



Beşinci metakarp boyun kırıklı hastalarda öfke değerlendirmesi

Cemal KURAL¹, Leyla ALKAŞ², Savaş TÜZÜN¹, Ercan ÇETİNUS¹, A. Akın UĞRAŞ¹, Mustafa ALKAŞ¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul;

²Çocuk ve Erişkin Psikiyatristi, İstanbul

Amaç: Çalışmamızın amacı beşinci metakarp kırıklı olguların saldırgan ve öfkeli davranışlarını araştırmak ve öfke yönetimi ve psikolojik destek çözümüne nasıl baktıklarını değerlendirmektir.

Çalışma planı: Çalışmaya beşinci metakarp boyun kırığı tanılı 30 erkek olgu (ortalama yaş: 24.8) ile 30 sağlıklı erkek kontrol olgusu (ortalama yaş: 28.7) dahil edildi. Her iki grup Spielberger'in sürekli öfke - öfke tarzı ölçeğinde yer alan sorularla değerlendirildi. Ayrıca beşinci metakarp boyun kırıklı olgulara, fiziksel yaralanma öncesi öfkelenmesine sebep olan durumla ve psikiyatrik destek almasıyla ilgili yarı yapılandırılmış sorgu formu ve Barratt'ın tepkisel ölçeğinin Türkçe uyarlaması (BDÖ-11) doldurtuldu.

Bulgular: Etiyolojik olarak olgu serimizde duvara yumruk atma %60, kavgı sırasında yumruk atma ise %40 oranında saptandı. Barratt'ın ölçeğine göre planlanmamış tepkisellik skoru kırıklı hastalarda daha yüksek idi. Kırıklı ve kontrol grubundaki olguların Spielberger ölçeği skorları arasında anlamlı bir fark yoktu. Alt ölçekte dikkat edilmesi gereken tepkisel öfke değerlendirmesinde hastaların %82'sinin skorları yüksek bulundu.

Çıkarımlar: Tepkisel öfke davranışı beşinci metakarp boyun kırıkları için ortak bir nedendir. Bu tür kırıklara sahip hastalar öfkelerini kontrol ve yönlendirmede sıklıkla sıkıntı yaşar ve psikiyatrik destek almaktan kaçınır. El cerrahinin hastanın psiko-sosyal ihtiyaçlarına duyarlı olması, toplum sağlığı açısından sonraki psikopatolojilerin engellenmesi gerektiğinde psikiyatri yardımı alması için hastanın yönlendirilmesi gerektiği inancındayız.

Anahtar sözcükler: Barratt tepkisellik ölçeği; beşinci metakarp boyun kırığı; psikiyatri; Spielberger öfke - öfke tarzı ölçeği.

Öfke, tüm insanların zaman zaman yaşadığı, uygun ifade edildiğinde olumlu sonuçlar doğuran normal ve sağlıklı bir duygudur. Öfke, herhangi bir tehdit, suçlanma veya negatif bir durum karşısında verilen duygusal bir reaksiyon iken, saldırganlık bir başkasına veya bir maddeye zarar verici bir davranıştır.^[1]

Kas iskelet sistemi yaralanmalarının %28'ini el yaralanmaları oluşturmaktadır.^[2] Metakarp ve falanks kırıkları ise 10 ila 40 yaş arasında, erkek ve atletik ki-

şilerde en sık görülen üst ekstremite yaralanmalarıdır. ABD'de 1998 yılında 1.5 milyon el ve ön kol kırığı tedavi edilmiş olup, bu kırıkların yaklaşık 600,000'ini metakarp ve falanks kırığı oluşturmaktadır.^[3,4] Metakarp kırıklarının en sık görülen tipi ise dördüncü ve beşinci metakarp boyun kırığıdır. Yıllardır beşinci metakarp boyun kırığı için boksör kırığı terimi kullanılmasına rağmen, gerçekte bu kırıklar katı bir nesneye vuran, kavgacı kişilerde daha sık görülmektedir.^[5]

Tablo 1. Travma sonrası acil servise 3 ay içinde başvuran 5. metakarp boyun kırığı tanısı alan olguların dağılımı.

	18 yaş altı	18-25 yaş	25 yaş üstü	Beşinci metakarp boyun kırıklı olgu sayısı	Acil servise başvuran travmalı olgu sayısı
Ağustos	11	14	13	38	1,562
Eylül	4	4	7	15	1,478
Ekim	7	9	9	25	1,400

Acil servise başvuran hastalar içinde beşinci metakarp boyun kırığı tanısı almış çok fazla olgu olması bizi bu kırıkların arkasında yatan nedenleri inceleme gereksinimine zorladı. Bu tip kırığı olan kişilerin, öfke durumlarını kontrol etme yetenekleri az olan insanlar olduğu hipotezi ile çalışmamıza başladık. Literatürde el cam kesisi yaralanmaları ve bu olguların psikiyatrik değerlendirmesi dışında benzer araştırmaya rastlanmadı.^[6] Metakarp boyun kırıklarına saldırgan ve öfkeli davranışların ne kadar eşlik ettiğinin incelendiği çalışmamızda, hastaların öfke özellikleri ve psikiyatrik desteğe nasıl baktıkları araştırıldı.

Hastalar ve yöntem

Acil servise 3 aylık zaman dilimi içinde başvuran olgular incelendiğinde, 4,437 travmalı olgunun %1.75'ni el beşinci metakarp boyun kırıklı olguların oluşturduğu saptandı. Olguların %62'sini 25 yaş altı grup oluşturmaktaydı (Tablo 1). Sadece iki olgu bayan idi. Acil servise el yaralanması ile gelerek beşinci metakarp boyun kırığı tanısı alan 30 erkek olgu çalışma grubunu, benzer özelliklere sahip aynı sayıda, el yaralanması olmayan rastlantısal seçilen 30 erkek olgu da kontrol grubunu oluşturdu.

Her iki grup Spielberger sürekli öfke - öfke tarzı ölçeği (SÖÖTÖ) ile sorgulandı.^[7] Ölçek, sürekli öfke, öfke-içte, öfke-dışa ve öfke kontrol alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Bu ölçek ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Form toplam 6 grup içinde 34 sorudan oluşmaktadır (Şekil 1). Formun 34 maddesinin ilk 10 maddesi sürekli öfke düzeyini ölçmekte, sonraki 24 madde ise bireylerin öfke tarzlarını (öfke-içte, öfke-dışa ve öfke kontrol alt boyutları) belirlemektedir. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, öfke kontrol alt ölçeğindeki yüksek puanlar yüksek öfke kontrol düzeyini, öfke-dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edildiğini ve öfke-içte alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir.

Beşinci metakarp boyun kırıklı olgulara ayrıca fiziksel yaralanma öncesi öfkelenmesine sebep olan durumla ve psikiyatrik destek almasıyla ilgili olarak 11 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış sorgu formu doldurtuldu (Şekil 2). Kırıklı olguların dürtüsel durumlarını incelemek için de 30 ayrı sorudan oluşan Barratt dürtüsel ölçeğinin Türkçe uyarlaması (BDÖ-11) uygulandı.^[8] Barratt dürtüsellik ölçeğinin Türkçe uyarlamasında 30 soru üç alt ölçekte sorulur; dikkatsizlik ve

	Hangisi sizi en iyi tanımlıyor?			
	Hiç			Tümüyle
1. Çabuk parlarım.	1	2	3	4
2. Kızgın mizaçlıyım.	1	2	3	4
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	1	2	3	4
4. Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	1	2	3	4
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.	1	2	3	4
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4
7. Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.	1	2	3	4
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	1	2	3	4
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	1	2	3	4
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	1	2	3	4

Şekil 1. SÖÖTÖ (Sürekli öfke düzeyi hakkında) değerlendirme şemasının ilk on sorusu.

bilişsel düzensizlik, motor dürtüsellik, sabırsızlık ve plansız dürtüselliktir. Formu tamamlamak 15-20 dakika kadar sürer.

İstatistiksel analiz için bağımsız örneklem t-testi ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı.

Bulgular

Metakarp kırığı olan olguların etiyolojik faktörleri incelendiğinde, kavga sırasında yumruk atma 12 (%40) olguda, duvara yumruk atma 18 (%60) olguda görüldü. Çalışma grubunun yaş ortalaması 24.8 (dağılım: 14-64) yaş, kontrol grubunun ise yaş ortalaması 28.7 (dağılım: 18-54) idi. Dört olguda metakarp boyun kırığı baskın olmayan ekstremitede saptandı. Olguların 14'ü öğrenci (lise-üniversite) idi. Dört olgumuz yüksek oranda alkol alımı sonrası travma geçirmişti. Olguların acil servise diğer el yaralanmalarına göre daha gecikerek geldikleri, yaralanma şeklini ve olayın ayrıntılarını anlatmaktan genelde kaçındıkları gözlemlendi.

Olguların ve kontrol grubunun SÖÖTÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2).

On sekiz olgu haksızlığa uğrama, dediğinin yapılmaması durumunda aniden kendilerini kaybettiklerini belirtirken, 11 olgu ise geçirdiği travmadan pişman olduklarını dile getirdi. Metakarp boyun kırıklı olguların fiziksel yaralanma öncesine ait değerlendirmede yarı yapılandırılmış 11 sorunun cevapları tek tek ayrıntılı incelendiğinde ise, öfke denetiminde ne kadar sıkıntıları olsa da, olguların bunu kabul edip, profesyonel yardım istemek yerine öfke ve benzeri duygularını daha çok bastırmayı, inkar etmeyi ve yok saymayı tercih ettikleri görüldü. Otuz sorudan oluşan BDÖ-11 ölçeğinin değerlendirilmesinde ise dikkat gerektiren dürtüsellik olguların %82'sinde yüksek bulundu.

Tartışma

Olguların öfke denetimiyle ilgili ne kadar sıkıntıları olsa da bunu kabul edip yardım istemek yerine, öfke ve benzeri duygularını daha çok bastırmayı, inkar etmeyi yeğledikleri ve dikkatsizce hareket ettikleri belirlendi.

Düşünmeden vurmak, saf bir dürtüselliktir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklardaki agresyonun uyarınlarca tedavisini sağlayan dürtüsel davranışların durdurulmasıdır. Erken ço-

1. Elinizi yaralamadan önce üzülüp-üzünüz, kızdığınız bir kişi ya da olay var mıydı?
 - Annem-babam
 - Karım
 - İş arkadaşım
 - Haksızlığa uğramak
 - İstedüğimin yapılmaması
 - Diğer
2. Elinizi yaralamadan önce alkol ve ya bir madde almış mıydınız?
 - Evet
 - Hayır
3. Olay nerede oldu? Ev, iş-okul, sokak?
4. Acile gelirken size biri eşlik etti mi?
5. Daha önce benzer bir yaralanma, incinme yaşadınız mı?
6. Daha önce kendinize vurma, saçınızı çekme, kafanızı vurma, giysinizi yırtma, eşyaları fırlatma, kırma tepkileri gösterdiniz mi?
7. Ailenizde, çevrenizde benzer yaralanması olan var mı?
8. Okulda, askerde, iş yerinde kurallar ve disiplinle ilgili sıkıntılar yaşıyor muydunuz?
 - Hayır
 - Nadiren
 - Sıklıkla
 - Çoğunlukla
9. Hiç psikiyatrik danışmanlık alma gereği duydunuz mu?
10. Hiç psikiyatriste gittiniz mi? (Özellikle çocuklukta)
11. Psikiyatrik yardım almak ister misiniz?

Şekil 2. El yaralanması geçiren olgular için hazırlanan yarı yapılandırılmış soru anketi.

cuklukta şiddete maruz kalma bilişsel yanlış algılamaya neden olarak sebep-sonuç bağlantısını kurmayı engeller.^[9] Normal bir duygu olan öfke, uygun bir şekilde ifade edilemediği zaman ruhsal, fiziksel, ilişkisel ve toplumsal pek çok güçlüğü neden olmaktadır. Öfke duygusunun uygun bir şekilde ifade edilememesi, öfke patlamaları, bireylerin kişilerarası ilişkilerinde ailevi, mesleki, akademik ve yaşamın diğer alanlarında da güncel hayatın olağan bir şekilde akmasına engel olmakta ve işlevselliklerini düşürmek-

Tablo 2. Metakarp boyun kırıklı olgular ile kontrol grubu arasında sürekli öfke-öfke tarz ölçeği (SÖÖTÖ) puanlarının karşılaştırması.

SÖÖTÖ alt ölçekleri	Kırıklı olgular (n=30) (ortalama±SD)	Kontrol (n=30) (ortalama±SD)	t
Sürekli öfke	20.13±6.9	21.47±5.8	-802
Öfke-içte	16.23±3.8	17.60±4.8	-1.22
Öfke-dışa	16.13±4.7	16.50±5.03	-.291
Öfke kontrol	21.80±6.3	21.87±4.8	-.046

te ve kişinin gerek fizyolojik, gerekse psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, öfke duygusunun tanınması, kabul edilmesi ve işlevsel bir biçimde ifade edilebilmesi gerekir. Aksi halde, bu çalışmada da görüldüğü gibi, kontrol edilemeyen öfke istenmeyen sonuçlar doğurur ve fiziksel yaralanma riskini yükseltir.^[1]

Bu çalışmada tüm olguların öfke düzeyleri ayrıntılı incelendiğinde SÖÖTÖ'ye göre çalışma grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Aksine, Sarandöl ve ark.'nın araştırmasında cama yumruk atarak el yaralanması olan grupta öfke puanlarının yüksek olması ve olayın tekrarlayıcı olma özelliği bu davranışın herhangi bir psikiyatrik bozukluğun belirleyicisi olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.^[6] Acil polikliniğine başvuran hastalardan sorulara doğru cevap almanın zor olduğu söylenebilir. Dürtüsellik ve öfke patlamaları sosyal olarak kabul gören davranışlar değildir. Bu nedenle kişinin kendi beyanı çoğu zaman yanlış olmaktadır. Kliniğe gecikmeli gelme, alkol ve madde alımını değerlendirmemizi zorlaştırmaktadır. Hasta doktorun, kendisini kabul etmesi, iyi davranması ve ilgilenip doğru tedavi etmesi için de sosyal kabul görmeyen davranış ve duygularını göstermeyi tercih etmektedir. Ayrıca olguların bir kısmında olan suçluluk ve pişmanlık duygusu, yaptığı sonucunu olan yaralanmayı sessizce kabullenmesine ve olayın kapatılmasını istemelerine sebep olmaktadır.

Trybus ve ark.'nın^[2] yaptığı geniş el yaralanması yayınında; el yaralanmalarının %45'ini ev yaralanmaları, %19'unu iş yaralanmaları oluşturmaktadır. Mekanik araçlara bağlı el yaralanması %34, alkol aşırı alımı sonrası yaralanma %26 olarak saptanmıştır. Evde meydana gelen el yaralanmalarında en büyük sebep alkol alımı sonrası oluşan cam kesisi yaralanmalarıdır. Bu yaralanmalar daha karmaşık yaralanmalar olup, tedavisi daha zor ve uzun olmaktadır. Kanatlı ve ark.'nın araştırmasında da 18 kırıklı olgunun 16'sında duvara yumruk atma, 2 olguda ise düşme sonucu beşinci metakarp boyun kırığı olduğu bildirilmiştir.^[10] Bizim beşinci metakarp kırıklı olgu serimizde ise duvara yumruk atma (%60) ve kavga sırasında yumruk atma (%40) oranında saptandı. Olgularımızın tümü ev ve okulda geçirilmiş travma neticesinde oluşmuştur. Bu tip el yaralanmalarında tedavi genellikle konservatiftir (alçı veya breys) ve hastalar cam kesilerine göre daha kısa sürede eski yaşamına dönebilmektedir. Alkol kullanımı sonrası

beşinci metakarp boyun kırığı oluşan olgu sayımız dört idi. Bu bulgularla, olgu serimizin etiolojisinin genel el yaralanmaları etiolojik faktörlerinden oldukça farklı olduğunu söyleyebiliriz.

Dürtüsel öfke davranışı sırasında, beşinci metakarp boyun kırığı oluşan hastaların, öfkelerini kontrol etmede, yönetmede zorlandıkları ve psikiyatrik desteği kabul etmedikleri görülmüştür. Dikkatsizliği ve bilişsel algı sorunları olan, olayların sebep-sonuç bağlantılarını değerlendirmede zorlanan bu hastaların, psiko-sosyal ihtiyaçlarına karşı el cerrahları duyarlı olmalıdırlar. Bu gibi durumlarda sıklıkla psikiyatrik destek gerekir.

Çıkar Örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Özmen KS. Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2004;37:27-39.
2. Trybus M, Lorkowski J, Brongel L, Hladki W. Causes and consequences of hand injuries. Am J Surg 2006;192:52-7.
3. Burke FD, Dias JJ, Lunn PG, Bradley M. Providing care for hand disorders: trauma and elective. The Derby Hand Unit experience (1989-1990). J Hand Surg Br 1991;16:13-8.
4. Chung KC, Spilson SV. The frequency and epidemiology of hand and forearm fractures in the United States. J Hand Surg Am 2001;26:908-15.
5. Moran SL, Rizzo M, Shin AY. Hand and Wrist Fracture and Dislocations, Including Carpal Instability. AAOS Comprehensive Orthopaedic Review, Lieberman JR, editor 2009, Chapter 51, 547.
6. Sarandöl A, Özbek S, Eker S, Özcan M, Kırılı S. Psychiatric evaluation of patients with punching glass injuries admitted to the emergency room of a university hospital in Bursa, Turkey. Türkiye'de Psikiyatri 2006;8:88-92.
7. Özer AK. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1994;31:26-35.
8. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, ve ark. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt impulsiveness scale-11. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008;18:251-8.
9. Karamustafalıoğlu OK, Zohar J, Güveli M, Gal G, Bakım B, Fostick L. Natural course of posttraumatic stress disorder: a 20-month prospective study of Turkish earthquake survivors. J Clin Psychiatry 2006;67:882-9.
10. Kanatlı U, Kazımoğlu C, Uğurlu M, Esen M. Konservatif olarak tedavi edilen boksör kırıklarında fonksiyonel sonuçların değerlendirilmesi. Acta Orthop Traumatol Turc 2002;36:429-31.