



Acil pratisyen hekimlerinin kas-iskelet yaralanmalarında bilgi, tutum ve davranışları üzerine bir anket çalışması

A survey on knowledge, attitude, and practice of emergency department practitioners in musculoskeletal injuries

Levent ALTINEL,¹ M. Eray BOZAN,¹ Yusuf YÜRÜMEZ,² Reha DEMİREL,³ Yücel YAVUZ²

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, ²Acil ve İlk Yardım Anabilim Dalı, ³Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Afyon il merkezinde acil sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin, kas iskelet yaralanmaları ile ilgili acil girişim bilgilerinin, bu konudaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Çalışma planı: Çalışmaya Afyon il merkezindeki acil sağlık birimlerinde çalışan 40 pratisyen hekimin 32'si (%80) katıldı. Sosyo-demografik bilgilere ek olarak 20 soruluk bir anket uygulandı. On soru bilgi sorusu, 10 soru hekimin tutum ve davranışını belirlemeye yönelik sorulardı. Bilgi soruları, her bir soruya 10 puan verilerek 100 puan üzerinden değerlendirildi. Altmış puan ve üzeri olanlar başarılı kabul edildi. Anket soruları, özellikle sık karşılaşılan ve pratisyen hekim düzeyinde müdahaleyi gerektiren; travmalı hastada boyun muayenesi, açık kırık tedavisi, çıkıklara acil müdahale, ateşli silah yaralanmalarında tedavi ve travmatik amputasyonda organın taşınması ile ilgili konulardan seçildi.

Sonuçlar: Ortalama hekimlik süresi 7.8±3.9 yıldır. Başarı puanı ortalaması 66.6±15.8 bulundu. Hekimlik süresi ile başarı puanı arasında anlamlı fark saptanmadı. Kurumlar arasında bilgi düzeyleri açısından farklılık yoktu. Hekimlerin %81.3'ünün başarılı olmasına karşılık, boyun muayenesi sırasında unutulmaması gereken alt ekstremitenin nörolojik muayenesinin yeterince yapılmadığı, açık kırık tanımının ve tetanos profilaksisinin yeterince bilinmediği ve uygulanan antibiyoterapilerde farklılık olduğu görüldü.

Çıkarımlar: İlimizde acil sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin konular üzerinde bilgi birikimleri olmasına karşın, uygulamalarda görülen yetersizlik ve eksikliklerin düzenli eğitimlerle giderilmesi gerekir.

Anahtar sözcükler: Ambulatuvar bakım; acil bakım/egitim; ilk-yardım; bilgi, davranış, uygulama; multipl travma; iskelet-kas sistemi/yaralanma; anket; hasta taşınması/standart; travma, sinir sistemi; omurga yaralanması.

Objectives: A knowledge, attitude, and practice study was conducted in relation to musculoskeletal injuries among emergency department practitioners working in the town of Afyon, Turkey.

Methods: Of 40 practitioners working at emergency health services in Afyon, 32 (80%) responded to a 20-item questionnaire that inquired about their knowledge, attitude and practice. A 100-point scoring system was used for the first half of the questionnaire including 10 questions about their knowledge, and a total score of 60 or above was regarded as successful. Inquiry was focused on frequent emergency problems that require intervention by the emergency department practitioners, such as neck examination in trauma patients, treatment of open fractures, intervention to dislocations, treatment in gunshot injuries, and transportation of traumatic amputated organs.

Results: The mean duration of professional practice was 7.8±3.9 years. The mean achievement score was 66.6±15.8, without any significant difference among institutions. No significant relationship existed between the duration of professional practice and knowledge scores. Despite a success rate of 81.3% in knowledge scores, the following shortcomings were notable: neglect in the neurological examination of the lower extremity during neck examination, and inappropriate definitions and interventions in open fractures, tetanus prophylaxis, and antibiotic treatment.

Conclusion: The survey showed that the practitioners in Afyon have sufficient knowledge levels; however, it seems apparent that there are shortcomings in their practice, which require continuing education for all the staff.

Key words: Ambulatory care; emergency care/education; first aid; knowledge, attitudes, practice; multiple trauma; musculoskeletal system/injuries; questionnaires; transportation of patients/standards; trauma, nervous system; spinal cord injuries.

Gelişmiş ülkelerde acil servis hastalarının yaklaşık dörtte birini travmalı hastalar oluşturmaktadır. Ayrıca 1-44 yaş arasındaki en sık ölüm nedeni travmalardır.^[1] Travma sonrası iyi bir acil bakım ve bunu takiben yapılacak iyi bir rehabilitasyon, oluşacak morbidite ve mortaliteyi en aza indirebilir.^[1] Travmalı hastaya yaklaşım tıp eğitimi içinde yer almakta; ayrıca, mezuniyet sonrası eğitim programlarına da sıklıkla konu olmaktadır. Ülkemizde trafik kazalarının fazlalığı ve Afyon ilinin karayollarının kesiştiği bir dört yol kavşağında bulunması nedeniyle bu konunun önemi bizim için bir kat daha fazladır.

Bu çalışma, İlimizde bulunan acil servislerde çalışan pratisyen hekimlerin kas-iskelet yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeylerini, tutum ve davranışlarını ve varsa eğitim ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla planlandı. Ulusal literatürde benzer çalışma bulunmaması nedeniyle çalışmamızın Türkiye için bir örnek oluşturacağını umuyoruz.

Gereç ve yöntem

Araştırmamız, Afyon il merkezinde travma acil servisine sahip olan iki yerel hastane ve 112 acil servisinde çalışan pratisyen hekimlerle yapıldı. Bu kurumlarda çalışan toplam 40 pratisyen hekimin 32'si (%80; 25 erkek, 7 kadın) araştırmaya katıldı. Veriler hazırlanan anketlerin hekimler tarafından doldurulması ile toplandı (Ek-1). Anket formunda, hekimlerin sosyo-demografik özellikleri hakkında sorular yanı sıra kas-iskelet sistemi yaralanmaları ile ilgili 20 soru yer aldı. On soru bilgi sorusu, diğer 10 soru kas-iskelet yaralanmalarında hekimin tutum ve davranışını belirlemeye yönelik sorulardı. Hastaneler birlikte değerlendirildi. Her bilgi sorusu eşit ağırlıkta olmak üzere toplam 100 üzerinden puanlandırma yapıldı. Altmış puan ve üzeri alanlar başarılı kabul edildi. Yanıtlanmayan sorular yanlış olarak değerlendirildi. Hekimlik süreleri 0-5 yıl, 6-10 yıl ve 10 yıl üzeri şeklinde üç ayrı grupta değerlendirildi. Sonuçlar ortalama±standart sapma şeklinde belirtildi. İstatistiksel değerlendirme, SPSS 11.5 programında Fisher kesin testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılarak yapıldı; anlamlılık seviyesi p<0.05 olarak kabul edildi.

Sonuçlar

Otuz iki pratisyen hekimin yaş ortalaması 33.1±4.1 (dağılım 26-43); hekimlik süresi ortalama 7.8±3.9 yıl (dağılım 1-17 yıl) idi. Başarı puanı orta-

laması 66.6±15.8 (dağılım 30-90) bulundu. Hekimlerin %81.3'ü başarılıydı. Deneyim ve cinsiyetin başarı puanını etkilemediği görüldü (p>0.05). Çalışmaya katılan hekimlerin görev yerleri ve anketten aldıkları başarı puanları Tablo 1'de gösterildi. Görev yeri ile başarı puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sorular içinde en fazla yanlış yanıtın açık kırık tanımı (%81) ve tetanos profilaksisi uygulanması (%94) ile ilgili sorularda, en fazla doğru yanıtın ise (%97) kopan uzvun ne şekilde taşınması gerektiği konusundaki soruda verildiği görüldü.

Travmalı hastada boyun muayenesi yapma ve boyunluk uygulaması ile ilgili sorulara verilen yanıtlara göre, 22 hekim (%68.8) her zaman boyun muayenesi yapmakta, 25 hekim (%78.1) her zaman boyunluk uygulamaktaydı. Buna karşın, 10 hekimin (%31.3) boyun muayenesini ara sıra yaptığı; bunlardan yedi hekimin (%21.9) muayene yapsa da yapmasa da her zaman boyunluk uyguladığı, üç hekimin (%9.4) ise boyun muayenesini zaman zaman yaptığı ve yine zaman zaman boyunluk uyguladığı saptandı. Boyun palpasyonuna %75 oranında dikkat edilirken, alt ekstremitenin nörolojik muayenesi hekimlerin %37.5'unda gözden kaçırılmaktaydı (Tablo 2).

Açık kırık tedavisinde antibiyoterapi uygulanıp uygulanmadığı; hangi antibiyotik grubunun, hangi yolla, kaç gün süreyle uygulandığı ile ilgili sorulara yanıt olarak; beş hekimin (%15.6) açık kırıkta hiç antibiyoterapi uygulamadığı; antibiyoterapi uygulayan 27 hekimin (%84.4) altısının herhangi bir antibiyotik grubu belirtmemiş olduğu görüldü. Hekimlerin antibiyotik tercihleri Tablo 3'te gösterildi. Üç hekim sefalosporini sırasıyla aminoglikozid grubu, siprofloksasin ve ampisilin-sulbaktam grubu ile birlikte kullandığını belirtti. Antibiyotik kullanım süresi 3 ile 21 gün arasında değişmekle beraber genellikle 7-10 gün arasındaydı. İki kişi (%7.4) dışında tüm hekimler parenteral kullanımı tercih etmekteydi.

Tablo 1. Pratisyen hekimlerin başarı durumlarının dağılımı (Afyon 2004)

Kurum	Başarılı		Başarısız	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
112 servisi	7	77.8	2	22.2
Hastane*	19	82.6	4	17.4
<i>Toplam</i>	26	81.3	6	18.8 ⁺

*İki hastane birlikte değerlendirilmiştir; ⁺p>0.05.

Ek-1. Acil pratisyen hekimlerinin kas-iskelet yaralanmalarında bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması anket formu

Yaşınız: Kaç yıllık hekimsiniz:
 Cinsiyetiniz: Çalıştığınız yer (hastane veya servis):

1. Multiple travmalı hastaya daima boyunluk uygulanmalı mıdır? a) Evet b) Hayır
2. Siz multiple travmalı hastalara her zaman boyunluk uyguluyor musunuz? a) Evet b) Hayır c) Bazen
3. Multiple travmalı hastada mutlaka her zaman boyun muayenesi yapılmalı mıdır? a) Evet b) Hayır
4. Siz multiple travmalı hastalarda her zaman boyun muayenesi yapıyor musunuz? a) Evet b) Hayır c) Bazen
5. Boyun muayenesinde hangisi veya hangilerine dikkat edersiniz?
 a) Boyun ağrısı b) Palpasyonda lokal hassasiyet c) Alt ekstremitede güçsüzlük, uyuşukluk
6. Tüm boyun travmalı hastalara alt ekstremitte nörolojik muayenesi gerekli midir? a) Evet b) Hayır
7. Alt ekstremitte nörovasküler muayenesinde aşağıdakilerden hangisi veya hangilerine bakıyorsunuz?
 a) Periferik nabız b) Duyu muayenesi c) Motor muayene d) Hepsi
8. Aşağıdaki kırık örneklerinden hangisini açık kırık olarak kabul edersiniz?
 a) Kırık bölgesinde, kan gelen 0.5 cm'lik yaralanma deliği mevcutsa
 b) Kırık bölgesinde, kan gelen 1 cm'lik yaralanma deliği mevcutsa
 c) Kırık uçları ciltten dışarı çıkmışsa
 d) Hepsi
9. Açık kırıklara da antibiyotik profilaksisi yapılmalı mıdır? a) Evet b) Hayır
10. Siz açık kırıklarda antibiyotik uyguluyor musunuz? a) Evet b) Hayır
11. Uyguluyorsanız hangi antibiyotik ve veya antibiyotikleri (kuşak belirtiniz)
 hangi yolla kaç gün veriyorsunuz?
12. Açık kırıkta tetanos profilaksisi yapıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
13. Tetanos profilaksisi gerekli ise aşağıdakilerden hangisi veya hangileri doğrudur?
 a) Tüm hastalara sadece immünglobulin
 b) Tüm hastalara sadece tek doz aşı
 c) Tüm hastalara aşı ve immünglobulin
 d) Hasta aşısız (bağışık değilse) sadece immünglobulin
 e) Hasta aşısız (bağışık değilse) immünglobulin ve aşılama
 f) Hasta bağışık ise tek doz aşı yeterlidir.
14. Çıkıkların acil müdahalesinde aşağıdakilerden hangisini yaparsınız?
 a) Hastayı direkt ortopediste sevk ediyorum.
 b) Küçük çıkıkları çekerek yerine koyarım, diğerlerini sevk ederim.
 c) Tüm çıkıklara kendim müdahale ederim.
15. Çıkıkların müdahalesi konusunda hangisi doğrudur?
 a) Çıkıklar acil olmayıp birkaç gün sonra da tedavi edilebilirler.
 b) Çıkıklar acil olup, kısa sürede çekilerek yerine konulmalıdır.
 c) Çıkıklar acil olup, kısa sürede uygun manevra ile uzman tarafından yerine konulmalıdır.
16. Ateşli silah yaralanmalarında hangi tedaviler uyguluyorsunuz? (Doğru şıkları işaretleyiniz).
 a) Yıkama (irrigasyon) b) Debridman c) Yaranın dikilmesi
 d) Kırık varsa atel e) Tetanos profilaksisi
17. Ateşli silah yaralanmalarında hangi antibiyotik veya antibiyotikler (kuşak belirtiniz)
 hangi yolla kaç gün verilmelidir?
18. Travmatik amputasyonlarda aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 a) Büyük uzuv parçaları ile hasta sevk edilmeli.
 b) Ufak parçalar da olsalar tüm ampute kısımlar hastayla gönderilmeli.
 c) İşe yaramayacağı düşünülen kısımların hastayla gönderilmesine gerek yoktur.
19. Kopan uzuv yaralı ile beraber hastaneye ne şekilde gönderilmelidir?
 a) Hiç müdahale etmeden olduğu gibi b) Kuru bir gazlı beze sararak
 c) Buz içine koyarak d) Nemli bir gazlı beze sarıp, poşet içinde buza koyarak
20. Kontüzyon tarzı yaralanmalarda hangi uygulama yapılmalıdır? a) Sıcak b) Soğuk

Tablo 2. Travmalı hastada boyun muayenesi ve boyunluk uygulaması sıklığı

	Her zaman		Bazen		Hiçbir zaman	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Boyun muayenesi	22	68.8	10	31.3	–	–
Ağrı öyküsü	24	75.0	–	–	8	25.0
Boyun palpasyonu	24	75.0	–	–	8	25.0
Alt ekstremite muayenesi	20	62.5	–	–	12	37.5
Boyunluk uygulaması	25	78.1	7	21.9	–	–

Hekimlerin açık kırık tedavisinde tetanos profilaksisi uygulama tercihleri Tablo 4'te gösterildi. Hekimlerin çoğunluğu sadece aşı yapmayı tercih etmekteydi. Aşı uygulayanların içinde, sadece iki kişi (%6) aşı hastalara tek doz rapel aşı uyguladığını belirtti. Yalnız altı hekim (%19), doğru bir tutum olarak hastanın bağışıklık durumunu sorgulayıp aşı-sız hastalara immünglobulin uygulamaktaydı.

Çıkıklara müdahalenin acilen yapılması gerektiğini tüm hekimler kabul etmekteydi. Yirmi üç hekim (%71.9) herhangi bir müdahale yapmaksızın hastayı ortopedi uzmanına sevk ettiğini; sekizi (%25) ufak eklem çıkıklarını çekerek redükte etmeye çalıştığını, büyük eklem çıkıklarını ise sevk ettiğini; bir hekim ise tüm çıkıklara kendisinin müdahale ettiğini belirtti.

Ateşli silah yaralanmalarında tedavi ile ilgili soruya, 15 hekim (%46.9) debridman, yaranın yıkanması, tetanos profilaksisi ve kırık varsa atel uygulanması şıklarının tümünü işaretleyerek tam doğru yanıt verdi. Geri kalanların tümü (%53.1) yaranın debridmanını, 10 hekim (%31.3) yaranın yıkanmasını, 12 hekim (%37.5) tetanos profilaksisini, sekiz hekim (%25) kırık varsa atel uygulanmasını işaretlememişti. İki hekim (%6.3) yaranın dikilmesi gerektiğini belirtti. Ateşli silah yaralanmalarında antibiyoterapi uygulanması ile ilgili soruyu 19 hekim (%59.4) olumlu yanıtladı (Tablo 5). Birer hekim, sefalosporin ile birlikte sırasıyla kloramfenikol, siprofloksasin ve aminog-

likozid kullanımını önerdi. İki hekim anaerob bakterilere etkili antibiyotik eklenmesi gerektiğini bildirdi. Üçü (%9.4) dışında tüm hekimler parenteral antibiyoterapi uygulamasını tercih etmekteydi.

Tartışma

Araştırmamıza katılan hekimlerin kas-iskelet yaralanmaları ile ilgili bilgi sorularına %81.3 oranında doğru yanıt vermeleri, bize tıp fakültelerinde kas-iskelet yaralanmalarında yapılacak ilk yardım konularında yeterli eğitimin verildiğini düşündürdü. Tutum ve davranış sorularına verilen yanıtları incelediğimizde ise bazı uygulamalarda önemli eksiklikler olduğunu saptadık.

Tüm travmatik yaralanmalar içinde en fazla zara yol açan spinal bölge yaralanmalardır.^[2] Servikal vertebraların immobilizasyonu ikincil nörolojik yaralanmaları önlemek için altın standart olarak kabul edilmektedir. Eğer servikal vertebralarda yaralanmalardan şüpheleniliyorsa derhal immobilizasyon, daha sonra fizik muayene, nörolojik muayene ve radyolojik değerlendirme yapılmalıdır.^[3,4] Uyguladığımız anket, hekimlerin %31.3'ünün boyun muayenesini bazen yaptığını gösterdi. Boyun muayenesinde ağrı öyküsüne (%75.0) ve boyun palpasyonuna (%75.0) daha yüksek oranda dikkat edilmişse de, alt ekstremitenin nörolojik değerlendirmesi önemli oranda (%37.5) gözden kaçırılmıştır. Nörolojik mu-

Tablo 3. Hekimlerin açık kırıkta antibiyotik tercih durumları

Antibiyotikler	Sayı	Yüzde
II. kuşak sefalosporin	6	22.2
III. kuşak sefalosporin	13	48.2
Penisilin	2	7.4
Grup belirtmeyen	6	22.2
<i>Toplam</i>	27	100.0

Tablo 4. Hekimlerin açık kırıkta tetanos profilaksisini tercih durumları

Profilaksi tercihi	Sayı	Yüzde
Sadece immünglobulin	1	3.1
Sadece aşı	20	62.5
Mutlak aşı+immünglobulin	5	15.6
Aşısız ise sadece immünglobulin	4	12.5
Aşısız ise immünglobulin+aşı	2	6.3

Tablo 5. Ateşli silah yaralanmalarında antibiyotik tercih eden hekimlerin dağılımı

Antibiyotik	Sayı	Yüzde
I. kuşak sefalosporin	1	5.3
II. kuşak sefalosporin	2	10.5
III. kuşak sefalosporin	13	68.4
Penisilin	2	10.5
Sefotaksim-kotrimoksazol	1	5.3
<i>Toplam</i>	19	100.0

ayenedeki ihmâl, gerek hasta gerekse de doktor açısından ileride telafisi mümkün olmayan tıbbi ve hukuki sorunlara yol açabileceğinden, bunun üzerinde daha duyarlı olunması gerektiğini düşünüyoruz. Travmalı her hastanın ağrısını tarif etmesinin mümkün olmadığı düşünüldüğünde, bazı hekimlerin (%21.9) hastalardaki boyun ağrısının varlığına göre boyunluğu bazen takıp bazen takmama tutumlarının yanlış olduğu açıktır.

Vücutun dış yüzeyi ile bağlantısı olan kırıklar açık kırık olarak tanımlanmaktadır.^[5,6] Kompleks yaralanmalar olan açık kırıkların tedavisinde hedef, enfeksiyonun önlenmesi, kırığın kaynamasının sağlanması ve organ fonksiyonunun yeniden kazandırılmasıdır.^[7,8] Açık kırık tedavisi antibiyotik kullanımını, tekrarlayan irigasyon ve debridmanı, kırığın stabilizasyonunu, yaranın erken kapatılmasını ve agresif rehabilitasyonu kapsar.^[8] Tetanos profilaksisi ve intravenöz antibiyotik derhal uygulanmalı, debridman en kısa sürede yapılmalıdır.^[6,7,9,10] Tetanos profilaksisinde hastalar aşılı veya aşısız olarak değerlendirilmeli; immünizasyon durumunu hatırlamayan olgular aşısız kabul edilmelidir. Aşılı bireylere tek doz aşı, aşısız olmayan kişilere ise aşılama ile birlikte tetanos immünglobulin yapılmalıdır.^[5] Anketimize katılan hekimler, açık kırığı genellikle kemik uçlarının ciltten dışarı çıktığı kırık olarak tanımlamıştır. Gustilo-Anderson sınıflandırmasına göre, birinci derece kırıklar, 1 cm'den daha az cilt açıklığı ve hafif yumuşak doku yaralanması olan kırıklardır. İkinci derece kırıklar ise, 1-10 cm'ye kadar açıklığı olan, orta düzeyde yumuşak doku yaralanmalı kırıklar olarak tanımlanmıştır.^[5] Bu tanımlama dikkate alındığında, çalışmaya katılan hekimlerin birinci ve bazen de ikinci derece kırıkları açık kırık olarak kabul etmedikleri görüldü. Bu durum ise eksik tedaviye neden olmaktadır.

Araştırma sonuçlarımıza göre, hekimlerimiz, açık kırık tedavisinde irigasyon-debridman yapılmasını ve atelleme gereğini doğru olarak belirtmişlerdir. Ancak, tetanos profilaksisi konusundaki bilgilerinin yeterli olmadığı veya bu konuya gerekli özenin gösterilmediği görülmüştür.

Günümüzde, temiz ve düşük dereceli açık kırıkların antibiyoterapisinde birinci kuşak sefalosporinler uygun ajan olarak tercih edilirken, kontamine kırıklarda aminoglikozidlerin tedaviye eklenmesi önerilmektedir.^[10] Ciltte bulunan ve açık kırığın gelişmesi sırasında kemiğe ulaşan gram-pozitif bakterilere birinci kuşak sefalosporinler, üçüncü kuşak sefalosporinlerden daha fazla etkilidir.^[10] Ayrıca, üçüncü kuşak sefalosporin kullanımı bakteri direncini daha fazla artırmakta ve daha yüksek maliyetler getirmektedir. Oysa, araştırmaya katılan hekimler daha çok üçüncü kuşak sefalosporinleri tercih etmişlerdir. Antibiyoterapinin ne kadar sürdürüleceği konusunda ise literatürde henüz görüş birliği yoktur.^[10] Araştırmaya katılan hekimlere göre, bu süre 3 ile 21 gün arasında değişmekle birlikte, genellikle 7-10 gün arasında belirtilmiştir.

Eklem çıkıklarında, gerekli radyografik değerlendirmeler yapıldıktan sonra acilen redüksiyon gerekmektedir.^[6] Hekimlerin, eklem çıkıklarının acil müdahale gerektirdiğini ve önemli çıkıkların uzman tarafından yerine konması gerektiğini belirtmeleri, bu konuda yeterli ve doğru eğitim verilmiş olduğunu göstermektedir.

Ateşli silah yaralanmasının tedavisiyle ilgili sorunlarda eksik yanıtlar olmakla birlikte, hekimlerin yaklaşık yarısı, debridman, irigasyon, stabilizasyon, tetanos profilaksisi ve antibiyoterapi yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Sadece iki hekim, yanlış bir yanıtla, yaranın dikilmesi gerektiğini bildirmiştir. Ateşli silah yaralanmalarında antibiyoterapinin yararı tartışmalı olmakla birlikte, günümüzde birinci kuşak sefalosporinlerin intravenöz uygulaması kabul gören tedavi şeklidir.^[5,9] Anketimizdeki antibiyoterapi tercihleri daha çok üçüncü kuşak sefalosporinler lehinedir. Ayrıca, kurşunlanmayı takiben gelişebilecek anaerop enfeksiyonlara karşı antibiyoterapi gözden kaçırılmıştır.

Sonuç olarak, ilimiz acil sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerimizin, ortopedik aciller konusundaki bilgi düzeylerinin yeterli olmasına karşın,

uygulamalar açısından eksiklikleri olduğu gözlenmektedir. Yapılan yanlış değerlendirme ve yaklaşımların hem hasta hem de doktor açısından telafisi mümkün olmayan sorunlara ve gereksiz ekonomik kayıplara yol açabileceği düşünüldüğünde, acil sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerimizin bu konulardaki eksikliklerinin düzenli eğitimlerle giderilmesi gerektiği düşüncesindeyiz. Çalışmamız sadece Afyon il merkezini kapsadığından Türkiye'deki pratisyen hekimlerin çok küçük bir kısmını temsil etmektedir. Daha fazla katılımlı benzer çalışmaların yapılması düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Kellerman AL, Todd KH. Injury control. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency medicine: a comprehensive study guide. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2000. p. 1735-38.
2. Baron BJ, Scalea TM. Spinal cord injury. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency medicine: a comprehensive study guide. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2000. p. 1645-61.
3. Eismont FJ, Currier BL, McGuire RA Jr. Cervical spine and spinal cord injuries: recognition and treatment. Instr Course Lect 2004;53:341-58.
4. Charters A. Can nurses, working in the emergency department, independently clear cervical spines? A review of the literature. Accid Emerg Nurs 2004;12:19-23.
5. Michael W, Chapman, Steven AO. Open fractures. In: Rockwood CA Jr, Green DP, Bucholz RW, Heckman JD, editors. Fractures in adults. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 305-49.
6. Menkes JS. Initial evaluation and management of orthopedic injuries. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency medicine: a comprehensive study guide. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2000. p. 1739-53.
7. Zalavras CG, Patzakis MJ. Open fractures: evaluation and management. J Am Acad Orthop Surg 2003;11:212-9.
8. O'Meara PM. Management of open fractures. Orthop Rev 1992;21:1177-85.
9. Patzakis MJ, Harvey JP Jr, Ivler D. The role of antibiotics in the management of open fractures. J Bone Joint Surg [Am] 1974;56:532-41.
10. Pınar M. Ortopedide antibiyotik profilaksisi. In: Tözün R, Demirhan M, Özsüt H, editörler. Ortopedik infeksiyonlar. İstanbul: Perspektiv; 1999. s. 64-7.