

Kadınlarda fonksiyonel kabızlıkta fiziksel ve cinsel taciz

Physical and sexual abuse in women with functional constipation

Dr. Ulus Salih AKARCA¹, Yüksek Hemşire Nimet TÜZOMAY², Dr. Eren AKÇİÇEK²
Dr. Galip ERSÖZ¹, Dr. Ahmet AYDIN¹, Dr. Ahmet Ömer ÖZÜTEMİZ¹, G SEYLAN²

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı¹ ve Hemşirelik Departmanı²

ÖZET: Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar toplumda çok yaygın görülmesine rağmen etyolojisi bilinmeyen ve tetkik ve tedavi için pahalı ve başarısız girişimlere neden olan hastalıklardır. Son yıllarda fonksiyonel gastrointestinal bozukluğu olan hastaların öykülerinde fiziksel ve cinsel tacize sık rastlandığı bildirilmektedir. Bu çalışmada kendi toplumumuzda bayanlarda fonksiyonel kabızlık şikayeti ile çocukluk çağı ve erişkin dönemde karşılaşılan fiziksel ve cinsel taciz öyküsü arasındaki ilişki araştırılmıştır. Organik sebebe bağlanamayan ve 6 aydan fazla süren kabızlık şikayeti olan 66 hasta ve HBsAg taraması için müracaat eden kabızlık şikayeti olmayan 25 kişi çalışılmıştır. Hastalara demografik verilerini, sosyal durumlarını ve taciz öykülerini ilgilendiren sorulardan meydana gelen bir form doldurtulmuştur. Buna göre kabızlık şikayeti ile başvuran hastalarda fiziksel taciz öyküsüne % 9, cinsel tacize ise % 20 oranında rastlanmıştır. Bu oranlar kontrol grubunda % 8 ve % 20 olarak bulunmuştur. Tacizin çocukluk veya erişkin çağda olması açısından da gruplar arasında fark bulunmamıştır. Kabızlık süresi 5 yıldan fazla olan hastalarda cinsel taciz öyküsü oranı % 26.3 iken 5 yıldan kısa süreli semptomla sahip olanlarda % 10.7 bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuçlara göre bizim çalıştığımız toplumda fonksiyonel gastrointestinal bozukluğu olan bayanlarda eğer varsa fiziksel ve cinsel taciz travması dışında başka psikopatolojik faktörler daha önemli rol oynamaktadır.

Anahtar sözcükler: Fiziksel taciz, cinsel taciz, kabızlık

SUMMARY: Functional gastrointestinal disorders comprise a common group of disorders of unknown etiology, leading to expensive and unsuccessful procedures and therapies. In recent studies, patients with functional gastrointestinal disorders were found to have a history of sexual and physical abuse. To evaluate these links, we studied 66 women with chronic functional constipation and a control group of 25 women who applied for HBsAg screening. Social and demographic data and information about physical or sexual abuse was obtained by questionnaire. Thirteen patients suffering from constipation (19.7%) and 5 controls (20%) reported a history of sexual abuse in childhood or later in life. Eight percent of patients with constipation and 9% of controls experienced physical abuse. The experience of abuse either during childhood or adulthood did not differ among the two groups. 26.3% of the women who complained of constipation for more than five years gave a history of sexual abuse. 10.3% of patients with a shorter duration of constipation had a history of sexual abuse ($p>0.05$). In conclusion, physical and sexual abuse had no relation with functional constipation in our female population. Other psychopathologic factors, may have had a role in these functional gastrointestinal disorders.

Key words: Physical abuse, sexual abuse, constipation

Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar gastroenteroloji kliniklerinde en sık rastlanan hastalıklardır. Hem hekimi, hem de hastaları uzun yıllar uğraştırmaları yanında, yeterli semptomatik iyilik sağlanamaması, pek çok tekrarlanan tanısal girişimlere neden olmaları nedeniyle gastroenterolojide önemli bir sorun teşkil etmektedirler. Bugüne kadar bu yaygın bozuklukların nedeni anlaşılamamıştır. Pekçok organik olabilecek bozuklukların varlığı ileri sürülmesine rağmen fonksiyonel barsak hastalıklarının psikosomatik hastalıklar içinde incelenmesi eğilimi vardır (1). Buna rağmen ne

tür bir psikolojik sorun veya bozukluğun fonksiyonel gastrointestinal bozukluklara yol açtığı bilinmemektedir. Muhtemelen bu grup hastalıkların tek bir etkeni olmamalıdır (2). Son yıllarda çocukluk çağında ve/veya daha sonraki yaşamda karşılaşılan fiziksel ve özellikle cinsel istismar deneyimlerinin fonksiyonel gastrointestinal bozukluklara zemin hazırladığı iddia edilmektedir (3-8). Bu konuda yapılmış pek çok çalışmada varılan genel kanaat fonksiyonel gastrointestinal bozukluk tanısı konan hastaların daha çok fiziksel ve cinsel taciz öyküsü bildirmeleridir. Alt gastrointestinal sisteme ait fonksiyonel bozukluklarda, özellikle de kronik fonksiyonel kabızlık şikayeti olanlarda fiziksel ve cinsel taciz öyküsünün daha fazla olduğu belirtilmektedir (9).

Tablo 1. Çalışmaya katılanlara doldurtulan formda fiziksel ve cinsel tacize ilişkin sorular

-
- A. Hiç dövüldünüz mü? (yumrukla veya bir cisimle vurulma, bir aletle yaralamak için tehdit etme veya yaralama)
1. Çocukluk çağında (14 yaşından önce)
 - a. Hiçbir zaman
 - b. Nadiren (5 defadan az)
 - c. Bazen (d'den az)
 - d. Sıklıkla (haftada birden sık)
 2. Erişkin çağda
 - b, c, d (birinci şıktaki gibi)
- B.1. Çocukluk dönemi (14 yaştan küçük) veya
2. erişkin çağda herhangi bir kimse
 - a. Size cinsel organını gösterdi mi?
 - b. Sizi cinsel ilişkide bulunmak için tehdit etti mi?
 - c. Herhangi bir kimse size elle sarkıntılık etti mi? (cinsel organa dokunmak veya okşamak kastedilmektedir)
 - d. Herhangi bir kimse sizi kendi cinsel organına dokunmaya zorladı mı?
 - e. Herhangi bir kimse size cinsel ilişkide bulunmak için zor kullandı mı veya bunda başarılı oldu mu?
 - f. Bunlara benzer diğer olaylar oldu mu?
-

Önceki çalışmalar hemen tamamen gelişmiş Batı toplumlarında yapılmıştır. Daha geleneksel ve konservatif özelliklere sahip olan bizim toplumumuzda genel anlamda fiziksel ve cinsel tacizin ne oranda olduğuna dair bir istatistiksel veri de yoktur. Hele fonksiyonel barsak hastalıklarında bu travmaların ne ölçüde rolü olduğu hiç araştırılmamıştır.

Bu konuda bir başlangıç olması ve dikkat çekilmesi amacıyla bu çalışmada gastroenteroloji polikliniğine müracaat eden organik sebebe bağlanamayan kronik kabızlık şikayeti olan bayan hastalarda cinsel ve fiziksel taciz öyküsü sıklığı araştırılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Gastroenteroloji Polikliniğine kabızlık şikayeti ile gelen 18-60 yaş arası bayan hastalardan 40 yaşından önce başlamış olmak koşuluyla altı aydan fazla bir süredir kabızlık şikayeti olanlar değerlendirmeye alındı. Kabızlık tanımı için hastaların kendilerinde bu şikayetin varlığını söylemeleri yeterli sayıldı. Bu hastalar organik bir sebebin var olup olmadığının araştırılması amacıyla rutin kan ve gaita tetkikleri, rektosigmoidoskopi, kolon grafisi, tiroid fonksiyon testleri, gerekirse kolonoskopi ve anorektal motilite testlerine tabi tutuldular. Bu incelemeler sonunda kabızlığın nedeni olabilecek organik bir patoloji

saptanmayan hastalara yapılacak çalışma açıklanarak katılmak isteyenlerden yazılı onay alındı (Bu çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun 11.07.1996 tarih ve 96-7-5 sayılı kararı ile onaylanmıştır). Kabul eden kişilerle önce yazarlardan biri tarafından hastaların genel tıbbi durumunu değerlendirmek, sosyal çevresi hakkında fikir sahibi olmak ve güvenli bir iletişimi sağlamak için görüşme yapıldı. Bu görüşme içinde kabızlık dışındaki şikayetleri, abdominal ağrı, dismenore gibi şikayetlerinin var olup olmadığı sorgulandı. Bundan sonra hastalara demografik verilerini, ailevi ve sosyal durumlarını ve fiziksel ve cinsel taciz öykülerini sorgulayan bir form doldurtuldu. Tablo 1'de bu form içindeki fiziksel ve cinsel taciz ile ilgili sorular görülmektedir. Bu formu doldurmak için hastalar yalnız kalacakları sakin bir odaya alındılar. Formun doldurulması konusunda istedikleri an yazarlardan birinden (NT) her an yardım alabildiler. Bu formdaki etraflı sosyal ve ailevi durum sorularının sonuçları bu makalede verilmemiştir.

Fiziksel ve cinsel tacizi tanımlayacak veya ölçecek standart metodlar yoktur. Bu formdaki fiziksel tacizi tanımlatan 8 inci soru ve cinsel tacizi tanımlatan 9 numaralı soru 3 no'lu kaynak literatürden alınmıştır. Bu sorulara verilen cevapların güvenilirliği 10 no'lu çalışmada sınanmıştır (10). Soruların tekrarlanan test güvenilirliği cinsel taciz soruları için % 81, fiziksel taciz için % 77

Tablo 2. Hastaların yaş, medeni durum ve öğrenim durumları

	Kabızlık	Kontrol
Sayı	66	25
Yaş	36±10	36±11
Medeni durum		
evli	47 (71)	18 (72)
bekar	15 (23)	6 (24)
dul	4 (6)	1 (4)
Öğrenim		
yok	2 (3)	0 (0)
ilkokul	23 (35)	5 (20)
ortaokul	10 (15)	3 (12)
lise*	11 (17)	9 (36)
yüksek okul	20 (30)	8 (32)

Parantez içindeki rakamlar yüzdeyi ifade etmektedir.

*: iki grup arasında istatistiksel fark mevcut, p=0.0468

bulunmuştur. Kişilerle yapılan psikiyatrik görüşme ile alınan cinsel taciz öyküsü ile soruların uyumu % 81, fiziksel taciz öyküsü ile uyumu ise % 70 olarak hesaplanmıştır. Buna göre literatürde en gerçekçi olarak taciz öyküsünü alan sorular da bu sorular olarak görülmüştür.

Fiziksel taciz olarak değerlendirmeye sadece hastaların fiziksel travmanın sık olduğunu beyan ettikleri durumlar ele alınmıştır. Literatürde de disiplin ile tacizin sınırının konmasında güçlükle karşılaşıldığı için taciz olarak kabul etmek için travmanın sık olması gerektiği savunulmaktadır (3). Cinsel tacizin ağırlığı 9 uncu soruda-

ki a'dan e şikkına kadar artmaktadır. Değerlendirmede cinsel tacizin derecesi de bu şekilde ele alınmıştır. Çocukluk çağında a şikkı cinsel taciz olarak alınırken, erişkin çağda b den e'ye kadar olan aktiviteler taciz olarak alınmıştır. Hastaların f şikkında tanımladıkları olaylar a'dan e'ye kadar tanımlanan taciz şekillerinden en uygununa yerleştirilmiştir.

Kontrol grubu olarak Gastroenteroloji Polikliniğine HBsAg taraması için baş vurmuş benzer yaş grubu içinde kabızlık şikayeti olmayan bayan hastalar alındı.

İstatistiksel değerlendirmeler: Fonksiyonel kabızlık şikayeti olan hastalar ve kontrol grubundaki hastaların ölçülebilen parametreleri Student's t testi ile kıyaslanmıştır. Sayı ile belirtilen (medeni durum, öğrenim durumu, taciz öyküsü sıklığı gibi) değişkenlerin kıyaslaması ise ki kare ve gerektiğinde Fisher kesin ki kare testi ile test edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma süresince organik nedene bağlanamayan kabızlık şikayeti olan toplam 66 hasta (yazıda kabızlık grubu olarak zikredilecektir) ve kontrol olarak 25 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılması teklif edilen hastalardan hiçbiri katılmayı reddetmemiştir. Kabızlık ve kontrol grupları arasında hastaların yaşları, medeni durumları açısından fark yoktur (Tablo 2). Öğrenim durumları bakımından kontrol grubunda lise mezunu olan hasta oranı daha yüksek bulunmasına rağmen lise ve üstü olarak bir arada ele alındığında iki grup arasında fark bulunma-

Tablo 3. Çalışılan tüm hastalarda fiziksel ve cinsel taciz hikayesi (fiziksel taciz olarak sık olarak nitelendirilen grup alınmalıdır. Nadir, seyrek ve sık tanımları için Tablo 1'e bakınız)

Nitelik	Fiziksel taciz			
	Çocukluk	Erişkin	Her ikisi	Toplam
Nadir	25	0	13	38
Seyrek	9	0	4	13
Sık	4	1	3	8
Toplam	38	1	20	59
	Cinsel taciz			
	Çocukluk	Erişkin	Her ikisi	Toplam
a, b, c şıkları	8	4	2	14
d veya e şıkları	1	3	0	4
Toplam	9	7	2	18

Tablo 4. Kabızlık şikayeti olan hastalar ve kontrol grubunda cinsel ve fiziksel taciz öyküleri*

		<i>Kabızlık</i>	<i>Kontrol</i>
Cinsel taciz	toplam	13 (20)	5(20)
	abc	10 (15)	4(16)
	de	3 (4.5)	1(4)
Fiziksel taciz		6 (9)	2(8)
Cinsel veya fiziksel taciz		17 (26)	7(28)
Cinsel ve fiziksel taciz		2 (3)	0 (0)

*Gruplar arasında hiçbir parametre yönünden fark yoktur.

maktadır.

Çalışmaya alınan tüm olgularda toplam olarak karşılaşılan fiziksel ve cinsel taciz öyküsü sıklıkları Tablo 3'te gösterilmiştir. Fiziksel taciz olarak tanımlanan sık döğülme durumuna toplam 8 vakada (% 9) rastlanmıştır. Erişkin çağda fiziksel tacize uğradığını beyan eden 4 hastanın üçü çocukluk çağında da benzeri bir durumla karşılaşmıştır. Yaşamı boyunca en az birkaç kez döğülme öyküsü ise olguların % 65'inde söz konusudur.

Cinsel taciz öyküsü tüm olguların 18'inde (% 20) saptanmıştır. Bunların 14'ü (% 78) teşhir, ilişki için tehdit veya elle sarkıntılık tarzında olmuşken, 2 vakada cinsel birleşme ile sonlanmayan 2 vakada ise cinsel birleşme ile sonlanan tecavüz vuku bulmuştur. Fiziksel tacizin aksine erişkin çağda tacize maruz kalan kişilerin pek azı (2/9) çocukluk çağında da benzeri bir olayla karşılaşmıştır. Ancak erişkin çağdaki taciz olaylarında tecavüz oranı daha yüksektir (3/9'a 1/11).

Kabızlık ve kontrol grupları ayrı ayrı incelendiğinde fiziksel ve cinsel taciz öyküsü sıklığı bakımından ve cinsel tacizin derecesi bakımından iki grup arasında fark bulunmamıştır (Tablo 4). Tacizin çocukluk veya erişkin döneminde olması bakımından da iki grup arasında fark yoktur (Tabloda gösterilmemiştir). Hastaların kabızlık semptomlarının süresinin taciz öyküsü ile ilişkisi araştırıldığında 5 yıldan fazla süredir kabızlıktan yakınan hastalarda (bu hastaların % 61'i hemen tüm yaşamlarında kabızlıktan yakındıklarını belirtmektedirler) cinsel taciz oranı % 26.3 bulunmuşken daha kısa süreli kabızlıktan yakınanlarda bu oran % 10.7 olarak saptanmıştır. Aradaki bu dikkat çekici fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Fiziksel taciz öyküsünün kabızlık semptomunun

Tablo 5. Semptomların süresine göre taciz öyküleri*

<i>Semptomların süresi</i>	<i>Olgu sayısı</i>	<i>Cinsel taciz</i>	<i>Fiziksel taciz</i>
>5 yıl	38	10 (26.3)	4 (10.5)
≤5 yıl	28	3 (10.7)	2 (7.1)

*Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

süresi ile ilişkisi bulunmamıştır. Olguların herhangi bir taciz öyküsüne sahip olmaları (toplam 24 vaka) veya her iki taciz deneyimine de sahip olmaları (2 olgu) açısından da kabızlık ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır. Ancak hem cinsel hem fiziksel taciz öyküsüne sahip bu iki vakanın ikisi de kabızlık grubundadır.

Kontrol grubunda lise mezunu olanların oranının fazla olmasını da dikkate alarak eğitim durumunun taciz oranı ile ilişkisi araştırıldığında yüksek okul mezunu olanlarda diğer düzeylere göre daha fazla taciz öyküsü bildirildiği görülmüştür (Tablo 6, aradaki fark anlamsız). Medeni durumla taciz öykülerinin ilişkisi araştırıldığında (Tablo 7) bekar olgularda istatistiki bakımdan anlamsız olarak cinsel taciz daha fazla bildirilmiştir. Taciz öyküsü verme bakımından hastaların yaşları incelendiğinde 45 yaşın altındaki 70 hastanın 16'sı (% 22.9), 45 yaş ve üstü 21 hastanın 2'si (% 9.5) cinsel taciz öyküsünden bahsetmişlerdir. Aynı yaş gruplarında fiziksel taciz öyküsünde tersine bir dağılım görülmüştür; 45 yaş altı hastalarda % 5.7, 45 yaş ve üstünde % 19.0 ciddi fiziksel tacizden bahsedilmiştir.

Diğer bazı yayınlarda pelvik veya alt abdominal ağrı veya dismenore ile de cinsel taciz arasında ilişki bildirildiği için hastalara bu yönden de sorular sorulmuştur (11, 12). Dismenore olduğunu belirten olgularda cinsel taciz öyküsü % 28.6 (12/42), dismenoresi olmayan olgularda ise % 12.2 (6/49) (p=0.051) oranında tespit edilmiştir. Fiziksel taciz yönünden dismenore olan ve olmayanlar arasında fark yoktur. Pelvik ve abdominal ağrı ile taciz öyküsü arasında da ilişki saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada organik sebebe bağlanamayan 6 aydan fazla süredir kabızlık şikayeti olan hastalar

Tablo 6. Eğitim düzeyi ile taciz öyküleri arasındaki ilişkiler*

	<i>Cinsel taciz</i>	<i>Fiziksel taciz</i>
İlkokul	5 (18)	2 (7)
Ortaokul	2 (15)	1 (8)
Lise	3 (15)	0 (0)
Yüksek okul	8 (29)	4 (14)

* Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

ile kontrol grubu arasında fiziksel ve cinsel taciz öyküsü sıklığı bakımından fark bulunmamıştır. Ancak semptomlarının süresi 5 yıldan fazla olan kabızlıktan yakınan hastalar ele alındığında istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile uzun süreli semptomu olanlarda cinsel taciz öyküsüne daha sık rastlanmıştır (% 26.3'e % 10.7). Buradan çıkan sonuç şudur. En azından bizim çalıştığımız toplumda, organik nedene bağlanamayan kronik kabızlık şikayeti olan bayan hastalarda cinsel ve fiziksel taciz öyküsü bildirme sıklığı, kontrol olarak seçilmiş olan gruptan Batı kaynaklı çalışmalarda kadar farklı değildir. Burada tüm bu tür çalışmalarda ortak bir sakıncayı belirtmek gerekir. Çalışılan hastalar toplumdaki tüm hastaları temsil etmemektedir. Fonksiyonel gastrointestinal rahatsızlığı olan hastaların ancak % 15 ila % 40'ı tıbbi yardım istemektedirler. Ayrıca kendi çalışma grubumuzdaki hastalar genellikle sosyal güvencesi olan hastalar olmakla da toplumu tam olarak temsil etmemektedirler. Buna rağmen benzeri sakıncaların diğer çalışmalarda da olduğunu düşünerek sonuçların mukayese edilebilir olduğunu varsayıyoruz.

Bu konuyu kendi kaynaklarımızda araştırmamıza neden olan Batı kaynaklı araştırmalarda genellikle fonksiyonel gastrointestinal bozukluğu olan hastalarda cinsel ve fiziksel tacize, sağlıklı kişilerden veya organik nedene bağlı gastrointestinal hastalığı olanlardan daha sık rastlanmaktadır (3-8). Drossman ve arkadaşları fonksiyonel gastrointestinal bozukluğu olan hastalarda cinsel taciz öyküsünü % 53 oranında bulurken, organik gastrointestinal hastalığı olanlarda bu oran % 37 olarak saptanmıştır. Aynı gruplarda fiziksel taciz oranları ise sırasıyla % 13 ve % 2'dir (3). Leroi ve arkadaşları alt gastrointestinal sistemi ilgilendiren ishal ve özellikle de kabızlık semptomunun cinsel ve fiziksel taciz öyküsü ile beraberliğine dikkat çekmektedir (9). Delvaux ve arkadaşları irritabl kolon sendromlu hastalarda cinsel

Tablo 7. Medeni duruma göre taciz öyküleri*

	<i>Cinsel tacizn</i>	<i>Fiziksel tacizn</i>
	(%)	(%)
Bekar	6 (29)	2 (9.5)
Evli	11 (17)	5 (7.7)

* Gruplar arasında istatistiksel fark yok

taciz öyküsüne % 31.6 oranında rastlarken bu oranı organik kökenli gastrointestinal rahatsızlığı olanlarda % 14, oftalmoloji kliniğine müracaat etmiş hastalarda % 12.5, sağlıklı kontrollerde % 7.6 bulmuşlardır (6).

Yukarıda bahsedilen çalışmalarla bizim sonuçlarımız arasındaki farklılığın nedenleri neler olabilir?

1. Genel olarak toplumumuzda cinsel tacizin daha az görüldüğü ve bu nedenle yaygın görülen bir semptom olan fonksiyonel kabızlıkta bunun rolünün bizim toplumumuzda ihmal edilebilir olduğu düşünülebilir. Ancak kontrol grubu olarak seçilen kişilerde cinsel taciz öyküsü beyan etme oranının Batı toplumlarında bildirilen oranlara yakın olması bu olasılığın geçerli olmadığını göstermektedir. Batı toplumlarında da bayanlarda genel olarak cinsel taciz oranının % 20, erkeklerde % 10 civarında olduğu belirtilmektedir (12, 13). Pekçok araştırma bir araya getirildiğinde erişkinlerin % 15-38'inde çocukluk çağında cinsel taciz öyküsü vardır (12).

2. Batı kaynaklarında genellikle kullanılan soruların bizim toplumumuzda cinsel tacizi yeterince açığa çıkarmadığı iddia edilebilir. Gerçekten de cinsel tacizi tespit etmek son derece zor olan bir husustur. Bu zorluk konu ile ilgili her çalışmada dile getirilmektedir. Her ne kadar çalışmada kullanılan soruların doğrudan psikiyatrik görüşmelerle kıyaslanması çok büyük oranda uyum göstermiş olsa bile kendi toplumumuzda bu tür bir yazılı sorgulamanın ne derecede gerçek beyanı sağladığı araştırılmamıştır. Sorulara deneklerin tam açıklıkla yanıt vermediğinin bir göstergesi de şudur. Tablo 6'ya bakıldığında yüksek okul mezunlarında cinsel ve fiziksel tacizin daha sık görüldüğü gibi bir yargıya varılmaktadır. Halbuki muhtemelen bu farklılık yüksek okul mezunlarının daha rahatlıkla bu tür olayları beyan edebilmelerinden kaynaklanmaktadır.

Ancak öykünün yeterli beyan edilmemesi durumu hem kontrol hem de hasta grubu için geçerli olacağı için sonuçlarımızdaki literatürden farklılığı izah etmeye yetmemektedir.

3. Kontrol grubu olarak HBsAg taraması için hastaneye baş vuran bayan hastaların seçilmesi uygun olmayabilir. Cinsel veya fiziksel taciz öyküsü bulunan hastaların en az 2.5 misli daha fazla hastaneye baş vurduğu, daha fazla cerrahi girişim geçirdiği ve daha fazla süre hastanelerde yattıkları gösterilmiştir (12, 14). HBsAg pozitif olduğu için hastaneye baş vuran kişilerin de böylesi bir eğilimle daha sık hastaneye baş vuran popülasyondan seçilmiş olabileceği olasılığı vardır. Tamamen sağlıklı bireylerden seçilmiş bir kontrol grubu bize toplumdaki cinsel ve fiziksel tacizin sıklığını daha gerçekçi biçimde gösterebilecektir. Ancak Batı kaynaklı çalışmalarda kontrol grubu olarak oftalmoloji polikliniğine baş vuran hastalar seçildiğinde bile fonksiyonel şikayeti olan hastalardan çok daha düşük oranda taciz öyküsüne rastlanmıştır.

4. Bizce iki toplum arasındaki en önemli farklılık şudur. Cinsel ve fiziksel taciz öyküsü olan bireyler Batı toplumlarında genellikle önemli sosyal sorunları olan çevrelerden gelmektedir (3, 12, 14). Bu kişiler genellikle parçalanmış ailelerden gelmekte, alkolik veya ilaç alışkanlığı olan anne-babalara sahip olmaktadır. Muhtemelen fonksiyonel şikayetlerin kaynağı sadece bir taciz olayı değil genel olarak bu tür derin sosyopsikolojik bozukluklardır. Bizim toplumumuzda bu derecede toplumdan izole, parçalanmışlığını yalnız yaşayan, derin yıkım içinde ailelere muhtemelen daha az rastlanmaktadır. Genelde kapalı ve muhafazakar toplum yapısı insanların sorunları ile daha az baş başa kalmasını sağlamaktadır. Çok büyük olasılıkla fiziksel ve cinsel tacizin toplumsal kökenleri tamamen başka türlü gelişmektedir. Bu konu özellikle psikiatrlar tarafından ciddi şekilde ele alınmalıdır.

Muhtemelen çok önemli sosyal travmalar olmaksızın da aileler içinde cinsel ve fiziksel taciz söz konusu olabilmektedir. Bu durumda fonksiyonel gastrointestinal bozukluğu olan kişilerde eğer varsa başka psikopatolojik faktörler ön plana çıkmaktadır.

Yapılan çalışma doğrudan cinsel veya fiziksel tacizi araştıran bir çalışma değildir. Bu nedenle deneklere fiziksel veya cinsel tacizin kökenlerini ve diğer muhtemel sonuçlarını (depresyon, kişilik bozuklukları, ilaç ve alkol alışkanlıkları, anksiyete vs.) araştırarak sorular sorulmamıştır. Ancak bazı ilginç sonuçları da zikretmek uygun olacaktır. Kronik karın ve pelvis ağrılarının da bazı yayınlarda taciz öyküleri ile ilişkisi belirtilmektedir (11). Herhangi bir etyolojik araştırmaya girmeksizin yapılan sorgulamada alt karın ağrısı varlığı ile taciz öyküleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Dismenore hemen hemen bayanların yarısında rastlanan bir durumdur (15). Dismenore (ağrılı adet) varlığını bildiren bayanların % 28.6'sında cinsel taciz öyküsü varken böyle bir yakınması olmayanlarda bu oran % 12.2 bulunmuştur ($p=0.05$). Muhtemelen cinsel taciz travması kendini daha cinsel bir semptomla ortaya koyma eğiliminde gibi görünmektedir. Bu tür semptomları bazı araştırmacılar cinsellikten kaçma için geliştirilmiş semptomlar olarak görmektedirler (11).

Sonuç olarak çalıştığımız toplumda organik nedene bağlanamayan kronik kabızlık şikayeti olan bayan hastalarda cinsel ve fiziksel taciz öyküsü kontrol grubu olarak seçilen HBsAg taraması yapılan bayanlardan farklı bulunmamıştır. Her ne kadar kabızlık semptomunun süresi 5 yıldan fazla olanlarda cinsel tacizin daha sık rastlanma eğilimi görülse de muhtemelen bizim toplumumuzda fonksiyonel gastrointestinal bozukluğu olan kişilerde eğer varsa başka psikopatolojik faktörler daha önemli rol oynamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Devroede G. Constipation. In: Sleisenger MH, Fordtran JS eds. Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, Diagnosis, Management. 4th ed., Vol 1, Philadelphia, WB Saunders Co. 1988: 331-68.
2. Lynn RB, Friedman LS. Current concepts: Irritable bowel syndrome. NEJM 1993; 329: 1940-5.
3. Drossman D, Leserman J, Nachman G, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. Ann Intern Med 1990; 113: 828-33.
4. Leserman J, Drossman DA, Li Z, Toomey TC, et al. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. Psychosom Med 1996; 58: 4-15.
5. Drossman DA, Li Z, Leserman J, et al. Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history. Gastroenterology 1996; 110: 999-1007.
6. Delvaux M, Denis P, Allemand H. French Club of Digestive Motility. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicentre inquiry. Eur J

- Gastroenterol Hepatol 1997; 9: 345-52.
7. Drossman DA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Scand J Gastroenterol (Suppl) 1995; 208: 90-6.
 8. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR. Self-reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients: association with irritable bowel-type symptoms. Am J Gastroenterol 1995; 90: 366-71.
 9. Leroi AM, Bernier C, Watier A, et al. Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. Int J Colorectal Dis 1995; 10: 200-6.
 10. Leserman J, Drossman DA, Li Z. The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders. Behav Med 1995; 21: 141-50.
 11. Walker E, Katon W, Harrop-Giriffiths J, et al. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnosis and childhood sexual abuse. Am J Psychiatry 1988; 145: 75-80.
 12. Bachmann GA, Moeller TP, Benett J. Childhood sexual abuse and the consequences in adult women. Obstetr Gynecol 1988; 71: 631-41.
 13. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. JAMA 1997; 278: 131-5.
 14. Arnold RP, Rogers D, Cook DA. Medical problems of adults who were sexually abused in childhood. Br Med J 1990; 300: 705-8.
 15. Göksu M, Üstün M. Dismenore, Premenstrüel Gerginlik ve İlgili Bozukluklar. Kadın Hastalıkları, Novak. Menteş Kitabevi, İstanbul, 1985, sayfa: 1003-20.