

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği



Bilgilendirme Dosyası - 6

"Erkek Cinselliği"

CETAD
CİNSEL EĞİTİM TEDAVİ VE ARAŞTIRMA DERNEĞİ



"Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk" projesi, Avrupa Birliği tarafından finanse edilen T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında desteklenmektedir.

Bu yayının içeriği sadece Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Proje Ekibi sorumluluğu altında olup, hiçbir şekilde T.C. Sağlık Bakanlığı ile Avrupa Birliği'nin görüşlerini yansıtmaz.

CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI ALANINDA ULUSAL VE YEREL MEDYA YOLUYLA SAVUNUCULUK PROJESİ

Bilgilendirme Dosyası 6: ERKEK CİNSELLİĞİ

Editörler:

Prof. Dr. Mehmet Z. SUNGUR

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Tufan TARCAN

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Proje Yürütücüsü:

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği

Proje Destekleyenleri:

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı

Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği

Proje Ekibi:

Proje Koordinatörü : Azime Acar

Proje Asistanı : Tracy Kazmirci

Proje Sekreteri : Pınar Bingöl

Yerel Temsilciler : Şadan Kolaylı (Bursa), Veysi İpek (Diyarbakır), Filiz Özkan (İzmir)

Merhaba,

CETAD olarak, Haziran 2006 tarihinden itibaren “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk” konulu bir projeyi başlattık. Projemiz AB Komisyonu tarafından finanse edilen Sağlık Bakanlığı Türkiye Üreme Sağlığı Programı tarafından desteklenmektedir.

Projemiz, ulusal ve yerel medya üyelerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında ki haberdarlık ve duyarlılıklarını arttırmayı ve bu alanda çalışan sivil toplum kuruluşlarıyla karşılıklı işbirliğini geliştirmeyi, kamuoyuna bu alandaki doğru mesajları daha etkin ve daha yaygın biçimde ulaştırmayı hedeflemektedir.

Çünkü, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki savunuculuğun toplumun tüm kesimleri açısından hizmet talebinin ve hizmet sunumunun yaygınlaştırılmasında çok önemli bir yeri olduğunu düşünmekteyiz.

Bu amaçla, proje kapsamında kendi alanlarında uzman akademisyenlerden oluşan editörler ve bu editörlere yardımcı olan bir araştırmacı yazar kadrosu tarafından sekiz ayrı başlıkta dosyalar hazırlanacaktır.

ERKEK CİNSELLİĞİ başlıklı altıncı dosyayı sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz.

Projemizi tamamlayacağımız Haziran 2007 tarihine kadar medya aracılığıyla kamuoyunun dikkatine sunulacak olan diğer iki dosyanın başlıklarını da sizlerle paylaşmak istiyoruz.

- Gençlik ve Cinsellik
- Seks Ticareti

Umarız ki, CETAD'ın üstlendiği bu çalışma kamuoyunda cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilincine katkıda bulunacaktır.

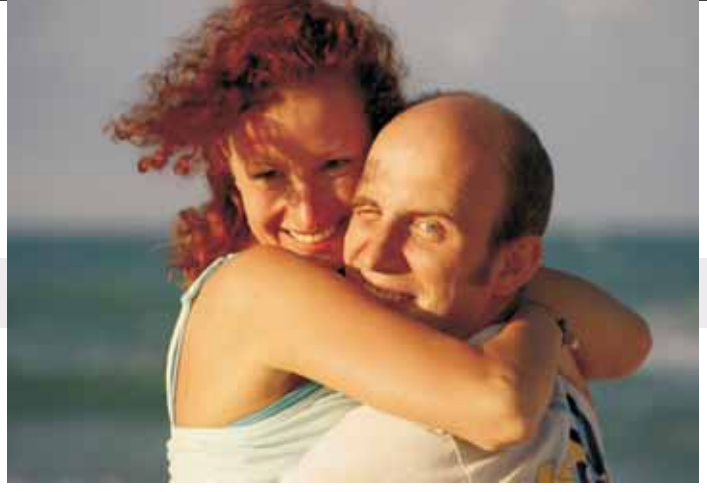
Saygılarımla,

Doç. Dr. Cem İNCESU

CETAD Yönetim Kurulu Üyesi ve Proje Direktörü

İÇİNDEKİLER

I. CİNSELLİĞİN TANIMI.....	7
1- Cinselliğin Tanımı Nasıl Yapılabilir?	7
2- Cinsellikte “Normal”, “Anormal” Gibi Kavramlar Kullanılabilir mi?	7
3- Cinsel Sorunların Çözümüne Yönelik Başvurular Türkiye’de Neden Arttı: Cinsel Sorunlar mı Daha Fazla, Yoksa İnsanlar mı Bu Konuda Hassaslaştı?	7
4- Artan Talebe Yönelik Hizmetler Hangi Boyutlarda?	8
5- Cinsel Yönden Daha Bütüncül Bir Hizmet Vermek İçin Birden Fazla Tıp Meslek Grubunun İşbirliğinin Önemi.....	8
II- CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ OLUŞUMU VE DEVAMINDA ÖNEMLİ BİR ETKEN OLARAK CİNSEL MİTLER: CİNSELLİKLE İLGİLİ YANLIŞ BİLGİ VE İNANIŞLAR.....	10
III- CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI	14
1- Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları (CİB)	15
i. Cinsel ilgi ve istek bozuklukları (CİİB)	15
ii. Cinsel uyarılma bozuklukları	15
iii. Orgazm bozuklukları	17
iv. Cinsel ağrılar	18
2- Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Tedavi	19
i. Farmakoterapi.....	19
ii Cinsel terapi uygulamaları	21
3- Cinsel İşlev Bozukluklarının Değerlendirme ve Tedavisinde Kültürel Etkenler.....	23
4- Cinsel İşlev Bozukluklarının Değerlendirme ve Tedavisinde Etik İlkeler	23
5- Cinsel İşlev Bozukluklarının Değerlendirme ve Tedavisinde Disiplinler Arası İlişkiler	24
IV- CİNSELLİKLE İLGİLİ SIKÇA SORULAN SORULAR.....	26
V- ERKEK CİNSEL İSTİSMARI.....	30
VI- ÇOCUĞUN CİNSEL İSTİSMARI.....	31
VII- EŞCİNSELLİK.....	32
VIII- ERKEK CİNSEL ANATOMİ ve FİZYOLOJİSİ.....	34
1- Erkek Cinsel Anatomisi	34
2- Erkek Cinsel İşlev Fizyolojisi ve Cinsel Yanıt Döngüsü	35
IX- HORMONLARIN ERKEK CİNSEL SAĞLIĞI VE ÜREME ÜZERİNE ETKİSİ	36
X- ERKEK CİNSEL SAĞLIĞI	38
1- Sertleşme Kaybı (SK) Tedavisinde Son Gelişmeler	38
2- Sık Görülen ve Erkek Üreme İşlevini Etkileyebilen İki Sorun: İnmemiş Testis ve Varikosel	39



I. CİNSELLİĞİN TANIMI

1. Cinselliğin Tanımı Nasıl Yapılabilir?

Cinsellik, genel anlamda bireyin hem bedensel hem de ruhsal katılımı ile gerçekleşen doyuma ve üremeye yönelik yaşantılar olarak tanımlanabilir. **Üremeye yönelik** yaşantı ancak karşı cinsiyetten birinin varlığıyla mümkünken, **doyuma yönelik** yaşantıda böyle bir zorunluluk yoktur. Bireyler, doyuma yönelik cinselliği herhangi bir partner olmadan kendi kendilerine yaşayabilecekleri gibi, kendi cinsiyetlerinden biriyle de yaşayabilirler.

2. Cinsellikte “Normal”, “Anormal” Gibi Kavramlar Kullanılabilir mi?

“Normal” ve “anormal” gibi kavramların tanımını yapmakta bazı güçlükler vardır. Çünkü cinsel ilgi ve performans, bireyler arasında önemli farklılıklar gösterdiği gibi, aynı bireyde bile farklı zaman ya da farklı partnerlerle değişiklikler gösterebilir. Ayrıca zaman zaman gelenekselin dışında yaşanan bazı cinsel aktiviteler birçok kişi için “anormal” olarak tanımlanabilirken, aynı cinsel aktiviteyi paylaşan partnerler yönünden “normal” olarak kabul edildiği müddetçe ortaya bir sorun çıkmayacaktır. Örneğin cinsel aktivite sırasında partnerinin uzun ince topuklu ayakkabı giymesini arzu eden bir erkek ve onun bu arzusundan rahatsızlık duymayan bir kadın, cinselliği oldukça tutkulu bir biçimde yaşayabilirler. Oysa psikiyatri alanında çalışan bir profesyonel ya da bu tür bir ilişkiyi tuhaf bulan kişiler aynı cinsel aktiviteyi bir **fetişizm** olarak değerlendirilebilir. O halde uygulamada bir cinsel işlevin “anormal” olarak tanımlanabilmesi, biz profesyonellerin ya da genel olarak “diğerlerinin” takdiri ile değil, cinselliği paylaşan bireylerden birinin ya da her ikisinin (kaç kişiye) aynı konu ile ilgili yakınma getirmesiyle mümkündür. Ne var ki geçen zaman sürecinde ince topuklu ayakkabı giymekten rahatsız olmayan kadın, ayakkabıları olmadığı zaman partnerinin uyarılmadığını fark ettiğinde, giydiği ayakkabı kadar çekici olmadığını düşünerek, o zamana kadar doyum sağladığı ve **normal** olarak nitelediği bu cinsel aktiviteyi artık **anormal** olarak değerlendirmeye başlayıp, profesyonel yardım arama yoluna gidebilir. Bu senaryo bize belirli bir zaman diliminde **normal**, hatta **uyarıcı** gibi gelen bazı cinsel aktivitelerin, aynı birey veya çiftte başka bir zaman diliminde **anormal** ve hatta **itici** bir aktiviteye dönüşebildiğini göstermesi yönünden ilginçtir.

“Anormal” kavramı gibi “**frijit**” ve “**empotan**” (iktidarsız) gibi terimlerin kullanılmasından da kaçınılmalıdır. Çünkü bu terimler hem etiketleme oluşturmakta, hem de anlamı net olmayan, aşağılayıcı bir içerik taşımaktadır. Örneğin iktidarsız bir erkekte kastedilen cinsel ilgi ve isteği olmayan bir erkek midir? Yoksa sertleşme sağlayamayan bir erkek midir? Çocuk sahibi olamayan bir erkek midir? Erkeğin iktidarı diye bir şey var mıdır, varsa bu cinselliğiyle mi ölçülmelidir? “Frijit” kadından kastedilen cinsel yönden soğuk bir kadın mıdır? Soğuk bir kadınsa belirli bir partnere soğuk davranan bir kadının tüm erkeklere ilgisinin azaldığı ya da genel olarak cinselliğe ilgisinin azaldığı söylenebilir mi? Soğuk kadınlar mı vardır, yoksa soğumaya neden olan ilişkiler ve erkekler mi?

3. Cinsel Sorunların Çözümüne Yönelik Başvurular Türkiye’de Neden Arttı: Cinsel Sorunlar mı Daha Fazla, Yoksa İnsanlar mı Bu Konuda Hassaslaştı?

Ülkemizde özellikle son onbeş yıl içinde cinsel sorunların çözümüne yönelik yardım arayışı yönünde artan talebi, cinsel sorunların artmasından çok, cinselliğe yönelik sosyal tutumların değişmesiyle açıklamak mümkündür. Bu süreç içinde her şeyden önce **medya iletişim araçlarının**, cinselliğin nitelikli bir ilişkinin değişmez bir parçası olduğunu sık sık vurgulamasının önemi büyüktür. Medya aracılığıyla iletilen mesajın özü şudur: Herkesin, hatta kadınların (!) cinselliğin tadını çıkarma, uyarılma ve orgazm olma hakları vardır. Bu

mesajın sık sık gündemde olması, çifti oluşturan eşlerin cinsel yaşamdan beklentilerinin artmasına ve böylelikle cinsel hazı engelleyen durumlarda tedavi merkezlerine daha sık başvurularına yol açmıştır. Yardım arama davranışlarının artmasındaki diğer etkenler ise, artan talebi karşılamaya yönelik olarak kurulan *tedavi merkezlerinin* sayısının artması ve cinsel sorunların tedavisinde başarıyla kullanılan ilaç ve cinsel terapi tekniklerinin geliştirilmesidir. Bugün elimizde birçok cinsel işlev bozukluğunda etkili olarak kullanılabilen *cinsel terapi* teknikleri mevcuttur. Ayrıca AIDS gibi *cinsel yolla bulaşan* hastalıkların gündemde oluşu, eşlerin tatmini farklı partnerlerde aramak yerine, mevcut cinsel ilişkinin iyileştirilmesi yönünde çaba göstermelerine de yol açmıştır. Ne var ki bu son noktanın ülkemizdeki önemi henüz tartışılabilir boyuttadır.

4. Artan Talebe Yönelik Hizmetler Hangi Boyutlarda?

Günümüzde cinsel yaşamla ilgili sorunlar, eskiye oranla daha kolaylıkla dile getirilebilmekte; toplumumuz insanı, yaşamının bu alanında da önemli sorunlar olabileceğini daha az inkar etmekte ve daha çok yardım arayışı içine girmektedir. Artan talebe yönelik olarak verilen hizmetleri iki başlıkta toplamak mümkündür. Birincisi, aslında belirgin bir cinsel işlev bozukluğu olmayan ve daha çok çeşitli yanlış bilgiler ve abartılı beklentiler nedeniyle çeşitli korkular yaşayan ya da cinsel performans ya da tatminini daha da arttırmaya çalışan birey ve çiftlere bilgi vermek, endişelerini gidermek ve cinsel yaşamlarını daha doyum sağlayıcı bir duruma getirmek için verilen *cinsel danışmanlıktır*. İkincisi ise belirgin bir cinsel işlev bozukluğu olan birey ve çiftlere sorunların değerlendirilmesi ve çözülmesi konusunda yardım amacıyla kurulan cinsel işlev bozuklukları değerlendirme ve *tedavi merkezleridir*. Birinci grupta zamanında verilen iyi bir danışmanlık, doğal olarak ikinci gruba olan başvuruları azaltabilir. Bu iki grup hizmeti birbirinden iyi ayırt etmek çok önemlidir. Çünkü birinde bir bilgilendirme ve yönlendirme söz konusu iken, diğerinde tedavi ağırlık kazanmaktadır. Diğer taraftan bu iki grup hizmeti aynı çatı altında yürütmek de yine çok önemlidir. Çünkü cinsel sorunlarına çözüm arayan birey ve çiftler, üroloji, jinekoloji, psikiyatri gibi birbirinden oldukça farklı disiplinlere başvurabilmektedir. Her bir tıp meslek grubu, kendine başvuran bireyleri doğal olarak kendi bölümlerini ilgilendiren hastalıklar yönünden incelemekte ve kendilerini doğrudan ilgilendiren bir hastalık saptanmadığında, aynı birey ve çiftler bir sonraki aşamada kime ve nereye başvuracağını bilememektedirler. *Sorunları teşhis edilemediği düşüncesiyle bu kişiler, aynı tıp dalından bir başka kişiye başvurup hem zaman, hem para, hem de umut kaybına uğrayıp çaresizlik duygusu içine girebiliyorlar*. Cinsel İşlev Bozuklukları Değerlendirme ve Tedavi Merkezleri, cinsel sorunların çözümüne yönelik yardım arayışı yönünde artan talepleri karşılayabilmek, sorunları nedeniyle kime ve nereye başvuracağını bilemeyen birey ve çiftlere *adres göstermek* ve sorunların çözümünde kullanabilecekleri en uygun yöntemleri öğretmek gibi amaçlarla kurulur. İdeal bir merkezde yardım için başvuran birey ve çiftler öncelikle sorunun kökeni yönünden incelenir, daha sonra bu birey ya da çift, sorunun özelliğine bağlı olarak aynı merkezde çalışan bir cinsel terapist veya androlog veya duruma bağlı olarak her ikisi tarafından takip edilir. Böylelikle danışan kişi aynı merkez içinde en çok yarar sağlayacağı adresi bulma şansına kavuşmuştur. Danışmanlık için bazen birey ve çiftlerin gelmesine gerek olmayabilir. Çünkü telefonla yapılan danışmanlık uygun bir biçimde gerçekleştirildiğinde hem çeşitli endişeleri hem yanlış bilgileri azaltıp doyumunu artırabilirken, tedavi birey ve çiftlerin mutlaka merkeze gelmelerini gerektirir. Ülkemizde bu biçimde donatılmış merkezlerin sayısı ne yazık ki oldukça yetersizdir ve çoğu kez büyük yerleşim merkezlerinde bulunmaktadır.

5. Cinsel Yönden Daha Bütüncül Bir Hizmet Vermek İçin Birden Fazla Tıp Meslek Grubunun İşbirliğinin Önemi:

Gelişmeler, önümüzdeki yıllarda cinsel işlev bozukluklarının değerlendirme ve tedavisinde yer alan değişik tıp meslek grupları (ürologlar, psikiyatrlar ve jinekologlar gibi) arasında daha iyi bir işbirliğinin gerekliliğine işaret etmektedir. Bu gerçek; farklı *meslek gruplarının birbirlerinin seçeneği olmak yerine, birbirlerinin tamamlayıcısı* olmaları gerektiğini bir kez daha önemle ortaya koymaktadır. Ancak böylesi bir bütünleşme sayesinde, cinsel sorunu olan birey ve çiftler tek bir meslek grubundan sağlayacakları yararın ötesinde, bütüncül bir yaklaşımdan yararlanma olanağına kavuşabilirler. İdeal bir hizmette yardım için başvuran birey ve çiftlerin mevcut cinsel sorunlarının kökeninin anlaşılması ve bu birey ve çiftte ne tür bir yardımın kim tarafından verileceği belirlenmiş olmalıdır. Uygulanacak tedavinin seçiminden tedavi eden kimse sorumlu

olmakla birlikte, terapist danışan kişiyi veya çifti, olası tüm tedavi türleri ve olanakları konusunda aydınlatmalı ve onun/ onların verilecek tedaviyi anladıklarından ve onayladıklarından emin olmalıdır.

Cinsel işlev bozukluklarının çiftlerde görülme sıklığı nedir? Her iki partnerde cinsel işlev bozukluğunun olduğu durumlar nelerdir?

Yapılan çalışmalar, birlikte yaşayan çiftlerin %40-50'sinin en az bir tür cinsel işlev bozukluğundan yakındığını ortaya koymaktadır. Bizim yaptığımız bir çalışma çifti oluşturan eşlerden kadınların %60'ının, erkeklerin ise %40'ının bir tür cinsel işlev bozukluğundan yakındıklarını ortaya koymuştur. *Aslında eşlerden birinde herhangi bir cinsel işlev bozukluğu oluştuğunda, diğerinde de bir cinsel işlev bozukluğunun oluşması sık karşılaşılan bir durumdur.* Eğer eşlerden birindeki cinsel sorun, diğer eşin cinsel sorununu maskelerse tedavinin başarıya ulaşma şansı yoktur. Örneğin kadında çok belirgin olarak yaşanan vajinismus, erkekte mevcut olan sertleşme sorununu maskelerse, kadının vajinismusunu tedavi edilse bile cinsel birleşme hala sağlanamayacaktır. Doğal olarak bu durumun tersi de geçerlidir. Erkekteki belirgin sertleşme sorunu, kadındaki cinsel birleşme korkularının anlaşılmasına engel olur. Böyle bir durumda kadındaki korkular erkeğin tedavisi sağlandığında daha belirgin olarak ortaya çıkmakta ve cinsel birleşme yine gerçekleşmemektedir. Tedavi için başvuran çiftlerin gereksiz zaman, para ve hepsinden önemlisi umut kaybına uğramamaları için tedavi başlangıcında iyi bir değerlendirmeden geçmeleri gerekir.

Cinsel işlev bozukluğu sayılmayacak cinsel yakınmaların (cinselliğe konsantre olamama, yetersiz ön sevişme, cinsel iletişim azlığı gibi) oranları ise tahmin edilebileceği gibi çok daha fazladır ve bu türden durumları yakınma olarak dile getiren ve tedavi için yardım arayan ne yazık ki daha çok kadınlar olmaktadır, yani bu alandaki sorumluluk da evlilik alanında olduğu gibi daha çok kadınlar üzerinde kalmaktadır.

II. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ OLUŞUMU VE DEVAMINDA ÖNEMLİ BİR ETKEN OLARAK CİNSEL MİTLER: CİNSELLİKLE İLGİLİ YANLIŞ BİLGİ VE İNANIŞLAR

Cinsel mitler cinsellikle ilgili olarak doğrulukları konusunda yeterince destekleyici kanıt olmadan kabul edilen, toplum bireylerinin kulaktan dolma bilgileri birbirine aktarmasıyla yayılan, abartılı ve yanlış inanışlardır. Geleneksel olarak kulaktan kulağa yayılan, toplumun hayal gücüyle şekillenen ve gerçek bilimsel verilerle bağlantılı olmayan *cinsel mitler*, aslında çeşitli ön yargılardan ibarettir. Hatalı bilgi aktaran arkadaş çevresi, basın yayın organlarındaki sorumsuz bazı haberler, fıkralar, şakalar, pornografik yayınlar cinsel mitlerin toplumun genelindeki yaygınlığında rol oynarlar.

Cinsel işlev bozukluklarının temelinde yatan cinsel bilgisizlik veya yanlış-eksik bilgilenmenin bir sonucu olan cinsel mitler; değişik kültür ve toplumlarda bile önemli benzerlikler gösterir. Bu nedenle birçok insan eksik ve yanlış bilgilerle cinselliği yaşarken, kimisi de doğru bildiklerinin aslında birer uydurma olduğunu yıllar sonra öğrenebilmektedir.

Cinsel mitlerin en önemli nedeni; cinsellikle ilgili konuların açıkça konuşulmaması, tartışılmaması ve yeterli bilimsel veritabanı olmamasıdır. Belirsizlik korku ve endişeyi körükler, yanlış bilgi kulaktan kulağa yayılır ve cinsel mitler oluşmaya başlar. Cinsel mitler, beklentilerin abartılı olmasına, abartılı beklentiler ise performansın oldukça üstüne çıktığından yetersizlik duygusu, çeşitli kaygı ve endişelerle hem cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlarlar, hem de oluşan cinsel işlev bozukluğunun süregenleşmesine neden olurlar.

Uygun olmayan “mağazin literatürü” ve pornografik yayınlar cinsel mitlerin pekişmesini sağlar. Tahmin edilen aksine, cinsel mitlere eğitim düzeyi yüksek gruplarda, hatta hekimler arasında bile rastlanmaktadır.

En Sık Rastlanan Cinsel Mitler:

1- *Erkek cinselliği her zaman istemeli ve cinsel ilişkiye hazır olmalıdır.*

Sertleşme sorunu ve performans kaygısıyla ilgili cinsel mitlerden biridir ve erkekleri ağır bir yük altında bırakır. Böyle bir inancı olan erkek, cinselliği bir ödev gibi yapmak durumunda kalacak ve büyük olasılıkla bir süre sonra bir yandan cinsel ilgi ve istek azlığı sorunu yaşayacak, diğer yandan kendini “gerçek” bir erkek gibi hissetmeyecektir.

2- *Cinselliği hep erkek başlatmalıdır ve kontrol erkekte olmalıdır.*

Cinsel aktiviteyi başlatma ve yönlendirme yükümlülüğünün erkeğe ait olduğunu ifade eden, katı ve değişmez bir cinsel rol öneren bu mit; kadınların geleneksel edilgen rolünün devamına zemin hazırlar. Ayrıca böyle bir mit'e itibar eden erkek, partnerine cinselliği başlattığı için öfke duyabilir, kendisini yetersiz hissedebilir. Oysa çalışmalar kadının başlattığı bir cinsel eylemin her iki cinsiyet için de daha uyarıcı olduğunu göstermektedir.

3- *Cinselliği kadın başlatıyorsa, bu, kadının azgın ve tehlikeli olduğunu gösterir.*

Bu mit “evlenilecek kadın var, eğlenilecek kadın var” şeklindeki görüşten yola çıkmaktadır. Toplumda “masum” görünümlü cinsellikle bağlantısı olmamış naif kadınların erkekler için daha uygun partnerler olduklarını buna karşın cinsellikte ne istediğini bilen, cinselliğinin farkına varmış ve bununla gurur duyan bir kadının ancak eğlenmek amaçlı bir partner olabileceğini vurgulayarak kadın cinselliğini değersizleştiren bir görüşü yansıtmaktadır.



4- *Gerçek erkek, çok sık cinsel ilişkiye girendir.*

Eşlerin cinsel istek düzeyleri farklı olabilir. Sık sık ilişkiye girme miti eşler arasında sorunlara ve ciddi çatışmalara yol açabilir. Ayrıca sıklık konusunda eşik oluşturacak belirlenmiş kesin bir norm yoktur.

5- *Cinsel yakınlaşma bir kez başladığında mutlaka cinsel birleşmeyle tamamlanmalıdır.*

Zorlamalı cinsel ilişkilerin en önemli nedeni olan bu mit ayrıca gerekli korunma yapılmazsa istenmeyen gebeliklere ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara da neden olabilmektedir. Cinselliğin amacını temelde penisin vajinaya girmesi ile sınırlayan bu cinsel mit, erkeğin uyarılma başladıktan sonra kendisini kontrol etmekte güçlük çekeceğini ve mutlak birleşme isteyeceğini ileri sürmektedir. Bu tür bir mit özellikle sertleşme sorunu yaşayan erkeklerde performans kaygıları nedeniyle cinsel yakınlaşmadan (birleşme olmadan) uzak durmaya neden olabilmektedir.

6- *Erkeklerde sertleşme olunca mutlaka orgazm olmalı ve tercihan vajen içine boşalmalıdır.*

Bu mit boşalma olmadan yaşanan cinselliğin erkek için doyurucu olamayacağı şeklinde bir görüşün benimsenmesine neden olmakta ve erkeklerin de kadınlar gibi birleşme olmadan da zevk alabileceklerini görebilmelerini engellemektedir.

Vajen içine yapılan boşalmanın istenmeyen gebeliklere neden olabileceği de unutulmamalıdır.

7- *Cinsellik için mutlaka çok sertleşmiş bir penis gereklidir.*

Bu mit eşlerin dokunmanın verdiği hazzı yakalayamamalarına neden olur. Daha da önemlisi cinsel birleşme olmadan yapılan sevişme, eşlerin birbirlerine gösterdikleri şefkatin işaretidir. Diğer taraftan cinsel birleşme için yeterince sert bir penise sahip olan erkeğin daha da sert bir penise sahip olmak için gereksiz yere sertleşme sağlayıcı ilaçlar kullanmasına neden olabilir. Bu mitin ortadan kalkması erkeğin belirgin bir sertleşme sağlayamadıkça bir kadınla cinsel ilişkiye giremeyeceği ve girişin gerçekleşebilmesi için penisin çok sert olması önyargılarını ortadan kalkacaktır. Hiç kimse her an belirgin sertleşme sağlamayı garanti edemez.

8- *Erkek için sevişmede başarılı olmak haz almaktan da önemlidir.*

Cinsellikte başarılı olmak yerine cinsel haz almaya odaklanmak daha doğru bir davranış olacaktır. Çünkü başarılı olmaktan kastedilenin ne olduğu açık değildir. Ayrıca penis bir başarı organı değil, işeme, üreme ve doyuma yönelik bir organdır.

9- *Sevişme spontan olmalıdır, bu konuda düşünmek veya konuşmak spontanlığı bozar.*

Özellikle cinsel tedaviler sırasında çifte verilen ev ödevleri tedavinin başarıya ulaşmasında önemli rol oynar. Terapistin cinsel ödev vermesi bu mit nedeniyle pek çok çift tarafından doğal olmaması açısından eleştirilmektedir. Oysa cinsellik yaşanmadığı taktirde çiftin repertuarından çıkan bir aktivitedir. Sevişmenin önceden planlanmasının olumsuz bir etkisi yoktur. Cinsellik sırasında konuşabilmek önemlidir, konuşmayan ve duygularını bu nedenle paylaşmayan çiftlerin cinsel sorunlar yaşaması beklenir.

10- *Cinsellik hakkında keşfedecek yeni şeyler yoktur. Cinsellik içgüdüsel, öğrenilmez.*

İçgüdüsel ve biyolojik temeli olmakla birlikte cinsel tutum ve davranışların önemli kısmı öğrenme ile gelişir. Bu nedenle yeterli bilgi ve beceri düzeyine sahip olabilmek için, cinsellik hakkında keşfedilecek yeni şeylerin sınırı yoktur. Yapılan araştırmalar kendi cinsel bilgi düzeyini yeterli olarak nitelendirenlerin çoğunda cinsel bilgi ve beceri düzeyinin çok düşük olduğunu ortaya çıkarmıştır.

11- *Erkek cinselliğinin temel amacı orgazm olmaktır, orgazm bitince cinsellik de biter.*

Cinselliğin amacı haz almaktır. Cinsel haz almak, orgazm olmadan da sağlanabilir. Kızlık zarına verilen değer nedeniyle cinsel birleşmeye girmeyen çiftlerde cinselliğin zevk vermediği söylenebilir mi? Özensiz, acele ve sırf bireysel tatmin için yapılan cinsel birleşmeler zaman içinde diğer partnerin cinsellikten soğumasına neden olabilir.

12- Erkek cinsellikte mutlaka deneyimli olmalıdır. Gerçek erkek kadına nasıl zevk vereceğini bilen erkektir.

Bu erkekler için oldukça yük oluşturan ve hatta erkeği şaşırtan bir mittir. Cinsel yönden çok deneyimli erkekler bir yandan da “çapkın, kazanova” gibi sıfatlar almakta ve partnerlerine güvenilirlik açısından sorun oluşturan kişiler olabilmektedirler. Ayrıca deneyim her iki cinsiyet için de önemli olabilir. Bu mit erkeklere cinsel yönden sınırsız özgürlük getirirken, kadın cinselliğini sınırlandırmakta ve cinselliği erkeklerin tekeline sokmaktadır. Oysa her iki cinsiyet için de benzer sorumluluklar olmalıdır.

13- Erkek cinsel birleşme sırasında sertleşmesini kaybediyorsa, bu partnerini istemediğini, sevmediğini gösterir.

Cinsel ilişki sırasında erkeğin penisinin sertliğini kaybetmesinin bir çok nedeni olabilir. Bunlardan biri de cinsel işlev bozukluğudur. Ne var ki partnerinde sertleşme problemi olan birçok kadının aklına öncelikle bu mit gelmektedir.

14- Birbirlerini seven çiftler sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini çok iyi bilirler.

Bu cinsel mit çiftleri baskı altına alınan ötesinde öğrenmeyi ve tecrübe edinme çabalarını yavaştatabilir.

15- Masturbasyon kötü ve zararlıdır.

Bilinen en eski ve yaygın cinsel mitlerden biridir. Kişide suçluluk ve pişmanlık duygularına yol açar. Bu cinsel mit, masturbasyon yapmanın körlük gibi bedensel veya şizofreni gibi ruhsal hastalık veya yıkımlara yol açtığına dair korku ve kaygılara da neden olmaktadır. Erken boşalmaların pek çoğunun temelinde gençlikte “ayıp, suç, günah” gibi düşüncelerle yapılan masturbasyonlar vardır. “Ayıp, suç, günah” duygularıyla yapılan herşey gibi masturbasyon da hızlı yapılmakta ve böylelikle beden saati hızlı bir boşalmaya ayarlanmaktadır. Masturbasyon zararlı değildir, cinsel işlev bozukluklarına yol açmaz, cinselliğin haz verici olarak yeniden öğrenilmesini sağlamak için cinsel terapilerde kullanılır, alışkanlık yapmaz, bedensel ve ruhsal yıkımlara yol açmaz. Her yaşta doğal kabul edilebilir. Masturbasyonun genç ve evlenmemiş erkeklere özgü bir davranış olduğu görüşü doğru değildir. Eşlerin birbirlerine masturbasyon yaparak ya da yaptırarak doyuma ulaşmaları az görülen bir durum değildir ve her iki eş de onayladığı müddetçe doyum verici olabilir. Ancak partneri olan bir bireyin yalnızca masturbasyon aracılığı ile doyum sağlamaya çalışması sağlıklı bir davranış olarak değerlendirilemez. Masturbasyon çok sık yapılıyorsa yalnızlığın veya sosyal ilişki kuramamanın ve bir sosyal beceri eksikliğinin belirtisi olabilir. Uygunsuz yer, zaman, araçlarla yapılıyorsa konuyla ilgili bir uzmana danışılması gereklidir.

16- Erkekle kadın ancak birlikte orgazm olurlarsa sevişme başarılı olur.

Bu mit boşalma süresi normal olan pek çok erkekte gereksiz yere erken boşalma korkularının oluşmasına neden olabilmektedir. Çünkü bazen erkek normal bir sürede boşalsa bile partnerindeki bir orgazm sorunu nedeniyle kendisini erken boşalıyor gibi hissedebilir. Partnerini orgazm etmeyi görev gibi gören bir erkek cinselliğin doyum kısmından çok başarı kısmına odaklanmaktadır. En çok yanlış bilinen konulardan biri de erkeğin her boşalmasının “orgazmik” olduğunun düşünülmesidir. Erkekler her boşalmada aynı zevki almazlar, yani her boşalma orgazmik değildir.

17- Cinsel ilişki sırasında karşılıklı masturbasyon yanlıştır.

Bilinenin aksine, cinsel ilişki sırasında da karşılıklı masturbasyon uyarıcı bir eylem olabilir. Hatta cinsel birleşme ile orgazm olamama sorunu olanlarda cinsel ilişki sırasında yapılan karşılıklı masturbasyon çok yararlı bile olabilir.

18- Cinsel birleşme sırasında fantezi kurmak yanlıştır. Cinsel fanteziler ahlak dışı, sapık ve sadakatsiz davranışlardır.

Cinsel yaşamın en önemli ve renkli öğeleri arasında yer alan cinsel fantezilerin zararlı, hatta bir çeşit sapıklık olduğu inancı oldukça yaygın bir cinsel mittir. Bu cinsel mitin etkisiyle bazı kişiler cinsel

fantezileri nedeniyle suçluluk, korku ve endişe duyabilirler. Bilinenin aksine, cinsel uyarılma yalnızca görme, dokunma, ses ve koku gibi duyuvar aracıyla olmaz. Hayallerin de cinsel uyarılma üzerinde çok önemli etkileri vardır. Cinsel fantezilerin var olan partner ve her zamanki cinsel ilişki tarzından farklı olması, kişilerin suçluluk duymasının en önemli nedenlerinden biridir. Ama unutulmamalıdır ki; cinsel fantezi kurmak, özgürlüktür. Fantezilerin içeriğinin olağan dışı olması doğal ve yaygın bir durumdur.

19- Erkeğin penisinin boyu tatminde en önemli etkidir.

İlk çağlardan bu yana erkeklik gücünün simgesi sertleşmiş büyük bir penis olmuştur. Pornografik yayınlarla da pekiştirilen bu cinsel mit, kadınların tatmin olabilmemesinin ancak büyük bir penis ile mümkün olabileceği önyargısına neden olmaktadır. Pek çok erkek kendi cinsel organının boyutlarını etraftan duyduğu abartılı tanımlamalarla karşılaştırarak yetersizlik hissi ve endişe duyabilir. Bir erkeğin penisinin küçük olması onun cinsel anlamda yetersiz olduğu anlamına gelmez. Aksine büyük penis çoğu kez kadınlara acı verir. Ayrıca sırf bu nedenle gereksiz yere penis büyütme operasyonları geçiren erkeklerin sayısı az değildir.

20- Cinsel birleşme erkek için yorucu ve tüketicidir.

Bu cinsel mitin bir benzeri Hint kültüründe DHAT sendromu olarak bilinir. Bir damla semenin önemli bir kan kaybıyla eş değer olduğu inancı vardır. Ayrıca, Taocu cinsellik akımının boşalmayı bir düzen ve denetim altına alma düşüncesinin ve "insan bir kez boşaldı mı, sönmüş bir balona benzer" felsefesiyle yarattığı, cinsel birleşmenin çok enerji tüketen ve bazı durumlarda bedensel sağlık için zararlı olabilecek bir etkinlik olduğu önyargısından kaynaklanır. Bu mit nedeniyle oluşan aşırı kaygı erkeklerde cinsel istek azalmasına zemin hazırlar.

21- Yaşlıların cinsel ilişkide bulunması uygun olmaz.

Eş, sağlık, statü gibi pek çok kayıpla karşı karşıya kalan yaşlı insanların zayıf, çaresiz ve yetersiz olduğu, cinsel ve fiziksel yakınlaşmaya istekli ve yeterli olmadığı kanısı oldukça eski, yanlış ve yaygın bir cinsel mittir. Günümüzde yaşam boyu cinsellik anlayışı ağırlık kazanmıştır.

CİNSEL MİTLER DÜZELTİLEBİLİR Mİ?

Cinsel mitler *cinsel işlev bozukluklarının oluşumunda hem hazırlayıcı, hem başlatıcı ve hem de sürdürücü niteliği ile çok önemli yer tutar*. İşte bu nedenle de cinsel mitlerin değiştirilmesi ve yerine doğru bilgilerin aktarılması kişilerin cinsel sorunlarının çözümüne katkıda bulunur.

Yanlış bilgileri saptamaya çalışan ve eşler arasında cinsel uyumu sağlamayı amaçlayan *cinsel terapi* öncelikli olarak kullanılmalıdır. Cinsel terapistin toplumsal önyargılar ve cinsel mitlerle mücadelesinde, öncelikle kendisinin cinsel mitlerden büyük oranda arınmış olmasının, yeterli bilgi ve deneyime sahip olmasının ve bu bilgi birikimini uygun, anlaşılır ve uygulanabilir biçimde bireye ya da çiftte aktarabilmesinin önemi açıktır.

Son olarak; *cinsel mitlerin yerine gerçekleri koymalıyız. Bu gerçeklerin kaynağı bilim ve araştırma olmalıdır*. Cinsel mitlerin insanı ağır psikolojik yük altında bırakan abartılı beklentiler ve yalanlar olduğu gözönünde bulundurulacak olursa değerlendirme ve tedavideki yeri kendiliğinden anlaşılır.

III. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Her cinsel aktivite veya yaklaşmanın cinsel birleşme ile sonuçlanması gerekmez. Cinselliğin temel amacının doyum olduğu düşünülecek olursa, aslında cinsel birleşme, cinsel döngünün tamamlanmasına, yani sona ermesine neden olur. Tamamlanmış bir



cinsel aktivitenin gerçekleşebilmesi için öncelikle cinsel yönden bir ilgi ve *istek*, bunu izleyen bir *uyarılma* ve uyarılmanın ulaştığı doruk nokta olarak kabul edilen *orgazm* gibi evreler olması beklenir. Erkeklerde orgazm sonrası, cinsel yönden yeniden uyarılabilme ve aynı döngünün tekrarlanabilmesi için geçmesi gereken bir süre vardır. Çözülme (rezolüsyon) olarak bilinen bu aşamanın süresi çoğu kez erkeğin yaşı ile orantılıdır. Yaş arttıkça bu süre de doğal olarak uzamaktadır. Kadınların cinsel döngülerinde böyle bir aşamaya gereksinimleri yoktur ve bu nedenle kadınlar ardarda birden çok sayıda orgazm olabilirler. Cinsel işlev bozuklukları, tamamlanmış bir cinsel aktivitenin geçtiği bu evrelerden birinde ya da birkaçında ortaya çıkan inatçı ve tekrarlayıcı bozuklukları tanımlamak için kullanılır. O halde bu bozukluklar, *a) cinsel ilgi ve istek bozuklukları*, *b) uyarılma bozuklukları* ve *c) orgazm bozuklukları* olarak tanımlanabilir. Bunlara ilaveten bir de *d) cinsel ağrı bozukluklarından* söz edilebilir.

- Cinsel ilgi ve istek bozuklukları** çoğu kez kendilerini cinsel istekte *azalma* ile gösterirler. Erkek ya da kadının artmış bir cinsel istek nedeniyle yardım arama davranışı içine girmesi, nadiren karşılaşılan bir durumdur. En sık karşılaştığımız yakınma ise eşlerden birinin ilgi ve isteğinin diğerinden farklı olması nedeniyle yapılan başvurulardır. Burada genellikle eşlerden biri diğerini cinsel yönden *soğuk - uzak* olarak tanımlarken, diğer eş *aşırı istekli-azgın* olarak tanımlamaktadır.
- Uyarılma bozuklukları** cinsel uyarılmanın erkekteki göstergesi peniste sertleşme, kadındaki göstergesi ise vajinal bölgede sıvı salgılanmasıdır. Uyarılma sorunlarının önemli bir kısmının cinsel ilgi ya da istek azlığının bir sonucu olarak ortaya çıktığı unutulmamalıdır. İlgi veya isteği azalmış bir bireyin uyarılmakta zorluk çekmesi beklenen bir durumdur.
- Orgazm bozuklukları**, normal bir cinsel uyarılmayı izleyen dönemde orgazmın inatçı ve tekrarlayıcı biçimde gecikmesi ya da oluşmaması anlamına gelir. Bu tür bozukluklar, kadın ve erkekte orgazm olamama şeklinde görülebileceği gibi, erkekte geç veya hızlı (erken) ve daha iyi bir terimle istemsiz boşalma ya da boşalmaya rağmen orgazm olamama şeklinde kendini gösterebilir. Başka bir deyişle, erkekler her boşalma sırasında aynı düzeyde orgazm olamamaktadırlar. Bu gerçek genellikle bilinmemektedir. Bunu günlük yaşamda kadınların partnerlerine *"Sen boşalıp tatmin oluyorsun, ama ya ben?"* şeklindeki söylemlerinde görmek mümkündür. Burada kadın doğal olarak hoşnutsuzluğunu dile getirirken, çoğu kez bilmeden erken boşalan eşinin tatmin olduğuna ilişkin bir yanılğı içine girmektedir. Erkeğin boşalması her zaman yeterince tatmin olduğu anlamına gelmeyebilir.
- Cinsel ağrılar**, birleşmenin ağırlı gerçekleşmesi (disparoni) biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, cinsel birleşmenin ağırlı olacağına ilişkin korkular nedeniyle vajen girişindeki kasların kasılması sonucu cinsel birleşmenin sağlanamaması şeklinde de kendini gösterebilir. Vajinismus olarak bilinen bu sorun, ilk cinsel birleşme denemesi sırasında farkedilmekte ancak sorunu yaşayan çift böyle bir hastalıktan haberdar olmadığı için trajik bir seyir göstermektedir. Bu yakınmayla Prof. Dr. Sungur'un kuruculuğunu yaptığı merkeze başvuran çiftler arasındaki rekor, 23 yıldır. Başka bir deyişle 23 yıl evli kalıp hiç cinsel birleşme sağlayamamış çiftler vardı. Bu çiftlerin bir kısmı hiç birleşmemelerine karşın cinsel yönden doyurucu bir yaşam sürdürürken; çoğu, konuyla ilgili bilgisizlik ve yetersiz ve hatta uygunsuz profesyonel yardım nedeniyle çeşitli güçlüklerle karşılaşmışlardır. Erkeklerde ağırlı boşalma son derece rahatsız edici bir durum olup, çeşitli organik ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir.

1. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları (CİB)

Genel olarak *CİB birincil veya ikincil, total veya durumsal* olmak üzere iki grupta incelenir. Birincil kelimesi mevcut CİB'in ilk cinsel aktiviteden itibaren var olduğunu gösterir. Yani birey ilk cinsel aktivitesinden itibaren her seferinde benzer bir sorun yaşamıştır. İkincil kelimesi ise bireyin belli bir süre için cinsel yönden herhangi bir sorununun olmadığını, CİB'in tamamen normal bir süreci izleyerek ortaya çıktığını ifade eder. Total kelimesi CİB'in her türlü cinsel aktivite sırasında mevcut olduğunu, durumsal kelimesi ise mevcut CİB'in tüm cinsel aktiviteler sırasında oluştuğunu vurgular. Başka bir deyişle örneğin, CİB bireyin partneri ile ilişkisi sırasında ortaya çıkmakta ancak masturbasyon sırasında oluşmamakta ise, bu sözü edilen CİB'in durumsal olduğunu gösterir.

i. Cinsel ilgi ve istek bozuklukları (CİİB)

Erkeklerde bu tür yakınma ile yapılan **başvurular oldukça nadirdir**. Bunun en önemli nedeni cinsel ilgi ve istek azalmasının sıklıkla sertleşme kaybına (SK) (uyarılma bozukluğuna) neden olması ve erkeklerin daha çok SK yakınması ile başvurularındır. İlgi ve istek bozukluğu ile yapılan başvuruların sıklığını azaltan bir başka etken ise *“erkeklerin her zaman ve her koşulda cinselliğe hazır olduğu” biçimindeki cinsel mittir*. Bu tür yanlış / abartılı bilgi ve beklentiler erkeğin yardım arama davranışı içine girmesine engel olmaktadır. CİİB erkeklerde hemen tamamen “azalmış cinsel istek” biçiminde kendini gösterir. Cinsel ilgi ve istek azalması birincil bir sorun olarak ortaya çıkmışsa etiyolojide öncelikle endokrin (*hormonal*) bozukluk araştırılmalıdır. Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de ikincil gelişen bir cinsel istek azalması daha çok *bireyin partneri veya eşi ile genel ilişkisinin doyurucu olmayışı* ile açıklanabilir. Ancak depresyon veya diğer fiziksel hastalıklar erkeklerde kadınlardan daha fazla ikincil ilgi ve istek azalmasına neden olurlar. Burada unutulmaması gereken önemli nokta CİİB'in tanısını koyarken bunu yalnızca erkeğin eşine duyduğu ilginin miktarı ile ölçmemektir. Bireyin eşi dışındaki erotik uyarılara gösterdiği ilgi, masturbasyon yapma ve cinsel fantezi kurma, CİİB konusunda daha güvenilir bilgiler verebilir. Cinsel istekte azalmaya yol açabilecek herhangi bir psikiyatrik, sistemik hastalık veya ilaç / madde kullanımı varsa CİİB tanısı konulamaz. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre daha azdır (%1-15). Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur'un kuruculuğunu yapmış olduğu (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde) Cinsel İşlev Bozuklukları Değerlendirme ve Tedavi Ünitesi (CİBDTÜ)'ne 1998 - 1999 yılları arasında başvuran 243 erkeğin %9'unda CİİB saptanmıştır.

CİİB çoğu kez diğer CİB ve en sık olarak da SK ile birlikte görülür. CİİB'in SK ile birlikte görülme sıklığı, 1989 - 1999 yılları arasında CİBDTÜ'de %10.2 olarak bulunmuştur.

CİİB ile karışan bir başka durum cinsel tiksinti bozukluğudur. Bu bozuklukta eşle cinsel birleşmeden kaçınma ve tiksinti olur. Burada birey bir partnerle cinsel ilişki söz konusu olduğunda endişe ve korku duyar. Tiksinti, cinsel birleşmenin herhangi bir yönüyle ilgili olabileceği gibi, tüm cinsel uyarılara (öpüşme, dokunma gibi) yönelik de olabilir. Klinik olarak özgül fobiye benzer. Cinsel eylem söz konusu olduğunda kişide yoğun korku, bulantı, çarpıntı, bayılma hissi gibi belirtiler görülür. Oluşumunda çoğu kez travmatik cinsel yaşantılar, çocukluk çağı istismarları, tekrarlayan ağrılı cinsel birleşmeler ve çeşitli bilinç dışı çatışmalar rol oynar.

ii. Cinsel Uyarılma Bozuklukları

SK, sertleşmede yetmezlik, sertleşme bozukluğu ve empotans birbirleriyle eş anlamlı olarak kullanılan ve erkeklerdeki cinsel uyarılma bozukluğunu ifade eden terimlerdir. Bunlardan empotans, iktidarsızlık anlamında kullanıldığından ve bir erkeğin iktidarı, sertleşmenin niceliği veya niteliği ile ölçülemeyeceğinden günlük dilde kullanılmamalıdır. SK cinsel birleşmeyi sağlamak için gerekli sertleşmenin oluşmasında ya da sürdürülmesinde ortaya çıkan inatçı ve tekrarlayıcı yetersizlik olarak tanımlanabilir. *Sınıflamada bir cinsel uyarılma bozukluğu olarak tanımlanmasına karşın bir cinsel ilgi ya da istek azlığının sonucu olarak ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.*

Görülme sıklığı tanımlamaya (sertleşme kusurunun oluşma sıklığına, oluşan sertliğin derecesine ya da olması beklenen sertliğin eksiklik düzeyine) göre değişir. Tüm erişkin erkek popülasyonunun %10-20'sinde

görülebilmekle birlikte, bu oran 60 yaşın üzerinde belirgin olarak artmaktadır. Tedavi amacı ile herhangi bir profesyonel yardım arama yoluna gitmemiş erkeklerin %6'sında araştırma noktasında (kesitsel olarak) SK saptanmıştır. Yaşamının herhangi bir diliminde benzeri bir güçlkle 1-2 kez karşılaşan erkeklerin oranı ise %70-75'lere ulaşmaktadır. Feldman tarafından yapılmış bir çalışmada (Massachusetts çalışması) 40-70 yaşları arasındaki erkeklerin %52'sinde SK saptanmıştır. Bu oran ülkemizde yaklaşık 6.5 milyon erişkin erkeğin SK sorunu yaşadığını göstermektedir. Bütün bu oranlar SK'in yaygınlığını göstermektedir. Ne var ki SK olan erkeklerin ancak %10'undan azı tedavi görmektedir. SK, erkek cinsel işlev bozuklukları arasında en sık başvuru nedenidir. ABD'de Masters ve Johnson grubunda bu oran %55, İngiltere'de Hawton'un grubunda % 60, Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur'un kurduğu üniteye ise %75'tir. İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cinsel İşlev Bozuklukları Tedavi Merkezleri'nde aynı oran sırasıyla %70 ve %85.5 bulunmuştur. SK, organik kökenli CİB'ler arasında da en sık görülenidir. Farklı oranlardan söz edilmekle birlikte, bugün daha çok kabul edilen görüş; tıp ve teknolojinin gelişimiyle birlikte sertleşme yetmezliklerinin daha büyük bir kısmının kökeninde organik nedenlerin saptanabildiğidir. ***Ancak organik bir patolojinin (örneğin; damarsal yetmezlik) saptanması, eşlik edebilecek psikolojik bir bozukluğun varlığını dışlamadığı gibi artmasına sebep olabilir.*** Çünkü organik bir CİB'in psikolojik bir yansımasının olmaması düşünülemez. SK'nın kökeninin psikolojik olduğunu belirtmenin güçlüğü organik nedenlerin dışlanması gerektirmesindedir. Öykü çoğu kez bu ayırımı yapmakta yetersiz kalmaktadır. Buna rağmen hastadan öykü alınırken mutlaka sorulması gereken sorular şunlardır:

- a. SK ilk cinsel aktiviteden itibaren mi mevcut, yoksa presipitan olabilecek bir olayı izleyerek mi ortaya çıkmış (birincil - ikincil ayırımı)? SK birincil bir sorun ise organik olma şansı daha fazladır.
- b. SK, yalnızca danışan bireyin partneri ile beraberliği sırasında mı oluşuyor, yoksa masturbasyon ya da başka bir partnerle ilişki sırasında da oluşuyor mu (durumsal - total ayırımı)? SK total bir sorun ise organik olma şansı daha fazladır.
- c. Uygun zaman, uygun yer, uygun kişi koşullarının varlığında SK oluşuyor mu? Uygun yer, zaman ve kişi varlığında oluşan SK, daha çok organik etiyoloji düşündürmelidir.
- d. SK yavaş yavaş mı yoksa aniden mi ortaya çıkmış? Aniden ortaya çıkan SK daha çok psikolojik etiyoloji düşündürmelidir.
- e. SK pozisyon değişikliğine bağlı olarak artıp azalıyor mu? Pozisyon değişikliği ile artan - azalan sertleşme daha çok organik etiyoloji düşündürür.
- f. SK'nın ortaya çıkışının hemen öncesinde kullanılan bir ilaç ya da geçirilmiş bir operasyon öyküsü var mı? Böyle bir öykünün varlığında organik etiyoloji düşünülmelidir.
- g. Sabah sertleşmesi oluşuyor mu?
- h. Sertleşme sırasında peniste şekil değişikliği oluşuyor mu?

Yan etki olarak sertleşme kusuru oluşturabilecek bir ilacın yakın geçmişte ya da halen kullanılıyor olması, ya da eşlik eden psikiyatrik bozukluk öyküsünün varlığında organik - psikolojik ayırımı yapmak daha da güçleşmektedir. Öykü ve mevcut tanı yöntemlerinin tümünün uygulanmasına karşın SK'larının %17'sinde ayırıcı tanı kesin olarak yapılamamaktadır. Kaldı ki bazı olgularda organik ve fonksiyonel etkenler birlikte rol oynamakta, bu olgularda organik ve fonksiyonel etkenler mevcut patolojiyi yalnız başlarına açıklamakta yetersiz kalmakta, ancak bir arada açıklayabilmektedirler. SK'nın etiyolojisinde rol oynayan organik etkenler arasında en önemlileri damarsal (arteriyel ve venöz yetmezlik), nörolojik, iatrojenik (ilaçlar, cerrahi girişimler), metabolik ve endokrin nedenlerdir.

SK'nın ortaya çıkışında ya da devamında en önemli psikolojik etken, ***performans ile ilgili olumsuz beklenti*** ve değerlendirmelerdir. Performans, başarıya ilişkin bir kavramdır. Bireyin performansının yetersiz

olacağına ilişkin beklentisi ve yetersiz performans sonucunda ortaya çıkabilecek sorunlar ile ilgili düşünceleri yoğun anksiyete yaşamasına ve cinsel ilişkide kaçınmaya, cinsel isteksizliğe, hatta depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Diğer taraftan sertleşme kusuru, depresyonda sık görülen belirtilerden biridir. Hangisinin diğerine neden olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte olumsuz düşünce biçimi ve bakış açısının hem depresyona, hem de SK'na zemin hazırladığı bilinen bir gerçektir. Performans kaygısı yanısıra *suçluluk duygularının eşlik ettiği evlilik dışı ilişkiler, bireyin partnerindeki cinsel işlev bozukluğu, çeşitli cinsel mitler, abartılı beklentiler, rastlantısal başarısızlıklar ve evlilik ilişkisindeki sorunlar* da psikolojik nitelikte SK'nın ortaya çıkmasına neden olabilir.

İyi yetişmiş bir klinisyenin SK yakınması ile gelen bir erkeği rahatlatabilmesi, iyi bir öykü alabilmesi, gerekirse ayırıcı tanı yönünde uygun tetkikleri yaptırması ve hastayı mevcut sorunun kökenine göre yardım alabileceği en uygun tıp disiplinine yönlendirebilmesi beklenir.

iii. Orgazm Bozuklukları

1. *Orgazm olamama* (inhibe erkek orgazmı): Normal bir cinsel uyarılma dönemini izleyerek inatçı ve tekrarlayıcı biçimde orgazmın gecikmesi ya da olmaması anlamına gelir. Klinisyen, orgazm gecikmesini değerlendirirken, danışanın yaşını ve yeterli bir cinsel uyarılmanın olup olmadığını göz önüne almalıdır. Yine bu tanı konulmadan önce diğer psikiyatrik bozuklukların ve organik etkenlerin dışlanmış olması gerekir. Ayırıcı tanıda prostat ameliyatlarını takiben gelişen retrograd (geriye doğru) boşalmanın da dışlanması gerekir. Çoğu kez cinsel birleşmeyle boşalmanın gecikmesi ya da olmamasına karşın, oral ya da elle uyarılmayı takiben orgazm oluşabilmektedir. Erkeklerdeki CİB arasında daha nadir görülen bir bozukluktur.
2. *Erken boşalma* (prematür ejakülasyon): Erken boşalmanın fikir birliğine ulaşılmış bir tanımı yoktur. "Erkeğin, partneri orgazm olmadan önce boşalması" biçimindeki bir tanım mevcut sorunun partnerinin orgazmının gecikmesi ile ilgili olup olmadığını yeterince yansıtmadığından doğru değildir ve bu tanımlama günümüzde bir cinsel mit olarak kabul edilmektedir. İnattı ve tekrarlayıcı biçimde, çok az cinsel uyarılma ile cinsel birleşme öncesinde ya da birleşmeden hemen sonra ve kişinin kendisinin ve partnerinin arzu ettiği süreden daha önce oluşan boşalma daha iyi bir tanımlama olmaktadır. Klinisyen bu tanıyı koymadan önce yaş, cinsel birleşme sıklığı, partner özellikleri, ön sevişme süresi ve ortamın uyarıcılığı gibi etkenleri göz önüne almalıdır.

Erken boşalmada önemli olan süre değil, boşalma refleksi üzerinde istemli denetimin olmamasıdır. Denetimsizliği tanımlamada "erken" sözcüğü uygun olmadığından "erken boşalma" yerine "*denetimsiz boşalma*" ya da "*istemsiz boşalma*" terimlerinin kullanılması daha uygun olacaktır.

İlk kez cinsel ilişkiye giren genç erkeklerde sık görülür. Çoğu erkek daha sonraları boşalma süresi üzerinde bir kontrol geliştirir. *Erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu* olmasına karşın, cinsel işlev bozuklukları tedavi merkezlerine başvurular arasında SK'dan sonra ikincidir. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cinsel İşlev Bozuklukları Merkezi'nde %14,5 olarak saptanan bu oran Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur'un geçmişte kurmuş olduğu (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi CİBDTÜ'de) merkezde %20-25 arasında değişmektedir. CİBDTÜ'de denetimsiz boşalma sorunu çoğu kez sertleşme yetmezlik sorunu ile birlikte görülmektedir. Bu tür olgularda başvurular çoğu kez SK yönünden yardım almak amacıyla yapılmakta ancak incelendiğinde temel sorunun denetimsiz boşalma olduğu saptanmaktadır. Eğitim düzeyi daha yüksek olan grupta bu yakınma ile başvuruların daha fazla olmasının, partneri tatmin etme çaba ve kaygısından kaynaklandığı belirtilmektedir. Denetimsiz boşalma genellikle birincil bir sorundur. Çoğu kez hızlı yapılmış masturbasyon öyküsü vardır. Gerek erkeklerde oluşturabileceği performans kaygısı gerekse hem erkek hem partnerinde diğer cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlaması nedeniyle tanı ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Prognoz, büyük oranda kadının tepkisi ile belirlenir. Öfkeli, suçlayıcı ve aşağılayıcı tutumlar, erkeğin kendine olan güvenini azaltarak boşalma süresinin daha da kısalmasına neden olabilir. Erkeklerin çoğu, cinsel ilişki sırasında dikkatlerini cinsellik dışı bir alana yönelterek ya da cinsellik dışı konular düşünerek sorunu çözmeye

çalışırlar. Bu tutum çoğu kez işe yaramadığı gibi, cinsel birleşmeden alınan zevki de azaltır. Kullanılan çeşitli anestetik kremlerin ya da geciktirici olduğu belirtilen spreylelerin olumlu bir etkisi gösterilemediği gibi, bunlar uyarılmanın bozulmasına da neden olabilirler. Denetimsiz boşalma sorunu yaşayan erkeklerin partnerlerinde ikincil bir sorun olarak cinsel ilgi ve istek azalması ya da orgazm bozukluklarının ortaya çıkması şaşırtıcı değildir. *Tedavide amaç* boşalma kontrolünün sağlanmasıdır. Bazı durumlarda seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) grubu ilaçların boşalmayı geciktirici yan etkileri tedavi amacıyla kullanılabilir de, bu etki yalnızca ilacın kullanıldığı süre için geçerlidir. Geciktirici spreyle uyarıcılığı da azalttığından genellikle danışanlar tarafından tercih edilmez. Kalıcı boşalma kontrolü davranış tedavisi ile sağlanabilir. Bu yaklaşım boşalma kontrolünün en kolay olduğu bir aşamadan cinsel birleşmeye kadar giden aşamalarda bireyin boşalma refleksini daha iyi kontrol edebilmesini sağlamaya yönelik teknikler içerir. Bu amaçla en sık kullanılan tekniklerden biri “dur-başlat” tekniğidir. Bu teknikte boşalmaya en yakın noktada uyarı kesilir, acil boşalma hissi geçtiğinde uyarıya tekrar başlanır. Bunu her egzersizde en az üç kere deneyerek boşalmaya en yakın noktanın tanınması ve bu noktadaki boşalma kontrolünün öğrenilmesi amaçlanır. Boşalma kontrolünün en kolay olduğu masturbasyon egzersizleri ile başlayan ilk aşamada bu kontrolün sağlanmasından sonra ikinci aşama olan partnerin elle masturbasyon aşamasında da bu kontrolün sağlanması amaçlanır. Bu aşamada boşalmaya yakın noktada eşin uyarıyı kesmesi, sonra tekrar başlatması gerekir. Bu aşamadaki kontrolün öğrenilmesinden sonra cinsel birleşmeye izin verilir ve boşalma kontrolünün nispeten daha kolay olduğu kadının üstte olduğu pozisyonda dur - başlat tekniği ile devam edilir. Çiftin uyumlu ve düzenli şekilde tedaviyi sürdürmesi halinde boşalma kontrolünü öğrenmeleri olasılığı yüksektir. Günlük pratikte danışanların bu tedavi sırasında yaptığı en önemli yanlışlardan biri, uyarılmaya tekrar başlanması için gereğinden fazla beklenilmesi hatta sertleşmenin azalmasından sonra uyarının tekrar başlatılmasıdır. Çifte bu konuda yeterince bilgi verilmesi ve dur - başlat tekniğinde uyarının tekrar başlatılması için saniyeler içinde kaybolan acil boşalma hissinden hemen sonra uyarının tekrar başlatılması gereğinin vurgulanması gerekir. Erken boşalma ile ilgili en önemli endişelerden biri partnerin tatmin edilememesi olasılığıdır. Tedavi sırasında her cinsel birleşmede partnerin orgazm olmasının gerçekçi bir hedef olmadığı, boşalma süresi uzasa bile bunun eşin orgazm olması için yeterli olmayabileceğinin anlatılması; cinsel birleşmeden önce veya sonra yeterli el uyarısı ile orgazmın sağlanabileceğinin öğretilmesi gerekir.

3. *Geç boşalma* (retarde ejakülasyon): Boşalmanın hiç olmaması (masturbasyon, uyku ve cinsel ilişki sırasında), kısmen oluşması (masturbasyonda oluşan ancak cinsel birleşme sırasında oluşmayan) ya da oldukça uzun süren bir uyarılma sonunda oluşan boşalma biçiminde görülebilir. Genellikle aşırı kontrollü ve kendini cinselliğe bırakmakta güçlük çeken ve partnerine öfke duyguları yaşayan erkeklerde görülen bir bozukluktur. Ancak boşalmanın hiç olmaması çoğu kez organik bir patolojiye işaret eder. Bazı ilaçların kullanımı (antidepresanlar ve tiyridazin gibi nöroleptikler) boşalmayı geciktirebilmektedir. Geriye doğru olan boşalmada orgazm duyumu alınmakta ancak penisten dışarıya bir ejakülat oluşmamaktadır. Bu tür durumlarda ejakülat mesane içine atıldığından seminal sıvı içermesi nedeniyle idrarın bulanık gelmesi tanıda değerli bir bulgudur. CİB merkezlerine yapılan başvurular arasında en az görüleni geç boşalmadır.

iv. Cinsel Ağrılar

1. *Disparenü*: Cinsel birleşmenin ağrılı gerçekleşmesi anlamına gelir. Ağrı birleşme sırasında olmakla birlikte, hemen öncesinde ya da sonrasında da olabilir. CİB merkezlerinde nadiren görülen bozukluklardandır. Erkeklerde kadınlara oranla daha az sıklıkla görülen bu bozukluk genellikle Peyronie hastalığı ve prostatit gibi tıbbi bir bozukluğa bağlı olarak oluşmaktadır.
2. Ağrılı boşalma: Nadir görülen bozukluklardandır. Genellikle üretra, prostat ve mesane enfeksiyonu gibi durumlara bağlı oluşur. Bu tür sorunu olan erkekler boşalma sonrası peniste yanma hissinden yakınır. Bazen tamamen sağlıklı erkeklerde de boşalma sonrası penis başında aşırı duyarlılık ve ağrı olabilir. Kaplan, ağrılı boşalma ya da boşalma sonrası oluşan ağrıyı, erkeğin boşalmayla ilgili kaygısı nedeniyle perine kaslarında spazm oluşmasına bağlamıştır.

2. Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Tedavi

CİB altta yatan organik bir nedene, cerrahi bir girişime, kullanılan bir ilaca ve eşlik eden ruhsal bir hastalığa bağlı olarak gelişmişse, tedavi öncelikle altta yatan etkene yönelik olarak yapılır. Burada unutulmaması gereken önemli nokta, CİB'in çoğu kez tek bir nedene bağlı olmadığıdır. Her organik olayın psikolojik bileşenlerinin olacağı göz önünde bulundurulur, sorun bütüncül olarak ele alınmalıdır.

Erkek cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde bugün etkili olarak kullanılabilen ve önemli bir yan etkisi olmayan güçlü ilaçlar vardır. *Fosfodiesteraz enzim inhibitörleri* olarak bilinen bu ilaçlar ayrıca ele alınacaktır. Psikolojik kökenli CİB'in tedavisinde ise *cinsel terapiler* olarak bilinen yaklaşım kullanılır. Bu yaklaşımın özünde, *CİB'in türüne özgül olarak geliştirilmiş tekniklerin, danışan birey ve çiftin özellikleri ve gereksinmelerine uygun bir biçimde uygulanması söz konusudur.*

Tedavi oturumları sırasında birey ve çiftlere sorunlarının çözümünde kullanabilecekleri teknikler ayrıntıları ile anlatılır ve bir sonraki terapi oturumuna kadar yürütecekleri aktiviteler **ev ödevleri** biçiminde verilir. Tedavideki hedefler doğrultusunda daha kolaydan daha zora doğru aşamalı biçimde düzenlenen ev ödevleri sırasında bir aşama başarıyla tamamlanmadan bir sonraki aşamaya geçilmez. *Bilişsel - davranışçı tekniklerin* ağırlıklı olarak kullanıldığı bu tür tedaviler, bu konuda eğitim almış ve uzmanlaşmış profesyoneller tarafından yapılmalıdır. Bu konuyla ilgili olarak uygun ya da yeterince eğitim almamış hekimlerin, kendilerine danışan birey ve çiftleri mevcut sorunları konusunda bilgilendirmeleri, ayırıcı tanı yapmaları ve danışanları en çok yardım alabilecekleri ilgili tıp disiplinine yönlendirmeleri yeterli olacaktır.

Erkek cinsel işlev bozuklukları sık görülmesine karşın az dile getirilen, sağlık profesyonellerince az bilinen, ayırıcı tanısı ve etkili tedavisi yeterince yapılmayan önemli bir toplum sağlığı sorunudur.

- *Cinsel Terapiler mi? Farmakoterapi mi?: gereksiz kutuplaşma.*

Gündeme gelen her yeni fiziksel tedavi ile birlikte (penisten yapılan enjeksiyonlar, sertleşme sağlamaya yönelik ilaçlar vb.), cinsel terapilerinin cinsel işlev bozukluğu tedavisinde önemli bir yeri kalmadığı ileri sürülmüştür. Çünkü biyolojik mi - psikolojik mi? biçimindeki ayrımlar fiziksel tedaviler ile cinsel terapilerinin kutuplaşmasına neden olmaktadır.

Bu mantık, sorunun kökeninde biyolojik etkenler varsa tedavisinin BİYOLOJİK psikolojik etkenler varsa tedavisinin PSİKOLOJİK olması gerektiği şeklinde günümüzde geçerliliğini yitirmiş inanışlar üzerine kurulmuştur. Oysa, günümüzde penis damarlarında yetmezlik (kaçak) bulunan pek çok erkek hiçbir cerrahi girişim söz konusu olmaksızın yalnızca cinsel terapiler ile tedavi edilebilmektedir.

Bu damarsal kaçığın mevcut sertleşme kusurunu yalnız başına açıklayamadığını, ancak damarsal yetmezlik üzerine eklenen performans kaygısıyla birlikte klinik tablonun oluştuğunu ve performans kaygısının cinsel terapiler ile giderilmesi ile birlikte damara müdahale etmeden sertleşme sorununun ortadan kalkabildiğini göstermektedir. Başka bir deyişle, ilerleyen tıp ve teknoloji aracılığıyla saptanan organik bulgular her zaman yalnız başlarına mevcut cinsel sorunu açıklamakta yeterli olamamaktadır. Cinsel sorunların ortaya çıkışında çoğu kez organik nedenler üzerine eklenen psikolojik etkenler rol oynamaktadır.

i. Farmakoterapi:

Ne zaman farmakolojik (ilaç) tedaviler tercih edilmeli?

Belirli bir organik hastalık tanısı konulan ve hastalığı medikal tedaviler gerektiren hastalar dışında, ilaç tedavilerinin tercih edilebileceği durumlar şöyle özetlenebilir;

- Cinsel terapiler yetersiz kaldığında,
- Danışan cinsel terapileri kabul etmediğinde (ilaç tedavisini kabul etmeyenlerin sayısı günümüzde en az cinsel terapileri kabul etmeyenler kadardır),

- Cinsel terapileri yürütmek için partneri olmayanlar (böyle bir durumda partnersiz yapılan cinsel terapi teknikleri de uygulanabilir),
- Partneri olmasına karşın partnerini tedaviye dahil etmek istemeyenler,
- Dini - kültürel nedenlerle masturbasyon içeren cinsel terapi egzersizlerine yanaşmayanlar,
- İlacın olumlu etkisini gördükten sonra kendine güveninin artacağını ve böylelikle cinsel terapilere motivasyonlarının artacağını düşünen bireyler,
- Cinsel terapiler konusunda eğitimi olmayan kişiler doğal olarak öncelikle ilaç tedavisini tercih edeceklerdir. Ancak ilaç tedavisinden yarar sağlayamayan kişilerin performans kaygıları belirgin derecede artacağından, bu grupta cinsel terapilerin sağlayacağı yarar, öncelikli olarak cinsel terapi alanlardan daha sınırlı olabilmektedir.

İlaçlarla “hızlı tamir” erkek cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde yeterli olabilir mi?

“HER ERKEĞİN ÖNÜNDE BİR PENİS VARDIR” ilkesi üzerine kurulu:

FİZYOLOJİK işlevlerin “HIZLI TAMİRİ” veya “RESTORASYONU”

Doğrultusundaki arayışlar;

“HASTALIK YOK HASTA VARDIR” kavramını göz ardı ederek, sihirli ilacın Sertleşme Kaybı (SK) olan tüm olguların gereksinmelerine aynı etkinlikte yanıt vereceğini varsaymakta (PAKET - STANDART TEDAVİ) ve kökeninde veya alevlenmesinde rol oynayan PSİKOLOJİK ve KİŞİLER ARASI ÇATIŞMALARI görmezlikten gelebilmektedir.

- SK'nın kökeninde %75-90 organik etken bulunsa bile organik kökenli olduğu düşünülen pek çok olgu hiçbir medikal tedavi uygulanmadan yalnızca CİNSEL TERAPİLER ile tedavi edilebilmektedir. Bundan çıkarılacak sonuçlar:

A) Mevcut sorunun nedeni yalnızca saptanan organik neden değildir,

B) Sorunun kökeninde organik ve psikolojik etkenler birlikte rol oynamaktadır.

- Kökeninde organik nedenler bulunsa da her organik nedene psikolojik komponentler eşlik eder.

Başka bir deyişle “PENİS KİMİN PENİSİDİR?” yani penisin arkasındaki kişinin

Performans kaygısı,

Yetersizlik duygusu,

Erk ve erkeklik kaybı gibi korkuları ilaçla giderilebilecek midir?

- Fizyolojik fonksiyonların “hızlı tamiri” veya “restorasyonu” sırasında SK olgularının eşleri gözardı edilmektedir.

Başka bir deyişle,

SERTLEŞTİRİLMİŞ VE İRİLEŞTİRİLMİŞ PENİS HANGİ İLİŞKİDE KULLANILACAKTIR?

- SK olgularının eşlerinde CİB görülme oranları %60 civarında (CİB'in yalnızca %8'i SK'dan önce mevcut),
- Bu tür çiftlerde tedavi - müdahale gerektirecek düzeyde, evlilik içi çatışma görülme oranı %40,

Çünkü, Evlilik Yaşamı Cinsel Yaşamdan, Cinsel Yaşam İse Evlilik Yaşamından İzole Düşünülemez.

- i Mevcut cinsel sorun / sorunlarla birlikte yaşama sonucu kurulan psikolojik dengenin erkek lehine hızlı biçimde bozulması, mevcut ilişkinin dinamiklerini olumsuz etkileyebilir.
- i Sertleşme oluşturmak ile oluşturulan sertleşmeyi cinsel yaşam içinde doyum verici biçimde kullanmak birbirinden farklıdır, çünkü:
 - a) SERTLEŞMENİN BİR AMACI VARDIR.
 - b) CİNSEL BİRLEŞME EN AZINDAN İKİ KİŞİYİ GEREKTİRMEKTEDİR.

Partnerle İlgili Sayıtlar

Sayıtlı 1 : Kadınlar eşlerine verilen tedaviyi koşulsuz olarak kabul edip koopere olacaklardır.

Sayıtlı 2 : Kadınların eşlerinin uyarılma süreci içinde yer alıp almamalarının önemi yoktur.

Sonuç 1 : Bilinçli veya bilinç dışı olarak tedavi sürecinin sabote edilmesi.

Sonuç 2 : Tedavi eşler tarafından benimsenmediği takdirde, tedaviye uyum ve olası olumlu sonuçlar tehdit altına girer.



SONUÇ;

Erkeğe yalnızca sertleşmesini geri vermek yeterli olmayacaktır. Oluşan sertleşmelerin anlamlı ve bir ilişki bütünü içinde kullanılabilmesi gerekir. Bunun için cinsel terapiler, evlilik terapileri, bireysel terapiler ile kullanıma hızla giren medikal tedavi yöntemlerinin iyi bir entegrasyonu gerekmektedir. CİB'in tedavisiyle uğraşan değişik disiplinlerden profesyonellerin de daha iyi bir işbirliği içinde olmaları gerekmektedir.

UNUTULMAMALIDIR Kİ

HER ERKEĞİN ÖNÜNDE BİR PENİS OLMAKLA BİRLİKTE,

HER PENİSİN ARKASINDA DA BİR ERKEK VARDIR.

ii. Cinsel terapi uygulamaları

Cinsel Terapist nedir ve standart bir uygulama var mıdır?

Cinsel terapiler olarak bilinen yaklaşımın özünde cinsel işlev bozuklukluğunun türüne özgül olarak geliştirilmiş bazı özel tekniklerin kullanılması söz konusudur. Ancak bu, cinsel terapilerin çeşitli özgül tekniklerin çeşitli cinsel işlev bozukluklarında kullanılmasından öteye gitmeyen yaklaşımlar olduğu anlamına gelmez. Aksi halde bu tür terapileri terapistler aracılığı ile değil bilgisayarlar ve el kitapları aracılığı ile yürütmek mümkün olabilir ve böylelikle terapi daha ekonomik bir biçime dönüştürülebilir. Bazı cinsel terapi uzmanlarının tedavide diğerleri kadar başarılı sonuçlar alamamasında, uygulayıcıların cinsel terapilerinin kuram ve tekniklerine sıkı sıkıya yapışmaktan öteye gitmeyen yaklaşımlarının payı büyüktür. Yalnızca cinsel terapi kuram ve tekniklerini bilerek başarılı terapiler yapmak çoğu kez olanaksızdır. Çünkü terapist kuramcı değil uygulayıcıdır ve uygulamalar sırasında mevcut teknikler



her birey ya da çiftin kendilerine özgü olan özellikleri ve gereksinimleri göz önünde bulundurulur. Bu; cinsel terapi uygulamalarında kullanılan tekniklerin cinsel sorunu olan birey ve çiftlerin gereksinimlerine uygun olarak düzenlenebilmesi hatta değiştirilebilmesi anlamına gelir. Çünkü cinsel işlev bozukluğunun türü aynı da olsa, sorunun seyri bireyden bireye ve çiftten - çifte farklılıklar gösterecektir. *"Hastalık yok hasta vardır"* ilkesini benimsemiş terapistler tüm birey ve çiftlerin gereksinimlerine aynı etkinlikle yanıt verebilecek standart / paket tedaviler olamayacağını bilirler.

Cinsel terapiler yalnız başına yeterli mi? Çift terapilerinin tedavideki yeri nedir?

İnsanın cinsel yaşamı diğer yaşam alanlarından ayrı veya izole olarak da düşünülemez. Bu bağlamda cinsel uyum genel uyumun bir parçası olmaktadır. O halde cinsel alandaki bir sorun, yaşamın diğer alanlarını (iş, sosyal, özel yaşam alanları gibi), yaşam alanlarındaki çeşitli sorunlar ve özellikle evlilik içi sorunlar ise bireyin cinsel yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle cinsel terapi uygulaması yapacak terapistlerin bireysel psikoterapi ve evlilik terapileri alanlarında deneyimli olmaları gerekir. Cinsel terapiler ile evlilik terapilerinin daha sistematik ve etkin bir biçimde bütünleştirilmesine duyulan gereksinim her geçen gün artmakta, bu iki terapinin birlikte uygulandığı çiftlerde tedavi sonuçları daha yüz güldürücü olmaktadır.

Cinsel terapilerde hedeflerin açık, net ve somut, kullanılan tekniklerin ise kolay anlaşılır özellikler taşıması yanısıra, Masters ve Johnson'un (1970) kendi uygulamaları sonunda aldıkları parlak sonuçlar çeşitli alanlarda çalışan bir çok terapistin ilgisinin bu alana yönelmesine neden olmuştur. Alana yönelik bu ani bilgi ve popülerite bir yandan cinsel terapilerinin bugünkü konumuna gelişine zemin hazırlarken bir yandan da bazı sorunları beraberinde getirmiştir. Herşeyden önce, Masters ve Johnson sonrası dönemde hiçbir araştırmacı tedaviyle onların aldığı parlak sonuçları alamamıştır. Bunun en önemli nedenlerinden biri cinsel terapi alanına psikoterapi deneyimi oldukça sınırlı pek çok kişinin girmesi ve bu kişilerin uygun bir eğitimden geçmemiş olmalarıdır. Bugün cinsel terapi uygulaması yapan terapistlerin önemli bir kısmı yeterli düzeyde bireysel psikoterapi ve evlilik terapileri eğitiminden geçmemiş ve hatta yalnızca cinsel terapi teknikleri konusunda eğitim alarak uygulama yapmakta olan terapistlerdir. Bu durum cinsel terapilerin etkinlik ve popüleritesinin giderek azalmasına ve saygınlığını yitirmesine neden olabilecek gibi görünmektedir. Bütün bu bilgiler ışığında; cinsel terapi uygulamaları sırasında ortaya çıkabilecek en temel sorunların terapistle ilgili sorunlar olduğu söylenebilir. Bireysel psikoterapiler, evlilik terapileri ve cinsel terapi eğitimlerini tamamlamış terapistlerin bu alanlardaki bilgi ve becerilerini ustaca kombine edebilmeleri ve etkin bir biçimde kullanabilmeleri, uygulamalardaki başarı oranlarını önemli oranda arttıracaktır. Buna karşın birçok Avrupa ülkesinde ve ABD'de halen bu entegrasyon sağlanmış değildir. Aksine cinsel sorunlar yanısıra evlilik içi sorunu olan çiftler öncelikle bu sorunlarının çözümü için evlilik terapileri uygulamaları yapan bir merkeze gönderilmekte ve bu sorunları çözümlendikten sonra cinsel terapiler için kabul edilmektedirler. Yani çiftler cinsel terapi merkezlerine yardım alabilmek için başvurduklarında bir değerlendirmeye alınmakta ve bu aşamada evlilik içi sorunlar saptandığında bu durum onların cinsel terapi almalarına engel oluşturmaktadır. Oysa evlilik içi sorunların varlığı her zaman değerlendirme aşamasında saptanamadığı gibi varolan evlilik içi sorunların hangi oranda başka etkenlere bağlı olduğunu değerlendirme aşamasında belirleyebilmek her zaman mümkün olmayabilir. Ayrıca evlilik içi alanla cinsel alan arasında karşılıklı bir etkileşimin varlığını yadsımaya olanak yoktur ve bu iki alanı birbirinden izole sistemler gibi düşünmek son derece yanlış olur. Evlilik terapileri ile cinsel terapilerin böylesine yapay bir biçimde ayrıştırılmasının en önemli nedeni evlilik içi sorunların belirgin olduğu çiftlerde, cinsel terapilere eşlik eden evlilik içi sorunlar nedeniyle çoğu kez yarım kaldığı ve tamamlanamadığına dair araştırma bulgularıdır. Oysa aynı bulgular cinsel terapiler ile evlilik terapilerinin ayrı ayrı yapılması ya da evlilik içi sorunların varlığında çiftlerin cinsel terapilere kabul edilmemesi anlamında değil, evlilik içi sorunların varlığında cinsel terapilerin yetersiz kalabileceği biçiminde de yorumlanabilir. Evlilik içi sorunların varlığında yalnızca cinsel terapi kuram ve teknikleriyle istendiği oranda başarı sağlanamaması şaşırtıcı bir bulgu değildir. Buna karşın cinsel terapiler ile evlilik terapilerinin kombine edilerek uygulandığı çalışmalar yok

denecek kadar azdır. Ülkemizde yapılan ve cinsel terapiler ile evlilik terapilerinin kombine edildiği Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur tarafından yapılan bir çalışmada, evlilik içi sorunların varlığının cinsel terapilerin prognozunu olumsuz yönde etkilemediği, yalnızca terapi oturumlarının sayısını arttırmadan süresini uzattığını göstermiştir. Bu çalışmada yalnızca cinsel terapi alan grupta ortalama oturum süresi 25 dakika iken kombine tedavi alan grupta aynı süre 50 dakika bulunmuştur. Ayrıca kombine tedavi alan gruptan hiçbir çift tedaviyi yarım bırakmamış ve tedavi sonunda alınan sonuçlar, literatürde yalnızca cinsel terapiler uygulanarak alınan sonuçlara oranla daha parlak bulunmuştur.

3. Cinsel İşlev Bozukluklarının Değerlendirme ve Tedavisinde Kültürel Etkenler

Kültür, herhangi bir toplum içinde öğrenilen ve aktarılan değer ve davranış normlarını içerir. Değerler ve normlar ise bireylerin kendileri ve yaşadıkları dünya ile ilgili algılarını ve bu ikisi arasındaki ilişkilerle ilgili temel düşünce, inanış ve yorumlarını belirlediğinden; özellikle bilişsel - davranışçı terapiler olmak üzere her türlü terapide kültürel etkenlerin tartışılmaz bir rolü vardır. Bu bağlamda terapistler, standardize edilmiş ideal bir dünyada işlev görmemektedirler. Bu nedenle kendilerini ve uyguladıkları teknikleri, içinde yaşadıkları toplumun kültürel gereksinmelerine yönelik olarak uyarlayabilmelidirler. Toplumlar hangi davranışların (cinsel dahil) kabul edileceği, hangilerinin tolere edileceği konusunda farklılıklar gösterirler. Bu nedenle, uyumsuz ve işlevselliği olmayan davranışların ele alınışı, kültürden bağımsız olarak düşünülemez. Kültürel etkenler bir yandan, sorunun ifade ediliş biçimini ve bireylerin yardım arama davranışlarını belirlerken, bir yandan da terapistlerin hastalarını yaşadıkları kültür bağlamında değerlendirmeleri ve anlamalarını ve yardıma yönelik mevcut tekniklerin hangilerinin ne şekilde kullanılacağını bilmesini gerektirir.

Tedavi alanında çalışan profesyoneller, kendilerinden yardım isteyen bireylerin kültürel ve bireysel değerleri çerçevesi içinde çalışabilecek bir esnekliğe sahip olmalı ve standart kuram ve tekniklerin ötesinde her bir birey ve çiftin, onları “özel - biricik” yapan bireysel özellikleri ve bunları etkileyen kültürel değer yargılarını göz önünde bulundurmalarıdır.

4. Cinsel İşlev Bozukluklarının Değerlendirme ve Tedavisinde Etik İlkeler

Cinsel işlev bozukluğu olan bireyler çeşitli uzmanlık dallarındaki hekimlere ve hekim olmayan ruh sağlığı çalışanlarına başvurabilmektedir. Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili etik dışı uygulamaların başında, yeterli bilgi ve deneyimi olmayan kişiler ve hatta terapistlerin cinsel işlev bozuklukları olgularını tedavi etmeye çalışmaları gelmektedir.

Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde kullanılan yöntemler basit görünmekle birlikte, eğitim almamış, yeterli bilgi ve deneyimi olmayan kişilerin uygulaması tedavide sorunlara yol açmakta dolayısıyla sıklıkla başarısızlıkla sonuçlanmakta ve hastaların tedavi olabilme olasılıklarını azaltmaktadır. Kötü yapılmış ve başarısızlıkla sonuçlanmış bir tedavi girişimi cinsel tedavilere olan güveni azaltmakta ve hastaları ümitsizliğe ya da başka tedavi arayışlarına sevk etmektedir.

Kulaktan dolma ya da kitaptan okuyarak tedavi yapmaya kalkışmak, yeterli yetkinliğe ulaşmadan deneyimli bir danışmandan yardım almaksızın çalışmak hastaların zarar görmesine neden olabileceğinden etik dışı sayılmalıdır.

Cinsel Tedavinin Uyması Gereken Etik Kurallar

Cinsel tedavici kendi meslek grubunun temel etik kuralları dışında şu kurallara da bağlı olmalıdır:

Tanı koymadan önce yeterli bir öykü almalı ve gereken tetkikleri yaptırmalıdır. Yeterli öykü olmadan ya da gerekli araştırmaları ihmal ederek tanı koymak da hastanın zarar görmesine yol açtığından etik bir ihlal sayılır.

Uygulanacak tedavinin seçiminden tedavici sorumlu olmakla birlikte hastayı olası tüm tedavi çeşit ve olanakları konusunda aydınlatmalı ve onun da fikrini almalıdır. Tedaviden önce söz konusu cinsel sorunun

yapısı, uygulayacağı tedavinin özellikleri ve kuralları, bu sorun için uygulayacağı tedavinin etkinliği konusunda hastaya bilgi vermelidir. Deneyim ve eğitiminden bağımsız olarak, tedavi sürecinde karşılaşacağı bazı sorunları göremeyebileceğini, bu nedenle uygun bir danışmanı olması gerektiğini bilmelidir.

Mesleki uygulamalarında, nitelsiz veya ehliyetsiz veya etik kurallara uymadığını bildiği kişilerle birlikte veya yardımlaşarak çalışmamalıdır.

Hastayla tedavi ilişkisi dışında ticari veya sosyal ya da herhangi bir başka ilişkiye girmemelidir. Hasta istese de hastasıyla asla herhangi bir cinsel eyleme girişmemelidir. Cinsel davranışın uygunsuzluğuna karar vermek için terapötik ilişkinin sürmekte olması yeterlidir.

Sadece hastası ile değil hasta ile ve yakın duygusal bağı olan kişilerle veya birinci dereceden yakınlarıyla da hiçbir ikili ilişkiye girmemelidir.

Hasta ile girdiği tedavi ya da danışma ilişkisi sürecinde hastaya ait edindiği tüm bilgileri ve hasta ile mesleki ilişkisini de saklı tutmalıdır. Hastadan edindiği bilgileri şu koşullar dışında gizli tutmalıdır:

- i. hasta, açıklanabilecek bilginin tipini, hangi amaçla kullanılacağını, kime açıklanabileceğini, bu yetkiyi gönüllü verdiğini belirten, hastanın ismini ve tarihi içeren bir şekilde yazılı onay verirse,
- ii. hastanın ya da bir başkasının hayatına ya da güvenliğine ilişkin açık bir tehlike varsa,
- iii. yasal bir zorunluluk varsa.

Cinsel tedavici yapacağı araştırma ve yayınlarda araştırma ve yayın etiğine uygun davranmalıdır.

Terapist hastanın gizli bilgilerini süpervizör ya da konsültan gibi profesyonel kişilerle de sınırlı bir şekilde paylaşmalıdır. Bu kişilerin süpervizyon ya da konsültasyon sürecinde edindikleri bilgilerin gizliliğine uymaları da kendi sorumluluklarıdır.

Profesyonel uygulamaları ile ilgili kayıt tutmalı ve bu kayıtların güvenli bir biçimde saklanmasını da temin etmelidir.

Çift ya da aile gibi gruplara hizmet veriyorsa, grup içinde de her üyenin gizlilik hakkını korumalıdır.

Çocuk ya da ergen hastanın gizlilik hakkını ebeveynin bilme hakkı ile uygun biçimde dengelemelidir.

Hasta uygulanan tedaviden yarar görmüyorsa, verdiği profesyonel hizmeti sonlandırmalı ve hastaya başka profesyonel yardım kaynaklarını sunmalıdır.

5. Cinsel İşlev Bozukluklarının Değerlendirme ve Tedavisinde Disiplinler Arası İlişkiler

Cinsel İşlev Bozuklukları'nın tedavisi herhangi bir tıp meslek grubunun tekeli altına alınamaz. Cinsel sorunu olan birey ve çiftler, sorunlarına çözüm ararken, doğal olarak jinekoloji, üroloji ve psikiyatri gibi birbirinden oldukça farklı disiplinlere başvuracaklardır. Ne var ki değişik meslek grubunda çalışan profesyoneller kendilerine başvuran birey ve çiftleri öncelikle kendi alanlarını ilgilendiren bozukluklar yönünden incelemekte, eğer kendilerini doğrudan ilgilendiren bir bozukluk saptayamazlarsa aynı birey ve çiftler bir sonraki aşamada kime ve nereye başvuracaklarını bilememektedirler. Böylelikle çiftler bazen aynı meslek grubundan birden fazla profesyonele danışmakta, kendilerine birbirlerinden farklı birçok tetkik yapılmakta ve böylelikle hem zaman hem de ekonomik yönden kayba uğramakta, daha da kötüsü geleceğe yönelik bir çaresizlik ve umutsuzluk içine girebilmektedirler. Bu durum zaman zaman disiplinler arası kutuplaşmalara da neden olabilmektedir. Pek çok olguda mevcut öykü ile organik - fonksiyonel ayırımını yapmak mümkün olamamaktadır. Cinsel işlev bozukluğuna eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığı veya yan etki olarak



cinsel işlev bozuklukları oluşturabilecek bir ilacın yakın geçmişte ya da halen kullanılıyor olması gibi durumlar, bu ayrımı daha da güçleştirmektedir. Örneğin, sertleşme kaybından yakınan bazı olgularda bu türden (organik fonksiyonel) bir ayırım oldukça güç olmakta ve değişik disiplinlerde çalışan profesyoneller birbirlerinin yaptıklarından habersiz olduklarından, hastanın değerlendirilmesinde bütüncül bir yaklaşım sağlanamamaktadır. Böylelikle aynı birey ve çiftler psikolog / psikiyatristler ile ürolog / androloglar arasında gidip gelmektedirler. Oysa önemli olan kime veya nereye başvurulduğu değil, başvuruyu izleyerek bu birey ve

çiftlere nasıl yardımcı olunduğudur. Gelişmeler önümüzdeki yıllarda cinsel işlev bozukluklarının değerlendirme ve tedavisinde yer alan değişik disiplinler arasında daha iyi bir işbirliğinin gerekliliğine işaret etmektedir. Cinsel işlev bozuklukları alanında çalışan değişik disiplinlerden profesyonellerin temel hedeflerinden biri çeşitli cinsel sorunlardan yakınan birey ve çiftlere yönelik standart bir değerlendirme konusunda fikir birliği oluşturmak olmalıdır. Ancak böylesi bir standart değerlendirme sonucunda cinsel işlev bozuklukları olan birey ve çiftlere en çok yararlanacakları disiplin ve tedavi yaklaşımını göstermek mümkün olabilir. Kaldı ki pek çok olguda organik ve fonksiyonel etkenler birlikte rol oynamakta, bazı olgularda organik ya da fonksiyonel etkenler yalnız başlarına mevcut patolojiyi açıklamakta yetersiz kalmakta, ancak birlikte düşünüldüklerinde açıklayıcı olabilmektedirler.

Bu gerçek; farklı disiplinlerin birbirlerinin seçeneği olmak yerine, birbirlerinin tamamlayıcısı olmaları gerektiğini bir kez daha önemle ortaya koymaktadır. Ancak böylesi bir bütünleşme sayesinde, cinsel sorunu olan birey ve çiftler tek bir disiplinden sağlayacakları yararın ötesinde, entegratif bir yaklaşımdan yararlanma olanağına kavuşacaklardır.

Ülkemizde Psikiyatri, Üroloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dallarında çalışan profesyonellerin cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi ve tedavisi konularında yeterince işbirliği içinde olduklarını söylemek zordur. Bu tür ortak çalışmalar bazı büyük illerde ve sınırlı sayıda merkezde kısmen sağlanmış olmakla birlikte, işbirliğinin sistematik bir biçimde yürüdüğünü söylemek hala mümkün değildir.

İnsanın cinsel işlevlerinin çeşitli fizyolojik, psikososyal ve davranışsal boyutları olduğu düşünüldüğünde bu işbirliğinin yalnızca değerlendirme aşamasında değil, tedavi aşamasında da devam etmesi gerektiği ortaya çıkar. Cinsel sorunlar ne kadar derinlemesine incelenirse o kadar fazla normal dışı organik ve psikolojik etkenler ortaya çıkacaktır. Ancak normal dışı bir etkenin bulunması her zaman semptomun altında yatan temel nedeni saptamış olmak anlamına gelmeyebilir. Sertleşme kaybı bunun en güzel örneğidir. Yirmi yıl öncesine kadar sertleşme kaybının %90'ının psikolojik kökenli olduğu düşünülürken, gelişen tıp ve teknoloji olanakları bugün SK'nın %90'ının kökeninde organik patoloji olduğunu düşündürmektedir. Buna karşın kökeninde organik patoloji olduğu belirtilen pek çok olgu, hiçbir medikal tedavi olmadan, yalnızca cinsel terapiler ile tedavi edilebilmektedir. Bu bulgu iki biçimde yorumlanabilir:

- A) Etiyolojide organik ve psikolojik nedenler birlikte rol oynamaktadır.
- B) Saptanan organik patoloji mevcut cinsel işlev bozukluğunun tek nedeni değildir ya da yalnızca raslantısal bir bulgudur. Bu nedenle cinsel işlev bozukluklarının kapsamlı biçimde değerlendirilmesi çok önemlidir.

Önümüzdeki yıllarda cinsel terapi ile etkili medikal tedavilerin iyi entegrasyonu yanısıra, cinsel işlev bozukluklarının tedavisiyle uğraşan değişik disiplinlerden profesyonellerin daha iyi bir işbirliği ve iletişim içinde olmaları gerekmektedir.

IV. CİNSELLİKLE İLGİLİ SIKÇA SORULAN SORULAR

İ İyi ve sağlıklı bir cinsel ilişki nasıl olmalıdır? Bu ilişkilerde nelere dikkat etmeliyiz?

İyi ve sağlıklı bir cinsel ilişki, eşler arasında uyum ve doyumun yaşandığı ruhsal ve bedensel sağlığın önemsendiği bir süreci tanımlar. Bu süreçte eşlerin birbirleri ile ilgili beklentilerini bilmeleri, cinsel istekler konusunda baskıcı davranmamaları ve birbirlerinin cinsellikle ilgili düşünce ve isteklerine saygı duymaları gerekir. Ayrıca cinsel aktivitenin paylaşıldığı kişinin herhangi bir cinsel yolla bulaşan hastalık taşıyıp taşımadığı bilinmiyorsa, mutlaka kondom kullanılmalıdır. Kondom HIV / AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklardan koruduğu gibi istenmeyen gebelikleri de önler.

İ Cinsel ilişki korkusu (kadın veya erkek) nasıl engellenebilir?

Cinsel ilişkiden korkmanın altında yatan temel neden, yaşanan kültürde mevcut olan yanlış bilgilerdir. Erken yaşta yaşanan kötü ve istenmeyen deneyimler (ensest, tecavüz vb.) de bu tür korkulara neden olabilir. Cinsellikle ilgili doğru bilgiler, bu tür korkuların azalmasına yardımcı olur. Bilginin alındığı kaynak çok önemlidir. Konuda uzman kişilerden ya da bilimsel yayınlardan alınan bilgiler en doğru olanlarıdır. Cinsel ilişki korkusunun altında çoğu kez erkekler için başarısız olma korkuları vardır.

İ Duygusal sorunlar cinselliği etkiler mi?

Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de duygusal sorunlar bireyin tüm hayatını etkilediği gibi cinsel yaşamını da etkileyebilir. Bireyin cinselliğe kendisini verebilmesi ve haz alması zorlaşabilir. Yas, ölüm, depresyon gibi doğal felaketler, ayrılıklar, geçirilen fiziksel hastalıklar, sonrasında veya yoğun iş stresine ve kişinin kendi içinde veya yakın çevresiyle yaşadığı çatışmalara bağlı olarak cinsel isteksizlik yaşanması çok normaldir. Bu tür sorunlar duygusal sorunun azalması ya da ortadan kalkması ile genellikle düzeler. Eşler arasındaki iletişim sorunları da duygusal sorunlar oluşturarak cinsellikten uzak durulmasına neden olabilir.

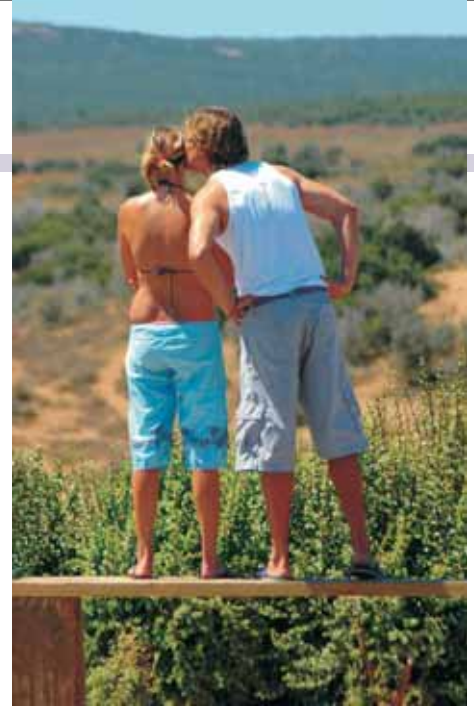
İ Cinsel birleşmeye girmek için belirlenmiş uygun bir yaş var mıdır?

Herşeyden önce bilinmesi gereken "kesin bir yaşın olmadığı"dır. Ancak ergenlik döneminde, henüz bedeni hakkında tam olarak bilgi sahibi olmadan yaşanan cinsellik, ergen gebeliğinden, kürtaja ve HIV / AIDS ve Cinsel Yolla bulaşan diğer hastalıklara kadar uzanan bir sonuç tablosunu gencin karşısına çıkarabilmektedir. Bedensel gelişim kadar ruhsal gelişim de cinselliğin daha doyumlu yaşanmasını sağlar. Ruhsal olarak cinsel ilişkinin sorumluluğunu alabilmemiz, kendimizle barışık olmamızı gerektirir. Yani aldığımız kararı içselleştirmiş olmamız şarttır. Erken ya da hazır olmadan yaşanan cinsellik; bireyde kaygı, yetersizlik, suçluluk, pişmanlık, utanç gibi içsel barışı bozabilecek duygular yaşatabilir. Tüm bu nedenlerle; güvenli cinsel ilişki kavramı öncelik kazanır. Güvenli Cinsel ilişki; karşılıklı güvenin, kabulün, sevgi ve saygının yaşandığı bir ilişkidir. Bireyler arası paylaşımın arttığı ve olumlu duyguların yaşandığı bir ortamda iyi iletişim kurmak, kendini ortaya koyabilmek, 'hayır' ya da 'evet' diyebilmek, partneri zorlamamak cinsel ilişkinin sağlıklı yürümesi için şarttır.

İ Eşcinsellik nedir? Normal dışı bir davranış mıdır?

Eşcinsellik bireyin cinsel doyum sağlamak için kendi cinsiyetinden birine yönelmesidir.

Eşcinsellik bir davranış biçiminden öte bir cinsel yönelim biçimidir. Normlar toplumdan topluma, çağdan çağa değişebilmekle beraber, eğer norm toplumdaki insanların çoğunluğunun oluşturduğu standart olarak kabul edilecek olunursa eşcinsellik bu standartların dışında kalmaktadır. Ancak bir toplum nasıl azınlıklarla beraber yaşamayı öğrenmek durumundaysa, heteroseksüeller yanı sıra homoseksüellerle



birlikte de yaşamayı öğrenmeli ve cinsel yönelimleri dolayısıyla onları aşağılamamalı ya da homoseksüelliği sıradan bir seçim gibi görmemelidir. Toplumsal veya çevresel etkenler eşcinselliğin oluşumundan çok eşcinsellerin yaşam biçimini etkilemektedir. Homofobi eşcinselliğe ve eşcinsellere yönelik olumsuz tutum ve önyargı anlamındadır. Homofobik tutumlar eşcinselliğin bir ahlak zaafı, günah, illegal bir edim, sapkınlık, hastalık ya da bozukluk olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır. Homofobik önyargıların hem heteroseksüellerde hem de eşcinsellerde yaygın olduğu düşünülecek olursa homoseksüellerin yaşam kalitelerinin düşüklüğü ve yaşadıkları zorluklar kolaylıkla anlaşılabilir.

- **Masturbasyon nedir?**

Bireyin çeşitli görsel (video, gazete, dergi vb.), düşünsel (hayal objesi) ve fiziksel (kendi kendine dokunma vb.) yöntemler kullanarak kendi kendini tatmin etmesi ve cinsel doyum sağlamasıdır. Masturbasyon insanın doğasında varolan cinsel dürtünün doyuma ulaşması için yapılan bir eylemdir. Masturbasyonun fiziksel bir zararı olmadığı gibi, ruhsal açıdan zararlı hiçbir etkisi de yoktur. Aksine cinsellik gibi doğal bir dürtünün doyumunu sağlayan masturbasyon bastırıldığı takdirde doyumsuzluk ve sinirlilik gibi durumlara yol açabilir.

Her yaşta doğal kabul edilebilir. Masturbasyonun genç ve evlenmemiş erkeklere özgü bir davranış olduğu görüşü doğru değildir. Eşlerin birbirlerine masturbasyon yaparak ya da yaptırarak doyuma ulaşmaları az görülen bir durum değildir ve her iki eş de onayladığı müddetçe doyum verici olabilir. Ancak partneri olan bir bireyin yalnızca masturbasyon aracılığı ile doyum sağlamaya çalışması sağlıklı bir davranış olarak değerlendirilemez. Masturbasyon çok sık yapılıyorsa yalnızlığın veya sosyal ilişki kuramamanın ve bir sosyal beceri eksikliğinin belirtisi olabilir. Uygunsuz yer, zaman, araçlarla yapılıyorsa, konuyla ilgili bir uzmana danışılması gereklidir.

Toplumda masturbasyonun ayıp, suç ve günah olduğuna ilişkin söylemler varsa bu bireyin cinselliğini olumsuz etkiler. Eğer birey masturbasyonu olumsuz bir davranış gibi değerlendiriyorsa, bundan olumsuz etkilenir. Herşeyden önce bireye masturbasyon yapmanın olumsuz bir davranış olmadığını aktarmak gerekir. Ancak bireyin cinsel yaşamı sadece masturbasyondan ibaretse ve masturbasyon giderek birey için yetersiz bir doyum biçimini alıyorsa ve masturbasyon bir yalnızlık ve çaresizliğin parçası ise, mutlaka bir uzmana danışmak gerekir.

- **Erotik yayınların insan sağlığı üzerinde ne gibi etkileri vardır?**

Erotik yayınlar ruh ve beden sağlığıyla çatışacak biçimde yapılmadığı takdirde bireyin cinselliğine zenginlik katabilir.

Cinsellikte ruh ve beden sağlığına zarar verebileceği düşünülen davranışlardan bazıları şunlardır:

- Uygun olmayan araçlarla cinsel ilişki deneyimi,
- Hayvanlarla cinsel ilişki,
- Grup olarak yaşanan cinsel ilişki,
- Cinselliğin sadece bir içgüdü sonucu ortaya çıkan mekanik ve sıradan bir yaşantı gibi gösterilmesi,
- Abartılı ve yukarıda sayılanları normal günlük cinsel davranışlarmış gibi veren yayınlar,
- Çocuklarla kurulan cinsel ilişki,
- Çocuk pornografisi.

Erotik yayınlara talebin giderek arttığı gözlenmektedir. Özellikle internet aracılığı ile erotik materyale erişim yeni giren gençlerin kolaylıkla ulaşabildiği göz önünde bulundurulduğunda uygunsuz yayınların gençlerin ruhsal sağlığını etkileyebilme gücü tahmin edilebilir.

Türkiye'de, aile içinde ve okulda cinsel sağlık ve cinsel işlevler ile ilgili uygun ve yeterli eğitim verilmediği için cinsel bilgisizlik ve yanlış bilgiler yaygın olarak görülmektedir. Cinsel alandaki bu bilgi açığı merak doğurmakta, merak ise bazı uygunsuz gizli eylemlere neden olmakta, bu merak internetin porno sayfaları ya da uygunsuz telefon hatları aracılığı ile giderilmeye çalışılmaktadır. Tüm bu yanlış ve yetersiz bilgi donanımları bireylerin cinsel beraberliklerini de olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle cinsel bilgilerin uygun adreslerden yani uygun kişi, kurum ve yayın organlarından alınması gerekmektedir.



Olumsuz etkilerine rağmen erotik yayınlar doğru kanallar aracılığı ile yapıldığında bireylerin cinsel yaşamını zenginleştirebilir.

Stres ve yaşam koşullarına bağlı cinsel sorunlar olabilir mi, çözmek için neler yapılabilir?

İş kaybı, eş kaybı, ekonomik sorunlar, uygun olmayan ev ortamları (geniş aile ile yaşamak gibi), aile üyelerinden birinin ölümü, aşırı iş yapmaya bağlı yorgunluk, istenmeyen gebelikler, düşük, kürtaj gibi durumlar çeşitli cinsel sorunların oluşumuna yol açabilir. Ancak yaşam olaylarından çok, yaşam olayları ile ilgili algılama biçimlerinin cinsel sorunlara yol açtığı daha doğru bir varsayım olabilir. Çünkü aynı yaşam olayları tüm bireylerin cinselliklerini aynı düzeyde etkilememektedir. Bazen istemli olarak yaşanan olaylar bile insan cinselliğini etkileyebilmektedir. Örneğin doğum sırasında karısına eşlik eden erkeklerin önemli bir kısmında kısa süreli cinsel ilgi ve istek azalması olduğunu gösteren çalışmalar bile mevcuttur. Ancak bu, doğuma eşlik etmenin yanlış olduğunun veya her erkekte benzeri bir sorun olacağının göstergesi değildir. Yaşam olayları arasında ilerideki cinsel yaşamı tehdit eden en önemli yaşantı, tartışmasız cinsel yönden kötüye kullanılma durumudur. Taciz, tecavüz, ensest biçiminde yaşanan travmatik deneyimler hem psikolojik hem de cinsel sorunlara yol açar. Bunlar arasında cinsel tiksinti, cinsel fobiler, cinsel ilgi - istek, uyarılma ve orgazm sorunları görülebilir. Kötüye kullanımın süresi ve sıklığı arttıkça ve yaş ilerledikçe (özellikle 11 yaşından sonra) uyum zorlaşmaktadır.

Eşlerden birinin cinsel sorun yaşadığı durumlarda, partnerinin bu duruma gösterdiği tepki sorunun süregelenleşip süregelenleşmemesinde büyük önem taşır. Sorun yaşayan kişiye gösterilen ilgi, anlayış ve verilen destek, sorunun daha çabuk atlatılmasında büyük önem taşır. Diğer yandan eşlerden birinin cinsel sorun yaşadığı durumlarda, eşinde de bir cinsel sorununun oluşması az rastlanır bir durum değildir. Evlilik ilişkisinin niteliği de cinselliği olumlu ya da olumsuz etkileyebilir.

Cinsel yönden sorunlarını danışmaya gelen çiftlerde kadınlar ve erkekler getirdikleri yakınmalar açısından farklılık gösteriyorlar mı?

Danışmaya gelen çiftlerde sıklıkla kadınların evlilik ve iletişimle ilgili sorunlar dile getirdiğini, buna karşın erkeklerin sorunu daha çok cinsel olarak tanımladıklarını görmekteyiz. Başka bir deyişle erkek, cinsel sorun düzelse, evlilik ilişkisinin de düzeleceğini düşünürken, kadın iletişim ve evlilik ilişkisi düzeldiğinde cinsel sorunun düzeleceğine inanıyor.

Cinsel sorunun çözümünde kullanılan tedavi yöntemleri nelerdir?

Sorunların çözümü her bir sorunun türüne bağlı olarak değişir ve çiftlere daha çok sorun çözme becerileri öğretilirken, mevcut sorunun türüne bağlı olarak bazen cinsel terapiler bazen çift terapileri bazen de her ikisi birlikte uygulanabilir. Bazı durumlarda ilaç tedavileri sorunu çözmekte etkili yaklaşım olabilir.

Performans artırımı ile ilgili yardım almak isteyen hastalarınız oluyor mu?

Cinsellik daha önce de belirtildiği gibi üreme ve doyum üzerine kurulu bir işlevdir. Cinsel organlar ise başarı organları değildirler. Buna karşın daha çok erkekler performansla ilgili nedenlerle başvuruda bulunabiliyorlar.

Performans, yani başarı söz konusu olduğunda; başarı ya da performans kaygısı da devreye girmekte ve cinselliğin başarı kısmına odaklanan kişi, bir yandan da kaygı yaşadığından cinsellikten haz alması güçleşmektedir. Çünkü kaygı ile haz çoğu kez bir arada yaşanması mümkün olmayan iki duygudur. Yanlış bilgi ve inançların neden olduğu performans kaygıları arasında penisin boyutları ve uygun yer zaman -kişi koşullarından bağımsız olarak sağlanması beklenen sertleşme ile ilgili kaygılar önde gelmektedir. Tesadüfi bir başarısızlıktan sonra her cinsel birleşimde başarısız olma korkusu yaşayan erkeklerin sayısı da az değildir.

Cinsellik öğrenilen ve geliştirilebilen bir konu mudur? Cinsel eğitimin rolü nedir?

Cinsellik öğrenilen ve yaşam evreleri boyunca geliştirilebilen bazı bilgi, beceri ve tutumlardan oluşan bir kavramdır. Uygun bilginin edinilmesi, gerekli cinsel becerilerin geliştirilmesi ve konu ile ilgili uygun tutum ve değerlerin kazanılması ancak iyi bir cinsel eğitimle sağlanır. Ne yazık ki cinsel eğitim beşikten mezara kadar devam etmekle birlikte, bu konudaki öğretmen - eğiticiler görünür olamamışlardır; çünkü cinsel eğitimin büyük bir kısmı informal (sokakta) gerçekleşmektedir. Belirsiz kaynaklardan elde edilen eksik ve yanlış bilgiler yerine, kaynağı belirli, yaş gruplarına göre uyarlanmış, basit ve anlaşılır eğitim programlarına gereksinme vardır. Aksi takdirde “3 Dakikada Garantili Orgazm Teknikleri” öneren uygunsuz magazin literatürü ve kim ararsa arasın aynı yanıtı veren telefon tuzaklarının önüne geçilmesi imkansız olacaktır. Prof. Sungur'un da içinde olduğu bir grup, ergenlikte değişim projesi altında okul döneminde kullanılmak üzere öğretmen - öğrenci ve anne babalara yönelik el kitapçıkları hazırlamıştır. Çünkü cinsel eğitimin amacına ulaşması için erken yaşta başlatılması gerekir. Ancak erişkin yaşta kişiler için de cinsel alanda kendi kendine yardım sağlamaya yönelik kitapçıklara gereksinme olduğu açıktır.

V. ERKEK CİNSEL İSTİSMARI

Bireyin cinsel dokunulmazlığına aykırı olan davranışlar yasal açıdan cinsel saldırı olarak tanımlanır. Cinsel saldırının sınırlarını mağdurun cinsel hakları ve dokunulmazlığı belirlemektedir. Cinsellikte “anormal davranış” başka birinin cinsel haklarını çiğneyen davranış yani cinsel saldırı olarak tanımlanmaktadır.

Cinsel saldırıya erkeklerin kadınlara göre daha az sıklıkta maruz kaldığı bilinmektedir. Cinsel saldırı sıklığı ile ilgili verilerin toplanmasında güçlükler bulunmaktadır. Olayın cinsellik ile ilgili olması (mahremiyeti) nedeniyle mağdurlarının genelde sessiz kalması, yaşanan olay nedeniyle mağdurun ve ailesinin kötü algılanması olasılığı, cinsel saldırının tanındık birinden gelmesi durumu ve tehdit gibi nedenlerle mağdur sayısının bilinenden çok daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde erkeklerin cinsel saldırıya maruz kalma oranı ile ilgili veriler oldukça sınırlıdır. Amerika'da yapılan araştırma sonuçlarına göre her 2,5 dakikada bir cinsel taciz olayı yaşanmaktadır. Her 6 Amerikalı kadından ve her 33 Amerikalı erkekten biri cinsel istismara maruz kalmakta, yılda yaklaşık 200.000 kişi cinsel saldırıya uğramaktadır. Tecavüz kurbanlarının %44'ü 18 yaşın, %80'i ise 30 yaşın altındadır.

Ortaya çıkan cinsel istismarların sadece %41'inin polise bildirildiği, erkek mağdurların ise sadece %10'unun polise müracaat ettiği bildirilmiştir. Tüm cinsel suç mağdurlarının sadece 1/10'unu erkek kurbanların oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar erkek mağduriyetinin kadınlara göre daha az olmakla birlikte zannedildiğinden daha yüksek oranda olduğunu ancak erkeklerin yardım ya da şikayet amacıyla başvurusunun az olduğunu göstermektedir. Erkeklerde yetişkinlikte cinsel saldırıya maruz kalmakla ilgili çok veri olmamasına karşın çocuklukta cinsel saldırı ile ilgili çalışmalar daha yoğunluktadır.





VI. ÇOCUĞUN CİNSEL İSTİSMARI

Kız ya da erkek çocuğun yetişkin tarafından cinsel tatmin amacıyla doyum aracı olarak kullanılmasıdır. Yetişkinin para kazanmak amacıyla çocuğu kullanması da cinsel istismardır (ör. çocuğun çıplak görüntülenmesi, görüntülerinin yayınlanması vs). Cinsel istismar ile karıştırılmaması gereken bir durum aynı yaş grubu çocuklar arasında, zor kullanmadan, acı çekmeye ya da herhangi bir utanca sebep olmayan cinsel oyunlardır. Bu oyunlar tamamen masum çocukluk oyunlarıdır ve sağlıklı bir çocuğun kendi bedenini ve karşı cinsi tanıma ayırt etme aşamasıdır. Bu tür merakların oyunlarla giderilmesi sağlıklı ve güvenlidir. Yasal açıdan, cinsel eylemin yasal anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı

gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış çocuğa karşı işlenen cinsel suç olarak tanımlanır. Cinsel eylemin yasal anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmiş olan çocuklara karşı şiddet, tehdit, hile aracılığıyla gerçekleştirilen cinsel davranışlar da cinsel suç olarak tanımlanmaktadır.

Çocukların cinsel istismarı yeni değildir. Bununla birlikte cinsel istismar olayları ile ilgili son yirmi yıl içinde geçmişe oranla adli makamlara çok daha fazla başvuru olmaktadır. Son zamanlardaki bu artışın sebebi çocuk istismarına yönelik dikkatin artması, gerek medya gerek adli ve tıbbi kurumlarca daha sık sorgulanması ve dile getirilmesidir. Çocuk ve gençlerde cinsel istismar ülkemizde de yüksek oranlardadır. Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada aile içi cinsel istismar %1.4 olarak bulunmuştur. Yaygınlık çalışmalarının sonuçlarına göre tüm kadınların %20'sinin, tüm erkeklerin %7'sinin çocukluğunda en az bir kez cinsel istismara maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Cinsiyet farkı açısından genelleme yapılacak olursa kız çocukların erkek çocuklara oranla 3 kat fazla oranda cinsel istismara uğradığından bahsedilebilir. Cinsel istismar bir cinsel travmadır. Cinsel travmanın çocuğun bedenine ve duygularına verdiği zarar yanında bazı özellikleri bu zararın boyutlarını artırabilir. Örneğin istismarcının taciz için tercih ettiği yerin genelde çocuğun tanıdığı bildiği yerler olması ya da istismarcının çocuğun tanıdığı biri olması gibi. Amerika'daki istatistiklere göre mağdurların %80-95'i istismarcıyı tanımaktadır. Cinsel istismarın en çok erkekler tarafından yapıldığı bilinmektedir. Erkeklerle oranla az sayıda da olsa kadın istismarcılar olduğu bildirilmiştir. Çocuk cinsel istismarı ile ilgili adli olayların yanında çocuk pornografisi gibi çocuğa yönelik organize cinsel saldırılar da giderek yaygınlaşmaktadır. Yasadışı olmasına rağmen internetin de etkisi ile çocuk pornografisi yaygın bir pazara ve yüklü bir ciroya sahiptir.

Çocukluk çağı cinsel istismarları çoğu zaman kimseye söylenmez. Birilerince fark edilene kadar çocuk tarafından saklanır ya da özellikle tanıdık biri tarafından istismara maruz kalan çocuklar olayı bir oyun olarak algılayabilirler. Zamanla bunun bir suç, kendi işlediği bir günah olduğunu düşünür, suçlu hisseder ve utanç duyarlar. Çoğu zaman istismarcının tehdidi de vardır. Cinsel istismar sırasında çocuğa fiziksel zarar verilmişse ebeveynler tarafından fark edilebilir. Çocuktaki duygusal değişiklikler, garip davranışlar, cinsel içerikli oyunlar, birleşme taklidi vb durumlar dikkatlice değerlendirilmeli, gerekirse profesyonel yardım alınmalıdır.

Çocuğa yönelik cinsel istismarın çocuk üzerinde en fazla etki bırakanı istismarın aile bireyleri tarafından gerçekleştirildiği durumlardır. Ensest, aile üyeleri arasında yasalar ve evrensel normlar ile yasaklanan cinsel ilişki olarak tanımlanabilir. Amerikan Sağlık Eğitim ve Koruma bölümünün 1980'deki tanımına göre, "aile içi yaşamda ana - baba figürüne, gücüne ve otoritesine sahip kişilerin çocuğu taciz etmesi" ensesttir. Birçok faktör enseste zemin hazırlayabilir. Kesin bir genelleme yapılamamakla birlikte aile bireylerinde işsizlik, alkolizm, suça eğilim, fiziksel ya da ruhsal hastalık, baskıcı ve kapalı kültürlerde risk artmaktadır. Yine de ensest her türlü ailede olabilir. Türkiye'de Mor Çatı Derneğine telefonla ya da bizzat gelerek başvuran 538 kişiden alınan bilgilerle yapılan araştırmada, %35'inin cinsel şiddete uğradığını, cinsel şiddete uğrayanların %26'sının ise ensest mağduru olduğunu bildirmiştir.

Çocukluğunda istismara uğrayan kişilerin hepsinde yetişkinlikte sorun yaşanması beklenmez. Nadiren hiçbir sıkıntı yaşanmayabilir. Ancak diğer travmatik yaşam deneyimlerine göre istismara maruz kalmanın yetişkinlikte cinsellikle ilgili ya da ilgisiz çeşitli sorunlara neden olma olasılığı daha yüksektir. Kişinin bedensel ve duygusal bütünlüğünü tehdit eden ya da kişi tarafından tehdit olarak algılanan olaylara travmatik olay denir. Travmatik yaşam olaylarından insan eliyle oluşturulan fiziksel şiddet, cinsel şiddet gibi olayların daha çok sorun yaşanmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle cinsel istismara uğrayan kişilerde ruhsal rahatsızlık riski yüksektir. Cinsel ve fiziksel saldırıya uğrayanlarda depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, fobiler, intihar girişimi, alkol ya da madde kötüye kullanımı, kendine zarar verme davranışı ve cinsel işlev bozuklukları oluşması beklenebilir.

VII. EŞCİNSELLİK

Cinsel kimlik bireyin kendi bedenini ve benliğini belirli bir cinsellik içinde algılayışı, kabullenışı ve duygu ve davranışlarında buna uygun olarak yönelişidir. Örneğin erkeğin kendini erkek olarak algılaması, kabullenmesi dürtü, duygu ve davranışlarında kadına yöneliş erkek cinsel kimliğinin varlığını gösterir. Eşcinsellik bireyin cinsel doyum için kendi cinsiyetinden olan kişilere yönelmesidir. Bu bağlamda eşcinsellik bireyin cinsel yönelimini tanımlar. Başarılı bir cinsel kimlik kabulü bireyin kendi cinsel yönelimini önce kendisinin kabullenebilmesi ve ardından bu yönelimini tüm alanlara (sosyal, özel gibi) taşıyabilmesidir. Kimliğin başarılı bir şekilde kabulü, yeri geldiğinde açıklanabilirliğini gerektirir. Heteroseksüalizmin yaygın olduğu bir dünyada eşcinsel bir kimliğin kabulü ve açıklanması



oldukça güçtür. Heteroseksüalizm heteroseksüel ilişkilerin dışındaki ilişkileri reddederken eşcinsel ilişkilerin sağlıklı, ahlak dışı, anormal olduğu şeklinde bir önyargıyı kendi içinde barındırır. Bu tür inanış ve tutumlar eşcinselliğin kabulünü giderek güçleştirmekte hatta eşcinsellerin kendilerinde bile çeşitli korku, kaygı ve önyargılara neden olabilmektedir. Eşcinselliğin bir hastalık olarak psikiyatri sınıflandırma kitaplarından çıkarılması ancak 1980 yılında gerçekleşmiştir. Oysa eşcinsellik muhtemelen insan tarihi kadar eskidir. Cinsel yönelim yalnız başına bir bozukluk olarak kabul edilemez. Bugün için patolojik bir bozukluk olarak değil insan cinsel davranışının bir türü olarak kabul edilmektedir. Eşcinselliğin bir tercih meselesi olduğuna ilişkin kanılar da giderek inandırıcılığını kaybetmektedir. Eşcinselliğin kendisi bir tercih meselesi olmayıp onun ortaya konması ve yaşam alanlarına taşınabilmesi bir tercih meselesi olmaktadır. Bu tercih ise eşcinsel bireyin kendisinin homofobik önyargılardan kurtulması, toplumun geri kalanının eşcinselliği tolere etmekle kalmayıp, gerçekten kabul edebilmesi, farklılıklarla birlikte yaşamayı öğrenebilmesi ve ayrımcılıktan arınabilmesiyle mümkün olabilir.

Bir önyargı olarak homofobi

Sosyal psikolojide önyargı belirli bir gruba ilişkin yanlış ve eksik bilgilenişten kaynaklanan çeşitli genellemeler ve klişelere dayalı ve bu bilgileri doğrulamayan tüm verilere karşın değişime açık olmayan olumsuz (düşmanca) tutumlar olarak tanımlanabilir. Homofobi insan tarihindeki en talihsiz önyargılardan biridir. İnsan zihni tutucu olma eğilimindedir. Başka bir deyişle, halihazırda var olan bilgi, inanış, tutum ve algılarını olduğu gibi koruma eğilimindedir. Bu nedenle bu bilgilerini değiştirmeye yönelik verileri ve ipuçlarını görmezlikten geldiği gibi bu tür bilgi ve gözlemlere karşı savunucu ve savuşturucu işlemlere başvurur. Yeni bilgiler o zamana kadar öğrendiğimiz ve birlikte yaşadığımız değerlerden kopup yeni şemalar (düşünce kalıpları) oluşturmayı gerektirir. Bu işlem kişiyi zahmetli bir bilgi işleme sürecine iteceğinden dolayı birey kolay olanı yaparak yeni şemalar oluşturmak yerine, bilgiyi ve verileri çarpıtarak eski inanışlarını korur. Örneğin, HIV virüsü kapma riski heteroseksüel erkek ve kadınlardan daha yüksek olmayan (hatta muhtemelen daha düşük olan) lezbiyenlerin eşcinsel olduklarına göre hastalığı kapmak yönünden daha yüksek risk altında olduklarına inanmaya devam etmek gibi. Örneğin, eşcinselliğin bir seçim olmadığına yönelik bir çok veriye rağmen çocuklarına kötü model oldukları düşüncesiyle eşcinselleri seçimleri nedeniyle suçlamak ya da suçlayanlara sessiz kalma eğiliminde olmaları gibi. Farklı insan gruplarına yönelik önyargıları besleyen bir kutuplaşma insanları birbirini dışlatan iki kümeye bölmektir: Bizden (benim grubumdan) olanlar ve bizden olmayanlar (diğerleri). Ayrımcılığı kolaylaştıran ve bireyleri iki gruptan birinde olmaya zorlayan bu olgunun sonuçları arasında tüm eşcinseller aynıdır şeklinde bir sınıflandırma oluşabilmektedir. Üstelik burada aynılık ahlaki bir zaafı, topluma kötü örnek olmayı, sağlıklı olmayı içermektedir. Bütün kadınlar ya da bütün erkekler aynıdır şeklinde bir önermeyi kabul etmeyen ve tepki veren insan bütün eşcinseller aynıdır şeklinde bir önermeye sessiz kalmaktadır. Eşcinsel bireyleri “yola getirerek”, “ahlaki tercihlerini” değiştirerek “düzeltmeye” çalışmak 21. yüzyılın yaklaşımı değildir. Nitekim eşcinsel yönelimi silip, yerine heteroseksüel yönelimi koyma iddiasındaki çeşitli “terapötik” girişimlerin hemen hepsi hayal kırıklığıyla sonuçlanmakta, sonuç alındığı iddia edilen vakaların esasen terapinin başında biseksüel oldukları ve eylemsel olarak heteroseksüel uca daha yakınlaşmış



görünmekle birlikte fantezilerinde ve çekirdek cinsel yönelimlerinde önemli değişikliklerin olmadığını ortaya koymaktadır. Modern terapistler içselleşmiş homofobilerine bağlı sıkıntı yaşayan bireylerin terapisinin, cinsel yönelimlerini değiştirmeyi hedeflemeden kendilerini anlama, sevme ve kabullenmelerine ve daha iyi bir sosyal uyum yapmalarına yardım temelinde olması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Eşcinsel şair K. Kavafis ayrımcılığın olmadığı bir toplum için şöyle bir dilekte bulunmaktadır “Daha güzel bir toplumda, ileride bir başkası tıpkı bana benzeyen, çıkar kuşkusuz yaşar özgürce”.

Eşcinsellik ve Psikososyal Danışmanlık

Yukarıda da bahsedildiği üzere eşcinsellik bir hastalık değildir. Eşcinsel bireyler aynı heteroseksüel olanlar gibi farklı ruhsal hastalıklar ve problemler nedeniyle yardım isterler. Diğer taraftan heteroseksüellerden farklı olarak cinsel yönelimlerini kabul etme ve açığa çıkma sürecinde kendi istekleri veya ailelerinin baskıları ile destek ararlar.

Eşcinselliğin hastalık olarak kabul edildiği dönemlerde cinsel yönelimi değiştirmek için psikoanalitik yaklaşımlardan, tiksindirerek kaçınma oluşturacak davranışçı tekniklere bir çok tedavi yöntemi uygulanmıştır. Bu tedavilerden hiçbiri bireyin cinsel yönelimini değiştirmede etkili olamamıştır. Günümüzde hekimlik değerleri çerçevesinde bireyin cinsel yönelimini değiştirme amacıyla tedavi uygulamak, bireyi bu yönde bilgilendirmek etik açıdan kabul edilemez. Diğer taraftan eşcinselliğin farkedilmesi ve birey tarafından kabul edilmesi süreci sancılı olabilir.

Eşcinsel kişiler tek tür özel bir grup değildir. Cinsel kimliklerinin ortak olması dışında kişilikleri, beklentileri, ilişkileri tıpkı karşı cinse ilgi duyanlar gibi geniş bir yelpaze içinde değişir. Toplumun tüm katmanlarından olabilirler. Tedavi başvurusuna özgü belirlenir, terapide bireyin kendini keşfetmesi ve içselleştirdiği homofobi ile başa çıkma yolları araştırılır.

Birçok eşcinsel “cinsel tercih” yaklaşımı ve tanımlaması nedeniyle eşcinsel yönelimleri yüzünden suçluluk duyarlar. Eğer bu bir tercih ise değişebileceği düşüncesi ile yönelimlerini değiştirme çabasına girerler. Cinsel yönelimlerini değiştiremediklerinden ciddi ruhsal çatışma yaşayabilirler. Bu açıdan bir eşcinselin yaşadığı ruhsal sorun büyük bir kısmı kendisinden değil toplumun cinsel yönelimi yanlış tanınması ve yanlış anlamlandırmasından kaynaklanır.

Eşcinsel bir ergenin ya da genç erişkinin önemli sorunlarından biri de bu eşcinselliği fark etme ve kabul sürecini yaşarken ailesinin kendisine ve cinselliğe yönelik tutum ve davranışlarıdır. Ruhsal bir sorun yaşayan ya da sıkıntılı bir dönem geçiren bireyin ailesinden alacağı destek önemlidir. Konu eşcinsellik olduğunda aileler genellikle olayı oldukça sıkıntılı karşılarlar. Ergenin yaşadığı sorundan ziyade eşcinselliğe yönelik kaygılar ön plana çıkar. Aileler psikiyatrik / psikolojik yardım sırasında bu durumun düzeltilmesini yoğun bir şekilde talep ederler. Çocuklarının karşı cinsine ilgi duyması ya da normale dönmesi talebinin olamayacağını anlatmak oldukça güçtür. Çocuklarının eşcinsel olması düşüncesi ebeveynlerce dünyanın sonu, evlatlarını yitirmiş olmak, amansız bir hastalığa yakalanması gibi algılanır, ergenin ailesinin desteğine en çok ihtiyaç duyduğu bir dönemde ailesinin olumsuz yaklaşımı sorunu içinden çıkılmaz bir duruma dönüştürebilir.

Psikososyal yaklaşımda eşcinselliğin bilimsel olarak bir hastalık olarak tanımlanmadığı normal insan davranışları yelpazesinde olduğu ve yaklaşık her on kişiden birinin kendi cinsine yakınlık duyan bir kişi olduğu konusunda yapılacak bilgilendirilmeler hem birey hem de ailesi için gereklidir. Bunun oldukça profesyonel biçimde yapılması gerekir. Yine bireye ve aileye uygun bir dille hastalık olarak kabul edilmeyen bu durumun tedavi edilmesinin tıp ahlakına uymadığı belirtilmelidir. Doğru bilgiye ulaşabilecekleri kaynaklar önerilmelidir.

VIII. ERKEK CİNSEL ANATOMİ ve FİZYOLOJİSİ

1) Erkek Cinsel Anatomisi

Erkek cinsel organları, kadın cinsel organları gibi iç ve dış genital (cinsel) organlar olarak iki başlıkta incelenebilir. Dış genital organlar penis, skrotum ve testisler; iç genital organlar ise prostat ve sperm kanallarıdır.

Dış Genital Organlar

Penis:

Penis baş ve gövde olarak iki bölüme ayrılır. Penis başı sünnet derisi adı verilen deri parçasının içinde bulunur. Sünnet olmayan erkeklerde penis başı yalnız sertleşme sırasında görünür, sertleşme sonrasında tekrar sünnet derisinin içine girer. Sünnet olan erkeklerde ise sertleşme olmadan da penis başı görünür. Penis başında frenulum adı verilen bir bölüm bulunur. Sünnet derisinin penis boynuna tutunmasına yardımcı olan bu üçgen bölge erkeğin cinsel uyarılması açısından hassas bir bölgedir. Penis gövdesi temel olarak 3 silindirik yapı ve bunları saran zarlardan oluşur. İki silindirik yapı penisin üst kısmında birbirine paralel olarak uzanır ve vücuda yaklaşırken genişleyerek kemiğe yapışır. Bu silindirik yapılar güçlü bir zarla sarılmıştır ve iç kısımları süngerimsidir. Erkeklerde penisin sertleşmesi bu süngerimsi yapıların sertleşme sırasında kanla dolması ile gerçekleşir. Diğer silindirik yapı ise bu yapıların alt kısmında yerleşmiştir ve içinden idrar yolu (üretra) geçer. Kadından farklı olarak erkeklerde idrar yolundan hem idrar hem de meni gelmektedir. Kadında ise vajina girişi ile idrar yolu farklıdır. Penisin hemen tüm bölgeleri duyarlıdır. Yağ dokusu içermez.

Testisler:

Penisin alt kısmında torba (skrotum) denilen deri ile çevrili olarak sağ ve sol olmak üzere iki tanedir. Torba oldukça esnek bir yapıya sahiptir ve bu özelliği sayesinde yumurtaları dışarıdan gelecek darbelerle karşı korur. Erkeğin cinsel uyarılması sırasında rol oynar. Testisler birer kordon sayesinde vücuda yapışır, bu kordonlar sperm kanallarını ve damarları içerir. Testisler lastik kıvamındadır, içlerinde çok sayıda sperm kanalları içerirler. Testisler, erkeklerde erkeksi özelliklerden sorumlu tutulan testosteron denilen hormonu salgılar. Torbanın ve testislerin sıcaklığı vücut sıcaklığından birkaç derece daha düşüktür. Bu özellik sağlıklı sperm üretimi için gereklidir.

İç Genital Organlar

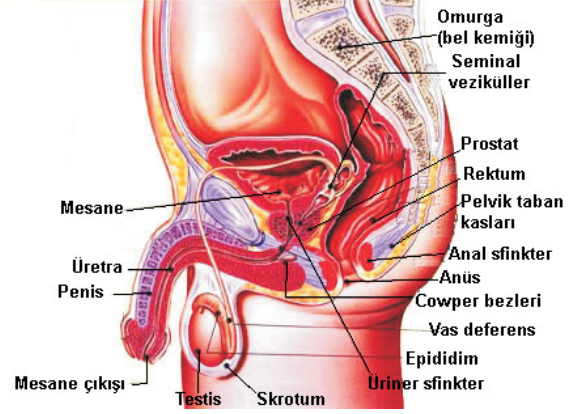
Prostat:

Mesanenin tabanında yerleşen yuvarlak kestane büyüklüğünde bir organdır. İdrar yolunun (üretra) başlangıcında yerleşmiştir ve meni sıvısının spermler dışında kalan kısmından, sıvının kendine has kokusundan ve spermin besleneceği maddelerin salgılanmasından sorumludur. Ergenlik dönemine kadar pek işlevi olmayan prostat, ergenlikle birlikte büyür ve salgılama işlevi yapar. Boşalma sırasında meni sıvısına sağladığı katkı spermleri uyarıcı özelliğe sahiptir, ayrıca boşalma sırasında kasılarak idrar kanalının idrar kesesine giren kısmının kapanmasını ve meninin geriye, mesaneye kaçmamasını sağlar.

Sperm kanalları:

Epididimis, duktus deferens (sperm kanalı), seminal vezikül (meni kesesi) ve üretradır (idrar kanalı adı verilen spermlerin hareketlenmesi, taşınması, sıvıların birbirine karışması işlevini yapan).

Erkek Pelvik Organları



2) Erkeklerde Cinsel İşlev Fizyolojisi ve Cinsel Yanıt Döngüsü

İstek evresi: Cinselliğin birey tarafından istenmesi ve arzulanmasını içerir. İstek ve arzuya göre bireyin cinselliği oluşturacak iletişim, ortam, fantezi, partner ilişkileri vb. karmaşık davranışları gerçekleştirmesini sağlayacak motivasyonu oluşturur. Bu evre cinselliğin psikolojik yönünü ve öznel uyarılmayı içermektedir. Cinsel döngünün en önemli evresidir.

Uyarılma evresi: Erkeklerde asıl olarak dış genital organlar cinsel uyarıya belirgin duyarlılığa sahiptir. Peniste sertleşme sağlandıktan sonra, uyarılma sürerse sertleşme uzun süre devam edebilir. Ancak uyarılma ve plato evreleri boyunca, cinsel uyarı sürüyor olsa bile, dış etkenlerde ortaya çıkan bir değişiklik ya da psikolojik gerginlik sertleşmeyi kısmen ya da tamamen kaldırabilir. Cinsel uyarı devam ederse sertleşme tekrar sağlanabilir. Çoğu erkeklerde sertleşme halindeki penisin uzunluğu 12.5 - 17.5 cm arasındadır.

Plato evresi: Cinsel uyarının çok arttığı orgazm öncesi dönemde sperm içermeyen renksiz bir sıvı gelir. Kadınlarda olduğu gibi, erkeklerde de cinsel organlardaki kanlanma artışının yanında vücudun genelinde de kan akım hızında artış olur. Bu evrenin süresi kişiler arasında hatta aynı kişide değişik zamanlarda oldukça değişkendir. Erken boşalması olan erkeklerde aşırı kısadır.

Orgazm evresi: Bu evrede boşalma gerçekleşir. Orgazm evresi boyunca testis derisi ve testislerde plato evresinde oluşan değişikliklere ek başka bir şey gözlenmez.

Çözülme evresi: Kadınlarda olduğu gibi bu evrede, genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönmesi gerçekleşir, gevşeme yaşanır.

Erkeklerde cinsel yanıt döngüsünde oluşan anatomik ve fizyolojik değişiklikler

	Uyarılma	Plato	Orgazm	Çözülme
Penis	Hızla sertleşme	Sertleşme sürdürülür Koronal bölgede renk değişikliği	Üretraya doğru kasılmalar	Gevşeme Eski duruma dönme
Skrotum Testisler	Skrotal deride kalınlaşma Skrotum ve testislerde yükselme	Büyüme, testislerde yükselme	Tepki yok	Normale dönme
İç genitaler (prostat, vas deferens vd)	Değişiklik yok	Değişiklik yok	Kontraksiyona katılırlar	Değişiklik yok
Memeler	Uçlarda sertleşme (bazı erkeklerde)	Uçlarda sertleşme (bazı erkeklerde)	Değişiklik yok	Normale dönme

Yanıtsız evre: Bu evre sadece erkeklerde vardır. Orgazmdan sonra erkekler yeniden cinsel olarak uyarılmaları için kişisel farklılıklar gösterebilen ve yaşla paralel olarak artan bir süreye gereksinim duyarlar. Bu evrede erkeklerde cinsel istekte azalma da olabilir.

1970'li yıllardan bu yana cinsel işlevlerin istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluştuğu ve cinsel işlev bozukluklarının da bu evrelerin bozulmasıyla ortaya çıkan ve her evreye denk düşen farklı hastalıklar topluluğu olduğu kabul görmektedir. Bunun tek istisnası, vajinismus ve dispareni gibi cinsel birleşimde ağrı ile giden cinsel işlev bozukluklarıdır.



IX. HORMONLARIN ERKEK CİNSEL SAĞLIĞI VE ÜREME ÜZERİNE ETKİSİ

Steroidal bir hormon olan testosteron vücudun en önemli androjenidir. Testosteronun %95'i testisten, %5'lik bölümü ise böbrek üstü bezlerinden, beyinden ve diğer bazı yerel hücrelerden salgılanır. Testosteronun salgılanması gün içinde ve mevsimlere göre farklılık göstermekte ve günde 6-7 mg kadar üretilmektedir. Testosteronun serumda %98'i proteine (%57'si seks hormon bağlayıcı protein ve %40'ı albümine) bağlı olarak taşınırken, %2'si serbest olarak dolaşır. Albümine bağlı ve serbest olan bölümü testosteronun vücut tarafından kullanılabilen kısmını oluşturur ve biyolojik olarak kullanılabilir (bioavailable) testosteron olarak adlandırılır.

Adrenal androjenler, yukarıda da belirtildiği gibi toplam testosteronun %5'ini oluştururlar. Bunlar dihidroepiandesteron (DHEA), dihidroepiandesteron sülfat (DHEAS) ve androstenediondur. Bu hormonlar testosterona göre daha zayıf etkiye sahiptirler ve ancak doğumsal adrenal hiperplazi gibi patolojik durumlarda etkilerini gösterebilirler.

a) Seks hormonlarının biyolojik etkileri

Androjenler erkek genital sisteminin ve ikincil seks karakterlerinin gelişimi için şarttır. Bunlara ek olarak cinsel davranışlarımızı ve libidomuzu androjenler belirler. Testosteronun cinsel işlev ile ilgili etkileri dört grupta toplanabilir:

1. Cinsel ilgiyi ve isteği artırır.
2. Cinsel ilişkilerin sıklığını artırır.
3. Gece sertleşmelerinin sıklığını artırır.
4. Fantezi veya görüntü ile uyarılan sertleşmeleri etkilemez.

Testosteronun etkileri sadece cinsel işlev ile sınırlı değildir. Hücreler tarafından alınan testosteron bir yandan aktif metabolitleri olan estradiol ve dihidrotestosterona, diğer yandan da inaktif moleküllerine dönüştürülür. Testosteronun normal değerlerde olması birçok organ sisteminin biyolojik aktivitesi için gereklidir. Testosteronun cinsel işlev dışı etkileri ise şöyle sıralanabilir:

1. Vücutta kan yapımını sağlar.
2. Normal kas metabolizmasını ve kütleini sağlamaya destek olur.
3. Kemik mineralizasyonunu uyarır.
4. Otoimmün romatizmal hastalıklarda enflamatuvar cevabı engeller.
5. Karaciğer protein formasyonunu uyarır.
6. Kendine güveni ve kişinin kendini iyi hissetmesini sağlar. Anti-depresif etki sağlayarak duygudurumun korunmasına yardımcı olur.
7. Bilişsel işlevleri olumlu yönde destekler.

b) Yaşlanma ile erkeklerde androjen seviyeleri düşer

Hipogonadizm veya testosteron yetersizliği erkeklerde doğuştan olabileceği gibi sonradan da oluşabilir. 50 yaşından sonra serum testosteron düzeyi her yıl % 1 azalırken, 60 yaşından sonra her 5 erkeğin birinde genç erkeklerde olması gereken düzeyin altına inmektedir. Günümüzde bu klinik durum erkekte geç başlayan hipogonadizm diye adlandırılmakta ve yaşla birlikte serum androjen seviyelerinde azalma ile karakterize olan androjenlere genomik hassasiyette azalmanın da eşlik edebildiği, hayat kalitesinde ciddi değişikliklere yol açabilen ve birden fazla organı etkileyebilen klinik ve biyokimyasal bir hastalık tablosu olarak tanımlanmaktadır.

Bunun sonucunda oluşan testosteron yetmezliği, kas gücü ve kemik mineral yoğunluğunda azalmaya yol açmakta, ek olarak yağlanmada ve insülin direncinde artışa, düşme ve kırıklara, kas kütlelerinde azalmaya, fiziksel, psikolojik ve cinsel performansta düşüşe neden olmaktadır.

c) Erkeklerde androjen yetmezliğinin tedavisi

Kabul gören genel görüş, serum testosteron seviyesi 200 mg/dL olan ve yukarıda sözü edilen hipogonadizm bulguları olan erkeklere, testosteron replasman tedavisinin (TRT) başlanması yönündedir. Günümüzde bu amaçla oral, intramusküler, transdermal veya implante edilebilen testosteron formülasyonları mevcuttur. İdeal TRT, serum testosteron değerlerini sirkadyan ritmi replike ederek normalize eden, normal seviyede testosteron metabolit (DHT ve östradiol) düzeyleri sağlayan ancak bunları minimal yan etki ile gerçekleştiren tedavidir. TRT'nin belirgin tek kontraendikasyonu prostat kanseri varlığıdır. Ayrıca, ileri karaciğer yetmezliği olan hastalarda kullanılmamalıdır.

X. ERKEK CİNSEL SAĞLIĞI

1) Sertleşme Kaybı (SK) Tedavisinde Son Gelişmeler

SK ve damarsal risk faktörleri

SK patofizyolojisinde bugün rol oynadığını kesin olarak bildiğimiz 4 ana etken şunlardır:

1. Psikolojik nedenler
2. Hormonal nedenler
3. Nörojenik nedenler
4. Damarsal nedenler



Bu etkenlerin çoğu zaman değişik oranlarda bir arada bulunması klinik uygulamada etiyolojik analizi zorlaştırmaktadır. Belirgin psikolojik, hormonal veya nörojenik nedenlerden kaynaklanan durumlarda etiyolojik nedenlerin analizi daha kolay olabilir. Örneğin ağır bir depresyon sonrası ortaya çıkan SK, uzun yıllar tedavi edilmemiş diyabet ya da spinal kord yaralanması sonrası görülen SK gibi. Son 20 yıl içinde sayıları gittikçe artan ve radikal prostatektomi operasyonu sonrası görülen SK'nin patofizyolojisi hem damarsal, hem nörojenik, hem de psikojenik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmekte ve kendine özgü bir SK grubu oluşturmaktadır. Patofizyolojisini anlama açısından zorlanılan özel bir hasta grubu ise, erkeklerde 40 yaşın üzerinde görülen ve bilinen bir sistemik, nörolojik ve hormonal hastalık, ayrıca cerrahi ya da radyoterapi gibi özel durumlara bağlı olmayan SK olmuştur. Bu tür SK 15 yıl öncesine kadar idiyopatik olarak değerlendirilmiş ve mekanizması anlaşılammıştır. Aslında bu hastalarda SK patofizyolojisini anlamak, bugün çok iyi bildiğimiz damarsal risk faktörleri ile SK arasındaki biyolojik ilişkinin ortaya çıkarılması ile eş anlamlı olmuştur. Elbette bunun için öncelikle SK risk faktörlerinin epidemiyolojik çalışmalar ile ortaya çıkarılması gerekiyordu ki bu da androloji literatürünün belki en çok atıfta bulunulan çalışması olan ve 1994 yılında yayınlanan "Massachusetts Male Aging Study" ile gerçekleşmiştir.



Bilindiği gibi, SK çok yakın zamana kadar yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak kabul edilmiştir. "Massachusetts Male Aging Study" bize yaşlanmanın SK için bir risk etkeni olmakla birlikte, yaşlanmanın doğal bir sonucu olmadığını öğretmiştir. Sözü edilen çalışmada SK yaşa bağımlı bir hastalık olarak ortaya çıkarken SK riski yaş etkeninden bağımsız hesaplandığında, diyabetik hastalarda %28, kalp hastalarında %39, hipertansif hastalarda %15, buna karşın tüm örnek grubunda %9,6 olarak bulunmuştur. Sigara tek başına SK için bir risk faktörü olarak görülmezken, kalp hastalığı, hipertansiyon ve tedavi edilmemiş artrit varlığında risk faktörü olarak belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada, serum total kolesterol değerleri tek başına SK için anlamlı risk

faktörü değilken, SK olasılığı serum HDL düzeyleri ile istatistiksel anlamlı bir ters ilişki göstermiştir. Buna ek olarak SK, hipoglisemik ilaç kullananlarda (%26), antihipertansif alanlarda (%14), vazodilatatör (%36) ve kardiyak ilaç kullananlarda (%28), tüm çalışma grubu ortalamasına (%9,6) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İlginç olarak SK riski, tedavi edilmemiş peptik ülser (18%), artrit (15%) ve alerji (12%) hastalarında da yüksek bulunmuştur.

Kardiyovasküler ya da Sistemik Bir Hastalığın İlk Belirtisi Olarak SK:

Damarsal risk faktörleri ile SK arasındaki net ilişki SK'nın bir kardiyovasküler hastalığın ya da diyabetin ilk belirtisi olarak görülebileceğini düşündürmüştür. Bir çalışmada SK ile başvuran 497 hastanın %11,1'inde önceden bilinmeyen diyabet teşhis edilmiştir. Bu hipotezi en son Montorsi ve arkadaşları 127 iskemik kalp hastalığı bulunan hasta üzerinde yaptıkları bir çalışma ile desteklemişlerdir. Bu hastaların %54'ünde değişik derecelerden SK saptanmış ve SK'sı olan hastaların %73'ünde SK belirtileri iskemik kalp hastalığı belirtilerinden 1 ile 168 ay kadar daha önce başlamıştır. Kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet dışında multiple skleroz ya da serebrovasküler olaylar, kronik böbrek yetmezliği ve kronik depresyonun da ilk belirtisini SK ile verebileceği unutulmamalıdır. Bu gerçeğin anlaşılması SK'nun yalnızca yaşam kalitesini ve cinsel yaşamı etkileyen bir hastalık olarak değil, bunun yanında önemli bir sistemik hastalığın ilk belirtisi olarak da ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Bu bulgu rutin SK sorgulamasının önemine işaret etmektedir.

Sertleşme Sorunlarında Yeni İlaç Tedavileri: PDE-5 inhibitörleri

1970'lerde penil protezlerin daha sonra da 1980'lerde intrakavernozal enjeksiyon tedavilerinin uygulanmaya başlanması, erkekte SK tedavisinin kilometre taşları olmuştur. Son 20 yıl içinde SK tedavisinde yeni bir kilometre taşı daha atlanmıştır. Bu gelişmenin temelinde peniste düz kas gevşemesinden sorumlu olan mekanizmanın keşfedilmesi ve fosfodiesteraz 5 (PDE-5) enziminin bulunması sertleşme sorunlarının ağızdan alınan ilaçlar yoluyla tedavilerinin yolunu açmıştır.

PDE-5 inhibitörleri kavernoza düz kas hücresi içinde gevşemeye yol açan cGMP'yi yıkan PDE-5 adlı enzimi inhibe ederek etki gösterirler. Oral PDE-5 inhibitörleri arasında ilk bulunan (1988) ve 1998'de FDA onayı alan molekül olan ve 25 milyonu aşkın erkek üzerinde denenmiş sildenafil sitrata yakın zamanda FDA onayı alan ve ülkemizde de ruhsatlanmış olan tadalafil ve vardenafil adlı iki yeni PDE-5 inhibitörü de eklenmiştir.

2) Sık Görülen ve Erkek Üreme İşlevini Etkileyebilen İki Sorun: İnmemiş Testis ve Varikosel

Erkeklerde oldukça sık rastlanan, infertiliteye yol açabilen ancak tanı ve tedavileri oldukça kafa karıştıran bu iki durum, bir halk sağlığı sorunu olarak da ayrıca irdelenmelidir.

a) İnmemiş testis

Testisler fetal yaşamda karın içi organlardır ve fetal yaşamda kasık kanalı aracılığı ile skrotuma inerler. Doğumda bu iniş çoğunlukla tamamlanmış olur. İnmemiş testis tam zamanında doğan erkek çocukların %3 veya 4 'ünde görülen ve testisin skrotumda bulunmaması ile tanımlanan bir durumdur. Doğumda inmemiş testislerin androjen uyarısıyla ilk 6 ay içinde kendiliğinden skrotuma inme olasılıkları vardır. Ancak, ilk 6 ay sonrası bu olasılık çok düşüktür. Testisin skrotuma inememe nedenleri arasında genetik, hormonal ve mekanik nedenler rol oynamaktadır.

Olguların 2/3'ü tek, 1/3'ü çift taraflıdır. Bir kısırlık nedeni olabilen oligospermi (20 milyon/ml altında sperm konsantrasyonu) tek taraflı olguların %25'inde, çift taraflı olguların ise %50'sinde görülmektedir. İnmemiş testis skrotumdan ne kadar uzakta ise, spermatogenezin etkilenme ihtimali o kadar fazladır. Örneğin germ hücre yokluğu, kasık kanalındaki inmemiş testislerin %20-40'ında, buna karşın karın içindekilerin %90'ında bulunmaktadır. İnfertilite olasılığını azaltmak ancak inmemiş testisin 1 yaşına kadar skrotuma indirilmesi ile mümkün olabilir. Tanıda oldukça kafa karışıklığı ve zorluk yaratan bir olgu da retraktıl testis olarak tanımlanmaktadır. Retraktıl testis inmemiş testis değildir ve tedavi gerektirmez. Halk arasında utangaç testis olarak adlandırılan bu durumun doğru tanısı ancak konu üzerinde uzman bir hekim tarafından konulabilir. Fizik incelemede retraktıl testisler rahatlıkla manupilasyonla skrotuma tam olarak indirilebilirler ve skrotumda kalabilirler. Ancak kremasterik kas aktivitesi ile yukarı çıkabilen retraktıl testis tanısı için normal gelişmiş bir skrotum varlığı şarttır. Retraktıl testis tedavi gerektirmese de izlemi şarttır. Bu testislerin bazıları çocuk büyüdükçe retraktıl olmaktan çıkıp inmemiş testis haline gelebilirler ki, bu testisler "asendan (ascending) testis" veya "edinilmiş (acquired) inmemiş testis" adını almaktadır. Örneğin bir çalışmada retraktıl testislerin

%32'sinin 3 yıllık izlemde inmemiş testis tanısı alabildikleri gösterilmiştir. Sonradan olan inmemiş testisin nedeni tam olarak henüz anlaşılamamıştır. Nedeni ne olursa olsun inmemiş testisin zamanında tanı konularak tedavi edilmesi şarttır.

İnfertilite dışında inmemiş testisin diğer bir komplikasyonu da, artmış testis kanseri görülme sıklığıdır. Bu risk yine testis ne kadar yukarıda ise o kadar fazladır. Skrotuma indirilmek ile azalmayan bu artmış risk, primer displaziye bağlı olarak karşı testis için de geçerlidir. Zamanında tedavi infertilite riskini azaltsa da testis kanseri riskini azalttığına dair elde veri yoktur. Bununla birlikte, inmemiş testisin skrotuma indirilmesi testisin elle muayenesini mümkün kılacağı için, ileride oluşabilecek bir testis kanserinin erken tanısını kolaylaştıracaktır.

İnmemiş testislerin tanısının zamanında konulabilmesi ve en geç 1 yaşında tedavisi ile infertilite ihtimalinin en aza indirilmesi, ancak yenidoğan döneminde yapılan fizik incelemede atlanmaması ile mümkündür. Bu nedenle, yenidoğan erkek çocukların ilk genital incelemesini yapan çocuk doktorunun dikkati inmemiş testis tanısının temel şartıdır.

b) Varikozel

Testiküler varikozel, testisten kirli kanı toplayan toplar damarların (venlerin) normal dışı (variköz) genişlemesi olarak tanımlanan erkeklere özgü bir durumdur. Varikozel, yaşlanma veya diğer nedenler ile bacak yüzeysel toplar damarlarında oluşan ve halk arasında "varis" olarak adlandırılan damar genişlemesine benzetilebilir. Testiküler toplar damarlar testisten ayrıldıktan hemen sonra skrotum içinde pampiniform pleksus adı verilen bir damar yumağı oluştururlar. Varikozel fizik incelemede bu yumağın tortiyöz dilatasyonu olarak elle muayene ile tanınır. Testis toplar damarlarının Doppler ultrasonografi ile değerlendirilmesi de tanıda yardımcı bir yöntemdir. Erkek infertilitesi için önemli bir risk faktörü olan varikozelin 10 - 15 yaşları arasında puberte ile birlikte ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Bu yaş öncesinde varikozel çok nadir bir durumdur. Aslında neredeyse tüm varikozellerin ortaya çıkış zamanı puberte sırasında olsa da, bu yaşlarda yakalandığında adölesan, daha ileride yakalandığında ise erişkin varikozeli adını almaktadır. Testiküler varikozelin oluş mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. %90-95 olguda solda olması, artmış testiküler toplar damar uzunluğu ile birlikte toplar damar kapakçıklarındaki anatomik yetersizliğin olası rolüne işaret etmektedir. Varikozel etiyojisinde üzerinde durulan üçüncü neden ise kollateral toplar damar anastomozlardır.

Varikozel erkek infertilitesinin tedavi edilebilen en önemli nedenidir. Bununla birlikte varikozelin tam olarak nasıl erkek infertilitesine yol açtığı anlaşılamamıştır. Bazı araştırmacılar, varikozelde skrotum içinde ısı artışını bazıları ise böbrek ve böbrek üstü bezlerinden kaynaklanan metabolik artıkların testis üzerine etkisini suçlamışlardır. Tek taraflı varikozelli kişilerde aynı taraf testisinin boyutları çoğunlukla karşı tarafa göre daha küçüktür. Varikozel %15 oranında normal popülasyonda bulunmakta ve her zaman infertiliteye yol açmamaktadır. Ancak, bu sperm üretiminin etkilenmemesinden değil, varikozelin etkisinin sınırlı kalmasındandır. Bazı çalışmalarda varikozelli kişilerin %90'ında azalmış motilite, %65'inde ise 20 milyon/ml'den düşük sperm yoğunlukları bulunmuştur.

Varikozelin tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavi sonrasında hastaların %70'inde sperm parametrelerinde iyileşme, %40-50'sinde gebelik elde edilebilmektedir. Her varikozel elbette tedavi edilmemelidir. Ancak, sperm parametrelerinde bozulma olduğunda ve kişi çocuk sahibi olmak istiyorsa tedavi gündeme gelmelidir. Aksi takdirde varikozelin kişiye bir zararı söz konusu değildir. Daha seyrek olmakla birlikte varikozelin tedavi endikasyonları arasında testis ağrısı ve ileri derecelerde kozmetik nedenler de sayılabilir. Ancak, ağrı ile varikozel arasındaki ilişki net olarak aydınlatılamamıştır. Testiste ağrı nedeni olabilen birçok başka faktör olduğu da unutulmamalıdır. Bu nedenle ağrı nedeniyle yapılan varikozektomi operasyonlarından sonra ağrının geçmeyebileceği bilinmelidir.

