	
5. Cinsel partnerinizle cinsel ilişkiye girdiğiniz zamanlarda boşalabildiniz mi?		0,380	
6. Son 4 hafta içinde eşiniz ya da cinsel partnerinizle cinsel ilişkiye girdiğiniz zamanlarda geç boşaldığınızı ya da geç geldiğinizi düşündüğünüz oldu mu; olduysa ne kadar sıklıkta oldu?		0,243	
1. Son 4 hafta içinde Viagra gibi ilaçlar kullanmadan istediğiniz zaman sertleşebildiniz mi? Sertleşebildiyseniz ne kadar sıklıkta sertleşebildiniz?			0,823
2. Son 4 hafta içinde Viagra gibi ilaçlar kullanmadan sertleşebildiyseniz, ne kadar sıklıkta arzu ettiğiniz kadar sert kalabildiniz?			0,814

3. Son 4 hafta içinde Viagra gibi ilaçlar kullanmadan sertleşebildiyse, sertliğinizin derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

0,782



Şekil 2: Scree Plot Grafiği

MSHQ orijinal dilinde ereksiyon soruları 1-4, ejakülasyon soruları 5-13, tatmin soruları 14-19 olmak üzere 3 alt ölçekten oluşan bir ankettir. Ancak bizim yaptığımız faktör analizi sonucunda soruların yer aldığı alt ölçeklerde değişiklik olmuştur. Faktör analizi sonuçlarına göre MSHQ'nun orijinal dilinde ereksiyon alt ölçeğine denk gelen Alt ölçek 1: 1., 2. ve 3. sorularından; ejakülasyon alt ölçeğine denk gelen Alt Ölçek 2: 4., 5., 6., 7., 8., 9., 11., 12. sorularından; tatmin alt ölçeğine denk gelen Alt Ölçek 3 ise 10., 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19. sorularından oluşmaktadır. Görüldüğü üzere 4. ve 10. orijinalinde yer aldıkları alt ölçeklerde yer almamaktadır.

Alt Ölçek 1'den alınabilecek minimum puan 0 iken maksimum puan ise 15 olmaktadır. Katılımcıların cevapları 0 ile 15 arasında dağılmakta iken ortalaması $12,51 \pm 2,84$ idi. Alt ölçek 2'de alınabilecek minimum puan 2, maksimum puan ise 40 olmaktadır. Katılımcıların cevapları 14 ile 40 arasında dağılmakta iken ortalaması $31,14 \pm 5,85$ idi. Alt ölçek 3'den ise alınabilecek minimum puan 6, maksimum puan ise 40 olmaktadır. Katılımcıların aldıkları puan toplamı 8 ile 40 arasında dağılmaktaydı ve ortalaması $35,85 \pm 4,23$ idi.

Cronbach alfa istatistiği kullanılarak, iç tutarlılık 3 alt ölçek için ayrı olarak belirlendi. Ereksiyon alt leği için 0,81; ejakülasyon alt leği için 0,52; tatmin için 0,90 sonuçlarına ulaşılmıştır. Ejakülasyon alt ölçeğinde yer alan 5. soru bu alt ölçekten çıkarıldığı takdirde iç tutarlılık 0,78 düzeylerine yükselmektedir. Görüldüğü üzere 3 alt ölçek için de yüksek korelasyonlar gözlenmiştir.

IIEF alt grupları ile MSHQ alt gruplarına yapılan Pearson korelasyonunda bütün alt gruplar birbirleriyle yüksek düzeyde ilişkili ıktı.

Tablo 5: Pearson Korelasyonu



Tablo 5: Pearson Korelasyonu		MSHQ Alt Ölçek 1		MSHQ Alt Ölçek 2		MSHQ Alt Ölçek 3		IIEF ereksiyon fonksiyon		IIEF orgazmik fonksiyon		IIEF Cinsel İstek		IIEF cinsel ilişki tatmini		IIEF genel tatmin	
MSHQ Alt Ölçek 2	r	0,350**															
	p	<0,001															
	N	120															
MSHQ Alt Ölçek 3	r	0,424**		0,430**													
	p	<0,001		<0,001													
	N	120		120													
IIEF ereksiyon fonksiyon	r	0,326**		0,267**		,387**											
	p	<0,001		,003		<0,001											
	N	120		120		120											
IIEF orgazmik fonksiyon	r	0,244**		0,265**		,389**		0,835**									
	p	0,007		,003		<0,001		<0,001									
	N	120		120		120		120									
IIEF Cinsel İstek	r	0,325**		0,259**		,385**		0,431**		0,356**							
	p	<0,001		0,004		<0,001		<0,001		<0,001							
	N	120		120		120		120		120							
IIEF cinsel ilişki tatmini	r	0,287**		0,258**		,449**		0,799**		0,811**		0,283**					
	p	0,001		0,004		<0,001		<0,001		<0,001		0,002					
	N	120		120		120		120		120		120					
IIEF genel tatmin	r	0,374**		0,369**		,669**		0,669**		0,629**		0,437**		0,704**			
	p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001			
	N	120		120		120		120		120		120		120		120	

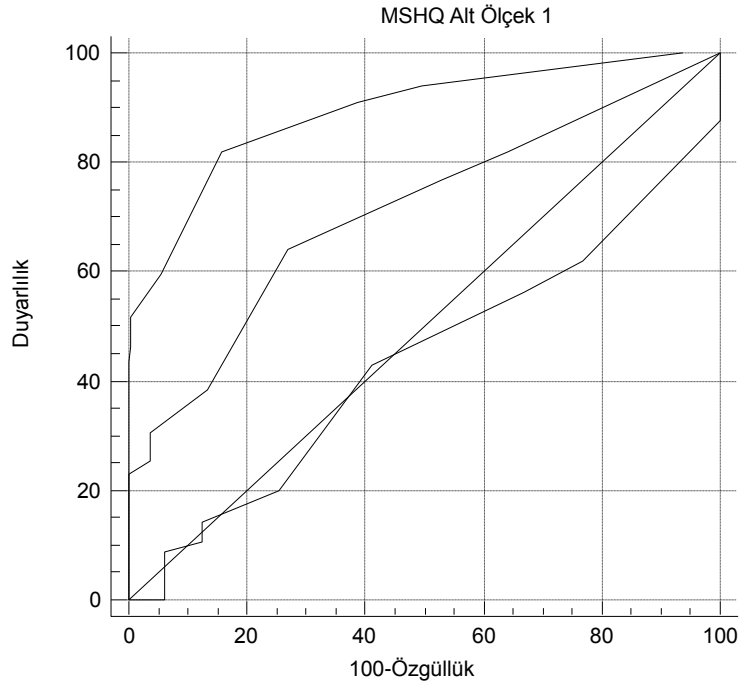
4.3. ROC Analizi

MSHQ ölçeğiyle herhangi bir cinsel işlev bozukluğu olup olmadığını ayırt etmede kullanılabilir kesme puanını belirlemek amacıyla ROC analizi yapılmıştır. ROC eğrisi analizleri kullanılarak yapılan değerlendirmelerin sonuçları Şekil 2’de sunulmuştur. Eğri altında kalan alan alt ölçek 1 toplam için %71 (güven aralığı 0,62-0,79; $p<0,001$), alt ölçek 2 için % 70 (güven aralığı 0,61- 0,77; $p<0,001$), alt ölçek 3 için %83 (güven aralığı 0,75-0,90; $p<0,0001$) olarak saptanmıştır.

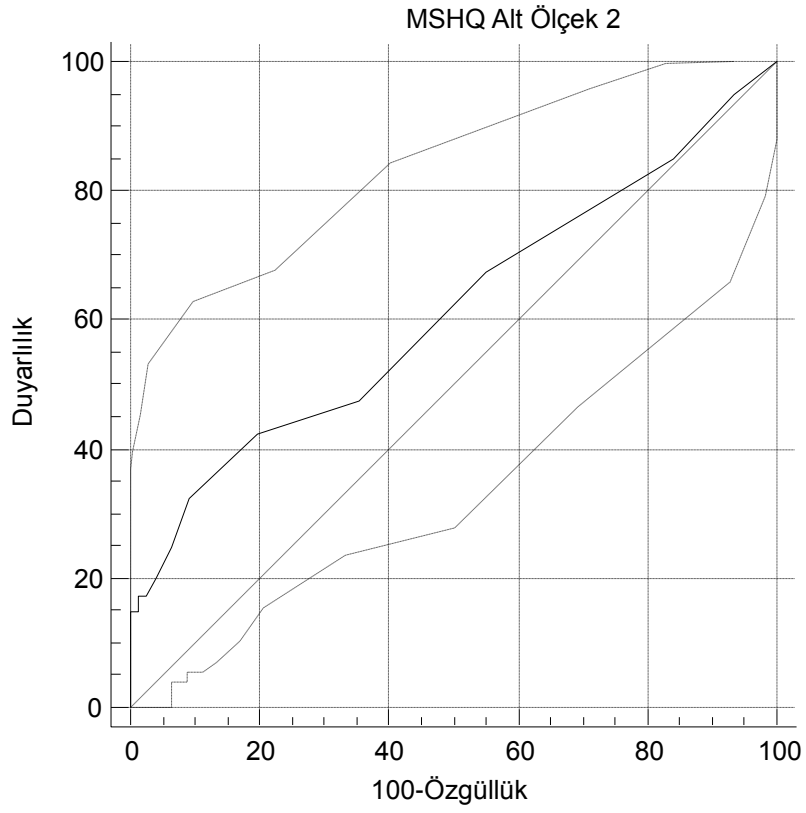
IIEF, ereksiyon fonksiyonu alt ölçeğinin kesme puanı Türk Androloji Derneği’nin belirlediği gibi 26 olarak alındı. Bu değerlerle yapılan ROC analizi sonucu EF alt grubunda toplam puanı 12 ve altını sınır değer olarak belirlersek duyarlılık 64,10; özgüllük ise 72,84 olarak hesaplanmıştır.

IIEF, orgazmik fonksiyon alt ölçeğinde belirlenmiş bir kesme değeri olmadığından 25-75 persentil değerlerine göre sağlam ve hasta ayırımında kesme değeri 8 olarak belirlendi. IIEF, cinsel istek alt ölçeğinde belirlenmiş bir kesme değeri olmadığından 25-75 persentil değerlerine göre sağlam ve hasta ayırımında kesme değeri 7 olarak belirlendi. IIEF, cinsel ilişki tatmini alt ölçeğinde belirlenmiş bir kesme değeri olmadığından 25-75 persentil değerlerine göre sağlam ve hasta ayırımında kesme değeri 9 olarak belirlendi. IIEF, genel tatmin alt ölçeğinde belirlenmiş bir kesme değeri olmadığından 25-75 persentil değerlerine göre sağlam ve hasta ayırımında kesme değeri 8 olarak belirlendi. Bu değerlerle yapılan ROC analizi sonucu Tablo 6’da, ROC analizi grafiği ise Şekil 3,4,5,6’da gösterilmiştir.

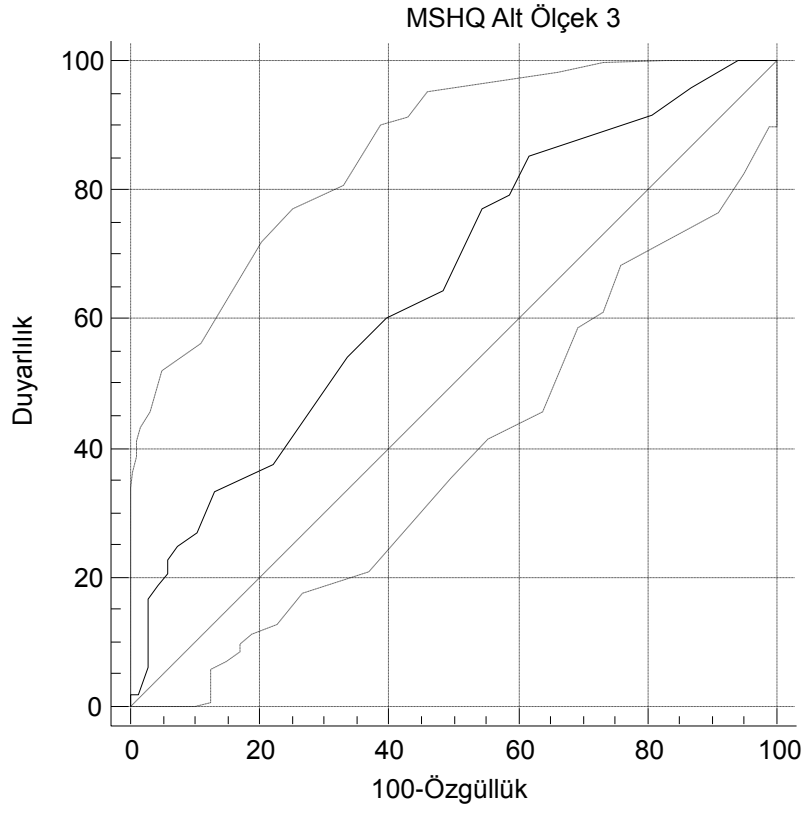
	Eğri altında kalan alan	Standart hata	%95 güven aralığı	P	Kesme puanı	Duyarlılık	Özgüllük
MSHQ Alt Ölçek 1- Ereksiyon fonksiyonu	0,710	0,0528	0,62-0,789	<0,001	12	64,10	72,84
MSHQ Alt Ölçek 2- Orgazmik Fonksiyon	0,694	0,646	0,601-0,776	0,003	34	44	90,11
MSHQ Alt Ölçek 3- Cinsel İstek	0,656	0,0511	0,562-0,742	0,002	35	85,42	38,24
MSHQ Alt Ölçek 3- Cinsel İlişki Tatmini	0,794	0,500	0,708-0,864	<0,001	29	62,50	85,37
MSHQ Alt ölçek 3 – Genel Tatmin	0,829	0,0392	0,744-0,895	<0,001	31	72	77,19



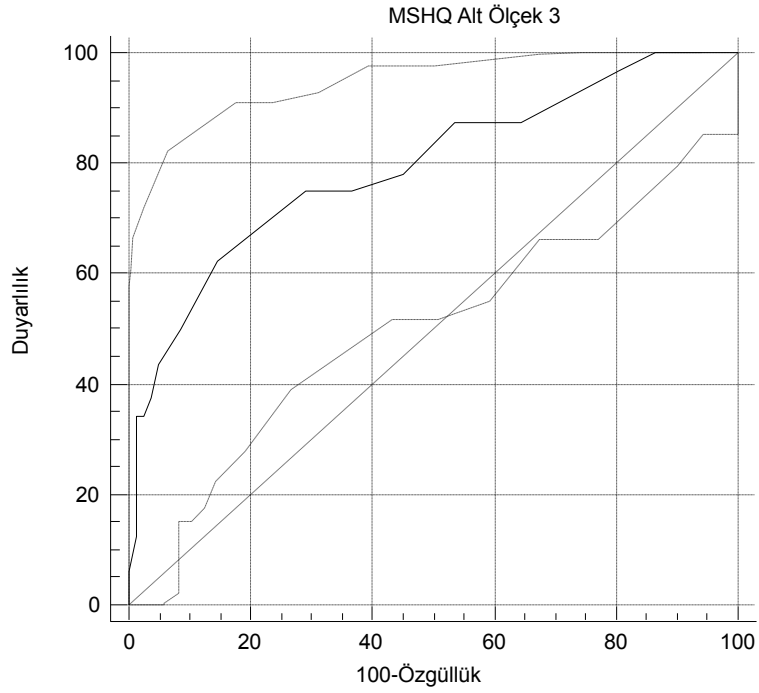
Şekil 3: MSHQ Alt Ölçek 1 ROC Grafiği



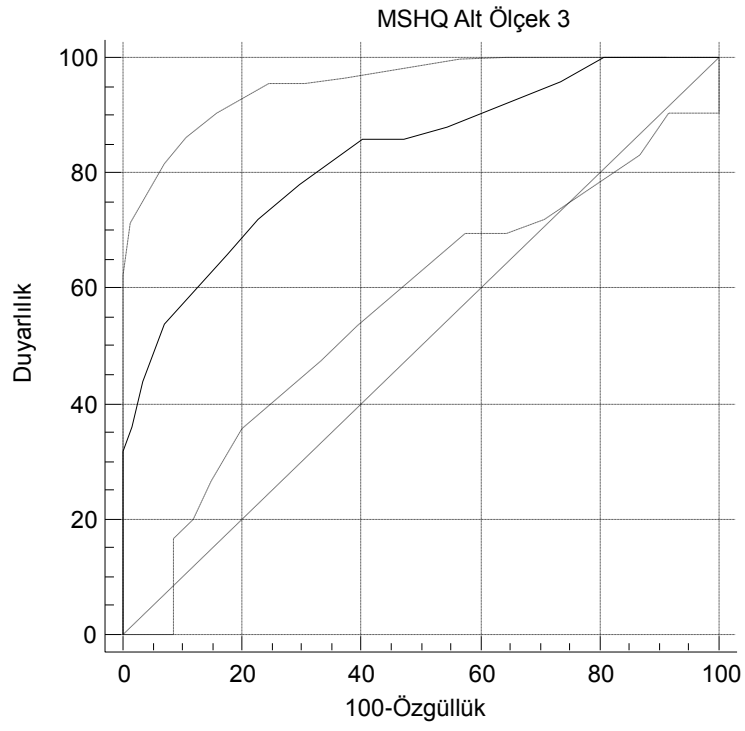
Şekil 4: MSHQ Alt Ölçek 2 ROC Analiz Grafiği



Şekil 5: MSHQ Alt Ölçek 3 – IIEF Cinsel İstek ROC Analizi Grafiği



Şekil 6: MSHQ Alt Ölçek 3 – IIEF Cinsel İlişki Tatmini ROC Analizi Grafiği



Şekil 7: MSHQ Alt Ölçek 3 – IIEF Genel Tatmin ROC Analizi Grafiği

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda Türkçe'si Erkek Cinsel Sağlık Anketi olan MSHQ ölçeğinin Türkçe'ye çevirdiğimiz hali ile İzmit merkez ilçelerinde yaşamakta olan erkeklerden; çalışmamıza katılmayı kabul eden 120 erkeğe ulaştık. Amacımız Türkçe'ye çevirdiğimiz ölçeğimizin geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesiydi.

Şereföğlü ve arkadaşlarının Journal of Andrology dergisinde yayınlanan çalışmasında⁵³ katılımcıların sadece % 67,2'si kendi başına tamamlayabilmiştir, % 31,6'sı doktor olmayan arkadaşlarının yardımına ihtiyacı olmuştur. Çalışmamamızda ölçek formumuzu zarf içinde teslim edildi, katılımcıların kendi başlarına doldurduktan sonra zarf kapalı bir şekilde teslim alındı. Çalışmamızda katılımcıların hepsi ölçeklerdeki soruları kendi başlarına yanıtlamışlardır.

Rosen ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi (IIEF) günümüzde cinsel işlev bozukluğu nedeniyle başvuran hastalarda sorgulama amacıyla kullanılan en önemli testlerden birisidir.⁵⁴ Klinik vakalarda yaygın kullanılmasına rağmen^{55,56}, IIEF ejakülasyon ya da orgazm için minimal bir değerlendirme yapmaktadır ve ejakülasyon bozukluklarına tanı koymada ya da tiplendirmede kullanılamamaktadır. Gecikmiş ya da içe boşalma, boşalma hissinin ya da gücünün kaybolması gibi ejakülasyon bozukluklarının özellikli yönlerine hitap etmemektedir. Dahası, IIEF cinsel tatmin ve ilişki tatmininde sınırlı bir değerlendirme sunmaktadır. Bu limitlere hitap edebilmek için yeni bir kendi kendine uygulanan anket hazırlanmıştır: MSHQ. MSHQ erkeklerde cinsel fonksiyon ve tatmin ile ilişkili alanları değerlendirmektedir. Daha önce yapılmış olan ölçeklerden farklı olarak MSHQ heteroseksüel ilişkiyi cinsel aktivenin primer veya yegâne formu olarak varsaymamaktadır. Maddeler kültürel duyarlı olarak tasarlanmıştır ve farklı etnik ve demografik kökenli hastalarda kullanmaya uygundur.

MSHQ 19 maddeden ve 3 alt ölçekten oluşmaktadır, bunlar: ereksiyon, ejakülasyon ve tatmindir. Cinsel işlev fizyolojisi 4 evreden oluşmakta iken MSHQ'nun bu evrelerin üçünü karşılıyor olması ile ideal bir ölçek olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca yaptığımız ROC analizinde de tatmin alt ölçeği cinsel istek evresi ile uyumlu olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış bir erkek cinsel sağlık anketi olan Florida Cinsel Öykü Ölçeği 20 maddeden ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Öksüz ve arkadaşlarının Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi'nde yayınlanan orijinal araştırmasında herhangi bir kesme puanından bahsedilmemiştir. Araştırmamızda

yaptığımız analizler de üç alt ölçek için de kesme puanları belirlenmiştir. Geisser ve arkadaşlarının “Florida Cinsel Öykü Ölçeği”nin orijinal dilinde yaptıkları çalışmada³⁵ ise alt ölçeklerin hepsi için bir kesme değer belirlense de derinlemesine bir sorgulama yapmakta eksik kalmaktadır. Yine Geisser ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada⁵⁷ FSHQ’nun üstünlüğü ortaya çıkmıştır: Organik ve psikojenik erektil disfonksiyon ayırımını yapan bir kesme puanı saptanmıştır.

Soykan tarafından Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması⁵⁸ yapılan “Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği” ise 5 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır, hastalar tarafından doldurulmakta ve yorumlanması için özel bir eğitime gereksinim bulunmamasıyla kullanımı rahat bir ölçektir. Aynı zamanda beş maddelik bir ölçek olması ile kısa bir sürede tamamlanabilir, fakat kesme noktası ile sadece herhangi bir cinsel işlev bozukluğu olup olmadığını ayırmaktadır. Bu haliyle yüzeysel bir ölçek olarak kalmaktadır.

Orijinal dili İngilizce olan MSHQ formu İngilizce dışında çeşitli dillere çevrilerek geçerlilik çalışması yapılmıştır.^{59,60} Çalışmamızda birçok dile çevrilmiş olan ve Türkçe’ye çevirdiğimiz erkek cinsel sağlığı anketinin geçerlilik çalışmasını yaptık.

Çalışmamızda yaptığımız faktör analizinde soruların orijinal dilinde yer aldıkları alt ölçeklerden farklı yerde hesaplanmıştır. Orijinal dilinde ereksiyon alt ölçeğinde yer alan 4. soru, bizim çalışmamızda Alt Ölçek 2’de yer almıştır. Orijinal dilinde ejakülasyon alt ölçeğinde yer alan 10. soru, bizim çalışmamızda Alt Ölçek 3’de yer almıştır.

Testi yorumladıktan sonra test içindeki soruların iç uyumunu değerlendirdik. Hesapladığımız Cronbach alfa değerleri Rosen ve arkadaşlarının çalışmasında yaptıkları geçerlilik çalışmasından farklı olmuştur. Rosen ve arkadaşlarının çalışmasında ereksiyon alt ölçeğini 0,93; ejakülasyon alt ölçeğini 0,84; tatmin alt ölçeğini 0,90 olarak hesaplanırken, çalışmamızda alt ölçek 1 için 0,81; alt ölçeği 2 için 0,52 5. soru bu alt ölçekten çıkarıldığında 0,78 düzeyine yükselmektedir; alt ölçek 3 için 0,90 sonuçlarına ulaşıldı. Buna rağmen araştırmalarda kullanılacak ölçme araçları için öngörülen güvenilirlik düzeyinin 0.70 olduğu⁶¹ dikkate alınır, ölçeğin güvenilirlik düzeyinin yeterli olduğu söylenebilir. Çevirimizde 5. sorunun oluşturduğu problemin sebebi anlaşılammıştır.

Çalışmamızda çıkan başka bir problem ise 12. soruda ortaya çıkmıştır. Orijinal dilinden aynı şekilde çevrildiği için anlaşılma problemi oluştuğunu düşünmekteyiz. Bu sorunun “Rahatsız etmedi” seçeneğine “Hiç zorlanmadım” ibaresi eklenmesi ile düzelebileceğini

düşünmekteyiz.

Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik yapılmış anketlerden yukarıda bahsettiğimiz ölçekler dışında cinsellik fizyolojisini tüm boyutları ile değerlendirilen bir ölçek bulunmamaktadır. Bahsettiğimiz ölçeklerin de eksikleri göz önünde bulundurulması MSHQ’yu bir tarama testi olarak ideal bir ölçek haline getirmektedir. Özcan ve arkadaşlarının Yeni Üroloji Dergisi’nde yayınlanan çalışmasında MSHQ’nun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmamış halinin tatmin alt ölçeği kullanılmıştır. Çalışmalarında MSHQ’nun mükemmel psikometrik özellikleri olduğu, klinik çalışma ve araştırma protokollerinin oldukça uygun olduğu bildirilmiştir.⁶²

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarından elde edilen bulgular çalışmamızın MSHQ’nun Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir. Ancak geliştirmeler yapılması gereklidir.

5.1. Sonuç ve Öneriler

Çalışmamız sonucunda MSHQ’nun Türkçe’ye çevirdiğimiz hali, alt ölçeklerinin kuvvetli geçerliliği ve güvenilirliği; yüksek duyarlılığı ve özgüllüğü olması ile, aynı zamanda mevcut ölçeklere kıyasla cinsel işlev fizyolojisinin tüm yönlerini kapsayabilmesi ile klinikte rahatlıkla kullanılabilme için ideal bir ölçektir. Ayrıca önerilerimiz ile MSHQ’nun Türkçe formunun daha da güçlü bir ölçek olacaktır.

Çalışmamız sonucunda çevirdiğimiz ölçekte yer alan 4. ve 12. sorulara düzeltmeler yapılmasını tavsiye etmekteyiz. Ölçeğin 4. sorusunun cevap şıklarına ilk üç soruda olduğu gibi “Her cinsel aktivitede Viagra ya da benzer ilaç kullandım.” seçeneğinin eklenmesi anlaşılma problemlerini çözebileceği düşünmekteyiz. Sorunun orijinal yeri ereksiyon alt ölçeği olsa da, çalışmamızda ejakülasyon alt ölçeğine denk gelmektedir; fakat sorunun göreceli olması nedeniyle tatmin alt ölçeğinde yer almasının uygun olacağını düşünmekteyiz. Ölçeğin 12. sorusunda oluşabilecek anlaşılma problemi “Rahatsız Etmedi” seçeneğinin yanına “Hiç zorlanmadım.” ibaresi eklenerek çözülebilir.

Gelecekteki çalışmaların, tanı ve sınıflandırma amacıyla tedavi ve kesme puanlarına duyarlılığa odaklanması tavsiye edilmektedir.

6. ÖZET

Giriş ve Amaç

Erkek cinsel işlev bozukluğu sadece bir hastalık olmayıp bazı hastalıklardan morbidite ve mortalite açısından daha tehlikelidir. Bu, hekimler tarafından bilinmesine rağmen cinsel hayatın hassas bir konu olması nedeniyle göz ardı edilmektedir. Cinselliğin tabu olduğu ülkemizde hekimler olarak biraz da işimizi kolaylaştırmak için ölçeklere başvurabiliriz. Birden çok ölçek vermektense ziyade tek ölçek ile cinsel fizyolojinin tamamını incelemek tercihen daha pratik olmaktadır. Sonuç olarak cinsel hayatı bütün yönleri ile inceleyen MSHQ'yu Türkiye'de kullanmak amacıyla Türkçe'ye çevirdik ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptık.

Gereç ve Yöntem

Kocaeli merkez ilçelerinde 18 yaşını geçmiş 120 erkek örneklem olarak alındı. Katılımcılara sosyo-demografik veri formu, IIEF (Türkçe) ve MSHQ (Türkçe) ölçekleri zarf içinde verildi ve katılımcılar doldurduktan sonra kapalı zarf içinde geri alındı.

Bulgular

Yapılan faktör analizi sırasında Türkçe versiyonu orjinal versiyonunda olduğu gibi 3 alt ölçeğe ayrıldı, fakat bu 3 alt ölçeğe göre sorulan sorular orjinalinden farklı alt ölçeklerde yer aldı. Sonuçta ortaya çıkan 3 alt ölçeklere iç tutarlılık kontrolü yapıldı. Crohnbach Alfa değerleri: Ereksiyon alt ölçeği 0,81; ejakülasyon alt ölçeği 0,52; tatmin 0,90'dır. Ejakülasyon alt ölçeğinde yer alan 5. soru bu alt ölçekten çıkartıldığı takdirde iç tutarlılığın 0,78 düzeylerine yükseldiği görüldü. IIEF alt grupları ile MSHQ alt gruplarına yapılan Pearson korelasyonu sonucunda bütün alt gruplar birbirleriyle yüksek düzeyde ilişkili çıktı.

Yapılan ROC analizinin sonucunda farklı alt ölçekler için duyarlılık %44 ile %86 arasında, özgüllük ise %38 ile %90 arasında bulunmuştur.

Sonuç

Mevcut Türkçe ölçekler arasında MSHQ cinsel işlevin tüm yönlerini kapsamı nedeniyle kullanılabilir en ideal ölçektir. Elde edilen bulgular; MSHQ'nun Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: cinsel işlev bozukluğu, geçerlilik ve güvenilirlik, IIEF, MSHQ

7. ABSTRACT

Purpose: Male sexual dysfunction is not just a disease, but also is more dangerous than some other disease for morbidity and mortality. This fact is ignored because sexual life is a delicate matter although it's well known by physicians. We, physicians may appeal to questionnaires to simplify this job in this country where sexuality is a taboo. To examine physiology completely with a single questionnaire is preferably more practical than using many questionnaires. Consequently, MSHQ which studies sexual life entirely has been translated into Turkish and we aimed to determine its validity with the purpose of using it in Turkey.

Method: 120 male subjects from Kocaeli central district whose over 18 years old, participated in in this study. Sociodemographic assessment form, IIEF (Turkish version) and MSHQ (Turkish version) have been given to participants in envelope. These participants filled up the forms and placed them in envelopes. Finally, this closed envelopes have been taken from them.

Results: The questionnaire has been divided in 3 domains just as the original version as a part of factor analyzing process, but those questions of 3 domains have been appeared in different domains in comparison with original version. Cronbach Alfa values are: for erection domain 0,81; for ejaculation domain 0,52; for satisfaction domain 0,90. Ultimately, internal consistency has been applied to mentioned 3 domains. We saw that internal consistency increased to 0,78, if fifth question of ejaculation domain has been removed. Also, all domains are highly correlated according to Pearson correlation which has been applied to IIEF domain and MSHQ domain. Between 44%-86% sensitivity, 38%-90% specificity have been calculated, respectively as a result of ROC analysis.

Conclusion: MSHQ is the optimal questionnaire among the existing Turkish questionnaires by the reason of approaching sexual function in all its parts. Findings proved Turkish version of MSHQ is a valid and reliable tool of measurement.

Key words: sexual dysfunction, validity and reliability, IIEF, MSHQ

8. EKLER

EK 1: Etik Kurul onayı



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Umutepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 71 64
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaeli.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Izmit Merkez İlçeleri Erkek Nüfusunda Cinsel Sağlık Anketi ile ilgili Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KOU KA EK 2016/15			
	EUDRACT NUMARASI				
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Tuncay Müge Alvur			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Asistan Hekim Hakan Yurtseven			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA (UZMANLIK TEZİ)			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	06.01.2016		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.01.2016		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15/1	Proje No: KOU KAİK 2016/15	Tarih : 27.01.2016
	Doç. Dr. Tuncay Müge Alvr sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen Klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Hasta Hakları Yönetmeliği Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (8 Mayıs 2014/ 28994), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Nisan 2013),ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996)İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyolojik ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde - 10 (6 Nisan 2011, 6225) Resmî Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (25 Haziran 2014/29041)
----------------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. KADİR BABAĞLU
ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
PROF. DR. KADİR BABAĞLU BAŞKAN	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
YRD. DOÇ. DR. ASLIHAN AKPINAR RAPORTÖR	TIP TARİHİ VE ETİK	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOÇ. DR. YUSUFHAN YAZIR ÜYE	KÖK HÜCRE	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOÇ. DR. SELCEN GÖÇMEZ ÜYE	FARMAKOLOJİ	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOÇ. DR. HALUK EMRE ÖZEL ÜYE	DIŞ HEKİMİ	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROF. DR. ERDEM OKAY	GENEL CERREAHİ	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOÇ. DR. ÖZLEM YILDIZ GÜNDOĞDU ÜYE	ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOÇ. DR. CANAN BAYDEMİR ÜYE	İSTATİSTİK	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
YRD. DOÇ. DR. CEYLA ERALDEMİR ÜYE	BİYOKİMYA	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

EK 2: Sosyodemografik Anket

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ ANKETİ

- 1) Yaşınız?
- 2) Öğrenim durumunuz:
 Okur yazar değil Okur yazar
 İlköğretim Lise
 Üniversite
- 3) Gelir getirici bir işte çalışma durum
 Çalışıyor Çalışmıyor (4. soruya geçiniz)
- 3a) Mesleğiniz/İşiniz?
- 4) Gelir durum
 Gelir giderinden az
 Gelir giderine eşit
 Gelir giderinden fazla
- 5) Şuan ki aile yapısı
 Çekirdek aile Geniş aile
 Diğer...
- 6) Medeni durumunuz
 Evli Bekar
 Birlikte yaşıyor Boşanmış
- 7) Her hangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
 Evet Hayır
- 7a) Cevabınız evet ise eşiniz/partneriniz ile hangi aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?
 Doğum kontrol hapt
 Kondom (prezervatif)
 RİA (Rahim içi araç-spiral)
 Tüplerin bağlanması
 Geri çekme
 Diğer
- 8) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
 Evet Hayır
- 8a) Cevabınız evet ise sahip olunan kronik hastalığınız nedir?
 Şeker hast Yüksek Tansiyon
 Yüksek kolesterol Kalp hast
 Eklem rahatsızlıkları
- 9) Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı?
 Var Yok
- 9a) Varsa, kullandığınız ilacın adını yazınız.
- 10) Evlilik/partnerinizle ilişki süreniz
- 11) Eşinizin/partnerinizin yaşı?
- 12) Eşinizin/partnerinizin öğrenim durumu?
 Okur yazar değil
 Okur yazar
 İlköğretim
 Lise
 Üniversite
- 16) Eşinizin/partnerinizin mesleği nedir?
- 17) Eşinizin/partnerinizin herhangi bir sağlık sorunu var mı?
 Evet Hayır
- 17a) Cevabınız evet ise eşinizin/partnerinizin sağlık problemi nedir?
 Şeker hastalığı Kalp Hastalığı
 Fazla kiloluluk, şişmanlık
 Yüksek Tansiyon Ruhsal Sorunlar
 Bulaşıcı Hastalık
- 18) Eşinizin/partnerinizin herhangi bir cinsel sağlık sorunu var mı?
 Evet Hayır
- 19) Sigara kullanıyor musunuz?
 Evet Hayır
- 20) Alkol kullanıyor musunuz?
 Evet Hayır

EK 3: IIEF (Uluslararası Ereksiyon Fonksiyon İndeksi)

1. Son 4 hafta içindeki cinsel faaliyetleriniz sırasında peniste sertleşme ne sıklıkta oldu?

- Cinsel faaliyet olmadı
Hemen hemen hepsinde (her zaman)
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
Bazen (yaklaşık yarısında)
Nadiren (yarısından çok daha azında)
Hiç ya da hemen hemen hiç

2. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma ile oluşan sertleşmenin ne kadarlık bir kısmı cinsel ilişkiyi sağlayacak düzeydeydi?

- Cinsel faaliyet olmadı
Hemen hemen hepsinde (her zaman)
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
Bazen (yaklaşık yarısında)
Nadiren (yarısından çok daha azında)
Hiç ya da hemen hemen hiç

3. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki girişimlerinde hazneye giriş (duhul) ne sıklıkta mümkün oldu?

- Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
Hemen hemen hepsinde (her zaman)
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
Bazen (yaklaşık yarısında)
Nadiren (yarısından çok daha azında)
Hiç ya da hemen hemen hiç

4. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkiler sırasındaki sertliği ne sıklıkta devam ettirebildiniz?

- Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
Hemen hemen hepsinde (her zaman)
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
Bazen (yaklaşık yarısında)
Nadiren (yarısından çok daha azında)
Hiç ya da hemen hemen hiç

5. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkileri tamamlamak için sertleşmeyi sürdürmekte ne kadar zorlandınız?

- Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
Hemen hemen hepsinde (her zaman)
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
Bazen (yaklaşık yarısında)
Nadiren (yarısından çok daha azında)
Hiç ya da hemen hemen hiç

6. Son 4 hafta içinde kaç kez cinsel ilişki girişiminde bulundunuz?

- Hiç girişimde bulunmadım
1-2 3-4 5-6 7-10
10'dan fazla

7. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki girişimlerinizden ne sıklıkta memnun oldunuz?

- Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
Hemen hemen hepsinde (her zaman)
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
Bazen (yaklaşık yarısında)
Nadiren (yarısından çok daha azında)
Hiç ya da hemen hemen hiç

8. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkilerinizden ne kadar zevk aldınız?

- Cinsel ilişki olmadı
Son derece zevk aldım
Çok zevk aldım
Az derece zevk aldım
Pek zevk almadım
Hiç zevk almadım

9. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma yaşadınız mı veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta boşaldınız?

- Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
Hemen hemen hepsinde (her zaman)
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
Bazen (yaklaşık yarısında)
Nadiren (yarısından çok daha azında)
Hiç ya da hemen hemen hiç

10. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta orgazm (doyum) hissi yaşadınız?

- Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
 Bazen (yaklaşık yarısında)
 Nadiren (yarısından çok daha azında)
 Hiç ya da hemen hemen hiç

11. Son 4 hafta içinde ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- Her zaman
 Çoğunlukla (yarısında çok daha fazlasında)
 Bazen (yaklaşık yarısında)
 Nadiren (yarısından çok daha azında)
 Hiç ya da hemen hemen hiç

12. Son 4 hafta içinde cinsel isteğinizin düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Çok fazla Fazla Orta Az Çok az veya hiç yok

13. Son 4 hafta içindeki cinsel hayatınız genel olarak ne kadar tatminkardı?

- Çok tatminkardı
 Orta derecede tatminkardı
 Ne tatminkardı, ne de değildi
 Pek tatminkar değildi
 Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar tatminkardı?

- Çok tatminkardı
 Orta derecede tatminkardı
 Ne tatminkardı, ne de değildi
 Pek tatminkar değildi
 Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde sertleşmeyi sağlama ve devam ettirme konusunda kendinize güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Tam
 Tama yakın
 Orta derecede
 Az
 Çok az

EK 4: Erkek Cinsel Sağlığı Anketi (MSHQ)

Sayın katılımcı, bu çalışmanın amacı MSHQ (Male Sexual Health Questionnaire) anketinin Türkçeye kazandırılmasıdır. Sizin bu çalışmada yer almanız tamamen rastlantısalıdır. Çalışmada kimlik bilgileriniz kesinlikle kullanılmayacaktır, ancak doldurduğunuz veriler isimsiz olarak çalışmada kullanılacaktır.

Çalışmaya katılmanız durumunda ekte yer alan anket sorularını eksiksiz cevaplamanızı istemekteyiz.

Anketi doldurmak tahmini on dakika sürmektedir. Soruları yanıtlarken anketi doldurmaktan vazgeçebilirsiniz. Anketi doldurup geri verdiğinizde onam vermiş bulunmaktasınız, çalışmada sizinle ilgili kısmı tamamlamış olacaksınız. Bu araştırma ile ilgili karşılaşılabileceğiniz her türlü soru ve sorunla ilgili olarak Doç. Dr. Müge ALVUR veya Dr. Hakan YURTSEVEN (Aile Hekimliği Anabilim Dalı -303 7527) ile görüşebilirsiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Bu ankette cevaplayacağınız sorular seks yapma yeteneğinizin çeşitli boyutlarını kapsamaktadır. Bu soruları cevaplarken asıl partnerinizle olan ilişkinizin, diğer partnerleriniz ile olan cinsel aktivitenizin ya da mastürbasyonun tüm boyutlarını düşünün. Cinsel aktiviteden anlatılmak istenen; boşalmayla sonuçlanan cinsel ilişki, oral seks, mastürbasyon ya da bunların dışında kalan herhangi bir cinsel eylemdir.

İlk sorularımız ereksiyon (cinsel organın sertleşmesi) hakkındadır:

1. Son 4 hafta içinde Viagra gibi ilaçlar kullanmadan istediğiniz zaman sertleşebildiniz mi? Sertleşebildiyseniz ne kadar sıklıkta sertleşebildiniz?

- Her zaman
 Çoğu zaman
 Yaklaşık olarak yarısında
 Yarısından daha azında Hiçbir zaman
 Her cinsel aktivitede Viagra ya da benzer bir ilaç kullandım

2. Son 4 hafta içinde Viagra gibi ilaçlar kullanmadan sertleşebildiyseniz, ne kadar sıklıkta arzu ettiğiniz kadar sert kalabildiniz?

- Her zaman
 Çoğu zaman
 Yaklaşık olarak yarısında
 Yarısından daha azında
 Hiçbir zaman
 Her cinsel aktivitede Viagra ya da benzer bir ilaç kullandım

3. Son 4 hafta içinde Viagra gibi ilaçlar kullanmadan sertleşebildiyseniz, sertliğinizin derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Tamamen sert
 Neredeyse tamamen sert
 Bükülebilir sertlikte
 Kolayca bükülebilir sertlikte
 Hiç sert değil
 Her cinsel aktivitede Viagra ya da benzer bir ilaç kullandım

4. Son 4 hafta içerisinde Viagra gibi ilaçlar kullanmadan sertleşmekte ya da sert kalmakta problem yaşadıysanız, bu problem sizi rahatsız etti mi?

- Rahatsız etmedi Biraz rahatsız etti

- Orta derecede rahatsız etti
 Oldukça rahatsız etti
 Aşırı derecede rahatsız etti

Boşalma: *Anketin bu bölümünde erkek boşalması ve bu boşalmayla oluşan tatmin ile ilgili sorular sorulmaktadır. Boşalma ya da gelme; meninin cinsel doruk sırasında dışarıya salınmasıdır. Bu sorular cinsel aktivite sırasında oluşan tüm boşalmalarınızı kapsamaktadır. Cinsel aktiviteniz; cinsel partnerinizle ve/veya diğer partnerlerinizle olan cinsel ilişkinizi ya da mastürbasyon yaparken olan boşalmanızı kapsamaktadır.*

5. Cinsel partnerinizle cinsel ilişkiye girdiğiniz zamanlarda boşalabildiniz mi?

- Her zaman Çoğu zaman
 Neredeyse yarısında Yarısından azında
 Hiçbir zaman boşalamadım

6. Son 4 hafta içinde eşiniz ya da cinsel partnerinizle cinsel ilişkiye girdiğiniz zamanlarda geç boşaldığınızı ya da geç geldiğinizi düşündüğünüz oldu mu; olduysa ne kadar sıklıkta oldu?

- Hiçbirinde geç boşalamadım/ gelmedim.
 Yarısından daha azında geç boşaldım
 Yaklaşık olarak yarısında geç boşaldım
 Çoğunda Hepsinde Hiç boşalamadım

7. Son 4 hafta içinde, mastürbasyon yaparken veya eşiniz ya da cinsel partnerinizle seks yaparken, boşaldığınızı ama hiç sıvı gelmediğini hissettiniz mi, hissettiyseniz ne kadar sıklıkla hissettiniz?

- Hiçbir zaman Yarısından azında
 Yarısında Çoğunda Hepsinde
 Hiç boşalamadım

8. Son 4 hafta içinde boşalabildiyseniz, boşalmanızın gücünü ya da şiddetini nasıl değerlendirirsiniz?

- Her zamanki gibi güçlü
 Öncekilere göre gücü biraz daha az
 Öncekilere göre gücü orta derecede az
 Öncekilere göre gücü belirli derecede az
 Öncekilere göre gücü çok belirgin derecede az
 Hiç boşalamadım

9. Son 4 hafta içinde boşaldığınızda gelen meninin miktarını nasıl değerlendirirsiniz?

- Her zamanki kadardı
 Öncekilere göre miktarı biraz daha az
 Öncekilere göre miktarı orta derecede az
 Öncekilere göre miktarı belirgin derecede az
 Öncekilere göre miktarı çok belirgin derecede az
 Hiç boşalamadım

10. 4 hafta öncesine göre kıyasladığınızda, boşaldığınızda aldığınız haz...

- Çok arttı Orta derecede arttı
 Değişmedi Orta derecede azaldı
 Çok azaldı Hiç boşalamadım

11. Son 4 hafta içinde boşalabildiyseniz, boşaldığınız sırada fiziksel bir acı veya rahatsızlık hissettiniz mi?

- Hiç acı hissetmedim
 Çok az acı ya da rahatsızlık hissettim
 Orta derece acı ya da rahatsızlık hissettim
 Yüksek derece acı ya da rahatsızlık hissettim
 Aşırı derecede acı ya da rahatsızlık hissettim
 Boşalamıyorum

12. Son 4 hafta içinde eğer boşalmada zorlandıysanız ya da boşalamadıysanız, bu durum sizi ne kadar rahatsız etti?

- Rahatsız etmedi Biraz rahatsız etti
 Orta derecede rahatsız etti
 Oldukça rahatsız etti Çok fazla rahatsız etti

13. Boşaldığınızda aldığınız hazı SON BEŞ YIL ile karşılaştırdığınızda, sizce arttı mı azaldı mı?

- Çok arttı Biraz arttı Değişmedi
 Biraz azaldı Çok azaldı
 Hiç boşalamadım

Tatmin: Bu birkaç soru son 4 hafta içinde cinsel partnerinizle olan ilişkinizi sorgulamaktadır. Bazı

sorular cinsel ilişkinizi, bazıları ise tüm ilişkinizi ilgilendirmektedir.

14. Partnerinizle cinsel ilişkinizden genel olarak ne kadar tatmin oluyorsunuz?

- Son derece tatmin oldum
 Oldukça tatmin oldum
 Orta derecede tatmin oldum
 Biraz tatmin oldum
 Hiç tatmin olmadım

15. Genel olarak cinsel partnerinizle olan cinsel ilişkinizden ne kadar memnunsunuz?

- Son derece memnunum
 Oldukça memnunum
 Orta derecede memnunum
 Biraz memnunum
 Hiç tatmin olmuyorum

16. Partnerinizle cinsel ilişkiye girme sıklığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- Çok hoşnutum
 Oldukça hoşnutum
 Orta derecede hoşnutum
 Biraz hoşnutum
 Hiç hoşnut değilim

17. Partnerinizle cinsel ilişki sırasında birbirinize gösterdiğiniz ilgiden ne kadar memnunsunuz ?

- Çok memnunum
 Oldukça memnunum
 Orta derecede memnunum
 Biraz memnunum
 Hiç memnun değilim

18. Partnerinizin sizinle cinsellik hakkındaki iletişiminden ne kadar memnunsunuz?

- Çok memnunum
 Oldukça memnunum
 Orta derecede memnunum
 Biraz memnunum
 Hiç memnun değilim

19. Partnerinizle birlikteliğinizin cinsellik dışındaki yönlerinden ne kadar memnunsunuz?

- Çok memnunum
 Oldukça memnunum
 Orta derecede memnunum
 Biraz memnunum
 Hiç memnun değilim

9. KAYNAKÇA

1. The European Men's Health Forum (EMHF). 2009. Available at: www.emhf.org/index.cfm/item_id/305.
2. WHO | Defining sexual health. *WHO*. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/. Accessed April 12, 2017.
3. Rosen CB J Heiman, S Leiblum, C Meston, R Shabsigh, D Ferguson, R D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J. Sex Marital Ther.* 2000;26:191–208.
4. Gereklİoğlu Ç, BAŞhan İ, Akpınar E. ERKEK CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA AİLE HEKİMLİğİ YAKLAŞIMI. *Marmara Med. J.* 2010;23:308–315.
5. Berer M. Sexuality, rights and social justice. *Reprod. Health Matters* 2004;12:6–11.
6. Edwards WM, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. *Arch. Sex. Behav.* 2004;33:189–195. doi:10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5.
7. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am. Fam. Physician* 2000;62:127–148.
8. Gebhard PH, Johnson AB. *The Kinsey data: Marginal tabulations of the 1938-1963 interviews conducted by the Institute for Sex Research*. Indiana University Press; 1979.
9. Masters WH, Masters VJ. *Human sexual response*. Bantam Books; 1986.
10. Kaplan H. *The New Sex Therapy* Brunner/Mazel, New York. *Google Sch.* 1974.
11. American Psychiatric Association. Sexual Dysfuntions. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. Arlington, VA; 2013.
12. Kandeel FR, Koussa VK, Swerdloff RS. Male sexual function and its disorders: physiology, pathophysiology, clinical investigation, and treatment. *Endocr. Rev.* 2001;22:342–388. doi:10.1210/edrv.22.3.0430.
13. Rieser C. The etiology of retrograde ejaculation and a method for insemination. *Fertil. Steril.* 1961;12:488–492.
14. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.* 1994;151:54–61.
15. Ågmo A, Turi AL, Ellingsen E, et al. Preclinical models of sexual desire: conceptual and behavioral analyses. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2004;78:379–404.

16. Conaglen HM, Conaglen JV. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. *Aust. Prescr.* 2013;36:42–45.
17. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, et al. ORIGINAL ARTICLES: Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *J. Sex. Med.* 2010;7:1598–1607. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x.
18. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537–544.
19. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *Bmj* 2003;327:423.
20. Chew K, Stuckey B, Bremner A, et al. ORIGINAL RESEARCH–EPIDEMIOLOGY: Male Erectile Dysfunction: Its Prevalence in Western Australia and Associated Sociodemographic Factors. *J. Sex. Med.* 2008;5:60–69.
21. De Almeida Claro J, Kaufmann OG, Alarcon G, et al. Could a rural lifestyle decrease the prevalence of erectile dysfunction? *BJU Int.* 2007;99:127–129.
22. Bejin A. Epidémiologie de l'éjaculation prématurée et de son cumul avec la dysfonction érectile. *Andrologie* 1999;9:211–225.
23. Blanker MH, Bosch JL, Groeneveld FP, et al. Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: prevalence, concern, and relation to sexual activity. *Urology* 2001;57:763–768.
24. Virag R, Beck-Ardilly L. Nosologie, épidémiologie, quantification clinique des dysfonctions érectiles. *Rev. Médecine Interne* 1997;18:10s–13s.
25. Akkus E, Kadioglu A, Esen A, et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population-based study. *Eur. Urol.* 2002;41:298–304.
26. GÜNEŞ MİÖDM, KARAMAN Mİ. Erektıl Disfonksiyonda Etyolojik Değerlendirme. *Turk. Klin. J. Urol.* 2010;1:36–40.
27. McMahon CG, Abdo C, Incrocci L, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J. Sex. Med.* 2004;1:58–65.
28. Bagatell CJ, Bremner WJ. Androgens in men--uses and abuses. *N. Engl. J. Med.* 1996;334:707–714. doi:10.1056/NEJM199603143341107.
29. Reynolds CF, Frank E, Thase ME, et al. Assessment of sexual function in depressed, impotent, and healthy men: factor analysis of a Brief Sexual Function Questionnaire for men. *Psychiatry Res.* 1988;24:231–250.
30. Evaluation of male sexual dysfunction - UpToDate. Available at: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-male-sexual-dysfunction?source=search_result&search=evaluation%20of%20sexual%20dysfunction&selectedTitle=1~150. Accessed May 15, 2017.

31. Rosen R, Altwein J, Boyle P, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Eur. Urol.* 2003;44:637–649.
32. Rosen RC, Giuliano F, Carson CC. Sexual dysfunction and lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia (BPH). *Eur. Urol.* 2005;47:824–837. doi:10.1016/j.eururo.2004.12.013.
33. Sungur MZ. Erkek cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünya.* 1999;2:60–64.
34. Davis-Joseph B, Tiefer L, Melman A, et al. Accuracy of the initial history and physical examination to establish the etiology of erectile dysfunction. *Urology* 1995;45:498–502.
35. Geisser ME, Jefferson TW, Spevak M, et al. Reliability and validity of the Florida sexual history questionnaire. *J. Clin. Psychol.* 1991;47:519–528.
36. Conte HR. Multivariate assessment of sexual dysfunction. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:149-57.
37. Türk Androloji Derneği | Sorgulama ve Anket Formları. Available at: <http://www.androloji.org.tr/belgeler/65/sorgulama-ve-anket-formlari>. Accessed May 17, 2017.
38. Safarinejad MR. The effects of the adjunctive bupropion on male sexual dysfunction induced by a selective serotonin reuptake inhibitor: a double-blind placebo-controlled and randomized study. *BJU Int.* 2010;106:840–847. doi:10.1111/j.1464-410X.2009.09154.x.
39. Sayuk GS, Gott BM, Nix BD, et al. Improvement in sexual functioning in patients with type 2 diabetes and depression treated with bupropion. *Diabetes Care* 2011;34:332–334.
40. Yee A, Loh HS, Hisham Hashim HMB, et al. Clinical factors associated with sexual dysfunction among men in methadone maintenance treatment and buprenorphine maintenance treatment: a meta-analysis study. *Int. J. Impot. Res.* 2014;26:161–166. doi:10.1038/ijir.2014.18.
41. Traish AM, Hassani J, Guay AT, et al. Adverse Side Effects of 5 α -Reductase Inhibitors Therapy: Persistent Diminished Libido and Erectile Dysfunction and Depression in a Subset of Patients. *J. Sex. Med.* 2011;8:872–884. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02157.x.
42. Wu C, Zhang H, Gao Y, et al. The Association of Smoking and Erectile Dysfunction: Results From the Fangchenggang Area Male Health and Examination Survey (FAMHES). *J. Androl.* 2012;33:59–65. doi:10.2164/jandrol.110.012542.
43. Pourmand G, Alidaee MR, Rasuli S, et al. Do cigarette smokers with erectile dysfunction benefit from stopping?: a prospective study. *BJU Int.* 2004;94:1310–1313. doi:10.1111/j.1464-410X.2004.05162.x.

44. Tsertsvadze A, Fink HA, Yazdi F, et al. Oral phosphodiesterase-5 inhibitors and hormonal treatments for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Ann. Intern. Med.* 2009;151:650–661.
45. Melnik T, Soares B, Nasello AG. Psychosocial interventions for erectile dysfunction. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2007. doi:10.1002/14651858.CD004825.pub2.
46. Althof SE, Abdo CHN, Dean J, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J. Sex. Med.* 2010;7:2947–2969. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01975.x.
47. Asimakopoulos AD, Miano R, Agrò EF, et al. Does current scientific and clinical evidence support the use of phosphodiesterase type 5 inhibitors for the treatment of premature ejaculation? A systematic review and meta-analysis. *J. Sex. Med.* 2012;9:2404–2416.
48. Dinsmore WW, Wyllie MG. PSD502 improves ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when applied topically 5 min before intercourse in men with premature ejaculation: results of a phase III, multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *BJU Int.* 2009;103:940–949. doi:10.1111/j.1464-410X.2009.08456.x.
49. Carson C, Wyllie M. Improved ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when PSD502 is applied topically in men with premature ejaculation: results of a phase III, double-blind, placebo-controlled study. *J. Sex. Med.* 2010;7:3179–3189. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01913.x.
50. Rooney M, Pfister W, Mahoney M, et al. Long-term, multicenter study of the safety and efficacy of topical alprostadil cream in male patients with erectile dysfunction. *J. Sex. Med.* 2009;6:520–534. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01118.x.
51. Rosen RC, Wei JT, Althof SE, et al. Association of sexual dysfunction with lower urinary tract symptoms of BPH and BPH medical therapies: results from the BPH Registry. *Urology* 2009;73:562–566.
52. Saitz T, Serefoglu E, Trost L, et al. The pre-treatment prevalence and types of sexual dysfunction among patients diagnosed with prostate cancer. *Andrology* 2013;1:859–863.
53. Serefoglu EC, Atmaca AF, Dogan B, et al. Problems in understanding the Turkish translation of the international index of erectile function. *J. Androl.* 2008;29:369–373.
54. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822–830.
55. Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *Int. J. Impot. Res.* 2002;14:226–244. doi:10.1038/sj.ijir.3900857.

56. Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, et al. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology* 1999;54:346–351.
57. GEISSER ME, MURRAY FT, COHEN MS, et al. Use of the Florida Sexual History Questionnaire to differentiate primary organic from primary psychogenic impotence. *J. Androl.* 1993;14:298–303.
58. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int. J. Impot. Res.* 2004;16:531–534.
59. Lim T, Das A, Rampal S, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the English version of the International Index of Erectile Function (IIEF) for use in Malaysia. *Int. J. Impot. Res.* 2003;15:329–336.
60. Wiltink J, Hauck E, Phädayanon M, et al. Validation of the German version of the International Index of Erectile Function (IIEF) in patients with erectile dysfunction, Peyronie's disease and controls. *Int. J. Impot. Res.* 2003;15:192–197.
61. Bütüner SÖ. Büyüköztürk, Ş.(2007), Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı, Ankara: Pegem A Yayıncılık. *İlköğr. Online* 2008;7.
62. Yeni Üroloji Dergisi Cilt: 9 Sayı: 3 - Avrasya Üroonkoloji Derneği. Available at: <http://www.avrasyauroonkoloji.org/tr/dergiler/yeni-uroloji-dergisi-cilt-9-sayi-3>. Accessed May 18, 2017.