

Anal İlişki

Anal İlişkinin İslamiyetteki Hükümü

Bakara suresinin 222. ve 223. ayetlerinin meali şu şekildedir:

“Sana adet hakkında soru soruyorlar. De ki: << O, sıkıntı verici bir durumdur; bu nedenle adet döneminde kadınlardan çekilin ve onlara temiz oluncaya kadar yaklaşmayın. Temizlendikleri zaman, Allah’ın size emrettiği yerden onlara varın. Gerçekten Allah, çok tevbe edenleri ve temizlenenleri sever. Kadınlarınız, sizin için bir tarladır. Öyleyse, dilediğiniz şekilde tarlanıza varın. Nefisleriniz için hazırlık yapın. Allah’tan korunun ve bilin ki, kesinlikle O’na kavuşacaksınız. >> İnananlara müjdele!”

Bu ayetler, adet dönemi hakkında peygamberimize soru yönelten müslüman erkeklere bir cevap vermekte ve adet döneminde cinsel ilişkiden uzak durulmasını istemektedir. Aynı zamanda, bu ayetlerle anal ilişkinin (livata) de yasaklandığı ifade edilmiştir. Çünkü ayette geçen “Allah’ın emrettiği yer” ifadesi, vajinal yol (döl yolu) olarak anlaşılmıştır! Nitekim, bir sonraki ayette, “Kadınlarınız, sizin için bir tarladır. Öyleyse, dilediğiniz şekilde tarlanıza varın.” buyurulmaktadır. İnsanoğlunun tarlası, kadının rahmidir; bu tarlaya varmanın yolu da vajinadır! Ayrıca, Rabbimiz vajinayı, meninin boşalıp rahme doğru ilerleyeceği bir durak olarak; rektum ve anal kanalı ise, dışkının atılmadan hemen önce geçeceği bir güzergah olarak yaratmıştır. Bu organların sahip olduğu bütün anatomik, histolojik ve biyokimyasal özellikler de, söz konusu vazifelerine uygun şekilde ayarlanmıştır. Dolayısıyla, Allah’ın cinsel ilişkide kullanılmasını emrettiği yolun, bu amaçla yaratmış olduğu vajinal yol olarak anlaşılması uygundur! Öyleyse, ayette geçen “**Dilediğiniz şekilde tarlanıza varın.**” ifadesi de, anal ilişki gibi birtakım mutad olmayan cinsi münasebetlere değil; vajinal ilişkinin farklı pozisyonlarda kurulmasına cevaz vermektedir.

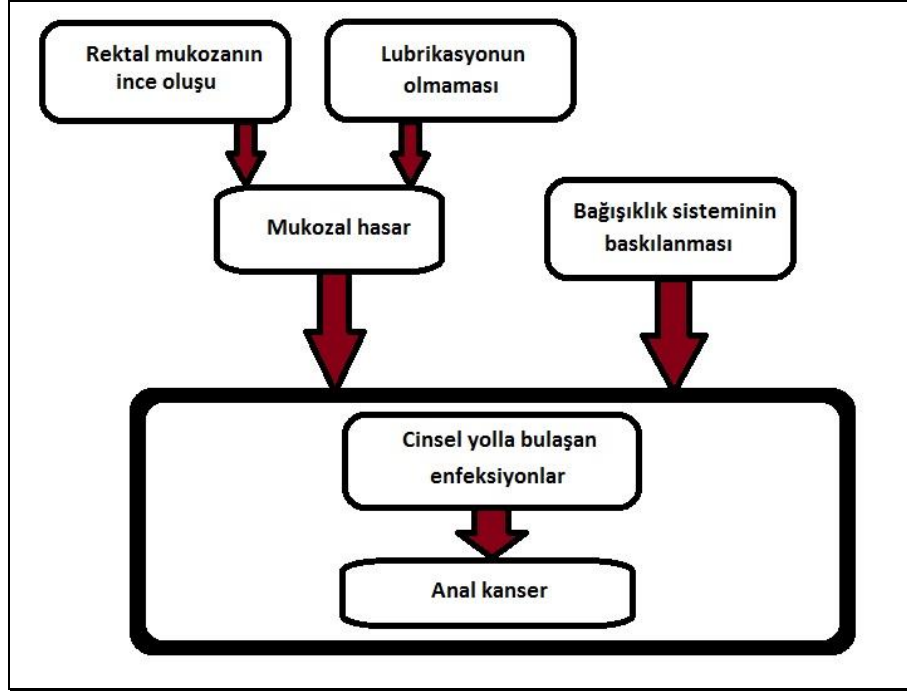
Yukarıdaki ayetlerin iniş sebepleri hakkında aktarılan rivayetlere baktığımızda, bu ayetlerin başlıca iki yanlış uygulamayı düzeltmek gayesiyle indirildiği sonucunu çıkarabiliriz: Cahiliye döneminde Mekkeli bazı Arap kabilelerinde anal ilişki oldukça yaygındı. Bu kabilelere mensup olan kişiler, hicretten sonra Medineli kadınlarla evlenmişler ve onlarla anal ilişki kurmak istemişlerdi. Ancak, bu durum, bazı Medineli kadınları rahatsız etmiş ve mesele

sonunda peygamberimize kadar yansımıştı (1). İşte yukarıdaki ayetlerle, “Allah’ın size emrettiği yerden onlara varın!” buyurularak, eşleriyle anal ilişki kurmak isteyen bu sahabiler uyarılmıştır. Ayetin düzelttiği ikinci yanlış ise, Medineli Yahudilerin “kadın vajinasına arkadan yaklaşıldığı takdirde, doğacak çocuğun şaşı olacağı” şeklindeki batıl inançlarıydı (2). Gerçekten de, Yahudilere ait kutsal metinlere baktığımızda, erkeğin üstte kadının altta olduğu yüz yüze misyoner pozisyonunun, uygun cinsel ilişki pozisyonu olarak tavsiye edildiğini ve diğer pozisyonların (ayakta, oturur vaziyette, kadın erkeğin üzerinde vb.) zararlı olduğu gerekçesiyle kınandığını görmekteyiz (Talmud, Gittin, 70a). İşte Kuran’da, “Dilediğiniz şekilde tarlanıza varın!” buyurularak, Yahudilerin bu batıl inançları tashih edilmiş ve vajinal yolla olmak kaydıyla, farklı cinsel ilişki pozisyonlarına izin verilmiştir.

Hadis literatüründe, anal ilişkinin haram olduğuna dair, peygamberimizden nakledilen pek çok değişik rivayet vardır (3).

Tıbbi Açıdan Anal İlişki

Yapılan araştırmalara göre, tüm dünyada anal ilişki prevalansı giderek artmaktadır. Bu artışta, anal ilişkiyi seksin doğal bir parçasıymış gibi yansıtan pornografik yayınların önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Oysa epidemiyolojik çalışmalar, anal ilişkiye giren kadınların çok önemli bir kısmında anal seksin normal ve problemsiz olarak yaşanmadığını ve sıklıkla ağrı şikayetinin ortaya çıktığını göstermektedir (4). Bugüne kadar yapılan sayısız bilimsel çalışma, penis ve vajina yoluyla kurulan cinsel ilişkinin (penil-vajinal ilişki), psikolojik ve fizyolojik açıdan en sağlıklı cinsel ilişki şekli olduğunu; diğer seksüel aktivitelerin sağlıklı bağlantısının ya daha zayıf olduğunu ya da hiç olmadığını veya masturbasyon ve anal sekste olduğu gibi, sağlığı olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymuştur (5). Bu yazıda, geniş kapsamlı bir literatür taraması sonucunda ulaştığım bilgilere dayanarak, anal ilişkinin muhtemel sakıncalarını birkaç başlık altında özetlemeye çalışacağım.



Şekil 1. Anal ilişkiye bağlı bazı tıbbi riskler.

1) Rektal Mukozanın İnce Oluşu

Rektum mukozası, vajinaninkine göre oldukça incedir. Vajina, çok katlı yassı epitelle örtülü iken, rektum mukozası tek katlı prizmatik epitelle örtülüdür (6, 7). Yapılan bir çalışmada, vajina epitelinin kalınlığı ortalama 215.5 µm; rektum epitelinin kalınlığı ise ortalama 24.6 µm olarak bulunmuştur (8). Bu histolojik özellik nedeniyle, cinsel ilişki sırasında rektum mukozası hasara uğramaya karşı daha yatkındır (9-12). Mukozal hasar, 2 önemli tıbbi risk oluşturur: **enfeksiyon** ve **kanser**. Rektal mukozanın sadece bir hücre tabakası kalınlığında olması, olası enfeksiyon etkenlerinin anal ilişki sırasında travmatize olan mukozal bariyeri aşarak daha alt tabakalara geçmesini ve yayılmasını kolaylaştırır (13-18). Ayrıca, uzun bir süreç boyunca, sıkça anal ilişkiye girilmesi ve buna bağlı olarak mukozanın tekrar tekrar travmatize olması, anal kanser gelişimini tetikleyebilir (19). Nitekim yapılan çalışmalar, anal mukozanın uzun süreli iritasyonunun ve tekrarlayan epitelyal rejenerasyonun anal kanser riskiyle ilişkili olduğunu göstermiştir (20).

2) Lubrikasyonun (Kayganlaştırma) Olmaması

Vajinadaki kan akımı, istirahat durumunda nispeten düşük seviyelerdedir. Cinsel uyarılmayla birlikte vajinal kan akımı giderek artar ve bu durum “transudasyon” adı verilen

süreçle birlikte vajinanın yüzeyinde lubrikant (kayganlaştırıcı) bir sıvının ortaya çıkmasına neden olur. Oluşan vajinal kayganlık, penis girişini ve seksüel hareketleri kolaylaştırarak, rahat bir cinsel ilişkinin kurulabilmesini sağlar. Ayrıca parasempatik sinyaller ile uyarılan Bartholin bezlerinin de, mukus salgılayarak cinsel ilişki sürecinde vajinal kayganlığa bir miktar katkı sağladığı düşünülmektedir. Sonuç olarak vajina, cinsel birleşme sırasında kendiliğinden kayganlaşabilmektedir (21, 22). Oysa rektumun böyle bir özelliği yoktur ve cinsel birleşme sırasında anorektal zarların yeterli lubrikasyon sağlayamamasından dolayı, anal ilişkide vajinal ilişkiye göre mukozal hasar gelişme eğilimi çok daha fazla olmaktadır. Mukozal hasar ise, yukarıda da ifade edildiği gibi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların ve anal kanserin ortaya çıkma riskini artırmaktadır.

3) Bağışıklık Sisteminin Baskılanması

İnsan menisi, enfeksiyöz ajanlara bağlı olmaksızın, iki değişik şekilde bağışıklık sisteminin baskılanmasına yol açabilir: Bunlardan birisi, ihtiva ettiği immunsupresif moleküller aracılığıyla direkt olarak immunitiyi baskılamasıdır. Menide bulunan bu maddeler, sperm antijenlerine karşı kadın vücudunun immünolojik tepki vermesini önleyerek, spermelerin yumurtayı dölleme şansını artırmaktadır (23-25). İkinci bir yol ise, menideki antijenleri hedef alan immun cevabın (allojenik immunizasyon), yapısal benzerlik nedeniyle çapraz reaksiyona girerek vücudun kendi savunma sistemine doğru yönelmesidir (lenfositotoksik otoimmünite) (26-29). Her ne kadar paradoksal gibi gözükse de, yapılan bilimsel çalışmalar, her iki yolla da meninin immunsupresyona neden olabileceğini ortaya koymuştur. Vajinal ilişkiyle mukayese edildiğinde, meni maruziyetine bağlı immunsupresyon, anal ilişkide çok daha belirgin olmaktadır (5, 30). Bunun muhtemelen en önemli sebebi, rektal epitelin oldukça ince olmasından dolayı, meni komponentlerinin damarsal yapılara ve savunma hücrelerine daha kolay ulaşabilmesidir (25, 31, 32).

Bununla birlikte, farklı yönde bulgulara ulaşılan ve farklı görüşler ileri sürülen birtakım yayınlar da vardır. Örneğin, Handzel ve ekibi (33), anal ilişkiye giren kişilerde T lenfosit değerlerinin etkilenmediğini bulmuşlardır. Chacho ve ekibi (34), anal ilişki ile sperm antikorlarının gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edememişlerdir. Wiley ve ekibi (35) ise, HIV ile enfekte kişilerde, anal ilişki yoluyla rektumun meniye maruz kalmasının, CD4 hücre kaybını artırdığını ve hastalığın seyrini kötüleştirdiğini tespit etmiş; ancak bu durumun, anal ilişkiyle bulaşan başka enfeksiyöz ajanlara bağlı olabileceğini öne sürmüşlerdir.

Sonuç olarak, bağışıklık sisteminin baskılanması, anal ilişki ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve anal kanser arasındaki bağlantıdan sorumlu faktörlerden biri olabilir. Ancak bu konuda daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

4) Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Rektal mukozanın travmatik hasara karşı daha yatkın olması ve muhtemelen meniye rektal maruziyetin oluşturduğu immunsupresif etkilerden dolayı, anal ilişki, başta HIV enfeksiyonu olmak üzere, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için ciddi bir risk taşımaktadır (36-45). Yapılan laboratuvar çalışmaları, vajinal dokunun HIV enfeksiyonuna karşı rektal dokudan önemli ölçüde daha dirençli olduğunu göstermiştir (46-49). Öyle ki, anal ilişki esnasında HIV geçiş riski, vajinal ilişkiye göre neredeyse 20 kat daha yüksek olmaktadır (50-53).

5) Anal Kanser

Anal ilişkinin, anal kanser riskini artırdığını gösteren sayısız bilimsel çalışma vardır (19, 37, 54-66). Anal ilişki ve anal kanser arasındaki bu sıkı bağlantıda suçlanan başlıca faktör HPV enfeksiyonu olsa da; bazı bilimsel çalışmalar, anal ilişkinin HPV enfeksiyonundan bağımsız olarak da kanser gelişimini tetikleyebileceğini göstermiştir (19, 67). Bu durum, anal ilişkinin yol açtığı iki önemli problemle bağlantılı olabilir: **bağışıklık sisteminin baskılanması** ve **kronik mukozal travma**. Şöyle ki; organ nakilleri gibi, bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlarda, anal kanser riski önemli oranda artmaktadır (62, 63, 68) ve yapılan bilimsel çalışmalar, anal ilişkinin oraganizma üzerinde belirgin bir immunsupresif etki gösterebileceğini ortaya koymuştur (69-76). Ayrıca, rektum epitelinin ince oluşu ve lubrikasyonun yetersizliği nedeniyle, anal ilişki sırasında mukozal hasar ihtimali oldukça yüksektir ve tekrarlayıcı epitelyal rejenerasyonun anal kanser riskiyle ilişkili olduğu bilinmektedir (20).

6) İnfertilite

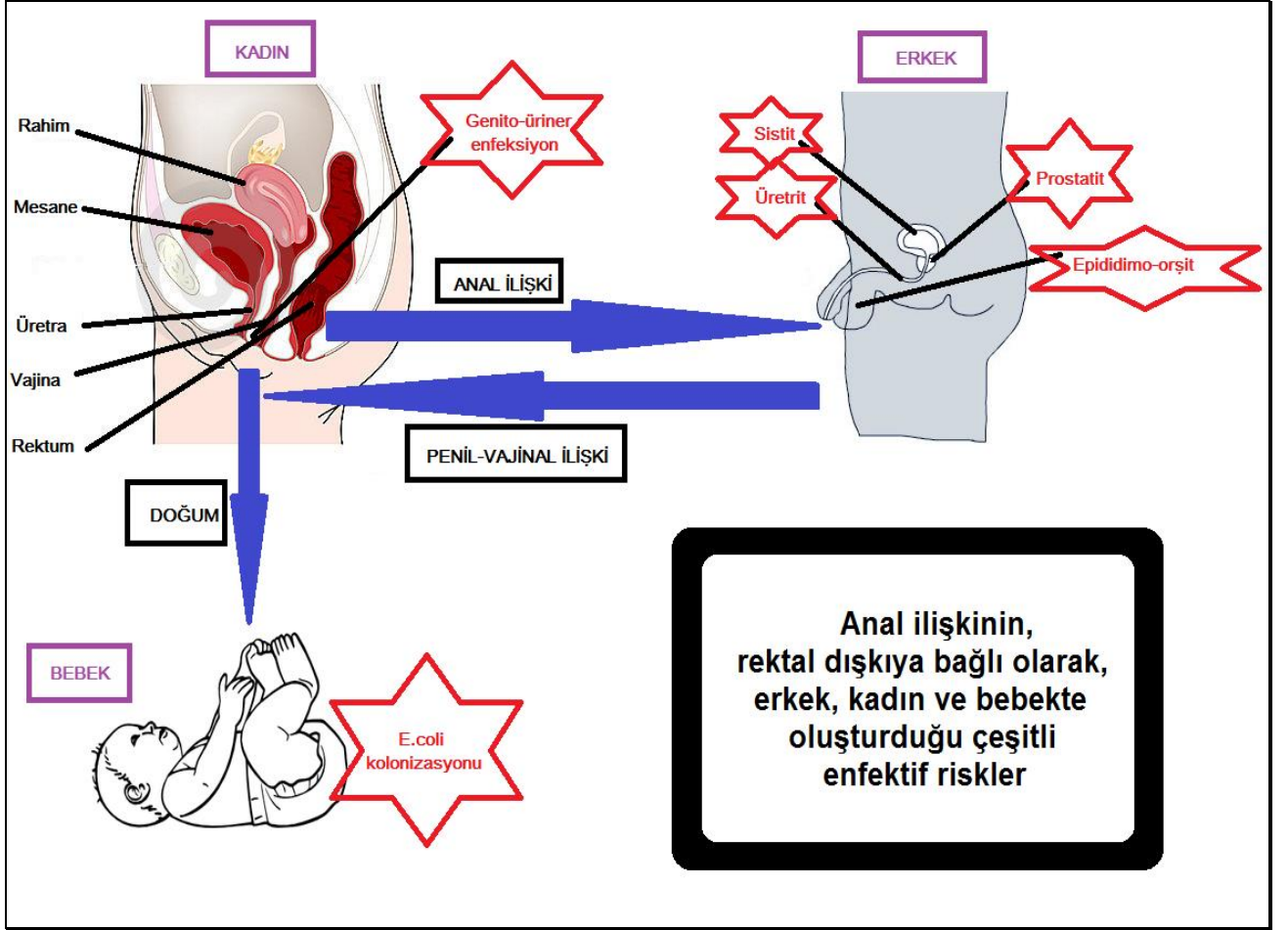
Vajina, çok katlı yassı epitelle örtülüdür. Bu kalın tabaka, meni muhtevasının damarsal yapılara ulaşmasının önünde bir bariyer oluşturarak, özellikle sperm hücrelerine karşı bir immun cevabın gelişmesini önlemeye katkıda bulunur. Rektum epiteli ise tek bir hücre

tabakası kalınlığındadır ve bu nedenle anal ilişki, spermere karşı antikor gelişmesi açısından teorik olarak daha yüksek bir risk taşımaktadır. Rektumun meniye maruziyeti sonucu oluşacak bu sperm antikorlarının, infertiliteye (kısırlık) yol açabileceği ifade edilmektedir (25, 77). Ancak bu teorik varsayımlara ve hatta bazı deneysel (78) ve gözlemsel (79) bulgulara karşın, anal ilişki ile sperm antikorlarının gelişimi arasında önemli bir bağlantı olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (34, 80). Bu nedenle, nihai bir hükme varabilmek için mevcut çalışmaların yeterli olmadığını söyleyebiliriz.

7) Rektal Dışkı

Teorik olarak, rektumda dışkı bulunmaz/depolanmaz. Rektum, dışkı için sadece bir geçiş yoludur. Kitle hareketiyle sigmoid kolondaki dışkının rektuma girmesi, dışkılama (defekasyon) hissi uyandırır. Bu takdirde, yerine göre dışkılama olayı başlatılabilir ya da şartlar müsait değilse geciktirilebilir. Dışkılamanın ertelenmesi halinde, rektuma gelen feçes tekrar sigmoid kolona döner; dışkılama olayında ise, anüsten dışarı atılır. Ancak bu süreçte rektumda bir miktar dışkı parçacığı kalabilmektedir. Nitekim, hekimler tarafından rektal tuşe ile dışkı muayenesi yapılabilmektedir. Yani anüsten sonra parmak mesafesinde dışkı kalıntısına rastlanması mutlak bir durumdur. Bu nedenle anal ilişki sırasında penis başı, dışkı partikülleriyle kirlenebilir ve dışkıda bulunan çeşitli mikroorganizmalar tarafından kontamine hale gelebilir.

Anal ilişki ile penise bulaşan mikroorganizmalar, erkeklerde idrar yolu enfeksiyonu vakalarına yol açabildiği gibi (81-85); daha sonra penil-vajinal ilişki ile kadın genito-üriner sistemine de ulaşabilmektedir (82, 86-89) ve hatta annenin anal ilişki hikayesi, yenidoğan bebeklerde E.coli bakterisinin kolonizasyonunda belirlenen en önemli risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (90).



Şekil 2. Anal ilişkinin rektal dışkıya bağlı oluşturduğu riskler.

8) Anal Sfinkter Hasarı

Vücuttaki delik veya geçitlerin etrafını saran ve kasılarak bu yapıların kapanmasını sağlayan kaslara “sfinkter” adı verilir. Anüsün çevresinde bulunan “anal sfinkter” kasları da, kontrollü bir dışkılama faaliyetini mümkün kılmak için, anüsü kapalı halde tutmaktadır. Bu kasların herhangi bir sebeple hasara uğraması, dışkılama kontrolünün bozulmasına ve istemsiz olarak dışkı veya gaz kaçışına sebep olabilir (fekal inkontinans).

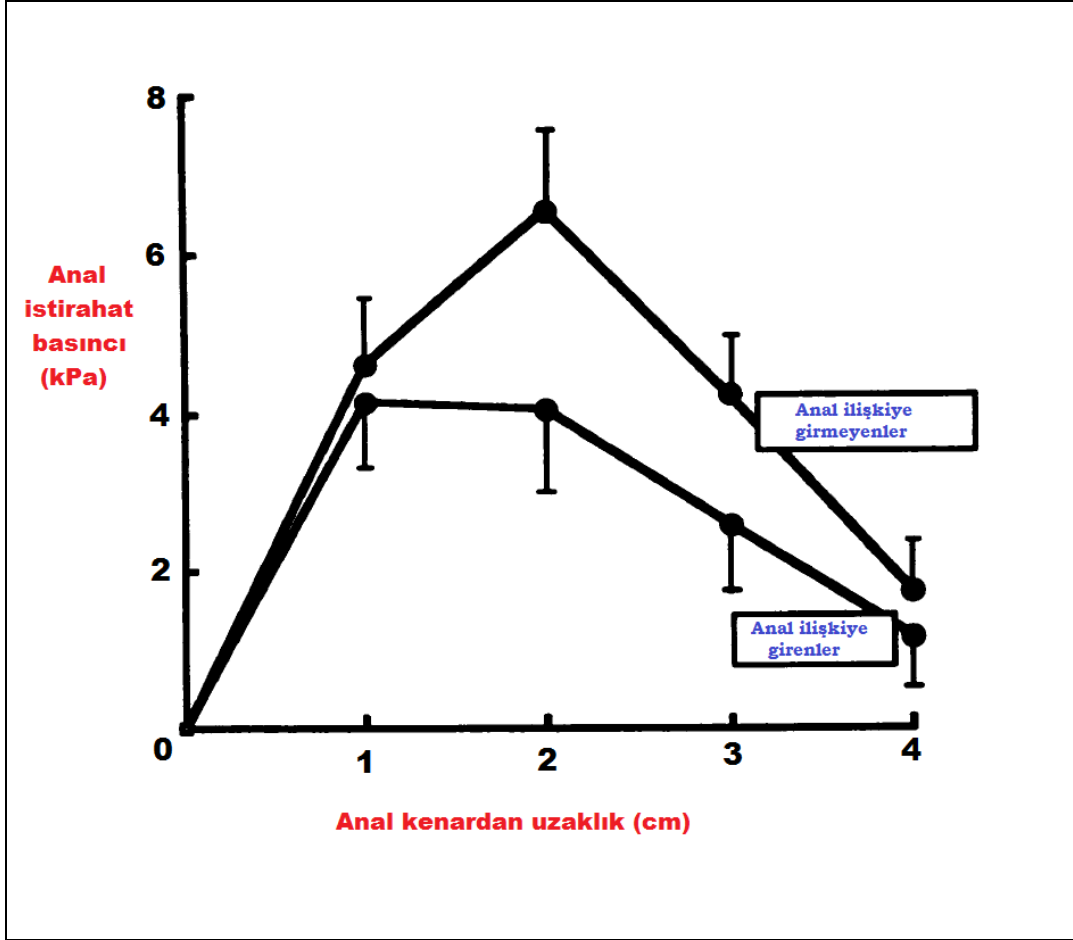
Dışkılama sırasında, bir taraftan kalın bağırsak duvarındaki kasların kasılması ile dışkı ileriye doğru itilmekte, diğer taraftan iç sfinkter kasları refleks olarak gevşeyerek dışkının çıkacağı deliği açmaktadır (91). Anal ilişki sırasında ise bu refleks gevşeme mekanizması tam olarak çalışmayacaktır (92). Hatta tam aksine, seksüel uyarılma sırasında anal sfinkterlerin, muhtemelen cinsel ilişki sırasında dışkı veya gaz kaçışını önlemek için refleks olarak kasıldığını gösteren araştırmalar vardır (93-95). Yeterince gevşeyememiş olan kasılı haldeki

sfinkter dokusu, anal ilişki sırasında gerçekleşen zorlayıcı cinsel hareketlere bağlı olarak değişik derecelerde travmatize olabilir (96-98).

Miles ve ekibi (97) homoseksüel erkekler üzerinde yaptıkları çalışmada, anal ilişkiye giren bireylerde, aynı yaş grubundaki normal kişilere göre, fekal inkontinans (dışkı tutamama) şikayetinin önemli ölçüde daha sık görüldüğünü; anal istirahat basınç profilinin değiştiğini ve maksimum anal istirahat basıncının azaldığını belirlemişler ve anal seksin, anal kanaldaki istirahat basıncının azalması ve anal inkontinans riskinin artmasıyla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Bu çalışmada, anal ilişki yaşanan toplam partner sayısı ile maksimum anal istirahat basıncı arasında negatif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, istirahat basıncındaki azalmanın anal ilişkiye bağlı olarak kümülatif tarzda geliştiğini göstermektedir. Ayrıca, maksimum istirahat basıncı ile maksimum sıkma basıncı, inkontinansı olan kişilerde daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu da, inkontinans şikayetinin, söz konusu basınç azalmalarıyla bağlantılı olabileceğine işaret etmektedir. Miles ve ekibi, anal ilişkiye bağlı olarak iç anal sfinkterin travmatize olmasının, anal istirahat basıncındaki azalmadan sorumlu olabileceğini öne sürmüştür. Nitekim, dış anal sfinkter bir şekilde paralize olsa dahi, dinlenme basıncının bundan çok fazla etkilenmediği ve bu nedenle anal kanal istirahat basıncının önemli bir kısmından iç anal sfinkterin sorumlu olduğu bilinmektedir (99). Chun ve ekibi (100) ise, anal kanal istirahat basıncını, anal ilişkiye giren homoseksüel erkeklerde önemli ölçüde daha düşük tespit etmelerine rağmen; iç veya dış anal sfinkterin yapısında herhangi bir harabiyet bulgusuna rastlamamışlardır. Bununla birlikte, her ne kadar farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuş olsalar da, anal ilişkiye giren erkeklerin daha ince anal sfinkterlere sahip olma eğiliminde olduklarını ifade etmişlerdir. Dikkat çekici bir diğer husus, Chun ve ekibinin çalışmaya dahil ettiği kişilerin fekal inkontinans şikayetlerinin olmayışdır. Bu durum, Miles ve ekibi ile Chun ve ekibi tarafından gerçekleştirilen çalışmaların sonuçları arasında gözlenen farklılığın, seçilen hasta grubuyla ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Öyle anlaşıyor ki, anal ilişki sırasında özellikle iç anal sfinkterin yeterince gevşeyememesi, zorlayıcı hareketlerin nitelik ve niceliğine bağlı olarak, değişik derecelerde bir travmatik etki meydana getirmektedir. Bu etki, herhangi bir şikayete neden olmayacak şekilde, sfinkter yapısında kalıcı bir hasar oluşturmayabileceği gibi (100); fekal inkontinansa kadar ilerleyen ciddi yapısal sorunlara da yol açabilmektedir (97). Fekal inkontinans, genel olabilir veya belli bazı şartlar altında ortaya çıkabilir. Örneğin, dış anal sfinkter EMG'leri normal olduğu halde, iç anal sfinkter EMG'lerinde daha düşük aktivite saptanan bazı hastaların, normalde dışkı ve gaz kontrolünü sağlayabildikleri halde, cinsel birleşme anında

gaz kaçırdıkları rapor edilmiştir (101). Bu durum, risk gruplarında daha ayrıntılı bir sorgulamanın yapılması gerektiğini göstermektedir.



Şekil 3. Anal ilişkiye bağlı olarak, anal istirahat basıncında görülen azalma (97).

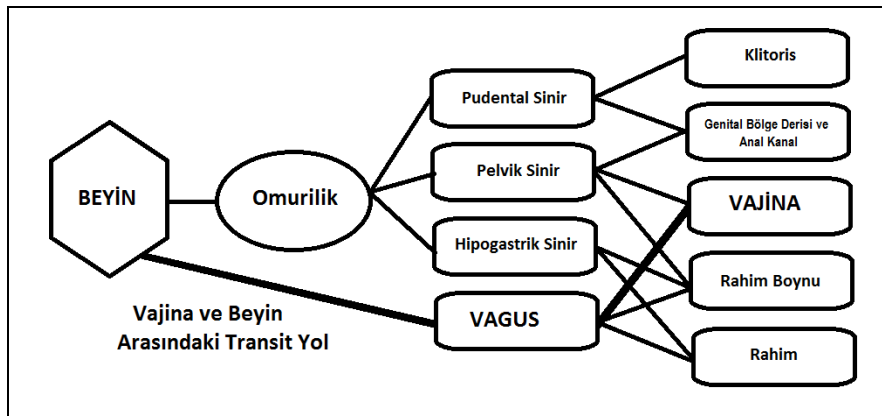
9) Meninin Biyokimyasal Özellikleri

Meni, oldukça kompleks bir kimyasal karışımdır. Özellikle son 30 yılda yapılan bilimsel araştırmalar, meniye oluşturan bileşenler hakkındaki bilgilerimizi bir hayli genişletmiştir. Ancak vajina veya rektumun bu moleküllere maruziyetinin, hangi lokal ve sistemik etkilere yol açtığı konusunda hala çok sınırlı bir bilgi dağarcığına sahibiz. Menide bulunan bazı önemli biyokimyasal moleküller şunlardır: LH, FSH, prolaktin, vazopressin, oksitosin, TRH, serotonin, melatonin, katekolaminler, endorfinler, testosteron ve türevleri, östrojenler, kortizol, prostaglandinler, kalsitonin, HCG, plasental proteinler ve relaksin (102).

Vajinaya dökülen menide bulunan testosteron, LH ve oksitosin gibi bazı hormonlar ile prostaglandinler gibi başka birtakım kimyasalların, kadınlar için psikolojik faydalar sağladığı; ancak söz konusu maddelerin sindirim kanalı yoluyla (örneğin, anal ilişki) aynı etkiyi oluşturmadığı ifade edilmektedir (5, 103). Gerçekten de, tıbbi literatüre baktığımızda, penil-vajinal ilişkinin, psikolojik açıdan en sağlıklı cinsel ilişki şekli olduğunu; buna karşın anal ilişkinin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebildiğini görmekteyiz (5). Örneğin, anal ilişki ile olgunlaşmamış psikolojik defans mekanizmalarının kullanımı (104, 105), blumia (106) ve posttravmatik stres bozukluğu (107) gibi birtakım psikolojik sorunların bağlantılı olabileceği rapor edilmektedir. Meniyi oluşturan biyokimyasal moleküller ve bunların vajinal veya rektal yolla kadın vücudu üzerinde oluşturduğu lokal ve sistemik etkiler hakkında yapılacak olan araştırmalar, vajinal ilişkinin yararları ve anal ilişkinin yol açtığı riskler konusundaki mevcut bilgilerimizi, gelecekte çok ileri bir noktaya taşıyabilir.

10) Vajina ile Beyin Arasındaki Transit Yol : Vagus

Vajina yoluyla ortaya çıkan cinsel uyarıları, diğer cinsel aktivitelerdekinden farklı kılan önemli bir unsur, vagus siniridir. Klitoris (bızır) duyusu pudental sinir aracılığıyla taşınır. Pudental sinir, aynı zamanda, genital bölge derisinin ve anal kanalın da duyusunu toplar. Pelvik ve hipogastrik sinirler ise, rahim, rahim boynu ve vajina da dahil olmak üzere, kadın üreme sisteminin çok büyük bir kısmından duyuşal uyarılar alır. Pudental, pelvik ve hipogastrik sinirlerden gelen bu duyuşal sinyaller, öncelikle omuriliğe iletilir. Ancak deneysel çalışmalar ve klinik gözlemler, omurilikle ilgisi olmayan vagus sinirinin de üreme organlarından duyuşal bilgi taşıdığını ortaya koymuş ve toraks düzeyinde tam omurilik hasarı olan kadınlarda bile, vajinal uyarıların orgazma yol açabildiğini gösterilmiştir (108-110).



Şekil 4. Vagus siniri yoluyla vajinal duyunun direkt olarak beyne iletilmesi.

Vajina ve beyin arasında vagus siniri aracılığıyla kurulan bu direkt bağlantı, vajinal ilişkinin beyin dokusunda, diğer cinsel ilişki şekillerinden daha farklı birtakım biyokimyasal etkiler ortaya çıkarmasına yol açmaktadır. Bu durum, tüm vücudu etkileyen çeşitli fizyolojik değişimleri de tetiklemektedir.

Sağlıklı bireylerde kalp atışları arasındaki srenin, farklı durumlar karşısında sabit kalmaması ve periyodik değişiklikler gösterebilmesi yeteneğine “kalp hızı değişkenliği (KHD)” adı verilir. Vücuttaki sempatik-parasempatik denge hakkında bilgi veren ve hem fizyolojik hem de psikolojik sağlığın bir belirteci olarak kabul edilen KHD’nin, çeşitli hastalıklarda azaldığı bilinmektedir. Yapılan alışmalar, daha fazla penil-vajinal ilişkinin, daha iyi KHD ile bağlantılı olduğunu göstermiş; diğer cinsel ilişki şekillerinde ise bu bağlantı tespit edilememiştir (111, 112). Stres oluşturan durumlara karşı kan basıncı cevabının (kan basıncı reaktivitesi) yüksek oluşu da, birçok hastalık için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Brody tarafından yapılan bir çalışmada, penil-vajinal ilişki sıklığının, daha düşük kan basıncı reaktivitesiyle bağlantılı olduğu bulunmuştur (113). Penil-vajinal ilişki ile daha büyük KHD ve daha düşük kan basıncı reaktivitesi arasındaki bu bağlantının, vajinayı doğrudan beyne bağlayan vagus sinirinin aktivitesiyle ilgili olabileceği düşünülmektedir (5).

Sonuç

Rektum ve anal kanalın anatomik ve histolojik özellikleri, dışkılama fonksiyonunu yerine getirecek şekilde yaratılmıştır. Bu yapıların cinsel ilişki amacıyla kullanılması, önemli tıbbi riskler taşımaktadır. Dolayısıyla, anal ilişkinin seksüel repertuarın bir parçası olmaktan çıkarılması, sadece İslami açıdan değil, aynı zamanda sağlık açısından da bir gerekliliktir.

Kaynaklar

- (1) Ebu Davud, Nikah, 2164; Hakim, Müstedrek, 2/279; Taberi, Camiu'l-Beyan, 2/234; Suyuti, Lubabu'n-Nukul, I, 57-58.
- (2) Buhari, Tefsir, 4528; Müslim, Nikah, 1435; Tirmizi, Tefsir, 2978; Ebu Davud, Nikah, 2164; İbn Mace, Nikah, 29; Darimi, Vudu, 114; Taberi, Camiu'l-Beyan, 2/232.
- (3) Tirmizi, Taharet, 102; İbn Mace, Taharet, 122; Ebu Davud, Nikah, 45; Ahmed b. Hanbel, 2/444.
- (4) Stulhofer A, Ajdukovic D. Should we take anodyspareunia seriously? A descriptive analysis of pain during receptive anal intercourse in young heterosexual women. *J Sex Marital Ther.* 2011; 37:346-358.
- (5) Brody S. The relative health benefits of different sexual activities. *J Sex Med.* 2010; 7:1336-1361.
- (6) Patton DL, Thwin SS, Meier A, Hooton TM, Stapleton AE, Eschenbach DA. Epithelial cell layer thickness and immune cell populations in the normal human vagina at different stages of the menstrual cycle. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183:967-973.
- (7) Tanaka E, Noguchi T, Nagai K, Akashi Y, Kawahara K, Shimada T. Morphology of the epithelium of the lower rectum and the anal canal in the adult human. *Med Mol Morphol.* 2012; 45:72-79.
- (8) Hussain LA, Lehner T. Comparative investigation of Langerhans' cells and potential receptors for HIV in oral, genitourinary and rectal epithelia. *Immunology.* 1995; 85:475-484.
- (9) Owen WF Jr. Sexually transmitted diseases and traumatic problems in homosexual men. *Ann Intern Med.* 1980; 92:805-808.
- (10) McMillan A, Lee FD. Sigmoidoscopic and microscopic appearance of the rectal mucosa in homosexual men. *Gut.* 1981; 22:1035-1041.
- (11) Reiner NE, Judson FN, Bond WW, Francis DP, Petersen NJ. Asymptomatic rectal mucosal lesions and hepatitis B surface antigen at sites of sexual contact in homosexual men with persistent hepatitis B virus infection. *Ann Intern Med.* 1982; 96:170-173.
- (12) Zink T, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Fisher BS, Sommers MS. Comparison of methods for identifying ano-genital injury after consensual intercourse. *J Emerg Med.* 2010; 39:113-118.
- (13) Voeller B. AIDS and heterosexual anal intercourse. *Arch Sex Behav.* 1991; 20:233-276.
- (14) Stark K, Doering CD, Bienzle U, et al. Risk and clearance of GB virus C/hepatitis G virus infection in homosexual men: A longitudinal study. *J Med Virol.* 1999; 59:303-306.
- (15) Halfon P, Riflet H, Renou C, Quentin Y, Cacoub P. Molecular evidence of male-to-female sexual transmission of hepatitis C virus after vaginal and anal intercourse. *J Clin Microbiol.* 2001; 39:1204-1206.
- (16) Eke N. Urological complications of coitus. *BJU Int.* 2002; 89:273-277.
- (17) Moxoto I, Boa-Sorte N, Nunes C, et al. Sociodemographic, epidemiological and behavioral profile of women infected with HTLV-1 in Salvador, Bahia, an endemic area for HTLV. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2007; 40:37-41.
- (18) Jenness SM, Begier EM, Neaigus A, Murrill CS, Wendel T, Hagan H. Unprotected anal intercourse and sexually transmitted diseases in high-risk heterosexual women. *Am J Public Health.* 2011; 101:745-750.
- (19) Holly E, Ralston M, Darragh T, Greenblatt R, Jay N, Palefsky J. Prevalence and risk factors for anal squamous intrepithelial lesions in women. *J Natl Cancer Inst* 2001; 93:843-849.

- (20) Holly EA, Whittemore AS, Aston DA, Ahn DK, Nickoloff BJ, Kristiansen JJ. Anal cancer incidence: genital warts, anal fissure or fistula, hemorrhoids, and smoking. *J Natl Cancer Inst.* 1989; 81:1726-1731.
- (21) Levin RJ. VIP, vagina, clitoral and periurethral glans--an update on human female genital arousal. *Exp Clin Endocrinol.* 1991; 98:61-69.
- (22) Guyton AC, Hall JE. *Medical Physiology*. Çev. Ed: Çavuşoğlu H. Tıbbi Fizyoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 10. Baskı (2001): 941.
- (23) Skibinski G, Kelly RW, Harkiss D, James K. Immunosuppression by human seminal plasma--extracellular organelles (prostasomes) modulate activity of phagocytic cells. *Am J Reprod Immunol.* 1992; 28:97-103.
- (24) Kelly RW. Immunosuppressive mechanisms in semen: implications for contraception. *Hum Reprod.* 1995; 10:1686-1693.
- (25) Mestecky J, Lamm M, Strober W, Bienenstock J, McGhee J, Mayer L. *Mucosal Immunology*. Academic Press. 2005.
- (26) Mavligit GM, Talpaz M, Hsia FT, et al. Chronic immune stimulation by sperm alloantigens. Support for the hypothesis that spermatozoa induce immune dysregulation in homosexual males. *JAMA.* 1984; 251:237-241.
- (27) Kramer A, Wiktor SZ, Fuchs D, et al. Neopterin: a predictive marker of acquired immune deficiency syndrome in human immunodeficiency virus infection. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1989; 2:291-296.
- (28) Ratnam KV. Effect of sexual practices on T cell subsets and delayed hypersensitivity in transsexuals and female sex workers. *Int J STD AIDS.* 1994; 5:257-261.
- (29) Root-Bernstein RS, DeWitt SH. Semen alloantigens and lymphocytotoxic antibodies in AIDS and ICL. *Genetica.* 1995; 95:133-156.
- (30) Peters B, Whittall T, Babaahmady K, Gray K, Vaughan R, Lehner T. Effect of heterosexual intercourse on mucosal alloimmunisation and resistance to HIV-1 infection. *Lancet.* 2004; 363:518-524.
- (31) Shearer GM, Rabson AS. Semen and AIDS. *Nature.* 1984; 308:230.
- (32) Wolff H, Schill WB. Antisperm antibodies in infertile and homosexual men: relationship to serologic and clinical findings. *Fertil Steril.* 1985; 44:673-677.
- (33) Archibald CP, Schechter MT, Craib KJ, et al. Risk factors for Kaposi's sarcoma in the Vancouver Lymphadenopathy-AIDS Study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1990; 3 Suppl 1:18-23.
- (34) Chacho KJ, Hage CW, Shulman S. The relationship between female sexual practices and the development of antisperm antibodies. *Fertil Steril.* 1991; 56:461-464.
- (35) Wiley DJ, Visscher BR, Grosser S, et al. Evidence that anoreceptive intercourse with ejaculate exposure is associated with rapid CD4 cell loss. *AIDS.* 2000; 14:707-715.
- (36) Padian N, Marquis L, Francis D, et al. Male-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *JAMA* 1987; 258:788-790.
- (37) Daling J, Weiss N, Hislop TG, et al. Sexual practices, sexually transmitted diseases, and the incidence of anal cancer. *N Engl J Med* 1987; 317:973-977.
- (38) Seidlin M, Vogler M, Lee E, Lee Y, Dubin N. Heterosexual transmission of HIV in a cohort of couples in New York City. *AIDS* 1993; 7:1247-1254.
- (39) Halperin D. Heterosexual anal intercourse: prevalence, cultural factors, and HIV infection and other health risks, part I. *AIDS Patient Care STDs* 1999; 13:717-730.

- (40) Pauk J, Huang ML, Brodie SJ, Wald A, Koelle DM, Schacker T. Mucosal shedding of human herpesvirus 8 in men. *New England Journal of Medicine*. 2000; 343:1369–1377.
- (41) Varghese B, Maher J, Peterman T, Branson B, Steketee R. Reducing the risk of sexual HIV transmission: quantifying the per-act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. *Sex Transm Dis*. 2002; 29:38-43.
- (42) Bogart L, Kral A, Scott A, et al. Sexual risk among injection drug users recruited from syringe exchange programs in California. *Sex Transm Dis*. 2005; 32:27-34.
- (43) Huan XP, Yin YP, Fu GF, Jiang N, Zhang QQ, Zhang XN. High prevalence of sexually transmitted diseases among men who have sex with men in Jiangsu Province, China. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006; 33:118–123.
- (44) Lane T. Heterosexual anal intercourse increases risk of HIV infection among young South African men. *AIDS* 2006; 20:123-125.
- (45) Poynten IM, Jin F, Templeton DJ, et al. Prevalence, incidence, and risk factors for human papillomavirus 16 seropositivity in Australian homosexual men. *Sex Transm Dis*. 2012; 39:726-732.
- (46) Yahi N, Baghdiguian S, Bolmont C, Fantini J. Replication and apical budding of HIV-1 in mucous-secreting colonic epithelial cells. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1992; 5:993-1000.
- (47) Greenhead P, Hayes P, Watts PS, Laing KG, Griffin GE, Shattock RJ. Parameters of human immunodeficiency virus infection of human cervical tissue and inhibition by vaginal virucides. *J Virol*. 2000; 74:5577-5586.
- (48) Dezzutti CS, Guenther PC, Cummins JE Jr, et al. Cervical and prostate primary epithelial cells are not productively infected but sequester human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis*. 2001; 183:1204-1213.
- (49) Bouschbacher M, Bomsel M, Verronese E, et al. Early events in HIV transmission through a human reconstructed vaginal mucosa. *AIDS*. 2008; 22:1257-1266.
- (50) Levy JA. The transmission of AIDS: the case of the infected cell. *JAMA*. 1988; 259:3037-3038.
- (51) Belec L, Dupre T, Prazuck T, et al. Cervicovaginal overproduction of specific IgG to human immunodeficiency virus (HIV) contrasts with normal or impaired IgA local response in HIV infection. *J Infect Dis*. 1995; 172:691-697.
- (52) Powers KA, Poole C, Pettifor AE, Cohen MS. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2008; 8:553-563.
- (53) Baggaley RF, Dimitrov D, Owen BN, et al. Heterosexual anal intercourse: a neglected risk factor for HIV? *Am J Reprod Immunol*. 2013; 69:95-105.
- (54) Fenger C. Anal neoplasia and its precursors: facts and controversies. *Semin Diagn Pathol*. 1991; 8:190-201.
- (55) Aparicio-Duque R, Mittal KR, Chan W, Schinella R. Cloacogenic carcinoma of the anal canal and associated viral lesions. An in situ hybridization study for human papilloma virus. *Cancer*. 1991; 68:2422-2425.
- (56) Tarazi R, Nelson RL. Anal adenocarcinoma: a comprehensive review. *Semin Surg Oncol*. 1994; 10:235-240.
- (57) Deans GT, McAleer JJ, Spence RA. Malignant anal tumours. *Br J Surg*. 1994; 81:500-508.
- (58) Ablin RJ, Stein-Werblowsky R. Sexual behaviour and increased anal cancer. *Immunol Cell Biol*. 1997; 75:181-183.
- (59) Frisch M, Glimelius B, van den Brule A, et al. Sexually transmitted infection as a cause of anal cancer. *N Engl J Med* 1997; 337:1350-1358.

- (60) Moscicki AB, Hills NK, Shiboski S, et al. Risk factors for abnormal anal cytology in young heterosexual women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1999; 8:173-178.
- (61) Tseng HF, Morgenstern H, Mack TM, Peters RK. Risk factors for anal cancer: results of a population-based case-control study. *Cancer Causes Control.* 2003; 14:837-846.
- (62) Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, et al. Human papillomavirus, smoking, and sexual practices in the etiology of anal cancer. *Cancer.* 2004; 101:270-280.
- (63) Uronis HE, Bendell JC. Anal cancer: an overview. *Oncologist.* 2007; 12:524-534.
- (64) Health Quality Ontario. Anal dysplasia screening: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2007; 7:1-43.
- (65) Hessol NA, Holly EA, Efird JT, et al. Anal intraepithelial neoplasia in a multisite study of HIV-infected and high-risk HIV-uninfected women. *AIDS.* 2009; 23:59-70.
- (66) Heywood W, Smith AM. Anal sex practices in heterosexual and male homosexual populations: a review of population-based data. *Sex Health.* 2012; 9:517-526.
- (67) Law CL, Thompson CH, Rose BR, Cossart YE. Anal intercourse: a risk factor for anal papillomavirus infection in women? *Genitourin Med.* 1991; 67:464-468.
- (68) Patel HS, Silver AR, Northover JM. Anal cancer in renal transplant patients. *Int J Colorectal Dis.* 2007; 22:1-5.
- (69) Richards JM, Bedford JM, Witkin SS. Rectal insemination modifies immune responses in rabbits. *Science.* 1984; 224:390-392.
- (70) Goedert JJ, Biggar RJ, Winn DM, et al. Decreased helper T lymphocytes in homosexual men. II. Sexual practices. *Am J Epidemiol.* 1985; 121:637-644.
- (71) Ratnam KV, Wong TW, Lee J, Kamarrudin A, Sng EH, Ong YW. Effect of ano-receptive homosexual practice on T lymphocytes and delayed hypersensitivity in transsexuals. *Aust N Z J Med.* 1986; 16:757-760.
- (72) Kuno S, Ueno R, Hayaishi O. Prostaglandin E2 administered via anus causes immunosuppression in male but not female rats: a possible pathogenesis of acquired immune deficiency syndrome in homosexual males. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1986; 83:2682-2683.
- (73) Pifer LL, Wang YF, Chiang TM, Ahokas R, Woods DR, Joyner RE. Borderline immunodeficiency in male homosexuals: is life-style contributory? *South Med J.* 1987; 80:687-691, 697.
- (74) Alexander NJ, Tarter TH, Fulgham DL, Ducsay CA, Novy MJ. Rectal infusion of semen results in transient elevation of blood prostaglandins. *Am J Reprod Immunol Microbiol.* 1987; 15:47-51.
- (75) Dostal J, Veselsky L, Drahorad J, Jonakova V. Immunosuppressive effect induced by intraperitoneal and rectal administration of boar seminal immunosuppressive factor. *Biol Reprod.* 1995; 52:1209-1214.
- (76) Veselsky L, Dostal J, Zelezna B. Effect of boar seminal immunosuppressive component on humoral immune response in mice. *Am J Reprod Immunol.* 1997; 38:106-113.
- (77) Centola GM, Ginsburg KA. *Evaluation and Treatment of the Infertile Male.* Cambridge University Press. 2004.
- (78) Allardyce RA. Effect of ingested sperm on fecundity in the rat. *J Exp Med.* 1984; 159:1548-1553.
- (79) Mulhall BP, Fieldhouse S, Clark S, et al. Anti-sperm antibodies in homosexual men: prevalence and correlation with sexual behaviour. *Genitourin Med.* 1990; 66:5-7.

- (80) Yazdi RS, Akbari Sene A, et al. The correlation between sexual practices and the development of antisperm antibodies. *Int J Fertil Steril*. 2009; 2:189-192.
- (81) Barnes RC, Daifuku R, Roddy RE, Stamm WE. Urinary-tract infection in sexually active homosexual men. *Lancet*. 1986; 1:171-173.
- (82) Coull N, Mastoroudes H, Popert R, O'Brien TS. Redefining urological history taking - anal intercourse as the cause of unexplained symptoms in heterosexuals. *Ann R Coll Surg Engl*. 2008; 90:403-405.
- (83) Ashby J, Smith A. A case of sexual transmission of *Escherichia coli* leading to urine infections in a male homosexual couple? *Int J STD AIDS*. 2010; 21:660-661.
- (84) Abdolrasouli A, de Vries HJ, Hemmati Y, Roushan A, Hart J, Waugh MA. Sexually transmitted penile amoebiasis in Iran: a case series. *Sex Transm Infect*. 2012; 88:585-588.
- (85) Novo-Veleiro I, Hernandez-Cabrera M, Canas-Hernandez F, et al. Paucisymptomatic infectious prostatitis as a cause of fever without an apparent origin. A series of 19 patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2013; 32:263-268.
- (86) Cohall AT, Warren A. Persistent vaginal discharge in a sexually active adolescent female. *J Adolesc Health*. 1991; 12:58-59.
- (87) Harrington RD, Hooton TM. Urinary tract infection risk factors and gender. *J Gend Specif Med*. 2000; 3:27-34.
- (88) Sharma AK, Ranjan R, Mehta G. Prevalence and determinants of reproductive tract infections among women. *J Commun Dis*. 2004; 36:93-99.
- (89) Cherpès TL, Hillier SL, Meyn LA, Busch JL, Krohn MA. A delicate balance: risk factors for acquisition of bacterial vaginosis include sexual activity, absence of hydrogen peroxide-producing lactobacilli, black race, and positive herpes simplex virus type 2 serology. *Sex Transm Dis*. 2008; 35:78-83.
- (90) Tameliene R, Barcaite E, Stoniene D, et al. *Escherichia coli* colonization in neonates: prevalence, perinatal transmission, antimicrobial susceptibility, and risk factors. *Medicina (Kaunas)*. 2012; 48:71-76.
- (91) Read NW, Timms JM. Defecation and the pathophysiology of constipation. *Clin Gastroenterol*. 1986; 15:937-965.
- (92) Agnew J. Some anatomical and physiological aspects of anal sexual practices. *J Homosex*. 1985; 12:75-96.
- (93) Shafik A. Pelvic floor muscles and sphincters during erection and ejaculation. *Arch Androl*. 1997; 39:71-78.
- (94) Shafik A, Shafik I, El-Sibai O. Effect of vaginal distension on anorectal function: identification of the vagino-anorectal reflex. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84:225-229.
- (95) Shafik A, Shafik I, Shafik AA, El Sibai O. The cavernoso-anal reflex: response of the anal sphincters to cavernosus muscles' stimulation. *Asian J Androl*. 2006; 8:331-336.
- (96) Owen WF Jr. Medical problems of the homosexual adolescent. *J Adolesc Health Care*. 1985; 6:278-285.
- (97) Miles AJ, Allen-Mersh TG, Wastell C. Effect of anoreceptive intercourse on anorectal function. *J R Soc Med*. 1993; 86:144-147.
- (98) Cawich SO, Samuels L, Bambury I, Cherian CJ, Christie L, Kulkarni S. Complete anal sphincter complex disruption from intercourse: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2012; 3:565-568.
- (99) Frenckner B, Euler CV. Influence of pudendal block on the function of the anal sphincters. *Gut*. 1975; 16:482-489.

- (100) Chun AB, Rose S, Mitrani C, Silvestre AJ, Wald A. Anal sphincter structure and function in homosexual males engaging in anoreceptive intercourse. *Am J Gastroenterol*. 1997; 92:465-468.
- (101) Shafik A, Shafik IA, El Sibai O, Shafik AA. Flaturia: passage of flatus at coitus. Incidence and pathogenesis. *Arch Gynecol Obstet*. 2007; 275:33-37.
- (102) Platek SM, Shackelford TK. *Female Infidelity and Paternal Uncertainty: Evolutionary Perspectives on Male Anti-Cuckoldry Tactics*. Cambridge University Press. 2006.
- (103) Gallup GG, Burch RL, Platek SM. Does semen have antidepressant properties? *Arch Sex Behav*. 2002; 31:289-293.
- (104) Brody S, Costa RM. Vaginal orgasm is associated with less use of immature psychological defense mechanisms. *J Sex Med*. 2008; 5:1167-1176.
- (105) Costa RM, Brody S. Immature defense mechanisms are associated with lesser vaginal orgasm consistency and greater alcohol consumption before sex. *J Sex Med*. 2010; 7:775-786.
- (106) Abraham SF, Bendit N, Mason C, et al. The psychosexual histories of young women with bulimia. *Aust N Z J Psychiatry*. 1985; 19:72-76.
- (107) Hutton HE, Treisman GJ, Hunt WR, et al. HIV risk behaviors and their relationship to posttraumatic stress disorder among women prisoners. *Psychiatr Serv*. 2001; 52:508-513.
- (108) Komisaruk BR, Bianca R, Sansone G, et al. Brain-mediated responses to vaginocervical stimulation in spinal cord-transected rats: role of the vagus nerves. *Brain Res*. 1996; 708:128-134.
- (109) Collins JJ, Lin CE, Berthoud HR, Papka RE. Vagal afferents from the uterus and cervix provide direct connections to the brainstem. *Cell Tissue Res*. 1999; 295:43-54.
- (110) Komisaruk BR, Whipple B, Crawford A, Liu WC, Kalnin A, Mosier K. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain Res*. 2004; 1024:77-88.
- (111) Brody S, Veit R, Rau H. A preliminary report relating frequency of vaginal intercourse to heart rate variability, Valsalva ratio, blood pressure, and cohabitation status. *Biol Psychol*. 2000; 52:251-257.
- (112) Brody S, Preut R. Vaginal intercourse frequency and heart rate variability. *J Sex Marital Ther*. 2003; 29:371-380.
- (113) Brody S. Blood pressure reactivity to stress is better for people who recently had penile-vaginal intercourse than for people who had other or no sexual activity. *Biol Psychol*. 2006; 71:214-222.