

Sünnetin Çocuk Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi: Gözden Geçirme Çalışması

B A S K İ D A

Dr. Mesut YAVUZ¹, Dr. Türkyay DEMİR², Dr. Burak DOĞANGÜN³

ÖZET

Sünnet, tüm dünyada en eski ve en sık uygulanan cerrahi girişimlerden birisidir. Erkek sünnetinin başlangıcının insanlık tarihinin en eski dönemlerine kadar uzandığı düşünülmektedir. Her yıl tüm dünyada 13.3 milyon erkek ve 2 milyon kız çocuğu sünnet edilmektedir. Batı toplumlarında sünnet genellikle yenidoğan döneminde yapılmaktadır. Diğer toplumlarda ise farklı gelişim dönemlerinde uygulanabilmektedir. Sünnet nedenleri, tıbbi/tedavi edici, koruyucu/hijyenik, dini ve kültürel olarak sıralanabilir. Ülkemizde her yıl dini ve kültürel nedenlerle binlerce çocuk sünnet olmaktadır. Sünnetin çocuk ruhsallığı üzerinde ciddi travmatik etkileri olduğunu öne süren çok sayıda yayın bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, toplumda sünnete atfedilen olumlu anlamlara dikkat çekilerek, sosyal etmenlerin sünnetin olumsuz etkilerini azalttığı vurgulanmıştır. Yabancı yazında sünnetin çocuk ruhsallığı üzerine etkileri konusunda pek çok yayın olmasına rağmen, ülkemizde çok sık uygulanan bu cerrahi işlemin ruhsal etkileri konusunda az sayıda çalışma bulunmaktadır. Mevcut gözden geçirme çalışmasında bu alanın incelenmesi amaçlanmıştır. Pubmed, Medline, EBSCOHost, PsycINFO, Türk Medline, Çukurova Dizini veri tabanlarında ve Google Akademik'te yer alan sünnet ile ilgili makaleler anahtar kelimeler ile taranmış ve gözden geçirme için uygun olan çalışmalardan yararlanılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sünnet, çocuk, ruh sağlığı, psikoloji, travma

SUMMARY

The Effect of Circumcision on the Mental Health of the Children: A Review Study

Circumcision is one of the oldest and most frequently performed surgical procedures in the world. It is considered that the beginning of the male circumcision extends back to the earliest times of the history. 13.3 million boys and 2 million girls are undergoing circumcision each year. In western societies circumcision is being performed usually in infancy. In other societies it is being performed in different developmental stages. In Turkey, each year, especially during the summer months, thousands of children are undergoing circumcision. The motivations for circumcision can be ordered as: medical-therapeutic, preventive-hygienic, religious and cultural. Numerous publications have suggested that circumcision has serious traumatic effects on children's mental health. Studies conducted in our country drawing attention to the positive meanings attributed to the circumcision in community emphasized that social effects limit the negative effects of circumcision. Although there are many publications in foreign literature about the effects of the circumcision on children's mental health, there are only a few studies in Turkey about the mental effects of this one of the most frequently performed surgical procedure in our country. In this study the authors aimed to review this area. The articles that are related with circumcision were searched by key words in PubMed, Medline, EBSCOHost, PsycINFO, Turkish Medline, Çukurova Index Databases and in Google Scholar and those appropriate for this review were used by authors.

Key Words: Circumcision, child, mental health, psychology, trauma

GİRİŞ

Sünnet dünya genelinde en eski ve en sık uygulanan cerrahi girişimlerden birisidir. Her yıl 13.3 milyon erkek ve 2 milyon kız çocuğu sünnet edilmektedir (Dekkers ve ark. 2005, Denniston 1999). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) dünya genelindeki 15 yaş ve üzeri erkeklerin % 30-33'ünün sünnetli olduğunu tahmin etmektedir. WHO sünnetin Amerika ve Kanada'daki prevalansının sırasıyla % 75 ve % 20 olduğunu, Avrupa'daki prevalansının ise % 20'den az olduğunu tahmin etmiştir (WHO 2006). Sünnet

Geliş Tarihi: 23.11.2010 - **Kabul Tarihi:** 17.02.2011

¹Asis., ²Doç., ³Doç., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Cerrahpaşa Tıp Fak., İstanbul.

Dr. Mesut Yavuz, e-posta: mesutyavuz81@yahoo.com

Müslüman nüfusun yoğun olduğu bölgelerde, Güney Doğu Asya'nın bazı bölgelerinde, Amerika'da, Filipinler'de, İsrail'de ve Güney Kore'de sık olarak uygulanırken, Avrupa'da, Latin Amerika'da, Güney Afrika'nın bazı bölgelerinde, Asya'nın büyük bölümünde ve Okyanusya'da göreceli olarak daha az sıklıkla uygulanmaktadır (WHO 2006). Kadın sünnetinin 27 Afrika ülkesinde % 1'den (Uganda) % 98'e (Somali) kadar değişen oranlarda uygulandığı bildirilmiştir (WHO 2008). Asya, Orta Doğu, Güney Amerika ve Avustralya'da ise nadir olarak uygulanmaktadır (Schroeder 1994, Toubia 1994). Dünya genelinde 100 milyondan fazla kadının sünnetli olduğu tahmin edilmektedir (Shah ve ark. 2009). Bilgilerimize göre ülkemizde uygulanmış bir kadın sünneti olgusu bildirilmemiştir. Türkiye'de kadın sünnetinin kesinlikle uygulanmadığı belirtilmiştir (Verit 2003).

Sünnet toplumlarda farklı nedenlerle uygulanabilmektedir. Sünnet nedenleri tıbbi-tedavi edici, koruyucu-hijyenik, dini ve kültürel olarak sıralanabilir. Erkekler genellikle tıbbi-tedavi edici, koruyucu-hijyenik ve dini nedenlerle, kız çocukları ise genellikle kültürel nedenlerle sünnet edilmektedir (Dekkers ve ark. 2005). Sünnet kararında bu nedenler beraber de rol oynayabilir. Sünnet çoğu batı toplumunda yenidoğan döneminde uygulanmaktadır. Diğer toplumlarda ise farklı gelişim dönemlerinde uygulanabilmektedir (Rhinehart 1999, Zoske 1998). Ülkemizde her yıl, özellikle yaz aylarında, binlerce çocuk sünnet olmaktadır. Türkiye'de nüfusun büyük kısmı Müslüman'dır ve erkeklerin hemen hepsi sünnetlidir. Batı toplumlarından farklı olarak sünnet daha ileriki yaşlarda uygulanır. 411 sünnetli çocuk üzerinde yapılan bir araştırmanın sonucunda ülkemizdeki sünnet olma yaşının 2 ile 11 arasında değiştiği (ortalama 7 yaş) ve çocukların % 15'inin 1 yaşından önce, % 8'inin 1-3 yaş arasında, % 35'inin 3-6 yaş arasında, % 41'inin ise 6 yaşından sonra sünnet olduğu bildirilmiştir (Şahin ve ark. 2004). Türkiye'de sünnet sıklıkla müzik ve eğlencenin de eşlik ettiği törenlerle yapılmaktadır ve bu törenler aile için önemli bir sosyal olgudur (Sarı ve ark. 1996, Şahin ve ark. 2004). Bu gözden geçirmede, ülkemizde çok sık uygulanan sünnet işleminin tarihi, dini, fiziksel ve etik boyutunu inceleyen ve çocuk ruh sağlığı üzerine olan etkisini ele alan yazının gözden geçirilmesi ve özetlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Sünnetin çocuk ruh sağlığı üzerine etkisinin araştırılması için Pubmed, Medline, EBSCOHost, PsycINFO veri tabanlarında ve Google Akademik'te yer alan İngilizce makaleler, "circumcision", "child", "mental health", "psychology", "trauma" anahtar sözcüklerinin farklı bileşimleri ile aranmıştır. Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılmış çalışmalara ulaşabilmek için ise aynı anahtar sözcüklerin Türkçe karşılıkları ile Türk Medline ve Çukurova Dizini veri tabanları taranmıştır. Elde edilen makaleler ve makalelerin kaynakları incelenerek, göz-

den geçirme yazısı için uygun olan çalışmalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Sünnetin tarihi ve dini boyutu

Erkek sünnetinin başlangıcının insanlık tarihinin en eski dönemlerine kadar uzandığı düşünülmektedir. Sünnet tasvirleri, taş devrine ait mağara çizimlerinde ve Antik Mısır mezarlarında görülebilmektedir. (Dunsmuir ve Gordon 1999). Mısır'da sünnetin gençlere ağıri üzerindeki hakimiyetlerini gösterip, erişkinliğe geçmeleri için bir eşik olarak sunulduğu düşünülmektedir (Gollaher 2000). Antik Mısır'da din ve tıp arasında herhangi bir ayırım bulunmamaktadır. Rahipler aynı zamanda iyileştiricidir. Sünnet hijyenin yanında ahlaki, ruhani ve entelektüel gelişimin bir parçası olarak görülmüştür. Antik Mısır'da esir alınmış savaşçılar köleliğe alınmadan önce sıklıkla sünnet edilirdi. Ama sünnet sonrası yan etkiler çok sıklıkla ve sonuç olarak köle sayıları azalmıştı. Fenikeliler ve daha sonra geniş oranda esirleştirilen Museviler sünneti benimsemiştir ve gelenekselleştirmiştir. Zamanla sünnet Musevilik dini uygulamasına dahil edilmiş ve tanrı ile insan arasındaki anlaşmanın görünür bir işareti olarak kabul edilmiştir (Dunsmuir ve Gordon 1999).

Günümüzde sünnet esas olarak Musevilik ve İslamiyet dinlerinde uygulanmaktadır. Musevilik inancında Yaradılış kitabına göre tanrı İbrahim'e kendisini ve erkek çocuğunu sünnet etmesini emretmiştir. Tevra'ta tanrının İbrahim'e "Aranızdaki her erkek sünnet olmalıdır ve bu benimle sizin aranızda anlaşma olarak kabul edilmelidir, aranızda 8 günlük olanların hepsi nesiller boyunca sünnet edilmelidir" şeklinde emrettiği yazmaktadır (Dekkers ve ark. 2005). İslamiyet inancında ise sünnet işlemi peygamberin sözleri ve davranışları ile belirlenen bir kavram olan "sünnet" üzerine kurulmuştur. Sünnet için Hz. Muhammed'in "Erkekler için kanun, kadınlar için ise onurun korunması" şeklinde vurgu yaptığı belirtilmiştir (Dekkers ve ark. 2005). İslamiyet'te belirli bir sünnet yaşı yoktur, ama genellikle erkek çocukları 7 yaşına geldiğinde uygulanır. İslam'da sünnet kesin bir emir olmamakla birlikte, Müslümanlar arasında büyük simgesel önemi olan bir gelenek olarak ele alınmaktadır (Solomon ve Noll 2007). Uygulamada ise hemen her Müslüman çocuk sünnet olmaktadır. Museviler sünnet olma nedenleri için özellikle tanrının emirlerini belirtirken, Müslümanlar kozmetik, hijyenik ve tıbbi nedenleri de ön plana çıkarırlar (Dekkers ve ark. 2005).

Musevi bir araştırmacı olan Goodman, çoğu Musevi'nin inandığının aksine, sünnetin Musevi kimliğinin temeli olmadığını öne sürmüştür. Artık Musevilik'te sünnet inancının değişmesi gerektiğini vurgulamıştır. Goodman sünneti "çocuklara uygulanan şiddetin bir formu" olarak tarif etmiş ve sünnet olmayan çocukları "tam Musevi erkek çocukları" olarak tanımlamıştır (1999).

Tıbbi nedenlerle yapılan sünnetin tarihsel gelişimine bakıldı-

ğında, fimozis için ilk bildirimler 19. yüzyılın başlarında yayınlanmıştır (Dunsmuir ve Gordon 1999). 19. yüzyılın ortalarından itibaren anestezi ve antisepti konularındaki ilerlemeler sünnet cerrahisi uygulamalarını değiştirmiştir. Bu dönemde sünnetin erkeklerde fimozis ile ilgili iktidarsızlık (Lynch ve Pryor 1993), cinsel problemler, penisin vakitsiz sertleşmesi (priapizm), aşırı mastürbasyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, epilepsi, alt ıslatma, gece terörü gibi durumlar için koruyucu olduğu bildirilmiştir (Dunsmuir ve Gordon 1999). 1903 yılında ünlü İngiliz cerrah Sir Frederick Treves, sünnetin günümüze kadar gelen temel cerrahi prensiplerin kapsamlı açıklamasını yapmıştır (Dunsmuir ve Gordon 1999).

Sünnet uygulamasının sıklığında 20. yüzyılın 2. yarısından itibaren dramatik bir düşüş olmuştur (Dunsmuir ve Gordon 1999). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1976 yılında erkeklerin % 80'i (Gee ve Ansell 1976) sünnetliyken, bu oran 1981 yılında % 61'e (Poland 1990) düşmüştür ve halen düşmeye devam etmektedir (Buick 1997). Bu düşüşün nedeninin, toplumda sünnetin tıbbi faydasının olmadığı ve işlem sonucunda çocukların ağrı ve rahatsızlık hissi yaşadığı algısı oluşmasının olduğu düşünülmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi'nin ve diğer tıp çevrelerinin sünneti önermemesi de, ebeveyn ve doktorların sünnet kararlarını etkilemektedir (Fiely 2006) Birleşik Krallık'ta düşüş daha dramatiktir. Sünnet olma oranı 1930'larda % 30 iken, 1975'te % 6'ya düşmüştür (Anand ve Carr 1989).

1934 yılında Türkiye Tıp Encümeni'nde Operatör Doktor Prof. Cemil Topuzlu sünnet konulu bir bildiri sunmuştur. "Güya sünnetin temizlik bakımından faydası varmış; sünnet-sizlik yüzünden hastalıklar oluyormuş" diyerek söze başladığı sunumunda, sünneti ileride apandisit patlar diye bütün çocukların apandisitlerini çıkarmaya, turnak arasında kir birikiyor diye turnaklarını söktürmeye benzetmiştir (Naskali-Gürsoy E 2009).

Sünnet derisinin (prepiyum) anatomisi ve işlevi

Prepiyum, penisin ucunu kaplayan serbest, geri çekilebilir deri parçasıdır (Bigelow 1995). Dış tarafı penis derisi katmanı, iç tarafı ise yüksek derecede duyarlı muköz zardan oluşan iki parçalı bir organdır (Cold ve Taylor 1999). Prepiyum, penis başının korunmasında ve bağışıklık cevabında yer alır; yüksek miktarda özgül sinir reseptörleri ve parmak ucu, dudaklar ve ağız mukozası duyarlılıklarına eşdeğer serbest sinir sonlanmaları içerir, erojen duyarlılık sağlar; normal ereksiyonu sağlamak ve derinin gövde ve penis başı üzerindeki hareketine izin vermek için gerekli deriyi sağlar; mastürbasyon sırasında uyarıcı rol oynar; mukozası cinsel birleşme sırasında penis ve vajina arasında düzgün ve yumuşak harekete yardımcı olur (Bensley ve Boyle 2000, Fleiss 1997).

Sünnetin tıbbi sonuçları

Sünnet sonucunda en sık görülen erken yan etkiler hafif ve tedavi edilebilir olmaktadır. Bu yan etkiler: ağrı, kanama, şişlik ya da yetersiz deri çıkarılmasıdır. Ama işlem sırasında aşırı kanama sonucu ölüm, penisin başının kesilmesi (amputasyonu) gibi ciddi yan etkiler de görülebilmektedir (Weiss ve ark. 2010). Geç yan etkiler olarak ağrı, yara enfeksiyonu, penil cilt köprüsü, enfeksiyon, üriner retansiyon, meatal ülser, meatal darlık, fistüller, penis duyarlılığının kaybı, cinsel işlev bozukluğu ve penis başı ödemi görülebilmektedir. Genel olarak yenidoğan ve süt çocuklarında sünnet sonrası yan etki görülme oranının daha az olduğu, ciddi yan etkilerin ise görülmediği bildirilmiştir. Daha büyük yaş çocuklarında ise, steril ortamlarda bile yan etki oranlarının % 14 oranında görülebildiği vurgulanmıştır (Weiss ve ark. 2010).

Kadın sünnetinin yan etkileri acil yan etkiler, orta ve uzun sürede ortaya çıkan yan etkiler olarak üçe ayrılabilir çıkabilir. Acil yan etkiler hemorajik şok, üretra, mesane, vajina duvarı ve anal sfinkter yaralanmalarını içerir. Ek olarak sepsis, tetanoz ve idrar yolu enfeksiyonları ortaya çıkabilir. Hemorajik şok, septik şok ve tetanoz ölümcül olabilir. Orta sürede ortaya çıkan yan etkiler anemi, malnutrisyon, yara enfeksiyonu, nekrotizan fasiit, pelvik inflamatuvar hastalık, dismenore, vulvar sistit ve apse, vajinusmus ve ağrılı cinsel ilişkidir (Magoha ve Magoha 2000). Geç dönemde ise vajinal darlık, kısırlık, fistüller, tekrarlayıcı enfeksiyonlar, üriner inkontinans ve HIV enfeksiyonu yan etkileri görülebilir (Elchalal ve ark. 1999). Ağrılı menstürasyon ve cinsel ilişki sorunları gibi jinekolojik yan etkilerin ikincil olarak depresyon ve kaygı bozukluklarına yol açabileceği bildirilmiştir (Lanonde 1995). Kadın sünnetinin 27 Afrika ülkesinde %1'den (Uganda) % 98'e (Somali) kadar değişen oranlarda (WHO 2008), Asya, Orta Doğu, Güney Amerika ve Avustralya'da çok az sıklıkla uygulandığı (Schroeder 1994, Toubia 1994); Türkiye'de ise uygulanmadığı bildirilmiştir (Verit 2003).

Ceylan ve ark. (2007), Türkiye'de sünnet uygulamalarının küçük bir oranının hastanelerde yapıldığını bildirmişlerdir. İşlemin genellikle evlerde, sağlık merkezlerinde ya da okullarda yapıldığını ve özellikle kırsal alanlarda, genellikle deneyimsiz bir personel tarafından ve anestezi olmadan uygulandığını belirtmişlerdir. Bunlara ek olarak yardım kuruluşlarının, yerel idarelerin ve siyasi partilerin dini sünnet törenleri düzenlediklerini, bu törenlerde çok sayıda çocuğun kısa zamanda sünnet olmasının yan etki oranlarını arttırdığını vurgulamışlardır.

Sünnetin tıbbi faydaları olduğunu bildiren yayınlar da bulunmaktadır. Singh-Grewal ve ark. (2005) 402.908 çocukla yapılan 12 araştırmanın sonuçlarını gözden geçirmiş ve sünnet sonrasında çocukların idrar yolu enfeksiyonu geçirme riskinde anlamlı oranda azalma olduğunu bildirmişlerdir. Moses ve ark. (1998), sünnetin erkekleri HIV enfeksiyonu, penis kanserine ve cinsel yolla bulaşan ülseratif hastalıklardan korudu-

ğuna dair önemli kanıtlar bulunduğu sonucuna varmışlardır. Sünnetin özellikle HIV, genital kanserler ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların sık görüldüğü bölgelerde değerli olduğuna dair giderek artan veriler bulunduğu bildirilmiştir (Austin 2010). Burgu ve ark. (2010), sünnetin idrar yolu enfeksiyonu geçirme riskini azalttığını, ama yenidoğan döneminde sünnetin rutin olarak kullanılması gerektiğine dair bir kanıt bulunmadığını belirtmişlerdir. Sünnetin özellikle dış idrar kanalında kapakçık, vezikoüreteral reflü, hidronefroz gibi böbrek patolojilerinin bulunduğu durumlarda faydasının belirgin olduğunu öne sürmüşlerdir.

Tedavi edici olmayan sünnet ve etik

Bir işlem, patolojik bir durumu, kozmetik ya da ruhsal bir bozukluğu önlemek ya da ortadan kaldırmak amacı ile uygulanıyorsa tedavi edici kabul edilmektedir. Bu durumun dışında kalan işlemler ise tedavi edici olarak kabul edilmemektedir. Tedavi amacıyla yapılmayan sünnetin etik olmadığı konusunda görüşler bulunmaktadır. Sünnetin özellikle çocuğun sünnet olup olmamaya karar veremeyeceği erken yaşlarda yapılması, çocukta “bilgilendirimli olur” kavramının tartışılmasına yol açmıştır (Price 1999). İnsan hakları hukuku konusunda uzmanlaşmış bir İngiliz tıbbi antropolog olan Price, erişkinler gibi kendi kararını verebilecek kişiler üzerinde sünnet vb. işlemlerin uygulanabileceğini, ama henüz kendi kararını veremeyecek yaşta olan çocuklar için bu uygulamaların yasal olmadığını öne sürmüştür. Doktorların, eğer hastaları çocuksa, mesleklerinde sadece çocuğa karşı yükümlü olduklarını vurgulamıştır. Bu düşüncesine destek olarak 1948 tarihli Cenevre Deklarasyonu’nu göstermiştir. Deklarasyonda “Bir doktor birincil olarak hastalarının sağlığını düşünmelidir ; ırk, din ve uyruk gibi unsurların mesleği ile arasına girmesine izin vermemelidir, aksi halde tıbbi bilgisini kanunlara karşı kullanmış olur” bildirilmiştir (Declaration of Geneva 1948).

1995 yılında Amerikan Pediatri Akademisi Biyoetik Komitesi “Bilgilendirimli Olur, Ebeveyn İzni, Pediatri Pratiğinde İzin” hakkında bir açıklama yayımlamıştır. Açıklamada, “Ailelerin çoğu, çocuklarının huzuru konusunda arayışta oldukları ve sağlıkları ile ilgili en iyisini istedikleri için “vekaleten olur” iyi çalışıyor gözükmektedir. Ancak bazı durumlarda bireyler özgül inanç, değer ve hedeflerine bağlı olarak olur vermektedir. Bu nedenle vekaleten olur konusu, pediatri sağlık çalışanları için ciddi problemler içermektedir. Sağlık çalışanlarının, çocuk hastalarına karşı, bireylerin ifadelerine değil, hastanın neye ihtiyacı olduğuna bağlı olarak yeterli tıbbi bakımı sağlamak için yasal ve etik sorumlulukları vardır. Azınlıkların ilgileri ve ebeveynlerin ya da bakım verenlerin isteklerinin yattığı zorluklar nadir olsa da, doktorun çocuğa karşı sorumlulukları ebeveyn isteklerinden ya da vekaleten olurdan bağımsızdır” şeklinde görüş bildirilmiştir. Komite bilgilendirilmiş ebeveyn olurunun sadece açık ve acil tıbbi gereklilik durumlarında uygulanabileceğini, diğer durumlarda doktor ve

ailenin çocuğun olurunun alınabileceği ana kadar bekleme-leri gerektiğini bildirmiştir (Committee on Bioethics 1995).

İngiliz Tıp Birliği (BMA) ise 1997’de yaptığı açıklamada görüşünü şöyle bildirmiştir: Bütün işlemlerde, uygulanacak olan işlemin faydalarını ve zararlarını hesaplamaları ve bunları hastaya ya da hasta için sorumlu olan kişiye uygun olarak açıklamaları profesyonellerin etik sorumluluğudur. BMA, dini ve kültürel amaçlarla yapılan erkek sünneti için bir politikaya sahip değildir ama bu rehberde olan tüm ilgili maddeler bu konuda dikkate alınmalıdır (British Medical Association 1996).

Price, sünnet için, benzer işlemin kızlara uygulandığında suç kabul edilmesinin, erkeklere uygulandığında ise normal karışılmasının ayrımcılık olduğunu öne sürmüştür. Yazar, bazı çocuklara, doğduğu yere bağlı olarak sünnet uygulanmasını, bazılarına ise uygulanmamasını da ayrımcılık olarak değerlendirmiş; çocuğun doğduğu cins, ülkeye ya da aileye bağlı olarak sünnete karar verilmesinin kabul edilemez olduğunu vurgulamıştır (Price 1999).

Sünnet ve beden bütünlüğü

Beden bütünlüğü tıbbi, dini ve felsefi düşüncelerde yeri olan önemli bir kavramdır. Etkisi günlük yaşamda, örneğin yaralı bir parmandan akan kandan korkan bir çocukta görülebilir. Aynı deneyimi, anatomi dersinde beden üzerinde ilk kesilerini yapan, ilk kez enjeksiyon ya da cerrahi müdahale yapan tıp öğrencileri de yaşar. Beden bütünlüğü, biyolojik açıdan bakıldığında, anatomik ve işlevsel olarak ikiye ayrılabilir. Anatomik bütünlük tanımı, insan vücudunun çok sayıda beden parçasından, organlar, dokular, hücreler ve hücre içi bileşenlerden oluşmasına rağmen, bu parçaların toplamından daha fazla bütünlüğe sahip olduğunu belirtir. İşlevsel bütünlük tanımı ise beden ya da beden parçalarının uygun işleyişini tanımlar.

Biyolojik bütünlük yanında, öznel-deneyimsel bütünlük kavramı da bulunmaktadır. İnme geçirmiş hastaların işlevini kaybetmiş beden parçasını reddedebildikleri, beden dismorfik bozukluğu bulunan hastaların sağlıklı ve işlevsel beden parçasından rahatsızlık duyabildikleri (Veale 1996), parmakları cerrahi işlemle kesilmiş hastaların fantom ağrıları hissedebildikleri görülmektedir (Dekkers ve ark. 2005). Bir beden parçasının kaybının olası etkileri: Değişen beden imgesi ya da işlevi sonucu ortaya çıkan üzüntü; kaygı, depresyon, cinsel problemler; kayıp ile ilgili konulardan kaçınma ve obsesif meşguliyet olarak bildirilmiştir (Bensley ve Boyle 2000, Maguire ve Parkes 1998).

Bazı yazarlar prepisyumun insanın evrimsel geçmişinden bir kalıntı olduğunu belirtmektedirler. Anatomistlerin çoğu ise prepisyumun cinsel organın temel ve tamamlayıcı parçası olduğunu belirtmektedirler (Dekkers ve ark. 2005). Freud’un sünnete gönderme yaparken “penisi kesmek” terimini kullanarak, prepisyumu penisten ayrı bir yapı olarak düşünmedi-

ği vurgulanmıştır. (Gollaher 2000). Bazı çalışmalarda, erişkin erkek denekler, hem beden bütünlüklerinin bozulduğunu ve hem de cinsel doyumlarının olumsuz etkilendiğini gerekçe göstererek sünnet olmanın sonucunda ruhsal olarak zarar gördüklerini bildirmişlerdir (Bensley ve Boyle 2000, Hammond 1997, Hammond 1999).

Dr. Dekkers'a ve arkadaşlarına göre erkek ve kız sünnetinde beden bütünlüğü risk altındadır. Yazarlar, buna rağmen Müslümanlar ve Museviler arasında sünnetin genellikle beden bütünlüğünün bozulması olarak algılanmamasının en önemli nedeninin, sünnetin tanrının kuralı olduğuna inanmaları olduğunu öne sürmüşlerdir. Kadın sünnetinin bir istismar olarak kabul edilmesinin nedeni ise, kadın sünnetinin tanrının emri olan dini bir uygulama olarak görülmemesidir (Dekkers ve ark. 2005). Buna ek olarak, sünnetin mükemmellik ile olan ilişkisinin, Musevilik gibi Müslümanlıkta da mevcut olduğunu ve bazı İslami görüşlerde Hz. Muhammed'in doğduğunda ya da doğumundan sonraki 7. günde sünnet olduğuna inanıldığını belirtmişlerdir. Yazarlara göre bu inanın arkasındaki mantık, sünnetin mükemmelliğe katkıda bulunuyor olduğuna inanılmasıdır. Prepsiyum vücudun ideal biçiminden uzaklaştırılması gereken bir kusur olarak görülmektedir. Kadın sünneti ise, erkek sünnetinden daha olumsuz etkileri olan, daha ciddi bir müdahale olarak ele alınmaktadır (Dekkers ve ark. 2005).

Sünnet ve psikanalitik bakış

Freud, yaşamın 4. ya da 5. yılında ilginin cinsel bölgeye yoğunlaştığını ve bu dönemde cinsel organın narsistik bir önem kazandığını belirtmiştir. Fallik-oidipal dönem olarak adlandırılan bu evre, çocuğun temel anatomik farklarını keşfetmesi ve kendi cinsel kimliğinin temellerinin oluşumu için önemlidir. Fallik-oidipal dönemde erkek çocukta anneye karşı güçlü cinsel bir ilgi ve ona sahip olma arzusu gelişir. Bu ilgi genellikle 3 yaşlarında görünür hale gelir ve 4-5 yaşlarında zirveye ulaşır. Bununla birlikte çocuk en büyük rakibini, yani babasını ortadan kaldırmak ister. Çocuk babasına karşı saldırgan arzularından dolayı ondan ciddi bir cezalandırma bekler ve bu beklenti iğdiş edilme kaygısına yol açar (Freud 1905).

Psikanalitik görüşte, fallik-oidipal dönemde çocukların cinsel organına yapılacak müdahalelerin çocuğun iğdiş edilme kaygılarını arttıracığı görüşü yaygındır. Sünnetin, çocuk tarafından, kendisine karşı bir saldırı olarak algılanacağı, çocuğun benliği üzerinde olumsuz etkileri olacağı belirtilmektedir. Freud, kaygı ve dürtüsel yaşam (anxiety and instinctual life) adlı makalesinde iğdiş edilme kaygıları, nörozlar ve sünnet uygulaması arasında ilişki olabileceğini vurgulamıştır (Freud 1933).

Freud'a göre (1913) çocuklar geleneksel sünneti iğdiş olma ile eşit tutmaktadırlar. Bunun yanında, psikanalitik yazında, yalnızca fallik-oidipal dönemde değil, cinsel gelişimin diğer

dönemlerinde de cinsel organ üzerinde uygulanan sünnet gibi işlemlerin iğdiş edilme kaygılarını canlandıracağını ve homoseksüel eğilimleri arttıracığını bildiren görece eski yayınlar da bulunmaktadır (Fenichel 1945).

Anna Freud (1952), çocuğun vücuduna uygulanan cerrahi müdahalelerin, çocuğun saldırıya uğrama, ve iğdiş edilme düşlemlerini aktive edebileceğini belirtmiştir. Yazara göre cerrahi girişimin anlamı, işlemin ciddiyetine değil, ortaya çıkarıldığı düşlemlerin tipine ve derinliğine bağlıdır. Örneğin çocuğun düşlemlerinde anneye yönelik saldırganlık varsa, işlem çocuk tarafından, annenin çocuğun vücuduna yönelik misilleme amaçlı saldırısı olarak algılanabilir. İşlem, çocuğun pasif bir cinsel eş rolünde olduğu, ebeveynlerin ilişkisini temsil eden sadistik bir anlayışı temsil edebilir. Ayrıca işlem oidipal haset, mastürbasyon eylemi, penis haseti ve teşhircilik arzuları için ceza olarak algılanabilir.

Anna Freud'a göre cerrahi işlem penis üzerinde uygulanırsa, cinsel gelişimin hangi evresinde olursa olsun, çocuğun iğdiş edilme endişeleri canlanır. Cerrahi işlem bastırılmış düşlemlerin gerçekleşmesini sağlar ve bunun sonucunda bunlarla bağlantılı olan kaygının katlanmasına yol açar. Artan kaygı çocuğun benliğinin yüzleşmek zorunda olduğu içsel bir tehdit oluşturur. Savunma mekanizmalarının kaygı ile başa çıkmak için yeterli olduğu durumlarda çocuk işleme nörotik patlamalarla cevap verir. Benliğin kaygı ile başa çıkmakta yetersiz kaldığı durumlarda ise işlem çocuk için travmatik hale gelir (Freud 1952).

Nunberg (1947) ise farklı olarak, sünnetin çocuk ruhsallığı üzerinde olumlu etkileri olabileceğini, baba ile özdeşleşimi destekleyebileceğini ve erkeksi dürtüleri uyarabileceğini belirtmiştir.

Sünnet ve ruhsal travma

Sünnetin çocuk ruhsallığı üzerinde travmatik etkileri olduğunu savunan çok sayıda yayın bulunmaktadır. Brezilyalı bir psikanalist olan Dr. Tractenberg (1999), Amerika Birleşik Devletleri'nde erkeklerin yarısının yenidoğan döneminde sünnet edildiğini, bunun çocuk doktorlarının, genitöüriner cerrahların ve doğum doktorlarının bilinç dışı olarak Amerikan toplumunu hijyenik, temiz, enfeksiyonlardan ve kanserden arınmış, mastürbasyondan korunmuş, seçilmiş insanlara dönüştürme düşlemlerinin bir sonucu olduğunu öne sürmüştür. Yazar, doktorların ve bilgisiz ailelerin, prepsiyumun cinsel öneminden habersiz olduklarını, bebekte sünnetten sonra meme emmesini ve anne ile bebek arasındaki duygusal bağı engelleyen ciddi depresyon ve asfiksi gözlemlendiğini, doktorların sünnetin acısız olduğunu belirtmelerine rağmen, bu travmanın yenidoğanın beyninde kalıcı olduğunu ve bu hatıranın yaşamın ileriki dönemlerinde iğdiş edilme kaygısı ile ilişkili hale geldiğini, sünnetin erkeklerin büyük bir bölümünde cinsel güçte azalmaya yol açtığını, sünnetin ile-

ride psikopatik ve şiddet içerikli ya da aşırı mazoşistik davranışların ortaya çıkmasına yol açabileceğini öne sürmüştür (Tractenberg 1999). Denniston, Tractenberg ile uyumlu olarak, sünnetin anne ve çocuk arasındaki bağlanmayı bozduğunu belirtmiştir. Bunun sadece anne sütü alımında bozulma ile ilgili olmadığı, sünnetin çocuğun annesine karşı güven duygusunu zedelediğini ve bunun uzantısı olarak bireyde bütün kadınlara karşı bir güvensizlik geliştiğini belirtmiştir (Denniston 1999).

Yetişkinlerin sünnet ile ilgili olarak sıklıkla ailelerine karşı öfke, kandırılmışlık hissi, acı, üzüntü, aşağılık hissi ve utanç hissettiklerini bildiren bazı çalışmalar vardır (Bensley ve Boyle 2000, Bigelow 1995, Goldman 1997). Bebeklik döneminde ya da çocukluklarında onayları olmadan sünnet edilen bazı erişkinler duygularını şiddet, işkence, kötü muamele ve cinsel saldırı kelimeleri ile tarif etmişlerdir (Boyle ve ark. 2002, Hammond 1997, Hammond 1999).

Dr. Menage (1999), travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB), kadın doğum ameliyatları ve sünnet gibi genital işlemlerden sonra görülebileceğini belirtmiştir. Yazar, yenidoğan dönemi ile 7 yaş arasında sünnet olan 21 ile 62 yaş arası 8 erkek üzerinde yaptığı çalışmada, deneklerin 6'sının TSSB kriterlerini karşıladığını bildirmiştir. TSSB kriterlerini karşılayan katılımcıların ikisinin travmatik başka bir deneyimi bulunmaktadır (arkadaşın kazada ölmesi ve intihara tanık olma). Menage, sünnetin, işlemi uygulayan kimse ile birey arasında bir güç dengesizliği içerdiğini, saldırgan ve cinsel elemanları bulunduğunu ve çocuğun cinsel bütünlüğünü cinsel organın kesilmesi ile tehdit ettiğini bildirmiştir (1999). Menage'in araştırmasında çok düşük denek sayısı ile çalıştığı görülmektedir. Bu nedenle çalışma sonuçlarının temkinle yorumlanması gerekir.

Ramos ve Boyle (2001), 11 ile 16 yaşları arasında, daha önceden farklı bir travma ile karşılaşmamış 1577 Filipinli sünnetli çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada, Watson ve ark. TSSB-1 (1991) ölçeğinden uyarladıkları, yeniden yaşantılama, kaçınma davranışı ve artmış uyarılmışlık bölümlerinden oluşan, 17 maddelik TSSB soru formunu kullanmışlardır. Geleneksel nedenlerle sünnet olan çocuklarda TSSB insidansını % 70, tıbbi nedenlerle sünnet olan çocuklarda ise % 51 bulmuşlardır. Araştırmanın sonucu olarak hem geleneksel hem de tıbbi sünnetin TSSB riskini arttırdığını, ama geleneksel sünnetin TSSB açısından daha fazla risk taşıdığını öne sürmüşlerdir. Rhinehart (1999), 4 vakalık erişkin olgu grubunda, çocukken sünnet edilmiş erişkin bireylerin tehlikeli olarak algılanan durumlarla karşılaştığında dehşet, hiddet ya da çözümlenemeyen tepkileri verdiğini bildirmiştir. Yazar, psikoterapinin sünnetin olumsuz ruhsal ve davranışsal sonuçlarını düzeltmede faydalı olduğunu, ama asıl yapılması gerekenin sünneti baştan engellemek olduğunu öne sürmüştür. Menage'in çalışmasına benzer şekilde, bu makalenin sonuçlarının da olgu sayısının çok düşük olması nedeniyle dikkatli yorumlanması yerinde olacaktır.

Cansever (1965), ülkemizde 4-7 yaş arası 12 çocukla yaptığı çalışmada, sünnetten 1 ay önce ve 3 gün sonra çocuklara projektif testler (CAT, Rorshach, insan çizme testi) uygulanmış ve sünnetin çocuk tarafından onu istismar eden, bazı olgularda tümüyle yok eden bir saldırı olarak algılandığı sonucuna varmıştır. Yazar, sünnet sonrasında benliğin güçsüzleştiğini, travma ve kaygı ile etkin şekilde başa çıkma kapasitesinin azaldığını bildirmiştir.

Boyle ve ark. (2002), geleneksel sünnetin artmış saldırganlık, benlik zayıflaması, sosyal geri çekilme, işlevsellik ve uyumun azalması ve kabuslarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Duygulanımda donuklaşma, sünnet hakkında konuşmaktan kaçınma ve öfkenin sünnetin ruhsal sonuçları olabileceği, bazı uç olgularda şiddet içerikli davranışlar ya da intihar davranışları görülebileceği öne sürülmüştür (Boyle ve ark. 2002). Bu yayınlardan farklı olarak Schlossberger ve ark. (1992), 59 sünnet olmuş ve 14 sünnet olmamış ergen üzerinde yaptıkları çalışmada, deneklerin beden imgeleri ile ilgili algılarını araştırmış, beden imgesi açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir.

Öztürk (1973), ülkemizde 30 çocuk ile yaptığı çalışmada, sünnet sonrasında 19 çocukta davranışsal ve geçici nörotik bozukluklar ortaya çıktığını bildirmiştir. Çocukların deneyimlerinden çok korktuklarını ve hala orda olup olmadığından emin olmak için cinsel organlarını kontrol ettiklerini gözlemlemiştir (Öztürk 1973). Öztürk, sünnetin çocuğun iğdiş olma korkularının yoğun olduğu fallik-oidipal dönemde uygulanmasının hiçbir dini ve geleneksel gerekçesi olmadığını belirtmiştir. Sünnetin uygulanması için en uygun yaşın doğum sonrası dönem olduğunu, bu olmadığında ise, çocuğun uygulanacak işlemi ve toplumsal değerleri en uygun değerlendirebileceği 7-10 yaş arasında uygulanması gerektiğini belirtmiştir (Öztürk 2004). Yazar, sünnetin etkilerinin ortaya çıkışında çocuğun sünnete hazırlığının ve sünnet hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğunun önemli olduğunu belirtmiştir. Öztürk, aldatılarak, zorla tutularak, sünnetin nasıl yapılacağı, toplumsal anlamı ve önemi çocuğa tam anlatılmadan sünnet edilen çocukların, iğdiş olma korkularını bilişsel yönden hazırlıklı çocuklara oranla çok daha fazla yaşadığını öne sürmüştür. Öztürk, Türkiye'de sünnet olmanın erkeklik ve güç anlamına geldiğini ve sosyal etkilerin sünnetin olumsuz etkilerini sınırlandırdığını vurgulamıştır. Türkiye'de sünnet olmamanın kabul edilmediğini, erkek çocukların bu durumdan utanç duyduklarını ve kendilerini kusurlu hissettiklerini belirtmiştir (Öztürk 1964, Öztürk 1973, Öztürk 2004). Benzer şekilde, Şahin ve ark. (2003), sünnetin sosyal bir baskı oluşturduğunu, çocukların sünnet olmadan kendilerini erkek olarak hissetmediklerini belirtmiştir. Kırımlı, sünnet sonucunda kültürün beden üzerine yazılımının gerçekleştiğini ve "fiziksel olarak kaybedilmiş olanın toplumsal olarak kazanıldığını" vurgulamıştır (Kırımlı 2009).

SONUÇ

Sünnet tüm dünyada tarihin en eski dönemlerinden itibaren çok sık uygulanan cerrahi bir girişimdir. Tedavi edici olmayan sünnet konusunda, çocuğun kendi kararını veremeyeceği yaşta uygulandığı, çocuğun bedensel bütünlüğünün tehdit edildiği ve bunların sonucu olarak ruhsal gelişiminin olumsuz etkilendiği öne sürülerek ciddi eleştiriler yapılmaktadır. Yazarların çoğu tedavi edici olmayan sünnet uygulamasının çocuğun kendi kararını verebileceği yaşa kadar ertelenmesi gerektiğini öne sürmektedirler.

Öte yandan sünnet gibi tarihi, dini, kültürel önemi çok olan bir işlemin ruhsal sonuçlarını değerlendirirken sosyal etkenlerinin göz önünde tutulması gerektiği öne sürülmüştür. Ülkemizde sünnete oldukça olumlu anlamlar yüklenmektedir. Sünnet genel olarak çocuk gizil döneme girdiğinde yapılmakta ve çocukluktan erkeklığe geçiş olarak yorumlanmaktadır. Türk toplumunda sünnet olmamanın kabul edilmediği, erkek çocukların bu durumdan utanç duydukları ve kendilerini kusurlu hissettikleri belirtilmiştir (Öztürk 1973). Ayrıca ülkemizde sünnet uygulama yaşı Musevi ve batı toplumlarından farklı olarak genellikle 7 yaş ve üzeridir. Genellikle çocuğa haftalar önceden sünnet olacağı haber verilmektedir ve çocuğun kendisine uygulanacak işlem hakkında bir ön bilgisi olmaktadır. Sünnetin toplumumuzdaki olumlu algısı ve çocukların bu olumlu bakış ve kısmi ön bilgi ile işleme hazırlanma-

ları çocukların sünnet ile ilgili kaygılarını azaltmakta ve isteklerini arttırabilmektedir. Ülkemizde bu etkenler sünnetin olumsuz ruhsal sonuçlarını kısıtlayabilir.

Sonuç olarak yazarlar, yabancı yazında tıbbi olmayan sünnetin olumsuz etkileri konusunda çok sayıda yayın olmasına karşın, bu konunun sistematik araştırmalarla tekrar yorumlanması gerektiğini düşünmektedirler. Ülkemizde sünnete erkek olmak ve büyümek gibi olumlu anlamlar yüklenmesi, operasyonun genel olarak çocukların sünnetin sonuçlarını belli oranda anlayabileceği yaşlarda uygulanması, nüfusun çoğunun sünnetli olması nedeniyle sünnet olmayan çocuğun kendini farklı hissetme durumu göz önünde bulundurulduğunda, sünnet olan çocukların bu kültürel işlemde olumsuz olarak etkilenemeyeceği düşünülmüştür. Yabancı yazında erkek sünneti konusundaki yayınların önemli bir bölümünün sistematik bir araştırmaya dayanmadığı, makalelerde genellikle kişisel tecrübelerin sunulduğu görülmektedir. Bunların dışında kalan yayınlar ise genel olarak kesitsel ve az sayıda deneyin kullanıldığı yöntem olarak zayıf kabul edilebilecek araştırmalara dayanmaktadır. Bu nedenle yazarlar, sünnete çok sert eleştiriler getiren bu yayınların sonuçlarının dikkatli yorumlanması gerektiğini düşünmüşlerdir. Ülkemizde çok sık uygulanan sünnet işlemi ile ilgili çocuklar üzerinde yapılacak takip çalışmaları bu alandaki bilgilerimize önemli katkılarda bulunabilir.

KAYNAKLAR

Anand KJ, Carr D (1989) The neuroanatomy, neurophysiology, and neurochemistry of pain, stress, and analgesia in newborns and children. *Pediatr Clin North Am*, 36(4):795-822.

Austin PF (2010) Circumcision. *Curr Opin Urol*, 20(4), 318-322.

Bensley AG, Boyle GJ (2000) Physical, sexual and psychological effects of male infant circumcision: an exploratory survey. Understanding circumcision: a multidisciplinary approach to a multidimensional problem, Eds: Denniston GC, Hodges FM, Milos MF, 207-231.

Bigelow J (1995) The Joy of Uncircumcising. Exploring Circumcision: History, Myths, Psychology, Restoration, Sexual Pleasure, and Human Rights. Hourglass Book Pub., 2. edition.

Boyle G, Goldman R, Svoboda ST ve ark. (2002) Male circumcision: Pain, trauma, psychosexual sequelae. *J Health Psychol*, 7(3), 329-343.

British Medical Association (1996) Circumcision of male infants. Guidance For Doctors. <http://www.cirp.org/library/statements/bma/>

Buick RG (1997) Guidelines on circumcision. No longer recommended routinely in North America. *BMJ*, 314, 1573.

Burgu B, Aydogdu Ö, Tangal S ve ark. (2010) Circumcision: Pros and cons. *IJU*, 12-15.

Cansever G (1965) Psychological effects of circumcision. *Br J Med Psychol*, 38, 321-31.

Ceylan K, Köseoğlu B, Yüksel Y ve ark. (2007) Severe complications of circumcision: an analysis of 48 cases. *J Pediatr Urol*, 3(1), 32-35.

Cold CJ, Taylor JR (1999) The prepus. *BJUI*, 83 (Suppl. 1), 34-44.

Committee on Bioethics (1995) Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*, 95, 314-7.

- Declaration of Geneva (1948) Physician's oath. Adopted by the General Assembly of World Medical Association. <http://www.mma.org.my/Portals/0/Declaration%20of%20Geneva.pdf>
- Dekkers W, Hoffer C, Wils JP (2005) Scientific contribution, bodily integrity and male and female circumcision. *Med Health Care Philos*, 8(2), 179-191.
- Denniston GC (1999) An analysis of circumcision advocacy. Male and Female Circumcision, Medical, Legal and Ethical Considerations in Pediatric Practice. Eds: Denniston GC, Hodges FM & Milos MF, 221-40.
- Dunsmuir WD, Gordon EM (1999) The history of circumcision. *BJUI*, 83(Suppl. 1) 1-12.
- Elchalal U, Ben-ami B, Brzezinski A (1999) Female circumcision: The peril remains. *Brit. J Urol Int*, 83, 103-8.
- Fenichel O (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton.
- Fiely D (2006) No longer routine: Circumcision rates decline nationally, albeit more slowly in Midwest. CIRP, www.cirp.org/news/columbusdispatch01-15-06/
- Fleiss PM (1997) The case against circumcision. *Mothering*, (85), 36-45.
- Freud A (1952) The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanal Study Child*, 7, 69-81.
- Freud S (1905) *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*. Leipzig: Deuticke.
- Freud S (1933) *New Introductory Lectures on Psycho-Analysis*. W. W. Norton & Company: New York.
- Freud S (1913) *Totem and Taboo*. Taylor & Francis E-Library, 158.
- Gee WF, Ansell JS (1976) Neonatal circumcision: a ten year overview. *Pediatrics*, 32(7), 824-827.
- Goldman R (1997) *Circumcision: The hidden trauma*. Boston: Vanguard Publishers.
- Gollaher DL (2000) *Circumcision: A History of the World's Most Controversial Surgery*, New York: Basic Books.
- Goodmann J (1999) Jewish circumcision: an alternative perspective. *BJUI*, 83 (Suppl. 1), 22-27.
- Hammond T (1997) Long-term consequences of neonatal circumcision: a preliminary poll of circumcised males. *Sexual Mutilations: A Human Tragedy*, Eds: Denniston GC & Milos MF, New York, Plenum, 125-129.
- Hammond T (1999) Preliminary poll of men circumcised in infancy or childhood. *BJUI*, 83, 85-92.
- Kırımlı Y (2009) Yetişkinliğe ilk adım: Sünnet. *İğdiş, Sünnet, Bedene Şiddet Kitabı* Eds: Naskali-Gürsoy E, Koç A, 151-163.
- Lalonde A (1995) Clinical management of female genital mutilation must be handled with understanding compassion. *Cand Med Ass J*, 152, 949 -50.
- Lynch MI, Pryor JP (1993) Uncircumcision: a one stage procedure. *BJUI*, 72, 257-61.
- Magoha GA, Magoha OB (2000) Current global status of female genital mutilation: a review. *East Afr Med J*, 77(5), 268-72.
- Maguire P, Parkes CM (1998) Coping with loss: Surgery and loss of body parts. *BMJ*, 316, 1086-1088.
- Menage J (1999) Post traumatic stress disorder after genital medical procedures. Male and Female Circumcision, Medical, Legal and Ethical Considerations in Pediatric Practice. Eds: Denniston GC, Hodges FM, Milos MF, 215-19.
- Moses S, Bailey RC, Ronald AR (1998) Male circumcision: assessment of health benefits and risks. *Sex Transm Infect*, 74, 368-373.
- Naskali-Gürsoy E (2009) Giriş. Sünnet. İğdiş, Sünnet, Bedene Şiddet Kitabı Eds: Naskali-Gürsoy E, Koç A, 1-2.
- Nunberg H (1947) Circumcision and the problems of bisexuality. *Int J PsychoAnal*, 145-179.
- Öztürk O (2004) *Kişilik gelişimi. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 10. Basım, Ankara, 75-97.
- Öztürk O (1973) Ritual circumcision and castration anxiety. *Psychiatry*, 36(1), 49-59.
- Öztürk O (1964) Sünnetin Psikolojik Etkileri Üzerine Bir Araştırma. Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Poland RI (1990) The question of routine neonatal circumcision. *NEJM*, 322, 1312-1315.
- Price C (1999) Male non-theraphotic circumcision. The legal and ethical issues. Male and Female Circumcision. Medical, Legal and Ethical Considerations in Pediatric Practice. Eds: Denniston GC, Hodges FM, Milos MF, 425-55.
- Ramos S, Boyle GJ (2001) Ritual and medical circumcision among Filipino boys: Evidence of post-traumatic stress disorder. Eds: Denniston GC, Hodges FM, Milos MF. *Understanding circumcision: A multi-disciplinary approach to a multi-dimensional problem*. New York, Plenum, 253-270.
- Rhinehart J (1999) Neonatal circumcision reconsidered. *TAJ*, 29(3), 215-221.
- Sarı N, Büyükkunal C, Zülfişkar B (1996) Circumcision ceremonies at the Ottoman Palace. *J Pediatr Surg*, 920-924.

- Schlossberger N, Turne R, Irwin C (1992) Early adolescent knowledge and attitudes about circumcision: methods and implications for research. *J Adolesc Health*, 13(4), 293-7.
- Schroeder P (1994) Female Genital Mutilation - A form of child abuse. *N Engl J Med*, 331: 739-40.
- Shah G, Susan L, Furcroy J (2009) Female circumcision: history, medical and psychological complications, and initiatives to eradicate this practice. *Can J Urol*, 16(2):4576-9.
- Singh-Grewal D, Maccessi J, Craig J (2005) Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Arch Dis Child*, 90, 853-858.
- Solomon LM, Noll RC (2007) Male versus female genital alteration: Differences in legal, medical, and socioethical Responses. *Gend Med*, 4(2), 89-96.
- Şahin F, Beyazova U, Aktürk A (2003) Attitudes and practices regarding circumcision in Turkey. *Child Care Health Dev*, 29(4), 275-80.
- Toubia N (1994) Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med* 15, 331(11):712-6.
- Tractenberg M (1999) Psychoanalysis of circumcision. *Male and Female Circumcision, Medical, Legal and Ethical Considerations in Pediatric Practice*. Eds: Denniston GC., Hodges FM & Milos MF, 209-14.
- Veale D (1996) Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry*, 169(2), 196-201.
- Verit A (2003) Circumcision phenomenon in Turkey as a traditional country: From past to present. Uroweb; 2003. www.cirp.org/library/cultural/turkey1/
- Watson CG, Juba MP, Manifold V ve ark. (1991) The PTSD interview: rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *J Clin Psychol*, 47(2):179-88.
- Weiss HA, Larke N, Halperin D ve ark. (2010) Complications of circumcision in male neonates infants and children: a systematic review. *BMC Urol*, 10, 2.
- WHO (2006) Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596169_eng.pdf.
- WHO (2008) Eliminating female genital mutilation: an interagency statement. UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO Geneva, Switzerland. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/eliminating_fgm.pdf.
- Zoske J (1998) Male circumcision: A gender perspective. *J Mens Stud*, 6(2),189-208.