



Prematür Ejakülasyon

Kontrol ve Takip Algoritmi

Prof. Dr. Ateş Kadiođlu

Dr. Yaşar Pazır

Androloji Bilim Dalı/ Üroloji Anabilim Dalı
İstanbul Tıp Fakültesi

İbrahim Etem Menarini'nin koşulsuz bilimsel desteği ile dağıtılmıştır.



Prematür Ejakülasyon

Kontrol ve Takip Algoritmi

Prof. Dr. Ateş Kadiođlu
Dr. Yaşar Pazır

Androloji Bilim Dalı/ Üroloji Anabilim Dalı
İstanbul Tıp Fakültesi

İbrahim Etem Menarini'nin koşulsuz bilimsel desteği ile dağıtılmıştır.

Prof. Dr. Ateş Kadiođlu, Dr. Yaşar Pazır

Androloji Bilim Dalı/ Üroloji Anabilim Dalı
İstanbul Tıp Fakültesi

Prematür ejakülasyon nedir?

Prematür ejakülasyon (PE); intravajinal ejakülasyon zamanının çok kısa/kısa olduğu (IELT), ejakülasyon kontrol eksikliği hissi yaşanan ve buna bağlı stres ve kaygıyı içeren üç boyutlu bir durumdur.(1)

Uluslararası Cinsel Tıp Derneđi'nin (ISSM) 2014 yılında güncellediği tanımlamaya göre prematür ejakülasyon aşğıdaki özelliklerle karakterize edilen bir erkek cinsel işlev bozukluğudur.

- İlk cinsel ilişkiden itibaren her zaman veya neredeyse her zaman vajinal penetrasyondan önce veya sonrasındaki yaklaşık bir dakika içerisinde meydana gelen ejakülasyon (**yaşam boyu PE**) veya IELT'de 3 dakika ya da daha altı olacak şekilde, hissedilir derecede azalma (**edinsel PE**)
- Tüm veya neredeyse tüm vajinal penetrasyonlarda ejakülasyonu geciktirememe
- Kaygı, rahatsızlık, hayal kırıklığı ve/veya cinsel yakınlıktan kaçınma gibi kişide olumsuz sonuçlar

Diğer PE benzeri cinsel kaygılar, erken boşalma ile karışabilen ve herhangi bir cinsel işlev bozukluğunun olmadığı durumlardır. **Dođal değişken PE ve subjektif PE** olarak 2 tipi vardır.(2)

Dođal değişken PE, kişinin farklı zaman/partner ile yaşayabileceği bir durumdur. Bu alt tür PE, normal cinsel deneyimin bir çeşidi olarak kabul edilir.

Subjektif PE'de kişilerin ejakülasyon süresi aslında 5 dakika ve üzerindedir. Fakat bu kişilerde sürenin daha kısa olduğu ve kontrol eksikliği algısı vardır.

Ejakülasyon bozukluklarının klinik teşhisi

Yaşam boyu PE'de, fizik muayene tavsiye edilir. Edinsel PE'de ise ED, tiroid disfonksiyonu ve prostatit gibi ilişkili sorunları bulmak için hedefe yönelik fizik muayene zorunludur. Laboratuvar testleri, anamnez veya fizik muayene sırasında organik bir sorundan şüphelenildiğinde ek bilgi sağlayabilir.(3) Ejakülasyon fonksiyonunun kontrolünde rol alan hormonların (testosteron, TSH ve prolaktin) kan seviyeleri, hormonal bozukluklar için taranabilir.(4,5) Bazı çalışmalarda düşük prolaktin düzeyleri ve yüksek testosteron düzeyleri PE ile ilişkili bulunmuştur. Ancak bu hormonal değişiklikler ve PE arasındaki ilişki belirsizdir.(4,6,7) Edinsel PE'de prostat sekret muayenesi, idrar ve semen kültürü prostat enfeksiyonunun teşhisini kolaylaştırabilir.(8)

Prematür ejakülasyonda kontrol ve takibin önemi

Karmaşıklığı ve değişkenliği nedeniyle, PE tedavisinde bir takım zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu zorluklar arasında PE'li hastaların takibinin nasıl yapılacağı hakkında sınırlı bilgi ve kılavuzlara sahip olmamız yer almaktadır.(9)

Tedavi başlanılan PE hastalarında takip, tedavi başarısını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Takibin sıklığı ve süresi PE tipi ve ciddiyetine, tedavi şekline, tedaviye cevap süresine, komorbidite varlığına ve bireysel/partner ile ilgili sorunlara bağlı değişebilir. Muhtemelen uzun vadede (aylar veya yıllar) düzenli takip, PE tedavi stratejisinin önemli bir parçasını oluşturur.(10)

Hastalar ile iyi iletişim tedavi sürecinde önemlidir. Hasta tedavi hakkında bilgilendirilmeli ve kontrol vizitlerde hastaların bu bilgileri doğru anladığı ve hatırladığı teyit edilmelidir. İlk görüşmeden sonra, ileri tetkik ve tedavinin düzenlenmesi için hasta kontrollere gelmeye teşvik edilmelidir. Takip, hastanın tedavi sürecindeki gelişimini, tedavi etkililiğini ve yan etkileri değerlendirmesi için klinisyene imkan sağlar.(11)

Tedavi başarısı IELT'yi uzatma, ejakülasyon üzerinde kontrol hissi kazanma ve daha tatmin edici cinsel ilişkiler yaşamayı kapsar.(10) Takip sırasında PE'nin üç boyutu da değerlendirilmelidir. Klinik pratikte teröpatik takip için valide edilmiş Premature Ejaculation Profile (PEP) ve Clinical Global Impression of Change/ Klinik global izlenim-değişim (CGI-C) skalaları kullanılabilir(Ek-1, Ek-2).(12,13) PEP, ejakülasyon üzerinde algı, cinsel ilişki ile tatmin, ejakülasyon ilişkili stres ve kişiler arası sorunu değerlendiren, 4 maddelik valide edilmiş sorgulama formudur. CGI-C ise hastanın son durumunu, tedavi başlangıcına göre karşılaştıran/değerlendiren 7 puanlık bir ölçekdir. Bu ölçekler öncelikle araştırmalar için geliştirilmiştir ancak klinik tarama ve tedavi etkililiğini değerlendirmede de kullanılabilir.(14)

Prematür ejakülasyon tedavisinin optimizasyonu

Prematür ejakülasyon tedavisinde onaylı molekül: Dapoksetin

Dapoksetin, 18-64 yaş erkeklerde prematür ejakülasyon tedavisinde onaylı, kısa etkili selektif serotonin geri alım inhibitörüdür. Oral kullanımdan sonra hızlı bir şekilde emilmekte ve elimine edilmektedir. Maksimum plazma konsantrasyonuna oral alımdan yaklaşık 1 saat sonra (rapid Tmax:1.3s) ulaşmaktadır ve dozu takip eden 24 saat sonunda plazma dapoksetin konsantrasyonu, maksimum plazma konsantras-

yonunun %5'inden daha az düzeye inmektedir. İlaç hızlı absorbe ve elimine edildiği için minimal birikim ile sonuçlanır. Çoklu doz sonrasında dapoksetinin farmokinetiği etkilenmemekte ve önemli ölçüde birikim olmamaktadır. Bu nedenle lüzum halinde kullanım için uygun bir ajandır. İlişkiden 1-3 saat önce kullanılmalıdır.(15) Çeşitli plasebo kontrollü çalışmalarda dapoksetin günde 1 defa, ilişkiden 1-3 saat önce alındığında, ilk dozdan itibaren geçerli olan IELT'de artış gözlenmiştir.(Pryor et al., 2006; McMahon et al., 2013a; Mirone et al., 2014) Modi ve ark. dapoksetin 60 mg ile etanol (0.5g/kg) arasında farmokinetik ve kognitif etkileşim saptamamıştır.(16) Bir şişe rakıda (70cl) 250 gr, bir şişe şarapta (70cl) 70-80 gram, bir şişe birada (0,5L) 20 gram kadar etil alkol bulunur.

Dapoksetin günümüze kadar 6081 hasta üzerinde değerlendirilmiştir(17) ve Avrupa ülkelerinde PE tedavisinde lüzum halinde kullanım için onaylı ilk ve tek ajandır. Dapoksetin 30 ve 60 mg'ın genel olarak IELT'yi sırasıyla 2.5 ve 3 kat, IELT bazal ortalaması <0.5 dk olan hastalarda ise sırasıyla 3.4 ve 4.3 kat arttırdığı gösterilmiştir.(18,19) Randomize kontrollü çalışmalarda ilişkiden 1-2 saat önce alınan dapoksetin 30 veya 60mg'ın ilk dozdan itibaren IELT'de anlamlı artış sağladığı, azalmış stres, artmış ejakülasyon kontrolü ve tatmin üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Dapoksetin yaşam boyu ve edinilmiş PE'li hastalarda benzer etki profili gösterir.(19)

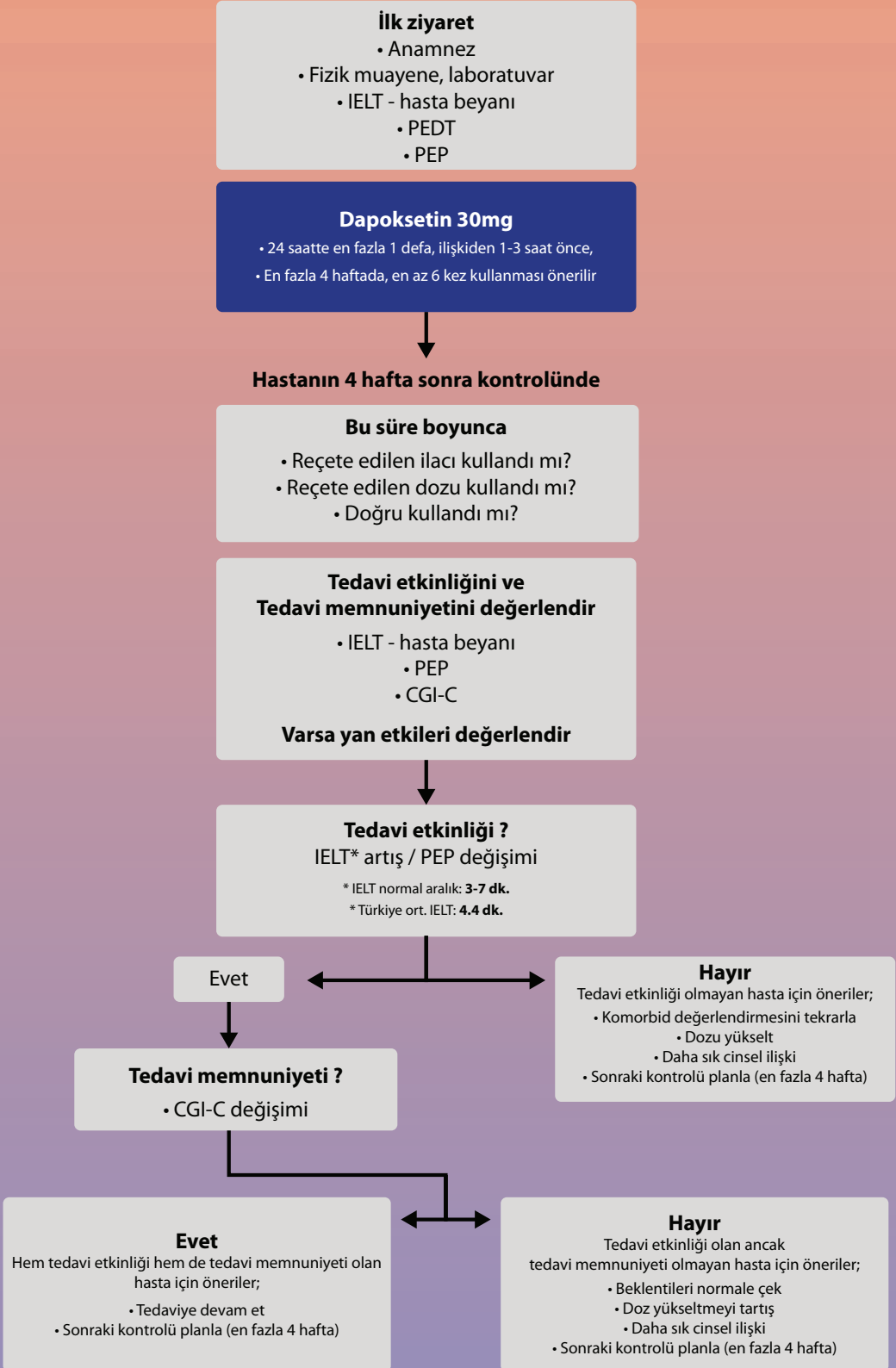
Dapoksetin ciddi yan etkilerin nadir görüldüğü, genel olarak iyi tolere edilen bir ajandır. En sık görülen yan etkiler bulantı, baş ağrısı, diyare ve baş dönmesidir. Klinik çalışmalarda Dapoksetin 30 mg ve 60 mg alan hastalarda sırasıyla %47 ve %60.3'ünde yan etki görülürken, %11 ve %22.2'sinde bulantı (plasebo ile %2.2), %5.6 ve %8.8'inde baş ağrısı (plasebo ile %4.8), %5.8 ve %10.9'unda baş dönmesi (plasebo ile %2.2) ortaya çıkmıştır.(20) Yan etkiler nedeniyle tedaviyi bırakma oranları %4 (30mg) ile %10 (60mg) arasındadır.(21) Diğer SSRI'ların aksine dapoksetin ile ilgili çalışmalarda dapoksetinin ruh hali üzerinde etkisi, yoksunluk belirtileri ve artmış intihar girişim riski görülmemiştir. Ayrıca diğer SSRI'larda görülen cinsel istekte azalma ve erektil disfonksiyon gibi yan etkiler saptanmamıştır.(22)

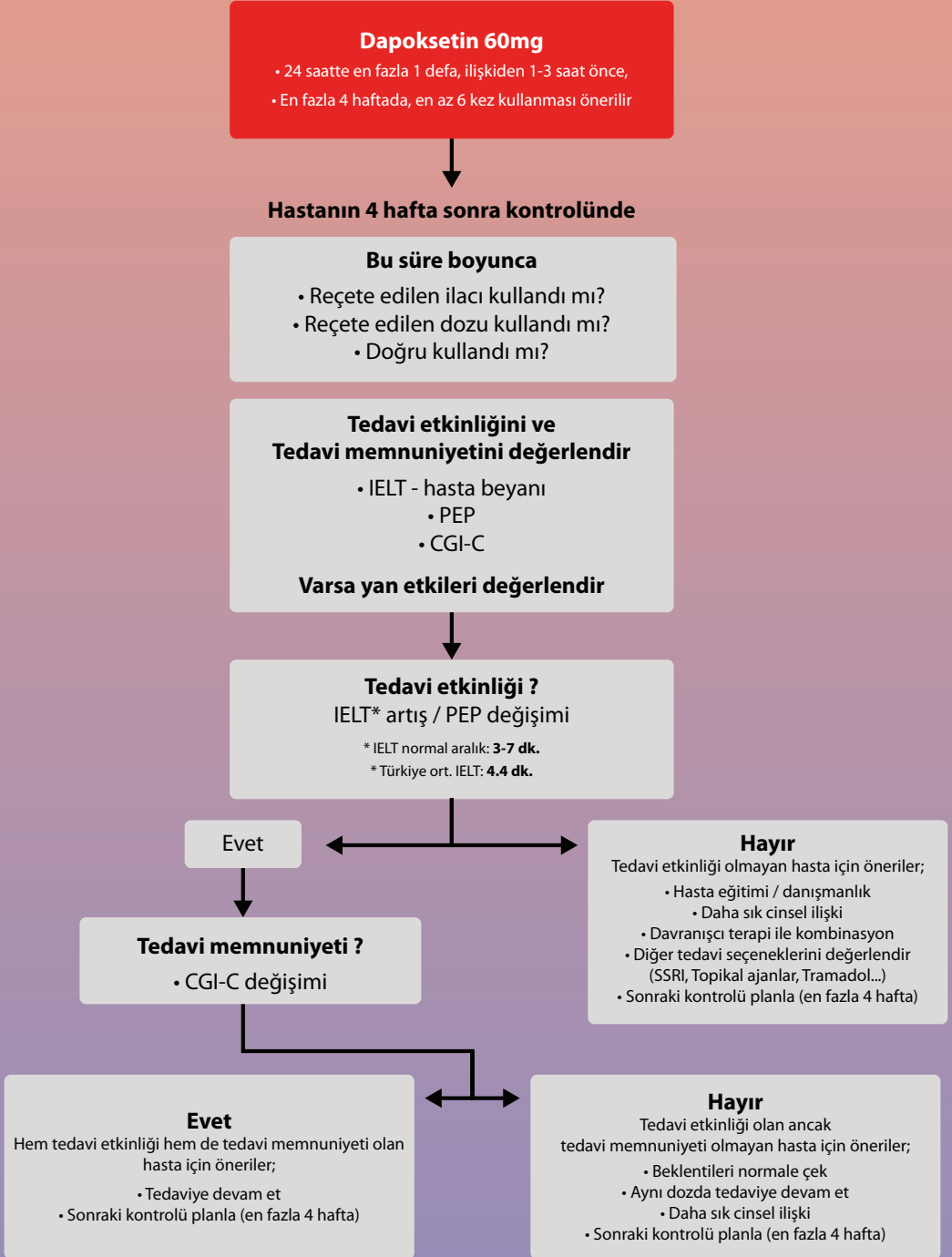
Dapoksetin ile prematür ejakülasyon tedavisinin optimizasyonu

Dapoksetin ile PE tedavisinin optimizasyonu klinik uygulamada önemli bir konudur. PE etyolojisinin multifaktöryel olması nedeniyle tedavi, hastanın durumu ve beklentilerine göre bireyselleştirilmelidir. Düzenli takip ve kontrol, hasta ile iletişim ve tedavi sonuçlarını değerlendirmek için önemlidir.(11)

Tedaviye başlanmadan önce hasta ile tedavi olasılıkları paylaşılmalı, hastanın beklentileri tartışılmalı, psikoseksüel danışmanlık ve hasta eğitimi yapılmalıdır. Hastaya tedavinin amacı, doğru doz, ne kadar sıklıkla alınacağı, planlı ilişkiden ne kadar önce ilacını alması gerektiği ve olası yan etkiler anlatılmalıdır.

PE hastaları için önerilen dapoksetin başlangıç dozu 30mg'dır. Dapoksetin reçete edildiğinde, en fazla 4 hafta içinde en az 6 kez kullanım/cinsel ilişki sonrası hem tedavi etkinliğinin hem de olası yan etkilerin değerlendirilmesi için hastanın kontrole çağırılması önerilmektedir.(24)





Dördüncü hafta kontrolde hastanın doğru ilacı, doğru doz ve doğru şekilde kullandığı teyit edilir. Kontrole gelen hasta dapoksetin tedavisini **en fazla 4 hafta içinde en az 6 kez kullanım/cinsel ilişki** şeklinde kullanmamışsa doğru değerlendirme yapabilmek pek mümkün değildir. Tedavi memnuniyeti/etkinliği , ilacın tolerabilitesi/yan etkiler değerlendirilmelidir. Hastaların önemli konuları/anahtar bilgileri doğru bildiği/hatırladığı kontrol edilmelidir.

Kontrollerde tedavinin etkinliği IELT , PEP ve CGI-C gibi valide testler kullanılarak değerlendirilir.

Dapoksetin 30mg ile tedaviye cevap alınan hastalarda, yan etki yoksa veya yan etkiler tolere edilebiliyorsa tedaviye devam edilir ve bir sonraki kontrol planlanır.

Dapoksetin 30mg'dan fayda görmeyen veya yeterli memnuniyet sağlanamayan hastalar, dapoksetin tedavisine cevapsız kabul edilmeden önce tedavi başarısızlığına neden olabilecek çeşitli faktörler değerlendirilmelidir. Bunlar altta yatan değerlendirilmemiş sorunlar, uygun olmayan doz, yetersiz cinsel ilişki girişi/sayısı ve gerçekçi olmayan beklentilerdir.(25)

Altta yatan hastalıklar ve ko-morbiditeler PE tedavi başarısızlığına neden olabileceğinden tanı ve tedavi dapoksetin tedavisinden önce veya eş zamanlı yapılmalıdır. (25)

Dapoksetin tedavisi ile IELT'nin uygun aralığa uzatılabilmesine rağmen, tatmin oranı (%45), tedaviye cevap oranından (%74.6) daha düşük saptanmıştır. Tedavinin etkinliği ile hastaların beklentileri arasında uyumsuzluğun sebebi, karşılanamayan ihtiyaçlar veya gerçekçi olmayan beklentilerdir. Klinik pratikte, tedavinin bırakılmasının ana sebebi tatmin edici olmayan sonuçlardır.(26)

Waldinger ve ark.'larının, 5 ülkenin (Türkiye, ABD, Birleşik Krallık, Hollanda ve İspanya) genel popülasyonu üzerinde yapılan iki çalışmasında median IELT sırasıyla 5.4 dk (aralık, 0.55-44.1 dk) ve 6.0 dk (aralık 0.1-52.7 dk), Türkiye median IELT ise 4.4 dk saptanmış ve yaşla birlikte bu sürenin düştüğü belirtilmiştir.(27,28) Genel olarak kabul görülen uygun IELT aralığı 3-7 dk'dır.

Eğer dapoksetin 30mg ile IELT bu aralığa veya ülke ortalamasına ulaşmış ve tedavi memnuniyetsizliği varsa gerçekçi olmayan beklenti olarak değerlendirilir. Dozu yükseltmek hasta ile tartışılır, hasta beklentileri tartışılır ve bir sonraki kontrol planlanır. Hasta dapoksetin 30mg'dan kısmen fayda görmüş fakat IELT normal aralığa veya ülke ortalamasına ulaşmamış buna ek olarak 30 mg ile herhangi bir yan etki gözlemlenmemişse doz 60mg'a yükseltilir ve bir sonraki kontrol planlanır.

Dapoksetin 30 mg ile yeterli/tatmin edici cevap alınamayan, IELT normal aralığa (3-7 dk) veya ülke ortalamasına ulaşmamış ve 30 mg ile herhangi bir yan etki görülmeyen hastalarda maksimum doz olan 60mg'a geçilir.

Dapoksetin 60mg'a geçilen hastalar, **en fazla 4 hafta içinde en az 6 kez kullanım/cinsel ilişki** sonrası kontrole çağrılır. 4. hafta kontrolde hastanın doğru ilacı, doğru doz ve doğru şekilde kullandığı teyit edilir. Tedavi memnuniyeti/etkinliği, ilacın tolerabilitesi/yan etkiler değerlendirilmelidir.

PAUSE çalışmasında PE hastalarının %17.7'sinde dapoksetin 30mg'a yetersiz cevap nedeniyle doz 60mg'a yükseltilmiştir. Jiann ve ark. çalışmasında ise hastaların %42.9'u 60mg dozdan fayda görmüştür.(26) Dapoksetin 60mg'a cevapsız hastalar için daha yüksek dozlardan (90mg, 120mg) fayda görebileceğini gösteren klinik çalışmalar yoktur.

Dapoksetin 60mg ile tedavi başarısızlığında, davranışçı terapi ile kombine tedaviye geçilebilir. Dapoksetin davranışsal tedavi ile kombine edildiğinde, sadece dapoksetin tedavisi alan yaşam boyu PE'li hastalara göre daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. (29) Davranışçı tedavi PE'de tek başına bir tedavi seçeneği olarak görülmemeli, farmakoterapi ile sinerjik olarak uygulanmalıdır. Kombine tedavi başarısızlığında ise diğer tedavi seçenekleri (uzun etkili SSRI'lar, topikal ajanlar..) değerlendirilir. Ancak bu ajanların ülkemizde prematür ejakülasyon için ruhsatlandırılmadığı ve hastalardan ayrıntılı aydınlatılmış onam alınarak başlanabileceği, buna rağmen oluşacak mediko-legal sonuçlarda ruhsat dışı ilaç kullanımı nedeni ile hukuki müeyyideye uğranabileceği akılda tutulmalıdır.

Tanı, tedavi seçimi ve tedaviye yanıtı değerlendirmede partneri dahil etmek önemlidir. Kadın partner, PE ile ilişkili cinsel, psikolojik ve kişiler arası problemleri değerlendirmede klinisyene yardımcı olabilir. Partneri tedavi sürecine dahil etmenin tedavi sonuçları üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır. Partnerin işbirliği yapması hastaya ejakülasyon kontrolü üzerinde yardımcı olmasının yanı sıra kendine güven ve saygısının artmasına yardımcı olur. Böylece kişilerin cinsel yaşam ve ilişkilerinde gelişmeye yol açabilir.(23) Özellikle yaşlı çiftlerde tedavi başarısını arttırmak için partnerin de cinsel disfonksiyonu değerlendirilmeli ve PE tedavisinin etkinliğini arttırmak için gerekli tedavi yapılmalıdır.(30) Partnerinde PE olan kadınlarda, %52 oranında cinsel problemler (istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm) görülürken, partnerinde PE olmayanlarda bu oran %23'tür.(31) Fakat PE'de, partnerin tedaviye katılımının etkisini değerlendiren kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır.

PE, immatür cinsel teknik ve cinsel ilişki sıklığında azlık gibi psikososyal faktörlerle de ilişkilidir.(34) Klinik çalışmalarda cinsel ilişki sıklığında artışın; cinsel teknik, kendine güven ve tatminde gelişme sağlayarak PE semptomlarını iyileştirici etkisi olabileceği vurgulanmıştır.(11,32,33)

Sonuç olarak tedavi yaklaşımı hastanın semptomları, beklentileri ve altta yatan etyolojiye göre bireyselleştirilmeli ve hastanın düzenli takip ve kontrolü ile tedaviden azami başarı elde edilmeye çalışılmalıdır (Ek-3).

Referanslar:

1. McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med* 2008;5:1590-606.
2. Waldinger M. Pathophysiology of Lifelong Premature Ejaculation. In: EA, Jannini CM, MD, Waldinger ed. *Premature Ejaculation From Etiology to Diagnosis and Treatment*: Springer-Verlag Italia; 2013: 71-80.
3. Shabsigh, R. Diagnosing premature ejaculation: a review. *J Sex Med*, 2006, 3 Suppl 4: 318.
4. Corona G, Jannini EA, Lotti F, et al. Premature and delayed ejaculation: two ends of a single continuum influenced by hormonal milieu. *Int J Androl*. 2011 Feb;34(1):41-8.
5. Corona G, Mannucci E, Petrone L, et al. Psychobiological correlates of delayed ejaculation in male patients with sexual dysfunctions. *J Androl*. 2006 May-Jun;27(3):453-8.
6. Corona G, Mannucci E, Jannini E, et al. Hypoprolactinemia: a new clinical syndrome in patients with sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6: 1457-66.
7. Corona G, Jannini E, Mannucci E, et al. Different testosterone levels are associated with ejaculatory dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 2008;5: 1991-98.
8. Zegarra Montes LZ, Sanchez Mejia AA, Loza Munariz CA, et al. Semen and urine culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis. *Int Braz J Urol* 2008;34:30-7, discussion 38-40.
9. Sadeghi-Nejad H, Watson R. Premature ejaculation: Current medical treatment and new directions (CME). *J Sex Med* 2008;5:1037-50.
10. Palmer NR, Stuckey BG. Premature ejaculation: A clinical update. *Med J Aust* 2008;188:662-6.
11. Moncada I. The importance of follow-up in patients with premature ejaculation. *J Sex Med* 2011; 8(Suppl. 4): 353-9.
12. Patrick DL, Giuliano F, Ho KF, et al. The Premature Ejaculation Profile: Validation of self-reported outcome measures for research and practice. *BJU Int* 2009;103:358-64.
13. Althof SE, Brock GB, Rosen RC, et al. Validity of the patient-reported Clinical Global Impression of Change as a measure of treatment response in men with premature ejaculation. *J Sex Med* 2010;7:2243-52.
14. Corona G, Jannini E, Maggi M. Inventories for male and female sexual dysfunctions. *Int J Impot Res*. 2006 May-Jun;18(3):236-50.
15. Modi NB, Dresser MJ, Simon M, et al. Single- and multiple-dose pharmacokinetics of dapoxetine hydrochloride, a novel agent for the treatment of premature ejaculation. *J Clin Pharmacol* 2006;46:301-9.
16. Modi NB, Dresser M, Desai D, et al. Dapoxetine has no pharmacokinetic or cognitive interactions with ethanol in healthy male volunteers. *J Clin Pharmacol* 2007;47:315-22.
17. McMahon CG. Dapoxetine: a new option in the medical management of premature ejaculation. *Ther Adv Urol*. 2012 Oct;4(5):233-51.
18. McMahon CG, Porst H. Oral agents for the treatment of premature ejaculation: review of efficacy and safety in the context of the recent International Society for Sexual Medicine criteria for lifelong premature ejaculation. *J Sex Med*. 2011 Oct;8(10):2707-25.
19. Porst H, McMahon CG, Althof SE, et al. Baseline characteristics and treatment outcomes for men with acquired or lifelong premature ejaculation with mild or no erectile dysfunction: integrated analyses of two phase 3 dapoxetine trials. *J Sex Med*. 2010 Jun;7(6):2231-42.
20. McMahon CG, Althof SE, Kaufman JM, et al. Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: integrated analysis of results from five phase 3 trials. *J Sex Med*. 2011 Feb;8(2):524-39.
21. Althof SE, Abdo CH, Dean J, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med*. 2010 Sep;7(9):2947-69.
22. Mirono V, Arcaniolo D, Rivas D, et al. Results from a prospective observational study of men with premature ejaculation treated with dapoxetine or alternative care: the PAUSE study. *Eur Urol* 2014;65:733-9.
23. Althof SE, Abdo CH, Dean J, et al. International society for sexual medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med* 2010;7:2947-69.
24. PRILIGY. Summary of product characteristics. 2008.
25. Jiann BP. The office management of ejaculatory disorders. *Transl Androl Urol*. 2016 Aug;5(4):526-40.
26. Jiann B, Huang Y. Assessing satisfaction in men with premature ejaculation after dapoxetine treatment in real world practice. *Int J Clin Pract*. 2015 Nov;69(11):1326-33.
27. Waldinger M, Quinn P, Dilleen M, et al. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *Journal of Sexual Medicine*. 2005;2: 292-97.
28. Waldinger M, McIntosh J, Schweitzer DH. A five-nation survey to assess the distribution of the intravaginal ejaculatory latency time among the general male population. *J Sex Med*. 2009 Oct;6(10):2888-95.
29. Cormio L, Massenio P, La Rocca R, et al. The combination of dapoxetine and behavioral treatment provides better results than dapoxetine alone in the management of patients with lifelong premature ejaculation. *J Sex Med* 2015; 12: 1609-15.
30. Shindel A, Nelson C, Brandes S, et al. Urologist practice patterns in the management of premature ejaculation: a nationwide survey. *J Sex Med*. 2008 Jan;5(1):199-205.
31. Graziottin A, Althof S, et al. What does premature ejaculation mean to the man, the woman, and the couple?. *J Sex Med*. 2011 Oct;8 Suppl 4:304-9.
32. McMahon CG, Althof SE, Kaufman JM, et al. Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: integrated analysis of results from five phase 3 trials. *J Sex Med* 2011; 8: 524-39.
33. Jannini EA, Ciocca G, Limoncin E, et al. Premature ejaculation: old story, new insights. *Fertil Steril*. 2015 Nov;104(5):1061-73.
34. McMahon CG. Premature ejaculation. *Indian J Urol* 2007; 23: 97-108.

PREMATÜR EJAKÜLASYON PROFİLİ-ERKEK

(Premature Ejaculation Profile-PEP)

Son bir ayki cinsel ilişkilerinizi düşündüğünüzde;

1. Boşalma üzerindeki kontrolünüz:

- Çok zayıf/kötü Zayıf/kötü Orta İyi Çok iyi

2. İlişkilerinizden aldığınız zevki/hazı/tatmini nasıl tanımlarsınız?

- Çok zayıf/kötü Zayıf/kötü Orta İyi Çok iyi

3. Boşalma süreniz kendinizi kötü hissetmenize (stresli hissetmenize) neden oluyor muydu?

- Hiç
 Biraz
 Orta derecede
 Oldukça fazla
 Aşırı derecede

4. Boşalma süreniz nedeniyle eşiniz ile sorun (problem) yaşadınız mı?

- Hiç
 Biraz
 Orta derecede
 Oldukça fazla
 Aşırı derecede

Ek-2

KLİNİK GLOBAL İZLENİM - DEĞİŞİM

Clinical Global Impression of Change–(CGI-C)

Tedavi başlangıcıyla karşılaştırıldığında, erken boşalma problemini tanımlamak isterseniz;

- 3: Daha kötü
- 2: Kötü
- 1: Hafif kötü
- 0: Değişiklik yok
- 1: Hafif iyi
- 2: İyi
- 3: Daha iyi

