

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Tek Kullanımlık Sünnet Aletlerinin Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Analizi

**ANKARA
2018**

Tek Kullanımlık Sünnet Aletlerinin Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Analizi

Ankara
STD 2018.03/00

ISBN: 978-975-590-700-0

STD 2018.03/00

Telif Hakkı Sahibi:

© Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2019

Tüm hakları Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi: "T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, yayın yeri, yayın yılı" belirtilmesi şeklinde olmalıdır. 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri kanunu gereği Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

**Dizgi/Tasarım Selda CAN tarafından yapılmıştır.*



İÇİNDEKİLER

Tablo Listesi	viii
Şekil Listesi	ix
I. Önsöz	x
II. Yönetici Özeti	xi
III. Hasta ve Hasta Yakını Özeti	xvi
IV. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Projesi	xix
IV.1. Proje Kapsamı, Metodu ve Hedefi.....	xix
IV.2. Çalışma Takvimi	xxi
IV.3. Katılımcılar, Paydaşlar ve Sorumluluk	xxi
IV.4. Proje Ekibi.....	xxii
IV.5. Proje Yöneticisi, Proje Koordinatörü, Yazar, Araştırmacılar, Katkıda Bulunanlar	xxiii
IV.6. Çıkar Çatışması Beyanı.....	xxiv
V. Sünnet Hakkında Genel Bilgiler	xxv
V.1. Giriş	xxv
V.2. Dünya Genelinde Sünnetin Tarihi	xxv
V.3. Sünnetin Faydaları	xxvi
V.3.1. İYE Riskinde Azalma	xxvi
V.3.2. CYBH Riskinde Azalma	xxvii
V.3.3. Bazı Kanser Risklerinde Azalma	xxvii
V.3.4. Kadın ve Erkekler İçin Sağlık Açısından Diğer Faydaları	xxvii
V.4. Sünnetin Zayıf Yönleri ve Riskleri	xxvii
V.4.1. Ağrı	xxviii
V.4.2. Enfeksiyonlar.....	xxviii
V.4.3. Uzun Dönem Riskler	xxviii
V.4.4. Hasar Riski	xxviii
V.4.5. Türkiye’de Sünnet İşlemi Sayıları.....	xxviii
V.5. Özet	xxix
V.6. Kaynaklar	xxx
Bölüm 1: Sağlık Sorunu ve Teknolojinin Günümüzde Kullanımı	1
1.1. Giriş	1
1.2. Değerlendirmeler	1
1.2.1. Prevalans	2
1.2.2. Sünnet Cerrahisi	3
1.2.3. Sünnet Cerrahi Teknikleri	3
1.2.3.1. Eksizyon (Kesip Çıkarma) Yöntemi	4



1.2.3.2. Dorsal Slit (Kesi) Yöntemi	4
1.2.3.3. Mogen ve Klamp Yöntemi	4
1.2.3.4. Gomco ile Sünnet	5
1.2.3.5. Forceps Kılavuzlu Sünnet	6
1.3. Tartışma ve Sonuç	6
1.4. Kaynaklar	7
Bölüm 2: Teknolojinin Tanımı ve Teknik Özellikleri	8
2.1. Giriş	8
2.2. Değerlendirme	8
2.2.1. Sünnette Kullanılan Tek Kullanımlık Aletler	8
2.2.1.1. Plastibell	8
2.2.1.2. Zhenksi Yüzükleri	9
2.2.1.3. Tara Klamp	9
2.2.1.4. Smart Klamp	10
2.2.1.5. AlisKlamp-Ali'nin Kelepçesi	10
2.2.1.6. Sunathrone	11
2.2.1.7. Shang Ring (Shang Halkası)	11
2.2.1.8. PrePex	11
2.2.1.9. İsmail Kelepçesi	12
2.2.1.10. Kirve Kelepçesi	12
2.2.1.11. Circumplast	13
2.2.1.12. AccuCirc	13
2.2.1.13. Active Klamp	14
2.2.2. Sünnet Komplikasyonları	14
2.2.2.1. Kanama	14
2.2.2.2. Cilt Köprüsü	14
2.2.2.3. Enfeksiyon	14
2.2.2.4. İdrar tutma	14
2.2.2.5. Nekroz	15
2.2.2.6. İatrojenik Hipospadias ve Epispadias	15
2.2.2.7. Sünnet Komplikasyon Özetleri	15
2.3. Tartışma ve Sonuç	16
2.4. Kaynaklar	18
Bölüm 3: Güvenlilik	19
3.1. Giriş	19
3.2. Değerlendirme	19



3.2.1. Klinik Çalışma Sonuçları	19
3.2.2. Meta-analiz ve Sistemik Derlemeler.....	26
3.3. Tartışma ve Sonuç	27
3.4. Kaynaklar.....	29
Bölüm 4: Klinik Etkililik.....	32
4.1. Giriş.....	32
4.2. Değerlendirme	32
4.2.1. Klinik Çalışmalar	32
4.2.2. Meta-analiz ve Sistemik Değerlendirmeler.....	44
4.3. Tartışma ve Sonuç	45
4.4. Kaynaklar.....	47
Bölüm 5: Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme	51
5.1. Giriş.....	51
5.2. Değerlendirme	51
5.3. Tartışma ve Sonuç	65
5.4. Kaynaklar.....	66
Bölüm 6: Etik Yönler	68
6.1. Giriş.....	68
6.2. Değerlendirme	68
6.2.1. Sünnetin Tarihi ve Dini Boyutları	68
6.2.2. Etik Açısından Temel Sorun Alanları	69
6.2.3. Sünnete Karşı Olan Etik Argümanlar.....	70
6.2.4. Sünnete Taraf Olan Etik Argümanlar.....	71
6.2.5. İslam Dininin Bir Vecibesi Olarak Sünnetin Normatif Anlamı	72
6.2.6. Sünnetin Kültürel Kimlik ve Sosyal Hayat Açısından Önemi	73
6.2.7. Fayda-Zarar Dengesi	73
6.2.8. Tek Kullanımlık Sünnet Tıbbi Malzemelerinin Etik Açısından Değerlendirilmesi	75
6.3. Tartışma ve Sonuç	76
6.4. Kaynaklar.....	78
Bölüm 7: Organizasyonel Yönler	82
7.1. Giriş.....	82
7.2. Değerlendirme.....	82
7.3. Tartışma ve Sonuç.....	86
Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler	86
8.1. Giriş.....	86



8.2. Değerlendirme: Bir Sosyal Olgu Olarak Sünnet	86
8.2.1. Sünnet Kavramının Toplumsal ve Tarihsel İnşası	86
8.2.2. Tartışma Konuları	89
8.2.3. Sünnet ve Sosyal Yönleri	94
8.2.4. Tıbbi Yönü/Sünnet ve Hasta	94
8.2.5. Psikolojik Yönü	97
8.2.6. Sosyal ve Kültürel Yönü	99
8.2.7. Dinsel Yönü	104
8.2.8. Ekonomik ve Politik Yönü	106
8.3. Tartışma ve Sonuç	108
8.4. Kaynaklar	110
Bölüm 9: Yasal Yönler	113
9.1. Giriş	113
9.2. Değerlendirme	113
9.3. Tartışma ve Sonuç	122
9.4. Kaynaklar	123
Ek 1.	124
Ek 2.	146



Tablo Listesi

Tablo IV.1. PICO kriterleri.....	xx
Tablo IV.2. Katılımcı Kurumlar.....	xxi
Tablo IV.3. Paydaşlar	xxii
Tablo IV.4. Araştırmacılar.....	xxiv
Tablo IV.5. Katkıda Bulunanlar.....	xxiv
Tablo V.1. Yıllara göre Türkiye’de sünnet işlem sayıları.	xxix
Tablo 5.1. Chao ve ark.nın cerrahi sünnet maliyet etkililik çalışmaları sonuçları.	52
Tablo 5.2. Duffy ve ark.nın çalışmalarına göre PrePex ve cerrahi yöntem karşılaştırması.....	53
Tablo 5.3. Kim ve ark.nın cerrahi ve PrePex yöntemini karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.	54
Tablo 5.4. Mutabazi ve ark.nın PrePex ile cerrahi yöntemini karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.	55
Tablo 5.5. Karma merkezde cerrahi yöntem ile PrePex yönteminin uygulanma oranının birim maliyete etkisi.....	56
Tablo 5.6. Njehmeli ve ark.nın PrePex ile cerrahi yöntemini karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.	56
Tablo 5.7. Obiero ve ark.nın Forceps-Guided metoduyla PrePex ihazının maliyetlerini karşılaştırdıkları çalışma sonuçları	57
Tablo 5.8. Schutte ve ark.nın PrePex ile cerrahi yöntemi karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.	58
Tablo 5.9. Tshimanga ve ark.nın PrePex ile cerrahi yöntemi karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.	58
Tablo 5.10. Bollinger ve ark.na göre ülkelerin sünnet maliyet unsurları ve tutarları.....	59
Tablo 5.11. Mangenah ve ark.nın AccuCirc (cerrahi) yöntemi ile Mogen Klamp yöntemini karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.	61
Tablo 5.12. İncelenen çalışmalarda yer alan sünnet yöntemleri birim maliyetleri (\$).....	62
Tablo 5.13. T.C. Sağlık Bakanlığı 2013 yılı Sünnet İşlem Maliyeti Çalışması Sonuçları.....	63
Tablo 5.14. T.C. Sağlık Bakanlığı yıllara göre sünnet işlem maliyeti çalışma sonuçları	64
Tablo 5.15. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tek kullanımlık sünnet el aletlerinin kullanıma alınması durumunda 3 yıllık muhtemel bütçe etkisi.	64
Tablo Ek.1. Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışması literatür taraması: anahtar kelimeler.....	125
Tablo Ek.2. Sağlık problemi ve teknolojinin günümüzde kullanımı bölümü araştırma soruları.	125
Tablo Ek.3. Teknoloji ile ilgili açıklama ve spekülasyonlar: araştırma soruları.....	126
Tablo Ek.4. Güvenlilik ile ilgili araştırma soruları.....	127
Tablo Ek.5. Klinik etkililik araştırma soruları	127
Tablo Ek.6. Maliyet ve ekonomik değerlendirme araştırma soruları.....	127
Tablo Ek.7. Etik yönler analiz araştırma soruları.....	128
Tablo Ek.8. Organizasyonel yönler araştırma soruları.....	129
Tablo Ek.9. Hasta & sosyal yönler araştırma soruları	130
Tablo Ek.10. Yasal yönler araştırma soruları.....	130

Şekil Listesi

Şekil 1.1. Sünnet prevanlası global haritası [15].....	3
Şekil 1.2.aI-V. Sünnet yöntemleri, eksizyon (kesip çıkarma) yöntemi [16].....	4
Şekil 1.2.bI-V. Sünnet yöntemleri, dorsal slit (kesi) yöntemi [16].	4
Şekil 1.2.cI-V. Mogen ve Klamp yöntemi [16].	5
Şekil 1.3. Gomco Klamp ile sünnet [17].....	6
Şekil 2.1. a. Plastibell örnekleri, b. Plastibell uygulama basamakları [3].	9
Şekil 2.2.a,b. Zhenksi yüzük görünüşü [3].	9
Şekil 2.3. a,b. Tara Klamp görünüşü [4].	10
Şekil 2.4. a. Smart Klamp görünüşü, b.Uygulaması [7-9].....	10
Şekil 2.5. a. AlisKlamp görünüşü, b.Uygulaması [10].	10
Şekil 2.6.a,b. Sunathrone'nin görünüşü [11].	11
Şekil 2.7.a-c. Shang Ring görünüşü [12]	11
Şekil 2.8.a,b. Prepex cihazın görünüşü [15].	12
Şekil 2.9.a,b. İsmail kelepçesinin görünüşü [16]	12
Şekil 2.10.a-d. Kirve kelepçesinin görünüşü [17]	13
Şekil 2.11. Circumplast kelepçesinin görünüşü [18].	13
Şekil 2.12.a. AccuCirc işlem görünüşü [19].	
Şekil 2.12.b. AccuCirc genel görünüşü [19].....	13
Şekil 2.13. Active Klamp görünüşü [20].....	14



I. Önsöz

Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD), sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojilerin çeşitli yönleri ile incelenmesi ve yorumlanması olup sağlık teknolojisi tanımı içinde ilaçlar, tıbbi cihazlar, tıbbi tedavi yöntemleri, cerrahi teknikler, sağlık hizmeti sistemleri ve benzeri uygulamalar yer almaktadır. Sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi öncelikle klinik etkililiği ve hasta güvenliği açısından yapılır, ardından ekonomik analiz ve kurumsal yönler ile sosyal ve etik yönleri de değerlendirilerek bir rapor ile sonuçlandırılır. İlgili tüm tarafların katkı sağladığı ve şeffaf bir süreçte yapılan STD'nin tüm aşamalarında bilimsel kanıtlar esas alınır.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 12. Madde birinci fıkranın (e) bendinde yer alan, “Koruyucu, rehabilite edici hizmetler, teşhis ve tedavi metotlarının etkililiği, verimliliği, klinik, etik, sosyal, hukuki, organizasyonel ve ekonomik etkileri konularında değerlendirmeler yapmak veya yaptırmak, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve klinik rehberler geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması faaliyetlerinin yürütülmesi” hükmüyle ulusal düzeyde STD görev, yetki ve sorumluluğu Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğüne (SAGEM) verilmiştir. Ancak, 6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanununun 45. Maddesi gereğince, SAGEM 26.11.2017 tarihinde kapatılarak tüm devam eden işler Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne (SHGM) devredildiğinden, STD Daire Başkanlığına ilişkin iş ve işlemler de SHGM'ye devredilmiştir. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, SHGM bünyesinde yer almakta olup; Türkiye'de koruyucu, rehabilite edici hizmetler, teşhis ve tedavi metotlarının etkililiği, verimliliği, klinik, etik, sosyal, hukuki, organizasyonel ve ekonomik etkileri konularında değerlendirmeler yapmak veya yaptırmakla görevlidir.

STD Daire Başkanlığının sağlık teknolojisi değerlendirme sürecindeki temel politikası, yeni veya göz ardı edilmiş klinik etkili sağlık teknolojilerinin makul ve eşit biçimde sağlık hizmetlerinde kullanıma girmesini teşvik etmek ile klinik etkililiği olmayan sağlık teknolojileriyle etkili olmakla birlikte, finansal açıdan sürdürülebilir olmayan sağlık teknolojilerinin kullanımını azaltarak sağlık hizmetlerinde israfı önlemek olarak belirlenmiştir.

“Tek Kullanımlık Sünnet Aletleri Konulu Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Raporu” bu çerçevede yürütülerek sonuçlandırılmış olup, STD raporu SHGM STD Daire Başkanlığı sorumluluğunda yayımlanmıştır.



II. Yönetici Özeti

II. Yönetici Özeti

Sünnet uygulaması, insanlık tarihi boyunca var olmuş ve olmaya devam edecek, sağlık açısından oldukça önemli faydaları olan kültürel ve dinsel bir uygulamadır. Sünnet uygulaması yıllar içinde değişmiş ve günümüzde tek kullanımlık tıbbi malzemeler ile yapılması gündeme gelmiştir. Gerek kullanım kolaylığı gerek maliyeti, gerekse klinik sonuçları açısından uygulayıcılar, tek kullanımlık sünnet aletlerini günlük uygulamalarına sıklıkla eklemeye başlamışlardır.

“Tek Kullanımlık Sünnet Aletleri” konulu Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) çalışmasında belirlenen PICO (Population-Intervention-Comparator-Outcome) çerçevesinde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri tablosundaki araştırma sorularının cevaplanmasında kullanılacak literatür taraması, sistematik olarak belirlenen araştırma terimlerine göre, 1 Ocak 2007-30 Haziran 2017 tarihleri arasında Pubmed, Medline, Embase, Cochrane veri tabanlarında yapılmıştır. Sistematik tarama ile ulaşılan bilimsel çalışma özetlerinin, PICO Kriterleri doğrultusunda araştırma sorularını karşılayıp karşılamama durumları değerlendirilmiş ve buna göre soruları karşılayan makaleler çalışma için kabul edilmiştir. Literatür taraması 1 Ocak 2017-30 Haziran 2017 tarihleri arasında Pubmed, Medline, Embase, Cochrane veri tabanlarında belirlenen anahtar kelimeler ile yapılmıştır.

İnsanlık tarihi kadar eski olan sünnet uygulamasının günümüzde birçok farklı teknikte uygulanmakta olduğu bilinmektedir. Sağlık açısından gerekliliği bilimsel rapor ve çalışmalarda vurgulanan sünnet uygulaması için kullanılan çok sayıdaki tekniğin karşılaştırmasını yapmak oldukça zordur. Her tekniğin kendine özgü olumlu ve olumsuz yönleri bulunmakla beraber, içlerinden herhangi bir tekniğin üstün olduğunu söyleyebilmek mevcut bilimsel kanıtlar ışığında mümkün değildir.

Tek kullanımlık sünnet aletlerinin bire bir karşılaştırılmasının yapılarak, herhangi birinin üstün olduğunu belirten yeterli çalışma bulunmamakla birlikte, genel olarak tek kullanımlık sünnet aletlerinin geliştirilmesi gereken yönlerinin olduğu belirtilmektedir. Bunlar;

1. Sünnet sonrası çok daha az nekroz alanı ve daha erken-hızlı iyileşme olmalıdır.
2. Dokunun daha iyi, hassas tutulması-sıkıştırılması ile kayma, insizyon açılması, kanama olmalı ve glans açık olup enfeksiyon söz konusu olmamalıdır.
3. Aletler hafif, küçük ve şeffaf polikarbondan yapılmalıdır. Böylece ödem daha az olacaktır ve şeffaf olduğunda yapılan her şey daha net görülebilecektir.
4. Cihazın kendisi de estetik görünümlü olmalıdır.
5. Frenulum koruması olmalı, sünnet sonrası görünüm de estetik olmalıdır.
6. Tek kullanımlık sünnet aleti coronal sulcusa tam oturtulmalı, böylece preputiumun az veya fazla bırakılması söz konusu olmamalıdır.

Yapılmış çalışmalar, sünnete bağlı komplikasyon görülme sıklığının ortalama 1.000 hastada 2 ila 5 aralığında olduğunu, çoğunlukla bu komplikasyonların tedavi edilebilir nitelikte olduğunu ve çoğu zaman uzun dönemde olumsuz bir etkiye neden olmadığını göstermektedir. Sünnet için en uygun zaman konusunda mutabakat olmamakla birlikte; klamp ve çan tipi sünnet için genel olarak doğum sonrası ilk altı haftanın daha uygun olacağı düşünülmektedir. Doğum sonrasında en azından 24



saat beklenmesi, infantın stabil hâle gelmesi ve herhangi bir hastalık veya anormalite açısından sorgulanması bakımından önemlidir. Kanama, sünnete bağlı olarak görülebilen en sık istenmeyen etkidir ve sıklıkla frenular arter hasarlanması veya dermal kesilerden kaynaklanmaktadır. Ciddi kanama olasılığının altta yatan bir koagülopati varlığında artmakta olduğu unutulmamalı ve hastalar bu açıdan sorgulanmalıdır. Kanama riski açısından çalışmalarda heterojen sonuçlar olsa da genel olarak kanama oranlarının tüm tekniklerde benzer olduğu söylenebilir. Kanama oluştuğunda da temel olarak kompresyon, hemostatik ajanlar ve sütür tedavisi uygulanması gerekebilmektedir. Diğer bir istenmeyen etki ise enfeksiyondur ve kanamaya göre daha seyrek görülmektedir. Genellikle oluşan enfeksiyonlar uygun antibiyotik tedavisi ile düzeltilmektedir. Ancak, çok seyrek görülme olasılığı olsa da ülserasyon, süpürasyon ve sistemik enfeksiyon gibi durumlara dikkat etmek gerekmektedir.

Cerrahi komplikasyonlar ise kanama ve enfeksiyona göre çok daha az sıklıkla görülmektedir. Bunlar; aşırı sünnet derisi çıkarılması, yetersiz sünnet derisi çıkarılması, penis glans yaralanması/ampütasyonu, üretral komplikasyonlar, anormal skarlaşma, adezyon/cilt köprüsü oluşumu olarak sayılabilir. Bu komplikasyonlardan glans hasarı korkulan, istenmeyen bir olaydır. Diğer taraftan, işlem sırasında kullanılan anestezije bağlı komplikasyonlar da görülmekle birlikte, özellikle ağrı kontrolü açısından dikkatli olunması gerekmektedir. Anestezik komplikasyonlara, özellikle ağrı kontrolü açısından dikkat etmek gerekmektedir. Konvansiyonel sünnette olduğu gibi, tüm tek kullanımlık cihazlarda (çalışmalarda özellikle de PrePex tipi cihazlarla görülen) hem cihazın takılması hem de cihazın çıkarılması sırasında oluşan ağrı konusunun iyi irdelenmesi uygun anestezik yöntemin kullanılması için gereklidir. Özellikle PrePex uygulaması için yapılan çalışmada, anket katılımcılarının, hoş olmayan koku deneyimleri şeklinde bildirdikleri durumlar konusunda da hastalar işlem öncesinde bilgilendirilmelidir. Yapılan çalışmalar, genel olarak tek kullanımlık sünnet aletlerinde konvansiyonel sünnete benzer veya üstün güvenilirlik profili olduğunu göstermektedir.

Çalışmalardaki heterojeniteden de anlaşılacağı üzere, aslında komplikasyonların özellikle de cerrahi komplikasyonların önlenmesinde penil anatomisine dikkat edilmesi, eşlik eden durumların sorgulanması ve kullanılacak ekipmanın eğitilmiş kişilerce doğru şekilde uygulanması en önemli basamaklardır. Hangi tekniğin hangi kişide seçileceğine yönelik herhangi bir kılavuz olmamasından dolayı, genellikle hangi tekniğin uygulanacağı klinisyenin seçimi doğrultusunda olmaktadır. Hasta güvenliliğini maksimuma çıkarmak için yapılması gereken, seçilen işlemin bu konuda eğitilmiş ve yetkin kişilerce gerçekleştirilmesidir. Yapılan çalışmalar ve meta-analizler, genel olarak geliştirilen tek kullanımlık sünnet aletlerinin etkili ve güvenli olduğunu göstermektedir. Operasyon ve iyileşme sürelerinin kısa olmasının yanında, daha az komplikasyon gelişmesi nedeni ile tek kullanımlık sünnet cihazları hızlı ve pratik bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Ancak, yine de bu alanda yapılacak araştırma sonuçlarının güncel olarak takip edilmesi gerekmektedir. Çalışma sonuçlarında karşılaşılan heterojenitenin en olası nedeninin, sünnet için uygun ekipman ve uygulayıcıların eğitim ve deneyiminin farklılık göstermesi olduğu düşünülmektedir. Bu bakımından prosedürlerin risk ve faydalarının hastalar ve ebeveynlere açıklanması ve uygun yöntemin belirlenmesi gerekmektedir. Uygulayıcıların, uygulanacak yöntem üzerine eğitim alması da önem arz etmektedir.

Yapılan sistematik tarama sonucunda bulunan çalışmalar incelenmiştir. Maliyet ve ekonomik değerlendirme çalışmaları sınırlı sayıda bulunmuştur. Bu çalışmalar daha çok düşük ve orta gelirli ülkelerin verilerini içermekte olup, çalışmaların yapıldığı ülkeler ve metodolojileri birbirinden farklılık göstermektedir. Bu nedenle sünnet yöntemlerinin maliyetlerine yönelik yapılan çalışmalara ilişkin net sonuçlara varılamamıştır. Türkiye’de tek kullanımlık sünnet aletlerinin maliyetine ilişkin yapı-



II. Yönetici Özeti

miş bilimsel bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığının 2015 yılında yapmış olduğu sünnet işlemi maliyet analiz çalışmasında, birim maliyet 473,86 TL (222,4\$) olarak bulunmuştur. Tarama sonucu bulunan çalışmalara bakıldığında, cerrahi sünnet işleminin maliyeti en düşük 20 ABD Doları, en yüksek 60 ABD Doları civarındadır. Hem Türkiye hem de diğer ülkelerde birim maliyetleri oluşturan unsurlar incelendiğinde, özellikle cerrahi işlemlerde işçilik (personel) giderlerinin büyük bir paya sahip olduğu görülmektedir.

Klinik açıdan incelenen sünnetin esasında sosyolojik, toplumsal ve dinsel bir boyutu da vardır. Sünnette önemli iki etik ilke birbiriyle çatışmaktadır. Bunlardan birincisi; tıbbi zorunluluk olmayan bir durumda, rıza verecek yaşta olmayan bir çocuğun beden bütünlüğüne zarar verilmeme ilkesidir. İkincisi ise din özgürlüğü ve bu bağlamda dini vecibeleri gerçekleştirme hakkıdır. Bu çatışma analiz edildiğinde, müslümanlar tarafından bu denli önemsenen ve kültürel kimliği ve aidiyeti de içine alan bu cerrahi müdahalenin yapılması belli şartlar yerine getirildiğinde etik açıdan kabul edilebilir. Dini vecibeleri yerine getirmenin, hem hukuki hem de etik açıdan çok yüksek bir değer olarak görülmesi bu görüşe güçlü bir argüman teşkil etmektedir. Diğer bir argüman ise sünnet çerçevesinde yapılan cerrahi girişimin herhangi bir organda geri dönüşümsüz bir fonksiyon bozukluğuna yol açmaması ve bu operasyonun birçok hastalığı önleme açısından birtakım faydalarının olmasıdır. Buna rağmen bu cerrahi girişimin düşük de olsa birtakım komplikasyonlarının olabileceği göz önünde bulundurulurken, çocuğa verilebilecek her türlü zarar mümkün olan en alt seviyeye indirilmelidir. Bu bağlamda, tek kullanımlık sünnet tıbbi malzemeleri bu riskleri azaltmada olumlu bir katkıda bulunduğundan, kullanımı ve kullanımının yaygınlaştırılması etik açıdan olumlu bir karar ve uygulama olarak değerlendirilebilir. Bu değerlendirmeye istinaden aşağıdaki tavsiyeler yapılabilir:

- ▶ Bu tür bir cerrahi girişim için, gerekli tıbbi ve hijyen şartları yerine getirilmeli ve bu şartların yerine getirilmesinin imkânsız ya da zor olduğu toplu sünnet törenlerinden kaçınılmalıdır.
- ▶ Tek kullanımlık sünnet tıbbi aletlerinin kullanımı yaygınlaştırılmalı ve bu kullanımın en yüksek standartta yapılabilmesi için gerekli eğitim imkanları sağlanmalıdır.
- ▶ Sünnet; uzman hekimler (cerrah ya da ürolog), sünnet eğitimi almış hekimler ya da sünnet konusunda gerekli eğitimi almak koşuluyla Sağlık Bakanlığı tarafından sertifikalandırılan sağlık profesyonelleri tarafından yapılmalıdır. Bu konuda, 2015 yılında yapılan hukuki düzenlemede revizyon ihtiyacı bulunmaktadır.
- ▶ Gerekli olan ağrı tedavisi, en yüksek standartlarda sağlanmalı ve sünnet sonrası gerekli kontroller yapılmalıdır.
- ▶ Uzmanlar (bu konuda eğitilmiş psikologlar ve teologlar) tarafından çocuğa ve ailesine gerek duyulduğu takdirde psikolojik destek imkânı sağlanmalıdır.
- ▶ Dinen uygun görülen zamanda, tıbbi ve psikolojik bilimsel kriterler göz önüne alınarak sünnet için en uygun zamanlar belirlenmeli ve ülke düzeyinde yapılan bilgilendirme kampanyalarıyla belirlenen zamanda sünnetin yapılması teşvik edilmelidir.
- ▶ Özel tıbbi durumu olan (hemofili hastalığı veya anatomik organ anomalisi) çocuklar için bilgilendirme yapılmalı ve tıbbi açıdan gerekiyorsa müdahaleden vazgeçilmelidir.
- ▶ Genel olarak sünnet, din alimleri ve beşeri bilimler alanında uzman olan kişiler tarafından tekrar ele alınmalı, günümüz koşulları çerçevesinde kaliteyi artırmaya ve korumaya yönelik bilimsel



araştırmalar yapılmalıdır.

- Sünneti değişik sebeplerden dolayı reddeden ebeveynlere toplumsal baskı (alay etme veya sünnetli olmayana kız vermeme gibi) uygulanmamalı, bunun için gerekli kamuoyu ortamı farklı projeler ile sağlanmalıdır.

Etik açıdan bakıldığında sünnet; çok eski bir uygulama olmakla birlikte, paradoksal bir biçimde bir taraftan tıbbi gerekçelerle özellikle Afrika Ülkeleri'nde yaygınlaştırılmaya çalışılır iken, diğer taraftan da özellikle 1980'lerden sonra yükselen ateşli etik ve politik tartışmalarla eleştiriye maruz kalmaktadır. Sünnet konusunda farklı kültürlerin bir arada yaşadığı göçmen alan Batı ülkelerindeki yasal düzenlemeler ve uygulamalarla tartışmaların daha da arttığı gözlenmiştir. Bu anlamda Köln Mahkemesi, 26 Haziran 2012'de, çocuğun kendi bedeni üzerindeki tasarruf hakkının dini özgürlüklerden daha ağır bastığı gerekçesiyle tıbbi nedenlerle yapılan sünnet dışındaki sünnetlerin “yarama” ya da “sakatlama” suçu kapsamına girdiği görüşünü belirterek yasaklaması ve Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics/AAP) tarafından yayımlanan teknik raporda; sünnetin potansiyel yararının, risklerinden ve maliyetinden daha ağır bastığı görüşü önemlidir.

Sünnet konusunda yapılacak düzenlemeler ve uygulamaların toplumsal düzlemde de ekonomik ve politik sonuçları olabilecektir. Özellikle sünnetin politik bir malzeme olarak farklı biçimlerde kullanılması oldukça yaygındır. Diğer tüm tartışma konularında olduğu gibi bu düzenleme ve uygulamalara karşı çıkmak da desteklemek de politik bir karar anlamı taşımakta ve politik bir duruşa karşılık gelmektedir. Bu duruş, sünnetin düzenlenmesi ve uygulanmasına ilişkin kararın hangi amaçla ve kimin ya da kimlerin yararının gözetildiğine bağlı olarak değişebilmektedir. Kuşkusuz sünnet uygulamasının sağlıklı ve hijyenik ortamlarda ve uzman hekimlerce yapılması önemsenmelidir. Ancak, bunu gerçekleştirilebilir derken önemli sorunlara yol açmayacak biçimde düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır.

Düzenlemelerde ülke koşullarının dikkate alınması önemlidir. Örneğin; Türkiye'de olduğu gibi sünnet uygulaması yetkisinin sadece hekime verildiği durumda, hekimin olmadığı, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olmadığı bölgeler için sünnet uygulamasının nasıl olacağı konusu da ayrıca sorun oluşturabilmektedir. Sünnetin önemsenen bir gelenek olması nedeni ile çocuklarını sünnet ettirmek isteyen aileler için bu durum, sünnetin fiilen yasaklanmış olduğu anlamını taşımaktadır. Bu anlamda, başta hekimlere verilen bu yetkinin kötüye kullanılmamasının ya da kâr sağlayan bir sektöre dönüşmemesinin önlemleri alınmalıdır. Yapılacak düzenlemeler ülke ekonomisine ilave yük getirecek ya da sadece hekimlerin çıkarına olacak biçimde de olmamalıdır. Bu hususlara dikkat edildiği takdirde “merdiven altı” uygulamaların daha da artma olasılığı bulunmaktadır. Türkiye'de sünnet uygulama yetkisinin 2015 yılında sadece hekimlere verilmesi gibi yapılacak düzenlemeler ya da verilecek kararlar da politik tercihleri yansıtmaktadır. Sünneti ülke ya da aile ekonomisine aşırı yük getirecek biçimde bir “hastalık” olarak görmek yerine, inanca ve/veya geleneğe dayanan bir uygulama olarak görmek de politik bir karardır. Sünnet, sadece bir “hastalık” nedeni ile yapılan işlem olarak ele alındığında farklı düzlemlere konu olması gerekebilecektir. Bu anlamda, sünnet konusundaki düzenlemeler geleneğe duyarlı olmalı ve sünnetin “tıbbi anlamda geliştirilmesi” adına geleneğin “tepeden inme” bir anlayışla göz ardı edilmemesi de önemlidir.

Hukuki açıdan değerlendirildiğinde, tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için bir endikasyonun bulunması gerekmektedir. Sünnet; sosyal endikasyon olarak kabul edilmekle birlikte, ülkemizde genellikle küçük yaşta erkek çocuklarına uygulanmaktadır. Kullanılacak olan tek kullanımlık



II. Yönetici Özeti

sünnet aletlerinin tüm riskleri, faydaları, var ise alternatifleri ve bu alternatiflerin riskleri ve faydalarının hastaya (yahut veli/vasisine) anlayabilecekleri şekilde anlatılması bir zorunluluktur.

Sünnet uygulaması gerek dinen gerekse kültürel olarak Dünyada yer edinmiş ve sağlık faydaları olan bir uygulamadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önerilmekte, bu kapsamda özellikle Afrika kıtasında projeler yürütülmektedir. Yapılan araştırmada gözlemlendiği üzere Afrika kıtasında HIV gibi bulaşıcı hastalıklara karşı yaygınlaştırılmasına çalışılan sünnet uygulaması, son yıllarda gerek güvenilirlik gerekse standardizasyonu için özellikle erişkin bireylerde tek kullanımlık el aletleri ile yapılması teşvik edilmektedir. Bu aletler uygulayıcının eğitimi sonrasında uygulayıcıdan bağımsız olarak kanama ve enfeksiyon gibi istenmeyen etkileri azaltırken, estetik görünüm ve fonksiyonlitede açısından başarılı sonuçlar sunmaktadır.

Tek kullanımlık sünnet el aleti pazarı hakkında net veriler olmamakla birlikte Afrika'daki sahra altı 13 ülkeyi içeren bir araştırmada, yetişkin erkeklerin %80'ine yapılacak bir gönüllü tıbbi erkek sünnetinin (Voluntary Medical Male Circumcision) toplam pazarının muhtemelen 2 milyar dolar olduğu rapor edilmiştir. Afrika ülkeleri başta olmak üzere, Amerika Birleşik Devletleri ve İsrail pazarları da düşünüldüğünde tek kullanımlık sünnet el aletleri için muhtemelen 3-4 milyar \$'lık önemli bir dış pazarın olduğu söylenebilir. Yapılan değerlendirmelerde Türkiye`de de geliştirilen ve üretilen tek kullanımlık sünnet el aletleri olduğu ve bu dış pazarlara açılma potansiyellerinin olduğu gözlemlenmiştir. Ancak bu yerli ürünlerin klinik çalışmalarının global rakiplerine göre kısıtlı olduğu tespit edilmiştir. Yerli ürünlerin, global rakipleri ile rekabet edebilmesi için kalitesi, güvenliği ve etkililiği hakkında insan klinik araştırmalarının yapılması gereklidir. Bu bağlamda ilgili yerli ürünlerin klinik araştırmalarının desteklenmesine yönelik politikaların hayata geçirilmesi ile bu ürünlerin dış pazarlara açılma potansiyeli desteklenebilir. Böylelikle 3-4 milyar \$ civarında olması beklenen tek kullanımlık sünnet el aletleri pazarına girerek gerek Yeni Ekonomik Plan gerekse 2023 Hedefleri açısından tıbbi malzeme ithalat/ihracat dengesine olumlu fayda sağlanabilir. Bunlara ek olarak dış pazarlara girmesi için klinik araştırmalar ile desteklenmesi önerilen tek kullanımlık sünnet el aletlerinin öncelikle Türkiye`de sünnet uygulamasında daha fazla kullanılmasına yönelik politikaların hayata geçirilmesi ile toplum sağlığı, kamu sağlık bütçesi ve üretim açısından global rekabet için de fayda olabilir.



III. Hasta ve Hasta Yakını Özeti

Sünnet uygulaması insanlık tarihi boyunca var olmuş ve olmaya devam edecek, sağlık açısından oldukça önemli faydaları olan kültürel ve dinsel bir uygulamadır. Sünnet uygulaması yıllar içinde değişmiş ve günümüzde tek kullanımlık tıbbi malzemeler ile yapılması gündeme gelmiştir. Gerek kullanım kolaylığı gerek maliyeti gerekse klinik sonuçları açısından uygulayıcılar, tek kullanımlık sünnet aletlerini günlük uygulamalarına sıklıkla eklemeye başlamışlardır. Bu çalışmanın amacı, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) yöntemini kullanarak tek kullanımlık sünnet aletlerinin aşağıdaki başlıklar altında incelenmesi, değerlendirilmesi ve kısa raporlama olarak raporlanması şeklinde belirlenmiştir. Değerlendirme, European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA), Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri Tablosundaki başlıklara göre uygun olarak yapılmıştır. Tek kullanımlık sünnet aletlerinin bire bir karşılaştırması yapıp, herhangi birinin üstün olduğuna yönelik yeterli klinik veri bulunmamaktadır. Ancak, genel olarak el aletlerinin geliştirilmesi gereken yönlerinin olduğu gözlenmektedir. Bunlar;

1. İnce ezme ile sünnet sonrası çok daha az nekroz alanı ve daha erken-hızlı iyileşme olmalıdır.
2. Dokunun daha iyi, hassas tutulması-sıkıştırılması ile kayma, insizyon açılması, kanama olmamalı ve glans açık olup enfeksiyon söz konusu olmamalıdır.
3. Aletler hafif, küçük ve şeffaf polikarbondan yapılmalıdır. Böylece ödem daha az olacaktır ve şeffaf olduğunda yapılan her şey daha net görülebilecektir.
4. Cihazın kendisi de estetik görünümlü olmalıdır.
5. Frenulum koruması olmalı, sünnet sonrası görünüm de estetik olmalıdır.
6. Tek kullanımlık sünnet aleti coronal sulcusa tam oturtulmalı, böylece preputiumun az veya fazla bırakılması söz konusu olmamalıdır.

Yapılmış çalışmalar, sünnete bağlı komplikasyon görülme sıklığının ortalama 1.000 hastada 2 ila 5 aralığında olduğunu, çoğunlukla bu komplikasyonların tedavi edilebilir nitelikte olduğunu ve çoğu zaman uzun dönemde olumsuz bir etkiye neden olmadığını göstermektedir. Sünnet için en uygun zaman net olarak bilinemese de klamp ve çan tipi sünnet için genel olarak doğum sonrası ilk altı haftanın uygun olacağı düşünülmektedir. Doğum sonrası da en azından 24 saat beklenmesi infantın stabil hâle gelmesi ve herhangi bir hastalık veya anormalite açısından sorgulanması bakımından önemlidir. Kanama sünnete bağlı olarak görülebilen en sık istenmeyen etkidir ve sıklıkla frenular arter hasarlanması veya dermal kesilerden kaynaklanmaktadır. Ciddi kanama olasılığının altında yatan bir kanama bozukluğu varlığında artmakta olduğu unutulmamalı ve hastalar bu açıdan sorgulanmalıdır. Diğer bir istenmeyen etki ise enfeksiyondur ve kanamaya göre daha seyrek görülmektedir. Genellikle oluşan enfeksiyonlar uygun antibiyotik tedavisi ile düzeltilmektedir. Ancak, çok seyrek görülme olasılığı olsa da ülserasyon, süpürasyon ve sistemik enfeksiyon gibi durumlara dikkat etmek gerekmektedir. Cerrahi komplikasyonlar ise kanama ve enfeksiyona göre çok daha az sıklıkla görülmektedir. Bunlar; aşırı sünnet derisi çıkarılması, yetersiz sünnet derisi çıkarılması, penis glans yaralanması/ampütasyonu, üretral komplikasyonlar, anormal skarlaşma, adezyon/cilt köprüsü oluşumu olarak sayılabilir. Diğer taraftan, işlem sırasında kullanılan anesteziye bağlı komplikasyonlar da görülmekle birlikte, özellikle ağrı kontrolü açısından dikkatli olunması gerekmektedir. Anestezik



III. Hasta ve Hasta Yakını Özeti

komplikasyonlara özellikle ağrı kontrolü açısından dikkat etmek gerekmektedir. Yapılan çalışmalar, genel olarak tek kullanımlık sünnet aletlerinde, konvansiyonel sünnete benzer veya üstün güvenliklik profili olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar ve meta-analizler, genel olarak geliştirilen tek kullanımlık sünnet aletlerinin etkili ve güvenli olduğunu göstermektedir. Operasyon ve iyileşme sürelerinin kısa olmasının yanında daha az komplikasyon gelişmesi nedeni ile tek kullanımlık sünnet cihazları hızlı ve pratik bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Ancak, yine de bu alanda yapılacak araştırma sonuçlarının güncel olarak takip edilmesi gerekmektedir. Yapılan sistematik tarama sonucunda bulunan çalışmalar incelenmiştir. Maliyet ve ekonomik değerlendirme çalışmaları sınırlı sayıda bulunmuştur. Bu çalışmalar daha çok düşük ve orta gelirli ülkelerin verilerini içermekte olup, çalışmaların yapıldıkları ülkeler ve metodolojileri birbirinden farklılık göstermektedir. Bu nedenle sünnet yöntemlerinin maliyetlerine yönelik yapılan çalışmalara ilişkin net sonuçlara varılamamıştır.

Türkiye’de, tek kullanımlık sünnet aletlerinin maliyetine ilişkin yapılmış bilimsel bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığının 2015 yılında yapmış olduğu sünnet işlemi maliyet analiz çalışmasında, birim maliyet 473,86 TL (222,4\$) olarak bulunmuştur. Tarama sonucu bulunan çalışmalara bakıldığında, cerrahi sünnet işleminin maliyeti en düşük 20 ABD Doları, en yüksek 60 ABD Doları civarındadır. Hem Türkiye hem de diğer ülkelerde birim maliyetleri oluşturan unsurlar incelendiğinde, özellikle cerrahi işlemlerde işçilik (personel) giderlerinin büyük bir paya sahip olduğu görülmektedir. Klinik açıdan incelenen sünnetin esasında sosyolojik, toplumsal ve dinsel bir boyutu da vardır. Sünnette önemli iki etik ilke birbiriyle çatışmaktadır. Bunlardan birincisi tıbbi zorunluluk olmayan bir durumda, rıza verecek yaşta olmayan bir çocuğun beden bütünlüğüne zarar verilmeme ilkesidir. İkincisi ise din özgürlüğü ve bu bağlamda dini vecibeleri gerçekleştirme hakkıdır. Bu çatışma analiz edildiğinde, müslümanlar tarafından bu denli önemsenen ve kültürel kimliği ve aidiyeti de içine alan bu cerrahi müdahalenin yapılması belli şartlar yerine getirildiğinde etik açıdan kabul edilebilir. Dini vecibeleri yerine getirmenin, hem hukuki hem de etik açıdan çok yüksek bir değer olarak görülmesi bu görüşe güçlü bir argüman teşkil etmektedir. Diğer bir argüman ise sünnet çerçevesinde yapılan cerrahi girişimin herhangi bir organda geri dönüşümsüz bir fonksiyon bozukluğuna yol açmaması ve bu operasyonun birçok hastalığı önleme açısından birtakım faydalarının olmasıdır.

Etik açıdan bakıldığında sünnet; çok eski bir uygulama olmakla birlikte, paradoksal bir biçimde bir taraftan tıbbi gerekçelerle özellikle Afrika Ülkeleri’nde yaygınlaştırılmaya çalışılır iken, diğer taraftan da özellikle 1980’lerden sonra yükselen tartışmalarla ateşli etik ve politik tartışmalarla eleştiriyeye maruz kalmaktadır. Sünnet konusunda farklı kültürlerin bir arada yaşadığı göçmen alan Batı ülkelerindeki yasal düzenlemeler ve uygulamalarla tartışmaların daha da arttığı gözlenmiştir. Bu anlamda Köln Mahkemesi, 26 Haziran 2012’de, çocuğun kendi bedeni üzerindeki tasarruf hakkının dini özgürlüklerden daha ağır bastığı gerekçesiyle tıbbi nedenlerle yapılan sünnet dışındaki sünnetlerin “yaralama” ya da “sakatlama” suçu kapsamına girdiği görüşünü belirterek yasaklaması ve Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics/AAP) tarafından yayımlanan teknik raporda sünnetin potansiyel yararının, risklerinden ve maliyetinden daha ağır bastığı görüşü önemlidir.

Sünnet konusunda yapılacak düzenlemeler ve uygulamaların toplumsal düzlemde de ekonomi ve politik sonuçları olabilecektir. Özellikle sünnetin politik bir malzeme olarak farklı biçimlerde kullanılması oldukça yaygındır. Düzenlemelerde ülke koşullarının dikkate alınması önemlidir. Örneğin; Türkiye’de olduğu gibi sünnet uygulaması yetkisinin sadece hekime verildiği durumda, hekimin olmadığı, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olmadığı bölgeler için sünnet uygulamasının nasıl olacağı konusu da ayrıca sorun oluşturabilmektedir. Sünnetin önemsenen bir gelenek olması nedeni



ile çocuklarını sünnet ettirmek isteyen aileler için bu durum sünnetin fiilen yasaklanmış olduğu anlamını taşımaktadır. Bu anlamda başta hekimlere verilen bu yetkinin kötüye kullanılmamasının ya da kâr sağlayan bir sektöre dönüşmemesinin önlemleri alınmalıdır. Yapılacak düzenlemeler ülke ekonomisine ilave yük getirecek ya da sadece hekimlerin çıkarına olacak biçimde de olmamalıdır. Bu hususlara dikkat edildiği takdirde “merdiven altı” uygulamaların daha da artma olasılığı bulunmaktadır. Türkiye’de sünnet uygulama yetkisinin 2015 yılında sadece hekimlere verilmesi gibi yapılacak düzenlemeler ya da verilecek kararlar da politik tercihleri yansıtmaktadır.

Sünneti ülke ya da aile ekonomisine aşırı yük getirecek biçimde bir “hastalık” olarak görmek yerine, inanca ve/veya geleneğe dayanan bir uygulama olarak görmek de politik bir karardır. Sünnet, sadece bir “hastalık” nedeni ile yapılan işlem olarak ele alındığında farklı düzlemlere konu olması gerekebilecektir. Ayrıca, yasal düzenleme ve uygulamaların mevcut geleneklerle bu geleneğin sürdürülmesi konusundaki tutumlarla çelişebileceği, bu anlamda olumsuz sonuçları da beraberinde getirebileceği açıktır. Bu anlamda sünnet konusundaki düzenlemeler geleneğe duyarlı olmalı ve sünnetin “tıbbi anlamda geliştirilmesi” adına geleneğin “tepeden inmecisi” bir anlayışla göz ardı edilmemesi de önemlidir. Hukuki açıdan değerlendirildiğinde, tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için bir endikasyonun bulunması gerekmektedir. Sünnet; sosyal endikasyon olarak kabul edilmekle birlikte, ülkemizde genellikle küçük yaşta erkek çocuklarına uygulanmaktadır. Kullanılacak olan tek kullanımlık sünnet aletlerinin tüm riskleri, faydaları, var ise alternatifleri ve bu alternatiflerin riskleri ve faydalarının hastaya (yahut veli/vasisine) anlayabilecekleri şekilde anlatılması bir zorunluluktur. Tüm bu süreç içinde ise hastaların kişilik haklarının korunmasına özen gösterilmesi, özel hayatın gizliliğine saygı gösterilmesi ve tedavi sürecinde elde edilen tüm bilgi ve belgelerin uygun koşullarda saklanması gerekmektedir.



IV. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Projesi

IV. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Projesi

IV.1. Proje Kapsamı, Metodu ve Hedefi

“Tek Kullanımlık Sünnet Aletleri” konulu STD projesinde STD çalışma yöntemleri esas alınarak;

1. Sağlık Problemi ve Teknolojinin Günümüzde Kullanımı
2. Teknolojinin Tanımı ve Teknik Özellikleri
3. Güvenlilik
4. Klinik Etkililik
5. Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme
6. Etik Yönler
7. Organizasyonel Yönler
8. Hasta & Sosyal Yönler
9. Yasal Yönler

açısından değerlendirilmiştir.

STD projesinin hedefi, tek kullanımlık sünnet aletleri konusunu kapsamlı ve çok yönlü değerlendirmek suretiyle sağlık hizmet sunucularına, geri ödeyicilere, karar verici ve politika yapıcı mercilere bilimsel kanıtlara dayalı destek oluşturmak, bu alandaki bilimsel literatüre katkı sağlamak ve bilimsel birikimi artırmaktır. Bu çalışmanın amacı, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) yöntemini kullanarak tek kullanımlık sünnet aletlerinin incelenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması şeklinde belirlenmiştir. Değerlendirme, European Network for Health Technology Assessment (EUNETHTA), Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri tablosundaki başlıklara uygun olarak yapılmıştır.

Literatür taraması, 1 Ocak 2007-30 Haziran 2017 tarihleri arasında Pubmed, Medline, Embase, Cochrane veri tabanlarında belirlenen anahtar kelimeler ile yapılmıştır. Sistemik taramalarda ulaşılan çalışma özetleri, PICO kriterleri çerçevesinde değerlendirilmiş, seçilen makaleler raporun ilgili bölümlerinde kullanılmıştır.



Tablo IV.1: PICO kriterleri

Madde		Detaylar
Hastalar (P)	<i>Population/problem/patient</i> (Evren/kapsam, nüfus/sorun/hasta) Çalışmanın yapıldığı evreni/popülasyonu, sorunu ve hasta grubunu tanımlar	Yenidoğan, çocuk, ergen ve yetişkin erkekler
Girişim (I)	<i>Intervention</i> (Müdahale/girişim) Çalışmanın yapıldığı popülasyona yönelik çalışma konusu olan girişimi/müdahaleyi tanımlar	Tek kullanımlık, cerrahi olmayan/minimal cerrahi gerektiren sünnet aletlerinin kullanımıyla sünnet
Karşılaştırma (C)	<i>Comparator</i> (Mukayese/karşılaştırma) Çalışma konusu olan girişimin/müdahalenin alternatif(ler)ini tanımlar	Geleneksel cerrahi prosedürü kullanarak sünnet
Sonuçlar (O)	<i>Outcome(s)</i> (Çıktı(lar)) Çalışma konusu olan müdahalenin/girişimin alternatiflerine göre değerlendirileceği sonuçları tanımlar	<ul style="list-style-type: none">• Güvenlilik• Etkinlik• Yaşam kalitesi• Doğrudan maliyetler• Dolaylı maliyetler• Maliyet etkinliği• Organizasyonel boyutlar ve bölgesel gereklilikler• Toplumsal kabul• Psikolojik etkiler• Yasal boyutlar



IV. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Projesi

IV.2. Çalışma Takvimi

Çalışma takvimi

“Tek Kullanımlık Sünnet Aletleri” konulu STD çalışması, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® değerlendirme unsuru tabloları kullanılmak suretiyle değerlendirme yapılarak sonuçlandırılan bir Sağlık Teknolojisi Değerlendirme çalışması olup, süreç 15 Mayıs 2017 tarihinde başlatılmıştır. Çalışma sürecinde;

15 Mayıs 2017-Sözleşme İmzalanması

30 Mayıs 2017-PICO, anahtar kelimeler ve politika sorularının belirlendiği toplantının yapılması

- ▶ 31 Temmuz 2017-Geniş katılımlı açılış toplantısının yapılması,
- ▶ 31 Temmuz 2017-Başlangıç raporunun teslimi,
- ▶ 11 Ağustos 2017-I. Gelişme raporunun teslimi,
- ▶ 20 Eylül 2017-Değerlendirme toplantısının yapılması,
- ▶ 30 Kasım 2017-II. Gelişme raporu ve sistematik tarama sonuçlarının teslimi,
- ▶ Aralık 2017-Değerlendirme toplantıları yapılması,
- ▶ 15 Ocak 2018-Taslak bölümlerin tamamlanması,
- ▶ 25 Ocak 2018-Taslak Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Raporunun ve III. Gelişme raporunun teslimi,
- ▶ 31 Mart 2018-Nihai Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Raporunun teslimi faaliyetleri yapılmıştır.

STD çalışması, “Tek Kullanımlık Sünnet Aletlerinin Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Analizi” adı ile 2018 yılının ikinci yarısında yayımlanmıştır.

IV.3. Katılımcılar, Paydaşlar ve Sorumluluk

Tablo IV.2. Katılımcı Kurumlar

	Kurum	STD projesindeki rolü
1	SAGEM, SHGM	Proje sahibi ve yürütücüsü, editör, koordinatör, yazar, araştırmacılar
2	SGK	Katkıda bulunanlar
3	THSK	Katkıda bulunanlar
4	TKHK	Katkıda bulunanlar
5	TİTCK	Katkıda bulunanlar
6	Üniversiteler	Katkıda bulunanlar
7	Sivil toplum kuruluşları	Katkıda bulunanlar
8	Hasta/hasta yakınları	Katkıda bulunanlar
9	Firmalar	Katkıda bulunanlar



Tablo IV.3. Paydaşlar

	Kişiler/kuruluşlar	STD projesindeki rolü
1	Kurumlar - Kamu - Özel	Paydaş
2	STK'ler - Meslek kuruluşları - Dernekler - Vakıflar	Paydaş
3	THSK firmalar - İlaç - Tıbbi cihaz	Paydaş
4	Hastalar ve hasta yakınları	Paydaş

Sorumluluk

“Tek Kullanımlık Sünnet Aletleri” konulu STD projesi ve süreç sonunda oluşturulan “Tek Kullanımlık Sünnet Aletlerinin Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Analizi” isimli STD raporu, SHGM STD Daire Başkanlığı sorumluluğunda yayımlanmış olup, STD raporunun tüm hakları SHGM’ye aittir.

IV.4. Proje Ekibi

“Tek Kullanımlık Sünnet Aletleri” konulu STD çalışmasında, proje ekibi ve görevleri aşağıda yer almaktadır. Proje ekibi dinamik bir anlayışla oluşturulduğundan, çalışma sürecinde duyulan ihtiyaç çerçevesinde yeni katılımcılar ilave edilmiştir.

- **Proje Yöneticisi:** “Tek Kullanımlık Sünnet Tıbbi Malzemelerinin Önemi, Geliştirilmesi ve Üretilmesi” konulu STD projesinin başlatılması ve süreç sonunda nihai STD raporunun yayımlanması için idari onay vermek temel sorumluluklarıdır.

- **Proje Koordinatörü:** STD projesi ile ilgili tüm organizasyonların yapılması, yazar ile birlikte yürütülen çalışma sonucunda ortaya çıkan bölüm metinlerinin birleştirilmesi, redaksiyonlarının yapılması, STD raporuna son hâlinin verilmesi, STD raporunun yayımlanması ile kamuoyuna ve ilgili taraflara duyurulması temel sorumluluklarıdır.

- **Proje Yüklenicisi:** “Tek Kullanımlık Sünnet Tıbbi Malzemelerinin Önemi, Geliştirilmesi ve Üretilmesi” konulu STD projesini, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan teknik dokümanlar çerçevesinde yürütmekle sorumlu olan tüzel kişidir.

- **Proje Sorumlusu:** Proje yüklenicisi adına, bu STD projesinin yürütülmesinden birincil derecede sorumlu olan gerçek kişidir.

- **Editör:** Bölümler hâlinde yürütülen çalışma sonucunda ortaya çıkan bölüm metinlerinin birleştirilmesi, redaksiyonlarının yapılması, STD raporuna son hâlinin verilmesi ile kamuoyu ve ilgili taraflara duyurulması temel sorumluluklarıdır.



IV. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Projesi

- **Yazar:** Proje Koordinatörü ile belirlenen iş bölümü çerçevesinde, üstlendikleri kısa rapor çerçevesinde Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® değerlendirme unsuru tablolarında yer alan sorulara cevap verecek tarzda yazılması için gerekli aktivitelerin planlanması temel sorumluluklarıdır.

- **Araştırmacılar:** Çalışmanın ilgili bölümlerinde ya da bütününde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® değerlendirme unsuru tablolarında yer alan hususlarda, alanlarına ilişkin gerekli gördükleri katkıyı yazara iletmek temel sorumluluklarıdır.

- **Katkıda Bulunanlar:** Çalışmanın ilgili bölümlerinde ya da bütününde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® değerlendirme unsuru tablolarında yer alan hususlarda, yazara talep gelmesi durumunda alanlarına ilişkin gerekli katkıyı sunmak temel sorumluluklarıdır.

IV.5. Proje Yöneticisi, Proje Koordinatörü, Yazar, Araştırmacılar, Katkıda Bulunanlar

Proje Yöneticisi:

Bilgehan KARADAYI (Daire Başkanı, Uzman Doktor)

Proje Koordinatörü:

Olgun ŞENER (Kamu Yönetimi Uzmanı)

Proje Yüklenicisi:

CarthaGenetics® (İsviçre) ve Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş. (Türkiye Klinikleri) (Türkiye)

Proje Sorumlusu:

Dr. Güvenç KOÇKAYA (Tıp Doktoru)

Proje Editörleri:

Prof. Dr. Aydın YAĞMURLU (Tıp Doktoru)

Prof. Dr. Julide YILDIRIM ÖCAL (Ekonomist)

Prof. Dr. Nesrin ÇİLİNGİROĞLU (Sağlık Ekonomisti)

Proje Yazarları:

Prof. Dr. Haluk ÖZTÜRK (Tıp Doktoru)

Yrd. Doç. Dr. Selçuk ŞEN (Tıp Doktoru)

Yrd. Doç. Dr. Gülpembe ERGİN OĞUZHAN (Sağlık Yönetim Uzmanı)

Prof. Dr. İlhan İLKILIÇ (Tıp Doktoru)

Prof. Dr. Hayriye ERBAŞ (Sosyolog)

Av. Özge KORKUT (Avukat)



Tablo IV.4. Araştırmacılar

Sıra No	Adı Soyadı	Kurumu/Unvanı
1	Adile ACAR	SAGEM/SHGM
2	Aysel ATEŞ	SAGEM/SHGM
3	Elife DİLMAÇ	SAGEM/SHGM
4	Fatma Betül YENİLMEZ	Uzman Hemşire
5	Gülcan TECİRLİ	SAGEM/SHGM
6	İlker SABUNCUOĞLU	SAGEM/SHGM
7	Mustafa KILIÇ	SAGEM/SHGM
8	Olgun ŞENER	SAGEM/SHGM
9	Sevil AKDENİZ	SAGEM/SHGM
10	Sultan OĞRAŞ	SHGM

Tablo IV.5. Katkıda Bulunanlar

Sıra No	Adı Soyadı	Kurumu
1	Filiz ÇAVUŞ ŞEN	CarthaGenetics
2	Amir Mustapha SHARAF	CarthaGenetics
3	Aroussi BİDANİ	CarthaGenetics
4	Deniz AKAGÜNDÜZ AKGÜL	Türkiye Klinikleri
5	Figen YAVUZ	Türkiye Klinikleri
6	Sinem KAZAN	Türkiye Klinikleri

IV.6. Çıkar Çatışması Beyanı

“Tek Kullanımlık Sünnet Aletlerinin Önemi, Geliştirilmesi ve Üretilmesi” konulu STD proje ekibi üyeleri, çalışmanın bilimselliğini olumsuz anlamda etkileyebilecek maddi veya manevi herhangi bir tesir altında kalmadan ya da çıkar ilişkisi olmadan çalışmayı yürüttüklerini beyan etmişler ve Ek 2’de yer alan çıkar çatışması bildirim (tarafsızlık beyanı) formunu imzalamışlardır.



V. Sünnet Hakkında Genel Bilgiler

Dr. Güvenç Koçkaya

V.1. Giriş

Erkeklerde sünnet, dünya genelinde mevcut olan en yaygın ve en eski cerrahi uygulamalardan biridir. Geleneksel sünnet uygulamasında, işlem esnasında sünnet derisi alınarak insan penisine prosedürel cerrahi uygulanmaktadır. Sünnet; kültürel, dini ve hatta tıbbi nedenler gibi çeşitli nedenlerle yapılabilir. Geleneksel olarak sünnet dini uygulamalarla sınırlı olup, belirli bir grup insanda kültürel kimliğin bir ölçüsü olarak yankı uyandırmıştır. Bununla beraber, tıbbi vasıtaların gelişmesi ve cerrahi yöntemlerle ilgili çalışmalarda ilerlemelerle birlikte sünnet, sosyal ve sağlıkla ilişkili nedenlerle farklı kültürlerle de nüfuz etmiştir [1].

Kadınlarda sünnet prosedürünün dört tipi vardır; klitoridektomi, eksizyon, infibülasyon ve diğerleri. Klitoridektomide klitoris kısmen veya tamamen çıkarılırken, eksizyonda labia minora ve klitoris kısmen veya tamamen çıkarılır. Diğer yandan, infibülasyon prosedüründe vajina girişi daraltılır ve diğer prosedürler için de delme, dağlama, kazıma ve insizyon bulunur [2]. Ancak, literatür taramalarında da görüldüğü gibi, kadın sünnetinin klinik anlamda bir faydası yoktur ve tam tersine klinik anlamda cinsel birleşmede kanama, ağrı ve enfeksiyon artışı gibi birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda kadın sünneti çalışma kapsamı dışındadır. Çalışmada, klinik anlamda avantaj ve dezavantajları incelenebilecek olan erkek sünneti üzerinde durulacaktır. 15 yaş ve üzeri yaş grubu için DSÖ (2007) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, ilgili yaş grubundaki üç erkekten birinin sünnet edildiği tahmin edilmiştir [3]. Ek olarak, Waskett (2014) tarafından yayımlanan bir raporda, 2011 yılında sünnet prevalans oranının dünya çapında yaklaşık %37 ila %40'a ulaştığı belirtilmiştir [4]. Giderek artan çalışmalarda, kültürel öneminin yanı sıra sünnetin halk sağlığı için ve tıbbi açıdan da faydalı olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, sünnet uygulama sebebinden bağımsız olarak, bu işlem özellikle de kurak ve sıcak iklime sahip alanlarda global kültürün ayrılmaz bir parçası hâline gelmiştir [5]. Devam eden gelişmeler ışığında, önde gelen sağlık kurumları tarafından tıbbi (erkek) sünnetin HIV gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruduğunu doğrulayan çalışmalar yapılmıştır. Bunu destekleyen kurumlar içinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) ve Birleşmiş Milletler'in HIV/AIDS programı bulunmaktadır [5]. Ek olarak, Amerikan Pediatrik Sünnet Akademisi'nin politika beyanında (2013), sünnet uygulananlarda sünnetin hayat boyu çok sayıda sağlık sorununa karşı koruma potansiyeline sahip olabileceği konusunda olumlu görüş bildirilmiştir [6]. Bununla birlikte, kadınlarda sünnet, sosyal ve geleneksel sebeplerle artmaya devam etmektedir. Uygulama İslam mezhepleri arasında yaygın olsa da sünnetin Yahudilerde ve Hristiyanlarda da görülmeye başlandığına dair raporlar mevcuttur [7].

Erkeklerde sünnet yaygın prevalansa, geleneksel ve kültürel köklere sahip olduğundan, bu raporda uygulamanın faydaları, güçlü ve zayıf taraflarının yanı sıra tarihi geçmişi sunulmaktadır. Bununla birlikte, dünyadaki dini ve sosyal grupların sünnete ilişkin bilgilerinin artırılmasına katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

V.2. Dünya Genelinde Sünnetin Tarihi

Sünnetin tarihi Samilere kadar dayanır ve aynı zamanda Yahudileri ve Mısırlıları da kapsar. Prosedürün ilk resimli tasviri, Mısır'da bulunan mezar duvarlarındaki M.S. 2300 tarihli resimlerde görül-



mektedir. Ek olarak, sünnet uygulamasının gerekçeleri Yahudilerin kutsal kitabı olan Tevrat'ta verilmektedir. Sünnet, insan ile Tanrı arasındaki kutsal bir ahit olarak görülmektedir. Sünnet uygulaması Yahudilerde, günümüzde de devam ettirilmekte olup, yeni doğan erkekler doğumlarından sonraki sekizinci günde bir dini törenle sünnet edilmektedir [8]. Kadın sünnetinin kökeni belirsizliğini hâlen korumaktadır. Bu uygulamayla ilgili bilinen en eski söylem M.Ö. 500'e kadar uzanmakta olup, yüksek sınıftan Mısırlı ve Etiyopyalı kadınlarda bu işlemin yapıldığına tanıklık eden Herodot'a aittir [9]. Eskiden yapılan sünnet uygulaması İbrahimi dinlerle de ilişkilendirilmiş olup, Yunanistan'da da uygulandığı bilinmektedir. Antik Roma'da kadın kölelerin cinsel ilişkiye girmesini ve hamile kalmasını engellemek için de sünnet yapıldığı düşünülmektedir [10].

Erkek sünnet uygulamasıyla ilgili olarak, İslam inancına sahip bireyler sünnet uygulaması bulunan en büyük popülasyonu oluşturmaktadır. Yahudilerin aksine, prosedür arınma işlemidir. Kuran veya başka bir deyişle Müslümanların kutsal kitabı özel olarak bu işlemde herhangi bir şekilde bahsetmese de İslami düşünce ekollerinin altısı da sünneti kendi kültürel varlıklarının gerekli bir parçası olarak görmektedir. Sünnet 7. yüzyılda İslamiyet'in yayılmasıyla birlikte yayılmış olup, önceden sünnet uygulaması bulunmayan kültürlerde bu prosedürlerin kullanılmaya başlamasına neden olmuştur [11]. Bununla beraber Müslüman popülasyonunda sünnet bir gerekliliktir. Ancak, Uganda'da Müslümanların %99'u sünnet olur iken, Sukuma etnik grubuna mensup olanların sadece %74'ünün sünnet olduğu bilinmektedir. Hristiyanlıkta, Etiyopyalı ve Mısırlı Ortodoks Hristiyanlar sünnet uygulamasına sahiptir. Tarihsel süreçte sünnetin, büyük ölçüde etnik köken, toplumsal kültür ve dinlere bağlı olarak yayıldığı gözlenmiştir [12]. Sünnetin yayılması sadece Müslüman topluluğunun katkısıyla olmamıştır. Batı Afrika'daki Poro Bölgesi'nde İslam'ın yayılmasından önce bile sünnet yapıldığı bilinmektedir. Ayrıca, Afrika'nın Sahra Altı Bölgesi'ndeki etnik grubun, Avustralya aborijinlerinin, Amerika'daki Mayalar'ın ve Aztekler'in ve Endonezya ile Filipinli yerlilerinin de din harici sebeplerle binlerce yıldır sünnet uyguladıkları bilinmektedir [13].

V.3. Sünnetin Faydaları

Sünnet; zamanla hastalıkları önlemek için bir araç hâline gelmiş olup, belirli bir bölgeye veya dine özgü bir uygulama değildir. Sünnet, hastalıkları önlemenin yanı sıra toplumla sosyal ve kültürel özdeşleşme vasıtası olarak da işlev görmektedir. Dahası sünnet uygulaması erkekler için erkeklığe adım atmak olarak algılanmaktadır [7]. Toplumsal algısının yanında klinik açıdan faydaları aşağıdaki gibidir.

V.3.1. İYE Riskinde Azalma

Sünnet edilen erkeklerin, özellikle doğumdan sonraki ilk yılda idrar yolları enfeksiyonuna (İYE) yakalanma olasılığının daha düşük olduğunu belirten çeşitli epidemiyolojik çalışmalar bulunmaktadır. 2 aydan küçük yenidoğanlarda İYE riski düşük olup, toplam popülasyonun %2,5'ini oluşturmaktadır. Bununla birlikte, çocuk yaşamının ilk yılında risk artmaktadır. Kanada'da 58.000 çocuk üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, sünnet olmamış erkeklerde İYE riskinin 7,02/1.000 olduğu görülür iken, sünnet olan akranlarında bu risk 1,88/1.000 olarak bulunmuştur [14]. Ek olarak, Dubrovsky ve ark. (2012) tarafından, Montreal Çocuk Hastanesinin acil servisine İYE belirtileriyle başvuran 440 çocuk üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, sünnet edilmemiş erkeklerde algılanan İYE riskinde artış açısından analiz yapılmıştır [15]. Sonuçlara göre, sünnet edilen erkeklerin İYE'ye yakalanma riski sünnet edilmemiş erkek çocuklara göre 10 kat daha düşüktür. Bu durum Escherichia coli gibi patojenlerin sünnet derisi altındaki bölgelerde kalıcı olması ve çoğalmasına dayandırılmakta olup, diğer periüretal üropatojenik bakteriler böbrek ve mesaneye ulaşarak hastalığa sebep olabilir [14].



V. Sünnet Hakkında Genel Bilgiler

V.3.2. CYBH Riskinde Azalma

Erkeklerde sünnet prosedürünün, insanlarda heteroseksüel ilişki yoluyla edinilen cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) riskini azalttığını gösteren yeterli bilimsel kanıtlar vardır. Çalışma; insan papillom virüsü (HPV) enfeksiyonları, herpes simplex virüsü tip 2 (HSV-2) ve sifilisin önlenmesi konusunda erkek sünnetinin rolünü araştırmak amacıyla Tobian ve ark. (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir [16]. Üç klinik çalışma barındıran bu çalışma, sünnetin erkeklerde insan immün yetmezlik virüsü (HIV) vakalarını azaltabileceğini göstermiştir. Bu konuda yapılan başka çalışmalar da sünnet edilmemiş erkeklerin HIV'e bağlı enfeksiyona yakalanma riskinin 2-3 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir [17]. Ek olarak, Macneily ve Afshar (2011) tarafından yapılan çalışmada, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) önlenmesinde sünnet prosedürünün etkinliği vurgulanmıştır [18]. Bununla birlikte sünnet, hastalıklara ve hastalığın bazal prevalans oranlarına, popülasyonun cinsel davranışı gibi faktörlere karşı korumayı garanti etmemekle beraber, sosyodemografik grup tarafından koruyucu çözüm benimsenme oranı, yayılma oranını kontrol etmede önemli bir rol oynamaktadır.

V.3.3. Bazı Kanser Risklerinde Azalma

Gözlemsel ve randomize çalışmalardan elde edilen kanıtlar ışığında, erkeklerde sünnetin penis kanserine sebep olabilecek insan papillom virüsünün (HPV) gelişme riskini azalttığı söylenebilir [13]. Penis kanseri, gelişmekte olan ülkelerde kansere bağlı morbidite oranının %10'unu oluşturmaktadır ve Batı uluslarında bu oranlar %1'in altındadır. Virüs cinsel yolla bulaştığından, erkeklerdeki HPV gelişimi kadınlarda da kanser tehdidi oluşturmakta olup, rahim ağzı kanseri vakalarının %90'ına sebep olmaktadır [17]. Ek olarak çalışmalar, sünnetin kadınlarda rahim ağzı kanseri riskini ve insan papillom virüsü için enfeksiyonları azaltmada etkili olduğunu göstermektedir [13]. Morris ve Hankins (2017) tarafından yürütülen bir çalışmada, Afrika dışı ülkelerde gerçekleştirilen dokuz çalışmadan sekizindeki sonuçlar ortaya konmuş ve erkek partnerlerin sünnetli olmasının kadınlarda rahim ağzı kanseri riskini %82 oranında düşürdüğü görülmüştür [19].

V.3.4. Kadın ve Erkekler İçin Sağlık Açısından Diğer Faydaları

Erkeklerde sünnetin, hijyenin sağlanabilmesi gibi sağlık açısından faydaları vardır. Penil bölge enfeksiyonlara açıktır ve sünnet derisinin çıkarıldığı işlemi içeren sünnet hijyenin sürdürülmesini daha kolay hâle getirmekte olup, bu da bölgede herhangi bir enfeksiyöz virüsün gelişimini engelleyebilir. Ek olarak sünnet, sünnet olmamış bir erkeğin sünnet derisinin retrakte olmasının zor hâle geldiği "fimosiz" gibi penil problemlerini önlemektedir. Bazen retraksiyon oldukça sorunludur ve peniste sünnet derisinin ve penis başının inflamasyonuna neden olabilir [20]. Erkeklerde sünnetin kadın partnere sağladığı sağlık açısından faydaları olduğu da bilimsel çalışmalarda gösterilmiştir. Sünnet olmamış erkek partneri olan kadınlara kıyasla, sünnet olmuş erkek partneri olan kadınlarda sifilis insidansında %59'luk bir azalma ve Trichomonas vaginalis vakalarında %59'luk bir azalma bulunmaktadır. Sünnet olmuş erkek partnerleri olan kadınlarda, ayrıca diğer vajinal enfeksiyonlar da azalmaktadır [19].

V.4. Sünnetin Zayıf Yönleri ve Riskleri

Sünnete bağlı riskler çoğunlukla işlemle ilgili cerrahi komplikasyonlardan kaynaklanabilir. Bazen prosedür aşırı kanama, sepsis, istenmeyen estetik etkiler, hematoma, bezlerde hasar ve laserasyona neden olabilir. Neonatal dönemde sünnet basit bir prosedür iken; ilerleyen zamanlarda sünnetin



kompleksitesi çocuklarda %0,2 oranında, yetişkinlerde ise %0,4 oranında artmaktadır [8]. Sünnet prosedürünün riskleri/zayıf yönleri aşağıdaki gibidir.

V.4.1. Ağrı

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), erkeklerde sünnet prosedürleriyle ilişkili zararlar konusunda çalışmalar yürütmüştür. Çalışmalarda, yetişkinlik döneminde sünnet olan erkekler tarafından bildirilen riskler içinde, cerrahi sonrası penil ağrıda bir artış bulunduğu görülmüştür [21]. Ek olarak, Rai ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, anestezi altında cerrahi uygulanan yetişkinlerde ağrının orta şiddette olduğu vurgulanmıştır [22]. Şiddetli ağrı sadece fazla komplikasyon olan vakalarda görülmekte olup, oldukça seyrek. Neonatal yaş grubu üzerindeki genç hastalar yetişkinlerden daha fazla rahatsızlık yaşayanlardır [2].

V.4.2. Enfeksiyonlar

Tıbbi sünnet çok yaygın bir prosedür olup, genel komplikasyon oranı düşüktür. Komplikasyonlar çok seyrek ve tıbbi sünnet kaynaklı enfeksiyon vakaları yaygın değildir [8]. Bununla birlikte, preli-miner aşamada meydana gelen enfeksiyon minördür ve antibiyotikli merhemlerle ve cerrahi işlem sonrası hijyenin korunmasıyla tedavi edilebilir. Sadece nadir vakalarda enfeksiyon, polimikrobiyal enfeksiyondan kaynaklı olarak Plastibell sünnetin ötesinde olabilir ve bu da hemen nekrotik doku cerrahisi yapılarak tedavi edilebilir [23].

V.4.3. Uzun Dönem Riskler

Cerrahi esnasında verilen anestezinin nöbetlere yol açtığı bildirildiğinden, neonatal evrede sünnet, erkek çocuğun uzun dönem yaşam biçiminde olumsuz bir etkiye sahip olabilir. Anestezi verilmediği durumda, neonatal evredeki ağrı hayatın ilerleyen zamanlarında duygudurum bozukluklarına neden olur [24]. Sünnet, neonatal evrede veya ilk çocukluk çağında gerçekleştirildiğinde, bu erkeklerin üzüntü ve kızgınlığı prosedüre izin vermemiş olmaları şeklinde ifade etmelerine sebep olabilir. Hatta Boyle (2015) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, sünnete bağlı cinsel yetersizliklerin yetişkinin ileriki hayatında negatif duygudurumuna neden olduğu bildirilmiştir [25].

V.4.4. Hasar Riski

Sünnet, genital bölgede ülserasyona neden olabilir ve cerrahi işlem esnasında yakındaki dokularda hasara sebebiyet verebilir. Hasar, hem geleneksel cerrahi sünnet yönteminde hem de tek kullanımlık sünnet aletleri ile yapıldığında meydana gelebilir. Bezlerdeki hasarın yanı sıra, üretra da işlem esnasında hasar görebilir. Prosedürden kaynaklı hasarlar devamlı ise erkeklerde glandüler bölgede nekroza veya ampütasyona sebep olabilir [23]. Bıçak kullanımından kaynaklı hasarlar, kadınlarda keloid olarak da bilinen fazla skar dokusuna ve obstetrik fistül gelişimine neden olabilir [26].

V.4.5. Türkiye’de Sünnet İşlemi Sayıları

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından derlenen verilere göre, sağlık kuruluşunda yapılan sünnet sayıları yıllar içinde artmaktadır. 2013 yılında 346.519, 2015 yılında 407.960 ve 2017 yılında 418.283 sünnet işlemi yapıldığı gözlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, Türkiye’de 2017 yılında 1.291.055 canlı doğum olmuştur. Bu doğumların %51,3’ünün, diğer bir ifade ile 662.311’inin erkek canlı doğum olduğu bilinmektedir. Yine TÜİK raporlarına göre, 5 yaş altı ölüm hızının %0,12 olduğu ve %99’unun sünnet uygulaması yapan Müslüman ve Yahudi



V. Sünnet Hakkında Genel Bilgiler

dinine mensup olduğu bilinmektedir. Diğer taraftan, yıllara göre canlı doğum sayısı azalmaktadır. Bu bağlamda varsayımsal olarak yılda en az 650.000 sünnet olması beklenmektedir. Ancak, bu rakam geçtiğimiz yıllarda artış göstermesine rağmen, %63'ünün 3. basamak eğitim araştırma veya üniversitede, 2. basamak devlet veya özel hastanelerde sünnet olduğu gözlenmektedir.

Tablo V.1. Yıllara göre Türkiye’de sünnet işlem sayıları.

	2013	2015	2017
Sağlık kuruluşunda gerçekleşen sünnet işlem sayısı	346.519	407.960	418.283
Muhtemel sünnet işlem sayısı	650.000*	650.000*	650.000*
Oran	%52	%62	%63

*TÜİK istatistiklerine göre varsayımsal olarak alınmıştır.

V.5. Özet

Yukarıda verilen bilgiler ışığında, erkek sünnetinin avantajları ve dezavantajları ortaya konmaktadır. Sünnetin, erkeklerde sağlık açısından tıbbi olarak doğrulanmış birçok faydası vardır. Sünnet prosedürünün enfeksiyon riskinin yanı sıra rahim ağzı kanseri vakalarını da anlamlı şekilde azaltması sebebiyle, sünnetli partnerleri olan kadınlar için de sünnetin faydalı olduğu bulunmuştur. Ek olarak, sünnet tıbbi bir işlemdir ve prosedürün riskleri içinde şişme, kanama ve enfeksiyon problemleri bulunduğundan, sadece cerrahi kılavuzlara uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Sünnet prosedürlerini gerçekleştirmenin güvenilirliği ve bu konuda alınacak önlemler arasında bir ilişki kurmaya yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Türkiye’de hâlen sünnet olması beklenen erkek çocuklarının %37’lik bir kısmı bir sağlık kuruluşunda sünnet olmamaktadır. Bu husus da politika yapıcılarının yeni projeler geliştirmesinde fayda olabilir. Politika yapıcılarının da sünnet uygulamasının sağlık kuruluşunda yapılması hususunda yapacağı uygulamalarda, bu rapor ışığında tek kullanımlık sünnet tıbbi malzemelerinin kullanımına yönelik değerlendirmeler yapması uygun olabilir.



V.6. Kaynaklar

1. Lissauer, T., & Clayden, G. (2011). *Illustrated Textbook of Paediatrics With STUDENT CONSULT Online Access. Illustrated Textbook of Paediatrics: Fourth Edition.*
2. WHO Department of Reproductive Health. (2012). *Female genital mutilation. In Understanding and Addressing Violence Against Women (pp. 1–8). WHO publications.*
3. WHO. (2007a). *Global prevalence of male circumcision. Male Circumcision : Global Trends and Determinants of Prevalence, Safety and Acceptability, 7.*
4. Waskett, J. H. (2014). *Global circumcision rates. Circumcision Independent Reference and Commentary Service.*
5. Morris, B. J., Wamai, R. G., Henebeng, E. B., Tobian, A. A., Klausner, J. D., Banerjee, J., & Hankins, C. A. (2016). *Estimation of country-specific and global prevalence of male circumcision. Population Health Metrics, 14, 4. https://doi.org/10.1186/s12963-016-0073-5*
6. American Academy of Pediatrics Circumcision. (2013). *Cultural Bias and Circumcision: The AAP Task Force on Circumcision Responds. Pediatrics, 131(4), 801–804. https://doi.org/10.1542/peds.2013-0081*
7. Saraçoğlu, M., & Öztürk, H. (2014). *Female Circumcision. Androl Gynecol, 2(2).*
8. WHO. (2007b). *Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.*
9. El-Damanhoury, I. (2013). *The Jewish and Christian view on female genital mutilation. Afr J Urol., 19(3), 127–129.*
10. Andro, A., & Lesclingand, M. (2016). *Female genital mutilation. overview and current knowledge. Population, 71(2), 215–296.*
11. Anwar, M. S., Munawar, F., & Anwar, Q. (2010). *Circumcision: a religious obligation or “the cruellest of cuts”? The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners, 60(570), 59–61. https://doi.org/10.3399/bjgp10X482194*
12. Lukobo, M. D., & Bailey, R. C. (2007). *Acceptability of male circumcision for prevention of HIV infection in Zambia. AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 19(4), 471–477. https://doi.org/10.1080/09540120601163250*
13. Unaid. (2010). *Neonatal and child male circumcision: a global review. WHO.*
14. Burgu, B., Aydogdu, O., Tangal, S., & Soygur, T. (2010). *Circumcision: pros and cons. Indian Journal of Urology: IJU: Journal of the Urological Society of India, 26(1), 12–5. https://doi.org/10.4103/0970-1591.60437*
15. Dubrovsky, A. S., Foster, B. J., Jednak, R., Mok, E., & McGillivray, D. (2012). *Visibility of the urethral meatus and risk of urinary tract infections in uncircumcised boys. CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne, 184(15), E796-803. https://doi.org/10.1503/cmaj.111372*
16. Tobian, A. A. R., Serwadda, D., Quinn, T. C., Kigozi, G., Gravitt, P. E., Laeyendecker, O., ... Gray, R. H. (2009). *Male Circumcision for the Prevention of HSV-2 and HPV Infections and Syphilis. New England Journal of Medicine, 360(13), 1298–1309. https://doi.org/10.1056/NEJMoa0802556*
17. Mwashambwa, M. Y., Mwampagatwa, I. H., Rastegaev, A., & Gesase, A. P. (2013). *The male circumcision: the oldest ancient procedure, its past, present and future roles. Tanzania Journal of Health Research, 15(3). https://doi.org/10.4314/thrb.v15i3.8*



V. Sünnet Hakkında Genel Bilgiler

18. Macneily, A. E., & Afshar, K. (2011). Circumcision and non-HIV sexually transmitted infections. *Canadian Urological Association*
19. Morris, B. J., & Hankins, C. A. (2017). Effect of male circumcision on risk of sexually transmitted infections and cervical cancer in women. *Www.thelancet.com/lancetgh*, 5. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30386-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30386-8)
20. *Journal = Journal de l'Association Des Urologues Du Canada*, 5(1), 58–9. <https://doi.org/10.5489/cu-aj.11009> Mayo Clinic. (2018). Circumcision (male) - About - Mayo Clinic.
21. Earp, B. D. (2015). Do the benefits of male circumcision outweigh the risks? A critique of the proposed CDC guidelines. *Frontiers in Pediatrics | Child Health and Human Development*, 3. <https://doi.org/doi:10.3389/fped.2015.00018>
22. Rai, B. P., Qureshi, A., Kadi, N., & Donat, R. (2013). How Painful is Adult Circumcision? A Prospective, Observational Cohort Study. *The Journal of Urology*, 189(6), 2237–2242. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2012.12.062>
23. Krill, A. J., Palmer, L. S., & Palmer, J. S. (2011). Complications of circumcision. *The Scientific World Journal*, 11, 2458–68. <https://doi.org/10.1100/2011/373829>
24. Victoria, N. C., Inoue, K., Young, L. J., & Murphy, A. Z. (2013). Long-term dysregulation of brain corticotrophin and glucocorticoid receptors and stress reactivity by single early-life pain experience in male and female rats. *Psychoneuroendocrinology*, 38(12), 3015–3028. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.08.013>
25. Boyle, G. J. (2015). Circumcision of Infants and Children: Short-Term Trauma and Long-Term Psychosexual Harm. *Advances in Sexual Medicine*, 5(2), 22–38. <https://doi.org/10.4236/asm.2015.52004>
26. Berg, R. C., Denison, E. M. L., & Fretheim, A. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies.



Bölüm 1: Sağlık Sorunu ve Teknolojinin Günümüzde Kullanımı

Prof. Dr. Haluk Öztürk

1.1. Giriş

Bu bölümde, sistematik tarama sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde tek kullanımlık sünnet aletlerinin günümüzde kullanımına yönelik bilgiler sunulacaktır. Bölüm içinde, metodolojik yaklaşım çerçevesinde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri Tablosunun “Sağlık Sorunu ve Teknolojinin Mevcut Kullanımı” başlıklı birinci bölümündeki soruların yanıtları da verilmiştir.

1.2. Değerlendirmeler

Sünnet, cerrahi olarak sünnet derisinin kısmen veya tamamen çıkarılması olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile glans penisi saran prepsiyum ya da sünnet derisi denen içi mukoza kaplı deri parçasının kesilerek çıkarılması olarak tanımlanan sünnet, dünyadaki en eski ve en yaygın cerrahi prosedürlerden biri olup, dünya erkek popülasyonunun yaklaşık üçte birinin sünnet olduğu bilinmektedir [1-5]. Sünnet; dinsel, kültürel ve tıbbi nedenler ile uygulanabilmektedir. Dini sünnet Yahudiler tarafından uygulanmakla birlikte; dini ve kültürel sünnet Müslümanlar, Siyah Afrikalılar, Avustralya Aborijinleri ve diğer bazı etnik gruplar tarafından yapılmaktadır. Batı toplumlarında sünnet, çoğunlukla tıbbi endikasyonlar nedeni ile yapılmaktadır [2].

Sünnet genel olarak yenidoğan ve ikinci çocukluk dönemi süreçlerinde uygulanmaktadır. Böylelikle cinsel olgunluğa erişmemiş olan bireylerin ve partnerlerinin cinsel aktivite ile oluşabilecek potansiyel hastalıklardan koruduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Aynı zamanda, sünnetli yenidoğan bebeklerin sünnet olmayan çocuklara göre daha az idrar yolu enfeksiyonları geçirdiği yapılan çalışmalarda rapor edilmiştir. Bu çalışmalara göre sünnet, üriner sistem enfeksiyonlarına (ÜSE) karşı on kat koruma sağlar ve böylelikle erkek bebeklerde enfeksiyona bağlı oluşabilecek böbrek hasarı engellenebilir. Ayrıca, sünnet ile erkeklerdeki cinsel sorunların ortak bir nedeni olan balanopostit ve fimozis ile penil kanseri için önemli bir risk azaltımı sağlanabilmektedir [4].

Erkeklerde en sık sünnet gerektiren tıbbi durumlar sırasıyla; fimozis, tedavi edilemeyen parafimozis, balanopostit, balanitis kserotica obliterans'tır. Fimozis; prepsiyum deliğinin daralması ile karakterize bir durum olup, prepsiyum geri çekilemez ve işeme engellenir. Tedavi edilemeyen parafimozis; corona sonrasındaki fimotik sünnet derisinin geri çekilememesi, glans ve sünnet derisinde ağrılı bir şişmeye neden olmasındır. Şiddetli vakalar glans nekrozuna neden olabilir. Balanopostit, sünnet derisinin ve glansın iltihabıdır. Balanitis kserotica obliterans; glans penis ve sünnet derisinin kronik sklerozu ve atrofisidir. Bu durum, penil kanseri için bir risk faktörüdür [3].

Tıbbi araştırmalar sünnetin penil kanser, prostat kanseri, insan papilloma virüsü (HPV), sifiliz, şankroid, HSV-2 ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) görülme sıklığını azalttığını bildirmektedir. Ek olarak, sünnetin insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte olma riskini önemli ölçüde azalttığı tıp literatüründe yerini almıştır [6-9]. Prostat kanseri, sünnetsiz erkeklerde sünnetli erkeklere göre 1,6-2,0 kat daha fazla gözlenir. Benzer şekilde, sünnetsiz erkeklerde penis kanseri



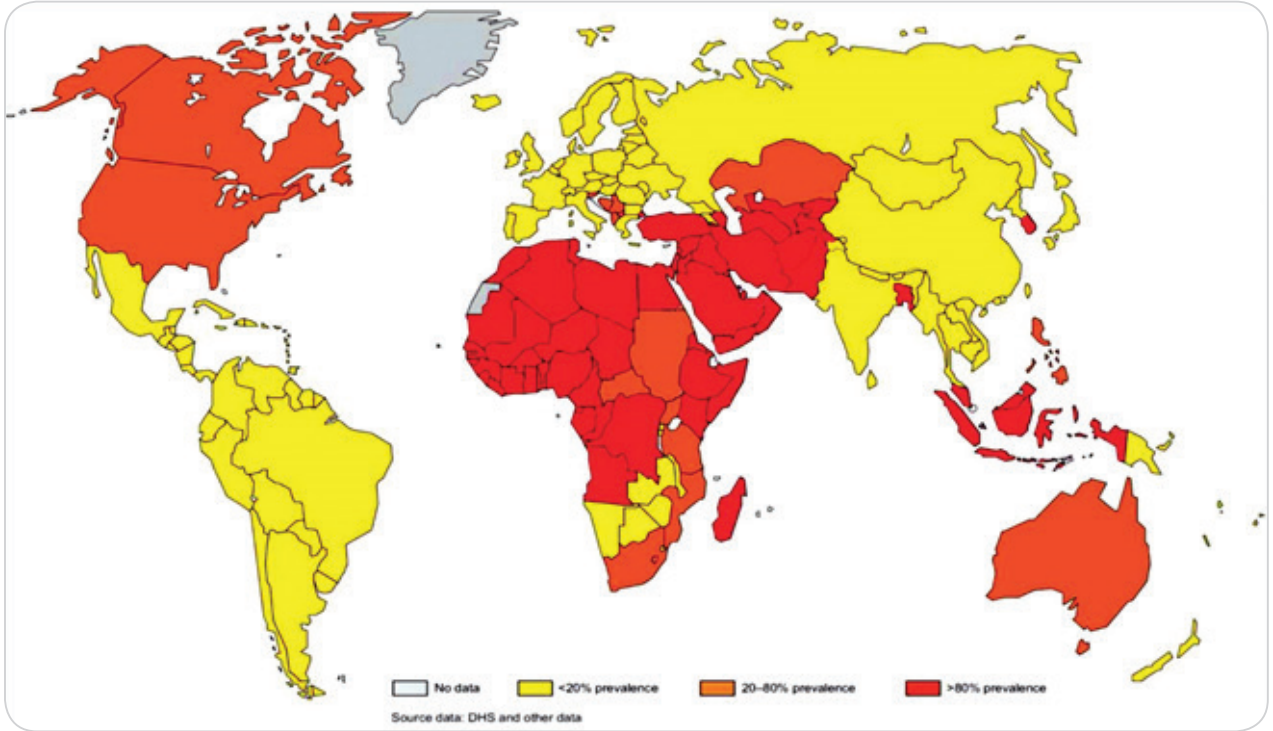
gelişme olasılığı 1/600-900 arasında iken, sünnetli erkeklerde ise 1/50.000-12.000.000'dir. Erkek sünneti başta HPV olmak üzere; bazı CYBE'nin bulaşını engelleyerek, kadınlarda serviks kanserlerinden ve erkeklerde penis kanserlerinden sorumlu patojenin önlenmesinde oldukça yararlıdır. Sünnet ayrıca; ülseratif ilerleyen frengi, kankroid, trikomonas vaginalis ve herpes simplex virüs tip 2 (HSV-2) gibi CYBE'leri engeleyerek, cinsel ülser görülme sıklığını da azaltmaktadır [10,11]. Erkek sünnetinin halk sağlığı yararları olduğu da rapor edilmiştir. Özellikle yukarıda belirtildiği üzere, HIV gibi CYBE riskini azaltması halk sağlığı açısından da faydaları olarak değerlendirilmektedir. Özellikle kadınlar açısından önemli olan servikal kansere neden olan yüksek riskli HPV türleri, HSV-2, pelvik inflamatuvar hastalığa neden olabilecek Chlamydia trachomatis, ektopik gebelik, infertilite ve bakteriyel vajinoz riskini azaltması da bu kapsamda değerlendirilmektedir [11,12].

Tüm bunlara ek olarak sünnet; 2007 yılında, yüksek oranda heteroseksüel yolla bulaşan HIV'in önlenmesinde önemli ve ispatlanmış bir strateji olarak Dünya Sağlık Örgütü (WHO/DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (UN) HIV/AIDS Ortak Programı tarafından onaylanmıştır. Bu onayın bilimsel dayanağı Afrika'nın altı farklı yerinde üç büyük randomize kontrollü, 20 yılı aşan araştırma sonuçlarıdır [12].

1.2.1. Prevalans

Müslüman ve Yahudi erkekler arasında sünnetin yaygın olmasından dolayı, aşağıdaki harita üzerinde görülebileceği üzere Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da sünnet uygulamasının yaygınlığı yüksektir (Şekil 1.1). 15 yaş ve üstü sünnet edilen erkeklerin toplam sayısı 661,5 milyon ile 727,65 milyon ya da erkeklerin %30-33'ü arasında olduğu tahmin edilmektedir [13]. Başka bir araştırma da bu verileri desteklemekle birlikte; sünnet prevalansının %37,7 olduğunu, ancak gerçek yaşam verileri olarak dikkat alındığında bu oranın biraz farklı olma ihtimali olduğunu belirtmiştir [14].

Bugün, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yılda 1,2 milyon yenidoğan sünnet edilmektedir ve bu rakam giderek artmaktadır. Sünnet oranı ABD'de %70, İngiltere'de %6, Nijerya'da %87, Avustralya'da yenidoğan erkeklerde %69 ve 16-20 yaş arasındaki erkeklerde %32'dir. Orta Doğu'da yılda 10 milyon Müslüman'a ve 100.000 Yahudi'ye sünnet yapılır iken, Afrika'da bu sayı 9 milyona ulaşmaktadır [15]. Bu veriler ışığında, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak erkek popülasyonunun 3'te 1'inin sünnet edildiği söylenebilir. Yapılan çalışmalara göre sünnet; genellikle yenidoğan döneminde yapılır, ancak her yaşta gerçekleştirilebilir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tarafından, halk sağlığına yararları nedeni ile önleyici olması için yenidoğan sünneti kararı ailelere bırakılmakla birlikte önerilmiştir [2]. Yenidoğan sünnetinin riskleri diğer yaştaki sünnetlere göre daha azdır. Yenidoğan döneminde çok çeşitli cerrahi yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu çeşitlilikteki amaç; sağlık yararlarını en üst düzeye çıkarmak, prosedürün risklerini ve maliyetini azaltmaktır.



Şekil 1.1. Sünnet prevanlası global haritası [15].

1.2.2. Sünnet Cerrahisi

Sünnet, yukarıda söz edildiği gibi, glans penisini saran prepsiyum ya da sünnet derisi denen içi mukosa kaplı deri parçasının kesilerek çıkarılması demektir. Sünnet kontrendikasyonları konjenital phallus anomalileri, örneğin; hypospadias, epispadias, megalourethra, ağılı (webbed) penis ve diğerleri prematürite, kanama sorunları, myelomeningosel ve anorektal anomalilerdir. Bu bölümde sünnet cerrahisi ile ilgili teknikler; sünnet aletleri, avantaj ve dezavantajları ele alınacaktır.

1.2.3. Sünnet Cerrahi Teknikleri

Sünnet derisi, glans penis ve üretral meatusu kapsayan penis shaftı yanındaki derinin devamıdır. Bazı kaynaklar, sünnet derisinin intrauterin dönemde gelişmekte olan penisini koruduğunu ve glansı nemli tutmada bir işleve sahip olduğunu bildirmektedir. Bu durumda sünnet derisinin rolü hâlâ tartışılmaktadır. Sünnet derisi yenidoğan erkeklerde geri çekilemez. Tamamlanmamış ayrışma fenomeni genellikle 'yapışıklıklar' olarak adlandırılır ve pediatrik sünnet sırasında ucu künt bir alet yardımıyla yapışıklıklar açılır. Üç yaşına kadar erkeklerin yaklaşık %10'u yapışıklığı devam eden sünnet derisine sahiptir. Ancak, erişkin dönemde sünnet derisi hemen hemen tüm erkeklerde tamamen geri çekilebilir durumdadır. Sünnet ilkeleri; asepsi, yeterli dış ve iç prepsiyum deri katmanlarının eksizyonu, hemostaz, glans ve üretranın korunması ve estetik iyileşmedir. Bu prosedürün esas amacı; fimozis veya parafimoz oluşumunu önlemektir. Sünnet temel olarak iki farklı şekilde yapılabilmektedir. Bunlar; cerrahi yöntem ve aletli yöntemdir. Aletli yöntemler;

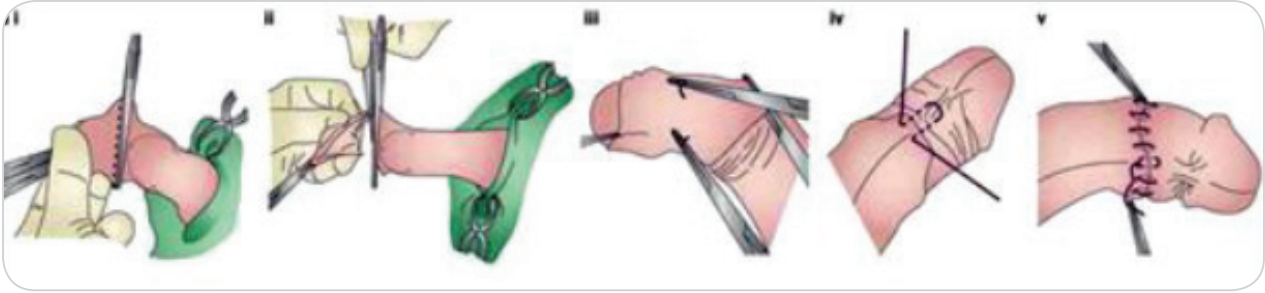
- Eksizyon yöntemi (kesip çıkarma),
- Dorsal slit (kesi) yöntemi,
- Mogen ve klamp yöntemi,
- Gomco yöntemi,
- Forceps kullanımlı sünnet yöntemi

olarak sıralanmaktadır.

Son yıllarda tek kullanımlık sünnet aletleri ile uygulanan yöntemler yaygın olarak kullanılır hâle gelmiştir. Bebeklerde ve çocuklarda, tek kullanımlık sünnet aletleri ile klamp yöntemi sıklıkla tercih edilmektedir.

1.2.3.1. Eksizyon (Kesip Çıkarma) Yöntemi

Sünnette glans penis corona yakınından ve dış prepisyumda çevresel bir insizyon yapılır. Kesilen iki çevresel alan çıkarılır. Serbest kalan kenarlar dikilir. Frenulum dâhil edilebilir veya istenirse ayrı olarak kesilebilir. Glans ve frenulum korunmasına özen gösterilir. Bazı durumlarda sünnet derisinin iç tabaka gerginlik ve hemostazı için glansın arasına yerleştirilen katlı gazlı bez kullanır. Ayrıca, Şekil 1.2'de eksizyon öncesi sünnet derisini ezme için bir arter forsepsi kullanımı gösterilmektedir (Şekil 1.2.aI-V) [16]. Bunlar genellikle birçok teknik komplikasyonu azaltmaya yöneliktir. İsrail'de hemofili hastalarında prepisyumu kesme ile ilgili olarak lazerle sünnet yapılmakla birlikte, literatürde bu durum nadirdir.



Şekil 1.2.aI-V. Sünnet yöntemleri, eksizyon (kesip çıkarma) yöntemi [16].

1.2.3.2. Dorsal Slit (Kesi) Yöntemi

Dorsal kesi yöntemi birçok teknik için ortak yöntemdir. Özellikle akut inflamasyon durumunda dorsal kesi fimozis ve parafimozisi önleyebilir. Bu işlemde sünnet derisi yapışıklıkları serbestleştirilir. Şekil 1.2.b I-V'te görüldüğü gibi, saat 10 ve 13 yönüne birer forseps yerleştirilir. Ardından, saat 12 hizasından sünnet derisinin her iki tabakası koronaya birkaç milimetre kalacak şekilde kesilir. Genellikle sünnet derisini tamamen çıkarmadan dorsal kesiyi tek başına yapmak estetik olarak güzel bir görünüm oluşturmaz. Diğer sünnet yöntemlerinde de sünneti kolaylaştırmak için dorsal kesi tekniği uygulanmasının yapıldığı gözlenmiştir (Şekil 1.2.bI-V) [16].

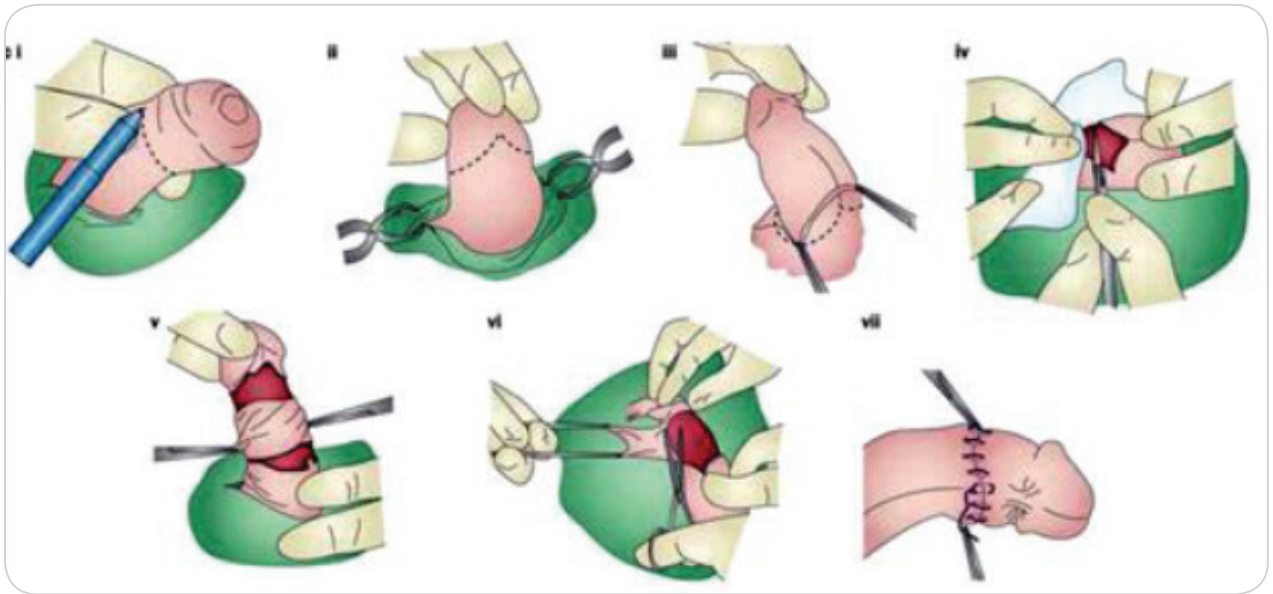


Şekil 1.2.bI-V. Sünnet yöntemleri, dorsal slit (kesi) yöntemi [16].

1.2.3.3. Mogen ve Klamp Yöntemi

Sünnet tablası ve klempin (kalkan ve kelepçe) prototip yöntemi Mogen'dir. Bu yöntemde, sünnet

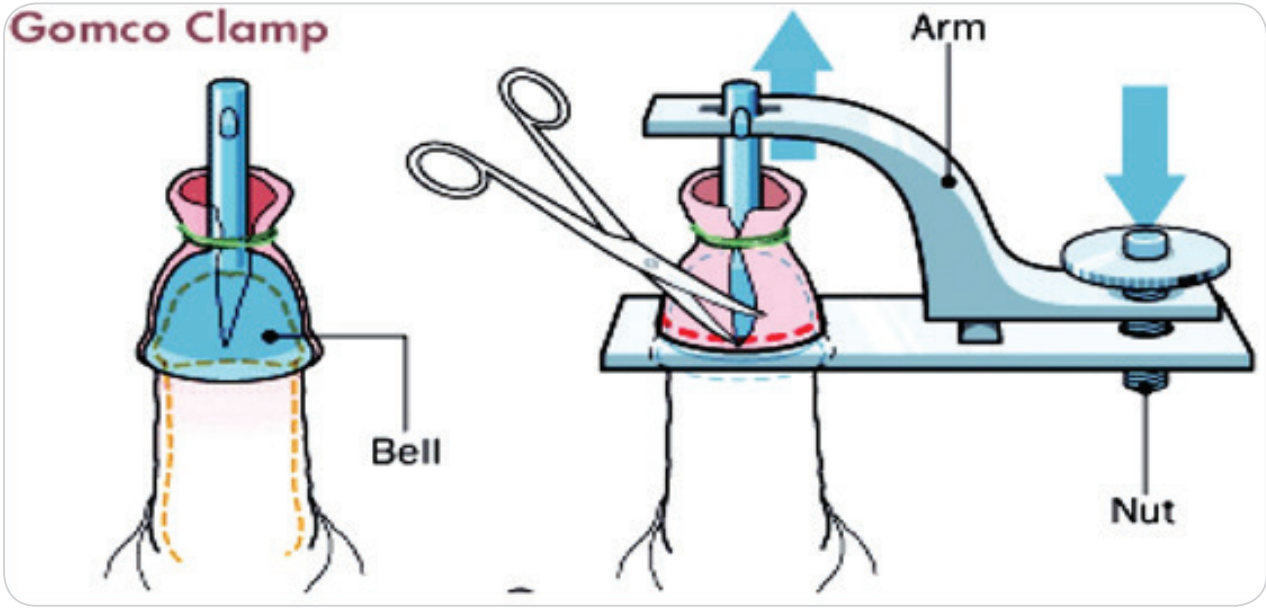
derisi glans distalinden dışarıya doğru uzatılır ve bir metal kalkan glansın hemen distalinden sıkıştırılır, bir bistüri ile sünnet derisi kesilip çıkartılır. Dikiş atılmazsa yara üzerine hemostaz için baskılı sargı yapılır. Glans ve frenulumun genellikle korunduğu bildirilmektedir. Kanama, glansta yaralanma ve üretrokütanöz fistül çok nadir olarak görülebilmektedir. Ancak, bu yöntemde kanamayı önlemek için yapılan baskılı sargı sonucu idrar yapamama gibi bazı ciddi sorunlar olabilir. Açık yaraya yapışan sargıyı daha sonra çıkarmak oldukça zor ve ağrılı olup, estetik olmayan iyileşmeye neden olabilir. Sünnet tablasının glansı tam koruyamadığı durumlarda, güvenli olması için preputiumun dış kısmını dışarı uzatıp, glans etrafındaki iç preputiumu bol bırakılarak ya da preputiumun iç ve dış kısmını bol bırakarak sünnet yapılması gerekir ki bu durumlar glansta ciddi yaralanmalara neden olabilir, bunların yapılması sonucunda da estetik sonuç oldukça kötü olabilir ve önemli sorunlar ortaya çıkabilir (Şekil 1.2.cI-V) [16,17].



Şekil 1.2.cI-V. Mogen ve Klamp yöntemi [16].

1.2.3.4. Gomco ile Sünnet

Bir metal çan prepisyum tamamen geri çekilmiş glans üzerine yerleştirilir. Sonra dorsal kesi yapıp sünnet derisi çan üzerine çekilir. Metal plaka, çan üzerine yerleştirilir, üstten vidayla T şeklindeki sünnet derisi metal plaka ile çan arasında sıkıştırılır ve bistüri ile kesilir. Böylece sünnet tamamlanmış olur. Ezme yeterli olduğunda metal plaka ve çan çıkartılır (Şekil 1.3). Bu yöntemde sık görülen komplikasyonların başında hemoraji gelir. Burada hemostatik dikişlerin uygulanması gerekebilir. Diyatermi ile yapıldığında penil kaybına neden olabilmektedir. Bu işlemin başlıca özelliği olarak, diğer kalkan yöntemine göre glansın ve frenulumun korunduğu bildiriliyor [17].



Şekil 1.3. Gomco Klemp ile sünnet [17].

1.2.3.5. Forceps Kılavuzlu Sünnet

Bu teknikte sünnet derisi glans penisin önünde çıkarılır. Bir çift sıkıştırma forseps koronaya paralel olarak kelepçelenir ve glansın hemen önünden prepisyum bistürü ile kesilir. Glans forseps tarafından korunmaktadır ve giyotine benzemektedir. Bu yöntemde frenulum kesilmemektedir [17].

1.2.4. Sünnette Anestezi

Sünnet, lokal ya da genel anestezi ile yapılabilir. Lokal anestezi; penis halka bloğu, penil dorsal sinir bloğu ve lokal anestezi sprey enjektörü tanımlanmıştır. Sprey enjektörü prosedürü nadir ve maliyeti yüksek bir cihaz gerektirir (örn;

No-Needle MadaJet). Penil dorsal sinir bloğu ve halka penis bloğu kolayca öğrenilebilir ve uygulanabilir. Penis dorsal sinir bloğu, sünnet işleminde güvenli ve uygun lokal anestezi tekniğidir. Lokal anestezi ajanı 1 mL+0,1 mL/kg dozunda penisin üst kısmından yapılır. Simfizis hemen altına, fascia derinliklerinde pubis ve penisin her iki yanında süspansiyon bağ bölgesinde dorsal sinirin ana gövdesi ve ventral dalına kolayca erişilebilir. Orta hattan kaçınmak için özen gösterilir (dorsal damarlar geçer), hematom ve zayıf sinir bloğuna neden olabilir [15,16].

1.3. Tartışma ve Sonuç

İnsanlık tarihi kadar eski olan sünnet uygulaması günümüzde birçok farklı teknikle uygulanmaktadır. Sağlık açısından gerekli olduğu farklı raporlarda ve çalışmalarda belirtilen sünnet için kullanılan tekniklerin karşılaştırılması zor bir süreçtir. Her tekniğin kendine özgü olumlu ve olumsuz yönleri bulunmakla beraber, içlerinden herhangi bir tekniğin üstün olduğunu söyleyebilmek mevcut bilimsel kanıtlar ışığında zor görünmektedir.



1.4. Kaynaklar

1. Çeçen K, Kocaaslanmert R, Karadağ MA ve diğerleri. 2220 sünnet olgusunda uzman doktorların komplikasyonlarının incelenmesi (Evaluation about complications of specialists in 2220 circumcison cases). *Kocaeli Tıp Dergisi* 2014;3(1):11-4.
2. Büyükünâl SNC. Eğrisi ile doğrusu ile yenidoğan sünneti. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics* 2017;7(1):95-100.
3. Doğanca T ve Önal B. Sünnet. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics* 2010;3(2):126-8.
4. Uçar M ve Kılıç N. Sünnet Komplikasyonları ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics* 2016;6(1):49-55.
5. Aydoğdu B, Aydın Tireli G, DemiralıO ve diğerleri. Sünnet Komplikasyonlarında Klinik Deneyimimiz. *İKSST Derg* 2011;3(2):64-7.
6. Barone MA, Li PS, Awori QD ve diğerleri. Clinical trials using the Shang Ring device for male circumcison in Africa: a review. *Transl Androl Urol.* 2014;3(1):113-24.
7. Mutabazi V, Bitega JP, Ngeruka LM ve diğerleri. Non-surgical adult male circumcison using the PrePex device: task-shifting from physicians to nurses. *Afr J Reprod Health.* 2014;18(1):61-70.
8. Mutabazi V, Kaplan SA, Rwamasirabo E ve diğerleri. HIV prevention: male circumcison comparison between a nonsurgical device to a surgical technique in resource-limited settings: a prospective, randomized, nonmasked trial. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2012;61(1):49-55.
9. Smith A, Davidson S, Aylward G. HIV team 2 circumcison device. 2014. Erişim Tarihi: 09.04.2018 <http://mickpeterson.org/2013design/Groups/HIV2/HIVTeam2FinalReport.pdf>
10. Sales MA. Circumplast Infant Male Circumcison Device: A Case Series. Erişim Tarihi: 09.04.2018 <https://static1.square-space.com/static/554dbb04e4b04ac69cf4c450/t/56676693a976afbcece07061/1449617043362/White+Paper+2+-+Case+Se-ries+Newcastle+Hospital.pdf>
11. World Health Organization. Use of devices for adult male circumcison for HIV prevention in East and Southern Africa: meeting report, 13-14 November 2013, Entebbe, Uganda. 2014. Erişim Tarihi: 09.04.2018 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112737/1/9789241507165_eng.pdf
12. World Health Organization. Framework for clinical evaluation of devices for male circumcison. 2012. Erişim Tarihi: 09.04.2018 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75954/1/9789241504355_eng.pdf
13. World Health Organization and UNAIDS. Male circumcison Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. Erişim Tarihi: 09.04.2018 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43749/9789241596169_eng.pdf?sequence=1
14. Morris BJ, Wamai RG, Henebeng EB ve diğerleri. Estimation of country-specific and global prevalence of male circumcison. *Population Health Metrics.* 2016;14:4.
15. Morris B ve Cox G. Current Medical Evidence Supports Male Circumcison. *Surgical guide to circumcison.* 2012; 201-231. Springer, London.
16. Tobian AA, Adamu T, Reed JB ve diğerleri. Voluntary medical male circumcison in resource-constrained settings. *Nature Reviews Urology.* 2015 Dec;12(12):661.
17. www.savingsons.com How to circumcison works.



Bölüm 2: Teknolojinin Tanımı ve Teknik Özellikleri

Prof. Dr. Haluk Öztürk

2.1. Giriş

Bu bölümde, sistematik tarama sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde tek kullanımlık sünnet aletlerinin günümüzde kullanımına yönelik bilgiler sunulacaktır. Bölüm içinde, metodolojik yaklaşım çerçevesinde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri Tablosunun “Teknolojinin Tanımı ve Teknik Özellikleri” başlıklı ikinci bölümündeki soruların yanıtları da verilmiştir.

2.2. Değerlendirme

2.2.1. Sünnette Kullanılan Tek Kullanımlık Aletler

Sünnet, dünyada en sık ve en çok yapılan cerrahi işlemdir. Bu nedenle sünnet cerrahisi sırasında kullanılan aletlerin uygun sterilizasyonunun yapılamaması ve sünnetin doğru dezenfeksiyon teknikleri kullanılmadan uygunsuz ortamlarda yapılması sonucunda cerrahi işlem sonrasında birçok komplikasyon olabilir. En önemli sorunlardan biri olan tam steril olmamış, enfekte cerrahi aletlerin yeniden kullanılması sonucunda bulaşıcı ve dirençli bakteri ve virüslere bağlı hastalıkların yaygınlığı artmaktadır. Tek kullanımlık steril sünnet aletlerinin kullanımı ile sünnet cerrahisine bağlı bulaşıcı hastalıkların yayılımının azaldığı yapılan çalışmalarla belirlenmiştir [1,2]. Tek kullanımlık sünnet aletlerinin kullanılmasındaki amaçlar aşağıda sıralanmıştır [1,2];

1. Tek kullanımlık sünnet aletlerinin steril olması ve sünnete bağlı (özellikle yetersiz sterilizasyonla aynı aletlerin yeniden farklı kişilere kullanımı sonucunda) bulaşıcı hastalıkların (HIV, HBs gibi) bulaşmasını önlemek,
2. Pratik, kolay, standart ve estetik sünnet yapmak,
3. Sünnete bağlı komplikasyonları (kanama, enfeksiyon, kötü estetik sonuçlar vs.) azaltmak veya mümkün olduğunca önlemektir.

Kısaca; tek kullanımlık sünnet aletlerinin gerek işlemleri uygulayan cerrah açısından kullanışlı olması gerekse hasta sağlığını korumaya yönelik olarak olumlu sonuçlar vermesi nedeni ile kullanımının yaygınlaştırılması yapılan araştırmalarla desteklenmektedir.

2.2.1.1. Plastibell

Tek kullanımlık sünnet aleti Plastibell 1950 yılında geliştirilmiştir. Sırt kısmında oluk bulunan plastik bir çan bulunmaktadır (Şekil 2.1.a). Glans ve sünnet derisi arasında, çanın yerleştirilmesini kolaylaştırmak için başlangıçta dorsal kesi genellikle gereklidir. Sünnet derisinin yapışıklıkları glanslardan ayrılır. Sünnet derisi ileri doğru çekilir ve dikiş ipi sütür materyali oluk etrafına preputium arada ezilecek şekilde sarılır ve sıkıca bağlanır, sünnet derisinin kan akımı engellenir (Şekil 2.1.b). Ezilen kısım nekroze olur ve kesilebilir alınabilir ya da 7-10 gün sonra düşer. Plastibell için ana komplikasyonlar; glans nekrozu ve sünnet derisinin kanlanmasıdır. Plastibell'e bağlı diğer komplikasyonlar arasında; glans penisinin daralması, düzensiz cilt iyileşmesi, yetersiz deri eksizyonu olabilmektedir. Nekrotizan fasiit nadir gözlenen bir komplikasyondur. Bu teknikte uygun olmayan çan boyutu ve sünnet derisinin yeterince sütür ile sıkıştırılmaması bu komplikasyonların

Bölüm 2: Teknolojinin Tanımı ve Teknik Özellikleri

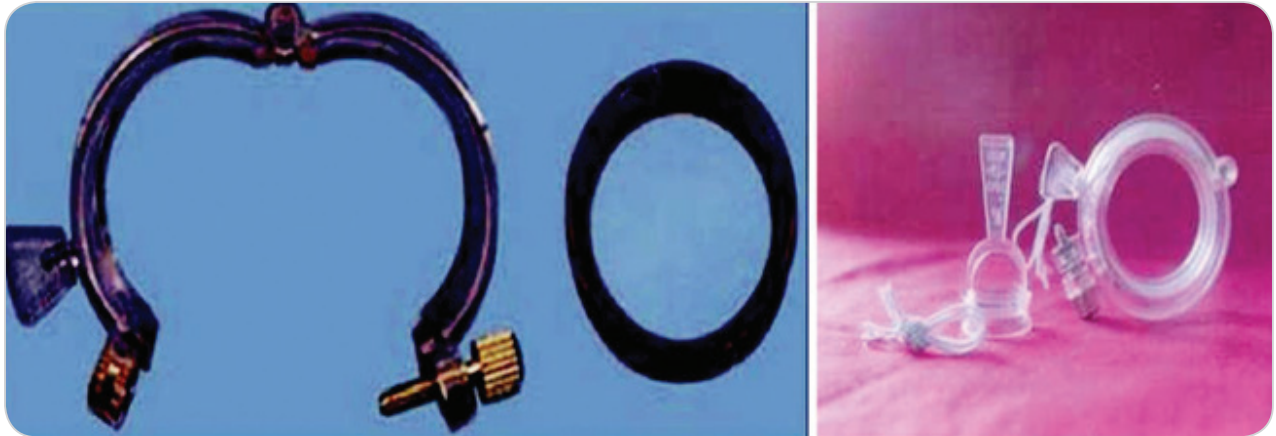
başlıca nedenidir. Kanama riskinin düşük olma avantajı bildirilmektedir. Enfeksiyon ve kanama komplikasyon oranı %1,8 bulunmuştur [3,4].



Şekil 2.1. a. Plastibell örnekleri, b. Plastibell uygulama basamakları [3].

2.2.1.2. Zhenksi Yüzükleri

Zhenksi yüzükleri, sünnet derisi iç ve dış kısmı glans üzerinden halka üzerine geriye çevrilir (Şekil 2.2.a,b). Yivli üst yüzük arasına preputium sıkıştırılır. Menteşeli bir plastik sıkıştırma halkası alt yüzük üzerine monte edilir. Sünnet derisinin pozisyonu ayarlanır ve vidalama ile sıkıştırılır. Prepsiyumun kan dolaşımı engellenir. Elastik bir bandaj penis etrafına sıkıca sarılır, alt yüzük altına sıkıştırılır. Glans ve frenulumun korunduğu rapor edilmiştir. Zhenksi yüzüklerinde gözlenen komplikasyon glans nekrozu ve kötü estetik sonuçlar olabilir. Bunların en temel nedeni çok sıkı bir bandaj kullanılması olabilir [3].



Şekil 2.2.a,b. Zhenksi yüzük görünüşü [3].

2.2.1.3. Tara Klamp

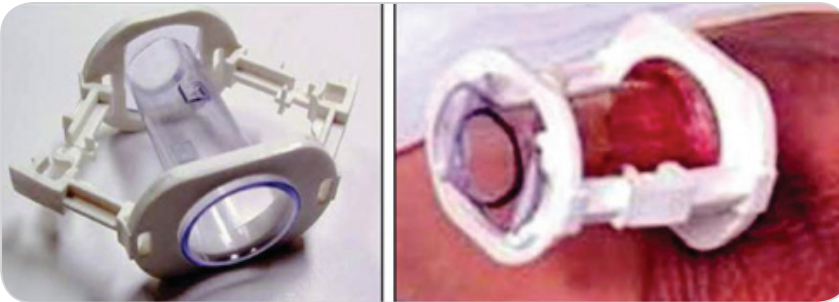
Bir Malezya buluşu olan Tara Klamp, plastik tek kullanımlık bir sünnet aletidir. Smart klamp ve İsmail klampe çok benzer. Bir tüp ile prepisyumu sıkıştıran bir plastik halka kullanarak sünnet derisinin dolaşımı kesilir, ezilir ve sünnet yapılır. Bu açıdan Plastibell'e benzerdir. Plastibell'de çandaki bir oluk etrafında dikiş materyali yerine Tara Klamp'ta plastik kollar sıkıştırmayı sağlar (Şekil 2.3.a,b). İki yüzeyin sıkı teması ile sünnet derisi arada sıkıştırılarak ezilir. Avantaj ve dezavantajları Plastibell'e benzer. Yetişkinlerde kullanılacak boyutları mevcuttur [4-6].



Şekil 2.3. a,b. Tara Klamp görünüşü [4].

2.2.1.4. Smart Klamp

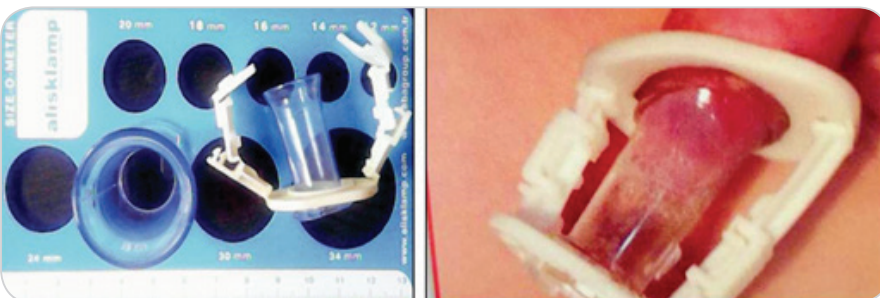
Smart Klamp, Tara Klamp ile aynı şekilde çalışır. Preputium bir dış plastik kilitlemeli kıskaç ve bir iç tüp-boru arasında sıkıştırılarak sünnet derisinin kan akımı kesilir. Tara Klamp, tek kollu bir tasarım olup üstte kilit kolları vardır. Smart Klamp ayrı bir iç borudan oluşur ve dış kilitleme kısmı yan kilitleme kollarıyla birlikte (Şekil 2.4.a). Kelepçe yerine oturtulup, kilitleme sonrasında kalan sünnet derisi çıkarılır (Şekil 2.4.b). Tara Klamp ile benzer komplikasyonlar gözlenir. Ancak, glans ve frenulumu daha iyi koruduğu rapor edilmiştir [7-9].



Şekil 2.4. a. Smart Klamp görünüşü, b. Uygulaması [7-9].

2.2.1.5. AlisKlamp-Ali'nin Kelepçesi

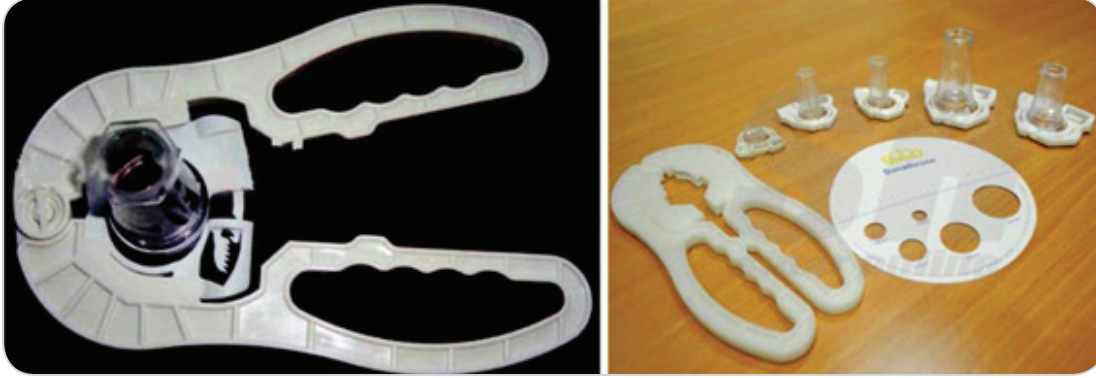
AlisKlamp, diğer adı ile Ali'nin Kelepçesi, Smart Klamp'e oldukça benzerdir (Şekil 2.5.a,b). Glansa yerleştirilen daralan boru-huni şeklindeki alt parça oblik olarak glans penisin eksenine aynı açıdadır ve dolayısıyla dairesel değildir. Glans penise uyan daha eliptik bir kesite sahiptir ve biraz daha anatomik uyumlu kesme söz konusudur. Estetik açıdan daha başarılı sonuçlar gözlenebilir [10].



Şekil 2.5. a. AlisKlamp görünüşü, b. Uygulaması [10].

2.2.1.6. Sunathrone

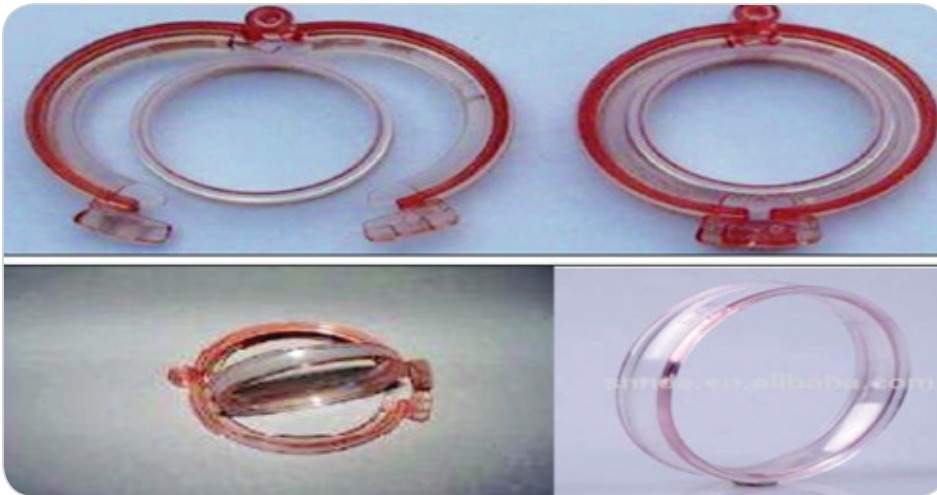
Malezya'da üretilen Sunathrone'nin non-invaziv sünnet aleti olduğu bildirilmiştir. Sunalever adı verilen pense benzeri bir cihazla uygulanan sıkıştırma ile dış kelepçe kilitleme yapar (Şekil 2.6.a,b). Sünnet derisi kesildikten sonra üst huni şeklindeki uzantının yarısı vidalama mekanizması sayesinde alınır [11].



Şekil 2.6.a,b. Sunathrone'nin görünüşü [11].

2.2.1.7. Shang Ring (Shang Halkası)

Shang Ring; iki tane birbiri üzerine oturan yuvarlak halkadan oluşan, arasında prepisyumu sandviç gibi ezen, Çin'li bilim adamlarınca geliştirilmiş tek kullanımlık bir sünnet cihazıdır (Şekil 2.7.a-c). Geliştiricisi Jian-Zhong Shang'dır. Toplu sünnetlerde etkili olarak kullanılabilen tek kullanımlık sünnet cihazı olduğu bildirilmektedir. Prosedürü öğrenmek kolaydır, özel beceri gerektirmediği rapor edilmiştir. Ancak, Shang Ring'de glansın korunması yeterli değildir. Bu nedenle komplikasyon olarak glans amputasyon riski gözlenebilir. Diğer taraftan, kolay kullanımı ve lokal anestezi ile sünnetin beş dakikadan az sürdüğü rapor edilmiştir. Şu anda sadece Çin'de kullanılmaktadır [12-14].



Şekil 2.7.a-c. Shang Ring görünüşü [12].

2.2.1.8. PrePex

Yetişkin erkekte uygulanan sünnette, PrePex ile anestezi gerektirmeden uygulama mümkün olduğundan, önemli bir alternatif olduğu bildirilmektedir. Kansız olduğu ve steril ortam gerekmediği

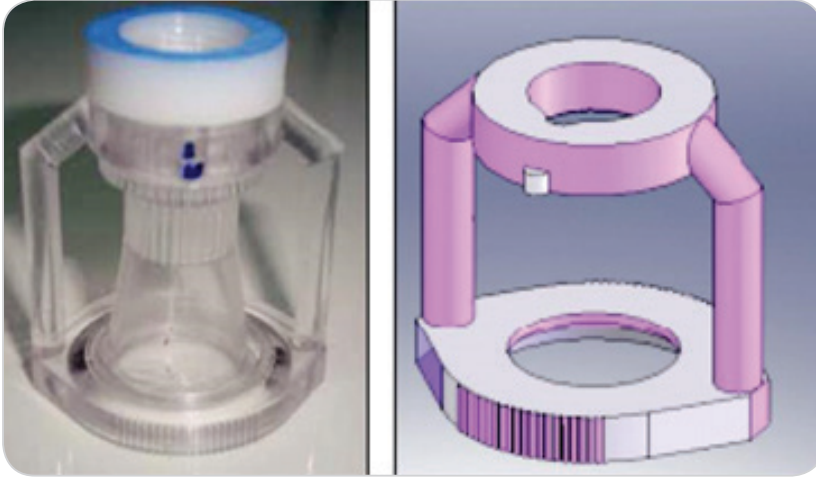
bildirilmiştir. Glans üzerinden koronal sulcusa yerleştirilen iç halka, dış elastik halka ve elastik halkanın yerleştirmesini kolaylaştıran bir taşıyıcı vardır (Şekil 2.8.a). İç kısım halkanın üzerinde elastik halkanın yerleşmesi için bir oluk bulunur (Şekil 2.8.b). Cihaz uygulandığında, sünnet derisi iç halka ile elastik halka arasında sıkışarak prepisyumun iskemik nekrozu oluşur. PrePex cihaz yaklaşık bir hafta sonra iskemik prepisyumla birlikte çıkartılır [15].



Şekil 2.8.a,b. Prepex cihazın görünüşü [15].

2.2.1.9. İsmail Kelepçesi

İsmail kelepçesi; Tara Klamp ve Smart Klamp'e benzer. Her iki cihazdan da bazı özellikleri almıştır. Sıkıştırma kollarını kilitlemesi yerine, basınç uygulamak için tüpün üst kısmında vida vardır (Şekil 2.9.a,b). Vida sıkıştırılarak prepisyum tüp ve üst sıkıştırma halkası arasında ezilir [16]. Yapılmış ve yayımlanmış bilimsel çalışma olmadığından, etkililik ve güvenlik açısından yorum yapabilmek mümkün değildir.



Şekil 2.9.a,b. İsmail kelepçesinin görünüşü [16]

2.2.1.10. Kirve Kelepçesi

Kirve kelepçesi, Shang halkasına benzerdir; ancak yerleştirme ve kesme işlemi sonrasında iç halkadan çıkarılabilmesi için sap ve bu sap kısmının uzantılı glansa yerleştirilen alt parçadan ayrılan kilitleme sistemi vardır (Şekil 2.10.a-d) [17]. Yapılmış ve yayımlanmış bilimsel çalışma olmadığından, etkililik ve güvenlik açısından yorum yapabilmek mümkün değildir.

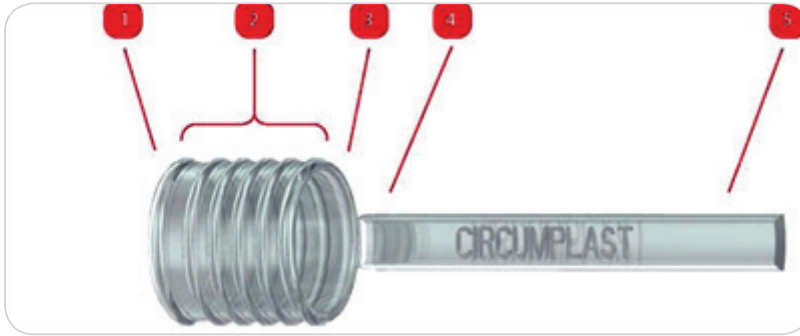
Bölüm 2: Teknolojinin Tanımı ve Teknik Özellikleri



Şekil 2.10.a-d. Kirve kelepçesinin görünüşü [17].

2.2.1.11. Circumplast

Circumplast; 2013 yılında, Avustralyalı bir şirket olan Novadien Healthcare tarafından icat edilmiştir. Saplı yüzük şeklindeki aletin üzerinde çepeçevre 5 oluk vardır (Şekil 2.11). Sünnet yapılırken sünnet derisinde kesilecek yüksekliği seçmeyi sağlamaktadır. Böylece proksimal göç risklerini tamamen ortadan kaldırmayı amaçlıyor. Plastibell gibi aynı şekilde sütür bağlanarak arada prepisyum sıkıştırılarak ezilir ve sünnet yapılır [18].



Şekil 2.11. Circumplast kelepçesinin görünüşü [18].

2.2.1.12. AccuCirc

AccuCirc tek kullanımlık, kendi kendine yeten ve her şeyi yapan bir alet olarak tasarlanmış olup; sıkıştırma, nekroz ve kesmeyi aynı anda sağladığı rapor edilmiştir (Şekil 2.12.b). Yapışıklığı açan ve sünnet derisini penis başından ayırmak için tasarlanan künt prob, diğer ucunda dorsal slit olmadan sünnet derisi içine kaydırılır. Akabinde kilitlenir ve dairesel bir bıçak sünnet derisini keser (Şekil 2.12.a). Bu yöntem üretici tarafından “a-travmatik” yöntem olarak isimlendirilmiştir [19].



Şekil 2.12a. AccuCirc işlem görünüşü [19].



Şekil 2.12b. AccuCirc genel görünüşü [19].

2.2.1.13. Active Klamp

Active Klamp şeffaf açılı bir borudan ve sünnet derisine basınçla ezebilen beyaz plastik bir kelepçe mekanizmasından oluşur. Ayrıca frenulumu olası bir istenmeyen duruma karşı yenilikçi bir frenulum koruyucusu vardır. 10 farklı boyutta üretilmiştir.



Şekil 2.13. Active Klamp görünüşü [20]

2.2.2. Sünnet Komplikasyonları

2.2.2.1. Kanama

Sünnetin komplikasyonu olarak bildirilen vakalarda aşırı kanama oranı %0,1 ila %35 arasında değişmektedir. Aşırı olmasa da kanama komplikasyonu sık gözlenir. Eksizyon sonrasında dikkat edildiğinde kanama varsa hemostaz yapılabilir. Gömülü peniste fazla miktarda cilt çıkarılır ise penis, suprapubik yağ içerisine kaçır ve yüzük tarzında stenoz, fibrotik darlık olabilir. Bu tip vakalarda sık sık geri çekme işlemi yaparak sorun giderilebilir. Düzelmeyen vakalarda estetik açıdan sünnetin tekrarlanması gerekebilir [3,19].

2.2.2.2. Cilt Köprüsü

Sünnetin bir diğer komplikasyonudur. %0,3 ila %0,5 arasında gözlenir. Glans penis ile prepisyum arasındaki cildin birleşmesine cilt köprüsü denir. Smegma, oluşan bu deri köprüler altında birikebilir. Ayrıca bu köprüler, ereksiyon sırasında ağrı veya penil kurtatüre neden olabilir. Tedavi, oluşan cilt köprülerinin kesilmesidir [3,19].

2.2.2.3. Enfeksiyon

Sünnet kesisi ve nekroze ezilen kısımda enfeksiyon olabilir. Yenidoğan sünnetinde enfeksiyon insidansı %0,4 iken, ileri yaş erkek çocukta %10 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Nadiren majör morbidite, büyük deri kaybı, nekrotizan fasiit, stafilokokal kızamık deri sendromu, Fournier's gangren, jeneralize sepsis ve menenjit görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar nadiren ağır kalıcı sakatlık veya ölümlle sonuçlanabilir [3,19].

2.2.2.4. İdrar tutma

Sünneti takiben kanamanın engellenmesi için genellikle sıkı dairesel bandaj uygulanır. Üriner sıkı bandaj uygulaması nedeni ile idrar yapamama, ürosepsis ve sistemik enfeksiyonlar bildirilmiştir. Yetişkin erkeklerde sünneti takiben kesik kesik idrar yapma, ağrılı miksiyon oldukça yaygındır. Üret-



Bölüm 2: Teknolojinin Tanımı ve Teknik Özellikleri

ra kesisi sonrası fistüller özellikle kelepçe ve kalkan sünnet yöntemlerinde bildirilmiştir. Konjenital bir malformasyon durumlarında da üretra zedelenmesi olabilir [3,19].

2.2.2.5. Nekroz

Sünnetten sonra glansın kısmen veya tamamen nekrozu veya nadiren tüm penis nekrozu olabileceği rapor edilmiştir. Böyle ciddi doku kaybına neden olan distal iskemi, enfeksiyon, lokal anestetik ajanlar içindeki adrenaline bağlı olabilir. Koter veya hemostaz esnasında yaralanma, uzun süreli bir turnike kullanımı veya sıkı pansumana bağlı olabilmektedir. Özellikle, koter ile birlikte metal kelepçe (Gomco) kullanımı tam fallus kaybına yol açabilmektedir. Bazen, cerrahın sünnet tekniğine bağlı olarak glansın ucu eksize edilebilmektedir. Tüm penis kaybında, genellikle çocuğun cinsiyetini değiştirmek en iyisidir. Bu tür değişiklikler özellikle 18 aydan önce yapıldığı zaman başarılıdır [3,19].

2.2.2.6. İatrojenik Hipospadias ve Epispadias

Sünnet işlemi esnasında, yanlışlıkla, glans penisin dorsal veya ventral bölgesindeki eksizyonun sonrasında hem hipospadias hem de epispadias gibi komplikasyonların ortaya çıkabildiği bildirilmiştir. Yeterli miktarda sünnet derisini serbest bırakarak sünneti yapmak bunu önleyebilir [3,19].

2.2.2.7. Sünnet Komplikasyon Özetleri

Günümüzde kullanılan pratik sünnet yapmaya yarayan tek kullanımlık sünnet cihazlarının sorunları şöyle özetlenebilir [3,19]:

1. Glans üzerine yerleştirilen sünnet cihazı üzerinde, aradaki prepisyumu sıkıştıran üst parçanın yatay pozisyonda sıkıştırmasıyla geniş nekroze alan olması nedeni ile (2-5 mm) iyileşme (yaşa bağlı daha büyük cihaz olması ve aletin büyümesine bağlı daha geniş basi ve daha geniş nekroze alan olması nedeni ile) çok geç olmaktadır. Bu durumlarda aletin kendiliğinden düşmesi zor olmaktadır. 3, 5, 7 gün sonra aletin çıkarılması gerektiğinde, aletin iç ve dış prepisyuma yapışması nedeni ile çıkarma işlemi çok ağrılı olabilmektedir (Smart klamp, Ali's klamp, Kirve klamp, Tara klamp, İsmail klamp, Sunatron klamp gibi.). Bu aletlerde kayma, yara açılması riski olup; kanama, geç ve kötü iyileşme olabilmektedir. Aletlerin büyüklüğüne, ağırlığına bağlı olarak ödem olabilmektedir.
2. Glans üzerine yerleştirilen PrePex, Shang Ring şeklindeki sünnet cihazları, yapıları ve teknikleri gereği geniş bir nekroze alana neden olmaktadır. Alet çıkartılırken aletin iç ve dış prepisyuma yapışması nedeni ile çok ağrılı olabilmektedir.
3. Glans üzerine yerleştirilen Zhenksi yüzükleri ve Shang Ring şeklindeki sünnet cihazlarında, prepisyum alt halkanın üzerine geri döndürülerek üst kelepçe arasında sıkıştırılmaktadır. Dolayısıyla, iç mukozal prepisyum derisinin fazla bırakılmasına neden olmaktadır. Aletin altına çepeçevre sıkıştırılan sargının/pansumanın penisi sıkıştırmasına bağlı idrar yapamama sorunlarıyla karşılaşmaktadır.
4. Glans üzerine yerleştirilen, daralan huni şeklindeki sünnet cihazı tekniği ile sünnet sonrası üst aletin sıkıştırması sonucu glans ödemi olmakta, glans huni içinde uzamakta ve idrar yapamama durumu oluşabilmektedir. Ayrıca, bu huni şeklindeki sünnet cihazı ilk idrar sonrası içinde kalan idrar uzaklaşmadığından, glans-preputium arasındaki yapışıklık açılması sonrasında glans üzerinde oluşan sıyrık sonrası yaraya sürekli idrar teması nedeni



ile enfeksiyon olabilmektedir. Ayrıca, bu yara bölgesi sürekli idrarla temasta olması ile ıslak kalmakta, yara iyileşmesi için huni-boru sistemi içine herhangi bir antibiyotikli krem vs. sürülememektedir (Smart klamp, Ali's klamp, Tara klamp, İsmail klamp, Sunatron klamp gibi).

5. Glans üzerine yerleştirilen, tutma kolu bulunan ve bu tutma kolu daha sonra kırılarak alınan huni-yüzük şeklindeki sünnet cihazlarında (Plastibell, Circumplast gibi) prepisyumu arada sütür bağlanmasıyla sıkıştırmakta ve ezmektedir. Sütürün gevşemesine bağlı kayma-yara açılması, kanama olabilmektedir. Bunu azaltmak için üstten ve alttan tekrar ikinci kez, yani üste ve alta dönerek iki kez düğümlenme yapılmaktadır. Bu düğümlerin olduğu bölgede kötü bir estetik görünüm olmaktadır.
6. Glans üzerine yerleştirilen huni-yüzük, daralan boru şeklindeki bütün bu tek kullanımlık sünnet cihazların koronal sulcusa yerleştirilen alt kısmı dairesel-yatay düzlemde glans üzerine oturmaktadır. Oysa glans anatomik yapısı dairesel olmayıp, oval eliptik şekildedir. Araya prepisyum getirilerek üste getirilen ikinci sıkıştırma halkası ya da sütür ile bağlama sonrasında frenulumu korumak ya da uzun bırakmak asla söz konusu olamayacaktır. Bu durum Ali's klempini kapsamaz. Çünkü Ali's klempine koronal sulcusa oturan sünnet aletinin alt kısmı obliktir. Bazı aletlerde "Frenulum korunuyor." şeklindeki ifadeler gerçekte uyuşmamaktadır. Çünkü, bu aletlerin glans üzerinde koronal sulcusa oturan kısmı daireseldir. Özellikle yenidoğanlarda frenulum glansa tamamen yapışıktır. Bebeklerde ve daha büyük çocuklarda da frenulumun uzun kalması ereksiyon esnasında glansın daha düzgün ve dik durmasını sağlayacaktır. Ayrıca, bütün bu tek kullanımlık sünnet cihazları uygulanmadan önce, kısa ve yapışık frenulumların hepsine frenuloplasti yapıldıktan sonra aletli sünnet yapılabilir.
7. Glans üzerine yerleştirilen, huni şeklindeki arka tarafı görülmeyen cihazlarda (Kirve klamp ve AccuCirc gibi), koronal sulcusa aletin yerleştirildiğinden tam olarak emin olunamayan sünnet cihazlarında, araya prepisyum getirilerek üste getirilen ikinci sıkıştırma halkası ya da sistemi ile sünnet tamamlanır. Bu işlem sonrasında aletin düzgün yerleşip yerleşmediği anlaşılabilir.
8. Bütün bu tek kullanımlık sünnet cihazlarında prepisyumun az ya da fazla kesilmesi, ezilen-nekroze olan alanda ya da üst sıkıştırma aletinin az miktarda hareketi ya da kayması sonucu açılan yara, insizyon iyileşirken halka şeklindeki darlıkların oluşması, 4 ila 7 haftaya uzayan yara iyileşme sorunları söz konusu olmaktadır.

2.3. Tartışma ve Sonuç

Tek kullanımlık sünnet el aletlerinin bire bir karşılaştırılmasının yapıp, herhangi birinin üstün olduğuna yönelik yeterli klinik veri bulunmamaktadır. Ancak, genel olarak el aletlerinin geliştirilmesi gereken yönlerinin olduğu gözlenmektedir. Bunlar:

- ▶ İnce ezme ile sünnet sonrası çok daha az nekroze alan ve daha erken-hızlı iyileşme olmalıdır.
- ▶ Dokunun daha iyi, hassas tutulması/sıkıştırılması ile kayma, insizyon açılması, kanama olmamalı ve glans açık olup enfeksiyon söz konusu olmamalıdır.
- ▶ Aletler hafif, küçük ve şeffaf polikarbondan yapılmalıdır. Böylece ödem daha az olacaktır ve şeffaf olduğunda yapılan her şey daha net görülebilecektir.



- ▶ Cihazın kendisi de estetik görünümlü olmalıdır.
- ▶ Frenulum koruması olmalı, sünnet sonrası görünüm de estetik olmalıdır.
- ▶ Tek kullanımlık sünnet aleti koronal sulcusa tam oturtulmalı, böylece preputiumun az veya fazla bırakılması söz konusu olmamalıdır.

Tek kullanımlı sünnet aleti ile konvansiyonel sünnet arasında uygulama süresi açısından farklılık olduğuna dair bir yayın gözlenmemiştir. Her iki uygulamanın süresi uygulayıcının eğitimine ve becerisine bağlıdır.



2.4. Kaynaklar

1. Lv BD, Zhang SG, Zhu XW ve diğerleri. Disposable circumcision suture device: clinical effect and patient satisfaction. *Asian J Androl*. 2014;16(3):453-6.
2. Senel FM ve Mısırlıoğlu F. 1588 Comparison of Circumcisions Performed with Plastic Clamp and Conventional Dissection Technique Poster presentations *Arch Dis Child*, 2012.
3. Abdulwahab-Ahmed A ve Mungadi IA. Techniques of male circumcision. *J Surg Tech Case Rep*. 2013; 5(1): 1-7.
4. Smith A, Davidson S, Aylward G. HIV team 2 circumcision device. 2014. Erişim Tarihi: 09.04.2018 <http://mickpeterson.org/2013design/Groups/HIV2/HIVTeam2FinalReport.pdf>
5. Schmitz RF, Schulpen TW, Redjopawiro MS ve diğerleri. Religious circumcision under local anaesthesia with a new disposable clamp. *BJU Int*. 2001 Oct;88(6):581-5.
6. Kachimba JS, Chibwili E, Munthali J ve diğerleri. Evaluation of the safety of the Taraklamp male circumcision device in Zambia. *Medical Journal of Zambia*. 2017 ;44(1): 34-40.
7. Çeçen K, Kocaaslanmert R, Karadağ MA ve diğerleri. Smart Klamp ile sünnet tekniği. *Kafkas J Med Sci* 2016;6(3):169-74.
8. Aldemir M, Cakan M, Burgu B. Circumcision with a new disposable clamp: is it really easier and more reliable? *Int Urol Nephrol*. 2008;40(2):377-81.
9. Karadag MA, Cecen K, Demir A ve diğerleri. SmartClamp circumcision versus conventional dissection technique in terms of parental anxiety and outcomes: A prospective clinical study. *Can Urol Assoc J*. 2015;9(1-2):10-3.
10. Senel FM, Demirelli M ve Pekcan H. Mass circumcision with a novel plastic clamp technique. *Urology*. 2011;78(1):174-9.
11. Barone MA, Ndede F, Li PS ve diğerleri. The Shang Ring device for adult male circumcision: a proof of concept study in Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;57(1):7-12.
12. Bratt JH ve Zyambo Z. Comparing direct costs of facility-based Shang Ring provision versus a standard surgical technique for voluntary medical male circumcision in Zambia. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;63(3):109-12.
13. Wang SX, Zhang ZB, Yang SF ve diğerleri. Shang Ring versus disposable circumcision suture device in the treatment of phimosis or redundant prepuce. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2016;22(6):534-537.
14. Mutabazi V, Kaplan SA, Rwamasirabo E. HIV prevention: male circumcision comparison between a non-surgical device to a surgical technique in resource-limited settings: a prospective, randomized, nonmasked trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;61(1):49-55.
15. <http://www.ismailclamp.com/> Erişim Tarihi:09.Nisan.2018
16. <http://www.kirveclamp.com/> Erişim Tarihi:09.Nisan.2018
17. Sales MA. Circumplast Infant Male Circumcision Device: A Case Series. Erişim Tarihi: 09.04.2018 <https://static1.square-space.com/static/554dbb04e4b04ac69cf4c450/t/56676693a976afbcece07061/1449617043362/White+Paper+2+-+Case+Series+Newcastle+Hospital.pdf>
18. <http://www.safecirc.com/what-we-do/> Erişim Tarihi:09.Nisan.2018
19. World Health Organization. Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability.2008.
20. <http://activeklamp.com/> Erişim Tarihi : 12.Kasım.2018



Bölüm 3: Güvenlilik

Dr. Öğr. Gör. Selçuk Şen

3.1. Giriş

Bu bölümde, sistematik tarama sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde, tek kullanımlık sünnet aletlerinin günümüzde kullanımına yönelik bilgiler sunulacaktır. Bölüm içinde, metodolojik yaklaşım çerçevesinde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri Tablosunun “Güvenlilik” başlıklı üçüncü bölümündeki soruların yanıtları da verilmiştir.

3.2. Değerlendirme

3.2.1. Klinik Çalışma Sonuçları

Shang Ring cihazı ile yapılan bir pilot çalışmada, 18 yaşın altındaki (3 ay ila 17 yaş arası) 80 çocuk sünnet edilmiştir. Shang Ring yerleştirme ve kaldırma işlemlerinin tamamına yakını başarı ile gerçekleşmiştir (79/80, %98,8). Katılımcılar içindeki 9 yaşındaki bir çocukta, Shang Ring uygulandıktan hemen sonra, dış halkanın kaydığı ve sünnet derisinin çıkarıldığı rapor edilmiştir. Bu vakada sünnet yarasının dikişle kapatıldığı ve başka bir sorunla karşılaşılmadığı bildirilmiştir [1].

2017 yılında Langhe ve Daming tarafından yürütülen bir araştırmada, tek kullanımlık sünnet aletlerinin etkililiği ve güvenliliği değerlendirilmiştir. Çalışmada toplam 179 hasta iki gruba ayrılmıştır. Daming cihazına göre, Langhe cihazı uygulamalarında intraoperatif ve postoperatif kanamaların daha ciddi olduğu tespit edilmiştir (sırası ile Langhe ve Daming cihazları ile kanama $4,21 \pm 1,31$ mL vs $2,56 \pm 1,45$ mL). Diğer taraftan, Daming cihazı ile daha uzun şişlik (swelling) süresi (sırası ile Langhe ve Daming cihazları $11,7 \pm 0,9$ gün vs $14,5 \pm 1,4$ gün), daha yüksek postoperatif ağrı skoru (sırası ile Langhe ve Daming cihazları $2,9 \pm 0,9$ vs $3,8 \pm 1,5$), daha yüksek postoperatif enfeksiyon oranı (sırası ile Langhe ve Daming cihazları %4,7 vs %13,8) görülmüş ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışma sonunda, Langhe cihazının insizyon yarasını direkt olarak stapler ile fikse etmesi nedeni ile Daming cihazının daha ideal intra ve postoperatif kompresyon hemostazis etkisi olduğu, ayrıca kanama riskini düşürdüğü belirtilmiştir. Diğer taraftan ise postoperatif iyileşme sürecinin Daming cihazı ile daha uzun olduğu belirtilmiştir [2].

Yapılan diğer bir çalışmada, erken infant sünnetinde kullanılan tek kullanımlık cihazların etkililik ve güvenliliği ile ilgili hizmet sağlayıcıların (hekimler, hemşireler, klinik personel) bu yöntemler üzerine görüşleri sorgulanmış ve tartışılmıştır. Çalışmada özellikle Mogen klamp, AccuCirc ve PrePex yöntemleri değerlendirilmiştir. Hiçbir hizmet sağlayıcının net olarak bir yöntemin diğerinden üstün olduğunu görmediği belirtilmiştir. Kendilerinin işlemi gerçekleştirmesi durumunda en sık tercih edilen yöntemin Mogen klamp olduğu, ancak optimal güvenlilik için herkesin yeterli yetkinliğe sahip olmadığı görüşü oluşmuştur.

Diğer taraftan, Mogen klamp ile glandların yaralanma riski nedeni ile katılımcılar kendi çocukları için AccuCirc yöntemini tercih edebileceklerini belirtmişlerdir. Mogen klamp yöntemi ile advers olay insidansı düşük olmasına karşın, penisin yaralanması veya kopması gibi çok ciddi istenmeyen etkilerin olabileceği belirtilmiştir. AccuCirc cihazının temel avantajının da glandların hasarı gibi bir risk



taşınamaması olduğu söylenmiştir. AccuCirc cihazındaki çekincenin ise tamamlanmamış veya kısmi kesikler ile sık karşılaşılması olarak belirtilmiştir. Değerlendirilen diğer bir yöntem olan PrePex cihazında iyi estetik sonuçların olduğu ve sütür becerisi gerektirmemesinin avantaj sağladığı, ancak cihazın iç ve dış halkalarının takılmasının zor olduğu ve pratik gerektirdiği vurgulanmıştır. Diğer taraftan, PrePex için üretici firmanın sağladığı EMLA (%2,5 lidokain ve %2,5 prilokain karışımı) anestezisinin yeterli olmadığı, yeterli konfor ve ağrı kontrolü sağlamadığı yönünde görüş bildirilmiştir. Çalışma sonucunda, bölgesel ve ulusal erken infant sünnetleri için en güvenli ve etkili yöntemin AccuCirc cihazı olabileceği belirtilmiştir [3].

Diğer bir araştırmada da eğitilmiş hemşire-ebeler tarafından erkek bebeklerin erken sünnetinde (EIMC) AccuCirc cihazının güvenilirliği, yapılabirliği ve kabul edilebilirliği değerlendirilmiştir. AccuCirc cihazı ile toplam 500 yenidoğanın sünnetinin değerlendirildiği bu çalışmada, hastalar 14 gün boyunca takip edilmiştir. Sünnet işlemi postpartum 6 ila 60 gün içinde gerçekleştirilmiştir. AccuCirc cihazı ile yapılan işlem ortalama 17 dakika sürmüştür. 7 bebekte orta veya ciddi advers etki gözlenmiştir. Bu advers etkilere bağlı ise herhangi bir kalıcı etkinin olmadığı bildirilmiştir. Annelerin tamamına yakını (%99) sonuçtan büyük memnuniyet duyduklarını, erkek bebeklerin erken sünnetini diğer ebeveynlere tavsiye edeceğini ve bir sonraki oğullarını sünnet edeceklerini bildirmişlerdir. Çalışma sonucunda AccuCirc cihazı uygulanabilir, güvenilir ve kabul edilebilir bulunup; Afrika'daki erkek bebeklerin erken sünnetinin yaygınlaştırılmasını kolaylaştırma potansiyeline sahip olduğu bildirilmiştir [4]. PrePex cihazının güvenliği ve kabul edilebilirliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, aktif olarak PrePex uygulayan ve bu konuda deneyimli 6 merkezdeki sünnet vakaları incelenmiştir. Toplam 2.156 sünnet vakasının 1.000 (%46,4)'inde PrePex uygulanmıştır. Bu hastaların yapılan takibinde, cihazın kendiliğinden çıkmasına bağlı cerrahi gerektiren 4 (%0,4) ciddi advers etki gözlenmiştir. Altı (%0,6) kişide orta derece advers etki görülmüş, ancak cerrahiye ihtiyaç duyulmamıştır. 280 (%28) kişi cihazın çıkarılması sırasında hafif veya orta şiddette ağrı hissettiğini belirtmiş, 12 (%1,2) vakada ise ağrı ile ilişkili olmayan orta derecede advers etki görülmüştür. Tüm advers etkiler sekel bırakmadan iyileşmiştir. Takip vizitelerine katılım yüksek bulunmuş ve katılımcıların %97,7'si yedinci günde planlanan vizitelerine gelmişlerdir. Ankete katılanlar arasında PrePex'in kabul edilebilirliği yüksek bulunmuş, katılımcıların %93'ü cihazı akrabalarına tavsiye edeceklerini bildirmişlerdir. Ankete katılanlardan %95,8'i cihaz çıkarılırken ağrı yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca, %85,2'si cihaz takılırken veya çıkarma sırasında koku deneyimi yaşadığını belirtmiştir [5].

Malavi'de gerçekleştirilen ve PrePex cihazının güvenliği, fizibilitesi ve kabul edilebilirliğinin değerlendirildiği diğer bir tek kollu prospektif kohort çalışmasında, toplam 935 kişi taranmış ve sonrasında PrePex cihazı uygulanmış 791 erkek birey değerlendirilmiştir. Çalışmada, orta ve şiddetli istenmeyen etkiler toplamı %7,1, ağrı ilişkili çıkarıldığında ise %4 olarak bulunmuştur. Ciddi advers etkiler ağrı (n=3), yetersiz deri çıkarılması (n=4) ve erken çıkarma (n=4) olarak görülmüştür. Erken çıkarma gözlenenlerin 1'inde hemen, 1'inde 48 saatlik gözlem sonrası cerrahi sünnet yapılmış, 1'i ameliyatı reddetmiş ve 1'i merkeze geri gelmemiştir. Katılımcıların yarısından fazlası (%51,9) koku hissettiğini bildirirken; bununla birlikte, az sayıda kişi (%2,2) cihazın kokusu nedeni ile başkalarına tavsiye etmeyeceğini belirtmiştir. Ciddi ve istenmeyen nadir etkiler diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur. Cihazın yerinin değişmesi veya erken çıkartılma sonrası hızlı bir şekilde cerrahi uygulanması gerekliliğinin zorluk teşkil ettiği ve yetersiz deri çıkarılması durumunun zayıf teknik ile ilişkili olması nedeni ile eğitim ve süpervizyon gerektirdiği sonucuna varılmıştır [6]. Mozambik, Zambiya ve Güney Afrika'da yürütülen üç araştırmada, PrePex cihazı uygulanmış toplam 1.401 (1.381 yetiş-



Bölüm 3: Güvenlilik

kin, 83 adolesan) katılımcı incelenmiş, erişkin ve adolesan erkeklerde (13-17 yaş) hemşire ve klinik personel tarafından PrePex cihazı ile yapılan işlemlerin güvenliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Mozambik, Zambiya ve Güney Afrika'daki araştırmalarda, orta/ciddi istenmeyen etki oranlarının düşük olduğu gözlenmiş ve sırasıyla %1,0, %2,0, %2,8 olarak tespit edilmiştir. 1.401 katılımcıdan 8 (%0,6)'inin cihazı kendi kendine erken çıkardığı gözlemlenmiş ve tamamına gerekli cerrahi müdahale yapılmıştır. Özellikle Güney Afrika'da (%34,9) ve Mozambik'te (%59,5) cihazın çıkartılması sırasında yüksek oranlarda orta/şiddetli ağrıya bağlı istenmeyen etkiler kaydedilmiştir. Katılımcıların %90'ı cihaz yerleştirilmesi sonrası 56 günde iyileşmiştir. Çalışma sonucunda, uygulama sonrası iyileşme süresinin cerrahi sünnete göre ortalama 1 hafta daha uzun sürdüğü, iyileşme süresinin adolesanlarda yetişkinlere göre daha kısa olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, PrePex cihazı uygulamasının kolay olması ve hekim dışı personel tarafından uygulanabilmesi, kanamanın ve enfeksiyon riskinin cerrahiye göre daha az olmasının avantaj getirmesiyle birlikte; ağrı ilişkili advers etkilerin özellikle de cihaz çıkartılması sırasında sık görüldüğü, bu bakımdan cihaz çıkartılması sırasında topikal anestezi kremlerin oral analjezikler ile kombine kullanımının değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır [7].

Zimbabve'de gerçekleştirilen ve 13-17 yaş arasındaki adolesanlar üzerinde PrePex cihazının güvenliği ve kabul edilebilirliğinin değerlendirildiği bir araştırmada, toplam 661 hasta taranmış ve bu hastaların 402'si PrePex cihazı için uygun bulunmuştur. Taranan toplam 661 hastanın 237 (%35,9)'ünün fimozis, preputial adezyon, hipospadias ve HIV pozitifliği gibi medikal nedenlerden dolayı çalışma dışı bırakılmasından ötürü medikal uygunsuzluk oranı yüksek bulunmuştur. Toplam 402 PrePex vakası değerlendirildiğinde, şiddetli/orta dereceli advers etki oranı 2/402 (%0,5) olarak bulunmuştur. Cihazda yerinden oynama/çıkarma gözlemlenmemiştir. Adolesanlarda yara iyileşme zamanının yetişkinlerden daha kısa olduğu; daha önce yapılan çalışmalarda gösterildiği gibi 367/398 (%92,2) adolesan bireyin 35. günde yara iyileşmesini tamamladığı, yetişkinlerin %90'ının yaralarının 56. günde iyileştiği bildirilmiştir. Genel olarak, adolesanların sünnet sonuçlarından memnun olduğu rapor edilmiştir. Çalışma sonucunda, PrePex cihazının adolesanlarda güvenli bir şekilde kullanılabilceği, diğer taraftan medikal uygunsuzluk oranının yüksek bulunması sebebiyle PrePex hizmeti sunulan yerlerde cerrahi sünnet hizmetinin de sağlanması gerektiği rapor edilmiştir [8].

Shang Ring tekniği ile yapılan bir araştırmada, Zambiya Lusaka'da rutin hizmet sunumunda, yetişkin gönüllü tıbbi erkek sünnetinde (VMMC) farklı Shang Ring cihaz boyutlarının güvenlilik, etkililik ve kabul edilebilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada toplam 496 (18-49 yaşlarında) katılımcı yer almıştır. Bu kişilerden 255'i standart boyut kolu (standart sizing arm), 241'i modifiye boyut kolu (Modified sizing arm) şeklinde randomize edilmiştir. Standart boyut kolunda yetişkinler için 14 adet Shang Ring boyutu (40-26 mm iç çap, her biri 1 mm değişen) kullanılabilir iken, modifiye boyut kolunda diğer tüm boyutlar (40, 38, 36, 34, 32, 30, 28 mm iç çap) kullanılmıştır. Standart boyut kolunda iki (%0,8) ve modifiye boyut kolunda bir (%0,4) olmak üzere toplam üç orta veya şiddetli advers etki (%0,6) görülmüştür. Katılımcıların %73,2'sinin 42. günde tamamen iyileştiği, çalışma kollarında benzer oranlar görüldüğü bildirilmiştir. Çalışma kollarından bağımsız olarak, hastaların tamamına yakınının (%99,6) sünnetli penislerinin görünümünden çok memnun oldukları ve %98,6'sının Shang Ring cihazı ile sünneti aile/arkadaşlarına tavsiye edebilecekleri rapor edilmiştir. Standart boyut kolundaki iki katılımcıdan birincisinde, orta/istenmeyen etkilerin cihaz kaldırıldıktan beş gün sonra, diğerinde ise 12. günde şiddetli kanama şeklinde olduğu ve kanamayı durdurmak için iki durumda da dikiş atmaya ihtiyaç duyulduğu rapor edilmiştir. Çalışma sonucunda, Shang Ring tekniğinin kolay uygulanabilen, görece hızlı bir yöntem olduğu belirtilmiştir [9].



Gerçekleştirilen bir Faz II çalışmada, katılımcılar PrePex cihazı (n=160) ve cerrahi yöntem için (n=80) randomize edilmişlerdir. PrePex kolunda 158 katılımcının, cerrahi kolunda 80 katılımcının sünnet işlemleri yapılmıştır. Çalışma sonunda, total işlem süresi PrePex kolunda $4,8 \pm 1,2$ dakika, cerrahi kolunda $14,6 \pm 4,2$ dakika sürmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,00001$). Çalışmada toplam 2 advers olay görülmüş olup, bu advers olaylar ağrı (cihaz çıkartılmıştır) ve cihazın katılımcı tarafından çıkartılması şeklinde rapor edilmiştir. Beklenen istenmeyen etkiler olarak; PrePex kolunda katılımcıların %12,1'inde, cerrahi kolunda ise katılımcıların %6,3'ünde lokalize ödem görüldüğü bildirilmiştir. PrePex kolunda hastaların neredeyse tamamına yakını (%96,3) cihaz çıkartılırken geçici ağrı tanımlamıştır (VAS skoru 2-6). %66,5 katılımcı ise çıkartmadan sonra ağrı tanımlamıştır. Takipte 14. gün PrePex kolunda %1,3 katılımcı, cerrahi kolunda %16,2 katılımcı hâlâ ağrı hissettiğini bildirmiştir. Ereksiyon sırasında ağrının ise PrePex kolunda %39,5 katılımcıda, cerrahi kolunda ise %55 katılımcıda görüldüğü rapor edilmiştir. Çalışma sonucunda, PrePex cihazının geleneksel sünnet yöntemine alternatif, hızlı, güvenli ve kolay uygulanabilir bir yöntem olduğu belirtilmiştir [10].

İnfant sünnetinde Plastibell cihazını değerlendiren bir araştırmada, çalışma periyodunda ortalama yaşı 17 gün (4 gün ila 3 ay yaş arasında) olan toplam 2.276 infant Plastibell ile sünnet edilmiştir. Cihazın ortalama düşme süresi 6 gün olarak bulunmuştur. Çalışmada yaş ve Plastibell boyutu arasında bir korelasyon bulunmamıştır. Toplam komplikasyon oranı %1,1 olarak tespit edilmiştir. Bu komplikasyonlar içinde en sık olarak 12 vakada postoperatif kanama görülmüştür. Postoperatif kanama vakalarının 7'si lokal kompresyon ve ligatürün sıkılaştırılması ile düzeltilmiş, 5'inde ise disseksiyon tekniğine dönülmüştür. Çalışmada üretroktanöz fistül görülmemiştir. Diğer taraftan, 17 vakada distal hipospadias saptanmış olup, bu vakalarda hipospadias düzeleneye kadar sünnet ertelenmiştir. Çalışma sonucunda, az sıklıkla görülen ve düzeltilebilir nitelikte olan erken komplikasyonları ile Plastibell cihazının iyi bir güvenlilik profili olduğu belirtilmiştir [11].

Kenya ve Zambiya'da Shang Ring yönteminin kullanıldığı ve 18-54 yaş arası (84 HIV pozitif) 1.149 katılımcının analize dâhil edildiği bir araştırmada, Shang Ring sünnet prosedürü rutin uygulama sırasında advers olay sıklığı, iyileşme ve kabul edilebilirliği değerlendirilmiştir. Çalışmada, biri yarının açılması biri şiddetli ağrı olmak üzere tedavi ile düzelen iki şiddetli advers etki görülmüştür. En sık görülen advers etki %0,8 ile 9 kişide yara açılması olarak görülmüştür. HIV enfekte ve enfekte olmayan benzer iyileşme oranları olup (%85,7 ve %87,3), 35 ila 42. günler arasında tamamen iyileşme görüldüğü belirtilmiştir. Katılımcıların %94,8'inin post-sünnet görüntüsünden çok memnun olduğu ve tamamına yakınının Shang Ring ile sünneti tavsiye edebileceği rapor edilmiştir. Ayrıca, 21 hizmet sunucudan 19'unun konvansiyonel sünnet yerine Shang Ringi tercih ettiği belirtilmiştir [12].

Uganda'da tıbbi erkek sünnetinde (MMC) PrePex cihazının güvenliği ve kabul edilebilirliğinin değerlendirildiği bir gözlemsel araştırmaya, 18 yaş üstü 429 kişi dâhil edilmiş ve 350 (%82)'sine PrePex cihazı, 79 (%18)'una dorsal slit prosedürü uygulanmıştır. Katılımcıların %5,7'sinde sıkı sünnet derisi veya fimozis/adhezyon nedeni ile PrePex cihazı kontrendike bulunmuştur. Çalışmada, PrePex ile 5'i ciddi olmak üzere toplam 9 advers olay görülmüştür. Bu 5 ciddi advers olayın 4'ü acil cerrahi sünnet gerektiren, cihazın kendiliğinden yerinden çıkmasına bağlı ödem ve üriner obstrüksiyon şeklinde; biri ise yara açılması şeklinde görülmüştür. Katılımcıların %71,8'i PrePex cihazı çıkarılması sonucunda hoş olmayan koku rapor etmiştir. PrePex cihazı ile tam iyileşme kümülatif oranlarının dördüncü haftada %56,7, beşinci haftada %84,8, altıncı haftada %97,6 ve yedinci haftada %98,6 şeklinde görüldüğü bildirilmiştir. Bu oranın dorsal slit yöntemi ile dördüncü haftada %98,7 ola-



Bölüm 3: Güvenlilik

arak gerçekleştirildiği belirtilmiştir. Çalışma sonucunda, PrePex cihazının kabul edilebilirliği iyi olmasına rağmen, iyileşme süresinin dorsal slit yöntemine göre uzun olduğu ve cihazın çıkarılması için geri gelinme ihtiyacı ve uzun iyileşme süresinin prosedür bütçesini artırabileceği bildirilmiştir [13].

Kenya'daki rutin hizmet sunumunda, PrePex cihazının yetişkin tıbbi erkek sünnetinde (MMC) güvenlilik, etkililik ve kabul edilebilirliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmaya 18-49 yaş arası 427 kişi dâhil edilmiştir. Prosedür, eğitilmiş klinik personel veya hemşireler tarafından uygulanmıştır. Yerleştirme ve çıkarma prosedürlerinin her birinin ortalama 3 ila 4 dakika kadar sürdüğü rapor edilmiştir. Cihazı yerleştirme sırasında bildirilen ağrı şikâyetinin az, çıkarma sırasında ise yoğun olduğu bildirilmiştir. Orta/şiddetli yan etki oranı %5,9 olup, bunların tümü sekelsiz olarak düzeltilmiştir. Bu advers etkiler; 5 kişide cihazın yerinden oynaması, 2 spontan sünnet derisi dekolmanı ve 9 yetersiz sünnet derisi çıkarılmasını içermiştir. Dokuz (%2,1) kişide sünnetin tamamlanması için cerrahi müdahale gereksinimi olmuştur. Yakından takip edilen ilk 50 katılımcının %44'ünde 42. günde tam iyileşme görülürken, 56. günde tam iyileşme %90 oranında saptanmıştır. Katılanların büyük bir çoğunluğunun sünnet prosedüründen memnun oldukları ve başkalarına tavsiye edebilecekleri belirtilmiştir. Çalışma sonucunda, PrePex cihazının Kenya'daki tıbbi erkek sünneti (MMC) için etkili ve kabul edilebilir olduğu bildirilmiştir. Advers etki oranının önceki PrePex çalışmalarında bildirilenden daha yüksek olduğu ve iyileşme zamanında cerrahinin sünnete göre daha uzun olduğu belirtilmiştir [14].

Yeni geliştirilen tek kullanımlık sünnet cihazının (Jiangxi-Yuansheng-Langhe Medical Instrument Co., Ltd) güvenliliği ve etkililiğinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bir araştırmada, fazla sünnet derisi ve/veya fimozisi olan 120 yetişkin erkek (ortalama yaş 26,6) çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. Yeni geliştirilen tek kullanımlık cihaz (n=60) ile konvansiyonel diseksiyon tekniği (n=60) kullanılmıştır. Yeni geliştirilen cihaz ile intraoperatif kanama hacmi [3,5±2,7 (15-35) mL vs. 13,1±6,1 (4-25) mL] ve ortalama cerrahi süresi [7,6±4,5 (2-23) dk vs. 23,6±4,4 (15-35) dk] kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p<0,01). Her iki grupta da advers etki görülmemiştir. Postoperatif ağrı, iyileşme ya da penis görünümünden memnuniyet bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yeni cihazın özellikle fimozisli hastalarda konvansiyonel teknikten daha kullanışlı olabileceği belirtilmiştir. Tek kullanımlık sünnet cihazının, ortalama yetişkin penis boyutlarına sahip 17 yaş üstü erişkinlerde güvenli ve etkili bir yöntem olduğu konvansiyonel diseksiyon tekniğine kıyasla daha iyi sonuçlar verdiği rapor edilmiştir [15].

Yetişkin sünnetini kolaylaştırmak için geliştirilen (University of Washington Applied Physics Laboratory) ayarlanabilir, hızlı, tek viziteli, tek kullanımlık bir cihazın potansiyel faydasını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen kavram-kavram (proof of concept) çalışmasına 5 yetişkin erkek dâhil edilmiş ve operasyon sonrası 90 gün takip edilmişlerdir. Ortalama operasyon süresi 16,4 dakika olarak bildirilmiştir. Tüm olgular lokal anestezi ile gerçekleştirilmiştir. Elektrokoter veya standart cerrahiye dönüşüm gerektiren bir olgu olmamıştır. Ameliyat sonrası 3. günde, tüm katılımcılar sonuçlardan memnun olduklarını ve başka kişilere önerebileceklerini belirtmişlerdir. Bir katılımcının, 30. gün vizitesinde dikişinde minör yara ayrılması olduğu kaydedilmiş ve takipte çözülmüştür. Yara enfeksiyonu, hematoma veya diğer advers etkiler görülmemiştir [16].

Plastibell cihazının güvenliliği ve kabul edilebilirliği 42 gün yaşın altında 50 katılımcının verisi incelenerek değerlendirilmiştir. Tüm katılımcıların sünneti Plastibell ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma süresince bir katılımcıda cihazın çıkarılmasını gerektiren bir kanama görülmüştür. Çalışmada 49



(%98) katılımcının annesinin işlemin sonuçlarından memnun kaldığı bildirilmiştir [17].

Dorsal slit yöntemi ile kıyaslama yapılarak Shang Ring cihazının kabul edilebilirliği ve güvenliğinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bir araştırmaya, 18 yaş ve üstü 621 katılımcı dâhil edilmiş ve Shang Ring (n=508) cihazı ve dorsal slit (n=113) uygulamaları karşılaştırılmıştır. Shang Ring 504 erkeğe uygulanmıştır [dört (%0,8) katılımcıda yüzüğün yerleştirilmesinde başarısızlık oluşmuş ve bu durum cerrahi hemostaz ve yaranın kapatılmasını gerektirmiştir]. Shang Ring takılan bireylerde ameliyat sonrası cerrahiye bağlı orta dereceli advers etkiler %1,0 iken, dorsal slit ile sünnet gerçekleştirilenlerde bu oran %0,8 olarak belirlenmiştir. Dört haftada yaranın tam iyileşmesinin Shang Ring ile %84, dorsal slit ile %100 olduğu bildirilmiştir ($p<0,001$). Cinsel ilişkinin 4 hafta öncesinde başlamasının Shang Ring ile %7, dorsal slit ile %15 olduğu belirtilmiştir ($p<0,01$). Cerrahi için ortalama sürenin Shang Ring ile 6,1 dakika, dorsal slit ile 17,7 dakika sürdüğü ve ayrıca yüzüğün çıkarılma işleminin ortalama 2,2 dakika sürdüğü rapor edilmiştir. Çalışma sonucunda, Shang Ring cihazının yüksek oranda kabul edilebilir ve güvenli olduğu ve tıbbi erkek sünneti hizmetlerinin verimliliğini artırabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte, yüzük yerleştirme hataları durumunda yedek cerrahi servislere ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır [18].

Hemşireler tarafından PrePex cihazıyla yapılan sünnetin sağlıklı erişkin erkeklerde güvenilirliği ve etkililiğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, 518 katılımcı sünnet prosedürünü tamamlamış ve bu katılımcıların verisi analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda, toplam 4 kişide 5 advers olay gözlemlendiği bildirilmiştir (advers olay oranı %0,96). Advers olaylar; çıkarma sonrası kanama, çıkarmadan bir gece önce yüksek dereceli ağrı (cihazın kendisi tarafından çıkartılmasına ve hafif kanamaya neden olan), hatalı yerleşim ve cihazın kısmi çıkarılması olarak belirtilmiştir. Bir advers olay cihaz ile ilişkili olarak değerlendirilmemiştir. Çalışma, PrePex cihazının eğitiminin kolay olduğunu ve hemşireler tarafından yapılan sünnetin güvenli ve etkili olduğunu göstermiştir. İşlemin minimum düzeyde invaziv olduğu ve anestezi için enjeksiyon, sütür veya steril koşullara gerek duyulmadığı belirtilmiştir [19].

Yaşı 2 aydan küçük ve ağırlığı 2,5 kg'ın üstünde olan 1.239 infantın dâhil olduğu araştırmada, Mogen klamp güvenliği değerlendirilmiştir. Postoperatif olarak değerlendirilen infantlarda toplam advers etki oranı %2,7 olarak bildirilmiştir. Çalışmada, bir katılımcıda glans penisin lateral kısmının küçük bir parçasının ekzizyonu şeklinde ciddi bir advers olay gözlenmiştir. Diğer advers olayların hafif-orta dereceli olduğu ve konservatif tedavi ile düzeldiği rapor edilmiştir [üç intraoperatif kanama (sütür gerektirmiş), dört intraoperatif kanama (basınç ile düzeltilmiş), üç postoperatif kanama (basınç ile düzeltilmiş), beş enfeksiyon, üç meatal abrasyon vakası]. Bir ay veya üstü yaşa sahip bebeklerde advers olay görülme sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu sebeple en uygun zamanın ilk bir ay olduğu belirtilmiştir [20].

Yapılan bir araştırmada, neonatal erkek sünnetinde Mogen, Gomco ve Plastibell cihazları ile sünnet yönteminin fizibilitesi ve güvenliği değerlendirilmiştir. Çalışmada; medyan yaşın 11 gün olduğu, 7-18 gün yaşları arasında, medyan ağırlığın 3,2 kg olduğu 2,9-3,5 kg ağırlığına sahip 640 bebek sünnet edilmiştir. Toplam 17 hizmet sağlayıcı (5 hekim, 9 hemşire-ebe, 3 klinik personel) çalışmaya katılmış ve her cihazla en az 10 sünnet gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dâhil edilen 149 (%23,3) bebeğin HIV-maruziyeti olduğu belirtilmiştir. Çalışmada toplam advers etki oranı %4,9 (n=31/630) ve orta-şiddetli advers etki oranı %4,1 (n=26/630) şeklinde rapor edilmiştir. Advers etki oranları için yöntemler arasında istatistiksel bir fark gözlenmediği bildirilmiştir. Hizmet sunanların çoğunluğu-



Bölüm 3: Güvenlilik

nun (%65) Gomco ve Plastibell yerine, Mogen klempini tercih ettiği belirtilmiştir. Çalışma sonucunda üç tekniğin güvenlilik profillerinin benzer olduğu söylenmiştir [21].

Yapılan diğer bir araştırmada da yetişkin erkeklerde PrePex cihazının güvenliliği ve etkililiği değerlendirilmiştir. Çalışma ilk fazında, PrePex cihazının fizibilitesi 5 katılımcı üzerinde steril koşullarda test edilmiştir. Sonrasında çalışma ana fazında, 50 katılımcı steril şartları sağlamayan koşullarda sünnet edilmiştir. Fizibilite aşamasında 5 denekten hiçbirinde advers etki görülmeden sünnet tamamlanmıştır. Ana evrede, 50 denekten birinde, cihaz çıkarıldıktan sonra diffüz ödem görüldüğü ve minimal bir müdahale ile düzeldiği bildirilmiştir. Yukarıda bahsedilen cihaz çıkarılması dışında ağrının minimal olduğu bildirilmiştir (çoğu vakada yerleştirildikten sonraki 7. gün). Tam iyileşme için ortalama sürenin cihaz çıkarıldıktan 21 gün sonrası olduğu gözlemlenmiştir. Tüm prosedürün dikiş, anestezi ve steril koşullar gerektirmediği ve kanamasız olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucunda PrePex etkili ve güvenli bir yöntem olarak değerlendirilmiştir [22].

Kenya'da yetişkin erkek sünneti için yeni bir tek kullanımlık cihaz olan Shang Ring'in güvenliliği, ön yeterliliği ve kabul edilebilirliğinin değerlendirildiği Kavram-Kanıt (Proof of concept) çalışmasına, 18-54 yaş arası 40 katılımcı dâhil edilmiştir. Shang Ring sünneti sonrası 2, 7, 9, 14, 21, 28 ve 48. günlerde takip viziteleri yapılmıştır. Yapılan 40 işlemin tamamı başarı ile sonuçlandırılmıştır. Ortalama işlem ve cihazın çıkartılma sürelerinin sırasıyla 4,8 ve 3,9 dakika olduğu rapor edilmiştir. Üç peniste deri yaralanması, iki ödem ve bir enfeksiyon olmak üzere toplam 6 advers etki gözlemlenip hepsi konservatif tedavi ile düzeltilmiştir. Ayrıca, 2-7 gün arasında üç kısmi halka ayrılması görüldüğü ve bunların hiçbirinde tedaviye veya halkanın erken çıkartılmasına gerek duyulmadığı bildirilmiştir. Halka ile ereksiyonun iyi tolere edildiği belirtilmiştir (ortalama ağrı skoru $3,4 \pm 2,3$). İkinci günde, katılımcıların %80'inin işlerine geri döndüğü görülmüştür. 42 gün sonra, tüm katılımcıların sünnetlerinden çok memnun oldukları ve prosedürü başkalarına tavsiye edebilecekleri bildirilmiştir. Çalışma sonucunda, Shang Ring'in güvenli ve katılımcılar tarafından kabul edilebilirliği iyi bir yöntem olduğu belirtilmiştir [23].

Plastibell cihazı ve bone-cutter sünnet yöntemlerinin komplikasyon oranlarının karşılaştırıldığı tanımlayıcı nitelikteki çalışmaya, 6 aylıktan küçük 200 infantın ebeveynleri dâhil edilmiştir. Katılımcılar Plastibell ve bone-cutter yöntemi olmak üzere iki gruba eşit olarak bölünmüşlerdir. Ebeveynler işlem öncesi Plastibell sünneti ile ilgili çekincelerini %42 ateş, ağrı ve kanama (%66) olarak belirtmişlerdir. Çalışmada Plastibell cihazı bone-cutter yöntemi ile kıyaslandığında, işlem süresinin daha kısa ($p < 0,0001$) ve daha az kanama ($p < 0,0001$) olduğu bildirilmiştir. Enfeksiyon oranları bone-cutter kolunda %3, Plastibell kolunda ise %1 olarak rapor edilmiştir. Ağrı skorunun Plastibell kolunda daha düşük olduğu belirtilmiştir ($p < 0,0001$). Ebeveynlerin Plastibell kolunda %1'inin, bone-cutter kolunda %4'ünün işlemin estetik sonuçlarından memnun olmadığını bildirdikleri saptanmıştır. Çalışma sonucunda Plastibell daha güvenilir bir yöntem olarak değerlendirilmiştir [24].

Sirküler stapler ile sünnetin güvenliliği ve etkililiğinin konvansiyonel cerrahi ile karşılaştırılmasının amaçlandığı, 879 yetişkin katılımcının dâhil olduğu bir araştırmada, katılımcılar stapler (441) ile konvansiyonel (438) sünnet yöntemi gruplarına randomize edilmiştir. Çalışma sonucunda ameliyat süresi ve kan kaybı hacmi, stapler grubunda konvansiyonel gruba göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (sırasıyla $6,8 \pm 3,1$ vs $24,2 \pm 3,2$ dk ve $1,8 \pm 1,8$ vs $9,4 \pm 1,5$ mL; $p < 0,01$). İntraoperatif ve postoperatif ağrı skorlarının, stapler grubunda konvansiyonel gruba göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla $0,8 \pm 0,5$ vs $2,4 \pm 0,8$ ve $4,0 \pm 0,9$ vs $5,8 \pm 1,0$; $p < 0,01$). Ayrıca, stapler



grubunda konvansiyonel gruba göre komplikasyonlar anlamlı derecede daha az olarak gözlemlenmiştir (sırasıyla %2,7 vs %7,8; $p<0,01$). Ancak stapler grubundaki tedavi maliyetleri, konvansiyonel grubunkinden daha yüksek olarak hesaplanmıştır (sırasıyla US\$ 356,60±8,20 ve US\$ 126,50±7,00, $p<0,01$). Stapler sünnetine tabi tutulan çoğu hastada (388/441, %88,0) rezidül stapler tırnaklarının çıkarılması gerektiği belirtilmiştir. Genel olarak stapler sünnetinin zaman açısından verimli ve güvenli bir erkek sünnet tekniği olduğu belirtilmiş ve geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır [25].

Yapılan farklı bir araştırmada, erken infant sünnetinde Mogen klamp ve AccuCirc cihazları non-inferiorite açısından değerlendirilmiştir. Postpartum 6 ila 54 gün yaşında 150 infant çalışmaya dâhil edilmiş ve 50'si Mogen klamp ile 100'ü AccuCirc ile sünnet edilmiştir. AccuCirc kolunda 2 orta şiddetli advers olay gözlenmiş iken, Mogen klamp kolunda advers olay görülmemiştir. AccuCirc kolunda gözlenen advers olayların bir aşırı deri çıkarılması ve bir yetersiz deri çıkarılması şeklinde görüldüğü rapor edilmiştir. Annelerin tamamına yakınının (%99,5) yapılan işlemde çok memnun kaldıkları bildirilmiştir. Çalışma sonucunda her iki tekniğin de etkili ve güvenli yöntemler olduğu sonucuna varılmıştır [26].

Plank ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen, yenidoğan sünnetinde Mogen klamp ve Plastibell cihazlarının karşılaştırıldığı diğer bir randomize çalışmada, 153 yenidoğan Mogen klamp ile 147 yenidoğan ise Plastibell ile sünnet edilmiştir. Mogen klamp kolunda herhangi bir majör advers olay görülmediği, Plastibell kolunda ise iki majör advers olay görüldüğü rapor edilmiştir. Plastibell ile görülen majör advers olayların her ikisinde de halkanın proksimale doğru hareket ettiği ve çalışma ekibi tarafından çıkartılmak zorunda kaldığı bildirilmiştir. Minör advers olaylarla ise Mogen klamp kolunda daha sık olarak karşılaşıldığı belirtilmiştir. Bu advers olaylar; çok az deri çıkartılması (Mogen klamp kolunda 23-Plastibell kolunda 4, $p<0,01$), adezyon/cilt köprüsü (Mogen klamp kolunda 11-Plastibell kolunda 3, $p=0,03$), $<1/2$ görünür glans (Mogen klamp kolunda 12-Plastibell kolunda 1, $p<0,01$), minör kanama (Mogen klamp kolunda 5-Plastibell kolunda 0, $p=0,03$) şeklinde bildirilmiştir. Annelerin %94'ünden fazlasının prosedürden yüksek oranda veya tamamen memnun oldukları rapor edilmiştir [27].

Lei ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada ise No flip Shang Ring tekniği ile dorsal slit cerrahi yönteminin klinik etkililiği ve güvenliğinin kıyaslanması amaçlanmış ve Shang Ring uygulanan 408 kişi ve dorsal slit uygulanan 94 kişi karşılaştırılmıştır. Shang Ring grubunda ortalama halkanın çıkarılma süresi 17,62±6,30 gün olarak bulunmuştur. Operasyon süresi, ameliyat sırasındaki ağrı skorları ve ameliyat sonrası 24 saatteki ağrı skorları, kanama, enfeksiyon ve penis görünümünden memnuniyetin dorsal slit grubuna göre daha üstün bulunduğu belirtilmiştir. Operasyondan iki hafta sonra, Shang Ring grubunda ödem bulunan hastaların yüzdesi daha yüksek olmasına rağmen, iki grup arasında 4. haftada fark görülmediği bildirilmiştir. Sonuç olarak, Shang Ring yöntemi dorsal slit yöntemi ile kıyaslandığında daha az ağrıya, kanamaya, enfeksiyona neden olduğu ve tatmin edici bir görünüm ile sonuçlanan kısa çalışma süresine (<5 dak) sahip bir yöntem olduğu bildirilmiştir. Olumsuz olarak ise ödemin geçmesinin uzun süre aldığına ve hastaların cihazı yaklaşık 2-3 hafta taşımasının zorluğuna değinilmiştir [28].

3.2.2. Meta-analiz ve Sistemik Derlemeler

Fan ve ark. tarafından, 2016 yılında gerçekleştirilen meta-analizde, sünnet için geliştirilen in situ cihazlar (ISD) ve sirkular tek kullanımlık cihazların (CDD) etkililiği ve güvenliğini inceleyen, yayımlanmış 10 randomize kontrollü klinik araştırmadaki 4.694 kişi değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmaların



Bölüm 3: Güvenlilik

kalitesi ortalama olarak değerlendirilmiştir. ISD ile konvansiyonel sünnete göre istatistiksel olarak daha az intraoperatif kanama olduğu, daha kısa operasyon süresi gerektirdiği ve yara yerinde kanamanın daha az görüldüğü bildirilmiştir. Diğer taraftan, ISD ile CDD'ye göre yara yerinde kanama daha az olmasına rağmen yara iyileşmesinin daha uzun sürdüğü belirtilmiştir. CDD ile ise istatistiksel olarak konvansiyonel sünnete göre daha az intraoperatif kanama ve daha kısa operasyon süresi olduğu rapor edilmiştir. CDD'nin en iyi yara iyileşmesi ve en az ağrı deneyimi sağladığı; ISD'nin ise en az intraoperatif kanama, en kısa operasyon süresi, en az yara yerinde kanama ve en yüksek memnuniyet oranına sahip olduğu tespit edilmiştir. Çeşitli durumlardaki üstünlükleri ile birlikte, çalışma sonucunda, CDD ve ISD yöntemlerinin her ikisinin de sünnet için etkili ve güvenli olduğu belirtilmiştir [29].

Yapılan diğer bir sistematik derlemede, 9 randomize kontrollü klinik çalışmadaki 1.898 vaka tek kullanımlık sünnet sütür cihazları (DCSD) ve konvansiyonel sünnet açısından karşılaştırılmıştır. Konvansiyonel sünnet ile kıyaslandığında DCSD ile operasyon süresi daha kısa bulunmuştur ($p<0,00001$). Ek olarak, DCSD ile daha kısa sürede yara iyileşmesi ($p<0,00001$), daha az intraoperatif kan kaybı ($p<0,00001$) estetik olarak daha iyi penil görünümü ($p<0,00001$), daha düşük intraoperatif ağrı skoru, daha düşük 24 saat postoperatif ağrı skoru, daha az enfeksiyon sıklığı, daha az insizyon ödemi ve daha az advers olay görüldüğü bildirilmiştir. Yara açılması ve hematoma açısından ise gruplar arasında herhangi bir fark tespit edilmemiştir. Yapılan meta-analiz sonucunda, ilave yüksek kaliteli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilse de genel olarak DCSD'nin konvansiyonel sünnete göre daha güvenli ve etkili bir sünnet yöntemi olduğu belirtilmiştir [30].

3.3. Tartışma ve Sonuç

Yapılmış çalışmalar sünnete bağlı komplikasyon görülme sıklığının ortalama 1.000 hastada 2 ila 5 aralığında olduğunu, çoğunlukla bu komplikasyonların tedavi edilebilir nitelikte olduğunu ve çoğu zaman uzun dönemde olumsuz bir etkiye neden olmadığını göstermektedir. Sünnet için en uygun zaman net olarak bilinemesi de klamp ve çan tipi sünnet için genel olarak doğum sonrası ilk altı haftanın uygun olacağı düşünülmektedir. Doğum sonrası da en azından 24 saat beklenmesi infantın stabil hâle gelmesi ve herhangi bir hastalık veya anomali açısından sorgulanması bakımından önemlidir.

Kanama, sünnete bağlı olarak görülebilen en sık istenmeyen etkidir ve sıklıkla frenular arter hasarlanması veya dermal kesilerden kaynaklanmaktadır. Ciddi kanama olasılığının altta yatan bir koagülopati varlığında artmakta olduğu unutulmamalı ve hastalar bu açıdan sorgulanmalıdır. Kanama riski açısından çalışmalarda heterojen sonuçlar olsa da genel olarak kanama oranlarının tüm teknikler ile benzer olduğu söylenebilir. Kanama oluştuğunda da temel olarak kompresyon, hemostatik ajanlar ve sütür tedavisi uygulanması gerekebilmektedir. Diğer bir istenmeyen etki ise enfeksiyondur ve kanamaya göre daha seyrek görülmektedir. Genellikle oluşan enfeksiyonlar da uygun antibiyotik tedavisi ile düzeltilmektedir. Ancak, çok seyrek görülme olasılığı olsa da ülserasyon, süpürasyon ve sistemik enfeksiyon gibi durumlara dikkat etmek gerekmektedir.

Cerrahi komplikasyonlar ise kanama ve enfeksiyona göre çok daha az sıklıkla görülmektedir. Bunlar; aşırı sünnet derisi çıkarılması, yetersiz sünnet derisi çıkarılması, penis glans yaralanması/amputasyonu, üretral komplikasyonlar, anormal skarlaşma, adezyon/cilt köprüsü oluşumu olarak sayılabilir. Bu komplikasyonlardan glans hasarı korkulan bir advers olaydır ve yukarıda ilgili yayınlarda belirtilen, özellikle Mogen klamp uygulamasına bu açıdan dikkat etmek gerekmektedir.[3,20]



Diğer taraftan, işlem sırasında kullanılan anesteziğe bağlı komplikasyonlar da görülebilir. Anestezik komplikasyonlara özellikle ağrı kontrolü açısından dikkat etmek gerekmektedir. Konvansiyonel sünnet de olduğu gibi tüm tek kullanımlık cihazlarda (çalışmalarda özellikle de PrePex tipi cihazlarla görülen) hem cihazın takılması hem de cihazın çıkarılması sırasında oluşan ağrı konusunun iyi irdelenmesi, uygun anestezik yöntemin kullanılması gerekmektedir.

Diğer taraftan, özellikle PrePex uygulaması yapılanlardan oluşan katılımcıların hoş olmayan koku deneyimleri şeklinde bildirdikleri durumlar konusunda da hastalar işlem öncesinde bilgilendirilmelidir. Yapılan çalışmalarda genel olarak tek kullanımlık sünnet cihazları konvansiyonel sünnete benzer veya üstün güvenlilik profili göstermektedir.Çalışmalardaki heterojeniteden de anlaşılacağı üzere, aslında komplikasyonların özellikle de cerrahi komplikasyonların önlenmesinde penil anatomisine dikkat edilmesi, eşlik eden durumların sorgulanması ve kullanılacak ekipmanın eğitimli kişilerce doğru şekilde uygulanması en önemli basamaklardır.

Hangi tekniğin hangi kişide seçileceğine yönelik herhangi bir kılavuz olmamasından dolayı, genellikle hangi tekniğin uygulanacağı klinisyenin seçimi doğrultusunda olmaktadır. Hasta güvenliğini maksimuma çıkarmak için yapılması gereken, seçilen işlemin bu konuda eğitimli ve yetkin kişilerce gerçekleştirilmesidir.



3.4. Kaynaklar

1. Awori, Q. D., R. K. Lee, P. S. Li, J. N. Moguche, D. Ouma, B. Sambai, M. Goldstein, and M. A. Barone. 2017. 'Use of the Shan-gRing circumcision device in boys below 18 years old in Kenya: results from a pilot study', *J Int AIDS Soc*, 20: 21588.
2. Shen, J., J. Shi, J. Gao, N. Wang, J. Tang, B. Yu, W. Wang, and R. Wang. 2017. 'A Comparative Study on the Clinical Efficacy of Two Different Disposable Circumcision Suture Devices in Adult Males', *Urol J*, 14: 5013-17.
3. Bailey, R. C., I. Nyaboke, and F. O. Otieno. 2017. 'What device would be best for early infant male circumcision in east and southern Africa? Provider experiences and opinions with three different devices in Kenya', *PLoS One*, 12: e0171445.
4. Mavhu, W., N. Larke, K. Hatzold, G. Ncube, H. A. Weiss, C. Mangenah, P. Chonzi, O. Mugurungi, J. Mufuka, C. A. Samkange, G. Gwinji, F. M. Cowan, and I. Ticklay. 2016. 'Safety, Acceptability, and Feasibility of Early Infant Male Circumcision Conducted by Nurse-Midwives Using the AccuCirc Device: Results of a Field Study in Zimbabwe', *Glob Health Sci Pract*, 4 Suppl 1: S42-54.
5. Mavhu, W., K. Hatzold, G. Ncube, S. Xaba, N. Madidi, J. Keatinge, E. Dhodho, C. A. Samkange, M. Tshimanga, T. Mangwiro, O. Mugurungi, E. Njeuhmeli, and F. M. Cowan. 2016. 'Safety and Acceptability of the PrePex Device When Used in Routine Male Circumcision Service Delivery During Active Surveillance in Zimbabwe', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S63-8.
6. Kohler, P. K., B. A. Tippett Barr, A. Kang'ombe, C. Hofstee, F. Kilembe, S. Galagan, D. Chilongozi, D. Namate, M. Machaya, K. Kabwere, M. Mwale, W. Msunguma, J. Reed, and F. Chimbwandira. 2016. 'Safety, Feasibility, and Acceptability of the Pre-Pex Device for Adult Male Circumcision in Malawi', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S49-55.
7. Feldblum, P., N. Martinson, B. Bvulani, N. Taruberekera, M. Mahomed, N. Chintu, M. Milovanovic, C. Hart, S. Billy, E. Necochea, A. Samona, M. Mhazo, D. Bossemeyer, J. J. Lai, L. Lebinai, T. A. Ashengo, L. Macaringue, V. Veena, and K. Hatzold. 2016. 'Safety and Efficacy of the PrePex Male Circumcision Device: Results From Pilot Implementation Studies in Mozambique, South Africa, and Zambia', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S43-8.
8. Tshimanga, M., K. Hatzold, O. Mugurungi, T. Mangwiro, G. Ncube, S. Xaba, P. Chatikobo, P. Gundidza, C. Samkange, R. Dhlamini, M. Murwira, and G. Gwinji. 2016. 'Safety Profile of PrePex Male Circumcision Device and Client Satisfaction With Adolescent Males Aged 13-17 Years in Zimbabwe', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S36-42.
9. Feldblum, P. J., R. Zulu, D. Linyama, S. Long, T. J. Nonde, J. J. Lai, J. Kashitala, V. Veena, and P. Kasonde. 2016. 'Randomized Controlled Trial of the ShangRing for Adult Medical Male Circumcision: Safety, Effectiveness, and Acceptability of Using 7 Versus 14 Device Sizes', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S30-5.
10. Tshimanga, M., T. Mangwiro, O. Mugurungi, S. Xaba, M. Murwira, D. Kasprzyk, D. E. Montano, D. Nyamukapa, B. Tambashe, P. Chatikobo, P. Gundidza, and G. Gwinji. 2016. 'A Phase II Randomized Controlled Trial Comparing Safety, Procedure Time, and Cost of the PrePex Device to Forceps Guided Surgical Circumcision in Zimbabwe', *PLoS One*, 11: e0156220.
11. Jimoh, B. M., I. S. Odunayo, I. Chinwe, O. O. Akinfolarin, A. Oluwafemi, and E. J. Olusanmi. 2016. 'Plastibell circumcision of 2,276 male infants: a multicentre study', *Pan Afr Med J*, 23: 35.
12. Sokal, D. C., P. S. Li, R. Zulu, Q. D. Awori, K. Agot, R. O. Simba, S. Combes, R. K. Lee, C. Hart, J. J. Lai, Z. Zyambo, M. Goldstein, P. J. Feldblum, and M. A. Barone. 2014. 'Field study of adult male circumcision using the ShangRing in routine clinical settings in Kenya and Zambia', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 67: 430-7.
13. Kigozi, G., R. Musoke, S. Watya, N. Kighoma, J. Nkale, M. Nakafeero, D. Namuguzi, D. Serwada, F. Nalugoda,



- N. Sewankambo, M. J. Wawer, and R. H. Gray. 2014. 'The safety and acceptance of the PrePex device for non-surgical adult male circumcision in Rakai, Uganda. A non-randomized observational study', *PLoS One*, 9: e100008.
14. Feldblum, P. J., E. Odoyo-June, W. Obiero, R. C. Bailey, S. Combes, C. Hart, J. Jou Lai, S. Fischer, and P. Cherutich. 2014. 'Safety, effectiveness and acceptability of the PrePex device for adult male circumcision in Kenya', *PLoS One*, 9: e95357.
15. Wang, J., Y. Zhou, S. Xia, Z. Zhu, L. Jia, Y. Liu, and M. Jiang. 2014. 'Safety and efficacy of a novel disposable circumcision device: a pilot randomized controlled clinical trial at 2 centers', *Med Sci Monit*, 20: 454-62.
16. Hotaling, J. M., L. S. Leddy, M. A. Haider, M. Mossanen, M. R. Bailey, B. MacConaghy, F. Olson, and J. N. Krieger. 2014. 'Simple circumcision device: proof of concept for a single-visit, adjustable device to facilitate safe adult male circumcision', *Fertil Steril*, 101: 1266-70.
17. Nnamonu, M. I. 2013. 'Circumcision: experience at a private hospital in jos, Nigeria', *Niger J Surg*, 19: 1-3.
18. Kigozi, G., R. Musoke, S. Watya, N. Kighoma, P. Ssebowa, D. Serwadda, F. Nalugoda, F. Makumbi, P. Li, R. Lee, M. Goldstein, M. Wawer, N. Sewankambo, and R. H. Gray. 2013. 'The acceptability and safety of the Shang Ring for adult male circumcision in Rakai, Uganda', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 63: 617-21.
19. Mutabazi, V., S. A. Kaplan, E. Rwamasirabo, J. P. Bitega, M. L. Ngeruka, D. Savio, C. Karema, and A. Binagwaho. 2013. 'One-arm, open-label, prospective, cohort field study to assess the safety and efficacy of the PrePex device for scale-up of non-surgical circumcision when performed by nurses in resource-limited settings for HIV prevention', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 63: 315-22.
20. Young, M. R., R. C. Bailey, E. Odoyo-June, T. E. Irwin, W. Obiero, D. O. Ongong'a, J. A. Badia, K. Agot, and S. K. Nordstrom. 2012. 'Safety of over twelve hundred infant male circumcisions using the Mogen clamp in Kenya', *PLoS One*, 7: e47395
21. Bowa, K., M. S. Li, B. Mugisa, E. Waters, D. M. Linyama, B. H. Chi, J. S. Stringer, and E. M. Stringer. 2013. 'A controlled trial of three methods for neonatal circumcision in Lusaka, Zambia', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 62: e1-6.
22. Bitega, J. P., M. L. Ngeruka, T. Hategekimana, A. Asiimwe, and A. Binagwaho. 2011. 'Safety and efficacy of the PrePex device for rapid scale-up of male circumcision for HIV prevention in resource-limited settings', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 58: e127-34.
23. Barone, M. A., F. Ndede, P. S. Li, P. Masson, Q. Awori, J. Okech, P. Cherutich, N. Muraguri, P. Perchal, R. Lee, H. H. Kim, and M. Goldstein. 2011. 'The Shang Ring device for adult male circumcision: a proof of concept study in Kenya', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 57: e7-12.
24. Mehmood, T., H. Azam, M. Tariq, Z. Iqbal, H. Mehmood, and S. A. Shah. 2016. 'Plastibell Device Circumcision versus Bone Cutter Technique in terms of Operative Outcomes and Parent's Satisfaction', *Pak J Med Sci*, 32: 347-50.
25. Jin, X. D., J. J. Lu, W. H. Liu, J. Zhou, R. K. Yu, B. Yu, X. J. Zhang, and B. H. Shen. 2015. 'Adult male circumcision with a circular stapler versus conventional circumcision: A prospective randomized clinical trial', *Braz J Med Biol Res*, 48: 577-82.
26. Mavhu, W., N. Larke, K. Hatzold, G. Ncube, H. A. Weiss, C. Mangenah, O. Mugurung'i, J. Mufuka, C. A. Samkange, J. Sherman, G. Gwinji, F. M. Cowan, and I. Ticklay. 2015. 'Implementation and Operational Research: A Randomized Noninferiority Trial of AccuCirc Device Versus Mogen Clamp for Early Infant Male Circumcision in Zimbabwe', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 69: e156-63.
27. Plank, R. M., N. O. Ndubuka, K. E. Wirth, J. T. Mwambona, P. Kebaabetswe, B. Bassil, C. Lesetedi, J. Magetse, M. Nkgau, J. Makhema, M. Mmalane, T. Creek, K. M. Powis, R. Shapiro, and S. Lockman. 2013. 'A randomized



Bölüm 3: Güvenlilik

- trial of Mogen clamp versus Plastibell for neonatal male circumcision in Botswana', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 62: e131-7.
28. Lei, J. H., L. R. Liu, Q. Wei, W. B. Xue, T. R. Song, S. B. Yan, L. Yang, P. Han, and Y. C. Zhu. 2016. 'Circumcision with "no-flip Shang Ring" and "Dorsal Slit" methods for adult males: a single-centered, prospective, clinical study', *Asian J Androl*, 18: 798-802.
29. Fan, Y., D. Cao, Q. Wei, Z. Tang, P. Tan, L. Yang, L. Liu, Z. Liu, X. Li, and W. Xue. 2016. 'The characteristics of circular disposable devices and in situ devices for optimizing male circumcision: a network meta-analysis', *Sci Rep*, 6: 25514.
30. Huo, Z. C., G. Liu, X. Y. Li, F. Liu, W. J. Fan, R. H. Guan, P. F. Li, D. Y. Mo, and Y. Z. He. 2017. 'Use of a disposable circumcision suture device versus conventional circumcision: a systematic review and meta-analysis', *Asian J Androl*, 19: 362-67.



Bölüm 4: Klinik Etkililik

Dr. Öğr. Gör. Selçuk Şen

4.1. Giriş

Bu bölümde, sistematik literatür taraması sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde tek kullanımlık sünnet aletlerinin günümüzde kullanımına yönelik bilgiler sunulacaktır. Bölüm içinde, metodolojik yaklaşım çerçevesinde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri Tablosunun “Klinik Etkililik” başlıklı dördüncü bölümündeki soruların yanıtları da verilmiştir.

4.2. Değerlendirme

4.2.1. Klinik Çalışmalar

Shen ve ark. tarafından 2017 yılında yürütülen bir araştırmada, Langhe tek kullanımlık sünnet sütür ve Daming tek kullanımlık sünnet sütür cihazlarının etkililiği ve güvenliliği değerlendirilmiştir. Çalışmadaki toplam 179 hasta iki kola ayrılmıştır. Daming cihazına göre, Langhe cihazı uygulamalarında intraoperatif ve postoperatif kanamaların daha ciddi olduğu tespit edilmiştir (Sırasıyla Langhe ve Daming cihazları ile kanama $4,21 \pm 1,31$ mL vs $2,56 \pm 1,45$ mL). Diğer taraftan, Daming cihazı ile daha uzun şişlik (swelling) süresi (Sırasıyla Langhe ve Daming cihazları $11,7 \pm 0,9$ gün vs $14,5 \pm 1,4$ gün), daha yüksek postoperatif ağrı skoru (Sırasıyla Langhe ve Daming cihazları $2,9 \pm 0,9$ vs $3,8 \pm 1,5$), daha yüksek postoperatif enfeksiyon oranı (Sırasıyla Langhe ve Daming cihazları %4,7 vs %13,8) görülmüş ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışma sonunda, Langhe cihazının insizyon yarasını direkt olarak staple ile fikse etmesi nedeni ile Daming cihazının daha ideal intra ve postoperatif kompresyon hemostazis etkisi olduğu, ayrıca kanama riskini düşürdüğü belirtilmiştir. Diğer taraftan da postoperatif iyileşme sürecinin ise Daming cihazı ile daha uzun olduğu belirtilmiştir [1].

Zimbabve’de yayımlanan bir çalışmada ise PrePex cihazı ile yapılan sünnetler cerrahi prosedür ile kıyaslanarak advers etki profili açısından değerlendirilmiştir. Çalışma, Ekim 2014-Eylül 2015 tarihleri arasında sünnet vakalarına ilişkin veriler üzerinden yürütülmüş ve toplam 44.868 vaka değerlendirilmiştir. Hastaların %96,2’sinin 14 gün içinde takip vizitelerine geldikleri tespit edilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, PrePex cihazı ile gerçekleştirilen sünnet vakalarında cerrahi prosedüre göre orta veya ciddi advers etki ortaya çıkma riskinin 3,29 kat arttığı tespit edilmiştir (PrePex ile %1,2 oranında, cerrahi prosedür ile %0,3 oranında orta veya ciddi advers olay görülmüştür.). 20 ve üzeri yaştaki kişilerle karşılaştırıldığında, işlem yerinde enfeksiyon oluşumu 10-14 yaş arasındaki kişilerde 3,07 kat ve 15-19 yaş arasındaki kişilerde ise 1,80 kat yüksek bulunmuştur. PrePex’in advers etkilerinin %70’inin cihazın yer değiştirmesinden kaynaklandığı ve bu durumun önlenabilir nitelikte olduğu belirtilmiştir [2].

Katılımcıların PrePex cihazı ile ilişkili ağrı deneyimleri ve koku algılamalarının değerlendirildiği bir başka çalışma ise 2016 yılında Musiige ve ark. tarafından yayımlanmıştır. Bu çalışmada, 18-49 yaşlarındaki 802 erkek hastanın 2013 yılında Botswana’da PrePex cihazı ile gerçekleştirilmiş sünnet verileri analiz edilmiştir. Cihaz ilişkili koku algılanması ve ağrı deneyimleri değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, 802 katılımcının 751 (%94)’i cihaz takılırken alışılmadık veya hoş olmayan



Bölüm 4: Klinik Etkililik

bir koku fark ettiklerini bildirmişlerdir. İçlerinden 193 (%26) katılımcı, koku ile mücadele için bir şeyler denediğini bildirmiştir. Cihaz çıkartıldıktan 2 dakika sonra 84 (%10) katılımcı ağrı hissetmediğini, 655 (%82) katılımcı hafif ağrı, 48 (%6) katılımcı orta ağrı ve 15 (%2) katılımcı şiddetli ağrı bildirmiştir. Çıkarma işleminden 15 dakika sonra yapılan ağrı raporlarında, 553 (%69) kişinin ağrı hissetmediği, 247 (%31) kişinin hafif şiddette ağrı ve 2 (%0,25) kişinin orta derecede ağrı hissettiği bildirilmiştir. Cihaz takıldıktan sonra, 42. günde görüşülen 740 katılımcıdan 678 (%92)'inin işlemten tatmin olduğu ve 681 (%92)'inin sünneti düşünen başka birine tavsiye edeceği belirtilmiştir. PrePex cihazı takılırken hoş olmayan koku ve cihaz çıkartılırken hafif ağrı yaygın olarak görülmesine rağmen, katılımcılar genel anlamda cihazdan memnun olup tavsiye edeceklerini söylemişlerdir [3].

Zimbabve'de gerçekleştirilen ve PrePex cihazının güvenliliğinin ve kabul edilebilirliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, aktif olarak PrePex uygulayan ve bu konuda deneyimli 6 merkezdeki sünnet vakaları incelenmiştir. Toplam 2.156 sünnet vakasının 1.000 (%46,4)'inde PrePex uygulanmıştır. Bu hastaların yapılan takibinde, cihazın kendiliğinden çıkmasına bağlı cerrahi gerektiren 4 (%0,4) ciddi advers etki gözlenmiştir. Altı (%0,6) kişide orta derece advers etki görülmüş, cerrahiye ihtiyaç duyulmamıştır. 280 (%28) kişi cihazın çıkarılması sırasında hafif veya orta şiddette ağrı hissettiğini belirtmiştir. 12 (%1,2) vakada ise ağrı ile ilişkili olmayan orta derecede advers etki görülmüştür. Tüm advers etkiler sekel bırakmadan iyileşmiştir. Takip vizitelerine katılım yüksek bulunmuş ve katılımcıların %97,7'si 7. günde planlanan vizitelerine gelmiştir. Ankete katılanlar arasında PrePex'in kabul edilebilirliği yüksek bulunmuştur, katılımcıların %93'ü cihazı akranlarına tavsiye edeceklerini bildirmiştir. Ankete katılanlardan %95,8'i cihaz çıkarılırken ağrı yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca, %85,2'si cihaz takılırken veya çıkarma sırasında koku deneyimi yaşadığını belirtmiştir [4].

Malavi'de gerçekleştirilen ve PrePex cihazının güvenliliği, fizibilitesi ve kabul edilebilirliğinin değerlendirildiği diğer bir tek kollu prospektif kohort çalışmasında, toplam 935 kişi taranmış ve sonrasında PrePex cihazı uygulanmış 791 erkek birey değerlendirilmiştir. Çalışmada orta ve şiddetli istenmeyen etkiler toplamı %7,1, ağrı ilişkili çıkarıldığında %4 olarak bulunmuştur. Ciddi advers etkiler ağrı (n=3), yetersiz deri çıkarılması (n=4) ve erken çıkarma (n=4) olarak görülmüştür. Erken çıkarma gözlenenler arasından bir kişide hemen cerrahi sünnet yapılmıştır, 1'inde 48 saatlik gözlem sonrası ameliyat, 1'i ameliyatı reddetmiştir ve 1'i merkeze geri gelmemiştir. Katılımcıların yarısından fazlası (%51,9) koku bildirirken; bununla birlikte, az sayıda (%2,2) kişi cihazın kokusu nedeni ile başkalarına tavsiye etmeyeceğini belirtmiştir. Cihazın yerinin değişmesi veya erken çıkartılma sonrası hızlı bir şekilde cerrahi uygulanması gerekliliğinin zorluk teşkil ettiği ve yetersiz deri çıkarılması durumunun zayıf teknik ile ilişkili olmasının eğitim ve süpervizyon gerekliliği sonucuna varılmıştır [5].

Mozambik, Zambiya ve Güney Afrika'da yürütülen üç araştırmada, PrePex cihazı uygulanmış toplam 1.401 (1.318 yetişkin-83 adolesan) katılımcının incelendiği bir çalışmada, erişkin ve adolesan erkeklerde (13-17 yaş) hemşire ve klinik personel tarafından PrePex cihazı ile yapılan işlemlerin güvenliliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Mozambik, Zambiya ve Güney Afrika'daki araştırmalarda, orta/ciddi istenmeyen etki oranlarının düşük olduğu gözlenmiş ve sırasıyla %1,0, %2,0, %2,8 olarak tespit edilmiştir. 1.401 katılımcıdan 8 (%0,6)'inin cihazı kendi kendine erken çıkardığı gözlemlenmiş ve tamamına gerekli cerrahi müdahale yapılmıştır. Özellikle Güney Afrika'da (%34,9) ve Mozambik'te (%59,5) cihazın çıkartılması sırasında yüksek oranlarda orta/şiddetli ağrıya bağlı istenmeyen etkiler kaydedilmiştir. Katılımcıların %90'ı cihaz yerleştirilmesi sonrası 56 günde iyileşmiştir. Çalışma sonucunda, PrePex cihazının hekim dışı sağlık personeli tarafından uygulanmasının etkili, güvenli ve uygulanabilir olduğu sonucu ile birlikte cihaz çıkarılması sırasında daha iyi bir



ağrı kontrolü ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucunda, uygulama sonrası iyileşme süresinin cerrahi sünnete göre ortalama 1 hafta daha uzun sürdüğü, iyileşme süresinin adolesanlarda yetişkinlere göre daha kısa olduğu rapor edilmiştir ($p<0,001$). Ayrıca, PrePex cihazı uygulamasının kolay olması ve hekim dışı personel tarafından uygulanabilmesi avantaj getirmekle birlikte; ağrı ilişkili advers etkilerin özellikle de cihaz çıkartılması sırasında sık görüldüğü, bu bakımdan cihaz çıkartılması sırasında topikal anestetik kremlerin oral analjezikler ile kombine kullanımının değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır [6].

Zimbabve’de gerçekleştirilen ve 13-17 yaş arasındaki adolesanlar üzerinde PrePex cihazının güvenliği ve kabul edilebilirliğinin değerlendirildiği bir araştırmada, toplam 661 hasta taranmış ve bu hastaların 402’si PrePex cihazı için uygun bulunmuştur. Taranan toplam 661 hastanın 237 (%35,9)’sinin fimosis, preputial adezyon, hipospadias ve HIV pozitifliği gibi medikal nedenlerle çalışma dışı bırakılmasından dolayı medikal uygunsuzluk oranı yüksek bulunmuştur. Toplam 402 PrePex vakası değerlendirildiğinde, şiddetli/orta dereceli advers etki oranı 2/402 (%0,5)’de düşük bulunmuştur. Cihazda yerinden oynama/çıkarma gözlemlenmemiştir. Adolesanlarda yara iyileşme zamanının yetişkinlerden daha kısa olduğu daha önce yapılan çalışmalarda gösterildiği gibi; 367/398 (%92,2) adolesan bireyin 35. günde yara iyileşmesini tamamladığı, yetişkinlerin %90’ının yaralarının 56. günde iyileştiği bildirilmiştir. Genel olarak, adolesanların sünnet sonuçlarından memnun olduğu rapor edilmiştir. Çalışma sonucunda, PrePex cihazının adolesanlarda güvenli bir şekilde kullanılabileceği, diğer taraftan medikal uygunsuzluk oranının yüksek bulunması nedeni ile PrePex servisi verilen yerlerde cerrahi sünnet hizmetinin de sağlanması gerektiği rapor edilmiştir [7].

PrePex cihazının güvenliliği ve fizibilitesinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada, PrePex cihazı ile toplam 398 katılımcı sünnet edilmiştir (315 yetişkin ve 83 adolesan). Her iki yaş grubunda cihaz yerleşimi için medyan zaman 6 dakika (IQR 5-9) olarak bulunmuştur. Cihaz çıkarılırken, diğer çalışmalarla benzer şekilde ağrı şikâyeti görülmüştür. Ek olarak; tarif edilen ağrının hızlı bir şekilde azaldığı, çıkartıldıktan 1 saat sonra neredeyse hiç ağrı rapor edilmediği bildirilmiştir. Tüm katılımcıların %2,7 (11/398)’sinde advers etki meydana geldiği, bunlardan üçünün ciddi advers olay olduğu rapor edilmiştir (Acil cerrahi gerektiren, iki yerinden oynama ve bir yerinden çıkma.). Çalışma sonucunda, PrePex’in 14 yaş ve üstü erkek sünnet için güvenli bir seçenek olduğu, ancak cihaz çıkarılırken ağrı sorunu olduğu belirtilmiştir [8].

Ruanda Askeri Hastanesi kayıtları üzerinde yapılan bir araştırmada ise PrePex ile sünnet olan hastaların kayıtları incelenerek klinik sonuçları ve takipleri değerlendirilmiştir. Kayıtlarından, 21-54 yaşlarındaki 500 kişiden elde edilen veriler çıkarılmıştır. Sosyodemografik ve klinik özellikleri, operatörün niteliği, HIV durumu, cihazın kaldırılmasından önceki ve sonrasındaki ağrı, ürolojik durum, cihaz boyutu değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılanların %96,5’i hekim olmayan operatörler tarafından sünnet edilmiştir. %85,4’ü 30 yaşın altında, %98,9’u HIV negatif ve %97,9’u herhangi bir ürolojik problemi olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %68,3’ü 6 ila 8 hafta arasında iyileşme gösterirken, %6,6’sının iyileşme süresi 8 haftanın üzerinde olmuştur. Araştırmada az sayıda advers olay olduğu belirlenmiştir (toplam 27). Ağrı durumunun ise atlanmış olabileceği belirtilmiştir [9].

Uganda’da tıbbi erkek sünnetinde (MMC) PrePex cihazının güvenliliği ve kabul edilebilirliğinin değerlendirildiği bir gözlemsel araştırmada, 18 yaş üstü 429 kişi çalışmaya dâhil edilmiş ve 350 (%82) kişiye PrePex cihazı, 79 (%18)’una dorsal slit prosedürü uygulanmıştır. Katılımcıların %5,7’sinde sıkı sünnet derisi veya fimosis/adhezyon nedeni ile PrePex cihazı kontrendike bulunmuştur. Çalış-



Bölüm 4: Klinik Etkililik

mada, PrePex ile 5'i ciddi olmak üzere toplam 9 advers olay görülmüştür. Bu 5 ciddi advers olayın 4'ü acil cerrahi sünnet gerektiren, cihazın kendiliğinden yerinden çıkmasına bağlı ödem ve üriner obstrüksiyon şeklinde, biri ise yara açılması şeklinde görülmüştür. Katılımcıların %71,8'i PrePex cihazı çıkarılması sonucunda hoş olmayan koku rapor etmiştir. PrePex cihazı ile tam iyileşme kümülatif oranlarının dördüncü haftada %56,7, beşinci haftada %84,8, altıncı haftada %97,6 ve yedinci haftada %98,6 şeklinde görüldüğü bildirilmiştir. Bu oranın dorsal slit yöntemi ile dördüncü haftada %98,7 olarak gerçekleştiği belirtilmiştir. Çalışma sonucunda, PrePex cihazının kabul edilebilirliği iyi olması rağmen, iyileşme süresinin dorsal slit yöntemine göre uzun olduğu ve cihazın çıkarılması için geri gelme ihtiyacı ve uzun iyileşme süresinin prosedür bütçesini artırabileceği bildirilmiştir [10].

Kenya'daki rutin hizmet sunumunda, PrePex cihazının yetişkin tıbbi erkek sünnetinde (MMC) güvenlilik, etkililik ve kabul edilebilirliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmaya, 18-49 yaş arası 427 kişi dâhil edilmiştir. Prosedür, eğitimli klinik personel veya hemşireler tarafından uygulanmıştır. Yerleştirme ve çıkarma prosedürlerinin her birinin ortalama 3 ila 4 dakika kadar sürdüğü rapor edilmiştir. Cihazı yerleştirme sırasında bildirilen ağrı şikâyetinin az, çıkarma sırasında ise yoğun olduğu bildirilmiştir. Orta/şiddetli yan etki oranı %5,9 olup, bunların tümü selselsiz olarak düzeltilmiştir. Bu advers etkiler; 5 cihazın yerinden oynaması, 2 spontan sünnet derisi dekolmanı ve 9 yetersiz sünnet derisi çıkarılmasını içermiştir. Dokuz (%2,1) kişide sünnetin tamamlanması için cerrahi müdahale gereksinimi olmuştur. Yakından takip edilen ilk 50 katılımcının %44'ünde 42. günde tam iyileşme görülürken, 56. günde tam iyileşme %90 oranında saptanmıştır. Katılanların büyük bir çoğunluğunun sünnet prosedüründen ve estetik sonuçlarından memnun oldukları ve başkalarına tavsiye edebilecekleri belirtilmiştir (%99). İşlemin kabul edilebilirliği hem katılımcılar hem de işlemi uygulayan kişilerden anket yoluyla değerlendirilmiştir. İşlemi uygulayan 7 kişiden 5'i forseps kılavuzlu cerrahi yöntem yerine PrePex'i tercih edeceğini ve yöntemi kolay uygulanabilir bulduklarını belirtmişlerdir. Çalışma sonucunda, PrePex cihazının Kenya'daki tıbbi erkek sünneti (MMC) için etkili ve katılımcı ve işlemi uygulayanların beyanına göre kabul edilebilir olduğu bildirilmiştir. Advers etki oranının önceki PrePex çalışmalarından bildirilenden daha yüksek olduğu söylenmiştir. İyileşme zamanının da cerrahi sünnete göre daha uzun olduğu belirtilmiştir [11].

Hemşireler tarafından, PrePex cihazıyla yapılan sünnetin sağlıklı erişkin erkeklerde güvenliliği ve etkililiğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, 518 katılımcı sünnet prosedürünü tamamlamış ve bu katılımcıların verisi analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda toplam 4 kişide 5 advers olay gözlemlendiği bildirilmiştir (advers olay oranı %0,96). Çıkarma sonrası kanama, çıkarmadan bir gece önce yüksek dereceli ağrı (cihazın kendisi tarafından çıkartılmasına ve hafif kanamaya neden olan), hatalı yerleşim ve cihazın kısmi çıkarılması olmak üzere 4 cihazla ilişkili advers olay gözlemlendiği belirtilmiştir. Bir advers olay cihaz ile ilişkili olarak değerlendirilmemiştir. Çalışmada, PrePex cihazının eğitiminin kolay olduğu ve hemşireler tarafından yapılan sünnetin güvenli ve etkili olduğu bildirilmiştir. İşlemin minimum düzeyde invaziv olduğu ve anestezi için enjeksiyon, sütür veya steril koşullara gerek duyulmadığı belirtilmiştir [12].

PrePex cihazı ile gerçekleştirilen diğer bir çalışmada, PrePex ile cerrahi sünnet karşılaştırılmıştır. Çalışmada katılımcılar PrePex cihazı ile cerrahi dorsal slit yöntemi gruplarına 2:1 oranında randomize edilmişlerdir. 21-54 yaş aralığında 217 kişi de çalışmaya dâhil edilmiştir (144 katılımcı PrePex, 73 katılımcı cerrahi yöntem). Birincil sonlanım noktası total sünnet prosedür süresi olarak belirlenmiştir. Tüm katılımcılar 10 iş günü içinde sünnet edilmiştir. Cerrahi olmayan sünnet ile kanamasız olarak anestezi, sütür veya steril koşullar gereksiz ortalama prosedür süresinin 3,1 dakika



sürdüğü ve bu sürenin ortalama cerrahi prosedür süresine (15,4 dakika) göre anlamlı derecede daha kısa bulunduğu bildirilmiştir ($p < 0,0001$). Cihazla ilgili advers etki görülmediği rapor edilmiştir. PrePex cihazıyla iyileşme süresinin ise cerrahi yöntemle göre daha uzun olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucunda, cerrahi olmayan PrePex cihazının, cerrahi işleme göre çok daha kısa işlem süresine sahip, güvenli, enjeksiyon veya steril koşullar gerektirmeyen, kansız bir işlem olduğu, hemşirelerin gerçekleştirebileceği bir yöntem olarak görüldüğü söylenmiştir [13].

Yapılan diğer bir araştırmada da yetişkin erkeklerde PrePex cihazının güvenliliği ve etkililiği değerlendirilmiştir. Çalışmanın ilk fazında, PrePex cihazının fizibilitesi 5 katılımcı üzerinde steril koşullarda test edilmiştir. Sonrasında çalışma ana fazında, 50 katılımcı steril şartları sağlamayan koşullarda sünnet edilmiştir. Fizibilite aşamasında 5 denekten hiçbirinde advers etki görülmeden sünnet tamamlanmıştır. Ana evrede, 50 denekten birinde cihaz çıkarıldıktan sonra diffüz ödem görüldüğü ve minimal bir müdahale ile düzeldiği bildirilmiştir. Yukarıda bahsedilen cihaz çıkarılması dışında ağrının minimal olduğu bildirilmiştir (Çoğu vakada yerleştirildikten sonraki 7. gün). Tam iyileşme için ortalama sürenin cihaz çıkarıldıktan 21 gün sonrası olduğu gözlemlenmiştir. Tüm prosedürün kanamasız, dikiş, anestezi ve steril koşullar gerektirmediği belirtilmiştir. Çalışma sonucunda PrePex etkili ve güvenli bir yöntem olarak değerlendirilmiştir [14].

Yapılan diğer bir araştırmada da eğitilmiş hemşire-ebeler tarafından erkek bebeklerin erken sünnetinde (EIMC) AccuCirc cihazının güvenliliği, yapılabirliği ve kabul edilebilirliği değerlendirilmiştir. AccuCirc cihazı ile toplam 500 yenidoğanın sünnetinin değerlendirildiği bu çalışmada, hastalar 14 gün boyunca takip edilmiştir. Sünnet işlemi postpartum 6 ila 60 gün içinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma anketini tamamlayan 498 annenin %91'i erkek sünnetinin HIV bulaşma riskini azalttığını ve %83'ü ise bu önlemin kısmi olduğunu belirtmiştir. AccuCirc cihazı ile yapılan işlem ortalama 17 dakika (IQR 15-18 dakika) sürmüştür. 7 bebekte orta veya ciddi advers etki gözlenmiştir. Bu advers etkilere bağlı ise herhangi bir kalıcı etkinin olmadığı bildirilmiştir. Annelerin tamamına yakını (%99) sonuçtan büyük memnuniyet duyduklarını, erkek bebeklerin erken sünnetini diğer ebeveynlere tavsiye edeceğini ve bir sonraki oğullarını sünnet edeceklerini bildirmişlerdir. Çalışma sonucunda, AccuCirc cihazı ebeveynlere göre uygulanabilir, güvenilir ve kabul edilebilir bulunup, Afrika'daki erkek bebeklerin erken sünnetinin yaygınlaştırılmasını kolaylaştırma potansiyeline sahip olduğu bildirilmiştir [15].

AccuCirc cihazının güvenliliği ve aile memnuniyetinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bir çalışmada, 151 infant çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmada önemli bir advers etki görülmemiştir. Bir lokal enfeksiyon, beş minör kanama vakası ve bir orta derecede kanama görülmüştür. Ebeveynlerin memnuniyeti çok yüksek bulunmuş olup, annelerin >%96'sının gelecekteki erkek çocuklarını sünnet ettirebileceklerini söyledikleri rapor edilmiştir. AccuCirc cihazının gerekli malzemeleri içeren steril bir paket içinde gelmesinin avantajı belirtilmiştir. Steril AccuCirc kitinin, tedarik zinciri yönetimi ve yerinde ekipman dezenfeksiyonuyla ilgili engellerin üstesinden gelme potansiyeline sahip olduğu şeklinde açıklanmıştır. Çalışma sonucunda, AccuCirc cihazının güvenli ve kısıtlı kaynak koşullarında erken infant sünnetinde düşünülmesi gereken bir seçenek olduğu vurgulanmıştır [16].

Shang Ring tekniği ile yapılan bir araştırmada, Zambiya Lusaka'da rutin hizmet sunumunda yetişkin gönüllü tıbbi erkek sünnetinde (VMMC) düşük Shang Ring cihaz boyutları sağlamanın güvenlilik, etkililik ve kabul edilebilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada toplam 496 (18-49 yaşlarında) katılımcı analiz popülasyonunu oluşturmuştur. Bu kişilerden 255'i standart boyut kolu (standart sizing arm), 241'i modifiye boyut kolu (Modified sizing arm) şeklinde randomize edilmiş-



Bölüm 4: Klinik Etkililik

tir. Standart boyut kolunda yetişkinler için 14 adet Shang Ring boyutu (40-26 mm iç çap, her biri 1 mm değişen) kullanılır iken, modifiye boyut kolunda diğer tüm boyutlar (40, 38, 36, 34, 32, 30, 28 mm iç çap) kullanılmıştır. Standart boyut kolunda 2 (%0,8) ve modifiye boyut kolunda 1 (%0,4) olmak üzere toplam 3 orta veya şiddetli advers etki (%0,6) görülmüştür. Katılımcıların %73,2'sinin 42. günde tamamen iyileştiği, çalışma kollarında benzer oranlar görüldüğü bildirilmiştir. Çalışma kollarından bağımsız olarak, hastaların tamamına yakını (%99,6) sünnetli penislerinin görünümünden çok memnun oldukları ve %98,6'sının Shang Ring cihazı ile sünneti aile/arkadaşlarına tavsiye edebilecekleri rapor edilmiştir. Standart boyut kolundaki iki katılımcıdan birincisinde, orta/istenmeyen etkilerin cihaz kaldırıldıktan beş gün sonra, diğerinde ise 12. günde şiddetli kanama şeklinde olduğu ve kanamayı durdurmak için iki durumda da dikiş atmaya ihtiyaç duyulduğu rapor edilmiştir. Çalışma sonucunda ShangRing tekniğinin kolay uygulanabilen, görece hızlı bir yöntem olduğu belirtilmiştir [17].

Deneyimli ve yeni eğitim almış erkek sünnet uzmanları arasındaki Shang Ring sünnet prosedürünün cerrahi sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, sünnet uygulayanlar deneyimli uzmanlar (100'den fazla Shang Ring sünnetiyle deneyim sahibi) ve yeni eğitim almış uzmanlar (Çalışma başlamadan önce deneyimli uzmanlar tarafından Kenya'da eğitilmiş) olarak ayrılmışlardır. Yeni eğitim almışlar ve deneyimli uzmanlar sırasıyla 406 ve 115 Shang Ring prosedürü gerçekleştirmişlerdir. Sünnetlerin ortalama süresi eğitilmiş ve deneyimli sağlayıcı grupların ikisi için de 6,2 dakika iken ($p=0,45$), ortalama ağrı skoru (11 puanlık ölçekte) sırasıyla 2,5 ve 3,2 bulunmuştur ($p=0,65$). 42. günde vizite gelen katılımcılardan, iyileşen katılımcıların oranında ($p=0,13$), orta ve şiddetli advers etki görülme sıklığı arasında iki grup arasında fark görülmediği bildirilmiştir ($p=0,16$). Her iki grubun katılımcılarının da estetik açıdan yarının görüntüsünden eşit derecede memnun kaldıkları rapor edilmiştir. Çalışma sonucunda Shang Ring prosedürünün kolay öğrenilen ve uzmanlaşılabilir bir teknik olduğu belirtilmiştir [18].

Shang Ring cihazı ile yapılan sünnet sonrası uzun dönem etkileri değerlendiren bir araştırmada; ciddi klinik sekeller, katılımcı memnuniyeti ve cinsel davranışlar sorgulanmıştır. Çalışmada toplam 194 kişi analiz edilmiştir. Shang Ring ile sünnet sonrası uzun dönem takip ortalama ve medyan zaman değeri sırasıyla 31,8 ve 32 ay olarak bildirilmiştir. Dört (%2,1) kişide cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bulguları/semptomları görüldüğü belirtilmiştir. Katılımcıların tamamına yakını (%99,5) sünnetli penislerinin görünümünden çok memnun olduklarını ve arkadaşlarına veya aile üyelerine Shang Ring sünnet cihazını önerebileceklerini belirtmişlerdir. İşlem sonrası katılımcıların %75,8'i banyo yapmanın kolaylığı ve penis temizliğini artırdığını ve %94,3'ü sünnetin herhangi bir olumsuz etkisi olmadığını rapor etmişlerdir. En sık sebebi daha uzun ilişkiler olmakla birlikte, katılımcıların %87,5'i sünnet sonrası daha fazla cinsel zevk aldığını bildirmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu sünnet sonrası prezervatif kullanmanın daha kolay olduğunu ve %76,9'u öncesine göre sünnet sonrası daha fazla prezervatif kullandığını belirtmiştir. Yapılan çalışmanın Shang Ring tekniği ile yapılan sünnetin 2-3 yıllık takip süresince güvenli ve kabul edilebilirliğini desteklediği bildirilmiştir [19].

Lei ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise No flip Shang Ring tekniği ile dorsal slit cerrahi yönteminin klinik etkililiği ve güvenliliğinin kıyaslanması amaçlanmıştır. Shang Ring uygulanan 408 kişi ve dorsal slit uygulanan 94 kişi karşılaştırılmıştır. Shang Ring grubunda ortalama halkanın çıkarılma süresi $17,62 \pm 6,30$ gün olarak bulunmuştur. Operasyon süresi ($p<0,001$), ameliyat sırasındaki ağrı skorları ($p<0,001$) ve ameliyat sonrası 24 saatteki ağrı skorları ($p<0,001$), kanama ($p<0,001$), enfeksiyon ($p<0,034$) ve penis görünümünden memnuniyetin ($p<0,001$) dorsal slit grubuna göre



daha üstün bulunduğu belirtilmiştir. Operasyondan iki hafta sonra, Shang Ring grubunda ödem bulunan hastaların yüzdesi daha yüksek olmasına rağmen, iki grup arasında 4. haftada fark görülmediği bildirilmiştir. Sonuç olarak, Shang Ring yöntemi dorsal slit yöntemi ile kıyaslandığında daha az ağrıya, kanamaya, enfeksiyona neden olduğu ve tatmin edici bir görünüm ile sonuçlanan kısa operasyon süresine (Sırasıyla operasyon süresi Shang Ring ve dorsal slit yöntemi $4,81 \pm 0,86$ dk ile $23,39 \pm 4,31$ dk, $p < 0,001$) sahip bir yöntem olduğu bildirilmiştir. Olumsuz olarak ise ödemin geçmesinin uzun süre aldığına ve hastaların cihazı yaklaşık 2-3 hafta taşımasının zorluğuna değinilmiştir [20].

Kenya ve Zambiya’da Shang Ring yönteminin kullanıldığı ve 18-54 yaş arası (84 HIV pozitif) 1.149 katılımcının analize dâhil edildiği bir araştırmada, Shang Ring sünnet prosedürünün rutin uygulama sırasındaki advers olay sıklığı, iyileşme ve kabul edilebilirliği değerlendirilmiştir. Çalışmada, biri yaranın açılması biri şiddetli ağrı olmak üzere tedavi ile düzelen iki şiddetli advers etki görülmüştür. En sık görülen advers etki %0,8 ile 9 kişide yara açılması olarak görülmüştür. HIV enfekte ve enfekte olmayan benzer iyileşme oranları olup (%85,7 ve %87,3), 35 ila 42. günler arasında tamamen iyileşme görüldüğü belirtilmiştir. Katılımcıların %94,8’inin post-sünnet görüntüsünden çok memnun olduğu ve tamamına yakınının Shang Ring ile sünneti tavsiye edebileceği rapor edilmiştir. Ayrıca, 21 hizmet sunucudan 19’unun konvansiyonel sünnet yerine Shang Ring’i tercih ettiği belirtilmiştir [21].

Dorsal slit yöntemi ile kıyaslama yapılarak, Shang Ring cihazının kabul edilebilirliği ve güvenliliğinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bir araştırmaya 18 yaş ve üstü 621 katılımcı dâhil edilmiştir. Shang Ring (n=508) cihazı ve dorsal slit (n=113) uygulamaları karşılaştırılmıştır. Shang Ring 504 erkeğe uygulanmıştır [dört (%0,8) katılımcıda yüzüğün yerleştirilmesinde başarısızlık oluşmuş ve bu durum cerrahi hemostaz ve yaranın kapatılmasını gerektirmiş]. Shang Ring takılan bireylerde, ameliyat sonrası cerrahiye bağlı orta dereceli advers etkiler %1,0 iken, dorsal slit ile sünnet gerçekleştirilenlerde bu oran %0,8 olarak belirlenmiştir. Dört haftada yaranın tam iyileşmesinin Shang Ring ile %84, dorsal slit ile %100 olduğu bildirilmiştir ($p < 0,001$). Cinsel ilişkinin 4 hafta öncesinde başlaması Shang Ring ile %7 iken, dorsal slit ile %15 olduğu belirtilmiştir ($p < 0,01$). Cerrahi için ortalama sürenin Shang Ring ile 6,1 dakika ve dorsal slit ile 17,7 dakika sürdüğü ve ayrıca yüzüğün çıkarılma işleminin ortalama 2,2 dakika sürdüğü rapor edilmiştir. Çalışma sonucunda, Shang Ring cihazının yüksek oranda kabul edilebilir ve güvenli olduğu, tıbbi erkek sünneti hizmetlerinin verimliliğini artırabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte, yüzük yerleştirme hataları durumunda yedek cerrahi servislere ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır [22].

Forceps kılavuzlu sünnet ile Shang Ring yönteminin etkililik açısından karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilen, randomize kontrollü bir çalışmaya 138 katılımcı dâhil edilmiş ve bu katılımcıların 72’si forceps kolunda, 66’sı Shang Ring kolunda sünnet edilmiştir. Çalışmada, 10 dakika içinde tamamlanan işlem sayısı Shang Ring kolunda daha fazla olmuştur (%79’a karşı %0, $p < 0,01$) ve daha fazla yüksek hasta memnuniyeti bildirilmiştir (%77’ye karşı %58, $p = 0,03$). İyileşme zamanı ve ağrı skorları benzer iken, minör komplikasyon oranlarının Shang Ring kolunda daha yüksek olduğu görülmüştür. (%56’ya karşılık %24, $p < 0,01$). Çalışma sonucunda, Shang Ring yönteminin yetişkin erkek sünnetinde hızlı ve kabul edilebilir bir yöntem olduğu ve sünnet yaptırma oranını artırmak için daha fazla değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir [23].

Yapılan bir araştırmada, Shang Ring cihazı çıkarıldıktan sonra; iyileşme, gecikmeli çıkarmada spontan ayrılmanın olup olmadığı, sorunlar, şikâyetler ve cihazı giymenin kabul edilebilirliği, katılımcılar arasındaki memnuniyet ve prosedürün hizmet sağlayıcılar arasında kabul edilebilirliği değerlendirilmiştir.



Bölüm 4: Klinik Etkililik

rilmiştir. Çalışmada 50 katılımcı Shang Ring ile sünnet edilmiştir. Erkekler 7 (n=15), 14 (n=15) veya 21 gün (n=20) sonunda cihazın çıkartılması için randomize olarak ayrılmışlardır. Takip viziteleri sünnetten sonra 7, 14, 21, 28 ve 42. günlerde ve çıkartıldıktan 2 gün sonra gerçekleştirilmiştir. Çalışma sırasında sünnet ve cihazın çıkartılması prosedüründe ciddi sorun olmadığı belirtilmiştir. Sünnet ve cihazın ortalama çıkarılma süresi sırasıyla 6,5 (SD=2,4) ve 2,5 (SD=0,8) dakika sürmüştür. Cihazın tamamen ayrılması, 7 günden fazla cihaz takılı olan katılımcıların 22 (%66,7)'sinde görülmüştür. Cihazın kısmi ayrıldığı 7 (%14) katılımcının, ağrı/rahatsızlık nedeni ile sünnetten 8-14 gün sonrasında cihazın çıkartılmasını talep ettiği bildirilmiştir. İyileşme süreci tüm katılımcılarda normal şekilde gerçekleşmiş olup, tam iyileşme kümülatif olasılıkları gruplar arasında benzer bulunmuştur. Şiddetli veya ciddi bir advers etki görülmemiştir. Katılımcılar arasında kabul edilebilirlik yüksek olmakla birlikte, uygulayıcılar forseps kılavuzlu prosedür ile kıyaslandığında Shang Ring cihaz kullanımının çok kolay olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma sonucunda, çıkarma zamanının iyileşme üzerine minimal etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Bazı katılımcılar kısmi ayrılmalardan ötürü cihazın çıkartılmasını talep etmelerine rağmen, ayrılmaların genellikle önemli bir soruna neden olmadığı, Shang Ring cihazının güvenli ve kolay uygulanabilir bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır [24].

Kenya'da yetişkin erkek sünneti için yeni bir tek kullanımlık cihaz olan Shang Ring'in güvenliliği, ön yeterliliği ve kabul edilebilirliğinin değerlendirildiği Kavram-Kanıt (Proof of concept) çalışmasına, 18-54 yaş arası 40 katılımcı dâhil edilmiştir. Shang Ring sünneti sonrası 2, 7, 9, 14, 21, 28 ve 48. günlerde takip viziteleri yapılmıştır. Yapılan 40 işlemin tamamı başarı ile sonuçlandırılmıştır. Ortalama işlem ve cihazın çıkartılma sürelerinin sırasıyla 4,8 ve 3,9 dakika olduğu rapor edilmiştir. Üç peniste deri yaralanması, iki ödem ve bir enfeksiyon olmak üzere toplam 6 advers etki gözlemlenip, hepsi konservatif tedavi ile düzeltilmiştir. Ayrıca, 2-7 gün arasında üç kısmi halka ayrılması görüldüğü ve bunların hiçbirinde tedaviye veya halkanın erken çıkartılmasına gerek duyulmadığı bildirilmiştir. Halka ile ereksiyonun iyi tolere edildiği belirtilmiştir (Ortalama ağrı skoru $3,4 \pm 2,3$). İkinci günde, katılımcıların %80'inin işlerine geri döndüğü görülmüştür. 42 gün sonra, tüm katılımcıların sünnetlerinden çok memnun oldukları ve prosedürü başkalarına tavsiye edebilecekleri bildirilmiştir. Çalışma sonucunda, Shang Ring'in güvenli ve kabul edilebilirliği çok iyi bir yöntem olduğu belirtilmiştir [25].

Yeni bir tek kullanımlık sünnet sütür cihazını (DCSD) değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen diğer bir çalışmada, toplam 942 katılımcı eşit olarak üç gruba ayrılmıştır (Konvansiyonel sünnet, Shang Ring ve tek kullanımlık dikiş cihazı grubu). DCSD grubundaki hastalara bileşik %5'lik lidokain krem, diğerlerine %2'lik lidokain penil blok ile anestezi uygulanmıştır. Operasyon süresi ve intraoperatif kan kaybı, Shang Ring ve yeni sütür cihazı gruplarında konvansiyonel gruba göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,001$). İntraoperatif ağrının, yeni sütür cihazı grubunda diğer iki gruba göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Postoperatif ağrı ise konvansiyonel grupta diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Yeni sütür cihazı (%80,57) ve Shang Ring (%73,57) grubundaki kişiler, konvansiyonel sünnet grubuna göre (%20,06, $p < 0,05$) penis görünümülerinden daha memnun olduklarını belirtmişlerdir. Yeni sütür cihazı grubundaki hastalar ayrıca konvansiyonel gruba göre belirgin şekilde daha hızlı iyileşmiştir ($p < 0,01$). Genel memnuniyet oranı yeni sütür cihazı grubunda (%78,66) konvansiyonel gruba (%47,13) ve Shang Ring grubuna göre (%50,00) daha iyi bulunmuştur ($p < 0,05$). DCSD ve lidokain kremi kombinasyonunun daha kısa süreli operasyon ve daha hızlı kesik iyileşme süreleri ile birlikte intraoperatif ve postoperatif ağrı azalması ve penis görünüşünde yüksek hasta memnuniyeti sağladığı rapor edilmiştir [26].



2016 yılında yapılmış diğer bir araştırmada, Unicirc tek kullanımlık cihazı ile cerrahi sünnet karşılaştırılmıştır. Çalışmaya 16 yaşın altında toplam 75 katılımcı dâhil edilmiştir. Çalışma kollarında sütür ile lokal anestezi altında açık cerrahi ve doku yapıştırıcı siyanoakrilat ve topikal anestezi altında Unicirc cihazı uygulanmıştır. Çalışmanın birincil amacı, intraoperatif süre konvansiyonel cerrahi yöntemle kıyaslandığında Unicirc ile daha düşük bulunmuştur (medyan 12 vs 25 dk, $p < 0,001$). Yine yara iyileşmesi ve estetik sonuçlar Unicirc ile daha iyi bulunmuştur. Advers etki oranının çalışma kollarında benzer olduğu rapor edilmiştir. Çalışma sonucunda, Unicirc cihazıyla sünnet konvansiyonel cerrahi ile kıyaslandığında daha iyi estetik sonuçlar sağladığı (düzgün bir skar çizgisi sırası ile Unicirc ve konvansiyonel yöntem ile 40 (%93), 2 (%9,5), $p < 0,001$), potansiyel olarak daha güvenli bir yöntem olduğu rapor edilmiştir [27].

Topikal lidokain/prilokain anestezisi sonrası, Unicirc cihazı ile 110 katılımcının sünnet edildiği bir araştırmada, sünnet olanların yaklaşık %90,4'ünün 4 haftalık sürede iyileştiği ve oldukça mennun oldukları bildirilmiştir. Bu çalışmadaki katılımcılardan 2'sinde anestezi enjeksiyonu gerektirmeyen geçici yanma ağrısı, 7 (56,3)'sinde orta dereceli komplikasyon, 5 (%4,5)'inde sütür gerektiren postoperatif kanama ve 2 (%1,8)'sinde operasyon sonrası enfeksiyon gözlemlendiği belirtilmiştir. Çalışmada ortalama kan kaybı 1 mL, ortalama işlem süresi 9 dakika olarak hesaplanmıştır. Çalışma sonucunda, Unicirc tekniği ile birlikte topikal anestezi kullanımının işlemi neredeyse ağrısız hâle getirdiği ve Unicirc cihazının hızlı, kolay öğrenilebilen, iyi estetik sonuçları olan ve cihaz çıkarılması için ekstra bir cihaz çıkartma vizitesi gerektirmeyen, diğer metodlara göre potansiyel olarak güvenli bir yöntem olabileceği rapor edilmiştir [28].

Güney Afrika'da Unicirc tek kullanımlık cihazı doku yapıştırıcısı ile açık cerrahi sünnetin karşılaştırıldığı randomize kontrollü olarak yapılan çalışmada, en az 18 yaşında 150 erkek gönüllü 2'ye 1 dağılım oranı ile çalışma kollarına atanmışlardır. 100 katılımcı Unicirc koluna, 50 katılımcı açık cerrahi koluna dâhil olmuştur. İntraoperatif süre Unicirc/doku yapıştırıcı tekniği ile daha kısa bulunmuştur (sırasıyla ortalama 13 ve 22,6 dk; $p < 0,001$). Unicirc sünnetlerinin %17'si için intraoperatif sütürleme gerektiği bildirilmiştir. Diğer advers etkiler ve yara iyileşmesi sonuçları her iki grupta da benzer olup, estetik sonuç Unicirc grubunda daha üstün bulunmuştur. Doktorlar, Unicirc prosedürünün daha kolay gerçekleştirildiğini ve onu açık cerrahi tekniğe tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Çalışma sonucunda, yetişkinlerde, sünnet derisini Unicirc aleti ile incelterek ve yarayı siyanoakrilat doku yapıştırıcısı ile sızdırmaz hâle getirmek daha hızlı, öğrenilmesi daha kolay ve açık cerrahiye kıyasla potansiyel olarak daha güvenli olduğu bildirilmiştir [29].

Ülkemizde yapılan bir araştırmada, yeni bir minimal invaziv sünnet cihazı (Ali's klamp) ile gerçekleştirilen sünnet sonuçları analiz edilmiştir. Minimal invaziv sünnet cihazı ile sünnet olmuş (Ali's klamp) 7.500 çocuğun sonuçları, konvansiyonel sünnet olmuş 5.700 çocuğun sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Minimal invaziv sünnet tekniğiyle en sık karşılaşılan komplikasyonun penis gömülmesi olduğu (%1,04) belirtilmiştir. İkinci sık komplikasyon enfeksiyon (%0,6) olmasına rağmen, enfeksiyon oranı konvansiyonel gruba göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,001$). Plastik klamp grubundaki üçüncü sık komplikasyonun %0,4 oranında kanama olduğu bildirilmiştir. Ancak, konvansiyonel sünnet sonrası görülen en sık görülen komplikasyonun kanama (%5) olduğu ve plastik klamp grubuna göre önemli derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Plastik klamp tekniğiyle görülen toplam komplikasyon sayısı, konvansiyonel sünnet sonrası %10,4 komplikasyon oranı ile



Bölüm 4: Klinik Etkililik

karşılaştırıldığında %2 olarak bulunmuştur ($p < 0,001$). Plastik klamp tekniği ile ortalama sünnet süresi $4,5 \pm 1,5$ dakika iken, konvansiyonel sünnet ile bu sürenin 23 ± 4 dakika ($p < 0,0001$) olduğu görülmüştür. Plastik klamp kullanılan minimal invaziv sünnet tekniğinin komplikasyon oranlarını önemli ölçüde azalttığı, ayrıca bu teknikle yapılan sünnet sonrası estetik görünümün geleneksel sünnete göre daha iyi olduğu belirtilmiştir. Azalan komplikasyonların yanı sıra kısa süreli ve kolay uygulanabilir olması nedeni ile minimal invaziv teknik, sünnet prosedürü olarak önerilmiştir [30].

İki yaşından büyük çocuklarda, Plastibell sünnetinin cerrahi süresini, erken ve geç komplikasyonlarını, cihazı ayırma süresinin ve bununla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesinin amaçlandığı bir araştırmada, 119 çocuk Plastibell cihazı ile sünnet edilmiştir. Çalışmadaki yaş ortalaması 2 ila 12,5 ($5,9 \pm 2,9$) arasında bulunmuştur. Ortalama cerrahi süresi $3,7 \pm 2,0$ dakika ($1,9-9$ dakika) olarak belirlenmiştir. Cihazın çıkartılma süresi, 6 ile 26 gün (ortalama: $16 \pm 4,2$ gün), 5 yaşından küçük çocuklar için 14,8 gün, 5 yaşından büyük olanlar için 17,4 gün olarak saptanmıştır ($p < 0,0001$). Plastibell çapı cihazın uzaklaştırılma zamanını değiştirmemiştir ($p = 0,484$). Çalışmada, 32 (%26,8) katılımcıda büyük çoğunluğu düşük klinik öneme sahip geç komplikasyonlar görüldüğü, bu komplikasyonların özellikle prepusial yapışma, mukozanın ödemi ve skar hipertrofisi şeklinde görüldüğü ve tamamının klinik tedaviyle çözüldüğü rapor edilmiştir. Hâlâ bebek bezi kullanan bir katılımcıda meatus stenozu geliştiği ve bir katılımcıda penis başı ile sünnet derisi arasında kalmış olan Plastibell cihazının manuel olarak çıkartılmak zorunda kalındığı bildirilmiştir. Sünnet işlemi plastik bir cihazla yapmanın, güvenli, hızlı, kolay ve düşük oranda ve çözülebilir komplikasyonlara sahip bir teknik olduğu, cihazın düşmesi için gereken sürenin 6 yaşın altındaki çocuklarda daha kısa olduğu ve cihazın çapından etkilenmediği belirtilmiştir [31].

Yenidoğan ve infantlar arasındaki komplikasyonların karşılaştırılması ile Plastibell tekniğiyle sünnetin etkililiğini değerlendirilen retrospektif bir çalışmada, toplam 245 vaka değerlendirilmiştir. Çalışmada ortalama yaş yenidoğanlarda 14 ± 2 gün ile infantlarda $3 \pm 0,5$ ay olmuştur. Toplam 90 yenidoğanın ve 155 infantın Plastibell cihazı ile sünnet edildiği belirtilmiştir. Komplikasyonsuz başarılı Plastibell sünnet oranının 196 olgu ile %80,00 olduğu, 49 (%20,00) olguda ise komplikasyon gelişmiş olduğu bildirilmiştir. Yenidoğanlarda bu oranın %04,44, bebeklerde ise %29,03 olduğu rapor edilmiştir. En sık görülen komplikasyonlar; 17 (%6,93) olguda halkanın gecikmiş ayrılması, 12 (%4,89) olguda kanama, 12 (%4,89) olguda lokalize yüzeysel enfeksiyon ve 7 (%2,85) olguda halkanın proksimale doğru hareketi olarak bildirilmiştir. Infantlarda Plastibell ile sünnet komplikasyonlarının oranının yenidoğanlara göre önemli derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, Plastibell'in kolay, hızlı ve güvenli bir teknik olduğu belirtilmiştir [32].

Yapılan diğer bir araştırmada, yeni geliştirilen pediatrik Plastibell benzeri bir cihaz tekniğinin yetişkinlerde etkililiği ve güvenliliği değerlendirilmiştir. Çalışmada toplam 30 katılımcı çalışma gruplarına randomize edilmiştir. Kendi geliştirdikleri sünnet tekniği ($n=16$) standart sleeve sünnet ($n=14$) ile karşılaştırılmıştır. Standart sleeve grubunda 2 hasta sünnet sonrasında bölgeden ayrılmış ve bu sebeple takipleri yapılamamıştır. Bundan dolayı 8-10 haftalık sürede toplam 28 hasta değerlendirilmiştir. İşlemin süresi yeni tekniğin uygulandığı grupta (27,5 dakika) standart sleeve grubuna göre ($36,0$ dk; $p < 0,001$) anlamlı derecede daha kısa bulunmuştur. Kan kaybı, kullanılan lokal anestetik miktarı, hasta memnuniyeti veya erkek cinsel sağlık anketi ile tanımlanan cinsel sağlıkta değişiklik açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma sonucunda, yeni geliştirilen tekniğin operasyon süresini azaltan güvenli bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır [33].



Yapılan bir araştırmada, üç farklı neonatal erkek sünnet yönteminin fizibilitesi ve güvenliliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmada Mogen, Gomco ve Plastibell cihazları kullanılmıştır. Medyan yaşın 11 gün olduğu, 7-18 gün yaşları arasında, medyan ağırlığın 3,2 kg olduğu 2,9-3,5 kg ağırlığına sahip 640 bebek çalışmada sünnet edilmiştir. Toplam 17 (5 hekim, 9 hemşire-ebe, 3 klinik personel) hizmet sağlayıcı çalışmaya katılmış ve her cihazla en az 10 sünnet gerçekleştirmiştir. Çalışmaya dâhil edilen 149 (%23,3) bebeğin HIV-maruziyeti olduğu belirtilmiştir. Çalışmada, toplam advers etki oranı %4,9 (n=31/630) ve orta-şiddetli advers etki oranı %4,1 (n=26/630) şeklinde rapor edilmiştir. Oranlar için yöntemler arasında istatistiksel bir fark gözlenmediği bildirilmiştir. Hizmet sunanların çoğunluğunun (%65), Gomco ve Plastibell yerine Mogen klempini tercih ettiği belirtilmiştir. Çalışma sonucunda, üç tekniğin güvenlilik profillerinin benzer olduğu söylenmiştir [34].

Toplam 3.274 katılımcının dâhil olduğu ve HIV transmisyonunda sünnetin etkisinin değerlendirildiği bir randomize kontrollü çalışmadaki, Tara klamp tekniğinin kullanıldığı bu çalışmaya katılan 69 katılımcı değerlendirilmiştir. Bu 69 katılımcıdan 34'ü forseps kılavuzlu kola, 35'i Tara klamp koluna randomize edilmişlerdir. Randomize edilen bu hastalardan 32'sinin forseps kılavuzlu kolda, 24'ünün Tara klamp kolunda sünnet edildiği ve sırasıyla 29 ve 19 katılımcının takip vizitelerine geldikleri rapor edilmiştir. Toplam 12 advers olayın tamamının Tara klamp kolunda görüldüğü bildirilmiştir (p<0,001). Ayrıca; bu çalışmada kanama, enfeksiyon, peniste yara, idrar yapmada problemler gibi komplikasyonların Tara Klamp kolunda daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir. Ağrı skoru ortalaması da Tara klamp kolunda 9,5, diğer kolda 6,1 olduğu bildirilmiştir. Çalışma sonucunda görülen yüksek advers etki oranı ve diğer problemlerden ötürü genç erişkinlerde Tara klamp uygulamasında dikkat edilmesi gerektiği yönünde uyarıda bulunulmuştur [35].

Sirkular stapler ile sünnetin güvenliliği ve etkililiğinin konvansiyonel cerrahi ile karşılaştırılmasının amaçlandığı bir araştırmada, 879 yetişkin katılımcı çalışmaya dâhil edilmiş, katılımcılar stapler (441) ile konvansiyonel (438) sünnet yöntemi gruplarına randomize edilmiştir. Çalışma sonucunda; ameliyat süresi ve kan kaybı hacmi, stapler grubunda konvansiyonel gruba göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (sırasıyla 6,8±3,1 vs 24,2±3,2 dk ve 1,8±1,8 vs 9,4±1,5 mL; p<0,01). İntraoperatif ve postoperatif ağrı skorlarının, stapler grubunda konvansiyonel gruba göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla 0,8±0,5 vs 2,4±0,8 ve 4,0±0,9 vs 5,8±1,0; p<0,01). Ayrıca, stapler grubunda konvansiyonel gruba göre komplikasyonlar anlamlı derecede daha az olarak gözlemlenmiştir (sırasıyla %2,7 vs %7,8; p<0,01). Ancak, stapler grubundaki tedavi maliyetleri, konvansiyonel grubunkinden daha yüksek olarak hesaplanmıştır (sırasıyla US\$ 356,60±8,20 ve US\$ 126,50±7,00, p<0,01). Stapler sünnetine tabi tutulan çoğu hastada (388/441, %88,0) rezidüel stapler tırnaklarının çıkarılması gerektirdiği belirtilmiştir. Genel olarak, stapler sünnetinin zaman açısından verimli ve güvenli bir erkek sünnet tekniği olduğu belirtilmiş ve geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır [36].

Çin'de yapılan bir araştırmada, pediatrik popülasyonda üç sünnet yönteminin sonuçları ve komplikasyonları karşılaştırılmıştır. Çalışmada toplam 120 çocuk randomize olarak üç gruba ayrılmıştır. Grup I, Yan'ın yöntemine göre Shenghuan tek kullanımlık cihaz kullanılarak; Grup II aynı cihaz kullanılarak fakat Peng'in yöntemine göre; Grup III, konvansiyonel operasyon ve sütür kullanılarak sünnet edilmiştir. Çalışmada, Grup I ve II'de konvansiyonel yöntemine göre daha az intraoperatif kanama görülmüştür. Ameliyat süresi açısından Grup I'in en hızlı olduğu belirtilmiştir. Shenghuan tek kullanımlık cihaz kullanıldığında, cerrahiden 6 saat sonraki ağrı skorlarının konvansiyonel tekniğe kıyasla daha yüksek bulunduğu ve ayrıca Grup II'de operasyondan 12 saat sonra parasetamol kul-



Bölüm 4: Klinik Etkililik

lanan hastaların yüzdesinin Grup III'e göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Diğer komplikasyonların benzer bulunduğu ve üç yöntemin de başarılı sonuçlar verdiği belirtilmiştir. Çalışma sonucunda, Shenghuan tek kullanımlık cihazı ile sünnetin daha iyi estetik sonuçlar ile birlikte, konvansiyonel yöntemle göre daha güvenilir ve zaman kazandıran bir seçenek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca çalışmadaki araştırmacılar, özellikle ağrı açısından Yan'ın metodunun Peng'in metodundan daha iyi olduğu sonucuna varmışlardır [37].

Yeni geliştirilen tek kullanımlık sünnet cihazının (Jiangxi-Yuansheng-Langhe Medical Instrument Co., Ltd) güvenliliğinin ve etkililiğinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bir araştırmada, Redundan sünnet derisi ve/veya fimozisi olan 120 yetişkin erkek birey (ortalama yaş 26,6) çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. Yeni geliştirilen tek kullanımlık cihaz (n=60) ile konvansiyonel diseksiyon tekniği (n=60) kullanılmıştır. Yeni geliştirilen cihaz ile intraoperatif kanama hacmi [$3,5 \pm 2,7$ (15-35) mL vs. $13,1 \pm 6,1$ (4-25) mL] ve ortalama cerrahi süresi [$7,6 \pm 4,5$ (2-23) dk vs. $23,6 \pm 4,4$ (15-35) dk] kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0,01$). Her iki grupta da advers etki görülmemiştir. Postoperatif ağrı, iyileşme ya da penis görünümünden memnuniyet bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yeni cihazın özellikle fimozisli hastalarda konvansiyonel teknikten daha kullanışlı olabileceği belirtilmiştir. Tek kullanımlık sünnet cihazının ortalama yetişkin penis boyutlarına sahip 17 yaş üstü erişkinlerde güvenli ve etkili bir yöntem olduğu, konvansiyonel diseksiyon tekniğine kıyasla ortalama penis boyuna sahip 17 yaş üstü yetişkinlerde daha iyi sonuçlar verdiği rapor edilmiştir [38].

Yetişkin sünnetini kolaylaştırmak için geliştirilen (University of Washington Applied Physics Laboratory) ayarlanabilir, hızlı, tek viziteli, tek kullanımlık bir cihazın potansiyel faydasını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen kavram-kanıt (proof of concept) çalışmasına 5 yetişkin erkek dâhil edilmiş ve operasyon sonrası 90 gün takip edilmiştir. Ortalama operasyon süresi 16,4 dakika olarak bildirilmiştir. Tüm olgular lokal anestezi ile gerçekleştirilmiştir. Elektrokoter veya standart cerrahiye dönüşüm gerektiren bir olgu olmamıştır. Ameliyat sonrası 3. günde, tüm katılımcılar sonuçlardan memnun olduklarını ve başka hastalara önerebileceklerini belirtmişlerdir. Bir katılımcının, 30. gün vizitesinde dikişinde minör yara ayrılması olduğu kaydedilmiş ve takipte çözülmüştür. Yara enfeksiyonu, hematoma veya diğer advers etkiler görülmemiştir [39].

Farklı yaştaki fimozis veya aşırı sünnet derisi olan hastaların tedavisinde, tek kullanımlık bir sünnet cihazının klinik etkileri Ekim 2005-Eylül 2017 tarihleri arasında ve 5 ile 95 yaş aralığında, bu prosedürü kullanarak sünnet olan 1.200 hasta üzerinde değerlendirilmiştir. Bu vakaların 904'ünün aşırı sünnet derisine, 296'sının ise fimozise sahip olduğu rapor edilmiştir. Vakaların %96,33'ünde skarlaşma olmadan inner sünnet derisinin az miktarı bırakılarak ve iyi estetik sonuçlar ile insizyonların iyileştiği bildirilmiştir. Çalışmada cihaz dislokasyonu veya frenulum hasarı görülmemiştir. Ortalama ameliyat süresi; artık sünnet derisi için 2,5 dakika, fimozis için 3,5 dakika olarak bildirilmiştir. Cihazın takılmasını takiben 7 gün boyunca artık sünnet derisi olan vakaların %10,08'inde ve fimozisli olanların %2,58'inde hafif-orta derecede ödem olduğu rapor edilmiştir. Frenulumda ödem hastaların %1,67'sinde görülmüş olup, sadece %0,67'sinde insizyon yeri enfeksiyonu saptanmıştır. Hastaların %86,25'inde penil ereksiyon nedeni ile ağrı olduğu bildirilmiştir. Cihazın çıkarılmasından sonra, olguların %0,58'inde kesi etrafında minimal kanama ve %2,42'sinde yara açılması görülmüştür. Yeni cihazın fimozis ve artık sünnet derisine sahip hastaların büyük çoğunluğuna uygulanabileceği ve hastalarda komplikasyon oranının az olduğu bildirilmiştir. Yeni tekniğin antibiyotik kullanımı gerektirmediği ve konvansiyonel yöntemle göre daha az ağrıya neden olduğu belirtilmiştir.



Sonuç olarak, cihaz ile sünnetin minimal doku manipülasyonu gerektirdiği ve konvansiyonel sünnetten daha hızlı ve güvenli olduğu söylenmiştir [40].

Yapılan diğer bir araştırmada, iki sünnet yöntemi (yeni tek kullanımlık sünnet cihazı ve konvansiyonel cerrahi sünnet), aşırı sünnet derisi veya fimozisli hastalarda cerrahi etkileri ve postoperatif komplikasyonları ve hasta deneyimi açısından karşılaştırılmıştır. 520 aşırı sünnet derisi olan hasta ve 62 fimozis hastası tek kullanımlık cihaz (n=295) ve konvansiyonel dikiş yaklaşımı (n=287) ile sünnet edilmiştir. Operasyon süresi (sırasıyla yeni tek kullanımlık sünnet cihazı ve konvansiyonel cerrahi sünnet için $10,2 \pm 1,2$ dk vs $28,4 \pm 2,4$ dk, $p=0,001$), kan kaybı (sırasıyla yeni tek kullanımlık sünnet cihazı ve konvansiyonel cerrahi sünnet için $3,4 \pm 1,0$ mL vs $15,6 \pm 1,8$ mL, $p=0,001$), intraoperatif ağrı skoru (sırasıyla yeni tek kullanımlık sünnet cihazı ve konvansiyonel cerrahi sünnet için $2,2 \pm 0,8$ vs $6,6 \pm 1,0$), bir hafta sonunda postoperatif ağrı skoru (sırasıyla yeni tek kullanımlık sünnet cihazı ve konvansiyonel cerrahi sünnet için $1,6 \pm 0,6$ vs $3,5 \pm 0,9$, $p=0,021$), insizyon yeri iyileşme süresi (sırasıyla yeni tek kullanımlık sünnet cihazı ve konvansiyonel cerrahi sünnet için $14,5 \pm 2,2$ gün vs $20,8 \pm 3,4$ gün, $p=0,034$), iyileşme süresi ($3,4 \pm 0,8$ gün vs $8,7 \pm 2,0$, $p=0,041$) açılarından tek kullanımlık sünnet cihazının konvansiyonel cerrahiye göre üstün bulunduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, yeni tek kullanımlık dikiş cihazı grubunda, komplikasyon insidansı (hematom ve kesi kanaması ve enfeksiyon) anlamlı olarak düşük bulunmuştur [41].

Farklı bir araştırmada, Uganda'da eğitilmiş klinik personel ve kayıtlı hemşire-ebe tarafından gerçekleştirilen çalışmada, erken infantların sünnetinin (EİK) güvenliliği ve kabul edilebilirliği değerlendirilmiştir. Çalışmada 501 sağlıklı 1-28 günlük yenidoğan Mogen klamp ile klinik personel (n=256) veya hemşire-ebe (n=245) tarafından sünnet edilmiştir. Katılımcıların 1,7 ve 28. günlerde takipleri yapılmıştır. Toplamda 701 annenin araştırmaya katılmaya doğrudan davet edildiği, 525 (%74,9)'ünün sünneti kabul ettiği ve 23 (%4,4)'ünün taramada uygun bulunmadığı bildirilmiştir. İşlem prosedürü ortalama 10,5 dakika sürmüştür. Planlanan vizitelerin tamamına katılım bakımından uyuncu %90'ın üzerinde bulunmuştur. Orta/ciddi advers etki oranlarının, klinik personel tarafından gerçekleştirilen sünnet için %2,4 ve hemşire-ebeler tarafından gerçekleştirilen sünnet için %1,6 olduğu bildirilmiştir ($p=0,9$). Sünnetten 28 gün sonra tüm yaralar iyileşmiştir. Prosedüre göre, anne memnuniyetinin klinik personel tarafından sünnet edilen bebekler için %99,6 ve hemşire-ebe tarafından sünnet edilen bebekler için %100 olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucunda uygulanan işlemin güvenli bir yöntem olduğu söylenmiştir [42].

Uganda'da gerçekleştirilen ve Mogen klamp metodunun kullanıldığı bir araştırmada ise klinisyen dışı personel ve hemşire-ebelere verilen yetkinlik eğitimi erkek bebeklerin erken sünnetinde (EIMC) bu kişilerin yetkinliğini ve becerisini geliştirmiştir. Yetkinlikteki en büyük gelişme, bir ve üçüncü prosedürler arasında gerçekleşip; tüm kursiyerler, yedinci prosedürle %80 yetkinlik ve beceri elde etmiştir. İşlemi tamamlamak için ortalama süre klinik personel için 14,5 (10-47) dakika ve hemşire-ebeler için 15 (10-50) dakika bulunmuştur [43].

4.2.2. Meta-analiz ve Sistemik Değerlendirmeler

Aşırı sünnet derisi veya fimozisi olan hastalarda, farklı sünnet tekniklerinin etkililik ve güvenliliğinin değerlendirildiği bir meta-analizde, toplam 18 randomize kontrollü çalışmadaki 6.179 hasta değerlendirilmiştir. Konvansiyonel sünnet ile kıyaslandığında; tek kullanımlık sütür cihazı (DCSD) ve Shang Ring sünneti (SRC) olarak yeni nesil iki sünnet metodunun daha kısa operasyon süresi sağladığı



Bölüm 4: Klinik Etkililik

gösterilmiştir [DCSD: standardize ortalama farkı (SMD): -20,60, %95 CI (-23,38-17,82); SRC: SMD: -19,16, %95 CI (-21,86-16,52)]. Diğer taraftan, daha kısa yara iyileşme süresi ve daha iyi postoperatif penil görünümü sağladığı rapor edilmiştir. Ek olarak, DCSD ile diğer iki yöntemle göre daha az advers etki görüldüğü belirtilmiştir. Ancak, operasyon sonrası 24. saatte ağrı skoru açısından gruplar arasında herhangi bir fark tespit edilememiştir. Yapılan meta-analiz sonucunda, değerlendirme için ek çok-merkezli, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilse de fimozisi veya aşırı sünnet derisi olan hastalarda DCSD'nin en etkili ve güvenli yöntem olabileceği belirtilmiştir. DCSD yönteminin avantajlarını da daha kısa operasyon süresi, dikiş alınmasına bağlı ağrı olmaması, daha az komplikasyon, daha iyi penil görünümü ve daha kısa iyileşme süresi olarak sıralamışlardır [44].

Fan ve ark. tarafından, 2016 yılında gerçekleştirilen meta-analizde, sünnet için geliştirilen in situ cihazlar (ISD) ve sirkular tek kullanımlık cihazların (CDD) etkililiği ve güvenliliği inceleyen yayımlanmış 10 randomize kontrollü klinik çalışmadaki 4.694 kişi değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmaların kalitesi ortalama olarak değerlendirilmiştir. ISD ile konvansiyonel sünnete göre istatistiksel olarak daha az intraoperatif kanama olduğu, daha kısa operasyon süresi gerektirdiği ve yara yerinde kanamanın daha az görüldüğü bildirilmiştir. Diğer taraftan, ISD ile CDD'ye göre yara yerinde kanama daha az olmasına rağmen yara iyileşmesinin daha uzun sürdüğü belirtilmiştir. CDD ile ise istatistiksel olarak konvansiyonel sünnete göre daha az intraoperatif kanama ve daha kısa operasyon süresi olduğu rapor edilmiştir. CDD'nin en iyi yara iyileşmesi ve en az ağrı deneyimi sağladığı; ISD'nin ise en az intraoperatif kanama, en kısa operasyon süresi, en az yara yerinde kanama ve en yüksek memnuniyet oranına sahip olduğu tespit edilmiştir. Çeşitli durumlardaki üstünlükleri ile birlikte çalışma sonucunda, CDD ve ISD yöntemlerinin her ikisinin de sünnet için etkili ve güvenli oldukları belirtilmiştir [45].

Yapılan diğer bir sistematik derlemede, 9 randomize kontrollü klinik çalışmadaki 1.898 vaka tek kullanımlık sünnet sütür cihazları (DCSD) ve konvansiyonel sünnet açısından karşılaştırılmıştır. Konvansiyonel sünnet ile kıyaslandığında DCSD ile operasyon süresi daha kısa bulunmuştur ($p < 0,00001$). Diğer taraftan, daha kısa sürede yara iyileşmesi ($p < 0,00001$), daha az intraoperatif kan kaybı ($p < 0,00001$), estetik olarak daha iyi penil görünümü ($p < 0,00001$), daha düşük intraoperatif ağrı skoru, daha düşük 24 saat postoperatif ağrı skoru, daha az enfeksiyon sıklığı, daha az insizyon ödemi ve daha az advers olay görüldüğü bildirilmiştir. Yara açılması ve hematoma açısından ise gruplar arasında herhangi bir fark tespit edilmemiştir. Yapılan meta-analiz sonucunda, daha ek yüksek kaliteli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilse de genel olarak DCSD'nin konvansiyonel sünnete göre daha güvenli ve etkili bir sünnet yöntemi olduğu belirtilmiştir [46].

Ek olarak, Cochrane araştırmacıları tarafından, adolesan ve yetişkinlerde cihaz tabanlı sünnet ile standart cerrahi yöntemlerinin etkisini değerlendirmek amacıyla sistematik derleme protokolü hazırlanmıştır [47]. Bu bakımdan, bu çalışmanın sonuçlarının gelecekte değerlendirilmesi uygun olacaktır.

4.3. Tartışma ve Sonuç

Yapılan çalışmalar ve meta-analizler (yukarıda bahsi geçen Tara klamp ile yapılan bir çalışma dışında), genel olarak geliştirilen tek kullanımlık sünnet cihazlarının etkili ve güvenli olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan, tek kullanımlık sünnet cihazları ile yapılan çalışmaların Afrika Bölgesi'nde yoğunlaştığı dikkat çekmektedir. Bunun en önemli sebebinin kültürel nedenler dışında HIV enfeksiyonundan korumaya yönelik olarak yürütülen çalışmaların olmasıdır.



Diğer taraftan, çalışmaların büyük bölümün kalitesinin çok yeterli olmadığı düşünülmüş ve ülkemizde ve farklı popülasyonlarda yürütülen çalışmaların sayısının ise yetersiz olduğu izlenimi oluşmuştur. Kullanılan metodunun bir cerrahi yöntem olduğu düşünüldüğünde, klinik etkililik açısından işlem süresi, uygulanabilirlik, katılımcılar tarafından yapılan işlemin kabul edilebilirliği ve estetik sonuçlarının yanında gelişen komplikasyonlar ve Bölüm 3'te verilen diğer tüm güvenlik verilerinin bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Çalışma ve meta-analiz sonuçları bu bağlamda verilmiştir.

Operasyon ve iyileşme sürelerinin kısa olmasının yanında, daha az komplikasyon gelişmesi nedeni ile tek kullanımlık sünnet cihazları hızlı ve pratik bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Ancak yine de bu alanda yapılacak randomize kontrollü araştırma sonuçlarının, özellikle de karşılaştırmalı araştırma sonuçlarının güncel olarak takip edilmesi gerekmektedir. Çalışma sonuçlarında karşılaşılan heterojenitenin en olası nedeninin, sünnet için uygun ekipman ve uygulayıcıların eğitim ve deneyiminin farklılık göstermesi olduğu görülmüştür. Bu bakımdan prosedürlerin risk ve faydalarının hastalar ve ebeveynlere açıklanması ve uygun yöntemin belirlenmesi gerekmektedir. Uygulayıcıların uygulanacak yöntem üzerine eğitim alması da önem arz etmektedir.



4.4. Kaynaklar

1. Shen, J., J. Shi, J. Gao, N. Wang, J. Tang, B. Yu, W. Wang, and R. Wang. 2017. 'A Comparative Study on the Clinical Efficacy of Two Different Disposable Circumcision Suture Devices in Adult Males', *Urol J*, 14: 5013-17.
2. Bochner, A. F., C. Feldacker, B. Makunike, M. Holec, V. Murenje, A. Stepaniak, S. Xaba, S. Balachandra, M. Tshimanga, V. Chitimbire, and S. Barnhart. 2017. 'Adverse event profile of a mature voluntary medical male circumcision programme performing PrePex and surgical procedures in Zimbabwe', *J Int AIDS Soc*, 19: 21394.
3. Musiige, A. M., T. A. Ashengo, G. Stolarsky, R. T. Dialwa, R. Manda, C. O. Ntsuape, J. Mafeni, L. Busang, K. Curran, K. Motlhoiwa, F. J. Mwangemi, M. Lukobo-Durrell, and M. T. Glenshaw. 2016. 'Participant Experiences and Views of Odor and Pre-Pex Device Removal Pain in a VMMC Pilot Study in Botswana', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S73-7.
4. Mavhu, W., K. Hatzold, G. Ncube, S. Xaba, N. Madidi, J. Keatinge, E. Dhodho, C. A. Samkange, M. Tshimanga, T. Mangwiro, O. Mugurungi, E. Njeuhmeli, and F. M. Cowan. 2016. 'Safety and Acceptability of the PrePex Device When Used in Routine Male Circumcision Service Delivery During Active Surveillance in Zimbabwe', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S63-8.
5. Kohler, P. K., B. A. Tippet Barr, A. Kang'ombe, C. Hofstee, F. Kilembe, S. Galagan, D. Chilongozi, D. Namate, M. Machaya, K. Kabwere, M. Mwale, W. Msunguma, J. Reed, and F. Chimbwandira. 2016. 'Safety, Feasibility, and Acceptability of the Pre-Pex Device for Adult Male Circumcision in Malawi', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S49-55.
6. Feldblum, P., N. Martinson, B. Bvulani, N. Taruberekera, M. Mahomed, N. Chintu, M. Milovanovic, C. Hart, S. Billy, E. Necochea, A. Samona, M. Mhazo, D. Bossemeyer, J. J. Lai, L. Lebinai, T. A. Ashengo, L. Macaringue, V. Veena, and K. Hatzold. 2016. 'Safety and Efficacy of the PrePex Male Circumcision Device: Results From Pilot Implementation Studies in Mozambique, South Africa, and Zambia', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S43-8.
7. Tshimanga, M., K. Hatzold, O. Mugurungi, T. Mangwiro, G. Ncube, S. Xaba, P. Chatikobo, P. Gundidza, C. Samkange, R. Dhlamini, M. Murwira, and G. Gwinji. 2016. 'Safety Profile of PrePex Male Circumcision Device and Client Satisfaction With Adolescent Males Aged 13-17 Years in Zimbabwe', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S36-42.
8. Lebina, L., N. Taruberekera, M. Milovanovic, K. Hatzold, M. Mhazo, C. Nhlapo, N. Tshabangu, M. Manentsa, V. Kazangarare, M. Makola, S. Billy, and N. Martinson. 2015. 'Piloting PrePex for Adult and Adolescent Male Circumcision in South Africa-- Pain Is an Issue', *PLoS One*, 10: e0138755.
9. Ndagijimana, A., P. Mugenzi, D. R. Thomson, B. Hedt-Gauthier, J. U. Condo, and E. Ngoga. 2015. 'PrePex Male Circumcision: Follow-Up and Outcomes during the First Two Years of Implementation at the Rwanda Military Hospital', *PLoS One*, 10: e0138287
10. Kigozi, G., R. Musoke, S. Watya, N. Kighoma, J. Nkale, M. Nakafeero, D. Namuguzi, D. Serwada, F. Nalugoda, N. Sewankambo, M. J. Wawer, and R. H. Gray. 2014. 'The safety and acceptance of the PrePex device for non-surgical adult male circumcision in Rakai, Uganda. A non-randomized observational study', *PLoS One*, 9: e100008.
11. Feldblum, P. J., E. Odoyo-June, W. Obiero, R. C. Bailey, S. Combes, C. Hart, J. Jou Lai, S. Fischer, and P. Cherutich. 2014. 'Safety, effectiveness and acceptability of the PrePex device for adult male circumcision in Kenya', *PLoS One*, 9: e95357.
12. Mutabazi, V., S. A. Kaplan, E. Rwamasirabo, J. P. Bitega, M. L. Ngeruka, D. Savio, C. Karema, and A. Binagwaho. 2013. 'One-arm, open-label, prospective, cohort field study to assess the safety and efficacy of



- the PrePex device for scale-up of non-surgical circumcision when performed by nurses in resource-limited settings for HIV prevention', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 63: 315-22.
13. Mutabazi, V., S. A. Kaplan, E. Rwamasirabo, J. P. Bitega, M. L. Ngeruka, D. Savio, C. Karema, and A. Binagwaho. 2012. 'HIV prevention: male circumcision comparison between a nonsurgical device to a surgical technique in resource-limited settings: a prospective, randomized, nonmasked trial', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 61: 49-55
 14. Bitega, J. P., M. L. Ngeruka, T. Hategekimana, A. Asiimwe, and A. Binagwaho. 2011. 'Safety and efficacy of the PrePex device for rapid scale-up of male circumcision for HIV prevention in resource-limited settings', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 58: e127-34.
 15. Mavhu, W., N. Larke, K. Hatzold, G. Ncube, H. A. Weiss, C. Mangenah, P. Chonzi, O. Mugurungu, J. Mufuka, C. A. Samkange, G. Gwinji, F. M. Cowan, and I. Ticklay. 2016. 'Safety, Acceptability, and Feasibility of Early Infant Male Circumcision Conducted by Nurse-Midwives Using the AccuCirc Device: Results of a Field Study in Zimbabwe', *Glob Health Sci Pract*, 4 Suppl 1: S42-54.
 16. Plank, R. M., K. E. Wirth, N. O. Ndubuka, R. Abdullahi, M. Nkgau, C. Lesetedi, K. M. Powis, M. Mmalane, J. Makhema, R. Shapiro, and S. Lockman. 2014. 'Single-arm evaluation of the AccuCirc device for early infant male circumcision in Botswana', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 66: 1-6.
 17. Feldblum, P. J., R. Zulu, D. Linyama, S. Long, T. J. Nonde, J. J. Lai, J. Kashitala, V. Veena, and P. Kasonde. 2016. 'Randomized Controlled Trial of the ShangRing for Adult Medical Male Circumcision: Safety, Effectiveness, and Acceptability of Using 7 Versus 14 Device Sizes', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S30-5.
 18. Awori, Q. D., R. K. Lee, P. S. Li, R. Zulu, K. Agot, S. Combes, R. O. Simba, C. Hart, J. J. Lai, Z. Zyambo, M. Goldstein, P. J. Feldblum, and M. A. Barone. 2016. 'Surgical Outcomes of Newly Trained ShangRing Circumcision Providers', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72 Suppl 1: S13-7.
 19. Feldblum, P. J., J. Okech, R. Ochieng, C. Hart, G. Kiyuka, J. J. Lai, and V. Veena. 2015. 'Longer-Term Follow-Up of Kenyan Men Circumcised Using the ShangRing Device', *PLoS One*, 10: e0137510.
 20. Lei, J. H., L. R. Liu, Q. Wei, W. B. Xue, T. R. Song, S. B. Yan, L. Yang, P. Han, and Y. C. Zhu. 2016. 'Circumcision with "no-flip Shang Ring" and "Dorsal Slit" methods for adult males: a single-centered, prospective, clinical study', *Asian J Androl*, 18: 798-802.
 21. Sokal, D. C., P. S. Li, R. Zulu, Q. D. Awori, K. Agot, R. O. Simba, S. Combes, R. K. Lee, C. Hart, J. J. Lai, Z. Zyambo, M. Goldstein, P. J. Feldblum, and M. A. Barone. 2014. 'Field study of adult male circumcision using the ShangRing in routine clinical settings in Kenya and Zambia', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 67: 430-7.
 22. Kigozi, G., R. Musoke, S. Watya, N. Kighoma, P. Ssebowa, D. Serwadda, F. Nalugoda, F. Makumbi, P. Li, R. Lee, M. Goldstein, M. Wawer, N. Sewankambo, and R. H. Gray. 2013. 'The acceptability and safety of the Shang Ring for adult male circumcision in Rakai, Uganda', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 63: 617-21.
 23. Kanyago, S., D. M. Riding, E. Mutakooha, O. A. Lopez de la, and M. J. Siedner. 2013. 'ShangRing versus forceps-guided adult male circumcision: a randomized, controlled effectiveness study in southwestern Uganda', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 64: 130-3
 24. Barone, M. A., Q. D. Awori, P. S. Li, R. O. Simba, M. A. Weaver, J. O. Okech, A. O. Aduda, P. Cherutich, N. Muraguri, J. M. Wekesa, J. Nyanchoka, P. Perchal, P. Masson, R. Lee, M. Goldstein, J. Kioko, O. Lusi, and D. C. Sokal. 2012. 'Randomized trial of the Shang Ring for adult male circumcision with removal at one to three weeks: delayed removal leads to detachment', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 60: e82-9.
 25. Barone, M. A., F. Ndede, P. S. Li, P. Masson, Q. Awori, J. Okech, P. Cherutich, N. Muraguri, P. Perchal, R. Lee, H. H. Kim, and M. Goldstein. 2011. 'The Shang Ring device for adult male circumcision: a proof of



Bölüm 4: Klinik Etkililik

- concept study in Kenya', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 57: e7-12.
26. Lv, B. D., S. G. Zhang, X. W. Zhu, J. Zhang, G. Chen, M. F. Chen, H. L. Shen, Z. J. Pei, and Z. D. Chen. 2014. 'Disposable circumcision suture device: clinical effect and patient satisfaction', *Asian J Androl*, 16: 453-6.
 27. Shenje, J., and P. S. Millard. 2016. 'Sutureless Adult Voluntary Male Circumcision with Topical Anesthetic: A Randomized Field Trial of Unicirc, a Single-Use Surgical Instrument', *PLoS One*, 11: e0157065.
 28. Millard, P. S., and N. D. Goldstuck. 2015. 'No-needle, single-visit adult male circumcision with Unicirc: a multi-centre field trial', *PLoS One*, 10: e0121686.
 29. Millard, P. S., H. R. Wilson, N. D. Goldstuck, and C. Anaso. 2013. 'Rapid, minimally invasive adult voluntary male circumcision: a randomised trial of Unicirc, a novel disposable device', *S Afr Med J*, 104: 52-7.
 30. Senel, F. M., M. Demirelli, and S. Oztek. 2010. 'Minimally invasive circumcision with a novel plastic clamp technique: a review of 7,500 cases', *Pediatr Surg Int*, 26: 739-45.
 31. Bastos Netto, J. M., J. Goncalves de Araujo, Jr., M. F. Noronha, B. R. Passos, H. E. Lopes, Jd Bessa, Jr., and A. A. Figueiredo. 2013. 'A prospective evaluation of plastibell(R) circumcision in older children', *Int Braz J Urol*, 39: 558-64.
 32. Moosa, F. A., F. W. Khan, and M. H. Rao. 2010. 'Comparison of complications of circumcision by 'Plastibell device technique' in male neonates and infants', *J Pak Med Assoc*, 60: 664-7.
 33. Decastro, B., J. Gurski, and A. Peterson. 2010. 'Adult template circumcision: a prospective, randomized, patient-blinded, comparative study evaluating the safety and efficacy of a novel circumcision device', *Urology*, 76: 810-4.
 34. Bowa, K., M. S. Li, B. Mugisa, E. Waters, D. M. Linyama, B. H. Chi, J. S. Stringer, and E. M. Stringer. 2013. 'A controlled trial of three methods for neonatal circumcision in Lusaka, Zambia', *J Acquir Immune Defic Syndr*, 62: e1-6.
 35. Lagarde, E., D. Taljaard, A. Puren, and B. Auvert. 2009. 'High rate of adverse events following circumcision of young male adults with the Tara KLamp technique: a randomised trial in South Africa', *S Afr Med J*, 99: 163-9.
 36. Jin, X. D., J. J. Lu, W. H. Liu, J. Zhou, R. K. Yu, B. Yu, X. J. Zhang, and B. H. Shen. 2015. 'Adult male circumcision with a circular stapler versus conventional circumcision: A prospective randomized clinical trial', *Braz J Med Biol Res*, 48: 577-82.
 37. Pan, F., L. Pan, A. Zhang, Y. Liu, F. Zhang, and Y. Dai. 2013. 'Circumcision with a novel disposable device in Chinese children: a randomized controlled trial', *Int J Urol*, 20: 220-6.
 38. Wang, J., Y. Zhou, S. Xia, Z. Zhu, L. Jia, Y. Liu, and M. Jiang. 2014. 'Safety and efficacy of a novel disposable circumcision device: a pilot randomized controlled clinical trial at 2 centers', *Med Sci Monit*, 20: 454-62.
 39. Hotaling, J. M., L. S. Leddy, M. A. Haider, M. Mossanen, M. R. Bailey, B. MacConaghy, F. Olson, and J. N. Krieger. 2014. 'Simple circumcision device: proof of concept for a single-visit, adjustable device to facilitate safe adult male circumcision', *Fertil Steril*, 101: 1266-70.
 40. Peng, Y. F., Y. Cheng, G. Y. Wang, S. Q. Wang, C. Jia, B. H. Yang, R. Zhu, S. C. Jian, Q. W. Li, and D. W. Geng. 2008. 'Clinical application of a new device for minimally invasive circumcision', *Asian J Androl*, 10: 447-54.
 41. Zhang, Z., B. Yang, W. Yu, Y. Han, Z. Xu, H. Chen, Y. Chen, and Y. Dai. 2016. 'Application of a novel disposable suture device in circumcision: a prospective non-randomized controlled study', *Int Urol Nephrol*, 48: 465-73.



42. Kankaka, E. N., T. Murungı, G. Kigozi, F. Makumbi, D. Nabukalu, S. Watya, N. Kighoma, R. Nampijja, D. Kayiwa, F. Nalugoda, D. Serwadda, M. Wawer, and R. H. Gray. 2017. 'Randomised trial of early infant circumcision performed by clinical officers and registered nurse midwives using the Mogen clamp in Rakai, Uganda', *BJU Int*, 119: 164-70.
43. Kankaka, E. N., G. Kigozi, D. Kayiwa, N. Kighoma, F. Makumbi, T. Murungı, D. Nabukalu, R. Nampijja, S. Watya, D. Namuguzi, F. Nalugoda, G. Nakigozi, D. Serwadda, M. Wawer, and R. H. Gray. 2017. 'Efficacy of knowledge and competence-based training of non-physicians in the provision of early infant male circumcision using the Mogen clamp in Rakai, Uganda', *BJU Int*, 119: 631-37.
44. Huang, C., P. Song, C. Xu, R. Wang, L. Wei, and X. Zhao. 2017. 'Comparative efficacy and safety of different circumcisions for patients with redundant prepuce or phimosis: A network meta-analysis', *Int J Surg*, 43: 17-25.
45. Fan, Y., D. Cao, Q. Wei, Z. Tang, P. Tan, L. Yang, L. Liu, Z. Liu, X. Li, and W. Xue. 2016. 'The characteristics of circular disposable devices and in situ devices for optimizing male circumcision: a network meta-analysis', *Sci Rep*, 6: 25514.
46. Huo, Z. C., G. Liu, X. Y. Li, F. Liu, W. J. Fan, R. H. Guan, P. F. Li, D. Y. Mo, and Y. Z. He. 2017. 'Use of a disposable circumcision suture device versus conventional circumcision: a systematic review and meta-analysis', *Asian J Androl*, 19: 362-67.
47. Shaik, Muhammed Zaki, Sumayyah Ebrahim, and Tamara Kredo. 2016. 'Circumcision devices versus standard surgical techniques in adolescent and adult male circumcisions', *Cochrane Database of Systematic Reviews*.



Bölüm 5: Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme

Dr. Öğr. Gör. Gülpembe Ergin Oğuzhan

5.1. Giriş

Bu bölümde, sistematik literatür taraması sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde, tek kullanımlık sünnet aletlerinin günümüzde kullanımına yönelik bilgiler sunulacaktır. Bölüm içinde, metodolojik yaklaşım çerçevesinde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri Tablosunun “Maliyet ve Ekonomik Değerlendirme” başlıklı beşinci bölümündeki soruların yanıtları da verilmiştir.

5.2. Değerlendirme

Yapılan sistematik taramada, sünnetin maliyet ve maliyet etkililiğine ilişkin sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Literatürde, sünnet yöntemlerinin maliyetlerinden çok sünnet ve HIV tedavi maliyetleri karşılaştırılmaktadır. Örneğin; Afrika’daki sahra altı 13 ülkeyi içeren bir araştırmada, yetişkin erkeklerin %80’ine yapılacak bir gönüllü tıbbi erkek sünnetinin (Voluntary Medical Male Circumcision) toplam maliyetinin 2 milyar dolar olduğu, ancak 16,5 milyar dolar HIV tedavi maliyetinden tasarruf sağlayacağı tahmin edilmiştir [1]. Ancak burada, sünnette kullanılan yöntemler ile ilgili yapılan maliyet ve ekonomik değerlendirme araştırmalarının sonuçlarına yer verilecektir. Bu bağlamda, PICO dışlama ve dâhil etme kriterlerine göre dâhil edilen çalışmalar incelenmiştir. Bu bölümde sunulan çalışmaları değerlendirirken göz önüne alınması gereken önemli bir konu, maliyet kalemlerinin tanımlanması ve hesaplanmasının ülkeden ülkeye ve sünnetin yapıldığı tesise, projeye göre farklılık gösterdiğidir. Çalışmalarda kur olarak ABD doları kullanıldığından, maliyete dair bir fikir verebileceği düşünülmektedir. Cerrahi sünnet ve PrePex yöntemi ile yapılan sünnet maliyetlerinin karşılaştırıldığı, düşük ve orta gelirli ülkelerin sünnet maliyetleri ile ilgili çalışmalar çoğunluğu oluşturmaktadır. PrePex yöntemi sadece 18 yaş üstü yetişkin bireylere uygulanabilir bir yöntemdir. Bu nedenle, PrePex yöntemini kullanmaya başlayan hastanelerin 18 yaşından küçükler için geleneksel cerrahiye kullanmaya devam etmeleri gerekmektedir [2].

Cerrahi operasyonların pahalı ve karmaşık olduğu algısının küresel sağlığı etkileyebileceği düşüncesi ile Chao ve ark. (2014), düşük ve orta gelirli ülkelerdeki cerrahi müdahalelerin maliyet etkililiği ile ilgili yapılan çalışmaları incelemişlerdir. Sistematik tarama ve analiz çalışmasında, cerrahi sünnetin maliyet etkililiğini inceleyen dört çalışmayı da analizlerine dâhil etmişlerdir. Analiz sonuçları Tablo 5.1’de verilmektedir [3].



Tablo 5.1. Chao ve ark.nın cerrahi sünnet maliyet etkililik çalışmaları sonuçları.

Yazar	Yıl	Ülke	GSYH/kişi başına	Çıktı başına maliyet	Kur ABD\$	Sonuç birimi	Çıktı başına maliyet (2012 ABD \$)
Kahn ve ark.	2006	Güney Afrika	4882\$	12,10\$	2006	DALY	13,78\$
Fieno ve ark.	2008	Mozambik	406\$	7,38\$	2008	DALY	7,87\$
Binagwaho ve ark.	2010	Ruanda	431\$	Ergen 334\$ Yetişkin 613\$	2008	LY	Ergen 356\$ Yetişkin 654\$
Uthman ve ark.	2011	Sahraaltı Afrika	1142\$	19,71\$	2008	DALY	21,02\$

Kaynak: Chao ve ark., 2014.

Analiz sonuçları incelendiğinde, Güney Afrika'da 1 DALY için maliyet 13,78 ABD Doları, Mozambik'te 7,87 ABD Doları, Sahraaltı Afrika ülkelerinde 21,02 ABD Doları ve Ruanda'da ise 1 LY için maliyetin ergenler için 356, yetişkinler için 654 ABD Doları olduğu ve Güney Afrika, Mozambik ve Sahraaltı Afrika'da maliyet etkili olduğu, Ruanda'da ise yetişkin sünneti dışında analize alınan çalışmaların tamamında cerrahi sünnet yönteminin maliyet etkili olduğu söylenebilmektedir.[3] Basit cerrahi işlemlerin maliyet etkililiğini inceleyen bir diğer sistematik tarama çalışması da Grimes ve ark. (2014) tarafından yapılmıştır. Erkek cerrahi sünnetinin maliyet etkililiğini araştıran sekiz makale çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmanın sonucunda, erkek cerrahi sünnetin maliyet etkili olduğu tespit edilmiştir. DALY başına maliyet aralığı 7,38-319,29 ABD Doları arasındadır [4].

Löfgren ve ark. (2015), Uganda'da prospektif bir çalışmayla kamu hastanesi ile bir vakıf hastanesinde yapılan erkek cerrahi sünnetinin maliyetini belirlemişlerdir. Maliyet hesaplaması yapılırken tıbbi materyal ve ilaç maliyetleri, personel giderleri, bina ve ekipman maliyetleri ve genel giderler dâhil edilmiştir. Sünnet maliyeti kamu hastanesinde 16,2\$, vakıf hastanesinde ise 24,6\$ olarak bulunmuştur [5].

Tchence ve ark. (2016b), Güney Afrika'da gönüllü erkek cerrahi sünnetinin maliyetlerini hesaplamışlardır. Çalışma, seçilen 33 tesiste bir yıllık (Ocak-Aralık 2014) bir sürede tamamlanmıştır. Birim maliyetler Mpumalanga'da 164\$, KZN'de 115\$, Doğu Cape'de 87\$, Limpopo'da 103\$, Free State'de 75\$, Batı Cape'de 151\$, Gauteng'de 123\$ ve Kuzey Cape'de 155\$ olarak bulunmuştur. Kentsel bölgelerde ortalama birim maliyeti 117\$, yarı kentsel bölgelerde 145\$ ve kırsal bölgelerde ise 118\$'dir. Sünnetin birim maliyeti hastanelerde 154\$, sağlık merkezlerinde/ kliniklerde 121\$'dir. Şu anki personel maliyetleri 56,60\$'dir. Ancak, işlemin uzman veya doktorlar tarafından yapılması yerine doktor olmayan klinisyenler tarafından yapılması durumunda maliyetleri 47,10\$'a düşürecektir [6].

PrePex ile cerrahi sünnet yönteminin maliyet etkililiğini ve bu yöntemlere erişimini karşılaştırmayı amaçlayan Duffy ve ark. (2013), Uganda'da uluslararası hastanede kesitsel bir maliyet analizi çalışması yapmışlardır. Çalışmada, PrePex kullanılan 625 sünnetin verisi ve aynı hastanede yapılmış olan cerrahi yöntemin kullanılan 10.000 sünnetin verisi toplanmıştır. Tablo 5.2'de iki yöntemin araştırma sonuçları karşılaştırmalı olarak verilmektedir. PrePex yöntemi, cerrahi yöntemle göre %60 daha fazla kullanılmaktadır. Ancak, PrePex yöntemi cerrahi yöntemle göre %35 daha maliyetlidir.



Bölüm 5: Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme

PrePex yönteminin daha fazla maliyetli olmasının nedeni, kullanılan cihazın maliyetidir. PrePex yönteminde 625 vakadan 11'inde olumsuz olay yaşanmıştır. Bu vakalardan 6'sının cihaz değiştirmesi gerekmiştir. 5'inde ise cihaz çıkarılırken kanama olmuştur [7].

Duffy ve ark. (2013); maliyet etkililiğini, bir sünnet ile önlenen HIV enfeksiyonlarından kaçınılan tedavi maliyetini güncel parasal değere indirgeyip, sünnetin birim maliyeti ile karşılaştırarak belirlemişlerdir. Benzer şekilde, daha önceki yıllarda yapılmış olan araştırmalarında Bollinger ve ark. (2009), sünnetin maliyet etkililik modelini Uganda'da bir HIV durumunu engellemek için 19 erkek sünnetinin yapılması gerektiği üzerine kurmuşlardır [7,23]. Çalışmaya göre, bir HIV durumunun tedavisi için 7.400\$ harcanması gerekmektedir.

Tablo 5.2. Duffy ve ark.nın çalışmalarına göre PrePex ve cerrahi yöntem karşılaştırması.

Karşılaştırma birimi	Cerrahi	PrePex
Yapılan sünnet adedi	44.160	70.656
Operatör personel maliyeti	350.042\$	350.042\$
Destek personel maliyeti	82.026\$	59.092\$
Sarf malzeme maliyeti	404.064\$ (9,15\$)	216.349\$ (3,06\$)
Yeniden kullanılabilir malzeme maliyeti	25.952\$ (0,59\$)	4.868\$ (0,07\$)
Sterilasyon maliyeti	48.134\$ (1,09\$)	19.206\$ (0,27\$)
Cihazların maliyeti	0\$	1.413.120\$ (20\$)
Personel dışı maliyetler	36.022\$ (0,82\$)	41.786\$ (0,59\$)
Genel giderler ve paylaşılan maliyetler	53.872\$ (1,22\$)	53.872\$ (0,76\$)
Toplam maliyet	1.000.112\$	2.158.334\$
Birim maliyet	22,65\$	30,55\$

Kaynak: Duffy ve ark., 2013.

Sünnet yöntemlerinin maliyet etkililiği, gelecekteki tedavi maliyetlerinden sünnet maliyeti çıkartılarak bulunmuştur. Hesaplamalarına göre; cerrahi yöntem 6.970\$, PrePex yöntemi ise 6.820\$ tasarruf sağlamaktadır. PrePex yöntemi cerrahi yönetime göre %2 daha az maliyet etkili bulunmuştur. Duffy ve ark. (2013) ise PrePex yönteminin cerrahi yönetime göre %35 daha pahalı, %60 oranında daha ulaşılabilir ve sadece %2 daha az maliyet etkili bir yöntem olduğunu, cerrahi yöntemle PrePex yönteminin birim maliyetlerini eşitlemek için PrePex yönteminde kullanılan cihazın birim maliyetinin 20\$'dan 12\$'a düşürülmesi gerektiğini belirtmişlerdir [7].

Kim ve ark.nın (2015), Güney Afrika Cumhuriyeti'nde 2 merkezde cerrahi yöntem ile PrePex yönteminin maliyetlerini karşılaştırdıkları çalışmanın sonuçları Tablo 5.3'te yer almaktadır. Bir merkezde hem cerrahi hem de PrePex yöntemi, diğer merkezde ise sadece PrePex yöntemi kullanılmaktadır. Cerrahi yöntem bir hemşire tarafından yapıldığı zaman işlem ortalama 31,1 dakika, bir sağlık görevlisi ve bir klinisyen tarafından yapıldığı zaman ortalama 5,3 dakika sürmektedir. PrePex yöntemi,



biri uzman iki hemşire tarafından gerçekleştirilmektedir ve işlem ortalama 7,9 dakika sürmektedir. Sünnet kış aylarında günde 100-120 adet, kış mevsiminin dışındaki aylarda ise günde 1-20 adet yapılmaktadır. Bu nedenle kış aylarında cerrahi sünnet yönteminin birim maliyeti 44,96\$, PrePex yönteminin birim maliyeti 44,36\$, kış mevsiminin dışındaki aylarda birim maliyetler ise cerrahi yöntem için 73,82\$, PrePex yöntemi için 73,23\$'a çıkmaktadır. Her iki yöntemi de uygulayan merkezde cerrahi yöntemin birim maliyeti 59,42\$ iken, PrePex yöntemin 58,82\$'dır. Sadece PrePex uygulayan merkezde ise birim maliyeti 51\$ olup, kullanılan cihazın birim maliyeti 20\$'dir. Bu cihaz PrePex yöntemi maliyetinin en önemli kalemini oluşturmaktadır. Yapılan analizler, PrePex yönteminde kullanılan cihazın maliyetinin düşürüldüğü zaman maliyet etkili bir yöntem olacağını göstermiştir [8].

Tablo 5.3. Kim ve ark.nın cerrahi ve PrePex yöntemini karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.

Maliyet unsurları	Karma merkez				PrePex uygulayan merkez	
	Cerrahi		PrePex		PrePex	
Direkt maliyetler						
Sarf malzeme giderleri	18,77\$	%32	24,33	%41	24,33\$	%48
Sarf olmayan malzeme giderleri	0,04\$	%0	0,04\$	%0	0,04\$	%0
Atık yönetimi giderleri	4,01\$	%7	1,11\$	%2	1,11\$	%2
Personel giderleri	8,00\$	%13	5,27\$	%9	5,27\$	%10
Eğitim giderleri	1,05\$	%2	1,05\$	%2	0,83\$	%2
Ara toplam	31,86\$	%54	31,80\$	%53	31,58\$	%62
İndirekt maliyetler						
Sermaye giderleri	1,58\$	%3	1,58\$	%3	1,97\$	%4
Bakım-onarım giderleri	8,23\$	%14	8,23\$	%14	6,58\$	%13
Destek personel giderleri	13,81\$	%23	13,81\$	%23	7,73\$	%15
Yönetim ve denetim giderleri	3,93\$	%7	3,93\$	%7	3,15\$	%6
Ara toplam	27,56\$	%46	27,56\$	%27	19,42\$	%38
Birim maliyet	59,42\$		58,82\$		51,00\$	
Komplikasyon önlediğinde birim maliyet	59,62\$		59,53\$		51,10\$	

Kaynak: Kim ve ark. 2015.

Mutabazi ve ark. (2014), Ruanda'da PrePex yöntemi ile cerrahi yöntemin maliyetini karşılaştırmışlardır. Çalışma 217 yetişkin erkek üzerinde yapılmış; 144 kişiye PrePex, 73 kişiye cerrahi yöntem uygulanmıştır. Çalışma sonucunda PrePex yönteminin maliyeti 35,50\$, cerrahi yöntemin maliyeti 53,50\$ olarak bulunmuştur. Malzeme ve cihaz maliyeti PrePex yönteminde 22,38\$ (21,46\$ takarken, 0,92\$ çıkarırken) cerrahi yöntemde ise 29\$'dır (21\$ sarf malzeme, 8\$ cerrahi araç). Cerrahi yöntemde, ayrıca 6\$'lık laboratuvar testi gideri bulunmaktadır. Bir doktorun saatlik ücreti 9,22\$,



Bölüm 5: Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme

bir uzman hemşirenin saatlik ücreti 1,60\$'dır. Cerrahi işlem ortalama 24,12 dakika, PrePex yöntemi ortalama 6,30 dakika sürmektedir. Cerrahi yöntem bir doktor ve bir profesyonel hemşire tarafından, PrePex yöntemi iki uzman hemşire tarafından gerçekleştirilmektedir. Gerçekleştirilen 144 PrePex işleminde komplikasyon oluşmamış, 73 cerrahi yöntemin 7'sinde ise komplikasyon yaşanmış ve bu durumun düzeltilmesi ortalama kişi başı 1,49\$ maliyet oluşturmuştur. Çalışma sonucunda, PrePex yöntemi cerrahi yönetime göre %33 daha az maliyetli bulunmuş ve PrePex yönteminin daha kısa sürede uygulandığı, daha az maliyetli ve komplikasyon açısından da daha güvenli olduğu belirtilmiştir [9]. Çalışmanın sonuçları Tablo 5.4'te sunulmaktadır.

Tablo 5.4. Mutabazi ve ark.nın PrePex ile cerrahi yöntemini karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.

Maliyet Unsurları	PrePex	Cerrahi
Malzeme, cihaz gideri	22,38\$	29\$
Laboratuvar testleri gideri	0\$	6\$
Personel gideri	0,35\$	4,36\$
Komplikasyon tedavisi gideri	0\$	1,49\$
Ara toplam	22,73\$	40,85\$
Tanıtım gideri	3,50\$	3,50\$
HIV testi ve danışmanlığı gideri	9,20\$	9,20\$
Toplam	35,50\$	53,50\$

Kaynak: Mutabazi ve ark., 2014.

Njeuhmelive ark. (2014), 8 Mayıs-9 Temmuz 2012 tarihleri arasında PrePex cihazını Zimbabve ve sünnet programına entegre etmenin maliyetini araştırmışlardır. Verilere göre, PrePex yönteminde anestezi ve dikişe gerek yoktur. PrePex cihazını uygulanan kişilerin, cihazı takıldıktan sonra 7 gün kullanmaları gerekmektedir. PrePex cihazının uygulanması ortalama 4,3 dakika, çıkarılması 3,98 dakika, geleneksel cerrahi yöntem ise ortalama 23-30 dakika sürmektedir. PrePex cihazının maliyeti 20\$'dır. Geleneksel cerrahi yöntemini kullanan merkezin 4 yatak kapasitesi vardır. İşlem için bir tıp doktoru, altı hemşire, üç ameliyat asistanı ve bir resepsiyoniste ihtiyaç vardır. Varsayımsal (Hypothetical) karma merkez, geleneksel cerrahi yöntemini kullanan merkezle aynı şartlara sahiptir, ancak karma merkez 6 yatak kapasitelidir. Ekip; bir tıp doktoru, sekiz hemşire, üç ameliyat asistanı ve bir resepsiyonistten oluşmaktadır [2].

Cerrahi yöntem %100 uygulandığında karma merkezde fazladan 2 hemşire ve 2 yatak masrafı çıkacağından, maliyet 55\$'dan 60\$'a çıkmaktadır (Tablo 5.5). 18 yaşından küçüklere PrePex yöntemi uygulanamayacağı için, bu yöntem sünnet adaylarının en fazla %68'ine uygulanabilmekte ve maliyeti 63\$ olmaktadır (Tablo 5.6). Bu çalışmada, PrePex yönteminin tanıtılmasının maliyeti azaltacağı yönünde verilere ulaşılammıştır [2].

**Tablo 5.5. Karma merkezde cerrahi yöntem ile PrePex yönteminin uygulanma oranının birim maliyete etkisi.**

Cerrahi Yöntem %	PrePex %	Birim Maliyet
%100	%0	60\$*
%95	%5	60\$
%90	%10	60\$
%80	%20	61\$
%70	%30	61\$
%60	%40	62\$
%50	%50	62\$
%40	%60	62\$
%32	%68	63\$

*Bu sayı, rutin cerrahi alanındaki birim maliyetten farklıdır, çünkü ilave ekipman ve personel, karma çalışma alanına eklenmiştir, ancak günlük yapılan sünnet sayısında artış olmamıştır. Kaynak: Njeuhmeli ve ark. 2014.

Tablo 5.6. Njeuhmeli ve ark.nın PrePex ile cerrahi yöntemini karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.

Maliyet unsurları	Geleneksel cerrahi		Karma merkez*		Varsayımsal karma M,*	
	Tutar	%	Tutar	%	Tutar	%
Personel	14,90\$	27	17,83\$	29	14,90\$	26
Eğitim	0,30\$	0,5	0,58\$	1	0,45\$	0,8
Sarf malzeme	30,36\$	54	27,62\$	46	27,62\$	48
Cihaz	0,00\$	0	3,25\$	5	3,25\$	6
Uzun ömürlü ekipman	0,55\$	1	1,42\$	2,3	1,35\$	2,4
Tedarik zinciri yönetimi	9,53\$	17	9,69\$	16	9,69\$	17
Atık yönetimi	0,19\$	0,3	0,19\$	0,3	0,19\$	0,3
Toplam	55,83\$		60,58\$		57,45	

*%84 Cerrahi+%16 PrePex. Kaynak: Njeuhmelive ark. (2014).

PrePex yönteminde fimozisin görülme olasılığı %5-18 arasındadır ve fimozis geliştiğinde tekrardan dorsal-slit (cerrahi) yönteminin uygulanması gerekmektedir. Bu nedenle katılımcılar bu yöntemi tercih etme konusunda isteksizdirler.

Obiero ve ark. (2013), forceps-guided metoduyla PrePex cihazının maliyetlerini karşılaştırmışlardır. Çalışmada, katılımcıların %53'ü 10-17 yaş aralığında olduğu için bu katılımcılara PrePex uygulanmamıştır. Çalışmada PrePex yöntemi için mobilizasyon maliyeti %50 düşük tutulmuş, bu da PrePex yönteminin birim maliyetini 0,40\$'a düşürmüştür. Çalışmada PrePex cihazının maliyeti eklenmiştir [10]. Çalışmanın sonuçları Tablo 5.7'de verilmiştir.



Bölüm 5: Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme

Tablo 5.7. Obiero ve ark.nın Forceps-Guided metoduyla PrePex cihazının maliyetlerini karşılaştırdıkları çalışma sonuçları

	Forceps-guided		PrePex			
	%60 HA %2,2 AE	%41 HA %0,9 AE	Fimozis %0 %0,5 AE 2 klinisyen	Fimozis %10 %0,5 AE 2 klinisyen	Fimozis %0 %0,5 AE 1 klinisyen 1 klinisyen değil	Fimozis %10 %0,5 AE 1 klinisyen 1 klinisyen değil
Doğrudan maliyetler						
Sarf malzeme	9,35\$ (17)	8,91\$ (16)	5,32\$ (12)	5,34\$ (11)	5,32\$ (12)	5,34\$ (11)
Sarf olmayan mal.	6,71\$ (12)	6,51\$ (12)	5,45\$ (12)	5,48\$ (11)	5,45\$ (12)	5,48\$ (11)
Personel	10,72\$(19)	10,59\$(19)	8,03\$ (18)	8,06\$ (16)	6,77\$ (15)	6,80\$ (14)
Eğitim	0,97\$(2)	0,97\$(2)	0,65\$(1)	0,72\$(1)	0,65\$(1)	0,72\$(2)
Ara toplam	27,75\$(50)	26,98\$(49)	19,44\$(42)	19,60\$(40)	18,18\$(41)	18,34\$(38)
Dolaylı maliyet						
Sermaye	2,57\$(5)	2,57\$(5)	2,52\$(6)	2,82\$(6)	2,52\$(6)	2,82\$(6)
Bakım-onarım	3,47\$(6)	3,47\$(6)	3,47\$(8)	3,87\$(8)	3,47\$(8)	3,87\$(8)
Destek personel	10,78\$(20)	10,78\$(20)	9,64\$ (21)	10,77\$(22)	9,64\$ (22)	10,77\$(23)
Yönetim ve denetim	10,72\$(19)	10,72\$(20)	10,72\$(23)	11,97\$(24)	10,72\$(24)	11,97\$(25)
Ara toplam	27,54\$(50)	27,54\$(51)	26,35\$(58)	29,43\$(60)	26,35\$(59)	29,43 (62)
Toplam	55,29\$	54,52\$	45,79\$	49,02\$	44,54\$	47,76\$

HA: Hasta Akışı, AE: Komplikasyon, Fimozis: Sünnet derisinin darlaşması sonucu bu derinin penis başından geriye çekilememesi ya da ağırlı çekil-mesidir. Kaynak: Obiero ve ark., 2013.

Schutte ve ark. (2016), Zimbabve ve Mozambik'te cerrahi yöntem ile PrePex yönteminin maliyetlerinin analizini yapmışlardır. Çalışmanın verileri, Zimbabve'de (PrePex ve Cerrahi) Kasım 2011-Ağustos 2012 tarihleri arasında, Mozambik'te (PrePex) Temmuz 2013-Kasım 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Zimbabve'de 18-49 yaş arası 240 kişinin verileri incelenmiştir. 80 kişide cerrahi yöntem, 160 kişide PrePex yöntemi kullanılmıştır. Mozambik'te ise 18-49 yaş arası PrePex yöntemini kullanan 504 kişinin ve forceps-guided yöntem kullanılan 32 cerrahi vakanın verileri incelenmiştir [11]. Sarf malzeme ve personel giderleri, Zimbabve'de iki yöntem içinde maliyetlerin %90'ından fazlasını, Mozambik'te PrePex yöntemi için %86'sını, cerrahi yöntem için %69,3'ünü oluşturmaktadır.



dır (Tablo 5.8). PrePex cihazının maliyeti Zimbabve’de 18\$, Mozambik’te 24\$’dır. Zimbabve’de tek kullanımlık cerrahi araçların maliyeti 19,56\$’dır. PrePex yöntemi Zimbabve’de personel giderlerini düşürdüğü için maliyetleri de düşürmüştür. Ayrıca, merkezin kullanım kapasitesini artırarak, verimliliği artırmıştır. Buna karşın, Mozambik’te cerrahi yöntemin maliyetleri PrePex yönteminin maliyeti-göre daha düşüktür [11].

Tablo 5.8. Schutte ve ark.nın PrePex ile cerrahi yöntemi karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.

Maliyet unsurları	Zimbabve		Mozambik	
	PrePex	Cerrahi	PrePex	Cerrahi
Sarf malzeme	27,92\$	29,66\$	30,92\$	10,07\$
Sarf olmayan malzeme	0,41\$	0,37\$	0,46\$	0,51\$
Personel	15,89\$	21,50\$	3,95\$	3,89\$
Destek personel	0,80\$	0,80\$	3,41\$	3,75\$
Eğitim	0,18\$	0,27\$	0,09\$	0,35\$
Bakım-onarım	-	-	0,30\$	0,33\$
Sermaye	0,30\$	0,48\$	1,53\$	1,95\$
Toplam	45,50\$	53,08\$	40,66\$	20,85\$

Kaynak: ShuCe ve ark., 2016.

Tshimanga ve ark. (2016), Zimbabve’de PrePex yöntemi ile cerrahi yöntemin maliyetlerini karşılaştırmışlardır. Çalışma Harare’de ücretsiz cerrahi sünnet yöntemi sunan bir sağlık merkezinde yapılmıştır. Merkezde günde ortalama 15-20 sünnet işlemi yapılmakta iken, bu sayı zaman zaman 40-60’a kadar çıkabilmektedir. Çalışmaya, PrePex yöntemi ile sünnet olan 160 kişi, cerrahi yöntem ile sünnet olan 80 kişi olmak üzere toplam 240 kişi dâhil edilmiştir (Tablo 5.9) [12].

Tablo 5.9. Tshimanga ve ark.nın PrePex ile cerrahi yöntemi karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.

Maliyet unsurları	PrePex		Cerrahi	
	Maliyet	Yüzde	Maliyet	Yüzde
Sarf malzeme	27,92\$	60,8	29,66\$	54,7
Sarf olmayan malzeme	0,41	0,9	0,37	0,7
Personel	16,38	35,7	22,69	41,8
Destek personel	0,80	1,7	0,80	1,5
Eğitim	0,18	0,2	0,27	0,5
Sermaye	0,30	0,7	0,48	0,9
Toplam	45,99\$	100	54,26\$	100

Kaynak: Tshimanga ve ark., 2016.



Bölüm 5: Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme

Çalışmada, PrePex cihazının birim maliyeti 18,00\$, cerrahi yöntemde kullanılan ana malzemelerin maliyeti 19,56\$'dır. PrePex yöntemi birim maliyeti cerrahi yöntemde göre 8,27\$ daha düşüktür. PrePex yönteminde geçen ortalama süre cerrahi yöntemin yaklaşık 3'te 1'i kadardır (PrePex: 4,5 dakika, Cerrahi: 13,9 dakika). Beklenen iyileşme süresi normal şartlar altında 4-6 haftadır. Bu çalışmada, 6. haftada PrePex yöntemini kullananların %87,3'ü, cerrahi yöntemi kullananların %76,3'ü iyileşmiştir. Geri kalan katılımcılardan, PrePex yöntemini kullananlar 49 günde, cerrahi yöntemi kullananlar 56 günde tamamen iyileşmiştir. Sonuç olarak; PrePex yöntemi güvenli, hızlı, uygulaması kolay ve maliyet etkilidir [12].

Vandement ve ark. (2016), Zambiya ve Zimbabve'de PrePex yönteminin maliyet etkililiğini incelemek için bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın verileri, Zambiya'da Mart-Ekim 2013, Zimbabve'de Ekim 2013-Kasım 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Zambiya'da cerrahi yöntem için personel eğitiminin maliyeti 1.555\$, PrePex yönteminin eğitim maliyeti 972\$'dır. Zimbabve'de ise iki programın karma eğitimi verilmektedir ve maliyeti 795\$'dır. PrePex cihazının birim fiyatı 12\$ olarak alınmıştır. Ulaşım ücreti Zambiya'da km başına 0,40\$, Zimbabve'de 0,19\$'dır. Talep oluşturma faaliyetleri maliyeti (okullardaki bilgilendirme panelleri, ergenlere HIV bilgilendirmesinin yapılması giderleri gibi) 6\$'dır. Zambiya'da maliyetlerin büyük çoğunluğunu personel maliyetleri (%54-74), bir sonraki önemli maliyeti ham madde oluşturmaktadır (%14-27). Eğitim, ulaştırma ve talep oluşturma faaliyeti maliyeti tüm modeller için önemsiz düzeydedir. Zimbabve'de personel maliyeti tüm maliyetin %46-67'sini, entegre PrePex modelinde talep oluşturma maliyeti ise toplam maliyetin %17'sini oluşturmaktadır [13]. Her iki ülke için çalışma sonuçları, PrePex'in maliyet tasarrufu sağlamak için sınırlı bir potansiyeli olduğunu düşündürmektedir.

Bollinger ve ark. (2014), 2008-2011 yılları arasında yaptıkları çalışmada, gönüllü tıbbi erkek sünnetinin (Voluntary Medical Male Circumcision) maliyetini hesaplamışlardır. Çalışma Kenya, Namibya, Güney Afrika, Tanzanya, Uganda ve Zambiya'da yapılmış ve toplam 99 tesis dâhil edilmiştir. Maliyet kalemleri direkt ve indirekt olarak ayrılmıştır. Amaçları, gönüllü tıbbi erkek sünnetinin maliyetini oluşturan unsurları ülkeler arası karşılaştırmak ve verimliliğe etkisini ekonomik bir model ile ortaya koymaktır. Tablo 5.10'da bu maliyet kalemleri ve ülkelere göre tutarları yer almaktadır [14].

Tablo 5.10. Bollinger ve ark.na göre ülkelerin sünnet maliyet unsurları ve tutarları.

	Ortalama	Nyanza (Kenya)	Namibya	Güney Afrika	Tanzanya	Uganda	Zambiya
Tesis sayısı	99	29	8	9	18	26	26
Yapılan sünnet sayısı (Tesis başına)	750	734	35	3,828	1,914	286	308
Toplam ortalama maliyet	49,17\$	38,33\$	31,38\$	22,37\$	69,85\$	30,00\$	61,21\$
Doğrudan maliyetler							
Sarf malzeme	13,89\$	10,30\$	15,08\$	6,44\$	20,67\$	15,09\$	11,04\$
Yeniden kullanılabilir malzeme	0,19\$	0,00\$	0,06\$	0,01\$	0,16\$	0,35\$	0,00\$
Personel giderleri	17,55\$	14,54\$	14,79\$	0,01\$	31,03\$	8,26\$	19,83\$
Eğitim	5,96\$	2,44\$	0,00\$	0,00\$	8,49\$	2,10\$	0,00\$
Dolaylı maliyetler							
Sermaye	4,91\$	2,78\$	0,00\$	1,09\$	2,87\$	1,03\$	13,99\$
Bakım ve elektrik	3,47\$	3,55\$	0,72\$	5,29\$	4,36\$	1,03\$	11,30\$
Destek personeli	2,62\$	3,56\$	0,70\$	6,35\$	1,50\$	2,22\$	3,72\$
Yönetim ve denetim	0,65\$	1,16\$	0,04\$	0,00\$	0,77\$	0,36\$	1,33\$

Kaynak: Bollinger ve ark., 2014.



Tablo 5.10 incelendiğinde, çalışmada sünnet başına ortalama maliyetin 49,17\$ hesaplandığı görülmektedir. Bu maliyetler içinde en büyük gideri 17,55\$ (%35,7) ile personel giderleri oluşturmaktadır. Bir diğer önemli gider kalemini 13,89\$'lık tutar ile sarf malzemeler oluşturmaktadır ve bu toplam maliyetin %28'dir. Ülke bazında incelendiğinde; Güney Afrika 22,37\$ ile en düşük, Tanzanya ise 69,85\$ ile en yüksek maliyetle hizmet veren ülke konumundadırlar. Uganda'da 30\$'lık maliyetin %50'sini sarf malzemeler oluşturmaktadır. Sarf malzemelerin en az gider olduğu ülke Güney Afrika'dır. Gönüllü tıbbi erkek sünneti; kırsal bölgelerde 57\$'a, kentsel bölgelerde 47\$'a mal olmaktadır. Gönüllü tıbbi erkek sünnetinin yarısından fazlası kamu, %36'sı sivil toplum kuruluşları, %10'u özel kuruluşlar tarafından yapılmıştır. Hizmet sunucular açısından bakıldığında, kamu 65\$'lık maliyet ile ilk sırada yer almaktadır. Sivil toplum kuruluşlarından hizmet alındığı zaman maliyet 36\$, özel sektörden hizmet alındığı zaman ise ortalama olarak 26\$ olmaktadır. Kamuda sarf malzeme ve personel giderleri özel ve sivil toplum kuruluşlarına göre daha fazladır. Kurum bazındaki maliyetler; hastane 53\$, sağlık merkezi 47\$, dispanser 55\$ olarak bulunmuştur. Sarf malzeme ve personel giderleri dispanserlerde daha büyük bir yere sahiptir. Bollinger ve ark. (2014), bu çalışmalarında gönüllü tıbbi erkek sünnetindeki, özellikle personel giderlerinin azaltılması için prosedürlerin paylaşılmasını önermişlerdir. Ayrıca, sarf malzemelerinin fiyat ve dağıtım maliyetleri düşükçe verimliliğin zamanla yükselişe geçeceğini bildirmişlerdir [14].

Kaye ve ark. (2010), 1 Temmuz 2006-1 Ekim 2009 tarihleri arasında, 2-Octyl cyanoacrylate (2-OCA) yöntemi ile 493 sünnet ve 248 sünnet revizyonu, 6-dikişsiz (6-zero sutures-6-ZS) yöntemi ile 152 sünnet ve 115 sünnet revizyonunun maliyetini çıkarmışlardır. Tüm sünnetlerin %74'ü 2-OCA yöntemi ile yapılmıştır. 2-OCA yöntemi uygulanan katılımcıların ortalama yaşı 1,8 (6 aylık -11 yaş), aynı şekilde dikişsiz yöntemi kullanan katılımcıların ortalama yaşı 1,8'dir (6 aylık-12 yaş). Kurum 1 şişe 2-OCA için 20,75\$, 1 adet 6-kromik sütür için 4,05\$ ödemektedir. 15 dakikalık anestezi ücreti 189,25\$ ve 15 dakikalık ameliyathane kullanım ücreti 571\$'dır. 2-OCA yöntemi ortalama 8 dakika, 6-zero sutures yöntemi ortalama 27 dakika sürmektedir. 2-OCA yöntemi 15 dakikadan kısa sürdüğünden, 6-ZS yöntemine göre 743,55\$ daha düşük maliyetli olduğu ortaya çıkmıştır [15].

Mangenah ve ark. (2015), AccuCirc (cerrahi) yöntemi ile Mogen klamp (daha az cerrahi) yönteminin maliyetini karşılaştırmışlardır. Çalışma, 6-54 günlük 150 bebek ile Ocak 2013-Haziran 2013 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. 100 bebeğe AccuCirc yöntemi, diğer 50 bebeğe ise Mogen klamp yöntemi uygulanmıştır. İki yöntem de ortalama 15,5 dakika sürmektedir. Cerrahi yöntemde 2 komplikasyon oluşmuştur. Bunlardan biri 4 ayda, diğeri 20 günde iyileşmiştir. Mogen klamp yönteminde komplikasyon oluşmamıştır. AccuCirc yönteminin birim maliyeti 49,53\$, Mogen klamp yönteminin birim maliyeti 55,93\$ olarak belirlenmiştir. AccuCirc yönteminde sterilizasyon malzemesine ihtiyaç duyulmaması, Mogen klamp yönteminde ise sterilizasyon malzemelerinin olması nedeni ile Mogen klamp yönteminin sarf malzemeleri daha maliyetlidir. AccuCirc yöntemindeki cihaz tek kullanımlıktır ve maliyeti 10\$'dır. Mogen klamp yönteminde kullanılan cihaz tekrar kullanılabilir olduğu için sünnet başı birim maliyeti 0,21\$'dır (Tablo 5.11) [16].



Bölüm 5: Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme

Tablo 5.11. Mangenah ve ark.nın AccuCirc (cerrahi) yöntemi ile Mogen Klamp yöntemini karşılaştırdıkları çalışma sonuçları.

Doğrudan maliyetler	AccuCirc		Mogen klamp	
	ABD \$	%	ABD \$	%
Cihaz giderleri	10,00\$	%20,2	0,21\$	%0,4
Sarf malzeme giderleri	13,48\$	%27	30,18\$	%54
Sarf olmayan malzeme giderleri	0,27\$	%0,5	0,31\$	%0,6
Çevresel giderler (Tahliye kutusu vs.)	1,80\$	%4	1,20\$	%2
Personel giderleri	19,11\$	%39	19,11\$	%34
Eğitim giderleri	3,69\$	%7	3,69\$	%7
Ara toplam	48,35\$	%98	54,70\$	%98
Dolaylı maliyetler				
Sermaye	0,08\$	%0	0,13\$	%0
Destek personel	1,10\$	%2	1,10\$	%2
Ara toplam	1,18\$	%2	1,23\$	%2
Birim maliyet	49,53\$		55,93\$	

Kaynak: Mangenah ve ark., 2015.

Marseille ve ark. (2014), iki proje kapsamında gerçekleştirilen sünnetlerin maliyetlerini incelemişlerdir. Bu projeler; APHIA II (The AIDS Population and Health Integrated Assistance Project II-Sağlıkta Entegre Yardım Projesi) ve NRHS (Nyanza Reproductive Health Society-Nyanza Üreme Sağlığı Topluluğu)'dir. Proje 222 merkezde 18 ay (Kasım 2008-Nisan 2010) süreyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmada toplam 62.705 sünnet yapılmıştır. Sünnetlerin %90,1'i NRHS kapsamında gerçekleştirilmiştir. APHIA II'de yapılan sünnetler, NRHS'den 6,1 dakika daha fazla sürmektedir ve bu sürenin 2,7 dakikası cerrahın aktif katılımını gerektiren adımları içermektedir. APHIA II'nin ortalama birim maliyeti 38,62\$, NRHS'nin ortalama birim maliyeti 44,24\$'dir. Bu çalışmada, bir HIV enfeksiyonun önlenmesi için 117\$-184\$ bir harcama yapılması ön görülür iken, yıllık ortalama 772\$ ve 22 yıllık tedavi için ortalama kişi başı 12.000\$'lık bir tedaviden tasarruf edildiği ortaya konmuştur [17].

Gutwein ve ark. (2013), 2003-2008 yılları arasında Florida'daki 0-17 yaş arası sünnetleri incelemiştir. İncelenen 5 yılda 31.740 sünnet yapılmıştır. Yapılan sünnetlerde kullanılan yöntemler ve adetleri; klemp 3,808 (%11,8), cerrahi yöntem (0-28 günlük) 693 (%2,2), cerrahi yöntem (28 günden büyük) 24,919 (%77,4), lysis veya excision yöntemi 1,693 (%5,3), tamamlanmamış sünnet onarımı 1,078 (%3,3)'dir. Kamu kurumları sünnetlerin %55,3'ünü karşılamıştır. Karşılanan sünnetlerin %65,2'si 1 yaşından büyükleri kapsamaktadır. Çalışma süresi boyunca (2003-2008) kamu tarafından finanse edilen sünnetlerin sayısı ikiye katlanmıştır (%114,7'lik artış). Özel sigorta tarafından finanse edilen sünnet oranı %6,4 kat artmıştır. Kamu ve özel finansörler için ortalama maliyet; kamu için 6.263\$, özel için 4.565\$'dir. Ortalama ücretler 5.467\$'dan 6.848\$'a (%25) yükselmiş, kamu finansmanın yaptığı masraflar 14,9 milyon \$'dan 33,6 milyon \$'a (%126) çıkmıştır. Özel kesimin harcamaları %16 (9,3 milyon dolardan 14,1 milyon dolara) artmıştır. Kamunun son yıl finanse ettiği tutar, 5 yılda finanse ettiği miktarın %30'unu oluşturmaktadır [18].

Tchouce ve ark. (2016a), Güney Afrika'da gönüllü erkek sünneti için katılımcıların cepten yaptıkları harcamaları incelemişlerdir. Çalışma kapsamında 190 kişiyle görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılanların ortalama yaşı 22'dir. Ankete katılanların %87,4 (166)'ü sünnet olan kişidir ve %12,6 (24)'ü



refakatçisidir. Ortalama ulaşım ücreti 9,20\$'dır. Kuzey Cape'de ortalama ulaşım ücreti 7,75\$, Mpumalanga'da 14,00\$'dır. Çalışmaya katılanlardan sadece 8 kişi sünnetten ötürü maaş kaybı yaşadığını söylemiştir. Belirtilen diğer harcamaların ortalama maliyeti ise 2\$'dır. Cepten harcamaların içindeki en yüksek payı ulaşım oluşturmaktadır. Güney Afrika için sünnet hizmetine erişim için 9,20\$'lık bütçe ayırmak bireyleri oldukça zorlamaktadır [19].

Uganda Sağlık Bakanlığı, gönüllü tıbbi erkek sünnetini bir HIV önleme stratejisi olarak kabul etmiş ve bunun için yenilikçi yaklaşımlara ihtiyaç duyulmuş ve 2009 yılında Makerere Üniversitesi Walter Reed Projesi ile Uganda'daki ilk tesis tabanlı gönüllü tıbbi erkek sünneti (VMMC) programı başlatılmıştır. 2011 yılında mobil klinik, daha uzaktaki kırsal bölgelere gönüllü tıbbi erkek sünnet (VMMC) hizmetlerini sağlamaya başlamıştır. Larson ve ark.nın (2015) yaptığı çalışmada, sağlık ocaklarında (sabit alanlarda) ve mobil kliniklerde yapılan sünnetin ortalama maliyetinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Hizmet sağlayıcı perspektifinden sünnet maliyeti belirlenirken, tedarik zinciri ve üst düzey program destek giderleri hesaplamalara dâhil edilmemiştir. Sünnet başına ortalama maliyet mobil programda 61\$ (daha uzak yerler için 72\$) iken, sabit merkezler için 34\$ olarak bulunmuştur. Mobil programda tek kullanımlık cerrahi malzemenin 23\$ olması maliyetleri artırmaktadır. Sabit merkezli programda cerrahi araç kullanılmamaktadır [20]. Yukarıda çeşitli sünnet yöntemlerinin maliyetlerini belirlemeye çalışan araştırmaların sonuçları verilmiştir. Yapılan araştırmaların metodolojisindeki farklılıklar nedeni ile de çalışmaları bire bir karşılaştırmak mümkün olmamaktadır. Bu çalışmalardan sünnet yöntemi birim maliyetlerini veren çalışmaların özeti Tablo 5.12'de düzenlenmiştir.

Tablo 5.12. İncelenen çalışmalarda yer alan sünnet yöntemleri birim maliyetleri (\$)

Yazar/yıl	Ülke	Yöntem-birim maliyet (\$)
Duffy ve ark. (2013)	Uganda	Cerrahi-22,65\$ PrePex-30,55\$
Kim ve ark. (2015)	Güney Afrika	Cerrahi-59,42\$ PrePex-58,82\$
Mutabazi ve ark.	Ruanda	Cerrahi-53,50\$ PrePex-35,50\$
Njeuhmeli ve ark. (2014)	Zimbabve	Cerrahi-60,00\$ PrePex-63,00\$
Obiero ve ark. (2013)	Sahraaltı Afrika	Forceps-guided-55,29 PrePex-49,02
SchuCe ve ark. (2016)	Zimbabve Mozambik	Cerrahi-53,08\$ PrePex-45,50\$ Cerrahi-20,85\$ PrePex-40,66\$
Tshimanga ve ark. (2016)	Zimbabve	Cerrahi-54,26\$ PrePex-45,99\$
Mangenah ve ark. (2015)	Zimbabve	AccuCirc-49,53\$ Mogen klamp-55,93\$

Tablo 5.12 incelendiğinde, yöntemden yönteme ve ülkeden ülkeye birim maliyetlerinin değiştiği görülmektedir. Türkiye'de tek kullanımlık sünnet aletleri ile cerrahi yöntemi kıyaslayan bilimsel bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Cerrahi yöntemin maliyetlerinin belirlenmesi ile ilgili olarak, T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı eski adı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı Mali Hizmetler Kurum



Bölüm 5: Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme

Başkan Yardımcılığı Finansal Analiz Daire Başkanlığı olan birim tarafından, 2015 yılında “Sünnet İşlemi Maliyet Analizi” çalışması yapılmıştır. İki eğitim ve araştırma hastanesinden veri toplanarak yapılan çalışmada; işçilik giderleri, işlem öncesi ve sonrası tahlil/tetkik giderleri, ilaç/serum giderleri ve tıbbi malzeme giderleri ve genel üretim giderleri maliyet unsurları olarak alınmıştır. Birim maliyeti belirlenirken, işlemlerin yapılabilmesi için gerekli asgari faaliyetleri ve giderleri içermekte; ek tanı, eşlik eden hastalık, işlem sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ile yoğun bakım ihtiyacı gibi maliyeti artırıcı unsurlar hesaplamaya dâhil edilmemiştir. Tablo 5.13'te sünnet işlem birim maliyeti ve maliyet unsur ve tutarları yer almaktadır [21].

Tablo 5.13. T.C. Sağlık Bakanlığı 2013 yılı Sünnet İşlem Maliyeti Çalışması Sonuçları

Maliyeti etkileyen unsurlar	Tutar (TL)	Tutar (\$)	Maliyet unsurunun birim maliyet içindeki oranı (%)
Poliklinik muayenesi işçilik giderleri	27,41	12,87	5,8
İşlem öncesi hazırlık ekibi işçilik giderleri	29,34	13,77	6,2
İşlem ekibi işçilik giderleri	206,69	97,02	43,6
Tıbbi malzeme giderleri	108,33	50,85	22,9
İlaç/serum giderleri	48,77	22,89	10,3
İşlem öncesi ve sonrası tahlil ve tetkik giderleri	40,70	19,10	8,6
Genel üretim gideri	12,61	5,92	2,7
Toplam maliyet	473,86	222,43	100,0

*TL, Dolara dönüştürülürken 2013 Yılı 31 Aralık ABD Doları alış kuru Merkez Bankası verisi kullanılmıştır.

Tablo 5.13 incelendiğinde, cerrahi sünnet işlem maliyetinin 222,43\$ olduğu görülmektedir. Maliyet unsurlarından en büyük payı %55,6 ile işçilik giderleri oluşturmakta, ikinci sırada ise tıbbi malzeme giderleri yer almaktadır [21]. T.C. Sağlık Bakanlığı bu çalışmasını 2015 ve 2017 yıllarında tekrarlamıştır. Yapılan yeni analizlere göre, 2015 yılında sünnet işlem maliyeti 514,07 TL, 2017 yılında da 521,90 TL olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan fiyat artışının yıllara göre anlamlı olduğu söylenebilir (Tablo 5.14).

Tablo 5.14. T.C. Sağlık Bakanlığı yıllara göre sünnet işlem maliyeti çalışma sonuçları

Yıl	Sünnet işlem maliyeti
2013	473,86 TL
2015	514,07 TL
2017	521,90 TL



Türkiye’de geri ödeme kurumu açısından bakıldığında, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği Eki EK-2/C listesinde yer alan “Sünnet” işleminin ödemeye esas işlem puanı 84,32’dir.[22] Bu durumda geri ödeme kurumunca sünnet işlem bedeli 50,00 TL (26 Ocak 2018 yılı ABD Doları T.C. Merkez Bankası kuruna göre 13,4\$’a karşılık gelmektedir), eğitim ve araştırma hastaneleri sünnet işlem bedeli ise 55 TL (26 Ocak 2018 yılı ABD Doları T.C. Merkez Bankası kuruna göre 14,7\$’a karşılık gelmektedir)’dir. T.C. Sağlık Bakanlığının maliyet çalışmasına göre, Bakanlığa bağlı hastanelerde yapılan her bir işlemde 2017 yılında yaklaşık olarak 471,9 TL açık oluşmaktadır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre, 2017 yılında Türkiye’de toplam 418.283 adet sünnet işlemi yapılmıştır. Bu işlemlerin 295.057’si T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı 3. basamak eğitim ve araştırma hastaneleri ile 2. basamak devlet hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin Sosyal Güvenlik Kurumundan aldığı ödeme bedeline göre, 2017 yılında toplamda 139 milyon TL ek maliyeti üstlendiği söylenebilir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bu çalışmalarda, tek kullanımlık sünnet aleti maliyeti değerlendirilmemiştir. Bu bağlamda, eğer tek kullanımlık sünnet aletleri sünnet işlemlerinde kullanımının yaygınlaştırılması istenir ise Sağlık Bakanlığı açısından ek harcanan 139 milyon TL’nin daha fazla olabileceği söylenebilir. Uzman görüşleri ve piyasa analizi ile tek kullanımlık sünnet el aleti maliyetinin 25 TL olabileceği farz edilirse, tüm sünnet işlemlerinde tek kullanımlık sünnet el aleti kullanımı durumunda Sağlık Bakanlığı için yaklaşık 10 milyon TL’lik, bir diğer ifade ile %7,5’lik ek bir maliyet oluşabilir. Ancak, elbette tüm sünnet işlemlerinde tek kullanımlık sünnet tıbbi malzemesinin kullanımı kısa vadede mümkün olmayacaktır. Bu bağlamda, varsayımsal olarak sünnet tıbbi malzemelerinin kullanımı alınması ile birlikte ilk yıl %10, ikinci yıl %20, üçüncü yıl %30 sünnet işleminde kullanılabilmesi kabul edilirse 3 yıllık muhtemel bütçe etkisi yaklaşık olarak toplam 4,4 milyon TL civarında olabilir.

Tablo 5.15. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tek kullanımlık sünnet el aletlerinin kullanıma alınması durumunda 3 yıllık muhtemel bütçe etkisi.

Yıl	Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yapılan sünnet işlem adeti	Tek kullanımlık sünnet aleti kullanılacak tahmini vaka sayısı ve oranı	Sağlık Bakanlığı tek kullanımlık sünnet aleti kullanımı muhtemel bütçe etkisi
2019	295.000	29.500 (%10)	737.500 TL
2020	295.000	59.000 (%20)	1.475.000 TL
2021	295.000	88.500 (%30)	2.212.500 TL
		3 yıl için toplam bütçe etkisi	4.425.000 TL



5.3. Tartışma ve Sonuç

Yapılan sistematik tarama sonucunda, bulunan çalışmalar incelenmiş ve sınırlı sayıda maliyet ve ekonomik değerlendirme çalışmaları bulunmuştur. Yapılan çalışmalar daha çok düşük ve orta gelirli ülkelerin verilerini içermektedir. Çalışmaların yapıldıkları ülkeler ve metodolojileri birbirinden farklılaşmaktadır. Bu nedenle, sünnet yöntemleri maliyeti birleştirilerek tek bir sonuç çıkarılamamıştır. Yönteme ve ülkeye göre birim maliyetlerinin değiştiği görülmektedir. Cerrahi yöntem dışında maliyet çalışması en çok yapılan yöntem PrePex yöntemidir. Genel olarak literatür, sünnet işleminin HIV tedavi maliyeti ile karşılaştırıldığında maliyet etkili olduğu yönündedir. Yapılan çalışmalar, DALY başına maliyeti baz alındığında cerrahi sünnet yönteminin maliyet etkili olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, sigorta sistemleri içinde sünnet giderleri giderek artan bir eğilimdedir.

Türkiye’de yapılmış bilimsel bir maliyet çalışması ile karşılaşılamamıştır. Sağlık Bakanlığının 2015 yılında yapmış olduğu sünnet işlemi maliyet analiz çalışmasında, birim maliyet 473,86 TL (222,4\$) olarak bulunmuştur. Tarama sonucu bulunan çalışmalara bakıldığında, cerrahi sünnet işleminin maliyeti en düşük 20 ABD Doları, en yüksek 60 ABD Doları civarındadır. Hem Türkiye hem de diğer ülkelerde birim maliyetleri oluşturan unsurlar incelendiğinde, özellikle cerrahi işlemlerde işçilik (personel) giderlerinin büyük bir paya sahip olduğu görülmektedir.

Sünnet işleminin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenen 50 TL üzerine işlem başına 471,9 TL ek maliyet gerekliliğinin olması, hastane yönetimleri için sünnet işlemini uygulamama istekliliği doğurabilir. Raporun giriş, klinik ve güvenlilik bölümlerinde irdelendiği gibi sünnet işlemi, toplum sağlığı açısından önemli faydalar sunmaktadır. Sünnet işleminin deneyimli ve uzman uygulayıcılar tarafından bir sağlık kuruluşunda yapılması, hem bilimsel olarak hem de mevzuat olarak gereklidir. Ancak, raporun giriş bölümünde belirtilen beklenen sünnet işlemi sayısının %63’ünün bir sağlık kurumunda yapılmasının geliştirilmesinin önünde bir engel olabilir. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığının sünnet işleminin daha çok sağlık kurumlarında yapılabilmesi için yeni politikalar geliştirmesinde fayda olabilir. Bu politikaları yaparken de ekonomik anlamda sağlık kurumlarının finansal zorluk çekmemesi için gerek sünnet işlemi geri ödeme bedelinin artırılması gerektiği ve yetişkin erkek sünneti için uygulamada belli bir standartın sağlanabilmesi adına tek kullanımlık sünnet aletlerinin ödeme kalemi olarak tanımlanmasında fayda olabileceği değerlendirilmiştir.

Ancak, WHO tarafından, sünnetin Afrika’da HIV yayılımını önleyici tedavi olarak önerilmiş olması ile tek kullanımlık sünnet aletlerinin ülkemizde üretilerek ihraç edilmesiyle cari açığı kapatmaya katkı sağlayacağı unutulmamalıdır. Bu nedenle, tek kullanımlık sünnet aletlerini üreten yerli firmaların desteklenmesi oldukça önemli bir husustur.



5.4. Kaynaklar

1. Njeuhmeli E, Forsythe S, Reed J, Opuni M, Bollinger L, et al. (2011) Voluntary medical male circumcision: modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *PLoS Med* 8(11):e1001132.
2. Njeuhmeli, E., Kripke, K., Hatzold, K., Reed, J., Edgil, D., Jaramillo, J., ... & Mugurungi, O. (2014). Cost analysis of integrating the PrePex medical device into a voluntary medical male circumcision program in Zimbabwe. *PLoS One*, 9(5), e82533.
3. Chao, T. E., Sharma, K., Mandigo, M., Hagander, L., Resch, S. C., Weiser, T. G., & Meara, J. G. (2014). Cost-effectiveness of surgery and its policy implications for global health: a systematic review and analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e334-e345.
4. Grimes, C. E., Henry, J. A., Maraka, J., Mkandawire, N. C., & Cotton, M. (2014). Cost-effectiveness of surgery in low-and middle-income countries: a systematic review. *World journal of surgery*, 38(1), 252-263.
5. Löfgren, J., Mulwooza, J., Nordin, P., Wladis, A., & Forsberg, B. C. (2015). Cost of surgery in a low-income setting in eastern Uganda. *Surgery*, 157(6), 983-991.
6. Tchenche, M., Palmer, E., Haté, V., Thambinayagam, A., Loykissoonlal, D., Njeuhmeli, E., & Forsythe, S. (2016b). The cost of voluntary medical male circumcision in South Africa. *PLoS one*, 11(10), e0160207.
7. Duffy, K., Galukande, M., Wooding, N., Dea, M., & Coutinho, A. (2013). Reach and cost-effectiveness of the PrePex device for safe male circumcision in Uganda. *PLoS One*, 8(5), e63134.
8. Kim, H. Y., Lebina, L., Milovanovic, M., Tarubekera, N., Dowdy, D. W., & Martinson, N. A. (2015). Evaluating the cost of adult voluntary medical male circumcision in a mixed (surgical and PrePex) site compared to a hypothetical PrePex-only site in South Africa. *Global health action*, 8(1), 29116.
9. Mutabazi, V., Bitega, J. P., Ngeruka, L. M., Nyemazi, J. P., Dain, M., Kaplan, S. A., ... & Binagwaho, A. (2014). Cost analysis of adult male circumcision with the prepex [TM] device versus surgery in Rwanda. *Urologic nursing*, 34(6), 303-312.
10. Obiero, W., Young, M. R., & Bailey, R. C. (2013). The PrePex device is unlikely to achieve cost-savings compared to the forceps-guided method in male circumcision programs in sub-Saharan Africa. *PLoS One*, 8(1), e53380.
11. Schutte, C., Tshimanga, M., Mugurungi, O., Come, I., Necochea, E., Mahomed, M., ... & Chatikobo, P. (2016). Comparative cost analysis of surgical and PrePex device male circumcision in Zimbabwe and Mozambique. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 72(Suppl 1), S96.
12. Tshimanga, M., Mangwiro, T., Mugurungi, O., Xaba, S., Murwira, M., Kasprzyk, D., ... & Gundidza, P. (2016). A Phase II Randomized Controlled Trial Comparing Safety, Procedure Time, and Cost of the Pre-Pex™ Device to Forceps Guided Surgical Circumcision in Zimbabwe. *PLoS one*, 11(5), e0156220.
13. Vandament, L., Chintu, N., Yano, N., Mugurungi, O., Tambatamba, B., Ncube, G., ... & Madidi, N. (2016). Evaluating opportunities for achieving cost efficiencies through the introduction of PrePex device male circumcision in adult VMMC programs in Zambia and Zimbabwe. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 72(Suppl 1), S90.
14. Bollinger, L., Adesina, A., Forsythe, S., Godbole, R., Reuben, E., & Njeuhmeli, E. (2014). Cost Drivers for voluntary medical male circumcision using primary source data from sub-Saharan Africa. *PLoS One*, 9(5), e84701.
15. Kaye, J. D., Kalisvaart, J. F., Cuda, S. P., Elmore, J. M., Cerwinka, W. H., & Kirsch, A. J. (2010). Sutureless and scalpel-free circumcision—more rapid, less expensive and better?. *The Journal of urology*, 184(4), 1758-1762.



Bölüm 5: Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme

16. Mangelah, C., Mavhu, W., Hatzold, K., Biddle, A. K., Madidi, N., Ncube, G., ... & Thirumurthy, H. (2015). Estimating the cost of early infant male circumcision in Zimbabwe: results from a randomized noninferiority trial of AccuCirc device versus Mogen clamp. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 69(5), 560.
17. Marseille, E., Kahn, J. G., Beatty, S., Jared, M., & Perchal, P. (2014). Adult male circumcision in Nyanza, Kenya at scale: the cost and efficiency of alternative service delivery modes. *BMC health services research*, 14(1), 31.
18. Gutwein, L. G., Alvarez, J. F., Gutwein, J. L., Kays, D. W., & Islam, S. (2013). Allocation of healthcare dollars: analysis of non-neonatal circumcisions in Florida. *The American Surgeon*, 79(9), 865-869.
19. Tchuente, M., Haté, V., McPherson, D., Palmer, E., Thambinayagam, A., Loykissoonlal, D., ... & Forsythe, S. (2016a). Estimating Client Out-of-Pocket Costs for Accessing Voluntary Medical Male Circumcision in South Africa. *PloS one*, 11(10), e0164147.
20. Larson, B., Tindikahwa, A., Mwidu, G., Kibuuka, H., & Magala, F. (2015). How much does it cost to improve access to voluntary medical male circumcision among high-risk, low-income communities in Uganda?. *PloS one*, 10(3), e0119484.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı Finansal Analiz Daire Başkanlığı, "Sünnet İşlemi Maliyet Analizi", Hazırlayanlar: Bener S., Kaygusuz T., Akbulut E., Birlik H., Özyön F., Demir İ., Ekim-2015, Ankara.
22. <http://www.tomb.gov.tr/kurlar/201312/31122013.xml>
23. Bollinger, L., De Cormier Plosky, W., & Stover, J. (2009). *Male Circumcision: Decision Makers' Program Planning Tool, Calculating the Costs and Impacts of a Male Circumcision Program*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.



Bölüm 6: Etik Yönler

Prof. Dr. İlhan İlkılıç

6.1. Giriş

Bu bölümde, sistematik literatür taraması sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde, tek kullanımlık sünnet aletlerinin günümüzde kullanımına yönelik bilgiler sunulacaktır. Bölüm içinde, metodolojik yaklaşım çerçevesinde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri Tablosunun “Etik Yönler” başlıklı altıncı bölümündeki soruların yanıtları da verilmiştir.

6.2. Değerlendirme

Erkek çocuklarının sünnet edilmesi dünyada en fazla yapılan cerrahi girişimlerden biridir. Dünyadaki erkeklerin yaklaşık üçte birine yapılan bu müdahale, hem tıbbi bir yönü olduğu hem de dini bir vecibe ve dini bir ritüel olmasından dolayı birçok etik soru ve sorunları içinde barındırmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de ve yurt dışında sadece tıp mensupları arasında değil, aynı zamanda toplumun birçok kesimi arasında da farklı tartışmalara yol açmıştır [1]. Bu tartışmanın ve tartışmalarda öne sürülen görüşlerin anlaşılması için öncelikle etik kavramların ve değerlerin doğru tespit edilmesi, aynı zamanda bu kavramların normatif gücünün belli bir fayda-zarar dengesi bağlamında analiz edilmesi gerekmektedir. Bu çerçevede, bu bölümde genel olarak sünnet konusundaki etik sorunlar ve argümanlar ortaya konulacak, özel olarak da tek kullanımlık sünnet aletleri etik açıdan değerlendirilecektir [2].

6.2.1. Sünnetin Tarihi ve Dini Boyutları

Bilimsel tarih çalışmaları, bize, sünnetin hangi tarihlerde ilk defa başladığına dair net bilgiler sunmaktadır. Bununla birlikte, erkek sünnetini resmeden en eski eserin günümüzden yaklaşık 4.300 yıl önce Mısır’daki eski krallık dönemine ait olan Ankhmahor’un mezarından çıkarılmıştır [3]. Antik Yunan’da ise hem cerrahlar hem de cerrah olmayanlar tarafından benzeri uygulamaların yapıldığı ve bu uygulamaların Mısırlıların tecrübelerinden istifade edilerek gerçekleştirildiği bu konuyla ilgili araştırmalarda zikredilmektedir [4]. Diğer taraftan, sünnetin M.Ö. 30 yılına kadar bir ritüel olarak Mısır’daki Romalılar tarafından uygulandığı ifade edilmektedir [5].

İslami kaynaklara baktığımızda, sünnetin tarihi konusunda iki tarihin ön plana çıktığı görülür. Bir görüşe göre sünnetin kökeni ilk insan Hz. Adem’e kadar uzanmaktadır [6]. Bu yaklaşıma göre Hz. Adem dünyaya geldiğinde sünnetli idi. Diğer ve daha fazla kabul gören görüşe göre ise sünnet, Hz. İbrahim ile başlayan bir uygulamadır. Bu görüş kaynağını, Hz. İbrahim’in 80 yaşında sünnet olduğundan bahseden bir hadisten alır [7]. Bu hadis aynı zamanda İslam dinine göre sünnetin dini kaynağını da belirlemektedir. Hz. Peygamber’in bu hadisinde, sünneti Hz. İbrahim’le başlatması Müslümanları aynı zamanda bu dini vecibeyle semavi dinlerin geleneğine bağlamaktadır. Her ne kadar İslam’ın temel kaynağı olan Kur’an’da sünnet kesin bir şekilde yer almıyorsa da İslam alimleri Hz. İbrahim’in oluşturduğu geleneklerin Kur’an aracılığıyla devam ettirildiği ve sünnetin de bunun bir parçası olduğu görüşünde birleşirler [8]. Bu bağlamda Âli İmrân suresinin 95. ayetindeki “İbrahim’in dinine uyunuz emri” bu tartışmalarda güçlü bir argüman olarak kullanılmaktadır. Müslümanlar için ikinci önemli kaynak olan Hz. Peygamber’in hayatı, davranışları ve tavsiyeleri aynı şekilde sünnetin dini açıdan değerlendirilmesi noktasında önemli bir kaynak teşkil etmektedir. Konuyla ilgili eser-



Bölüm 6: Etik Yönler

lere baktığımızda, Hz. Muhammed'in ne zaman sünnet olduğuna dair farklı bilgiler bulunduğunu görmekteyiz. Bir tarafta onun sünnetli dünyaya gelmiş olduğu, diğer taraftan da yedi günlük iken dedesi Abdülmuttalib tarafından sünnet ettirildiğine ilişkin bilgiler bulunmaktadır [9].

Hız. Muhammed bir hadisinde erkeğin sünnetli olmasının onun fitratına, doğasına uygun olduğunu belirtmiştir [10]. Yine sünneti Müslümanlara ve ashabına tavsiye ettiğini ve torunları Hız. Hasan ve Hız. Hüseyin'i doğumlarının yedinci gününde sünnet ettirdiğini öğreniyoruz [11]. Bir diğer hadiste de yeni Müslüman olan erkeklerin de sünnet olmasına ilişkin tavsiyeleri mevcuttur. Her ne kadar İslam dininin mezhepleri erkek çocuğunun sünnetini İslam dininin önemli vecibelerinden olduğunu ittifakla kabul etseler de bu dini ritüelin hükmü konusunda farklı görüşleri savunmuşlardır. Şafililer ve Hanbeliler sünnetin mutlaka yerine getirilmesi gereken bir vecibe, yani vacip olduğunu kabul ederler. Malikiler ise "sünnet"i İslam Peygamberinin tavsiye ettiğini, dolayısıyla da vacipten daha aşağıda bir kategori olan 'sünnet' olarak görülmesi gerektiğini savunmuşlardır. Aynı şekilde Hanefiler de erkek çocuğunun sünnetini 'sünnet' olan bir ibadet olarak değerlendirmişlerdir [12].

6.2.2. Etik Açından Temel Sorun Alanları

Erkek çocuğunun sünneti söz konusu olduğunda etik açıdan temel kavramlar ve sorun alanları şunlardır; çocuğun beden bütünlüğüne müdahale, tıbbi gereklilik (indikasyon), çocuğun rızası, din özgürlüğü, ebeveynin çocuklarını kendi dini inançlarına göre yetiştirme hakkı ve çocuğun yüksek menfaati ve faydasıdır (the best interest of the child) [13].

Sünnet, insan bedeninde geri dönüşümü olmayan bir değişiklik meydana getiren ve tıbbi olarak doğru ve gerekli şartları yerine getirerek yapıldığı takdirde organ fonksiyon bozukluğuna yol açmayan cerrahi bir müdahaledir. Tıp dünyasında sünnetin penis kanseri, HIV gibi cinsel yollarla bulaşan enfeksiyonların önlenmesinde olumlu etkileri tespit edilmiştir [14]. Buna rağmen, buradaki tıbbi müdahalenin mevcut bir hastalığa yönelik olan bir girişim olmadığını, ancak önleyici bir karakterinin olduğunu söylemek gerekir. Dolayısıyla tıbbi müdahaleleri etik açıdan meşru kılan en önemli etik kıstaslardan tıbbi gereklilik burada söz konusu değildir. Burada, hastalığı önleme amaçlı bir müdahalenin hastalığı tedavi etme sırasında kullandığımız tıbbi indikasyon kavramı olarak değerlendirilmemektedir. Tıbbi müdahaleyi gerekli kılan diğer önemli şart olan bireyin rızası ise genelde tıbbi müdahale yapılan kişinin yaşı küçük olmasından dolayı söz konusu değildir. Çocuk belli bir yaşı geçtikten sonra belli konularda karar verme yeteneği geliştiğinden, hukuken reşit olmamasına rağmen rızasına, konunun karmaşıklığına ve kişinin karar verebilme yeteneğine bağlı olarak müracaat edilmelidir. Eğer çocuğun rızasını almak mümkün değilse ebeveynin vermiş olduğu rıza geçerlidir. Burada çocuk hakkında karar verme hakkı daima çocuğun faydasına olacak şekilde kullanılmalıdır. Anne ve babanın çocuğunun faydasını gözeterek karar vereceği kabul edildiğinden, kendilerine bu rızayı verme hakkı da verilir.

Pediyatri etiğinde çocuğun en büyük menfaati ve yararı (the best interest of the child) bir etik norm olarak kabul edilmesine rağmen uzmanlar arasında bu normun somut yaptırımlarının ne olması gerektiği konusunda görüş birliği yoktur. Bütün görüş ayrılıklarına rağmen, çocuğun en yüksek menfaatini gözetirken sadece tıbbi verilerin kıstas olarak alınmaması, aynı zamanda sosyokültürel değerlerin ve menfaatlerin de göz önünde bulundurulması konusunda bir mutabakattan söz etmek mümkündür. Yine de ahlaki değerlerin birbiriyle çatıştığı durumlarda bahsedilen değerlerin somut karşılıklarını görüş birliği içinde belirlemek zordur [15]. Bu temel kavramlar çerçevesinde sünnete karşı ve taraf olan argümanlar tartışılacaktır.



6.2.3. Sünnete Karşı Olan Etik Argümanlar

Erkek çocuğun sünneti geri dönüşümü mümkün olmayan ve insan vücudunun bütünlüğüne müdahale gerektiren bir cerrahi girişimdir. Almanya gibi ülkelerde beden bütünlüğünü bozan her müdahale hukuki olarak 'Bedeni Yaralama' (Körpoverletzung) olarak değerlendirilir ve meşru sebepler olmadığı takdirde cezai müeyyide uygulamayı gerektirir [16]. Bu tür bir girişimin etik açıdan meşru hâle gelmesi için tıp etiği açısından bir hastalığın tedavisine yönelik tıbbi bir gereklilik olmalı ve bu tıbbi indikasyon hakkında hasta bilgilendirildikten sonra rızası alınmalıdır (bilgilendirilmiş rıza/aydınlatılmış onam) [17]. Sünnete karşı olan görüş bu tür bir girişimde herhangi bir hastalığı tedavi etme amacı güdülmediği için, konvansiyonel anlamda bir tıbbi indikasyonun olmadığını vurgular [18]. Bu argümanlara dayanılarak sağlıklı bir çocukta sünnet yapılmamalı denilmektedir [19]. Diğer taraftan, sünnet her cerrahi müdahalede olduğu gibi birtakım komplikasyon ve riskleri içerir. Onun için özellikle tıbbi hizmet standardının düşük olduğu bölge ve ülkelerde bu riskler yüksek olacağından çocuğa zarar verme ihtimali de artar. Eğer sünnet girişimi birtakım hastalıkları önleme amacıyla yapılacaksa çocuğun ya 18 yaşına gelerek hukuken reşit olmasını ya da 14-18 yaş gibi kendi hakkında bazı konularda karar verebilecek 'akıl baliğ' denilen ve belli entelektüel kabiliyetlere sahip olduğu bir yaşa gelmesi gerektiği savunulmaktadır [20].

Sünnete karşı olan kişiler aynı zamanda sünnete taraf olan kişilerin öne sürdüğü bazı hastalıkların ortaya çıkmasındaki faydalara da farklı makalelerdeki sonuçları öne sürerek karşı gelmekte ya da izafi olarak değerlendirmektedirler [21]. Yine aynı pozisyon sünnetin cinsel hastalıkları önlemedeki faydasını da farklı bir açıdan relative etmektedirler. Eğer sünnetin HIV enfeksiyonunda olduğu gibi önemli bir önleyici etkisi varsa bu fayda ancak bireyin cinsel olarak aktif olduğu yaşlarda ortaya çıkacaktır. Bu çağlar da genelde kişinin akıl baliğ veya erişkin olduğu zamanlara rastladığından, kişi böylesi bir tıbbi prevensiyondan faydalanmak istiyorsa o yaşlara eriştiğinde bu tür bir cerrahi müdahaleye kendisi karar verebilir denmektedir. Bununla birlikte, sünnetin gerçekten HIV enfeksiyonunu önlemede katkısı konusunda şüpheleri olan görüşler de bulunmaktadır [22].

Bu görüşte olanlar bu tür bir girişimin din özgürlüğü adı altında gerçekleştirilmesine karşı çıkarak din özgürlüğünün aslında bireyin kendi dini vecibelerini yerine getirmeye izin vermesiyle sınırlı olması gerektiğini savunurlar. Bireyselciliği merkeze alan bir bakış açısıyla kişinin çocuğu da olsa onun beden bütünlüğüne müdahale etme hakkını kapsamayan bir din özgürlüğü anlayışını savunurlar. Bu pozisyona, Almanya'da 2012 yılında alevlenen sünnet tartışmaları bağlamında Alman Çocuk ve Ergen Tıp Akademisi'nin (Deutsche Akademie für Kinder-und Jugendmedizin) yayımladığı bildiri örnek olarak verilebilir [23]. Bu meslek örgütü tıbbi indikasyonu olmayan durumlarda sünnet girişiminin yapılmasını reddetmekte ve bunu çocuğun yararına olmayan bir durum olarak değerlendirmektedir. Bu bağlamda, Yahudi ve Müslümanlara çağrıda bulunarak, sünnetin arkaik bir ritüel olup olmadığı konusunda düşüncelerini tavsiye etmişlerdir. Bu bildiride sonuç olarak; dini amaçlı sünnet, çocuğun bedenine zarar veren ve çocuğun menfaatine olmayan bir girişim olarak görülmüştür. Yine aynı kuruluş bu sünnetin çocuğun çıkarlarının aleyhinde bir girişim olduğundan, buna rıza gösteren ebeveynin hukuken sorumlu olduklarının altını çizmişlerdir. Bildiride dini vecibelerin hiçbir zaman çocuğun çıkarlarının önüne geçmemesi gerektiği de savunulmuştur [24].

Sonuç olarak bu görüştekiler, bahsedilen argümanlardan dolayı sünnet işleminin çocuğun menfaatine olmadığını söylerler ve seküler bir toplumda sünnet eyleminin yasaklanmasını ve hatta ebeveynler tıbbi bir indikasyon olmadığı hâlde çocuklarını sünnet ettiriyorlarsa çocuğun beden bü-



tünlüğüne müdahale ettikleri için hukuken cezalandırılmasını savunurlar [25].

6.2.4. Sünnete Taraf Olan Etik Argümanlar

Sünnetin lehinde olan görüş, erkek çocuklarda sünnetin geri dönüşü mümkün olmayan bir müdahale olsa da uzmanları tarafından tıbbi standartlara uyularak gerçekleştirildiğinde ne organın fonksiyonunda herhangi bir soruna ne de kalıcı sağlık sorunlarına neden olmadığını savunurlar [26]. Hatta sünnet, uzmanlar ve bazı sağlık kuruluşlarınca bazı hastalıkları önleyici özelliğinden dolayı tavsiye edilmektedir [27]. Amerika Birleşik Devletleri gibi bazı ülkelerde, sünnet edilme tıbbi olarak da kabul görmüş ve tıp uygulamalarında hastalıkları önleme amaçlı uygulamalar dini amaçlı sünnetin sayı olarak önüne geçmiştir. Bu sebeptendir ki sünnetin sadece bir hastalık olduğunda gerçekleştirilmesi gerektiğine muhalefet eden görüşler tıbbi açıdan da gelişmiş ülkelerde kabul görmeyebilmektedir [28].

Sünnete taraf olan görüşler, sünnetin inanç ve ibadet hürriyeti bağlamında Müslüman ve Yahudiler açısından ifade ettiği anlamının önemine vurgu yaparlar. Burada bu dini gruplar için sünnetin ifade ettiği anlamın çok büyük olması, hatta Yahudiler için Yahudiliğe girişte temel bir anlamı olmasından dolayı sünnetin etik açıdan seküler bir perspektiften de kabul edilebileceğini savunurlar [29]. Burada, ebeveynin çocukları hakkında sadece tıbbi konularda değil, aynı zamanda sosyal ve dini konularda da karar verme hakkı önemli bir rol oynar. Kendi isteği doğrultusunda din eğitimi verme, yine belli kurallar çerçevesinde çocuğun dini vecibelerini yerine getirmesi ve dini hayata katılması konusunda tasarruf hakkı söz konusudur. Bundan dolayı, din özgürlüğü bağlamında dini vecibeleri yerine getirmenin insan bedenine sünnetle verilen zarardan daha önemli olduğunu kabul ederler. Bu argümanlar sadece Müslüman ve Yahudi toplumlarında değil, aynı zamanda seküler bir yapısı olan Almanya gibi ülkelerde de güçlü bir şekilde savunulmaktadır. Mesela ünlü Alman filozof Jürgen Habermas, Neue Zürcher Zeitung gazetesinde yayımlanan makalesinde, çok kültürlü bir toplumda bu şekilde bir değerlendirmenin doğru olacağı doğrultusunda kanaat bildirmiştir [30,31]. Almanya'daki kiliseler, Alman Etik Konseyi ve bazı felsefi görüşler de benzer bir etik değerlendirmede bulunmuşlardır. Ayrıca, konu insan hakları bağlamında incelenmiş olup, sünnetin lokal normlar açısından sorun görülebilse bile insan hakları bağlamında bir ihlal sayılamayacağı bildirilmiştir [32]. Batıda aynı konuya egaliteryan açıdan yaklaşan felsefi görüşler de meseleyi farklı kültürlerin özgürlüğü olarak addederek, böylesi bir dini vecibenin yasaklanmasının doğru olmayacağını belirtmişlerdir [33].

Ülkemiz için geçerli olmasa da bazı Avrupa ülkelerindeki tartışmalarda çocuğun menfaati açısından başka bir argüman kullanılmaktadır. Mesela 2012 yılında Almanya'da sünnet tartışmaları alevlendiğinde, sünnetin tıbbi indikasyon olmadan yapılmaması gereken ve hatta yasaklanması gereken bir müdahale olarak resmi makamlarca kabul edildiğinde, Müslüman veya Yahudi ebeveynlerin bu dini ritüeli yaptırmaktan geri durmayacakları öne sürüldü. Böyle bir durum da bu insanların gelmiş olduğu vatanlarına doğru bir "Sünnet Turizmi"ni başlatacak ve sünnetin tıbbi standartların daha düşük olduğu bir ortamda gerçekleşmesine yol açacaktır [34]. Dolayısıyla sünnet güvenli ve uygun olmayan koşullarda belki de ehil ve sertifikalı olmayan kişiler tarafından köhne yerlerde ve kötü koşullar altında gerçekleştirilecektir. Bütün bu durumlar çocuğun menfaatine olmayan sonuçlar olarak değerlendirilmektedir. Bu görüşü güçlü kılan diğer argüman ise çocuğun yüksek menfaatinin (the best interest of the child) sadece tabii bilimlerin normlarıyla belirlenemeyen izafi normatif bir kavram olduğudur [35]. Yani, çocuğun menfaatini aynı zamanda dini, kültürel faydalar ve sosyal şartlar da belirler [36]. Bu bağlamda erkek çocukların sünnet edilmesi, çocuğun menfaat ve çıkar-



larını gözetmeyen bir tıbbi müdahale olarak görülemez. Aksine, çocuk sünnet olmaması durumunda kendi inançlarını paylaşan cemaat tarafından ayrımcılıkla ve dışlamacılıkla karşılaşabilecektir.

Yukarıda sünnete karşı ve taraf olan görüşler için kullanılan daha çok seküler karakterde olan argümanlar açıklanmıştır. Aşağıda ise Türkiye'deki insanların büyük çoğunluğunun dini olan İslam açısından konu değerlendirilecektir.

6.2.5. İslam Dininin Bir Vecibesi Olarak Sünnetin Normatif Anlamı

İnsan bedenine müdahale kavramı, seküler tartışmalarda olduğu gibi İslam inancı ve antropolojisiinde benzer bir şekilde değerlendirilmektedir. En yüksek yerde duran insan birtakım teolojik argümanlardan dolayı kutsal bir değere sahiptir. Dolayısıyla onun bedeni de çok değerli olup, insan bedeninin bütünlüğüne müdahale İslam ahlakına göre yanlış ve yasak olan bir davranış olarak değerlendirilmiştir. Aynı şekilde, insanın yaşamını belli bir kalitede sürdürmesi, haklarını kullanabilmesi ve yükümlülüklerini yerine getirebilmesi için sağlığa ihtiyacı vardır. Hem insan bedeninin kutsallığı hem de insan sağlığının önemli bir değer olmasından dolayı vücut bütünlüğüne müdahale, ancak tıbbi bir gereklilik hâli olduğunda meşru ve kabul edilebilir bir davranıştır.

Bahsedilen bu normatif çerçevede, bu yaklaşımın somutlaştırılması için mesela “daha güzel görünmek” adına yapılan güzellik ameliyatları örnek verilebilir. Bu amaçla yapılan cerrahi müdahaleler Allah tarafından yaratılmış olana karşı bir hoşnutsuzluk olarak değerlendirilir ve “Allah’ın yarattığının düzeltilmesi” olarak görülerek eleştirilir. Diğer taraftan İslam alimleri; ameliyata konu olan durum, kişinin psikolojisini çok ağır bir şekilde etkiliyorsa ve intihara yol açma ihtimali varsa bu müdahalenin meşru görülebileceği kanaatindedirler [37]. İnsan bedeninin kutsal olması ve bu bütünlüğünün bozulmasının ahlaken yanlış olması aynı zamanda kişi öldükten sonra da geçerlidir. Yani, bir insan cesedinin beden bütünlüğüne geçerli bir neden olmadığı müddetçe zarar verilmemelidir. Hatta ölü bir insanın cesedine yapılan müdahale hayatta olan bir insanın vücuduna yapılan müdahale ile eş tutulmuştur [38]. Bu bağlamda, insan cesedinin bütünlüğünü bozan otopsi genelde reddedilen bir eylem olarak karşımıza çıkar. Fakat, adli bir nedenden dolayı örneğin; şüpheli bir ölümün nedeninin ve dolayısıyla bu bağlamda katilin tespiti için gerekli olan otopsi farklı değerlendirilir. Bu durumda bu otopsi ile elde edilecek bilgiler katilin bulunmasına yarayacağından burada toplumun menfaati (maslahat) yüksektir ve onun için adli otopsiye cevaz verilmiştir [39].

Yukarıda açıklanan antropolojik ve normatif çerçeve içinde acaba erkek çocuğunun sünneti nasıl değerlendirilmektedir? İslam dinine göre, her çocuk Müslüman olarak dünyaya gelmekte ve bu yüzden Müslüman toplumunun bir üyesi olabilmek için Hristiyanlıkta olduğu gibi bir dini seremoniye ihtiyaç yoktur. Aynı şekilde, İslam’da erkek çocuğun sünneti Yahudilik’te olduğu gibi dine girmenin bir sembolü ya da yaratıcıyla olan akdin bir sembolü olarak da görülmemektedir [40]. Buna rağmen, yukarıda yer verilmiş olan İslami kaynaklar ve bunlara yapılan yorumlar göz önünde bulundurulduğunda, erkek çocukların sünnet edilmesinin İslam için oldukça merkezi, vazgeçilemez ve ertelenemez bir dini vecibe olduğu ortaya çıkmaktadır. 1400 yıldır gerçekleştirilen bu ibadet, aynı zamanda kültürel ve sosyal bağlamda da kimliğin bir parçası olarak algılanmaktadır.

Seküler etiğin otonomi kavramıyla açıklanamayacak bir konusu da Müslümanların çocuklarına İslam dininin vecibelerini öğretme ve onlara bu ibadetleri yerine getirebilecek gerekli zaman ve mekânı sağlama sorumluluklarıdır. Bu görev ve sorumluluk bağlamında, Müslüman ebeveynler dini



Bölüm 6: Etik Yönler

bir vecibe olan sünneti erkek çocuklarında yerine getirmekle yükümlüdürler. Bu vecibe çocuk tarafından yerine getirilemeyeceğine göre, varsa ebeveynleri yoksa veli konumunda olan akrabaları veya sorumlu resmî kurumlar tarafından en uygun şartlarda yerine getirilmelidir. Bazı İslam alimleri bu bağlamda sünnet olmayı Müslüman bir çocuğun hakkı olarak görmektedirler [41]. Diğer taraftan, ebeveynler bu vecibeyi yerine getirmedikleri takdirde İslam inancına göre ahirette sorumlu olacaklardır. Yani sünnetin en iyi koşullarda ve usulünce gerçekleştirilmesi hem çocuğun hem de dini vecibeleri yerine getirme anlamında ailelerin yararına olacaktır.

Bütün bunların yanında, bu ibadeti yerine getirirken sağlığın korunması ve sağlığın tehlikeye sokulacağı durumlarda (hemofili, organ anomalisi gibi) bu ibadetten vazgeçilmesi gerekmektedir [42]. Yukarıda bahsedilen argümanlardan dolayı burada insan sağlığı ve hayatının İslam antropolojisinde yüksek bir değere sahip olması bu gibi durumlarda yapılan etik fayda-zarar analizinde dikkate alınmalıdır [43].

Sonuç olarak; erkek çocuğun sünneti önemli dini bir vecibe olmakla birlikte, çocuğun hayatı ya da sağlığı gibi değerlerle karşılaştırılmalıdır. Sağlığın tehlikeye atılması ya da hayat söz konusu olduğunda sünnet ikinci planda kalmalıdır.

6.2.6. Sünnetin Kültürel Kimlik ve Sosyal Hayat Açısından Önemi

Her ne kadar sünnet eylemi Müslüman olmayı belirleyen bir kıtas değilse de bu dini ritüelin Müslümanların hem kültürel kimliğinde hem de sosyal ve dini hayatında merkezi bir yeri olduğunu söylemek mümkündür. Farklı çalışmalarda, Müslüman topluluklarda sünnetli erkeklerin oranının %90 ila %100 arasında ifade edilmesi bu önemin pratik bir karşılığı olarak değerlendirilebilir [44]. Sünnet, yine bazı toplumlarda sosyal hayatta bireyin yaşamında belli geçiş noktalarını temsil etmektedir. Özellikle Türklerde hem dini hem de sosyal anlamda çocukluktan ergenliğe geçişi sembolize eder ve bu geçişle bireyin yeni sorumluluklar almasını ve farklı haklara sahip olmasını ifade eder. Mesela, büluğa yakın zamanda kültürel gruplara ve zamana göre değişen belli kutlamalarla yapılan sünnetten sonra erkek çocukların bu andan itibaren dini ibadetlerini daha dikkatli yerine getirmeleri beklenir ve sosyal anlamda daha fazla sorumluluk yüklenmeleri istenir [45]. Sünnet ritüelinin Müslümanlar için 1400 yıllık eski bir geleneğe sahip olması, onun bir ibadet olmasının ötesinde onu aynı zamanda kültürel aidiyetin ve kimliğin önemli kriteri hâline getirmiştir. Türk toplumunda en seküler ve hatta ateist Türk ailelerin bile erkek çocuklarını sünnet ettirmeleri bu kimlik kriterinin bir nişanı olarak görülebilir. Özellikle Türk toplumunda sünnetli olmayan erkeklerin evlenme çağında bu durumdan dolayı sorunlar yaşaması bu dini vecibenin sosyal kimlikteki yerinin önemini göstermektedir.

6.2.7. Fayda-Zarar Dengesi

Yukarıdaki açıklanan görüşler ve argümanlar göz önünde bulundurulduğunda, erkek çocuğunun dini amaçlı sünneti sırasında etik çatışmaların var olduğunu söylemek mümkündür. Bunlardan en önemlisi, tıbbi bir zorunluluk olmayan bir durumda rıza verecek yaşta olmayan bir çocuğun beden bütünlüğüne cerrahi olarak müdahale edilmesinin o dinin mensupları tarafından önemli addedilen dini bir vecibenin yerine getirilmesiyle çatışmasıdır. Sonuç olarak, beden bütünlüğüne zarar vermemesi ilkesi ile din özgürlüğü ve bu bağlamda dini vecibeleri gerçekleştirme hakkı birbiriyle çelişir.

Etik açıdan bu çatışma analiz edildiğinde şu kanaate varmamız mümkündür. Müslümanlar tarafın-



dan bu denli önemsenen ve kültürel kimliği ve aidiyeti de içine alan bu cerrahi müdahalenin yapılması belli şartlar yerine getirildiğinde kabul edilebilir. Din özgürlüğünün ve buna bağlı olarak dini vecibeleri yerine getirmenin hem hukuki hem de etik açıdan çok yüksek bir değer olarak görülmesi bu görüşe güçlü bir argüman teşkil etmektedir. Diğer bir argüman ise sünnet çerçevesinde yapılan cerrahi girişimin herhangi bir organda geri dönüşümsüz bir fonksiyon bozukluğuna yol açmaması ve bu operasyonun bazı hastalıkları önleme açısından birtakım faydalarının olmasıdır.

Alkhenizan ve ark., 18 sistematik derleme ve meta-analizleri inceledikten sonra, uygun bir hijyenik ortam sağlanarak sterilizasyon kurallarına riayet edildiğinde, tıbbi standartlarda bir anestezi gerçekleştirilip iyi bir yara tedavisi sağlandığında sünnetin faydalarının ağır bastığı sonucuna varmışlardır [46]. Amerikan Pediatri Akademisi'nin "Pediatrics" adlı uluslararası alanda bilinirliği olan dergide yayımlanmış bir makalede de aynı doğrultuda kanaatler bildirilmiştir. Hatta burada bu faydaların çocuğun ebeveynlerinin bu konuda karar vermelerini ve bu girişimi seçecek olan ebeveynin bu imkanlara ulaşabilmesini meşru kılacağı belirtilmiştir. 'Evaluation of current evidence indicates that the health benefits of newborn male circumcision outweigh the risks; furthermore, the benefits of newborn male circumcision justify access to this procedure for families who choose it.- Mevcut kanıtların değerlendirilmesi, yeni doğmuş erkek sünnetinin sağlık yararlarının risklere ağır bastığını göstermektedir; ayrıca, yeni doğmuş erkek sünnetinin faydaları, bunu seçen aileler için bu prosedüre erişimi haklı kılar [47]. Bu raporda, yine sünnetin üriner sistem enfeksiyonlarını önlediği, HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların bulaşmasını ve penis kanserini azalttığı vurgulanmaktadır [48]. Buna rağmen, bu cerrahi girişimin düşük de olsa birtakım komplikasyonlarının olabileceği göz önünde bulundurularak çocuğa verilebilecek her türlü zarar önlenmeli ve mümkün olan riskler en alt seviyeye indirilmelidir. Bu da hijyen, asepsi, antisepsi kurallarına dikkat edilmesi, anestezi ve çocuğun ruh sağlığı açısından çocuk için en ideal yaşın bilimsel verilere göre belirlenmesi ve bu girişimde bulunanların yeterli tecrübeye sahip olmasıyla mümkün olacaktır [49,50]. Burada fayda-zarar dengesini tespit ederken birbiriyle çelişen etik ilkelerin farklı yapılarda olduğunu vurgulamakta fayda vardır. Tıbbi endikasyon olmadan beden bütünlüğüne müdahale etmeme, negatif özgürlük bağlamında ele alınır iken, din özgürlüğü ve buna bağlı olarak bir dini vecibenin ebeveynler tarafından çocukta gerçekleştirilmesi ise daha çok pozitif özgürlük bağlamında ele alınabilir. Bu bağlamda önemli olan, çocuğun yüksek menfaatinin sadece tabi bilimlerin kıstaslarıyla ölçülemez olması da fayda-yarar dengesi belirlenmesinde kullanılmalıdır. Cerrahi müdahale olarak riskleri çok düşük olan ve bazı hastalıkları önlemede bazı faydalarının olduğu kabul edilen bir cerrahi girişim, dini vecibeler açısından ve sosyal hayatta önemli anlamı olan bir girişimle karşılaştırıldığında faydanın daha ağır bastığı söylenebilir. Burada beden bütünlüğüne yapılan her müdahale çocuk menfaatine kesinlikle aykırıdır diyerek, tüm müdahaleleri kategorik olarak reddetmenin doğru bir yaklaşım olmadığı kanaatindeyiz. O zaman aynı şekilde kulak deldirme, piercing gibi hatta bazı yazarlarca aşığı da aynı kategoriye koyup reddetmek gerekebilir. Burada çocuğun yüksek menfaatinin belirlenmesinde çocuğun doğmuş olduğu sosyal yapının ve ebeveynin dini kültürel değerlerinin önemli olduğunu vurgulamak gerekir [51-53]. Bu bağlamda bu fayda-zarar analizinin genel anlamda değil de vaka bazında yapılmasına da imkân verilmelidir. Yani, anne baba eğer sünnet girişimini yaptırmak istemiyorsa bu tercihini gerçekleştirmekte özgür olmalı ve aileye bu bağlamda herhangi bir şekilde toplumsal baskı uygulanmamalıdır [54]. Eğer yaşanan toplumda böylesi bir baskı varsa ilgili resmi kurumlar bu konuda gereken çalışmaları yapmalıdırlar.



6.2.8. Tek Kullanımlık Sünnet Tıbbi Malzemelerinin Etik Açısından Değerlendirilmesi

Tek kullanımlık sünnet malzemelerinin etik açıdan değerlendirilmesi söz konusu olduğunda, yukarıda açıklanan sünnet için geçerli olan normatif kavramlar ve etik argümanlar spesifikleştirilerek değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme genel ve özel olmak üzere iki şekilde yapılabilir. Makro değerlendirme denildiğinde, yukarıda açıklanan normatif kavramlar ve etik ikilemlerin genel olarak ele alınması söz konusudur. Yani tek kullanımlık sünnet aletlerinin kullanımı bir sünnet çerçevesinde gerçekleştiğine göre, sünnet için geçerli olan lehte ve aleyte argümanlar ve etik görüşler burada da geçerlidir. Yukarıda bu konular detaylı bir şekilde tartışıldığı için tekrar ele alınmayacaktır.

Konuyu özel bağlamda değerlendirmede ise sünnet işleminin doğrudan tek kullanımlık sünnet aletleri ile yapılmasının diğer yöntemlerle karşılaştırılarak tıbbi fayda ve zararlarının analiz edilmesi anlaşılmalıdır. Konunun uzmanları, tek kullanımlık sünnet aletlerinin steril olmasından dolayı enfeksiyonları azalttığını ve yetersiz sterilizasyon yapılarak defalarca kullanılan aletlerle yayılabilecek enfeksiyonu önlediğini belirtmektedirler [55]. Yine bu yöntemle daha kolay, pratik ve estetik sünnet yapmanın daha kolay olduğu tespit edilmiştir [56]. Buna paralel olarak kanama, enfeksiyon ve kötü estetik sonuçların da azalması beklenmektedir [57].

Bu konuda yapılan çalışmalar, tek kullanımlık sünnet aletlerinin daha kolay kullanılabilir olduğunu, daha az travma oluşturduğunu ve hızlı yapılabildiğini ortaya koymaktadır. Diğer taraftan, farklı yan etkileri artırmadan estetik olarak daha iyi sonuçlar alındığını ortaya koymuştur [58]. Risksiz ve komplikasyon ihtimalinin sıfır olduğu bir cerrahi müdahalenin olmadığı gerçeğinden hareket edersek, yukarıdaki amaçlar ve buna bağlı olarak elde edilen sonuçlar göz önüne alındığında, tek kullanımlık sünnet aletlerinin cerrahi girişimlerle oluşacak zararın azaltılmasına katkıda bulunduğunu söyleyebiliriz. Bu bağlamda bu aletlerin daha iyi bir hijyen ortamı oluşturması ve enfeksiyonların oluşmasını daha verimli bir şekilde engellemesi bu uygulamanın diğer girişim metodlarıyla karşılaştırıldığında zarar vermeme ilkesine daha fazla uyulmasını sağlar. Yine uzmanlar tarafından, bu aletlerin özellikle çok tecrübeli olmayan kişiler tarafından kullanıldığında daha az hata imkânı sağladığı iddia edilmektedir. Bu da yine zarar vermeme ilkesi açısından olumlu bir durumdur ve bu aletlerin kullanılması konusunda etik açıdan bir argüman teşkil eder.

Tek kullanımlık sünnet aletleri dendiğinde piyasada birbirinden farklı birçok marka ve ürünün olduğu göz önünde bulundurulursa, bu farklı ürünlerin birbirine karşı birtakım avantajlı ve dezavantajlı olduğu konular vardır. Dolayısıyla bu aletlerin kullanımında aletin özelliğine göre ortaya çıkabilecek komplikasyonlar alete has bir şekilde analiz edilmeli, hem teknik hem de tıbbi olarak bir değerlendirilmelidir. Bu uygulamalara yaşam kalitesi açısından bakıldığında ise -ki bu kavram da etik açıdan değerlendirmelerde önemli bir argümandır- işlem yapıldıktan sonra çocuğun penisinde bir süre bulundurulması gerektiği için yaşam konforunu ve yaşam kalitesini negatif olarak etkileyen bir durumdur. Her ne kadar bu durum güçlü olan bir karşı argüman olmasa da girişim öncesinde ebeveynlerin ve mümkünse çocuğun bu konuda bilgilendirilmesi ve ondan sonra rızalarının alınması gerekir. Bu tip yeni uygulamaların kullanımının etik değerlendirmesinde önemli olan temel etik prensiplerden biri de adalet ve eşitlik prensibidir. Tek kullanımlık tıbbi sünnet aletleri uygulamalarına adalet ilkesi açısından yaklaşıldığında iki temel soru karşımıza çıkar. Acaba bu uygulamalar yüksek bir maliyeti beraberinde getireceği için toplumda zengin ve fakir arasında bir ayrımcılığa yol açarak eşitsizliği körükleyebilir mi? Bu aletlerin temini maddi olarak ucuz olduğu için bu soru rahatlıkla hayır şeklinde cevaplanabilir. İkinci soru ise bu işlemlere sosyal katılım bağlamında or-



ganize edilen sağlık hizmetlerinde çok para ayrıldığı için diğer alanlardan bir tasarrufa gidilmesi gerekmekte midir ve bu tasarruf zorunluluğundan dolayı diğer sağlık hizmetlerinde bir aksamaya yol açabilir mi? Bu soru da hem bu aletlerin ucuz olmasından hem de sağlık sistemimizin yukarıdaki soruda olduğu gibi organize olmadığından dolayı hayır şeklinde cevaplandırılabilir. Sonuç olarak, tek kullanımlık sünnet tıbbi aletlerinin sağlık sisteminde adalet ilkesini zedeleyecek bir uygulama olmadığı söylenebilir.

6.3. Tartışma ve Sonuç

Sonuç olarak, tek kullanımlık sünnet tıbbi malzemelerinin kullanımı etik açıdan değerlendirildiğinde bazı etik ilkeler birbiriyle çatışmaktadır. Bunlardan en önemlisi, tıbbi zorunluluk olmayan bir durumda rıza verecek yaşta olmayan bir çocuğun beden bütünlüğüne müdahale edilmesidir. İkincisi ise din özgürlüğü ve dini vecibeleri gerçekleştirme hakkıdır. Etik açıdan bu çatışma analiz edildiğinde şu kanaate varmak mümkündür. Müslümanlar tarafından bu denli önemsenen ve kültürel kimliği ve aidiyeti de ilgilendiren bu cerrahi müdahalenin yapılması belli şartlar yerine getirildiğinde etik açıdan kabul edilebilir. Dini vecibeleri yerine getirmenin hem hukuki hem de etik açıdan çok yüksek bir değer olarak görülmesi bu görüşe güçlü bir argüman teşkil etmektedir. Diğer bir argüman ise sünnet çerçevesinde yapılan cerrahi girişimin herhangi bir organda geri dönüşümsüz bir fonksiyon bozukluğuna yol açmaması, çocuğun sağlığını bozmaması ve bu operasyonun bazı hastalıkları önlemede olumlu katkılarının olmasıdır. Buna rağmen bu cerrahi girişimin düşük de olsa birtakım komplikasyonlarının olabileceği göz önünde bulundurularak, çocuğa verilebilecek her türlü risk mümkün olan en alt seviyeye indirilmelidir.

Özel anlamda, tek kullanımlık sünnet tıbbi malzemelerin kullanımı etik açıdan incelendiğinde ise yapılan araştırmalarda, hem enfeksiyon riskinin hem de cerrahi müdahalenin kendisinin içinde barındırdığı birtakım riskleri azalttığı için etik açıdan tercih edilebilecek bir uygulama olarak değerlendirilmek mümkündür. Yine maliyet ve ekonomik açıdan yaklaşıldığında da adalet ilkesini zedeleyecek ve toplumda maddi anlamda eşitsizliği doğuracak bir uygulama olarak görülmemelidir. Dolayısıyla tek kullanımlık sünnet tıbbi malzemeleriyle yapılan uygulamaların belli şartları yerine getirerek yaygınlaştırılması etik açıdan olumlu bir karar ve uygulama olarak değerlendirilebilir. Bu değerlendirmeye dayanarak aşağıdaki davranış şekilleri ve önlemler tavsiye edilebilir.

- Bu tür bir cerrahi girişim için gerekli tıbbi ve hijyen şartları yerine getirilmeli ve bu şartların yerine getirilmesinin imkânsız ya da zor olduğu toplu sünnet törenlerinden kaçınılmalıdır.
- Ebeveynler sünnet çerçevesinde yapılacak cerrahi girişimler ve bu girişimlerden doğabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmelidir.
- Tek kullanımlık sünnet tıbbi aletlerinin kullanımı yaygınlaştırılmalı ve bu kullanımın en yüksek standartta yapılabilmesi için gerekli eğitim imkânları sağlanmalıdır.
- Müdahale, bu konuda sadece uzman ve tecrübeli hekimler (cerrah, ürolog ya da sünnet eğitimi almış hekimler) tarafından yapılmalıdır. Her ne kadar bu konuya ülkemizde 2015 yılının başından itibaren hukuki bir düzenleme getirilmiş olsa da özellikle taşrada buna muhalif uygulamalar bulunmaktadır. Bu durum, gerekli kontrol ve yaptırımlarla ortadan kaldırılmalıdır.



Bölüm 6: Etik Yönler

- ▶ Gerekli olan ağrı tedavisi en yüksek standartlarda sağlanmalı ve sünnet sonrası gerekli tıbbi kontrol ve tedavi yapılmalıdır.
- ▶ Uzmanlar (bu konuda eğitilmiş psikologlar ve/veya manevi destek uzmanları) tarafından çocuğa ve ailesine ihtiyaç olduğunda psikolojik destek imkânı sağlanmalıdır.
- ▶ Dinen uygun görülen, zaman içinde tıbbi ve psikolojik bilimsel kriterler göz önüne alınarak sünnet için en uygun zaman belirlenmeli ve ülke düzeyinde yapılan bilgilendirme kampanyalarıyla bilimsel olarak uygun olan zamanda sünnetin yapılması teşvik edilmelidir.
- ▶ Özel tıbbi durumu olan (hemofili hastalığı veya anatomik organ anomalisi) çocuklar için bilgilendirme yapılmalı ve tıbbi açıdan gerekiyorsa müdahaleden vazgeçilmelidir.
- ▶ Bu konu İslam alimleri, diğer tabii bilimler ve beşeri bilimler alanında uzman olan kişiler tarafından tekrar ele alınmalı, günümüz sorunları çerçevesinde kaliteyi artırmaya ve korumaya yönelik bilimsel araştırmalar yapılmalıdır.
- ▶ Sünneti değişik sebeplerden dolayı reddeden ebeveynlere toplumsal baskı uygulanmamalıdır (Damgalama, alay etme veya sünnetli olmayana kız vermeme gibi.). Bunun için de gerekli kamuoyu ortamı yetkili ve sorumlularca sağlanmalıdır.



6.4. Kaynaklar

1. Brady, M. T. (2016): *Newborn Male Circumcision with Parental Consent, as Stated in the AAP Circumcision Policy Statement, Is Both Legal and Ethical*, in: *J Law Med Ethics*, 44: 2, S. 256-262.
2. Bu makalede farklı bir şekilde ifade edilmediği müddetçesünnetkavramından Müslümanerkek çocuğunun dini vecibelerden dolayı sünnet edilmesi anlaşılmalıdır.
3. Aggleton, P. (2007): "Just a snip"?: a social history of male circumcision, *Reproductive Health Matters*, 15:29, S. 15-21.
4. Gollaher, D. (2000) *Circumcision. A history of the world's most controversial surgery*, New York: Basic Books.
5. Gollaher, D. (2000): *Circumcision: a history of the world's most controversial surgery*. New York: Basic Books.
6. Kadioğlu HH, Aydın İ, Bekiryazıcı E. (2006): *Dini ve tıbbi açıdan sünnet:AtatürkÜniversitesi İlahiyat FakültesiDergisi*, 25, S.1-15.
7. Buhârî, Ebû Abdillâh Muhammed b. İsmâîl b. İbrâhîm Cu'fî Buhârî (ö. 256/870), *Sahih-i Buhârî*, Riyad: Dar'us-Selâm, 1999.
8. Ataseven A. (2005): *Tarih boyunca sünnetİstanbul*; GürkanSL. (2010): *Sünnet*,TDV İslam Ansiklopedisi (DİA) 2010;Cilt 38,S.155-157; Bozkurt N. (2010): *İslam'da Sünnet*,TDV İslam Ansiklopedisi (DİA), İstanbul, Cilt XXXVIII, S. 157-159.
9. Wensinck AJ.Ç *Khitan* (1979): *Encyclopedia of Islam, Second Edition, Vol. 5., Leiden*, S. 20-21.
10. *Sünen-i Ebû Dâvûd* (1987): *Tereccül*, 5 (4198).
11. Yaşar A. (1986): *Kaynaklara göre sünnetolmak: Dokuz EylülÜniversitesi İlahiyat FakültesiDergisi*, 4, S. 419-431; Selim İ.(1967): *Çocukların SünnetiHakkında: Diyanet İşleri Başkanlığı Dergisi*, 6/11, S.
12. Yaşar (1986); Ataseven (2005); Gürkan(2010), Bozkurt (2010).
13. Forbes D. (2015) *Circumcision and the best interests of the child. Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(3): 263-265;Mazor, J. (2013): *The child's interests and the case for the permissibility of male infant circumcision, Journal of Medical Ethics*, 39:7, S. 421-428; Mcmath, A. (2015): *Infant male circumcision and the autonomy of the child: two ethical questions,Journal of Medical Ethics*, 41: 8, S. 687-690.
14. Demirci D. Sönmez G. (2018): *Sünnet ve İdrar Yolu Enfeksiyonu, Türkiye Klinikleri Kournal of Urology-Special Topics*, 11(1), S. 30-32; Verep S. Kadioğlu A. (2018) *Sünnetin Cinsel Sağlık ve Penis Kanseri Üzerine Etkileri, Türkiye KlinikleriKournal of Urology-Special Topics*, 11(1), S. 33-35; İssı Y. Germiyanoğlu C. (2018): *Sünnet ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Türkiye Klinikleri Kournal of Urology-Special Topics*, 11(1), S. 36-39.
15. McPartland E. (2013) *The Best Interest of the Child*, Dublin.
16. Kapocsi E. (2014): *Current bioethical issues in Germany. Lege Artis Medicinae*, 24(7):394-400.
17. Earp BD (2016): *In defence of genital autonomy for children. Journal of Medical Ethics*, 42(3):158-163.
18. Svoboda JS. (2017): *Nontherapeutic Circumcision of Minors as an Ethically Problematic Form of Iatrogenic Injury. AMA Journal of Ethics*, 19(8):815-24; IZgi, M. C. (2015): *[Ethical Evaluation of Non-Therapeutic Male Circumcision]*, *Türk PsikiyatriDergisi*, 26: 3, S. 204-212.
19. Svoboda, J. S. (2013): *Circumcision of male infants as a human rights violation, Journal of Medical Ethics*, 39: 7, S. 469-474.
20. Darby, R. (2015): *Risks, benefits, complications and harms: neglected factors in the current debate on*



Bölüm 6: Etik Yönler

- non-therapeutic circumcision, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 25: 1, S. 1-34; Darby, R. J. (2013): *The child's right to an open future: is the principle applicable to non-therapeutic circumcision?*, *Journal of Medical Ethics*, 39: 7, S. 463-468.
21. Hinchley G. (2007): *Is infant male circumcision an abuse of the rights of the child? Yes*. *British Medical Journal*, 335(7631):1180. Merkel R, Putzke H. (2013): *After Cologne: male circumcision and the law. Parental right, religious liberty or criminal assault?* *Journal of Medical Ethics* 2013;39(7):444-449.
 22. Dowsett, G. W.; Couch, M. (2007): *Male circumcision and HIV prevention: is there really enough of the right kind of evidence?*, *Reprod Health Matters*, 15: 29, S. 33-44.
 23. *Stellungnahme zur Beschneidung von minderjährigen Jungen Kommission für ethische Fragen der DAKJ (7.5.2012)*: Kaynak: <https://dakj.de/wp-content/uploads/2016/12/2016-dakj-beschneidung-jungen.pdf> (Erişim Tarihi: 9.2.2018).
 24. *Stellungnahme zur Beschneidung von minderjährigen Jungen Kommission für ethische Fragen der DAKJ (7.5.2012)*.
 25. Merkel R, Putzke H. (2013).
 26. *British Medical Association (Ed.) (2006): The law and ethics of male circumcision*. London; Tobian AA, Gray RH. (2011): *The medical benefits of male circumcision*. *JAMA*, 306(13):1479-80; American Academy of Pediatrics Task Force On, C. (2012): *Male circumcision*, *Pediatrics*, 130: 3, S. e756-785.
 27. Bester JC. (2015): *Ritual male infant circumcision: the consequences and the principles say yes*. *American Journal of Bioethics*, 15(2):56-8. American Academy of Pediatrics Task Force On, C. (2012): *Male circumcision*, *Pediatrics*, 130: 3, S. e756-785.
 28. Banerjee J, et al. (2011): *Circumcision denialism unfounded and unscientific*. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3):e11-12.
 29. Zohar N. (2009): *Circumcision, conversion, and deciding for a minor: some Jewish perspectives*. *J Clin Ethics*, 20(3):258-61; Garasic, M. D. (2013): *In defence of male circumcision*, *Monash Bioeth Rev*, 31: 1, S. 60-69.
 30. Habermas J. *Wie viel Religion verträgt der liberale Staat?* *Neue Züricher Zeitung*, (6.8.2012).
 31. Stafford N. (2012): *German ethics council backs religious circumcision if specific conditions met*. *BMJ*, 345:e5789.
 32. Jacobs, A. J., Arora, K. S. (2015): *Ritual male infant circumcision and human rights*, *American Journal of Bioethics*, 15: 2, S.30-39.
 33. Johnson, M. T. (2013): *Religious circumcision, invasive rites, neutrality and equality: bearing the burdens and consequences of belief*, *J Med Ethics*, 39: 7, S. 450-455.
 34. Aurenque D. Wiesing U. (2013): *German law on circumcision and its debate: How an ethical and legal issue turned political*, *Bioethics*, (29):3, S. 203-210.
 35. Schuklenk, U. (2012): *Europe debates circumcision and what about the child's best interest?*, *Bioethics*, 26: 8, S. ii-iii.
 36. Ozveren, B. (2016): *Defining the Pathways of Parental Decision-making and Satisfaction Levels About Newborn Circumcision in a Setting Where Traditional Male Circumcision is Prevalent: An Online Survey Study*, *Urology*, 90: S. 153-158.
 37. Beşer F. *Estetiğin caiz olanı*. *Yeni Şafak* 10.1.2016.
 38. 'Ölübir müslümaninkemiğini kırmak tıpkı dirisinin kemiğini kırmak gibidir' (Hadis: Muvatta, "Cenâiz", 15).



39. Ilkilic I. Die religiöse Dimension der Leichenöffnung- aus islamischer Sicht. Schäfer K, ed. Und Ruhe in Frieden, Annäherung an eine Kultur der Obduktion. Berlin: 2003. S. 39-47.
40. Anwar, M. S., et al. (2010): Circumcision: a religious obligation or 'the cruellest of cuts'?, *Br J Gen Pract*, 60: 570, S. 59-61.
41. Canan İ. (1995): *İslam'da çocuk hakları*. Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 1:7-22.
42. Ahmad, A. (2014): Do motives matter in male circumcision? 'Conscientious objection' against the circumcision of a Muslim child with a blood disorder, *Bioethics*, 28: 2, S. 67-75; Salcioglu, Z., et al. (2013): Surgical interventions in childhood rare factor deficiencies: a single-center experience from Turkey, *Blood Coagul Fibrinolysis*, 24: 8, S. 854-861.
43. Ilkilic I. Menschenwürde und ethische Bewertung von Entscheidungen am Lebensende am Beispiel innerislamische Positionen. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 2016;2(60):88-101.
44. Alahmad G, Dekkers W. Vücut bütünlüğüne Erkeklerin Sünnnet Edilmesi: İslami Bir Yaklaşım. *Hint Tıp Derneği Dergisi* 2012;44:1-9.
45. Yıldırım N. (2010): *Hamidiye Etfal Hastanesi. Hastane tarihinde bir kutup yıldızı*. İstanbul; Bayat AH. (1981): *Osmanlı İmparatorluğu Türkiye'sinde saray dış ı sünnnet merasimleri*. II. Milletlerarası Türk Folklor Kongresi Bildirileri: Gelenek Görenek ve İnançlar (Sempozyum Cildi), Bursa: S.11-20; Orhonlu C. (1979): *Sünnnet Düğünü İslam. Ansiklopedisi*. Cilt 11. İstanbul, S. 245-7.
46. Alkhenizan, A.; Elabd, K. (2016): Non-therapeutic infant male circumcision. Evidence, ethics, and international law perspectives, *Saudi Medical Journal*, 37: 9, S. 941-947.
47. American Academy of Pediatrics Task Force On, C. (2012): Male circumcision, *Pediatrics*, 130: 3, S. e756-785.
48. WHO Unaid (2007): *Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*, Geneva.
49. Bicer, S., et al. (2015): At what age range should children be circumcised?, *Iran Red Crescent Med J*, 17: 3, S. e26258; Hancerliogullari, G., et al. (2017): The use of multi-criteria decision making models in evaluating anesthesia method options incircumcision surgery, *BMC Med Inform Decis Mak*, 17: 1, S. 14; Karakoyunlu, N., et al. (2015): Effect of two surgical circumcision procedures on postoperative pain: A prospective, randomized, double-blind study, *J Pediatr Urol*, 11: 3, S. 124e121-125; Yavuz, M., et al. (2012): [The effect of circumcision on the mental health of children: a review], *Türk Psikiyatri Derg*, 23: 1, S. 63-70.
50. Galukande, M., et al. (2014): Skills training of health workers in the use of a non surgical device (PrePex) for adult Safe Male Circumcision, *PLoS One*, 9: 8, S. e104893.
51. Cuceloglu, E. A., et al. (2012): The effects of age at circumcision on premature ejaculation, *Türk Psikiyatri Derg*, 23: 2, S. 99-107.
52. Armagan, A., et al. (2014): Circumcision during the phallic period: does it affect the psychosexual functions in adulthood?, *Andrologia*, 46: 3, S. 254-257; Brady, M. T. (2016): Newborn Male Circumcision with Parental Consent, as Stated in the AAP Circumcision Policy Statement, Is Both Legal and Ethical, *J Law Med Ethics*, 44: 2, S. 256-262.
53. Simpson, E., et al. (2014): Neonatal circumcision: new recommendations & implications for practice, *Mo Med*, 111: 3, S. 222-230.
54. Bu konudaki uluslararası diğer çalışmalar farklı ülkelerde sünnnet olmayanlar üzerine uygulanan ayrımcılık ve dışlamaları ortaya koymuştur. Krş. Aggleton, P. (2007): "Just a snip"?: a social history of male circumcision, *Reprod Health Matters*, 15: 29, S. 15-21.



55. Krş. Haluk Öztürk'ün raporu, S. 8.
56. Senel, F. M., et al. (2010): *Minimally invasive circumcision with a novel plastic clamp technique: a review of 7,500 cases*, *Pediatr Surg Int*, 26: 7, S. 739-745.
57. Age.
58. Aldemir, M., et al. (2008): *Circumcision with a new disposable clamp: is it really easier and more reliable?*, *Int Urol Nephrol*, 40: 2, S. 377-381.



Bölüm 7: Organizasyonel Yönler

Dr. Öğr. Gör. Gülpembe Ergin Oğuzhan

7.1. Giriş

Bu bölümde, tek kullanımlık sünnet el aletleri teknolojisinin kullanımının organizasyonel yönlerine ilişkin bilgiler sunulacaktır. Konunun açıklanabilmesi için sistematik literatür çalışması yapılmıştır. Ancak, yapılan sistematik taramada konu ile ilgili bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle uzman görüşü alınmıştır. Tek kullanımlık sünnet aleti kullanan bir hekim, üroloji uzmanı ve çocuk cerrahı bir hekim ile 08.01.2018-15.01.2018 tarihleri arasında görüşme sağlanmıştır. Veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Karşılaştırmalı sonuçlar elde etmek amacıyla, tercih edilen yarı yapılandırılmış görüşme formu, alandan gelen bilgiler ve açıklanan metodolojik yaklaşım çerçevesinde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bilgi Tablosunun “Organizasyonel Yönler” başlıklı yedinci bölümündeki sorular doğrultusunda geliştirilmiştir.

7.2. Değerlendirme

Tek kullanımlık sünnet aleti kullanan bir hekim, üroloji uzmanı ve çocuk cerrahı bir hekim olmak üzere toplam üç hekim ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Hekimlerin seçiminde özellikle sünnet işlemini çok fazla yapan hekimler tercih edilmiştir. Tek kullanımlık sünnet aleti kullanan hekim özel kliniğinde, çocuk cerrahı ikinci basamak bir kamu hastanesinde, üroloji uzmanı ise bir kamu eğitim ve araştırma hastanesinde sünnet işlemi yapmaktadır. Sünnetin organizasyonel yönleri ile ilgili olarak literatürdeki bilgiler ve STD Çekirdek Modeli’nde organizasyonel yönler başlıklı bölümdeki sorular doğrultusunda 14 soru hazırlanmıştır. Bu bölümde hekimlerin bu sorulara verdikleri cevaplar ve konu ile ilgili görüşlerine yer verilmiştir.

Hekimlere ilk soru “Teknoloji, sünnet işlemi sürecini nasıl etkilemektedir?” olmuştur. Teknolojiyi kullanan hekim, bu teknolojinin süreci 45 dakikadan 5 dakikaya düşürdüğünü, komplikasyonları azalttığını, hekimin işini kolaylaştırdığını ve sünnet olan bireyi günlük hayatından uzaklaştırmadığını belirtmektedir. Üroloji uzmanı ve çocuk cerrahı, bu teknolojinin konvansiyonel sünnet işlemi sürecini etkilemediğini düşünmektedir, çünkü yeni teknoloji hekimler tarafından şu anda kullanılmamaktadır.

İkinci soru “Yeni teknolojiler için talep oluşmakta mıdır?” olmuştur. Teknolojiyi kullanan hekim talebin olduğunu ve sünnet olan bireylerin ebeveynleri aracılığıyla talebin daha da arttığını belirtmektedir. 2002 yılında bu yöntemle 1.500 sünnet yapılmış iken, günümüzde bu rakam yılda 80.000’e ulaşmıştır. Diğer hekimler ise bu konuda herhangi bir taleple karşılaşmadıklarını, ancak hekim yönlendirmeleriyle talep oluşturulabileceğini düşünmektedirler. Sünnet olanların çoğunu çocuklar oluşturmaktadır. Ayrıca üroloji uzmanı, eskiden askeri hastanelerde senede bir kere sünnet vakasıyla karşılaşabildiklerini belirtmiştir.

Üçüncü soru “Sünnet olacak kişilerin bu teknolojiyi kullanmaları için ne yapmaları gerekmektedir?” olmuştur. Teknolojiyi kullanan hekim daha önce bu yöntem ile sünnet olmuş kişilerin ebeveynlerinin diğer ebeveynlere tavsiye etmesiyle, diğer hekimler ise sünnet işlemi yapan hekimlerin bu teknolojiye yönlendirmeleri ile talebin oluşmasının sağlanabileceğini belirtmişlerdir.



Bölüm 7: Organizasyonel Yönler

Dördüncü soru “Bu teknolojiyi uygulayabilecek personelin eğitimi nasıl olmalıdır?” olmuştur. Teknolojiyi kullanan hekim, konvansiyonel yöntemi uygulayabilen her hekimin bu yöntemi kullanabileceğini, sadece 1-2 vakayı izlemenin yeterli olduğunu ve özel bir eğitime gerek olmadığını belirtmektedir. Üroloji uzmanı, cerrahi yöntemin bilinmesinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Çocuk cerrahisi ise yöntemi uygulayacak hekimin özellikle cihazın doğru yerleştirilmesi ve çıkarılması için profesyonel bir eğitim sürecinden geçmesinin gerektiğini belirtmektedir. Bu yöntem eğitim alınmadan uygulanır ise sonrasında tekrar cerrahi estetik girişime ihtiyaç duyulacağını söylemiştir.

Beşinci soru “Bu işlem için Sağlık Bakanlığı ile iletişim nasıl kurulmalı ve iş birliği nasıl olmalıdır?” olmuştur. Teknolojiyi uygulayan doktor, sünnetin mecburi bir işlem olmadığı için dünyada ve Sağlık Bakanlığında estetik bir işlem olarak görüldüğünü belirtmiştir. Sağlık Bakanlığındaki hekimlerin konvansiyonel yöntemi kullandıklarını ve yeni bir yöntem arayışı içinde olmadıklarını bildirmiştir. Çocuk cerrahisi de bu yöntemin ek bir maliyet oluşturacağını düşündüğü için, Sağlık Bakanlığının şu an için sıcak bakmayacağını düşünmektedir. Üroloji uzmanı ise bu yöntemi hiç desteklememektedir. Bu nedenle, herhangi bir iletişim ve iş birliği kurulmasının taraftarı değildir.

Altıncı soru “Yeni teknolojide kalite güvencesi ve izleme sistemi hangi yolla organize edilmelidir?” olmuştur. Üç hekimin ortak görüşü, işlemin izleme sürecinin hekimler tarafından yapılması gerektiğidir. Kalite güvencesi ise Sağlık Bakanlığının denetimleriyle ve STD raporları ile sağlanmalıdır.

Yedinci soru “Desantralizasyon veya merkezileştirme gereksinimleri, teknolojinin uygulanmasını nasıl etkilemektedir?” olmuştur. Teknolojiyi uygulayan hekimin düşüncesi, bu yöntemin her ilde bir referans hastanede uygulanması gerektiği ve bu şekilde yöntemin yaygınlaştırılabileceğidir. Üroloji uzmanı, yöntemin Sağlık Bakanlığı tarafından tanınan ehliyeti olan her özel hastanede yapılabileceğini belirtmiştir. Çocuk cerrahisi ise özel hastanelerde de uygulanabilmeli, ancak her tıbbi işlem gibi Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmesini ve işlemlerin takip edilmesinin gerekliliğini vurgulamıştır.

Sekizinci soru “Sünnet olacak kişilerin bu teknolojiye ulaşmaları nasıl olmalıdır?” olmuştur. Teknolojiyi uygulayan hekim, ilk aşama olarak her ilde bir referans hastanede uygulanması hâlinde bireylerin erişiminin sağlanabileceğini düşünmektedir. Üroloji uzmanı, bu yöntemi bilimsel bir kanıtla dayanmadığı için desteklememektedir ve yaygınlaşmasını istememektedir. Çocuk cerrahisi ise Sağlık Bakanlığı tarafından yöntemin maliyet ve güvenilirlik açısından olumlu değerlendirildiği takdirde hastanelerde uygulanmaya başlayabileceğini ve hekim tavsiyeleriyle birlikte yönteme ulaşımın artabileceğini düşünmektedir.

Dokuzuncu soru “Yeni teknoloji edinme ve kurma ile ilgili süreçlerin maliyetleri nelerdir?” olmuştur. Teknolojiyi uygulayan hekim, yöntemde kullanılan yardımcı cihazın temin edilme maliyetleri olduğunu belirtmektedir. Örneğin; bir cihazın maliyeti ortalama 15 TL’dir, ancak hizmet sunumu sırasında kullanıcıya maliyeti 30 TL’yi bulmaktadır. Bu maliyete hekimin muayene ücreti ve işlem uygulama ücreti dâhil değildir. Diğer hekimler ise maliyet kısmıyla yönetimin ilgilendiğini, bu yüzden bu konuda bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir.

Onuncu soru “Teknoloji, diğer teknolojilere olan ihtiyacı nasıl etkilemektedir?” olmuştur. Teknolojiyi uygulayan hekim, bu yöntemin komplikasyon oranlarını düşürdüğü için, konvansiyonel yöntem olan ihtiyacın zamanla azalacağını düşünmektedir. Konvansiyonel yöntemin komplikasyon oranları %15 civarında iken, yeni teknoloji ile bu oranın %2’ye düşürüldüğünü belirtmiştir. Üroloji uzmanı, yeni teknolojinin cerrahi yöntem olan ihtiyacı etkilemeyeceğini düşünmektedir. Çocuk cerrahisi ise eğer yeni teknoloji uluslararası ve bilimsel çalışmalarla etkili bulunursa kullanmaya başlayabilece-



ğini ve cerrahi yönteme olan ihtiyacın azalacağını belirtmiştir. Ancak, yeni bir sistemin oturması için uzun zaman gerekli olduğu da belirtilmiştir.

On birinci soru “Cerrahi işlemin maliyeti hakkında ne düşünüyorsunuz? Yeni teknolojinin bütçeye etkileri hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?” olmuştur. Üç hekim de devlet hastanelerinde yapılan her cerrahi sünnet operasyonunda hastanenin zarar ettiğini düşünmektedir. Bunun sebebi olarak da sünnetin plastik cerrahi gerekli olmayan işlemler kategorisinden çıkartılıp, estetik cerrahi gerekli işlemler kategorisine alınmasından sonra geri ödemenin büyük oranda düşmesini göstermektedirler. Yeni teknolojinin bütçeye etkileri konusunda teknolojiyi uygulayan hekim, olumlu etkisi olacağını düşünmektedir. Diğer hekimler ise maliyetler hakkında çok fazla bilgi sahibi olmamakla birlikte, yeni teknolojide ameliyathane kullanımına gerek olmamasının bütçeye olumlu etkisi olacağını düşünmektedirler.

On ikinci soru “Bu teknoloji ile ilgili yönetim açısından doğacak sorunlar ve fırsatlar nelerdir?” olmuştur. Teknolojiyi uygulayan hekim, öncelikle antibiyotik kullanılmadığı için tasarruf sağlayacağını ve sterilizasyon maliyetleri gibi ek maliyetlerin ortadan kalkacağını belirtmiştir. Ayrıca, yöntem muayene/pansuman odalarında gerçekleştirilebildiği için hem ameliyathaneler verimli kullanılabilir hem de genel anesteziye ihtiyaç duyulmayabilir. Böylece maliyetler düşebilir. Ancak, bu yöntemde de düşük de olsa komplikasyon olasılığı olduğunu, bunun da yönetim açısından sorun oluşturabileceğini belirtmiştir. Diğer hekimler ise yöntemin pratik, kolay ve sonuçlarının etkili olduğu takdirde yönetime özellikle maliyetler açısından fırsatlar sunacağını düşünmektedirler.

On üçüncü soru “Bu teknolojinin kabul edilmesi için neler yapılabilir/neler gerekmektedir?” olmuştur. Teknolojiyi uygulayan hekim, yöntemin kabul edilmesi için teknolojinin geliştirilerek komplikasyon oranlarının daha da düşürülmesi gerektiğini düşünmektedir. Ayrıca; kullanılan cihazın eskiden ithal edildiğini, artık Türkiye’de de üretildiğini, ancak kalitesi düşük olduğu için geliştirilmesi ve bu alana yatırım yapılması gerektiğini düşünmektedir. Üroloji uzmanı hekim, yöntemin öncelikle uluslararası geçerliliği olan dergilerde yayımlanmış çalışmalar ile komplikasyon oranlarını önemli derecede düşürdüğünün kanıtlanması gerektiğini belirtmiştir. Çocuk cerrahisi ise hekimlerin yeniliklere açık olmadığını, alıştıkları yöntemleri değiştirmek istemediklerini belirtmiştir. Uzun süredir kullandıkları yöntemi değiştirmek için öncelikle yeni teknolojinin üniversite hastanelerinde uygulanması, buradaki sonuçlar olumlu olduğu takdirde hekimlerin yavaş yavaş bu yöntemi kullanmaya başlayacaklarını belirtmiştir.

On dördüncü soru “Teknolojideki taraflar kimler olabilir? Bunların ilişkileri nasıl olabilir?” olmuştur. Teknolojiyi uygulayan hekim, tarafları üretici firma, Sağlık Bakanlığı, kullanıcılar ve hekimler olarak belirtmiştir. Sağlık Bakanlığının üretici firmayı denetlemesi gerektiğini ve hekimlerin kullanıcılara tavsiye etmesi gerektiğini bildirmiştir. Üroloji uzmanı ise tarafların devlet ve hekimlerden oluştuğunu ve yeni teknolojinin desteklenmemesi gerektiğini belirtmiştir. Çocuk cerrahisi ise aynı şekilde, tarafların devlet ve hekimlerden oluştuğunu, ancak sistemin olumlu sonuçlar verdiğinin kanıtlanması hâlinde desteklenebileceğini söylemiştir.

7.3. Tartışma ve Sonuç

Sünnet işleminde tek kullanımlık aletlerin kullanılmasına dair organizasyonel yönler ile ilgili olarak yapılan sistematik taramada herhangi bir çalışma ile karşılaşmamıştır. Bu nedenle nitel araştırma tekniğinden yararlanılarak uzman görüşü alınmıştır. Teknolojiyi kullanmayan uzmanların teknolo-



Bölüm 7: Organizasyonel Yönler

jinin kullanımı ile ilgili yeterince bilgiye sahip olmadıkları söylenebilir. Ancak, mevcut kullanılan yöntemin mali bir yük olduğu belirtilmiştir. Genel olarak bilimsel kanıtlara ihtiyaç duyduklarını, kalite ve güvenilirlik garantisinin verilmesi gerektiğini ve denetiminin Sağlık Bakanlığınca, sürecin yönetiminin Sağlık Bakanlığı ve hekimler tarafından yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Teknolojiyi kullanan hekim, özellikle komplikasyon ve maliyet açısından avantajlı bir yöntem olduğu üzerine vurgu yapmıştır.



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

Prof. Dr. Hayriye Erbaş

8.1. Giriş

Bu bölümde, sistematik literatür taraması sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde, tek kullanımlık sünnet aletlerinin günümüzde kullanımına yönelik bilgiler sunulacaktır. Bölüm içinde, metodolojik yaklaşım çerçevesinde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri Tablosunun “Hasta ve Sosyal Yönler” başlıklı sekizinci bölümündeki soruların yanıtları da verilmiştir.

8.2. Değerlendirme: Bir Sosyal Olgu Olarak Sünnet

8.2.1. Sünnet Kavramının Toplumsal ve Tarihsel İnşası

Sünnetin yazılı kaynaklara yansımaları eski Mısır uygarlığında gerçekleşmiş olsa bile tarihi çok daha öncesi dönemlere dayanmaktadır [1,2,17]. Eski uygarlıklarda sünnet, dinsel inancı içeriyor olsa da daha çok geleneksel gerekçelerle uygulanmaktadır. Ancak, sünnetin dinsel gerekçesinin daha ağır basması Semavi dinlerle ve özellikle de Musevilik’te zorunlu olarak kabul edilmesi ile gerçekleşmiştir. Şimdilerde ise sünnetin tıbbileşmesi/medikalleşmesi olarak adlandırılan bir sürece girişi ile bu kez de dinsel gerekçesinden çok tıbbi gerekçesinin ağır bastığı bir uygulama biçimine dönüşerek değişim sürecine girmiştir. Dünya ölçeğindeki bu genel eğilime karşın, toplumsal bir olgu olarak sünnet, farklı toplumlarda ve kültürlerde toplumların özgün yapılarına göre farklı değişim eğilimleri göstermektedir. Bu nedenle de bu bölüm, erkek sünnetinin çok yönlü toplumsal bir olgu olduğu ve her yönü ile hem somut uygulamalar hem de bu somut uygulamaların adlandırılması ve kavramsallaştırılması anlamında toplumsal ve tarihsel bir inşa süreci olduğu düşüncesi üzerine kuruludur. Bu düşünceden hareketle, bölümde, sünnet uygulamasının farklı dönemlerde ve farklı toplum ya da topluluklarda belli özelliklere bağlı olarak değişim gösterdiği ve bu özellikleri göz ardı eden her türden düzenlemenin yeni sorunlara yol açabileceği düşüncesi ileri sürülmektedir. Bu bağlamda, tüm yönlerinin sosyal olarak inşa edildiği varsayımından hareketle, sünnet konusundaki tartışma konularına kısaca değinilecek, sonrasında da esas olarak sünnetin tarihsel ve toplumsal sosyal inşa süreci tüm yönleri ile ayrıntılı biçimde ele alınacaktır.

Kavramlar; toplumsal ve tarihsel olarak inşa edildiğinden, tarihsel olarak değiştiği gibi toplumdan topluma hatta aynı toplum içinde de sosyokültürel ve ekonomik özelliklere göre de farklılık gösterebilmektedirler. Belli dönemlerde kullanılan herhangi bir kavrama yüklenen anlam zaman içinde değişebilir ve kavramlara sürekli bir biçimde yeni anlamlar yüklenebilirken, mevcut kavramlara yeni kavramlar da eklenebilir. Sünnet, bu anlamda değişimin en yoğun yaşandığı ve bu değişimin kavramlar üzerinden en açık biçimde görüldüğü bir kavramdır ve uygulamalara bağlı olarak da sürekli biçimde değişmektedir. Türkçe’de Arapça “işlek yol” anlamına gelen “hitan” sözcüğüne karşılık “sünnet” kavramının kullanışı da zaten sünnete yüklenen farklı anlamı gösterme açısından önemlidir [3,4]. Bilindiği gibi İslam dininde peygamberin yaptığı, uyguladığı ya da yapmayı, uygulamayı önerdiği davranış biçimlerine “sünnet” denilmektedir. İslamiyette peygamberin önerilerine göndermede bulunarak uygulamaya “sünnet” adının verilmesi, Türkiye’de bu uygulamaya verilen dinsel önemi de göstermektedir. Ancak, peygamberin emirlerine verilen ad yerine, önerdiği davranışların



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

adının verilmesi sünnetin kavramsallaştırılması ve anlamlandırılmasının sosyal olarak inşa edildiğini gösterme açısından dikkat çekici bir örnektir.

Sünnet uygulaması için kullanılan kavramlara ve kavramlara yüklenen anlamlara bakıldığında, tarihsel ve toplumsal açıdan değişim çok net biçimde görülmektedir. Geleneksel olarak erkek sünnetinin uygulandığı toplumlarda, kavramın kendi dillerinde herhangi bir ön ek/sıfat olmaksızın “sünnet” olarak adlandırılması ve kullanılması yaygındır. Bu nedenle de örneğin; Türkiye’de ve kadın sünnetinin olmadığı diğer toplumlarda, “sünnet” kendiliğinden erkek sünnetine karşılık gelmekte ve bu nedenle genellikle kadın sünneti ya da erkek sünneti ön eki olmaksızın (Male Circumcision-MC) sadece “sünnet” kavramı biçiminde kullanılmaktadır. Bu kullanımın somuttaki karşılığı açısından anlamı o toplumda ya da toplulukta sünnetin sadece erkekler için uygulanmakta olduğudur. Kadın sünnetinin yaygın olduğu toplumlarda ve sünnetin dünya ölçeğinde tartışılmasının gündemde olduğu günümüzde, kadın ve erkek sünneti kavramlarının kullanılması sünnetin tam da tarihsel ve toplumsal yönünü göstermektedir.

Sünnet konusunda özellikle sünnetin sağlık boyutu ile ilgili tartışmaların ve ardından uygulama politikalarının belirlenmeye başlanmasıyla sünnet konusundaki tartışmalar sünnetin kavramsallaştırılması ve anlamlandırılması açısından önemli olmuştur. Öncesinde sünnetle ilgili mevcut olan kavramlar daha bir görünür oldu, ayrıca alanda yeni kavramlar ortaya çıkmaya başladı. Bu süreçte her ne kadar bazı açılardan sünneti ele alan çalışmalar mevcut olsa da pek çok yönü ile “eski ama yeni” bir çalışma ve tartışma alanı oluşmaya başladı; hem akademik hem de akademik olmayan alanlarda kavramların ön ekleri çoğaldı ve farklı sünnet uygulamalarının betimlenmesinde kullanılmaya başlandı. Örneğin; sünnetin daha çok gelenek olarak benimsendiği ve geleneksel uygulama biçimleri ile yapılan türünün geleneksel erkek sünneti (traditional male circumcision-TMC) ya da tıbbi-olmayan sünnet (non-medical circumcision-NMC); hastanelerde medikal donanımla yapılan türünün tıbbi sünnet (medical circumcision-MC) ya da tedavi amaçlı olmayan sünnet (non-therapeutic circumcision-NTC); sağlık açısından yapılması gerekli olan türünün tedavi amaçlı sünnet (therapeutic circumcision-TC) olarak adlandırılması gibi. Bu kavramlar, özellikle sünnetin geleneksel olmadığı ve gelişmiş ülkelerde sünnete yönelik tartışmalar ve yorumlamalarla ortaya çıkan kavramlar olarak değerlendirilebilir. Bu kavramların gelişmiş ülkelerde ortaya çıkması açısından, özellikle göç nedeni ile farklı kültürlerin bir arada olması sonucunda sünnet konusunda bazı düzenlemelerin gerekliliği durumunun ortaya çıkışı ve dünyada human immunodeficiency virus/insan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV) ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme sıklığındaki artışı önleme açısından bir stratejinin geliştirilmesinin gerektiği düşüncesinin etkili olduğu söylenebilir.

Sünnet konusunda medikal alandaki gelişme ve tartışmaların yanı sıra bu tartışmalarla karşılıklı ilişki içinde gelişen farklı alandaki akademik, akademi dışı tartışmalar ve sosyal hareketlerin yükselişi etkili olmuştur. Bu anlamda, özellikle feminist tartışmalar ve feminist hareketin yükselmesi, bu tartışma hareketi içinde başlayıp sonrasında erkeklik tartışmalarına dönüşen çalışma alanlarının oluşumu; insan hakları, insan bedeni ve bütünlüğü konularının giderek daha da önem kazanması ve gündeme oturması sünnet konusundaki tartışmaları etkilemede önemli bir yer tutmaktadır. Sünnet ve erkeklik konusunda yapılan çalışmalarda, sünnet ile erkeklik arasındaki ilişki askerlik, iş bulma ve evliliğe ek olarak sünnetin erkeklik için önemli bir aşama olduğu ve bu aşamalarda hegemonik erkekliğin kurulduğu biçimindedir [5,6]. Bu konudaki tartışmalarla alana, örneğin; gönüllü tıbbi erkek sünneti (voluntary medical male circumcision-VMMC), zorunlu genital kesme (forced genital cutting-FGC), kadın genital sakatlama (female genital mutilation-FGM) gibi kavramlar eklenmiştir.

Dünya ölçeğinde sosyal bir olgu olması açısından sünnet, genel bir değişim eğilimi gösterse de fark-



lı toplumlardaki tarihsel ve toplumsal koşullar bu değişimlerin kabulünde ya da reddinde önemli olabilmektedir. Bu anlamda, örneğin; Köln Bölge Mahkemesi'nce alınan yasaklama kararı, ülke içinde farklı kişilerce tepkiler çekse de özellikle Müslüman ve Museviler tarafından doğrudan kendilerine yönelik politik bir müdahale olarak görülebilmektedir. Dahası bu tarihte yaşanan antisemitist bir olayla ilişkilendirilebilmekte ve onun devamı sayılabilmekte ya da Müslümanlar tarafından İslamofobi olarak değerlendirilmesi söz konusu olabilmektedir. Uygulamaya ilişkin düzenleme konusunda evrensel bir ilkeden hareket ediliyor olsa bile Müslümanların ya da Musevilerin, daha doğru bir ifade ile sünnete dinsel bir anlam yükleyen toplulukların yaşadığı bir ülkede böylesine bir uygulamanın tepki çekeceği ve uygulama konusunda sıkıntıların yaşanacağı en başından bellidir. Benzer biçimde, örneğin; farklı dinlerin bir arada olduğu, ancak sünnetin geleneksel olarak uygulandığı bir ülke olan Tanya gibi geleneksel bir toplumda, sünnet olmamış erkekler ve tıbbi düzenleme gerektiren uygulama ile sünnet edilenler toplum tarafından damgalanmaktadır. Çünkü, geleneksel sünnet uygulamasında anestezi kullanılmadan yapılan sünnet uygulamasına yerel bir kahramanlık nosyonu yüklenmekte, bu geleneğe uygun olmayan sünnet düzenlemeleri tepki çekmekte ve kabul görmemektedir. Ancak, geleneksel sünnet uygulamasını benimsemiş bir toplum olarak yavaş da olsa giderek tıbbi sünnet uygulamasına geçiş yönünde bir değişim olduğu saptanmıştır [7].

Yasaklamanın olduğu kadar sünnetin zorunlu hâle getirilmesi ya da geleneklere duyarlı olmayan düzenlemelerin dayatılması da toplumsal sonuçları açısından sıkıntılı olabilecektir. O nedenle de sünnet konusundaki düzenlemelerin kültüre duyarlı olması ve isteğe bağlı olarak isteyenler açısından güvenli ve ulaşılabilir olması özellikleri önemlidir. Bu bağlamda, anne ya da babanın çocuklar üzerinde kötüye kullanım durumu tespit edilmediği takdirde çocukları için “iyi” olan yönünde karar alabilecekleri varsayımı önemlidir. Ancak bu geçiş, toplumların ya da toplulukların sosyokültürel ve sosyoekonomik özgün özelliklerine ve yapılarına göre değişim göstermektedir. Senegal ve Gine-Bissau’da yapılan bir araştırmanın sonucunda, erkek sünnetine ilişkin geleneksel ve modern perspektif arasındaki çatışmanın giderilmesi gerektiği, bunun için de geleneksel ve modern perspektif arasında nasıl bir sinerji yaratılacağı konusunda belirlemelere ihtiyaç olduğu gösterilmeye çalışılmıştır [8].

Türkiye’de yasal bir zorunluluk olmasa da dinsel ve kültürel olarak önemsenen ve bu gerekçelerle yaygın olarak gerçekleştirilen bir gelenek olması nedeni ile sünnet uygulaması, son yıllarda görülmeye başlayan feminizm ve erkeklik çalışmaları dışında pek eleştiriye uğramamıştır. Bu özelliğinden dolayı, ayrıca uygulamaya dair herhangi bir yasal düzenlemeye de gidilmemiştir. Bu durum, geleneğin yerleşik ve güçlü oluşunun göstergesi olarak değerlendirilebilir. Son yıllarda değişikliğe gidilmesinin ardından, hem sağlık açısından yararlarının olduğu yönündeki düşünceden hareketle sünnetin yaygınlaştırılmaya çalışılması hem sünnet konusunda ortaya çıkan destekleyici ve karşıt tartışmalar hem de Türkiye’nin Avrupa Birliği’ne giriş sürecinin etkisi ile konuya ilişkin bir duyarlılık söz konusu olmuştur. Bu anlamda söz konusu değişiklik ile sünneti uygulama yetkisi tamamen hekime verilmiştir. Hekim dışı sünnet uygulaması “Ancak, olağanüstü ve istisnai hâllerde Sağlık Bakanlığınca düzenlenecek eğitimi alan kimseler tarafından, hekim gözetiminde sünnet ameliyesi yapılmasına Bakanlıkça izin verilebilir.” şartına bağlanmıştır [9]. Sünnete yüklenen anlam farklılığı sünnetin cerrahi uygulamasına verilen adlandırmada da açık bir biçimde görülebilmektedir. Sünnet uygulamasına değişik gerekçelerle karşı olanlar işlemi “sakatlama”, “yaralama” olarak değerlendirir ve adlandırırken, değişik gerekçelerle sünneti destekleyen ve gerekli olduğu düşüncesinde olanlar basit bir işlem anlamında “kırpma” ya da “kesme” olarak görmekte ve değerlendirmektedirler. Yani, aynı uygulama sosyokültürel etmenlerle de ilişkili olan farklı bakış açılarına göre farklı biçimde değerlendirilebilmektedir.



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

Görüldüğü gibi sünnet çok değişkenli ve çok yönlü tartışmaların yükseldiği sosyal bir olgudur. Bu tartışmalı konumuna rağmen genel anlamda farklı gerekçelerle de olsa sünnet konusunda ikisi karşıt olmak üzere kendi içinde çeşitlilik gösteren üç genel eğilimden söz edilebilir;

1. Bu eğilimlerden ilki, sünnetin dinsel kültürel boyutunu önemli görerek destekleyenler ve sünnetin sağlık açısından önemli olduğu düşüncesinden hareketle katı bir biçimde sünneti savunanlar -ki bu bakış sünnetin zorunlu olması yönünde düzenlemelerin gerekliliği anlamını taşır,
2. İkincisi ise insan hakları ilkesinden hareketle, daha çok çocuğun bedensel bütünlüğü ve bu bütünlüğün korunması gerektiği noktasından hareketle katı bir biçimde sünnete karşı olanlar -ki bu bakış sünnetin yasaklanması yönündeki düzenlemelerin gerekliliği anlamını taşır,
3. Üçüncüsü ise bir anlamda diğer iki eğilimden daha yumuşak bir eğilim olarak değerlendirilebilecek olan bu iki karşıt eğilimin buluşturulması biçimindeki ılımlı, ya da bireye, geleneğe, farklılığa duyarlı eğilimdir. Bu yorum yine beden bütünlüğünün önemli olduğu ve beden konusunda karar vermenin birey olma ve karar verme ile ilintili olduğunu ileri sürerek, sünnetin belli bir yaşa kadar yapılmaması ya da diğer etmenlerin de dikkate alınarak en uygun koşullarda yapılması gerektiğini savunanlar olarak sınıflandırılabilir.

Sünnet konusundaki tüm tartışmalar ve süreç düşünüldüğünde açık biçimde görülen, bir taraftan sünnete karşı oluş eğilimi yükselir iken, diğer taraftan çelişkili bir biçimde tedavi amaçlı olmayan sünnetin medikalleşmesi/tıbbileşmesi adına yaygınlaştırılması yönünde adımların atılmakta olduğudur.

8.2.2. Tartışma Konuları

Sünnet uygulamasının doğrudan sosyal yönü gibi görünmeyen yönleri de aslında sosyal olarak inşa edilmektedir. Örneğin; cerrahi müdahale ve uygulama biçimi genellikle sünnetin sosyal olmayan yönü olarak değerlendirilir ki aslında o da sosyaldır ve sosyal olarak inşa edilmektedir. Hangi sosyo-kültürel özelliklerin sünnetin nasıl yapılacağı konusunda nasıl etkili olduğu ya da olabileceği sorusu tam da sünnetin cerrahi yönünün sosyal olan ile nasıl iç içe geçtiğini ve onunla etkileşim hâlinde biçimlendiğini göstermektedir. Dolayısıyla sünnet konusunda hangi tartışmaların hangi toplumsal koşullarda ortaya çıktığı sosyal açıdan önemlidir. Ayrıca, sünnetin etik ve hukuksal boyutları da sünnetin sosyal yönünü oluşturur ve birbirinden ayrı değerlendirilemez. Bu anlamda sünnetin tüm yönlerini birbiriyle ilişkilendiren çalışmalar neredeyse yok gibidir. Mevcut çalışmalardaki tartışma konuları, sünnetin salt bir yönü ile ilgilenmekte ya da sadece betimleyici olup bütünsel bir bakış açısı ile yapılan açıklayıcı çalışma ve değerlendirmeler olmadığından yasal düzenlemeler ve uygulamalar konusunda yol gösterici olmaktan uzaktırlar. Alana ilişkin olarak, dünya literatüründe geçerli olan bu durum ülkemizde daha da belirgin bir biçimde gözlemlenmektedir. Mevcut çalışmalar, daha çok ya sünnetin tarihsel olarak kronolojik değişimine odaklanmakta ya da sünnet geleneğini betimlemektedirler. Özellikle sağlık alanı ile ilgili çalışmalar küçük ölçekli ve sünnetin yapılış yaşı, yapılış biçimi gibi konulara odaklanmakta ve sünnetin tüm yönlerini ilişkilendirerek toplum düzleminde değerlendirmeler yapmaktan uzaktırlar.

Sünnet konusundaki tartışma konuları da sosyal olgu olduğundan toplumların yapısına göre farklılık göstermektedir. Bu bağlamda daha önce de değinildiği gibi, sünnet konusundaki tartışmaların ortaya çıkışı daha çok sünnetin gelenek olmadığı ve sünnete dair uygulamaların daha az yaygın olduğu gelişmiş Batı toplumlarında yükselmiştir. Sünnetin medikalleştirilme süreci ile tüm toplumda yaygınlaştırılma çabası politik, etik kaygılarla yükselen tartışmalara zemin hazırlamakta ve tartışmaları



alevlendirmektedir. Sünneti yaygınlaştırma çabası ve uygulamalarına karşı tartışmalar artar iken, aynı şiddette yasaklama çabasına karşı da tartışmalar artmıştır. Bu anlamda, bir toplumsal olgu olarak sünnet, özellikle de sağlıkla ilgili olan diğer toplumsal olgulardan farklı bir özelliğe sahiptir. Hem dinsel ve geleneksel anlamda sünnete yüklenen anlam hem de fizyolojik anlamda hastalıklı olmayan hassas ve duyarlı bir organa müdahale olması nedeni ile sünnet “hassas” bir konudur ve dolayısıyla da sünneti salt bir sağlık sorunu olarak değerlendirmek aşırı “indirgemeci” bir anlayış olacaktır. Sadece bu durum bile konunun çok yönlü ve çok boyutlu olduğunu göstermektedir. Tartışmaların gelişmiş Batı ülkelerinde başlamasının ardından, sünnetin daha yaygın uygulandığı diğer ülkelerde de sünnet konusunda tartışmalar artmaya ve ilgili alanlarda çalışmalar yapılmaya yeni yeni başlamıştır.

Geleneksel gerekçelerle yapılan sünnet uygulamasına göre, tıbbi nedenlerle yapılan sünnetin tarihsel gelişimi oldukça yenidir. Bu uygulamalar 19. yüzyılın başlarında sünnetin sağlık açısından yararlı olduğu konusundaki görüşlerle başlamış ve 19. yüzyılın ortalarından itibaren anestezi ve antiseptik alanlarındaki ilerlemelerle sünnet cerrahisi uygulamaları değişmiştir [10]. Sünnetin sağlık yönünü önemseme açısından Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) raporları önemlidir. Weiss ve ark. tarafından hazırlanan DSÖ raporuna göre; sünnet, başta cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile penis kanseri ve idrar yolları enfeksiyonları gibi sorunları ve hastalıkları azalttığı yönündeki bulgularla birlikte, giderek daha da yaygınlaşan en eski tıbbi işlemlerden biri olarak tanımlanmaktadır [17]. Yine Weiss ve ark. tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmada; dinsel, tıbbi, sosyal ve kültürel etmenler gibi pek çok gerekçe ile yapılan sünnetle ilgili olarak, özellikle erken yaşlarda yapılan sünnet uygulamalarında dikkate değer komplikasyonların pek olmadığı ve olan komplikasyonların da daha çok deneyimsiz kişiler tarafından yapılan uygulamalar sonucunda oluştuğu ileri sürülmekte ve bu nedenle de güvenli erkek sünnetinin geliştirilmesini sağlayacak tıbbi ve geleneksel olarak eğitilmiş kişilere ve ekipmana ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır [18]. Tüm bu tartışma ve uygulamalar, sünnetin tıbbi müdahale gerektirmesi yönündeki eğilimin giderek yaygınlaşması anlamını taşımakta ve buna bağlı olarak da sünnetin bir hastalık ve sünnet edilen kişinin de hasta olarak değerlendirilmesi yönündeki bir eğilimi de beraberinde getirmektedir.

Erkek sünnetinin giderek benimsenmesi, diğer ülkelerin yanı sıra özellikle HIV’den korunma stratejisi paketinde yer verilen Güney Afrika ülkelerinde görülmektedir [11-13]. Bu ülkelerde yapılan bazı araştırmalar, sünnet uygulamasının HIV ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkları azaltma yönünde değişime yol açtığını göstermektedir [14-16]. Bu benimsemenin ve yaygınlaşmanın arkasında kuşkusuz özellikle bu doğrultuda yapılan tanıtım ve kampanyaların etkisi büyüktür. Zaten bu çalışmalarda da bu yönde daha çok şeyin yapılması ve yaygınlaşması yollarının arayışı dile getirilmektedir. Ancak, sünnetin tıbbi nedenlerle Batı toplumlarında uygulanmasının teşvik edilmesi, yaygınlaşması ve özellikle de 14 Afrika ülkesinde HIV’i önleme stratejisi olarak gönüllü erkek sünneti ya da tedavi amaçlı olmayan erkek sünneti (voluntary medical male circumcision-VMMC) uygulamasına yönelişin ardından pek çok sorunu ve tartışmayı gündeme getirmiştir [13]. Bu tartışmalar sünnetin yine erkeği koruduğu, yasal, etik, medikal, cinsel, kültürel, politik ve ekonomik yönleri ile ilgili olup giderek daha da alevlenmektedir. Özellikle bu kampanyalara ilişkin olarak, sünnetin sadece kadından erkeğe geçen HIV’i önlediği ve bu anlamda diğer toplumsal cinsiyetler açısından yine bir ayrımcılık olduğu biçimindeki eleştiri üzerinde düşünölmeye değerdir [47].

Her ne kadar sünnetin sağlık konusunda yararlarını ileri süren ve gösteren çalışmalar olsa da tam tersi yönde sünnetin sağlık açısından yararlarının olmadığı ya da bu çalışmaların sünnetin yararlı



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

olduğunu söyleme konusunda yeterli olmadığını ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin; Savulescu, dünya ölçeğinde erkeklerin üçte birinin sünnetli olmasına karşın, sünnetin yararlı olup olmadığı konusunda hâlâ kesin kanıt bulunmadığını ileri sürmektedir [19]. Bu anlamda, bir taraftan HIV ve diğer genital hastalıkları önlemede etkisinin olup olmadığı kesinleşmediği, yapılan çalışmaların böyle bir sonuca varma konusunda yeterli olmadığı ve bu nedenle kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu noktasında itirazlar bulunmaktadır. Bu tartışmalardan ortaya çıkan sonuç, bu konunun daha çok araştırılmaya ihtiyacı olduğudur. Ancak buna rağmen kesin olan, sağlık açısından yararı olduğu yönündeki söylem ve uygulamalar giderek daha da etkili olur iken, sünnetin yararları ya da riskleri konusunun hâlâ tartışmaya açık oluşudur. Sünnet sadece dinsel gerekçelerle değil, çok farklı gerekçelerle yapılmaktadır. Brusa ve Barilan, sünnetin, pek çok yarar ve riske sahip olabileceğini, ancak yarar ve risklerinin neler olduğunun daha kapsamlı “kanıta-dayalı tıp” bağlamında geçerliliğinin kanıtlanmasının gerektiğini ileri sürmektedirler [20]. Bu konuda daha radikal bir eleştiri ise Aggleton tarafından ileri sürülmüştür [2]. Aggleton, sünnetin yaygınlaştırılmasının sadece HIV’den koruma amaçlı teknolojik bir durum olmadığını, arkasında kökleri çok derinden olan bir inanç ve ideoloji olduğunu ileri sürmektedir. Tam da bu noktada Rudrum ve ark. tarafından, Uganda’da sünnet konusunda gerçekleştirilen kampanyalarda kullanılan afişlerin erkeklik, kadınlık ve HIV önleme ile ilişkisi açısından nasıl bir söylem ürettiği konusunda yaptıkları değerlendirmeler önemlidir. Rudrum ve ark. na göre, kampanyalarda kullanılan afişlerin kadından erkeğe geçen HIV’i önlediği saptaması yaptığını, ancak kadını ve aile boyutunu ihmal ederek salt erkeklerin hedef kitle olarak seçilmesini eleştirmektedirler. Afişler, erkek bedeninin öne çıkarılarak erkeklerin kaygıları ve duygularını sömürme işlevi görmekte, kullanılan hegemonik ve heteroseksüel erkeklik kavramları nedeni ile bütüncül bir HIV mesajı veremediği gibi mevcut hegemonik ilişkileri yeniden üretmenin ötesine geçememektedirler [21].

Sünnet uygulamasının yapılış biçimi ve yapılış yaşına ilişkin olarak değişimin, özellikle sünneti dinsel gerekçelerle benimseyen Museviler’de daha katı, diğer dinlerde ise görece hızlı olsa da genel anlamda yavaş olduğu söylenebilir. Çünkü, sünnetin özellikle Musevilik’te zorunlu ve uygulama biçiminin dinsel olarak kesin kurallarla belirlemiş olması, sünnet konusundaki değişimleri etkilemekte ve neredeyse değişime kapatmaktadır. Örneğin; sünnetin anestezi ile yapılıp yapılmaması ya da nasıl bir ortamda ve kimler tarafından yapılması konusunda farklı dinlere göre bazen dinsel bazen de geleneksel kalıplar önemli olabilmektedir. Dolayısıyla sünnetin cerrahi müdahale biçimine ilişkin tartışmalar da sosyokültürel öğelerle biçimlenmekte ve toplumsal değişmelere bağlı olarak değişmektedir. Sünnetin hangi yaşta yapılacağı konusu da önemli bir tartışma konusunu oluşturmaktadır. Sünnet uygulamasına ilişkin olarak, sünnetin tıbbi gerekçelerle uygulandığı toplumlarda erken yaşlarda yapılması daha yaygındır. Bu nedenle her ne kadar Amerikan Pediatri Akademisi sünnetin yenidoğan döneminde uygulamasını önermese de sünnet yine de erken yaşlarda yapılmaktadır [23]. Ülkemizde ise sünnet uygulaması daha geç yaşta olup, yaş ortalaması 6,41 olarak saptanmıştır [24].

Tedavi amaçlı olmayan erkek sünneti konusunda önemli bir eleştiri Earp’ten gelmektedir [25]. Earp, liberal toplumda tedavi amaçlı olmayan erkek sünnetinin özünde fiziksel ve sembolik anlamda örtüşen benzerlikler olması nedeni ile “kadın genital sakatlaması” (female genital mutilation-FGM) uygulamasını etkileyeceğini ileri sürmektedir. Earp, tartışmasını daha çok çocukların genital otonomilerini savunan anlayış üzerinden yürütmekte ve bu sürecin yasal, düzenleme, tıbbi, cinsel, kültürel ve politik sorunları beraberinde getireceğini ve bu nedenle erkek sünnetinin bu denli tolere edilmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Arora ve Jacobs ise sağlık açısından çok fazla risk taşıyorsa bile



minimal düzlemde ('de minimis') "kadın genital değişikliğinin" (female genital ateration-FGA) tolere edilmesinin de sünnet uygulaması açısından olumsuz sonuçlara yol açabileceği vurgulanmaktadır [26]. Kadın ve erkek sünneti konusundaki bir tartışma da Brusa ve Barilan tarafından yapılmıştır [20]. Yazarlar, günümüzde kadın sünnetinin/sakatlamasının suç olduğu görüşünün Batı ülkeleri ve ABD'de evrensel olarak kabul edildiğini ve Avrupa'da yasa dışı olarak görülmesi ve yok edilmesi için pek çok çaba gösterilmekte olduğunu bir çelişki olarak değerlendirmektedirler. Bu bağlamda, erkek sünnetine karşı olanlar özünde "sünnet" ile "kadın genital sakatlama" (FGM) arasında temel fark olmadığını ileri sürerek, çocuklarda genital cerrahi modifikasyonların yasaklanmasının gerektiğini ileri sürmektedirler. Bu uygulama dinsel gerekçe ile yapılıyor olsa bile yasal değildir ve bu nedenle bu uygulamayı yapanların yanı sıra çocuklarının sünnet kararını verenlerin de cezalandırılmasının gerektiği ileri sürülmektedir. Aynı konudaki tartışma Price tarafından yapılmış ve kızlara uygulandığında suç sayılan bir işlemin erkeklere uygulandığında normal sayılmasının bir ayrımcılık olduğu, dahası çocuğun doğduğu cinsiyete, ülkeye ya da aileye bağlı olarak sünnete karar verilmesinin kabul edilemez olduğu vurgulanmıştır [10]. Antinuk ise özellikle feministlere göndermede bulunarak, eğer bedenin bütünlüğü, özerkliği ve temel insan hakları toplumsal cinsiyet eşitliğinin esas oluşturucuları ise bu hiçbir ayırım yapılmaksızın tüm toplumsal cinsiyetler için geçerli olmalıdır görüşünü ileri sürmektedir [27].

İlk bakışta bu benzetme anlamlı gibi görünse de erkek sünneti ile kadın sünneti arasında gerekçeleri ve sonuçları açısından çok önemli farklılıklar bulunmaktadır. Erkek sünnetinin yararları dile getirilirken hiçbir toplumda kadın sünnetinin yararları kabul edilmemekte, dahası komplikasyonları açısından kadınlarda hastalık ve ölüme yol açabilmektedir [20]. Brusa ve Barilan, bu tespiti daha çok etik açıdan tartışmakta iken, sosyokültürel açıdan yapılacak bir değerlendirmede uygulamanın temelindeki gerekçe öne çıkmaktadır. Bu uygulamanın temelinde erkek egemen toplum ve toplumsal cinsiyet anlayışı yatmaktadır. Genellikle kadın sünneti, kadınların cinsel doyumunu açık veya örtülü biçimde günah ya da yasak olarak değerlendirerek, cinsel doyumun azaltılması ya da engellenmesi amacı taşıırken, erkek sünneti için tam tersi bir durum söz konusudur. Bilindiği gibi erkek sünneti diğer gerekçelerin yanı sıra sıklıkla erkeğin cinsel doyumunun artması açısından da önerilmekte ve uygulanmaktadır.

Sünnetle ilgili diğer bir tartışma onay ya da aydınlatılmış onam/rıza konusunda yürütülmektedir. Bu konuda sünnet edilecek çocuk belli bir yaşta ise onayının alınması gerektiğini ileri sürenler olsa da asıl tartışma konusu anne ve/veya babanın onayının alınıp alınmadığına ilişkindir [28]. Daha sonra ayrıntılı olarak ele alınacak olan anne ve/veya babanın onayı konusu, toplumların farklı yapısal özellikleri ile biçimlenen bir süreç olduğundan toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Onam/rıza konusundaki tartışma ile bağlantılı olarak yapılan önemli tartışmalardan bir diğeri, sünnet konusunda karar verme biçimine ve kişiye ilişkindir. Ebeveynlerin çocuğun bedeni konusunda karar verip veremeyeceğine ilişkin olan tartışmanın yanı sıra, hekimlerin karar verip veremeyeceği ya da sünnet konusunda "en doğru" kararın kim tarafından ve nasıl verileceği konusunda yürütülen tartışmalar bu konuda önemli yer tutmaktadır. Merkel ve Putzke için, her şeyden önce dinsel toplulukların kendi inanışları ile ilgili hangi ritüelleri sürdürecekleri ve hangilerini terk edecekleri elbette haklarıdır [15]. Ancak, çocuklar ile ilgili olarak yaşam boyu taşıyacakları bedensel bir uygulamanın/zararın basit bir dinsel ritüelden çok farklı olduğu düşüncesinden hareketle bu kararın başkaları tarafından verilmemesi gerektiği düşüncesindedirler. Merkel ve Putzke çalışmalarında, "Kuşkusuz ebeveynler çocuklarının dinsel topluluklara katılımını sağlama konusunda anayasal haklara sahip-



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

tirler; ancak bu hak, çocuğun kendisi için bu konularda karar alma yeteneğini kazandığı süreyi aşmaz.” şeklinde konuyu tartışmaktadır. Ayrıca, “Ebeveynin çocuğun dini ilgisini onun tüm yaşamı için belirleme hakkı yoksa, neden çocuklarının bedenlerini bu sembolle kalıcı olarak işaretleme hakkına sahip olmalılar?” sorusu kapsamında eleştirilerini yaparlar [15].

Köln Mahkemesi de 26 Haziran 2012’de reşit olmayan çocukların sünnetinin “sakatlama” ya da “yaralama” olduğu düşüncesine dayalı yasaklama yönündeki kararını kadın ve erkek sünneti arasındaki bu niteliksel benzerliğe dayandırmıştır. Ancak bu düzenleme diğer düşünürlerin yanı sıra özellikle John Rawls tarafından geliştirilen ve kamu düzeninin tüm vatandaşların kabul ettiği temel bazı ilkelere dayanmasını savunan politik liberalizmle ve yine Will Kymlicka’nın asıl mimarı olduğu çok kültürcülükle (multiculturalism) de uyumsuz [29]. Dolayısıyla, ister dinsel ister tıbbi amaçlı olsun, hangi gerekçe ile yapılırsa yapılsın sünnet, yenidoğan ya da çocuklarda yapıldığında bu sorunlar ile karşı karşıya kalınacaktır. Bu konuda da sünnet uygulamasının salt cerrahi bir müdahale olmadığı ve bu nedenle de diğer sağlık konularından farklı olduğu düşünüldüğünde onam konusunun çok da anlamlı olamayacağı söylenebilir.

Sünnet konusundaki diğer bir tartışma, sünnetin bir hastalık ve sünnet olan kişinin hasta olarak kabul görülmesine bağlı olarak ortaya çıkan ya da çıkabilecek toplumsal sorunlar konusundadır. Sünneti bir hastalık olarak tanımlama, yasal ve ekonomik yönleri çok fazla olan ve pek çok sorunu beraberinde getiren ve getirecek olan bir karardır. Ancak, bu konuda da çok az çalışma mevcuttur. Sünnetin hastalık olarak görülmesi ile sünnetin basit bir müdahale olarak görülmesi arasında sonuçları açısından önemli farklılıklar olacaktır. Eğer sünnet önemli bir cerrahi müdahale olarak görülür ve düzenlemeler bu doğrultuda yapılır ise bu mevcut egemen toplum anlayışı çerçevesinde sünnetin “medikalizasyonu” adına kolayca kar sağlayıcı bir sektöre dönüşme sonucuna götürebilir. Dolayısıyla bu karar, sünnetin toplumsal ve bireysel düzlemde yükünü de beraberinde getirecektir. Bu anlamda ileride daha da ayrıntılandırılacak olan bu konuya ilişkin olarak; sünnet tıbbi açıdan bir hastalık olmayıp, basit bir cerrahi müdahale olsa da elbette ki işin uzmanının yapması önemlidir. Sünnetin basit bir müdahale olarak görülerek düzenlemelerin yapılması farklı, tersi bir karar ise farklı bir ekonomik yük sonucuna götürecektir, bu da özünde politik bir tercih olacaktır.

Başta tedavi amaçlı olmayan erkek sünnetinin yasal ve etik olmadığı konusundaki çok sert karşı çıkış olmak üzere, farklı gerekçelerle karşı çıkanların ileri sürdüğü doğrultuda sünnetin yasaklanması durumunda nelerin olabileceği konusu da tartışmalarda önemli bir yer tutmaktadır [30]. Bu tartışmalarda, sünnetin yasaklanmasının daha büyük riskleri beraberinde getirebileceği ileri sürülmektedir. Bu risklerin başında Savulescu’nun “kara piyasa/black market” olarak değindiği ya da bizdeki yaygın ifadesi ile “merdiven altı” uygulamaların yaygınlaşmasına yol açarak büyük riskleri beraberinde getirebileceği biçimindeki yorumu en önemlilerinden sayılabilir. Ona göre bu nedenle de tedavi amaçlı olmayan erkek sünneti teşvik edilmemeli, ancak yasaklanmamalıdır da. Yasaklamak yerine sünnetin en iyi koşullarda ve az ağrı ile yapılabilmesi doğrultusunda politikaların geliştirilmesi ve düzenlemelerin yapılmasının daha uygun olacağı ileri sürülmektedir [31]. Benzer biçimde, sünnetin her türüne karşı olmasına rağmen Johnson’un da sünnetin yasaklanmasının sünneti engelleyemeyeceği ve bu nedenle de olumsuz sonuçlara götüreceği yönündeki düşüncesi dikkat çekicidir [29].

Görüldüğü gibi, sünnet uygulamasının gerekçeleri toplumdan topluma ve aynı toplum içinde kişilere göre farklılık gösterse de sonuçta sünnetin gerekli olup olmadığı ve konuya ilişkin düzenleme ve uygulamaların nasıl olması gerektiği konusu günümüzde neredeyse tüm toplumlar için ortak ve



önemli bir toplumsal tartışma konusu durumuna gelmiştir. Sünnetin geleneksel olarak uygulanmadığı toplumlar bunun için yasal düzenlemelere giderken, sünnetin geleneksel olarak kabul gördüğü toplumlarda süreç daha farklı yaşanmaktadır. Ülkemizde de yasal düzenleme çok yenidir ve bu anlamda da tartışmalar daha yeni yeni başlamaktadır. Ayrıca, genel bir değerlendirme ile ülkemizde dinsel gerekçelerle yapılıyor gibi görünmesine karşın aslında sünnet; daha çok gelenekselleşmiş, bir anlamda insanların sorgulamaksızın kabullendikleri bir ritüel, Bourdieu'nun deyiimi ile "habitus" olarak yaşantımıza girdiği söylenebilir [48]. Bu anlamda ülkemizde sünnet uygulaması yasal anlamda zorunlu olmasa da farklı gerekçelerle uygulanan "toplumsal bir zorunluluk" olarak değerlendirilebilir. Görüldüğü gibi, tedavi amaçlı olmayan erkek sünneti düzenlemeleri ve uygulamaları evrensel ilkeler üzerinden yükselse bile toplumsal farklılıklar nedeni ile tüm toplumlarda ve topluluklarda geçerli olabilecek benzer düzenleme ve uygulamalara gidilmesinin doğal olarak tartışmalara ve sorunlara yol açabileceği açıktır.

8.2.3. Sünnet ve Sosyal Yönleri

Bu genel girişten sonra yazının bu bölümünde, tedavi amaçlı olmayan erkek sünnetinin en önemli sosyal yönleri ele alınacak ve tartışılacaktır. Burada önemle vurgulanması gereken husus, sünnetin çok yönlü ve tüm yönlerinin birbiriyle ilişkili ve çok tartışmalı bir sosyal olgu olduğudur. Bu nedenle de bu konuda düzenlemeler, konunun tüm sosyal yönlerinin dikkate alınması ve önemsenmesini gerektirmektedir [32]. Bu iç içe geçmiş çok yönlülüğüne rağmen, aşağıdaki sınıflandırmanın konuyu anlama amaçlı yapıldığı dikkate alınmalıdır.

8.2.4. Tıbbi Yönü/Sünnet ve Hasta

Tıbbi olmayan sünnet bir hastalığa yönelik uygulama değildir. Ancak özünde sünnet olan kişi müdahale anında tıbbi açıdan kısa bir süreliğine uygulamanın başlaması ve iyleşmesine dek hasta olarak kabul edilebilir. Çünkü sünnet pek çok toplumda müdahaleyi de içine alan daha geniş bir süreç olarak deneyimlenmektedir. Bu bağlamda sosyal bir olgu olarak sünnetin geleneksel olarak kabul edildiği toplumlar ya da topluluklar ile gelenek değil, tıbbi amaçlı sünnet uygulamasının yapıldığı toplum ya da topluluklarda sosyal inşa süreci de farklı olmaktadır. Özellikle sünnetin geleneksel olarak uygulandığı durumlarda sünnet, sünnet törenini de içine alan aşamalı bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Bu tarz sünnet uygulamalarında sünnetin cerrahi müdahalesinden çok sünnetin törensel boyutu öne çıkar ve önemsenir. Bu anlamda sünnet müdahaleyi de içine alan;

1. Sünnete hazırlık ya da sünnet öncesi aşama,
2. Müdahale anı/zamanı ve
3. Sünnet töreni ve tören sonrası süreç olarak üç aşamada ele alınabilir.

Sünnet öncesi aşamanın toplumsal yönleri diğer alt başlıklarda ele alınacağından, bu aşama şimdilik sadece bireysel düzlemde, daha çok sünnet olan kişi odaklı olarak ele alınacaktır.

Sünnet öncesi aşamada diğer tüm tıbbi müdahaleler için geçerli olduğu gibi, sünnetin risklerinin dikkate alınarak müdahalenin yapılması önem taşımaktadır. Bu anlamda dinsel inançlar gereği hiç değişmeden yapılan sünnet uygulamalarının daha fazla riske açık olması olasıdır. Ayrıca, özellikle yaşadığını anlama döneminde olan çocukların psikolojik olarak korku ve kaygılarını azaltıcı yönde



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

en uygun ortamların yaratılması, çocuğun ağrılarını azaltıcı tüm önlemlerin alınması önemli ve gereklidir. Bunun için de yasal düzenlemelerle hekim ya da sünneti yapmaya yetkin kişilerin sünnetin nasıl ve hangi koşullarda yapılacağı konusunda etik kaygılarla bu sürece karar vermesinin ve sünneti hastalık olarak görüp bu yetkinin kötüye kullanılmamasının güvence altına alınması gerekmektedir. En basit müdahalelerin ciddi hastalık olarak tanımlanıp, her geçen gün yeni hastalıkların adının konulduğu günümüzde bu konunun ne denli önemli olduğu dikkate alınarak uygulamaların ve düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Diğer Müslüman ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’de de sünnetin tıbbi amaçla değil, geleneksel ve dinsel gerekçelerle yapılması yaygın olduğundan, cerrahi müdahale de genellikle geleneksel biçimde uygulanmaktadır. Sünnetin tıbbi gerekçelerle yapılması giderek bir artış gösteriyor olsa da yine geleneksel ve dinsel gerekçelerle yapılan biçimi oldukça yaygındır. Gelişmiş ülkelerde sünnet tıbbi gerekçelerle uygulandığından; doğal olarak ürologlar, aile hekimleri ve çocuk cerrahları tarafından yapılır iken, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de hekim tarafından yapılan sünnet sayısı düşüktür. Hastanelerde sünnet uygulamasını benimseyenlerin artışı özellikle kentsel alanlarda biraz daha belirgindir. Türkiye’de sünnetin çoğu zaman sağlık memuru olmayan ya da gereken teknik donanıma sahip olmayan “sünnetçiler” tarafından uygulanması nedeni ile sünnetin erken ve geç dönem komplikasyonlarının yüksek seviyede görülebildiği ileri sürülmektedir [24]. Özellikle kırsal alanlarda ve kentlerin yoksul ve geleneklerin daha yaygın olduğu bölgelerinde sünnet uygulaması “sünnetçi”ler tarafından gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla sünneti yapan kişilerin hekim olmasa bile gereken teknik donanıma sahip olup olmaması sünnet sonrasında ortaya çıkacak olası riskleri yaşama açısından önem taşımaktadır. Sünnet uygulaması açısından bakıldığında, Söylemez ve Burgu tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, sünnet için hastanelerin kullanım payı Türkiye genelinde %7,2 iken, bu pay en düşük olarak Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%3,75)’nde saptanmıştır [24]. Sünnetin evde yapılma sıklığı %40,38’dir. Türkiye’de her 10 kişiden 3’ünün sünnet törenlerinde sünnet edildiği ve sünnetin kimler tarafından yapıldığı konusunda bölgesel farklılıkların olduğu saptanmıştır. Ülkemiz genelinde sünnetin hekimlerce yapılma sıklığı %11,5 olmakla birlikte, bu pay en düşük olarak Akdeniz (%7,30) ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%7,81)’nde saptanmıştır.

Şahin ve Aktürk tarafından yapılan ve Gazi Üniversitesi Çocuk Sağlığı Kliniğine ve Ankara’da 10 sağlık merkezine başvuran 16 yaşından küçük erkek çocuğu sahibi ebeveyn ile yüz yüze yapılan görüşmelere dayanan bir çalışmanın sonuçlarına göre, sünnet yaşı ortalaması 6 olarak saptanmıştır [33]. Bir yaşından önce sünnet edilen çocukların payı sadece %1’dir. Yapılan görüşmelere göre, sünnetin esas gerekçelerinin tıbbi olmaktan çok dinsel ve geleneksel değerler olduğu saptanmıştır (%84,8). Uygulamanın sağlık açısından yararlarının olduğunu vurgulayanların payı %15,2’dir. Dinsel ve geleneksel değerlerin yüksek oranda gerekçe olarak görülmesine karşın, geleneksel yolla sünnet edilen çocukların payı sadece %13,3 olup, bu bulgu dikkat çekicidir. Bu veri sünnetin geleneksel yolla benimseniyor olmasına karşın uygulamasındaki değişimi ve bu değişimin kentlere, bölgelere göre farklılık gösterdiğini kanıtlar niteliktedir. Ankara’da yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre, hastanede yapılan sünnet uygulaması oranının çok düşük olması kentsel farklılıkları gösterme açısından dikkat çekicidir. Üstüner ve ark. tarafından, Giresun ilinde öğrenciler arasında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre ise öğrencilerde 3 yaş altı sünnet ettirme payı %13,5, 3-6 yaş arası için %42,2 ve 6 yaş ve üzeri dönem için %44,3 olarak bulunmuştur [34]. Bu veriler de Türkiye’de sünnet yaşının tedavi amaçlı sünnetin yaygın olduğu ülkelere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.



İnsanların tutum ve davranışları her zaman birbiriyle örtüşmeyebilir. Bu örtüşmemenin arkasında sosyal ve kültürel etmenler yatmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, annelerin ve babaların sünnet konusundaki tutumları ile davranışları uyuşmamaktadır. Örneğin; Çataklı tarafından yapılan çalışmanın verilerine bakıldığında, annelerin tamamı sünnetin hastanede hekim tarafından yapılmasını uygun bulur iken, bu tutumun davranışa yansımaması tam da sünnet uygulamasına ilişkin olarak sosyal ve kültürel etmenlerin önemini ortaya koymaktadır [23]. Çalışmaya katılan annelerin sünnet sırasında ne tür olumsuzluklar yaşanabileceğine ilişkin olarak sorulan soruya verdikleri yanıtlarda en yüksek sıklıkla kanama (%56,5), mikrop kapma (%23,3) ve yanlış kesilme (%10,6) şeklinde kaygılar taşıdıkları ve %9,7'sinin ise fikrinin olmadığı saptanmıştır. Bu anlamda da hekim tarafından yapılan sünnet sayılarının düşüklüğü dikkate alındığında, geleneksel sünnet yaptırmanın yaygınlığı geleneğin gücünü gösterme bakımından dikkat çekicidir.

Özetle; sünnete yüklenen anlam ne olursa olsun, ister dinsel ister geleneksel olsun, sonuç itibarıyla sünnet bir hastalık tanısı olmasa da uygulaması cerrahi bir müdahaledir. Bu müdahalenin ister bebek ister ergen ister yetişkin olsun en iyi koşullarda ve en az riskle yapılması önemlidir. Ancak, özellikle de tıbbi bir sorun/endikasyon ya da hastalık olarak görülmesine bağlı olarak en iyi kararın hekimlerce verileceği konusunda da itirazlar ve tartışmalar vardır. Eğer sünnet sosyal bir olgu ise hekimlerin bu konuda karar vermesi sorunlu olarak değerlendirilmektedir [19]. Özellikle, hastalık ve hastalığın tanımının günümüzde eskisinden daha açık biçimde ticarileştiği ve hekimlerin de bu süreçten etkilendiği düşünüldüğünde bu kararın hekimlere bırakılması elbette sorunlu olacaktır [51]. Ayrıca, Savelescu'nun da belirttiği gibi, hekimlerin hasta için en iyi kararı verir biçimindeki paternalist/hiyerarşik bakış günümüz için artık eskisi kadar geçerli değildir [19]. Günümüzde hasta-hekim ilişkisi daha da karmaşıklaşmış ve karar alma sürecinde “çevreleyen etmenler” (framing effects) daha fazla işin içine girmiştir. Hasta ve hekim ilişkisi hastanın değerlerinin de dikkate alındığı bir ilişki olarak görülmekte ve süreç “paylaşılan bir karar süreci” (shared decision making) olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda hastanın da uygulanacak her tür işlemde onayının ya da farklı işlem tercihinin de dikkate alınması gereği giderek daha fazla kabul görmektedir. Ancak, bu kabulde de yine toplumsal farklılıklar önemli olabilmektedir. Ayrıca, hekimlerin mesleklerini icra ederken gerçekleştirdikleri uygulamalar ve pratiklerin diğerlerine ciddi yararlar sağlayabildiği gibi zarar verebilmesi de söz konusudur. Bu nedenle de hekimler, uygulama kararlarında işlemin bütün boyutlarını ve bunu yapabilmek için de her zaman hastanın değerlerini de dikkate alarak kararını gözden geçirmek durumundadırlar. Ayrıca hekimlerin hasta hakkında karar vermesi değerler sistemi ile ilgilidir [31]. Hekimlerin hasta için en doğru kararı vermesi bireysel değil toplumsaldır. Şöyle ki hekimlerin iyi olan konusundaki düşüncesi farklı olmasına karşın, uygulamada başka türlü karar vermesi söz konusu olabilmektedir. O nedenle de hekimlerin hasta için “en iyiyi” tercih etmesini sağlama konusunda ilgili tüm etmenlerin dikkate alınarak politikaların geliştirilmesi önemlidir.

8.2.5. Psikolojik Yönü

Sünnetin psikolojik etkileri üzerine yürütülen tartışmalar, daha çok cinsel organın ucundaki derinin kesilmesi biçiminde doğrudan cinsel organa müdahale olması nedeni ile diğer cerrahi müdahalelerden farklı olduğu görüşünden hareketle yürütülmektedir. Bu tartışmalar bu özelliğine bağlı olarak sünnetin psikolojik etkilerinin daha fazla olacağı yönündeki açık ya da örtük düşünceye dayanmaktadır. Bu konuda bazı düşünürler, hangi gerekçe ile olursa olsun sünnetin bebelere ve çocuklara uygulanamayacağını ileri sürer iken bazıları ise sünnetin psikolojik etkisinin sünnetin



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

yapıldığı yaşa bağlı olarak değişebileceğini ve bu nedenle de sünnet uygulamasının en uygun yaşta yapılması gerektiğini ileri sürmektedir. Ancak gerçek olan şu ki sünnetin psikolojik etkileri konusunda da yeterince çalışma bulunmamaktadır ve sünnetin psikolojik etkisi de çok değişkenlidir. Özellikle de sünnet edilen çocukların ne hissettikleri ve uzun vadede sonuçlarının neler olabileceği konusunda çalışmalar yok denecek kadar azdır.

Bu anlamda en keskin eleştiri alanda önde gelen uzmanlardan Circumcision: The Hidden Trauma (1997) ve Questioning Circumcision: A Jewish Perspective (1998) adlı kitapların yazarı Ronald Goldman'dan gelmektedir. Goldman, özellikle İngilizce konuşan toplumlarda tedavi amaçlı olmayan sünnet konusundaki tartışmaların tıbbi boyutunun öne çıkarılması ve ilgili diğer boyutların göz ardı edilmesi üzerinden yürütüldüğünü ileri sürerek, sünnet konusunda geliştirilecek politikaların sünnetin psikososyal boyutlarının ve psikoloji, sosyoloji, din ve kültür ile ilgili potansiyel etmenlerin dikkate alınması gerektiğini savunmaktadır [35].

Goldman, dinsel amaçlı olmayan erkek sünneti uygulamalarında Amerika Birleşik Devletleri'nin başı çektiğini, Kanada ve Avustralya'da uygulamanın görece daha düşük olduğunu ileri sürmekte ve dinsel olmayan bu yönelimin sağlık açısından yararlarının olduğu anlayışı üzerinde yükseldiğini ileri sürmektedir [36]. Goldman'a göre, sünnet sırasında oluşan psikolojik etkilerin yanı sıra uzun dönemli psikolojik etkileri konusunda pek çalışma olmasa da sünnet uygulaması sırasında pek çok olumsuz etmenin olduğu ve sünnetin etkisinin ise travma yarattığı mevcut çalışmalar üzerinden gösterilmeye çabalanmaktadır. Bu nedenle de sünnetin uzun dönemli etkileri konusunda çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır. Goldman'a göre, sağlıklı ilgili toplulukta bebeklerin ağrı hissetmediği konusundaki düşünceye bağlı olarak hekimler arasında bir anlaşmazlık olması nedeni ile 1980'lerin ortalarına kadar sünnet uygulamasında anestezinin kullanılmamış olması sünnet uygulamasında psikolojik etmenlerin dikkate alınmaması konusunda bir fikir vermektedir. Goldman, hangi yaşta yapılırsa yapılsın sünnetin bebekken yapılması durumunda ağlamaya bile ağırlı olacağını ve psikolojik bütünlüğün bozulması türünden bir travma yaratacağını savunmaktadır. Ona göre, sünnetin yapılış anında çocuktaki değişimler üzerine yapılacak çalışmalar, ebeveynler üzerine de yapılmalıdır. Ayrıca, bazı raporlar ve Türkiye'den anestezi uygulanmadan sünnet edilen çocuğunu izleyen annelere ilişkin iki gözlem raporuna da göndermede bulunarak, sünnetin anne ve babaların psikolojisini nasıl etkilediği konusunda da yapılacak çalışmalara duyulan ihtiyaca ve önemine değinmektedir [36]. Benzer şekilde Goodman'ın Musevilik inancına göre, anestezi kullanmadan gerçekleştirilen sünnet uygulamasına ilişkin olarak sünnetin psikolojik etkileri konusundaki değerlendirmeleri önemlidir [49]. Goodman, araştırma sonuçlarının sünnete karşı yaygın bir kanı olan "küçük bir deri parçası acıtmaz" ve "çocuk bezini değiştirmek kadar basit" görülen dinsel sünnet uygulamasının pek çok açıdan hem çocuk hem de anne açısından travmatik olduğunu ileri sürmekte ve uygulama biçiminin Musevilikle örtüşmediğini vurgulamaktadır. Goodman sünneti "çocuklara uygulanan şiddetin özel bir formu" olarak değerlendirmektedir [49].

Corduk tarafından, altıncı sınıf öğrencisi 816 erkek çocukla yapılan bir çalışmada, fallik dönemde yapılan sünnet uygulamasının çocuklarda otomatik olarak "iğdiş kompleksi" (castration anxiety) yaratabileceği ileri sürülmektedir [37]. Çalışmanın sonuçlarına göre, fallik dönemde sünnet edilen çocukların %10,4'ünün penislerinin küçüldüğü, %9,1'nin penislerini kaybettikleri duygusunu yaşadıkları belirtilmiştir. Çalışmada yer alan çocukların %26'sının fallik dönemde sünnet edildiği ve bu yaşta sünnet edilenlerin sünnet sırasında diğer yaş gruplarından daha fazla korku ve ağrı hissettikleri saptanmıştır. Bu konuda yapılacak daha kapsamlı çalışmalar bu saptamanın ne oranda geçerli



olduğunu gösterme açısından önem taşımaktadır.

Goldman'a göre, sünnetin duygusal baskısının farkında olmayış ve anlamlandırma eksikliği, duygularını açıklamaktan duyulan korku ve sözsüz anlatım (bedensel anlatım) eksikliği sünnet konusundaki duyguların gizli kalmasına hizmet eder ve açığa çıkmasını engeller. Bu nedenle de bu duygular "gizli travma" olarak sonraki yaşamına yansır [36]. Genel anlamda sünnetin psikolojik etkileri konusunda yapılan değerlendirmeler, benlik ve beden imajının birbiriyle ilişkili olduğu ve kişisel psikolojiyi etkilediği ve bedenen küçülme ya da eksilme duygusunun psikolojik olarak kişiyi mutsuz kıldığı ve sosyal ve cinsel yaşamını olumsuz etkilediği yönündedir. Bu durumun da "tam erkek olmama duygusu" yaratarak strese neden olduğu ileri sürülür. Sünnetin gelenek olmadığı toplumda ya da toplulukta eksilme olarak görülen bu uygulamanın etkileri, sünnet olmamanın "tam erkek olama" anlamına geldiği bir toplumdaki kuşkusuz farklı olacaktır. Ancak, bunun da yine yapılacak araştırmalarla ortaya konulmasına ihtiyaç vardır. Bu anlamda kavramların toplumsal olarak üretildiği ve toplumsal temellere dayandığı gerçeğinden hareketle, evrensel bazı özelliklere ve ortaklıklara rağmen yerel anlamlandırmaların önemini olduğu ve düzenlemelerde dikkate alınmasının gerekli olduğu yine açık bir biçimde görülmektedir.

Gülçatı ve ark.nın, üniversite öğrencilerinin sünnet konusunda hatırladıkları üzerine yaptıkları bir araştırmanın sonuçlarına göre, her ne kadar öğrencilerin sünnet anılarını duygusal olarak olumsuz hatırladıkları saptanmış olsa da özellikle sünnet deneyiminin, sünnet olan erkeklerce daha çok sosyal ve kültürel yaşantılar ile ilişkilendirildiği ve tıbbi bir uygulama olarak algılandığı bulunmuştur [38]. Bu algılamada sünnetin din ve erkeklikle ilişkilendirilmesinin önemli rol oynadığı, sünneti benimsemeleri ve bir şekilde "zorunlu" olarak görmeleri nedeni ile olumsuzlukları kabullendikleri söylenebilir.

Sünnetin psikolojik yönünün hem sünnet edilen hem de ebeveynler açısından psikolojik etkilerinin olduğu herkes tarafından kabul edilse de bunun hangi koşullarda hangi düzeyde etkili olduğu, olumsuz etkileri ile hangi koşullarda nasıl ve hangi yollarla baş edilebildiği tartışmalıdır. Bu konuda da psikolojik olarak diğer hastalıklarla benzer bir değerlendirme yapanlar olduğu kadar; bunun travma yaratacak düzeyde olduğunu, bu nedenle de sünnetin yapılmaması gerektiğini savunanlar bulunmaktadır. Ancak, eğer sünnet olmama kültürel, dinsel ya da geleneksel gerekçelerle sünnet olmayan erkekler için Erving Goffman'ın ifadesi ile bir "damgalama/etiketleme" (stigma) biçiminde sosyal bir baskı yaratıyor ise bu kez o durumda sünnet olmamanın belli bir yaşta, özellikle de ergenlerde travma yaratabileceği düşünülebilir [39]. Ayrıca, George Herbert Mead'ın ve öğrencisi Herbert Blumer'in sembolik etkileşimci yaklaşımı, sünnet sürecini anlamada hem geleneğin oluşması hem de sünnet uygulanan çocukların bu geleneği içselleştirmesi ve elbette yeniden üretmesi açısından önemlidir [39]. Bu düşünürler, nesnel dünyanın gerçekliğini ve onun insanlığın gelişimindeki rolünü kabul etmekle birlikte, aynı zamanda bu nesnel dünyanın içinde yer alan insanın öznel yorumuna da yer vermektedirler. Bu nedenle, insanların eylemlerine yükledikleri anlamları önemsemiş ve bu anlamlandırmanın da sosyalleşme sürecinde öğrenildiğini ileri sürmüşlerdir. Dolayısıyla insanın içinde yaşadığı gerçekliğe bağlı olarak, sünnet uygulamasına verilen anlamlar farklılık göstermektedir ve doğal olarak da aynı uygulamaya farklı anlam yüklediğinde psikolojik etkisinin de farklı olacağı söylenebilir.

Sünnetin psikolojik etkileri konusunda geleneklerle gerekçelendirilen rollerin benimsenmesinin sünnetin olumsuz etkilerini azalttığı düşünülebilir. Ancak, bu tartışma konularının da yine araştırılmaya çok ihtiyacı bulunmaktadır. Çünkü sosyokültürel çevre içinde sünnete yüklenen anlamların er-



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

kek olma, erkekliğe geçiş biçiminde yorumlanıyor olması, sünnet olacak çocuğun bunu sorgulama-yıp bir gereklilik olarak görmesi ve uygulamayı güzel yönleri ile anımsamasında etkili olabilecektir. Bunun açığa çıkmayan “gizil” sonuçlarının neler olduğunu ya da olabileceğini yapılan ve yapılacak çalışmalar gösterecektir. Ya da erkek olarak davranışlarına dolaylı biçimde yansımaları ise gerçekten araştırılması daha zor bir konudur. Sünnet öncesi aşamada, çocuğun sünnet için hazırlanmasında da geleneksel olarak bir tür bilgilendirme söz konusudur. Tam onay olmasa da belli açılardan çocuğun olası travmayı aşması açısından anlam taşıyor olabilir. Ancak, sünnetin bu yönünün de yine yapılacak çalışmalarla açıklanmaya ihtiyacı bulunmaktadır.

Bu tartışmalardan hareketle, yine de evrensel bazı özellikler önemli olarak değerlendirilebilir. Özellikle sünnet yaşının geciktirilmesi nedeni ile ergenlik sorunlarının da yaşandığı döneme yaklaşılması ya da çakışmasının psikolojik etkisi üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur. Örneğin; sünnetin kişiliğin oluştuğu 4-5 yaşları yerine daha erken ya da geç yapılması biçimindeki bir anlayış konusunda bir uzlaşının sağlanmış olması bu açıdan önemli olabilir. Ancak, bu konuda da çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Ayrıca, sünnetin psikolojik etkisinin uygulamanın yapıldığı biçiminin ve ortama göre değişmesi söz konusu olduğundan yapılacak çalışmaların sünnetin tüm yönlerini kapsayan biçimde olması önem taşımaktadır. Az da olsa mevcut araştırmalar sünnet yaşı ortalaması ve hangi yaşta sünnet olunduğunun bilgisini verirken, uzun dönemli psikolojik sorunlara yol açıp açmadığı konusunda bilgi verme ve açıklama yapmaktan uzaktırlar. Bu anlamda da daha kapsamlı ve açıklayıcı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

8.2.6. Sosyal ve Kültürel Yönü

Sünnete yüklenen anlam, uygulamanın adlandırılmasında da açıkça ortaya çıkmaktadır. Sünnet uygulamasına karşı olanlar “yaralama” (injuring), “sakatlama” (mutilation) ya da en katı ve sert karşı çıkışı ifade etme anlamında “travma” (trauma) olarak değerlendirirken, sünneti daha basit bir cerrahi uygulama olarak görenler ucundan azıcık “kesme” (cutting) ya da “kırpma” (nickking) olarak anlamlandırmaktadırlar. Görüldüğü üzere aynı işlemi gerektiren sünnet uygulaması da o uygulamaya yönelik bakışla ilgili olup, sosyal bir içerik taşımaktadır.

Bir sosyal olgu olarak sünnetin uygulanış biçimi ve sünnetin törensel yönü, yani törenin türü ve yapıldığı biçimi ailenin sosyokültürel çevre ve ekonomik durumuna göre farklılık göstermektedir. Sosyokültürel çevre daha çok eğitim düzeyi, dinsel değerler, kültürün geniş anlamda kullanımına bağlı olarak yaşam tarzını içerirken, ekonomik durum daha çok sınıfsal konumu ve maddi durumuna işaret etmektedir. Şöyle ki aynı çevrede yaşanılıyor olsa ve sünnet uygulamasına aynı anlam yüklense bile, ekonomik duruma bağlı olarak sünnet süreci farklılık gösterebilmektedir. Aynı ekonomik durumda olan bireylerin de dinsel ve kültürel çevreleri farklı olduğunda, yani sünnete yüklediği anlam değiştiğinde, sünnet süreci yine farklı biçimde deneyimlenebilmektedir. Sonuç itibarıyla, ekonomik durum sünnetin özellikle törensel yönünde oldukça etkili olmaktadır. Her sünnetin törensel olarak sosyal yönü bulursa da bu etki törenin biçimine yansımaktadır. Bu anlamda, sünneti basit bir tören olarak aile içinde ya da yakın çevrenin katılımı ile düzenleyenler olduğu gibi, bunu önemli bir statü göstergesi olarak düzenleyenler de bulunmaktadır.

Ülkemizde ve sünnetin yaygın olduğu diğer toplumlarda, sünnetin gerekçelendirilmesinde tıbbi nedenlerden çok, sosyal ve kültürel nedenlerin etkisi ve rolü önemlidir, sünnet bu özelliklerle biçimlenir. Birey, kimliğini toplumsal çevre içinde edinir, edindiği kimlik ya da kimlikler sayesinde toplumun



veya topluluğun bir üyesi olur ve toplumda bir yer edinir. Bu kimliklerden biri de kuşkusuz erkeklik kimliğidir. Erkeklik kimliği de bireyin değişik yaşlarda erkeklik olarak tanımlanan kimliği edinme çabası ve uğraşları ile edinilen ve süreçsel olarak değişen bir olgudur. Kimlik inşa süreci bireyin sosyalleşmesi olarak doğduğu anda başlar ve ölene dek sürer. Sünnet bu anlamda erkeklerin kimlik edinmesinde önemli bir olgudur. Çünkü çocukluktan ergenliğe geçiş, sadece biyolojik olmayıp aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olay olduğundan toplumdaki topluma ve kültürden kültüre farklılık gösterir. Bu anlamda sünnetin geleneksel olarak yapıldığı toplumlarda, sünnete yüklenen anlam erkeklik ile ilişkilendirilir ve sünnet erkekler için olmazsa olmazdır. Bu, toplum için önem verilen bir gelenek olduğundan çocuğun da bu sürece katılımı istenir, bu nedenle yenidoğan sünneti pek tercih edilmez. Özellikle de belli bir yaşın üstünde yapılan sünnet uygulaması, sünnet olan çocuğun da sürece her anlamda katılımı ile gerçekleşen bir uygulama olduğundan daha da bir anlam kazanır. Bu nedenle erginleme törenlerinde en yaygın uygulama sünnet veya diğer genital işlemlerdir. Ülkemizde de erkek çocukla ilgili pratiklerden birine örnek oluşturan ve erkek çocuğun yetişkin olmaya doğru ilk adım atışını simgeleyen uygulama sünnettir [3]. Dolayısıyla erginleme töreni olarak anlamlandırılan sünnet törenine verilen anlamla, sünnet edilen çocuğun törene yüklediği anlamın buluşması açısından sünnetin çocuğun bu anlamlandırmayı yapabileceği ve hatırlayabileceği yaşta yapılması önemsenmektedir. Bu da sünnetin sosyal ve kültürel yönünün ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Oysa her ne kadar bebeklerin bile travma yaşayabileceğini savunanlar olsa da sünnetin bir travma olduğu yönünde yapılan değerlendirmeler açısından bakıldığında, sünnet uygulamasının çocuk tarafından hatırlanmamasını sağlayacak biçimde gerçekleştirilmesi önemli olmakta ve bunun için uygulamanın olabildiğince erken yaşlarda yapılması özenini gerektirmektedir.

Sünnetin erkekliğe geçiş biçiminde yorumlanması sünnetin, sünnet edilen ve sünnetin kararını veren/verenler biçimindeki ikili yönünü görmeme anlamına gelmektedir. Sünnetin, sünnet edilen çocuk için anlamı sünnet yaşına bağlı olarak değişmekte ve çocuğun onu anlamlandırması ile topluluğun ona yüklediği anlam farklılık göstermektedir. Bu nedenle de erkeklik aşamasına geçiş toplumun onu değerlendirmesi iken, bunu erkeklik aşamasına geçiş olarak yorumlama ya da yorumlamama çocuğun yaşı ile ilişkilidir. Dolayısıyla sünnetin çok erken dönemde yapılması onları toplum gözünde erkeklik aşamasına geçirir, ancak yetişkin erkek aşamasına geçirmez. Yapılan çalışmaların çoğunda, törenler sırasında sünnet edilecek çocuk belli bir yaşın üstünde tasvir edilmekte ve yetişkin bir erkek gibi davranmasının öğretildiği anlatılmaktadır.

Son yıllarda sünnetin toplumsal cinsiyetle ilişkilendirilerek “erkekliğin” inşasında nasıl bir rol oynadığına yönelik çalışmalara rastlanmaya başlanmıştır [22]. Sünnet konusunda sıklıkla erkeklik algısı ya da anlayışı arasında kurulan ilişki açısından sünnetin dinsel ya da kültürel nedenlerle yaygın olarak uygulandığı toplumlarda “erkeklik” ve erkekliğin inşası açısından önemli olduğu konusunda az da olsa yapılan çalışmaların iki farklı yaklaşımla gerçekleştirildiği söylenebilir. Bu yaklaşımlardan ilki, toplumda egemen olan ataerkil sistem ile sünnet uygulamasının ilişkilendirilmesine dayanmaktadır. Bu tartışmalar genellikle erkek sünnetinin erkek egemen toplumlarda yaygın olduğu ve sünnetin de erkekliğe geçiş anlamında güçlü, korkusuz olmayı öğreten güçlü bir erkek imajı üreterek toplumsal cinsiyet ayrışmasını ve bu ayrışmaya dayanan ataerkil (patriarkal) toplumsal sistemi yeniden ürettiği yönündedir. Ancak, sünnetin erkek egemen toplum ürettiği konusundaki yorumun sünnet olan olmayan, sünnet yaşına bağlı olarak erkeklik algısının nasıl biçimlendiğinin açıklanabilmesi açısından da araştırmalar gerekmektedir. Diğer yaklaşım ise bu sorgulamayı yapmayı kabul eden ve daha çok geleneği anlama ve tanıma biçimindeki bir yaklaşımla gerçekleştirilen çalışmalardır.



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

Yetiştirilme tarzlarına bağlı olarak toplumdan topluma değişse de erkek egemen toplum söz konusu olduğuna göre, sünnet uygulamasının etkisinin olup olmadığı ya da ne oranda ve nasıl olduğu sorularına nasıl yanıt verilebileceği önemlidir ve yine araştırmalarla ortaya konulması gerekmektedir.

Daha önce de değinildiği gibi, üniversite öğrencilerinin sünnet olmaya dair anılarında sünnet deneyimlerini kişisel önemine değil, kalabalıklar tarafından kutlanmasına ve sosyal ilişkilerin sünnet olmadaki önemine vurgu yapmış olmaları, gelenekselleşen bir ritüelin psikolojik etkilerini azaltmada önemli olabileceği biçiminde yorumlanabilir [38]. Benimsedikleri kültürel ritüeller ve semboller onların bireysel yaşantısında önemlidir ve bu önem beklenenin tersine onların sünneti olumsuz yönlerinden çok olumlu yönlerini anımsamalarında rol oynayabilir. Ait olunan sosyokültürel çevrede sünnete yüklenen anlam bireysel anlamın biçimlenmesinde etkili olmaktadır. Sünnetin gelenekselleşmiş olduğu bir toplumda, elbette ki insanların sorgulayıcı ve olumsuz yönlerine gönderme yapmaktan çok, olumlu yönlerine göndermede bulunabilecekleri, sünnet olacak çocukların ve yakınlarının hatırlamayı onun üzerine kuracakları söylenebilir. Bu özellikleri nedeni ile gelenek ailelerce sorgulansa bile, tüm geleneklerde olduğu gibi geleneğin gücüne bağlı olarak değişmesinin yavaş olduğu ve zaman aldığı bilinmektedir.

Sünnetin törensel anlamı sünnet edilen çocuğun yaşına ve çevresine bağlı olarak değişir. Hatırlama yaşında olan çocuk, töreni düzenleyen ve katılanlar için törene yüklenen anlam farklıdır ve törende roller yerine getirilir. Bu anlamda Erving Goffman'ın dramaturji yaklaşımı çerçevesinde geliştirdiği “performans”, “izlenimlerin idaresi” ve “benliğin sunulması” kavramları ritüelleri anlamada önemlidir. Performansta sahne önü, ön bölge ve sahne arkası ya da arka bölge bulunmaktadır. “Ön bölge; kişinin performansının, izleyenlere durumu tanımlamak için düzenli olarak genel ve sabit bir biçimde işleyen bir bölümüdür” [39]. Bu bölümde katılımcılar oyundaki rollerini yerine getirirler. Oyundaki rollerini tam olarak yerine getirmeme problem anlamına gelir ve toplulukça gözden düşürülme ya da daha katı biçimi ile “damgalama” (stigma) ile sonuçlanır. Damgalanmış ve normal biçimindeki bir ayırım hangi konuda olursa olsun somut bir durum değildir, sosyal olarak yaratılmış bir ayırımdır ve bakış açılarını göstermektedir [39]. Dolayısıyla sünnet uygulamasının gelenek olarak kabul edildiği bir toplumda sünnetin, sosyal yönleri ile sünnet uygulamasının tıbbi gerekçelerle kabul edildiği bir toplumda ya da topluluktaki sosyal yönleri farklı olacaktır. Bu anlamda hem damgalama hem de dışlamanın uç bir örneği Güney Afrika-East London’da yapılan bir çalışmada görülebilir [40].

Sünnetin geleneksel olarak uygulandığı toplumlarda ve topluluklarda sünnete yüklenen anlam, sünnet uygulamasına yansıyan davranışlar açısından önemlidir. Sünnete yüklenen anlam ise öncelikle ebeveynlerin sosyoekonomik durumlarına göre farklılık göstermektedir. Kırsal alanda veya kentte, ancak ilişki ağlarının yoğun olduğu bölgelerde yaşamak ya da kentsel alanda farklı sosyokültürel ve ekonomik özelliklere sahip olma açısından farklı anlamlar yüklenebilmektedir. Öyle ki anne-baba 18 yaşına gelince kendi karar versin düşüncesinde iken, çocuk akranlarıyla bulunduğu anda ya da denizde aynı yaş grubundakilerle karşılaştığı ilk sosyalleşme anında ve sonrasında daha da yoğun olmak üzere sünnet olmayı isteyebilmektedir. Bu anlamda da sünnet konusunda dinsel gerekçe gibi görünüyorsa da aslında sosyal çevre ve kültürün daha önemli olduğu söylenebilir.

Sünnetin geleneksel olarak uygulandığı toplumlarda bir bütün olarak süreç ele alındığında sünnet öncesi aşamada, yapılışı aşamasında ve sonrası aşamada nelerin nasıl yapılacağı kararları da önemlidir. Bu konuda kararlar çoğu zaman aile büyüklerinin de katıldığı bir karar sürecine göre düzenlenir. Buna göre, sünnet öncesinde çocuğun sünnetinin hangi yaşta ve hangi ortamda yapıla-



cağı konusu tartışılır. Bu aşamada anneler, babalar ve aile büyükleri karar sürecine katılır. Örneğin; Çatakli tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan anneler çocuklarının sünnet yaşına kimin karar verdiği sorusuna %53,2 ile baba, %35,3 ile birlikte karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Annelerin %11,3'ü büyükanne ve/veya büyükbabanın sünnet kararına katıldıklarını belirtmişlerdir [23]. Ancak, bu karar sürecinin nasıl gerçekleştiği çok değişkenli bir süreçtir. Bu süreçte yine eğitim durumu, aile tipi, yaşanan çevre, kültür ve ekonomik durum etkili olur. Sünnetin yapılaş biçimi konusundaki karar ise daha çok birinci aşamada verilen kararlarla biçimlenir. Hastanede, sünnetçide ya da evde mi yapılacağı konusu da yine çok değişkenlidir. Diğer bir aşama sünnetle aynı zamanda ya da izleyen günlerde yapılan sünnet törenine ilişkindir. Sünnet olan çocuk ve sünnette etkili olan diğerleri biçiminde bir ayırım yapıldığında, yenidoğan ve çok küçük yaşta sünnet olan çocuklar için geçerli olmasa da tüm süreçlere çocuğun da katılımı söz konusudur.

Ancak bu katılımın etik anlamda yürütülen tartışmaların öngördüğü birey olma ve karar verme özerkliğini taşımadığı ve bunun salt geleneğin önemsenmesine dair bir katılım olduğu hatırlanmalıdır. Burada etik tartışmaların vurguları önemlidir. Karar vericiler ve sürecin katılımcılarının kararlarını verirken çocuğun “iyilik halini” dikkate alarak sürece katılımları bu etik tartışmanın ileri sürdüğü sorunsalları kısmen aşağı çekebilmektedir. Çatakli ve ark. tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, annelerin %58,4'ünün çocuklarına sünnet öncesi bilgi verdiği, %41,6'sının bilgi vermediği saptanmıştır [23]. Çocuklarına sünnet konusunda bilgi veren annelerin payının beklenenden daha düşük olması, aslında geleneğin yerleşikliğinin de göstergesidir. Ayrıca, daha çok erkeklerin kendi aralarındaki konuşmalarında sünnetin önemli bir yer alması nedeni ile çocukların bilgi sahibi olduğu biçiminde yorumlanabilir. Çünkü Türkiye’de ergenler arasında sünnet konusunun önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Yine aynı çalışmanın sonuçlarına göre, çocuklarına sünnet hakkında bilgi veren annelerin %70,4'ü “erkekler sünnet olur”, %25,4'ü “baba olabilmek için sünnet gereklidir”, %4,2'si “okula gitmeden önce sünnet olmalısın” şeklinde bilgi verdiği saptanmıştır [23].

Sünnet uygulamasına ilişkin olarak, önemli bir tartışma konusunu oluşturan onam/rıza konusunda çocukların onayının alınmama durumu söz konusu iken, anne ve babaların onayının alınması da sorundur [41]. Sünnetin genellikle yetişkin olmayan kişilere uygulanması nedeni ile çocuklardan onay alınması zaten söz konusu olmamaktadır. Bu nedenle de tartışmalar anne baba onayı üzerinden yürütülmektedir. Sünnet onayının anne ve babadan alınmasının sorun olduğunu ve çocuğun bedeni üzerinde böyle bir haklarının olamayacağı düşüncesinde olanlar için zaten anne babanın onayının alınması bir anlam taşımamaktadır. Ancak, tartışmalarda diğer müdahalelerde olduğu gibi genellikle uygulama hakkında çocuğun temsilcisi olarak ebeveynlere verilmesi gerektiği düşüncesinde olanların yürüttüğü tartışmalar açısından konuya bakılmaktadır. Bu bakışta ise ebeveynlerin formal/bürokratik onamının/rızasının alınması kastedilmektedir. Ancak bu konuda da yine sosyokültürel özelliklerin farklılığı önemli olmaktadır. Geleneksel olarak sünnet uygulamasının benimsendiği toplumlarda böyle bir onamın gerekliliği önemsenmemektedir. Bu anlamda çocuğun “kurban” değil onun “iyilik hâli” dikkate alınarak gösterilecek çabalar, sünnetin ekonomik bir kazanç kapısı olmasını ya da aileye ve devlete aşırı yük getirmesini engelleme açısından da önemli olacaktır. Yani hareket noktası çocuğun sağlığı olduğunda, araştırmalar da bu amaçla yapıldığında, sünnetin gerekliliği, yarar ya da risklerinin incelenmesiyle bu araştırmaların sonuçları daha güvenilir olacak ve uygulamalara yansıtacaktır.

Sosyal çevre, yakın ya da daha geniş anlamda gelenekler ve toplumsal çevreyi ifade etmektedir. Bu etki yaşanan toplumun özgün yapısına göre değişmektedir. İnsanın “birincil sosyalleşme” ve “ikincil



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

sosyalleşme” çevresine göre biçimlenmektedir. Sünnetin HIV’den korunma açısından bir strateji olarak uygulanma çabalarının olduğu ülkelerde yapılan pek çok çalışmada, sosyal çevrenin ve özellikle kadınların erkek sünnetinde etkili oldukları vurgulanmaktadır [8,11,12,14-16]. Bu nedenle de özellikle erkek sünnetinin yaygınlaşması amacıyla kadınların erkek çocuklarının ve eşlerinin sünnet uygulamasını benimsemelerinde etkili olacağı düşünülmekte ve kadınlara sağlık eğitiminin verilmesinin gerekliliği ileri sürülmektedir. Özellikle de dinsel sünnetin olmadığı ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların görece daha yaygın olduğu toplumlarda örneğin; Sahraaltı Afrika ülkelerinde ve sünnetin sağlık açısından yararlı olduğu görüşünün yerleştirilmesi gereken toplumlarda bu yönde adımlar atılmaktadır.

Kenya’da Gönüllü Tıbbi Erkek Sünneti (VMMC) Programı’nın uygulamasının ardından, Nyanza ilinde 12 odak grup tekniği ile sünnet olmamış erkeklerle gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçlarına göre, tıbbi amaçlı sünnet uygulamasının kabul edilmemesinin en önemli nedenleri sünnet olmayı istememekten değil; işten uzak kalmak, kültürel ve dinsel değerler (sünnete karşı olan din adamları ya da önde gelen kişiler), ters gidebilecek olumsuz olaylar ve sünnet sonrasında seks yasağı döneminden kaynaklanmaktadır [14]. Yani sünnet olmamanın nedenleri, eksik bilgilendirilmenin yanı sıra daha çok yaşam koşulları ile ilgilidir. Bu bariyerlerin yanı sıra sağlık merkezlerine uzaklık ve uygulama sonrasında cinsel doyumun düşeceğine yönelik kaygı, sünnete karşı olan akranlar da sünnet olmama nedenleri arasındadır. Tıbbi sünnet uygulamasının belirleyicileri ise hijyen, sosyal baskı, HIV’den ve cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonlardan korunma, cinsel performans ve doyumdur [14]. Çalışmanın sonuçlarına göre, erkek sünnetine ilişkin olarak bazı katılımcıların sünneti “doğal kondom” olarak ifade ettiği ve yaklaşık yarısının erkek sünnetinin medikal donanımlı ve uzman kişilerce yapılmasının gerekliliğini ileri sürdüğü görülmüştür [14].

Sünnetin kabulü konusunda Güney Afrika’da yapılan başka araştırmalar da sünnetin büyük oranda kabul edildiğini göstermektedir. Örneğin; 590 hamile kadın örneğinde yapılan bir çalışmada, kadınların hem eşleri hem de çocukları için sünneti destekledikleri, ancak sünnetin yararları konusunda bilgilerinin eksik olduğu ve bu nedenle de kadınların sağlık kampanyaları ile bilgilendirilmesinin ve böylece kabulünün artırılması önerilmektedir [11]. Yine Güney Afrika’da 6.654 erkek ve 6.796 kadından oluşan ulusal bir örneğe dayalı olan sünnet ve sünnetin kabulü konusunda yapılan başka bir çalışmada da sünnetin kabulünün sünnetin yararları konusunda bilgiye sahip olma ile bağlantılı olduğu sonucuna varılmıştır [12]. Sünnetin Siyah Afrikalı ve diğer renkli tenli nüfus grubu mensubu (Black African and Coloured population groups) erkeklerde ve eşleri sünnetsiz olan kadınlarda HIV’den koruduğu bilgisine sahip olma ve eğitim düzeyine bağlı olarak kabul edilmesinin yüksek olduğu tespit edilmiştir [12]. Sonuç itibarıyla, sünnetin geleneksel olarak uygulanmadığı toplumlarda da sosyal çevre ve etkisi önemli olmakta ve sünnete karşı tutum ve davranışları etkilemektedir.

8.2.7. Dinsel Yönü

Daha önce de değinildiği gibi, sünnet konusunda etkili olabilen tüm sosyal yönler iç içe geçmiş durumdadır. Kültürel ve sosyal yaşam bir bütün olarak ele alındığında, dinsel gerekçelerle yapılan sünnet uygulaması ile gelenek olarak yapılan sünnet uygulamasının sınırlarının ayrışma noktası çok net değildir ve kolay kolay tespit edilemez. Her ne kadar az sayıdaki mevcut çalışmaların sonuçlarına göre, sünnet uygulamasının dinsel gerekçelerle yapılma sıklığı yüksek olsa da aslında ayrıntılı bir değerlendirme ile sünnet uygulamasına salt dinsel anlamın yüklenmediği, hatta ondan daha önemli gerekçelendirmelerin olduğu anlaşılabilmektedir.



Erkek sünnetinin ilk olarak hangi tarihte ve nerede başladığı konusunda net bir bilgi olmasa da özellikle mitolojide çok eskilere dayandığı ve taş devrine ait mağara çizimlerinde ve Antik Mısır mezarlarında bu konuda bilgi bulunmaktadır. Sünnetin tarihsel gelişimi ile ilgili ilk kaynaklar mitoloji alanından gelmektedir. Mitolojide sünnet konusu çok daha eskilere dayanmaktadır. Asaf Ataseven'in belirttiğine göre, arkeolojik araştırmalar sonucunda sünnetin Eski Mısır, İbraniler, Fenikeliler, Amerika kıtasında Aztekler ve M.Ö. 5000 yılında Babiller ve Siyahiler tarafından yapıldığı belirtilmektedir [44]. Semavi dinler öncesinde din, gelenek ve tıp iç içe geçmiş olduğundan sünnet salt dinsel bir gereklilik uygulaması anlamını taşımamaktadır. Din adamı aynı zamanda iyileştiricidir de [10,42]. Sonrasında sünnetin dinle buluşması ve özellikle Musevilik'te zorunlu olması ile dinsel anlamı daha fazla öne çıkmıştır.

Sünnetin dinsel yönü ya da dinsel açıdan uygulanma biçimi dinlere göre farklılık göstermektedir. Sünnet esas olarak Musevilik ve İslamiyet dinlerinde yer alan bir uygulamadır. Öncesinde de var olan sünnet, M.Ö. 1917 yılında İbrahim Peygamber tarafından, erkek sünnetinin zorunlu kılınması ile ilk olarak Musevilik olmak üzere Semavi dinlere ve sonrasında da Sebi ve Süryani Hristiyanlar olmak üzere bazı Hristiyanlara ve sonrasında da İslamiyet'e geçmiştir. Musevilik inancına göre sünnet bir zorunluluk iken, İslamiyet'te bir "sünnet"tir. Buna göre bütün Museviler'de sünnet belli katı kurallar çerçevesinde uygulanır. Bunu engelleyen tek şey sağlıkla ilgilidir. Musevilik'te sünnet Tevrat'ta yer alır ve Tanrı ile Hz. İbrahim arasında tanrısal bir anlaşma olarak değerlendirilir. Tevrat'a göre, Hz. İbrahim 93 yaşında iken, Tanrı'dan erkek çocuklarının 8 günlükken sünnet edilmesi emri gelir [10,42]. Yavuz ve ark.nın da vurguladığı gibi, Musevilik'teki sünnet uygulamasına ilişkin farklı bir yorum, Musevi bir araştırmacı olan Goodman'dan gelmektedir. Daha önce de değinildiği gibi Goodman, yaygın inanışın aksine, Musevilik'te beden Tanrı tarafından yaratıldığı ve mükemmel olduğu ve bu nedenle herhangi bir değişikliğin yapılmasının Musevi inancı ile örtüşmediği vurgulanarak Musevilik'te sünnet inancının değişmesi gerektiği ileri sürülmüştür. Goodman "Çocuklara uygulanan şiddetin özel bir formu" olması nedeni ile sünnete karşı olduğunu ifade etmiştir [49]. Museviler'de sünnet uygulaması, bebeklerin doğumunun 8. gününde genellikle Sinagog'da sünnet uygulamasının hem dini hem teknik eğitimini almış ve "mohel" olarak adlandırılan kişilerce yapılmaktadır [49,15]. Bu durum, her ne kadar bazı Musevi topluluklarda değişmiş olsa da örneğin; İngiltere'deki Musevi topluluk için, Musevilik'te sünnet uygulamasının sağlık gerekçeleri ile değil, dinsel gerekçelerle yapıldığını ve bu nedenle de uygulama biçiminde değişiminin çok yavaş olduğunu göstermektedir.

Türkçe'de "Hitan" sözcüğünü karşılayan anlamda kullanılan "sünnet" sözcüğünün Arapça kökenli olup; zorunluluk değil temizlik, "temiz yol" anlamına geldiği yorumu yapılmaktadır. Bu anlamda da sağlıklı olma durumu ile sünnet arasında bir bağ kurulabilir. Daha geniş anlamıyla ise Tanrı'nın yolunu ya da insanın gelenek olarak kabul ettiği davranışı anlatmaktadır. Türkçe'de erkek cinsel organının ucundaki derinin kesilmesi işlemine "sünnet" adının verilmesinin nedeni, İslam'da zorunlu değil peygamberin yaptığı, uyguladığı ya da yapmayı, uygulamayı önerdiği davranış biçimlerine verilen ad olmasıdır [3]. Bu nedenle de Musevilik'te sünnetin gerekçesi Tanrı'nın emri olarak değerlendirilirken; Müslümanlar sünneti zorunlu değil, ancak yapılsa iyi olur düşüncesinden hareketle sünnet uygulamasını benimsemektedirler. Bu nedenle, değişen toplumsal koşullara göre başka gerekçelerle, örneğin; hijyen, sağlık ya da doğrudan dinsel göndermede bulunmadan bir gelenek olarak değerlendirilerek sünnet uygulamasını sürdürmektedirler. Dolayısıyla sünnet uygulaması konusunda İslam dininin esnek ve değişimlere daha açık olduğu söylenebilir.

Her ne kadar İslam dini hukukundaki (şeriat) uzmanların, sünnetin "zorunlu" mu yoksa sadece "tav-



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

siye edilir” mi olduğu konusunda ikiye bölünmüş oldukları yönünde yorumlar olsa da sünnet uygulamasının bir zorunluluk, kesin bir emir olmadığı yönündeki yorum daha ağır basmaktadır [20]. Dünya Sağlık Örgütü’nün bir raporunun verilerine göre, dünya genelinde sünnet olan yetişkin erkeklerin yaklaşık %30’unun yaklaşık üçte ikisini Müslümanlar oluşturmaktadır [17]. Türkçe’de İslam dininde peygamberin yapılması zorunlu olmayan ama önerilen uygulamalara verilen adın erkek sünnetine verilmesi ve benimsenmesi onun dinle ilişkisini göstermektedir. Ancak, farz değil de sünnet olmasına karşın sünnetin bu denli yaygın olması onun dinsel gerekçelerden çok geleneksel olarak kabulüne dayandığı biçiminde yorumlanabilir. Türkiye’de erkeklerin %99’una sünnet uygulanıyor ise bu oran sünnetin dinsel olmaktan çok esas olarak gelenekselleşmiş olduğunun göstergesidir [24]. Bu geleneğin yaygınlaşmasının belli bir dinsel gönderme ile beslendiği söylenebilir de onun salt dinsel bir davranış olduğunu söylemek çok fazla zorlama olarak değerlendirilebilir. Dünyada olduğu gibi sünnet konusunda Türkiye’de daha da sınırlı çalışma bulunmaktadır. Mevcut çalışmaların daha çok tarihsel, antropolojik ya da etnolojik çalışmalar olması nedeni ile bu alanda sosyolojik araştırmalar olmadığından, sosyolojik anlamda yapılacak yorumlar gözlemlerin pek de ötesine geçememektedir. Konuya ilişkin sosyolojik ve ilgili alanlarda çalışmaların yapılmaması ya da çok az olmasında sünnetin sorgulanmayan çok güçlü bir gelenek olmasının etkili olduğu söylenebilir. İslamiyet’te sünnet bir zorunluluk olmadığı gibi kesin bir yaş da yoktur. O nedenle de Musevilik’teki kesin ve katı uygulamalar arasında önemli farklılıklar mevcuttur.

Hristiyanlık’ta ise bugün sünnetin dini bir boyutunu tartışmak pek mümkün değildir. Ataseven’in aktardığına göre, Hristiyanlar Hz. Musa’nın tebliğ ettiği şeriata tabidir. Bu yüzden de Hz. İsa doğumunun sekizinci gününde sünnet edilmiştir. Ancak, Hz. İsa’dan sonra Hristiyanlar sünneti devam ettirmemiş ve bu geleneği terk etmişlerdir [44-16]. Müslümanlar ise Hristiyanlık’ta olduğu gibi kitaplarında yazmamasına rağmen Hz. Muhammed’e uygulanan bu ritüeli devam ettirmiş ve ona pek çok sembolik anlam yüklemiştir [42,31,32].

Kalkan ve ark. tarafından, İstanbul ve Kastamonu illerinde, askerlik muayenesi için üroloji kliniğine başvuran genç yetişkin erkeklerin sünnet olma nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada; erkeklerin %49,5’inin dini bir gereklilik olduğu için, %28,7’sinin başka insanlar tarafından rencide ve alay edilmekten çekindikleri için, %15,8’inin evlenmek için, %4’ünün Müslüman olmak için ve %2’sinin de sağlığı neden olarak gösterdikleri için sünnet oldukları belirtilmiştir [38]. Çataklı ve ark. tarafından, Ankara ilinde 0 ile 12 yaş arasında erkek çocuk sahibi 420 anneye yapılan ve annelerin sosyoekonomik düzeyleri ve sünnet hakkındaki bilgi, davranış ve tutumlarını inceleyen çalışmanın sonuçlarına göre, annelerin %84,2’si dinsel, %15,7’si sağlığı sünnet yapılmasında neden olarak belirtmişlerdir. Sünnetin sağlığa yararı nedir/nelerdir sorusuna ise annelerin %74,3’ü temizliktir, %15,6’sı temizliktir ve üremesi için gereklidir, %9,6’sı fikrim yok şeklinde yanıt vermişlerdir [23]. Bu veriler, sünnet uygulamasının dinsel gerekçesinin yüksek oranda olduğunu gösteriyor olsa da ayrıntı da incelendiğinde başka gerekçelerin görünenden daha etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Özellikle göçlerle birlikte farklı dinlere mensup insanların bir arada olduğu çok kültürlü toplumlarda sünnet konusuna ilişkin tartışma konuları ve konuya ilişkin düzenleme ve uygulamaların gerekliliği daha yoğun hissedilebilmektedir. Örneğin; başka bir toplumda yaşayan Musevi topluluklarda sünnet, kuşaktan kuşağa geçen “mohelizm” olarak adlandırılan bir geleneğin temsilcileri olan “moheller” tarafından yapıldığından sağlıklı erkeklerin sünneti, topluluğun bir iç meselesi gibi yorumlanmaktadır. Diğer taraftan, Müslüman göçmenlerin pek çoğu hastaneler üzerinden hizmet alarak kendi kültürel-dini ihtiyaçları doğrultusunda sünnet taleplerini karşılamaktadırlar. Bilindiği



gibi, Müslüman toplumlarda geleneksel olarak sünnet yerel sünnetçiler tarafından yapılmakta idi. Şimdilerde ise pek çok ebeveyn hemşire veya hekim tarafından yapılmasını istemekte, çocuğu modern klinik ya da hastaneye götürerek sünnet ettirmektedirler [20]. Brusa ve Barılan, sünnet uygulamasının gerekçesi olarak “dinsel” ve “kültürel” etmenler ayrımının literatürde yaygın olarak yapılmasına karşın, bu ayrımın çok basit bir ayrım olduğunu ve bu ayrıma dayalı uygulamaların sorunlu olduğunu ileri sürmektedirler. Bu ayrımdan hareketle, “dinsel” sünnetin inanca saygı kapsamında değerlendirilerek kabul görülmesine karşın, “kültürel” sünnetin o denli tolere edilmemesinin sorun olduğu vurgulanmaktadır [20]. Günümüzü, uluslararası nüfus hareketliliği ve göçün yoğun yaşandığı bir dönem olarak düşündüğümüzde, sünnet konusunun düzenleme gerektiren ve giderek artan bir öneme sahip olacağı söylenebilir.

8.2.8. Ekonomik ve Politik Yönü

Önceki bölümlerde değinildiği gibi, sosyal bir olgu olarak sünnet uygulamasının farklı aşamaları bulunmaktadır. Sünnetin ekonomik yönü sünnete hazırlık, uygulama ve sünnet sonrası aşamalar için de geçerli olan ve bireysel, yani sünnet yaptırtan haneleri etkilediği gibi, yakın çevre ve geniş anlamda da toplumun ekonomisini de etkileyebilmektedir. Bu anlamda sünnetin tüm aşamalarına ilişkin yapılacak düzenlemelerin kuşkusuz ekonomik ve politik yansımaları olacaktır. Bu bağlamda, örneğin; Aggleton’ın yorumu dikkat çekicidir. Daha önce de değinildiği gibi, Aggleton sünnetin yaygınlaştırılmasının sadece HIV’den koruma amaçlı teknolojik bir durum olmadığını, toplum düzenine ilişkin kökleri derinden olan bir inanç ve ideoloji olduğunu ileri sürmektedir. HIV’i önleme adına yapılanların hem uzun vadeli fizyolojik ve psikolojik olumsuz sonuçlarının olabileceği gibi hem de HIV ile ilgili bir damgalama ve ayrımcılığın yükselmesine de yol açabileceği ileri sürülmektedir [1]. Bu saptama sadece sünnet için değil, aslında politik bir yönün bulunması açısından herhangi bir konuda yapılacak düzenlemelerin tümü için de önemlidir. Önemli olan düzenlemelerin evrensel insan hakları üzerinden temellendirilip temellendirilmediğidir. Türkiye açısından bakıldığında, politik düzenleme konusunda yeni yeni adımlar atılmaktadır. Ancak, politik amaçlarla kullanılması anlamına gelen toplu sünnet törenlerinin, kökleri Osmanlı Dönemi’ne dayanan bir gelenek olarak şimdilerde de devam ettiği söylenebilir [50]. Günümüzde ülkemizde, özellikle yerel yönetimler, siyasi partilerin siyasi çıkarlarla düzenledikleri toplu sünnet törenleri yaygındır. Bu törenleri düzenleyen yönetim veya partinin siyasal duruşuna göre dinsel yönü ya da geleneksel yönü ağır basabilmektedir.

Türkiye’de kırsal alanda daha fazla olmak üzere sünnetin törensel boyutuna bakıldığında; sünnet için ailenin seferber olduğu, özellikle ekonomik olarak uygun zamanı beklemenin hem aile hem de törene katılacak davetliler ve kalabalıklar açısından önemli olduğu ve işin bu yönünün sünnetin cerahi müdahale kısmından daha önemli görüldüğü anlaşılmaktadır. Aile üyelerine, çocuğa/çocuklara alınacak giysiler, törenin nasıl bir ortamda yapılacağı, kimlerin ve kaç kişinin/ailenin çağırılacağına ve ne sunulacağına göre sünnet hem aile ekonomisini hem de yerleşim yeri ekonomisini hem de ülke ekonomisini, dahası giderek artan bir oranda dünya ekonomisini de etkilemektedir. Bazen de sünnet daha sonraki bir tarihte yapılması düşünülür iken ya da sünnet töreni düşünülmezken, ailenin diğer ailelerin çocuklarına taktıkları takı ya da paranın geri dönüşünü sağlayan ekonomik bir dayanışma kurumu olarak değerlendirilerek erken bir tarihte gerçekleştirilmektedir. Kırımlı’nın da belirttiği gibi, çocuk için düzenlenen kına gecesi, çocuğun sünnet öncesinde gezdirilmesi, hamama götürülmesi, sünnet sonrasında da sünnet yatağı bozulurken mevlit okutulması da ek bir harcama gerektirmektedir [3]. Sünnet sonrasında gelen takıların yatırıma dönüştürülmesi ya da borçların



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

kapatılması biçiminde değerlendirilmesi, sünnetin aile ekonomisi ve dayanışma açısından işlevini ve önemini göstermektedir.

Törene verilen önem açısından, ailenin ekonomik durumu iyi olmasa bile unutulmayacak şanlı bir kutlama yapılması önemsenmektedir. Bu bir statü göstergesi olarak görüldüğünden sünnet aileye ekonomik bir yük getirmektedir. Ülkemizde törene verilen bu önemin ekonomik boyutunun sünnetin daha geç bir yaşta yapılmasının nedeni olabileceği söylenebilir. Söylemez ve Burgu tarafından yapılan bir araştırmaya göre, ülkemizdeki sünnet yaşı ortalama 6,41'dir. Ancak, sünnet yaşı konusunda bölgesel farklılıkların olduğu görülmektedir. Ege Bölgesi'nde ortalama sünnet yaşı 7,90 ile en yüksek iken, en küçük yaş ortalaması Karadeniz (5,43) ve Akdeniz (5,46) Bölgeleri'nde görülmüştür. Bu çalışmada, yenidoğan döneminde sünnet olanların payı çok düşüktür (28 kişi- %0,14). 3-6 yaş arası sünnet olanların (3 dahil, 6 hariç) payı ise %29,02 (593 kişi) olarak saptanmıştır [24]. Çataklı'nın çalışmasında, sünnet için uygun yaştan ne olduğu sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında, sünnet için uygun yaşı 1-2 yaş olarak görenlerin payı %19,7, 2-3 olarak görenlerin payı %28,8 iken, 6 yaş ve üzerini uygun bulanların sıklığı %24,5'tir [23]. Bu durumda, 6 yaş ve altını sünnet için uygun bulanların düşüncelerinin davranışlara yansımadığını da söylemek mümkündür. Yenidoğan döneminde sünneti uygun bulanların payı sadece %4 olarak saptanmıştır [23].

Sünnet uygulamasının beraberinde getirdiği dayanışma kültürünün en önemli örneği "kirvelik" kurumudur. Kirvelik, bölgeden bölgeye farklılık gösterse de ona önemli sembolik bir anlam yüklenmekte ve "doğal" ya da "kan bağı" akrabalığından daha çok önemsenmektedir. Kirve, çocuk sünnet edilirken genellikle sünnet giderlerini ya da bir bölümünü üzerine alan, sünnet sırasında müdahale ile ilgili olumsuz bir şey yaşanmaması amacıyla çocuğun hareket etmesini engellemek üzere kucağında tutan ve onun korkusunu pek çok etkinlikle gidermeye çalışan ve sonrasında da çocuk üzerinde babaya yakın bir hak sahibi olan kişi gibi değerlendirilmektedir. Bu sanal akrabalık kurumu bazı bölgelerde öylesine önemsenir ki kan bağı ile olan akrabalıktan daha yakın görülür ve aileler arasında evlilik uygun karşılanmaz. Ayşe Kudat kirveliği, "Bir erkek çocuğun sünnet töreninin yük ve masraflarını, ana babasının dışında başka bir aile büyüğünün üzerine alması ile iki aile arasında kurulan sanal akrabalığa verilen ad." olarak açıklamaktadır [43]. Ataseven, daha önceleri Doğu Anadolu'da var olan "kirvelik" geleneğinin tüm ülkeye yayıldığını ve Batı Anadolu'da "kirveliğe" karşı gelen "sağdıçlık" geleneğinin olduğunu ileri sürmektedir. Sağdıç, dost anlamındadır. Sağdıç, sünnet uygulaması sırasında çocuğun yanında bulunan kişi olarak tanımlanmaktadır [44].

Toplu sünnet törenlerinden yararlanan çocukların aileleri genellikle törenin ekonomik yükünü karşılama konusunda sorun yaşayan yoksul ailelerdir. Dolayısıyla toplu sünnet törenleri yerine, sünnetin daha sağlıklı ortamlarda yapılması özellikle yoksul aileler için önem taşımaktadır. Toplu sünnet sadece cerrahi yönü ile ilgili olmayıp, törensel yükünü de aile açısından azaltan bir işlev görmektedir. Ancak bunun olumsuz yönlerinin olduğu da unutulmamalıdır. Bu nedenle düzenlemelerde cerrahi müdahalenin sağlıklı ortamlarda yapılması adına hem ailelere ve ekonomiye fazladan yük getirilmesi hem de geleneğin "tepeden inmecisi" bir anlayışla yok edilmesi konuları da ayrıca üzerinde düşünmeye değerdir.

8.3. Tartışma ve Sonuç

Sünnet; çok eski bir uygulama olmakla birlikte, paradoksal bir biçimde bir taraftan tıbbi gerekçelerle özellikle Afrika ülkelerinde yaygınlaştırılmaya çalışılırken, diğer taraftan da özellikle 1980'ler sonrasında giderek artan biçimde ateşli etik ve politik tartışmalarla eleştiriye maruz kalmaktadır.



Sünnet konusunda farklı kültürlerin bir arada yaşadığı, göçmen alan Batı ülkelerindeki yasal düzenlemeler ve uygulamalarla tartışmalar daha da alevlenmiştir. Bu kapsamda Köln Mahkemesi, 26 Haziran 2012’de, çocuğun kendi bedeni üzerindeki tasarruf hakkının dini özgürlüklerden daha ağır bastığı gerekçesiyle tıbbi nedenlerle yapılan sünnet dışındaki sünnetlerin “yaralama” ya da “sakatlama” suçu kapsamına girdiğini belirterek yasaklamıştır [29]. Buna karşın, Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics/AAP) tarafından yayımlanan teknik raporda; sünnetin potansiyel yararının, risklerinden ve maliyetinden daha ağır bastığı görüşü yer almaktadır [9]. Ancak bu konuda pek çok düşünürün yanı sıra Jennifer Bossio tarafından, Kuzey Amerika’da bu görüşü doğrulayacak yeterli çalışma bulunmadığının ileri sürülmesi de önemlidir [45].

Sünnet konusunda yapılacak düzenlemeler ve uygulamaların toplumsal düzlemde de ekonomik ve politik sonuçları olabilecektir. Özellikle sünnetin politik bir malzeme olarak farklı biçimlerde kullanılması oldukça yaygındır. Diğer tüm tartışma konularında olduğu gibi bu düzenleme ve uygulamalara karşı çıkmak da desteklemek de politik bir karar anlamını taşımakta ve politik bir duruşa karşılık gelmektedir. Bu duruş sünnetin düzenlenmesi ve uygulanmasına ilişkin kararda hangi amaçla ve kimin ya da kimlerin yararının gözetildiğine bağlı olarak değişir. Kuşkusuz sünnet uygulamasının sağlıklı ve hijyenik ortamlarda ve uzman hekimlerce yapılması önemsenmelidir. Ancak, bunu gerçekleştirilebilir derken önemli sorunlara yol açmayacak biçimde düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır.

Düzenlemelerde ülke koşullarının dikkate alınması önemlidir. Örneğin; Türkiye için geçerli olduğu gibi sünnet uygulaması yetkisinin sadece hekime verildiği durumda, hekimin olmadığı, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olmadığı bölgeler için sünnet uygulamasının nasıl olacağı konusu da ayrıca sorun oluşturmaktadır. Zira hâlihazırda birinci basamak hizmeti sunan aile hekimleri kırsal alanda görev yapmamaktadırlar.

Ayrıca, kentsel alanlarda da aile sağlığı merkezlerinde sünnet uygulaması pek yapılmamaktadır. Sünnetin önemsenen bir gelenek olması nedeni ile çocuklarını sünnet ettirmek isteyen aileler için bu durum sünnetin fiilen yasaklanmış olduğu anlamını taşımaktadır. Bu anlamda başta hekimlere verilen bu yetkinin kötüye kullanılmamasının ya da kâr sağlayan bir sektöre dönüşmemesinin önlemleri alınmalıdır. Düzenlemeler bu anlamda sağlık hizmeti finansmanına, dolayısıyla ülke ekonomisine fazladan yük getirmeme adına hekimlerin çıkarına hizmet eder bir biçimde olmamalıdır. Bu yapıldığı takdirde “merdiven altı” uygulamalar daha da artabilir. Türkiye’de sünnet uygulama yetkisinin 2014 yılında yürürlüğe konan ve sünnet yapma yetkisinin sadece hekimlere verilmesi biçimindeki yasal düzenlemenin işleyişinin yeniden gözden geçirilmesi konusunda verilecek karar da politik bir karardır. Sünneti sağlık harcamalarına ya da aile bütçesine aşırı yük getirecek biçimde bir “hastalık” olarak görmek yerine, geleneğe de duyarlı bir uygulama olarak görmek de politik bir karara bağlıdır. Çünkü ciddi bir “hastalık” olarak alındığında, farklı düzlemlerde ve farklı kişilerce kötüye kullanılmasının önüne geçilecek önlemler de alınmalıdır. Hastalık olmayan bir uygulamanın sağlık güvencesi kapsamına alınması ve özellikle de özel hastanelerdeki uygulamanın ödenmesi ülke ekonomisi açısından ekonomik sorunları beraberinde getirebileceği gibi; ekonomik, sosyal ve kültürel nedenlerle farklı tepkilere de yol açabilecektir. Dolayısıyla uygulama konusundaki düzenlemelerde sünnetin ticarileşmesinin önü açılmamalı ve bu yönü dikkate alınmalıdır. Bu her kesim için sorun olduğu gibi yoksul kesim için sünnet hizmetine ulaşılabilirliği daha da sorun hâline getirecektir.

Ayrıca, yasal düzenleme ve uygulamalar, mevcut geleneklerin sürdürülmesi konusundaki tutumlarla çelişebileceği için bu anlamda olumsuz sonuçları da beraberinde getireceği açıktır. Bu anlamda



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

uygulamaların olumsuz sonuçlarını azaltma açısından, sünnet konusundaki düzenlemelerde “tepeden inme” bir anlayış yerine, tüm eleştiriler dikkate alınmalı ve geleneğe de duyarlı olma çabasında bulunulmalıdır. Sonuç olarak;

1. Sünnetin yasaklanması sorunludur ve yasaklanması pek çok sorunu beraberinde getirecektir. Bu anlamda Johnson’un, sünnetin her türüne karşı olduğu hâlde yasaklanmasının sünneti engellemeyeceği ve olumsuz sonuçlara götüreceği düşüncesi önemlidir [29]. Bu ise yasak olmasına karşın sünnetin gelenek olarak sürdürüldüğü toplumlarda sünnetin “merdiven altı” sektöre dönüşmesi ve buna bağlı sorunların artmasını getirecektir. Ayrıca, sünnetin yasaklanması ile farklı gelenek ve kültürlere sahip topluluklar yok sayılmış ve doğal olarak yeni çatışmalara davetiye çıkarılmış olacaktır. Böyle bir anlayış ise farklılıkları önemseyen ve saygı duyan toplum anlayışına aykırı olması yönü ile de ayrıca sorunludur.

2. Yasaklamanın olduğu kadar, sünneti zorunlu hâle getirme ya da teşvik etme yönündeki düzenleme ve uygulamalar da sorunludur. Geleneksel sünnetin “medikalizasyonu” adına yaygınlaştırılması, sünnetin kâr getirici bir sektöre dönüşerek ticarileşmesi ve buna bağlı olarak ortaya çıkacak yeni sorunlara yol açma riskini taşımaktadır. Bu konuda da Douglas ve Hongoro’nun, Güney Afrika’da sünnetin kâr sağlayan bir sektöre dönüşerek ticarileştiğini saptamaları önemli ve üzerine düşünmeye değerdir [46]. Sünnetin sosyal belirleyicilerinin yanı sıra yoksulluk, işsizlik, ticarileşme ve kâr sağlama gibi olumsuz ekonomik belirleyicileri ticarileşen sünnet uygulamasına ulaşılabilirliği azaltacağından, komplikasyonları daha yüksek ve ölüme yol açan geleneksel sünnetin sürdürülmesinde önemli rol oynayabilecektir. Bu anlamda sünnet konusunda sosyal ve sosyoekonomik belirleyicilerinin dikkate alınarak düzenlemelerin yapılması kaçınılmazdır.

Görüldüğü gibi sünnet çok değişkenli ve çok yönlü tartışmaların yükseldiği sosyal bir olgudur. Ancak, kesin olan şudur ki bir taraftan sünnet oranları düşerken diğer taraftan tedavi amaçlı olmayan sünnetin medikalleşmesi yönünde adımların atılmakta olduğu ve atılacak adımların ne olacağı konusunda mevcut araştırmaların yetersiz ve eksik olduğudur. O hâlde asıl mesele, ticarileşmesine fırsat vermeden ve ticari amaçlar dışında nesnel araştırmaların verilerine dayanarak düzenlemelerin yapılmasıdır. Tartışmalı bir sosyal olgu olarak sünnet konusunda mevcut literatürün gösterdiği şey, farklı ekonomik sosyal ve kültürel özelliklere sahip toplumların varlığından hareketle, bilerek ya da bilmeyerek bazılarının çıkarlarının gözetilmesi ve “tepeden inme” bir anlayışa dayanan düzenlemeler yerine, dayatmacı olmayan bir anlayışla, insanların “iyilik” durumunun temel alındığı düzenlemelerin nasıl yapılacağına ilişkin doğru kararların verilmesinin çok çok önemli olduğudur.



8.4. Kaynaklar

1. Aggleton P. May, "Just a snip"?: a social history of male circumcision. *Reprod Health Matters*. 2007;15(29):15-21.
2. Massry SG., "History of circumcision: a religious obligation or a medical necessity". *J Nephrol*, 2011;24 Suppl 17:S100-2.
3. Kırımlı, Yüksel. "Yetişkin Olmaya İlk Adım 'Sünnet'." *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi*24. (2010): 19-35.
4. Kadioğlu, H , H. ve ark. "Dinî Ve Tıbbî Açıdan Sünnet". *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* (2006), sayı 25: 1-16.
5. Yavuz, Şahinde, "İktidar olma sürecinde erkeklerin erkeklikle imtihanı", *Milli Folklor*, 13(104)(2014) :110-127.
6. Sancar, Serpil. "Erkeklik", *Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları*. Ed. Y. Ecevit, N. Karkıner, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını YayınNo:1309, 2011:168-191
7. Wambura M, Mwanga JR, Mosha JF, Mshana G, Mosha F, Changalucha J. Acceptability of medical male circumcision in the traditionally circumcising communities in Northern Tanzania. *BMC Public Health*.(2011 May 23);11:373.
8. Niang CI, Boiro H., "You can also cut my finger!": social construction of male circumcision in West Africa, a case study of Senegal and Guinea-Bissau", *Reprod Health Matters*. 2007 May;15(29):22-32.
9. İzgi, Cumhur, "Tedavi Amaçlı Olmayan Erkek Çocuk Sünnetinin Etik Değerlendirmesi", (*Ethical Evaluation of Non-Therapeutic Male Circumcision*), *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2015,26(3):204-212.
10. Yavuz, Mesut; Demir, Türkay; Doğangün, Burak, "Sünnetin Çocuk Ruh Sağlığı üzerine etkisi: Gözden geçirme çalışması", (*The effect of circumcision on the mental health of children: a review*), *Türk Psikiyatri Dergisi*,2012;23 (1): 63-70.
11. Ikwegbue JN, Ross A, Ogbonnaya H., "Rural Zulu women's knowledge of and attitudes towards medical male circumcision". *Afr J Prim Health Care Fam Med*.2015 Mar 31;7(1).
12. Peltzer K, Onoya D, Makonko E, Simbayi L., *Prevalence and acceptability of male circumcision in South Africa*. *Afr J Tradit Complement Altern Med*, . 2014 Jun 4;11(4):126-30.
13. Price JE, Phiri L, Mulenga D, Hewett PC, Topp SM, Shiliya N, Hatzold K) *Behavior change pathways to voluntary medical male circumcision: narrative interviews with circumcision clients in Zambia*. *PLoS One*. 6. (2014 Nov;9(11):e111602.
14. Roloff A ve ark., "Acceptability of medical male circumcision among uncircumcised men in Kenya one year after the launch of the national male circumcision program". *PLoS One*.(2011);6(5):e19814.
15. Merkel, Reinhard, Putzke, Holm, "After Cologne: male circumcision and the law. Parental right, religious liberty or criminal assault?". *J Med Ethics*, 2013;0:1-6. doi:10.1136/medethics-2012-101284
16. Morris BJ. *Why circumcision is a biomedical imperative for the 21(st) century*. *Bioessays*.(2007 Nov);29(11):1147-58.
17. Weiss H.A. ve ark. *Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability* (2008), *World Health Organization*.
18. Weiss H. A. ve ark. "Complications of circumcision in male neonates infants and children: a systematic review. (2010) *BMC Urol* 10:2.
19. Savulescu J., "Male circumcision and the enhancement debate: harm reduction, not prohibition". *J Med*



Bölüm 8: Hasta & Sosyal Yönler

- Ethics*.2013 Jul;39(7):416-7.
20. Brusa M, Barilan YM. Cultural circumcision in EU public hospitals-an ethical discussion. *Bioethics*.(2009 Oct), 23(8):470-82.
 21. Rudrum S, Oliffe JL, Benoit C. “Discourses of masculinity, femininity and sexuality in Uganda’s Stand Proud, Get Circumcised campaign”. *Cult Health, Sex*.(2017 Feb);19(2):225-239.
 22. Toksoy, N , Tasitman, A . “Türkiye’de Erkeklik Kültürünü Yeniden Üreten ve Kuşaklar Arası Aktarımını Sağlayan Mekanizmalardan Biri Olarak “Törenselleşen Sünnet””. *Erkeklikler: Kimlik ve Kültür Dergisi* (2015): 156-188.
 23. Çataklı, Tülin, Yazarlı, Esra, Yener, Fikret, Yener, Bilge, “Yıldız Dallar Bir Hastaneye Başvuran Annelerin Sünnet Hakkındaki Bilgi Düzeyleri”, (Düzeyleri (Knowledge Levels about Circumcision of Mothers Admitted to a Hospital),*Erciyes Tıp Dergisi*, (2012) 34(3):116-120.
 24. Söylemez, Haluk ve Berk, Burgu “Türkiye’de Sünnet Alışkanlıkları ve Sonuçları”, *Yeni Üroloji Dergisi The New Journal of Urology*, 2009, 5 (1): 13-18
 25. Earp BD, “In defence of genital autonomy for children”. *J Med Ethics*.2016 Mar;42(3):158-63.
 26. Arora K, Jacobs A. “Female genital alteration: a compromise solution”. *J Med Ethics*, 2016;42:148–54.
 27. Antinuk K. “Forced genital cutting in North America: feminist theory and nursing considerations”. *Nurs Ethics*.2013 Sep,;20(6):723-8.
 28. Robinson R, Makin E, Wheeler R. “Consent for non-therapeutic male circumcision on religious grounds”. *Ann R Coll Surg Engl*.(2009 Mar);91(2):152-4.
 29. Johnson MT., “Religious circumcision, invasive rites, neutrality and equality: bearing the burdens and consequences of belief”. *J Med Ethics*.;2013 Jul 39(7):450-5.
 30. Svoboda JS, Adler PW, Van Howe RS. “Circumcision Is Unethical and Unlawful”. *J Law Med Ethics*. 2016 Jun;44(2):263-82.
 31. Savulescu, Julian “Rational Non-Interventional Paternalism: Why Doctors Ought to Make Judgements of What Is Best for Their Patients”, *Journal of medical ethics*, 1995; 21: 327-331.
 32. Perera CL, Bridgewater FH, Thavaneswaran P, Maddern GJ., “Nontherapeutic male circumcision: tackling the difficult issues”. *J Sex Med*.2009 Aug;6(8):2237-43.
 33. Şahin F, Beyazova U, Aktürk A. “Attitudes and practices regarding circumcision in Turkey”. *Child Care Health Dev*, (2003), 29(4): 275-80.
 34. Üstüner Top, Fadime ve ark. “Giresun İlindeki Ailelerin Sünnet Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları”, *Çocuk Dergisi*,2008.8(3):166-171.
 35. Goldman, Ronald, “Circumcision policy: A psychosocial perspective”, *Paediatrics & Child Health*, Volume 9, Issue 9, 1 November 2004, Pages 630–633.
 36. Goldman, R, *The Psychological Impact of Circumcision*, *BJU International*, 1999, Volume 83 Supplement, 98-102.
 37. Corduk N, Unlu G, Sarioglu-Buke A, Buber A, Savran B, Zencir M. “Knowledge, attitude and behaviour of boys and parents about circumcision”. *Acta Paediatr*.2013 Ap,;102(4):e169-73.
 38. Gülçatı, B. ve ark, “Üniversite Öğrencilerinin Sünnet Olma Deneyimlerine Dair Otobiyografik Anılarının İçerik Analizi”, *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 2016,56(1):355-373.
 39. Poloma, Margaret, (2017/1979) *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, Ankara: Palme Yayıncılık, Çev. Hayriye Erbaş, &. Basım,)



40. Mavundla TR, Netswera FG, Toth F, Bottoman B, Tenge S., “How boys become dogs: stigmatization and marginalization of uninitiated xhosa males in East London, South Africa”. *Qual Health Res.*2010 Jul;20(7):931-41.
41. Robinson R, Makin E, Wheeler R. “Consent for non-therapeutic male circumcision on religious grounds”. 2009 Mar), *Ann R Coll Surg Engl.*;91(2):152-4.
42. Barutcu, Atilla. “Ucundan Azıcık”la Atılan Sağlam Temel: Türkiye’de Sünnet Ritüeli ve Erkeklik İlişkisi”. *Erkeklikler: Kimlik ve Kültür Dergisi* (2015): 129-155.
43. Kudat, Ayeşe, (2004), *Kirvelik: Sanal Akrabalığın Dünü ve Bugünü, Ütopya Antropoloji Dizisi.*
44. Ataseven, Asaf, (2005), *Tarih Boyunca Sünnet, Boğaziçi Yayınları*
45. Bossio JA, Pukall CF, and Steele S. “A review of the current state of the male circumcision literature”. *J Sex Med*, 2014;11:2847–2864.
46. Douglas M, Hongoro, “The Consideration of Socioeconomic Determinants in Prevention of Traditional Male Circumcision Deaths and Complications”, *Am J Mens Health*. C. 2016 Mar 18.
47. Sarah Rudrum, John L. Oliffe & Cecilia Benoit, “Discourses of masculinity, femininity and sexuality in Uganda’s Stand Proud, Get Circumcised campaign”, *Culture, Health & Sexuality*,(2017) 19:2, 225-239,
48. Bourdieu, Piere (1996) *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*, çev. R. Nice, London: Routledge.
49. Goodmann John, “Jewish circumcision: an alternative perspective”. *Brit J Urol Int* (1999), 83 (Suppl. 1): 22-7.
50. Bayat, Ali Haydar, “Osmanlı Devleti Döneminde Sünnet Merasimleri”. *Türk Folkloru* III/35, s. 3-5.
51. Keyder, Çağlar (2006) “Giriş”, iç. A. Buğra ve Ç. Keyder (Der), *Sosyal Politika Yazıları, İstanbul: İletişim, Çevirenler, Burcu Yakut Çakar, Utku Barış Balaban*, ss. 15-35.



Bölüm 9: Yasal Yönler

Av. Özge Korkut

9.1. Giriş

Bu bölümde, sistematik literatür taraması sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde, tek kullanımlık sünnet aletlerinin günümüzde kullanımına yönelik bilgiler sunulacaktır. Bölüm içinde, metodolojik yaklaşım çerçevesinde, Tıbbi ve Cerrahi Müdahaleler için HTA Core Model® Değerlendirme Bileşenleri Tablosunun “Yasal Yönler” başlıklı dokuzuncu bölümündeki soruların yanıtları da verilmiştir.

9.2. Değerlendirme

Hasta hakları, henüz yeni yeni gündeme gelmeye başlayan bir kavram olarak gözükmekte ise de temeli Hammurabi yasalarına kadar dayanmaktadır. Örneğin; Hammurabi yasalarında hekim kendi hatalı davranışından dolayı bir hastayı öldürürse elleri kesilirdi. Eski Mısır’da yazılı tıp kurallarına uymak hekimi her türlü sorumluluktan kurtarmakta idi. Roma Hukuku’nda ise ihmal ve acemilikten dolayı hekim sorumlu tutulabilmekte idi [1].

Hasta hakları kavramı, Birleşmiş Milletler’in 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’ni kabul etmesinden sonra hızla gelişmeye başlamış ve Dünya Hekimler Birliği’nin 3. Genel kurulunda Ekim-1949’da Londra’da kabul ettiği ‘Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasası’nda hasta haklarına da yer verilmiştir [2]. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde ise 1969 yılında hastanelerle ilgili standartların yeniden gözden geçirilmesi çalışmaları çerçevesinde gizlilik, bilgilendirilme, aydınlatılmış onam (rıza), hastaların eşit ve insancıl tedavi edilmeleri gibi hasta haklarını içeren konular da ele alınmıştır. Bu süreçte hasta haklarını kapsamlı bir şekilde inceleme konusu yapan Amerikan Hastaneler Birliği, 1973 yılında Hasta Hakları Bildirgesi’ni yayımlamıştır. Bu bildirme, hasta hakları konusunda dünyadaki ilk modern yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Avrupa Birliği (AB)’nin kurumsal olarak hasta haklarına değindiği ilk belge ise ‘AB Temel Haklar Şartı’dır. Nice’de 7 Aralık 2000 tarihinde imzalanan ‘Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı’nın 1. Bölümü’nün 3 ve 4. Bölümü’nün 35. Maddesi, sağlık ve hasta haklarıyla ilgili olup; böylece ilk kez AB, kurumsal düzeyde hasta haklarına vurgu yapmış bulunmaktadır [2].

Günümüz mevzuatına gelindiğinde ise gelişen teknoloji ve tıp bilimi doğrultusunda kanunların ve uluslararası sözleşmelerin süreç içinde değişiklik gösterdiği, her geçen gün insan ve hasta haklarının daha büyük önem arz ettiği görülmektedir. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi), hasta hakları konusunda hem uluslararası alanda hem de ülkemiz açısından bağlayıcılığı olan ilk metindir. Öncelikle hastaların haklarından kısaca bahsetmek gerekmektedir. Uluslararası ve ulusal mevzuatlarda hastaların sahip olduğu haklar belirtilmiştir. Bu haklar aşağıdaki gibi özetlenebilir;

- ▶ Hastanın bilgi isteme hakkı,
- ▶ Hastanın sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı,
- ▶ Hastanın personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkı,
- ▶ Hastanın öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkı,
- ▶ Hastanın tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı,



- ▶ Hastanın bilgi verilmesini yasaklama hakkı,
- ▶ Hastanın izni olmaksızın tıbbi ameliyeye bağlı tutulmama hakkı,
- ▶ Hastanın tedaviyi reddetme ve durdurma hakkı,
- ▶ Tıbbi müdahalede hastanın rızası ve izninin alınması hakkı,
- ▶ Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkı,
- ▶ Hasta güvenliğinin sağlanması hakkı,
- ▶ Hastanın başvuru, şikâyet ve dava hakkı,
- ▶ Hastanın diğer hakları (refakatçi bulundurma, dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlerine saygı gösterilmesi, ziyaret edilmesi, sağlık hizmetini sağlık kurum ve kuruluşu dışında isteme hakkı vs.).

Hastalara uygulanacak tedavi ya da teknoloji ile ilgili olarak en öncelikli husus, hastanın bu tedavi ya da teknolojiye izin verebilecek koşulları taşıması ve akabinde izin vermiş olmasıdır. Kişilerin, kendi fiilleri ile hak kazanması ve borç altına girebilmeleri için fiil ehliyetine sahip olmaları gerekmektedir. Fiil ehliyeti; davranışlarının sonuçlarını idrak eden, olaylar hakkında bilgi sahibi olduktan sonra, iradesiyle serbestçe karar veren ve verdiği karara uygun olarak davranan veya böyle davranıldığı kabul edilen makul kişilere tanınan ehliyettir [3]. Kişilerin fiil ehliyetine sahip olma koşulları, Türk Medeni Kanunu'nun 9-14. Maddeleri arasında düzenlenmiştir. Düzenlemeler şu şekildedir;

TMK m 9; *"Fiil ehliyetine sahip olan kimse, kendi fiilleriyle hak edinebilir ve borç altına girebilir."*

TMK m 10; *"Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır."*

TMK m 11; *"Erginlik 18 yaşın doldurulmasıyla başlar. Evlenme kişiyi ergin kılar."*

TMK m 12; *"On beş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir."*

TMK m 13; *"Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir."*

TMK m 14; *"Ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur."*

Özetlemek gerekirse; bir kimsenin fiil ehliyetine sahip olabilmesi için "ayırt etme gücüne sahip olması", "ergin olması" ve "hakkında kısıtlılık kararının alınmamış olması" gerekir. Bu unsurlar aşağıda incelenmiştir.

- ▶ Ayırt etme gücü, Türk Medeni Kanunu'nda bir kimsenin akla yatkın bir şekilde davranabilme yeteneği olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla ayırt etme gücü, kişilerin fiil ve işlemlerinin amacını, sonuçlarını, kapsam ve etkilerini anlayabilme ve bunlara uygun hareket ederek karar verebilme yeteneği olarak tanımlanabilecektir.
- ▶ Ergin (reşit) olmak, 18 yaşını doldurmuş olmak ya da kanun koyucu tarafından o yaş gelmiş gibi olgunlaşmış sayılmaktır. 18 yaşına gelmiş gibi sayılabilmek ancak iki durumda söz konusu olabilmektedir. Birincisi; evlilik yoluyla kazanılan erginliktir. Bir kimse 17 yaşını doldurmuş ise velisinin rızası olmak koşulu ile evlenebilir ve evlendiği andan itibaren ergin sayılır. Bir kimse 16 yaşını doldurmuş ise mahkemenin evlenebileceğine yönelik karar vermesi durumunda evlenebilir ve yine evlendiği andan itibaren ergin sayılır. İkincisi; hâkim kararıyla kazanılan erginliktir. Bunun için kişinin 15 yaşını doldurmuş olması, menfaatinin



Bölüm 9: Yasal Yönler

bulunması, kendisinin isteğinin olması ve velisinin izninin bulunması durumunda Sulh Hukuk Mahkemelerince küçüğün ergin kılınmasına karar verilebilir.

- Bir kimse hakkında kısıtlılık kararı ancak Sulh Hukuk Mahkemesi tarafından verilebilmektedir. Kısıtlılık kararı ise akıl hastalığı veya akıl zayıflığı, savurganlık, alkol veya uyuşturucu bağımlısı olma, kötü yaşama tarzı, kötü yönetim, 1 sene veya daha fazla süreli hapis cezası almış olma ve istek üzerine verilebilecektir. Buna göre; fiil ehliyetine sahip hasta, kendisine uygulanacak tedavi ya da teknoloji hakkında kendi başına karar alabilmektedir. Ancak; hasta ergin değilse velisinin; kısıtlı ise vasisinin hasta adına karar vermesi gerekmektedir. Önemle belirtmek gerekir ki reşit ve mümeyyiz olmayanlara, sırf tıbbi araştırma amacı güden tıbbi müdahaleler hiçbir surette uygulanamaz, bu sebeple velisinin izni olsa dahi uygulanacak tedavinin ya da teknolojinin hastanın yararına olması gerekmektedir. Bu duruma ilişkin olarak, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde ve Türkiye tarafından imzalanarak kabul edilmiş olan İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nde açık düzenleme bulunmaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliği m 35; *“Reşit ve mümeyyiz olmayanlara, kendilerine faydası olmadan, sırf tıbbi araştırma amacı güden tıbbi müdahaleler hiçbir surette tatbik edilemez. Faydaları bulunması şartı ile reşit ve mümeyyiz olmayanlar üzerinde tıbbi araştırma yapılması, velilerinin veya vasislerinin rızasına bağlıdır. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hâllerde, 24’üncü maddenin ikinci fıkrası hükmü uygulanır.”*

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi m 6;“ 1. Muvafakat verme yeteneğine sahip olmayan bir kimse üzerinde tıbbi müdahale, aşağıdaki 17 ve 20’nci maddelere uygun olarak, sadece onun doğrudan yararı için yapılabilir.

2. Yasal olarak bir müdahaleye muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunulabilir.

Küçüğün fikri, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde artan belirleyici bir etken olarak dikkate alınmalıdır.

3. Bir yetişkin, yasal olarak akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı müdahaleye muvafakat etme yeteneğine sahip değilse, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunulabilir.

İlgili kişi, mümkün olduğu kadar izin verme sürecine katılmalıdır.

4. Madde 5’te belirtilen bilgiler, benzer koşullarda yukarıda 2 ve 3’üncü paragraflarda belirtilen temsilci, yetkili makam, kişi veya kuruma da verilmelidir.

5. Yukarıda 2 ve 3’üncü paragraflarda belirtilen izin, ilgili kişinin menfaatine daha uygun olacaksa her zaman geri çekilebilir.”

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi m 7; *“Ciddi nitelikte akıl hastalığı olan bir kişi, -gözetim, denetim ve bir makama başvurma işlemleri dâhil, kanunda belirtilen koruyucu şartlara bağlı olarak sadece böyle bir tedavi yapılmadığı takdirde sağlığına ciddi bir zarar gelmesinin muhtemel olduğu durumlarda, muvafakatı olmaksızın, akıl hastalığının tedavi edilmesini amaçlayan bir müdahaleye tabi tutulabilir.”*



Herhangi bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için hastanın rızasının olması gerekmektedir. Ancak, hastanın neye rıza gösterdiğini de anlaması ve tüm sonuçlarını bilerek rıza göstermesi gerekmektedir. Bu sebeple fiil ehliyetine sahip olan hastanın, kendisine uygulanacak tedavi ya da teknolojiye izin vermeden önce kendisine uygulanacak tedavi ya da teknoloji hakkında yeterli ve anlayabileceği düzeyde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hastanın yarar, risk ve alternatifler yönünden yeterli düzeyde ve anlayabileceği şekilde aydınlatılarak rızasının alınmasına “aydınlatılmış onam” denilmektedir. Uygulanacak tıbbi müdahaleden önce aydınlatılmış onam alınması yükümlülüğünün temeli Anayasa’ya dayanmaktadır.

Anayasa m 17/2; “Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı hâller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.” Anayasa’nın bu hükmü, ulusal hukukta aydınlatılmış onamın temelini oluşturmaktadır. Türk Hukuku’nda, hukuk normları hiyerarşisine bakıldığında, en üstte Anayasa’nın olduğu görülmektedir. Bu sebeple Türk Hukuku’nda hiçbir kanun, milletlerarası antlaşma, kanun hükmünde kararname, tüzük ya da yönetmelik Anayasa’ya aykırı olamaz.

Tıbbi müdahaleden önce aydınlatılmış onamın alınması gerekliliğini gösterir diğer mevzuat hükümlerine aşağıda yer verilmiştir.

Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun m 70; “Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyeyi cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.)”

Hasta Hakları Yönetmeliği m 15; “Hastaya; a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, ç) Muhtemel komplikasyonları, d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği, hususların da bilgi verilir.”

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi m. 14/2; “.....teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır. Ancak, hastalığın vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur.”

Türk Ceza Kanunu m. 90/2-g; “İnsan üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için; deneyin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak açıklanan rızanın yazılı olması ve herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmaması gerekir.”

Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun m 7; “Organ ve doku alacak hekimler:

a) Vericiye, uygun bir biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi vermek;

b) Organ ve doku verenin, alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında vericiyi aydınlatmak zorundadırlar.”

Türk Tabipleri Birliği Meslek Etiği Kuralları m 26/1; “Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın



Bölüm 9: Yasal Yönler

sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.”

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi m.5; *“Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş olarak muvafakat vermesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında önceden uygun bilgiler verilmelidir. İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir.”*

Aydınlatılmış onam konusunda Türkiye’de ilkeyi belirleyen ve ilk olan karar, 1977 tarihli bir yargıtay kararıdır. Türk mahkemeleri genel itibarıyla karşılarına çıkan uyuşmazlıklarda, kanunlarda açık hüküm bulunmaması hâlinde yargıtay kararlarını esas almakta ve bu sebeple de yargılamada yargıtay kararları büyük önem arz etmektedir. Bahse konu, yargıtay kararının aydınlatılmış onama ilişkin bir bölümü şu şekildedir. *“Rızanın hukuken geçerli olabilmesi için kişinin sağlık durumunu, yapılacak müdahaleyi ve etkileri ile sonuçlarını bilmesi (B.- age - 125 vd.), bu konuda yeteri kadar aydınlanması ve iradesini bildirirken baskı altında kalmaması, serbest olması gerekir. Bu itibardır ki ancak aydınlanmış ve serbest bir irade sonucu verilmiş rıza hukuken değerli olan bir rızadır”* [4].

Uygulamada mahkemeler, ayrıntılı bir aydınlatmaya önem vermektedirler. Hekimin hastanın sağlığını daha fazla tehdit etmemek, hastaya zarar vermemek yönündeki endişeleri, burada arka plana atmaları gerekmekte ve hastayı yeterince aydınlatmaları gerekmektedir. Hekim açısından ön planda olan husus hastanın iyileşmesi iken, mahkemeler için öncelikle göz önünde bulundurulması gereken husus, hastanın kendi geleceğini bizzat belirleme hakkına saygı gösterilmesidir ve bu nedenle hastanın karar verme özgürlüğünü kullanmasına olanak tanınmasıdır. Nitekim bir mahkeme kararına konu olayda, kalça ameliyatı olan hastaya, ameliyattan uzunca bir süre sonra dahi acıların devam edeceği, hatta yerine göre ameliyat öncesine göre daha şiddetli acıların söz konusu olacağının açıklanmamış olması, hastanın ameliyat için verdiği rızanın mahkemece geçersiz olarak kabul edilmesine ve dolayısıyla hem ameliyatın hem de ameliyat sonrası acıların gerek tazminat ve gerekse ceza sorumluluğu gerektirmesine yol açmıştır [5].

Yukarıda bahsetmiş olduğumuz hasta haklarından, hastanın bilgi verilmesini yasaklama hakkı ve hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkı özellikle son yıllarda gelişen teknoloji ile birlikte daha çok gündeme gelmeye başlamıştır. Hastanın kendisi ile ilgili emareleri içeren bilgiler kişisel bilgi olup, bu bilgilerin hastanın rızası olmaksızın açıklanması yahut korunmasına yönelik yeterli tedbirlerin alınmaması kişilik haklarının ihlali kapsamındadır. Bunun istisnası ise kanunun emredici hükümleridir. Örneğin; kanunda belirtilen ve ihbarı zaruri olan bir kısım bulaşıcı hastalıklardan birini taşıyan bir hastanın, hastalığı tespit edildiği anda ihbar edilmesi zaruridir. Bu aşamada, hastanın bu bilgisinin ihbar edilmesini istememesinin bir önemi bulunmamaktadır. Hastanın izin vermediği gerekçesiyle ihbar edilmemesi ise hekimi sorumluluktan kurtarmayacaktır.

Hastanın kişisel bilgilerinin gizlenmesi, hastanın mahremiyeti kapsamında değerlendirilmektedir. Hastaya uygulanan her türlü tıbbi müdahalenin gizlilik içinde yürütülmesi esastır. Hastaya uygulanan tıbbi müdahale sonucunda elde edilen bilgilerin de saklanması ve başka bir kurum, kanuni/hu-



kuki temsilci, refakatçi ya da hekime iletilmesi gereken durumlarda da her türlü önlemin alınması gerekmekte, üçüncü kişilere verilerin paylaşımı sırasında bu kişilerin de aynı güvenlilik önlemlerine sahip olması gerekmektedir. Kişisel verilerin korunması, küreselleşme ve ülkeler arasında artan veri trafiği nedeni ile sosyal ve iktisadi açıdan uluslararası düzeyde önem arz etmektedir. Gelişen teknoloji ile birlikte, hastaların bilgilerinin teknolojik ortamlarda saklanması ve bu bilgilerin elektronik ortamda aktarılması, hastanın tedavisiyle ilgili olmayan üçüncü kişilerin de hastanın bilgilerine erişimini kolaylaştırmaktadır. Bu sebeple, son yıllarda ülkelerin veri koruma hukuki altyapılarının uyumlaştırılması çabaları artmış ve bu kapsamda uluslararası sözleşmeler hazırlanmıştır.

Kişisel verilerin korunmasına ilişkin uluslararası düzenlemeler şu şekildedir: Avrupa Birliği'nin 24 Ekim 1995 tarihli Kişisel Verilerin İşlenmesinde Gerçek Kişilerin Korunması ve Bu Verilerin Serbest Dolaşımı isimli direktifi, 2016 yılında kabul edilen AB Genel Veri Koruma Yönetmeliği ve AB Temel Haklar Şartı. Ulusal düzenlemelerimize bakıldığında ise Anayasa başta olmak üzere, Hasta Hakları Yönetmeliği ve Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'dur. Kişisel verilerin korunması hükümlerinin ihlali aynı zamanda Türk Ceza Kanunu kapsamında cezai sorumluluk gerektiren bir suç olarak yer almıştır.

AB Genel Veri Koruma Yönetmeliği'nde kişisel veri tanımı şu şekilde yapılmıştır.

“Kişisel veri, bir kişinin bireysel olarak tespit edilmesini sağlayan her türlü bilgidir. Bu tek bir bilgi olabileceği gibi, birbiriyle ilişkili çok sayıda bilgi de olabilir. Kişinin adı, adresi, kimlik numarası, doğum tarihi, fotoğrafı, varsa aracının tescil numarası, kredi kartı numaraları, parmak izleri, IP adresi, sağlık raporları kişisel verilere verilebilecek örneklerdir.”

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi m. 10;

- “1. Herkes, kendi sağlığı hususundaki bilgilerle ilgili olarak, özel yaşamına saygı gösterilmesi hakkına sahiptir.*
- 2. Herkes, kendi sağlığı hususunda toplanmış her bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bununla beraber bireylerin, bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir.*
- 3. İstisnai durumlarda, 2'nci paragrafta belirtilen hakların kullanımına, hastanın yararı için kanuni kısıtlamalar getirilebilir.”*

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin yukarıda yer alan maddesinde, kişilerin sağlık bilgilerinin özel hayata ilişkin olduğu, özel hayata saygı gösterilmesi gerektiği, bu bilgileri istedikleri zaman edinebilmeleri ve istedikleri zaman da bilgilendirilmeme hakkına sahip oldukları vurgulanmıştır. İlgili madde aynı zamanda istisnai durumlarda bu hakka sınırlama getirilebileceğini de öngörmüştür. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin uluslararası bağlayıcılığı olan bir sözleşme olduğuna yukarıda değinmiştik. Nitekim, Türkiye de 4 Nisan 1997 tarihinde bu sözleşmeyi imzalamış ve TBMM tarafından onaylanarak, onaylandığına dair Kanun 9 Aralık 2003 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye'deki mevcut düzenlemelerin bu sözleşmeye paralel şekilde hükümler içerdiğini söyleyebiliriz.

Hasta Hakları Yönetmeliği m. 16; *“Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.”*

Hasta Hakları Yönetmeliği m. 20; *“İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği hâller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç*



Bölüm 9: Yasal Yönler

kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir.”

Kişisel verilerin ve dolayısıyla kişisel bilgi kapsamında yer alan sağlık bilgilerinin korunması, bu konuda gerekli önlemlerin alınması ve hukuki altyapının oluşturulması insan hakları kapsamında da bir zorunluluktur. Kişisel verilerin korunması gerekliliğine, Anayasa'nın 20. Maddesi'nde Özel Haya-tın Gizliliği başlıklı bölümde yer verilmiştir. Buna göre; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenme hakkı bulunmaktadır. Bunun istinası ise iki şekilde olabilmektedir: İlki, eğer kanunda yer alan açık düzenlemeyle bunun aksi öngörülmüşse, bu durumda kişinin bilgileri ilgili yerlerle paylaşılabilir. İkincisi ise kişinin açık rızasının bulunması durumunda söz konusudur.

Danıştay 15. Dairesi'nin 2014/5076 E. 215/2184 K. 15.04.2015 tarihli kararında, gebe kadına yanlış teşhis ve tedavi uygulanması nedeni ile çocuğun kaybedilmesi ve hasta dosyasının kendisine verilmemesi bakımından ağır hizmet kusuru işlendiği iddiasıyla yapılan incelemede, hasta dosyasının hastaya verilmemesi ve teşhis/tedaviye yönelik yeterli açıklamaların yapılmamış olması sebebiyle Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15 ve 16. Maddeleri'nin ihlal edildiğine karar verilmiştir.

Kişilerin bilgilerinin yakınlarına verilmesini ya da üçüncü kişilerin bu bilgilere erişmesini istememesinin pek çok sebebi bulunmaktadır. Bu bilgiler, kişilerin aile hayatını, sosyal hayatını ve hatta iş hayatını sekteye uğratabilecek nitelikte olabilir. Örneğin; bir kişinin HPV virüsü taşıdığına çalıştığı ofiste iş arkadaşları tarafından öğrenilmesi, o kişinin iş hayatını neredeyse tamamen sekteye uğratabilecek niteliktedir. Yine ergin bir kişinin kendisiyle ilgili bir bilginin eşi ya da ailesi tarafından öğrenilmesi, aile hayatını sona erdirebilecek, yahut ciddi sıkıntılar yaratabilecek nitelikte olabilir. Tüm bu hususlar birlikte değerlendirildiğinde, kişisel verilerin korunmasının önemi daha da net anlaşılmaktadır. Ancak, bazen kişiler açısından kendisine ilişkin bilgilerin paylaşılması herhangi bir sıkıntı oluşturmamaktadır. Bu gibi durumlarda bilgileri paylaşılacak olan kişinin, bu bilgilerin paylaşılabilmesi için açık rızasının bulunması gerekmektedir. Yine bu kapsamda, STD değerlendirmeleri aşamasında da kişilerin bilgilerinin paylaşılabilmesi için kişinin açık rızasının alınması gerekmektedir.

Kişisel bilgilerin paylaşılmasına ilişkin olarak mevzuatımızda aynı zamanda cezai sorumluluk da öngörülmüştür. Bu konuya ilişkin suçlara, Türk Ceza Kanunu'nun 132-140. maddeleri arasında yer verilmiştir.

TCK m 134;

“(1) Kişilerin özel hayatının gizliliğini ihlal eden kimse, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Gizliliğin görüntü veya seslerin kayda alınması suretiyle ihlal edilmesi hâlinde, verilecek ceza bir kat artırılır.

(2) Kişilerin özel hayatına ilişkin görüntü veya sesleri hukuka aykırı olarak ifşa eden kimse iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. İfşa edilen bu verilerin basın ve yayın yoluyla yayımlanması hâlinde de aynı cezaya hükmolunur.

TCK m. 135;

“(1) Hukuka aykırı olarak kişisel verileri kaydeden kimseye bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilir.
(2) Kişisel verinin, kişilerin siyasi, felsefi veya dini görüşlerine, ırki kökenlerine; hukuka aykırı olarak ahlaki eğilimlerine, cinsel yaşamlarına, sağlık durumlarına veya sendikal bağlantılarına ilişkin



olması durumunda birinci fıkra uyarınca verilecek ceza yarı oranında artırılır.”

TCK m. 136;

“(1) Kişisel verileri, hukuka aykırı olarak bir başkasına veren, yayan veya ele geçiren kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”

TCK m. 137; “(1) Yukarıdaki maddelerde tanımlanan suçların;

a) Kamu görevlisi tarafından ve görevinin verdiği yetki kötüye kullanılmak suretiyle,

b) Belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle, işlenmesi hâlinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.”

TCK m. 138;

“(1) Kanunların belirlediği sürelerin geçmiş olmasına karşın verileri sistem içinde yok etmekle yükümlü olanlara görevlerini yerine getirmediklerinde bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası verilir.

(2) Suçun konusunun Ceza Muhakemesi Kanunu hükümlerine göre ortadan kaldırılması veya yok edilmesi gereken veri olması hâlinde verilecek ceza bir kat artırılır.”

Yukarıda yer alan maddeler gereğince, kişisel verilerin hastanın izni olmaksızın yayılması ya da paylaşılması TCK kapsamında suç teşkil etmektedir. Ancak, bu suçların soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete tabidir. Eğer kişi, şahsi verilerinin izinsiz paylaşılması sebebiyle suç duyurusunda bulunursa, bu ihlali gerçekleştiren kişilerin cezalandırılması da gündeme gelecektir. Tüm uluslararası ve ulusal düzenlemeler incelendiğinde görülmektedir ki; gelişen teknoloji kişisel verilerin korunmasını güçleştirmekte ve bu sebeple daha sıkı yasal önlemler alınmaktadır. Teknoloji uygulanırken insan haklarına dikkat edilmesi ve bir teknoloji uygulamaya geçirilmeden önce tüm risklerin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, bu doğrultuda da gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

Hastalara uygulanacak olan teknolojinin üretimi, yerel ya da ithal olabilmektedir. İthal edilerek getirilen ürünler bakımından, ithalatın yapıldığı ülke kanunlarının uygulanması gündeme gelmekle birlikte, Gümrük ve Ticaret Bakanlığı tarafından yayımlanan Garanti Belgesi Yönetmeliği gereğince, ithal de olsa Türkiye sınırları içinde satılan ürünlerin bazıları için üretici ya da ithalatçı garanti vermek zorundadır. Bu ürünler için verilen garantiler en az 2 yıl olmak durumundadır. Burada ayırımının yapılması gereken husus, satın alan kişinin tüketici mi, yoksa ticari bir şirket mi olduğunun tespit edilmesidir. Mevzuatımızda, tüketiciler yönünden Tüketicinin Korunması Kanunu hükümleri uygulanmakta iken, ticari işletmeler yönünden Türk Ticaret Kanunu ve Türk Borçlar Kanunu hükümleri uygulanmaktadır. Dolayısıyla imalatçı garantisine ilişkin olarak uygulanacak hükümler, satış işleminin yapıldığı tarafa göre değişiklik göstermekte ve aynı zamanda taraflar arasında ikame edilen sözleşme hükümleri de önem arz etmektedir.

Tıbbi cihazların üretimine ve taşınması gereken koşullara ilişkin Tıbbi Cihaz Yönetmeliği bulunmaktadır. Bu yönetmelik hükümleri gereğince, tıbbi cihaz ve aksesuarlarının tasarımı, imalatı, piyasaya arzı, hizmete sunulması, kullanımı ve denetimi ile ilgili bütün faaliyetler bu yönetmelik hükümleri esas alınarak yapılacaktır. Ancak bir cihaz, tıbbi ürün ile kombine hâlde tek bir ürün olarak piyasaya sürülüyorsa ve tek kullanımlık ise bu tek ürün Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği hükümlerine tabi olacaktır. Tıbbi ürünlerin pazarlanması ve reklamının yapılmasına ilişkin olarak ise ülkemizde Tıbbi Cihaz Satış, Tanıtım ve Reklam Yönetmeliği bulunmaktadır.

Tıbbi Cihaz Satış, Tanıtım ve Reklam Yönetmeliği m. 15;



Bölüm 9: Yasal Yönler

“(1) Münhasıran sağlık meslek mensupları tarafından kullanılması veya uygulanması gereken cihazlar ile geri ödeme kapsamında olan cihazların, internet dâhil halka açık yayın yapılan her türlü medya ve iletişim ortamında program, film, dizi film, haber ve benzeri yollarla doğrudan veya dolaylı olarak topluma reklamı yapılamaz. Bakanlığın veya Kurumun izni ile yapılan ve sağlık meslek mensuplarına cihazın piyasaya arz edildiğini duyuran gazete/dergi ilanları ile satış merkezlerinin resmi internet sitelerinde yapmış oldukları cihaz bilgilendirmeleri bu hükmün kapsamı dışındadır.

(2) Münhasıran sağlık meslek mensupları tarafından kullanılması veya uygulanması gereken cihazlar ile geri ödeme kapsamında olan cihazlar dışında kalan cihazların reklamı yapılabilir.

(3) Yapılan reklamlar, 7/11/2013 tarihli ve 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun, 15/2/2011 tarihli ve 6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun ve ilgili diğer mevzuat hükümlerine uygun olmak zorundadır.

(4) Reklam verenler, reklamcılar ve mecra kuruluşları veya aracıları bu yönetmelikte belirtilen ilkelere uymakla yükümlüdür.”

İlgili madde hükmü gereğince, sadece sağlık meslek mensupları tarafından kullanılabilen veya uygulanabilen cihazlar ile geri ödeme kapsamında olan cihazların halka açık yayın yapan hiçbir yerde reklamının yapılamayacağı öngörülmüştür.

Yukarıda ismini zikretmiş olduğumuz tüm yönetmeliklerin kapsamlı bir değerlendirilmesi yapıldığında, öncelikle tıbbi malzemenin niteliklerinin ayrıntılı bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Sonraki aşamada üretim, pazarlama ve satış aşamasına ilişkin olarak tıbbi ürünün niteliğini karşılayan mevzuat hükümlerinin uygulanması gerekmektedir. Yine önemle belirtmek gerekir ki bu tür ürünlerin üretimlerini yapan firmaların kayıt listelerine ilişkin esaslar da yine bahse konu yönetmelikler gereğince belirlenecektir.

Hasta, kendisine yapılacak tıbbi müdahalenin risk, fayda ve alternatiflerine ilişkin yeterli düzeyde aydınlatıldıktan sonra, kendisinin açık rızasıyla tıbbi müdahale uygulanabilecektir. Tıbbi müdahalenin uygulanması aşamasında komplikasyon gündeme gelebilir (Hastanın komplikasyon konusunda da açık bir şekilde bilgilendirilmesi ve aydınlatılması gerekmektedir.). Klasik tıp bilgilerinde (Uluslararası kitaplarda ve yayınlarda) komplikasyon; yapılan bir tıbbi müdahale sonucunda tıbbin kabul ettiği normal risk ve sapmalar içinde kötü sonuçlar meydana gelse bile, hekime sorumluluk yükletilmeyen olumsuzluklardır şeklinde tanımlanmıştır [6]. Ancak burada dikkat edilmesi gereken husus, komplikasyonun malpraktise dönüşmemesidir. Zamanında fark edilmez ise fark edilmesine rağmen gerekli önlemler alınmaz ise ya da fark edilip önlem alınmasına rağmen, bu önlemler standart tıbbi girişim olarak değerlendirilmez ise malpraktisten söz edilecektir. Yine önemle belirtmek gerekir ki yapılan araştırmalara göre, sünnet uygulamalarında malpraktis oluşmasının en büyük nedeni, sağlık personeli olmayan kişilerin ya da deneyimsiz sağlık personelinin tıbbi uygulamayı gerçekleştirmesidir.[8] Müdahaleyi yapan sağlık memurunun belirtilen aşamalarda herhangi bir kusuru bulunmamakta, ancak istenmeyen sonuç kullanılan tıbbi malzeme dolayısıyla meydana geldiyse bu durumda imalatçının sorumluluğu gündeme gelecektir. Elbette, imalatçının sorumluluğuna gidilmeden önce, tıbbi malzemenin uygun koşullarda saklanıp saklanmadığı ve tavsiye edilen şekilde kullanılıp kullanılmadığının tespit edilmesi, bu aşamalarda tüm prosedür yerine getirilmesine rağmen üretime bağlı bir hatadan kaynaklı olarak istenmeyen sonuç meydana gelmişse üreticinin sorumluluğuna gidilmesi söz konusu olacaktır.



9.3. Tartışma ve Sonuç

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için bir endikasyonun bulunması gerekmektedir. Sünnet, sosyal endikasyon olarak kabul edilmektedir ve ülkemizde genellikle küçük yaştaki erkek çocuklarına uygulanmaktadır. Tüm bu açıklamalardan bahisle, mevcut araştırma için şunları söylemek mümkün olacaktır. Kullanılacak olan tek kullanımlık sünnet aletlerinin tüm riskleri, faydaları, var ise alternatifleri ve bu alternatiflerin riskleri ve faydalarının hastaya (yahut veli/vasisine) anlayabilecekleri şekilde anlatılması kanun gereği bir zorunluluktur. Tüm bu süreç içinde ise hastaların kişilik haklarının korunmasına özen gösterilmesi, özel hayatın gizliliğine saygı gösterilmesi ve tedavi süreci içinde elde edilen tüm bilgi ve belgelerin uygun koşullarda saklanması gerekmektedir.

Yeni üretilen/uygulamaya geçirilen teknoloji ile ilgili esaslara kanunlarda ve yönetmeliklerde yer verilmektedir. Mevcut mevzuatta yeterli düzenleme bulunmaması durumunda; yeni kanunların, kanun hükmünde kararnamelerin ya da yönetmeliklerin çıkartılması, yahut mevcut mevzuat üzerinde değişiklikler yapılması söz konusu olmaktadır. Bu eylemler gerçekleştirilene kadar ki süreçte ise Yargıtay ve Danıştay içtihatları mahkemelere yol gösterici olmaktadır. Araştırma sorularından “Sağlık Bakımından Eşitlik” başlıklı bölümde, teknolojiye eşit bir erişimi garanti edecek uygun süreçlerin veya kaynaklar açısından yasalar/bağlayıcı kuralların neye ihtiyaç duyduğu öğrenilmek istenmiştir. Bu konuda, erişimi sağlayacak olan sektör temsilcilerinin bağlı bulunduğu odalar ve Sivil Toplum Kuruluşları'nın Sağlık Bakanlığınca süreçlere dâhil edilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte Sosyal Güvenlik Kurumunun, bu hususta etkin bir rol üstlenmesi faydalı olacaktır.

Bağlayıcı kuralların hazırlanması ve bunların uygulanmasına ilişkin çıkar çatışmaları ile ilgili endişenin olup olmadığı konusunda tarafımızca detaylı bir değerlendirmenin yapılması mümkün değildir. Ancak, hukuk düzeninde, sektöre bağlı üretim normlarının kanun tarafından düzenlenmesi, üreticiden tüketiciye kadar uzanan tüm aktörler açısından endişeden daha çok güven duygusunun oluşmasına sebep olacaktır.



9.4. Kaynaklar

1. GÜLHAN, İbrahim; Avrupa Birliği'nde Hasta Hakları, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 2014
2. ÖZTAN, Bilge, Medeni Hukuk'un Temel Kavramları, 2002, S. 221
3. ÖZKAN, Hasan; AKYILDIZ Sunay, Hasta Hekim Hakları ve Davaları, 2008
4. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, 1976/6297 E, 1977/2541 K, 07.03.1977 Tarih.
5. HAKERİ, Hakan, Tıp Hukuku, 2012, s. 271.
6. Çelik, F. Komplikasyon. Tıp Hukuku Atölyesi. Akyıldız/ Hakeri/Çelik/Somer, 2013.
7. İzgi, M Cumhuri, Türk Psikiyatri Dergisi, 2014;25.
8. Danıştay 15. Dairesi, 2014/5076 E. 215/2184 K. 15.04.2015 Tarih
9. BÜYÜKÜNAL, Cenk(2017)EğrisiileDoğrusiileYenidoğanSünneti,TürkiyeKlinikleriJ PediatrSurg-SpecialTopics2017;7(1):95-100.
10. HAKERİ, Hakan, Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı.
11. Türk Medeni Kanunu
12. Türk Ceza Kanunu
13. Hasta Hakları Yönetmeliği
14. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi
15. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
16. Anayasa
17. Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun
18. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
19. Türk Tabipleri Birliği Meslek Etiği Kuralları
20. Tıbbi Cihaz Satış, Tanıtım ve Reklam Yönetmeliği



Ek 1.

Sistematiik Tarama

SHGM STD Daire Başkanlığı sorumluluğunda yürütölen “Tek Kullanımlık Sünnet Tıbbi Malzemesi” konulu Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) çalışmasında belirlenen PICO’ya (Pupolation-Intervention-Comparator-Outcome) göre, HTA Core Model® Domain (etki alanı) aşağıda belirtilen araştırma sorularının cevaplanmasında kullanılacak literatürlerin sistematiik tarama kriterleri, tarama tarih aralığı, kısıtları, araştırma terimleri oluşturulmuş ve yapılan çalışma sonucu tarama kapsam ve kısıtları aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

- ▶ Pubmed, Medline, Embase, Cochrane veri tabanlarında ve ilave olarak Google Scholar arama motorunda taramalar yapılmıştır.
- ▶ Tek kullanımlık, cerrahi olmayan/minimal cerrahi gerektiren sünnet aletlerinin kullanımıyla sünnet uygulamaları ve geleneksel cerrahi prosedürü kullanarak sünnet uygulamaları çalışmaya dâhil edilmiştir.
- ▶ Yenidoğan, çocuk, ergen ve yetişkin erkekler hasta kapsamında çalışmaya dâhil edilmiştir.
- ▶ Taramalar, 1 Ocak 2007-30 Haziran 2017 tarihleri arasını kapsayacak şekilde İngilizce ve Türkçe dillerinde yapılmıştır.
- ▶ Yapılan sistematiik tarama sonucunda bulunan çalışmalar incelenmiştir.

Sistematiik tarama stratejisine göre ve araştırma terimlerine göre yapılan taramalar sonrasında, veri tabanlarından elde edilen makaleler dublikasyon ve özet açısından incelenmiştir. Sonrasında seçilen makalelerin HTA Core Model® araştırma sorularını karşılayıp karşılamama durumları değerlendirilmiş ve son eleme sonucunda kalan makale çalışma için kabul edilmiştir. Detaylı sistematiik tarama sonuçları aşağıda sunulmuştur.



Ek 1. Sistematik Tarama

Tablo Ek.1. Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışması literatür taraması: anahtar kelimeler

Bölüm	Anahtar kelimeler	
	Türkçe	İngilizce
	«Sünnet-erkek-alet» ve/veya	«Circumcision and male and device» and/or
1.Sağlık problemi ve teknolojinin günümüzde kullanımı	Alet	Device
2. Teknolojinin tanımı ve teknik özellikleri	Cerrahi prosedür	Surgical procedure
	Teknoloji	Technology
3.Güvenlilik	Güvenlilik	Safety
4. Klinik etkinlik	Etkinlik	Effectiveness
	Etki	Efficacy
	Yaşam kalitesi	Quality of Life
	Ameliyathane/operasyon odası	Operation room
	Etkinlik: sünnet ve alet ve (etkinlik veya yarar veya etki veya efekt)	Effectiveness: Circumcision and device and (effectiveness or efficacy or effect or effects)
	Güvenlilik: sünnet ve alet ve güvenlilik	Safety: Circumcision and device and safety
5. Maliyetler ve ekonomik değerlendirme için anahtar kelimeler	Maliyet	Cost
	Maliyet etkinlik	Cost-effectiveness
	Sağlık teknolojisi değerlendirmesi	Health Technology Assessment
6. Etik	Etik	Ethic
7. Organizasyonel	Organizasyonel	Organizational
8. Hasta & sosyal boyutlar	Hasta	Patient
	Psikolojik	Psychological
	Sosyal	Social
	Din	Religion
	Kültür	Culture
9. Yasal boyutlar	Yasal	Legal

Tablo Ek.2. Sağlık problemi ve teknolojinin günümüzde kullanımı bölümü araştırma soruları.

Kategori	Soru
Hedef topluluk	Bu değerlendirme için en uygun hedef topluluk(lar) nedir? (Erkek, yaş: yenidoğanlar, 3-5 yaş?)
Hedef koşulu	Cerrahi prosedürler ve tek kullanımlık aletlerin sünnet için kullanımında bilinen risk faktörleri nelerdir?
	Hastaya, aileye, topluma, sağlık personeline ve yetkililere sünnetin yükü ve faydası nedir?
	Tek kullanımlık sünnet aletleri ile hedeflenen cerrahi prosedürlerin sünnetin sonuçlarına/yüküne bakış açısı nedir?
Güncel yönetim	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin diğer özgün veya yaygın alternatifleri nelerdir?
	Sünnet günümüzde Türkiye'de nasıl yönetilmektedir? Kılavuzlar yayımlanmakta mıdır? Pratikte uygulanmakta mıdır?
	Türkiye'de, tek kullanımlık sünnet aletlerinin kullanımında, bölgeler/ortamlar arasında herhangi bir farklılık var mı?
Kullanım	Tek kullanımlık sünnet aletleri ne sıklıkta kullanılmaktadır?
	Tek kullanımlık aletlerin kullanımı için hangi çocukların uygun olduğuna kim ve hangi temele göre karar veriyor?
	Tek kullanımlık sünnet aletleri yeni, yenilikçi bir bakım modelini, standart bir bakım modelinin eklenti veya modifikasyonunu ya da değiştirilmesini nasıl temsil etmektedir?
Düzenleyici statü	Pazarlama yetkisi ya da CE işareti alınan tek kullanımlık aletler nelerdir?
	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin geri ödeme durumu nedir?



Sistematik tarama sonucunda ulaşılan çalışmaların özetleri üzerinden belirlenen PICO kriterlerine ve araştırma sorularına göre değerlendirme yapılmıştır.

Tablo Ek.3. Teknoloji ile ilgili açıklama ve spekülasyonlar: araştırma soruları.

Teknolojinin özelliği	Tek kullanımlık sünnet aletleri nelerdir ve karşılaştırmaları nelerdir?
	Karşılaştırmalarla ilgili olarak tek kullanımlık sünnet aletlerinin iddia edeceği yararlar nelerdir?
	Tek kullanımlık sünnet aletleri ile karşılaştırmaların gelişim ve uygulama durumları nelerdir?
	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırmaları kim yönetmektedir? Hangi şartlar ve bakım düzeyi sağlanmaktadır?
	Referans değerleri ve kesme noktaları açıkça belirtilmiş mi?
Teknoloji kullanımında gerekli olan yatırımlar ve araçlar	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin kullanılması için hangi maddi yatırımlara ihtiyaç vardır?
	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırmaları kullanmak için ne tür özel bir tesise ihtiyaç vardır?
	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırmaları kullanmak için hangi ekipman ve malzemeye ihtiyaç vardır?
	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırmaların kullanımını izlemek için ne türde veri/kayıt ve/veya kayıt defterine ihtiyaç vardır?
Teknoloji kullanımında gerekli eğitim ve bilgi	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin kullanımı ya da kullanımının sürdürülmesi için kalifikasyon ve kalite güvence süreçleri açısından ne gibi şartlar gereklidir?
	Tek kullanımlık sünnet aletlerini kullanan personel/hasta bakıcı için ne gibi beceri, eğitim özellikleri ve bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır?
	Çocukların aileleri için ne gibi eğitim kaynakları ve bilgiler sağlanmalıdır?
Teknoloji kullanımında eğitim ve bilgi	Teknoloji ile ilgili hangi bilgiler halka sağlanmalıdır?
Diğer	Teknolojiyi kim üretir?

Tablo Ek.4. Güvenlilik ile ilgili araştırma soruları.

Kategori	Soru
Hasta güvenliği	Tek kullanımlık sünnet aletleri, karşılaştırmalara göre ne kadar güvenlidir?
	Zarar, her tek kullanımlık sünnet aletlerinin uygulanma yoluyla ilişkili mi?
	Zararın sıklığı veya şiddeti zaman içinde veya alete göre nasıl değişir?
	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin kullanımı ile zarar görme olasılığı daha yüksek olan duyarlı hasta grupları nelerdir?
	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırmalar kullanıcı kaynaklı zararlarla ilişkili mi?
İş güvenliği	Tek kullanımlık sünnet aletleri kullanıldığında ne gibi mesleki zararlar ortaya çıkmaktadır?
Çevre güvenliği	Tek kullanımlık sünnet aletleri kullanıldığında toplum ve çevre için ne gibi riskler ortaya çıkabilir?
Güvenlilik riski yönetimi	Çocuklar için güvenlilik riskleri nasıl azaltılabilir (Teknolojiden, kullanıcıdan ve çocuklardan kaynaklanan durumlar dâhil)?
	Uzmanlar için güvenlilik riskleri nasıl azaltılabilir (Teknolojiden, kullanıcıdan ve çocuklardan kaynaklanan durumlar dâhil)?
	Çevre için güvenlilik riskleri nasıl azaltılabilir (Teknolojiden, kullanıcıdan ve çocuklardan kaynaklanan durumlar dâhil)?
	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırmaların izlenebilmesi için ne tür veri/kayıt ve/veya kayıt defterine ihtiyacı vardır?



Ek 1. Sistematik Tarama

Tablo Ek.5. Klinik etkililik araştırma soruları

Kategori	Soru
Morbidite	Tek kullanımlık sünnet aletleri komplikasyonlara nasıl neden olur?
Fonksiyon	Bireylerin cinsel fonksiyonu üzerinde tek kullanımlık sünnet aletlerinin etkisi nedir? Tek kullanımlık sünnet aletlerinin günlük aktivite becerileri üzerindeki etkisi nedir?
Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin jenerik sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkisi nedir? Tek kullanımlık sünnet aletlerinin fonksiyona özgü yaşam kalitesi üzerindeki etkisi nedir?
Bireylerin memnuniyeti	Bireyler teknolojidenden memnun kaldı mı?
Yönetim değişikliği	Tek kullanımlık sünnet aletleri hastaneye yatış ihtiyacını nasıl değiştirir?
Fayda-zarar dengesi	Teknolojinin sağlık sonuçlarına genel fayda ve zararları nelerdir?

Tablo Ek.6. Maliyet ve ekonomik değerlendirme araştırma soruları

Kategori	Soru
Kaynak kullanımı	Değerlendirilen teknoloji ve karşılaştırıcıları vergilendirilirken hangi tip kaynaklar kullanılmaktadır (Kaynak kullanımı tanımlama)? Değerlendirilen teknoloji ve karşılaştırıcıları vergilendirilirken ne kadar miktarda kaynak kullanılmaktadır (Kaynak kullanımı ölçümü)? Değerlendirilen teknoloji ve karşılaştırıcıların ölçülen ve/veya tahmini maliyetleri neydi? (Kaynak kullanımı değerlendirme)? Tek kullanımlık sünnet aletleri diğer teknolojilere olan ihtiyacı ve kaynakların kullanımını nasıl değiştirir? Karşılaştırılan teknolojilerin uygulanmasının olası bütçe etkileri nelerdir?
Sonuçların ölçümü ve tahmini	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırıcı(lar)ının ölçülen ve/veya tahmini sağlıkla ilgili sonuçları nedir/nelerdir? (Sonuç tanımlama, ölçme ve değerlendirme)?
Maliyet ve sonuçların incelenmesi	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırıcılar arasında maliyetler ve sonuçlar açısından tahmini farklılıklar nelerdir?
Belirsizliği tanımlama	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin ve karşılaştırıcılarının maliyetlerini ve ekonomik değerlendirmelerini çevreleyen belirsizlikler nelerdir?
Heterojeniteyi tanımlama	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırıcılarının kullanımında herhangi bir alt grup arasındaki değişiklikler maliyet, sonuç veya maliyet etkinlik açısından farklılıkları ne ölçüde açıklayabilir?
Modellerin geçerliliği	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırıcıları ile ilgili hangi yöntem bilimsel varsayımlar yapılmıştır? Tek kullanımlık sünnet aletleri ve karşılaştırıcılarının geçerli tanımları sağlandığında maliyetler, sonuçlar veya ekonomik değerlendirmeler ne derecede tahmin edilebilir?



Tablo Ek.7. Etik yönler analiz araştırma soruları

Kategori	Soru
Fayda-zarar dengesi	Çocuklar, ergenler ve yetişkinler için sünnetin sonuçları ve yükü nelerdir?
	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin sünnette uygulandığı veya uygulanmadığı durumlarda hastalar için bilinen ve tahmin edilen fayda ve zararlar nelerdir?
	Akrabalar, kurumlar, ticari kuruluşlar, toplum vb. için teknolojinin fayda ve zararları nelerdir?
	Tek kullanımlık sünnet aletleri ve uygulamalarının çocuklar, akrabalar, diğer bireyler, kurumlar, ticari kuruluşlar, toplum vb. için başka saklı ya da istenmeyen sonuçları var mı?
	Uygulamanın yarar ve zararlarına ilişkin kanıt üretimi için herhangi bir etik engel var mı?
Otonomi	Teknoloji özellikle savunmasız kişiler için mi kullanılmaktadır?
	Uygulama ya da tek kullanımlık sünnet aletlerinin kullanımı çocuğun hareket otonomisi yeteneğine ve olanağına etki eder mi?
	Teknoloji kullanıldığında çocuğun otonomisine saygı duyulması için bilgilendirme ile ilgili herhangi bir özel müdahaleye veya destekleyici eyleme ihtiyaç var mı?
	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin uygulanması ya da geri çekilmesi mesleki değerleri, etiği veya geleneksel rolleri sorgular mı, değiştirir mi?
	Teknolojinin uygulanması ya da kullanımı insan onuruna etki eder mi?
Bireylere saygı	Teknolojinin uygulanması ya da kullanımı bireylerin manevi, dini ve kültürel bütünlüğüne etki eder mi?
Adalet ve eşitlik	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin uygulanması ya da geri çekilmesi sağlık bakım kaynaklarının dağılımını nasıl etkiler?
	Benzer etik konulara sahip teknolojiler sağlık bakım sistemleri içinde nasıl değerlendirilir?
	Bir grubun veya kişinin tek kullanımlık sünnet aletlerine erişimini engelleyebilecek faktörler var mı?
Mevzuat	Tek kullanımlık sünnet aletlerinin uygulanması ya da kullanımı temel insan haklarının farkına varılmasına etki eder mi?
	Teknolojinin kullanımı mevcut mevzuat ve yönetmeliklerde dikkate alınmayan etik zorluklara neden olabilir mi?
HTA'nın etik sonuçları	Değerlendirmede bitiş noktaları, kesme değerleri ve karşılaştırmacılar/kontrollerin seçiminde etik sonuçlar nelerdir?
	Ekonomik değerlendirmede elde edilen veri ya da varsayımlarla ilgili herhangi bir etik problem var mı?



Ek 1. Sistematik Tarama

Tablo Ek.8. Organizasyonel yönler araştırma soruları

Kategori	Soru
Sağlık dağıtım süreci	Tek kullanımlık sünnet aletleri günümüzde çalışma süreçlerine nasıl etki etmektedir?
	Yeni teknoloji ile hangi türde çocuk/katılımcı akışı ilişkilendirilmektedir?
	Çocuklar/katılımcılar, diğer önemli kişiler ve/veya hasta bakıcılar için ne tür bir katılım seferber edilmelidir?
	Personele doğru eğitim ve öğretim ne tür bir süreçle sağlanmaktadır?
	Ne tür iş birliği ve iletişim aktiviteleri seferber edilmelidir?
	Yeni teknolojinin kalite-güvence ve izleme sistemleri hangi şekilde düzenlenmelidir?
	Merkezi olmama ve merkezileşme gereksinimleri teknolojinin uygulanmasını nasıl etkilemektedir?
Sağlık bakım sisteminin yapısı	Çocuklar/katılımcılar için yeni teknolojiye erişimi sağlayan süreçler nedir?
	Yeni teknolojinin edinimi ve kurulumu ile ilgili süreç maliyetleri nelerdir?
	Teknoloji, diğer teknolojiler ve kullanılan kaynaklar için olan ihtiyacı nasıl değiştirmektedir?
Süreçle ilgili maliyetler	Karşılaştırılan teknolojilerin uygulanmasının olası bütçe etkileri nelerdir?
	Teknolojiye hangi yönetim problemleri ve fırsatları eklenmiştir?
	Teknolojinin kullanımı için hangi insanların uygun olduğuna kim ve hangi temele göre karar vermektedir?
Yönetim	Teknoloji nasıl kabul edilir?

Tablo Ek.9. Hasta & sosyal yönler araştırma soruları

Kategori	Soru
Hastaların perspektifleri	Bireylerin/ailelerin teknolojiden beklentileri ve istekleri nedir, neyi kazanmayı umuyorlar?
	Bireyler/aileler değerlendirme aşamasındaki teknolojiyi nasıl algılamaktadır?
	Hasta bakıcıların yükü nedir?
	Bir grup ya da kişinin teknolojiye erişim kazanmasını engelleyen faktörler var mı?
	Tedavi seçenekleri bireylere/ailelere nasıl açıklanır?
İletişim yönleri	Bağlılık geliştirmek için bireylere/ailelere hangi özel konuların iletilmesi gerekebilir?
	Teknolojinin planlanması/uygulanmasında diğer ilgili gruplar nasıl dikkate alınır?
Kültür	



Tablo Ek.10. Yasal yönler araştırma soruları

Kategori	Soru
Hastanın otonomisi	Kullanıcıya ya da hastaya uygun bilgiyi sağlamak için ne tür yasal gereklilikler vardır ve bu teknoloji uygulanırken nasıl ele alınmalıdır?
	Azınlıklara ve niteliksiz kişilere izin verme yetkisi olan kimdir?
Hastanın gizliliği	Teknolojinin kullanılmasında hastanın mevcut bakımı ile doğrudan ilgisi olmayan ve gizliliğe saygı hakkını ihlal edebilecek ek bilgiler üretme ihtimali var mı?
	Hasta verilerini güvence altına almaya yönelik uygun önlemlerle ilgili olarak yasalar/bağlayıcı kurallar ne gerektirir ve bu teknoloji uygulanırken neler ele alınmalıdır?
Sağlık bakımında eşitlik	Teknolojiye eşit bir erişimi garanti edecek uygun süreçler veya kaynaklar açısından yasalar/bağlayıcı kurallar neye ihtiyaç duyar?
	Teknolojiye eşit erişim için çeşitli AB düzenlemelerinin ve yerel yönetmeliklerin sonuçları nelerdir?
Etik boyutlar	Teknolojinin uygulanması ya da kullanımı temel insan haklarının farkına varılmasını etkiler mi?
	Teknolojinin kullanımı mevcut mevzuat ve yönetmeliklerde dikkate alınmayan etik zorluklara neden olabilir mi?
Yetki ve güvenilirlik	Teknoloji hangi yetki ve kayıt listelerine sahip?
	Teknolojinin güvenliği açısından yasalar/bağlayıcı kurallar neye gereksinim duyar ve teknoloji uygulanırken nasıl ele alınmalıdır?
Mülkiyet ve sorumluluk	İmalatçı garantisinin genişlik, derinlik ve uzunluk konularında yasal veya bağlayıcı kuralları hakkında ne bilmemiz gerekir?
Piyananın düzenlenmesi	Teknoloji ile ilgili ne gibi yasal ücret kontrol mekanizmaları vardır?
	Edinilen ve kullanılan teknoloji için ne gibi düzenlemeler mevcuttur?
	Teknolojiyi hastalara pazarlamak için ne gibi yasal kısıtlamalar bulunmaktadır?
	Mevcut mevzuatın doğrudan uygulanabilir olmadığı yeni teknolojilerdeki yasal konular hakkında ne bilmemiz gerekir?
	Bağlayıcı kuralların hazırlanması ve bunların uygulanmasına ilişkin çıkar çatışmaları ile ilgili endişe var mı?



Ek 1. Sistemik Tarama

BÖLÜM 1 - Sağlık Sorunu ve Teknolojinin Günümüzde Kullanımı &

BÖLÜM 2 - Teknolojinin Tanımı ve Teknik Özellikleri Sistemik Tarama Sonuçları

1. ULAKBİM (Tarama Tarihi 13.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Device	33	0
Surgical procedure	-	-
Technology	-	-
Toplam	33	0

2. EMBASE (Tarama Tarihi 13.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Device	3	0
Surgical procedure	-	-
Technology	-	-
Toplam	3	0

3. PUBMED (Tarama Tarihi 13.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Device	39	17
Surgical procedure	37	-
Technology	1	-
Toplam	77	17

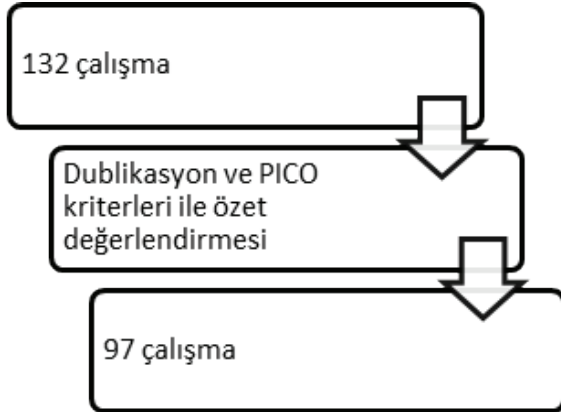
4. COCHRANE (Tarama Tarihi 13.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Device	10	6
Surgical procedure	-	-
Technology	-	-
Toplam	10	6

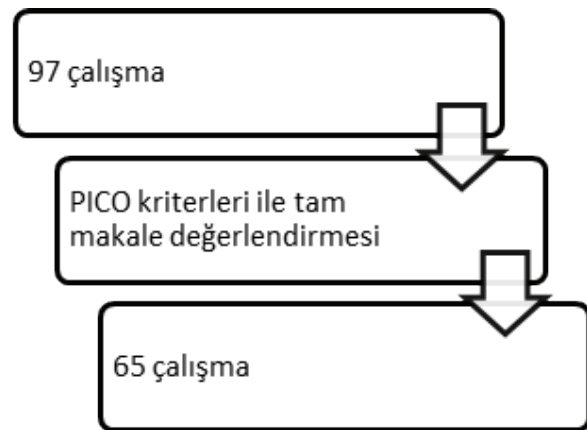
5. TÜRKİYE ATIF DİZİNİ (Tarama Tarihi 13.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Device	9	9
Surgical procedure	-	-
Technology	-	-
Toplam	9	9

Özet Değerlendirmesi



Tam Makale Değerlendirmesi



Belirlenen anahtar kelimeler dışında aşağıdaki anahtar kelimeler ile genel tarama yapılmıştır.

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Prepex	38	15
Shang Ring	9	2
AlisKlamp	11	11
Smart klamp	3	3
Tara klamp	2	2
Gomco	2	2
Sunathrone, Circumplast, Plastibell	1	1
Toplam	66	36

Bu taramalara ek olarak araç olarak seçilen Google Scholar'da da tarama yapılmıştır.

6. GOOGLE SCHOLAR (Tarama Tarihi 13.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Device	60	20
Surgical procedure	-	-
Technology	-	-
Toplam	60	20

Sistematik tarama ve genel taramada eklenen 9 makale toplam 78 makalenin tam metni ile Bölüm 1 & 2'nin yazılması planlanmıştır.



Ek 1. Sistematik Tarama

BÖLÜM 3 - Güvenlilik & BÖLÜM 4 - Klinik Etkililik Sistematik Tarama Sonuçları

1. ULAKBİM (Tarama Tarihi 26.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Safety	90	24
Effectiveness	102	42
Quality of life	-	-
Operation room	-	-
Toplam	192	66

2. EMBASE (Tarama Tarihi 26.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Safety	7	0
Effectiveness	17	0
Quality of life	-	-
Operation room	-	-
Toplam	24	0

3. PUBMED (Tarama Tarihi 26.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Safety	63	33
Effectiveness	153	54
Quality of life	-	-
Operation room	-	-
Toplam	216	79

4. COCHRANE (Tarama Tarihi 26.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Safety	22	16
Effectiveness	20	15
Quality of life	-	-
Operation room	-	-
Toplam	42	31

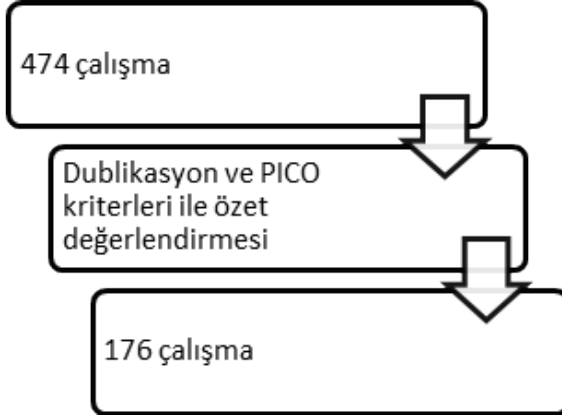
5. TÜRKİYE ATIF DİZİNİ (Tarama Tarihi 26.10.2017)

- Single use disposable circumcision Device «and/or»
- Disposable circumcision Device «and/or»

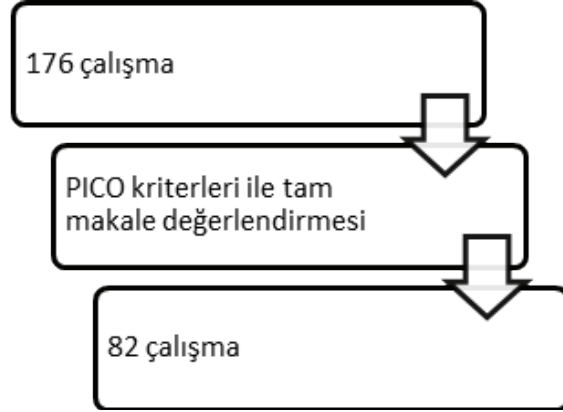
Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Safety	-	-
Effectiveness	-	-
Quality of life	-	-
Operation room	-	-
Toplam	-	-



Özet Değerlendirmesi



Tam Makale Değerlendirmesi



Sistematik taramaya ek olarak; araç olarak seçilen Google Scholar taraması da yapılmıştır, ancak ek bir makale eklenmesine karar verilmemiştir.



Ek 1. Sistematik Tarama

BÖLÜM 5 - Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme Sistematik Tarama Sonuçları

1. ULAKBİM (Tarama Tarihi 20.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Cost	0	0
Cost-effectiveness	0	0
Health technology assessment	0	0
Toplam	0	0

2. EMBASE (Tarama Tarihi 20.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Cost	7	1
Cost-effectiveness	5	1
Health technology assessment	2	0
Toplam	14	2

3. PUBMED (Tarama Tarihi 20.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Cost	485	11
Cost-effectiveness	100	16
Health technology assessment	8	0
Toplam	593	27

4. COCHRANE (Tarama Tarihi 20.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Cost	0	0
Cost-effectiveness	0	0
Health technology assessment	0	0
Toplam	0	0

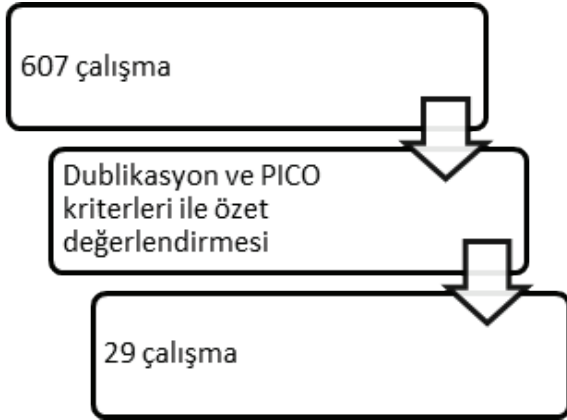
5. TÜRKİYE ATIF DİZİNİ (Tarama Tarihi 20.09.2017)

- Single use disposable circumcision Device «and/or»
- Disposable circumcision Device «and/or»

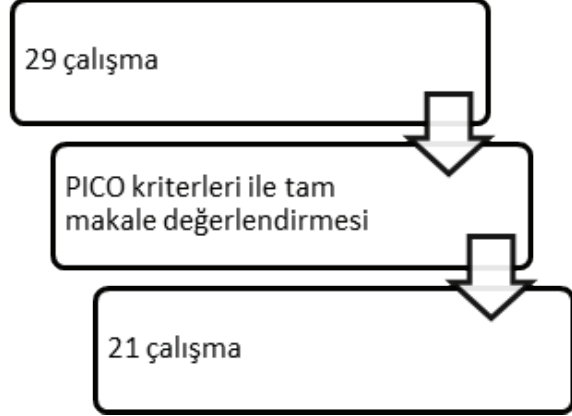
Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Cost	0	0
Cost-effectiveness	0	0
Health technology assessment	0	0
Toplam	0	0



Özet Değerlendirmesi



Tam Makale Değerlendirmesi



Sistematik taramaya ek olarak; araç olarak seçilen Google Scholar taraması da yapılmıştır, ancak ek bir makale eklenmesine karar verilmemiştir.



Ek 1. Sistematik Tarama

BÖLÜM 6 - Etik Yönler Sistematik Tarama Sonuçları

1. ULAKBİM (Tarama Tarihi 13.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	987	0
Toplam	987	0

2. PUBMED (Tarama ve Özet Değerlendirmenin Son Güncelleme Tarihi 16.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	175	105
Toplam	175	105

3. EMBASE (Tarama ve Özet Değerlendirmenin Son Güncelleme Tarihi 16.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	19	0
Toplam	19	0

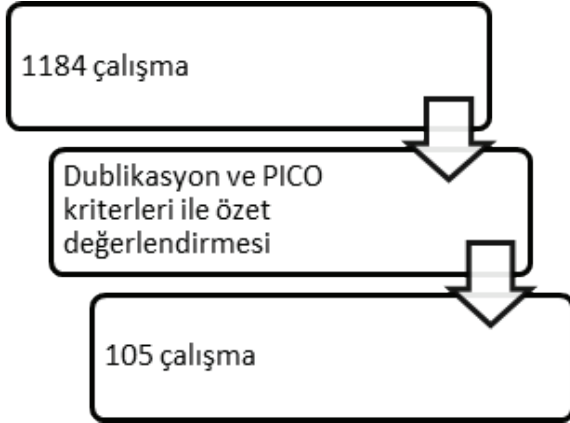
4. COCHRANE (Tarama ve Özet Değerlendirmenin Son Güncelleme Tarihi 16.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	3	0
Toplam	3	0

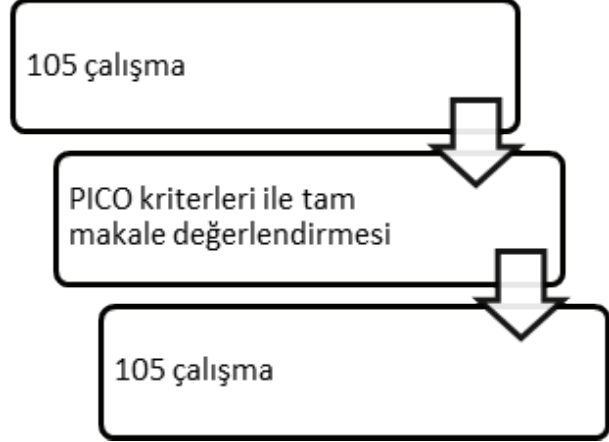
5. TÜRKİYE ATIF DİZİNİ (Tarama Tarihi 02.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	0	0
Toplam	0	0

Özet Değerlendirmesi



Tam Makale Değerlendirmesi



“Circumcision and male and ethics” taraması ile elde edilen sonuç sayısı az olduğu ve çalışmanın zenginleştirilmesi maksadıyla “autonomy, beneficence, nonmaleficence, justice, interest of the Child, Quality of Life, Turkey ve Turkey and Ethics” anahtar kelimelerinde de genel arama yapılmıştır. Bu arama sonucu çıkan çalışmalar da etik çalışmasına eklenmiştir. Ek olarak, Google Scholar aracı ile yapılan tarama sonucunda da 2 çalışma eklenmiştir. Etik bölümünün yazımında toplam 107 tam metin kullanılacaktır.

6. GOOGLE SCHOLAR (Tarama Tarihi 15.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	35.400	5 (3 Tekrar)
Toplam	35.400	2



Ek 1. Sistematik Tarama

BÖLÜM 7 - Organizasyonel Yönler Sistematik Tarama Sonuçları

1. ULAKBİM (Tarama Tarihi 19.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Organizational	0	0
Toplam	0	0

2. PUBMED (Tarama Tarihi 20.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Organizational	3	0
Toplam	3	0

3. EMBASE (Tarama Tarihi 19.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Organizational	2	1
Toplam	2	1

4. COCHRANE (Tarama Tarihi 19.09.2017)

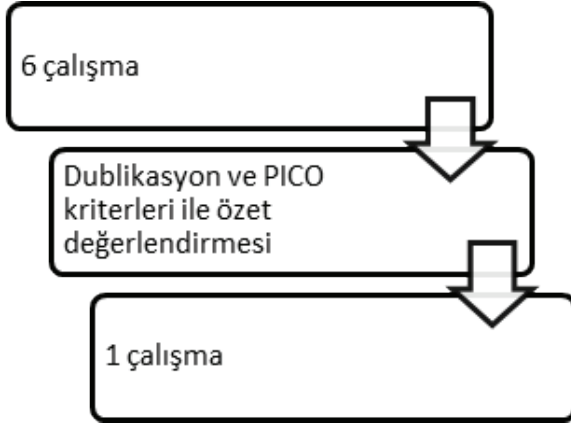
Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Organizational	1	0
Toplam	1	0

5. TÜRKİYE ATIF DİZİNİ (Tarama Tarihi 19.09.2017)

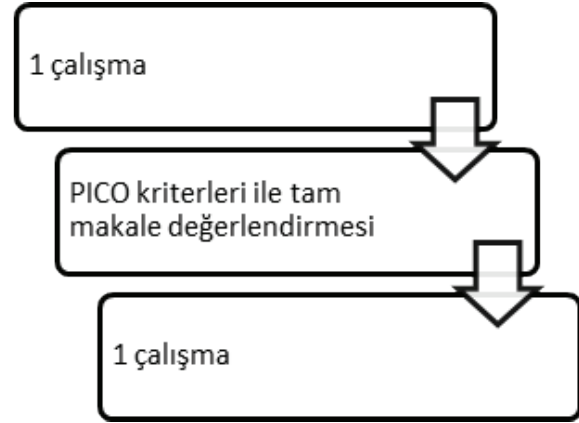
Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Organizational	0	0
Toplam	0	0



Özet Değerlendirmesi



Tam Makale Değerlendirmesi



Sistemik taramaya ek olarak; seçilen araçlardan Google Scholar genel taraması da yapılmıştır, ancak 1 uygun kaynak bulunmuştur. Bölümün uzman görüşü temelinde yapılması ve genel taramanın farklı anahtar kelimeler ile ilerlenmesi planlanmıştır.



Ek 1. Sistematik Tarama

BÖLÜM 8 - Hasta & Sosyal Yönler

1. ULAKBİM (Tarama Tarihi 15.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Patient	32	4
Psychological	3	-
Social	33	8
Religion	9	-
Culture	16	1
Turkey	12	-
Toplam	105	13

2. EMBASE (Tarama Tarihi 28.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Patient	101	1
Psychological	6	-
Social	153	-
Religion	5	1 Kitap
Culture	25	1 Kitap
Turkey	6	-
Toplam	296	3

3. PUBMED (Tarama Tarihi 05.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Patient	768	27
Psychological	36	5
Social	214	33
Religion	194	32
Culture	393	23
Turkey	96	3
Toplam	1.701	122



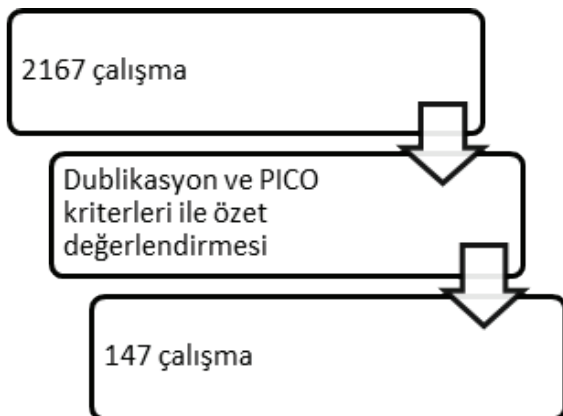
4. COCHRANE (Tarama Tarihi 25.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Patient	3	-
Psychological	-	-
Social	1	1
Religion	-	-
Culture	50	-
Turkey	1	-
Toplam	55	1

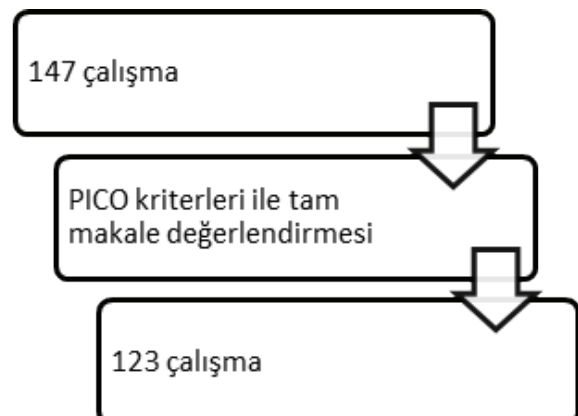
5. TÜRKİYE ATIF DİZİNİ (Tarama Tarihi 26.09.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Patient	-	-
Psychological	10	8
Social	-	-
Religion	-	-
Culture	-	-
Turkey	-	-
Toplam	10	8

Özet Değerlendirmesi



Tam Makale Değerlendirmesi



Sistematik taramaya ek olarak, seçilen araçlardan Google Scholar ve ek olarak Ankara Üniversitesi Akademik Arama Motoru'nda da genel tarama yapılmıştır.



Ek 1. Sistematik Tarama

6. GOOGLE SCHOLAR (Tarama Tarihi 03.07.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Patient	17.300	24
Psychological	17.100	26
Social	19.600	30
Religion	17.300	27
Culture	1.790	14
Turkey	7.030	20
Toplam	80.120	141

7. Ankara Üniversitesi Akademik Arama motoru (EBSCO HOST) (Tarama Tarihi: 18.09.2017) “circumcision” AND “masculinity” 176 makale bulunmuş olup, tekrar olmayan üç makale listeye eklenmiştir.

Sistematik tarama ve genel tarama ile toplam 126 makale çalışmaya dâhil edilmiştir. Bunlar haricinde bölüm yazılmasında uzman görüşü alınmasına karar verilmiştir.

**BÖLÜM 9 - Yasal Yönler****1. ULAKBİM (Tarama Tarihi 13.10.2017)**

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	0	0
Legal	2	0
Turkey	5	1
Toplam	7	1

2. EMBASE (Tarama Tarihi 13.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	37	1
Legal	100	5
Turkey	33	0
Toplam	170	6

3. PUBMED (Tarama Tarihi 15.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	309	11
Legal	102	28
Turkey	163	30
Toplam	574	72

4. COCHRANE (Tarama Tarihi 14.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	20	1
Legal	39	-
Turkey	53	1
Toplam	112	2

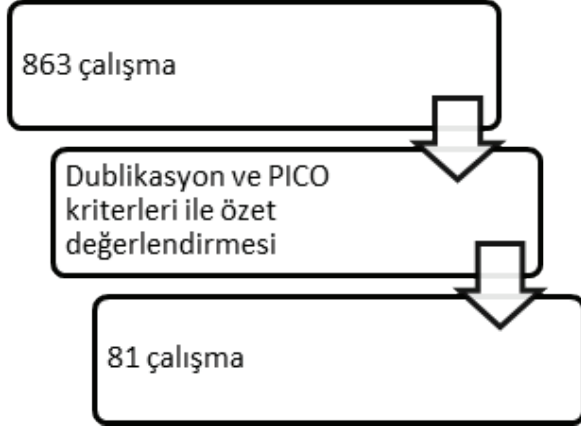
5. TÜRKİYE ATIF DİZİNİ (Tarama Tarihi 02.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	0	0
Legal	0	0
Turkey	0	0
Toplam	0	0

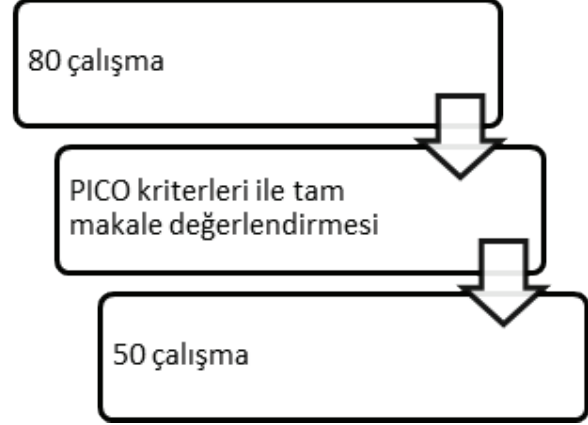


Ek 1. Sistematik Tarama

Özet Değerlendirmesi



Tam Makale Değerlendirmesi



Sistematik taramaya ek olarak, seçilen araçlardan Google Scholar taraması da gerçekleştirilmiştir.

6. GOOGLE SCHOLAR (Tarama Tarihi 15.10.2017)

Anahtar kelimeler	Tarama sonucu makale adedi	Özet değerlendirmeden sonra kalan makale adedi
Ethics	35.400	5 (3 Tekrar)
Legal	39.700	14 (1 Tez)
Turkey	11.700	4
Toplam	86.600	20

Sistematik taramada seçilen 50 ve genel taramada ulaşılan 20 tam metin makale ile toplam 70 kaynak bölüm yazımı için seçilmiştir. Bu makaleler haricinde gerekli konuların değerlendirilmesinde uzman görüşü de alınmasına karar verilmiştir.



Ek 2

TARAFSIZLIK BEYANI (ÇIKAR ÇATIŞMASI BİLDİRİMİ) FORMU

“.....” **konulu** Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) çalışması süresince, çalışılan STD konusu ile ilgili olarak;

1. Doğrudan ya da dolaylı bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç, tıbbi cihaz ya da diğer ürünleri üreten, ithal eden, dağıtan ve/veya sağlayan herhangi bir gerçek ya da tüzel kişiden çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınıp/alınmadığı,
2. Çıkar çatışması potansiyeli olabilecek; bilimsel ve/veya tıbbi komite üyeliği veya danışmanlık, bilirkişilik, fiilen çalışma durumu, hissedarlık ve buna benzer durumlarının olup/olmadığı,
3. Veri toplanmasında, sonuçların yorumlanmasında, STD raporunun yazılmasında herhangi bir çıkar ilişkisi alanı bulunup/bulunmadığı, açık bir şekilde belirtilip imzalanmalıdır.

<input type="checkbox"/>	Yazımızın/STD raporuna yaptığımız katkının tarafsızlığı ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali katkı, çıkar ilişkisi veya diğer çıkar çatışması ihtimali (potansiyeli) YOKTUR.	
.....
Adı, Soyadı	Tarih	İmza

<input type="checkbox"/>	Yazımızın/STD raporuna yaptığımız katkının tarafsızlığı ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali katkı, çıkar ilişkisi veya diğer çıkar çatışması ihtimali (potansiyeli) VARDIR*. (*Tarafsızlığınızı olumsuz olarak etkileyebilecek tür bir çıkar ilişkisi olduğunu lütfen açıklayınız.)	
.....
Adı, Soyadı	Tarih	İmza