

Pratisyen Hekimlerin Sünnetle İlgili Bilgi Düzeyleri

General Practitioner Knowledge Levels About Circumcision

Levent Cankorkmaz¹, Selma Çetinkaya², Gökhan Köylüoğlu¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas, Turkey

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tip Eğitimi Anabilim Dalı, Sivas, Turkey

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Orta Anadolu'daki pratisyen hekimlerin sünnetle ilgili düşünce ve bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntemler: Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanan çalışma, Sivas İl sınırları içinde çalışmaktan olan pratisyen hekimler arasında yapıldı (n=247). Anket formu, araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanıldı. Anketler posta yoluyla gönderildi. Toplam 178 hekim (erkek=121, kadın=57) anket formunu uygun olarak yanıtladı. Karşılaştırmalarda χ^2 testi kullanıldı; anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Hekimlerin %42.1'i 2-6 yaş arasında sünnet yapılmasını önerirken, %2.2'si sünnetin evde yapılması gerektiğini, %7.3'ü de yapılan yerin bir önemi olmadığını belirtmiştir. Sünnetin kim tarafından yapılmasına uygun olduğu sorusuna ise %9.6'sı yapan kişinin önemi olmadığını söylemiştir. Sünnetin yapılma şekliyle ilgili olarak da %21.3'ü yeniden doğan döneminde ağrı duyusu gelişmediği için anestezinin uygulanmadan sünnet yapılabileceğini belirtmiştir.

Sonuç: En kolay ulaşılabilen, sağlıklı bilgi alabilecek hekim grubu olan pratisyen hekimlerin sünnetin gerekliliği ve yapılmış şekilde ilgili güncel bilgi eksiklikleri mevcuttur. Pratisyen hekimlerin sünnet konusunda bilgilerinin güncellenmesi ve eğitimlerinin sürdürülmesi gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Sünnet, pratisyen hekim, tip eğitimi

Geliş tarihi: 18.01.2010

Kabul tarihi: 18.05.2010

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to investigate knowledge levels of general practitioners and their thoughts about circumcision in Middle Anatolia.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was carried out with 247 general practitioners working in Sivas. A questionnaire was prepared by the authors using previous reports. Questionnaires were sent to subjects by post. One hundred and seventy eight general practitioners (57 women, 121 men) responded and were included in the study. For statistical analysis, Chi-square test was used and $p<0.05$ value was accepted as significant.

Results: 42.1% of subjects believed that circumcision should be performed between 2 and 6 years of age. 2.2% of subjects declared that circumcision could be done at home and 7.3% believed that the location of the operation is not important. 9.6% of subjects believed that the person who performs the circumcision does not have to be a doctor. 21.3% of subjects believed that circumcision could be performed without anesthesia during the newborn period because of undeveloped pain sensation.

Conclusion: This study demonstrated that general practitioners, who are the most easily accessible health staff for information about health, do not have updated information about the way to perform circumcision and its necessity. Therefore, it is concluded that education programs about circumcision for general practitioners must be continued and updated.

Key Words: Circumcision, general practitioner, medical education

Received: 18.01.2010

Accepted: 18.05.2010

Giriş

Sünnet; glans penisi örten sünnet derisinin (prepuceum) cerrahi olarak kesilerek penisin uç kısmının açığa çıkarılmasıdır. Türkiye gibi müslüman toplumlarda daha çok geleneksel, musevi toplumlarda ise dini bir yükümlülük olan sünnet, genellikle örf ve adetlere uygun şekilde törenle yapılır. Günümüzde tüm dünyada dakikada 25 sünnetin yapıldığı tahmin edilmektedir (1). Bu çalışma ailelerin kolay bilgi alabileceği pratisyen hekimlerin sünnet yaşı, yapılacak yer, yapacak kişi ile ilgili düşünce ve bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla gerçekleştirildi. Ayrıca çalışmamızda, sünnetin bilimsel endikasyonları ve uygulama şekli literatür ışığında tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Kesitsel bir araştırma olarak planlanan bu çalışma 02 Ocak-30 Aralık 2008 tarihleri arasında yapıldı. Sivas İl sınırları içinde çalışan tüm pratisyen hekimlerin çalışmaya alınması planlandı (n=247). Anketler yerel etik kurul kararı alındıktan sonra ulaşılabilen 200 pratisyen hekime gönderildi. Gönderilen anketlerden 180 (%72.8) tanesi geri döndü. İki anket de sorulara eksik yanıt verildiği için çalışmadan çıkartılarak, 178 (%72.0) pratisyen hekimin yanıtladığı anket çalışmaya alındı.

Ankette hekimlerin yaş, cinsiyet, çocuk sayısı ve cinsiyeti gibi sorular içeren sosyodemografik sorularla birlikte sünnetle ilgili bilgi düzeylerini öğrenmek için oluşturulan sorular mevcuttu. Sünnetle ilgili sorular araştırmacılar tarafından literatür

ışığında hazırlandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı, karşıtılarda χ^2 testi kullanıldı; anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya 57'si (%32) kadın, 121'i (%68) erkek, toplam 178 pratisyen hekim katıldı. Yaş ortalamaları 34.4 ± 7.6 (Min=24, Maks=56) ve %61.2'sinin çocuğu var, %38.8'inin çocuğu yoktu.

Hekimlerin %7.3'ü doğar doğmaz (yenidoğan döneminde), %21.2'si 0-1 yaş arasında, %42.1'i 2-6 yaş arasında (%15.7 2-4 yaş, %26.4'ü 5-6 yaş), %24.7'si 7 yaş ve üzerinde sünnetin yapılması gerektiğini belirtirken, %4.5'i ise fikri olmadığını belirtmiştir. Uygun sünnet yaşı sorusuna kadın hekimlerin verdiği yanıtlarında ilk sırada %26.2 ile 0-1 yaş aralığı varken, erkek hekimlerde ilk sırada %27.3 ile 5-6 yaş arası yer almaktadır. Erkek ve kadın hekimlerin sünnetin yapılacağı yaşla ilgili düşüneleri arasında fark yoktur ($p>0.05$). Çalışmaya alınan hekimlerin %47.8'i, erkek çocuğu olmayanların %56.9'u üç yaşından önce sünnet yapılması gerektiğini, çünkü üç yaşından önce sünnet korkusu gelişmediğini ifade etmiştir. Bu konuda erkek çocuğu olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($\chi^2=7.95$; $p=0.019$). Hekimlerin %38.8'i, erkek çocuğu olanların %55.3'ü psikolojik ve fiziksel olarak en uygun yaşın 7 yaş ve sonrası olduğunu belirtmiştir. Erkek çocuğu olanlar ile olmayan hekimlerin sünnetin psikolojik ve fiziksel olarak en uygun yaşın 7 yaş ve sonrası yapılması ifadesine katılımları arasında fark saptanmıştır ($\chi^2=16.65$; $p<0.001$). Çocuğu olmayan ya da sadece kız çocuğu olanların %61.8'i sünnetin psikolojik ve fiziksel olarak 7 yaş ve sonrasında yapılması gerektiğini düşünmemektedir. Hekimlerin cinsiyete göre sünnet yaşıyla ilgili görüşleri Tablo 1'de verilmiştir.

Hekimlerin %76.4'ü sünnetin kesinlikle gereklili, %17.4'ü gereklili olabileceği, %4.5'i gereksiz olabileceğii, %0.6'sı kesinlikle gereksiz olduğunu ifade ederken %1.1'i bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir. Grubun %78'i hem tıbbi hem de dini-kültürel nedenlerle sünnetin gereklili olduğunu söylemişlerdir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %90.4'ü sünnetin sağlık kuruluşunda, %2.2'si evde yapılması gerektiğini söylemektedir. Sünnetin kim tarafından yapılmasıının uygun olduğu sorusuna ise %85.4'ü çocuk cerrahi ve ürolog derken %9.6'sı yapan kişinin önemi olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 1. Hekimlerin cinsiyete göre sünnetin yapılacağı yaş ile ilgili görüşleri

Sünnetin yapılacağı yaş	n (%)*	n (%)**
Doğar doğmaz (yenidoğan döneminde)	3 (5.3)	10 (8.3)
0-1 yaş arası	15 (26.2)	23 (19.0)
2-4 yaş arası	9 (15.8)	19 (15.7)
5-6 yaş arası	14 (24.6)	33 (27.3)
7 yaş üzeri	14 (24.6)	30 (24.7)
Fikrim yok	2 (3.5)	6 (5.0)

*Kadin hekimler
**Erkek hekimler

Sünnetin anestezi şekliyle ilgili olarak, %65.7'si lokal anestezi, %14.6'sı sünnet yapan kişinin tercihine bağlı, %13.5'i genel anestezi ve %21.3'ü yenidoğan döneminde ağrı duyusu gelişmediği için anestezi uygulanmadan sünnet yapılabileceğini belirtmiştir.

Hekimlerin %87.1'i sünnetin perine temizliği sağladığını, üriner ve genital enfeksiyon önlediğini, %71.9'u cinsel yaşamı olumlu etkilediğini, %70.8'i penis ve serviks kanserinin önlenmesine yardımcı olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %89.9'u islam inancına göre her erkek çocuğun mutlaka sünnet olması gerektiğini söylemiştir. %76.4'ü sünnetsiz erkeklerin toplumda alay konusu olabileceğini, %73.0'ü toplumumuzda sünnet olmayan erkeğe "erkek" gözüyle bakılmadığını, %71.9'u sünnet olmayan erkeğe kız verilmeyeceğini ifade etmiştir.

Hekimlerin %9'u kanama bozukluğu olan çocukların kesinlikle sünnet edilmemeli derken, %66.3'ü kanama bozuklığına yol açan eksik faktörler hastanede takviye edilerek sünnet edilmeleri gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin sünnetle ilgili düşünceleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tartışma

Gelişmiş ülkelerde profesyonel kişilerce yapılan sünnetlerde komplikasyon %5 iken, gelişmekte olan ülkelerde sağlık teknisyenlerinin yaptığı sünnetlerde %10, geleneksel sünnetçilerin yaptığı sünnetlerde ise %85'e varan komplikasyon oranları vardır ve bu oranlar toplu sünnetlerde daha da artar (2). Sünnetin olası yararları, hangi yaşı uygulanması gerektiğini, teknikleri ve komplikasyonları konularında tartışmalar sürmektedir (3, 4). Sünnet konusunda halkın kolaylıkla ulaşarak bilgi alabileceği hekim grubu pratisyen hekimlerdir. Sünnetle ilgili doğru bilgilendirme için de pratisyen hekimlerin bu konuda yeterli ve doğru bilgiye sahip olmaları gereklidir.

Sünnetin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla (CYBH) ilişkisi tartışmalıdır. Yumuşak şankır, sifiliz, genital herpes ve gonorenin bulaşma oranları sünnetle düşse de, non-gonokokkal ürettir ve kondiloma aküminata bulaşını önlemede sünnetin yararı kanıtlanamamıştır (5). Gelişmiş ülkelerdeki bazı kesitsel çalışmalar da erken çocuklukta yapılan sünnetin genel nüfusta CYBH ile karşılaşma riskinde belirgin azalmaya neden olmadığı saptanmıştır (6).

Human Immunodeficiency Virus'le (HIV) ilgili çalışmalarda, genç erkeklerde enfeksiyon riskinde %60 oranında azalma sağladığı için sünnet önerilmiştir (7). Prepisyumun HIV için hedef hücrelerden zengin olduğu, servikal hücrelerden daha basık şekilde HIV-1 kemokin ko-reseptör, CCR5 bulundurduğu saptanmıştır (8, 9). Sünnetle prepisyumda hedef hücrelerin azalması HIV'in bulaşma riskinin düşkünlüğünü açıklayabilir. Öte yandan Human Papilloma Virus'le ilişkili serviks kanserinde sünnetin koruyucu etkisinin anlamlı olmadığı, önemli risk faktörlerinin, birden fazla cinsel eş ve p53 kodon 72 arjinin polimorfizmi olduğuna dair yayınlar vardır (10).

Sünnet sonrası üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) riskindeki azalma, ogladan olguya değişmektedir. Yaşamın ilk yılında sünnetlerde ÜSE oranı %0.1-0.2 iken, sünnetsizlerde %1.1-4.2'dir (11). Sünnet prepisyum altındaki bakteri kolonizasyonunu engelleyerek, özellikle ilk 6 ayda ÜSE'larını azaltmaktadır (12, 13). Altı ay sonrası prepisyum retrakte edilebilmesiyle

Tablo 2. Hekimlerin sünnetle ilgili düşünceleri

Düşünceler	Evet n (%)	Hayır n (%)	Fikrim Yok n (%)
Sünnetin zamanlaması			
Farkında olmaması ve ağrı hissetmemesi nedeniyle sünnet için en uygun dönem yenidoğandır	65 (36.5)	92 (51.7)	21 (11.8)
Ciddi komplikasyonlara yol açması nedeniyle yenidoğan döneminde sünnet yapılması uygun değildir	66 (37.1)	86 (48.3)	26 (14.6)
Yenidoğan döneminde ağrı duyusu gelişmediği için anestezi uygulanmadan sünnet yapılabilir	38 (21.3)	108 (60.7)	32 (18.0)
Sünnet erkekliğe geçiş sembolüdür bu yüzden sünnet için en uygun dönemdir 3-6 yaş arasıdır	36 (20.2)	117 (65.8)	25 (14.0)
Psikolojik ve fiziksel olarak en uygun yaşı 7 yaş sonrasındaır	69 (38.8)	88 (49.4)	21 (11.8)
Sünnetin faydaları			
Sünnet daha iyi penis temizliği sağlar	155 (87.1)	7 (3.9)	16 (9.0)
Sünnetin cinsel yaşama olumlu etkisi vardır	128 (71.9)	29 (16.3)	21 (11.8)
Sünnet, üriner ve genital enfeksiyonların önlenmesine yardımcı olur	155 (87.1)	6 (3.4)	17 (9.6)
Sünnet, penis ve serviks kanserinin önlenmesine yardımcı olabilir	126 (70.8)	31 (17.4)	21 (11.8)
Sünnet, penis duyarlığını azaltarak erken boşalmanın önlenmesinde etkili olur	70 (39.3)	80 (45.0)	28 (15.7)
Sünnetin dini ve kültürel yönleri			
İslam inancına göre her erkek çocuk mutlaka sünnet olmalıdır.	160 (89.9)	4 (2.2)	14 (7.9)
Toplumumuzda sünnet olmayan erkeğe "erkek" gözüyle bakılmaz	130 (73.0)	30 (16.9)	18 (10.1)
Toplumumuzda sünnet olmayan erkeğe kız verilmez	128 (71.9)	29 (16.3)	21 (11.8)
Sünnet yetişkinlikte erkeğin cinsel gücünü artırır	51 (28.7)	86 (48.3)	41 (23.0)
Kanama bozukluğu olan çocukların sünnet			
Kanama bozukluğununa yol açan eksik faktörler hastanede takviye edilerek sünnet edilmelidir	118 (66.3)	32 (18.0)	28 (15.7)
Ailenin kararına bağlı	63 (35.4)	72 (40.4)	43 (24.2)
Kesinlikle edilmemelidir	16 (9.0)	100 (56.2)	62 (34.8)

kolonizasyon azalır. Cascio ve ark. (14) sünnetsiz vezikoüreteral reflülü hastalarda prepisyum altındaki bakteriyel kolonizasyonun azaltılmasında antibiyotik profilaksisinin etkisizken sünnetin etkili olduğunu vurgulamışlardır.

Sünnetin üriner ve genital enfeksiyonları önlediğini düşünen %87.4'lük oranın nedeni, pratisyen hekimlerin sünnetin yararlarıyla ilgili yayınları ya da bilgileri daha inandırıcı bulmaları olabilir.

Penil sorunların gerçek yaygınlığı bilinmese de hem sünnetli hem de sünnetsiz çocukların görülebilmektedir. Retrospektif bir çalışmada, 4 ay-12 yaş arası sünnetli ve sünnetsiz çocukların arasında balanit ve irritasyon yakınmaları açısından fark saptanmamıştır (15). Hijyen ve fimozis ile penil kanser arasındaki ilişki tam olarak belirgin değilse de hijyenin, fimozis ve kanserden koruyucusu etkisine yönelik birçok görüş vardır (16).

Sünnetin daha iyi penis temizliği sağladığını düşünen pratisyenlerin oranı %87.1 idi ve düşüneleri literatürle uyumluydu. Sünnetin, penis ve serviks kanserinin önlenmesine yardımcı olabileceğini düşünenlerin oranı ise %70.8 idi. Tartışmalı olmasına rağmen, sünnetin yararlı olduğunu düşünenlerin yüksek oranda olması, pratisyen hekimlerin bilgilerinde, geleneksel öğretülerin ya da dini inançların önemli oranda belirleyici olması rol oynayabilir.

Sivaslı ve ark. (17) çalışmalarında sünnetin yapılması gereken yerde ilgili soruya, ailelerin %72.8'i hastanede, %18.5'i ise sünnetçiye yanıtını vermişlerdir. Yine aynı çalışmada, ailelerin sünnet yaşıyla ilgili kararlarını etkileyen faktörlerin, 7 ay-2 yaş arasında acıyi hissetmemeye ve büyük yaştı sünnetin daha güvenli olduğunu düşünceleri olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda pratisyen hekimlerin %2.2'si sünnetin evde yapılmasını uygun olduğunu belirtirken, %7.3'ü de yapılan yerin bir önemi olmadığını, %9.6'sı ise yapan kişinin önemi olmadığını ifade etmiştir. Sivaslı ve ark.'nın çalışmalarında ailelerin %72'si sünnetin hastanede yapılması gereken bir işlem olduğunu düşünürken, pratisyen hekimlerin yaklaşık %10'unun böyle bir gerekliliğe inanmaması, pratisyen hekimlerin sünneti cerrahi bir işlem olarak düşünmemelerinden kaynaklanabilir. Yakıcı ve ark. (18) Malatya ilinde yaptıkları çalışmada, anne ve babanın eğitim düzeyi yükseldikçe uzman hekim tercihinin arttığı, ehliyetsiz sünnetçi tercihinin azaldığını saptamışlardır. İki çalışmanın sonuçlarıyla pratisyen hekimlerin yanıtları karşılaştırıldığında pratisyenlerin %10'unun sünneti yapan kişinin önemli olmadığını düşünesi ciddi bir sorundur. Sünnetin diğer cerrahi işlemler gibi ameliyathanede ve çocuk ürolojisinde

ilgili alanda çalışan cerrahlar tarafından yapılmasının en uygun olduğunu düşünmektedir.

Lokal anesteziyile sünnet yapılsa da son yıllarda uygulanacak anestezi şeclinin genel anestezi olduğu konusunda fikir birliği oluşmuştur (19). Klinik araştırmalar, yenidoğanın ağrı duymayacağı düşüncesiyle anestezisiz sünnet fikrinin yanılışlığını da ortaya koymuş ve anestezisiz sünnet görüşü terk edilmiştir (20). Çalışmamızda pratisyen hekimlerin %36.5'inin yenidoğan döneminde ağrı duyusu olmadığından sünnetin daha rahat olacağını düşünmeleri şaşırtıcıdır. Bu yanlış düşünce, hekimlerce yenidoğanda yapılacak diğer ağrılı işlemlerde de anestezi uygulanmamasına neden olabilir.

Sünnet için uygun yaşla ilgili tartışmalar sürdürmekle beraber, kastrasyon fobisinin yaratacağı olumsuzluklardan etkilenmemek için 3-6 yaşlar arasında sünnet yapılmaması önerilmektedir. Çocuğun herkeste penisin olmadığını fark ettiği ve penisini kaybedeceğini korkusu yaşadığı dönemde cinsel organına yapılacak müdahalede ileride onarılması güç psikolojik sorunlar yaratacaktır (12, 21). Psikolojik bozukluklar, özellikle bu yaşılda ve/veya uygunsuz koşullarda yapılan sünnet sonrası olduğundan, bu yaşıldan önce veya sonra sünnet yapılabılır (12, 22, 23).

Yenidoğan sünnetiyle ilgili tartışmalar da devam etmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi (APA) önceleri yenidoğan sünnetini önerirken; 1989 yılında yapılan araştırmaların sonucunda ÜSİ, CYBH ve HIV ile ilgili olarak risk ve dezavantajlarının yanısıra sünnetin potansiyel tıbbi yarar ve avantajlarının olabileceğini bildirmiştir (21). APA: "sünnetin çocukların için, bazı potansiyel tıbbi faydaları olsa da bu rutin yenidoğan sünnetini tavsiye için yeterli değildir. Bunun yerine, aile doktoru ile sünnetin yararları ve risklerini tartışarak çocuk için en iyi karar alınması teşvik edilir" şeklinde fikir bildirmiştir (24). Erkeklerdeki meatal stenoz, sıkılıkla neonatal sünneti takiben oluşur (25, 26). Sünnette, meatal stenoz komplikasyonunun %0.2'den daha az olduğunu söylemektedir (24). Meatal stenozun başlıca nedenleri; prepisyumun sünnet sırasında soyulmasıyla oluşan ciddi balanit (26), frenular arterin bağlanmasıyla oluşan iskemi (26, 27), glansın açılmasının neden olduğu meatitis (27) ve bezli çocuklarda idrarın etkisiyle oluşan kimyasal dermatitin neden olduğu meatal ülserlerdir (28). "Ciddi komplikasyonlara yol açması nedeniyle yenidoğan döneminde sünnet yapılması uygun değildir" diyen pratisyen hekim oranı ise %37.1'di.

Sünnet yaşı olarak pratisyen hekimlerin %42.1'i 2-6 yaş arasını önerirken, %4.5'i de fikri olmadığını belirtmiştir. Bilimsel olarak sünnetin önerilmmediği 3-6 yaş arasında sünnet öneren hekim oranı da oldukça yükseltti. Erkek ve kadın hekimlerin sünnet yaşıyla ilgili düşünceleri arasında ise fark yoktu ($p>0.05$). Pratisyen hekimlerin bu konuya ilgili bilgileri genital bölgeye uygulanacak diğer cerrahi işlemlerde de aileleri yönlendirmelerinde önemlidir.

Kavaklı ve ark.'nın (29) çalışmalarında, sünnet olmamış hemofili hasta ailelerinin %85'i sünnet işleminden endişe duyduklarını belirtmiş, %80'i de toplumsal gelenek ve dini zorunluluktan sünnetin mutlaka yapılması gerektiğini söylemiş. Pratisyen hekimlerin yüksek oranda hemofili hastalarının da sünnet olmasına gerektiğini düşümlerinin en önemli sebebinin İslam inancına göre her erkek çocuk mutlaka sünnet olmalıdır düşüncesinin %89.9 oranında taraftar bulması olduğunu düşünmektedir.

Ailelerin tüm endişelerine rağmen çocuklarını sünnet ettirmek istediklerinden, hekimlerin de bunu göz önünde bulundurarak aileyi bilgilendirmeleri gerektiğini düşünmektedir.

Yetişkin erkeklerden alınan verilerle, sünnetli erkeklerde daha az seksUEL disfonksiyon olduğu belirtilmiştir (30). Masters ve Johnson (31) dıştan uyarılma, dorsal ve ventral penisin hafif dokunsal uyarıları algılamasında sünnetlilerle sünnetsiz erkekler arasında fark olmadığını belirtmişlerdir. Bunun yanında, prepisyumun cinsel zevk ve kontrolü artırdığını dair yayınlar da mevcuttur (32). Sünnetin cinsel yaşama etkisi ile ilgili fikirler, sünnetin cinselliğe etkisiyle ilgili verilerin farklılığına paraleldi.

Bu araştırma, 2008 yılında Orta Anadolu'da görev yapan 200 pratisyen hekimin sünnet hakkındaki bilgi düzeyleri ile sınırlıdır ve kesitsel nitelikte olduğundan sadece çalışma anındaki durum hakkında bilgi vermektedir. Ayrıca anket çalışmalarından elde edilen verilerin güvenilirlik ve geçerliliğinin diğer objektif verilere göre daha kısıtlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, çalışmanın daha geniş bir pratisyen hekim grubunda yapılması daha sağlıklı olabilir. Ancak veriler %72 gibi oldukça yüksek sayılabilcek bir geri dönüş oranı ile elde edilmiş olduğundan yukarıda ifade edilen kısıtlılıkların etkisinin sınırladığı kanısındayız.

Sünnetin uygun olmayan koşullarda ve yetkin olmayan kişilerce yapılmasını önlemek için öncelikle pratisyen hekimlerin eğitilmeleri ve sünnetle ilgili bilgilerini güncelletemeleri gerekmektedir. Bu durum tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitimlerde sünnetle ilgili güncel bilgilerin verilmesinin gerekliliğini göstermektedir. Çünkü ülkemizde ailelere sünnetle ilgili bilgi verebilecek ve aileleri yönlendirecek en etkili grup pratisyen hekimlerdir. Sünnetin yalnızca geleneksel bir tören olarak değil ciddi bir cerrahi işlem olarak görülmesi gerektiği bilinci öncelikle pratisyen hekimlere kazandırılmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Hammond T. A preliminary poll of men circumcised in infancy or childhood. BJU Int 1999;83:85-92. [CrossRef]
2. Özdemir E. Significantly increased complication risk with mass. Br J Urol. 1997;80:136-9.
3. Gatrad AR, Sheikh A, Jacks H. Religious circumcision and the human rights act. Arch Dis Child 2002;86:76-8. [CrossRef]
4. Schoen EJ, Colby CJ, Ray GT. Newborn circumcision decreases incidence and costs of urinary tract infections during the first year of life. Pediatrics 2000;105:789-93. [CrossRef]
5. El-Hout Y, Khauli RB. The case for routine circumcision. JMH 2007;3:300-5. [CrossRef]
6. Dickson NP, van Roode T, Herbison P, Paul C. Circumcision and Risk of Sexually Transmitted Infections in a Birth Cohort. J Pediatr 2008;152:383-7. [CrossRef]
7. Newell ML, Bärnighausen T. Male circumcision to cut HIV risk in the general population. Lancet 2007;369:617-9. [CrossRef]
8. Patterson BK, Landay A, Siegel JN, Flener Z, Pessis D, Chaviano A, et al. Susceptibility to human immunodeficiency virus-1 infection of human foreskin and cervical tissue grown in explant culture. Am J Pathol 2002;161:867-73. [CrossRef]
9. Soilleux EJ, Coleman N. Expression of DC-SIGN in human foreskin may facilitate sexual transmission of HIV. J Clin Pathol 2004;57:77-8. [CrossRef]

10. Zoossmann-Diskin A. Relation of male circumcision to cervical cancer, sexuality and female circumcision. *JMGH* 2007;4:448-53. [\[CrossRef\]](#)
11. Marild S, Jodal U. Incidence rate of first-time symptomatic urinary tract infection in children under 6 years of age. *Acta Paediatr* 1998;87:549-52.
12. Kinkade S, Meadows S, Gracia-Trujillo J. Clinical inquiries. Does neonatal circumcision decrease morbidity? *J Fam Pract* 2005;54:81-2.
13. Şahin F, Beyazova U, Aktürk A. Attitudes and practices regarding circumcision in Turkey. *Child Care Health Dev* 2003;29:275-80.
14. Cascio S, Colhoun E, Puri P. Bacterial colonization of the prepuce in boys with vesicoureteral reflux who receive antibiotic prophylaxis. *J Pediatr* 2001;139:160-2. [\[CrossRef\]](#)
15. Herzog LW, Alvarez SR. The frequency of foreskin problems in uncircumcised children. *Am J Dis Child* 1986;140:254-6.
16. Frisch M, Friis S, Kjaer SK, Melbye M. Falling incidence of penile cancer in an uncircumcised population (Denmark 1943-90). *BMJ* 1995;311:1471.
17. Sivaslı E, Bozkurt Aİ, Ceylan H, Coşkun Y. Gaziantep bölgesindeki anne ve babaların sünnet ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003;46:114-8.
18. Yakıcı CY, Şahin S, Paç FA, Karabiber H, Balbay MD, Yoloğlu S. Circumcision Investigation In Malatya. *T Klin J Pediatr* 1996;5:64-7.
19. Balkan E, Kılıç N. Sünnet ve Komplikasyonları. *The Journal of Current Pediatrics* 2005;2:22-3.
20. Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987;317:1321-9. [\[CrossRef\]](#)
21. American Academy of Pediatrics. Report of the Task Force on Circumcision. *Pediatrics* 1989;84:388-91. [\[CrossRef\]](#)
22. Yılmaz E, Batıslam E, Basar MM, Basar H. Psychological trauma of circumcision in the phallic period could be avoided by using topical steroids. *Int J Urol* 2003;10:651-6. [\[CrossRef\]](#)
23. Balkan E, Kirkpinar A, Kılıç N, Halil T, Yeşilyurt A, Doğruyol H. Çocuklarda geri çekilemeyen prepusiyum. *Gülhane Tip Derg* 2004;46:29-32.
24. Circumcision policy statement. American Academy of Pediatrics. Task Force on Circumcision. *Pediatrics* 1999;103:686-93. [\[CrossRef\]](#)
25. Alanis MC, Lucidi RS. Neonatal circumcision: a review of the world's oldest and most controversial operation. *Obstet Gynecol Surv* 2004;59:379-95. [\[CrossRef\]](#)
26. Elder JS. Abnormalities of the genitalia in boys and their surgical management. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, et al, editors. *Campbell's urology*. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 2387-9.
27. Persad R, Sharma S, McTavish J, Imber C, Mouriquand PD. Clinical presentation and pathophysiology of meatal stenosis following circumcision. *Br J Urol* 1995;75:91-3. [\[CrossRef\]](#)
28. McAninch JW. Disorders of penis and male urethra. In: Tanagho EA, McAninch JW, editors. *Smith's general urology*. 15th ed. New York (USA): Lange Medical Books/McGraw-Hill 2000. p. 661-75. [\[CrossRef\]](#)
29. Kavaklı K, Kurugöl Z, Nişli G. Hemofilik çocukların sünnet edilmeli mi? *T Klin J Pediatr* 1999;8:189-93.
30. Laumann EO, Masi CM, Zuckerman EW. Circumcision in the United States. *JAMA* 1997;277:1052-7. [\[CrossRef\]](#)
31. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response*. Boston, MA: Little, Brown and Company 1966;189-91. [\[CrossRef\]](#)
32. Taylor JR, Lockwood AP, Taylor AJ. The prepuce: specialized mucosa of the penis and its loss to circumcision. *Br J Urol* 1996;77:291-5. [\[CrossRef\]](#)