

Erektile Disfonksiyonlu Türk Erkeklerinin Üroloji Kliniklerine Müracaat Etmeme Gerekçeleri

Reasons of Turkish Males with Erectile Dysfunction for Not Presenting to Urology Clinics

Uz.Dr. Zeki BAYRAKTAR,^a
Uz.Dr. İhsan ATUN^a

^aÜroloji Kliniği,
Özel Pendik Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 17.03.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 10.10.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Uz.Dr. Zeki BAYRAKTAR
Özel Pendik Hastanesi,
Üroloji Kliniği, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
zekibay@superonline.com

ÖZET Amaç: Erektile disfonksiyon (ED), prevalansı yüksek bir hastalık olmasına rağmen, üroloji kliniklerine müracaat eden ED vakalarının oranı düşüktür. Bu çalışma ile ED hastalarının üroloji kliniklerine müracaat etmeme gerekçeleri araştırılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Mayıs 2010 ile Mart 2011 arasında, daha önce herhangi bir üroloji kliniğine müracaat etmeyen ED'li 312 hasta çalışma kapsamına alındı. Bu hastaların, üroloji kliniklerine müracaat etmeme gerekçeleri sorgulandı. Hastaların bildirdiği gerekçeler sıralanarak bu nedenlerin sıklığı tespit edildi. **Bulgular:** Tespit edilen gerekçeler ve sıklıkları, utanma/çekinme %16,6, bitkisel ürün kullanımı %13,1, yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama %10,9, diğer kronik hastalıklar nedeniyle zaman bulamama %10,8, oral ilaç kullanımı (kendi kendine) %8,9, problemi önemsememe %8,3, tedavisini yok zannetme %7,0, problemin farkında olmama %6,4, hangi hekime gideceğini bilmeme %5,4, hastalık olarak kabul etmeme/geçici zannetme %4,8, diğer kliniklere müracaat (psikiyatri vs) %2,8, neden bildirmeme %5,1 şeklinde sıralandı. **Sonuç:** ED hastalarında tespit edilen en sık hekime müracaat etmeme gerekçeleri, utanma/çekinme, bitkisel ürün kullanımı, yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama, diğer kronik hastalıklar ve hekim önerisi olmaksızın oral ilaç kullanımındır. ED'li hastalarda, sosyokültürel faktörlerin hekime müracaat oranını etkilediği ve bilgi eksikliğinin bu hastaların hatalı davranışlarını artırdığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sertleşme bozukluğu; hasta başvurusu; prevalans

ABSTRACT Objective: Although erectile dysfunction (ED) is a prevalent disease, the percentage of ED cases presenting to urology clinics is low. In this study, reasons of ED patients for not presenting to urology clinics were reviewed. **Material and Methods:** A total of 312 ED patients who did not present to any urology clinic previously were included in the study. Reasons for not presenting to urology clinics were questioned. The range and frequency of reasons reported by the patients were noted. **Results:** Detected reasons and frequencies were as follows; embarrassment/wince 16.6%, herbal product use 13.1%, considering the problem normal due to aging 10.9%, not finding time because of other chronic diseases 10.8%, oral drug use (by own will) 8.9%, not minding the problem 8.3%, supposing that there is not a treatment 7.0%, not being aware of the problem 6.4%, not knowing which doctor to visit 5.4%, not accepting as a disease/supposing transient 4.8%, applying to other clinics (psychiatry etc.) 2.8%, no reported reason 5.1%. **Conclusion:** The most common reasons for not presenting to doctors were detected as embarrassment/wince, herbal product use, considering the problem normal due to aging, other chronic diseases and drug use without doctor recommendation. Sociocultural factors [are considered to affect ratio of application to doctors may be suggested as factors that influence seeking medical care] in ED patients and lack of knowledge on ED may account for the increase in mis behaviour among these patients.

Key Words: Erectile dysfunction; patient admission; prevalence

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(1):177-83

doi: 10.5336/medsci.2011-23855

Copyright © 2012 by Türkiye Klinikleri

Erektile disfonksiyon (ED), en az 6 ay boyunca yeterli bir seksüel performans için gerekli olan penil ereksiyonun sağlanamaması ve/veya sürdürülememesi olarak tanımlanır.¹ ED patofizyolojisinde vasküler,

nörojenik, hormonal, psikojenik, kavernozaal, iyatrojenik ve anatomik nedenlerin rol aldığı, çok faktörlü bir hastalıktır.²⁻⁵

ED prevalansı, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yüksektir. Hatta, literatürde bildirilen en yüksek prevalans %69,2 ile Türk toplumuna aittir.⁶ Ancak ülkemizdeki ED vakalarının, hastalık prevalansına paralel biçimde üroloji kliniklerine müracaat etmediği ve bu vakaların ürolojik vakalar içinde önemli bir yer tutmadığı bilinmektedir. Nitekim, ülkemizde yapılan bir çalışmada, ED vakalarının ürolojik vakalar içindeki oranı yalnızca %1,1 olarak bildirilmiştir.⁷

Bu durum, ülkemizdeki ED vakalarının yalnızca kısıtlı bir bölümünün üroloji kliniklerine müracaat ettiğini ve bu hastaların önemli bir bölümünün ise hekime müracaat etmediğini göstermektedir.

Bu çalışma ile ED'li Türk erkeklerinin hekime/üroloji kliniklerine müracaat etmeme nedenleri araştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Mayıs 2010 ile Mart 2011 tarihleri arasında, hastanemizin dahiliye polikliniğinde takip edilen, 40 yaş üzerindeki 357 hasta ile görüşme yapılarak çalışma hakkında bilgi verildi. Çalışma grubu, bazı kronik hastalıklar/yandaş hastalıklar nedeni ile ED prevalansının yüksek olduğu bilinen hastalardan (diyabet, hipertansiyon vb. hastalıklar nedeni ile dahiliye polikliniğinde takip edilen 40 yaş üzeri erkek hastalar) oluşturuldu. Tüm hastalardan "bilgilendirilmiş olur" alındı. Bu hastaların erektil fonksiyon düzeyleri, "International Index of Erectile Function" (IIEF) sorgulaması ile değerlendirildi.⁸

IIEF sorgulaması sonucunda farklı düzeylerde ED tespit edilen 326 hastaya, ED nedeniyle herhangi bir hekime müracaat edip etmediği soruldu. Daha önce ED nedeniyle herhangi bir üroloji kliniğine müracaat etmediğini bildiren 312 hasta çalışma kapsamına alındı. Bu hastalara, üroloji hekimine müracaat etmeme nedenleri ve varsa başka bir tedavi alıp almadığı soruldu. Daha önce ED nedeni ile en az bir kez üroloji hekimine müracaat ettiğini bildiren 14 hasta çalışma kapsamından çıkarıldı.

Hastaların bildirdiği müracaat etmeme gerekçeleri ve bu gerekçelerin oranı tespit edildi. Nedenler, sıklık sırasına göre sıralandı. Hastalar, eğitim düzeyine göre, ilköğretim mezunu ve lise veya üniversite mezunu olarak iki farklı gruba, yaşa göre de 60 yaş altı ve 60 yaş ve üzeri olacak şekilde iki farklı gruba ayrıldı. Elde edilen her bir grup için (1 genel, 4 alt grup) hastaların üroloji kliniklerine müracaat etmeme nedenleri ve oranları tespit edildi. Eğitim durumuna ve yaşa göre belirlenen müracaat etmeme nedenleri çapraz olarak karşılaştırıldı. Karşılaştırma "bağımsız gruplarda iki oran arasındaki farkın anlamlılık testi" ile ve bilgisayar programı (MedCalc Software v11.5.1) kullanılarak yapıldı. Analiz sonucu elde edilen $p < 0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hasta yaşları 42 ile 73 arasında idi ($58,5 \pm 6,8$). Alt gruplardaki hasta yaşları, ilköğretim mezunlarında 45-73 ($59,2 \pm 7,1$), lise/üniversite mezunlarında 42-63 ($55,1 \pm 5,1$), 60 yaş altı hastalarda 42-59 ($53,8 \pm 4,3$) ve 60 yaş üzeri hastalarda 60-73 ($65,1 \pm 3,7$) idi.

IIEF anketi yapılan toplam 357 hastanın 326'sında (%91,3) ED tespit edildi. Çalışma kapsamına alınan 312 hasta (%95,7) daha önce ED nedeniyle hiçbir üroloji hekimine müracaat etmemişti. ED tespit edilen 326 hastanın yalnızca 14'ü (%4,2) daha önce ED nedeniyle üroloji hekimine müracaat etmişti.

ED'li olduğu halde, herhangi bir üroloji hekimine müracaat etmeyen 312 hastadan, 131 hastada (%40,1) hafif düzeyde ED (IIEF skoru;17-25), 94 hastada (%28,8) orta düzeyde ED (IIEF skoru;11-16) ve 101 hastada (%30,9) ağır düzeyde ED (IIEF skoru;6-10) tespit edildi.

Bu 312 hastadan 173 hastada diyabet (%55,4), 142 hastada hipertansiyon (%45,5), 43 hastada (%13,7) gastrointestinal hastalıklar, 37 hastada (%11,8) muhtelif endokrin hastalıklar, 32 hastada (%10,2) anemi, 27 hastada koroner arter hastalığı (%8,6) ve 4 hastada Behçet hastalığı (%1,2) mevcuttu; 143 hastada (%45,8) ise birden fazla hastalık mevcuttu. En sık bulunan birden fazla hastalık, 53 hastada (%16,9) tespit edilen diyabet ve hipertansiyon idi.

Üroloji kliniklerine müracaat etmeme gerekçesi olarak hastalar tarafından ifade edilen ilk üç sıradaki en sık neden; utanma/çekinme (%16,6), bitkisel ürün kullanımı (%13,1) ve yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama (%10,9) idi. Diğer müracaat etmeme gerekçeleri ve oranları Tablo 1'de sıralanmıştır.

Yaşa ve eğitim durumuna göre alt gruplarda tespit edilen en sık müracaat etmeme nedenleri, ilköğretim mezunlarında utanma/çekinme (%18,5), lise veya üniversite mezunlarında kendi kendine oral ilaç kullanımını (%26), 60 yaş altındaki hastalarda utanma/çekinme (%18,7) ve 60 yaş ve üzerindeki hastalarda yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama (%15,2) idi. Alt gruplardaki diğer müracaat etmeme nedenleri ve gruplar arası çapraz karşılaştırmalar Tablo 2-7'de gösterilmiştir.

SONUÇ

Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, ED'nin milyonlarca erkeği etkileyen bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir.³ Dünya genelinde 140 milyondan fazla erkeğin ED'den muzdarip olduğu bildirilmekte ve 2025 yılında, Asya-Pasifik ülkelerinde yaklaşık 200 milyon erkeğin, dünya genelinde de yaklaşık 300 milyon erkeğin ED'den muzdarip olacağı tahmin edilmektedir.⁹

TABLO 1: ED hastalarının üroloji kliniklerine müracaat etmeme nedenleri (yaş:42-73:58,5 ± 6,8).

Nedenler	n	%
Utanma/çekinme	52	16,6
Bitkisel ürün kullanımı	41	13,1
Yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama	34	10,9
Diğer kronik hastalıklar-zaman bulamama	32	10,8
Oral ilaç kullanımı (kendi kendine)	28	8,9
Problemi önemsememe	26	8,3
Tedavisini yok zannetme	22	7,0
Problemin farkında olmama	20	6,4
Hangi hekime gideceğini bilmeme	17	5,4
Hastalık olarak kabul etmeme/geçici zannetme	15	4,8
Diğer kliniklere müracaat (psikiyatri vs)	9	2,8
Neden bildirmedir	16	5,1
Toplam	312	100

Yaş: 42-73; ortalama 58,5 ± 6,8.

TABLO 2: İlköğretim mezunu ED hastalarının üroloji kliniklerine müracaat etmeme nedenleri.

Nedenler	n	%
Utanma/çekinme	45	18,5
Bitkisel ürün kullanımı	34	13,9
Yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama	30	12,3
Tedavisini yok zannetme	22	9,0
Problemi önemsememe	19	7,8
Farkında olmama	19	7,8
Diğer kronik hastalıklar-zaman bulamama	18	7,4
Hangi hekime gideceğini bilmiyor	17	6,9
Hastalık olarak kabul etmeme/geçici zannetme	15	6,1
Neden bildirmedir	14	5,7
Oral ilaç kullanımı (kendi kendine)	10	4,1
Diğer kliniklere müracaat (psikolog vs)	0	0
Toplam	243	100

Yaş: 45-73; ortalama 59,2 ± 7,1.

TABLO 3: Lise/üniversite mezunu ED hastalarının üroloji kliniklerine müracaat etmeme nedenleri.

Nedenler	n	%
Oral ilaç kullanımı (kendi kendine)	18	26,0
Diğer kronik hastalıklar-zaman bulamama	14	20,2
Diğer kliniklere müracaat (psikiyatri vs)	9	13,0
Utanma/çekinme	7	10,1
Bitkisel ürün kullanımı	7	10,1
Problemi önemsememe	7	10,1
Yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama	4	5,7
Neden bildirmedir	2	2,8
Farkında olmama	1	1,4
Tedavisini yok zannetme	0	0
Hangi hekime gideceğini bilmiyor	0	0
Hastalık olarak kabul etmeme/geçici zannetme	0	0
Toplam	69	100

Yaş: 42-63; ortalama 55,5 ± 5,1.

Literatürde, farklı ülkeler için bildirilen genel ED prevalansı %15-69,2 arasında değişmektedir.^{6,10-17} Bu verilere göre, dünya genelindeki en yüksek ED prevalansı %69,2 oranı ile ülkemize aittir.⁶ Akkuş ve arkadaşlarının bu çalışmasına göre Türk erkekleri için bildirilen hafif ED, orta ED ve ağır düzeydeki ED prevalansı, sırası ile %33,2, %27,5 ve %8,5 olup orta ve ağır düzeydeki ED oranı %36'dır. Hastalık prevalansı ve 2011 yılı Türkiye nüfusu

TABLO 4: 60 yaş altındaki ED hastalarının üroloji kliniklerine müracaat etmeme nedenleri.

Nedenler	n	%
Utanma/çekinme	34	18,7
Bitkisel ilaç kullanımı	28	15,4
Oral ilaç kullanımı (kendi kendine)	19	10,5
Diğer kronik hastalıklar-zaman bulamama	15	8,2
Problemi önemsememe	15	8,2
Yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama	14	7,7
Tedavisi yok zannetme	13	7,1
Farkında olmama	11	6,0
Hangi hekime gideceğini bilmiyor	9	4,9
Hastalık olarak kabul etmeme/geçici zannetme	8	4,4
Neden bildirmedim	8	4,4
Diğer kliniklere müracaat (psikiyatri vs)	7	3,8
Toplam	181	100

Yaş: 42-59; ortalama 53,8 ± 4,3.

TABLO 5: 60 yaş ve üzerindeki ED hastalarının üroloji kliniklerine müracaat etmeme nedenleri.

Nedenler	n	%
Yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama	20	15,2
Utanma/çekinme	18	13,7
Diğer kronik hastalıklar-zaman bulamama	17	12,9
Bitkisel ilaç kullanımı	13	9,9
Problemi önemsememe	11	8,3
Oral ilaç kullanımı (kendi kendine)	9	6,8
Tedavisi yok zannetme	9	6,8
Farkında olmama	9	6,8
Hangi hekime gideceğini bilmiyor	8	6,1
Neden bildirmedim	8	6,1
Hastalık olarak kabul etmeme/geçici zannetme	7	5,3
Diğer kliniklere müracaat (psikiyatri vs)	2	1,5
Toplam	131	100

Yaş: 60-73; ortalama 65,1 ± 3,7.

TABLO 6: Eğitim durumuna göre ayrılmış gruplarda müracaat etmeme gerekçelerinin istatistiksel olarak karşılaştırılması.

Nedenler	İlköğretimMezunları (n= 243)		Lise/ÜniversiteMezunları (n= 69)		p*
	n	%	n	%	
Utanma/çekinme	45	18,5	7	10,1	p> 0,05
Bitkisel ürün kullanımı	34	13,9	7	10,1	p> 0,05
Yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama	30	12,3	4	5,7	p> 0,05
Tedavisi yok zannetme	22	9,0	0	0	p< 0,05
Problemi önemsememe	19	7,8	7	10,1	p> 0,05
Farkında olmama	19	7,8	1	1,4	p< 0,05
Diğer kronik hastalıklar-zaman bulamama	18	7,4	14	20,2	p< 0,05
Hangi hekime gideceğini bilmiyor	17	6,9	0	0	p< 0,05
Hastalık olarak kabul etmeme/geçici zannetme	15	6,1	0	0	p< 0,05
Neden bildirmedim	14	5,7	2	2,8	p> 0,05
Oral ilaç kullanımı (kendi kendine)	10	4,1	18	26,0	p< 0,0001
Diğer kliniklere müracaat (psikiyatri vs)	0	0	9	13,0	p< 0,0001
Toplam	243	100	69	100	

dikkate alındığında, yaklaşık 10 milyon Türk erkeğinin ED'den, yaklaşık 5 milyon Türk erkeğinin ise orta ve ağır derecede ED'den muzdarip olduğu tahmin edilebilir. Buna rağmen, ülkemizdeki üroloji kliniklerinde, ED'nin önemli bir orana sahip olmadığı bilinmektedir. Nitekim, Karaköse ve ark.nın çalışmasına göre, ED hastalarının ürolojik vakalar içindeki oranı yalnızca %1,1'dir.⁷ Bu oranlara göre ülkemizdeki ED hastalarının yalnızca kısıtlı bir bö-

lümünün üroloji kliniklerine müracaat ettiği söylenebilir.

Nitekim bizim bu çalışmamızdaki ED hastalarında da tespit edilen üroloji hekimine müracaat oranı yalnızca %4,2'dir. ED'den muzdarip olduğu halde bu hastaların %95,7'si daha önce herhangi bir üroloji hekimine müracaat etmemiştir. Çalışmamızdaki bu hastaların, hastaneye gelen ve hekime ulaşma bakımından herhangi bir engeli

TABLO 7: Yaşa göre ayrılmış hasta gruplarında müracaat etmeme gerekçelerinin istatistiksel olarak karşılaştırılması.

Nedenler	<60 yaş (n= 181)		≥60 yaş (n= 131)		p*
	n	%	n	%	
Utanma/çekinme	34	18,7	18	13,7	p> 0,05
Bitkisel ilaç kullanımı	28	15,4	13	9,9	p> 0,05
Oral ilaç kullanımı (kendi kendine)	19	10,5	9	6,8	p> 0,05
Diğer kronik hastalıklar-zaman bulamama	15	8,2	17	12,9	p> 0,05
Problemi önemsememe	15	8,2	11	8,3	p> 0,05
Yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama	14	7,7	20	15,2	p< 0,05
Tedavisi yok zannetme	13	7,1	9	6,8	p> 0,05
Farkında olmama	11	6,0	9	6,8	p> 0,05
Hangi hekime gideceğini bilmiyor	9	4,9	8	6,1	p> 0,05
Hastalık olarak kabul etmeme/geçici zannetme	8	4,4	7	5,3	p> 0,05
Neden bildirmemi	8	4,4	8	6,1	p> 0,05
Diğer kliniklere müracaat (psikiyatri vs)	7	3,8	2	1,5	p> 0,05
Toplam	181	100	131	100	

bulunmayan hastalar olduğu dikkate alınır, genel toplumda hekime müracaat etmeyen ED'li hasta oranının daha da yüksek olduğu söylenebilir.

ED'li hastaların üroloji hekimine müracaat etmeme gerekçeleri yaşa ve eğitim durumuna göre değişmektedir. Ancak, tüm gruplarda "utanma/çekinme" gerekçesi önemli bir etken olarak tespit edilmiştir. Nitekim bu gerekçe, genel toplamda ve iki alt grupta birinci, bir alt grupta ise ikinci sırada yer almıştır. "Utanma/çekinme" gerekçesi, sadece lise/üniversite mezunu olan hastalarda ilk üç sraya girememiştir. Ancak bu grupta da %10,1 oranı ile dördüncü sıradadır.

"Utanma/çekinme" gerekçesinden sonraki en önemli neden, toplamda %13,1 oranı ile "bitkisel ürün kullanımı" olmuştur. Bu gerekçenin diğer alt gruplarda da önemli bir etken olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, ilginçtir, lise/üniversite mezunlarında ilk sırada yer alan gerekçe, hekim önerisi olmaksızın kullanılan "oral ilaçlar" olmuştur. Bu hastalar tarafından kullanılan ilaçların hemen hepsinin, sildenafil, tadalafil ve vardenafil gibi oral fosfodiesteraz inhibitörü (PDE-5) olduğu görülmektedir.

Son yıllarda, oral PDE-5 inhibitörlerinin, ürologlar tarafından yaygın olarak önerildiği ve ED tedavisinde bu ilaçlarla başarılı sonuçlar alındığı

bilinmektedir.¹⁸⁻²³ Ancak bu ilaçlar, çalışmamızda da tespit edildiği üzere, maalesef ülkemizde hekim önerisi olmaksızın da kullanılabilir. Bu ilaçların kullanımı, koroner arter hastalığı nedeniyle nitrat kullanan hastalarda mutlak kontrendike olduğu halde, koroner arter hastalığı bulunan üniversite mezunu üç hastanın oral PDE-5 inhibitörü kullandığı tespit edilmiştir. Bu hastalar, göğüs ağrısı ve sıkışma gibi durumlarda nitrat kullandıklarını ifade etmiştir.

ED'li hastaların hekime müracaat etmeme gerekçeleri genel olarak, yaş, sosyokültürel faktörler ve eğitim düzeyi ile ilişkilendirilebilir. Ancak, hastalarca ifade edilen tüm bu faktörlerin, nihayetinde ED konusundaki bilgi eksikliğine bağlanması mümkündür. Nitekim, ED'yi hastalık olarak değerlendirmeyen, yaşa bağlı olarak doğal karşılayan, önemsemeyen, sorunun farkında olmayan, problemi geçici zanneden, tedavisinin olduğunu ve hangi hekime gideceğini bilmeyen ve problemin farkında olmayan hastaların tümü (toplam hastaların %42,9'u), ED konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan hastalardır. Utanma/çekinme gerekçesi ile hekime müracaat etmeyen ve hekim önerisi olmaksızın ilaç veya bitkisel ürün kullanan hastaların da (toplam %40) ED konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı açıktır. Bu hastaların, sosyokültürel faktörler ve toplumsal yapı nedeni ile hissettikleri

sosyal baskı sonucunda hekime müracaat etmedikleri söylenebilir. Ancak bu davranışın kökeninde de, muhtemelen ED'yi hastalıktan ziyade eksiklik ve kusur olarak kabul etme davranışı yatmaktadır. Bu nedenle, tespit edilen gerekçelerin tümü temel olarak ED konusundaki bilgi eksikliğine bağlanabilir.

Eğitim düzeyi arttıkça, ED'li hastaların ifade ettiği gerekçelerin sıralamasında bazı değişiklikler olmaktadır. En önemli farklılık, diğer gruplarda ilk sırada yer alan "utanma/çekinme" gerekçesinin, lise/üniversite mezunlarında dördüncü sıraya gerilemesidir. Ancak, bu grupta da hastaların %10,1'i utanma/çekinme gerekçesi ile hekime müracaat etmediğini bildirmiştir. Ayrıca konu ile ilgili hatalı davranışlar lise/üniversite mezunlarında da yaygın olarak gözlenmektedir. Bu durum dikkat çekicidir. Hatta koroner arter hastalığı nedeniyle nitrat kullanan üç hastanın hekim önerisi olmaksızın oral PDE inhibitörü kullandığı ve bu hastaların üniversite mezunu olduğu dikkate alınır, bu konudaki en dramatik hatanın eğitilmiş hastalar tarafından yapıldığı söylenebilir. Bu durum, formel akademik eğitim ile ED konusundaki bilgi eksikliğinin giderilemediğini ve/veya ülkemizdeki sosyokültürel faktörlerin hasta davranışı üzerinde daha baskın bir rol oynadığını göstermektedir. Bu nedenle, ED konusunda üroloji ve androloji dernekleri tarafından bilgilendirme çalışmaları yapılmalı ve tüm toplumsal katmanlarda konu hakkındaki bilinçlenme düzeyi artırılmalıdır.

Literatürde bildirilen Türk toplumuna ait genel ED prevalansı (%69,2) ile çalışmamız kapsamındaki hastalarda tespit edilen ED oranı (%91,3) arasında, ilk bakışta bir uyumsuzluk varmış izlenimi doğabilir. Ancak bu iki oranın benzer hasta gruplarından elde edilmediği dikkate alınmalıdır. Türk erkekleri için bildirilen genel ED oranı (%69,2), hastalığın toplumsal prevalansıdır. Buna karşın, çalışmamızdaki oran, toplumsal bazlı bir prevalans oranı değildir ve sadece çalışma kapsamındaki hastalarda tespit edilen ED oranıdır. Çalışmamızdaki bu hastaların bazı kronik hastalıklar nedeniyle dahiliye polikliniğinde takip edildiği ve topluma göre daha yüksek ED insidansına sahip olduğu unutulmamalıdır. Keza ED'nin, hipertansi-

yon, diyabet, kalp ve damar hastalıkları gibi bazı komorbiditelerle yakın ilişkide olduğu ve bu hastalıklarla birlikte ED sıklığının arttığı bilinmektedir.^{3,4,24-27}

Yaşlanma ile birlikte prevalansı artan ED, aynı zamanda yaşlı erkeklerde yaşam kalitesini düşüren seksüel disfonksiyonun en sık görülen formudur.^{28,29} Ancak ED, ölümcül ve/veya günlük aktiviteyi kısıtlayan bir hastalık değildir. Bazı hastalar, bu nedenlerle hekime müracaat etmeyi gerekli görmemiş olabilir. Nitekim hastaların bir bölümü, problemi yaşlanma ile birlikte doğal karşıladığını (%13,1), önemsemediğini (%8,3) ve hatta problemin farkında olmadığını (%6,4) belirtmiştir. Bu gerekçeleri ifade eden hasta sayısı, 60 yaş ve üzerindeki hasta grubunda daha da yükselmektedir. Ayrıca, oral ilaçlar ve bitkisel ürün kullanımı ile problemi kendi kendine çözmeye çalışan hasta grubu da %22 düzeyindedir. Tüm bu faktörler, hekime müracaat eden ED'li hasta oranını önemli ölçüde düşürmektedir.

Bildiğimiz kadarıyla, ED'li hastaların hekime müracaat etmeme gerekçelerini araştıran başka bir çalışma yoktur. Bu nedenle çalışmamız, konu ile ilgili yapılmış ilk çalışma özelliğini taşımaktadır. Ancak çalışmayı sınırlayan en önemli unsur, çalışma grubunu oluşturan hastaların, iç hastalıkları polikliniğinde takip edilen hastalardan seçilmiş olmasıdır. Çalışmamızın amacı, ED'den muzdarip olan hastalarda, hekime müracaat eden ve etmeyen hasta oranını tespit etmek değildir. ED'li olduğu halde, üroloji hekimine müracaat etmeyen hastaların gerekçeleri araştırılmıştır. Bu nedenle, çalışma kapsamına alınan hastalar, bazı kronik hastalıklar nedeniyle dahiliye polikliniğinde takip edilen 40 yaş üzerindeki erkek hastalardan seçilmiştir. Keza bu hasta grubunda, ED oranının daha yüksek olduğu bilinmektedir.

Çalışmamızdaki hastaların, hastaneye gelme ve hekime ulaşma imkanı bulunan hastalar olduğu unutulmamalıdır. Bu hastaların üroloji hekimine ulaşma imkanı, genel toplumdakine göre muhtemelen daha fazladır. Ancak, bu hastaların bazı kronik hastalıklara sahip olduğu da dikkate alınmalıdır. Nitekim hastaların bir bölümü (%10,1) sahip

olduğu bu kronik hastalıklar nedeniyle üroloji hekimine müracaat edemediğini bildirmiştir. Veriler değerlendirilirken, üroloji hekime müracaat oranını etkileyebilecek tüm bu olumlu ve olumsuz faktörler birlikte dikkate alınmalıdır.

Sonuç olarak, ED hastalarında tespit edilen en sık hekime müracaat etmeme gerekçeleri, utanma/çekinme, bitkisel ürün kullanımı, yaşlanma ile birlikte sorunu doğal karşılama, diğer kronik hastalıklar ve hekim önerisi olmaksızın ilaç kullanımını olmuştur. Sosyokültürel faktörlerin, ED'li has-

talarda hekimin müracaat oranını etkilediği ve bilgi eksikliğinin hatalı davranışları artırdığı düşünülmektedir. Ancak tüm gerekçelerin temelinde bulunan en belirgin faktörün ED hakkındaki bilgi eksikliği olduğu söylenebilir.

Teşekkür

Bu çalışmada, iç hastalıkları polikliniğinde takip edilen hastaların yönlendirilmesi bakımından bizlere yardımcı olan İç Hastalıkları Uzmanı Dr. Ebru Hacer İnan ve Dr. Yavuz Eryılmaz'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. JAMA 1993;270(1):83-90.
2. Chew KK, Bremner A, Stuckey B, Earle C, Jamrozik K. Is the relationship between cigarette smoking and male erectile dysfunction independent of cardiovascular disease? Findings from a population-based cross-sectional study. J Sex Med 2009;6(1):222-31.
3. Soyulu A, Baydinc YC. [Sexual dysfunctions and epidemiology]. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(38):1-8.
4. Koca O, Caliskan S, Ozturk MI, Gunes M, Karaman MI. [Etiological factors in erectile dysfunction]. Türkiye Klinikleri J Urology 2010;1(2):36-40.
5. Yurdakul T, Guven S. [Erectile dysfunction physiology and pathophysiology]. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(38):15-9.
6. Akkus E, Kadioglu A, Esen A, Doran S, Ergen A, Anafarta K, et al. Turkish Erectile Dysfunction Prevalence Study Group. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population based study. Eur Urol 2002;41(3):298-304.
7. Karakose A, Alp T, Guner ND, Ciltak MB, Aydin S. [The place of andrological cases in our general urology practice]. Turkish J Urol 2010;36(1):49-54.
8. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997;49(6):822-30.
9. Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. BJU Int 1999;84(1):50-6.
10. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994;151(1):54-61.
11. Selvin E, Burnett AL, Platz EA. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US. Am J Med 2007;120(2):151-7.
12. Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodriguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Burgos-Rodriguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. J Urol 2001;166(2):569-75.
13. Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsaris A, Reitz C, Murino M, Thonneau P. Prevalence of erectile dysfunction in France: results of an epidemiological survey of a representative sample of 1004 men. Eur Urol 2002;42(4):382-9.
14. Moreira ED Jr, Lbo CF, Diamant A, Nicolosi A, Glasser DB. Incidence of erectile dysfunction in men 40-69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. Urology 2003;61(2):431-6.
15. Nicolosi A, Moreira ED Jr, Shirai M, Bin Mohd Tambi MI, Glasser DB. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. Urology 2003;61(1):201-6.
16. Stulhofer A, Bajic Z. Prevalence of erectile and ejaculatory difficulties among men in Croatia. Croat Med J 2006;47(1):114-24.
17. Teles AG, Carreira M, Alarcão V, Sociol D, Aragões JM, Lopes L, et al. Prevalence, severity, and risk factors for erectile dysfunction in a representative sample of 3,548 portuguese men aged 40 to 69 years attending primary healthcare centers: results of the Portuguese erectile dysfunction study. J Sex Med 2008;5(6):1317-24.
18. Bischoff E, Schneider K. A conscious-rabbit model to study vardenafil hydrochloride and-vother agents that influence penile erection. Int J Impot Res 2001;13(4):230-5.
19. Brock G, Nehra A, Lipshultz LI, Karlin GS, Gleave M, Seger M, et al. Safety and efficacy of vardenafil for the treatment of men with erectile dysfunction after radical retropubic prostatectomy. J Urol 2003;170(4):1278-83.
20. Montorsi F, Verheyden B, Meuleman E, Jünnemann KP, Moncada I, Valiquette L, et al. Long-term safety and tolerability of tadalafil in the treatment of erectile dysfunction. Eur Urol 2004;45(3):339-45.
21. Porst H, Rosen R, Padma-Nathan H, Goldstein I, Giuliano F, Ulbrich E, et al. The efficacy and tolerability of vardenafil, a new oral selective phosphodiesterase type 5 inhibitor in patients with erectile dysfunction: the first at-home clinical trial. Int J Impot Res 2001;13(4):192-9.
22. Potempa AJ, Ulbrich E, Bernard I, Beneke M. Efficacy of vardenafil in men with erectile dysfunction: a flexible-dose community practice study. Eur Urol 2004;46(1):73-9.
23. Raina R, Lakin MM, Aganval A, Mascha E, Montague DK, Klein E, et al. Efficacy and factors associated with successful outcome of sildenafil citrate use for erectile dysfunction after radical prostatectomy. Urology 2004;63(5):960-6.
24. Dumas M, Tsakiris A, Douma S, Grigorakis A, Papadopoulos A, Hounta A, et al. Factors affecting the increased prevalence of erectile dysfunction in Greek hypertensive compared with normotensive subjects. J Androl 2006;27(3):469-77.
25. Kendirci M, Trost L, Sikka SC, Hellstrom WJ. The effect of vascular risk factors on penile vascular status in men with erectile dysfunction. J Urol 2007;178(6):2516-20.
26. Malavige LS, Levy JC. Erectile dysfunction in diabetes mellitus. J Sex Med 2009;6(5):1232-47.
27. Kucukoglu MS. [Erectile dysfunction: a new cardiovascular risk predictor]. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(38):63-7.
28. Sánchez-Cruz JJ, Cabrera-León A, Martín-Morales A, Fernández A, Burgos R, Rejas J. Male erectile dysfunction and health-related quality of life. Eur Urol 2003;44(2):245-53.
29. Akbal C, Simsek F. [Aging and erectile dysfunction]. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(38):9-14.