



Kaza veya cama vurma ile el yaralanması geçiren hastaların demografik, klinik ve psikolojik farklılıkları

Füsün ŞAHİN¹, Nuray AKKAYA¹, Banu KURAN², Beril DOĞU²,
Nilgün ŞİMŞİR ATALAY¹, Nalan OĞUZHANOĞLU³

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli

Amaç: Bu çalışmanın amacı cama vurma ile kazayla yaralanan hastaları demografik, klinik ve psikolojik parametreler açısından karşılaştırmaktır.

Çalışma planı: Yaralanma ciddiyetini değerlendirmek için El Yaralanması Ciddiyet Skoru (EYCS), fonksiyon değerlendirmesi için Duruöz El İndeksi (DEİ), Hızlı Kol Omuz El Disabilite indeksi (H-KOES), yaralanmanın etkisini değerlendirmek için Revize Olayların Etkisi Ölçeği (R-OEÖ), dikkat eksikliğini değerlendirmek için Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği (E-DEHÖ), kişilik bozukluğu semptomlarını değerlendirmek için Sınırdaki Kişilik Envanteri (SKE), depresyon düzeyini belirlemek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı.

Bulgular: Cama vurarak yaralanan hastalar anlamlım olarak daha gençti ve ağırlıklı olarak dominant ellerinden yaralanmışlardı. <yaralanma ciddiyeti ve tüm psikolojik skalalar cama vurma ile yaralanan hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti.

Çıkarımlar: El tedavisi ile ilgilenen uzmanlar cama vurma ile yaralanan hastalardaki potansiyel problemler konusunda bilinçli olmalıdır.

Anahtar sözcükler: El yaralanması/yaralanmaları; post-travmatik; psikoloji; rehabilitasyon; stres bozukluğu.

Ciddi el yaralanmaları sıklıkla daimi sakatlıkla birlikte psikolojik, sosyal ve ekonomik problemlere neden olur.^[1] El yaralanmalarının çoğunluğu kaza sonucudur ve endüstriyel yaralanmalar, hobi/ev kazaları ve trafik kazalarını içerir. Yaralanmaların önemli bir bölümünü oluşturan endüstriyel yaralanmalarda dikkat eksikliği yaralanma nedenlerinden biridir.^[2,3] Bir çalışmada erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu olanlarda iş kazası riskinin iki kat fazla olduğu ve bu kişilerin iş

arkadaşlarına göre işten kalma nedeniyle daha zayıf bir iş performansı gösterdikleri bildirilmiştir.^[2] Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu olanlarda iş kazalarına ek olarak trafik ve boş zaman aktiviteleri ile ilişkili kazalarda da daha fazla artmış riske sahip oldukları bildirilmiştir.^[3]

Cama vurma el travmalarında bir diğer yaralanma mekanizmasıdır. Bu hastalarda problem çözme yeteneğinin kontrol grubuna göre daha kötü olduğu^[4] ve ani

Yazışma adresi: Dr. Füsün Şahin, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli.

Tel: +90 258 – 296 16 02 e-posta: fsnsahin@hotmail.com

Başvuru tarihi: 15.07.2014 **Kabul tarihi:** 15.11.2014

©2015 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu

www.aott.org.tr adresinde

doi: 10.3944/AOTT.2015.14.0255

Karekod (Quick Response Code)



öfke davranışlarının bu davranışların yaygın bir nedeni olduğu bildirilmektedir.^[5] Bu hastalarda bu problemlerine ilişkin profesyonel yardım almak yerine inkar mekanizmaları kullandıkları da belirtilmektedir.^[6,7] Duvara vurma ile yaralanan hastalar arasında psikiyatrik hastalık insidansının genel popülasyona göre daha fazla olduğu da bulunmuştur.^[4] Yaralanma öncesi psikopatoloji ve alkol/ilâç kullanımı da delici-kesici yaralanmalar ve travma sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle zayıf impuls kontrolü tartışma veya kavgalar sırasında genç erkeklerde kendilerini kasıtlı olarak yaralamaları ile sonuçlanmaktadır.^[8-10]

Yaralanma sonrası görülebilecek psikolojik problemler 1980'lerin başından beri araştırmalara konu olmuş ve en sık görülen bozuklukların stres ve anksiyete bozuklukları, majör depresyon ve post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) olduğu bildirilmiştir.^[11-15] Özellikle Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu olan hastalarda ve üst ekstremin travmatik amputasyonu olan hastalarda psikiyatrik hastalıklar (panik bozuklukları, depresyon, kişilik bozuklukları gibi) ve yargılama ve travma öncesi kişilik bozuklukları özellikle Kompleks Bölgesel Ağrı Sendrom'lu hastalarda gösterilmiş ve bu hastalarda bir psikiyatrik hastalık varlığı (panik bozuklukları, depresyon, kişilik bozuklukları gibi) ve yargılama ve algıların uygun ve/veya doğruluğunda yetersizlik saptanmıştır.^[11,16-18]

Bu çalışmanın amacı bir grupta kaza ile ikinci grupta cama vurma ile yaralanan hastaların demografik, klinik ve psikolojik parametrelerini karşılaştırmaktır.

Hastalar ve yöntem

Çalışmaya iki merkezden 18-65 yaşındaki hastalar dahil edildi. Yaralanma üzerinden en az 3 ay geçmiş her türlü travmatik el yaralanmalı hasta (tendon, sinir, kırık, yanık, amputasyon ve kombinasyonları) alındı. Hastalar çalışma konusunda bilgilendirildi, tüm hastalar çalışmaya katılmayı kabul etti ve yazılı onam formu imzalatıldı. Bütün anketler aynı sırada birleştirilerek bir kitapçık haline getirildi. Anketler ve yardımcı gözetiminde doldurtuldu. Okumada, anlamada zorluk çeken hastalara veya yardıma ihtiyacı olduğunu belirten hastalara destek verildi. Ayrıca alkol kullanım öyküsü, uyku bozukluğu, uyku bozukluğu nedeniyle ilâç kullanma, psikiyatrik hastalık ve önceki el yaralanma varlığı soruldu.

Değerlendirmede kullanılan yöntemler:

1. Klinik ciddiyetin belirlenmesi: El Yaralanması Ciddiyet Skoru (EYCS)
2. Fonksiyon Değerlendirmesi: Duruöz El İndeksi (DEİ) ve Hızlı Kol Omuz El Sakatlık Anketi

(H-KOES)

3. Post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) değerlendirilmesi: Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ)
4. Dikkat Eksikliği değerlendirilmesi: Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite ölçeği (EDEHÖ)
5. Kişilik bozukluğu değerlendirilmesi: Sınırdaki Kişilik Envanteri (SKE)
6. Depresyon değerlendirilmesi: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Skalaların ve anketlerin detayları Tablo 1'de gösterilmiştir.

EYCS, el ve karpal bölgenin ana yapıları olan cilt, iskelet, motor ve nöral (CİMN) yapıların ayrı ayrı göz önüne alınarak yapıldığı bir değerlendirme sistemidir. Her kategori olası tüm yaralanma paternlerini kapsayacak şekilde detaylandırılmıştır ve her spesifik yaralanmaya, göreceli önemleri temellerinde puan verilmiştir. Her bir CİMN ayrı olarak muayene edilir. Minimum skor 0 olmakla beraber maksimum skor yaralanan dokulara göre değişebilir.^[19]

DEİ mutfak işleri, giyinme, kişisel bakım, iş aktiviteleri ve diğer aktivitelerinde el becerilerine ilişkin 18 maddede içeren kendini değerlendirme ölçütüdür. Hastalar belirtilen aktiviteleri yapabilme düzeylerini 0'dan (zorluk yok) 5'e (yapılması imkansız) kadar puanlarlar (Tablo 1). Yüksek skorlar günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla aktivite kısıtlaması ve zorluk olduğunu gösterir.^[20] Türkçe skalanın travmatik el yaralanmalı hastalarda geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir.^[21]

H-KOES, KOES sonuç değerlendirme anketinden elde edilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. H-KOES üst ekstremitenin müskuloskeletal problemlerinde fiziksel fonksiyonları ve semptomları ölçmek için 30 yerine 11 maddeyi kullanır. H-KOES iki alanda puanlanır; sakatlık/semptom bölümü (11 madde, 1-5 arası puan) ve tercihli olarak kullanılan yüksek performans isteyen spor/müzik veya iş bölümü (4 madde, 1-5 arası puan). Bu çalışmada sakatlık/semptom bölümü kullanıldı. H-KOES'in sakatlık/semptom bölümünü hesaplamak için 11 maddenin en az 10'u cevaplandırılmalıdır. Her madde 5 seçenekli cevap içerir ve total skor her bir maddenin skorlarının toplamının hesaplanması ile elde edilir (0=sakatlık yok, 100=çok ciddi sakatlık).^[22] Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir.^[23]

OEÖ, travmatik stres semptomlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte son 7 gündeki belirtilerin şiddetinin 0-4 arası puanlandığı 22 soru bulunmaktadır. Üç alt ölçeğin birleşmesinden oluşmaktadır: Yeniden hatırlama

Tablo 1. Kullanılan skalaların özellikleri.

Skala	Amacı	Min.-Maks. skoru	Derecelendirme ve kesin (cut-off) skorları
El Yaralanması Ciddiyet Skoru	El yaralanmasının ciddiyetini derecelendirmek	0-yaralanan dokuya bağlı	<20: hafif yaralanma, 20-50: orta derecede yaralanma, 50-100: ciddi yaralanma, >100: major yaralanma
Duruöz El İndeksi	El fonksiyonları değerlendirmek için kendini değerlendirme anketi	0-90	Yüksek skorlar daha fazla aktivite kısıtlamasını gösterir, kesim değeri yok
Hızlı- Kol, Omuz, El-bileği, El Skatlık Anketi	Üst ekstremitte fonksiyonları değerlendirmek için kendini değerlendirme anketi	0-100	Yüksek skorlar daha fazla aktivite kısıtlamasını gösterir, kesim değeri yok
Olaydan Etkilenim Düzeyi Skalası	Travmatik stres semptomlarını değerlendirmek için kendini değerlendirme anketi	0-88	33 veya üzeri skorlar post-travmatik bozukluğu olası tanısını destekler
Erişkin Dikkat Eksikliği /Hiperaktivite Ölçeği	EDEHB taramak ve semptom şiddetini değerlendirmek için kendini değerlendirme anketi	0-144	<20: hafif düzeyde EDEHB semptomları 20-59: orta düzeyde EDEHB semptomları >60: Yüksek düzeyde EDEHB semptomları
Sınırdaki Kişilik Envanteri	Sınırdaki kişilik bozukluğu semptomlarının her yönünü içeren kendini değerlendirme aracı	0-51	Kesim değeri 15/16
Beck Depresyon Ölçeği	Depresyon düzeyini saptamak için geliştirilmiş kendini değerlendirme ölçeği	0-63	0-7: normal 8-13: minimal depresyon 14-19: hafif depresyon 20-28: orta depresyon 29-63: ciddi depresyon

EDEHB: Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu.

(intrusion) (1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. sorular), kaçınma (avoidance) (5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. sorular), uyarılma (hiperarousal) (4, 10, 15, 18, 19, 21. sorular). Kesim skoru (cut-off) belirlenmemiş olmakla beraber 33 puanın üzeri olası PTSS tanısını desteklediği belirtilmektedir (Tablo 1). Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.^[24,25]

Erişkinlik çağında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu DSM-IV'e göre tarayan, belirtilerini araştıran ve şiddetini belirleyen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin her bir maddesi 0-3 arasında puanlanır ve maksimum total skor 144'dür. Total skorda 20'nin altında alan hastalar hafif, 20-59 arası puan alan hastalar orta, 59'un üzerinde puan alan hastalar yüksek düzeyde DEHS belirtileri göstermektedir (Tablo 1). Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.^[26]

Sınırdaki kişiliğe ait belirti örüntüsünü tüm boyutlarıyla kapsayan kendini değerlendirme ölçeğidir. Temel olarak kimlik karmaşası, ilkel savunma düzenekleri ve gerçeği değerlendirmede bozulma belirti kümelerinden oluşmaktadır. Ölçek 52 maddeden oluşur ve doğru/yanlış şeklinde yanıt verilir. Doğru olarak işaretlenen maddelere 1 puan, yanlış olarak işaretlenen maddelere

0 puan verilir. Total skor 52 maddenin ilk 51 maddesine verilen cevaplar toplanarak bulunur. Kesim skoru (cut-off) Türkçe versiyonunun geçerlilik çalışmasında 15/16 olarak bildirilmiştir (Tablo 1).^[27]

BDÖ hastaların depresyon düzeyini ölçmek için geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, 0-4 arası skorlanan 21 çoktan seçmeli soru içerir. Total skor 0-63 arasındadır (Tablo 1).^[28] Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir.^[29]

İstatistik analiz Microsoft Office SPSS 17.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Gruplar arası numerik verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test, kategorik değerlerin karşılaştırılmasında Ki-kare test kullanılmıştır. P<0.05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya yaş ortalaması 37.03±11.9 yıl olan 146 (119 M, 27 F) hasta alındı. Hastaların operasyon veya olay ile çalışma için değerlendirilmeleri arasında geçen süre ortalama 15.6±3.3 hafta idi. Hastalar cama vurarak yaralananlar (n=18) ve kaza ile yaralananlar (n=128) olarak 2 alt gruba ayrıldı. Cama vurarak yaralanan hastalar kaza ile yaralananlara göre daha gençti, cama vurarak yaralanan hastaların yaş ortalaması

28.4±11.5, kaza ile yaralananların yaş ortalaması ise 27.1±10.08 yıldır. Ayrıca cama vurma ile yaralanan hastalar kaza ile yaralananlara göre daha fazla oranda dominant ellerinden yaralanmışlardır. Eğitim, meslek, alkol kullanımı ve önceden el yaralanması geçirme öyküsü, psikiyatrik hastalık tanısı, uyku bozukluğu, uyku için ilaç kullanımı varlığı/sayısı ve gruplar arası karşılaştırılmaları Tablo 2'de gösterilmiştir ve bu parametreler açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Uyku ilacı kullanma ise cama vurma ile yaralananlarda kaza ile yaralananlara göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0.055$) (Tablo 2).

Yaralanma ciddiyeti skoru, OEÖ, EDEHÖ, SKE ve BDÖ ortalama skorları cama vurma ile yaralanan grupta kaza ile yaralanan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). H-KOES ve DEİ skorları açısından 2 grup arasında fark yoktu ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 2. Kaza ve cama vurma ile yaralanan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması.

	Kaza ile yaralanan hastalar (n=128) (87.7%)	Cama vurma ile yaralanan hastalar (n=18) (12.3%)	p
Yaş (yıl)	38.4±11.5 (18-65)	27.1±10.8 (18-65)	0.001
Cinsiyet:			
Erkek	104 (81.2%)	15 (83.3%)	0.83
Kadın	24 (18.8%)	3 (16.7%)	
Yaralanma ve değerlendirme arası ortalama zaman (hafta)	15.5±3.3 (12-24)	16.4±3.5 (12-23)	0.25
Eğitim:			
Okur-yazar değil	1	1	
İlkokul	89	10	0.32
Ortaokul	22	4	
Lise	16	3	
Meslek:			
İşçi	60	10	
Ev Hanımı	18	3	
Marangoz	13	0	
Teknisyen	14	1	
Emekli	8	0	0.22
Öğrenci	4	3	
Memur	1	0	
İşsiz	1	1	
Diğer	9	0	
Dominant el yaralanması	63	15	0.007
Alkol kullanma hikayesi:			
Hayır	126	18	0.59
Evet	2	0	
Önceden el yaralanma hikayesi:			
Hayır	96	14	0.79
Evet	32	4	
Psikiyatrik hastalık tanısı:			
Hayır	121	14	0.25
Evet	7	4	
Uyku bozukluğu:			
Hayır	103	12	0.18
Evet	25	6	
Uyku ilacı kullanma:			
Hayır	125	16	0.055
Evet	3	2	

Tablo 3. Kaza ve cama vurma ile yaralanan hastaların yaralanan dokularının karşılaştırılması.

	Kaza ile yaralanan hastalar (n=128)	Cama vurma ile yaralanan hastalar (n=18)	p
Fleksör tendon	14	6	
Ekstensor tendon	18	0	
Sinir	7	3	
Kırık	34	0	
Fleksör tendon+sinir	24	9	0.02
Ekstensor tendon+kırık	14	0	
Ekstensor tendon+sinir	3	0	
Fleksör tendon+ekstensor tendon+sinir+arter	4	0	
Ekstensor tendon+kırık+sinir	1	0	
Amputasyon (Interfalangeal eklemler)	9	0	

Yaralanan dokular açısından gruplar arasında anlamlı fark vardı (Tablo 3). Cama vurma ile yaralanan grupta fleksör tendon, sinir ve tendon+sinir yaralanması belirgin olarak fazlaydı. Bu belirginlik kaza ile yaralanan grupta gözlenmedi.

Cama vurarak yaralanan grubun yaş ortalaması 27.1 ± 10.8 yıl olduğundan ve gruplar arasında fark olduğundan kaza ile yaralanan gruptaki 38 yaş üzeri hastalar çıkarıldı. Böylece kaza ile yaralanan hastalardan cama vurarak yaralanan grupta benzer yaşta bir alt grup (yaş ortalaması 28.2 ± 5.8 yıl olan 61 hasta) elde edildi. Demografik ve klinik özelliklerle yaptığımız analiz sonuçları Tablo 5'te gösterilmiştir. Subgrup çıkarılmadan yaptığımız analize benzer şekilde cama vurarak yaralanan hastalarda sadece dominant el yaralanması anlamlı olarak daha fazla idi ($p=0.004$). Yaralanma ciddiyeti skoru, OEÖ, EDEHÖ, SKE ve BDÖ ortalama skorları cama vurma ile yaralanan grupta kaza ile yaralanan alt gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). H-KOES

ve DEİ skorları açısından 2 grup arasında fark yoktu ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tartışma

Bu çalışmada cama vurarak yaralanan hastaların kaza ile yaralananlara göre daha genç oldukları ve büyük oranda dominant ellerinden yaralandıkları saptanmıştır. Yaralanma ciddiyeti, olaydan etkilenim düzeyi, ortalama SKE, EDEHÖ ve BDÖ skorları cama vurarak yaralanan hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti. Kaza ile yaralanan hastalarda dikkat eksikliği hafif düzeyde saptanırken cama vurma ile yaralananlarda dikkat eksikliği ve depresyon orta düzeyde saptanmıştır.

Cama veya duvara vurma gibi nedenlerle el yaralanması geçiren hastalarla yapılan çalışmalarda bu hasta grubunun %90'dan fazlasının erkek, yaralanmalarının %80'inin dominant elden olduğu, yaş ortalamasının 24–26 yaş ve kontrol grubuna göre daha genç yaşlarda

Tablo 4. Kaza ve cama vurma ile yaralanan hastaların yaralanma ciddiyeti skorları, fonksiyonel değerlendirme skorları, olaydan etkilenme düzeyleri, kişilik bozukluğu değerlendirilmesi skorları ve depresyon skorlarının karşılaştırılması.

	Kaza ile yaralanan hastalar (n=128)		Cama vurma ile yaralanan hastalar (n=18)		p
	Ortalama±SS	min.–maks.	Ortalama±SS	min.–maks.	
EYCS	25.3±25.6	2–160	34.2±26.1	4–116	0.03
DEİ skoru	22.2±22.3	0–90	27.9±29.8	0–98	0.48
H-KOES skoru	28.1±23.5	0–98	35.2±28.2	0–86	0.30
OEÖ total skor	16.9±11.03	0–44	23.7±10.2	4–38	0.01
EDEHÖ skoru	17.7±16.1	0–719	32.6±21.6	1–96	0.001
SKE total skoru	6.7±6.7	0–30	16.8±12.0	2–42	0.001
BDÖ total skoru	7.7±9.1	0–45	14.1±14.6	1–56	0.02

EYCS: El Yaralanması Ciddiyet Skoru; DEİ: Duruöz El İndeksi; H-KOES: Hızlı Kol Omuz El-bileği El Skalası; OEÖ: Olaydan Etkilenim Ölçeği; EDEHÖ: Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Ölçeği; SKE: Sınırdaki Kişilik Envanteri; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği.

Tablo 5. Kaza ve cama vurma ile yaralanan hastaların yaralanma ciddiyeti skorları, fonksiyonel değerlendirme skorları, olaydan etkilenme düzeyleri, kişilik bozukluğu değerlendirilmesi skorları ve depresyon skorlarının karşılaştırılması (Yaş düzeltilmiş subgroup analizi).

	Kaza ile yaralanan hastalar (n=61)		Cama vurma ile yaralanan hastalar (n=18)		p
	Ortalama±SS	Min.-maks.	Ortalama±SS	Min.-maks.	
EYCS	21.4±19.9	2-100	34.2±26.1	4-116	0.007
DEİ skoru	16.4±19.7	0-90	27.9±29.8	0-98	0.09
H-KOES skoru	22.8±21.9	0-98	35.2±28.2	0-86	0.07
OEÖ total skor	13.4±10.2	0-42	23.7±10.2	4-38	0.001
EDEHÖ skoru	16.2±15.6	0-66	32.6±21.6	1-96	0.01
SKE total skoru	6.03±6.1	0-24	16.8±12.0	2-42	0.001
BDÖ total skoru	6.3±8.4	0-35	14.1±14.6	1-56	0.005

EYCS: El Yaralanması Ciddiyet Skoru; DEİ: Duruöz El İndeksi; H-KOES: Hızlı Kol Omuz El-bileği El Skalası; OEÖ: Olaydan Etkilenim Ölçeği; EDEHÖ: Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Ölçeği; SKE: Sınırdaki Kişilik Envanteri; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

oldukları göze çarpmaktadır.^[5,7,30] Bizim çalışmamızda da cama vuran hastalar için bu gözlem bozulmamıştır. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi açısından ise gruplar arası fark yokken yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirtilmiştir.^[7]

Kasıtlı el yaralanmalarının alkol kullanımı ile yakın ilişkisi bulunmaktadır. Trybus ve ark.'nın^[10] çalışmasında özellikle evde olan yaralanmaların alkol alımı sonrası olduğu bildirilmiştir. Hasta grubumuzda iki grupta da alkol kullanma oranı yüksek değildi ve gruplar arasında fark saptanmadı. Bu durumun ülkemizin kültürel ve dini değerleri ile ilişki olduğunu düşünüyoruz. Ancak dikkatimizi çeken bir husus uyku probleminin kaza ile yaralanan grupta daha fazla olmasına rağmen uyku ilacı kullanımının kasıtlı yaralanan grupta daha fazla olmasıydı. Bu durum kasıtlı yaralanan grupta ilaç bağımlılığına olan meyli veya bu grup hastanın baş etme stratejileri konusunda yetersizliğini düşündürdü. Benzer şekilde Özen ve ark.'nın^[7] çalışmasında cama vuran grubun problem çözme yeteneklerinin kontrol grubuna göre yetersiz olduğu gösterilmiştir.

Cama vurma sonucu en fazla yaralanan dokuların tendonlar, sinirler ve arterler olduğu bildirilmiştir.^[30] Bizim çalışmamızda da kaza ile yaralanan grupta çok çeşitli dokulara ait yaralanmalar varken kasıtlı yaralanan grupta tendon ve sinir yaralanmaları ön plandaydı. Yaralanma ciddiyeti ise kaza ile yaralananlara göre anlamlı olarak yüksekti.

Travmatik el yaralanmalı hastaların psikolojik durumları ile ilgili çalışmalar PTSD, anksiyete ve depresyon üzerinde yoğunlaşmıştır.^[11,14,15,31-36] İş ile ilişkili yaralanmaların %50'sinde PTSD görülür ve bu durum özellikle akut stres bozukluğu ile birlikte.^[14,37,38] El yaralanmalı 67 hastanın değerlendirildiği çalışmada PTSD

tanısını bir hastanın karşıladığı ancak 44 hastanın tanı kriterini karşılamasa da bazı PTSD semptomlarını yaşadığı gösterilmiştir.^[39] Diğer çalışmada ise kendisini yaralayan hastaların neredeyse yarısında travma ile ilişkili stres tespit edilmiştir.^[40] Çalışmamızda her iki grup da kesim skorlarına ulaşmamakla beraber cama vurma ile yaralanan hastalarda kaza ile yaralananlara göre OEÖ skorları daha yüksekti.

Yaralanmalar sonrası hastaların iyileşmelerinin önündeki engelin premorbid psikolojik durumlardan kaynaklandığını düşünenler olduğu gibi yaralanma sonrası anksiyete, depresyon ve kızgınlığın yaralanma kaynaklı olduğunu düşünenler de vardır.^[9,12] Üst ekstremitelerden yaralanmış işçilerin uyumunu etkileyen faktörler arasında hastanın iletişim yeteneklerini kısıtlayabilecek kişilik bozuklukları, kızgınlık, öfke ve acı çekme sayılabilir. Hastanın kişiliğinin mevcut emosyonel stresini etkileyebileceği gibi mevcut kişiliğin travmaya neden olma ihtimali de vardır.^[12] Bu bağlamda emosyonel disregülasyon, impuls kontrolünde bozukluk, agresyon, kognitif disfonksiyonlar ve dissosiyatif durumlarla karakterize bir tablo olan Sınırdaki Kişilik Bozukluğu (SKB) özellikle kendini yaralayan hastalarda dikkati çekmektedir.^[41] SKB ile hayat boyu karşılaşılabilecek travma arasında yapısal bir ilişki olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır.^[41,42] Bu hastaların travma maruziyetine impulsivite ve kaotik ilişkileri neden olabilir ki bu durum aynı zamanda PTSD risklerini de artırır.^[42,43] Çalışma grubumuzdaki kasıtlı yaralanan hastaların hem OEÖ skorları hem de SKE skorlarının kaza ile yaralananlara göre anlamlı yüksek olması, bu bilgiler ışığında bu hasta grubunun psikolojik profili hakkında değerli veriler vermektedir.

Bir ortopedi kliniğinde yapılan çalışmada kontrol

grubu olarak etiolojide non-travmatik hastalar kullanılarak travmalı grupla karşılaştırılmıştır. Travmalı grupta EDEHÖ %62 görülürken kontrol grubunda %13 bulunmuştur.^[3] Çalışmamızda cama vurarak yaralanan gruptaki EDEHÖ skorları kaza ile yaralananlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. PTSSB'ye benzer şekilde EDEHÖ DSM-IV Aksis 2'de bulunur ve SKB ile benzer çekirdek tanı kriterlerine sahiptir.^[44,45]

Pek çok çalışma el, üst ekstremitte yaralanmalı veya genel yaralanmalı hastaların yaralanmadaki psikolojik faktörlerini incelemiştir.^[4-7,10-15,31-36] Çalışmamız sadece el yaralanmalı hastaların demografik, klinik ve psikolojik özelliklerindeki farklılıkları karşılaştıran ilk çalışmadır. Psikolojik değerlendirme için kullanılan skalaların hepsi bozukluğun taramasında kullanılan kendini değerlendirme anketleridir. Hastalarımız bir psikiyatri uzman hekimi tarafından değerlendirilmedi. Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri bu sebeple kesin tanının konulmamasıdır. Diğer kısıtlılıklar ise anketleri okumakta zorluk çeken veya sıkılan hastalara yardım etmemiz ve cama vuran grubun örnek sayısının düşük olmasıdır.

Sakat bırakıcı el yaralanmalarının tedavisi biyopsikososyal perspektiften yaklaşarak yapılmalıdır. Hastanın elinin anatomik bütünlüğünü sağlamak ve optimum hareket açıklığı veya kas gücünü sağlamak tedavi başarısı olarak değerlendirilir. Yaralanma öncesi medikal öyküsü, kişiliği, psikolojik yapısı, sosyal ve kültürel geçmiş, iş, hobiler gibi tüm faktörlerin göz önünde bulundurularak yaşam kalitesi optimize etmeye de çalışılmalıdır.^[46] El yaralanması gibi acil cerrahi gerektiren durumlarda preoperatif psikiyatrik değerlendirme mümkün görünmemektedir.^[12] Ancak postoperatif psikolojik değerlendirme yapılması rehabilitasyon hekimlerinin rehabilitasyon sürecinde karşılaşılabilecekleri uyum sorunlarının giderilmesinde faydalı olacaktır.

Cama vurarak yaralanan hastaların kaza ile yaralananlara göre daha genç olmaları ve daha ağırlıklı olarak dominant ellerinden yaralanmaları nedeniyle gelecekte daha fazla fonksiyonel kayıp yaşayacakları düşünülmektedir. Beraberinde cama vurarak yaralanan hastaların kaza ile yaralananlarla karşılaştırıldığında dikkat eksikliği, sınırdaki kişilik bozukluğu, depresyon skorlarının yüksek olması ve olaydan etkilenime verdikleri yanıtlar göz önünde bulundurulduğunda el cerrahları, fizyotristler ve el ile ilgilenen terapistlerin özellikle cama vurarak yaralanan hastalarda yaralanmayla ilişkili potansiyel psikolojik problemlerin farkında olmaları ve psikiyatristlerle işbirliği içinde çalışmalarının uygun olduğu düşünmekteyiz.

Çıkar örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Koestler AJ. Psychological perspective on hand injury and pain. *J Hand Ther* 2010;23:199-211.
2. Kessler RC, Lane M, Stang PE, Van Brunt DL. The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychol Med* 2009;39:137-47.
3. Kaya A, Taner Y, Guclu B, Taner E, Kaya Y, Bahcivan HG, et al. Trauma and adult attention deficit hyperactivity disorder. *J Int Med Res* 2008;36:9-16.
4. Jeanmonod RK, Jeanmonod D, Damewood S, Perry C, Powers M, Lazansky V. Punch injuries: insights into intentional closed fist injuries. *West J Emerg Med* 2011;12:6-10.
5. Kural C, Alkaş L, Tüzün S, Cetinus E, Ugras AA, Alkaş M. Anger scale and anger types of patients with fifth metacarpal neck fracture. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2011;45:312-5.
6. Sarandöl A, Özbek S, Eker S, Özcan M, Kırılı S. Psychiatric evaluation of patients with punching glass injuries admitted to the emergency room. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006;8:88-92.
7. Özen Ş, Subaşı M, Yıldırım A, Baştürk M, Bez Y. Problem solving skills and childhood traumas in patients who self-injured by punching glass during an anger outburst. *J Clin Exp Invest* 2010;1:25-30.
8. Whetsell LA, Patterson CM, Young DH, Schiller WR. Preinjury psychopathology in trauma patients. *J Trauma* 1989;29:1158-62.
9. Poole GV, Lewis JL, Devidas M, Hauser CJ, Martin RW, Thomae KR. Psychopathologic risk factors for intentional and nonintentional injury. *J Trauma* 1997;42:711-5.
10. Trybus M, Lorkowski J, Brongel L, Hladki W. Causes and consequences of hand injuries. *Am J Surg* 2006;192:52-7.
11. Mendelson RL, Burech JG, Polack EP, Kappel DA. The psychological impact of traumatic amputations. A team approach: physician, therapist, and psychologist. *Hand Clin* 1986;2:577-83.
12. Johnson RK. Psychologic assessment of patients with industrial hand injuries. *Hand Clin* 1993;9:221-9.
13. Cohen RI. Post-traumatic stress disorder: does it clear up when the litigation is settled? *Br J Hosp Med* 1987;37:485.
14. Grunert BK, Devine CA, Matloub HS, Sanger JR, Yousif NJ, Anderson RC, et al. Psychological adjustment following work-related hand injury: 18-month follow-up. *Ann Plast Surg* 1992;29:537-42.
15. Grunert BK, Smith CJ, Devine CA, Fehring BA, Matloub HS, Sanger JR, et al. Early psychological aspects of severe hand injury. *J Hand Surg Br* 1988;13:177-80.
16. Dilek B, Yemez B, Kizil R, Kartal E, Gulbahar S, Sari O,

- et al. Anxious personality is a risk factor for developing complex regional pain syndrome type I. *Rheumatol Int* 2012;32:915–20.
17. Hardy M, Merritt W. Psychological evaluation and pain assessment in patients with reflex sympathetic dystrophy. *J Hand Ther* 1988;1:155–64.
 18. Beerthuizen A, Stronks DL, Huygen FJ, Passchier J, Klein J, Spijker AV. The association between psychological factors and the development of complex regional pain syndrome type 1 (CRPS1)-a prospective multicenter study. *Eur J Pain* 2011;15:971–5.
 19. Campbell DA, Kay SP. The Hand Injury Severity Scoring System. *J Hand Surg Br* 1996;21:295–8.
 20. Duruöz MT, Poiraudeau S, Fermanian J, Menkes CJ, Amor B, Dougados M, et al. Development and validation of a rheumatoid hand functional disability scale that assesses functional handicap. *J Rheumatol* 1996;23:1167–72.
 21. Erçalık T, Şahin F, Erçalık C, Doğu B, Dalgıç S, Kuran B. Psychometric characteristics of Duruoz Hand Index in patients with traumatic hand flexor tendon injuries. *Disabil Rehabil* 2011;33:1521–7.
 22. Gummesson C, Ward MM, Atroshi I. The shortened disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire (QuickDASH): validity and reliability based on responses within the full-length DASH. *BMC Musculoskelet Disord* 2006;7:44.
 23. Düger T, Yakut E, Öksüz C, Yörükan S, Bilgütay BS, Ayhan Ç, et al. Reliability and validity of the Turkish version of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) Questionnaire. *Fizyoterapi Rehabilitasyon* 2006;17:99–107.
 24. Çorapçıoğlu A, Yargıç İ, Geyran P, Kocabaşoğlu N. “Olayların Etkisi Ölçeği” (IES-R) Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. *New/Yeni Symposium* 2006;44:14–22.
 25. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behav Res Ther* 2003;41:1489–96.
 26. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM-IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. *Türkiyede Psikiyatri* 2006;8:98–107.
 27. Aydemir Ö, Demet MM, Danacı AE, Devenci A, Oryal Taşkın E, Mızrak S, et al. Adaptation Into Turkish, Reliability and Validity of Borderline Personality Inventory. *Türkiyede Psikiyatri* 2006;8:6–10.
 28. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–71.
 29. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3–13.
 30. Bokhari AA, Stirrat AN. The consequences of punching glass. *J Hand Surg Br* 1997;22:202–3.
 31. Meyer TM. Psychological aspects of mutilating hand injuries. *Hand Clin* 2003;19:41–9.
 32. Lohman H, Royeen C. Posttraumatic stress disorder and traumatic hand injuries: a neuro-occupational view. *Am J Occup Ther* 2002;56:527–37.
 33. Richards T, Garvert DW, McDade E, Carlson E, Curtin C. Chronic psychological and functional sequelae after emergent hand surgery. *J Hand Surg Am* 2011;36:1663–8.
 34. Grunert BK, Devine CA, Matloub HS, Sanger JR, Yousif NJ. Flashbacks after traumatic hand injuries: prognostic indicators. *J Hand Surg Am* 1988;13:125–7.
 35. Grunert BK, Matloub HS, Sanger JR, Yousif NJ, Hettermann S. Effects of litigation on maintenance of psychological symptoms after severe hand injury. *J Hand Surg Am* 1991;16:1031–4.
 36. Jaquet JB, van der Jagt I, Kuypers PD, Schreuders TA, Kalmijn AR, Hovius SE. Spaghetti wrist trauma: functional recovery, return to work, and psychological effects. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:1609–17.
 37. Grunert BK, Matloub HS, Sanger JR, Yousif NJ. Treatment of posttraumatic stress disorder after work-related hand trauma. *J Hand Surg Am* 1990;15:511–5.
 38. Hennigar C, Saunders D, Efendov A. The Injured Workers Survey: development and clinical use of a psychosocial screening tool for patients with hand injuries. *J Hand Ther* 2001;14:122–7.
 39. Opsteegh L, Reinders-Messelink HA, Groothoff JW, Postema K, Dijkstra PU, van der Sluis CK. Symptoms of acute posttraumatic stress disorder in patients with acute hand injuries. *J Hand Surg Am* 2010;35:961–7.
 40. Gustafsson M, Amilon A, Ahlström G. Trauma-related distress and mood disorders in the early stage of an acute traumatic hand injury. *J Hand Surg Br* 2003;28:332–8.
 41. Dell’Osso B, Berlin HA, Serati M, Altamura AC. Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology* 2010;61:169–79.
 42. Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, et al. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry* 2003;160:2018–24.
 43. Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM. Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:1210–7.
 44. Pagura J, Stein MB, Bolton JM, Cox BJ, Grant B, Sareen J. Comorbidity of borderline personality disorder and post-traumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychi-*

- atr Res 2010;44:1190–8.
45. Rösler M, Retz W, Yaqoobi K, Burg E, Retz-Junginger P. Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009;259:98–105.
46. Ward RK. Assessment and management of personality disorders. Am Fam Physician 2004;70:1505–12.

YAZARIN ÇEVİRİSİ